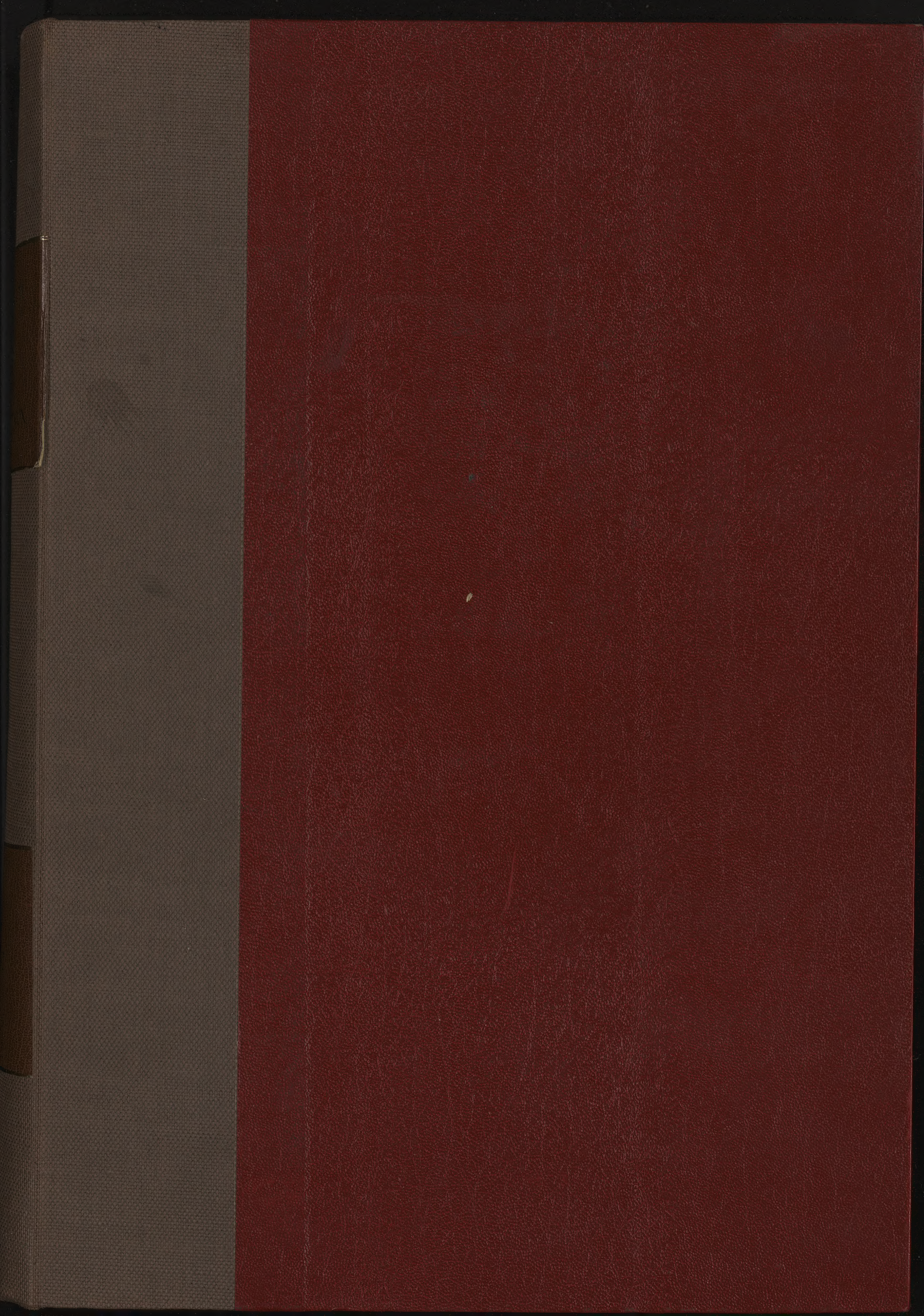


SAMEDI 1er JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 1er, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les maladies de l'utérus.

MALADIES DU COL.

Les affections du col de l'utérus sont très fréquentes, et ont beaucoup occupé les chirurgiens depuis une vingtaine d'années. L'usage du spéculum permettant d'explorer cet organe avec la plus scrupuleuse exactitude, a fourni des données précieuses dont les praticiens ont tiré parti. Il en est résulté que l'histoire de ces affections a atteint, de nos jours, un degré de perfection qu'elle était loin de posséder. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup-d'œil sur ce qui a été écrit pendant ces dernières années touchant les maladies de la matrice. Il ne faudrait pas penser toutefois qu'il ne reste plus rien à faire. Je crois pouvoir vous démontrer dans le cours de ces entretiens que plusieurs questions de cet important sujet méritent d'être revues et discutées. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que, sous le titre général d'*ulcérations*, la plupart des auteurs ont décrit plusieurs lésions diverses qui doivent être soigneusement distinguées. Les praticiens jugeront si ce que je vais dire à cet égard est conforme à l'observation.

Granulations. — C'est un état pathologique du col caractérisé par une surface rouge violacée, offrant un pointillé à peu près semblable à celui d'une fraise ou d'une framboise. Ce pointillé présente quelque analogie avec les granulations de la conjonctive dans une variété d'inflammation de cette membrane (*conjonctivite granuleuse.*).

Ces granulations, en plus ou moins grand nombre, sont séparées par des stries pâles, blanchâtres, et offrent un volume variable depuis une tête d'épingle jusqu'à un grain de millet. Il en est pourtant quelques-unes qui proéminent de un à trois millimètres; mais ces derniers cas sont assez rares; plus volumineuses, elles devraient fixer toute l'attention, car elles pourraient alors constituer tout autre chose que des granulations simdles. Le tissu sur lequel elles reposent est ferme et à peu près à l'état normal, à moins de complications. C'est là un caractère important à noter; car il les différencie des granulations fongueuses dont nous aurons à nous occuper. Toute la surface affectée est tapissée d'une couche plus ou moins épaisse, d'aspect glaireux ou purulent. C'est en enlevant cette couche à l'aide d'un pinceau de charpie qu'on aperçoit distinctement les granulations et la couleur rouge violacée de la partie malade. Cette rougeur offre un contraste bien tranché avec la couleur pâle des parties voisines. Ne perdons point de vue cette remarque, elle nous servira bientôt.

Ces granulations sont tantôt confluentes, tantôt éparpillées çà et là sur la surface malade. C'est ordinairement au centre de cette surface qu'elles sont agglomérées. Elles saignent au moindre contact. Je me suis convaincu à différentes reprises qu'il n'existe point de perte de substance. C'est donc à tort que la plupart des auteurs décrivent cet état morbide du col sous le titre d'*ulcération*. Il est évident qu'il n'y a point ici d'*ulcère*.

Ces granulations occupent tantôt la cavité du col, tantôt sa surface externe; le plus ordinairement on en rencontre sur ces deux parties à la fois. Il est rare qu'on en trouve sur la surface externe du col sans qu'il en existe aussi au museau de tanche ou dans la concavité du col; mais le contraire a assez souvent lieu. Lorsqu'on en observe dans la cavité du col, il y en a souvent sur la surface interne de la matrice. On devine combien il est important de s'assurer que la cavité utérine est ainsi affectée. Pour arriver à ce diagnostic, voici comment je m'y prends: je dilate convenablement le col de la matrice, j'absterge avec soin la surface, et si, après avoir pris cette précaution, je vois encore s'écouler une matière d'un blanc sale ou d'aspect purulent, je me crois autorisé à conclure qu'il existe quelque chose d'analogue sur la surface interne de l'utérus. C'est-là, du reste, un procédé qu'on trouve mentionné dans la plupart des ouvrages modernes.

Les granulations du col de l'utérus sont souvent bornées à une partie plus ou moins étendue de la surface de cet organe; elles se montrent alors sous forme de plaques de grandeurs variées. Ces plaques s'observent plus fréquemment sur la lèvre postérieure que sur la lèvre antérieure.

J'ai dit précédemment que ces granulations reposent sur un tissu ferme, et que les parties en dehors des plaques rougeâtres sont saines. Cette remarque n'est point conforme à ce qu'on lit dans plusieurs ouvrages modernes. C'est ainsi qu'on a dit que cet état granuleux coïncide avec un engorgement de la matrice ou une maladie du col. Ceux qui considèrent ces granulations comme une conséquence d'une phlegmasie utérine, ont admis aussi une affection de l'organe gestateur. Hé bien, ce n'est point exact. Il est bien entendu, toutefois, que je ne parle ici que des granulations simples. Je sais bien qu'il existe un état granuleux du col qui coïncide avec une lésion plus ou moins profonde de la matrice; mais alors ces granulations ont un volume beaucoup plus considérable, et leur aspect seul ne permet pas de les confondre avec celles que nous étudions en ce moment. Je le répète, l'état granuleux du col que je viens de décrire est, dans la presque totalité des cas, une affection tout à fait locale. Une longue expérience, basée sur une observation attentive, ne me permet pas de conserver le moindre doute à cet égard. Et qu'on ne pense point que c'est là une remarque sans importance. La thérapeutique rationnelle de ce genre de lésion est basée toute entière sur ce fait: je vous le démontrerai.

Les granulations du col de l'utérus donnent lieu à une série de phénomènes qu'il importe de bien connaître. Le plus constant de ces phénomènes est un écoulement vaginal de matières semi-liquides, semi-purulentes, contenant quelques stries de sang. Je ne crains pas d'affirmer que les deux tiers des femmes qui ont ce qu'on appelle communément des flueurs blanches, sont presque constamment affectées des granulations qui nous occupent. Il faut pourtant faire à cet égard une distinction: si l'écoulement est blanchâtre, d'un aspect glaireux, il ne faudrait point en conclure que le col est affecté comme nous venons de le dire; cette conclusion n'est rationnelle que lorsque l'écoulement est semi-purulent: d'ailleurs, en pareille circonstance, l'usage du spéculum dissipera tous les doutes. Je dois ajouter que dans les cas où les femmes ne voudraient pas se soumettre à l'emploi de cet instrument, le doigt d'une main exercée peut fournir des indications assez certaines. On sent alors, en portant la pulpe du doigt sur la surface du col, une foule de petits corps. Cette sensation peut être comparée jusqu'à un certain point à celle qu'on éprouverait en touchant une fraise ou une framboise. Mais j'ai hâte de le répéter, il faut une main bien exercée pour se servir avec fruit d'un pareil moyen de diagnostic. Toutes les fois qu'on le pourra, on fera bien d'avoir recours au spéculum qui, si on a bien compris tous les détails qui précèdent, ne laissera aucun doute dans l'esprit des praticiens.

On a dit que les femmes affectées de granulations du col éprouvent de vives douleurs; je suis convaincu qu'on a confondu ici l'état morbide qui nous occupe avec une des autres lésions que nous aurons à étudier. Je dois déclarer, d'après mon observation, que ces douleurs sont légères, et que le plus souvent même les malades n'éprouvent aucune espèce de souffrance. Cela se comprend d'ailleurs, car, quoi qu'on ait dit, le col n'est pas doué d'une grande sensibilité; on en trouve la preuve dans le peu de douleurs que font éprouver les cautérisations de cet organe. Il est vrai de dire que les malades souffrent assez souvent dans la région des reins; mais c'est là un phénomène tout différent de celui dont je viens de parler, et qui trouve son explication dans les rapports anatomiques qui existent entre l'utérus et les plexus lombaires. Ce que les malades éprouvent sur le col de la matrice, c'est une démangeaison, un prurit plus ou moins incommode.

Il faut ajouter que lorsque la maladie est abandonnée à elle même et qu'elle dure depuis assez long-temps, on voit souvent les fonctions digestives se troubler; quelquefois même un épuisement plus ou moins considérable survient, et les malades tombent dans un marasme qui donne de vives inquiétudes; mais ces cas sont très rares; il importe cependant de ne point les perdre de vue. Il suffit de mentionner ces consé-

FEUILLETON.

NOUVELLE ANNÉE.

Voici donc une nouvelle année, et, avec elle, toutes sortes d'espérances, de désirs et de vœux. Espérances dont la plus mince partie à peine sera réalisée, dont le plus grand nombre assurément sera flétri; désirs qui n'obtiendront pas satisfaction; vœux qui resteront stériles et inexaucés. Car tel est le sort de l'humaine nature: espérer, désirer sans cesse et puiser des illusions nouvelles dans les déceptions mêmes qui l'accablent; ainsi passe la vie qu'un poète de l'Orient a comparée à la fleur de *l'hypomos* dont la corolle s'entr'ouvre, mais ne s'épanouit jamais. Cela est triste à dire pour un premier jour de l'an; mais nous nous adressons à des médecins, c'est-à-dire à des philosophes qui connaissent bien la valeur de tous ces souhaits de circonstance et qui les acceptent pour ce qu'ils valent, *verba, prætereaque nihil.* Que nos lecteurs veuillent donc bien nous dispenser de ces banalités qui se débitent annuellement dans ce jour; qu'ils sachent d'ailleurs que rien d'heureux ne peut leur arriver que nous ne l'ayons vivement désiré. Nous leur demandons, pour nous, même bienveillance et mêmes encouragemens, tout disposés que nous sommes à les mériter toujours, en suivant la même voie d'impartialité qui seule peut donner à la presse autorité, considérations et sympathie.

Mais si, malgré leur sincérité la plus évidente, les vœux individuels ne peuvent pas grand'chose sur la position individuelle de chacun de nous, il n'en est pas de même des souhaits et des désirs que chacun de nous peut former pour l'amélioration de notre position générale et de nos institutions. Ici les manifestations nombreuses, réitérées et persévérantes, peuvent avoir une grande influence; aussi ce que l'on peut souhaiter de plus favorable au corps médical, c'est qu'il sache vouloir ce qu'il désire; c'est qu'il ne vive plus dans cet état d'isolement qui le tue; qu'il secoue enfin ces chaînes de l'égotisme qui l'attachent aux seuls intérêts individuels, et qui lui ôtent tout zèle et toute ardeur pour les intérêts généraux du corps. *Aide-toi, Dieu t'aidera*, les médecins ont oublié cette vieille et sage maxime; ils souffrent, mais on dirait qu'ils ont pudeur de leurs souffrances; ils se plaignent, mais il semble qu'ils ont peur de faire entendre leurs plaintes; ils se fâchent, mais tout bas, en famille, entre eux, et puis *in petto* ils s'irritent que la société les laisse dans leur abandon et leur isolement. Eh! chers confrères, la société a bien autre chose à faire que d'aller écouter par la serrure vos doléances étouffées. Voulez-vous qu'elle vous entende? Criez fort, criez souvent, criez en chœur et d'accord surtout. Voyez les avocats; ont-ils crié ceux-là? et crient-ils encore? Aussi, fauteuils dorés du Luxembourg, banquettes moelleuses du Palais-Bourbon, portefeuilles ministériels, places élevées et bien rétribuées, ils ont tout, ils sont tout. Et vous qui avez des ambitions bien plus modestes, vous dont la connaissance du cœur humain, de ses besoins, de ses souffrances, de ses faiblesses et de ses passions, pourrait être si souvent invoquée dans la chose publique; vous à qui l'on refuse la petite participation politique qu'on accorde au plus infime marchand patenté; vous qui plus que le prêtre, plus que l'avocat avez des rapports directs, intimes avec cette société dont vous pourriez être les maîtres; vous enfin que la loi imprévoyante et marâtre n'entoure que d'une protection décevante, et qui assiste impassible à la longue lutte soutenue par les deux ordres de médecins qu'elle a institués, lutte dans laquelle s'épuisent vos forces, votre courage et votre intelligence, vous restez isolés, silencieux, gémissant sourdement et n'osant pas crier tout haut vos doléances! Allons, allons! faites un grand et unanime effort; que cette année vous voie prendre une détermination sérieuse. Réunissez-vous, assemblez-vous, mais surtout entendez-vous. La presse, qui ne demanderait pas mieux que de vous venir en aide, prendra l'initiative dans toutes les questions, aussitôt qu'elle verra parmi vous un peu d'animation et d'intérêt; mais aussi ne veut-elle pas galvaniser un cadavre. Pour que le monde s'occupe de vous, il faut être de ce monde; ressuscitez donc!

Oui, en vérité, c'est là le souhait le plus profitable que nous puissions faire pour notre grande famille médicale.

Quant à nos institutions, que dire pour elles qu'on ne leur ait depuis long-temps souhaité? Et comme il dépendrait d'elles que tout ce qu'on leur désire leur fût advenu, il en faut conclure qu'elles y mettent mauvaise volonté ou qu'elles se plaisent dans les défauts qu'on leur reproche. A la Faculté, par exemple, n'a-t-on pas dit souvent, que par l'exiguité de son enseignement, par le peu de zèle de quelques-uns de ses professeurs, par l'abandon total de quelques autres par les élèves, elle ne justifiait en aucune façon les immenses privilèges dont elle jouit. Quoi! lui a-t-on dit à satiété, vous avez dans votre sein des hommes qui prélèvent bon an mal an dix mille francs sur les élèves pour leur faire des leçons qu'ils ne veulent pas entendre Quoi! vous en avez d'autres qui laissent là leur chaire pour courir la poste les deux tiers de l'année? Quoi! depuis bientôt trente ans vous laissez celui-ci débiter chaque année son même cours antique et vermoulu? Mais la Faculté a toujours fait la sourde oreille, et, comme tous les corps privilégiés, elle semble entourer chacun de ses membres d'une sorte d'auréole d'infaillibilité. Le temps viendra pourtant — et nous espérons que ce sera bientôt — où un contrôle sévère pourra être porté dans cette institution qui est responsable devant la société de tout le bien qu'elle ne fait pas et qu'elle pourrait faire. A la vérité, pour en arriver là, trois immenses *desiderata* sont à remplir: l'un, que l'on agrandisse le cadre rétréci de l'enseignement; l'autre, que les possesseurs de chaires n'aient pas un bail à vie, et soient tenus de faire valoir leurs droits à la retraite dès que les élèves les quitteront; le troisième, que la Faculté ne soit plus considérée que comme corps enseignant, et que d'autres que les professeurs soient appelés à constater l'instruction des élèves: immense et très sérieuse question, qui a déjà beaucoup occupé les esprits et à laquelle nous espérons bien ramener quand il en sera temps, tous ceux qui tiennent à la considé-

quences, pour faire sentir toute l'importance qu'il y a à traiter convenablement ce genre de lésions.

Causes. — Elles n'ont pas été bien précisées. Je citerai trois opinions principales à cet égard. Les uns pensent que l'état granuleux qui nous occupe dépend d'une phlegmasie du col ; d'autres l'attribuent à une irritation mécanique ; d'autres enfin, au contact des matières excrétées par la surface interne de la matrice ou du col. Cette dernière opinion me paraît la plus vraisemblable. Ce n'est pas du reste, à mon avis, le simple passage de ces matières qui donne lieu aux granulations, mais bien la stagnation, le séjour prolongé de ces matières, comme l'a fort bien démontré M. Hourmann dans une brochure récente. Nous reviendrons sur cette question, lorsque nous nous occuperons des écoulemens d'une manière générale.

Quoi qu'il en soit, on n'observe presque jamais cet état granuleux du col avant l'âge de la puberté. Les femmes qui n'ont point usé du coït en sont aussi assez rarement affectées. C'est de dix huit à trente-six ans qu'on les rencontre le plus fréquemment. Les femmes d'un âge plus avancé y sont beaucoup moins sujettes. C'est, comme on le voit, l'opposé des ulcérations de nature cancéreuse.

La constitution dite lymphatique, paraît exercer une influence assez marquée sur le développement de cette maladie. On les observe aussi plus fréquemment chez les femmes qui habitent les grandes villes que chez celles qui séjournent à la campagne. Il importe donc de tenir compte du genre de vie.

Pronostic. — En général il n'est pas grave. Abandonnées à elles-mêmes, il est très rare qu'elles aient des conséquences fâcheuses ; encore faut-il ajouter qu'en pareille circonstance, il existe le plus ordinairement autre chose que de simples ulcérations. La plupart des femmes se portent bien et ne s'apercevraient même pas, pour ainsi dire, de leur état sans l'écoulement vaginal dont nous avons parlé. Les conséquences les plus fâcheuses ici, sont un affaiblissement plus ou moins considérable, un trouble dans les digestions, un état chlorotique plus ou moins prononcé ; et encore dois-je ajouter qu'il n'est pas complètement démontré pour moi que ces phénomènes soient le résultat direct de l'existence des granulations qui nous occupent. Nous aurons à revenir sur ce point.

La question changerait tout à fait de face, s'il était vrai, comme le pensent encore quelques auteurs, que ces granulations du col de l'utérus sont susceptibles de dégénérer en maladie cancéreuse. Mais je ne crois pas que de nos jours une pareille opinion puisse encore avoir cours dans la science. Il est bien démontré aujourd'hui que le tissu vraiment cancéreux n'est pas susceptible de guérison sans une destruction quelconque de la partie affectée, soit qu'on l'attaque à son début, soit qu'on l'attaque à une époque plus ou moins éloignée de son apparition. Or, comme il n'est point permis de douter que les granulations qui nous occupent cèdent le plus ordinairement à un traitement simple, convenablement dirigé, comme nous l'indiquerons plus loin, il faut convenir ici que cet état morbide n'a rien de commun avec une affection cancéreuse. Le cancer, qu'on le sache bien, naît cancer, et n'est point le résultat de la transformation d'une affection d'une autre espèce. Quant à la question qui nous occupe en ce moment, il faut être bien prévenu toutefois qu'il est une classe de granulations que nous étudierons plus loin, qu'on distingue quelquefois assez difficilement d'une variété du cancer. Nous aurons soin d'indiquer ces différences lorsque nous nous occuperons du cancer du col de l'utérus.

Traitement. — La thérapeutique des granulations du col de l'utérus est très compliquée. Il règne à cet égard une confusion qui ne permet guère aux jeunes praticiens de pouvoir faire un choix convenable au milieu des mille moyens qui ont été préconisés tour à tour. Je vais passer successivement en revue les principales ressources thérapeutiques qui ont été proposées ; je vous indiquerai en même temps les résultats divers que j'en ai obtenus.

Ceux qui croient encore que l'état granuleux du col de l'utérus dépend d'un état morbide général, prescrivent à leurs malades les voyages, l'usage des eaux minérales sulfureuses, salines, l'habitation à la campagne, l'équitation, un régime fortifiant, etc., etc. Le traitement local n'occupe dans leurs prescriptions qu'une place très secondaire.

C'est là une pratique que je ne saurais conseiller. Certes, je suis loin de rejeter dans tous les cas les ressources que je viens de mentionner. Mais l'essentiel ici, d'après ce que nous avons déjà dit plus haut, c'est d'attaquer le mal sur place. L'état granuleux du col, dont nous venons de parler, constituant le plus ordinairement une affection locale, c'est aux remèdes locaux à en faire justice. Le traitement général ne doit venir qu'en seconde ligne ; j'ajouterai même qu'assez souvent il est plus nuisible qu'utile. G. J.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Service des nourrices et des enfans à la mamelle.

Du muguet ; de sa gravité ; emploi du borax et du nitrate d'argent.

Le muguet est une affection sur laquelle bien des médecins ont écrit. La description que les anciens en ont donnée se rapporte tantôt à une angine gangréneuse, tantôt à une affection couenneuse de la bouche, tantôt aux aphthes, etc. ; et jusqu'à Billard et M. Lélut il a régné sur ce sujet une très grande confusion.

Tout récemment, une monographie a été publiée qui semblait devoir fixer en quelque sorte l'état de la science sur ce sujet ; mais, quoique ce travail soit bien fait, il ne faut pas se dissimuler que les résultats auxquels l'auteur est arrivé sont tellement différens de ce que nous observons dans notre service, qu'il faut croire qu'à l'hôpital des Enfans-Trouvés les enfans sont placés dans des conditions particulières que nous ne rencontrons pas chez les enfans dans nos salles.

En effet, M. Valleix, ainsi que déjà nous avons eu occasion de le dire l'hiver dernier, regarde le muguet comme étant toujours l'expression d'un état général grave, et non comme une affection idiopathique. Ce médecin distingue trois périodes dans cette maladie : dans la première, l'on observe l'érythème des fesses, des cuisses, des jambes, l'ulcération des malléoles, des talons ; dans la deuxième période, invasion de la diarrhée ; la lésion locale, l'éruption du muguet, constitue la troisième.

Ainsi, suivant M. Valleix, on voit d'abord apparaître l'érythème des fesses qui se propage au pourtour de l'anus, à la partie interne des cuisses, et quelquefois aux jambes ; et dans le plus grand nombre de cas l'on observe des ulcérations occupant les malléoles et les talons. Ces symptômes durent de trois à cinq jours. Alors survient la diarrhée, phénomène à peu près constant qui persiste pendant quatre à six jours. Ce n'est qu'à cette époque, huit à dix jours après le début des premiers accidens, que se montre le muguet : d'abord la muqueuse buccale présente des petits points rouges, boursouflés, qui bientôt se recouvrent d'une petite pellicule blanchâtre, pour offrir alors tous les caractères propres à l'affection qui nous occupe. Cette éruption de muguet occupe la partie interne des lèvres et des joues, les gencives, la langue, principalement ses bords, le voile du palais, le pharynx, et se propage quelquefois jusqu'à l'estomac et l'intestin.

Voici donc, d'après M. Valleix, une maladie qui présente des symptômes prodromiques presque constans. Absolument comme dans la variole, l'on voit le malaise général, le lumbago et les vomissemens précéder l'éruption : voici une maladie dont la contexture paraît bien arrangée. Eh bien, comparons cette description de M. Valleix aux trois faits qui sont actuellement dans notre service.

Au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse est ce petit enfant dont déjà nous vous avons entretenu. Il est atteint de muguet, et présenta, lors de son entrée, une ophthalmie des nouveau-nés qui avait déjà entraîné la perte des yeux. Nous n'avons observé chez lui ni l'érythème des fesses, des cuisses, des jambes, ni les ulcérations des malléoles et des talons ; et depuis douze jours qu'il est dans notre service, il n'a point eu de diarrhée, et n'en avait point eu avant son entrée. Ainsi, voilà un enfant qui se trouve avec deux lésions locales, le muguet et l'ophthalmie, sans avoir rien éprouvé de ce qu'annonce M. Valleix, chez lequel par conséquent l'affection semble purement idiopathique.

Un autre enfant âgé de dix-neuf jours est entré hier ; il est au n° 4 de la salle Sainte-Julie. Sa mère, accouchée à la Maternité, l'a nourri de son lait pendant quatre jours. Des accidens qui se manifestèrent du côté du péritoine firent cesser l'allaitement ; l'enfant alors fut porté à la crèche, où il fut allaité par une nourrice attachée à la maison. Puis on rend l'enfant à sa mère, et celui-ci a continué de teter encore pendant six jours sans éprouver aucun trouble dans sa santé. Cependant, il y a quatre jours il prend le muguet ; cette éruption devient de plus en plus confluente, et vous la voyez aujourd'hui former une couche aussi épaisse sur les lèvres, la langue, qui est rouge et un peu tuméfiée, sur la partie interne des joues ; moins épaisse sur le frein de la langue, le voile du palais. Il n'y a d'érythème ni aux fesses, ni aux cuisses, ni aux jambes, ni ulcérations des malléoles et des talons ; le pourtour de l'anus est bien un peu rouge, mais c'est l'érythème commun aux enfans de cet âge qui ne sont point lavés avec soin, l'érythème qui tient au contact des urines et des matières fécales.

Cet enfant vomit depuis deux jours ; mais depuis l'invasion du muguet il n'a pas de diarrhée.

L'état général de ce petit malade n'est nullement altéré ; chez lui, cette maladie est tout aussi idiopathique que le serait l'ophthalmie des nouveau-nés.

Ainsi, voilà deux cas de muguet qui diffèrent essentiellement de ceux observés par M. Valleix ; il en est de même de ceux que l'on rencontre dans la pratique civile. D'où vient cela ? Probablement de ce que M. Valleix a vu les malades dans un endroit où le muguet a une tout autre allure qu'en ville ou dans nos salles.

Chez l'enfant du n° 3 de la même salle, également atteint du muguet, nous retrouvons tous les caractères que M. Valleix assigne à cette maladie : c'est ici le muguet symptomatique. Il y a érythème aux fesses ; aux cuisses, quelques pustules se remarquent sur ces parties, qui présentent une tuméfaction livide ; il y a des ulcérations des malléoles et des talons. Ces symptômes existaient depuis neuf jours quand il survint de la diarrhée, du ballonnement du ventre ; bientôt le muguet apparut et devint assez confluent ; la diarrhée cesse ; l'affection locale de la bouche est traitée à l'aide d'une collution de borax, et dès le lendemain l'éruption diminue, la lividité de la peau des membres inférieurs diminue, la diarrhée n'a pas reparu ; bref, l'état général paraît moins mauvais.

Quelle différence y a-t-il entre cet enfant et les deux premiers ? La différence qui existe entre un individu qui, après une pneumonie grave ou au quarantième jour d'une dothinentére, prendle muguet, et celui qui, au milieu d'une florissante santé, serait pris d'une stomatite aiguë.

Chez les enfans, toutes les phlegmasies aiguës ont de la tendance à revêtir la forme couenneuse. Cette tendance, l'adulte ne la contracte qu'à la suite d'une longue maladie, quand tout l'organisme est dans un état de débilité, de prostration extrême, en sorte qu'il suffit de dire d'un adulte qu'il a le muguet pour que de suite on puisse avancer que son état général est grave : et pour en citer un exemple qui se présente aujourd'hui dans notre service : la femme du n° 2 de la salle Sainte-Julie, chez laquelle nous avons observé à la suite d'un érysipèle occasionné par un abcès du sein, que nous avions cru ne devoir pas traiter par la compression, une pleuro-pneumonie et une entérite des plus graves, puisque, suivant toutes les probabilités, elles entraîneront la mort, cette femme, disons-nous, vient d'être atteinte du muguet. Si, arrivant au diagnostic, nous qualifions du nom de muguet l'état dans lequel cette femme se trouve placée, ne serait-ce pas là, nous vous le demandons, une manière peu rationnelle de procéder ? Ne serait-il pas absurde de n'envisager que la lésion de la bouche, laissant de côté la grave affection des poumons, des plèvres et de l'intestin ? N'est il pas de toute évidence que le muguet, dans ce cas, n'est que l'expression de l'état général ; que la maladie que nous voyons à la bouche pourrait occuper une autre muqueuse, comme la conjonctive ? Et si, dans ce cas, l'on a à s'occuper du traitement de l'affection locale, il n'en est pas moins vrai que le médecin doit principalement porter son attention sur la maladie grave dont le muguet n'est que l'expression : ce serait donc bien à tort qu'on appellerait muguet la maladie dont cette femme est atteinte.

Les enfans ont une grande tendance à contracter des phlegmasies de la peau ; il survient non-seulement de l'érythème, mais il existe aussi le plus souvent des vésicules qui, par le frottement, peuvent s'ulcérer et prendre, dans certains cas, le caractère gangréneux indiqué par M. Valleix. Bientôt les fonctions digestives s'altèrent, l'érythème se propage à l'intestin, à l'estomac ; et puis étonnez-vous que dans de semblables circonstances l'on voie survenir des accidens du côté de la bouche, le muguet. Ici donc, pour cet enfant du n° 3 de la salle Sainte-Julie, le muguet est symptomatique d'une affection générale ; tandis que chez les deux premiers il est idiopathique. Et cette distinction est utile sous le rapport du pronostic, et du traitement surtout qui est tout local dans le dernier cas ; tandis que pour le premier, il faut s'adresser en même temps et à l'affection locale qui, par son extension, pourrait compliquer d'une manière fâcheuse l'état général, et à l'état général lui même. Ainsi donc, cette distinction de muguet symptomatique et muguet idiopathique n'est pas plus subtile que celle entre la stomatite aiguë et le muguet qui survient à la fin des affections graves chez l'adulte.

Voyons maintenant l'influence de la médication.

Chez l'enfant du n° 4 de la salle Sainte-Julie, nous avons fait appliquer sur les parties malades plusieurs fois par jour le collutoire avec parties égales de borax et de miel ; sous l'in-

---

ration de notre profession. Ces sujets là ne peuvent pas être traités en passant ; ils seront plus tard l'objet d'une exposition étendue.

L'Académie de médecine a l'oreille encore plus dure que la Faculté. Depuis sa fondation, qui va bientôt compter quatre lustres, il est désolant de voir combien peu elle a tenu compte des avertissemens bienveillans ou sévères qu'elle a eu besoin de recevoir. Toujours mêmes erremens de petites passions et d'ambitions mesquines ; des discussions souvent oiseuses, quelquefois burlesques et sans dignité ; des orateurs verbeux et insatiables de la tribune dont il s'emparent au moins cinquante-deux fois par an (il n'y a que cinquante-deux séances) ; des procès-verbaux d'une longueur absurde ; une illibéralité jalouse qui refuse aux journalistes communication des pièces de la correspondance, et tant d'autres griefs que nous voulons bien passer sous silence, car en ce jour il faut être indulgent. Tout cela cent fois lui a été reproché, et toujours aussi inutilement que si les reproches se fussent adressés aux vénérables bustes qui ornent son enceinte. A propos d'enceinte, nous avons d'ailleurs des vœux plus opportuns à faire pour l'Académie. Son bail expire incessamment, et dans quelques mois, si elle n'avise, ou si on n'avise pour elle, elle n'aura plus littéralement ni feu ni lieu. Souhaitons bien ardemment, pour nous, voire même pour la science, que l'Académie soit bientôt close et couverte.

Si, dans ce siècle d'indifférence et d'impiété, nous osions parler du Saint-Esprit, nous l'invoquerions bien ardemment pour qu'il voulût répandre ses lumières sur messieurs les membres du conseil général des hôpitaux qui viennent de porter un coup funeste à la science. Souhaitons du moins des lumières naturelles à M. le ministre de l'intérieur qui seul peut annuler une décision qui soulève avec tant de raison l'opinion publique.

Ce que nous désirons par-dessus tout, c'est qu'à la prochaine réunion de la Société de prévoyance des médecins de Paris, M. le secrétaire n'ait à prononcer d'autre discours que celui-ci : « Messieurs, dans l'année qui vient de s'écouler, la Société a reçu dix mille francs ; le chiffre des secours à accorder s'est élevé à zéro, car aucune demande ne lui a été adressée. » Un bravo général couvrirait ses paroles consolantes, qui, nous le craignons bien, ne pourront être prononcées.

A nous qui par devoir sommes obligés de lire à peu près tout ce qui s'imprime dans notre monde médical, il doit être bien permis de demander en général à messieurs les auteurs un peu moins de prolixité, un tout petit assaisonnement de style, — nous ne sommes pas exigeans, — et un peu moins de susceptibilité à l'endroit de la critique. Nous ne leur demandons pas toujours du neuf, car nous savons qu'il est rare, mais au moins que nous puissions tirer de leurs œuvres quelques considérations pratiques utiles au public qui nous lit.

Enfin, nos très chers et très honorés lecteurs, il nous reste un vœu tout personnel à vous adresser et qui nous touche de très près : c'est que vous nous restiez abonnés fidèles, et que votre exemple soit imité par tous vos confrères sans exception. Veuillez prendre notre demande en considération, et rien ne nous coûtera pour que vous soyez contens de nous.

Création d'une chaire de médecine politique (political medecine) *à Dublin.* — Le docteur Maunsell a été nommé à la place de professeur de médecine politique, créée récemment par le collége des chirurgiens d'Irlande.

— Un grand nombre de médecins se sont réunis pour offrir à leur confrère, le docteur Carmichaël, de Dublin, une magnifique pièce d'argenterie de table. Ce cadeau pour inscription : « Offert à Richard Carmichaël, M. R. I. A., membre correspondant de l'Académie royale de France, par quatre cents dix de ses confrères ; témoignage de leurs sentimens pour sa ferme volonté de soutenir les intérêts de sa profession, et pour les constans efforts qu'il fait pour l'avancement de la science médicale. »



ɪence de ce moyen, il survint une amélioration si rapide, ɪe l'enfant, qui ne pouvait plus teter depuis quatre jours, ɪit le sein cinq heures après la première application du collutoire. Nous avons continué la même médication, et il ne reste resque plus de traces de la maladie ; nous espérons que l'emoi d'un autre moyen ne sera pas nécessaire.

Chez le petit du n° 3, le même collutoire a considérableent amendé l'affection locale ; cet enfant était dans des contions générales fâcheuses. Nous lui avons fait donner du it dans lequel nous faisions ajouter une certaine quantité de ccharate de chaux ; de cette façon, il était moins obligé de rendre le sein de sa mère qui manquait de lait. Et en même mps nous l'avons fait envelopper de coton pour, d'une part, u'il perdît moins de son calorique (car des enfans aussi chéfs ont besoin d'être couvés en quelque sorte pour éviter l'enorgement pulmonaire qui, sous l'influence de l'abaissement : température, ne manquerait pas de se manifester) ; d'une ıtre part, cette ouate de coton, en empêchant le frottement, révenait l'ulcération des malléoles et des talons ; il prend ıssi une ou deux fois par jour le lait d'une bonne nourrice, , sous l'influence de ces moyens, cet enfant est beaucoup ieux. Il a eu, à la vérité, une selle liquide, mais il faut croire ı'elle est due à une petite partie du collutoire qu'il aura alée. Il est probable que, malgré la gravité de sa position, cet ıfant guérira.

Chez l'enfant du n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, le borax ait de bons effets, mais le muguet reparaissait sans cesse. ous avons pris le parti de recourir à une solution de nitrate argent au dixième, et aujourd'hui il n'y a plus ni rougeur, i taches de muguet. Ce même moyen, l'hiver dernier, nous produit d'aussi prompts et d'aussi bons résultats chez un ıfant de la salle Sainte-Thérèse. Du reste, cette médication est pas nouvelle ; Van-Swiéten, dans ses Commentaires de oerhaave, parle de l'acide chlorhydrique fumant employé ans le traitement des aphthes. Le croup n'est avantageuseıent traité que par le même moyen, la cautérisation.

Au n° 11 de la salle Sainte-Thérèse, est un autre enfant teint aussi de muguet, dont nous vous avons déjà entretenus ; ıais il est chez lui si peu confluent, que nous pourrions ne ıs le compter. L'application du collutoire de borax en a eu romptement raison.

Ainsi voilà quatre enfans pris de muguet sous vos yeux, dont ois sont à peu près guéris, et dont le quatrième, celui du › 3, salle Sainte-Julie, guérira probablement. Comparons ce ısultat à celui obtenu par M. Valleix : sur 24 enfans obserés par ce médecin, 22 ont succombé ; c'est-à-dire que le ıuguet, à l'hôpital des Enfans-Trouvés, est plus souvent suivi e mort que les maladies les plus meurtrières, la peste, le 'phus, la fièvre typhoïde, etc. ; tandis que sur quatre cas de : genre que nous observons en même temps dans nos salles, ous avons quatre guérisons. Ce qui revient à dire que quand ı écrit à l'hôpital des Enfans Trouvés, on doit écrire pour s enfans de cet hôpital.

L'on rencontre bien, soit en ville, soit dans d'autres hôpiıux, des cas semblables à ceux observés par M. Valleix ; ı is c est chose très rare. Gardez-vous donc de baser votre pinion sur le travail du médecin que nous venons de citer, ır vous seriez exposés à bien des mécomptes. Depuis seize ans ıe nous nous livrons à la pratique de la médecine, nous n'aons jamais vu un enfant mourir du muguet. Et ici, dans cet ôpital, lieu de transition en quelque sorte entre les malades e la ville et ceux des Enfans-Trouvés, nous avons presque oujours vu cette affection revêtir une forme simple.

Ce que nous disons du muguet s'applique en grande partie la pneumonie chez les enfans à la mamelle. Aux Enfansrouvés, sur 129 enfans atteints de cette maladie, 128 ont ıccombé. Eh bien ! voyez dans nos salles ; nous guérissons ı moins la moitié de nos petits malades ; et dans la pratique ivile, la pneumonie est encore moins grave. Cela vous donne mesure de la confiance que vous devez accorder à des statistiques résultant des observations faites à l'hôpital des Enfansrouvés, si exactes d'ailleurs que puissent être ces observaons.

En résumé, le muguet est une maladie peu grave, et même ıns gravité, quand il est idiopathique ; quand il est symptoıatique, sa gravité répond à la gravité de la maladie qu'il omplique.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

'hlegmasia alba-dolens. — Phlébite spontanée de la veine fémorale. — Considérations sur la terminaison et le traitement de cette maladie.

Ces jours derniers a été couchée salle Saint-Paul, n° 9, une ımme atteinte d'une contusion à la partie externe du genou. ette lésion a été suivie de la gangrène d'un lambeau assez endu de la peau du membre, mais bientôt la plaie s'est dérgée et la cicatrisation a fait des progrès rapides.

Sur ces entrefaites la malade accusa des douleurs dans le ıembre opposé au côté blessé. Ces douleurs, vagues d'abord, ırent bientôt bornées à la partie supérieure et interne de la ıisse ; plus tard, elles se prolongèrent au-dessus de l'arcade urale, vers l'excavation du bassin ; l'examen du membre fit connaître qu'elles suivaient exactement la direction des vaisaux fémoraux ; en même temps on percevait par le toucher ı gonflement anormal suivant le trajet de la veine et de l'arre fémorale. La pression dans ces points rendait la sensation ınible plus aiguë et plus profonde. A part cela, ni rougeur es parties avoisinantes, ni engorgement extraordinaire des ıasses ganglionnaires du pli de l'aine. Peu à peu le membre tuméfia et atteignit en quelques jours un volume considéıble (trois fois le volume normal). Dans cet état le membre ait décoloré, d'un aspect pâteux, recevant et gardant facilement l'empreinte des doigts. Cet appareil de symptômes a pris naissance et s'est développé avec lenteur, sans qu'il y ait eu de fièvre ou d'autres accidens généraux remarquables.

Il nous paraît que dans ce cas le diagnostic était simple et facile ; il n'était pas possible de s'arrêter à l'idée d'un érysipèle ou d'un phlegmon du membre. L'inflammation qui envahit parfois les gros troncs artériels, donne lieu très rapidement à la gangrène pour peu quelle soit étendue, on ne pouvait non plus croire à une angéïo-leucite, soit profonde, soit superficielle du membre ; car dans les deux cas on eût constaté une douleur générale dans la région du pli de la cuisse où se réunissent les vaisseaux lymphatiques, et une tuméfaction des ganglions toujours facile à prévoir ; dans le second cas, on aurait eu de plus, le long du membre, des lignes noueuses et de couleur rosée, s'étendant sur tout le trajet des vaisseaux lymphatiques.

L'absence de réaction, la nature et le siége précisde la douleur ; la forme de l'empâtement suivant dans une certaine étendue les vaisseaux fémoraux, une sensation de nature particulière, comme si l'on percevait à travers les tissus la sensation d'un vaisseau dilaté par des caillots sanguins dépressibles et de consistance variée, l'œdème douloureux et général de toute l'étendue du membre pelvien, tous ces symptômes réunis devaient, en un mot, faire penser que l'on avait sous les yeux un sujet atteint d'un obstacle à la circulation veineuse de la cuisse, et par suite de cette altération désignée sous le nom assez impropre de *phlegmasia alba dolens*.

Sans contredit, l'inflammation a joué un rôle important dans la production et le développement de cette maladie. Il est hors de doute pour nous que l'apparition des accidens ordinaires de l'inflammation dans les tissus de la veine fémorale a donné lieu à l'épanchement de matière plastique qui, dans ces cas, apporte un obstacle à l'accumulation du sang, favorise la formation des caillots dans le point malade, et finit même souvent par oblitérer complètement le calibre du vaisseau. Du moins c'est ainsi que ce genre de lésion se produit dans la plupart des cas de phlébite non traumatique. Que l'inflammation ait occasionné dans cette portion malade de la veine, la production d'une certaine quantité de pus, ce produit morbide eût été ici séquestré par les caillots sanguins adhérens et isolés de la circulation générale. C'est sans doute l'observation de faits de ce genre, dit M. Blandin, qui a conduit M. P. Tessier à dire, dans sa théorie de la phlébite, que dans les cas de phlébite terminée par suppuration, la matière purulente n'était jamais libre et en rapport avec la circulation générale, mais bien isolée au moyen des caillots et des productions plastiques. Cette opinion de M. Tessier est vraie, mais à notre avis elle a un défaut, celui d'être générale. Certainement, il en est ainsi dans un grand nombre de phlébites, surtout dans les phlébites spontanées ; il en est ainsi dans le cas particulier dont nous parlons ici, mais dans un grand nombre de circonstances, et particulièrement lorsqu'il s'agit de phlébites traumatiques, le pus est malheureusement mal limité. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, nous avons amputé, il y a quelques jours, la cuisse à un malade cauché dans la salle St Jean. Cet homme mourut avec les accidens ordinaires de la résorption purulente, et nous trouvâmes une traînée de pus liquide dans la veine fémorale ; au-dessus venait une colonne de sang liquide. En continuant nos recherches, nous vîmes qu'une grosse veine collatérale venait s'aboucher un peu plus haut avec la veine fémorale malade, et mettait ainsi le foyer purulent en rapport avec la circulation générale.

Nous ne nous arrêterons pas à démontrer que la phlébite a été, dans le cas particulier qui nous occupe, le point de départ de l'œdème. Les travaux d'un grand nombre de pathologistes modernes, et notamment ceux de M. Bouillaud, ont suffisamment prouvé le rôle que jouent l'oblitération des veines et les obstacles à la circulation veineuse dans la production des œdèmes généraux ou circonscrits, des hydropisies, etc.

Au début nous avons combattu cette maladie par un traitement antiphlogistique local, énergique, ainsi : applications répétées de sangsues au pli ne l'aine et sur le point de la veine fémorale préssntent de la douleur et de l'empâtement ; compression méthodique sur le membre à partir des parties les plus déclives ; nous eûmes encore recours à la position du membre sur un plan incliné de haut en bas, du talon vers le tronc, afin de favoriser le retour empêché du sang des extrémités vers le centre.

Depuis quelques jours, les accidens inflammatoires étant disparus, et le volume du membre hypertrophié ayant été réduit en partie, nous avons prescrit l'emploi de frictions excitantes qui doivent rendre aux parties la tonicité qu'elles ont perdue.

Quel résultat doit-on attendre des effets de ce traitement et des changemens qui vont s'opérer successivement dans les parties malades ? Il est probable que les veines reprendront peu à peu leur perméabilité et que la circulation veineuse du membre se rétablira en tout ou en partie.

J'ai pu, dit M. Blandin, constater un grand nombre de terminaisons de cette nature, et notamment sur moi-même. Atteint d'un panaris de l'indicateur, j'ai été pris d'une phlébite de la veine basilique ; en même temps un vaste abcès se développa dans le creux de l'aisselle. Long-temps toute la veine malade resta imperméable au sang, et se présenta sous la forme d'un cordon noueux, dur et tellement tendu que l'extension du membre ne pouvait se faire sans occasionner des douleurs excessivement vives dans le trajet de ce vaisseau, et enfin devenir complétement impossible.

Un œdème assez prononcé occupait la main et l'avant-bras ; peu à peu, sous l'influence d'un traitement approprié, la tumeur de la veine cessa, et peu après les caillots disparurent et la circulation reprit son cours. Aujourd'hui ce vaisseau est perméable dans toute son étendue.

Récemment encore un malade couche dans nos salles s'est présenté à notre observation dans des conditions semblables.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié ; par J. Lisfranc.

(Premier volume.)

> Vasta vero, ut plurimùm solent esse, quæ inania :
> Solida contrahuntur maxime et in parvo sita sunt.
> (Bacon.)

Nous devions naturellement emprunter notre épigraphe au célèbre chancelier d'Angleterre, puisque M. Lisfranc s'est toujours rangé parmi ses fervens disciples, et semble même n'avoir publié aussi tardivement la collection de ses travaux les plus importans, que pour se conformer davantage aux préceptes du père de la philosophie expérimentale. En effet, s'il a résisté à l'impatience bien légitime du public médico-chirurgical, c'est qu'il a compris que, de toutes les sciences d'observation, celles qui ont pour but direct le soulagement de l'humanité, doivent posséder au degré le plus éminent les garanties si bien résumées par Bichat : lenteur dans la marche, solidité dans les principes, sûreté dans les résultats. Il ne s'est donc pas contenté d'interroger superficiellement la nature, et de surprendre ou deviner ses secrets ; mais il a soumis chacun de ses phénomènes au creuset de l'expérience et de l'observation, afin de pouvoir en tirer des conséquences qui présentassent l'autorité du dogme. Aussi ne doit-on pas s'attendre à trouver dans son œuvre une encyclopédie chirurgicale ; M. Lisfranc s'est modestement placé au sein des questions qu'il a créées ou notablement éclairées, et a mieux aimé exposer les résultats de sa longue pratique et de ses méditations, que se faire le compilateur, ou plutôt l'historien critique des travaux anciens et modernes. Cependant, nul n'était plus que lui apte à perfectionner une telle entreprise ; on eût aimé à voir ce révolutionnaire de la médecine opératoire prendre corps à corps la pathologie externe, et détrôner partout l'erreur avec la vigueur d'argumentation et l'indépendance qu'il a si fréquemment déployées contre elle dans cet ouvrage. Sans doute les travaux du professorat et les devoirs de la clientelle ne lui en ont pas laissé le temps, puisqu'il se contente d'exposer ses propres richesses dans quelques volumes bien substantiels, destinés à paraître d'une manière successive. La moisson sera encore assez belle, et, pour en donner une idée, il suffira d'initier le lecteur à quelques-unes des questions traitées dans ce volume, que nous allons parcourir en suivant l'ordre des matières.

Disons d'abord un mot de la préface, qui ne peut être passée sous silence, car elle est elle-même une œuvre remarquable de logique, et révèle l'homme tout entier. Après avoir démontré que les élèves doivent se livrer à l'observation clinique dès le commencement de leurs études, puisque « la clinique est le tronc commun sur lequel viennent s'enter toutes les branches des sciences médico-chirurgicales, auxquelles elle fait porter d'excellens fruits, » M. Lisfranc prouve, à l'aide d'argumens empruntés sommairement au reste de son livre, la connexion des diverses branches de l'art de guérir, l'appui qu'elles se prêtent mutuellement, et la nécessité de ne pas quitter la route de l'observation. « Tâchons, dit-il, de faire suivre à la médecine et à la chirurgie la voie tracée par les sciences physiques et chimiques..... Fière de sa logique et de ses véritables progrès, la médecine sera alors comptée au nombre des sciences exactes. »

L'auteur, au lieu d'entrer pompeusement en matière et d'aborder immédiatement une des grandes questions qui l'ont spécialement occupé, débute par des considérations sur la luette, comme pour indiquer que toutes les parties du corps humain doivent fixer l'attention de l'homme de l'art. Généralement sobre d'explications et d'érudition étrangère, il y a néanmoins recours avec discernement quand elles peuvent féconder son sujet. Ainsi, à l'occasion de la luette, il fait quelques emprunts d'anatomie transcendante à MM. Geoffroy-Saint-Hilaire et Serres, et rend hommage au système des analogues du premier et à la loi de symétrie organique du second.

M. Lisfranc a vu deux fois la luette constituée par un tubercule très court et fort volumineux, et a disséqué un cadavre où elle était mince comme un fil. Chez ces sujets, la voix n'avait point été altérée. Une dissection attentive lui a prouvé que l'ovule était alors uniquement constitué par la membrane muqueuse et par des follicules, et il regarde comme causes constantes de sa procidence son état bifide et l'absence des muscles palato-staphylins dans son épaisseur. La chute de la luette peut déterminer ou entretenir une inflammation de la gorge ; elle produit encore une sensation incommode qui provoque des nausées, et une toux très fatigante. De là des phlegmasies laryngées et pulmonaires et des irritations d'estomac, qu'on guérit par l'excision de la luette, lorsqu'on a lutté vainement contre l'inflammation aiguë ou chronique qui cause sa procidence. On combat l'inflammation aiguë à l'aide de la diète, des laxatifs, de la saignée, des pédiluves et des gargarismes émolliens si le malade n'éprouve pas de douleurs en se gargarisant. La luette est-elle affectée d'inflammation chronique ou d'engorgement séreux ? est-elle frappée de paralysie ? on porte sur elle avec une petite cuiller du poivre et du gingembre, ou on la cautérise légèrement avec le nitrate d'argent fondu. Si la procidence résiste à l'emploi de toutes les médications, il faut enlever l'organe, comme dans le cas où il est carcinomateux. Pour cela, le chirurgien saisit la luette de la main gauche à l'aide de pinces dont les mors sont fenêtrés et dentelés, et la porte en avant vers le côté droit de la bouche, de manière que les ciseaux puissent être placés dans cette cavité. L'organe malade est engagé entre leurs branches presque jusqu'à l'articulation, et facilement coupé d'un seul coup. Il faut ensuite combattre l'angine chronique, pour faire disparaître avec elle la raucité de la voix. Presque tous les auteurs conseillent de n'enlever que la moitié de la luette lorsque l'état pathologique ne s'étend pas au-delà : M. Lisfranc a souvent observé que cet appendice s'engorge, s'allonge de nouveau, et qu'on est obligé de l'exciser une seconde fois. Il préfère l'enlever complètement ; n'a jamais vu la voix et la parole être altérées après cette opération, et pense qu'on a eu tort d'avancer que la luette concourait à la formation de certains sons, et surtout à la prononciation de la lettre R. Cet organe serait destiné, selon M. Lisfranc, à prévenir le pharynx de l'arrivee des alimens, et à empêcher les mucosités nasales de tomber dans le larynx, et son ablation complète n'a que le léger inconvénient de permettre à ces dernières d'y arriver plus facilement.

Ce canevas de l'un des points que l'auteur a traités avec le moins de prédilection indique suffisamment combien il sait rendre solidaires toutes les branches médicales, et faire contribuer à propos l'anatomie philosophique et descriptive, la pathologie, la physiologie, etc. Cette conviction devient plus entière à mesure qu'on pénètre dans ce livre, où l'alliance de la médecine et de la chirurgie est établie sur des bases inébranlables, les descriptions de médecine opératoire faites avec clarté et concision, et la thérapeutique exposée dans tous ses détails pratiques, car l'auteur ne perd pas de vue que le véritable but de notre art est le soulagement ou la guérison des malades. Cette dernière part accordée à l'éloge, que les faits ramènent toujours sous notre plume, nous allons passer une simple revue des matières, puisque la critique trouve si peu à s'exercer.

Le second article aurait besoin d'être médité par beaucoup de praticiens, car il est consacré à l'application des sangsues suivant les localités. « S'abstenir autant que possible de les placer sur des parties habituellement découvertes.... Chez les enfans et les femmes dont la peau est très fine, éviter le trajet des grosses veines, dans la crainte d'une hémorrhagie difficile à arrêter. » On sait combien il importe généralement dans l'exercice de la clientelle de ne point oublier le premier de ces préceptes, et je me garderai bien de le taxer de futilité,

dans la crainte d'exciter le courroux de la plus coquette moitié du genre humain. Quant à la seconde proposition, tant de faits déplorables parlent en sa faveur, qu'on doit s'empresser de lui servir d'écho. Je pense même qu'on ne saurait trop exagérer les précautions, et je pourrais citer en témoignage l'une de mes plus juvéniles et plus chères clientes, ainsi qu'un fait tragique dont j'ai été témoin durant mon internat à l'hôpital des Enfans malades. Mais continuons à puiser quelques avertissemens sacramentels dans le texte de l'article que j'ai sous les yeux. « Lorsqu'on applique les sangsues sur la face, elles y produisent souvent de l'œdème et même un érysipèle... On prescrit souvent les sangsues sur l'épigastre, et fréquemment on en place sur les cartilages des côtes; leur mobilité fait couler beaucoup de sang, surtout chez les enfans... Si l'on met des sangsues sur des parties pourvues de beaucoup d'embonpoint, les petites plaies fournissent presque toujours peu de sang, et il survient une congestion... (1) Ne mettez pas de sangsues sur les points où existent beaucoup de nerfs sous-cutanés, parce que la douleur est plus vive; ainsi, ne placez pas de sangsues sur le dos de la main ou du pied, et préférez la région postérieure et inférieure de l'avant-bras, et la partie supérieure et externe de la jambe; choisissez aussi, pour le même motif, la région dorsale de l'avant-bras préférablement à la région palmaire... L'application des sangsues sur le scrotum, sur le prépuce, sur la peau de la verge est excessivement douloureuse, et produit quelquefois la gangrène; nous en connaissons des exemples, nous savons qu'ils sont rares, mais ils ne doivent pas moins faire établir le précepte de placer les sangsues au-dessus des bourses, sur le trajet du cordon testiculaire. Je me suis convaincu qu'ici elles réussissent aussi bien qu'ailleurs... N'appliquez pas les sangsues sur la partie inférieure de la jambe, car les morsures peuvent se convertir en ulcères... Ne les posez pas sur les points enflammés... sur les tissus cancéreux... œdémateux... érysipélateux... ecchymosés... sur le siége d'une fracture récente... sur une hernie étranglée... sur le col de l'utérus... parce que... parce que... Je m'arrête, faute d'espace, pour rapporter toutes les maximes et les explications destinées à résumer ce sujet plus utile que brillant, et qui eût été dédaigné par beaucoup de chirurgiens superficiels.

Décidément M. Lisfranc montre une incurable prédilection pour les questions qui intéressent le plus directement la thérapeutique, car voici encore des *considérations sur les évacuations sanguines en général.* A la vérité les praticiens seront disposés à tolérer les indications suivantes: « Les organes parenchymateux étant plus spécialement sous l'influence de la circulation des gros vaisseaux, la saignée générale est préférable lorsqu'ils sont affectés de phlegmasie. L'expérience, qui a sanctionné cette proposition, a prouvé, au contraire, que les évacuations sanguines locales étaient plus avantageuses contre les inflammations des tissus membraneux soumis plus particulièrement à la circulation capillaire... On supporte beaucoup moins, en général, les évacuations sanguines dans l'état de santé que si l'on est affecté de phlegmasie... Les inflammations résistent d'autant moins aux émissions sanguines, qu'on les attaque à une époque plus rapprochée de leur début... Lorsqu'une phlegmasie abdominale date de quelques jours, et qu'elle a résisté à plusieurs applications de sangsues, on doit cesser de recourir à ces dernières. » Cette indication est basée sur ce que les phlegmasies abdominales sont celles qui revêtent le plus souvent la forme adynamique, sous l'influence probable d'une infection déterminée par l'absorption des produits méphitiques contenus dans le tube intestinal; or, les expériences de M. Magendie ont prouvé que les émissions sanguines rendent l'absorption plus active. S'il y a unanimité pour accepter de telles propositions, il n'en est pas de même d'une conception chérie de M. Lisfranc, je veux parler des saignées révulsives de 90 à 100 grammes pratiquées aux membres supérieurs. Tout le monde sait que ce chirurgien a imaginé de traiter, à l'aide de ces petites saignées, les lésions chroniques de l'utérus accompagnées de douleur, de pesanteur, de sensation, de chaleur assez développée et fort incommode, et qu'il prétend amender les affections de matrice à l'aide de ces évacuations sanguines qui déterminent presque toujours des maux de tête, de la gêne dans la respiration, et des palpitations de cœur. A l'appui de son opinion, M. Lisfranc rapporte les phénomènes présentés dans son service par onze femmes atteintes d'affection de l'utérus, et chez lesquelles on pratiqua, le même jour, une saignée au bras de 120 grammes (une palette). Ce document est emprunté à la thèse de M. Pasquet, élève des hôpitaux de Lyon, qu'une phthisie pulmonaire vient d'enlever prématurément à l'estime et à l'affection de ses nombreux amis.

Voici les conclusions auxquelles ce médecin a été conduit: « Ces faits, je le sais bien, ne sont pas nouveaux; M. Lisfranc les a répétés assez souvent pour que tout le monde sache que généralement ils confirment un résultat sensiblement identique; savoir: que dans les maladies de l'utérus, une petite saignée au bras paraît congestionner les parties supérieures du corps, en même temps que l'excitation de la matrice en est d'autant diminuée, ce qui explique les succès qu'on obtient par cette méthode dans les engorgemens chroniques de cet organe. »

A mon tour je dois me faire le champion de cette doctrine sans craindre le reproche de témérité et de partialité, puisque j'ai eu besoin d'être converti par les faits pendant mon internat dans le service de M. Lisfranc, auprès duquel je n'ai d'ailleurs obtenu qu'un succès d'estime. Lorsque je fus attaché par ce chirurgien à la salle Saint-Augustin, spécialement consacrée aux maladies du sein et de l'utérus, une prévention hostile m'avait gagné comme bien d'autres, et j'étais armé de pied en cap contre toute interprétation élastique des faits. Il a bien fallu me rendre à l'évidence, et j'ai sous les yeux les preuves de la lutte et de ma défaite; car je n'ai pas voulu écrire ces lignes sans dépouiller encare les observations et les statistiques que j'ai recueillies auprès de malades dont l'état pathologique m'était bien connu. Depuis cette époque, j'ai dû quelques succès aux saignées révulsives, et j'en citerais une preuve récente, si je ne préférais emprunter à M. Lisfranc la dernière lance que je veuille rompre ici en faveur de sa méthode. C'était en 1837; j avais assisté mon chef de service pans une amputation du col de l'utérus, accompagnée d'une effrayante hémorrhagie qu'on eut beaucoup de peine à maîtriser. Pendant le reste du jour on fut inquiété par des syncopes fréquentes, et le pouls resta filiforme. La première nuit qui suivit l'opération, la malade, que j'étais chargé de veiller, accusa de vives douleurs dans la région inférieure du ventre, qui était douloureux à la pression; je craignis l'invasion d'une péritonite, et, trouvant le pouls un peu relevé, je pratiquai une saignée au bras de 60 à 80 grammes, qui fit disparaître les souffrances comme par l'effet d'un charme. La nuit suivante semblables douleurs, nouvelle saignée, même succès. Enfin ces phénomènes se reproduisirent plusieurs fois avec des résultats analogues jusqu'à la guérison de la maladie. J'ignore s'il y a eu récidive du cancer utérin.

Je ne dirai rien de l'application du stétoscope au diagnostic des fractures et de quelques autres maladies chirurgicales, parce que les idées de M. Lisfranc sur ce point ont été recueillies et popularisées dans un ouvrage qui se trouve entre les mains de tout le monde, je veux parler de l'excellent Traité de MM. Barth et Roger sur l'auscultation et la percussion en général.

Dans les considérations sur les fractures et leur traitement, l'auteur établit, sur des faits qui lui sont généralement propres, l'existence des fractures incomplètes des os longs, des fractures longitudinales, l'enfoncement des os sans fracture, le danger d'appliquer l'appareil immédiatement après la fracture, même lorsque la fracture est très simple, à moins de le surveiller alors attentivement, afin de prévenir la gangrène; aussi, quand la fracture est un peu compliquée, ne place-t-il l'appareil que le cinquième ou sixième jour. Il trace ensuite les règles du traitement à la fois médical et chirurgical que réclament les fractures simples ou compliquées. On y trouve le conseil de ne pas continuer la diète absolue lorsque la matière purulente commence à être sécrétée, parce que le malade vit alors de sa propre substance, de là une résorption plus facile du pus. Dans les fractures avec solution de continuité des parties molles, il faut avoir soin de donner issue au pus; car sa rétention, même en petite quantité, peut déterminer de graves accidens. Il ne faut pas extraire les esquilles lsrsqu'elles sont un peu volumineuses et adhèrent encore aux partes molles; car elles peuvent se cicatriser avec l'os dont elles ont été entièrement détachées. On devrait renoncer à leur extraction, s'il fallait pratiquer des incisions très étendues en surface et en profondeur. M. Lisfranc discute ensuite les avantages et les inconvéniens du bandage amidonné, auquel il se montre généralement peu favorable, quoiqu'il saisisse avec empressement l'occasion de payer un juste tribut d'éloges aux travaux ingénieux de M. Seutin.

La répugnance de M. Lisfranc contre ce traitement serait plus grande encore, s'il avait vu, comme moi, en 1834, à l'Hôtel-Dieu, une fracture simple de la cuisse n'offrir pas même un commencement de consolidation à l'époque ordinaire de la guérison, et un autre malade qui offrait une fracture des deux os de la jambe avec issue des fragmens, éprouver des douleurs tellement atroces la première nuit qui suivit l'application du bandage amidonné que, dans le délire de la souffrance, il frappa à grands coups de pot d'étain sur son membre emprisonné, et arracha violemment les pièces de l'appareil. L'amputation ayant été jugée indispensable, ce malheureux l'accepta trop trard et succomba.

Le chapitre réservé aux cancers superficiels qu'on croyait profonds a été traité avec soin: on voit que ce point de chirurgie est un des enfans chéris de l'auteur. Les observations y sont réduites à leur plus simple expression, à la façon de J.-L. Petit, et l'interprétation des faits si contractée, qu'elle n'est pas plus susceptible d'analyse que les aphorismes d'Hippocrate ou de Boerhaave, les pensées de Pascal ou les maximes de Larochefoucauld.

A ceux qui ont besoin de faire de la controverse avec M. Lisfranc, je recommande surtout ses considérations sur le cancer. C'est en vain qu'il proteste contre la contagion et l'inoculation de l'ichor cancéreux, et qu'il émet la désolante vérité que « sur quelque tissu que siége le cancer, de quelque espèce qu'il soit, on n'est jamais sûr, après l'avoir enlevé, de sa non-récidive. » On ne lui pardonnera pas son hypothèse sur l'analogie des tubercules cancéreun avec les tubercules ordinaires, sur la production du cancer par irritation externe, etc. Quant à nous, malgré notre respect pour M. Lisfranc, nous demandons qu'il soit convaincu d'hérésie, et même frappé d'excommunication.

Nous sommes déjà forcé d'interrompre cette analyse, quoique nous n'ayons encore rien dit de la pustule maligne, de l'entorse, des tumeurs blanches des articulations, de la ligature des artères, de l'ophthalmie nerveuse, des règles générales pour l'extirpation des tumeurs et les désarticulations, et des autres questions neuves par le fond et la forme, qui se généralisent sous la plume de l'auteur en autant d'aphorismes. Cependant la tâche nous était légère, et nous désirions procurer au lecteur savoir et plaisir, en l'entraînant avec nous dans une simple reconnaissance des autres routes que l'auteur a tracées, élargies ou aplanies.

Mais qu'est-il besoin d'éveiller l'intérêt des praticiens? Les œuvres de M. Lisfranc se recommandent assez par le nom de leur auteur, et personne n'ignore quelle rigoureuse impulsion il a imprimée à la pathologie externe et à la médecine opératoire. Dirons-nous qu'il a su faire passer dans son style la précision et la chaleur de son langage? Ajouterons-nous qu'on y trouve à regret quelques traces d'ardentes philippiques? Peut-être vaudrait-il mieux oublier de fréquentes injustices dont la passion fait souvent tous les frais, et se réfugier dans la certitude d'avoir restreint l'empire de la maladie et de la douleur! Mais le vigoureux athlète de la Pitié n'est pas une de ces natures résignées au *sic vos non vobis* de Virgile, et se laisse déborder par son tempérament énergique lorsqu'il s'agit d'établir aux yeux de ses contemporains l'authenticité de ses travaux, ou de les soumettre au jugement de la postérité. Toutefois, les boutades de l'homme offensé ou méconnu ne font que dissimuler le chirurgien généreux. Il en est de même de cette publication sous un autre point de vue; elle proclame le praticien expérimenté, mais elle ne peut traduire entièrement l'opérateur habile, le chirurgien ingénieux et fécond, et l'entraînant professeur.

Nous n'y avons pu retrouver ses ressources improvisées dans les occasions critiques, son attitude quand il faut ramener, en présence de l'humanité souffrante, les élèves à la dignité de l'art, la sagacité avec laquelle il révèle et justifie ses diagnostics et pronostics, ses efforts pour soustraire le malade à une opération sanglante et douloureuse, et obtenir ainsi le plus beau et le plus doux des triomphes, la persévérance de son dévouement jusqu'au dernier jour de la malade, et enfin sa parole originale et captivant l'attention de son auditoire. Malgré de telles lacunes impossibles à remplir, cet ouvrage sera étudié et médité par tous les praticiens, et ils apprendront avec joie que ce n'est pas le dernier mot du maître, et que plusieurs volumes successivement publiés renfermeront ses travaux en pathologie et en médecine opératoire. C'est le meilleur souhait de nouvelle année que nous puissions former pour ses lecteurs.

D[r] H. Dugast.

(1) Quatre ou six sangsues dont on laisse peu saigner les morsures, produisent beaucoup plus souvent l'érysipèle que si l'on en mettait en usage une vingtaine...

Des écoulemens particuliers aux femmes, et plus spécialement de ceux qui sont causés par une maladie du col de la matrice; par M. J.-F.-A. Troussel. — Broch. in-8°.

Monographie très bien faite sur ce sujet important de pratique. L'auteur n'a pas eu la prétention de rien dire de nouveau, mais de résumer en 120 pages l'état actuel de nos connaissances sur les affections qui produisent les écoulemens chez les femmes, et d'exposer les ressources thérapeutiques qui conviennent aux cas particuliers. Cette exposition est faite avec une saine critique, et les observations propres à l'auteur qui terminent ce travail dénotent un praticien prudent et éclairé. Cette brochure renferme tout ce qu'il faut nécessairement savoir pour se guider dans le traitement de ces affections fréquentes, et elle sera utile à ceux qui n'ont pas le temps de lire de gros livres.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le platine considéré comme agent physiologique et thérapeutique.

D'après M. le docteur Ferd. Hoefer, les chlorures de platine sont toxiques; le per-chlorure l'est à la dose d'un gramme (vingt grains), le chloro-platinate de sodium à celle de deux grammes (demi-gros). D'ailleurs, ils le sont à un moindre degré que le chlorure d'or et le bi-chlorure de mercure (sublimé corrosif). Suivant cet observateur, le perchlorure de potasse en dissolution concentrée produit sur la peau de vives démangeaisons suivies d'une légère éruption au point où l'application a été faite. Pris intérieurement, il irrite d'abord la membrane muqueuse de l'estomac, occasionne la céphalalgie, réagit sur les centres nerveux et exerce par cet intermédiaire une action particulière, altérante, sur les liquides de l'économie. Le chloro-platinate de sodium ne produit pas d'irritation locale sur la peau; porté dans les voies digestives, il ne réagit pas sur les centres nerveux d'une manière aussi sensible que le per-chlorure simple, mais il augmente plus particulièrement la sécrétion urinaire.

Le per-chlorure de platine paraît être un remède très efficace dans le traitement des maladies syphilitiques, et spécialement de celles qui sont anciennes, invétérées, autrement dites constitutionnelles. Le chloro-platinate de sodium paraît, au contraire, convenir beaucoup mieux dans le traitement des maladies syphilitiques récentes; il se montre également efficace pour combattre les affections rhumatismales.

Enfin, le platine doit être rangé dans la classe des médicamens dits altérans, à côté de l'or, de l'iode et de l'arsenic. Il diffère du mercure en ce qu'il agit après une excitation préalable, et que son administration n'entraîne aucun des accidens qu'on reproche avec tant de raison au mercure. Les sels d'or, qui paraissent être vénéneux à des doses beaucoup moins élevées que les sels de platine, ne sont efficaces, suivant les auteurs, que dans certains cas de syphilis constitutionnelle.

M. Hoefer qui, en raison de tous ces divers motifs, regarde le platine comme un médicament altérant de beaucoup préférable au mercure et à l'or, l'emploie sous les formes et aux doses suivantes:

1° *Potion platinique.*

Pr. Perchlorure de platine sec, 10 centigrammes.
Potion gommeuse du Codex, 180 grammes.
M. et *F. S. A.*

Pour une potion à prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

2° *Pommade platinique.*

Pr. Axonge, 30 grammes.
Perchlorure de platine, 1 gramme.
Extrait de belladone, 2 grammes.
M. et *P. S. A.*

Pour une pommade qu'on fera servir au pansement des ulcères indolens en l'appliquant à l'aide de compresses fines ou de bandelettes qui en seront légèrement enduites.

3° *Pilules platiniques.*

Pr. Perchlorure de platine, 5 décigrammes.
Extrait de gayac, 4 grammes.
Poudre de réglisse, *Q. S.*

M. et *F. S. A.* une masse parfaitement homogène divisée en vingt pilules bien égales, que l'on administrera à la dose d'une, deux, trois et même quatre, matin et soir.

4° *Potion de chloro-platinate de sodium.*

Pr. Perchlorure de platine, 3 décigrammes.
Chlorure de sodium tout à fait exempt de sels de potasse, 5 décigrammes.
Potion gommeuse du Codex, 200 grammes.
M. et *F. S. A.*

Pour une potion à prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

5° *Injection de chloro-platinate de sodium.*

Pr. Chloro-platinate de sodium cristall., 2 grammes.
Décoction de têtes de pavots, 250 grammes.
M. et *F. S. A.*

On prépare le bichlorure ou perchlorure de platine dans de l'eau régale en évaporant la dissolution jusqu'à siccité. On doit opérer à très douce chaleur; car autrement on décomposerait le bichlorure et on n'obtiendrait que du protochlorure ou même du platine réduit.

Le bichlorure platinique en dissolution concentrée ou à l'état solide est d'un rouge intense; il est très déliquescent, très soluble dans l'eau, soluble aussi dans l'alcool.

Le chloro-platine de sodium s'obtient en dissolvant dans l'eau le bichlorure de platine et le chlorure de sodium très pur en proportions convenables, en évaporant et en faisant cristalliser la dissolution. Il est soluble dans l'eau et dans l'alcool, et cristallise en beaux prismes transparens d'un jaune intense.

Les assertions de M. Hoefer, qui toutes sont fondées sur des recherches expérimentales faites par ce médecin, paraissent importantes et permettent d'espérer que la médecine trouvera dans les médicamens platiniques une arme nouvelle et puissante pour combattre les affections syphilitiques. Toutefois, il est bon de remarquer qu'elles ne s'appuient encore que sur des expériences peu nombreuses, et qu'elles réclament par conséquent le contrôle judicieux des praticiens avant d'être définitivement adoptées: c'est d'ailleurs une manière de voir que M. Hoefer partage lui-même. (*Journ. de Pharmacie*, 1844.)

A partir du mois de ce jour, une nouvelle et importante amélioration sera faite dans la publication du Journal. Aux numéros qui paraîtront vers le 1[er] et le 15 de chaque mois, sera joint un supplément de quatre pages, ayant le format et l'étendue d'un numéro ordinaire. Ces deux numéros supplémentaires, composés chacun de 12 colonnes, en tout 24 colonnes par mois, contiendront la matière de 10 feuilles environ (160 pages) d'impression des in-8° ordinaires, et seront exclusivement consacrés à la revue analytique et complète de tous les journaux de médecine français et étrangers. Ainsi, dans le courant de l'année, sans empiéter en aucune manière sur les colonnes habituelles du Journal, il sera consacré à ce travail d'un si hant intérêt pratique, la valeur de 120 feuilles d'impression, ce qui équivaut à 4 volumes in-8°. C'est assez pour être complet, et pour qu'il n'échappe rien d'essentiel et d'utile. Outre les deux supplémens mensuels réguliers, toutes les fois que l'intérêt de la science l'exigera, il sera donné des supplémens plus ou moins étendus. Le prix du Journal restera le même.

SUPPLÉMENT.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
(Décembre 1841.)

I. *Mémoire sur l'appréciation de la myotomie appliquée au traitement des déviations latérales de l'épine, lu à l'Académie des Sciences le 12 juillet 1841, par* M. Bouvier (1re partie).

M. Bouvier considère la ténotomie, telle qu'on l'emploie de nos jours, comme une des plus belles acquisitions de la chirurgie moderne. Il croit cependant devoir lui imposer des limites. Il est des difformités, dit-il, qui échapperont à jamais à son action, quelques efforts que l'onfasse pour les soumettre à un principe qu'elles répudient. Telle est la déviation latérale de l'épine l'on a voulu assimiler, dans ces derniers temps, aux pieds bots, aux contractures des membres, du cou, etc., et à laquelle on a proposé le même moyen curatif, la section des muscles. Ce mémoire a pour objet de montrer tout ce qu'il y a d'erroné, en théorie, dans cette application irréfléchie de la myotomie; tout ce qu'il y a d'illusoire, en pratique, dans les effets qu'on lui a attribués.

M. Bouvier a divisé son travail en deux parties : Dans la première, il présente les faits d'anatomie pathologique qui établissent, suivant lui, l'inopportunité de la section des muscles du dos dans les déviations latérales du rachis; c'est celle que nous avons à faire connaître; dans la seconde partie qui paraîtra dans le prochain numéro des Annales, l'auteur exposera les faits étiologiques et cliniques qui complètent cette démonstration.

Faits anatomo-pathologiques. Pour que la section des muscles soit indiquée dans une difformité; il faut que cette difformité dépende uniquement ou en partie de la contracture permanente des muscles situés au côté rentrant des angles et des courbes formés par les os. Or, les choses ne se passent point ainsi dans les déviations latérales de l'épine. La contracture des muscles du dos est une affection fort rare. La déviation latérale de l'épine, que M. Bouvier appelle *déviation vertébrale essentielle*, constitue, au point de vue anatomique, un état totalement différent de la déviation des membres par inégalité de longueur des muscles, soit que l'on ait égard aux altérations du système osseux, soit que l'on envisage particulièrement les lésions du système musculaire.

1° *Système osseux*. Dans le torticolis musculaire ancien, dans les pieds-bots, dans les difformités enfin par brièveté anormale de certains muscles, les os deviés n'ont fait que glisser dans leurs articulations respectives, leur affaissement dans le lieu de leur pression réciproque ne se manifeste que tardivement et ne constitue généralement qu'une cause secondaire de la déviation. Or, dans les déviations latérales essentielles du rachis, les choses se passent tout autrement. Ici la difformité n'est nullement produite par le glissement des facettes correspondantes des apophyses vertébrales; il ne s'agit plus d'une simple irrégularité dans les rapports réciproques des surfaces articulaires des vertèbres; ces surfaces se correspondent d'une vertèbre à l'autre aussi exactement que dans un rachis bien conformé; elles ne font que se rapprocher les unes des autres du côté concave des courbures, par suite de l'affaissement d'une des moitiés latérales des vertèbres et des ligamens inter-vertébraux. Dans tous les cas, M. Bouvier a obtenu cet affaissement; quelque légère et quelque récente que fût la déviation, toujours il a observé une ou plusieurs vertèbres présenter, dans le sens de la concavité, une diminution de hauteur portant sur le ir corps, sur la masse apophysaire correspondante ou sur ces deux parties à la fois.

Le phénomène de la *torsion*, inhérent dès le principe à toute déviation latérale essentielle du rachis, n'est pas plus que la courbure elle-même un résultat de glissement analogue au mouvement normal des vertèbres. Cette torsion n'est pas le produit d'une rotation mécanique de ce col autour de leur axe vertical; elle dépend manifestement d'une déformation des vertèbres qui se rattache, de même que l'affaissement vertical, à leur défaut de développement du côté correspondant à la concavité de la courbure.

Leur corps se déprime latéralement et s'efface peu à peu dans ce sens, etc.

La déformation de l'épine qui produit sa torsion est, comme l'affaissement vertical, un phénomène primitif de ses courbures latérales. Ces deux genres de déformation, effet constant d'une même cause, constituent un fait unique, qui consiste dans l'inégalité de développement, *en tous sens*, des deux côtés des vertèbres affectées.

Les mouvemens articulaires de l'épine n'ont d'autre rôle dans la formation de ses courbures accidentelles, que de les préparer dans certains cas, et de les exagérer lorsqu'elles existent, en y ajoutant l'inclinaison passagère des vertèbres dans le sens de la déviation. Il n'y a donc point d'analogie entre l'état du système osseux, dans le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine, et la disposition de ce système dans les contractures musculaires qui altèrent la mobilité et les rapports des articulations.

2° *Système musculaire*. Les difformités avec contracture musculaire forment deux classes relativement à la part qui revient aux muscles dans la résistance des articulations affectées : tantôt l'obstacle au mouvement des os est constitué uniquement par les muscles, ce sont les difformités par *contracture simple;* tantôt l'obstacle dépend et de la tension des muscles et de la disposition des ligamens et des os eux-mêmes, de telle sorte que la division des muscles recule les limites du mouvement, mais sans restituer *à* celui-ci toute son étendue : ce sont les difformités par *contracture compliquée*.

La déviation essentielle du rachis ne peut pas plus être placée dans la première que dans la seconde catégorie. Pour le prouver, M. Bouvier a fait une foule d'expériences, et en rapporte plusieurs dans son travail. La présence des muscles, dit-il, n'ajoute rien à la déviation, n'ôte rien à la mobilité des vertèbres, qui s'exerce tout entière sans atteindre les limites de l'extensibilité de ces organes, dans lesquels il ne se manifeste point de tension lors des mouvemens produits et dont la section n'augmente en rien l'étendue de ces mouvemens. Il est bien vrai que les muscles de l'épine finissent par perdre de leur longueur du côté concave des courbures; mais ce raccourcissement consécutif est toujours moindre que celui de la colonne elle-même, qui n'est nullement bridée par des fibres musculaires encore trop longues pour l'espace qu'elles occupent. La preuve de ces faits est facile à vérifier sur les cadavres de sujets gibbeux. J'ai soumis des rachis déviés à des efforts considérables tendant à mouvoir les vertèbres dans un sens contraire à leur inclinaison anormale et à redresser les courbures; les muscles sont restés mous et flasques, malgré l'extension qu'ils subissaient, parce que leur excès de longueur, relativement au côté correspondant de la colonne, les laissait dans le relâchement. J'ai divisé ces muscles; la mobilité des vertèbres n'a pas varié; la résistance des courbures n'a point été modifiée, parce qu'elle était ailleurs que dans les muscles; parce qu'elle résidait dans la charpente même du rachis.

M. Bouvier termine la première partie de son mémoire par les deux propositions suivantes, qu'il regarde comme rigoureusement démontrées par les seuls faits anatomiques :

1° La section des muscles du dos est absolument sans objet, et ne peut être suivie d'aucun résultat utile dans les gibbosités produites par la courbure latérale de l'épine.

2° Le traitement de cet ordre de difformités ne peut avoir pour but que de remédier au raccourcissement du côté concave de la colonne épinière, les muscles conservant toujours assez de longueur pour ne point opposer de résistance au redressement.

Nous avons dit que le mémoire de M. Bouvier a été lu à l'Académie des sciences le 12 juillet 1841. M. J. Guérin ne pouvait point tarder de faire une réponse à ce travail. Le 16 août suivant ce chirurgien lut devant la même assemblée un mémoire qui fit une vive impression. Ce mémoire devant être publié très prochainement dans la *Gazette médicale*, nous nous réservons d'en donner l'analyse dans notre prochaine revue. Nos lecteurs pourront ainsi juger par eux-mêmes le débat qui s'agite depuis quelque temps entre ces deux chirurgiens.

II. *Priapisme spontané, persistance de l'érection pendant* 30 *heures. Rétention d'urine; traitement énergique. Guérison, par M.* Demeaux, *interne des hôpitaux.*

M....., âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, n'a pas vu de femmes depuis trois mois; durant cet intervalle il a eu fréquemment des pollutions, souvent aussi il a eu des érections, mais de courte durée et sans douleur. Le 10 septembre il couche avec une femme; l'érection ne se manifeste qu'après une heure et à l'aide d'excitations manuelles. Après un premier coït, l'érection persiste; il le renouvelle une demi-heure après; l'éjaculation arrive promptement; mais l'érection continue et l'éjaculation se répète plusieurs fois dans la nuit sans les approches de la femme. A quatre heures du matin l'érection devient douloureuse; croyant y mettre un terme, M..... renouvelle le coït qui lui fait éprouver les douleurs les plus vives; le périnée est tendu et douloureux, une cuisson extrême se manifeste le long de l'urètre. Le malade se découvre et s'asperge d'eau froide; à huit heures le besoin d'uriner se fait sentir; une demi-heure après il prend un bain dans lequel il reste jusqu'à dix heures. Les douleurs deviennent de plus en plus vives : il survient de temps à autre un spasme général.

A trois heures, M. Demeaux est appelé. Le pénis est fortement développé et a la dureté du bois. Le gland est violacé. Le prépuce, fortement ramené en arrière, forme comme une bride vers le milieu de la verge. Le scrotum, très plissé, applique les testicules contre les anneaux. Le moindre contact du pénis ou du scrotum détermine une sensation de chaleur douloureuse. Le bulbe est tuméfié au point de former, dans la profondeur du périnée, une tumeur dure et du volume d'un œuf. Il y a pressant besoin d'uriner, et la vessie fait saillie à l'hypogastre. L'émission des urines est impossible.

A ces phénomènes locaux se joignent un grand affaissement moral et une prostration considérable des forces; la peau du malade est brûlante et couverte de sueur; le pouls plein, dur et fréquent (110), la respiration précipitée. Il existe presque constamment des soubresauts des tendons, et de temps à autre un spasme général accompagné d'éjaculation.

M. Demeaux ordonne une saignée de quatre palettes. Un quart d'heure après la saignée, il prescrit une bain de siége froid, et après le bain un quart de lavement avec 4 grammes camphre, et fait placer entre les cuisses une vessie de glace pilée.

Cinq heures du soir. — L'état local est le même; l'état général est plus rassurant; M. Demeaux essaie d'une compression légère pour diminuer la tension de la verge, mais les douleurs qu'elle fait éprouver au malade l'obligent d'y renoncer. Les éjaculations ont cessé. Le besoin d'uriner devient de plus en plus pressant. Continuation des topiques froids; potion avec 50 centigrammes de camphre. Si l'érection ne cesse pas dans quelques heures, 15 sangsues au périnée.

Onze heures du soir. — Les sangsues ont été appliquées; leurs piqûres ont ramené les spasmes et les éjaculations. La vessie fait saillie à l'hypogastre; la plus légère pression y est très pénible. Le pouls est toujours dur et fréquent, la peau brûlante. Le malade ressent des douleurs sourdes, mais intenses, jusque dans la région des reins. Une violente céphalalgie s'est ajoutée aux autres phénomènes; elle est telle que le moindre bruit provoque des cris plaintifs. La prostration des forces et l'abattement moral sont extrêmes. Nouvelle application de 15 sangsues avec prescription de les renouveler chaque fois quand elles seront tombées.

12. Six heures du matin. — Soixante sangsues ont été appliquées en quatre fois, et ont donné lieu à un écoulement de sang considérable. Vers deux heures, le pénis s'est légèrement affaissé; à trois heures le malade a été mis dans un bain de siége à la température ambiante; dix minutes après il a pu uriner. Le moral est complétement relevé; l'état local est meilleur; le malade urine avec assez de facilité, mais avec de vives douleurs. Repos absolu, topiques émolliens sur les organes génitaux, lavement purgatif, potion avec 60 grammes de sirop de pavot blanc, limonade citrique pour boisson.

Midi. — Le malade a dormi deux heures, il est calme et n'éprouve aucune douleur.

Pendant toute la journée le mieux persévère, et la maladie marche évidemment vers la guérison. Trois jours après la guérison est assurée, et le malade quitte Paris.

III. *Section du tendon d'Achille, à la suite de l'amputation partielle du pied*, par M. Hipp. Larrey.

Le sujet sur lequel a été pratiquée cette opération a été présenté à l'Académie de médecine, le mois de novembre dernier. Nous avons donné à cette époque le résumé de cette observation.

IV. *Plaies des intestins* (traitement de M. Jobert), par M. Dechant *interne des hôpitaux.*

Ce travail renferme six observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, recueillies dans le service de M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis. Nous passerons sous silence ces observations; nous nous bornerons à mentionner la thérapeutique à laquelle M. Jobert soumet les malades atteints de ces blessures, thérapeutique que M. Dechant a clairement exposée.

La première condition de traitement, c'est l'immobilité. Lorsqu'on a affaire à un blessé qui offre une plaie pénétrante de l'abdomen, qu'on pense que l'intestin est lésé, mais seulement dans une petite étendue (1 à 3 centimètres), il faut laisser le malade se blottir instinctivement, et lui recommander de garder cette position le plus possible.

Si l'accident arrive peu de temps après le repas, il faut attendre les vomissemens : on pourra les aider avec quelques gorgées d'eau tiède, jusqu'à ce qu'ils ne soient plus chargés de matières alimentaires; alors on donnera quelques cuillerées d'infusion de tilleul, et enfin une potion calmante.

La constipation survient naturellement; il faut l'entretenir et la favoriser; quand la maladie suit une bonne marche, que l'on pense que la cicatrisation est opérée, on permettra au malade d'aller à la selle, on lui donnera un lavement pour prévenir les efforts. Si dix ou douze jours s'étaient écoulés, et que le lavement fut insuffisant, on pourrait avoir recours à un purgatif.

La soif est un symptôme de tous les accidens où il y a eu une vive émotion, où il y a eu perte de sang abondante; où il survient de la fièvre. Si l'on considère qu'elle devient promptement supplice, qu'elle cause de l'agitation, et si l'on admet, avec la plupart des physiologistes que les liquides sont absorbés en presque totalité dans l'estomac, sans descendre dans l'intestin, on accordera à ces blessés des boissons, avec modération sans doute, mais suffisamment. On choisira de préférence une tisane qui désaltère, telle que la limonade.

La saignée de précaution, aussitôt que le pouls s'est relevé, est en général de règle. On la répétera, on multipliera les applications de sangsues, on aura recours aux calmans; enfin, le traitement sera celui de la péritonite aiguë, quand cette inflammation redoutable surviendra.

Pour ce qui regarde les plaies des parois de l'abdomen et de l'intestin nous pensons que lorsqu'elless ont étroites ou situées dans les régions lombaires, qu'elles pénètrent à travers une grande épaisseur de tissu, il faut les laisser telles quelles, sans les réunir, sans aller à la recherche de l'intestin. On se contentera seulement de recouvrir celles des parois abdominales avec un pansement simple; un linge troué et cératé, par dessus de la charpie trempée dans l'eau de guimauve froide et un bandage de corps.

Quand la plaie siége au niveau des parois plus minces de la région antérieure ou des flancs, et qu'elle est large, il faut l'entre ouvrir, voir les parties qui se présentent, les attirer un peu au dehors et bien les examiner. On se rappellera alors qu'il peut y avoir plusieurs blessures, que l'intestin peut être perforé de part en part, que ces plaies peuvent être difficiles à découvrir; que l'épiploon peut être appliqué dessus comme une doublure et les masquer, que quelquefois une bulle d'air, interposée ou échappée dans les mouvemens, peut être un indice précieux. La lésion de l'intestin une fois découverte, la conduite du chirurgien variera suivant les indications manifestes ou suivant les opinions qu'il se sera faites.

La plaie étant étroite, d'un à deux centimètres, je demanderai aux chirurgiens et aux expérimentateurs si, d'après les cas de guérison que nous avons eues sans suture, on ne pourrait pas se dispenser d'en pratiquer et réduire en se bornant à maintenir l'anse intestinale dans le voisinage de la plaie, et en recommandant au malade la plus grande immobilité. La plaie étant plus large, il est évident qu'il y a plus de chance pour l'épanchement, et, de l'avis de tout le monde, il faut la fermer. Quelque soit le mode de suture que l'on adopte, la seule précaution importante sur laquelle nous insistions, c'est de maintenir l'anse intestinale dans le voisinage de la plaie. Sans nul doute, il surviendra une inflammation intense, et on conçoit qu'elle sera d'autant plus grave que la portion malade sera placée au centre de la cavité abdominale.

Quant à la plaie extérieure, il faut la considérer comme une fenêtre à travers laquelle nous pourrions voir ce qui se passe dans la cavité abdominale, et il ne faut pas la fermer. Si elle siége à travers une épaisseur de tissus considérable, et qu'on veuille réunir, on n'affrontera que la peau, et le plus souvent la réunion n'aura pas lieu. Il faut que la cicatrisation marche de la partie profonde à la superficie; elle sera longue, mais la question de temps, dans des blessures aussi graves, doit être mise de côté. Si elle siége à la partie antérieure ou dans le flanc, qu'elle soit large et que les viscères tendent à faire hernie, il faut rapprocher les bords, mais de manière à laisser entre les points de suture une issue pour les gaz, les liquides, les abcès qui pourraient remonter jusque-là.

Il ne faut pas oublier non plus une circonstance, c'est que l'intestin peut être pincé, étranglé à travers l'ouverture abdominale. La tuméfaction et la douleur de la plaie et des environs, coïncidant avec des symptômes généraux d'étranglement, seraient l'indice de cet accident. Dans ce cas, il faudrait imiter la conduite de M. Jobert, inciser couche par couche, et se comporter comme dans la hernie étranglée.

La question des sutures intestinales ne se trouvera pas éclaircie par les faits que nous venons de rapporter. Toutefois nous appellerons l'attention sur le mode de suture que M. Jobert a pratiquée, et qu'il rattache à l'autoplastie, dont il est, comme on le sait, un des plus grands soutiens. M. Jobert (observ. n° 1) a inséré une petite portion d'épiploon entre les lèvres d'une plaie du gros intestin; il a maintenu les parties en rapport par trois fils séparés, qu'il a tortillés chacun isolément, et qu'il a ramenés et fixés à un angle de la plaie extérieure. Au bout de trois ou

quatre jours, quand il aurait cru l'adhésion opérée, il aurait déroulé ces fils et les aurait retirés. La mort trop prompte du malade nous a empêché de savoir ce qui serait advenu. Nous pouvons dire seulement que le rapprochement des parties était parfait ; qu'il ne s'écoulait pas de matière entre les intervalles des fils, bien qu'ils ne fussent pas extrêmement rapprochés, et qu'a l'intérieur l'épiploon formait un petit mamelon qui, certes, n'aurait pas diminué le calibre de l'intestin et gêné la circulation des matières.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Octobre, novembre et décembre 1841.)

I. *Mémoire sur les étranglemens herniaires. — Des pseudo-étranglemens ou de l'inflammation simple dans les hernies* ; par M. MALGAIGNE.

Aujourd'hui, dit M. Malgaigne, je viens reprendre une des doctrines le plus généralement admises, montrer que non-seulement elle ne s'apprécie pas sur les faits, que certains états des hernies, que l'on a confondus avec l'étranglement, sont tout à fait distincts de l'étranglement ; et pour tout dire, en un mot, que l'on a trop souvent pratiqué sur des indications illusoires l'une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie

Selon Boyer, l'etranglement consiste dans l'interception complète ou presque complète du cours des matières, interception qui résulte de l'impossibilité de réduire la hernie et qui provoque des accidens graves. Cette définition est fausse au point de vue même de Boyer, puisqu'elle laisse en dehors l'étranglement des hernies épiploïques Pour le même chirurgien, l'étranglement par engouement, l'une des deux variétés, est occasionné par l'accumulation d'excrémens plus ou moins durcis dans la hernie. Les matières fécales, dit-il, s'accumulent d'autant plus facilement dans l'anse intestinale déplacée, qu'elle n'est plus soutenue dans son action par la pression alternative du diaphragme et des muscles abdominaux ; les excrémens ne trouvent plus autant de résistance pour y pénétrer que pour en sortir. Aussi remarque-t-on habituellement, dans les hernies anciennes, qu'il y a presque toujours accumulation d'excrémens dans la hernie.

Dans l'opinion de M. Malgaigne, tout cela est en contradiction avec les faits qu'il a réunis en grand nombre, et dont il se borne à citer les principaux. Des observations sont relatives à des sujets portant des hernies très volumineuses, très anciennes, et chez lesquels les digestions ont toujours été faciles, les selles régulières, sans accumulation d'excrémens dans la hernie, ce qui était démontré par la percussion. Mais l'examen des hernies sur le vivant pourrait donner lieu à des erreurs ; c'est à l'examen anatomique qu'il faut demander les dernières preuves.

L'auteur cite donc : 1° l'examen d'un sac herniaire contenant une *anse considérable d'intestin grêle*, distante de soixante centimètres du cœcum, faisant issue par les deux anneaux convertis en un seul, admettant trois doigts placés parallèlement ; et cependant l'intestin ne contenait pas de fèces ; 2° celui d'une hernie formée par quatre-vingt-dix-sept centimètres d'intestin grêle, distant de huit centimètres du cœcum ; l'anneau avait dix-huit centimètres de pourtour, l'intestin ne contenait que des matières molles.

« Qu'il me soit permis à ce sujet, dit M Malgaigne, de signaler une étrange erreur de nos théoriciens. L'engouement provient surtout de l'accumulation d'excrémens durcis ; et précisément l'immense majorité des hernies, petites ou grosses, est constituée par l'intestin grêle, où il n'y a pas d'abord d'excrémens, comme chacun sait, et surtout où il n'y a jamais de matières durcies. Ils ont été trompés par la dureté de certaines hernies irréductibles, et j'ai vu commettre cette erreur, que l'application du plessimètre de M. Piorry aurait pu leur epargner ; mais ils étaient trompés surtout par la doctrine reçue de confiance, et transmise sans examen. Mais enfin, si le gros intestin était engagé dans la hernie, ne s'y ferait-il pas du moins cette accumulation d'excrémens jusqu'ici inadmissible ? Rien de si naturel au premier abord ; cependant, depuis deux ans que je feuillette tout ce que je puis avoir de livres et de mémoires publiés sur les hernies, je n'en ai rencontré qu'un seul exemple rapporté par M. Goyrand, dans la *Presse Médicale*. Dans ma pratique et dans mon hôpital, je n'ai pas été plus heureux. »

Partant de ces idées relatives à l'accumulation des feces dans les anses intestinales herniées, les auteurs anciens, et à leur imitation Boyer, ont élevé sur cette base toute l'histoire de ce qu'ils appellent l'étranglement par engouement. L'amas de matières, selon Boyer, s'il est médiocre, et si l'ouverture herniaire et le col du sac ont une grande largeur, produit seulement quelques borborygmes et des coliques ; mais s'il est considérable, et l'ouverture des anneaux peu étendue, alors il en résulte un étranglement ou l'interception complète du cours des matières. Cette doctrine est dangereuse, selon M. Malgaigne, qui indique, comme la conclusion la plus avancée de ses recherches, qu'il y a dans la question des étranglemens trois élémens principaux :

1° L'étranglement pur et simple, qui est rare, qui a lieu sans inflammation, et qui produit la gangrène en quelques heures ;

2° L'inflammation pure et simple, très commune, et qui presque toujours est limitée à la séreuse de la hernie ;

3° L'inflammation en masse des viscères contenus dans la hernie, de l'épiploon et de son tissu adipeux, de l'intestin avec toutes ses tuniques ; ce troisième élément ne vient guère qu'à la suite des deux autres, soit par l'effet propre de l'étranglement quand celui-ci n'est pas assez fort pour produire immédiatement la gangrène, soit par les manœuvres irrationnelles du taxis dans les cas de simple péritonite herniaire.

Or, c'est l'histoire de la péritonite herniaire que M. Malgaigne s'est proposé de tracer.

Elle se présente à divers degrés que l'on peut rallier à ces deux types, inflammation adhésive, inflammation suppurative. La première est souvent légère, fugace, ne se révélant que par quelques coliques qui cèdent au repos, aux cataplasmes, aux boissons diaphorétiques ; elle arrive chez les sujets dont la hernie est mal contenue ; elle arrive par les temps humides, à l'approche des changemens de temps, après les excès de table ou de boisson, enfin plus fréquemment encore après l'ingestion des choux et des haricots secs. — Parmi les symptômes les plus ordinaires, il faut compter les coliques sourdes, le météorisme, les éructations, le malaise, enfin les symptômes d'une digestion embarrassée. Dans d'autres circonstances, et plus spécialement dans les épiplocèles, le malaise est fort léger du côté de l'abdomen, la hernie est encore à peu près indolente ; mais déjà se manifeste la difficulté de réduire la tumeur. Dans ces cas, il n'y a jamais indication d'operer : si l'on arrive au début de l'accident, il faut réduire ; si l'on est appelé un peu plus tard, il faut apaiser d'abord l'irritation pour faciliter le taxis, qu'il ne faut pourtant pas trop différer. A un degré plus considérable, lorsque cet état simule mieux l'étranglement, on trouve à la fois des douleurs dans la tumeur et dans l'abdomen, et une constipation assez opiniâtre ; plus tard, des nausées, des vomissemens.

Telles sont les premières nuances de la péritonite herniaire. Pour ce tableau, l'auteur a choisi pour exemple les hernies épiploïques ; parce que, dit-il ; dans ces cas on ne peut invoquer l'engouement, et qu'on ne peut pas davantage accuser un véritable étranglement Passons maintenant aux hernies intestinales.

Si nous continuons à rechercher les symptômes de l'inflammation simple dans les hernies intestinales, nous y trouvons une parfaite analogie avec ceux que nous venons de mentionner. Ainsi, l'observation XI du mémoire nous offre une entérocèle devenue subitement irréductible. Douleurs très intenses ; réduction au bout de quelques heures par une pression continue. La XII[e] nous présente l'exemple d'une entérocèle devenue subitement irréductible, avec douleurs et vomissemens ; réduction au bout de quelques heures L'auteur ne se dissimule pas les objections que peut soulever cette manière de voir ; et la première, dit il, pourra être tirée de la légèreté, de la fugacité de ces petites coliques herniaires, qui sont pour moi la péritonite au premier degré. A quoi je répondrai que beaucoup d'adhérences pleurales se rencontrent chez des sujets qui n'ont eu que de ces douleurs légères et fugitives connues sous le nom de points de côté, puis qu'un très grand nombre d'adhérences de l'épiploon avec le sac se rencontrent également chez des sujets qui n'ont jamais éprouvé d'accidens durables du côté de la hernie. La seule objection, dit M. Malgaigne, qui ait quelque valeur, c'est que le plus souvent la preuve anatomique manque ; mais il m'a semblé, que les preuves existant pour les hernies épiploïques, il n'était pas téméraire de conclure pour les entérocèles : d'ailleurs, hâtons-nous de le dire, la preuve anatomique a été constatée, et le travail de M. Malgaigne en offre un exemple remarquable. (XIII[e] observation.)

En conséquence, M Malgaigne croit pouvoir résumer ses recherches de la manière suivante :

1° Dans toutes les hernies intestinales anciennes, volumineuses, qui n'ont jamais été contenues par un bandage, ou pour lesquelles le bandage a été depuis long-temps délaissé, il n'y a pas d'étranglement réel, l'anneau ou les anneaux étant beaucoup plus larges que ne le requiert le volume du pédicule de la hernie. Ce fait général ressort de toutes les observations que j'ai pu faire, soit sur le vivant, soit sur le cadavre ; et je n'y ai pas encore trouvé d'exception.

2° Que dans les épiplocèles pures, de quelque volume qu'elles soient, le plus souvent c'est une péritonite adhésive ou suppurative qui a lieu, et que la réalité de l'étranglement, que je ne veux point nier, quant à présent, d'une manière absolue, reste cependant tout entière à démontrer. Je ne saurais, à cette occasion, m'empêcher de faire remarquer l'inconséquence de divers chirurgiens, qui opéraient pour détruire un prétendu étranglement dans l'épiplocèle, et qui, trouvant l'épiploon altéré, le soumettaient à la ligature, c'est-à-dire à un étranglement dix fois plus énergique que celui pour lequel ils avaient fait l'opération.

3° Et conséquemment que, dans ces deux cas bien spécifiés, l'opération est toujours irrationnelle, et doit être désormais abandonnée par les chirurgiens.

Si l'on accepte cette doctrine, quelles sont les indications réelles et les moyens de les remplir ? Avant tout, il importe de s'assurer si la hernie rentrait en partie ou en totalité avant l'accident, et si, le malade pouvant la faire rentrer, il pouvait aussi la garder dans l'abdomen sans gêne et sans douleurs Car, dans ce dernier cas, il faudrait bien se garder d'opérer le taxis ; on risquerait, en réussissant, d'amener une mort inattendue. Mais quand les circonstances sont favorables, et qu'on est appelé de bonne heure, avant que la peau du scrotum participe à l'inflammation, le taxis est le premier de tous les moyens. S'il ne réussit pas une première fois, on peut recouvrir la tumeur de cataplasmes, mettre le malade dans un bain, prescrire un lavement de tabac, puis revenir une seconde fois au taxis ; cette manière d'agir est fondée sur ce fait bien constaté, que souvent l'inflammation paraît le résultat du déplacement unique des viscères, et que leur réduction a suffi pour la dissiper. Mais je ne saurais recommander une trop grande douceur dans les manœuvres de réduction : que le chirurgien se souvienne qu'il a affaire, non plus à des organes engoués, mais à des organes enflammés ; s'il trouve une résistance, qu'il sache s'abstenir. Alors il ne faut s'occuper que de l'inflammation, lui opposant la position déclive, les cataplasmes tièdes ou froids, les sangsues au besoin ; évitant les vomissemens en épargnant les boissons ; trompant la soif par des morceaux de glace, etc. Ces indications sont les mêmes pour l'épiplocèle et pour l'entérocèle.

Vers la période de déclin de l'inflammation, il faut revenir au taxis ; une fois la hernie réduite, on peut laisser le malade sans bandage. Si l'inflammation trop intense a passé à la période de suppurative, il faut ouvrir largement, parce qu'il est d'observation que dans ces cas des adhérences solides interceptent toute communication entre le sac herniaire et le péritoine.

II. *Mémoire sur quelques points de l'histoire des angines et des gangrènes du pharynx chez l'enfant* ; par MM. les docteurs RILLIET et BARTHEZ.

Nous passons de suite à la gangrène du pharynx.

Selon MM. Rilliet et Barthez, on rencontre cette affection sous deux formes : elle est circonscrite ou diffuse.

1° *Gangrène circonscrite.* — Elle occupe la partie inférieure de ce conduit, on la rencontre aussi à sa face antérieure. Rarement on l'observe dans des points accessibles à la vue pendant la vie. Elle se présente sous la forme de plaques tantôt ovales, tantôt parfaitement arrondies, variant entre la dimension d'une lentille et celle d'une pièce de un franc. Ces plaques, qui sont déprimées, ont une couleur gris foncé, noirâtre ; elles exhalent l'odeur de gangrène ; on voit que la membrane muqueuse et une partie du tissu sous-muqueux ont disparu ; parfois même les fibres musculaires sont à nu. La membrane muqueuse autour des eschares n'est ni rouge, ni épaissie, ni ramollie ; aucune pseudo-membrane ne la recouvre. Les eschares gangréneuses peuvent s'étendre à l'épiglotte et même pénétrer dans l'intérieur du larynx ; mais elles conservent toujours leur forme régulière, arrondie. Lorsque l'eschare a été eliminée, il reste une véritable ulcération qui parfois se recouvre d'une fausse membrane. Cette forme de la maladie doit être curable selon les auteurs.

2° *Gangrène diffuse.* — Dans ce cas, les eschares n[...] de régulier, la gangrène envahit dans toute leur étendu[...] du palais, ses piliers, les amygdales et le pharynx. T[...] gangrène est superficielle, et bien que très étendue en [...] elle ne dépasse guère la membrane muqueuse ; tantôt [...] grène est tout aussi étendue, mais beaucoup plus prof[...] l'épaisseur toute entière des tissus est gangrenée. Cett[...] tend continuellement à gagner en surface, elle peut dépa[...] limites du pharynx et atteindre le larynx. Dans la grand[...] rité des cas, on retrouve dans d'autres points de l'écono[...] traces de gangrène, ainsi à la bouche, au poumon, à la v[...]

Pour ce qui concerne la symptomatologie, si l'on raiso[...] disent MM. Rilliet et Barthez, d'après les inductions théo[...] rien ne paraîtrait plus facile que de reconnaître la gangr[...] pharynx. Il semblerait que l'inspection seule de la go[...] suffire pour arriver au diagnostic. Mais il est loin d'en ê[...] si, du moins pour la gangrène circonscrite qui siége da[...] parties inaccessibles à la vue ; dans la gangrène diffuse, a[...] traire, en examinant la gorge, on voit la voûte palatine, [...] liers, les amygdales et la partie antérieure du pharyn[...] couleur gris noirâtre ou même entièrement noire. La [...] les parties molles semblent profondément lacérées et [...] point de s'en détacher.

Cependant, il est bon de prévenir qu'il est une forme [...] gine pseudo membraneuse qui simule à s'y méprendre l[...] grène de l'arrière-gorge. Dans ce cas, des fausses mem[...] d'un gris fauve, ou même entièrement noires, tapissent l[...] du palais, et se présentent souvent sous l'aspect de larges [...] beaux gangreneux prêts à se detacher. Cette erreur sera [...] quand on aura suivi la marche de l'angine pseudo-membra[...] dont le début est caractérisé par des taches grises ou d'u[...] jaunâtre qui ne revêtent pas d'emblée l'apparence gangrén[...] A une époque plus avancée de la maladie, si l'on porte [...] l'arrière-gorge un caustique qui change le mode de vitali[...] tissu et provoque la chute des *eschares* apparentes, on p[...] s'assurer alors que la membrane muqueuse et les tissus so[...] cens n'ont éprouvé aucune perte de substance. Ce point de [...] nostic est important. En effet, l'angine pseudo-membraneu[...] mitée à l'arrière-gorge est susceptible de guérison, tandis q[...] véritable gangrène diffuse est mortelle.

Restent d'autres symptômes locaux. L'odeur de l'haleine [...] mettre sur la voie du diagnostic : elle est le plus souvent [...] mement fétide ; de plus, il existe souvent des douleurs d[...] région. Contre toute espèce d'analogie, la déglutition des [...] des et même celle des solides s'est toujours faite avec fa[...] dans les cas observés par MM. Barthez et Rilliet. Ils ont [...] observé dans les cas d'angine superficielle la tuméfaction [...] ganglions sous-maxillaires. Les commémoratifs ne doivent [...] non plus être négligés ; ainsi l'existence d'une scarlatine [...] técé lente ou même d'une rougeole, la continuation de cert[...] accidens après l'éruption.

III. *Observations et recherches nouvelles sur la morve ch[...] nique et les ulcérations morveuses des voies aériennes [...] l'homme et chez les solipèdes*; par M. Ambroise TARDI[...]

Le travail de M. Tardieu a pour but de prouver l'existence [...] la morve chronique chez l'homme. Laissant de côté la partie [...] ce mémoire qui concerne la morve aiguë, nous passons à l'e[...] posé des caractères de la morve chronique chez l'homme co[...] parés à ceux du farcin.

Un homme en rapport pendant sept années avec des cheva[...] morveux ou farcineux est pris d'abord de douleurs à la trachée [...] d'enchiffrénement, de douleur musculaires et articulaires, pu[...] d'une ulcération considerable de la muqueuse buccale, puis d'u[...] abcès au pied, enfin de symptômes de morve aiguë ; il su[...] combe en cinq jours A l'autopsie, on trouve, particulièreme[...] dans les fosses nasales, les traces de lésions récentes qui cara[...] terisent la morve aiguë. Mais en même temps le larynx et [...] trachée présentent la cicatrice d'un ulcère énorme qui en occu[...] pait la face interne. De plus, la voûte palatine est cariée.

Surface externe du larynx. L'épiglotte et le larynx sont ré[...] gulièrement conformés et très développés. La trachée, mesur[...] depuis le bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'à la bifurca[...] tion des bronches, n'a pas 9 centimètres dans sa plus grand[...] longueur, raccourcissement considérable, puisqu'elle en off[...] habituellement de 12 à 15. Vue par devant, elle n'a nullemen[...] la forme qui lui est ordinaire : cylindrique à sa partie supé[...] rieure, elle se renfle dès son troisième anneau, présente so[...] plus grand diamètre vers les sixième et septième, et ne revien[...] à son calibre primitif qu'au niveau du quatorzième. Elle est d[...] plus manifestement rétrécie, au point où elle se bifurque, d[...] telle sorte qu'elle représente un peu au-dessous de sa parti[...] moyenne une vaste ampoule où elle paraît avoir repris en lar[...] geur ce qu'elle a perdu en longueur. Ce renflement, qui n'a pa[...] moins de 48 millimètres de diamètre, tandis que le premier n'e[...] a que 27 et le dernier 22, est aplati, convexe transversalemen[...] et concave de haut en bas, de manière à présenter une dépres[...] sion médiate. Au-dessous de cette première dilatation, il e[...] existe une seconde moins régulière où le cylindre est aplati [...] surtout latéralement, et offre en avant des lignes inégalemen[...] déprimées. On voit combien la figure de la trachée artère es[...] déformée : en effet, les differens anneaux qui la composent so[...] presque tous rapprochés les uns des autres, et fixés invariable[...] ment dans cette position, sans permettre le moindre allonge[...] ment, ce qui explique le raccourcissement de la trachée. Quel[...] ques-uns de ces anneaux ont perdu leur forme circulaire, ils [...] sont aplatis ou déviés, ou confondus avec ceux qui les précèden[...] ou qui les suivent : ils semblent luxés les uns sur les autres. Ils ont repris leurs formes et leurs rapports à la bifurcation des bronches, et la conservent dans ses conduits ; cette face antérieure de la trachée n'est d'ailleurs le siége d'aucune altération de texture, son apparence et ses rapports sont normaux En ar[...] rière, la portion membraneuse du conduit aérien est uniformément plane, comme de coutume ; seulement les deux lignes qui la limitent latéralement sont sinueuses, et représentent alternativement les courbures correspondantes aux rétrécissemens et aux dilatations que forment en avant les arceaux cartilagineux.

Surface interne. On peut dire d'une manière générale que, [...] l'extrémité supérieure de l'épiglotte jusqu'à la division des bronches, la muqueuse qui revêt le larynx et la trachée n'est plus qu'une vaste cicatrice dont la formation doit remonter très loin. La membrane muqueuse est mince, adhérente, généralement pâle, presque blanche en certains points, sèche, transparente, sans injection ni éruption pustuleuse. Des brides fibreuses très résistantes disposées en lignes nombreuses interceptées, étoilées, réunies de mille manières, constituent un réseau aréolaire qui occupe toute l'étendue de la face interne du conduit aérien.

l'épiglotte en arrière offre une surface d'un blanc jaunâtre chagrinée, creusée d'une foule de petits diverticulum qui pénètrent jusque dans la substance du cartilage ; celui-ci, qu'il est facile d'apercevoir à travers l'épithélium très mince qui la recouvre, est détruit dans plusieurs parties, surtout de chaque côté de la ligne médiane; plus en dehors . la muqueuse qui a résisté est rose, mamelonnée, et offre au niveau du repli arythéno-épiglottique du côté droit une ouverture arrondie, regulière, large comme une lentille, et qui conduit en haut jusqu'à la membrane celluleuse thyro épiglottique, et en bas jusque dans le ventricule droit. Au-dessous et en dedans de cette perforation, on voit une bride peu résistante qui s'attache à l'extrémité antérieure de la corde vocale superieure. De l'autre côté il n'existe pas d'ouverture semblable, mais seulement un amincissement de la muqueuse. La glotte est intacte .. Au devant de la glotte le larynx est tapissé par une véritable membrane fibreuse à bandes transversales qui partent en rayonnant de la ligne mediane, et tellement adhérente au cartilage cricoïde, qu'elle semble se confondre avec lui... La trachée étant ouverte par sa face postérieure, il est impossible au niveau surtout des points où elle est élargie et aplatie, de la déplier complétement. Des brides extrêmement résistantes vont s'insérer à l'extrémité des demi-cerceaux cartilagineux, les recourbent et les fixent en leur faisant former une sorte de gouttière assez profonde qui constitue en deux endroits différens, de chaque côté de la trachée, de véritables ventricules qui n'ont pas moins de 8 ou 10 millimètres de profondeur, et qui sont limités en haut et en bas par les fibres ligamenteuses réfléchies dont l'insertion correspond aux points où la trachée est rétrécie. La disposition qui vient d'être décrite, et qui résulte évidemment de la cicatrisation d'une ulceration énorme de la muqueuse laryngo-trachéenne, cesse à la naissance de la bronche droite, mais se continue encore dans la partie supérieure de la bronche du côté gauche, dont le calibre, manifestement rétréci, n'a que 5 millimètres de diamètre.

Cette forme d'altération des voies aériennes s'est présentée sous un aspect tout à fait nouveau en pathologie ; en effet, l'examen d'un grand nombre de pièces renfermees dans le musée Dupuytren et la lecture de la plupart des observations concernant des ulcérations du larynx ont convaincu M A. Tardieu que les ulcérations des voies aériennes, lesquelles sont ordinairement tuberculeuses, syphilitiques ou cancéreuses ne s'étaient jamais présentées sous cet aspect et n'auraient jamais donné lieu à des cicatrices analogues, par leur forme, leur étendue et leur siége, à celles dont nous avons rapporté la description. L'auteur, s'appuyant encore sur les commémoratifs, était donc en droit de conclure qu'il avait eu affaire à une lésion non encore décrite et probablement toute spéciale. Il lui restait à rechercher si elle n'avait pas été liée à l'infection morveuse. Des recherches entreprises dans cette direction, ont montré que l'existence de la laryngo-trachéite farineuse ne pouvait être mise en doute sur le cheval, et ont prouvé que l'altération que nous venons de décrire avait, avec elle, la plus parfaite analogie. L'existence de cette maladie chez l'homme est donc incontestable, et désormais les pathologistes devront chercher à étendre le cercle de nos connaissances sur ce sujet. Ce fait, comme le dit M. Tardieu, prouve donc qu'une ulcération des voies aériennes peut rester pendant long-temps par le seul effet d'une infection morveuse, et un homme peut être empoisonné ainsi chroniquement sans abcès extérieurs et sans autres traces que celles qu'on trouve dans un organe interne. Ce n'est pas tout ; cette ulcération peut se cicatriser, quelleque soit son étendue, de la manière la plus complète, et malgré cette guérison apparente, il faut se garder de porter un pronostic favorable; car la cause survit, le poison agit sans cesse, et s'il est puisé d'un côté, il n'en est pas moins présent dans l'organisme qu'il finit bientôt par cuivrer tout à fait. C'est ainsi que l'ulcère se cicatrise, que les abcès se ferment et que pourtant la morve aiguë éclate un jour comme terminaison inévitable.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE ; décembre 1841.

Observation d'une épilepsie guérie par les évacuations sanguines et les préparations d'indigo ; par M. le docteur SIMONIN, (de Nancy).

Le nommé Parmentier, maçon, âgé de vingt-huit ans, né de parents sains et jouissant ordinairement d'une excellente santé, travaillait, au mois de septembre 1835, à la réparation d'un pont elevé sur la Meurthe, lorsque l'échafaud sur lequel il se trouvait placé manqua tout à coup sous lui, et il fut précipité dans la rivière, entouré de debris : il était alors cinq heures de l'après midi. Parmentier fut saisi d'une extrême frayeur; mais, pour ne pas s'exposer à perdre une partie de son salaire, il continua de travailler jusqu'à la fin de la journée, sans même quitter ses vêtemens mouillés; puis, la nuit arrivée, il se rendit à son habitation qui était située à une heure de marche de là.

Au bout de huit jours, il survint une attaque d'epilepsie qui se répéta à huit jours d'intervalle, et laissa à sa suite une céphalalgie légère. Une saignée de trois cent cinquante grammes environ (douze onces) fut pratiquée. Quinze jours plus tard, un troisième accès s'étant manifesté, M. Simonin prescrivit une nouvelle saignée ; mais comme cette nouvelle saignée n'avait donné que la moitié tout au plus du sang fourni par la première, il conseilla au malade de faire une application de six sangsues à la marge de l'anus, et de la réitérer un mois après. Cette médication parut avoir amené déjà quelque amélioration dans l'état du sujet, car la quatrième attaque épileptique ne survint que six semaines seulement après la troisième.

Comme il n'existait plus alors aucun signe de congestion vers la tête, l'indigo fut conseillé à l'intérieur d'après la formule suivante qui a été proposée par M. le docteur Ideler :

Pr. : Indigo en poudre	16 grammes ;
Poudre aromatique	2 grammes ;
Sirop simple	q. s.

M. et f. s. a. un electraire de consistance moyenne.

Ce fut le 12 janvier 1836 que la moitié de cette dose fut administrée pour la première fois : le restant fut pris le lendemain 13. Après l'administration de cet électuaire, Parmentier éprouva, chaque fois, une violente douleur à l'estomac, douleur qu'il compara à la pression d'une barre de fer; plusieurs selles colorées en noir furent rendues ; la tête fut le siége d'élancemens ; l'appétit, d'ailleurs, se conserva bon.

Depuis le 14 jusqu'au 22 janvier, la dose entière fut prise chaque jour en une fois, et les phénomènes produits devinrent alors plus marqués. Tous les jours, il y avait deux ou trois déjections alvines consistant en des matières colorées en noir; l'urine, qui était rendue en assez grande abondance, acquérait, par un repos de vingt-quatre heures, une coloration bleue qu'elle ne présentait point au moment de son émission ; l'appétit se maintenait, mais des douleurs vives se faisaient ressentir à la région de l'estomac, il existait des coliques, des frissons suivis de légers accès de fièvre, des nausees et quelquefois même des vomissements d'une petite quantité de matières glaireuses. Il y avait impossibilité absolue de se livrer au travail.

Le 23 janvier, le traitement fut interrompu, et le malade, qui se nourrissait d'alimens préparés au lard, et qui faisait usage de vin nouveau, fut soumis pendant quelques jours à un régime adoucissant.

Le 31 janvier, une nouvelle dose d'indigo fut administrée, mais le malade se trouvant dans l'obligation de reprendre ses travaux accoutumés pour faire vivre sa famille, il lui devint tout-à-fait impossible de continuer le traitement.

Depuis cette époque, janvier 1836, jusqu'au moment actuel (12 novembre 1841), six années se sont bientôt écoulées, et Parmentier, qui a constamment joui d'une excellente santé n'a pas eu de récidives.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE (1841).

I. *Cas d'accouchement rendu difficile par la présence d'un énorme spina-bifida ;* par M. CAYREL fils.

M. le docteur Cayrel fils, médecin à Toulouse, fut appelé, conjointement avec son père, aussi docteur en médecine, pour donner ses soins à une femme en travail au huitième mois de la grossesse. Les douleurs régulières, la dilatation du col utérin, la formation de la poche des eaux, ne permettaient aucun doute sur la nature de l'acte qui allait s'accomplir. Trois ruptures de trois poches différentes eurent lieu, en effet, d'une manière successive, et l'on peut évaluer à deux litres la quantité du liquide évacué. Bientôt, parut à l'orifice de la matrice un corps sphérique du volume de la tête d'un enfant à terme, mais dont il fut impossible d'apprécier la nature. Ses parois paraissaient assez denses, il se moulait contre les parois du bassin pendant les contractions, et donnait au tact la sensation d'un globe plein d'un fluide. La main, glissée jusqu'à sa partie supérieure, reconnaissait une espèce de rétrécissement en mode de col, sans qu'on pût pénétrer plus avant. Du reste, l'absence complète d'ossification et de toute espèce d'orifice le distinguaient très bien de toutes les parties normales du fœtus.

Cependant, le travail obstétrical avait commencé depuis long-temps ; les douleurs se ralentissaient d'une manière alarmante et paraissaient sans prise sur ce corps mollasse qui, comprimé un instant, remontait sans cesse dans l'utérus. La femme perdait du sang. M. le docteur Cayrel père crut le moment favorable pour procéder à la délivrance, et, rejetant l'usage du forceps comme difficile ou impuissant, se décida à terminer l'accouchement par les pieds. A cet effet, la main fut introduite, et, dans l'effort qu'elle fit pour franchir l'orifice utérin, elle provoqua la rupture de la tumeur qui en fermait l'entrée. Cette tumeur s'aplatit en partie par l'abondante évacuation d'un liquide de couleur citrine et permit d'atteindre la région inguinale de l'enfant, qui servit de point d'appui pour l'attirer au dehors.

Alors, il ne resta plus de doute sur le vrai caractère de cette affection. C'était un énorme spina-bifida, dont les parois étaient plus épaisses qu'à l'ordinaire, et qui renfermait encore de la sérosite citrine et une masse gelatiniforme distincte, de la grosseur d'un œuf de dinde et assez semblable à la substance qui constitue le cancer colloïde.

L'enfant, dont les extrémités pelviennes étaient peu développées, comparativement au reste du corps, mourut une heure après sa naissance, et la mère n'a éprouvé que les suites ordinaires de l'accouchement.

II. *Cas d'empoisonnement par les semences de pomme épineuse ;* observation recueillie par M. le docteur DASSIER.

Le dimanche 20 septembre 1840, deux enfants, un garçon de quatre ans et une petite fille de deux ans, jouaient avec des fruits de pomme épineuse (*Datura stramonium*, L.) qu'ils avaient cueillis sur pied. Après en avoir écrasé un entre deux cailloux, la vue des petites graines encore blanches qu'il renfermait les engagea à en manger.

Quelque sensation extraordinaire, quelque hallucination, peut-être, interrompit ce repas empoisonné qui durait depuis une demi heure, lorsque ces deux enfants, épouvantés et poussant des cris, coururent vers la maison de leur mère : leur démarche était chancelante ; ils sautaient plutôt qu'ils ne marchaient; la face était rouge, animée, les yeux hagards; ils se plaignaient l'un et l'autre d'une grande douleur au fond de la gorge, et buvaient l'eau pure avec avidité. Bientôt après survinrent des efforts impuissants de vomir. Malgré les plus vives contractions de l'estomac, une bave filante s'échappait seulement de la bouche. Cependant les pupilles étaient excessivement dilatées; l'injection de la face de plus en plus profonde; les deux enfants, agités de mouvements convulsifs, poussaient des cris rauques, sans suite et souvent inarticulés.

Au milieu de cette scène de désolation, quelques spectateurs soupçonnèrent un empoisonnement, et administrèrent sur-le-champ de l'huile d'olives : le petit garçon vomit beaucoup et fut soulagé presque à l'instant; la petite fille fut moins heureuse, et entra, peu de temps après, dans un délire furieux : on avait de la peine à la contenir; son cœur battait avec force, et, dans son agitation extrême, elle égratignait les personnes qui voulaient la retenir dans son lit. Les sangsues derrière les oreilles, des cataplasmes sinapisés aux jambes, pour boisson l'eau sucrée, furent prescrits par un medecin auquel on laissa ignorer la cause de tous ces désordres, et ramenèrent rapidement le calme. Le jeune garçon semblait gueri ; seulement, il parlait avec volubilité et souvent avec incohérence.

Sur le soir, les accidents se renouvelèrent avec la plus grande intensité chez la sœur comme chez le frère : ce furent, pendant la nuit, des cris violents; les yeux du petit garçon s'animèrent de nouveau; son cœur battait à rompre sa poitrine, il était dévoré par la soif et urinait à chaque instant; la lumière lui faisait pousser des hurlements affreux; il déchirait son visage, et était mangé, disait-il, tantôt par des serpents, tantôt par des poissons. Chez la petite fille, les mêmes phénomènes avaient lieu, mais avec moins de violence : elle était plus accablée, suait de tout son corps, et n'urinait presque pas.

Vers le matin, les accidents avaient presque entièrement cessé chez le garçon : la petite fille, au contraire, était immobile, presque froide; sa respiration était courte, son pouls petit et accéléré. Au premier, on prescrivit l'eau vinaigrée administrée par tasses tous les quarts d'heure ; à la sœur, dont la situation parut plus grave, on fit appliquer des sinapismes aux cuisses et aux jambes, et administrer des lavemens rendus purgatifs par l'addition du sulfate de soude : elle ne tarda pas à rendre plusieurs selles ecumeuses au milieu desquelles on constata une douzaine de graines de *datura* qui n'avaient pas été altérées par la digestion. Dès-lors parut une amelioration progressive, et, après deux jours passés dans un sommeil tranquille, il ne restait plus rien de tous les symptômes qui avaient menacé de devenir si funestes.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Dans nos précédentes revues nous avons donné un relevé des travaux qui ont été publiés dans ce journal pendant les deux derniers mois. Nous n'y reviendrons pas.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND, nos de septembre et novembre 1841.

I. *Mémoire sur la pelvimétrie et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne;* par M. VANHUEVEL, professeur d'accouchemens à l'université libre de Bruxelles. (Septembre 1841.)

M. Vanhuevel, professeur d'accouchemens à Bruxelles, qui déjà plusieurs fois a traité avec soin la question de la pelvimétrie et a proposé à ce sujet des instrumens de son invention, a de nouveau repris cette importante question. Les vues qui l'ont guidé dans ce nouveau travail sont la considération des difficultés que l'on rencontre pour estimer la capacité du bassin, que tous les pelvimètres connus ne sont ni exacts, ni appropriés à chacune des dimensions capables d'être viciées, et par conséquent ne fournissent que des données approximatives. Cet auteur a donc eu pour but de fabriquer un pelvimètre plus exact et un mode de mensuration moins restreint, car les vices du bassin peuvent siéger sur tous les points de la circonférence intérieure de cette cavité sans être limités au diamètre sacro-pubien, ainsi que l'emploi des instrumens en usage pourrait le faire supposer. Le pelvimètre qu'il propose s'applique donc avec précision à tous les diamètres de la cavité pelvienne.

Pour mieux faire ressortir les principaux défauts des instrumens existans, M. Vanhuevel les passe successivement en revue et les divise en *externes* et en *internes*.

Les *externes* (compas d'épaisseur de Baudelocque, de Kluge, de Davis, de madame Boivin, de Chaussier) pèchent sous le rapport de l'exactitude : 1° parce qu'on n'est pas certain d'en placer les extrémités dans le plan du détroit supérieur, le tubercule épineux de la dernière vertèbre lombaire, qui doit en indiquer la direction, n'étant pas toujours dans ce plan, ni facile à découvrir chez les sujets chargés de graisse ; 2° parce que le rachitisme modifie le volume et la disposition des os du bassin, que des tumeurs peuvent se développer à leur face interne, que les tissus développés sont susceptibles de changement dans leur épaisseur et leur consistance, d'où il suit que les *trois pouces* que l'on déduit pour le pubis et la base du sacrum du produit total obtenu extérieurement ne peuvent pas toujours être en rapport avec la quantité réelle à soustraire.

Les pelvimètres internes sous-pubiens : 1° ceux qui vont du ligament sous-pubien à l'angle sacro-vertébral (doigt explorateur, pelvimètre d'Asdrubali, de Stein l'aîné, d'Aitken, de Crevé), au dire de l'auteur, sont tous insuffisans, parce que la ligne qui va de la partie inférieure du pubis au promontoire étant oblique comparativement à la direction du diamètre sacro-pubien, il n'est pas possible de juger de l'une par l'autre au moyen d'une déduction invariable par suite du mouvement d'une espèce de torsion ou de mouvement de bascule en dehors ou en dedans qu'éprouve parfois le pubis sous l'influence du rachitisme. Ajoutons la hauteur variable de la symphyse, l'épaisseur de la vessie, etc., qui peuvent faire varier ces dimensions ; de plus, quand la tumeur formée par le cuir chevelu ou par les fesses de l'enfant descend plus bas que la ligne promonto-sous-pubienne, il est impossible de porter ces pelvimètres sur les deux points voulus, et la mensuration par cette méthode devient aussi impraticable que lorsqu'il s'agit d'apprécier une déformation des diamètres obliques ou transverses.

2° Ceux qui distendent le vagin en sens contraire (méthode de Baroveró, pelvimètre de Stark, de Kurgevichs, de Loepe, de Wigand, de Siméon, de Stein le jeune, d'Osiander, de Jumelin, de Coutouly), lesquels ont l'inconvénient de ne pouvoir être appliqués avant l'entière dilatation du vagin, ni même après qu'elle s'est effectuée quand la tête ou les fesses de l'enfant sont descendues au point d'empêcher le développement de leurs tiges.

3° Ceux dont une branche est introduite dans le vagin et appuyée sur l'angle du sacrum, tandis que l'autre atteint la face antérieure du pubis (pelvimètre de Ritgen), ou bien dont une branche pénètre dans le rectum l'autre dans le vagin (intro-pelvimètre de madame Boivin).

L'auteur conclut, de la longue discussion à laquelle il se livre, qu'il n'y a pas dans la science de pelvimètre capable de constater avec précision les principaux diamètres du bassin. Pour preuve de ce qu'il avance, il a pratiqué sur des cadavres un grand nombre de mensurations avec le compas de Baudelocque, le doigt, le pelvimètre de Coutouly et celui de madame Boivin, lesquels sont à peu près les seuls employés dans la pratique.

Dans un premier cas, l'erreur a été :

de 7 lignes avec le compas de Baudelocque,
de 8 — avec le doigt,
de 6 — avec l'intro-pelvimètre,
de 1 — avec celui de Coutouly.

Dans un second cas, l'erreur a été :

de 9 lignes par le compas de Baudelocque,
de 6 — par le doigt,
de 12 — par l'intro-pelvimètre,
de 0 — par celui de Coutouly.

Le pelvimètre de Coutouly n'a donné des résultats aussi exacts que parce qu'il a été employé dans des conditions où la vacuité de l'utérus n'offrait aucun obstacle à son développement.

Dans un troisième cas, sur le cadavre d'une femme de dix-huit ans, présumée vierge, l'erreur a été :

de 2 lignes avec le pelvimètre de Baudelocque,
de 7 — avec le doigt,
de 8 — avec l'intro-pelvimètre,
de 4 — avec celui de Coutouly.

Dans un quatrième cas, sur le cadavre d'une femme de quarante un ans, ayant eu des enfans, le doigt et le pelvimètre de Coutouly n'ayant pu être employés, l'erreur a été :

de 5 lignes avec le pelvimètre de Baudelocque,
de 9 — avec celui de madame Boivin.

L'instrument que M. Vanhuevel propose est composé :

1° De deux tiges, l'une vaginale, l'autre externe, s'appliquant sur la face antérieure du pubis. Ces tiges sont articulées ensemble au moyen d'une espèce de noix qui les assujettit ou leur permet des mouvements dans tous les sens;

2° D'une règle graduée qui sert de rapporteur.

Ces pièces sont destinées à mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. A cette fin, on met la femme sur le dos en travers d'un lit, les jambes et les cuisses fléchies et écartées. L'opérateur, placé en face, insinue un ou deux doigts de la main gauche jusqu'à la saillie du sacrum; de la droite il tient la tige vaginale comme une plume à écrire, la courbure en bas et en avant, la noix étant desserrée; puis il en fait glisser le sommet le long des doigts introduits qui la poussent contre le promontoire, pendant que le pouce et l'index de la main gauche maintiennent la tige en dehors; de la main droite il saisit le bouton de l'ajoute et le pose sur la face antérieure du pubis. Un aide serre l'écrou de la noix; l'instrument est retiré des parties génitales; alors on approche la règle graduée des deux sommets pour connaître leur distance.

On desserre de nouveau les tiges; l'opérateur porte l'index gauche dans le vagin, derrière la symphyse des pubis; le sommet de la tige vaginale y est appliqué et retenu par le doigt; le bouton de l'autre tige est placé sous le mont de Vénus au même point que la première fois; l'aide serre la noix. Pour retirer l'instrument sans en déranger les rapports, on détourne la vis de la branche externe, ayant soin de la remettre dans sa position primitive après l'extraction du pelvimètre; on mesure la distance comprise entre les deux sommets; on la déduit du premier chiffre, et le restant donne exactement l'étendue du diamètre antéro postérieur. Pour mesurer les diamètres obliques et transverses, on ajoute aux pièces précédentes :

1° Une ceinture à ressort d'acier se bouclant sur le sacrum, ayant une plaque verticale en avant, laquelle s'applique sur le pubis; de celle-ci par un sous cuisse qui passe entre les fesses sur une tubérosité sciatique et va se fixer à la ceinture; de la partie antérieure de la plaque descend un tenon terminé par une boîte quadrilatère bivalve, ouverte en avant ou en arrière, dont une vis de pression rapproche et écarte les deux moitiés. Dans cette boîte s'engage l'extrémité carrée de la tige externe;

2° Un rapporteur formé d'une tige verticale arrondie d'un côté, plane de l'autre, boutonnée en haut, crochue en bas. Cette tige passe dans la rainure d'une plaque qui la presse contre la joue postérieure d'un collier à charnière quand la vis la tire dans ce sens. Ce collier embrasse un cylindre creusé carrément à l'intérieur et garni d'un petit ressort circulaire pour recevoir et retenir la tige externe.

Avec cet appareil on peut prendre toutes les dimensions internes du bassin : pour cela, on met la femme debout, les jambes écartées, les mains supportant en avant le corps sur une chaise; les doigts sont introduits par derrière dans le vagin.

Premier temps. La ceinture est serrée autour du bassin, la ligne centrale de la plaque correspondant à la commissure vulvaire. L'opérateur est assis ou agenouillé derrière la femme; il tient de la main droite le pelvimètre desserré, moins l'ajoute; il introduit dans le vagin un ou deux doigts de la main gauche, qu'il place derrière le bord supérieur du pubis s'il veut mesurer le diamètre antéro-postérieur; alors il fait glisser le long de ses doigts l'extrémité de la tige, qu'il maintient immobile contre la symphyse, pendant qu'il engage de la main droite le bout carré de la tige externe dans la boîte. Le bruit d'un ressort l'avertit qu'elle a pénétré à fond; il tourne l'écrou, et la tige vaginale est fixée. Pour retirer l'instrument, on détourne la vis du tenon; les deux valves de la boîte s'écartent et laissent échapper la tige horizontale, qu'on porte immédiatement dans l'ouverture du rapporteur. Lorsque ces deux pièces sont liées par le jeu du ressort circulaire, on applique l'extrémité boutonnée de la tige verticale contre le sommet de la vaginale; on serre la vis, ensuite on détache le pelvimètre du rapporteur en poussant d'un doigt de la main gauche le pavillon du cylindre, et en soulevant le ressort avec l'indicateur droit.

Second temps. On desserre les tiges, on ferme la boîte; on porte les doigts dans le vagin jusqu'à la saillie du sacrum; la tige vaginale y est conduite la concavité en avant; l'index et le médius gauche la fixent, tandis que le bout carré de la tige horizontale est replacé dans son tenon; on tourne l'écrou, et l'instrument est fixé.

On dégage de nouveau le pelvimètre; on l'assemble avec le rapporteur, dont la tige verticale représente par son bouton *la situation du bord supérieur du pubis ou le sommet de la tige vaginale*, lors de la première application; et comme ce sommet indique maintenant dans la deuxième la place du promontoire, il est évident que ces deux points marqueront les extrémités du diamètre sacro-pubien, et qu'il suffira d'en approcher la règle graduée pour connaître leur distance précise.

Pour mesurer les diamètres obliques et transverses, le procédé est le même, seulement portera successivement l'extrémité de la tige vaginale derrière une cavité cotyloïde et devant la symphyse sacro-iliaque opposée, ou bien sur l'un et l'autre côté de l'ouverture pelvienne en commençant à gauche. Dans ce dernier cas, on aura soin, en appliquant le rapporteur, de mettre en haut le bout crochu, qui s'applique mieux à la direction oblique qu'affecte parfois le sommet de la tige vaginale. Si après on éprouvait de la difficulté pour la séparer, on desserrerait la noix du pelvimètre pour ne pas déranger la position du rapporteur.

Les diamètres de l'excavation, moins élevés que le détroit abdominal, s'obtiendront avec plus de facilité encore, et absolument de la même manière. Quant au détroit inférieur, il suffira de former avec la tige externe et l'extrémité vaginale une espèce de compas dont on maintient les jambes à égale longueur en serrant la vis de la noix. Porté sur les tubérosités sciatiques ou sur le bord inférieur du pubis à la pointe du coccyx, puis sur un pied gradué, ce compas donnera exactement l'étendue des diamètres transversal et coccy-pubien du détroit périnéal.

« Puisse, dit M. Vanhuevel en terminant, mon travail attirer » l'attention des gens de l'art et contribuer à faire sortir la pel- » vimétrie de l'enfance où elle était restée jusqu'à ce jour. »

II. *Considérations sur l'iatraleptie*, par M. le docteur LEMARCHAND, médecin à Verviers.

M. Lemarchand passe d'abord en revue les phénomènes de l'absorption et cherche, en invoquant les lois de la physiologie, à démontrer la possibilité de l'introduction des substances médicamenteuses dans l'économie vivante, à travers les diverses couches qui composent le tissu cutané. Il se base particulièrement sur la théorie, très rationnelle suivant lui, que M. Magendie a donnée de cette fonction, théorie dans laquelle cet expérimentateur considère la fonction dont il s'agit comme le résultat d'un phénomène local (l'imbibition), et d'un phénomène général (le transport de la matière imbibée au moyen des capillaires, et des rameaux vasculaires sanguins et lymphatiques). Ainsi, une substance est mise en contact avec une partie de nos tissus; par l'imbibition elle pénètre plus ou moins rapidement, à la faveur de leur porosité ou plutôt de leur spongiosité, l'épaisseur des matières organiques qui la séparent d'une cavité vasculaire (capillaire ou autre), *premier phénomène*; arrivée dans cette cavité, la substance suit le cours du sang qui l'entraîne, etc., *second phénomène*. Le premier acte de cette fonction est donc purement physique, et le second n'est autre chose qu'un résultat du mécanisme de la circulation.

M. Lemarchand s'appuie ensuite sur les observations recueillies par un grand nombre de praticiens distingués, pour prouver les effets avantageux que l'on peut obtenir de l'emploi thérapeutique de l'iatraleptie. D'après sa manière de voir sur ce sujet, l'absorption d'une substance médicamenteuse donnée varie, par rapport au degré d'activité avec lequel elle s'opère, en raison : 1° de l'état physiologique du corps du sujet sur lequel l'application est faite; 2° de la partie du corps avec laquelle on établit le contact; 3° et enfin de la préparation que l'on a fait subir à la substance ou du corps intermédiaire que l'on met en usage pour en faciliter l'emploi.

Sous le point de vue des conditions physiologiques, l'auteur établit avec raison que l'absorption est facilitée par les déplétions sanguines, par l'abstinence et par l'absence d'exhalation : elle se fait mieux dans le jeune âge et chez les sujets du sexe féminin. Une chaleur douce la favorise, mais un état de pléthore lui est contraire; un état phlegmasique l'empêche, en augmentant la tension des tissus, de même qu'une température trop basse, en resserrant les pores tégumentaires et en interrompant ou du moins diminuant la rapidité de la circulation.

Par rapport au lieu d'application, c'est dans le parenchyme des organes que l'absorption s'exerce avec le plus d'activité; viennent ensuite les membranes séreuses dont la surface n'est pas, comme celle des tissus muqueux, recouverte d'épiderme fin ou de mucus; enfin, après les membranes muqueuses doit être placée la surface cutanée qui absorbe d'autant plus aisément qu'elle a été dénudée ou que son épiderme est doué d'une plus grande ténuité.

D'après les recherches faites par M. Collard de Martigny, ceux des différens points de la peau qui offrent le plus de facilité pour l'absorption sont d'abord la paume des mains et la plante des pieds, le voisinage des articulations, la poitrine, le dos et la partie interne des membres. Il est d'ailleurs bon de noter que les parties où l'absorption se fait avec le plus d'activité sont aussi celles où la transpiration s'opère avec la plus grande abondance.

Quant à la préparation ou aux intermédiaires qu'il convient d'employer pour hâter et favoriser l'absorption, on a reconnu que la perméabilité de la peau recouverte de son épiderme était augmentée par des frictions faites au moyen de substances huileuses ou grasses, par l'application de cataplasmes émolliens ou par l'immersion plus ou moins prolongée dans l'eau tiède. Parmi les différens liquides qui peuvent pénétrer au travers de la peau par leur seul contact, il faut mettre en première ligne les liquides diffusibles, tels que l'éther, l'alcool, les huiles volatiles; puis viennent l'eau et les huiles fixes. Les substances gazeuses, et surtout les gaz secs, paraissent moins disposées à l'absorption, soit en raison de la mobilité de leurs molécules les unes sur les autres, soit à cause de la faible pression qu'elles sont susceptibles d'exercer au degré ordinaire de tension atmosphérique.

L'absorption à travers l'épiderme serait faible ou nulle si la face externe de cette couche offrait la même disposition que sa face cutanée; mais la conformation des pores est telle que les gaz peuvent seuls pénétrer par cette dernière, tandis que, d'après les expériences de M. Magendie, la surface extérieure permet aux substances liquides d'y parvenir. Il semblerait que les pores infundibuliformes de l'enveloppe épidermique remplissent, vis-à-vis des liquides qui se présentent à sa surface cutanée, l'office de soupapes qui ne font que se clore de plus en plus par la pression qui a lieu par cette surface, tandis qu'elles s'ouvrent par une pression en sens contraire.

Une si grande masse de faits existent qui attestent la perméabilité de l'épiderme, qu'il n'est plus permis de la révoquer en doute aujourd'hui. Indépendamment de l'usage si ancien des frictions mercurielles, il y a tant de témoignages de l'existence du narcotisme déterminé par des applications de liquides opiacés sur l'épiderme, qu'on est bien forcé d'en admettre la possibilité.

Quoiqu'il existe fort peu de substances qui ne puissent être absorbées par leur seule application sur la peau, si elles sont solubles ou réduites en poudre très fine, il est rare qu'on ne les associe soit à différens liquides, soit à la graisse, soit pour en dissoudre les élémens et les faire plus facilement pénétrer à travers l'épiderme, soit pour assouplir ce dernier et en même temps pour amoindrir l'intensité de l'action du médicament. On a employé autrefois le suc gastrique, la salive, la bile et l'éther comme excipients; mais, de nos jours, les huiles, les graisses et l'alcool sont à peu près les seuls employés, on pourrait encore recourir à l'intermède de l'eau, dont on s'est souvent servi avec avantage dans ce genre de médication.

Les diverses substances qu'on veut faire parvenir dans l'économie peuvent y être appliquées : 1° par simple superposition, soit réduites en emplâtres, soit en cataplasmes, soit en bains généraux ou locaux, soit en lotions; 2° à l'aide de frictions sur des surfaces plus ou moins étendues. Mais, de tous ces modes d'application, le dernier mérite incontestablement la préférence sur les autres : c'est lui qui présente l'absorption la plus rapide après l'endermie, et dont les chances varient le moins parce que telle substance qui ne s'absorberait que peu ou point par une simple application, finit par pénétrer l'épiderme au moyen de la force mécanique exercée sur les pores de cette enveloppe.

L'intensité d'action varie nécessairement selon la surface où l'application est faite; mais on ne possède pas encore de données suffisantes pour établir si l'action du médicament ainsi introduit dans l'économie, diffère de celle qu'il exerce lorsqu'on le porte directement dans les voies digestives. Quant aux effets topiques, la question est résoute, et en effet, telle substance qui fatiguerait beaucoup ou enflammerait l'estomac, ne détermine sur la peau qu'un effet très-aisément supporté, tandis que d'autres substances, en petit nombre, il vrai, peuvent traverser impunément les voies digestives à des doses qui provoqueraient sur la peau non dénudée une inflammation érysipélateuse très-vive : c'est, par exemple, du deuto-iodure de mercure.

Les substances appliquées par la méthode iatraleptique ne s'absorbant pas jusqu'à la dernière molécule, il en résulte que, dans leur administration par cette voie, la dose peut et même doit être plus forte que lorsqu'on les administre par injection. Toutefois, il faut en excepter le cas où l'action devrait être bornée à une surface circonscrite, parce qu'alors on pourrait avoir à redouter l'excessive intensité de l'action topique, du moins à l'égard de certaines substances.

On a vu plus haut quelles sont les surfaces cutanées qui se prêtent le mieux à l'absorption. La partie interne des membres offre un double avantage dans la pratique; le premier, de permettre d'aller d'un membre à l'autre, de manière à laisser un intervalle assez long entre deux frictions faites sur la même place; le second, de faire absorber une assez forte quantité de substance à cause de l'étendue de la surface. Cependant lorsqu'on n'a pas à craindre l'effet topique irritant du médicament employé dans un grand état de concentration, il est peut-être plus avantageux encore d'en faire, à l'exemple de M. Scatigna, l'application dans le creux de l'aisselle, que sa conformation rend éminemment propre à cet usage.

Enfin, l'auteur termine son travail en passant rapidement en revue les principales substances que l'on a jusqu'ici administrées par l'iatraleptie.

Le travail de M. Lemarchand est plein de faits curieux et de recherches intéressantes; toutefois, il nous paraît accorder un degré de confiance un peu trop élevé à la méthode iatraleptique, surtout lorsqu'il déclare la préférer à l'endermie parce que, dans cette dernière, dit-il, les surfaces absorbantes sont peu étendues, et que les médicaments qu'on peut y employer sont très-restreints, le praticien ne devant prescrire par cette dernière voie que les substances capables d'exercer une action très-énergique sous un très-petit volume.

ANNALES D'OCULISTIQUE; novembre 1841.

Notice sur une ophthalmie purulente qui a régné épidémiquement dans la salle des granulés du 9ᵉ régiment d'infanterie, à Namur, pendant les mois de juin, juillet et août 1841; par M. le docteur FALLOT, *médecin principal.*

Ce travail renferme plusieurs considérations pratiques qui méritent d'être prises en considération.

Tous les chirurgiens sont d'accord sur la nature contagieuse de la blennophthalmie; mais les opinions sont loin d'être unanimes sur le mode suivant lequel la transmission s'opère. Chacun admet qu'elle peut se faire par inoculation; mais quelques médecins, je suis de ce nombre, dit M. Fallot, pensent qu'il y a des motifs suffisants d'admettre qu'elle peut avoir lieu aussi par l'intermédiaire de l'air; d'autres ne croient pas le fait suffisamment établi jusqu'à présent. Voici ce qu'a appris sur ce point à M. Fallot l'épidémie dont il parle.

Un militaire est en traitement pour des ulcères dartreux aux jambes et une conjonctivite simple : on dépose dans la salle qu'il occupe les cinq premiers blennophthalmiques frappés par l'épidémie; dans la nuit du surlendemain, la maladie éclate chez lui de la manière la plus violente.

Un autre militaire arrive le 16 juillet de la compagnie de discipline stationnée à Dinant; le 17, à la visite de la caserne, on lui reconnaît des granulations, et il est évacué à ce titre sur la salle du corps : le 20, au matin, il arrive à l'hôpital avec une blennophthalmie des plus graves.

Un troisième venait d'Arlon avec quelques granulés; le 14 août, il fut admis parmi les granulés, et dirigé le 16 sur l'hôpital avec une conjonctivo-kératite purulente ulcéreuse et un chemosis énorme.

Un quatrième venait d'être guéri d'un pannus à l'œil gauche. On le place par erreur dans la salle des granulés; quarante-huit heures après, il est atteint d'une blennophthalmie aiguë.

M. Fallot se borne à mentionner ces faits; il laisse à d'autres leur rapprochement avec d'autres faits de même nature et leur appréciation.

Les principaux caractères qu'a offerts cette épidémie sont l'état d'atonie dont, malgré les congestions les plus fortes et les douleurs les plus vives, les parties malades restaient frappées, la foudroyante rapidité avec laquelle la désorganisation s'emparait des tissus affectés, et surtout l'apathie dans laquelle les malades étaient plongés.

Plusieurs blennophthalmies se sont compliquées de fièvre muqueuse.

Traitement. — Les saignées *coup sur coup* n'ayant pas produit de résultats satisfaisants dans cette épidémie, on n'y a eu recours que d'une manière exceptionnelle. — Les fomentations froides n'ont pas été plus favorables. — Les collyres qui ont été les plus avantageux pendant la période aiguë sont les solutions saturées d'acétate de plomb cristallisé chargées de teinture d'opium. Les solutions légères de nitrate d'argent ont paru rester complètement sans action. — Mais le moyen qui a procuré les plus heureux résultats, c'est la cautérisation de toutes les surfaces congestionnées avec le nitrate d'argent. Cette cautérisation a été aussi très-utile pour la répulsion des tumeurs saillantes formées par les procidences de l'iris, accident qui a été très-commun. — Le meilleur cicatrisant des ulcères de la surface externe de la cornée, dans leur état de chronicité, a paru être la teinture d'opium instillée goutte à goutte ou conduite à l'aide d'un pinceau sur l'ulcère.

A l'intérieur on a administré, pendant la période aiguë, des purgatifs, et de préférence le calomélas, soit pur, soit en combinaison avec la résine de jalap. Lorsque la salivation est survenue, elle n'a exercé aucune influence favorable.

— Nous apprenons la mort du professeur Don, naturaliste anglais distingué, et membre de la Société linnéenne; il était professeur de botanique du King's Collège.

Outre plusieurs mémoires importans publiés dans les Transactions linnéennes, on doit à ce savant un ouvrage fort estimé, sous ce titre : *Prodromus floræ Nepalensis.*

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 4 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 2, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Leçons sur les maladies de l'utérus.

MOYENS D'EXPLORATION.

Du toucher (suite). — Je vous ai dit, dans la dernière séance, qu'il était des cas où il devenait nécessaire de faire pénétrer le doigt jusque dans l'intérieur du col pour examiner la face interne de cet organe. Dans quelques cas cette exploration est difficile à faire. L'orifice du col est quelquefois fermé au point qu'on n'y peut faire pénétrer l'extrémité du doigt indicateur ; mais, vous ai-je dit, chez les femmes qui ont habituellement le col fermé, l'orifice devient béant pendant les quelques jours qui précèdent et ceux qui suivent l'écoulement menstruel. Il faut donc saisir cette époque pour pratiquer le toucher de l'intérieur du col. Si cet organe est sain, sa surface est polie, unie, et donne au doigt la sensation que produirait la surface pleurale ; si, au contraire, on sent une surface rugueuse, inégale ; si l'on éprouve une sensation pareille à celle qu'on éprouverait en passant le doigt sur la muqueuse de l'estomac, si le tissu du col est ramolli, ce sont autant de signes d'un état pathologique de cet organe. Je vous ai recommandé, à cette occasion, de toucher méthodiquement en décrivant avec le doigt, dans l'intérieur du col, des zones superposées de haut en bas, dans toute l'étendue du col, depuis son insertion au corps de la matrice jusqu'à son orifice vaginal. De cette manière rien n'échappera au doigt explorateur.

Il est des cas cependant où l'exploration par le doigt ne saurait suffire pour faire reconnaître l'état du col. Je vous ai cité à ce sujet plusieurs exemples de difficulté du diagnostic par le toucher ; le suivant n'est pas moins digne de votre attention. Je touche une femme, je crois sentir un petit corps flottant, adhérent au col ; je touche plusieurs jours après et à plusieurs reprises, je ne sens plus rien ; plusieurs chirurgiens examinent cette femme avec moi, et déclarent ne rien sentir. Afin d'éclaircir mes doutes, j'examine au spéculum, et je vois en effet un petit polype sur le col. J'examine, et je fais examiner de nouveau par d'autres personnes ; au toucher, nous ne sentons rien encore ; je touche enfin un jour, après avoir préalablement débarrassé le col des mucosités qui y adhéraient, et j'éprouve la sensation du petit corps flottant que j'avais reconnu la première fois. Cette femme portait un petit polype très mince habituellement collé sur le col, et qui, suivant qu'il y restait adhérent ou qu'il en était momentanément détaché, permettait ou non d'en reconnaître l'existence. Bien que ces faits soient exceptionnels, ils n'en doivent pas moins être pris en considération ; et il suffit qu'ils puissent se présenter quelquefois pour qu'on ne doive pas s'en rapporter exclusivement dans les cas douteux, à l'exploration par le toucher. Les faits de ce genre ne sont pas d'ailleurs les seuls dont le diagnostic offre des difficultés. Je pose en fait que, dans un grand nombre de circonstances, le toucher ne suffit pas pour constater l'existence d'excoriations ou d'ulcérations superficielles du col.

Le toucher ne doit pas se borner à reconnaître l'état du col et de son orifice et l'état du vagin ; on peut encore, à l'aide du doigt introduit dans le vagin, constater l'état du corps même de l'utérus. Le toucher, ai-je dit en commençant ces leçons, se pratique par le vagin, des différentes manières que je viens d'exposer ; il se pratique encore par l'hypogastre et par le rectum. Ces divers modes d'exploration s'appliquent au diagnostic des maladies du corps de l'utérus.

Par le vagin, on peut d'abord reconnaître le degré de mobilité et la pesanteur de l'utérus. C'est ce que l'on fait en appliquant le doigt sur le col et en poussant légèrement de bas en haut et un peu d'avant en arrière suivant l'axe de la matrice, en imprimant à cet organe de légères secousses. Cette exploration doit être faite avec beaucoup de ménagement : elle provoque souvent, surtout si l'on presse un peu fort, des douleurs assez vives ; j'ai vu même survenir quelquefois des accidens de métro-péritonite à la suite du toucher pratiqué sans ménagement ou d'une manière intempestive. Il faut donc repousser l'utérus en haut très légèrement et s'arrêter si l'on produit de trop vives douleurs. On peut encore reconnaître la pesanteur de l'utérus en soulevant cet organe par derrière, et en le faisant basculer un peu en avant. Le degré de pesanteur de l'utérus n'est pas toujours facile à diagnostiquer à cause des adhérences morbides que cet organe peut avoir contractées dans le bassin.

La circonstance de l'état d'engorgement du col et les autres moyens d'investigation que nous exposerons tout à l'heure peuvent bien concourir à le faire reconnaître. Mais malgré le secours de ces moyens accessoires de diagnostic, on n'est pas toujours sûr de distinguer si l'on a affaire à une adhérence ou à une congestion de l'utérus, et il est important de ne point confondre ces deux états.

Passons maintenant à l'examen du corps de l'utérus. Cet examen est très important, et c'est ce que peu de médecins savent bien faire. Avant de vous dire comment on doit y procéder, il importe que je vous signale une disposition anatomique qui facilite beaucoup ce mode d'exploration. La partie supérieure du vagin présente une ampliation considérable qui a long-temps été méconnue et que M. Cruveilhier a le premier signalée. Cette ampliation qui a lieu en tous sens, en avant, en arrière et latéralement, ne pourrait être reconnue au spéculum, dont l'extrémité reste immobile une fois que le col s'y trouve enclavé. On ne pourrait non plus la reconnaître au doigt si l'on se bornait à le diriger directement de bas en haut : car arrivé à l'insertion du vagin sur le col, il ne monterait pas plus haut. Mais si parvenu au niveau du col, au lieu de pousser plus loin le doigt dans cette direction, on l'écarte horizontalement du centre en refoulant le vagin, on peut le porter, soit en avant, soit latéralement, jusqu'à un pouce de distance environ du col. A cette distance du col on peut aisément refouler le cul-de-sac du vagin en haut et arriver ainsi jusqu'à la moitié du corps de l'utérus et même plus haut. Mais, je le répète, ne restez pas sur l'insertion du col ; car dans ce point vous ne pourriez pas arriver plus haut ; écartez votre doigt à un pouce de distance du col sans le faire descendre, et puis refoulez en haut et en vous aidant des moyens accessoires d'exploration, en abaissant l'utérus par la région hypogastrique, vous arriverez quelquefois jusqu'à sa partie supérieure. Cette exploration se fait aisément en avant et par côté ; mais en arrière ce moyen d'investigation est de très peu de valeur ; on ne pourrait monter dans cette direction, qu'à une très petite hauteur. C'est ici le cas, pour explorer la région postérieure de l'utérus, de recourir au toucher par le rectum.

En introduisant le doigt dans le rectum, on peut sentir médiatement, à travers les tuniques de cet intestin, la totalité de la face postérieure de l'utérus. Parvenu à la partie inférieure du corps de cet organe, on décrit avec le doigt, non plus des zones, mais des lignes horizontales de gauche à droite et de droite à gauche, alternativement, et de bas en haut, en les superposant ; on parcourt ainsi graduellement toute l'étendue de la matrice, on peut même arriver jusque sur son fond. On perçoit parfaitement de cette manière, les inégalités, les bosselures qui peuvent exister sur la matrice, sa consistance, son degré de sensibilité ; mais il faut avoir une certaine habitude et s'être long-temps exercé à ce mode d'exploration pour apprécier à sa juste valeur le volume de l'utérus, qui paraît énorme au premier abord, et sur lequel on se méprendrait si on ne tenait compte de l'épaisseur des parois intestinales.

Le toucher par le rectum est surtout très propre à faire apprécier l'état des tégumens larges, que l'on sent presque à nu à travers les parois de cet intestin.

Cette exploration ne demande pas moins de ménagemens que l'exploration par le vagin. Il est des femmes qui ont le rectum très sensible ou très étroit, et chez lesquelles cet examen est très douloureux. Il faut donc introduire le doigt très doucement ; et, comme dans un très grand nombre de circonstances, les femmes éprouvent des douleurs très vives et

FEUILLETON.

DU SYSTÈME DE PAVAGE DES RUES DE PARIS SOUS LE RAPPORT DE LA SANTE PUBLIQUE.

Un bon système de pavage de la voie publique importe plus qu'on ne pense à la conservation de la santé des villes. Paris réclame surtout ce genre d'améliorations par la nature de son climat humide et brumeux, par le concours de sa population, par la trépidation continuelle de ses rues. Cependant on n'a guère songé que depuis dix ou douze ans à essayer quelques perfectionnemens dans ce sens, en tirant parti des progrès des arts et de l'industrie. Aussi aucune capitale de l'Europe n'était plus sale que Paris avant la dernière révolution, et la disposition vicieuse de son pavage y contribuait peut-être plus qu'aucune autre cause, si elle n'en était pas la cause unique. Cet état de choses est un peu modifié depuis 1830 : l'administration a compris, à ce qu'il paraît, l'intérêt d'un système de pavage mieux combiné, et elle a ouvert la lice aux concurrens, qui n'ont pas manqué, selon la coutume, d'exagérer les avantages de leurs procédés particuliers. Nous nous tiendrons en dehors des discussions relatives à la question d'économie de chacun de ces procédés. En matière de travaux publics, une telle question ne doit avoir qu'une valeur très secondaire, et céder la prépondérance à celle d'utilité, de commodité et surtout de salubrité. C'est toujours avec un souverain dégoût que nous verrons des considérations aussi élevées soumises aux supputations égoïstes des aligneurs de chiffres, prôneurs intéressés de la balance des budgets.

On l'a dit avec raison, la saleté des rues de Paris est depuis long-temps proverbiale : Lutèce, l'ancien nom de Paris, en faisait déjà un synonyme de boue ; Jean-Jacques Rousseau la qualifiait également, au physique peut-être autant qu'au moral, ville de boue ; nous savons tous si elle avait beaucoup gagné sous l'un et l'autre rapport, soit pendant l'empire, soit sous la restauration. Qui ne se souvient encore de ce qu'elle était à cet égard en 1830 ? Une chaussée à peu près plate ou très peu inclinée, coupée par le milieu d'immenses ruisseaux, charriant des masses d'eaux fétides dont les rejaillissemens souillaient les passans et inondaient le sol jusqu'aux rares trottoirs qui longeaient quelques rues, de larges égoûts béans au soleil, servant de lieux de dégorgement à ces ignobles ruisseaux de fange exhalant au loin un horrible méphitisme ; les piétinemens des hommes et des chevaux, le passage des charrettes et des voitures remuant incessamment la bourbe noire des ruisseaux, et soulevant à plusieurs mètres au-dessus du pavé une petite pluie continuelle d'une eau grasse et puante. Tel était l'état normal de la voierie parisienne il y a à peine douze ans. Elle était bien autrement repoussante les jours de pluie fine ou les jours de brouillard, c'est-à-dire durant huit ou dix mois par an. Heureux alors, quand des averses abondantes venaient balayer momentanément la couche épaisse de limon accumulée dans les rues. Que devait-il résulter de l'humidité permanente et de la corruption simultanée des régions inférieures de l'atmosphère ? La réponse n'est pas difficile à donner : il est évident qu'elles étaient à la fois une source intarissable de désagrémens et d'incommodités, et une cause active de maladies populaires.

Sans entrer dans les détails des effets pathologiques déterminés par ces circonstances, nous ne pouvons nous dispenser d'en signaler au moins un des plus notables : nous voulons parler des affections scrofuleuses. Paris passe depuis long-temps, et avec raison, pour un foyer très actif de ces sortes d'affections ; peu de ses habitans y séjournent plusieurs années sans en ressentir quelques symptômes. Elles atteignent principalement les tempéramens lymphatiques, les enfans et les femmes, sur lesquels elles se produisent tantôt avec les caractères d'un engorgement des glandes du cou ; tantôt sous les formes d'abcès froids, de tumeurs blanches des articulations ; tantôt encore avec les phénomènes du carreau ou de la chlorose. Les organes respiratoires en particulier doivent éprouver de graves dommages de l'exhalation perpétuelle des effluves engendrés par ces circonstances. Aussi ne doutons-nous point que si les circonstances dont il s'agit ne sont pas les seuls agens de la phthisie qui décime la population de la capitale, elles y jouent au moins un rôle important. Comment obvier aux inconvéniens de la malpropreté que nous signalons ? Nous répondrons qu'un pavage de rues, exécuté d'après les instructions de l'hygiène, les atténuerait en partie ou les neutraliserait entièrement. Reste à savoir quelles sont les dispositions les plus favorables aux résultats que nous avons en vue, ou, en d'autres termes, quelles sont les conditions du meilleur pavage dans ses rapports avec la salubrité publique ? Nous examinerons ensuite à quels titres, selon nous, se recommandent les nombreux systèmes en expérience.

Un bon système de pavage doit favoriser l'écoulement des eaux de la chaussée par une inclinaison suffisante ; il doit soustraire, autant que cela se peut et le plus tôt possible, les eaux écoulées à l'action de l'atmosphère des rues ; il doit prévenir les clapiers de boue et les mares corrompues qui se forment entre les pavés, ou dans ses excavations accidentelles ; il doit s'opposer enfin à l'accumulation des boues. L'écoulement des eaux les empêche de se ramasser en bourbiers et de s'altérer par leur stagnation prolongée. Leur soustraction prompte au contact de l'air supprime une source puissante d'humidité, ce qui rend l'atmosphère plus élastique et plus pure. L'absence de clapiers où les eaux viennent croupir et fermenter enlevant des foyers actifs du méphitisme contre lequel nous nous sommes élevés ; la nullité ou la petite quantité de boues tarit à son origine le principe de ces foyers. Certes, nous sommes loin d'exiger que toutes les conditions requises se trouvent réunies dans le système à adopter ; mais nous maintenons qu'il appartient à une administration bien conseillée de ne se prononcer qu'en faveur du système qui en réunit le plus grand nombre, et au plus haut degré. Passons rapidement en revue, d'après ces idées, les mérites respectifs des pavages proposés ou essayés.

Tout le monde tombe d'accord sur la nécessité des chaussées à dos d'âne. Ces sortes de chaussée déversent les eaux des deux côtés, en laissant le milieu à sec. Les ruisseaux d'écoulement occupent dans ce système, non plus le centre de la chaussée, mais ils sont pratiqués le long des trottoirs, ou mieux ils coulent dans des rigoles étroites, abritées par les rebords des trottoirs. Suivant cette disposition on obtient un pavé net, les eaux ménagères ou les eaux de pluies s'échappent pour se dissiper dans l'atmosphère ; les piétons enfin ne se trouvent plus exposés au rejaillissement de ces eaux. Nous appellerons de tous nos vœux l'extension de cette forme de chaussée à l'ensemble des rues de la capitale. L'essai heureux qu'on en a fait à quelques-unes des plus sales, prouve les avantages d'un semblable procédé.

Si toutes les opinions s'accordent sur la forme du pavages, il n'en est plus de même sur sa nature, et pourtant ici comme en beaucoup d'autres cas, la nature n'est pas moins utile que la forme, ou plutôt les meilleures formes de pavage ne sont efficaces qu'autant que la nature des pavés, et la manière de les mettre en usage, n'apportent aucun obstacle aux bons effets de leur conformation. Nous emprunterons la partie technique de la description sommaire des pavages actuels de Paris, à quelques excellens articles sur cette matière, publiés dans les journaux périodiques, et principalement dans le *Temps*.

Le mode de pavage le plus ordinaire à Paris, ne paraît pas avoir beaucoup changé depuis le règne de Philippe-Auguste ; il est d'ailleurs exactement le même que celui employé pour les grandes routes ; en sorte qu'il n'y a pas la moindre différence entre le pavé de la rue Richelieu et celui de la forêt de Bondy. Voici en quoi il consiste :

De placer sur une couche de sable de dix à vingt centimètres des pavés à peu près cubiques de vingt à vingt-cinq centimètres de côté, taillés grossièrement ; on laisse entre eux des joints très larges, afin d'en faciliter le démontage, et on étale à leur surface une couche de sable de trois centimètres d'épaisseur. Ce mode de constructuction, qui peut être tolérable jusqu'à un certain point pour les routes en plein champ, présente les inconvénients les plus graves pour les rues d'une ville, et surtout d'une ville comme Paris. Les chaos résultant de la largeur des joints et des inégalités de la surface, donnent lieu aux secousses les

presque exclusivement dans le rectum, il faut s'assurer si ces douleurs ne sont pas produites par une maladie du rectum lui-même, car cet organe peut quelquefois être seul malade et en imposer pour une affection de l'utérus. Si l'on a lieu de soupçonner qu'il en soit ainsi, on devra donc par circonstance explorer l'état du rectum ; ce que l'on fera en le parcourant dans toute son étendue avec le doigt indicateur, auquel on fera décrire des zones superposées de bas en haut, comme pour l'examen du vagin.

Le toucher par la région hypogastrique n'est qu'un moyen auxiliaire que l'on emploie concurremment avec le toucher vaginal, pour explorer l'utérus par sa paroi antérieure. Bien que ce mode d'investigation paraisse fort simple, il n'est pas hors de propos de donner quelques règles à son égard. Les personnes peu expérimentées touchent l'hypogastre par le bout des doigts en pressant plus ou moins brusquement sur cette région, et déterminant ainsi des douleurs quelquefois assez vives, sans aucun profit pour le diagnostic. Le toucher hypogastrique doit se faire avec la totalité de la face palmaire des trois doigts du milieu. On répartit ainsi la compression d'une manière égale sur toutes les parties de l'hypogastre ; l'exploration est beaucoup moins douloureuse, en même temps qu'elle permet de mieux s'assurer de l'état des organes qui occupent cette région ; notez encore que si vous approchez trop brusquement de la paroi hypogastrique, si vous la pressez trop fortement ou que vous y appliquiez une main trop froide, vous déterminerez de la douleur ou une impression pénible qui fera contracter les muscles de l'abdomen, et vous ne sentirez rien, ou bien vous serez exposé à prendre pour une tumeur formée par le globe utérin la dureté et la résistance des muscles droits abdominaux. Pour éviter cette cause de méprise, appliquez la main tout doucement en ne pressant que d'une manière graduelle, et vous arriverez ainsi en refoulant les viscères abdominaux et en faisant relâcher les muscles jusqu'aux parois mêmes du bassin.

Cancers de l'utérus incurables. Traitement palliatif. Bons effets des narcotiques. Règles de leur emploi.

Au n° 5 de la salle Saint-Augustin est couchée une femme qui porte un cancer de l'utérus résultant de la dégénérescence carcinomateuse d'un polype. Le cancer a envahi tout le col et s'étend jusque vers la moitié du col de la matrice. Cette femme était incessamment en proie à des douleurs extrêmement violentes, se faisant sentir plus vivement pendant la nuit et surtout dans la matinée. Ces douleurs avaient fini par acquérir un tel degré d'intensité qu'elles n'étaient plus tolérables, et qu'elles arrachaient des cris à la malade.

Le degré avancé de la maladie ne laissant chez cette femme aucune chance de guérison, car la hauteur à laquelle s'étend la dégénérescence cancéreuse sur le corps de l'utérus rend impossible toute tentative d'opération, on s'est borné à recourir à un traitement palliatif, à l'emploi des narcotiques administrés en lavemens et sur la surface dénudée du derme. Pendant les premiers jours, les narcotiques ont paru ne point agir et la malade n'éprouvait aucun amendement à ses douleurs. On a insisté en augmentant graduellement les doses, et l'on est ainsi parvenu au bout de quelques jours, de huit à dix jours environ, à surmonter les douleurs ou à les rendre du moins très tolérables.

— Une autre femme, couchée au n° 33 de la même salle, portant une pareille affection de l'utérus également incurable, et chez laquelle il est survenu momentanément de la cécité sous l'influence de cette affection, a été soumise aux mêmes moyens de traitement (petites saignées révulsives, lavemens avec huit ou dix gouttes de laudanum, deux fois par jour, vésicatoires pansés avec l'hydrochlorate de morphine, etc.). Chez cette femme ces moyens ont eu un résultat beaucoup plus heureux encore. Les douleurs atroces auxquelles elle était en proie et qui revenaient tous les jours par accès, à plusieurs époques de la journée, et à des intervalles plus ou moins réguliers, mais principalement pendant la nuit et dans les premières heures de la matinée, ces douleurs ont complètement cessé. La malade dit être guérie et ne plus éprouver de douleurs dutout du côté de la matrice. Elle ne ressent plus actuellement que de très légères douleurs vagues à la région épigastrique, à la base de la poitrine et à la région droite du col.

Ces deux faits intéressans sous plus d'un rapport ont fourni à M. Lisfranc l'occasion de développer quelques points de pratique important relativement au traitement palliatif des affections cancéreuses de l'utérus contre lesquelles l'art reste impuissant.

Une maladie de l'utérus, dit M. Lisfranc, passe à l'état carcinomateux, ou y a passé depuis long-temps ; les douleurs commencent à se faire sentir. Il ne faut point perdre de temps, il faut recourir immédiatement à tous les moyens capables de détruire ou de diminuer ces douleurs. Les médecins ne font pas en général assez attention à l'irruption de ces douleurs. Quand on attaque ces douleurs de bonne heure, avant qu'elles aient acquis en quelque sorte par leur durée droit de domicile, on peut, lors même qu'elles sont déjà très intenses, pourvu qu'on les combatte dès leur début par les saignées, si elles sont bien supportées, et par les narcotiques, on peut, dis je, les faire disparaître pour un temps plus ou moins long, ou du moins les diminuer considérablement, quelquefois même on parvient à les faire cesser pour toujours ; mais, si négligeant ces douleurs dans le principe, on les a laissé s'établir, si la maladie est ancienne, lorsque en un mot les douleurs cancéreuses sont intenses et de longue durée, il devient beaucoup plus difficile et souvent impossible de les amender ; on peut tout au plus les diminuer un peu pour quelque temps seulement ; mais elles ne tardent pas à reparaître avec toute leur énergie première, et finissent ordinairement par devenir réfractaires à l'action des narcotiques les plus puissans.

Mais ce n'est pas tout ; des douleurs existent dans l'utérus, produites par une ulcération carcinomateuse de cet organe, elles sont intenses, se reproduisent à des intervalles rapprochés, mais elles ne sont pas permanentes. On se propose de les attaquer par les narcotiques. Quel est le meilleur mode d'administration de ces médicamens ? Il est deux voies par lesquelles ils réussissent mieux : c'est la voie du rectum et celle de l'absorption cutanée. Si vous voulez faire un choix entre ces deux moyens, l'expérience nous a déjà démontré qu'en général l'absorption cutanée est plus efficace que l'absorption par la surface intestinale. On a généralement la mauvaise habitude d'administrer les narcotiques en injection dans le vagin, dans le but, sans doute, d'appliquer immédiatement ces agens sur l'organe malade. L'expérience a encore démontré, d'une part que les narcotiques n'agissent qu'après avoir été absorbés, et que cette absorption ne se fait point ou presque point par la surface du vagin. Voici à cet égard l'épreuve que nous avons répétée dans cet hôpital pendant plus d'un an. Nous avons pris une quantité déterminée de liquide que nous avons administrée en même temps, à égale dose, dans le vagin et dans le rectum ; nous l'avons laissé séjourner pendant une heure ou deux. Après ce laps de temps, le liquide injecté dans le vagin était rejeté en entier à un centième près ; il n'en avait point ou presque point été absorbé, tandis que la totalité ou la presque totalité du liquide injecté dans le rectum avait été absorbée.

Quant au choix des narcotiques, à la dose à laquelle ils doivent être administrés, et aux effets qu'ils produisent, il existe à cet égard des variétés infinies tenant aux idiosyncrasies individuelles, et dont il faut savoir tenir compte. Vous emploierez quelquefois des narcotiques contre ces douleurs utérines pendant un, deux, trois, quatre, six, huit jours et plus, vous n'obtiendrez point d'effet. Il ne faut point se décourager, et continuer à les administrer en augmentant graduellement les doses, pourvu toutefois qu'on ne produise point de narcotisme. Chez la femme du n° 5, dont nous vous entretenions tout à l'heure, nous avons insisté, et au bout de plusieurs jours, en graduant les doses, nous avons surmonté les douleurs. Il faut donc insister et se rappeler que les narcotiques, suivant les individus, agissent plus ou moins énergiquement, avec plus ou moins de rapidité, et enfin qu'ils sont plus ou moins bien supportés.

Chez certaines femmes, les narcotiques ne réussissent pas ; chez d'autres ils produisent des accidens dès la première administration, et aux plus faibles doses. Je vous citerai à ce sujet l'exemple d'une femme, chez laquelle trois gouttes de laudanum sur un cataplasme appliqué sur l'abdomen produisirent le narcotisme. Chez la même personne, une goutte de laudanum en lavement produisait d'abord une grande excitation, suivie bientôt après de narcotisme. Une autre femme était narcotisée par un quart de goutte de laudanum en lavement ; un huitième de goutte chez une autre était suivi d'un peu d'excitation et d'un léger narcotisme. Les exemples de ce genre sont assez nombreux.

Tels narcotiques réussissent chez de certaines femmes, qui chez d'autres restent sans effet. Chez certaines personnes, le laudanum, la belladone, la ciguë narcotisent ou excitent ; essayez l'hydrochlorate de morphine à dose fractionnée par la méthode endermique, et vous obtiendrez généralement un effet plus prompt et exempt des mêmes inconvéniens. Toutes choses égales, je préfère en général l'hydrochlorate à l'acétate de morphine ; l'expérience m'ayant démontré qu'il jouit d'une plus grande efficacité.

Il est des cas où l'on vous objectera que l'hydrochlorate de morphine ou tout autre narcotique a déjà été employé, à une époque plus ou moins avancée, chez telle femme à qui vous vous proposerez de l'administrer, et qu'il a produit du narcotisme, des vomissemens et autres accidens plus ou moins graves, en un mot qu'il ne pouvait être supporté. Que cette considération ne vous arrête pas. Dans de pareilles circonstances, je l'administre de nouveau à faible dose d'abord, puis à doses plus élevées s'il est bien supporté ; et souvent j'obtiens le résultat voulu sans aucun accident. C'est que chez certains sujets, chez les sujets surtout affectés d'un état morbide profond et ancien, il s'opère quelquefois, dans un espace de temps indéterminé, des modifications telles que des médicamens, qui ne pouvaient auparavant être administrés sans danger, sont actuellement supportés sans aucun inconvénient.

Pertes utérines ; leur influence sur les douleurs cancéreuses.

Aux n° 17 et 38 de la même salle, sont deux femmes qui ont des pertes utérines. Celle du n° 17 avait une perte qui durait d'une manière continue depuis près d'un an ; cette perte est arrêtée depuis l'entrée de cette femme à l'hôpital.

Ces pertes utérines ont été beaucoup étudiées par les pathologistes ; mais elles sont peu connues encore sous le rapport pratique. Il faut chercher à reconnaître d'abord si elles sont essentielles ou non, si elles dépendent ou non d'une lésion organique de l'utérus. La plupart des praticiens considèrent les pertes comme toujours essentielles, ou du moins ne pren-

---

plus fatigantes et au bruit le plus incommode ; la couche de sable de trois centimètres, se change en une masse de boue à la première pluie, et dans les temps secs, elle s'élève en tourbillons de poussière qui vont aveugler les passants et gêner leur respiration.

L'administration a pris récemment en considération les objections nombreuses contre cet ancien système de pavage dont les inconvénients frappent à la première vue. Elle essaye en conséquence depuis quelques années plusieurs nouveaux systèmes, notamment le pavage au bitume, le pavage par empierrement, le pavage en bois, le pavage de M. Polonceau, appelé céramyque. Mais tous ces systèmes n'atteignent pas complètement le but de la plus grande salubrité des rues, et plusieurs y paraissent diamétralement contraires. Voyons les difficultés qu'ils soulèvent sous ce rapport, et quel est à cet égard le meilleur système.

Les pavages au bitume entraînent à leur suite une foule d'inconvéniens graves : des vapeurs épaisses d'une odeur repoussante se dégagent de la fonte et de la préparation de la matière bitumineuse. Ces vapeurs remplissent l'air d'un méphitisme nuisible à la respiration, ne serait-ce qu'en substituant au *pabulum vitæ* ou air vital, un air crasse et surchargé de principes non respirables, notamment d'acide carbonique. Si ces inconvéniens sont déjà très sensibles sur les places et dans les grands carrefours ouverts à tous les vents, ils le seraient bien autrement en appliquant ce procédé de pavage aux rues étroites et closes. Les réparations journalières exigées pour l'entretien de ce pavage placeraient les habitans, soit dans les rues, soit même dans leurs maisons (car les émanations bitumineuses pénètrent partout tant elles sont subtiles) dans une atmosphère sans cesse infectée par ces émanations. Nous n'ignorons pas que Parent-Duchatel a écrit un long rapport en faveur de l'innocuité de ce méphitisme spécial ; mais nous savons en même temps que ce savent médecin niait jusqu'à l'insalubrité des miasmes putrides, comme s'il avait le parti pris d'absoudre tous les foyers d'infection des dommages incontestables qu'on leur a reconnus dans tous les lieux et dans tous les temps.

Nous pouvons regretter les considérations de beauté, de solidité et d'économie qu'on se plaît à exalter dans le pavage au bitume, pratiqué d'après tel ou tel procédé, cependant nous n'en persistons pas moins à le repousser en raison des désagrémens de son application et de ses effets nuisibles.

Les chaussées d'empierrement dites aussi macadamisées, du nom de Macadam qui en a perfectionné la construction, se composent d'une seule couche de petites pierres cassées à une grosseur uniforme. Avant de les livrer à la circulation on couvre leur surface de terre ou de matériaux tendres et on les soumet à la pression d'un cylindre pesamment chargé. Les chaussées ainsi construites peuvent être maintenues en toute saison parfaitement unies, dures, et presque sans boue et sans poussière, au moyen d'un système de balayage. Ces sortes de chaussées offrent un parcours aussi doux que celui des chaussées en pierre est fatiguant, elles se prêtent mieux que celles-ci aux grandes vitesses, elles occasionnent beaucoup moins de bruit ; on assure enfin, qu'elles sont moins coûteuses. Voilà de nombreuses et puissantes raisons de le préférer aux chaussées en pierre. L'administration vient d'en faire un essai bien appliqué sur le nouveau quai de l'Hôtel-Dieu ; nous disons que cet essai est bien appliqué, car la proximité d'un quai necessairement très fréquenté, de la couche des malades de ce vaste hôpital, aurait rendu excessivement incommode et souvent très dangereux le fracas des voitures roulant sur une chaussée pavée. En remplaçant la chaussée en pierre par une chaussée macadamisée, le bruit sourd des rues ne parvient pas jusqu'aux malades ; à quoi il faut ajouter qu'ils sont également affranchis par ce même procédé de pavage de l'humidité et de l'infection exhalée de la boue ainsi que de la poussière suffocante que produit le pavage en pierre. Tant d'avantages réunis ne sauraient être balancés par l'assujettissement que commande l'entretien d'un semblable pavé, aussi n'hésitons-nous pas à le déclarer supérieur à tous les autres systèmes, sans en excepter même le pavage en bois.

Les pavés en bois sont employés depuis long-temps en Allemagne et depuis quelques années à Londres : on vient de les essayer à l'entrée de la rue Neuve-des-Petits-Champs, du côté de la Banque, à Paris. L'essai en question est conforme aux perfectionnemens apportés à ce pavage par M. le comte Delisle. D'après ces principes, les blocs de bois ne sont pas placés verticalement, mais à une inclinaison de soixante trois degrés, ce qui leur donne, dit-on, élasticité et durée. Ils se posent sur un lit de béton par masses de vingt-quatre morceaux chevillés ensemble, et ces masses sont encore reliées les unes aux autres par des agrafes en fer. On assure que dans cette disposition il y a cohésion parfaite et solidarité de tous les blocs. Les blocs sont évidés en croix à la superficie pour donner prise aux pieds des chevaux. Ce pavage s'enlève et se pose avec assez de facilité.

Dans les rues pavées en bois, plus de bruit, plus d'ébranlement, presque pas de boue durant les brouillards ou les pluies, presque pas de poussière pendant la saison sèche. Malheureusement, l'essai tenté à Paris n'a pas répondu sous le rapport de la solidité à celle du pavage en grès. Il y avait à peine huit ou dix jours qu'il était livré à la circulation, que déjà il se défonçait de tous côtés. Sans doute le point choisi pour l'expérience de pavage est un des plus fréquentés de la capitale ; mais enfin le pavé en grès à sa place a justifié d'une plus grande solidité. Un inconvénient grave résulte même de l'un de ses plus notables avantages : celui d'assourdir extrêmement la trépidation des chevaux et le roulement des voitures. Cet assourdissement est tel qu'on ne peut être averti par un bruit suffisant du voisinage des chevaux et des voitures, et qu'on se trouve ainsi exposé, particulièrement dans les carrefours, à toutes sortes de dangers. Si l'on se décidait à employer ce système sur une large échelle, il serait indispensable d'appeler l'attention des piétons sur ce genre de dangers, au moyen de sonnettes, par exemple, passées au cou des chevaux. Un autre inconvénient des pavés en bois, au dire des personnes compétentes, c'est que lorsqu'ils commencent à présenter des plaques dans lesquelles l'eau stagne, ils se dégradent assez vite. Pour nous, la formation de ces plaques d'eau croupissante offre une imperfection qui compromet la santé publique, et dont le pavage par empierrement ne paraît pas susceptible. Ce motif seul, à part toujours la question d'économie plus grande avec le dernier pavage qu'avec le pavage en bois, nous déterminerait à conseiller le choix du pavé macadamisé.

Nous dirons peu de chose du nouveau pavé proposé par M. Polonceau ou pavé césamique. Il consiste dans un composé particulier, une sorte de brique à laquelle on parvient à assurer une dureté supérieure à celle du grès. La forme du pavé est hexagone, avec une surface et des joints parfaitement plane. Si le bitume fait la base de ces briques, comme nous sommes portés à le penser, elles sont passibles des reproches adressés plus haut aux pavés bitumineux, à moins qu'elles n'arrivent sur place toutes faites, et que la réparation de ce pavage n'exige pas la fonte instantanée du bitume.

De tout ce qui précède il résulte qu'un bon système de pavage influe puissamment sur la santé publique, que le meilleur système envisagé sous ce point de vue doit tendre à faciliter l'écoulement prompt des eaux ménagères ou des eaux de pluie, à les soustraire au plutôt au contact de l'air extérieur, à prévenir la boue et les plaques d'eau croupie dans les temps de brouillards ou d'humidité, et à empêcher la formation de la poussière pendant la sécheresse, à assourdir le bruit des voitures et des chevaux, à amortir enfin les ébranlemens des édifices et des rues. De l'examen des différens systèmes de pavage étudiés d'après ces effets, nous avons dû conclure que le pavage par empierrement ou macadamisé était le plus conforme aux principes de l'hygiène publique.

---

nent en considération dans le traitement que le fait de l'écoulement sanguin. Je dis et je soutiens que quand une perte utérine rouge dure depuis un mois environ au plus, il y a à parier qu'il existe un polype ou un engorgement de la matrice. De là la nécessité de toucher dans tous les cas pour s'assurer de l'état du col et pour se mettre à même de combattre avec efficacité la cause qui entretient l'écoulement du sang, soit un engorgement, soit un polype, ou toute autre lésion de la matrice.

Quant aux pertes qui se montrent assez fréquemment chez les femmes affectées d'ulcérations ou de cancer ulcéré de l'utérus, il faut encore faire une distinction pour savoir si l'on devra les arrêter ou les respecter. Si ces pertes se renouvellent fréquemment, si elles sont abondantes, si, en un mot, elles affaiblissent les malades, il faut les arrêter ; mais si elles sont peu abondantes et qu'elles n'affaiblissent point, ne les arrêtez pas, parce que souvent leur suspension occasionne de très vives douleurs. Ces petites pertes soulagent quelquefois dans ce cas les malades et atténuent l'intensité des douleurs auxquelles elles sont habituellement en proie, tandis que leur suspension soit provoquée, soit même spontanée, détermine souvent le retour des douleurs. La femme du n° 33, dont il a été question plus haut, nous en a présenté un exemple. Cette femme, avant qu'elle eût été définitivement calmée par l'emploi des narcotiques, avait habituellement une petite perte qui amoindrissait beaucoup ses douleurs ; cette perte s'étant spontanément arrêtée pendant quelques jours, les douleurs étaient redevenues beaucoup plus vives.

Ulcérations du col de l'utérus guéries par la cautérisation. Douleurs provoquées par le travail de résolution.

Aux n. 6, 19 et 21, même salle, sont couchées trois femmes qui avaient des ulcérations légères du col. Ces ulcérations ont facilement cédé à quelques cautérisations superficielles faites avec le nitrate acide de mercure ; elles sont acuellement cicatrisées. Malgré cela ces femmes éprouvent encore de la douleur ; cette douleur, disent-elles, est même aussi forte qu'avant le traitement. Ces faits ne sont point rares, il est même des femmes qui souffrent davantage après la cicatrisation des ulcères qu'avant. Il ne faut point se méprendre sur la nature de ces douleurs, et il est bien que l'on soit prévenu de cette circonstance. Ces douleurs n'indiquent point, en effet, que la maladie se soit aggravée ; elles tiennent quelquefois à la persistance de petites congestions ou d'engorgemens de l'utérus, lesquelles déterminent souvent des douleurs plus vives que ne le sont les ulcères mêmes. Ou bien, d'autres fois, l'engorgement n'existe plus ; on touche le col, on le sent ramolli et offrant dans tous ses points la consistance normale. La douleur, dans ces cas, résulte du léger degré d'excitation physiologique que nécessite le travail de résolution.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

1° *Ascite symptômatique d'une cirrhose.*

Au n° 25 de la salle Saint-Bernard, était une femme chez laquelle la ponction fut pratiquée quatre fois à raison d'un épanchement séreux dans la cavité du péritoine, épanchement assez considérable pour provoquer des étouffemens, de la suffocation. Ce phénomène a été regardé long-temps comme une maladie spéciale que l'on désignait sous le nom d'*ascite*. Mais lorsque l'on eut reconnu sa coïncidence avec certains états pathologiques des différens organes contenus dans l'abdomen, on pensa qu'il pourrait bien n'être que symptômatique de ces affections. Aujourd'hui, on est convaincu que c'est en effet ce qui a lieu le plus ordinairement, et on ne croit plus avoir reconnu la maladie par ce fait seul que l'on a constaté l'épanchement.

Les affections de la plupart des organes contenus dans la cavité abdominale, sont susceptibles de donner naissance à l'ascite ; et si l'on se demande quelle devra être la cause la plus fréquente d'un épanchement qui se fait dans le péritoine, il semblera tout d'abord qu'il faille placer en première ligne l'inflammation de cette membrane. Ce serait à tort, cependant; car il est très rare qu'un épanchement ascitique considérable vienne de cette source. La plupart du temps, au contraire, il arrive, dans ce cas, que l'épanchement soit assez minime pour que, s'il a lieu chez un homme ou chez une femme qui n'a point eu d'enfans, la résistance des parois abdominales ne soit pas vaincue, et que leur distension ne le rende pas appréciable. Ceci s'applique à la péritonite aiguë se développant sous toutes les influences capables de se produire. Ainsi, lorsqu'une femme qui vient d'accoucher succombe à une inflammation consécutive du péritoine, on ne trouve dans la cavité de cette membrane qu'une très petite quantité de sérosité purulente.

Mais en est-il de même dans la péritonite chronique? non sans doute. Ici l'épanchement peut devenir plus considérable; cependant il n'arrive presque jamais au point où vous l'avez vu chez la malade qui nous occupe, au point de nécessiter l'opération de la paracentèse. M. Dugès a d'ailleurs prouvé que dans les inflammations chroniques du péritoine, cette membrane se rétrécit, et que la rétraction peut être telle que le calibre des intestins ainsi que leur longueur en soient considérablement diminués.

J'arrive, par toutes ces considérations, à vous dire que chez un malade présentant un épanchement ascitique considérable, vous devez rejeter l'idée d'une péritonite comme point de départ ; et que, si le malade ayant succombé, vous trouvez à l'autopsie des traces de cette affection, vous devrez penser qu'elle n'a été que consécutive, soit qu'elle se soit développée sympathiquement, soit que la présence prolongée du liquide l'ait produite.

Où faudra-t-il donc trouver la cause de l'épanchement? et quel ne sera pas sur ce point l'embarras du praticien, puisque, comme je vous le disais, il n'y a guère d'organes contenus dans l'abdomen dont la lésion ne puisse le faire naître. Cependant, si parmi ces lésions nombreuses, les unes y donnent lieu fréquemment, tandis qu'il survient rarement sous l'influence des autres. En mettant d'abord celle-ci de côté, on aura simplifié d'autant le diagnostic, certaines de ces maladies présentant d'ailleurs des phénomènes particuliers auxquels on peut toujours les reconnaître. Tels sont, par exemple, le cancer de l'estomac, le cancer du foie, qui est le plus souvent manifesté par son volume ; la maladie de Bright, dans laquelle les urines sont chargées d'albumine ; l'hypertrophie de la rate, appréciable et par le volume, et par l'absence de fluctuation dans la région occupée par l'organe, etc. Quant à l'hydropisie enkystée de l'ovaire qui, dans un état avancé, pourrait être prise pour un ascite, on la reconnaîtra au moyen des commémoratifs. Ainsi, la tumeur aura commencé dans un des hypochondres, la fluctuation se sera toujours fait sentir dans le même ooint ; il y aura d'ailleurs moins de gêne dans la respiration, et la physionomie sera moins altérée.

Mais il y a une affection très commune donnant toujours lieu à l'ascite, et qui ne se manifeste par aucun autre symptôme saillant. Dans cette affection, l'épanchement débute par l'abdomen sans qu'il se soit manifesté d'œdème dans d'autres parties du corps. Le foie n'augmente pas de volume, mais il subit une altération de texture. De là résulte de la gêne dans la circulation abdominale, et il s'établit alors une circulation artificielle entre la veine cave inférieure et la veine cave supérieure, au moyen des veines superficielles de l'abdomen, qui se dilatent. Ces phénomènes, que vous avez pu constater sur le sujet qui nous occupe, se rapportent à la lésion du foie connue sous le nom de cirrhose. Ainsi, comme vous le voyez, on ne peut arriver à ce diagnostic que par voie d'exclusion, bien qu'à raison de sa fréquence l'idée de cette lésion doive se présenter d'abord à l'esprit.

Cette malade avait en outre une fièvre continuelle et une diarrhée que nous n'avons pu vaincre, ce qui nous a fait penser qu'il existe chez elle une phlegmasie du péritoine et de la membrane muqueuse intestinale. Ceci nous a paru d'autant plus probable que les derniers liquides expulsés étaient plus louches que les précédens. Puis, le lendemain des jours où l'on pratiquait la ponction, le ventre était de nouveau dur et gonflé, ce qui s'explique et par la prompte reproduction du liquide et surtout par le développement du gaz dans les intestins. Cette circonstance est toujours fâcheuse dans le cas de lésion d'un organe contenu dans l'abdomen, non-seulement parce qu'elle est un indice de l'état d'irritation du tube digestif, mais encore parce qu'elle apporte à la palpitation un obstacle difficile à vaincre.

Enfin cette malade a succombé après avoir présenté la veille de sa mort un état d'oppression plus considérable que celui qu'on avait observé jusque là. Il était probable qu'un épanchement se faisait dans la poitrine.

L'autopsie est venue confirmer de tout point notre diagnostic. La cirrhose est manifeste. Le foie est diminué de volume ; il est ratatiné ; il présente à la partie supérieure un sillon assez profond correspondant au bord inférieur des côtes. Des coupes faites dans différens sens laissent voir la matière jaune en abondance, sans cependant que l'état de dégénérescence soit poussé au plus haut degré. On trouve dans son parenchyme des masses énucléables d'un blanc jaunâtre, masses qui tiennent à la fois du tubercule et du cancer et dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un gros pois et même plus. Le péritoine porte des traces évidentes d'inflammation. On y peut constater des adhérences qui ont lieu au moyen de membranes développées accidentellement. La membrane muqueuse du gros intestin offre une coloration grisâtre et un ramollissement complet. Enfin, dans la plèvre du côté droit on trouve une petite quantité de sérosité presque transparente.

2° *Grossesse hydatique. — Fausse-couche.*

Au n° 30 de la même salle est une femme âgée de vingt-deux ans, de bonne constitution et mariée depuis quatre mois. Elle est entree ici avec une hémorrhagie utérine remontant à quinze jours. Le sang s'écoule en assez grande abondance et est mêlé de caillots.

Ce phénomène, fût-il seul, serait un indice déjà presque suffisant d'une fausse-couche. En effet, il ne s'observe pas ordinairement chez une femme vierge, et bien qu'alors on puisse voir survenir des hémorrhagies, elles sont le plus souvent très peu considérables et le sang qui s'écoule n'est pas coagulé. Ainsi donc lorsqu'un médecin sera appelé auprès d'une jeune fille ayant une hémorrhagie utérine abondante avec caillots, il sera en droit de soupçonner des rapports sexuels antérieurs, avec toute la réserve cependant que commande un pareil sujet.

Quant à notre malade qui, comme je l'ai dit, est récemment mariée, elle n'avait pas vu ses règles depuis deux mois lors qu'elle fit une chute à la suite de laquelle elle eut une perte très peu considérable. Le sang s'arrêta bientôt, et ce ne fut que quinze jours après qu'elle vit se déclarer l'hémorrhagie qui l'a amenée ici. Lorsqu'elle y est entrée, nous avons trouvé l'utérus un peu augmenté de volume ; le col était animé et dilaté.

Tout concourait, vous le voyez, à faire croire à l'existence d'une grossesse. Nous ne nous en tînmes pas là cependant et nous fîmes placer un vase de manière à recevoir les matières qui s'écouleraient, dans l'espoir d'y rencontrer quelques débris du produit de la conception. C'est, en effet, ce qui est arrivé, et vous pouvez voir aujourd'hui ces caillots consistans sur lesquels on remarque, au nombre de quinze à vingt, des petits corps de la grosseur envron d'un grain de millet ou un peu plus. Ces corpuscules sont des kystes transparens sans organisation appréciable. Leur existence dans le produit de la conception lui a fait donner le nom de grossesse hydatique. Après l'expulsion de ces caillots, l'hémorrhagie a cessé presque complètement.

3° *Métrite post-puerpérale.*

La femme couchée au n° 8 est entrée ici pour une affection de peu de gravité. C'est ce que j'appellerai une *métrite post-puerpérale*. J'entends par ce mot une inflammation de l'utérus développée quelque temps après les couches, mais qui n'est pas la conséquence immédiate de l'accouchement. Cette affection que l'on a l'occasion d'observer très souvent chez les femmes de la classe ouvrière, est beaucoup moins fréquente chez les personnes aisées à qui leur position permet de prolonger plus long-temps le repos nécessaire aux femmes nouvellement accouchées. C'est assez vous dire qu'elle reconnaît pour cause le manque de soins et la reprise trop subite des travaux habituels. L'utérus, en effet, violemment ébranlé par la fonction qu'il vient de remplir est quelque temps à se remettre, et si au bout de huit à dix jours la femme se lève et reprend ses occupations, il ne peut le plus souvent subir la nouvelle épreuve à laquelle il est soumis ; des douleurs se manifestent dans les lombes, dans les aines, les lochies s'arrêtent, ou bien une hémorrhagie plus abondante se produit ; en un mot, tous les symptômes d'une métrite apparaissent et la femme est obligée de reprendre le lit.

Cette inflammation peut être plus ou moins intense ; toutefois le plus ordinairement elle l'est fort peu, quelquefois même elle ne détermine pas de mouvement fébrile. Dans ce cas, qui est celui que présente notre malade, le repos, des cataplasmes émolliens sur l'hypogastre, et des injections de même nature suffisent pour obtenir une prompte guérison.

Emploi des chlorures d'oxydes dans le traitement de la fièvre typhoide.

M. Chomel a, comme on le sait, proposé cette espèce de médication que, depuis assez long-temps déjà, son inefficacité reconnue a fait abandonner complétement. Voici venir aujourd'hui M le docteur Labarraque, qui, dans une lettre adressée au *Bulletin de thérapeutique*, vient appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce moyen. Il a donné des soins à une trentaine de malades environ, atteints de fièvres typhoïdes graves ; chez tous il a administré le chlorure de soude, toutes les fois que leur état a paru le permettre, et presque toujours cette médication a été couronnée de succès.

Au début de la maladie, si les accidens inflammatoires, la fièvre, le délire, etc., prédominaient, une ou deux saignées ont été pratiquées, des cataplasmes émolliens ont été appliqués sur le ventre, des lavemens simples (au moins quatre par vingt-quatre heures) ont été administrés. Quand ces accidens n'existaient pas d'une manière trop formidable, ou quand ils étaient en partie dissipés, des purgatifs salins ont été prescrits à dose modérée (trente grammes de sulfate de magnésie par jour), en ayant soin le plus souvent de laisser vingt-quatre heures de distance entre les prises de ces évacuans ; les cataplasmes et surtout les lavemens répétés ont été continués concurremment. Puis, après un petit nombre de jours de ce traitement mixte, arrivait la médication chlorurée conduite comme il suit : on donnait, le matin, un verre d'eau froide avec addition d'une cuillerée à café de chlorure d'oxyde de sodium pur, c'est-à-dire décolorant vingt-deux parties de la liqueur d'épreuve, ou marquant 22 degrés au berthollimètre de Décroisilles ; ce verre d'eau froide chlorurée était pris en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Le soir, une pareille dose était donnée de la même manière. Dans le courant du jour, on faisait prendre un bain contenant un demi-litre de chlorure pur, et on administrait, à des intervalles égaux, quatre demi-lavemens d'eau à peine tiède, avec addition, pour chacun d'eux, d'une cuillerée à bouche de chlorure. Enfin, on plaçait dans la chambre du malade une assiette d'eau renfermant un vingtième de chlorure par chaque huit mètres cubes (une toise cube) d'air.

Pendant toute la durée du traitement, les boissons consistaient généralement en eau d'orge ou en limonade ; les applications de cataplasmes sur le ventre étaient continuées jour et nuit.

Le chlorure a donc été administré à la fois par la bouche, par le rectum, par les voies aériennes et par l'appareil tegumentaire externe, et chose tout à fait essentielle, il n'a, par cette quadruple administration, été associé qu'à l'eau pure seulement. M H. Labarraque ajoute qu'il a généralement été prescrit pendant les trois quarts du temps qu'a duré la maladie.

Sur les trente sujets soumis à ce mode de traitement, il n'en est que deux qui aient succombé, encore l'un d'eux n'avait-il réclamé les secours de l'art qu'après trois semaines de séjour au lit, et alors qu'il était déja presque expirant. Les autres ont recouvré la santé ; l'un après quarante jours, deux après trente-cinq, cinq après trente ; les autres après vingt-cinq, vingt, dix-huit et quinze jours ; un seul après dix jours de traitement. Cette durée minimum indique assez qu'il n'était, dans aucun de ces cas, question de simples embarras gastriques.

Chez presque tous ces malades, M. H. Labarraque a observé, dès le commencement de l'administration du chlorure, une diminution sensible dans la quantité des matières évacuées par les selles, et particulièrement dans sa fetidité ; et, vers le troisième jour, la diarrhée a été supprimée pour ne plus reparaître ; toutefois le dévoiement a persisté cinq à six jours de plus chez deux ou trois malades, qui n'en ont pas moins guéri comme les autres. Sous l'influence de cette médication, le pouls perdait de son agitation fébrile, et la peau de sa chaleur sèche ; enfin tous les symptômes s'amendaient successivement.

Du reste, tout en faisant valoir les avantages de cette médication, M. H. Labarraque ne cherche pas à taire les inconvéniens qu'elle peut offrir. Ainsi, chez un des sujets, la boisson chlorurée après avoir été bien supportée les trois premiers jours, a déterminé des vomissemens le quatrième, et force a été de la discontinuer, tout en persistant dans l'administration du chlorure par les trois autres modes : ce sujet a guéri. Chez deux autres l'administration des lavemens a été suivie pendant quinze minutes environ de douleurs abdominales très vives, et il a fallu en suspendre l'usage pendant deux jours ; mais on les a repris ensuite à dose plus faible, et ils n'ont plus occasionné de douleurs. Chez tous les autres malades, la médication n'a présenté que des avantages bien marqués.

M. Labarraque conclut de tout cela : 1° que les chlorures d'oxydes sont généralement avantageux pour un certain nombre de sujets ; 2° que très peu de cas en excluent l'emploi ; 3° que le chlorure de soude doit être donné à des doses beaucoup plus élevées qu'on ne l'a fait jusqu'ici ; 4° enfin, qu'il ne doit jamais être associé à des infusés ou décoctés végetaux par lesquels il est décomposé, et qu'il ne doit être dilué qu'avec de l'eau bien pure, et d'une temperature qui n'exige pas 40 degrés centésimaux au-dessus de zéro.

DE LA NON CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE.

Non verbis, sed factis.

La *Gazette des Hôpitaux* du 30 de ce mois, contient un article sur la contagion, qui renferme plusieurs graves erreurs que, dans l'intérêt de la science, je ne dois point laisser passer sous silence, du moins pour ce qui concerne la fièvre jaune.

L'auteur de cet article, qui signe X, nous paraît peu familier avec le sujet qu'il traite, ainsi qu'avec les discussions auxquelles la prétendue contagion de la fièvre jaune a donné lieu parmi nous. Il nous paraît aussi peu au courant des réformes qui se sont opérées dans notre législation sanitaire par suite de ces mêmes discussions.

« On sait, dit-il, avec quel acharnement les deux systèmes (de la contagion et de la non-contagion) se sont fait la guerre, quelles passions ils ont déchaînées et combien ils ont peu avancé au bout de leurs luttes la solution du problème. »

Je ne partage point l'opinion de M. X.; je pense, au contaire, que les lutes des non-contagionistes contre les promoteurs des quarantaines et des lazarets, ont considérablement avancé la solution du problème. Les grandes et utiles modifications que l'on a apportées dans notre régime sanitaire à la suite de ces luttes, et conformément aux pétitions que j'ai adressées à notre chambre des députés, en sont une preuve irréfragable.

J'ai signalé dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 de ce mois, quelques-unes des réformes sanitaires que les travaux des non-contagionistes ont amenées, et j'ai annoncé que mes discussions détermineront, sans aucun doute, l'abolition complète des quarantaines relatives à la fièvre jaune. Je ne reviendrai point ici sur ce sujet. Je ferai seulement remarquer que M. le ministre du commerce ne pense pas, avec M. X. « que les contagionistes et les non-contagionistes aient peu avancé au bout de leurs luttes la solution du problème » ; car dans un discours qu'il a prononcé le 16 décembre 1841, après avoir signalé les importantes réformes qu'il a fait subir, depuis deux ans, à notre régime sanitaire, ce ministre ajoute : « Ces différentes mesures intéressent au plus haut degré notre commerce maritime (1). Or, les mesures dont il s'agit

(1) *Voy.* le Moniteur du 17 décembre 1841.

sont le résultat positif des lumières que les non-contagionistes ont répandues sur le point en litige.

Une autre preuve des bons effets produits par ces mêmes luttes que M. X. regarde comme ayant été si stériles, ce sont les immenses progrès qu'a faits parmi nous, depuis 1827, l'opinion qui regarde la fièvre jaune comme dépouillée de tout caractère contagieux. Le changement qui s'est opéré sur ce point est tel, qu'il frappe même les hommes étrangers à la science.

« Les vieilles haines des contagionistes et des non-contagionistes, ajoute M. X., se réveillent aujourd'hui après vingt-deux ans de trêve. »

J'ignore si mes adversaires ont contre moi des haines vieilles ou récentes, cela m'importe peu ; mais je déclare, dans toute la sincérité de mon âme, que je n'en eus jamais contre eux. J'ai répondu à leurs attaques sans passion, mais avec une entière indépendance, sans m'inquiéter le moins du monde ni du rang ni du nombre de mes antagonistes, et la vérité a marché.

Du reste, M. X. se trompe évidemment lorsqu'il nous parle *d'une trêve de vingt-deux ans* ; car les années où les discussions entre les contagionistes et les non-contagionistes furent les plus vives, sont 1827, 1828, 1829 et 1830. Ces discussions éclatèrent à la suite du rapport fait à l'Académie royale de médecine sur mes documens ; rapport dont les conclusions, prises *à l'unanimité* par une commission composée de dix-huit membres de ce corps savant, furent entièrement favorables à ma demande *de l'ajournement de la formation des lazarets projetés pour mettre la France à l'abri de la contagion de la fièvre jaune*. Amener ainsi dix-huit médecins à se prononcer d'une manière unanime contre une mesure conseillée et hautement réclamée par les contagionistes et adoptée avec enthousiasme par le gouvernement, est un fait immense, quoiqu'en dise M. X. Eh bien ! tel fut mon début ; il n'était certes pas de nature à exciter chez moi des sentimens de haine contre qui que ce soit.

Suivant M. X., « la peste, la fièvre jaune et le choléra-morbus sont des affections générales qui parcourent le monde entier. » Cette assertion n'est vraie que pour le choléra. La peste est inconnue en Amérique, et je ne sache pas qu'elle ait jamais régné dans l'Océanie. D'un autre côté, il paraît qu'en Afrique et dans l'Indostan, elle ne s'étend point au-delà du tropique du Cancer. Quant à la fièvre jaune, elle n'exerce ses ravages que sur certains points des régions équinoxiales. Elle se montre aussi de temps à autre dans certaines localités des zônes tempérées mais on ne la voit jamais paraître sous les latitudes boréales.

D'après notre auteur, « à dater de la fin du dix-huitième siècle, la peste est restée confinée dans les provinces turques et ne s'est montrée parmi les nations chrétiennes que dans quelques-uns de leurs lazarets et chez quelques sujets particuliers. »

Cette assertion est inexacte : la peste a régné d'une manière épidémique à Odessa en 1812 ; à Malte en 1813 ; à Noja, dans le royaume de Naples, en 1815 ; à Corfou en 1816 ; et enfin elle s'est montrée de nouveau a Odessa en 1838. Mais je n'ai point à m'occuper ici de ce fléau ; je passe à un autre qui depuis long-temps fait l'objet spécial de mes études.

Au rapport de M. X., « l'invasion et les migrations de la fièvre jaune ne se plient pas plus aisément aux opinions absolues des contagionistes et des non-contagionistes que celles de la peste. » En attribuant des migrations à la fièvre jaune, ce médecin est tombé dans une grande erreur : cette maladie n'émigre point. Comme les fièvres intermittentes et les fièvres rémittentes, elle se développe toujours dans les lieux mêmes où elle se montre. Avancer que c'est lorsque cette fièvre vient à acquérir une activité extraordinaire dans les Antilles « qu'elle franchit les limites des lieux où elle est habituellement cantonnée, et qu'elle se propage épidémiquement dans l'Amérique du Nord et dans l'Amérique du Sud, » c'est émettre une assertion dépourvue de tout fondement. La fièvre jaune est produite hors des Antilles par l'action de causes analogues à celles qui la font naître dans l'Archipel américain. Si elle n'y présente pas toujours la même intensité, c'est que l'agent morbifique ne s'y rencontre pas dans un aussi haut degré de concentration.

M. X. prétend que lorsque la fièvre jaune ravage le Nouveau-Monde, « on la voit fréquemment traverser les mers, et arriver sur les pas des voyageurs, soit en Europe, soit en Asie. » C'est fort bien, mais que devient-elle une fois arrivée sur les plages européennes ou asiatiques ? S'y communique-t-elle par contagion ? jamais ; c'est du moins ce qui résulte de l'expérience que nous avons acquise en Europe. Quant à l'Asie, il est très douteux que la fièvre jaune y ait été importée d'Amérique bien que M. Pariset nous donne « *comme un fait certain* que le *North-Carolina*, vaisseau de guerre américain, debarqua, en 1825, cette maladie à Smyrne (1). »

« La France en particulier, poursuit M. X., a reconnu la fièvre jaune dans ses ports, notamment en 1800 et en 1821, au même instant où elle exerçait d'affreux ravages dans l'Andalousie, à Livourne et dans la Catalogne. » On n'a point observé cette maladie dans nos ports en 1800, mais bien en 1802, époque où elle fut importée à Brest, à Rochefort et à Marseille, sans y présenter aucun signe de contagion, de même qu'en 1821. Du reste, cette fièvre n'a régné à Livourne ni à cette dernière époque ni en 1800, mais seulement en 1804, et elle n'y eut que peu d'intensité.

« Toutefois, continue notre auteur, les continents asiatique et européen n'en ont jamais souffert de grands dommages ; il est même douteux qu'elle s'y soit montrée ailleurs que dans quelques ports de mer, et tout au plus à quelques lieues loin des ports. »

L'Asie n'a en effet que peu souffert de la fièvre jaune, les fièvres miasmatiques de cette partie du globe ne présentant que rarement le haut degré d'intensité qu'elles revêtent dans certaines contrées du Nouveau-Monde. Mais cette fièvre a exercé de très grands ravages dans le midi de l'Espagne, notamment en 1800, 1804 et 1821. D'un autre côté, la fièvre jaune s'est montrée loin des ports de mer en Europe comme en Asie. On l'a observée à Cordoue, à Espejo, à Montilla, à Asco, à Nonaspé et à Méquinenza, qui sont situés loin de l'Océan et de la Méditerranée ; on l'a également vu régner à Seruigapatam, qui est loin de la mer.

Après avoir dit que la contagion n'est pas « la voie unique ou principale de la propagation de la fièvre jaune », M. X. ajoute : « mais pour repousser la contagion à titre de voie unique de transmission de la fièvre jaune, nous n'en devons pas moins reconnaître, contrairement au système des non-contagionistes, que le contact médiat ou immédiat figure parmi les moyens de propagation ; trop de faits, et de

(1) *Moniteur* du 24 mai 1830, p. 567.

faits authentiques, militent en faveur de l'existence de cette forme de transmission, pour ne pas forcer à cet égard la conviction des praticiens. »

Eh bien ! moi qui ai consacré dix années consécutives à visiter les principaux points du globe où la fièvre jaune s'est montrée, je porte à M. X. le défi le plus formel de produire un seul fait bien constaté qui établisse la transmision de cette maladie d'un individu à un autre, soit par le contact médiat, soit par le contact immédiat. Je sais que les écrits de nos adversaires sont remplis de prétendus faits de contagion, et notamment ceux de MM. Bally, Pariset, Audouard, Kerandren et Moreau de Jonnès ; mais je sais aussi ce que valent ces faits. J'ai cherché à les vérifier sur les lieux mêmes et le résultat des longues et laborieuses investigations auxquelles je me suis livré dans ce but, est que beaucoup de ces faits sont absolument sans réalité ; qu'un bon nombre d'autres sont inexacts, tronqués et dénaturés au point de rester absolument sans valeur ; enfin, que les autres sont à la vérité parfaitement exacts, mais qu'on en a tiré de fausses inductions.

J'ai d'ailleurs vu à Gibraltar, en 1828 et 1829, lorsque je me trouvais dans cette place comme membre de la commission médicale Chervin, Louis et Trousseau, de quelle manière les faits de contagion sont fabriqués de toutes pièces ; j'ai même vu plus d'une fois les ouvriers à l'œuvre, ainsi que mes deux anciens collègues pourraient l'attester au besoin.

Au surplus, si parmi les prétendus faits de contagion qu'on a empruntés aux épidémies du midi de l'Espagne et notamment à celle de Barcelone, en 1821, M. X. voulait bien me signaler ceux qui lui paraissent les plus probans, je me ferais un vrai plaisir de lui faire connaître ce que j'en pense.

Suivant ce médecin « l'infection à laquelle les anti-contagionistes imputent exclusivement la transmission de la fièvre jaune, est frappée d'impuissance quand il s'agit de savoir pourquoi ce fléau ne paraît spontanément que sur quelques points de l'Amérique, sans se répandre dans d'autres points du même continent comme la Guyane, sans se reproduire non plus en Asie ni en Afrique, bien que les circonstances locales telles que le climat, l'état du sol et ses productions ne diffèrent pas sensiblement. »

M. X a été très mal informé. La fièvre jaune règne à Cayenne, dans les Guyanes Française, Hollandaise, Anglaise et Espagnole, seulement elle s'y montre plus rarement que dans les Antilles, et elle n'y a pas non plus, en général, un aussi haut degré d'intensité que dans ces îles.

La côte occidentale de l'Afrique a été également plusieurs fois ravagée par la fièvre jaune, soit dans le siècle précédent, soit dans celui-ci. Cette maladie y a sévi particulièrement en 1766, 1778, 1821, 1823, 1828, 1829, 1830, 1837 et 1839. L'épidémie qui régna dans nos possessions du Sénégal en 1830, a été bien décrite par notre honorable confrère, M. le docteur Emile Chevé (1). Je pourrais citer ici vingt autres autorités, mais l'espace me manque.

Il est très vrai que la fièvre jaune se présente rarement en Asie avec la même intensité que dans le Nouveau-Monde, mais elle y existe quelquefois avec des caractères bien tranchés. Les faits cités par les docteurs Nicoll, James Johnson, Burnard, Waddle, Stevenson, Floquin, et plusieurs autres, ne laissent aucun doute à cet égard.

Enfin, la doctrine de l'infection explique tout aussi bien les faits pour ce qui concerne la fièvre jaune que pour les fièvres intermittentes et rémittentes qui règnent dans les contrées méridionales.

Au surplus, il n'est point étonnant que M. X. regarde la fièvre jaune comme étant contagieuse dans certains cas, puisqu'il nous dit que « toutes les maladies prennent ou perdent, selon les circonstances, le triste privilege de se communiquer par contagion. » Mais où peuvent conduire de pareilles idées ? Ce ne sera certes pas à débarrasser le commerce des entraves sanitaires, et à faire profiter les peuples des avantages que procure la science. Avec ce système de juste-milieu en fait de contagion, il faudrait des quarantaines *toujours et partout.*

Paris, 31 décembre 1841. CHERVIN, D.-M.-P.

(1) « Relation des épidémies de fièvre jaune qui ont régné à Gorée et à Saint-Louis (Sénégal) pendant l'hivernage de 1830. »

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 6 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) No 3, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Deux observations d'amputation sus-malléolaire.

Nous avons déjà, dans un précédent article (1), rendu compte de deux cas d'amputations pratiquées à la partie inférieure de la jambe, sur deux jeunes enfans, qui, aujourd'hui encore, jouissent de tous les bienfaits de l'opération. Nous noterons cette corconstance, l'intégrité de la cicatrice, qui ne s'est en aucune façon érodée ni déchirée sous l'influence de la marche dans les deux cas dont nous parlons. S'il en est toujours ainsi, comme la raison et l'observation directe semblent d'ailleurs l'indiquer, le procédé de M. Tavignot, qui fut mis en usage, remplirait donc le plus grand nombre d'indications, et mériterait dès-lors la préférence sur les autres.

Quoi qu'il en soit, voici deux nouvelles observations qui prouvent au moins que ce procédé à lambeaux antéro-postérieurs n'est pas accompagné d'accidens nouveaux; et qu'au contraire la marche et les résultats du travail de cicatrisation sont aussi simples et aussi réguliers que possible.

Première observation. — Le 20 septembre, est entrée au no 1 de la salle Sainte-Thérèse, la nommée Joffre, âgée de onze ans. Cette enfant, dont le père jouit d'une très bonne santé, a perdu, il y a deux ans, sa mère d'une affection cancéreuse. Cinq de ses frères ont successivement eu des tumeurs blanches et des engorgemens ganglionnaires; elle-même présente, depuis un an, un léger engorgement sous-maxillaire. Depuis deux ans, elle habite un logement sain et convenablement aéré; tandis que celui qu'elle occupait auparavant était loin d'offrir ces conditions hygiéniques. Sous le rapport de la nourriture, il paraîtrait qu'elle a été assez convenable. Le début du mal remonte à huit mois; et cela sans cause appréciable; ni coup, ni chute, ni entorse. Le mal commença par la malléole externe par une petite tumeur qui, ayant suppuré, fut remplacée par un trajet fistuleux fournissant peu de suppuration d'abord, et dans les derniers temps, au contraire, une notable quantité. Cette jeune malade n'en a pas moins continué à marcher, quoique la douleur fût de plus en plus vive. La malléole interne est devenue le siége d'une douleur notable, avec tuméfaction.

Lors de son entrée, on plaça plusieurs cautères autour de l'articulation malade. Ceux-ci furent entretenus un temps suffisant pour faire voir qu'on ne pouvait espérer une amélioration; il semblait, au contraire, qu'ils eussent, en irritant les parties voisines, augmenté le travail pathologique dont l'articulation tibio-tarsienne était le siége.

Le 18 novembre, M. Guersant se décida à pratiquer l'amputation sus-malléolaire en mettant en usage le procédé de M. Tavignot, qu'il avait déjà employé dans une autre circonstance. Tentative de réunion immédiate; compresses graduées latérales.

19. La malade paraît avoir souffert notablement de son moignon; elle s'est agitée toute la nuit. Ce matin elle a de la chaleur à la peau, de l'accélération du pouls. Bouillon.

22. La chaleur de la peau et la fréquence du pouls continuent; les pansemens sont toujours très douloureux, au moins si l'on tient compte des cris de l'enfant qui paraît d'ailleurs très pusillanime. On retire les bandelettes, les compresses graduées et la bande roulée, dont la constriction, jointe à l'indocilité de la malade avait très probablement déterminé la tuméfaction du moignon que nous avions remarquée dès le deuxième jour. La réunion immédiate des deux lambeaux ne s'est pas opérée.

1er décembre. La malade ne souffre plus, le gonflement du moignon a complètement disparu; la réunion est presque entièrement opérée. Bon état général. — Viande pour nourriture. Aussi au bout de douze jours les trois quarts de la plaie étaient cicatrisés. La malade fut encore pansée à plat avec de la charpie râpée.

Le 20 décembre, la malade qui marchait déjà depuis quelque temps, est complètement guérie et n'attend plus que sa bottine.

L'amputation était parfaitement indiquée dans ce cas, ainsi que cela résulte de l'examen anatomique de l'articulation; il existait, en effet, une dégénérescence fongueuse de la membrane synoviale, qui présentait un aspect tomenteux, avait 3 à 4 millimètres d'épaisseur, tapissait les cartilages diarthrodiaux, et ayant perforé les parties molles de la partie externe du pied, venait faire saillie par la fistule externe en s'épanouissant en une sorte de cul de poule. Le centre de la synoviale ainsi herniée présentait une ouverture conduisant directement dans l'articulation. Le tissu osseux lui-même, soit du tibia, soit de l'astragale, n'était pas augmenté de volume ni érodé. Leur tissu, ainsi que celui des os du tarse et même du métatarse, présentait une coloration jaunâtre très prononcée, sans infiltration de liquide ni augmentation de densité.

Deuxième observation. — Le 18 septembre est entrée au no 17 de la salle Sainte-Thérèse la nommée Julienne Hoosselot, âgée de neuf ans et demi. Elevée à la campagne, père et mère de bonne santé, les autres enfans bien portans; habitant un endroit très humide, nourriture peu animale; peu d'engorgement ganglionnaire, pas de maux d'yeux, de nez, ni de lèvres. (Gourme.) Pas de notables maladies antérieures.

Il y a six mois, elle s'est fait une entorse; depuis, la douleur a été en augmentant pendant quinze jours : tuméfaction du pied depuis quatre mois et demi, abcès un mois après l'entorse. Sangsues, pommade. On l'a laissée marcher depuis cinq mois. Il existe des trajets fistuleux qui fournissent une suppuration de plus en plus abondante; il n'est pas sorti de fragmens osseux nécrosés.

20. *Etat actuel.* Gonflement considérable de la partie postérieure du pied; partie antérieure à l'état normal, ainsi que le métatarse; du calcanéum au dos du pied, il y a entre les deux pieds une différence de 10 centimètres; pris au niveau des malléoles, il y a encore une différence de 9 à 10 centimètres. La peau est rouge, peu douloureuse à la pression; dans certains endroits on trouve des points fluctuans obscurs. A la partie interne postérieure et externe du pied, il existe cinq ou six fistules dont l'une laisse pénétrer le stylet à 4 centimètres. Ces fistules laissent écouler une certaine quantité de sang. Ganglions gros comme une noisette à la partie interne et supérieure de la cuisse droite. Deux selles liquides hier. Quelques douleurs dans le ventre, qui est souple et peu douloureux à la pression. Poitrine assez étroite, légère courbure antéro-postérieure de la région dorsale de l'épine. Le thorax paraît normal à l'auscultation et à la percussion. Figure un peu colorée; peau et pouls à l'état normal.

30 septembre. M. Tavignot pratique l'amputation sus-malléolaire par son procédé. Le canal inodulaire des os paraît à l'état normal. Réunion immédiate qui paraît parfaite, les lambeaux se trouvant taillés dans de convenables proportions.

1er octobre. Le soir de l'opération la malade est un peu agitée et paraît souffrir dans le moignon. Fréquence du pouls, chaleur à la peau. Pas d'autres symptômes, si ce n'est un peu de céphalalgie; elle a dormi difficilement à cause de cette même agitation. Renouvellement de l'appareil, à l'exception des bandelettes.

A l'examen des os, nous trouvons une destruction presque complète du calcanéum, dont il ne reste plus que des portions centrales nécrosées. Le cuboïde présente un ramollissement lie-de-vin très prononcé; il en était à peu près de même de l'astragale : il est ramolli à cellules larges, raréfiées, lie-de-vin; çà et là quelques noyaux d'infiltration graisseuse.

L'extrémité inférieure du tibia, dans l'étendue de l'épiphyse, offre un ramollissement lie-de-vin très prononcé. Rien dans l'articulation tibio-tarsienne. Cartilages diarthrodiaux intacts. Parties molles, ligamens, lardacés et ramollis.

2 octobre. Pendand le pansement, il s'échappe un peu de

(1) Numéro de septembre 1841.

FEUILLETON.

RÉFORME MÉDICALE.

RÉSULTATS DE QUELQUES MODIFICATIONS RÉCENTES DANS LES INSTITUTIONS MÉDICALES.

Il nous semble que l'opinion publique ne s'est pas assez préoccupée de quelques modifications, les unes récentes, les autres remontant à deux ou trois ans, opérées soit dans les corps enseignans, soit dans les conditions d'aptitude aux grades universitaires. Cette sorte d'indifférence est un tort grave : la société n'est que trop bien disposée à accueillir avec une complète insouciance ce qui concerne la médecine et les médecins, pour que ceux-ci ne doivent pas, dans toutes les occasions opportunes, se mêler au mouvement administratif et ministériel pour y apporter leurs droits imprescriptibles d'appréciation et de libre examen. Bien des fautes, bien des erreurs ont été commises par cela seul que notre grande famille médicale est indifférente et isolée. Nous gémissons tous sur des maux réels et très graves, nous en sentons tous le poids et l'amertume, nous les voyons tous avec effroi s'invétérer dans une chronicité fatale, tous nous aspirons vers un changement de ce qui est, et que faisons-nous cependant pour l'obtenir? Indolence, inaction, torpeur, voilà pour le plus grand nombre, et ceux précisément qui ont activité, conception, puissance, s'agitent dans l'étroite sphère de leurs intérêts propres, ou dans les soucis misérables de quelque opposition haineuse. *Notre ennemi, c'est notre maître,* oui, et notre maître à tous, c'est l'égoïsme; égoïsme passif pour le repos, égoïsme actif pour l'ambition, qui conduisent tous les deux aux mêmes résultats, car l'un laisse faire le mal que produit l'autre.

Tâchons, nous et vous, lecteurs, de nous préserver de cette contagion morale qui flétrit et qui tue la société moderne. Nous avons, croyez-le, quelque bien à faire et beaucoup de mal à empêcher, et pour cela, il ne faut ni grands talens, ni intelligence supérieure; un peu de dévouement au cœur, de la justice et du désintéressement, voilà de quoi mettre en déroute la couardise, l'égoïsme et le mauvais vouloir.

Nous voulons aujourd'hui examiner l'influence qu'ont exercée quelques modifications récentes dans les institutions médicales.

Qui veut la fin veut les moyens. De tous côtés nous entendons récriminer contre l'institution des officiers de santé, et de toutes parts, cependant, nous voyons approuver toutes les mesures qui tendent non-seulement à la perpétuer, mais à en rendre les abords plus faciles. Un peu de logique serait ici bien nécessaire. On en a manqué tout à fait en donnant son approbation à la nouvelle organisation des écoles préparatoires; et si, faisant acte de tolérance, nous voulons bien admettre que, dès le commencement, on a pu se méprendre sur la portée de l'ordonnance de 1837, il nous serait impossible de croire qu'en présence des résultats obtenus, on pût de bonne foi conserver les mêmes sentimens d'admiration. Ces résultats ont été d'augmenter le nombre des élèves dans ces écoles au détriment des Facultés. Or, les élèves qui fréquentent les écoles préparatoires sont, pour l'immense majorité, des aspirans au grade d'officiers de santé; ils y trouvent à meilleur marché et sans être obligés à de grands déplacemens, une instruction un peu plus complète qu'autrefois. D'un autre côté, l'obligation du baccalauréat ès-lettres et ès-sciences, imposée aux candidats au doctorat, la sévérité plus grande dans les examens des Facultés, la nécessité où sont dès à-présent les élèves de justifier d'une année de service ou de présence dans les hôpitaux, toutes ces conditions nouvelles ont atteint ce but de rendre infiniment moins nombreux les candidats au doctorat, et de multiplier au contraire le nombre de ceux qui aspirent seulement au grade d'officier de santé. De sorte que, jusqu'à ce jour, les prétendues améliorations apportées dans l'enseignement et les conditions d'aptitude au doctorat, n'ont été, en réalité, que des mesures funestes, qui ont conduit à des résultats déplorables.

Il ne faut pas se le dissimuler, en effet, peu d'élèves entrent aujourd'hui dans la carrière médicale poussés par une vocation véritable; ils cherchent à acquérir un titre qui leur donne profit surtout, et considération si c'est possible. Or, dans le monde on englobe dans la dénomination commune de médecins le docteur et l'officier de santé; la distinction nominale entre ces deux titres passe presque inaperçue, et la distinction scientifique y est entièrement ignorée. Il y a plus, dans la pratique rurale l'avantage est tout entier du côté de l'officier de santé qui, nous parlons toujours en général, par sa naissance, son éducation, ses habitudes, est porté vers un contact plus immédiat et plus intime avec l'habitant des campagnes, qui, de son côté, se trouve plus à l'aise avec le médecin sans façon, qu'il paie d'ailleurs beaucoup moins cher. Dans la pratique, la ligne de démarcation tracée par la loi entre les deux espèces de ministres de notre art est entièrement effacée; mêmes avantages, même considération, profits semblables, voilà le véritable état des choses, et nous invoquons surtout sur ce point le témoignage de nos confrères ruraux. Quel intérêt voulez-vous donc que trouve l'élève aujourd'hui à courir après le titre de docteur qui coûte cher, qui est long et est plus difficile à acquérir, lorsqu'il peut en obtenir un autre beaucoup plus abordable et qui doit le conduire aux mêmes résultats? Cela est triste à dire, mais cela est vrai, les modifications récentes manquent complètement leur but dans l'application, et ne tendent qu'à entretenir, à favoriser un état de choses que tout le monde trouve mauvais. Chaque difficulté nouvelle apportée aux conditions du doctorat ne diminue pas, comme on l'a dit, le nombre des médecins, elle le déplace; il y a moins de docteurs, il y a plus d'officiers de santé; vous donnez à la société un médecin plus instruit, il est vrai, mais vous lui en jetez deux à instruction insuffisante. Appelez-vous cela une compensation?

Le nom d'écoles préparatoires donné aux écoles secondaires est complètement illusoire : elles ne sont préparatoires à rien, ce sont tout simplement des officines à officiers de santé. L'élève qui aspire au doctorat vient dès le principe s'y préparer dans une faculté où seulement il peut obtenir le titre qu'il ambitionne. Le titre d'écoles secondaires était le seul vrai, le seul qui répondît à leur destination, et au but même de leur création en 1807. On sait, en effet, que le gouvernement de cette époque chercha à favoriser par tous les moyens possibles la tendance des jeunes gens vers les études médicales pour jeter dans les armées un personnel d'officiers de santé dont il se faisait alors une si effrayante consommation. On ne voulait pour ces jeunes gens qu'une instruction secondaire, et certes jamais gouvernement ne fut mieux servi sous ce rapport. Les améliorations qu'on y a introduites aujourd'hui, quelque enthousiasme qu'elles aient excité chez certaines personnes, nous paraissent à nous en même temps trop fortes et trop faibles : trop fortes, car elles y attirent trop d'aspirans au grade d'officier de santé qui y trouvent plus d'avantages et moins d'instruction que dans les facultés; trop faibles, car les candidats au titre de docteur ne peuvent qu'y perdre un temps précieux pour leurs études.

Il paraît, du reste, que ces résultats ont aussi vivement frappé la Faculté de médecine de Montpellier; car elle a ordonné l'impression à dix mille exemplaires d'un rapport où les déplorables conséquences d'un tel état de choses sont exposées avec énergie. C'est avec une grande satisfaction qu'on doit voir les corps enseignans s'émouvoir un peu en face de la désorganisation qui les menace; car il ne faut plus se faire illusion sur le but réel des mesures que l'on prend tous les jours. On veut disséminer les élèves sur toute la surface de la France; on veut, dans un intérêt tout autre que celui des études, diminuer, dans les grands centres d'instruction, à Paris surtout, le nombre des jeunes gens. Voilà le secret de toutes le mesures récentes.

D'ailleurs, telles qu'elles sont organisées, ces écoles ne peuvent avoir, la plupart, qu'une existence éphémère. On sait, en effet, que leur institution est subordonnée au vote des conseils-généraux des départemens qui leur allouent les fonds nécessaires. Or, ce vote est annuel, et il peut arriver que les conseils-généraux se lassent de grever le budget de leurs départemens pour une institution qui ne peut vivre sans cela; car à part les écoles de Toulouse et de Lyon, aucune autre ne réunit le nombre d'élèves nécessaire pour que le produit des inscriptions couvre les dépenses. Nous en connaissons qui n'ont que douze élèves,

pus mal lié par la partie moyenne de la plaie. Quelques bandelettes qui serraient un peu trop sont coupées. Pouls un peu fréquent. Peau alternativement chaude. Sommeil ; appétit.

4 octobre. Elle tousse un peu. Ce matin pas de chaleur ni de fréquence notable du pouls. Râle ronflant et sibilant dans la poitrine ; expectoration. Hier il s'était écoulé du pus crémeux ; aujourd'hui il n'en existe plus. Les bandelettes sont enlevées, mais on conserve les compresses graduées.

8 octobre. L'état est on ne peut plus satisfaisant. L'aspect quelque peu blafard de la plaie a cédé à des lotions chlorurées. Aujourd'hui l'état général ne laisse rien à désirer ; elle tousse un peu moins. La légère tuméfaction du moignon a disparu ; la réunion des lambeaux est presque complète en avant : sur les côtés elle est moins avancée ; la pression du moignon détermine bien moins de douleurs que les jours précédens. On a, depuis quelques jours, retiré les compresses graduées que j'avais placées sur les parties latérales du moignon.

13. Bon état général. La réunion sur les côtés n'est exacte que profondément. En dedans, il s'écoule encore un peu de pus à la partie antérieure de la matrice.

14. Un peu de tuméfaction du moignon ; la cicatrice antérieure est élargie ; l'aspect est blafard ; la pression détermine la sortie d'un peu de pus venant peut-être des gaînes tendineuses antérieures ; les plaies latérales ne se cicatrisent pas. Lotions chlorurées.

18. Tendance très prononcée à la cicatrisation à l'aide de bandelettes. Nous avons rapproché.

21. Trois selles en diarrhée. Pas de fièvre. Réunion partielle de la plaie. En dehors, il existe encore un trajet fistuleux qui conduit assez profondément à un pouce au-dessus de la cicatrice et à la face interne de la jambe, c'est-à-dire à la face interne du tendon d'Achille, existe une collection purulente sous-cutanée. Par la pression sur ce foyer, on fait refluer le pus par une ouverture qui occupe la face moyenne de la matrice.

22. Ouverture de l'abcès.

23. Il sort par l'ouverture du pus crémeux de bonne nature ; il en sort par la plaie du moignon à l'aide de la pression sur les tendons des extenseurs des orteils. Moins de tuméfaction de ce moignon. Rougeur plus vive ; bon état général ; pas de diarrhée. Aspect grisâtre moins prononcé de la plaie.

24. Meilleur aspect de la plaie ; aspect grisâtre moins prononcé. On continue de panser simplement l'abcès ouvert. La plaie elle-même est plus animée. Le moignon est placé sur un plan déclive, pour éviter les fusées dans les gaînes tendineuses.

25. La cicatrisation serait complète depuis long-temps s'il ne persistait pas encore une petite fistule entretenue par un état général ou local. La malade paraît se porter bien cependant, et le moignon n'est ni douloureux, ni tuméfié. Rien n'indique un future exfoliation.

Comme la précédente, cette malade attend sa bottine. Nous ne savons pas encore comment elle pourra marcher avec elle ; car l'administration des hôpitaux, consultant plutôt son intérêt particulier que les besoins des malheureux, vient de changer l'habile mécanicien, M. Martin, dont les bottines étaient si parfaites, quoique fournies à raison de 100 fr. seulement, pour en confier la fabrication à des mains certainement moins exercées, et encore en réduisant le prix à 45 francs. Bien entendu que dans tout ceci ce qu'il y aura de lésé, ce seront la santé et les intérêts des malades.

HOPITAUX DE LONDRES.

(KING'S COLLEGE HOSPITAL).

Statistique de 4250 *maladies médico-chirurgicales, traitées du* 15 *avril au* 3 *décembre* 1840 ; par M. William-Auguste GUY, professeur et médecin adjoint.

	Homm.	Femm.	Total.
Fièvre continue,	24	25	59
— intermittente,	2	2	4
— éphémère,	8	10	18
— de dentition,	10	19	29
— rémittente des enfans,	44	33	77
Catarrhe,	24	39	63
Toux,	10	14	24
Variole,	2	1	3
Varicelle,	6	7	13
Rougeole,	1	3	4
— (suites de la),	3	6	9
Scarlatine,	4	12	16
— (suites de la),	3	6	9
Erysipèle,	13	12	25
Scrofules,	29	45	74
Débilité sénile,	10	14	24
Purpura hemorrhagica,	1	1	2
Pléthore,	1	6	7
Goutte,	22	3	25
Anasara,	7	15	22
Ascite,	8	2	10
Œdème,	0	2	2
Rhumatisme musculaire,	94	129	223
Pleurodynie,	7	8	15
Rhumatisme articulaire,	31	17	48
Epilepsie,	12	14	26
Chorée,	2	6	8
Hystérie,	1	50	51
Convulsions,	10	19	29
Delirium tremens,	1	0	1
Ivresse,	1	0	1
Maladies de la moelle,	4	7	11
Hémiplégie,	4	1	5
Paralysie,	18	7	25
Chorée,	4	1	5
Paralysie des membres de l'avant-bras,	1	0	1
Aphonie,	1	0	1
Névralgie,	3	12	15
Hémicranie,	1	0	1
Sciatique,	5	1	6
Acrodynie,	2	1	3
Mélancolie,	4	1	5
Idiotie,	1	0	1
Congestion cérébrale,	4	4	8
Apoplexie,	3	2	5
Etourdissemens,	3	9	12
Céphalie,	26	47	73
Maladies de la substance cérébrale,	0	1	1
Angine,	9	9	18
Amygdalite,	11	26	37
Laryngite,	2	4	6
Parotidite,	2	1	3
Œdème de la glotte,	0	1	1
Bronchocèle,	0	3	3
Ulcère de la langue,	2	0	2
Maladies des glandes salivaires,	0	6	6
Bronchite,	123	163	286
Pneumonie,	6	1	7
Pleuresie,	1	0	1
Pleuro-pneumonie,	2	0	2
Dyspnée,	0	2	2
Toux,	3	8	11
Asthme,	2	3	5
Phthisie,	101	43	144
Hémoptysie,	8	5	13
Emphysème,	2	2	4
Gangrène des poumons,	1	0	1
Maladies du cœur,	5	6	11
Hypertrophie,	5	0	5
Palpitations,	3	10	13
Anévrisme de l'aorte,	1	0	1
— des artères,	1	0	1
Dyspepsie,	46	135	181
Gastrite muqueuse,	3	29	32
Gastrodynie,	3	8	11
Hématémèse,	3	14	17
Boulimie,	1	0	1
Cancer du pylore,	1	0	1
Gastro-entérite muqueuse,	3	12	15
Diarrhée,	41	53	99
Mæléna,	0	2	2
Constipation,	49	107	156
Colique,	0	1	1
Colique des peintres,	8	0	8
Tranchées,	2	1	3
Tympanite,	0	1	1
Hémorrhoides,	6	7	13
Chute du rectum,	2	4	7
Rétrécissement du rectum,	0	1	1
Péritonite,	0	1	1
Tumeur abdominale,	1	0	1
Vers,	1	1	2
Ascarides,	11	27	38
Tœnia,	4	6	10
Lombrics,	1	0	1
Maladies du foie,	4	0	4
Ictère,	6	5	11
Maladies des reins,	6	0	6
Néphrite,	1	0	1
Hématurie,	1	0	1
Diabètes,	1	0	1
Douleurs vésicales,	2	1	3
Dysurie,	1	2	3
Incontinence d'urine,	1	3	4
Rétention d'urine,	2	1	3
Calculs urinaires,	2	1	3
Syphilis,	45	35	80
Gonorrhée,	111	43	154
Bubons,	10	8	18
Fissures,	7	4	11
Autres maladies des organes génitaux de l'homme,	58	0	58
Syphilis constitutionnelle,	28	14	42
Périostite,	12	7	19
Maladies des os,	5	3	8
— des dents et des gencives,	5	6	11
— des articulations,	19	22	41
— des yeux et de leurs dépendances,	38	48	86
— de l'oreille,	11	1	12
— du nez,	2	2	4
Maladies de la peau,	15	26	41
Scrofules,	1	2	3
Lichen,	1	2	3
Prurigo,	4	1	5
Lèpre vulgaire,	2	4	6
— syphilitique,	2	11	13
Psoriasis,	6	15	21
Pityriasis,	0	2	2
Corticaire,	1	6	7
Erythème,	0	2	2
— noueux,	1	6	7
Impétigo,	0	3	3
Porrigo,	32	31	63
Ecthyma,	1	1	2
Gale,	33	32	67
Herpès,	18	8	26
Rupia,	1	1	2
Eczéma,	12	9	21
Aphthes,	3	2	5
Acné rosacea,	1	2	3
Lupus,	1	0	1
Nævus,	1	2	3
Phlegmon,	30	17	47
Abcès,	31	36	67
Anthrax,	4	0	4
Ulcères à la jambe,	81	76	157
— (autres),	21	18	39
Gangrène sénile,	0	2	2
Fistule à l'anus,	5	5	10
Varices,	5	14	19
Tumeurs,	8	15	23
Orchite,	6	21	27
Hernies,	12	7	19
Difformités,	1	3	4
Blessures,	38	25	03
Brûlures,	18	11	29
Contusions,	115	78	193
Entorses,	1	0	1
Luxations,	2	6	8

d'autres qui n'en ont que six ; une enfin dont le registre est encore vierge de toute inscription. En moyenne, le nombre d'élèves n'arrive pas tou à fait à quinze, ce qui fait qu'il y a plus de professeurs que d'élèves. On conçoit très bien que très prochainement les départemens cessent de voter toute allocation pour soutenir des écoles qui offrent des résultats aussi misérables, et que dès-lors leur existence soit compromise et même détruite.

La condition d'aptitude au professorat, qui exige qu'on soit praticien résidant dans la ville où les écoles sont instituées, est encore une condition qui a dû nécessairement influer sur une organisation vicieuse. On a improvisé des professeurs par centaines, et pour le devenir il a suffi d'être praticien achalandé et bien posé dans sa ville. Or, qui ne sait que l'enseignement présente des exigences que la pratique ne suppose pas nécessairement ? Qui ne sait qu'on peut être praticien fort éclairé et très mauvais professeur ? Puisque la loi donnait au pouvoir l'exorbitant privilège de nommer directement les premiers professeurs, il est de toute évidence que, généralement parlant, il pouvait se donner la garantie de meilleurs choix en ne les circonscrivant pas dans les étroites limites d'une localité. Il est certain encore qu'en ne prenant pour base de ses déterminations que le plus ou moins de clientelle d'un praticien on a dû commettre d'énormes bévues, car on a pris pour juge le public, et nous savons tous, les praticiens des départemens le savent encore mieux que nous, que le public est fort souvent un très mauvais juge et qu'il accorde sa confiance à des mérites souvent fort étrangers aux mérites de l'art.

Encore s'il avait été statué quelque chose pour l'avenir ; mais non, le pouvoir semble s'être réservé à toujours le privilège de la nomination directe ; il a exclu le concours des écoles préparatoires ; le concours qui seul pouvait leur donner un peu d'animation en même temps que des garanties de capacité. C'est une faute des plus graves qui retombera de tout son poids sur les écoles elles-mêmes. Elles y perdront certainement en autorité et en considération, et si elles comprennent leurs intérêts véritables elles demanderont elles-mêmes le concours pour l'avenir.

La conclusion de tout ceci est triste ; c'est que dans l'état actuel des choses, avec la législation qui régit l'exercice de la médecine, avec l'existence des officiers de santé, en un mot, toute amélioration dans l'organisation médicale est à peu près impossible ; car le bien qui en résulte d'un côté est neutralisé par une plus grande somme de mal. Rien de mieux en principe que de rendre les conditions au doctorat plus sévères, de ne laisser entrer les élèves dans les facultés qu'après avoir justifié d'études littéraires et scientifiques suffisantes, de les soumettre aux exercices pratiques des hôpitaux, etc ; mais qu'en résulte-t-il dans l'application ? C'est qu'ils se soustraient à ces conditions salutaires pour la société en se réfugiant dans celles que la loi imprévoyante leur accorde ; vous voulez leur faire parcourir un chemin long et pénible, ils prennent la traverse ; vous voulez les forcer à descendre lentement sur le plan incliné de la science, ils vous échappent par la tangente pour arriver plus tôt.

Voilà encore la mesure prise récemment par le conseil des hôpitaux de Paris qui vient concourir à aggraver le mal. Si les protestations des médecins et des élèves ne peuvent faire révoquer cette ordonnance fatale, il est certain que l'Ecole de Paris va perdre une grande partie des avantages que les élèves y trouvaient. Il n'y a pas de ville de province pourvue d'un grand hôpital, où les élèves ne trouvent plus facilement à étudier l'anatomie normale et pathologique. Tout se lie, tout s'enchaîne dans le bien comme dans le mal, et nous prions nos lecteurs de porter une attention sérieuse sur la connexité et la coïncidence des résultats produits par les mesures récentes.

C'est donc vers l'abolition du titre d'officier de santé que doivent préalablement aboutir tous les efforts organisateurs. ; sans elle, toute amélioration devient stérile et quelquefois funeste. C'est pour demander la présentation de cette loi depuis si long-temps promise et jamais obtenue, que nous devons tous nous réunir. Il est temps d'y penser sérieusement, car le mal de jour en jour s'aggrave ; ne le laissons pas devenir incurable.

HOPITAUX DE PARIS. — *Nominations des Elèves internes.*

Le concours pour l'internat est terminé ; voici les noms des élèves nommés.

MM. Jarjuvet, Caron (Jules), Imbert, Vaussin, Clerc, Quesnel, Neucourt, Damoiseau, Milsent, Serré, Laroche, Raphael, Deville, Salmon, Rocle, Polier, Lacanal, Bourguignon, Demarquay, Gougeon, Pérusset, Bonefont, Deseyvre, Gros, Baudinier, Puga, Fauraytier.

Internes provisoires. — MM. Hersent, Gaucher, Champeau, Levavasseur, Cossy, Cautrel, Herard, Dessertenne, Carcassone, Claude dit Marsel, Desruelles, Lafaurie, Sicard, Bernard (Charles), Faget, Jousset, Capon, Mayor, Matire, Foujeux, Hanin, Dufrene, Bourousse Lafore, Vinache, Martin (Adolphe), Thibaud (Eugène), Rotureau, Gubalda, Follet, Archambaud, Ferra, Reymond (Alix), Dupont, Degott.

— La somme de 6000 francs, votée annuellement par le conseil-général de la Seine pour la propagation de la vaccine, vient d'être portée à 8000 fr. Cette mesure était nécessitée par l'accroissement du nombre des vaccinations. A l'aide de 6000 francs, on offrait autrefois aux soins actifs des médecins un jeton pour sept vaccinations. On ne peut plus leur en offrir qu'un sur neuf, aujourd'hui que le nombre des vaccinations augmente. L'allocation nouvelle a pour objet de maintenir la base de l'ancienne répartition.

	Homm.	Femm.	Total.
Fractures,	32	29	c1
Autres lésions,	3	1	4
Empoisonnement par l'opium,	3	2	5

Maladies des femmes.

Anémie, chlorose,	19
Galtorrhée,	11
Aménorrhée,	48
Menstruation irrégulière,	2
Dysménorrhée,	6
Ménorrhagie,	33
Leucorrhée,	34
Écoulement purulent par le vagin chez l'enfant,	4
Avortement,	6
Prolapsus utérin,	11
Maladies de l'utérus,	2
— de la mamelle,	13
Cancer du vagin,	1
	194

Relevé général.

	Homm.	Femm.	Total.
Affections fébriles,	112	138	250
Exanthèmes,	32	47	79
Coqueluches,	10	14	24
Scrofules, gouttes, etc.,	63	69	132
Hydropisies,	15	19	34
Affections rhumatismales,	132	154	286
— convulsives,	27	89	116
Paralysies,	32	16	48
Névralgies,	11	14	35
Maladies mentales,	5	1	6
— du cerveau,	36	63	99
— de la gorge et du larynx,	26	50	76
— des poumons,	249	227	476
— du cœur et des artères,	15	16	31
— de l'estomac,	57	186	243
— des intestins,	129	228	357
— abdominales,	1	1	2
— du foie,	10	5	15
— des organes génito-urinaires,	17	8	25
— vénériennes,	201	104	305
— des organes génitaux de l'homme,	58	0	58
— des os, des articulations, des dents,	41	38	79
— des organes des sens,	51	51	102
— de la peau,	183	218	401
Inflammations, abcès,	172	154	326
Tumeurs,	32	60	92
Coups et blessures,	216	143	369
Suicides,	7	2	9
Inanition,	1	0	1
Maladies des femmes,	0	194	794
	1941	2309	4250

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 janvier. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Fouquier remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à présider ses séances pendant l'année 1842, et donne lecture du discours qu'il a prononcé le 1er janvier aux Tuileries, au nom de l'Académie, et de la réponse du roi.

M. Dubois (d'Amiens) demande un tour de faveur pour répondre à la lecture faite par M. Double, le 14 du mois dernier.

M. Capuron, inscrit depuis plusieurs mois pour des rapports, réclame la parole.

La demande de M. Dubois (d'Amiens), appuyée par M. Double, est mise aux voix et adoptée.

M. Dubois (d'Amiens) commence par remercier M. Double des éloges qu'il a bien voulu lui donner, et il ne les accepte du reste qu'à titre d'encouragement. Quant aux objections que lui a adressées son honorable confrère, il les a méditées dans le silence du cabinet, et ses recherches nouvelles et ses méditations n'ont fait que le confirmer davantage dans les opinions qu'il a émises.

Dans un court résumé de la discussion à laquelle a donné lieu la lecture de M. Double, M. Dubois examine les opinions diverses émises par MM. Rochoux, Bouillaud, Gerdy et Castel. Nous ne le suivrons pas sur ce point; nous nous bornerons à dire qu'il n'a trouvé des éloges que pour la dissertation de M. Gerdy, qu'il a qualifiée d'improvisation brillante et pleine de justesse.

Rentrant dans son sujet, M. Dubois s'efforce de démontrer par de nouvelles preuves que le jugement qu'il a porté sur Galien et sur ses œuvres est l'expression de la vérité. Il s'attache surtout à faire ressortir le génie éminemment localisateur du médecin de Pergame. Cette partie du travail de M. Dubois a vivement excité l'attention de l'Académie.

Quant au caractère moral de Galien, M Dubois ne croit pas devoir retrancher un seul mot au tableau qu'il en a fait. Il cite à l'appui une observation empruntée textuellement aux œuvres de Galien, observation qui prouve que ce qu'on qualifie de nos jours d'*industrialisme*, de *charlatanisme médical*, était mis en pratique et conseillé même par le médecin de Pergame. Il ne lui paraît pas non plus possible d'attribuer, comme l'a fait M. Double, et avant lui plusieurs historiens, la fuite de Galien de Rome aux approches de la peste, aux dangers auxquels il était exposé de la part de ses nombreux ennemis. Dans la relation donnée par Galien lui-même de ce fléau, il n'est pas dit un mot de ces dangers. Il paraît plus rationnel à M. Dubois de chercher une cause de cette fuite, qui est plus qu'une faiblesse pour un médecin, dans les mœurs et les usages de ce temps-là. D'ailleurs, ajoute M. Dubois en terminant, jetons un voile sur cette partie de la vie de Galien, pour ne laisser à découvert que les éminens services que ce grand génie a rendus à la science que nous cultivons.

Cette lecture a été suivie de nombreuses marques d'approbation.

M. Double dit qu'il n'a pas eu un seul instant l'idée de mettre en parallèle le caractère moral de Galien avec celui d'Hippocrate. Sous ce point de vue la différence est si tranchée et si authentiquement avérée, que ce serait faire une injure à la mémoire du médecin de Cos. Cependant, quoiqu'en ait dit M. Dubois, il ne lui paraît pas encore parfaitement démontré qu'on puisse à juste titre adresser au médecin de Pergame les reproches qu'on a formulés contre lui touchant sa fuite de Rome aux approches de la peste. M. Double présente ensuite quelques courtes considérations sur la partie scientifique du travail de M. Dubois. Avec toute la meilleure volonté possible, il ne peut trouver dans Galien ce génie localisateur dont son honorable collègue l'a si généreusement gratifié. Est-ce à dire par là qu'on ne peut trouver dans les œuvres du médecin de Pergame certains passages qui prouvent que ce médecin célèbre a cherché à localiser les maladies ? Non sans doute. Mais qu'on ne se fasse pas illusion : il y a loin de ces passages isolés à cet esprit d'ensemble qui constitue un véritable génie. Cet esprit d'ensemble, Hippocrate le possédait au suprême degré, tandis que Galien excellait surtout dans les détails. Je terminerai, dit M. Double, par cette remarque pleine de justesse empruntée à Boerhaave : Toutes les fois que le médecin de Pergame est dans le vrai, il n'est que le commentateur du médecin de Cos.

M. Bouvier ne se montre pas très partisan des doctrines hippocratiques. L'école anatomique, dit-il, a tué le culte des anciens. De nos jours on lit peu Hippocrate, et on le louerait beaucoup moins si on le lisait davantage. (Marques générales de dénégation.) Hippocrate, ajoute M. Bouvier, est loin d'avoir imaginé tout ce qu'il a écrit, ou du moins toutes les œuvres qu'on lui attribue : il a fait comme nous, il a profité des connaissances antérieures ; à cet égard l'école de Cos lui a probablement rendu plus d'un service. Du reste, si l'on parcourt sans prévention aucune son Traité des eaux, de l'air et des lieux, il est impossible de dire que c'est là un travail *étonnant*, comme on l'a avancé. M. Bouvier cite plusieurs fragmens à l'appui de son opinion.

M. Double. On l'a dit avec beaucoup de raison : il n'y a rien de plus nouveau pour nous que les écrits des anciens. Ce que vient d'avancer M. Bouvier en est une preuve entre mille autres. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'y répondre. Je dirai seulement que, dans mon opinion, on est bien malheureux quand on ne trouve dans les œuvres d'Hippocrate que ce que vient de rapporter notre honorable confrère.

M. Bouillaud. Je suis étonné que M. Dubois ait si mal interprété les paroles que j'ai prononcées lors de la discussion soulevée par la lecture de M. Double. Je croyais cependant avoir formulé mon opinion, sur la question qui nous occupe, d'une manière assez explicite, pour que toute méprise fût impossible. Puisqu'il n'en a pas été ainsi, je me vois forcé de répéter ce que j'ai dejà dit. Pour moi donc, tout en rendant justice à Hippocrate et à Galien, tout en payant à ces deux noms immortels l'hommage sincère que mérite leur génie, je suis loin cependant d'avoir pour leurs travaux l'admiration exclusive que quelques personnes professent encore de nos jours. Hippocrate, dit-on, a créé la science d'observation, ou plutôt la nécessité de l'observation ; mais qui ne voit qu'autant vaudrait dire que quelqu'un a découvert le soleil ! Ce sont là de ces choses qu'on n'invente pas ; ce sont de ces vérités immuables que l'instinct seul fait découvrir dans tous les temps et dans tous les lieux... Qu'on me montre dans les œuvres du médecin de Cos une seule observation exacte, rigoureuse, dont les praticiens puissent tirer parti au lit des malades !... La question qui nous occupe, qu'on le sache bien, serait beaucoup plus facile à résoudre dans les hôpitaux qu'au sein des académies. Comment voudrait-on, d'ailleurs, qu'Hippocrate eût donné des descriptions exactes des maladies, lui qui n'avait aucune notion soit anatomique, soit physiologique ? Qui ne sait en outre qu'à l'époque dont nous parlons la mécanique, la physique, la chimie, sciences si indispensables pour quiconque veut observer avec fruit, étaient encore à l'état d'embryon ? Ne demandons donc aux génies de l'antiquité que ce qu'ils ont pu nous donner ; admirons les anciens, tenons compte de leurs efforts à une époque où les instrumens manquaient pour ainsi dire à l'intelligence ; mais n'allons pas plus loin. Tout marche avec le temps. Chaque siècle apporte son contingent de lumières. Considérez les progrès qu'ont fait les sciences médicales depuis Morgagni, et vous pourrez facilement juger toute la distance qui sépare les travaux des modernes de ceux qu'ont produit les plus grands génies de l'antiquité. Ce sujet exigerait sans doute de grands développemens dans lesquels je ne puis pas entrer ici. Je terminerai en portant de nouveau le défi de montrer dans les œuvres d'Hippocrate une seule observation capable de satisfaire l'esprit le moins exigeant de notre époque.

— *M. Bouley* met sous les yeux de l'Académie la vessie d'un cheval perforée par une tumeur osseuse développée sur la symphyse des pubis.

— *M. Ségalas* présente à l'Académie un petit garçon, âgé de vingt-trois mois, chez lequel il a broyé avec un plein succès un calcul d'un volume considérable, et fait à ce sujet la communication suivante :

Partisan de la lithotritie appliquée aux enfans, j'ai cherché, il y a quelques années, à combattre l'opinion opposée, qui était celle de nos meilleurs chirurgiens, et j'ai conduit ici successivement jusqu'à *dix* enfans opérés de la pierre par le broiement. La dernière présentation a eu lieu en mai 1838.

Depuis cette époque, j'ai continué à traiter par le broiement, comme par le passé, tous les enfans calculeux que j'ai rencontrés dans ma pratique et tous sont guéris. Aussi crois-je plus que jamais que chez les enfans, comme chez les grandes personnes, la lithotritie peut et doit être tentée dans la très grande majorité des cas.

Mais les chirurgiens se sont-ils rapprochés de cette façon de penser ? Nullement, à en juger du moins d'après les publications les plus récentes sur la matière : en particulier, d'après quelques observations de taille et de lithotritie rapportées dans la *Gazette des Hôpitaux* et recueillies à l'hôpital des Enfans, à Paris ; d'après un mémoire inséré dans le dernier numéro de la Revue médicale, par M. Payan, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence, et d'après un discours prononcé au congrès scientifique de Lyon par un des praticiens les plus réputés du midi de la France, M. Viricel. Qu'on lise dans le Traité de Pathologie et de Médecine opératoire, de M. Vidal (de Cassis), le parallèle entre la taille et la lithotritie, on y verra que l'habile chirurgien n'hésite pas à déclarer que la lithotomie est seule applicable chez les enfans.

Cette persistance de la généralité des chirurgiens à préférer la taille pour le traitement de la pierre chez les enfans, me détermine à vous soumettre un nouvel exemple de guérison d'enfant par la lithotritie. Il constitue, j'espère, un argument de quelque force en faveur de cette opération ; car il s'agit d'un enfant atteint de la pierre presque aussitôt après sa naissance, et soumis à la lithotritie à l'âge de vingt-trois mois.

C'est le plus jeune des enfans lithotritiés jusqu'à ce jour.

La pierre était très volumineuse ; elle a marqué quatorze lignes de diamètre dans le sens où elle a été saisie d'abord et tout porte à croire que ce n'était pas là le plus fort de ses diamètres. Il nous a fallu, à M. Lafont et à moi, beaucoup de séances pour son entière destruction ; mais toutes ont eu lieu sans accident d'aucune nature, et la guérison a été complète. Ainsi que vous le voyez, l'enfant a toutes les apparences d'une forte et belle santé.

Je ne parle pas de l'arrêt de quelques fragmens dans une partie plus ou moins avancée de l'urètre. Je me suis déjà expliqué à cet égard. Ce n'est pas là un accident, c'est tout au plus une des difficultés de la lithotritie. Cette opération, en effet, se pratique dans l'urètre comme dans la vessie, et avec des instrumens du même ordre. Celui dont je me sers à cette fin est simplement un brise-pierre à bec très court. Il m'a toujours suffi pour débarrasser l'urètre et des graviers et des pierres et des fragmens de pierre que j'y ai trouvés.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 janvier 1842.

M. Poncelet, vice-président l'année précédente, occupera le bureau cette année, en qualité de président.

L'Académie procède à l'élection d'un vice-président annuel. — M. Dumas réunit la majorité des suffrages.

— Rapport de MM. Double et Larrey (rapporteur) relatif au mémoire présenté par M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, sur l'amputation coxo-fémorale.

Le fait qui forme le point de départ de la communication de M. Sédillot ayant été le sujet de plusieurs articles dans notre Journal, nous ne nous occuperons pas ici de la partie du rapport qui en donne l'analyse, et nous passerons de suite aux réflexions de M. le rapporteur.

« Votre rapporteur, Messieurs, croit devoir faire quelques réflexions dans l'intérêt de la science et de l'humanité : c'est de savoir si cette opération peut être pratiquée comme les autres amputations des membres, dans la première période de la maladie et avant le développement des accidens primitifs ; ou s'il ne convient pas mieux d'attendre que ces accidens soient entièrement dissipés, comme dans les cas cités par le docteur Sédillot, où cette désarticulation a été suivie de succès ?

» Pour justifier l'affirmation, M. Sédillot s'étaie : 1° des effets fâcheux de l'ébranlement que produit la cause vulnérante sur les organes renfermés dans la cavité abdominale ; 2° sur le refoulement subit du sang vers le cœur, dont les fonctions peuvent être troublées et être immédiatement suivies de la mort de l'opéré ; 3° enfin le spasme nerveux, qui doit nécessairement survenir par l'effet de la section brusque que l'on fait des gros nerfs qui se rendent à la cuisse.

» Votre rapporteur peut répondre avec confiance à ces observations :

» 1° Sans doute que les organes de la vie intérieure éprouvent un ébranlement ou une commotion plus ou moins forte, lorsqu'un gros projectile détruit ou désorganise la partie supérieure de l'une des cuisses ; mais les effets de cette commotion ne sont qu'instantanés. L'équilibre dans le jeu de leurs fonctions est aussitôt rétabli ; ou si cette commotion a été assez forte pour rompre le tissu des viscères ébranlés, la mort du sujet survient immédiatement, ou les signes qui indiquent son approche sont assez évidens aux yeux du chirurgien pour savoir apprécier l'état du blessé et lui faire respecter son agonie.

» 2° On a exagéré les effets primitifs instantanés du refoulement du sang par suite de la ligature ; je crois en avoir donné la preuve dans mon mémoire sur l'opportunité de l'amputation des membres. D'ailleurs, on prévient facilement les effets consécutifs de la turgescence intérieure par la phlébotomie, et surtout par l'application des ventouses scarifiées qu'on pose aux régions dorsales, aux hypocondres et à l'épigastre.

» 3° Quant au spasme nerveux résultant de la section des gros nerfs, il ne peut y avoir de différence pour le résultat de cette section faite dans les premières heures de l'accident, de celle qui aura lieu dans la désarticulation consécutive. Mais enfin, à quoi donc attribuer l'insuccès de cette terrible opération, lorsqu'elle est pratiquée dans les premières douze heures de l'accident ? C'est à la perte de la plus petite quantité de sang qui aura lieu pendant l'opération, parce qu'il est probable que le blessé en aura déjà beaucoup perdu au moment de la blessure.

» Aussi le précepte le plus important à remplir, est de se rendre maître du sang de manière à ne pas en perdre un seul gramme ; sans quoi le stimulus du cœur cesse, et le blessé périt. La première désarticulation de cuisse pratiquée à l'armée du Rhin en 1793, par votre rapporteur, n'eut pas de succès parce que les vaisseaux furent liés après l'opération, et cet exemple le porta à proposer la ligature de l'artère principale avant l'opération.

» Pour compléter la solution du problème en faveur de l'amputation primitive, votre rapporteur ajoutera à ces réflexions le résultat de sa longue expérience.

» 1° Il a pratiqué plus d'une fois avec succès l'extirpation de la cuisse pendant la campagne de Russie, sur le champ de bataille, par le procédé décrit dans ses mémoires.

» 2° Votre rapporteur pourrait citer deux cents sujets *auxquels il a pratiqué, sur les champs de bataille*, l'amputation du bras à l'épaule, et avec un tel succès, qu'il a perdu à peine le quinzième de ces opérés.

» D'après ces faits, nous pouvons dire que l'amputation primitive de la cuisse à son articulation coxo-fémorale peut être pratiquée dans un cas de blessure récente comme dans les cas de maladies chroniques, et si le succès dans les deux cas ne paraît pas aussi certain dans l'un comme dans l'autre, cela tient à la différence de la gravité de la maladie qui indique l'opération ; et certes, nous pourrions même assurer que cette opération aurait certainement sauvé la vie à un grand nombre de guerriers qui ont péri peu de temps après leurs blessures, si elle avait été faite immédiatement et d'après les préceptes établis par votre rapporteur.

Conclusions : Dépôt dans les Recueils des savans étrangers.

Correspondance. — M. le docteur Descuret fait hommage à l'Académie de son livre, intitulé Médcine des passions, et demande que cet ouvrage soit admis pour le concours Montyon (médecine et chirurgie).

— M. Amussat fait la même demande pour son deuxième mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans les régions lombaires, sans ouvrir le péritoine.

— M. Baudens adresse à l'Académie une communication concernant un nouveau procédé de traitement relatif aux épanchemens qui se font dans les membranes séreuses. Ce moyen consiste dans l'établissement d'une fistule destinée à donner issue au liquide épanché au fur et à mesure qu'il se forme.

M. Baudens a eu recours à ce moyen pour combattre l'hydrocèle des bourses. Sur cinquante opérations, il n'y a eu qu'une récidive, qui tenait au volume énorme de la tumeur. Deux fois le même procédé a été employé contre l'ascite, et son application a été suivie de succès.

Nous avons eu occasion d'observer en Afrique, dit M. Baudens, quelques guérisons d'hydropisies thoraciques et abdominales, et dans ces cas la nature s'était fait jour en établissant une fistule soit sur la paroi du thorax, soit au pourtour de l'ombilic. Ce lieu d'élection, l'ombilic, a vivement frappé notre esprit, et nous avons compris qu'il avait dû être choisi par la nature parce que c'est là où la paroi abdominale a le moins d'épaisseur et parce que ce point déclive est favorable à l'évacuation du liquide épanché.

C'est aussi dans la région de l'ombilic que nous établissons une fistule, afin d'imiter la marche tracée par la nature : notre lieu d'élection est situé sur la ligne blanche, au-dessus et le plus près possible de la cicatrice ombilicale.

L'instrument destiné à faire la fistule se compose d'une espèce de petit trois-quarts en forme de croissant et dont la canule est percée d'une ouverture à sa partie moyenne.

Introduit doucement immédiatement au-dessus de l'ombilic et sur la ligne blanche, l'instrument pénètre dans la collection séreuse et ressort à 3 ou 4 centimètres au-dessus sur la ligne blanche. On retire la tige : le liquide s'écoule par l'ouverture pratiquée au centre de la canule. Quand il en est sorti deux litres, on ferme la canule, en ayant soin de la laisser en place. Le lendemain et les jours suivans, on vide graduellement la cavité abdominale ; au bout de quelques jours la sérosité s'échappe sur les côtés de la canule. Les fistules sont établies et dès ce moment on retire ce conducteur. Le liquide continue à couler au fur et à mesure qu'il est sécrété ; au bout de quelques mois les fistules se ferment et l'hydropisie ne reparaît plus.

On conçoit que ce traitement n'a de chances de guérison qu'autant que l'hydropisie n'est pas entretenue par des désordres organiques irrémédiables.

Il me paraît surtout indiqué dans le cas d'hydropisies passives, quand déjà l'opération a été faite un grand nombre de fois sans succès.

Je me propose de donner plus de développement à ce simple aperçu, pour lequel je réclame la bienveillance et l'intérêt de l'Académie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau procédé pour reconnaître le cuivre dans les cas d'analyses chimico-légales.

Ce procédé, qui est dû à M. Verguin, préparateur du cours de chimie à l'école secondaire de médecine de Lyon, lui a été suggéré par un fait qu'il a observé, il y a déjà quelques années, en faisant l'analyse d'un minerai de cuivre. Il avait, par hasard, mis sa solution dans une capsule de platine, et, voulant doser le cuivre à l'état métallique, il y plongea une lame de fer. Tant que le fer ne fut pas en contact avec le platine, aucun phénomène ne se produisit; mais, à l'instant où il vint à le toucher, la capsule se couvrit d'une couche de cuivre très adhérente, et la précipitation ne se fit plus sur le fer; l'adhérence était tellement forte que, pour l'enlever, il fallut recourir à l'acide azotique.

Les réactifs ordinaires pour le cuivre sont: l'ammoniaque, le cyanure jaune de potassium, de fer, le fer métallique.

L'ammoniaque agit en dissolvant l'oxyde de cuivre et se colorant en bleu très beau; cette coloration peut être difficilement aperçue, si: 1° la liqueur essayée contient un sel dont la base soit précipitable par ce réactif, car alors le précipité la masque; 2° si elle est colorée par une substance organique. A la vérité, on peut filtrer et décolorer par le charbon animal; mais lorsqu'on a peu de substance, et qu'elle est d'une importance très grande, on ne doit pas multiplier les manipulations.

Le cyanure jaune de potassium décèle de petites quantités de cuivre; mais, pour cela, il faut que la liqueur soit pure, et surtout qu'elle ne contienne pas de trace de fer, car sans cela il est impossible de distinguer la couleur brune du sel de cuivre, mélangée qu'elle est avec la couleur bleue du sel de fer.

Le fer agit en décomposant le sel de cuivre et en précipitant le cuivre à l'état de métal, pour prendre sa place; de sorte que, la réaction terminée, on a un sel de fer et du cuivre métallique. Mais la liqueur a besoin d'être aiguisée par un peu d'acide; et si on en a ajouté une trop grande quantité, et que le cuivre s'y trouve en petite proportion, le fer noircit et empêche par là de distinguer facilement la couche cuivreuse; de plus, cette dernière n'y adhère pas, et le moindre frottement peut l'enlever.

Aucune de ces incertitudes n'existe dans le procédé de M. Verguin, dont voici l'indication.

Il faut que la liqueur à examiner, si elle est étendue, soit un peu concentrée, légèrement acidulée avec l'acide chlorhydrique; on en place alors une goutte sur une lame de platine, que l'on recouvre d'une lame de fer bien décapée, de telle façon que le fer touche à la fois et le liquide et le platine. Au bout de quelques secondes, le platine présente une couche de cuivre très adhérente dans toute la partie qui était occupée par le liquide.

L'explication de ce fait repose entièrement sur la théorie électro-chimique. Lorsqu'on met deux métaux en contact, il y a production d'électricité; l'un d'eux est électrisé positivement, et l'autre négativement. Si une solution quelconque est soumise à l'état de la pile, le sel est décomposé, l'acide se porte au pôle positif, la base au pôle négatif. Il est des sels qui non-seulement sont décomposés ainsi en acide et base, mais de plus la base elle-même est décomposée en métal et oxygène; dans ce dernier cas, le métal seul se porte négatif, l'oxygène se rend avec l'acide au pôle positif.

Or, en mettant en contact du fer et du platine, il y a développement d'électricité, développement encore activé par la présence d'une solution saline; le fer se trouve électrisé positivement, le platine négativement. Les sels de cuivre jouissent de la propriété d'être décomposés non-seulement en acide et en oxyde, mais de plus ce dernier lui-même se décompose encore en oxygène et en métal. Dès lors, l'acide et l'oxygène se portent sur le fer qui est le pôle positif de cette pile, et le métal seul se fixe sur le platine qui en est le pôle négatif.

On voit que ce procédé joint à l'avantage de faire disparaître les incertitudes des autres méthodes, celui d'être aussi simple que possible, et de n'exiger aucune manipulation qui ne puisse être faite par toute personne pourvue de quelques connaissances chimiques.

(*Journal de Pharmacie*, 1841.)

Réactifs pour découvrir la présence de l'acide phosphoreux.

D'après M. Woebler, si on mêle de l'acide phosphoreux avec un soluté aqueux d'acide sulfureux, et qu'on soumette à l'action de la chaleur, il y a aussitôt production d'un abondant précipité de soufre. C'est même un excellent moyen pour arriver à reconnaître si l'acide phosphorique des officines contient, ainsi qu'il arrive trop souvent, de l'acide phosphoreux; s'il renferme en même temps de l'acide arsénieux, il jaunit par la précipitation du sulfure d'arsenic.

La présence de l'acide phosphoreux se décèle également avec une excessive facilité à l'aide d'un petit appareil à gaz hydrogène analogue à celui de Marsh. En effet, si on ajoute au liquide dégageant du gaz hydrogène un acide phosphorique qui soit altéré par la présence de l'acide phosphoreux, il y a production de gaz hydrogène phosphoré reconnaissable à la simple odeur; et si alors on enflamme ce gaz, il brûle avec une flamme blanchâtre brillante, très différente de celle du gaz hydrogène pur. Si l'on reçoit le jet de cette flamme sur une plaque de porcelaine, on remarque constamment et d'une manière très manifeste, surtout lorsque le lieu où l'on expérimente n'est pas trop clair, un cercle de lumière verte dans la flamme étalée, comme lorsque le phosphore brûle dans un air étouffé ou dans le chlore.

(*Annal. der Chemie and Pharmacie.*)

Eau hémostatique.

M. Deschamps, pharmacien à Avallon, propose la formule suivante pour remplacer les diverses eaux hémostatiques que le charlatanisme préconise et exploite depuis quelques années.

Pr.	Térébenthine,	500 grammes.
	Eau,	60 *id.*

On pèse la térébenthine et l'eau dans une capsule de porcelaine, on chauffe, on fait bouillir pendant un quart d'heure, on pèse de nouveau; on ajoute de l'eau pour avoir 1000 grammes de mélange; après quoi, on laisse refroidir et on infiltre.

On pourrait faire cette préparation par voie de digestion, et alors il serait nécessaire d'opérer en vase clos.

Si l'on devait conserver cette eau très long-temps, il serait peut-être nécessaire de la traiter par la méthode d'Appert. Cependant, elle possède encore, après cinq mois de préparation, la plénitude de ses propriétés; on remarque seulement qu'il s'est formé, pendant ce laps de temps, un léger dépôt constitué par une matière de nature floconneuse.

(*Gazette médicale*, 1841.)

Nouveau moyen contre les engelures.

M. Baudot vient de proposer la préparation suivante, comme moyen prophylactique et curatif des engelures:

Pr.	Sous-borate de soude,	16 grammes.
	Sulfate d'alumine,	12 *id.*
	Benjoin,	8 *id.*
	Farine de moutarde noire,	64 *id.*
	Racine d'iris de Florence,	48 *id.*
	Son de blé,	48 *id.*
	Son d'amandes,	155 *id.*

Mêlez, pulvérisez, et lorsque tout le mélange est amené à l'état d'une poudre bien homogène, aromatisez avec

Huile volatile d'écorce d'orange,	18 gouttes.
Huile volatile de bergamotte,	18 *id.*

Pour se servir de cette poudre, on en met un peu (une ou deux cuillerées à café environ) dans le creux de la main, puis on y ajoute quelques gouttes d'eau pour la convertir en une sorte de pâte demi-liquide, avec laquelle on frictionne fortement, le matin en se levant et le soir en se couchant, tous les points qui sont sujets à être le siége des engelures ou sur lesquels elles sont déjà survenues.

Il n'est pas besoin de dire que ce moyen ne peut convenir que pour les engelures non ulcérées, et que, toutes les fois qu'elles se compliquent d'une solution de continuité, quelque légère qu'elle puisse être, il faut de toute nécessité s'abstenir de ce moyen pour recourir à ceux que l'on a l'habitude de prescrire en pareil cas.

— Un savant, M. Brittan, vient d'être victime, à Londres, d'un essai fait par lui dans l'intérêt de la science. Auteur d'un ouvrage sur la chimie, il voulait, avant de l'achever, constater jusqu'à quel point un homme pourrait, sans danger, respirer une quantité donnée de gaz hydrogène. Il en fit l'essai sur sa propre personne, et en fut malheureusement la victime. Un malaise général suivi d'une stupéfaction complète se déclara bientôt, et, en dépit de tous les secours de l'art qui lui furent prodigués, il mourut au bout de quelques heures, par suite du dangereux essai auquel il s'était livré.

Modification dans la confection des porte-caustique et des porte-pierres, par M. CHARRIÈRE, *fabricant d'instrumens de chirurgie.*

Tels qu'on les confectionne généralement, les porte-caustiques sont composés de plusieurs pièces réunies entre elles à l'aide de soudures appropriées. Or, ces soudures se trouvant fréquemment en contact avec le nitrate d'argent dissous par l'humidité, sont promptement détruites. Tous les praticiens savent que souvent l'instrument se désassemble sur un des points soudés, accident qu'on a vu quelquefois survenir pendant l'opération. C'est ainsi que, tout récemment encore, en cautérisant l'urètre, une portion du porte-caustique est restée dans la partie postérieure de l'urètre, et même dans la vessie.

Il suffit de mentionner de pareils faits pour faire sentir toute l'importance qu'il y avait à faire disparaître ce vice de confection, qui pouvait donner lieu à des accidens qu'il n'est pas nécessaire d'énumérer ici. Déjà M. Charrière s'était appliqué à faire quelques améliorations sur ce point; mais ses premiers essais ne lui avaient pas procuré un résultat tout à fait satisfaisant. Il s'est enfin convaincu que le meilleur moyen, pour atteindre le but qu'il se proposait, consistait à faire disparaître toute espèce d'assemblage. Cette modification, comme on le comprend facilement, ne donne pas seulement à l'instrument une plus grande solidité, mais elle s'oppose encore à l'oxidation, dont tous les praticiens reconnaissent les inconvéniens. En conséquence, les porte-caustiques qui sortent actuellement des ateliers de M. Charrière sont confectionnés sans aucune espèce de soudure, soit dans la tige, soit dans le tube. Ajoutons que le même fabricant a fait l'application de ce principe dans la confection des porte-pierres de tout genre, et qu'il en a retiré de si bons avantages, qu'il en fait aussi usage dans la fabrication de certaines sondes métalliques dont on a besoin de varier les courbures suivant les circonstances. Chacun sait, en effet, que ces derniers instrumens sont soudés suivant leur longueur, et qu'ordinairement, après un certain temps, ces soudures s'aplatissent et donnent aux sondes une forme irrégulière. En faisant disparaître cet inconvénient, M. Charrière a rendu un nouveau service aux praticiens. Disons, en outre, que ce fabricant applique le même principe à la confection des canules à trachéotomie, ainsi qu'à toutes espèces de canules destinées à séjourner dans les tissus.

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister davantage sur ces diverses modifications; les praticiens en comprendront facilement toute l'importance.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 8 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 4, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

A partir du 15 janvier courant, les Bureaux de la Gazette des Hôpitaux *et du* Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine *seront transférés* RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, *11 et 13.*

Tout ce qui concerne la rédaction du Journal doit continuer d'être adressé rue Dauphine, 22-24.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Polype fibreux de l'utérus, n'ayant pas encore franchi le col. — Pertes sanguines abondantes, épuisement de la malade. — Excision du polype. — Remarques pratiques sur les polypes de la matrice.

C'est mercredi dernier (5 janvier) qu'a été pratiquée l'opération dont nous avons à rendre compte. Avant de rapporter les considérations pratiques présentées par M. Aug. Bérard sur ce sujet, nous devons exposer brièvement l'état de la malade qui a été soumise à l'opération, et qui a servi de texte à la leçon du chirurgien de l'hôpital Necker.

Au n° 5 de la salle Sainte-Marie est couchée une femme âgée de quarante-sept ans, non mariée, n'ayant jamais eu d'enfans et n'ayant, d'après son dire, jamais cohabité. Réglée à l'âge de onze ans, elle n'a éprouvé aucune irrégularité notable dans sa menstruation jusqu'à vingt-quatre ans. Mais à partir de cette époque, et sans cause connue, l'écoulement menstruel a été peu abondant jusqu'à la quarante-quatrième année. Depuis lors, l'écoulement du sang est devenu de plus en plus abondant à chaque époque menstruelle. La pâleur du visage et la perte progressive des forces en ont été les conséquences. Dans le mois de juillet dernier, les menstrues se sont établies sous forme d'une perte continue, tantôt plus, tantôt moins abondante. Malgré la diminution progressive de ses forces, la malade a continué à se lever chaque jour, jusqu'à l'époque où elle est entrée à l'hôpital (12 décembre dernier). Elle dit n'avoir fait aucun traitement.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade n'a pas quitté le lit; la perte sanguine s'est arrêté à peu près complètement; cependant la pâleur persiste, elle est même portée au plus haut degré. Les lèvres sont blanches, les caroncules lacrymales entièrement décolorées. La faiblesse est extrême. Il existe des tintemens d'oreille, des bourdonnemens qui s'accroissent par les plus légers mouvemens dans le lit. Le stéthoscope appliqué sur le trajet des artères carotides, transmet un bruit de diable fortement caractérisé.

L'exploration des parties génitales, faite par le toucher, permet de reconnaître une distension du col de l'utérus: son orifice est dirigé à gauche; il est entr'ouvert et admet, sans trop d'efforts, la totalité de la phalange unguéale du doigt indicateur; ses lèvres sont amincies; sa cavité est occupée par une tumeur arrondie, oblongue, simplement contiguë à sa surface interne: cette tumeur se prolonge dans la cavité utérine, comme nous le prouverons bientôt.

En faisant usage du spéculum, on découvre facilement la déviation du col que nous venons d'indiquer, et l'on éprouve quelque peine à faire disparaître cette direction vicieuse et à ramener le museau de tanche vers le centre de l'instrument.

Avant d'aller plus loin, nous devons indiquer une manœuvre mise en pratique par M. Bérard, et qui procure des résultats avantageux toutes les fois que l'orifice du col n'est pas situé au centre du vagin. Si, dans ces cas, on plaçait le spéculum de telle sorte que son axe fût le même que celui du vagin, on ne verrait au fond de l'instrument qu'une paroi muqueuse, un cul-de-sac formé par une des parois vaginales et la partie du col opposée au sens de sa déviation. Pour éviter ce résultat, qui pourrait donner lieu à des méprises plus ou moins graves, il faut incliner le spéculum de telle sorte que son extrémité utérine se dirige du côté vers lequel est tourné le col de la matrice, engager toute la saillie du museau de tanche dans l'extrémité du tube et presser convenablement, comme si l'on voulait enfoncer le spéculum à une plus grande profondeur. Cette pression modérée, mais soutenue pendant quelques instans, est exempte de douleur et détermine bientôt le redressement du col et avec lui celui de l'utérus tout entier.

C'est à l'aide de cette manœuvre que M. Bérard a découvert parfaitement le col de la matrice chez la malade qui nous occupe. Dès lors on a pu voir distinctement l'écartement arrondi qui existe entre ses lèvres, et au centre de cet écartement, qui a environ de 10 à 15 millimètres de diamètre, une tumeur arrondie, lisse, de couleur blanchâtre, renfermée dans la cavité du col. Un long stylet à pointe mousse a pu passer entre la tumeur et la paroi intérieure du col, jusque dans la cavité utérine, et être promené circulairement tout au tour de cette tumeur.

D'après ce que nous venons de dire, il était déjà très probable qu'on avait affaire à un polype de l'utérus; mais, dit M. Bérard, avant d'établir nettement le diagnostic, revenons sur différens points de la maladie; nous y puiserons quelques enseignemens pratiques qui seront pris en considération.

Notre malade est âgée de quarante-sept ans; elle souffre depuis trois ans. Sous le rapport de l'âge, ce fait vient donc confirmer l'opinion admise par tous les chirurgiens, savoir: que les polypes de l'utérus sont incomparablement plus fréquens de trente à cinquante ans, qu'à toute autre époque de la vie.

La malade est demeurée fille. — Si l'on en croit Bayle, la stérilité et surtout l'absence complète de relations sexuelles, sont des états qui exposent plus aux polypes que les circonstances opposées. Mais si le cas actuel semble venir en aide à cette opinion, il n'en est pas moins vrai qu'on trouve beaucoud plus de femmes mères ou qui ont cohabité, atteintes de polypes utérins que d'autres. D'après un relevé fait par Dupuytren, sur 58 malades, il y en avait quatre seulement qui se trouvaient daes la première condition; les 54 autres avaient usé du coït et beaucoup avaient eu des enfans.

La maladie s'est annoncée chez notre malade par le retour plus abondant des règles pendant vingt-huit mois, et enfin par des pertes continues. La métrorrhagie est un des symptômes les plus constans de la présence des polypes dans la cavité utérine. C'est bien à tort que Levret a prétendu que ces hémorrhagies n'étaient manifestes que quand, le polype ayant franchi le col utérin pour descendre dans le vagin, la circulation devenait difficile dans la tumeur en raison de la constriction exercée par le col sur la partie du polype qu'il embrasse. Cette explication théorique est à chaque instant démentie par les faits, et dans le cas actuel elle se trouve également en défaut, puisque le polype n'est pas encore descendu dans le vagin.

Nous pensons que la source des hémorrhagies n'est point mécanique, ainsi que Levret tend à l'établir; elles sont actives, et ont de l'analogie avec celles qui surviennent pendant l'avortement. En effet, elles s'accompagnent souvent de coliques utérines semblables aux contractions expultrices de l'accouchement; leur retour est plus fréquent, leur abondance plus grande, tant que le corps étranger n'a point été poussé par ces contractions hors de la cavité utérine dans celle du vagin.

Les conséquences inévitables des hémorrhagies réitérées sont la décoloration de la peau et des muqueuses, la perte des forces, l'affaiblissement des organes, des sens et des facultés intellectuelles, les bourdonnemens d'oreille. Dupuytren a beaucoup insisté sur ces derniers symptômes que nous avons remarqués chez notre malade.

Outre les pertes de sang, les polypes occasionnent ordinairement des flueurs blanches plus ou moins abondantes. Chez notre malade, depuis le mois de juillet, l'écoulement ayant toujours eu lieu en rouge, il n'a pas été possible de constater la leucorrhée; mais avant cette époque, il existait depuis assez long-temps des pertes en blanc abondantes dans l'intervalle de chaque menstruation. Ce symptôme, qui est quelquefois le seul qu'on observe pendant long-temps, doit fixer toute l'attention; il ne faut pas manquer de toucher alors les femmes une fois par mois. C'est pour avoir négligé cette précaution et pour s'en être tenu à une seule exploration, dont le résultat avait été négatif parce que le polype était encore complètement renfermé dans la cavité utérine, qu'on a vu la maladie méconnue faire des progrès et entraîner la mort. Bayle a rapporté des exemples de ce genre.

Nous n'avons pas observé chez notre malade plusieurs symptômes qu'on trouve mentionnés dans les livres comme appartenant aux polypes de l'utérus; tels sont les tiraillemens dans les aînes, les pesanteurs sur le périnée, la gêne pour uriner, pour aller à la selle, etc., etc. Mais si l'on réfléchit que ces accidens résultent du volume considérable du polype, de sa position dans le vagin, de l'abaissement de la matrice qu'il entraîne avec lui, on ne sera point étonné de les voir manquer dans le cas présent; car le polype est peu volumineux et est encore renfermé dans la cavité utérine.

Revenons au diagnostic: j'ai annoncé, dit M. Bérard, que nous avions affaire à un polype. Si on s'en rapportait à un examen superficiel et que l'on se bornât à pratiquer le toucher, on pourrait croire qu'il s'agit de l'engorgement de l'une des lèvres du col de l'utérus. En effet le col est accru de volume; la lèvre postérieure très amincie est appliquée immédiatement sur la tumeur et semble faire corps avec elle. J'ai eu un moment cette opinion, et Dupuytren raconte qu'il a reconnu une erreur de ce genre qui avait été commise par un autre confrère. Pour la dissiper, il suffit de passer le doigt entre le polype et la surface interne du col. Si l'orifice était trop étroit, la méprise serait plus facile: cependant l'examen avec le spéculum, l'introduction d'un stylet à pointe mousse, viendraient en aide au chirurgien. C'est ce que j'ai fait chez notre malade.

La tumeur saillante dans la cavité du col étant bien constatée, ne peut être confondue qu'avec un renversement incomplet du fond de la matrice. Ce point est de la plus haute importance, et mérite de nous arrêter quelques instans.

Une première remarque à faire, c'est que le renversement de la matrice ne s'observe guère qu'à la suite de l'accouchement, ou bien lorsque, distendu par un énorme polype, l'organe gestateur est peu à peu entraîné vers sa propre cavité dans le lieu où s'insère le pédicule du polype, à mesure que les tractions augmentent par suite de la descente du corps étranger vers le vagin et la vulve. Or, nous n'avons ici ni accouchement préalable, ni polype volumineux; l'erreur ne peut donc pas être commise.

Cependant, si le polype de plus en plus aminci au niveau de son pédicule avait fini par se détacher entièrement, et si plus tard, ignorant cette circonstance préalable, on était appelé à examiner une femme qui offrît une tumeur de petit volume, à peine saillante dans le vagin entre les lèvres écartées du col, on comprend qu'on serait grandement exposé à commettre une méprise. Je pense qu'il sera utile de rapporter ici le fait suivant.

Une femme est admise, il y a dix-huit mois, à l'hôpital Necker. Elle porte une tumeur grosse comme le poingt pendante entre les cuisses, supportée par un pédicule qui se perd dans le vagin. Cette tumeur était étranglée par une forte ligature qui avait été appliquée par un médecin sur le pédicule au niveau de la vulve. Quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur tombe, et le pédicule remonte dans le vagin, au fond duquel il forme une tumeur dont l'extrémité supérieure s'engage dans le col de l'utérus. Cet état persistant encore plusieurs semaines après la chute du polype, je craignis que ce pédicule ne devînt la cause de la reproduction d'un nouveau polype, et je me décidai à en faire l'excision. L'exploration par le vagin apprenait que la tumeur était supportée par une partie plus étroite qui s'engageait dans le col et s'emblait aller s'implanter vers le fond de l'utérus. A l'aide du doigt porté dans le rectum, on retrouvait sur sa paroi antérieure la tumeur, puis le col, puis enfin le corps de la matrice elle-même ayant son volume ordinaire. Ces recherches excluaient l'idée d'un renversement de matrice; je procédai à l'opération. Les parois du vagin étant écartées à l'aide d'un spéculum large et court, je saisis la tumeur avec des pinces érignes, j'exerçai sur elle des tractions médiocres et je l'excisai au niveau du col à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Aucune particularité n'accompagna cette opération. La tumeur, du volume d'une châtaigne, fut examinée avec soin. Au centre du pédicule, nous trouvâmes une cavité à parois séreuses, qui paraissait manifestement être une dépendance du péritoine. La section de la tumeur nous montra en outre qu'elle était formée par le tissu propre de la matrice.

Quoique l'on ait quelquefois extirpé l'utérus renversé sans que les malades aient éprouvé de graves accidens, cependant j'avoue que mon inquiétude fut grande durant les premiers jours qui suivirent l'opération. Heureusement, tout alla pour le mieux, et quinze jours après, je considérai la malade comme hors de danger. Néanmoins, elle prolongea son séjour à l'hôpital afin de réparer ses forces. Mais cinq semaines après l'opération, elle éprouva, sans cause appréciable, des frissons, de la douleur dans la fosse iliaque gauche; le membre pelvien de ce côté s'infiltra, la fièvre se mit de la partie, et malgré tous nos soins, cette malade succomba dans l'espace de quinze jours.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, je trouvai une cicatrice, ridée, froncée, qui occupait le milieu de la surface péritonéale du fond de l'utérus. Cette partie était déprimée, et dans ce point l'organe avait beaucoup moins d'épaisseur. Une cicatrice analogue existait à la face interne de l'utérus: elle était moins solide, et un stylet pénétrait facilement à son centre jusque sous la cicatrice péritonéale. Le reste de l'organe gestateur n'était pas déformé, il n'offrait aucune lésion, non plus que les organes voisins. Dans la fosse iliaque gauche, la veine était enflammée, remplie de fibrine coagulée et de détritus purulent. Le tissu cellulaire extérieur au vaisseau était également enflammé et renfermait une petite quantité de pus rassemblé en foyer.

Il résulte de ce fait, que le fond de l'utérus peu à peu entraîné, renversé, et allongé de plusieurs centimètres par les tractions d'un polype, peut rester ainsi engagé dans la cavité même du reste de cet organe, dans celle du col jusque dans le vagin, alors que la tumeur qui a occasionné ce renversement est séparée du reste de l'organe depuis un temps plus ou moins long.

Du reste, n'ayant pas à craindre une pareille méprise dans le cas qui nous occupe, nous ne nous arrêterons pas davantage sur cette partie du diagnostic; mais nous avons à rechercher si la tumeur que porte notre malade n'est point formée par un renversement spontané de l'utérus. Nous dirons tout d'abord que nous nous livrons probablement ici à des suppositions purement gratuites. En effet, quoique quelques auteurs, et Puzos en particulier, prétendent avoir constaté le renversement de l'utérus chez des femmes ou des filles qui n'offraient

aucune des conditions jugées nécessaires pour cet accident, il n'est point encore démontré que cette maladie puisse exister sans avoir été précédée soit d'une distension considérable de la matrice, soit de tiraillemens occasionnés par un corps étranger. On ne comprend guère l'influence attribuée par Puzos à l'état d'embonpoint des femmes, et celle attribuée par Leblanc aux métrorrhagies réitérées, pour produire ce renversement. J'aimerais mieux, si je rencontrais un fait de ce genre, admettre avec Baudelocque un vice primitif de conformation, comme ce médecin dit en avoir observé un exemple sur une jeune fille âgée de quinze ans, atteinte de renversement de matrice, et qui ne se trouvait dans aucune des conditions qui sont nécessaires pour déterminer un semblable mode de déplacement.

Quoi qu'il en soit, voici les signes différentiels indiqués par les auteurs du renversement de matrice et des polypes : 1° Dans l'inversion incomplète, la tumeur est hémisphérique, et sa partie la plus large est à l'orifice utérin ; dans le cas de polype, elle est pyriforme, à base inférieure. 2° Le renversement est plus ou moins réductible ; le polype ne l'est pas. 3° Le polype est ordinairement indolent ; le fond de la matrice est doué d'une sensibilité exquise. 4° La surface de la matrice est veloutée, sa teinte est rougeâtre ou violacée ; le polype est lisse, luisant et blanchâtre...... Je passe sous silence d'autres caractères, tels que ceux qui naissent des hémorrhagies, du mode d'accroissement de la tumeur, car les auteurs qui les mentionnent leur donnent une interprétation diamétralement opposée. Quant aux premiers, M. Malgaigne a déjà montré dans une excellente thèse de concours, combien ils sont infidèles.

Je n'ai pas à m'occuper ici du renversement complet de la matrice, cas dans lequel on a pour éclairer le diagnostic deux circonstances bien tranchées : 1° l'exploration par le rectum, qui permet de reconnaître l'absence de l'utérus au-dessus du vagin ; 2° le toucher par le vagin qui démontre une rainure circulaire, terminée en cul-de-sac tout autour du pédicule de la tumeur. Evidemment, chez notre malade, nous n'avons pas affaire à un cas de ce genre. La maladie dont il s'agit ne pourrait, à la rigueur, être confondue qu'avec un renversement incomplet. Or, c'est pour éclairer les cas de cette espèce que M. Malgaigne a proposé un moyen qui paraît satisfaisant, mais dont la pratique, faute d'occasions, n'a pas encore sanctionné la sûreté. Ce moyen consiste à porter une sonde d'homme recourbée dans la vessie de la malade, à diriger le bec de cette sonde en arrière, sa concavité regardant en bas, de manière à pouvoir appuyer ainsi avec le bec bien arrondi sur le fond de la poche utérine. Le doigt indicateur porté d'autre part dans le vagin, sentirait aussi facilement la saillie de l'instrument qu'on la sent à l'hypogastre dans le cathétérisme ordinaire. Je n'ai pas voulu négliger l'occasion qui se présentait d'expérimenter ce moyen ; et le résultat négatif qu'il m'a donné, rapproché de toutes les autres circonstances de la maladie, me porte à regarder comme certaine l'existence d'un polype.

Mais il ne suffit pas d'être arrivé à ce point du diagnostic ; il faut autant que possible établir la nature du polype et le point de l'utérus sur lequel il s'insère. Quant à sa nature ; il est dur, arrondi, lisse, luisant, blanchâtre ; il présente donc tous les caractères des corps fibreux non dégénérés ; notion qui n'est pas sans importance comme nous le verrons en parlant du traitement.

Le lieu d'implantation ne peut guère être indiqué ici d'une manière précise : le polype me paraît cependant fixé à la paroi postérieure de la matrice.

Quel pronostic devons-nous porter sur cette maladie ? Un polype de la matrice est toujours une chose grave. Abandonné à lui-même, il peut occasionner la mort par suite des pertes abondantes et réitérées qu'il occasionne. En général, une opération dangereuse peut seule en débarrasser les malades. Dans le cas qui nous occupe, la malade est anémique. Disons cependant que cet affaiblissement ne paraît pas ajouter à la gravité de l'opération. Toutes les femmes qui étaient dans cette situation et que nous avons opérées, se sont rétablies avec une promptitude remarquable. Les viscères de notre malade paraissent sains ; l'on ne découvre pas d'autres tumeurs du côté de l'utérus ; circonstance heureuse quand on pense que les corps fibreux sont assez souvent multiples.

Si maintenant nous considérons le pronostic sous le rapport des difficultés de l'opération, nous les trouvons plus grandes dans le cas actuel, puisque le col de l'utérus n'est pas suffisamment dilaté, puisque le polype encore renfermé dans la cavité utérine est bien moins facile à atteindre avec les instrumens.

Traitement. — Si la chirurgie en était encore au même point qu'au commencement de ce siècle, nous en serions réduits pour le cas actuel à faire une médication purement expectante. Calmer les douleurs, modérer par le repos et les astringens les écoulemens soit sanglans soit leucorrhéiques, soutenir les forces à l'aide des toniques, telles seraient les seules indications à remplir, en attendant que la nature amenât la sortie du polype vers le vagin, et en facilitant au besoin cette expulsion par l'administration du seigle ergoté. Je dirai même que telle serait la médication que je suivrais si la malade ne se trouvait pas dans un état fort avancé d'anémie. Mais le génie de Dupuytren a ouvert une nouvelle voie aux chirurgiens en leur apprenant à remplacer cette dilatation lente et naturelle du col de l'utérus par une ampliation immédiate à l'aide du bistouri. C'est d'après cet exemple que nous allons agir.

Qu'arriverait-il, en effet, si nous voulions attendre que le polype passât de sa première à sa seconde période ? La malade est dans un état de découragement et de pusillanimité qui ne ferait que s'accroître et qui lui ferait peut-être rejeter l'opération. Et d'ailleurs, pourrait-elle résister aux hémorrhagies réitérées qui accompagnent la dilatation du col de l'utérus ? Il est plus que probable qu'une mort prochaine serait la conséquence de toute temporisation. Et d'ailleurs, quel motif pourrait aujourd'hui engager le chirurgien à différer une opération devenue urgente ? Est-ce la crainte de porter l'instrument tranchant sur le tissu de l'utérus ? Mais il est bien démontré de nos jours, par une foule d'opérations, que la section de ce tissu n'est pas douloureuse, qu'elle ne donne lieu qu'à un écoulement modéré de sang, qu'enfin les suites de cette blessure en sont fort simples. C'est là du moins ce qu'ont appris les opérations faites dans les cas où la rigidité du col était un obstacle à l'accouchement, dans ceux où il y avait imperforation du col, dans ceux enfin où une lésion organique peu profonde a conduit l'opérateur à retrancher une partie plus ou moins épaisse du col. Est-ce la difficulté de l'opération ? mais nous ne pensons pas que ce motif doive être regardé comme suffisant pour détourner d'une opération bien indiquée ; et d'ailleurs nous avouons que dans le cas où nous y avons eu recours il ne nous a pas semblé que la manœuvre fût beaucoup plus difficile que quand le polype est déjà descendu dans le vagin.

D'ailleurs, nous l'avons déjà indiqué, la chirurgie a fait un pas de plus dans la route que nous suivons : l'art n'a pas attendu que le corps fibreux soit en partie séparé du corps de l'organe, et qu'il forme une saillie dans la cavité vaginale. Une connaissance plus complète des rapports des corps fibreux avec le tissu propre de la matrice, a fait naître l'idée de les extraire, de les retirer de la loge qui les renferme, en fendant la coque qui les recouvre du côté du vagin. M. Velpeau conçut cette idée il y a quelques années, et prit l'avis de plusieurs chirurgiens des hôpitaux, à l'examen desquels il soumit la malade qu'il voulait guérir. Je fus de ce nombre, et je me prononçai contre l'opération. J'ignore quels furent les motifs qui déterminèrent la conduite de M. Velpeau, mais la maladie fut abandonnée à elle-même. Le projet du chirurgien de l'hôpital de la Charité resté sans exécution, a été repris par M. Amussat, qui a exécuta cette opération dans le cours de l'année 1841. J'ajouterai que les deux femmes qu'il y a soumises ont été parfaitement guéries.

Occupons-nous maintenant du manuel opératoire que nous allons employer sur notre malade. On connaît plusieurs méthodes de traitement des polypes de la matrice. Je dirai tout d'abord que ni le cautère, ni le broiement, ni la torsion, ni l'arrachement, ne conviennent au cas qui nous occupe. Le défaut de ces méthodes n'a pas besoin d'être démontré. Nous n'avons évidemment qu'à choisir entre la ligature et l'excision, et je n'hésite point à donner ici la préférence à cette dernière. Il est vrai que la ligature semble, au premier abord, plus facile et plus sûre. Je sais bien en outre que le siége élevé du corps étranger n'est plus un obstacle à cette opération ; chacun sait que depuis que Levret a proposé des instrumens pour lier un polype encore renfermé dans le vagin, depuis qu'Herbiniaux a conduit le fil sur le pédicule au fond de la matrice, et surtout depuis que Desault a perfectionné les instrumens à l'aide desquels on lie les polypes profondément situés, chacun sait, dis-je, qu'on parvient, sans trop de difficultés, à atteindre et à étrangler le pédicule d'un polype jusque dans l'utérus, surtout quand le corps étranger n'est pas très volumineux. Mais je suis persuadé qu'il est au moins aussi facile, en prenant certaines précautions que nous indiquerons, de couper que de lier ce pédicule. Quant à la sûreté, elle est illusoire. Il y a long-temps que Dupuytren a demontré que l'on n'avait point à craindre d'hémorrhagie à la suite de la section d'un polype fibreux. La pratique d'un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai MM. Hervez de Chégouin, Velpeau, Blandin, et la mienne propre, justifient entièrement la proposition du chirgien de l'Hôtel-Dieu. Comme lui, j'ai plusieurs fois observé que l'opération pratiquée à l'époque où les femmes étaient en proie à une hémorrhagie abondante et continue, avait pour premier résultat de faire cesser à l'instant même l'écoulement de sang ou de le rendre si minime qu'il devenait insignifiant. Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de ce phénomène quand on pense qu'un corps fibreux est très peu vasculaire, que son pédicule ne renferme que des vaisseaux d'un très petit calibre, que le sang perdu par les femmes n'est pas versé par la surface d'un polype fibreux non dégénéré, mais bien par la surface interne de l'utérus, et qu'en enlevant le corps étranger que renferme l'organe on fait disparaître le *molimen hemorrhagicum* dont il était la cause.

Quant aux avantages de l'excision sur la ligature, ils sont incontestables : la malade est à l'instant débarrassée de son mal. Dupuytren cite le cas d'une dame qui, trois jours après l'opération, assistait à une représentation de l'Opéra. La malade ne conserve pas dans le fond du vagin ou dans la matrice une masse qui va se putréfier et former un foyer d'infection qui peut donner naissance aux plus graves accidens.

Nous avons dit que chez notre malade le col de la matrice n'était pas assez dilaté pour livrer passage au polype. Quelques personnes redoutant l'action de l'instrument tranchant, ont tenté de provoquer la dilatation de l'orifice utérin à l'aide de l'éponge préparée : mais le succès n'a pas répondu à leur attente ; des douleurs excessives, des accidens très graves en ont été la conséquence. Dupuytren raconte qu'il fut appelé auprès de la femme d'un banquier qui était à toute extrémité par suite de manœuvres de ce genre. Nous ne voulons pas dire par là qu'il faut proscrire ce mode de dilatation d'une manière absolue : nous savons tout le parti qu'en a retiré M. Paul Dubois pour provoquer l'accouchement prématuré. Mais évidemment il n'y a pas parité entre l'état de gestation et celui où l'utérus renferme un polype. Nous pensons donc que c'est avec le bistouri que doit être accompli l'agrandissement immédiat du col de la matrice.

L'incision du col peut être faite de deux manières : ou bien en piquant avec un bistouri pointu et ramenant le tranchant de la circonférence vers le centre du col, ou bien en glissant un bistouri boutonné entre le col et le polype, et en coupant du centre à la circonférence. Cette dernière méthode, que j'ai déjà adoptée chez la femme dont j'ai parlé précédemment, expose il est vrai à blesser le vagin si on prolonge l'incision ; mais c'est là un inconvénient qu'il est facile d'éviter en garnissant de linge une portion de la lame de l'instrument.

Le débridement doit porter sur les commissures droite et gauche. Si le polype était volumineux, il vaudrait mieux adopter la méthode de débridement multiple de M. Vidal (de Cassis), c'est-à-dire pratiquer plusieurs incisions de peu d'étendue, que deux grandes incisions latérales. Je pense que dans le cas actuel deux incisions suffiront.

Dès que le col est suffisamment dilaté, on saisit le polype et on le ramène à la vulve pour en pratiquer l'excision, ou bien on glisse sur la pulpe d'un doigt soit des ciseaux courbés sur le plat, soit un bistouri jusque sur le pédicule du corps étranger et on le coupe comme l'a fait avec succès M. Velpeau dans plusieurs circonstances. Si nous ne pouvons point abaisser le polype nous nous comporterons comme le chirurgien de l'hôpital de la Charité. Pour abaisser le polype, M. Lisfranc place les érignes sur le col et tire dessus pour tout abaisser vers la vulve. Quoique l'action des érignes sur le col ne soit ni douloureuse, ni bien dangereuse, nous pensons cependant qu'il vaut mieux s'en dispenser quand on le peut. Or, chacun sait que les corps fibreux sont très résistans ; Dupuytren y a suspendu des poids de deux cents livres sans les déchirer. On a donc la plus grande sécurité en saisissant le polype lui-même avec les pinces érignes. L'idée de ramener le polype à la vulve appartient à Baudelocque ; mais, dans la crainte de voir un renversement de la matrice suivre les tractions opérées sur le corps étranger, Louis se refusa à le laisser faire, et la chose ne fut point accomplie. Herbiniaux réalisa ce projet sur une femme, et put ainsi lier facilement le pédicule d'un polype. Cependant cette pratique était à peu près abandonnée, lorsque Dupuytren démontra qu'en tirant sur le polype on abaisse la matrice sans la renverser, et que, dès que la section du pédicule est opérée, tout retourne à sa place. Nous nous sommes plusieurs fois comportés de cette manière, et nous pouvons dire que jamais nous n'avons eu à nous en repentir. Il est bien entendu, toutefois, que les tractions doivent être progressives, ménagées et conduites avec beaucoup de prudence. Un aide, qui presse en même temps sur l'hypogastre, facilite, du reste, l'abaissement de la matrice.

Quant à l'instrument à employer pour opérer la section, on peut se servir indifféremment des ciseaux ou d'un bistouri. Pour ma part, je préfère des ciseaux à tranchant peu acéré, afin de couper en contondant les vaisseaux.

Après l'opération, l'écoulement de sang est peu considérable ; dans la plupart des cas, ce n'est qu'un simple suintement sanguin. Je dois dire cependant, que la prudence exige de surveiller avec soin les malades pendant les quelques heures qui suivent l'opération.

Après cette leçon, dont nous n'avons pu rapporter ici que les points principaux, M. Bérard a procédé à l'opération de la manière suivante :

La malade a été placée sur un lit comme pour l'opération de la taille périnéale. Deux aides placés latéralement, étaient chargés de maintenir les cuisses fléchies et modérément écartées ; un troisième aide était chargé de comprimer l'hypogastre lors de l'abaissement du polype. L'opérateur, placé entre les cuisses de la malade, introduit un spéculum bi-valve, et incise avec un bistouri boutonné les deux commissures du col de l'utérus. Ces deux incisions suffisent pour permettre le passage du polype. Dès lors, M. Bérard implante deux fortes érignes sur le corps étranger, retire le spéculum, et, à l'aide de tractions progressives et ménagées, amène le polype à la vulve. Saisissant une paire de ciseaux courbes sur le plat, il excise le pédicule du polype avec la plus grande facilité. La totalité de l'opération a été faite avec une promptitude et une assurance remarquables.

Le polype, incisé en plusieurs sens, a fourni la preuve évidente qu'il était formé par du tissu fibreux.

La malade a été transportée dans son lit. On lui a administré une potion calmante. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat définitif.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Métro-péritonite partielle avec complication de phlegmon dans la fosse iliaque droite, suite de couches. Cas moyen.

Les phlegmons puerpéraux de la fosse iliaque qui ont été de nos jours bien étudiés par quelques hommes, Dance, M. Husson, Dupuytren, M. Ménière, et, dans ces derniers temps, par M. Grisolle, avait déjà été, au commencement du siècle dernier, décrit avec soin sous le nom de *dépôts laiteux* par Puzos, qui s'était aidé des nombreuses observations de Mauriceau et de Delamotte. En 1770, Morisot-Deslandes en traita particulièrement dans le livre d'accouchemens de Puzos, qu'il publia ; et plus tard, Plancher, Deleurye et Antoine Petit, ne contribuèrent pas peu à fournir sur la matière des documens solides qui servirent de base aux travaux des auteurs modernes dont nous avons parlé.

Quoi qu'il en soit, cependant, les phlegmons puerpéraux de la fosse iliaque n'en sont pas moins restés difficiles à bien diagnostiquer dès le début. Aussi n'est-ce que sous le point de vue du diagnostic différentiel que nous livrons à nos lecteurs l'observation suivante qui offre du reste un exemple de terminaison favorable, et l'on sait qu'il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

Thérèse Breton, âgée de vingt-deux ans, domestique, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, est malade depuis trois jours. Elle a été vaccinée, et cependant variolée dans son enfance. Elle a été réglée à l'âge de quinze ans, elle le fut toujours exactement depuis, et n'est point, à ce qu'elle dit, sujette à la leucorrhée. Elle était autrefois assez bien portante, et depuis six années seulement elle éprouve de temps en temps des douleurs vagues dans les reins et dans la région de l'estomac, et dans les membres, douleurs qui ne

l'ont retenue au lit qu'il y a un an environ pendant deux mois; elles siégeaient alors dans les flancs, où elles furent combattues par une application de vingt sangsues.

Accouchée il y a quinze jours, après une grossesse normale, elle quitta le lit au bout de sept jours, et ses lochies coulaient encore il y a trois jours, lorsque tout à coup elles s'arrêtèrent; des douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite, et dans les reins se manifestèrent aussitôt, avec sentiment de froid aux pieds, sans chaleur fébrile ; en outre, anorexie et quatre vomissemens bilieux aujourd'hui seulement. Alitée depuis le début, Thérèse appela un médecin qui fit poser six sangsues sur chaque flanc, avec des cataplasmes. Un autre médecin appelé le lendemain matin, engagea la malade à entrer le jour même à l'hôpital. Diète absolue depuis le début. Elle ignore la cause de sa maladie.

A son entrée, le visage est peu animé, un peu jaunâtre généralement. La langue est sèche et très blanche, et la bouche est sèche et pâteuse ; la soif est assez vive, et l'appétit est nul; mais elle n'a pas de nausées depuis son arrivée. L'épigastre et l'abdomen sont assez sensibles à la pression, et le simple contact détermine dans le flanc droit de la douleur qui, au dire de la malade, est moins vive que les jours précédens. Du reste, la résonnance est tympanique partout, et le ventre est généralement ballonné. Il n'y a pas eu de selles depuis le début. L'urine est rendue assez facilement et sans augmentation de la douleur abdominale. La chaleur de la peau est assez modérée, mais sèche. Le pouls est à 92-96, médiocrement développé, non résistant, peu concentré.

Les bruits du cœur, des carotides, ainsi que la respiration sont normaux ; la respiration est même assez ample, et la douleur abdominale ne paraît nullement gêner l'abaissement du diaphragme. Il n'y a pas non plus de céphalalgie, et la douleur lombaire est nulle en ce moment. La malade a été apportée sur un brancard. On fit appliquer immédiatement vingt-cinq sangsues et des cataplasmes laudanisés sur le flanc droit.

Le lendemain, 2 novembre, la malade se trouve notablement soulagée. La peau est d'une chaleur douce, un peu moite; les pouls, à 92-96, est passablement développé. La coloration jaune de l'ovale inférieur du visage existe toujours, ainsi que l'état saburral de la langue. Les vomissemens bilieux ont eu lieu encore dans la soirée de la veille après la visite, mais depuis 11 heures du soir ils ne se sont pas renouvelés pendant la nuit. Le ventre est généralement météorisé, mais pas douloureux dans la région même du flanc droit. L'utérus est rentré dans l'excavation du bassin. La chaleur abdominale est normale ; les urines rares et les selles nulles.

On prescrit en outre des tisanes et des cataplasmes ; un lavement huileux.

L'état de la malade s'améliora de jour en jour, et le 3 novembre on constata l'état suivant : la malade se sent mieux ; le ventre, moins développé, mais toujours sensible à la pression, rend une résonnance tympanique ; les selles sont très rares. Le pouls est à 92-96, bien régulier, assez développé. La langue est très blanche et la soif moins vive. On prescrit à peu près le même traitement, et toujours un lavement huileux. Diète.

Le lendemain 4, elle se trouve encore mieux, et la douleur ne se fait plus sentir qu'à une assez forte pression dans la fosse iliaque droite. La chaleur est normale, l'appétit revient et la soif diminue de plus en plus. Le pouls est à 72, la langue est assez bonne, mais saburrale. Commencement de convalescence. Un bouillon.

La malade est sortie bien guérie le 20, après vingt jours de séjour à l'hôpital.

Tels furent les symptômes fournis avant et pendant le séjour de la malade à l'hôpital, qui motivèrent le diagnostic que l'on connaît. Mais n'aurait-on pas pu commettre ici une erreur de diagnostic, comme cela est arrivé déjà plusieurs fois, au dire des auteurs, et annoncer l'existence de toute autre maladie, plutôt que de celle existant réellement?

Les symptômes étaient assez tranchés pour que l'on sût, après un examen attentif, à quelle maladie on avait affaire.

Quels sont donc les symptômes fournis par les phlegmons puerpéraux de la fosse iliaque, et quelles sont les maladies avec lesquelles on peut les confondre? Cette question, sur laquelle nous passerons cependant rapidement, nous servira néanmoins à motiver d'une manière suffisante le diagnostic porté par M. Bouillaud.

D'abord, la circonstance de puerpéralité, la suppression des lochies, la douleur fixe dans la région iliaque et dans les lombes, et les frissons irréguliers qui passent dans le dos, sont autant de symptômes appartenant à la maladie dont nous nous occupons ; et l'accélération du pouls, la coloration rosée de la langue, ainsi que sa sécheresse, accompagnées d'anorexie, achèvent de caractériser ce que l'on appelle la première période de la maladie. Tels étaient aussi ceux observés chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire ; plus, les symptômes appartenant à la péritonite partielle, qui étaient, comme on se le rappelle, parfaitement tranchés.

A une période plus avancée, la douleur devient pongitive ; il y a de la tension dans la fosse iliaque qui est le siége du phlegmon, et la tuméfaction, de mieux en mieux circonscrite, assez souvent peut être facilement constatée par la palpation. La position qu'affecte alors la malade trahit encore l'existence de cette inflammation. Ainsi, la cuisse est fléchie à demi sur le bassin, et il semble, au premier abord, qu'il y a un raccourcissement du membre du côté où existe le phlegmon.

Les autres maladies dont les symptômes peuvent être cause d'erreur, sont, au début d'abord, un lumbago et les épreintes qui se manifestent souvent chez les nouvelles accouchées, puis une accumulation de matières fécales dans la continuité de l'intestin, au niveau de l'une et l'autre fosse iliaque, la plénitude de la vessie, une tumeur commençante de l'ovaire, une tumeur de l'os coxal, un anévrisme, un abcès par congestion, etc ; mais les caractères de chacune de ces maladies, que chacun connaît, et qu'il nous suffit d'indiquer, guideront suffisamment l'observateur attentif pour lui faire éviter l'erreur.

Quant au pronostic, il est généralement grave, car la malade se trouve dans des conditions défavorables, et spécialement elle offre des degrés variables selon que la marche en est franche ou non, que la terminaison est ou n'est pas heureuse et que la maladie est ou non compliquée. Ainsi, dans la circonstance présente le pronostic n'eût été que très peu grave, le phlegmon n'étant qu'au début, s'il n'y avait eu là une péritonite partielle qui compliquait nécessairement d'une manière fâcheuse.

Les phlegmons de la fosse iliaque se terminent par résolution, c'est ce qui a eu lieu dans l'observation précédente ; ou finissent par s'abcéder et, le cas échéant, ils peuvent se faire jour à travers la peau, l'intestin, l'utérus, la vessie, le péritoine ou la fesse. Mais ces accidens très graves sont heureusement fort rares.

Entéro-mésentérite typhoïde très bien caractérisée à la seconde période. Bronchite légère chez un sujet anémique. Cas fâcheux et grave.

Julien Boullery, âgé de dix-neuf ans, cordonnier, est entré le 27 octobre 1841, à l'hôpital de la Charité, où il fut couché au n° 21 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Il est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin et a été vacciné, mais non variolé. Il habite Paris depuis six semaines ; il est habituellement bien portant, et eut seulement de dix à quinze ans plusieurs atteintes passagères d'une fièvre intermittente en général.

Il y a huit jours il fut pris d'une céphalalgie très forte et d'étourdissemens, d'anorexie, d'un peu de toux et de frissons alternant avec une chaleur fébrile, qui durèrent les quatre premiers jours. Il éprouva en outre un sentiment de faiblesse très prononcé qui est allé en augmentant jusqu'à son entrée ; de plus quelques coliques et un peu de diarrhée depuis deux à trois jours seulement; un vomisssement bilieux la veille et l'avant veille du jour de l'entrée avec de l'insomnie, mais pas d'épistaxis.

Il s'est alité dès les premiers jours et appela un médecin qui se borna à lui prescrire des tisanes et des lavemens, il se mit à la diète absolue dès le début. Il ignore la cause de sa maladie, et dit être assez bien logé, mais il avait été fort mal nourri pendant les quinze derniers jours qui précédèrent sa maladie.

A l'entrée on constate l'état suivant : le visage est peu animé aux pommettes, jaunâtre généralement, présentant une expression de stupeur et d'abattement bien prononcés. Les lèvres et les dents sont très sèches, ainsi que la langue qui est lisse et très rouge à la pointe. La soif est vive, accompagnée d'anorexie, et la bouche est pâteuse ; mais il n'y a ni nausées, ni mal de gorge, et l'épigastre est un peu sensible à la pression. Le ventre est tendu, météorisé, souple dans le flanc droit, où il y a du gargouillement très marqué. Il n'y a pas eu de selle dans la journée. Les urines sont normales.

On découvre deux ou trois petites taches rosées typhoïdes ; la peau, chaude et sèche, est à 36 degrés pour l'abdomen. Le pouls est à 100 - 104, très petit et presque filiforme, et l'on entend par intervalle un bruit de diable dans les carotides. Il existe un peu de toux fournissant quelques crachats séro-muqueux ; mais la résonnance et la respiration sont assez bonnes partout, et l'on n'entend seulement qu'un peu de râle sibilant par intervalles.

Il n'y a ni céphalalgie ni étourdisssemens dans la position horizontale ; les réponses sont justes, mais lentes, avec sentiment de faiblesse très prononcé. Le malade a été apporté sur un brancard. On lui pratique une saignée de 375 grammes.

Le lendemain, 28 octobre, l'expression de stupeur et d'abattement est très marquée. La langue est légèrement croûteuse, lisse et fendillée ; les narines pulvérulentes, la soif très vive et le malade ne se plaint d'aucune douleur, si ce n'est au-devant de la poitrine quand il tousse. On aperçoit trois ou quatre taches ou papules d'un rose pâle. Le ventre est médiocrement développé et la pression de la région iléo-cœcale, qui développe une douleur assez vive pour faire soupirer le malade, fait constater un gargouillement profond dans cette région ainsi que dans le flanc gauche.

Il y a eu trois ou quatre selles diarrhéïques et le malade s'est levé une fois, il a éprouvé des tournoiemens de tête et se sentait à peine. La toux est assez fréquente et les crachats visqueux.

Le caillot de la saignée, qui est d'une consistance très faible, se déchire au moindre effort, et est recouvert par une couenne aussi mince que de la mousseline. La peau est d'une chaleur modérée, sèche ; le pouls petit, mou, disparaissant à la moindre pression, est à 100 - 104, et les battemens du cœur sont faibles ainsi que les bruits qui sont un peu obscurs. On prescrit des ventouses scarifiées (trois palettes), des boissons avec addition de chlorure de sodium, des aspersions chlorurées, des lavemens d'amidon, etc.

Le 29, le malade dit se trouver un peu mieux. Le pouls est à 104-108, peu développé ; la chaleur est modérée, un peu sèche ; le visage triste et un peu abattu, les lèvres et les dents sèches, la langue rouge et croûteuse, et la soif est assez vive. Le ventre est médiocrement développé, moins sensible dans le flanc droit, où l'on perçoit toujours un peu de gargouillement. Il n'y a pas de taches typhoïdes nouvelles. Absence de céphalalgie ; la tête est moins lourde, et il y a eu du sommeil cette nuit, pendant laquelle le malade a eu une selle diarrhéique.

La sérosité des ventouses est rougie, et les rondelles sont de médiocre consistance. On fait pratiquer de nouveau des ventouses scarifiées, de manière à tirer autant de sang que précédemment.

Le visage est moins abattu le 30, et le malade dit se trouver mieux. La langue est moins fuligineuse ; la soif est vive, mais il n'y a pas de nausées. Le ventre est développé, météorisé, et présente du gargouillement dans le flanc droit qui est sensible à la pression. La peau est sèche, la chaleur modérée, et le pouls est à 100-104, petit et peu développé. La sérosité des ventouses est un peu rougie, et les rondelles prises en un caillot mou, facile à rompre. Même prescription. Vésicatoires aux mollets.

Le 31, le pouls est à 100-104, petit ; et, du reste, l'état est le même que la veille.

Le 1er novembre, le malade dit se sentir mieux ; le pouls est à 96-100. Il y a eu quelques soubresauts dans les tendons.

Le 2, le pouls est à 112, très petit ; la langue est sèche, grillée, et le malade exhale une odeur fétide de plus en plus caractéristique ; le ventre, ballonné, présente toujours du gargouillement. Les urines rougissent faiblement le papier de tournesol ; elles présentent aussi un dépôt assez épais, et exhalent une odeur de *bouillon gâté* : elles datent de vingt-quatre heures.

Le 4, le pouls est à 104-108. L'urine, datant de la veille, est limpide, jaune oranger, ne dépose point, et est acide. Le malade se trouve un peu mieux ; la langue est toujours d'un rouge vif, encroûtée ; l'haleine est moins fétide. Le ventre est médiocrement tendu ; il y a eu une selle dans le lit. La stupeur est toujours bien marquée ; la parole est lente et affaissée. Il n'y a pas eu de délire.

Le 6 novembre, le pouls est tombé à 96, il est petit ; la peau d'une chaleur assez douce, la langue un peu moins brune, le ventre moins tendu, la fétidité moins prononcée, et le malade désire quelques alimens : aussi lui prescrit-on une tasse de bouillon coupé avec un tiers d'eau, qu'il prendra en deux ou trois fois.

Le 8, il se dit mieux, et n'éprouve de douleur nulle part. Le pouls est à 88-92, mais toujours extrêmement petit. La langue se dépouille un peu de ses fuliginosités, et est d'un rouge plus vif ; le visage présente moins de stupeur, et la parole est plus ferme. Le ventre est affaissé, indolent, sans gargouillement ; une seule selle fut rendue après le lavement. Le malade prend deux tasses de bouillon.

Le 10, le pouls est à 88, toujours étroit ; mais le malade est généralement beaucoup mieux.

Le 11, le pouls est à 84. L'on découvre une légère écorchure au coccyx.

Le 13, il va toujours bien ; le pouls est à 88.

Le 23, le malade mange la demie, et il sort guéri dans les premiers jours de décembre.

Le diagnostic avait été suffisamment motivé par les symptômes que l'on vient de lire, et le traitement ayant été nul ou presque nul dans les premiers jours, la maladie avait marché avec assez de rapidité, si bien qu'à l'entrée du malade la seconde période était déjà bien confirmée, ainsi que l'on a pu s'en assurer ; aussi n'a-t-on pu l'enrayer par les émissions sanguines, comme on l'aurait fait dès le début. Du reste, on le voit, malgré la gravité du pronostic, et l'état général du sujet, on n'en a pas moins obtenu une terminaison heureuse, mais après longue durée. Enfin, cette observation présente bien distinctes les diverses périodes de la fièvre typhoïde, et la marche régulière que peut affecter cette maladie.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Nouveau procédé pour obtenir l'acide lactique et les lactates.

MM. Boutron-Charlard et Frémy viennent de proposer, pour la préparation de l'acide lactique et des lactates, un procédé si simple, qu'il est hors de doute qu'il sera désormais le seul suivi pour l'obtention de ces médicamens ; voici en quoi il consiste.

On prend trois ou quatre litres de lait, dans lesquels on verse une dissolution de deux ou trois cents grammes (sept à dix onces) de sucre de lait. On abandonne la liqueur à l'air, dans un vase ouvert, pendant quelques jours, à la température de 15 à 20° centigrades. On reconnaît après ce temps que la liqueur est devenue très acide ; on la sature par le bi-carbonate de soude. Après vingt-quatre ou trente-six heures, elle redevient acide ; on la sature de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce que tout le sucre de lait soit converti en acide lactique. Quand on juge que la transformation est complète, on fait bouillir le lait pour coaguler le caséum, on filtre et on évapore le liquide en consistance sirupeuse avec précaution, à une température peu élevée. Le produit de l'évaporation est repris par de l'alcool à 38°, qui dissout le lactate de soude. On verse alors dans cette dissolution alcoolique de l'acide sulfurique en quantité convenable qui forme du sulfate de soude qui se précipite, et la liqueur filtrée et évaporée peut donner de l'acide lactique presque pur.

Pour l'obtenir à l'état de pureté, on le sature par le carbonate de chaux : il se forme du lactate calcique qui cristallise immédiatement en mamelons tout à fait blancs, et dont on peut retirer l'acide lactique par les procédés ordinaires.

Il est évident qu'on peut saturer l'acide produit par toute autre base et obtenir ainsi en très peu de temps des lactates cristallisés.

(*Journ. de pharm.*, 1841.)

Sur le mode d'action des préparations martiales ; par M. Gélis.

A la suite d'un travail analytique fort étendu, entrepris dans le but de vérifier si l'opinion du passage du fer dans l'urine des sujets qui en font usage est fondée, M. Gélis écrit qu'il lui semble démontré par les faits acquis que les préparations ferrugineuses efficaces réussissent en remplissant deux indications bien distinctes. Elles exercent d'abord sur l'appareil gastro-intestinal un effet stimulant qui en régularise l'action; l'appétit est augmenté, l'acte de la digestion est facilité, l'assimilation devient plus complète ; puis, une partie des produits organiques de la digestion rencontrant le fer au moment où ils viennent de se former, c'est-à-dire dans l'état le plus propre à la combinaison chimique, s'unissent à lui, et se mêlent, à l'état de globules, au torrent de la circulation ; le fer est assimilé à la manière des alimens, mais la préparation ferrugineuse n'est pas absorbée comme le sont l'arsenic, les alcalis végétaux et la plupart des poisons. Ce n'est donc pas dans l'urine qu'il faut rechercher la quantité de fer qui a échappé à l'assimilation : c'est dans les excrémens qu'elle se retrouve ; il suffit d'observer les changemens de coloration que ces matières éprouvent par suite de l'administration des ferrugineux, pour demeurer convaincu de la réalité de ce fait.

Cette explication a l'avantage de rendre parfaitement compte de plusieurs observations pratiques dont on cherchait en vain la cause.

Les préparations de fer protoxydé, qui jouissent au plus haut point

de la propriété astringente, comme l'indique du reste leur saveur styptique, ou celles qui, par leur dissolution dans le suc gastrique, peuvent donner naissance à un sel au minimum d'oxydation, sont aussi reconnues par presque tous les praticiens comme les plus efficaces, et celles qui rétablissent les forces du malade dans le plus court espace de temps. Elles peuvent être employées à la guérison de la chlorose et de l'anémie sans autre auxiliaire qu'une bonne alimentation, et elles doivent probablement ce précieux avantage à ce qu'elles remplissent les deux indications dont il a été question plus haut, et qui assurent un succès rapide.

Les effets qui résultent de l'administration des préparations de fer peroxydé se font attendre bien plus long-temps ; souvent même elles ont besoin pour agir d'être mêlées à des substances toniques telles que le quinquina, la cannelle, le cachou, etc., parce qu'elles ne sont pas toniques par elles-mêmes, et ne peuvent par conséquent remplir qu'une des deux indications.

Et si la plupart des corroborans connus ne peuvent pas être substitués au fer dans la chlorose et dans l'anémie, c'est uniquement parce qu'ils ne peuvent pas fournir aux produits de la nutrition le fer nécessaire à la formation de l'hématosine, et l'excitation qu'ils déterminent sur l'appareil digestif est presque entièrement perdue pour le malade, parce que la minime quantité de fer contenue dans les alimens fournit si peu de globules, que leurs effets ne deviennent appréciables qu'après un long espace de temps.

Quant aux urines bleues, dans lesquelles on a recueilli des précipités contenant du fer, elles se rencontrent très rarement, et les chimistes qui jusqu'à présent ont pu en observer ne sont pas d'accord parfaitement sur la nature de ces dépôts. M. Draconnet y a trouvé une matière particulière qu'il a nommée *cyanourine*, et qui n'a jamais été retrouvée depuis ; Brugnatelli, MM. Mojon, Cantu, Julia, et, tout récemment M. Dranty, y ont constaté la présence du bleu de Prusse. Quoi qu'il en soit, l'existence de ces précipités ne saurait en aucune manière être attribuée à l'emploi d'une préparation ferrugineuse, car les observateurs qui viennent d'être cités ont presque tous eu le soin de constater que les personnes qui avaient rendu ces sortes d'urine n'étaient soumises à aucune espèce de traitement. (*Ibidem.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de la folie. Observations particulières et documens nécropsiques ; par M. PARCHAPPE. Un vol. in-8°.

Ce travail échappe entièrement à l'analyse. C'est une collection de plus de trois cents faits d'aliénation mentale sous toutes les formes et suivis d'autopsies. Ce sont les matériaux qui ont servi à M. Parchappe à édifier le bel ouvrage qu'il a publié sur la folie ; c'est la preuve de ses opinions qu'il livre aujourd'hui au public. Cette collection possède certainement une valeur scientifique réelle, et parce qu'elle comprend un grand nombre de faits, et surtout parce qu'elle comprend, en ce qui regarde l'anatomie pathologique, tous les faits qui se sont produits pendant plus de six années dans un hôpital — l'Asile des Aliénés, à Rouen — où sont admis des malades des deux sexes, appartenant à toutes les classes de la société, et où le mouvement de la population porte sur des chiffres considérables. Une telle collection n'existe pas dans les archives de la science, et après avoir eu la patience et la persévérance nécessaires pour la former, M. Parchappe a cru que ce serait manquer de courage que de ne pas braver, en la publiant, le discrédit jeté sur les collections d'observations par l'abus qu'on en a fait. Du reste, à la suite de chaque chapitre, M. Parchappe a donné un résumé dans lequel je vais puiser quelques résultats généraux.

Folie aiguë, manie, mélancolie. — Ni l'un ni l'autre de ces états ne peut être considéré comme essentiellement et exclusivement dépendant d'une altération encéphalique particulière déterminée. Il y a analogie aussi grande que possible, sinon parfaite, entre les altérations cérébrales constatées dans ces deux états sous le double point de vue de la nature et de la fréquence relative. La distinction de la folie aiguë en maniaque et mélancolique n'est donc pas légitimée par l'anatomie pathologique. Il n'y a pas pour la folie aiguë considérée en général, et indépendamment de la forme du délire, une altération cérébrale unique, constante et essentielle. Il s'est trouvé un cas où il n'existait aucune altération encéphalique quelconque, et plusieurs cas où les altérations constatées étaient sans valeur spéciale. Cependant, et comme induction légitime des faits observés, il faut dire qu'il y a en général, pendant la vie, coexistence d'une congestion sanguine active à la surface du cerveau, avec les phénomènes symptomatiques de la folie aiguë.

Folie chronique. — Il n'existe pas plus pour celle ci une altération encéphalique essentielle et caractéristique, qui puisse être considérée comme la condition organique matérielle de cette forme, ou plutôt de ce degré de la maladie. Il est possible qu'aucune trace de cet état ne subsiste après la mort. Les altérations dominantes dans la folie chronique expriment un état de diminution de l'activité plastique, état diamétralement opposé à celui qu'expriment les altérations dominantes dans la folie aiguë.

Folie composée. Paralytique. — Dans tous les cas, soit que les symptômes de paralysie se fussent manifestés en même temps que le trouble intellectuel, dès le début de la maladie, soit qu'ils fussent venus compliquer la folie simple arrivée à une période plus ou moins avancée de sa durée, du moment où les symptômes de paralysie ont été évidens et permanens, il a existé coïncidemment dans le cerveau une altération constante et spéciale, à savoir, le ramollissement de la couche corticale. Son siége le plus habituel a été la portion moyenne de la couche.

Telles sont les principales inductions tirées par M. Parchappe de l'analyse numérique des faits qu'il expose. Elles sont de la plus haute importance par cela même qu'elles portent un véritable cachet scientifique et qu'elles ont toute l'autorité d'une démonstration rigoureuse. Jamais, en fait d'aliénation mentale, la statistique n'avait été maniée avec autant de puissance, et voilà un bel et bon argument à opposer à ceux qui la méconnaissent ou la négligent. L'ouvrage de M. Parchappe est sans contredit le plus important qui ait paru sur la matière, et ce nouveau volume en est le digne couronnement.

— Jeudi, 30 décembre, a eu lieu, à l'administration des hôpitaux, la séance solennelle pour la distribution des prix à MM. les internes et externes des hôpitaux. Première division. Médaille d'or : M. Legendre, interne de l'hôpital des Enfans. — Médaille d'argent : M. Aran, interne de l'Hôtel-Dieu. — Mention : M. Morel, interne de l'hôpital de la Pitié. — Deuxième division. Médaille d'argent : M. Tavignot, interne à l'hôpital des Enfans. — Mention : M. Aubry, interne de l'Hôpital du Midi. — Prix des externes : M. Milsent.

— La fourniture de la viande consacrée annuellement à la consommation des hôpitaux et hospices civils de Paris, s'élève en moyenne à 1,280,125 kilogrammes, répartis pour chaque hôpital de la manière suivante :

Hôtel-Dieu, 43,000 kil. ; Pitié, 55,000 kil. ; Hôtel-Dieu annexe, 32,000 kil. ; Saint-Antoine, 28,000 kil. ; Saint-Louis, 92,600 kil. ; Charité, 42,000 kil. ; Beaujon, 37,000 kil. ; Maison de Santé, 22,325 kil. ; Clinique, 16,800 kil. ; Enfans malades, 35,009 kil. ; Necker, 27,600 kil. ; Midi, 29,000 kil. ; l'Oursine, 24,000 kil. ; Cochin, 5,900 kil. ; Accouchemens, 41,600 kil. ; Enfans trouvés et orphelins, 27,000 kil. ; Vieillesse (femmes), 426,000 kil. ; Incurables (hommes), 37,000 kil. ; Incurables (femmes), 46,000 kil. ; Ménages, 33,000 kil. ; de Villas, 2,500 kil. ; Sainte-Périne, 23,000 kil. ; Vieillesse (hommes), hors barrière, 212,000 kil. ; Larochefoucauld, hors barrière, 18,000 kil. ; la Reconnaissance, à Garches, 10,200 kil. ; et Saint-Michel et Saint-Mandé, 2,000 kil.

Il résulte de cet approvisionnement que 14,029 personnes peuvent être entretenues par année dans ces divers hôpitaux et hospices, en supposant qu'il soit accordé à chacune par jour un quart de kilogramme de viande.

— L'homœopathie est en faveur en Allemagne. Par un décret d'octobre 1841, l'empereur d'Autriche a créé 1° une chaire d'homœopathie à la Faculté de médecine de Vienne, et nommé professeurs MM. les docteurs Worm et Nerhrar ; 2° un service de cent lits à l'hôpital Ste-Elisabeth, pour le traitement homœopathique, confié aux soins du docteur Lévi.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 11 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 5, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

A partir du 15 janvier courant, les Bureaux de la Gazette des Hôpitaux *et du* Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine *seront transférés* RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, 11 *et* 13.

Tout ce qui concerne la rédaction du Journal doit continuer d'être adressé rue Dauphine, 22-24.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Lésion organique indéterminée de l'encéphale. Symptômes communs aux productions morbides de cet organe. Diagnostic douteux. Emploi des révulsifs.

Dans la salle des hommes, est entré depuis deux jours un homme âgé de trente-six ans, exerçant la profession de blanchisseur. Cet homme, d'une constitution moyenne, bègue dès son enfance, éprouvait depuis quelque temps, avant son entrée à l'hôpital, de la cephalalgie, des tournoiemens de tête, des bouffées de chaleur revenant par momens à la face et à la tête, avec de légers frissons et du froid aux membres; quelquefois de légers tremblemens dans les membres, et de temps en temps des vomissemens bilieux. Outre ces symptômes commémoratifs qui ont été observés depuis l'entrée de cet homme à l'hôpital, on a observé chez cet homme de la peine à articuler (indépendamment du bégaiement habituel), une certaine lenteur dans la conception des idées et de la difficulté dans les souvenirs. La sensibilité est partout conservée intacte; point de douleurs ni de fourmillement dans les membres; les sens ne sont point sensiblement altérés. On n'observe aucun symptôme appréciable du côté de la poitrine ni de l'abdomen, sauf les vomissemens bilieux qui se sont reproduits le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital; les selles sont rares et normales. Il n'y a que très peu ou point de mouvemens de fièvre.

Les symptômes que cet homme présente, bien que peu prononcés en général, et bien qu'il ne s'en trouve aucun parmi eux dont la prédominance soit bien caractéristique, ces symptômes, disons-nous, ne laissent point de doute sur le siége de l'affection dont il s'agit. C'est bien évidemment à une maladie du cerveau que nous avons affaire; mais de quelle nature est cette affection? Il existe à cet égard d'assez grandes difficultés de diagnostic. On n'a point de renseignemens précis sur les antécédens du malade dont les souvenirs manquent de précision. Il ne paraît point, d'après ses réponses, qu'il ait eu des hémorrhoïdes ou tout autre écoulement supprimé. On ne sait point s'il a eu des affections vénériennes. On ne peut s'en tenir avec quelque certitude qu'aux symptômes, aux phénomènes actuels. Or, il est aisé de voir que cette maladie n'a point procédé dans sa marche et dans ses symptômes comme une hémorrhagie cérébrale, ni comme une phlegmasie des méninges ou de la pulpe cérébrale. On ne peut donc supposer qu'une lésion organique du cerveau; mais quelle sera cette lésion? Sont-ce des tubercules, des hydatides? Est-ce un cancer, une exostose syphilitique? Ce pourrait être chacune de ces lésions, car elles déterminent toutes, à très peu de différence près les mêmes symptômes, et ces symptômes sont ceux que nous observons chez cet homme. Il y a peu de probabilité pour des tubercules et pour un cancer, à raison de l'âge du sujet, également éloigné des époques de la vie où se développent le plus ordinairement les affections de cette nature. Cependant s'il y avait à se prononcer entre ces deux ordres de lésions, nous serions plus porté à croire dans ce cas à l'existence de tubercules qu'à celle du cancer, car cet homme ne fait en quelque sorte que d'entrer dans l'âge mûr, et est par conséquent plus disposé encore à l'affection tuberculeuse qu'il ne pourrait l'être au cancer. L'absence de tout caractère extérieur de cachexie cancéreuse concourrait d'ailleurs à exclure cette dernière supposition.

Serait-ce à des hydatides que nous aurions affaire? C'est encore possible, mais il n'existe à l'égard de cette production morbifique aucun symptôme caractéristique; il est donc impossible d'acquérir là-desssus aucune certitude. Quels sont, en effet, les symptômes que l'on a observés dans les cas où l'autopsie a démontré l'existence d'un kyste hydatide dans le cerveau: ce sont d'abord des étourdissemens, des tournoiemens de tête avec de la céphalalgie et des bouffées de chaleur vers la tête, des troubles plus ou moins considérables des sens, puis successivement les symptômes de la compression, de la paralysie, du coma, etc.; mais ces symptômes sont absolument les mêmes que ceux que l'on observe dans les cas de tubercules ou de cancer du cerveau. Nous n'avons donc actuellement aucune raison suffisante de nous prononcer à cet égard; il est impossible, par la seule considération des symptômes actuels, de poser un diagnostic définitif. Voyons si dans les symptômes précurseurs, dans la considération des circonstances antécédentes et de la marche de la maladie, nous trouverons quelques élémens de diagnostic.

Dans la supposition des tubercules, avons-nous dit, l'âge serait une des conditions qui détermineraient à se prononcer; mais ici cette condition n'est pas d'une très grande valeur. Les tubercules comme le cancer, sont précédés et accompagnés dans leur développement par un léger mouvement fébrile. La seule différence qui existe entre ces deux lésions, c'est l'état cachectique, le teint jaune caractéristique de l'affection cancéreuse. Quant aux hydatides, aux symptômes fébriles près elles offrent les symptômes communs aux tubercules et au cancer. Les hydatides occupent ordinairement des points plus limités du cerveau, donnent plus fréquemment lieu à des phénomènes hémiplegiques. Cette circonstance caractéristique manque encore ici. L'affection est probablement centrale, du moins elle se manifeste par des symptômes distribués d'une manière générale. Enfin la terminaison est à peu près la même dans tous les cas; c'est plus spécialement cependant pour les hydatides, une compression produite à la longue par deux causes, la première que l'on peut appeler essentielle, c'est-à-dire le gonflement, la tuméfaction des parties qui sont le siége de l'affection; la seconde l'épanchement séreux dans les ventricules, une apoplexie séreuse. Au résumé, nous restons encore dans le doute sur la nature de la lésion dont le cerveau est le siége chez ce sujet.

Cette maladie guérira-t-elle? Probablement, non. On peut bien arrêter peut-être le cours de la maladie, mais il n'est point possible de la faire rétrograder. Si, comme j'en suis certain, nous avons affaire à une lésion organique du cerveau, il n'y a point de guérison à attendre, mais nous ferons tous nos efforts pour modérer les accidens et pour enrayer la marche graduelle de la maladie; nous emploierons à cet effet les révulsifs et les calmans concurremment. On avait déjà appliqué en ville un séton et administré des purgatifs; nous continuerons ces moyens: le séton est entretenu. Le jour d'entrée du malade on lui a administré un lavement purgatif. On joindra à ces moyens l'usage de bains de pieds et de la limonade tartrique. Est-ce le cas de pratiquer de petites saignées locales? Elles seraient certainement indiquées s'il existait une petite phlegmasie locale chronique; mais si cette phlegmasie avait lieu, elle s'accompagn[illegible] qui n'existe point du moins actuellement. Cependant, s'il n'y a point de phlegmasie, il y a au moins des symptômes de congestions secondaires légères. Il eût été peut-être convenable à raison de cette circonstance, de faire précéder l'usage des révulsifs d'une saignée générale et de quelques saignées locales. On pourrait au besoin y recourir pour combattre ces mouvemens congestionnels s'ils se montraient avec plus d'intensité.

Tel est le traitement que nous croyons convenable de diriger contre cette affection, quoique nous restions dans le doute sur sa véritable nature; car, quelle que soit, en définitive, la lésion à laquelle nous avons affaire ici, les indications restent les mêmes.

Maintenant que surviendra-t-il chez cet homme, si nous ne

FEUILLETON.

DES INONDATIONS DE LA FRANCE, sous le rapport de la santé publique.

C'est avec raison qu'on se plaint en France de la fréquence et de la violence des inondations. Ces fléaux destructeurs tiennent à un ordre de causes qui a acquis chez nous une déplorable activité depuis environ cinquante ans. Avant 1789, ère mémorable de la grande émancipation des citoyens, d'immenses forêts, propriétés de l'état, des communes, des communautés religieuses ou des seigneurs féodaux, couvraient les montagnes des Alpes à l'est, des Pyrénées au sud, et les innombrables cîmes des montagnes secondaires de la France centrale. De ces noyaux montagneux se détachent dans tous les sens des prolongemens moins élevés, remplis aussi jadis de bois et de forêts, comme le prouve la portion encore debout dans les contrées appelées anciennement Champagne, Bourgogne, Alsace, Bourbonnais, Poitou, Anjou, etc. Après la division des propriétés par suite de l'égalité des droits institués par la Constituante, la Législative et la Convention, les nouveaux propriétaires de la France procédèrent à un défrichement général des bois, espérant obtenir plus de profits de l'ensemencement des terres que de l'entretien des bois et des forêts. Déjà Buffon regrettait vingt ans auparavant qu'on n'avisât pas plus sérieusement à la conservation des bois de la France, et qu'on ne prît pas au moins des mesures pour remplacer ceux qu'on abattait dès-lors si inconsidérément.

Quoi qu'il en soit, il est certain que ce déboisement s'opère depuis longues années, qu'il s'est fait surtout sur de grandes proportions à dater du morcellement des propriétés, qu'il continue toujours à s'effectuer sous les yeux d'une administration imprévoyante, et même fréquemment par les ordres de l'administration, et qu'aujourd'hui enfin la France, jadis si riche en produits de ce genre, se trouve presque dénudée, et pour ainsi dire rase à fleur de terre. Cette dénudation générale a eu des conséquences remarquables pour la nature de son climat: elle l'a rendu d'une part plus clair, moins brumeux et plus aride, tandis que d'un autre côté elle l'a ouvert à des vents violens, et livré sans abri à d'affreuses inondations. Nous n'avons pas à nous occuper de l'action météorologique de ces modifications; il ne s'agit dans cet article que de nos inondations et de leurs suites sur la santé publique.

Les inondations se forment chez nous de deux manières: ou bien au printemps, après les hivers rigoureux, par la fonte des neiges et des glaciers; ou bien à la fin de l'automne par des pluies longues et copieuses. Les plus terribles dépendent du concours des deux causes. Les bois et les forêts préviennent ces fléaux ou les rendent beaucoup plus rares et beaucoup moins effrayans. Ils procurent cet avantage soit en attirant les nuages dont ils pompent les vapeurs, soit en opposant des digues naturelles aux ruisseaux ou torrens qui se précipitent des montagnes aux temps du dégel ou des pluies, grossissent par leur réunion, et vont se dégorger au loin à travers les plaines dans les fleuves ou les rivières. La coupe des bois doit entraîner des effets contraires, et c'est précisément ce que nous voyons en France presque chaque année, sinon deux fois l'an.

On se souvient en particulier des inondations de l'année 1840; la fin de 1841 vient d'en offrir d'autres aussi générales et presque aussi désastreuses. Les années suivantes nous en promettent autant. Disons un mot de celles des années 1840 et 1841; nous verrons ensuite les effets pathologiques qu'elles doivent produire.

La fin de l'année 1840 comptera dans les annales de la France par les débordemens extraordinaires de la plupart de ses fleuves. Des pluies abondantes et continuelles donnèrent lieu à ces graves inondations. Ces pluies tombèrent spécialement aux mois d'octobre et de novembre. Les inondations les suivirent de près, et atteignirent à leur apogée dans la première quinzaine de novembre. Les cours d'eau les plus enflés par les pluies de cette année, et dont les crues occasionnèrent le plus de ravages, furent le Doubs dans la Franche-Comté, le Var dans la Provence, la Loire dans la Touraine, le Rhône et la Saône dans tout son trajet, principalement dans les provinces de l'est et du midi de la France. Mais de tant de provinces désolées par les inondations de 1840, aucune ne fut plus maltraitée que le Lyonais, et ensuite la Provence. Le Rhône et la Saône réunis à Lyon, y déterminèrent en particulier des désastres irréparables; ils franchirent les quais de la ville, se répandirent dans la plupart de ses quartiers, entraînèrent plusieurs ponts, et ruinèrent une multitude d'édifices. Les pays riverains n'éprouvèrent pas moins de dégâts. Les départemens du Rhône et de l'Ain se trouvèrent convertis en une vaste mer, ou plutôt en un torrent impétueux qui démolit des milliers de maisons, entraînant pêle-mêle les hommes et les animaux. Plus au sud, du côté d'Avignon, de Beaucaire et de Tarascon, les villes et les plaines offrirent à peu près le même spectacle. A Avignon, le Rhône pénétra dans la cité, et la couvrit presque en entier; à Tarascon et à Beaucaire, les communications restèrent long-temps interceptées, et l'on était obligé, pour secourir les quartiers menacés ou envahis par les eaux, de s'abandonner sur des bateaux aux courans d'un fleuve furieux. Les départemens du nord souffrirent moins des inondations de cette année. Cependant, à Paris, la Seine commença à sortir de son lit vers le 10 du mois de novembre, et le 20 elle inondait les ports de la ville. La Loire déborda à peu près en même temps que la Seine, dévastant comme celle-ci toutes les campagnes des environs.

Les inondations de 1840 s'étendirent ainsi du nord au midi et de l'est à l'ouest, sans épargner les contrées du centre; mais les pays du midi en souffrirent bien davantage que ceux du nord. Elles se déclarèrent quelques jours plus tôt au midi qu'au nord, et les eaux séjournèrent aussi beaucoup plus long-temps dans les plaines méridionales que dans les campagnes du nord. C'est au mois de novembre que les eaux grossirent du nord au sud et de l'ouest à l'est, et du 10 au 15 qu'elles s'élevèrent au maximum; mais elles ne se retirèrent complétement, spécialement dans le midi, que dans la première quinzaine de décembre. Il serait difficile de calculer les pertes essuyées par les inondés; on peut toutefois s'en faire une idée, en apprenant que les quinze millions votés par les chambres et les trois ou quatre millions fournis par la bienfaisance publique pour subvenir à tant d'infortunes, ont à peine satisfait aux premiers besoins de ces malheureux.

Des pluies continues et abondantes ont renouvelé vers la même époque, en 1841, les inondations du mois de novembre 1840. Les inondations de cette année ont occupé les mêmes provinces que celles de l'automne précédent. Les départemens du midi et de l'est en ont éprouvé, comme en 1840, de plus graves dommages que les départemens du nord et de l'ouest. Toutefois, en 1841, elles se sont étendues sur un plus grand espace qu'en 1840. On peut même affirmer que peu de provinces ont manqué d'en ressentir plus ou moins les effets. Une autre particularité des inondations de 1841, c'est qu'elles ont subi dans l'intervalle du mois d'octobre au mois de novembre trois ou quatre augmentations et diminutions alternatives. Ce qui s'est vu à Paris comme en province, l'intermittence des pluies de cet automne, explique ces recrudescences réitérées, comme la généralité des pluies explique la presque généralité des inondations. Le midi et l'ouest ont donné également le signal des inondations de 1841. Les inondations de ces provinces ont eu lieu dès la fin du mois d'octobre; celles du centre, du nord ou de l'ouest ont été plus tardives. Cependant, à Paris, la Seine était déjà très grosse le 29 octobre, mais sa plus grande élévation n'a été vue que plus d'un mois après, le 13 décembre; à cette époque elle battait les quais Voltaire et des Tuileries, elle coupait les routes sur son passage, engorgeait les caves et les puits de la ville, se répandait enfin dans la plaine de Grenelle. La durée moyenne des inondations de 1841 est d'environ un mois et demi. Au moment où nous écrivons ces lignes, nous apprenons que le Var vient d'éprouver une troisième crue, qu'il a enlevé les ouvrages provisoires de l'endiguement de ses rives, et intercepte de nouveau toute communication entre Grasse et Nice.

Des inconvéniens de plus d'un genre doivent résulter de ces inonda-

parvenons pas à arrêter les progrès de la maladie? Indubitablement il sera successivement pris de coma, de symptômes apoplectiformes, et succombera tôt ou tard, soit à une compression, soit à un épanchement séreux ou sanguin.

Sueurs. Fièvre intermittente et accès d'hystérie. Succession de ces symptômes à la suite de la cessation des règles.

Au n° 53 (salle des femmes) est couchée une malade âgée de cinquante-trois ans, entrée depuis huit jours environ dans le service de M. Fouquier, et qui a présenté dans ce court espace de temps une série de symptômes qui, bien que peu intenses et sans gravité réelle, présentent un intérêt particulier. Cette femme, dans l'âge de retour, a cessé depuis peu de voir ses règles. Lors de la cessation des règles, comme tout le monde sait, il peut survenir des symptômes morbides très variables, soit des symptômes congestionnels chez les femmes sanguines, soit des symptômes nerveux chez les femmes à constitution nerveuse, soit enfin des lésions organiques suivant les dispositions individuelles ou les conditions d'hérédité sous l'influence desquelles se trouvent ces femmes; la nature de ces affections variant en un mot, bien que dépendant d'une même cause, suivant une foule de conditions individuelles.

Cette femme, disons-nous, éprouvait, lors de son entrée à l'hôpital, des sueurs abondantes sur toute la surface du corps, mais plus spécialement à la face, avec des bouffées de chaleur vers la tête, accompagnées d'un état de malaise général, mais sans fièvre. Ces sueurs avaient lieu plus particulièrement la nuit, et revenaient périodiquement tous les jours et à peu près aux mêmes heures; elles avaient, en un mot, le caractère de l'intermittence. On pouvait se demander si ces sueurs constituaient les accès d'une fièvre sudorale légère, ou s'ils n'étaient point un symptôme de fièvre intermittente, une sorte d'accès incomplet. Quoi qu'il en soit, il est survenu depuis, chez cette femme, de véritables accès de fièvre intermittente complets et très caractérisés, avec leurs périodes de froid et de réaction. Ces accès de fièvre intermittente ont cédé à l'administration du sulfate de quinine, mais ils ont été remplacés, en quelque sorte sans interruption, par des accidens nerveux hystériques; accidens légers et bornés aux phénomènes qui constituent les accès d'hystérie les plus communs, tremblement nerveux avec bâillemens et pandiculations, et se terminant par une sueur. Cette femme n'éprouve point d'ailleurs ce sentiment d'ascension ou de strangulation caractéristique que l'on désigne vulgairement sous le nom de boule hystérique.

Les sueurs qui constituaient dans le principe le phénomène principal et même unique de cette affection, et pour lesquelles cette femme était entrée à l'hôpital, ont diminué graduellement, à mesure que la fièvre s'est prononcée et qu'elle est devenue plus vive et plus régulière, et surtout après l'administration du quinquina. Elles n'existent plus actuellement qu'à la suite des accès d'hystérie, dont elles terminent la scène.

Ce fait nous paraît, sous plus d'un rapport, digne d'attention. S'il nous était permis de suppléer, à cet égard, au silence du professeur, nous signalerions comme un fait de physiologie pathologique des plus intéressans, cette succession de symptômes variés sous l'influence d'une même cause morbide initiale, cette sorte de transformation des phénomènes extérieurs de la maladie avec persistance d'un type commun qui semble ici en constituer le fond, l'intermittence. Nous ferions remarquer enfin combien seraient en défaut ici les explications que l'on a voulu déduire des rapports établis d'une manière trop absolue du moins, entre certains états organiques et les symptômes dont il s'agit, notamment entre l'état de la rate, dont aucune modification n'a été constatée ici, et les accès de fièvre intermittente.

Les indications ne changeant point d'ailleurs à raison de la persistance du caractère périodique, on a continué, chez cette malade, l'usage du quinquina, auquel on a joint quelques légers antispasmodiques. Tout porte à croire que les accès cèderont tout à fait sous l'influence de cette médication. C'est sur quoi nous reviendrons s'il y a lieu.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Leçons sur les maladies de l'utérus. (Suite.)

Spéculum. — J'ai dit quelles sont les circonstances dans lesquelles il est nécessaire d'employer le spéculum : je n'y reviendrai pas aujourd'hui; mais il est des conditions qui contre-indiquent son usage ou qui doivent faire modifier la manière de l'appliquer; c'est ce dont je vais d'abord vous entretenir. Les circonstances qui modifient l'emploi du spéculum et qui réclament des formes spéciales de cet instrument sont les cas de vices de conformation du bassin. Je n'insisterai pas sur ce point. L'introduction du spéculum détermine quelquefois des douleurs très vives; vous touchez pour reconnaître la cause de ces douleurs, et souvent vous ne trouvez ni ulcération, ni végétation, ni tubercules, ni même de l'engorgement du col. Je ne dis pas que ce ne soit dans quelques circonstances l'une de ces altérations qui occasionne de la douleur, mais elle peut être déterminée en l'absence de toute lésion du col par l'introduction du spéculum. Ne cherchez pas dans ce cas à réintroduire l'instrument, car non-seulement il importe d'éviter la douleur en elle-même, mais il importe plus encore de prévenir l'irritation vive et la congestion qui en résultent. Si cependant on trouve une ulcération qu'il soit urgent de guérir, il faut entre deux inconvéniens choisir le moins grand, et ne pas hésiter à introduire le spéculum malgré la douleur qu'il détermine, afin de porter le caustique sur l'ulcère après avoir toutefois cherché à calmer l'irritation que cette introduction a pu produire.

La plupart des médecins ayant affaire à des femmes qui réclament pour la première fois leurs soins et qui n'ont point encore été examinées, s'empressent d'appliquer immédiatement le spéculum, qu'il y ait de l'irritation, de la sub-inflammation ou non. Il faut d'abord s'assurer si le degré d'éréthisme et d'irritation des organes génitaux ne s'oppose pas à cette introduction. Et d'ailleurs existât-il une ulcération, faudrait-il cautériser de suite? non; on devra s'attacher préalablement à combattre l'état de sub-inflammation ou d'irritation dont cette partie est le siége, à moins que l'ulcération ne fasse des progrès rapides, qu'elle soit très douloureuse et qu'elle soit elle-même la cause immédiate de cette irritation, auquel cas il convient de recourir de suite à la causérisation; mais ce sont là les cas d'exception. En règle générale, combattez l'éréthisme et l'excès d'innervation dont l'utérus est le siége, avant de cautériser.

Vous pouvez avoir affaire à une femme qui ait une ulcération au col s'étendant au vagin. Lorsque vous aurez constate au toucher l'existence d'une semblable ulcération, usez de grandes précautions en introduisant le spéculum; car, dans des circonstances pareilles, on a vu cette introduction déterminer la rupture du vagin et les accidens terribles qui en sont la suite. J'ai vu une femme succomber presque immédiatement aux suites d'une rupture du vagin déterminée par l'introduction intempestive du spéculum.

Chez certaines femmes, toutes les fois que vous pratiquez le toucher, vous amenez du sang avec le doigt, vous déterminez un écoulement sanguin plus ou moins abondant par le vagin; une exploration attentive vous fait reconnaître l'existence d'ulcérations profondes, de fongosités, de végétations en champignons, de clapiers ou d'ulcères à bords renversés. N'introduisez pas le spéculum, car vous ne verriez rien; le sang qui s'écoulerait dans l'instrument masquerait entièrement les parties; vous feriez cette application en pure perte: il faut se borner au toucher. Le toucher d'ailleurs suffit dans ces circonstances pour asseoir le diagnostic, et pour savoir s'il y a lieu ou non d'opérer.

Manœuvres du spéculum. La femme doit être couchée en supination, les tubérosités ischiatiques placées à ras du bord du lit ou du plan horizontal au-devant duquel se trouve placé le chirurgien; une chaise à droite et une à gauche du chirurgien, servent, en l'absence d'aides, à faire reposer les jambes de la malade. On doit s'entourer de toutes les précautions convenables pour que le bord du lit sur lequel repose la femme ne s'affaisse point trop, et qu'elle conserve une position parfaitement horizontale; car si on lui laisse prendre une position trop inclinée, il en résultera une gêne extrême pour la manœuvre, surtout chez les femmes qui ont le col situé profondément. A cet effet, on maintiendra le bassin élevé par un ou plusieurs oreillers un peu fermes, la tête étant maintenue très légèrement élevée ou seulement soutenue par un seul oreiller et le tronc reposant sur le lit, sans corps intermédiaire. La femme ainsi placée, le chirurgien écarte avec la main gauche les grandes et les petites lèvres, et saisissant de la main droite le spéculum préalablement huilé et chauffé, avec les deux premiers doigts appliqués sur la concavité de la queue de l'instrument et le pouce à sa face convexe, applique l'extrémité du spéculum sur l'orifice du vagin, et le pousse légèrement d'avant en arrière, dans une direction parallèle à l'axe de l'orifice vaginal, ayant la précaution, aussitôt que l'instrument a pénétré, de lâcher les grandes lèvres afin de laisser au vagin toute l'ampliation dont il est susceptible. L'instrument, dis-je, poussé d'abord dans la direction que je viens d'indiquer, dès qu'il a pénétré d'un pouce environ dans le vagin, est légèrement relevé par un petit mouvement de bascule, de manière à être dirigé ensuite d'avant en arrière et un peu de bas en haut, suivant une ligne qui du centre du vagin irait à l'angle sacro-vertébral.

Au moment où l'on applique l'extrémité du spéculum sur l'orifice du vagin, les femmes opposent habituellement une résistance involontaire; elles se contractent, elles ont quelquefois des soubresauts; les parois du vagin pressent en tous sens le spéculum, comme pour le repousser en dehors; il faut s'opposer sans violence à ces efforts de résistance et pénétrer doucement et peu à peu en permettant aux parties de se dilater graduellement.

De quelque manière que l'on s'éclaire, soit par la lumière naturelle ou la lumière artificielle, il faut de suite regarder dans le spéculum pour s'assurer qu'il pénètre bien suivant la direction de l'axe du vagin. Cette précaution est très importante. Il faut voir si le centre de l'instrument correspond bien au centre du vagin, ce dont on est assuré si l'on voit au fond du spéculum les parois du vagin former une rosace ayant un orifice au centre, ce qu'il faut, par parenthèse, ne point confondre avec le col. Si ces deux centres ne se confondent pas, on verra, au contraire, la paroi vaginale d'un seul côté déborder dans l'orifice du spéculum en même temps qu'on sentira un obstacle à sa pénétration. Dans ce cas on retire doucement l'instrument pour le ramener dans la direction de l'axe du vagin et son introduction se fait dès-lors sans difficulté et sans douleur. Cette précaution est indispensable, même chez les femmes qui ont le vagin le plus large et le plus facilement dilatable.

tions habituelles. Le séjour prolongé des eaux nuit non seulement aux produits du sol, et ne dégrade pas seulement les champs en les transformant en fondrière, en terrains sablonneux ou pierreux, en lits de rivières ou de torrens, l'air atmosphérique absorbe incessamment des masses de vapeurs et se sature d'une humidité féconde en maladies. Ce n'est pas tout, lorsque les eaux se retirent, il reste toujours des flaques d'eau ou des portions de terrain converties plus ou moins long-temps en étang ou en marais pernicieux. En outre, au sein des plaines imprégnées d'humidité s'opère sourdement un travail de fermentation d'où s'échappent plus tôt ou plus tard des effluves délétères. Parmi les inconvéniens signalés en ce moment, les uns se produisent durant l'inondation même ou immédiatement après; les autres naissent ultérieurement selon les circonstances météorologiques ou le caractère des saisons. Essayons de fixer la part des influences des inondations sur la santé des populations. Ce sera, nous le pensons, un motif de plus pour presser l'exécution des moyens destinés à prévenir ces désastres.

Qu'une humidité exubérante surgisse de la surface de grandes masses d'eau et sature de vapeurs aqueuses l'atmosphère ambiante, personne ne le révoque en doute; le fait d'ailleurs peut se vérifier aisément par l'humidité naturelle de l'air sur les bords de la mer ou des fleuves, ainsi que par le luxe de la végétation dans les terres voisines des grands cours d'eau douce. Un tel excès d'humidité a pour effet immédiat de supprimer la transpiration de la peau, de détendre la fibre, d'amollir les ressorts des organes et de ralentir les mouvemens des fonctions. Les conséquences de cette disposition sautent aux yeux des moins clairvoyans : il est évident, en effet, que de la suppression de la transpiration doivent résulter, d'une part, une détérioration du fluide perspirable, et consécutivement de la peau elle même, d'où naissent définitivement une foule de maladies cutanées rebelles. Des maladies chroniques de la peau, voilà donc un premier produit de l'humidité ordinaire de l'eau par suite des inondations.

L'engorgement de la peau se propage de proche en proche aux paquets de glandes lymphatiques réunies au-dessous de ses membranes; de là l'endurcissement de ces glandes, leur altération d'autant plus profonde que le relâchement et l'atonie des fonctions s'opposent aux efforts de réaction capables de résoudre ces engorgemens. L'ensemble de ces phénomènes est la source d'une classe entière d'affections fort communes, ou plutôt endémiques, dans les contrées humides et froides, telles que les vallées étroites, enfoncées et givreuses, les régions traversées par de nombreuses rivières, les plaines entrecoupées d'étangs ou de marais. Nous voulons parler de la famille des maladies scrofuleuses.

Un ordre particulier d'affections aiguës concourt fréquemment avec le règne des maladies scrofuleuses : ce sont les affections catarrhales ou muqueuses. Les affections catarrhales proviennent, en général, de l'interception de la transpiration cutanée chez les sujets à tissus mous et relâchés; elles appartiennent à la tribu des affections muqueuses, dont elles offrent la plupart des traits, si ce n'est que dans les affections muqueuses proprement dites, l'irritation spéciale, principe de ces maladies, s'allie avec une surabondance de sucs blancs ou lymphatiques; à cette différence près, les affections catarrhales et les affections muqueuses méritent de figurer sur la même ligne, et doivent être regardées comme une seule et même classe de maladies; aussi voyons-nous les deux espèces désignées ici dominer concurremment dans les mêmes localités, et se former également sous l'influence d'un air humide et épais, pourvu toutefois qu'il soit agité de vicissitudes réitérées. C'est ainsi que les régions inondées disposent, chez nous surtout, où le temps est si sujet à varier, aux affections aiguës, catarrhales et muqueuses.

La plupart des maladies étrangères aux affections indiquées participent en outre à divers degrés de la nature de ces dernières : ceci est une observation précieuse à noter, puisqu'elle avertit le praticien de se tenir en garde contre l'abus des affaiblissans dans les pays surchargés d'humidité.

Une autre cause pathologique, indépendamment des vapeurs aqueuses dont nous venons de signaler les principaux effets, surgit de toutes pièces des terrains couverts par les eaux. Ainsi, cette nouvelle cause ne se développe guère qu'à la retraite des fleuves débordés, à l'époque où le sol commence à se montrer, ou même elle ne se révèle que quelque temps après que les fleuves se sont complètement retirés, en laissant néanmoins le sol imprégné d'humidité; il s'agit des effluves dégagés de la fermentation des détritus végétaux accumulés sur la terre inondée. Tant que l'air reste froid à la suite des inondations, la fermentation ne peut pas se faire, et il n'y a par conséquent aucune émanation à craindre; mais dès que la température s'élève, ce qui arrive à la fin de l'hiver, ce mouvement intestin verse incessamment dans l'atmosphère des flots de miasmes dangereux. La nature de ces effluves engendrés, comme nous l'avons dit, aux dépens des matières végétales et minérales déposées par la stagnation des fleuves, laisse pressentir le genre d'affections qu'ils doivent produire, ce sont principalement des fièvres périodiques de tous les degrés et de tous les types, fièvres intermittentes ou rémittentes, bénignes ou pernicieuses, dont les préparations de quinquina n'enraient pas toujours la marche et qui aboutissent trop souvent à une mort prompte ou bien à des engorgemens viscéraux se terminant eux-mêmes fatalement, après plusieurs mois ou plusieurs années de maladie, par quelque suppuration interne ou par une hydropisie.

Nous n'avons cité jusqu'ici, comme conséquence des inondations de la France, que des états pathologiques bien variés : mais n'est-on pas autorisé à redouter que l'habitude de ces fleuves, en rappelant presque chaque année les dispositions aux affections désignées, ne finisse par détériorer la constitution des Français, en altérant d'une manière permanente la pureté de l'air respiré, et par la rendre aussi déplorable que celle des habitans de la Pologne?

— En septembre dernier, le choléra, dans quelques villes maritimes de Java, faisait un grand nombre de victimes. En 1841, cette maladie endémique a pris un caractère de malignité presque ignoré jusqu'alors. Pendant trois mois consécutifs, le fléau avait désolé quelques-unes des iles Moluques; Amboine, Ceram et Banda, étaient celles où il avait exercé le plus de ravages; il avait frappé principalement les blancs de distinction. A Amboine et à Banda, une espèce de choléra sévissait parmi les animaux; les oiseaux surtout périssaient en grand nombre; tourterelles, perroquets, etc., tombaient morts du haut des arbres. Les poules, les canards et les oies mouraient subitement.

— On mande de la Nouvelle-Orléans que les ravages de la fièvre jaune ont été, pendant l'année 1841, des plus désastreux dont on ait conservé le souvenir. A la fin de septembre, plus de onze cents personnes avaient déjà succombé à la Nouvelle-Orléans. La population de la Louisiane s'est montrée comme d'habitude très bienfaisante. Plusieurs sociétés de secours se sont formées, une entre autres, composée de négocians français qui ont établi une infirmerie spéciale, où ont été reçus gratuitement ceux de nos compatriotes qui n'avaient pas les moyens de se faire traiter à leurs frais. (*Moniteur parisien.*)

— Le *Diario di Roma* du 21 décembre contient un arrêté du gouvernement pontifical pour la propagation de la vaccine; cette mesure administrative a été provoquée par une épidémie de petite-vérole qui a fait de nombreuses victimes dans les Etats-Romains. Le cardinal Mattei, secrétaire d'état de l'intérieur, a ordonné que cet arrêté fût lu dans les paroisses par les curés, en forme d'instruction, pour engager les classes pauvres à profiter du bienfait de la vaccine. Les secours publics ne seront désormais accordés que sur un certificat constatant la vaccination.

C'est là un fait auquel il n'est pas inutile de donner de la publicité chez nous, où quelques prêtres ignorans entretiennent encore les préjugés des populations contre le préservatif d'un des plus cruels fléaux qui aient affligé l'humanité.

Suspension des règles chez des femmes affectées d'engorgement et de sub-inflammation de la matrice. Faut-il ou non provoquer le retour des règles?

Au n° 7 de la salle Saint-Augustin est une femme qui est sur le point d'avoir ses règles ou chez laquelle les règles manquent depuis quatre ou cinq jours. Cette femme porte un engorgement sub-inflamatoire du col de l'utérus avec une ulcération simple et légère. Elle éprouve actuellement des douleurs fortes, mais cependant point intolérables ; dans l'état habituel, elle n'a que des douleurs très modérées.

Faut-il, chez cette femme, employer les moyens propres à faire venir les règles? Et d'abord, quels sont ces moyens? On recourt habituellement dans ces cas aux bains de pieds chauds salés, ou légèrement sinapisés, aux fumigations simples ou médicamenteuses, chargées de safran, de sabine, etc. Vous devez savoir que dans le plus grand nombre des cas, si vous employez ces moyens, vous n'en obtiendrez aucun résultat, ou bien vous produirez même des effets entièrement opposés à ceux que vous attendez.

Il faut que vous soyez prévenus, d'une part, qu'il n'existe point de médicament emménagogue proprement dit, et que quant aux moyens auxquels on a recours le plus habituellement pour rappeler ou provoquer les règles, ils sont tous de la plus grande infidélité, à raison des degrés de susceptibilité infiniment variables que présentent les femmes à cet égard. Certaines femmes, ayant leurs règles, viennent-elles à changer de linge, l'impression du froid qu'elles ressentent arrête immédiatement l'écoulement menstruel. Chez d'autres femmes à la veille d'avoir leurs règles ou chez lesquelles elles viennent d'être suspendues, l'impression du linge froid sur le corps provoque leur irruption ou les fait couler plus abondamment, si elles existaient déjà. Chez telle femme les règles sont arrêtées par un bain de pied, tandis que chez telle autre un bain de pied les fait venir. Il en est de même pour les fumigations. Il est inutile de multiplier à ce sujet les exemples de ce genre qui sont si nombreux. Que faire dans de telles circonstances? Il faut s'en rapporter aux commémoratifs. Les femmes vous disent-elles que tel moyen réussit habituellement à provoquer leurs règles ou que tel autre est sans effet ; tenez-vous-en à cet égard à l'expérience dont les femmes ont conservé le souvenir. Que si les commémoratifs vous manquent, abstenez-vous plutôt que de recourir à des moyens incertains et qui pourraient n'être point sans inconvénient ; laissez aller les choses d'elles-mêmes et tenez-vous-en à une simple surveillance, à moins d'indications pressantes et bien déterminées.

Mais voilà une femme chez laquelle les règles se sont subitement arrêtées ou n'ont point fait irruption à l'époque habituelle de leur retour, et cette femme est affectée d'un engorgement du col avec irritation, éréthisme ou sub-inflammation de cet organe. Faut-il ou ne faut-il point chercher à provoquer l'écoulement menstruel? Dans un pareil cas je n'emploierai rien pour le faire venir, et voici pourquoi : chez cette femme, les organes génitaux sont malades, ils ne fonctionnent point d'une manière normale, leur sensibilité physiologique est modifiée. Si dans ces conditions je cherche à provoquer les règles, les moyens que je devrai mettre en usage agissant en général en fluxionnant la matrice, je courrai le risque d'exciter outre mesure, d'irriter et d'augmenter par conséquent l'état pathologique dans lequel se trouve cet organe. Mais à cela on fera une objection sérieuse : l'arrêt des règles donne souvent lieu à des accidens graves, et dans les circonstances dont il s'agit, n'exaspérera-t-il pas la maladie? Je répondrai à cette objection par le résultat des expériences que j'ai faites dans cet hôpital pendant deux ans. J'ai alternativement employé tous les moyens connus de rappeler les règles, ou auxquels du moins on attribue cette propriété, j'ai rarement réussi, et j'ai souvent provoqué des engorgemens, des congestions, des métro-péritonites même. J'ai remarqué que chez les femmes qui ont des affections de l'utérus, les règles venant à manquer, si l'on ne faisait rien, dans la majeure partie des cas les règles reparaissaient spontanément au bout de cinq, six, huit jours au plus. Dans ces cas-là, je ne fais donc rien et j'attends, à moins cependant que j'aie affaire à des femmes très fortes et d'une constitution sanguine, auquel cas je pratique une petite saignée de deux ou trois palettes ; mais je ne recours jamais à aucun des moyens qui peuvent congestionner la matrice. Si au bout de dix, douze ou quinze jours les règles n'ont point paru, je pratique alors une saignée de trois ou quatre palettes. Mais jamais, je le répète, lorsqu'il s'agit de femmes atteintes d'affection de l'utérus, je n'agis directement sur cet organe.

Ce que je viens de dire s'applique encore spécialement à une femme couchée au n° 9 de la même salle, et qui est affectée de sub-inflammation de l'utérus. Elle est actuellement dans son époque menstruelle, ses règles vont mal. La plupart des praticiens agiraient dans ce cas pour provoquer l'écoulement, disposés qu'ils seraient à attribuer les accidens qu'éprouve cette femme à l'écoulement incomplet des règles ; ils prendraient évidemment l'effet pour la cause. Ici, comme dans le cas précédemment cité, en conséquence des principes que je viens d'émettre, je m'abstiens et je reste dans la même expectation.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

1° *Abcès dans le parenchyme du foie. Cas rare. L'obscurité des symptômes n'a point permis de diagnostiquer l'affection pendant la vie.*

Nous avions au n° 12 de la salle Saint-Bernard une femme âgée de trente-cinq ans, de chétive constitution, bien réglée cependant, mais sujette aux douleurs de tête. Le 14 décembre dernier elle fut prise d'un malaise général, d'une céphalalgie intense ; elle eut quelques vomissemens ; la sécrétion de l'urine cessa chez elle presque complètement et elle fut quatre jours sans avoir besoin de se débarrasser de ce liquide : ajoutons qu'elle perdit momentanément la faculté de voir. Elle gardait le décubitus dorsal, était d'une faiblesse profonde, et le médecin qui la vit avant son entrée dans ce service la crut atteinte de fièvre typhoïde.

Il y avait dix jours que cette femme était malade lorsque nous l'examinâmes, et voici ce que nous pûmes observer : la bouche était collante ; les lèvres, recouvertes d'un enduit brunâtre, étaient de plus le siége d'une éruption herpétique dont on remarquait aussi une plaque au-dessous de l'aisselle gauche et que nous crûmes devoir rapporter au genre zona. La peau était froide ; les mains violacées, le pouls petit, misérable. Il y avait chez cette malade quelque chose de l'aspect des chlorotiques. Cependant le ventre était peu tendu, à peine plus sonore que dans l'état normal ; il n'y avait point de pétéchies, mais la prostration était considérable et annonçait une maladie grave qu'il était toutefois difficile de déterminer.

Quelques jours après mêmes altérations. L'herpès est passé à l'état croûteux ; les yeux sont caves, l'haleine froide, le pouls très faible et donne 120 pulsations. Les vomissemens ne se sont pas renouvelés, mais ils sont remplacés par de la diarrhée. L'urine est rendue en très petite quantité ; elle est rougeâtre. Il n'y a pas de gargouillement dans l'abdomen, pas de gonflement. Il n'y a point d'épistaxis et la céphalalgie est peu intense.

Au milieu de tous ces symptômes il est impossible de rien trouver de caractéristique. Si la malade était dans un état qui au premier abord pût faire supposer l'existence d'une fièvre typhoïde, l'absence des symptômes propres à cette affection devait en faire rejeter l'idée. Fallait-il, se fondant sur les vomissemens et la diarrhée, voir là une phlegmasie de la muqueuse gastrique se propageant à la muqueuse intestinale? Si cette hypothèse paraissait probable, on ne trouvait cependant, ni dans l'état du ventre, ni dans l'intensité de la diarrhée, une explication suffisante des désordres graves dont toute l'économie était atteinte. On avait bien trouvé dans les matières fécales quelques flocons verdâtres, signes ordinaires de l'inflammation des intestins, mais il était plus rationnel de penser que cette inflammation n'était que symptomatique d'une affection plus grave.

Quelle était donc cette affection? L'excrétion si peu abondante de l'urine, la coloration rougeâtre de ce liquide, dans lequel on ne trouva point d'albumine, durent appeler notre attention du côté des reins et nous faire soupçonner une néphrite dont les vomissemens eussent été sympathiques. On pouvait d'autant mieux le croire qu'il était survenu un œdème des membres et du ventre, œdème qui augmentait graduellement.

D'un autre côté, ce phénomène rapproché de l'extrême faiblesse du pouls que l'on observait depuis le commencement de la maladie était de nature à inspirer des inquiétudes sur l'état du cœur, et bien que l'auscultation ne pût faire reconnaître de lésion de cet organe, on pouvait craindre la formation dans sa cavité soit de caillots, soit de fausses membranes.

Mais parmi toutes ces probabilités, nous ne pûmes parvenir à nous fixer, et la malade, arrivée à un état d'affaiblissement considérable, ayant succombé, l'autopsie seule révéla la cause véritable de tant de désordres, cause restée tout à fait inappréciable pendant la vie. Voici ce qu'on trouva. Dans la substance même du foie existe un abcès, du volume d'un œuf de poule environ, situé à la partie supérieure du grand lobe, au voisinage des veines caves et de la veine porte, dans lesquelles il a laissé couler du pus. Le parenchyme du foie qui l'entoure est partout tapissé d'une fausse membrane.

La situation de cet abcès explique très bien qu'il n'ait pu être reconnu pendant la vie. En effet, placé loin des vaisseaux biliaires et de la vésicule, il ne pouvait comprimer ces organes et n'apportait ainsi aucun trouble dans leurs fonctions. Le taxis ne pouvait d'ailleurs l'atteindre, et la malade n'avait jamais accusé de douleur dans l'hypochondre droit. L'explication des phénomènes observés pendant la vie, devient facile aussi. Ils ont dû se manifester lorsque le pus a commencé à être versé dans les veines voisines de son foyer.

Ce fait, dit M. Chomel, est très curieux tant à cause de l'impossibilité dans laquelle on s'est trouvé de le reconnaître pendant la vie, qu'en raison de son peu de fréquence. On trouve bien en effet, dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, des observations d'abcès du foie ; mais dans bien des cas, on a considéré comme tels des abcès développés, soit entre le foie et les parties voisines, soit dans le ligament large. C'est l'impression qui a résulté pour moi de la lecture de ces autopsies, et j'ai dû considérer les abcès du parenchyme du foie comme très rares, au moins dans nos climats. J'en excepte, toutefois, ceux que fait naître l'infection purulente produite par la phlébite. Jusqu'ici, ajoute le professeur, je n'avais eu occasion de voir que deux cas bien authentiques d'abcès développés dans la substance propre du foie.

2° *De deux cas de fièvre intermittente ; l'un présentant le type double quarte, l'autre le type quarte simple.*

Nous avons, au n° 23 de la salle Saint Bernard, une femme affectée de fièvre intermittente double quarte. Cette malade, qui habite Paris depuis long-temps, a déjà éprouvé avant son séjour dans cette ville, de semblables accidens. Il est à remarquer qu'il en est presque toujours ainsi, et qu'il est fort rare de voir des fièvres intermittentes primitives se développer dans Paris ; il n'est pas moins rare d'y voir des fièvres intermittentes pernicieuses, bien que la plupart des praticiens disent en avoir rencontré. Le plus souvent ils ont dû se tromper, et prendre pour une fièvre intermittente essentielle le début, le premier symptôme d'une affection aiguë. D'autres causes d'ailleurs peuvent encore en imposer à cet égard, et nous avons vu un sujet atteint de maladie des voies urinaires, chez lequel on voyait survenir un frisson considérable toutes les fois qu'un peu d'urine filtrait dans le tissu cellulaire ; accident qui avait un certain caractère de périodicité, puisqu'il était lié à l'état de plénitude de la vessie.

Quoi qu'il en soit, notre malade, âgée aujourd'hui de quarante-cinq ans, a eu à dix-huit ans, dans le département de la Sarthe qu'elle habitait alors, une fièvre intermittente qui se manifesta d'abord sous le type tierce, puis revêtit le type quarte, et enfin le type double quarte, et après s'être prolongé pendant sept mois, se termina d'elle-même. Le quinquina avait cependant été administré à la malade, mais à cette époque il coûtait fort cher ; et, il faut le dire, la cupidité de ceux qui le vendaient en était d'autant plus éveillée ; aussi, très souvent était-il falsifié, et par conséquent sans effet. La malade était d'ailleurs dans de mauvaises conditions, puisque, n'ayant pas changé de lieu, elle restait exposée aux causes qui avaient produit la maladie.

C'est vers la fin du mois d'août dernier que l'affection s'est reproduite. Le jour où elle est tombée malade, cette femme, qui est cuisinière, se fatigua beaucoup ; elle fut mouillée dans la soirée, gagna de froid, et après s'être couchée, eut beaucoup de peine à se réchauffer. Le lendemain elle se leva sans trop se ressentir de son malaise de la veille ; elle put vaquer comme d'habitude à ses occupations, mais le jour suivant elle eut un mouvement fébrile, et à partir de là la fièvre se manifesta sous le type intermittent double quarte. Elle eut en même temps un rhume, et nous avons pu constater du râle sibilant vers la base de la poitrine.

La première invasion de la fièvre intermittente détermina chez cette femme une hydropysie, et probablement un gonflement assez considérable de la rate ; car elle rapporte qu'on lui appliqua dans cette région un emplâtre de ciguë. Aujourd'hui, il y a quatre mois que la maladie dure, et non-seulement il n'y a pas d'œdème, mais encore la rate n'est pas sensiblement tuméfiée. La percussion sur ce point ne donne guère de son obscur que dans un diamètre de 0,08 centim. Il y a d'ailleurs de la maigreur et de l'altération dans les traits ; le teint a la nuance jaunâtre, terne, que l'on observe ordinairement dans ces maladies.

Comme cette malade a été prise de rhume en même temps que de fièvre, et qu'il existe encore dans le haut du poumon droit un peu de rudesse du bruit respiratoire, nous nous sommes demandé si la fièvre devait être regardée comme symptômatique ou comme essentielle, et nous avons dû pencher vers cette dernière hypothèse. En effet, la fièvre intermittente symptômatique se manifeste presque toujours quotidiennement, et si l'on a pu observer d'autres types, cas très rares, ils sont le plus souvent dûs à une autre cause que la maladie dont ils paraissent le symptôme, à un écart de régime, par exemple. Je citerai à ce propos, dit M. Chomel, un cas de fièvre tierce survenu chez un malade qui, ayant faim, avait trouvé le moyen de satisfaire sa gourmandise ; il mangeait donc malgré la contre-indication, et avait un accès de fièvre. Le lendemain, se souvenant du mal que lui avaient fait les alimens, il observait la diète, et la fièvre ne venait pas ; mais le jour suivant, se trouvant bien, il satisfaisait de nouveau son désir, et la fièvre reparaissait. Il continua ainsi pendant quelque temps, lorsqu'on s'aperçut enfin de ses écarts, et il suffit de le priver complètement de nourriture pour faire disparaître sans retour les accès de fièvre tierce.

Quant à notre malade, il était peu probable que la fièvre double-quarte fût symptômatique d'une bronchite d'ailleurs peu intense, et qui ne suffisait pas pour expliquer l'altération remarquable de toute l'économie. Nous lui avons donc administré le quinquina. Dans le doute, ce médicament peut toujours être donné, car si la fièvre est essentielle, il agira avec succès ; si elle est symptômatique, il ne l'aggravera pas ; mais alors elle lui résistera, et on aura trouvé ainsi un nouvel élément de diagnostic.

Ici nous avons commencé par 0,60 cent. de sulfate de quinine, et dans l'espace de quatre jours nous avons été jusqu'à 1 gramme. Sous l'influence de cette dose, le grand accès de la fièvre a presque manqué. Il faut donc penser que la maladie se terminera de la manière la plus heureuse.

Le cas de fièvre intermittente quarte simple dont nous avons à vous entretenir, s'observe sur un jeune homme âgé de dix-sept ans, couché au n° 13 de la salle Sainte-Agnès. Il y a à peine un an qu'il habite Paris. Il eut, avant d'y venir, une fièvre semblable qui dura sept mois, et qui disparut après avoir bu une forte décoction d'escargots qui lui inspira un profond dégoût. Ce n'est pas, dit-il dans son naïf langage, que cela fût mauvais ; car cela avait en quelque sorte le goût de la crème. Cependant l'idée seule de l'animal qui avait servi à la préparation suffit pour éveiller la répugnance et l'empêcher d'avaler tout le breuvage.

On a eu plus d'une fois l'occasion d'observer, à la suite d'une action vive sur l'imagination, la cessation immédiate des fièvres intermittentes long-temps prolongées, que cette action se produise, soit par des breuvages repoussans, soit par une commotion physique ou morale violente, soit enfin, pour ceux qui ont une foi robuste, au moyen de certaines pratiques plus ou moins inoffensives, telles, par exemple, que celle qui consiste à attacher au bras du malade quelque temps avant l'accès un brin d'une certaine herbe. Ainsi donc, le praticien, dans les cas où toute médication aurait échoué, pourrait avoir recours à quelqu'un de ces moyens, en n'y attachant, bien entendu, d'autre importance que celle qu'ils ont réellement, c'est-à-dire l'action sur l'imagination.

Quoi qu'il en soit, nous avons donné d'abord à notre malade 0,60 cent. de sulfate de quinine ; sous l'influence de cette dose, l'accès de fièvre suivant a été plus intense. Nous avons porté la dose à 1 gramme, et dans l'accès suivant la période de froid a manqué. Ce n'est pas encore un succès ; mais il faut se rappeler que la fièvre intermittente quarte est la plus tenace de toutes. Nous devons donc espérer de la voir s'arrêter un peu plus tard, en continuant à la même dose de 1 gramme l'emploi du sulfate de quinine.

DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES;

Réponse à un article de M. Vidal (de Cassis), par M. BLANDIN.

Monsieur le Rédacteur,

Puisque M. Vidal s'est cru obligé de protester contre l'opinion que j'ai formulée dans une de mes leçons cliniques sur la méthode opératoire qu'il a proposée pour le traitement des fitules vésico-vaginales, il me permettra sans doute de lui répondre, car ses décisions ne doivent pas plus que les miennes être au-dessus des atteintes d'une juste critique ; d'ailleurs, comme il le pense avec raison, je ne crains pas la discussion : je le remercie même de m'avoir fourni l'occasion de m'y livrer un instant avec lui.

Remarquons, avant d'entrer en matière, que je ne suis pas le premier qui ai traité sévèrement la méthode de M. Vidal : en effet, il en convient lui-même dans son deuxième paragraphe :

« Je préviens M. Blandin, dit-il, que tout ce que je vais écrire ne lui était pas destiné, qu'il s'adressait à d'autres personnes qui ont aussi attaqué ma méthode. »

Je dois ajouter, pour dire toute la vérité, que M. Vidal, dans mon intérêt sans doute, a extrait son article du cinquième volume de son ouvrage, et que là il avait particulièrement en vue une thèse de concours de M. Michon.

Cette observation ne diminue certainement en rien la portée des remarques de notre confrère ; mais elle permet de trouver étrange qu'il s'exprime comme il le fait dans son troisième paragraphe :

« Si d'autres que M. Blandin avaient examiné tous les élémens de la grave opération soulevée par ce fait, ils auraient évité de réfuter des argumens que j'avais réfutés, et ils se seraient dispensés volontiers d'en présenter d'autres qui se trouvaient détruits, etc. »

Et, en effet, pourquoi donc un tel langage et cet air superbe, puisque vous venez de dire, M. Vidal de Cassis, que d'autres que moi et avant moi ont fait tout ce que vous me reprochez ? car encore un coup, vous ne nous donnez que la deuxième édition de votre épître, la première, comme on l'a vu, était destinée à M. Michon ? Mais arrivons au fait.

La première objection que m'adresse M. Vidal porte sur ce que j'aurais dit : « Nous n'oserions pas employer la méthode qui consiste à oblitérer la partie inférieure du vagin ; car nous ne sachions pas qu'elle ait jamais réussi ; et d'ailleurs, etc. »

Au premier abord, cette critique ne paraît pas bien sérieuse, et on serait tenté de croire que M. Vidal n'y attache aucune importance ; mais en scrutant un peu plus le fond des choses, on ne tarde pas à prendre l'idée qu'il serait bien possible que M. Vidal fût moins chagriné de ma manière de raisonner sur sa méthode opératoire, que de cette assertion qu'*elle n'a jamais réussi*. Mais quoi ! n'est-ce pas là un fait ? Parce qu'il touche M. Vidal, fallait-il le passer sous silence ? Devais-je le laisser ignorer aux élèves qui suivent mes leçons ? N'importe-t-il pas à ces jeunes gens de savoir que, sous ce rapport, l'art n'est pas constitué, et que nous en sommes encore réduits à l'expérimentation et au raisonnement ?

Du reste, me serais-je trompé ? la méthode de M. Vidal compterait-elle un succès ou un demi-succès ? C'est ce que prétend notre confrère, et pour le prouver, il a soin de rappeler les observations qui lui appartiennent ; chacun pourra en prendre amplement connaissance, et il importe d'autant plus de le faire, que ce sont là les véritables élémens pratiques de la question. Eh bien ! pour ce qui me concerne, après cet examen, je maintiens parfaitement exact tout ce que j'ai avancé. Quoi qu'en dise M. Vidal, ses observations ne fournissent même pas l'exemple d'un *demi-succès* ; les espérances qu'elles lui ont fait concevoir, et qu'il conserve encore, ainsi qu'on peut le voir dans son quatorzième paragraphe, sont tout simplement le produit d'une illusion : il a pris pour une véritable oblitération de la fistule dans le premier cas, du vagin dans le second, une simple obturation mécanique de ces parties par les fongosités que ses *vigoureuses cautérisations* avaient engendrées. De semblables faits ont été observés par tous ceux qui se sont occupés de fistules *vésico-vaginales* ; et récemment encore, j'y aurais été pris moi-même, si je n'avais été bien dûment instruit de la possibilité de la méprise. Du reste, dans ce cas, comme dans ceux de M. Vidal, le reflux de l'urine eut lieu par l'urètre, aussi long-temps que persista l'obturation mécanique de la fistule.

Dans son quatrième paragraphe, M. Vidal se fait fort de me fournir par la suite de son article « des idées un peu plus justes » que celles que je professe, sans doute, sur « l'origine de l'autoplastie appliquée à la cure des fistules vésico-vaginales. » Voyons donc s'il a tenu sa promesse.

D'abord je dois dire que j'ai rapporté à M. Jobert l'honneur de cette application, tandis que M. Vidal le partage entre MM. Jobert et Velpeau. Comme on le voit, s'il y a différence entre nous, elle porte seulement sur M. Velpeau ; mais, n'en déplaise à M. Vidal, M. Velpeau n'est venu qu'après M. Jobert, ce professeur en convient lui-même dans sa Médecine opératoire, et cette notion historique est d'ailleurs vulgaire parmi les chirurgiens qui ont suivi les progrès de notre art à l'endroit qui nous occupe.

A la vérité, M. Vidal ajoute, dans son dixième paragraphe, « qu'il avait songé lui-même au parti que l'on pourrait tirer de l'autoplastie pour la cure des fistules vésico-vaginales avant le temps où parurent les méthodes relatives à cette opération » ; de sorte qu'il réclame bien, pour son propre compte, une certaine part que nous ne lui avons pas donnée dans cette innovation, ou plutôt il revendique, ce qui n'est pas peu de chose, tout le mérite de la conception.

Que M. Vidal ait songé au parti que l'on pourrait tirer de l'autoplastie à l'époque qu'il indique, je l'admettrai volontiers, puisqu'il l'assure ; mais, je le demande, que fait pour la véritable question historique cette tardive assertion de M. Vidal ? Ce qu'il importait pour que M. Vidal pût être mis en possession de l'avantage qu'il réclame, c'eût été que notre confrère, au lieu de conserver son idée incluse dans son cerveau, l'eût produite nettement au dehors, et qu'il eût mis les inventeurs de méthodes et de procédés opératoires en demeure d'en faire l'application pratique ; mais ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées.

Après cette digression historique, qui lui tenait au cœur, M. Vidal me blâme très sérieusement d'admettre, avec tous mes confrères, excepté lui, que le contact de l'urine sur la plaie est le principal obstacle à la réunion après l'avivement des bords de la fistule vésico-vaginale, et, comme on le comprend bien, à cette théorie il en substitue une qui lui est propre.

« Il y a, dit-il, une réflexion bien simple, laquelle empêcherait d'accuser l'influence de l'urine, la voici : Réfléchissez à ce qui se passe à la suite d'une taille vésicale ; la plaie au corps de la vessie, qui résulte de cette opération, est continuellement baignée par l'urine, d'où vient donc qu'elle se réunit sous cette influence maligne ? C'est parce que la vessie qui vient d'être ouverte, est dans des conditions différentes que celle qui est ouverte depuis long-temps. En effet, quand nous pratiquons l'opération de la fistule vésico-vaginale, la vessie a cessé depuis long-temps de remplir ses fonctions ; cet organe ne retenant plus l'urine, revient sur lui même, au point de ne plus constituer un réservoir, une cavité. C'est alors une simple surface sur laquelle passe l'urine sans s'arrêter ; plus la fistule est large et ancienne, plus la vessie est effacée. Ce fait d'anatomie pathologique est connu de tous les chirurgiens, sans qu'ils aient su en tirer une conséquence pratique ! »

Ce paragraphe pourrait fournir matière à de graves objections ; mais nous en voulons seulement relever ces deux assertions : la première que la plaie de la cystotomie vésicale ne souffre pas du contact de l'urine ; la seconde que le fait du rétrécissement de la vessie dans les fistules vésico-vaginales n'a inspiré aux chirurgiens aucune conséquence pratique.

D'abord, que mes honorables confrères se rassurent touchant l'injuste reproche que leur adresse M. Vidal ; il ne saurait les atteindre ; il n'a aucune espèce de fondement : l'invention de l'autoplastie vaginale suffit à elle seule pour leur défense. En effet, cette opération n'a d'autre but que celui de guérir les malades en réparant la perte de substance qu'a subie le réservoir urinaire, et, par suite, en augmentant la surface interne et la capacité de ce réservoir de toute l'étendue du lambeau rapporté.

En second lieu, nier l'influence défavorable de l'urine sur les plaies vésicales, c'est nier la lumière du jour ; tout ce qu'on peut dire de plus juste sous ce rapport, c'est que ce contact ne suffit pas toujours pour empêcher la réunion de ces plaies.

Si M. Vidal avait un peu plus rigoureusement pesé son assertion, s'il avait surtout pris spécialement pour point de comparaison les plaies du bas-fond de la vessie, les seules qui, par leur position, puissent souffrir du contact de l'urine à l'égal des fistules vésico-vaginales, il aurait reconnu son erreur, ou plutôt il se fût abstenu de la commettre ; en effet, il aurait vu que ces plaies souffrent tellement de la présence de l'urine, qu'elles se terminent souvent par des fistules, et que les cystotomies du bas-fond de la vessie ont été abandonnées précisément pour cette raison. D'ailleurs, M. Vidal aurait vu que si les plaies des cystotomies vésicales du bas-fond de l'organe se cicatrisent plus facilement que les fistules vésico-vaginales récemment avivées, cela dépend principalement de ce que dans ces plaies la vessie n'a pas subi la perte de substance qui caractérise ces fistules.

J'ai dit de la méthode de M. Vidal, qu'en admettant qu'elle réussît, ce qui est tout à fait gratuit, comme on l'a vu, « elle remplacerait une dégoûtante infirmité par un état plus compromettant pour la vie des malades que cette infirmité elle-même. » Je conviens que cette assertion de ma part est purement théorique ; mais il m'était impossible de faire autrement, puisqu'ici l'observation n'a pas encore donné son mot ; et d'ailleurs comme M. Vidal ne saurait me faire un reproche qui eût un autre caractère, je me bornerai à lui répéter : 1° que le continuel contact de l'urine sur le col utérin serait pour cette partie une cause infaillible d'inflammation, et probablement de dégénérescence ; 2° que le corps de la matrice ne tarderait pas à devenir malade lui-même, soit par l'extension de proche en proche vers lui de la phlegmasie du col, soit par le contact immédiat de l'urine qui y pénétrerait en franchissant ce col dilaté ; 3° qu'enfin, puisque ses propres expériences, ainsi qu'il le dit dans son quatorzième paragraphe, « établissent seulement la difficulté du passage d'un liquide par la trompe, » il est possible que celui de l'urine ait lieu par ce canal, surtout lorsqu'avec le temps il aura subi une certaine ampliation, et qu'une péritonite mortelle soit la conséquence de ce passage.

Enfin, puisque M. Vidal a gravement terminé son article en pronostiquant l'insuccès de l'opération que je venais de pratiquer, je n'achèverai pas le mien sans lui apprendre qu'il ne s'est pas trompé, et que le sommet de mon lambeau a été frappé de sphacèle, malgré les précautions que j'avais prises pour éviter ce fâcheux résultat ; mais en même temps, il me permettra de lui faire remarquer qu'il était parfaitement inutile qu'il vînt ici se poser sérieusement en oracle pour apprendre au monde médical que ce résultat était probable : car tous nos confrères savent aussi bien que lui que dans les opérations entreprises pour la cure des fistules vésico-vaginales l'insuccès est la règle, le succès une rare, une très rare exception.

Agréez, etc. BLANDIN.

Nouvel antidote de l'acide cyanhydrique.

M. le docteur Robinson ayant fait tomber, à la surface de la langue de deux lapins, quatre gouttes d'oxyde cyanhydrique, ces animaux ressentirent aussitôt l'action délétère de ce redoutable composé, et tombèrent immédiatement comme frappés de mort. Alors, l'expérimentateur leur pratiqua, sur la région occipitale et sur tout le trajet de la colonne vertébrale, des affusions d'eau froide, en faisant tomber perpendiculairement le liquide de manière à produire un choc direct. L'eau employée pour ces affusions n'était pas à l'état pur, mais elle tenait en dissolution un mélange d'ozatate de potasse et de chlorure de sodium. Sous l'influence de cette médication si simple, prolongée pendant quelques minutes, les lapins ne tardèrent pas à revenir à la vie, et bientôt ils se mirent à courir et à gambader comme s'il ne leur fût rien arrivé de particulier.

Ces expériences, qui ont été répétées par M. Louyat, ont donné à ce second observateur des résultats parfaitement semblables à ceux qui viennent d'être décrits.

La simplicité de ce moyen, la facilité de se procurer les deux sels qui entrent dans la composition de la dissolution employée et surtout la rapidité de son action dynamique antidotique, nous paraissent faire un devoir aux praticiens d'en tenter l'application dans tous les cas où il s'agit de combattre les accidens d'un empoisonnement, soit par l'acide cyanhydrique, soit par tout autre composé qui emprunte au cyanogène son énergie toxique sur l'économie vivante.

M. Germer-Baillière, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, vient de joindre à son fonds de librairie le TRAITÉ DU FROID, *de son action et de son emploi en hygiène, en médecine et en chirurgie*, par M. de La Corbière ; un fort volume in-8° ; travail vraiment remarquable qui, comme on le sait, valut l'an dernier, lors de son apparition, à cet honorable médecin, les éloges mérités de la presse médicale, nationale et étrangère.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 13 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 6, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

A partir du 15 janvier courant, les Bureaux de la Gazette des Hôpitaux *et du* Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine *seront transférés* RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, *11 et 13.*

Tout ce qui concerne la rédaction du Journal doit continuer d'être adressé rue Dauphine, 22-24.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANS. — M. BAUDELOCQUE.

Considérations générales.

L'hôpital des Enfans présente en ce moment un grand nombre de maladies spéciales qu'on peut rapporter aisément à une même nature, quoiqu'elles affectent plusieurs apparences diverses. Ces affections particulières portent le cachet de la constitution atmosphérique des derniers temps. Nous allons entrer dans les détails de l'histoire de ces maladies en citant les observations les plus saillantes de ce service, et en les décrivant par leurs caractères et par leur médication. Quelques considérations générales sur les maladies de l'enfance frayeront la voie à l'exposition des cas particuliers qui composeront cette revue.

Les maladies actuelles dans les salles de cet hôpital intéressent la peau, la muqueuse des bronches, le tube digestif et les tissus articulaires: ce sont des éruptions, des maux de gorge, des diarrhées, des bronchites et des rhumatismes. Ces éruptions offrent les caractères de la scarlatine, et elles consistent dans la présence de taches d'un rouge écarlate ou simplement d'une rougeur diffuse occupant les membres et le tronc. Quelques varioloïdes se joignent à la scarlatine, mais le nombre de celles-ci surpasse sans comparaison celui de toutes les autres éruptions.

Les scarlatines régnantes s'annoncent par une courbature générale, par une bronchite et une angine; la fièvre les accompagne, fièvre quelquefois jointe à une surexcitation cérébrale ou à du délire, quelquefois aux symptômes d'une pneumonie, souvent à un état gastrique. La fièvre concomitante porte les traits de la fièvre catarrhale ou de la fièvre muqueuse commençant par des alternatives de froid et de chaud, s'unissant à un rhume et à une angine, redoublant tous les soirs, et se terminant par une moiteur générale ou par la sueur. Toutefois cette fièvre est rarement simple; un état saburral gastrique ou intestinal la complique pour l'ordinaire, marche avec elle, la suit dans ses phases, se termine en même temps, avant ou après par des évacuations alvines. Cependant les scarlatines en question se jugent rarement sans accidens. Le plus fréquent de tous c'est une anasarque consécutive à la disparition de l'éruption. On voit même beaucoup de malades atteints de ces sortes d'hydropisie, et dont on n'avait pas soupçonné la scarlatine antérieure, tant elle avait été légère.

Les angines appartiennent aussi à la scarlatine, et cependant plusieurs sujets en sont affectés sans avoir présenté les traces d'aucune éruption cutanée. Du reste, ces angines marchent comme les scarlatines concurremment avec une fièvre catarrhale. Elles ne diffèrent de la fièvre scarlatine que par l'absence de l'éruption. On rencontre en outre d'autres sujets chez lesquels tout se borne aux symptômes de la fièvre, sans angine ni éruption; en sorte que les malades sont affectés, dans toute la rigueur du mot, de la fièvre scarlatine sans éruption scarlatineuse, semblable à cet égard à ces fièvres rubéoliques sans rougeole, et à la fièvre varioleuse sans variole.

Les rhumatismes eux-mêmes ont une fièvre analogue à la fièvre de la scarlatine et à la fièvre des angines. Des nuances innombrables distinguent les malades atteints des affections régnantes. Au fond pourtant ils se ressemblent tous. En effet, la fièvre, chez ceux qui en offrent, est essentiellement catarrhale ou muqueuse, et ne diffère que par le degré de l'affection ou par le siége des symptômes, ou par la nature des accidens.

Il n'est pas difficile de trouver l'origine de ces affections. Elle existe manifestement dans les variations atmosphériques des mois passés et dans la grande humidité de l'air pendant cet intervalle. Cette étiologie est si vraie, que depuis que le froid, et un froid sec, a remplacé ces variations et cette humidité, les maladies ont commencé à prendre un aspect plus inflammatoire, et qu'on voit arriver dans les salles des pneumonies revêtues du même cachet. Nous réservons pour un prochain article les détails des histoires des maladies que nous avons commencées.

Nous emprunterons les observations citées dans nos articles au recueil de notes rassemblé avec beaucoup de soin par M. Legendre, interne dans les salles du service actuel de M. Baudelocque. Nous joindrons à ces faits les remarques thérapeutiques que nous a communiquées

Fièvre typhoïde légère. Eau de Sedlitz. Guérison.

X..., âgé de neuf ans, bien constitué, a éprouvé au début de sa maladie des frissons irréguliers suivis d'une chaleur brûlante, de la céphalalgie, du délire, un ou deux vomissemens, une toux légère et de l'agitation. Il est porté à l'hôpital cinq jours après son invasion et couché au n° 12 de la salle Saint-Jean.

A son entrée, vers quatre heures du soir, il est légèrement assoupi et couché sur le dos; il avait la face très colorée, les réponses rapides, mais assez justes; cependant il ne se croyait pas à l'hôpital, et dès qu'il s'assoupit il parle tout seul. Mis dans son lit, il cherche à se lever et tombe sur le carreau; il portait un écoulement fétide par l'oreille droite; cet écoulement date de la première enfance et il est accompagné d'une surdité notable. Il avait d'ailleurs de la soif, de l'inappétence, le ventre un peu ballonné, assez douloureux dans les deux fosses iliaques; des gargouillemens dans la droite; une chaleur modérée; le pouls assez plein, régulier, assez fréquent, à 120 pulsations; un peu de toux grasse, du râle sibilant des deux côtés, un peu de râle muqueux à la base du poumon à droite. La nuit suivante il fut un peu agité et eut une selle liquide.

Le sixième jour, céphalalgie nulle, un peu d'étonnement; langue peu humide et peu chargée; ventre moins tendu, sans douleur appréciable; soif, inappétence; le pouls à 112, régulier; il se met et se tient avec peine sur son séant. Deux verres d'eau de Sedlitz; demi-lavement émollient; cataplasme sur le ventre; diète. Deux garderobes dans le jour, de nature jaune, très liquides et très fétides; un peu de délire dans l'après-midi; il cherche à se lever. Cet état a persisté cinq ou six jours de suite, pendant lesquels on lui fait prendre quelques verres d'eau de Sedlitz, en maintenant du reste la même médication.

Le onzième jour il n'y avait plus de délire ni de ballonnement du ventre; le pouls était à 96 pulsations; mais il avait encore deux selles liquides.

Le quatorzième jour il était très bien; il n'avait plus de diarrhée et avait de l'appétit. On commence ce jour-là à lui donner de la soupe.

Réflexions. — L'affection de ce sujet s'était annoncée par des symptômes assez intenses qui fort heureusement ne se soutinrent point. Les plus alarmans furent le délire et l'assoupissement, et puis la tension et le ballonnement du ventre. Quand il arriva à l'hôpital ces symptômes survivaient, mais ils étaient déjà très réduits; au moins le délire et la fièvre n'étaient presque rien. Le ballonnement du ventre et les autres symptômes siégeant dans cette cavité, commencèrent à se relâcher d'eux-mêmes par une garderobe liquide. L'apparition de cette garderobe et l'amélioration qui en fut la suite, indiquèrent sans équivoque comment il fallait diriger le traitement. Cette médication fut suivie par l'administration soutenue de quelques verres d'eau de Sedlitz, qui entretinrent le ventre libre, dégagèrent peu à peu la tête, finirent par dissiper les symptômes gastriques et décidèrent, au bout de quatorze jours à dater de l'invasion de la maladie, le retour de l'appétit et le rétablissement complet de l'état normal.

Nous mentionnerons parmi les phénomènes remarquables de cette histoire, la nullité de la chaleur et la tranquillité assez grande du pouls quoiqu'il y eût du délire, de l'agitation et l'appareil symptomatique apparent d'une méningite commençante. Une autre remarque importante, c'est l'heureux effet des doux purgatifs, l'eau de Sedlitz, contre le ballonnement du ventre, le gargouillement des fosses iliaques et la douleur de l'abdomen. Le résultat n'aurait peut-être pas été le même si, conjointement avec les symptômes abdominaux et encéphaliques il y avait eu une fièvre intense. Dans ce cas la purgation n'aurait été admise qu'après la répression de l'état fébrile.

Fièvre typhoïde. Parotides. Desquammation de l'épiderme. Mort le quinzième jour.

Joachim, âgé de douze ans, né à Paris, ayant l'habitude de la masturbation, assez bien logé d'ailleurs et assez bien nourri; apprenti chez un tourneur en bois depuis trois mois, se sentit d'abord pendant trois ou quatre jours un peu souffrant et faible, lorsque le 18 décembre il éprouva un malaise général, de la faiblesse dans les jambes, de la céphalalgie, de l'inappétence; il souffrait en outre du ventre, avait le dévoiement et rendait des matières très fétides; il toussait en même temps. Depuis il a été assoupi, avec du trouble dans les idées, une épistaxis, des bourdonnemens d'oreille, l'ouïe un peu dure, la vue un peu confuse; il avait une chaleur brûlante la nuit et le jour; la physionomie abattue, une céphalalgie frontale; la langue humide, enduite d'une couche d'un blanc jaunâtre, épaisse au centre; de la soif, de l'inappétence; le ventre ballonné, sensible vers la fosse iliaque droite, un peu de gargouillement de ce côté; du râle sibilant des deux côtés de la poitrine; le pouls à 116, peu développé; la peau modérément chaude.

Le jour de son entrée, le 23 décembre, il a déliré tout le jour et toute la nuit; s'est beaucoup remué dans son lit; il va souvent à la garderobe et quelquefois involontairement.

Le sixième jour, à la visite, le délire continue; air de stupeur très grand; face pâle et plombée; céphalalgie frontale; réponses assez justes; délire lorsque le malade est assoupi et qu'on ne le questionne point. Langue moins humide; lèvres sèches, soif vive; ventre peu développé, moins sensible, un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite; pouls à 120 pulsations; respiration fréquente par instans; un peu de toux, râle sibilant.

Le septième jour, même état à peu près; toux assez fréquente, grasse; râle sous-crépitant à la base de la poitrine des deux côtés; peau sèche, brûlante; pouls développé. Une bouteille d'eau de Sedlitz; cataplasme sur le ventre; lavement; diète. Délire et agitation nocturne. Gonflement subit des parotides.

Le huitième jour, même état à peu près; le gonflement des parotides empêche le malade d'ouvrir bien la bouche et de montrer bien la langue. La partie de cet organe qu'on peut voir est humide sans rougeur; le gonflement des parotides est très considérable, sans rougeur, mais très douloureux par la pression. Le ventre peu développé. Depuis hier matin il y a eu sept ou huit selles très fétides. Râle sous-crépitant à la région déjà indiquée: pouls à 128, vif, mais peu développé, résistant peu sous le doigt; peau chaude et sèche. Le malade se tient assez difficilement sur son séant. Une bouteille d'eau de Sedlitz; frictions avec l'onguent napolitain sur les régions parotidiennes; une friction toutes les trois heures, et quatre grammes d'onguent par friction; deux vésicatoires aux jambes; diète.

Beaucoup de délire et d'agitation dans l'après-midi et dans la nuit; il cherche à sortir du lit, et on est obligé de l'y maintenir. Plusieurs selles liquides; il ne demande pas à aller à la garderobe.

Le neuvième jour au matin, pouls à 116 pulsations, peu développé; peau assez chaude; respiration assez fréquente; toujours râle sous-crépitant des deux côtés. Le malade ne répond pas aux questions qu'on lui fait; il montre pourtant la langue; sa face est très abattue; il est presque toujours assoupi, les yeux fermés; la paupière gauche est œdématiée; gonflement œdémateux du cou; les régions parotidiennes toujours gonflées et douloureuses au toucher, un peu plus chaudes que la veille. Le ventre est peu développé, peu douloureux; deux selles depuis le matin; moins d'agitation.

Le dixième jour il y a eu moins de délire et moins d'agitation la nuit dernière. Le matin du dixième jour la face est moins abattue, on le tire facilement de son assoupissement; pouls à 100 pulsations, assez développé; peau chaude et sèche; ventre peu ballonné, peu douloureux; plusieurs selles liquides rendues avec conscience; râle muqueux à la base de la poitrine des deux côtés en arrière, surtout à droite. Même prescription.

Le soir, le pouls était à 100 pulsations; il n'y avait pas eu d'agitation dans la journée, et à peine du délire; il demande à boire et pour aller à la garderobe.

Le onzième jour même état que la veille. Peu d'agitation et de délire; plusieurs selles liquides; ventre ballonné, indolore; il boit facilement; il montre difficilement la langue, qui est couverte d'un enduit blanchâtre, épais et collant. Un enduit analogue et léger invisque les dents; le pouls est à 104, médiocrement développé, la chaleur modérée. En râclant légèrement avec l'ongle la peau de ce malade, l'épiderme s'enlève. Les parotides sont toujours gonflées, œdémateuses et rouges. Une bouteille d'eau de Sedlitz avec du sirop de groseille; frictions sur les parotides avec quatre grammes d'onguent napolitain; diète.

Le douzième jour la face était un peu moins abattue; la paupière gauche n'était plus œdématiée; l'agitation et le délire étaient peu considérables, les parotides un peu moins gonflées: elles paraissaient le siége d'une fluctuation profonde; le ventre était plutôt rétracté que ballonné; les selles toujours liquides. Sous les vésicatoires, la plaie est rouge, parsemée de petites ecchymoses: le pouls avait 96 pulsations, il était peu développé; l'épiderme se détachait toujours par un frottement un peu rude. (Même prescription; cataplasmes émolliens sur les vésicatoires.) Toux de temps en temps. Le soir le pouls donnait 104 pulsations faibles, peu développées; la peau n'était pas chaude; intelligence assez bien conservée; pas de selles depuis le matin. La plaie des vésicatoires, qui avait la grandeur ordinaire, s'est considérablement étendue par suite de l'enlèvement de l'épiderme dont nous avons parlé.

Le treizième jour, depuis hier trois garderobes. Aujourd'hui la face est toujours abattue; gonflement des parotides très prononcé, rouge, douloureux, avec une fluctuation obscure. La langue est toujours visqueuse, collante, ainsi que les lèvres et les dents. Quelques bulles régnant aux extrémités in-

férieures soulèvent l'épiderme et contiennent une petite quantité de sérosité. Pouls faible, peu développé, peu fréquent, à 104 pulsations ; peau sèche, sans chaleur ; décubitus dorsal. Il n'y a rien du côté de la poitrine. Décoction de quinquina ; eau vineuse ; deux lavemens avec une décoction de quinquina ; frictions mercurielles sur les parotides, ensuite cataplasmes, compresses d'eau blanche sur les vésicatoires et les bulles des genoux ; deux tasses de bouillon. Le soir, abattement extrême ; face pâle ; pouls très faible, à 96 pulsations ; la peau est dépourvue de chaleur ; toux de temps en temps. L'état de faiblesse de ce malade va en augmentant ; on remarque de plus chez ce sujet un amaigrissement rapide considérable ; enfin il meurt le quinzième jour de sa maladie.

Réflexions. L'histoire de ce malade offre matière à beaucoup de remarques intéressantes. Elle porte d'abord tous les traits des affections appelées naguère fièvres muqueuses ou pituiteuses, et qui rentrent aujourd'hui dans la grande classe des fièvres typhoïdes. Cette maladie a commencé avec les symptômes les plus alarmans menaçant à la fois la tête et le ventre, comme l'attestent le trouble des sens, le délire, les bourdonnemens d'oreille, l'épistaxis, la vue confuse et le ballonnement du ventre, les douleurs des fosses iliaques et le dévoiement. Cet appareil symptomatique alla chaque jour en augmentant. L'apparition brusque des parotides vers le sixième jour n'amenda pas sensiblement les symptômes ; elle y ajouta plutôt de nouveaux signes de congestion vers la tête. A cet égard, l'éruption des parotides forme une assez rare exception. On voit souvent, en effet, un semblable phénomène déterminer une amélioration passagère, et qui ne se soutient point. Il arrive même que les parotides qui parviennent rapidement à une bonne suppuration, résolvent à la manière des crises les états morbides les plus graves. Les praticiens recommandent aussi d'ouvrir aussitôt que cela se peut les abcès parotidiens, ou du moins de faire tous ses efforts pour activer la suppuration de ces engorgemens. On n'a pas manqué chez Joachim de travailler à obtenir la maturation de ces tumeurs, et c'est à cette fin, bien plus qu'à leur résolution, que paraissaient tendre les frictions locales avec l'onguent napolitain.

Cependant, l'amendement qui a coutume de succéder à l'explosion des parotides n'a pas manqué dans le cas actuel, du moins complétement ; car on l'a vu se déclarer vers le dixième jour et même la veille, le lendemain à peu près de l'éruption des tumeurs parotidiennes. Nous pensons, d'après l'amélioration observée, que si, sur ces entrefaites, les parotides avaient suppuré, la guérison de ce sujet aurait été la conséquence de cette suppuration. Quoi qu'il en soit, la maladie, qui avait rétrogradé pendant quelques jours, n'a pas tardé à reprendre son cours ascendant ; les forces ont baissé chaque jour, la chaleur s'est éteinte, et le malade a succombé par impuissance de fournir aux frais d'une suffisante réaction.

Nous devons noter comme un phénomène digne d'attention, que cette affection n'a eu rien de bruyant. Le délire a été assez doux, la fièvre modérée, la chaleur rarement intense : c'est un trait particulier aux maladies muqueuses, et qui s'est produit à l'époque dont nous retraçons l'histoire médicale, avec un caractère des plus saillans. Une seconde remarque relative également aux influences pathologiques de la même affection, c'est la complication d'un élément catarrhal dans toutes les affections régnantes. Cette complication a déjà frappé dans l'observation qui précède ; elle a existé aussi chez le malade actuel. On la reconnaissait, dans l'un comme dans l'autre, à une toux plus ou moins soutenue, plus ou moins forte, et aux signes physiques des lésions catarrhales des organes thoraciques. Toutefois, cette complication n'a modifié en rien l'affection du second malade, et elle a eu assez peu d'importance dans la maladie de la première observation. La fièvre typhoïde en a comprimé l'expression symptomatique : ce qui arrive toujours lorsque de deux affections en concurrence l'une compromet la vie, tandis que l'autre effleure à peine l'organisation.

Fièvre typhoïde simulant une méningite.

Vidal, âgé de onze ans, né en Auvergne, à Paris depuis trois mois (il y était déjà venu passer l'hiver de 1840 à 1841, et il en était reparti à l'entrée de l'été), se plaignait souvent du ventre, quoi qu'il fût d'ailleurs bien portant. Reçu à l'hôpital, salle Saint-Jean, n° 22, le 2 décembre, il présentait l'état suivant le lendemain matin à la visite :

Beaucoup d'agitation, répondant peu ou mal aux questions qu'on lui fait ; langue blanchâtre au centre, légèrement rouge aux bords, sèche ; haleine désagréable ; le ventre est plutôt rétracté que ballonné ; pas de garderobes depuis son entrée ; pouls irrégulier, peu fréquent ; un peu de toux rare. (Limonade, deux pots ; deux lavemens purgatifs ; sinapismes aux jambes). Après le premier lavement, il va très abondamment à la selle. Son agitation a continué dans l'après-midi ; on est toujours obligé de le maintenir dans son lit. Dans l'après-midi, le malade est couché sur le dos, dort les paupières non entièrement closes ; il a la langue rouge, sèche ; n'a pas d'appétit, se plaint du ventre vers la fosse iliaque droite : du reste, chaleur de la peau et respiration à l'état normal. Il donne des réponses tantôt justes, tantôt incohérentes ; il ne sait où il est couché, si l'on est au matin ou au soir, accuse une céphalalgie frontale, dit qu'il est malade depuis dix jours, crie, s'agite et semble souffrir quand on le met sur son séant ; il est tranquille et assoupi quand on le laisse couché, au lieu qu'auparavant il se découvrait sans cesse. Dans la nuit dernière, il a été très agité ; il faisait beaucoup de bruit, empêchant les autres enfans de dormir et cherchant à se lever. Du reste, pas d'apparence de fièvre, pas de garderobes.

Le 4 décembre, cinquième jour de sa maladie, il était couché sur le dos, légèrement assoupi ; ses pommettes étaient injectées ; sa langue rouge, sèche, sans enduit épais. Il se plaint du front et du ventre quand on l'interroge. Le ventre, en effet, est très sensible à la pression, surtout vers la région iléo-cœcale ; il est d'ailleurs plutôt rétracté que ballonné. Le pouls est à 84, irrégulier, peu développé ; il a un peu de toux grasse ; la respiration suspirieuse par momens. Il fait toujours de grands efforts pour empêcher qu'on ne le mette sur son séant ; toujours un peu de délire. (Deux verres d'eau de Sedlitz, lavement purgatif. diète.)

La maladie de ce sujet a débuté par une violente courbature ; la nuit suivante, il éprouva une forte chaleur suivie de sueurs. Le deuxième jour, il se plaignit de la tête et du ventre ; on lui fait prendre un peu d'absinthe qui provoque un vomissement. Le soir, vers trois heures, il fut trouvé sans connaissance, ne parlant plus. Un médecin déclara qu'il allait mourir. Le troisième jour au matin, il est pris de délire et d'agitation ; c'est alors qu'on l'amène à l'hôpital.

Réflexions. Le délire de Vidal paraît avoir été déterminé par l'absinthe qu'on lui a fait prendre, dans l'état d'agitation où l'avait placé le commencement de la fièvre. Ce n'est pas la première fois que des stimulans moins actifs que celui-ci ont amené le même effet. Il est vraiment déplorable qu'on ne puisse parvenir à détourner le peuple (et sous ce rapport beaucoup de personnes des classes élevées sont peuple) de la manie de traiter par de violens excitans les premiers symptômes de leurs maladies. Si, au lieu d'absinthe, Vidal eût pu être saigné, ou même s'il fût resté tranquille ou couché, il est probable que sa maladie se serait annoncée comme une indisposition légère, ou comme une légère fièvre inflammatoire. A son entrée à l'hôpital après les effets de l'absinthe, on aurait pu craindre une méningite, à en juger par l'état de la tête ; cependant il a guéri promptement et à très peu de frais, grâce aux douces purgations qu'on lui a fait prendre. On n'a pas perdu son temps, dès l'arrivée de ce malade, à poursuivre partiellement les symptômes des cavités encéphaliques et gastriques ; on est allé droit à la cause de la maladie, et on y a appliqué l'eau de Sedlitz, en qui l'expérience a reconnu une sorte de vertu spécifique contre les affections muqueuses classées aujourd'hui parmi les fièvres typhoïdes. Un succès rapide a été le fruit de cette médication si opportune. A peine le ventre s'est-il ouvert que l'échafaudage des symptômes encéphaliques a cédé, et que le malade a commencé une convalescence solide.

Cette fièvre typhoïde différait des deux premières, parce qu'elle présentait une sur-excitation beaucoup plus grande, occasionnée, comme nous l'avons dit, par une stimulation accidentelle ; du reste, elle était compliquée aussi de l'appareil de symptômes catarrhaux qui n'a pas manqué de se joindre aux maladies de l'époque actuelle, quand il n'en faisait pas la base. Nous décrirons dans un troisième article les maladies d'une autre espèce, et beaucoup plus communes que les fièvres typhoïdes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Du pronostic et du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Appareil nouveau.

Ce n'est guère que depuis environ dix ans que nous possédons des données assez précises sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Il est vrai que Pouteau avait consigné dans un mémoire sur les fractures de l'avant-bras par suite de chutes, que « ces fractures sont le plus souvent prises pour des entorses, pour des luxations incomplètes, ou pour un écartement du cubitus et du radius, à leur jonction vers le poignet. » (Œuvres chirurg., tom. II, pag. 251.) On sait en outre que Desault avait signalé des méprises analogues. Cline, A. Cooper, Dupuytren avaient aussi observé cette fracture. Il paraîtrait même que ce dernier chirurgien s'en occupait depuis long-temps dans ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu. (*V.* Leçons orales de ce chirurgien, 2e édit., t. I, p. 140.) Il est juste de dire cependant que c'est à M. Goyrand (d'Aix en Provence), que l'on doit la première description détaillée de cette fracture. (Gazette médicale, 13 octobre 1832.) Quoi qu'on en ait dit, jusqu'à cette époque cette partie de l'histoire des fractures n'était qu'imparfaitement connue. (*V.* un autre travail de M. Goyrand, inséré dans le Journal hebdomadaire, 1836, t. I, p. 161.)

Le premier travail de M. Goyrand fut immédiatement suivi d'un mémoire de M. Malgaigne, ayant pour titre : Des luxations du poignet et des fractures qui les simulent. (Gazette médicale, octobre et novembre 1832.) Depuis lors des travaux nombreux plus ou moins intéressans ont été publiés sur ce sujet. Ce n'est pas ici le lieu de nous en occuper. Nous ne sommes entré dans les quelques détails qui précèdent que pour montrer la part qui revient de droit au chirurgien d'Aix dans cette question.

Nous ne rapporterons pas dans cet article les développemens présentés par M. Velpeau sur les causes et la symptomatologie des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Nous serions entraînés bien au-delà des limites que nous devons nous imposer. D'ailleurs, cette partie de la question se trouve exposée avec exactitude dans plusieurs travaux publiés depuis quelques années. Nous pourrons toutefois y revenir dans une autre circonstance. Nous ne nous occuperons ici que du pronostic et du traitement de cette fracture. Les idées de M. Velpeau diffèrent sur ces deux points de celles qui sont professées par d'autres praticiens. On va en juger.

Pronostic. — Traitées ou abandonnées à elles-mêmes, les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont généralement regardées comme une maladie grave. Lorsqu'une fracture de ce genre a été méconnue, prise pour une luxation, ou bien abandonnée à elle-même, il en résulte, dit Dupuytren, des changemens très fâcheux dans le membre : l'espace interosseux est effacé ; l'avant-bras, au lieu de présenter dans ce point une face aplatie antérieurement et postérieurement, a une forme cylindrique ; les mouvemens de pronation et de supination se trouvent perdus. (Dupuytren, Leçons orales, 2e édition, t. 1, p. 165.) La plupart de ces assertions avaient été d'ailleurs émises antérieurement par MM. Goyrand et Malgaigne. Cependant ces auteurs auraient pu ajouter, comme l'a fait depuis M. Diday (Archives générales de médecine, 3e série, t. I, p. 141), que ces conséquences de la fracture du radius s'observent souvent aussi, malgré tous les genres de traitement ou de bandages qui lui ont été opposés dans ces derniers temps. A cet égard, dit M. Velpeau, je suis heureux de pouvoir annoncer des résultats moins désespérans que ceux qu'on trouve mentionnés dans les auteurs.

Abandonnée à elle-même, c'est-à-dire traitée comme une simple entorse, la fracture de l'extrémité inférieure du radius n'entraîne *ordinairement* que des suites très simples et n'empêche presque jamais les fonctions du poignet de se rétablir complètement. Les cas où le contraire de ce que j'avance a été noté me paraissent constituer des exceptions. J'ajouterai même pour être exact que la plupart des appareils employés dans le traitement de ces fractures favorisent plutôt qu'ils ne préviennent les conséquences dont parle Dupuytren. Ceci a besoin de quelques explications.

Depuis que je suis parvenu à diagnostiquer aisément les fractures de l'extrémité inférieure du radius, à ne plus confondre ces fractures avec les entorses, les diastasis ou de prétendues luxations, j'ai pu en observer un très grand nombre long-temps après l'accident. Comme Dupuytren, comme MM. Goyrand, Malgaigne, Diday, j'ai pu constater qu'au bout de quatre et de six mois, la douleur, l'engorgement et la raideur persistent encore dans quelques cas. Mais dans tous ces cas la maladie avait été soigneusement traitée et admise à titre de fracture. Depuis lors aussi, j'ai rencontré de nombreux malades qui portaient la difformité en Z caractéristique des fractures du radius, avec tous les attributs les plus tranchés, et chez lesquels il n'avait été question que d'une entorse ou d'une foulure. Chez ceux-ci la médication avait par conséquent consisté en émissions sanguines locales, en topiques d'abord émolliens, puis résolutifs, en un repos, une immobilité de quelques semaines du membre malade. Hé bien, tous ont affirmé qu'ils n'avaient été malades que pendant trois semaines ou un mois, que la mobilité et la souplesse s'étaient rétablies dans le poignet et dans les doigts en moins de six semaines ; tous démontraient par leurs actions que le membre n'avait rien perdu de sa force et de son agilité ; tout se réduisait chez eux à une simple déviation dans la ligne verticale du carpe. Je peux compter depuis six ans plus de trente exemples de ce genre, et il ne se passe pas d'années où je puisse en montrer trois ou quatre exemples dans ce service.

De telles observations m'ont bientôt porté à étudier sous un nouveau point de vue les suites de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. En y regardant avec soin, sans idée préconçue, je n'ai pas tardé à voir que cette fracture devait se consolider avec promptitude et facilité même quand on ne l'enveloppe d'aucun appareil. Le fragment inférieur est trop exactement encadré entre les tendons qui vont de l'avant-bras à la main, pour être susceptible de déplacemens journaliers. La douleur du poignet suffit, au surplus, pour empêcher le malade de se livrer à des manœuvres volontaires dans cette région. On ne voit donc pas *à priori* quelles circonstances pourraient mettre obstacle à la consolidation de l'os brisé. Cette consolidation étant opérée (ce qui dans un tissu spongieux et vasculaire, comme la tête du radius, s'effectue dans l'espace de quinze à trente jours), l'engorgement des parties molles, l'empâtement des tendons se dissipent à leur tour bien promptement. Reste donc la déformation en Z de la région, et un peu de déviation de la main en dehors. N'est-il pas évident, dès lors, que cette déviation, la seule difformité avec un peu d'élargissement du poignet qu'entraînent les fractures de l'extrémité inférieure du radius, est incapable de troubler gravement les fonctions des doigts et de la main. Quand elle est portée très loin, on conçoit, qu'à titre de difformité, elle puisse choquer l'œil ; mais il est constant, d'un autre côté, qu'elle n'entraîne comme conséquence définitive aucune perturbation fonctionnelle sérieuse.

Maintenant, comment se fait-il que cette raideur, cet empâtement, ces fausses ankyloses signalées par tous les praticiens, existent plutôt quand on a cru à une fracture, que quand on a pris la fracture pour une luxation ou une entorse. Il m'a semblé que ce résultat était en quelque sorte naturel et des plus facile à expliquer. Il n'y a pas d'appareil, en effet, proposé contre ces sortes de fracture qui ne doive, pour en maintenir la réduction comme on l'entend, comprimer long-temps et d'une manière inégale, soit l'avant-bras, soit le poignet, soit la main, et quelquefois toutes ces régions ensemble. Chacun devine qu'une compression pareille gênera la circulation dans le membre, favorisera l'engorgement, l'infiltration dans les tissus fibro-synoviaux qui entourent les os et les tendons de toute la région malade ; d'où une raideur, un engourdissement, une tuméfaction passive, phénomènes toujours longs à se dissiper, et qui disparaissent rarement sans laisser des traces indélébiles. Il suffit, après tout, de se rappeler ce qui arrive à une foule de jointures moins compliquées, après les fractures des os voisins, lorsque pour obtenir la consolidation de ces fractures, il a fallu se servir de tractions, de compressions, d'attelles, d'appareils long-temps continués, pour comprendre et admettre aussitôt ce que je viens d'avancer. Je terminerai en disant que ceci est une affaire de pure observation, et que pour changer l'opinion générale qui règne à ce sujet, les praticiens n'auront qu'à ouvrir les yeux, à noter comparativement les cas de leur pratique qui appartiennent aux deux catégories de fracture que j'ai citées, à celles qu'on a traitées par les appareils ordinaires, à celles qui ont été traitées comme des entorses ou qui n'ont pas été traitées du tout.

Cependant, j'ai hâte de le dire, il ne faudrait pas outrer mes opinions sous ce rapport. Si la fracture a lieu plus haut que de coutume, c'est-à-dire à deux centimètres au moins au-dessus de l'articulation, le fragment supérieur du radius se rapproche trop du cubitus, rétrécit trop manifestement l'es-

pace interosseux pour qu'il ne doive pas en résulter, la lésion étant abandonnée à elle-même, une grande gêne dans les mouvemens de pronation et de supination de la main. Pour ces cas, le traitement des fractures de l'avant-bras, même d'après les principes connus et admis aujourd'hui, est évidemment d'une rigoureuse nécessité. C'est en conséquence pour les fractures qui s'établissent dans l'épaisseur des deux derniers centimètres, et principalement du dernier centimètre de l'extrémité inférieure du radius, que la doctrine que je viens de mentionner doit être réservée. Ces principes bien compris, passons au traitement.

Traitement. — S'il est vrai que dans l'immense majorité des cas, les fractures de l'extrémité inférieure du radius prises pour des entorses, ou non traitées, se consolident sans entraîner de troubles marqués dans les fonctions du membre, en ne laissant à leur suite qu'une difformité de peu d'importance, il faut d'abord en conclure que mieux vaudrait ne point les traiter que de les soumettre à l'emploi d'appareils qui exposent aux conséquences énoncées par Dupuytren, MM. Goyrand, Malgaigne, Diday. Examinons donc les principales variétés de bandage qui ont eu cours dans la pratique jusqu'ici, afin de voir s'il n'y a rien de mieux à tenter.

Appareils ordinaires. — Avant les remarques de Dupuytren, les fractures de l'extrémité inférieure du radius n'avaient point paru nécessiter d'autres appareils que celles de l'avant-bras en général; aussi leur appliquait-on, et beaucoup de chirurgiens leur appliquent encore ces appareils, que l'on trouve décrits dans Desault, dans Boyer, etc. Il faut convenir que ce bandage réussit aussi souvent que plusieurs autres dont je vais parler; il a cependant le défaut de ne faire disparaître que très incomplètement le Z du poignet, à moins d'une compression très forte exercée sur le dos et la face palmaire du carpe. Jamais il ne lutte d'une manière efficace contre la déviation de la main en dehors, si bien que son avantage, à peu près unique, est de maintenir les articulations immobiles, et de lutter avec efficacité contre la disparition de l'espace interosseux. Or, ces résultats étant achetés par des douleurs assez vives, long-temps continuées, par un engorgement pénible des doigts et de la main, par la raideur, l'empâtement, l'engourdissement prolongé des tendons, ne sont-ils pas d'une trop faible valeur pour être comparés aux suites généralement heureuses du traitement de ces fractures sans appareil?

Appareil Dupuytren. — Frappé des inconvéniens du bandage ordinaire, imbu de l'idée que l'inclinaison de la main en dehors était la cause des suites fâcheuses des fractures qui nous occupent, Dupuytren imagina de placer sur le côté cubital de l'avant-bras une attelle métallique recourbée en dehors, et sur laquelle devait aller se fixer un lien destiné à tirer le carpe et le métacarpe en dedans sur le côté cubital. Les compresses graduées et le bandage ordinaire étant appliqués comme de coutume, ce chirurgien fixait son attelle, puis il terminait, en quelque sorte comme dans la fracture du péroné, par des tours de bandes qui allaient de la racine au pouce au poignet, sur l'extrémité de l'attelle métallique coudée.

Cette méthode a obtenu, dit-on, à l'Hôtel-Dieu, d'assez nombreux succès. Cependant, soit qu'en théorie elle n'ait pas offert toute la sécurité désirable, soit que les essais tentés par d'autres n'aient pas répondu à ceux de Dupuytren, toujours est-il que c'est là un appareil complètement abandonné. Effectivement, il exige le même degré de pression et entraîne par conséquent les mêmes douleurs, les mêmes engorgemens que l'appareil ancien. Bien plus, les tractions continues qu'il exerce sur des points circonscrits du bord radial de la main et du poignet, le rendent encore plus difficile à supporter que le précédent, outre que l'extensibilité des bandes et la manière dont elles sont appliquées ne lui permettent pas même d'atteindre le but que s'était proposé le chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Appareil Goyrand. — Ayant constaté l'insuffisance de l'appareil de Dupuytren, ce chirurgien en a proposé un autre. Il ne prolonge les compresses graduées que jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras. Deux petits coussinets assez épais et pliés en coin ou en parallélogramme sont ensuite placés, le premier sur le devant du carpe et la racine des éminences de la main pour tenir lieu de la compression graduée antérieure, l'autre en arrière sur le dos du carpe. Les attelles en bois sont aussi disposées de manière que celle de la région antérieure s'arrête au métacarpe, tandis que celle de la région postérieure descend jusqu'à la racine des doigts. Le reste du bandage de M. Goyrand est en tout semblable au bandage ancien.

Le but de ce chirurgien, on le devine, est d'agir fortement sur l'espace inter-osseux pour y enfoncer les muscles, puis de déprimer la face convexe du carpe, en la faisant basculer d'arrière en avant pendant que les racines des éminences thénar et hypothénar sont soutenues par le coussinet cunéiforme. Peut-être obtiendrait-on mieux, en se comportant de la sorte, le redressement du poignet qu'à l'aide soit du bandage ancien, soit du bandage de Dupuytren. Mais cet appareil, que j'ai vu appliquer par M. Goyrand, que j'ai mis moi-même à l'épreuve plusieurs fois, m'a paru exercer une compression plus fatigante et laisser dans les tendons ou les jointures une raideur encore plus persistante que les autres, même en adoptant la modification que M. Malgaigne lui a fait subir depuis. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1840, pag. 26.)

Appareil Diday et Godin. — Dans un mémoire inséré dans les Archives de médecine (3[e] série, tome I[er], page 41), ces auteurs disent qu'aucun des bandages imaginés jusque-là ne met à l'abri des inconvéniens contre lesquels chacun s'efforce de lutter depuis si long-temps. On voit dans ce travail que les auteurs ont saisi l'indication qu'il y aurait à remplir pour empêcher la difformité sans nuire aux fonctions de la main. C'est l'extension permanente qu'ils avaient imaginé d'exercer. On conçoit, en effet, que s'il était possible d'exercer une extension continue sur la moitié radiale de la racine de la main, les tendons maintiendraient forcément en place le fragment inférieur de la fracture, et qu'il serait dès-lors inutile de maintenir sur le carpe la moindre compression fâcheuse. Malheureusement l'appareil décrit par M. Diday n'est point de nature à satisfaire les intentions du chirurgien sous ce rapport, de sorte que la question reste pour ainsi dire intacte. L'attelle dorsale de M. Diday étant coudée sur son bord cubital inférieurement, remplit les mêmes indications que celle de Dupuytren, en exposant aux mêmes inconvéniens.

La machine à extension prenant son point d'appui contre le bas du bras, imaginée par M. Huguier, exige une compression trop forte sur certains points, et ne maîtrise pas assez bien la coaptation pour être adoptée.

Je ne crois pas non plus que les modifications proposées par M. Blandin soient de nature à changer notablement les conséquences connues de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Je crains également que le bandage, d'ailleurs ingénieux, imaginé depuis par M. Dumesnil (*Gazette des Hôpitaux*, 1841), obtienne tous les succès que s'en promet ce jeune observateur. Il m'a semblé qu'avec ce bandage on courait risque ou de laisser subsister les déviations du poignet, ou de n'en obtenir le redressement que par des compressions tout aussi redoutables que celles des bandages déjà connus.

Je conclus de tout ce qui précède que si rien de mieux que ce qui existe n'était possible, il serait plus sage d'abandonner ces bandages que d'y avoir recours, excepté toutefois dans les cas où la fracture est assez élevée pour compromettre l'existence de l'espace inter-osseux. On s'en tiendrait alors à l'immobilité de la région, à quelques applications de sangsues si le gonflement et la douleur étaient considérables, à des cataplasmes de farine de lin pendant quelques jours, à des compresses résolutives ensuite, puis à l'emploi d'une sorte de manchette inamovible pendant une quinzaine de jours. On soumettrait, en un mot, ces fractures au traitement des entorses et des foulures en général; et j'ai la conviction qu'ainsi traités, les malades guériraient presque tous au bout d'un mois ou six semaines: le seul résultat désagréable qui s'en suivrait serait une courbure, un certain degré de déviation indélébile du poignet et de la main.

Appareil nouveau. — Au demeurant, il existe une manière assez simple de remédier aux fractures de l'extrémité inférieure du radius sans être obligé de recourir aux compressions pénibles, inhérentes aux appareils dont nous venons de parler. Il faut pour cela une sorte d'extension permanente sans traction que l'on obtient à l'aide des appareils inamovibles actuellement employés dans la thérapeutique des fractures en général.

J'emploie ce bandage sous deux formes. Après avoir redressé le membre par les efforts ordinaires, je place une compresse imbibée d'eau-de-vie camphrée autour du poignet, et j'applique un plan de bandage roulé à sec depuis la racine des doigts jusque vers le milieu de la hauteur du bras, en ayant soin de ne comprimer que très peu les parties. Je place sur ce premier bandage des compresses graduées épaisses qui ne descendent que jusqu'à la racine du métacarpe, et dont l'antérieure se termine en forme de coin en arrivant aux éminences de la main. Deux attelles de carton légèrement mouillé sont aussitôt appliquées en avant et en arrière sur toute la longueur des compresses. On a soin de les mouler exactement sur les régions qu'elles doivent couvrir, et d'en détruire les angles, les aspérités du côté de la main. Une bande de six aunes imbibée de dextrine me sert ensuite à recouvrir le tout d'un nouveau bandage roulé à deux plans superposés depuis la racine des doigts jusqu'au-dessus du coude. Comme ce bandage reste mou pendant quelques heures, j'applique par-dessus deux attelles de bois plus larges et moins longues que les attelles de carton, et je les fixe par quelques tours de bande sèche, afin de maintenir le poignet dans la position où l'extension et la contre-extension l'ont placé, jusqu'à dessiccation de la bande dextrinée, ce qui a lieu au bout de six à dix heures. Après ce temps, j'enlève les attelles de bois et la bande qui les maintient. Le bandage en se desséchant s'est transformé en une sorte de moule qui ne permet plus aucune espèce de mouvement de déplacement dans la partie malade. On peut en outre, tant que le bandage n'est pas entièrement sec, exercer sur lui des efforts dans tel ou tel sens, de manière à infléchir un peu plus ou moins la main et le poignet, soit en dedans, soit en arrière, en un mot suivant les besoins.

Ce bandage est suffisant pour les cas ordinaires, pour tous ceux où la déviation du poignet n'est pas considérable.

Lorsque le Z est très prononcé, et si l'on veut quelque chose de plus rigoureux, il faut, l'avant-bras étant fléchi, envelopper le coude d'une sorte de genouillière qu'on rend inamovible en l'imbibant de dextrine, et qui retient dans ses tours un lac ou une anse propre à fixer une attelle contre-extensive. Un bracelet, une manchette en toile, coiffe exactement la racine de la main et le poignet à la manière d'un entonnoir. On y intercalle aussi deux bouts de bande en forme de lac, et on laisse sécher le tout. L'extension et la contre-extension sont faites au moyen des lacs sur une attelle plus longue que le membre et qui se termine inférieurement par une branche perpendiculaire. Il ne reste plus alors qu'à placer le bandage indiqué plus haut avec toute la régularité possible. On le laisse sécher en toute sécurité, sans avoir besoin d'une attelle compressive.

Il est facile de comprendre qu'avec de telles précautions, si le poignet est droit, si la coaptation est exacte au moment où le bandage est sec, il n'y a plus lieu de craindre aucun déplacement consécutif. L'extrémité inférieure de ce bandage représente un pavillon d'entonnoir qui, emboîtant la main, exerce sur elle une sorte d'extension permanente, tandis que sa portion supérieure opère une véritable contre-extension sur le devant du bras ou du coude. Le membre tenu dans la flexion ou la demi-flexion ne pouvant se mouvoir ni au coude ni au poignet, ne peut également exécuter ni pronation ni supination. Il en résulte que toute compression étant inutile, la circulation n'est gênée ni dans le poignet, ni dans la main, ni dans les doigts, et qu'au bout de vingt à trente jours les parties sont en général débarrassées de toute enflure, de tout empâtement. La consolidation étant opérée à cette époque, je retire le bandage; des mouvemens sont imprimés chaque jour au poignet avec réserve et ménagement, et les malades ne tardent pas à reprendre leurs travaux.

Je dirai en terminant, que sur plus de cinquante malades traités de la sorte, je n'ai pas vu la suppuration du poignet survenir une seule fois. Trente d'entre eux sont guéris sans difformité aucune. Chez les autres, il est resté quelque trace de la courbure en Z, mais aucun n'a été privé plus de deux mois du libre exercice de sa main et de son poignet.

Inutile de dire que la thérapeutique que nous venons d'indiquer n'est applicable qu'aux fractures simples: si la lésion osseuse était compliquée de désordres dans l'articulation, il est évident qu'on devrait avoir recours aux moyens indiqués en pareilles circonstances.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 janvier. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Capuron lit un rapport sur un mémoire de M. Godefroy, professeur d'accouchement à l'école préparatoite de médecine de Rennes, ayant pour titre: Note sur une nouvelle manœuvre applicable à quelques cas de version.

On sait combien il est difficile, dans quelques cas, de dégager les bras de l'enfant après en avoir opéré la version. La manœuvre employée en pareille circonstance est, d'après M. Godefroy, trop lente, prolonge les souffrances de la mère, expose l'enfant à des luxations ou à des fractures des membres supérieurs, à la luxation de l'articulation atloïdo-axoïdienne, à l'apoplexie, à la mort. Voici celle qu'il enseigne depuis 1832, à laquelle il a eu recours avec succès dans vingt-un cas (huit présentations de l'épaule, treize présentations de la tête), et qu'il propose de substituer à celle qui est généralement adoptée. Il place d'abord la femme comme pour la version ordinaire, puis il refoule la partie qui se présente au détroit supérieur si c'est nécessaire, introduit la main homonyme au côté de l'enfant qui regarde en arrière ou en bas, sur sa partie antérieure, y saisit la main qui est en dessus et l'amène à la vulve, et fixe un lacs sur le poignet, ensuite il va chercher l'autre main, qu'il amène et fixe de la même manière. Cela fait, il reporte la même main dans l'utérus pour procéder à la version et au dégagement des pieds comme à l'ordinaire. Pendant cette partie de l'opération, les membres thoraciques remontent; mais pour les empêcher de s'arc-bouter contre les parois de la cavité pelvienne, il les tient parallèlement appliquées aux parties latérales de l'enfant par de légères tractions sur les lacs fixés aux poignets; de là résulte la sortie simultanée du tronc et des membres, et l'extrême facilité de terminer l'accouchement.

M. Godefroy ne se dissimule pas qu'on peut reprocher à sa manœuvre deux introductions de la main dans l'utérus, introductions qui ne sont pas sans dangers, et qui ne doivent jamais avoir lieu sans nécessité. Mais il ne pense pas que ces deux introductions au commencement de la manœuvre et avant que l'utérus soit irrité, aient autant de gravité que l'introduction de la main ou des doigts exigée par les nombreuses tentatives pour abaisser les bras à la fin de l'opération, quand le tronc est sorti et l'utérus irrité. Dans ce dernier cas, dit-il, le col utérin, distendu par le tronc de l'enfant, est bien plus froissé par l'introduction de quelques doigts que par celle de toute la main au commencement de la manœuvre, lorsqu'il est encore libre. La conclusion du professeur de Rennes est que sa méthode est préférable à l'ancienne en ce qu'elle compromet moins la vie et les organes de l'enfant, ainsi que la vie et les organes de la mère.

Quelques réflexions, dit M. Capuron, suffiraient pour faire apprécier la valeur de cette méthode.

M. Godefroy ne croit sa nouvelle méthode préférable à l'ancienne que dans les cas qui réclament la prompte terminaison de l'accouchement sans l'aide des contractions utérines; par exemple, lorsqu'il y a perte, inertie par torpeur, éclampsie, ect.; mais alors, à quoi bon changer la manœuvre usitée? Pourquoi dégager les bras avant les pieds? Quelle difficulté y a-t-il de retourner l'enfant, d'amener les pieds à la vulve, de dégager les bras et d'extraire la tête? Les bras, dit M. Godefroy, ne descendant pas avec le tronc, peuvent se relever sur les côtés, se porter en arrière sur le dos, se croiser avec la nuque? Mais on n'a point à craindre ces changemens dans les vicieuses positions des bras, quand l'utérus est dans l'inertie; et si elles se présentaient on les aurait bientôt corrigées avec la main ou le bout de quelques doigts.

En commençant par dégager les bras, M. Godefroy rétrécit le détroit pelvien et le vagin de toute la grosseur de ces membres; donc l'introduction de la main deviendra plus difficile ensuite pour aller chercher les pieds, pelotonner l'enfant et l'extraire; donc, sa nouvelle manœuvre augmente ou crée des obstacles, au lieu de les diminuer ou de les faire disparaître, surtout lorsque l'enfant a beaucoup de volume, la mère beaucoup d'embonpoint et l'accoucheur une grosse main.

M. Godefroy pense que les deux introductions de la main pour dégager d'abord les bras ne sont pas très graves, parce qu'elles se font avant que l'utérus soit irrité, et pendant que son col est encore libre. Mais peut-il garantir que cette double introduction préliminaire de la main ne causera pas de l'irritation aux organes génitaux de la mère, ne réveillera pas l'action de l'utérus, n'en provoquera pas les contractions et ne rendra pas ensuite impossible ou plus difficile l'introduction de la main pour aller chercher les pieds et terminer l'accouchement?

Les tentatives pour abaisser les bras, dit M. Godefroy, demandent plusieurs introductions de la main ou des doigts quand l'utérus est déjà irrité par la version et son col distendu par le tronc de l'enfant. D'accord, mais que peuvent avoir de grave ou de dangereux ces introductions de la main ou des doigts lorsque l'utérus est dans l'inertie ou ne se contracte pas, comme on en fait là supposition? Et si, dans l'ancienne manœuvre, les contractions utérines empêchaient de dégager les bras après le tronc, elles s'opposeraient bien plus dans la manœuvre nouvelle au pelotonnement du tronc après le dégagement des bras. D'ailleurs, ces tentatives d'abaissement ne s'exécutent que sur les bras en partie descendus dans le vagin ou à la vulve, donc l'introduction de la main ou des doigts est beaucoup moins grave alors et moins irritante que la double introduction préliminaire pour aller dégager les bras renfermés dans l'utérus. Cette différence est surtout remarquable si les eaux se dont écoulées depuis long-temps, et si la position de l'enfant est telle qu'on soit obligé de refouler la partie du tronc qui se présente. Au surplus, nous en appelons sur tous les points que nous venons de discuter, aux accoucheurs instruits et versés dans la pratique.

Quant aux cas de succès obtenus par M. Godefroy d'après sa nouvelle manœuvre, M. Capuron les trouve trop peu nombreux, trop incomplets, ce qui leur enlève toute leur valeur scientifique.

D'après ces réflexions, dit M. Capuron, les raisonnemens et les faits invoqués par le professeur de Rennes ne suffisent pas pour prouver la supériorité de sa manœuvre sur l'ancienne, et vos commissaires croient

devoir la rejeter comme inutile et dangereuse. Nous proposons cependant de déposer la note de M. Godefroy aux archives de l'Académie, et de lui écrire une lettre de remercîmens pour sa communication. (Adopté.)

— *M. Capuron* lit un second rapport sur une communication de M. le docteur J.-G. Lasserre, ayant pour titre : « Observation d'un accouchement naturel dont les suites ont été funestes et ont servi de prétexte à la malveillance pour accuser l'accoucheur d'avoir déterminé la maladie qui a fait périr l'accouchée. » Il s'agit d'une jeune dame qui est saisie immédiatement après l'accouchement d'une hémorrhagie foudroyante causée par le décollement de l'arrière-faix qui est descendu presque entier dans le vagin. L'accoucheur, M. Lasserre, s'empresse d'extraire ce corps, ainsi que les caillots dont il est accompagné; mais comme le sang coule avec abondance, et que l'utérus reste dans l'inertie, malgré l'emploi de plusieurs moyens conseillés en pareil cas, M. Lasserre verse un verre d'eau froide sur l'abdomen de la malade, et applique trois serviettes trempées dans le même liquide sur l'hypogastre et les aines. Alors l'utérus se contracte et l'hémorrhagie s'arrête. Comme on craint le retour de cet accident, la femme est couchée dans un lit froid, où elle éprouve presque aussitôt un frisson accompagné de spasme, semblable à celui qu'on observe pour l'ordinaire après l'accouchement même le plus naturel. Dix ou douze minutes après, ce frisson est remplacé par une chaleur assez forte. La peau est sèche et la langue humide ; la soif est d'abord nulle, elle devient assez vive plus tard ; fièvre très intense, sans intermission, ni rémission ; pouls faible, ondulant, comme dans les fièvres ataxiques ; rougeur circonscrite de la joue gauche comme dans la pneumonie. Bref, des symptômes de péritonite se déclarent, et la malade succombe le vingt-septième jour après l'accouchement.

M. Lasserre demande à l'Académie si elle pense que la maladie qui a fait périr la nouvelle accouchée a été causée par l'eau froide employée pour arrêter l'hémorrhagie après l'accouchement.

Nous n'entrerons pas ici dans les développemens présentés par M. Capuron pour disculper d'une manière complète M. Lasserre d'une faute ou d'une erreur dont il est parfaitement innocent. Ce qu'a fait ce médecin, il l'approuve, et il est convaincu que c'est ailleurs que dans l'emploi de l'eau froide qu'il faut chercher la cause de la mort de la malade.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 janvier 1842. — Présidence de M. PONCELET.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre dans la section d'économie rurale. La commission a présenté les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Payen ;
En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Villemorin, Decaisne ;
En troisième, MM. Huzard, Leclerc-Thouin.

Sur 50 votans, M. Payen a réuni 44 suffrages, M. Villemorin 3, M. Leclerc-Thouin 2 ; un billet blanc.

En conséquence, la nomination de M. Payen sera soumise à l'approbation du roi.

Lectures. — M. Biot lit un travail intitulé : Examen optique d'une substance ayant l'apparence de la manne naturelle, et introduite comme telle dans le commerce pour les usages médicaux.

M. Pelouze avait déjà étudié cette substance par les épreuves chimiques, et il en a fait le sujet d'une note qu'il a communiquée à la Société de pharmacie. Il n'y a pas trouvé de mannite, mais seulement un suc fermentescible qui la constitue en totalité et lui donne l'aspect du sucre d'amidon.

M. Biot l'a observé comparativement avec des échantillons de manne naturelle en larmes, tels qu'on les obtient dans le midi de l'Europe, par la sécrétion de diverses espèces de fraxinus.

Il résulte des recherches de M. Biot, que la substance proposée diffère essentiellement de la manne naturelle du frêne, comme M. Pelouze l'avait déjà reconnu, en constatant qu'elle ne contient pas de mannite. On ne peut cependant pas affirmer qu'elle ne contient pas de mannite. On ne peut non plus affirmer, d'après cette différence, qu'elle soit un produit de l'art ; car un chimiste très exercé à l'analyse des produits végétaux, M. Bonastre, a annoncé que l'espèce de manne appelée *manne de Briançon*, qui est un produit du *pinus larix*, ne contient pas non plus de mannite, mais seulement un suc fermentescible et so lidifiable qu'il a isolé. On ne peut pas davantage assurer, sans en avoir fait l'expérience, que la substance dont il s'agit serait dépourvue de propriétés laxatives, car les médecins ainsi que les chimistes ne s'accordent pas sur la désignation du principe qui exerce ce genre d'action dans la manne naturelle ; les uns reconnaissent ce pouvoir à la mannite pure, les autres le lui refusent. Toutefois, M. Bouchardat m'a assuré comme un fait certain, que la mannite essayée dans le service de M. Magendie avait été reconnue laxative comme la manne totale, quoiqu'à un degré différent ; mais il aussi ajouté que l'ensemble des substances complémentaires de la manne essayées de même, se sont trouvées l'être également et à peu près au même degré. Il serait donc fort possible que la substance dépourvue de mannite, étudiée par M. Pelouze et par moi, possédât des propriétés pareilles. Et il y aurait de l'intérêt à en faire l'épreuve, qui serait d'ailleurs sans aucun danger ; car, soit qu'elle résulte d'une sécrétion naturelle on d'une opération chimique, elle fournirait peut-être ainsi immédiatement, comme à peu de frais, un médicament qu'on va chercher aujourd'hui à de grandes distances, pour l'obtenir sans plus d'efficacité.

Correspondance. — M. Maignien, docteur en médecine, propose à l'Académie de lui communiquer le résultat de travaux anatomiques sur le corps thyroïde, qu'il appelle ganglion vasculaire sanguin du cou.

Les ganglions thyroïdiens, selon l'auteur, contribuent dans les mammifères au développement et au perfectionnement des parties postérieures de l'axe cérébro-spinal. Dans l'espèce humaine, ils contribuent pendant les quatre premiers mois de la vie intra-utérine, où ils sont, comme chez les mammifères, composés de deux lobes latéraux, au développement et au perfectionnement des parties postérieures et inférieures de l'axe cérébro spinal, parties qui fondent le siége de la vie organique. Puis, entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse, ces deux lobes se conjuguant par un isthme médian, la soupape, qui étouffait en quelque sorte la circulation cérébrale antérieure se trouve enlevée, et les proportions antérieures de l'encéphale grandissent sous l'influence du fluide stimulant et nourricier, le sang artériel, qui arrive plus librement par les carotides primitives qui ne sont plus comprimées. Ce ganglion conserve pendant la vie extra-utérine de l'homme et des mammifères ses relations physiologiques avec l'axe cérébro-spinal.

— M. Belineau demande à lire prochainement un travail sur les bruits du cœur. Il est parvenu à produire ces bruits sur le cœur humain après la mort, au moyen d'un appareil assez simple qui permet de les étudier avec la plus grande précision et de déterminer la cause qui les produit.

— M. Rocamir de la Torre adresse un mémoire intitulé : Observations sur les reflets de l'œil appliqués au coloris des plus grands peintres. Selon cet auteur, les variétés qui distinguent le coloris des différens maîtres dépendent de la couleur de l'iris. A l'appui de cette opinion, il donne une longue classification des peintres des diverses écoles d'après la couleur des yeux.

— M. le docteur Trachez, de Lille, envoie un long travail sur l'antiquité d'Hippocrate, d'Hésiode et d'Homère, et sur celle de leurs ouvrages.

— M. le ministre du commerce adresse à l'Académie divers documens relatifs à la peste. Ces travaux, qui sont assez nombreux, ont été remis directement à la commission de médecine chargée de l'examen de cette question.

— MM. André Levat, A. Pezzoni et Marchand, docteurs en médecine exerçant à Constantinople, et ayant fait partie du conseil supérieur de santé dans cette ville, annoncent à l'Académie l'envoi d'un travail relatif à la peste d'Orient, et fondé sur les observations qu'ils ont faites à Constantinople depuis un grand nombre d'années.

Renvoi à la commission.

— L'Académie a encore procédé dans cette séance à la nomination des membres destinés à faire partie des commissions chargées d'examiner les travaux admis pour les prix Montyon.

1° *Prix Montyon.* (Médecine et chirurgie.) Sept membres.

MM. Magendie,
Breschet,
Double,
Duméril,
Larrey,
de Blainville,
Flourens,

ayant réuni le plus grand nombre de suffrages, sont proclamés membres de cette commission.

M. Flourens se récuse à cause des exigences de ses fonctions de secrétaire perpétuel.

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, qui avait réuni après M. Flourens le plus grand nombre de suffrages, le remplace sur cette liste.

2° *Prix Monthion.* (Physiologie expérimentale.) Cinq membres.

MM. Magendie,
De Blainville,
Duméril,
Breschet,
Flourens,

réunissent le plus grand nombre de suffrages.

Sur l'observation de M. Flourens, que certains des travaux présentés au concours demandaient la présence d'un membre de la section de physique dans la commission, on procède à un nouveau scrutin, et M. Becquerel réunit le plus grand nombre de voix.

Il résulte de ce scrutin définitif que la liste est composée de la manière suivante :

MM. Magendie,
De Blainville,
Duméril,
Becquerel,
Flourens.

La séance est levée à cinq heures.

Sur l'efficacité de l'ammoniaque dans le traitement curatif du diabète.

M. le Dr G.-H. Barlow, qui, dans un mémoire sur le diabète, a vu quelques exemples prouvant la vertu de l'ammoniaque pour la cure de cette maladie, émet l'opinion généralement admise par les praticiens de notre époque, que le sucre des diabétiques se forme dans les premières voies lors du premier stade du travail de l'hématose, et que cette formation n'a aucune connexion nécessaire avec l'action pervertie des reins. Il pense en outre, et cette manière de voir lui appartient exclusivement, que l'augmentation dans la quantité de l'urine doit être rapportée à la propriété diurétique du sucre, c'est-à-dire à l'action excitante que ce corps exerce sur les reins.

Dans cette affection, dit-il, les particules saccharines que contiennent les alimens n'éprouvent aucun changement dans l'intérieur de l'estomac ; de plus, l'amidon, qui existe en si notable proportion dans le plus grand nombre des végétaux comestibles, n'étant point modifié dans ses qualités, et se trouvant placé dans des conditions favorables pour éprouver la fermentation, à laquelle il a une forte tendance, en raison de la chaleur de l'estomac et des liquides qui en baignent incessamment les parois, est transformé en sucre, qui, par suite de sa facile solubilité, est absorbé et transporté dans le torrent de la circulation, puis éliminé par la voie des reins comme le serait un produit inorganique impropre à la nutrition.

Guidé par cette manière de voir, M. Barlow propose de prescrire absolument, dans le régime diététique des sujets atteints de cette maladie, tous les alimens qui contiennent du sucre ou de l'amidon, et de se borner à recommander, sous ce rapport, l'usage d'une nourriture purement animale et des végétaux de l'ordre des crucifères. L'adjonction de ces derniers, outre qu'ils n'offrent aucun invénient sous le point de vue de leurs principes chimiques, a pour objet spécial de modérer cette anorexie si prononcée qui succède à la diète animale prolongée.

Après cette première indication, M. Barlow en signale une seconde qui consiste à introduire dans l'estomac une substance très azotée, capable d'exciter en même temps, mais d'une manière diffusible, la faculté assimilatrice de ce viscère ; la substance qui lui paraît convenir le mieux pour cet objet, c'est l'ammoniaque.

Comme moyens auxiliaires, l'auteur conseille encore l'exercice, les bains chauds et tous les remèdes qui tendent à régulariser et à restaurer les fonctions des organes digestifs. Il recommande particulièrement le sesquicarbonate d'ammoniaque, sous l'influence duquel il a vu l'appareil tégumentaire externe revenir à sa fonction physiologique; et bien qu'il attribue en partie ce retour à l'opium qu'il avait associé au sel ammoniacal, il reconnaît toutefois que le même effet a été obtenu aussi par l'administration de ce dernier agent seulement. Il prescrit le sesquicarbonate d'ammoniaque à la dose de vingt-cinq à quarante centigrammes (cinq à huit grains) et même plus, avec quelques gouttes de teinture d'opium dans une infusion amère, et il fait répéter cette prise toutes les six heures. Avec cela, la diète animale et l'usage des plantes dites antiscorbutiques.

Il rapporte quatre observations à l'appui de ce traitement thérapeutico-hygiénique ; mais il a soin d'ailleurs d'avertir qu'il est bien éloigné de présenter cette médication comme devant être couronnée de succès dans tous les cas.

(*British and foreign medical review*, oct. 1841.)

D'après les observations de M. le préfet de police, le ministre de l'intérieur vient de charger M. le docteur Donné de faire l'inspection de tous les bureaux particuliers de nourrices existant dans Paris. Cette inspection a pour but de s'assurer de l'état de ces bureaux, qui n'ont été soumis jusqu'ici à aucune surveillance médicale, et d'aviser aux moyens d'assurer aux familles les garanties que réclame le choix des nourrices. M. Donné devra adresser un rapport sur cette importante question d'hygiène publique.

— M. ÉDOUARD ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, ouvrira, le 14 janvier, un cours du physique et un cours de chimie. Il les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de physique sera commencé à deux heures et un quart, et celui de chimie à trois heures et demie.

Recouvremens des créances médicales, s'adresser à M. BEURREY, boulevard Saint-Denis, cité d'Orléans, n° 1.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 15 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 7, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

A partir du 15 janvier courant, les Bureaux de la Gazette des Hôpitaux *et du* Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine *seront transférés* RUE DE L'ECOLE DE MÉDECINE, *11 et 13.*

Tout ce qui concerne la rédaction du Journal doit continuer d'être adressé rue Dauphine, 22-24.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Rhumatisme articulaire aigu. Traitement par les saignées et les purgatifs.

Il y a quelques jours une femme d'une très robuste constitution, qui a servi pendant six ans en qualité de trompette dans la garde impériale, est entrée dans notre service avec un rhumatisme articulaire aigu. Elle est couchée au n° 43 de la salle Sainte-Anne. Nous avons observé chez cette femme un gonflement notable de l'articulation du pied droit et surtout du genou du même côté. La douleur était excessive dans ces deux parties; il y avait avec cela une fievre vive.

Le premier jour nous prescrivons une saignée le matin, et pour le soir trois gouttes d'huile de croton tiglium. Le sang de la saignée présente une couenne assez abondante.

Le lendemain même traitement, et le surlendemain les douleurs avaient cessé, le gonflement avait disparu, la fièvre était tombée; bref, la malade était guérie. Cependant nous ne nous en sommes pas tenu là, nous avons cru devoir entretenir l'action purgative, et, à cet effet, nous avons donné le calomel à dose chaque jour décroissante: nous espérons de cette façon empêcher le retour des premiers accidens.

En admettant les résultats de M. Bouillaud par les saignées coup sur coup, il ne faut pas se dissimuler que ces pertes abondantes de sang ne soient la cause de chlorose et d'accidens nerveux souvent sérieux. Eh bien! l'on peut avec avantage remplacer les saignées abondantes par les purgatifs, véritables saignées blanches. L'on sait, en effet, que le mucus, dans l'économie, se transforme en albumine et celle-ci en fibrine. Toutes les fois donc que l'on enlève une grande quantité de mucus l'on prive le sang d'à peu près autant d'albumine, par conséquent de fibrine. Reste l'hématosine. Eh bien! l'on sait que l'hématosine n'est pas l'élément qui prédomine dans les inflammations, mais bien la fibrine; que la première se régénère très difficilement, tandis que l'albumine et la fibrine se régénèrent avec facilité. Par les purgatifs l'on ne fait donc que spolier l'économie, et les pertes qui résultent de l'emploi de ces médicamens ne tardent pas à être réparées. Bien entendu que lorsqu'il existe une inflammation gastro-intestinale l'on ne peut recourir à ce moyen sans s'exposer à voir les accidens s'aggraver.

Effets physioloques du sulfate de quinine.

Dans une de nos conférences cliniques de l'année dernière nous avons eu occasion de parler des effets physiologiques du sulfate de quinine, effets révoqués en doute par beaucoup de médecins. Nous appellerons aujourd'hui votre attention sur ce point si intéressant et si utile à être bien connu tout à la fois, à propos de la femme du n° 12 de la salle Sainte-Anne. Chez cette malade, atteinte d'une névralgie qui paraissait avoir quelque chose de périodique dans le retour des accès, nous avons donné, il y a quelques jours, un gramme de sulfate de quinine, et, au bout de trois quarts d'heure, cette femme éprouva des sifflemens dans les oreilles et une sensation d'ivresse qui persistèrent toute la nuit; pendant ce temps, elle n'entendait que très difficilement les personnes qui lui adressaient la parole.

Lorsque l'emploi du sulfate de quinine a été long-temps prolongé, la surdité peut persister et rester incurable. M. Ménière a souvent été consulté par des personnes qui venaient d'Afrique où elles avaient été traitées de fièvres intermittentes pernicieuses par de fortes doses de ce médicament, et qui depuis lors avaient été frappées de surdité à tel point qu'il leur était de toute impossibilité d'entendre ceux qui leur adressaient la parole.

De là cet enseignement thérapeutique, qu'il ne faut point abuser de ce médicament et en donner outre mesure, car il n'est pas juste de croire que le sulfate de quinine soit sans action sur le système nerveux, et qu'administré pendant trop long-temps et à forte dose il ne puisse avoir les conséquences les plus graves.

— Depuis l'époque où M. Trousseau appela pour la première fois à l'hôpital Necker l'attention des personnes qui suivaient alors sa visite sur ce point important de l'action du sulfate de quinine, nous avons interrogé avec soin toutes les malades de son service qui furent mises à l'usage de ce médicament, soit par M. Trousseau lui-même, soit en son absence par M. Tessier, et, à part quelques rares exceptions, nous avons toujours constaté l'existence des symptomes cérébraux dont parle le professeur, symptômes qui variaient seulement sous le rapport de leur intensité. Il y a mieux, une infirmière de la maison qui une première fois n'éprouva aucun effet de l'emploi du sulfate de quinine rentra dans le service au bout de six mois avec une fièvre intermittente et fut traitée par le même moyen; et, bien que la dose du médicament ne fût pas plus élevée cette fois-ci que la première, elle éprouva tous les effets du sulfate de quinine pris à dose peu élevée. Aussi doit-on s'étonner que des médecins à même par leur position dans les hôpitaux de donner souvent ce médicament aient nié pendant si long temps l'existence de phénomènes si fréquens et tellement évidens que presque toujours les malades les accusent avant même qu'on les ait questionnés à ce sujet.

FEUILLETON.

Des entozoaires vivant dans l'oreille, et dans les sinus frontaux et maxillaires.

Les corps animés qui peuvent se développer ou s'introduire dans l'oreille ont à peine attiré l'attention des auteurs modernes. Des considérations pratiques de quelque importance nous paraissent cependant se rattacher à ce sujet. Disons d'abord que les anciens en avaient une connaissance assez parfaite. Celse en parle en deux endroits; au chapitre 7 du livre VI, il dit: « Lorsqu'il se forme des vers dans l'oreille, s'ils sont à proximité il faut les retirer avec un cure-oreille; s'ils sont plus avant, il faut les détruire par un moyen approprié et empêcher qu'ils ne se reproduisent. L'hellébore blanc, broyé dans du vinaigre, produit ces deux effets. On peut aussi nettoyer l'oreille avec du vin dans lequel on aura fait bouillir du marrube. Lorsqu'on a fait ainsi mourir les vers, ils tombent dans la partie antérieure de l'oreille, d'où il est facile de les retirer. »

Dans le chapitre suivant du même livre, il ajoute. « Il arrive aussi quelquefois qu'il entre dans l'oreille quelque corps étranger, comme une petite pierre ou quelque animal; si c'est une puce, on la retire par le moyen d'un petit flocon de laine qu'on aura placé dans le conduit auditif. Si la puce n'est pas sortie, ou si c'est un autre animal, il faut envelopper une sonde avec de la laine, tremper ensuite cette laine dans une résine fort visqueuse, principalement dans la térébenthine, l'introduire dans le tuyau de l'oreille, et l'y faire tourner à différentes reprises; on viendra sûrement à bout par là de retirer l'animal. »

On voit bien par ces deux passages que Celse distingue soigneusement les corps animés qui peuvent s'engendrer dans l'oreille elle-même de ceux qui y entrent tout formés. Il est certain qu'on connaissait bien avant Celse la véritable origine des vers dans les plaies par les œufs déposés par les mouches, puisque Homère représente Achille craignant que les mouches n'engendrassent des vers dans les blessures de Patrocles, après sa mort (Iliade XIX), et c'est sans doute à cette même origine que doivent être rapportées les premières phrases du médecin de Rome.

Il est étonnant que Fabrice d'Aquapendente qui a été généralement si soigneux dans la reproduction des idées de Celse n'ait pas dit un seul mot des corps étrangers animés du conduit auditif. On trouve cependant pour la première fois dans Fabrice le précepte important qu'on suit encore de nos jours pour l'exploration du conduit auditif, nous voulons parler du redressement de ce conduit en tirant en haut le pavillon, et en y faisant entrer un rayon de soleil. (Œuvr. chir., p. 618.)

Il faut arriver jusqu'à Morgagni pour trouver la vérification et le développement des observations de Celse. « On voit dans les auteurs de médecine, dit Morgagni, qu'on a remarqué assez souvent et très anciennement qu'il se forme des vers dans les ulcères des oreilles de longue durée.... Vous ne trouverez pas mauvais que je rapporte ici combien les accidens que ces vermisseaux causèrent sur une jeune dame furent plus graves que ceux que Lanzoni et Behrius ont notés. J'étais par hasard avec Valsalva dans son pays lorsque cette dame vint le trouver, et lui raconta qu'étant demoiselle elle avait rendu autrefois un ver par l'oreille gauche, et qu'il y avait six mois qu'elle en avait rendu un autre de la forme d'un ver à soie et d'une grosseur médiocre, après avoir éprouvé dans cette oreille et dans les parties voisines du front et de la tempe une douleur qui cessa lorsque le ver fut sorti avec du pus; que néanmoins elle avait été prise plus d'une fois depuis ce jour, à différens intervalles, de la même douleur, mais avec plus de violence, de sorte qu'elle tombait subitement, privée de sens, pendant deux heures, jusqu'à ce que revenant à elle, après la cessation de cette douleur, elle rendait bientôt après un vermisseau de la même forme, mais plus petit, et que la surdité de cette oreille persistait... Valsalva ne douta pas que le tympan ne fût ulcéré, et il proposa pour expulser les vers, s'il en restait encore, de l'eau distillée de millepertuis dans laquelle on aurait agité du vif-argent. » (Des causes et du siége des maladies, ép. XIV, n° 7.)

Pour prévenir un pareil accident, Morgagni conseille aux personnes atteintes d'affection suppurante de l'oreille de ne pas dormir en été et en automne, pendant le jour, avec l'oreille malade exposée à l'air, afin que des mouches n'y viennent pas déposer leurs œufs. Il conseille en outre, pour tuer les vermisseaux, de pousser une fumée médicamenteuse ou de tabac par la bouche et par la trompe d'Eustache, en fermant la bouche et les narines, afin de la faire passer dans le tympan. On conçoit cependant que ce moyen ne peut être utile qu'autant que la membrane du tympan est perforée.

Ces faits ont été connus en 1760, lors de la publication de l'ouvrage de Morgagni. Dix-huit ans plus tard, Acrel publia dans ses observations de chirurgie le cas d'une femme qui était affectée depuis longtemps de surdité, et qui fut saisie tout-à-coup de violentes convulsions et d'une douleur intense dans l'oreille, sans cause appréciable. Les convulsions reparaissant avec plus de violence encore, on introduisit dans le conduit auditif une petite tente imbibée d'un mélange d'huile et de laudanum, et le lendemain, lorsqu'on la retira, on la trouva couverte de petits vers arrondis, et tous les accidens disparurent dès ce moment.

Cette médication est digne d'attention: il est probable que le laudanum a ici agi comme poison sur les corps étrangers; l'huile d'amandes amères aurait aussi produit le même effet dans des cas analogues. On sait que cette huile jouit de propriétés toxiques. Les instillations d'une infusion de tabac pourraient, au reste, remplir plus sûrement encore que le laudanum cette indication. Les injections avec ce liquide conviennent d'autant mieux que, poussées d'une certaine manière et avec force, elles pourraient en même temps expulser le corps étranger

Cette méthode d'extraction des corps étrangers de l'oreille, qu'on a tant prônée dans ces derniers temps, est loin d'être nouvelle. Aujourd'hui qu'on revient heureusement à l'étude des auteurs anciens, on ne trouvera pas sans importance la citation suivante. « Il est arrivé assez souvent, dit Morgagni, que pour retirer ces sortes de graines de l'oreille, on les a poussées plus avant. Un chirurgien que je connais a réussi à les extraire sur plusieurs sujets par une méthode très différente, qui consistait à introduire avec force, au moyen d'une seringue d'oreille, de l'huile d'amandes douces ou du lait. Il a vu de cette manière les graines être entraînées et sortir en même temps que ces liquides. Comme je lui disais que ce moyen avait été indiqué auparavant par Celse (liv. II, ch. 12), qui, dans ce cas, poussait de l'eau avec force dans l'intérieur avec une seringue d'oreille, et que je lui objectais la recommandation de Scultet (Armam. chir., tab. 37, fig. 5). qui défendait de faire de fortes injections dans les affections des oreilles, de peur de rompre la membrane du tympan, il me répondit qu'il n'avait encore remarqué sur aucun des enfans des oreilles desquels il avait retiré, par le procédé indiqué, les corps qui s'y étaient introduits, que l'ouïe en eût souffert en aucune manière, même long-temps après. » (Ouvr. cité, ép. XIV, n° 13.)

Ce qui est à craindre dans toutes ces circonstances, c'est la phlogose du tympan, cette phlogose qu'on répugnait tant à admettre autrefois, et qu'on rencontre partout aujourd'hui derrière le flambeau de l'anatomie pathologique. Boerhaave savait, par exemple, que la surdité qui accompagne la vérole dépendait le plus souvent d'une lésion de la trompe d'Eustache déterminée par les ulcères de l'arrière-bouche, mais il en ignorait le véritable mécanisme. Il est remarquable que le travail phlogistique auquel on est forcé aujourd'hui de rapporter un très grand nombre de surdités, ne se borne pas aux parties molles de l'oreille. Dans une autopsie faite par Morgagni du cadavre d'une jeune femme qui avait succombé aux suites d'une fausse couche, et qui était atteinte d'une surdité catarrhale double, non-seulement la caisse était en suppuration, mais encore les cellules mastoïdiennes et le diploë des os environnans. (Ep. XXI, n° 24.) Ces remarques ne peuvent être sans une grande utilité pour le traitement général qui convient aux corps étrangers formés ou introduits dans l'oreille.

Carcinome utérin. Douleurs vives de l'utérus. Opium à dose très élevée. Tolérance.

La malade du n° 19 de la salle Sainte-Anne, nous offre un exemple bien curieux, qui montre jusqu'à quel point peut aller la tolérance des médicamens. Cette femme est atteinte d'un carcinome utérin qui lui cause les plus vives douleurs. Nous ne pouvions rien contre cette terrible maladie, mais nous crûmes devoir calmer un peu les souffrances dont cette pauvre femme était si cruellement tourmentée. Pour cela nous eûmes recours au sulfate de morphine, et nous lui en donnâmes une pilule de cinq centigrammes. Il y eut d'abord un peu d'amendement dans les douleurs ; mais bientôt celles-ci redevinrent aussi intenses qu'auparavant, et nous fûmes forcé d'augmenter la dose du médicament. Nous allâmes ainsi jusqu'à donner, par jour, soixante-quinze centigrammes de sulfate de morphine. Nous remplaçâmes alors le sel de morphine par une autre préparation d'un prix moins élevé ; nous prescrivîmes l'extrait thébaïque ; cette malade en prendra aujourd'hui la dose énorme de huit grammes ; nous augmenterons en raison de la tolérance et de l'acuité des douleurs, et nous ne doutons pas que d'ici à quelque temps nous ne fassions prendre à cette malade jusqu'à une once par jour d'extrait aqueux d'opium.

Il y a quelque temps, nous avons vu un boucher de la rue du Vieux-Colombier, qui prend en trois jours cinq cents grammes de laudanum de Sydenham.

Ulcérations et engorgement du col de l'utérus. Cautérisations et lotions de sublimé. Guérison.

Aux numéros 17 et 25 de la salle Sainte-Anne, sont deux femmes atteintes de métrite qui s'accompagne de douleurs assez vives et d'ulcérations assez profondes du col. Chez celle du n° 17 il y a des pertes qui ont duré quelques jours ; le col de l'utérus est tuméfié et ulcéré ; le corps de cet organe est plus gros qu'à l'état normal. Nous avons cautérisé deux fois le col avec la poudre de Vienne : dès la première cautérisation les douleurs avaient un peu diminué ; les lotions avec une décoction de datura stramonium n'ont amené aucun changement. Nous avons alors prescrit des injections de sublimé (30 centigrammes pour 500 grammes d'eau), sous l'influence desquelles les douleurs se sont notablement modifiées ; enfin, celles-ci ont complètement cessé après la deuxième cautérisation.

La femme du n° 25, dont nous vous avons entretenus dans une de nos précédentes conférences, présentait à peu près les mêmes lésions du côté de l'utérus ; chez elle seulement les douleurs de l'hypogastre étaient plus vives et s'étendaient vers les aines, ce qui indiquait que la phlegmasie chronique dont l'utérus était le siége s'étendait aux ovaires.

Ici, comme chez la malade du n° 17, les injections de datura stramonium furent sans effet ; mais les lotions de sublimé suffirent pour faire cesser les douleurs. Chez ces deux femmes, il survint de la salivation au bout de quelques jours de l'emploi des injections mercurielles.

Les accidens de ce genre sont des plus communs et sous le rapport de la gravité, ils ont été envisagés d'une manière très différente par les médecins. Les uns les considèrent comme très sérieux et pouvant avoir les conséquences les plus sérieuses. Ceux-ci conseillent le repos, les antiphlogistiques, les émolliens, tous les moyens, en un mot, capables de faire disparaître les symptômes inflammatoires ; ce n'est qu'alors, et par conséquent après un temps assez long, qu'ils ont recours à la cautérisation ; les autres, au contraire, emploient d'emblée ce dernier moyen. Pour notre propre compte jamais, dans de semblables circonstances, nous ne conseillons le repos (nous proscrivons néanmoins l'exercice violent), et puis, si l'ulcération est un peu considérable, nous recourons à la cautérisation, quoique l'utérus soit le siége de douleurs, et l'expérience nous a démontré que, sous l'influence de cette médication, ces douleurs disparaissent.

La leucorrhée, que l'on observe toujours dans ce cas, et que nous avons constatée chez nos deux malades, est la cause ordinaire des ulcérations. Ne voit-on pas, en effet, que les liquides, même normaux, finissent par congestionner et enflammer les points de la peau avec lesquels ils sont pendant quelque temps en contact. Ainsi, dans l'épiphora, les larmes irritent ou excorient les paupières et les joues. Dans le cas de plaie du canal de Sténon, l'on voit, sous l'influence de la salive, les joues s'enflammer ; à plus forte raison ces phénomènes s'observent-ils par le contact des liquides anormaux : Exemple, l'érythème de l'orifice des fosses nasales dans un coryza, l'érythème des fesses chez les enfans, dans le cas de diarrhée ou par le contact des urines. Bref, nous voyons l'écoulement des liquides, soit normaux, soit anormaux, déterminer l'inflammation des parties avec lesquelles ceux-ci se trouvent en contact. De cette façon, l'on comprend parfaitement que la leucorrhée détermine et entretienne l'ulcération du col, laquelle, à son tour, amène l'engorgement du col et du corps de l'utérus, tous accidens qui persistent tant que la cause qui y a donné lieu n'a pas elle-même disparu. Puis la sub-inflammation se propageant jusqu'aux ligamens, en détermine le relâchement ; de là des prolapsus et des renversemens de la matrice ; de là, par conséquent, ces douleurs vives du bas-ventre et des reins, ces difficultés d'uriner, cette douleur dans l'émission des urines ; en un mot, toute cette série de symptômes que l'on observe dans ce cas.

Eh bien, par la cautérisation l'on modifie tellement la vitalité des tissus, que l'on guérit presque toujours les ulcérations malgré la leucorrhée ; l'on combat ainsi la métrite et la cause de la fluxion utérine. C'est de cette façon qu'il faut expliquer les succès des médecins qui, d'emblée, ont recours à la cautérisation.

Mais la cautérisation n'est pas le seul moyen modificateur auquel l'on puisse recourir ; les injections substitutives ont aussi leur avantage, et en tête de celles-ci nous placerons les injections de sublimé. Ce médicament, si utile dans les affections chroniques de la peau, a aussi les meilleurs effets dans les ulcérations du col. Maintenant, si l'on considère que la leucorrhée se manifeste souvent sous l'influence d'une affection syphylitique, l'on comprendra mieux les bons résultats des injections de sublimé.

Douleurs rhumatismales. Acupuncture.

Au n° 3 de la salle Sainte-Anne est une vieille femme, entrée pour des douleurs qui occupaient l'épaule et le bras du côté droit, douleurs qui étaient plus vives la nuit que le jour ; circonstance que les rhumatisans connaissent parfaitement bien, et qui n'est pas pour cela l'indice d'une affection syphilitique. Nous avons aussitôt pratiqué l'acupuncture ; nous avons enfoncé l'aiguille dans le muscle deltoïde, et nous l'y avons laissée pendant une heure : la douleur n'a pas reparu la nuit suivante. Le lendemain, nous avons répété la même opération, et aujourd'hui cette femme a cessé de souffrir.

Cette médication est simple, d'un emploi facile, et ne cause aucune douleur. Elle réussit souvent, ainsi que l'ont pu voir les personnes qui suivaient notre visite l'année dernière ; mais, pour cela, il faut que le rhumatisme soit apyrétique. Dans le rhumatisme aigu, l'acupuncture, loin de calmer les douleurs, ne ferait que les accroître.

Névralgie faciale s'irradiant au cou et au bras. Cyanure de potassium. Emploi du sulfate de morphine par la méthode endermique. Guérison.

Au n° 42 de la salle Sainte-Anne, est une femme qui fut hémiplégique il y a six ans. Peu à peu le mouvement s'est rétabli ; mais, il y a quatre mois, il survint chez cette malade une vive douleur dans les côtés de la face ; cette douleur s'étendait au cou et le bras lui-même était douloureux ; il n'y avait rien dans cela qui pût faire soupçonner une affection du cerveau ; nous avons donc pensé à une névralgie faciale s'étendant au plexus cervical et même jusqu'au plexus brachial, et nous avons employé d'abord le cyanure de potassium qui a procuré un peu de soulagement à la malade. (L'on appliquait sur les points douloureux des compresses imbibées d'une solution de ce médicament). Nous avons ensuite fait appliquer au-dessus de l'apophyse zygomatique un vésicatoire ammoniacal que nous avons saupoudré avec 25 milligrammes de sulfate de morphine. Le jour suivant, même pansement, et aujourd'hui les douleurs ont complètement disparu. A chaque pansement l'on a pu constater les effets physiologiques de l'absorption du sel de morphine.

Si nous nous en tenions à ce que nous avons fait, cette névralgie reparaîtrait. Pour éviter ce retour nous continuerons pendant quelque temps l'emploi des mêmes moyens, et nous y reviendrons encore dans quelques semaines.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Rétraction musculaire des jambier antérieur, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil, péroniers latéraux, des deux jambes, survenue spontanément chez un jeune homme de dix-huit ans. Conformation vicieuse des pieds tenant le milieu entre le pied plat et le talus. Section des tendons des muscles rétractés. Considérations générales sur la rétraction musculaire.

L'affection dont j'ai à m'occuper aujourd'hui, dit M. Bérard, présente un haut intérêt en raison de l'ignorance profonde dans laquelle les chirurgiens sont restés plongés sur sa nature, jusqu'à ces dernières années, et du traitement héroïque qui est employé pour la combattre. Pour celui qui ne tiendrait compte que des symptômes éprouvés par le malade, et de la configuration vicieuse des pieds, cette maladie serait simplement un vice de conformation accidentel des os du tarse et du métatarse : c'est ainsi que les anciens auteurs l'auraient caractérisée, c'est encore ainsi qu'on l'eût jugée il n'y a qu'un petit nombre d'années. Cependant cette difformité qui frappe les regards n'est point la lésion première et principale ; elle n'est qu'un symptôme, qu'un résultat d'une altération plus ancienne et qui a porté son action sur des organes éloignés du siége du mal. Entrons dans quelques généralités à cet égard ; il nous sera ensuite facile d'en faire l'application à notre malade.

Les traités classiques ne renferment que peu ou point de détails sur la rétraction musculaire. Nous possédons cependant d'excellens travaux sur ce sujet. Signalé déjà par M. Jules Guérin à l'attention des médecins, cet état pathologique du système musculaire a été parfaitement décrit dans divers mémoires que ce chirurgien a lus soit à l'Académie des sciences, soit à l'Académie de médecine ; en sorte que, s'il reste encore des points à éclaircir, des faits à découvrir, on peut dire néanmoins que dès à présent la science est constituée à l'égard de cette maladie et que sa description générale est tracée.

On doit entendre par rétraction musculaire un état particulier du système musculaire dans lequel les muscles soumis à l'empire de la volonté ont subi les transformations suivantes : le muscle affecté est plus court que dans l'état normal ; ce raccourcissement n'est point passager, il est permanent ; il y a également diminution du volume de l'organe ; cette atrophie en longueur et en épaisseur offre divers degrés ; dans quelques cas extrêmes, elle est portée au point de faire perdre au muscle le cinquième, le quart, ou même le tiers de ses dimensions soit en longueur, soit en épaisseur. La fibre musculaire éprouve une transformation particulière ; elle perd les qualités charnues, elle se transforme en tissu fibreux ; elle devient alors blanchâtre, dure, résistante.

Ces lésions très remarquables n'ont été observées jusqu'ici que sur les muscles de la valvule ; elles peuvent en affecter un ou plusieurs. Il est assez rare cependant qu'elles soient circonscrites à un seul de ces organes ou à quelques faisceaux musculaires seulement. Les régions du corps où on a observé le plus souvent cette maladie sont les membres, et principalement les membres inférieurs : on la rencontre aussi au cou où elle est la cause d'une variété de torticolis, dans l'orbite où elle occasionne le strabisme, dans les gouttières vertébrales où elle entraîne la production de certaines déviations de de la taille, etc.

La rétraction musculaire n'est pas une altération primitive des muscles ; cet état est précédé d'une contraction analogue à celle que détermine la volonté, mais qui en diffère cependant en ce qu'elle offre une durée plus prolongée et en ce qu'elle s'accompagne souvent d'une sorte d'état convulsif des muscles qui plus tard sont atteints de rétraction. On a distingué cette espèce particulière de contraction morbide des muscles sous le nom de *contracture*. Dans la contracture, le muscle affecté n'a point encore subi de transformation fibreuse, et lorsque la contracture cesse il reprend sa longuuur normale. Mais si la cause qui a provoqué une première attaque de contracture se renouvelle, si son action devient continue, la fibre musculaire subit peu à peu les modifications que nous avons décrites précédemment comme caractérisant la rétraction.

Il ne faudrait pas rechercher dans le muscle même la cause essentielle de ces deux états pathologiques. Chacun sait que les muscles entrent en contraction sous l'influence d'un exci-

---

Il est curieux de rapprocher ce sujet de celui des corps étrangers vivans qu'on a rencontrés quelquefois dans les sinus frontaux et maxillaires. La chose avait été mise en doute, mais les faits se sont reproduits avec tant de netteté, qu'il a été impossible d'en nier la réalité. Ces entozoaires peuvent avoir une double source : ce sont ou des lombrics qui, remontant de l'estomac dans les fosses nasales vont se nicher dans l'un ou l'autre de ces sinus, ou bien des chenilles produites par des œufs inspirés de la surface de fleurs qu'on a senties très vivement. Les symptômes qu'ils produisent sont des céphalalgies atroces, ayant pour point de départ le lieu occupé par le ver, et s'accompagnant quelquefois d'un certain mouvement vermiculaire dans cette partie. Assez souvent le corps est expulsé spontanément par les narines, et les symptômes se dissipent ; jusque-là cependant le diagnostic est fort obscur.

Un chirurgien de l'hôpital de la Charité, Fortassin, en disséquant le cadavre d'un soldat, trouva dans le sinus maxillaire un ver lombricoïde de la longueur de quatre pouces. (Deschamps, Malad. des fosses nasales, p. 107.)

Une femme âgée de soixante ans, prenant habituellement beaucoup de tabac, éprouvait depuis quelques années des douleurs atroces dans tout un côté de la face, ayant pour point de départ le sinus maxillaire, et s'exaspérant de temps en temps, surtout au printemps et en automne. Des traitemens divers avaient été faits inutilement, lorsqu'on se décida à lui ouvrir le sinus maxillaire dans la présomption d'y trouver un abcès : on en fit sortir, à l'aide d'injections, d'abord un insecte mort ayant un pouce de long, et de la grosseur d'une plume à écrire, puis deux autres pareils ; mais les douleurs, qui avaient diminué après l'opération, revinrent et continuèrent en s'irradiant surtout vers les sinus frontaux. (Sam. Cooper, Dict. de chir., art. *Sinus*.)

Boerhaave rapporte avoir guéri une jeune fille dont tous les sinus de la pituitaire étaient remplis de vers. (Inst. med., p. 792.)

Littre parle d'une personne qui, après avoir éprouvé des douleurs fort vives dans le front, guérit en rejetant par le nez une espèce de chenille qu'il examina soigneusement. (Hist. de l'Acad. des sc., 1708.)

Un cas pareil a été rencontré par Maloet (Ibid., 1733.)

Morgagni, qui admet l'authenticité de ces derniers faits, ajoute : « L'opinion de Henckel (Act. n. c., d. 3, obs. 110) fut également que deux petits vermisseaux, semblables à des charançons, qui firent cesser des douleurs de tête en sortant par la même voie, avaient été attirés dans les fosses nasales, en pressant trop fortement contre les narines des fleurs dans lesquelles leur germe se trouvait caché, et en les sentant avec une inspiration profonde, comme on le fait imprudemment. Avant lui, Gahrlieje ayant vu des vermisseaux dont la sortie par le nez avait produit le même soulagement, conclut qu'ils étaient nés d'une mouche de ce qu'ils étaient tout à fait semblables à ceux qui sont engendrés par ces insectes. » (Ouv. cité, ép. I, n° 9.) Au reste, Littre ne craint pas de proposer l'opération du trépan sur le sourcil pour atteindre le corps étranger, en s'appuyant, ainsi que l'a fait aussi Vallisnieri, sur une opération heureuse de ce genre pratiquée par César Manget ; cet auteur aurait extrait ainsi le corps vivant de la cavité du sinus au grand étonnement des spectateurs. Il est à peine nécessaire de faire remarquer combien il serait hasardeux de se décider à une pareille opération alors que les données du diagnostic ne sont que fort incertaines. Mieux vaudrait peut être avoir recours à des fumigations, à des injections et à d'autres topiques qui, en cas d'insuccès, ne feront pas encourir les dangers d'une opération sanglante dans une région aussi délicate. C'est ici surtout que s'appliquent les paroles suivantes de Hunter : « Cette dernière partie de la chirurgie, les opérations, est un argument contre l'art de guérir : c'est un aveu tacite de son insuffisance. Elle rappelle le sauvage armé qui s'efforce d'arracher par la violence ce que l'homme civilisé obtiendrait par adresse. Le chirurgien doit toujours approcher avec contrainte et terreur de la victime de son opération, et éviter de se laisser séduire par l'éclat populaire qui rejaillit en général des opérations douloureuses, souvent par cela seul qu'elles sont douloureuses, ou bien parce qu'elles sont une cause de grande dépense pour le malade. » (Œuvres complètes, t. 1, p. 238.)

La vessie urinaire est, comme d'autres organes muqueux, sujette elle-même à des entozoaires. Ce sujet sera examiné dans un autre article.

Rognetta.

A partir de janvier 1842, les internes des hôpitaux de Paris ne sont plus nommés que pour trois ans au lieu de quatre. A l'expiration de leur service, ceux qui auront bien mérité des hôpitaux auront une médaille de bronze en témoignage de satisfaction. Pareille médaille sera accordée aux élèves externes qui auront échoué trois fois dans leur concours pour l'internat, mais qui néanmoins auront bien fait leur service. Il en sera de même pour les élèves en pharmacie. Tous les internes et tous les externes seront tenus de concourir chaque année pour des prix. Les six internes placés en tête de la liste des récompenses obtiendront : le premier une médaille d'or, avec prolongation de deux années de service ; les cinq autres auront une médaille d'argent et une prolongation d'un an. Ceux des externes qui auront obtenu le prix et l'accessit seront placés de droit à la tête de la liste des internes. Une condition d'admission au concours pour le prix des internes, est de n'apporter que la valeur de quatre-vingts pages, et six observations certifiées par le chef de service.

Nous nous occuperons prochainement de cette mesure.

tant particulier qui lui est transmis par les nerfs ; or, il ne serait pas logique de regarder la contracture et la rétraction musculaires qui nous occupent comme des maladies premières du système musculaire, alors que l'on place dans les centres nerveux les causes des convulsions, du tétanos, etc. Mais, de même que pour ces dernières affections on n'a pu trouver jusqu'à ce jour la lésion organique qui entraîne les effets observés du côté des muscles, de même on ignore encore à quelles modifications du système nerveux il faut attacher la rétraction.

Ce que les recherches pathologiques ont mis hors de doute, c'est la corrélation qui existe entre la défectuosité des centres nerveux chez certains fœtus monstrux et la rétraction des muscles. Cette corrélation, sur laquelle M. J. Guérin a beaucoup insisté, saisira tous ceux qui auront visité les cabinets de la Faculté de médecine, ceux du Muséum d'histoire naturelle et surtout la riche collection de cas pathologiques que M. J. Guérin a rassemblée.

Les désordres dont le système nerveux est le siége dans les cas qui nous occupent, affectent souvent les sujets dans le sein de leur mère. Aussi est-il fréquent de voir venir au monde des enfans ayant déjà soit de la contracture, soit de la rétraction musculaires. On dit alors que la maladie est congéniale. Dans d'autres cas, ces désordres ne se produisent qu'à une époque plus ou moins éloignée de la naissance ; et l'on dit alors que l'affection est acquise ou accidentelle. Tantôt la maladie est précédée d'autres troubles manifestes du système nerveux, comme du délire, des accès épileptiformes, des convulsions ; tantôt les troubles du côté des muscles sont les premiers symptômes que l'on remarque ; tantôt enfin, une maladie aiguë, une lésion articulaire, par exemple, a précédé les phénomènes de la rétraction musculaire. Cette dernière remarque est de la plus haute importance, car elle fournit une indication précieuse pour le traitement de certaines arthropathies.

Quel qu'ait été d'ailleurs le point de départ de la maladie, ses effets sont toujours les mêmes. Ces effets sont complexes et doivent être étudiés dans la région occupée par le corps charnu du muscle, dans les articulations comprises entre les points d'attache, et enfin dans les parties molles voisines de ces articulations.

Du côté de la région charnue, la réduction du volume du muscle produit un amaigrissement apparent. Si la lésion existe sur les membres, celui qui en est le siége est moins gros que celui du côté opposé. Ce phénomène est surtout frappant pour le pied-bot. Dans ce cas, tous les auteurs ont noté l'amaigrissement du mollet ; ils ont dit que le mollet paraît fuir en remontant vers le creux du jarret : c'est que la saillie des gastrocnémiens et du soléaire s'affaisse de plus en plus en raison de la transformation fibreuse des fibres charnues.

Du côté des articulations, on peut dire d'une manière générale qu'il y a production d'une difformité, qui n'est que l'exagération du mouvement que tend à produire le muscle rétracté lorsqu'il se contracte dans son état physiologique. La difformité devra donc varier selon le muscle rétracté et le nombre des muscles rétractés. Lorsque plusieurs muscles sont rétractés, la difformité représente la résultante de l'action physiologique de ces divers muscles. Voilà pour le sens de la difformité. Quant à son étendue, elle est relative au degré de la rétraction. Or, il est facile de supposer tous les intermédiaires entre une position qui est sur les limites d'un simple mouvement volontaire, et un glissement tel des surfaces articulaires les unes sur les autres, qu'elles ne se correspondent plus que par un point de leur circonférence, ou même qu'elles s'abandonnent entièrement.

Quant aux parties molles voisines de l'articulation, celles du côté opposé à la rétraction sont allongées, tendues en raison du degré de la déviation ; tandis que celles du côté de la rétraction sont dans des états différens selon leur nature. D'abord les tendons qui appartiennent aux muscles rétractés sont immobiles, raides, fortement tendus ; ils s'éloignent du centre du mouvement, et forment la corde de l'arc ou de l'angle que décrivent les courbures articulaires. Cette corde soulève plus ou moins la peau selon les régions. Au coude-pied, au poignet, par exemple, les muscles sont retenus dans leur gaîne par la résistance même des ligamens annulaires ; au jarret, au pli du bras, au contraire, ils soulèvent l'aponévrose d'enveloppe et se dessinent à travers la peau, etc.

Les tendons des muscles non rétractés et placés du même côté que ceux qui sont raccourcis, se trouvent par cela même dans le relâchement. Les muscles auxquels se rendent ces tendons n'agissant plus, sont mous et flasques, et subissent à la longue la transformation graisseuse.

Malgré la solidité du tissu fibreux, on voit les ligamens subir des déformations sensibles : ceux du côté opposé à la rétraction s'atrophient et s'allongent ; ceux qui sont situés dans le sens de la déviation se raccourcissent. Les gaînes des tendons rétractés, fixées d'un côté vers les os, soulevées de l'autre vers la peau par les tendons, s'élargissent peu à peu.

Les autres organes qui passent du côté dévié éprouvent aussi quelques modifications. Les artères deviennent flexueuses, en sorte qu'elles ne perdent pas sensiblement de leur longueur, et que, sans se rompre, elles peuvent se prêter au redressement du membre ; seulement leur calibre a paru quelquefois diminué. Les veines ne présentent pas les mêmes flexuosités, elles semblent, ainsi que les nerfs, subir une véritable diminution dans le sens de leur longueur.

Le *diagnostic* de la rétraction musculaire est généralement facile à établir. On a lieu d'être surpris que les chirurgiens soient restés si long-temps avant de saisir cette cause puissante de difformités. Et pourtant, au lieu d'une théorie aussi simple, aussi satisfaisante, qui rend compte des mille et mille variétés de difformités dont peuvent être affectées les diverses parties du squelette, on a vu, à l'occasion du pied-bot, se produire plusieurs hypothèses dont aucune ne peut satisfaire complétement l'esprit. C'est ainsi que les uns ont invoqué un prétendu arrêt de développement par suite duquel les membres resteraient toujours dans la position vicieuse, mais alors normale pour l'âge auquel se trouvait le fœtus au moment où l'évolution s'est arrêtée ; que d'autres ont pensé qu'il y avait une compression mécanique de la part des parois de la matrice sur la surface du corps de l'enfant, etc... Or, en admettant même l'exactitude de ces positions, qui ne voit qu'elles ne pourraient être applicables qu'aux difformités congéniales, et qu'elles laisseraient en dehors celles qui se produisent après la naissance ? Sous ce rapport, la préoccupation des esprits a été telle que l'un des génies les plus sagaces de notre siècle, Scarpa, voyant dans le pied-bot les muscles jumeaux raccourcis, a considéré cet état comme consécutif ; la difformité du pied étant à ses yeux la maladie première et principale ; opinion qui a été reproduite par beaucoup de chirurgiens, et en particulier par Dupuytren.

Il est aujourd'hui de la plus haute importance de bien reconnaître la rétraction musculaire, et de ne pas la confondre avec d'autres états maladifs des muscles, tels que la contraction spasmodique, etc. Or, la dureté du muscle, son atrophie, sa tension, sont des caractères dont la réunion n'appartient qu'à la rétraction. Le chirurgien doit aussi bien distinguer la difformité qu'elle produit des autres difformités. On sait qu'une tumeur blanche, une violence traumatique et d'autres maladies, peuvent altérer la configuration, les rapports des surfaces articulaires. Or, il faudrait un esprit bien peu attentif pour ne pas distinguer ces états de ceux dans lesquels la difformité est produite par rétraction musculaire. Je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans plus de détails à cet égard.

La rétraction étant reconnue, le chirurgien doit s'attacher à distinguer les muscles qui en sont affectés. Pour cela, il doit se rappeler ce que nous avons dit des effets produits par un muscle rétracté, c'est-à-dire l'exagération de son action physiologique. Ce document est tellement simple que de la simple inspection de la difformité, on peut déduire rigoureusement quels sont les organes affectés, comme aussi de l'étendue de la difformité, on peut déduire le degré de la rétraction. Ces conséquences offrent une réciprocité parfaite, en sorte que la rétraction de tels ou tel muscles et le degré de cette rétraction étant donnés, on peut en déduire à coup sûr la difformité produite, et *vice versâ*.

Le *pronostic* de la rétraction musculaire n'est point grave, en ce sens que la maladie ne menace pas les jours de celui qui en est atteint. Mais cette affection ne paraît pas susceptible d'une guérison spontanée ; son caractère fâcheux est la persistance d'une difformité et d'une gêne plus ou moins grande des fonctions de la partie. Sous ce rapport, le pronostic acquiert une certaine gravité quand l'affection est ancienne, parce qu'alors il s'y joint des déformations qui peuvent rendre la guérison imparfaite ou même impossible.

Avant de nous occuper du traitement, nous allons tracer l'histoire de notre malade, et exécuter devant vous les opérations que son état réclame. Cela nous conduira tout naturellement à discuter le traitement qui convient à la rétraction musculaire.

Au n° 4 du pavillon Saint-Jacques, est couché un jeune homme âgé de dix-huit ans, commis en librairie. Depuis l'âge de dix ans, il est entré dans ce genre de commerce, qu'il a suspendu à l'âge de treize ans, pendant dix-huit mois, pour travailler dans les mines de charbon de terre. Là il se livrait, comme manœuvre, aux travaux d'exploitation, les pieds nus, exposés à l'humidité du sol. Néanmoins, il n'a ressenti pendant tout ce temps aucune atteinte de la maladie dont il est actuellement affecté.

Rentré dans la librairie, il a ressenti pour la première fois, il y a deux ans, les premières atteintes de son mal. Ce furent des douleurs d'abord assez légères, ayant leur siége dans les jambes et les pieds, et augmentant par la fatigue. Peu à peu ces douleurs prirent un certain degré d'acuité, et le malade se trouva dans la nécessité de marcher sur le talon, n'appuyant plus sur le sol la portion métatarsienne du pied ni des orteils. Après quelques mois de ces souffrances, l'un et l'autre pied commencèrent à se déformer ; il se forma sur le bord interne du pied une saillie produite par le scaphoïde et le grand cunéiforme. La marche devenant de plus en plus difficile, et la difformité des pieds augmentant, le malade a été obligé de suspendre ses travaux et est entré dans notre service vers le milieu du mois dernier.

Etat actuel. — Les deux pieds son fléchis sur les jambes de manière à former un angle à peu près droit. La voûte de la plante du pied a disparu ; elle est remplacée par une légère convexité, depuis le talon jusqu'aux orteils. Près du bord interne de la plante du pied existe un relief assez prononcé, répondant au scaphoïde et au grand cunéiforme. Enfin, le bord interne du pied est un peu abaissé, tandis que son bord externe est un peu relevé. Cette conformation est à peu près celle qu'on observe dans le pied-bot ; elle la dépasse même, et atteint le premier degré du pied-plat dit *talus*.

Si on se bornait à un examen superficiel, on ne verrait rien de plus que ce que je viens de décrire. Mais en y regardant avec plus de soin, on constate du côté des muscles les altérations suivantes : les tendons des muscles jambier antérieur, extenseur commun des orteils, péroniers antérieurs, péroniers latéraux, sont fortement tendus ; ils soulèvent la partie correspondante de la gaîne fibreuse qui les bride au niveau du coude-pied. La peau du dos du pied est également soulevée par les divisions de l'extenseur commun ; le corps charnu de ces divers muscles est endurci. La rétraction semble plus avancée à droite qu'à gauche. De ce côté aussi la difformité est plus considérable au pied, et la diminution de volume plus prononcée à la jambe. Comparée à la jambe gauche, celle-ci offre un centimètre de moins en circonférence.

Si on veut imprimer un mouvement d'extension au pied sur la jambe, on augmente la tension des muscles rétractés, et le malade éprouve une douleur très vive dans le trajet de ces muscles, principalement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.

Enfin, le gros orteil du pied droit est entraîné dans l'abduction, et l'on sent en travers, à la plante du pied, dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, une bride dure, résistante, qui semble formée par l'abducteur oblique de cet orteil.

D'après ce que nous avons dit précédemment, il ne nous est pas difficile de caractériser la lésion que nous avons sous les yeux. Nous ne pouvons méconnaître ici les symptômes et les effets de la rétraction musculaire : amaigrissement, dureté, tension extrême des muscles antérieurs de la jambe et des péroniers latéraux, d'une part ; de l'autre, flexion du pied sur la jambe, extension des orteils, renversement du pied sur son bord interne qui l'abaisse. N'y a-t-il pas là et les phénomènes morbides de la rétraction, et la difformité que les muscles altérés seuls peuvent entraîner par leur contraction exagérée. Des détails à cet égard seraient superflus.

Mais il n'est pas aussi facile de trouver la cause de la maladie qui a déterminé la rétraction. Ainsi, il n'y a pas de circonstances héréditaires ; aucun des parens de notre malade n'a été affecté de difformités ; ce jeune homme n'a pas éprouvé d'affection convulsive, point de douleurs dans le trajet de la moelle épinière, ni des nerfs sciatiques. Il y a dix-huit mois, des douleurs se firent sentir dans le membre pelvien droit, sans caractère bien déterminé ; elles forcèrent le malade à traîner la jambe en marchant ; mais il n'a rien ressenti de pareil à gauche ; et d'ailleurs, six mois avant, ces douleurs, les accidens du côté des jambes et des pieds s'étaient déjà manifestés. Il est probable que le travail auquel s'est livré notre malade dans les mines de charbon, n'a pas été sans exercer quelque influence sur le développement de l'affection dont il est aujourd'hui atteint. Du reste, sa santé est bonne, et sa constitution, quoique délicate, n'est nullement détériorée.

Nous passons ici sous silence les détails dans lesquels est entré M. Bérard pour expliquer la démarche vicieuse de son malade. Ces détails seront faciles à saisir si l'on a bien compris ce que nous avons dit précédemment sur la déformation des pieds chez ce sujet.

Abordant ensuite la question du traitement, M. Bérard a démontré que les machines, les appareils plus ou moins ingénieux qui ont été imaginés, ne sauraient constituer ici la base d'une thérapeutique rationnelle. Il ne lui a pas été difficile de prouver que la section des tendons des muscles rétractés pouvait seule faire justice d'une pareille difformité.

Nous allons employer, dit-il, la méthode sous-cutanée. Des que la section des tendons sera opérée, les petites plaies résultant de ces opérations seront soigneusement soustraites au contact de l'air, et nous appliquerons immédiatement les appareils propres à opérer le redressement des pieds. Chacun des points, ajoute-t-il, que je viens d'énoncer, mériterait des développemens étendus ; mais je me bornerai aujourd'hui à poser les principes. Nous avons plusieurs autres cas de ténotomie ; je saisirai, en conséquence, une prochaine circonstance pour m'occuper avec quelques détails de cette opération pour en indiquer les préceptes et pour exposer le mode de pansement qu'il convient de mettre en usage.

Immédiatement après cette leçon, M. Bérard a coupé successivement sur les deux jambes les tendons du jambier antérieur, de l'extenseur commun des orteils, de l'extenseur propre du gros orteil et des péroniers latéraux. Tous ces tendons ont été divisés au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, à l'exception des péroniers latéraux qui ont été coupés à trois centimètres au-dessus de la malléole externe. Le procédé opératoire a été le même pour toutes ces opérations. Une ponction avec un bistouri pointu était faite à la peau préalablement soulevée en pli, au côté droit de chaque tendon, a servi à introduire le ténotome de droite à gauche entre la peau et le tendon, de sorte que la section a été opérée des parties superficielles vers les parties profondes. Ces opérations n'ont rien offert de particulier. Immédiatement après, il a été facile d'opérer un redressement très étendu des pieds et du métatarse. Les petites plaies ont été fermées immédiatement avec des bandelettes de diachylon, et aussitôt un appareil propre à opérer l'extension des pieds a été appliqué. C'est mercredi dernier (12 janvier) qu'ont été pratiquées ces opérations.

Le malade a éprouvé une légère douleur à la suite de l'extension du pied. Nous avons examiné les parties vingt-quatre heures après, et nous les avons trouvées dans un état on ne peut plus satisfaisant. Il n'existe ni rougeur, ni gonflement, ni douleur au toucher. L'opéré est parfaitement tranquille. On continuera graduellement l'extension. Nous ferons connaître les suites de ces opérations.

POLYPE DE L'UTÉRUS. — La malade qui a subi la division du col de la matrice, et l'extirpation d'un polype utérin, dont nous avons parlé dans un précédent article (*voir* le n° du 8 janvier), n'a éprouvé depuis aucun accident. Dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération, il s'est écoulé par la vulve une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent. Cet écoulement a cessé dès le second jour, et ne s'est plus reproduit. Toutes les fonctions s'exécutent maintenant avec la plus parfaite régularité ; déjà les forces se rétablissent, la peau se colore et les bourdonnemens d'oreille ont complétement disparu.

EXTIRPATION DES GANGLIONS CERVICAUX. — Nous avons également à annoncer l'heureux résultat obtenu par M. Bérard chez la jeune personne à laquelle il a extirpé vers la fin de l'année dernière des ganglions cervicaux, et dont nous avons publié l'histoire dans ce Journal (décembre 1841).

La plaie, dont les bords n'ont point été entièrement affrontés, est entrée en suppuration ; puis lorsque les bourgeons charnus ont été bien développés, la réunion secondaire a été obtenue à l'aide de bandelettes de diachylon ; et les lèvres se sont tellement rapprochées qu'il en est résulté une cicatrice

linéaire. La jeune fille est sortie de l'hôpital parfaitement guérie, conservant à peine des traces de l'opération; car la cicatrice, cachée par la base de la mâchoire, est légèrement enfoncée, et ressemble jusqu'à un certain point à un des plis cutanés qui s'observent dans cette région.

Nous ajouterons que la même opération a été pratiquée depuis par M. Bérard, sur deux autres malades. Chez le premier, ces ganglions occupaient la région parotidienne; leur extraction a offert quelques difficultés, en raison du ramollissement et d'un commencement de suppuration dont ils étaient affectés. La réunion par première intention n'a pas été tentée, et la plaie a été traitée comme dans le cas précédent; elle est aujourd'hui à peu près complètement cicatrisée, et présente une disposition linéaire. — Chez le second, la tumeur datait de plus de vingt ans; elle était située sous la base de la mâchoire, et avait atteint le volume d'un gros œuf de poule. Elle faisait des progrès lents, mais continus, et était devenue le siége de douleurs lancinantes. La tumeur était formée aux dépens des ganglions lymphatiques placés sur la face externe de la glande sous-maxillaire. Son ablation a été faite; son examen a montré qu'il y avait un commencement de dégénérescence cancéreuse, et a prouvé combien il est important de ne pas laisser persister trop long-temps les ganglions qui résistent au traitement résolutif.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la teinture de cantharides dans la bronchite des enfans.

M. le docteur Ransford, dans un travail lu à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, après avoir présenté quelques observations sur les difficultés qu'offre le diagnostic des affections du thorax chez les enfans, a rapporté avec détails plusieurs observations de bronchite dans lesquelles la teinture de cantharides a été employée. Dans un de ces cas, le moyen fut discontinué parce qu'il était survenu une irritation gastrique. Dans quelques-uns, l'administration de la teinture fut suivie de résultats avantageux. L'auteur paraît admettre que, dans la plupart des cas où cette médication a eu des effets heureux, ces derniers ne se sont manifestés qu'après que déjà un certain degré d'irritation s'était fait sentir dans les voies urinaires. Il a observé aussi qu'elle ne réussissait pas quand l'expectoration était purulente.

Emplâtre vésicatoire.

Si l'emplâtre vésicant ne produit pas toujours l'effet que l'on en attend, il faut l'attribuer, suivant M. le docteur Mueller, à ce que le principe vésicant reste enfermé dans le tissu des cantharides. Pour avoir un tissu plus sûrement actif, M. Mueller conseille de laisser digérer les cantharides dans la masse emplastique, à une douce chaleur, pendant cinq à six heures. Cet avis, que M. le professeur Soubeiran regarde comme fort bon à suivre, se rapproche de ce que M. Guibourt a dit à ce sujet; mais la dissolution prolongée des cantharides assure la dissolution des principes actifs, qui ne peut se faire aussi bien lorsqu'on se contente d'incorporer les cantharides dans la masse encore chaude, comme l'a conseillé M. Guibourt.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, janvier, 1842.)

Changemens éprouvés par certains corps étrangers dans l'épaisseur de nos organes.

Si ces corps sont insolubles et inorganiques, ils peuvent séjourner pendant un temps très long dans l'économie sans éprouver de changement et sans causer d'autre gêne que celle d'un obstacle mécanique au jeu des organes. Ils ne sont absorbés qu'au fur et à mesure qu'ils se décomposent, s'ils consistent en quelques parties organiques inertes.

En 1835, M. le docteur Lemarchand, médecin à Verviers, vit une jeune fille de douze ans, qui, six ou sept ans auparavant, s'était engouée en mangeant des noix, à ce que rapporte son père, s'était plainte immédiatement après et pendant quelque temps, de mal de gorge. Au bout de plusieurs semaines, on avait vu sur le côté du cou, un fragment triangulaire de coquille de noix placé immédiatement sous la peau, et que l'on distinguait très bien par le toucher. Il chemina peu à peu et vint se loger entre les insertions inférieures des muscles sterno-cléido-mastoïdien. A l'époque où M. Lemarchand eut occasion d'examiner le sujet dont il s'agit le fragment de coquille était réduit à l'épaisseur du parchemin, et ses angles étaient émoussés.

(*Ann. de la Soc. de méd. de Gand.*)

Cas de tumeur blanche guérie par le vinaigre en vapeur.

M. le docteur Butzke a retiré le bénéfice le plus inespéré de l'emploi des vapeurs de vinaigre dans un cas de tumeur blanche du genou, qui datait déjà de neuf ans. Le malade plaçait le membre affecté sur une baignoire plutôt profonde que large, au fond de laquelle se trouvait un vase rempli de vinaigre. On plongeait dans ce dernier un fer rouge qui vaporisait aussitôt une forte quantité de liquide, et en même temps on s'empressait de recouvrir la baignoire avec des tapis, de telle sorte que les vapeurs venaient frapper directement sur le membre malade et y occasionnaient une transpiration très abondante.

Après trois semaines de l'emploi de ce moyen, le sujet se trouva déjà en état de marcher librement et de fléchir assez facilement le genou malade.

(*Rust's Magazin*, 1841.)

Fistules vésico-vaginales; oblitération du vagin.

Monsieur le Rédacteur,

Le 21 décembre dernier, j'ai publié dans votre Journal une lettre inspirée par une leçon de M. Blandin. Le 11 janvier seulement, ce professeur se décide à faire une réponse dans laquelle se décèlent un filet d'aigreur et une tendance à la personnalité qu'on ne rencontrait pas dans le style de M. Blandin agrégé. J'ai toujours dit que le style ce n'est pas l'homme, mais sa robe... N'ayant pas changé de style, j'écrirai aujourd'hui comme j'ai toujours écrit aux hommes qui se sont fait un nom dans la science par d'utiles travaux. Je serai court, car je ferai bon marché des questions de vanité chirurgicale. Je ne dirai que quelques mots sur la question de philosophie et de clinique chirurgicale, car je l'ai traitée déjà, et M. Blandin ne l'a presque pas abordée.

1° J'ai écrit qu'un insuccès n'était pas suffisant pour motiver le rejet d'une méthode opératoire. Je l'ai déjà prouvé par le raisonnement, et j'ajoute ici qu'en suivant la philosophie professée d'abord par M. Blandin, on aurait empêché l'adoption de presque toutes les plus belles opérations chirurgicales. J'ai placé M. Blandin sur un point culminant, sur un point doctrinal de médecine opératoire; et ce professeur, au lieu de tenir la question à cette hauteur, l'a fait descendre à l'argument que voici: « Il serait possible que M. Vidal fût moins chagriné de ma » manière de raisonner sur sa méthode opératoire que sur cette asser- » tion qu'elle n'a jamais réussi. » Or, c'est moi qui ai dit et imprimé partout, dans mon livre, dans les journaux, dans ma lettre, que mon opération *n'avait jamais réussi*. Je ne me plains pas de la manière de raisonner de M. Blandin, je me plains au contraire de ce qu'il n'a pas daigné raisonner. Je le regrette d'autant plus, qu'avec l'impartialité et la justesse de jugement qu'on lui attribue, on pouvait espérer de lui de nouvelles lumières sur un sujet fort obscur encore, malgré les importantes travaux des Dupuytren, des Malaggdi, des Lallemand, des Jobert, des Velpeau, etc. Enfin, je voulais savoir quel était l'esprit de la médecine opératoire de M. Blandin, et ce professeur a cherché à faire de l'esprit sur ma médecine opératoire, ce qui m'a plus étonné que *chagriné*.

2° J'ai ensuite expliqué la cause des insuccès des opérations de fistules vésico-vaginales par les méthodes *directes*, c'est-à-dire par celles qui tendent à oblitérer directement la perforation du bas-fond de la vessie. J'ai dit 1° que la vessie depuis long-temps perforée était tellement revenue sur elle-même, qu'elle ne représentait pas une cavité réelle. Alors, quand on cherchait à oblitérer l'ouverture anormale, dès qu'il arrivait de l'urine dans la vessie les efforts de dilatation de cet organe portaient sur la cicatrice encore faible et la déchiraient. J'ai avancé que la présence de l'urine n'avait pas les inconvéniens que lui attribuaient généralement les chirurgiens; en effet, dans *les tailles vésicales*, on voit la plaie continuellement en contact avec l'urine se cicatriser.

M. Blandin répond: 1° que les tailles vésicales par le bas-fond de la vessie « se terminent souvent par des fistules », ce qui est en partie vrai; 2° que si « les plaies des cystotomies du bas-fond de l'organe » se cicatrisent plus facilement que les fistules vésico-vaginales récem- » ment avivées, cela dépend principalement de ce que dans ces plaies » la vessie n'a pas subi la perte de substance qui caractérise ces fis- » tules »; ce qui est trop vrai.

Donc ce n'est pas la présence de l'urine qui met le plus grand obstacle à la cicatrisation; donc je suis d'accord avec M. Blandin sur le principal point de la discussion, ce qui est un grand bonheur pour moi. Mais je ne lui concède pas qu'un lambeau de tissu quelconque appliqué *directement* sur l'ouverture de la vessie agrandisse cet organe. On ne rendra à la vessie sa capacité qu'aux dépens d'une autre cavité, c'est-à-dire par une méthode *indirecte*.

M. Blandin dit que j'ai gravement terminé mon article en annonçant l'insuccès qu'il vient d'éprouver. C'est vrai, je l'ai dit gravement, et même avec tristesse. Selon ce professeur, je me suis posé sérieusement en oracle pour apprendre au monde médical que ce résultat était *probable*. J'ai été plus absolu que cela; voici mes paroles: « Je terminerai par un pronostic qui se réalisera, *j'en suis certain*. Il est dit dans le compte-rendu de M. Blandin que la malade porte à la partie inférieure du bas-fond de la vessie une perforation offrant à peu près le diamètre d'une pièce de deux francs. Hé bien, s'il y a cette perforation de la vessie, M. Blandin ne guérira sa malade ni par l'autoplastie, ni par aucune méthode *directe*. » Ces choses-là se disent sérieusement, monsieur le professeur, et pour les dire il n'est pas nécessaire d'être un oracle, il faut seulement étudier avec soin l'histoire des fistules vésico-vaginales et avoir des principes arrêtés en médecine opératoire.

Je ne finirai pas sans remercier M. Blandin de la franchise avec laquelle il avoue cet insuccès. Ceci me ferait presque oser cette question; Que fera M. le professeur à cette malheureuse femme et à celles qui sont dans sa position quand l'autoplastie aura *toujours* échoué?

Un nouveau professeur fut rencontré par un médecin qui lui demanda ce qu'il avait fait depuis sa nomination: *J'ai supprimé les poignées de main*, dit-il avec orgueil. Les personnes qui ont connu M. Blandin avant que sa robe fût toute rouge ont trouvé qu'il y avait quelque chose de supprimé dans la lettre à laquelle je réponds.

Agréez, etc., VIDAL (de Cassis).

SUPPLÉMENT.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Gazette médicale de Paris, 1842, n° 1er.

I. *Remarques préliminaires sur le traitement des déviations de l'épine par la section des muscles du dos*, lues à l'Académie des sciences le 16 août 1841, par M. le docteur Jules Guérin.

Ce mémoire a été fait en réponse au travail de M. Bouvier, dont nous avons analysé la première partie dans notre précédente revue.

Dans un court préambule, M. Jules Guérin montre que jusqu'en 1837 le caractère essentiel de la ténotomie était purement mécanique et empirique. On divisait, dit-il, le tendon du sterno-mastoïdien et le tendon d'Achille parce qu'ils faisaient obstacle direct au redressement du col et du pied, et parce qu'ils se montraient extérieurement comme tels sous l'apparence de cordes saillantes et tendues entre les parties qu'on s'efforçait d'écarter. On ne voyait dans leur résistance que l'empêchement mécanique, et dans leur division qu'un moyen plus expéditif de faire disparaître cet empêchement. Dans cette préoccupation exclusive pour l'opération, ajoute plus loin M. Guérin, et pour l'opération ainsi bornée, il n'était venu à l'idée de personne de rechercher quelle pouvait être la nature du raccourcissement des tendons trop courts, de remonter à la cause du raccourcissement. On regardait cette question comme oiseuse, ou plutôt on n'y pensait pas. Les uns, comme M. Stromeyer, n'en avaient dit mot ; les autres avaient parlé incidemment d'atrophie du muscle, d'arrêt de développement, de retrait consécutif à une position vicieuse du fœtus ; mais personne n'avait donné sciemment la signification du fait ; et l'insouciance et l'ignorance où l'on était à l'égard du point de science s'accordait parfaitement avec la routine de la pratique ; car dépourvue qu'était cette dernière de toute indication étiologique, rationnelle, elle ne faisait que ce qu'on avait fait et restait ainsi parquée dans le même cercle depuis deux cents ans.

Après avoir exposé en peu de mots et d'une manière générale l'analogie qui existe entre les déviations de l'épine et celles des autres parties du squelette, après avoir mis en évidence les faits et les principes qui servent de base à cette analogie, et les causes qui expliquent, jusqu'à un certain point, la méprise et l'opposition de ses adversaires, M. J. Guérin aborde ces objections.

Qu'objecte-t-on sérieusement, dit-il, à la théorie des déviations de l'épine par rétraction musculaire, et à la myotomie rachidienne qui en est la conséquence ? On suppose : 1° des altérations matérielles, des déformations, des affaissemens latéraux des vertèbres, qui seraient les points de départ de la difformité ; 2° des observations sur le vivant et des expériences sur le cadavre, propres à montrer que les muscles ne sont pas tendus dans la concavité des courbures, et que les courbures ne se redressent pas après la section des muscles.

Quant aux altérations osseuses qu'on trouve dans les déviations de l'épine, M. J. Guérin démontre qu'elles sont analogues à celles que l'on rencontre dans toutes les autres difformités du squelette dont on admet l'origine musculaire (pied-bot, torticolis, etc.); elles n'en diffèrent qu'en raison de la différence des articulations et des mouvemens des parties que les difformités occupent, et des influences secondaires auxquelles elles sont soumises. Pourquoi donc ne considère-t-on pas ces altérations comme la cause de la difformité dans le pied bot, le torticolis, etc., ainsi qu'on le fait pour la déviation de l'épine ? D'ailleurs, ajoute M. J. Guérin, si ces simples considérations ne suffisaient pas pour produire immédiatement dans tous les esprits la conviction qu'elles sont destinées à y porter, je rappellerais qu'à une autre époque, dans le concours de 1836 (Académie des sciences), la doctrine qu'on m'oppose aujourd'hui s'est fait juger avec toutes les ressources qu'elle possède, et que le jury chargé de prononcer contradictoirement entre les assertions dont on cherche encore à l'étayer aujourd'hui, et les preuves de fait et d'expérience sur lesquelles j'ai établi la mienne, s'est déclaré explicitement en faveur de cette dernière.

En ce qui concerne les observations faites sur le vivant et les expériences sur le cadavre, elles n'ont, d'après M. J. Guérin, aucune portée, parce qu'elles sont directement contredites par d'autres observations et d'autres expériences faites avec plus de soin et une connaissance plus réfléchie des conditions où elles doivent réussir et des conditions où elles ne le peuvent pas. Nous croyons devoir rapporter en entier cette partie du travail de M. Guérin.

« On a présenté, dit-il, une observation avec une certaine confiance, sans doute à cause et en proportion de l'importance qu'on lui suppose. On a fait remarquer que la tension et la dureté des faisceaux musculaires, invoquée par nous comme des caractères de la rétraction de certains muscles de l'épine, n'existent que lorsque le sujet est debout, et disparaissent au contraire par le décubitus horizontal. Preuve, a-t-on dit, que si on avait mieux observé, on n'eût pas attribué à la rétraction ce qui n'est dû qu'à la contraction physiologique. L'objection n'est embarrassante que pour quiconque ne voit dans la déviation que la moitié ou le tiers de ce qui s'y passe. Et d'abord opposons formellement à cette observation de quelques cas les plus ordinaires une observation péremptoirement contraire, portant sur des faits plus accentués et plus caractérisés. J'affirme donc, et j'affirmerai hautement, parce que je les ai vus maintes fois, parce que je les ai fait voir à toutes les personnes qui suivent mes conférences cliniques, qu'il existe un assez grand nombre de cas dans lesquels la rétraction a été si forte, si complète, que les muscles rétractés, la masse commune des sacro-lombaire et long dorsal, par exemple, ont acquis la dureté du cartilage et offrent une tension qui reste la même dans le décubitus comme dans la station verticale. Ces faits ne sont pas communs, je le reconnais, et s'ils avaient été remarqués par la doctrine adverse, nul doute qu'elle eût été moins confiante dans son allégation. Les cas où les caractères de la rétraction sont moins prononcés ; ceux où le décubitus les fait en partie disparaître sont les plus nombreux ; mais ils ne sont pas pour cela plus favorables à l'opinion qui les invoque. Qu'arrive-t-il, en effet, dans toute déviation de l'épine produite par une rétraction musculaire peu intense ? c'est que la difformité commencée par la rétraction est complétée par la contraction physiologique des muscles environnans, et par l'action verticale de la pesanteur. J'ai montré, en effet, que le fait de la courbure de la colonne réalise une condition dans laquelle les muscles correspondans aux concavités des arcs agissent sous des angles plus ouverts que ceux qui correspondent à leurs concavités, en même temps que l'action verticale de la pesanteur, agissant également sous des angles plus ouverts aux côtés concaves, produit un résultat analogue ; or, cette double action incessante de la contraction physiologique et de l'action verticale de la pesanteur, consécutive à un commencement de déviation, ajoute incessamment un nouveau degré au degré primitif de la difformité, et fait disparaître à la longue la tension plus prononcée des cordes sous-tendant les courbures, comme on ferait relâcher la corde d'un arc flexible en plaçant à son extrémité un poids suffisant pour le courber davantage. Mais cette explication, qui repose sur des faits si vrais, si incontestables, n'est même pas absolument nécessaire. On peut presque toujours retrouver les caractères de la rétraction, alors même que la tension musculaire disparaît par le décubitus. Ainsi l'on peut, lorsque le sujet est debout, s'assurer par la tension plus grande des faisceaux musculaires rétractés, par leur isolement et leur saillie plus prononcée, par leur consistance plus fibreuse, qu'ils sont, en effet, soumis à des tractions plus considérables que leurs congénères, et par conséquent qu'ils portent en eux une cause de brièveté relative plus grande, bien que cette brièveté cesse d'être apparente dans le décubitus horizontal. Il en est de même pendant l'opération. Les faisceaux musculaires activement rétractés sont, à cause de leur consistance fibreuse, plus facilement divisés, et ils le sont avec un bruit et une netteté qui est bien en rapport avec le caractère de leur texture.

» Mais la déviation de l'épine n'est pas la seule difformité où la rétraction soit quelquefois masquée par les effets d'autres causes. Le pied-bot varus-équin offre, dans certains cas, la répétition de ce qui se passe dans la déviation de l'épine. Le renversement du pied sur son bord externe, produit en premier lieu par la rétraction du jambier antérieur, se complétant par l'action verticale de la pesanteur et la contraction physiologique des autres muscles de la jambe, finit par produire le relâchement même de ce muscle, raccourci et tendu pendant les premiers degrés de la difformité.

» Les expériences sur le cadavre ne nous paraissent pas plus heureuses que les observations sur le vivant. Ces expériences sont au nombre de sept. Trois d'entre elles ont été faites sur des sujets atteints de déviation rachitique ; deux autres sur des sujets âgés de 35 et 63 ans, ce dernier offrant une déviation de cinq centimètres de flèche. Or, avant d'aller plus loin, ces expériences peuvent être mises immédiatement hors de cause. Les trois relatives à des sujets rachitiques sont absolument étrangères à la question, car j'ai toujours eu soin de différencier les déviations rachitiques, que je range parmi les osseuses primitives, des déviations par rétraction musculaire. Les deux relatives à des sujets âgés de 35 et 63 ans, dont l'un avait une déviation de cinq centimètres de flèche, sont également étrangères à la question sous un autre point de vue. Il y a long-temps que j'ai établi, et le rapport de l'Académie sur mes travaux en fait foi, que l'âge, l'ancienneté et le degré extrême des déviations de l'épine réalisent trois ordres de conditions dans lesquelles les altérations secondaires rendent ces déviations tout à fait incurables. La proposition de guérir une gibbosité datant de 63 ans et de cinq centimètres de flèche eût été une dérision. Comment qualifier la prétention de juger une doctrine et une méthode d'après son impuissance et son inefficacité dans de semblables conditions ? Restent les deux dernières expériences, relatives à deux sujets, dont les muscles correspondans aux concavités des courbures n'étaient pas même tendus après la mort. Le peu de rigueur des cinq premières expériences pourrait me dispenser d'examiner les deux dernières, car il est à craindre qu'on n'ait pas été plus difficile pour les unes que pour les autres. Quelle était la nature de ces difformités ? A quelle cause etaient-elles dues ? Combien de temps après la mort a-t-on expérimenté ? Car, faisons-le remarquer, sur le cadavre, quelques jours après la mort, les muscles deviennent flasques, sans résistance aucune, tandis que les ligamens ont de la tendance à se raccourcir. Ne sait-on pas, en effet, que la colonne vertébrale qui, sur le vivant, jouit d'une certaine souplesse et mobilité, devient, après la mort, d'une rigidité notable ? Voilà ce qui explique comment la section des ligamens, dans les cas qu'on a rapportes, a été en apparence plus efficace que la section des muscles.

» Mais qu'est-il besoin d'une discussion théorique de cette nature sur ces expériences faites sans rigueur ni précision, quand d'autres expériences, faites et répetées des centaines de fois, dans les conditions où elles doivent l'être, ont établi clairement, rigoureusement, que la section de certains muscles de l'épine, sur le cadavre comme sur le vivant, facilite le redressement plus ou moins immédiat de certaines déviations. Or, ces faits, ces expériences, je les ai produits et repétés un grand nombre de fois publiquement ; j'ai pratiqué à l'heure qu'il est plus de quatre cents fois l'opération que l'on veut proscrire, et il ne serait pas difficile de trouver parmi les personnes qui m'entendent et même parmi les honorables membres de cette Académie, des témoins des remarquables résultats qu'elle a produits. Tous ces résultats ne sont pas également heureux, parce que tous les cas n'étaient pas également favorables, et c'est sans doute parmi ces derniers qu'on est allé chercher les preuves menaçantes de l'inefficacité de la méthode. Mais avant de procéder à cette espèce d'inquisition, au moins prématurée, n'eût-il pas été convenable d'attendre que l'auteur eût lui même fait connaître les résultats que l'on veut infirmer ; qu'il les eût classés dans la catégorie des succès ou des insuccès ; on aurait su, en effet, qu'il a constaté un grand nombre des uns et des autres. Les résultats qu'il a obtenus forment une série méthodique, dont les extrêmes sont représentés par des succès complets, presque immédiats, et des revers non moins complets. Or, entre ces deux extrêmes, il existe un nombre considérable de cas intermédiaires, représentatifs de conditions différentielles qui décident du degré de curabilité et d'incurabilité de chaque terme de série. Depuis trois années que je me livre patiemment à des recherches et à des expériences multipliées pour constituer cette série et pour résoudre les nombreux et inextricables problèmes qui se rattachent à la myotomie rachidienne, je n'ai rien voulu publier précipitamment ; j'ai attendu que l'observation et l'expérince me permissent d'asseoir des principes certains sur des résultats certains ; j'ai préparé, coordonné, mûri cette œuvre dans le silence ; et aujourd'hui qu'elle est arrivée à son achèvement, je suis heureux qu'une opposition violente lui procure une occasion si favorable et si légitime de se défendre et de se produire. »

La Clinique des hôpitaux des enfants, n° 9, 15 décembre 1841.

Note clinique à l'occasion de deux cas de croup suivis, après la trachéotomie, l'un de la guérison, l'autre de la mort ; par M. le docteur Robert-Latour.

Dans un court préambule, l'auteur s'applique à faire ressortir l'erreur de ceux qui ont considéré le croup comme une affection purement inflammatoire. La marche insidieuse de cette maladie, dit-il, ses symptômes pendant son développement, ses caractères anatomiques, le peu d'inflammation qui l'accompagne, et le danger qu'elle annonce, tout indique une atteinte profonde à l'économie, et toute locale que se présente le plus souvent la maladie, on ne saurait, à ces divers phénomènes, méconnaître une altération du sang, un véritable empoisonnement miasmatique. La phlogose, ajoute-t-il plus loin, n'est qu'un phénomène secondaire ; la production des pseudo-membranes constitue le caractère principal, et bien que cet acte ne soit pas le seul mobile du danger auquel est livré le malade, pourtant, il faut en convenir, c'est là le phénomène le plus saillant de la maladie, celui qui mérite le plus l'attention du praticien.

Les deux cas de croup mentionnés dans cette note, se sont présentés dans la même famille ; le premier chez une petite fille de quatre ans, le second chez le frère de celle-ci, âgé d'un an. Dans le premier cas, la jeune malade était en proie à la coqueluche depuis deux mois, lorsque l'affection croupale se déclara et nécessita trois jours après la trachéotomie ; aucun accident ne suivit l'opération, et après quelques jours la guérison était complète. Dans le second cas, la trachéotomie ne put sauver le jeune enfant, qui succomba le lendemain de l'opération.

Après l'exposition succincte de ces deux faits, M. Robert-Latour tâche d'expliquer le résultat inégal produit par l'opération chez ses deux malades. Une première remarque, qui lui paraît devoir être prise en considération, est puisée dans la différence d'âge des deux sujets. On sait, dit-il, que la trachéotomie offre d'autant moins de chances de succès, que le sujet est plus jeune. Chez le sujet qui a succombé, il existait des fausses membranes jusque dans les bronches ; pendant l'opération le jeune malade en expulsa une fort mince de trois centimètres de longueur sur un centimètre de largeur, et des pinces introduites dans la trachée jusqu'à la bifurcation en saisirent une autre portion de même nature et à peu près de même dimension. Rien de semblable n'a été observé chez la malade qui a survécu. — Une circonstance très-importante à noter, suivant M. Robert-Latour, est le mode différent de cautérisation qui a été employé dans les deux cas. « Ainsi, dit-il, tandis que chez l'enfant d'un an je me bornais à toucher avec le nitrate d'argent solide les plaques membraneuses accessibles à la vue, j'employais pour la sœur une solution saturée du même sel, solution qu'on avait soin de préparer deux fois par jour et de soustraire à la lumière pour en éviter la décomposition. La cautérisation était renouvelée de quatre en quatre heures, même la nuit, et pratiquée de la manière suivante : une pelotte de charpie tenue entre les mors d'une longue pince recourbée, fixée d'ailleurs à cette pince par un fil solide, était portée, tout imbibée de la solution caustique, sur la glotte où je l'exprimais fortement ; puis, en la retirant, je la promenais sur tout le pharynx et le voile du palais. Ce procédé me paraît préferable à celui qu'on met habituellement en usage, et qui consiste à porter le caustique à la faveur d'une baleine à laquelle est fixée une éponge. S'adaptant, par sa courbure, à la forme des parties, la pince est plus sûrement dirigée sur la glotte, en raison de la solidité du métal ; et j'y trouve encore l'avantage de pouvoir, une fois sur cet orifice laryngien, exprimer entre ses mors le corps imbibé du caustique. Je préfère encore à l'éponge, sans y attacher toutefois grande importance, une pelotte de charpie molette, par cela même que, devant s'exprimer sur la glotte, il n'est pas nécessaire d'y porter une grande quantité de nitrate d'argent, etc. »

M. Robert-Latour passe en revue les moyens thérapeutiques dirigés contre le croup.

Les frictions mercurielles ne lui paraissent pas pouvoir exercer une grande influence ; dans les faits qu'il a observés, il n'a pu y rattacher le plus mince résultat. — Les vomitifs, en débarrassant momentanément au moins les voies respiratoires des fausses membranes qui les obstruent, sont très-utiles ; mais cette action toute mécanique ne peut rien contre la cause miasmatique de l'affection. — Les laxatifs, les boissons adoucissantes, les cataplasmes et les autres moyens employés à peu près dans toutes les maladies, ne sont que d'un faible secours ici ; ils ne nuisent pas aux malades, et voilà tout. — La saignée capillaire ou autre soulage réellement, mais il faut y avoir recours avec une sage modération ; c'est un bon adjuvant, mais non pas la médication curative. — Le seul moyen qui paraisse avoir une action directe sur le croup, c'est la cautérisation ; mais il faut qu'elle soit pratiquée largement et souvent pour obtenir la limitation du mal. Quant au mode d'action du caustique en pareil cas, c'est un point que M. Robert-Latour passe sous silence.

Nous rapporterons en terminant le jugement porté par l'auteur sur l'opération :

« Elle n'est point, dit-il, un agent curatif du croup, mais elle rend d'importans services en ouvrant à la respiration une voie artificielle, en rendant ainsi à la vie son mobile le plus essentiel, jusqu'au jour où le mal est définitivement terminé. Aussi rarement triompherez-vous de l'affection, lorsque les pseudo-membranes s'étendront à la trachée et aux bronches. Vainement alors vous instillerez le liquide caustique dans ces conduits respiratoires : si vous parvenez à arrêter l'extension de la maladie, la mort encore trouvera dans une pneumonie lobulaire le moyen de ressaisir sa proie. Non, la trachéotomie, à part de très-rares exceptions, ne peut offrir d'heureuses espérances qu'après la

limitation au larynx des fausses membranes; aussi faut-il, comme je l'ai fait chez la petite fille dont j'ai rapporté l'histoire, cautériser profondément et porter toujours l'agent chimique jusque sur la glotte. »

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, N° de janvier 1842.

I. *Du strabisme et de son traitement, précédé de quelques recherches anatomiques et physiologiques sur les muscles de l'œil*; par M. le docteur Boinet (1re partie).

La publication de la seconde partie de ce mémoire ne devant être terminée que dans le prochain numéro du *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales*, nous en ferons connaître les points nouveaux qu'elle peut renfermer dans notre revue du 15 février. Nous avons assez insisté sur ce sujet pendant les deux dernières années pour nous dispenser d'entrer dans de grands développemens sur ce travail.

II. *Observations et expériences sur la vertu de l'ambre jaune dans une maladie nerveuse de forme convulsive*; par M. le docteur Alexandre Gérard.

Il ne s'agit de rien moins dans ce travail que de l'observation d'une demoiselle de V...., âgée de trente-sept à trente-huit ans, affectée depuis l'âge de vingt ans d'une maladie nerveuse de forme convulsive, qui, après avoir résisté à tous les traitemens préconisés en pareil cas, a cédé instantanément dès que la malade a porté des colliers d'ambre jaune pesant ensemble 70 grammes, placés au bas du cou. Cette cure est trop curieuse pour nous dispenser de rapporter les propres paroles de M. Gérard. Ce médecin, après avoir essayé inutilement les sangsues et tous les anti-spasmodiques connus, essaya les plaques aimantées, qui déterminèrent une crise terrible. « L'idée me vint alors, dit-il, d'essayer un corps idio-électrique; je demandai un collier d'ambre et le fis mettre au-dessus du mollet gauche. On avait fait poser antérieurement un sinapisme; il n'en résulta aucun effet apparent.

» L'après-midi de ce même jour, mademoiselle de V.... ôta le collier de sa jambe pour le montrer à une amie : elle éprouva de l'agitation lorsqu'il fut détaché; elle le remit aussitôt à sa place sans y faire plus d'attention. Le lendemain, elle fit encore la même manœuvre en ma présence : le collier fut à peine détaché qu'elle commença à trembler de tous ses membres, et se souvint à l'instant de ce qui lui était arrivé la veille. Je fis remettre le collier; les contractions cessèrent à l'instant. Plusieurs essais successifs ayant donné le même résultat, je fus forcé de reconnaître la propriété calmante de l'ambre, et je me procurai deux autres colliers pour continuer et varier les expériences.

» Pour assister avec moi à ces expériences, il faut se représenter la malade assise sur une chaise, le pied posé sur un tabouret à cause de la douleur et de l'inflammation produites par le sinapisme; il faut se souvenir qu'on ne pouvait la toucher dans aucune partie du corps sans exciter des mouvemens convulsifs. J'ajoutai deux autres colliers à celui qui était déjà noué au-dessus du mollet. J'observai premièrement que, dans cette position, l'on pouvait toucher toutes les parties du corps, depuis la tête jusqu'aux colliers, sans exciter aucune contraction, tandis que depuis l'extrémité du gros orteil jusqu'aux colliers, le contact occasionnait dans la jambe seulement des contractions et de la douleur. Ces colliers semblaient établir une barrière qui interceptait toute communication entre la jambe et le reste du corps. Ce fait étant suffisamment prouvé, il s'agissait de reculer la barrière. On transporta successivement les colliers à la cuisse, autour des reins; le même effet eut toujours lieu : le contact au-dessous produisait des contractions, au-dessus rien; tout restait en repos. Lorsque je fus parvenu au cou, j'observai un changement notable, quelque chose qui semblait tenir du merveilleux : on pouvait toucher la malade partout; elle put se lever, aller, venir; elle était guérie; mais dès qu'on détachait les colliers, elle retombait dans le même état. Cette expérience a été répétée plus de cent fois, toujours avec le même résultat. Nous fûmes bientôt munis d'une quantité d'ambre suffisante pour varier nos expériences; nous reconnûmes, en ajoutant et ôtant des colliers, que l'ambre agissait dans ce cas comme tous les autres remèdes, en raison des doses. Après plusieurs tâtonnemens, la malade découvrit que, pour se trouver libre de toute irritation et parfaitement à son aise, il lui fallait 70 grammes d'ambre du meilleur choix; avec cette armure, elle supporte l'odeur des fleurs, de l'encens, et une foule d'impressions qui auparavant n'étaient pour elle que des douleurs. Si elle prévoit devoir être soumise dans la journée à quelque épreuve un peu plus forte, elle ajoute un, deux et trois colliers, et s'expose ensuite avec assurance; mais il faut que les colliers soient bien étalés au bas du cou; si on les rapproche de la mâchoire, ils ne font plus le même effet; placés sur l'épigastre, le long du rachis, ils n'ont plus de puissance, ou du moins elle n'est pas apréciable; c'est au bas du cou, au-dessus de la clavicule, qu'ils doivent être étalés. »

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de poursuivre cette narration pour montrer tout ce que cette observation renferme de curieux et de bizarre.

Il est probable que ce fait sera largement exploité; on devine par qui. Quant à nous, nous n'ajouterons aucune réflexions; nous dirons seulement, et cela sans avoir nullement l'intention de porter atteinte au caractère de M. le docteur Gérard : le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

Revue Médicale; décembre 1841.

I. *Quelques opérations de lithotritie, avec des considérations pratiques*; par M. Payan, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix.

L'auteur a pour but d'insister sur les ressources que le chirurgien peut rencontrer dans l'emploi de la lithotritie, et d'en généraliser l'emploi parmi les praticiens. Il débute par le récit de trois observations de lithotritie, au moyen desquelles il pense résumer les principales circonstances que l'on peut rencontrer en la pratiquant, et par conséquent servir de guide pour les cas analogues.

Première observation. — Calcul vésical, vessie peu malade: guérison en une seule séance de lithotritie.

Deuxième observation. — Calcul vésical ancien avec complication de cystite chronique, d'engorgement de la prostate et d'une grande irritabilité générale : cinq séances de lithotritie; guérison.

Troisième observation. — Maladie calculeuse compliquée d'une irritabilité vésicale très-prononcée : guérison par la lithotritie en cinq séances.

Nous passons de suite aux conclusions de M. Payan :

1° Quoique rien ne soit plus facile à comprendre que le jeu et le mécanisme des instrumens à lithotritie, cette opération demande cependant, pour être faite avec sécurité, des mains suffisamment exercées. L'introduction des instrumens qui servent à la pratiquer, leur jeu dans l'intérieur de la vessie, la manière de chercher et de saisir les calculs, etc., exigent de la part des chirurgiens qui veulent l'entreprendre qu'ils l'aient vu pratiquer souvent, ou que du moins ils en aient, autant que possible, mûrement réfléchi et étudié toutes les circonstances de détail sur le cadavre.

2° Un malade se présente-t-il atteint de la pierre, et est-il reconnu qu'il pourra être traité par la lithotritie, il faut, avant de le soumettre à cette opération, avoir disposé la vessie à pouvoir garder pendant quelque temps une injection émolliente, suffisante pour donner momentanément à la vessie une amplitude convenable, et au canal assez de dilatation pour que le brise-pierre puisse assez facilement être introduit, et que les fragmens trouvent aussi une voie assez large pour leur expulsion. Il faut aussi préalablement combattre par un régime doux, par des bains, des boissons délayantes, du repos, le stimulus ou l'état irritatif qui souvent affecte l'organisme des malades atteints de calcul.

3° La position à donner aux malades pour l'opération est une des conditions essentielles pour la facilité de son exécution. La plus convenable consiste à faire coucher le malade sur le dos, de manière que le siége soit très relevé, afin que la pierre puisse se porter elle-même vers le sommet de la vessie, où il sera beaucoup plus facile de la saisir. Au lieu des divers lits mécaniques qui ont été proposés pour cette opération, nous préférons nous servir d'un canapé sans dossier et dépourvu de bras à une de ses extrémités. Par-dessus nous faisons mettre un matelas dur, de façon que, recourbé sur lui-même à un de ses petits bords, il forme sur l'extrémité de la longue chaise une saillie qu'on recouvre d'une alèze ou d'une toile cirée, et sur laquelle devra reposer le bassin, qui, de la sorte, sera exhaussé. Un oreiller est en même temps placé sous la tête du patient pour sa commodité. On conçoit qu'un lit bas, qu'un brancard pourrait fort bien, selon le cas, suppléer le canapé. Ces chaises ou des tabourets servent à supporter et à relever convenablement les pieds. De la sorte, le chirurgien, qui se place entre les membres inférieurs du patient et en face de lui, se trouve dans la position la plus convenable pour agir avec aisance, sans effort et sans fatigue; car les mains manœuvrent alors à la hauteur de l'ombilic, ce qui lui permet de donner à ses mouvemens toute la précision et la sûreté convenables.

4° Il faut être sobre de mouvemens et de tâtonnemens dans la vessie, afin d'éviter le plus qu'on peut de la fatigue à cet organe. Une main exercée n'a en quelque sorte qu'à ouvrir l'instrument pour que le calcul ou ses fragmens viennent d'eux-mêmes se placer entre les mors de celui-ci, sans recourir à des mouvemens, à des frottemens toujours pénibles et douloureux.

5° Ne manquons pas, quand l'impossibilité de rapprocher les deux branches de l'instrument aura indiqué que le calcul a été saisi, de nous assurer, en déplaçant doucement l'instrument, que celui-ci ne serre que la pierre. Certains alors de ne pas intéresser la vessie, nos manœuvres sont plus sûres et garanties de toute crainte.

6° La prudence veut que l'instrument ne fonctionne dans la vessie que lorsque les parois de celle-ci sont distendues par une certaine quantité de liquide. On conseille généralement alors de faire des injections d'eau tiède, et ce conseil est ordinairement bon. Toutefois, nous pensons que lorsque la vessie ou le canal sont très-irritables, il sera préférable de se contenter de laisser accumuler l'urine dans la vessie. On aura alors une cause d'irritation de moins. C'est ce que nous avons mis en pratique chez notre deuxième lithotritié.

7° Si en préparant le malade on s'apercevait que les injections ne pussent être retenues dans la vessie trop irritable, et que cette irritabilité fût persistante, nous pensons qu'à notre exemple il pourra être fort utile, pour ramener la vessie à la tolérance, de recourir à la sonde à double courant et à son tuyau d'ajoutage. Le courant tantôt continu et tantôt interrompu que l'on peut établir par ce moyen est très-propre à accoutumer petit à petit la vessie à une distension à laquelle elle semblait d'abord inapte.

8° La longueur desséances de lithotritie me paraît devoir être en rapport avec l'état actuel de la vessie des calculeux. Une vessie est-elle saine ou à peu près, elle supportera sans peine une séance un peu longue, tandis qu'une vessie irritée sera bien plus tôt fatiguée. C'est à l'instinct médical du praticien qu'il appartient de reconnaître la limite qu'il ne doit pas dépasser. Il vaut mieux, en général, des séances nombreuses que des séances trop longues.

9° Évidemment la lithotritie ne doit pas être appliquée à la guérison de tous les calculeux. Parmi les contre-indications qui s'y rapportent, nous devons comprendre celle qui provient du jeune âge. Nous sommes de ceux qui pensent d'après ce que nous avons appris, sinon par notre pratique, du moins par celle des autres, que la lithotritie présente réellement alors plus de difficultés et de dangers que la taille.

10° Le choix des instrumens est très-important; plus ils sont simples, solides, faciles à manier, rapides dans leur action, et plus ils devront convenir. Le brise-pierre à virole nous paraît être, quant à présent, le summum du perfectionnement obtenu.

11° Une séance lithotritique est-elle terminée, que le malade soit mis au bain, qu'il se couche ensuite et se munisse d'un suspensoir. Il préviendra ainsi l'urétrite, le spasme urétral, etc.

12° La vessie qui aurait été dans un état catarrhal par la présence du calcul, conservera pendant quelque temps encore un pareil état. Qu'on ne s'en effraie pas, car peu à peu, quand la vessie sera débarrassée du corps étranger, elle reprendra ses qualités de santé et de bien-être.

13° Il ne faut pas trop se hâter de se décourager de la lithotritie d'après certaines difficultés qui peuvent se présenter d'abord; car avec de la patience, des ménagemens, du repos, des bains, l'usage modéré du cathétérisme et des injections adoucissantes, etc., on parviendra quelquefois à ramener l'état des calculeux à des conditions assez favorables pour que la lithotritie puisse être pratiquée avec succès, ce qui sera toujours un heureux résultat.

II. *Observation relative à l'efficacité de la cévadille* (veratrum sebadilla) *dans le traitement de la rage*; par M. Foulhioux, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Foulhioux a cherché à mettre à l'épreuve contre la rage le veratrum sebadilla usité parmi les indigènes du Mexique, au dire du capitaine Hardy. (*Revue britannique*, 1830.) Voici le fait tel qu'il le rapporte :

Claude Ollier, domestique, âgé de quarante-quatre ans, fut mordu au poignet droit par un chien enragé vers le commencement de l'hiver 1838.

La blessure avait peu d'étendue et de profondeur; aussi fut-elle négligée et bientôt guérie. Un an à peu près s'était écoulé sans que le blessé eût éprouvé des effets notables de cet accident, lorsque, le 26 novembre 1839, en venant à Lyon pour affaires, il ressentit tout à coup, à cinq heures et demie du matin, des picotemens sur toute la surface du corps et des malaises indéfinissables, avec envie de mordre, besoin irrésistible de marcher, et horreur, soit pour les liquides, soit pour la lumière.

Arrivé à Lyon, rue Belle-Cordière, il lui prit un accès violent, et il se jeta sur quelqu'un pour le mordre à l'épaule. On le saisit de force, et ce ne fut qu'à neuf heures du soir qu'il fut amené à l'Hôtel-Dieu, ayant eu déjà six ou sept accès. Il offrit alors les phénomènes suivans : face plus injectée qu'à l'ordinaire; langue humide, rosée; céphalalgie légère augmentant à l'arrivée des accès, vertiges de temps en temps, constriction à la gorge, chaleur de la peau normale. Il ne peut supporter la clarté d'une lueur artificielle, et prie qu'on l'éloigne. On lui fait fermer les yeux pour examiner sa langue, exempte des vésicules signalées par Marochetti. La lumière qu'il aperçoit à travers ses paupières rapprochées provoque un accès. Le malade invite les personnes qui l'entourent à s'éloigner ou à le tenir fortement; puis il pousse des cris déchirans, grince des dents, secoue et agite fortement la tête comme pour chercher à mordre. Étendu sur un banc de bois, il veut encore mordre. Pendant tout ce temps, sa figure était convulsée.

Il n'y avait que peu d'écume à la bouche. L'accès dura environ une minute et le laissa fatigué, abattu. Après quelques instans, il parla avec tout son bon sens, se coucha sur un brancard qui devait servir à le transporter au lit. (30 centigrammes d'extrait thébaïque en 6 pilules.) Nouvel accès aussi violent que le premier, et offrant les mêmes caractères. Un troisième accès eut lieu dans le lit pendant que l'on passait le corset de force. Le malade demandait souvent qu'on le fît mourir, parce que, disait-il, il souffrait trop et savait bien ne pouvoir guérir.

A dix heures et demie (35 centigrammes d'extrait thébaïque en 9 pilules) les accès semblaient diminuer de force et de fréquence. Comme la face était très-injectée, on fit une saignée d'un kilogramme. Après la saignée, léger bâillement et sentiment de défaillance. Une demi-heure se passe sans nouvel accès; il en avait d'abord de cinq en cinq minutes.

A une heure du matin (50 centigrammes d'extrait thébaïque en 10 pilules), chaleur âcre et brûlante à l'épigastre, faiblesse, assoupissement; il semble dormir, et de temps en temps il pousse des cris en se livrant à des mouvemens convulsifs.

A six heures, il dit avoir dormi à deux reprises, mais d'un sommeil agité, et qui chaque fois s'est terminé par un accès. La prostration persiste.

On désespérait du malade; aussi accueillit-on avec empressement la proposition que je fis d'administrer la *cévadille* (60 centigrammes de poudre à neuf heures du matin).

L'ardeur épigastrique devient plus vive. On retire par les ventouses scarifiées aux régions mastoïdiennes un demi-kilogramme de sang. A une heure de l'après-midi, le malade se plaint de faiblesse, d'une constriction et d'une chaleur brûlante à la gorge, de difficultés de respirer.

A trois heures, encore un accès. A dix heures du soir, le malade n'a pas eu de nouvel accès; sommeil de trois heures de durée. Le malade boit un peu et souffre moins de la gorge et de l'épigastre.

Le 28 au matin (troisième jour), pas de nouvel accès; le malade a bu plus d'un demi-litre de tisane. Les jours suivans le mieux se soutient; une céphalalgie a lieu de temps en temps, et disparaît à l'aide de sinapismes appliqués aux jambes.

Ollier sort le 7 décembre, convaincu qu'il n'a pas eu la rage.

Doit-on, dit M. Foulhioux, attribuer ce résultat heureux aux saignées et à l'opium (125 centigrammes)? Mais on sait que ces deux moyens sont insuffisans. Dupuytren et M. Magendie en ont injecté 40 centigrammes dans les veines d'un homme enragé sans en obtenir aucun effet apparent. L'auteur, considérant les heureux changemens survenus dans l'état du malade après l'ingestion de la cévadille, conclut en faveur de cette substance.

Comment a-t-elle agi? Sans doute en modifiant profondément les centres sensitifs. En effet, après l'ingestion de la cévadille, le malade a éprouvé divers phénomènes nerveux.

Ce mode de traitement a de l'analogie avec celui qu'emploien les Cosaques. Ainsi, M. Eusèbe de Salles dit qu'ils font usage du *rhus coricaria* administré en décoction, ainsi que le *genista lutæa*. Or, le *rhus* agit sur le système nerveux, comme semblent le prouver les attaques d'éclampsie déterminées, d'après Sauvage, par cette substance.

III. *Mémoire sur la marche et la nature de l'angine de poitrine ou névrose du cœur*; par M. E. Bouchut.

L'angine de poitrine est une affection apyrétique, intermittente, caractérisée par la présence à la région précordiale d'une douleur lancinante très aiguë qui s'irradie fréquemment dans le bras. Cette douleur s'accompagne en arrière du sternum d'un sentiment de constriction très-douloureuse qui entrave plus ou moins la respiration. Elle se manifeste ordinairement pendant la marche ou l'exercice, et se dissipe par le repos. L'auteur de ce Mémoire, après avoir résumé l'opinion de divers pathologistes relativement à la marche et aux altérations anatomiques de cette maladie, par l'insuffisance des détails sur ce dernier point, est conduit à se ranger de l'avis des nosologistes qui considèrent l'angine de poitrine comme une névrose du cœur. Il se fonde : 1° sur le caractère négatif fourni par l'insuffisance des altérations que l'on a indiquées; 2° sur la marche de la maladie venant par accès; 3° sur le caractère de la douleur.

1° *Preuve tirée de l'insuffisance des lésions organiques du cœur.* — Cette considération, prise isolément, n'aurait aucune valeur, mais elle s'enchaîne aux suivantes. Elle prouve qu'il faut chercher ailleurs que dans une modification anatomique la cause de l'angine de poitrine. Elle détruit une idée fausse et donne quelque force à l'opinion différente qui saura s'appuyer de preuves convenables.

2° *Marche de la maladie sans intermittence.* — Il est une classe de maladies qui a reçu le nom de névroses. Sans anatomie pathologique, ou n'ayant pas, du moins, d'altérations organiques appréciables à nos sens, elles se révèlent par des symptômes analogues, quoique différens dans leurs formes.

Presque toutes ont le caractère intermittent, et reviennent par accès dont la nature est indéterminée. Ils saisissent subitement le malade. C'est pendant leur durée qu'existe la fièvre, qui cesse ordinairement avec eux : elles sont donc apyrétiques. Les fonctions nutritives se conservent, et la santé ne paraît pas souffrir. On voit aussi des paralysies partielles intermittentes, comme les accès chez quelques hystériques paralysés des muscles du larynx; chez d'autres fourmillement, engourdissement d'un membre, effet analogue à celui que produit la compression d'un nerf; chez d'autres encore dyplopie, faiblesse de la vue, sensation de gravier dans les paupières, etc., tous phénomènes identiques ou qui ne diffèrent que par le lieu de leur développement. L'angine de poitrine est une maladie qui, par son brusque début, ses apparitions intermittentes, l'apyrexie dans laquelle elle laisse le malade, entre manifestement dans la classe des névroses.

5° *Caractères de la douleur.* — La douleur est la dernière considération que nous ferons valoir à l'appui de notre opinion. Comme Hallé et Bichat l'ont déjà fait observer, il y a une énorme différence entre la douleur éprouvée dans les parties où se distribuent les nerfs cérébraux et celles ressenties là où se répandent les nerfs ganglionaires. Ainsi, dit Bichat (Anat. géner.) Le sentiment pénible qu'on éprouve aux lombes dans les affections de matrice par l'injection vineuse faite dans la tunique vaginale, etc., me paraît dépendre de l'influence exercée par l'organe affecté sur les ganglions lombaires; les douleurs des intestins, les ardeurs de l'épigastre, etc., ne ressemblent pas aux douleurs des parties externes; elles sont profondes, portant au cœur, comme on le dit.

La douleur de l'angine de poitrine est toute spéciale; elle n'a rien d'analogue avec celle des étouffemens et points pleurétiques ordinaires. Chez un jeune homme, c'était une douleur atroce; sa main parcourait sa poitrine; il aurait voulu, mais en vain, arracher la cause de son mal.

D'après la nature de cette douleur, il y a toutes probabilités pour croire que le siége réside dans les nerfs du plexus cardiaque. Quant aux phénomènes de prolongation dans le cou, l'épaule et le nerf cubital, l'irradiation est trop évidente pour que j'aie besoin de dire que les plexus cervical et brachial sont également affectés.

« On sait que les névralgies dont la nature est la moins équivoque, la sciatique, le tic douloureux, par exemple, produisent à des degrés aussi différens des effets aussi variés et les mêmes que ceux de l'angine de poitrine, c'est-à-dire douleur aiguë, torpeur douloureuse, simple engourdissement dans le trajet du nerf affecté, et quelquefois spasme ou gonflement sub-inflammatoire des parties auxquelles il se distribue. » (Laënnec.)

L'angine de poitrine est donc une affection nerveuse dont le siége probable réside dans les plexus nerveux cardiaques et pulmonaires, quelquefois dans le cervical superficiel et le phrénique qui en dépend (M. Bouillaud), s'étendant plus rarement à quelques nerfs du plexus brachial. Quant aux altérations organiques du cœur et des vaisseaux, nous le répétons, elles ne sont que de pures coïncidences, et doivent être regardées comme des complications toujours fâcheuses, puisque plusieurs par elles-mêmes peuvent occasionner la mort.

M. Bouchut rapporte ensuite quelques observations d'angine de poitrine; nous n'en donnerons qu'une courte analyse.

Première observation. — Fille de dix-neuf ans; invasion subite et sans cause connue d'un accès qui dure douze heures; manifestation après le dîner; siége de la douleur sous le sternum et au cou; sensation du besoin de respirer, sans accélération de la respiration; apyrexie; régularité du pouls; cessation des accidens après une courte durée sans laisser de traces.

Seconde observation. — Fille de vingt-et-un ans; invasion sans cause connue, après le repas, d'un accès qui dure deux heures; siége de la douleur à la partie antérieure du sternum et dans la mamelle; respiration difficile; cessation sans laisser de traces.

Troisième observation. — Jeune homme de vingt-trois ans; invasion subite pendant la nuit; l'accès dure une demi-heure; récidive au bout d'un mois après un repas copieux; accès d'une heure; au bout de deux mois, nouvel accès de sept heures, au bout d'un an, deux autres accès à huit jours d'intervalle; cessation depuis quinze mois. Ce cas a été remarquable par la violence des accès, leur peu de durée, leur intermittence et le long espace qui les séparait.

Quatrième observation. — Femme de quarante-huit ans; invasion subite après un travail forcé d'une douleur sous-sternale qui reparaît de temps en temps; plus tard, dyspnée, gêne thoracique continuelle; les accès deviennent plus intenses et se rapprochent; mort au bout d'un mois dans un accès; nerfs normaux; cœur normal.

L'observation de ces quatre faits sous le point de vue de la symptomatologie, et celle du dernier pour ce qui concerne l'anatomie pathologique, confirment pleinement, aux yeux de M. Bouchut, l'opinion qu'il a émise et que nous avons développée, savoir, que l'angine de poitrine est une variété de névrose du cœur.

JOURNAL DE PHARMACIE; numéro de décembre 1841.

I. *Nouvelles recherches sur l'arsenic.*

M. Fordos, pharmacien en chef de l'Hôpital du Midi, et M. Gélis, ex-interne en pharmacie des hôpitaux, viennent d'indiquer d'importantes améliorations dans l'emploi de l'appareil de Marsh pour la recherche de l'arsenic après les empoisonnemens.

MM. Fordos et Gélis avaient annoncé à l'Institut, dans une lettre lue le 25 août 1841, qu'il n'était pas vrai, ainsi qu'on l'admettait universellement, que l'appareil de Marsh donnât toujours de l'hydrogène pur quand on le fait fonctionner avec du zinc pur et de l'acide sulfurique pur. Ils avaient reconnu que dans certains cas on pouvait obtenir des quantités notables d'*acide sulfhydrique* provenant évidemment de la réduction de l'acide sulfurique. Depuis lors, ils ont continué leurs recherches, et sont arrivés à des résultats importans que nous allons analyser.

MM. Fordos et Gélis ont constaté que lorsqu'on ajoute à l'appareil de Marsh de l'acide sulfurique *concentré*, soit au commencement, soit vers la fin de l'opération, la température s'élève assez pour que l'acide sulfurique *concentré* et le zinc donnent lieu à du sulfate de zinc et de l'acide sulfureux, et par suite à de l'hydrogène sulfuré. Car l'acide sulfureux, ainsi qu'ils l'ont vérifié par l'expérience directe, se transforme, sous l'influence de l'hydrogène naissant, en eau et acide sulfhydrique; et cette transformation leur a paru si nette, qu'ils n'hésitent pas à conseiller l'appareil de Marsh comme le meilleur moyen de reconnaître l'acide sulfureux, soit libre, soit combiné.

Après avoir constaté que tous les acides chlorhydriques, dits *acides du commerce*, et ces mêmes acides purifiés par distillation, contiennent des quantités quelquefois très-grandes d'acide sulfureux; après s'être assurés de la présence de ce même gaz dans les produits de la carbonisation par le procédé de MM. Flandin et Danger, dans les produits de la carbonisation par l'acide azotique, lorsqu'à la fin de l'opération on fait bouillir la matière charbonneuse avec de l'acide sulfurique pour chasser les dernières traces d'acide azotique, ils se sont demandé quelle pouvait être l'influence de l'hydrogène sulfuré sur la recherche de l'arsenic.

Lorsque dans un appareil de Marsh contenant de l'acide arsénieux il se forme de l'acide sulfhydrique, il est évident que ces deux composés, en réagissant l'un sur l'autre, donneront naissance à de l'eau et du sulfure d'arsenic. Or, il résulte des expériences de MM. Chevallier, Fordos et Gélis, que les sulfures d'arsenic ne donnent aucune tache à l'appareil de Marsh. On pourra perdre ainsi une quantité d'arsenic en rapport avec la quantité d'acide sulfhydrique formé. Cependant la réaction entre l'acide arsénieux et l'hydrogène sulfuré n'est jamais complète, et il se dégage ordinairement par le tube effilé un mélange d'hydrogène sulfuré et d'hydrogène arsénié qui donne lieu, au moment de la combustion, à des taches très-variables en couleur dont la composition avait été méconnue jusqu'à la lettre envoyée à l'Institut par MM. Fordos et Gélis. C'est à la production de l'hydrogène sulfuré dans l'appareil de Marsh, et non point à la présence des matières organiques, que MM. Fordos et Gélis attribuent la formation de ces taches plus ou moins jaunes obtenues par la plupart des expérimentateurs.

MM. Fordos et Gélis ont été tout naturellement portés à examiner l'influence de l'hydrogène sulfuré sur la production des taches pseudo-arsenicales obtenues, soit avec les carbonisations imparfaites qui renferment toujours de l'acide sulfureux et des huiles pyrogénées, soit avec un mélange de phosphite d'ammoniaque, de sulfite d'ammoniaque et d'essence de térébenthine. Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement ce passage de leur Mémoire :

« Le phosphite d'ammoniaque n'a donné aucune tache à l'appareil de Marsh; mais il a augmenté son activité en modifiant l'aspect de la flamme.

» Le sulfite d'ammoniaque a donné de l'acide sulfhydrique, et par suite une flamme dans laquelle nous avons pu recueillir des taches de soufre.

» Le phosphite et le sulfite d'ammoniaque, employés ensemble, ont augmenté le dégagement du gaz, modifié la flamme et donné des taches de soufre.

» L'essence de térébenthine seule, quand le dégagement du gaz est très-rapide, a fourni une flamme éclairante et fuligineuse, et d'abondantes taches noires, miroitantes en couches minces, dont on ne pouvait méconnaître la nature charbonneuse, ont été recueillies sur des capsules de porcelaine.

» Le phosphite d'ammoniaque, par la propriété qu'il a de rendre le dégagement du gaz plus abondant, facilite l'entraînement mécanique de l'essence quand il est ajouté en même temps qu'elle, et augmente ainsi l'abondance du dépôt charbonneux.

» Le sulfite d'ammoniaque introduit dans un appareil de Marsh contenant de l'essence de térébenthine, change un peu la nature du dépôt de charbon par le soufre qui vient s'y mêler.

» Enfin, l'addition de phosphite d'ammoniaque, de sulfite d'ammoniaque et d'essence de térébenthine permet d'obtenir plus facilement le dépôt de charbon. Serait-ce que l'hydrogène phosphoré fourni par le phosphite d'ammoniaque, et l'hydrogène sulfuré fourni par le sulfite, s'empareraient de préférence de l'oxigène atmosphérique, et n'en laisseraient plus assez pour brûler tout le carbone de l'essence, qui alors le déposerait sur la porcelaine placée dans la flamme?

» Les taches pseudo-arsenicales peuvent donc être considérées comme constituées par du charbon, le phosphite et le sulfite d'ammoniaque ne jouant dans leur production qu'un rôle secondaire. Mais ces taches, soit qu'elles proviennent de combustions mal faites, soit qu'elles aient été produites par l'essence de térébenthine, ne peuvent être confondues avec les taches réellement arsenicales. En effet, leur aspect physique seul peut induire en erreur. Leurs propriétés sont toutes différentes : elles ne sont pas volatiles, elles ne se dissolvent dans aucun acide à froid, pas même dans l'eau régale. La potasse et l'ammoniaque ne peuvent les dissoudre. »

Les produits fournis par les procédés de carbonisation donnant toujours dans l'appareil de Marsh des quantités plus ou moins grandes d'hydrogène sulfuré, et quelquefois (quand les produits contiennent des huiles pyrogénées) des taches pseudo-arsenicales, MM. Fordos et Gélis croient qu'il est convenable de rejeter complètement les procédés de carbonisation, et de n'avoir recours qu'aux procédés d'incinération, qui peuvent tout au plus perdre une faible partie de l'arsenic, mais qui ne donnent jamais de ces taches équivoques de nature à jeter du doute dans les esprits.

Voici le procédé d'incinération proposé par ces chimistes :

« On dissout à chaud la matière animale dans de la potasse caustique pure. Pour les muscles, le foie, les poumons et les matières animales de consistance analogue, la quantité de potasse à employer est variable entre 10 et 15 pour 100. Il en faut moins pour le sang, et en général il en faut d'autant plus que la substance animale contient une plus grande quantité de matières solides.

» Lorsque la matière est dissoute, on sature l'alcali à froid par de l'acide azotique étendu d'eau. Cette addition d'acide détermine la séparation d'une forte proportion de matière solide. On filtre, l'arsenic passe dans les liqueurs. On évapore le liquide à une douce chaleur, et on obtient ainsi un résidu blanc jaunâtre qui se détache facilement de la capsule, et qu'on incinère en le projetant par très-petites portions dans un creuset de Hesse un peu grand et modérément chauffé. L'incinération se fait tranquillement et sans projection hors du creuset. Il ne reste plus qu'à faire bouillir le résidu salin avec de l'acide sulfurique pour chasser les dernières traces d'acide nitrique. Ce procédé offre tous les avantages de l'incinération par l'azotate de potasse, et n'en a pas quelques-uns des inconvéniens.

» Dans les cas où l'on aurait à traiter des matières animales difficilement solubles dans la potasse caustique, ce qui déterminerait l'emploi d'une forte proportion de ce réactif, il y aurait avantage à saturer l'alcali par un mélange d'acide azotique et d'acide chlorhydrique. La quantité d'azotate de potasse produit serait moindre, et le chlorure de potassium formé faciliterait l'incinération en empêchant la deflagration. »

II. *Application de la théorie électro-chimique aux recherches médico-légales.*

M. Hip. Faure a été guidé par l'emploi des faibles courans électriques dans les premières expériences qu'il a entreprises pour la recherche des poisons, expériences qu'il a communiquées récemment à la Société d'émulation pour les sciences pharmaceutiques.

Dans la plupart des cas où un chimiste est appelé à constater la présence d'une substance vénéneuse, c'est peut être moins un procédé scientifiquement sensible qu'un moyen réellement apparent et visible aux yeux de tous qu'il doit mettre en usage. Or, on comprend combien il serait précieux de posséder une méthode simple et toujours uniforme à l'aide de laquelle on pût aller trouver au sein de matières très variables ou de liquides fort étendus la substance même ou la base du poison, sans leur faire subir aucune altération préalable.

L'appareil dont M. Faure s'est le plus souvent servi pour ses essais consiste en un flacon à large ouverture de cent cinquante à deux cents grammes (cinq à sept onces environ) de capacité, et contenant une solution de chlorure de sodium. Le bouchon du flacon est traversé par un tube assez large fermé inférieurement au moyen d'une substance poreuse, afin que la solution qu'il doit contenir et que l'on veut essayer ne puisse se mêler au chlorure de sodium. On emploie pour fermer le tube un peu de baudruche, de l'argile ou même du plâtre.

On fait communiquer les deux liquides au moyen d'un arc métallique formé d'une lame de zinc qui plonge dans le flacon, d'un fil de platine et d'une lame de même métal qui plonge dans le tube. Le simple contact des deux liqueurs de nature différente suffit pour déterminer un courant électrique. On peut augmenter la force du courant en mêlant une goutte ou deux d'acide chlorydrique à la solution de chlorure de sodium.

Si l'on met dans le tube une dissolution d'or, d'argent, de cuivre, de mercure, de plomb, d'antimoine, le métal réduit vient s'attacher à la lame de platine, et on peut le reconnaître soit immédiatement à son aspect, soit par des essais ultérieurs. Si le courant électrique est trop énergique, le métal, au lieu de s'attacher au platine, tombe au fond du tube. M. Faure a pu constater ainsi la nature de ces dissolutions métalliques même étendues ou mélangées de matières étrangères, telles que d'eau sucrée, de lait, de bouillon.

Il n'a pas été aussi heureux en agissant sur les solutions d'acide arsénieux; elles ne lui ont jamais donné sur la lame de platine qu'une coloration bistre, irisée, qui lui a toujours semblé peu concluante. Il a lieu de croire, dit il, que l'action quelquefois trop vive du courant a mis en liberté un peu d'hydrogène qui, se trouvant à l'état naissant avec l'arsenic, a dû s'emparer d'une partie de ce métal et se dissiper avec lui. Il pense pourtant qu'en tenant compte de certaines précautions, il lui sera possible d'arriver à de meilleurs résultats quand il pourra reprendre ces recherches que des occupations étrangères l'ont forcé d'interrompre.

III. *Nouveau moyen de constater la présence de l'acide sulfhydrique dans un liquide et d'en apprécier les proportions.*

M. Alph. Dupasquier, dans ses recherches sur l'eau sulfureuse d'Allevord (Isère), ayant assayé comme réactif la teinture alcoolique d'iode, bien que ce moyen ne soit pas du nombre de ceux qu'on emploie ordinairement, reconnut que la décomposition de l'acide sulfhydrique par ce métalloïde était complète, instantanée, et qu'on pouvait déterminer d'une manière aussi facile que précise le point où la décomposition de l'acide sulfhydrique est achevée, où l'iode ne se combine plus. Il conclut de ce fait qu'avec une teinture dont on connaîtrait à l'avance les proportions, on pourrait savoir, par la quantité d'iode employée pour saturer un litre d'eau sulfureuse, celle d'acide sulfhydrique libre ou combiné qui y est contenue.

Ce chimiste a entrepris une série de recherches sur ce sujet; recherches desquelles il résulte :

1° Que les meilleurs réactifs connus de l'acide sulfhydrique sont infidèles, puisqu'ils n'indiquent pas même des quantités très notables de cet acide libre ou combiné; ce qui explique pourquoi on n'a pu démontrer sa présence dans des eaux minérales que leurs qualités physiques faisaient placer au rang des eaux sulfureuses.

2° Que l'iode en solution dans l'alcool, employé en même temps que l'amidon, est un réactif infiniment sensible de l'acide sulfhydrique, soit libre, soit combiné, puisqu'il peut déceler d'une manière non douteuse, surtout par un examen comparatif avec de l'eau ordinaire, une goutte de solution de sulfhydrate alcalin étendue dans cent litres d'eau; tandis que les réactifs connus perdent leur action lorsqu'on l'étend seulement dans dix litres.

3° Que par la teinture d'iode et d'amidon on reconnaîtra infailliblement dans les eaux sulfureuses les plus faibles, dans celles où les réactifs ordinaires sont impuissans, non seulement la présence mais encore la quantité d'acide sulfhydrique, soit libre, soit à l'état de combinaison.

4° Que les procédés connus, pour déterminer la proportion d'acide sulfhydrique libre et combiné des eaux minérales, sont d'un emploi aussi long et aussi difficile que leur résultat est incertain et infaillible, surtout à l'égard des eaux peu riches en principes sulfureux.

5° Que l'iode employé sous forme de teinture alcoolique, en même temps que l'amidon, et en déterminant au moyen d'un instrument particulier appelé *sulfhydromètre*, la quantité de teinture employée, constitue une méthode d'analyse aussi sûre qu'elle est facile et prompte à mettre en pratique.

6° Enfin, que l'emploi de la teinture d'iode comme réactif des eaux sulfureuses, et que son application au moyen des sulfhydromètres pour déterminer la proportion de l'acide sulfhydrique libre ou représenté par les sulfhydrates et les sulfures, peuvent être considérés comme un véritable progrès dans l'art d'analyser les eaux minérales, puisqu'ils remplacent des moyens d'une application difficile et d'un résultat douteux, quand les eaux sont riches en acide sulfhydrique, impuissans quand elles n'en contiennent que des quantités minimes.

Le sulfhydromètre consiste en un tube gradué que l'on remplit d'une teinture préparée de manière à ce que chaque degré représente un centigramme d'iode, et chaque dixième de degré un milligramme. L'instrument laisse passer la liqueur par une extrémité effilée où se trouve une ouverture capillaire; l'autre extrémité est fermée par un bouchon : le tube étant plein de teinture jusqu'à zéro, elle s'écoule goutte à goutte si l'on vient à enlever le bouchon. Pour en faire usage, on prend une quantité

déterminée de l'eau sulfureuse qu'on veut analyser ; on la verse dans une capsule de porcelaine, et l'on y ajoute quelques gouttes de solution d'amidon très claire ; puis, le tube étant rempli de teinture d'iode, on laisse couler celle-ci par gouttes dans l'eau minérale, et l'on favorise la réaction au moyen d'un agitateur. L'iode, dans l'état de division où il se trouve, décompose instantanément l'acide sulfhydrique, qu'il soit libre ou combiné, il lui enlève son hydrogène et en précipite le soufre. Tant qu'il reste quelques traces d'acide sulfhydrique, l'iode disparaît à mesure qu'on verse la liqueur dans l'eau minérale, et l'amidon, sur lequel l'iode à l'état de combinaison ne réagit pas, ne donne pas lieu à la coloration du liquide ; mais, dès que la saturation est opérée, la moindre trace d'iode libre suffit pour lui communiquer une belle couleur bleue. Il ne reste plus alors qu'à examiner combien de degrés de liquide ont été employés, et combien il faut d'hydrogène pour saturer la quantité d'iode qu'ils représentent. Or, la quantité d'hydrogène en volume une fois connue, on a celle de l'acide sulfurique, car elle est exactement la même. Pour rendre l'emploi de ce moyen plus facile encore, M. A. Dupasquier a adressé une table qui indique la quantité d'acide sulfhydrique en poids et en volume représenté par 1, 2, 3 et jusqu'à 100 milligrammes, et par 1, 2, 3 et jusqu'à 100 centigrammes d'iode.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA ; août et septembre 1841.

Cas d'empoisonnement par la viande d'un animal affecté du charbon ; par M. le docteur COSTA.

Dans la soirée du 27 avril, on reçut, à l'hôpital civil de Pommatone, la nommée Geronima Bisca, paysanne âgée de quarante huit ans, présentant un ensemble de symptômes particuliers que l'un des médecins principaux de l'établissement, M. le docteur Torre, ne trouva pas suffisans pour etablir le diagnostic avec sureté et commencer un traitement. Ayant appris que les accidens s'étaient manifestés après l'injestion d'une viande provenant d'un animal mort de maladie, et que cette femme n'était pas la seule qui les éprouvât, mais que tous les autres villageois qui avaient également fait usage de ce même aliment se trouvaient dans un état semblable, on envoya à St-Sir de Struppa, lieu de la scène, une commission composée de MM. les docteurs Costa, Marre Cavozza, Canepa Prato et Negrotto, et d'un pharmacien, M. Lertora, pour rechercher si la maladie devait être rapportée à l'action d'un poison septique ou à toute autre cause. Arrivés sur les lieux, ces messieurs furent conduits par le curé dans plusieurs chaumières, où ils trouvèrent environ soixante individus qui, depuis une huitaine, avaient éprouvé, après avoir mangé de la viande dont il a été question plus haut, une série de symptômes graves, tels que vertiges, tremblement de tout le corps, frissons, crampes violentes dans l'abdomen et les extrémités, vomissement de matières vertes et amères, évacuations alvines de même nature, douleurs plus ou moins fortes à l'hypogastre, soif ardente, altération de la physionomie, coloration plombée de la face, yeux enfoncés dans les orbites et cernés par un cercle bleuâtre très prononcé, surtout à la paupière inférieure ; délire, pouls fébrile, langue rouge à sa pointe et couverte d'un enduit blanchâtre à sa base. Il faut noter d'ailleurs que ces accidents n'offrirent pas un égal degré d'intensité chez les sujets affectés, mais que leur violence fut, en général, proportionnée à la quantité de chair suspecte qui avait été ingérée ; en général aussi ils cédèrent promptement à l'emploi d'un petit nombre de moyens très-simples.

La femme qui fait le sujet de cette observation, après avoir mangé de cette viande et du riz cuit dans le bouillon qu'elle en avait préparé, fut tout à coup prise de frissons, de nausées et de vomissemens (d'abord des alimens qu'elle avait pris, puis de matières vertes et amères), de pesanteur de tête, de trouble de la vue, de fréquentes défaillances, de douleurs à l'épigastre et dans le ventre, de crampes douloureuses dans les extrémités inférieures, et bientôt après de selles diarrhéiques excessivement fétides et très-rapprochées les unes des autres, accompagnées de borborygmes, mais d'ailleurs sans tenesme ; à tout cela vint se joindre une abondante émission d'urine, de la sécheresse de la gorge et une soif inextinguible. Avant son entrée à l'hôpital, quelques-uns de ces symptômes s'amendèrent, d'autres disparurent tout à fait, mais le vomissement et la diarrhée persistèrent. Lorsque le docteur Torre la vit pour la première fois, il lui trouva un facies hippocratique : les yeux étaient enfoncés et circonscrits par une zone livide ; la peau était aride, les extrémités froides, le pouls lent et petit, la voix faible, les facultés intellectuelles saines ; l'épigastre était le siége d'un sentiment de pesanteur et de douleur ; la sensibilité de l'estomac était modérée ; la langue était rouge, sans sécheresse, mais presque froide ; la soif était intense, et le vomissement suivait de près l'ingestion des boissons, de quelque nature qu'elles fussent ; les déjections alvines étaient d'une extrême fréquence, et leur fétidité s'était encore accrue.

L'ensemble des symptômes et la cause spéciale qui leur avait donné naissance firent donc considérer la maladie comme un empoisonnement septique, et le principe toxique n'existant plus dans les voies digestives, on n'eut plus en vue que de calmer les effets consécutifs de son action. Ainsi, on prescrivit d'abord la potion anti-émétique de Rivière et l'application sur l'abdomen d'un cataplasme sinapisé ; à ces moyens, on adjoignit ensuite l'usage de la limonade gazeuse, les ventouses à l'épigastre, des sinapismes et des vésicatoires aux extrémités. Mais tous les efforts de l'art restèrent sans succès ; l'aphodie et l'état soporeux survinrent, la prostration des forces alla en augmentant, et la malade succomba dans la soirée du 26, deux jours après son admission dans l'hôpital.

A l'autopsie, qui fut faite quarante deux heures après la mort, on observa un amaigrissement général de tout le corps, et des taches livides à la peau, particulièrement aux extrémités. Les veines de la dure-mère étaient injectées, les sinus des méninges remplis de sang veineux ; les vaisseaux de la pie-mère offraient de la turgescence ; la moelle épinée était un peu ramollie. Le foie avait de la tendance au ramolissement, la rate avait diminuée de volume. Une ecchymose sous-muqueuse occupait les deux tiers de l'étendue de la grande courbure de l'estomac ; il en existait une autre toute semblable dans le voisinage du cordia. Dans tout le reste du tube digestif, mais spécialement dans le duodenum et dans le jéjunum, la membrane muqueuse était parsemée de taches étroites, isolées et plus ou moins distantes les unes des autres.

D'après les documens qu'il a été pénible au docteur Costa de recueillir sur ce fait, il paraît que la viande, cause de ces accidens, et qui, au dire de tous ceux qui en avait mangé, ne présentait aucun signe indicant même un simple commencement de putréfaction, il paraît, disons-nous, que cette viande était celle d'une vache d'un an, qui avait deux pustules à l'aine avec un gonflement qui s'étendait déjà aux mamelles lorsqu'elle fut abattue pour être livrée à la consommation. Ces pustules, d'après un habile vétérinaire, M. Massa, étaient tout-à-fait caractéristiques du vrai charbon.

Cette observation, sans trancher absolument cette question ardue, savoir : si l'affection charbonneuse est susceptible de se transmettre par l'ingestion de la chair des animaux malades, et lorsqu'il n'a existé aucune communication directe avec ces derniers, est toutefois d'un très-grand poids en faveur de cette opinion : car le nombre si considérable des individus qui ont éprouvé, dans le cas dont il s'agit, les accidens de l'intoxication, ne permet pas assurément d'admettre que le contact avec l'animal infecté ait pu avoir lieu pour eux tous, si tant est même qu'il ait existé pour quelques-uns d'entre eux.

BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA, ... Septembre 1841.

Observation d'hydrocèle double de la tunique vaginale guérie par l'électro-puncture ; par M. le Dr ZENOBI PECCHIOLI.

Astley Cooper a conseillé de recourir à l'emploi de l'acupuncture pour la guérison de l'hydrocèle, et ce mode de traitement a déjà été employé par Lewis, Travers et Keate ; mais l'étroitesse des ouvertures ne permet pas toujours le libre écoulement d'un liquide qui n'est pas constamment de nature entièrement séreuse. Cette circonstance a engagé M. le professeur Pecchioli à rechercher un autre procédé pour arriver plus sûrement au même but, et, se rappelant la propriété qu'ont les courans électriques, transmis au travers des réceptacles membraneux contenant un liquide quelconque, de déterminer la transsudation de ce dernier par les pores de leurs parois, il s'arrêta à l'idée de mettre en pratique l'application de l'électro-puncture pour un cas de ce genre.

Le sujet était un jeune homme âgé de dix-neuf ans, de bonne constitution, affecté, depuis près de trois années, d'un gonflement énorme au scrotum, lequel gonflement s'était développé peu à peu sans qu'on pût rapporter son apparition à aucune cause appréciable, et qui avait jusqu'alors résisté opiniâtrément à tous les moyens employés pour le combattre. Ce jeune homme ayant été admis dans la salle de clinique chirurgicale de l'Université de Sienne, on reconnut sans difficulté que son affection consistait en un épanchement dans l'une et l'autre tunique vaginales, épanchement qui ne paraissait se compliquer d'aucune altération des testicules.

Le 30 mai, quatre aiguilles furent enfoncées dans le scrotum avec une disposition telle qu'il s'en trouvait deux de chaque côté, l'une dans le haut, l'autre à la partie inférieure de chaque tumeur, et on les mit aussitôt en rapport avec les pôles opposés d'une pile voltaïque pour établir un courant électrique circulaire. L'application fut prolongée pendant un laps de temps qui ne dura pas moins de cinq minutes. Pendant cet espace, le testicule droit se montra le siége d'une sensation douloureuse assez vive. Lorsque les aiguilles furent retirées, on commença presque aussitôt à distinguer un changement notable dans le volume des deux tumeurs, et elles allèrent en diminuant avec une rapidité si prononcée, qu'après cinq heures elles semblaient presque s'être vidées en totalité ; mais dans le cours de la soirée on vit se manifester dans la partie un peu de chaleur et de rougeur, et, à la suite de ce phénomène, il s'opéra une nouvelle accumulation de liquide aussi considérable à peu près que celle qui existait avant l'opération : toutefois, elle présenta cette différence que la partie gauche de la tumeur n'atteignait pas tout à fait le même degré de volume que celle du côté droit, et que la peau du même côté présenta tous les caractères de l'œdème. Quelques jours de repos furent accordés au sujet, après lesquels M. Pecchioli, remarquant que la maladie restait dans un état tout à fait stationnaire, se décida à tenter une nouvelle application de l'électro-puncture. Il y procéda le 9 juin, de la même manière que pour la première et en obtint des résultats absolument semblables.

Le 18 du même mois, l'opération fut pratiquée de nouveau dour la troisième fois, et les parties revinrent ensuite à leur état normal, sans qu'il fût besoin de recourir à aucun autre moyen auxiliaire soit général, soit local. Le malade fut encore retenu pendant une quinzaine pour que l'on pût s'assurer de la solidité de sa guérison, puis on le renvoya chez lui.

Sans vouloir mettre en doute, dit M. Pecchioli, la propriété que possède l'électricité, d'aider ou même de provoquer la transsudation des liquides au travers des tissus membraneux ; en admettant même que la guérison, dans le cas qui vient d'être rapporté, reconnaisse pour cause unique la transmission du fluide des tuniques vaginales dans le tissu cellulaire du scrotum, il resterait encore à découvrir par quelle cause a pu s'arrêter si rapidement, après l'emploi de l'électro-puncture, l'exhalation de la sérosité. Serait-ce un effet dû à une action particulière, physique ou chimique de l'électricité, ou ne pourrait-on pas encore le considérer comme un résultat de l'excitation imprimée par le fluide électrique aux propriétés vitales des membranes affectées.

Quoi qu'il en soit à cet égard, nous croyons, avec M. le docteur Malagodi, que l'opération dont il s'agit, malgré le succès qui l'a suivie dans le cas publié par M. le professeur de Sienne, n'est pas à l'abri de toute objection. D'abord les pointes des aiguilles, pendant la durée de leur application, doivent rester enfoncées au-delà de la tunique vaginale, et, par conséquent, exposer le testicule à être blessé, spécialement dans les hydrocèles d'un volume peu considérable ; en effet, il faut remarquer à ce sujet que, parmi les effets produits immédiatement lors de la première application, M. Pecchioli note « une sensation de douleur vive au testicule droit surtout, c'est-à-dire à celui qui n'avait été affecté qu'en dernier lieu et qui ne présentait qu'un moindre gonflement ou amas de liquide moins considérable. »

En second lieu, bien que l'opération, sous le double rapport de la longueur et de la douleur, n'excède pas peut-être ce qui s'observe dans le procédé de l'injection, elle a néanmoins l'inconvénient grave d'exiger plusieurs réitérations. Ensuite, la durée de ce nouveau mode de traitement n'est pas moindre que celle nécessaire aux autres méthodes, puisque le dix-neuvième jour il fallut encore revenir à une troisième application. Enfin, il ne s'est pas non plus écoulé un temps suffisant depuis qu'elle a été pratiquée pour qu'il soit possible d'établir logiquement que si l'électro-puncture guérit les hydrocèles, elle met aussi par la suite les sujets à l'abri de toute récidive.

WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, 1841. Nos 44, 45 et 46.

Sur le Traitement de l'asthme thymique ; par le docteur EBERS, de Breslau.

M. Ebers ne voit point dans l'asthme thymique une maladie particulière, mais seulement une affection symptomatique d'un état pathologique général dont le siége existe à la fois dans le système glandulaire et dans le système nerveux. Aussi après avoir declaré que tous les sujets qu'il a traités par les moyens préconisés jusqu'ici (saignées locales, frictions mercurielles, frictions stibiées, etc.) sont morts, se hâte-t-il d'ajouter que, sous l'influence de sa manière propre d'envisager cette affection, il a adopté pour la combattre une nouvelle médication, et que, depuis lors, il n'a plus perdu de malades. En vain l'examen nécroscopique a-t-il été fait avec le plus grand soin, l'ouverture des cadavres des victimes de cet asthme n'a rien appris aux observateurs ; et jusqu'ici l'anatomie pathologique n'a apporté aucune lumière aux praticiens. Ces investigations cadavériques ont seulement donné la confirmation d'un fait remarqué par M. Ebers pendant la vie des sujets, et signalé par lui pour la première fois ; c'est que tous les enfans chez lesquels on voit apparaître cette affection offrent des signes évidens d'une lésion de la nutrition, soit par défaut, soit par excès, et plutôt encore de cette dernière manière que de la première. C'est surtout dans le système lymphatique, et particulièrement dans les appareils glanduleux, que l'on retrouve les caractères apparens de cet état hypertrophique, et la constance de cette condition spéciale, son antériorité bien absolue sur les premiers symptômes spasmodiques, font penser au médecin de Breslau que les accidens nerveux ne se développent que par suite de la modification qu'imprime le vice de la nutrition, d'abord à la moelle épinière, puis secondairement aux nerfs qui en partent et vont s'anastomoser avec ceux de la vie organique.

Sous le point de vue thérapeutique, comme la maladie présente deux élémens bien distincts, la médication doit aussi être double. Ainsi, il faut, avant toute autre chose, combattre l'élément nerveux, et lorsque les mouvemens convulsifs ont cédé à l'emploi des moyens dirigés contre eux, il devient indispensable de recourir à l'usage des moyens généraux capables de modifier l'état actuel de tout l'organisme et de ramener la nutrition à son état normal.

Le musc est, de tous les agens médicamenteux, celui qui a paru convenir le mieux pour remplir la première de ces deux indications. M. Ebers l'administre à petites doses ; par exemple, à celle de quatre milligrammes (un douzième de grain environ), trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heure, et il en fait continuer l'usage de cette manière pendant un temps plus ou moins long, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'état nerveux des sujets ne présente plus aucun caractère pathologique.

Quant à la seconde indication, les moyens qu'elle réclame sont ceux qui peuvent imprimer à l'organisme entier une modification puissante et durable, et en même temps activer et rétablir les fonctions digestives. Ce sont les médicamens altérans qui sont seuls en possession d'atteindre ce but ; et parmi eux c'est à l'huile de foie de morue, c'est aux diverses préparations d'iode qu'il convient surtout de s'adresser. L'huile de foie de morue se donne à la dose de deux à quatre cuillerées à café dans le courant de la journée, seule ou associée à un sirop approprié, et son usage doit être continué pendant long-temps, même après le retour parfait des sujets à leur condition physiologique. Les préparations d'iode doivent être données avec toute la circonspection qu'exige le haut degré d'activité de ces divers agents : il faudra donc, de préférence, recourir à l'iodure d'amidon, dont on pourra graduer peu à peu les doses suivant les effets produits.

Si, ce qui n'est pas rare, en raison de la fréquente simultanéité de la diathèse scrofuleuse et de l'asthme thymique, il existait des engorgements glandulaires autour du cou, particulièrement aux régions cervicales antérieures et latérales, tumeurs qui, par leur volume ou par leur position, pourraient finir par gêner le mouvement respiratoire en comprimant soit la trachée, soit quelque filet nerveux relatif à cette fonction, il faudrait, de toute nécessité, s'empresser de diriger contre ces engorgements l'action fondante de l'iodure de potassium ou des iodures de mercure, appliqués topiquement.

D'ailleurs, M. Ebers a soin de prévenir qu'il ne faut, dans aucun cas, compter sur une guérison prompte, et que le traitement a besoin d'être soutenu pendant un temps très-long pour qu'on puisse en espérer des résultats qui soient bons et durables.

L'auteur a mis à l'appui de ses assertions cinq observations, presque toutes multiples, c'est-à-dire ayant trait à pusieurs sujets, en général frères et sœurs. Mais ces diverses observations, qui sont loin d'être rédigées avec le soin que nous désirons rencontrer en France dans ces sortes de relations abrégées de faits particuliers, ne nous paraissent pas mériter d'être données à nos lecteurs.

ANNALEN DER CHEMIE UND PHARMACIE, 1841.

Procédé pour séparer l'or du platine.

M. Kemp a reconnu à l'acide oxalique la propriété de réduire les dissolutions d'or sans exercer aucune action sur les dissolutions de platine. Il est donc possible de séparer ces deux métaux et de déterminer leurs proportions en en faisant une dissolution dans l'eau régale, en précipitant l'or à l'état métallique par l'acide oxalique et le platine par l'acide formique.

Ce procédé est d'autant plus important que, jusqu'ici, on a éprouvé la plus grande difficulté pour séparer l'or du platine.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 18 JANVIER 1842. (18e ANNÉE.) N° 8, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Depuis le 15 janvier, les Bureaux de la Gazette des Hôpitaux *et du* Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine, *sont transférés* RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11 *et* 13.
Tout ce qui concerne la rédaction du Journal doit continuer d'être adressé rue Dauphine, 22-24.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Mouvement du service pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1841.

Pendant les quatre derniers mois de cette année, sont passés dans le service 198 malades, dont 130 affectés de maladies chroniques ou sub-aiguës, et 68 de maladies aiguës. Sur ces 198, on n'en comptait que 163 nouveaux, les 35 autres ayant été mentionnés dans le résumé par lequel M. Bouillaud a terminé son cours de clinique. Nous les avons divisés, selon notre habitude, en deux catégories.

Première catégorie.

Malades présens dans les salles au 1er septembre, au nombre de 35.

Première classe. — Cas chroniques ou sub-aigus, 25, répartis de cette manière :

Affections organiques du cœur,	5
Chloroses et chloro-anémies,	4
Phthisies pulmonaires,	4
Rhumatisme chronique,	3
Ictère,	1
Hémorrhagie cérébrale,	1
Ascite,	1
Hystérie,	1
Hémorrhagie utérine,	1
Prurigo,	1
Douleurs vagues,	3
Total,	25

Deuxième classe. — Maladies aiguës, 10.

1° Pleuro-pneumonie au deuxième degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16. Entré le 13 juillet, sorti le 19 novembre.

2° Pleuro-pneumonie au deuxième degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Entré le 3 août, mort le 13 septembre.

Nous avons, dans un précédent article, fait quelques réflexions sur ce cas de pleuro-pneumonie chez un sujet tuberculeux. L'affection aiguë fut assez facilement enlevée par un traitement convenable; mais la maladie chronique continua ses ravages, et amena, au bout de six semaines, la mort du sujet. On trouva, à l'autopsie, une caverne énorme au sommet du poumon droit, et des granulations tuberculeuses considérables dans le parenchyme du poumon gauche.

3° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Entré le 24 août, sorti le 11 décembre.

4° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Entré le 4 juin, sorti le 22 novembre.

5° Entéro-colite. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Entré le 28 août, sorti le 12 septembre.

6° Entéro-colite. Salle Sainte-Madeleine, 5 ter. Entrée le 20 août, sortie le 6 septembre.

7° Rhumatisme articulaire. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Entré le 24 août, sorti le 22 septembre.

8° Rhumatisme articulaire. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entré le 30 août, sorti le 4 octobre.

9° Rhumatisme articulaire. Salle Sainte-Madeleine, 3. Entrée le 28 août, sortie le 18 décembre.

10° Erysipèle phlegmoneux de la jambe gauche, avec angéïo-leucite. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 2. Entré le 10 février, sorti le 6 novembre du service où il faisait depuis plusieurs mois les fonctions d'infirmier.

Deuxième catégorie.

Elle comprend 163 malades, entrés à l'hôpital depuis le 1er septembre jusqu'au 31 décembre.

Première classe. — Maladies chroniques ou sub-aiguës, au nombre de 105.

Chlorose et chloro-anémie,	22
Affections organiques du cœur,	12
Phthisie pulmonaire,	11
Bronchite chronique et emphysème,	9
Ictère,	5
Embarras gastro-intestinal,	4
Affections saturnines,	4
Ramollissement cérébral,	3
Rhumatisme chronique,	4
Pleurésie chronique,	2
Pleurodynie,	2
Fièvre intermittente,	3
Hémorrhagie utérine,	3
Affection squirrheuse de l'utérus,	1
Tympanite d'origine douteuse,	1
Névralgie faciale chronique,	1
Albuminurie ?	1
Cystite chronique,	1
Myélite chronique,	1
Syphilis constitutionnelle,	1
Courbature et lumbago,	14
Total,	105

Deuxième classe. — Maladies aiguës, au nombre de 58, réparties de la manière suivante :

Entéro-mésentérites typhoïdes, 17 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21. Entéro-mésentérite typhoïde à la deuxième période, avec complication de bronchite chez un sujet anémique. Cas grave.

Homme de dix-neuf ans, malade depuis huit jours. Trois saignées, dont deux locales (9 palettes, 1125 grammes) en trois jours. Convalescence le neuvième jour. Entré le 27 octobre, sorti le 9 décembre.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée à la deuxième période. Cas grave.

Homme de vingt-sept ans, malade depuis dix-sept jours, entré le 11 décembre. Trois saignées en deux jours (10 palettes, 1250 grammes). Convalescence le troisième jour. Sorti le 27 décembre.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 12. Entéro-mésentérite typhoïde arrivant vers la fin de la première période, avec prédominance des phénomènes inflammatoires. Cas moyen.

Homme de vingt-neuf ans, malade depuis sept jours, entré le 2 décembre. Quatre saignées, dont deux locales (13 pal. et demie, 1680 gramm.) en deux jours. Convalescence le sixième jour. Sorti le 23 décembre.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, à la fin de la première période. Cas moyen.

Homme de vingt-trois ans, malade depuis cinq jours, entré le 2 novembre. Trois saignées, dont une locale (10 pal. et demie, 1300 gram.), en deux jours. Convalescence le septième jour. Sorti le 29 novembre.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Entéro-mésentérite typhoïde, au commencement de la deuxième période. Cas assez grave.

Homme de vingt-quatre ans, malade depuis six jours, entré le 13 septembre. Six saignées, dont deux locales, en trois jours (18 pal., 2,250 gram.). Convalescence le septième jour. Sorti le 30 octobre.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Entéro-mésentérite, forme inflammatoire, avec éruption de taches ortiées sur le tronc. Cas moyen.

Homme de vingt-trois ans, malade depuis dix jours, entré

FEUILLETON.

RAPPORT PRÉSENTÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, AU NOM D'UNE COMMISSION, COMPOSÉE DE MM. CAIZERGUES (DOYEN), BROUSSONNET, DUBREUIL, SERRE, D'AMADOR, ESTOR ET BOUISSON (PROFESSEURS), RELATIF A UNE NOUVELLE CONDITION POUR LE DOCTORAT; par M. le professeur D'AMADOR.

Messieurs,

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Caizergues, Broussonnet, Dubreuil, Serre, Estor, Bouisson et moi, de vous faire un rapport sur une proposition ministérielle, d'après laquelle le service des hôpitaux en qualité d'élève ou d'externe, deviendrait une condition de rigueur pour le doctorat en médecine.

M. le ministre fait, à cette occasion, un appel au zèle de la Faculté de Montpellier pour les bonnes études.

La commission, pour y répondre, a cru devoir étudier la question sous toutes ses faces; et c'est après un examen approfondi, qu'elle vous offre ses vues sur la propsition qu'elle a considérée dans ses rapports avec les Ecoles préparatoires et avec les Facultés de médecine.

Votre commission s'est d'abord demandé quel serait le but de cette mesure.

Le but, dit la lettre ministérielle, est de procurer aux élèves des notions pratiques élémentaires; en d'autres mots, de leur faire apprendre l'art de faire une saigée, d'appliquer un bandage, de placer un vésicatoire. La mesure ne tendrait donc qu'à former des élèves externes, et son objet serait de rendre la petite chirurgie obligatoire.

La commission a cru devoir commencer par vous rappeler, Messieurs, qu'une pareille disposition réglementaire existait déjà, et que la législation universitaire en fait une prescription formelle. L'arrêté du conseil royal, du 1er mars 1825, art. 1er, fait une obligation aux élèves de troisième et quatrième année de suivre les cliniques; et un autre arrêté du 26 septembre 1837, art. 2, en fait aussi une obligation à ceux de la seconde année, et il ajoute que les élèves de la première année assisteront aux visites des hôpitaux pour se familiariser avec les objets qui sont du ressort de la petite chirurgie. La commission doit vous rappeler encore que c'est en vertu de ces prescriptions que presque tous nos élèves possèdent ces premières notions de l'art chirurgical, et que l'école pratique d'anatomie et d'opérations chirugicales a pour but d'atteindre et même de dépasser ce premier et très modeste degré des connaissances.

M. le ministre nous a dit, dans sa lettre, que c'est pour maintenir la supériorité des Facultés sur les Ecoles préparatoires que la mesure est prise.

La Faculté, reconnaissante envers M. le ministre d'une intention si digne à tous égards de sa haute sollicitude, souhaiterait, pour en assurer l'accomplissement, qu'il ne fût permis de faire le stage que dans les Facultés de médecine; les garanties de tous les genres se trouvant réunies dans ces grands corps, et Montpellier possédant dans ses hôpitaux, comme M. le ministre ne l'ignore pas, toutes les facilités désirables.

La Faculté conseillerait en outre (si la mesure devait être adoptée), que les élèves ne pussent être admis à faire l'externat qu'après leur huitième inscription, et lorsque quelques connaissances de la théorie auraient ouvert leur esprit aux études de la pratique, un examen préalable fait par les professeurs de clinique devant constater cette aptitude.

Votre commission, Messieurs, ne pense pas avoir besoin de grands développemens pour démontrer les avantages attachés au stage fait exclusivement dans les Facultés de médecine, et pourtant elle a cru opportun d'entrer, à cet égard, dans quelques considérations dont la justesse lui a paru irrécusable.

Tout autre établissement que les Facultés, Messieurs, ne pouvant être, par la nature des choses et la volonté sage du gouvernement, que des Ecoles préparatoires, ces Ecoles seront loin d'acquérir jamais cette force et cette vigueur qu'on ne retrouve que dans de grands corps scientifiques, depuis long-temps en possession du haut enseignement, entourés de toutes les conditions d'un personnel nombreux, distingué, choisi, qu'une noble émulation vivifie, et dont les traditions doctrinales font la prospérité et le lustre.

L'expérience de l'histoire plaide en faveur de cette thèse. Avant la révolution de 89, il existait vingt-cinq Facultés de médecine. La révolution arriva, et dans ce naufrage général du passé, deux Facultés survécurent : Paris et Montpellier furent conservés, tout le reste à peu près (1) supprimé ou aboli. Et pourquoi, Messieurs ? Parce que Montpellier et Paris représentaient quelque chose; parce que Paris et Montpellier avaient chacun une illustration et une doctrine, un passé qui répondait de l'avenir et garantissait leur célébrité progressive; parce que l'une et l'autre étaient dans le sens scientifique et moral du mot, de véritables écoles; parce qu'enfin, humbles satellites des premières, les autres Facultes, celle d'Orange y comprise (car en ce temps là il y avait aussi une Faculté à Orange), ne faisaient que recevoir l'impulsion des deux grandes métropoles de la médecine. Aussi la loi du 14 frimaire an III, confirmant, sous le nom d'*Ecoles de santé*, l'existence des anciennes Facultés de Paris et de Montpellier, ne fit que consacrer un fait et rendre hommage à un grand principe, savoir : qu'on ne forme pas des Ecoles dans le sens scientifique; qu'au sens administratif on peut en créer un très grand nombre; mais que, dans la signification intellectuelle du mot, personne ne les a jamais faites, personne ne les fera; qu'elles se font d'elles-mêmes par le progrès du temps, le génie de leurs maîtres, et par je ne sais quel instinct d'intelligence, qui fait qu'une contrée, qu'une race d'hommes, qu'un peuple est particulièrement propre à telle industrie, à telle branche de commerce, à telle forme politique de gouvernement, à tel ordre d'idées et de connaissances qui manque à tous les autres.

C'est assez vous dire, Messieurs, que vous n'aurez point à redouter une concurrence scientifique de la part de ces établissemens, inférieurs aux Facultés, en rang, en lustre, en importance. Mais l'essaim (passez-moi l'expression) de ces petites Ecoles qui couvrent à ce jour le sol de la France éparpille la jeunesse médicale, fausse son esprit, dénature ses habitudes, donne le goût de la petite science, énerve l'émulation, fait passer les faibles études en coutume; et arrivés chez vous, vous n'avez plus à former des élèves, mais à les déformer en quelque sorte, prenant, comme vous prenez, des jeunes gens dont les habitudes d'esprit sont faites et par malheur à refaire. Trop heureux encore quand ils vous feront l'honneur de rester chez vous assez long-temps pour refondre, ne serait-ce qu'en partie, leur éducation médicale vicieuse ou incomplète ! Et c'est ici que la commission va vous montrer qu'en vertu de quelques droits accordés aux Ecoles préparatoires, elles peuvent garder les élèves plus long-temps que vous-mêmes.

Indépendamment des inconvéniens attachés à une éducation médicale inaugurée avec d'autres maîtres, sous l'auspice de principes différens, et le plus souvent dans l'absence, il faut bien le dire, de tout principe, il est facile de démontrer, Messieurs, que les élèves ne viendront et ne viennent de fait chez vous que pour recevoir un diplôme, et jamais pour apprendre. Les Facultés que deviennent-elles alors ?.... Les Facultés deviennent ainsi, et au grand détriment des fortes études, des bureaux de réception, et pas autre chose.

D'abord, les élèves peuvent rester deux ans dans les Ecoles préparatoires sans être ni bacheliers ès-lettres, ni bacheliers ès-sciences, et ces deux années comptent pour autant dans une Faculté de médecine. Il paraîtrait même, d'après le silence de l'ordonnance royale du 13 octobre 1840, relativement à la possibilité de convertir les inscriptions d'Ecoles préparatoires en inscriptions de Facultps, que les élèves pourraient de

(1) Nous disons à peu près, car avec Montpellier et Paris il n'y eut que Strasbourg qui mérita d'être excepté.

le 30 décembre. Trois saignées en deux jours (9 palettes, 1,125 gram.). Convalescence le quatrième jour. Encore dans les salles.

7° Salle Sainte-Madeleine, 7. Entéro-mésentérite typhoïde, forme muqueuse. Cas grave.

Femme de vingt-deux ans, malade depuis huit jours; entrée le 21 décembre. Trois saignées en deux jours (8 pal., 1000 gram.). Convalescence le cinquième jour. Encore dans les salles.

8° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, encore à la période inflammatoire. Cas moyen.

Homme de vingt-quatre ans, malade depuis six jours, entré le 4 décembre. Quatre saignées en trois jours (13 palettes, 1,625 gram.). Convalescence le neuvième jour. Sorti le 26 décembre.

9° Salle Sainte-Madeleine, 9. Entéro-mésentérite typhoïde à la deuxième période. Bronchite. Cas grave.

Femme de seize ans, malade depuis huit jours, entrée le 18 novembre. Trois saignées, dont une locale (7 pal., 875 gram.). Convalescence le quatorzième jour. Encore dans le service.

Chez cette jeune malade, la convalescence fut tardive et se prolongea assez long-temps. La seule cause en doit être attribuée à ceci : que l'état d'anémie dans lequel elle se trouvait, et la durée de la maladie, dont le début datait déjà de huit jours lors de l'entrée, empêchèrent de pratiquer des émissions sanguines aussi abondantes et aussi répétées qu'on l'eût fait en toute autre circonstance.

10° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26. Entéro-mésentérite typhoïde. Cas moyen.

Homme de dix-huit ans, malade depuis huit jours, entré le le 4 octobre. Trois saignées, dont une locale (9 pal., 1,125 gram.) en deux jours. Convalescence le cinquième jour. Sorti le 8 novembre.

Ce cas mérite de fixer l'attention pour quelques particularités qu'il présenta. Ainsi, le pouls, qui le jour de l'entrée était à 64 seulement, ne donnait que 52-56 le lendemain de l'entrée du malade, et ne s'éleva jamais au-delà de 56 pendant le séjour du malade à l'hôpital. Malgré cette lenteur, et l'absence du redoublement, les signes locaux et l'état du sang, ainsi que le sentiment de faiblesse et la céphalalgie dont se plaignait le malade, ne laissèrent aucun doute, et l'on dut porter le diagnostic indiqué plus haut, auquel, du reste, M. Bouillaud fit ajouter : cas offrant quelques particularités. Le cas fut considéré comme moyen, et l'événement justifia pleinement le pronostic.

11° Salle Sainte-Madeleine, 12 *bis*. Entéro-mésentérite typhoïde négligée; passée à la deuxième période. Cas grave.

Femme de treize ans et demi, malade depuis huit jours, entrée le 27 octobre; sortie le 4 novembre. Deux saignées dont une locale. Convalescence le troisième jour.

12° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Fièvre typhoïde, forme inflammatoire. Cas léger.

Homme de vingt-trois ans, malade depuis cinq jours, entré le 5 octobre. Trois saignées (9 pal., 1125 gram.) en deux jours. Convalescence le quatrième jour. Sorti le 23 octobre.

Les deux cas 13 et 14 sont relatifs à deux sujets, un homme et une femme, qui présentèrent à l'entrée des symptômes de fièvre typhoïde, mais chez lesquels la maladie resta toujours un peu douteuse. (Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3, entré le 14 octobre, sorti le 22 novembre; et salle Sainte-Madeleine, 4, entrée le 6 novembre, sortie le 4 décembre.

15° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21. Entéro-mésentérite typhoïde, nuance muqueuse. Cas moyen.

Homme de dix-sept ans, malade depuis huit jours, entré le 30 septembre. Quatre saignées en trois jours; vésicatoires aux mollets. Malgré ce traitement énergique, l'affection intestinale à laquelle vint se joindre une bronchite aiguë, que l'on ne put combattre que par des révulsifs, prit de jour en jour une nouvelle gravité, et finit par emporter le malade le 22 octobre. L'autopsie démontra dans le tube digestif, la présence de dix à douze ulcérations larges et arrondies, situées dans les 60 derniers centimètres de l'iléon.

16° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5. Fièvre typhoïde chez un enfant entré pour une affection rubéolique.

Homme de dix-neuf ans, malade depuis six jours, entré le 30 novembre, mort le 27 décembre.

17° Salle Sainte-Madeleine, 5 *bis*. Entéro-mésentérite typhoïde, arrivée à la fin de la deuxième période. Cas très grave.

Fille de quinze ans, malade depuis quinze jours, entrée le 30 octobre. L'état d'affaiblissement, d'anémie et de faiblesse de la malade empêcha d'avoir recours à aucun traitement actif. Elle succomba le 10 novembre.

— On voit par l'analyse des cas précédens, que sur 16 malades affectés de fièvre typhoïde, car nous ne pouvons raisonnablement compter la dernière, arrivée à une période si avancée que l'on ne put faire aucun traitement, sur 16 malades, dis-je, il y en a eu deux morts seulement, 1 sur 8, et encore ces deux malades se sont-ils trouvés dans des circonstances particulières qui ont empêché l'application rigoureuse de la formule.

Affections aiguës du tube digestif mal caractérisées, cas de moyenne gravité, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entré le 14 octobre, sorti le 25 octobre.

2° Salle Sainte-Madeleine, 6. Entrée le 18 novembre, sortie le 3 décembre.

3° Salle Sainte-Madeleine, 6. Entrée le 17 décembre, sortie le 29 décembre.

— Ces trois cas n'ayant offert que peu d'intérêt, nous n'entrerons pas dans d'autres détails à leur égard.

Pleuro-pneumonie, 10 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Pleuro-pneumonie occupant les deux tiers postérieurs inférieurs du côté droit, au second degré chez un sujet faible. Cas très grave.

Homme de seize ans, malade depuis six jours. Entré le 6 novembre. Six saignées, dont une locale en quatre jours (16 palettes et demie, 2060 gram.); un vésicatoire. Convalescence le huitième jour. Sorti le 23 novembre.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 12. Pleuro-pneumonie droite du premier au second degré, avec bronchite générale capillaire. Cas grave.

Homme de trente-six ans, malade depuis deux jours, entré le 27 octobre. Cinq saignées, dont deux locales en trois jours (18 palettes, 2250 gram.). Convalescence le cinquième jour. Sorti le 8 novembre.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26. Pleuro-pneumonie au second degré, occupant les quatre cinquièmes inférieurs du poumon droit. Cas grave.

Homme de vingt-deux ans, malade depuis trois jours. Entré le 11 décembre. Cinq saignées dont une locale en trois jours. (17 palettes, 2125 gram.); vésicatoire. Convalescence le cinquième jour. Sorti guéri le 25 décembre.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Pleuro-pneumonie au second degré, occupant les deux tiers postérieurs externes du poumon droit chez un sujet débile. Cas assez grave.

Homme de vingt-six ans, malade depuis sept jours. Entré le 18 décembre. Cinq saignées en trois jours (12 palettes, 1500 gram.); vésicatoire. Convalescence le quatrième jour.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Pleuro-pneumonie affectant les deux tiers postérieurs et inférieurs du poumon gauche, au deuxième degré; cœur un peu pris. Cas assez grave.

Homme de quarante-un ans, malade depuis quatre jours. Entré le 23 novembre. Six saignées dont deux locales en trois jours (20 palettes, 2500 gram.). Convalescence le cinquième jour. Sorti le 23 décembre.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 17. Pleuro-peumonie au second degré de la moitié inférieure postérieure du poumon droit. Engoument pneumonique à gauche. Cas assez grave.

Homme de trente-un ans, malade depuis six jours. Entré le 8 novembre. Cinq saignées en trois jours (18 palettes, 2250 gram.). Convalescence le quatrième jour. Sorti le 18 novembre.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 2. Pleuro-pneumonie affectant la partie inférieure postérieure du poumon droit. Cas assez grave.

Homme de qnarante ans, malade depuis sept jours. Entré le 16 novembre. Six saignées dont deux locales en trois jours (20 palettes, 2500 gram.). Convalescence le sixième jour. Sorti le 11 décembre.

8° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Pleuro-pneumonie au second degré, des trois cinquièmes postérieurs inférieurs du côté gauche avec bronchite. Cas moyen.

Homme de quarante-huit ans, malade depuis trois jours. Entré le 23 novembre. Quatre saignées en trois jours (13 pal. et demie, 1685 gram.). Convalescence le quatrième jour. Sorti le 21 décembre.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Pleuro-pneumonie à signes physiques assez obscurs. Cas peu grave.

Homme de quarante-quatre ans, malade depuis six jours, entré le 11 novembre. Trois saignées (9 palettes, 1125 grammes). Convalescence le quatrième jour; sorti le 26 novembre.

10° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Pleuro-pneumonie droite occupant surtout le sommet, au deuxième degré. Cas moyen. Homme de quarante-six ans, malade depuis quatre jours, entré le 30 octobre. Six saignées, dont deux locales, en trois jours (20 palettes, 2500 grammes).

Une amélioration bien notable suivit ce traitement, et le malade commençait à prendre du bouillon, lorsque des imprudences réitérées occasionnèrent une rechute à laquelle on ne put opposer qu'une seule émission sanguine et l'emploi d'un vésicatoire. Convalescence de nouveau. Le malade qui avait, avant sa maladie, l'habitude de s'enivrer fréquemment, ne cessa de se plaindre de *chimères*, disait-il, *qui lui trottaient dans la tête*, répétant chaque matin, à la visite, qu'il était un homme perdu. Le 18 novembre il survint, sans cause connue, un érysipèle de la face; le malade fut pris de délire et succomba le 21 du même mois.

Une chose digne de remarque, c'est que toutes les pneumonies, à de très rares exceptions près, observées cette année, ont offert une gravité peu commune et une marche excessivement rapide. Il est arrivé plusieurs fois que des malades qui n'avaient présenté, le soir de leur entrée, aucun symptôme d'affection locale, ont offert, le lendemain matin, les signes incontestables d'une pneumonie au second degré, comme si la maladie eût, qu'on nous passe cette expression, sauté à pieds joints par dessus le premier degré. On voit, du reste, que malgré cette singularité, et malgré la gravité peu ordinaire de ces cas, la mortalité n'a pas été plus considérable (1 sur 10), si tant est que l'on veuille considérer le dernier malade comme enlevé par la pleuro-pneumonie purement en simplement, ce ce qui resterait sujet à discussion.

Pleurésie, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Pleurésie avec épanche-

---

fait ne venir dans ces dernières que pour recevoir leurs grades.

Mais faisons la meilleure supposition : admettons qu'ils vous arrivent à la troisième année de leurs études; force leur est de s'occuper des sciences accessoires, pour obtenir ces diplômes dont on les exempte dans les Ecoles préparatoires; et une seule et dernière année reste pour les études importantes de la chirurgie et de la médecine! Nous voyons ainsi chaque jour des élèves devenir docteurs un an et même quelques mois après leur baccalauréat ès-sciences, et se montrer aussi dépourvus de connaissances en sciences accessoires qu'en tout le reste. Or, il faut bien le dire, Messieurs, c'est que la législation actuelle les oblige à l'acquisition, en très peu de temps, d'une effrayante quantité de connaissances. Quand on songe qu'en quatre années il leur faut suivre de 35 à 40 cours, s'initier à des sciences si diverses, et se familiariser avec un si grand nombre d'études différentes, on ne peut s'empêcher de croire que la législation sur ce point est à refaire.

Le gouvernement a très à propos rétabli le baccalauréat ès-sciences. Le but qu'il se proposait était louable; il est indiqué dans l'exposé des motifs qui précèdent l'ordonnance du 9 avril 1836. L'autorité supérieure désirait fort sagement diminuer le nombre des médecins en les rendant plus capables. Mais le but a été manqué dès qu'on a permis de commencer la carrière médicale sans avoir terminé ni celle des lettres, ni celle des sciences; dès qu'on a voulu compter pour quelque chose le temps passé auprès des Ecoles préparatoires. Les élèves, d'un côté, ont acquis moins de connaissances, puisqu'en moins de temps ils sont obligés à terminer trois carrières au lieu d'une; d'un autre côté, la grande science a été sacrifiée à la petite, puisqu'ils peuvent rester dans les Ecoles préparatoires presque la totalité du temps de leurs étndes.

Il résulte donc, Messieurs, de la discussion dans laquelle nous venons d'entrer, que l'existence même des Ecoles préparatoires est nuisible aux bonnes études; et qu'il est impossible à ces écoles de donner une éducation médicale forte et complète, les élèves qui nous arrivent de ces écoles se plaignant eux-mêmes de l'absence d'instruction suffisante.

Il résulte que l'organisation actuelle de ces écoles aggrave le mal, puisque tout est fait pour y retenir les élèves.

Il résulte enfin que ces écoles, dotées déjà d'un tiers des droits des Facultés de médecine, demanderont bientôt les deux autres tiers, c'est-à-dire les 16 inscriptions, puis la totalité, c'est-à-dire la confection des grades; et que le jour n'est pas éloigné où vous entendrez prier le gouvernement de rétablir à vos portes, comme avant 89, la fameuse Faculté d'*Orange*, destinée à coopérer avec vous au lustre et à l'enseignement de la médecine.

Faut-il, Messieurs, vous montrer maintenant, que permettre de faire le stage aux Ecoles préparatoires, accroît, au lieu de diminuer, les inconvéniens indiqués?..... Non, car chacun de vous a déjà déduit cette conséquence. Votre commission a donc pensé qu'il convenait de prier l'autorité supérieure de daigner fixer son attention sur les considérations qui précèdent; elle a pensé qu'il était opportun de prier M. le ministre de faire rétablir l'ordonnance royale du 5 juillet 1820, qui prescrit que nul ne sera admis à s'inscrire dans les Facultés de médecine, s'il n'a obtenu le double grade de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences;

De plus, que le temps passé aux Ecoles préparatoires ne devra point compter dans les quatre années à passer auprès des grands centres d'instruction médicale. Qu'enfin le stage pratique, s'il doit être adopté, n'aura lieu que dans les Facultés de médecine.

Que si le gouvernement, Messieurs, guidé par ces graves motifs, augmente de deux années la durée de la scolarité, il prendra une mesure profitable à la science, utile aux élèves, conservatrice des bonnes études, et dont l'urgence est sentie par tout ce qui a droit à émettre une opinion sur l'organisation de la médecine. Les deux premières années pourraient alors être employées dans les Ecoles préparatoires, à condition de continuer et de terminer la carrière médicale par un séjour de quatre ans dans les Facultés.

La nouvelle condition au doctorat pour laquelle on vous consulte, Messieurs, vient d'être étudiée dans ses rapports avec les Ecoles préparatoires. Examinons-la dans ses relations avec les Facultés de médecine; considérons-la, et en elle-même, et dans ses très probables conséquences.

Amenée à l'étude directe de la proposition, votre commission s'est dit : que les exigences légitimes de l'art ne sont pas satisfaites une fois qu'on a appris à manier une lancette, à ouvrir un cautère, à rouler une bande; et que si ces connaissances méritent de la considération, et ceux qui les pratiquent de l'estime, les élèves qui les possèdent exclusivement sont loin de compter parmi les médecins et chirurgiens distingués qui sortent des écoles. Votre commission pense, en conséquence, que la mesure, malgré l'intention louable qui l'a dictée, pourrait viser plus haut, et tendre à une fin telle que les connaissances médicales et chirurgicales, théoriques et pratiques, pussent en ressentir l'influence. Il sera toujours aisé, Messieurs, croyez-le bien, de faire d'un vrai médecin un homme habile à la petite chirurgie; l'inverse sera toujours difficile. L'externat obligé n'ayant pour but de former ni de vrais médecins, ni de vrais chirurgiens, loin d'être d'une rigoureuse importance, a semblé à votre commission très accessoire, et si elle ne le considère pas absolument comme dépourvu d'utilité, il lui a paru tout à fait insuffisant.

Sans doute il serait à désirer que tout le monde possédât ces notions pratiques élémentaires. En fait de connaissances peut-on contester l'utilité!... Non... Mais si l'on ne peut mettre en doute l'opportunité de tout savoir, on peut rationnellement discuter sur la possibilité de tout apprendre; on peut discuter de plus sur les inconvéniens de certaines notions, quand elles sont exclusivement prescrites. Or, votre commission a jugé que, sous ces deux nouveaux rapports, la mesure n'atteignait pas encore son but.

On peut nier, pour tous les élèves sans exception, le goût, et, qui plus est, l'aptitude à les acquérir. Les vocations varient. Boerhaave, Barthez, Haller et mille autres médecins distingués ou illustres n'ont jamais eu celle qu'on exige. Il est plus que douteux que Celse ait jamais pratiqué ni la chirurgie ni la médecine, et c'est à lui pourtant que nous devons le détail le plus fini des connaissances médicales et même chirurgicales de son époque. On n'a jamais vu les grands architectes, Soufflot, Perrault et autres, être des maçons habiles; et quoique dans l'opinion de votre commission on ne doite pas se guider dans les règles générales par les hommes d'élite, ces exceptions démontrent l'impossibilité de faire de certaines notions pratiques une condition imprescriptible. Tel élève peut être mal habile aux opérations de la petite chirurgie, qui aura une intelligence capable de comprendre les les lois élevées de la science et les profonds principes de l'art et de la pratique. N'est-ce pas là, Messieurs, ce que l'exercice de l'enseignement révèle à chacun de nous avec la dernière évidence?...

Notre art se compose d'une foule de connaissances si distinctes, si diverses; il a à étudier l'homme sous tant de rapports différens, rapports physiques, chimiques, mécaniques, rapports de vitalité et même d'intelligence, que la tête la plus vaste a de la peine, si ce n'est de l'impossibilité à les embrasser tous dans leur unité compréhensive. Et c'est cette foule de rapports qui donne naissance aux vocations variées de la médecine; c'est cette multitude de points de vue qui est la source de tant de spécialités pratiques, puisqu'elle est et demeure la cause réelle de la profonde difficulté à se distinguer également dans toutes. L'entreprise est, en effet, radicalement impossible, et cette impossibilité, il faut bien le répéter, est ici le fait, non de l'artiste, mais bien de l'art et de l'objet qu'il étudie.

Par la condition indiquée, on voudrait rendre obligatoire le service externe des hôpitaux... Rien de mieux... Mais pourquoi cette exclusion des autres études, et pourquoi aussi cette préférence?... Et c'est ici, Messieurs, que la proposition, étudiée dans ses rapports avec l'enseignement scientifique, vous apparaîtra avec ses très probables conséquences.

Dire aux élèves qu'outre leur cinquième examen de pratique, un double certificat de pratique est encore exigible d'eux, c'est leur dire que la pratique est tout, et que seule elle est légalement et scientifiquement quelque chose. C'est du même coup encombrer les hospices et faire

ment médiocre, occupant la moitié postérieure inférieure gauche. Cas moyen.

Homme de vingt six ans, malade depuis huit jours, entré le 4 novembre. Quatre saignées en deux jours (13 palettes et demie, 1685 grammes). Convalescence le cinquième jour. Sorti le 11 décembre.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Pleurésie partielle sèche à la partie postérieure inférieure gauche du thorax, greffée sur une bronchite chronique. Cas grave.

Homme de vingt-deux ans, entré le 27 novembre, sorti le 9 décembre. Pas d'émissions sanguines; vésicatoires.

3° Salle Sainte-Madeleine, 4. Pleurésie de la partie postérieure externe du côté droit, chez une femme grosse de cinq mois. Cas moyen.

Femme de vingt-huit ans, malade depuis quinze jours, entrée le dix-huit octobre. Trois saignées, un vésicatoire. Convalescence le cinquième jour; sortie le 30 octobre.

Bronchite, 4 cas.

Ces quatre cas n'ayant offert que peu d'intérêt, nous nous bornerons à les indiquer.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Entré le 18 novembre, sorti le 29 novembre.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entré le 16 novembre, sorti le 28 du même mois.

3° Salle Sainte-Madeleine, 6. Entré le 4 décembre, sorti le 16.

4° Salle Sainte-Madeleine, 8. Entrée le 22 septembre, sortie le 1er octobre.

Rhumatisme articulaire, 3 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 12. Rhumatisme articulaire aigu partiel, suite de couches.

Femme de vingt-quatre ans, entrée le 28 décembre. Une saignée locale. Convalescence le troisième jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 7. Rhumatisme articulaire aigu partiel chez une femme chloro-anémique. Cas peu grave.

Femme de vingt-six ans, malade depuis neuf jours; entrée le 1re septembre. 3 saignées (9 palettes, 1125 grammes). Convalescence le septième jour; sortie le 25 septembre.

3° Salle Sainte-Madeleine, 6. Rhumatisme articulaire aigu du pied gauche. Cas léger. Entrée le 1er octobre, sortie le 18 novembre. Angine tonsillaire et pharyngo-amygdalite, 7 cas.

De ces 7 cas, 5 sont relatifs à de hommes, 2 à des femmes. Aucun d'eux n'a présenté de phénomènes assez remarquables pour que nous croyions devoir entrer dans le détail de chacun d'eux.

Bièvres éruptives, 9 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 7. Mélange de scarlatine et de rougeole avec angine diphthérique. Cas moyen.

Femme de dix-neuf ans, malade depuis trois jours; entrée le 3 octobre. Quatre saignées en trois jours (10 palettes, 1250 grammes). Convalescence le quatrième jour, sortie le 31 octobre.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Rougeole. Cas moyen.

Homme de vingt-deux ans, malade depuis trois jours. Entré le 14 novembre. Deux saignées. Convalescence le troisième jour: sorti le 29 novembre.

3° Salle Sainte-Madeleine, 12. Rougeole. Cas moyen.

Femme de dix-huit ans, malade depuis deux jours; entrée le 13 septembre. Une saignée de 2 palettes. Convalescence le troisième jour; sortie le 23 septembre.

— Les trois cas de fièvres éruptives dont nous venons de donner une analyse, trop succincte sans doute, mais aussi complète que peut le comporter un résumé de cette nature, semblent prouver que la saignée n'est pas mortelle dans les fièvres éruptives, comme ne craignant pas de l'avancer certains auteurs. Dans différens articles publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* et dans *l'Esculape*, nous croyions avoir contribué à démontrer la vérité de l'assertion émise par M. Bouillaud; à savoir, qu'au début des fièvres éruptives, lorsqu'il y a forte réaction fébrile ou complication de phlegmasie d'organes essentiels à la vie, non-seulement les saignées ne sont pas nuisibles, mais encore elles diminuent la gravité de l'affection, abrègent singulièrement sa durée et avancent la convalescence.

Que depuis ces divers articles, accompagnés toujours d'observations détaillées minutieusement recueillies au lit du malade par M. Bouillaud lui-même, et authentiquement dictées à de nombreux élèves; que depuis ces articles, dis-je, un interne distingué des hôpitaux ait trouvé ces observations peu probantes et mal choisies et les cas mal déterminés, permis à lui; nous nous bornerons à demander dans quel service on a recueilli depuis dix ans toutes les observations d'une manière assez scrupuleuse et assez exacte pour pouvoir les opposer sérieusement à celles qui chaque jour depuis cette époque sont recueillies à la clinique de la Charité.

Les six autres cas de fièvres incomplètes sont relatifs à des sujets affectés de varioloïdes ou de varioles très bénignes, n'ayant présenté rien de notable, si ce n'est que chez quatre de ces malades on put constater des traces bien évidentes de vaccine.

Erysipèle facial, 1 cas.

Salle Sainte-Madeleine, 5 *bis*. Entrée le 20 novembre, sortie le 29.

Métro-péritonite partielle; phlegmon de la région iliaque droite. Entrée le 1er novembre, sortie le 19 du même mois.

— Sur les 58 malades observés pendant les quatre derniers mois de l'année 1841, nous trouvons; mortalité brute: 4 morts, ou 1 sur 15. Nous avons vu que de ces 4 morts, on doit retrancher une femme atteinte de fièvre typhoïde à la deuxième période et chez laquelle on dut se borner à la médecine expectante. Restent donc 3 morts sur 58 malades, ou 1 sur 19.

A. F.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LENOIR.

Symptômes de congestion. Paralysie du nerf de la troisième paire du côté gauche. Blépharoptose, strabisme divergent, mydriasis. Altération probable de la base du cerveau.

Dans la salle des femmes, au n° 15, est couchée une jeune femme, âgée d'une vingtaine d'années, blonde, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, ayant la peau blanche et les pommettes colorées. Cette femme, entrée à l'hôpital depuis plusieurs mois pour une maladie d'yeux, éprouvait, lors de son entrée, des douleurs assez vives dans la tempe gauche et dans la région frontale, douleurs intermittentes, revenant à plusieurs époques de la journée, et qui suivaient le trajet de l'une des branches anastomotiques du nerf facial avec la troisième paire, la branche temporale superficielle du côté correspondant.

Cette femme présente, outre ces douleurs, une série d'altérations dont il est intéressant d'étudier les rapports: elle a une chute de la paupière supérieure (blépharoptose), un strabisme externe, avec impossibilité de diriger le globe de l'œil en-dedans, une dilatation considérable avec immobilité de la pupille (mydriasis), et enfin des douleurs de tête très vives et des symptômes de congestion. Elle dit que cette maladie a fait une invasion subite; elle tomba un jour sans connaissance en allant à la garderobe, et fut prise de suite de tous les accidens que nous venons d'énumérer.

Tous ces symptômes persistent actuellement, et il est survenu depuis quelques jours de la paralysie du sentiment de toutes les parties desservies par le nerf sous-orbitaire du côté gauche, et de la contracture dans les muscles de la face du côté opposé, et un mouvement fébrile assez intense.

On reconnaîtra là tous les symptômes d'un raptus sanguin, d'une congestion vers la tête suivie immédiatement de paralysie. Quant à la paralysie, elle résulte évidemment d'une lésion de la troisième paire, du nerf moteur oculaire commun; toutes les fois qu'il existe une abolition ou une lésion des mouvemens de la paupière supérieure, on peut en rapporter à coup sûr l'origine à une altération de la troisième paire. C'est là un de ces faits d'anatomie pathologique les plus simples et les plus constans. Mais on ne pourrait pas au premier abord se rendre aussi facilement compte des autres altérations de l'œil, du strabisme et de la dilatation permanente de la pupille, altérations qui néanmoins procèdent, comme nous l'allons voir, de la même cause. On remarquera en effet que le strabisme est divergent, que le globe de l'œil est entraîné en dehors, et que l'on a affaire ici par conséquent à une paralysie du muscle droit interne qui a cessé de faire antagonisme au muscle droit externe. Or, le muscle droit interne précisément est servi par un filet nerveux particulier provenant de la troisième paire, tandis que tous les autres muscles du globe oculaire reçoivent des nerfs d'une autre origine.

Pour le mydriasis, nous trouvons une circonstance analogue. On sait que l'iris reçoit ses nerfs du ganglion ophthalmique dont les racines motrices proviennent de la troisième paire, tandis que les racines sensitives tirent leur origine de la cinquième paire.

Maintenant, quelle est la nature de la lésion de ces nerfs? c'est là que commencent les difficultés du diagnostic. Les derniers symptômes qui sont survenus chez cette malade sont de nature à nous faire présumer que la lésion n'est pas bornée aux nerfs en question, mais qu'elle a son point de départ dans l'intérieur du crâne. Nous présumons ici l'existence d'une lésion matérielle du nerf ou même de l'encéphale et nous ne faisons point entrer dans nos calculs de diagnostic l'idée d'une affection rhumatismale, bien que nous sachions qu'il survient souvent des paralysies partielles rhumatismales siégeant dans les différens nerfs encéphaliques et notamment avec assez de fréquence dans les nerfs de la cinquième paire, et qu'il pourrait bien par conséquent en être ainsi pour la troisième, parce qu'il n'existe chez cette femme aucun précédent qui puisse autoriser ce diagnostic: elle n'a jamais éprouvé de douleurs rhumatismales.

Mais il existe d'un autre côté des circonstances qui rendent plus probable l'idée d'une altération organique. Cette femme a eu la vérole; or, la vérole a pu agir de deux manières pour produire les effets que nous observons: ou en déterminant le développement d'une tumeur dans l'intérieur du crâne, qui comprimerait le nerf près de son origine; ou bien par une ulcération, laquelle aurait détruit peu à peu le tissu des nerfs et celui de la substance cérébrale qui l'avoisine, ou bien encore eût donné lieu à une hémorrhagie cérébrale circonscrite. Mais il est pour nous plus probable qu'il existe là une tumeur d'origine syphilitique qui comprime la base du cerveau, et qui a produit déjà un commencement de ramollissement.

On n'a employé jusqu'à présent que des moyens révulsifs qui ont été sans résultat. Si, comme tout porte à le penser, nous avons affaire à une lésion de la troisième paire de nerfs et à une compression avec ramollissement de la portion de la base du cerveau qui avoisine ce nerf, ou même à un épanchement dans la base du crâne, il n'y a nullement lieu de s'attendre à voir la maladie rétrograder; tout ce qu'on pourrait espérer, en insistant sur l'usage des révulsifs, serait tout au

---

déserter les écoles; remplir les cliniques, et faire abandonner les cours de réflexion théorique. Ce sera reléguer la science, qui n'est que trop reléguée déjà, pour ne s'attacher qu'à l'art dans sa signification la plus restreinte; ce sera faire bon marché de la réflexion et la remplacer par l'action, en dépouillant la seconde de la force, de l'étendue et de la rationnelle direction qu'elle tient de la première; ce sera enfin, au lieu de le détruire, renfoncer le préjugé du jour qui domine toutes les questions, et qui est par malheur en possession de les résoudre toutes, savoir: que ce qui est immédiatement utile doit être seul appris: que la pratique est tout, et que la science peut-être négligée sans grand dommage, ni pour les succès de l'art, ni pour les intérêts surtout de ceux qui le pratiquent.

La mesure exclusivement prise tendrait donc à confirmer un préjugé, et aiderait à l'oubli d'un principe qu'il faudrait au contraire mettre de plus en plus en évidence.

Tous les arts, Messieurs, ont leurs sciences dont ils relèvent · chaque classe d'arts dépend d'une catégorie de sciences co-relatives. Or, c'est à ces sciences qu'est dévolue la mission d'enseigner, d'exposer les vérités fondamentales et l'ensemble systématique des principes. C'est ainsi que les arts qui dépendent des sciences mathématiques, astronomiques, géodésiques, sont cultivés aux Instituts pratiques qui leur sont propres, après pourtant que les sciences dont ces arts relèvent ont été approfondies dans les écoles respectives. On ne forme pas, si l'on veut, des marins au Bureau des longitudes: mris l'on y enseigne les sciences qui seules donnent à l'art du marin la certitude, l'étendue, la force de précision et de prévision dont il est susceptible. Il règne même une propension marquée de nos jours à étendre les notions scientifiques aux arts, même les plus mécaniques: tel est le but des Ecoles des Arts et Métiers; tel a été encore l'objet de plusieurs cours faits aux ouvriers par des savans distingués de notre époque.

Or, il est curieux de faire remarquer qu'à mesure que cet esprit scientifique s'applique, en se généralisant, aux arts les plus humbles, il s'éloigne de l'art de la médecine; il est curieux de voir, et pourtant pénible à observer, que la médecine seule oublie la science pour l'art, qui reste alors sans appui solide. Et quel est l'art que l'on dépouille ainsi des privilèges de la réflexion, Messieurs?... Celui qui en a le plus besoin; celui qui sans réflexion devient le plus dangereux, parce qu'il sera le plus aveugle des empirismes; celui chez qui la réflexion est de tous les instans un besoin impérieux, formel, absolu, imprescriptible; car dans l'art médical, conjectural de sa nature, à l'artiste qui conjecturera le mieux, ou qui réfléchira le plus, c'est tout un, appartiendra le droit de succès pratique.

La commission avait donc raison d'affirmer que la mesure tendrait à fortifier le préjugé au lieu de le vaincre.

Votre commission, Messieurs, se croit donc autorisée à conclure;

1° Que le but qu'on se propose par la nouvelle condition au doctorat paraît insuffisant;

2° Que, d'un côté, les aptitudes variant, il y aurait des difficultés, des impossibilités même, à exiger de tout le monde celles qu'on prescrit;

3° Qu'isolée de bien d'autres mesures concernant l'enseignement scientifique, celle pour laquelle on vous consulte pourrait enraciner des préjugés funestes à la science médicale et à la pratique;

4° Que, pour lui enlever une partie de ces inconvéniens, il serait opportun de ne conseiller l'adoption qu'aux conditions qui suivent:

Que le stage serait fait exclusivement dans les Facultés de médecine;

Que les élèves n'y seraient admis qu'après leur huitième inscription;

Qu'un examen préalable constaterait leur aptitude;

Qu'enfin, les études théoriques obtiendraient les mêmes moyens ou des moyens analogues de contrôle.

5° De prier instamment, à cette occasion, M. le ministre de l'instruction publique, de vouloir bien ordonner qu'on rétablisse dans toute sa teneur l'art. 4 de l'ordonnance royale du 5 juillet 1820, qui prescrit que nul ne sera admis dans les Facultés de médecine s'il n'a obtenu le grade de bachelier ès-sciences; et qu'au risque d'augmenter de deux années la durée des études, les élèves soient obligés à passer en outre quatre ans dans les Ecoles du haut enseignement, c'est-à-dire dans les Facultés de médecine.

Pleine de confiance dans les vues élevées qui distinguent le chef actuel de l'instruction publique, ainsi que dans la prudente habileté de M. le conseiller chargé de l'administration de la médecine, la commission espère, Messieurs, qu'avant de prendre un parti définitif, le gouvernement daignera peser les raisons que la Faculté de Montpellier soumet respectueusement à sa haute sagesse.

Programme d'un concours pour deux emplois de médecin-professeur, vacans dans les hôpitaux d'instruction de Strasbourg et Lille.

Le 21 mars 1842, un concours sera ouvert à l'hôpital de perfectionnement à Paris, pour deux emplois de médecin-professeur, vacantes dans les hôpitaux militaires d'instruction de Strsbourg et Lille, savoir:

Hôpital de Strasbourg. Chaire de pathologie médicale.

Hôpital de Lille. Chaire d'hygiène de l'homme de guerre et de médecine légale.

Le concours aura lieu dans l'ordre indiqué ci-dessus.

Aux termes de l'art. 48 de l'ordonnance du 12 août 1836, pourront seuls être admis au concours les médecins ordinaires, médecins adjoints, chirurgiens et pharmaciens aides-majors portés sur la liste d'aptitude pour l'emploi de médecin-adjoint et qui auront satisfait aux examens pour cet emploi.

Nota. Le concours pour les emplois de médecin-adjoint aura lieu le 1er mars prochain. Les chirurgiens et pharmaciens aides-majors qui seront portés par le conseil de santé sur la liste des candidats susceptible de prendre part à ce concours, seront ultérieurement autorisés à se rendre en temps opportun à Paris.

Les candidats aux emplois de médecin professeur doivent être pourvus du diplôme de docteur en médecine.

Aucune exception, à quelque titre que ce soit, ne pouvant être apportée aux conditions énoncées ci-dessus, il est expressément recommandé à MM. les lieutenans-généraux et intendans militaires de ne transmettre que les demandes de candidature des officiers de santé qui se trouveront strictement dans ces conditions.

Cet envoi devra avoir lieu sans aucun retard.

En accordant aux candidats l'autorisation de concourir, le ministre leur délivrera des congés, avec solde entière, dont il déterminera la durée. Toutefois, la solde entière ne sera acquise qu'à ceux qui justifieront avoir subi toutes les épreuves du concours.

Ces épreuves sont:

1° Une appréciation des titres antérieurs de chaque candidat, faite dans l'assemblée des juges où le mérite de sa conduite et de ses services est discuté d'après les renseignemens communiqués par le ministre.

2° Une réponse par écrit à une question qui est la même pour tous: cette question est faite à huis-clos, et chaque candidat vient la lire devant le jury assemblé.

3° Une leçon faite après vingt-quatre heures de préparation, sur une question donnée par le jury, et relative à la partie de l'enseignement pour laquelle le concours est ouvert.

Chaque candidat tire au sort le sujet particulier qu'il doit traiter.

4° Une leçon faite après trois heures de préparation, sur un sujet tiré au sort, et qui est le même pour tous ceux des candidats qui peuvent subir le même jour cette épreuve.

Les leçons durent une heure.

Les candidats ne peuvent s'aider que de simples notes.

Indépendamment de ces épreuves qui sont prescrites par l'article 52 de l'ordonnance du 12 août 1836, les candidats seront soumis à une épreuve pratique dont le jury déterminera la forme.

(*Bulletin du corps des Officiers de santé.*)

plus d'enrayer pour un temps plus ou moins long la marche de la maladie ; mais il est plus probable que rien ne pourra en arrêter les progrès, et qu'elle aura une issue fatale.

Fracture de l'avant-bras. Gangrène de la face palmaire de l'avant-bras. Consolidation vicieuse. Un mot sur ces fractures.

Un jeune garçon d'environ douze ans est entré il y a à peu près six semaines à l'hôpital, avec une fracture simple de l'extrémité du radius. Il est survenu pendant le traitement, par suite sans doute d'une trop grande compression, une gangrène d'une portion des tégumens de l'avant-bras qui a nécessité la levée de l'appareil. Cette fâcheuse circonstance a donné lieu à une consolidation vicieuse : les deux fragmens se sont réunis sous un angle aigu à sinus extérieur. Cet enfant présente aujourd'hui une inclinaison de la main sur l'avant-bras en-dedans, telle qu'une ligne prolongée suivant l'axe de l'avant-bras irait tomber en dehors du bord externe de la main. Sous l'influence de la contraction répétée des muscles pronateurs, et plus particulièrement du carré pronateur, dont l'action tendait incessamment à rapprocher les deux os de l'avant-bras, et à incliner les deux fragmens l'un sur l'autre, la main a en quelque sorte subi un mouvement d'ascension en même temps qu'une inclinaison en dedans ; de sorte que le cubitus, qui semble être descendu, relativement du moins au radius, est venu s'articuler avec l'os pyramidal.

Les consolidations vicieuses ne sont malheureusement pas très rares à la suite des fractures du col de l'avant-bras, surtout lorsque cette fracture a lieu dans leur partie la plus inférieure. Cette circonstance tient d'une part à la fréquence assez grande de l'accident qui est survenu chez ce jeune garçon, à la gangrène plus ou moins superficielle des tégumens de l'avant-bras, dont la compression que nécessite le pansement de ces fractures est la cause la plus probable, mais elle tient surtout à l'action très énergique des muscles pronateurs et supinateurs qui tendent sans cesse à déplacer les fragmens, à les faire chevaucher, ou à les incliner suivant des angles plus ou moins aigus.

Une des causes de la gravité de ces fractures et de la fréquence des difformités qui en peuvent être la suite, c'est la manière dont ces fractures se produisent. Elles sont ordinairement le résultat d'une chute sur le poignet. Ces chutes sur le poignet ne donnent presque jamais lieu, ou pour mieux dire même jamais à la luxation. On a avec raison, en ces derniers temps, considéré les luxations du poignet simples comme à peu près impossibles ; mais il arrive très fréquemment que l'un des os de l'avant-bras ou les deux à la fois se rompent immédiatement au-dessus de leur épiphyse ; cette circonstance qui se présente assez fréquemment, surtout chez les vieillards et chez les enfans, a long-temps été méconnue et a très souvent donné lieu de croire que l'on avait affaire à une luxation du poignet, tandis qu'il s'agissait d'une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, fracture qui peut, il est vrai, dans quelques cas, se compliquer d'une luxation réelle des fragmens inférieurs. Le mode le plus fréquent suivant lequel s'effectuent ces fractures, c'est par l'écrasement comminutif des portions inférieures des os de l'avant-bras, pendant la chute sur la paume des mains, tout le poids du corps portant sur les deux os de l'avant-bras, suivant une direction plus ou moins oblique à leur axe. Quelquefois la chute a lieu sur la face dorsale des poignets : ce serait le cas où devraient se produire les luxations, et cependant il n'en arrive pas ainsi dans la grande majorité des cas. Les fractures produites par la chute sur la face dorsale sont le plus ordinairement simples et directes. Il arrive dans quelques circonstances soit que la chute ait lieu sur la face palmaire ou sur la face dorsale des poignets, que la fracture a lieu avec enclavement des fragmens, c'est-à-dire avec pénétration violente du fragment inférieur dans le fragment supérieur, comme on l'observe dans certaines fractures de la partie supérieure du fémur, dans lesquelles le fragment inférieur a pénétré violemment dans le trochanter et y est enclavé. Un fait analogue se passe assez fréquemment dans les fractures du radius, lorsque les esquilles résultant du fragment inférieur pénètrent dans le fragment supérieur. Ce sont là autant de conditions qui peuvent apporter une grande obscurité dans le diagnostic. On a souvent, à raison de la difficulté de leur diagnostic, confondu ces fractures avec des entorses ou des luxations du poignet. Rien ne ressemble tant, en effet, à une luxation que les fractures avec arrachement des fragmens inférieurs. M. Lenoir rapporte à ce sujet l'histoire d'un individu qui avait été reçu et traité dans un hôpital comme ayant une luxation du poignet : cet homme ayant succombé à une maladie aiguë intercurrente, l'autopsie démontra qu'il existait une fracture des deux os, immédiatement au-dessus des apophyses styloïdes. Cette erreur n'est d'ailleurs pas très grave par elle-même, puisque en définitive le traitement n'en est guère modifié, et consiste, dans les deux cas, dans l'application d'attelles et l'immobilité ; elle peut cependant contribuer quelquefois à laisser se produire des difformités qu'on eût évitées peut-être par un diagnostic plus exact en surveillant l'action musculaire. Mais lorsque les fractures du radius et du cubitus ont lieu avec enclavement, il devient extrêmement difficile et impossible même quelquefois de les réduire. C'est une des causes les plus fréquentes de difformité à la suite des fractures des os de l'avant-bras.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Effet singulier produit sur les gencives de l'homme par l'absorption des émanations saturnines.

M. le docteur Henry Burton, membre du collége royal des médecins, et médecin de l'hôpital Saint-Thomas, signale à l'attention des praticiens un effet singulier qu'il a reconnu chez les sujets exposés à l'action du plomb ou des préparations plombiques Cet effet consiste en une zône bleue étroite qui se montre à la portion du bord frangé des gencives qui adhère au collet des dents chez les personnes soumises à l'influence des divers composés de plomb, la gencive d'ailleurs conservant sa couleur naturelle dans tous les autres points de son étendue.

D'après M. Burton, ce phénomène de coloration est si constant qu'il doit être présenté comme le signe principal, l'expression caractéristique des effets du plomb dans l'organisme humain ; et, comme ce médecin a observé qu'il a coutume de précéder les autres phénomènes morbides auxquels ce métal donne naissance, et qu'il fournit ainsi un indice assuré de la première action du plomb, il voit en lui un excellent moyen de reconnaître cette pernicieuse influence assez à temps pour mettre à même d'en éloigner la cause avant que, par la continuité de son action, elle n'ait déterminé les effets successifs qui résultent habituellement de l'usage thérapeutique du plomb, ou des diverses industries manuelles qui ont pour objet la préparation ou la mise en œuvre de cette substance. (*Annali universali di medicina*, 1841.)

Extrait acétique de colchique dans la goutte.

M. Scudamore, auteur connu d'un traité très estimé sur la goutte et le rhumatisme, vient de publier la formule de la préparation de colchique qui lui a donné les meilleurs résultats dans la pratique. Cette préparation lui a paru de beaucoup préférable à celle de l'extrait ou du vinaigre de colchique. Elle consiste à épaissir par une douce chaleur une infusion saturée de racine sèche, automnale, dans du vinaigre distillé ; l'évaporation doit être continuée jusqu'à consistance de miel. Cinq centigrammes de cet extrait équivalent à quatre grammes de vinaigre de colchique ordinaire. Cette forme est beaucoup plus énergique que celle de l'extrait aqueux ou alcoolique ; elle est beaucoup mieux tolérée par l'estomac que le vinaigre de colchique. L'auteur pense que la racine sèche est plus favorable à la préparation que la racine fraîche ; il dit en obtenir journellement des effets fort salutaires contre la goutte et le rhumatisme. Il ne le regarde, au reste, que comme un remède palliatif de ces affections. Il pense que le traitement curatif de ces maladies doit être basé sur l'état particulier des organes chez chaque individu, et il termine en disant que le colchique est le meilleur ou le plus mauvais des remèdes contre la goutte, selon qu'il est ou non employé à propos ; ce remède lui a paru, au reste, réussir plus souvent contre le rhumatisme que contre la goutte.

(*London med. Gaz*, décembre 1841.)

Nouvelle méthode d'administrer le sulfate de quinine.

M. le docteur Pointe a proposé d'appliquer le sulfate de quinine en frictions sur les gencives, et M. Schweinsberg de le donner uni à une poudre aromatique pour en corriger l'excessive amertume ; M. le docteur Gerhard l'a employé par la méthode endermique ; M. Schuster l'a fait dissoudre dans l'éther sulfurique alcoolisé, pour en pratiquer ensuite des frictions sur l'épigastre ; M. Dassit l'a prescrit en frictions dans les creux axillaires ; M. Confani l'a fait associer à l'acide sulfurique pour faciliter son administration. Enfin, voici venir aujourd'hui M. le docteur Giovanni Guastamacchia, qui propose une nouvelle méthode d'emploi de ce sel dans le traitement curatif des pyrexies périodiques.

Cette méthode consiste à faire dissoudre le sulfate dans l'alcool rectifié, dans les proportions de quarante centigrammes (huit grains) de sel pour quinze grammes (quatre gros) de menstrue, et à employer le soluté pour faire deux frictions, à la distance d'un quart d'heure l'une de l'autre, le long de la colonne vertébrale. Le moment d'élection pour pratiquer cette double friction est celui où le frisson commence.

L'auteur affirme, sans donner toutefois aucune raison scientifique de cette préférence, qu'il a obtenu les meilleurs résultats de ce nouveau mode d'administration. (*Il filiâtre Sebezio*, août 1841.)

Emploi du lard dans le traitement des affections strumeuses en général.

M. le docteur Pophen recommande dans les cas d'affections strumeuses telles que les indurations glanduleuses, les ulcères scrofuleux, les gonflemens des os avec ou sans carie, etc., l'usage du lard à peine frit. Il fait prendre cette substance à jeun, à la dose d'environ huit grammes (deux gros) : aussitôt après cette ingestion, le malade mange, dans un potage quelconque, la portion graisseuse liquide qui s'est écoulée du lard par l'action de la chaleur, et une heure plus tard il prend une tasse du café de gland avec des tartines de pain beurré.

Dans les cas où la maladie est légère, quatre ou six semaines de ce traitement suffisent en général pour amener la guérison ; lorsque les symptômes présentent une grande gravité, la médication doit être continuée pendant trois mois à peu près.

Parmi les moyens diététiques auxiliaires les mieux appropriés, il faut placer en première ligne le jambon bien enfumé mangé cru, et celui de la bonne bierre non fermentée.

(*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*, 1841.)

Par ordonnance royale, en date du 4 janvier 1842, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, la ville de Bourg (Ain), où Bichat avait fait ses premières études, a été autorisée à élever un monument à la gloire de ce célèbre médecin.

— MM. Fenin, chirurgien-major ; Brugnières, médecin adjoint ; Laprevotte, pharmacien aide-major, et Barbet, adjudant d'administration en premier, en Algérie, ont été cités avec éloges dans un rapport de M. le gouverneur général, en date du 25 novembre dernier.

Du Diagnostic de la Grossesse par l'examen de l'urine, par le docteur Eguisier. — Brochure in-8°. Prix : 2 fr. — Paris, chez Gerardon, éditeur, rue Saint-Thomas-d'Enfer, 5.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 20 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 9, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les maladies de l'utérus. (Suite.)

(*Voir* le numéro du 1er janvier.)

TRAITEMENT DES GRANULATIONS.

1° *Traitement local.* — Depuis qu'on a étudié avec soin les maladies du col de l'utérus, et qu'il a été possible d'agir directement sur cet organe, il n'est pas de topiques qui n'aient été conseillés et mis en usage. Aussi, règne-t-il encore à cet égard une assez grande confusion, qui ne permet guère aux jeunes praticiens de faire un choix convenable parmi ces médications sans nombre. Je vais m'efforcer de porter quelques lumières sur cet important sujet, qui est l'objet de mes médi tations et de mes recherches depuis un certain nombre d'années. Je dirai tout d'abord que je ne mentionnerai même pas tous les topiques qui ont été préconisés, car il en est un certain nombre qui sont déjà tombés dans un juste oubli. Je me bornerai à vous indiquer ceux qui sont encore employés par des praticiens éclairés, me réservant d'insister d'une manière toute particulière sur ceux qui m'ont procuré les plus heureux résultats, soit dans cet hôpital, soit dans ma pratique civile, et qui me paraissent devoir occuper le premier rang dans la thérapeutique de l'affection qui nous occupe.

A. *Topiques émolliens.* — Ils sont appliqués sous forme d'injections ou en cataplasmes.

Les injections sont faites, soit avec de l'eau tiède, soit avec une décoction de racine de guimauve, de graine de lin, etc. C'est là sans doute un bon moyen pour faire disparaître les mucosités qui couvrent le col et qui empêchent de bien voir l'état granuleux de cet organe; mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'entrer dans des détails pour montrer que de pareils topiques ne peuvent avoir aucune propriété particulière, et qu'on serait dans une grande erreur si on les croyait capables d'exercer une influence marquée sur la guérison de la maladie. J'en dirai autant des cataplasmes préconisés par M. Guillon depuis quelques années, et que les uns injectent avec une seringue appropriée, tandis que d'autres les introduisent dans le fond du vagin, enfermés dans une espèce de bourse. J'ajouterai même que, sans être plus efficaces que les injections émollientes liquides, les cataplasmes sont d'un emploi moins commode, et entraînent une malpropreté dont les femmes se plaignent bientôt. En voilà bien assez, je pense, pour les laisser complètement de côté dans la pratique.

B. *Injections calmantes.* — Ordinairement préparées avec la morelle, le pavot, la jusquiame, la belladone, l'opium, ces injections n'ont été évidemment conseillées que pour calmer les souffrances des malades. Or, si l'on se rappelle ce que nous avons dit précédemment sur le peu de douleurs que déterminent les granulations, on comprendra facilement qu'il n'y a que rarement ici indication de l'emploi de ces topiques. L'usage des pommades de même nature est évidemment soumis au même précepte.

C. *Injections détersives.* — Soit qu'on les prépare avec l'eau d'orge, le miel rosat, le sirop de mures, les feuilles de ronces, de noyer, etc., ces injections n'exercent qu'une bien faible influence sur les granulations; il n'est guère permis de compter sur leur efficacité pour obtenir une guérison. Cependant, le quinquina m'a paru produire des résultats avantageux quand l'écoulement est abondant, de mauvaise odeur, et qu'on craint un commencement d'ulcération. Mais chacun sait que, outre ses propriétés détersives, cette substance est astringente et tonique. Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir dire qu'en général les injections détersives ne sont que peu efficaces contre les granulations.

D. *Injections astringentes.* — Quoique ces topiques ne constituent point la médication réellement efficace contre la maladie qui nous occupe, je crois cependant devoir m'y arrêter un instant; car j'en ai retiré, dans différentes circonstances, des résultats fort avantageux. Le liquide de ce genre qui m'a le plus souvent réussi, est le vinaigre rosat. Je l'emploie à la dose d'une cuillerée à bouche par verre d'eau d'orge. Mais je diminue cette dose si la malade éprouve une cuisson vive, et je l'augmente à mesure qu'elle s'y habitue et que le médicament ne détermine aucun accident. Il m'est arrivé plusieurs fois d'en employer deux cuillerées pour un verre d'eau d'orge. Je me suis convaincu que cette préparation est souvent efficace, et que, lorsqu'elle ne fait pas disparaître les granulations, elle manque rarement au moins de diminuer l'écoulement. Il ne faudrait pourtant pas croire que ce soit là une panacée; c'est une bonne ressource que l'on devra tenter au début du traitement, et lorsque les femmes ne voudront pas se soumettre aux moyens que nous examinerons bientôt. C'est, en outre, un adjuvant utile à la médication dont je vous parlerai plus tard.

A titre d'injections astringentes, on a aussi employé l'infusion de roses de Provins, les préparations de tannin, d'alun, la décoction de noix de Galles. J'ai été à même de constater l'utilité de ces préparations; cependant je me suis convaincu qu'elles sont moins efficaces que le vinaigre rosat. Quant à la décoction de noix de Galles, je pense qu'elle doit être rejetée à cause des taches noires qu'elle laisse sur le linge.

J'ai aussi employé les préparations d'acétate de plomb, de zinc, de cuivre, etc., mais elles ne m'ont pas mieux réussi que les précédentes.

Je ne parlerai point des injections faites avec l'eau tenant en suspension le calomel ou le sublimé; elles ne conviennent évidemment que dans des cas spéciaux que nous aurons à étudier dans la suite de ces entretiens.

Quant aux pommades, de quelque nature qu'elles soient, je pense qu'elles doivent être mises de côté pour plusieurs raisons: d'abord elles n'offrent qu'une efficacité bien faible; en second lieu, elles constituent un moyen incommode, désagréable, qui nécessite dans chacune de ses applications l'intervention du chirurgien.

J'ai hâte d'arriver à une série de moyens bien autrement efficaces que ceux que nous venons de passer en revue, et qui constituent réellement le traitement des granulations; je veux parler des douches, du tamponnement et de la cautérisation.

E. *Douches.* — Je ne veux point parler ici des douches ascendantes, telles qu'on les comprend ordinairement, et qui sont employées plutôt contre les engorgemens du col que contre les granulations. C'est la méthode d'injection que M. Vidal (de Cassis) a récemment préconisée, qui doit m'occuper en ce moment.

Ce chirurgien emploie deux modes d'injection, suivant que la maladie est bornée au col de la matrice ou qu'elle a envahi la surface interne du corps de l'organe gestateur. Dans le premier cas, ce sont les *injections intra-vaginales*; dans le second, ce sont les *injections intra-utérines*.

Injections intra-vaginales. — Voici comment procède M. Vidal: Le liquide est une décoction très concentrée de feuilles de noyer à la température ambiante. L'instrument est une grosse seringue à lavement. Un spéculum à deux valves est appliqué; le col de l'utérus est convenablement mis à découvert, et c'est sur lui que le jet du liquide est lancé de toutes les forces de l'aide qui pousse le piston. Immédiatement après, un fort tampon de coton est placé sur le col. Presque jamais, dit M. Vidal, la femme injectée n'éprouve de la douleur au moment de l'injection, De retour à son lit, quelquefois des coliques se déclarent: ce sont des douleurs qui portent surtout à l'hypogastre et vers les régions iliaques. Ces coliques s'observent souvent au moment où la guérison commence à s'opérer. Au lieu d'être inquiété de ce phénomène, M. Vidal en tire un bon augure. Ces injections sont faites deux fois par semaine. On les suspend pendant les règles, et même deux jours avant

FEUILLETON.

DE L'ACTION DES GELÉES ET DES DÉGELS sur la santé publique.

Les gelées et les dégels jouent un grand rôle parmi les agens favorables ou contraires à la santé des masses. Ils s'observent tous les ans, se renouvellent à plusieurs reprises, modifient les qualités de l'air, la constitution du corps, la manière de vivre, et ses dispositions. Il importe de s'assurer par l'expérience du caractère et de la direction de leur influence pour en tirer ce qu'elles ont d'utile et pour l'atténuer ou la détruire dans ce qu'elles ont de nuisible.

La gelée, nous ne parlons quant à présent que de la gelée sous un ciel clair, par un temps sec et avec un beau soleil, gelée belle et bonne, la gelée donc est l'élément le plus actif de l'action salutaire de l'hiver; elle opère à cet effet de plusieurs manières: elle condense l'air ambiant, ce qui augmente sensiblement la proportion relative de l'oxygène, lui communique plus d'élasticité et de ressort, le rend plus respirable et plus stimulant. Elle débarrasse l'atmosphère de substances étrangères introduites incessamment dans cet immense océan, infectes exhalaisons, vapeurs méphitiques, qui en altèrent la composition, et en forment habituellement un foyer inépuisable d'incommodités ou de maladies; elle tarit, en resserrant le sol et en reprimant les excrétions des êtres vivans, la source la plus féconde des émanations pernicieuses.

C'est peu de rendre l'air plus élastique, plus tonique, et plus pur: les gelées accroissent encore directement l'énergie des tissus organiques, des fonctions et des forces de l'économie. Cette action bienfaisante résulte de la contraction générale de nos solides, de l'épaississement proportionnel de nos humeurs, du refoulement des mouvemens vers les organes principaux, de l'excès relatif des fonctions respiratoires et assimilatrices. On ne s'aperçoit pas à la première vue du surcroît de forces apporté par l'hiver: on dirait plutôt que le corps vivant a moins gagné que perdu par l'impression des gelées, tant il est crispé, engourdi et réduit; mais cette apparence ne saurait en imposer, puisqu'en aucun temps il ne jouit de plus de puissance pour satisfaire aux fonctions de la vie et pour résister aux causes de maladies. Les gelées décident à son égard, sous le rapport de la santé, ce que nous observons très souvent chez des sujets doués d'une grande force de vitalité, dans certains cas pathologiques. Son activité et ses forces sont réellement plus élevées; seulement elles sont dissimulées, en réserve ou opprimées.

Toutefois, l'influence fortifiante des gelées ne doit pas se prendre dans un sens absolu: elle exige au contraire des conditions indispensables pour se prononcer. Si ces conditions manquent, c'est un effet inverse que les gelées vont produire, c'est-à-dire une énervation profonde, une torpeur redoutable et une mort assurée. Que les systématiques discourent ensuite à perte de vue sur l'action des modificateurs de l'économie, et qu'ils alignent d'après une statistique menteuse les chiffres de leur influence absolue, comme si la disposition des corps doués de vie ne pouvait rien sur leurs résultats; les gelées ne fortifient que les sujets munis déjà d'un certain degré de force et capables de se livrer à une réaction vigoureuse. Les sujets trop faibles n'en retirent qu'une augmentation de leur faiblesse, et s'ils s'obstinent à les braver, ils ne tardent pas à passer par tous les phénomènes d'une asphyxie croissante, jusqu'à ce qu'ils périssent gelés. Parmi les individus exposés à ces conséquences, nous citerons les enfans nouveau-nés, les convalescens des maladies longues, les malheureux condamnés à une abstinence forcée, les gens ivres. Il ne se passe pas d'hiver où nous n'ayons à déplorer plusieurs exemples de congélation de cette espèce. Il y a encore peu de jours qu'une femme saisie par le froid faute d'une nourriture suffisante est tombée sans connaissance. Les dimanches et les lundis, qu'on pourrait appeler à Paris les journées des ivrognes, nous offrent très fréquemment aussi des exemples d'asphyxie par le froid. Il faut agir avec beaucoup de précaution dans les cas de ce genre, soit pour rétablir la chaleur au début de cette asphyxie, soit pour rappeler à l'existence les sujets dont la congélation est presque consommée. Quelques mots sur les soins réclamés dans ces circonstances mettront le public en mesure de secourir efficacement ces asphyxiés; ces explications sont d'autant plus nécessaires que l'ignorance en ce genre fait commettre tous les jours de graves méprises.

Le premier effet d'un froid très rude, c'est d'engourdir les membres, d'appesantir les sens et d'alourdir la tête. Poussé un peu plus loin, il décide l'évanouissement, la perte de la connaissance. A son apogée enfin, il arrête tous les mouvemens organiques, et détermine une insensibilité complète. Si ce dernier état se prolonge, les solides s'endurcissent et les liquides se glacent; la mort est ordinairement le terme de la pénétration du froid à ce degré. Un simple engourdissement se dissipe aisément par un redoublement d'exercice, quand le sujet peut le prendre. Dans l'impossibilité d'un mouvement actif, on y supplée par des frictions de la peau, le rapprochement d'un bon feu, l'ingestion d'une certaine quantité de vin ou de toute autre boisson stimulante, surtout chaude. Il n'y a rien de dangereux dans cette première action du froid; les moyens indiqués en détruisent aussitôt les effets, et le bien-être revient avec la santé immédiatement après que le corps s'est réchauffé. Les choses ne se passent pas de même lorsque le froid a fait perdre la connaissance et décidé l'insensibilité. Ici on a besoin, de peur de produire des désordres irréparables, de s'assurer soigneusement si les fonctions vitales ont entièrement cessé. Lorsqu'on sent battre le pouls, quelque faibles que soient ses pulsations, c'est que le cœur oscille dans la poitrine, et à plus forte raison c'est qu'il reste quelques traces de la fonction respiratoire; le remède le plus puissant, c'est de réchauffer le sujet en l'introduisant dans une pièce chaude, ou en le rapprochant d'un foyer de chaleur. Concurremment avec l'influence du feu, on emploie les frictions vives de la peau du centre à la circonférence, et l'ingestion d'une boisson spiritueuse chaude dès qu'il est possible de l'administrer. Nous distinguons les cas où les fonctions vitales continuent encore, si faibles que soient leurs mouvemens appréciables, des cas bien plus critiques où ces fonctions comme toutes les autres sont entièrement éteintes, et où, ce qui indique le plus éminent péril, les organes sont raidis et les liqueurs presque congelées. La dernière catégorie exige un traitement particulier opposé à beaucoup d'égards au traitement de la catégorie précédente. Il y a plus: un grand nombre de ressources appliquées fort heureusement contre la première deviendraient contre la dernière des instrumens d'une mort certaine. On conçoit dès-lors si c'est à bon droit que nous devons adjurer le public de se bien garder de confondre les deux ordres de faits.

Dans ceux que nous citions tout à l'heure, il faut éviter de présenter les malades au feu; l'impression de la chaleur briserait instantanément leurs organes, et les ferait périr sans ressources. On doit les traiter de la manière suivante. En premier lieu, on les dépouille de leurs vêtemens en ayant la précaution d'exercer à cet effet aucune violence, ce qui pourrait occasionner la fracture des membres; dans la même vue, il convient de leur laisser la position qu'ils ont prise et de ne rien faire, par exemple, pour les redresser ou les étendre. Après les avoir dépouillés, on recouvre leur corps entier de neige, à l'exception de la bouche et des narines, et on pratique avec cette neige des frictions d'abord légères et successivement un peu plus vives; puis, si ce moyen ne suffit pas, on les lave avec de l'eau froide simple d'abord, et mêlée plus tard avec du vin ou de l'alcool, après cela, on les essuie à l'aide d'étoffes de laine, et on les couche sur un lit froid, dans une chambre froide. Quand les malades ont repris quelque connaissance, le moment est venu de les approcher du feu d'abord à distance, ou mieux de les faire passer d'une chambre froide dans une autre plus chaude; en un mot, de recourir à la chaleur artificielle, en l'employant à des degrés très faibles au commencement et de plus en plus fort. C'est alors encore qu'on peut seconder l'influence de la chaleur par l'administration de quelques boissons restaurantes peu chaudes d'abord, et dont on augmente graduellement la température. Tels sont les soins exigés pour les sujets gelés; ils sont pareils à ceux que réclament la congélation partielle des différens organes.

Du reste, on se prémunit contre le danger des gelées intenses, d'une part, en ne s'affaiblissant par aucun excès, et, d'un autre côté, en provoquant l'économie à une réaction active par une alimentation solide et liquide restaurante. A quels degrés du thermomètre est-on en risque

et deux jours après. On ne les fait pas pendant la grossesse ; elles ne sont commencées que quatre mois après l'accouchement ou un avortement.

Ces injections exercent une compression sur le col et abaissent la température ; elles agissent aussi par leurs qualités astringentes. On voit le col pâlir, se contracter et même se rider dans certaines circonstances. Il semblerait même que la matrice éprouve une espèce de contraction en masse, car on l'a vue quelquefois chasser des mucosités plus ou moins abondantes qu'elle contenait dans sa cavité.

Injections intra-utérines. — Il est des lésions de la surface interne du col, de l'intérieur de la matrice qu'on n'atteint pas par le mode d'injection que je viens de décrire. M. Vidal a alors recours aux injections dans la cavité de l'utérus. Voici comment il procède : La quantité de liquide qu'il injecte ne s'élève pas au-dessus de neuf grains. Ayant mesuré la capacité d'un bon nombre de matrices, il s'est convaincu que telle est la quantité de liquide que peut contenir la matrice d'une femme qui n'a pas eu d'enfans. Pour que l'injection pénètre jusque dans la cavité utérine, il est nécessaire de débarrasser préalablement le col des mucosités qui le recouvrent ordinairement ; ce que l'on fait à l'aide des injections *intra-vaginales* dont nous venons de parler.

On conçoit, ajoute M. Vidal, qu'avec un clyso-pompe ou une seringue à hydrocèle, il est impossible de faire d'une manière mesurée des injections à si petites doses ; le coup de piston est trop fort. Aussi a-t-il fait fabriquer, pour cela, de petites seringues en verre qui ressemblent aux seringues pour l'oreille, et dont il a prolongé la canule afin de pouvoir se dispenser d'un tube pour ajoutage. Dès qu'il a eu la certitude que les injections ainsi mesurées ne pouvaient pénétrer dans le péritoine, il a rendu plus excitant le liquide injecté, il l'a même rendu caustique. C'est ainsi que maintenant, pour les catarrhes utérins anciens, il injecte une dissolution de nitrate d'argent très concentrée.

En février 1840, M. Chaillet, interne dans le service de M. Vidal à l'hôpital de Lourcine, publia dans la *Gazette des Médecins praticiens* une note sur ces injections ; cette note passa presque inaperçue. Le 4 juillet de la même année, M. Vidal lut à l'Académie royale de médecine, un travail pour montrer l'innocuité de ces injections pratiquées avec les précautions que nous venons d'indiquer. Cette lecture eut du retentissement. On signala tout d'abord les dangers d'une pareille pratique ; on mentionna quelques faits qui semblaient devoir confirmer ces craintes. Nous n'entrerons point ici dans cette discussion, qui prouva que M. Vidal n'avait pas été bien compris. En effet, pour nous servir du langage de ce chirurgien, bientôt à la période de *dépréciation* succéda la période de *convoitise*. Sur ce point, M. Vidal ne formule aucune prétention ; il reconnaît qu'avant lui, MM. Mélier, Guillon, Ricord, Duparcque et plusieurs autres avaient eu recours aux injections intra-utérines. Ce n'est pas un nouveau moyen thérapeutique qu'il propose ; c'est un moyen déjà connu qu'il veut réhabiliter dans la pratique.

Quoi qu'il en soit, il paraît démontré aujourd'hui que les dangers qu'on a primitivement attribués aux injections intra-utérines, ont perdu presque toute leur valeur, en se conformant aux préceptes formulés par M. Vidal. Je ne pense pas, en effet, que le liquide ainsi injecté puisse pénétrer dans la cavité péritonéale ; et dans le cas même où quelques gouttes passeraient dans le ventre, pense-t-on qu'il en résulterait un grave inconvénient. Chacun sait que du vin a été injecté dans la cavité abdominale sans qu'il en soit résulté d'accidens.

Quant à l'efficacité de ces injections, on la comprend facilement par le seul raisonnement. Non-seulement elles lavent les parties malades, mais encore elles portent le remède jusque sur le siége du mal ; d'ailleurs, les faits publiés par M. Vidal ne permettent pas le moindre doute à cet égard. Mais qu'on ne l'oublie point, c'est une médication qui exige des précautions. Les préceptes formulés par M. Vidal doivent être pris en grande considération. (*Voyez* l'ouvrage de ce chirurgien, tom. V.)

F. *Tamponnement.* — Persuadé que les lésions des organes sexuels chez la femme sont entretenues et aggravées par le contact des surfaces, et l'immersion forcée des parties malades dans les produits de leurs sécrétions, M. Hourmann s'est appliqué à rechercher un mode de pansement capable d'obtenir l'isolement des parties malades et leur abstersion continue. Le tamponnement lui a paru réunir les conditions désirables. Ce médecin confectionne le tampon avec du coton cardé, qu'il préfère avec raison à la charpie. Le mode d'application de ce tampon est facile. Lorsque la maladie est bornée à la surface du col, le spéculum suffit pour pouvoir tamponner aussi exactement que possible. Mais il n'en est plus de même quand l'affection occupe la cavité du col ou celle de l'utérus ; M. Hourmann se sert alors d'une canule qui porte le coton à la profondeur qu'il désire. Dans tous les cas, le tampon est disposé de manière à pouvoir être retiré à l'aide d'un fil pendant hors de la vulve.

M. Hourmann dit avoir souvent réussi à l'aide de cette médication ; jamais il n'a observé le moindre accident ; souvent les femmes n'ont pas même conscience de la présence du tampon. Je dois ajouter que lorsque le tamponnement seul ne suffit pas, M. Hourmann lui associe les autres médications généralement usitées.

Cette méthode de traitement est sans doute avantageuse ; la pratique de M. Hourmann ne laisse aucun doute à cet égard. Cependant je pense qu'en associant le tamponnement aux injections, comme le fait M. Vidal, on atteindra mieux le but.

G. *Cautérisation. Attouchemens avec des pinceaux chargés de caustiques.* Bell avait déjà parlé de la cautérisation dans le traitement de quelques maladies du col de la matrice ; mais c'est M. Récamier qui a introduit ce moyen thérapeutique dans la pratique. Ce médecin emploie le nitrate acide de mercure, et je dirai bientôt que c'est aussi à ce caustique que je donne la préférence. Les succès obtenus par M. Récamier éveillèrent l'attention, et bientôt la cautérisation eut un grand nombre de partisans ; je dois même dire que plusieurs d'entre eux devinrent des enthousiastes outrés. Aussi finit-on par abuser de ce moyen thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, on a beaucoup discuté pour savoir quel est le caustique qui convient le mieux ; je ne mentionnerai même pas tous ceux qui ont été proposés, qu'il me suffise de dire que les plus employés de nos jours sont le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure. Quant à moi, je l'ai déjà dit, je préfère ce dernier. N'oublions point, toutefois, que nous ne parlons ici que des granulations ; car il est d'autres affections qui, comme nous le dirons plus tard, réclament l'emploi de caustiques beaucoup plus énergiques.

La cautérisation avec le nitrate acide de mercure constituant la base de la médication que vous me voyez employer dans cet hôpital, je crois devoir entrer dans quelques détails sur son mode d'application, sur ses avantages et sur son innocuité.

Le mode d'applicaton est simple et facile ; la femme est placée et maintenue sur le bord du lit, les cuisses convenablement fléchies et écartées. Le col est mis à découvert à l'aide d'un spéculum plein ; je préfère cette forme à celle qui est à deux valves ; car elle s'oppose au contact du caustique avec les parois vaginales. Je ne me sers d'un spéculum bivalve que dans les cas où la vulve est très étroite et le col de l'utérus volumineux : on en comprend facilement les motifs. L'instrument étant méthodiquement placé, j'absterge les surfaces malades, soit avec un pinceau de charpie sèche, soit en poussant une injection à grande eau. Cela fait, je trempe un pinceau de charpie dans le caustique, et je touche légèrement toutes les parties malades, en procédant de haut en bas. Le pinceau dont je me sers diffère, dans sa confection, de ceux qu'on emploie généralement ; au lieu d'être fait en forme de plumet, il est constitué avec de la charpie double, et représente une sorte de tampon qui ne laisse point échapper le liquide dont il est imbibé. Cette modification, qui peut paraître, de prime-abord, insignifiante, a pourtant l'avantage de permettre à l'opérateur d'appliquer plus ou moins de caustique sur tel ou tel point, selon qu'il passera plus ou moins sur ces parties. Immédiatement après l'opération, je fais une injection d'eau, et je ne retire le spéculum qu'une minute après. La malade garde ensuite le repos pendant une heure dans le lit, puis on la place dans un bain, et le reste de la journée elle doit rester tranquille.

Entre chaque cautérisation, il faut laisser un intervalle de cinq, six, sept, huit jours et même plus, suivant que la pellicule blanchâtre qu'elle a produite sur les surfaces touchées disparaît plus ou moins vite, et que le travail phlegmasique dure plus ou moins long-temps. Pendant ce temps on pratique des injections d'abord émollientes, puis astringentes et cicatrisantes. Il est une remarque qu'il ne faut point perdre de vue, et qu'il est même bon de ne pas laisser ignorer aux malades, c'est que chaque attouchement caustique augmente l'écoulement, qui peut même devenir sanguinolent dans certains cas. Reste maintenant à savoir combien de fois il convient de répéter ces cautérisations. Pour résoudre cette question, il faut bien se rendre compte du mode d'action du médicament. Telle que je l'emploie dans les cas qui nous occupent, la cautérisation ne cicatrise point les parties touchées ; elle ne fait qu'en modifier l'état pathologique ; elle en change pour ainsi dire la nature et les prépare à une prompte guérison. Cette simple remarque suffit pour montrer qu'il ne faudrait pas trop multiplier ces cautérisations. Je me suis convaincu qu'en général cinq ou six suffisent.

A cette époque, voici comment je me comporte : Lorsque l'aspect des tissus me montre qu'ils ont été convenablement modifiés, je m'occupe alors de la cicatrisation de l'ulcération ; pour cela, j'emploie les injections de vinaigre rosat, si les tissus ont conservé de la fermeté. Si au contraire ils sont mous et relâchés, j'ai recours à la décoction de feuilles de noyer, à une solution aluminée. Les solutions d'alun déterminent fréquemment la concrétion des mucosités qui s'échappent ensuite sous forme de grumeaux ou de plaques ; c'est là un phénomène dont on doit être bien prévenu, car c'est pour l'avoir perdu de vue que plusieurs médecins ont cru, à tort sans doute, à l'expulsion de fausses membranes. Il faut savoir en outre que le sulfate d'alumine détermine quelquefois de la douleur : lorsqu'il en est ainsi, on doit substituer à ce médicament le vin aromatique.

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur les avantages de cette médication. Les résultats heureux que j'en obtiens dans cet hôpital, et qui sont bien connus de tous ceux qui suivent assidument mon service, me dispensent d'entrer dans des détails à cet égard.

Quant aux accidens que quelques chirurgiens ont cru pouvoir attribuer à la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, je ne sais pas jusqu'à quel point on doit en tenir compte dans la pratique. N'employant qu'une très petite quantité de ce caustique, je déclare que je n'ai jamais vu survenir aucun accident sérieux dont il m'ait paru juste de rendre ce médicament responsable. Quelquefois, il est vrai, on a vu survenir de la salivation, mais c'est là un phénomène nullement dangereux, et d'ailleurs assez rare. J'ai vu moi-même deux femmes chez lesquelles une ou deux gouttes de nitrate acide de mercure ont produit cette salivation ; mais, je le répète, ce sont là des cas tellement exceptionnels qu'on peut se dispenser d'en tenir grand compte, et qui ne doivent autoriser en aucune manière le sacrifice d'un moyen thérapeutique si éminemment utile.

2. *Traitement général.* — Il est impossible de l'indiquer d'une manière précise, car on comprend facilement qu'il doit varier suivant une foule de circonstances qu'il serait trop long d'énumérer ici. Je dois dire cependant d'une manière générale qu'il ne faut pas trop fatiguer les malades par des médications plus ou moins actives ; car, comme je l'ai montré en commençant, on a affaire ici à une maladie locale, et ce sont les moyens locaux qui doivent occuper le premier rang.

Toutefois, je me suis convaincu qu'il est quelquefois utile de soumettre pendant quelque temps les malades à l'usage des ferrugineux. La préparation qui me paraît la plus avantageuse en pareil cas est la suivante : quatre grammes de carbonate de fer mêlés à vingt grammes d'extrait de valériane ou d'absinthe, selon que la femme est très irritable ou qu'elle digère mal.

Les bains sont utiles ; mais il faut les employer avec prudence et discernement. Les bains tièdes fréquemment répétés, énervent et affaiblissent les malades ; ils ne conviennent qu'à quelques femmes d'un fort tempérament. Chez les femmes faibles, d'une constitution nerveuse et chez lesquelles les digestions se font mal, on se trouve bien des bains gélatineux simples ou additionnés de sel ; s'il n'existe pas trop d'irritabilité, on se borne à l'usage des bains salés ou aromatiques. Mais ceux qui sont généralement utiles sont les bains frais à 25, 20 et même 15 degrés. La natation, les bains minéraux, les bains de mer sont souvent aussi très avantageux ; mais, je le répète, dans l'usage de ces moyens il faut tenir compte de la constitution générale des sujets et des complications de la maladie.

Quant au régime, il doit être pris autant que possible dans

---

de subir les conséquences des gelées ? Il n'est pas possible de préciser ici une mesure, puisque nous venons de voir que sur ce point, comme à l'égard de toutes les influences imaginables, la susceptibilité varie suivant les aptitudes de chacun. Toutefois, s'il s'agit de donner quelques mesures plus ou moins approximatives, voici ce que nous pouvons dire là-dessus pour le climat de Paris.

Il ne gèle décidément en ville qu'à deux ou trois degrés au-dessous de zéro. Jusqu'à deux ou trois degrés la trépidation des passans et des chevaux, le roulement des voitures, la grande circulation, l'abri formé par les maisons et les édifices, échauffent assez l'amosphère de la capitale pour empêcher la gelée. Celle-ci est plus précoce à la campagne du même nombre de degrés. Toutefois les gelées en ville ne commencent à paraître rudes qu'à 7 ou 8 degrés au-dessous de zéro. Si elle se maintient quelques jours à ce terme la Seine charrie bientôt des glaces et le froid de l'atmosphère peut donner lieu aux divers accidens des gelées rigourenses. Au-delà de 7 ou 8 degrés, le froid, à Paris, passe avec raison pour un froid rude, puisque la Seine se prend souvent entre les ponts et même au large, sous ce degré de froid prolongé, comme on a pu le voir ces jours derniers où le thermomètre s'est abaissé à 10 degrés au-dessous de zéro.

A 15 ou 18 degrés le froid ici est très intense quoiqu'il dure peu ; c'est alors qu'on voit se multiplier les exemples de congélations partielles, si l'on reste exposé à ce froid sans se précautionner contre sa rigueur, et que les asphyxies complètes par excès de froid se rencontrent assez fréquemment dans les rues de la capitale pendant la nuit chez des gens ivres, et trop souvent encore pendant le jour chez des malheureux mal vêtus et mal nourris. Il a été à ce degré pendant l'hiver de 1840. Enfin le froid est extraordinaire ou hors ligne quand il excède 18 degrés. Heureusement un semblable degré de froid est excessivement rare. Il n'a guère monté à ce point à peu près insupportable pour les habitans de la capitale que dans les années désignées à cause de cette particularité remarquable, sous le nom d'année du grand hiver. Telles avaient été les années 1709, 1775 et 1789 ; tel a été à notre connaissance l'hiver de 1829 à 1830. On se souvient encore du nombre de personnes qui périrent de froid à Paris, malgré les chauffoirs publics et les secours de la charité. Terminons cet article en disant quelques mots des effets du dégel.

Les dégels sont aussi nuisibles que les gelées sont saines, à moins qu'elles ne deviennent excessives. Il est facile de comprendre comment agissent les dégels. Un concours de circonstances les rendent pernicieux : nous citerons entre autres, la transition plus ou moins brusque d'une température bien basse à une température relativement très élevée, l'invasion d'une humidité extrême en contraste avec une sécheresse naguère considérable, le dégagement des miasmes renfermés dans une terre gelée et qui se répandent tout à coup dans l'atmosphère, la persistance d'un brouillard épais chargé de vapeurs et d'exhalaisons qui se fait jour dans l'économie à travers toutes ses ouvertures naturelles, la transition aussi de la condition de nos corps d'un état de tension forcée à un état de relâchement général non moins extrême. Aussi les temps de dégel sont-ils très féconds en maladies et en décès tant en ville que dans les hôpitaux.

Il y a surtout une classe d'affections privilégiées en quelque sorte, dès l'apparition et pendant toute la durée des degels : ce sont le rhumes de poitrine et les fièvres catarrhales. On s'en aperçoit aisément en fréquentant les lieux publics, et sans se donner la peine de visiter les hôpitaux et les hospices. Il y règne un concert d'éternuemens et de toux, dont rien ne peut interrompre la continuité. Ce n'est pas tout. Un sentiment général de froid pénètre les constitutions les plus robustes ; il est dû à l'humidité développée par l'évaporation des gelée et des neiges, humidité qu'aucune précaution ue peut réprimer, qui s'attache aux vêtemens les plus épais, suinte sur les murs des maisons les mieux abrités, et vous gagne même auprès de votre foyer, dans votre chambre à coucher et jusque dans votre lit. Elle est telle, cette humidité froide, qu'elle vous fait regretter les froids rigoureux des jours passés, car elle est incomparablement plus désagréable et plus pernicieuse ; il est du reste fort difficile de s'y soustraire : ce qui en accroît encore les mauvais effets. Pour en pallier les conséquences, nous ne connaissons guère que l'usage de vêtemens aussi chauds que durant les plus rudes gelées, l'attention scrupuleuse de se munir de chaussures imperméables, le soin d'entretenir journellement un bon feu et de pousser l'économie à une réaction soutenue à l'aide d'une nourriture substantielle, sans qu'elle soit trop lourde, secondée par l'ingestion d'une certaine quantité de boisson alcoolique ou de vin généreux.

A Paris, le dégel se déclare lorsque les vents fixés au nord et à l'est viennent à tourner du côté du sud et de l'ouest. Son point de départ correspond sur le thermomètre à deux ou trois degrés au-dessous de zéro. Il augmente sans doute à proportion que la liqueur thermométrique se rapproche de zéro : mais il est déjà très prononcé, comme nous le disions tout-à-l'heure, lorsque le thermomètre marque encore deux ou trois degrés au-dessous de ce terme. Il n'est pas si précoce sur les grandes places que dans les rues étroites et tortueuses, ni à la campagne que dans les villes ; la différence est assez notable puisqu'elle égale environ trois à quatre degrés. Nous ne parlons bien entendu que d'un dégel graduel, car un dégel brusque, produit par l'ascension du thermomètre à cinq, six ou huit degrés au-dessus du terme de la glace, s'opère uniformément partout. Nous ajouterons qu'un semblable dégel offre moins d'inconvéniens, malgré la rapidité du passage, que les dégels progressifs, d'abord parce qu'il est moins durable, ensuite parce qu'il s'accompagne ordinairement de fortes pluies, et que ces pluies rétablissent rapidement la pureté de l'air.

le règne animal. Pour boissons, on prescrira le vin, surtout le vin de Bourgogne, étendu d'une eau ferrugineuse gazeuse.

G. J.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Erysipèle à la face à la suite de la cessation des règles. Bénignité de cet érysipèle. Sa cause. Absence d'engorgement des glandes du cou. Considérations sur l'inflammation des ganglions lymphatiques en général.

Une femme parvenue à l'âge critique est entrée à l'hôpital présentant des accidens congestionnels déterminés par la cessation récente et définitive des règles. Il est survenu chez cette femme, depuis son entrée à l'hôpital, un érysipèle de la face très bénin et offrant cette circonstance particulière qu'il n'est accompagné ni de gonflement, ni de douleur. La face est simplement colorée en rouge vif ; cette rougeur est nettement limitée et elle s'est graduellement étendue d'une joue à l'autre, et a envahi ainsi successivement toute la face à l'exception de la moitié supérieure du front et des parties les plus externes des joues. La face ne présente point cette tuméfaction énorme qui accompagne si habituellement les érysipèles de cette région et qui défigure les traits au point de rendre les malades méconnaissables. Les traits ont conservé, au contraire, chez cette femme toute leur régularité ; sa physionomie n'est point sensiblement altérée. Il ne peut exister néanmoins aucun doute à l'égard du diagnostic. La délimitation tranchée de la coloration de la face, l'extension graduelle de cette rougeur, les symptômes d'embarras gastrique dont s'accompagne cet état de la face, ne permettent point de douter que ce soit à un érysipèle que nous ayons affaire.

Si nous recherchons quelle peut être la cause de la bénignité insolite d'un érysipèle de la face aussi étendu, nous la trouverons dans les circonstances commémoratives. La malade nous a dit qu'elle avait déjà été prise trois fois de la même maladie ; c'est donc pour la quatrième fois qu'elle a eu un érysipèle de la face. Or, vous savez qu'il est une circonstance commune aux érysipèles comme aux angines, aux pneumonies et à toutes les phlegmasies en général, c'est que ces affections ont d'autant moins d'intensité qu'elles se sont déjà montrées plus souvent, et que la première phlegmasie dont un sujet est atteint est toujours plus violente que les suivantes.

Cette femme présente encore une autre particularité qui pourrait contribuer à augmenter le doute et à rendre encore plus circonspect sur le diagnostic de son affection ; elle n'a point d'engorgement des ganglions du cou ; or, l'on sait que l'érysipèle de la face existe rarement, chez les femmes surtout, sans s'accompagner de l'engorgement de ces glandes.

Cette coïncidence de l'inflammation des ganglions lymphatiques du cou avec l'érysipèle de la face, si fréquente qu'on peut la considérer presque comme un fait constant, n'est point un des phénomènes pathologiques les moins intéressans à étudier. P. Frank avait si bien étudié et reconnu la coexistence presque constante de ces deux phénomènes, que lorsqu'il voyait un sujet présentant un mouvement fébrile avec gonflement et endolorissement des glandes du cou, il considérait comme imminente et prédisait l'explosion des érysipèles de la face. L'expérience trompait rarement ses prévisions.

L'inflammation des ganglions lyphatiques est donc un fait important à étudier et dont on n'a peut-être pas assez cherché à déterminer le rôle et l'influence dans ses rapports avec certaines maladies. Ces glandes, en effet, ne s'enflamment pas idiopathiquement. Toutes les fois que vous les verrez enflammées, il faut chercher l'origine de cette inflammation dans l'état des diverses régions du corps plus ou moins éloignées, mais dont le système lymphatique ait ces glandes pour aboutissant. C'est ainsi que vous verrez coïncider l'inflammation des glandes de l'aine avec les maladies des organes génitaux ; celle des glandes de la région supérieure de la cuisse, avec des plaies, des excoriations de la jambe ou du pied ; des glandes de l'aisselle, avec une piqûre de la main ; des glandes du cou, avec une éruption de croûtes à la tête, avec une teigne, un érysipèle, etc.

Il existe bien des engorgemens des ganglions lymphatiques qui ne sont point sympathiques de l'une des lésions éloignées que nous venons d'énumérer et qui surviennent d'une manière idiopathique ; mais ces engorgemens ne sont point de nature inflammatoire, ce sont des engorgemens tuberculeux ou cancéreux, des dégénérescences qui coexistent avec une affection générale, une diathèse ou cachexie tuberculeuse ou cancéreuse que ces engorgemens ne font que traduire en quelque sorte au dehors ; mais ces engorgemens-là ne sont ni précédés ni accompagnés d'inflammation.

Ainsi, le fait que j'énonçais tout-à-l'heure, savoir que les ganglions lymphatiques ne s'enflamment jamais idiopathiquement, mais toujours d'une manière secondaire ou sympathiquement, ce fait, dis-je, reste démontré. Mais une circonstance très curieuse de ce fait, et dont l'explication est trop difficile pour que nous tentions de la donner, c'est celle où l'on voit l'inflammation des ganglions lymphatiques précéder le développement de l'affection dont elle n'est qu'une dépendance. Ces inflammations, en effet, tantôt suivent, tantôt accompagnent et même précèdent l'éruption érysipélateuse. Que ces glandes s'engorgent et s'enflamment consécutivement à l'inflammation érysipélateuse de la face, cela se conçoit ; mais il est difficile de se rendre compte de la manière dont peut se produire cette inflammation préalable des ganglions lymphatiques.

Chez la femme en question, cette inflammation a complètement manqué : soit avant, soit depuis le développement de son érysipèle, nous n'avons trouvé ni engorgement, ni inflammation des glandes du cou. Cette circonstance s'explique encore par la bénignité même de l'érysipèle. On est d'autant plus autorisé à considérer le fait de cette manière, que cette femme nous a dit avoir eu les glandes du cou engorgées, lorsqu'elle fut prise pour la première fois d'un semblable érysipèle.

Le pronostic ne présente d'ailleurs rien de particulier chez cette malade et ne doit inspirer aucune crainte. Cependant, bien que cet érysipèle soit très bénin, et que selon toute probabilité il ne doive rien survenir de grave pour l'avenir, il y a dans sa marche quelque chose d'insolite qui doit rendre circonspect, et qui nous engage à suivre et à observer cette malade avec soin.

Métrite. Accidens consécutifs. Tuméfaction des articulations. Engorgement du foie. Phlegmasies pulmonaires circonscrites. Symptômes cérébraux. Mort. Examen nécroscopique incomplet. Question importante restée indécise.

Au n° 12 de la salle Saint-Bernard était couchée une femme qui était entrée à l'hôpital offrant tous les symptômes d'une métrite. Elle avait un écoulement mucoso-purulent par le vagin, des douleurs vives dans la région hypogastrique, région sur laquelle la pression était douloureuse, et dans les lombes. Le toucher par le vagin avait fait reconnaître un état d'engorgement inflammatoire du col : en explorant par le rectum, on avait pu constater une augmentation de volume très sensible de l'utérus.

Cette femme a éprouvé successivement, dès son entrée dans dans les salles de M. Chomel une série d'accidens insolites et qui offraient par cela même une assez grande gravité. Il est survenu successivement un gonflement des poignets, des genoux et de l'articulation sacro-vertébrale. Ce gonflement était accompagné d'une fluctuation manifeste dans les poignets et les genoux ; sans douleur ni augmentation de sensibilité bien notable dans ces régions. Le foie a sensiblement augmenté de volume ; les poumons se sont engoués ; la respiration est devenue gênée et l'on a constaté à l'auscultation quelques signes de phlegmasie pulmonaire partielle ; il s'est déclaré des symptômes du côté du cerveau, de la rêvasserie, du délire, suivis d'un état comateux. Cette femme a succombé enfin à ces lésions multipliées, sans qu'on pût attribuer à aucune d'elles en particulier cette terminaison fatale. La seule supposition qu'il ait été permis de faire durant la vie de cette malade, c'est que l'inflammation de l'utérus s'étant terminée par suppuration, il se fût déclaré une phlébite devenue le point de départ d'une résorption purulente, laquelle aurait déterminé à son tour les accidens nombreux qui ont été observés.

Le corps ayant été réclamé, l'autopsie n'a pu être faite d'une manière complète ; on a pu examiner cependant quelques viscères, et voici ce qu'on a trouvé dans l'utérus, dans le foie et dans les poumons :

Le corps de l'utérus était développé et plus volumineux qu'à l'état normal ; son tissu était ramolli et fortement injecté, mais on n'y a point trouvé de pus, ainsi qu'on semblait devoir s'y attendre. Le col, également ramolli, tuméfié, rouge, injecté, ayant été incisé dans plusieurs directions, on en a vu sortir de petites gouttelettes de pus qu'on pouvait faire jaillir par expression et qui paraissaient sourdre des extrémités béantes des petits vaisseaux. On n'y a point trouvé d'ailleurs de foyer purulent, et il a été impossible de reconnaître quel était, dans cet organe du moins, le point de départ de la résorption présumée. Les ligamens larges et les ovaires étaient sains et n'offraient rien de particulier à noter.

Le foie était légèrement hypertrophié, pâle, décoloré ; on n'y a trouvé aucune trace de pus ni de phlegmasie manifeste. On n'a point rencontré non plus de collection purulente dans les poumons ; mais il y existe des points enflammés, circonscrits, ou de petits foyers phlégmasiques disséminés, qui n'étaient sans doute qu'un premier degré ou un commencement de phlegmasie partielle purulente.

— En présence d'un fait aussi important, d'une terminaison funeste venant à la suite d'une série d'accidens imprévus surprendre cette femme dans le cours d'une maladie qui dans le principe ne présentait rien de grave par elle-même, nous n'avons pas besoin de dire combien il est regrettable qu'un examen nécroscopique plus complet n'ait pu lever les doutes nombreux que laisse subsister cette observation ainsi tronquée. M. Chomel a insisté surtout sur le regret de n'avoir pu examiner les articulations. La constatation de la présence du pus dans les articulations eût été en effet d'un grand intérêt ; on eût pu par ce seul fait résoudre la question qui reste indécise. On eût été à peu près sûr de reconnaître l'origine de la maladie, car l'existence du pus dans les articulations n'a jamais lieu que dans des circonstances analogues, dans des cas de phlébite. Outre que le pus ne se forme jamais dans les articulations, dans les arthrites ordinaires, le gonflement survenu subitement dans le cas dont il s'agit, avec fluctuation évidente et sans être accompagné de douleur, éloignait naturellement toute idée de phlegmasie articulaire.

MAISON DE SANTE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Calcul ayant déterminé des accidens locaux et généraux très graves. Emploi de la lithotritie malgré ces fâcheuses conditions. Guérison en trois semaines ; par M. Civiale.

Ce malade est âgé de soixante-trois ans, d'un tempérament nerveux ; il éprouve depuis vingt ans des phénomènes curieux qui se sont manifestés du côté des centres nerveux, de l'appareil digestif des voies génito-urinaires

1° *Centres nerveux.* Vers l'année 1820, apparition des des premiers symptômes consistant dans la sensation de fourmillemens dans tout le trajet des membres supérieurs avec tremblement et sentiment de froid à l'extrémité des doigts, et immédiatement après dans les muscles de la face ; la langue alors devenait épaisse, embarrassée ; substitution d'un nom propre à un autre ; maux de tête n'ayant pas de siége spécial ; bluettes devant les yeux, bourdonnemens d'oreilles, délire fugace sans perte de connaissance, rien dans les membres inférieurs. Après avoir duré une demi-heure environ, cet accès disparaissait à la suite d'un sommeil réparateur, sans laisser aucun indice de son existence.

Ce cortége symptomatique, qui se montrait à de rares intervalles d'abord, tous les ans, par exemple, au début, a fini plus tard par surgir tous les six mois, puis tous les mois, à mesure que l'on avait recours à des émissions sanguines plus rapprochées et plus abondantes, dans la persuasion où étaient les médecins du pays qu'ils avaient affaire à des attaques d'apoplexie.

2° *Appareil digestif.* Quelques jours avant les accès dont je viens de parler, vomissemens de matières bilieuses et glaireuses sans nausées ; coliques suivies de déjections alvines de même nature et accompagnées de fortes épreintes à l'anus. Ces phénomènes étaient considérés par le malade comme précurseurs des accidens encéphaliques qui allaient bientôt survenir. Depuis fort long-temps, du reste, M. R. a été dans l'impossibilité de prendre des alimens un peu stimulans ; il a dû, par conséquent, se priver de café et de toute espèce de liqueurs, et se mettre au régime de l'eau et des viandes blanches, dont il s'est bien trouvé jusqu'à présent.

3° *Appareil génito-urinaire.* A dater de cette époque, douleur en urinant, difficulté pour commencer ; il y a six ans, hématurie assez abondante, qui s'est répétée plusieurs fois depuis après les courses à cheval que le malade était obligé de faire très souvent à cause de ses fonctions, et qu'il a été contraint d'abandonner, ainsi que l'usage de la voiture. Appétits vénériens très développés. Jamais d'émission de sable ni de gravier. M. R... n'a pas connaissance qu'il ait existé de pierreux dans sa famille ; il habite un pays renommé pour ses fruits et où l'on ne boit que de l'eau de puits ; on y rencontre un assez grand nombre de calculeux ; j'ajouterai, pour terminer ces commémoratifs, que douze séances de lithotritie ont été pratiquées, en province, chez ce malade, par un jeune chirurgien fort distingué, et qu'elles n'ont jamais amené la plus petite réaction fébrile.

Etat actuel. Maigreur considérable, coloration jaune de la face, langue laiteuse, un peu sèche la nuit ; pouls non fébrile, assez bien développé, intermittent, irrégulier ; douleurs dans les orteils et à la plante des pieds ; urines déposant un mucus très abondant, pour ainsi dire purulentes, avec une odeur ammoniacale des plus prononcées ; envies très fréquentes d'uriner accompagnées de vives souffrances et de la saillie de la membrane muqueuse du rectum ; perte du sommeil ; élancemens dans la vessie ; hypogastre excessivement sensible à la pression ; engorgement de la prostate ; pesanteur sur le fondement ; douleurs dans les reins et au bout de la verge. Malgré ces fâcheuses conditions, qui eussent été pour beaucoup de praticiens une contre-indication de l'emploi de la lithotritie, M. Civiale a pensé de suite que le broiement offrait plus de chances de salut pour le malade que la taille, se fondant sur ce que les manœuvres antérieures n'avaient été suivies d'aucun résultat fâcheux, que son voyage à Paris avait été assez bien supporté, et sur plusieurs autres motifs qu'une longue expérience dans ce genre de maladies peut seule suggérer. Mais il ne suffisait pos de savoir que la nouvelle méthode était applicable : fallait-il attendre que les accidens locaux et généraux graves qui existaient eussent disparu, ou bien devait-on opérer de suite ? M. Civiale a choisi ce dernier parti dans la crainte que la temporisation fût mortelle pour son malade, à cause de la grande faiblesse où il se trouvait. Il fit donc neuf séances coup sur coup, à trois ou quatre jours d'intervalle seulement, obligé quelquefois de broyer dans le canal par suite du séjour des fragmens dans la partie prostatique de l'urètre fort dilaté. Cette conduite hardie a été couronnée du plus brillant succès, et démontre tout ce que peut la lithotritie lorsqu'elle est mise en usage par des mains expérimentées. Lorsque la vessie de M. R... a été débarrassée de tout corps étranger, les urines sont devenues limpides et la santé générale s'est améliorée d'une manière notable. Je puis dire ici hautement que je n'ai jamais été témoin d'un aussi beau fait de guérison.

X...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 janvier. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend plusieurs lettres ministérielles avec envoi de divers rapports adressés par les médecins des épidémies. (Renvoyé à la commission des épidémies.)

— *M. Boullay* lit un rapport en réponse à une lettre du ministre, qui demande à l'Académie s'il y a lieu de renouveler le brevet à M. Johnson pour son sirop. Après des considérations que nous ne croyons pas nécessaire de mentionner, M. le rapporteur propose de répondre au ministre que la préparation qui lui a été soumise est mal conçue, ne renferme aucun avantage, et qu'il n'y a pas lieu d'accorder le brevet demandé. (Adopté.)

— *M. Adelon* lit au nom de MM. Gueneau de Mussy, Roche et au sien, un rapport très détaillé sur un travail ayant pour titre : *Des Tempéramens*, lu à l'Académie vers la fin du mois de novembre dernier par M. Royer-Collard, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène.

Le travail de M. Royer-Collard est divisé en trois parties. Dans la première, qui sert pour ainsi dire d'introduction, l'auteur s'attache à démontrer que l'hygiène est restée en arrière des progrès qu'ont faits les autres parties des sciences médicales. Dans la seconde, il entre dans une discussion critique sur la doctrine actuelle des tempéramens, et s'efforce de montrer que les caractères à l'aide desquels on distingue les divers tempéramens manquent de base et ne reposent pas sur des faits assez rigoureusement établis. Dans la troisième partie enfin, il expose les principes, les méthodes qui, suivant lui, doivent guider dans la production d'une doctrine qui soit mieux en rapport avec les progrès actuels des sciences médicales.

La lecture du rapport de M. Adelon n'a pas duré moins d'une heure,

et pendant tout ce temps l'attention de l'Académie ne lui a pas fait défaut. La commission a trouvé dans le travail de M. Royer-Collard une grande profondeur de pensées et des vues très ingénieuses; elle en a beaucoup loué le style. Il est cependant quelques points sur lesquels elle ne partage pas l'opinion de ce médecin: c'est ainsi qu'elle ne pense point, comme l'a dit M. Royer-Collard, que l'hygiène n'ait fait que peu de progrès depuis une quinzaine d'années, et que la doctrine actuelle des tempéramens soit tout entière à refaire; il y a sans doute à modifier à cet égard, mais il ne faudrait pas faire table rase. Cette critique porte ensuite sur ce que M. Royer-Collard n'a pas fait une distinction assez tranchée entre les constitutions, les tempéramens et les idiosyncrasies.

La commission propose d'envoyer le travail de M. Royer-Collard au comité de publication.

Quelques membres demandent la parole. M. Nacquart pense que ce rapport étant fait sur un travail présenté par un candidat, l'Académie ne doit pas, par politesse, entrer dans une discussion; il demande qu'on passe immédiatement au vote.

M. Bouillaud combat la proposition de M. Nacquart d'après un article formel du règlement.

La discussion est ouverte.

M. Castel commence par critiquer le mot *tempérament* d'après l'acception qu'on lui donne. Il voudrait que le mot *constitution* lui fût substitué, comme l'a d'ailleurs démontré la commission. Il y a bien long-temps qu'il a dit et écrit que le système sanguin et le système nerveux méritent exclusivement le nom de système. Il n'y a donc que deux tempéramens, le tempérament sanguin et le tempérament nerveux. Il ne pense pas cependant que les recherches récentes sur le sang puissent être d'un bien grand secours dans la distinction des tempéramens. En disant que la doctrine des tempéramens doit être basée sur la physiologie, M. Royer-Collard et la commission n'ont fait que confirmer ce qui a été admis de tout temps.

M. Rochoux trouve le rapport de M. Adelon fort bien fait; mais il aurait voulu y trouver quelques considérations philosophiques.

M. Bégin pense que M. Adelon aurait dû, dans le rapport fort bien pensé d'ailleurs qu'il vient de lire, mentionner les travaux de ceux qui se sont occupés de cette matière, travaux que M. Royer-Collard et M. le rapporteur ont mis à contribution.

M. Adelon répond que dans son rapport la part de chacun se trouve faite avec justice, et qu'il n'a pas pensé qu'il fût nécessaire de mentionner tous les auteurs et tous les travaux publiés sur cette matière. Son rapport, déjà très long, aurait évidemment dépassé les limites d'un travail de ce genre.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Bérard jeune met sous les yeux de l'Académie le polype qu'il a extirpé le 5 de ce mois à l'hôpital Necker. Nous avons publié cette observation avec tous ses détails. (*Voir* le numéro du 8 janvier.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 janvier 1842. — Présidence de M. PONCELET.

Travaux, lectures. — Cette séance a été remplie par des travaux étrangers aux sciences médicales.

Correspondance. — M. Fleury adresse à l'Académie une réfutation du mémoire de M. Bertulus relatif à l'importation du choléra par le navire *le* .

Renvoyé à la commission chargée de l'examen de la question de la contagion.

— M. Baudens annonce à l'Académie qu'il possède dans son service (hôpital du Gros-Caillou) un homme qui était porteur d'une double hydrocèle; ce malade a été guéri par le procédé de M. Baudens de l'une de ses hydrocèles, laquelle avait résisté à une opération pratiquée selon une des autres méthodes; l'auteur annonce qu'il se propose d'opérer prochainement par les mêmes moyens l'hydrocèle de l'autre côté.

Renvoi à la commission nommée lors de la dernière présentation de M. Baudens.

— M. Descuret envoie à l'Institut l'analyse de son livre intitulé: *La Médecine des Passions.*

— M. Maignien fait l'envoi de son travail sur l'Organisation et les fonctions du corps thyroïde. (Ce mémoire et ses principales conclusions ont été annoncés dans le dernier compte-rendu.)

— L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination des membres des commissions qui seront chargées d'examiner les travaux adressés pour les prix de Statistique et celui des Arts insalubres.

1° Prix Montyon (dit *des Arts insalubres*).

MM. Dumas,
Chevreul,
Séguier,
Thénard,
Pelouze.

2° *Prix de Statistique.*

MM. Mathieu,
Gasparin,
Elie de Beaumont,
Corsaz,
Héricart de Thury,

Ayant réuni le plus grand nombre de suffrages, sont proclamés membres de ces commissions.

— Une lettre du ministre de l'instruction publique et une ordonnance du roi confirment la nomination de M. Payen, élu dans la dernière séance.

Fistules vésico-vaginales. Autoplastie.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Monsieur,

Je voudrais bien ne plus vous occuper de la discussion qui s'est élevée entre M. Vidal (de Cassis) et moi, car ni vos lecteurs, ni la science ne me paraissent pouvoir y gagner; cependant je viens encore vous prier d'accueillir, avant de terminer, quelques courtes réflexions sur ce sujet.

M. Vidal prétend que je n'ai *pas daigné raisonner sur sa méthode*; cette assertion a presque l'air d'une mauvaise plaisanterie, de sorte qu'il devient nécessaire de traduire clairement ici la pensée qui l'a inspiré: M. Vidal veut dire apparemment que j'ai raisonné autrement que lui sur ce point de médecine opératoire, ce qui est, en effet, de la plus grande exactitude. J'ai si bien raisonné d'une manière opposée à la sienne, que je le renverrai à ce que j'ai dit alors, pour toute réponse à la question qu'il m'adresse encore aujourd'hui; il y verra que si je ne tente rien pour la cure de ma malade, après lui avoir vainement appliqué l'*autoplastie vaginale*, c'est parce que, dans l'état actuel de notre art, je ne connais rien, absolument rien, qui me paraisse pouvoir être rationnellement essayé après cette opération.

M. Vidal s'applaudit de se trouver du même sentiment que moi sur le double fait de la difficulté de guérison sans fistules des *cystotomies vésico-vaginales*, et de la difficulté plus grande encore qui résulte pour les fistules sous le même rapport de la perte de substance qui les caractérise; je m'en réjouis avec lui; mais ce qui m'étonne de la part d'un logicien comme M. Vidal, c'est qu'il en tire cette conséquence, que nous sommes d'accord touchant ce point, « que l'urine est le principal obstacle à la cicatrisation des fistules. » Tout ce que M. Vidal peut légitimement induire de ses prémisses, c'est que les fistules sont contrariées dans leur cicatrisation par l'urine à la fois et par la perte de substance qu'a subie le réservoir de ce fluide; mais voilà tout. La question de l'importance relative de ces deux causes reste entière, et M. Vidal se fait illusion à lui-même quand il déclare qu'elle est résolue en sa faveur par les faits.

Ensuite, que M. Vidal me concède ou non qu'en mettant une pièce au bas-fond de la vessie on répare ce réservoir, en étendant sa surface de toute celle du lambeau rapporté, ce point n'importe en aucune façon; c'est là, effectivement, un résultat si évident, qu'il serait bien inutile de chercher à l'établir.

Permettez-moi de vous le dire en terminant, Monsieur le Rédacteur: M. Vidal assure que le style ce n'est pas l'homme; eh bien! je ne veux, pour lui prouver son erreur, que lui donner le conseil de se lire *lui-même*. Ne vous semble-t-il pas que ce qu'il cherche, avant tout, c'est à faire de l'esprit, même aux dépens de la vérité? *Mon style de professeur*, dit-il, *n'est plus mon style d'agrégé*. Qu'en savez-vous, M. Vidal? Je n'ai que très rarement fait de la polémique, et c'est la première fois que j'ai l'avantage d'en faire avec vous. Sans doute, j'aurais eu le droit de reprendre avec quelque aigreur le ton de certains passages de votre première lettre; mais je ne l'ai pas fait, parce que cela me paraît peu convenable. Quelque rouge que soit devenue ma robe depuis une année environ, elle n'a rien changé ni à mon style ni à mes opinions sur les hommes; je n'en continue pas moins, par exemple, à professer la plus grande estime pour M. Vidal, malgré notre manière de voir un peu différente sur l'intéressante thérapeutique des fistules vésico-vaginales.

Agréez, etc.

BLANDIN.

Usage thérapeutique des feuilles de noyer.

M. le docteur Négrier, médecin de l'hôpital d'Angers, a publié un travail sur les avantages que l'on peut retirer de l'emploi des feuilles de noyer contre les affections scrofuleuses. Il s'est servi de la poudre des feuilles pour pansemens, de la décoction pour laver les ulcères et faire des injections dans les trajets fistuleux; à l'intérieur, il a prescrit l'infusion en boisson, et il a administré l'extrait sous les formes de pilules et de sirop. Ces diverses préparations sont, aujourd'hui, fort en usage dans la thérapeutique des médecins chargés du service des hôpitaux de Paris.

La tisane de feuilles de noyer se prépare, suivant M. Négrier, en jetant une forte pincée de ces feuilles sèches dans deux cent cinquante grammes (huit onces) d'eau bouillante. On édulcore à volonté, avec du sucre, du miel ou un sirop approprié.

La décoction pour l'usage externe se fait avec une petite poignée de feuilles sèches pour un litre d'eau.

M. Négrier fait préparer l'extrait de feuilles de noyer avec les feuilles sèches, que l'on traite par l'eau au moyen de la lixiviation. Dans les hôpitaux de Paris, on s'est toujours servi de l'extrait alcoolique préparé avec les feuilles sèches et l'alcool à 56 centièmes. Cent parties de feuilles fraîches de noyer donnent quarante parties de feuilles sèches; les feuilles sèches fournissent, par l'alcool à 56 centièmes, un cinquième de leur poids d'extrait de consistance pilulaire.

Le sirop de feuilles de noyer se prépare avec quarante centigrammes (huit grains) d'extrait pour trente-deux grammes (une once) de sirop simple. On fait dissoudre l'extrait dans un peu d'eau, on filtre la solution et l'on ajoute au sirop simple bouillant.

M. le docteur Négrier a donné la formule suivante d'un collyre qu'il emploie contre l'ophthalmie strumeuse:

Pr.	Décoction de feuilles de noyer,	192 grammes.
	Extrait de belladone,	1
	Laudanum de Rousseau,	1

M. et F. dissoudre S. A.

Il a employé aussi, dans quelques cas, la pommade suivante en frictions:

Pr.	Extrait de feuilles de noyer,	30 grammes.
	Axonge,	40
	Huile essentielle de bergamote,	15 centigram.

M. et F. S. A. une pommade bien homogène.

(*Journ. de Pharmacie et de Chimie*, janvier 1842.)

Collége de France. — M. Coste, autorisé par le ministre de l'instruction publique, ouvrira le mercredi 2 février prochain, à une heure précise, un cours d'embryogénie comparée. Il exposera les résultats des recherches qu'il a faites pendant les diverses missions scientifiques dont il a été chargé. Il fera connaître, d'après les collections qu'il a recueillies, l'ensemble des phénomènes que présente la génération de l'homme et des animaux, considérés soit dans la réalisation des formes extérieures, soit dans la formation des organes.

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux de Paris, s'ouvrira le 14 février. Le registre d'inscription sera ouvert le 24 janvier, et clos le 1er février.

— M. Delestre reprendra, le 2 février prochain, ses leçons cliniques, théoriques et pratiques sur les affections des dents, tous les jours, de dix à onze heures, les jeudis et dimanches exceptés. Quai Conti, 5.

— Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler, le ministre de la justice, en Belgique, a créé une commission composée de M. Guislain, professeur à l'université de Gand; M. Graux, professeur à l'université de Bruxelles; M. Vancutsen, médecin en chef de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles; M. A. Uytterhoeven, chirurgien en chef du même hôpital; M. Duepétiaux, inspecteur général des établissemens de bienfaisance; M. Dolé, délégué de la députation du Hainaut; M. Frère, délégué de la députation de la province de Liége.

Cette commission est instituée dans le but d'éclairer le ministre sur le meilleur système de construction à suivre, et l'organisation la plus convenable et la plus utile à donner aux hospices d'aliénés.

SAMEDI 22 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 10, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANS. — M. BAUDELOCQUE.

Fièvre typhoïde. Considérations générales. Traitement.

Nous avons passé en revue dans un premier article l'un des groupes des maladies les plus communes aujourd'hui à l'hôpital des Enfans. Les affections dont il s'agit sont des fièvres typhoïdes. Les trois exemples que nous en avons cités peuvent servir à faire connaître d'une part quels sont les caractères dominant actuellement dans ces fièvres, au moins chez les enfans, et à montrer d'un autre côté comment M. Baudelocque a coutume de procéder à l'égard de cette classe spéciale de maladie. Un résumé clair et succinct sur ces différens objets fixera là-dessus les idées de nos lecteurs.

Les fièvres typhoïdes qui règnent en ce moment dans l'hôpital des Enfans offrent un ensemble de phénomènes fort différens des phénomènes qu'elles présentent en d'autres temps. Elles s'annoncent en général par quelques frissonnemens de la peau mêlés de bouffées de chaleur, et s'accompagnant dès la première période d'inappétence, de diarrhée, de ballonnement du ventre, et quelquefois aussi de vomissemens ; la tête est prise plus ou moins, ici par un délire, là par un assoupissement : mais chez la plupart des malades le délire, quand il existe, n'est pas communément bruyant. Enfin tous ou presque tous ont des symptômes d'irritation de la gorge et des bronches, et un grand nombre des signes d'irritation des poumons.

Après ce début, la maladie poursuit ses phases sans offrir une forte fièvre, ni une chaleur très intense. Les malades tombent plutôt dans l'accablement, ils sont couchés en supination, parlent peu ou ne parlent point, ont la peau froide ou peu chaude, plusieurs selles liquides avec de la tension, de légères douleurs du ventre vers les fosses iliaques, et du gargouillement dans la partie droite de cette région. Le mouvement fébrile augmente faiblement, ainsi que l'agitation ou l'accablement, dans l'après-midi ou sur le soir ; alors aussi les autres phénomènes concomitans observés du côté de la gorge et des bronches acquièrent en même temps une plus haute expression.

A mesure que le mal empire, la force de réaction baisse à proportion : la tête s'embarrasse de plus en plus, le pouls faiblit graduellement, la chaleur achève de s'éteindre, et le malade meurt, en offrant à l'autopsie du cadavre les traces ordinaires de la fièvre typhoïde et un état de dissolution des liquides. Quand au contraire la maladie tourne bien, la réaction générale se dessine : le pouls s'élève, la chaleur de la peau augmente, le dévoiement diminue, les forces renaissent, et le malade recouvre son état normal. Toutefois, les convalescences de la fièvre typhoïde sont fort longues, malgré l'aptitude naturelle des enfans à un rétablissement prompt. Beaucoup languissent au sortir de cette maladie pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Le traitement pratiqué par M. Baudelocque est extrêmement simple. Au début, rarement les émissions sanguines interviennent, et quand il y a recours, c'est avec une extrême parcimonie, et en les réitérant très peu souvent. Ordinairement ce praticien attaque dès le début ces sortes de fièvres par les évacuans gastriques, employant à cet effet l'eau de Sedlitz comme le plus simple ; il en fait prendre chez les jeunes enfans un ou deux verres, et chez les plus âgés une bouteille entière. Ce moyen entretient la liberté du ventre, modifie heureusement ses excrétions, dégage la tête et provoque le retour de l'appétit. Dans les progrès du mal, M. Baudelocque continue l'usage de la purgation saline. Il ne l'interrompt que lorsque les forces tombent ou que le malade entre en convalescence. Dès que les forces menacent ruine, la persistance dans les évacuans gastriques ne ferait que précipiter leur résolution. Aussi ce praticien suspend l'emploi de ce remède, et il le remplace par une douce stimulation interne jointe à l'application des irritans externes.

Parmi les stimulans internes, M. Baudelocque choisit l'infusion ou la décoction aqueuse de quinquina, qu'il fait prendre soit en boisson, soit en lavement, soit à la fois en lavement et en boisson. Le quinquina est doué de la propriété de remonter le ton des organes mieux que ne sauraient le faire la plupart des agens thérapeutiques analogues, et il procure ce résultat sans surexciter les fonctions, comme le font d'ordinaire les remèdes diffusibles. C'est à bon droit qu'il est préféré par les praticiens toutes les fois qu'il s'agit de restituer les forces perdues ou d'en infuser en quelque sorte aux organes vivans. Un autre moyen non moins précieux en pareille circonstance sert d'auxiliaire à l'action tonique du quinquina : c'est l'usage de l'eau vineuse que M. Baudelocque emploie concurremment, L'effet de l'eau vineuse soutient l'influence restaurante du quinquina en accroissant modérément le jeu des fonctions. Le concours de ces deux remèdes jouit d'un avantage que ni l'un ni l'autre ne possède séparément. Le quinquina, en effet, est un tonique fixe dont les bons effets ne se révèleraient qu'à la longue : l'eau vineuse, au contraire, est un stimulant ou tonique diffusible, dont les bons effets seraient momentanés ou fugitifs ; mais l'association du quinquina et de l'eau vineuse produit une tonification aussi prompte que profonde, et remplit parfaitement l'indication la plus urgente dans la situation de ces malades, savoir, de les relever de leur faiblesse et de prévenir le retour de leur affaissement.

Les irritans cutanés employés dans les mêmes circonstances tendent à deux fins également importantes : ils renforcent la tonification des organes internes ; ils poussent à la dérivation des points de concentration assez communs sous l'influence de la maladie, et rappellent la direction des liquides et de l'activité organique, vicieusement convergente, des centres vers la circonférence. Il n'est pas rare aussi que grâce à leur action excentrique une sueur critique suive de près l'application des vésicatoires, et que la maladie se termine heureusement par le bénéfice de cette excrétion.

La diète est indispensable au commencement de ces fièvres typhoïdes, et tant que dure leur période ascendante ; mais dès qu'elles touchent à l'époque du déclin, il importe de se relâcher à cet égard plus promptement qu'on ne le devrait faire dans d'autres espèces de la même maladie. C'est ainsi que pratique M. Baudelocque. Les premiers jours de la fièvre, il supprime avec raison la moindre nourriture ; mais aussitôt que les symptômes ont baissé, il prescrit d'abord des bouillons légers, en attendant que l'amélioration de l'état du malade l'autorise à permettre l'ingestion de soupe. La convalescence de la fièvre exige à plus forte raison l'intervention des toniques et d'une bonne nourriture : le vin doit faire partie du régime de ces convalescens, et les alimens doivent être pris en quantité modérée, de peur de renouveler les symptômes. Sans ces précautions, les malades traînent une santé languissante, traversée par toutes sortes d'accidens.

Parlons maintenant des autres maladies de ce service.

Angine tonsillaire avec une exsudation albumineuse.
Emétiques réitérés et cautérisation.

Eugène ..., âgé de deux ans et demi, vacciné, est un bel enfant assez fort, assez gros, marchant seul, ayant toutes ses dents, mais ne parlant pas. Les parens ont appris que depuis quinze jours cet enfant avait une toux un peu rauque, et que la narine gauche était le siége d'un écoulement puriforme.

Le 9 novembre dernier, un médecin reconnut des fausses membranes dans l'arrière-gorge de cet enfant, et il fit appliquer au cou trois sangsues, deux à gauche et une à droite, en annonçant que son état était très grave. Entré à l'hôpital, salle Saint-Thomas, n° 6, le lendemain de cette médication, on a constaté les symptômes suivans : Face à peine colorée ; engorgement d'un ou deux petits ganglions sous-maxillaires ; amygdales volumineuses, peu rouges, tapissées à leur face interne de plaques d'un blanc jaunâtre, qui semblent plutôt être le résultat de mucus concrété que de fausses membranes ; luette allongée et presque en contact de chaque côté avec les amygdales tuméfiées, offrant à sa base de chaque côté aussi une petite plaque grisâtre ; toux sèche, un peu rauque ; pouls à 96 pulsations, peu plein, peu développé. — *Prescription :* cinq centigrammes de tartre stibié en trois prises ; cautérisation avec une dissolution de deux parties d'eau et une partie de nitrate d'argent. A la suite de l'émétique, trois vomissemens et une selle demi-liquide.

Le jour suivant, même état à peu près ; on prescrit de nouveau cinq centigrammes d'émétique en cinq doses, en recommandant de faire boire assez abondamment le malade entre chaque prise. L'enfant articule quelques mots d'une voix bien claire ; il a trois garderobes liquides, mais point de vomissement. Le troisième jour pas de changement notable, et administration réitérée de l'émétique à la dose de six centigrammes ; lavement laxatif ; lait et bouillon. Le malade vomit deux fois, et il a de plus deux garderobes. Le lendemain, on touche le siége de l'exsudation albumineuse avec le nitrate d'argent ; et le jour d'après, on pratique une insufflation de poudre d'alun dans la narine affectée de l'écoulement purulent. Ce moyen ne suffisant point, on fait dans cette narine des injections avec une dissolution composée de trente grammes d'eau et trente centigrammes de nitrate d'argent. L'injection est répétée deux jours de suite ; elle détermine le second jour une légère épistaxis de la narine affectée et plusieurs éternumens. Il est probable que le malade a avalé une certaine quantité de la matière de cette injection ; mais la petite quantité de caustique qui en fait la base n'est pas assez active pour avoir des inconvéniens. Cette injection réussit ; cependant on est obligé de la reprendre pour réprimer de nouveau l'écoulement nasal.

Réflexions. — L'angine de ce malade débutait à la manière de l'angine pelliculeuse, du moins pour les symptômes locaux. Souvent, en effet, les redoutables angines commencent par un point plus ou moins étendu d'exsudation qui s'étend de proche en proche, et envahit définitivement le pharynx, l'ouverture postérieure des fosses nasales, le voile du palais, le larynx et la trachée. Cette similitude a fait illusion au médecin appelé auprès de ce malade, les premiers jours de son affection ; cependant une attention plus soutenue l'aurait bientôt rassuré sur les chances de cette angine. En effet, l'angine pelliculeuse ne paraît pas sans fièvre, et même elle est généralement annoncée par une fièvre intense. L'absence de mouvement fébrile, jointe à l'insignifiance des autres symptômes, aurait dû suffire pour ne pas regarder l'angine de cet enfant comme une diphthérite au commencement.

A son entrée à l'hôpital, la bénignité de la maladie ne s'est pas démentie : on n'a constaté qu'une phlogose locale bornée. La prudence commandait néanmoins, vu le règne actuel des angines, de ne pas livrer ce malade aux chances de la constitution dominante. Le traitement qu'on lui a fait subir était inspiré par le sentiment de prévoyance. Son énergie a coupé court au développement possible d'une affection plus grave. Il a consisté dans l'administration réitérée du tartre stibié à la dose de 5 centigrammes ; l'emploi de l'émétique a été secondé par la cautérisation du siége de l'exsudation.

L'émétique est, en effet, le remède par excellence dans un grand nombre d'angines quand elles ne sont pas dues à une inflammation franche. Cet agent est surtout indiqué lorsque les angines occupent les amygdales et qu'elles sont accompagnées d'ailleurs des symptômes d'un état muqueux ou catarrhal. Telle était la condition du malade précédent. Influencé par la constitution régnante, il offrait à côté du signe d'une légère angine, les signes assez prononcés d'une tendance à l'inflammation catarrhale. Les vomitifs répétés ont produit leur résultat accoutumé dans les angines de cette nature ; ils ont dégagé la gorge et ont contribué à remettre promptement le malade sur pied.

La cautérisation avec une solution de nitrate d'argent a achevé la guérison si bien commencée par le tartre stibié. Il restait un écoulement purulent par la narine gauche. Dès que les émétiques n'avaient pas réussi à l'enlever, on a agi sagement de l'attaquer directement par les astringens. Le recours aux astringens contre ce symptôme ne pouvait offrir aucun inconvénient à l'époque où il a eu lieu, c'est-à-dire à la suite de l'évacuation des voies gastriques à l'aide des vomissemens réitérés. Il n'en aurait pas été de même si on les eût appliqués les premiers jours de la maladie. Qui sait les ravages qu'aurait produits la répercussion de l'écoulement soit dans les fosses nasales, soit dans toute autre partie ? La pratique suivie à propos de cet écoulement mérite d'être imitée à l'égard des flux muqueux de divers genres, auxquels les enfans sont si sujets. Cette pratique consiste à les débarrasser par des évacuations suffisantes de la masse des sucs qui les engorgent avant d'essayer de tarir ces flux. En procédant d'après ce principe, on n'aura souvent nul besoin d'en venir à des topiques. Un ou deux émétiques, un ou deux purgatifs, selon les circonstances, suffiront à les supprimer en les attaquant dans leur source, c'est-à-dire en éliminant le trop plein humoral qui les engendre et les entretient.

Rhumatisme articulaire. Symptômes pleurétiques.

Godard, âgé de dix ans, issu d'un père sujet au rhumatisme articulaire, a été vacciné et a eu la rougeole. Il est sujet aussi, depuis l'âge de quatre ans, à des attaques de rhumatisme articulaire aigu qui lui surviennent presque toujours à la même époque. Il est bien constitué, blond, et d'un tempérament lymphatique ; il habite dans un rez de-chaussée humide, couchant aussi dans une arrière-boutique fort humide.

Sa maladie actuelle date du 16 décembre ; elle débuta sans frissons préalables par des douleurs dans les deux aines, douleurs très vives, et plus intenses la nuit que le jour. Les jours suivans les douleurs quittèrent les aines et se portèrent aux genoux. Dans la nuit du 17 au 18, la douleur a envahi le poignet gauche, et le 19 elle a affecté le poignet droit. Godard a ressenti en même temps une autre douleur au-dessous du mamelon du côté gauche. Depuis les premières douleurs il a été constamment brûlant et il a gardé le lit. Entré à l'hôpital, salle Saint-Jean, n° 9, le cinquième jour de sa maladie, il a offert les symptômes suivans : les douleurs ont abandonné les membres pelviens et le membre thoracique gauche ; le poignet droit lui-même est peu gonflé et peu douloureux, si ce n'est dans les mouvemens un peu étendus ; le pouls est régulier,

assez plein, à 92 pulsations, la peau est assez chaude, l'haleine désagréable, la langue peu humide, la soif vive, le ventre libre, l'appétit nul. Du côté de la région du cœur, il présente seulement un peu d'obscurité des bruits bronchiques à droite et à gauche. Le souffle à gauche est plus marqué vers la partie moyenne qu'en bas; des deux côtés égophonie et matité absolue là où existe le souffle bronchique. — Saignée du bras de deux palettes.

Le sixième jour, par un grand soupir ou par la toux, il provoque des élancemens douloureux à deux travers de doigts au-dessous du mamelon gauche; cette douleur pectorale l'a empêché de dormir la nuit. De plus, il y a de l'oppression, le pouls est à 81 pulsations, assez larges et pleines, la peau chaude. Le poignet n'est plus douloureux. En outre, il a paru une douleur vive à la partie inférieure gauche du cou. — Looch, diète.

Le septième jour, gonflement et douleurs dans le poignet gauche. Cette douleur diminue vers le soir de ce jour. Point de garderobes depuis plusieurs jours. — Huile de ricin, 30 grammes; bouillon. — Quatre à cinq selles par l'effet des laxatifs. Il est plus oppressé le soir.

Le huitième jour, l'oppression persiste, mais elle est légère. Pouls à 76 pulsations, peu développé. Le bras et le poignet droits sont un peu tuméfiés et douloureux, mais sans rougeur. — Saignée du bras d'une palette, bouillon. — Nuit bonne; disparition du gonflement et des douleurs du poignet droit pendant cette nuit.

Le dixième jour, toujours un peu d'oppression. Le souffle bronchique a notablement diminué; il reste encore un peu d'égophonie des deux côtés, mais elle monte moins haut. D'ailleurs aucun symptôme. — Il mange deux soupes.

Reflexions. — Le rhumatisme de Godard a ceci de particulier que la disposition lui en avait été transmise par son père, et que cette disposition héréditaire avait été renforcée par l'humidité de son habitation. Sous l'influence de la constitution régnante, lorsque la plupart des enfans gagnaient une angine, une bronchite, une scarlatine, une fièvre typhoïde ou une pneumonie, il était naturel que le malade en question fût plutôt atteint d'un rhumatisme.

Ce rhumatisme, du reste, justifiait de plusieurs manières de ses relations intimes avec les caractères de la constitution. En effet, il n'avait pas d'abord les phénomènes si prononcés d'une véritable inflammation, car le pouls n'était ni trop fréquent, ni fort développé, ni plein; la chaleur n'était pas très intense; la rougeur et le gonflement ne fixaient pas notablement l'attention. En outre, il existait concurremment avec les douleurs articulaires, des signes qui indiquaient la propagation de l'irritation sur les poumons et les plèvres, comme on l'observait généralement chez presque tous les malades; on voyait encore par l'état du tube digestif, de l'appétit et de l'haleine, que l'estomac et les intestins étaient engorgés de la matière muqueuse qui affluait dans ces cavités par suite de l'humidité froide de l'atmosphère, enfin le rhumatisme de Godard, plutôt vague que fixe, se déplaçait avec une extrême facilité, se transportant alternativement des régions inguinales aux poignets, des poignets aux genoux, de l'extérieur du corps aux plèvres costales et pulmonaires, comme le font les rhumatismes dépendans d'une affection catarrhale. Telle était précisément la nature de ce rhumatisme.

Le traitement employé a été assorti à sa nature catarrhale. Ici, on n'a pas eu besoin d'une médication antiphlogistique puissante, de saignées réitérées; d'applications fréquentes de sangsues. Deux saignées pratiquées à plusieurs jours d'intervalle ont suffi à se rendre maître de l'effervescence fébrile, après quoi un laxatif huileux a achevé d'emporter la maladie, en débarrassant le canal intestinal. Dix jours environ ont suffi à consommer cette cure. En eût-il été de même si on eût poursuivi le rhumatisme à force d'émissions sanguines? Nous ne le pensons pas. Tout porte à croire au contraire que des saignées copieuses et réitérées, loin de le maîtriser, l'auraient exaspéré et prolongé; qui sait même si elles n'auraient pas fait d'une maladie très légère une affection d'une haute gravité? Notre présomption se fonde sur les dangers ordinaires des rhumatismes par cause catarrhale, rhumatismes très communs sous notre zône si variable, et dont Huxham et Stoll ont beaucoup parlé. Le danger que nous signalons éclate après cette médication inopportune par la translation rapide, et en quelque sorte foudroyante, de l'irritation des surfaces articulaires des membres sur les plèvres, le cœur et les poumons, et de là sur l'encéphale et les méninges. Quand un semblable déplacement s'est opéré, le péril est urgent, si l'on ne se hâte de conjurer cette redoutable métastase. On n'y parvient pas aisément dès qu'on a laissé passer les premiers momens du déplacement; mais quand on s'applique à ce résultat assez à temps, on en vient facilement à bout par l'emploi des épispastiques. Nous avons été témoin maintes fois du succès de ces moyens dans des cas de ce genre: ainsi, nous avons vu un vésicatoire appliqué sur toute la tête, préalablement rasée, arracher en quelque sorte des malades à une mort imminente.

Les angines et les rhumatismes observés dans les salles de M. Baudelocque durant la constitution présente, n'ont pas offert une gravité très grande. Ils ont tous présenté, indépendamment de la lésion locale qui leur a fait donner leur nom, deux groupes de symptômes distincts; l'un de ces groupes appartenant aux affections catarrhales, siégeait spécialement sur les membranes muqueuses thoraciques; l'autre groupe caractérisait les affections lymphatiques ou muqueuses, et siégeait de préférence dans les organes gastriques. Ces deux groupes de symptômes avaient une origine commune et une nature fort analogue; ils ne différaient même que par le seul trait suivant, savoir: que les symptômes de catarrhe étaient accompagnés d'une irritation plus vive, tandis que les symptômes muqueux se présentaient plutôt comme un engorgement humoral. Les rapports de prépondérance de ces deux ordres de symptômes décidaient du choix des moyens curatifs à employer dans les premières périodes de ces affections. Si l'irritation avait le dessus, comme dans le cas de rhumatisme cité précédemment, quelques émissions sanguines modérées, jointes à des adoucissans, en faisaient justice et préparaient la voie à l'administration de l'engorgement gastrique. Si au contraire les signes d'engorgement des organes digestifs prévalaient sur ceux de l'irritation, comme dans le cas d'angine que nous avons mentionné, l'intervention des évacuans gastriques émétiques ou purgatifs selon les circonstances, et même au besoin des uns et des autres emportait en une ou plusieurs fois les symptômes de l'engorgement et les symptômes d'irritation. Fréquemment M. Baudelocque combinait les deux ordres de méthodes thérapeutiques, commençant par les adoucissans ou des saignées modérées pour en venir immédiatement après ou alternativement à l'administration des émétiques ou des purgatifs. Telle a été la base du traitement de ces affections. Les lésions locales s'effaçaient ou disparaissaient spontanément par suite de la médication décrite; mais lorsqu'elles survivaient par hasard à l'action de cette méthode thérapeutique, quelques applications topiques, assorties à l'état de la lésion locale, ne manquaient pas d'en triompher en peu de temps.

Dans un prochain article nous étudierons les pneumonies régnantes, concurremment avec les affections déjà connues.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Ulcère chancreux de la lèvre inférieure et de l'angle interne de l'œil gauche. Excision des parties malades, suivie de l'emploi de la pâte arsenicale d'après la méthode du professeur A. Dubois. Modification du procédé de Richerand pour l'excision partielle de la lèvre inférieure. Considérations générales sur les ulcères chancreux du visage.

Les ulcères chancreux du visage, dit M. Bérard, sont très fréquens. Pendant que j'ai été attaché aux hôpitaux de la vieillesse (hommes et femmes), soit comme interne, soit comme chef de service, j'ai eu l'occasion d'en observer et d'en traiter un très grand nombre. J'ai été à même de constater les funestes conséquences de cette maladie sur quelques individus, la lenteur de sa marche, et pour ainsi dire son innocuité sur d'autres; j'ai pu comparer les avantages et les inconvéniens de la plupart des médications employées contre elle; de telle sorte qu'aujourd'hui je me crois autorisé à recommander avec confiance une méthode de traitement qui consiste à combiner l'excision des parties malades avec la cautérisation par la pâte arsenicale faite trois ou quatre jours après l'opération sanglante. Cette méthode, dont j'avais appris à connaître l'efficacité lorsque j'étais élève de Béclard, appartient au professeur A. Dubois. Je dirai plus tard en quoi elle diffère des autres, et quels sont les dangers qu'elle me paraît appelée à prévenir. Je dois tout d'abord donner l'histoire du malade sur lequel nous allons la mettre en pratique.

Cet homme est couché au n° 35 de la salle Saint-Pierre. Agé de soixante-trois ans, natif du département de l'Yonne, il habite Montargis depuis son enfance, et nous a été adressé, il y a environ quinze jours, par un habile médecin de cette ville, M. le docteur Garnier. Le malade ignore si ses parens ont ou non éprouvé une maladie semblable à la sienne. Quant à lui, il a toujours joui d'une excellente santé. Il exerce et a toujours exercé l'état de journalier.

La maladie dont il est affecté a débuté, sans cause connue, il y a huit ans, par une petite ulcération située à peu près au milieu du bord libre de la lèvre inférieure. Il portait avant celte époque un *herpès labialis*, au-dessous du nez, qui a disparu quelque temps avant l'apparition de l'ulcère de la lèvre. Celui-ci, d'abord peu étendu, a graduellement acquis des dimensions de plus en plus considérables, et gagnant en surface bien plus qu'en profondeur, il affecte aujourd'hui d'avant en arrière toute l'épaisseur du bord libre de la lèvre, anticipant un peu sur la peau et sur la muqueuse; transversalement, il occupe près des deux tiers de la longueur de la lèvre. Depuis l'époque de son apparition jusqu'à ce jour, cet ulcère se recouvre d'une croûte grisâtre qui adhère à la surface, s'épaissit et séjourne vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelquefois plus, puis est détachée par quelque mouvement des lèvres, quelque attouchement, principalement pendant les repas. La surface de l'ulcère reste çà et là couverte d'une couche de pus qui lui donne une teinte grisâtre; ailleurs elle est rouge, partout inégale, granuleuse, et comme déchiquetée par plaques. Il s'écoule du sang ou une liqueur séro-sanguinolente au moment où l'ulcère est à nu; le malade y éprouve des douleurs plus vives, des picotemens désagréables, accidens qui diminuent lorsque la croûte est formée. La totalité de l'ulcère repose sur une couche de tissus indurés et comme lardacés, d'une épaisseur de deux à trois millimètres. Le reste de la lèvre est sain. Les ganglions sous-maxillaires ne sont point engorgés.

Outre la lésion que je viens de décrire, le malade en porte une seconde de même nature ayant son siége à l'angle interne de l'œil gauche. Celle-ci ne date que de dix-huit mois. Elle se présente sous la forme d'un ulcère de deux centimètres de diamètre, très profond, à bords déchiquetés, irréguliers; le fond en est aussi inégal et couvert de croûtes; il adhère aux os. Le mouvement des paupières est devenu de qlus en plus borné; aujourd'hui le malade ne peut plus les ouvrir; de telle sorte que l'œil demeure toujours couvert; en les écartant avec les doigts, on reconnaît que cet organe est encore apte à la vision, quoique la cornée soit le siége d'une inflammation chronique et d'une opacité partielle. L'ulcère a détruit en profondeur les tégumens de l'angle interne de l'œil et la partie la plus interne des deux paupières; il s'avance vers la racine du nez. Son fond repose sur les os de la paroi interne de l'orbite avec lesquels il a contracté d'assez fortes adhérences. La paroi superficielle du sac lacrymal est détruite; il y a épiphora. Le malade ressent parfois des douleurs lancinantes assez vives qu'il rapporte à l'œil même. Cette affection a commencé, comme celle de la lèvre inférieure, par une simple ulcération que recouvrent des croûtes qui tombent de temps en temps et sont remplacées par d'autres; seulement elle est, comme je l'ai déjà indiqué, d'une date plus récente.

D'après les caractères que je viens de mentionner, il n'est pas difficile de reconnaître que notre malade est affecté de cette forme particulière de cancer que l'on désigne sous le nom d'ulcère chancreux du visage.

Avant d'exposer la méthode de traitement que je crois la plus avantageuse en pareil cas, il me paraît utile d'entrer dans quelques considérations sur cette maladie; j'espère que les remarques que j'ai à présenter sur ce sujet ne seront pas perdues pour les praticiens.

C'est principalement chez les personnes avancées en âge qu'on observe cette maladie. Elle débute de deux façons différentes: tantôt c'est une sorte de verrue ou de bouton comme corné, qui reste un plus ou moins grand nombre d'années stationnaire, et qui finit par s'ulcérer soit spontanément, soit par l'effet des attouchemens du malade, soit parce qu'il est violemment froissé; tantôt le mal offre dès l'abord une ulcération très superficielle du derme qui se recouvre d'une pellicule grisâtre qui n'est autre que l'humeur concretée que verse la surface ulcérée.

Tant que l'ulcère est peu profond, l'exsudation est peu abondante; la pellicule reste mince, est adhérente un grand nombre de jours et finit par devenir un peu plus épaisse; enfin elle tombe d'elle-même ou est arrachée par accident.

Quand l'ulcère est peu profond, la croûte acquiert de l'épaisseur, sa partie adhérente est chaque jour soulevée par de nouvelles quantités d'humeur qui se concrètent à leur tour. J'ai vu chez quelques personnes ces croûtes persister fort long-temps et offrir dans leur accroissement l'aspect d'une petite corne de plusieurs centimètres de long. La ressemblance est assez grande pour que dans plus d'une circonstance l'on ait été tenté de prendre ces croûtes pour de véritables productions cornées; mais un examen attentif fait reconnaître qu'elles ne sont composées que de mucus épaissi, d'ailleurs, il est toujours facile de les détacher de la peau. Quand la surface de l'ulcère est à nu, elle offre les caractères que nous avons remarqués sur la lèvre de notre malade; caractères sur lesquels je ne reviendrai pas.

La marche de cette maladie est en général fort lente. Parfois elle reste à l'état de bouton chancreux ou d'ulcère superficiel pendant un grand nombre d'années. Cependant elle finit par faire des progrès en surface et en profondeur. Dans ce dernier sens les progrès deviennent assez rapides lorsque le mal a dépassé toute l'épaisseur de la peau. S'il repose sur des os, ceux-ci ne tardent pas à être compris dans la dégénérescence; s'il répond à une membrane muqueuse, comme aux joues, aux lèvres, aux paupières, il détruit les tissus en les rongeant, et produit des perforations ou des échancrures larges et profondes.

L'influence que cette maladie exerce sur la constitution des sujets qui en sont atteints est à peine marquée. Une première remarque bien importante, c'est l'isolement du mal pendant presque toute sa durée et l'absence de l'engorgement des ganglions lymphatiques. Ce n'est que dans les dernières périodes de la maladie qu'on voit ceux-ci se gonfler et participer de la nature de la lésion. En second lieu, la vie peut persister avec l'accomplissement normal de toutes les fonctions, alors même que le mal a fait des progrès locaux considérables. J'ai vu à la Salpêtrière des femmes dont la face était en partie détruite par les progrès de l'ulcération; les orbites, les fosses nasales, la bouche, ne faisaient plus qu'une seule cavité à surface ulcérée, inégale, déchiquetée, etc.; et cependant toutes les fonctions, sauf celles des parties lésées, s'accomplissaient comme dans l'état normal.

Il est une dernière considération qui se rattache à ce sujet et que nous rappellerons en parlant du pronostic; c'est le peu de tendance de ces cancers à la récidive. Quand le mal se reproduit, ce n'est point sur d'autres parties du corps qu'apparaissent de nouveaux cancers; c'est dans la région opérée; et cette reproduction est peut-être due plutôt à une extirpation incomplète du mal qu'à une véritable récidive.

Le bouton et l'ulcère chancreux affectent de prédilection le visage. Tous les points de la face peuvent en être affectés. Le siége le plus ordinaire de l'ulcère est la lèvre inférieure; tandis que le bouton se présente plus fréquemment sur les joues et sur le nez.

La cause de ce mal est inconnue; il ne paraît point héréditaire. Sa plus grande fréquence à la lèvre inférieure a porté quelques médecins à penser que l'usage d'une pipe à tuyau très court (brûle-geule) pouvait en être la cause. Mais cette explication laisse en dehors d'elle un trop grand nombre de faits, d'une part; et de l'autre, il y a trop d'individus qui fument avec une pipe à tuyau très court sans éprouver ce mal, pour que nous puissions considérer cette étiologie comme fondée.

Le diagnostic de l'ulcère chancreux du visage est facile à établir. Chez notre malade on pourrait, par suite d'un examen peu attentif, confondre l'ulcère de la lèvre avec un ulcère vénérien. Mais un ulcère vénérien primitif ne date pas de huit ans; il donne lieu à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Quant à l'ulcère consécutif, il a été précédé de phénomènes primitifs; il coïncide avec d'autres symptômes consécutifs; enfin il existe fort rarement aux lèvres, se trouve aux commissures, et offre une surface couenneuse blanchâtre que recouvrent souvent de petites végétations. Or, toutes ces circonstances manquent chez notre malade. On ne confondra pas non plus l'ulcère qu'il porte à l'angle interne de l'œil avec un *noli me tangere*. Les caractères de ces deux maladies sont trop distincts pour que je m'arrête à les faire ressortir ici.

Quelle sera l'issue de cette maladie ? Si on l'abandonnait à elle-même, on peut dire qu'elle se terminerait par la mort après un temps plus ou moins éloigné. La nature de la lésion exige donc impérieusement une opération. Nous devons rappeler que malgré son analogie avec le cancer, cette affection est moins grave que le cancer des autres parties, en raison de son peu de tendance à la récidive ; de sorte qu'après la destruction complète du mal on peut compter sur une guérison radicale. Mais si le pronostic envisagé d'une manière générale est moins grave dans cette forme de cancer que dans les autres, il faut reconnaître que, pour notre malade, ce pronostic est plus fâcheux que dans la plupart des autres cas d'ulcère chancreux. En effet, la maladie occupe deux points différens de la face. Dans l'un de ces points, à la lèvre, il ne sera pas possible d'employer la pâte arsenicale ; il faudra donc faire une perte de substance plus grande afin de ne rien laisser de ce qui est affecté ; dans l'autre point, l'ablation sera difficile à cause de l'adhérence de l'ulcère aux os ; elle augmentera la perte de substance des paupières et cela dans une région où leur restauration est à peu près impossible ; enfin, le voisinage de l'œil rend dangereux l'emploi de la pâte arsenicale. Je dois dire cependant que, dans un cas pareil, j'ai déjà eu recours avec succès à ce moyen.

Le traitement de l'ulcère chancreux mérite de fixer toute l'attention ; lorsqu'il est bien conduit, il est généralement suivi d'une guérison parfaite. On a proposé deux ordres de moyens ; les caustiques et l'instrument tranchant. D'après notre propre expérience, la meilleure médication est basée sur la combinaison de ces deux méthodes ; mais avant de vous en parler, je dois dire un mot de la pratique de Dupuytren à cet égard, telle qu'elle est exposée dans ses leçons orales. Tantôt Dupuytren se sert d'un mélange pulvérulent composé de 96 parties de calomel et de 4 parties d'arsenic ; tantôt il se sert d'une pâte composée avec la solution de ces deux substances et d'un peu de gomme en poudre. La poudre ou la pâte est appliquée à la surface de l'ulcère préalablement nétoyée ; on en met une couche de 1 à 3 millimètres d'épaisseur. La croûte qui en résulte tombe au bout de huit ou de quinze jours. On la remplace par une nouvelle couche médicamenteuse. Le nombre des applications varie selon l'épaisseur du mal. En général, il est rare qu'il en faille plus de 6 à 8. La substance agit, selon Dupuytren, en modifiant la vitalité des tissus, mais sans produire aucune espèce d'escharre. Les avantages de cette méthode sont de mettre à l'abri contre les dangers de l'absorption de l'arsenic et de l'empoisonnement, de produire une réaction locale très modérée. — Si ces éloges étaient fondés, nul doute qu'il ne fallût donner la préférence à cette méthode. Mais malheureusement les résultats annoncés dans les leçons orales du chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne se confirment point dans la pratique. J'ai essayé un grand nombre de fois les préparations employées par Dupuytren, en me conformant de tous points aux préceptes qu'il donne, et, je le déclare, dans aucun cas je n'ai obtenu, je ne dirai pas des guérisons, mais même la plus légère amélioration. Toujours j'ai été forcé d'en venir à des moyens plus efficaces. Je pense donc que cette manière d'employer les préparations arsenicales doit être entièrement rejetée de la pratique.

La méthode que nous conseillons comme applicable au plus grand nombre des cas et comme la plus efficace, est celle qui consiste à enlever avec l'instrument tranchant la partie malade en en faisant l'abrasion très superficielle ; puis à compléter la destruction du tissu malade en recouvrant la plaie avec la pâte arsenicale, employée dans des proportions telles qu'elle puisse produire une escharre de quelques millimètres d'épaisseur. Ce moyen est préférable à l'excision simple qui expose à la récidive si elle est superficielle, qui entraîne une perte de substance trop grande et par suite une difformité fâcheuse si elle est profonde ; il est préférable aux caustiques seuls qui n'atteignent que difficilement les limites du cancer dans une première application, de telle sorte qu'ils exaspèrent le mal et peuvent lui imprimer une marche beaucoup plus rapide. — Nous donnons la préférence à la pâte arsenicale sur tout autre caustique, en raison de ce qu'elle agit à la fois et comme caustique et comme modificateur puissant du mode de vitalité des parties qui avoisinent le tissu cancéreux. Depuis que ce médicament a été introduit dans la thérapeutique des ulcères et boutons chancreux du visage, des guérisons sans nombre sont venues en constater l'efficacité. Il est cependant encore quelques praticiens qui en redoutent l'emploi ; ils sont effrayés par le danger de l'absorption de l'arsenic, d'où peut résulter un véritable empoisonnement. Ces craintes sont loin d'être chimériques ; les recueils d'observations renferment plusieurs exemples d'accidens graves et même mortels dus à cette cause, si l'on adopte la pratique généralement suivie et qu'on trouve conseillée dans la chirurgie de Boyer, pratique qui consiste à mettre la pâte arsenicale sur la plaie dès que le sang a cessé de couler. En effet, pour peu que la surface traumatique ait une étendue de trois à quatre centimètres, ou que la couche de pâte soit d'une grande épaisseur, on comprend que l'absorption de l'arsenic peut être assez considérable pour qu'il en résulte un véritable empoisonnement.

C'est pour éviter ce fâcheux résultat que le professeur A. Dubois a imaginé de ne faire l'application de la pâte que trois à quatre jours après l'extirpation du cancer, et lorsque déjà la plaie est en suppuration. Chacun sait, en effet, que l'absorption par les bourgeons charnus d'une plaie qui suppure est bien moins active que celle qui se fait à la surface d'une plaie fraîche et qui cesse à peine de saigner. Cette modification, d'ailleurs si simple, suffit pour prévenir tout danger. J'ai vu souvent Béclard suivre cette pratique ; je sais que M. Paul Dubois l'a adoptée ; mon frère y a toujours eu recours ; et aucun de ces chirurgiens n'a eu à s'en repentir. Quant à moi, je l'ai déjà employée plus de cent fois ; j'ai recouvert des surfaces plus étendues qu'on ne le permet de le faire lorsqu'on agit sur une plaie récente ; eh bien ! dans aucun cas, je n'ai vu se manifester les moindres signes de l'absorption de l'arsenic.

Il s'agit maintenant d'examiner le traitement qu'il convient d'appliquer chez notre malade. Le mal occupe deux points du visage ; faut-il les opérer tous les deux le même jour ? Si les deux plaies devaient être recouvertes de pâte arsenicale, je trouverais plus prudent, malgré la sécurité que donne la méthode d'A. Dubois, de faire l'opération à plusieurs jours d'intervalle. Mais, pour les raisons que nous allons donner, le caustique ne devant pas être appliqué sur la lèvre, il devient plus avantageux de pratiquer l'ablation des deux ulcères dans la même séance.

Ulcère de la lèvre. — C'est par lui que nous commencerons. Le mal s'étend en arrière un peu au-delà du bord libre de la lèvre, et atteint la membrane muqueuse qui recouvre sa face postérieure. La plaie devant un peu dépasser les limites du mal, il devient difficile et même imprudent de la recouvrir de pâte arsenicale. Difficile, parce que cette région est très mobile, et que la salive, ramollissant à chaque instant le caustique, l'empêcherait de se coller à la surface de la plaie ; imprudent, parce qu'une portion d'arsenic pourrait facilement être entraînée, soit pendant le sommeil, soit pendant le repas, soit avec la salive, dans l'estomac. Le caustique ne pouvant donc ici être d'aucun secours, il faut avoir recours à l'instrument tranchant ; et enlever une épaisseur beaucoup plus grande de la lèvre.

Il existe plusieurs procédés pour l'excision d'une portion de la lèvre inférieure. Tantôt on circonscrit le mal par deux incisions qui se réunissent en V vers le menton, et on réunit ensuite les bords de la plaie comme dans le bec-de-lièvre ; tantôt on fait deux incisions verticales réunies par une troisième horizontale ; tantôt enfin on fait une perte de substance plus étendue, et alors on est obligé de recourir à quelque procédé autoplastique pour restaurer la lèvre.

Chez notre malade, la forme et l'étendue du cancer ne se prêtent à aucune de ces méthodes. Celle que nous allons employer, préconisée surtout par Richerand, consiste à circonscrire toutes les parties malades par une incision en demi-lune, dont les deux extrémités se terminent vers l'une et l'autre commissures labiales, sur le bord libre de la lèvre, à quelques millimètres de distance des limites du mal. De cette façon, la plaie se continue avec la lèvre inférieure, qui offre une échancrure proportionnée, pour la longueur et la profondeur, à l'étendue de la perte de substance. On pourrait craindre, au premier abord, que le rapprochement des lèvres reste difficile, que l'inférieure laisse l'arcade alvéolaire correspondante à découvert, et permette l'écoulement involontaire et continuel de la salive. Mais l'expérience rassure bientôt sur tous ces points. Le tissu se cicatrise, en se rétractant il entraîne peu à peu de bas en haut le reste de la lèvre et la peau du menton ; ces parties s'élèvent et le bord de la plaie finit par se mettre de niveau avec les extrémités et avec le reste de la lèvre inférieure. Après la guérison, il reste à peine des traces de la difformité produite par l'opération.

Pour pratiquer cette incision, Richerand conseille de se servir de ciseaux à longues lames recourbées sur le plat ; en un ou deux coups l'on retranche tout ce qui est malade. Cette manière d'opérer est certainement très expéditive ; mais ici il s'agit moins d'aller très vite que d'opérer avec la certitude de ne rien laisser d'altéré. Or, avec les ciseaux, on peut commettre cette faute. Quelque soin que l'on prenne pour bien tendre les tissus, les parties molles fuient devant le tranchant des ciseaux, et cela doit nécessairement reporter les tissus altérés du côté de l'instrument. On a surtout à craindre cet inconvénient quand la masse à enlever occupe les deux tiers de la longueur de la lèvre.

Je préfère, en conséquence, me servir du bistouri ; et, pour rendre la section des chairs plus facile et plus sûre, je vais employer un procédé qui n'a point été décrit. C'est Louis qui m'en inspire l'idée quand il conseille de couper en deux temps l'amygdale, de haut en bas, puis de bas en haut, afin de terminer par la portion moyenne. Mais ici, au lieu de commencer par les extrémités pour gagner le centre, je procéderai d'une manière inverse, c'est-à-dire qu'avec un bistouri droit et pointu je vais traverser de part en part la lèvre à trois millimètres au-dessous des limites du mal, et cela à peu près vers le milieu de son étendue transversale ; puis, en pressant et en sciant, je ferai une première incision toujours à la même distance des tissus dégénérés, et qui, leur étant parallèle, viendra se terminer au bord libre de la lèvre, entre l'ulcère et la commissure. Une seconde ponction étant faite à quelques millimètres de distance de la première, et le tranchant du bistouri tourné du côté opposé, je ferai une seconde incision toute semblable à la première, et qui isolera le mal à droite comme il l'aura été à gauche par la première section.

Chacun comprend les avantages que cette manière de couper assure sous le point de vue de la régularité, de la précision, et en même temps de la facilité, puisque le bistouri agira constamment sur des parties parfaitement tendues. L'ulcère ne tenant plus alors au reste de la lèvre que par la languette étroite qui sépare inférieurement les deux incisions primitives, il sera facile de couper cette languette et d'isoler ainsi complètement le mal. Quant aux suites de l'opération, nous n'aurons d'autres soins à prendre que ceux que réclament les plaies qui doivent entrer en suppuration, et guérir par voie de cicatrisation secondaire.

Ulcère du grand angle de l'œil. — Ici l'excision sera d'une exécution plus difficile. Heureusement la possibilité de faire concourir la pâte de Rousselot à la destruction du mal nous dispensera du soin d'enlever exactement tous les tissus altérés, et avec ceux-ci une épaisseur suffisante de parties saines ; résultat que nous ne pourrions atteindre qu'en ruginant les os, en dénudant tout le côté interne de la région orbitaire, etc. Ainsi donc, je me bornerai à extirper les parties les plus malades, laissant au caustique le soin de détruire la couche mince de tissu cancéreux qui pourra rester. Cela fait, nous attendrons trois ou quatre jours avant de placer la pâte arsenicale. A cette époque, l'absorption du poison n'étant plus à redouter, nous recouvrirons la surface de la plaie avec la pâte. Celle que nous employons est celle que l'on obtient avec la poudre de Rousselot amenée à l'état de pâte homogène non diffluente en la délayant avec de la salive. Nous en mettrons une couche de quatre à cinq millimètres d'épaisseur. Pour la bien fixer, nous la recouvrons avec une toile d'araignée qui se colle uniformément à sa surface et en retient les diverses parties.

Avant de terminer, je dois dire quelques mots sur les effets que produit cette cautérisation. L'opéré éprouve une douleur assez vive, qui finit par se transformer en une sensation de brûlure. Cet état dure vingt-quatre à trente-six heures, et s'apaise ensuite peu à peu pour ne plus reparaître. Les parties voisines se tuméfient, et quelquefois cette tuméfaction s'étend sur une plus ou moins grande partie de la face. Le gonflement sera ici plus considérable, à cause du voisinage des paupières ; mais tout cela disparaît peu à peu de lui-même après quatre ou six jours de durée. Je dois dire cependant que quelquefois ces premiers accidens sont assez violens pour déterminer une réaction générale, de la fièvre. Dès que ces premiers phénomènes sont passés tout rentre dans l'ordre. Il reste alors une croûte formée par la pâte, et une escharre sous-jacente à laquelle elle tient beaucoup. Le tout tombe ensemble de trois à six semaines après l'application. Quelques chirurgiens disent avoir trouvé la plaie cicatrisée après cette chûte. Pour ma part, je ne l'ai jamais vue quand la surface avait quelque étendue et était profonde. J'ai trouvé alors une plaie à aspect grisâtre, et que l'on pourrait croire de mauvaise nature, mais il n'en est rien ; en la recouvrant avec un emplâtre digestif elle devient vermeille, puis une ou deux applications de nitrate d'argent suffisent pour en opérer la cicatrisation. Je dirai, en terminant, qu'il est rare qu'on soit obligé de revenir à une seconde application de la pâte.

— Immédiatement après cette leçon, M. Bérard a procédé à l'opération. L'excision de la lèvre est faite d'après le procédé précédemment indiqué. Elle se termine avec une grande simplicité. Les parties se coupent nettement et facilement, et l'exécution confirme la bonté du procédé. L'examen de la partie enlevée nous a montré que partout le bistouri a laissé une couche de trois à quatre millimètres d'épaisseur de tissu sain en dehors du cancer. Il est facile de se convaincre que le chirurgien a eu raison de sacrifier le brillant et la célérité à la lenteur et à la sécurité.

Nous parlerons de l'opération pratiquée au grand angle de l'œil lorsque nous ferons connaître le résultat définitif, soit des opérations, soit de la cautérisation avec la pâte arsenicale.

HOPITAUX ITALIENS.

Kyste abdominal guéri à l'aide d'une seule injection iodée ; par M. PAGANI, chirurgien à l'hôpital civil et militaire de Novara.

Un paysan, âgé de trente-deux ans, de constitution molle, fut atteint de fièvre rhumatique accompagnée d'irritation aux voies urinaires. Il éprouvait à chaque instant des envies d'uriner, son ventre était constipé. On le saigna six fois, on lui appliqua plusieurs fois des sangsues, on le purgea, on lui administra de l'émétique et des boissons mucilagineuses. Malgré ces moyens la constipation n'a fait qu'augmenter, mais ensuite elle a été remplacée par une dysenterie ; la difficulté pour uriner s'est même exaspérée. En attendant, la région hypogastrique s'est tuméfiée rapidement. Le toucher par l'anus fait sentir la présence d'un corps dur au-delà du sphyncter ; ce corps est saillant et oblige le doigt à se dévier du côté du sacrum. La sonde, introduite par l'urètre, rencontre un obstacle et s'arrête au-devant de la prostate.

La fièvre s'étant ensuite dissipée, on a examiné de nouveau le malade, et l'on a trouvé que la tumeur occupait toute la région hypogastrique et s'étendait jusqu'à l'ombilic ; elle était dure, uniformément élastique, indolente à la pression ; la percussion y fait découvrir un liquide. Le malade rend toutes les dix ou douze minutes quelques gouttes d'urine ; laquelle ne paraît point altérée. Une sonde a pu être introduite dans la vessie assez facilement ; elle n'a donné issue qu'à 30 grammes environ de liquide. Pendant que la sonde était dans la vessie le chirurgien a passé un doigt dans le rectum et est allé à la rencontre de l'instrument ; il s'est assuré par là que la tumeur était indépendante de la vessie. On soupçonna d'abord qu'elle fût formée entre les lames du péritoine ; comme la fluctuation était manifeste on a pratiqué une ponction exploratrice avec une aiguille droite à cataracte. Le fluide qui en est sorti était analogue à celui que donnent les ganglions lymphatiques. Un trocart a été alors plongé dans la tumeur à deux pouces au-dessus des pubis ; l'instrument a perforé le fascia-superficialis et la substance du muscle droit pour arriver au kyste ; la canule a pénétré à trois travers de doigt de profondeur. Il en est sorti un demi-verre d'un fluide épais, inodore, sans saveur marquée, très analogue à celui des kystes des ganglions. Un stylet introduit dans la canule a pénétré dans une cavité spacieuse ; un doigt dans le rectum a pu sentir l'extrémité du stylet.

Ces circonstances nous ont fait considérer la tumeur comme formée entre les lames du péritoine, énormément dilatées, et probablement de cette portion qui, après avoir doublé la vessie urinaire, va tapisser la paroi antérieure de l'intestin rectum.

La canule a été maintenue en place ; on y a injecté à l'aide d'une seringue à hydrocèle, huit grammes de teinture alcoolique d'iode dans soixante grammes d'eau distillée. Cette injection n'a produit qu'une légère chaleur dans le bas-ventre. La canule n'a laissé sortir qu'un tiers environ du fluide injecté. La canule a été alors enlevée, et la piqûre couverte par une compresse trempée dans de l'eau végéto-minérale. Une légère réaction fébrile a eu lieu quatorze ou quinze heures après l'injection. Douze heures après l'opération, le malade urinait plus

facilement et à des intervalles plus éloignés qu'auparavant.

Cinq jours après, la tumeur était déjà moins volumineuse. Cette diminution a été progressive ; et enfin, le 14 juin, le malade est sorti guéri de l'hôpital.

(*Annali universali di medicina*, 1841.)

— L'idée de traiter cette tumeur par l'injection iodée a été suggérée à l'auteur, ainsi qu'il le dit lui-même, par l'emploi heureux de la même médication contre l'hydrocèle testiculaire. Le résultat qu'il en a obtenu est sans doute satisfaisant ; il y aurait cependant de l'imprudence à agir pareillement dans tous les kystes du même genre, soit à l'abdomen, soit ailleurs. Il ne faut pas oublier que l'iode est un toxique puissant, et que sa résorption pourrait entraîner les plus graves conséquences. Il serait donc prudent, si l'on voulait suivre cette méthode, de ne pas laisser dans la poche le liquide injecté, mais de le faire sortir comme le vin dans l'opération de l'hydrocèle. Que veut-obtenir, en effet? Une action locale irritante, phlogosante ; or, ce but peut être atteint en donnant au liquide le degré convenable d'énergie, et sans le laisser séjourner dans la poche séreuse.

Traitement de l'hydrocèle par l'électro-puncture.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

En lisant dans votre numéro du 15 la narration de la guérison d'une hydrocèle obtenue par M. Pecchioli au moyen de l'électro-puncture, je me suis rappelé que, dans le concours pour l'agrégation, en 1827, le sort me donna pour sujet de thèse : *De hydrocele tunicæ vaginalis.* Il m'en coûtait de ne faire que décrire et examiner des méthodes connues ; et puis, à cette époque, l'humanité ne jouissait pas encore de l'immense bienfait de la substitution de l'iode au vin chaud pour l'injection ; substitution plus importante encore peut-être que celle de la dextrine à l'amidon pour les bandages inamovibles. J'étais donc excusable de chercher dans mon imaginative quelques moyens nouveaux de traitement ; j'en proposai plusieurs, entre autres la dessiccation et l'électro-puncture. J'extrais de la page 10 le passage relatif à cette dernière : « Nobis videtur non sine quadam spe curationis posse sectari *acupuncturæ simùl et galvanismi applicationem*, qua ex coagulatione albuminis et aquæ resolutione absorptio facilicer evaderet. Tunc ex physiologicis experimentis credere fas est, *absorptionem aut exhalationem augeri posse, mutata solum directione qua currit fluidum galvanicum.* » Je crois inutile de faire observer que je n'ai pas écrit cette thèse en si mauvais latin, *proprio motu;* mais pour obéir à la loi du mémorable concours de 1827, dans lequel l'argumentation même eut lieu dans cette langue. Je n'ai pas besoin d'ajouter non plus que l'essai parut tellement concluant, que l'on est revenu au français pour les concours suivans.

Outre la décomposition de l'eau, j'avais indiqué comme effet du galvanisme la coagulation de l'albumine et l'augmentation de l'absorption ; c'est aujourd'hui cette dernière explication que l'on donne au succès de M. Pecchioli. Les expériences physiologiques auxquelles je faisais allusion, sont celles de Wollaston et de M. Fodera, professeur à Naples, mon collaborateur, en 1824, dans des recherches sur la contraction musculaire. Cet ingénieux expérimentateur a démontré qu'en plaçant de l'hydrocyanate de potasse dans la vessie et du sulfate de fer dans l'abdomen, le mélange des deux substances a lieu instantanément lorsqu'on établit un courant galvanique entre les deux cavités.

Je pense bien que M. Pecchioli n'a pas pris dans une thèse l'idée de l'emploi de l'électro-puncture contre l'hydrocèle ; mais ce qui ne peut lui être contesté, c'est l'application et la démonstration de l'efficacité de la méthode ; quant à sa valeur comparative, l'avenir et l'expérience en décideront.

Agréez, etc. LEROY-D'ETIOLLES.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des fièvres intermittentes par l'acide arsénieux.

M. le docteur Boudin, médecin de l'hôpital militaire de Marseille, a préconisé récemment l'acide arsénieux comme un médicament qui mérite d'être substitué aux diverses préparations de quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes. Ce n'est pas la première fois que cette dangereuse substance est vantée comme héroïque contre cette maladie si commune et souvent si rebelle. Employée en Allemagne, depuis le dix-huitième siècle, par Slévogt, Frick, Plenciz (de Vienne) ; en Angleterre, par Arnold, Withering, Freer, Willan et Pearson ; dans le commencement de ce siècle, en 1811, par Harles de Nuremberg, elle fut introduite en France par le professeur Fodéré, et essayée sur une grande échelle à l'hôpital militaire de Martigues en 1810. Quant à M. Boudin, il emploie l'acide arsénieux de la manière suivante :

Pr. Acide arsénieux, 1 centigramme.
Ajouter par portions :
Sucre de lait pulvérisé, 1 gramme.

Triturer dans un mortier de verre pendant au moins dix minutes, et diviser en vingt paquets, dont chacun contiendra un demi-milligramme (un centième de grain) d'acide.

Administrer un paquet dans une cuillerée d'eau, cinq ou six heures avant l'accès.

M. Boudin cite, à l'appui de sa manière de voir, un tableau qui présente un total de plus de deux cents guérisons. L'expérience de ce médecin, ajoutée à celle de ses savans devanciers, prouve d'une manière incontestable l'efficacité des préparations d'arsenic dans certaines apyrexies intermittentes. Mais, s'il est facile de comprendre qu'à l'époque où le sulfate de quinine était inconnu, on ait cherché à substituer au quinquina une préparation fébrifuge moins coûteuse et plus efficace, il est permis de n'admettre qu'avec réserve aujourd'hui que ce précieux médicament doive céder la palme à l'acide arsénieux au point de vue des propriétés thérapeutiques.

Toutefois, il est juste de reconnaître qu'il faudrait des raisons bien puissantes pour introduire dans la médecine usuelle un poison aussi violent que celui dont il s'agit ici, et, de plus, que la forme pulvérulente adoptée par M. Boudin offre de graves inconvéniens qu'il serait facile d'éviter en recourant à la solution dans un véhicule quelconque.

(*Journal de Pharmacie et de Chimie*, janvier 1842.)

Empoisonnement par l'acide arsénieux, et guérison par le peroxyde de fer hydraté.

Un jeune homme âgé de dix-neuf à vingt ans, ayant avalé une dose d'arsenic blanc, dont on ne put connaître au juste la quantité, présenta bientôt tous les symptômes de l'empoisonnement par ce toxique, et fut pris de convulsions d'une excessive violence.

M. le docteur Amroul, dont les soins furent réclamés, prescrivit aussitôt l'hydrate de peroxyde de fer à l'état gélatineux, et en fit prendre sans aucun retard et coup sur coup deux cent cinquante grammes (huit onces).

Sous l'influence de cet agent médicamenteux, les mouvemens convulsifs perdirent peu à peu de leur intensité première ; les nausées presque continuelles, les crampes si violentes dont l'estomac avait été le siége jusque-là, diminuèrent par degrés et finirent par céder complétement ; enfin le malade éprouva une telle amélioration progressive que, le dixième jour après le début des accidens, il avait entièrement recouvré la santé. (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1841.)

Usage externe de l'arsenic dans les affections cancéreuses.

Dans un cas de cancer du nez qui avait déjà envahi la cloison des narines, et qui avait été inutilement attaqué avec un grand nombre de moyens, M. le docteur Butzke recourut à l'application de la pâte arsenicale du frère Côme. Sous l'influence de ce topique puissant, la portion de la peau qui était malade fut heureusement modifiée et guérit ; mais il n'en fut pas de même pour les points du *septum* cartilagineux auquel le mal s'était étendu. M. Butzke, qui avait déjà eu l'occasion d'observer un fait de même nature, conseille aux praticiens qui se trouveront appelés pour des cas de ce genre, de ne pas remettre à une époque trop éloignée l'application de l'arsenic, sous peine de voir échouer une médication qui aurait pu réussir s'ils y avaient eu recours plus tôt. (*Rust's Magazin*, 1841.)

Poudre pour la préparation extemporanée du lait.

Un chimiste russe, M. le docteur Dichost, propose le moyen suivant pour la conservation et la préparation extemporanée du lait. Il fait évaporer, à une très douce chaleur, du lait récemment trait, jusqu'à ce qu'il soit tout à fait amené à l'état d'une matière pulvérulente qu'il ne s'agit plus que d'introduire dans de petits flacons de verre que l'on remplit complètement et que l'on ferme ensuite hermétiquement à l'aide de bouchons de même nature usés à l'émeri. Une petite quantité de la poudre ainsi obtenue, dissoute dans suffisante quantité d'eau, fournit à l'instant même un lait d'assez bonne qualité.

Ce procédé, qui ne fournit pas un produit aussi agréable pour la saveur que l'est la *lactoline*, a du moins l'avantage d'en donner un susceptible de se conserver beaucoup plus long-temps que cette dernière, sans éprouver d'altération qui le rende impropre aux usages auxquels il est destiné. (*Graefe und Walther's Journal*, 1841.)

RÉFORME MÉDICALE.

Pétition pour obtenir une modification dans la législation relative aux officiers de santé.

Nous lisons dans la *Gazette des Tribunaux :*

« L'Association de Prévoyance des médecins de Paris, présidée par M. Orfila, vient d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique la pétition suivante :

« Depuis long-temps le besoin d'une réforme dans la législation de la médecine se fait sentir. Les membres du corps médical de tout le royaume ont exprimé plus d'une fois leur vœu à ce sujet, soit individuellement, soit collectivement. L'Académie royale, les Facultés et les Ecoles secondaires de médecine, l'Association des médecins de Paris (en 1834), ont présenté successivement des projets d'organisation ; et dans tous ces projets, la mesure réclamée comme la plus nécessaire était l'abolition des officiers de santé.

» Considérant d'ailleurs 1° que les mêmes circonstances qui se sont déjà opposées à la réalisation du vœu général peuvent se reproduire et faire ajourner indéfiniment une loi destinée à protéger la santé et la vie des citoyens ; 2° qu'en attendant une réorganisation complète, il est possible et il est urgent de remédier à l'abus le plus unanimement reconnu ;

» Convaincue d'ailleurs qu'elle ne fait que seconder en cela les intentions de l'autorité,

» L'associaiton des médecins de Paris a l'honneur, M. le ministre, de vous soumettre les réflexions suivantes :

» Les conditions d'études exigées des aspirans au grade d'officier de santé deviennent illusoires, par la facilité qu'ont ceux-ci de se procurer des certificats de complaisance.

» Les jurys médicaux, chargés des réceptions, sont loin de présenter des garanties suffisantes.

» Enfin, l'ordre des officiers de santé n'a été créé et n'est encore maintenu que pour le service des petites localités où l'on craint qu'aucun docteur ne veuille aller s'établir. C'est donc un non sens, c'est aller contre l'esprit de la loi que de leur permettre de résider dans les grands centres de population, où les docteurs abondent, et de déserter les petites localités.

En conséquence, nous demandons :

» 1° Que les officiers de santé qui seront reçus à l'avenir ne soient autorisés à se fixer que dans les communes au-dessous de deux mille âmes, comprises dans la circonscription de la faculté ou de l'école secondaire qui leur aura accordé leur grade.

2° Que les facultés et les écoles secondaires de médecine soient seules dorénavant chargées des réceptions.

3° Que les aspirans au titre d'officiers de santé soient tenus de faire preuve de quatre années d'études dans une faculté ou une école secondaire de médecine, avant d'être admis à subir leurs examens.

Ces trois articles remplaceraient les art. 15 et 16 du titre III de la loi du 19 ventôse an XI, et la première phrase de l'article 29 du titre 4 de la même loi.

» Les réformes peu nombreuses qui font l'objet de la présente pétition ont pout but, Monsieur le ministre, de substituer des épreuves sérieuses à des formalités trop souvent illusoires, et d'obtenir de cette classe de médecins, à qui sont confiés plus spécialement la santé et la vie des habitans des campagnes, des garanties réelles d'instruction et d'habileté pratiques. C'est un premier pas fait dans une voie d'amélioration et de progrès, où il est bien à désirer que l'autorité administrative puisse un jour s'engager plus complètement.

(Suivent les signatures au nombre de 515.)

— Le corps des officiers de santé militaire vient encore de faire une perte bien regrettable par la mort de M. Ballard, ancien médecin principal d'armée et de l'hôpital de Bourbonne.

Recouvrement des créances dues à MM. les médecins, chez M. Beurrey, boulevard Saint-Denis, cité d'Orléans, 1.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 25 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 11, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Hémorrhagies hémorrhoïdales périodiques devenues continues. Etat d'anémie extrême. Considérations sur les hemorrhoïdes et les hémarrhagies hémorrhoïdales.

Au n° 2 de la salle des hommes est couché un homme dans un état d'anémie des plus prononcés. L'état de maigreur ou d'affaiblissement extrême dans lequel ce malade se trouve, la teinte jaunâtre de la peau, nous ont fait croire, au premier aspect, que nous avions affaire à une affection organique du ventre. Mais les questions que nous lui avons adressées, et l'exploration à laquelle nous nous sommes livré, nous ont bientôt éloigné de cette idée. Cet homme nous a dit éprouver depuis plusieurs années un flux hémorrhoïdal très abondant, et qui se reproduit avec une fréquence extrême et à des intervalles très rapprochés. L'examen des viscères abdominaux nous a convaincu, en effet, qu'il n'y avait aucune lésion, et nous avons trouvé un paquet hémorrhoïdal autour de l'anus. Le rectum lui même est sain et ne présente aucun signe de dégénérescence.

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade. Il est ouvrier en tapisserie, âgé d'environ quarante ans, d'une taille moyenne: sa constitution est assez forte. L'état d'anémie extrême dans lequel il est plongé ne permet point d'apprécier son tempérament. Cet homme, qui paraît n'avoir point eu, dans la première période de sa vie, de maladies graves, fut pris, pour la première fois, il y a dix ans, d'une hémorrhagie par le fondement, qui s'est reproduite depuis périodiquement tous les mois. Cette perte mensuelle ne paraît avoir eu pour lui aucun inconvénient sérieux pendant l'espace de huit années. L'hémorrhagie revenait régulièrement tous les mois, sans retard, avec la même intensité, et ne donnait lieu à aucun accident; elle n'avait produit jusque-là ni faiblesse, ni amaigrissement prononcé. Il y a huit mois environ qu'il fut pris de diarrhée qui dura près de six semaines Chaque selle qu'il faisait était accompagnée d'un écoulement sanguin assez abondant, qu'il évaluait à un verre environ. Le sang, à ce qu'il affirme, était toujours précédé de l'issue des matières fécales.

Ayant consulté un médecin, il lui fut prescrit de renoncer à sa profession et aux habitudes sédentaires qu'elle nécessite, d'éviter les occasions de rester trop long-temps assis et d'aller à la campagne, où il pût se livrer à un exercice modéré au grand air, et dans de meilleures conditions hygiéniques. Ce changement d'existence produisit en effet une amélioration momentanée; les selles devinrent moins fréquentes, le malade reprit quelque force, mais tous les jours néanmoins du sang était encore rendu par les selles. Enfin, le malade étant rentré à Paris depuis six semaines, les accidens se sont reproduits depuis cette époque avec une intensité croissante.

Ainsi, voilà huit ou neuf mois de suite environ, et surtout depuis six semaines, que cet homme est en proie à des hémorrhagies hémorrhoïdales continues qui l'ont graduellement plongé dans un état d'anémie complète et qui l'ont réduit à un état de faiblesse et d'amaigrissement considérables.

M. Chomel, à l'occasion de ce malade, a émis sur les hémorrhoïdes, sur la coïncidence et les rapports qui existent entre ces tumeurs et les hémorrhagies qui les accompagnent, les considérations suivantes:

Les tumeurs hémorrhoïdales se présentent sous des formes et ces aspects différens, ce qui a donné lieu au désaccord que l'on trouve parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet: les uns ont vu dans les hémorrhoïdes un développement de tissu érectile se développant et se tuméfiant à des intervalles plus ou moins rapprochés, et formant une tumeur distendue par l'abord du sang dans ce tissu, tumeur revêtue par la peau ou par la membrane muqueuse du rectum, sans cavité ni vacuole à l'intérieur, n'ayant point de vaisseaux particuliers, et se continuant avec les vaisseaux dilatés du rectum. Le tissu qui constitue ces tumeurs est ferme, blanc, celluleux, la peau qui le recouvre est amincie par la distension que le développement de la tumeur lui a fait subir. Voilà ce que l'on trouve le plus habituellement; telle est la forme la plus ordinaire sous laquelle s'offrent les tumeurs hémorrhoïdales.

D'après d'autres recherches, notamment celles qui ont été faites par M. Blandin, les hémorrhoïdes consisteraient en une petite cavité communiquant avec les vaisseaux sanguins du rectum; ces hémorrhoïdes ne sont jamais extérieures, mais elles siégent toujours dans l'intestin. Les tumeurs décrites par M. Blaudin diffèrent, comme vous voyez, des précédentes; elles constituent de véritables varices hémorrhoïdales présentant une vacuole assez large, et se continuant avec des veines variqueuses. Cette tumeur se recontre fréquemment dans l'intérieur du rectum, d'où elle descend quelquefois pour faire saillie à l'anus; elle n'est point susceptible d'érection, de gonflement, et ne provoque que des douleurs médiocrement vives. Tels sont les caractères distinctifs qui différencient ces deux sortes de tumeurs, les tumeurs érectiles et les tumeurs variqueuses.

Les tumeurs hémorrhoïdales ont été long-temps signalées comme le siége des hémorrhagies qui ont lieu par l'anus. J'ai cru long-temps, comme tout le monde, que les hémorrhagies hémorrhoïdales différaient des autres hémorrhagies en ce que le sang était fourni par la tumeur elle-même, tandis que dans les hémorrhagies ordinaires le sang s'exhale de la surface des membranes muqueuses qui en sont le siége. Cette opinion était rendue probable par la coïncidence fréquente des hémorrhoïdes avec les hémorrhagies du rectum. Mais par une observation plus attentive je suis parvenu à reconnaître que les hémorrhagies n'ont point lieu aux époques où les tumeurs hémorrhoïdales sont dures, tendues, gonflées, lorsque, en un mot, elles sont en état d'érection, mais qu'elles ont lieu, au contraire, alors que ces tumeurs sont affaissées, flétries, c'est-à-dire après la cessation de cet état d'érection. Il y a bien quelquefois des hémorrhagies qui ont lieu dans la première de ces périodes, mais ces hémorrhagies réellement exceptionnelles, sont traumatiques et n'ont lieu qu'accidentellement à la suite de la rupture des hémorrhoïdes. Il est une autre circonstance qui est confirmative de cette première observation, c'est que la plupart de ces tumeurs sont placées tout à fait à la marge de l'anus ou du moins à la portion la plus inférieure du rectum et tout à fait à l'extérieur, et que, dans les cas où elles siégent plus haut, elles viennent presque toujours saillir au-dehors pour peu que leur volume soit considérable. Or, dans ces conditions, il devrait être facile de voir quel est le point de départ de l'hémorrhagie. Eh bien! jamais on ne voit sourdre le sang de la surface de la tumeur, ainsi que ce devrait être et comme on le voit dans les hémorrhagies des membranes muqueuses ou de la peau à la surface desquelles on voit s'exhaler le sang comme une véritable pluie. C'est ce que l'on observe, par exemple, dans les cas de déviation des règles où les hémorrhagies supplémentaires ont lieu par la peau. Le sang transsude par petites gouttelettes à travers les pores, sans qu'il existe aucune solution de continuité. Le même fait a été observé par plusieurs anatomistes chez des femmes mortes pendant la menstruation; on a pu voir le sang s'exhaler et jaillir comme une petite pluie fine par la surface de la membrane interne de l'utérus. Eh bien; on ne voit rien d'analogue à la surface des tumeurs hémorrhoïdales. Rien n'est plus fréquent que de voir ces tumeurs saillir au-dehors dans le moment même où a lieu l'hémorrhagie, et l'on ne voit jamais l'exsudation; cette petite pluie sanguine dont nous parlons, se fait par la surface de ces tumeurs, tandis que l'hémorrhagie paraît toujours venir de points plus éloignés; elle est d'ailleurs beaucoup plus fréquente, ainsi que nous l'avons dit, aux époques où la tumeur est flétrie et affaissée que dans les circonstances contraires. Ainsi, dit M. Chomel, je le répète, jamais je n'ai vu, à moins de rupture de la tumeur, circonstance toute particulière et exceptionnelle, l'hémorrhagie avoir lieu par la surface de la tumeur. J'ai dû insister sur ce fait, que les hémorrhagies hémorrhoïdales n'ont point lieu par la tumeur mais par un des points plus élevés de la muqueuse rectale,

FEUILLETON.

Recherches sur quelques-unes des causes de la blennorrhagie non syphilitique.

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.,

Membre de plusieurs sociétés savantes, correspondant de l'Académie royale de médecine, médecin des Epidémies et de l'hôpital de Loudun (Vienne).

Lorsqu'un individu atteint d'un écoulement blennorrhagique vient réclamer les conseils d'un médecin, la première idée qui se présente à l'esprit de ce dernier, c'est celle de l'infection syphilitique. Souvent même, malgré les dénégations les plus absolues du malade, l'homme de l'art est porté à regarder comme vénérien un écoulement qui tient à toute autre cause. De là l'emploi des préparations mercurielles, qui, quoi qu'en disent les partisans *quand même* de l'infection, ne sont pas toujours sans danger.

Je crois donc faire une chose utile en fixant de nouveau l'attention des médecins sur l'existence des écoulemens urétraux non syphilitiques, beaucoup plus fréquens que ne le pensent la plupart d'entre eux, et je vais successivement présenter les quelques faits qui depuis plusieurs années se sont offerts à mon observation. Je ne me bornerai point à réfuter seulement ces mêmes faits, mais les rapprochant de ceux analogues que possède déjà la science, je tâcherai d'en faire sortir quelques traits de lumière propres à élucider les questions, encore incomplètement ou diversement résolues, qui s'y rattachent.

Je commence par un cas de blennorrhagie qui s'est manifestée deux fois chez le même individu, à dix années de distance, par suite de la suppression d'une sueur habituelle aux pieds. Ce sera un fait pathologique à ajouter à celui que j'ai indiqué dans mon mémoire publié en 1838 sur la sueur habituelle des pieds et les dangers de sa suppression (1), fait que je regrette beaucoup en ce moment de ne pouvoir reproduire ici, n'ayant point à ma disposition le recueil (2) dans lequel il a été publié; je ne puis donc qu'y renvoyer le lecteur. Mais je saisis avec empressement cette occasion de rappeler l'attention des médecins sur cette cause si fréquente et si souvent méconnue de maladies plus ou moins graves. Déjà un auteur allemand, le docteur Ideler (3), est venu confirmer par de nouveaux faits les données que j'avais établies dans mon mémoire, dont il a donné un long extrait, et je ne doute pas que l'expérience future ne vienne élargir le cadre dans lequel j'avais dû me renfermer, ne voulant rien avancer *à priori*, mais bien ne pas sortir de ce qu'une stricte observation avait alors fait connaître.

M. A... âgé de vingt-cinq ans, fils d'un propriétaire des environs de Loudun, cheveux noirs, bonne constitution, rarement malade, vint me consulter le 16 octobre 1841, pour un écoulement blennorrhagique fort abondant qui existait depuis quatre à cinq jours. Je crus que cette maladie était le résultat d'un coït impur, et je fis dans ce sens quelques questions au malade, qui me répondit positivement que cela ne pouvait être, puisqu'il y avait plus de six mois qu'il n'avait eu de rapports avec une femme. J'eus beau alors le presser de questions, l'engager à ne rien me dissimuler, le prévenant qu'il y allait de sa santé, peut-être de sa vie: je ne pus faire changer ses réponses, et il persista à dire que sa maladie ne pouvait être vénérienne; « D'ailleurs, ajouta-t-il, j'ai éprouvé le même écoulement à un âge (quatorze ans) où je n'avais encore connu aucune femme, et cela à la suite d'un froid vif aux pieds. »

Cette dernière circonstance fut un trait de lumière pour moi qui ai rappelé l'attention des praticiens sur cette sécrétion habituelle des pieds et les dangers de sa suppression. En réponse aux questions que je fis à M. A..., j'appris que depuis son enfance il était sujet à cette sueur, et qu'à l'âge de quatorze ans, alors qu'il était au collége, elle s'était supprimée tout à coup par suite de l'immersion des pieds dans de l'eau froide, la glace s'étant rompue sous lui pendant qu'il glissait. Deux jours après il fut pris d'un écoulement urétral qui, combattu par des demi-bains, des boissons adoucissantes, dura long-temps et ne disparut complètement qu'au bout de deux mois, époque à laquelle, autant que peut s'en rappeler le malade, la sueur des pieds avait reparu d'elle-même.

Sans faire entrevoir à M. A... la corrélation qui avait existé bien positivement pour moi entre la suppression de la sueur des pieds et l'apparition de l'écoulement, je le questionnai sur l'état actuel de cette transpiration. Il me dit alors que, dans la nuit du 8 au 9 octobre, pressé par un besoin urgent et ne trouvant pas ses souliers, il était sorti dans la cour les pieds nus, qu'il avait éprouvé beaucoup de froid et d'humidité, et que, dès le lendemain, il s'était aperçu que la sueur des pieds était supprimée. Ce fut trois jours après qu'il commença à éprouver, en urinant, une cuisson vive dans le canal de l'urètre, d'abord à la base de la verge, puis bientôt dans toute son étendue, promptement suivie d'un écoulement en tout semblable à celui qu'il avait eu dix ans auparavant, et pour lequel il venait réclamer mes conseils.

Alors l'écoulement était abondant, assez épais, jaunâtre, mêlé de quelques petites stries de sang, l'éjection de l'urine était fort douloureuse, et, long-temps après son passage, ce liquide laissait une vive sensation de brûlure le long de l'urètre qui était douloureuse au toucher. Les accidens inflammatoires étaient trop intenses pour ne pas d'abord les calmer par les antiphlogistiques avant de chercher à ramener la sueur aux pieds, dont la suppression me paraissait être la cause unique de l'écoulement. Douze sangsues furent donc appliquees au périnée et j'ordonnai en même temps les bains de siége, les cataplasmes, les boissons adoucissantes. Bientôt toute trace d'inflammation avait disparu, seulement l'écoulement ne se trouvait que légèrement modifié dans ses qualités et dans sa quantité.

Je m'attachai alors à rappeler la transpiration des pieds à l'aide des moyens que j'ai indiqués dans mon mémoire; j'y parvins assez aisément, et à mesure que la sueur reparaissait l'écoulement diminuait, au point que, au bout de quelques jours, il ne fut plus constitué que par une espèce de sérosité blanchâtre, qui ne cessa complètement, au bout de dix jours, qu'après l'emploi de quelques injections astringentes avec l'eau de roses et l'acétate de plomb.

Je ne doute pas que si M. A... eût habité une de nos grandes villes, dans lesquelles la syphilis est si répandue, le médecin consulté, négligeant, comme cela n'arrive que trop souvent, de s'éclairer de tous les antécédens, ou ne voulant pas s'en rapporter à la déclaration du malade, n'eût regardé cet écoulement comme vénérien, et mis en usage des préparations mercurielles, car la science ne possède encore aucun moyen de distinguer un écoulement virulent d'un écoulement qui ne l'est pas. Quant à moi, dans le cas présent, m'appuyant sur la véracité bien connue du malade et que je n'avais aucun motif de soupçonner, et surtout le développement antérieur, sous l'influence de la même cause, d'un écoulement analogue, à un âge et dans une position où tout commerce avec les femmes me paraît impossible, je ne conserve pas le moindre doute sur l'absence de toute virulence.

Au reste, aujourd'hui beaucoup de syphilographes reviennent à cette opinion professée autrefois, que tous les écoulemens urétraux ne sont pas vénériens. Or, puisque, comme je viens de le dire, la science ne nous fournit encore aucun moyen de distinguer entre eux ces divers écoulemens, soit par la marche des symptômes, soit par les caractères du liquide fourni, soit par les résultats du traitement, il ne reste au praticien qu'un seul fil pour le guider dans cette voie difficile; c'est l'étude des causes, autant du moins qu'on peut parvenir à les connaître, et tout en tâchant de ne pas être dupe des fables que les malades pourraient avoir intérêt à inventer pour tromper le médecin.

Toutes les fois que, comme dans l'observation que je viens de relater, l'écoulement se montrera assez long-temps après le coït, pour qu'on ne

(1) L'Expérience, 1838, t. I, p. 481.
(2) Annales de la Société de Montpellier, littérature, p. 99.
(3) Hufeland's journal, 1840, et Gazette médicale, 1840, t. VIII, p. 618.

parce que ce fait est démontré pour moi et qu'il n'est point encore assez connu ou du moins assez généralement admis.

Les hémorrhagies qui sont fournies par l'intestin, qui ont lieu par un point de sa surface plus ou moins éloignée de la tumeur, ces hémorrhagies se présentent avec des circonstances différentes, selon qu'elles ont lieu accidentellement ou qu'elles se reproduisent avec plus ou moins de fréquence, d'une manière périodique, ou qu'elles sont continues.

Lorsque ces hémorrhagies sont accidentelles, elles sont peu importantes et n'ont point d'effet marqué sur l'économie. On peut tout au plus présumer que cette hémorrhagie se reproduise à l'avenir de temps en temps et à des intervalles éloignés, de la même manière que les épistaxis; on les considère généralement de même que celles-ci, et non sans raison, comme ayant un effet salutaire sur la santé. Ce sont, qu'on nous passe la comparaison, des espèces de soupapes de sûreté.

Chez certains sujets les flux hémorrhoïdaux reviennent périodiquement de mois en mois, comme les évacuations menstruelles chez les femmes. J'ai eu occasion de voir fréquemment de ces hommes à constitution faible, délicate, analogue à celle des femmes, et de leur entendre dire que lorsqu'ils éprouvaient dans le retour périodique de leur flux hémorrhoïdal un retard de trois ou quatre jours, ils ressentaient un état général de trouble, de malaise, et une série de symptômes absolument semblables à ceux qu'éprouvent les femmes dans des circonstances analogues. La plupart du temps, ce flux est peu considérable; il se borne le plus souvent à un écoulement de sang qui dure quelques instans seulement, pendant le temps des garderobes, par exemple. Plus rarement ces hémorrhagies mensuelles sont abondantes, au point que les hommes qui y sont sujets sont obligés de se garnir de la même manière que les femmes. J'ai spécialement remarqué dans ces cas, qui sont d'ailleurs assez rares, combien était grande l'analogie qu'offraient ces hommes avec les femmes, par la faiblesse et la délicatesse de leur constitution.

Le malade en question offre à cet égard des conditions exceptionnelles; c'est le premier que je vois offrant, avec cette circonstance d'une hémorrhagie périodique analogue à celle des femmes, une constitution assez forte. Il est cependant une particularité qui peut, jusqu'à un certain point, expliquer cette apparence d'anomalie, c'est le genre de profession qu'exerce cet homme et les habitudes sédentaires auxquelles sa profession l'assujétit; habitudes qui se rapprochent, sous ce rapport, de la condition commune dans laquelle vivent les femmes.

Chez ce malade la face offre un teint jaune paille analogue à celui que présentent les personnes affectées d'une altération organique d'un des principaux viscères. Cet aspect nous en avait imposé au premier abord; mais par un examen attentif, par le palper de toutes les parties du ventre, nous nous sommes convaincu qu'il n'existait dans cette cavité aucune lésion. Il est toujours nécessaire de toucher, de palper et de bien examiner tous les viscères, dans des cas analogues à celui-ci; car il est un assez grand nombre de circonstances où l'on avait cru d'abord n'avoir affaire qu'à des hémorrhoïdes, et où l'on a trouvé un cancer du rectum existant avec un flux hémorrhoïdal habituel. Je n'ai pas besoin de dire qu'en pareille circonstance on se gardera bien de détromper le malade auquel on appliquera les moyens de traitement appropriés, et en lui laissant la persuation qu'on le traite uniquement pour ses hémorrhoïdes. Ici nous n'avons d'ailleurs rien trouvé de ce genre. Le rectum ne nous a offert à l'examen aucune tumeur, point d'engorgement ni de rénitence. Nous n'avons rien trouvé non plus dans les fosses iliaques. La pureté du sang rendu par l'anus excluait d'ailleurs tout soupçon que l'hémorrhagie pût avoir son siége dans une région plus élevée du tube digestif. Ce sujet offre en outre les signes généraux de l'anémie d'une manière très manifeste; il éprouve des palpitations en marchant; à l'auscultation on constate le bruit de souffle caractéristique dans les carotides. Le sang n'a point encore été examiné. Quant aux phénomènes généraux, à la marche de la maladie, ce sont les mêmes que dans toutes les hémorrhagies en général.

On a prescrit à ce malade une alimentation substantielle et tonique (trois portions de viande rôtie et deux portions de vin de Bordeaux). La médication consistera dans l'administration de la limaille de fer à l'intérieur et de lavement d'eau fraîche qui auront pour but de faciliter les selles et de diminuer les chances de l'hémorrhagie, en modérant les efforts du malade, et en même temps qu'ils auront une action légèrement astringente. On y joindra plus tard un peu de tan.

Le pronostic, chez ce malade, me laisse quelques doutes; il peut avoir de la gravité en raison de la persistance des hémorrhagies et de l'état anémique qui en est la suite. Le faciès du malade, depuis quelques jours qu'il est à l'hôpital, conserve le même caractère; les hémorrhagies se reproduisent à l'occasion de chaque selle. Il est à craindre, malgré l'usage des moyens auxquels nous aurons recours, que la sécrétion incessante de ces hémorrhagies et le défaut de réparation, ne finissent par compromettre sérieusement la vie.

Une autre circonstance nous paraît aggraver le pronostic, et rendre difficile l'exécution des moyens de traitement; ce sont les accidens qui accompagnent la cessation trop brusque ou trop complète de ces hémorrhagies. Elles se sont arrêtées pendant deux ou trois jours chez cet homme, et il a éprouvé pendant ce temps-là de la céphalalgie, des malaises, de l'agitation et un trouble général; en un mot, des phénomènes semblables à ceux que produit la suspension d'un flux normal ou habituel. Cette circonstance apportera de grandes difficultés dans le traitement; car on aura à craindre alternativement, ou de suspendre trop vite l'hémorrhagie, ou de la laisser trop long-temps se prolonger. Il faudra chercher à éviter avec soin ces deux écueils, et pour cela tâcher d'obtenir une diminution graduelle de l'hémorrhagie; c'est ce que nous essaierons de faire en graduant la dose et le degré d'intensité des astringens et des toniques que nous administrerons de préférence par l'estomac. Nous n'obtiendrons probablement, à raison de ces circonstances, qu'un résultat très lent; ce qui ne nous permet pas de nous prononcer encore sur l'issue définitive, probable de cette maladie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Leçons sur les maladies de l'utérus. De l'application du spésulum. (Suite et fin.)

Dans la dernière leçon que nous avons publiée sur les moyens d'exploration de l'utérus par l'application du spéculum, M. Lisfranc s'était borné à énoncer les préceptes généraux relatifs à l'introduction du spéculum et aux manœuvres qu'exige cette application dans les cas ordinairs, c'est-à-dire lorsque le col de l'utérus conserve sa direction normale et ses rapports habituels avec le vagin. Les difficultés qui résultent pour cette introduction du changement de direction et de rapports du col et les modifications que ces circonstances doivent apporter dans les manœuvres ont fait l'objet d'une seconde leçon dont l'importance sera suffisamment appréciée par les praticiens, et qui fournira d'ailleurs le complément indispensable de la leçon précédente.

Dans l'état ordinaire, avons-nous dit, le spéculum étant introduit d'abord suivant la direction de l'axe de l'orifice inférieur du vagin jusqu'à ce qu'il soit parvenu à un pouce environ dans le conduit vulvo-utérin, puis dans la direction d'une ligne qui partant du centre de cet orifice se dirigerait vers l'articulation sacro-vertébrale; on fait ainsi parcourir à l'instrument la ligne courbe que décrit l'axe du vagin. A mesure que le spéculum pénètre dans cette direction on voit le vagin se déployer en formant dans le fond de l'instrument une rosace dont le centre présente une fente transversale, et l'on arrive, en se guidant sur cette disposition en valves des parois vaginales, jusque sur le col de l'utérus, dont la direction est toujours indiquée par celle de la fente qui sépare les valves du vagin. C'est sur cette dernière circonstance que M. Lisfranc est revenu et qu'il a insisté dans sa dernière leçon, comme devenant d'une très grande importance dans les cas de déviation du col qui peuvent rendre extrêmement difficile l'exploration de cet organe par le spéculum. En effet, a-t-il dit, si dans les cas les plus ordinaires où les parties conservent leurs dispositions normales on est certain d'arriver au col en suivant les directions que nous avons indiquées, on courrait le risque de se fourvoyer et de ne pouvoir parvenir à charger le col dans un certain nombre de circonstances, si l'on s'en tenait à cette seule indication, et si l'on n'avait le soin de se guider d'après la disposition des valves du vagin.

La considération de ces valves est donc d'une importance majeure. En effet, lorsque l'utérus est incliné et son col consécutivement dévié, les valves du vagin ne correspondent plus à la lumière du spéculum et si l'on persiste à le pousser dans la direction des axes du vagin, on voit saillir une des parois vaginales dans l'extrémité de l'instrument, on éprouve souvent des résistances assez grandes, on provoque de la douleur et l'on n'arrive point au col. Il faut donc retirer doucement le spéculum, changer la direction et l'inclinaison alternativement à droite, à gauche, en bas ou en haut, avec précaution et ménagement, jusqu'à ce que l'on retrouve l'orifice des valves vaginales; cet orifice n'a plus alors la direction transversale que nous avons signalée lorsque le col correspond à l'axe du vagin, mais il est plus ou moins incliné à gauche ou à droite, par rapport au chirurgien, et le sens de cette inclinaison traduit ordinairement la direction du col. Ainsi on recherchera le col à droite, si les valves sont inclinées à droite; et à gauche, si elles le sont à gauche.

Mais quelquefois on ne trouve point ces valves; les parois du vagin ayant perdu leur élasticité ne viennent point faire saillie dans le spéculum et n'offrent point cette disposition en rosace ou en valves que nous signalions; c'est ce que l'on rencontre notamment chez les vieilles femmes dont le vagin est rétréci et a subi une sorte de retrait qui s'oppose à son extensibilité et qui ne permet point cette disposition. Il faut être prévenu de cette circonstance, afin de ne se point exposer à de fausses manœuvres; on sentirait bien d'ailleurs dans ce cas le défaut de résistance en se dirigeant suivant l'axe du vagin.

Il est des cas où la lèvre antérieure du col est tellement développée qu'elle refoule la membrane muqueuse du vagin en bas au-devant d'elle, jusque vers son orifice, et qu'il devient impossible de pousser plus loin le spéculum. D'autres fois c'est l'utérus lui-même tout entier qui se projette tout à fait en avant et qui arrête le spéculum.

Enfin, les divers déplacemens qu'a pu subir la matrice, soit latéralement, soit en avant ou en arrière, et les directions obliques du col qui en résultent, sont quelquefois telles que, malgré les précautions que je viens d'indiquer, on ne peut point arriver à embrasser le col avec l'extrémité du spéculum; quelquefois même, après avoir parfaitement reconnu la direction

---

puisse soupçonner l'infection, le diagnostic sera assez facile; mais il n'en sera plus de même dans les cas où l'écoulement surviendra seulement quelques jours après la copulation. M. Pigeaux qui, en 1833 (1), a publié une note sur la blennorrhagie non syphilitique, semble accorder beaucoup d'importance pour le diagnostic différentiel, à la période d'incubation, dont la durée varie en général entre deux et huit jours, période d'incubation qui serait constante dans la blennorrhagie virulente, et qui au contraire, selon lui, n'existerait pas dans les écoulemens non syphilitiques. Le fait que j'ai rapporté plus haut prouve évidemment que ce caractère est également fautif, puisque ce n'est que trois jours après la suppression de la sueur que l'écoulement s'est manifesté. Or, si, en même temps que le malade s'était exposé au froid, il se fût également exposé à contracter la blennorrhagie, n'aurait-on pas pu, d'après M. Pigeaux, regarder ces trois jours comme constituant la période d'incubation, et regarder alors comme vénerienne une maladie qui ne l'était pas. Je citerai plus loin d'autres faits recueillis depuis long-temqs, et qui viendront aussi contredire l'opinion de M. Pigeaux.

On pourrait faire les mêmes objections à un autre caractère différen tiel proposé aussi par M. Pigeaux, à savoir que la blennorrhagie spécifique est d'*ordinaire* fixe à l'endroit où elle s'est primitivement déve loppée, et que ce lieu d'élection est rarement l'orifice de la verge, mais bien la portion membraneuse et la spongieuse du canal de l'urètre. Nous démontrerons plus loin et par des faits, qui sont tout en médecine, la futilité d'une pareille distinction.

Quant à un autre caractère que le baron de Wedekind (2), médecin ordinaire du grand duc de Hesse, prétend avoir trouvé et qu'il regarde comme certain pour distinguer la blennorrhagie vraie de la fausse, nous croyons devoir l'indiquer ici, bien que nous n'ayons jamais eu occasion de l'observer, et que, d'après le silence absolu que les auteurs qui ont décrit depuis ont gardé à ce sujet, ne nous paraît pas mériter la confiance que M. Wedekind lui a accordée. Ce caractère consiste, suivant ce médecin, en deux petits tubercules lenticulaires, situés l'un à côté de l'autre, sous le frein du gland, dans la fosse naviculaire, immédiatement derrière l'orifice urétral. Ces tubercules ne se développent que chez les individus qui ont été infectés dans le coït.

Nous ferons seulement remarquer en passant, que ce fait, s'il venait à être constaté de nouveau, se trouverait en contradiction avec la manière de voir de M. Pigeaux, qui place le lieu d'élection de la blennorrhagie vers les parties membraneuses et spongieuses de l'urètre, opinion également combattue par l'expérience de la plupart des syphilographes,

(1) Archives de Médecine, t. XXXII, p. 56.

(2) Bibliothèque médicale, 1825, t. VIII, p. 381.

entre autres M. Lagneau (1), qui dit positivement que, lorsqu'elle est récente et primitive, la blennorrhagie affecte *le plus souvent la fosse naviculaire*, pour s'étendre bientôt plus en arrière vers la glande prostate.

Nous le répétons; puisque ni les divers caractères de l'écoulement, ni la période d'incubation, ni le siége de la maladie, ne peuvent nous éclairer sur le caractère spécifique ou non de la blennorrhagie, il faut chercher un guide autre part, et nous ne voyons que l'étude des causes qui pourra servir quelquefois à porter un diagnostic sûr. Toutes les fois donc que les malades atteints de blennorrhagie, et que l'on ne soupçonnera pas avoir un intérêt marqué à déguiser la vérité, ce qui est beaucoup plus commun qu'on ne pense, diront avec assurance qu'il y a trop long-temps qu'ils ont vu des femmes, ou qu'ils n'ont pas lieu de soupçonner celles avec lesquelles ils viennent récemment de cohabiter, le médecin devra s'enquérir de toutes les circonstances antécédentes pour tâcher d'arriver à reconnaître la véritable cause de l'écoulement, pour ne pas soumettre ces mêmes malades à un traitement mercuriel au moins inutile et souvent nuisible; car, combien de fois n'a-t-on pas soumis à plusieurs traitemens mercuriels successifs des individus atteints d'un écoulement chronique, et qui ne persistait que parce que sa véritable cause restait ignorée.

Examinons donc, d'après les faits qui nous sont connus, les causes principales qui peuvent donner lieu à la blennorrhagie idiopatique ou non virulente, question qui intéresse la société toute entière, puisqu'il est bien démontré aujourd'hui que la blennorrhagie syphilitique, que rien ne caracterise et ne spécifie aux yeux du médecin, peut donner lieu aux mêmes accidens consécutifs que la vérole.

Le fait que j'ai recueilli et rapporté plus haut, joint à celui que je n'ai pu qu'indiquer au lecteur et rapproché d'un cas de leucorrhée produite par la même cause (2), prouve suffisamment que la sueur des pieds supprimée peut entraîner le développement de la blennorrhagie. Cette cause d'ailleurs avait déjà été indiquée par M. Lallemaud, de Montpellier. En effet, ce chirurgien distingué dit que dans les grandes villes, l'humidité habituelle des rues expose singulièrement au refroidissement des pieds et par là aux écoulemens uretraux non syphilitiques, écoulemens qui guérissent spontanément l'été ou quand les malades passent dans des climats chauds et secs (3).

C'est à cette même influence d'un froid humide mais agissant long-temps et sur l'économie toute entière, qu'il faut rapporter l'épidémie

(1) Dictionnaire de Médecine, 2e édition, t. V, p. 355.

(2) Dictionnaire en 60 volumes, 1818, t. XXXVIII, p. 9.

(3) Archives de médecine, t. XIII, p. 248.

blennorrhagique que Heinrich Blass observa, en 1730, à Magdebourg (1). De plus, si l'on consulte les divers relevés statistiques qui ont été donnés sur les services des hôpitaux consacrés aux affections syphilitiques, on remarque, qu'à certaines époques de l'année, qui coïncident avec les saisons les plus froides et les plus humides, les écoulemens blennorrhagiques s'y présentent en nombre bien plus considérable que tout autre symptôme vénérien.

Il nous semble, d'après ce que nous venons de rapporter, qu'il est impossible de ne pas reconnaître toute l'influence que peuvent avoir, sur le développement de la blennorrhagie, la suppression brusque d'une sueur habituelle et l'action long-temps continuée d'un froid humide.

Après les causes que nous venons d'examiner, celle qui se présente un plus grand nombre de fois, au moins dans les cas qu'il nous a été donné de rassembler, c'est le principe rhumatisant et goutteux. Ce qui m'a surtout surpris dans les recherches que j'ai faites sur le sujet qui m'occupe, ç'a été de voir Cullerier et M. Ratier (2) nier positivement que la blennorrhagie puisse survenir spontanément chez un goutteux ou un rhumatisant. Cette erreur des médecins recommandables que je viens de nommer, tient sans doute aux circonstances dans lesquelles ils ont observé. En effet, ce n'est guère dans un hôpital de vénériens, ni quand on se livre à une spécialite, à laquelle, malgré soi, on est toujours porté à rattacher tous les cas pathologiques qui se présentent à vous, qu'on peut faire des observations justes sur les caractères différens des maladies.

Pour preuve de la facilité avec laquelle la plupart des spécialistes, en fait de syphilis, rattachent à la maladie vénérienne toutes les affections qui apparaissent aux parties génitales, je citerai un de mes parens qui avait eu huit et six ans auparavant une blennorrhagie et des chancres, et qui alla, en 1829, consulter Cullerier neveu, pour un eczéma qui avait envahi tout le gland et le prépuce, et s'accompagnait d'une balanite avec écoulement assez abondant. Bien que ce jeune homme eût suivi, lors de ses deux affections syphilitiques, un traitement antivénérien très méthodique, M. Cullerier n'en considéra pas moins l'eczéma et l'écoulement dont il était accompagné, comme une des mille formes sous lesquelles le virus syphilitique peut apparaître consécutivement, et prescrivit la liqueur de Van Swieten, les sudorifiques, etc. Bien qu'alors je fusse à peine revêtu du bonnet de docteur, mon parent voulut bien me consulter aussi. En le questionnant avec soin j'appris que dans son enfance et même à un âge plus avancé, mais cependant avant toute infection vénérienne, il avait eu, à plusieurs reprises, une éruption semblable au cuir chevelu, aux oreilles, au scrotum. D'après

(1) Observr chir. méd., Magdebourg, 1731.

(2) Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. IV, p. 140.

du col avec le doigt avant d'introduire le spéculum (il est bien entendu que le toucher aura toujours dû être pratiqué préalablement ; il n'est pas besoin de revenir sur la nécessité de cet examen), on ne retrouve plus ce col ; l'utérus s'est déplacé immédiatement après ce premier examen, soit par le changement de position de la malade, soit par les mouvemens involontaires auxquels elle s'est livrée, et il devient alors nécessaire de retirer l'instrument, de toucher de nouveau, afin de replacer l'utérus dans sa direction normale, à moins qu'il n'y ait quelque obstacle, tel que les douleurs trop vives que pouvaient déterminer ces explorations réitérées ; car ces manœuvres trop souvent répétées, vous le savez, ne sont pas sans danger ; elles peuvent occasionner, par suite des douleurs vives qu'elles déterminent, de l'irritation, des congestions ou même des déchirures, des ulcérations s'il en existe, et quelquefois des accidens de métro-péritonite. Ce n'est donc qu'avec une extrême réserve et avec de grands ménagemens, qu'on se livrera à de nouvelles explorations, dont on cherchera toujours à prévenir la nécessité en s'assurant d'avance par le toucher de l'état et de la direction du col, que l'on ramènera, si c'est possible, avant d'introduire le spéculum.

Je suppose donc qu'après avoir retiré l'instrument on touche de nouveau, et qu'on reconnaisse une obliquité du col, on cherchera à le ramener dans sa direction normale en soulevant légèrement l'utérus avec l'extrémité du doigt passée au-dessous de la lèvre la plus saillante, et en le repoussant de manière à le faire basculer dans le sens opposé à son inclinaison. La réintroduction du spéculum exigera d'autant plus de précautions que le vagin aura déjà été irrité par une première introduction ; si ces parties se trouvaient dans un état d'éréthisme trop grand, il serait même nécessaire d'ajourner ce second examen. De là la nécessité d'user de toutes les précautions convenables pour éviter des manœuvres pénibles et douloureuses pour les femmes qui y sont soumises, et l'importance de bien s'assurer de la direction du col avant d'introduire le spéculum.

Dans les cas où le col est dans une direction oblique et immobile dans cette position, par suite d'adhérences de l'utérus, toutes manœuvres ayant pour but de replacer le col dans une situation convenable devenant inutiles, il faut avoir recours à un spéculum d'une plus grande dimension ; on aura l'avantage, avec un grand spéculum, de mettre à découvert la totalité, ou du moins une grande étendue du col. Mais l'introduction d'un grand spéculum exige des précautions ; on n'introduira pas de suite le spéculum du plus grand diamètre ; on agira comme on le fait lorsqu'on veut dilater le canal de l'urètre ; on préparera le vagin en introduisant successivement des spéculums gradués et d'un diamètre de plus en plus grand, et l'on remarquera qu'il en est du vagin comme de l'urètre, c'est-à-dire que plus ces introductions sont souvent répétées, plus elles deviennent faciles et aisément supportées. Lorsqu'on sera arrivé à pouvoir faire pénétrer le spéculum du plus grand diamètre, on mettra alors à découvert la presque totalité du col, sinon même le col tout entier ; et d'ailleurs ce serait encore de peu d'importance si l'on ne pouvait découvrir la totalité du col, pourvu qu'on pût parvenir à l'ulcération que l'on recherche, et en mettre à nu une certaine étendue ; car tout le monde sait qu'il n'est pas nécessaire de cautériser toute l'étendue d'un ulcère pour en obtenir la cicatrisation, et que la cautérisation d'un de ses points suffit pour modifier toute son étendue et changer sa vitalité assez pour que le travail de cicatrisation s'y fasse partout d'une manière égale. C'est ce que l'on voit journellement pour les ulcères à la peau ou ceux des membranes muqueuses extérieures. Ceux du col de l'utérus affectent, à cet égard, la même marche. Il ne serait pas d'ailleurs impossible, une fois qu'on aurait découvert une partie de l'ulcère, de découvrir successivement toute son étendue, en déplaçant légèrement le spéculum et lui faisant peu à peu parcourir toute la surface du col ; mais, je le répète, il ne serait point indispensable de cautériser la totalité de la plaie.

Dans certains cas la matrice repose sur le rectum et sur le sacrum, sur lesquels elle est obliquement couchée ; vous touchez et vous ne sentez rien ni en avant, ni en arrière, ni par les côtés. Dans ce cas, faites coucher les malades sur un plan incliné ; touchez dans une direction presque perpendiculaire à l'axe du bassin, et vous sentirez le col qui est situé presque en arrière de l'échancrure sus-pubienne des accoucheurs. Mais comment faire alors pour arriver sur ce col avec le spéculum ? Introduisez le spéculum jusqu'au fond du vagin, et vous le retirerez ensuite peu à peu en faisant faire à cet instrument un mouvement de bascule de haut en bas en l'appuyant sur le périnée, de manière à le tenir dirigé presque verticalement et la lumière tournée en haut ; vous rencontrerez ainsi le col.

Il est une déviation du col qui est beaucoup plus commune que celle dont je viens de parler ; c'est la déviation du col en arrière. J'ai dit, en traitant de l'anatomie chirurgicale des organes génitaux de la femme, que chez les femmes qui se sont fréquemment livrées au coït, le col de la matrice, habituellement refoulé par l'extrémité du pénis, finissait par s'incliner en arrière en déterminant un léger mouvement de bascule de l'utérus en avant. Le même résultat est souvent produit aussi par l'habitude qu'ont la plupart des femmes, surtout celles qui vivent dans le monde, de retenir long-temps leurs urines, la vessie pesant alors sur le col et le repoussant en arrière. Les femmes qui sont dans cette condition éprouvent de fréquentes douleurs et de la pesanteur dans le rectum, qui leur font croire qu'elles ont une maladie de cet intestin ; ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvient ordinairement à leur persuader que les douleurs qu'elles rapportent au rectum tiennent à cette disposition spéciale du col. Eh bien, dans cet état de choses, il est quelquefois extrêmement difficile de juger de l'état du col soit au toucher, soit au spéculum ; cette disposition devient fréquemment une cause d'erreur à laquelle beaucoup de médecins se laissent prendre.

J'ai eu l'occasion de voir une femme qui éprouvait des symptômes d'affection utérine, et notamment des douleurs très vives qu'elle rapportait au rectum ; cette femme avait été examinée par plusieurs médecins, qui avaient déclaré trouver le col sain : je l'examinai, et je reconnus qu'ils n'avaient vu et touché que la face antérieure de la lèvre supérieure du col. En dirigeant le doigt plus profondément en arrière, de manière à contourner la lèvre antérieure du col, j'arrivai, en imprimant un léger mouvement de bascule à l'utérus, sur la lèvre postérieure, sur laquelle je découvris une ulcération profonde qui en avait détruit une grande partie. L'erreur était en effet assez facile, en ne donnant pas à cet examen tout le soin que j'y apportai. Le doigt ne portant que sur la lèvre antérieure, sentait une surface unie et polie ; lorsqu'on examinait au spéculum, l'extrémité de cet instrument venant s'arc-bouter contre la paroi antérieure de cette même lèvre, on trouvait une surface parfaitement saine qui pouvait aisément en imposer pour un état normal du col. Cet exemple seul doit suffire pour vous tenir en garde contre une semblable méprise.

Lorsque vous aurez affaire à une déviation du col en arrière, essayez donc de faire basculer l'utérus en avant, et de ramener par ce mouvement le col dans sa direction normale ; mais cette manœuvre n'est pas toujours facile ; il est quelquefois extrêmement difficile et même impossible de maintenir le col redressé, et, dans cette position, l'application du spéculum est presque toujours sans résultat. Il faut, dans ce cas, recourir à une manœuvre analogue à celle que j'ai indiquée pour les cas de déviation du col en avant, mais en dirigeant les mouvemens en sens opposé.

La femme étant couchée en supination, vous introduisez le spéculum dont l'extrémité arrive sur la lèvre antérieure du col ; parvenu là, vous retirez doucement l'instrument (il arrive souvent qu'à mesure qu'on le retire la matrice descend et le suit jusque près de l'orifice inférieur du vagin) ; vous recommandez alors à la femme de ne point pousser et de retenir ses efforts ; vous réintroduisez de nouveau l'instrument, et, arrivé sur le même point, vous le retirez peu à peu en le relevant, de manière à diriger sa lumière en avant dans la direction du col que vous cherchez à saisir. Quelquefois, au moment où vous croyez l'avoir chargé, l'instrument a glissé en arrière du col qui se trouve placé au-dessus du spéculum ; vous retirez encore tout doucement l'instrument, et on parvient ordinairement, à l'aide de cette dernière manœuvre, à saisir le col et à le placer dans la lumière.

L'extrême difficulté de cette manœuvre et l'insuccès dont elle est souvent suivie m'ont fait imaginer tout récemment de recourir à un moyen fort simple auquel je n'avais pas encore rongé : c'est de faire coucher les femmes sur le ventre et d'introduire le spéculum dans cette position. Il peut arriver encore malgré cette précaution qu'on n'arrive pas à son but ; on peut alors s'aider du doigt indicateur introduit dans le rectum, et à l'aide duquel on cherche à repousser le col en avant. Mais cette introduction du doigt n'est pas toujours possible, à cause de l'extrême ampliation que subit le vagin pendant la pénétration du spéculum, et qui rétrécit considérablement le diamètre de l'intestin.

Un médecin de province a imaginé, dans l'intention de faciliter l'examen du col au spéculum dans les circonstances dont il s'agit, le moyen suivant : il introduit dans le vagin une petite baguette à extrémité mousse qu'il dirige avec le doigt, et dont il fait pénétrer l'extrémité dans l'orifice du col. A l'aide de ce petit levier, il imprime à l'utérus un mouvement de bascule qui replace son col dans la direction de l'axe du vagin et il introduit le spéculum en maintenant la petite baguette dans son centre, jusqu'à ce que le col ait été chargé.

Ce moyen, tout au plus applicable dans les cas où le col de l'utérus serait sain et son orifice suffisamment béant pour recevoir la petite extrémité de ce levier, ne serait évidemment pas appliqué sans danger dans les cas de maladie de cet organe. Aussi M. Lisfranc le repousse-t-il comme éminemment dangereux et impropre à remplir le but qu'on s'en est proposé. M. Lisfranc pense qu'on pourrait l'aider dans cette circonstance d'un petit instrument destiné à être introduit dans le rectum jusqu'à la hauteur du col, et à imprimer à celui-ci un mouvement de bascule à travers la membrane rectale, instrument qui serait confectionné à ce sujet.

— Nous ne terminerons pas cet article sans réparer une petite omission que nous avons commise dans la reproduction des leçons précédentes. Nous voulons parler des différentes formes de spéculum en usage, et des motifs qui font préférer à M. Lisfranc le spéculum plein ordinaire aux spéculums brisés ou à valves dont on a modifié les formes à l'infini. M. Lisfranc rejette l'usage du spéculum à valves sur les motifs suivans : d'abord le premier inconvénient qu'offre cet instrument, c'est de laisser pénétrer des plis du vagin dans l'intervalle de ses valves, aussitôt qu'on veut ouvrir l'instrument ; d'où résulte de la gêne dans les manœuvres, et souvent des tiraillemens et des pincemens douloureux de ces plis du vagin, lorsqu'on referme l'instrument. Un autre inconvénient non moins grave qu'on lui reproche à juste titre, c'est, lorsqu'on

---

ces renseignemens, je crus devoir l'engager à ne pas faire usage du mercure, avis qu'il adopta d'autant plus volontiers que le traitement qu'il avait suivi six ans auparavant avait produit une salivation et des accidens fort graves. Il n'eut qu'à se louer de cette détermination.

Voyons donc si des faits bien observés ne viendront pas réduire à sa juste valeur l'opinion professée par Cullerier et M. Ratier.

« Un particulier de famille goutteuse, et lui-même travaillé de ce virus depuis dix ans, est attaqué à son ordinaire d'un accès très violent à l'articulation du gros orteil ; mais ce qui n'était pas encore arrivé, la scène change, l'articulation n'est bientôt plus douloureuse, et il s'établit par l'urètre un écoulement parfaitement semblable au flux vénérien, avec ardeur, difficulté d'uriner, etc.

» Le malade, effrayé de son état, fait appeler un chirurgien qui, sans un examen bien réfléchi, proposa un traitement anti-vénérien, malgré les naïves protestations de ce bon mari d'être fidèle depuis dix-sept ans à sa chère moitié qui, ainsi que lui, n'a jamais éprouvé de semblables maladies, qui même dans le moment jouissait d'une santé parfaite. Mais un pareil aveu ne fit naître aucunes réflexions : on s'en tint au premier pronostic, et pour soutenir son opinion, on eut recours à des possibilités, à un virus niché, cantonné depuis long-temps, etc. On procéda en conséquence au traitement : on probiba les échauffans, le coït, etc. : on prescrivit quelques remèdes généraux, et on passa au spécifique, que l'on administra sous forme de frictions. On mit entre elles un jour d'intervalle ; les deux premières furent chacune de demi-gros, et la troisième d'un gros d'onguent mercuriel fait à parties égales. Le mercure n'avait encore produit aucun effet sensible : mais à cette époque, l'écoulement cessa subitement ; nouvelle métastase ; l'articulation du pied redevint rouge et douloureuse... Dans cette circonstance, le malade, homme de bon sens, croyant la maladie devenue plus simple, et pour la première fois devenu joyeux à la vue de sa vieille affection, refusa avec fermeté et prudence de continuer les frictions. Huit jours après, cet accès se termina comme les précédens par un petit nodus.

» Trois mois se passent ; nouvel accès de goutte au même orteil ; même accident. La douleur de l'articulation se dissipe bientôt, et il s'établit, comme ci-dessus, un écoulement par l'urètre. Mêmes inquiétudes, mêmes chagrins, et de la part du mari, et de la part de la femme. Je fus consulté dans ce moment, et j'appris l'historique précédent. Je commençai alors à douter de la présence du virus vénérien, et à soupçonner un transport de l'humeur goutteuse sur l'urètre. J'interrogeai en conséquence le malade à plusieurs reprises : d'après ses réponses, d'après la bonne santé de sa femme et de ses enfans, je regardai dès-lors mon opinion comme assurée, et le succès a justifié mon pronostic. Après avoir prescrit quelques calmans, j'usai de révulsifs tels que bains, frictions, sinapismes à la plante du pied ; mais ces secours ne me paraissant pas assez énergiques, j'en vins aux vésicatoires, et j'eus le plaisir, comme je l'avais prévu, de voir en peu de jours cesser l'écoulement, la maladie reprendre sa première forme, et enfin se terminer critiquement, comme les autres accès, par un petit nodus à l'articulation (1). »

Il serait difficile de rencontrer une observation plus propre à démontrer la possibilité d'une blennorrhagie goutteuse. En effet, il y a eu dans l'apparition et la cessation de l'écoulement une coïncidence trop précise avec la cessation et le retour des douleurs arthritiques pour qu'on ne doive pas conclure ici de la cause à l'effet.

J'ai moi-même observé les mêmes circonstances sur un individu âgé de soixante ans environ, et qui depuis plus de vingt-cinq ans était sujet à de fréquentes attaques de goutte, lorsqu'il succomba à cette affection particulière des reins si bien décrite par M. Royer. Depuis six ans je lui donnai des soins, et, comme cela arrive souvent dans les petites localités, il s'était établi entre mon malade et moi une confiance tellement intime, que rien ne m'était caché ; aussi n'ai-je pu élever aucun doute sur la véracité de M... quand il m'assura que jamais il n'avait eu de maladie vénérienne, et que depuis son mariage, contracté à trente-cinq ans, il n'avait jamais connu d'autre femme que la sienne. Pour mieux préciser le fait encore, j'ajouterai que l'écoulement urétral qui s'est présenté dans un assez grand nombre d'attaques de goutte se manifesta à une époque où depuis long-temps le malade ne pouvait plus cohabiter avec sa femme, qui, du reste, a toujours joui et jouit encore d'une bonne santé, sans avoir même jamais eu le plus léger écoulement leucorrhéique. Comme dans l'observation de M. de Plaigne, il y eut toujours une coïncidence parfaite entre l'apparition de l'écoulement et le déplacement de la douleur arthritique qui produisait d'abord une sensation de brûlure dans le canal de l'urètre, surtout vers la région prostatique.

Swédiaur (2) dit avoir recueilli de nombreuses observations sur cette espèce de blennorrhagie, et ajoute que Winckler a observé et décrit une blennorrhagie de l'urètre rhumatismale et épidémique qui fut guérie par l'usage interne du gayac et par des sinapismes appliqués au gras des jambes. Murroy, et Frank (3) qui a reproduit sa dissertation, l'admettent également. Kaempf (4) rapporte qu'un homme avait tous les deux ou trois ans une attaque de goutte très complète, qui commençait toujours par un flux de l'urètre semblable à une gonorrhée ; et

(1) De Plaigne, ancien journal de médecine, 1788, t. LXXIV, p. 425.
(2) Traité des maladies syphilitiques, t. I, p. 154.
(3) De materiâ arthriticâ ad verenda aberrante, Gœttingue, 1785, in-4° ; et Frank, Delect. opusc. med., t. II.
(4) Dict. en 60 vol., t. III, p. 177.

Biett (1) rapporte l'observation d'un rhumatisme général très violent, qui, peu de jours après son invasion, a été suivi de l'apparition d'un flux de l'urètre ; l'écoulement conttnua pendant plus de cinq mois, en alternant d'une manière remarquable avec les douleurs des membres. Enfin, pour ne pas allonger ce mémoire, je me bornerai à indiquer qu'il existe beaucoup de faits analogues (2). Toutefois, je ne puis m'empêcher de reproduire encore ici un fait adopté par un homme qui, en raison de ses études habituelles, ne pourra être soupçonné de ne pas voir un principe syphilitique là où il pourrait y en avoir. Cet homme est M. Lagneau, auquel M. Martin, médecin à l'hôpital militaire de Strasbourg, a communiqué le cas remarquable suivant (3).

Un homme de cinquante ans, à peu près, éprouva un retour de rhumatisme fixé sur les muscles de l'épaule droite. Les souffrances étaient très vives, mais elles cessèrent comme par enchantement à l'apparition d'un écoulement muqueux par l'urètre en tout semblable à une blennorrhagie ordinaire, quoique le malade n'eut jamais contracté le moindre symptôme vénérien dans sa jeunesse. Le docteur Martin, pourvu de ces informations, se contenta de prescrire une boisson légèrement diaphorétique, et les deux maladies furent promptement guéris.

J'ai cité plus haut l'observation d'un de mes parens qui fut atteint de balanite par principe dartreux. Il ne répugne pas d'admettre que chez lui le virus herpétique aurait tout aussi bien pu se porter sur la muqueuse urétrale, comme on l'a vu bien des fois exercer son action sur la muqueuse oculaire ou nasale, et donner lieu à des écoulemens muqueux comme purulens. Il en serait résulté alors un écoulement blennorrhagique qui, en raison des antécédens du malade et sa conduite tant soit peu déréglée, aurait pu être pris pour vénérien. C'est ce que Swédiaur dit avoir vu plusieurs fois ; c'est ce dont j'ai été témoin moi-même sur une jeune fille qui, depuis son enfance, était sujette à un écoulement leucorrhéique qui diminuait à mesure que l'herpès se fixait sur la peau extérieure, et ne cessait complétement que quand l'éruption avait envahi le cuir chevelu, le creux des aisselles, les mamelles, parties qui en étaient le siége habituel. M. Lagneau admet aussi cette cause de blennorrhagie.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Dict. en 60 vol., t. III, p. 178(
(2) *Voyez* : Littérature médicale étrangère, t. II p. 152, 198 et 356. — Recueil périodique, t. IX, p. 156 (4 obs.) ; t. X, p. 376 (6 obs. par Gauthier-Claubry) ; t. XI, p. 271 ; t. XIV, p. 44 (plusieurs observ., par Lecat). — Barthez, Maladies goutteuses, t. II, p. 324. — Bell, Traité de la gonorrhée virulente, t. I, p. 489.
(3) Maladies vénériennes, Paris 1815, 4e édit., p. 11.

est à la recherche du col, de contondre le col par les pressions inégales qu'exercent sur cet organe les branches de l'instrument, de faire saigner les ulcérations s'il en existe, de déterminer un écoulement de sang qui masque les parties, et des douleurs qu'il faut par-dessus tout chercher à éviter. On a fait valoir en faveur de cet instrument la petitesse de son diamètre qui en rend, dit-on, l'introduction plus facile et moins douloureuse.

Il est aisé de démontrer que ce n'est là qu'un avantage fictif, car l'instrument une fois introduit, la séparation de ses valves produit une dilatation du vagin d'autant plus douloureuse que cette membrane se prête difficilement à une ampliation directe dans le sens transversal. L'introduction du spéculum ordinaire est au contraire moins douloureuse si l'on sait bien s'en servir, car la dilatation du vagin, se faisant d'ailleurs graduellement, est favorisée ici par l'ampliation des grandes et des petites lèvres, ampliation qui entre pour beaucoup dans l'extensibilité du vagin, et dont le bénéfice est entièrement perdu dans la manœuvre du spéculum brisé.

D'un autre côté, le col est beaucoup plus facilement chargé par le spéculum ordinaire dont l'extrémité pressant d'une manière égale sur tous les points du col, expose beaucoup moins aux contusions et aux déchiremens de cet organe, et aux douleurs et à l'irritabilité qui en résultent, inconvéniens qui sont inhérens à l'usage du spéculum à valves.

Là se termine tout ce que M. Lisfranc avait à dire sur les moyens d'exploration. Dans la première séance, il commencera l'histoire des maladies de l'utérus.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 janvier 1842. — Présidence de M. Poncelet.

La séance a été remplie par des travaux étrangers aux sciences médicales.

Correspondance.— Présentation pour le concours des prix Montyon du Traité des maladies des femmes de MM. Nivet et Blatin, et de celui des Sections tendineuses et musculaires, de M. Bonnet, de Lyon.

— M. Maratueh, fabricant de pompes à incendie, demande à expérimenter un moyen de guérir la morve.

— M. Gendron adresse à l'Académie un travail sur le cathétérisme œsophagien.

— Nomination, par la voie du scrutin, d'un membre correspondant dans la section d'économie rurale.

M. Girardin, professeur de chimie à Rouen, réunit 44 suffrages sur 47 votans. MM. Burger et Rudolphi ont eu chacun une voix. Il y a eu un billet blanc.

La nomination de M. Girardin sera soumise à l'approbation du roi.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le traitement de la fièvre typhoïde.

M. le baron Michel, médecin en chef du Gros-Caillou, s'étant assuré que les saignées, les purgatifs et même les toniques en général n'opéraient que très peu de guérisons dans les cas de fièvre dite typhoïde, pensa que, l'irritation nerveuse générale suspendant les sécrétions, et celle des muqueuses surtout, ce qui est indiqué par la sécheresse de la langue et la grande altération qu'éprouve le malade, il fallait rétablir les fonctions de la peau qui a une si grande relation avec les membranes muqueuses, et, en même temps, calmer l'irritation nerveuse par des sédatifs appropriés. A cet effet, il prescrivit l'acétate d'ammoniaque associé au laudanum pour remplir les deux indications à la fois.

Aussitôt qu'un militaire malade est admis dans l'hôpital, et qu'on observe chez lui tout ou partie des symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde, M. Michel lui administre environ huit grammes (deux gros) d'acétate ammoniacal et un gramme (vingt grains) de laudanum dans un litre de solution aqueuse de gomme convenablement édulcorée. Le malade boit de ce mélange à discrétion : ainsi on a vu des sujets en prendre jusqu'à quatre et même cinq litres dans le courant de vingt-quatre heures.

D'après le relevé des malades traités par cette médication, les cinq sixièmes ont été ramenés à la santé dans un assez court espace de temps. (*Rec. de mém. de médec. milit.*, 1841.)

Emploi du sous-carbonate de potasse dans la péritonite et dans la métro-péritonite puerpérale.

M. le docteur Duchêne, médecin à Givors, a employé avec succès, dit-il, le sous-carbonate de potasse dans le traitement de la péritonite et de la métro-péritonite puerpérales, et il rapporte six observations suivies de guérison dont il attribue tout l'honneur à l'administration de cet agent médicamenteux.

La femme qui fait l'objet de la première observation était âgée de vingt-un ans; elle fut atteinte, quatre mois après l'accouchement, d'une péritonite légère qui céda, en moins de huit jours, à l'emploi du médicament indiqué, associé à une petite proportion de laudanum.

Dans le second cas, où il s'agissait d'une péritonite à marche rapide et à pronostic fâcheux, survenue huit jours après la délivrance du sujet, un résultat non moins heureux fut obtenu avec la même médication; car deux grammes (un demi-gros) environ de sous-carbonate de potasse ont suffi pour juguler le mal du jour au lendemain. Toutefois, il est juste de dire qu'en outre de ce moyen, on recourut à l'emploi d'une émission sanguine locale (seize sangsues).

Dans les quatre dernières observations, l'effet tempérant et calmant, ou pour mieux dire l'action antiphlogistique puissante de cet agent, a été également constatée.

M. Duchêne cherche à expliquer cette action par l'effet calmant que le sous-carbonate potassique exerce sur le système nerveux, et il cite, à l'appui de son opinion, celle qui a été émise par M. le docteur Brachet, de Lyon, dans la Revue médicale (janvier 1833). « Au traitement antiphlogistique, dit ce dernier, j'ai constamment associé le sous-carbonate de potasse, déjà recommandé par le professeur Récamier, à moins que la rougeur de la langue ne fût un obstacle à son administration. Ce médicament a toujours produit un soulagement subit dans l'intensité des accidens. » Néanmoins, M. Brachet avoue ensuite que, presque toujours, cette amélioration obtenue, la maladie restait stationnaire ou même reprenait un peu d'activité et résistait alors au sous-carbonate potassique qu'il était obligé de suspendre.

Quant à la valeur réelle des faits publiés par M. Duchêne, il faudrait qu'ils fussent plus nombreux pour qu'il fût permis d'en tirer quelque déduction positive; il faudrait aussi que le médicament eût été employé seul et non pas en association d'autres moyens tels que l'opium et les sangsues, auxquels il convient, sans aucun doute, d'attribuer une certaine part dans les succès mentionnés.

(*Ann. de la Soc. des scien. nat. de Bruges*, 1841.)

Emploi thérapeutique du chlorure d'étain

M. le docteur Nauche, l'un des praticiens de notre époque qui montrent le plus de zèle pour les progrès des sciences médicales en général, et de la thérapeutique en particulier, a proposé le premier d'utiliser le chlorure d'étain à titre de médicament. Il s'en est servi contre les affections cancéreuses, et c'est sous les formes suivantes qu'il en prescrit l'emploi et l'administration.

1° *Solution de chlorure stannique.*

Pr. Chlorure d'étain, 25 milligrammes.
Eau distillée, 500 grammes.

F. dissoudre S. A.

Cette dissolution est administrée au malade à la dose d'une cuillerée à bouche ordinaire par jour; chaque prise est donnée étendue dans une tasse d'eau gommée ou d'une tisane mucilagineuse quelconque.

M. Nauche prescrit quelquefois aussi cette même solution en lotions pour le pansement des ulcères cancéreux.

2° *Pommade de chlorure stannique.*

Pr. Chlorure d'étain, 5 à 10 centigrammes.
Axonge, 30 grammes.

M. et F. S. A. une pommade bien homogène, qui devra être divisée en huit doses égales.

Chaque jour le malade emploie une de ces doses en frictions sur la partie interne des jambes ou des cuisses.

M. Nauche affirme qu'il a obtenu d'excellens résultats de l'emploi de ces deux préparations dans les cas d'engorgemens glanduleux, contre les affections squirrheuses, et même dans le traitement des cancers ulcérés.

Le témoignage d'un médecin aussi honorable doit engager les praticiens à vérifier ces assertions; ils y sont d'autant plus intéressés que jusqu'ici tous les divers moyens proposés contre les squirrhes et les cancers, à l'exception de l'ablation lorsqu'elle est encore praticable, paraissent avoir complètement échoué, malgré les assurances contraires des prôneurs de médicamens secrets.

Introduction d'une pilule dans le larynx.

Certains corps peu solubles présentent des propriétés plus ou moins irritantes, et il peut se faire que, par leur introduction dans nos tissus d'une manière anomale, ils provoquent, au moyen de leur action mécanique et moléculaire à la fois, une irritation qui donne lieu à une véritable suppuration; le produit de cette suppuration s'interpose entre les tissus et les corps étrangers, qui, alors, ne sont guère plus absorbés que s'ils étaient de nature métallique ou complètement inerte.

En 1830, M. le docteur Lemarchand, de Verviers, donna des soins, pour un catarrhe bronchique chronique, à un jeune homme d'environ vingt-deux ans, présentant une gibbosité assez forte : il lui administra des pilules de baume de Tolu. Un jour, au moment de la déglutition d'une de ces pilules, il arriva que l'une d'elles alla se loger dans un des culs-de-sac situés de chaque côté du larynx, entre les cartilages thyroïde, cricoïde et arythénoïdes, ou dans un des ventricules du larynx. Il survint dès-lors des symptômes plus ou moins prononcés de laryngite, et au bout de quelque temps, une tumeur parut et fit craindre une altération du cartilage thyroïde.

Cette tumeur devient fluctuante et, au bout de quatre ou cinq jours, elle s'ouvrit spontanément et donna passage à un petit corps rond qui fut reconnu pour une pilule : cette pilule avait encore conservé la moitié au moins de son volume, et était revêtue d'une couche de matière purulente. A partir de ce moment, l'abcès marcha rapidement vers la guérison. Le sujet, qui recouvra alors la santé, mourut phthisique neuf ans après. (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand.*)

Emploi de l'emplâtre de belladone contre les palpitations nerveuses.

Le docteur Seccipson fait appliquer cet emplâtre sur la région du cœur pour calmer les violentes palpitations, et le docteur Laycock dit avoir retiré de grands avantages de cette pratique. Il assure que l'emplâtre de belladone guérit l'irritation nerveuse de la vessie et du rectum : dans ces cas, l'emplâtre doit être fait avec l'extrait pur, étendu sur du linge ou de la peau, et appliqué humide au sacrum ou au périnée. Cependant, il préfère, dans les cas d'irritabilité de la vessie, un emplâtre narcotique fait avec de l'opium en poudre et du cérat savonneux; un pareil épithème suffit quelquefois pour mettre le malade en état de ne pas uriner une seule fois pendant la nuit.

(*Journ. de Chim. méd.*, 1841.)

En 1836, le conseil général des hôpitaux de la ville de Bruxelles, « considérant qu'il importe de ne négliger aucun des moyens qui tendent aux progrès de la science et de l'enseignement de l'art de guérir », prit une décision par laquelle il était enjoint aux médecins et chirurgiens en chef des hôpitaux de faire préparer par leurs élèves les pièces d'anatomie pathologique qui pourraient être de quelque utilité pour la science.

Un réglement composé de 16 articles déterminait l'organisation de ces collections, qui devaient toujours être ouvertes aux étrangers. L'administration des hôpitaux pourvoyait en même temps à tous les frais nécessaires, et accordait pour chaque année deux médailles aux préparateurs des meilleures pièces.

Cette sage mesure a porté ses fruits; quatre ans sont à peine écoulés, et quatre musées anatomiques sont formés dans l'hôpital Saint-Pierre, dans l'hôpital Saint-Jean, dans l'hospice de Maternité et dans celui des Vieillards. La collection de l'hôpital Saint-Jean renferme seule trois cents pièces anatomo-pathologiques de toute espèce, préparées et étiquetées avec soin.

On peut comparer avec regret cette mesure si sage et si généreuse avec l'arrêté récent de l'administration des hôpitaux de Paris.

— Le corps des officiers de santé militaires vient encore de faire une perte bien regrettable par la mort de M. Ballard, ancien médecin principal d'armée et de l'hôpital de Bourbonne.

La prescription fréquente que font beaucoup de médecins du *Sirop de Corragahen*, pour les palpitations, rhumes, toux, coqueluches, irritations de poitrine, etc., est le meilleur titre auquel nous puissions le recommander à ceux qui n'en ont point encore fait usage.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 27 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 12, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANS. — M. BAUDELOCQUE.

Fièvres scarlatines. Considérations générales.

Des fièvres typhoïdes, des angines et des rhumatismes, telles sont jusqu'à présent les affections dont nous avons rapporté des observations pour donner une idée des maladies actuelles des enfans dans le service de M. Baudelocque. Chacune de ces classes de maladies a été de notre part l'objet de réflexions relatives à leurs caractères, à leur marche et à leur traitement. On a pu suivre surtout, à l'aide des remarques en question, comment M. Baudelocque détermine ces espèces pathologiques, et d'après quelles idées thérapeutiques ce médecin a recours contre leurs symptômes, tantôt aux évacuans gastro-intestinaux, tantôt aux stimulans de la peau, tantôt aux antiphlogistiques. Continuons de passer en revue les autres maladies de la même époque, en citant quelques cas de fièvre scarlatine et quelques cas de pneumonie. L'histoire de ces deux ordres de maladies complètera le tableau des affections actuellement dominantes chez les enfans.

La fièvre scarlatine a été la plus commune dans l'intervalle que nous circonscrivons; pendant plusieurs jours de suite, on en admettait de nouvelles dans les salles de ce service, où il s'en déclarait quelques cas parmi les malades mêmes de ces salles. L'affluence de cette espèce de maladie prouvait bien évidemment que la constitution régnante était inclinée activement à les reproduire. En effet, M. Baudelocque n'a pas hésité à les attribuer à cette origine; il en expliquait la formation et la fréquence par l'impression de l'humidité froide sur la peau si susceptible des jeunes sujets, humidité froide permanente dans l'atmosphère de la capitale depuis plusieurs mois ou plusieurs semaines, avant les froids secs rigoureux de la première quinzaine de janvier. Le froid humide de l'air en a-t-il été la seule cause? C'est une question difficile à résoudre. Ce qu'il y a de certain, néanmoins, c'est que la scarlatine et les autres fièvres éruptives surgissent ordinairement en grande quantité au printemps et en automne sous l'influence des mêmes qualités atmosphériques, et que lorsque dans une saison quelconque, l'air affecte pendant long-temps des caractères analogues, les mêmes éruptions ne tardent pas à remplir la ville. Maintenant, est-ce la condition physique de cet air qui engendre directement toutes ces éruptions aiguës; ou bien cet état de l'air sert-il seulement d'excitateur, ou simplement de véhicule à la cause génératrice; cette cause génératrice consiste-t-elle dans des miasmes particuliers; quelle est enfin la nature de ces miasmes? Ce sont là autant de difficultés à peu près insolubles, et heureusement assez peu importantes à délier. Le point important, c'est de savoir que, généralement parlant, quand l'air est humide et froid, sans que le froid soit trop rude, les fièvres éruptives pullulent. Nous disons qu'il est important d'être complètement édifié sur cet objet, puisque le praticien en déduit non-seulement l'annonce anticipée de l'arrivée de ces éruptions; mais qu'il peut suggérer, d'après ces données, des mesures de précaution fort bonnes à appliquer.

Les scarlatines dont il s'agit ici ont commencé à se montrer vers la fin du mois d'octobre; elles se sont multipliées beaucoup dans le courant du mois suivant, et elles ont atteint leur apogée dans la seconde quinzaine de décembre. A partir de la fin de l'année, leur nombre a diminué dès que l'humidité de l'air a fait place à un froid sec. En voici quelques exemples.

Anasarque, suite d'une scarlatine.

M..., âgé de deux ans et demi, était très bien portant, lorsqu'il y a deux mois il eut la scarlatine; l'éruption n'a duré qu'un jour, et après elle a disparu. Entré le 14 décembre, salle Saint-Thomas, n° 7; il est très maigre, il boit beaucoup, et il a un dévoiement très abondant. (Décoct. blanche; julep avec quinze grammes de sirop de pavot; lavement; bouillon et lait.)

Sept à huit jours après son entrée, le dévoiement diminue un peu, en même temps qu'une anasarque se déclare.

Le 25 décembre, le dévoiement est peu abondant, l'anasarque toujours considérable; la soif est très grande depuis l'apparition de l'hydropisie. (Décoction blanche, julep, bouillon, lait; entourer le malade de boules d'eau chaude.)

Le 26 décembre, le dévoiement avait cessé, et l'anasarque presque complétement disparu; la diminution de l'hydropisie ne datait que de l'avant-veille; urines plus copieuses que de coutume, nullement albumineuses. Le malade boit encore beaucoup.

Le 27 décembre, le dévoiement recommence; il n'y a plus d'enflure; la soif persiste encore. (Julep gommeux, tisane de chiendent pour boisson; on tient le malade très chaudement, et on le nourrit légèrement.

Réflexions. — Tout ce qu'on a appris positivement des antécédens de ce malade, c'est qu'il a été atteint d'une scarlatine, qu'elle n'a duré qu'un jour et qu'ensuite elle a disparu. A son entrée à l'hôpital, ce sujet offrait les traces d'un état pathologique prolongé que les parens rattachaient eux-mêmes à la disparition de la scarlatine. En effet, cette éruption, si bénigne en apparence, s'accompagne de conséquences fort graves quand elle est mal traitée. Si elle disparaît avant d'avoir parcouru ses phases, on voit sa rétrocession suivie tantôt de délire, tantôt d'une pneumonie, tantôt d'un flux dysentérique. Ces accidens compromettent immédiatement l'existence, et obligent le médecin à mettre tout en œuvre pour rappeler l'exanthème; heureux s'il peut y réussir; car, à peine l'éruption a-t-elle reparu à la surface cutanée, que les symptômes menaçans dont nous avons énuméré les plus remarquables, s'effacent comme par miracle et que l'éruption continuant sa marche, la santé renaît bientôt. Indépendamment des dangers prochains de la répercussion de l'exanthème, il s'en manifeste de non moins grands, quoiqu'ils soient beaucoup plus tardifs: ainsi on voit des adultes mal guéris d'une scarlatine tomber dans des accès de manie, d'autres être pris de consomption ou de marasme, d'autres enfin, d'une hydropisie générale. Ce dernier accident paraît le plus commun; il éclate fréquemment à l'époque de la convalescence de la maladie et devient lui-même une nouvelle affection très opiniâtre.

Le sujet que nous avons pris pour exemple a présenté à la suite de sa scarlatine un état de consomption avancé avec lequel il a paru dans le service de M. Baudelocque, et sept à huit jours après une anasarque. Remarquons que la consomption progressive de ce malade coïncidait avec un dévoiement très abondant, et que c'est à l'instant où le flux de ventre a un peu diminué que la scarlatine s'est déclarée; cependant l'hydropisie et le dévoiement s'étaient soutenus quelque temps ensemble. La tendance vers la guérison s'est annoncée aussi par la réduction du flux de ventre pendant que le corps se désenflait; enfin l'hydropisie s'est dissipée grâce à des urines abondantes aidées d'un retour du flux de ventre quelques jours après que ce flux avait cessé. Le dévoiement, l'anasarque et l'excrétion urinaire paraissent donc en quelque sorte solidaires et se suppléer, observation fort importante, puisqu'elle montre la direction à imprimer à la méthode curative.

Le traitement pratiqué par M. Baudelocque a été suggéré par les circonstances. Au moment de l'entrée de ce malade, le symptôme dominant était une diarrhée énervante jointe à un marasme croissant: l'indication urgente consistait dès lors à couper court, sinon brusquement au moins par degrés, au flux du ventre, source de tous les symptômes; c'est dans cette vue qu'on a soumis ce sujet à l'usage de la décoction blanche combinée avec une petite dose de pavots, en même temps qu'on soutenait doucement ses forces à l'aide du lait et du bouillon. La décoction blanche, en sa qualité de médicament adoucissant et *incrassant*, comme on disait jadis, tendait à modérer l'espèce de phlegmorrhagie intestinale; l'addition du sirop de pavots augmentait la propriété adoucissante de la décoction blanche et y ajoutait un autre genre d'activité, savoir: de tarir la source de la phlegmorrhagie par une impression légèrement narcotique.

Il fallait procéder avec une extrême prudence dans l'administration des narcotiques contre un dévoiement de deux mois de date au moins, et qui, s'il avait été supprimé d'une manière brusque, aurait décidé certainement une métastase formidable du côté des viscères essentiels à la vie. D'ailleurs les enfans s'accommodent généralement fort peu des médicamens de cette classe; le plus souvent ils en éprouvent tous les accidens d'un véritable narcotisme, accidens qu'on ne parvient pas toujours à détourner. Celui-ci en particulier, épuisé par une diarrhée rebelle, en aurait ressenti les mauvais effets beaucoup plus facilement qu'aucun autre, et selon toute apparence ils l'auraient achevé au lieu de le guérir.

Lorsque l'anasarque a éclaté, la persistance de la diarrhée indiquait de continuer la décoction blanche, tandis que l'apparition de l'anasarque obligeait d'ouvrir à l'épanchement une large voie de décharge. La nouvelle indication a été remplie sans préjudice de la première par la recommandation de pousser à la transpiration à l'aide de la chaleur de bouteilles d'eau chaude et par l'administration simultanée d'un léger diurétique, la tisane de chiendent. On n'a pas observé ce malade d'assez près pour s'assurer si la peau a fourni une transpiration plus copieuse; mais on a constaté au moins que le système urinaire a versé depuis cette médication une plus grande quantité d'urine. Enfin, le dévoiement, qui s'était presque arrêté, est venu se joindre à l'accroissement critique des sécrétions de la peau et des organes urinaires. Ce concours de moyens, évidemment provoqués par l'art, a opéré en peu de jours la résolution de l'hydropisie, la guérison du dévoiement et le rétablissement des forces. Il ne restait plus, après la disparition de tant de symptômes alarmans qu'à soutenir assidûment cette belle cure en conjurant les rechutes. Une alimentation légère à la fois et fortifiante devait conduire à ce résultat, et c'est aussi selon ce système que M. Baudelocque a dirigé la convalescence. L'observation suivante offrira sous un autre aspect les conséquences ordinaires des scarlatines régnantes.

Albuminurie suite d'une scarlatine.

David, âgé de six ans et demi, vacciné, atteint de la rougeole il y a trois ans. Cet enfant avait eu la scarlatine deux semaines avant la maladie actuelle; du reste, il est bien constitué. La scarlatine dont il s'agit se déclara après deux jours de malaise accompagné de vomissemens, par une rougeur très vive de la peau qui couvrit tout le corps. Cette éruption dura huit jours. Deux jours après que tous les symptômes avaient disparu, ce sujet fut pris d'une fièvre violente le 8 décembre dernier. Depuis cet instant, il éprouve alternativement des frissons irréguliers et une chaleur brûlante; il a des bourdonnemens d'oreille et un écoulement muqueux par l'oreille droite; cet écoulement date seulement du 11. En outre, il a des coliques, du dévoiement, beaucoup d'altération. Entré le 14 décembre à la salle Saint-Jean, n° 1, sept jours après sa rechute et seize jours depuis l'apparition de la scarlatine, il était alors dans l'état suivant. Le pouls de 80 à 84 pulsations, plein; la peau sans chaleur anormale; la respiration à 36; pas de fièvre; la langue un peu rouge sur les bords; la soif modérée; pas d'appétit; le ventre ballonné, douloureux, au-dessus de la région ombilicale surtout; urines assez foncées, et peu louches, précipitant assez abondamment par la chaleur et l'acide nitrique; aucun épanchement dans l'abdomen; l'oreille droite offre un écoulement peu abondant; la face est pâle; les chairs du visage et des membres sont flasques; desquammation furfuracée sur tout le corps par larges bandes.

Du 14 au 18 l'état de cet enfant reste le même. Il est toujours sans fièvre, et pourtant il est souffrant; le ventre continue toujours à être un peu sensible à la pression, il est toujours ballonné et sonore; la peau est encore le siége de la desquammation furfuracée, excepté à la paume des mains, où l'épiderme s'enlève par larges lambeaux; les urines sont toujours albumineuses, et plus fortement que le jour de l'entrée.

Le 26 décembre, cet enfant était beaucoup mieux: il avait repris sa gaieté, son appétit était revenu, il ne souffrait plus du ventre, la desquammation des mains avait presque complètement cessé. Les urines continuent à être foncées, rougeâtres, et à précipiter abondamment de l'albumine.

27 décembre. Le pouls est à 104 pulsations, assez plein, la peau chaude, la face un peu injectée du côté des pommettes, la respiration un peu précipitée, les urines rougeâtres, précipitant toujours de l'albumine, contenant quelques globules de sang mêlé au xautres principes.

Cet état des urines persiste concurremment avec le travail de desquammation de l'épiderme jusqu'au 5 janvier. Ces deux ordres de phénomènes ont cessé en même temps, et cette cessation a marché de front avec la diminution de l'écoulement par l'oreille, qui a cessé aussi le 5 janvier.

Réflexions — C'est encore ici un exemple de scarlatine mal jugée. Il diffère cependant de l'observation précédente par cette circonstance que chez David la scarlatine semble avoir poursuivi ses diverses phases jusqu'à l'époque de la desquammation qui la termina, tandis que chez l'autre sujet la scarlatine s'arrêta dans sa marche et s'effaça le lendemain de son apparition. Malgré cette différence, on ne peut guère douter que David n'ait été malade des suites de la scarlatine antérieure, car c'est deux jours seulement après que l'éruption a cessé que la fièvre se déclare, et on a remarqué constamment avec les autres symptômes une desquammation de la peau, comme si la scarlatine achevait d'accomplir ses périodes.

A son entrée à l'hôpital, David était à peu près sans fièvre: toute sa maladie apparente se réduisait aux signes d'une congestion humorale du côté des voies gastriques accompagnée d'un certain degré de ballonnement du ventre et d'un peu de douleur au-dessus de l'ombilic; en outre il portait un écoulement muqueux par l'oreille droite, l'épiderme de la surface du corps s'en allait en écailles furfuracées; il était profondément défait, pâle et flasque. Cet appareil de symptômes annonçait les ravages de la maladie passée, beaucoup plus qu'il n'attestait la présence d'une maladie actuelle. Un phénomène remarquable se joignait aux derniers: nous voulons parler d'une émission d'urines légèrement colorées par un mélange de sang et précipitant abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique, c'est-à-dire en un mot des urines sanguinolentes et albumineuses. La nature de ces urines devait naturellement

appeler l'attention vers la région des reins, afin de s'assurer si elle ne serait pas la suite de la lésion connue aujourd'hui sous le nom de maladie de Bright. L'exploration de la région en question n'y fit pas découvrir le moindre vestige d'altération du rein, ce qui conduisit à penser qu'il ne s'agissait pas ici de la maladie de Bright, malgré la présence bien constatée de l'albuminurie.

Cet exemple, auquel on pourrait en ajouter une foule d'autres non moins caractérisés, prouve évidemment que les urines albumineuses ne sauraient être regardées comme un signe infaillible de la dégénération spécifique des reins étudiée par le médecin anglais, ni que de semblables urines peuvent fort bien coïncider avec des affections très différentes d'une lésion idiopathique des reins.

Ces sortes d'urines sont plus communes qu'on ne l'imagine. On les rencontre surtout assez communément chez les enfans, chez les femmes en couches, chez les adultes d'une constitution molle et lymphatique, dans la plupart des fièvres aiguës dites muqueuses. Elles ne représentent dans les cas énoncés qu'une excrétion critique de la masse de liqueurs lymphatiques ou albumineuses qui inondent ces organes. Ce serait une erreur souvent fort préjudiciable de les prendre dans ces circonstances pour un témoignage d'une dégénération de la substance des reins.

Telle était la signification des urines albumineuses rendues par David; M. Baudelocque ne s'y est pas trompé. Il a reconnu qu'ici il n'y avait rien d'analogue à la maladie de Bright, que ces urines servaient de voie de décharge à l'exubérance des liquides muqueux, au même titre que le dévoiement et que l'écoulement par l'oreille. Si on pouvait conserver quelque doute sur l'exactitude de ce diagnostic, il suffirait de considérer qu'on n'a traité en aucune manière la prétendue affection des reins, et que l'état albumineux des urines a cessé en même temps que la desquammation de l'épiderme, et par le seul fait du retour des forces et de la santé.

La thérapeutique mise en pratique chez ce malade a été conforme aux indications curatives présentées par ce sujet, et son épuisement notable ne permettait pas de songer à une médecine active. La prudence commandait l'usage des boissons mucilagineuses, dans le but d'enlever un reste d'irritation des voies gastriques, et ensuite de nourrir légèrement le malade afin de soutenir ses forces et de permettre à la nature de poursuivre sans risques le travail de dépuration que la desquammation de la peau, l'écoulement de l'oreille droite, la diarrhée et les urines albumineuses semblaient attester.

Maintenant, reproduisons en peu de mots, avant de terminer cet article, les caractères diagnostiques et thérapeutiques de l'ensemble des scarlatines observées dans ce service.

Ces scarlatines débutaient toutes par des symptômes fébriles. Ces symptômes consistaient, en général, dans des alternatives de froid et de chaud, accompagnées de mal de tête et de mal de gorge. Souvent il s'y joignait des coliques et de la diarrhée, quelquefois encore des vomissemens. Presque tous les malades étaient agités, avaient une soif vive, et quelques-uns tombaient dans le délire. La fièvre préliminaire durait trois ou quatre jours, après quoi la peau se couvrait d'une couleur d'un rouge écarlate disparaissant par expression, et n'offrant aucune aspérité au toucher. Cette couleur variait beaucoup quant à son étendue et à son intensité. Le plus souvent elle envahissait le corps tout entier; d'autres fois elle paraissait se borner aux cuisses et aux jambes; de même elle était tantôt d'un rouge fleuri très prononcé, et tantôt, au contraire, elle était réduite à une nuance si légère, qu'il fallait une attention toute particulière pour la remarquer. Aussi sommes-nous convaincu que plusieurs malades chez lesquels une semblable éruption n'avait pas été accusée, en avaient été atteints néanmoins à ce léger degré.

L'angine ne manquait presque jamais de précéder et d'accompagner la scarlatine; mais cette phlogose n'a généralement offert aucun danger; elle occupait presque constamment l'arrière-bouche, y compris le voile du palais et les amygdales, se propageant de là à travers le larynx, la trachée-artère et les réseaux bronchiques, ce qui l'assimilerait très souvent à une bronchite ou même à une broncho-pneumonie. La similitude était si parfaite que la fièvre préliminaire, ainsi que la fièvre concomitante, avaient tous les caractères des fièvres catarrhales ou des fièvres muqueuses, selon que les malades étaient plus disposés à l'une ou à l'autre.

Dès les premiers jours de la scarlatine un danger très grand menaçait les malades. Ce danger tenait à la rétrocession de l'éruption. On en était averti par l'inspection de la peau revenue à sa couleur ordinaire, et par un accroissement général des symptômes, notamment de l'agitation, de la congestion vers la tête, de la bronchite ou de la pneumonie. Ce danger conjuré, la scarlatine continuait sa marche, arrivant à son terme du onzième au quatorzième jour, et se terminant à cette époque par une desquammation furfuracée de la peau. Parvenue à sa dernière période, les malades n'étaient pas toujours quitte de ses suites; au contraire, beaucoup de sujets étaient pris inopinément d'une hydropisie générale ou anasarque. Cet épiphénomène se manifestait chez ceux à qui il restait, à la disparition de l'éruption, un certain degré de dévoiement, une soif anormale et un sentiment insolite de faiblesse. L'apparition de l'anasarque à la fin de la scarlatine constituait toujours un accident grave, car il en résultait aisément un épuisement progressif, la consomption et la mort même.

Le traitement pratiqué par M. Baudelocque contre la scarlatine, que nous examinons ici, a été réglé d'après les périodes de la maladie, les dispositions des malades et la nature de ses effets. Pendant la fièvre préliminaire, quand les malades arrivaient assez tôt pour l'observer, ou que la scarlatine affectait un sujet déjà dans les salles, si cette fièvre était intense avec une grande agitation, une chaleur forte, un pouls bien étoffé, des menaces de délire ou de pneumonie, une ou deux saignées ouvraient constamment la méthode thérapeutique. Des boissons adoucissantes et mucilagineuses et des cataplasmes chauds aux pieds, aidaient à l'action des saignées. Cependant, les cas où la fièvre exigeait des saignées réitérées étaient assez rares; le plus souvent la congestion humorale des voies digestives appelait plutôt l'emploi des émétiques ou des purgatifs. Les émétiques, souvent répétés, consistaient dans le tartre stibié; le purgatif le plus usité était l'eau de Sedlitz. Ces moyens suffisaient, en général, aux besoins des malades, sans parler des potions adoucissantes et calmantes requises fréquemment par l'irritation simultanée des organes respiratoires et digestifs.

Quand l'exanthème se représente, une potion avec addition de quelques centigrammes d'oxyde d'antimoine, et si elle ne suffisait point, l'application d'un épispastique aux jambes ou aux cuisses, ne manquaient guère de détourner le danger. Un traitement tout aussi simple présidait à la médication de l'anasarque. Ce traitement avait pour but d'ouvrir doucement les couloirs de l'économie, ou d'entretenir ces émonctoires s'ils étaient déjà ouverts, pendant qu'on tâchait de remonter le ton des solides et des liquides. La première médication était remplie par une tisane de chiendent ou autre boisson analogue, dans la vue de favoriser l'écoulement des urines, et par l'attention assidue d'entourer les malades d'une haute chaleur artificielle à l'aide de boules d'eau chaude, dans le dessein de pousser à la transpiration cutanée. Quant à l'indication de fortifier modérément les solides et les liquides, l'usage de la décoction blanche, médicament éminemment féculent et mucilagineux, était approprié à l'état de relâchement des liquides, et l'usage du vin ou de l'eau vineuse concurremment avec une alimentation légère, atteignait le but d'augmenter la réaction des solides.

Dans un prochain article, nous parlerons des pneumonies observées dans le service de M. Baudelocque en même temps que les maladies déjà décrites.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

1° *État puerpéral. Exophthalmie. Œdème de la conjonctive. Opacité du cristallin. Abcès rétro-oculaire? Phlébite oblitérante de la veine ophthalmique? Analogie entre cette affection et la* phlegmasia alba dolens.

La nommée N..., âgée de quarante ans environ, d'une bonne constitution, devint enceinte dans le courant de l'année dernière. Cette femme avait d'abord résolu de faire ses couches dans sa famille, mais le travail s'étant manifesté avec des symptômes inaccoutumés pour elle, la malade se fit transporter à l'hôpital Saint-Louis, où elle fut délivrée le 3 décembre dernier, sans accidens il est vrai, mais après un travail qui avait marché fort lentement. Les suites de cette couche furent cependant régulières, l'écoulement lochial se fit comme après les accouchemens ordinaires, et la femme n'éprouva rien de particulier pendant les quinze jours qui suivirent sa délivrance. Le seizième jour elle ressentit un frisson violent qui se manifesta sans que l'on pût lui assigner une cause certaine. — Le lendemain le même accident se renouvela. — Le dixhuitième jour la malade n'en demanda pas moins à sortir, et se rendit chez elle bien couverte et dans une voiture fermée. Les jours suivans le mouvement fébrile se montra par intervalles, mais il ne fut plus précédé par un frisson intense comme dans les jours passés.

A partir de cette époque (25 décembre environ) l'œil droit commença à saillir hors de son orbite; la malade souffrait peu, et n'éprouvait qu'un peu de pesanteur de tête, principalement vers la région sus-orbitaire; la vue était encore intacte dans ce moment, mais peu à peu l'exophthalmie fit des progrès, la vue s'obscurcit, et enfin la cécité fut complète de ce côté.

A cette époque, la malade vint à l'Hôtel-Dieu pour y réclamer les secours de la chirurgie; on put alors l'examiner avec soin et constater les altérations que voici: l'œil droit fait une saillie assez considérable au-devant de l'orbite; au-dessous de cette tumeur formée par le globe de l'œil, on trouve la conjonctive oculaire également saillante, rougeâtre et boursouflée; il est facile de voir que cette membrane est non-seulement déprimée en avant par le globe de l'œil, mais encore qu'elle est elle-même le siége d'une infiltration, en un mot qu'il il y a un œdème sous-conjonctival assez considérable. La cornée se présente avec son aspect normal. L'humeur aqueuse est également transparente. L'iris n'offre aucune modification de couleur ou de texture appréciable, mais elle a perdu sa contractilité. L'exposition de l'œil à une vive lumière ne peut solliciter les contractions de cette membrane. La malade distingue à peine la flamme d'une bougie à une distance fort rapprochée, encore se trompe-t-elle plusieurs fois. Le cristallin paraît opaque, son reflet est d'un blanc laiteux et brillant, qui fait supposer que l'opacité a pour siége la membrane cristalloïdienne antérieure. Le volume du globe de l'œil est normal. En même temps pesanteur dans la région sus-orbitaire, peu de douleurs dans les parties malades; absence de tout engorgement ganglionnaire, parotidien ou cervical. Les facultés intellectuelles sont tout à fait comme à l'état normal; il n'existe aucune modification dans la motilité ou la sensibilité de l'appareil musculaire des membres et du tronc; la santé générale est dans un état satisfaisant.

Cherchons, dit M. Blandin, à établir le diagnostic de cette affection? Nous avons constaté dans ce cas la saillie du globe de l'œil, l'existence d'une cataracte, l'œdème de la conjonctive qui est en même temps un peu enflammée; en effet, hier, après avoir pratiqué quelques scarifications pour dégorger la conjonctive, nous avons donné issue à une petite collection purulente qui siégeait dans le tissu cellulaire sous-conjonctival dans sa portion inférieure externe. Mais des lésions de ce genre ne produisent pas l'exophthalmie; il faut, pour que cet accident puisse se manifester, qu'il existe une tumeur dans le fond de la cavité orbitaire ou dans les régions voisines. Ainsi on voit l'œil faire saillie dans les cas d'abcès, d'hydropisie du sinus maxillaire, mais surtout à la suite du développement des polypes de cette région; sans aucun doute ce n'est pas ici la cause qu'il faut admettre. Les dents sont saines, la paroi antérieure des sinus est à l'état normal, en un mot, il n'existe aucun symptôme qui puisse faire soupçonner que le sinus maxillaire est le siége d'une lésion quelconque. Les fosses nasales sont également libres dans toute leur étendue. Pouvons-nous admettre le développement d'une tumeur osseuse, fibreuse ou squirrheuse, etc.? Il est vrai que les altérations de cette nature déterminent souvent l'exophthalmie, mais ce n'est pas ici le cas d'admettre une explication de ce genre; en effet, depuis le jour que nous avons pratiqué des scarifications sur la conjonctive, il y a eu un retrait du globe de l'œil dans sa cavité orbitaire et l'on sait que les tumeurs dont nous venons de parler ne diminuent pas ou du moins ne s'atrophient pas aussi vite.

Il faut donc nous arrêter à l'idée d'une tumeur molle. Serait-ce une simple suffusion séreuse? Non, car seule elle ne pourrait produire l'exophthalmie. — Serait-ce un kyste? Mais il ne pourrait s'être développé dans un aussi court espace de temps. Je crois donc pouvoir affirmer qu'il existe un abcès rétro-oculaire, et la petite collection purulente que j'ai atteinte en est une dépendance.

Il nous reste à rechercher comment cet abcès a pu se développer et sous quelle influence. Cette femme est nouvellement accouchée; elle a éprouvé sans doute quelque inflammation vasculaire circonscrite de l'utérus, et il pourrait s'être développé chez elle un de ces abcès métastatiques qu'on observe chez les nouvelles accouchées. Quoi qu'il en soit, cette hypothèse ne me paraît pas admissible; je suis au contraire porté à penser qu'il y a eu dans ce cas inflammation de la veine ophthalmique, peut-être parce qu'il y a eu chez cette malade quelques accidens de résorption purulente, ou bien encore parce qu'on voit souvent apparaître des phlébites éloignées chez les sujets qui ont éprouvé dans un point quelconque de l'économie une inflammation des veines. Il pourrait même se faire que l'inflammation de la veine ophthalmique fût tout à fait primitive. Mais cette hypothèse ne peut seule expliquer la rapidité avec laquelle les accidens ont marché. Il y a là, pour moi, une affection en tout identique à la *phlegmasia alba dolens*, et ce qui ajoute pour moi à cette analogie, c'est que, ainsi que la veine fémorale est le tronc principal de la circulation veineuse de la cuisse, de même la veine ophthalmique est le seul vaisseau veineux qui permette le retour du sang des parties profondes de l'orbite. Dans le fait particulier qui nous occupe il y a bien un accident spécial qui mérite de fixer l'attention, c'est l'opacité de la capsule du cristallin; mais elle est facilement explicable par l'oblitération du rameau veineux central. Disons toutefois que c'est la première fois que nous observons cette complication. Chez deux sujets chez lesquels j'ai pu constater par l'examen anatomique l'existence de la lésion veineuse qui nous occupe ici, l'altération du cristallin n'existait pas. Chez ces deux sujets il y avait en même temps inflammation du tissu cellulaire central de l'orbite.

Dans les deux cas observés par nous la mort survint, mais l'inflammation s'était propagée au sinus caverneux, puis au cerveau; espérons que cette fois l'inflammation restera bornée.

Le traitement a consisté en révulsifs cutanés et intestinaux: ainsi séton à la nuque, pédiluves sinapisés, eau de Sedlitz, etc.

2° *Exostose de la face supérieure de la phalange unguéale du gros orteil. Réflexions sur cette maladie. Traitement à lui opposer.*

Une jeune femme couchée dans la salle Sainte-Jeanne, porte sur la face dorsale de la dernière phalange du gros orteil une petite tumeur dure, placée à la face inférieure de l'ongle. Cette tumeur consiste dans une petite exostose ayant à peu près la forme d'un petit os sésamoïde; ses causes sont ignorées; ainsi on ne peut attribuer son développement à la présence dans l'économie d'un virus quelconque; les coups, l'habitude des chaussures trop étroites, ne paraissent pas non plus y prédisposer. Cette affection, à mesure qu'elle fait des progrès, occasionne souvent de vives douleurs et des accidens sérieux. Je pense, dit M. Blandin, que cette production nouvelle prend naissance dans le périoste de la phalange qui devient le siége de l'inflammation. Plus tard cette portion de tissus s'indure et s'ossifie, mais ce n'est qu'à une époque avancée que ce petit noyau osseux, d'abord libre, se soude avec la face dorsale de la phalange unguéale.

Quel traitement faut-il diriger contre cette lésion quand elle occasionne assez de gêne et de douleurs pour que les malades viennent réclamer les secours de la chirurgie? Plusieurs observations m'ont mis sur cette voie depuis le commencement de ma pratique: chez un malade qui portait une tumeur assez volumineuse de ce genre, j'ai amputé la dernière phalange; chez un autre je me suis contenté d'arracher l'ongle et de retrancher la tumeur osseuse; des accidens graves ont été la suite de cette opération, bien simple en apparence. Je pense toutefois que c'est cette manière de faire qui doit être préférée.

Après ces réflexions, M. Blandin procède à l'opération; la malade est couchée sur le lit, un aide écarte les orteils; le chirurgien saisit de la main gauche le gros orteil par sa face plantaire, et, muni de ciseaux pointus un peu forts, il divise l'ongle d'avant en arrière à peu près sur sa partie moyenne; il saisit ensuite, au moyen de pinces à disséquer, chacune des deux portions de l'ongle divisé, et les renversant sur elles-mêmes de dedans en dehors, les sépare des parties molles. Ceci étant fait, il retranche sans peine la petite tumeur osseuse au moyen d'un trait de bistouri. Pansement simple.

La tumeur enlevée offrait le volume d'un pois; elle était applatie sur deux faces; une couche fibreuse assez épaisse l'enveloppait extérieurement; au-dessous de cette couche une lame assez mince de tissu compacte recouvrait le centre du

noyau osseux formé par du tissu spongieux. L'union de l'os avec la phalange n'était pas très intime.

— Cette maladie a été bien indiquée par Dupuytren, qui en a fait le sujet de leçons cliniques (*V.* Journ. hebd., 13 juin 1829. — Paillard). Il en a décrit la marche et les symptômes, et il s'est principalement attaché à créer les règles qui doivent dirigor le traitement. « Il n'y a qu'un seul moyen, dit-il, à employer pour délivrer les malades des incommodités auxquelles donne lieu cette exostose, c'est l'extirpation complète de celle-ci : on peut la faire, sans enlever l'ongle, à l'aide d'un bistouri ; on fait de chaque côté de l'ongle une incision demi-ciculaire. Ces incisions mettent à découvert et cernent la tumeur osseuse ; alors, aavec un fort bistouri ou avec la gouge et le maillet on enlève tout à fait l'exostose. Il ne faut pas se contenter d'enlever son sommet, car le mal reviendrait. »

HOPITAUX DE LONDRES.

Hypertrophie du cartilage xyphoïde. Vomissemens incessans; par M. GOLDING BIRD.

Pierre Haurlty, âgé de trente-neuf ans, malade depuis quatre ans, s'est présenté, il y a deux ans, au Dispensaire Finsbury, pour être traité d'un pyrosis accompagné de douleur extrême au creux de l'estomac. Les symptômes qu'il présentait différaient de ceux que le pyrosis présente ordinairement ; les attaques revenaient immédiatement après ou durant chaque repas avec un sentiment de chaleur et de déchirement dans l'estomac ; cela était suivi d'un sentiment de chaleur brûlante et d'une régurgitation d'un fluide limpide qui cautérisait la gorge. Cet état devint enfin intolérable et le malade s'est habitué à exciter le vomissement, pour se soulager, en portant ses doigts dans la gorge, mais il était toujours affamé après. Ces attaques revenaient seulement quand il mangeait abondamment ; le malade pouvait souvent les éviter en mangeant peu. Il a toujours été constipé, et lorsqu'il reste plusieurs jours sans aller à la selle, l'irritation de l'estomac est toujours plus plus forte. Cet homme exerce la profession de scieur, et il est par conséquent obligé de tenir son tronc fléchi pendant plusieurs heures par jour. Lorsqu'il s'est présenté à l'Infirmerie il était extrêmement maigre et tellement faible qu'il avait été obligé d'abandonner l'exercice de son état et de se faire marchand de fruits dans les rues. On avait supposé généralement qu'il avait un squirrhe au pylore ; et, bien que je n'aie pu trouver de tumeur, je l'ai traité d'abord en conséquence de cette hypothèse. Il n'alla pas mieux cependant, et enfin le malade est parvenu lui-même à se soulager à l'aide du vomissement. Il portait habituellement une épaisse ceinture autour de l'abdomen pour y fixer ses instrumens, et il a trouvé qu'en la relâchant il pouvait tolérer plus long-temps les alimens sans vomir. J'ai alors examiné attentivement l'abdomen et je n'ai rien trouvé d'anormal, si ce n'est que le cartilage xyphoïde était excessivement long et incurvé. Cette dernière condition avait été remarquée depuis qnelque temps par le malade, et il a déclaré que lorsque l'accès de gastrodynie était très intense il ne trouvait de meilleur moyen pour se soulager que de relever fortement cette appendice avec ses mains.

Les choses en sont restées là, et j'avais perdu de vue ce malade jusqu'au mois de décembre 1839, lorsqu'il est rentré de nouveau à l'infirmerie, son état ayant empiré. Un nouvel examen nous a prouvé que depuis sa sortie de l'hôpital, le malade avait appris par expérience et par notre premier jugement, qu'un soulagement pouvait être obtenu si l'on trouvait un moyen de maintenir soulevé le cartilage ensiforme, et il était parvenu à remplir cette indication à l'aide de sa grosse ceinture, qu'il plaçait assez bas, et sur le bord supérieur de laquelle il faisait chevaucher le cartilage ensiforme en le soulevant avec les mains, ce qui était très facile, vu sa longueur excessive et la maigreur considérable ; mais il est arrivé par malheur que dansune de ces manœuvres le cartilage s'est brisé à son union avec le sternum, de manière qu'il était, depuis ce moment, resté tout à fait flottant sur l'épigastre. Le malade s'est trouvé par là soulagé de ses souffrances ; mais plus tard elles sont revenues. J'ai désiré qu'il entrât dans le service de M. Bright, à Guy's hospital ; il y est resté quelque temps et il a été beaucoup soulagé ; il a gagné de l'embonpoint et de la force.

En novembre 1840, cet homme est revenu à l'infirmerie ; il était moins bien portant que lorsqu'il avait quitté Guy's hospital, mais mieux que lorsque je l'avais vu pour la première fois. Il a déclaré qu'aussitôt après être sorti de l'hôpital, la gastrodynie et le pyrosis étaient reparus, et qn'il était obligé d'en venir au vomissment artificiel pour se soulager ; sa constipation avait toujours persisté ; il se contentait, au reste, de manger excessivement peu, et continuait son état de marchand des quatre saisons ; il était, au reste, fatigué de la médecine. Le vomissement se provoquait dès le moment qu'il sentait la douleur ou le pyrosis commeucer ; cela cependant n'avait lieu, depuis la fracture, que deux à trois heures après le repas ; tandis qu'auparavant la douleur suivait immédiatement l'ingestion. Un jour j'ai voulu l'observer durant l'accès en l'engageant à garder les alimens aussi long-temps que possible ; il a dîné à une heure avec du porc rôti, du pain et de l'eau. A trois heures la douleur s'est déclarée entre la pointe du cœur et l'ombilic, elle est devenue rapidement très intense, au point que le malade se roulait sur le parquet. A quatre heures la douleur et le sentiment de brûlure étaient devenus intolérables ; une bouchée de fluidd âcre a été rejetée ; ce phénomène s'est répété plusieurs fois, et dans l'espace d'une demi-heure il en a rejeté plus de deux quarts de pinte. J'en ai vu jusqu'à une pinte et demie. Ce liquide ayant été mis dans un verre, s'est séparé en deux parties ; l'une, formé de mucus épais, s'attachait autour d'un bâtonnet et filait ; l'autre flottait au-dessus du mucus et était transparente comme de l'eau. Cette matière a été analysée chimiquement.

Le malade continue dans le même état ; mais, grâce au vomissement artificiel, il jouit d'assez de force et d'embonpoint pour continuer l'exercise de sa nouvelle profession. L'auteur ne donte nullement que la cause première de la maladie ne fût l'action de la ceinture et du cartilage xyphoïde hypertrophié et incurvé ; l'enlèvement de cette cause n'ayant eu lieu que très tar, l'estomac a persisté, et il deviendra probablement organique à la longue. (*London med Gaz.*, décembre 1841.)

Pyrosis déterminé par l'hypertrophie ulcéreuse de l'œsophage et par une position vicieuse de l'estomac ; autopsie ; par le même.

Une demoiselle, âgée de vingt-neuf ans, était traitée depuis trois ans d'un pyrosis, remarquable surtout par les quantités énormes de fluide que l'estomac rejetait. La maladie s'était déclarée six ans auparavant d'une manière insidieuse et revenait par intervalles irréguliers et plus ou moins éloignés. Ce qui la soulageait le mieux, c'était le vomissement. Je l'ai vue pour la première fois le 29 octobre 1840, conjointement à mon ami le docteur Hopkins. Depuis quelques semaines, elle souffrait alors du pyrosis d'une manière incessante ; l'appétit était complétement éteint, la malade avait en horreur les alimens ; l'émaciation était extrême. On a cru voir des tubercules dans sa poitrine pour rendre raison de la maigreur. A l'examen, je l'ai trouvée couchée sur le côté droit ; maigreur excessive peau sèche et rugueuse ; yeux brillans ; face pâle, excepté la partie supérieure des joues et le nez qui étaient très rouges ; elle offrait d'une manière remarquable toutes les apparences d'une personne atteinte de diabète ; vomissemens répétés par régurgitation, d'un fluide incolore pendant la nuit ; urine copieuse et pâle, de gravité spécifique très légère. A l'examen de l'abdomen, l'aorte paraît battre violemment ; la main peut toucher aisément les vertèbres lombaires, vu la maigreur extrême et l'état de vacuité des intestins, au point de faire croire au prime-abord qu'une tumeur existât dans cette région. Pas de sensibilité à la pression sur l'estomac. Langue rouge, pupilles saillantes, lèvres d'un rouge vif ; voix rauque ; pas de toux ni d'expectoration ; dyspnée, surtout durant les efforts pour avaler les alimens. Depuis trois semaines la malade ne prend plus aucun aliment, si ce n'est un peu de gelée. Eruptations continuelles d'un liquide insipide et glaireux ; pouls filiforme extrêmement fréquent. Si l'on essaie de faire avaler un tant soit peu d'alimens solides, le vomissement se déclare à l'instant. La menstruation a été régulière, mais douloureuse ; elle a cessé cependant depuis trois mois. La malade va à la selle tous les cinq ou six jours. Avant cette affection, la malade jouissait d'une excellente santé ; elle était robuste et fraîche.

On prescrit : nitrate d'argent, cinq centigrammes, et autant d'extrait de belladone ; lavemens de bouillon.

5 janvier 1041. La maigreur fait des progrès, la malade se plaint de dysphagie excessive ; aversion pour les alimens. Les lavemens au bouillon étaient d'abord rejetés de suite ; mais ayant ensuite été mêlés à un peu de sirop de pavots, la malade les retient pendant six heures, puis elle les rend mêlées à de la matière fécale. La malade ne peut prendre pour tout aliment qu'un peu de gelée et un peu de lait coupé avec du *soda water*. Elle venait de rejeter la nuit précédente une bassinée de cinq à six pintes de fluide glaireux avec un peu de sang. Pas de douleur à la pression à la gorge ni dans aucune partie de l'abdomen. Vomissemens de sang caillé. Mort.

Autopsie, 48 heures après le décès. Cadavre remarquable par l'émaciation excessive.

Thorax. Poumons tuberculeux et adhérens de tous côtés. Larynx sain, excepté en haut où il présente une petite ulcération entre les cartilages aryténoïdes. Cœur sain.

Abdomen. L'estomac, complétement vide, de volume énorme, se présente le premier dans une position vicieuse ; sa courbure, au lieu d'être placée transversalement, descend verticalement presque jusqu'au niveau du pubis ; là l'extrémité pylorique se retourne brusquement en haut pour s'aboucher dans le duodénum ; la grande courbure est en partie cachée sous la rate, elle présente au-dessous de cet organe un bord légèrement courbe qui descend jusqu'à la partie inférieure de l'abdpmen. Cette position de l'estomac, qui pouvait contenir au moins quatre à cinq pintes de liquide, était telle que l'aliment qui y aurait été introdnit serait allé directement à l'extrémité pylorique, à moins d'être retenu au-dessus par une contraction de ses parois.

A l'ouverture de ce viscère, on trouve une injection autour du pylore ; mais dans le reste la muqueuse est pâle et saine. Le foie est engorgé, et s'étend jusqu'à la rate. Les intestins sont vides et pâles. Aucune autre lésion n'est rencontrée dans l'abdomen. On enlève l'estomac avec l'œsophage et le pharynx, ce canal paraît malade ; depuis l'extrémité cardiaque jusqu'à la bouche il paraît dépourvu de son épithélium ; la portion correspondante de l'estomac est fort injectée et ecchymosée. La couche musculaire de l'œsophage est considérablement hypertrophiée. Tout le canal œsophagien est couvert d'ulcères de volume variable depuis un pois jusqu'à un *penny* (pièce de monnaie) pénétrant jusqu'à la membrane musculaire. La muqueuse œsophagienne est très injectée. Cette pièce pathologique a été déposée au musée de Guy's hospital.

L'auteur attribue les symptômes du pyrosis à l'état pathologique de l'œsophage ; il a observé deux cas analogues : dans l'un, le pyrosis avait coexisté avec des ulcérations œsophagiennes ; dans l'autre, avec un rétrécissement de l'œsophage. Dans un autre cas arrivé dernièrement à Guy's hospital, l'individu avait présenté un vomissement chronique indomptable ; à l'autopsie, on a trouvé l'estomac prodigieusement dilaté et descendant verticalement jusqu'à l'ilium. (*Ibid.*)

— Nous avons, l'année dernière, rapporté deux cas fort curieux d'affection hypertrophique de la membrane musculaire de l'œsophage, dont les symptômes offraient une certaine analogie avec les précédens. On ne connaît encore que fort imparfaitement la pathologie de cet organe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 janvier. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. le docteur Eguisier* fait hommage à l'Académie d'un mémoire qu'il vient de publier sur le Diagnostic de la grossesse par l'examen de l'urine.

— *M. Hamel* lit un rapport officiel sur un remède secret pour la cure radicale de l'hydrocèle et du sarcocèle. L'auteur émet des opinions si absurdes, si ridicules sur l'étiologie et le traitement de ces deux affections, que la commission propose de répondre à M. le ministre que ce qu'il y aurait de mieux à faire en pareille circonstance, ce serait de signaler le demandeur à l'attention du procureur du roi. (Adopté.)

— *M. Henry* lit, au nom de MM. Rochoux, Soubeiran et au sien, un rapport favorable sur un travail de M. Gauthier de Claubry, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, ayant pour titre : De la falsification du lait par la matière cérébrale. — Remerciemens à l'auteur ; imprimer son mémoire dans le Bulletin. (Adopté.)

A la suite de la lecture de ce rapport, MM. Delens, Chevallier et Pelletier présentent quelques courtes considérations tendant à prouver qu'il n'est pas exact de dire que les données fournies par le microscope sont d'autant plus précises, plus rigoureuses, que cet instrument donne un plus ample grossissement. Un grossissement de deux à trois cent diamètres suffit dans le plus grand nombre des cas.

— *M. Londe* lit, au nom de MM. Espiaud, Joly et au sien, un rapport très favorable sur un travail de M. Guérard, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, ayant pour titre : Considérations générales sur l'hygiène ; influence des boissons froides ingérées pendant que le corps est échauffé. — Remerciemens à l'auteur, et l'engager à continuer ses intéressantes recherches.

M. Cornac propose de renvoyer le mémoire de M. Guérard au comité de publication, et d'imprimer le rapport de M. Londe dans le Bulletin de l'Académie.

D'après la remarque de plusieurs membres qui constatent que le travail de M. Guérard se trouve déjà imprimé dans les *Annales d'hygiène*, et que l'insertion du rapport dans le Bulletin ne réclame point un vote spécial, M, Cornac retire sa proposition.

Le rapport et les conclusions de M. Londe sont adoptés.

— *M. Cornac* a la parole pour une proposition. Maintenant, dit-il, que nous avons entendu tous les rapports sur les lectures des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, je crois devoir faire une proposition qui ne peut manquer, à mon avis, d'avoir l'approbation de l'Académie. Je propose donc que dorénavant il ne soit plus fait de rapport particulier sur chacun des travaux des candidats, que tous ces travaux soient renvoyés à la commission chargée de faire le rapport général. Par ce moyen, nous éviterons une perte de temps considérable ; les élections se feront plus promptement, et, de plus, nous ne verrons plus le rapport général se trouver plus ou moins opposé aux rapports particuliers. (Plusieurs membres appuient cette proposition.)

M. Londe voudrait que dès qu'une candidature est déterminée, les candidats ne fissent aucune lecture ; ce sont là, dit-il, des discours de parade qui ne peuvent après tout qu'éblouir l'Académie sans l'instruire sur les mérites réels de chacun des concurrens. C'est surtout d'après les antécédens que le choix doit être fait. — Quant au rapport général de la commission spécialement nommée pour la candidature dont il est actuellement question, je déclare, en ma qualité de rapportenr de cette commission, que ce rapport est fait depuis assez long-temps, et que, si l'Académie le désire, la commission peut être assemblée cette semaine, et la lecture du rapport peut être faite dans la prochaine séance.

M. Mérat appuie la proposition de M, Cornac sur les inconvéniens qui résultent des rapports particuliers ; mais il ne saurait partager l'opinion de M. Londe sur le peu d'importance des lectures faites par les candidats.

M. Chevallier trouve des inconvéniens dans les rapporrs particuliers ; il ne voudrait pas cependant que les candidats qui viennent soumettre leurs travaux à l'Académie fussent privés de connaître son jugement sur ces travaux ; il y a d'ailleurs un article du réglement qui est formel à cet égard. Il faudrait, en conséquence, pour tout concilier, que ces rapports ne fussent faits qu'après les élections.

M. Bousquet pense que les lectures des candidats sont une déférence pour l'Académie, et que cet usage doit être conservé. Quant aux rapports particuliers sur lesquels on discute en ce moment, ils sont exigés de droit par le réglement de l'Académie. Il serait seulement à désirer que MM. les rapporteurs missent un peu plus de diligence dans l'accomplissement de leur mission.

M. Moreau appuie la proposition de M. Cornac ; il ne pense pas que cette proposition soit contraire au réglement. Il existe, dit-il, une commission spéciale pour chaque élection ; il faut, en conséquence, que cette commission soit revêtue dans ses attributions des mêmes droits que celle des épidémies, des eaux minérales, c'est-à-dire qu'à elle seule soient renvoyés les travaux des divers candidats.

M. Adelon. Quoi qu'en dise M. Moreau, la proposition de M. Cornac est contraire au réglement. Pour ma part, je ne vois que deux moyens pour sortir de cette discussion : 1° l'ordre du jour ; 2° le renvoi de cette proposition au conseil d'administration.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

— *M. Bégin* est appelé à la tribune pour une lecture.

M. Chervin. Je suis inscrit depuis bientôt un an ; il y a deux mois que j'étais le premier sur la liste ; je ne comprends pas pourquoi je me trouve privé de mes droits. Je m'abstiendrai de qualifier cet acte des membres du bureau à mon egard.

M. Gérardin observe qu'en effet M. Chervin est le premier sur la liste des membres désignés pour des lectures, et que la parole doit lui être accordée.

— Après uue assez vive discussion, M. Chervin a la parole pour continuer la lecture d'un mémoire intitulé : « Inutilité et funestes effets » des quarantaines établies contre la fièvre jaune, ou Réfutation d'un » écrit publié par M. Bertulus, chirurgien de la marine royale. »

M. Chervin combat avec beaucoup de détails et de clarté diverses assertions de l'ancien chirurgien de la corvette *La Caravane*. Il fait d'abord remarquer que les miasmes producteurs de la fièvre jaune n'ont pas une aussi grande pesanteur spécifique que le pense M. Bertulus, puisqu'ils peuvent être transportés par les vents à une certaine distance du foyer d'infection, tout comme les miasmes qui produisent les fièvres intermittentes et les fièvres rémittentes. Ainsi, dans les épidémies de fièvre jaune, on voit souvent la maladie régner avec plus ou moins de violence sur tel ou tel point d'une ville, selon la direction des vents.

Il pense ensuite que le chirurgien de Toulon a beaucoup exagéré, en parlant de la rapidité de la putréfaction des cadavres, ainsi que de la mauvaise odeur qu'auraient exhalée les malades de *La Caravane*. Il s'appuie snr des faits nombreux.

Passant, après cela, au brûlement exécuté par M. Bertulus de tous les objets qui avaient servi aux malades de son bâtiment, pendant l'épidémie de fièvre jaune, M. Chervin blâme hautement cette mesure, et il dit que dans l'état présent de la science, c'est un acte inqualifiable dans le langage académique. Il cite nombre de faits, observés dans le Nouveau-Monde et dans le midi de l'Europe, qui établissent la par-

faite innocuité des objets à l'usage des malades de la fièvre jaune.

M Chervin démontre ensuite que M. Bertulus s'est trompé sur le rôle qu'il fait jouer à la chaleur et à l'humidité dans la production de la fièvre jaune. Il n'a pas fait attention qu'il faut une température élevée et soutenue pour faire développer un foyer d'infection ; mais qu'une fois que ce foyer est formé, il peut exister quelque temps sous une température assez basse, et que c'est précisément ce qui est arrivé à bord de la corvette *La Caravane*, lorsqu'elle s'est élevée dans les régions tempérées. Les observations de M. Bertulus ne changent donc rien aux théories établies.

Quant à l'humidité atmosphérique, M. Chervin prouve par des faits qu'elle n'est point indispensable pour l'absorption du miasme qui produit la fièvre jaune, comme le prétend le chirurgien de Toulon ; car on voit cette maladie régner avec violence par des temps extrêmement secs, et, d'un autre côté, une très grande humidité empêche son développement, ou arrête les progrès de l'épidémie lorsqu'elle existe.

Tels sont les différens points que M. Chervin a traités dans cette lecture, dont nous ne pouvons donner ici qu'un simple aperçu.

M. Bousquet. Je ne me refuse point à insérer le travail de M. Chervin dans les Bulletins de l'Académie; mais notre honorable collègue me permettra sans doute de supprimer quelques expressions qui ne me paraissent pas très académiques ; il m'approuvera même quand il saura que j'ai fait des suppressions analogues dans la publication du travail de M. Bertulus.

Il est cinq heures un quart. La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 2 décembre 1841.

A trois heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Moret, vice-président, occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Duperthuis* rappelle qu'il a présenté il y a quelques mois à la Société un malade chez lequel on a diagnostiqué une affection grave de la base du cerveau. Ce malade n'a pas encore succombé. Il conserve les sens du goût, de l'odorat, de l'ouïe, mais il a complètement perdu la vue. Dans la station, ses genoux fléchissent, et lorsque dans son lit il tente de changer de position, il éprouve des mouvemens convulsifs. On ne découvre aucune altération dans les organes contenus dans la poitrine ou l'abdomen. Chaque matin on ajoute à son café au lait une décoction de séné qui lui tient le ventre libre. Il est survenu de l'amaigrissement ; le pouls est petit, mais le sommeil est profond et calme comme celui d'un enfant.

Un petit ganglion s'est montré à la marge de l'anus, a suppuré et s'est cicatrisé et rouvert plusieurs fois. Un second s'est manifesté plus tard entre les deux épaules. M. Duperthuis est disposé à croire qu'un tubercule analogue développé à la base du cerveau donne lieu aux phénomènes que présente cette maladie.

— *M. Belhomme*. Le delirium tremens est, comme vous le savez, Messieurs, cette aliénation passagère accompagnée de fureur, de tremblement dans tous les membres, d'insomnie et d'hallucinations, qui survient chez les ivrognes ou chez ceux qui ont fait accidentellement abus de vins ou de liqueurs alcooliques. On peut à peine contenir ces malades dans leurs lits, ils s'efforcent de briser les liens qui les retiennent pour combattre ou fuir les spectres qui les menacent. D'autres fois, plus tranquilles, ils poursuivent jusque dans les replis de leurs draps des insectes imaginaires, ou bien ils regardent avec effroi des fantômes qui semblent leur apparaître au fond des appartemens. Leurs cris inarticulés remplissent le voisinage d'effroi. Aussi les médecins ont-ils cherché à calmer le plus promptement possible et à tout prix ces accès. Ils donnent, en suivant les préceptes de Sulton, de Rayer, de Forget, l'opium à haute dose. Ils plongent forcément le malade dans le sommeil, parce que cet état, lorsqu'il arrive naturellement, précède le retour à la santé. Mais ce sommeil forcé peut aussi amener la mort. J'ai eu occasion cette année d'observer une dizaine de delirium tremens. De ces dix malades, six traités par de fortes doses d'opium ont succombé, quatre chez eux et deux dans la voiture qui les conduisait à mon établissement. Les secousses qui leur ont été imprimées dans ce trajet ont peut-être hâté la terminaison fatale.

Je ne donne pas la moindre dose d'opium : ce médicament a l'inconvénient d'augmenter la congestion cérébrale ; je saigne les malades, je les isole, je les plonge dans l'obscurité ; et là ils peuvent crier et s'agiter à leur aise. Après trois jours, ils sont guéris.

M. Puzin a souvent aussi l'occasion de traiter ces sortes de maladies. Il se loue beaucoup de la saignée associée aux éméțiques. Après la disparition des accidens chez un de ses malades, il a vu son corps se couvrir de taches herpétiques. Des bains d'eau de Barèges les ont fait disparaître.

M. Charles Masson, tout en reconnaissant l'utilité de la saignée, de l'isolement et des boissons aqueuses contre le mal dont il s'agit, ne croit pas que l'opium employé avec prudence puisse amener la mort : seulement, il faut l'administrer comme médicament et non comme *poison*. Il lui paraît agir utilement en favorisant le sommeil après lequel le malade se réveille guéri. Mais mieux vaudrait cent fois s'en abstenir, ajoute-t-il, que d'en donner une dose assez forte pour éteindre la vie.

Dans le delirium tremens chronique, continue M. Charles Masson, on ne doit user qu'avec une prudente réserve des saignées et des affaiblissans. On se voit même souvent forcé de permettre du vin ou des boissons alcooliques, de crainte que par une privation trop subite de son excitant habituel, le cerveau ne tombe dans une inertie qui ne permette plus l'innervation.

M. Duperthuis pense aussi que le danger de l'opium ne consiste que dans l'exagération des doses administrées au malade.

M. Tanchou. Je partage l'avis des préopinans : ils ont dit ce que j'allais dire. La mort n'arrive point parce que le cerveau est congestionné, mais parce la vie est enrayée. Un petit verre d'eau-de-vie eût été moins funeste.

M. Belhomme. Comment expliquer alors, si vous pensez qu'on puisse donner impunément un verre d'eau-de-vie, que mes malades, qui ne boivent que de l'eau, se trouvent guéris après trois jours ?

M. Tanchou. Je ne parle ici que de la cause qui a amené la mort. J'approuve en tout le traitement que vous faites suivre à vos malades, mais je soutiens que c'est l'excitation venant à manquer tout à-coup au cerveau qui entraîne l'abolition de la vie. Une forte dose d'opium tue, un excitant modéré eût laissé vivre, et, comme on l'a fait observer, dans ces tremblemens chroniques des ivrognes d'habitude, un peu de vin est utile. Ils le sentent eux-mêmes : ils n'ont l'œil sûr, la main ferme qu'après avoir bu, qu'après s'être *remontés*, comme ils disent. Quant aux visions de spectres, d'animaux malfaisans, elles s'observent fréquemment dans les embarras de l'estomac, dans les mauvaises digestions. Je me résume : l'opium ne tue qu'en déprimant l'innervation déjà trop affaiblie.

M. Nauche s'est bien trouvé dans le traitement du delirium tremens de l'administration du soda-water et des purgatifs.

La séance est levée à quatre heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des affections névralgiques par le galvanisme.

Un médecin anglais a employé avec un succès remarquable, le galvanisme pour combattre les douleurs névralgiques. Voici le procédé excessivement simple auquel il a recours pour appliquer le fluide électrique dans les affections de ce genre. Il implante l'extrémité d'une hélice en cuivre, revêtue d'une couche de soie, dans deux petites éponges imbibées d'ammoniaque liquide, puis il met un des pôles en contact avec la partie qui est le siége de la douleur, et il place l'autre sur le point correspondant. Le courant ainsi établi est soutenu pendant quelque temps, mais le plus ordinairement cinq à six minutes suffisent pour que l'équilibre se trouve pleinement rétabli et que la douleur ait disparu.

La facilité avec laquelle une pareille médication peut être mise en usage, la nullité de ses inconvéniens, la promptitude de ses bons résultats, si elle doit toujours, ou du moins quelquefois, en donner de tels, nous font un devoir de la signaler à l'attention de nos lecteurs, et de la recommander particulièrement aux praticiens qui se montrent jaloux de faire progresser la thérapeutique, et de la réduire à sa plus grande simplicité, tout en lui donnant un haut degré de certitude.

Spasmes de l'estomac guéris par l'emploi topique du raifort.

Une femme, âgée de quarante ans, et d'une forte constitution, était souvent prise de douleurs spasmodiques de l'estomac. Ces accidens, après avoir été assez modérés, finirent tout-à-coup par revêtir un caractère d'intensité inaccoutumé, au point d'être intolérables. La douleur, qui avait son siége primitif dans la région gastrique, s'étendit de chaque côté jusqu'à la région du dos ; elle était alors augmentée par une pression même légère exercée sur les dernières vertèbres dorsales.

M. le docteur Arnoldi, qui donnait des soins à cette malade, prescrivit l'application sur ce dernier point d'une bouillie préparée à froid avec la racine fraîche et râpée du raifort sauvage, additionnée d'une suffisante quantité de vinaigre pour donner une consistance convenable. Ce topique détermina presque instantanément une très vive rubéfaction de toute la surface cutanée avec laquelle il se trouva en contact, et sous l'influence de cette action, la douleur, si vive auparavant, commença promptement à diminuer, puis céda entièrement en moins de dix minutes.

Il n'est pas douteux que, dans le cas dont il s'agit, tout autre rubéfiant énergique, tel que le cataplasme sinapisé convenablement préparé, la lotion sinapique de M. Fauré, la pommade ammoniacale de M. Gondret, etc., auraient pu agir avec la même efficacité que la racine de raifort et le vinaigre.

(*Caspers's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*, 1841.)

Emploi du sulfate d'alumine et de potasse à haute dose dans un cas d'hématurie grave.

Un homme âgé de trente-sept ans était affecté depuis cinq mois d'une hématurie pour laquelle il avait été saigné et ventousé à plusieurs reprises, puis soumis à l'action de la busserole, du paréira-brava, de la térébenthine, etc., et toujours sans en obtenir le moindre résultat avantageux.

Il fut mis ensuite à l'usage d'une potion opiacée du poids de 250 grammes (8 onces), avec addition de 15 centigrammes (3 grains) d'acétate de plomb, et de 3 grammes (60 grains) d'acide acétique faible ou vinaigre. Mais cette potion, qui était prise dans les 24 heures, et réitérée chaque jour, loin de produire de bons effets, donna lieu à des accidens.

L'hématurie persistant toujours, et le malade se trouvant alors réduit à un état d'excessive faiblesse, avec accompagnement de hoquet, de coliques et de tremblemens saturnins, M. le docteur Hamilton Lynch, dont les conseils avaient été réclamés, crut devoir conseiller l'administration de la mixture suivante :

Pr.	Sulfate acide d'alumine et de potasse,	75 centigrammes.
	Sulfate de magnésie,	4 grammes.
	Infusion de roses rouges,	30 grammes.
	Acide sulfurique dilué,	30 grammes.

M. S. A.

Cette mixture fut donnée en trois prises égales dans le courant de la journée. On en continua l'usage en augmentant par degrés la dose du sulfate alumino-potassique, jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à 2 grammes 50 centigrammes (50 grains) par 24 heures.

Dès le sixième jour, depuis le commencement de cette médication, l'hématurie cessa, l'urine redevint claire et limpide, l'appétit se fit sentir et les forces reparurent. Toutefois, une récidive eut lieu quelques jours après ; mais le même traitement fut mis en usage de nouveau, et suffit encore pour arrêter et dissiper les accidens comme la première fois.

(*Dublin medical Journal*, 1841.)

— *Baccalauréat ès-sciences*. — *Premier examen*. — Cours tout à fait spécial de mathématiques, physique, chimie. — Manipulations chimiques. — De nombreuses réceptions bien reconnues attestent le succès de cet établissement.

On s'inscrit chez M. C. Lallemant, rue Dauphine, n. 20, depuis une heure jusqu'à huit heures du soir.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 29 JANVIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 13, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Suppression des règles et laryngo-bronchite consécutive, déterminées par un courant d'air et l'ingestion d'un verre d'eau froide dans l'estomac.

Une jeune femme est entrée dans le service présentant l'état suivant : toux fréquente, voix voilée, pouls fréquent, chaleur sèche à la peau, douleur fixe dans la région sous-sternale et dans le larynx. Cette femme avait été prise de ces accidens pendant qu'elle avait ses règles, après avoir été exposée à un courant d'air et avoir bu un verre d'eau froide.

La malade, dès qu'elle eut éprouvé ces premiers symptômes prit, dans la persuasion qu'elle en obtiendrait du soulagement, un verre de vin chaud : cette seconde imprudence ne fit qu'empirer son état. A l'examen de la poitrine, on constate une sonoréité nouvelle dans tous le points, mais une absence presque complète de bruit d'expansion vasculaire. La respiration s'accompagne d'un bruit de sifflement laryngé qui s'entend même à distance. On diagnostique une inflammation du larynx, de la trachée et des bronches ; on prescrit en conséquence une application de vingt sangsues sur la région sternale et à la région antérieure et inférieure du cou , un lavement purgatif et des boissons émollientes.

Les jours suivans le même état persistant, on insiste sur les mêmes moyens. Cette complication d'une inflammation laryngée avec une bronchite, dit M. Fouquier, n'est point ordinaire. La laryngite offre en outre, chez cette femme, quelques caractères qui ne sont point inhérens à cette affection, et qui pourraient, au premier abord, la faire confondre avec une affection plus grave. On a remarqué, en effet, que chez cette femme l'expulsion de l'air par le larynx est accompagnée d'un bruit de sifflement analogue à celui qui est produit par le croup ou par l'œdème de la glotte, avec une gêne de la respiration et une anxiété pareilles à celles qui résulteraient de l'une de ces deux affections. La laryngite simple n'a point lieu ordinairement avec ce bruit de sifflement et cette gêne de la respiration qui caractérisent les affections que nous venons de désigner ; c'est donc un cas analogue à ce que l'on appelle le faux croup, ou croup sans membrane. Il y a probablement ici un épaississement de la membrane interne du larynx avec une sécrétion muqueuse surabondante, secrétion qui produit, dans cette circonstance, sur le passage de l'air, une action analogue à celle de la sécrétion albumineuse du croup. Quoi qu'il en soit, les symptômes ressemblent à ceux du faux croup ou de l'œdème de la glotte, bien qu'il n'existe ici, suivant toute apparence, d'autre lésion qu'une inflammation simple de la muqueuse du larynx.

Cette affection du larynx, bien que simple et de nature purement inflammatoire, est souvent suivie d'une extinction de voix définitive. C'est là un accident toujours fâcheux, mais dont les conséquences sont graves surtout pour les personnes dont la profession exige un exercice fréquent et habituel de la voix, et qui doit toujours engager à traiter sérieusement les laryngites, même les plus légères. Il n'y a point lieu de craindre ici qu'il puisse survenir une ulcération du larynx, une dégénérescence de la phlegmasie en une phthisie laryngée. Ça été long-temps une des erreurs des partisans de la doctrine physiologique, de croire que les ulcérations, ainsi que les dégénérescences tuberculeuses ou de toute autre nature, étaient le résultat de l'inflammation chronique. J'ai vu souvent, ajoute M. Fouquier, des laryngites chroniques très anciennes, et je ne les ai jamais vu se terminer par ulcération ni par tuberculisation. La phthisie laryngée reconnaît une cause et des conditions toutes spécifiques de tuberculisation. Il s'agit donc ici d'une affection de peu d'importance en elle-même, mais qui peut toutefois avoir quelque gravité par la crainte de la voir récidiver si cette femme reprend ses occupations habituelles, ou bien persister à l'état chronique et donner lieu à une aphonie plus ou moins complète.

Gastrite aiguë franche survenue à la suite d'une suppression des règles.

Une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, réglée très jeune, d'une constitution délicate, ayant une physionomie plus jeune que ne le comporte son âge, a cessé depuis deux mois de voir ses règles. Il y a un mois qu'elle a, pour la première fois, éprouvé du malaise et des vomissemens. Huit jours après, ces vomissemens se sont reproduits, et ont eu lieu depuis tous les jours ; avec eux sont survenus de la fièvre et des douleurs épigastriques.

Le jour de son entrée, cette jeune fille offrait l'état suivant : face un peu animée, yeux brillans, peau chaude et sèche ; pouls petit et fréquent ; douleurs spontanées et constantes à l'épigastre, s'exaspérant par la pression ; respiration gênée et anxieuse ; nausées très fréquentes ; vomissemens répétés et très douloureux, tantôt bilieux, d'autres fois ne contenant que du mucus mêlé aux matières ingérées dans l'estomac ; point de selles depuis huit jours ; constipation opiniâtre ; légère tension du ventre, sans douleur. On a pratiqué d'abord une saignée révulsive dans le but de rappeler les règles supprimées, puis une saignée générale et une application de sangsues sur l'épigastre ; boissons adoucissantes, cataplasmes émolliens, lavemens rafraîchissans. On a insisté les jours suivans sur la saignée générale, les saignées locales à l'épigastre et les applications émollientes, en un mot sur tout l'ensemble du traitement antiphlogistique.

Au bout d'une huitaine de jours seulement, cette malade a éprouvé une amélioration notable. L'application réitérée des sangsues sur l'épigastre a déterminé une petite éruption pustuleuse sur cette région. En même temps les phénomènes fébriles se sont amendés; les douleurs épigastriques ont diminué, les vomissemens sont devenus plus rares , la malade éprouve un mieux-être sensible.

On reconnaît bien à ces symptômes une phlegmasie aiguë de l'estomac : c'est là un exemple rare et bien évident de gastrite pure. Il y a eu d'abord, chez cette jeune fille, des symptômes vagues d'un trouble général déterminé par l'irrégularité de la menstruation ; mais dès le moment de son entrée à l'hôpital , ces symptômes se sont de plus en plus nettement dessinés à mesure qu'ils on acquis une plus grande intensité, et l'on a pu reconnaître alors tous les caractères d'une gastrite pure ou franchement inflammatoire.

Le traitement qu'il convenait d'opposer ici était évidemment le traitement antiphlogistique dans toute sa force ; les saignées générales, les émolliens et surtout les saignées locales. C'est avec grande raison que Broussais prescrivait avec tant d'énergie d'insister sur ce dernier moyen. L'application des sangsues sur l'épigastre est, en effet, d'une grande efficacité ; elle paraît agir comme une véritable saignée révulsive , et la preuve en est dans cette éruption qu'ont déterminée les piqûres de sangsues , éruption qui survient , en effet , presque constamment dans ces cas-là. L'état de la malade n'étant encore qu'amendé , on insistera sur les applications de sangsues à l'épigastre et sur les ventouses scarifiées. Nul doute qu'à l'aide de ces moyens on ne parvienne à enrayer complètement la maladie et à obtenir la résolution de cette inflammation.

Fièvre éruptive. Complication d'urticaire, de roséole et d'arthrite rhumatismale. Tendance de la roséole à passer à l'état chronique.

Au n° 1er de la salle Sainte-Anne est entrée une femme malade depuis quinze jours, ayant une fièvre continue avec frisson et redoublement se répétant tous les jours et quelquefois plusieurs fois dans la même journée. Il est survenu pendant le cours de cette fièvre une éruption de plaques blanches dé-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Nouvellement jeté dans le feuilleton, et bien malgré moi, on ose me demander déjà quelles sont les réformes que j'ai opérées. D'abord , je ne suis pas réformateur , et je ne me suis inauguré que par des *étonnemens* que je ne compte plus. Malgré mes coups d'épingle aux académies, le paquet cacheté n'a pas disparu ; la statue de Broussais est restée dans son bain de siége et , à ma voix , cette grande figure ne s'est pas levée ; enfin on tape de plus en plus fort sur les poitrines humaines malgré mon *dessert percuté*. Ainsi , sur ces trois points, je n'ai pas plus obtenu que si j'avais chanté. Mais voici ce dont ma plume peut se flatter : sous elle, sont tombées les trois barbes médicales que vous savez bien ; MM. T..., B... et L... sont aujourd'hui aussi bien et peut être mieux rasés que vous et moi ; ce qui leur sied mieux et ce qui leur sera plus profitable. Quand on aspire à une chaire ou à un fauteuil à l'Académie de médecine, à l'Institut; quand on n'est pas un candidat trop candide , il faut nécessairement se livrer à des mouvemens physiognomoniques plus éloquens que la parole ; il y a des couleurs de circonstance à prendre. Or, la barbe cache cette mise en scène de la figure, et tel candidat a échoué avec la barbe , qui aurait réussi si un Figaro avait passé par son menton. Cela sachant, les trois confrères se sont exécutés ; ils ont déposé leurs barbes sur l'autel de l'ambition ; une d'elles a cependant résisté plus long-temps ; elle n'est même tombée qu'après la réception du billet que voici :

Mon cher confrère ,

Dupuytren n'avait que de minces favoris et Napoléon se rasait complètement.

Votre tout dévoué, LYRAC.

Réponse.

Mon cher Lyrac,

J'opte *pour le moment* pour les minces favoris ; plus tard je me raserai entièrement.

Tout à vous, X.

On me répondra que ce résultat est de peu d'importance, et que trois barbes de moins dans le corps médical , ce n'est qu'un ridicule de moins ; on dira que le feuilleton a d'autres abus , d'autres ridicules à fouetter lesquels ne sont pas tous chez les médecins, mais surtout chez les philantropes qui font semblant de concourir avec nous pour accomplir le même œuvre , la guérison ou le soulagement des maux physiques. Parmi ces philanthropes, les plus titrés, les plus barons et les plus mystificateurs sont les membres du conseil général des hôpitaux , tels que maître Dupin et autres Séguiers de même robe. Voyant que l'étoile que vous savez pâlit , et que M. Sauzet ne lui a pas seulement enlevé la présidence de la Chambre mais encore les cent mille francs y annexés et même le monopole du calembourg ; voyant qu'on dit partout assez de Dupin ; ledit Dupin, au lieu de devenir misanthrope s'est fait philanthrope, ce qui sera beaucoup plus nuisible à l'humanité, comme vous allez le voir. Cet avocat, se joignant à ce qu'il y a de plus éclairé dans le conseil des hospices , aux Aubé, aux Jouvencel, etc., a commencé par protéger les morts contre les médecins, au lieu de protéger les malades contre le froid , contre la maladie. Ainsi tandis que tous les jours le bureau central , faute de places dans les hôpitaux , rejette sur le parvis Notre-Dame une foule de malheureux que la fièvre dévore, maître Dupin et les esprits forts séduits par son éloquence , songent à rendre les honneurs de la sépulture à ceux qui sont morts probablement parce qu'ils n'ont pas été assez tôt secourus. Au lieu d'augmenter le nombre des lits dans les hôpitaux, il semble qu'on songe à augmenter le nombre des corbillards , ce qui a déjà fait rire les Pompes-Funèbres , qu'on ne devrait jamais faire rire. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont réclamé au nom de la science et au nom de l'humanité contre une mesure qui nous ramènerait aux temps les plus malheureux, et il paraît que des autorités supérieures à ces protecteurs du cadavre ont désapprouvé et arrêteront les effets de la mesure en question. Mais le Dupin , fertile en malices , a dit aux médecins : Puisque je ne puis vous enlever le cadavre, vous me permettrez de vous enlever *le pain*. Je vais donc vous couper *les vivres*.

Or, voici l'histoire de ce pain.

On dit qu'au treizième siècle, un bon chanoine avait légué à perpétuité un pain quotidien au chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; ce pain jusqu'à ce jour était offert non-seulement au chirurgien, mais aux médecins de l'Hôtel-Dieu et de quelques autres hôpitaux tels que la Pitié et Beaujon. Il y avait dans cette fondation du chanoine une pensée que l'administration n'a pas comprise , pensée cependant très naïve et qui par conséquent était à la portée de l'intelligence du conseil; mais elle n'allait pas au cœur de M. Dupin. En faisant cette offrande, le chanoine disait au médecin : « *Soyez bon comme ce pain* quand vous serez en présence des malheureux confiés à vos soins. » L'administration, oubliant le chanoine et n'ayant pu saisir le sens de cette offrande, n'a songé qu'à faire une malice aux médecins. Ne réclamez pas ; contentez-vous, Messieurs, de léguer à vos successeurs le souvenir du chanoine et le sens du legs qu'il avait fait, et dont on vient de déshériter le corps médical. On dit cependant que M. Roux veut aller jusqu'au conseil-d'état pour qu'on lui rende son pain. Je crois que M. Roux perdra son procès, malgré l'éloquence que vous lui connaissez, malgré son bon droit qu'on lui niera. Il y a un tableau qu'on devrait bien faire, et qui ne manquerait ni d'originalité, ni de grandeur. Ce serait Dupuytren sept fois millionnaire acceptant ce pain de deux sous avec reconnaissance, le mettant sous le bras avec orgueil et l'entamant avec un air de satisfaction, même avant d'arriver chez lui. Selon Dupuytren, c'était le meilleur pain du monde; c'était le pain bénit des chirurgiens. On dira peut-être, que c'est parce que Dupuytren voulait nous habituer à trouver supérieur tout ce qui venait de l'Hôtel-Dieu. Non, il y avait une autre pensée dans le cœur du grand chirurgien quand il manifestait cette préférence.

J'ai vu un jeune médecin du Bureau central remplaçant un chef de service, et disant avec un accent que je ne puis rendre ici : Voilà plusieurs années de travaux bien pénibles, et c'est là le premier pain que je gagne ! Il le fit bientôt passer dans une main indigente qui tous les jours venait le recevoir au même coin de rue.

Le petit pain n'était qu'un symbôle. Les médecins, en le perdant , ne perdront pas ce qu'il représente ; les malades n'en seront pas moins bien traités, et nos confrères ne mourront pas de faim pour cela. L'administration en sera donc pour ses frais de malice. S'il est évident qu'on n'en voulait pas à notre estomac, il n'en est pas de même pour les sœurs religieuses qui vont être réduites à la portion congrue. L'administration a trouvé qu'il se faisait une trop grande consommation de comestibles dans les couvents. Or, on peut être nonne et avoir un brillant appétit, surtout quand on est obligé de supporter de grandes fatigues et de passer des nuits. Diminuer les vivres de ces pauvres filles ce n'est pas une malice, c'est quelque chose de pis ; c'est une économie mal faite et qui pourrait très bien décourager les sœurs, si elles n'avaient en elles cet esprit de charité fervente qui leur fait surmonter les dégoûts de tout genre. Notre crime, nous le connaissons; mais dites-nous quel est celui de ces pauvres sœurs pour les mettre ainsi à la diète ?

Autre malice non moins spirituelle:

Il est reconnu que plus un élève séjourne dans les hôpitaux , plus il s'instruit; car il est là à la source des faits , il est continuellement en face de ce beau et sublime livre de la nature qui n'a que ce seul petit titre : *Observation*. Aussi les internes des hôpitaux forment-ils cette pépinière fertile en talens destinés à la haute clientelle, à l'enseignement, et à la gloire de la médecine et de la chirurgie françaises. Cette belle institution devait donc déplaire , elle a déplu et on va chercher à l'amoindrir, à la dénaturer. Ainsi, au lieu de quatre ans, la durée de l'internat ne pourra dépasser trois ans. On supprime donc la quatrième année qui était la plus profitable. C'était *l'année pratique*, si je puis ainsi dire, puisque les élèves passaient alors des principes de l'observation pure à l'application ; leur ancienneté les rapprochait davantage des maîtres avec lesquels ils pouvaient discuter avantageusement sur

terminant une cuisson très vive et une petite toux sèche.

Le jour de son entrée à l'hôpital cette femme présentait de la chaleur et de la sécheresse à la peau, de la fréquence dans le pouls, un peu d'injection des conjonctives; la peau était recouverte, dans différentes parties du corps et surtout aux avant-bras, de petites plaques ou élevures en forme d'ampoules, pâles et décolorées à leur centre et rouges au pourtour; elle présentait en outre par places, à de certains intervalles et entre ces élevures de petites taches rouges légèrement élevées et nettement limitées, ayant la plus grande ressemblance avec une éruption roséoleuse. A ces phénomènes se joignaient des douleurs dans toutes les articulations des membres, sans gonflement manifeste, et une petite toux sèche avec un peu d'oppression; constipation, point de selles depuis plusieurs jours.

La première de ces éruptions, au rapport de la malade, offrait une grande mobilité; elle paraissait et disparaissait alternativement une fois ou deux en vingt-quatre heures; elle a complètement disparu dès les premiers jours de séjour de la malade à l'hôpital; mais les petites taches rouges, ainsi que les douleurs arthritiques et la toux ont persisté avec un très léger mouvement fébrile. La poitrine n'offre d'ailleurs à l'examen rien de notable; la respiration s'exécute d'une manière normale.

Cette femme aurait donc eu, dans le principe, après quelques jours de fièvre, un urticaire, lequel aurait fait place à une éruption roséoleuse coexistant avec une arthrite rhumatismale légère. La fièvre qui a précédé la première éruption, qui n'a point cessé complètement d'exister depuis, aurait été entretenue par l'une ou l'autre de ces affections ou par ces trois affections concomitantes. Il est remarquable cependant qu'elle ait eu son plus haut degré d'intensité avant la manifestation des éruptions, et qu'elle ait graduellement diminué depuis, alors même que les trois affections dont nous venons de parler existaient simultanément. Cette circonstance tendrait à la faire considérer comme une fièvre franchement éruptive et, jusqu'à un certain point indépendante des phénomènes morbides qui sont venus compliquer les affections exanthémateuses.

Quoi qu'il en soit, ce n'est là qu'une affection de peu d'importance et sans nulle gravité, mais qui mérite toutefois de fixer l'attention comme un exemple de complexité remarquable. Depuis quelques jours l'affection roséoleuse n'a point fait de progrès; elle conserve à peu près la même intensité et paraît rester stationnaire. Peut-être passera-t-elle à l'état chronique. S'il en était ainsi, il n'y aurait toujours point lieu de la considérer comme une affection grave. Il existe bien des roséoles chroniques dépendant de l'infection syphilitique et qui tirent de cette circonstance quelque gravité; mais, outre qu'il n'existe ici aucun autre caractère d'une affection de cette nature, cette femme affirme n'avoir jamais eu de maladie vénérienne, et il n'y a nullement lieu de suspecter la véracité de ses rapports.

Le traitement consiste dans l'emploi des adoucissans et d'une alimentation légère.

Endocardite de nature probablement rhumatismale.

Une jeune femme est entrée à l'hôpital, éprouvant des douleurs à la région précordiale, des palpitations, de la dyspnée, avec des dispositions fréquentes à la syncope, de la toux, et parfois quelques vomissemens. Cette femme était très sujette aux rhumatismes; elle n'en souffre plus depuis l'invasion des symptômes que nous venons d'énumérer. Elle conserve d'ailleurs une physionomie assez naturelle, le visage n'offre aucune altération, la chaleur du corps est à peu près normale; la dyspnée augmente pendant le décubitus dorsal; il y a une toux bruyante et un peu de râle muqueux. Cette femme a donc, indépendamment de l'affection rhumatismale chronique dont elle n'éprouve plus actuellement les atteintes, une affection du cœur caractérisée par les douleurs dans la région du cœur, les palpitations, la dyspnée, l'imminence de la syncope et les vomissemens, qui sont des épiphénomènes ou des phénomènes sympathiques très communs dans les affections du cœur. C'est le cas de faire remarquer ici, en passant, la fréquence des rapports qui existent entre les maladies du cœur et les affections rhumatismales, et spécialement du rhumatisme musculaire avec l'inflammation du parenchyme du cœur et du rhumatisme arthritique avec l'inflammation des enveloppes et des parties fibreuses du cœur. Du reste, quel que soit le siége de l'inflammation dans tels ou tels tissus du cœur, il n'en résulte pas de modifications importantes dans les indications thérapeutiques qui se déduisent toujours du fait de l'inflammation.

Le cœur présente, chez cette femme, des pulsations fréquentes et très petites. On pourrait se demander si cette circonstance tient à un défaut d'expansion, à une dilatation incomplète du cœur, ou à un rétrécissement de ses orifices. On ne peut pas admettre ici qu'il y ait un épanchement dans le péricarde; car les battemens sont clairs et s'accompagnent d'un bruit de frottement, presque comme si le cœur était à nu. D'un autre côté, on ne peut pas admettre non plus un rétrécissement, à raison de la grande fréquence et de la régularité des pulsations. Il faut donc se borner à considérer ces désordres, ces troubles fonctionnels comme produits par l'état de souffrance, par la douleur dont le tissu du cœur est le siége, et non par une lésion organique de ce viscère. On voit, en effet, dans un assez grand nombre de circonstances, la goutte, par exemple, produire des troubles extrêmement considérables dans les fonctions du cœur, et qui pourraient au premier abord faire supposer une lésion profonde de cet organe; tandis que l'application d'un sinapisme suffit pour faire instantanément cesser d'aussi grands désordres. Il peut en être de même pour le rhumatisme, et c'est ce que nous avons lieu de soupçonner dans le cas présent. Il existe ici une inflammation soit de la surface interne, soit de la surface externe du cœur; non que le rhumatisme soit par lui-même toujours inflammatoire, mais il détermine souvent l'inflammation du tissu qu'il attaque. En résumé, l'état de souffrance du cœur me paraît dépendre ici soit d'un rhumatisme, soit d'une inflammation récente de nature rhumatismale. S'il est difficile de préciser à cet égard le diagnostic d'une manière rigoureuse, nous devons convenir que cela n'aurait qu'une importance secondaire pour le traitement, car dans l'un et l'autre cas les indications ne diffèrent point. Elles consistent dans l'emploi des saignées et des révulsifs; les saignées pratiquées dans le but de produire une déplétion sanguine, et par suite une diminution dans la gêne et l'embarras de la circulation, en même temps qu'elles agissent avec efficacité contre l'inflammation. Quant aux révulsifs, on les appliquera d'abord sur les parties éloignées, après quoi on les rapprochera graduellement du siége même de la maladie. Ainsi on appliquera un vésicatoire sur la région du cœur, après toutefois qu'on aura suffisamment insisté sur les saignées; on joindra à ces moyens les diurétiques, le nitre, agissant sinon comme sédatif, du moins comme révulsif, et enfin la digitale comme l'agent le plus propre à diminuer l'excitabilité du cœur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Corps étranger dans l'articulation fémoro-tibiale gauche. — Extraction de ce corps. — Considérations générales.

Le 11 de ce mois est entré à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau, salle Sainte-Vierge, nº 11) le nommé Nanté, âgé de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, portant dans l'articulation du genou gauche un corps étranger dont il veut être débarrassé. En 1835, cet homme tomba de sa hauteur sur le genou, et cette chute détermina sur l'articulation du gonflement et une douleur assez vive qui le forcèrent de garder le repos pendant environ quinze jours. Il put ensuite marcher, mais il fut obligé pendant assez long-temps de se servir d'un bâton. Il rapporte qu'à cette époque le moindre faux pas, un effort brusque pour redresser la jambe lui faisaient éprouver les plus vives douleurs. Cependant ces accidens avaient beaucoup perdu de leur intensité, ils ne se montraient même qu'à de très longs intervalles, lorsque, il y a environ six mois, il fit une nouvelle chute sur le même genou à la suite de laquelle il a pu constater manifestement le corps étranger pour l'extraction duquel il vient réclamer les secours de l'art. Depuis cette époque, dit-il, le corps est très mobile; il peut très facilement le déplacer d'un côté de l'articulation à l'autre. Mais les douleurs atroces qu'il lui fait éprouver assez fréquemment pendant la marche sont telles, qu'il veut à tout prix en être débarrassé.

La présence de ce corps étranger était manifeste. D'après les instances du malade, M. Velpeau remit l'opération au 14. Mais ce jour-là, avant de pratiquer l'operation, il fit sur les corps étrangers des articulations, une leçon dont nous allons donner un extrait.

L'affection que présente ce malade, dit M. Velpeau, mérite de fixer toute l'attention des praticiens. Les auteurs anciens n'en parlent point. A. Paré est le premier qui en mentionne un cas. (Œuvres complètes, t. III, p. 32, édition de M. Malgaigne.) Le second exemple a été rapporté par Pechlin (1671). En 1726, Alex. Monro en publia un troisième, qui a servi, comme nous le dirons bientôt, pour expliquer le mécanisme de la formation de ces corps. Ces faits éveillèrent l'attention des praticiens, et bientôt les observations se multiplièrent dans tous les pays. De nos jours, il est peu de praticiens qui n'aient rencontré quelques cas de ce genre.

Siége. — Ces corps peuvent se rencontrer dans toutes les articulations. Haller en a trouvé une vingtaine dans l'articulation temporo-maxillaire d'une vieille femme, MM. Robert et Malgaigne en ont observé, le premier une vingtaine, le second soixante, dans l'articulation huméro-cubitale. On en a trouvé aussi dans les articulations du poignet et du pied. En 1837, j'ai observé un homme qui m'a paru en porter dans l'articulation tibio-tarsienne; mais il ne m'a pas été possible d'en acquérir la certitude. Quoi qu'il en soit, c'est au genou qu'on les rencontre le plus fréquemment. Cette articulation semble être leur siége de prédilection.

Nombre. — Tantôt il n'existe qu'un de ces corps dans la même articulation, tantôt on en rencontre plusieurs. Dans l'articulation du genou, il n'y en a ordinairement qu'un. Cependant on en a observé quelquefois plusieurs. Morgagni, Desault et quelques autres auteurs rapportent des cas de ce genre. Moi-même j'en ai rencontré un nombre considérable dans le genou droit d'un jeune homme.

Volume. — Il est très variable. Celui dont parle A. Paré était de la grosseur d'une amande. Desault en a extrait un qui avait quatorze lignes dans son plus grand diamètre et dix dans le plus petit. En 1829, j'en ai vu un à l'hôpital Saint-Antoine qui égalait le volume d'un très gros marron aplati. Toutefois, ce sont là des cas exceptionnels. Le volume ordinaire de ces productions est celui d'un haricot. Il en est cependant qui dépassent à peine la grosseur d'un grain d'orge. Lorsqu'il y en a plusieurs dans une même articulation, ils ont ordinairement un petit volume, et ce volume est alors varié: s'il n'y en a qu'un, il est le plus souvent assez volumineux.

Forme. — La figure de ces corps varie beaucoup. Tantôt ils sont anguleux, irrégulièrement bosselés; tantôt ils sont arrondis; cette dernière forme est la plus fréquente. Lorsqu'ils sont d'un certain volume, ils ont ordinairement une forme un peu allongée et aplatie. Les plus petits offrent en général l'aspect d'un grain d'orge. Le plus souvent ils ont une surface humide et polie.

Consistance. — Elle n'est pas la même dans tous les cas et dans toute l'épaisseur de ces corps. Il en est qui sont durs, comme pierreux: de ce nombre était sans doute celui dont parle A. Paré. On en a trouvé qui étaient entièrement osseux. D'autres ressemblent complètement aux fragmens d'un cartilage véritable. Mais, hâtons-nous de le dire, ce ne sont pas là les cas les plus fréquens. Ordinairement ces corps ont une consistance moindre. La plupart de ceux que j'ai vus se laissaient écraser par une pression peu forte. Je n'y ai jamais trouvé ni vaisseaux, ni lamelles; ils ne présentent aucune espèce de texture. Le centre en est habituellement la partie la moins consistante; cependant le contraire a quelquefois lieu.

Mobilité. — Ils sont ordinairement libres, mobiles, flottans dans l'articulation; quelquefois cependant ils sont maintenus par un pédicule plus ou moins large, plus ou moins long. Il en est même qui sont immédiatement adhérens à un des points de la synoviale; mais ces derniers cas sont rares.

Etiologie. — On a émis plusieurs opinions à cet égard. Le titre de pierre, que donne Paré à celui qu'il a extrait, indique assez que dans l'esprit de ce chirurgien la formation de ces corps était comparable à celle des calculs vésicaux; mais c'est là une supposition qu'on a bientôt abandonnée.

On a considéré ensuite ces corps comme des fragmens de cartilages naturels accidentellement détachés. Cette opinion, qui a eu le plus de crédit dans le dernier siècle, ne saurait rendre compte de tous les faits. Il en est quelques-uns, il est

---

les méthodes thérapeutiques, sur les procédés opératoires qui devaient être employés, puis sur les résultats. L'internat était donc notre *école normale*; il devait inquiéter les petits esprits comme tout ce qui a un grand avenir.

Le conseil d'administration, qui se connaît en concours, a modifié les épreuves de celui du prix des internes. Au lieu de présenter un travail dont les limites seraient déterminées par la nature du sujet et l'esprit des concurrens, les élèves auront à se conformer à la volonté de l'administration qui ne veut que 80 pages au plus; (je ne sais si la grosseur du caractère est indiquée.) Les observations ne devront pas dépasser le nombre de six. On voit par là que la vraie méthode numérique n'a pas la majorité dans le conseil, du moins pour ce qui est de l'observation: car pour les petits pains, c'est autre chose, le conseil les a tous comptés, et il a trouvé qu'ils avaient déjà coûté à l'administration dix-huit mille deux cents cinquante francs. Au lieu de borner le nombre des observations, l'administration qui sait si bien compter aurait dû les accepter toutes, les faire choisir, les faire classer en catégories, pour les vendre ensuite. En les cotant seulement au prix des petits pains, elle aurait pu bénéficier encore et respecter le legs du bon chanoine et le symbole qu'il contenait. Elle aurait, de plus, rendu un vrai service à la science, et se serait donné un air académique qui lui siérait mieux que celui qu'elle prend aujourd'hui.

Il y a peut-être une pensée politique qui dirige l'administration dans ses nouveaux actes. Peut-être veut-on amoindrir l'enseignement de la médecine à Paris pour éloigner les élèves du foyer des passions des partis. A ce fait se lie un autre fait non moins remarquable, mais plus original: c'est l'apparition de l'homœopathie dans une chaire de Montpellier qui va attirer vers l'émule de Cos *les élèves curieux* et même les malades de Paris, ce qui arrêtera tout mouvement politique dans la capitale. On trouvera ceci dans un journal: « Il n'y a pas très long-temps *(article communiqué)* nous annoncions qu'à l'endroit de l'homœopathie, l'Ecole de Montpellier allait se substituer à celle de Paris, enlever à celle-ci l'honneur d'être la première en France à scruter la nouvelle doctrine; puis, ce qui ne peut manquer d'avoir lieu, lui *ravir les élèves curieux* de connaître le vrai de cette méthode, et surtout ceux qui seront désireux de la pratiquer!!!... » En effet, comme le dit M. d'Amador avec autant de *finesse que de profondeur*, il faut se garder de considérer la doctrine homœopathique comme un aérolithe tombé du ciel et dont on ignore l'origine. Cette doctrine médicale, au contraire, est greffée sur l'ancienne comme Hahnemann sur Montpellier et Montpellier sur Hippocrate... » M. d'Amador est greffé sur ?..... Vous le devinerez quand on vous aura dit dans le même article *communiqué* que ledit professeur est aussi excellent praticien qu'excellent professeur.

Pour moi, je ne ferai qu'une remarque: c'est qu'on est bien malade quand on a recours à l'homœopathie, même lorsqu'on est une faculté greffée sur Hippocrate.

Autre moyen de se procurer, non pas des élèves et des malades de tout âge et de tout sexe, non pas de ravir un honneur à la Faculté de Paris, ce qui n'est rien, mais bien de ravir à un confrère une malade qui vaut dix mille livres de rente. Ceci est historiquement vrai. La femme d'un des plus riches financiers du monde est malade depuis près de trente ans (ce qui ne dénonce pas encore l'âge de la cliente). Les Bouillaud, les Chomel, les Andral, les Louis, y ont perdu le peu de latin qu'ils ne savaient pas bien. La maladie persiste, c'est-à-dire que la malade s'entête à l'être. M. B...c l'entreprend, mange des côtelettes et boit du champagne avec elle. La santé semble revenir et la bourse du médecin grossit tous les jours; on lui fait enfin une rente qui va au-delà de la somme que l'Université peut allouer à un professeur de votre Ecole. Ce que sachant, M. M...l prend la résolution de ravir cette malade à son confrère. Vous croyez qu'il va user des procédés ordinaires, qu'il va, par l'entremise d'une femme de chambre ou d'un amant, apprendre à la riche financière que son médecin est un niais, un mauvais praticien: Point. M. M...l demande tout simplement à parler à Madame. Il est reçu. « Madame, dit-il, je sais que vous avez bon nombre de lézards dans votre parc; je m'occupe beaucoup de ces reptiles; voudriez-vous me permettre d'aller dans votre parc quand il fait grand soleil? — Avec plaisir, Monsieur. » Bientôt le soleil se lève, et M. M...l est au parc. Il trouve des lézards qu'il avait déjà dans sa manche avec autre chose. Il a soin d'établir son laboratoire dans une allée sur laquelle avait vue une des fenètres du boudoir de la financière. Tous les jours, M. M...l faisait des autopsies et se livrait à des investigations, en apparence très minutieuses, sur le sang des susdits reptiles. Les loupes, les microscopes de tous les calibres étaient mis en usage. Madame B... finit par apercevoir l'expérimentateur et ses lézards. Le prurigo de la curiosité la porta alors à se rendre seule au laboratoire champêtre, et tout en plaignant les malheureux autopsiés, elle demanda à l'expérimentateur le but de ses recherches. Dès cet instant, madame B... ne fut plus la malade de M. B...c: elle appartenait à l'homme aux lézards, car celui-ci avait diverses poudres qu'il répandait sur le sang des reptiles, dont il changeait à volonté la consistance, la couleur, l'odeur même. Ce spectacle plut à la financière. De ces expériences à une théorie sur les maladies du sang, sur la manière de les guérir, il n'y a pas loin, et pour peu que l'expérimentateur soit éloquent et non Français, pour peu qu'il s'adresse à une imagination malade et à une bourse opulente, il a bientôt gagné son procès et dix mille livres de rente. C'est ce qui arriva a M. M...l l'an mil huit cent quarante, au mois de juillet, au parc de...

Dr LYRAC.

vrai, qui viennent la confirmer; mais il y aurait manifestement erreur dans sa généralisation.

Hunter, A. Cooper, en Angleterre, Béclard, en France, ont donné une autre explication. Ces auteurs ont admis que les corps qui nous occupent sont d'abord produits en dehors de l'articulation, qu'ils s'y engagent progressivement en poussant devant eux la synoviale, de manière à s'en servir d'enveloppe et de pédicule; que ce pédicule, devenu de plus en plus délié, finit souvent par se rompre; de là la mobilité, la liberté, pour ainsi dire, du corps dans l'article. Cette explication est rationnelle, et quelques faits semblent la confirmer; mais elle n'est pas plus absolue que la précédente.

Quant à moi, sans nier d'une manière absolue la justesse des opinions que je viens de mentionner, je ne pense pas qu'aucune d'elles puisse trouver une application exacte dans la majorité des cas. Je suis convaincu que les corps qui nous occupent trouvent le plus ordinairement leur cause première dans un épanchement de sang ou même de lymphe concrescible. Sous ce rapport, ils ne diffèrent pas des grains qu'on observe quelquefois dans les bourses synoviales, tendineuses, sous-cutanées. Un grumeau de fibrine en forme ordinairement le noyau. Ce n'est là qu'une des variétés des transformation du sang, sur lesquelles j'ai tant insisté depuis plusieurs années. Dans un aassez grand nombre de cas j'ai suivi les différentes phases du développement de ces corps, et il ne m'est plus permis de douter aujourd'hui que tel ne soit le plus ordinairement leur mode de formation. J'ai assez insisté, du reste, à cet égard, dans d'autres circonstances, pour pouvoir me dispenser d'entrer ici dans des développemens.

Diagnostic. — Il est ordinairement facile. S'ils restent dans un repli, un cul-de-sac de l'articulation, rien ne les accuse; mais dès qu'ils s'interposent entre les surfaces articulaires, une douleur des plus violentes éclate; cette douleur va même quelquefois jusqu'à produire une syncope. Un faux pas, un mouvement brusque, suffit pour faire pousser des cris aux sujets, mais cette douleur disparaît bientôt, et l'articulation reprend ses mouvemens comme si rien n'était. Il est des cas cependant où il reste toujours plus ou moins de sensibilité dans l'article; c'est quand ces espèces d'accès se renouvellent à des intervalles très rapprochés. Le malade que nous allons opérer est dans ce cas. Il arrive même quelquefois que la marche est complètement impossible; mais ces derniers cas sont rares. Toutes ces particularités sont, du reste, faciles à concevoir. Il faut bien savoir, toutefois, que le diagnostic n'est complet que quand on peut palper le corps étranger, comme chez notre malade.

Pronostic. — Ils ne semblent pas de nature à se dissiper d'eux-mêmes. On conçoit seulement qu'ils puissent se fixer sur un point qui les mette à l'abri de toute pression, et de tout déplacement pour l'avenir. Quelques exemples le prouvent. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Le plus ordinairement ils déterminent des accidens plus ou moins graves. Ainsi, outre les douleurs violentes qu'ils causent; on les a vu quelquefois déterminer dans l'articulation qu'ils occupent une inflammation aiguë ou chronique, et même une altération plus ou moins profonde de la jointure. On comprend dès lors que l'existence de ces corps n'est pas une maladie exempte de toute gravité, et qu'elle mérite de fixer toute l'attention des hommes de l'art.

Traitement. — L'idée de l'extraction a dû naturellement se présenter la première aux chirurgiens; mais les dangers redoutables d'une plaie pénétrante a arrêté plus d'un opérateur; De nos jours encore, il existe plusieurs praticiens instruits qui la repoussent; il en est même qui ont été jusqu'à lui préférer l'amputation du membre (Bell), ou la production d'une ankylose (David). Mais, hâtons-nous de le dire, la médecine opératoire a fait récemment de grands progrès à cet égard. Mais avant d'en venir là, je dois vous dire quelques mots d'un moyen dont on peut tirer parti dans certaines circonstances, je veux parler de la compression.

Compression. — Ayant observé que les corps étrangers n'occasionnent aucune douleur lorsqu'ils occupent certains points de l'articulation, quelques chirurgiens, Middleton entr'autres, ont pensé qu'en les fixant sur ces points pendant un certain temps à l'aide d'une compression méthodiquement faite, on pourrait, ou bien leur faire contracter des adhérences qui s'opposeraient désormais à leur passage entre les têtes articulaires, ou bien même déterminer leur absorption. On a rapporté quelques succès obtenus à l'aide de ce moyen; mais je me hâte d'ajouter qu'elle a échoué le plus souvent, et que quelquefois même elle a donné lieu à d'assez vives douleurs qui ont forcé à y renoncer. Quoi qu'il en soit, comme il peut arriver que ce soit la seule ressource qu'on puisse employer, je crois devoir indiquer quelques préceptes pour son application.

Il faut, avant tout, fixer le corps étranger dans le point qui paraît le plus favorable. Au genou, on doit le refouler sur les côtés ou au dessus de la rotule. Fixé sur un de ces points, on peut l'y maintenir solidement sans avoir besoin d'une constriction très prononcée. Le bandage ou la genouillère doit être disposé de telle sorte que la marche ne soit point empêchée. On ne devrait prescrire le repos absolu du membre, ou un appareil propre à ne permettre aucun mouvement de l'articulation, que si la compression avait été vainement essayée pendant long-temps. Si les corps étrangers étaient au coude, on pourrait plus facilement condamner au repos complet le membre supérieur.

Je ne crois pas nécessaire d'entrer dans des détails pour montrer combien ce moyen de traitement est incommode. Maintenant, si l'on réfléchit que la compression n'agit d'abord qu'à titre de palliatif, que souvent il est nécessaire de la continuer pendant plusieurs années pour obtenir une guérison radicale, et que même le succès est loin d'être assuré dans tous les cas, on se convaincra sans peine qu'il ne faut rien moins que la crainte des dangers de l'opération pour se décider à y avoir recours. Or, je l'ai déjà dit, la médecine opératoire a fait de grands progrès à cet égard; c'est ce que je vais démontrer.

Opération. — Avant tout, il faut bien s'assurer de la présence du corps étranger; on ne devra commencer l'opération que quand on le tiendra entre les doigts à travers les tégumens. De tout temps, il est vrai, les chirurgiens ont pris des précautions diverses pour s'opposer à l'introduction de l'air dans l'intérieur de l'articulation. C'est ainsi qu'on s'est attaché soigneusement à tirer la peau tantôt en haut, tantôt en bas, tantôt sur les côtés, pour empêcher le parallélisme de la plaie de la synoviale avec celle de la peau. Mais il est juste de dire que les travaux récens de M. Jules Guérin sur l'innocuité des plaies sous-cutanées alors même qu'elles pénètrent dans les articulations, ont exercé une très heureuse influence sur cette partie de la médecine opératoire, comme sur une foule d'autres que nous n'avons pas à examiner ici.

Je n'ai pas à m'occuper actuellement des avantages de la *méthode dite sous-cutanée*, méthode que M. Guérin a généralisée. Je me bornerai à en indiquer l'application aux cas actuels. Auparavant je dois dire quelques mots sur deux procédés qui paraissent compter quelques succès.

1° M. Averill a proposé d'amener le corps étranger le plus loin possible du centre de l'articulation et dans le point où il existe le moins de parties importantes à diviser. Une fois là, on l'y fixe solidement avec un anneau métallique de manière à ce qu'il ne puisse pas fuir sous la pression de l'instrument. Cet anneau, ainsi appliqué, est confié à un aide intelligent. Le chirurgien pratique alors une incision sur les tégumens qui recouvrent le corps étranger. Si celui-ci ne sort pas par la pression à la manière d'un noyau de fruit, on le saisit sans désemparer avec une pince, un crochet ou une érigne, et, d'un coup de ciseau, on coupe son pédicule s'il y en a un; la plaie est ensuite lavée et réunie à l'aide d'une bandelette emplastique. L'anneau ne doit être retiré que lorsque le pansement est terminé.

Ce procédé est sans doute préférable à ceux qu'on employait jadis; mais je ne crois pas cependant qu'il soit aussi avantageux que son auteur semble le croire. D'ailleurs nous en possédons maintenant qui offrent une sécurité beaucoup plus grande.

2° M. Dufresse a conseillé de refouler le corps étranger sur le point de l'articulation qui paraît le plus favorable, de le comprimer sur ce point pour déterminer à sa circonférence une adhérence de tissus. Dès que cette adhérence est établie, on incise alors les tégumens qui recouvrent le corps et on l'extrait comme il est dit plus haut. Ce procédé paraît de prime abord offrir de grands avantages. Mais si l'on réfléchit qu'il est souvent très difficile de fixer le corps sur le point indiqué, et que cette compression, qui doit être assez prolongée pour déterminer les adhérences qu'on désire, est souvent insupportable, on mettra quelque réserve dans l'emploi de ce moyen. Je dois ajouter cependant que M. Dufresse dit avoir complétement réussi dans un cas.

3° Dans un article publié dans les Annales de la chirurgie (janvier 1841), M. Goyrand a décrit un nouveau procédé qu'il a imaginé et qui me paraît devoir procurer les plus heureux résultats. Ce chirurgien, faisant l'application de la méthode des incisions sous-cutanées, fait une petite plaie assez loin de l'articulation, introduit par cette ouverture un bistouri étroit à l'aide duquel il va débrider sous les tégumens le corps étranger préalablement ramené sur un point favorable de l'articulation. Cela fait, il chasse le corps hors de l'articulation et le fait passer sous les tégumens voisins dans le trajet qu'à parcouru le bistouri. Cela fait, il le fixe sur ce point pendant quelques jours, jusqu'à ce que les tissus qui l'environnaient se soient réunis. Alors il en fait l'extraction et n'a plus à craindre les accidens d'une plaie pénétrante de l'articulation.

Ce procédé est sans contredit ingénieux, et M. Goyrand a parfaitement raison de fonder sur lui les plus belles espérances. Je pense cependant qu'on pourrait le simplifier sans crainte. Cette simplification me paraît aujourd'hui légitimée par l'innocuité bien constatée des incisions sous-cutanées.

Je me propose en conséquence chez notre malade, comme je l'ai déjà fait d'ailleurs avec un succès complet il y a quelques mois dans cet hôpital, de me borner au premier temps de l'opération de M. Goyrand; c'est-à-dire qu'après avoir débridé le corps étranger à travers une petite plaie pratiquée loin de l'articulation, je le ferai glisser sous les tégumens. Un aide exercera une compression derrière lui, et lorsque je l'aurai fait parvenir jusqu'à l'incision première, j'agrandirai celle-ci et ferai immédiatement l'extraction; après quoi la plaie sera convenablement fermée et une compression modérée sera exercée sur le trajet parcouru par le corps étranger.

L'opération a, en effet, été pratiquée comme il vient d'être dit. Le malade a été transporté dans son lit, et le repos absolu du membre a été recommandé avec le plus grand soin.

Cette opération a été pratiquée le 14 de ce mois. Le lendemain, le malade n'éprouvant aucune douleur, s'est remué dans son lit et a commis diverses imprudences que nous ferons plus tard connaître; si bien que deux jours après l'articulation s'est enflammée et que des accidens très graves sont survenus.

Aujourd'hui 26, ces accidens persistent mais semblent perdre un peu de leur intensité.

Nous reviendrons prochainement sur les suites de cette opération.

HOPITAUX DE LONDRES.

Hydropisie du corps thyroïde. Guérison; par M. MASSEY.

Un homme âgé de trente ans, habituellement bien portant, s'est aperçu, il y a dix ans, d'une petite tumeur au côté droit du larynx, vers le milieu de la hauteur du cou, laquelle augmenta graduellement. Il y a cinq ans, elle offrait la moitié du volume qu'elle présente aujourd'hui. A l'examen, j'ai reconnu une tumeur formée par le lobe droit du corps thyroïde. J'ai prescrit six sangsues sur la tumeur; frictions matin et soir de pommade d'hydriodate de potasse, et une potion iodée à prendre trois fois par jour. Aucune fluctuation n'était manifeste à cette époque. Après trois mois de ce traitement, la tumeur s'est ramollie et a semblé diminuer de volume, mais sans être douloureuse ni incommode.

Le 30 octobre, un nouvel examen fait voir que la tumeur située au côté droit du cartilage thyroïde s'étend un peu au-dessus de ce cartilage et à quelques pouces au-dessous; son plus long diamètre est mesuré obliquement d'avant en arrière, et passe en dehors du sterno-mastoïdien. La compression n'est point douloureuse; la tumeur n'incommode que par son volume. La mesure circulaire du cou, passant par la tumeur, donne dix-huit pouces. La fluctuation est manifeste, surtout à la partie antérieure et inférieure, où elle est plus proéminente. On y sent une pulsation communiquée par l'artère carotide, ce qui a fait croire à quelques personnes à un anévrisme. Le teint du malade est jaune, mais il assure n'avoir jamais eu la jaunisse, bien que sa conjonctive soit un peu jaune; constipation, urine jaune, dyspnée occasionnée par l'action compressive de la tumeur; sécheresse à la gorge, toux légère, vertiges, palpitations fréquentes, sueurs abondantes.

On prescrit la continuation de l'iode.

Le 27 novembre, aucun changement en mieux n'ayant eu lieu, le chirurgien ponctionne la tumeur à l'aide d'une aiguille, sur le point le plus saillant et le plus fluctuant, ce qui a donné issue à 150 grammes de liquide (5 onces), d'apparence bilieuse, très fluide.

Le 1er décembre, la piqûre est cicatrisée; la tumeur est remplie de nouveau, et offre la moitié du volume primitif.

Le 4, son volume était comme avant la ponction. On ouvre la tumeur à l'aide d'une incision de quatre à cinq pouces de long, ce qui a fait sortir autant de liquide que la première fois. Le doigt porté dans le sac a pu passer en haut au-dessus du cartilage thyroïde, en bas très près du sternum, en dehors au-dessous du muscle sterno-mastoïdien. Le corps thyroïde était converti en un large kyste rempli de fluide. On a introduit dans ce kyste une compresse qu'on y a fixée à l'aide de bandelettes adhésives. Suppuration de la plaie, écoulement de liquide à chaque pansement.

Le 6, gonflement du cou; suppuration abondante. Purgatif. Les jours suivans, la suppuration continue à être abondante et fétide. On injecte dans la tumeur la solution suivante: hydriodate de potasse, 1 gramme; iode, 15 centigrammes; eau distillée, demi-kilog. Cataplasme émollient. On répète cette injection tous les jours; la suppuration diminue. Mieux progressif. Il reste une petite fossette derrière le sternum, laquelle recèle un peu de liquide; débridement; guérison.

(*Guy's hospital report*, 1841.)

— Les tumeurs autour du cou offrent toujours un grand intérêt à cause de leur gravité, de leurs variétés nombreuses, et souvent aussi des difficultés du diagnostic et du traitement. On vient de voir que la dyspnée s'était déjà déclarée par suite de la compression de la trachée: ce symptôme peut aller jusqu'à l'asphyxie, ainsi que M. Maunoir en a cité des exemples, et que nous l'avons observé nous-même une fois. On impute aussi à cette action compressive la production de l'apoplexie; mais ce fait est loin d'être prouvé d'une manière incontestable, quoiqu'en disent certains auteurs. Le fait dont on vient de lire les détails offre ceci de particulier, que la tumeur était formée dans la substance même de la glande thyroïde; tandis qu'ordinairement le kyste est isolé, extrinsèque. Son étendue considérable est digne de remarque, et l'on peut se demander si le séton qu'on prescrit communément contre ces tumeurs aurait réussi aussi bien contre celle-ci.

Hypertrophie congénitale du thymus; dyspnée; mort; par M. HERBERT BROWNE BECK.

George Blunt, âgé de quatre mois, né de parens sains, a offert dès la naissance plus ou moins de dyspnée et de toux; il était bien portant au reste. Un jour, à dix heures du soir, ses parens se sont aperçus qu'il respirait avec difficulté et qu'il était assoupi; ils ne s'en sont pas inquiétés, l'enfant ayant eu de pareilles attaques de temps à autre, à l'exception de l'assoupissement. Le lendemain la dyspnée a augmenté, ainsi que le coma, et l'enfant a succombé promptement.

A l'autopsie, le cadavre n'offre rien de remarquable à l'extérieur. En relevant le sternum on voit que le thymus présente un volume extraordinaire, il couvre une grande partie du cœur et une portion de la surface antérieure du poumon gauche qui est considérablement déprimé. En coupant le thymus il s'écoule une quantité de fluide de consistance crémeuse, ressemblant beaucoup à du chyle. Le lobe antérieur du poumon gauche est très congestionné et présente des ressd'inflammation. Le poumon droit est sain. L'oreillette droite du cœur est dilatée; les deux ventricules sont hypertrophiés. Le trou ovale est béant. Rien de remarquable dans l'abdomen, si ce n'est la distension des intestins par une grande quantité de gaz.

Trois arêtes de poisson passées du rectum dans la vessie, et rendues par l'urètre; par M. BRANSBY COOPER.

Un homme âgé de quarante-cinq ans, de bonne constitution, tempérament irritable, souffrait depuis long-temps d'un rétrécissement de l'urètre dont il était soulagé par l'introduction fréquente des sondes. Il était dans l'habitude de se faire passer une bougie tous les trois mois: cette introduction occasionnait toujours de la douleur sur le point rétréci. Au commencement de cette année la bougie lui a été introduite par M. Balderson. Comme l'opération a été douloureuse, ce chi-

rurgien lui a recommandé de garder le lit pendant quelques heures; il n'en a rien fait; il s'est même livré à de longues courses; ayant voulu uriner, il a éprouvé de grandes difficultés, et enfin il a rendu par l'urètre une grande quantité de sang veineux. Cet état ne l'a pas inquiété. Un mois après des envies fréquentes d'uriner se sont déclarées; il rendait toutes les dix minutes de l'urine sanguinolente, et enfin il a rendu aussi quelques gouttes de sang artériel avec des peines excessives. Le malade est resté dans cet état pendant tout le jour; le soir il a été visité par son médecin, qui lui a trouvé un teint pâle, le pouls fréquent et irritable, les extrémités froides et des frissons.

A l'examen, le malade a déclaré que, trois semaines auparavant, le dernier cathétérisme qu'on lui avait pratiqué lui avait fait rendre deux jours après du sang par le rectum, ce qu'il avait attribué à des hémorrhoïdes auxquelles il était sujet. On lui prescrit de se mettre au lit, de rester couché sur le dos, de prendre des boissons acidulées, du calomel, de l'opium, du sulfate de magnésie, de l'acide sulfurique dans une infusion de roses.

Le 10 février, il a passé une nuit agitée, avec des envies fréquentes d'uriner accompagnées de douleurs au pubis, un sentiment de pesanteur au périnée et le long des cuisses. La pression avec la main à l'hypogastre occasionne la plus grande souffrance; la vessie paraît distendue par du sang. Des fomentations d'eau chaude continuées pendant le jour ont paru le soulager; mais le soir les symptômes sont revenus avec leur intensité première. On lui prescrit 10 centigrammes de calomel et 5 centigrammes d'opium toutes les quatre heures.

Le 12, les symptômes continuent à augmenter. M. Bransby Cooper l'examine alors: il explore le rectum, et trouve que la glande est hypertrophiée et enflammée. Il prescrit des sangsues au périnée, la continuation du calomel et de l'opium, et en outre une vessie remplie de glace entre les cuisses. La vessie paraît contenir toujours du sang. Le malade cependant rapportait ses plus grandes souffrances vers le col de la vessie.

Le 13, le malade est un peu mieux; on continue la glace, les boissons acidules, le calomel avec l'opium, et les potions laxatives. Les choses persistent dans cet état jusqu'au 18, époque à laquelle le malade rend avec les urines un petit corps blanc comme une épingle, puis deux autres successivement avec des souffrances inouïes. L'examen de ces corps a fait voir jusque c'étaient des épines de poisson. Ayant été soumis à l'inspection microscopique, puis à l'analyse chimique par M. Reez, on s'est assuré de l'exactitude de ce jugement. Il est probable, dit l'auteur, que ces corps étrangers étaient passés avec les alimens dans le rectum et de là dans la vessie et dans l'urètre. (*Ibid.*)

— La science ne manque pas d'exemples pareils ou analogues au précédent, mais il serait aussi possible que les corps étrangers qu'on a cru provenir du rectum eussent eu une autre origine. Au reste, la coïncidence des souffrances vésicales avec les hémorrhagies rectales rendent probable le diagnostic qu'on vient de porter et doit servir de renseignement pour l'éclaircissement des faits de même espèce qui pourront se présenter dans la pratique.

Abcès stercoral à l'hypogastre; autopsie; par M. TAYLOR.

Un enfant délicat a été reçu à Guy's hospital dans le service de M. Addison, le 20 mai 1840. Sa mère a raconté que la santé de cet enfant avait commencé à s'altérer vers le commencement de l'hiver dernier, sans pouvoir pourtant déterminer le lieu de sa maladie; il souffrait de l'action du froid plus qu'auparavant; il avait maigri, et avait éprouvé parfois des accès de chaleur et habituellement une toux légère sans expectoration.

A l'examen, on trouve l'abdomen tuméfié, mais sans fluctuation; peau sèche et rugueuse; hypogastre sensible au toucher, à gauche; foie dépassant le bord inférieur des côtes; extrémité inférieure des poumons obstruée; urine normale.

Jusqu'au 8 juin, l'enfant a paru aller plutôt mieux; seulement il éprouvait de temps en temps des accès de souffrance et de diarrhée. A cette époque il a été saisi de douleur violente dans le ventre, d'envies de vomir et de collapsus; la partie inférieure du ventre est devenue bombée et dure, peau chaude, pouls très fréquent, physionomie contractée, yeux hagards. M. Addison a diagnostiqué une extravasation de matière fécale dans le ventre.

Dix jours après, l'enfant, qui avait été mourant, a paru aller un peu mieux, son appétit commençait à revenir, et la diarrhée était moins prononcée.

Le 3 août, il a été saisi subitement de convulsions, et il mourut deux heures après.

Autopsie. — Les viscères abdominaux ne forment qu'une seule masse, et ce n'est qu'avec peine qu'on peut les séparer. Le péritoine est farci de tubercules. La première incision qu'on a pratiquée sur la ligne blanche hypogastrique a mis en évidence un vaste abcès stercoral; ses parois sont formées par le péritoine et par des membranes accidentelles; sa face interne est granulée, couverte de pus; le foyer est rempli de matière fécale; il contient en outre quatre portions divisées d'intestin, comme si elles avaient été séparées par un instrument tranchant; la muqueuse est renversée et injectée; ces portions appartenaient à l'iléum. A l'union des intestins avec le cœcum il existait une ouverture, mais ne divisant pas complètement l'intestin, elle comprenait le tiers du calibre seulement. Un examen attentif a prouvé que les portions tronquées de l'intestin avaient été gangrenées; l'intestin correspondant était enflammé, épaissi, mortifié. L'ouverture cœcale offrait les mêmes conditions. Selon l'auteur, l'affection gangreneuse avait commencé sur le péritoine et s'était communiquée aux autres parois des intestins; de là l'espèce de détroncation multiple du canal intestinal. (*Ibid.*)

Emploi de la pommade soufrée contre les pustules varioliques.

M. le docteur Midaveine a souvent pensé que, si on parvenait à arrêter la marche des pustules dans la variole, et à enrayer les progrès de la phlegmasie cutanée qui l'accompagne, on saperait la maladie dans ses fondemens. C'est le but vers lequel il a dirigé ses efforts, et il paraît avoir obtenu, sous ce rapport, quelques succès des frictions avec une pommade dont le soufre fait la base.

La pommade qu'il emploie lui paraît offrir le double avantage de prévenir la suppuration des pustules et les cicatrices qui en sont la conséquence ordinaire. Elle consiste en un mélange de six à huit grammes (un gros et demi à deux gros) de fleurs de soufre, six grammes pour la varioloïde, huit grammes pour les varioles confluentes, sur trente et un grammes (une once) d'axonge. On s'en sert pour frictionner légèrement, trois fois par jour, toutes les parties du corps qui sont recouvertes de pustules.

Plus l'éruption est rapprochée du moment de son début, plus aussi il y a chances de voir l'emploi de ce moyen couronné de succès; bientôt alors on remarque que les petits boutons se resserrent et finissent par se durcir complètement. Il est rare, même dans la variole la plus confluente, que le malade ne recouvre pas de suite l'appétit et ne demande pas des alimens. M. Midaveine afirme que tous les sujets qu'il a traités jusqu'à ce moment se sont immédiatement trouvés mieux peu de jours après qu'ils ont commencé l'usage de cette médication.

Si la pommade soufrée possède en réalité la propriété qui lui est attribuée ici, elle sera sans contredit d'une application bien moins désagréable que la pommade mercurielle, dont des applications déjà nombreuses ont permis de constater toute l'efficacité contre le développement des pustules de la variole, ou du moins contre les cicatrices profondes que trop souvent elles laissent après elles. Mais il est juste de dire que M. Midaveine ne l'a encore mis en usage que dans seize cas seulement, et sur lesquels douze des sujets avaient été vaccinés. Il faut donc que les essais soient répétés sur une plus grande échelle pour que les résultats puissent acquérir la certitude qu'on est en droit d'exiger des moyens nouvellement proposés en thérapeutique.

(*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1841.)

Nomination du chef des travaux anatomiques de la Faculté.

Ce concours a été terminé par l'épreuve de médecine opératoire et par la démonstration que les compétiteurs ont faite sur leurs préparations anatomiques. Hier, jeudi, a eu lieu la nomination.

Au premier tour de scrutin, M. Denonvilliers a obtenu 2 voix.
M. Lenoir, 1
M. Chassaignac, 1
M. Huguier, 1

Au second tour de scrutin, M. Denonvilliers a obtenu 2 voix.
M. Lenoir, 2
M. Huguier, 1

Un troisième tour de scrutin de ballotage a eu lieu entre MM. Denonvilliers et Lenoir.
M. Denonvilliers a obtenu 3 voix.
M. Lenoir, 2

On dit que cette majorité a été complétée par la voix de M. Gerdy, qui a été reportée sur M. Denonvilliers.

Prix du Bulletin de Thérapeutique *pour* 1841.

Voici un extrait du rapport de la commission.

Dix-huit mémoires ont été présentés. Le n° 14 portant le nom de l'auteur s'est trouvé en dehors des conditions du programme, et a dû être exclu du concours.

Le premier prix, consistant en une médaille d'or et une collection richement reliée du Bulletin de thérapeutique (20 volumes), a été décerné à M. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône). Son travail avait pour titre: « Mémoire sur l'emploi thérapeutique des caustiques. »

Le second prix, consistant en une médaille d'argent et une collection reliée du Bulletin de thérapeutique, a été décerné à M. E. Bonamy, docteur-médecin à Nantes (Loire-inférieure). Son travail avait pour titre: « Etudes sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tartre stibié. »

Le premier accessit a été donné à l'unanimité à M. le docteur Debreyne, professeur particulier de médecine pratique à la Grande-Trappe (Orne). Son travail avait pour titre: « De la thérapeutique appliquée, ou des traitemens spéciaux de quelques maladies chroniques. »

Le deuxième accessit a été décerné à M. Bernard, médecin à Champeaux (Seine-et-Marne). Son travail avait pour titre: « De la méthode ectrotique ou abortive appliquée au traitement des ophthalmies en général et des ophthalmies purulentes en particulier. »

Statistique des accidens qui ont été traités à l'hôpital de Charing-Cross, à Londres, de 1834 *à* 1840, *inclusivement.*

Blessés dans des chutes du haut d'échafaudages, d'échelles, d'édifices, de vaisseaux, de granges, d'escaliers, de croisées, dans des caves, des trapes, etc.,	917
— dans des éboulemens de terre, d'édifices, de cheminées, de boiseries, de pierres, de corps pesans,	461
— par des mécaniques de navires, de moulins, des grues et autres machines,	92
— par des voitures, des chevaux, des chariots, des cabriolets, des omnibus, etc.,	704
— brûlures par le feu, l'eau bouillante, les métaux en fusion, les explosions d'armes à feu,	411
— asphyxie, gaz délétères, empoisonnemens,	46
— morsures de chiens, de chats, etc.,	146
— coups, blessures,	903
— suicides par blessures, poisons, submersion, armes à feu, etc.,	76
— blessures faites par des verres, de la porcelaine cassée, des éclats de bois, etc.; par des objets pointus, des couteaux, des crocs, des pinces et autres ustensiles de ménage,	3303
— asphyxie, épilepsie, etc.,	91
— hernies, hémorrhagies, etc.,	95
Total,	7245

— On annonce comme positif que le ministre de l'intérieur a refusé sa sanction à l'arrêté du conseil des hôpitaux sur les autopsies. Nous reviendrons sur ce sujet.

— La *Gazette universelle d'Augsbourg* dit que l'on prépare à Berlin une loi qui conférera aux médecins la qualité de fonctionnaires publics.

L'*Eau de Mars* est un odontalgique dont le succès toujours croissant est incontestable. Il est impossible de trouver un remède plus efficace contre les maux de dents. Nous engageons nos confrères à en faire l'essai, persuadé qu'il ne sera point infructueux.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 1er FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 14, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Rachitisme. Traitement par l'huile de foie de morue.

Nous venons de voir au n° 4 de la salle Sainte-Julie un enfant qui nous présente un exemple de rachitisme des plus curieux et dont voici l'histoire :

C'est une fille, elle est âgé de 15 mois et n'a pas encore de dents ; elle est restée en nourrice jusqu'à l'âge de 9 mois ; pendant ce temps elle a toujours été bien portante, à cela près d'un peu d'incurvation des fémurs et de gourmes dont sa tête était couverte.

Pendant les deux mois qui ont suivi son retour de nourrice, cette enfant vomissait tout ce qu'elle prenait sans avoir en même temps de diarrhée. Les vomissements ont cessé, les gourmes ont continué jusqu'à l'âge de 13 mois et depuis lors elles ont successivement diminué. L'enfant ne s'est jamais dressée sur ses jambes (signe presque constant de rachitisme), et lorsque la mère veut la porter assise sur son bras, elle témoigne de la souffrance par ses cris. L'enfant n'a jamais été tenue debout, nonobstant les os ont continué à s'incurver de plus en plus.

État actuel. Tête d'un volume normal, ce qui n'est pas ordinaire ; la suture sagittale n'est pas fermée, pas plus que la partie supérieure de la suture coronale, circonstance qui ne se rencontre point à cet âge. Les deux fontanelles présentent une étendue considérable.

Les deux fémurs sont tordus en dedans de manière à former un arc de cercle dont le rayon excède à peine trois ou quatre centimètres ; les extrémités articulaires ne sont point gonflées ; les deux tibias sont incurvés dans leur partie moyenne et en sens opposé, c'est-à-dire que la concavité regarde en dehors. Les pieds sont fort longs, leur volume est normal, ce qui arrive assez souvent. Les deux humérus sont tordus comme les fémurs, c'est-à-dire que la concavité de l'incurvation regarde en dedans. Les radius sont à peine déformés. La colonne vertébrale n'est pas déviée, mais elle offre en arrière une grande convexité, commençant vers la 4e ou 5e vertèbre dorsale et finissant au bas de la colonne lombaire.

État normal des os de la poitrine, circonstance assez rare dans le rachitisme ; le ventre n'est pas tuméfié, l'appétit est bon ; pas de troubles gastriques.

Prescription : Huile de foie de morue, 1 gramme.
dans sirop simple, 250

Bain salé et aromatique composé de la manière suivante :
Sel marin, 250 grammes.
Sauge et lavande, 100
Eau, q. s. pour un bain.

Les sutures crâniennes chez cette enfant ne sont pas fermées, et malgré cela nous avons vu que les dimensions de la tête n'étaient pas plus considérables que chez les autres enfans de cet âge ; le cerveau est donc dans son état normal, circonstance très heureuse, car s'il survenait une congestion vers l'encéphale, les os ne présentant aucune résistance, l'on verrait cet organe prendre des dimensions considérables et les conséquences les plus graves en être la suite.

Nous voyons chez cette malade des incurvations considérables des fémurs, des tibias des humérus, sans pour cela que les extrémités articulaires soient le siége d'aucun gonflement. C'est qu'entre la scrofule et le rachitisme il y a une distance immense.

L'incurvation des os doit être rapportée à l'action musculaire. Aussi voyons-nous la courbure dirigée du côté où sont placés les muscles les plus forts : c'est-à-dire en dedans pour la cuisse, en dehors par la jambe, etc. Il est hors de doute que cette incurvation s'est faite sous l'influence musculaire, car cette enfant n'a jamais marché, et sa mère n'a jamais pu la porter assise sur son bras ; mais ces deux circonstances ne se rencontreraient pas ici que la marche et la station ne pourraient rendre compte de l'incurvation des os du bras.

Il faut donc recourir à l'action musculaire pour expliquer les déviations des os que nous observons. Eh bien ! ce que les muscles ont fait, les muscles le déferont. Il faudra pourtant venir en aide à ceux-ci par quelques moyens mécaniques ; car sans cela la déviation persisterait long-temps, jusqu'à ce que l'antagonisme musculaire pût se rétablir. Peut-être ne pourrait-on pas arriver à un résultat satisfaisant sans l'intervention de ces moyens orthopédiques. Quelque grave que puisse paraître la position de cette enfant, nous avons l'espoir de la voir guérir par la médication que nous venons d'instituer, à laquelle nous ajouterons comme chose accessoire quelques moyens mécaniques.

Long-temps nous avons cru que pour guérir de semblables déformations des os, l'intervention de l'orthopédie était absolument nécessaire ; mais en examinant les faits de plus près, nous avons pu nous convaincre que l'art mécanique était souvent inutile pour redresser les os ainsi incurvés ; l'action musculaire suffit ordinairement. Les muscles raccourcis ont perdu de leur tonicité, tandis que les muscles qui se sont trouvés momentanément allongés reprennent plus de vigueur que les premiers. Du reste, quelle que soit l'explication, les faits sont là qui prouvent la possibilité du redressement des os dans le rachitisme à l'aide de moyens médicaux seulement, et sans les secours de l'orthopédie.

Au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse est un autre enfant, qui se trouve à peu près dans les mêmes conditions que la petite malade dont nous venons de vous entrenir, mais à un degré moins avancé, et chez lequel l'emploi des mêmes moyens amènera aussi d'heureux résultats ; du moins c'est notre espoir.

Rachitisme. Vers intestinaux. Emploi de l'huile de foie de morue. Vers intestinaux.

Il est également entré dans notre service un petit enfant

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adressée au Conseil de santé des armées, suivie de recherches théoriques et pratiques sur les fièvres intermittentes et rémittentes, simples et pernicieuses, et sur les maladies typhoïdes ; par M. le baron MICHEL, médecin en chef du Gros-Caillou, etc. — Un vol. in-8°.

Ce volume doit le jour à une circonstance que je ne peux m'empêcher de faire connaître. M. le docteur Michel avait adressé cette statistique au Conseil de santé des armées, qui l'avait jugé assez important pour l'adresser au ministre de la guerre, lequel en avait ordonné l'impression dans le Recueil des Mémoires de médecine militaire. Ce travail a paru, en effet, mais accompagné de notes du rédacteur de ce recueil, M. C. Broussais, notes dans lesquelles les opinions scientifiques et pratiques de M. Michel sont vivement combattues. M. Michel a voulu en appeler du jugement de son antagoniste au jugement du public médical. Il a donc fait réimprimer son travail avec les notes de M. C. Broussais dont il n'a pas laissé un argument sans réfutation. Je n'ai pas à m'occuper des questions de convenances que soulève cette discussion ; il me répugnerait d'avoir à examiner si M. C. Broussais a ou non dépassé les limites de ses devoirs en annotant, de son autorité privée, un travail qui portait la garantie d'une signature et dont l'auteur acceptait la responsabilité ; si l'annotateur, par son âge et par sa position, n'était pas tenu à plus d'égards envers l'âge et la position de M. Michel ; enfin si ces notes se sont produites sous une forme convenable et dépouillée d'aigreur ; sur tous ces points M. Michel a eu soin d'édifier le public, c'était son droit et il en a largement usé. Mais comme au fond cette discussion soulève des questions graves de pratique, que sur plusieurs de ces questions M. Michel professe des opinions peu connues, et que les opinions d'un praticien aussi distingué, vieilli dans l'exercice militaire de la médecine, méritent considération, j'en exposerai les points principaux en laissant au lecteur toute liberté d'appréciation.

M. Michel a souvent employé, dans la pneumonie, l'émétique à haute dose, et il en a obtenu de très prompts résultats. Il est constant pour lui que cette médication abrège la durée de ces maladies, en enrayant le développement de l'inflammation. Il donne 326 milligrammes de tartre stibié dans 192 grammes d'eau qu'il fait prendre de demi-heure en demi-heure ; on répète cette dose une fois ou deux en vingt-quatre heures sans inconvénient. Il en a quelquefois porté la dose jusqu'à 2 grammes 604 milligrammes, en soixante heures, avec un succès complet. Ce médicament lui a également réussi à haute dose dans les amygdalites avec fièvre, mais surtout dans les arthrites aiguës, après avoir fait cependant quelques saignées au malade. Il assure que sur plusieurs militaires il a par ce moyen abrégé la durée de la maladie prise dans l'état le plus aigu, et qu'un mois au plus a suffi à la guérison.

M. Michel a observé que la fièvre typhoïde, dans les hôpitaux militaires, est, le plus souvent, la suite immédiate des inflammations viscérales de la poitrine et de l'abdomen ; il l'a vue se développer chez des sujets qui n'avaient aucune de ces maladies, chez les nostalgiques et chez les militaires très nerveux ou affaiblis par une longue maladie. Il pense que le système nerveux est peut-être le siége du mal, et que les lésions que l'on trouve après la mort, pourraient être tantôt l'effet médiat de la maladie, tantôt une des causes éloignées de cette fièvre. S'étant assuré, dit-il, que les saignées, que les purgatifs et même les toniques en général n'opéraient que très peu de guérisons, il a pensé que l'irritation nerveuse générale, suspendant les sécrétions, et celle des muqueuses surtout, ce qui est indiqué par la sécheresse de la langue et la grande altération qu'éprouve le malade, il fallait rétablir les fonctions de la peau, qui a une si grande relation avec les muqueuses internes, et en même temps calmer l'irritation nerveuse par des sédatifs appropriés ; à cet effet il emploie l'acétate ammoniacal uni au laudanum, afin de remplir les deux indications à la fois. Il assure que par cette seule médication les cinq sixièmes des militaires ont été sauvés dans très peu de temps. Aussitôt qu'un militaire présente tout ou partie des accidents typhoïdes, il administre 7 grammes 81 centigrammes d'acétate ammoniacal et un gramme de laudanum étendus dans un litre d'eau gommée ; le malade en boit à discrétion. Ainsi il y a eu des malades qui en ont bu jusqu'a quatre et même cinq litres dans les vingt-quatre heures. Dès le second jour, ajoute M. Michel, quand la maladie est de nature curable et qu'elle n'est pas liée à des lésions organiques, la langue devient plus molle, elle annonce un commencement de sécrétion des muqueuses ; la transpiration s'établit ; c'est alors qu'on peut et qu'on doit considérer le malade comme hors de tout danger.

M. Michel ne partage pas l'opinion généralement admise sur l'existence de l'intoxication des marais et sur son influence dans la production des fièvres intermittentes. Ses vues sur ce sujet ne sont pas d'ailleurs de fraîche date, car il les avait déjà exposées dans un ouvrage publié en 1813 (Recherches médico-topographiques sur Rome et l'agro romano). Les fièvres intermittentes endémiques de tout type, selon M. Michel, ont leur localité, leur climat ; leur bénignité ou leur malignité dépend de l'élévation de la température, de la nature des vents du sud, des évaporations humides, et du refroidissement instantané de l'atmosphère, soit diurne, par l'effet des orages qui abaissent promptement la température, soit nocturne, lequel est toujours en raison directe de l'insolation du jour. Ces diverses considérations ont été développées dans ce travail d'une manière très intéressante et fixeront vivement l'attention des étiologistes.

Cet ouvrage renferme encore une remarquable discussion sur la nostalgie, maladie singulière autant que grave, sur laquelle les médecins militaires sont seuls en position de jeter quelques lumières.

Enfin l'administration n'aura pas lu sans utilité les réflexions judicieuses de M. Michel sur les causes des maladies qui affectent les militaires de la garnison de Paris, ainsi que ses conseils pour en diminuer le nombre ou en neutraliser les influences.

En somme, et sans me prononcer autrement sur la valeur et la convenance de l'opposition de M. C. Broussais, je le remercie, pour mon compte, de m'avoir fourni l'occasion de lire le travail très digne d'attention de M. le docteur Michel, dans lequel j'ai rencontré une richesse d'érudition peu commune, une loyauté scientifique à l'abri de tout soupçon et des principes de médecine pratique qui, pour n'être pas conformes aux dogmes du réformateur du Val-de-Grâce, n'en méritent pas moins l'estime de ceux qui aiment mieux une bonne vérité que les plus brillantes illusions d'un système.

Observations topographiques, météorologiques et médicales faites dans le Rio de la Plata, pendant le blocus de Buenos-Ayres ; par M. Adolphe BRUNEL, D.-M., chirurgien-major de la corvette *La Perle*. — Broch. in-8°.

On appelle *Rio de la Plata* une grande masse d'eau placée entre le 34e et le 36e degré de latitude sud, qui après avoir reçu le Parana, le Paraguay et le Rio-Salado, fleuves plus ou moins considérables, va se décharger dans l'Océan Atlantique. Sur ses rives, l'une à droite, l'autre à gauche, s'élèvent deux villes considérables, Buenos-Ayres et Monte-Video, capitales de la République argentine et de la République orientale. Ses bords présentent une situation agréable, un climat tempéré, une terre extrêmement fertile. Le printemps y commence en septembre, l'été en décembre, l'automne en mars, et l'hiver occupe le reste de l'année. Pendant le séjour de l'auteur, le plus grand froid a été de 4 + 0 Réaumur, et la plus grande chaleur de 24°. Les vents du nord, du nord-est et sud-est sont les plus fréquens ; ils soufflent avec violence, changent souvent et amènent des variations subites et fréquentes dans la température et les conditions hygrométriques de l'atmosphère.

Les peuples qui habitent ces contrées peuvent être divisés en quatre classes principales : 1° Les Créoles, qui sont issus des conquérans, auxquels on peut réunir tous les Européens et les Américains du nord

profondément rachitique, que nous avons vu ce matin au n° 2 de la salle Sainte-Thérèse. Cet enfant a la colonne vertébrale incurvée, ou plutôt tordue dans la partie lombaire ; les fémurs, les tibias, les avant-bras, sont également incurvés, le sternum est saillant ; les côtes présentent un aplatissement considérable dans leur partie antérieure et latérale ; mais leur convexité antérieure est singulièrement augmentée ; les deux clavicules sont arquées. Cet enfant, en un mot, est dans le dernier degré de rachitisme. La mère nous rapporte qu'au mois d'août dernier il jouissait d'une florissante santé, et qu'il ne présentait rien de ce que nous observons aujourd'hui.

Voici un cas de rachitisme bien confirmé. A quelle cause l'attribuer? Probablement à la vérole. La mère avait un timbre de voix particulier qui pouvait nous faire croire à l'existence de quelques symptômes vénériens du pharynx. En effet, en examinant cette partie, nous apercevons quelques tubercules muqueux. En outre, cette femme accuse un écoulement en blanc qui dure déjà depuis quelque temps, probablement quelques restes de blennorrhagie. Ainsi, voilà bien un cas de rachitisme survenu, suivant toute apparence, sous l'influence d'une affection syphilitique. Eh bien, quelque grave que soit l'état de cet enfant, nous espérons que d'ici à quelque temps cet état sera notablement amendé, et cela sous l'influence de l'huile de foie de morue. Pourtant, par mesure de précaution, nous avons engagé la mère à le plonger dans les bains de sublimé que nous lui avons prescrits.

L'enfant du n° 1er de la même salle, qui vient d'avoir la variole, était entrée ici dans un état de rachitisme bien prononcé, ne marchant qu'avec peine. Aujourd'hui cette enfant est guérie ; elle court et joue dans la salle ; sa santé est parfaite, et tout cela n'est dû qu'à l'emploi seul de l'huile de foie de morue.

L'enfant du n° 11, de la salle Sainte-Julie, hydrocéphale et rachitique au dernier point, prend depuis quelque temps le même médicament, et déjà son ventre a perdu de son volume, sa tête, chose remarquable, est moins grosse, sa poitrine a plus d'ampleur ; ses forces reviennent ; il peut maintenant se soutenir dans les bras de sa mère.

L'huile de foie de morue, dans le rachitisme, est un remède puissant, et quoique d'une saveur bien mauvaise, les enfans, chose fort heureuse, finissent par la prendre avec plaisir et même avec avidité.

Cet enfant, après quelques jours de l'emploi de l'huile de foie de morue, rendit un ver lombric d'environ 30 centimètres de longueur. Une chose digne de remarque, c'est qu'en province on entend parler beaucoup de vers intestinaux tandis qu'à Paris il n'en est presque jamais question.

Depuis seize ans nous n'avons jamais rencontré un seul enfant de Paris qui présentât quelques accidens vermineux ; jamais ou presque jamais un enfant né et élevé à Paris ne rend des vers, tandis que c'est le contraire en province. L'on doit donc admettre ici l'existence de quelques conditions occultes tout à fait indépendantes de l'alimentation ; car les riches comme les pauvres y sont sujets à des conditions qui favorisent le développement des vers intestinaux. Il faut donc dire que si on ne s'occupe pas à Paris des accidens vermineux, c'est que la cause qui les produit n'y existe pas. L'on trouve bien dans nos hôpitaux quelques petits enfans qui rendent des vers, mais ce sont des enfans nés en province et qui n'habitent la capitale que depuis quelque temps seulement.

Dans notre hôpital nous n'avons vu qu'un seul enfant rendre des vers en grande quantité ; il prit pendant quelques jours un peu de calomel qui détermina l'expulsion de plusieurs lombrics. La mère de cet enfant était obligée, tous les trois ou quatre mois, de prendre des vermifuges. Lorsqu'elle entra dans notre service elle ne digérait plus ; elle éprouvait des accidens gastriques assez sérieux ; elle avait de la fièvre qui simulait une fièvre intermittente tierce. Nous lui avons donné de la mousse de Corse, de l'écorce de racine de grenadier, du semen contra, du calomel, du jalap et enfin de l'arsenic. Sous l'influence de ces différentes préparations elle rendit une trentaine de lombrics. Les accidens auxquels cette femme était sujette présentaient bien moins de gravité depuis qu'elle habitait Paris. L'enfant du n° 2 de la salle Saint-Thérèse n'est revenu de province que depuis quelque temps seulement.

Les convulsions ne sont pas déterminées par l'action directe des vers sur la membrane muqueuse intestinale, mais bien par les accidens gastriques auxquels peut donner lieu la présence des vers dans le tube digestif. Les enfans vermineux présentent une grande pâleur de la peau, leurs pupilles sont dilatées, ils ont des démangeaisons au nez, ils deviennent plus irascibles, tous phénomènes nerveux dont la présence des vers est la cause occasionnelle.

Ces enfans, par suite des troubles de la digestion, tombent quelquefois dans la cachexie la plus grave, qui elle-même entraîne des accidens pulmonaires auxquels presque toujours ils succombent. Donnez des vermifuges, le calomel, l'infusion de mousse de Corse, de semen contra, etc., vous amènerez l'expulsion des vers intestinaux, les fonctions digestives se rétabliront, la nutrition se fera bien, la cachexie par conséquent cessera, et vous aurez bientôt obtenu le rétablissement complet de la santé.

Il est d'autant plus important de savoir à quels accidens peut donner lieu la présence des vers dans l'intestin, que l'on pourra quelquefois employer les vermifuges d'une manière empirique et avec succès dans les cas où aucune cause appréciable ne viendra expliquer l'existence des symptômes que l'on observe ; et l'on aura recours à cette médication avec d'autant plus de sécurité que la mousse de Corse, le semen contra, l'absinthe, la fougère mâle, etc., peuvent être administrés sans aucun inconvénient.

L'enfant du n° 2 de la salle Sainte-Julie a rendu encore trois autres vers, en tout cinq. Nous employons les anthelmintiques suivans: Nous donnons d'abord une pastille de calomel de 5 centigrammes ; une heure après, le petit malade prend un peu d'une infusion de 4 grammes de mousse de Corse sur lesquels on jette 120 grammes de lait bouillant ; on passe cette infusion, et au bout d'une heure on la donne à boire à l'enfant. L'on attend encore une heure, après laquelle l'enfant prend une autre pastille de calomel. Il est nécessaire de recourir une deuxième et même une troisième fois à ce moyen.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Tumeurs hémorrhoïdales internes et externes. — Hémorrhagies abondantes et répétées. — État anémique fort grave. — Excision des tumeurs ; application immédiate du feu.

L'affection hémorrhoïdale, dit M. Bérard, est une maladie fréquente qui tantôt se lie à l'accomplissement régulier des autres fonctions, tantôt détermine des troubles plus ou moins graves de la santé. Elle se présente sous un grand nombre de formes, depuis la simple congestion hémorrhoïdaire passagère jusqu'à la production permanente de tumeurs volumineuses et l'écoulement habituel de sang et d'humeurs. Cette maladie, d'abord simple, donne à la longue lieu à des complications graves et devient la source de plusieurs autres affections. Ces états divers ont été bien décrits par Montègre dans un excellent article du Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes. En lisant cet article, on voit que la lésion première, principale, celle qui constitue essentiellement l'affection hémorrhoïdale, consiste en une congestion active, passagère, soit unique, soit périodique des vaisseaux de l'extrémité inférieure du rectum ; que deux phénomènes peuvent être la conséquence de cette congestion, soit ensemble, soit isolément : d'une part un écoulement de sang qui se fait à la surface de l'intestin ou à l'extérieur de l'anus ; d'autre part des tumeurs vasculaires sur la nature desquelles les chirurgiens ne sont point encore parfaitement d'accord, et qui se forment soit au pourtour de l'anus, soit à l'intérieur du rectum ; que dans certains cas le flux hémorrhoïdal au lieu d'être sanguinolent, est seulement muqueux, comme purulent.

Puis, au nombre des complications se présentent :

1° L'inflammation des tumeurs hémorrhoïdales ; la terminaison de cette inflammation ou par des abcès, ce qui constitue une des causes les plus ordinaires des fistules à l'anus, ainsi que l'ont remarqué Sabatier et M. Ribes ; ou par étranglement des tumeurs, ce qui peut amener la gangrène ;

2° La fissure à l'anus et la contraction spasmodique du sphyncter, maladie excessivement douloureuse, et que les recherches de Motte (de Lyon) et de Boyer ont tant contribué à faire connaître ;

3° Montègre y joint encore l'endurcissement du tissu cellulaire, le squirrhe et le cancer du rectum, la chute du rectum, etc.

L'affection hémorrhoïdale est à la fois du domaine de la pathologie interne et de la pathologie externe ; aussi trouve-t-on dans tous les traités de chirurgie un chapitre consacré à l'étude de cette maladie. Si le médecin doit bien connaître la corrélation qui existe entre la fluxion hémorrhoïdale et les fonctions soit physiologiques, soit pathologiques, s'il doit juger l'influence qu'elle exerce sur l'économie en général, de telle sorte qu'il apprécie quand il faut la provoquer, la calmer, ou la combattre ; le chirurgien, sans perdre de vue les points qui précèdent, est appelé à pratiquer des opérations pour remédier aux accidens qui résultent de diverses complications de cette fluxion sanguine. Or, c'est contre une de ces complications les plus graves que nous avons à pratiquer une opération. Faisons tout d'abord l'histoire du malade qui doit la subir.

Un cordonnier âgé de quarante ans est entré dans notre service le 8 janvier dernier, et a été couché au n° 19 de la salle Saint-Pierre. Cet homme a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A cette époque, il a éprouvé, sans cause appréciable, une première attaque d'hémorrhoïdes qui a consisté en une perte de sang d'environ un verre, suivie de douleurs, de coliques, d'élancemens à l'anus, qui ont persisté pendant quelques jours. Cette attaque a été suivie un mois après d'une seconde toute semblable.

Cet état a persisté ainsi de mois en mois pendant environ douze ans. Ce flux périodique, analogue à celui de la menstruation, a été comme lui une source de santé pour notre malade, et il eût été fort imprudent alors de chercher à combattre cet effort salutaire de la nature. Nous devons noter que cet homme n'a pas eu de parens affectés d'hémorrhoïdes, et que sa conduite a toujours été régulière.

Je viens de dire que pendant douze années tout alla pour le mieux : mais alors, et toujours sans cause connue, la régularité du flux hémorrhoïdal a disparu ; les écoulemens sont devenus beaucoup plus prolongés ; ils duraient de vingt-cinq à trente jours de suite et acquéraient de l'accroissement au moment des garderobes. Puis il se passait six semaines, deux mois pendant lesquels tout écoulement était suspendu. C'est à partir de cette époque que le malade s'est aperçu de l'appari-

---

de l'Amérique; 2° les Nègres importés de la côte d'Afrique; 3° les métis formés par le mélange des Européens, des Indigènes et des Nègres ; 4° les Indigènes divisés en deux classes, ceux qu'on est parvenu à civiliser, et ceux qui, ayant résisté à tous les efforts des Espagnols pour les subjuger, ont conservé leur indépendance.

Les Indiens à l'état sauvage habitent les Pampas et les déserts du grand Chaco ; ils sont divisés par tribus de quatre-vingts à cent familles dirigées par un chef, soumis d'ordinaire à l'élection. Depuis l'importation des bestiaux et notamment des chevaux en Amérique, ces peuplades ne sont plus anthropophages. Ces Indiens sont de taille au-dessous de la moyenne ; ils ont la tête grosse, le nez court et épaté, les pommettes saillantes et l'œil légèrement bridé ; le haut du menton est élargi, ils n'ont de barbe qu'au menton ; leurs lèvres sont peu épaisses, et leur bouche est garnie de dents superbes, conservant une régularité admirable ; ils les gardent intactes jusqu'à un âge avancé. Leur poitrine est large et saillante, leurs membres bien tournés; leurs mains, leurs pieds petits ; leur teint est d'une couleur de cuivre assez pâle ; leurs cheveux, longs et noirs, sont réunis au sommet de la tête, quelquefois ils les portent flottans ; ils ont l'ouïe très subtile et la vue perçante ; d'une constitution robuste, ils sont intrépides cavaliers, et ne vont jamais qu'à cheval. Ils sont méfians, voleurs, cupides et cruels ; l'ivrognerie est leur passion dominante ; ils sont essentiellement paresseux et accablent leurs femmes de travail. La base de la nourriture de ces peuplades est la chair de cheval, qu'ils mangent presque crue, et lorsqu'elle a acquis un certain degré de putréfaction ; d'autres fois ils font sécher la viande et la réduisent en poudre, dont ils font une pâte dans laquelle ils mettent une grande quantité de sel. Ils font usage du maïs comme aliment et comme fournissant une boisson fermentée. Le sang coagulé d'un jeune poulain et pétri avec de la farine de maïs et du sel, est une de leurs friandises.

Aujourd'hui les incursions de ces sauvages dans les différentes provinces de la Plata sont moins fréquentes qu'autrefois ; cependant ils pillent de temps en temps les métairies et emmènent avec eux les bestiaux. La guerre, chez eux, se fait avec férocité, ils massacrent les hommes, et ne font grâce qu'aux femmes et quelquefois aux enfans.

Cette partie de l'Amérique est exempte des grands fléaux pathologiques qui désolent d'autres contrées. On n'y voit pas la peste d'Orient, la fièvre jaune des Antilles, le choléra-morbus, le typhus et les fièvres intermittentes. On y observe fréquemment les diverses phlegmasies de la poitrine, catarrhes, angines, croup, coqueluche, pleurésie et pneumonie, toutes maladies liées aux brusques variations de la température. La phthisie pulmonaire y exerce aussi de grands ravages. Les diverses affections de la peau y sont très fréquentes ; la variole, la rougeole, la scarlatine y règnent épidémiquement. La carie dentaire y est endémique et apparaît de très bonne heure ; à 16 et 17 ans les jeunes filles surtout n'ont que des dents rongées par la carie. La variole y exerce des ravages effroyables, principalement sur les indigènes à l'état sauvage dont elle a souvent détruit des tribus entières. La moindre des blessures, souvent la transition du chaud au froid développent instantanément le tétanos. Les nègres et les Européens en sont plus fréquemment atteints que les Indiens. Pour traiter cette terrible maladie, les gauchos (métis bergers) réussissent souvent en renfermant le malade dans une peau de mouton nouvellement écorché. L'hépatite et la dysenterie sont très répandues dans les villes, et les maladies syphilitiques dans les campagnes. Les nègres y sont sujets à la lèpre tuberculeuse. Le goître y est endémique.

Tel est le résumé de ce travail fort intéressant de M. le docteur Brunel qui ajoutera quelques matériaux à une science bien importante, mais encore bien pauvre, la géographie médicale. B. B.

SOCIÉTÉ ROYALE, MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES.

Séance du 11 janvier 1842. — Présidence de M. Williams.

Travail de M. James Wilson, médecin de l'hôpital Saint-Georges, sur un *cas de lésion du pancréas*.

— M. Bostock présente ensuite quelques observations sur le *typhus fever*. Il lui assigne trois formes : l'asthénique, la céphalique et la gastrique. Les exanthèmes cutanés que l'on observe souvent dans le cours de la maladie, ne doivent pas servir de base pour une autre division. Selon ce médecin, ces diverses formes se combinent souvent entre elles.

La contagion et l'infection peuvent toutes deux propager la maladie. Une première invasion ne prévient pas une seconde, mais la modifie.

La forme céphalique est la plus grave au point de vue du pronostic.

Rétrécissement de la trachée, par M. W. Worthington. — Le malade, âgé de quarante-neuf ans, laboureur, avait eu autrefois la syphilis, et avait été traité par les préparations mercurielles à haute dose. Peu après sa santé se dérangea ; on remarqua surtout la difficulté avec laquelle l'inspiration se faisait ; on entendait un bruit analogue à celui que l'on observe sur les chevaux affectés de *cornage*, et ce symptôme entraînait nécessairement l'idée d'un rétrécissement du tube aérien : chaque mouvement d'inspiration durait dix secondes. L'auscultation démontra que les poumons étaient sains. Les accidens se prolongèrent pendant trois ans, au bout desquels le malade périt suffoqué par quelques gouttes de lait et par quelques miettes de pain qui tombèrent dans le larynx.

On trouva à l'autopsie que la trachée présentait au niveau du cartilage cricoïde un rétrécissement qui aurait à peine pu admettre une plume d'oie ; au-dessous au contraire de ce point la trachée était dilatée, mais tous les anneaux cartilagineux voisins du rétrécissement avaient disparu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE WESTMINSTER.

Séance du 9 janvier.

Vice de conformation du cœur. — Le sujet fixa l'attention par la coloration foncée des tégumens ; il se portait assez bien, mais souvent il était pris d'accès de suffocation et de cyanose. La mort arriva subitement dans le cours du huitième mois. M. Smith pratiqua l'autopsie et trouva le péricarde très ample. Le ventricule et l'oreillette droits, très dilatés, formaient la plus grande portion du cœur. L'artère pulmonaire manquait ; à sa place on trouvait un petit cordon qui passait entre le canal artériel et l'aorte qui, très considérable, communiquait avec les deux ventricules. Un vaisseau anormal naissait de la crosse de l'aorte, près de la sous-clavière, et se divisait en deux branches qui allaient à chaque poumon. Trois ou quatre petites veines pulmonaires s'ouvraient dans l'oreillette gauche. Le trou de Botal aurait pu laisser passer obliquement une plume d'oie.

Le tissu des parois du ventricule droit était hypertrophié ; le ventricule gauche, au contraire, était fort petit. La cloison interventriculaire, qui était incomplète, permettait la communication de ces deux cavités, qui, toutes deux, se vidaient dans l'aorte.

M. Snow présente un nouvel instrument pour la paracentèse thoracique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 janvier 1842. — Présidence de M. Poncelet.

Toute cette séance a été remplie par des communications étrangères aux sciences médicales.

tion de tumeurs à la marge de l'anus pendant les attaques d'hémorrhoïdes. Enfin, depuis environ dix mois, l'écoulement de sang a été presque continuel à chaque garderobe. Le maximum du temps pendant lequel cet écoulement a été suspendu a été d'environ deux à trois semaines. La quantité de sang perdu à chaque garderobe est également devenue de plus en plus considérable. Il lui est arrivé de le rendre en si grande abondance que quelquefois en peu de temps il a rempli près d'un vase de nuit. Il éprouvait alors des faiblesses, des demi-syncopes ; il se produisait en même temps un bourrelet assez volumineux à l'anus, bourrelet douloureux et saignant, qu'il réduisait avec peine après la défécation. On comprend facilement combien ces pertes de sang ont dû affaiblir le malade ; aussi depuis plusieurs mois a-t-il été obligé de cesser complètement de travailler.

Voici quel est aujourd'hui son état : En approchant de son lit on est tout d'abord frappé de l'air de langueur et de longues souffrances peint sur ses traits. Sa face est pâle, ses lèvres sont décolorées, ses yeux sont languissans ; le pouls est petit, faible et peu fréquent. Les facultés intellectuelles sont affaiblies.

Du côté de l'anus, on voit dans l'état ordinaire quatre à cinq tumeurs qui bordent la marge et sont en partie recouvertes par la peau ; ce sont des hémorrhoïdes non turgescentes. Le doigt, porté dans le rectum, sent quelques bosselures pour la plupart non pédiculées situées dans le voisinage de l'anus. Le contact de ces bosselures ne détermine aucune douleur. Ajoutons que le doigt pénètre avec difficulté dans l'anus à cause de la contraction spasmodique du sphincter.

Mais si l'on examine les mêmes parties lorsque le malade fait des efforts comme pour aller à la selle, les choses changent d'aspect. A l'instant la région anale devient le siége d'une tuméfaction considérable ; les tumeurs qui forment le bourrelet externe dont nous venons de parler, augmentent de volume, se renversent et prennent une teinte livide ; à leur centre se présente une masse plus volumineuse qui provient du rectum même et qui est formée en partie par la muqueuse renversée, en partie par des tumeurs de volume différent ; l'une d'elles a la grosseur d'une petite noix ; les autres sont plus petites ; la plupart ont une base large, deux ou trois seulement sont pédiculées ; toutes présentent une couleur rouge plus ou moins livide ; elles s'affaissent un peu sous les doigts et laissent çà et là échapper du sang.

La réduction de ces tumeurs s'opère sans de grandes difficultés ; il suffit pour cela d'exercer sur elles des pressions ménagées avec les doigts. En général, le sang cesse de couler lorsqu'elles sont réduites. Une sensation douloureuse, vive d'abord, s'affaiblissant ensuite par degrés, accompagne et suit la rentrée de ces tumeurs. Ajoutons que c'est seulement au moment de la défécation, ou durant quelque effort, que la sortie de ces tumeurs a lieu. Il n'existe du reste aucune complication soit locale, soit générale.

Le diagnostic de la maladie dont cet homme est affecté est facile à établir. Les tumeurs qu'il présente ne pourraient être confondues soit avec des excroissances vénériennes, soit avec un cancer ou des polypes du rectum que par des personnes inattentives. Il suffit de signaler cette possibilité d'erreur. Quant au sang, il est bien certain qu'il tient à l'affection hémorrhoïdale ; celui qui vient de plus haut est en caillots noirs ; il sort mélangé avec des matières stercorales ; circonstances que nous ne trouvons point dans le cas actuel et qui différencient ces sortes d'écoulemens sanguins de ceux qui sont produits par les hémorrhoïdes. Les auteurs sont allés plus loin, et ont voulu assigner la source précise de l'hémorrhagie. Les uns, comme Boyer, la font dériver des extrémités des artères ; d'autres des veines variqueuses ; quelques-uns des capillaires mêmes. Nous penchons vers cette dernière opinion et nous croyons que le sang est versé par exhalation non seulement par les tumeurs hémorrhoïdales, soit internes soit externes, mais encore par la surface même de la muqueuse du rectum. On comprend dès-lors qu'il n'est besoin ni de rupture de vaisseaux, ni d'ulcération, ni de plaie, pour se rendre compte de l'hémorrhagie.

Nous reconnaissons donc, chez notre malade, des tumeurs hémorrhoïdales externes ; de plus une chute partielle de la muqueuse du rectum au moment des garderobes, et une contraction spasmodique du sphincter. Ces deux dernières maladies compliquent assez souvent les hémorrhoïdes internes. La chute de la muqueuse rectale est déterminée par la sortie des hémorrhoïdes internes. Quant à la contraction spasmodique, elle peut être la conséquence des efforts que fait le malade pour retenir les tumeurs, et de l'irritation habituelle que l'affection hémorrhoïdale entretient au voisinage de l'anus.

Le pronostic que je porte sur notre malade est grave. Cet homme est déjà fort affaibli par les pertes sanguines réitérées qu'entretiennent les hémorrhoïdes. Je ne crois pas nécessaire d'insister sur les dangers de ces hémorrhagies qui pourraient devenir de plus en plus graves. Chacun sait que dans des cas analogues on a vu les malades périr à la suite de ces hémorrhagies.

Mais ce n'est pas là le seul danger auquel notre malade soit exposé. En raison de la contraction spasmodique du sphincter, cet homme est en outre exposé à voir un jour ses hémorrhoïdes internes, plus grosses ou enflammées, ne plus pouvoir être réduites après avoir franchi le sphincter ; de là un étranglement excessivement douloureux, qui peut devenir promptement mortel, ou se terminer par gangrène. Dans ce dernier cas, si le malade résiste, il peut obtenir une guérison plus ou moins parfaite par suite de la chute de la plupart des tumeurs hémorrhoïdales.

Un autre accident, opposé à celui que je viens de mentionner, menace encore notre malade. La pression continuelle des hémorrhoïdes internes peut, à la longue, vaincre le ressort du sphyncter, et alors, n'étant plus soutenues, les tumeurs franchissent l'anus à l'occasion des moindres efforts. En pareil cas, on voit les malades occupés à chaque instant à réduire ces tumeurs, soit avec les doigts, soit en s'appuyant contre l'angle d'un mur. Dupuytren a noté la position et les gestes de quelques-uns de ces malheureux qui, feignant de se reposer sur une borne, s'y placent de manière à ce que la pierre repousse la tumeur en dedans ; et, pour faciliter cette rentrée, s'agitent et se frottent en divers sens à sa surface. Quand les bourrelets hémorrhoïdaux en sont venus à ce point, il survient ordinairement des phénomènes qui ne tardent pas à faire périr les malades.

Si l'on joint à ces accidens la crainte de la formation de fissures, d'abcès, de fistules à l'anus, et surtout le danger de voir se développer un squirrhe ou un cancer du rectum, on comprendra facilement qu'il est important, essentiel même, de remédier aux accidens actuels que présente notre malade, et de prévenir un accroissement de son mal.

Traitement. — Nous ne pouvons, dans le cas actuel, avoir recours à des moyens aussi peu efficaces que les astringens, les lavemens et le repos. Ces moyens, d'ailleurs, ont été déjà employés sans succès hors de cet hôpital. Si je les ai continués, c'est dans l'idée de préparer le malade à des ressources plus énergiques. En pareille circonstance, on a proposé la ligature, la cautérisation, l'excision, employées isolément ou combinées entr'elles. Je passe sous silence la ponction des tumeurs, leur incision et leur compression, car aucun de ces moyens ne me paraît applicable au cas actuel. Je dirai seulement, d'après M. Velpeau, que la compression, qui a procuré quelques succès dans les cas d'hémorrhoïdes externes, paraît offrir quelques avantages, même contre les tumeurs internes, si l'on peut parvenir à trouver un moyen de l'exercer convenablement.

Ligature. — Cette méthode est fort ancienne. Elle consiste à étreindre fortement la base du pédicule de chaque tumeur avec un fil, de manière à en produire la mortification. On y avait à peu près renoncé, à raison de deux faits publiés par J.-L. Petit.

Dans un cas, la ligature produisit des accidens tellement graves, qu'on fut obligé de retirer promptement les fils. Dans l'autre, cette ablation ne suffit pas pour faire cesser les accidens, et la personne mourut. Dans les deux cas, c'étaient des symptômes analogues à ceux de l'étranglement herniaire. L'autorité de J.-L. Petit, la gravité de ces deux faits, suffirent pour jeter du discrédit sur la méthode. Cependant, il est vrai de dire qu'avant J.-L. Petit la ligature comptait des succès sans nombre ; et que depuis, Pott en a obtenu des résultats fort avantageux. Brodie dit avoir pratiqué plus de trois cents fois la ligature, et n'avoir perdu qu'un seul de ses opérés. MM. Velpeau, Mayor et quelques autres, parlent aussi en sa faveur. Je dirai, pour ma part, que si je ne l'adopte pas dans le cas actuel, c'est moins en vue des dangers signalés par J.-L. Petit, que parce que les tumeurs de notre malade se prêtent peu à cette méthode.

Cautérisation. — C'est un moyen puissant et efficace. On sait que c'est à l'aide de cette méthode que Scultet sauva la vie à un noble Vénitien qui périssait d'une hémorrhagie que rien ne pouvait arrêter. Cependant on y a renoncé comme méthode primitive et unique dans le but de détruire les tumeurs, à cause de l'étendue et de la profondeur de la brûlure et de la réaction inflammatoire violente qui en est la suite. Mais s'il est vrai que la cautérisation ne doive pas être employée comme méthode primitive et unique, nous allons voir qu'associée à l'excision elle offre des avantages incontestables, sinon dans tous les cas, au moins dans le plus grand nombre.

Excision. — C'est la méthode la plus prompte la moins douloureuse : l'hémorrhagie est à peu près ici le seul danger. Or, je dirai bientôt qu'il est un moyen de se mettre à l'abri de cet accident. Toutefois, je dois faire observer que l'hémorrhagie est d'autant plus à craindre qu'on incise des parties plus favorablement disposées pour verser du sang en grande quantité. Ainsi, les vaisseaux ouverts dans la cavité du rectum n'ont pas leurs orifices excités ni froissés par des pièces d'appareils ; loin de là, ces orifices plongent dans une cavité chaude qui se remplit de sang, restent béants et tendent, par conséquent, à prolonger indéfiniment l'hémorrhagie. Il y a donc déjà un grand danger, celui d'un écoulement abondant de sang résultant de la disposition topographique des vaisseaux divisés. Cette disposition présente en outre l'inconvénient de rendre l'hémorrhagie cachée pendant un temps assez long pour qu'il puisse déjà en résulter des accidens graves. Ajoutons encore, comme conséquence fâcheuse de cette même disposition, que les parties qui versent le sang sont difficiles à atteindre par les moyens hémostatiques ordinaires. Dupuytren dit que les deux cinquièmes des opérés sont atteints d'hémorrhagie. M. Velpeau n'a pas obtenu, il est vrai, un résultat aussi fâcheux. Cependant, nous avouons que la pratique du chirurgien de l'Hôtel-Dieu nous paraît devoir servir ici de base. Or si l'excision simple est si souvent suivie d'hémorrhagie, ne convient-il pas de chercher à prévenir cet accident, en ayant recours à la cautérisation immédiatement après cette opération ? Se basant sur ce qu'aucun des malades qu'il avait cautérisé n'avait éprouvé d'hémorrhagie, Dupuytren a résolu cette question par l'affirmative ; telle est aussi notre opinion ; telle est la pratique que nous avons toujours suivie dans les cas de ce genre, et nous n'avons pas encore eu lieu de nous en repentir. Les légers inconveniens de la cautérisation, en pareille circonstance, ne nous paraissent pas devoir être mis en parallèle avec les dangers si graves de l'hémorrhagie, et avec les moyens auxquels on est obligé de recourir après coup pour l'arrêter.

Avant de tracer les règles de l'opération à laquelle nous allons soumettre notre malade, je dois indiquer une pratique que M. Velpeau a mise en usage. Avant l'excision, ce chirurgien passe des fils à la base de chaque tumeur ; puis après avoir enlevé celles-ci, il noue les fils de manière à rapprocher les bords de chaque plaie, et il dit en obtenir la réunion par première intention.

Mon expérience personnelle ne m'a rien appris touchant ce procédé ingénieux, qui ne pourrait du reste trouver dans le cas actuel son application, à cause de la disposition même des tumeurs internes et de la muqueuse intestinale qui devront être excisées.

Arrivons à l'opération que nous allons pratiquer. — Le malade devant rester quelques jours après l'opération sans aller à la selle, à cause du gonflement et de la douleur des plaies, j'ai dû lui faire prendre un léger purgatif et quelques lavemens. Comme les tumeurs ne sortent qu'au moment des garderobes, il vient de prendre à l'instant un lavement chaud, et pour le rendre, il se placera sur un bassin également rempli d'eau chaude. Comme d'un autre côté les tumeurs pourraient rentrer si l'on tardait à opérer, il sera de suite placé convenablement pour l'excision dès que les tumeurs seront sorties.

Le malade peut être placé sur le côté ou sur le ventre. Je préfère cette dernière position, quoiqu'elle soit un peu plus incommode pour l'opéré. Celui-ci aura donc le bassin élevé par un matelas roulé, placé en travers sous le ventre, les genoux et les cuisses très écartés. Des aides tireront fortement les fesses en dehors. Les tumeurs étant rendues ainsi bien libres et bien évidentes, je traverserai la base de l'une d'elles, la plus volumineuse, avec une aiguille courbe entraînant un fil. Ce lien a pour but de s'opposer à la rentrée de la muqueuse et des hémorrhoïdes, après l'excision des premières tumeurs, rentrée qui empêcherait d'exciser toutes celles qui doivent l'être, et qui s'opposerait à la cautérisation des plaies. Cette précaution est conseillée par Boyer ; Dupuytren n'en parle pas. Elle n'offre d'ailleurs aucun inconvénient, et peut dans certains cas être fort avantageuse. Je l'ai toujours mise en pratique, et je m'en suis bien trouvé. Cela fait, les tumeurs seront saisies successivement avec des pinces à larges mors ou avec des érignes, et chacune d'elles sera coupée avec de grands ciseaux courbes sur le plat. Il importe peu de retrancher les deux tiers ou la totalité de chacune de ces tumeurs. On a abandonné avec raison le conseil des anciens qui voulaient qu'on ne retranchât que la moitié de la tumeur, pour éviter le vaisseau principal placé à la base de l'hémorrhoïde.

Cette excision doit être faite promptement ; et, aussitôt après, les surfaces saignantes seront cicatrisées avec un fer incandescent. Un aide abstergera le sang avec une éponge humide qu'il retirera promptement, pour que le cautère agisse sur les tissus avant que le sang ne les ait de nouveau recouverts.

Dès que l'opération sera terminée, des compresses imbibées d'eau froide seront tenues à demeure sur la région anale. C'est le seul pansement que je prescris. L'introduction dans le rectum d'une mèche ou d'une bandelette de cérat, conseillée par plusieurs praticiens, me semble inutile pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Présentons maintenant quelques courtes considérations sur les accidens que l'opération peut entraîner. Ces accidens sont l'hémorrhagie, la rétention d'urine, l'inflammation du tissu cellulaire du bassin, celle du rectum, la phlébite, la péritonite ; et plus tard le rétrécissement du rectum.

L'hémorrhagie est peu à craindre quand on a cautérisé. Nous avons déjà dit que Dupuytren ne l'a jamais observée ; il en est de même pour moi. Cependant on comprend que quelque vaisseau situé profondément peut avoir échappé au feu, et dès lors donner lieu à une hémorrhagie. Or, cet accident peut offrir une si grande gravité, que je dois vous en indiquer soigneusement les symptômes. — C'est peu d'heures après l'opération qu'ils apparaissent. Le malade éprouve des frissons, sa pâleur augmente, une sueur froide recouvre la peau ; puis arrivent des vertiges, des tintemens d'oreille, des lypothymies, des syncopes ; le pouls s'accélère et devient filiforme ; le malade éprouve de la pesanteur sur le fondement, le besoin d'aller à la selle, et une sensation de chaleur qui se répand dans le rectum et dans l'S iliaque du colon ; sensation semblable à celle que produit un lavement. Il faut être bien attentif à ces accidens ; car si on en méconnaissait la source, on exposerait le malade à périr d'hémorrhagie, ainsi que cela s'est vu quelquefois.

Dès que ces symptômes se présentent, il n'y a pas à hésiter ; il faut administrer un lavement froid, engager le malade à aller à la selle afin de vider entièrement l'intestin, aider au besoin cette évacuation par un second lavement, et procéder immédiatement à un moyen hémostatique énergique. La cautérisation me paraît encore mériter ici la préférence. On engage donc le malade à pousser, afin de faire sortir la muqueuse du rectum et de voir le point d'où vient le sang pour y appliquer le feu. S'il ne voulait ou ne pouvait pas se livrer à cette manœuvre, il faudrait, à l'aide d'un spéculum anal introduit dans l'anus, rechercher la source de l'hémorrhagie et y appliquer le cautère. On comprend facilement que les dangers peuvent être tels qu'on doit en quelque sorte faire à cet égard violence aux malades. M. Lepelletier, de la Sarthe, l'a dit avec beaucoup de raison, il ne s'agit plus ici d'une opération sur laquelle le malade doit être consulté.

La cautérisation n'est pas le seul moyen hémostatique auquel on peut avoir recours en pareil cas ; il est même quelques praticiens qui préfèrent le tamponnement. On comprend d'ailleurs qu'il est possible qu'on ne puisse pas découvrir les surfaces saignantes, et que par conséquent la cautérisation ne puisse pas être employée. Eh bien, le chirurgien trouve encore dans la compression un moyen hémostatique puissant. On fait cette compression soit à la manière de J.-L. Petit, c'est-à-dire avec un gros bourdonnet de charpie, noué d'un fil double, porté très haut dans le rectum, en plaçant ensuite d'autres boulettes de charpie dans le rectum, et nouant enfin les deux fils sur un gros tampon de linge placé en dehors de l'anus, de manière à serrer fortement les bandelettes de charpie et les parties molles comprises entre les deux tampons ; soit à la manière de Boyer, en enfonçant un linge qui représente un sac qu'on remplit de charpie, et sur lequel on tire ensuite avec

force lorsqu'il est largement distendu par la charpie ; soit enfin en plaçant dans le rectum une vessie de cochon que l'on remplit d'eau froide, etc. Quel que soit d'ailleurs le moyen que l'on emploie, il faut surveiller attentivement le malade, afin de tout enlever et de recommencer avec plus de soin si on s'apercevait que l'hémorrhagie se reproduit.

La rétention d'urine s'observe souvent dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération. Elle tient au gonflement des parties voisines, de la prostate, de la partie membraneuse de l'urètre et à l'éréthisme de ces parties. Il suffit d'en être averti pour y porter remède par le cathétérisme.

Je ne parlerai point des autres accidens primitifs qui, heureusement, sont rares, sauf l'inflammation du rectum et du pourtour de l'anus. Quant à celle-ci, conséquence inévitable de la brûlure et des plaies, on la combat par des applications émollientes et une bonne position, le siége élevé autant que possible.

Le rétrécissement de l'anus ne s'observe guère que quand on a fait une très grande perte de substance. Pour le prévenir, on doit, dès que les escharres sont détachées et la sensibilité diminuée, porter des mèches d'un gros volume dans le rectum. Il est rare que l'on soit exposé à la nécessité de fendre l'anus des deux côtés. Quoique Boyer conseille cette pratique dans tous les cas, nous pensons qu'elle ne doit être considérée que comme exceptionnelle. J.-L. Petit a vu un de ces rétrécissemens tel que le rectum ne pouvait admettre que la canule de la seringue ; le malade refusa de laisser pratiquer une double incision. Dans un cas analogue, Boyer détermina le malade et eut la satisfaction de le guérir.

Après la cicatrisation des plaies et la disparition des hémorrhoïdes et de la chute du rectum, tout ne sera pas terminé pour notre malade. Nous verrons survenir probablement des symptômes de pléthore avant même que les traces de l'anémie soient entièrement dissipées. Il faudra remédier à cette pléthore par de petites émissions sanguines périodiques. D'ailleurs, pendant quinze ans cet homme a eu un flux mensuel régulier, ce ne serait pas sans de graves dangers que ce flux se trouverait tout d'un coup complètement supprimé ; aussi lui conseillerons-nous de ne pas laisser passer plus de six mois sans se faire pratiquer une saignée.

— Après cette leçon, le malade ayant pris et rendu le lavement, a été immédiatement placé sur le lit. M. Bérard a fixé la base de l'hémorrhoïde la plus grosse et la plus profonde en la traversant avec un fil. Quatre à cinq tumeurs internes et autant d'externes ont été saisies et enlevées à l'aide de longs ciseaux courbés sur le plat. Des cautères en cône ont été immédiatement appliqués sur les plaies. Le tout a été exécuté avec une promptitude remarquable, condition doublement importante ici, puisque l'opération est très douloureuse et que la cautérisation atteint plus souvent alors tous les vaisseaux et toutes les plaies.

Pendant la journée et la nuit qui ont suivi l'opération, le malade a éprouvé de la douleur et du gonflement à l'anus ; une rétention d'urine est survenue. Le cathétérisme a suffi pour la faire disparaître. — Une réaction inflammatoire assez vive s'est développée, avec gonflement du pourtour de l'anus et léger renversement de la muqueuse en dehors. Ces accidens locaux ont été combattus avec succès par des onctions avec le cérat opiacé sur les parties enflammées, par l'application permanente de compresses imbibées d'eau de guimauve et de têtes de pavot, et par la position élevée du bassin. L'importance de ce dernier moyen est des plus manifeste.

Huit jours se sont écoulés depuis l'opération, et nul accident n'est venu en compromettre les suites. Le gonflement inflammatoire est presque entièrement dissipé. Les escharres commencent à se détacher : le malade n'a point encore été à la garderobe. Il est probable que cette fonction ne tardera pas à se rétablir, d'autant plus que l'appétit devient très prononcé et que chaque jour la quantité des alimens est augmentée. En résumé, l'état du malade est tel que nous croyons pouvoir le considérer comme hors de danger. Nous ferons d'ailleurs connaître le résultat définitif, en ce qui concerne la disparition complète de l'hémorrhagie ; nous dirons aussi s'il y a eu tendance au rétrécissement de l'anus, et si l'usage des mèches deviendra nécessaire.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Remèdes administrés avec avantage contre les sueurs nocturnes chez les phthisiques ; par M. Watson.

1° *Acide sulfurique délayé* à la dose de 12 à 20 gouttes, trois fois par jour. Ce remède a donné d'excellens résultats toutes les fois que les malades avaient de la diarrhée ou de la disposition pour ce symptôme ; il a été moins avantageux lorsqu'il y avait constipation ou irritation à l'estomac.

2° *Fomentations chaudes d'eau vinaigrée.* Lorsque l'irritation des voies digestives n'a pas permis l'administration de remèdes internes, on s'est bien trouvé de fomenter, le soir à l'heure du sommeil, la surface du corps à l'aide d'une éponge trempée dans de l'eau tiède vinaigrée (deux parties d'eau et une partie de vinaigre).

3° *Poudre de kina.* En cas de diarrhée, on a donné avec avantage, pour prévenir la sueur, la poudre de kina composée d'après la formule de la pharmacopée de Londres. Cette poudre contient de l'opium.

4° *Préparations ferriques.* Un autre remède qui a donné d'excellens résultats, c'est la célèbre mixture de fer du docteur Griffiths. Dans quelques cas, cependant, ce médicament augmente la toux ; mais lorsqu'il est toléré, il arrête les sueurs comme par enchantement, à la dose de 20 gouttes, trois fois par jour.

5° *Infusion d'anis.* Le docteur Prout s'est assuré que chez les phthisiques une forte infusion d'anis était très utile pour apaiser la toux et diminuer les sueurs. Il fait infuser 12 grammes (3 gros) d'anis concassés dans une demi-pinte d'eau distillée, à la température de 120 degrés, qu'il laisse ainsi jusqu'à ce que ce liquide devienne tiède.

Pommade anti-rhumatismale.

Des différens remèdes expérimentés en 1840-41 à la clinique civile de Turin contre les douleurs rhumatismales, la pommade de vératrine a donné les meilleurs résultats. On frottait la partie douloureuse matin et soir : les douleurs disparaissaient et la partie reprenait ses libres mouvemens dans l'espace de trois à quatre jours. Cette pommade se composait de 10 centigrammes (2 grains) de vératrine par 15 grammes (demi-once) de graisse.

(*Bellingieri, Prospetto clinico, etc.*, 1841.)

Cette formule et son application n'offrent rien de neuf, à la vérité, mais il était bon de voir confirmer cliniquement ce qu'on avait avancé sur les propriétés de cet alcaloïde. Il serait peut-être plus avantageux de prescrire dans ce but les sels de vératrine, tel que le sulfate, par exemple, ces composés étant beaucoup plus solubles et plus absorbables que l'alcaloïde.

Caractères de la crème de tartre soluble bien préparée.

Ce médicament offre une acidité forte et désagréable, et une complète solubilité dans la bouche qui diffèrent beaucoup de la saveur aigrelette et du sentiment de poudre sablonneuse insoluble qui caractérise la crème de tartre ordinaire ou bi-tartrate de potasse. Une forte loupe ne doit pas non plus y faire découvrir aucune parcelle brillante et micacée d'acide borique, comme cela a lieu pour la crème de tartre soluble qui a été faite par simple mélange ou même par porphyrisation. Or, il est bon de signaler à l'attention des médecins praticiens que la plus grande partie de la crème de tartre soluble des maisons de droguerie n'est pas autrement préparée.

(*Journ. de chim. méd.*, décemb. 1841.)

Sirop de deuto-iodure de mercure et de potassium.

On sait que le deuto-iodure de mercure est soluble dans une solution d'iodure de potassium, avec lequel il se combine pour donner naissance à un iodure double de mercure et de potassium. C'est avec ce médicament que M. Boutigny, pharmacien de Paris, a composé un sirop dont voici la formule :

Pr. Deuto-iodure de mercure, 1 gramme.
Iodure de potassium, 50 grammes.
Eau, 50 grammes.

Faire dissoudre, filtrer au papier, puis ajouter et mêler intimement, par une agitation convenable, avec
Sirop de sucre blanc marquant à froid 30° à l'aréomètre, 2400 grammes.

Le sirop, ainsi obtenu, est inaltérable et facile à administrer. L'iodure de potassium, qui s'y trouve en excès, remplit le double but d'assurer la solubilité et l'exacte combinaison du deuto-iodure de mercure, et d'agir lui-même directement contre les maladies auxquelles on oppose avec succès le deuto-iodure. (*Journ. de Chim. méd.*, 1841.)

Précis sur le redressement des dents, ou Exposé des moyens rationnels de prévenir et de corriger les déviations des dents, suivi de quelques réflexions sur les obturateurs du palais ; par J.-M.-A. Schange, chirurgien-dentiste. — Broch. in-8° de 180 pages, avec planches. — 1841 (1).

Nous ne manquons pas de livres sur la chirurgie dentaire. Sans parler des écrits de Fauchard, de Fox, de Maury et de M. Delabarre, que tout le monde connaît, il en est une foule d'autres remarquables par une solide instruction ; mais ces ouvrages, comme tous ceux qui embrassent une science dans sa généralité, posent les préceptes principaux et négligent les détails, dont la connaissance cependant n'est pas moins utile aux praticiens.

Tout ce qui est relatif, par exemple, aux déviations des dents et au traitement mécanique qu'elles réclament paraît avoir été à peu près oublié, et le petit nombre de moyens surannés ou mal décrits, insuffisans ou même dangereux, qu'avaient proposés les auteurs, devaient appeler l'attention des dentistes. C'est ce qu'a parfaitement senti M. A. Schange, qui vient de remplir une importante lacune en publiant les procédés qu'il emploie pour le redressement des dents, ainsi que pour l'application de diverses pièces de prothèse.

Il nous est impossible d'entrer dans la description des moyens propres à M. Schange, et dont le développement fait le sujet de la brochure que nous annonçons. Contentons-nous de dire qu'ils sont établis sur une saine appréciation des lois physiques et physiologiques. Exposés partout avec clarté et confirmés par l'expérience, ils obtiendront l'approbation des praticiens, et deviendront, pour celui qui voudra faire un traité complet de l'art du dentiste, la base d'une bonne partie des chapitres qu'il sera dans la nécessité de consacrer à la mécanique buccale.

(1) Prix, 2 fr. 50 c. Chez Béchet, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, et chez l'auteur, place de l'Hôtel-de-Ville, 35.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

— *Baccalauréat ès-sciences. — Premier examen.* — Cours tout à fait spécial de mathématiques, physique, chimie. — Manipulations. — Rue Dauphine, n. 20, chez M. Lallemant.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. JANVIER, 1842.

I. Plaie par instrument piquant et tranchant dans le creux axillaire. Ligature de l'artère sous-clavière droite. — Chute de la ligature au neuvième jour. — Hémorrhagies. — Ligature du tronc brachio-céphalique. — Mort du sujet; par M. F. Hutin, chirurgien principal d'armée, à Oran.

Le 28 octobre dernier, le nommé Cormier (Nicolas), soldat de la première compagnie des pionniers de discipline, en station à Oran, se prit de querelle avec un de ses camarades, et dans un duel qui s'en suivit, fut blessé à l'aisselle droite. Dès que l'arme sortit de la plaie, une forte hémorrhagie se manifesta; le creux de l'aisselle fut immédiatement comprimé avec des mouchoirs, et l'on transporta le malade à l'hôpital militaire central. L'enlèvement du premier appareil ne détermina aucune hémorrhagie. La plaie, de six à huit millimètres d'étendue verticale, est située au milieu du creux de l'aisselle. —Pansement simple. — Aucun accident pendant trois jours. Les huit jours suivants, quatre hémorrhagies se déclarèrent; elles s'arrêtaient d'elles mêmes. — Le 9 novembre, le malade se plaint de douleurs très-vives. M. Hutin enlève l'appareil, et aussitôt un sang vermeil jaillit avec force. Les téguments de l'aisselle sont tendus, douloureux; on sent une poche remplie de caillots, et que distend incessamment l'arrivée du sang. Cette poche est débridée inférieurement. On reconnaît dès lors la lésion d'une artère assez volumineuse, et le chirurgien pratique immédiatement la ligature de la sous-clavière, en dehors des scalènes. Pendant cette opération, le malade s'écria *qu'il suffoquait* et une syncope survint, précédée d'un râle inquiétant, etc.

Ce phénomène, que M. Hutin rapporte à ce qu'il avait heurté de l'ongle un filet du pneumo-gastrique ou du trisplanchnique, dévié de sa voie ordinaire, disparut bientôt, et toutes les manœuvres opératoires purent être terminées aussi heureusement que possible. La suspension des battements dans la radiale, la cubitale et la brachiale, indiquèrent que la ligature était complète. — Tout alla bien pendant cinq jours, mais le sixième (15 novembre) à la suite d'une imprudence du malade, une hémorrhagie survint; elle fut arrêtée avec de la charpie imbibée d'eau fraîche. Elle se renouvela le soir et le lendemain. — Ces hémorrhagies, quoique peu abondantes, ne laissaient pas d'être inquiétantes. Le 18, M. Hutin trouve le bandage de la plaie sus-claviculaire imprégné de sang; enlève cet appareil et rencontre dans les pièces qui le composent la ligature de l'artère sous-clavière. La chute prématurée de cette ligature, jointe à une toux sèche et fréquente dont le malade était atteint, lui donnèrent de vives inquiétudes, qui malheureusement se réalisèrent le soir même; en effet, une hémorrhagie survint par l'extrémité sternale de la sous-clavière divisée, et se répéta trois fois à quelques heures d'intervalle. Dès lors la ligature du tronc brachio-céphalique fut décidée et pratiquée immédiatement (onze heures du soir). — Le malade succomba le lendemain de l'opération.

« Le 20, à neuf heures du matin, dit M. Hutin, eut lieu l'examen du cadavre en présence de nombreux témoins; j'affectai de ne pas y toucher moi-même. — La ligature du tronc brachio-céphalique avait été faite, je crois, aussi bien que possible. — Les fils étaient placés à un centimètre au plus de la bifurcation. — La plèvre, la veine cave, la veine sous-clavière, la trachée, les nerfs, en un mot, toutes les parties à ménager n'avaient reçu aucune atteinte, et l'artère seule avait été comprise dans la ligature. — La sous-clavière avait été divisée à trente millimètres environ en dehors de la branche la plus rapprochée. Un instant je m'étais condamné hautement moi-même, comme n'ayant pas porté le fil assez loin de cette branche; mais on me fit revenir de ce jugement trop sévère, en me montrant un bouchon, long de plus d'un centimètre, encore enfermé dans l'extrémité du vaisseau correspondant au cœur. Un autre bouchon semblable existait dans l'autre extrémité de la sous-clavière. Là encore l'opération de la ligature avait été bien faite. En examinant la plaie de l'aisselle, nous trouvâmes l'artère axillaire intacte; mais le tronc de la thoracique inférieure était complétement coupé à un centimètre environ de son origine et c'est par là que les hémorrhagies avaient eu lieu. Le cœur était très-volumineux et ses parois fortement consistantes; les poumons entièrement sains. »

A la suite de cette observation, M. Hutin ajoute quelques mots d'explication pour légitimer les deux opérations qu'il a pratiquées.

II. *Observations de résection*; par M. GODARD, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

A. *Carie de l'extrémité interne de l'épine du scapulum; résection de cette partie de l'épine et du bord postérieur de cet os. — Guérison.* Le sujet de cette première observation est un fusilier du 59e de ligne, âgé d'environ 24 ans, d'une constitution assez robuste et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il fait remonter le début de son mal en juin 1840. A cette époque, le bras et l'épaule gauches et les régions temporales postérieures devinrent le siége de douleurs vagues qui se fixèrent enfin vers l'épaule droite, et peu de temps après, une tuméfaction considérable se manifesta à la partie moyenne du bord postérieur de l'omoplate. Le 22 avril 1841, jour de l'admission de ce malade à l'hôpital, M. Godard reconnut sur le bord interne de la fosse sous-épineuse, une tumeur du volume du poing qu'il ouvrit largement par une incision étendue de l'extrémité de l'épine scapulaire à l'angle inférieur de l'os; il s'en écoula une grande quantité de pus inodore, mal lié et floconneux. L'introduction d'un stylet et d'une sonde de femme ne fit reconnaître aucun trajet fistuleux; le scapulum ne parut dénudé sur aucun point. — La plaie, exactement vidée, est remplie de bourdonnets de charpie; ses lèvres sont rapprochées sans être mises en contact et maintenues par des bandelettes agglutinatives. — Le sixième jour, l'appareil est enlevé; pus de bonne nature; on renouvelle le même pansement. — Plus tard, les lèvres de la plaie se réunissent à leur partie supérieure; inférieurement il reste un pertuis. Un stylet introduit dans ce trajet ne rencontre pendant quelque temps que des parties molles. Les divers moyens employés en pareille circonstances restent impuissants. Enfin, dans une nouvelle exploration, le stylet rencontre l'extrémité spinale de l'épine du scapulum, dénudée, rugueuse, friable, etc. Des explorations subséquentes firent penser à M. Godard que la lésion osseuse était bornée, et dès-lors, il se décida à enlever la portion d'os malade. Cette opération fut pratiquée le 22 juillet, par deux incisions réunies en V dont l'angle correspondait à l'orifice fistuleux dont nous avons parlé, et qui comprit toutes les parties molles. Le chirurgien tailla un lambeau qu'il releva ensuite de son sommet à sa base, à l'aide d'une dissection minutieuse, et la portion d'os malade se trouva ainsi mise à nu. Voici comment M. Godard décrit le reste de l'opération: « L'os est dénudé avec la rugine, une large couronne de tréphine est appliquée sur la naissance de l'épine; lorsqu'elle a pénétré assez profondément, la pyramide est enlevée et la tréphine est conduite lentement et avec précaution pour ne pas blesser le sous-scapulaire; elle circonscrit un disque épais, facilement enlevé avec un levier; je fais alors saillir le bord spinal du scapulum; le rhomboïde, le grand dentelé, le sous-capulaire sont détachés dans une étendue de trois centimètres; une cisaille à lames épaisses et évidées est introduite sous le scapulum et sert à faire, à trois centimètres l'une de l'autre, deux sections obliques qui vont du bord spinal du scapulum à la perforation circulaire produite par la tréphine et la changent en une échancrure triangulaire dont la base correspond au bord spinal du scapulum, et le sommet arrondi à son épine; les inégalités de cette échancrure sont enlevées avec le couteau lenticulaire. » Les parties voisines sont reconnues saines. — Le lambeau de parties molles est réappliqué et maintenu au moyen d'une bandelette agglutinative, sans tenter la réunion. Un bandage approprié est placé.

Les suites de cette opération ont été heureuses de tous points La plaie se cicatrisa assez promptement par deuxième intention. Un mois après l'opération, il ne restait plus qu'une petite plaie fistuleuse qui donna issue à quelques parcelles d'os détachées. Enfin, cette fistule se cicatrisa définitivement, et le 6 octobre, l'opéré sortit en parfaite santé de l'hôpital. « A cette époque, dit M. Godard, les mouvemens du bras et de l'épaule n'avaient en rien perdu de leur force ni de leur souplesse, et n'éprouvaient ni gêne ni altération. »

B. *Nécrose du calcanéum droit. Résection partielle de cet os.* — Il s'agit d'un fusilier au 57e de ligne, qui n'a jamais éprouvé d'autre maladie que la variole à l'âge de 10 ans, et qui n'a point été atteint d'affection vénérienne. En avril 1840, à la suite d'une marche forcée, il ressentit de la douleur dans le talon droit; cette partie se tuméfia; une ponction avec une lancette fut faite à la partie postérieure du talon et ne donna issue, au dire du malade, qu'à un peu de sang. Cette petite plaie suppura, resta béante. Cinq autres fistules se déclarèrent ensuite sur d'autres points du talon, et le malade entra à l'hôpital de Versailles le 14 novembre 1840. — Bonne constitution; pas de trace de scrofule ni de syphilis; toutes les fonctions s'exécutent normalement. — « Le talon est considérablement tuméfié; cinq fistules donnent issue à du pus séreux, peu abondant, tachant le linge en noir; un stylet introduit successivement par les deux fistules du côté externe et celle de la face inférieure, arrive au même point dénudé du calcanéum (sa tubérosité externe); des deux fistules du côté interne, l'une conduit sur la face interne de l'os vers son quart inférieur très en arrière; par l'autre fistule, on rencontre cette même face un peu plus en avant, et à la même hauteur, sur un seul point l'os me paraît très compacte; dans les deux autres il est moins résistant, mais sans ramollissement; le stylet donne, en le touchant, la même sensation que produirait le toucher du tissu interne d'un calcanéum sec que l'on aurait scié. »

M. Godard diagnostiqua une nécrose d'une partie du calcanéum et prescrivit un traitement approprié qui ne produisit aucun effet. Cependant le malade demandait à être débarrassé de son mal, et aurait même fait pour cela le sacrifice de sa jambe. La résection de la portion d'os nécrosée fut donc résolue et pratiquée le 25 juillet 1841. Nous ne décrirons point le procédé opératoire employé par M. Godard. — Quant aux suites immédiates de l'opération, nous dirons seulement que trois jours après, le talon s'est tuméfié, qu'une suppuration assez abondante s'est établie; elle a ensuite diminué progressivement. Cette observation est terminée par le paragraphe suivant. « Aujourd'hui, 15 décembre, deux fistules forment les extrémités d'une espèce de séton restant à la partie postérieure de la face plantaire du talon; elles existent seulement dans les parties molles; pendant quelque temps, elles correspondaient aux points cautérisés du calcanéum qui sont exactement recouverts. Les téguments sont souples, adhérents et sans épaississement, les cicatrices sont solidement formées. J'ai employé pendant quelque temps des injections avec la décoction de feuilles de noyer, alternée avec celle de vin aromatique. Le liquide injecté par une fistule sortait par l'autre. Chaque jour, le pied était baigné dans la même décoction de feuilles de noyer. »

Cette observation est évidemment incomplète; il paraîtrait même, d'après des informations prises par le rédacteur des *Annales* auprès de M Godard, que la fistule ne s'est pas tarie, et qu'un stylet introduit dans le trajet qu'elle parcourt est arrivé jusqu'à l'os, ce qui ferait craindre qu'une nouvelle opération ne devînt nécessaire.

III. *Travail d'enfantement. — Commencement d'hémorrhagie utérine, expulsion d'un placenta bien organisé privé de cordon ombilical, mais accompagné des membranes; absence de fœtus*; par M. DIDIERGEORGE, D. M. P., à Bruyères, (Vosges.)

La nommée Rosalie Jacquart, âgée de 31 ans, d'une santé robuste, est accouchée trois fois à terme, sans le secours de l'art, et ses trois enfants sont en parfaite santé. Son troisième accouchement a eu lieu le 21 juillet 1838; et elle a allaité son enfant pendant neuf mois, durant lesquels le flux menstruel a été régulier, mais immédiatement après, ses règles se sont supprimées, et le ventre a graduellement augmenté de volume. Neuf mois après, Rosalie n'avait encore ressenti aucun des mouvements qui signalent la présence de l'enfant, lorsque à la suite d'un effort léger, elle fut prise d'une hémorrhagie interne très abondante qui est promptement calmée sous l'influence du repos et de quelques boissons acidulées. Les caillots de sang expulsés sont examinés avec soin; on n'y trouve aucune portion de corps organisé. — Un suintement sanguin persista pendant environ deux mois, et finit par cesser complètement. L'écoulement menstruel se rétablit régulièrement pendant six mois, et se supprima de nouveau. Neuf mois se passèrent encore, et Rosalie voyait son ventre augmenter progressivement de volume, sans ressentir les mouvements du fœtus. Enfin, le 4 juillet 1841, elle éprouva les premières contractions utérines, et le lendemain, M. Didiergeorge fut appelé. Nous ne décrirons point l'état dans lequel il trouva la malade. Le fluide amniotique s'était écoulé spontanément et en assez grande quantité quelques heures avant l'arrivée de ce médecin. —La sortie de l'arrière-faix s'accompagna d'altération des traits de la face, de nausées, de faiblesse et de concentration du pouls, de sensibilité très vive à la pression la plus légère exercée sur tous les points de l'abdomen. Ces phénomènes firent craindre à M. Didiergeorge une déchirure de l'utérus, le passage du produit de la conception dans la cavité abdominale, et partant une péritonite promptement mortelle. Mais le doigt porté dans l'utérus lui fit bientôt reconnaître l'erreur de son diagnostic. « Alors seulement, dit M. Didiergeorge, je procédai avec la plus scrupuleuse attention à l'examen du produit expulsé. Le placenta que j'avais sous les yeux, du poids d'un kilogramme, d'un diamètre de 15 ou 16 centimètres environ, de forme circulaire, affectait une texture que l'œil le moins exercé ne pouvait méconnaître, n'offrant aucune analogie avec la substance constituant la môle proprement dite..... Sa face externe ou utérine était reconnaissable à sa substance granuleuse, à ses anfractuosités constituées par l'agglomération de ses lobules ou cotylédons. Sa face interne ou fœtale, lisse, recouverte par le chorion et l'amnios, formant par leur développement une ample cavité percée supérieurement d'un trou qui permettait l'introduction de la main et avait livré passage au liquide qui s'était écoulé pendant le travail, présentait dans son centre un rudiment de cordon ombilical, du volume de l'extrémité du doigt annulaire, long d'un centimètre, constituant une saillie arrondie, en tout semblable au mamelon; entièrement lisse et recouvert par une expansion du chorion et de l'amnios. Au milieu d'une faible quantité de tissu cellulaire et de lymphe de Warton, apparaissaient et la veine et les deux artères ombilicales disposées en spirale. »

Après l'expulsion du placenta, M. Didiergeorge, voyant persister encore quelques contractions utérines, pénétra de nouveau dans la matrice, et en retira une grande quantité de caillots de sang; dès lors, tout rentra dans l'ordre, et les suites furent aussi heureuses qu'après un accouchement ordinaire. Le ventre a pris son volume normal, les règles se sont rétablies régulièrement chaque mois.

IV. *Tumeur hydatique, ayant simulé un abcès par congestion*; par M. DECHAUT, interne des hôpitaux.

Une couturière, âgée de 34 ans, porte à la partie inférieure de la région dorsale, à gauche de la rangée des apophyses épineuses, une tumeur du volume du poing, arrondie, fluctuante, et datant de neuf mois. D'après son dire, divers praticiens qui l'auraient examinée, auraient diagnostiqué un abcès par congestion. Admise à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Augustin), M. Nélaton, chargé du service, après avoir analysé les symptômes que présentait la maladie, ne put porter un diagnostic précis. Dans le doute, il fait une ponction exploratrice qui donne issue à du pus et de la sérosité. L'ouverture est agrandie et l'on voit sortir au milieu d'un pus phlegmoneux et séreux neuf hydatides dont quatre ont le volume et la forme d'un jaune d'œuf, et les cinq autres sont grosses comme des cerises. Tout l'intérieur de la tumeur est tapissé par une membrane parfaitement organisée et d'une épaisseur de deux lignes au moins. Le kyste est divisé dans ses deux diamètres par deux incisions cruciales. Ses adhérences et sa trop grande étendue ne permettant pas de le disséquer et de l'enlever, on le remplit de charpie pour déterminer une inflammation adhésive. Un mois après, la malade est sortie de l'hôpital.

Quoique les cas de ce genre ne soient pas très rares, il n'en est pas moins vrai, comme le dit M. Dechaut, qu'on ne saurait trop les multiplier et attirer sur ce cas l'attention des praticiens.

ANNALES D'OBSTÉTRIQUE, DES MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS. 1re année, no 1. (Janvier 1842.)

I. *Maladies de l'utérus.* (Leçons de M. Velpeau.)

Nous n'analyserons pas ici ce travail, qui n'est autre chose que la reproduction des leçons orales de M. Velpeau sur les maladies de l'utérus. Nous avons publié ces leçons dans le corps de notre Journal.

II. *De l'urine chez les femmes enceintes*; par M. LUBANSKI.

L'urine des femmes enceintes a depuis long-temps fixé l'attention des observateurs. Ainsi, on a signalé dans l'urine la présence d'un nuage dépendant, disait-on, de la présence du caséum dans l'urine; depuis il a été prouvé que l'on avait affaire à un nuage de phosphate ammoniaco magnésien qui peut exister dans un grand nombre de circonstances; il en est de même de la présence d'une pellicule irisée qui existe même dans l'urine des hommes, et se forme quand l'urine a été exposée à l'air pendant deux ou trois jours dans un verre évasé.

Quoi qu'il en soit, dit M. Lubanski, il n'en est pas moins certain que l'urine des femmes enceintes a quelque chose de particulier. D'abord elle est rarement aussi acide que l'urine des autres individus; elle est quelquefois neutre et quelquefois alcaline, et plus souvent d'une couleur pâle.

M. Donné a indiqué un autre caractère beaucoup plus significatif. Il avait supposé que la quantité des sels calcaires contenus ordinairement dans l'urine doit être diminuée pendant la grossesse, une partie de ces sels devant être employée à la formation des os du fœtus. Pour en acquérir la preuve, il fallait d'abord savoir quelle était la quantité normale des sels à base de chaux, et comparer ensuite les résultats avec ceux fournis par l'urine

des femmes chez lesquelles la grossesse ne pouvait pas être mise en doute. On procède, pour cela, de la manière suivante : on verse dans une éprouvette graduée cinquante parties d'urine, et on y ajoute trente parties d'hydrochlorate de chaux; on obtient alors un précipité qui, dans l'urine normale, doit varier entre quarante et cinquante parties, tandis que dans l'urine d'une femme enceinte sa quantité sera beaucoup moindre, de trente parties au plus, et souvent beaucoup moins. On s'assure auparavant si cette urine est acide ou alcaline, et on la rend alcaline, si elle ne l'était pas, en y ajoutant quelques gouttes d'ammoniaque, parce que le précipité que l'on doit obtenir étant du phosphate de chaux, ce sel est dissous dans les acides faibles. On peut expérimenter de la même manière en traitant l'urine par l'eau de baryte; on obtient alors, pour l'urine normale, un précipité des sels de baryte de douze à quinze, et pour l'urine d'une femme enceinte, de cinq à huit. Ces précipités ne sont pas obtenus immédiatement, il faut laisser reposer le liquide pendant douze heures environ.

M. Donné a vérifié l'exactitude de cette opinion relative à la différence dans la proportion des précipités un grand nombre de fois, et sur trente six opérations, il ne s'est trompé que deux fois, mais alors la grossesse était très-avancée. Il se pourrait que la théorie fût d'accord avec la pratique, mais alors seulement que l'état des femmes ne laisse plus aucun doute sur l'existence de la grossesse; dans ce cas, le signe perdrait de sa valeur pratique. Cependant, dit M. Lubanski, il paraît qu'il n'en est pas ainsi; je l'ai trouvé trois fois chez des femmes sur lesquelles le toucher et l'auscultation ne donnaient pas encore de résultats certains et chez lesquelles les suites ont prouvé qu'il s'agissait d'une grossesse. Ce médecin se propose en conséquence de faire des recherches sur les points suivants : 1° A quelle époque de la grossesse commence cette diminution des sels calcaires dans l'urine? 2° Est-elle toujours constante? 3° Est-elle en proportion avec la marche connue de l'ossification? 4° Arrive-t-il un moment où elle cesse d'avoir lieu? etc.

III. — *Anté-versions de la matrice réduites par la position seule*; par M. GODEFROY, professeur d'accouchemens, à Rennes.

Ce praticien se propose de faire connaître un moyen facile de réduire les anté-versions de l'utérus, moyen qu'il a employé deux fois avec succès.

La malade doit être placée sur le bord de son lit, la tête en bas, s'appuyant des mains et de la tête sur le parquet, la partie antérieure des cuisses et des jambes reposant seules sur le lit; dans cette attitude, les intestins sont entraînés par leur poids vers le diaphragme, il se fait un vide dans le bassin, et la matrice n'étant plus pressée, est aussi sollicitée par sa pesanteur, à se porter vers le centre de l'abdomen, et par conséquent à reprendre sa position normale. Ce moyen a été expérimenté sur deux femmes enceintes de quatre mois, et la position indiquée conservée pendant un quart d'heure, a permis à l'utérus déplacé, de reprendre sa position normale.

Quoiqu'il en soit du succès de ce moyen, nous pensons qu'il peut être tenté dans des circonstances extrêmes, mais à notre avis, la réduction pratiquée par le vagin aura toujours des avantages incontestables sur lui, et nous ne partageons pas en tout l'opinion de l'auteur relativement aux répugnances qu'il excite, dit-il, chez la plupart des femmes.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (N° du mois de janvier 1842.)

I. *Mémoire sur l'épidémie de Typhus qui a régné à Reims, en 1839 et 1840*; par M. LANDOUZY.

Les symptômes les plus ordinaires de la fièvre typhoïde se trouvent-ils dans le typhus?

Les caractères anatomiques du typhus sont-ils les mêmes que ceux de la fièvre typhoïde?

Le typhus des prisons, des hôpitaux, des armées, etc., n'est-il autre, en un mot, que la fièvre typhoïde répandue par la contagion, ou exagérée dans ses symptômes par une constitution épidémique?

Le typhus de France ressemble-t-il au *typhus fever* ou *continued fever* de l'Amérique et de la Grande-Bretagne?

L'absence de lésion des follicules isolés de Brunner, des plaques de Peyer et des ganglions abdominaux est-elle constante dans le typhus nostras? est-elle constante dans le typhus d'Irlande et d'Angleterre, comme semblent l'indiquer les derniers travaux publiés à ce sujet?

Faute de documens, ces questions importantes n'ont pas encore été résolues d'une manière satisfaisante.

M. Landouzy, ayant été témoin de l'épidémie qui a régné en 1839-1840 dans les prisons de Reims, a rassemblé des documens qui peuvent éclairer ces diverses questions. Son mémoire se compose de deux parties : — Dans la première, il donne un tableau succinct de l'épidémie, considérée d'une manière générale; il indique les circonstances hygiéniques au milieu desquelles elle s'est développée, les causes présumées, etc. Dans la seconde, il discute les symptômes principaux et les compare à ceux qui se sont manifestés, soit dans les autres épidémies de typhus, soit dans la fièvre typhoïde. Viennent ensuite l'anatomie pathologique, le diagnostic différentiel et le traitement.

Invasion de l'épidémie. — Le 1er octobre 1839, les premiers symptômes du typhus se déclarèrent dans la prison de Reims, sur un détenu; l'épidémie fit bientôt des progrès rapides et dura pendant sept mois jusqu'en juin 1840. Elle a frappé, en sept mois 158 sujets dont 103 prisonniers et 55 des personnes appelées à leur donner des soins; huit individus de la première série ont succombé, et neuf de la seconde; on voit que la mortalité a été bien plus grande chez les sujets atteints par contagion.

L'épidémie fut concentrée dans la partie de la prison occupée par les prévenus, car on ne compta que deux malades dans le quartier des condamnés, la division des femmes fut également épargnée. Cependant la nourriture était la même pour tous les prisonniers, les cabanons étaient situés à la même exposition, et les circonstances hygiéniques extérieures étaient identiquement semblables; il est toutefois un fait de la plus grande importance à noter, c'est que la prison renfermait 180 à 190 détenus, au lieu de 120 et 140 qu'elle contient habituellement, et au lieu de 80 à 100 *au plus* qu'elle est destinée à contenir. C'est le quartier des prévenus qui a supporté cet encombrement, et il existait dans chaque cabanon 15 à 16 prisonniers, c'est-à-dire 5 ou 6 de plus que de coutume. M. Landouzy a calculé qu'au moment de l'invasion de l'épidémie, ces prisonniers avaient à respirer, chacun, 39 mètres cubes d'air de moins qu'il n'en faudrait pour la respiration normale. En effet, d'après Ténon, il faut au moins, pour chaque détenu, 48 mètres cubes d'air. Et, puisqu'il existait 15 à 16 détenus dans chaque cabanon, il fallait donc 720 à 768 mètres cubes d'air. Or, la capacité de chaque cabanon n'étant que de 144 mètres, il y avait donc en moins 624 mètres cubes et en trop 13 prisonniers sur 16, c'est-à-dire que les cabanons qui renfermaient extraordinairement 16 détenus, et qui habituellement en renferment 10 à 12, ne devraient, d'après les règles d'une sage hygiène, n'en renfermer que 3.

Donc, conclut M. Landouzy : *Il y a dans les prisons de Reims encombrement habituel.*

Cet encombrement doit être regardé comme la cause déterminante de l'épidémie de Reims.

Symptômatologie. — *Stupeur.* — Tous les malades, à l'exception d'une dixaine chez lesquels l'affection fut légère, présentèrent ce symptôme. Il commençait ordinairement vers le deuxième ou troisième jour, à dater de l'invasion des prodrômes. Toujours il survint avant l'assoupissement, le coma ou le délire.

Dans la moitié des cas environ, la stupeur fut très-prononcée et suivie des phénomènes que nous venons d'indiquer; dans l'autre moitié, elle fut légère, dans tous les cas, elle suivait le cours de la maladie, et augmentait et diminuait d'intensité avec elle. On l'a vue persister pendant toute la durée de l'affection et laisser même sur la figure du malade une empreinte pendant la convalescence.

Somnolence. — *Coma.* — On les a constatés pendant toute la durée de l'épidémie, et ils constituent deux degrés d'un même état qu'on peut appeler soporeux. Le coma véritable n'exista que dans une douzaine de cas; il survint vers le dixième jour et ne dura guère plus de vingt-quatre heures sans mélange de délire.

Délire. — Il est survenu en général, du troisième au huitième jour; quelquefois même, dès le second jour, les malades battaient la campagne pendant la nuit. Ce délire commençait par des rêvasseries, et allait ensuite jusqu'au délire furieux. Quand ce symptôme se montrait de bonne heure, il devait être continu, il a été moins intense quand il s'est montré tard.

Céphalalgie. — Elle s'est montrée au début, chez tous les malades, dans les cas légers comme dans les cas graves, et l'auteur ne croit pas qu'on ait constaté une seule exception. Cette pression gravative, si douloureuse, se faisait remarquer surtout dans la région sus-orbitaire. Il a été difficile de bien préciser la durée de ce symptôme, en raison du délire qui survenait constamment; mais, dans plusieurs cas graves, on a vu la céphalalgie disparaître avant le délire. Il y avait somnolence, rêvasseries, mais plus de mal de tête.

Mouvements spasmodiques. — Les soubresauts des tendons ont toujours été prononcés dans les cas graves, et souvent les mouvemens qu'on percevait au poignet se transmettaient dans le bras tout entier.

État des forces. — La prostration était extrême dès le début, et c'est à peine si le troisième jour de l'invasion des prodrômes les malades pouvaient se traîner jusqu'à la voiture qui les menait à l'Hôtel-Dieu.

Rougeur des yeux. — Elle existait dans les cas graves, il en est de même du brillant particulier des yeux, qu'on a constaté déjà dans plusieurs épidémies de typhus, mais qui ne paraît pas plus appartenir au typhus qu'aux autres épidémies.

Bourdonnemens d'oreille. — *Surdité.* — Il en est de même de ces derniers symptômes.

Odeur exhalée par les malades. — Cette odeur, déjà signalée dans les autres épidémies de typhus a été tellement forte dans la maladie de Reims, qu'à deux pas d'un malade on la constatait facilement.

Eruption cutanée. — Tous les malades présentèrent l'éruption pétéchiale. Cette éruption débutait du quatrième au cinquième jour, pour disparaître du dixième au dix-huitième, elle consistait en de petites ecchymoses rouges, violacées ou noires, ayant depuis un millimètre jusqu'à un centimètre, et même dans quelques cas exceptionnels, jusqu'à six ou sept centimètres d'étendue. Elles étaient sans saillie au-dessus de la peau, et ne disparaissaient pas sous la pression du doigt. Elles occupaient, dans tous les cas, la poitrine, souvent la poitrine et le ventre; quelques-unes s'étendaient sur les membres supérieurs et inférieurs; enfin, dans trois cas, on les observa sur le visage. Plus la maladie était grave, plus l'éruption était forte ou confluente. Les sudamina ont été très-rares, on ne les a observés que sept ou huit fois.

Appareil digestif. — L'anorexie, la soif, l'état des lèvres, de la langue et de la bouche n'ont pas présenté de différences notables avec la forme sous laquelle on les rencontre dans les maladies aigües graves. — Les nausées ont existé chez tous les malades au début, la plupart n'ont point eu de vomissement, si ce n'est vers la fin de la maladie. — Le météorisme ne s'est pas montré une seule fois. — Le gargouillement et les douleurs abdominales ne se faisaient même pas sentir sous l'influence d'une pression assez forte. — La diarrhée n'a eu lieu que dans quatre cas au début, et chez des malades qui ont guéri; chez tous les autres malades le tube intestinal était dans un état parfait d'intégrité, et tous les médecins même ont observé une certaine constipation qui résistait à l'usage des purgatifs salins. Ces faits coïncident avec les observations recueillies dans la plupart des épidémies de typhus. — La région hépatique s'est constamment trouvée à l'état normal; et quant à la rate, non-seulement elle ne débordait pas les côtes, mais encore la matité n'était pas augmentée au niveau de l'espace occupé par cet organe sous les fausses côtes.

Appareil respiratoire. — Dans tous les cas on a trouvé un râle sibilant très prononcé; dans trois cas, on a observé de la pneumonie caractérisée par une matité considérable et un râle muqueux sous-crépitant.

Appareil circulatoire. — Il serait difficile d'assigner au pouls un caractère particulier. Dans certains cas de prostration considérable il s'élevait à 140 et 180 par minute; et dans des cas de délire violent, il restait à 80 ou 90. La résistance constamment très grande au début, devenait, dans les cas mortels, nulle; vers la fin, en général, le pouls était plein, large, régulier. Huit fois on nota les épistaxis. — La température des corps a été constamment très-élevée, la peau était sèche et brûlante.

Abcès. — On ne constata que deux cas d'abcès parotidien; dans aucun cas il n'est survenu d'escarre à la peau.

Convalescence. — Elle fut en général lente et longue, et souvent le sujet offrit, pendant long-temps, l'un des symptômes qui avaient prédominé pendant la maladie.

Contagion. — M. Landouzy considère comme *attaqués par l'influence épidémique* tous les prisonniers, et *par l'influence contagieuse*, les personnes atteintes par suite des soins donnés à ces derniers.

A l'époque du transfert des prisonniers à l'Hôtel-Dieu, on n'avait signalé aucun fait de contagion; mais, le 27 octobre, deux religieuses tombèrent malades, puis un gendarme qui couchait dans la salle des détenus. Le 18 novembre, une autre sœur fut atteinte; le 19, un externe; le 22, un des médecins en chef, puis l'un des chirurgiens. Et enfin les cas de contagion devinrent de plus en plus fréquens. En voici la liste :

	MALADES.	MORTS.
Médecins	5	1
Elèves	6	1
Pharmacien en chef	1	1
Aumônier	1	1
Religieuses	12	2
Infirmiers	8	1
Gendarmes	4	2
	35	9

(*La suite à un prochain numéro.*)

II. *Mémoire sur le ramollissement du cerveau*; par M. Max. DURAND-FARDEL.

Je veux, dit M. Durand-Fardel, tracer la marche du ramollissement du cerveau chez les vieillards, donner une idée de son origine et des transformations qu'il peut subir, en un mot, essayer de montrer dans quel ordre il faut étudier les faits nombreux et variés qui doivent rentrer sous cette dénomination.

Le ramollissement du cerveau chez les vieillards est, sauf de très-rares exceptions, une maladie toujours identique, suivant une marche particulière, soumise à des lois qu'il est possible de saisir, décrivant enfin des périodes anatomiques aussi régulières que les maladies le plus souvent étudiées des autres parenchymes. Ce ramollissement est tantôt aigu, tantôt chronique.

Cette division, très simple à établir dans la plupart des cas récens ou anciens, est quelquefois un peu arbitraire, si la mort survient à une époque qui sans être précisément éloignée du début, n'en est cependant plus très rapprochée. M. Durand a pris un mois pour limite conventionnelle. Or, il a toujours vu, jusqu'à cette époque, que le *ramollissement s'accompagnait d'un certain degré de rougeur.* Cette coloration est du reste variable en étendue, en forme et en nature, occupant parfois tout le ramollissement, d'autres fois quelques points seulement de son étendue; elle peut consister en une nuance légère, ou en une coloration des plus tranchées formée soit par une teinte uniforme, soit par une injection vasculaire, soit par une infiltration sanguine. Les exceptions suivantes rentrent dans la règle. A. Le sang infiltré dans la substance cérébrale perd quelquefois très rapidement sa rougeur pour prendre une teinte jaune. B. Dans le cerveau comme dans les autres organes, la rougeur disparaît habituellement quand la suppuration se forme.

Le ramollissement chronique ne s'accompagne pas de rougeur. Il est souvent impossible de découvrir la moindre trace de vascularisation dans son étendue; dans beaucoup de cas, on n'y trouve que des vaisseaux infiniment menus et peu nombreux, mais il n'est pas rare cependant d'y trouver des vaisseaux larges et développés.

Ceci étant posé, M. Durand aborde l'exposition des faits qui doivent faire le sujet de ce mémoire. Les observations qu'il présente sont divisées en deux catégories destinées à montrer l'injection de la substance médullaire et la coloration rare de la substance corticale, conduisant degrés par degrés à ces ramollissements considérables, où l'on voit, combinée ou non avec du sang épanché, la substance cérébrale, de plus en plus altérée dans son organisation, tendre peu à peu vers ces transformations qui constituent le ramollissement chronique.

M. Durand fait ensuite ressortir les circonstances les plus importantes des faits qu'il a présentés. Cette analyse porte sur les caractères du ramollissement aigu, un prochain article sera consacré au ramollissement chronique.

Deux élémens essentiels constituent les altérations de l'encéphalite aiguë, la rougeur et le ramollissement.

A. La rougeur dans le plus grand nombre des cas, était produite par une injection vive et partielle des vaisseaux, dans d'autres à l'injection vasculaire, se joignait une infiltration sanguine; cette dernière résultait évidemment alors de ce qu'un certain nombre de vaisseaux ayant cédé à la force de la congestion, le sang qu'ils contenaient s'était épanché dans la substance cérébrale elle-même. Dans d'autres cas cependant, on trouve du sang infiltré, sans distinguer d'injection vasculaire. L'analogie nous conduit à attribuer à cette infiltration sanguine l'origine que nous lui avions reconnue dans d'autres circonstances. Bien plus, je prétends que cette explication seule peut être donnée de ces infiltrations partielles du cerveau; dans quelles circonstances en effet le sang peut-il venir à s'infiltrer spontanément dans le tissu d'un organe? Par suite d'une altération du sang, d'une maladie des parois des vaisseaux, ou d'une congestion sanguine.

Lorsqu'il y a altération du sang, les lésions hémorrhagiques se montrent toujours simultanément dans plusieurs parties de l'économie.

Une lésion des vaisseaux serait, dans les cas qui nous occupent, une hypothèse purement gratuite, car elle ne repose sur aucun fait, et si l'on invoquait l'ossification des artères des vieillards, je répondrais que dans les observations rapportées dans ce travail, l'ossification des artères du crâne n'a pas été notée une seule fois.

Reste donc la congestion cérébrale, car on ne supposera pas que les vaisseaux se soient rompus consécutivement au ramollissement, lorsqu'ils auront cessé d'être soutenus par la pulpe cérébrale ramollie; en présence des faits nombreux de ramollissement avec injection vasculaire ou coloration rose sans infiltration sanguine, ou d'infiltration sanguine circonscrite au sein d'un ramollissement plus étendu.

Je conclus donc que dans tous ces cas, la maladie a commencé par une congestion sanguine du cerveau qui, générale peut-être dans le principe, s'est ensuite localisée dans les points trouvés malades après la mort.

B. Lorsqu'un ramollissement vient à se développer dans un tissu, consécutivement à une congestion sanguine, il est difficile de ne pas admettre qu'il soit de nature inflammatoire. Cette proposition est trop bien d'accord avec les idées le plus généralement admises en pathogénie, pour qu'elle puisse donner lieu à une discussion sérieuse.

(*La suite à un prochain article.*)

Observation de psoïtis suivie de quelques réflexions; par M. Ernest CLOQUET.

Nous allons reproduire les principaux traits de cette longue observation. Long, bonnetier, âgé de 19 ans. Dans les premiers jours de février 1841, à la suite d'un travail opiniâtre, ce jeune

homme ressentit une douleur sourde dans la région lombaire du côté droit ; le 16 mars, une tumeur fluctuante survenue dans le même point, fut ouverte, le malade entra plus tard à l'hôpital.

A cette époque, il existe dans la région lombaire droite un orifice fistuleux, ayant 44 millimètres d'étendue, et laissant suinter un liquide séro-purulent, le stylet ne rencontra pas de portions osseuses dénudées, une tumeur qui depuis long-temps s'était développée au-dessus du nerf poplité, était devenue sensible à la pression et fluctuante. Le 2 avril, M. H. Larrey fit sur elle une ponction qui donna écoulement à un verre environ de sanie sanguinolente.

La suppuration de cet abcès continua jusqu'au 19 avril, époque à laquelle l'écoulement diminua, mais en revanche, la fistule lombaire donna passage à une quantité de pus plus considerable. La guerison fut définitive le 25 mai. Néanmoins pendant les progrès de cette cicatrisation locale, des douleurs sourdes, profondes, continues, accompagnées de pressions irrégulières se sont manifestées dans la région lombaire droite ; plus tard, elles se fixèrent au pli de l'aine, la cuisse se fléchit sur le bassin, le pied se porta en dedans. Le 14 juin, la fosse iliaque droite devint douloureuse à la pression ; le 26, on reconnut dans le même point un empâtement profond, sans offrir cependant de fluctuation. En même temps, frissons irréguliers, pouls plein et fréquent, soif vive. Le 1er juillet, la tumeur a fait des progrès dans la région inguinale, elle est tout à fait superficielle au-dessous du ligament de Fallope ; limitée en dedans par l'artère fémorale, elle offre dans cette région le volume d'un œuf, la peau qui la recouvre tend à s'amincir. La ponction est pratiquée le 23 juillet par M. H. Larrey et donne issue à un flot de pus jaunâtre d'apparence phlegmoneuse. La quantité totale du liquide évacué, fut d'un litre environ. A partir de cette époque, des fusées purulentes se dirigèrent vers la partie inférieure de la cuisse, des accidents généraux se déclarèrent et le malade succomba le 2 août.

On trouva au-dessus du fascia iliaque à droite, un foyer occupant la place du muscle psoas qui a presque disparu. En haut, il s'étend au niveau de la première vertèbre lombaire ; en dedans, il est limité par le pourtour du détroit supérieur ; en arrière, il repose sur l'os des îles, le muscle iliaque atrophié, les apophyses transverses lombaires et le carré des lombes en partie détruit. C'est au niveau de ce point que le foyer communiquait avec la fistule lombaire, des fusées se dirigeaient en bas dans diverses directions. Le muscle était presque entièrement détruit.

L'auteur se livre ensuite à d'assez longues considérations sur la nature de cette affection qu'il considère comme un exemple de psoïtis ; il pense que telle a été la lésion première, il aborde ensuite l'examen des diverses opinions relatives au traitement de cette maladie et se prononce pour l'incision sous la région lombaire dès le début.

IV. *Observation d'hydrocéphale chronique* ; par MM. Rilliet et Barthez.

Delamare naquit fort et bien portant, il marcha à vingt mois, et depuis il s'est régulièrement développé ; à 7 ans et demi il écrivait, lisait couramment et possédait les quatre règles de l'arithmétique. Il fit une chute en avril 1839, à partir de cette époque, il s'est plaint de douleurs à la nuque et à la tête, mais la tête n'a augmenté que vers la fin de septembre. En octobre, la marche devint difficile ; en janvier 1840, la cécité était presque complète ; en avril, les selles et les urines devinrent involontaires ; tremblottement des extrémités supérieures, conservation de l'intelligence.

7 août. Epoque de l'observation par les auteurs.—Enfant très-fort, circonference de la tête de 60 centimètres, 41 centimètres de la racine du nez à la bosse occipitale, 30 centimètres d'une oreille à l'autre ; ce développement porte surtout sur les parties latérales et postérieures du crâne. — Pouls à 108, regulier. — Fonctions respiratoires normales. — L'appétit est bon. — Réponses lentes, brèves, bien articulees, caractère saccadé ; avant qu'il puisse répondre, le malade éprouve un tremblement bien caractérisé des extrémités supérieures. Par moment, il y a un peu de raideur dans les avant-bras, quelquefois aussi le pouce est placé entre les doigts serrés contre la paume de la main. —Strabisme, cécité, pupilles normales.— La station est possible, mais le malade remue les membres inférieurs, et il sent quand on le pince ; il peut serrer avec les mains.

Le 18 août, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités, mouvemens convulsifs des membres supérieurs.

Le 20, convulsions générales ; elles durèrent depuis deux heures après midi jusqu'à trois heures, elles recommencèrent à quatre heures.—A neuf heures du soir, face grimaçante, traits tirés à gauche, avant-bras raides et contracturés, doigts fléchis ; le tronc a la raideur d'une barre de fer ; connaissance complètement abolie ; sensibilité obtuse ; peau brûlante et couverte de sueur ; pouls petit, inégal, tremblottant, de 116 à 120, respiration stertoreuse. Mort à onze heures.

Encéphale.—Os minces, secs et coriaces, la dure-mère est peu adhérente et normale, l'arachnoïde est lisse, polie. Pie-mère non injectée mince, appliquee sur les circonvolutions, elle s'en détache avec facilité. Veines et sinus cérébraux vides.

La masse cerébrale remplit exactement la cavité du crâne. Circonvolutions aplaties. On pénètre dans les ventricules énormément dilatés, renfermant trois quarts de litre de sérosité limpide. Substance cérébrale amincie, mais normale.

Cervelet considérable, lorsqu'on l'enlève il laisse dans la fosse cérébelleuse droite, au-dessous du confluent des sinus, une petite tumeur environnée de substance cérebelleuse. Lorsqu'on le coupe, on voit un ramollissement qui comprend presque toutes les parties intérieures de son lobe droit, et de la ligne moyenne, il s'étend jusqu'aux parois du quatrième ventricule, et aux tubercules quadri-jumeaux. Ce ramollissement, presque diffluent, est tantôt blanc, tantôt d'un jaune rougeâtre, puis à la coupe il sort par intervalle une goutte de liquide d'un jaune bilieux filant qui s'échappe de petites cavités du volume d'une lentille environ ; on ne peut pas y constater de kyste, et le liquide est immédiatement en contact avec la substance cérebelleuse.

Au milieu du tissu ramolli, on trouve en outre quatre ou cinq tumeurs, dont la plus petite a le volume d'une lentille, et la plus grosse celni d'une noisette ; les unes sont superficielles et visibles à l'exterieur, les autres sont tout à fait intérieures. Elles sont irrégulières ou un peu arrondies, formées par une substance d'un blanc mat ou bleuâtre, lisse à la coupe, dense, élastique, dure sous la pression de l'ongle, analogue aux fibro-cartilages inter-articulaires. Ces tumeurs sont entourées de tissu cérebelleux très mou qui leur adhère fortement, au point qu'il est difficile de les en debarrasser. Une de ces tumeurs adhère avec la dure mère.

Au niveau du renflement cervical, au côté droit de la moëlle, on trouve une plaque de 15 millimètres de long sur 6 d'épaisseur et 10 de large. Elle est formée par une substance tout à fait identique.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. (No de Janvier 1842.)

I. *De l'indication et de l'influence des drastiques dans un certain nombre de maladies.*

« Lorsque nous nous trouvons en face de maladies nerveuses, dont la nature nous est inconnue, dit l'auteur, et que nous avons épuisé la série des moyens méthodiques que l'expérience a consacrés, nous n'hésitons point à recourir à tels ou tels moyens profondément perturbateurs, qui, suscitant dans l'économie des secousses violentes, aboutissent quelquefois au rétablissement de l'ordre. » Tantôt c'est aux émissions sanguines abondantes que nous avons recours ; tantôt nous n'hésitons point à faire courir à un organisme souffrant les chances toujours périlleuses d'une intoxication profonde. Inutile de dire que l'usage d'une pareille médication réclame, de la part du médecin, la plus grande circonspection. « Nous allons, ajoute l'auteur, rapporter ici quelques cas qui montreront l'influence heureuse que peut exercer sur certains états morbides une perturbation violente, déterminée accidentellement par les purgatifs ordinaires ou provoquée expressément par l'usage des drastiques. »

Observation première.—Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, détériorée par de longues misères, et atteinte, depuis plus de deux ans, d'un prurigo, tantôt presque général, tantôt borné au tronc et variant d'intensité. Cet état morbide a existé pendant un an sans que la malade ait fait usage d'aucune médication suivie. Plus tard, elle a été soumise au traitement suivant : saignée au bras, boissons alcalines, bains de même nature, diète lactée ; puis nourriture substantielle, lotions fréquentes avec l'infusion de plantes âcres, frictions avec une pommade soufrée. A la suite de ce traitement, le prurit, qui était d'abord violent, a diminué, mais l'étendue et la marche de la lésion locale ont persisté. C'est alors que l'auteur de l'article vit la malade. Voici quel était son état : la surface du corps est presque en totalité recouverte des traces de la maladie ; démangeaison quelquefois très-vive ; habituellement l'appétit est bon et les digestions normales. Depuis quelques jours seulement il y a inappétence ; langue limoneuse ; du reste, ventre souple, non douloureux ; apyrexie complète. *Prescription :* 10 centig. de tartre stibié ; point de résultat. Nouvelle dose : point de vomissement ; mais peu après selles abondantes et nombreuses. Huit jours après, il existait déjà une amélioration notable. Nouvelle purgation, même résultat. Pendant six semaines, le même moyen est continué tous les huit ou dix jours, et l'on observe la marche progressivement décroissante du mal ; si bien qu'au bout de trois mois à partir de l'emploi du premier purgatif, la malade peut être considérée comme complètement guérie.

« Ce serait mal interpréter ce fait, dit l'auteur, que de voir une simple révulsion dans l'action exercée par le tartre stibié sur le tube digestif et ses annexes. Le résultat immédiat de cet agent a été une hypersecrétion biliaire et intestinale, et en même temps une modification du mode de vitalité habituelle du foie et de l'intestin ; mais cette modification a retenti sur tout l'organisme et principalement sur le tégument externe, et, sous l'influence de cette perturbation forte, répétée, l'habitude morbide a disparu. »

Il est ensuite question d'un succès analogue obtenu à l'aide d'un purgatif énergique, chez une femme qui avait été tourmentée pendant toute sa vie d'un grand nombre d'érysipèles qui affectaient presque toujours la face.

L'auteur rapporte à la suite de ce fait une autre observation prise dans le service de M. Andral, à l'hôpital de la Charité. C'est un cas de psoriasis qui a brusquement disparu sous l'influence d'un drastique énergique. Une foule de moyens avaient été employés sans succès contre cette affection, lorsque M. Andral prescrivit à la malade 30 grammes d'eau-de-vie allemande (formule pharmacologique de ce drastique : jalap choisi, concassé, 240 grammes ; scammonée d'Alep, 60 grammes ; racine de turbith, 30 grammes ; eau-de-vie à 21 degrés, 5 kilogrammes.) avec la même quantité de sirop de nerprun. Dès le lendemain, les plaques semblent avoir un peu pâli. 60 grammes d'eau-de-vie allemande, 30 grammes de sirop de nerprun. Dès lors, l'amélioration est évidente, et au bout de cinq ou six jours, la peau ne présente plus que les traces d'une éruption complètement éteinte.

Suivent ensuite quelques remarques sur les avantages de la médication drastique, mais nous le disons en terminant avec l'auteur, « un instrument aussi utile, mais qui peut aussi devenir si dangéreux, ne va qu'aux mains les plus habiles et les plus prudentes. »

II. *Mémoire sur les résultats des opérations de laryngo-trachéotomie faites dans un certain nombre de cas de croup, à l'hôpital des Enfants, et sur les accidents qui peuvent suivre cette opération* ; par A. Becquerel.

Ce travail n'étant point terminé, et l'auteur devant le compléter dans le prochain numéro du *Bulletin de thérapeutique* ; nous attendrons cette époque pour en donner l'analyse.

IV. *Considérations pratiques sur le traitement spécial qu'il convient d'appliquer à l'ophthalmie blennorrhagique* ; par M. P. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens.

Dans nos comptes rendus de la clinique de l'hôpital des Vénériens, nous avons assez insisté sur ce sujet. Nous nous bornerons à mentionner quelques détails pratiques qui méritent d'être pris en considération.

Pour M. Ricord, comme du reste pour tous les praticiens, l'ophthalmie blennorrhagique, doit être attaquée avec énergie, et d'une manière toute particulière. Les anti phlogistiques, les révulsifs de tout genre, les médicaments réputés spéciaux, mercuriaux ou antiblennorrhagiques, ne constituent qu'une médication adjuvante, plus ou moins utile. Ce serait en vain aussi qu'on compterait sur les moyens précités pour rappeler l'écoulement urétral. Là, n'est pas le remède curatif. « Pour ma part, dit M. Ricord, depuis vingt années que je fréquente les hôpitaux, je n'ai jamais vu de résultats constants et soutenus dans les moyens thérapeutiques employés, que depuis l'époque où le nitrate d'argent a été appliqué comme méthode générale. »

Dès que chez un individu affecté de blennorrhagie urtérale, la conjonctive commence à s'affecter, quoique les symptômes ne puissent pas encore être rapportés positivement à une opthalmie blennorrhagique, il ne faut point balancer : il faut immédiatement avoir recours à un traitement abortif beaucoup plus énergique qu'on ne le ferait dans les cas de conjonctivite ordinaire. Plus d'une fois des cautérisations *superficielles* ont alors comprimé l'orage qui n'aurait probablement pas manqué d'éclater. C'est là un précepte que les praticiens ne doivent jamais perdre de vue. Prise tout à fait au début, l'affection cède le plus souvent à une ou deux cautérisations. Du reste, après la première, les cautérisations ultérieures ne sont indiquées que par la persistance des premiers symptômes qu'on avait observés ou par le développement de la maladie quand même. Mais après la cautérisation, il faut faire faire usage au malade d'un collyre composé avec le nitrate d'argent. Une solution de cinq centigrammes de nitrate d'argent pour trente grammes d'eau distillée suffit ordinairement ; ce collyre est employé trois ou quatre fois par jour. »

Si malgré cela la maladie continue à faire des progrès, et que tous les symptômes qui la caractérisent soient survenus, c'est encore le nitrate d'argent qui doit être employé ; mais il doit l'être alors avec une bien plus grande énergie. Voici les indications d'après lesquelles M. Ricord se conduit : « Après une première application, dit-il, si je n'ai obtenu ni diminution du gonflement, ni diminution de la douleur (il est bien entendu qu'il n'est pas question de celle qu'a produite momentanément le caustique), si la sécrétion morbifique n'est pas devenue moindre, si surtout elle n'a pas changé d'aspect, de consistance, si elle n'est pas plus ténue, roussâtre, sanguinolente, une seconde application doit être faite. Pour juger de ces conditions, quand la maladie marche avec beaucoup d'acuité, il ne faut pas attendre plus de quatre, cinq ou six heures. C'est dans la même journée qu'on doit avoir un résultat et savoir si l'on doit s'arrêter ou s'il est urgent d'appliquer de nouveau l'azotate d'argent. Ce sel détermine d'abord, sur les parties qu'il a touchées, une pellicule plus ou moins épaisse, d'un blanc grisâtre et qui n'est autre chose qu'une eschare ; tant qu'on retrouve les parties recouvertes de cette eschare, il n'est pas nécessaire d'y retoucher ; mais comme l'eschare n'est pas toujours également profonde sur les divers points de la conjonctive, et qu'elle ne se détache pas partout en même temps, dans les endroits où on ne la rencontrerait plus et où les phénomènes morbifiques marcheraient de nouveau, il faudrait revenir à la cautérisation. »

Le nitrate d'argent est appliqué soit sous forme de solution, soit sous forme de crayons, soit sous celle de poudre. La solution est, pour M. Ricord, la méthode la plus commune et la plus facile, surtout quand on a affaire à des enfans ou à des sujets peu dociles ; mais elle a l'inconvénient de porter également partout et au même degré d'intensité. La formule qu'il emploie est la suivante : 2 grammes de nitrate d'argent pour 8 grammes d'eau distillée. Pour son application, il se sert d'un pinceau en poil de chameau — Hâtons-nous d'ajouter toutefois que c'est au nitrate d'argent solide que M. Ricord donne généralement la préférence. Quant à la poudre, ce chirurgien ne s'en sert guère que dans les cas où il faut l'appliquer partiellement sur un seul point et surtout quand il s'agit d'ulcérations de la cornée.

Dans tous les cas, pour ménager la cornée transparente, il fait faire, immédiatement après l'application du caustique, une légère injection d'eau.

S'il existe un chémosis œdémateux peu développé, la cautérisation peut encore en faire justice. S'il a pris un certain degré d'accroissement, il faut imiter la pratique de Sanson, c'est-à-dire exciser la portion boursouflée de la conjonctive. Mais avant de pratiquer cette petite opération, il faut cautériser les parties. — Contre le chémosis phlegmoneux, la cautérisation est certainement moins efficace. Des mouchetures sont ici indiquées, car l'excision est souvent très-difficile à pratiquer.

Quand l'œil est perdu, c'est encore le nitrate d'argent qui doit être employé pour réprimer les granulations, les fongosités, etc.

Quoique M. Ricord considère le nitrate d'argent comme le remède par excellence dans le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique, à toutes les périodes de cette affection, il conseille aussi de ne pas négliger les moyens adjuvans.

IV.—*Note sur divers procédés opératoires pour le traitement de l'ectropion, du trichiasis, de l'entropion et des adhérences oculo-palpébrales*, par M. Pétréquin.

Cette note est entièrement composée d'observations accompagnées de la description du procédé opératoire qui a été mis en usage.

A. — Ectropion. — *Première observation.* — Il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans, dont l'œil droit est affecté, depuis environ six ans, d'un ectropion considérable, surtout dans la moitié interne de la paupière et la division de celle-ci en dedans du point lacrymal.—M. Pétréquin pratique successivement, dans le courant du mois de mai 1840, l'excision de deux bandelettes horizontales sur la conjonctive palpébrale pour redresser la paupière. Ce résultat est obtenu en grande partie. — Le 1er juin, il rafraîchit les bords de la division de la paupière et les réunit à l'aide de deux points de suture avec un fil de soie, ayant soin de protéger avec des bandelettes les parties contre l'action des larmes. Compression méthodique. — Le 1er août, l'opéré sort de l'hôpital en bon état, c'est à peine si on s'aperçoit de la cicatrice extérieure. Le succès s'est maintenu, puisque M. Pétréquin a pu encore le constater le 18 avril 1841.

Seconde observation.—A la suite d'un *noli me tangere*, développé sur l'aile droite du nez, et traité avec succès par M. Pétréquin, à l'aide de la pâte de Canquoin d'abord, puis avec le fer rouge, une femme, âgée de cinquante ans, a la paupière inférieure tirée en bas et le lobule du nez à droite et en haut. L'ectropion était tellement prononcé, que M. Pétréquin ne crut pas pouvoir espérer d'en triompher par aucune opération pratiquée à la muqueuse. Voici le procédé qu'il imagina et qu'il mit en pratique. Il fait, d'un angle oculaire à l'autre, parallèlement au bord palpébral et à deux lignes (4 millimètres) au-dessous, une incision transversale qui s'arrête sur le sac lacrymal. A partir de ce point, il abaisse une incision verticale suivant la rainure naso-maxillaire jusqu'au niveau de l'ouverture de la narine. Il forme ainsi un lambeau triangulaire à large base externe, qu'il dissèque, et qui lui permet, en le relevant vers le sourcil, d'allonger d'environ cinq à six lignes (11 à 13 millimètres) la hauteur verticale de la paupière. Celle-ci, détachée de ses adhérences, est légèrement froncée d'une commissure à l'autre par un point de suture qui tend à porter en haut son bord libre. Quant au lambeau, il est maintenu par deux points de suture, l'un à sa partie moyenne, l'autre à son angle supérieur, de manière à le tirer en haut, en l'appliquant exactement.—Pansement méthodique.—Quinze jours après, le malade sort de l'hôpital, à peu près guéri de son carcinome et dans un état assez satisfaisant, quoique la tendance à l'ectropion n'ait pas complètement disparu.

B. — Trichiasis. — Troisième observation. — *Trichiasis à droite, datant de neuf ans (atrophie à l'œil gauche), avec complication d'ophthalmie chronique, de déformation de la*

cornée et perte presque complète de la vue.—Opération; guérison avec retour de la vue. — Voici le procédé opératoire employé et décrit par M. Pétréquin : « Je commence, dit-il, par la paupière supérieure; je la soulève sur le manche de mon élévateur pour la strabotomie; je la tends en dehors avec une pince à dents de souris et à agrafe; puis je pratique d'un angle oculaire à l'autre, et parallèlement au bord palpébral, une incision qui passe derrière la racine des cils; alors, avec la pointe effilée d'un bistouri engagée dans l'épaisseur de la paupière, en avant du cartilage tarse, et derrière l'implantation ciliaire, je détache une languette de peau, de manière à emporter avec elle tous les bulbes pilifères. » Pansement avec des compresses d'eau de rose laudanisée. Compression méthodique. — Un mois après, la même opération est pratiquée sur la paupière inférieure, et environ deux mois et demi après cette seconde opération, la malade sort de l'hôpital. « Ses paupières sont parfaitement restaurées. Le rebord libre est dépouillé de cils, mais net et régulier. Les mouvemens de l'œil sont faciles et étendus. Il n'y a plus de douleurs. La malade voit bien, et lit assez couramment les lettres d'un livre de prières. »

C. *Entropion.* M. Pétréquin admet une variété d'entropion due exclusivement à la contracture permanente du muscle orbiculaire, et à l'instar de MM. Cunier et Phillips, il a cru pouvoir faire en pareille circonstance l'application de la myotomie sous-cutanée. Voici le procédé qu'il a employé chez une femme âgée de 45 ans, offrant un *entropion musculaire* complet à droite, « Je fais tendre, dit-il, la paupière inférieure au moyen d'une pince placée à l'angle externe; j'implante un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbe orbitaire inférieure; puis, par un mouvement de bascule, j'en fais filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière (sans cela le résultat serait incomplet), en passant derrière l'orbiculaire; cela fait, j'opère la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les temps de la manœuvre. L'instrument est retiré, il se produit une ecchymose qui se résorbe facilement. » Compression méthodique. Les choses se passèrent bien, et tout faisait espérer que l'entropion aurait complétement disparu, mais la paupière se tuméfia. — Un mois après, une pneumonie sur-aiguë emporta rapidement la malade.

D. *Adhérences oculo palpébrales.* C'est là une classe de difformités des plus difficiles à faire disparaître. Cette lésion a été jusqu'à ce jour à peu près au-dessus des ressources de l'art. La méthode opératoire proposée et déjà mise en pratique avec succès par M. Pétréquin paraît devoir offrir des résultats très avantageux. Cette méthode est si ingénieuse, que nous croyons ne devoir rien retrancher à la description qu'en donne l'auteur. « Pour empêcher le retour des adhérences, dit-il, il ne suffit point de les détruire par le mode jusqu'ici connu; j'ai imaginé de placer les surfaces dans des conditions différentes et indépendantes de vitalité et d'activité organiques. J'ai voulu rompre les rapports de cicatrisation de chacune d'elles. Le principe, c'est que les phases de réparation ne se correspondent pas; il faut éviter qu'il y ait simultanéité; il faut que le période du travail s'achève dans l'une, lorsqu'il commence à peine dans l'autre. Voilà la méthode. Voici le procédé opératoire. Je passe dans l'épaisseur des adhérences, à une profondeur variable, une aiguille armée d'un fil double pour permettre de pratiquer simultanément deux ligatures. Je serre la première assez mollement du côté de la paupière pour opérer la section à la longue. J'étreins au contraire la deuxième fortement du côté de l'œil, de façon à couper bientôt la bride. J'ai ainsi sur la sclérotique une plaie déjà fort en voie de cicatrisation avant que, du côté de la paupière, aucune surface soit encore mise à nu. Je puis en conséquence employer sur ce point les agents appropriés et mettre les parties dans la nécessité de se cicatriser isolément; car le petit moignon, très minime, compris entre les deux ligatures, est inapte par sa nature à contracter aucune adhérence, puisque, étranglé qu'il est, il est dépourvu de vitalité et doit tomber en s'atrophiant. Il en résulte que la plaie du côté de l'œil poursuit son travail de cicatrisation pendant que l'autre ligature est encore occupée à opérer la section de la bride sur la paupière...... J'avais encore à trouver les moyens de réaliser impunément sur l'œil la méthode nouvelle que j'expose. J'y suis arrivé avec les précautions suivantes : et d'abord j'immobilise le globe à l'aide d'une compression méthodique propre à agir comme antiphlogistique, et à contenir les parties dans une situation respective convenable; en le maintenant fermé, je produis un repos propice, et j'évite les mouvemens du globe et des paupières si défavorables par le double inconvénient qu'ils ont d'arrêter la surface oculaire, de tirailler les brides et d'en faciliter trop tôt la rupture. Ajoutons que l'œil se trouve ainsi à l'abri des vicissitudes de l'atmosphère et du contact irritant de l'air et des poussières, c'est-à-dire dans les conditions de chaleur et d'obscurité les plus favorables. »

M. Pétréquin fait remarquer avec raison, en terminant son travail, que le principe de cette méthode est d'une application féconde.

L'EXAMINATEUR MÉDICAL, janvier n° 1er.

Sur la luxation de l'extrémité externe de la clavicule et sur un un appareil propre à maintenir la réduction; par M. CLAUDIUS BARBIER (de Lyon).

Nous passons sous silence les généralités qu'on trouve dans cette note. Nous nous bornerons à relater la partie de l'observation dans laquelle se trouve exposé l'appareil dont M. Pétréquin fait usage, nous dirons en outre que c'est dans le service de ce chirurgien (Hôtel-Dieu de Lyon) que cette observation a été recueillie.

Il s'agit d'un ouvrier âgé de 31 ans qui a fait une chute de 30 pieds de haut et dont le coup a porté sur le moignon de l'épaule gauche. Admis à l'hôpital, voici les symptômes qu'il présente : « L'épaule gauche est plus rapprochée du tronc et plus abaissée que la droite. L'articulation acromio-claviculaire est mobile; en saisissant l'extrémité de la clavicule on peut la faire vaciller à volonté d'arrière en avant. Le malade ne peut faire exécuter aucun mouvement à son bras, il ne peut porter sa main sur sa tête, et l'épaule est le siége de vives douleurs; le bout externe de la clavicule est porté en haut et en arrière; il existe un intervalle de plusieurs lignes entre l'acromion et la clavicule; l'épaule est en même temps tirée en dedans par les muscles pectoraux et grand dorsal. D'après ces symptômes, M. Pétréquin place l'appareil suivant qui doit agir à la fois sur l'épaule d'une part et sur la clavicule d'autre part, de manière, 1° à porter l'épaule en haut, en dehors et un peu en arrière; 2° à abaisser la clavicule en la poussant un peu en avant. Un coussinet de linge est appliqué sur la clavicule gauche de manière à servir de point d'appui. Le coude du même côté, garni de coton cardé, est relevé avec des tours de bande qui passent d'arrière en avant et remontent sur la clavicule de telle sorte que la puissance mise en action a pour résultat en même temps de relever le coude et d'abaisser la clavicule en l'affrontant avec l'acromion. A cet effet, M. Pétréquin se sert de l'humerus comme d'un levier, le porte légèrement en avant, en l'appliquant contre le thorax, et en le soulevant de manière à ramener l'épaule en dehors, en haut et un peu en arrière. Un aide maintient le membre dans cette position, pendant que, de l'autre main, il déprime la clavicule. Un coussin sous-axillaire facilite le maintien de la réduction. C'est après cette manœuvre que M. Pétréquin place les tours de bande dont nous avons parlé et qu'il amidonne à mesure, autour du coude gauche, et qu'il maintient à l'aide d'autres tours de bandes circulaires placés autour du tronc dans une direction horizontale et par cela même perpendiculaires aux autres. Toutes les croisures de bandes sont amidonnées, et l'appareil desséché forme un tout très-solide qui reste parfaitement intact pendant huit jours. » Un mois et demi après le malade quitte l'hôpital en bon état. « La réduction est parfaite, seulement l'extrémité scapulaire de la clavicule paraît jouir d'une mobilité plus sensible que celle du côté opposé. Les mouvements du bras sont conservés sauf ceux d'élévation, ce qui tient probablement à la contusion primitive de l'épaule, ainsi qu'à l'inaction prolongée du deltoïde pendant toute la durée de l'application de l'appareil. » *La luxation se trouve bien guérie.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, n° 4. Janvier 1842.

I. *Mémoire sur le Traitement des varices par le caustique de Vienne;* par M. A. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital Necker.

Si l'on réfléchit au nombre considérable de personnes atteintes de la dilatation variqueuse des veines, et aux conséquences plus ou moins fâcheuses qu'entraîne souvent cet état, on ne sera point étonné des tentatives variées qui ont été faites à diverses époques pour en triompher. Mais chacun sait aujourd'hui que la plupart des moyens imaginés pour atteindre ce but, sont infidèles ou bien entraînent des dangers de la plus haute gravité; M. Bérard range dans cette catégorie, l'incision, l'excision, la ligature des veines variqueuses et les modifications et combinaisons de ces diverses méthodes; c'est assez dire qu'il en rejette l'emploi. La cautérisation seule, employée d'une certaine manière, lui a fourni des résultats satisfaisans.

L'usage de la cautérisation dans le traitement des varices n'est point une méthode nouvelle; Celse en parle très-explicitement (Liv. VII, cap. XXXI.). Mais comme il s'agissait de la cautérisation avec le fer rouge (*Tenui et retuso ferramento candente.*), et que c'est là une méthode qui inspire de la répugnance à la plupart des malades, les chirurgiens l'avaient complètement abandonnée, lorsque M. Bonnet de Lyon, inspiré et encouragé par M. Gensoul, est venu la remettre en vigueur (*Arch. gén. de méd*: 1839), en substituant toutefois au cautère actuel, le cautère potentiel. Voici en peu de mots la méthode de ce chirurgien, exposée par M. Bérard : « La potasse caustique est appliquée sur le trajet de la veine, de manière à produire un escarre de deux à trois centimètres de diamètre. Au bout de deux à trois jours, l'escarre est incisée crucialement; et une seconde application du caustique est faite sur le même point. On fend de nouveau l'escarre et si la mortification ne s'étend pas jusqu'aux parois de la veine, ce dont on s'aperçoit à l'absence d'hémorrhagie; on pratique une troisième cautérisation. Le nombre des applications de potasse est proportionné à l'épaisseur des tissus qui recouvrent la veine. Il est rare qu'une seule suffise; il n'en faut jamais plus de trois. Dans tous les cas, il est indispensable d'atteindre les parois même du vaisseau. » L'hémorrhagie est facile à arrêter par la plus légère compression.

Cette méthode a été mise en pratique par M. A. Bérard, qui a bientôt substitué à la potasse caustique, le caustique de Vienne réduit en pâte, et qui a en outre apporté dans l'emploi de cette médication quelques modifications que nous allons faire connaître.

Quels que soient le nombre et l'étendue des varices, M. Bérard commence par une seule application de caustique à chaque jambe, lorsque les deux membres sont affectés. En cela sa pratique diffère déjà de celle de M. Bonnet, qui applique le même jour le caustique sur plusieurs points de la longueur de la veine. — C'est presque toujours au-dessous du genou et sur le trajet de la veine saphène interne qu'il fait l'application du caustique, à peu près dans le lieu d'élection pour l'établissement des cautères à la jambe. Il préfère cette place alors même que les varices remontent sur le genou, vers la cuisse, jusqu'à l'union de la saphène avec la crurale, par les motifs suivants : 1° Il s'est convaincu que, dans beaucoup de cas, l'oblitération de la veine dans le point que nous venons d'indiquer suffit pour amener la guérison des varices placées au-dessus; 2° dans le cas même, où la portion de veine placée au-dessus du genou reste dilatée, cette dilatation n'entraîne aucun inconvénient; 3° enfin, il a remarqué que la plupart des accidents qu'entraîne parfois l'usage du caustique sont beaucoup plus à redouter lorsqu'on l'applique sur la cuisse que sur la jambe.

Ce n'est pas en une masse circulaire que M. Bérard applique la pâte de Vienne; il la dispose de manière à obtenir une escarre longue et étroite. Ce mode d'application permet de détruire les parois de la veine dans une plus grande étendue, d'agir à la fois sur plusieurs des circonvolutions du vaisseau, de produire une plaie bien plus facile à guérir, et une cicatrice moins apparente et moins sujette à ulcère.

M. Bérard met, autant que possible, la pâte parallèlement à la longueur du membre. Cependant si la veine, marchant en ligne droite au lieu d'être flexueuse, offrait une direction à peu près transversale, il incline la direction du caustique de manière à le rendre, sinon parallèle, du moins très oblique par rapport au trajet du vaisseau.

La veille du jour fixé pour la cautérisation, le malade est placé debout pour rendre les veines saillantes, et on trace, soit à l'encre, soit avec le nitrate d'argent, une ligne qui indique exactement les parties sur lesquelles le caustique devra être appliqué.

« La peau étant rasée, le membre placé de telle sorte que la veine variqueuse en soit la partie culminante, la poudre de Vienne, réduite en pâte molle, mais non diffluente à l'aide de l'alcool, est placée sur le vaisseau. La longueur de la couche varie de trois à cinq centimètres, la largeur de cinq à dix millimètres; l'épaisseur est au moins aussi grande que la largeur. On devra produire une escarre d'autant plus longue et plus large que le vaisseau est plus volumineux et offre des circonvolutions plus nombreuses et plus étendues. La durée de l'application du caustique varie entre un quart d'heure et une demi-heure, selon que le vaisseau est recouvert d'une peau plus ou moins fine et qu'il en est séparé par une couche de tissu adipeux plus ou moins épaisse. Il faut, autant que possible, désorganiser dans une seule séance tous les tissus jusqu'aux parois de la veine *inclusivement.* Il suffit en général, dans le plus grand nombre des cas, de dix-huit à vingt minutes pour atteindre ce résultat. »

Le contact de la pâte fait éprouver au malade une douleur médiocre qui, à moins de complications insolites, cesse pour ne plus reparaître dès que le caustique est enlevé. On voit alors une escarre semi-transparente, contenant dans son épaisseur les petits vaisseaux qui rampent entre la veine et l'épiderme devenus imperméables par suite de la coagulation du sang qu'ils renferment. Quelquefois même cette coagulation s'observe immédiatement dans la veine variqueuse, de telle sorte que le sang cesse de suite de la parcourir.

S'il survient une hémorrhagie, la plus légère compression aidée de la position horizontale suffit pour l'arrêter. Après la cautérisation, si l'on présume que cette hémorrhagie peut survenir, on applique sur l'escarre un linge fin ou un morceau de diachylon que l'on maintient en place à l'aide de quelques tours de bande. Dans le cas contraire, on abandonne l'escarre à elle-même, on la laisse exposée à l'air. Dans tous les cas, le malade doit garder le repos.

M. Bérard décrit ensuite les modifications que subissent les parties désorganisées depuis le moment de la cautérisation jusqu'à celui de l'entière cicatrisation. Nous croyons pouvoir passer sous silence les détails qui se rapportent aux tissus qui avoisinent la veine pour exposer ce qui se passe du côté de la veine elle même.

« Lorsque la cautérisation est assez profonde pour atteindre les parois du vaisseau, le sang se coagule au niveau de la partie brûlée, au bout d'un temps fort court, 24 à 36 heures, rarement trois à quatre jours après l'application de la pâte de Vienne, on trouve une masse indurée qui dépasse en haut et en bas les limites de l'escarre. Cette masse est en général d'autant plus volumineuse, que la dilatation de la veine était plus considérable. Bientôt la coagulation du sang s'étend de proche en proche vers les divisions inférieures de la veine; et la guérison s'opère par un mécanisme qu'il n'est pas nécessaire d'expliquer ici, puisqu'il est commun à toutes les méthodes de traitement des varices; ce travail s'accomplit tantôt avec une grande rapidité, tantôt avec beaucoup de lenteur. Il est probable que l'existence des anastomoses avec les veines profondes du membre est une des circonstances qui retardent le plus la guérison des varices. Cette disposition peut même être un obstacle insurmontable à l'oblitération du vaisseau, et entraîner la nécessité d'une nouvelle application de caustique au-dessous du point où l'on suppose qu'existe la communication avec les vaisseaux profonds du membre. Il peut en être de même de la dilatation simultanée de plusieurs veines de la jambe; surtout lorsque celles-ci s'anastomosent largement entre elles et qu'elles ne viennent point aboutir par en haut à un point commun. Il est encore convenable dans ces cas d'attaquer les varices sur plusieurs points du membre. — Il est enfin une troisième circonstance où l'on se trouve dans la nécessité de faire plusieurs applications de caustique. C'est lorsque des veines sous-cutanées deviennent variqueuses pendant que celles qui étaient malades s'oblitèrent. Il faut alors attendre quelques semaines avant de se décider à cautériser ces nouveaux vaisseaux; car j'ai remarqué qu'ils reprenaient parfois spontanément leur volume normal, ce qui tient probablement à l'établissement d'une circulation plus facile par les veines profondes du membre. »

Les avantages que M. Bérard trouve dans sa méthode sont les suivants : 1° Une simplicité telle que, dans la plupart des cas, les sujets pourraient continuer leurs occupations, quelque pénibles qu'elles soient, pendant toute la durée du traitement. Toutefois M. Bérard conseille ici de la prudence; dans sa pratique, il prescrit au malade le repos absolu au lit pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent la cautérisation. L'exercice est ensuite permis progressivement et avec modération; 2° le plus grand nombre de cautérisations ne semble pas exposer à plus de dangers que quand on n'en pratique qu'une; 3° absence de pansemens toutes les fois que l'escarre devient sèche et qu'elle reste long-temps adhérente. A ces principaux avantages, M. Bérard ajoute l'efficacité de sa méthode.

Mais, en praticien probe et éclairé, ce chirurgien ne manque pas de signaler quelques inconvénients et même quelques dangers. Il peut arriver qu'une seule cautérisation ne suffise pas, il faut alors la répéter. — La douleur déterminée par le contact du caustique quoiqu'ordinairement peu vive, revêt chez quelques malades, un caractère d'acuité qui la rapproche de celle que produit une brûlure. — La cautérisation occasionne parfois une inflammation très-vive, soit à la peau, soit dans le tissu cellulaire; mais cette inflammation se termine presque toujours par résolution; rarement la suppuration en est la conséquence. « Enfin, dit M. Bérard, dans un cas heureusement unique jusqu'à ce jour, sur plus de cent malades qui, ensemble, ont subi au moins cinq cents cautérisations, il est survenu une phlébite purulente qui s'est terminée par la mort. »

Quoi qu'il en soit, les inconvénients et les accidens auxquels expose le traitement des varices par le caustique de Vienne, ne paraissent pas suffisans à l'auteur pour lui faire rejeter la cautérisation. « D'une part, dit-il, le plus grand nombre de ces accidens est un phénomène tout à fait exceptionnel; le plus sérieux d'entre eux n'a été observé qu'une seule fois; tous les autres ne présentent aucune gravité. D'une autre part, cette cautérisation joint à une extrême simplicité une efficacité que l'on ne rencontre pas réunies dans les autres méthodes curatives des varices. » Voici, au surplus, comment il résume les principales idées émises dans son travail : « 1° L'on peut obtenir la guérison radicale des varices à l'aide du caustique de Vienne; 2° autant que possible, il faut s'abstenir d'appliquer la pâte ailleurs qu'à la jambe; 3° le caustique doit être mis de manière à former des escarres longues et étroites; 4° il faut que la mortification atteigne les parois de la veine; 5° on doit favoriser la dessication de l'escarre, en s'abstenant de tout pansement, et alors l'escarre n'est éliminée qu'au bout d'un temps fort long (plusieurs mois), sans travail de suppuration; la cicatrice se fait à mesure qu'elle se détache; 6° après quatre à cinq jours de repos, les malades peuvent se livrer à leurs occupations, quelque pénibles qu'elles soient, sans donner aucun soin à leur traitement; 7° il est rare que le traitement détermine des accidens. Quand il en survient, ils n'offrent pas de gravité. Une seule fois, sur plus de cinq cents cautérisations, il s'est déclaré une phlébite mortelle, dont la cause peut être attribuée à des circonstances faciles à éviter; 8° les guerisons obtenues à l'aide de la cautérisation sont solides et durables.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 3 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 15, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Maladies de l'utérus et de ses annexes. — Du prurit de la vulve.

Les démangeaisons qui se font sentir à la vulve sont quelquefois si fortes que les femmes qui les éprouvent se grattent jusqu'à déterminer des excoriations, trouvant plus supportable la cuisson qui résulte de ces dernières que la démangeaison même. Si ces démangeaisons les prennent pendant la nuit, elles leur ôtent le sommeil. Elles ont en outre l'inconvénient de produire une excitation très vive des organes qui en sont le siége, et peuvent aller même jusqu'à déterminer des congestions de l'utérus qu'elles accroissent à plus forte raison s'il en existe déjà. Bien que cette maladie ne soit point très grave par elle-même, l'extrême incommodité qui en résulte pour les femmes qui en sont atteintes, l'acuité des douleurs qu'elle détermine, les accidens plus graves du côté de l'utérus dont elle peut devenir le point de départ par l'excitation et l'état d'éréthisme qu'elle entretient incessamment dans les organes génitaux, motivent suffisamment l'attention dont elle a été l'objet dans l'une des dernières leçons de M. Lisfranc.

Cette affection, a dit M. Lisfranc, est très rare chez les jeunes filles; elle est moins rare chez les femmes âgées de moins de trente-six ans, et beaucoup plus commune chez les femmes qui ont dépassé cet âge, et plus spécialement chez celles qui n'ont plus leurs règles. Son existence paraît être liée à un état habituel de congestion vers les parties sexuelles, ainsi qu'on peut le préjuger de sa coexistence fréquente avec les congestions utérines, de la coïncidence de son apparition avec la diminution ou la cessation complète des règles et surtout des résultats thérapeutiques.

Ces démangeaisons peuvent encore dépendre d'un vice herpétique. Elles sont quelquefois déterminées par un repos trop prolongé, un séjour au lit trop long-temps continué, ou la station assise trop habituelle sur les tubérosités ischiatiques. D'autres fois, ce sont au contraire des exercices trop prolongés qui leur donnent lieu; et en cela il en est comme de beaucoup d'autres maladies que produisent des conditions extrêmes et opposées. Il est très commun de rencontrer cette affection chez les femmes malpropres qui n'ont pas soin de leur personne, et qui négligent d'entretenir les parties sexuelles dans les conditions de propreté convenables. Ici encore un autre extrême qui produit le même résultat : c'est l'excès de propreté. On conçoit en effet que si par des lotions trop fréquemment réitérées on enlève les mucosités qui sont incessamment sécrétées dans le but de lubréfier ces parties et de les entretenir dans un état de souplesse et d'humidité qui favorise le plissement des lèvres, on remplacera cet état physiologique par un état de sécheresse qui déterminera des frottemens douloureux et des démangeaisons.

C'est d'ailleurs un fait mis hors de doute par l'expérience. Nous avons vu plus d'une fois cet état cesser en modifiant les conditions dont il s'agit, c'est-à-dire en prescrivant aux personnes qui abusaient des moyens de propreté d'en user avec plus de modération.

Ainsi, l'excès comme le défaut de propreté peuvent également occasionner cette maladie. Les femmes douées d'un grand embonpoint ont très souvent ces démangeaisons-là; chez 20 femmes obèses, on peut affirmer qu'il en est au moins 18 qui sont sujettes à cette sorte d'accident; cela tient à ce que chez ces femmes-là les grandes et les petites lèvres étant en général plus développées, elles sont soumises à de plus grands frottemens, frottemens qui sont encore multipliés par l'ampliation des cuisses et du ventre, tombant, comme on le dit, en tablier. De plus, il se fait chez ces femmes une sécrétion albumineuse très abondante dans tout le pourtour des parties externes de la génération, et cette sécrétion acquiert souvent par son séjour prolongé dans les plis profonds de la peau et de la muqueuse de la vulve une certaine âcreté qui finit par déterminer des excoriations.

Il existe enfin chez les femmes d'un certain âge et qui sont à l'époque de retour un concours de circonstances, telles que la cessation des règles, l'embonpoint ordinairement plus prononcé à cet âge, peut-être même un peu plus de négligence dans les soins de propreté, qui favorisent le developpement de cette maladie.

Je ne m'arrêterai pas, dit M. Lisfranc, à décrire les symptômes et les caractères de cette affection, qui sont ceux de toute stimulation, de toute excitation locale, et j'aborde de suite la question du traitement.

La première attention doit être de surveiller les soins de propreté, d'en prescrire l'usage s'ils sont trop négligés, ou de les restreindre si l'on en use avec excès. Lorsque ce prurit est occasionné par le défaut de propreté, on trouve souvent les grandes lèvres très développées et tuméfiées. Chez les femmes d'un grand embonpoint les grandes et les petites lèvres sont également très développées et l'on trouve dans les replis profonds qu'elles présentent des dépôts de matières cérumineuses fortement adhérentes à la peau. Il faut, si l'on a affaire à des femmes fortement constituées, commencer par pratiquer une saignée spoliative de trois palettes, à moins, bien entendu, que les règles ne s'y opposent. Quelques jours, un ou deux jours après, on pratique une seconde petite saignée révulsive d'une palette. Chez les femmes d'une constitution délicate et nerveuse on se borne à cette petite saignée révulsive. En joignant à cela les moyens de propreté, on obtient souvent une guérison complète. Mais quelquefois on n'a obtenu par ces saignées qu'un amendement, une amélioration momentanée, ou même le résultat a été tout à fait nul. Que font alors la plupart des praticiens? Ils emploient sans règle et sans mesure l'eau de Barèges, le sulfate d'alumine, les lotions avec une dissolution de nitrate d'argent, les cautérisations, etc. Ils réussissent rarement et souvent ils déterminent de l'irritation, de l'éréthisme, de l'inflammation; les femmes souffrent davantage et le mal empire.

Ce n'est point ainsi qu'il faut procéder. S'il existe de l'irritation, de l'éréthisme, il faut employer d'abord les émolliens, des lotions et des bains avec de l'eau de son ou même du lait; les cataplasmes ne conviennent point dans cette circonstance, ils sont fort incommodes à appliquer, d'ailleurs ils s'aigrissent vite et deviennent irritans; en général ils ne réussissent pas. Mais lorsqu'il n'existe point d'éréthisme ni d'inflammation; que celle-ci est très légère ou qu'elle a été préalablement combattue par les moyens que nous venons d'indiquer, on a recours alors aux légers astringens; le meilleur est le sulfate acide d'alumine dissous dans l'eau commune dans la proportion de 4 grammes (1 gros) pour un litre d'eau. Ce moyen réussit en général parfaitement; mais pour qu'il ait tout le succès qu'on a droit d'en attendre il faut recommander aux femmes de ne point se borner à l'application à l'extérieur, mais d'appliquer ce mélange jusque dans les parties internes de la vulve.

Si ce moyen échoue, ce qui arrive quelquefois, et que l'irritation ait un caractère dartreux, on fera usage de l'eau de Barèges dont on imbibera un linge qui sera interposé entre les grandes et les petites lèvres. Ce linge se maintient assez facilement quant les femmes ne marchent pas, et si elles sont obligées de vaquer à leurs affaires on leur prescrit de se garnir, ce qui a en outre l'avantage de prévenir le frottement douloureux des cuisses et des grandes lèvres.

Si ce moyen échoue encore, ayez recours aux lotions avec le mélange suivant : Eau, 120 grammes; nitrate d'argent fondu, un demi-décigramme, dont la dose peut être graduellement portée jusqu'à 50 centigrammes (10 grains).

Dans les mêmes circonstances nous nous sommes bien trouvé de la formule proposée par M. Raspail, et qui consiste à faire un mélange de cinq parties d'amidon et une partie de

FEUILLETON.

Recherches sur quelques-unes des causes de la blennorrhagie non syphilitique.

Par J.-T. MONDIÈRE, D.-M.-P.,

Membre de plusieurs sociétés savantes, correspondant de l'Académie royale de médecine, médecin des Epidémies et de l'hôpital de Loudun (Vienne).

(Suite et fin du n° 11.)

Il existe encore certaines blennorrhagies qui tiennent à une disposition organique particulière, la constitution lymphatique, par exemple, et qui se reproduisent par l'effet de causes purement accidentelles. Tels sont la plupart des malades chez lesquels la masturbation produit la blennorrhagie. Mais c'est surtout chez les femmes que l'on observe cette espèce d'écoulement. Chambon avait déjà fait la remarque que chez les femmes l'acrimonie scrofuleuse occasionnait quelquefois la gonorrhée (1). Baumes parle d'une fille de onze ans, née de parens scrofuleux, et qui, dès l'âge de cinq ans, avait eu les glandes jugulaires engorgées : quelques remèdes intérieurs, et en particulier l'eau de la mer, parurent résoudre ces tumeurs; mais quelque temps après, il survint une ophthalmie opiniâtre, et qui céda néanmoins au temps et à quelques dépuratifs mercuriels. Depuis deux ou trois ans la santé se soutenait, quoique avec quelques signes assez évidens de la constitution écrouelleuse, lorsqu'il parut un écoulement gonorrhoïque : l'âge du sujet, ses mœurs, les circonstances précédentes, nous rassurèrent contre le caractère de la gonorrhée; elle fut rebelle, et lorsqu'elle céda, les glandes du cou se rengorgèrent encore.

C'est encore à cette constitution lymphatique qu'il faut rapporter ces blennorrhagies dites à répétition, qui, sous l'influence de la plus petite cause irritante, reparaissent sans que le principe contagieux qui leur a primitivement donné naissance soit de nouveau mis en jeu. J'ai connu un jeune homme d'une constitution molle, lymphatique, qui, après avoir eu une blennorrhagie syphilitique, qui fut combattue par un traitement approprié, a vu à plusieurs reprises, sans coït préalable, reparaître son écoulement, entre autres une fois après avoir fait un usage abusif de bierre nouvelle, et une autre fois pour être resté long-temps en érection auprès d'une femme sans avoir consommé l'acte vénérien.

(1) Des maladies des filles, t. II, p. 143.

C'est sans doute aussi chez de jeunes soldats doués de cette même constitution lymphatique que M. Lagneau (1) a observé tant en France qu'en Allemagne un grand nombre de blennorrhagies dues à l'usage de la bierre à laquelle ces individus n'étaient pas accoutumés.

Telles sont, pour nous renfermer dans ce que nous apprennent les faits que nous avons rassemblés, les causes générales ou internes qui peuvent donner lieu à la blennorrhagie non syphilitique. Nous allons examiner maintenant diverses causes qui agissent mécaniquement ou par un principe irritant.

Et d'abord, nous devons parler des agens irritans dont l'action se porte directement sur le canal de l'urètre ou sur la verge. Tout le monde sait que Swediaur (2), pour bien se convaincre qu'une irritation de l'urètre autre que l'irritation vénérienne pourrait bien produire un écoulement semblable à une chaude-pisse, s'injecta dans l'urètre, en 1782, un mélange de six onces d'eau et autant d'ammoniaque, et que dès le lendemain matin à son réveil, n'ayant rien de plus pressé que d'examiner la partie, il trouva une évacuation assez considérable de matière puriforme, de la même couleur jaune verdâtre que celle des chaude-pisses virulentes. Cullerier et M. Ratier, qui ont répété sur un malade la même expérience, l'ont vue suivie des mêmes résultats; l'injection faite avec l'eau aiguisée avec l'ammoniaque liquide, produisit également une blennorrhagie en tout semblable à celle qui est d'origine vénérienne (3).

Les sondes introduites sans ménagement dans l'urètre, ou laissées à demeure, déterminent quelquefois un écoulement abondant et qui ne cesse souvent qu'avec sa cause.

La masturbation trop souvent répétée produit encore le même résultat. Tous les auteurs s'accordent sur ce point, et cependant si on remonte aux sources et si on interroge les faits, on voit que c'est presque exclusivement chez les femmes que cette mauvaise habitude donne lieu à la blennorrhagie. Du moins, parmi les faits que j'ai consultés, il n'est question que de personnes du sexe féminin, car je ne puis rapporter au sujet que j'étudie ces cas de balanite produits par l'onanisme chez des individus atteints de phymosis. Voyez entre autres un fait fort remarquable publié par Lecat (4). Cependant la masturbation pourrait bien être la seule cause de l'écoulement dans l'observation suivante publiée en 1764 par J.-F. Closs (5).

(1) Dictionnaire de médecine, 2e édition, t. V, p. 354.
(2) Loc. cit., p. 149.
(3) Dict. de méd. et chir. prat., t. IV, p. 139.
(4) Recueil périodique, t. XIV, p. 48.
(5) Dissert. inaug. med.: De gonorrhœâ virulentâ sine contagione natâ. Tubingue, 1764, in-4°, 2 app.

Un jeune homme avait depuis plus de six mois un écoulement gonorrhoïque qu'il avait toujours négligé parce qu'il ne lui causait aucun mal : cependant la matière de l'écoulement étant devenue âcre, verte et jaune, il fut obligé de chercher des secours. Il s'adressa à l'auteur qui décida que son mal n'était autre chose qu'une gonorrhée virulente. Le jeune homme protesta avec serment n'avoir jamais vu de femme de sa vie. Closs attribuant alors cette blennorrhagie à la masturbation à laquelle le jeune homme s'était habitué même avant l'âge de puberté, la traita par les adoucissans, les laxatifs, les diurétiques doux, puis les légers astringens, et la guérit promptement.

J'ai moi-même observé un cas de blennorrhagie chez un jeune homme qui s'adonnait avec un espèce de délire à la masturbation depuis plusieurs années : mais comme pour accélérer ou augmenter la jouissance, il s'introduisait en même temps dans l'urètre, à une profondeur plus ou moins considérable, une tige de baleine polie avec soin, on peut rattacher également ce fait à la catégorie qui précède.

Quant aux femmes, la plupart de celles qui se plaignent d'écoulement leucorrhéiques opiniâtres les doivent à l'introduction répétée du doigt ou de tout autre instrument analogue et plus ou moins dur, et même du pénis osseux du chien, comme l'a observé M. C. Ruggieri sur deux vieilles filles (1). Les faits les plus remarquables que je connaisse de blennorrhagies produites chez les femmes par la masturbation, sont ceux rapportés par Fabre dans ses nouvelles observations sur les maladies vénériennes (2).

Une autre cause mécanique qui agit surtout chez les enfans, c'est la présence dans le rectum des vers ascarides. La blennorrhagie produite par cette cause, fréquente surtout chez les jeunes filles, dans les parties naturelles desquelles les vers s'introduisent, se rencontre également chez les garçons. Ici, l'effet a lieu par sympathie. J'ai observé ce phénomène chez un jeune paysan, âgé de dix ans, dont les chemises étaient continuellement salies par un mucus abondant, tantôt jaune, tantôt verdâtre; les lavemens anthelminthiques le débarrassèrent des vers ascarides qui le tourmentaient et étaient cause de tous les accidens. J'ai vu également un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, ne pouvoir s'empêcher de se livrer à la masturbation, malgré l'état de souffrance et de faiblesse qui en était résulté, excité qu'il était à cet acte par une irritation sympathique portée sur l'urètre, par la présence d'une grande quantité de vers lombricoïdes.

Léveillé a recueilli un fait semblable que je crois devoir reproduire ici. « Dernièrement, dit ce médecin (3), je fus appelé pour voir un enfant de quatre ans qui avait un écoulement muqueux à la verge, avec

(1) Recueil périodique, t. LX, p. 94.
(2) Paris 1779, in-8°, p. 37, 40 et 41.
(3) Recueil périodique, t. XIX, p. 362.

camphre, avec lequel on saupoudre la vulve une fois tous les jours, ayant le soin de nettoyer exactement ces parties le lendemain et de recommencer ainsi pendant plusieurs jours. On peut, comme bien s'entend, varier suivant les cas les proportions de ce mélange et en multiplier plus ou moins l'application.

Ces moyens sont-ils encore sans résultat, faites placer la malade sur une chaise percée ; placez dessous un petit brasier sur lequel vous faites brûler du soufre, et vous recommandez à la malade de maintenir ses grandes lèvres écartées, afin que la vulve reçoive l'impression de la vapeur de soufre. Ce moyen jouit aussi d'une très grande efficacité, surtout lorsque l'affection procède d'une origine douteuse. Les douches simples ou de vapeurs, en arrosoir ; les douches aromatiques ou sulfureuses, jointes à l'emploi des anti-herpétiques à l'intérieur, réussissent encore très bien dans les mêmes circonstances. Mais il est bien entendu que l'emploi de tous ces moyens doit être surveillé et dirigé avec modération, et que dans le cas où leur action trop excitante provoquerait une congestion ou déterminerait un retour de l'état aigu, il faudrait en cesser l'usage pour revenir aux émolliens et au besoin aux saignées révulsives.

Quelquefois aucun de ces moyens ne réussissant, on a de la peine à se rendre compte de l'opiniâtreté de la maladie ; si l'on examine dans ce cas de plus près, on découvre souvent de légères excoriations que l'on cicatrise à l'aide de deux ou trois cautérisations avec le nitrate d'argent, et l'affection cède bientôt aux mêmes médications contre lesquelles elle s'était montrée jusqu'alors rebelle. Mais dans quelques cas les femmes éprouvent des démangeaisons atroces et réfractaires à tous les moyens de traitement que nous venons d'énumérer, sans qu'il existe la moindre excoriation. Faut-il ou non cautériser dans ce cas-là ? C'est là une question fort délicate, et, avant de se déterminer il faut bien y réfléchir.

J'ai vu, dit M. Lisfranc, une femme qui éprouvait depuis long-temps un prurit des plus violens et qui avait résisté à l'emploi successif de tous les moyens que je viens d'indiquer ; voyant cette affection aussi tenace, je prends un crayon de nitrate d'argent fondu que je porte sur la vulve et j'en badigeonne, c'est le mot, toute la surface. Cette femme ressent immédiatement après des douleurs atroces ; elle me fait appeler le soir ; ses douleurs n'étaient point calmées ; il y avait de l'éréthisme, une irritation considérable et un état d'exaspération extrême. Je pratiquai une saignée, je fis faire des irrigations d'eau froide sur les parties : le lendemain les douleurs avaient complètement cessé et elles ne se sont plus reproduites depuis.

Un dernier moyen enfin que je n'ai jamais vu échouer, c'est la cautérisation avec le proto-nitrate acide de mercure. Il ne faut pas craindre de répéter ces cautérisations pendant deux, trois, quatre, six jours et plus ; je les ai répétées, dans une circonstance, jusqu'à quinze fois. Mais je n'ai pas besoin de dire que ce moyen ne doit être employé que dans les cas extrêmes, et lorsque tous les autres moyens préalablement essayés ont échoué. Il exige surtout qu'on surveille avec une grande attention l'irritation qu'il pourrait produire.

J'appellerai votre attention sur un point important, avant de terminer ce sujet. Beaucoup de femmes vous diront qu'elles sont sujettes à ces démangeaisons, mais qu'elles ne les éprouvent que pendant cinq, six ou huit jours seulement avant le retour de leurs règles. Je fais pratiquer dans ce cas une saignée dans l'intervalle des règles, huit jours avant l'époque de leur prochaine irruption. Si cette première saignée a manqué son effet, on la réitère le mois suivant, puis encore une troisième fois ; et il est rare qu'après une ou deux saignées, on n'ait point prévenu d'une manière complète le retour de ce prurit périodique. D'autres femmes vous diront que c'est après leurs règles et pendant les cinq, six ou huit jours qui les suivent, qu'elles ressentent ces démangeaisons. Pratiquez alors la saignée immédiatement après les règles, en vous assurant bien toutefois qu'elles ont complétement cessé de couler, vingt-quatre heures après, par exemple ; vous obtiendrez le même résultat. Dans les deux circonstances que je viens de supposer, on joindra avec avantage à l'usage de la saignée, les lotions sur la vulve avec une solution de sulfate d'alumine.

Polype fibreux de l'utérus. Hémorrhagies consécutives durant depuis six mois d'une manière continue. Etat de prostration et d'anéantissement. Mort imminente. Impossibilité de tenter une opération. Cautérisation de la surface vasculaire du polype. Cessation immédiate de tous les accidens.

Au n° 7 de la salle Saint-Augustin est couchée une femme affectée d'un polype de l'utérus, et qui était en proie à une perte abondante et continuelle durant plus de six mois, et qui l'avait réduite à un degré de faiblesse extrême et d'anémie presque complète. — Cette femme, jeune, d'une constitution assez forte, était, quand nous l'avons vue pour la première fois, dans l'état suivant : prostration extrême, anéantissement presque complet ; état d'indifférence pour ce qui se passe autour d'elle ; face pâle et décolorée, teint jaune, voix éteinte ; pouls petit, intermittent, misérable ; dispositions fréquentes à la syncope ; vomissemens et nausées revenant à de certains intervalles, et surtout après l'ingestion de boissons ou d'alimens ; perte d'appétit ; alimentation presque nulle ; écoulement sanguin par la vulve, peu abondant, mais continu.

En présence d'un état aussi grave et d'un danger aussi imminent, il devenait indispensable de prendre un parti, et de ne pas laisser plus long-temps subsister une perte qui affaiblissait à vue d'œil les forces de la malade et qui la conduisait insensiblement à une mort certaine. Il se présentait plusieurs partis à prendre ; mais chacun d'eux offrait des difficultés d'exécution, et des chances douteuses de succès. On ne pouvait songer à l'excision, sans craindre que l'hémorrhagie qui résulterait de cette opération ne fît immédiatement succomber la malade ; les manœuvres qu'eût exigées l'opération pouvaient d'ailleurs à elles seules devenir funestes, tant était grand le degré d'énervation dans lequel était plongée cette femme. La ligature pouvait avoir les mêmes inconvéniens ; et quel que fût celui de ces deux partis auquel on se fût arrêté, il y avait tout à craindre de la nécessité de remuer la malade, de la tenir long-temps découverte et exposée au froid, et d'opérer des tractions sur l'utérus. D'un autre côté, l'inaction n'était plus permise, la continuité de la perte pouvant d'un instant à l'autre devenir mortelle. Dans une circonstance aussi grave et devant un danger aussi imminent, M. Lisfranc s'est éclairé des lumières de l'anatomie pathologique. L'anatomie pathologique, a dit ce professeur, a démontré que les polypes fibreux tels que sont la plupart de ceux qui siégent dans l'utérus ou à son col, et dont le tissu est blanc, dense et d'une consistance assez ferme, que ces polypes ne contiennent point de vaisseaux à l'intérieur, mais qu'ils sont revêtus dans la totalité ou dans une partie seulement de leur surface d'une sorte d'enveloppe d'un tissu tomenteux et vasculaire, qui est le siége et le point de départ le plus ordinaire des hémorrhagies dont ces polypes s'accompagnent. Or, nous avons pensé, a-t-il ajouté, et l'expérience a déjà sanctionné des tentatives de ce genre, qu'en détachant et enlevant cette membrane dont l'adhérence au tissu du polype est peu considérable, comme on enlèverait une pelure ou une coque de fruit, on mettrait un terme à l'hémorrhagie. Mais dans le cas dont il s'agit, il y avait encore à craindre, bien que le danger fût moins grand que dans les autres opérations, que les manœuvres ne déterminassent des accidens fâcheux. Voici donc le parti auquel s'est arrêté M. Lisfranc, et dont il a retiré un plein succès. Il a introduit un spéculum de grande dimension, de manière à pouvoir embrasser et mettre à découvert la totalité ou du moins la plus grande partie du polype, et il a porté sur cette tumeur un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure, qu'il a largement et profondément promené sur toute la surface du polype. Cette cautérisation de l'enveloppe tomenteuse et vasculaire du polype a été immédiatement suivie d'une cessation complète de l'hémorrhagie. Le lendemain, l'hémorrhagie ne s'était plus reproduite ; le pouls s'était relevé, l'innervation s'était rétablie ; la malade avait repris ses sens et récupéré quelques forces ; elle n'a plus eu de syncopes, ni de vomissemens ; elle mange et boit, et éprouve un état de bien-être qu'elle exprime avec un air de satisfaction et de gaieté. Il est survenu depuis de la diarrhée ; cette diarrhée est-elle le résultat d'un certain degré d'irritation qui existait peut-être déjà du côté des intestins, ou provient-elle d'une congestion produite par la cessation de l'hémorrhagie ? Quoi qu'il en soit, cette diarrhée, qui coïncide avec un état d'amélioration aussi considérable de la malade, n'est de nature à nous inspirer aucune crainte ; on administrera la décoction blanche de Sydenham et des lavemens laudanisés, pour peu qu'elle persiste avec une certaine intensité. Tout donne lieu d'espérer qu'on obtiendra la guérison complète de cette malade actuellement échappée au plus imminent danger, lorsque le rétablissement de ses forces permettra d'extraire le polype qui a donné lieu à ces graves accidens.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Hydropisie générale avec albuminurie. Néphrite albumineuse.

Le 3 décembre, le nommé Wermage, âgé de seize ans, couvreur, demeurant à Neuilly, et natif de Paris, est entré à la Charité, où il fut placé au n° 22 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Malade depuis deux mois, Wermage est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique ; il fut vacciné, non variolé, et sa santé fut autrefois habituellement bonne. Il dit avoir été seulement sujet à des palpitations en montant ; il assure n'avoir jamais eu de douleurs rhumatismales ni de fluxion de poitrine.

Il y a deux mois il tomba sur un tas de sable et se luxa l'épaule droite, et même, dit-il, le genou correspondant.

Soigné chez lui et promptement rétabli, il avait repris ses occupations, quand, peu de jours après, une tumeur sous-maxillaire gauche le força d'entrer à l'hôpital Beaujon, où il fut traité par M. Robert, au moyen de cataplasmes et d'onctions avec une pommade iodurée, et fut guéri après cinq semaines environ de séjour à l'hôpital. Il y a huit jours il lui survint une tuméfaction du scrotum, qui d'abord fit des progrès rapides au point de gêner la marche du malade par suite de l'écartement obligé des cuisses, mais qui diminua faiblement pendant les quatre derniers jours qui précédèrent son entrée. Depuis cette diminution, le ventre se tuméfia, ainsi que les cuisses ; puis, dans la journée d'hier, les jambes et les pieds, si bien que le malade se décida à entrer à la Charité, où il fut placé d'abord dans le service de M. Velpeau, qui l'a renvoyé dans les salles de M. Bouillaud.

Le 3 octobre, à son entrée chez M. Velpeau, M. Demeau, interne de garde, constata une infiltration œdémateuse du scrotum et une hydarthrose du genou droit ; les battemens du cœur précipités, tumultueux, et les bruits de cet organe mas-

---

irritation continuelle du canal de l'urètre gonflé au point que les parens étaient persuadés qu'il existait un phymosis. On m'apprit aussitôt que cet enfant rendait beaucoup de vers ascarides : dès lors je ne doutai plus de la cause de l'écoulement par la verge, et la guérison eut lieu après l'usage des anthelminthiques pris en lavement et par la bouche. »

C'est à la même irritation sympathique qu'il convient de rapporter les quelques faits de blennorrhagie que l'on a signalés, comme dépendant de tumeurs hémorrhoïdales. C'est ce qu'a observé Lecat (1) dans le cas suivant : « M. M... fut attaqué en 1744, d'hémorrhoïdes affreuses qui lui fermaient toute la liberté du passage qu'elles occupaient, et lui donnaient en même temps une espèce de priapisme. Le 16 novembre de la même année, les hémorrhoïdes se calmèrent, et il leur succéda une gonorrhée, dont l'écoulement était verdâtre comme celui d'une gonorrhée virulente ; néanmoins on était bien sûr que M. M... n'avait vu aucune femme depuis plusieurs années ; aussi guérit-il par de simples rafraîchissans. »

Parmi les irritans pris à l'intérieur ou appliqués à l'extérieur, qui peuvent donner lieu à la blennorrhagie, il faut placer au premier rang les cantharides, qui, comme on le sait, portent toute leur action nuisible sur les organes génitaux et urinaires.

Je ne puis oublier, à ce sujet, un vieux comte que j'avais eu occasion de connaître par l'entremise d'une femme galante, alors que j'exerçais la médecine à Paris, et qui vint un jour se plaindre à moi de ne plus pouvoir depuis quelque temps, malgré l'envie qu'il en avait, sacrifier à Vénus. Cet individu, âgé de soixante-sept ans, et usé par la vie déréglée qu'il avait menée, me tourmenta beaucoup pour que j'eusse à lui indiquer quelque breuvage aphrodisiaque pour rappeler en lui cette faculté virile, dont la perte faisait son désespoir. Je lui conseillai simplement un régime analeptique, des frictions sèches et aromatiques sur les lombes, et le détournai, autant que je le pus, du dessein qu'il avait de faire usage des cantharides à l'intérieur, lui faisant entrevoir les dangers auxquels il s'exposerait.

Huit jours après, il revint me trouver, et se plaignit d'avoir depuis la veille un écoulement par la verge, dont il ne savait à quoi rapporter l'origine. Cet écoulement ressemblait en tout point à celui d'une blennorrhagie syphilitique ; la verge était dans un état de demi-érection, rouge, douloureuse. Questionné s'il avait pu consommer l'acte vénérien depuis sa dernière visite, il me répondit que non, bien qu'il eût fait usage de cantharides, à assez haute dose, me dit-il, dose cependant qu'il ne put me déterminer. Cette circonstance connue, je lui dis qu'il ne devait pas chercher d'autre cause à son écoulement que l'usage inconsidéré des cantharides, et que s'il voulait éviter de plus graves accidens, il devait y renoncer sur-le-champ. Je lui conseillai l'usage des

(1) Recueil périodique, t. XIV, p. 44.

bains généraux et locaux. les boissons adoucissantes et le camphre uni à l'opium en pilules et en lavement avec le laudanum. J'appris plus tard que, sous l'influence de ces moyens, les accidens inflammatoires avaient promptement disparu, et que l'écoulement, dont l'abondance et la consistance avaient diminué peu à peu, avait cessé complétement au quinzième jour, époque à laquelle il n'existait plus qu'une légère douleur en urinant.

Il y avait plus de douze ans que cet individu n'avait eu de symptômes vénériens, consistant en des chancres et une blennorrhagie, et je ne pense pas qu'on puisse y rattacher l'écoulement que j'ai observé et qui s'explique suffisamment, du reste, par l'usage interne des cantharides.

Ce fait, du reste, n'est point isolé dans la science. Tout récemment, M. Guyon a rapporté dans la Gazette médicale (1) qu'il avait vu chez nos soldats en Afrique un grand nombre d'urétrites avec écoulement blennorrhagique, accidens qu'il attribue à la chaleur et à l'usage de grenouilles se nourrissant d'une espèce d'insecte analogue aux mouches cantharides.

En 1800 et 1801, un garde-étalon infidèle de la vallée d'Azun, croyant relever et entretenir l'énergie des animaux confiés à sa garde, leur fit prendre de la poudre de cantharides mêlée avec du son et de l'avoine. Cette substance parut en effet donner une nouvelle force aux étalons, mais ce résultat fut de courte durée, car bientôt ils furent atteints d'une maladie qui en fit périr un grand nombre, et qui se manifestait par l'engorgement du scrotum, l'érection du pénis, avec écoulement de matières blanchâtres par le canal de l'urètre, accompagné de phymosis et de paraphymosis (2).

Ce n'est pas seulement données à l'intérieur comme dans les cas précédens que les cantharides peuvent produire une véritable blennorrhagie, mais encore alors qu'elles sont employées comme moyen vésicant. Toutefois, pour que cet effet soit produit, il faut admettre chez les individus une bien grande disposition, puisque les faits de cette nature sont fort rares, à notre connaissance du moins. C'est sous ce rapport que nous croyons devoir reproduire ici le fait suivant, fort curieux du reste.

« Un jeune homme de vingt-six ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique et ayant des dispositions aux scrofules, fut atteint, à la suite d'un refroidissement subit, d'une pleurésie légère avec complication gastrique. Des sangsues furent posées sur le point douloureux du thorax ; mais cette saignée locale n'ayant pas fait disparaître entièrement la douleur, on y appliqua un vésicatoire saupoudré de camphre. Ce topique fut amis en usage contre le gré du malade qui rapporta que cinq ans auparavant, dans une circonstance semblable, une application vésicante sur la poitrine avait produit chez lui un écoulement gonorrhéique fort abondant que le traitement le mieux approprié et le régime le plus sévère avaient pu arrêter à peine après une durée de plus d'un mois.

» Le vésicatoire ordonné par M. Ammon amena d'abord un résultat fort avantageux, car le point de côté, la toux, etc., disparurent, et alors on laissa guérir la plaie. Au bout de quatre jours, la douleur revint et nécessita la réapplication de l'emplâtre qui, cette seconde fois, ne réussit pas moins bien à faire cesser les accidens, mais fut suivie de l'apparition d'un ulcère sur le gland. Cette plaie, assez étendue, profonde et sécrétant une très grande quantité de pus, n'offrait aucun des caractères propres aux ulcérations syphilitiques ; elle fut traitée par des lotions d'acétate de plomb, et se cicatrisa au bout de trois semaines. »

Le docteur Ammon, rapprochant cet effet de celui observé déjà par le malade, ne fait aucune difficulté de l'attribuer à une action particulière des cantharides sur le sujet dont il s'agit (1).

Au rapport du docteur Œttinger, une personne qui avait avalé de l'huile d'olive dans laquelle une certaine quantité de coton rouge de Turquie avait été trempée pendant quelque temps, s'aperçut bientôt après d'un écoulement de l'urètre qui avait toutes les apparences d'une chaude-pisse (2).

La dentition peut encore donner lieu à des écoulemens qui, chez des enfans, et à plus forte raison chez des adultes, lors de la dent de sagesse, pourraient en imposer pour une affection syphilitique. J. Hunter (3), Swédiaur (4), ont observé des faits semblables, et M. Pigeaux (5), dit avoir eu quelques occasions de voir, chez des jeunes gens de dix-huit à vingt-cinq ans, l'apparition des dernières molaires s'accompagner d'un écoulement blennorrhagique.

Il est encore plusieurs autres causes signalées par quelques auteurs et, entre autres, par M. Bigeaux, la gastralgie et la constipation chez les femmes ; mais comme dans ce travail nous avons eu principalement en vue la blénorrhagie non syphilitique considérée chez l'homme, nous croyons que cet écoulement tout à fait symptômatique appartient à l'histoire de la leucorrhée. Nous ajouterons cependant que Metzger (5)

(1) 1841, t. IX, p. 106.
(2) Recueil périodique, 1819, t. LXIX, p. 180.

(1) Archives de méd., 1828, t. XVI, p. 269.
(2) Swediaur, loc. cit., t. I, p. 152.
(3) Praticals tractile on the diseases of the leeth, Londres 1778, in-4°, p. 142.
(4) Loc. cit., t. I, p. 146.
(5) Loc. cit., p. 63.
(5) Ancien journal, 1785, t. LXIII, p. 108.

qués par une respiration rapide et gênée. Dans la soirée, le malade expectora plusieurs crachats d'un sang mal combiné. On appliqua des sangsues aux membres inférieurs. Quant au traitement antérieur à l'entrée du malade, il n'a consisté qu'en une bouteille d'eau de Sedlitz prescrite par un médecin anglais.

Etat actuel. — Le visage est un peu pâle et bouffi ; l'habitude extérieure présente généralement la teinte un peu blafarde de l'anasarque ; infiltration médiocre des membres supérieurs, plus prononcée aux membres inférieurs, et surtout aux cuisses. L'abdomen est généralement développé ; sa paroi antérieure est un peu infiltrée, et l'on constate de la matité dans les points les plus déclives, avec fluctuation périphérique peu prononcée. Le scrotum globuleux, du volume d'une orange, dont les parois œdématiées sont d'une transparence qui rappelle jusqu'à un certain point celle de l'hydrocèle vaginale, est surmonté d'un pénis réduit à trois ou quatre centimètres de longueur.

Les lèvres ne sont pas violettes, la langue est blanchâtre et un peu sèche ; la soif modérée peu d'appétit ; la bouche non mauvaise : ni nausées, ni mal de gorge. Il y a eu dans la matinée deux ou trois selles diarrhéiques légères, qui avaient été précédées d'une constipation de quelques jours, et qui sont attribuées par le malade à l'eau de Sedlitz dont nous avons parlé. Les urines, un peu rares, sont normales, au dire du malade, et rendues facilement. La chaleur de la peau est normale ; le pouls est à 84, médiocrement développé, régulier, non vibrant.

La région précordiale paraît offrir un peu de voussure, mais le cystomètre n'accuse dans cette région qu'une saillie à peine notable. Les battemens du cœur, qui ne sont pas visibles, sont médiocrement étendus, un peu blafards, sans frémissement vibratoire. La matité est d'environ sept centimètres carrément ; la pointe du cœur bat dans le cinquième ; espace inter-costal un peu en dedans du sein. Dans presque toute l'étendue de la région précordiale les bruits du cœur paraissent normaux, sauf cependant un peu d'exagération dans la clarté du deuxième bruit, qui est sec et comme parcheminé un peu en dessous et en dedans du mamelon, c'est-à-dire dans la région de l'orifice aortique spécialement. Du reste, aucun souffle ni autre bruit morbide. Un léger bruit de diable se fait entendre dans la carotide droite ; il n'y a pas de distension des jugulaires ni de battemens anormaux dans les diverses artères. On ne constate pas de toux pendant l'examen, ni d'expectoration antérieure ; la respiration est assez fréquente, un peu orthopnéïque, et le malade ne peut conserver que difficilement la position horizontale. En avant, la résonnance et la respiration sont bonnes des deux côtés, ainsi qu'en arrière. Dans les deux tiers supérieurs de chaque côté, mais dans le tiers inférieur, surtout du côté gauche, la résonnance est plus faible ; et la respiration, faible à droite, est elle-même accompagné d'un peu de râle bullaire disséminé pendant l'inspiration, qui est remplacé à gauche, tout à fait en bas, par un souffl bronchique bien distinct, avec retentissement égophonique de la voix. Le malade n'accuse cependant, et n'a éprouvé, dit-il, aucune douleur de côté. Il n'y a ni céphalalgie, ni douleur lombaire ; il n'y a pas de différence entre les deux côtés de la poitrine pour la vibration produite par la parole. L'état du scrotum ne permet pas de faire coucher le malade sur l'abdomen. On prescrit une saignée de deux palettes et demie.

Le lendemain, 4 décembre, le malade dit se sentir un peu soulagé. Les membres inférieurs sont infiltrés, sans hydarthrose ; l'œdème est plus sensible à la partie inférieure des cuisses ; l'infiltration a envahi la région sus-pubienne, et le ventre, un peu tendu, résonne mal dans la région ombilicale. Les membres supérieurs, surtout le droit, sont bouffis avec une teinte violette ; le malade est sujet aux engelures. Le visage également bouffi, sans infiltration des paupières ; la chaleur est normale et le scrotum à peu près comme la veille.

Le pouls est à 76-80, médiocrement développé, un peu mou ; résonnance tympanique dans la région du cœur, qui paraît refoulé vers la partie supérieure, la pointe battant immédiatement au-dessus du mamelon. La respiration est pure autour du cœur, dont les bruits sont fortement frappés, un peu clairs. Le foie est refoulé vers la pointe supérieure ; la résonnance et la respiration sont bonnes, partout, en avant et en arrière. La résonnance, bonne dans les deux tiers supérieurs, s'affaiblit vers la base, mais la respiratiou ne disparaît pas cependant tout à fait en bas. Il n'y a pas de bronchophonie. Sentiment de faiblesse modéré ; langue bonne, soif modérée, assez d'appétit. Le malade a rendu pendant la visite des urines d'un jaune pâle, mousseuses, avec un léger nuage au fond, rougissant passablement le papier de tournesol, sans odeur particulière, se troublant d'abord, puis déposant par l'acide nitrique versé en excès ; par l'agitation elles offrent l'apparence et la consistance du sirop d'orgeat.

Le caillot de la saignée est rétracté, d'une consistance ferme ; un peu glutineux, recouvert d'une petite pellicule blanche. Le malade n'a jamais éprouvé de douleur dans la région lombaire, et la pression n'en fait pas éprouver, pas plus que dans les autres régions voisines des reins.

Le 5, le malade se trouve à peu près comme la veille ; le pouls est à 76, petit ; l'urine du matin est mousseuse comme celle de la veille, avec un nuage épais au fond, peu acides et se troublant par l'acide nitrique goutte à goutte et en excès.

Le 6, le visage est moins bouffi, mais les parties inférieures sont aussi infiltrées. Le pouls est à 64-68 ; les bruits du cœur nets, sans souffle ; la respiration est libre en avant, mais la résonnance est faible en arrière inférieurement, en tirant un peu vers la colonne vertébrale, où l'on constate à gauche un léger souffle avec un peu d'égophonie. L'urine du matin est moins visqueuse, sans mousse, à peine acide, se troublant par l'acide nitrique et par la chaleur, et offrant alors l'aspect de sirop d'orgeat.

Le souffle bronchique a disparu le 8, et la respiration vasculaire se fait entendre voisine de l'oreille. Les deux mains et les avent-bras œdémateux, le gauche plus que prédominant, ne sout point douloureux, à part cependant la douleur du vésicatoire. Le pouls est à 92, petit, régulier ; les urines, abondantes, sont peu mousseuses ; des bulles se forment en les transvasant, et elles déposent abondamment par l'acide nitrique.

Le 11, la bouffissure a un peu diminué ; les urines continuent à précipiter par l'acide nitrique.

Le 18, les bourses sont presqu'entièrement dégorgées. Les urines rendues quelques momens avant la visite sont un peu mousseuses ; elles sont pâles, opalines, un peu transparentes ; elles exhalent une odeur assez agréable miellée, elles rougissent faiblement le papier de tournesol, et déposent toujours très abondamment par l'acide nitrique. Le magma qui se forme alors ressemble à de l'orgeat. Le malade paraît, du reste, maintenart jouir d'une bonne santé, à part sa constitution un peu chétive et anémique. Le pouls est à 72, la chaleur normale, et l'on entend un souffle continue analogue au bruit de vent ttès marqué dans la carotide droite, ainsi que dans la gauche. A dater de cette époque, le malade alla toujours de mieux en mieux, et les urines précipitaient toujours de moins en moins, si bien qu'au jour de sortie du malade, le 18 janvier 1842, la santé était entièrement rétablie depuis déjà quelques jours, et les urines, tout à fait normales, ne précipitaient nullement par l'acide nitrique.

Dans le courant de cette maladie, on a prescrit une saignée de deux palettes et demie, des boissons délayantes et adoucissantes, des bains de vapeur, des bouillons, du lait, et vers la fin des alimens assez substantiels, et enfin pour vêtement une camisole de laine.

Les médecins ne sont pas encore bien fixés sur le compte de l'albuminurie, malgré les travaux qui ont été faits, surtout depuis quinze ou seize années. Déjà depuis long-temps Nysten avait parlé de la présence de l'albumine dans les urines, et Blackall, en 1811, avait admis, avec Cruiksang, deux espèces d'urines albumineuses ; l'une excrétée pendant l'existence de certaines hydropisies, l'autre pendant le cours de quelques affections aiguës. Wells avait également écrit sur ce sujet, lorsque Richard Bright, en 1829, *in Report of medical cases*, décrivit pour la première fois, avec beaucoup d'exactitude, les trois espèces de néphrite granuleuse, et démontra que les urines albumineuses étaient un signe constant de l'existence de cette maladie à laquelle on donne encore aujourd'hui le nom de maladie de Bright. Christison, en 1828, et Gregory, en 1830, publièrent des articles sur ce sujet dans le Journal de Médecine et de Chirurgie d'Edimbourg, qui furent reproduits en 1830 et 1832 dans les Archives générales de médecine ; enfin, les travaux de M. Rayer, qui, comme chacun le sait, sont venus jeter un nouveau jour sur l'étude des maladies des reins en général, et surtout sur celle de la néphrite albumineuse, ont été connus pour la première fois par la thèse de M. Tissot, en 1833, et par celle de M. Desir, en 1835. M. Martin-Solon, dans le Dictionnaire en quinze volumes ; dans un ouvrage spécial sur l'albuminurie ; le grand ouvrage de M. Rayer sur les maladies des reins ; les articles des compendium de médecine ; plusieurs leçons et les recherches de M. Bouillaud, en 1838 surtout, et enfin beaucoup d'autres auteurs qu'il serait trop long de citer ici, sont venus rendre un peu plus claire et plus solide la connaissance de l'albuminurie (néphrite granuleuse de Bright, néphrite albumineuse de Rayer), mais ne sont pas encore arrivés à en établir le diagnostic différentiel et la thérapeutique d'une manière si évidente que chacun puisse aisément distinguer de l'albuminurie les différentes maladies confondues sous ce titre par un grand nombre de médecins. Nous ne devons pas omettre cependant la lettre de M. Forget, de Strasbourg, qui fut insérée dans la Gazette médicale du 30 septembre 1837, dans laquelle sont des observations fort judicieuses sur l'albuminurie et sur les difficultés du diagnostic de cette maladie.

Quoi qu'il en soit, revenons à notre observation, et tâchons d'en établir le diagnostic. Et d'abord, on avait affaire à un sujet lymphatique qui avait eu autrefois des palpitations lorsqu'il montait un escalier ou qu'il marchait vite, et qui, deux mois avant d'entrer à l'hôpital, avait fait une chute assez forte pour se luxer l'épaule droite et le côté correspondant. Nous insistons sur cette circonstance parce que plusieurs auteurs citent des observations d'albuminurie survenue sans autre cause connue qu'une chute sur le dos. L'exploration des voies respiratoires fournit tous les signes de l'existence de liquide dans la cavité pectorale, et le malade avait, la veille de son entrée dans les salles de M. Bouillaud, expectoré un peu de sang. Les bruits du cœur étaient normaux, si ce n'est le second bruit, qui était un peu éclatant seulement dans la région de l'orifice aortique. Il avait un léger souffle dans la carotide droite. La cavité abdominale contenait une assez grande quantité de liquide, mais le malade n'a jamais éprouvé de douleur dans les régions lombaires, et le ponls était à 80. A quoi donc ici doit être attribuée la présence de l'albumine dans les urines ? Est-ce à une maladie du cœur, comme cela arrive fréquemment dans les hydropisies générales qui sont la suite de certaines lésions organiques du centre de la circulation ? Nous n'en avons rencontré aucun signe.

Est-ce à une maladie aiguë des organes de la respiration, par exemple, ainsi que M. Martin-Solon et d'autres auteurs disent l'avoir observé ? Mais la respiration, qui était bonne en haut, en avant et en arrière, ainsi que la résonnance, ne présente qu'un peu de souffle en bas et en arrière avec de la matité dans le côté droit, mais sans réaction fébrile. A une maladie chronique du foie ? Le malade jouissait d'une bonne santé habituelle, et rien dans l'examen détaillé que nous avons donné ne saurait motiver l'existence antérieure de cette affection ; et dans cette circonstance, les urines deviennent-elles albumineuses ? Enfin, cet épanchement général de sérosité qu'on remarquait chez cet individu, était-il dû à une oblitération de l'un des deux grands courans abdominaux ? Aucune circonstance ne l'annonce, pas plus qu'à une hypertrophie de la rate. Il ne nous reste donc plus par voie d'exclusion que les reins, et ce sont en effet ces organes qui se trouvaient affectés ; l'ensemble des symptômes le prouve suffisamment : nous n'y reviendrons pas. On a employé, en portant le diagnostic, le mot de *néphrite* albumineuse ; cette expression signifie une inflammation, et dans ce cas nous n'avions pas de signes bien évidens d'une inflammation, il n'y a eu ni douleur ni réaction fébrile bien marquée : c'était donc à un état voisin de l'inflammation, à un état sub-inflammatoire des reins. M. Rayer, qui admet six degrés dans la néphrite albumineuse, cite beaucoup de cas où il n'y a pas eu plus de signes d'inflammation que dans l'observation que l'on vient de lire ; et M. Martin-Solon qui en cite également, ne veut pas que dans ces cas-là on emploie une dénomination qui signifie une inflammation, puisqu'il ne paraît pas y en avoir d'une manière sensible au moins, mais que l'on désigne cette maladie sous le nom générique d'albuminurie.

Mais si l'on arrive bien à établir le diagnostic différentiel de la néphrite granuleuse ou albumineuse, peut-on, dans l'état actuel, savoir à quelle variété anatomique de cette maladie l'on a affaire ? Nous le croyons, cela n'est pas possible encore, et il n'appartient qu'à l'anatomie pathologique d'établir ces

avance avoir connu un homme sujet aux rhumes qui fut attaqué deux fois d'une gonorrhée catarrhale et de phymosis ; la matière de l'écoulement était verte.

Cullerier et M. Ratier (1) disent avoir eu plusieurs fois occasion d'observer, à la suite d'excès vénériens, des blennorrhagies plus ou moins intenses chez des individus des deux sexes, chez lesquels les parties génitales étaient d'ailleurs parfaitement saines.

Ici finit notre travail. Pour le rendre plus complet, nous aurions bien voulu pouvoir prendre connaissance de quelques dissertations publiées sur ce même sujet ; mais notre isolement nous privant de cet avantage, nous ne pouvons que les indiquer au lecteur (2). Toutefois, ce que nous avons dit de la blennorrhagie non syphilitique suffira, nous l'espérons du moins, pour engager les praticiens à recueillir de nouveaux faits dont la publication permettra plus tard d'approfondir ce point si intéressant de la pathologie.

Nous ne dirons rien de la thérapeutique ; car il ressort évidemment des détails dans lesquels nous sommes entré, que le traitement d'une blennorrhagie doit varier suivant sa cause, et à ce sujet nous ne pourrions que répéter ce qui se trouve dans les ouvrages spéciaux et les traités généraux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er février. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté

Un médecin, dont nous n'avons pas pu entendre le nom, adresse à l'Académie une brochure ayant pour titre : Quelles sont les opérations que les officiers de santé peuvent pratiquer sans l'assisiance d'un docteur?

M. Delens propose qu'un catalogue des livres adressés à l'Académie soit imprimé et distribué aux membres de l'assemblée ; il fonde sa propostion sur un article du réglement qui est formel à cet égard.

M. Mérat répond que ce catalogue est complètement rédigé et que le conseil d'administration va s'occuper immédiatement de le livrer à l'impression. — Quant au réglement, ajoute-t-il, je dirai qu'il y a au moins vingt-trois articles qui ne sont point observés. (Rires et marques d'approbation.)

M. le président annonce la mort de M. Reynaud, chirurgien de marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie.

M. Cornac demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Je n'ai pas l'intention, dit-il, de revenir sur le vote qui a suivi la proposition que j'ai eu l'honneur de faire dans la dernière séance touchant les rapports particuliers à chaque lecture de candidats aux places vavantes dans le sein de l'Académie. Je tiens seulement à ce qu'il soit bien établi que cette proposition, non seulement n'est pas contraire au réglement, mais encore qu'elle se trouve naturellement déduite d'un article de ce même réglement. M. Cornac donne lecture de cet article.

— *M. le président* fait savoir à l'Académie que l'arrêté du conseil-général des hôpitaux concernant les autopsies vient d'être rapporté par M. le ministre de l'intérieur, et que par conséquent il ne sera pas donné suite à cet arrêté.

— Il est trois heures et demie.

M. le président annonce que l'Académie va se former en comité secret pour entendre la lecture du rapport général de M. Londe sur la candidature à la place vacante dans la section d'hygiène.

M. Nacquart désirerait que la lecture de ce rapport fut renvoyée à la prochaine séance. Les personnes qui suivent nos séances, dit-il, seraient alors prévenues et ne subiraient pas un dérangement inutile.

Cette proposition n'est point appuyée.

L'Académie se forme en comité secret.

Suspension des Facultés de médecine en Bavière. — Le ministre de l'intérieur de Bavière vient d'adresser aux sénats des trois universités nationales un arrêté, à l'effet de leur enjoindre de ne plus enseigner la médecine aux jeunes gens, parce que dans cette partie, non seulement toutes les places sont occupées, mais qu'il y a encore plus de sept cents individus qui postulent. (*La Quotidienne.*)

(1) *Loc. cit.*, p. 137.

(2) Crause, N.-W. Diss. de gonorrhæâ simplici. Ienæ, 1686, in-4°. — Hendkrisen, J. B. Diss. de gonorrhæâ simplici. Utrecht, 1762, in-4°. — Sallaba, M. Veber den venerischen, Tripper. Vienne, 1794, in-8°. L'auteur admet l'existence des blennorrhagies non syphilitiques. — Hecker, Aug. Fréd. Traité des différentes espèces de gonorrhée, trad. par Jourdan. Paris, 1812, in-12. — Spores, Catarrhus genitalium pathologice ac therapeutice disquisitus. Vienne, 1819. — Dahlencamp, F.-G., Diss. de blennorrhææ urethræ speciebus variis iisque diversis præcipuèque de non virulentis. Bonn. 1823, in-8°, 66 p. — Carnall H., Diss. de urethro-blennorrhæâ idiopathicâ. Berlin, 1827, in-8°.

distinctions. Nous aurions ici beaucoup d'autres réflexions à faire sur ce sujet, mais nous les remettons à la première observation de même nature que nous aurons à publier. Les urines avaient été examinées, chez ce malade, à l'aide de l'acide nitrique et du feu, les meilleurs réactifs que l'on puisse employer pour mettre promptement à nu l'albumine. Nous avons dit que chaque fois que l'albumine se séparait, elle se précipitait au fond et formait un magma semblable à du sirop d'orgeat; mais il n'en est pas toujours ainsi, car il arrive quelquefois qu'il ne se forme qu'un nuage assez épais d'albumine qui reste suspendu dans le liquide, et c'est ce que le docteur Bostock avait déjà signalé *in Britsgh medical report's*, page 77. « In same cases the albuminous matter remains suspended for ad indefinite period. »

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Assemblée générale annuelle tenue dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila, le dimanche 23 janvier 1842.

(Compte-rendu de M. Gibert, secrétaire-général.)

L'Association des médecins de Paris a continué cette année, sans éclat, mais non sans fruit, l'œuvre de philantropie, de prévoyance et de moralisation pour laquelle elle a été instituée. Plus d'une misère respectable a été secourue : comme les autres années, tous les fonds destinés aux personnes étrangères à l'association ont été absorbés; comme les autres années, nous avons eu lieu de regretter plus d'une fois que nos moyens ne nous permissent pas d'être plus généreux. Cependant on ne saurait nous taxer d'égoïsme et de parcimonie, car jusqu'à ce jour la plus grande partie de nos dépenses a été consacrée à des veuves, à des enfans et à des médecins étrangers à notre société.

La commission générale a résolu, sur la proposition d'un de ses membres, de vous soumettre un amendement à l'art. 25 de nos statuts, amendement qui lui permettrait d'accorder des secours un peu plus considérable aux membres de l'association dont l'admission ne remonte pas à cinq ans révolus.

Il y a bientôt trois ans qu'éclairés par l'expérience d'un quart de siècle, nous avons cessé de réclamer une refonte générale des dispositions législatives qui régissent l'exercice de la médecine. Nous avons pensé que les abus, formant une espèce de faisceau étroitement lié, nos efforts resteraient impuissans s'ils tendaient à les briser en masse, tandis qu'il y avait lieu d'espérer, au contraire, qu'en les attaquant en détail, on pourrait arriver à rompre le faisceau et à les détruire.

C'est dans ce but qu'une petition adoptée dans la dernière assemblée générale, après avoir été revêtue d'un grand nombre de signatures, parmi lesquelles se lisent les noms les plus honorables de la Faculté, de l'Académie, des hôpitaux et des Sociétés savantes de la capitale, a été présentée par notre président au ministre, qui a promis d'y donner toute son attention.

Mais avant même que nous eussions adressé directement nos doléances à l'autorité, les paroles prononcées dans cette modeste assemblée, les discussions auxquelles nous nous sommes livrés sur la meilleure marche à suivre pour arriver à quelques améliorations dans la législation qui nous régit, ont eu quelque retentissement au-dehors et ont modifié la disposition générale des esprits.

L'Académie de médecine, elle-même, a paru se ranger à notre opinion. Elle aussi semble vouloir aujourd'hui se borner à demander des réformes partielles. Tout enfin annonce que l'autorité se montre disposée à entrer dans cette voie que l'Association des médecins de Paris a eu le mérite d'indiquer la première.

Tous les journaux ont cité avec éloge le passage suivant du discours récent de Me Marie, batonnier de l'ordre des avocats (Ouverture des conférences de 1840 - 1841) :

« Il me semble que notre constitution pourrait servir de type à l'organisation de tous les travailleurs, à quelque sphère d'activité qu'ils appartiennent.

» Il me semble que si, au sein de notre grande société, tous les intérêts identiques se classaient ainsi en corps tout à la fois disciplinés et indépendans, la morale individuelle y gagnerait quelque élévation et quelque pureté, et qu'enfin, de l'union de ces corps distincts, mais moralisés pourrait sortir une France nouvelle, qui, ressaisissant, dans l'harmonie même des intérêts privés, le secret aujourd'hui perdu de l'harmonie sociale; réchaufferait ainsi les intelligences sceptiques, les cœurs découragés, et en affermissant ainsi les croyances ébranlées redonnerait de l'éclat et de la puissance aux grands noms de patriotisme et de nationalité. »

Ces paroles sont, en effet, nobles et généreuses; mais hélas! quelle société pourrait jamais présenter, plus que la nôtre, toutes les garanties désirables d'ordre, de morale, de stabilité? Cependant, la demande d'autorisation que nous avons soumise une première fois au conseil-d'état a été repoussée!

Espérons que, grâce aux résultats utiles que nous avons déjà obtenus, grâce surtout à la puissante protection et au zèle de notre président, une seconde demande sera plus favorablement accueillie que la première!

Nous avons eu, dans l'année qui vient de s'écouler, plusieurs pertes à déplorer : les honorables praticiens Rougeot-Desessarts, Vanvelsnaer, Manseau, le jeune et savant Capitaine, le célèbre Cullerier, et l'estimable Sanson, professeur de cette Faculté.

Sanson, qui s'est surtout distigué par son jugement droit, son austère probité et sa profonde répugnance pour tout ce qui pouvait être bassesse, intrigue et charlatanisme! Il est triste d'ajouter que ces qualités, qui de nos jours ne peuvent plus malheureusement être dites inséparables de la diguité du médecin, n'ont eu pour récompense qu'une honorable pauvreté! Faible encouragement pour ceux auxquels un peu d'effort serait nécessaire pour imiter une pareille conduite!

Que cet exemple nous serve du moins de réponse aux paroles d'attaque et de mépris trop souvent lancées de haut contre ces travailleurs obscurs et pourtant consciencieux et méritans, auxquels on reproche, comme pour leur faire injure, qu'ils ne sont que des avocats *sans causes*, ou des médecins *sans malades!* Pour estimer un pareil reproche à sa juste valeur, il faut voir si les *causes* et les *malades*, en d'autres termes (car c'est bien là ce qu'ont voulu dire ces cyniques détracteurs de la pauvreté), si le succès et la fortune sont bien réellement aujourd'hui le partage du mérite et de la probité, et s'il ne se rencontre pas dans les rangs obscurs de toutes les professions, des pauvretés honorables et bien préférables assurément à certains succès et à certaines fortunes!

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sirop de Goudron.

M. Péraire a publié une formule de sirop de goudron ainsi conçue :

Pr. Goudron, quatre parties;
Eau, une partie.

Faites digérer au bain-marie pendant douze heures, en agitant de temps en temps; laissez refroidir, décantez, filtrez; ajoutez à la liqueur le double de son poids de sucre, et faites dissoudre à une douce chaleur.

Une cuillerée à bouche de ce sirop représente, suivant M. Péraire, un verre d'eau de goudron.

M. Meurer a voulu préparer du sirop suivant cette formule, mais après la digestion de quatre parties de goudron dans une d'eau, il n'a pu séparer que un seizième de partie de liquide. En doublant la quantité d'eau, il a eu un tiers de produit; mais il n'a pas trouvé que ce produit fût plus coloré ni qu'il eût une saveur plus forte que l'eau de goudron ordinaire. En conséquence il ne lui semble pas qu'une cuillerée de sirop puisse remplacer un verre d'eau de goudron. M. Meurer a parfaitement raison, et des expériences faites par M. le professeur Soubeiran, avec tout le soin et le talent que cet habile pharmacien apporte ordinairement dans les recherches qu'il entreprend, ne laissent pas le moindre doute à cet égard.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, janv. 1842.)

Sirop des quatre fruits.

M. Emile Mouchon propose la formule suivante pour préparer ce sirop dont on fait assez communément usage dans la pratique médicale de Lyon.

Cerises aigres,
Fraises,
Framboises,
Groseilles, — de chaque, *Parties égales.*

On prive les cerises de leurs noyaux, on les réunit avec les autres fruits dans une terrine, et on écrase le tout avec soin, puis on ajoute au produit un cinquième de vin de bonne qualité, et on dépose la terrine à la cave. Au bout de vingt-quatre heures, on soumet à la presse, on filtre le suc obtenu, et après l'avoir introduit dans un ballon, on y ajoute du sucre blanc grossièrement pulvérisé, dans la proportion de 936 grammes sur 500 grammes de suc filtré. Alors on chauffe à la chaleur du bain-marie jusqu'à solution bien complète, puis on conserve le sirop dans des bouteilles bien bouchées.

(*Journ. de Chim. méd*, janv. 1842.)

L'*Eau de Mars* est un odontalgique dont le succès toujours croissant est incontestable. Il est impossible de trouver un remède plus efficace contre les maux de dents. Nous engageons nos confrères à en faire l'essai, persuadé qu'il ne sera point infructueux.

La dernière séance de l'Académie des Sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Les appareils orthopédiques de M. BÉCHARD, bandagiste-mécanicien, se recommandent par leur ingénieux mécanisme et surtout par leur légèreté. Ils ont été reconnus par des hommes haut placés dans la science pour être préférables à tous les appareils de ce genre employés jusqu'à ce jour. — Rue de Tournon, 15.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SUPPLÉMENT au n° du 3 février 1842.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 3, DEUXIÈME SÉRIE

(1841)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

L

R

S

T

U

V

Y

FIN DE LA TABLE DU TOME TROISIÈME.

Paris. — Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 5 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 16, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36f [illegible]
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, [illegible]
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANS. — M. BAUDELOCQUE.

Pneumonies et pleuro-pneumonies.

Les fièvres typhoïdes, les angines, les rhumatismes et les scarlatines, ne sont pas les seules maladies observées dernièrement dans le service de M. Baudolocque : d'autres éruptions aiguës y ont régné en même temps que les scarlatines. On y a vu, par exemple, plusieurs rougeoles, des varioles et des varioloïdes. Ces éruptions, néanmoins, se sont montrées à cette époque en beaucoup plus petit nombre que les scarlatines. Il y a eu également une grande quantité de bronchites, quelques méningites, et une foule de pneumonies ou de pleuro-pneumonies. Les maladies les plus dignes d'intérêt, indépendamment des espèces, sujet des trois premiers articles, sont les pneumonies et les pleuro-pneumonies. Elles étaient d'ailleurs mêlées ou combinées avec des bronchites, des angines, des fièvres typhoïdes, des scarlatines. Toutefois nous citerons de préférence ici celles qui s'élevaient par leurs symptômes au-dessus de leurs complications ordinaires, et qui suggéraient par conséquent les principales médications thérapeutiques. Les pleuro-pneumonies simples ou compliquées se présentaient en général au commencement sous les apparences d'un rhume s'annonçant pendant quelques jours par des frissons alternés avec des bouffées de chaleur, par un mal de tête frontal, un sentiment universel de courbature, des éternumens, répétés le mal de gorge et une toux vive. L'ensemble de ces symptômes s'accroissait rapidement, et redoublait particulièrement vers le soir et pendant la nuit, à la manière des fièvres catarrhales. Peu de jours après leur début, l'irritation ne se bornait plus à la gorge et aux bronches : elle avait gagné les rameaux bronchiques et les vésicules pulmonaires, décidant ainsi une pneumonie de l'un ou de l'autre côté du poumon ou des deux côtés en même temps, comme l'attestaient les caractères de la respiration et l'auscultation de la poitrine. La gravité de la maladie était en raison de l'envahissement progressif des poumons et de l'augmentation graduelle de la fièvre. Le mouvement fébrile n'avait rien cependant de l'effervescence considérable des inflammations franches des organes pulmonaires. Son accroissement se manifestait plutôt par un accablement général, par la petitesse et la faiblesse du pouls, par l'abaissement de la chaleur et par la chute des forces. Cette apparence en aurait imposé aisément et aurait pu faire croire à une amélioration de la maladie, si la respiration de plus en plus gênée, l'agitation plus grande du malade et l'imperméabilité de plus en plus notable du tissus des poumons, n'avaient empêché la méprise.

Le caractère spécial de ces maladies de poitrine ne permettait pas de songer à les combattre uniquement à l'aide des émissions sanguines et des débilitans. Ces moyens devaient céder le pas à des agens plus appropriés à la nature lymphatique de l'engorgement pulmonaire. Les antiphlogistiques intervenaient quelquefois sans doute au début de ces affections ; mais il était rare qu'on fût obligé de verser abondamment le sang ou d'insister très long-temps sur les émissions sanguines. Dans le cours de ces pleuro-pneumonies les saignées et les sangsues convenaient encore moins. Ce qu'il fallait à cette époque, c'était de résoudre la congestion du poumon, et loin d'y parvenir par les saignées ou par les sangsues, il était évident que la persévérance dans leur usage l'augmentait considérablement. Les exemples suivans feront mieux sentir comment on devait procéder dans ces pleuro-pneumonies.

Pneumonie double. Potion stibiée. Guérison.

Deligny, âgé de deux ans et demi, né de parens sains, est un enfant peu robuste et ayant un gros ventre. Il a souffert en nourrice ; il ne marchait pas et il était faible ; actuellement encore il ne marche qu'à peine.

Tombé malade dans la seconde semaine de décembre, Deligny souffrait davantage cinq jours avant son entrée à l'hôpital. Dès lors, il toussait beaucoup et il était très oppressé ; il était brûlant, sans appétit, très oppressé la nuit ; il avait la pomette droite fort injectée, la gauche pâle, la respiration précipitée, s'entendant à distance ; il n'avait eu pour tout traitement que de l'eau de mauve.

Le jour de son entrée à l'hôpital (salle Saint-Thomas, n° 1), le 14 décembre, la peau était chaude, le pouls assez plein, à 140 pulsations, la respiration haute, abdominale, à 64 inspirations par minute ; il toussait beaucoup, avait la pommette droite très rouge et la gauche non colorée, du râle crépitant à bulles un peu grosses, à droite depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine, ainsi que sur le côté correspondant de cette cavité ; à gauche depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine. La respiration soufflante, sans râle ; la langue humide au bord, mais un peu rouge au bord et un peu blanchâtre au centre. Prescription : Emplâtre de diachylon pour couvrir tout le dos, et une potion faite avec 15 centigrammes de tartre stibié et 15 grammes de sirop de pavot, à prendre par cuillerées toutes les deux heures.

Quatre jours après, le pouls donnait encore 120 pulsations ; la peau offrait une chaleur médiocre, et la respiration 60 par minute. Râle muqueux à gauche, dans le tiers inférieur ; dans le tiers moyen, bruit respiratoire sans souffle bronchique. Le même phénomène s'observe dans le tiers moyen du côté droit, il n'y a plus de souffle bronchique ; dans le tiers inférieur, râle sous-crépitant très fin. Sonorité du thorax bonne des deux côtés. Les lèvres un peu sèches, la face peu injectée ; pas de vomissemens. On prescrit la potion précédemment indiquée, avec vingt-cinq centigrammes de tartre émétique et quinze grammes de sirop de pavot ; du bouillon pour nourriture.

Le jour suivant, treizième de la maladie de poitrine, le pouls battait 112 fois et était développé, la peau chaude, la respiration à 32 ; la toux fréquente, un peu sèche. Il y avait du râle sous-crépitant et muqueux à bulles assez grosses, un peu de respiration soufflante et de bronchophonie ; une seule garde-robe.

Le quatorzième jour, pouls à 120 pulsations; peau assez chaude ; toux assez fréquente. En arrière à gauche, un peu de murmure respiratoire ; ni râle, ni souffle. A droite, râle sous-crépitant ; à peine du souffle.

Le seizième jour, l'auscultation constate la disparition des obstacles à l'exercice normal de la respiration ; néanmoins la toux continue encore. On supprime la potion stibiée. Deux ou trois jours après, il survient un léger dévoiement qui cesse bientôt après ; l'appétit se prononce, et on renvoie le malade guéri.

Réflexions. — La pneumonie de Deligny n'était pas douteuse ; elle était facile à constater par l'état de la respiration, par la fièvre et par l'auscultation de la poitrine. Mais quel était le caractère de cette pneumonie double ? Etait-elle inflammatoire ou composée par une congestion de sang, telle en un mot qu'on se figure ordinairement cette maladie? Nous ne pouvons le penser. En effet, Deligny était faible, très peu développé; il avait souffert en nourrice, et il portait un gros ventre. Ces signes extérieurs ne donnaient pas le droit de supposer que cet enfant pût se prêter à l'appareil symptomatique d'une pneumonie franchement inflammatoire.

Quand il entra à l'hôpital, les symptômes dominans étaient une grande oppression avec un engorgement considérable des deux poumons. Du reste, la peau n'était pas très chaude, ni le pouls très résistant, quoiqu'il fût fort accéléré, ainsi que la respiration. Est-il présumable que dans cette condition, et après ses antécédens, Deligny eût pu supporter un traitement amplement débilitant? Nous pensons, au contraire, qu'une semblable médication aurait ajouté à sa faiblesse, et aurait augmenté la congestion des poumons. Cependant la pneumonie était grave ; il y avait croyance à une méthode thérapeutique aussi énergique que prompte. A ce double titre, la potion émétique paraissait devoir satisfaire à toutes les indications. Cette potion était d'autant plus de mise que les voies gastriques n'étaient pas lésées, et qu'elle n'était repoussée par aucune autre considération. On a eu donc recours à cette potion. Elle eût été très forte si on l'avait administrée comme potion vomitive, puisqu'elle se composait de trois grains de tartre stibié ; mais employée d'après les vues de la méthode rasorienne, trois grains de tartre stibié pour un sujet âgé de plus de deux ans n'étaient pas trop certainement. L'association de l'émétique au sirop de pavot prévenait la précipitation du médicament par les voies gastriques, et lui assurait toute son activité contre l'engorgement des poumons. Il n'y a pas jusqu'au mode d'administration qui ne tende à cette action résolutive ; car le tartre stibié n'opère guère comme éméto-catharthique que lorsqu'on fait prendre cette dose, non pas en un jour et de deux en deux heures, mais bien coup sur coup, en une heure ou trois quarts d'heure de temps. Le résultat n'a pas trompé les prévisions du médecin ; dès le lendemain de l'usage de ce remède, on a eu reconnu un amendement évident. Nous remarquerons qu'il n'a existé ni selles ni garderobes, ni aucune excrétion appréciable, preuve qu'il s'est comporté en véritable spécifique et qu'il a été toléré complètement.

Les avantages de la potion stibiée ont dû encourager à continuer son administration ; on a mieux fait, on a augmenté la quantité de l'émétique en l'élevant de trois à cinq grains. Le but de cette augmentation était d'accélérer le terme de la guérison ; car ce n'est pas assez de guérir, il faut viser encore à guérir rapidement. Les bons effets déjà remarqués les premiers jours de l'emploi de la potion stibiée, se sont soutenus

FEUILLETON.

DU MEILLEUR SPÉCULUM.

Lettre adressée à M. le docteur FABRE, *par* M. le docteur A. LEGRAND.

Mon cher confrère,

Sans vouloir parler ici du *speculum ani*, meuble tout à fait inutile, pas plus que du *speculum uretri*, qu'il faut pardonner à son inventeur, ainsi qu'on pardonne leurs aberrations aux gens d'esprit, en faveur de tant d'autres services rendus à la science ; passant, dis-je, sous silence ces deux spéculums, nous ne manquons pas d'instrumens de ce genre destinés à explorer, chez la femme, les organes internes de la génération.

Il ne sera donc ici question, mon cher confrère, que du *speculum uteri*, et, convenez-en, nous n'en manquons pas. Nous avons, vous le savez, le *spéculum plein*, le spéculum à deux, à trois, à quatre valves, et enfin le spéculum à dévoppement. Ces spéculums varient encore par la matière dont on les fait ; généralement ils sont en métal, en étain, en maillechort ou en argent. Dans ces derniers temps on en a fait en cristal, avant on en avait même fait en caoutchouc : ces deux matières ne peuvent être employées que pour la construction des spéculums pleins.

Maintenant que nous avons dressé le catalogue des spéculums le plus généralement usités, entrons pleinement dans notre sujet.

Grâces à l'*embout*, modification apportée à tous ces spéculums par madame Boivin, et qui a un cachet féminin, les spéculums pleins sont d'une introduction aussi facile que les autres, mais ils portent avec eux trois graves inconvéniens. D'abord un de ces spéculums ne saurait s'appliquer à toutes les femmes ; car on trouve chez elles des conditions de relâchement et de resserrement qui varient à l'infini, de sorte qu'il faut avoir toujours sous la main des spéculums de volume variable, et s'il y en a de fort peu volumineux, il en existe aussi de tellement gros qu'ils doivent vraiment effrayer les plus courageuses. Mais la condition la plus fâcheuse dans le spéculum plein, c'est qu'il a fallu, pour rendre son introduction plus facile, lui donner une forme effilée, de telle sorte que sa plus petite ouverture va chercher le museau de tanche, tandis que la plus grande est en rapport avec l'œil de l'observateur, et c'est justement la condition contraire qui devrait exister. En effet, si par suite du resserrement des parties à examiner, vous êtes obligé d'employer un spéculum peu volumineux, vous n'avez plus qu'un champ très resserré soumis à l'observation et dans lequel il arrivera très fréquemment que vous n'aurez pas réussi à comprendre le col de l'utérus, ou bien si vous avez été assez heureux ou assez adroit pour l'y comprendre, vous ne verrez que son ouverture, vous n'en verrez pas les parvies les plus voisines, vous ne le verrez même point en entier s'il est hypertrophié. Pour augmenter le champ d'observation, il vous faudra donc avoir recours à un instrument plus volumineux ; mais alors même si les parties plus relâchées de la femme permettent son introduction, la portion la plus volumineuse du spéculum se trouvera en rapport avec l'anneau vulvaire, donc avec la partie qui se laisse distendre le moins facilement, et plus vous voudrez augmenter le champ d'observation, plus vous aurez de chances de faire souffrir la malade.

Vous le voyez, dans un grand nombre de cas, ou le spéculum plein ne vous permettra point une exploration complète de l'organe malade, ou son application pourra être pour la femme un véritable supplice, et, dans ce cas encore, si le mal a une grande étendue, quelque volumineux que soit le spéculum, il pourra bien ne pas le mettre absolument à découvert. Son avantage, son unique avantage est de pouvoir porter commodément les caustiques sur le point malade, sans craindre d'offenser la muqueuse vaginale maintenue par les parois de l'instrument. Cet avantage existe, quelle que soit la matière qui a servi à la construction de l'instrument, qu'il soit en métal ou en verre. Le spéculum en verre n'est point attaquable par les agens cautérisateurs, c'est, il me semble, la seule supériorité qu'il offre sur ceux en métal ; car je ne crois pas qu'il éclaire mieux les parties ni qu'il permette d'explorer la muqueuse vaginale.

Quant au spéculum plein en caoutchouc, il a été inventé pour faire arriver l'eau du bain dans lequel est plongée la malade, jusqu'au fond du vagin et par conséquent jusqu'à l'utérus ; circonstance qui paraît devoir offrir quelques avantages ; mais la position qu'il faut nécessairement garder dans le bain rend son introduction fort difficile et sa présence fort gênante ; et puis la chaleur, en le ramollissant, fait qu'il ne tarde point à s'aplatir et qu'il cesse de remplir le but qu'on a voulu atteindre. Je crois que le spéculum plein en caoutchouc est aujourd'hui abandonné.

Le *spéculum à développement,* et c'est de celui de M. Charrière que je veux parler immédiatement, me paraît avoir tous les inconvéniens du spéculum plein ; seulement quand il est fermé, comme il est d'une forme qui s'accommode mieux à celle des parties, il est nécessairement d'une introduction plus facile ; il me paraît en cela être aussi commode que le *spéculum bivalve* de madame Boivin. Mais une fois introduit, comme en se développant il prend la forme d'un cylindre parfait, sa présence doit fatiguer l'anneau vulvaire qu'il distend outre mesure quand il est volumineux. Cependant, dans tous les cas où le médecin croira devoir se servir du spéculum plein, je pense qu'il devra donner la préférence au spéculum à développement de M. Charrière, puisque indépendamment de l'avantage que j'ai dit, il a encore celui de se développer autant à l'extrémité interne qu'à celle qui reste à l'extérieur. Pour ce qui est de cette valve qu'on peut enlever, dans le but, selon son auteur, d'explorer la muqueuse vaginale, je ne crains pas de déclarer que c'est un avantage illusoire. Une fois cette valve enlevée, qu'on le fasse avant ou après l'introduction, la muqueuse se précipitera dans l'intérieur de l'instrument, et l'on n'en apercevra plus que la portion la plus rapprochée de la vulve.

et ont augmenté même au gré du médecin. Dès le lendemain, treizième jour de la maladie, l'amélioration avait fait des progrès très grands. D'ailleurs, on n'a rien observé non plus du côté des divers émonctoires de l'économie, c'est-à-dire que la tolérance du malade pour le tartre stibié n'a pas hésité un seul instant. Cette tolérance est toujours une circonstance heureuse, parce qu'elle est le gage presque assuré de l'efficacité du médicament.

Il est intéressant de noter l'exaspération passagère qui survint dans la journée du quatorzième jour de la malade et peut-être seulement du treizième. De semblables recrudescences se rencontrent fréquemment aux approches des crises; elles constituent ce que les anciens appelaient *perturbation critique*. On ne doit pas s'alarmer de ce tumulte lorsqu'il succède à un décroissement progressif des symptômes, encore moins doit-on se mettre en mesure de le calmer ; il est sans danger par lui-même et les efforts importuns qu'on se permettrait de faire pour le modérer exposeraient souvent à détruire un appareil de mouvemens salutaires qui tendent à compléter la solution de la maladie. Sans doute il est aisé de prendre pour une perturbation critique une exaspération réelle de la maladie, quand on a négligé de suivre les phases de sa marche ; mais on n'a plus à craindre cette méprise dès qu'on a acquis la certitude, grâce à l'attention qu'on a apportée au développement de ses périodes, qu'elle a marché jusque là avec une régularité irréprochable. Dans la maladie de Deligny l'augmentation des symptômes fébriles le quatorzième jour ne pouvait être qu'un *molimen* critique, aussi le médecin n'a-t-il pas pris le change. Bientôt après, en effet, un dévoiement modéré s'est déclaré et a joué ici le rôle de crise.

Scarlatine suivie d'une varioloïde et compliquée d'une pneumonie double.

Letour, âgé de trois ans, assez fort, assez gros, bien constitué, était atteint d'un eczéma lorsque, le 6 ou 7 novembre, il fut pris des symptômes d'une bronchite. Le 9 novembre, admis à la salle Saint-Thomas, nº 4, on a constaté beaucoup de toux sèche accompagnée d'un râle muqueux à petites bulles vers la base des poumons des deux côtés ; un peu de fièvre.

La nuit du 10 au 11, cet enfant fut très agité, il eut de l'oppression et sa toux devint plus humide ; les jours précédens l'arrière-gorge était un peu rouge. Une éruption parut en même temps que les symptômes de la nuit du 10 au 11.

Le 11, la respiration était haute, précipitée, égale, à 48, la peau modérément chaude, le pouls fréquent, peu développé, à 120 pulsations ; il y avait un râle muqueux à petites bulles des deux côtés de la poitrine en arrière, la sonorité du thorax restant intacte ; une toux fréquente, peu humide, une éruption d'un rouge pâle, peu marquée sur la peau, sans saillie extérieure, de la coloration aux joues. *Prescription :* julep avec un demi-gramme d'oxyde d'antimoine ; deux vésicatoires aux jambes ; mauve édulcorée.

Le 12, pouls à 104 pulsations, peu développé ; peu de chaleur ; éruptions presque effacées ; toux grasse, assez fréquente. A la base des poumons, en arrière, râle sous-crépitant, respiration soufflante aussi fréquente que la veille. On prescrit un julep avec deux grammes d'oxyde d'antimoine et quinze grammes de sirop de pavôt ; du lait.

Le lendemain, quatrième jour de l'éruption, beaucoup de toux ; même état. Dans la moitié inférieure gauche et postérieure gauche du poumon, respiration soufflante, un peu sèche ; matité du thorax sur ce point ; à droite le respiration est à peine un peu soufflante dans l'expiration ; pas de râle sous-crépitant ; plus de traces d'éruption. Même prescription, et de plus, frictions dans le dos avec six gouttes d'huile de croton-tiglium ; bouillon et lait ; pansement des vésicatoires aux jambes avec du cérat. Le soir, peau chaude, pouls à 120, respiration également fréquente, moins de toux que la veille au soir. La peau du dos a beaucoup rougi par l'effet des frictions.

Le cinquième jour, même état, même prescription, moins les frictions ; julep avec trois grammes d'oxyde d'antimoine ; bouillon ; lait.

Le sixième jour, toujours toux assez fréquente et très sèche ; matité à la base de la poitrine des deux côtés, et surtout à gauche ; souffle dans la respiration vers le tiers inférieur de ce dernier côté ; à droite, souffle beaucoup plus léger ; peu de chaleur ; pouls peu développé, 100 pulsations à peu près ; peau du dos très rouge depuis les frictions. Julep kermétisé.

Le septième jour au soir, aggravation des symptômes ; toux sèche presque continuelle ; peau chaude, sèche, rugueuse ; respiration très fréquente, à 80 ; pouls très fréquent, à 160. Souffle dans tout le poumon en arrière ; à gauche résonnance du cri, matité dans toute cette partie ; en arrière, à droite, matité et souffle semblable dans le quart inférieur du poumon ; sonorité intacte en avant ; pas de souffle manifeste.

Le huitième jour au matin, respiration un peu moins fréquente. Deux vésicatoires aux cuisses ; julep avec vingt-cinq centigrammes de kermès ; bouillon.

Le dixième jour, peau chaude, respiration à 56, pouls très petit et d'une fréquence incalculable ; soif ; toux fréquente, assez grasse. A gauche matité, respiration bronchique très forte et bronchophonie depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine. A droite, même phénomène à la base en arrière dans l'étendue de trois travers de doigt. Au-dessous, rêle sous-crépitant à bulles assez grosses. Trois à quatre selles liquides. Même julep ; lavement ; lait ; bouillon. Les vésicatoires des jambes sont secs depuis deux jours ; ceux des cuisses coulent et offrent un bon aspect. Les jours suivans on substitue l'eau vineuse aux prescriptions déjà connues.

Le douzième jour on remarque un amendement notable. Le mieux se soutient et augmente le treizième et le quatorzième. Depuis l'apparition de l'éruption, ce jour-là notamment, l'enfant n'est plus aussi irritable ; sa peau n'a plus de chaleur anormale, la face n'est plus injectée, le pouls est redevenu sensible et plus plein, il donne 108 pulsations, et la respiration est r descendue à 48. Le souffle tubaire et la bronchophonie sont moins marqués et mêlés à un râle muqueux à bulles assez grosses ; la matité est la même.

Le quinzième jour le pouls était à 104, la respiration à 60 ; il y a un gros râle sonore étant de retour des deux côtés de la poitrine, dans toute l'étendue déjà circonscrite. Malgré le râle de retour on entend toujours sur cette même région un peu de souffle bronchique et de bronchophonie, et la matité continue à être très prononcée. Cet enfant conserve d'ailleurs un peu de toux. Il prend avec plaisir quelques petites panades, quelques potages et son eau vineuse.

Le vingt-cinquième jour, à dater de l'éruption rubéolique, on s'aperçoit que cet enfant est atteint de varioloïde (il avait été vacciné). La nouvelle éruption a marché avec une telle rapidité que cinq jours après les pustules sont en pleine suppuration et que quelques-unes même sont déjà sèches. Aucun accident n'a traversé le cours de cette varioloïde. Le malade a continué à manger sans inconvénient pendant sa durée. Enfin il est sorti de l'hôpital le 20 décembre.

Réflexions. — Dans cette observation, qui avait pour sujet un enfant déjà à l'hôpital, on a pu suivre pas à pas les mouvemens de la scarlatine depuis son apparition jusqu'à son avortement, ainsi que les phénomènes morbides concomitant de l'éruption, savoir : la bronchite et la pneumonie. Ces détails confirment sur tous les points nos assertions relativement au diagnostic, à la marche et aux accidens de la scarlatine de cette époque. Ce qu'il y a eu de particulier ici, c'est que les symptômes émanés de la poitrine ont prévalu dès les premiers jours sur les symptômes de l'éruption ; ce qui nous a fait classer cette observation plutôt parmi les pneumonies que parmi les scarlatines. La prépondérance de la maladie de poitrine a enrayé les progrès de l'éruption de la peau le lendemain même de la manifestation. D'un autre côté l'effacement de l'éruption a augmenté la congestion des poumons. Dans cet état des choses, le plus pressant était de débarrasser l'organe pulmonaire en excitant l'apparition de la scarlatine. On y a travaillé immédiatement en prescrivant deux vésicatoires aux jambes, pendant qu'on administrait à l'intérieur un julep uni à un demi-gramme d'oxyde d'antimoine, avec le dessein de dissoudre la congestion pulmonaire et de pousser en même temps vers la peau. Les intentions du médecin n'ont pas été complètement satisfaites ; il n'a obtenu par sa médication qu'un léger amendement, tandis que la scarlatine s'est effacée de plus en plus et a fini par avorter le troisième jour de sa manifestation. Un puissant auxiliaire a été ajouté bientôt au système de traitement : ce sont des frictions au dos avec six gouttes d'huile de crotum tiglium. Ces frictions irritantes ont rougi vivement la peau et ont paru seconder la résolution de la pneumonie. Malheureusement le bien ne s'est pas maintenu long-temps ; les symptômes pulmonaires ont augmenté le cinquième jour et les jours suivans, ce qui obligea M. Baudelocque à concentrer tous ses efforts sur l'action des poumons.

Cette affection a résisté encore cinq ou six jours, mais enfin elle a cédé à l'usage d'un julep fortement kermétisé et à deux nouveaux vésicatoires appliqués aux cuisses. Sur ces entrefaites, on s'est relâché peu à peu de la rigueur de la diète, en permettant d'abord quelques bouillons avec l'usage du lait, et plus tard en prescrivant l'eau vineuse, la panade et la soupe.

Une seconde éruption a paru chez ce malade le vingt-cinquième jour de sa scarlatine ; c'était une varioloïde ou fausse variole. Rien de particulier n'a accompagné cette varoloïde, si ce n'est que ce malade était très bien vacciné lors de son apparition.

Nous terminerons ici la revue des maladies observées dernièrement à l'hôpital des Enfans dans le service de M. Baudelocque ; on a vu que ces maladies étaient très diverses par leurs formes, tandis qu'elles offraient une grande conformité par leur nature. Le traitement a été approprié à cette conformité et à ces nuances. On a vu qu'il a consisté en général dans l'emploi des vomitifs ou des purgatifs, précédés quelquefois d'émissions sanguines modérées ; mais qu'il a été modifié suivant les circonstances et les formes des maladies.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. H. Larrey.

Fractures de l'extrémité inférieure du péroné. Considérations générales sur ces fractures. Nouveau moyen de diagnostic.

Au nº 33 de la salle des hommes, et au nº 2 de la salle des femmes, sont couchés deux malades affectés de fracture de l'extrémité inférieure du péroné ; la première, produite par cause directe, la seconde par contre-coup.

— L'homme, âgé de quarante-neuf ans, de forte constitution, exerçant la profession de menuisier, se rendait à son travail le 6 janvier dernier, lorsqu'il eut le pied pris entre un trottoir et une roue de cabriolet qui, l'atteignant au côté externe de la jambe gauche, fractura le péroné immédiatement au-dessus de la malléole.

Il tomba instantanément, et ne put se relever seul ; mais un fois debout, il fit quelques pas en appuyant uniquement le talon du membre blessé contre le sol.

Ce malade n'entra que deux jours après à l'hôpital, où il se rendit à pied avec beaucoup de difficulté. La tuméfaction était alors considérable dans toute l'articulation tibio-tarsienne ; le membre blessé n'offrait pas de raccourcissement. Il n'y avait pas de plaie, pas d'ecchymose, pas de crépitation sensible, moins un léger renversement du pied en dehors, de sorte que la portion externe de la face dorsale tendait à regarder en haut.

L'accident survenu, l'aspect de la partie luxée, devaient faire naître l'idée d'une fracture de la portion sus-malléolaire du péroné ; mais ce n'était là qu'une présomption qu'il fallait confirmer, et là commençait la difficulté. Il n'était d'ailleurs pas probable qu'il n'y eût qu'une luxation sans fracture, car on sait que cette lésion ne se produit guère seule, comme l'a fait observer avec raison le célèbre J.-L. Petit.

La fracture péronéale, disons-nous, était difficile à reconnaître. En effet, le gonflement considérable dont l'articulation était le siége, ne permettait pas de retrouver les signes certains de cette fracture. La saillie qu'aurait dû former la malléole interne en raison de la déviation du pied avait disparu. La main cherchait en vain la malleole externe, et ne pouvait apprécier sa situation, non plus que celle de toute la portion

---

En inventant son *spéculum à deux valves*, madame Boivin s'est évidemment préoccupée de la difficulté qu'on éprouvait à introduire le spéculum plein, alors surtout qu'on ne lui ajoutait jamais d'embout ; par cette addition, en lui donnant une forme légèrement effilée et aplatie dans un sens, cette célèbre sage-femme a fourni au médecin un instrument peu volumineux (grâce à cette circonstance, qu'une des deux valves recouvre en partie l'autre quand l'instrument est fermé), d'une introduction facile et peu douloureuse, et qu'on peut aisément diriger. Mais tous ces avantages s'évanouissent sitôt qu'il faut ouvrir l'instrument ; car alors, comme il se développe presque autant par son extrémité vulvaire que par celle qu'atteint l'utérus, il existe une douleur qui s'augmente au fur et à mesure qu'on veut aggrandir le champ de l'observation, et qui devient rapidement intolérable. Mais le spéculum bivalve de madame Boivin offre un bien autre inconvénient lorsqu'il est très ouvert, c'est la présence de la muqueuse vaginale qui tombe dans l'espace laissé libre entre les valves dont l'entrebâillement va en grandissant vers l'utérus. et cette muqueuse vient s'interposer au voisinage de cette partie entre l'œil et le point à observer, et gêne la vue et les manœuvres de la cautérisation ou de toute autre opération qu'on voudrait pratiquer au fond du vagin. Enfin ce spéculum mérite plus que tout autre le reproche qu'on fait à tous les spéculums brisés, celui de pouvoir pincer la muqueuse vaginale quand on le referme. Je dois dire cependant, qu'avec un peu d'attention on évite facilement cet inconvénient, que je n'ai jamais éprouvé tout le temps que je me suis servi de ce spéculum à deux valves.

En signalant ce qu'il y a de défectueux dans les trois espèces de spéculums dont je viens de vous entretenir, vous avez déjà pressenti, mon cher confrère, toutes les conditions que doit réunir un instrument de ce genre. Il faut qu'il soit d'un maniement commode, qu'il puisse indistinctement servir à toutes les malades, qu'il soit d'une introduction facile, et que cette introduction n'excite aucune douleur ou n'en excite du moins que fort peu ; il faut enfin, qu'une fois introduite, il se développe de manière à offrir un vaste champ à l'exploration sans distendre l'anneau vulvaire. Tous ces avantages, vous les trouverez réunis dans le *spéculum brisé à quatre valves* de M. le docteur Ricord. En effet, grâces à la manière dont les deux valves latérales recouvrent les deux autres, l'instrument étant fermé a une forme effilée, aplatie dans un sens, et offre un petit volume même où il est le plus gros, c'est-à-dire à l'endroit qui se trouve en rapport avec l'anneau vulvaire. Mais c'est là où est la brisure, c'est là où joue l'instrument, et dans son jeu cette partie ne varie jamais de volume ; tandis que les valves, en s'écartant par leur extrémité interne, distendent, déplissent le fond du vagin dont on peut explorer une grande étendue, en même temps qu'on voit parfaitement le col de l'utérus. Avec le spéculum de M. Ricord le col ne vous échappe jamais, ainsi qu'il arrive si fréquemment avec les autres s'il n'occupe pas bien le centre du vagin, condition si rare chez les femmes qui ont eu des enfans. En effet, les valves du spéculum, en s'écartant, exercent un tiraillement sur la muqueuse vaginale, tiraillement d'autant plus grand dans un sens que l'utérus, en se renversant, a fait exercer par son col un tiraillement en sens opposé. Aussi, depuis que je me sers du spéculum de M. Ricord, il ne m'est plus arrivé de m'y reprendre à plusieurs fois pour atteindre le col de l'utérus, et je ne crois pas que cela puisse arriver, pour peu qu'on ait quelque habitude du maniement du spéculum, et à moins d'un renversement très considérable. Enfin, avec le spéculum de M. Ricord, on peut explorer la muqueuse vaginale dans une très grande étendue, et on n'a jamais à craindre sa procidence tant elle est maintenue dans un grand écartement, écartement qui peut avoir lieu sans exciter presque de douleur, car nous savons tous que la muqueuse vaginale se laisse facilement distendre et surtout vers son bas-fond. Ais-je besoin d'ajouter, qu'avec ce dernier spéculum on pratique la cautérisation avec la plus grande facilité, et qu'on peut porter le caustique et sur le col et sur les parties voisines.

On peut enlever au spéculum de M. Ricord deux de ses valves, et il devient alors un spéculum brisé à deux valves, instrument qui existait, je crois, avant celui de M. Ricord. Le spéculum bivalve à brisure, n'a sans doute pas tous les avantages du spéculum de madame Boivin, mais vu le peu de surface de ses valves, il permet bien plus encore que ce dernier, la procidence de la muqueuse vaginale, circonstance dont nous avons signalé tous les inconvéniens.

De tout ce qui précède faut-il donc conclure qu'il faut bannir de la pratique tous les spéculums hors celui de M. Ricord ; non certes, et telle n'a point été ma pensée. Sans doute je le crois préférable, mais je ne reconnais pas moins qu'il peut se recontrer tel cas, telle circonstance qui fasse choisir par le médecin l'un des trois premiers spéculums dont j'ai signalé les inconvéniens ; et puis, il faut encore le dire, si on réussissait a faire un spéculum à développement qui offrît cette condition importante de se développer seulement par l'extrémité en rapport avec le fond du vagin, tandis que la portion vulvaire ne changerait pas de volume, on ferait encore mieux que le spéculum que j'ai loué dans cet article. Cette pensée, je l'avais communiquée à un fabricant, mais je n'ai pu trouver en lui la persévérance nécessaire pour le succès.

J'allais terminer sans vous dire que, moi aussi, j'ai apporté une modification importante aux spéculums ! Voici en quoi elle consiste : J'ai cru remarquer dans les applications que j'ai eu fréquemment occasion de faire du spéculum, qu'il arrivait assez souvent que l'embout, par sa trop grande saillie, repoussait le col de l'utérus et le déplaçait ; j'ai remédié à cet inconvénient en faisant faire pour les spéculums dont je me sers, un embout qui offre à peine au sommet de sa convexité une saillie de cinq à six millimètres. Je sais bien que cela rend son introduction un peu moins facile, seulement toutefois pour franchir l'anneau vulvaire mais ce léger inconvénient est bien racheté, je vous assure, par cette circonstance qu'on ne fait éprouver aucune déviation de l'utérus.

Agréez, etc., A. Legrand, méd.

Paris, ce 15 janvier 1842.

inférieure de l'os cachée sous les parties molles tuméfiées. Inutile de dire que l'enfoncement que Dupuytren, dans ses Leçons orales, a appelé *coup de hache*, et que l'on remarque ordinairement au point d'intersection des fragmens de l'os, n'existait pas ici. En outre, les mouvemens de latéralité du pied, faciles dans ces sortes de fractures, étaient, dans ce cas, peu appréciables. Ajoutons à tous ces embarras la douleur vive que causait au patient la plus légère pression exercée sur la région malade.

Ainsi voici un cas dans lequel, s'il y a présomption grave en faveur d'une fracture sus-malléolaire du péroné, il est cependant impossible d'affirmer qu'elle existe, en raison de la difficulté de retrouver les signes qui la caractérisent.

Mais les signes indiqués jusqu'à ce jour par les auteurs sont-ils les seuls, et n'y en a-t-il pas dont l'existence soit plus facile à constater? Oui, sans doute, il y en a un, et déjà depuis deux ans M. Larrey a eu l'occasion de l'observer plusieurs fois. Il suffit, pour le reconnaître, de saisir la jambe avec une main, ou même avec les deux, au-dessous de la tête du péroné, et d'exercer sur cette partie une pression assez forte, mais assez étendue pour n'être pas douloureuse. S'il y a réellement fracture, tout le fragment supérieur du péroné obéit à la pression, et le mouvement qu'on lui imprime ainsi tendant à rapprocher son extrémité inférieure du tibia, devient la cause d'une douleur qui se manifeste dans le lieu présumé de la fracture, resté complètement libre pendant cette manœuvre, afin d'éviter toute cause d'erreur.

Il n'entre pas, disons-le, dans l'intention de M. Larrey, de présenter ce symptôme comme un signe pathognomonique absolu, infaillible des fractures de la portion inférieure du péroné; seulement il le croit utile et très propre à déterminer le diagnostic dans les cas douteux comme celui dont nous nous occupons, et dans lequel, en effet, il a été d'un très grand secours.

On le voit d'ailleurs, rien n'est plus simple, plus facile à faire, et il y a vraiment lieu de s'étonner de ne trouver ce moyen indiqué nulle part. Ajoutons, en outre, que cette manœuvre est beaucoup moins douloureuse que le toucher pratiqué au lieu même de la lésion.

Quant au traitement à appliquer à notre malade, l'indication était précise : opérer d'abord le dégorgement des parties tuméfiées, puis maintenir la fracture réduite. Soixante sangsues furent donc posées sur l'articulation, que l'on entoura ensuite de cataplasmes de farine de graine de lin pendant deux jours, cataplasmes que l'on échangera au bout de ce temps contre des compresses imbibées d'eau blanche et maintenues par un bandage légèrement compressif. Deux jours après la tuméfaction avait assez diminué pour permettre l'application d'un bandage amidonné qui dut être renouvelé un peu plus tard à cause du relâchement survenu par suite de la cessation complète de l'engorgement.

Cette application demande quelques soins qu'il est bon d'indiquer. Ainsi, après avoir réduit la fracture et placé le pied dans la position normale, on euroule convenablement autour du membre le bandage humide; mais on ne peut l'abandonner à lui-même avant qu'il soit sec; car, ne présentant encore qu'une très faible résistance, il n'empêcherait pas le pied de reprendre la position que lui a donné l'accident, et ne remplirait pas, par conséquent, le but qu'on se propose. On appli que donc au côté externe de la jambe une attelle soutenue par une balle d'avoine, et l'on fait passer sur cette attelle un nouveau bandage propre à maintenir le tout en position convenable. On enlève ensuite ce dernier appareil lorsque l'appareil amidonné a pris une consistance solide.

Notre malade va très bien aujourd'hui. Déjà, lorsque le bandage a dû être renouvelé, nous avons pu nous assurer que la réduction de la fracture est complète. Il y a donc tout lieu de penser qu'il sera bientôt en état de reprendre ses occupations habituelles.

— Nous ne dirons que deux mots de la malade couchée au n° 2. Cette femme, âgée d'environ cinquante ans, est tombée portant un fardeau sur ses épaules; mais elle ne se rappelle en aucune façon pourquoi ni comment elle a fait une chute, de sorte qu'on ne peut rien savoir de précis sur la manière dont s'est opérée la fracture. Il paraît assez probable cependant que la chute a été déterminée par la torsion du pied, torsion qui, en déplaçant le poids du corps et le portant en dehors de l'astragale, occasionne fréquemment, comme on sait, la fracture de la partie inférieure du péroné. C'est ce qui constitue, pour cet os, la fracture indirecte ou par contre-coup.

Quoi qu'il en soit, cette malade est entrée trois jours après à l'hôpital, présentant tous les signes de la fracture sus-malléolaire du péroné: renversement du pied en dehors, enfoncement dans le point fracturé, saillie des malléoles, etc.; et de plus, on a pu observer d'une manière très sensible le phénomène que nous avons indiqué à propos de l'autre malade, savoir : la production de douleur dans le siége de la lésion au moyen d'une pression exercée sur la partie supérieure du péroné. L'articulation n'était d'ailleurs point tuméfiée. On a appliqué un bandage amidonné.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas remarquable d'ablation d'une grande partie de l'utérus; par M. le docteur GREMLER, de Nieder-Orschel.

M. G... fut appelé à la hâte, un matin, pour donner ses soins à une femme hystérique âgée de cinquante-trois ans, affectée depuis longtemps d'un *prolapsus uteri*, et chez laquelle une perte abondante venait de se manifester. A son arrivée, il trouva la malade dans un état de pâleur extrême et de froid glacial: il apprit d'elle qu'elle avait coupé, avec un couteau, la partie de l'utérus qui faisait saillie hors de la vulve. Il eut recours aussitôt au tamponnement, aux styptiques, aux applications froides et à un traitement interne approprié, et, sous l'influence de cette médication, l'hémorrhagie, bien que considérable, s'arrêta.

A l'examen de la partie qui avait été coupée, M. G. reconnut qu'elle constituait presque la moitié de l'organe, et qu'elle offrait l'orifice utérin tout entier.

La malade se remit promptement; mais en même temps l'hystérie reparut, et, avec elle il se déclara une nymphomanie dont on n'avait observé aucun symptôme auparavant.

(*Medicinische Zeitung*, 1841, n° 49.)

Cas d'arrachement de l'oreille suivi de guérison; par M. JOHN, chirurgien à Bruessow.

Un cheval arracha, d'un coup de dent, l'oreille d'un cultivateur au moment où ce dernier était occupé à lui donner à manger. L'arrachement avait eu lieu de haut en bas, et l'oreille ne tenait plus que par le lobule. Quatre heures après l'accident, le blessé vint trouver M. John pour le prier de détacher la portion par laquelle l'oreille tenait encore. Au lieu d'obtempérer à ce désir, le chirurgien replaça l'oreille en position, et la maintint en place à l'aide de trois points de suture; puis il la recouvrit de compresses imbibées d'eau. Au bout de cinq jours il y avait déjà un commencement de réunion, et la guérison parfaite eut lieu sans aucune difformité.

(*Ibid.*, n° 50.)

Effet remarquable des emplâtres d'assa-fœtida; par le Dr BOAS, de Bueren.

M. Boas a remarqué fréquemment que l'assa-fœtida, appliqué en emplâtre à la surface de l'abdomen, détermine chez l'homme une tuméfactio considérable des testicules, et chez la femme une grande tuméfaction et une inflammation des organes extérieurs de la génération. Il a observé, il y a quelque temps, ces mêmes accidens portés à un tel degré chez une de ses malades, qu'il a dû recourir à l'emploi d'une médication antiphlogistique : bien que la femme fût parvenue déjà à l'âge de cinquante ans, et que les règles eussent cessé depuis plusieurs années, les seins se gonflèrent fortement et sécrétèrent un liquide laiteux comme il arrive au neuvième mois de la grossesse.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesam. Heilkunde*, 1841, n° 51.)

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Assemblée générale annuelle tenue dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila, le dimanche 23 janvier 1842.

(Compte-rendu de M. GIBERT, secrétaire-général.)

(Suite et fin du n° précédent.)

Mais je me hâte, Messieurs, de mettre un terme à des réflexions qui pourront sembler amères à quelques esprits patiens et indulgens..., et qui, d'ailleurs, ont pour but principal de rendre plus évidente à vos yeux la nécessité de resserrer les liens de confraternité qui nous unissent, afin d'arriver, avec le temps, à fonder sur des bases plus solides et plus étendues une association destinée à protéger les intérêts de notre profession contre les abus qui tendent à l'avilir et à la dégrader!

La plupart de ces abus résistent malheureusement à tous nos efforts et à toutes nos réclamations.

Dès 1834, nous avions demandé l'abolition de l'institution vicieuse des officiers de santé; nous avons signalé l'abus de la délivrance des brevets d'invention accordés pour remèdes, qui ne servent qu'à donner aux charlatans un moyen plus efficace de tromper la crédulité publique; nous avions réclamé contre l'autorisation d'exercice donnée si facilement par l'autorité à des charlatans étrangers (1). Presque tous ces abus se sont perpétués jusqu'à présent, sans que rien indique qu'on doive y mettre un terme (2)!

Ne croyez pas cependant, Messieurs, que votre commission soit restée inactive. Efficacement secondée par les comités d'arrondissement, parmi lesquels il faut citer comme le plus zélé le comité du septième arrondissement; aidée et dirigée par l'intervention puissante de M. Orfila, la commission générale n'a cessé de déférer à l'autorité ceux des abus que la législation actuelle peut atteindre; et, quant aux autres, bien plus nombreux encore, elle les a flétris toutes les fois qu'elle en a trouvé l'occasion.

Ainsi, elle s'est plaint de ce que des charlatans notoires continuaient d'exercer, grâce à l'autorisation administrative; de ce que des brevets avaient été encore tout récemment accordés à de prétendus préservatifs dont l'annonce salit les lieux les plus fréquentés de la capitale; de ce que des officiers de santé usurpent des fonctions publiques et administratives qui, d'après le vœu de la loi, devraient être le partage exclusif des docteurs; elle est intervenue pour mettre un terme au scandale donné par quelques médecins connus qui ne craignent pas de mettre leur signature à des ordonnances de *somnambules*, ou qui permettent que leur nom serve d'enseigne à des annonces de remèdes insérées dans les journaux; enfin elle a appuyé de ses conseils, de son crédit et des deniers de l'association, un de ses membres condamné par un jugement de police, mais acquitté par le tribunal de première instance (3).

Nous avons obtenu un arrêt qui soustrait les médecins aux exigences outrées du public, et qui établit que nous ne pouvons être passibles d'aucune peine, tant que nous n'avons pas été requis *légalement* (c'est-à-dire par l'intervention directe d'un officier public) de prêter le secours de notre ministère dans un cas regardé comme urgent.

De son côté notre président, a comme vous le savez, obtenu plusieurs améliorations dans l'enseignement et les réceptions des docteurs. Ces améliorations ont eu pour résultat la diminution graduelle du nombre des réceptions, comme vous pouvez en juger par le tableau statistique suivant, dressé par les soins de M. Orfila :

Tableau statistique des réceptions des officiers de santé et des docteurs pendant ces dernières années, dans les trois Facultés du royaume.

OFFICIERS DE SANTÉ.

	Paris.	Montpellier.	Strasbourg.	Total.
1837	174	144	30	348
1838	189	163	29	382
1839	169	143	23	335
1840	124	146	53	323

DOCTEURS.

	Paris.	Montpellier.	Strasbourg.	Total.
1837	481	175	23	679
1838	376	186	23	585
1839	431	162	16	612
1840	385	150	28	563
1841 (16 nov.)	284	109	19	412

Ce résultat, très satisfaisant sans doute quant au chiffre des docteurs, donne lieu à des craintes fondées si on met en regard de ce chiffre celui des officiers de santé. Si, en effet, les améliorations demandées, de concert avec nous, par notre président, dans cette dernière institution, n'étaient point obtenues, il y aurait lieu de craindre que le nombre des officiers de santé ne se soutînt et ne s'accrût, tandis que celui des docteurs diminuerait seul... Et ce serait assurément là un bien triste résultat pour une époque qui se vante d'être par excellence l'époque de lumières et de progrès.

(1) Voir le rapport de M. Jolly inséré dans le tome II, 1834, de la Revue médicale.

(2) Nous devons ajouter ici, sur la juste réclamation de notre président : 1° que depuis la fondation de notre association, l'autorité a été beaucoup plus avare de permis d'exercice, et que de nouvelles garanties ont été exigées; 2° que sur les plaintes de l'association, une ordonnance royale du 9 janvier de cette année a retiré l'autorisation accordée au sieur Vieséké.

(3) A M. Jolly, notre conseil judiciaire, nommé substitut du procureur du roi en province, a succédé M. Amable Boullanger, avocat connu, parent de membres distingués de notre association.

Espérons que la pétition de l'Association provoquera des mesures qui préviendront un pareil mal; espérons aussi que les démarches faites en conséquence de votre décision de l'année dernière auprès des préfets de police et du département amèneront l'exécution plus fidèle de la loi relativement aux listes officielles des docteurs et des officiers de santé.

Nous nous sommes plaint plusieurs fois des entraves apportées aux autopsies de la pratique civile... Que pouvons-nous dire aujourd'hui qu'on s'efforce d'étendre ces entraves jusque dans la pratique des hôpitaux? Vous avez tous eu connaissance de la résistance opposée par notre président à des mesures qui tendraient à replonger l'art dans les barbaries d'un grossier empirisme. Associons-nous à ses efforts et tâchons d'éclairer l'administration sur les effets nuisibles d'une charité qui ne prend pas assez conseil des lumières de la science.

Vous pouvez voir, Messieurs, par le résumé qui précède, que votre commission n'a pas négligé la partie morale et administrative de sa gestion. Quant à la partie financière, elle offre toujours les résultats les plus satisfaisans, grâce au zèle de notre trésorier, à celui des membres de nos comités, et à la bonne direction imprimée à nos reunions par la prudence de notre président.

Depuis son institution, l'Association a reçu 227 demandes de secours, parmi lesquelles on a choisi celles qui s'appuyaient sur des titres bien établis. Grâce à la protection de M. Orfila, nous avons obtenu le placement de quelques vieillards dans les hospices de Paris. Nous avons secouru dans les limites de nos revenus la misère et la maladie, mais toujours après une enquête judicieuse et sévère.

Voici le tableau de notre gestion financière de cette année, dressé par les soins de M. Vosseur.

ÉTAT DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1841

Recettes.		
Le 1er janvier 1841, en caisse,	106 fr.	
Cotisations,	4,824	
Dons et admissions,	1,521	
Rentes : deux semestres,	2,025	
Total,	8,476	
Dépenses. Emploi.		
Secours sur le sixième des cotisations,	1,124 fr.	00 c.
Secours à un sociétaire,	400	00
Dépenses judiciaires, gestion, frais d'impression, etc.,	592	10
Achat de 275 fr. de rentes,	6,316	60
Total,	8,433	00
Balance.		
Recettes,	8,476 fr.	
Dépenses,	8,433	
Reste,	43	
Le 1er janvier 1842, il reste en caisse,	43 fr.	

L'Association possède aujourd'hui 2,150 fr. de rentes sur l'état, représentant au taux actuel un capital de 50,000 fr.

Nous avons encore eu cette année quelques démissionnaires, mais le nombre des admissions nouvelles, qui s'est élevé pour l'année à 35, est bien supérieur à celui de nos pertes; et il faut noter que ces admissions sont entourées aujourd'hui de nouvelles garanties et de nouvelles précautions.

Je dois maintenant vous soumettre, Messieurs, la proposition réglementaire délibérée par la commission. Cette proposition consiste dans l'amendement suivant à l'art. 25 de nos statuts :

« La commission est autorisée, dans le cas où un souscripteur, avant les cinq ans exigés par le règlement, ferait une demande suffisamment motivée, à lui délivrer sur le fonds consacré aux sociétaires un secours qui toutefois ne pourrait excéder pour l'année la somme de 400 fr. »

L'art. 25 établit que les secours alloués à cette classe de souscripteurs devront être pris sur le sixième affecté aux étrangers.

Par cette disposition on avait voulu empêcher que quelqu'un ne fût tenté de faire de son admission une spéculation pécuniaire. On avait prévu le cas où un médecin qui se trouverait dans un besoin actuel de secours ou pressentirait un besoin prochain, demanderait à être reçu sociétaire dans l'espoir d'obtenir un ou deux ans après le décuple ou le centuple de la somme qu'il aurait versée.

On ne s'était pas dissimulé qu'avec le produit de nos modiques cotisations annuelles il était impossible d'étendre indéfiniment nos libéralités; qu'il fallait user d'une prudente économie pour conserver et améliorer notre petit capital. Enfin, on avait senti que pour arriver à fonder une œuvre durable, il fallait d'abord s'attacher à consolider les bases de notre gestion financière. Les prévisions qui avaient dicté les art. 23, 24 et 25 de votre réglement se sont réalisées. Notre réserve s'est progressivement accrue, et elle est arrivée aujourd'hui à une somme qui doit contribuer à donner une consistance durable à notre institution.

Vous avez à examiner, Messieurs, s'il convient de changer les prudentes dispositions auxquelles nous sommes redevables d'un commencement de prospérité, ou si le temps est arrivé de faire une concession aux sentimens généreux qui ont décidé la modification réglementaire adoptée par la majorité de la commission générale.

Pour ma part, je ne saurais dissimuler que je suis enclin à respecter l'état actuel des choses, comme offrant de plus sûres garanties pour l'avenir, et comme sanctionnant justement la priorité des droits acquis par les plus anciens souscripteurs.

J'ai terminé, Messieurs, le compte-rendu de la gestion de 1841; il ne me reste plus qu'à vous prier d'accueillir avec votre indulgence accoutumée le résumé annuel de votre secrétaire : pardonnez-lui la censure un peu vive de quelques abus... Je sais bien qu'il est une époque de la vie où, du moins pour un grand nombre d'hommes, la vue de l'injustice et des abus cesse d'exciter les transports de l'indignation... Mais je sais aussi, et je le proclamerai sans détour, que, comme l'a dit énergiquement un auteur moderne, cette époque n'arrive qu'au moment où des deux moitiés qui composent le corps de l'homme,

« C'est la boue qui l'emporte sur l'âme! »

Nota. L'impression et la distribution de ce compte-rendu aux médecins de la capitale ont été votées par l'assemblée.

M. Orfila et M. Fouquier ont été réélus président et vice-président aux acclamations de l'assemblée.

La commission générale est ainsi composée pour 1842 (1) :

1er arrondissement. — MM. Letalnet, Bardoulat, Duval, Bois de Loury.
2e — MM. Miquel, Renouard, Goupil, Mège.
3e — MM. Meurdefroy, V. Andry, Bourgeois, Janin.
4e — MM. Grollée, Godard, Pillon, Ollivier (d'Angers).
5e — MM. Lebreton, Pertus, Campardon, Olinet.
6e — MM. Marx, Jacquemin, Duclos, Labarraque.
8e — MM. Maurue, B-lhomme, Augouard, Maindrault.
9e — MM. Thierry, Deville, Hatin, Chailly.
10e — MM. Paulin, D. Baumetz, Foster, Boullard.
11e — MM. Gasnault, Vasseur, Ricord, Adelon.
12e — MM. Devilliers, Lemoine, Ratier, Clément.

(1) Pour devenir souscripteur ou donateur, il faut s'adresser, soit à M. le docteur Vosseur, trésorier de l'Association (rue de Lille, 4), soit à l'un de MM. les membres de la commission générale chargée de la collecte des souscriptions.

DOUZE FORTS VOLUMES IN-8° ENVIRON, SUR DOUBLE COLONNE. — TROIS LIVRAISONS PAR VOLUME.

BIBLIOTHÈQUE
DU MÉDECIN-PRATICIEN,

Ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger;

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

Sous la direction du Docteur FABRE,

Auteur du Dictionnaire des Dictionnaires de médecine, Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux (Lancette française).

Il y a dix-huit mois à peine, nous avons commencé à publier le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* : c'était un de ces ouvrages dont, jusqu'à ce jour, la publication avait été lente et presque interminable ; on avait l'habitude de les faire paraître en dix ou quinze ans. Nous promettions une livraison tous les mois, et cette livraison équivalait à un fort volume : cette promesse parut téméraire à beaucoup de personnes..... On nous voyait avec une certaine défiance entreprendre un travail aussi difficile, et l'on pouvait craindre que nous ne parvinssions pas à mener à bonne fin une entreprise dans laquelle d'autres avaient échoué.

Notre parole a été religieusement remplie : une livraison tous les mois, un volume tous les trois mois, et pas un seul retard. Ces volumes contiennent cependant trois fois plus de matière que les volumes in-8° ordinaires, et demandaient des recherches nombreuses et un esprit d'investigation étendu, juste et impartial. Grâce à des efforts soutenus, nous sommes arrivés enfin à fournir, en peu de temps et à bas prix, un ouvrage dont les derniers volumes sont au niveau des premiers, et qui n'offre pas cette disparate choquante que dix à douze ans d'intervalle mettent, par les progrès incessans de la science, entre le commencement et la fin d'un travail de ce genre.

Le succès que nous avons obtenu nous encourage, et nous décide à tenter une nouvelle entreprise. Nul praticien ne peut se dispenser d'avoir dans sa bibliothèque un ouvrage de médecine par ordre alphabétique ; un dictionnaire est un moyen de faciliter les recherches et de poser immédiatement la main sur les questions dont la pratique a journellement besoin : il peut dispenser des autres ouvrages : les autres ouvrages ne peuvent dispenser d'un dictionnaire.

Qui ne voit cependant que les praticiens ont à gagner beaucoup dans la lecture de ces livres dictés aux grands maîtres par l'observation rigoureuse et l'expérience rationnelle ! ils y trouvent des rapprochemens ingénieux, des détails instructifs, et s'y forment un sens médical droit et complet. Il suffit de nommer Hippocrate, A. Paré, Sydenham, Baillou, Broussais, Desault, Dupuytren, Astley Cooper, Boyer, Dubois, Scarpa et mille autres, pour comprendre tout ce qu'on peut recueillir de précieux dans l'étude de la pratique de ces hommes illustres ; mais où trouver ces détails ? La cherté de ces livres, le gisement épars des faits et des doctrines rendent ces acquisitions ou ces recherches impossibles pour la plupart des praticiens. Que de leçons cliniques qui n'ont pas été recueillies en corps d'ouvrage, qui n'ont été publiées que dans les journaux, ou n'ont point été traduites des langues étrangères ! Peut-on consulter tous les journaux, peut on posséder tous les livres et connaître toutes les langues ?

Nous voulons épargner cette peine aux hommes de labeur ; nous voulons éviter ces dépenses aux praticiens modestes : nous voulons qu'à bas prix désormais, et en peu de volumes, les médecins possèdent une bibliothèque complète ; nous voulons leur donner ce qu'ils ne trouveront nulle part, des détails exacts et précis, des comparaisons instructives. Nous ne voulons point leur livrer isolément les pensées de tel ou tel homme, nous voulons les mettre en regard avec celles des autres ; nous voulons faire revivre tous les grands médecins dans le même cadre, leur conserver leur langue, citer leurs propres expressions avec fidélité et impartialement ; nous voulons couper court aux mille plagiats qui fourmillent de livre en livre, et se transmettraient ainsi de siècle en siècle, sans qu'à la fin on pût savoir à qui doivent être rapportés le principe des découvertes et le mérite de la première expression.

Depuis Hippocrate, Celse, Galien, Avicenne, jusqu'à Sydenham, à Ambroise Paré, à Boerhaave, à Pinel, à Broussais, à Dupuytren, jusqu'à nos jours enfin, tout ce qui se lie directement à la pratique sera recueilli, cité, analysé. Tout en appréciant à leur juste valeur les travaux modernes, nous ne frapperons pas d'un injuste oubli les anciens, et ne négligerons jamais cette vérité incontestable, que l'expérience et l'observation sont de tous les temps, que les moyens d'investigation peuvent se perfectionner, mais que le sens intime, que le tact médical ou chirurgical est aussi de tous les temps, et que les hommes supérieurs voyaient mieux avec des moyens bornés que la foule médiocre des écrivains avec les secours les plus parfaits en apparence.

Cela posé, il ne nous reste plus qu'à mettre en évidence notre plan. On ne s'attend pas sans doute à nous voir la prétention de donner une nosologie, ce n'est point un traité méthodique de médecine et de chirurgie que nous avons médité ; nous n'arrivons point avec une doctrine préconçue, avec un système exclusif. Eclectiques rigoureux, nous adopterons quelques divisions principales : Médecine et Chirurgie proprement dites ; au-dessous de ces grandes divisions nous formerons, non point à la manière des spécialistes, mais largement, des groupes qu'il est impossible de repousser. Les maladies de la peau, les maladies syphilitiques, les maladies des enfans, les maladies des femmes seront traitées à part. Quels que soient en effet leurs points de contact avec les maladies générales, on ne saurait nier qu'elles offrent de telles particularités soit pour le diagnostic, soit surtout pour le traitement, qu'il n'y ait un avantage réel à adopter ces cadres secondaires.

Ne perdant d'ailleurs jamais de vue l'ensemble de l'ouvrage, ces divisions ne sauraient nous exposer à des répétitions inutiles ; nous savons trop le prix du temps et de l'espace pour ne pas nous restreindre : dire beaucoup en peu de place, se borner, en un mot, est le devoir d'un écrivain ; et ici, plus que dans tout autre ouvrage, ce devoir est une impérieuse nécessité. Mais, se borner, ce n'est pas tronquer les matières, ce n'est pas abréger maladroitement en obscurcissant les idées. Nous devons cependant gagner beaucoup de terrain ; car, sur vingt auteurs qui tous auront décrit une méthode, exposé une idée, nous aurons le choix, et l'on peut nous accorder assez de perspicacité pour croire que nous prendrons toujours les descriptions les plus exactes, les plus précises, les plus succinctes.

Les recherches que nécessite un ouvrage comme celui que nous annonçons sont immenses ; elles demanderaient plusieurs vies d'homme, et on pourrait supposer que nous succomberions sous le poids, si le passé ne répondait de l'avenir, si on ne devait pas être convaincu que ce travail est déjà fait en très grande partie et que, dirigés d'une main ferme, avec une volonté de fer, des hommes déjà rompus à ce labeur, instruits, éclairés, mettant en commun leurs recherches, se soumettant sans murmure à toutes les mutilations nécessaires, subissant non point comme un joug, mais comme un secours indispensable, la censure juste et sans prévention d'un homme connu par des travaux de cette nature, ne trouvent rien d'impossible et mèneront à bien cette nouvelle entreprise : les preuves sont faites, nous n'avons pas besoin d'insister.

Joints aux huit volumes du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, les douze volumes de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* formeront donc un ensemble unique et dont on ne saurait trouver l'équivalent nulle part. A 7 francs le volume, et 120 francs environ pour les deux ouvrages, et en vingt volumes qui équivalent à soixante volumes ordinaires, nos confrères posséderont une immense quantité de matériaux non point indigestes, non point épars, mais élaborés avec soin, rapprochés avec justesse ; ils pourront enfin acquérir de cette manière une appréciation des hommes et des choses en médecine, et apprendront à connaître par eux-mêmes le vrai mérite des auteurs et l'état réel de la science.

En un mot, notre ouvrage sera une histoire complète de la pratique de notre art, un compendium mesuré, une encyclopédie raisonnée, ou, mieux encore, une série de monographies, de laquelle on aura élagué toute vaine érudition, toute discussion théorique sans intérêt réel, toute tentative infructueuse de méthodes ou de médications inusitées et que l'expérience a rejetées définitivement.

La publication de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* se fera rapidement : une livraison tous les mois, un volume tous les trois mois ; de cette manière, l'ouvrage, commencé en 1842, sera terminé en 1844. Quels que soient d'ici là les progrès scientifiques, ils trouveront place dans notre cadre. Le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* et la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* se compléteront l'un par l'autre ; et quand le dernier volume de la *Bibliothèque* sera mis en vente, nul sujet ne sera resté incomplet, les travaux les plus récens y seront englobés, et au besoin un supplément compris dans le dernier volume viendra remplir toutes les lacunes que nous aurons remarquées ou qu'on nous aura signalées. Notre travail est un travail de conscience et de probité ; et nous serons d'autant plus heureux d'avoir réussi que nous ne devrons le succès à aucun moyen d'intrigue, et qu'on n'aura à nous reprocher aucune injustice : nous aurons tenu toutes nos promesses.

Outre la médecine et la chirurgie pratiques proprement dites, qui seront traitées avec tous les développemens nécessaires et dans le cadre le plus complet, la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* contiendra des traités spéciaux sur les sujets suivans : 1° Maladies des femmes ; 2° Accouchemens ; 3° Maladies des enfans ; 4° Médecine légale ; 5° Maladies syphilitiques ; 6° Maladies de la peau ; 7° Maladies des yeux ; 8° Médecine opératoire ; 9° Thérapeutique et matière médicale ; 10° Dictionnaire des Dictionnaires des termes de médecine, chirurgie, sciences naturelles et accessoires ; 11° Formulaire des Formulaires.

En un mot, avec cet ouvrage et le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, les praticiens auront une bibliothèque et un extrait analytique suffisant de plus de vingt mille volumes publiés en France et à l'étranger. Les élèves qui auront à suivre leurs études, les jeunes docteurs qui partiront de Paris, ne seront plus embarrassés dans le choix des ouvrages. Ils n'auront plus à acheter huit ou dix volumes sur la pneumonie, dix ou douze sur la fièvre typhoïde, trois ou quatre traités de médecine opératoire, quarante ou cinquante monographies sur les maladies des enfans, les maladies syphilitiques, les maladies de la peau, etc. Ils trouveront dans cet ouvrage le résumé des opinions de tous les auteurs, l'extrait de tous les travaux épars publiés en France et à l'étranger, dans les livres ou dans les journaux. Les chirurgiens militaires pourront emporter dans leurs fréquens déplacemens tout ce qui leur sera nécessaire, sans embarras, sans dépense.

C'est un service que nous aurons rendu à chacun ; les auteurs eux-mêmes nous sauront gré d'avoir fait connaître leurs idées avec franchise et d'une manière complète. Les citations textuelles seront suffisantes pour que personne ne puisse nous accuser d'avoir travesti ou mal interprété ses opinions ; elles ne seront pas telles que l'on puisse nous accuser de plagiat.

La conception du plan de l'ouvrage nous appartient, les divisions ne pourront pas davantage nous être disputées ; nous aurons soin de prendre les plus simples, celles qui appartiennent à tout le monde et que tout le monde conçoit de prime-abord.

C'est le moyen de tout dire, de donner tout ce qui est bon, de mettre de côté tout ce qui est mauvais, et d'être lu par tout le monde et dans tous les temps.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION.

La *Bibliothèque du Médecin-Praticien* sera publiée en 12 forts volumes environ, in-8°, sur deux colonnes, imprimés sur beau papier raisin et en caractères fondus exprès.

Elle formera environ 36 livraisons de 220 à 250 pages.

Prix de chaque liuraison, à Paris,	2 fr. 75 c.
Prix de chaque volume, à Paris,	8 fr.

ON SOUSCRIT A PARIS,

Au bureau de la GAZETTE DES HOPITAUX (Lancette française), et du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE,

Rue de l'Ecole-de-Médcine, n. 11 et 13.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 8 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 17, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 f.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 f.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Anévrisme de l'aorte thoracique. — Doutes et difficultés du diagnostic.

Il est entré à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Chomel, un malade qui n'y a fait qu'un court séjour, et dont l'état offrait un intérêt particulier par l'obscurité et les difficultés mêmes du diagnostic. C'a été le sujet d'une des dernières leçons cliniques de M. Chomel. Voici en peu de mots l'histoire de ce malade, et les phénomènes qu'il a présentés à l'examen du professeur.

Cet homme est âgé de quarante-cinq ans, il est garçon boulanger, mais il est bon de noter qu'il n'exerce point la partie la plus pénible et la plus rude de la fabrication du pain ; il joint à cette profession celle de maître d'armes et de bâton : c'est assez dire que cet homme se livre journellement à des exercices violens et qui exigent un grand développement de forces musculaires. Cet homme est sujet depuis nombre d'années à une affection rhumatismale dont il a eu plusieurs atteintes dans les membres ; à cela près, il n'a jamais eu de maladie grave. La maladie dont il est actuellement affecté date de deux ans ; il a eu à cette époque un gonflement œdémateux des membres abdominaux : ce gonflement était tellement considérable que l'application des doigts sur les parties qui en étaient le siége y laissait une dépression profonde. Cet œdème ne dura que huit jours.

A la même époque, ce malade commença à éprouver un sentiment de gêne et d'oppression derrière le sternum et au niveau de la région supérieure de cet os. L'œdème n'a plus reparu, mais cette oppression a toujours persisté depuis le moment de son apparition ; elle augmente et devient très prononcée pendant le travail, lorsque le malade marche vite, qu'il court ouse livre avec trop d'énergie à tels autres exercices, et principalement lorsque les besoins de sa profession exigent qu'il se tienne pendant quelque temps auprès d'un foyer ardent. Il en résulte une sensation très incommode qui cesse ordinairement au bout de quelques instans pour se reproduire de nouveau à la première occasion. Il lui arrive quelquefois de l'éprouver même lorsqu'il marche d'un pas ordinaire, il éprouve alors une sorte de tournoiement de tête, des éblouissemens et un sentiment de faiblesse dans les jambes, qui lui semblent fléchir sous le poids de son corps. Lorsqu'il se trouve dans cet état, il est obligé de s'arrêter : « Car, dit-il, je crois que si je m'obstinais à marcher, je tomberais. »

La reproduction fréquente de ces phénomènes l'avait déterminé à s'abstenir, autant que le permettait sa profession, de tout exercice violent. Ce malade n'a d'ailleurs jamais ressenti de battemens de cœur, soit pendant le repos, soit en marchant, en montant un escalier ou en se livrant à ses exercices habituels. Il accuse enfin une sensation habituelle de froid aux mains, et un sentiment de gêne ou de douleur vague au bras droit, dépendant peut-être de l'affection rhumatismale dont il est atteint.

L'aspect général extérieur du malade est assez bon, à cela près d'un état de pâleur habituelle de la face que l'on peut d'ailleurs très bien attribuer à l'influence des veilles habituelles et prolongées auxquelles l'astreint sa profession. A l'examen du thorax on ne trouve rien de remarquable dans la région du cœur, dont les battemens sont assez réguliers, mais en approchant de la base de cet organe, on entend un bruit de souffle très marqué, qui s'accroît à mesure qu'on monte vers la partie supérieure du sternum, où il devient très manifeste. En s'élevant vers la région des carotides, ce souffle se change en un bruit de rape très prononcé. On perçoit enfin dans ces mêmes régions un léger frémissement cutané. La percussion donne lieu à un retentissement à peu près normal à la base du sternum. Mais à mesure qu'on monte, on trouve la sonoréité beaucoup plus obscure ; il n'existe aucune différence à cet égard entre les deux côtés du sternum. On ne perçoit point de pulsation derrière cet os ; la main appliquée sur la région sternale n'est point soulevée.

A l'ensemble de ces signes, on est porté à croire à l'existence d'une tumeur derrière le sternum, tumeur qui, selon toute apparence, serait produite par un anévrisme de l'aorte. Toutefois, ce diagnostic est loin d'offrir le degré de certitude désirable. Il n'existe d'une part chez cet homme, aucun signe pathognomonique positif de l'affection supposée ; ce n'est que par l'ensemble des symptômes qu'on peut en présumer l'existence, et encore parmi ceux-ci plusieurs signes caractéristiques manquent-ils.

Ainsi, le malade n'est point habituellement oppressé ; il ne l'est que momentanément et à l'occasion des mouvemens, de l'exercice, ou d'autres circonstances qui déterminent une gêne passagère. Il ne prend point des attitudes inusitées et extraordinaires ; il ne porte point la tête plus particulièrement penchée d'un côté, ainsi qu'on l'observe ordinairement chez les sujets qui sont affectés d'un anévrisme de l'aorte, et qui, par suite de l'état de gêne et d'anxiété où ils se trouvent, affectent des positions et des attitudes particulières dans le but d'alléger leur souffrance. L'absence de ces phénomènes serait de nature à éloigner le soupçon d'un anévrisme. Il n'y a pas non plus de symptômes de compression des organes contenus dans la poitrine ; point de troubles sensibles du côté du cœur et des poumons. Le malade n'éprouve aucune gêne en avalant, ce qui exclut toute compression de l'œsophage. Il n'existe point non plus de signes de compression des veines de la cavité thoracique. La diminution progressive du pouls d'un côté, comparativement à l'autre côté, est un signe d'une grande valeur pour le diagnostic des tumeurs internes de la poitrine. Ce malade présente bien cette circonstance, il a le pouls du côté gauche plus faible que celui du côté droit ; cette différence est très facilement sentie par l'application simultanée des doigts sur l'artère radiale des deux côtés ; mais ce signe perd ici de son importance, par l'absence de renseignemens sur les dispositions que cet homme pouvait offrir à cet égard avant sa maladie. Il faudrait, pour cela, connaître le rhythme habituel de son pouls à l'état normal. La différence que l'on constate aujourd'hui est-elle un phénomène normal ou consécutif à la maladie ? C'est ce que l'on ignore. Il n'a jamais existé d'œdème aux membres supérieurs, et ce serait encore là un signe caractéristique précieux, surtout si l'œdème existait au membre gauche : ce signe nous manque aussi.

Les tumeurs qui existent derrière le sternum se manifestent par des phénomènes de compression intérieure très significatifs, qui se rattachent en général à l'existence d'un anévrisme. Il y a des formes de tumeurs anévrismales dans lesquelles les phénomènes de compression n'existent point ; mais les caractères en sont si évidens, qu'on ne peut les méconnaître : ce sont les anévrismes qui font saillie au dehors. Dans ce cas, les signes de compression interne n'ont pas lieu, ou du moins ils sont extrêmement faibles, par la raison toute simple que la tumeur trouvant à se dilater sans obstacle en dehors, à travers les espaces intercostaux, ne détermine aucune pression, aucune gêne appréciable sur les organes thoraciques. Quand les tumeurs anévrismales appuient sur la région postérieure du thorax, le diagnostic en devient fort obscur encore.

En résumé, chez le malade en question, quoiqu'il y ait de fortes présomptions pour l'existence d'une tumeur anévrismale derrière le sternum, on ne peut cependant pas rigoureusement prononcer ce diagnostic. Quelquefois un simple rétrécissement de l'aorte pourrait produire les phénomènes qu'on observe ici. Quoi qu'il en soit, il est de toute prudence de prescrire chez cet homme un traitement tel qu'il puisse être utile à la maladie présumée. M. Chomel, inclinant fortement à considérer cette affection comme un anévrisme, pense que ce serait le cas de recourir à la méthode de Valsalva appliquée avec mesure.

Le pronostic de cette affection est certainement très grave ; mais quand on réfléchit cependant que depuis son origine la maladie n'a pas fait de sensibles progrès, on peut encore espérer ici, sinon d'obtenir une guérison, au moins ralentir encore la marche de la maladie et de prolonger jusqu'à un terme très éloigné son issue funeste. On a pendant long-temps considéré les anévrismes de l'aorte comme entraînant toujours et nécessairement la mort ; aujourd'hui on pense que la guerison peut, dans quelques cas, avoir lieu. Cependant, chez quelques-uns des premiers malades auxquels on a fait l'application de la méthode de Valsalva bien dirigée et avec énergie, la guérison n'a point eu lieu ; mais il s'agissait, il faut le dire, de ces tumeurs anévrismales de l'aorte centrale, en forme de fuseau, c'est-à-dire formées aux dépens de la totalité de la circonférence de l'artère, cas où évidemment toute chance de guérison était impossible. Dans les cas, au contraire, où la tumeur n'est développée que sur un des côtés de l'artère et où elle ne communique avec le vaisseau que par un petit orifice, on peut espérer de guérir par la méthode en question.

Malheureusement, cette distinction si importante pour le pronostic est presque impossible à constater pendant la vie des malades ; c'est ce qui doit rendre le médecin fort circonspect. Ici, le cas paraît encore favorable, car il s'agit d'un malade qui est dans de bonnes conditions. On s'est borné pour le moment à pratiquer une saignée du bras qui a paru amender légèrement les symptômes, et à prescrire à ce malade un trai-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la prostitution et de ses conéquences dans les grandes villes, et dans la ville de Lyon en particulier ; de son influence sur la santé, le bien-être, les habitudes de travail de la population ; des moyens d'y remédier. Ouvrage qui a remporté, en 1841, le prix proposé par la Société de médecine de Lyon ; par M. A. POTTON, docteur-médecin, médecin désigné de l'hospice de l'Antiquaille. — Un vol. in-8°.

Il appartenait à la médecine de donner à la morale et à la philosophie ce bel et noble exemple de pénétrer dans les profondeurs les plus répugnantes de cette plaie sociale qu'on appelle prostitution ; de ne reculer devant aucun détail quelque repoussant qu'il soit, d'en poursuivre l'examen depuis le salon impudemment élégant de la courtisane de haut ton jusqu'au bouge infect de la fille à soldat ; de montrer dans l'organisation actuelle de la société les causes les plus efficaces de cette abjection morale ; de conseiller enfin les moyens de l'amoindrir et de la rendre moins funeste puisqu'il est à peu près convenu qu'il serait imprudent et d'ailleurs impossible de la détruire entièrement. On se rappelle la sensation profonde que produisit l'ouvrage de Parent-Duchâtel ; plusieurs villes importantes de la France et de l'étranger ont modifié dans le sens indiqué par ce médecin, les réglemens de police qui régissent la prostitution, et déjà s'est fait remarquer une diminution notable soit dans le nombre des prostituées, soit dans la fréquence des maladies qu'elles occasionnent. Ainsi s'accomplit la mission humanitaire de notre art que quelques philanthropes boursouflés peuvent bien poursuivre de leurs attaques et de leurs sarcasmes, mais qu'il n'est pas en leur pouvoir de faire dévier de sa voie bienfaisante.

La ville de Lyon, la plus importante ville de France après la capitale, se trouve placée dans des conditions d'une infériorité déplorable pour tout ce qui concerne la police de la prostitution. La Société de médecine de cette ville, frappée de l'organisation vicieuse à laquelle l'administration ne remédiait pas, a voulu, autant qu'il était en elle, attirer son attention sur ce point en le donnant pour sujet de prix. La Société a été bien inspirée, car elle a pu couronner un mémoire fort remarquable qui ne laisserait à l'administration de cette grande ville aucune excuse si elle ne réformait de fond en comble les réglemens de son bureau de mœurs.

Le mémoire de M. le docteur Potton est donc composé dans un but tout spécial, tout local, puisque, pour être fidèle au programme du concours, il a dû concentrer ses recherches sur la ville de Lyon. L'auteur recherche d'abord les causes de la prostitution et de la syphilis dans cette ville. « Centre d'une industrie de premier ordre, d'un commerce très étendu, Lyon qui depuis plusieurs siècles compte des milliers d'habitans, a dû subir, dès le principe, les conséquences de son organisation. Le négoce, en général, est signalé par les anciens législateurs comme une cause de corruption ; il est reconnu que les nations les plus commerçantes se sont montrées toujours les plus dissolues. » Aussi de tout temps, et d'après les témoignages historiques exposés par l'auteur, est-il constant que la prostitution s'est exercée sur une grande échelle dans cette ville. Quant à la syphilis, Lyon a été aussi une des premières localités de France infectées par elle. » Au retour de la campagne d'Italie, Charles VIII y laissa *le mal de Naples* dont ses soldats étaient infectés. On trouve dans une curieuse chronique du temps, intitulée ; *Séjours de Charles VIII et Loys XII à Lyon sur le Rosne*, le précieux document qui suit : « Entra à Lyon le Roy avec toute sa
» noblesse moult bien accompaigné de tous ses gens d'armes, tant ar-
» chiers, gentils hommes. pensionnaires, que de tous autres domesti-
» ques, triomphant en victoire..... En ce mesme temps (1496) vindrent
» en France plusieurs des gens du Roy, lesquels avoient une manière
» de maladie que aucuns appelloient la grant gorre, les autres la grosse
» verolle, et aucuns la maladie de Naples, à cause que les François
» venant de Naples en estoient malades, dont on fut bien esbahy en
« France, et disoit-on que les Lombards avoient este inventeurs de
» cette maladie pour se venger des François. »

Parmi les causes actuelles de la fréquence de la prostitution et de la syphilis dans Lyon, l'auteur signale en première ligne l'augmentation de la population qui porte principalement sur la classe ouvrière. Sur une population totale d'à peu près 200 mille habitans, la classe ouvrière figure pour 90 mille habitans, tous jeunes, la plupart célibataires, et parmi lesquels les filles surpassent les garçons dans la proportion de 6 à 5. Or, il est prouvé que le célibat et la prostitution marchent ensemble.

Les perturbations politiques qui ont agité Lyon et qui ont produit de si fréquens chômages, l'abaissement du prix des salaires qui a frappé surtout sur les femmes, et qui a rendu chez elles la prostitution un moyen d'existence et un supplément au prix de leur travail ; la misère, en un mot, conduit au vice une grande partie des prostituées de Lyon. La souffrance et la faim pour le corps ; pour l'âme l'oblitération des sentimens de famille, l'absence des idées religieuses, l'inclination au mal, l'exemple, l'imprévoyance, telles sont les causes les plus générales de la prostitution signalées par M. Potton. Il signale encore l'organisation vicieuse du travail telle qu'elle existe à Lyon, où les ouvriers des deux sexes sont réunis dans les mêmes ateliers. De cette promiscuité des sexes résultent les plus effroyables désordres pour la morale et pour la santé publique. L'auteur a énergiquement tracé ce tableau qui frappera, nous l'espérons, l'esprit de l'administration lyonnaise.

Quant au nombre des prostituées dans la ville de Lyon, l'auteur l'élève au chiffre de 4400. Ainsi, en portant à 200,000 âmes l'ensemble de la population lyonnaise, on trouve *une* femme se livrant au libertinage sur 50 individus. Admettant que les femmes entrent, à Lyon, pour la moitié dans ce chiffre, il reste une femme sur 25 qui s'adonne

tement purement hygiénique ; si dans quelque temps il désire rentrer à l'hôpital, on avisera aux moyens de le soumettre à un traitement complet.

Symptômes apoplectiques. Hémiplégie gauche. Invasion brusque. État fébrile et contractures joints aux phénomènes paralytiques. Hémiplégie incomplète du même côté, datant de huit ans. Mort. Ramollissement d'une petite portion de la pulpe cérébrale du côté droit, d'origine récente. Point de traces de lésion ancienne.

Au n° 9 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme entrée de la veille (26 janvier) ; cette femme, âgée de cinquante-trois ans, offrait, lors de la première visite, l'état suivant : décubitus sur le dos dans une immobilité complète, yeux entr'ouverts, bouche contractée, figure immobile, expression extraordinaire résultant d'un mélange d'état extatique et de dédain ; légère déviation des globes oculaires, perte de l'intelligence. L'état des membres offre des différences notables des deux côtés. Le membre thoracique droit conserve le mouvement et se meut automatiquement en tous sens ; le membre gauche est immobile, ainsi que le tronc et les membres abdominaux. La motilité toutefois n'est point complètement éteinte dans ces derniers et dans le membre thoracique gauche. Lorsqu'on pince l'avant-bras gauche on provoque un petit mouvement et une expression de douleur ; les mêmes phénomènes s'observent lorsqu'on pince les membres abdominaux. La motilité, comme on le voit, n'est donc point entièrement anéantie, mais elle est considérablement affaiblie. Quant à la sensibilité, elle est, en partie au moins conservée, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'expression de douleur que provoquent les chatouillemens des membres et par la contraction des pupilles à la lumière, bien qu'elles soient habituellement dilatées. Le pouls est assez plein et élevé, il est fréquent, donnant environ 120 pulsations par minute. La déglutition n'est point interrompue. La langue conserve la rectitude normale ; elle est un peu humectée et d'une couleur naturelle.

Cette femme offre donc, d'après les symptômes que nous venons d'énumérer, les caractères d'un état apoplectique ; perte du mouvement, diminution notable de la sensibilité et abolition incomplète de l'intelligence. Cet état apoplectique peut dépendre, comme on le sait, de causes différentes ; il peut, suivant la nature des causes, soit une inflammation de de la pulpe cérébrale, un corps étranger développé dans la boîte osseuse du crâne, ou une hémorrhagie, survenir lentement ou bien d'une manière brusque et instantanée, et enfin offrir des symptômes variés selon le lieu qu'occupent ces diverses lésions. D'après les renseignemens qu'on a pu recueillir sur l'état antérieur de cette femme, il paraîtrait qu'elle était déjà malade depuis quelque temps lorsqu'elle fut saisie brusquement par l'invasion des symptômes apoplectiques ; on avait notamment observé chez elle un peu de cécité et une faiblesse des membres abdominal et thoracique du côté gauche. La veille du jour où elle est entrée à l'hôtel-Dieu, cette femme était assise devant le feu tenant un enfant dans ses bras, lorsqu'elle perdit tout à coup connaissance et se laissa tomber de dessus sa chaise ; elle fut trouvée aussitôt paralysée de la moitié du corps. Une saignée lui fut immédiatement pratiquée, après quoi on la conduisit à l'hôpital.

Tout portait à penser jusque là, par la manière brusque dont la maladie a débuté, la perte immédiate et complète de sentiment et de mouvement, malgré les phénomènes précurseurs vagues et douteux qui avaient été signalés, que cette femme était tombée sous le coup d'une hémorrhagie cérébrale. M. Chomel fait cependant ses réserves à cet égard. Nous avons vu, dit-il, plusieurs cas analogues à celui-ci, où tout faisait croire à l'existence d'une hémorrhagie, tandis que l'autopsie est venue démontrer que les symptômes apoplectiques avaient été produits par un ramollissement ou toute autre lésion de la substance cérébrale. Vous pouvez vous rappeler entre autres exemples récens celui d'un homme d'âge tombé brusquement dans un état apoplectique complet et dont l'état précédent semblait indiquer une santé parfaite ; cet homme ayant succombé dans les vingt-quatre heures, au lieu d'une hémorrhagie que l'on s'attendait à trouver on a rencontré un ramollissement.

Dans le fait dont il s'agit ici, il existe à cet égard des phénomènes antérieurs et des symptômes précurseurs des doutes qui jettent de l'obscurité sur le diagnostic. Il existe un état fébrile ; la paralysie du bras gauche s'accompagne d'un peu de contracture, on éprouve une certaine résistance lorsqu'on veut fléchir le membre qui est habituellement maintenu dans une extension complète, et lorsqu'il est fléchi il se détend à la manière d'un ressort. Ces phénomènes ne sont pas sans quelque valeur, et, joints aux renseignemens qui ont été donnés, si ces renseignemens sont exacts, tant sur les phénomènes morbides précédemment éprouvés par cette malade que sur l'invasion brusque des derniers symptômes, ils nous laissent dans l'indécision sur la nature de ces accidens et doivent nous rendre circonspects à l'égard du diagnostic. Seulement on peut affirmer que l'on n'a affaire ni à une hydropisie des ventricules, ni à un épanchement dans la pie-mère ; car les phénomènes apoplectiques seraient doubles et ils n'ont évidemment lieu ici que d'un seul côté. On ne peut donc présumer ici qu'une lésion circonscrite dans un seul côté, ou une hémorrhagie ou un ramollissement du côté droit.

Depuis hier la sensibilité semble s'être un peu accrue ; la malade paraît sentir lorsqu'on déprime légèrement la peau avec l'ongle. Elle donne quelques signes d'une intelligence vague ; elle paraît entendre et fait quelques efforts comme pour répondre aux questions qu'on lui adresse. A en juger par ces signes, il y aurait un peu d'amélioration ; mais l'état du pouls est resté le même et c'est une circonstance très grave, et qui dénote toujours un très grand péril, lorsque après un ou deux jours de cet état apoplectique le pouls persiste dans le même état de développement et de fréquence, surtout lorsque cette persistance se montre après une ou deux saignés. En tout état de choses, le pronostic est donc très grave. Si nous pouvions diagnostiquer avec certitude un ramollissement du cerveau, nous n'hésiterions pas à prédire une issue funeste certaine. Dans le cas où nous aurions affaire à une hémorrhagie, il resterait peut-être quelques chances, mais encore ces chances seraient elles considérablement amoindries par la persistance de l'état du pouls dont nous venons de parler. On prescrit à cette malade une nouvelle saignée du bras, des ventouses scarifiées à la nuque et une potion purgative.

— Le lendemain 28, vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital de cette malade, elle avait succombé. D'après les renseignemens nouveaux qu'on a pu se procurer auprès des parens, on a appris que la faiblesse du bras gauche durait depuis huit ans, époque où cette femme avait éprouvé du malaise et des symptômes morbides dont les caractères n'ont pu être donnés. M. Chomel fait observer à ce sujet-là que cette femme avait probablement essuyé déjà une première attaque apoplectique qui avait dû produire d'abord une demi-paralysie, puis une simple faiblesse du membre gauche, et qu'il était possible qu'à l'autopsie on retrouvât les traces des premiers accidens.

L'autopsie faite immédiatement, on a trouvé à la surface du lobe gauche du cerveau un point ramolli, diffluent et comme réduit en bouillie, dans une étendue limitée et du volume d'une noix environ; point d'épanchement dans les ventricules; point d'apparence de lésion de la surface de l'hémisphère droit. Mais en examinant plus minutieusement le cerveau, après l'avoir coupé à petites tranches, on a trouvé dans le corps strié du côté droit une espèce de noyau jaunâtre, du volume d'une petite noisette, et contenant dans son centre une nappe ramollie à demi fluide, ayant tous les caractères du véritable pus. C'est très probablement en ce point qu'a eu lieu anciennement l'épanchement sanguin qui a donné lieu aux phénomènes hémiplégiques existant chez cette femme depuis plusieurs années, tandis qu'on doit, suivant toute apparence, attribuer à la première de ces altérations les derniers phénomènes apoplectiques qui ont terminé les jours de la malade.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Traitement de la blennorrhagie.

Les recherches auxquelles M. Ricord s'est livré dans le but d'étudier les sécrétions morbides qui sont la conséquence des maladies vénériennes, lui ont permis d'établir d'une manière incontestable que l'identité du pus fourni par les chancres et celui de la blennorrhagie ne saurait jamais être admise.

Le pus du chancre contient seul, à une période donnée de son existence, le virus syphilitique inoculable, tandis que le pus blennorrhagique expérimenté dans les mêmes conditions, ne peut jamais donner lieu à la production de la pustule caractéristique, qui résulte à coup sûr de toute inoculation lorsqu'on porte sous l'épiderme ou sous l'épithélium la matière qui renferme le virus, cause première et nécessaire de la vérole.

Si l'on ajoute à ce fait important que les observations recueillies pendant dix années à l'hôpital des Vénériens, n'ont pas fourni un seul cas d'infection syphilitique générale, qui reconnut pour seule cause une blennorrhagie, il sera facile de comprendre pourquoi M. Ricord considère l'urétrite blennorrhagique comme une affection purement inflammatoire.

Nous allons donc étudier sous ce point de vue la thérapeutique adoptée à l'hôpital des Vénériens pour combattre les formes variables et les divers degrés de l'urétrite blennorrhagique.

Mais avant tout, il ne sera pas inutile de rappeler quelques considérations particulières sur la maladie en elle-même.

Dès son début, la blennorrhagie contractée dans des rapports sexuels, doit toujours être considérée comme une affection locale, et qui demeure telle dans la majorité des cas.

Lorsque l'urétrite est accompagnée ou suivie d'accidens ou de complication, il résulte des relevés comparatifs qui portent sur la totalité des observations recueillies à l'hôpital, que si quelquefois la maladie manifeste son action par des phénomènes produits dans les tissus qui se trouvent dans les conditions favorables de continuité ou de contiguité, les effets sympathiques ou à distance ne se montrent que très rarement.

Enfin, d'une manière générale, les complications de la blennorrhagie se présentent presque toujours dans leur ordre de fréquence et de gravité, en raison directe de l'intensité de l'urétrite, et particulièrement à raison de sa persistance.

La durée des périodes que peut parcourir la blennorrhagie, n'a rien de précis, et l'intensité de l'affection dès le début se trouvant en raison de l'étendue des surfaces intéressées, et de la profondeur à laquelle atteint la maladie, l'écoulement ne peut, dès son apparition, se montrer avec les caractères qui appartiennent à la période de sa plus grande violence.

La marche de l'arthrite blennorrhagique n'est jamais soumise à des lois d'une régularité absolue ; et, bien que dans plusieurs cas elle suive une série de périodes successives, depuis la super-sécrétion muqueuse jusqu'à la sécrétion purulente, pour parcourir, après un temps variable et en sens contraire, les degrés qui l'avaient amenée à cet état de plus grande acuité, on ne peut établir que toujours la régularisation de la blennorrhagie soit nécessaire pour la guérison ; car on ne saurait éviter la sécrétion purulente sans augmenter d'autant l'acuité du mal, qui peut, soit par les forces de la nature, soit sous l'influence d'une action médicatrice, reconnaître pour dernier terme chacun des degrés que l'on avait arbitrairement considérés comme obligatoires pour une guérison régulière.

C'est aussi d'après ces considérations que M. Ricord a pu établir en principe que les prétendus dangers de la répercussion des écoulemens ou de leur guérison rapide, sont chimériques, et que l'on peut admettre la proposition contraire qui veut que plus vite on guérit, et plus tôt aussi l'on se met à l'abri des accidens. Le traitement de la blennorrhagie doit donc tendre à empêcher son développement, à diminuer l'intensité de ses symptômes quand on n'a pu l'arrêter au début ; et enfin, dans tous les cas, à en abréger la durée autant que possible.

Nous aurons à traiter ainsi de la médication appliquée sous ces divers points de vue.

Les malades se présentent assez rarement à l'hôpital à une époque assez voisine du début de la maladie pour que le traitement abortif puisse être appliqué dans les conditions les plus favorables au succès. Cependant, en général, toutes les fois qu'il n'y a pas encore de signes de vive inflammation, et que le mal ne date que de trois ou quatre jours, bien souvent M.

à la débauche: comme un quart à peine, par sa position, par son âge, tombe dans les conditions que le vice exige, on arrive à cette proportion énorme, de rencontrer une femme sur 10 vivant dans le désordre. Ajoutons enfin que l'auteur ne comprend pas dans ces calculs les femmes inscrites à la mairie, qui se prostituent publiquement, aux yeux de tous, mais simplement celles qui n'ont pas perdu tout sentiment de pudeur, qui essaient encore de voiler leur inconduite.

Dans une deuxième partie, l'auteur examine l'influence exercée par la prostitution et la syphilis sur la santé, les habitudes, le travail et le bien-être de la population ; et, par des considérations qu'il serait trop long d'analyser, il démontre que la syphilis agit sur la santé publique par son caractère spécial ; qu'elle nuit au bien-être du peuple par les accidens qui lui sont propres, par les phénomènes morbides qui en résultent, par les altérations, les dégénérescences qu'elle amène dans l'organisme, par les désordres moraux qui l'accompagnent ou qui la suivent dans la classe ouvrière, par la suspension ou la diminution des travaux, par l'accroissement des dépenses qu'elle nécessite ; enfin par les charges énormes qu'elle fait peser sur la société tout entière.

La troisième partie est consacrée à l'examen de l'état des secours publics dans la ville de Lyon. Après un historique étendu, l'auteur arrive à l'état actuel des choses. Il n'existe à Lyon qu'un seul établissement où l'on reçoive des syphilitiques, et cet établissement est fondé sur des bases plus qu'insuffisantes. Il ne peut recevoir qu'un nombre très limité de malades, dont les uns sont soignés aux frais de la ville, et les autres paient de leurs propres deniers. 85 lits sont destinés aux filles publiques, aux femmes indigentes, aux ouvrières lyonnaises envoyées par l'autorité municipale ou départementale ; douze places sont réservées pour les femmes vénériennes *payantes* qui se présentent, et entrent librement. Une seule salle de 25 à 30 lits reçoit les hommes syphilitiques traités aux frais de la ville ou des départemens circonvoisins. Une infirmerie pouvant contenir 28 ou 30 malades est disposée pour recevoir les vénériens payans. Ainsi, aujourd'hui, sur 160 places environ occupées par les affections vénériennes, 110 seulement sont gratuites, les autres exigent une rétribution de 1 fr. 25 c. par jour. Cet état des choses, si évidemment insuffisant, fournit à l'auteur des considérations pleines d'intérêt pour les améliorations à faire. Il en est une notamment à laquelle l'administration ne peut se dispenser de procéder au plus tôt. Elle a oublié ces belles paroles de M. de Gérando :

« Le respect dû à la pauvreté ou à l'infortune veut qu'on crée des distinctions entre les filles malades par suite de débauches et les victimes innocentes. Les bonnes mœurs souffrent de ce rapprochement ; il y a nécessité d'introduire entre elles une classification relative au degré plus ou moins prononcé de corruption (1). »

A l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, cette séparation n'existe pas : les filles publiques qui ont perdu tout sentiment de pudeur ne sont pas isolées des femmes malheureuses, des filles séduites, mais non perdues sans retour ; compromises par la passion ou par une faute qui leur est étrangère, elles sont mélangées avec des créatures dont la société les blesse ou les pervertit.

Les moyens de surveillance employés par la police portent à Lyon le même cachet d'insuffisance. La police n'a guère d'action que sur 280 filles inscrites, dont un grand nombre, celles surtout qui appartiennent aux maisons de premier ordre, lui échappent entièrement. La visite n'a lieu qu'une fois par mois, et à jour fixe, et à heure dite ; de sorte que les maîtresses de maison, averties d'avance, peuvent facilement soustraire leurs filles malades ou leur en substituer momentanément d'autres qui n'ont rien à craindre de l'examen.

Dans sa dernière partie, l'auteur expose ses idées sur les moyens d'amoindrir les ravages de la prostitution et de la syphilis dans la ville de Lyon. Il réclame avec mille raisons une réforme radicale dans l'emploi des moyens dont la police dispose et des efforts plus sérieux de la part de l'administration pour augmenter et améliorer les secours publics.

(1) De la bienfaisance publique.

Nous n'avons pu qu'indiquer quelques points principaux traités dans ce mémoire remarquable et plein d'intérêt. Notre jugement sur ce travail étant en tout conforme à celui de la Société de médecine, l'a couronné, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire quelques passages du rapport dont il a été l'objet.

« Ce mémoire forme un bon travail, où le sujet que vous avez mis au concours est traité d'une manière très détaillée, et l'on peut dire presque complète ; les principes qui y sont soumis annoncent un philanthrope éclairé, ami du bien et de la vérité. L'auteur a fait preuve d'érudition et d'une érudition bien choisie..... Si les mesures qui y sont proposées étaient adoptées, nous pourrions concevoir l'espérance de voir beaucoup diminuer dans notre ville cette hideuse maladie qui fait tous les jours de si nombreuses victimes..... »

Enfin, comme le rapporteur, nous reprocherions aussi à ce travail un peu de confusion, quelques longueurs et des répétitions, taches légères qui disparaissent dans le véritable intérêt que présente l'ensemble. Peut-être aussi regretterons-nous que l'auteur se soit éloigné de l'excellente et sévère méthode dont Parent-Duchâtelet lui avait donné le modèle dans son ouvrage sur la prostitution dans Paris. Les opinions de M. Potton y eussent certainement gagné en précision et en valeur ; car, il faut bien le reconnaître, le règne des assertions pures et des preuves approximatives est décidément fini.

MM. les agrégés à la Faculté de médecine de Paris ont touché pour solde du dernier trimestre la somme de cent soixante-quatorze francs. Aujourd'hui nous nous bornerons à mentionner ce fait. Tous les bons esprits s'accordent à dire que l'agrégation réclame des modifications importantes. Nous nous occuperons prochainement de cette question qui nous paraît devoir offrir le plus grand intérêt.

Ricord fait avorter la blennorrhagie par l'usage des injections avec une solution de nitrate d'argent, et la dose qui se prête à la majorité des cas est de 10 centigrammes de nitrate d'argent pour 200 grammes d'eau distillée. Ces injections, dans lesquelles on peut, selon les indications, augmenter la dose du principe actif, sont administrées matin, midi et soir, une injection chaque fois. Du reste, pour leur nombre comme pour la dose de nitrate, on doit se baser sur le plus ou moins de sensibilité de la muqueuse urétrale, sur laquelle elles doivent amener une super-sécrétion aiguë. On ne saurait donc arrêter de prime-abord la dose à laquelle il faudra recourir pour atteindre cet état; car il est des circonstances dans lesquelles la première formule que nous avons indiquée a suffi pour arriver presque de suite au but, tandis que chez quelques malades M. Ricord a dû recourir à l'application du nitrate d'argent solide étendu rapidement sur toute la muqueuse urétrale à l'aide du porte-caustique de M. Lallemand.

Afin d'aider à la médication locale, et pour empêcher des érections souvent douloureuses, on administre le camphre, soit en pilules, soit en lavemens, d'après les formules suivantes :

Pr. Camphre,	3	grammes.
Extrait thébaïque,	50	centigr.
Mucil. q. s. pour	20	pilules.

A prendre de une à trois pilules le soir.

Pr. Eau,	200	grammes.
Camphre pulv.	50	centigr.
Extrait thébaïque,	5	centigr.
Jaune d'œuf,	1	

M. pour un lavement à prendre le soir.

En même temps M. Ricord fait prendre le copahu à haute dose.

A l'hôpital, on donne communément de 20 à 30 grammes de cubèbe. Le médicament en poudre, avec addition de 1 à 4 grammes d'alun, est délayé dans un verre d'eau et pris en trois doses, matin, midi et soir.

Le copahu, administré sous forme de potion le plus souvent, et quelquefois en lavement, lorsque les voies digestives supérieures ne sont pas convenablement disposées pour tolérer son passage, bien qu'il constitue un des meilleurs anti-blennorrhagiques, comme nous le verrons plus tard, est loin de fournir, à l'hôpital, tous les avantages qu'il pourrait donner, et cela à cause de la difficulté que l'on éprouve pour le faire avaler aux malades, auxquels il cause souvent un dégoût insurmontable et des vomissemens. Pour éviter ces inconvéniens, dans la pratique privée, M. Ricord emploie les capsules au baume de copahu préparées d'après le dernier perfectionnement de M. Mothès, et dans lesquelles le médicament se trouve pur et dans l'impossibilité d'occasionner du dégoût.

Sous l'influence de cette médication combinée, dès que l'on a produit l'état de super-sécrétion dont nous avons parlé, il faut cesser les injections et continuer les balsamiques à doses successivement décroissantes.

Mais au lieu de s'éteindre rapidement dès que l'on suspend la médication locale, si l'irritation de l'urètre continuait à faire des progrès ou persistait sans amendement, il faudrait avoir recours au traitement de la période inflammatoire de la blennorrhagie.

Telle est, dans la plupart des cas, la marche de la médication abortive de l'urétrite blennorrhagique. Quelquefois cependant, les injections de nitrate d'argent à faible dose, sans déterminer de vives réactions, tarissent progressivement la sécrétion morbide, en exerçant sur la muqueuse urétrale une action que l'on pourrait présumer siccative; et dans ce cas, comme dans les circonstances plus communes que nous avons indiquées, l'administration des balsamiques aide puissamment à la guérison et la consolide par son influence médicatrice, continuée d'après le mode que nous avons indiqué.

Mais, ainsi que nous venons de le dire, soit que l'état aigu se montre sous l'influence des injections ou des balsamiques, soit que la médication ait été impuissante pour empêcher la marche de la maladie, on doit cesser d'avoir recours à une thérapeutique inutile et qui pourrait même alors aggraver l'état du malade.

Contre la période aiguë de la blennorrhagie, M. Ricord mesure toujours l'énergie des moyens antiphlogistiques à l'intensité de l'inflammation. Les malades doivent garder le repos autant que possible; l'organe affecté surtout doit être tenu à l'abri de toute excitation. Pendant la marche, ou bien si l'on est obligé de se tenir debout, il faut porter un suspensoir, afin de prévenir tout accident de froissement ou de congestion qui pourrait devenir la cause déterminante d'un appel de l'irritation sur l'épididyme. Pour agir d'une manière convenable, le suspensoir ne doit être ni trop serré ni trop large; dans le premier cas, il pourrait exciter à la production du mal, et dans le second son action serait illusoire. Il faut que les testicules soient mollement soutenus par un tissu agissant en vertu d'une réaction élastique.

Le régime alimentaire doit être sévère, mais pourtant toujours en rapport avec l'état général du malade. Dans la majorité des cas, M. Ricord prescrit seulement des bouillons et des soupes, tant que l'état inflammatoire n'a pas commencé à baisser d'une manière notable.

Les irritans de tout genre, le vin, les liqueurs, le café, la bière, doivent être défendus. Dans les salles de l'hôpital, la sévérité de ces prescriptions est facile à maintenir, mais dans la pratique particulière des villes, les malades peuvent quelquefois difficilement se soumettre à toutes les exigences d'un pareil traitement. Aussi ne devient-il de rigueur absolue que dans les cas où l'inflammation menace de se compliquer d'accidens. Toujours est-il que bien souvent la disparition des symptômes de l'état aigu paraît être sous l'influence directe du soin avec lequel on s'abstient des alimens ou des boissons qui peuvent déterminer l'excitation de l'organisme ou charger les urines de principes irritans.

C'est afin d'atteindre ce but que M. Ricord ne prescrit que ce qui est nécessaire pour soutenir les forces du malade, et qu'en même temps qu'il entretient la liberté du ventre, les urines sont rendues aussi aqueuses que possible par des boissons abondantes. A l'hôpital, on donne la tisane commune (décoction de chiendent et de réglisse) : ailleurs, les boissons rafraîchissantes en général peuvent être laissées au goût des malades.

Voici, du reste, comment M. Ricord a formulé les soins à donner contre les progrès de la période d'acuité. Liberté du ventre à l'aide de lavemens ou de légers purgatifs; bains entiers tièdes et prolongés, en tenant compte toutefois de leurs effets, quelques malades ne s'en trouvant pas bien; bains locaux comme soin de propreté ou comme sédatifs, en évitant encore qu'ils ne congestionnent ou ne favorisent l'œdème; lotions, injections, fomentations, cataplasmes, en suivant les mêmes règles.

En général, l'observation de ces préceptes aide puissamment à la médication curative, peut même quelquefois suffire, et, dans la majorité des cas, est obligatoire.

Dans le traitement de la période d'acuité de la blennorrhée, toutes les fois que l'état général du malade permet d'avoir recours aux évacuations sanguines, on peut en retirer de précieux avantages.

Toutefois, il est important de faire remarquer que ce n'est que dans les cas rares où l'organisme paraît se trouver sous l'influence d'une réaction inflammatoire; que le plus souvent encore on peut avec raison rapporter plutôt à des causes indépendantes de la blennorrhagie qu'à son action très douteuse sur la santé générale; ce n'est que dans ces circonstances, disons-nous, que M. Ricord a recours à la saignée du bras.

Les évacuations sanguines locales demeurent donc applicables chez la majorité des malades, mais elles doivent être faites selon des règles particulières, selon les indications. Le plus ordinairement, M. Ricord préfère enlever de suite une assez grande quantité de sang, afin de juguler en quelque sorte la maladie; il fait appliquer 25, 30 ou 40 sangsues. Enfin, les évacuations sanguines locales doivent avoir pour mesure de leur intensité et pour terme la violence ou la cessation de l'état aigu, en tenant toujours compte de l'état général du malade et des causes particulières d'excitation.

Pour appliquer les sangsues d'une manière convenable, M. Ricord recommande de les placer le plus près possible de l'endroit malade, en évitant, en cas de complication de chancre, les points déclives que pourrait atteindre le pus et la région où le tissu cellulaire trop lâche favorise l'œdème et expose à de graves accidens d'inflammation érysipélateuse, et même de gangrène, comme on l'a vu pour les bourses, la verge, les paupières.

L. R.

HOPITAUX ANGLAIS.

Mydriase. Traitement mécanique; par M. HOCKEN.

Femme de trente-cinq ans, stature moyenne, maigre et pâle, est reçue dans le service de M. Lawrence pour être traitée d'une affection amaurotique. Elle déclare qu'il y a quinze jours sa vue s'est obscurcie tout à coup, sans cause appréciable; elle avait été sujette à des attaques hystériques. L'œil droit était en assez bon état, mais l'œil gauche ne voyait les objets que couverts d'un brouillard; elle éprouvait une douleur gravative au sourcil, s'étendant profondément dans l'œil et à l'occiput. Le brouillard qui couvre la vue est épais, mais sans mouches ni spectres lumineux; pas de photophobie bien prononcée; cependant, lorsque la malade s'exposait à la grande lumière, elle en était un peu incommodée. La pupille de l'œil gauche est moitié plus large que celle du côté droit; elle est immobile, également aux deux yeux. L'œil gauche paraît un peu bombé et dur au toucher; les tissus rétro-iriens paraissent un peu opaques ou nuageux, mais cela variait selon la position de l'observateur. La paupière supérieure du côté gauche paraît faible et plus longue que celle du côté droit. Une petite zône de vaisseaux pâles existe autour de la cornée. La sclérotique de chaque œil est bleuâtre.

Diagnostic obscur; maladie peut-être du fond de l'orbite ou du nerf optique, avec une légère inflammation profonde.

Traitement antiphlogistique. Sangsues, vésicatoires, calomel, purgatifs, etc. Pas de mieux. On essaie de faire regarder la malade à travers un petit trou pratiqué dans une carte; la vision est distincte même pour les petits objets, comme dans l'état normal; seulement la patiente déclare que le champ visuel est très borné. Sortie.

L'auteur conclut de cette expérience, que l'affection avait pour siége le ganglion ophthalmique. Il rapporte un autre exemple pareil.

— Il s'agissait, comme on le voit, dans ce cas, d'une dilatation idiopathique de la pupille, maladie assez rare qu'on confond souvent avec l'amaurose; la rétine pourtant était saine, puisqu'il a suffi de rétrécir artificiellement la pupille en faisant regarder la malade à travers un petit trou pratiqué dans une carte à jouer pour redonner à la vue sa netteté, et que d'ailleurs l'autre œil qui offrait la même paresse pupillaire, mais sans dilatation anormale, jouissait de sa faculté visuelle. L'affection appartenait donc exclusivement à l'iris, ou plutôt aux nerfs iriens qui émanent, comme on sait, du ganglion lenticulaire.

Ce raisonnement, relatif à la cause, n'est, il est vrai, qu'hypothétique, puisqu'on manque de la démonstration directe; mais cela importe peu sous le point de vue du traitement mécanique que l'affection réclame. — Que la dilatation permanente de la pupille soit suffisante pour troubler la faculté visuelle lorsque la rétine est saine, c'est ce que nous voyons tous les jours chez les personnes auxquelles on administre la belladone. Au reste, les détails précédens font comprendre que le moyen déclaircir le diagnostic est très simple et facile. Nous avons rencontré plusieurs ois cette affection chez des enfans, dernièrement encore sur une petite fille d'Orléans, à laquelle nous avons remédié à l'aide de lunettes dont le verre du côté affecté a été rendu opaque à l'aide d'un papier blanc qu'on a collé par derrière, et percé d'un trou dans le milieu de dimension égale à celle de la pupille saine.

Nous avons observé la mydriase plus à un œil qu'aux deux à la fois; elle se guérit souvent à la longue par les seules forces de l'organisme.

Fracture non réunie par cause syphilitique; utilité du sulfate de quinine; par M. THOMSON.

Un soldat, âgé de quarante-sept ans, robuste, s'est fracturé la cuisse au tiers inférieur transversalement; on la traité à l'ordinaire; les fragmens ont été parfaitement coaptés, et tout semblait bien aller jusqu'à la fin de la troisième semaine, lorsque le bandage a été renouvelé, et l'on a trouvé les fragmens tout aussi mobiles et crépitans qu'au moment de l'accident. On a remis le membre dans l'appareil, et, vu l'absence absolue du travail de cal, on a dû en rechercher la cause qu'on a cru trouver dans une syphilis mal traitée que le malade avait eue sept ans auparavant. On a remis le membre dans l'appareil et on a prescrit l'usage des pilules de quinquina combinées à des substances altérantes. Six semaines après, les choses étaient en meilleur état, le cal commençait à se former. Par la continuation du repos et de ces remèdes, la guérison a fini par avoir lieu.

Amputation de la cuisse pratiquée chez un femme enceinte; par M. TARLETON.

Une jeune femme, âgée de vingt-sept ans, a été reçue à l'infirmerie le 30 mars 1841. Depuis six mois elle souffrait d'une nécrose au tibia, occasionnée par l'action du froid, au dire de la malade. Un séquestre de la longueur de cinq pouces et demi était déjà sorti. Cette portion s'étendait dans le haut du tibia, vers l'endroit de l'insertion du ligament rotulien. Cette partie était restée dénudée pendant treize mois avant de s'exfolier; ensuite l'ulcère s'était rétréci; mais depuis un an la malade était allée de mal en pis, la nécrose ayant fait des progrès jusque dans l'articulation du genou. En juin 1840, la malade est allée consulter sir A. Cooper qui lui a dit que sous peu elle devra se faire couper la cuisse.

A son entrée à l'hôpital, un examen attentif fait reconnaître que l'articulation était intéressée; l'amputation a paru indispensable; mais la femme était enceinte de quatre mois, il n'y avait pas de temps à perdre. Attendre cinq mois encore pour l'opérer, c'eût été exposer la vie de la malade. En conséquence elle a été opérée de suite. Elle a parfaitement guéri; le moignon s'étant cicatrisé sans accident. La grossesse a continué sa marche; l'accouchement a eu lieu heureusement à terme, et la femme nourrit très bien son enfant.

— Des opérations sanglantes, des amputations, ont été à différentes époques pratiquées sur des femmes enceintes. Le plus souvent cependant elles ont déterminé l'avortement. Sous ce rapport le fait ci-dessus est donc digne d'intérêt et doit encourager les chirurgiens à imiter au besoin la pratique suivie dans cette observation et se tenir en même temps prêts à conjurer l'orage utérin.

Hernie fémorale étranglée. Opération. Réduction sans ouvrir le sac; par M. GREEN, chirurgien de l'hôpital St-Pierre, à Bristol.

Un homme âgé de quarante-huit ans a été reçu à l'hôpital le 4 avril 1841, pour être traité d'une affection fébrile. Il avait séjourné pendant trois semaines dans une salle de médecine, et il a été traité pour une fièvre gastrique accompagnée de vomissemens continus dont il a fini par guérir.

A son entrée dans le service de chirurgie, on trouve l'état suivant : constipation depuis deux jours, pour laquelle des purgatifs avaient été administrés inutilement; envies de vomir depuis un jour, douleur légère dans l'abdomen. Le malade est affecté d'une double hernie depuis quelques années. L'une est inguinale à droite, l'autre crurale à gauche. La première est petite et réductible, la seconde offre le volume d'un œuf de poule, est excessivement tendue, mais sans douleur ni même sensibilité; la peau est de couleur naturelle, mais le contenu de la tumeur n'est point réductible; l'abdomen est mou à la pression; le malade vomit toute la journée; pouls naturel. On prescrit un lavement qui fait rendre des matières dures; on en donne un second de séné et d'huile de térébenthine. La soirée se passe dans le même état. On répète le lavement et l'on attend.

Le 7, à huit heures du matin, la tumeur offre les mêmes apparences; toujours irréductible; pas de douleur à la pression de l'abdomen. Le malade a vomi toute la nuit.

A une heure après midi, la peau de la tumeur a changé de couleur, elle est légèrement rouge; le malade vomit de la matière stercorale, se plaint de douleur vive à l'abdomen; physionomie exprimant l'anxiété. On réunit en consultation les chirurgiens de l'hôpital, l'opération est décidée et pratiquée sur-le-champ par M. Green.

La peau et le fascia superficialis ayant été divisés, puis les tissus graisseux ainsi que des ganglions lymphatiques écartés, on arrive au *fascia propria* qu'on divise à son tour. Le sac est mis à découvert ainsi que le siége ordinaire de l'étranglement à l'arcade crurale. On débride délicatement le bord inférieur de cette arcade sur plusieurs points, sans intéresser le sac; on essaie de réduire en comprimant doucement celui-ci; les viscères rentrent avec bruit et le sac intestinal est resté en place, flasque et vide. Les suites ont été heureuses.

(*Provincial méd. and surg. journ.*, sept. 1841.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique du principe actif de l'élatérium.

On doit à M. Moreix la découverte du principe actif de l'élatérium; c'est une matière cristallisable à laquelle il a donné le nom d'élaté-

rine, et pour la préparation de laquelle M. Soubeiran a indiqué un procédé. Voici venir maintenant M. Bird qui fait connaître la méthode suivante comme étant la plus avantageuse pour arriver à l'obtenir.

On fait d'abord bouillir la substance dans l'alcool, on filtre et on fait évaporer jusqu'à siccité la teinture qui résulte de ce traitement; alors on a pour résidu un mélange d'une résine verte, avec un peu d'une matière soluble dans l'eau et d'élatérine, qu'on soumet à l'action d'un soluté de potasse. Ce liquide dissout les deux premières substances et laisse la dernière sous forme d'une poudre cristalline blanche. Elle est inodore, d'une saveur amère; elle est presque insoluble dans l'eau, mais elle se dissout en petite proportion dans l'alcool, et si la solution a été faite à l'aide de la chaleur, de telle sorte qu'elle se trouve en excès, elle se précipite par le refroidissement du menstrue; car 8 grammes (2 gros) d'alcool rectifié peuvent à peine en tenir 5 centigrammes (1 grain) en solution, à la température ordinaire. Elle est peu soluble dans l'éther à froid; l'eau la précipite de ses solutions alcoolique et éthérée, à moins qu'elle n'y soit contenue en petite quantité. Elle paraît être insoluble dans les acides étendus et dans la solution de potasse.

De nombreuses expériences ont été faites pour déterminer le mode le plus convenable d'administrer cette substance comme agent thérapeutique et à petite dose. Voici deux formules qui ont paru devoir mériter la préférence.

1° *Solution alcoolique d'élatérine.*

Pr. Elatérine, 20 centigrammes;
Alcool rectifié, 120 grammes.

Faire dissoudre S. A. à l'aide d'une douce chaleur.

Chaque dose de 2 grammes (demi-gros) contient un peu plus de 3 milligrammes d'élatérine (un seizième de grain environ).

2° *Poudre d'élatérine composée.*

Pr. Elatérine, 20 centigrammes;
Bitartrate de potasse, 40 grammes.

Mêler exactement et partager ensuite la poudre obtenue en soixante-quatre doses parfaitement égales, dont chacune contiendra environ 3 milligrammes d'élatérine.

D'après des essais souvent répétés, il paraît qu'on peut commencer l'administration de cette substance par la dose de 3 milligrammes (un seizième de grain); donnée à cette dose toutes les trois ou au plus toutes les deux heures, elle produit toujours une action vive, amène d'abondantes selles aqueuses, sans coliques ni autres inconvéniens. Il faut ajouter cependant que chez certains sujets affectés antérieurement d'une irritation gastrique très prononcée, elle a provoqué quelques vomissemens.

On observe ordinairement, pendant l'action du médicament, une légère augmentation dans la fréquence du pouls, circonstance qui, au reste, a lieu en général sous l'influence de l'administration de tous les purgatifs. M. le docteur Bird ajoute que l'élatérine agit d'une manière bien plus certaine et beaucoup plus constante que l'élatérium, et ne détermine ni coliques ni vomissemens.

Les cas dans lesquels l'élatérine peut surtout être employée avec avantage sont tous ceux où les plus énergiques sont indiqués, par exemple les hydropisies essentielles, les maladies cutanées chroniques, etc. (*Journ. de chim. méd.*, 1841.)

Forceps galvanique; par M. le docteur Kilian, professeur d'accouchemens, membre correspondant à Bonn.

Ce forceps a été fait par le fabricant d'instrumens *Gorck*, d'après les ordres du docteur *Kilian*, dans le seul but de voir quel serait son effet sur l'utérus. Les cuillers de cet instrument se composent de cuivre et de zinc, et ces métaux sont convenablement isolés de la main de l'accoucheur.

Le premier essai avec le forceps galvanique fut fait sur une femme de vingt-sept ans, d'une constitution sèche, d'un tempérament cholérique et d'un teint ictérique. L'état de cette personne présentait l'indication la plus absolue pour l'application du forceps. La tête de l'enfant, en première position, s'était arrêtée au détroit inférieur et l'inertie de l'utérus était telle que le fœtus n'avait subi aucun changement de place pendant deux heures et demie; l'infiltration du cuir chevelu de l'enfant avait déjà acquis le volume d'un poing ordinaire. Avant d'appliquer le forceps, l'auteur fit pratiquer une saignée de quatorze onces; mais cette évacuation ne modifia en rien le défaut d'activité musculaire de la matrice.

L'application des branches de l'instrument se fit facilement et sans efforts; mais à l'instant même où l'on articula les cuillers du forceps qui, à cause de la position de l'enfant, avait pu pénétrer dans la cavité utérine, la femme eut une douleur nouvelle très violente, mais point insupportable; il y eut en même temps un mouvement dans tout l'utérus. Cet organe devint dur comme une pierre et perdit cette sensibilité morbide qu'il avait manifestée jusqu'alors à chaque attouchement.

Cet état de choses resta depuis le commencement des tractions jusqu'à la fin, et malgré la dureté de l'utérus, les douleurs n'eurent aucune force propulsive, la matrice s'était contractée, mais ne poussait pas. Du reste, rien n'annonça un état de spasme dans le système sexuel interne. Après quatre tractions, la tête franchit le détroit inférieur, et alors (aussi bien qu'avant) les muscles des cuisses subirent un mouvement spasmodique et tremblant particulier, que l'on ne remarque jamais. M. Kilian ôta alors ses mains de l'instrument pour voir si l'utérus toujours contracté n'achèverait pas l'expulsion totale de la tête de l'enfant, mais cela n'eut pas lieu. Quelques légères tractions suffirent pour amener la tête de l'enfant devant les parties génitales.

L'enfant respira tout de suite, ce qui était surprenant à cause de son long séjour dans le détroit inférieur. A peine les épaules étaient-elles dégagées, que l'enfant, très robuste, se mit à crier; les pulsations du cordon ombilical cessèrent promptement. L'utérus se contracta de suite, et déjà après cinq minutes le placenta se trouva dans le vagin.

Il n'y eut pas de douleurs après l'accouchement et les couches eurent leur cours normal. (*Annales de Gand, communiqué par M. le docteur Schoenfeld.*)

Correspondance

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 22 janvier vous rapportez le résultat des observations de M. Boudin, sur l'emploi de l'arsenic dans les fièvres intermittentes, et vous paraissez croire que cette substance ne peut déposséder le quinquina à cause des dangers qu'elle fait courir au malade. Je crois que cette crainte n'est pas fondée, en surveillant, bien entendu, l'emploi d'une substance aussi dangereuse.

Je n'ai pas, comme le docteur Marsseille, administré l'arsenic contre toutes les fièvres intermittentes. Comme la majorité des praticiens, j'emploie le quinquina dans tous les cas simples; mais par ma position dans un pays où exercent des officiers de santé d'une ignorance déplorable, des vétérinaires même, je suis appelé à traiter beaucoup de fièvres intermittentes rebelles à la quinine datant de quinze mois, deux ans et même plus. J'ai réussi plusieurs fois dans ces cas graves par l'emploi des pilules suivantes:

Pr.: Acide arsénieux, 5 centigrammes.
Mucilage et poudre inerte, de chaque, quantité sufisante.

F. S. A. vingt pilules: une renferme donc un vingtième de grain. En prendre une chaque jour.

Je n'ai jamais vu le moindre accident résulter de l'administration de ces pilules; il m'est arrivé même d'en donner deux, une le matin, l'autre le soir.

Vous voyez, M. le Rédacteur, que si M. Boudin n'emploie qu'un centième de grain par dose, il ne risque absolument rien. Je crois également que ce remède, indiqué par Pearson, Freer, etc., n'est pas assez employé, qu'on le redoute trop, et que l'on se prive ainsi des grands services qu'il peut rendre.

Agréez, etc., E. Marchan, d.-m.-p.

Le 26 janvier. Sainte-Foy, Gironde.

Mon cher confrère,

Permettez-moi un mot de réclamation au sujet de la lettre que vient de vous adresser M. le docteur Legrand.

Ce médecin, qui, dans son appréciation des spéculums, rappelle un peu malignement mon *speculum uretri*, « qu'il faut pardonner, dit-» il, à son inventeur, ainsi qu'on pardonne leurs aberrations aux gens » d'esprit, en faveur de tant d'autres services rendus à la science », ne me paraît pas avoir connaissance de mon *speculum uteri*. En effet, ce dernier instrument, que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie de médecine, il y a quelques années, répond exactement au besoin signalé par notre honorable confrère, à la fin de son article.

Plein, à quatre valves et à développement, le spéculum dont il s'agit est *cylindrique* ou *conique*, et, sous cette dernière forme, qui, d'ailleurs, je dois le dire, est la moins commode des deux, dans la généralité des cas, il peut, après avoir pénétré sans effort dans un vagin étroit, embrasser un col d'utérus hypertrophié, sans opérer de distension notable sur la vulve.

Il permet aussi, sous l'une et l'autre formes, de cautériser le museau de tanche sans intéresser les parties à ménager, comme le veut avec raison M. Legrand.

Du reste, je partage entièrement la manière de voir de cet habile praticien sur les spéculums qu'il a examinés.

J'ajoute que je suis loin de désavouer le spéculum de l'urètre, et que plus d'une fois il m'a procuré des renseignemens utiles pour le diagnostic des maladies de ce canal.

Agréez, etc. Ségalas.

5 février 1842.

— M. le docteur Coste, médecin laborieux, dont les recherches ont reçu depuis plusieurs années les encouragemens les plus honorables, a été autorisé par le ministre de l'instruction publique à faire au collége de France l'essai d'un cours complet sur l'embryogénie comparée. Les savans les plus distingués de l'Allemagne se livrent aujourd'hui avec ardeur à cette étude peu cultivée en France, et l'on doit savoir gré à M. Coste de ne pas avoir reculé devant les difficultés de l'épreuve à laquelle il vient de se soumettre.

Le jeune professeur a donné avec convenance et une entière franchise, dans la première leçon qui a eu lieu mercredi dernier, les explications qu'on pouvait désirer sur la faveur qui lui a été accordée de venir exposer le résultat de ses recherches devant des hommes instruits et dans un établissement scientifique si justement renommé.

L'accueil favorable et unanime qu'il a reçu doit lui prouver que le public lui tient compte des progrès qu'il a fait faire à une partie de la science que l'on peut regarder comme la véritable base de la philosophie anatomique.

La deuxième leçon aura lieu demain mercredi, à une heure.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 10 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 18, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 f.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 f.
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Calcul urinaire du volume d'un œuf de pigeon arrêté long-temps dans l'urètre d'une femme. — Tentatives d'extraction, puis de lithotritie dans l'urètre. — Broiement imparfait. — Extraction définitive du calcul.

La facilité avec laquelle les pierres, même d'un assez fort volume, traversent l'urètre chez les femmes, explique la rareté de l'accident dont nous avons aujourd'hui à nous occuper. La malade dont je vais vous entretenir, dit M. Bérard, est âgée de trente-huit ans. Elle a eu plusieurs enfans; ses couches ont été heureuses. Elle n'a jamais rendu de graviers en urinant, ni d'urines sanguinolentes. Il y a plusieurs mois que des cuissons commencèrent à se faire sentir dans l'urètre au moment où elle rendait ses urines. Ces cuissons ont acquis graduellement de l'intensité et ont fini par devenir tellement vives que cette femme s'est décidée à venir réclamer des secours. Admise dans cet hôpital, on l'a d'abord placée dans un service de médecine. Un vomitif lui a été administré, et à la suite des efforts qu'elle a faits, il s'est déclaré une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. La malade accusant en outre des souffrances du côté des voies génito-urinaires, on pratiqua le toucher vaginal, et on découvrit sur la paroi antérieure du vagin une tumeur arrondie, dure, du volume d'un œuf de pigeon, qui fut d'abord prise pour une tumeur squirrheuse.

Je fus appelé pour voir la malade. J'appris d'elle qu'il n'y avait jamais eu de rétention d'urine, que ce liquide était rendu sans mélange de sang ni de pus, mais qu'il y avait des besoins fréquens d'uriner, et que toutes les fois qu'elle voulait y satisfaire, elle éprouvait des douleurs très vives, des élancemens, des cuissons dans la longueur du canal.

Ces renseignemens m'engagèrent à pratiquer le cathétérisme, et je reconnus facilement que la tumeur placée dans la paroi antérieure du vagin était due à la présence d'une pierre arrêtée dans l'urètre. Je constatai également que cette pierre n'était pas placée dans le centre du canal, mais qu'elle s'était logée dans une poche située sur la paroi inférieure de l'urètre du côté du vagin. On pouvait en effet facilement passer la sonde jusque dans la vessie, et même lui faire subir des mouvemens de va-et-vient sans toucher le calcul, pourvu toutefois qu'on fît suivre à l'instrument la paroi supérieure du canal. Si au contraire on voulait heurter le corps étranger, on n'avait qu'à incliner la sonde fortement en bas.

Tels sont les renseignemens que j'ai obtenus. Je pourrais discuter ici la question de savoir si le calcul ayant pris naissance dans la vessie, s'est engagé dans l'urètre, où il se serait creusé plus tard une loge, ou bien s'il s'est développé dans le canal soit de toutes pièces, soit en ayant pour noyau un corps étranger. Mais cette question est à peu près insoluble, et d'ailleurs peu importante pour le traitement.

Quoi qu'il en soit, il est important de débarrasser cette femme du calcul arrêté dans l'urètre. Sans doute, il n'est pas au-dessus des ressources de la nature d'expulser à la longue ce corps étranger. On a vu nombre de fois des calculs urinaires arrêtés dans le canal excréteur de l'urine sortir spontanément, alors même qu'ils l'emportaient de beaucoup en volume sur celui qui nous occupe. La brièveté de l'urètre chez la femme, sa rectitude, sa dilatabilité, expliquent facilement ces résultats. Mais, d'ordinaire, la durée de cette sorte d'accouchement est fort longue: on l'a vue se prolonger au-delà d'une année. De plus, certaines femmes ont conservé à la suite de cette expulsion une incontinence d'urine, surtout lorsque le corps étranger offrait un gros volume. D'ailleurs, pendant tout le temps que le calcul séjourne dans l'urètre, la femme est exposée à plusieurs accidens qu'il ne faut point perdre de vue. Ainsi, outre les souffrances qu'elle éprouve chaque jour, et dont nous avons déjà parlé, on a à craindre les accidens suivans:

La rétention d'urine, soit que la pierre augmente de volume, soit qu'elle change de position dans le canal; l'inflammation de l'urètre et de la vessie; une irritation qui peut se propager jusqu'aux reins et déterminer la suppuration de ces organes: c'est là une des conséquences les plus graves du séjour des pierres dans l'urètre; l'inflammation et l'ulcération de la portion du canal qui répond au vagin, et par suite une fistule urinaire, etc. C'est assez dire qu'il est essentiel d'agir.

Les ressources que la médecine opératoire met à la disposition du chirurgien en pareil cas, sont:

1° L'extraction immédiate du calcul.

2° La répulsion du corps étranger dans la vessie et son broiement dans ce réservoir.

3° Le broiement de la pierre dans l'urètre même.

4° Enfin l'incision de la paroi inférieure du canal sur la pierre, et l'extraction de celle-ci par cette ouverture artificielle.

Nous donnons la préférence au premier moyen, *l'extraction directe*, parce qu'elle termine immédiatement la maladie; mais pour peu qu'il y ait de difficultés, nous l'abandonnerons pour essayer de refouler le calcul dans la vessie. Si cette pratique est également pénible, nous tenterons la lithotritie urétrale. Quant à l'incision du canal, nous n'y aurons recours qu'après avoir constaté pendant plusieurs jours et à diverses reprises, l'impuissance des autres moyens. Motivons cette conduite et indiquons en même temps la marche à suivre dans chacune de ces opérations.

Pour opérer l'extraction des calculs engagés dans l'urètre, on a imaginé une foule de moyens. Un des plus naturels consiste à utiliser la pression *à tergo* de l'urine chassée avec force et en grande abondance de la vessie. Pour cela, on donne des diurétiques, on engage le malade à retenir ses urines, puis à les rendre avec de violens efforts. Mais, outre que ce procédé est loin de toujours réussir, il expose encore à tous les dangers qui résultent de l'obstacle que le corps étranger apporte au cours des urines; je ne l'essaierai point.

On a tenté de ramener la pierre avec le doigt porté sur la paroi antérieure du vagin en arrière du calcul, et en pressant méthodiquement d'arrière en avant. On a encore favorisé le déplacement du calcul par des injections huileuses dans le canal, par la dilatation préalable et immédiate de ce conduit. Cette pratique, que les Egyptiens ont surtout employée, a été, appliquée non-seulement à l'extraction des calculs de l'urètre, mais aussi à ceux de la vessie; et l'on a pu, de la sorte, extraire des pierres d'un volume considérable. Mais, j'ai hâte de le dire, les malades ont acheté cette expulsion aux dépends de douleurs excessives, et souvent de l'incontinence d'urine pour le reste de leurs jours.

Au lieu de la dilatation, on pourrait inciser l'urètre depuis le méat jusqu'au calcul; mais, chez notre malade, la profondeur à laquelle la pierre est située, forcerait de faire une plaie presque aussi dangereuse que celle de l'opération de la taille. Il est en conséquence prudent, dans le cas actuel, de s'abstenir et de la dilatation, et des incisions. Il faut recourir aux instrumens portés dans le canal.

On a imaginé une foule d'instrumens de ce genre, et je dois dire qu'on a réussi avec tous. Voici cependant ceux qui me paraissent préférables: l'un, simple fil métallique réplié sur lui-même en anse, que l'on porte au-delà du calcul, et dans laquelle on cherche à engager le corps étranger. Imaginée par Marini, cette anse a été employée avec succès par Boyer. Une tige droite qui se recourbe en crochet quand elle dépasse le calcul, inventée par M. Leroy d'Etiolles; une pince, soit à deux, soit à trois branches, renfermée dans une gaîne, que l'on introduit fermée jusqu'au calcul, et que l'on ouvre ensuite pour saisir le corps étranger entre les mors et l'extraire. C'est à ce dernier instrument que nous donnons la préférence, car il protège le canal qu'il dilate à mesure au-devant du calcul, contre les inégalités de celui-ci.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Ma dernière lettre m'a valu quelques réponses et une foule de commentaires sur la famille Lyrac. Je ne vous transmets qu'une de ces réponses, parce qu'elle se rattache à une question dont s'occupe l'*Association des Médecins*, celle des praticiens étrangers qui exercent à Paris. Je garde cette fine prose pour la fin. Vous ne perdrez rien pour attendre.

Faisons d'abord notre revue: M. Breschet était chef des travaux anatomiques, il est devenu professeur; M. Blandin était chef des travaux anatomiques, le voilà aussi professeur. Donc, pour être professeur, il faut être ce qu'étaient MM. Breschet et Blandin. C'est ce qu'ont pensé MM. Lenoir, Denonvilliers, Chassaignac et Huguier. Ils ont donc concouru pour la place que vient de quitter M. Blandin, et tous quatre ont été brillans. Un d'eux avait de plus quelques bons antécédens scientifiques: c'est M. Lenoir. Mais il a oublié une ou deux choses avant de concourir: 1° avoir un sien beau-père à l'Institut; 2° ne pas avoir des articles spirituels aux *Archives de médecine*. M. Lenoir n'a pas été nommé.

La place d'hygiène vacante à l'Académie de médecine est enfin donnée. Trois candidats d'un mérite réel et incontestable se disputaient le fauteuil: MM. Devergie, Guerard et Royer-Collard; le choix ne pouvait être mauvais. Voilà ce qu'on dit toutes les fois qu'il y a concours ou élection. On établit une série d'éligibles, ce qui n'est pas difficile, vu le nombre des talents. Mais ce qui est difficile, on ne le fait pas: c'est de distinguer dans cette série les différences. Ainsi, entre les trois médecins que je viens de citer, qui tous trois peuvent très bien siéger à la rue de Poitiers, il y a des différences très marquées, et ce ne sont pas trois noms à mettre dans un chapeau pour tirer au sort qui sera l'élu: ce sont trois talens d'une nature, d'une valeur assez différentes pour rendre injuste un choix dont les élémens seraient pris en dehors des considérations purement académiques. M. Guérard parle bien et peut parler beaucoup, deux choses qui ne sont pas également utiles à une Académie. Ses études en physique, en chimie, sont fortes; il est médecin des hôpitaux, et un de ceux qui savent s'élever au-dessus de la routine, sans cependant trouver au-delà de ce niveau ce qui vaut mieux que la routine. Ses productions, thèses, mémoires, articles de dictionnaires, sont irréprochables, comme fond, comme forme, et ne manquent pas de certaines intentions philosophiques.

M. Devergie est auteur d'un ouvrage de médecine légale estimé. Ce livre, qui est un titre réel, aurait, selon moi, assuré la place à M. Devergie, si aux qualités scientifiques, l'auteur eût pu joindre quelques qualités littéraires académiques. Je ne sais pas si cet ouvrage est écrit difficilement, mais je sais que sa lecture n'est pas facile. Ces imperfections de forme, en jetant de l'obscurité sur la pensée, pourraient faire croire qu'il y a dans l'esprit de l'auteur un manque de cette netteté nécessaire à un académicien.

M. Royer-Collard n'est pas seulement un homme d'esprit, mais encore un esprit distingué. Il n'a pas fait de livre, ce qui est un tort quand on se présente à une Académie. Pour mener à bien seulement un volume, il faut une suite dans les idées, une force de logique, une conviction dont tous les esprits ne peuvent se vanter. Aussi, une élection académique peut très bien puiser ses élémens de conviction dans le livre d'un candidat. M. Royer-Collard peut répondre qu'il fera un livre quand il voudra. Pour mon compte, j'en suis convaincu. Mais je ne suis pas académicien, et tous les académiciens ne connaissent pas ce médecin comme moi. Ils n'ont pas lu et ne liront pas les articles de chirurgie et de médecine écrits par ce candidat. Cependant, on sait que M. Royer-Collard parle avec une rare facilité, et le plus souvent à propos, ce qui est précieux dans une Académie. Il n'a rien appris par cœur et sait beaucoup de choses; il a abordé la chaire d'hygiène couvert d'impopularité, et il s'est fait pardonner son nom et son talent. C'est d'ailleurs le seul agrégé d'esprit à qui l'esprit n'ait pas été nuisible. M. Royer-Collard a été nommé.

Un chirurgien de Paris est parti pour Londres en disant et en faisant dire qu'il allait assister à une opération. Cette opération est tout bonnement celle du baptême du prince de Galles, ce qui est peu chirurgical. Notre confrère a vu défiler le magnifique cortége dans Westminster, et là il n'a pas oublié d'oublier sa trousse. Le lendemain on a publié, affiché partout la trousse perdue, en indiquant l'hôtel habité par notre compatriote. Les instrumens n'ont pas été rendus, par une bonne raison, c'est que l'Anglais ne rend rien, surtout quand il ne trouve rien. Mais si on n'a pu trouver la trousse, on a su trouver le chirurgien. Comme toutes les bonnes idées médicales, celle-ci n'est pas neuve; elle nous vient, si je ne me trompe, de Montpellier, qui, comme vous le savez, est greffe sur Hippocrate. Un célèbre guérisseur de cette Faculté, le docteur F..., allait tous les ans aux eaux, en changeant tous les ans de lieu, bien entendu. A peine arrivé, il avait le soin de perdre une canne à pomme d'or, laquelle n'était jamais trouvée; mais on savait l'arrivée du docteur F..., et les cliens arrivaient.

Le jury du concours pour le monument qui doit renfermer les restes de Napoléon, vient d'inventer un procédé de jugement qui se recommande à la Faculté de Paris et aux autres facultés du royaume. Le jury, après avoir examiné tous les plans, tous les projets, n'a jugé aucun des candidats capable d'avoir le prix. Ce même jury, composé de beaucoup d'hommes d'esprit, et par conséquent d'aucun architecte (j'excepte M. Fontaine), a dressé lui-même le plan du monument et laissé au ministère le soin de choisir l'artiste qui l'exécutera. Ce monument sera une crypte, autrement dit monument par enfoncement. Le genre de beauté de ces cryptes est en rapport avec leur degré d'enfoncement; de sorte que moins ce chef-d'œuvre paraît, moins on le voit, plus il est beau. La Faculté de Paris ayant déjà fait quelque chose d'analogue, et ayant peu de goût pour ce qui est saillant, pourra entrer tout à fait dans le système des cryptes sans trop mériter le reproche de plagiat.

J'ai lu avec le plus vif intérêt le rapport de M. Gibert, secrétaire de l'*Association des médecins de Paris*, cette société ne se propose pas seulement de détruire ou d'atténuer les misères matérielles, mais de remédier à d'autres misères bien autrement grandes. Elle veut moraliser notre profession. « Elle a déféré à l'autorité des abus que la législation actuelle peut atteindre, et les autres, plus nombreux encore, elle les a flétris toutes les fois qu'elle en a trouvé l'occasion. » Une société qui se donnerait une pareille mission et qui pourrait la remplir complètement, rendrait les plus grands services à notre profession. Mais pour découvrir et censurer, dans le sens le plus honorable de ces mots, et au profit de la dignité et des intérêts généraux d'une profession, il faut se trouver dans des conditions d'autorité, d'indépendance, de courage qu'on rencontre très rarement; il faudrait d'ailleurs qu'une société qui se donne un pouvoir aussi exorbitant, fût la représentation réelle et complète du corps médical. Les membres formeraient alors un conseil, ce seraient des prud'hommes qui pourraient être consultés dans l'occasion, et qui auraient le droit de connaître et de rechercher nos actions professionnelles pour les censurer et les punir s'il y avait lieu.

Mais quelle difficulté dans la recherche de ces prud'hommes et que d'abus sous le manteau dont vous couvririez ces nouveaux magistrats Pour quelques médecins ce serait un titre à acquérir pour éclipser le simple docteur; pour les médecins déjà titrés, déjà riches, déjà haut placés, ce serait une vraie charge dont ils se déferaient bientôt, car elle pourrait troubler leur repos et les douces jouissances qu'ils se sont faites peut-être un peu par les moyens qui ressemblent à ceux qu'ils auraient à censurer. D'ailleurs, plaignez-vous à ces Messieurs de la démoralisation de notre profession, voici ce qu'ils vous répondront: Il en est de même de toutes les professions; c'est tout le corps social qui est à refaire, et nous ne voyons pas pourquoi on commencerait par le corps médical. Ainsi la constitution de la prud'hommie médicale ne paraît d'une difficulté extrême et les fonctions de ce conseil me semblent encore plus difficiles à remplir. Certainement il ne viendra dans l'esprit de personne de blâmer l'*Association des médecins de Paris*; ses intentions sont excellentes, et il y a dans le rapport du secrétaire de cette société un fond d'honnêteté qui pourrait s'appeler autrement si M. Gibert n'avait déjà une réputation d'homme d'esprit, réputation

La manœuvre est simple. La pince, introduite fermée, est conduite jusque sur le calcul ; on l'ouvre alors en retirant la gaîne, et les branches déployées sont doucement poussées sur le corps étranger, de manière à glisser entre lui et les parois de l'urètre. On s'assure, comme dans l'opération de la lithotritie, que le calcul est saisi; en exerçant de légers mouvemens de rotation, on cherche à le déloger, et à l'aide de tractions ménagées, on l'amène au-dehors.

Je n'ai point parlé d'un instrument ingénieux, imaginé par M. Béniquet, pour retirer les calculs de l'urètre. Je ne sache pas qu'il ait encore été mis en usage sur le vivant.

Si le calcul a de la peine à parcourir l'urètre, il vaut mieux le repousser de suite dans la vessie, plutôt que de s'exposer à dilacérer la membrane interne du canal. L'élargissement habituel de ce conduit en arrière de l'obstacle rend cette manœuvre bien plus facile que celle de l'extraction. On presse sur le calcul avec une grosse sonde métallique, et l'on augmente au besoin la pression en poussant par la sonde une injection avec une certaine force. Une fois le calcul entraîné dans la vessie, la lithotritie en débarrassera promptement la malade.

Si le calcul ne peut être délogé de la place qu'il occupe, nous en viendrons à la lithotritie urétrale. Cette opération est plus difficile et plus dangereuse que la précédente. Les causes de cette difficulté sont faciles à saisir ; l'urètre est appliqué sur le calcul ; il n'y a pas de poche pouvant recevoir un liquide et permettre le libre jeu des instrumens.

Cependant cette lithotritie est celle qui a probablement inspiré la lithotritie vésicale ; et c'est pour broyer et percer des pierres dans l'urètre qu'ont été inventés les premiers instrumens de lithotritie. On trouve la figure et la description d'instrumens imaginés à cet effet dans A. Paré, Fabrice de Hilden, etc., tels qu'une canule avec une tarière dans son centre ; une pince à branches qui contient une canule et qui renferme un perforateur, instrument presque en tout semblable à la pince à branches dont on se sert actuellement. — Le broiement du calcul est même décrit par Albucasis de la manière la plus explicite. Sous ce rapport, nous pouvons même dire que la science était comparativement plus avancée qu'elle ne l'est aujourd'hui, car c'est à peine si l'on a consacré quelques lignes à la lithotritie urétrale.

Cette opération peut être pratiquée avec une pince à deux ou trois branches, ou bien à l'aide du brise-pierre modifié de M. Heurteloup. Le premier de ces instrumens est plus convenable quand la pierre occupe la partie centrale du canal ; le second est préférable quand elle est logée dans une dilatation latérale.

Opération. — La malade est couchée sur le dos, les cuisses écartées, le siége élevé. M. Bérard essaie de saisir le calcul avec une pince à trois branches ; mais après plusieurs tentatives infructueuses, il est obligé de renoncer à cette opération. La pince en s'ouvrant glissait continuellement d'avant en arrière vers la vessie, en laissant la pierre en dehors de l'écartement des branches. Le chirurgien prend alors le brise-pierre simple. La branche femelle, semblable au crochet ordinaire, est engagée dans l'urètre et portée au-delà du calcul. Le crochet, ramené vers la paroi inférieure du canal, vient arc-bouter contre la pierre. La branche mâle est alors engagée dans l'urètre, et poussée jusqu'à ce que son crochet rencontre le calcul d'avant en arrière. Pressant les deux branches l'une contre l'autre, M. Bérard essaie à plusieurs reprises, soit de déloger et d'extraire, soit d'écraser le corps étranger ; mais la surface de celui-ci étant arrondie et lisse, et son diamètre étant disproportionné à la longueur des crochets, ceux-ci glissent dessus à chaque fois qu'on tente de le saisir. Pour fixer la pierre entre les deux branches de l'instrument, M. Bérard applique un doigt sur la paroi antérieure du vagin, et maintient le calcul fortement appliqué contre la concavité du brise-pierre.

Après deux ou trois tentatives d'écrasement, on entend le calcul se briser avec éclat, et l'on peut sentir à travers la paroi vaginale de l'urètre les fragmens glisser l'un sur l'autre.

Ce jour-là, l'opération ne fut pas poussée plus loin. La malade prit un bain après la séance, et fut reportée dans son lit.

Les suites de cette opération ont été assez simples. Les souffrances dans le canal, conséquence inévitable des violences dont cette partie a été le siége, n'ont pas été très vives. Ce qui a le plus tourmenté la malade, a été une rétention d'urine qui a duré pendant une journée, et qui était produite par un fragment de la pierre placée en travers dans le canal.

Cinq jours après la première séance, M. Bérard a procédé à une nouvelle tentative d'extraction. Le corps étranger se trouvait alors à une petite distance du méat. Il fut saisi deux fois avec la pince à trois branches et attiré vers l'orifice de l'urètre. Le doigt, placé sur la paroi antérieure du vagin, aidait cette manœvre en pressant d'arrière en avant sur le calcul. Bientôt une partie de la circonférence du corps étranger se présenta à l'orifice du méat et alors il ne fut pas difficile de porter derrière lui une crochet simple et de lui faire franchir ce dernier obstacle.

Le calcul ainsi extrait est composé de deux fragmens, l'un très gros et qui constitue presque les cinq sixièmes de la masse totale ; l'autre étroit et mince, et correspondant encore au fragment principal par la surface de la cassure. Ce calcul est très dur, du volume d'un œuf de pigeon ; il présente sur un point de son contour une dépression en rigole. Le calcul étant scié en deux, selon son plus grand diamètre, on voit qu'il est formé par un noyau intérieur très dur qui paraît être de l'acide urique. Ce noyau est lui-même composé de couches concentriques ; il n'occupe pas la partie centrale même de la pierre, mais il est placé du côté opposé à la rigole. Il est enveloppé d'une couche moins résistante et qui est beaucoup plus épaisse du côté canaliculé que de l'autre. La disposition de cette pierre permet de penser que le noyau central a été formé soit dans les reins soit dans la vessie, qu'il a ensuite été poussé dans l'urètre où il s'est arrêté, qu'il a produit sur la paroi inférieure du canal une dépression, un élargissement dans lequel il s'est peu à peu accru, et que là le dépôt des sels urinaires s'est fait en plus grande abondance sur la face supérieure du calcul que sur l'inférieure ; tandis que le passage continuel de l'urine sur ce même côté supérieur a entretenu une dépression arrondie telle que la gouttière qui en résulte forme environ le quart de la circonférence totale de l'urètre.

Il y a 15 jours que la seconde opération est pratiquée, et la malade est dans la position la plus satisfaisante. Les urines s'écoulent facilement et ne déterminent qu'un léger picotement dans le canal. Il n'existe aucun autre phénomène morbide. Cependant avant de renvoyer cette malade de l'hôpital, M. Bérard se propose de faire une exploration attentive de l'urètre et de la vessie, afin de s'assurer qu'il n'existe aucun débris de la pierre extraite, ni un autre calcul.

Ulcère chancreux de la lèvre inférieure et de l'angle interne de l'œil gauche.

(Suite. — *Voir* le nº du 22 janvier.)

Le malade auquel M. Bérard a pratiqué l'excision d'une partie de la lèvre inférieure et qui a été traité par la pâte arsenicale, n'a offert aucun symptôme d'absortion du poison. La réaction locale n'a pas été très prononcée. La pâte n'a pas été plus d'une dixaine de jours en place. Elle a été détachée par le pus sécrété en abondance au-dessous d'elle. L'escharre qu'elle a produite est tombée quelques jours après, et le fond de la plaie offre un aspect vermeil. Cependant, pour plus de sécurité une seconde application de pâte arsenicale a été faite depuis dix jours, et son effet est jusqu'ici conforme à ce qu'on observe ordinairement en pareil cas.

Quant à la lèvre, la guérison marche rapidement, la plaie a considérablement diminué de volume et l'escharre profonde qui avait suivi l'opération s'efface chaque jour davantage par suite de la rétraction de la cicatrice.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Névralgie faciale gauche. Vésicatoire avec l'hydrochlorate de morphine. Guérison.

Rose Avey, âgée de trente-cinq ans, née à Maront et demeurant rue du Chantre, est domestique à Paris, où elle est arrivée seulement depuis quinze jours. Entrée le 27 novembre 1841 à la salle Sainte-Madeleine, elle dit être malade spécialement depuis six semaines. D'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, non vaccinée, mais variolée dans son enfance, elle fut réglée à quatorze ans et depuis toujours exactement, si ce n'est la dernière fois, il y a deux mois, et est sujette à la leucorrhée. Elle a eu quatre enfans ; ses grossesses et ses couches, quoique un peu laborieuses, n'ont rien offert de remarquable ; la dernière eut lieu il y a sept ans.

Mal portante depuis son enfance et sujette à la céphalalgie et à des étourdissemens, elle fut prise à seize ans d'un larmoiement de l'œil gauche qui dura deux jours, avec déviation de la bouche à gauche et céphalalgie. Au bout de quelques jours ces derniers phénomènes se dissipèrent sous l'influence de pédiluves et de compresses d'eau de guimauve ; mais son œil resta sujet à des douleurs et du larmoiement par intervalles. La malade éprouva fréquemment aussi de la céphalalgie, des étourdissemens, des bourdonnemens d'oreilles, des douleurs dans l'épaule et le bras gauches avec rougeur disséminée, fourmillemens et quelquefois raideur dans les doigts de la main gauche, puis enfin des maux d'estomac et des palpitations en montant.

Depuis six semaines elle a éprouvé des douleurs plus vives dans le côté gauche de la tête et de l'œil sans larmoiement ; elle a également quelques éblouissemens et des bourdonnemens d'oreilles des deux côtés. Il n'y a rien du côté des membres. On lui a pratiqué depuis le début de nombreuses saignées soit du bras, soit du pied (ces dernières ayant été même pratiquées dès son enfance), et des vésicatoires ont été appliqués soit à la nuque soit au bras gauche où elle porte en ce moment un cautère qu'elle entretient depuis un an. On lui a prescrit dans ces derniers temps des pédiluves avec de la cendre ; et enfin, il y a quinze jours environ, des sangsues à l'anus.

Elle ignore la cause de sa maladie.

A son entrée, on constate l'état suivant : Le visage, plutôt pâle qu'animé, présente une déviation de la bouche, dont la commissure gauche est plus élevée que la droite. L'œil gauche est moins largement ouvert que l'autre, et peu sensible à la lumière, sans injection bien prononcée ; la malade y accuse une douleur fixée dans l'angle interne spécialement. Cet œil peut être exactement fermé par les paupières dont les mouvemens sont libres, ainsi que ceux des sourcils et de la peau du front. La pupille de ce côté est plus resserrée que la droite,

---

qu'il a d'ailleurs payée assez cher pour qu'on la lui laisse intacte.

Selon le secrétaire, les abus médicaux forment un faisceau étroitement lié. Alors, comme M. Gibert et sa société sont impuissans pour briser ce faisceau *en masse*, ils ont pris le parti de venir de temps en temps tirer un épi de cette gerbe de malheur ; et comme il paraît que les petits épis sont plus facilement extirpés, ce sont eux qu'on attaque, mais les grands restent pour la semence, et plus tard la gerbe n'est que plus nourrie. Ainsi il a été facile de retirer l'autorisation à M. Vieséké; mais si, au lieu de s'appeler si indignement, il avait eu un grand nom, je ne sais si vous auriez réussi, eût-il commis une plus grande faute. Ici je m'arrête, parce que je sens déjà la chaleur du tison sur lequel je marche. Je veux cependant dire encore un mot à M. Gibert. Votre gerbe d'abus est liée par quelque chose. Eh bien, au lieu de tirer de temps en temps une ivraie qui est presque immédiatement reproduite par celles que vous laissez, détachez la gerbe, touchez au nœud qui la lie. Vous ne l'oserez pas ! Et pour parler comme les chirurgiens : au lieu de procéder de bas en haut, procédez de haut en bas. Vous ne l'oserez pas !

Maintenant vient la question des médecins étrangers, que nous recevons si bien en France et qui nous reçoivent si mal chez eux. Cette question est d'une extrême délicatesse, car en la traitant, même avec des intentions généreuses, on peut se donner un air inhospitalier qui ne va pas à mon caractère. On sait qu'en parlant de mon médecin aux lézards, j'ai fait entendre que s'il avait réussi à se faire dix mille livres de rente il le devait bien un peu aux lézards, à ses poudres et à ses microscopes, mais un peu aussi à son origine étrangère. De là, la lettre que vous allez lire probablement et qui me dispense de traiter une question qui ne va pas à ma nature très tolérante.

Dr LYRAC.

A Monsieur le docteur LYRAC.

Monsieur et cher Confrère,

On a généralement, en France, vous le savez, un goût passionné pour tout ce qui est *exotique*, *bêtes* ou *gens*, et peut-être devrais-je dire encore plus; car si les tailleurs allemands, les chevaux anglais et les bottiers polonais tiennent chez nous le premier rang (comme tailleurs, comme chevaux et comme bottiers, j'entends), le savon de Windsor, les pipes de Bruxelles et les porcelaines du Japon, avec leurs lourds et ignobles magots enluminés, jouissent d'une réputation qui s'accroît en raison directe de la distance que ces objets mettent à parcourir pour arriver dans nos contrées. Et certes on ne pourra pas dire que ce soit le mérite de chacun de ces objets qui leur donne cette vogue. Non; mais chez nous il est de bon ton d'admirer tout, hors les productions de son pays.

Mais, allez-vous dire, où donc voulez-vous en venir? — Patience. Il me fallait poser l'axiôme par lequel je commence ma lettre ; il me fallait vous faire convenir de cette vérité pour justifier ce qui va suivre.

Et d'abord, en thèse générale, vous m'accorderez sans peine, mon cher confrère, que pour faire rapidement son chemin en France, un des meilleurs moyens, c'est de n'être pas Français. En médecine, comme dans toute autre carrière, peut-être, vous serez forcé d'admettre avec moi cette maxime, qui, si elle n'est pas neuve, n'en est pas plus consolante pour vous et pour moi, et pour une foule de nos confrères non moins disgrâciés de la nature, qui ont eu le malheur de naître nos compatriotes. Mais n'est-il pas vrai que, lorsque dans une assemblée de savans ou de gens du monde, vous voyez apparaître un monsieur dont l'habit noir, coupé à la dernière mode, présente une boutonnière émaillée de rubaus de toutes couleurs, jaunes, bleus, verts, etc., le tout bariolé de liserés plus ou moins authentiques; lorsque, de plus, le valet a jeté au milieu d'une conversation un de ces noms bien baroques, impossibles à prononcer, et à plus forte raison à retenir, n'est-il pas vrai qu'alors tous les yeux se tournent vers le mortel favorisé du ciel, qui daigne venir répandre sur notre pauvre terre les trésors dont la Providence ne peut manquer de l'avoir doté dès sa naissance. Je pense, d'après cela, qu'un médecin qui viendrait de Lahore ou du Monomotapa, qui s'apellerait quelque chose comme Chao-Kang ou Fich-Thung-Khan, ou qui porterait une de ces formidables et magnifiques barbes rousses que tous nos peintres de bataille ne manquent jamais de donner aux Cosaques, jouirait d'un prodigieux succès.

Si le hasard voulait que cet homme, déjà d'un certain âge, déconsidéré dans son pays où on le traitait de visionnaire, ne sût pas le français et fit écrire par sa femme ses burlesques ordonnances, nul doute que vous ne vissiez la foule inonder ses salons et les équipages encombrer les avenues qui mènent à son hôtel. Je ne parle pas ici de la réclame dans les journaux politiques, à raison d'un franc cinquante centimes la ligne, ni de la guérison de la myopie par un moyen un peu coûteux d'ailleurs si l'on voulait toujours employer des perles de bon aloi ; je ne parle pas de ces puffs dans lesquels un illustre médecin en *us* eut le bonheur de sauver par sa seule présence un homme tombé d'un sixième étage, et qui s'était brisé la tête sur le pavé.

Tous ces moyens commencent à s'user un peu ; il faut autre chose pour amorcer les badauds. Je connais un médecin italien qui, à peine âgé de vingt-cinq ans, a déjà parcouru, dit-il, les quatre parties du monde. Chef d'hôpital en Egypte pendant *plusieurs* années, en possession d'une clientelle très étendue pendant *plusieurs* autres années en Italie, vous l'entendiez avec un à-plomb mirobolant disserter, trancher, porter les jugemens les plus étranges sur les célébrités du pays où il se trouve.

L'an dernier, après avoir rempli de son insuffisance plusieurs salons médicaux de Paris, il s'aperçut que peu à peu le prestige se dissipait et que l'influence de sa parole s'affaiblissait. Il disparut six mois, et revint cette année comme il était parti, sauf un ruban bicolore à sa boutonnière ! et depuis lors, sur ses cartes de visite, on lit ces mots : M. ***, chevalier de la Croix de Diamants de sa majesté le roi de la Nouvelle-Zélande.

Cela ne vous rappelle-t-il pas ce chanteur qui, il y a quelques années, disparut de la scène où il ne brillait que d'un éclat bien pâle, pour reparaître trois ans après à l'Opéra-Comique, n'ayant dans la voix d'autre changement qu'un I de plus à la fin de son nom. Il fit fureur. Il est vrai qu'on n'en parle plus.

Tel autre est un grand et gros Prussien qui demandait, il y a quelques années, mille francs par visite à un malade qu'il n'avait pas guéri ; tandis que nos célébrités professorales ne peuvent obtenir (quand on ne les *bruxellise* pas) que la centième partie de cette somme, et que nous autres, pauvres médecins de campagne, nous ne recevons que des honoraires mesurés d'une main encore bien plus parcimonieuse.

Encore, si ces étrangers cherchaient à faire oublier leur origine et à désarmer ce que quelques-uns appelleront la jalousie nationale, par d'éminens services rendus à l'humanité ? par des discours ou des ouvrages dans lesquels, s'identifiant avec nos coutumes et notre manière de voir, ils chercheraient à faire rejaillir sur la patrie adoptive un peu de cette gloire que tout homme cherche toujours à acquérir ?

Mais non. L'un,

Si parva licet componere magnis,

nommé malgré, ou peut-être à cause du *Ki* qui se pavane au bout de trois syllabes tudesques, médecin du bureau de bienfaisance d'un arrondissement de Paris, employait toute son influence, savez-vous à quoi.....? Je vous le donne en cent, je vous le donne en mille : A empêcher les parens pauvres qu'il était appelé à soigner, de porter leurs enfans à ces vaccinations gratuites qui, par un zèle louable des municipalités, se font chaque semaine à la maison commune.

D'autres,

. . . . *majora canamus*,

professeurs de facultés du royaume, naturalisés Français par conséquent, demandent une récompense à la souveraine de leur ancienne patrie, et, dans une lettre rendue publique par tous les organes de la presse médicale, se disent : son fidèle sujet. Vous cesserez de vous étonner, quand vous saurez que ce même professeur a donné récemment une preuve de haute portée intellectuelle et de grand mérite comme praticien, en exprimant tout haut cette idée, qui, tout simples

et toutes deux sont également mobiles sous l'influence de la lumière ; il n'y a pas de larmoiment. La narine gauche est un peu plus sèche que la droite, et les ailes du nez de chaque côté sont également mobiles.

La sensibilité des yeux et leur mobilité sont les mêmes, et, par intervalles seulement, il y a de la douleur dans la joue gauche, douleur qui siége un peu en arrière et au-dessous de l'oreille gauche, et s'irradie vers la région temporale du même côté. Le goût et l'odorat sont bien conservés, et la vue est quelquefois un peu troublée par des éblouissemens des deux côtés ; l'ouïe est de temps en temps un peu obtuse, mais la malade n'a pas remarqué si dans ce cas c'était plutôt l'oreille gauche que la droite qui était affectée. Il n'y pas de déviation de la langue, et la mastication et la déglutition sont normales ; l'appétit est conservé. L'épigastre et le ventre sont indolens ; il y a un peu de constipation presque habituelle, et l'urine est normale. Le pouls est à 48-52, assez développé ; les bruits du cœur sont normaux, et il existe un chant musical très marqué dans la cavité droite seulement. Les bruits respiratoires sont normaux. La céphalalgie consiste spécialement depuis trois semaines dans la douleur temporale indiquée, douleur qui paraît s'irradier en ce moment à toute la moitié gauche du crâne ; étourdissemens et bourdonnemens d'oreilles de temps en temps. Il n'y a rien de notable du côté des membres sous le rapport de la sensibilité et de la motilité. La malade est venue à peine à l'hôpital. Elle accuse également une douleur assez vive dans le sein gauche, et dit que toute la partie gauche du tronc est habituellement plus sensible que l'autre.

Le 30 novembre, on distingue un bruit de bourbonnemens d'oreilles dans la carotide droite. Après un mois et quelques jours de séjour à l'hôpital, la malade demande à sortir le 3 janvier 1842 ; mais les paupières, la joue et l'aile du nez du côté gauche sont encore tirés en dehors.

Pour traitement on a prescrit des tisanes rafraîchissantes, un vésicatoire pansé chaque jour avec 25 milligrammes d'hydrochlorate de morphine, et les pilules de Méglin à la dose de trois par jour.

HOPITAUX ANGLAIS.

Affection saturnine. Autopsie; par M. BUDD.

Un homme âgé de quarante ans, exerçait la profession de peintre en bâtimens depuis cinq ans. Antérieurement, il exerçait l'état de marinier ; il était d'ailleurs adonné à l'intempérance. En exerçant son premier état, il se portait bien, si ce n'est qu'il éprouvait de temps en temps des frissons, et c'est à cause de cela qu'il s'est fait peintre ; mais ce nouvel état l'a exposé à la colique, à des douleurs dans les membres et à des crampes violentes. Cette affection revenait tous les ans. Depuis trois mois ses mains sont devenues faibles, et depuis dix jours ses muscles extenseurs sont complétement paralysés. Les intestins sont constipés, et depuis un mois les coliques sont incessantes.

Tel est le commémoratif à l'époque du 7 octobre dernier, lorsque le malade est entré à l'hôpital du Collége royal (King's college hospital). Il souffrait alors beaucoup de la colique et n'allait pas à la garderobe depuis quatre jours. La pression à l'ombilic était un peu sensible. Pouls à 66, régulier, peau froide, langue légèrement couverte. Les gencives offraient distinctement une ligne bleue le long de leur bord, et les dents présentaient une teinte noirâtre. Les deux mains sont tombantes (wrist-drop), mais la main droite est plus impuissante que la gauche.

On prescrit un quart de goutte d'huile de croton-tiglium à répéter toutes les quatre heures, et des fomentations chaudes sur le ventre. Six pilules ont été prises sans effet ; le lendemain, M. Budd a prescrit une potion purgative de séné, à répéter deux heures après. Cela a opéré dans la nuit : le malade est allé quinze fois à la garderobe.

Le lendemain 9, l'abdomen est plus à l'aise, mais la colique persiste ; pas de sommeil dans la nuit ; faiblesse extrême, langue tremblante. On prescrit liqueur sédative d'opium, vingt-cinq gouttes, *illicò*.

Le 10, pas de garderobe ; douleur intense dans l'abdomen et au dos. On ordonne : sulf. de magn., 8 gram. ; acide sulf. délayé, 10 gouttes ; eau de menthe poivrée, 45 gram. trois fois par jour ; muriate de morph., 2 centig. pour la nuit.

A cinq heures du matin, le malade est pris d'un accès d'épilepsie. A huit heures, nouvel accès ; à dix heures et demie, troisième accès ; à onze heures, mort calme, avec la conservation de la connaissance jusqu'à la fin.

Autopsie. Le cerveau et ses membranes sont pâles et parfaitement sains, excepté à la face inférieure de l'hémisphère droit. A la partie antérieure et externe de cette surface, derrière la scissure, existe une tache de la largeur d'une demi-couronne, de couleur rouillée (*rusty*), dans laquelle la substance corticale paraissait résorbée. Cet état, au reste, paraissait ancien. La substance cérébrale autour de la tache était saine, du reste.

Poitrine. Poumons sains ; cœur de volume naturel, présentant seulement d'une manière remarquable l'apparence d'une hypertrophie concentrique (*rigor mortis*).

Abdomen. En ouvrant l'abdomen, on trouve les gros intestins énormément distendus. La distension commence au cœcum et se continue dans la portion descendante du colon ; une portion de cet intestin de la longueur de 10 à 12 pouces était contractée, et offrait le volume du pouce. Au-delà de ce point, dans la portion sigmoïde, l'intestin est aussi énormément distendu. La membrane muqueuse présente une teinte grisâtre ; ses follicules sont très développés. Pas de ramollissement ni de vascularité anormale, au contraire, à l'exception du cœcum dont la muqueuse est peu rougeâtre. La partie inférieure de l'iléum est contractée ; le jéjunum est considérablement distendu. La muqueuse est pâle, mais saine partout. Le foie est pâle, mais de consistance naturelle ; les reins pâles, mais sains. L'urine dans la vessie est très colorée et acide. Les muscles extenseurs du poignet, les fibres musculaires du colon et la substance cérébrale ayant été examinés au microscope par M. Bowman, n'ont rien présenté d'anormal, si ce n'est que les muscles extenseurs, comme les muscles paralysés en général, étaient plus facilement décomposés dans leurs parties élémentaires que les muscles à l'état sain. Les muscles extenseurs du poignet droit étaient plus altérés que ceux du côté gauche.

(*London med. Gaz.*, décembre 1841.)

— Ce cas est remarquable, dit l'auteur, parce qu'il présente un type complet des phénomènes propres à l'intoxication saturnine, savoir : la colique, la paralysie, les douleurs aux membres, les crampes et l'épilepsie. Tous ces symptômes ont existé sans fièvre, et le pouls a toujours été au-dessous de l'état normal. L'énorme distension des intestins, l'auteur l'attribue à une faiblesse de la fibre musculaire. Ordinairement la paroi abdominale est contractée au lieu d'être distendue.

Cette autopsie fait voir, au reste, que la colique ne dépend pas d'inflammation, la muqueuse intestinale n'étant ni colorée, ni ramollie, ni injectée, à l'exception de celle du cœcum qui, au reste, n'était pas manifestement enflammée. On peut assurer, d'après l'absence de la fièvre, que cette affection n'est pas de nature inflammatoire. Les crampes elles-mêmes, la paralysie et la douleur ne paraissent pas non plus se rattacher à un état inflammatoire, puisque la dissection des nerfs n'a rien offert qui se rapportât à cette condition. L'auteur croit que les meilleurs remèdes contre la colique saturnine sont les purgatifs puissans, les préparations opiacées et les fomentations chaudes sur le ventre.

Chute de la matrice. Opération. Guérison. Par M. MORRIS.

Marie Robson, âgée de quarante-un ans, mère de six enfans, de petite stature, pelvis large, était atteinte d'une descente utérine depuis long-temps. L'organe avait commencé à se montrer un peu au-dehors après chaque accouchement. Son dernier accouchement date de dix ans, et c'est depuis cette époque que l'utérus est tout-à-fait au-dehors, et est resté suspendu entre les cuisses.

A l'examen on le trouve dans cette position ayant le volume de la tête d'un enfant de neuf mois, écrasé, ulcéré à sa surface. Le museau de tanche est béant ; le vagin complètement renversé, sec et scabreux ; les règles sont toujours abondantes et irrégulières. Vessie constamment irritée, ainsi que l'urètre ; l'urine est rendue par petite quantité à la fois. Douleurs continuelles aux lombes. La santé générale était assez bonne.

L'opération a été pratiquée le 11 mai de la manière suivante, en présence de MM. Parker, Natrass et Skepsey : La vessie et le rectum ayant été vidés, la malade a été couchée à plat ventre ; l'opérateur a alors excisé trois larges plis de la face postérieure et des parties latérales du vagin.

L'hémorrhagie a été abondante et n'a été arrêtée qu'avec beaucoup de peine. Des points de suture ont été appliqués pour réunir les côtés de chaque plaie. La malade a bien supporté l'opération ; mais elle s'est trouvée très affaiblie par la perte du sang ; elle a eu des syncopes dans la soirée.

12 mai. La nuit a été tranquille, mais sans sommeil. Ecoulement abondant. Peau chaude, pouls fréquent, langue sèche. On prescrit une mixture antifébrile.

Le soir, la fièvre continue, la malade est abattue.

Le 13, un peu de sommeil la nuit, fièvre moindre. Abdomen gonflé et douloureux ; écoulement moindre. On ôte l'appareil ; les plaies sont en bon état. Huile de ricin, fomentations émollientes sur l'abdomen.

Les jours suivans la malade va de mieux en mieux.

Le 23, la malade se lève, rien ne sort.

Le 28, elle se tient debout et marche, la matrice reste dans le bassin.

Le 2 juin, la malade se promène hors de l'établissement, elle se sent faible, mais la matrice garde sa position.

Plus tard, on lui prescrit un petit pessaire comme mesure de précaution. Elle fait de longues courses sans souffrir et sans que la matrice se dérange. Sa santé générale s'est beaucoup améliorée.

Le 23 novembre, époque de la rédaction de cette observation, la malade continue à jouir des bienfaits de l'opération.

(*Ibid.*)

— Il en est peut-être de la guérison radicale de la chute de la matrice à l'aide d'une opération sanglante comme du bégaiement. On s'est beaucoup enthousiasmé d'abord, on a beaucoup opéré, beaucoup écrit ; puis le temps a mûri les faits, éclairé l'expérience, dissipé les illusions, et les choses en sont revenues à leur premier état. Ce sont là des exemples que le praticien ne doit pas perdre de vue à propos de chaque innovation. Cependant, il faut le dire, on s'est aussi promptement désisté de suivre l'opération relative à la matrice qu'on avait été prêt à en exagérer les bienfaits. Au lieu de choisir avec discernement, on a opéré tous les cas indistinctement ; les insuccès se sont multipliés, et l'opération est tombée dans le dis-

qu'on nous suppose, ne serait, je l'espère, pas venue à l'idée d'un Français, c'est que le séjour dans les hôpitaux n'est d'aucune utilité pour les élèves en médecine.

Dans quel temps vivons-nous, bon Dieu !

Est-ce que par hasard les étrangers partageraient à l'égard des Français qui s'établissent chez eux l'engouement dont je viens de parler ? Nullement. Vous pourriez tout au plus compter un de nos compatriotes qui s'est fait à Londres une brillante fortune et une réputation non moins brillante. Mais c'est une spécialité chirurgicale, un homme d'un profond savoir, et qui, sans aucun doute, eût aussi bien fait son chemin ici qu'en Angleterre.

Le seul point de ce genre par lequel les étrangers nous ressemblent est le goût prononcé que quelques chirurgiens français ressentent pour les instrumens d'origine étrangère. Il est un célèbre chirurgien français de notre époque qui, vous le savez, n'ouvrirait pas un abcès, si ce n'est avec un bistouri anglais, et qui, pour être sûr que les couteliers de Paris ne lui feront pas de tours de passe-passe, en fait venir directement de Londres chaque année une ou deux douzaines (de bistouris).

Eh bien ! les Anglais ont la même manie de bistouris français, et à ce propos, permettez-moi, cher confrère, de vous conter ce qui m'est arrivé l'an dernier. Un jeune avocat de mes amis, anglomane s'il en fut, partait pour Londres, et me demanda mes commissions. Je donnai, je le confesse, dans le travers général, et le priai de m'acheter à Londres six lancettes sur l'authenticité de l'origine desquelles il ne me restât aucun doute.

Deux mois après, mon avocat se présente chez moi et me remet d'un air triomphant six lancettes enveloppées dans un papier décoré de *léopards*, de *victorias* ; je ne jurerais pas que le prince Albert n'y fût pas. — « Elles m'ont coûté cher, me dit-il, mais j'avais tant recommandé qu'on me donnât tout ce qu'il y avait de meilleur ! »

Tout joyeux, je défais le paquet.... Jugez de mon désappointement : on m'avait fait payer cinq francs pièce des lancettes de Charrière, absolument pareilles à celles de la rue de l'Ecole-de-Médecine, et qui n'avaient d'autre mérite que d'avoir traversé quatre lignes de douaniers.

A propos de quoi cette boutade, me direz-vous ? — Eh ! c'est vous qui l'avez provoquée ! N'avez-vous pas dit du médecin des lézards, que j'ai bien reconnu aussi, et qui, lorsque je remplissais à l'Hôtel-Dieu ce que nous appelions alors les nobles fonctions de *roupiou*, venait battre du sang et du pus dans de petites éprouvettes en verre,— Dieu ! en a-t-il cassé ! —n'avez-vous pas dit du médécins des lézards : « Pour peu que l'expérimentateur soit éloquent et *non Français*. » Le mot m'a remué la bile : car, voyez-vous, je suis tout à fait de l'avis de notre chansonnier national :

J'aime qu'un Russe soit Russe,
Et qu'un Français soit Français.

Ce n'est pas, au moins, que je pense que tous les médecins étrangers qui habitent Paris, ne doivent leur position et leurs succès qu'à leur *exotisme*. Il en est qui ont su par leur mérite et leurs travaux se faire un brillant avenir et s'assurer une fortune indépendante ; mais ils sont si rares ! Et c'est tout au plus si je pourrais dire, sans craindre d'être taxé d'exagération :

Il en est jusqu'à trois que je pourrais compter.

Votre tout dévoué confrère, X. Y. Z.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 février. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Lagneau est appelé à la tribune pour lire un rapport.

— *M. Richard* propose qu'on s'occupe immédiatement de l'élection qui doit avoir lieu dans cette séance. (Adopté.)

Election d'un membre à une place vacante dans la section d'hygiène.

Candidats : MM. Alph. Devergie, Gauthier de Claubry, Guérard, Mélier, Requin, Royer-Collard.

Premier scrutin : Votans, 118. Majorité, 60. M. Royer-Collard a obtenu 47 voix ; M. Alph. Devergie, 29 ; M. Mélier, 21 ; M. Gautier de Claubry, 11 ; M. Guérard, 8 ; billets blancs, 2.

Deuxième scrutin : Votans, 119. Majorité, 60. M. Royer-Collard a obtenu 66 voix ; M. Alph. Devergie, 34 ; M. Mélier, 7 ; M. Guérard, 6 ; M. Gautier de Claubry, 4 ; billets blancs, 2.

M. Royer-Collard ayant obtenu la majorité a été nommé membre de l'Académie.

— *M. Maurial* lit un mémoire sur une fracture du fémur traitée par une méthode nouvelle. (Commissaires : MM. Bégin et Velpeau.)

— *M. Rambaud*, médecin à Versailles, met sous les yeux de l'Académie un trocart à double canule, qu'il a imaginé pour vider les kystes abdominaux. Nous donnerons, dans un prochain numéro, une description de cet instrument.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 février 1842. — Présidence de M. PONCELET.

Lecture de M. Bouvier, intitulée : « Mémoire sur l'appréciation de la » myotomie appliquée au traitement des déviations latérales de l'é- » pine. » On peut résumer ce travail comme il suit :

1° La contracture des muscles du dos est une affection rare, et tout à fait distincte de la déviation latérale de l'épine qui produit la gibbosité.

2° Celle-ci diffère anatomiquement des difformités par contracture, en ce qu'elle consiste dès le principe en une déformation des vertèbres et des disques inter-vertébraux, et non en une inflexion articulaire due au raccourcissement de certains muscles.

3° La déviation de l'épine qui produit la gibbosité ne résiste pas au redressement en vertu de la brièveté des muscles du dos qui, à l'état de relâchement, ne se montrent ni tendus ni résistans pendant les efforts exercés sur les courbures.

4° La section de ces muscles sur le cadavre n'influe en aucune manière sur le redressement de la déviation ; tandis que la section des ligamens permet d'effacer les courbures, malgré la présence des muscles.

5° Les déviations rachidiennes qui produisent la gibbosité ne se développent pas sous l'influence des mêmes causes que les difformités par contracture.

6° Les lésions nerveuses ou musculaires qui amènent ces déviations dans certains cas, agissent en changeant les conditions de développement du rachis, et non en donnant lieu à une rétraction permanente de ces muscles.

7° Les irrégularités de l'action des muscles qui concourent dans ces circonstances et dans d'autres à la déformation de l'épine, n'ont rien de commun avec les contractures musculaires.

8° L'expérimentation clinique fait voir que la section des muscles du dos est tout à fait sans influence sur le redressement de la courbure latérale de l'épine qui produit la gibbosité, et que tout le résultat obtenu doit être mis sur le compte du traitement mécanique consécutif.

9° D'après tout ce qui précède, la myotomie n'est point applicable au traitement de ce genre de difformités.

La séance est levée à cinq heures.

— M. Magendie ouvrira vendredi prochain, à onze heures, le cours de médecine du Collége royal de France, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur fera cette année l'histoire générale des poisons, et démontrera leur mode d'action.

crédit. Il est certain cependant que des guérisons durables ont été obtenues, et qu'elles sont autant d'immenses services rendus. Quand on songe à la gravité sérieuse de cette infirmité, arrivée au degré qu'on appelle précipitation complète, on ne saurait trop faire d'efforts pour y remédier. L'exemple que l'on vient de lire se recommande donc à l'attention des praticiens.

Correspondance.

Traitement des hydropisies, indurations ganglionnaires et autres kystes graisseux, etc., par l'électro-puncture.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un des derniers numéros de votre journal, vous citez l'exemple d'une guérison obtenue dans un cas d'hydrocèle par l'électro-puncture. M'étant livré depuis cinq à six ans à des recherches sur l'action thérapeutique de ce moyen, je dois dire à l'appui de l'assertion de MM. Pecchioni et Leroy-d'Etiolles que le galvanisme introduit par le moyen de l'acupuncture m'a procuré des guérisons promptes et nombreuses, non seulement dans le traitement des hydrocèles, mais dans celui des *hydropisies libres ou enkystées* en général, à moins qu'elles ne dépendent, bien entendu, d'une lésion organique et incurable. Comme dans la plupart des *tumeurs indolentes*, telles que les indurations ganglionnaires, kystes graisseux ou méliceriques, dilatations variqueuses, etc. Il y a plus : c'est incontestablement un des moyens des plus inoffensifs et les moins incommodes pour les malades dont l'art chirurgical dispose, son application ne donnant que fort rarement lieu à des réactions inflammatoires tant soit peu intenses et n'exigeant de la part de l'opéré aucun soin particulier.

Ainsi, de six cas d'hydrocèle que j'ai traités d'après cette méthode, deux ont été guéris du premier coup, après trois à huit applications galvaniques échelonnées à vingt-quatre heures de distance. Dans trois autres cas, la guérison définitive n'a été obtenue qu'après diverses récidives. Le sixième malade ayant été obligé, avant son rétablissement complet, à s'embarquer pour la Martinique, je n'en ai plus reçu de nouvelles. Les six opérés ont pu vaquer à leurs occupations pendant toute la durée du traitement.

Un cas d'hydrothorax, survenu à la suite d'une pleurésie aiguë chez un sujet cachectique et tuberculeux, a été soumis à la galvano-puncture, après avoir résisté à divers traitemens rationnels, qui lui avaient été administrés depuis plus de deux ans dans divers hôpitaux de la capitale. Eh bien ! quinze séances, pendant lesquelles je m'efforçai à faire pénétrer la pointe des aiguilles dans la cavité même de la plèvre, ce qui m'était singulièrement facilité par l'écartement des côtes et par l'élargissement des espaces intercostaux qui en résulte. Quinze applications ont suffi pour déterminer la résorption de l'épanchement avec les signes caractéristiques de la guérison radicale (rétrécissement considérable de la moitié correspondante du thorax). Frappé de la singularité de ce fait, j'en parlai à M. Amussat, qui voulut bien m'inviter à présenter le sujet à ses conférences, où il fut examiné avec intérêt par les nombreux confrères qui viennent se presser aux fructueuses leçons de ce chirurgien éminent.

Je fus moins heureux chez une femme atteinte d'hydropisie enkystée de l'ovaire, que M. Amussat avait eu la bonté de m'adresser. En effet, à une amélioration notable qui avait marqué le début du traitement, succédèrent des symptômes d'irritation inflammatoire, qui m'obligèrent à en suspendre la continuation ; j'ai perdu de vue depuis la malade. Je dois ajouter cependant, qu'une bronchite intercurrente, que la malade avait contractée en faisant le chemin de Versailles à Paris par un froid rigoureux, m'a paru exercer une influence funeste sur les résultats du traitement.

Soixante-trois cas de *glandes indurées*, reconnaissant des causes syphilitiques ou scrofuleuses, et dont la majeure partie avait résisté aux moyens ordinaires, ont cédé à l'électro-puncture, les unes en se résolvant, les autres en se fondant par la suppuration ou mortifiées par la cautérisation électrique : la durée du traitement a varié de quinze jours à six mois.

Plusieurs *lipômes* ont été promptement détruits par le même moyen, une portion de leur contenu graisseux ayant été résorbée, le restant s'étant échappé par l'orifice d'un petit trajet fistuleux creusé par la puissance cautérisante des courans galvaniques, et les parois du kyste s'étant soudées entre elles par l'effet d'une inflammation adhésive qu'engendre le passage prolongé et réitéré de la matière électrique.

Quant au mécanisme des guérisons que procure l'électricité, je pense que ce fluide agit sur les produits morbides de diverses façons ; savoir :

1° En stimulant les fonctions absorbantes.

2° En décomposant une partie des matières épanchées, ainsi que le démontre l'espèce d'emphysème qui se forme tout à l'entour des parties soumises à l'action des courans galvaniques.

3° En mortifiant les productions morbides par son passage prolongé. Il est, en effet, constant de voir chaque aiguille servant de conducteur à un courant électrique, devenir le centre d'une fluxion congestive de plus en plus intense, fluxion à laquelle se substitue bientôt après une petite escharre. Dès lors, on comprend qu'en dosant convenablement le nombre de ces aiguilles, on crible la tumeur d'une multitude de petites cautérisations capillaires qui procurent le grand avantage d'en détruire la substance en détail, sans donner lieu ni à des inflammations redoutables, ni même, si l'application a été dirigée dans cette vue, à ces suppurations ou fistules interminables, dont l'imminence et le grave inconvénient arrêtent si souvent la main du chirurgien.

4° En déterminant la transsudation des liquides traversés par les courans. Pour se convaincre directement de ce fait, connu d'ailleurs des physiciens, il suffit de plonger deux aiguilles d'acupuncture dans la cavité d'un abcès ou dans une poche hydrocélée, et d'établir le cercle galvanique. Presque à l'instant même on verra sourdre, au point d'immersion d'un de ces conducteurs, une gouttelette de pus ou de sérosité, et quelque temps après l'épiderme environnant le couvrir comme d'une légère rosée.

5° En modifiant l'innervation locale, et peut-être même l'innervation générale ; ce qui explique les résultats obtenus dans quelques cas d'affections scrofuleuses, et pourrait faire espérer des effets curatifs dans le traitement d'autres affections constitutionnelles, telles que le cancer.

Voilà, Monsieur, quelques remarques bien incomplètes, sans doute, eu égard surtout à l'importance du sujet dont je viens d'effleurer à peine l'écorce ; d'autres travaux plus urgens ne m'ont malheureusement pas permis de le discuter à fond. Mais je ne saurais trop recommander à l'attention des praticiens les vertus thérapeutiques d'un agent qui s'est déjà signalé par d'éminens services, et qui paraît être destiné à résoudre divers problèmes de la plus haute chirurgie.

Agréez, etc. SCHUSTER, D.-M.

Paris, 24 janvier 1842.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les propriétés thérapeutiques et la meilleure préparation pharmaceutique de l'anémone pulsatille.

M. le docteur Boeckh était affecté d'une ophthalmie dont il se débarrassa en recourant à l'extrait de pulsatille. Cet extrait avait été préparé par le pharmacien docteur Rabenhorst. La maladie s'étant reproduite à l'automne de la même année, M. Boeckh employa de nouveau le même extrait ; mais, cette fois, il n'en obtint aucun résultat avantageux, bien qu'il eût soin d'en porter la dose plus haut que dans le premier traitement. M. Rabenhorst, réfléchissant à la fugacité d'une partie des principes de l'anémone, soupçonna que l'extrait avait pu perdre, dans l'espace de quelques mois, la totalité de son efficacité. En effet, au printemps suivant, il prépara une nouvelle quantité de cet extrait, et celui-ci eut absolument le même effet que le premier.

M. Rabenhorst prépara en outre de l'anémonine, et cette substance fut mise en usage par M. le docteur Boeckh ; mais l'effet ne répondit aucunement à l'attente de l'expérimentateur, car les propriétés de l'extrait ne parurent pas s'y rencontrer.

M. Mouchon, de Lyon, a proposé de faire un sirop d'anémone avec le suc de la plante, afin d'éviter la déperdition qui se fait nécessairement pendant la préparation de l'extrait. Il le prépare de la manière suivante : il fait fondre, en vase clos, deux parties en poids de sucre dans une partie de suc non dépuré d'anémone ; puis, il étend le produit avec neuf parties de sirop simple ordinaire, et il clarifie par la filtration. Douze parties de ce sirop représentent donc une partie de suc d'anémone pulsatille. (*Jour. de Pharm. et de Chim.*, janv. 1842.)

Moyens de constater la bonne qualité des farines de lin et de moutarde.

1° *Farine de lin.* M. le professeur Guibourt ne croit point à l'utilité de la loupe pour faire reconnaître la falsification de la farine de lin : cet instrument, dont l'emploi pour cet objet a été recommandé par M. Le Sant, pharmacien à Nantes, indique en réalité très peu de chose, même avec ces farines très falsifiées ; mais la pression dans la main ou sur du papier, le mélange avec l'eau et avec l'iode, l'extraction de l'huile par l'éther sont de bons moyens à mettre en usage.

La bonne farine de lin se tasse en une seule masse dans la main fermée, et conserve sa forme après qu'on a fait cesser la pression. Elle graisse instantanément le papier sur lequel on la presse. Elle forme une émulsion blanche avec l'eau, et n'éprouve aucune coloration grise, verte, bleue ou noire par l'addition de la teinture d'iode. L'éther en extrait facilement, par déplacement, de 32 à 35 pour 100 d'huile siccative.

2° *Farine de moutarde.* La bonne farine de moutarde, étant délayée dans l'eau, développe instantanément une très forte odeur d'huile âcre et volatile. Elle n'éprouve aucune coloration de la part de l'iode. L'éther en extrait, en quantité moyenne, 28 pour 100 d'huile grasse.

Ces caractères, dont l'indication est fournie par l'un des plus habiles pharmacographes de notre époque, M. Guibourt, sont d'autant plus importans à connaître des médecins praticiens, qu'aujourd'hui on ne trouve ces deux farines bien pures que chez les pharmaciens qui les font préparer dans leur officine, et malheureusement, il faut le reconnaître, ce n'est pas le plus grand nombre.

(*Jour. de Chim. méd.*, décemb. 1841.)

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 12 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 19, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36f
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, [illegible]
Etranger, un an, 42 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Trois cas de phthisie pulmonaire offrant autant de variétés qui peuvent être considérées comme des types de cette affection. Analyse des symptômes qui leur sont propres.

1° *Tubercules du poumon droit à la suite d'une pleuro-pneumonie du même côté. Circonstance d'hérédité croisée. Considérations sur les rapports des scrofules avec la phthisie. Dysenterie; aphonie.* — Un garçon de salle, âgé de vingt-huit ans, est entré le 12 janvier, à la salle Saint-Charles, avec une pleuro-pneumonie du côté droit; à mesure que les symptômes de phlegmasie aiguë de la plèvre et du poumon se sont dissipés, ils ont été remplacés par les symptômes de la phthisie tuberculeuse. Il éprouve depuis quelquelque temps une petite toux sèche et fréquente, sa voix est voilée; il a une légère chaleur fébrile à la peau; le pouls est fréquent. Cet homme est tombé en peu de temps dans un grand état de faiblesse et d'émaciation; il est survenu depuis peu une légère diarrhée.

A l'examen de la poitrine, on constate de la matité en avant et à droite, et surtout vers le sommet du poumon. On ne distingue point dans toute cette région le murmure respiratoire; mais à sa place se fait entendre un craquement humide très gros, un gargouillement très appréciable surtout dans la région sous-clavière droite. En arrière et du même côté, on entend vers le sommet du poumon du râle muqueux; la respiration est faiblement vésiculaire dans tout le reste de l'étendue de ce poumon. Quand le malade parle ou qu'il tousse, on entend la résonnance de la voix, comme si elle était directement transmise à l'oreille. A tous ces signes, on ne peut méconnaître l'existence d'une caverne au sommet et dans la partie antérieure du poumon droit. Huit jours après, le gargouillement s'étendait à la partie antérieure moyenne de ce même poumon.

D'après les renseignemens fournis par le malade lui-même sur les circonstances héréditaires, on a appris que la mère de cet homme était morte phthisique. M. Fouquier fait remarquer, à cette occasion, ce fait de l'hérédité croisée que l'on observe dans un assez grand nombre de circonstances. Ce malade n'a point eu dans son enfance de scrofules, ni d'engorgement tuberculeux des ganglions lymphatiques du cou. Au reste, dit à ce sujet M. Fouquier, je crois qu'on a généralement attaché trop d'importance à ces scrofules externes en tant que considérées comme liées à l'affection tuberculeuse des poumons. On a voulu trouver des rapports entre ces deux états morbides, comme représentant deux périodes ou deux époques différentes d'une même affection; ces rapports n'existent point dans un très grand nombre de cas. On rencontre souvent des gens très scrofuleux dans leur enfance, ayant eu des engorgemens des glandes du cou et des ganglions mésentériques, et qui ne sont point devenus phthisiques. Il ne paraît point que les tubercules s'engendrent ainsi et se développent successivement dans les différentes régions du corps, sur un même sujet; du moins cette succession est-elle assez rare. Il existe seulement une sorte d'affection élective suivant les âges, telle qu'à de certaines époques déterminées de la vie les tubercules siégent plus spécialement, soit dans les glandes mésentériques, soit dans les glandes du cou, celles des régions axillaires, etc., et semblent même jusqu'à un certain point s'exclure réciproquement. On voit, par exemple, des sujets ayant depuis nombre d'années les glandes cervicales engorgées, et qui n'avaient jamais eu le carreau; d'autres portant des tubercules dans les poumons. et chez lesquels on n'avait jamais observé d'engorgement des glandes cervicales.

Les anciens médecins regardaient les tubercules comme des ganglions lymphatiques engorgés dans le poumon, et de même nature que les ganglions du cou; Portal a l'un des derniers professé encore cette opinion. Mais en y regardant de plus près, on n'a pas tardé à se convaincre qu'il n'en était point ainsi, et que les tubercules pulmonaires sont formés aux dépens du tissu même du poumon; ce qui exclut l'analogie que l'on avait voulu établir entre ces tubercules et ceux des glandes lymphatiques sous-cutanées qui constituent les scrofules.

On n'observe, du reste, chez le sujet en question aucune cicatrice qui indique qu'il ait existé chez lui une affection scrofuleuse, et il en est ainsi sur les quatre cinquièmes au moins des sujets tuberculeux. Ici le point de départ de la phthisie a été une pleuro-pneumonie. Dans un très grand nombre de cas, la phthisie succède à la bronchite; souvent même la bronchite n'est elle-même qu'une première manifestation de la phthisie. Il ne faudrait pas toutefois, de ce qu'une bronchite simple est quelquefois le point de départ de la phthisie, considérer la phthisie, ainsi que le faisait Broussais, comme une inflammation qui ne différait de la bronchite que par son degré; car, s'il en était ainsi, cette succession serait beaucoup plus fréquente qu'on ne l'observe. Il existe depuis long-temps, chez ce malade de la diarrhée, des coliques et du ténesme. Ces symptômes ne sont pas nécessairement liés à la phthisie; cependant ils se montrent fréquemment dans le cours de cette maladie. Chez beaucoup de malades la phthisie en est précédée, ils dépendent presque toujours alors de l'existence de tubercules ou d'ulcérations dans les intestins; c'est même ce qui arrive dans les 4/5e ou les 5/6e des cas environ. Il peut toutefois se faire, dans quelques circonstances, qu'il existe, dans ce cas-ci, une affection intestinale concomitante qui ne soit point nécessairement dépendante de la phthisie. Les symptômes intestinaux présentent en effet, chez ce jeune homme, les caractères d'une véritable entérite.

L'altération de la voix peut être produite de deux manières, ou par la présence d'ulcération ou de tubercules dans le larynx, ou simplement d'une manière sympathique par le seul fait de l'existence des tubercules dans les poumons. Lorsque l'affaiblissement de la voix survient de bonne heure et dès le début de la phthisie, il y a tout lieu de l'attribuer à la présence de tubercules dans le larynx; dans ce cas, la voix s'éteint graduellement, et il survient une aphonie complète et sans retour. Mais si cette altération de la voix ne survient que tard, elle est presque toujours consécutive et indique un degré très avancé de la maladie. L'aphonie n'est jamais aussi complète dans ce dernier cas.

Chez le malade qui est l'objet de ces considérations on a pourvu de suite aux indications les plus pressantes; on a commencé par combattre la dysenterie qui compliquait d'une manière fâcheuse l'affection des poumons et dont la persistance eût contribué à faire décroître rapidement les forces du malade, après quoi on a eu recours à une alimentation substantielle et à un régime tonique.

2° *Tubercules dans le poumon droit. Durée extraordinaire de la première période de la maladie. Complication d'entérite chronique. Sueurs nocturnes et diarrhée. Rapports de ces deux symptômes.* — Un autre malade couché au n° 20 de la même salle, présente une complication d'une entérite chronique avec des tubercules pulmonaires. C'est un jeune homme de vingt-deux ans, d'une constitution faible et délicate, qui fait remonter sa maladie à deux ans. Il a, dit-il, éprouvé graduellement de la toux, des sueurs, de la diarrhée, quelques crachemens de sang et il a rapidement maigri. — Il présente actuellement l'état suivant: maigreur, faiblesse considérable, toux rare, dyspnée habituelle, point d'expectoration; le thorax est bombé en avant, il est sonore dans toutes ses parties; la percussion y est plus douloureuse en arrière et à droite que du côté opposé; la respiration est faiblement vésiculaire, soufflante et saccadée. Point de fièvre, du moins le pouls conserve un type à peu près normal, et la température de la peau n'est point sensiblement élevée; le ventre souple, d'un volume normal

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations générales sur l'histoire de la médecine et sur le traitement des maladies chroniques et des maladies nerveuses; par M. le docteur PINEL DE GALLEVILLE. — Paris, broch. in-8°.

Je n'ai rien trouvé de nouveau à remarquer dans la première partie de cette brochure consacrée à un exposé rapide de l'histoire de la médecine. L'auteur y reproduit en fort bons termes ce qui est généralement reçu sur les médecins célèbres des époques antérieures à la nôtre, ce qui ne veut pas dire que ses appréciations me paraissent à l'abri de toute contestation, quoiqu'elles soient basées sur un assentiment commun. S'il est une chose démontrée pour ceux qui ont un peu secoué la poussière du passé, c'est que l'histoire de la médecine est encore à faire, et qu'on ne peut puiser que des notions insuffisantes, incomplètes, et souvent infidèles dans quelques ouvrages historiques qui ont cependant joui d'une grande faveur. Evidemment c'est dans un de ces ouvrages que M. Pinel de Galleville aura puisé cette assertion si souvent répétée depuis Celse et si complètement fausse, qu'Hippocrate sépara la médecine de la philosophie; dans la version de l'auteur se trouve même une circonstance aggravante, car il dit de la *philosophie générale*, ce qui reviendrait à dire que l'école hippocratique aurait édifié une science qui n'aurait ni méthode, ni principes, ni lois générales, lorsque c'est précisément l'éternel honneur de cette école d'avoir fait rentrer la médecine dans les voies de la méthode et des principes de la philosophie générale. Si cela ne ressortait pas de l'ensemble de la collection hippocratique, plusieurs passages ne laisseraient aucun doute à cet égard, et il en est un célèbre que M. de Galleville aura certainement lu avec intérêt, et qui se trouve dans le livre *De decenti ornatu*, où il est dit que le médecin doit être philosophe, pourquoi il doit être philosophe, et de quelle philosophie il doit faire usage. Je ne suis pas bien sûr, pour mon compte, que cette philosophie mène droit à l'orthodoxie religieuse professée avec chaleur par l'auteur de ce travail; mais ceci est une affaire d'interprétation, ou d'élasticité pour mieux dire; et s'il fallait exposer ma pensée sur ce sujet, je dirais que c'est à tort que l'on fait intervenir les questions de foi et de conscience dans les affaires scientifiques: elles n'avancent en rien la solution des problèmes difficiles de la médecine, et toutes les fois qu'on a voulu déduire la foi d'une argumentation scientifique, on s'est trouvé en lutte avec une autre argumentation tout aussi solide et tout aussi inattaquable. La foi ne se discute pas, elle s'impose; et si tel esprit trouve le spiritualisme au fond de l'organisation humaine, tel autre y trouve le matérialisme entre lesquels la raison pure sera à tout jamais impuissante à choisir.

Quoi qu'il en soit, le but médical de cette brochure a été particulièrement, dit l'auteur, de faire cesser les préjugés qui règnent sur la nature des maladies chroniques et sur celle des maladies nerveuses, préjugés qui s'opposent à l'emploi des moyens propres à les combattre. Ces moyens, il les trouve dans le concours simultané des agens thérapeutiques, hygiéniques et moraux. Les principes pratiques de l'auteur me paraissent dignes d'attention et dénotent un médecin véritablement et solidement instruit des grands travaux ce nos devanciers sur cette partie importante de la science si négligée de nos jours.

En mettant un peu plus d'ordre dans la distribution de ses matières, en élaguant toute cette partie historique, qui sincèrement n'a pas la valeur que lui prête peut-être M. Pinel, en donnant plus d'extension à la partie pratique de son sujet, l'auteur trouvera dans sa brochure les élémens d'un bon livre dont tôt ou tard, j'en suis certain, il dotera le monde médical.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour 1842, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1841, et les formules des médicamens nouveaux; suivi d'observations sur le diabète sucré, et d'un Mémoire sur une maladie nouvelle, *l'hippurie*; par M. le docteur A. BOUCHARDAT, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Un vol. in-32.

« Je donnerais tous les livres de ma bibliothèque, avait coutume de » dire Bordeu, pour une page de thérapeutique qui m'apprendrait à » guérir d'une manière certaine la migraine ou le panaris. » Je dirais aussi volontiers que le livre annuel de M. Bouchardat, tant petit qu'il soit, vaudrait bien des milliers de volumes, si le quart seulement des médicamens et des médications qu'il renferme jouissait d'une efficacité certaine. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et l'auteur le sait encore mieux que moi. Aussi se garde-t-il bien de dire aux praticiens: Prenez telle ou telle récette; mais il leur dit: Voilà ce que dans le courant de l'année qui vient de finir, j'ai rencontré qui m'ait paru raisonnable et digne d'attention; à vous d'expérimenter. J'ai butiné mon petit livre dans une foule de gros livres, de journaux et de recueils que vous ne pouvez pas avoir tous sous la main. Je vous économise le temps et l'argent, voilà tout ce que vous pourriez exiger de moi; et cependant je vous donne par-dessus, mes travaux sur la *glucosurie* que vous appelez *diabète sucré*, et sur l'*hippurie*, maladie toute nouvelle que j'ai trouvée au fond d'un verre à réactif.

Il faudrait donc avoir tout à fait mauvaise volonté pour ne pas tenir compte à M. Bouchardat de sa publication qui, sérieusement, offre un résultat utile, et qui d'ailleurs ne pouvait être entreprise par un homme plus compétent et mieux au courant des travaux thérapeutiques et pharmaceutiques. Qu'on n'oublie pas non plus que l'Annuaire n'est pas une de ces compilations sans discernement et sans critique; M. Bouchardat fait un choix judicieux, et quelquefois même il lui arrive d'indiquer les modifications qui rendront une formule plus rationnelle et mieux en règle avec les lois chimiques.

Un pareil travail n'est pas susceptible d'analyse. Ce journal a reproduit dans toute leur étendue les belles recherches de M. Bouchardat sur le traitement du diabète, traitement aujourd'hui connu de tous les praticiens. Quant à la maladie nouvelle que M. Bouchardat a nommée *hippurie*, un seul cas s'étant encore présenté à son observation, et cet exemple pouvant donner lieu à des objections légitimes, il faut attendre la publication du prochain Annuaire pour voir si cette maladie doit réellement prendre place dans le cadre nosologique.

A l'article *Narcotiques*, M. Bouchardat a emprunté à la relation du capitaine Jocelyn, quelques notions sur les fumeurs d'opium en Chine. Le lecteur sera peut-être bien aise de les retrouver ici. Ce vice qui dévore la Chine, menace aussi l'Angleterre, où l'importation de l'opium a presque doublé depuis quelques années. On dit même qu'il existe à Paris des fumeurs d'opium et qu'ils ont formé une réunion qui porte le titre de *Société des opiophiles*. Cette société a un registre sur lequel chaque membre écrit les sensations qu'il éprouve durant l'extase produite par l'opium. Si ce fait est exact, voici de quoi dégoûter les fous qui seraient tentés de boire à cette coupe empoisonnée.

Le sourire stupide et l'apathie léthargique du fumeur d'opium ont quelque chose de plus horrible que l'abrutissement de l'ivrognerie. La pitié prend la place de tout autre sentiment quand on voit les joues sans couleur, les yeux hagards de la victime vaincue par l'effet tout puissant du poison. Une rue située au milieu de la ville est complètement envahie par les boutiques destinées à la vente de l'opium, et là, le soir, lorsque les labeurs du jour sont terminés, on voit une foule de malheureux Chinois accourir pour satisfaire leur abominable passion. Les chambres où ils s'assayent et fument sont entourées d'une sorte de canapé en bois, pourvu d'un dossier pour reposer la tête; le plus souvent une pièce écartée et destinée au jeu fait partie de ces établissemens. Pour un novice, une ou deux pipes sont une dose suffisante, mais un habitué peut fumer pendant des heures entières. A la tête de chaque canapé on trouve une petite lampe, car il faut mettre le feu à l'opium pendant que le fumeur aspire, et comme il est assez difficile de remplir et d'allumer convenablement la pipe, il y a le plus souvent un domestique auprès du fumeur pour l'aider dans ces opérations délicates.

Quelques jours de ce redoutable plaisir, surtout s'il est pris en excès, suffisent pour donner à la face une pâleur maladive et aux yeux un air hagard. En quelques mois, et même en quelques semaines, l'homme fort et bien portant sera changé en une créature idiote qui ne vaudra

et point sensible à la pression. Il y a environ quatre à cinq selles dans les vingt-quatre heures ; appétit un peu conservé ; sueurs nocturnes abondantes.

Ce jeune homme a éprouvé depuis deux ans des symptômes analogues à ceux que nous avons observés chez le précédent malade : toux, dyspnée, crachement de sang, sueurs, dévoiement, faiblesse et amaigrissement graduels. Si la phthisie remonte à cette époque, ainsi qu'il paraît probable d'après les rapports du malade, c'est une durée extraordinaire. La phthisie dure de trois à cinq mois ; elle ne dure quelquefois qu'un mois, plus rarement vingt ou vingt-cinq jours. On ne peut du reste rien préciser à cet égard à raison de la difficulté de déterminer d'une manière exacte l'époque à laquelle la maladie a commencé. Quoi qu'il en soit, le terme de quatre à cinq mois peut être considéré comme la durée moyenne de la phthisie. Ce n'est que dans des circonstances rares qu'on l'a vu durer des années, comme dans le cas dont il s'agit ici. On peut établir en thèse générale que plus les sujets sont jeunes plus la marche de la phthisie est rapide, tandis que cette maladie est au contraire d'autant plus lente à parcourir ses périodes et affecte une marche d'autant plus chronique que les sujets affectés sont plus avancés en âge. Il est remarquable même que, dans ces dernières conditions, les chances de mortalité vont en décroissant. Il est des sujets, parmi ceux par exemple qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, qui parcourent de longues années, qui vivent dix, quinze ans et plus quelquefois avec des tubercules ramollis et dans un état de phthisie bien crractérisée.

Chez le sujet qui nous occupe il y a des indices non équivoques de phthisie pulmonaire, bien qu'il manque plusieurs des caractères pathognomoniques de cette affection. Les caractères les plus certains de la phthisie sont le gargouillement et la présence de crachats purulens et sanguins, encore faut-il qu'à ces phénomènes se joignent des symptômes généraux, pour qu'on puisse se prononcer avec une entière certitude sur l'existence de la phthisie. Cependant, quoique ces caractères manquent ici, la dyspnée, la sensibilité à la percussion, les sueurs abondantes, l'amaigrissement et la diminution graduelle des forces, sont autant de caractères qui, à eux seuls, suffisent pour faire concevoir une grande suspicion de phthisie.

Les sueurs nocturnes, qui constituent chez ce malade un des principaux phénomènes et celui qui a le plus fixé son attention, sont le signe d'un mouvement fébrile revenant périodiquement toutes les nuits et qui souvent, dans des circonstances semblables à celle-ci reste inaperçu lorsqu'on n'examine le malade que pendant le jour. On a remarqué souvent, comme chez ce malade, que les sueurs et la diarrhée n'existent point simultanément, mais qu'elles semblent alterner ou se succéder. Ce sont les sueurs ordinairement qui se montrent les premières ; le flux diarrhéique étant le plus souvent symptomatique. Mais à mesure que la maladie fait des progrès, ces deux ordres de symptômes se succèdent alternativement et se suppléent en quelque sorte ; ils finissent plus tard par exister simultanément et constituer la colliquation, ce qui précipite rapidement la marche de la maladie.

3° *Tubercules dans le poumon gauche. Circonstances étiologiques. Hérédité probable. Masturbation ; son influence sur le développement de la phthisie. Vomissemens. Violence de ce symptôme.* — Un troisième malade, couché au n° 6, et entré depuis peu de jours. Ce malade est âgé de seize ans. Son père jouit d'une bonne santé. Sa mère est morte à la suite de couches, après une assez longue maladie ; elle a succombé probablement à une phthisie pulmonaire ; nous disons que cette femme a succombé à une phthisie pulmonaire, non qu'il n'y ait d'autres maladies que la phthisie qui puissent compliquer les suites de couches morbides et entraîner la mort, mais cette complication est si fréquente, le développement des tubercules pulmonaires pendant le cours des fièvres puerpérales est si commun, que lorsqu'une femme succombe à la suite de couches, mais à un intervalle assez éloigné, on peut presque affirmer que cette femme est morte phthisique. Quoi qu'il en soit, depuis un an ce jeune homme s'est affaibi ; il est survenu de la toux, une expectoration abondante et des vomissemens. Ce jeune homme s'est long-temps adonné à la masturbation. On le trouve aujourd'hui faible, pâle, maigre ; il rend plusieurs selles par jour ; la respiration est faible et anxieuse ; les crachats sont épais, opaques et d'une teinte jaunâtre. Le thorax, à gauche, est sonore, excepté au sommet en arrière, où il existe de la matité dans une étendue limitée. La percussion de la poitrine est douloureuse. Du même côté et en avant, la poitrine résonne avec un bruit de pot fêlé ; la respiration est caverneuse et l'on perçoit du gargouillement dans les points correspondans à l'étendue de la matité.

L'habitude de la masturbation a, sans aucun doute, influé chez ce jeune homme sur le développement de l'affection tuberculeuse. C'est en effet une cause fréquente de phthisie, qui agit à la manière de toutes les causes d'épuisement, de toutes les pertes séreuses abondantes et prolongées, comme la diarrhée chronique, la lactation trop long-temps continuée, à la suite desquelles surviennent de la faiblesse, de la langueur, une toux sèche, un rétrécissement des parois thoraciques et graduellement tous les signes d'une phthisie confirmée. Telle a été la marche de la maladie chez ce sujet : Il a eu de la toux, de la diarrhée, des vomissemens ; puis se sont montrés les signes physiques de la phthisie : matité à la partie supérieure du poumon gauche ; au-dessous, bruit de pot fêlé, signe qui se rapporte à l'existence de grandes cavernes vides ; sensibilité à la percussion, crachats purulens, opaques et jaunâtres.

A ces caractères on ne peut conserver aucun doute. Quant aux vomissemens qui ont lieu pendant les efforts de la toux, c'est un signe que l'on ne trouve point indiqué dans les anciens auteurs ; il n'a été signalé qu'en dernier lieu ; M. Fouquier l'avait remarqué lui-même depuis long-temps. Ces vomissemens ne surviennent pas, comme dans la coqueluche, après de grandes quintes de toux, ils ont lieu sans secousse et souvent même sans toux, et paraissent produits par le dégoût et la répugnance qu'occasionnent les crachats en traversant le pharynx et la bouche ; peut être sont-ils encore dus à un certain degré de susceptibilité de l'estomac que l'on observe souvent chez les phthisiques.

Les trois cas de phthisie dont l'histoire précède, présentent autant de variétés qui peuvent être considérées comme des types différes de cette affection.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hernie inguinale droite étranglée. — Complication d'une hydrocèle de la tunique vaginale du même côté. — Remarques sur cette complication. — L'étranglement de la hernie est opéré par l'anneau postérieur du canal inguinal. — Point d'étranglement au collet du sac. — Démonstration de ce fait pendant les manœuvres de l'opération. — Description détaillée de l'opération. — Considérations générales sur le siége et la nature des étranglemens herniaires.

Le premier février est entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n. 8 (service de M. Velpeau), le nommé Arnaud (Julien), âgé de quarante-huit ans, affecté d'une hernie étranglée. Cet homme, bien constitué d'ailleurs, portait depuis près de trente ans une hernie inguinale droite qu'il contenait à l'aide d'un bandage approprié, et qui n'était point sortie depuis près de vingt ans. Dans la nuit du 31 janvier au 1er février, de violens efforts pour aller à la garderobe ont surmonté la résistance du brayer, et poussé les viscères jusque dans le scrotum. De là des coliques, des nausées, des douleurs vives éprouvées aussitôt par le malade, qui s'est livré tout le reste de la nuit à des manœuvres répétées et inutiles de taxis.

Admis à l'hôpital avant la visite, cet homme a pu être examiné par M. Velpeau dès le matin. On ne constata alors que quelques nausées ; le pouls n'était pas fébrile ; le ventre non ballonné n'était le siége que de douleurs passagères ; la langue était nette et la figure d'un pâle légèrement terne. La tumeur du volume des deux poings, offrait la forme d'une hydrocèle ; seulement on voyait qu'elle se continuait, comme par la pointe d'un cône, dans le canal inguinal jusqu'à la fosse iliaque.

Cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, indolente, régulièrement tendue et rénitente, semblait être formée de trois portions : l'une qui remplissait le canal inguinal à la manière d'un cylindre, d'une consistance du tissu cellulo-graisseux entouré de couches fibreuses, se prolongeait sous forme de corde dans l'intérieur de l'abdomen ; la seconde, qu'aucune ligne de démarcation, qu'aucun étranglement notable ne séparait de la première, au niveau de l'anneau du grand oblique, était tendue, rénitente, sans bosselures, demi-fluctuante, mate, complètement opaque ; la troisième enfin, qui formait comme le fond ou le bas de la masse totale, était fluctuante, transparente et placée au devant du testicule.

Après avoir analysé les divers élémens de la maladie, M. Velpeau se demande quelle pouvait être l'explication de la collection de liquide constatée ainsi sur la partie antéro-inférieure de la tumeur.

Diverses sortes d'hydrocèles ont été notées par M. Velpeau comme complication des hernies. Dans quelques cas, c'est le sac herniaire lui-même qui est distendu outre mesure par de la sérosité. Dans d'autres, le sérum occupe au-dessous de la hernie nouvelle un ancien sac herniaire oblitéré par en haut. Quelquefois aussi la collection s'établit en dehors du sac entre les tuniques du scrotum ou dans un kyste particulier. Il est possible enfin que la tunique vaginale irritée par le tiraillement des tissus voisins ou pour toute autre cause, devienne le siége de l'épanchement.

Chez le malade qui nous occupe en ce moment, la collection de liquide semblait être parfaitement limitée, et laissait tout à fait indépendant le sac de la hernie. En voyant le testicule placé en arrière et comme emboîté par cette collection, il n'était permis de s'arrêter ni à l'idée d'un kyste anormal, ni à celle d'un ancien sac herniaire. M. Velpeau crut devoir diagnostiquer une hydrocèle de la tunique vaginale.

Mais alors une difficulté se présenta ; interrogé sous ce point de vue, le malade déclara qu'il avait porté une hydrocèle de ce côté, que cette hydrocèle avait été opérée douze ou quinze ans auparavant par Dupuytren, qu'il en était parfaitement guéri depuis cette époque, qu'avant la sortie de la hernie, enfin, les bousres n'étaient pas plus volumineuses de ce côté que de l'autre.

Or, s'il est vrai qu'après la cure radicale de l'hydrocèle la tunique vaginale se colle à toute la surface du testicule, comment se fait-il qu'après une dizaine d'années de guérison un nouvel épanchement puisse se faire entre les deux feuillets de cette membrane ? Il fallait donc admettre dans ce cas de deux choses l'une : ou bien l'hydrocèle primitive était restée guérie quoique la tunique vaginale ne fût pas oblitérée, ou bien l'hydrocèle nouvelle n'avait pas son siége dans la tunique séreuse du scrotum. Dans tous les cas, comme cette col-

---

guère mieux qu'un squelette. La langue n'a pas de mots pour exprimer l'angoisse qus souffeent ces malheureux, si, après une longue habitude, on veut les priver de ce poison, et c'est seulement lorsqu'ils sont jusqu'à un certain degré sous son influence que leurs facultés vitales semblent se réveiller. A neuf heures du soir, et dans les maisons vouées à leur ruine, on peut voir ces tristes victimes plongées dans tous les états qui résultent de l'ivresse de l'opium. Les uns entrent à moitié fous, ils viennent satisfaire le terrible appétit qu'ils ont dû vaincre à si grand'peine pendant le jour ; les autres, encore sous l'influence d'une première pipe, rient et parlent sans raison, tandis que, sur les canapés voisins, gisent d'autres malheureux immobiles et languissans, avec un sourire idiot sur la face, trop accablés par l'effet du poison pour faire attention à ce qui se passe autour d'eux, absorbés complètement dans leur cruel plaisir. La dernière scène de cette tragédie s'accomplit ordinairement dans une pièce écartée de la maison, une véritable chambre de morts, où sont étendus, raides comme des cadavres, ceux qui sont arrivés à cet état d'extase que le fumeur d'opium recherche follement, image du long sommeil où son aveugle folie le précipitera bientôt.

Ajoutons, pour compléter cet effrayant tableau, que la passion de l'opium est cent fois plus irrésistible que la passion des alcooliques. Une fois qu'on est engagé dans cette voie, il n'y a plus de salut ; car la volonté, la résistance morale sont bientôt complètement énervées ; l'idiotisme survient peu à peu, voilà pour le moral ; quant au physique, l'opium fumé détermine une constante anorexie, d'où un dépérissement général lent et inévitable. Il n'y a pas de mort plus effroyable que celle d'un fumeur d'opium.

Recherches expérimentales sur les fonctions des nerfs, des muscles du larynx et sur l'influence du nerf accessoire de Willis dans la phonation. Broch. in-8°. — *Recherches expérimentales sur les fonctions de l'épiglotte, et sur les agens de l'occlusion de la glotte dans la déglutition, le vomissement et la rumination.* Broch. in-8°. — *Recherches expérimentales sur les conditions nécessaires à l'entretien et à la manifestation de l'irritabilité musculaire.* Broch. in-8°. Par M. A. LONGET.

Nous ne pouvons donner de ces divers travaux pleins d'intérêt, que les conclusions auxquelles M. Longet est arrivé.

Les nerfs laryngés supérieur et inférieur influencent la phonation ; des deux rameaux fournis par le laryngé supérieur, l'*externe seul*, quand on l'excise, modifie la voix, et l'*interne* ne préside point à la contraction du muscle arythénoïdien ; il suffit de couper les filets du *rameau externe* qui se rendent aux muscles crico-thyroïdiens, pour déterminer une raucité désagréable de la voix ; chez les jeunes animaux qui, après l'excision des récurrens, poussent encore des cris aigus, la section de ces filets des crico-thyroïdiens empêche ces cris, en même temps qu'elle augmente la gêne de la respiration ; on doit distinguer dans la glotte deux portions : l'une *vocale*, l'autre *respiratoire*, et leur dimension relative varie selon l'espèce, mais surtout suivant l'âge des animaux ; les différences dans la grandeur relative de ces deux portions, celles qui résultent de la forme et de la dureté des cartilages arythénoïdiens, aux divers âges, peuvent servir à expliquer : 1° pourquoi la suffocation imminente à un âge cesse de l'être à un autre ; 2° pourquoi les chiens jeunes auxquels on a excisé les récurrens peuvent encore faire entendre des sons remarquables par leur acuité, tandis que les chiens plus âgés restent aphones ; tandis qu'il existe des muscles qui dilatent la glotte *entière*, il y a au contraire des muscles qui président surtout à la constriction de la glotte vocale, et un autre qui est plus spécialement affecté à la constriction de la glotte respiratoire ; l'existence de ce dernier muscle était aussi nécessaire à la production des tons aigus que l'occlusion complète de la glotte, occlusion indispensable surtout dans les grands efforts d'expulsion ; ces divers muscles sont animés par les nerfs récurrens qui, par conséquent, se distribuent à la fois aux agens constricteurs et dilatateurs de la glotte ; il est donc inexact d'avancer que l'occlusion de la glotte, qui suit dans certains cas la section des récurrens, soit due aux muscles constricteurs qui conserveraient encore leur action ; les animaux privés de leurs nerfs récurrens respirent plus vite qu'à l'état normal ; le pneumo-gastrique préside à la sensibilité du larynx dont les mouvemens intrinsèques sont subordonnés au nerf accessoire de Willis.

L'épiglotte est nécessaire à l'*intégrité* de la déglutition, car si l'homme et les animaux qui en sont privés avalent sans inconvénient les alimens solides, il n'en est pas de même des liquides ; cet opercule est indispensable pour diriger dans les deux rigoles latérales du larynx les gouttes de liquide qui, après la déglutition, s'écoulent le long du plan incliné de la base de la langue, et pour prévenir leur chûte dans le vestibule sus-glottique. — L'excision complète de l'épiglotte ne modifie pas la voix d'une manière appréciable, et surtout ce fibro-cartilage n'empêche pas le ton de s'élever un peu, lorsque, dans le larynx, un courant d'air plus rapide rend le son plus fort. — Dans le second temps de la déglutition, dans le vomissement et la rumination, l'occlusion de la glotte continue de s'effectuer, *après la paralysie de tous les muscles intrinsèques du larynx*, par l'action des constricteurs pharyngiens inférieurs et palato-pharyngiens ; d'où il résulte que les mouvemens de la glotte qui accompagnent la déglutition, le vomissement et la rumination sont soumis à d'autres agens musculaires que ceux qui resserrent cet orifice durant la production des phénomènes vocaux et respiratoires. — L'ascension du larynx en avant et le déplacement de la base de la langue en arrière sont des conditions essentielles de protection pour les voies aériennes. — Au contraire, l'occlusion de la glotte n'est pas nécessaire à la régularité de la déglutition, puisque sur les animaux l'écartement des lèvres de cette ouverture à l'aide d'une pince, ou chez l'homme leurs ulcérations profondes, n'empêchent pas cet acte de s'accomplir normalement ; toutefois, la glotte fermée est une dernière barrière que la nature a opposée au passage des solides et des liquides dans la trachée, quand déjà par surprise ils se sont introduits dans l'espace sous-glottidien. — Cette introduction accidentelle a-t-elle lieu, l'excitation de la muqueuse qui revêt cet espace, habituée au seul contact de l'air, donne lieu à une toux violente et *expulsive* ; mais si la sensibilité de cette muqueuse a été abolie par la section des laryngées internes, l'animal, n'étant plus averti à temps, pourra, au lieu d'une expiration brusque, exécuter inconsidérément une inspiration qui attirera les corps étrangers dans les voies aériennes. — Dans le vomissement, l'occlusion de la glotte est nécessaire pour prévenir la chute des matières vomies dans la trachée. — Dans la rumination, la glotte se ferme également ; de plus, les muscles aryténo-épiglottiques, *très développés* chez les animaux qui ont la faculté de ruminer, semblent agir comme constricteurs de l'ouverture supérieure du larynx, et empêcher par conséquent des parcelles alimentaires de tomber dans le vestibule sus-glottidien.

Séparé de l'axe cérébro-spinal, un nerf *moteur* perd, *dès le quatrième jour*, toute excitabilité ; alors applique-t-on aux bouts libres de ce nerf ou de ses divisions, les irritans mécaniques, chimiques ou galvaniques, la fibre musculaire demeure immobile. Au contraire, un muscle dont le nerf moteur n'est plus excitable, même *depuis plus de douze semaines*, oscille d'une manière très apparente quand on lui applique un stimulant quelconque. — Puisque si long-temps après l'extinction de toute force nerveuse motrice, la fibre charnue manifeste encore son irritabilité, sous une influence même purement mécanique, la décharge d'un agent impondérable, partant des nerfs de mouvement, n'est donc pas nécessaire à la manifestation de cette propriété, et le stimulus spécial, transmis par les nerfs de cette classe aux organes musculaires, n'est donc qu'une des nombreuses causes excitatrices de leur irritabilité. — Il n'est pas besoin, comme on l'a avancé, qu'une excitation immédiate des muscles, propre à les faire contracter, agisse d'abord sur les nerfs, et la contraction n'est point la conséquence de cette action primitive. Parce que la contraction musculaire persiste sans le concours des nerfs moteurs, il n'est pas à dire qu'une réaction nerveuse, d'un autre ordre, ne soit pas nécessaire à son entretien. Si parmi les pathologistes les uns avancent que l'irritabilité persiste dans les muscles paralysés du mouvement volontaire, tandis que les autres soutiennent l'opinion opposée, cela tient aux différences d'époques auxquelles on a directement agi sur la fibre musculaire paralysée, et à ce qu'on n'a pas distingué les cas où le mouvement volontaire seul était supprimé, de ceux où le mouvement et la sensibilité étaient à la fois anéantis.

B. B.

lection de liquide absorbait une partie des efforts de réduction, amoindrissait par conséquent l'efficacité du travail, M. Velpeau la vida immédiatement à l'aide d'une piqûre de lancette. Il s'écoula un demi-verre environ de sérum rosé, et il fut aisé de se convaincre par l'état du testicule que le liquide avait bien réellement son siége dans la tunique vaginale. Considéré sous ce point de vue et abstraction faite de la hernie, c'est donc là un fait de plus en faveur de cette opinion autour de laquelle M. Velpeau a déjà rassemblé quelques observations (*voyez* l'article Hydrocèle de sa Médecine opératoire, 2e édition), savoir que la cure radicale de l'hydrocèle par les injections irritantes n'est pas toujours suivie d'une adhérence indélébile des deux feuillets de la tunique vaginale.

Après cette petite opération, M. Velpeau se livra à des tentatives méthodiques de taxis qui parurent faire beaucoup souffrir le malade sans amener aucun résultat avantageux. Il fut dès lors convenu que le malade serait immédiatement placé dans un bain pendant une heure, et qu'on le saignerait dans l'intervalle de la visite.

Après la visite, M. Velpeau fit de nouvelles tentatives de réduction qui furent encore infructueuses. Les coliques étaient devenues plus fréquentes, les envies de vomir plus vives et plus rapprochées. Un lavement d'infusion de six grammes de tabac est donné une heure après; le malade est plongé dans un bain à deux heures, et en est retiré à trois. On fait alors de nouvelles tentatives de réduction prudemment conduites; mais le volume de la tumeur ne diminue point; les accidens généraux s'aggravent. Dès lors M. Velpeau, qui avait du reste prévenu les élèves dès le matin, que, selon toute apparence, cette hernie ne pourrait point être réduite, attendu que l'étranglement avait lieu à l'orifice postérieur du canal inguinal, et qu'avec cette variété d'étranglement le taxis est généralement peu efficace, décida l'opération pour cinq heures.

L'étranglement de la hernie inguinale ayant fait naître, dans ces dernières années, de vives discussions sur la nature des tissus qui l'effectuent, M. Velpeau qui, à sa leçon du matin, avait indiqué l'espèce de hernie dont le malade était affecté, crut devoir appeler l'attention des médecins et des élèves présens à l'opération, sur les couches de tissus qui allaient être divisées, et sur le siége précis de l'étranglement.

Après avoir incisé, dans l'étendue de huit à neuf centimètres, la peau, les deux couches du fascia sous-cutané et le tissu graisseux interposé, de haut en bas et de dehors en dedans, de manière à faire tomber le centre de la plaie sur l'anneau inguinal externe, M. Velpeau constata et fit constater que cet anneau n'exerçait presque aucune constriction sur le collet de la hernie. Ayant ouvert le sac au-dessous en pénétrant avec réserve de dehors en dedans, il rencontra aussitôt les intestins dans le péritoine complètement dépourvu de sérosité. Il divisa ensuite toute la paroi antérieure du canal inguinal formé de l'aponévrose du grand-oblique, d'une lame celluleuse du muscle transverse et d'une autre couche cellulo-graisseuse. Il fut dès-lors facile, en portant le doigt dans la plaie vers la fosse iliaque, de s'assurer que l'étranglement existait à l'ouverture postérieure du canal inguinal. Cet étranglement était porté si loin qu'il était impossible d'introduire la moindre partie de la pulpe du doigt entre l'anneau et la racine comprimée de la hernie. Pour mieux montrer le siége de cet étranglement, M. Velpeau fit tirer en avant l'anse intestinale; cette manœuvre attira l'anneau constricteur jusqu'au niveau de la plaie superficielle. En refoulant ensuite les viscères comme pour la réduction, le chirurgien fit voir que cet anneau était repoussé à plusieurs centimètres de profondeur du côté du ventre.

Pour montrer jusqu'à l'évidence que l'étranglement était opéré par le tissu fibreux et non par le collet du sac, M. Velpeau divisa les tissus de l'extérieur à l'intérieur, vis à vis du siége de l'étranglement, sans toucher au sac qui avait été largement ouvert dans le scrotum, mais qu'on avait conservé intact dans la moitié supérieure du canal inguinal. Bientôt on aperçut une rainure circulaire simulant une ficelle qu'on aurait passée sur la racine de la hernie. Coupant sur cette rainure avec la pointe d'un bistouri droit, M. Velpeau divisa cette espèce de cercle qui était évidemment constitué par l'anneau du *fascia transversalis*, et dès lors l'étranglement cessa. Notons bien que le collet du sac n'avait point été divisé; il fut facile d'en acquérir la preuve irréfragable en portant un doigt à l'intérieur du sac. Cette dernière manœuvre démontra au surplus que l'étranglement avait complètement disparu. Néanmoins, comme le *fascia propria* qui double le péritoine était légèrement épaissi et plus dense qu'à l'état normal sur toutes les parties contenues dans le canal inguinal, M. Velpeau crut devoir agrandir l'incision du sac avant de procéder à la réduction des viscères herniés.

L'intestin, examiné dans les portions qui correspondaient à l'étranglement et dans l'anse, longue d'environ vingt centimètres, qui remplissait le sac, a paru dépourvu de toute ulcération, de toute éraillure, de toute solution de continuité; seulement il était d'un rouge livide et un peu velouté à sa surface extérieure, comme cela arrive aux organes internes toutes les fois que leur circulation est rendue mécaniquement impossible. Il était d'ailleurs distendu par des matières liquides mêlées de gaz.

La réduction a été opérée avec la plus grande facilité. Une petite tumeur graisseuse appartenant au cordon, et faisant relieu dans le sac, a été refoulée dans la plaie du côté de l'anneau postérieur.

Pendant toute l'opération aucune artère n'a réclamé des soins particuliers. Un linge troué enduit de cérat a été placé sur toute la surface de la plaie, dont on a ensuite rempli toute la cavité de boulettes de charpie. Un bandage approprié a maintenu le tout en place.

Reporté dans son lit, le malade s'est senti considérablement soulagé. Cependant, malgré la prescription d'un lavement purgatif et d'une bouteille d'eau de Sedlitz, la nuit s'est passée sans garderobe.

Le lendemain matin (2 février), ayant trouvé le pouls dur et le ventre un peu douloureux dans la région iliaque droite, M. Velpeau prescrivit deux nouveaux lavemens purgatifs à prendre dans la journée, une saignée de trois palettes et trente sangsues au-dessus de la plaie.

3 février. — Les garderobes se sont établies; elles ont été nombreuses et abondantes; le malade n'a plus éprouvé d'envies de vomir depuis l'opération; il n'a pas de fièvre. Le ventre reste légèrement tendu et un peu douloureux à droite. — L'appareil est enlevé; la plaie offre un aspect excellent. Pansement simple; cataplasme sur le bas-ventre.

4 février. — Il n'y a pas eu de garderobe depuis hier (dix heures du matin). Le ventre est plus tendu et un peu plus sensible à droite que la veille. On constate un peu de ballonnement à gauche. Il n'y a, du reste, que très peu de fièvre, et le malade se trouve bien. *Prescription.* Saignée de 300 gram., vingt sangsues; lavement purgatif.

Nous ne noterons point jour par jour les améliorations notables que nous avons constatées; qu'il nous suffise de dire qu'aujourd'hui (11 février), le malade est dans l'état le plus satisfaisant. Le ventre est parfaitement souple; les garderobes sont faciles. La plaie est en partie cicatrisée; cet homme peut être considéré comme guéri. Nous compléterons, du reste, cette observation quand le malade sortira de l'hôpital.

— Les discussions récemment soulevées par M. Malgaigne sur le siége et la nature des étranglemens herniaires, ont eu trop de retentissement; le talent incontestable de ce chirurgien leur ont donné trop d'éclat pour que M. Velpeau pût laisser passer le fait que nous venons de rapporter, sans s'expliquer publiquement sur cette double question. La leçon clinique du mercredi, 2 février, a été consacrée à traiter cet important sujet. Nous ne rapporterons point ici tous les développemens dans lesquels est entré le professeur. Nous nous bornerons à résumer cette leçon dans une série de propositions qui suffiront sans doute pour faire connaître l'opinion de M. Velpeau.

Dans les hernies, dit M. Velpeau, le cours des matières intestinales est empêché, soit par défaut d'action des intestins, soit par une rétention tout à fait mécanique. Dans le premier cas, viennent se classer les hernies qu'on dit étranglées par engorgement. Ici deux variétés se présentent.

Tantôt c'est une vieille hernie, soit réductible, soit irréductible jusque-là, qui devient le siége d'une inflammation. Cette inflammation s'établit alors ou sur les parois du sac, ou sur les viscères herniés. Dans l'un et l'autre cas les matières intestinales cessent de circuler, et les symptômes de l'étranglement herniaire se manifestent. Ici les antiphlogistiques, les émissions sanguines, les bains, les cataplasmes, sont indiqués avant de procéder au taxis et à l'opération.

Tantôt les intestins, échappés par une large ouverture, se remplissent de gaz, de liquides ou de matières digestives. Troublés dès lors dans leurs fonctions, plus volumineux qu'avant leur sortie du ventre, ils réagissent plus ou moins contre l'anneau qui leur a livré passage, font naître des coliques, des vomissemens, l'impossibilité des garderobes, tous les symptômes de l'étranglement enfin. Mais en pareil cas les accidens marchent avec lenteur; la tumeur herniaire reste long-temps sans être douloureuse, et l'inflammation ne s'y établit que secondairement. C'est alors que le taxis prolongé, que les purgatifs même sont utiles et doivent être essayés avant d'arriver à l'opération.

Quant à l'étranglement dit aigu ou inflammatoire, il a lieu quelquefois dans les hernies inguinales sur un point quelconque de la longueur du sac, plus souvent au collet qu'ailleurs; d'autres fois à l'anneau fibreux du grand-oblique, et très souvent à l'anneau fibreux postérieure ou du *fascia transversalis*.

L'étranglement causé par des anneaux appartenant au sac, n'existe et ne peut exister que dans les hernies anciennes qui ne s'étranglent qu'après avoir été réduites un grand nombre de fois. D'ailleurs si l'étranglement est opéré par le sac, il faut bien plus l'attribuer au *fascia propria* qui, épaissi, endurci autour du péritoine et vis-à-vis des anneaux, se transforme quelquefois en virole élastique, qu'au péritoine luimême. Ce travail préalable s'explique du reste par les frottemens, les irritations que le péritoine et sa doublure celluleuse éprouvent de la part des bordures aponévrotiques pendant la sortie ou la rentrée des viscères qui forment la hernie.

L'étranglement par l'anneau externe du canal inguinal se rencontre plus particulièrement dans les hernies brusques et récentes, parce qu'alors le péritoine conserve trop de souplesse et l'ouverture du grand oblique trop de raideur pour que les choses puissent se passer autrement.

L'étranglement par l'anneau postérieur du canal inguinal s'observe et dans les cas de hernies anciennes qui ont été réduites plusieurs fois et dans les cas de hernies récentes, chez des personnes dont l'orifice externe du canal est naturellement un peu large. L'anneau du *fascia transversalis*, quelque mince qu'on le suppose, est constitué par des fibres si peu extensibles, qu'on comprend cette espèce d'étranglement sans aucune difficulté. Cet anneau étant d'ailleurs représenté par une sorte de trou qui aurait son siége dans une toile mobile, exerce autour des organes qui l'ont franchi une constriction comparable à celle d'un fil qu'on aurait appliqué sur l'intestin.

Ces diverses sortes d'étranglement, dit M. Velpeau, ont été constatés par tous ceux qui ont eu occasion de pratiquer beaucoup d'opérations de hernie. C'est se faire grandement illusion que de vouloir être exclusif sur ce point.

Entre autres faits, je mentionnerai les suivans: Chez un garçon marchand de vin, affecté d'une hernie inguinale qui s'était étranglée depuis quelques jours, je me bornai à débrider le pilier externe de l'anneau inguinal, après avoir largement ouvert le sac jusqu'à deux centimètres de ce point. La réduction, impossible jusqu'alors se fit aussitôt sans difficulté.

Chez un jeune étudiant en médecine qui portait une hernie inguinale incomplète, et que j'opérai avec l'aide de MM. Després et Richer, le sac, incisé jusqu'auprès de l'anneau postérieur ne fut pas divisé jusqu'à l'étranglement. Le débridement porté sur l'anneau du *fascia transversalis* suffit seul pour rendre la rentrée des intestins très facile. — Un tailleur que j'ai opéré avec M. Nicod, m'a offert exactement les mêmes particularités. — J'en dirai autant d'un jeune homme que j'opérai à l'hôpital de l'Observance, en 1825.

Le jeune littérateur dont les feuilles publiques ont parlé récemment, et qui avait une hernie inguinale étranglée depuis soixante heures, m'a également offert un étranglement incontestable par l'anneau du *fascia transversalis*. MM. Marchal et Pomier me servaient d'aides. Après avoir divisé les enveloppes de la hernie, j'incisai largement le sac; je divisai l'anneau du grand oblique, puis la paroi antérieure du canal inguinal. Cela fait, des tentatives de réduction convenablement combinées, restèrent complètement sans efficacité. Nous sentions d'ailleurs l'étranglement parfaitement distinct au fond du canal. J'incisai alors de proche en proche jusqu'à l'anneau postérieur, *sans inciser le péritoine, sans prolonger l'ouverture du sac*, et la réduction devint possible dès que j'eus divisé la bride mince et comme tranchante qui appartenait évidemment au *fascia transversalis*.

Les faits de ce genre sont si nombreux, dit M. Velpeau en terminant, et j'en possède pour ma part un si grand nombre, que si je les avais cru susceptibles d'être contestés, je les aurais recueillis avec beaucoup plus de soin que je ne l'ai fait. Mais les remarques déjà publiées sur ce sujet par M. Laugier et M. Diday, jointes à ce que j'en ai dit dans ma *Médecine opératoire*, suffiront sans doute pour empêcher la pratique de se fourvoyer sous ce rapport.

Tumeur squirrheuse du sein en partie dissoute, et l'autre partie atrophiée; par M. TANCHOU.

Madame Lef..., 43 ans, rue de la Grande-Friperie, n° 2, tempérament sanguin-bilieux, mariée à l'âge de dix-neuf ans, sans enfans, se présenta au Dispensaire le 30 avril 1841, avec une tumeur du sein. Elle nous dit que MM. Roux, Larrey, Lisfranc, Récamier, Hervez de Chégoin, Jobert et autres chirurgiens avaient conseillé de l'enlever avec l'instrument tranchant; elle nous montre des bulletins qui nous autorisent à le croire.

Antécédens. — Les règles ont toujours été régulières, mais elles ont manifestement diminué depuis quatre ans. A cette époque la dame Lef.... s'est aperçue d'un suintement séro-sanguinolent du mamelon droit, suintement dont elle rapporte l'origine à une forte succion que son mari aurait exercée sur ce mamelon et qui aurait déterminé une douleur très vive. Elle portait peu d'attention à ce phénomène; mais un jour, en se lavant dans un bain, ses doigts rencontrèrent une tumeur du volume d'une petite noix, située dans la mamelle droite. — Nul doute que la tumeur n'eût commencé lors de l'accident que nous venons de relater, mais ses progrès s'étaient faits sourdement, sans que la malade en eût conscience, circonstance assez commune dans ce genre d'affections. — Le suintement avait commencé en 1837, et la tumeur avait été signalée pour la première fois en 1839; il est donc rationnel de lui assigner une durée de quatre ans. La dame Lef.... n'avait fait antérieurement aucune maladie qu'on puisse rattacher à l'affection du sein. — Notons qu'elle n'avait eu ni enfans ni fausses couches. Nous serons en mesure de démontrer bientôt que les affections organiques de l'utérus et de la glande mammaire attaquent de préférence les femmes chez lesquelles ces viscères n'ont pas rempli les grandes fonctions qui leur sont dévolues.

La malade se présentait dans les circonstances suivantes le 30 avril 1841:

Tumeur indurée, inégale, un peu aplatie d'avant en arrière, d'une forme ovalaire, située à la partie supérieure et interne de la glande mammaire droite, entre la peau qui est libre mais amincie et les parois sternales sur lesquelles elle est mobile. — Son extrémité inférieure, la plus volumineuse, fait corps et se fond avec la glande mammaire; la supérieure va se perdre en s'amincissant dans le tissu cellulaire sous-cutané. En promenant le doigt sur elle, on la trouve formée superficiellement de petites bosselures globuleuses et d'une dureté squirrheuse; mais si on appuie plus fortement on sent que ces bosselures sont supportées par un noyau homogène et très dur. Cette tumeur a trois pouces de long sur deux de large; elle est peu sensible à la pression. La glande mammaire de ce côté est plus volumineuse que l'autre; en la comprimant, on voit suinter par les orifices des vaisseaux galactophores, à la surface du mamelon, un liquide séro-sanguinolent, sans odeur, tachant le linge en rouge sale. — La glande mammaire gauche est saine. Le bras droit est le siége de douleurs vives s'étendant du creux de l'aisselle à la saignée. Audessous de la clavicule et à trois travers de doigt de la tumeur que nous indiquons, se trouve une autre tumeur du volume d'une noix, un peu aplatie et un peu adhérente aux parties sous-jacentes; elle est, comme la précédente, peu sensible au toucher, et sans changement de couleur à la peau. Cette femme a le teint jaune, mais il doit sans doute cet aspect à une affection du foie dont la malade a été affectée pendant plusieurs années. — Sa mère ni ses autres parens n'ont été atteints de maladies semblables.

Traitement. Une saignée du bras, quelques pilules de Belloste, et des tisanes légèrement laxatives, furent d'abord prescrites comme moyens préparatoires; la malade fut ensuite soumise au traitement suivant:

Compression sur les deux tumeurs.

Quatre pilules de Belloste tous les quatre jours.

Suspension de la compression pendant la nuit, et, dans cet intervalle, cataplasmes belladonisés.

Tisane de chiendent miellée.

Nourriture plus particulièrement végétale.

Repos du bras droit.

Dès les premiers jours, il fut aisé de reconnaître que les ɔux tumeurs et le bras étaient moins sensibles ; que le suinment du mamelon était moins abondant, que la tumeur sousaviculaire avait diminué de volume, et que celle du sein s'était aplatie.

A partir du second mois du traitement, la compression ne t plus appliquée que sur la tumeur qui avoisine la glande ; le fut alternée avec des emplâtres de savon et de ciguë. — ɔs pilules de Belloste furent supprimées, et la malade prit us les matins une cuillerée à café d'une solution d'eau distillée de muriate d'étain, dans une tasse d'infusion de violettes.

Le 1er juin, la tumeur sous-claviculaire avait entièrement sparu ; la tumeur du sein avait diminué considérablement ɔ volume, elle s'était aplatie et divisée en plusieurs lobes et petites granulations ; le suintement du mamelon avait presle disparu totalement.

La malade fut jugée en assez bon état pour lui permettre de prendre ses occupations (elles consistent à lisser des cartes ɔ jeu, travail très fatigant pour le bras droit).

La solution de muriate d'étain fut suspendue et remplacée ır une pilule d'onguent napolitain de 15 centigrammes tous s matins.

Le 15 juillet, le suintement avait totalement disparu, la tueur du sein ne formait plus qu'une lame de peu d'épaisseur, ɔmposée de granulations qui tendent à se désunir et à se fonɔe dans le tissu cellulaire. Point de douleur dans le sein, mais bras droit a été repris de ses souffrances à l'occasion des avaux de la malade, souffrances que nous avons tout lieu de roire indépendantes de l'état du sein.

20 janvier. Les choses restent dans le même état satisfaisant; teint de la malade est redevenu clair comme dans son état e santé ; elle prend de l'embonpoint, et elle n'éprouve de ouleur dans le bras droit que lorsqu'elle travaille.

Résumé. Disparition complète de la tumeur sous-claviculaire.

Suspension du suintement séro-sanguinolent.

Atrophie de la tumeur du sein.

Les conclusions qu'on peut tirer de cette observation sont ɋu'on peut dissoudre les engorgemens du sein quand ils sont écens et quand ils sont anciens ; même à l'état squirrheux, on ɔeut les rendre stationnaires, les isoler en quelque sorte de la ie générale, et prévenir ainsi toute dégénérescence, ou une ɔpération qui ne vaut guère mieux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Avantages de la pommade d'oxide de zinc dans le traitement de l'eczéma, de l'impétigo et de l'ecthyma.

L'oxyde de zinc a été recommandé par Galien, sous le nom de *pompholix*, pour cicatriser les plaies et les ulcères, et pour faire disparaître les excoriations des parties génitales. Plus tard, au moyen-âge, il a été conseillé dans les mêmes cas, sous les dénominations de *nihil album* et *lana philosophica*. Depuis cette époque, il a été administré à l'intérieur par Gaubius, sous le nom de *fleurs de zinc* contre l'épilepsie, et par Ludemann, sous celui de *lune fixée*, contre la plupart des affections convulsives. Dès lors, son usage à l'extérieur devint moins fréquent, bien que l'utilité de ce mode d'emploi ait été signalé à diverses reprises par un assez grand nombre d'auteurs, bien qu'il ait été indiqué, entre autres, par Theden, contre les ulcères invétérés des jambes, par Rosenstein et Glauber contre les excoriations qui surviennent aux parties contuses à la suite d'un séjour prolongé au lit, par MM. les docteurs Toël et George pour prévenir et cicatriser l'ulcération des vésicules du zona et de la variole, etc.

M. le docteur Martin-Solon en a récemment obtenu des avantages signalés dans différens cas de maladies cutanées, presque toujours apyrétiques, subaiguës ou chroniques. La formule qu'il emploie le plus souvent, est la suivante :

Prenez : Axonge très récente, 30 grammes.
Oxyde blanc de zinc, 1 à 3 grammes.

Mêlez et f. s. a. une pommade bien homogène.

Il fait pratiquer deux fois par jour, le matin et le soir, une onction légère sur la partie malade avec une quantité suffisante de cette pommade.

Les 3 grammes d'oxyde donnent au mélange une consistance un peu prononcée ; on les prescrit quand la dessication se fait attendre et que toute irritation est dissipée. Dans quelques cas de suintement abondant, on étend la pommade sur un peu de linge ou de charpie.

L'eczéma simple est, parmi les maladies cutanées, celle où il a le plus fréquemment prescrit cette pommade. On sait combien cette affection est souvent rebelle et avec quelle tendance elle prend la forme chronique; que, dans ces cas, l'eczéma occupe une partie étendue du corps, ou qu'il soit, au contraire, borné à la face postérieure des oreilles, aux aisselles, au pli du coude, de l'aine, du genou; il est rare que le mélange d'oxide de zinc et d'axonge ne calme la démangeaison, ne diminue la rougeur et le suintement local, et ne détermine une prompte guérison, soit qu'on le mette seul en usage, soit qu'on seconde son emploi en l'associant à l'administration des bains amylacés plus ou moins long-temps continués et soutenus.

Dans quelques cas de gerçure au sein, ou d'excoriation légère à la vulve, cette préparation a produit également de bons et rapides effets.

L'impétigo (*mélitagre* d'Alibert), lorsqu'il est parvenu à la fin de son premier septenaire, cède aussi à l'action dessicative de la même pommade; les onctions, pratiquées après la chute des premières concrétion, diminuent la sécrétion de la peau, empêchent le développement de nouvelles pustules et activent ainsi la terminaison de la maladie.

Le mélange d'oxyde de zinc et d'axonge est encore très utile pour activer la dessication des pustules, de l'ecthyma et en faciliter la guérison, lors même que cette affection occupe tout le corps.

Dans ces différentes maladies de la peau comme dans l'érisipèle simple, les onctions d'axonge récente, et préparée au bainmarie sont un des moyens les plus commodes et les meilleurs que l'on puisse employer pour calmer la douleur et le sentiment de tension qui accompagnent la période aiguë de ces affections. En unissant ses propriétés dessicatives à l'axonge, l'oxyde de zinc paraît former l'une des pommades les plus efficaces pour hâter la terminaison ordinairement tardive de l'exczéma, de l'impétigo et de l'ecthyma. Cette association n'a pas l'inconvénient des préparations d'extrait de saturne qui, ainsi qu'on a eu de si nombreuses occasions de l'observer, sont susceptibles de donner naissance aux accidens propres à l'intoxication plombique, lorsqu'elles se trouvent en contact, pendant un temps prolongé, avec une grande étendue de la surface tégumentaire externe.

Il est inutile d'ajouter ici qu'uniquement topiques, ces onctions avec la pommade d'oxyde de zinc n'ont d'efficacité réelle qu'autant qu'elles se trouvent secondées par les divers moyens dont l'état général des sujets réclame l'emploi, moyens qui consistent quelquefois dans les émissions sanguines, plus souvent dans de simples délayans acidulés ou adoucissans; bains amylacés, etc., assez fréquemment dans les évacuans des premières et des secondes voies, et toujours dans l'observation d'un régime approprié. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Blessures aux mains.

On sait que le tissu gommé connu sous le nom de *taffetas d'Angleterre* présente le grave inconvénient de se détacher facilement de la peau après la moindre ablution.

M. Rigault, de la Ferté-sous-Jouarre a imaginé d'appliquer d'abord, comme chacun le fait, ce taffetas sur la peau, et, sitôt sec, de le recouvrir d'une légère couche de vernis dont il a soin d'absorber tout l'excès au moyen d'un linge fin.

De tous les vernis qu'il a essayés, nul n'est préférable à celui qu'on obtient en saturant à froid l'alcool du commerce avec de la colophane ou arcanson.

Au moyen de ce vernis, le taffetas n'attire point la poussière, résiste à l'action de l'eau, même tiède, et demeure jusqu'à l'entière guérison de la plaie qu'on le destine à protéger. (*Echo du monde savant.*)

— M. Bénard, médecin au Gros-Theil (Eure) depuis 1794, vient de périr d'une manière déplorable dans la soirée du 27 janvier. Cet infortuné vieillard, qui revenait de voir des malades à Saint-Nicolas-Dubosc, s'est, à ce qu'il paraît, trompé de chemin ; son cheval et lui sont tombés dans un abîme, et le lendemain matin on n'a plus retrouvé vivans que la monture et le chien de M. Bénard, qui sont demeurés fidèlement toute la nuit auprès du cadavre de leur maître, noyé dans la pièce d'eau où il avait été précipité. (*Journ. de l'Eure.*)

— Une proclamation du maire de New-York annonce que depuis dix jours il y a eu dans cette ville quarante-un cas d'empoisonnement causé par du bœuf fumé, provenant probalement d'animaux morts de maladie ou gâtés avant d'avoir été fumés.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 15 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 20, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-15.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Deux observations de fistules urinaires de la verge.

Première observation. — *Hypospadias. — Rétrécissement et oblitération du méat urinaire. — Infiltration dans le tissu cellulaire de la verge. — Fistules urinaires. — Considérations générales sur l'hypospadias.*

L'hypospadias, dit M. Bérard, est un vice de conformation que les individus apportent en naissant. La disposition anatomique des parties est différente de ce qu'elle est dans les fistules urinaires. Une muqueuse semblable à celle de l'urètre tapisse le trajet anormal. Le tissu cellulaire qui la double est souple, sans callosités. L'orifice anormal ne présente pas de végétations, de granulations purulentes. Ces diverses circonstances montrent déjà la différence qui existe entre l'hypospadias et la fistule urinaire.

Du côté de l'urètre, la différence n'est pas moindre. En effet, dans les cas de fistule urinaire, ce canal, au-devant de la perforation jusqu'au gland, est bien conformé, libre, sauf le cas où une maladie préalable, un rétrécissement, par exemple, a entraîné la formation de la fistule. Dans l'hypospadias, au contraire, il y a souvent des vices de conformation du canal et du gland.

L'hypospadias présente des variétés assez grandes pour qu'il soit utile de les étudier séparément. Dans le cas le plus simple il n'y a qu'une fente qui répond à la partie inférieure du gland et s'étend vers le frein. — L'ouverture anormale peut ensuite occuper les divers points intermédiaires entre le gland et la racine des bourses, toujours située sur la face inférieure de la verge. On l'a vue plus rarement placée en arrière des bourses, au périnée même. — Tantôt l'orifice est aussi large que le méat urinaire, tantôt il est beaucoup plus étroit, et ressemble à un tout petit pertuis cutané par lequel l'urine s'échappe difficilement.

La partie de l'urètre située entre l'ouverture anormale et la vessie, n'offre rien à noter. Il n'en est pas de même de la partie opposée. Dans les cas les plus favorables, et ces cas sont malheureusement fort rares, l'urètre est perforé jusqu'au gland inclusivement, et là une simple membrane colle les lèvres du méat urinaire. Mais le plus souvent le canal n'existe pas du tout, et la verge est pleine. D'autres fois enfin la paroi supérieure du canal est seule bien conformée, et la paroi inférieure manque; on observe alors une espèce de rigole creusée sur la face inférieure de la verge, qui se termine en avant au gland, en arrière au pertuis par lequel l'urine s'échappe.

Enfin, il est des cas où l'on voit cette disposition portée au plus haut degré, de telle sorte que le scrotum est divisé sur la ligne médiane et d'avant en arrière dans toute sa longueur. Chaque moitié représente une sorte de grande lèvre, et la fente qui les sépare paraît être une vulve. Le pénis atrophié simule un clitoris hypertrophié. On ne doit point être surpris qu'en pareil cas des hommes de mérite aient commis une erreur de sexe. Sabatier raconte, avec une grande bonne-foi, comment il fut induit tout d'abord en erreur par une conformation de ce genre.

Les conséquences qui résultent de l'hypospadias sont relatives: 1° à l'acte de la copulation; 2° à la génération: 3° à l'émission des urines.

Sous le premier rapport, les hypospades sont aptes à la copulation à peu près comme les autres hommes. La verge est susceptible d'érection; les appétits vénériens se font sentir, et l'acte viril peut s'accomplir avec plus ou moins de perfection, selon que la verge est plus ou moins bien développée

Quant à la génération, c'est là une question qui a beaucoup occupé et qui été résolue différemment. Tous ceux qui en ont donné une solution absolue, soit pour, soit contre, ont commis une erreur. En effet, la faculté d'engendrer dépend de la forme de l'hypospadias. Si la division est complète, si la verge n'a aucun canal, le coït, bien que suivi d'éjaculation, n'est point fécondant, puisque la liqueur séminale n'est pas projetée dans l'intérieur des parties génitales de la femme. Mais lorsque l'ouverture existe sur la verge, la fécondation devient possible. On objectait que, même dans ce cas, la direction du pertuis étant latérale, la semence est dirigée de côté et non vers le col de l'utérus, de telle sorte qu'elle ne peut être prolifique; mais il est bien reconnu que cette condition n'est point indispensable, et qu'il suffit du dépôt du sperme à l'intérieur du vagin et même à l'entrée de ce conduit, pour que la conception soit possible. C'est, du reste, là une discussion qui ne doit point trouver ici sa place. (*Voyez* les traités modernes de médecine légale.)

Un mot maintenant sur l'émission des urines. Le jet du liquide n'est point projeté en avant. L'urine tombe à peu près verticalement. Pour que le jet se forme, il faut que les malades relèvent fortement la verge contre le pubis. A ce changement de direction il se joint, dans quelques cas, une lenteur dans la miction et une difficulté qui résulte de l'étroitesse de l'ouverture cutanée de l'urètre. Cependant il est rare que les accidens soient portés plus loin que la gène dont nous venons de parler; aussi devons-nous considérer comme un cas fort rare, et, sous ce point de vue, très intéressant, celui qui est soumis à notre observation, et dont nous allons rapporter l'histoire.

Le 7 janvier a été couché au n° 3 de la salle Saint-Vincent, un homme âgé de cinquante-quatre ans, charpentier, d'une bonne santé habituelle. Cet homme dit n'avoir jamais eu d'affection syphilitique, ni blennorrhagie ni échauffement. Cependant depuis deux ans le jet de l'urine a commencé à diminuer de volume; le liquide n'est pas lancé loin du malade; il tombe, au contraire, perpendiculairement entre les cuisses. Depuis six mois le jet est devenu tellement petit que le temps employé à rendre l'urine est double de ce qu'il était autrefois. Depuis environ six semaines la dysurie s'est encore accrue et la miction est devenue douloureuse.

Quinze jours avant l'entrée du malade à l'hôpital il s'est montré un gonflement subit de la verge. Quelques jours après on fit une incision sur un des points de la longueur de la verge. Le malade dit qu'il n'a point coulé d'urine par cette ouverture; il est permis d'en douter, car, à notre première visite, nous trouvons la verge dans une sorte de demi-érection. Cette augmentation de volume et cette dureté sont dues à une inflammation de tout le tissu cellulaire de cet organe étendue jusqu'au prépuce; il semble que le tissu spongieux de l'urètre et que les corps caverneux en soient aussi le siége. La petite plaie donne issue à une liqueur de nature suspecte, et pour faciliter cette issue, ainsi que pour provoquer le dégorgement de la verge, j'ai pratiqué une nouvelle incision sur la face dorsale du prépuce et de la verge.

Les parties ayant été ainsi dégorgées, l'examen du méat urinaire fit reconnaître le vice de conformation connu sous le nom d'hypospadias. Le méat n'est point perforé; entre lui et le frein existe une ouverture très étroite par laquelle l'urine s'écoule; mais cet orifice ne donne pas issue à la totalité du liquide dont une grande partie s'échappe par les plaies faites à la verge.

Il est probable que l'urètre peu à peu distendu par suite des efforts latéraux de l'urine contre ses parois, a fini par se rompre et qu'il en est résulté une infiltration dans le tissu cellulaire de la verge. Cette infiltration a été sans doute peu considérable, de là l'inflammation modérée et l'induration plutôt que la gangrène des parties affectées.

Nous reviendrons plus tard sur la thérapeutique que réclament les fistules urinaires de la verge; disons maintenant un mot sur les ressources que possède la science contre l'hypospadias.

FEUILLETON.

DES PLEURO-PNEUMONIES RÉGNANTES.

Il règne en ce moment à Paris, tant en ville que dans les hôpitaux, des affections de poitrine graves qui méritent de fixer l'attention des praticiens. Ces affections ont commencé à paraître dès la première quinzaine du mois de janvier, se sont multipliées depuis sans rien perdre de leur gravité, et continuent à sévir aujourd'hui quoique les circonstances atmosphériques dont elles proviennent à coup sûr aient cessé d'exister. Il importe de se faire une idée précise de la nature de ces maladies, de saisir surtout les apparences insidieuses sous lesquelles on les voit souvent débuter, afin de ne pas leur adresser une médication capable d'en accroître les tendances funestes et pour en prévenir avant tout l'explosion imminente quand elles ne sont pas encore décidement formées.

Les affections que nous annonçons ici réunissent à leur apogée l'ensemble des signes des pleuro-pneumonies les mieux conditionnées; nous disons que c'est seulement à leur apogée, car au début et pendant plusieurs jours de suite elles sont loin d'offrir les mêmes signes, plus semblables alors à une affection générale très simple qu'à une lésion locale pleine de dangers. Voici les traits les plus saillans de leur physionomie aux différentes phases de leur marche, et le traitement le plus heureux possible aux trois stades principaux qu'on peut y distinguer. Un coup d'œil rapide sur l'action de leurs causes complètera le tableau de ces maladies.

L'immense majorité des malades éprouvent en commençant des frissons vagues et un froid intérieur qu'ils cherchent vainement à combattre. Ce froid est accompagné d'une grande courbature des membres avec de la céphalalgie, de l'enchifrènement, une altération de la voix, de la toux et de l'anorexie. Dans cet état, le pouls est enseveli, fréquent, peu élevé, et facile à déprimer; les traits de la face sont retirés, les yeux larmoyans, les mouvemens respiratoires précipités; le malade est pâle, irascible, très fatigué, comme s'il avait fait une marche excessive, ou plutôt, selon son expression, comme s'il avait été *roué*. L'exploration de la poitrine ne témoigne encore rien de bien extraordinaire: elle n'y découvre qu'une gêne dans le passage de l'air, attestée par des râles de divers natures, sans que sa sonorité et la perméabilité des vésicules pulmonaires paraissent autrement troublées. A la chute du jour tous les symptômes s'exaspèrent. Cette exaspération rend la chaleur de la peau sèche et brûlante, la face vultueuse, le pouls plein et assez roide, l'oppression et le mal de tête plus intenses, le brisement des membres et l'accablement plus prononcés. Le sommeil des nuits, s'il persiste, est constamment troublé par des rêvasseries, des réveils en sursaut et des songes terribles. Le matin, un amendement notable succède au redoublement de la veille, en attendant le retour de l'exacerbation quotidienne du soir.

Cet appareil symptomatique se soutient plusieurs jours consécutifs, en laissant même assez souvent aux malades, principalement aux heures de rémission, la faculté de se lever et de vaquer péniblement à quelques travaux. Il y a surtout un symptôme qui les poursuit et les obsède sans cesse: c'est le sentiment d'un froid tel, qu'ils ne parviennent jamais à le vaincre, quelque ressource qu'ils mettent en usage, soit qu'ils restent au lit en se chargeant de couvertures, soit qu'ils se tiennent devant un grand feu ou dans une chambre bien chaude, soit qu'ils ajoutent à leurs vêtemens la laine ou la flanelle, soit qu'ils se livrent à tout l'exercice qu'ils peuvent prendre. Nous devons remarquer que chez beaucoup de sujets la maladie ne s'étend pas plus loin, et qu'ils en sont quittes après deux ou trois jours de semblables symptômes; mais un grand nombre ne s'en tirent pas à aussi bon compte.

Chez ces derniers, l'affection de poitrine se dessine sans équivoque au bout de cette période, et quelquefois après dix ou douze jours seulement; elle se révèle tout d'un coup par une douleur vive de l'un des côtés, douleur décidément pleurétique, qui intercepte la respiration. D'ailleurs, l'auscultation médiate ou immédiate de la cavité thoracique en dénonce la nature, alors même que l'accroissement de la fièvre, la gêne augmentée de la fonction respiratoire, la rougeur de la face, ne la trahiraient pas suffisamment. La douleur en question n'est rien moins que fixe; elle se déplace au contraire, voyageant pour ainsi dire de droite à gauche, de haut en bas ou d'avant en arrière, et alternant encore quelquefois avec la douleur rhumatismale d'une articulation ou des muscles. L'expression pleurétique n'est pas l'unique forme des affections régnantes. Il arrive souvent aussi qu'au lieu de se produire avec le caractère pleurétique, elles prennent dès leur invasion l'appareil symptomatique des pneumonies. Quand la pneumonie se présente seule, on la reconnaît au sentiment de pesanteur ressenti dans la poitrine, à l'oppression plus forte que dans la pleurésie, et principalement aux signes physiques fournis par l'auscultation. Enfin, la pleurésie et la pneumonie se réunissent chez le plus grand nombre des malades et constituent une pleuro-pneumonie, tantôt simple et tantôt double. Les symptômes généraux décrits précédemment sont loin de s'évanouir à l'apparition de la congestion sur les poumons ou sur les plèvres. L'agitation, l'insomnie, la fièvre se prononcent davantage; la sensation de froid elle-même, si peu compatible communément avec les lésions aiguës des poumons, continue au point que presque tous les malades s'en plaignent comme d'un symptôme plus pénible. Du reste, ce symptôme paraît être caractéristique des maladies actuelles: il est rare qu'il manque et qu'il ne se montre pas l'un des plus saillans.

Ces pleuro-pneumonies sont très graves par elles-mêmes. Leur danger vient d'abord de la lésion profonde d'un organe aussi essentiel que l'organe pulmonaire; mais nous avons quelques raisons de penser qu'il vient encore davantage de la fausse idée qu'on se crée de ces affections. En général, au seul nom de pneumonie ou de pleurésie, les médecins vulgaires s'imaginent avoir affaire à une inflammation violente, contre laquelle on ne saurait trop verser de sang, comme si tous les engorgemens qui forment l'essence des lésions aiguës des poumons

Lorsque ce vice de conformation est porté au dernier degré, l'art est tout à fait impuissant et l'individu doit vivre avec son infirmité.

Lorsque l'ouverture anormale est située entre le scrotum et le gland, sur un point de la longueur de la face inférieure de la verge, et que le canal est entièrement oblitéré en avant de cette ouverture, presque tous les chirurgiens ont considéré ce cas comme incurable. Nous ne rappellerons que pour le blâmer le conseil de Paul d'Egine qui voulait que l'on taillât et amputât l'extrémité du pénis jusqu'au niveau de l'ouverture anormale, de manière à terminer la verge comme un gland percé pour laisser sortir directement la liqueur séminale. Dans le même but d'autres chirurgiens ont conseillé de tailler le dessous de la verge depuis le gland jusqu'à l'ouverture accidentelle, comme une plume à écrire. Il est inutile de dire que, quoique moins barbare que le précédent, ce dernier conseil est également proscrit. Il paraît sans contredit plus rationnel de tenter le rétablissement du canal en perforant la verge avec un trocart dans la direction de l'urètre depuis le gland jusqu'au point où le canal se termine. Ce conseil a été donné depuis long-temps. Il existe même deux procédés opératoires : tantôt on opère la perforation du gland vers l'ouverture anormale ; tantôt, à l'exemple d'A. Lusitanus, on conduit l'instrument de cette ouverture vers le gland. Néanmoins c'est là une opération qui a trouvé peu de partisans ; elle est blâmée par Sabatier, en raison de l'extrême sensibilité du gland, de sa vascularité, etc. Hâtons-nous d'ajouter cependant que Dupuytren a réussi deux fois : ce chirurgien a traversé la verge dans la direction ordinaire du canal, avec un trocart ; à l'aide d'un fer en roseau, rougi à blanc, il a immédiatement cautérisé toute la longueur du canal qu'il venait de former. Des accidens graves, la menace de la gangrène ont pendant quelque temps compromis le résultat ; mais enfin le nouveau canal a été maitnenu dilaté à l'aide de bougies, et l'ancien s'est fermé à l'aide de cautérisations avec le nitrate d'argent.

On peut mettre en doute l'efficacité du cautère : M. Bégin s'en est abstenu, et a guéri son malade sans avoir vu se développer les accidens graves qui ont compromis le succès dans le cas de Dupuytren. Notons que lorsque M. Bégin a publié son observation, il y avait six ans que l'opération était faite, et que ce chirurgien a vu uriner son opéré comme si sa verge n'avait jamais été le siége d'un vice de conformation.

Lorsque la verge présente une rigole à sa face inférieure, M. Velpeau se demande si on ne pourrait pas mettre à exécution ce que M. Bégin a regardé comme applicable à la même disposition développée sur la face dorsale de la verge, c'est-à-dire décoller la peau à droite et à gauche du bord de la gouttière, l'aviver sur son bord dans toute sa longueur, et en faire la suture, en laissant dans le canal, ainsi complété en bas par les tégumens une sonde de gomme élastique d'un calibre convenable.

Nous n'abandonnerons pas ce sujet sans faire une remarque critique. Tout en rendant justice aux efforts ingénieux des chirurgiens pour corriger la difformité qui nous occupe, est-il bien vrai que cette difformité entraîne des inconvéniens assez grands pour chercher à la guérir en faisant courir aux malades les chances d'une opération dont le succès est très douteux, et dont le résultat définitif peut n'être pas toujours satisfaisant, car on peut craindre que le nouveau canal conserve de la tendance à se rétrécir ?

Si cette remarque est applicable aux cas où la verge est imperforée au-devant de l'ouverture anormale, il n'en est plus de même dans ceux où elle est creuse et où une simple membrane ferme l'orifice du méat urinaire. Il est alors aussi rationnel que facile d'inciser cette membrane, d'en tenir les bords écartés, et de fermer l'orifice anormal par un des moyens applicables aux fistules urinaires de l'urètre. Il en est de même des cas où l'hypospadias consiste en une ouverture très étroite. En effet, en élargissant cette ouverture avec un bistouri, et en engageant chaque jour des bougies dans le canal, on comprend qu'on peut facilement obtenir une guérison prompte. Il est presque inutile d'ajouter qu'après la guérison les sujets devront s'astreindre à la précaution de passer de temps en temps un corps dilatant dans l'ouverture, qui sans cela pourrait reprendre peu à peu ses dimensions premières.

Examinons maintenant ce que nous avons à faire chez le malade dont nous avons précédemment tracé l'histoire. — La forme particulière et le siége de l'hypospadias nous dispensent de mettre en question l'établissement d'un canal artificiel. Nous avons dit que l'orifice était très étroit : son agrandissement était donc la première indication à remplir, nous y avons satisfait en dirigeant sur une sonde canelée un bistouri pointu dans le méat, et en fendant le gland depuis l'orifice anormal jusqu'au frein, et même un peu au-delà. Mais il nous reste encore à combattre l'engorgement de la verge et la fistule urinaire. Nous espérons triompher de l'engorgement par des frictions mercurielles, un bandage circulaire modérément serré, et la position relevée de la verge. Il est probable que dès que cet état aura disparu, toute la portion du canal comprise dans l'engorgement reprendra sa souplesse et ses dimensions naturelles.

Quant à la fistule, nous éprouverons sans doute de plus grandes difficultés pour en triompher. On sait que cette maladie est plus rebelle quand elle siége à la verge que quand elle occupe le scrotum ou le périnée. Cependant, comme chez notre malade il n'y a pas encore de perte de substance aux parois de l'urètre, nous pouvons espérer l'oblitération du trajet fistuleux. Du reste, nous essaierons les moyens les plus simples, et s'ils deviennent inefficaces, nous mettrons en question s'il faut abandonner les choses à elles-mêmes ou tenter quelqu'une des méthodes imaginées pour les cas difficiles de fistules urinaires. Mais avant de donner un aperçu de ces différentes ressources, faisons l'histoire de notre second malade.

Deuxième observation. — *Oblitération du méat urinaire. — Infiltration d'urine dans le tissu cellulaire de la verge. — Fistules urinaires multiples sur la verge et le gland.*

Le 21 janvier, a été couché au n° 2 de la salle Saint-Vincent le nommé Fouchet, âgé de cinquante ans, journalier, jouissant habituellement d'une bonne santé. Cet homme dit n'avoir jamais eu de maladie des voies urinaires. Depuis sa plus tendre enfance, le jet d'urine a toujours été très petit; il pouvait le lancer à une assez grande distance. Il a remarqué qu'habituellement il mettait plus de temps à uriner que ses camarades. Il affirme n'avoir jamais eu dans sa jeunesse ni écoulement, ni chancre. Cependant, il y a quatre ans qu'il contracta ce qu'il appelle un échauffement. Il est assez difficile de savoir, d'après le récit qu'il fait, s'il s'agissait d'une simple balanite ou bien d'une blennorrhagie. Il souffrait, dit-il, quelquefois en urinant; l'écoulement était peu considérable et a duré deux ou trois mois. Toutefois, il paraîtrait que depuis cette époque il est resté un petit suintement faisant adhérer entre elles les lèvres du méat urinaire, circonstance qui milite en faveur de l'existence antérieure d'une urétrite.

Vers le milieu de novembre dernier, l'écoulement a augmenté sans cause connue (le malade affirme n'avoir pas vu de femme depuis six mois), les douleurs éprouvées en urinant ont rendu l'émission des urines difficile ; ces douleurs acquéraient encore de l'intensité immédiatement après qu'il avait fini d'uriner. Le jet d'urine avait perdu un peu de son volume.

Tel était l'état du malade lorsque, un mois après le début de ces accidens, c'est-à-dire vers le milieu du mois de décembre, il survint un gonflement peu considérable de la verge qui débuta par l'extrémité libre du prépuce. La tuméfaction a fait des progrès lents, de manière à gagner la moitié antérieure du pénis. Au début, ce malade dit avoir éprouvé quelques frissons irréguliers et de la chaleur.

Etat actuel. — Gonflement accompagné de rougeur de la totalité de la verge, qui a presque le double de son volume normal. Douleurs assez vives. Les urines sont rendues, quoique difficilement. Une incision de 2 à 3 centimètres de longueur est pratiquée sur la partie inférieure de la verge : elle donne issue à une certaine quantité d'urine infiltrée dans le tissu cellulaire qui offre un aspect lardacé. Je tentai le cathétérisme, mais dans l'impossibilité de trouver le méat urinaire profondément caché par la tuméfaction du prépuce, je fus obligé de faire une sorte d'opération de phymosis.

Nous avons alors constaté que l'orifice du méat urinaire que l'on aperçoit à sa place habituelle est oblitéré, et qu'il est impossible d'y faire pénétrer même un stylet. Nous constatâmes, en outre, sur la partie inférieure du gland, à un centimètre au-dessus de l'orifice urétral, un petit pertuis pouvant donner librement passage à un stylet ordinaire de trousse, lequel stylet peut être conduit le long de la face dorsale de la verge jusqu'à la racine de cet organe où il se trouve arrêté par une sorte de cul-de-sac. Une bougie un peu plus volumineuse qu'un stylet pénètre également bien par cette ouverture.

Deux jours après, la tuméfaction de la verge ayant diminué, il nous fut facile de voir que, lorsque le malade urine, le liquide s'écoule par trois ou quatre ouvertures. Un jet très fin se remarque à travers le méat urinaire normal qui avait paru entièrement oblitéré ; un autre beaucoup plus volumineux se fait jour par l'orifice du petit canal que nous avons dit s'ouvrir sur le gland, au-dessus du méat urinaire. Enfin, sur les parties latérales de la verge et dans des points qu'on ne peut déterminer d'une manière précise, il s'échappe à droite et à gauche de petits jets excessivement ténus qui, après avoir filtré à travers le tissu cellulaire des lèvres de la plaie, viennent se faire jour au dehors et sont encore lancés à une assez grande distance. A droite, le jet est plus fort qu'à gauche, et paraît également sortir par une ouverture qui n'est pas très éloignée de la fosse naviculaire. Pendant l'émission de ces jets d'urine, le malade n'accuse pas de douleurs notables. Lorsqu'on presse la verge soit avant, soit même après que le malade a uriné, on fait sortir par l'orifice du canal anormal et dorsal de la verge, un mucus blanchâtre, épais, ayant une assez grande analogie avec le pus blennorrhagique.

Nous avons de nouveau recherché quelle est la disposition de ce canal anormal, et nous nous sommes demandé si nous n'avions pas affaire à un vice de conformation des conduits éjaculateurs, analogue à celui dont M. Labat a donné la description. Mais un examen attentif nous a montré qu'il est plus probable que l'oblitération passagère du méat urinaire a déterminé une rupture de l'urètre dans le voisinage du gland, et que l'urine, s'infiltrant à la fois et dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans le tissu spongieux de l'urètre, a donné lieu à la production des fistules cutanées du prépuce et à celles du gland. Ce dernier genre de fistule urinaire est fort rare. M. Barthélemy en a rapporté un exemple dans le Bulletin de Férussac, tome XIX, page 74. Le gland offrait, comme chez notre malade, un grand nombre de trous et semblait percé en arrosoir.

Nos deux malades ont donc éprouvé une maladie à peu près semblable et curieuse par sa rareté. Chez l'un et l'autre, nous avons rencontré un rétrécissement considérable de l'orifice extérieur de l'urètre, l'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire de la verge, et l'établissement de fistules urinaires siégeant au-devant du scrotum.

Les rétrécissemens de l'urètre au niveau du méat urinaire ne sont pas excessivement rares ; ils sont, de tous, les plus faciles à reconnaître et à guérir. Cependant, lorsqu'ils sont méconnus, ils peuvent occasioner des désordres tout aussi graves que ceux des autres parties de l'urètre. J'ai vu, à la Salpêtrière, un des employés de la maison succomber aux suites d'une infiltration d'urine énorme qui n'avait d'autre cause qu'une déchirure des voies urinaires occasionnée par un rétrécissement considérable du méat, rétrécissement dont il avait dissimulé l'existence aux personnes qui lui donnaient des soins. Les conséquences ont été moins graves chez nos deux malades ; elles ne se sont pas étendues au de-là de fistules urinaires de la verge.

Ce genre de fistules est, en général, plus difficile à guérir que celles qui s'ouvrent au scrotum ou au périnée. Cette différence résulte surtout du trajet très court et direct de la fistule et de la perte de substance qu'ont subie les parois de l'urètre. Aussi, est-ce principalement pour surmonter ces difficultés qu'ont été imaginés la plupart des procédés d'autoplastie et de suture proposés dans ces derniers temps.

Cependant, malgré les tentatives plus ou moins heureuses faites par M. Dieffenbach qui a modifié de cent manières différentes et l'avivement et les sutures ; malgré le succès si remarquable obtenu par M. Ségalas en se servant du prépuce pour boucher une fistule de la racine de la verge ; malgré le résultat heureux de l'opération hardie faite par M. Ricord,

---

ne pouvaient pas avoir une autre matière que les fluides rouges; comme si, en un mot, le poumon ne devait jamais être accessible qu'à des inflammations. Quoi qu'il en soit de l'opinion mal fondée des médecins à l'égard des pleuro-pneumonies, celles que nous avons sous les yeux compromettent directement la vie des malades en les menaçant de suffocation. L'imminence de cette catastrophe s'apprécie ici à l'accroissement irrépressible de l'oppression, à l'adjonction du délire, à la décomposition des traits de la face, à la difficulté croissante de l'expectoration. Le délire surtout est un symptôme formidable. Il indique la transposition ou plutôt la propagation de la congestion de la poitrine aux méninges et à l'encéphale. Pour peu qu'on tarde à se rendre maître de ce symptôme, un assoupissement survient et emporte le malade du septième au vingtième jour de la lésion pulmonaire. Les pleuro-pneumoniques plus heureux ne parviennent que rarement à cet état extrême. Ceux-ci voient peu à peu les symptômes s'amender, l'expectoration donner issue à des crachats jaunes homogènes, la respiration devenir plus facile à mesure que la poitrine se dégorge; enfin, la maladie arrivée au quatorzième ou quinzième jour, se dissipe sans laisser de reliquat par une transpiration chaude, abondante et générale. Un signe des plus rassurans dans une pleuro-pneumonie, c'est la cessation du sentiment de froid. Ce signe promet une détente prochaine qui s'effectue, en effet, chez presque tous les malades par une sueur copieuse générale, comme nous le disions.

Le traitement des maladies régnantes est à peu près le même au fond, quels que soient les sujets atteints. Avant la concentration des symptômes sur la poitrine, elles ressemblent à tous égards aux fièvres catarrhales ou rhumatismales, et elles en réclament la thérapeutique. Ainsi à leur invasion dans les cas les plus simples, la chaleur du lit, les boissons adoucissantes et diaphorétiques chaudes suffisent ordinairement. On y joint avec avantage quelques frictions aromatiques propres à solliciter la transpiration. Le séjour au lit se présente ici comme une précaution des plus urgentes. Nous connaissons, en effet, plusieurs personnes prises de ces affections à ce léger degré et qui ont éprouvé quelques jours plus tard une pleuro-pneumonie alarmante, faute d'avoir voulu se condamner à un si petit assujettissement. Si les symptômes généraux s'élèvent à la plus haute expression, la méthode indiquée doit être mise en pratique ; mais les moyens préconisés ne sont pas assez puissans. Alors il faut réfléchir mûrement sur la constitution et le genre de vie du malade, constater l'état actuel de la fièvre et des forces, afin de résoudre s'il est opportun d'ouvrir la veine et dans quelle proportion il convient de tirer du sang. En général, les saignées indiquées ici ne doivent être ni trop abondantes ni trop répétées. Dans les circonstances où elles paraissent le plus nécessaires, on se contente d'une ou deux seulement de huit ou dix onces chacune. Poussées au-delà, on enraye les efforts médicateurs du centre à la périphérie, on prolonge la maladie en empêchant les sueurs définitives. Il ne s'agit, bien entendu, dans cet article, que de la règle générale : nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'elle est susceptible d'exceptions.

Mais la saignée, quand elle est indiquée, ne remédie pas à ces affections : elle n'y joue même d'autre rôle que celui d'auxiliaire ou de précurseur en quelque sorte de la médication fondamentale. L'agent curatif le plus efficace consiste dans l'emploi du tartre stibié à dose vomitive (dix ou quinze centigrammes à prendre en trois fois dans deux ou trois verres d'eau tiède, en aidant ensuite les vomissemens avec la même boisson). Ce moyen opère quelquefois seul et sans saignées préliminaires. Son action a pour but de renverser la direction des mouvemens et des liquides, vicieusement concentrés vers les viscères, en les détournant énergiquement du côté de l'enveloppe extérieure. Nous ne parlons pas de ses effets évacuans, quoiqu'ils soient aussi très utiles; ces effets ne viennent qu'en sous-ordre, après les brillans résultats de la première action. Il est besoin quelquefois de renouveler son administration dans les mêmes vues ; cependant, presque toujours un seul émétique rappelle la chaleur à la peau et provoque la sueur critique.

En esquissant rapidement la méthode de traitement du premier stade des maladies régnantes, nous avons tracé la base de la médication à suivre dans les cas de pleurésie et de pleuro-pneumonie. Il n'y a guère en effet, dans cet état plus avancé des mêmes maladies, qu'à modifier le même plan de conduite. Les modifications convenables portent en général sur la nécessité de tirer plus de sang pour réprimer les congestions de la poitrine ou de la tête, quoiqu'il soit plus vrai de dire que beaucoup de ces pleuro-pneumonies se passent d'émissions sanguines, et que les émissions sanguines n'en sont pas précisément le remède. Les vomitifs doivent leur être adressés avec autant de hardiesse qu'aux symptômes fébriles de la période initiale ; elles exigent également qu'on les réitère lorsque les premières doses n'ont fait que les pallier au lieu de les détruire ; enfin, ces médicamens y sollicitent une détente pareille à celle qui résout la fièvre, et décident en peu de temps et du même coup le dégorgement des poumons ainsi que la cessation du trouble fébrile, à la faveur d'une sueur générale et copieuse. Aux moyens ci-dessus on joindra l'usage des pectoraux, suggéré par la toux, la lésion des poumons et le besoin de solliciter ou de soutenir l'expectoration.

Les causes de ces affections si communes existent dans les influences atmosphériques qui ont précédé leurs manifestations. Il serait trop long de décrire en détail les caractères de ces influences. Il suffira de remarquer qu'elles ont toutes concouru à troubler la fonction perspiratoire de la peau en refoulant de la circonférence sur les viscères l'action organique et la masse des humeurs.

Encore une réclamation pour la priorité de la strabotomie. — Un anonyme J.-M. G. écrit dans l'*Allgemeine zeitschrift für chirurgie* (n. 13, année 1841), qu'il a opéré en 1823 un strabisme interne dont était affecté un aide-instituteur nommé K...r, du district de Schwabmünchen, en Bavière. Son malade loucha, après l'opération, un peu en dehors ; son œil resta sans aucune expression, ce qui imprima à la figure une expression de stupidité et d'imbécilité (*ein Anschn von Dummheit und Blœdsinnigkeit*). Cette circonstance a été cause que M. G. s'est tû jusqu'en 1841 sur l'opération qu'il avait pratiquée.

qui n'a pas craint d'ouvrir une voie accidentelle aux urines par le périnée, tandis qu'il avivait et réunissait une fistule de la verge; malgré, dis-je, ces progrès récens, je pense que chez nos deux malades nous ne devons avoir recours qu'aux méthodes anciennes.

En effet, chez le second malade, comme les trajets fistuleux traversent le gland en plusieurs sens, il est tout à fait impossible d'y pratiquer des sutures, et la boutonnière au périnée, de M. Ricord, serait un remède trop violent pour un mal d'ailleurs si supportable. — Quant au premier malade, nous pouvons espérer la guérison par la simple dilatation du méat. En effet, le trajet fistuleux est sans perte de substance; il semble fort oblique de la peau à l'urètre; il est en outre fort étroit, circonstances qui sont toutes favorables à la guérison.

Le traitement le plus rationnel et en même temps le plus ancien des fistules urétrales consiste à dilater l'obstacle au cours des urines et à prévenir le passage de ce liquide à travers la fistule. On atteint le premier but à l'aide des bougies ou des sondes de plus en plus grosses. Quant au second, on n'y parvient qu'à l'aide de sondes. Il suit de là qu'en laissant à demeure dans le canal des sondes de plus en plus grosses, on remplit à la fois les deux indications. Hâtons-nous d'ajouter cependant qu'aujourd'hui on a rarement recours à ce dernier moyen. Le contact prolongé d'une sonde dans les voies urinaires expose à plusieurs inconvéniens qu'il n'est pas nécessaire de rappeler ici. D'ailleurs l'urine passe souvent entre la sonde et les parois du canal, et elle s'engage alors d'autant plus facilement dans la fistule que la surface interne de l'urètre est étalée par la présence de l'instrument. M. Larrey, attribuant ce dernier inconvénient à ce que les sondes ont deux yeux inégalement distans de leur extrémité, de telle sorte que l'un d'eux plonge dans le réservoir urinaire et reçoit l'urine, tandis que l'autre placé dans l'urètre laisse sortir ce liquide qui se répand alors entre le canal et la sonde, M. Larrey, dis-je, a eu l'idée de n'employer des sondes qu'à un seul œil. Ce perfectionnement, si simple en apparence, suffit cependant dans beaucoup de cas pour prévenir l'accident dont nous parlons, mais il demeure sans effet contre ceux qui résultent du passage de l'urine entre la sonde et le col de la vessie.

En pareil cas on a donné le conseil de laisser l'orifice extérieur de la sonde constamment débouché, afin que chaque goutte d'urine arrivant dans la vessie pût immédiatement être conduite au-dehors par le canal toujours ouvert de la sonde; mais cette pratique expose à un danger grave. Les parois de la vessie, toujours revenues sur elles-mêmes, touchent la pointe de la sonde, et cette pression prolongée sur un même point de l'organe finit par s'enflammer, s'ulcérer, et amener enfin la perforation, et de là un épanchement d'urine promptement mortel. Pendant que j'étais élève à Bicêtre, j'ai vu plusieurs vieillards succomber à ce genre d'accidens.

Si la dilatation intermittente n'est pas suffisante pour procurer la guérison, et si les sondes à demeure laissent sortir l'urine par la fistule, je préférerais, avec M. Velpeau, recourir au cathétérisme souvent répété, plutôt que de faire courir au malade les chances d'une perforation.

On trouve parfois dans la pratique des cas fort rebelles, et où, malgré une dilatation parfaite et l'emploi intelligent de la sonde ou du cathétérisme, les fistules n'en persistent pas moins. Tous les chirurgiens ont été témoins de faits de ce genre. Tantôt alors la fistule s'est guérie lorsqu'on a cessé d'introduire des sondes dans le canal; tantôt le retour de l'embonpoint et l'absence de tout traitement ont conduit à ce résultat inespéré. Mais malheureusement ces faits sont exceptionnels, et le plus ordinairement les malades sont voués à une infirmité qui n'a pas de fin. C'est alors qu'on est autorisé à tenter les méthodes qu'on a récemment imaginées. Mais, qu'on ne l'oublie point, le chirurgien a à lutter en pareil cas contre un des obstacles les plus puissans de l'inflammation adhésive, je veux parler du contact de l'urine sur les parties; de plus, il n'agit dans quelques cas que sur une des extrémités du trajet, tandis qu'il laisse intacte la portion urétrale, celle qu'il serait le plus important d'oblitérer.

Nous reviendrons sur nos deux malades.

— Le malade qui a été opéré des hémorrhoïdes par l'excision des tumeurs et par l'application immédiate du feu (*voir* le n° du 1er février), a éprouvé une amélioration de plus en plus grande. — Les garderobes se sont rétablies; elles ont été exemptes du retour de l'hémorrhagie, qui les accompagnait avant l'opération. Le malade est sorti de l'hôpital, et aujourd'hui, vingt-trois jours après l'opération, la convalescence est à peu près achevée.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Péritonite puerpérale. Traitement par l'ipécacuanha, les purgatifs et les mercuriaux. Guérison.

Nous avons en ce moment dans notre service deux femmes atteintes de péritonite puerpérale. L'une, celle du n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, est âgée de vingt ans; elle est récemment accouchée à la Maternité et a quitté cette maison huit jours après son accouchement.

Quatre jours après sa sortie elle est prise subitement d'accidens très graves du côté du ventre; douleurs, ballonnement de cette partie; avec cela diarrhée et prostration bien grande: fièvre intense et suppression des lochies.

Entrée dans notre service, l'interne de garde lui fait pratiquer des frictions sur le ventre avec trente grammes d'onguent napolitain, et le lendemain, à la visite, nous prescrivons l'ipécacuanha, médicament vraiment héroïque dans ces sortes d'affections, et nous faisons continuer les frictions mercurielles.

Le jour suivant les souffrances sont bien amendées; la fièvre est tombée. Nous donnons trois gouttes d'huile de croton-tiglium, et vingt-quatre heures après la malade ne souffre plus. Il existe seulement encore un peu de douleur quand on comprime le ventre; mais cette douleur disparaît dès qu'on vient à cesser la pression. Nous faisons donner 30 grammes d'huile de ricin et le ventre redevient tout à fait indolore.

La femme du n° 11, de la salle Sainte-Julie, éprouvait des accidens tout à fait identiques, un peu moins intenses seulement. Nous avons employé pour elle le même traitement avec le même succès.

Lorsque de semblables accidens se montrent immédiatement après l'accouchement, ils ont alors une gravité qui va en diminuant à mesure que l'on s'éloigne de cette époque. C'est sans doute à cette dernière circonstance qu'il faut attribuer le peu de gravité de la fièvre puerpérale chez les deux femmes dont nous venons de parler. Du reste, que la fièvre puerpérale débute dans les premières heures qui suivent l'accouchement ou plus tard; que cette maladie règne épidémiquement ou qu'elle soit sporadique, nous n'hésitons jamais à commencer le traitement par l'ipécacuanha, médicament le plus éminemment utile, que nous faisons suivre immédiatement de l'emploi des mercuriaux.

Il se pourrait que ce moyen restât sans succès dans ces épidémies de fièvre puerpérale où les femmes sont comme frappées à mort dès le moment de l'invasion de la maladie. Mais comme dans ces circonstances aucune des médications que l'on emploie le plus ordinairement ne réussit, nous aurions encore recours à l'ipécacuanha qui, dans d'autres occasions, a de si prompts et de si heureux effets.

— Nous regardions chez ces deux femmes la partie comme gagnée, dit M. Trousseau; dans la leçon suivante, mais les douleurs ont reparu, quoique peu intenses.

Chez celle du n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, le chagrin qu'elle a éprouvé en apprenant que son enfant avait perdu les yeux, et peut-être un coup d'air qu'elle a pu recevoir (ayant eu pendant la nuit deux fenêtres ouvertes près de son lit) ont pu être la cause de la recrudescence des douleurs, qui céderont, nous l'espérons, à l'emploi d'un purgatif ou de quelques cataplasmes.

Chez celle du n° 11 de la salle Sainte-Julie, les douleurs ont reparu également; elles occupent les aines, et nous espérons que quelques lavemens avec le laudanum en triompheront. Si, contre notre attente, la péritonite se terminait par suppuration, il est probable qu'elle serait circonscrite, et l'on sait (les travaux de M. Ménière, et quelques exemples analogues qui se sont présentés dans nos salles mettent la chose hors de doute) que les abcès du petit bassin ne présentent pas une extrême gravité; qu'ils s'ouvrent le plus souvent dans l'intestin, et se terminent assez promptement.

— Chez cette dernière malade, comme chez celle du n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, l'emploi des purgatifs vigoureusement répétés a été nécessaire pour dissiper les accidens qui avaient reparu. Aujourd'hui ces deux femmes sont à peu près guéries. On ne saurait trop le répéter, les purgatifs sont amis des femmes en couches; chez elles, ces médicamens produisent les meilleurs effets. Lorsque la fièvre puerpérale s'accompagne de diarrhée, on a recours à l'ipécacuanha; l'on donne un éméto-cathartique, s'il y a constipation. Dans le cas de péritonite, l'on fait des frictions avec l'onguent napolitain, puis on emploie les purgatifs avec vigueur.

Les frictions avec l'onguent napolitain doivent être faites, et sont toujours faites par nous à des doses considérables; 30, 60 grammes. Il faut cesser les frictions dès que la salivation commence, ou que les signes de la péritonite se dissipent. Concurremment nous administrons tous les jours un purgatif, et nous le continuons pendant huit ou quinze jours après la guérison de la maladie.

Manie aiguë. Fièvre puerpérale. Mort.

Il y a quelque temps, une femme est entrée dans le service des nourrices, salle Sainte-Julie, n° 2. Nous apprenons, pour tout renseignement, que quinze jours auparavant cette femme est accouchée à la Maternité, où elle n'a séjourné que quinze heures. En rentrant chez elle, elle est prise d'accidens graves, et au bout de quelques jours elle est apportée dans notre service. Nous constatons l'existence d'un peu de râle muqueux, une éruption de sudamina, à laquelle nous voyons bientôt succéder la miliaire pellucide; il y a de la diarrhée et du délire; la peau est chaude et la fièvre vive. Nous ne pouvons obtenir aucune réponse de cette femme, qui crache au visage de ceux qui l'approchent. Qu'a cette femme?

La brutalité de l'invasion nous fait tout de suite exclure l'existence d'une fièvre typhoïde. Nous apprenons que cette malade a été fille de service à la Salpêtrière, par conséquent atteinte de folie; elle se trouve donc exposée, par suite des couches, à contracter une manie aiguë.

Cependant, le 20 juin, cette femme ressent d'assez vives douleurs dans le ventre, douleurs qui augmentent d'intensité le 21, et elle succombe ce jour-là au soir.

A l'autopsie, l'utérus présente le volume qu'il a d'ordinaire quinze jours après l'accouchement; sa surface interne est tomenteuse, rouge, comme elle l'est quelque temps après les couches. L'on reconnaît bien le point d'insertion du placenta; la surface externe de cet organe est, en avant, recouverte de quelques fausses membranes. Rien ni dans les poumons, ni du côté du cœur, ni dans le cerveau.

A quelle maladie cette femme a-t-elle succombé? A ce que les anciens appelaient fièvre puerpérale, expression que M. P. Dubois conserve aujourd'hui avec juste raison. Si on lit avec attention le mémoire de M. Voillemier, ancien chef de clinique de M. P. Dubois, sur la fièvre puerpérale, l'on voit que les lésions les plus communes rencontrées à l'autopsie sont celles du péritoine; puis viennent les phlébites qui remontent quelquefois jusque dans la veine cave, les épanchemens de pus à la surface des méninges; d'autres fois il n'existe aucune altération qui puisse rendre compte de la mort. La putréfaction est plus facile; le sang reste liquide.

Chez notre femme, comme lésion locale, nous avons eu une péritonite assez superficielle, sans suppuration, sans épanchement; péritonite qui n'a duré que trente-six heures, mais qui ne rend pas compte des accidens que présentait cette femme lors de son entrée, car il n'y avait alors chez elle aucun signe de cette affection locale; et cependant il existait une fièvre très intense qui a duré plus de dix jours, avant le début des accidens du côté du péritoine. C'est là un de ces faits de fièvre puerpérale sans lésions locales. Et dans ce cas, l'intensité des symptômes observés ne s'explique pas plus que l'on n'explique la gravité des accidens généraux dans la période d'invasion de la variole, ou chez un individu qui meurt d'une fièvre typhoïde et chez lequel on ne trouve que six glandes de Peyer ulcérées; pas plus que le bubon dans la peste, la pustule maligne n'expliquent la fièvre, le délire et les autres accidens que l'on observe dans ces circonstances. Nous nous contentons ici de tirer des inductions par analogie, sans rien expliquer.

Cette femme ne fait en quelque sorte qu'apparaître à la Maternité où il régnait une épidémie de fièvre puerpérale, et cela a suffi pour qu'elle fût prise de cette terrible maladie; chez elle, l'affection locale, la péritonite, n'a été que le coup de grâce, comme dans la convalescence des fièvres typhoïdes l'on voit succomber à une eschare l'individu qui a pu survivre à des accidens beaucoup plus graves: mais cette péritonite et cette eschare arrivent au moment où chez les malades le système nerveux n'est plus capable d'aucune résistance.

Nous avions tenté les évacuans chez notre malade de la salle Sainte-Julie; mais cette femme n'a voulu rien prendre.

Accidens puerpéraux.

Deux femmes, dont l'une est dans la salle Sainte-Julie et l'autre dans la salle Sainte-Thérèse, présentent des accidens puerpéraux assez graves.

La première, celle du n° 4 de la salle Sainte-Julie, avait, lors de son entrée, la face tuméfiée, un peu de fièvre, un peu d'œdème général. Notre première pensée fut que cette femme pourrait bien être atteinte d'une maladie de Bright; mais, essayées par l'acide nitrique, les urines ne donnèrent aucun précipité albumineux.

Cette femme, dans notre service depuis quelque temps déjà, n'accusait aucune souffrance, quand, avant-hier au soir, elle ressentit une vive douleur dans le ventre, et le lendemain nous trouvâmes un peu de rénitence dans le flanc droit, et une fièvre assez vive. Le petit mouvement fébrile que nous voyions exister auparavant était dû probablement à une phlegmasie latente ou sub-aiguë qui, tout à coup, sous l'influence de causes que nous ne saurions apprécier, a pris le caractère d'acuité que nous trouvons aujourd'hui, semblable à ces abcès du sein qui durent huit à dix jours à l'état d'engorgement; puis, dans un très court espace de temps, le sein rougit, devient douloureux, et il se forme une collection purulente.

Ce qui nous a toujours le mieux réussi dans ce cas, c'est l'usage des purgatifs fréquemment répétés, précédés ou non d'une application de sangsues ou d'une saignée. C'est aussi à cette médication que nous allons avoir recours. Du reste, quoi qu'il puisse arriver, la position de cette femme ne nous inspire pas de bien grandes inquiétudes. Nous avons eu de nombreuses occasions de voir des femmes atteintes d'abcès de l'ovaire ou du petit bassin, et bien rarement la mort a été la conséquence de ces accidens.

La femme de la salle Sainte-Thérèse présente quelque chose de plus curieux. Accouchée à l'hôpital de Lourcine il y a environ cinq semaines, le travail fut lent et pénible; immédiatement après son accouchement, cette femme fut prise d'un mouvement fébrile qui ne l'a pas quittée depuis; elle n'a jamais eu de frissons. Il y a environ trois semaines, elle ressentit dans le côté gauche une douleur qui persiste encore. Lors de son entrée, le point de côté se liant à de la fréquence et de la force du pouls, nous crûmes à une pleurésie; mais la percussion et l'auscultation nous apprirent bientôt qu'il n'en était rien; il n'existait pas non plus de péricardite, car la matité était normale et bornée aux points ordinaires. Rien donc du côté de la poitrine. Le ventre est souple et indolent; le foie ne déborde pas les fausses côtes; la rate paraît un peu plus volumineuse que d'habitude; les lochies n'ont pas cessé de couler; la sécrétion du lait s'est toujours bien faite, elle est seulement un peu moins abondante depuis deux ou trois jours.

Mais nous observons chez cette malade quelques phénomènes hystériques. Il y a une toux et une oppression qui ne sont pas en rapport avec les phénomènes locaux. Il faut donc se défier de ces grands mouvemens nerveux et des explications que cette femme chercherait à donner.

Du côté de l'intestin nous trouvons une légère gastro-entérite, seule expression locale de quelque importance; la langue est sale, la bouche sèche; il y a de la diarrhée. Eh bien, nous allons donner à cette malade l'ipécacuanha, et nous croyons pouvoir annoncer à l'avance que la diarrhée va cesser, la fièvre se modérer; et, suivant toutes les probabilités, d'ici à quatre ou cinq jours tout sera fini. Nous donnerons l'ipécacuanha, non pas pour évacuer la bile; avec ce médicament nous nous adressons à la gastro-entérite survenue à la suite des couches, c'est parce que l'état puerpéral domine toute la scène morbide, et que ce médicament va bien aux femmes récemment accouchées. C'est un moyen substituteur à l'aide duquel nous déterminons une gastro-entérite thérapeutique dont nous connaissons toute la portée, et que nous sommes toujours maître d'arrêter.

— La femme du n° 4 de la salle Sainte-Julie fut vigoureusement purgée pendant plusieurs jours de suite par l'huile de croton-tiglium, l'huile de ricin, le calomel, et bientôt tous les symptômes du phlegmon de la fosse iliaque avaient disparu.

Nous ne doutons pas, dit M. Trousseau, qu'on ne soit arrivé au même résultat par les émissions sanguines; mais si notre

médication a été aussi utile qu'aurait pu l'être la médication antiphlogistique, elle a sur celle-ci l'avantage de conserver à la malade toutes ses forces, toutes ses aptitudes fonctionnelles pour se rétablir promptement.

Et puis, si la maladie venait à reparaître, la même médication pourrait être employée de nouveau avec le même avantage, tandis que les saignées auraient placé cette femme dans un état de débilité telle, qu'en cas de récidive l'on aurait été dans l'impossibilité d'y recourir une seconde fois. Aujourd'hui cette femme peut nourrir son enfant comme avant le début des accidens.

Péritonite puerpérale. Traitement par l'ipécacuanha, les purgatifs et les mercuriaux. Guérison.

La jeune femme qui était couchée au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, atteinte de péritonite puerpérale, et chez laquelle nous avons employé avec vigueur et les purgatifs et les frictions mercurielles, est sortie guérie.

A sa place, dans le même lit, est entrée une autre malade qui présente à peu près les mêmes accidens. C'est une femme âgée de trente-six ans, accouchée chez elle, il y a douze jours, la suite d'un travail facile.

Trois semaines après son accouchement, elle fut prise de fièvre, les lochies se supprimèrent. Entrée dans notre service quatre jours après le début des accidens, voici dans quel état nous l'avons trouvée : le ventre est ballonné et douloureux, surtout vers la région hypogastrique ; les lochies n'ont pas reparu, les seins ne sont pas affaissés, la soif et la fièvre sont modérées, il y a quelques envies de vomir ; la diarrhée qui existait il y a quelques jours a cessé. Nous avons chez cette malade toutes les conditions de symptômes et de causalité d'une péritonite peu grave, à la vérité, mais qui n'en est pas moins susceptible de se terminer par suppuration et de déterminer de la sorte des accidens secondaires des plus fâcheux.

Nous avons donné à cette femme l'ipécacuanha, qui a déterminé des vomissemens abondans. Pendant le temps que dura l'action vomitive, les douleurs furent excessives ; mais au bout de trois heures les lochies apparurent et coulèrent jusqu'au soir.

Aujourd'hui, vingt-quatre heures après l'administration de l'ipécacuanha, les douleurs ont diminué, la soif et la fièvre sont nulles, il y a eu plusieurs garderobes. Ce matin, à la visite, nous avons prescrit des frictions avec 50 grammes d'onguent napolitain, et à l'intérieur 3 gouttes de croton-tiglium. Demain nous donnerons le calomel, que nous continuerons pendant quelque temps pour entretenir l'action purgative, et suivant toutes les apparences cette femme, d'ici à quelques jours, sera complètement guérie.

Dans le courant de l'année dernière, nous avons eu occasion d'employer cette médication un très grand nombre de fois dans de semblables circonstances, et ceux qui suivaient notre visite ont pu voir les heureux effets que nous obtenions.

— Les prévisions de M. Trousseau se sont réalisées : l'usage des purgatifs continués pendant quelque temps, après quelques jours de l'emploi des mercuriaux, a amené une guérison solide.

Fièvre puerpérale légère.

Nous avons au n° 44 de la salle Sainte-Anne une femme accouchée il y a cinq semaines, et qui depuis lors n'a pas cessé d'avoir de la fièvre. La langue est sale, il y a des envies de vomir, le ventre est un peu douloureux, depuis quelque temps déjà les lochies ont cessé de couler. Nous diagnostiquons une fièvre puerpérale légère, et nous donnons l'ipécacuanha.

Dès le lendemain la fièvre est tombée ; il reste bien quelques coliques, mais elles n'ont plus la fixité qu'elles avaient précédemment. Nous donnons un purgatif, et aujourd'hui, après quarante-huit heures de traitement, le ventre est souple, indolent; il n'y a plus ni fièvre, ni nausées ; cette femme paraît guérie.

Quand le principe morbifique est errant dans l'économie, il va toucher tous les organes, et déterminer les différens troubles que l'on observe. A l'aide des vomitifs et des purgatifs, il semble que l'on appelle l'action de ce principe morbifique vers l'intestin, et que l'on détermine ainsi une véritable crise. Quand au contraire il existe des lésions graves, soit du côté du péritoine, soit vers un autre point, le virus morbifique fait fausse route et n'a pu être évacué : il s'est opéré une fausse crise ou une crise fâcheuse. Dans ce cas, ce n'est plus seulement en appelant le virus vers l'intestin à l'aide de la médication évacuante, que l'on arrive à faire disparaître la péritonite, l'encéphalite, etc., mais encore en plaçant la malade par les saignées et les frictions mercurielles dans un état de cachexie artificielle qui rende facile la résolution des engorgemens des organes malades.

Quoi qu'il en soit de cette explication, les faits sont là pour démontrer les heureux effets de notre médication.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Caractères distinctifs de la salivation produite par l'iode et de celle qui est due au mercure.

Suivant M. le docteur Smith, la fétidité de l'haleine, qui accompagne presque constamment, mais à des degrés variés, le ptyalisme hydrargyrique, constitue la principale et la plus appréciable différence entre cet état et celui en apparence semblable auquel l'emploi de l'iode peut donner lieu. La cause de cette différence, suivant cet observateur, tient à ce que l'action du mercure se porte non seulement sur les organes sécréteurs de la salive, mais encore sur la membrane muqueuse buccale, et que, par suite de cette circonstance, cette membrane devient le siége d'altérations particulières sous l'influence desquelles se développe la fétidité. En effet, si, en s'aidant du secours d'une forte loupe, on soumet à un examen attentif la membrane qui revêt les joues, les gencives, les lèvres, et cela au moment où l'action des molécules hydrargyriques commence à se manifester sur elle, on y peut reconnaître les signes d'une absorption ulcérative dont il est facile de suivre tous les progrès, et qui, lorsque l'action de la cause demeure continue, ne tarde pas à déterminer la production d'ulcérations plus ou moins étendues et bientôt visibles à l'œil nu.

Lorsque, au contraire, le ptyalisme est dû à l'action de l'iode, c'est principalement, sinon même exclusivement, sur les glandes salivaires que se fait sentir l'influence de cet agent médicamenteux, de manière que la membrane muqueuse qui tapisse la cavité buccale reste tout à fait intacte et qu'il ne se peut manifester aucun signe de fétidité.

(*The medic-chir. Review*, 1841.)

Sur la présence des bromures dans le sel marin.

M. Leroy, pharmacien à Bruxelles, a écrit à la société de chimie médicale au sujet de la note publiée, il y a quelques mois, sur ce sujet par M. Parisot, que la falsification des sels de cuisine par des bromures ne peut être admise quant au sel vendu en Belgique. D'après ses recherches, il a pu s'assurer que l'on peut facilement se rendre compte de l'existence des bromures dans le sel de commerce, parce qu'ils existent tout naturellement dans le sel fossile que se procure le commerce belge sur le marché anglais de Liverpool.

Il ajoute à ceci l'observation suivante qui confirme ce qu'il avance. Il y a peu de temps, il a visité une raffinerie importante dans la province du Hainaut, appartenant à un de ses amis, homme d'une rare probité. Dans cet établissement, qui marche depuis trente ans, et dans lequel on n'a jamais raffiné d'autre sel que le sel fossile, il s'sst procuré de l'eau-mère, qu'on appelle en terme de métier *vieille*, c'est-à-dire qui refuse de cristalliser : il a rencontré dans cette eau une énorme quantité de bromures en solution ; il suffisait d'y verser la plus petite quantité d'eau chlorée pour lui faire acquérir une belle coloration rouge-hyacinthe.

Si, dans le sel du commerce de Belgique il se rencontre des bromures, cela tient à ce que le gouvernement n'allouant aux saulniers qu'une remise de 5 p. 100 pour le déchet, force ces industriels à épuiser le plus possible les eaux-mères, en les faisant servir dans des opérations subséquentes.

Il suffirait d'allouer une remise un peu plus forte, et d'obliger les raffineurs à rejeter les eaux-mères qui refusent de cristalliser, pour que la majeure partie des bromures qui accompagnent naturellement le sel fossile ne se retrouvassent pas dans le sel du commerce.

(*Journ. de chim. méd.*, déc. 1841.)

Efficacité de l'huile animale pyrogénée contre la phthisie.

Au rapport de M. le docteur Braun, de Fuerth, un médecin de Berlin, M. Palmedo, a retiré des avantages signalés de l'emploi de l'huile animale de Dippel en fumigations contre la phthisie pulmonaire tuberculeuse. Voici la manière de mettre ce médicament en usage dans le cas dont il s'agit : on fait volatiliser de petites quantités d'huile animale pyrogénée dans la chambre occupée par le malade, et on réitère cette fumigation à plusieurs reprises dans la journée, suivant les effets obtenus, de manière à pouvoir augmenter ou diminuer au besoin la dose du remède employé.

M. Palmedo pense que cette médication agit en déterminant une sorte d'asthme artificiel, à la faveur duquel les cavernes pulmonaires finissent par s'oblitérer, leurs parois se trouvant rapprochées et réunies par une inflammation adhésive.

Il va sans dire qu'en raison de l'odeur désagréable qui caractérise l'huile de Dippel, l'air de l'appartement doit être renouvelé avec soin, lorsque la fumigation a été prolongée pendant un temps suffisant.

(*Medicinische Correspondenz-Blatt bayerischer Aertzte*, 1841.)

Emploi du sang encore chaud contre la phthisie.

M. le docteur Braun, de Fuerth, rapporte qu'il a conseillé à l'un de ses frères, atteint de phthisie avancée et n'ayant plus que quelques mois à vivre, l'usage de ce moyen. Le malade se rendit chaque jour à l'abattoir, et là il prit un verre de sang de veau : on recueillait ce liquide sur un tamis, au moment où l'on saignait l'animal, et l'ingestion avait lieu immédiatement après, c'est à dire sans donner le temps au refroidissement de s'opérer. Sous l'influence de cette médication si simple mais en même temps si dégoûtante, la maladie cessa de progresser, puis l'amélioration se prononça de plus en plus, et enfin la santé se rétablit complètement. M. Braun annonce que dix ans se ssnt écoulés depui cette époque, et que son frère, qui s'est marié, est aujourd'hui père d'un enfant bien portant.

(*Medicinisches Correspondenz Blatt bayerischer Aertzte*, 1841.

— MM. Chatain, pharmacien en chef à l'hospice Beaujon, et Gobley, pharmacien, licencié ès-sciences, ont été nommés agrégés à l'Ecole de pharmacie.

— La commission chargée de l'execution d'un tombeau à la mémoire d'Osmin Hervy, vient d'arrêter le plan de ce monument, et en a fait reproduire le dessin dans une fort belle lithographie qu'elle se propose d'offrir aux souscripteurs.

— La commission générale des pharmaciens de Paris, présidée par M. Boullay, a obtenu une audience de M. le ministre du commerce, auquel elle avait adressé le mémoire relatif aux mesures législatives que réclame l'exercice de la pharmacie.

— Hier lundi, 14 février, a été ouvert, à l'administration centrale des hôpitaux et hospices de Paris, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie pour l'année 1842.

Les concurrens inscrits sont au nombre de 76.

Les juges du concours sont MM. Cap et Félix Boudet, membre de la Société de pharmacie de Paris ; MM. Bouchardat, Foy, Chatain et Fordoz (suppléant), pharmaciens en chef des hôpitaux.

Nous ferons connaître le résultat de ce concours.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

Les vertus thérapeutiques du *Sirop antiphlogistique de Briant* sont assez connues et appréciées par les médecins pour que nous soyons dispensé d'en faire l'éloge. Son emploi dans les rhumes, les irritations de poitrine, etc., lui assureront toujours la première place parmi les sirops analogues.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

LA CLINIQUE DES HÔPITAUX DES ENFANTS, janvier 1842.

De l'efficacité du nitrate d'argent à haute dose dans quelques maladies des yeux chez les enfants, par M. Hyppolite COSTILHES, médecin interne à Saint-Lazare.

L'auteur a adopté la doctrine et les préceptes de pratique formulés par M. Velpeau dans ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, doctrine et préceptes qu'on trouve exposés dans un livre publié récemment par M. Jeanselme, et ayant pour titre : *Manuel pratique des maladies des yeux d'après les leçons cliniques de M. Velpeau.*

Le travail de M. Costilhes est basé sur une soixantaine d'observations recueillies, pendant quatre mois de l'année 1840, dans le service de M. Guersant père à l'hôpital des Enfants malades. Nous nous bornerons à mentionner la thérapeutique qui a été employée dans chaque maladie.

A. — *Conjonctivite simple.* — Dans les cas d'inflammation légère, des lotions émollientes ont suffi pour guérir les malades en quelques jours. Lorsque la phlegmasie s'est montrée plus intense, les topiques astringents ont été mis à contribution. « Nous avons employé, dit l'auteur, le nitrate d'argent cristallisé en solution jusqu'à la dose de 2 grammes pour 30 grammes d'eau distillée. Sous l'influence de cet agent, les symptômes se sont exaspérés au lieu de s'amender : la médication a été suspendue ou continuée indifféremment. Bientôt la conjonctivite a diminué d'intensité, la secrétion a été moins abondante, et la guérison ne s'est pas fait attendre. Dans les quelques cas que nous avons observés, la durée de la conjonctivite simple a été d'un septenaire au plus. » On instille deux ou trois gouttes de la solution, matin et soir, entre les paupières, que l'on rapproche immédiatement et que l'on maintient quelques secondes dans cette position, parce que le liquide se trouve en contact avec les points malades.

B.— *Kératite aiguë.* — Dans un seul cas les émissions sanguines locales ont été employées, et chaque application de sangsues déterminait une amélioration momentanée. Un collyre émollient était en même temps appliqué sur l'œil. La maladie dura cinq semaines. — Dans tous les autres cas on a fait usage d'une solution de nitrate d'argent concentrée (4 grammes pour 30 grammes d'eau distillée de laitue). Peu de jours ont suffi pour voir l'inflammation se modifier et la maladie être enrayée dans sa marche.

C. — *Kératite chronique.* — Chacun connaît la ténacité de cette maladie lorsqu'elle est ancienne et générale. « Chez les adultes comme chez les enfants, dit M. Costilhes, j'ai vu échouer et la poudre de calomel et de sucre et le laudanum pur, etc. J'ai essayé l'acide hydrochlorique pur ; j'étais désireux de connaître si cet acide exerce quelque action particulière sur cette affection désolante ; mes efforts ont été sans succès. Le vésicatoire appliqué sur l'œil reste également impuissant. Au demeurant, ce qui a semblé préférable à tous ces moyens, c'est la solution de nitrate d'argent à petite dose d'abord, que l'on porte graduellement à 2 ou 3 grammes pour 30 grammes d'eau distillée. Le séton à la nuque, comme adjuvant, réussit assez bien; j'ai eu lieu trois fois de m'en louer... Quand la kératite chronique reconnaît pour cause une cause spécifique, elle peut avec chance de succès être combattue par la médication anti-syphilitique ou anti-scrofuleuse. »

D. — *Ulcères de la cornée.*— M. Costilhes n'a observé chez les enfants que les trois variétés suivantes d'ulcères de la cornée: *l'ulcère plastique des auteurs, l'ulcère en copule, botterion*, l'ulcère *en coup d'ongle* (M. Velpeau). « Dans toutes ces variétés, dit-il, j'ai fait usage du nitrate d'argent cristallisé en solution, d'après la formule donnée ci-dessus. Ici, comme dans les autres affections des yeux, j'ai reconnu l'efficacité de ce topique. Une ou deux fois il m'est arrivé de cautériser directement avec un crayon de nitrate d'argent taillé en cône bien arrondi à son sommet. En peu de jours l'ulcère plastique et le botterion ont été considérablement modifiés sous l'influence de ce genre de médication. »

E.— *Ophthalmie purulente.*— «Voici quelle a été notre conduite dans les cas que nous avons eus sous les yeux : dans un petit nombre d'ophthalmies nous avons débuté par les émissions sanguines locales (les sujets étaient assez bien constitués) ; nous avons appliqué huit à dix sangsues autour de l'orbite, aux tempes ou à l'apophyse mastoïde, suivant la constitution du malade et l'intensité de la maladie. Nous avons insisté deux, trois jours sur l'emploi des sangsues ; puis, pour compléter la guérison, nous avons eu recours à d'autres moyens. Ces moyens étaient des topiques astringents. Un seul a fixé notre attention, et il ne nous a jamais fait regretter de l'avoir choisi. Nous avons fait usage d'une solution de nitrate d'argent cristallisé ou du crayon; comme adjuvants, nous avons administré des purgatifs salins. On faisait observer au malade une diète sévère pendant les quatre à cinq premiers jours. Dans le plus grand nombre des cas (quand l'ophthalmie était double, ce qui est la règle générale), nous avons cautérisé un œil avec une solution de nitrate d'argent très-concentrée (4 grammes de nitrate d'argent pour 30 à 45 grammes d'eau distillée de laitue); l'autre œil, avec le crayon de nitrate d'argent. Notre but était de comparer l'action d'un même médicament donné sous une forme et à dose différentes. Nous pouvons affirmer que constamment le crayon a beaucoup mieux réussi que la solution; la marche de la maladie a été toujours modifiée, plus rapide, et la guérison plus prompte. »

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES,

I. *Bons effets produits par l'ipécacuanha et le nitrate d'argent contre la dyssenterie, la diarrhée aiguë et chronique*; par M. le professeur TROUSSEAU

Une femme est affectée depuis un mois environ d'un dévoiement qui s'est accru progressivement. Depuis cinq ou six jours sont survenues des coliques vives, une diarrhée très forte avec ténesme et selles ensanglantées, et un état de faiblesse très alarmant. Avant-hier dans la journée et toute la nuit elle n'a pas cessé d'aller à la garderobe. « La malade a pris deux grammes d'ipécacuanha qui ont amené cinq vomissemens, puis le soir un lavement composé avec vingt-cinq centigrammes de nitrate d'argent et cinq cents grammes d'eau distillée, a été administré, et déjà elle n'a plus ni coliques, ni ténesme ; les deux seules garderobes qu'elle ait eues n'ont point été ensanglantées. » Ce traitement est continué pendant cinq jours, et la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

« Si le nitrate d'argent, dit l'auteur, rend tant de services dans l'entérite et la colite aiguës, il n'est pas moins utile dans l'iléite et la colite chroniques; seulement le mode d'administration n'est plus le même. » Au lieu de l'administrer en lavement, il faut le donner à l'intérieur, sous la forme pilulaire ou en potion. —Suivent plusieurs faits à l'appui de ce précepte. — Cependant M. Trousseau prévient les praticiens que cette médication ne réussit pas toujours et dans tous les cas. « Quand la maladie, dit-il, dure depuis très long-temps et que la constitution est profondément altérée, l'ipécacuanha et le nitrate d'argent peuvent eux-mêmes être insuffisans. » Il en cite un exemple.

II. *Traitement de la fissure à l'anus par les lavemens de ratanhia*; par le même.

Nous nous bornerons à rapporter un seul des quatre faits cités; il donnera une idée des trois autres: « Le 17 juin 1841 est couchée à la salle Sainte-Julie, n° 6, une femme accouchée depuis six semaines; elle prétend n'avoir jamais eu d'hémorrhoïdes : cependant on voit à la marge de l'anus quelques signes qui pourraient le faire croire. Toutes les fois que la malade va à la garderobe, elle éprouve une douleur fort aiguë qui se calme après l'expulsion des fèces; mais au bout d'un quart d'heure à peu près succède un battement douloureux durant huit ou dix heures. Si la selle a eu lieu le soir, la malade ne dort pas à cause des souffrances qu'elle ressent. A l'exploration du rectum, en appuyant le doigt fortement sur les parties antérieures et latérales, on ne cause aucune douleur et on ne constate aucune érosion ; mais en arrière, vers la pointe du coccyx, le toucher amène une douleur violente, et on sent une fissure d'un centimètre et demi environ. — Lavement simple dans le but d'amener une garderobe ; après la défécation, un lavement avec extrait de ratanhia, 4 grammes; alcool, 1 gramme; eau, 150 grammes.

» Le 19 juin, les douleurs sont déjà bien moindres, puisqu'elles ne durent que quatre heures au lieu de dix. Le lavement de ratanhia cause quelque peu de cuisson ; la malade sait bien distinguer cette douleur de celles de la fissure.

» Le 24 juin, les douleurs sont presque entièrement disparues. On ne prescrit plus qu'un seul lavement de ratanhia par jour au lieu de deux ; on continue le lavement simple.

» Le 16 juillet les douleurs n'étaient pas revenues. Sortie. — La malade nous avait promis de rentrer dans notre service si une récidive avait lieu. Nous ne l'avons pas encore revue. »

Ce n'est pas seulement en lavemens que le ratanhia est utile contre les fissures à l'anus. A l'exemple de M. Bretonneau, qui a, du reste, eu le premier l'idée de cette médication, M. Trousseau emploie aussi le ratanhia en injections. Voici comment il procède. « On commence par donner un lavement simple pour amener des garderobes ; puis, la défécation ayant eu lieu, au moyen d'un clyso-pompe ou d'une seringue à jet continu, on injecte dans le rectum une certaine quantité de solution d'extrait de ratanhia (la canule doit être en caoutchouc et non volumineuse) ; on repousse aussitôt le liquide qui retombe dans une cuvette disposée à cette intention ; la cuvette d'un bidet paraît remplir le mieux le but que l'on se propose. On recommence cette manœuvre pendant huit ou dix minutes, en se servant de la même solution. »

Dans quelques circonstances M. Trousseau conseille des insufflations de ratanhia en poudre sur la fissure.

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX. — Octobre 1841.

Observation d'un kyste congénital contenant plusieurs dents et des cheveux; par M. Emile PEREYRA, médecin titulaire de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Le sujet de cette observation est une femme, âgée de trente-deux ans, qui entra à l'hôpital présentant tous les symptômes d'une péritonite intense. Après la disparition de ces symptômes, on put examiner avec soin l'abdomen, et on trouva à la partie moyenne de l'hypogastre droit une tumeur très volumineuse plongeant dans la partie postérieure où elle semblait adhérente et remontant sous le foie.

Antécédens rapportés par la malade. — Elle portait depuis sa plus tendre enfance une tumeur, d'abord peu volumineuse, vers le milieu de l'abdomen ; dure, inégale, indolente, très roulante, cette tumeur avait peu à peu augmenté. Vers dix ans, elle éprouve de vives douleurs qui semblaient irradier de ce point ; son ventre devint douloureux, volumineux ; elle fut sur le point de succomber ; mais ayant rendu quelques jours après par les selles une grande quantité d'un liquide noirâtre, très puant, son ventre reprit peu à peu les dimensions primitives, et elle revint à son état de santé habituel. Ses menstrues se sont déclarées à seize ans et elle a toujours été bien réglée. A l'approche des époques menstruelles, elle éprouvait quelques légères douleurs dans la tumeur, qui, dès cette époque, sembla stationnaire.

Mariée à l'âge de vingt-cinq ans, elle devint promptement enceinte, et eut un avortement au bout de deux mois. Une seconde grossesse survenue environ trois ans après, fut suivie du même accident, à la suite duquel elle fut en proie à une péritonite des plus intenses. Pendant cette maladie qui faillit lui être fatale, elle vomit une grande quantité d'un liquide de même couleur que celui qu'elle avait rendu par les selles vingt ans auparavant.

Devenue une troisième fois enceinte, il y a dix-huit mois, elle mit au monde, à la fin du neuvième mois, une fille bien portante qu'elle nourrit jusqu'au premier septembre. Dès-lors la tumeur devint douloureuse, le ventre se tuméfia, et dans huit jours s'était développée la maladie qui l'avait fait entrer à l'hôpital et que nous avons indiquée.

Examinée avec soin, voici ce qu'on observe : Le doigt introduit dans le vagin rencontre une matrice saine, libre, sans aucune connexion avec la tumeur ; on ne sent point celle-ci dans le bassin ; les parois abdominales très minces roulent sur elle ; elle est dure, rénitente ; la percussion annonce manifestement la présence d'un liquide.

Débarrassée de sa péritonite, la malade était en proie à une diarrhée intense qui l'affaiblissait, n'avait pas d'appétit, et une fièvre lente s'était emparée d'elle. M. Pereyra jugea à propos de vider artificiellement la tumeur du liquide qu'elle contenait manifestement. Le soulagement éprouvé par la malade après les deux évacuations naturelles dont nous avons parlé précédemment, lui fournit cette indication. Il opéra donc cette évacuation à l'aide de la potasse caustique et d'une ponction avec un trocart à travers les parois abdominales dont le caustique avait procuré l'adhésion avec la tumeur. Il en sortit environ dix litres d'un liquide séreux, transparent, d'une couleur noirâtre et d'une odeur péritonéale.

Vers le milieu de novembre, une nouvelle péritonite se déclara et fit périr la malade.

Autopsie. — L'abdomen est très développé, dur, présentant à gauche de la fluctuation. Voulant examiner avec attention la tumeur du côté droit, dit M. Pereyra, je fis inciser les parois abdominales à gauche ; nous arrivâmes dans une espèce de poche, contenant un fluide séro-purulent, formée par un péritoine épaissi et noirâtre, et dont la paroi postérieure était représentée par la masse des intestins grêles, réunis ensemble par une exsudation probablement organisée depuis long-temps ; nous voulûmes repousser cette masse pour pouvoir dégager la partie que nous voulions isoler ; cela nous fut impossible ; les intestins refoulés par l'épanchement étaient adhérens à droite; on ne pouvait les séparer qu'en les déchirant ; nous fûmes obligés de pénétrer à droite en agrandissant supérieurement l'ouverture pratiquée sur le vivant. Les parois que nous divisâmes étaient fort minces ; nous rencontrâmes un énorme sac formé par le péritoine des parois abdominales antérieurement et postérieurement par une membrane épaisse et dure à laquelle la masse des intestins grêles était entièrement adhérente ; cette poche s'étendait de la fosse iliaque jusqu'au-dessous du foie qui en recouvrait la partie supérieure ; la couleur de cette poche était noire, exhalant une odeur infecte ; il nous fut impossible de reconnaître les lieux où s'étaient faites les ouvertures qui avaient par deux fois vidé la tumeur ; les intestins que nous voulions détacher se déchiraient avec une grande facilité; au-dessous de notre incision se trouvait un kyste dont la partie supérieure avait été divisée. La vessie et la matrice, situées au bas de cette poche, étaient dans l'état sain... Les ligamens larges se confondaient avec la masse intestinale, de telle sorte que nous n'avons pas pu retrouver les ovaires. Le kyste était peu adhérent à la face interne de la paroi abdominale qui lui correspondait; sa partie postérieure était libre dans la poche, ainsi que les parties supérieures et inférieures ; le kyste avait à peu près de quinze à vingt centimètres de diamètre. Sa cavité interne était inégale, plissée, et contenait un fluide séro-purulent ; elle était traversée de bas en haut et de devant en arrière par une double ouverture qui avait été faite par le trocart.

Immédiatement au-dessous de l'ouverture antérieure, on apercevait trois productions ligamenteuses allant s'implanter en divergeant aux parois du kyste ; deux des ligamens qui se dirigeaient à gauche étaient réunis par un faisceau de cheveux de la grosseur d'un œuf d'oie et d'un rouge brun. Les poils de la malade étaient d'un noir foncé ; ces cheveux étaient feutrés d'une manière intime et agglutinés par une matière très collante ; ils sont d'une finesse extrême, d'une longueur de trente à quarante centimètres ; nous n'y avons remarqué aucune trace de bulbe. Immédiatement après ce paquet de cheveux, nous aperçûmes quatre dents réunies en bouquet, semblant s'implanter sur une portion osseuse d'une étendue de quatre centimètres qui allait adhérer à la face postérieure du kyste. Une dent volumineuse était libre dans le kyste, et on voyait au-dessous des dents qui étaient réunies, la place qu'elle occupait sur le côté...

Nous avons mis à nu la portion osseuse : elle était recouverte par une espèce de tissu ligamenteux, dur, résistant, dans lequel les dents étaient implantées ; il présentait à son union avec le sac, une portion pleine, de un centimètre de long, se divisant en trois portions semblables à des apophyses styloïdes, et s'éloignant comme les racines d'une dent molaire. C'est à l'intervalle de deux de ces espèces d'apophyse que les dents répondaient; l'autre production ligamenteuse s'implantait à la portion opposée de la surface interne et se confondait avec une portion beaucoup plus épaisse, creusée d'une espèce de cavité, contenant dans son intérieur des concrétions osseuses très petites et amorphes. Excepté dans cette partie, les parois du kyste étaient minces et transparentes; la portion adhérente à la paroi abdominale était celle d'où partaient les ligamens dont nous avons parlé: partout ailleurs ce kyste était entièrement libre dans la poche dont nous avons donné la description.

M. Liber, dentiste de l'hôpital, a examiné les dents avec soin : la grosse dent trouvée libre est la deuxième petite molaire inférieure gauche. Cette dent par la grandeur ressemble à une dent d'un enfant de huit à dix ans, tandis que par la conformation organique, par l'étroitesse du canal dentaire, elle semblerait appartenir à un adulte de plus de vingt-cinq ans. Les quatre autres dents sont deux molaires de première dentition et deux de remplacement.

Cette observation nous a paru assez curieuse pour en faire connaître les principaux détails. A la suite de ce fait, M. Pereyra en mentionne plusieurs autres analogues consignés dans les annales de la science. Il pense que de pareils faits ne peuvent se concevoir que par le développement d'un germe dans un autre germe, en d'autres termes que par intra-fœtation.

RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE, 1841.

I. *Extirpation de tumeurs fibreuses et cancéreuses, suivie de mort instantanée*; par M. le docteur GODEMER, médecin de l'hôpital civil d'Ambrières (Mayenne).

Pierre Thuau me consulta le 3 janvier 1837, pour une tumeur volumineuse qu'il portait à la partie latérale droite et inférieure du col. Cette tumeur me parut de nature cellulo-fibreuse ; la dureté, la résistance, le défaut de sensibilité me confirmèrent dans cette opinion. L'extirpation me parut indispensable.

Le 13 du même mois, l'opération fut pratiquée ; j'étais assisté

de deux confrères. Une incision cruciale fut faite sur la tumeur, et les lambeaux furent disséqués avec facilité. La tumeur fut soulevée plusieurs fois, tantôt à droite, tantôt à gauche, de manière à faciliter la section du tissu cellulaire ; tout à coup l'on entendit un sifflement prolongé, le malade fut pris d'un tremblement général et mourut.

— Mad. Morel portait à la partie postérieure et latérale droite du col, une petite tumeur qui peu à peu avait pris un développement considérable. Depuis l'âge de vingt-huit ans jusqu'à trente-huit, époque où je la vis pour la première fois, cette dame avait été plus ou moins souffrante. La tumeur était inégale, raboteuse, accompagnée de douleurs lancinantes, et elle fournissait une matière ichoreuse fétide. Je dus conseiller l'extirpation de la tumeur, et cela pendant qu'elle était encore possible. J'annonçai que, si l'opération était ajournée, elle aurait moins de chances de succès, et qu'elle serait même impraticable. La malade se résigna, et, le 21 juin 1838, l'opération fut faite de la manière suivante : incision circulaire, tiraillement tantôt d'un côté de la tumeur, tantôt de l'autre, et cela pour aider la section du tissu cellulaire sous-jacent. Au moment où la tumeur se sépara des parties auxquelles elle adhérait intimement, un bruit, semblable à celui que produit la rentrée de l'air dans un récipient dans lequel on fait le vide, se fit entendre ; madame Morel poussa un cri perçant et tomba morte.

— Mathurine Baucard portait au col une tumeur cancéreuse bien caractérisée : surface inégale, violacée, ressemblant assez à une grappe de raisin ; plaie large, profonde, à bords renversés, durs et calleux, fournissant une matière fétide ; douleurs lancinantes, etc. Cette tumeur s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la sixième côte, et depuis le creux de l'aisselle jusqu'à l'articulation de la deuxième côte avec le sternum. Cette tumeur, résultat immédiat d'un coup, n'avait que vingt-sept mois d'existence. Elle devait être opérée, ce fut mon avis, et en effet l'opération fut pratiquée le 8 février 1838 ; j'étais assisté de mon père, docteur en médecine. Cette opération, qui dura six minutes deux secondes, ne présenta d'abord rien de remarquable ; mais, au moment où j'allais déposer la tumeur sur une table, Mathurine Baucard poussa un profond soupir et expira.

Il est bon, avant de rechercher la cause de la mort de ces individus, de dire que tous les moyens connus de remédier à la syncope et à l'asphyxie furent employés simultanément ; par exemple : introduction de la fumée de tabac dans le rectum et dans les fosses nasales ; irritation de la membrane pituitaire avec la vapeur de l'alcali volatil ; frictions sèches ou avec l'ammoniaque ; quelques gouttes d'éther dans la bouche ; renouvellement de l'air ; insufflation de l'air dans les poumons, etc. : tout fut inutile. L'autopsie de ces trois personnes fut faite ; voici quel en fut le résultat :

Appareil circulatoire. Chez tous, le péricarde était sain ; les vaisseaux étaient remplis de sang, et, en en faisant l'ouverture, il s'en échappait des bulles d'air mêlées de sang. Le cœur était distendu par une grande quantité d'air ; les cavités de ce viscère étaient d'ailleurs saines.

Appareil respiratoire. Les plèvres étaient lisses, minces, sans sérosité ; les poumons rouges, souples, crépitans, très sains ; la trachée-artère ne présentait aucune lésion.

Appareil sensitif. Les membranes séreuses du cerveau étaient minces, transparentes, sans sérosité, sans injection ; le tissu de l'encéphale ferme, non injecté, à couleurs tranchées.

Appareil digestif. L'estomac et les intestins étaient sains ; le foie était brun, friable et d'aspect granuleux ; la rate était ferme et de couleur brune.

Appareil locomoteur. Les muscles étaient fermes, rouges, sans aucune apparence d'altération.

Examinons maintenant quelles sont les causes qui peuvent déterminer la mort pendant la durée d'une opération ; ces causes sont : 1° une hémorrhagie considérable ; 2° une douleur excessive et long-temps prolongée ; 3° une émotion très vive ; 4° la lésion de quelque organe important à la vie ; 5° l'existence de quelque affection nerveuse intermittente, d'un asthme, dont un accès est provoqué par le trouble inséparable d'une grande opération ; 6° une maladie antérieure qui a rendu le malade incapable de soutenir aucune secousse violente ; 7° l'introduction de l'air dans les veines. Il est impossible d'attribuer la mort des trois sujets dont il est question plus haut à aucune des six premières de ces causes, parce qu'ils ne perdirent qu'une très petite quantité de sang, et que d'ailleurs la quantité de ce liquide que nous avons retrouvée dans les cavités du cœur et dans les vaisseaux artériels et veineux suffirait pour prouver qu'ils n'ont pas succombé à une hémorrhagie : parce que les douleurs ne furent pas de longue durée, la plus longue de ces opérations n'ayant pas duré plus de huit minutes ; les douleurs ne furent pas non plus excessives, si l'on en juge par la contenance des malades pendant l'opération : parce que ces personnes étaient animés du plus grand courage, et désiraient ardemment être débarrassés de leur mal ; parce qu'aucun organe essentiel à la vie n'a été blessé ; parce que ces malades n'étaient sujets à aucune affection nerveuse ; parce qu'enfin l'autopsie cadavérique n'a fait découvrir de lésion ancienne dans aucun organe.

L'introduction de l'air dans les vaisseaux, puis dans le cœur, a donc seule occasionné la mort ; la présence dans les vaisseaux et dans les cavités du cœur d'une quantité d'air considérable confirme cette manière de voir et d'expliquer les faits ; joignons à cela le sifflement entendu lors de l'opération.

Disons maintenant comment de l'air introduit dans les veines peut déterminer la mort. L'on a cru long-temps que l'air introduit dans les veines avait une propriété sédative toute particulière sur le cerveau, et qu'il suffisait de quelques bulles pour tuer l'animal le plus fort. La physiologie expérimentale, d'accord avec les investigations nécroscopiques, démontre clairement qu'il faut une quantité considérable d'air, puisque c'est en distendant les cavités du cœur et en s'opposant à ses contractions que ce corps produit la syncope et occasionne la mort.

Dans l'ablation des tumeurs volumineuses autour du col et de la région du cœur, il faut éviter ce qui peut favoriser l'introduction de l'air dans les vaisseaux. Dans ce cas se trouvent les mouvemens opérés sur la tumeur, mouvemens nécessaires si l'on veut enlever d'une seule fois une tumeur assez considérable ; mais mouvemens inutiles si l'on divise, par des incisions cruciales, la tumeur en plusieurs parties susceptibles d'être extirpées séparément, et dont aucune ne puisse offrir assez de difficultés ni exiger des efforts assez grands pour déterminer une aspiration par les vaisseaux divisés.

Depuis deux ans, toutes les fois que j'ai une tumeur importante à extirper autour de la région du cœur (occasion qui se présente plusieurs fois par an), j'incise la tumeur, je l'enlève partiellement et sans donner de secousses. Je commence toujours par les parties opposées au cœur, afin que le reste des tumeurs, placé entre le cœur et les parties en dissection, comprime les veines entre le point où elles sont exposées à être divisées et le cœur, et, de cette manière, j'empêche l'air de pénétrer dans les vaisseaux.

Depuis que j'emploie ce mode d'opérer, je n'ai point de victime à regretter ; en 1839 et en 1840, j'ai mis en usage, sur six personnes portant des tumeurs autour du col, le procédé que je viens d'indiquer, c'est-à-dire l'ablation partielle. En suivant ce mode d'opérer, le malade est, il est vrai, en proie aux douleurs de l'opération un peu plus long-temps ; mais, en échange, l'introduction de l'air dans les vaisseaux, et par suite dans les cavités du cœur, n'est point à craindre.

II. *Observations de hernies étranglées, suivies d'anus accidentels guéris spontanément ;* par M. Trottier, chirurgien à l'Ile Bouchard (Indre et-Loire).

Première observation. — Le 14 janvier 1820, j'allai donner des soins au nommé Jean Brivet, métayer, âgé de quarante ans, pour une tumeur située dans l'aine gauche, et qui me parut être phlegmoneuse. Je prescrivis des cataplasmes émolliens.

Le 17, je revis le malade, et ayant alors reconnu de la fluctuation dans la tumeur, je pratiquai une ouverture qui donna issue à une grande quantité de pus de bonne nature. La plaie fut pansée avec de la charpie seulement, et au bout d'un mois, elle était entièrement cicatrisée.

Au mois de septembre suivant, cet homme, qui avait une hernie inguinale du côté droit, y éprouva tous les symptômes d'un étranglement. Je fus appelé, et n'ayant pu obtenir la rentrée de la tumeur, je prescrivis un bain, puis, à la suite, des applications et des lavemens émolliens. Cependant, les coliques, la constipation, la tension du ventre, le gonflement douloureux de la tumeur, et les vomissemens de matières stercorales ayant fait sortir cet homme indolent de son système de temporisation, je fus mandé de nouveau. Ce fut alors que je reconnus la position grave du malade, dont la tumeur herniaire formait un abcès considérable qui ne pouvait tarder beaucoup à s'ouvrir spontanément. Je crus toutefois qu'il serait prudent d'y faire une incision, afin de donner plus promptement issue aux matières qu'elle contenait, et de remédier autant que possible à une plus grave altération des parties. Assisté d'un confrère du voisinage, je procédai à l'ouverture de l'abcès stercoral : une grande quantité de pus et de matière fécale en sortit. L'anneau ayant été un peu débridé, l'intestin fut reconnu, étuvé et nettoyé. Il était ouvert et il présentait une couleur presque noire ; aucune adhérence ne fut détruite. On appliqua sur la plaie un sindon, de la charpie et un bandage peu serré ; on prescrivit des lavemens laxatifs, et le malade fut mis au régime des affections aiguës.

Pendant quelques semaines, les matières fécales ne passèrent qu'en petite quantité par l'anus, ensuite elles n'eurent pas d'autre issue ; la plaie était cicatrisée complètement six mois après l'opération, et elle ne s'est jamais rouverte depuis. Pour toute incommodité, cet homme est resté sujet à des coliques passagères qui se font sentir surtout quand il prend des alimens avec trop d'avidité ; de plus, les violens efforts lui causent des tiraillemens dans les organes voisins des parties qui ont été lésées. D'ailleurs, la hernie n'a pas reparu depuis ce temps, et Jean Brivet, qui a continué à jouir de la meilleure santé, se livre comme auparavant aux travaux du labourage et de la culture des champs.

Deuxième observation. — A la fin d'août 1824, la femme Vallée s'aperçut qu'une hernie inguinale qu'elle portait depuis long-temps au côté gauche, était plus gonflée et plus rénitente qu'à l'ordinaire. Cette femme, ne soupçonnant pas la gravité de sa position, s'adressa à une ancienne religieuse hospitalière qui, dans l'espoir de ramollir la tumeur, fit appliquer des cataplasmes maturatifs. Ces applications ayant été continuées pendant quelques jours, la tumeur devint molle et volumineuse : on vint alors me prier de voir la malade. Les coliques qu'elle ressentait, l'inspection de la tumeur, les vomissemens stercoraux qui se manifestaient, et les renseignemens qui me furent donnés, m'apprirent quelle était la nature du mal. Il était évident qu'il n'y avait plus de temps à perdre si l'on voulait éviter un plus grand désordre, et qu'il fallait procéder de suite à l'ouverture de l'abcès. Après l'avoir ouvert et complétement vidé, je bassinai avec du vin blanc tiède la portion intestinale qui était ouverte et d'un brun noir. J'appliquai sur la plaie un sindon enduit de cérat, de la charpie, des compresses et un bandage peu serré. Je fis ensuite administrer à la malade un lavement laxatif, qui procura la sortie des matières contenues dans les gros intestins, et je prescrivis un régime de vie convenable. Il y eut peu de réaction fébrile ; à plusieurs reprises, dix-sept vers intestinaux sortirent par la plaie qui se détergea ensuite et prit un caractère satisfaisant. Une partie des matières fécales passa par l'ouverture de l'intestin, et l'autre partie par l'anus. On s'aperçut que peu à peu ces matières sortaient en moindre quantité par la plaie, et plus abondamment par le rectum, de manière qu'au bout d'un mois elles suivaient exclusivement cette dernière direction, et que la plaie était tout à fait cicatrisée.

Au lieu de s'effacer comme dans le cas précédent, la tumeur herniaire a persisté, et elle est devenue de plus en plus volumineuse par suite de l'incurie du sujet qui n'a voulu se soumettre à l'emploi d'aucun moyen contentif. La tumeur est souvent le siége d'un engouement qui détermine des accidens plus ou moins graves, cependant la femme Vallée vaque à tous les soins de son ménage, et se livre au travail avec une activité vraiment surprenante.

A ces deux observations, je pourrais joindre celle d'un troisième individu, le nommé François Baillou, qui, au mois d'août 1816, fut atteint d'un étranglement herniaire suivi d'abcès stercoral, puis d'anus accidentel. Mais je me dispenserai de rapporter ce fait, parce que je n'ai eu connaissance que des premiers accidens occasionnés par l'étranglement ; c'est du malade lui-même que j'ai appris depuis qu'il avait guéri sans aucun secours de l'art, et j'ai la certitude qu'il a vécu long-temps encore après cette guérison.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand. (N° du mois de décembre 1841.)

Du cancer du foie et de la rate ; par M. Stacquez.

Dans cet article fort long, et comprenant une sorte de résumé des opinions des auteurs relativement à l'étiologie et à la symptomatologie des affections cancéreuses du foie et de la rate, M. Stacquez rapporte plusieurs observations de ce genre de lésion qu'il a rencontrées dans le cours de sa pratique, et s'attache à démontrer la difficulté du diagnostic et l'insuffisance de la plupart des symptômes pour arriver de bonne heure à la connaissance de l'altération locale. Nous passons de suite à l'analyse des faits et des réflexions qui sont propres à l'auteur.

Premier fait. — *Cancer du foie. — Symptômes de méningite et de ramollissement du cerveau. — Mort. — Autopsie.* — Denis, chasseur à cheval, âgé de trente-huit ans, adonné aux boissons alcooliques, n'a jamais été malade. — Entré le 22 novembre à l'hôpital, cet homme se plaint de maux de tête dont l'invasion remonte à sept ou huit mois.

Appétit bon ; la digestion, la circulation, toutes les fonctions paraissent être à l'état normal. — *L'examen minutieux et répété* de tous les organes ne fait rien reconnaître. Seulement le malade accuse de violens maux de tête s'exaspérant le soir ; la douleur arrache des cris au malade, et cependant le pouls est calme, les battemens des carotides ne sont pas précipités, la température de la peau du front est normale. — Les narcotiques à des doses très élevées ne produisent aucun soulagement.

Peu à peu l'appétit se perd. Le malade ne peut se soutenir seul ; réponses lentes, voix tremblottante, yeux larmoyans, respiration lente, pouls filiforme. — Révulsifs cutanés et intestinaux ; toniques alcoolisés, mais sans aucun résultat avantageux. Mort le 19 février.

Cerveau. — La pulpe encéphalique est d'un bleu grisâtre et d'une très grande mollesse, sans la moindre trace d'injection.

Foie. — Volume normal ; la moitié supérieure, très adhérente au diaphragme, est bosselée, d'un blanc jaunâtre. On remarque, en incisant ces points, qu'ils sont formés par du tissu encéphaloïde au premier degré, dur, résistant, cloisonné. Les veines de cette partie du foie sont distendues et remplies par de la matière encéphaloïde. — Le lobe de Spigel offre les mêmes altérations. — Les canaux cystique et hépatique à parois un peu épaisses, sont libres ainsi que la vésicule.

Rate. — Volumineuse, consistante ; son tissu est granulé, d'une couleur brun-rougeâtre, et ne se laissant pas écraser sous les doigts.

Autres organes. — Rien.

Second fait. — *Cancer encéphaloïde du foie. — Ascite. — Commencement d'ictère. — Mort. — Autopsie.* — Vauterheyeu, maréchal-des-logis des chasseurs à cheval, adonné aux boissons alcooliques, avait beaucoup maigri depuis un an, et ses fonctions digestives se faisaient mal. — Il entre à l'hôpital le 24 janvier.

Les digestions sont lentes ; de temps en temps le malade éprouve des vomissemens ; il n'y a pas, il n'y a jamais eu de constipation ; enduit blanc-jaunâtre de la langue ; urines peu abondantes et de couleur orange. Conjonctives jaunâtres ; pouls un peu accéléré ; peau sèche ; prostration des forces.

La région hépatique explorée avec soin, ne fournit *aucun* signe. — Commencement d'ascite.

Mort sans agonie le 18 février. Aucun accident notable ne s'est manifesté pendant les derniers temps de la vie.

Intestin. — Muqueuse de l'estomac ramollie.

Foie. — Volume normal, il adhère au diaphragme ; sa couleur est rouge jaunâtre ; sa consistance est augmentée ; son tissu crie sous le scalpel ; son grand lobe contient de nombreuses masses blanchâtres, très dures.

Autres viscères. — Rien.

Troisième fait. — *Cancer encéphaloïde de la rate et végétations sur les replis de la valvule mitrale. — Symptômes obscurs d'une fièvre intermittente erratique. — Mort. — Autopsie.* — Devos, brigadier des chasseurs à cheval, âgé de vingt-sept ans, entre à l'hôpital le 16 juin ; il est atteint d'une fièvre intermittente depuis quatre jours.

Le 17, apyrexie, abattement, appétit.

Le 18, douleur épigastrique légère, que la pression augmente ; pouls à 90. Douze sangsues à l'épigastre.

Le 19, bien. A deux heures de l'après-midi, violent accès de fièvre qui dure douze heures.

Le 20, apyrexie, faiblesse, appétit. Seize grains de sulfate de quinine. Deux accès dans la journée ; de sorte qu'il ne prend que huit grains du médicament.

Du 21 au 27, quinine tous les jours, et cependant chaque jour un ou deux accès apparaissent. On apprend que le malade ne prend pas le fébrifuge et se procure des alimens. On cesse toute prescription les jours suivans ; la fièvre devient continue, avec exacerbation le soir.

Amélioration notable dans l'état général du sujet jusqu'au 8 juillet. On compte sur la guérison ; mais du 9 au 16, nouveaux accès fébriles tantôt une fois, tantôt plusieurs fois dans le même jour. (Pouls à 112.)

Le 17, fièvre continue, prostration, soubresauts dans les tendons. Le soir, stupeur ; le malade ne répond plus. Mort le lendemain.

Cerveau. — Tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré d'un peu de sérosité. Membranes et pulpe cérébrales saines.

Cœur. — Végétations nombreuses et volumineuses sur les replis de la valvule mitrale.

Rate. — Triplée de volume. Sa surface présente de nombreuses marbrures rouges sur un fond blanc jaunâtre, et pourrait être comparée à l'aspect que prend un rein dans la seconde forme de la néphrite albumineuse. Son intérieur contient de nombreuses masses d'un blanc-jaunâtre, dont la grosseur varie depuis celle d'un pois juiqu'à celle d'un œuf de pigeon. En les incisant, on trouve que plusieurs sont dures, d'autres molles ou tout à fait diffluentes. Le tissu environnant était gorgé de sang.

Tels sont les faits publiés par M. Stacquez, et dont il ne tire pas d'autres conclusions que celles que nous avons énoncées en commencant ; il va sans dire que nous avons passé sous silence tous les détails négatifs, ainsi que la description de l'état séméiotique et pathologique des organes, quand les résultats obtenus ont été nuls.

Annales de la Société de Médecine d'Anvers, pag. 404.

I. *Mémoire sur la dysenterie qui a régné épidémiquement à Leystopdenberg et dans ses environs en 1834 ;* par M. B. Luyckx.

Leystopdenberg, ainsi que beaucoup de localités en Belgique, est souvent désolé par la dysenterie. Déjà ce pays avait été atteint, ainsi que les sommunes environnantes, par des épidémies de ce genre, en 1780, en 1794 et en 1818. La maladie sévit de nouveau en 1834. L'auteur s'attache à faire connaître les particularités offertes par cette épidémie.

Long-temps avant l'explosion de la dysentérie, l'attention des médecins avait été éveillée par une irritabilité extraordinaire du tube digestif. Les mois de juin, de juillet et d'août avaient été marqués par une chaleur accablante, le thermomètre avait marqué souvent 26° Réaumur. Les nuits furent froides et humides.

L'épidémie éclata en septembre; elle augmenta en intensité vers le milieu du mois d'octobre, époque à laquelle elle perdit peu à peu de sa violence et disparut entièrement à la fin du mois de novembre de la même année.

Sous le point de vue de la symptomatologie, M. Luyckx a fait les observations suivantes; chez quelques-uns des malades, la maladie s'annonçait par un sentiment de malaise général, de plénitude gastrique; par de l'inappétence, par de légères douleurs abdominales, des borborygmes. L'envie d'aller à la selle se déclarant, le malade, en faisant des efforts pour obéir à ce besoin, ne parvenait qu'à expulser quelques matières stercorales liquides et des mucosités accompagnées de chaleur et d'une vive cuisson à l'anus. Ces évacuations se répétaient vingt, vingt-cinq, trente, quarante fois dans les vingt-quatre heures, et n'étaient plus alors formées que par du mucus sanguinolent. Une chute rapide des forces accompagnait cet état: la face était pâle, le pouls petit, la peau froide. On observait chez tous les malades une plus ou moins grande difficulté dans l'émission de l'urine. Chez d'autres, l'invasion était brusque; un sentiment général de prostration, un froid glacial, accablaient le malade; ensuite des évacuations fréquentes, surtout pendant la nuit, de matières fécales, liquides d'abord, puis de matières sanguinolentes; des douleurs déchirantes dans les intestins, tourmentaient le malade à l'excès; le besoin d'aller à la selle était pour ainsi dire sans interruption. A peine les malades pouvaient-ils rendre quelques gouttes d'urine; la peau était sèche et devenait terreuse; les traits de la face se décomposaient à vue d'œil; le pouls était petit, misérable, la soif parfois nulle, d'autres fois très vive.

La durée de la maladie était longue; la résolution ne se faisait jamais avant le trentième jour, et souvent seulement après six ou sept semaines.

La marche ne donnait que deux issues, la mort ou le retour à la santé. L'auteur n'a jamais rencontré de cas passé à l'état chronique.

Le pronostic était la plupart du temps favorable, quand les malades n'étaient pas épuisés par des maladies antérieures, par la misère ou par la vieillesse. Ceux qui, doués d'une bonne constitution, suivaient un traitement régulier et approprié, guérissaient en général, quelques-uns exceptés, où des complications, assez rares d'ailleurs, rendaient la terminaison funeste. Il s'établissait chez eux une réaction qui était toujours de bon augure; une diaphorèse uniformément répandue sur toute la surface du corps et soutenue, présageait une guérison certaine, quelque graves que fussent d'ailleurs les autres symptômes. Chez ceux où la terminaison devait être fatale, on ne parvenait pas à établir la moindre réaction, aussi moururent-ils après être restés pendant plusieurs jours froids comme la glace, et insensibles aux stimulans les plus forts. La diminution des douleurs abdominales, du nombre des selles, devenues moins sanguinolentes et acquérant de la consistance; la diminution du ténesme et de la dysurie, l'excrétion des urines, furent les signes précurseurs du rétablissement prochain. La mortalité porta sur les pauvres, les enfans et les vieillards.

M. Luyckx n'a constaté aucune complication pendant tout le cours de l'épidémie. Il a toutefois remarqué dans certains cas l'apparition de la fièvre intermittente pendant la convalescence de la maladie; elle cédait très facilement à l'administration de quelques grains de sulfate de quinine. En même temps régnaient encore des affections pulmonaires de nature catarrhale. L'auteur n'a pu faire des ouvertures de cadavre; il se prononce néanmoins en faveur de la nature inflammatoire de la maladie.

Cette opinion a servi de base au traitement employé. D'abord la diète la plus absolue, puis application de vingt, vingt-cinq et trente sangsues à l'anus ou bien *loco dolenti*. Cette déplétion sanguine était renouvelée selon le besoin une ou plusieurs fois. La saignée générale, préconisée par M. Anth. Peysson, n'a été employée que très rarement, alors seulement que le sujet était jeune, pléthorique et en proie à une forte réaction. Après les émissions sanguines locales, les cataplasmes, les fomentations tièdes et les bains furent prescrits avec avantage; à l'intérieur, les potions opiacées plusieurs fois dans la journée; des quarts de lavemens amylacés auxquels on ajoutait un quart ou un demi-grain d'opium. Quelques malades ne supportaient pas la potion gommeuse: on administra dans ces cas le laudanum liquide avec succès (six à huit gouttes par heure). Les sinapismes aux extrémités, les frictions de la colonne vertébrale, une décoction d'orge édulcorée, ou de riz, de chiendent, complétaient la lsite des moyens employés.

L'auteur refuse à cette épidémie de dysenterie, le caractère contagieux par l'approche ou le contact des malades; mais il croit que les émanations morbides qui s'élevaient du corps des malades pouvaient donner naissance à l'infection.

II. *Note sur l'emploi de l'aimant en médecine*; par G. Beydler.

(Rapport sur ce travail, par M. Dumont.)

« Quoique quelques médecins contestent toute action à l'aimant, et attribuent la véritable source des effets déterminés par cet agent à l'imagination des malades, à l'extrême variabilité des phénomènes nerveux et à la marche souvent insidieuse et trompeuse des névroses, nous croyons cependant que ce moyen peut avoir eu des résultats incontestables. Ses vertus dans certaines névroses de la poitrine et dans quelques névralgies ont été reconnues dès la plus haute antiquité. Les effets obtenus par l'application de cet agent ont été variables, quelquefois la sédation des spasmes et des douleurs s'est faite d'une manière prompte et instantanée; d'autres fois plusieurs applications ont été nécessaires, ou bien le mal, après avoir résisté à une armure magnétique faible, a cédé à l'action d'un aimant plus fort; enfin quelquefois le résultat obtenu a été nul, ou même on a vu survenir des phénomènes qui ont fait juger convenable de cesser son emploi.

» Aujourd'hui on veut principalement l'employer contre les affections rhumatismales; cependant la plupart des thérapeutistes rejettent ce moyen comme infidèle. »

Après cette exposition, l'auteur rapporte plusieurs observations qui lui sont propres.

Ire *Observation*. Une femme âgée de trente-huit ans, atteinte depuis plusieurs semaines d'une affection rhumatismale de l'articulation coxo-fémorale, douleurs sur le trajet du nerf sciatique. Soulagement par l'application de ventouses scarifiées. Récidive au bout de quelques semaines. Application d'armature magnétique depuis la région fessière jusqu'au pied, prolongée à plusieurs reprises pendant une demi-heure: nul amendement.

IIe *Observation*. Femme âgée de trente-deux ans. Rhumatisme articulaire, traitée par les sudorifiques, l'émétique à haute dose, l'huile de foie de morue sans aucun résultat favorable. Au bout de deux mois et demi, application de l'aimant: soulagement après la première séance; la malade peut se promener dans sa chambre et emmaillotter son enfant, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. Pendant vingt jours on pratiqua deux ou trois frictions chaque jour sur les parties malades: soulagement marqué.

IIIe *Observation*. Homme âgé de soixante-huit ans. Douleurs rhumatismales aux cuisses, aux genoux, aux pieds, qui le forcent à garder le lit. Exaspération en avril. Une séance d'un quart d'heure lui enlève son affection douloureuse. Récidive au genou gauche au bout de trois semaines. Mêmes moyens, nouveau succès.

IVe *Observation*. Femme âgée de soixante-huit ans. Affection rhumatismale à la jambe, rendant depuis trois ans la marche très difficile; toutes les médications avaient échoué. Frictions magnétiques pendant quatre séances: guérison. Huit jours après, mort par apoplexie.

Ve *Observation*. Homme, soixante onze ans. Affection rhumatismale ancienne et errtique; emploi de l'aimant: soulagement interrompu par la mort subite.

Ces observations ont fait le sujet d'un rapport dans lequel le docteur Dumont s'est livré à quelques recherches relatives à l'effet de l'aimant sur l'économie et à la manière de l'employer.

1° L'aimant exerce-t-il une influence sur l'économie?

M. Dumont, acceptant l'opinion de Mauduyt, Andry et Thouret, se prononce pour l'affirmative.

2° Comment faut-il employer l'aimant?

Lenoble, Thouret, Andry employaient de petites plaques aimantées, jouissant de propriétés peu énergiques; on les portait en permanence pendant un temps quelquefois très long, appliquées directement sur la partie souffrante. Laënnec, Thouret et d'autres établissaient à travers l'organe malade un courant magnétique, au moyen de plaques appliquées devant et derrière cet organe.

A Gand, on emploie de préférence de grands aimans artificiels, portant de douze à quinze kylogrammes; on les pose légèrement le long de la partie souffrante en dirigeant les deux pôles à la fois vers elle. Mais, dit M. Dumont, cette méthode est vicieuse, car de bons observateurs ont prouvé que les deux pôles produisaient sur le corps humain une action différente et opposée. Le pôle sud, rappelle et exaspère la douleur; le pôle nord, au contraire la fait cesser. (Voy. *London medical Gazette*, juin 1833. — *Bulletin médical de Bordeaux*, septembre 1833.)

3° L'application de l'aimant est-elle suivie de quelques symptômes généraux ou locaux?

Les observateurs ont négligé l'examen de ces phénomènes. M. Dumont a remarqué un soulagement dans la région sur laquelle passe l'aimant, puis des picotemens et de la rougeur sur le trajet du pôle nord. Somme toute ces symptômes, dit-il, sont obscurs, et il n'est pas bien prouvé qu'ils soient indépendans des cirsonstances accessoires de l'application de l'aimant.

4° Quelle est la cause des phénomènes magnétiques, et de quelle manière l'aimant exerce-t il son influence sur le corps humain vivant?

Cette question obscure n'a pas été résolue. M. Dumont pense que dans l'état actuel de la science, on peut en donner une solution rationnelle. Selon ce médecin, les travaux d'OErsted, d'Ampère, de Barlow, de M. Arago ont porté ces physiciens à conclure que tous les phénomènes du magnétisme terrestre sont produits par l'électricité. Mais l'action de ce dernier agent est modifiée sans doute par le corps qui le produit et par celui sur lequel il agit. Or, les expériences de MM. Puccinotti et Pacinotti de Pise, ont prouvé que dans l'animal vivant il existe un courant névro-électrique dont le caractère est d'être l'effet d'une réaction vitale et par conséquent continuellement différent des courans électro chimiques ou d'hétérogénéité soit dans les produits des sécrétions acides et alcalines pendant la vie, soit des parties organiques après la mort.

Après ces données physiques et physiologiques, il est facile de comprendre comment, dans certains troubles fonctionnels du système nerveux, l'aimant exérce un pouvoir salutaire, soit en excitant l'appareil nerveux engourdi, soit en rétablissant artificiellement les courans intervertis.

Hufeland Journal der practischen Heilkunde, 1841.

I. *Plusieurs cas de pneumatose de la vessie*; par M. le docteur Schneider, de Fulde.

Première observation. — Un ancien officier, âgé de soixante-douze ans, et qui a beaucoup souffert pendant les campagnes qu'il a faites en France, est affecté d'une pneumatose de la vessie; par suite de cette affection, des gaz s'échappent de temps en temps par l'urètre: ce développement gazeux paraît dû à une sécrétion spéciale de la membrane muqueuse de la vessie, et ce qui rend cette opinion très probable, c'est qu'il n'existe pas de fistule qui établisse une communication entre la cavité vésicale et celle du rectum. Il faut noter d'ailleurs que ce malade est sujet, depuis plusieurs années déjà, à des attaques répétées de néphrite calculeuse, et qu'il rend assez souvent de petits calculs rénaux et vésicaux avec une grande abondance de mucosités, accidens contre lesquels il emploie, comme calmant, avec quelque apparence de succès, des tablettes de bi-carbonate de soude aromatisées à l'huile volatile de menthe poivrée. Quelquefois, le malade reste en repos pendant un certain temps, mais alors l'urine s'épaissit peu à peu dans la vessie et s'y mélange avec une telle quantité de mucus, qu'elle s'arrête ensuite au col de la vessie et ne peut être excrétée qu'avec des épreintes très douloureuses. Pendant cette émission d'urine glaireuse, il n'est pas rare d'entendre des gaz s'échapper de la vessie avec un bruit particulier: au moment où ce dégagement gazeux a lieu, la vessie est tendue, circonscrite et dure au toucher.

La thérapeutique offre peu de moyens à employer contre cette affection. Sylvius de le Boë recommande l'usage du cathétérisme, et il dit à ce sujet: « Si qui latentes observentur in vesicâ flatus ipsam distendentes, possent commodè immisso in eam cathetere exitum invenire, aut syringâ elici. » Mais ce moyen n'est pas applicable dans le cas dont il s'agit, parce que le malade a le canal de l'urètre extrêmement étroit et doué d'une excessive irritabilité. Les bains aromatiques, la potion anti-émétique de Rivière, les frictions avec l'huile essentielle de menthe poivrée, avec la teinture d'opium safranée mélangée avec l'axonge, sont les agens thérapeutiques dont on obtient les résultats les plus avantageux pour le soulagement de ces accidens périodiques: du reste, le mal abandonné à lui-même finit aussi par se calmer spontanément.

Deuxième observation. — M. Schneider a observé un second cas de pneumatose vésicale chez un jeune homme qui, à la suite d'une syphilis invétérée, avait le périnée sillonné par sept fistules considérables pénétrant dans la vessie, et laissant écouler sans l'intervention de la volonté du sujet, une urine d'une odeur putride, mélangée de sanie. Quelquefois, les fistules venaient tout à coup s'oblitérer, et aussitôt de vives douleurs se faisaient sentir. Le malade parvenait à se procurer quelque soulagement en portant dans les trajets fistuleux une espèce de tige de baleine, à l'aide de laquelle il pouvait repousser les concrétions mucoso-purulentes qui les obstruaient: en retirant cette tige, il s'échappait du gaz avec un bruit notable.

Troisième observation. — Une femme qui, dans un accouchement laborieux, terminé avec le forceps, avait été blessée par cet instrument, se trouvait dans l'état suivant lorsqu'elle vint réclamer les soins de M. Schneider: l'urine sortait nuit et jour par une fistule de la paroi vésicale, et était souvent accompagnée d'une émission gazeuse; le périnée, le vagin et l'anus déchirés ne constituaient plus qu'un cloaque; les gaz du canal intestinal ne pouvaient plus être retenus et s'échappaient avec beaucoup de bruit par les parties sexuelles; les selles ne pouvaient non plus être retenues que pendant quelque temps, si elles étaient formées de matières dures.

— A la suite de ces observations, M. Schneider rapporte un cas de *pneumatosis flatulenta* de l'estomac qui nous paraît mériter aussi d'être mentionné ici. Le sujet était une femme presque septuagénaire qui, jusque là, avait toujours joui d'une bonne santé. Elle était tourmentée continuellement par des rapports fétides de l'estomac dont on ne pouvait découvrir la cause. Toutefois, il est juste de dire qu'on en accusait l'usage fréquent de crudités et d'alimens de difficile digestion, tels que la viande de porc, la bierre forte prise en grande quantité; à cela venait se joindre le développement d'acides dans l'estomac. Les fautes du régime alimentaire furent réformées, les acides furent combattus par des neutralisans; cependant l'odeur nauséabonde persista à ce point qu'il était impossible, le matin, de rester dans la chambre où cette femme passait la nuit. M. Schneider prescrivit l'administration, quatre fois par jour, d'un gramme (vingt grains) de charbon de tilleul réduit en poudre impalpable. Sous l'influence de cette médication si simple, l'odeur diminua peu à peu, et finit par disparaître entièrement, et après avoir continué assez long-temps l'emploi de ce seul traitement, la malade revint complètement à la santé.

II. *Observation de hernie étranglée traitée avec un succès remarquable par l'eau de Goulard administrée en lavemens*; par M. le docteur Emsmann, de Eckartsberga.

Le 17 août 1839, M. Emsmann fut appelé pour donner des soins à une femme âgée de quarante cinq ans, d'une complexion délicate et d'une constitution faible, qui depuis cinq jours était alitée. Elle rapporta qu'elle avait commencé à se trouver malade après avoir mangé des choux-raves et avoir éprouvé une vive émotion. Son état était le suivant: constipation, ventre balonné et douloureux; traction douloureuse dans la région précordiale; rapports nidoreux; nausées; anxiété générale; insomnie; cris; pensées dirigées sans cesse vers la mort; soif inextinguible; pouls fréquent, petit et déprimé.

En face de pareils accidens, la première idée du médecin fut qu'il avait affaire à un étranglement herniaire, et cette opinion se trouva confirmée par le dire de la malade, qui lui apprit qu'elle avait en effet une double hernie inguinale; celle du côté gauche était sortie, étranglée, et offrait le volume du poing.

M. Emsmann tenta d'abord pendant long temps et à plusieurs reprises, d'obtenir la réduction par le moyen du taxis; mais tous ses efforts restèrent infuctueux. Dans cet état de choses, il ne crut pas devoir recourir aux moyens ordinairement employés en pareil cas, tels que les saignées, les sangsues, etc.; mais à l'exemple de MM. Neuber, Hœxtausens, Rennet, Sick et Preuss, qui ont préconisé (Medicinische Zeitung, 1838 et 1839) dans ces circonstances l'emploi des lavemens d'eau de Goulard, il prescrivit aussitôt un lavement de 185 grammes (6 onces) de cette eau, l'application d'une vessie pleine de glace sur le ventre, et l'ingestion d'une cuillerée à bouche d'huile de ricin.

Le 18, à six heures du matin. — La nuit a été meilleure que les précédentes; les symptômes graves n'ont pas acquis plus d'intensité, et la maladie paraît au contraire avoir cessé d'augmenter. Cependant la réduction ne peut encore être obtenue. Un second lavement, pareil à celui de la veille, est prescrit; les applications froides sont continuées, et une nouvelle cuillerée d'huile de ricin est administrée.

Le même jour à dix heures du matin. — Le taxis tenté de nouveau, reste encore sans résultat. Mais à deux heures de l'après-midi, bien que l'on n'ait pas employé d'autres moyens que ceux prescrits le matin, l'anse intestinale herniée se trouve ramollie, commence à glisser, et, par une légère pression des doigts, rentre en entier par l'anneau en faisant entendre un bruit sensible, mais sans occasionner aucune douleur.

A la suite de cette réduction inespérée, la malade ne tarda pas à recouvrer une parfaite santé.

M. Emsmann termine cette relation par des considérations pathologico-thérapeutiques que leur obscurité et le mysticisme qui y règnent ne nous permettent pas de présenter à nos lecteurs, et qui d'ailleurs n'ajoutent absolument rien à l'intérêt du fait pratique qui vient d'être décrit.

Graefe und Walther's Journal der Chirurgie und Augen-Heilkunde, vol. XXX, 1841.

Cas d'érysipèle phlegmoneux guéri par l'application extérieure de l'iode; par M. le docteur Helmbrecht.

Jean Thiel, âgé de quarante ans, batelier, d'une bonne constitution et d'une excellente santé, reçut, au mois de décembre

1839, une forte contusion au tiers supérieur de la jambe, en se heurtant contre le bord d'une nacelle. La partie où le choc avait porté devint rouge et tellement douloureuse que le malade dut interrompre ses travaux. Après deux jours de repos, pendant lesquels des frictions avec le savon et l'eau-de-vie camphrée furent pratiquées, les douleurs devinrent supportables, et J. Thiel put se remettre au travail. Mais, par un froid très intense; il fut forcé de traverser le Rhin à plusieurs reprises, et dès-lors son état empira à ce point de le contraindre à garder le lit et de réclamer les secours de l'art.

Le 20 février 1840, M. le docteur Helmbrecht vit le malade pour la première fois. La jambe étaient considérablement enflée, chaude et douloureuse au toucher; une rougeur inflammatoire occupait la presque totalité du membre, et, vers la partie inférieure, se montraient des vésicules de couleur foncée. Le pouls était plein, fréquent: la langue humide et recouverte d'un léger enduit blanchâtre; la peau sèche et chaude, la soif vive. Une saignée fut pratiquée, et un purgatif fut administré. Une diète simple fut recommandée. En même temps une application de cataplasmes émolliens et des frictions avec l'onguent mercuriel furent prescrites. Vers le soir, il devint indispensable de recourir à l'application de vingt sangsues autour de la rougeur phlegmasique.

Le lendemain, l'état était à peu près le même; la nuit s'était passée tranquillement. On continua le purgatif déjà donné, et qui consistait en une solution de sulfate de magnésie et de nitre; les cataplasmes et les frictions hydrargyriques furent encore conseillés. Le pouls était mou et légèrement nerveux, la soif diminuée; l'appétit, le sommeil et les selles étaient assez bons.

Après un traitement antiphlogistique soutenu pendant quelques jours, deux des vésicules se déchirèrent, et il en résulta deux ulcérations qui fournirent une grande quantité d'un pus d'assez bonne nature et mélangé de portions de tissu cellulaire nécrosé. La peau des points environnans paraissait décollée. On remplaça alors les cataplasmes par des fomentations avec une infusion très chargée de fleurs de camomille, pratiquées sur toute la jambe et fréquemment répétées. Le pouls, le sommeil et l'appétit restaient bons; il n'y eut pas de sueurs; l'urine resta naturelle; il n'y eut point d'exacerbation le soir. On donna intérieurement une décoction de quinquina avec addition de teinture de calamus aromatique et de liqueur d'Hoffmann.

Néanmoins, malgré le traitement le mieux approprié, l'inflammation s'étendait de plus en plus; il se forma de nouvelles vésicules qui crevèrent et laissèrent des ulcérations profondes d'où sortit une grande quantité de tissu cellulaire nécrosé. Un examen attentif fit reconnaître que les os et leur périoste étaient toujours dans un état d'intégrité parfaite. Du reste, l'état général du malade était bon; on le mit à un régime alimentaire nourrissant et fortifiant.

Les cataplasmes, les fomentations, etc, n'ayant rien produit d'avantageux, et l'inflammation et la suppuration continuant à s'accroître de plus en plus, M. Helmbrecht se détermina à tenter l'emploi de la teinture alcoolique d'iode, et cela sur les éloges qui lui ont été prodigués dans des cas analogues. Il fit lotionner plusieurs fois par jour la surface toute entière de la jambe avec la mixture suivante:

Pr.	Teinture d'iode,	15 grammes.
	Eau distillée,	60 grammes.

Mêlez.

Après deux jours de ce traitement, le travail inflammatoire était déjà enrayé. Les ulcérations prirent un bon aspect, la suppuration diminua et le restant du tissu cellulaire nécrosé fut éliminé. Les lotions iodées furent continuées, et on eut même le soin d'envelopper continuellement le membre avec des compresses imbibées de la mixture précédente.

Au bout de huit à dix jours, la suppuration était presque tarie; dès-lors on diminua les applications iodées, et l'on se borna à l'usage d'un bandage légèrement compressif pour favoriser la soudure des portions de peau décollée avec la couche musculeuse sous-jacente, ce qui fut en effet obtenu avec le temps, de sorte que le malade put, au commencement de février, reprendre ses occupations ordinaires.

Annalen der Chemie und Pharmacie.

Nouveau principe des calculs biliaires.

M. F. Goebel a découvert dans un calcul biliaire du cabinet zoologique de Dorpat, un corps nouveau auquel il a donné le nom d'*acide lithofellique*. Ce corps, qu'il a obtenu à l'aide de l'action dissolvante de l'alcool à 99 p. 100, s'est montré sous la forme de croûtes cristallines solides. Les cristaux sont des prismes rhomboïdaux terminés par une surface oblique. Si on examine au microscope les cristaux non encore complètement débarrassés des matières colorantes de la bile, on aperçoit outre ceux qui sont tout à fait incolores et ceux qui ne sont que colorés en jaunâtre, la matière colorante sous forme de petits globules. Cet acide se dissout dans 29,4 parties d'alcool de 99 p. 100 à 20 degrés centigrades, et dans 6 parties et demie d'alcool bouillant. Il existe 444 parties d'éther absolu à 20 degrés centigrades, et 47 parties à la température de l'ébullition. Il fond à 204 degrés centigrades en un liquide fluide tirant légèrement sur le jaunâtre, et forme après le refroidissement une masse solide incolore et cristalline. Chauffé avec une dissolution de potasse ou de soude, il donne aussitôt lieu à la formation d'un savon qui, refroidi, est solide et semblable à la colophane blanche. Il se dissout dans l'ammoniaque liquide, d'où l'acide chlorhydrique le sépare sans altération sous forme d'une poudre blanche. Soumis à l'action de l'acide azotique, il donne naissance à un nouvel acide.

Bien que l'analyse qui en a été faite par M. Goebel ne permette pas de regarder sa composition comme définitivement fixée, toutefois sa solubilité dans l'alcool, sa prompte saponification, la dureté de ses cristaux, son point de fusion et la grande quantité d'oxygène qu'il contient semblent déjà des caractères essentiels suffisans pour le distinguer des autres acides gras.

II. Nouvelle construction de la pile galvanique.

Dans ces derniers temps, M. Grove, pour obtenir les plus grands effets galvaniques, a remplacé les appareils gigantesques et incommodes dont on s'est servi jusqu'à nous, par une pile composée de petites cellules ou cylindres de terre de pipe poreuse et calcinée remplis d'acide azotique et placés dans d'autres vases contenant de l'acide sulfurique étendu. On met dans l'acide azotique des plaques minces de platine, et dans l'acide sulfurique étendu des plaques de zinc amalgamé, puis l'on établit les communications nécessaires à l'aide de forts fils de cuivre. La cherté des plaques de platine a limité jusqu'à ce jour l'usage de ces piles, du reste si commodes et douées d'une si grande énergie.

Depuis cette époque, M. le professeur Poggendorff a fait l'importante découverte que l'on pouvait remplacer avec un succès presque égal les plaques de platines par des plaques de fer; puis des recherches postérieures ont en outre démontré à MM. Wœhler et Weber que ces mêmes plaques de fer pouvaient aussi être substituées aux plaques de zinc amalgamé. Ils ont pensé que le fer dans l'acide azotique concentré se comporterait, par rapport au fer dans l'acide sulfurique étendu de quatre parties d'eau, comme le platine par rapport au zinc. Leur présomption s'est trouvée confirmée, et ils ont obtenu, simplement à l'aide du fer et des deux liquides, une pile de la plus grande force, phénomène d'un haut intérêt pour la théorie de la pile en général et pour l'étude des actions galvaniques du fer en particulier. Chacun est à même aujourd'hui d'établir avec la plus grande facilité une pile galvanique très-énergique et d'un effet constant; il suffit d'un petit nombre de plaques de tôle courbées et de vases d'argile. L'acide azotique, qui est la seule dépense un peu considérable, doit être dans un état de concentration assez grande pour qu'il n'attaque pas encore le fer; on peut se servir, pour cet usage, d'un mélange d'acide azotique fumant et d'une partie à une partie et demie d'acide azotique ordinaire.

Le dégagement du gaz hydrogène à la plaque qui plonge dans l'acide sulfurique est très-faible; mais on peut l'éviter tout à fait en se servant de plaques de fer étamé (ferblanc): la couche d'étain produit avec ce métal le même effet que l'amalgamation avec le zinc; elle paraît même encore préférable. Des appareils construits entièrement en fonte seront vraisemblablement les meilleurs.

Quant aux cylindres d'argile, il sera sans doute possible aussi de les remplacer, au besoin, par des creusets de Hesse.

III. Recherches de chimie animale.

Des expériences remarquables, faites actuellement dans le laboratoire de M. le professeur J. Liebig (de Giessan), et dues à MM. Scherer et Jones, viennent de démontrer que les végétaux contiennent trois substances azotées, que ces chimistes ont nommées: *fibrine végétale, albumine végétale* et *caséine végétale*. Ces trois substances présentent exactement la même composition élémentaire.

La fibrine végétale est la matière qui ne se dissout pas lorsqu'on soumet le gluten à l'action dissolvante de l'alcool; la partie dissoluble dans ce menstrue est la glutine végétale. L'albumine végétale se rencontre dans le suc des végétaux, et la caséine l'extrait des légumineuses; quand on traite les pois, les lentilles, les fèves par l'eau, la matière qui se trouve dissoute dans ce liquide est la caséine.

En comparant les propriétés de ces trois substances à celles des corps qui leur correspondent dans le règne animal, c'est-à-dire à l'albumine, à la fibrine, à la caséine, on reconnaît qu'elles présentent toutes les propriétés de ces dernières.

Ces différentes matières, soumises à l'analyse par MM. Scherer et Jones, ont été reconnues isomériques.

Ces résultats inattendus jettent un grand jour sur les phénomènes physiologiques, et permettent de comprendre les transformations réciproques que la fibrine, l'albumine et la caséine éprouvent dans l'organisation animale. Ils conduisent aussi à cette conséquence physiologique bien remarquable: c'est que les animaux herbivores trouvent dans les végétaux des substances qui représentent exactement la composition de leur sang et de leur chair musculaire.

Medicinische Zeitung, 1841, n° 48.

Cas d'hydropisie du canal vertébral, par M. le docteur Steinbeck, de Brandebourg.

Un homme âgé de quarante-huit ans, adonné depuis longtemps à l'ivrognerie, et qui avait même été affecté déjà deux fois du *delirium tremens*, éprouva, vers la fin de l'hiver dernier, un tiraillement très-sensible dans les pieds; ce qu'il attribua à un refroidissement; mais en même temps sa femme remarqua qu'il se manifestait une faiblesse particulière dans ses organes, avec difficulté de les remuer. Ces symptômes augmentèrent bientôt à tel point que le malade se laissa tomber plusieurs fois sans autre cause, et qu'il lui devint difficile de s'asseoir sur une chaise ou de se lever. Ce n'était qu'avec grande peine qu'il parvenait à soulever et à soutenir des objets légers, tandis qu'au contraire il le faisait assez facilement lorsqu'il s'agissait de corps d'un certain poids. Il survint alors une toux d'irritation entièrement apyrétique, avec perte complète d'appétit et maigrissement général. Néanmoins le goût immodéré des liqueurs alcooliques, de l'eau-de-vie surtout, paraissait toujours.

Lorsque M. le docteur Steinbeck vit le malade pour la première fois, le 24 mai, il le trouva dans un état fébrile très-prononcé et vomissant beaucoup. Un lait d'amandes opiacé, nitré, fut prescrit et apporta un notable amendement à ces symptômes dans l'espace de vingt-quatre heures. Néanmoins le sujet se plaignait de fortes douleurs dans le bas-ventre, l'excrétion de l'urine était très-rare, et il existait un ténesme vésical très-fatiguant. Il y avait de la constipation; la toux s'accompagnait d'expectoration; révasseries légères, maux de tête, vertiges, raideur et traction douloureuse dans toute l'étendue de la colonne vertébrale; impossibilité de rester debout, de marcher, de se servir des extrémités supérieures, etc.

Le médecin jugea alors qu'il avait affaire à une sécrétion morbide de sérosité fournie par les membranes de la moelle épinière, compliquée d'une phlegmasie des viscères abdominaux. Il commença donc par administrer une infusion de digitale et de polygala de Virginie avec addition de nitre et d'opium; il y joignit l'usage de l'électuaire lénitif. Plus tard, lorsque l'état inflammatoire eut cédé, il donna le calomel associé à l'extrait de noix vomique. Malgré cette médication, le mal marcha avec une rapidité effrayante. Déjà vers la fin de mai on vit paraître les premiers signes d'une paralysie incomplète des nerfs oculaires; les glandes palpébrales commencèrent à fournir du pus, la voix devint enrouée, etc. Du reste le caractère de la maladie changea presque de jour en jour: de sorte qu'il n'y eut pas possibilité de suivre une indication fixe.

Dans les derniers huit jours, il y eut de la somnolence avec des intervalles de délire, et à cet état il vint se joindre, pendant les dernières heures, une rigidité apisthotonique. La mort arriva dans la soirée du 24 juin.

A l'ouverture du corps, on trouva les poumons farcis de tubercules à divers degrés de développement et de ramollissement. Le colon était enflammé dans quelques points; le foie, énormément augmenté de volume, avait perdu un peu de sa consistance normale; la rate était gorgée de sang et légèrement ramollie. L'examen de la colonne vertébrale fit reconnaître une forte distension des membranes de la moelle; cette dernière, réduite au diamètre d'un utyau de plume, était considérablement ramollie. Le canal vertébral contenait environ 250 grammes (8 onces) d'une sérosité jaunâtre, et il est probable que les ventricules du cerveau en contenaient pareillement (l'ouverture du crâne ne put être pratiquée); car, en élevant la tête, on voyait s'écouler par le *foramen magnum* une grande quantité de sérosité.

Ammon's Monatschrift in allgem. Repertor., 1841.

Structure anatomique de l'oreille d'un sourd-muet; par M. le Dr Mansfeld, de Brunswick.

Le sujet de cette observation était un jeune garçon âgé de douze ans, affecté de diathèse scrofuleuse, et qui avait succombé à une phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Toute la surface externe du temporal était dans l'état de la plus parfaite intégrité; le cerveau ne présentait pas non plus la plus légère apparence d'anomalie.

De même qu'on l'observe chez le fœtus et chez les enfans du premier âge, la membrane du tympan s'étendait dans une direction horizontale et de dehors en dedans, de la paroi supérieure à la paroi inférieure du conduit auditif externe.

Les osselets de l'oreille droite ayant été brisés pendant la préparation de la pièce, on ne put examiner que ceux du côté gauche, et l'on remarqua que l'étrier se montrait sous la forme d'une esquille irrégulière ayant sa base soudée à la fenêtre ovale.

Bien que l'enclume et le marteau fussent à l'état normal, l'auteur pense qu'on ne saurait méconnaître dans cette disposition irrégulière de l'étrier un véritable arrêt de développement, parce que, d'après les belles observations faites par MM. Rathke et Valentin, l'étrier ne se développe qu'après les deux autres osselets, et se présente, au début de son évolution, sous la forme incomplète qu'il offrait dans le cas présent.

L'apophyse mastoïde, au lieu de la structure celluleuse qu'elle présente ordinairement, offrait, comme cela se rencontre chez le fœtus, une grande cavité unique.

La trompe d'Eustache était étroite, et la membrane muqueuse dont ses parois étaient revêtues avaient perdu de sa consistance physiologique, et se trouvait dans un véritable état de ramollissement.

Le muscle de l'étrier, dépourvu de fibres charnues, était tendineux dans toute son étendue; celui du marteau, plus anomal encore, se présentait sous l'aspect d'une masse d'apparence caséiforme: on ne pouvait distinguer la moindre trace des autres muscles.

Examinés extérieurement, le vestibule et les canaux semi-circulaires semblaient ne présenter aucune anomalie; mais, à l'intérieur, ils ne contenaient point de ce liquide particulier qui baigne ordinairement leurs sinuosités.

Le limaçon et sa lame demi-osseuse, demi-membraneuse, n'offrait d'autre particularité que la disposition suivante: la rampe du tympan, au lieu de s'ouvrir dans la cavité du même nom, s'ouvrait dans le vestibule.

Le nerf acoustique, qui prenait naissance sous la paroi inférieure du quatrième ventricule, se dirigeait vers le cervelet en contournant le pédoncule postérieur de la protubérance cérébrale, et marchait adossé au nerf facial sans en recevoir aucun filet. Il présentait une consistance très prononcée, et sa structure ne laissait pas apercevoir la moindre trace de fibre. Parvenu dans l'oreille interne, il se divisait en deux branches, dont l'une s'avançait vers l'*infundibulum* en suivant la spirale du limaçon, tandis que l'autre pénétrait dans le vestibule et allait se terminer à la rampe externe du limaçon, ou rampe vestibulienne.

Le nerf glosso-pharyngien et son rameau pharyngien étaient bien développés.

Le larynx et la trachée-artère n'avaient qu'un diamètre fort étroit, et les ventricules laryngiens pouvaient à peine être distingués.

Zeitschrift fur die gesammte Medizin 1841.

Traitement du croup, par M. le docteur Grahl, de Hambourg.

M. Grahl trouve étrange que, dans les traités de médecine qui sont publiés de nos jours, on recommande encore l'emploi des sangsues et l'administration des vomitifs pour le traitement du croup; il n'est pas moins surpris qu'on trouve encore mentionnés des cas de mort par suite de cette affection, depuis plus de huit ans qu'il a fait connaître sa méthode de traitement. Elle consiste à tenir les avant-bras du malade immergés dans une cuvette remplie d'eau aussi chaude qu'il est possible de la supporter, et dont la température est soigneusement entretenue au même degré sans la moindre interruption. On enveloppe la tête du sujet avec une couverture dont les extrémités viennent s'appuyer sur les bords de la cuvette pour retenir les vapeurs aqueuses et les diriger sur le visage, sur le cou et sur les ouvertures qui servent au passage de l'air dans l'acte de la respiration. Cette opération est répétée à de courts intervalles, et est prolongée chaque fois pendant un quart d'heure au moins. Le plus souvent, après la première application, la membrane muqueuse de Schneider est déjà humectée, et la respiration en devient plus libre; la toux perd son caractère de ressemblance avec le chant du coq, elle détermine le détachement et l'expulsion des exsudations diphthéritiques. Si cet effet n'est pas produit, on doit continuer la médication jusqu'à ce qu'il ait été obtenu.

Si le cas est pressant, si la face du sujet est livide, les extrémités froides, si tous les muscles de la région cervicale sont obligés de se contracter avec violence pour que l'introduction de l'air puisse s'opérer, alors il convient d'administrer un peu de calomel et d'appliquer un petit vésicatoire à la région du larynx.

Avec ce seul traitement, dont il n'a jamais eu jusqu'ici à déplorer l'inefficacité, M. Grahl garantit la guérison du croup dans tous les cas, pourvu que le mal n'ait pas été déjà attaqué par d'autres moyens.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 17 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 21, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Rougeole. Longue durée de la période d'incubation. Caractères de la rougeole. Signes différentiels de la rougeole et de la scarlatine.

Au n° 12 de la salle des hommes est entré un jeune homme affecté de rougeole. Il a commencé à avoir pendant plusieurs jours de la céphalalgie, du larmoiement, de la toux, des éternumens, en un mot tous les symptômes précurseurs de l'éruption rubéoleuse sans fièvre, lorsque, il y a deux jours, il s'est aperçu que de petits points rouges s'étaient développés sous la peau, la fièvre ne s'étant point encore déclarée. Les prodromes ont eu une durée plus longue que d'habitude : ils ont duré pendant cinq jours, tandis qu'ordinairement l'éruption se déclare au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

M. Chomel rapporte à ce sujet avoir observé en ville une durée encore plus longue des prodromes. Il s'agissait d'un enfant qui depuis deux ou trois jours présentait les phénomènes précurseurs d'une rougeole, et chez lequel il avait diagnostiqué une éruption imminente ; mais huit jours s'étaient écoulés et l'éruption n'avait point encore eu lieu, au point, dit M. Chomel, que je croyais avoir affaire à une de ces rougeoles sans éruption cutanée, *morbilli, fièvre morbilleuse* des auteurs, lorsqu'une éruption très abondante parut le dixième jour. Il est des cas dans lesquels les muqueuses seules paraissent affectées : on remarque alors une céphalalgie frontale très intense, du larmoiement, de la toux avec les symptômes physiques d'une bronchite, sans qu'il survienne le moindre changement à la peau ; c'est là le véritable morbillis. D'autres fois, au contraire, il survient une éruption à la peau sans que les muqueuses des voies aériennes soient aucunement affectées. Les cas de ce genre ne sont même pas très rares : M. Chomel dit en avoir observé plusieurs dans sa pratique. Les auteurs, ajoute-t-il, n'ont point assez insisté sur les caractères distinctifs de la rougeole et de la scarlatine, celle de toutes les maladies éruptives avec laquelle elle a le plus de rapports et de ressemblance. Cependant, rien n'est plus commun que ces deux maladies. La scarlatine présente ordinairement comme caractères extérieurs une rougeur uniforme également répandue sur toute la surface cutanée ; cette rougeur est en général assez facile à distinguer de la rougeur pointillée et diversement disséminée de la rougeole ; mais quelquefois la scarlatine offre aussi des points rouges semblables à ceux qui caractérisent la rougeole. On peut cependant distinguer dans ce cas ces deux affections l'une de l'autre par les caractères suivans : le pointillé de la scarlatine est égal, uniforme, symétrique ; sa couleur est la même partout, ainsi que le volume et la forme des petites vésicules ; tandis que la rougeole présente dans son pointillé une diversité très grande de forme, de couleur et de dimension. Il suffira donc d'observer un peu attentivement l'aspect de l'éruption et les différens caractères que nous venons d'énumérer pour distinguer la rougeole de la scarlatine, dans la supposition même que la scarlatine fût constituée par une éruption pointillée comme la rougeole. Dans la scarlatine on voit encore communément de petites papules miliaires qui manquent ordinairement dans la rougeole ; on observe enfin, par contre, dans cette dernière les espèces d'ecchymoses sous-cutanées qui n'existent point dans la scarlatine. La desquammation offre elle-même des différences notables dans ces deux maladies ; dans la scarlatine elle se fait par plaques, par petites lamelles plus ou moins larges ; on voit quelquefois l'épiderme entier des doigts se détacher vers la fin de la maladie. La desquammation est furfurescente dans la rougeole ; l'épiderme tombe en poussière.

Un autre caractère distinctif de la rougeole très précieux et que M. Chomel paraît avoir signalé le premier il y a quelques années, est tiré de l'aspect des matières expectorées. Les crachats des malades affectés de rougeole sont arrondis, opaques, grisâtres et nageant dans une quantité plus ou moins grande de liquide. Il semblerait au premier abord que ces crachats pussent être confondus avec ceux des phthisiques, qui sont également ronds, opaques et tenus en suspension dans un liquide. Mais outre que les deux maladies auxquelles appartient ce signe en apparence commun ne sauraient jamais être confondues, il existe entre les crachats de la rougeole et ceux de la phthisie des différences faciles à saisir à l'aide d'un peu d'attention. Dans la rougeole, le liquide qui tient les crachats en suspension est opalin et ayant l'apparence du petit-lait ; tandis que les crachats des phthisiques nagent dans un liquide limpide et parfaitement transparent. Ce caractère suffit à lui seul pour différencier l'expectoration qui appartient à la rougeole d'avec celle qui est propre à la phthisie. Cet aspect particulier des crachats de la rougeole paraît dépendre de la bronchite qui accompagne presque constamment cette éruption, bronchite d'une nature spécifique, et qui a probablement aussi des caractères particuliers que l'on n'a point encore suffisamment étudiés. Quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'on trouvera des crachats ayant les caractères que nous venons de décrire, on pourra, sans crainte de se tromper, diagnostiquer une rougeole. Toutefois, ce caractère peut manquer dans quelques circonstances, dans les cas très rares, par exemple, où la rougeole a lieu sans être accompagnée de bronchite, et chez les enfans en bas-âge qui n'expectorent point ou qui avalent leurs crachats.

Nous avons insisté, a dit M. Chomel, sur les différences caractéristiques de la rougeole et de la scarlatine, parce qu'il importe dans les familles de bien distinguer ces deux maladies, et de reconnaître, lorsqu'il règne une de ces affections, si les différens membres de la famille en ont déjà été atteints, afin de les isoler et de prévenir les conséquences d'une communication intempestive.

Affection scorbutique survenue pour la seconde fois dans l'intervalle d'un an, sous l'influence de conditions débilitantes. Considérations sur le traitement de cette affection.

Au n° 15 de la salle des hommes, est couché un malade âgé de quarante ans, tisserand, d'une constitution chétive, maigre, et ayant néanmoins joui jusque-là d'une assez bonne santé, lorsque, il y a dix-huit mois, il commença à ressentir des douleurs dans les pieds ; il n'avait point perdu la faculté de les remuer, il pouvait même continuer à se tenir debout et à marcher ; mais s'il restait long-temps dans la station, il éprouvait bientôt des douleurs qui devenaient d'autant plus vives qu'il s'obstinait davantage à rester dans cette position. Il éprouvait les mêmes effets à la suite d'une marche un peu prolongée. Au bout de quelques mois, cet homme vit survenir des taches rouges aux membres supérieurs et inférieurs, et en même temps les gencives se gonflèrent, devinrent boursouflées et saignantes au moindre contact. Ces accidens suivirent des circonstances de quelque valeur, et qu'il importe de signaler.

Cet homme, quelque temps avant l'invasion de cette maladie, avait été en proie à de vifs chagrins causés par le défaut de travail et par les nombreuses privations que sa misère lui imposait. Il habitait une chambre humide, sombre et malsaine, et, suivant toute apparence, il ne prenait qu'une alimentation grossière et insuffisante. On ne peut douter que ces conditions ne doivent avoir eu une grande influence sur le développement de la maladie.

Il y a un an environ, cet homme entra à l'Hôtel-Dieu, offrant les symptômes que nous venons d'énumérer ; il en sortit guéri après l'usage des acides végétaux. Mais depuis six mois, cet homme s'étant de nouveau trouvé dans les mêmes condi-

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EMPLOYER LE NITRATE D'ARGENT DANS QUELQUES OPHTHALMIES;

Par M. le docteur DESMARRES, chef de clinique de M. Sichel, etc.

§ I.

Depuis dix années environ, un grand nombre de médecins et de chirurgiens emploient le nitrate d'argent indistinctement dans presque toutes les ophthalmies, tandis que d'autres, craignant les dangereux effets qu'il a quelquefois produits entre leurs mains, le rejettent absolument de leur pratique comme un topique des plus infidèle. Une telle divergence d'opinions tient nécessairement à quelque cause, et, à notre avis, cette cause est tout entière dans ce que son mode d'administration n'a pas été suffisamment étudié, et par cela même, soumis à une expérimentation sévère et à des règles précises. Une observation soutenue et souvent répétée étant le seul moyen de fixer l'attention du praticien sur l'emploi de cet agent si utile, et de lever tous les doutes, nous croyons devoir faire connaître les résultats que nous avons obtenus, en engageant nos confrères à vérifier leur exactitude et à publier eux-mêmes ce qu'ils auront fait à ce sujet.

Lorsque l'on considère l'arbitraire qui règne dans la manière de doser le collyre de nitrate d'argent, dans la détermination du cas et du moment où il doit être prescrit, et l'abus incroyable qu'on fait du même corps en crayon ; lorsqu'on voit les meilleurs praticiens l'employer en quelque sorte par habitude, toujours à la même dose, faible chez les uns, excessivement forte chez les autres ; lorsqu'on constate que l'administration du médicament est suivie tantôt de succès, tantôt de revers imprévus ; ne doit-on pas être surpris qu'aucune règle fixe n'ait été tracée jusqu'ici ?

Telles sont les réflexions que m'a suggérées l'étude de l'emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies ; tel est aussi le motif des recherches que j'ai dû faire sur ce point important de thérapeutique oculaire, et pour arriver à quelque chose d'à peu près certain. Avant d'aller plus loin, jetons rapidement un coup-d'œil historique sur l'emploi du nitrate dans les ophthalmies.

§ II.

Notre but est ici moins de rappeler les noms de ceux qui ont employé les premiers le nitrate d'argent, que la forme sous laquelle on l'a prescrit et les doses auxquelles on en a fait usage jusqu'à présent.

1826. Dans le Journal de chirurgie de Graëfe et de Walther (vol. X, p. 379, Berlin 1827), on trouve que le premier de ces chirurgiens a employé le nitrate d'argent, en 1826, sous forme liquide, à la dose de 10 grains par once d'eau, dans trois cas d'ophthalmie purulente intense. Les douleurs provoquées par les instillations étaient modérées, duraient de cinq à dix minutes, et se terminaient par une sensation de bien-être notable. Après deux ou trois jours, le chémosis séreux, le gonflement avaient rapidement diminué et la photophobie avait disparu. Après huit jours, l'amélioration était telle que Graëfe put passer à des collyres plus doux qui achevèrent d'amener la guérison.

Dans son ouvrage sur l'ophthalmo-blennorrhée (Berlin 1823, in-fol., p. 120), le même auteur avait déjà fait avec raison l'observation qu'il est indispensable, lorsque la matière purulente est très abondante, de ne prescrire des collyres métalliques qu'à dose concentrée, pour éviter leur décomposition.

1828. Nous n'avons pas retrouvé l'époque précise des premières expériences de Guthrie, mais on lit dans le Journal d'ophthalmologie du chevalier d'Ammon, professeur à Dresde, une note de M. Nevermann de laquelle il résulte que le professeur anglais ne l'aurait employé qu'en 1828, sous forme de pommade noire dont nous donnerons plus bas la formule. M. Nevermann ajoute que M. Velpeau a commencé à prescrire le nitrate en 1830, et M. Lawrence en 1833, et que tous deux en recommandent vivement l'emploi sous forme de pommade.

1831. D'après un rapport de M. de Walther (Journal de Graëfe, vol. XV, p. 268), Guthrie employait le nitrate d'argent, dans le royal Westminster eye Infirmary, sous forme de pommade, composee de la manière suivante :

Pr.	Axonge récente,	1 gros.
	Nitrate d'argent cristallisé,	6 à 10 grains.
	Sous-acétate de plomp liquide,	15 gouttes.

M. S. A.

On introduisait gros comme un grain de blé de cette pommade sous la paupière supérieure sur laquelle on devait faire des frictions légères, Ce moyen a valu à Guthrie « de si nombreux succès dans les maladies » chroniques, dans les cas aigus, dans les catarrhes de la conjonctive, » qu'il surnommait cette pommade *unguentum ophthalmicum magicum.* »

Dans la même année M. Velpeau continua de répéter les expériences de Guthrie à la Pitié, suivant les mêmes circonstances, et en obtint les meilleurs résultats. Notons qu'à cette époque ce professeur prescrivait déja le nitrate, sous forme de collyre, à la dose d'un grain par once.

1834. Dans la *Lancette Française*, n° 12 de 1834, on trouve une note qui recommande l'emploi du nitrate d'argent dans les ophthalmies.

La Gazette médicale, n° 14, p. 236, publie une note du docteur Munaret, de Châtillon-de-Michailles, dans laquelle ce médecin rapporte qu'il a soumis seize malades au traitement par le nitrate d'argent en collyre, et que treize ont été guéris. Il fait remarquer que l'axonge pouvant bien être un excipient trop grossier pour communiquer avec les membranes délicates de l'œil, déjà plus susceptibles sous une influence pathologique, il avait d'abord pensé à employer le nitrate sous la forme liquide, à la dose que nous venons d'indiquer, mais que les malades se plaignent encore de trop de douleurs, et l'abandonnent même pour cette raison, il avait ajouté 2 à 3 gouttes de laudanum à son collyre, et les malades l'avaient bien supporté depuis. Ce médecin favorise l'action spéciale du nitrate d'argent « par des purgatifs, des dérivatifs et des émissions sanguines suivant les indications. » On conviendra que l'action du nitrate devient alors peu méritante, car dans les mains du docteur Munaret, il me semble un peu trop aidé par d'autres moyens pour qu'on ait grande confiance dans son emploi.

M. Munaret ajoute qu'il préfère le nitrate d'argent en solution, d'après les proportions du réactif, au nitrate d'argent à l'état solide, parce que la manipulation est plus prompte et surtout le mélange plus facile, plus homogène, car, ainsi que le fait observer Guthrie, si le caustique n'est pas réduit en poudre très fine, et pour ainsi dire impalpable, la pommade produirait « une combustion de la conjonctive. » Ce traitement se recommande au médecin par la promptitude et surtout par la constance de ses succès. »

Graëfe (Journal de chirurgie de Graëfe et de Walther, vol. XXII, pag. 6.) rapporte qu'il a vu Guthrie employer lui-même sa pommade dans les ophthalmies purulentes et les kératites chroniques. Il recommande beaucoup ce moyen en s'appuyant d'expériences qu'il a faites à sa clinique et dans lesquelles il a obtenu de nombreux succès lorsque le traitement ordinaire avait échoué. Graëfe donne la formule copiée par lui à l'hôpital de Westminster même et à laquelle il n'a changé que fort peu de chose.

1837. Le professeur Busch, dans un rapport sur la clinique d'accoucheurs de l'université de Berlin, p. 209, et dans Ammon (Monatsschrift, Ier vol., 1838, p. 191) fait connaître qu'il a employé dans les années précédentes, contre les ophthalmies des nouveau-nés, une solution de nitrate d'argent d'un à six grains par once d'eau. Les succès qu'il en a obtenus sont tellement décisifs que l'expérience doit imposer silence à toute idée théorique qui serait en opposition avec l'emploi de ce moyen. Ce médecin a prescrit le nitrate dans sa solution la plus faible, un grain par once, plus tard à trois grains et rarement à six grains, dose qui est pour lui la solution la plus forte. Il recommande de faire deux à trois fois par jour une instillation de une à trois gouttes. Nous regrettons que ce professeur n'ait pas décrit l'état anatomique de l'œil, et donné des détails plus précis.

Vers la même époque nous avons vu M. le professeur Paul Dubois,

tions débilitantes, les douleurs aux pieds reparurent, et avec elles les taches hémorrhagiques à la peau et tout le cortége des symptômes qui avaient caractérisé sa première maladie. Dans l'impossibilité où il se trouvait de continuer à se livrer à ses travaux habituels, il se décida à rentrer de nouveau à l'hôpital. Voici l'état qu'il y a présenté : Les douleurs des pieds sont actuellement peu vives ; elles ne s'exaspèrent point par la pression, circonstance qui les distingue des douleurs de rhumatisme articulaire. La partie inférieure et interne des jambes est le siége de petites taches sanguines ecchymotiques ; elles sont de différentes grandeurs, et ne disparaissent point par la pression. A ce dernier caractère, on ne peut confondre ces taches avec des taches pétéchiales ou d'autre nature. Il n'y a point de douleurs, ni de tuméfaction dans les mollets ; c'est un fait digne de remarque que, dans le scorbut, il se forme souvent dans les couches intermusculaires des hémorrhagies qui occasionnent de petites tumeurs douloureuses à la pression. Il n'existe point de taches aux membres supérieurs. Les gencives sont boursouflées, saignantes et gonflées au point de recouvrir en partie plusieurs dents ; ce boursouflement des gencives est un des signes les plus caractéristiques du scorbut. M. Chomel dit avoir soigné, avec M. Guersant, un jeune homme scorbutique, chez lequel les gencives étaient tellement boursouflées et tuméfiées que les dents en étaient entièrement recouvertes, et que leur place n'était plus indiquée que par une dépression centrale tout le long du rebord alvéolaire des gencives.

Le pronostic ne présente chez ce sujet aucune gravité ; il guérira probablement aussi facilement que la première fois ; il est à craindre seulement, pour peu que ce sujet se retrouve placé dans les mêmes conditions défavorables, que les mêmes symptômes se reproduisent.

Le traitement ne présente ici rien de particulier. Les bases principales du traitement anti-scorbutique sont, comme tout le monde le sait, l'usage des végétaux et des viandes fraîches. Le docteur Lindt, qui a écrit une histoire intéressante du scorbut observé par lui à bord des vaisseaux anglais, a fait une série d'expériences dans le but de déterminer l'efficacité et la valeur relative de chacun des différens moyens de traitement usités contre cette affection. Il soumit à cet effet les malades de plusieurs équipages à différentes méthodes, parmi lesquelles on distingue surtout l'usage des oranges auquel il attribue les meilleurs effets.

Il est résulté en effet, de ses expériences que les malades qui firent exclusivement usage des oranges guérirent plus vite que les autres. Il raconte à cette occasion qu'un bâtiment dont l'équipage était affecté de scorbut, ayant rencontré un autre navire chargé d'oranges, il se fit entre eux un échange de marchandise, par suite duquel les scorbutiques firent immédiatement usage des oranges et se rétablirent en peu de temps. Les végétaux frais sont en effet les moyens qui réussissent en général le mieux ; parmi eux les plus efficaces sont les plantes de la famille des crucifères. On sait aussi qu'on retire de bons effets d'une alimentation composée de végétaux et de viandes fraîches ; c'est à un régime de ce genre que l'on aura recours chez ce malade ; on y joindra l'usage de frictions alcooliques et stimulantes sur les parties qui sont le siége des taches hémorhagiques et des gargarismes avec des alcoolats de cochleariumou d'autres substances anti-scorbutiques pour les gencives.

Diabète. Invasion brusque d'une pneumonie double avec hépatisation. Mort. Absence de matière sucrée dans les liquides recueillis après la mort. Lésions relatives à la pneumonie. Un mot sur les signes distinctifs de l'hépatisation et de l'épanchement pleurétique.

Au n° 11 de la salle des hommes était couché depuis quelques jours un sujet affecté de diabète. Cet homme urinait très-abondamment, bien qu'il ne bût qu'en petite quantité ; la bouche était sèche, son appétit peu vif ; faiblesse extrême avec douleurs dans les lombes ; pouls mou et lent ; battemens du cœur très-faibles et qui faisaient soupçonner à plusieurs des assistans l'existence d'une péricardite chronique avec épanchement de sérosité dans le sac. Mais l'analyse de l'urine, faite par M. Bouchardat, ne permettait aucun doute sur la nature de cette maladie ; elle a fourni une grande quantité de sucre. Cette maladie durait depuis un an ; à dater de cette époque cet homme avait commencé à maigrir et cet amaigrissement avait toujours été croissant. Tel était l'état de cet homme à son entrée à l'hôpital, lorsque tout à coup, et sans cause connue, il éprouva une grande gène à respirer, une dyspnée intense avec une grande anxiété ; la figure devint violette, le pouls s'affaiblit, les forces furent en quelques instans abattues, plusieurs selles liquides eurent lieu dans l'espace de quelques heures ; en un mot tout indiquait l'irruption subite d'une lésion organique grave et un danger imminent. En effet, dix-huit heures après l'invasion de ce symptôme le malade avait cessé de vivre.

A l'autopsie on a trouvé les altérations suivantes : Les lobes inférieurs des deux poumons étaient hépatisés, surtout celui du côté droit qui l'était dans une plus grande étendue (on avait reconnu à la percussion et à l'auscultation une matité très-marquée à la base de la poitrine des deux côtés et une absence complète de bruit respiratoire). A droite, existait en outre un épanchement d'un demi-litre environ de liquide dans la plèvre ; un épanchement d'une quantité moindre s'était également formé dans la plèvre gauche. La portion hépatisée des deux poumons était volumineuse, très-pesante et remplie d'un liquide rouge brûnâtre ; coupée par tranches elle se présentait sous la forme d'un tissu homogène, sans granulations, d'une assez grande densité et doué d'une certaine élasticité ; l'estomac était plein d'un liquide jaunâtre ; sa muqueuse, ainsi que celle du duodénum était pâle et un peu ramollie ; les follicules et plaques de Peyer étaient à peines marqués. Les reins présentaient une couleur rouge foncée, un peu violacée, mais sans aucune espèce d'altération organique appréciable. M. Bouchardat ayant fait l'analyse des liquides contenus dans l'estomac, dans les reins et dans la vessie, et recueillis immédiatement après la mort, n'y a trouvé aucune trace de sucre. C'est un fait digne de remarque que ces mêmes liquides qui, pendant la vie, contenaient un principe sucré, n'en contenaient plus un seul atome après la mort. Ce malade avait évidemment succombé à une pneumonie double avec hépatisation suivie d'un épanchement pleurétique, survenue intercurremment pendant le cours d'un diabète dont la durée eût pu encore être longue. M. Chomel est entré à cette occasion dans quelques considérations sur le diagnostic différentiel des hépatisations du poumon et des épanchemens pleurétiques. Ce n'est qu'après avoir rencontré souvent des cas d'hépatisation, qui avaient été pris pendant la vie des malades pour des épanchemens, que ce professeur s'est attaché à trouver des caractères distinctifs de ces deux états. L'hépatisation, dit-il, n'est jamais générale, comme cela peut arriver pour l'épanchement pleurétique qui comprend quelquefois toute la cavité pleurale. Souvent on trouve un peu de crépitation sur les limites de l'hépatisation. Les crachats sanguinolens peuvent manquer quelquefois, l'absence de ce signe n'a donc point de valeur absolue ; mais il est un signe propre aux épanchemens et qui manque toujours dans l'hépatisation, c'est la dilatation du thorax qui se présente, l'une toujours, du moins assez fréquemment, surtout dans les épanchements pleurétiques chroniques. Quant à la facilité avec laquelle le liquide se déplace, on n'en saurait déduire un signe distinctif bien certain, car ce déplacement n'a point lieu dans les cas où l'épanchement est accompagné d'adhérences qui renferment le liquide dans leurs limites.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Rétraction musculaire syphilitique.

M. Ricord a montré à sa clinique trois malades affectés de rétraction musculaire produite sous l'influence de la syphilis. Nous nous bornerons aujourd'hui à donner un court aperçu de ces trois cas, nous réservant de faire connaître prochainement les opinions de M. Ricord sur ce sujet. Notons cependant que, quoique la maladie ne paraisse pas avoir de siége de prédilection, par une coïncidence assez remarquable, chez les trois sujets dont nous allons parler, elle occupait les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, et qu'elle s'est montrée là avec plus d'in ensité que partout ailleurs.

Chez le premier malade, couché au n° 3 de la salle 2, et qui avait contracté, trois ans auparavant, des chancres dont la base s'indura, et pour lesquels il subit un traitement mercuriel, les muscles fléchisseurs de l'avant-bras droit perdirent de leur élasticité, et furent pris de douleurs nocturnes en tout comparables aux douleurs ostéocopes. La rétraction devint de plus en plus manifeste, et bientôt il fut impossible d'étendre l'avant bras, qui demeura coudé à angle droit sur le bras. Les muscles ainsi rétractés n'étaient point douloureux à la pression, et le malade pouvait essayer d'exécuter les mouvemens bornés qui étaient permis à son membre, sans éprouver de douleurs notables. Les tissus de la région affectée offraient une dureté et une raideur très remarquables, mais ils ne paraissaient point altérés. Ajoutons que chez ce malade il s'était en outre développé une hypérostose du tibia gauche.

M. Ricord eut recours à l'iodure de potassium administré d'abord à la dose de trois grammes par jour dans la tisane de saponaire. Cette dose du médicament fut augmentée tous les deux jours jusqu'à six grammes par jour.

Dès le quatrième jour de ce traitement les douleurs n'existaient plus, et le sommeil, fréquemment interrompu depuis six mois, devint calme et régulier. Le dixième jour on constata moins de tension dans les muscles ; dès lors la rétraction musculaire perdit progressivement de son intensité ; les mouvemens de l'avant-bras devinrent de plus en plus faciles, et le vingtième jour les muscles avaient repris leur état normal.

Chez le second malade, couché au n° 16 de la salle 8, la rétraction musculaire se montra à la suite de chancres indurés du gland qui avaient persisté pendant long-temps, malgré l'usage d'un traitement mercuriel convenablement dirigé. Cette rétraction a été le seul symptôme qui se soit montré ; ses caractères ont été en tout identiques à ceux que nous venons de décrire dans l'observation précédente ; et sous l'influence d'une médication semblable, la guérison a été obtenue après quinze jours de traitement.

Le troisième malade était couché au n° 7 de la salle 2. A la suite de chancres qui avaient laissé une cicatrice indurée et douloureuse, des symptômes d'une éruption cutanée caractéristiques des accidens secondaires de la syphilis se déclarèrent. On eut recours alors au traitement mercuriel applicable à cette période de la maladie. Peu de temps après ces symptômes avaient disparu, et l'on crut à la guérison. Mais un an plus tard, se montrèrent des tubercules profonds de la gorge, auxquels succédèrent des ulcérations. Presque en même temps la rétraction musculaire se manifesta dans les fléchisseurs de

prescrire le nitrate d'argent, dans les mêmes cas que M. Busch, à la dose d'un grain par once seulement, et toujours avec un succès certain, lorsque la maladie était à son début et ne présentait encore que les caractères d'une simple conjonctivite catarrhale.

Depuis lors, de nombreuses expérimentations furent faites dans tous les pays, particulièrement en France, en Angleterre, en Allemagne et, dans ces divers temps surtout, en Belgique, etc. ; mais nulle part on ne trace de règles particulières. Ici on emploie un, deux ou trois grains de nitrate d'argent par once d'eau ; là, poids égal d'eau et de caustique, partout on s'éloigne plus ou moins des doses prescrites par Graëfe et Guthrie, partout on l'administre à tout hasard, le plus souvent dans les ophthalmies, et de tous côtés ce médicament, espèce de Protée, se montre tantôt comme le spécifique le plus merveilleux, tantôt comme le moyen le plus funeste.

§ III. *Emploi du nitrate d'argent comme simple astringent.*

Il est évident que le nitrate d'argent employé en collyre agit d'une manière différente selon qu'il est prescrit à dose faible ou forte. Dans le premier cas, ses effets sont ceux d'un simple astringent ; dans le second, il peut devenir un caustique des plus énergique. Comme astringent, il n'a pas d'autre mérite que les sulfates de zinc ou de cuivre, sauf que la dose de ces derniers doit être un peu plus forte pour une égale quantité d'eau. Comme ces corps, il resserre les vaisseaux, diminue la vitalité de la muqueuse oculaire, de ses follicules et des glandes de Méïbomius, et pourrait comme eux être avantageusement employé dans la deuxième période des ophthalmies catarrhales, un peu avant que l'affection passe à l'état asthénique, s'il n'en résultait pas pour le malade un inconvénient que nous signalerons plus loin. Mais il n'en est pas de même à beaucoup près dans les ophthalmies lymphatiques ou scrofuleuses, particulièrement dans les conjonctivites pustulaires partielles sans photophobie ; dans ces cas en effet il éveille presque toujours des inflammations intenses et opiniâtres qui compromettent le salut de l'organe tout entier.

N'est-il pas plus rationnel et en même temps plus certain de recourir à un traitement légèrement antiphlogistique comme M. Sichel et moi, d'après son exemple, le faisons chaque jour sur un si grand nombre de malades, c'est-à-dire à l'application de quelques sangsues à la tempe du côté de l'œil affecté, à quelques purgatifs, à des frictions mercurielles, des antimoniaux, des iodures à l'intérieur ? Certainement on pourrait à la rigueur guérir de telles affections par le nitrate d'argent à haute dose et employés de la manière que nous indiquerons plus bas ; mais pourquoi se servir d'un moyen pour lequel les malades, surtout ceux du monde, montrent en général une assez vive répugnance, et ne pas réserver cet agent si utile pour des occasions plus sérieuses et dans lesquelles il devient une ressource véritablement merveilleuse ? Ne guérit-on pas d'ailleurs sûrement les ophthalmies dont nous avons parlé en suivant le traitement que nous venons d'indiquer ? Qu'arrive-t-il, en effet, dans ces cas, si l'on emploie de cette manière le nitrate ? Un phénomène bien simple, et que personne pourtant n'a signalé. C'est singulier, dit-on, ce moyen m'a parfaitement réussi dans tel ou tel cas, et voilà qu'aujourd'hui une violente ophthalmie se déclare ; à quoi cela peut-il donc tenir ? Le voici : aussitôt qu'une goutte de collyre est instillée dans l'œil, cet organe déjà enflammé, s'injecte vivement, et s'enflamme le plus souvent davantage, surtout si le collyre est trop faible et si les instillations sont faites à une trop grande distance les unes des autres. La réaction est ici plus forte que l'action du médicament. La défense est plus forte que l'attaque, et l'irritation qui en résulte est d'autant plus vive que l'on continue plus long-temps de suivre la même route. Que d'insuccès, que d'yeux perdus de cette manière !

Nous développerons plus bas nos idées à ce sujet en ajoutant, sans aller plus loin, que leur justesse a été sanctionnée par l'expérimentation la plus sévère. Je m'abstiens encore avec le plus grand soin de le prescrire à la même dose dans les kératites ulcéreuses superficielles, même légères ; parce que l'agravation de la maladie suit toujours son administration. Peut-on prescrire sans danger, dans des cas analogues d'ophthalmies lymphatiques sans photophobie, les sulfates de zinc, de cuivre, de cadmium, la pierre divine ? L'administration de ces médicamens serait-elle rationnelle ? Pourquoi donc oublie-t-on que l'action du nitrate d'argent à cette dose soit absolument identique ? Doit-on s'étonner, d'après cela, qu'une maladie légère en apparence s'aggrave en peu de temps, au point de compromettre l'organe qui en est le siége ? Combien de fois ai-je vu des ophthalmies rebelles combattues à grand peine pendant des mois, des années entières, par le traitement local et général le mieux dirigé, reparaître avec toute leur acuité et leur ténacité premières, parce qu'au moment où une inflammation légère sommeillait encore dans l'organe malade on avait prescrit un collyre de nitrate d'argent faible ? Je me suis très mal trouvé du conseil que donnent Guthrie et d'autres chirurgiens et ophthalmologistes de prescrire ce même collyre fort ou faible dans la deuxième période des conjonctivites catarrhales (blépharites granuleuses). On sait combien ces affections sont rebelles et combien on doit le plus souvent insister long-temps sur les mêmes moyens. Or il arrive pour la conjonctive le phénomène qu'on remarque sur la peau des épileptiques long-temps traités par le nitrate d'argent à l'intérieur, comme j'ai eu occasion de le voir sur deux individus dont la peau avait pris une teinte gris noirâtre ardoisée ; la muqueuse oculaire prend une teinte rouge brun ou noirâtre sale dans sa portion oculaire, de sorte que les yeux, après la guérison, lorsqu'elle a lieu, ont un aspect des plus choquans et des plus singuliers qu'on puisse imaginer.

La lumière, selon MM. Bulini et Sementini, paraît singulièrement favoriser « l'apparition de la coloration bronzée sur la peau des épileptiques, et même l'augmenter », d'où le conseil qu'ils donnent de couvrir le visage et les mains des personnes soumises au traitement. Si ce fait est certain, et tout porte à le croire, comment soustraire à l'action de la lumière l'œil traité par le nitrate d'argent ? Ne vaut-il pas mieux mille fois ne pas s'en servir ? Dernièrement j'ai vu une jeune personne d'une excellente santé, dont le visage perdait la plus grande partie de ses avantages à cause de la coloration noirâtre indélébile des yeux, survenue après une instillation long-temps répétée de nitrate d'argent en collyre faible. Toutes choses égales d'ailleurs, j'ai cru remarquer que cette coloration particulière apparaît d'autant plus promptement que le malade est plus avancé en âge et que le collyre est moins fort, fait en apparence paradoxal qu'on pourrait expliquer par cette hypothèse, qu'à dose faible le collyre n'agit pas assez fortement sur les vaisseaux absorbans, tandis que concentré il les oblitère en partie. Quoi qu'il en soit, cet inconvénient, surtout quand il s'agit de personnes du sexe, me paraît assez grave à lui seul pour autoriser un praticien à se servir d'agens dont l'action est identique et n'offre pas de semblables conséquences.

§ IV. *Emploi du nitrate d'argent comme caustique dans les ophthalmies.*

C'est surtout lorsque l'utilité d'un moyen a été constatée par des hommes du plus grand mérite, et lorsqu'on n'a pas encore bien spécifié les circonstances dans lesquelles on doit en faire usage, qu'il en résulte en général le plus grave abus dans la pratique par une vicieuse application. Cela devient d'une grande exactitude si on le rapporte à l'emploi du nitrate d'argent comme caustique dans les maladies oculaires généralement si peu connues en France à l'époque où on a commencé à le mettre en usage. Que n'a-t-on pas guéri avec le nitrate d'argent en crayon ? Quelle inflammation oculaire a résistée à une solution concentrée du même corps promené au moyen d'un pinceau sur la muqueuse oculaire, plusieurs fois ou une fois seulement par jour ? Je suis loin de nier que ce moyen n'ait rendu de grands services dans des circonstances données, mais je suis convaincu qu'on les a de beaucoup exagérés, et qu'à part les insuccès qu'en ne publie pas toujours, on aurait guéri les malades tout aussi bien avec des moyens plus doux et moins dangereux.

Je conçois, par exemple, que le crayon de nitrate soit employé dans les cas d'épaisses granulations, que sa solution concentrée soit portée au moyen d'un pinceau et avec précaution sur une ulcération peu profonde de la cornée, ou que cette ulcération soit touchée avec le crayon lui-même ; tous les jours je reconnais et je constate devant un grand



l'avant-bras, présenta absolument les mêmes caractères et suivit la même marche que dans les deux cas précédens.

Chez ce malade les pilules de proto-iodure de mercure avec la ciguë, furent associées au traitement par l'iodure de potassium, pour combattre une complication dépendant de quelques symptômes de la période des accidens secondaires, et la guérison fut parfaite après la cinquième semaine de cette médication.

M. Ricord a cité ensuite plusieurs autres cas de rétraction musculaire syphilitique observés par lui dans sa pratique civile. Nous nous bornerons à mentionner le suivant.

Un homme âgé d'environ trente ans est affecté d'un chancre induré qui n'est point traité d'abord, et qui est suivi d'accidens syphilitiques cutanés secondaires deux mois après. On eut alors recours à un traitement mercuriel, et l'on obtint bientot une guérison que l'on crut radicale. Mais dix ans après, ce malade fut pris de douleurs ostéocopes nocturnes et de rétraction musculaire des fléchisseurs de l'avant-bras gauche. Depuis six mois l'avant-bras demeurait fléchi à angle droit sur le bras, et l'extension était complètement impossible, lorsque cet homme se présenta chez M. Ricord. Ce chirurgien conseilla l'usage de l'iodure de potassium comme nous l'avons indiqué précédemment, et après cinq semaines de ce traitement la guérison était complète. Ce succès date aujourd'hui de près d'une année, et s'est maintenu d'une manière parfaite.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 février. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Chervin a été pris, mardi dernier, peu d'heures après la séance, d'une attaque d'apoplexie qui a été accompagnée d'une hémiplégie du côté gauche. Il désigne quelques membres pour aller officiellement faire une visite à cet honorable collègue.

— *M. Villeneuve* lit plusieurs rapports défavorables sur divers remèdes secrets.

— *M. Lagneau* est appelé à la tribune, et lit, au nom de feu Cullerier et au sien, un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. Ricord, et ayant pour titre : Différence entre la blennorrhagie et le chancre, le chancre urétral constituant seul la blennorrhagie violente. — La question que M. Ricord s'est proposé de résoudre dans ce travail est une des plus importantes que puissent comporter les études syphiliographiques, en ce qu'elle a pour objet les deux phénomènes morbides les plus fréquens parmi ceux auxquels peuvent donner lieu les relations intimes entre les deux sexes ; c'est-à-dire la blennorrhagie et le chancre.

M. Ricord, dit M. le rapporteur, commence par établir comme un fait positif et incontesté qu'on n'est pas d'accord sur l'identité ou la différence qui peuvent exister entre la blennorrhagie et le chancre, et que le siége précis, ainsi que les altérations de tissus possibles dans la première de ces maladies, sont encore aujourd'hui un sujet de contestation entre les médecins ; il développe ensuite les principaux points de départ qui ont servi de base à l'opinion qu'il s'est faite, et qu'il propose avec confiance sur ces questions si controversées.

Et d'abord, d'après l'auteur, il est impossible aujourd'hui de reconnaître une cause unique pour les deux affections, quoiqu'elles se transmettent également par le coït ; car il pense, et c'est là le fondement de la nouvelle doctrine qu'il veut faire prévaloir, que le chancre peut seul donner lieu à un autre chancreet par conséquent à la syphilis consécutive, par l'application sur les muqueuses du pus qu'a fourni sa surface. Il regarde ce résultat comme si constant qu'il n'hésite pas à dire qu'il offre le signe distinctif le plus positif de ce genre d'ulcérations, dont les autres caractères généralement admis sont loin, suivant lui, d'avoir la même valeur. Ici, pour appuyer cette proposition aussi nouvelle que hardie, qui ne tend à rien moins qu'à ne pas reconnaître aux pustules humides, aux excroissances, aux végétations sèches ou suintantes, et, en général, à tous les accidens syphilitiques autres que le chancre, la faculté de propager la vérole, M. Ricord indique la marche qu'il a suivie dans ses recherches sur l'inoculation. Il affirme avoir constaté que le pus du chancre pris à une époque donnée de son existence, reproduit nécessairement un chancre par le moyen de cette opération.

D'un autre côté, M. Ricord assure que toutes les fois qu'une muqueuse affectée de blennorrhagie a pu être soigneusement explorée, le muco-pus qui en provient n'a jamais donné lieu, par l'inoculation, à aucun chancre, à moins qu'il n'y eût en même temps des ulcérations sur ces parties. Dans quelques circonstances pourtant, un chancre a été la conséquence de l'inoculation de la matière d'un écoulement provenant de l'urètre ou du vagin ; mais alors M. Ricord dit avoir pu, par ce fait seul, annoncer qu'il existait des chancres profondément placés, et en effet, assure-t-il encore, l'autopsie ou l'exploration par le moyen du spéculum ont confirmé la vérité de ce pronostic.

D'après cette conviction, M. Ricord n'hésite pas, lorsqu'une sécrétion puriforme lui est présentée, à se fonder sur le résultat de l'inoculation, pour la considérer comme du vrai pus, s'il reconnait des ulcérations sur la surface qui l'a fournie ; tandis qu'il se croit autorisé à n'y voir que du simple mucus, du *muco-pus*, comme il le nomme, quand il provient d'une blennorrhagie simple, c'est-à-dire lorsqu'il ne rencontre pas ces ulcérations. Il est juste de faire remarquer que ce phénomène s'est constamment reproduit dans les expériences que M. Ricord annonce avoir faites.....

L'auteur se demande, d'après cela, si ces résultats si tranchés, si positifs, tiennent à la nature intime de la cause de la maladie, ou bien s'ils sont des modifications dues au siége, à la nature des sécrétions habituelles préalables, ou bien encore au degré auquel est parvenue l'affection au moment où l'on tente les expériences. A cela il répond que les muqueuses, comme la peau, sont susceptibles d'être affectées de chancres ; que si la blennorrhagie n'était qu'une modification de ce dernier, due à la nature des tissus, la matière qui en provient, appliquée à la peau, devrait y produire aussi un chancre, ce qui n'a pas lieu ; que, de plus, la matière blennorrhagique inoculée sur une muqueuse n'y détermine jamais de chancre pas plus que sur la peau, et il s'étonne dès lors qu'on ait pu dire que si la muqueuse affectée de blennorrhagie ne s'ulcérait pas elle-même, c'était parce que la matière virulente était enveloppée et rendue plus douce par les mucosités avec lesquelles elle était mélangée, lorsque, d'un autre côté, on admettait que cette matière portée sur un individu sain, pouvait y développer le chancre. Il finit par conclure qu'il est plus rationnel de dire, d'après les connaissances positives que nous possédons aujourd'hui et qui tendraient à consacrer les expériences sus-mentionnées, que lorsqu'une personne ayant une blennorrhagie a donné à une autre des chancres, c'est qu'elle aussi en avait qui étaient restés cachés parce qu'on n'aurait pas voulu ou pas pu explorer les tissus d'où partait l'écoulement décoré alors gratuitement du nom de blennorrhagie.

Ici, continue M. le rapporteur, tout en rendant justice pleine et entière au zèle de M. Ricord et à l'utile direction qu'il imprime à ses recherches, nous nous croyons obligés de faire remarquer que cet honorable confrère nous semble donner une valeur et une application trop absolues, trop générales au précepte qui découle d'ailleurs tout naturellement des expériences citées plus haut. Nous reconnaissons avec lui qu'il existe des ulcérations urétrales et de la muqueuse profonde du vagin, dont il a présenté deux nouveaux exemples parfaitement concluans ; que ces ulcérations sont, en pareil cas, la source d'écoulemens qu'avec un peu d'inattention on pourrait facilement prendre pour des blennorrhagies simplement catarrhales, c'est-à-dire dont la matière est fournie par la muqueuse urétrale enflammée et non ulcérée. Mais nous croyons aussi que ces sortes de chancres sont très rares, bien que leur existence ait été reconnue depuis long-temps par un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous pouvons citer Vesale, Astruc, Morgagni, Swédiaur, Cullerier oncle et Biett. L'un d'entre nous, qu'une expérience de près de quarante années et quelques écrits sur la matière autorisent à parler ici de ses propres convictions, a toujours fait mention d'une blennorrhagie ulcéreuse constituant bien évidemment un écoulement syphilitique.

D'après ces considérations, et quoi qu'il en soit des explications données par M. Ricord, on reconnaîtra facilement que les nouveaux faits produits par lui sont entièrement confirmatifs d'une vérité déjà acquise à la science et de nature à trancher enfin une question fort controversée pourtant en raison de la rareté des observations d'anatomie pathologiques propres à la résoudre. Ils établissent avec la dernière évidence que certains écoulemens blennorrhagiques ou blennorrhagiformes peuvent être d'autant plus sûrement réputés vénériens, qu'il est incontestable qu'ils sont éminemment propres à transmettre la vérole, en donnant également naissance à des chancres, ce que les esprits les plus sceptiques ne pourront désormais révoquer en doute.

Ce point de doctrine fort anciennement admis, comme il vient d'être démontré, est d'ailleurs bien confirmé par les expériences récentes de M. Ricord, ainsi que par les pièces pathologiques qu'il a présentées à l'Académie. Toutefois, faut-il en conclure que tous les cas d'écoulemens qui donnent lieu à l'infection syphilitique constitutionnelle soient nécessairement, ainsi que l'avaient déjà annoncé le docteur Reich, de Berlin, et quelques autres écrivains avant lui, des blennorrhagies ulcéreuses ? Nous sommes loin de le penser. Le rapporteur surtout croit devoir insister sur cette déclaration, sa pratique lui ayant souvent offert des exemples de syphilis confirmée, présentant les symptômes les plus caractéristiques et les plus graves survenus non après des blennorrhagies évidemment ulcéreuses comme celles dont Morgagni, Terraneo et Litre ont trouvé des traces non équivoques, et comparables, d'ailleurs, à celles que M. Ricord a observées lui-même ; il n'y aurait là rien de surprenant ; mais bien à la suite de blennorrhagies d'apparence fort simples et fort bénignes, maladies dans lesquelles aucun des accidens décrits par les auteurs comme indiquant la présence d'ulcérations dans le canal, ne se trouvait exister. D'où il paraît bien résulter que, tout en admettant désormais comme incontestable la blennorrhagie syphilitique ulcéreuse, il faudra encore reconnaître qu'il y a aussi des blennorrhagies syphilitiques sans ulcération, c'est-à-dire de forme catarrhale, comme on voit des coryza, des ophthalmies et des écoulemens par le rectum, qui, bien que vénériens et pouvant, par la communication avec des personnes saines, transmettre la syphilis, sont néanmoins le produit de l'accroissement morbide seul et purement catarrhal de la sécrétion muqueuse de la membrane de Schneider, de celle de la conjonctive ou du rectum, accroissement déterminé par l'action médiate ou immédiate du virus syphilitique sur ces membranes ; car elles ne présentent dans ces cas particuliers, je dirai aussi, rares et exceptionnels, aucune trace d'ulcérations.

Mais revenons au mémoire de M. Ricord, et disons pour terminer ce qui est relatif à cet objet, que les résultats qui y sont énoncés comme conséquences de l'inoculation comparée du mucus blennorrhagique d'un côté, et du pus des chancres de l'autre, n'ont jamais manqué de se reproduire les mêmes aux différentes périodes de ces affections.

L'auteur traite ensuite une question de haute importance, dont l'expérimentation lui fournirait encore une solution satisfaisante : c'est celle relative aux dispositions individuelles, à l'idiosyncrasie des sujets, conditions en vertu desquelles les effets primitifs de la contagion peuvent être, dans des circonstances données, très différens, quoique dus à un principe identique. Aussi rien n'est-il plus commun que de rencontrer des malades atteints en même temps de chancre et de blennorrhagie, soit que ces affections datent d'un seul et même coït, soit qu'elles aient été contractées à diverses époques et avec des individus différens aussi. Eh bien ! encore dans ces cas tout particuliers, M. Ricord assure avoir constamment obtenu des chancres par l'inoculation du pus, tandis que celle du muco-pus de l'urétrite n'a jamais eu aucun résultat.

D'après cette explication, qui paraît peu propre à rendre raison de tous les faits qui présentent cette réunion des deux phénomènes morbides chez un même sujet, résultat d'ailleurs assez fréquent des communications sexuelles, il semble inutile, dit notre confrère, de revenir sur les cas exceptionnels, et pourtant depuis si long-temps connus, de femmes constituées en principe unique et identique de contagion, en ce que, bien qu'affectées en apparence d'une seule maladie, la blennorrhagie ou les chancres, elles communiquent cependant tantôt l'une et tantôt l'autre de ces affections. Dans les deux transmissions, chaque individu aurait été infecté, soit d'écoulement, soit d'ulcères, en raison de sa prédisposition particulière qui l'aurait rendu plus apte à l'absorption de l'un des principes contagieux qu'à celle de l'autre.

La théorie que présente ici M. Ricord est de nature à soulever quelque opposition. Nous la croyons cependant applicable dans un certain nombre de cas de l'espèce de ceux dont il est question ; mais il en est beaucoup d'autres qu'elle ne pourrait, selon nous, servir à expliquer d'une manière satisfaisante. Nous exprimons en conséqence le vœu que de nouvelles observations cliniques viennent encore ajouter à la conviction que les faits déjà connus sembleraient tendre à établir d'une manière assez plausible ; ce qu'on peut, du reste, attendre avec confiance du zèle persévérant de notre honorable confrère, et de celui de beaucoup d'autres médecins dont l'attention aura sans doute été appelée sur ce sujet par ses intéressantes recherches. Toutefois, et quel que soit d'ailleurs le résultat définitif des travaux qui pourront être ultérieurement entrepris dans ce but, nous déclarons qu'il nous paraît bien difficile qu'on puisse jamais arriver à expliquer, par une seule donnée, tous les faits constatés de personnes qui n'ayant qu'un écoulement communiquent aux uns des chancres et à d'autres seulement une blennorrhagie ; car tout en applaudissant aux résultats qu'a obtenus, quant à présent, M. Ricord, nous sommes loin de les croire suffisans pour rendre raison de tous les cas qui peuvent se présenter à l'observation. L'un de nous, particulièrement, les regarde comme susceptibles de nombreuses exceptions : il admet, par exemple, et ne craint pas de le répéter, l'existence d'écoulemens essentiellement syphilitiques, quoique de forme catarrhale, c'est-à-dire dont la matière n'est pas fournie par des ulcères de l'intérieur de l'urètre, et il reste convaincu que ces écoulemens peuvent également donner lieu à l'infection générale avec toutes ses conséquences ; de même qu'il croit à la manifestation, rare il est vrai, mais pour lui et par lui bien constatée, de blennorrhagies provenant d'individus n'ayant d'autres accidens syphilitiques que des chancres. M. Ricord lui-même, entraîné pour cette question, par l'irrésistible puissance des faits cliniques qui lui passent en si grand nombre sous les yeux, ne rejette pas non plus d'une manière absolue la possibilité de ces derniers écoulemens : mais dominé par le besoin de généraliser l'application de la règle qu'il a si heureusement corroborée par l'autorité des deux beaux faits de blennorrhagies dont la matière était fournie par des chancres, il pense, à tort suivant nous, pouvoir en expliquer la production par le seul contact sur une muqueuse saine du pus du chancre, agissant seulement alors, et probablement par une exception dont on ne saurait aisément se rendre compte, comme matière irritante ordinaire, sans doute à la manière d'un agent chimique quelconque, et non d'une manière spécifique. La maladie dans ce cas ne serait pas réellement, selon lui, blennorrhagique, mais bien une simple inflammation blennorrhoïde.

S'il fallait discuter cette assertion et raisonner d'après une hypothèse que nous sommes bien loin d'admettre, il serait permis de demander à notre confrère à quels signes on pourrait reconnaître que ces sortes d'écoulemens provenant de vrais chancres seraient pourtant benins et non susceptibles d'occasionner plus tard l'infection syphilitique générale, et surtout s'il serait bien rationnel de les traiter par les seuls antiphlogistiques, comme on le fait avec raison tous les jours pour ceux qui résultent si fréquemment du contact avec la matière d'une simple leucorrhée ? Un médecin prudent n'hésitera pas quant à la conduite qu'il devra tenir en pareille occurrence ; il regardera toujours ces sortes de blennorrhagies comme essentiellement virulentes, et par conséquent fera sagement en les combattant comme telles par un traitement spécifique, une fois les accidens inflammatoires calmés.

Mais arrivons à un autre point non moins intéressant du mémoire ; il en ressortira d'une manière plus évidente encore qu'on ne l'a supposé, surtout de nos jours, où un scepticisme déplorable a semblé un instant prévaloir, la réalité des écoulemens vraiment syphilitiques. Amené par ses recherches premières à en faire de nouvelles sur l'état des parties génitales de la femme, M. Ricord a reconnu par des explorations multipliées à l'aide du spéculum, que des chancres ou ulcères syphilitiques existaient assez souvent dans les profondeurs du vagin et jusque sur le col de l'utérus lui-même. Dans beaucoup de cas, il est vrai, et

---

nombre de médecins, grâce à l'extrême bienveillance de M. Sichel pour moi, ses merveilleux effets dans de telles occasions. Je l'applique souvent moi-même, en nature, dans les cas où la vitalité des paupières est en quelque sorte endormie ou presque nulle, comme il arrive dans les conjonctivites catarrhales chroniques, et lorsque les tissus *s'habituent* aux astringens même les plus forts. C'est une impulsion nouvelle, un véritable coup de fouet qu'on donne ainsi à l'inflammation — ou plutôt à l'hypérémie passive — et, sous l'influence de ce moyen énergique, les tissus réveillés de leur atonie extrême reprennent une nouvelle vie, et sont plus facilement ramenés vers leur état normal. Mais je ne conçois pas, et je ne m'expliquerai jamais probablement, pourquoi on abuse si souvent d'un moyen si utile, en l'appliquant dans des cas si loin d'en réclamer l'emploi. Qu'obtient-on, par exemple, bien que Scarpa l'ait conseillé le premier, en touchant les pustules des conjonctivites lymphatiques ? leur affaissement ? Mais il arrive toujours sans cela ; et, par un autre traitement, à mon avis plus rationnel, on n'a pas à craindre des inflammations avec photophobie qui compromettent si souvent l'organe. Ces inflammations, en effet, chez les individus lymphatiques, et chez les scrofuleux à plus forte raison, une fois qu'elles se sont montrées soit spontanément, soit par suite d'un mauvais traitement, ont une tendance si grande à se reproduire qu'on pourrait les caractériser à meilleur droit par ce mot : *à répétition*, qu'on a donné aux blennorrhagies urétrales qui reparaissent plusieurs fois avec une nouvelle acuité, et sans cause connue.

Est-il plus rationnel encore, et avant l'emploi d'autres moyens, de couper, comme on dit, d'un coup de crayon, un paquet de vaisseaux récemment formé sur la cornée, et se rendant au milieu d'un épanchement interlamellaire ou d'une ulcération ? Que d'adhérences incurables de la conjonctive palpébrale à la conjonctive oculaire (symblépharon) n'a-t-on pas provoquées ainsi ? Que d'entropions, d'ectropions, de trichiasis, de pagophthalmos, de taies de la cornée, reconnaissent pour cause la cautérisation brutale et journalière des conjonctives palpébrales ! Voyez la liste des infirmités qui peuvent résulter et qui résultent, en effet, de ce moyen, dans l'excellent article de M. F. Cunier inséré dans le premier volume des Annales d'oculistique, p. 229 et suivantes, même dans le traitement des granulations conjonctivales, et vous jugerez ensuite si ce que j'en dis là est exagéré.

Lisez la lettre du docteur Weiss, insérée dans le même volume, pag. 256 et suvantes, dans laquelle il dit que le crayon de nitrate d'argent est tombé en défaveur, même à l'hôpital Guthrie de Londres, qu'on y emploie le caustique en solution supersaturée, parce qu'il agit d'une manière plus uniforme, mais que cette solution agit comme le caustique, de telle sorte que tous les jours, à l'époque où il écrit (1839) on fait l'opération du symblépharon au London infirmary, où il se présente par an sept à huit mille enfans affectés de granulations. » Mais n'allons pas plus loin dans ces citations, car si je prenais à tâche de signaler tous les inconvéniens de pareilles méthodes, je dépasserais de beaucoup le but que je me suis proposé ici.

Nouvelles.

— Le ministre a décidé qu'à partir de cette année la saison des bains s'ouvrira à Bourbonne le 15 mai et se terminera le 15 septembre.

— Les candidats dont les noms suivent sont autorisés à prendre part au prochain concours pour les emplois de médecin-professeur, savoir : MM. Boudin, médecin ordinaire ; Gambay, Sornay, Fabre et Cazalas, médecins-adjoints.

— Dans le premier semestre de 1841, 10,784 élèves ont fréquenté les dix-sept universités allemandes. Sur ce nombre, 2,649 s'occupent de théologie, 3,085 de jurisprudence, 1,914 de médecine, 1,795 de philosophie.

— Des caisses de fossiles très curieux, recueillis à Buenos-Ayres par M. l'amiral Dupotet, et apportés par la corvette l'*Alcmène*, vont être expédiées au Muséum d'histoire naturelle à Paris. Ces fossiles, entièrement pétrifiés, sont, assure-t-on, très remarquables.

— M. Guillemin, pharmacien aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, vient de mourir à Montpellier, à l'âge de quarante-deux ans, des suites d'une maladie du cœur.

— La mort vient également d'enlever à la pharmacie, l'un de ses membres les plus honorables, M. Th.-G.-B. Germain, ancien pharmacien de l'hospice civil et de la marine à Fécamp, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

— M. Osann, rédacteur en chef du *Journal de Hufeland*, vient de mourir à Berlin. On annonce aussi la mort de M. Fricke, rédacteur de la *Gazette Médicale de Hambourg*.

(*Annales d'Oculistique*, janvier 1842.)

— Nous avons reçu de MM. Malgaigne et Ségalas deux lettres que nous publierons dans le prochain numéro.

c'est ce que nous avons nous-mêmes fréquemment constaté, on ne trouve que de légères excoriations dans lesquelles l'épithelium est seul enlevé, de manière à représenter simplement des plaques un peu plus rouges que le reste de la muqueuse, comme on le remarque si souvent dans les balanites ou blennorrhagies bâtardes, qui n'ont le plus ordinairement rien de syphilitique, et nous sommes convaincus que ces sortes d'excoriations n'ont pas plus de gravité; mais dans nombre de cas aussi, l'auteur a rencontré de vraies ulcérations plus ou moins excavées, à surface grisâtre, à bords taillés à pic, et quelquefois elles faisaient relief sur la muqueuse en forme de champignon; enfin c'était tout à fait des chancres comme on en voit sur d'autres parties.

Ce fait une fois établi, et il ne semble pas devoir faire l'objet du plus léger doute, beaucoup d'auteurs et votre rapporteur ayant lui-même depuis long-temps fait mention de semblables ulcères, il était naturel de croire que des ulcérations pareilles devaient se rencontrer dans l'urètre des hommes atteints de blennorrhagie, plus souvent qu'on ne s'était habitué à le supposer depuis les recherches consignées dans la XLIVe lettre de Morgagni, quoiqu'elles soient loin pourtant d'établir, comme on l'a cru à tort, que toutes les maladies de ce genre étaient purement catarrhales; car cet auteur annonce au contraire, lettres VIIIe et XLII, avoir quelquefois trouvé dans l'urètre des ulcères et des cicatrices d'anciens chancres, mais seulement par exception. C'est, du reste, ce que M. Ricord a été assez heureux pour constater à son tour. Beaucoup d'autres médecins ont d'ailleurs eu l'occasion de faire les mêmes observations.

Mais sans plus s'arrêter à la discussion de cet important point de doctrine, M. Ricord ajoute: Est-ce qu'il n'était pas suffisamment prouvé par l'analogie que l'inflammation pouvait, sur toutes les muqueuses, donner lieu à l'ulcération quand elle est arrivée à un certain degré et dans des conditions diverses de temps et de durée; et si d'autres avaient fait des autopsies de personnes mortes à la suite de blennorrhagies sans trouver d'ulcérations, M. Lisfranc n'avait il pas prouvé dans sa thèse inaugurale, qu'il pouvait y en avoir? et n'avait-on pas ainsi l'explication des opinions contraires rapportées à Morgagni, selon le besoin, et que l'on cite quand on veut prouver que la blennorrhagie n'est pas accompagnée d'ulcères, et qu'on cite encore lorsqu'il s'agit de démontrer que l'urètre peut être le siège de cicatrices, comme s'il pouvait y avoir des cicatrices sans lésions préalables. Toutefois, continue M. Ricord, les ulcérations simples, framboisées, granulées, en forme de vésicatoires, si fréquentes dans la balanite, si communes dans les organes génitaux de la femme, que des autopsies bien faites et répétées plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, démontreront aussi dans l'urètre de l'homme, et qui peuvent être une conséquence de la blennorrhagie, mais qui ne la constituent pas, n'étaient pas encore des chancres. Leur caractère était de ne rien fournir par l'inoculation, ainsi que je l'ai démontré expérimentalement (c'est toujours l'auteur qui parle) et comme le prouvent même les résultats obtenus par M. Gibert dans un cas d'ulcération granulée du col de la matrice, qui n'a rien fourni à l'inoculation, observation qu'on a crue contraire à mes opinions et qui n'a fait que les confirmer davantage.

Or, les chancres profonds de l'urètre de l'homme, ces chancres cachés ou larvés sous le masque de la blennorrhagie, et qui seuls, selon M. Ricord, constituent la blennorrhagie virulente des auteurs, étaient démontrés pour lui par le résultat de l'inoculation, par l'analogie la plus rigoureuse, la logique la plus serrée. Mais il restait à en donner la preuve par l'anatomie pathologique. C'est ce dernier argument, argument victorieux, qu'il nous présente aujourd'hui pour la seconde fois. Cette pièce provient d'un jeune homme de dix-sept ans affecté de chancres au gland et au prépuce, accompagnés d'une inflammation assez intense pour déterminer un phymosis. A son entrée à l'hôpital il fut opéré du phymosis par un autre médecin, mais les chancres ne se sont pas cicatrisés. Bientôt un écoulement blennorrhoïde ou blennorrhagiforme s'est manifesté. La matière en a souvent été sanieuse et accompagnée de douleurs. Après plusieurs mois de souffrances, sans que jamais aucun instrument ait été introduit dans l'urètre, une incontinence d'urine est survenue et n'a plus cessé jusqu'à la mort.

L'autopsie fit reconnaître sur les organes génitaux, indépendamment des chancres qui ont déjà été signalés comme existant sur le gland, une ulcération de la partie spongieuse de l'urètre, située à un pouce de profondeur, de huit lignes d'étendue, de forme allongée, et n'entamant pas toute l'épaisseur de la muqueuse; mais, ce qui était encore plus remarquable, c'est que la partie de cette membrane située en arrière de la région du bulbe, toutes les portions membraneuses et prostatiques, le col de la vessie, la cavité même de ce viscère, jusque dans l'épaisseur de la prostate, présentaient les traces d'un vaste chancre phagédénique semblable à celui que l'auteur de ce mémoire a déjà fait voir à l'Académie, lequel provenait d'un sujet beaucoup plus âgé, et qui, sans ulcérations extérieures, n'offrait que les symptômes de la blennorrhagie.

Notre confrère poursuit en ces termes: Si à ces faits si probans, on ajoute que le bubon qui accompagne une blennorrhagie dont le pus ou *muco-pus* ne fournit rien par l'inoculation, ne donne rien, à son tour, quand il suppure, tandis que le bubon d'absorption du chancre fournit, comme celui-là, un pus inoculable, on aura encore une différence incontestable. Si, d'un autre côté, on se rappelle que dans les accidens secondaires de la vérole, le chancre est l'antécédent le plus constant et le plus fréquent, que les symptômes blennorrhagiques se présentent bien plus rarement comme cause de syphilis constitutionnelle, on trouvera l'explication facile et la raison qui a pu faire soutenir des opinions en apparence différentes et pourtant semblables au fond. On aura donc la vérité en disant: L'accident primitif de la vérole, c'est le chancre, dont la forme et les symptômes ne sauraient être les mêmes sur tous les tissus, et qui, caché dans la profondeur des muqueuses, peut seul simuler une blennorrhagie ou en être compliqué. Sans chancre urétral dans la blennorrhagie, pas d'accidens de vérole possibles. La rareté du chancre dans l'urètre pendant le cours d'une blennorrhagie, due à ce que les causes prédisposantes nécessaires s'y rencontrent plus rarement, explique la rareté relative de la véritable blennorrhagie virulente des auteurs, ou ce que j'appelle le chancre larvé, par rapport aux cas nombreux de blennorrhagies bénignes, ce qui se trouve tout à fait conforme à ce que les bons observateurs ont noté.

Voilà, continue M. Ricord, des propositions d'une haute importance, nées d'une observation rigoureuse, susceptibles de plus grands développemens sans doute, mais que j'ai dû réduire pour ne pas abuser des précieux momens de l'Académie.

Ici se termine le mémoire dont l'Académie nous a chargé de lui rendre compte. Vos commissaires, qui en apprécient toute la portée, bien qu'ils se soient montrés partisans de manières de voir moins absolues et moins exclusives que celles qui y sont émises sur quelques points essentiels des théories généralement admises par les syphiliographes de notre époque, et quoiqu'ils soient loin de reconnaître les avantages attribués, comme moyen de diagnostic, à l'inoculation comparative des sécrétions fournies, soit par les chancres, soit par les muqueuses enflammées et non ulcérées, opération dont les résultats sont pourtant ici présentés comme des argumens favorables aux vues généralisatrices de l'auteur, mais dont, en réalité, la valeur est fort contestable, les dangers assez généralement reconnus, et, par conséquent, l'opportunité presque toujours inadmissible; vos commissaires, dis-je, pensent néanmoins qu'on ne peut qu'applaudir aux idées de progrès qui ont suggéré les travaux dont ce mémoire offre l'exposition. Ils ont, en conséquence, l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciemens à M. Ricord, et de l'engager, dans l'intérêt de la branche de la médecine qu'il cultive avec un incontestable succès, à continuer à vous faire part de ce que de nouvelles observations et expérimentations pourront ultérieurement lui révéler d'intéressant et de profitable au progrès de la médecine anti-syphilitique, généralement assez négligée de nos jours en ce qu'elle a de spécial.

La lecture de ce rapport a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Rochoux, Moreau, Velpeau, Piorry, Gimelle, Colineau et Bégin. Cette discussion n'ayant roulé que sur des faits particuliers bien connus de tous les praticiens, nous croyons pouvoir nous dispenser d'en donner l'analyse. Faisons seulement remarquer qu'il est résulté de tout ce qui a été dit que plusieurs des questions qui se rattachent à la syphiliographie sont encore enveloppées d'épaisses ténèbres, et que, véritable Protée, la maladie vénérienne revêt une foule de formes dont la connaissance intime est encore loin d'être acquise.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Dubois* (d'Amiens) annonce à l'Académie que les membres délégués par M. le président pour aller visiter M. Chervin se sont acquittés de leur mission, et que M. Villermé est chargé de faire connaître à l'Académie l'état actuel de cet honorable membre.

M. Villermé. Nous avons la satisfaction d'annoncer à l'Académie que l'état de notre collègue est aujourd'hui satisfaisant. L'hémiplégie, qui s'était bornée aux deux membres du côté gauche, a presque entièrement disparu. M. Chervin, peut actuellement remuer le bras et la jambe du côté malade, seulement la main n'a pas encore repris ses forces. Tout nous fait espérer que cet accident n'aura pas de suites fâcheuses et que très prochainement M. Chervin reprendra sa place parmi nous. (Marques générales de sympathie.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'iodure de potassium à grandes doses dans la dernière période de l'hydrocéphale aiguë.

M. le docteur Roeser préconise l'administration de l'iodure de potassium à fortes doses dans les cas d'hydrocéphale aiguë où les moyens ordinaires restent sans effet, où la paralysie a déjà commencé à se montrer, et où la mort paraît imminente. Sa manière de prescrire ce médicament chez un enfant de deux ans et demi fut la suivante :

Pr. Iodure de potassium, 4 grammes.
Eau distillée, 15

Mêler et faire dissoudre.

Pour une solution dont trente gouttes furent données, toutes les heures, dans un verre d'eau.

Cette préparation fut continuée pendant une semaine. Lorsqu'on en commença l'usage, la maladie datait déjà de six jours, et c'était sans aucun avantage qu'on avait jusque-là mis en œuvre les sangsues placées aux régions temporales, les applications froides sur la tête, et le calomel donné à des doses fortes et souvent répétées.

Le 12 février 1840, le petit malade était plongé dans un état de profonde insensibilité : ses pupilles étaient fixes et dilatées; une paralysie complète avait envahi tout le côté droit, et les extrémités supérieure et inférieure gauches étaient agitées de mouvemens automatiques fréquens; la face était vultueuse, le corps baigné de transpiration, le pouls fréquent, et la déglutitition ne s'accomplissait plus qu'avec difficulté. C'est alors qu'on commença l'emploi de l'iodure de potassium, comme il a été dit plus haut, et dans les premières vingt-quatre heures quatre grammes (un gros) du médicament furent administrés sans amener aucune modification appréciable dans l'état du sujet.

Le 14, on remarqua que les pupilles, qui avaient été largement dilatées jusque-là, s'étaient contractées.

Le 15, le cri plaintif qui caractérise l'épanchement hydrencéphalique se faisait entendre plus rarement; les pupilles n'étaient ni contractées, ni dilatées; il y eut d'abondantes évacuations alvines.

Le 21, l'enfant montra par des signes évidens que la connaissance lui était revenue; ses pupilles fonctionnaient régulièrement, et tous les traits de son visage exprimaient l'enjouement. C'est à cette époque qu'il commença à remuer le bras et la jambe gauches, qui, après la cessation des mouvemens automatiques, étaient restés pendant une semaine entière dans un état d'immobilité absolue : quant à la paralysie du côté droit, elle persista jusqu'au 23.

Il survint alors une série de furoncles sur les divers points du corps; ce qui, d'ailleurs, n'entrava en aucune manière la marche progressive du rétablissement; de telle sorte qu'au mois de mai suivant, le petit sujet avait recouvré tout à fait son embonpoint, sa gaîté et son intelligence. (*Lond. and Edinb. Monthly journ. of med. sc.*, 1841.)

Prépartion de l'éthiops martial.

M. E. Noël a donné comme un bon procédé pour obtenir l'éthiops martial, d'évaporer à siccité le dépôt qui résulte de la décomposition du sulfate de fer par le carbonate de soude. On opère exactement comme si l'on voulait préparer le safran de mars apéritif; mais, aussitôt que le précipité est bien lavé et que le sulfate de soude a été entraîné par les lavages, on reçoit ce précipité sur une toile, on le laisse égoutter, puis on le porte dans une bassine de fer ou de fonte, et l'on fait évaporer en remuant continuellement jusqu'à dessiccation parfaite. Le produit, suivant M. Noël, est d'un noir foncé et d'un aspect très velouté.

En mettant ce procédé à exécution, M. le professeur Sonbeiran a obtenu un éthiops qui était fort éloigné d'avoir une forte couleur noire; il faisait une efflorescence très vive par l'acide chlorydrique; il retenait une forte proportion de carbonate de fer. Il est certain que, si le précipité de fer avait eu le temps de se péroxider davantage, l'éthiops serait arrivé à la couleur noire; mais l'opération sera toujours défectueuse, dit cet habile pharmacien, en ce que le point fixe d'oxidation est impossible à saisir; le produit sera toujours un mélange d'éthiops avec des proportions variables de péroxide et de carbonate de péroxide de fer. (*Journ. de Pharm. et de Chim.*, janv. 1842.)

— *Baccalauréat ès-sciences.* — *Premier examen.* — Cours tout à fait spécial de mathématiques, physique, chimie. — Manipulations. — Rue Dauphine, n. 20, chez M. Lallemant.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 19 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 22, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Leçon sur l'anus artificiel. Méthode de Callisen. Modifications dans le mode opératoire; M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Les enfans nouveau-nés aussi bien que les adultes sont exposés à la rétention des matières fécales. Les causes qui donnent lieu à cette rétention diffèrent selon qu'elles surviennent chez ceux-ci ou chez ceux-là. Chez les nouveau-nés, c'est toujours un vice de conformation de l'anus, qui parfois manque complètement, et qui parfois va s'ouvrir dans la vessie ou bien dans le canal de l'urètre, ou bien encore dans le vagin. On a même vu le rectum et une portion du colon manquer complètement. Chez les adultes, la cause la plus fréquente consiste dans un rétrécissement d'une portion du tube digestif dont le siége est ordinairement à quelques pouces au-dessus de l'anus. De tout temps la gravité des accidens engendrés par les obstacles au cours des fèces a fixé l'attention des chirurgiens. Je n'en veux d'autre preuve que le passage suivant, extrait de Cœlius Aurelianus, liv. III, c. 17, où il est dit que Praxagore, l'un des derniers Asclépiades, qui vivait trois ou quatre siècles avant l'ère chrétienne, traitait l'iléus par les vomitifs et les saignées. En désespoir de cause et comme dernière ressource, il faisait une ouverture aux parois du ventre, et, afin de faire sortir l'excrément, ouvrait l'intestin préalablement distendu d'air, qu'il injectait par l'anus. Les ouvrages de Praxagore ne sont malheureusement pas venus jusqu'à nous. Nous ignorons dans quel point de l'abdomen il plongeait son bistouri pour ouvrir l'intestin, et nous n'avons aucune donnée sur le mode opératoire qu'il employait. La citation de Cœlius Aurelianus, tout écourtée qu'elle est, n'a pas moins une très grande valeur. Nul doute que l'entérotomie n'ait été connue du temps des Asclépiades. « On ouvrait l'intestin pour en faire sortir l'excrément dans l'iléus. » Or, l'iléus, c'est la passion iliaque, c'est la tympanite stercorale, la rétention des fèces par un obstacle à leur cours.

Praxagore n'a pas toujours été jugé aussi favorablement que par nous, et ce n'est pas sans un sentiment pénible et d'étonnement, que nous lisons dans le tome I, page 304 de l'Histoire de la Chirurgie, par Desjardins, les lignes qui suivent : « Mais qui pourrait n'être pas révolté des procédés curatifs de Praxagore dans la passion iliaque. C'était plutôt l'art de tourmenter les malades que de les soulager. » C'est que Desjardins écrivait, en 1774, à une époque où n'étaient pas encore dissipées les ténèbres que le moyen-âge avait répandues sur les précieuses notions scientifiques léguées par les siècles précédens.

Les travaux et les écrits des anciens paraissaient tombés dans l'oubli quand, au commencement du siècle dernier, Littre, après avoir constaté sur le cadavre d'un enfant mort six jours après sa naissance un vice de conformation du rectum avec absence d'anus, proposa d'ouvrir une voie artificielle pour l'écoulement des matières retenues dans les intestins. On trouve à la page 36 de l'Histoire de l'Académie des Sciences, année 1710, le passage suivant : « M. Littre, qui a voulu rendre utile son observation, a imaginé et proposé une opération délicate pour les cas où l'on aurait reconnu une semblable conformation : il faudrait faire une incision au ventre... et faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie, où il ferait la fonction d'anus. Sur cette légère idée, d'habiles chirurgiens pourront imaginer d'eux-mêmes les détails que nous supprimons. »

Ces détails, les seuls que nous ayons sur l'opération proposée par Littre, sont encore moins complets que ceux que nous possédons sur l'entérotomie faite par Praxagore. Praxagore a pratiqué l'opération sur l'homme vivant; Littre n'a fait que la proposer, et cependant on lui accorde généralement l'honneur de cette grande conception chirurgicale, et comme si l'idée mère était sortie de son cerveau, on dit constamment la méthode de Littre. Ne serait-il pas plus équitable de dire la méthode de Praxagore ou des Asclépiades ?

On pourrait objecter que Praxagore paraît n'avoir fait l'application de l'entérotomie que sur les adultes, tandis que Littre l'a proposée pour remédier à un vice de conformation des nouveaux-nés. Nous répondrons que le chirurgien qui a eu la hardiesse d'opérer sur l'adulte pour une lésion acquise, et contre laquelle il pouvait épuiser une foule d'autres moyens moins graves que l'entérotomie, devait probablement recourir à cette opération extrême pour les nouveau-nés avec absence d'anus, puisque, pour ces derniers, il n'a pas d'autre parti à prendre. Quant à Littre, je ne sache pas qu'il ait jamais proposé d'opérer les adultes. Chose digne de remarque, la première fois que l'opération a été pratiquée sur le vivant d'après les indications de Littre, ce n'est pas sur un nouveau-né qu'elle a été faite, mais bien sur un adulte.

En effet, en 1776, Pillore, chirurgien de Rouen, a établi un anus artificiel chez un adulte. Les détails de cette curieuse observation n'ont été publiés qu'en ces derniers temps. Le fils de Pillore les a consignés dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 6, janvier 1840.

Il s'agit d'un homme adulte dont on ne donne pas l'âge, et qui était arrivé au trentième jour d'une tympanite stercorale causée par un rétrécissement dur et squirrheux du rectum, que n'avaient pu vaincre tous les moyens généralement usités, pas même le mercure, dont le malade avait avalé un kilogramme.

Les souffrances étaient atroces, la mort imminente ; et le patient, doué d'une grande force morale, voulait à tout prix être soumis à l'opération, bien qu'il en connût toutes les mauvaises chances.

Pillore n'hésita plus, et, soit qu'il ait eu ou non connaissance des travaux de ses devanciers, en homme qui ne consulte que son génie, il fit choix de la région du cœcum. Le cœcum, dit-il, est l'intestin le plus propre à remplir mes vues, tant par sa situation que parce qu'il fournit un réservoir, et on évite par là l'écoulement continuel et involontaire des excrémens.

Une plaque garnie d'une éponge en forme de pelote contenue par une ceintnre élastique, doit, d'après Pillore, faire faire l'office de sphyncter, que le malade ouvre à volonté quand il en sent le besoin, et au moyen d'un petit clystère il peut aussi déterger ce réservoir. Voici comment Pillore a opéré. Je commençai, dit ce chirurgien, par une incision transversale des tégumens un peu au-dessus du pli de l'aine. Je la continuai obliquement de bas en haut, à la faveur du tissu cellulaire, en sous-œuvre ; j'arrivai à l'aponévrose du grand oblique, je l'incisai un peu au-dessus du ligament de Fallope dans la même proportion, pour avoir au moins un bon pouce de canal depuis le réservoir jusqu'à l'ouverture des tégumens. Je fis aux muscles et au péritoine une ouverture transversale à peu près de la même étendue ; le fond du cœcum, facile à reconnaître par son appendice, se présenta ; je n'eus pas la peine de le chercher ; je l'amenai sans effort le plus avant possible ; je l'ouvris transversalement et l'assujettis aux deux lèvres de la plaie par des points de suture. Les matières sortirent abondamment ; tout alla bien d'abord ; au vingtième jour le ventre se tuméfia, les accidens s'aggravèrent au point que l'opéré mourut le vingt-huitième jou .

A l'autopsie, on constata que le bourrelet squirrheux avait huit à neuf pouces d'étendue, qu'il occupait la fin du colon et le commencement du rectum. Le cœcum était agglutiné avec les lèvres de la plaie, excepté dans un angle où s'était formé dans le tissu cellulaire voisin une fusée purulente qui n'avait pas de communication au-dedans. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans le voisinage des reins et des attaches du mésentère, était suppuré sans collection purulente. Le mercure fut retrouvé en totalité dans une circonvolution du jéjunum qu'il

FEUILLETON.

MÉLANGES.

De toutes les sciences, la médecine est celle qui a eu le plus de peine à se naturaliser en France. Depuis Charlemagne jusqu'à Louis VII, aucun témoignage ne prouve qu'elle ait eu accès dans les écoles ou à l'université. Ce ne fut que vers la fin du règne de ce prince que les médecins commencèrent à s'insinuer dans l'université; ce n'est aussi que vers cette époque qu'ils commencèrent à connaître Hippocrate et Galien. « En cette France, dit Pasquier, nous ne commençâmes de connaître l'usage de la médecine que bien avant sous la troisième famille de nos rois, pour le moins. Ni nos histoires anciennes, ni nos romans faits à plaisir, images de ce qui s'est passé par la France, ne nous donnent aucuns enseiguemens. Si un chevalier est blessé, une dame ou une demoiselle a ses onguens pour guérir sa playe. »

— Les premiers médecins de Paris, qui s'appelaient *physiciens*, étaient prêtres ; ils furent presque tous chanoines de Paris, de Saint-Marcel et d'Amiens ; mais, entrant dans la Faculté, ils abjuraient la chirurgie comme un art indécent pour eux. « Les prêtres donnaient conseil chez eux ou chez le malade... la dignité sacerdotale les empêchait de manier les parties des femmes ou des hommes ; ils s'en rapportaient à nous. » (Registres de St-Côme, cités par Quesnay). Ils enseignaient au Parvis Notre-Dame, dans une maison où il y avait eu des étuves, entre l'Hôtel-Dieu et la maison de l'évêque. « Avant que les médecins allassent voir les malades au logis (car en ce temps-là on consultait les médecins chez eux), on portait l'urine à un médecin pour en juger ; on lui bâillait un Carolus pour ce qu'il ordonnait une médecine de *succo rosarum*. J'ai vu maître Tacquet, docteur de Paris, qui avait trois crocs; en l'un étaient enfilées des recettes de médecine de *succo rosarum* et de *diacarthami ;* au second étaient des ordonnances pour des *saignées*, et au troisième pour des *clistères*. Or quand, par une petite fenêtre qu'il avait à sa salle, il avait jugé ce qu'il fallait au malade, il tirait de l'un des crocs la recette pour la saignée ou pour la médecine ; ainsi ils gagnaient leur vie honorablement, au lieu qu'aujourd'hui ils veulent aller voir les malades, et pour un Carolus qu'ils avaient, ils ont un quart d'écu. » (Registres de St-Côme, *ibid.*)

— Dans une lecture académique récente on a beaucoup parlé du savoir-faire et des vanteries de Galien. En voici un pendant dû à un chirurgien célèbre, Lanfranc, qui, comme on sait, vint de Milan en France à la fin du treizième siècle : « L'an de grâce 1295, dit-il, je suis venu à Paris où j'ai eu une telle et si grande célébrité que de la centième partie je ne m'en trouve pas digne. Là, supplié par plusieurs seigneurs et maîtres, et principalement par l'homme vénérable seigneur et maître Jean de Passavant, maître en médeeine, ainsi que par plusieurs savants bacheliers dignes de tout honneur, que des leçons que je lisais sur les principes de la chirurgie, de mes méthodes d'opérations et de mes expériences, je les réunisse en corps d'ouvrage pour l'utilité commune et le souvenir perpétuel, etc.... » (Lanfranc, *In Chirurg. major. conclusione.*)

— Pitard, célèbre chirurgien de Saint-Louis, de Philippe-le-Hardi et de Philippe-le-Bel, fit, quelque temps avant sa mort, creuser un puits dans son quartier. « Derrière la Magdelaine en la cité, rue de la Licorne, dessus le haut d'un puits que Pitard avait fait construire pour le public, était une inscription en semblables mots fort anciens : Jehan Pitard en se repaire, chirurgien le roy, fit faire ce puits, en mille trois cents dix, dont Dieu lui doint son Paradis. » (Reg. de Saint-Côme.)

— On trouve dans les anciens recueils d'arrêts, un arrêté fort curieux, attribué à Henri II, mais qui probablement n'a jamais été mis à exécution. On y lit « que sur les plaintes des héritiers des personnes décédées par la faute des médecins, il en sera informé et rendu justice comme de tous autres homicides, et seront les médecins mercenaires tenus de goûter les excrémens de leurs patiens, et leur impartir tout autre sollicitude : autrement seront réputés avoir été cause de leur mort et de leur décès. »

— Guy de Chauliac divisait en cinq sectes ou cabales, dont ce chirurgien nous a tracé le tableau dans ce passage singulier, les diverses théories qui avaient régné en chirurgie : « La première secte fut de quatre maîtres, de Roger et de Roland, qui, indifféremment à toutes plaies et apothêmes procuraient sanie, suppuration avec leurs bouillies et paparots, se fondant sur cela du cinquième des aphorismes, *les laxes sont bons et les crus mauvais*. — La seconde fut de Brunus et de Théodoric, qui indifféremment desséchaient toutes plaies avec du vin seul, se fondant sur cela du quatrième de la Thérapeutique : *le sec approche du sain, l'humide du non sain.*— La troisième secte fut de Guillaume de Salicet et de Lanfranc, qui, voulant tenir le milieu entre eux y procuroient ou pansoient toutes les plaies avec onguents et emplâtres douces, se fondant sur cela du quatorzième de la Thérapeutique : *que la curation a un moyen qui soit traitée sans fraude et sans douleur*. — La quatrième est de tous les gend'armes, ou chevaliers teutoniques, et autres suivans la guerre ; lesquels avec conjurations et breuvages, choux, huile, laine, pansent toutes plaies, se fondant sur cela, que Dieu a mis sa vertu aux paroles, aux prières et aux herbes. — La cinquième est des femmes et de plusieurs idiots qui remettent les malades de toutes maladies aux saints tant seulement, se fondant en cela : Le Seigneur me l'a donné ainsi qu'il lui a plû ; le Seigneur me l'ôtera quand il lui plaira, le nom du Seigneur soit béni ! *Amen.* » (Guy de Chauliac, chapitre singulier.)

— De tous ceux qui se sont spécialement occupés de la pratique des maladies vénériennes, il n'en est peut-être aucun qui ait acquis dans son temps plus de célébrité et plus de fortune que Hery, chirurgien des armées de François Ier. Après la bataille de Pavie, Hery se retira à Rome dans le but d'observer dans l'hôpital Saint-Jacques-le-Majeur, ouvert aux maladies vénériennes, toutes les formes de ce mal d'importation récente, et qui était traité par la méthode de Carpi, c'est-à-dire par les frictions. Plein de ces connaissances, Hery revint dans sa patrie. La renommée avait annoncé les secrets qu'il apportait de Rome, et il était attendu en France comme un libérateur. Dès qu'il y fut arrivé, le bruit de son nom entraîna chez lui une foule de malacours, et bientôt sa fortune devint immense. On dit, en effet, qu'elle des, ils accoururent de toute la France pour lui demander des se-s'élevait à plus de cinquante mille écus, somme énorme pour les rois même dans ces temps-là. Il paraît du reste qu'Hery conserva une vive reconnaissance pour tous ceux qui avaient participé à sa fortune, s'il faut en croire du moins une anecdote sur son compte qui s'est conservée et que voici : On rapporte qu'étant allé à l'église de Saint-Denis, il voulut voir d'abord le tombeau de Charles VIII. Après s'être arrêté quelque temps dans un morne silence devant ce monument, il se mit à genoux, comme s'il eût été devant un objet de vénération. Ce mouvement de piété surprit ceux qui étaient autour de lui : ils s'imaginèrent qu'il rendait à Charles VIII le culte qu'on rend aux saints. Un religieux crut qu'il fallait désabuser cet homme simple et crédule. « Non, répondit Héry, je n'invoque pas ce prince, je ne lui demande rien ; mais il a apporté en France une maladie qui m'a comblé de richesses ; et pour un si grand bienfait, je lui rends des prières que j'adresse à Dieu pour le salut de son âme. »

— Un des plus grands triomphes qu'Ambroise Paré ait remporté sur ses contemporains est sans contredit d'avoir fait taire pour un jour les sentimens de sordide avarice dont Sylvius était animé. La révolution produite par le Traité des plaies par armes à feu fut telle, que Sylvius voulut en voir l'auteur, apprendre de sa bouche les nouveaux moyens qu'il employait, et que pour cela il fit le sacrifice... de l'inviter à dîner. Le dîner fut-il bon ? Les biographes se taisent sur ce point important. Tout ce que nous savons, c'est que cet acte insigne de générosité de la part de Sylvius a été remarqué par tous les historiens de Paré. Ce qui n'a pas empêché la postérité d'être instruite de l'épitaphe mise sur le tombeau de Sylvius :

Sylvius hic situs est, qui nil gratis dedit unquam :
Mortuus et gratis quod legis ista dolet.

avait entraînée derrière la vessie. Cette anse intestinale, enflammée au loin, était parsemée de taches gangréneuses. C'est à la présence du mercure que Pillore rapporte, non sans quelque raison, la mort de son opéré.

Antoine Dubois, d'après Allan, t. III, Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, a le premier pratiqué, en 1783, un anus artificiel d'après la méthode de Littre, sur un enfant né depuis trois jours, sans apparence d'anus; cet enfant a survécu dix jours à l'opération. Mais il faut arriver à Duret, chirurgien de Brest, et lire dans le tome IV du Recueil précité le succès qu'il a obtenu en 1793, dans un cas analogue, pour trouver de ces grandes indications pratiques dont la précision et la sûreté sont marquées au coin du génie.

Il s'agit d'un enfant né avec absence d'anus, sur lequel Duret avait fait de vaines recherches le lendemain de la naissance pour découvrir l'intestin dans la région anale. Vingt-quatre heures après cette opération l'enfant vivait encore, et c'est alors que cet habile chirurgien eut recours à la formation d'un anus artificiel. Laissons-le parler : « Pour donner plus de confiance dans ce moyen extraordinaire, je l'exécutai sur le cadavre d'un enfant d'environ quinze jours. Je pratiquai une incision entre la dernière des fausses côtes du côté gauche, et la crête de l'os des iles. La plaie pouvait avoir deux pouces d'étendue, elle découvrait la gibbosité des reins et une petite région de la partie gauche du colon; cette dernière fut ouverte. Ensuite on injecta de l'eau par l'anus; une partie du fluide sortit de l'ouverture du colon, et une autre partie s'épancha dans le ventre. Il fut reconnu, par l'ouverture de l'abdomen, que dans le fœtus les parties latérales du colon ne sont pas hors du péritoine comme dans l'adulte, qu'elles ont un mésocolon qui les rend libres et flottantes. Cette circonstance fit rejeter l'opération dans cet endroit, de peur qu'elle n'eût donné lieu à un épanchement de méconium dans le ventre. » Sans aller plus loin, prenons acte de cet exposé, et rappelons-nous que dès 1793 Duret tenta d'ouvrir l'intestin par la région lombaire, dans le point où il n'est pas recouvert par le péritoine. Nous verrons plus bas qu'en 1800 Callisen, chirurgien de Copenhague, n'a fait que répéter les essais de Duret, et que les tentatives qu'il fit sur le cadavre lui ont valu l'honneur d'attacher son nom à la méthode qui consiste à établir un anus artificiel dans la région lombaire. Hâtons-nous de dire, toutefois, que Callisen est exempt de tout reproche, et que, loin de s'attribuer l'idée-mère de cette méthode, il dit avec franchise : « l'incision *qui a été proposée* dans la région lombaire sur le bord des muscles carrés des lombes. »

Revenons maintenant à Duret :

« J'ouvris, dit-il le ventre du petit malade au-dessus de la région iliaque, dans l'endroit où l'S du colon formait une tumeur, à la vérité peu apparente, et où le méconium semblait imprimer une couleur plus foncée à la peau. Je donnai à cette ouverture à peu près un pouce et demi d'étendue; elle servit à introduire mon doigt index dans l'abdomen avec lequel j'attirai en dehors l'S du colon, et dans la crainte qu'il ne rentrât par la suite dans le ventre, je passai dans le mésocolon deux fils cirés; ensuite j'incisai l'intestin en long; l'air et le méconium sortirent en abondance par cette ouverture; quand il s'en fut écoulé une certaine quantité j'appliquai l'appareil; il fut simple : une compresse percée, de la charpie et un bandage de corps le composèrent. Dans la nuit du dimanche au lundi, l'enfant reposa parfaitement bien; les vomissemens cessèrent, etc., etc. Le septième jour l'enfant était si bien tant à l'endroit de l'opération que dans l'exercice de ses fonctions, qu'on l'a jugé n'avoir plus besoin que de propreté et d'une surveillance exacte de la part des personnes de l'art...... Le septième jour, dit Sabatier, *Méd. opér.*, t. I[er], p. 436, l'enfant fut remis à ses parens, il vit avec un anus contre nature compliqué d'un double renversement d'intestin qu'il n'a été possible de prévenir ni de corriger. Peut-être pourra-t-on y remédier dans la suite. Cet enfant n'est encore âgé que de vingt-cinq mois. »

Le procédé de Littre a reçu dans ce cas une heureuse application. Aujourd'hui encore il faudrait se conduire comme Duret, si l'on voulait y recourir; seulement, au lieu de se contenter de maintenir l'intestin en dehors en passant un double fil dans le mésentère, il serait préférable, pour éviter plus sûrement l'épanchement et l'irritation causée par le contact des matières sur les tissus divisés, de fixer, à l'exemple de Pillore, par des points de suture les lèvres de l'intestin aux tégumens eux-mêmes, ce qui est facile, et fournit immédiatement un anus artificiel dans les conditions les plus favorables au succès de l'opération.

Desault, en 1794, a eu recours au procédé de Littre sur un enfant privé d'anus, et qui est mort quatre jours après avoir été opéré. Ce fait est consigné dans le Journal de Desault, t. IV, p. 218.

Ce chirurgien ouvrit l'extrémité inférieure de la portion iliaque gauche du colon au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles et la symphyse du pubis par une incision oblique et longue d'environ trois travers de doigt. L'intestin fut divisé selon sa longueur. Le pansement consista dans l'introduction d'une longue mèche de charpie dans l'intestin afin d'en rapprocher les parois contre la plaie extérieure, et pour maintenir ouverte la voie artificielle au cours des fèces.

La mèche employée par Desault convient pour dilater l'anus anormal quand il tend à se rétrécir; mais employée dans l'unique but de rapprocher les parois de l'intestin contre la plaie extérieure, nous la repoussons. Il est infiniment préférable dans ce cas de fixer par des points de suture les lèvres de l'intestin à celles du tissu cutané : on obtient ainsi des adhérences solides et en peu de temps.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. H. LARREY.

Cancer fongueux et mélané du globe oculaire. Extirpation. Récidive. La dégénérescence fongueuse atteint les paupières et en nécessite l'ablation.

Au n° 26 de la salle des hommes, fut reçu, le 4 octobre 1841, le nommé G..., âgé de quarante ans, confiseur. Il fut renversé, en juillet 1830, par un coup de feu qui l'atteignit à l'œil gauche; mais la balle qui le frappa était sans doute au bout de sa course, car il se releva sans blessure, et seulement avec une sensation ce gêne dans l'œil, telle que la donnerait un cil interposé entre le globe oculaire et les paupières; cette sensation persista pendant un jour ou deux, puis disparut sans que la contusion qui l'avait produite donnât lieu à d'autres symptômes. Ainsi, il n'y eut pas de conjonctivite, par d'amaurose, comme cela arrive quelquefois à la suite de violences extérieures exercées sur l'œil.

Ce ne fut que plus tard, en 1833, que quelques accidens commencèrent à se manifester. La vue se troubla, et G... vit passer devant lui comme de légères flammes blanches. Cette sensation, qui se renouvelait d'abord à de rares intervalles, devint, avec le temps, de plus en plus fréquente, et la vue s'affaiblissait dans l'œil gauche en raison directe de cette fréquence. Cependant l'œil n'était encore le siége d'aucune douleur, et l'examen le plus attentif ne fournissait aucun symptôme qui pût servir à déterminer la lésion. La pupille toutefois était immobile.

En 1837 G... avait tout à fait perdu dans cet œil la faculté de voir, et ce fut alors que, sans pouvoir en connaître ni en apprécier la cause, il ressentit dans cet organe des douleurs très vives et parfois lancinantes. En même temps survint de la céphalalgie, puis une inflammation très violente, tant de la conjonctive que de la cornée, accidens qui furent combattus sans succès, et persistèrent pendant trois ans, offrant toutefois çà et là quelques périodes de mieux.

En 1840 la conjonctive se couvrit à la partie externe de fongosités d'abord peu proéminentes, qui furent enlevées et cautérisées; mais elles se reproduisirent, et l'œil, gonflé alors et soulevant les paupières, semblait devoir sortir de la cavité de l'orbite.

Ce malade est d'une bonne constitution; il s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de maladie d'yeux antérieurement à 1830. Entré, comme nous l'avons dit, le 4 octobre dernier, voici les phénomènes qu'il présenta à observer :

L'œil gauche faisait une saillie assez considérable, de sorte que les paupières poussées en avant et écartées, avaient perdu leur motilité naturelle; cependant elles étaient saines, intactes, et pouvaient encore être soulevées facilement, bien qu'elles eussent contracté quelques adhérences avec le globe oculaire. La cornée était à peine reconnaissable, recouverte qu'elle était d'un reseau vasculaire fortement injecté. La conjonctive oculaire dégénérée, formant des bosselures fongueuses, couvrait la sclérotique. L'exploration par le toucher déterminait peu de douleur, mais donnait promptement lieu à un écoulement sanguin. Des sangsues furent appliquées sur les fongosités, des scarifications furent faites sans amener aucune amélioration.

Le 18 octobre on enleva, à l'aide de ciseaux courbes, une portion de ces fongosités; l'opération détermina un écoulement de sang assez abondant, mais il n'y eut rien de changé dans la condition de l'œil, et l'on put voir, les jours suivans, la tendance du mal à se reproduire. Que faire alors? devait-on procéder à l'extirpation du globe de l'œil en entier, ou bien se borner à l'emploi des palliatifs? Mais ces moyens n'auraient certainement point arrêté les progrès de la maladie qui, à une époque plus ou moins éloignée, aurait nécessairement emporté le malade. En effet, il était très probable que la dégénérescence cancéreuse avait envahi la presque totalité du globe oculaire, et il était aussi naturel de penser qu'elle ne s'arrêterait pas là, et que, gagnant les parties voisines, elle mettrait bientôt en danger la vie de ce malade.

D'un autre côté, il fallait tenir compte du peu de chances de succès qu'offre en général l'extirpation du cancer de l'œil, chances diminuées encore ici par l'état avancé de la maladie qui, pouvant ne pas permettre d'enlever toutes les parties fongueuses, devenait ainsi une cause presque certaine de récidive. Cependant la forte constitution du malade, l'absence chez lui de tous indices de scrofules antérieurs, la cause mécanique première de la maladie, l'état de santé générale du sujet, son facies replet et coloré, en un mot l'absence de toute espèce de signes se rapportant à la diathèse cancéreuse, tels que l'amaigrissement, trouble des fonctions digestives, teint jaune et terreux de la peau, etc., toutes ces conditions, disons-nous, pouvaient faire espérer que l'extirpation de l'organe malade, opérée pendant qu'il en était temps encore, serait suivie de succès, et qu'il n'y aurait point de récidive.

L'opération fut donc pratiquée par le procédé de Louis. Voici en quoi consiste ce procédé : le malade étant couché, et sa tête convenablement placée et maintenue, on incise d'abord l'angle externe des paupières, ce qui leur donne du jeu et permet de les relever fortement, de manière à mettre complètement à découvert la tumeur formée par le globe oculaire. On saisit cette tumeur avec les pinces de Museux, on enfonce en suivant la paroi ethmoïdale un bistouri pointu dans le grand angle de l'œil, et on lui fait parcourir successivement, en partant chaque fois de ce point, les demi-circonférences inférieure et supérieure de l'orbite. Par cette manœuvre, la conjonctive oculo-palpébrale, le tissu cellulo-graisseux qui tapisse l'orbite, et les muscles petit et grand obliques, se trouvent divisés; le globe oculaire ne tient plus que par un pédicule formé par le nerf optique et les muscles droits, pédicule que l'on met facilement à découvert par des tractions convenables, et que l'on incise avec des ciseaux courbes sur le plat et mousses à leur extrémité.

L'opération a donné lieu à un écoulement de sang assez abondant qui n'a pas tardé à s'arrêter de lui-même, comme il arrive presque toujours en cette circonstance; on a pansé avec un linge fenêtré enduit de cérat, des bourdonnets de charpie, des compresses, et par-dessus le tout, le bandage dit *monocule*. Le malade a été mis à la diète.

Lorsqu'après l'extirpation de l'œil cancéreux il reste encore dans l'orbite des parties dégénérées, il faut en enlever le plus qu'on peut avec l'instrument tranchant; mais s'il en est qu'on ne puisse séparer, doit-on les détruire au moyen du cautère actuel? La plupart des chirurgiens s'y opposent aujourd'hui à cause de l'inflammation intense à laquelle ce moyen peut donner lieu, inflammation très dangereuse en raison de la proximité du cerveau; il vaut souvent mieux dans ce cas laisser à la suppuration qui s'établit le soin d'éliminer ces parties. Mais ici il n'y avait point à se préoccuper de ce soin, car l'exploration au moyen du doigt a démontré que la cavité orbitaire n'avait point participé à la maladie et qu'elle était encore parfaitement saine.

L'œil extirpé a aussi été examiné avec soin; voici le résultat de cet examen : on remarque d'abord à l'extérieur, en avant les fongosités que nous avons déjà indiquées fournies par la conjonctive, en arrière deux tumeurs formées de tissu mélanique. Le nerf optique, la sclérotique et la choroïde n'ont pas subi de désorganisation, mais la rétine est sensiblement altérée, le cristallin est opaque. L'humeur vitrée, l'humeur aqueuse ont disparu et sont remplacées par une masse mélanique et peu de matière encéphaloïde; l'iris est épaissi, décoloré.

Ce cas est remarquable à plus d'un titre, et d'abord en raison de son peu de fréquence : il est rare en effet de trouver chez un adulte un cancer fongueux de l'œil; l'observation journalière, la lecture des observations recueillies par les auteurs, montrent que cette forme de maladie n'appartient guère qu'à l'enfance, tandis que chez les adultes on rencontre plus souvent la forme squirrheuse. Il est utile de remarquer d'ailleurs que ces deux formes du cancer de l'œil n'ont pas le même point de départ, la première débutant toujours par l'intérieur de l'œil, la seconde au contraire débutant le plus ordinairement par les parties molles qui l'environnent; celle-ci due à une cause fréquemment saisissable, s'observe dans toutes les constitutions; celle-là au contraire, apparaissant le plus souvent sans cause appréciable, force, pour expliquer sa présence, d'admettre un vice constitutionnel, une diathèse prédisposante; et en effet, disons-le, c'est ordinairement chez des enfans scrofuleux qu'on la trouve. N'est-il pas étonnant alors de la trouver chez notre malade dont l'état de santé général a toujours été excellent? Mais ce n'est pas tout : le cancer fongueux de l'œil n'est pas seulement formé de matières cérébriformes, fréquemment aussi on y rencontre le tissu mélanique; or, chacune de ces dégénérescences n'a pas de point de départ fixe et peut naître indifféremment de l'une des diverses parties constitutives du globe oculaire; cependant on peut dire qu'en général la forme médullaire débute dans les parties nerveuses, tandis que la forme mélanique naît dans les parties vasculaires.

Eh bien, que s'est-il passé ici? La photophobie, l'amblyopie amaurotique, qui ont été les premiers symptômes de la maladie, font penser qu'elle a eu la rétine pour point de départ. En effet, on trouve que cette membrane a subi une altération remarquable, tandis que la choroïde est restée intacte, et cependant la matière mélanique prédomine.

Quelques mots maintenant sur le diagnostic du cancer de l'œil en général. Quand il débute par les parties extérieures, il est presque toujours facile à reconnaître au premier abord, puisque les paupières, la conjonctive, la caroncule lacrymale, le tissu cellulaire sont les points qu'il affecte de préférence. Cependant, lorsque l'affection a pour siége le tissu cellulaire, c'est ordinairement dans le fond de l'orbite qu'elle se manifeste, et alors elle peut marcher inaperçue jusqu'à ce qu'elle produise l'exophthalmie, le globe de l'œil restant intact; quand, au contraire, l'affection débute par l'intérieur du globe oculaire, son diagnostic peut offrir tout d'abord quelque difficulté. Ainsi, le plus ordinairement, la photophobie, l'amblyopie, l'immobilité de la pupille dilatée sont les premiers symptômes apparens; puis survient une teinte brillante du fond de l'œil, bientôt remplacée par une tache irrégulière, d'un jaune verdâtre, qui pourrait à la rigueur en imposer pour une cataracte compliquée d'amaurose. Mais des symptômes plus certains ne tardent pas à paraître; la tache s'avance en grandissant vers la face antérieure de l'œil; en même temps la conjonctive, l'iris deviennent le siége d'une congestion remarquable, et la masse cancéreuse aperçue d'abord sous forme de tache, s'avançant toujours, désorganise successivement les parties qu'elle rencontre et vient enfin faire saillie au dehors. Est-il besoin de dire maintenant que le pronostic du cancer de l'œil est toujours grave, surtout si l'on tient compte de l'extrême facilité avec laquelle il se reproduit après son ablation?

Quant aux causes de cette affection, elles sont, comme nous l'avons déjà dit, souvent inappréciables, et on est réduit à les chercher dans un vice de constitution. Cependant, quelquefois on a vu naître le cancer à la suite de maladies rebelles de l'œil telles qu'ophthalmies, staphylômes, etc., à la suite de violences extérieures; et enfin, pour le squirrhe débutant par les parties molles de l'orbite, à la suite d'applications de topiques irritans.

Mais revenons à notre malade.

Le lendemain de l'opération, 24 octobre, il n'avait pas dormi pendant la nuit. Le pouls est bon; il n'y a pas de céphalalgie, mais un peu de douleur dans l'orbite. Les paupières sont tuméfiées.

Le 25, il a un peu dormi, il souffre très peu; toutefois, lorsqu'il fait mouvoir l'œil droit, ces mouvemens retentissent dans l'orbite gauche et occasionnent de vives douleurs.

26. État général excellent ; on remplace les bourdonnets de charpie par une petite mèche.

27. Le malade n'a pas été à la garderobe depuis l'opération ; il a eu cette nuit quelques coliques, de la céphalalgie : on ordonne un lavement laxatif. Le lendemain, ces accidens avaient disparu.

29. Les paupières sont moins tuméfiées, la suppuration est assez abondante ; on voit naître de tout le pourtour de l'orbite de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 3 novembre, même état ; le malade a un peu souffert depuis trois jours d'une amygdalite, qui tend à se terminer par résolution.

Le 8, l'orbite est rempli de bourgeons charnus, il n'y a plus que peu de suppuration ; la tuméfaction des paupières a disparu. Le malade ne souffre pas ; son état général continue d'être excellent. Sorti le lendemain de l'hôpital, cet homme est revenu le 13 à la consultation. L'orbite est toujours en bon état, il n'y a pas d'élancemens ; la suppuration est presque complétement tarie ; les bourgeons qui remplissent l'orbite tendent à une cicatrisation prochaine.

Nous avions perdu ce malade de vue, lorsque, le 17 janvier dernier, il est rentré à l'hôpital où il a été placé au n° 23. Le cancer a récidivé. Les paupières sont tendues, violacées, mais indolores, et laissent voir entre leur écartement une masse cérébriforme qui les repousse en avant ; cette masse, du volume environ d'un petit œuf de poule, est insensible au contact d'un corps étranger, mais elle saigne avec la plus grande facilité. La face interne des paupières lui est fortement adhérente. Au milieu de la tumeur existe une ouverture irrégulière qui la sépare en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur. Si l'on cherche à sonder la partie par cette ouverture, soit avec une sonde de femme, soit avec le doigt, on n'arrive que dans un sillon étroit et peu profond, ce qui démontre assez que le fongus a envahi la totalité de l'orbite. Cependant on tenta des scarifications, mais sans succès.

Cette récidive, dit M. Larrey, n'a rien qui doive nous étonner, nous l'avions prévue malgré toutes les chances favorables pour qu'elle n'eût pas lieu, et elle va nécessiter une nouvelle opération. Il est impossible, en effet, de différer, car le cancer ainsi soumis au contact de l'air, ferait des progrès rapides ; il pourrait attaquer le périoste, les os même, puis, s'étendant en profondeur, comprimer et même désorganiser le nerf optique et enfin gagner le cerveau. On ne peut d'ailleurs chercher à conserver les paupières, car bien qu'elles paraissent encore saines à l'extérieur, la conjonctive qui les tapisse a contracté avec la masse fongueuse des adhérences tellement intimes qu'on ne peut songer à les diviser par la dissection. Nous ferons donc l'ablation de la masse totale au moyen de deux incisions demi-elliptiques, parallèles aux bords de l'orbite et partant de l'angle interne pour se rejoindre à l'angle externe. Nous disons que ces incisions seront parallèles aux bords de l'orbite pour indiquer que nous n'enlèverons pas tout le bord libre des paupières, voulant en laisser une petite portion qui servira à l'occlusion de l'orbite quand le travail de cicatrisation sera terminé. Si après l'opération, comme il est très probable, l'orbite reste tapissé de fongosités que nous ne puissions enlever, nous les attaquerons avec le fer rouge. Malgré les dangers bien reconnus de ce moyen, nous croyons devoir l'employer dans ce cas, avec circonspection toutefois, et en ayant soin de ne point pousser la cautérisation trop avant. Si par là nous ne détruisons pas complètement les tissus dégénérés, nous aurons déterminé au moins une vive inflammation qui, donnant lieu à une suppuration abondante, pourra en modifier la vitalité ou les éliminer tout à fait.

Le 26 janvier l'opération eut lieu et le cautère actuel fut appliqué. On dut auparavant faire la ligature d'une petite artère venant de la palpébrale supérieure, puis on pansa avec une grosse mèche de charpie saupoudrée de colophane. Les douleurs causées par l'opération durèrent trois heures.

27. Le pouls est bon, la nuit n'a été que peu agitée. La plaie a donné une faible hémorrhagie. Il y a eu une épistaxis. Les mouvemens de l'œil droit causent peu de douleur dans l'orbite gauche. Le malade a de l'appétit ; on lui permet deux bouillons.

28. Le pouls bon. Pas de céphalalgie ; on lève l'appareil. Il y a un peu de tuméfaction à la commissure interne des paupières ; les bords de la plaie se sont rappochés ; la suppuration est peu abondante. Pansement simple ; une portion maigre.

29. Même état. Nuit bonne. Un peu de mal de gorge. Une portion grasse.

30. Le malade a eu une nuit agitée, troublé qu'il était par les cris d'autres malades ; cependant le pouls est bon. Il y a de la constipation. On ordonne un lavement ; même régime alimentaire.

31. Le malade n'a pas dormi ; il attribue son insomnie à la chute du pansement. La plaie est un peu grise ; les bords s'en sont un peu écartés.

1er février. Nuit mauvaise. Céphalalgie. Les bords de la plaie sont tuméfiés ; cependant la coloration en est bonne. On purge avec eau de Sedlitz.

2. Nuit excellente. Absence totale de douleurs. Les bords de la plaie, un peu renversés, sont ramenés au moyen de bandelettes agglutinatives.

3. La nuit a été bonne. Il n'y a pas de douleur dans la plaie. La ligature de petite artère tombe huit jours après son application.

4. La nuit a été bonne. La suppuration est abondante. La plaie est belle et sans tuméfaction ; ses bords se rapprochent. Point de douleurs.

6. L'état de la plaie continue à être satisfaisant ; la suppuration devient moins abondante ; la commissure interne des paupières est encore un peu tuméfiée ; l'état général du malade est très bon.

Enfin le 14 il n'y avait presque plus de suppuration, les petites portions de paupières que l'on a ménagées tendent à se rapprocher, et la petite plaie qu'elles circonscrivent encore a une belle coloration. La tuméfaction de l'angle interne, quoique moindre, existe encore mais sans dureté ; elle est facilement déprimée par le doigt. L'état général du sujet est toujours excellent. Ainsi tout concourt à faire entrevoir une guérison prochaine, mais peut-on dire qu'elle sera définitive ?

— Avant de donner cet article à l'impression, nous avons revu le malade ; il va toujours bien ; le travail de cicatrisation est maintenant terminé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 février 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur la myotomie rachidienne en réponse au travail que M. Bouvier a lu dans la précédente séance. Nous publierons un extrait de ce mémoire dans le prochain numéro.

— M. Longet lit une note intitulée : « Quelques expériences sur cette question : *Les mouvemens de l'estomac dépendent-ils de la huitième paire ou du grand sympathique?* »

Je ne crois point, dit M. Longet, aller au-delà de la vérité en disant que sur plus de 40 chiens j'ai constaté les résultats suivans : Le thorax et l'abdomen étant ouverts, les cordons œsophagiens de la paire vague, d'abord isolés de l'œsophage, ont été irrités mécaniquement ou galvaniquement, et, sur un certain nombre de ces animaux, les contractions les plus manifestes ont eu lieu dans les parois de l'estomac, non pas instantanément, mais au bout de cinq à six secondes ; parfois ce viscère s'est partagé pour ainsi dire en deux portions, l'une pylorique, l'autre splénique ; sa coarctation a pu être portée au point qu'il semblait comme étranglé par son milieu à l'aide d'un lien, et les alimens sortaient par le pylore. Au contraire, sur d'autres chiens les mouvemens de l'estomac ou bien ont été beaucoup moins sensibles, ou même ont manqué d'une manière complète, quoique je fisse usage du même mode d'irritation. M. Longet a découvert : 1° que c'était seulement durant la chimification qu'il était possible de provoquer, par l'irritation mécanique ou galvanique des cordons œsophagiens, des contractions très énergiques de l'estomac ; 2° que, malgré l'irritation indiquée, les mouvemens de cet organe devenaient souvent difficiles à apercevoir, quand il était complètement vide, rétracté sur lui-même, et pour ainsi dire au repos. Ce fait curieux nous autorise donc à penser, dit l'auteur, que les rameaux gastriques de la huitième paire sont loin d'être toujours chargés de la même quantité de force nerveuse motrice, que celle-ci augmente pendant la digestion stomacale, et que par conséquent c'est surtout ce moment propice qu'il faut choisir pour expérimenter.

Sur des chiens et des lapins, poursuit M. Longet, j'ai galvanisé ou mécaniquement excité, à bien des reprises différentes et dans les conditions favorables indiquées, les deux grands nerfs splanchniques, et quand l'estomac était une fois immobile, je ne suis jamais parvenu à réveiller les moindres contractions. Mêmes résultats négatifs en agissant sur les ganglions semi-lunaires. Appliquais-je sur eux de la potasse caustique, un mouvement vermiculaire très marqué avait lieu dans l'intestin grêle ; mais l'estomac conservait toujours son immobilité.

— M. Tavignot écrit à l'Académie que l'étude de différens faits consignés dans les recueils de chirurgie, et des recherches particulières lui ont donné l'idée de tenter la ligature sous-cutanée de quelques artères. Plusieurs expériences sur les animaux lui donnent l'espérance qu'on pourra en faire une application sur l'homme. — M. Tavignot a publié ses travaux sur ce sujet dans le dernier numéro de *L'Examinateur Médical*. Nous en donnerons l'analyse dans la prochaine revue des journaux.

— M. Garand adresse à l'Académie un mémoire tendant à démontrer la nécessité des revaccinations.

— M. Eugène Robert adresse à l'Académie un nouveau modèle de scie qui se compose de trois scies superposées : les deux externes, en acier demi-trempé, sont soudées dans la moitié à peu près de leur largeur, au moyen d'une lame de fer interposée et de manière à laisser un intervalle libre entre elles d'un à deux millimètres de hauteur ; l'interne, en acier ordinaire, à laquelle est adapté le manche, occupe l'espace libre que je viens de désigner. Une cheville sert à réunir ces trois scies qui paraissent n'en faire qu'une.

Dans l'invention de cette scie, l'auteur s'est proposé de remédier à l'inconvénient qui résulte de ce que dans les manœuvres, les instrumens de ce genre sont souvent arrêtés dans leur marche par l'une des extrémités de l'objet à diviser qui pèse dessus, ou par toutes les deux ensemble quand elles viennent à s'arc-bouter.

Note sur un instrument présenté par M. Rambaud, *à l'Académie de médecine, séance du* 8 *février* 1842.

M. Rambaud a présenté à l'Académie un instrument qu'il a imaginé dans le but : 1° de donner issue aux liquides contenus dans les tumeurs enkystées de l'abdomen sans épanchement dans la cavité péritonéale ; 2° de déterminer une adhérence entre le feuillet pariétal du péritoine et celui qui forme la paroi externe du kyste ; 3° et d'établir une fistule au moyen de laquelle le liquide secrété par la paroi interne du sac s'écoule au-dehors à mesure de sa formation jusqu'à ce que les ressources de l'art ou les efforts de la nature en aient tari la source.

Cet instrument, d'un mécanisme fort simple et de la manœuvre la plus facile, consiste dans la superposition à la canule du trocart ordinaire d'une seconde canule, soudée à la première par son extrémité antérieure ; cette canule, à 5 ou 6 millim. de l'ouverture commune, est fendue dans une longueur de 25 à 30 millim. en quatre branches égales, brisées et articulées à leur partie moyenne et à leurs extrémités.

Le trocart ainsi disposé et plongé dans l'abdomen, la canule externe poussée en avant fait développer les quatre branches à l'instar d'un parapluie, celles-ci s'appuient contre les parois internes du kyste de manière à empêcher de sa part tout mouvement de retrait, après quoi le stylet est retiré et le liquide s'écoule au-dehors. En même temps un disque mobile vient s'appuyer et se fixer au moyen d'un écrou contre la paroi externe du ventre, comprimant ainsi médiatement les deux feuillets opposés du péritoine, l'instrument est laissé en place pendant le temps nécessaire pour déterminer leur inflammation adhésive.

Une fois ce résultat obtenu, la double canule est retirée, les branches extérieures préalablement fermées, et laisse après son retrait une communication établie entre l'air extérieur et la cavité du kyste.

M. Rambaud pense que son instrument, outre les kystes hydropiques de l'ovaire qu'il a eu principalement en vue, peut s'appliquer avec succès à l'ouverture des abcès du foie, à la ponction de la vessie dans sa portion péritonéale, à l'établissement même en variant la disposition de ses branches et la forme du disque, de certains anus artificiels, comme aussi de l'opération de l'hydrocèle par injection, etc., etc.

Depuis cette séance nous avons appris que M. Rambaud a apporté à son instrument des modifications notables qui feront sans doute l'objet d'une nouvelle présentation, et dont nous rendrons compte en même temps que des premiers résultats de l'application que l'auteur doit incessamment en faire.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE.

COUR DE CHANCELLERIE DE L'ÉTAT DE NEW-YORK.

Présidence de M. de Walworth, chancelier. — Audience du 12 janvier.

Publication des Cours de l'Ecole de clinique. — Le professeur Mott contre le rédacteur en chef de la Lancette.

Je vous annonçais dernièrement la guerre déclarée par les étudians en médecine de Philadelphie à cetains journalistes. Voici maintenant une opposition des professeurs de l'Université de clinique chirurgicale de New-York à la publication de leurs cours par les journaux, notamment par *la Lancette de New-York* et *le Herald*.

La chronique secrète du pays attribue cette détermination à la jalousie de M. Valentin Mott, l'un des professeurs, et en même temps l'un des chirurgiens pratiques les plus renommés, contre son jeune confrère M. Pattison. Les leçons de M. Pattison étaient mieux rendues dans les journaux et accompagnées de plus d'éloges, et les autres démonstrateurs attribuaient à ce succès factice l'augmentation journalière de la clientelle du nouveau praticien.

Quoi qu'il en soit, le Herald continua de vanter M. Pattison au détriment de M. Mott.

De son côté, le rédacteur de la Lancette n'ayant point tenu compte des avis qu'on lui donnait officieusement ni des menaces qui lui étaient faites, M. Valentin Mott a entamé une action judiciaire. Voici l'exploit qu'il a signifié à M. James Houston, principal rédacteur de l'écrit périodique :

« Le peuple de l'état de New-York, à James Houston, salut :

» Nous vous recommandons de comparaître personnellement devant notre chancelier, en notre Cour de chancellerie, le 12 janvier courant, dans le lieu où ladite Cour s'assemblera, pour répondre à la plainte portée contre vous en notre susdite Cour, et pour ouïr et recevoir la décision que la Cour jugera à propos de rendre à ce sujet, sous peine, en cas de non comparution, d'une amende de 250 dollars (1250 fr.).

» En foi de quoi, *Signé* : Reuben H. Walworth,
» Chancelier de notre dit Etat en la ville de New-York, le 8 janvier 1842.
» *Signé* : Hiram Walworth, greffier-adjoint.
» *Pour copie* : D. Graham, avoué. »

Une ordonnance du chancelier, en date du même jour, a été signifiée en ces termes :

« Le peuple de l'État de New-York, à vous James Houston, à tous vos imprimeurs, rédacteurs, agens et employés quelconques et à chacun d'eux, salut :

» Attendu qu'il nous a été représenté en notre Cour de chancellerie, de la part de Valentin Mott, plaignant, qu'il a dernièrement justifié de la plainte portée contre vous, ledit James Houston, pour que la Cour vienne à son secours aux fins dont il s'agit ;

» Attendu que dans ladite plainte il est exposé, entre autres choses, que vous vous concetez et liguez avec d'autres pour porter préjudice au susdit plaignant, et que vos actes sont contraires à l'équité et à une bonne conscience ;

» En conséquence, et prenant en considération les objets particuliers mentionnés en la plainte, nous vous commandons expressément à vous, ledit James Houston, à toutes les personnes ci-dessus énoncées et à chacune d'elles, sous peine de 10,000 dollars (50,000 fr.), à prendre sur vos biens et immeubles, de renoncer de la manière la plus absolue à publier ou livrer pour la publication et à permettre que soient publiés, en l'écrit périodique intitulé *la Lancette de New-York*, ni de toute autre manière, aucuns comptes-rendus ou analyses des leçons de chirurgie et d'anatomie chirurgicale et pathologique prononcées par ledit plaignant entre le 2 novembre 1841 et le 3 janvier 1842 ; comme aussi nous vous faisons inhibition et défense de vendre, distribuer ou faire circuler en façon quelconque aucune portion desdits cours déjà publiés ou à publier qui seraient en la possession de vous ledit James Houston, jusqu'à ordre plus ample de notre dite Cour de chancellerie.

» *Signé* : Reuben H. Walworth, chancelier, etc. »

Le 12 janvier M. Houston a comparu ; il a rempli la formalité que vous appelez, je crois, en France, constitution d'avoué, et déclaré se rendre opposant à l'ordonnance de chancellerie. La cause a été inscrite au rôle pour être solennellement plaidée.

Le samedi suivant le docteur Mott devait donner sa leçon. L'université avait pris toutes les mesures imaginables pour exclure les personnes connues pour être attachées à la presse. Plus de trois cents jeunes gens étudians remplissaient l'amphithéâtre ; beaucoup de médecins de New-York étaient dans une tribune réservée. La foule était considérable au-dehors. Après une longue attente la foule a été informée que la leçon n'aurait pas lieu. Le docteur Mott, averti qu'en dépit de toutes les précautions des sténographes s'étaient glissés parmi les élèves, a déclaré qu'il suspendrait ses leçons jusqu'à l'arrêt de la Cour de chancellerie.

La clinique de New-York a été provisoirement fermée, et M. Pattison, cause première et innocente de ces graves débats, se trouve privé de la possibilité de continuer ses doctes leçons.

(*Gazette des Tribunaux.*)

Correspondance.

Lettre sur les étranglemens herniaires ; par M. Malgaigne.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans votre dernier numéro (1) un compte-rendu fort intéressant de la clinique de M. Velpeau, mais qui contient des idées tellement contraires aux miennes que je ne saurais les laisser passer sans quelques réflexions.

Un homme de quarante-huit ans portait, depuis près de trente années, une hernie inguinale droite qu'il contenait par un bandage approprié, et qui n'était point sortie depuis près de vingt ans. Tout à coup la hernie sort, s'étrangle ; on l'opère avec tout le soin et toute l'habileté possibles, et on trouve qu'il n'y avait pas de rétrécissement au collet du sac, et que l'étranglement était uniquement causé par l'anneau du *fascia transversalis*.

Or, je le déclare, ce fait est tellement en contradiction avec tout ce que la science possède d'observations exactes, surtout en autopsies, qu'il est impossible de l'admettre comme servant de preuve à ce que le savant professeur a voulu prouver. Dans les circonstances indiquées, il ne pouvait y avoir qu'un étranglement par le collet, et mon opinion est qu'il n'y en a pas eu d'autre.

Mais, dira quelqu'un, que signifie cette obstination, ou plutôt cette sorte de rébellion contre un fait ? Mais je nie précisément que cette observation ait le caractère d'un fait ; j'entends d'un fait exact, d'un fait légitime, d'un fait vraiment scientifique. Il y a trois ans, feu le professeur Sanson fit une opération du même genre avec le même soin et la même habileté ; il n'allait pas même si profondément ; l'étranglement, selon lui, siégeait à l'anneau externe, et il croyait n'avoir débridé que cet anneau sans toucher au collet du sac ; il en avait pour témoins ses internes, ses externes, tout son amphithéâtre : l'autopsie fit voir le collet et le péritoine incisés dans une étendue de plus de deux centimètres. La première loi de la logique est de conclure des sembla-

(1) Numéro de mardi 15 février.

bles aux semblables ; et quand je vous parle anatomie pathologique, de grâce, ne me répondez point médecine opératoire.

« Mais, dit M. Velpeau, les faits de ce genre sont si nombreux, et » j'en possède pour ma part un si grand nombre, que si je les avais » cru susceptibles d'être contestés, je les aurais recueillis avec beau- » coup plus de soin que je ne l'ai fait. »

Et comme échantillons, M. Velpeau en cite cependant cinq qui, avec le sujet de l'observation présente, font déjà six. Malheureusement ce sont tous des faits vus sur le vivant, qui tous sont sujets à la même objection capitale, et qui, si vous me passez cette expression, ne sont que des *pseudo-faits*, comme il y en a tant dans notre malheureuse chirurgie. Mais s'il y a des faits si nombreux, pourquoi parmi ces faits n'en pas citer un seulement, un fait unique, un petit fait, qui serait complété et rendu pertinent par l'autopsie ? Serait-ce que les autopsies sont rares ? J'ai fait voir qu'elles étaient plus communes que les guérisons. Toute l'incontestable habileté de M. Velpeau n'a pas suffi pour le mettre à cet égard en dehors de la loi commune ; il a eu ses autopsies comme tout le monde ; il a pu en recueillir plus que tout le monde, car on sait avec quelle ardeur il cultive la science. Eh bien, je rends ici un solennel hommage à sa probité scientifique ; il n'a pas trouvé une seule autopsie à citer à l'appui de ses doctrines ; il n'a parlé que de faits observés sur le vivant. Il y a plus, ce silence est plus significatif de la part de M. Velpeau que de tout autre ; car, outre sa vaste expérience personnelle, personne peut-être ne saurait se flatter de posséder une connaissance aussi étendue de l'expérience des autres. Aussi vous pouvez hardiment partir de ce point, et conclure : si M. Velpeau n'a pas cité d'autopsies, c'est qu'il n'en connaissait pas ; et s'il n'en connaissait pas, si moi-même avec toutes mes recherches je n'ai pu en trouver, il faut qu'elles soient bien cachées et bien rares.

M. Velpeau me permettra-t-il d'ajouter que dans ses dernières autopsies, il n'a trouvé que des étranglemens au collet ? J'en ai fait une dernièrement, à l'Hôtel-Dieu, avec son habile collègue M. Blandin ; étranglement au collet. M. Bérard jeune, qui ne se laisse devancer par personne dans ces hautes questions chirurgicales, m'a fourni l'occasion d'en faire une autre bien plus curieuse, en ce que la malade (c'était une femme) avait refusé l'opération. La hernie était inguinale ; les circonstances étaient à peu près les mêmes que dans votre observation. J'affirmai que l'étranglement serait trouvé au collet du sac, et il fut trouvé au collet du sac.

Du reste, voici plus de deux ans déjà que ma doctrine à cet égard a été rendue publique ; les contradicteurs ne m'ont pas manqué ; j'ai demandé à tous un fait, un simple fait, promettant de plier le genou, de faire amende honorable devant ce fait. Ce fait ne s'est pas encore présenté, et cependant il commence à y avoir péril en la demeure ; car déjà beaucoup de chirurgiens qui d'abord avaient complétement repoussé ma doctrine, commencent à s'en rapprocher beaucoup, et s'étonnent surtout qu'on n'ait pas daigné ou qu'on n'ait pas pu la confondre en opposant à l'auteur le seul et unique fait qu'il réclame.

Au dix-huitième siècle, Pibrac porta le défi aux chirurgiens de son temps de lui montrer une fracture de rotule régulièrement consolidée ; et Delpech a renouvelé ce défi au dix-neuvième siècle, pour les fractures intra-capsulaires du col du fémur. Il ne m'appartient pas d'imiter des provocations de ce genre ; mais puisque M. Velpeau m'a fait l'honneur de combattre mes idées dans ses brillantes leçons, je le supplierai, je lui adresserai, dans mon intérêt et peut-être aussi dans celui de la science, l'humble et instante prière de vouloir bien m'appeler à la première autopsie qu'il jugera propre à opérer ou ma défaite ou ma conversion ; et nul ne signera avec plus d'empressement que moi le procès-verbal qui, en me ramenant dans le droit chemin, dotera enfin la science d'un fait désormais incontesté et incontestable.

J'ai l'honneur, etc. MALGAIGNE.

Mon cher confrère.

Je joue de malheur : je suis obligé de vous adresser une nouvelle réclamation. Cette fois, il s'agit, non plus de spéculum, mais d'une question qui m'intéresse bien autrement, d'*urétroplastie*.

Dans un de vos derniers nos, dans une leçon faite à l'hôpital Necker, à l'occasion de deux fistules urinaires de la verge, M. Bérard, après avoir fait remarquer que ce genre de fistules est en général plus difficile à guérir que celles qui s'ouvrent au scrotum et au périnée, et avoir dit que c'est principalement pour surmonter ces difficultés qu'ont été imaginés la plupart des procédés d'autoplastie et de suture proposés dans ces derniers temps, s'exprime ainsi : « Cependant, malgré les tentatives plus ou moins heureuses faites par M. Dieffenbach, qui a modifié de cent manières différentes et l'avivement et les sutures ; malgré le succès si remarquable obtenu par M. Ségalas, en se servant du prépuce pour boucher une fistule de la racine de la verge ; malgré le résultat heureux de l'opération hardie faite par M. Ricord, qui n'a pas craint d'ouvrir une voie accidentelle aux urines par le périnée, tandis qu'il avivait et réunissait une fistule de la verge ; malgré, dis-je, ces progrès récens, je pense que chez nos deux malades nous ne devons avoir recours qu'aux méthodes anciennes. »

Émané d'une homme de l'autorité de M. Bérard, inséré dans un journal de l'importance du vôtre, ce passage exige de ma part une réponse pour éviter qu'il n'accrédite une erreur.

Il semblerait, d'après la manière dont parle M. Bérard, que, dans le fait qu'il a bien voulu citer de moi, il n'y ait eu qu'une simple autoplastie, et que, dans le fait bien plus récent de M. Ricord, il y ait eu déviation de l'urine par le périnée pour la première fois. Or, cette déviation de l'urine par le périnée, qui précisément caractérise mon procédé d'urétroplastie, je l'ai recherchée et obtenue dès la fin de 1836, c'est-à-dire quatre ou cinq ans avant M. Ricord, ainsi qu'on peut le voir à la page 15 de ma lettre à M. Dieffenbach, et comme le pourraient attester au besoin MM. Bossion, E. Louis, Duflot et Jacquart, qui, le 10 janvier 1837, m'ont servi d'aides auprès de M. C......, sujet de ma première urétroplastie.

Dans cette même lettre à M. Dieffenbach, qui a précédé de beaucoup l'opération faite par M. Ricord, se trouve, à la page 45, un paragraphe que je vous demande la permission de transcrire. Je disais au célèbre professeur de Berlin, après avoir examiné successivement ses divers procédés d'urétroplastie :

« Maintenant qu'il est établi, je crois, que l'opération dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir diffère de celles que vous avez pratiquées et de celles que vous vous proposez d'employer, permettez-moi de vous faire remarquer que le résultat auquel je suis parvenu est de nature à dissiper vos craintes sur la contre-ouverture qui constitue le principal caractère de mon procédé. En effet, la sonde du périnée est restée en place près de huit mois consécutifs, et cependant la fistule qui lui livrait passage a été assez prompte à se fermer. C'est presque une garantie qu'il en sera de même dans tous les cas d'incision faite à l'urètre derrière le scrotum, si l'on a la précaution que j'ai prise de convertir en siphon, à l'aide d'un tube œsophagien, la sonde introduite dans la voie naturelle, et d'exciter méthodiquement les parois de l'ouverture artificielle avec le nitrate d'argent ou la teinture de cantharides. Voulez-vous avoir la mesure de ma confiance dans la contre-ouverture et la sonde-siphon ? Je prends le parti de les mettre en pratique chez un enfant de onze ans affecté d'un hypospadias tel, que jusqu'à l'examen que j'en ai fait tout dernièrement, il a été considéré, habillé et élevé comme une fille ; et pourtant, je ne perds pas de vue que sur trois hypospadias que vous avez traités par l'avivement et la suture entortillée, deux l'ont été sans aucun succès ; et pourtant je ne me dissimule pas que les conditions anatomiques des parties séparées et de celles que je dois diviser sont chez mon jeune, trop jeune sujet, très peu favorables à l'opération que je vais tenter. »

S'il pouvait rester le moindre doute à l'égard de la priorité que je revendique, je rappellerais que, sur une honorable invitation de M. Ricord, j'ai eu l'avantage d'assister à son opération d'urétroplastie ; que ce chirurgien, non moins loyal qu'habile, a commencé par analyser devant son nombreux auditoire ma lettre à M. Dieffenbach, qu'il en a démontré les planches avec soin, et qu'après avoir annoncé le projet de suivre mon procédé, il a, comme moi, ouvert une large voie aux urines par le périnée, fendu le prépuce, et pratiqué plusieurs points de suture entortillée sur les lèvres rafraîchies de la perte de substance de l'urètre.

Agréez, etc. SÉGALAS.

Paris, 16 février 1842.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de préparation du peroxide de fer hydraté pur.

M. Legripe a donné le procédé suivant pour obtenir, avec du sulfate de fer arsénical, un hydrate de peroxyde qui ne contienne pas d'arsenic. Après avoir fait dissoudre le sulfate de fer dans l'eau, il fait passer pendant long-temps dans la dissolution un courant d'acide sulfhydrique ; il chauffe pour faciliter le dégagement de l'hydrogène sulfuré, puis il filtre et précipite l'oxide par les moyens ordinaires. L'hydrogène sulfuré produit le double effet de ramener le protoxide de fer à l'état de peroxide, et de faire passer l'arsenic à l'état de sulfure : il se dépose du soufre et une portion de sulfate d'arsenic ; ce dernier achève de se précipiter lorsque l'on chauffe ; de sorte que l'hydrate de peroxide que l'on prépare avec le sulfate de fer ainsi purifié est tout à fait exempt d'arsenic. Ce procédé a très bien réussi à M. Soubeiran sur un sulfate de fer arsenical provenant du commerce.

Quelques personnes regardent comme indispensable que l'hydrate de peroxide de fer destiné à servir de contre-poison soit tout à fait exempt d'acide arsénieux ; bien que ceci n'ait pas toute l'importance qu'on a voulu lui donner, puisqu'il faut gorger le malade d'hydrate délayé et provoquer de nombreux vomissemens, il faut reconnaître qu'il vaut mieux encore se servir d'oxide non arsénical. M. Soubeiran rappelle en outre que M. Berzelius conseille de précipiter le peroxide à froid, en ajoutant à la solution ferrique de bicarbonate de potasse ou de soude ; alors l'oxide ne retient aucune portion de l'alcali qui a servi à sa précipitation. (*Journ. de pharm. et de chim.*, janv. 1842.)

Cas d'empoisonnement par le sel d'oseille.

Une femme âgée de vingt ans, ouvrière en chapeaux de paille, avala environ 30 grammes (1 once) de sel d'oseille dissous dans une certaine quantité d'eau chaude ; bientôt après, elle éprouva un très grand malaise, et, au bout d'une heure et demie environ, on la trouva étendue sur le carreau et privée complètement de connaissance.

Comme le sel d'oseille est une substance que l'on emploie beaucoup à titre d'agent décolorant dans la préparation de la paille destinée à la confection des chapeaux, on ne tarda pas à savoir qu'elle en avait pris, et que c'était à son ingestion qu'il fallait rapporter les accidens développés. Aussitôt M. le docteur Jackson, dont les soins avaient été réclamés, fit administrer 120 grammes (4 onces) de mixture de craie pour neutraliser l'acide.

La malade, qui avait repris connaissance, était extrêmement accablée, son pouls était excessivement faible, sa peau froide et mouillée d'une sueur visqueuse, avec des frissons continus ; elle accusait une sensation de brûlure dans le gosier et à l'épigastre, elle se plaignait d'une douleur dans le dos et d'un obscurcissement de la vue ; les pupilles étaient dilatées et les conjonctives fort injectées.

Le corps fut enveloppé de couvertures bien chauffées et les pieds furent appuyés sur des bouteilles remplies d'eau chaude. On prescrivit aussi l'emploi d'une mixture camphrée avec addition d'un peu d'éther et d'alcoöl d'opium.

Une heure s'était à peine écoulée que déjà la réaction s'était opérée : la peau s'était réchauffée, et le pouls était devenu vif et plein. Mais la douleur du gosier s'était en même temps étendue jusqu'à l'abdomen, qui se montrait alors douloureux à la pression : en conséquence des sangsues furent appliquées, puis des fomentations chaudes furent faites sur le ventre ; le traitement antiphlogistique fut continué, et dès le lendemain l'amélioration qui résulta de cette médication fut évidente. Le sel d'Epson (sulfate magnésique) fut prescrit pour s'opposer à la constipation ; et au bout de quelques jours, la malade eut pleinement recouvré la santé. (*The London med. Gaz.*)

Le registre d'inscription pour le concours de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, a été clos mercredi dernier à sept heures du matin. Se sont fait inscrire MM. A. Bérard, Ph. Boyer, Chassaignac, Chrétien (de Montpellier), Huguier, Laugier, Lenoir, Malgaigne, Michon, Robert, Thierry, Vidal (de Cassis). — Ce concours s'ouvrira le 17 mars prochain.

— Le froid a été extrêmement rude cet hiver en Catalogne. On attribue à cette cause la grande mortalité qui a affligé, en janvier, la population de Barcelonne. Les registres de la ville on constaté 600 décès pour le seul mois de janvier. (*Quotidienne.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 22 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 23, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU DE VALENCIENNES.

Observation de morve aiguë, recueillie par MM. LEFEBVRE et BRANCHE, docteurs en médecine.

Jean-Baptiste Leclerc (dit La Guerre), garçon poissonnier, âgé de trente-deux ans, né à Heuge (Belgique) ; constitution moyenne, cheveux châtains foncés, taille de 1 mètre 80 centimètres, vacciné et non variolé, toujours bien portant jusqu'au mois de novembre 1841. A cette époque, douleurs légères dans les membres inférieurs.

Le 23 novembre, il reçoit à la cuisse droite un coup de pied de cheval qui ne laisse plus de traces quelques jours après. Depuis lors, la santé de Leclerc devient mauvaise, il perd l'appétit, il est triste contre son ordinaire. Obligé de suspendre son travail, il est transporté à l'Hôtel-Dieu sur un brancard ; il y est admis le 3 janvier 1842, pour des douleurs rhumatismales, et il est placé dans le service de médecine, au n° 7 de la salle Saint-Vincent.

Le malade peut se lever quelques instans les trois premiers jours seulement, mais à partir du 7 janvier augmentation des douleurs dites rhumatismales, pouls fréquent, langue sèche, soif, ventre météorisé, diarrhée, deux ou trois selles en 24 heures, toux sans dyspnée, assoupissement presque continu, rêvasseries ; pendant son sommeil, il parle de chevaux et se sert des termes qu'emploient les charretiers pour les diriger ; la nuit, il rêve à tel point, que le repos des malades en est troublé.

Lavement purgatif, lavemens émolliens, boissons émollientes, vésicatoire à la partie inférieure et interne de la cuisse droite, soupes pour nourritures ; telles furent les prescriptions faites les premiers jours.

Le 13 janvier, teinte d'un rouge sombre avec gonflement à la joue gauche, douleurs légères à la pression, continuation des symptômes indiqués précédemment ; saignée, diète, boissons et lavemens émolliens.

Les jours suivans, augmentation de la rougeur et du gonflement, les paupières et le front du côté gauche sont envahis, puis la joue, les paupières et le front du côté opposé; la figure est surtout tuméfiée à gauche ; de la surdité se joint bientôt aux symptômes indiqués : pour se faire entendre du malade, il faut fixer son attention et lui parler assez haut ; et l'interrogeant de cette manière, on obtient des réponses toujours justes.

Diètes, boissons émollientes, lavemens émolliens, tel fut le traitement prescrit à dater du moment où se développe la rougeur de la face.

18. Sudamina à la poitrine et au ventre, transpiration froide et abondante partout le corps, écoulement d'un peu de mucus jaunâtre par les narines, agglutination légère des paupières du côté gauche par une chassie purulente, tumeurs audessus des deux sourcils ; nuits très agitées, rêvasseries plutôt que délire, jamais de délire furieux. On continue le traitement indiqué précédemment.

19. Selles involontaires, eschare du sacrum, symptômes décrits au commencement aggravés.

21. Les paupières droites sont agglutinées comme les gauches, l'écoulement nasal augmente et s'épaissit à tel point qu'on est obligé de laver les narines pour les désobstruer. Des sinapismes sont appliqués aux extrémités inférieures plusieurs fois par jour, et promenés sur toute leur étendue, depuis le 19 jusqu'au 22 janvier.

23. Le malade est isolé à cause de l'odeur qu'il répand, et qu'on attribue aux selles et à la suppuration de l'eschare du sacrum; néanmoins il peut encore reconnaître au son de la voix et la religieuse qui le soigne et un de ses amis qui vient le voir.

C'est ce jour-là que nous l'examinons pour la première fois à trois heures du soir, deux heures avant sa mort. Nous remarquons ce qui suit.

Gonflement et coloration d'un rouge sombre de l'une et l'autre face, et surtout de la gauche.

Jettage abondant par les narines d'un liquide jaunâtre, semi-transparent, très épais.

Paupières fortement agglutinées par une chassie purulente, paupières gauches plus gonflées que les droites.

Pas de gonflement des ganglions sous-maxillaires.

A la région sourcilière droite, trois tumeurs dures, sphériques, saillantes, de couleur lie de vin, d'un diamètre d'un à deux centimètres ; une tumeur semblable de la grosseur d'une noix vers la bosse pariétale droite.

A gauche, tumeur beaucoup plus considérable et de même nature que la précédente, recouverte dans toute son étendue par des croûtes brunâtres, épaisses. Cette tumeur est située d'une part de la bosse frontale à l'angle interne de l'œil, et de l'autre de la même bosse frontale à l'os malaire, en comprenant toute la région des sourcils ; elle a un diamètre de neuf centimètres et demi de haut en bas, et de huit centimètres transversalement.

Vers la région malaire du même côté, trois tumeurs saillantes, analogues aux précédentes, d'un diamètre de deux centimètres à sept millimètres.

Au cou, cinq grosses pustules non ombiliquées; deux croûtes brunâtres, épaisses, placées sur la partie latérale gauche du cou, l'une allongée (trois centimètres et demi transversalement et sept centimètres de haut en bas) ; l'autre, ovalaire, d'un centimètre de diamètre.

A la partie supérieure de la poitrine, deux pustules du volume d'un petit furoncle (un centimètre de diamètre), entourées d'une aréole bleuâtre de la largeur d'un millimètre. Au tiers interne de la région sous-claviculaire droite, tumeur ovalaire, rénitente, peu saillante, de même couleur que la peau ; fluctuation non perçue.

Sudamina en quantité considérable aux parties supérieures et latérales de la poitrine. Langue rouge, sèche, fendillée ; ventre ne paraissant point douloureux à la pression, météorisme, pas de gargouillement ; matité dans une petite étendue à la région hypogastrique ; résonnance obscure aux deux régions antérieures de la poitrine ; respiration haute, fréquente ; râle trachéal.

Sueurs froides ; pouls petit, filiforme, 140 à 150 pulsations.

L'état dans lequel se trouvait le malade ne nous permit point de nous livrer à un examen plus complet.

Autopsie dix-sept heures après la mort, température — 2,5 *centigrades.* — Cadavre d'un sujet légèrement amaigri ; lividités cadavériques à la face postérieure du corps, produites par le décubitus. Pas de traces de putréfaction. Prépuce et scrotum ecchymosés ; au prépuce, excoriation de peu d'étendue.

A la partie interne et inférieure de la cuisse droite, derme dénudé par un vésicatoire. A la partie postérieure des jambes, phlyctènes déterminées par les sinapismes; escharre au sacrum, occupant un espace d'environ quinze centimètres de diamètre. A la région lombaire droite, phlyctène d'un centimètre et demi de diamètre. Sudamina, surtout à la partie latérale gauche de la poitrine.

Teinte jaune livide de la face, disparition de la rougeur et du gonflement qui s'y remarquaient pendant la vie. lèvre supérieure et joue gauches recouvertes par une matière jaunâtre, adhérente, ayant l'aspect de la colle de Flandre, et provenant du mucus nasal concrété. Paupières très adhérentes au moyen de la chassie purulente desséchée.

A la pommette gauche, aux régions sourcilière et pariétale droites, et fronto-sourcilière gauche, se voient les tumeurs qui ont été observées deux heures avant la mort du malade.

Les tumeurs malaires gauches incisées, on trouve dans l'étendue d'un centimètre, un tissu dense, d'un blanc-grisâtre, criant sous le scalpel, et présentant dans ses interstices des granulations tuberculeuses; plus profondément se voit une matière d'un blanc-grisâtre, semi-liquide, en contact avec l'os privé de son périoste. Les autres tumeurs (sourcilière et pariétale droite, et fronto-sourcilière gauche) ne diffèrent des précédentes qu'en ce que la matière qui est placée le plus profondément, ressemble à de la gélatine ramollie ; cette sorte de

FEUILLETON.

DES SCARLATINES RÉGNANTES DANS LA GARNISON DE PARIS.

La garnison de Paris a payé son tribut à la constitution régnante : elle a présenté un grand nombre de scarlatines généralement graves, pendant qu'à côté d'elle, dans les hôpitaux civils et en ville, on observait une foule de pleuro-pneumonies. Au premier abord, rien de plus dissemblable que des scarlatines et des pleuro-pneumonies, et par conséquent rien de plus difficile que d'établir quelques points de contact entre les maladies de la garnison et les maladies de la classe bourgeoise. Toutefois, en y regardant avec un peu plus d'attention, on ne manque pas de saisir des rapports multipliés et essentiels dans les séries en apparence si disparates de ces affections. Les médecins réfléchis seront peu surpris de rencontrer des analogies entre des maladies dont les siéges sont si différens, car ces médecins savent que si les considérations relatives aux siéges des maladies méritent à beaucoup d'égards d'attirer l'attention, elles ne doivent dans aucun cas prévaloir sur les considérations plus importantes qui dérivent de l'appréciation de leur nature. L'expérience des affections populaires ou générales montre d'ailleurs surabondamment que les affections s'offrent au lit des malades avec une multitude de différences relativement à leur siége, quoique par leur nature elles soient réellement identiques. Tels sont précisément les rapports et les différences qu'il est facile de démontrer entre les pleuro-pneumonies déjà décrites dans nos colonnes et les scarlatines plus particulières à la même époque aux militaires de la garnison.

Les soldats atteints de ces maladies se plaignent pendant plusieurs jours d'un rhume fébrile accompagné de frissonnemens, de courbature générale, de céphalalgie et d'un profond dégoût pour tout aliment. Les symptômes de ce premier stade de la maladie s'exaspéraient tous les soirs, ainsi que la toux et la fièvre. A cette période, il aurait été malaisé de distinguer ces maladies de la période initiale des pleuro-pneumonies qui régnaient concurremment. Les observations comparatives auxquelles nous nous sommes livrés sur ce point ne nous ont guère fourni que de deux symptômes capables d'autoriser dès le premier jour la distinction de ces affections.

Ces symptômes caractéristiques sont les suivans : Les malades menacés de pleuro-pneumonie souffraient d'un froid irrépressible qu'aucun moyen d'échauffement ne parvenait à détruire; les militaires préparés à la scarlatine se plaignaient spécialement d'une légère angine dès le début de la fièvre. Mais, de même que parmi les malades de la première catégorie, il s'en trouvait beaucoup chez lesquels la maladie n'excédait pas les bornes d'un état fébrile, réalisant en quelque sorte une fièvre pleuro-pneumonique sans pleuro-pneumonie. De même chez les malades disposés à la scarlatine, on rencontrait beaucoup de sujets dont toute la maladie se réduisait en définitive à une fièvre pure, constituant ainsi, comme on est disposé à l'admettre d'après les idées de Baillou et de Sydenham, une fièvre scarlatine sans vestiges d'éruption.

Quoi qu'il en soit, le rapprochement entre les pleuro-pneumonies de la classe bourgeoise et les scarlatines des militaires était manifeste dès le temps de l'invasion, bien qu'il y eût quelques caractères propres à prévenir leur confusion.

La fièvre scarlatine, précédemment signalée, ne présentait en général aucun symptôme alarmant ; elle durait dans cet état trois à quatre jours, terme moyen, dépassant quelquefois cette limite jusqu'à durer sept ou huit jours pleins. Au bout de cette période, l'exacerbation devenait brusquement plus forte, pendant que les malades ressentaient des démangeaisons fort incommodes par tout le corps. Le lendemain de ces symptômes, le médecin ne manquait pas de reconnaître l'éruption scarlatine qui se composait de larges plaques d'un rouge écarlate, plaques étendues déjà à toute la peau. Cette extension rapide n'empêchait pas de constater que l'éruption avait suivi la marche normale, c'est-à-dire qu'elle avait commencé par les parties supérieures et qu'elle avait gagné ensuite les membres inférieurs. En effet, il était aisé de remarquer que les plaques de scarlatine de la face, des bras et de la poitrine étaient d'un rouge intense, quand celles du ventre et des cuisses étaient plus claires et que les plus claires de toutes affectaient les jambes et les pieds. L'embouchure des muqueuses participait évidemment de la rougeur de la peau, car elle contractait une couleur presque livide très sensible surtout aux lèvres, à la muqueuse et dans l'arrière-bouche. Les yeux eux-mêmes étaient devenus très rouges et les malades y éprouvaient des picotemens fort incommodes. Il était avantageux d'être prévenu de la diffusion de l'éruption à travers le réseau vasculaire des membranes muqueuses, afin qu'on ne fût pas tenté de prendre la rougeur intense de ces membranes, soit à la langue, soit dans l'arrière-bouche pour un signe de l'inflammation des organes digestifs.

L'éruption apparaissait ordinairement en entier dans les vingt-quatre heures ; elle persistait en s'éclaircissant un peu d'abord à la face, aux bras et à la poitrine, le lendemain et le jour d'ensuite, puis elle disparaissait le troisième ou le quatrième jour, tantôt en entraînant l'épiderme sous forme de furfur ou d'une poussière sèche, tantôt en le détachant par véritables lambeaux. La manifestation de l'éruption amendait généralement presque tous les symptômes fébriles, et quand la maladie se jugeait heureusement, cet amendement se soutenait pendant que la scarlatine poursuivait ses phases, jusqu'à ce que la fièvre disparût au terme même de l'éruption. La marche indiquée ici était sans contredit la plus désirable, et nous ajoutons qu'elle a été la plus commune. Mais un grand nombre de malades n'en ont pas été quittes à si bon marché. La gravité des scarlatines dont nous parlons tenait principalement à la rétrocession de l'éruption avant qu'elle eût accompli ses révolutions normales, ou si l'on veut les accidens dangereux de ces maladies se déclaraient au moment où l'éruption cutanée disparaissait brusquement. Les symptômes menaçans dans les cas les plus critiques étaient chez les uns un délire plus ou moins bruyant avec les autres signes d'une lésion du système nerveux, notamment des soubresauts des tendons, l'altération profonde de la physionomie, la petitesse et l'excessive fréquence du pouls, la sécheresse et la chaleur ardente de la peau ; chez les autres le danger naissait de l'appareil des symptômes d'une pneumonie ou d'une pleuro-pneumonie. Ici il n'y avait pas toujours du délire, et quand le délire survenait, il indiquait à coup sûr la fin prochaine : ce qu'on observait dans ce dernier cas, c'était surtout une oppression insigne, la lividité des yeux et de la face, l'ensevelissement du pouls et la sécheresse de la peau ; il va sans dire qu'à l'auscultation de la poitrine les poumons offraient les traces matérielles d'un engorgement généralement étendu à droite et à gauche et qui envahissait même fort souvent la totalité de l'organe respiratoire. L'asphyxie terminait les jours de ces sortes de malades quand on ne réussissait pas à dégager l'organe pulmonaire. Souvent l'ouverture des cadavres venait rendre hommage à l'exactitude de la détermination énoncée.

Les scarlatines graves ou légères guérissaient en présentant le concours des mêmes signes. Les cas légers suivaient paisiblement leurs périodes et se résolvaient du septième au quatorzième jour à la fois par la desquammation de la peau, par une sueur copieuse générale et par quelques selles liquides. Les cas plus graves persistaient bien davantage, ils se prolongeaient communément jusqu'au troisième ou quatrième septenaire au moins, et quelquefois jusqu'au-delà du quarantième jour. A cette époque, lorsque la terminaison était heureuse, il n'était pas rare de voir reparaître la rougeur scarlatine, comme si la répercussion avait été matériellement la cause efficiente de l'aggravation de la maladie. Qnand cette réapparition s'effectuait, les poumons ou la tête se débarrassaient tous seuls ; les forces, abattues ou prostrées, se relevaient immédiatement, en un mot le malade entrait en convalescence, si ce n'est qu'il survenait, de même que dans les exemples les plus simples, une sueur générale et des garderobes liquides. Mais la réapparition de la scarlatine n'arrivait que très rarement au-delà du second septenaire de la maladie ; alors la résolution de la maladie s'opérait à travers toutes les difficultés attachées au traitement des altérations les plus dangereuses des organes encéphaliques ou pulmonaires ; du reste, c'était encore par les mêmes signes que s'annonçait cette résolution

gelée jaunâtre est en contact avec le périoste, excepté à la région sourcilière droite où l'os est dénudé. En enlevant les deux larges croûtes noirâtres qui existent à la partie latérale gauche du cou, on aperçoit une matière concrète d'un blanc-jaunâtre, recouvrant l'aponévrose sous-cutanée.

Outre les pustules qui ont été notées pendant la vie, il en existe également à la poitrine et aux membres supérieurs et inférieurs ; leur nombre peut être porté à vingt environ : d'une figure à peu près sphérique, elles ont un volume qui varie depuis la grosseur d'un grain de blé jusqu'à celle d'un petit pois ; elles sont remplies par une matière inodore, séro-purulente, d'un blanc sale.

On remarque encore trois tumeurs ovalaires, rénitentes, s'élevant à peine au-dessus du niveau de la peau, et de même couleur que cette enveloppe ; l'une au tiers interne de la région sous-claviculaire droite, l'autre vers l'insertion inférieure du muscle deltoïde gauche, et la troisième à la partie postérieure et moyenne de l'avant-bras du même côté. Elles contiennent un liquide analogue à celui des tumeurs sourcilières et pariétales droites ; ce liquide est logé dans les interstices des muscles, et séparé des fibres musculaires par un tissu cellulaire un peu dense.

Dans les interstices de la plupart des muscles des membres supérieurs et inférieurs, et spécialement dans les muscles superficiels, on rencontre un liquide plus ou moins consistant, d'un aspect variable, en général puriforme, tantôt infiltré, tantôt rassemblé en foyers.

Il serait trop long de décrire chacune de ces altérations ; nous ferons seulement remarquer :

1° Qu'à l'incision du muscle demi-membraneux droit, il s'écoule une matière sanguino-purulente, d'une couleur rouge-jaunâtre, semblable à celle du foie. Ce muscle lui-même, d'un aspect analogue à cette matière, paraît ramolli dans la plus grande partie de son étendue.

2° Qu'à la partie moyenne des muscles jumeaux de la jambe droite, se trouve une caverne capable de loger une noisette, renfermant dans son intérieur de la matière tuberculeuse à l'état de crudité, mêlée à de la matière tuberculeuse ramollie.

3° Que dans le muscle triceps crural droit (au tiers inférieur du vaste externe), il existe une caverne contenant un liquide couleur de café au lait, mélangé d'un sang brun-noirâtre, partie liquide, partie solide. La partie solide se présente sous la forme d'un caillot, analogue à de la matière mélanique. Cette caverne, d'un diamètre de six centimètres de haut en bas et de trois dans le sens antéro-postérieur, offre dans son fond une matière d'un blanc-grisâtre, friable, granulée (matière tuberculeuse à l'état de crudité). Incisée à son centre, cette matière laisse écouler un liquide d'un blanc-grisâtre qui ressemble à de la matière tuberculeuse ramollie.

Aucune altération dans les portions musculaires qui avoisinent l'une et l'autre caverne. Rien dans les vaisseaux des membres supérieurs et inférieurs, si ce n'est dans quelques veines, des caillots noirs, diffluens, mêlés à un sang de même couleur.

Dans les interstices des muscles de la poitrine, du ventre, du cou, des épaules, du dos, des lombes, nous n'avons trouvé ni foyer, ni infiltration de pus.

La plupart des articulations ont été ouvertes ; on n'y a rencontré ni pus, ni lésions.

Fosses nasales. La membrane pituitaire présente une teinte d'un rouge vif.

1° On y découvre des granulations rougeâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle à un petit pois.

2° Des pustules sphériques du volume d'un grain de millet, dont la couleur d'un blanc-mat tranche avec la couleur d'un rouge vif de muqueuse.

3° Des ulcérations à fond grisâtre, d'un centimètre à un demi-millimètre de diamètre ; tantôt régulières, tantôt irrégulières ; leurs bords d'un rouge plus vif que le reste de la membrane pituitaire, sont coupés les uns perpendiculairement et les autres obliquement ; dans ce dernier cas l'entrée des ulcérations est plus large que le fond.

Ces lésions sont plus marquées dans la fosse nasale gauche que dans la droite.

Fosse nasale droite. En haut et à la partie moyenne de la paroi interne existe une ulcération irrégulière ovalaire, de trois millimètres de diamètre, plus en arrière, une tache d'un brun rougeâtre, formée par du sang extravasé.

Paroi externe. Pustules miliaires, surtout vers le bord libre des cornets ; mêmes lésions sur les méats. En arrière du cornet inférieur, à sa face interne et vers son bord libre, ulcération irrégulière de quelques millimètres de diamètre, entourée d'un rebord blanchâtre ; en incisant ce rebord il s'écoule un liquide séro-purulent d'un blanc sale.

A la partie antérieure de ce cornet, trois granulations rougeâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Voûte. Vers la partie moyenne, corps rougeâtre, fongueux, de la grosseur d'un petit pois, formé par la réunion de plusieurs granulations.

Paroi inférieure. Elle est recouverte d'une matière d'un blanc jaunâtre, semi-liquide, et elle est parsemée de quelques petites granulations rougeâtres.

Le cornet inférieur de la fosse nasale gauche en est la paroi la plus altérée : nous ne parlerons que de ce cornet.

A la partie antérieure de sa face interne, ulcération arrondie d'un centimètre de diamètre, à bord d'un rouge très vif, à fond grisâtre, dont l'entrée est plus large que le fond, où se trouvent des granulations tuberculeuses.

En arrière deux autres ulcérations moins étendues, de forme irrégulière, à bords déchiquetés, dont le fond et le pourtour sont semblables aux précédens. Ces ulcérations, qui envahissent le bord libre du cornet, sont formées aux dépens de la membrane muqueuse entièrement détruite.

A la face externe de ce cornet, plusieurs petites ulcérations du volume d'une tête d'épingle, entre lesquelles se voyaient des pustules miliaires décrites plus haut.

Sinus maxillaires. Dans ces sinus, liquide transparent, d'un blanc-jaunâtre, de la consistance de l'albumine, dans lequel se trouve une substance du volume d'une noisette, ayant quelque ressemblance avec l'humeur vitrée.

A gauche, arborisations de la muqueuse qui tapisse le sinus ; quelques granulations comme celles de la membrane pituitaire.

Etat normal de la muqueuse du sinus maxillaire droit.

Cavité buccale. Rien aux parois internes des joues, ni à la langue, ni aux gencives, ni à la voûte du palais, ni aux piliers du voile du palais.

L'amygdale gauche incisée, il s'écoule une matière d'un blanc-jaunâtre comme purulente ; la droite est percée de cinq à six ouvertures assez profondes, irrégulièrement ovalaires, du diamètre de deux à quatre millimètres, dont le pourtour est à l'état normal. Au centre de cette amygdale, tissu blanchâtre, dense, fibro-cartilagineux, criant sous le scalpel.

L'arrière-bouche est recouverte par une matière analogue à celle des fosses nasales.

Voile du palais. A la partie supérieure et moyenne de la face antérieure du voile du palais, surface arrondie d'un rouge-vif, uniforme, d'un centimètre de diamètre, où existent quelques ulcérations irrégulières, peu profondes, à fond grisâtre ; en arrière et aux points correspondans, autre surface d'un rouge moins vif, avec des ulcérations un peu plus profondes que les précédentes ; plus bas, sur la même face, quelques plaques irrégulières d'un rouge-vif.

La luette, uniformément colorée en un rouge vif, est recouverte par un grand nombre de petites pustules miliaires, d'un blanc mat.

L'épiglotte est très hypertrophiée ; son épaisseur est de seize millimètres ; sa face antérieure, d'un rouge vif, est criblée d'une foule de petites pustules miliaires. Sa face postérieure ou laryngée est fortement injectée, surtout vers les bords ; elle présente, vers son bord libre, une surface d'un centimètre de diamètre d'un aspect grisâtre, formée par de la matière tuberculeuse semi-liquide.

Plus bas, vers la glotte, se trouve une ulcération large et profonde, irrégulièrement circulaire, d'un centimètre et demi de diamètre, à bords déchiquetés, à fond grisâtre.

Vers la jonction de son bord latéral droit avec la glotte, se remarquent sur un fond d'un rouge très vif, trois petites ulcérations ovalaires, de trois millimètres environ de diamètre, à bords coupés à pic, intéressant toute la membrane muqueuse : leur fond est recouvert d'un liquide d'un blanc grisâtre, puriforme.

Le ligament supérieur droit de la glotte est uniformément teint en rouge ; on y voit une foule de petits points jaunâtres, ovalaires, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Rien ni au ventricule ni aux autres ligamens de la glotte.

La trachée contient un liquide sanguinolent, spumeux ; même liquide uni à une matière mucoso-purulente dans les bronches.

Même altération dans les parties qui constituent ces tuyaux aériens.

Poumon gauche. Adhérences celluleuses au sommet ; à la partie antérieure de la surface externe de ce poumon, plusieurs tumeurs saillantes, dures, irrégulièrement circulaires, du diamètre d'un centimètre et demi à cinq millimètres, placées la plupart sur un fond d'un rouge vif, analogue à celui des fosses nasales.

Quelques-unes de ces tumeurs sont formées par l'agglomération de plusieurs autres d'un volume beaucoup moindre, disposées sur plusieurs zones concentriques.

Parmi ces tumeurs, les unes sont d'un blanc-bleuâtre, denses, comme fibro-cartilagineuses, criant sous le scalpel ; les autres sont formées par une matière d'un blanc jaunâtre, friable, granulée ; la plus considérable présente l'aspect d'un caillot apoplectique ; en l'ouvrant, on remarque qu'elle est criblée d'une foule de points d'un blanc mat qui paraissent être de la matière tuberculeuse à l'état de crudité.

En arrière, mêmes tumeurs non placées sur un fond rouge.

A son sommet, ce poumon est creusé par une caverne capable de loger une noix ; cette caverne est remplie de matière tuberculeuse ramollie, et séparée des parties environnantes non altérées par une membrane fibro-cartilagineuse peu épaisse, où s'aperçoivent les ouvertures de plusieurs tuyaux bronchiques.

Plus bas, dans le lobe supérieur, plusieurs petites cavernes de même nature, et des tubercules crus ; ni cavernes, ni tubercules dans le lobe inférieur ; engorgement à la partie postérieure seulement.

La surface externe du poumon droit, moins altérée qu'au poumon gauche, présente des lésions de même nature. Dans l'intérieur du poumon droit, ni cavernes, ni tubercules ; cependant le lobe inférieur est engoué dans toute son étendue.

Chaque poumon surnage lorsqu'on le plonge dans l'eau, en entier ou en partie.

Ganglions bronchiques non hypertrophiés.

---

périlleuse, nous voulons dire qu'elle s'accompagnait généralement de sueurs copieuses universelles et de garderobes liquides.

Le meilleur traitement des scarlatines décrites résulte et de la constitution des malades, et de la nature de la maladie, et de ses voies de solution spontanée. Ne perdons pas de vue que la grande majorité des sujets atteints de ces maladies étaient des jeunes gens d'élite généralement forts, n'ayant aucune infirmité essentielle, et habituellement bien nourris.

Ces circonstances toutes personnelles ont imprimé à la plupart de ces scarlatines un caractère profondément inflammatoire qui a dû commander l'emploi des saignées, de la diète rigoureuse, des rafraîchissans et des adoucissans, en un mot de la méthode antiphlogistique au grand complet. Les médecins militaires les plus habiles n'ont pas manqué à une injonction si impérieuse, et ils ont eu à s'en louer. Trois, quatre saignées ou davantage étaient quelquefois requises pour abattre l'effervescence fébrile ; les sangsues à l'anus, aux tempes, à la poitrine ou à la gorge secondaient cette méthode lorsqu'il s'agissait de lutter contre des localisations menaçantes.

Toutefois, malgré l'indication bien prononcée des antiphlogistiques, leur application devait avoir des bornes, car s'ils étaient ici incomparablement plus nécessaires que dans les pleuro-pneumonies contemporaines dont nous avons fait mention dans un autre article, ils ne tenaient pas lieu de tout. Nous avons vu, en preuve de notre assertion, plusieurs cas de ces maladies que l'excès de cette méthode a rendue très graves, et d'autres cas que cette méthode exagérée a conduits à la mort. D'autres cas, au contraire, ont été ramenés d'un haut degré de gravité à l'expression la plus simple, quand on n'a pas reculé, d'après notre invitation, à employer l'émétique réitéré, à la suite d'émissions sanguines suffisantes. L'époque de l'administration de ce remède héroïque est déterminée par la rétrocession de l'exanthème, lorsqu'on ne saureit pas accuser l'exaltation du mouvement fébrile, à quoi il faut ajouter qu'un motif bien évident de l'emploi de ce remède, c'est l'insuffisance des émissions sanguines déjà pratiquées. Ce moyen rappelle l'exanthème répercuté, dégage les viscères et pousse à la sueur et aux garderobes critiques. La présence d'un engorgement des poumons et le délire même ne constituent pas une contre-indication de son usage lorsque, nous le répétons, on a assez désempli les vaisseaux. Aucun agent ne paraît au contraire plus approprié pour résoudre ces sortes de congestions de viscères, aucun au moins ne réussit ni plus complètement, ni plus vite.

Maintenant, on est en mesure de reconnaître toutes les analogies existantes entre les scarlatines de la garnison et les pleuro-pneumonies de la classe bourgeoise. Les unes et les autres se présentent au début avec les symptômes des fièvres catarrhales, les unes et les autres affectent les organes de la poitrine et de la tête, les unes et les autres se traitent au fond par la même méthode thérapeutique, les unes et les autres enfin se résolvent spontanément par les mêmes mouvemens critiques. Toutes leurs différences consistent, indépendamment des différences accidentelles particulières aux maladies, dans cette circonstance unique, que les maladies de la garnison s'accompagnent fréquemment de scarlatine, tandis que les maladies de la classe bourgeoise sont généralement exemptes d'éruption.

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE QUI SÉVIT EN CE MOMENT A AIGUES-MORTES.

La ville d'Aigues-Mortes, depuis longtemps aux prises avec l'inondation, la misère et les affections fébriles qu'un pareil concours de circonstances entraîne nécessairement à sa suite, est, depuis la fin de décembre 1841, ravagée par une maladie épidémique d'un caractère grave, et promptement fatale. Son invasion est brusque et soudaine ; nombre de malades sont morts après quelques heures de maladie : dans quelques cas le début n'est guère qu'un accès de fièvre dont l'apparence bénigne cache les conséquences les plus terribles. Du 1er au 31 janvier 1842, l'état civil a constaté 75 décès, dont plus de 55 sont le fait de l'épidémie. Or, Aigues-Mortes compte à peine 3500 habitans ; il y a une mortalité annuelle de 125 personnes, sur laquelle le mois de janvier compte pour 7 1/2 dans une moyenne de dix années.

La maladie n'est point contagieuse ; elle se reproduit avec le concours des mêmes causes sur les individus soumis aux mêmes conditions hygiéniques ; mais à deux pas de ceux-ci et dans la même atmosphère, d'autres individus échappent à ses atteintes. Ses causes sont : l'humidité froide dont le sol est imprégné, l'entassement dans des locaux très bas, la misère et les privations, les maladies antérieures.

Les symptômes sont une sensation de froid général, plus vive à la tête et aux membres, avec douleurs dans les articulations et céphalalgie atroce ; bientôt le malade se couche ; il tombe dans une stupeur profonde, remplacée, dans quelques cas, par un délire plus ou moins intense. Le pouls est lâche et peu fréquent ; la peau, d'abord aride, se couvre bientôt d'une sueur visqueuse ; la face est livide ; les yeux sont injectés, la pupille dilatée ; la langue est molle, livide et froide. Cet état de prostration est souvent terminé par l'agonie, sans qu'aucun effort naturel ou provoqué vienne attester que la nature se prépare à réagir contre l'action des agens morbides. Quelquefois des réactions générales ou partielles s'opèrent : alors le délire devient franc et plus ou moins violent ; il y a des vomissemens, de la dyspnée, de la toux ; des accidens tétaniques se manifestent.

La marche de la maladie est généralement continue : dans quelques cas fort rares, on a cru reconnaître au début une apparence de périodicité ; mais l'observation plus attentive n'a pas justifié ce fait.

L'épidémie d'Aigues-Mortes est une affection *typhoide* dans le sens radical du mot *tuphos* ; on y remarque, en effet, la stupeur, la lividité de la face, la dépression du pouls, l'injection des yeux, etc., caractères propres à d'autres épidémies d'affections typhoïdes observées par nous à St-Geniès et à Lunel même, en 1840 et 1841. Nous n'avons d'ailleurs pas d'autre prétention en nous servant de cette expression, et nous avouons que nous n'entendons nullement confondre l'épidémie d'Aigues-Mortes avec celles de dothinenterie et d'entérite folliculeuse, observées et décrites par MM. Bretonneau, Louis, Chomel, etc., avec lesquelles elle n'a de commun que ses principaux symptômes.

L'autorité municipale d'Aigues-Mortes a, de bonne heure, fait tous ses efforts pour enrayer les progrès du mal ; elle a administré une foule de secours en vivres, couvertures, linge, bois de chauffage, etc. ; elle a mis à la disposition des médecins son influence sur l'esprit de la population, et donné des ordres pour que des autopsies pussent être pratiquées : ses peines seront couronnées de succès ; elle obtiendra la plus belle récompense qu'elle puisse avoir en vue, l'amélioration de l'état sanitaire, et la reconnaissance des malheureux.

Nous avons assisté à deux autopsies : l'une faite sur un adulte, mort après 48 heures de maladie ; l'autre, sur un enfant de 12 ans qui avait succombé vers le neuvième jour. Les résultats nécroscopiques sont : une congestion sanguine très abondante du cerveau, avec hémorrhagie ; le sang y est très noir, visqueux et caillebotté ; la même congestion sanguine existe au cœur et dans les organes parenchymateux du thorax et de l'abdomen, les reins exceptés. Chez le second sujet, du pus abondant était ramassé dans les ventricules de l'hémisphère gauche du cerveau, à la partie postérieure du crâne, sur l'entrecroisement des nerfs optiques, et à l'origine de la moelle épinière ; la pulpe cérébrale était ramollie. Dans le thorax, on trouvait une pneumonie au premier degré, et plusieurs cuillerées de sérosité dans le péricarde ; le foie et la rate étaient fortement gorgés de sang noir et visqueux. Chez les deux sujets, on a constaté des affections chroniques graves des viscères abdominaux, conséquences des fièvres d'accès qui les avaient tourmentés durant l'été et l'automne derniers. Il est aussi d'observation, jusqu'à ce jour, que tous les individus atteints par l'épidémie, à de rares exceptions près, avaient payé un large tribut à l'épidémie fébrile de 1841.

Les moyens thérapeutiques employés jusqu'à notre visite, le 28 janvier, n'ont pas été couronnés de succès : presque tous les malades ont succombé. Maintenant que, par l'autopsie, les praticiens sont mieux éclairés sur la vraie nature de la maladie, le succès, nous l'espérons, couronnera leurs efforts dans la grande majorité des cas. Nous pensons aussi que des précautions hygiéniques bien entendues opposeront une digue efficace aux progrès ultérieurs de l'épidémie.

Les plèvres sont à l'état normal ; pas d'épanchement dans leur cavité.

Sérosité légèrement citrine dans le péricarde ; quantité évaluée à 250 grammes ; pas d'altération de cette membrane.

Cœur décoloré, peu consistant ; aucune autre lésion.

Caillot noir, d'une faible consistance dans l'un et l'autre ventricule ; caillots diffluens mêlés à du sang noirâtre dans les veines caves, porte et sous-clavières.

Rien à l'œsophage ; estomac distendu par des liquides et des gaz ; quelques plaques d'un brun rougeâtre dans son grand cul-de-sac ; rien au duodénum et à l'intestin grêle ; seulement vers la fin de l'iléon, un ascaride lombricoïde.

Gros intestin décoloré dans toute son étendue ; pas de matières fécales ; rien aux ganglions mésentériques ; rien au péritoine.

Foie hypertrophié ; teinte jaune pâle, surtout au lobe gauche ; face inférieure verdâtre, le long du bord antérieur du lobe droit, dans une étendue de quatre centimètres.

Lobe gauche résistant, peu friable ; pas de sang à l'incision.

Lobe droit plus friable ; écoulement assez abondant d'un sang noirâtre, quand on l'incise ; vésicule biliaire, distendue par de la bile noirâtre. Rate très dense, hypertrophiée ainsi que les reins. Trois cents grammes environ d'un liquide citrin, transparent, dans le réservoir urinaire.

Sur la membrane muqueuse de la vessie, taches ne disparaissant pas par le lavage ; les unes ovalaires, les autres irrégulières, la plupart d'une couleur rouge vif ; quelques-unes d'un rouge sombre, d'une longueur d'un à quatre millimètres, séparées par des intervalles plus ou moins considérables, où la membrane muqueuse n'offre aucune altération. Ces taches sont plus nombreuses à la paroi postérieure qu'à la paroi antérieure. Les autres tuniques de la vessie sont à l'état normal.

Cerveau. Quelques arborisations sur la dure-mère ; sinus longitudinal supérieur contenant de la fibrine ; sang mêlé à de la sérosité jaunâtre, s'écoulant à l'incision de la dure-mère ; vaisseaux superficiels injectés ; à la surface externe de l'arachnoïde, dépôt d'une matière d'un blanc jaunâtre, de forme irrégulière, d'une étendue variable (un centimètre à deux millimètres de longueur), peu consistante, analogues aux pseudo-membranes.

Dans certains points, cette matière tend à s'organiser ; dans d'autres elle est entièrement organisée. Organisation celluleuse.

A la base du cerveau même matière en moindre quantité.

En incisant l'arachnoïde, écoulement assez abondant d'un liquide d'un jaune citrin.

Bonne consistance du cerveau ; gouttelettes de sang quand on l'incise ; rien dans les ventricules ni au cervelet.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

Remarques. Voici un cas de morve aiguë parfaitement caractérisé, qui a failli passer inaperçu.

Leclerc (dit La Guerre), était placé au n° 7 (salle Saint-Vincent). L'un de nous prenait depuis plusieurs jours l'observation d'un pneumonique couché au n° 6 de la même salle. Il avait vu plusieurs fois Leclerc, mais il ne l'avait point examiné ; il l'avait à peine interrogé. La morve chez l'homme n'avait pas encore été observée à Valenciennes, et la délaration du malade sur sa profession était loin de mettre sur la voie. Le médecin traitant n'avait pas songé à lui demander s'il conduisait ou s'il avait conduit des chevaux ; il ne soupçonnait point qu'il pût être attaqué de la maladie dont les signes caractéristiques se révélèrent plus tard.

Différens diagnostics avaient été établis, suivant les diverses phases de la maladie. Au début, on crut avoir affaire à un rhumatisme ; plus tard à un érysipèle, et en dernier lieu à un érysypèle compliqué de fièvre typhoïde. Lorsque pendant son sommeil on entendit à plusieurs reprises Leclerc parler de chevaux et se servir des termes qu'emploient ordinairement les conducteurs de voitures, on n'y fit aucune attention.

Ce ne fut que le dimanche, 23 janvier, à trois heures du soir, qu'étant allé à l'Hôtel-Dieu, nous connûmes les diagnostics qui avaient été successivement portés, et les phénomènes qui apparurent aux différentes époques de la maladie. Nous fûmes frappé de l'analogie qui existait entre ce cas et celui de M. Bouillaud (*Gazette des Hôpitaux*, 18 novembre 1841). Nous demandâmes à voir le malade, qui avait été isolé ; nous le trouvâmes agonisant.

Un examen attentif nous fit bientôt reconnaître tous les signes qui appartiennent à la morve aiguë. Quelques heures après nous retournâmes à l'Hôtel-Dieu pour examiner le malade de nouveau ; il venait d'expirer ; ce fut le lendemain du jour où la morve avait été diagnostiquée, que nous obtînmes les renseignemens qui suivent :

Jean Baptiste Leclerc (dit La Guerre), orphelin, avait été soumis, dès son bas-âge, à toutes les rigueurs de l'indigence. A peine capable de mener un cheval, les marchands de poissons qui vont s'approvisionner à Gand lui faisaient conduire leur voiture pendant la nuit. Exposé à toutes les intempéries des saisons, il était de plus mal nourri et à peine vêtu. Plus âgé, il abandonna ce genre de vie et se plaça comme domestique chez M. Bart..., aubergiste et commissionnaire de roulage à Hernais, bourg à 16 kilomètres de Leuze (Belgique). Il resta fort long-temps ; et la dernière année il fut constamment chargé de mener des chevaux morveux.

Il abandonna ce service en novembre 1841, et il vint, le 8 de ce mois, se placer comme domestique chez M. L..., marchand poissonnier à Valenciennes. Il devait conduire une voiture, mais sa santé ne lui permit que de faire deux voyages.

Cette circonstance, qu'il avait soigné des chevaux morveux, jointe aux symptômes que nous avions rencontrés la veille, ne nous laissèrent aucun doute sur la nature de la maladie à laquelle Leclerc venait de succomber.

L'autopsie vint confirmer notre manière de voir : le cas nous parut alors d'une telle évidence que nous jugeâmes inutile de recueillir du pus pour l'inoculer à un cheval.

Cependant des médecins n'ont point partagé notre opinion ; ils ont supposé que Leclerc était mort d'un érysipèle à la face compliqué de méningite, et ils l'ont annoncé dans les journaux de la localité. Nous n'avons pas cru devoir les suivre sur ce terrain ; nous avons préféré publier notre observation dans la *Gazette des Hôpitaux*, où des juges compétens pourront décider de quel côté se trouve la vérité.

E. LEVÈBVRE, D.-M. BRANCHE, D.-M.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

De la leucorrhée chez les petites filles, et de la vulvite, soit primitive, soit consécutive à l'écoulement vaginal.

Nous avons déjà eu occasion de parler de la fréquence de la leucorrhée chez les petites filles, et de la vulvite qui en est bien souvent la conséquence. De nouveaux faits intéressans à différens égards nous engagent à revenir aujourd'hui sur un sujet qui ne s'observe qu'à l'hôpital des Enfans, et qui est d'une importance tout à fait pratique. Nous regrettons que l'examen de l'utérus chez les petites filles ne pouvant être fait nous prive de documens importans.

Quoi qu'il en soit, les écoulemens vaginaux chez les jeunes filles sont de deux origines bien distinctes : les uns, de cause interne, se développent sous l'influence d'une constitution débile, lymphatique, parfois même scrofuleuse ou rachitique ; constitutions si communes dans les classes pauvres et laborieuses de Paris ; ce genre de vulvite, dans certaines circonstances, peut arriver à l'état de gangrène : vous en avez un exemple au n° 5 de la salle Sainte-Thérèse ; les autres, de cause externe et moins fréquens que les premiers, sont le résultat d'une action mécanique directe sur les organes génitaux, telles que la masturbation et les tentatives d'une copulation précoce accomplie plus ou moins imparfaitement ; dans ce dernier cas l'écoulement peut être de nature blennorrhagique ou syphilitique.

Il résulte de cette double origine que présentent les leucorrhées et les vulvites de l'enfance et de l'adolescence que lorsqu'on se trouve en présence d'une semblable affection, il devient parfois difficile de décider au premier abord quelle est sa nature, attendu que dans ses caractères de localité l'affection ne présente aucun signe suffisamment caractéristique pour permettre d'affirmer péremptoirement que c'est dans des attouchemens réitérés ou dans des rapprochemens impurs qu'elle a pris son origine, ou bien qu'elle est l'expression d'une constitution maladive.

Les commémoratifs eux-mêmes ne fournissent pas toujours pour le praticien des lumières certaines, et déjà j'ai eu occasion de vous avertir de l'immoralité de quelques parens qui, ayant des petites filles en apprentissage actuellement atteintes d'une leucorrhée, au développement de laquelle toute sorte de rapprochement impur est resté étranger, s'en prévalent comme d'une arme très sûre pour extorquer aux maîtres de la petite fille des dommages-intérêts sous prétexte qu'elle a été au moins mal gardée ; espèce de rançon illicite, à laquelle ceux-ci sont parfois contraints de se soumettre pour éviter le scandale d'un procès devant les tribunaux, et la défaveur que ces sortes d'affaires ne manquent jamais de déverser quand même sur les personnes inculpées.

Quand on se trouve avoir affaire à des faits de cette espèce, il faut être sur ses gardes et surtout parcimonieux de certificats, que les parens ne manquent jamais de réclamer, ne se rendre jamais qu'à l'évidence, quand il s'agit d'affirmer qu'il y a eu tentative de viol ou simple rapprochement sexuel, et se renfermer en général dans cette réserve qui résulte de l'incertitude même des choses et de la méfiance que doit inspirer la cupidité des gens séduits par l'appât d'un dédommagement pécuniaire. Une semblable conduite se concilie d'ailleurs avec les devoirs que nous dicte notre conscience et la considération dont le médecin ne saurait jamais trop s'environner.

C'est de la sorte que nous avons agi à l'égard de la petite malade du n° 7 de la salle Sainte-Thérèse. Nous avons d'abord refusé aux parens le certificat qu'ils nous demandaient, et ce n'est que lorsque nous avons été requis par les autorités compétentes que nous avons émis notre opinion sur un sujet qui nous imposait des réserves d'autant plus grandes que notre rapport pouvait devenir un des chefs d'accusation des plus accablans pour la personne incriminée.

Pour revenir à notre sujet, après cette courte digression, qui a pourtant son utilité, et continuer l'examen de la question qui se rattache au diagnostic des vulvites avec leucorrhée, après vous avoir dit que souvent dans les phénomènes locaux on ne trouvait aucun signe indiquant d'une manière positive si la maladie était le résultat d'une cause interne ou d'une cause externe, nous devons ajouter cependant qu'indépendamment de l'écoulement qui varie en quantité, qui peut être blanc, laiteux ou verdâtre, fétide ou inodore, il est des circonstances qui fournissent des présomptions d'une grande valeur pour reconnaître la cause. Ainsi, par exemple, quand avec la leucorrhée et la vulvite, existent aux organes génitaux externes des ecchymoses, des déchirures, éraillures ou excoriations, quand la vulve est dilatée et en même temps enfoncée, ce qui peut faire raisonnablement présumer que des tentatives d'introduction ont pu avoir lieu, quand surtout la membrane hymen est déchirée, qu'il y a chute de l'urètre, comme nous l'avons observé une fois, alors reste presque évidemment démontré ce double fait qu'il y a eu tentative d'introduction de corps étranger et peut-être viol, et je dis peut-être, attendu qu'alors même rien ne démontre rigoureusement que les lésions des organes génitaux externes n'aient été occasionnées par toute autre cause que le rapprochement sexuel, la petite fille pouvant être adonnée à la masturbation et pouvant s'être livrée à des manœuvres pour introduire des corps étrangers ; car si l'écoulement n'est accompagné d'aucun signe syphilitique nous ne pouvons conclure positivement qu'il y a eu tentative de viol, et nous ne pouvons émettre que sous forme de doute que ce que nous observons peut avoir été déterminé par de coupables tentatives.

Malheureusement ces sortes d'immoralités ne sont que trop fréquentes dans nos mœurs, et certaine croyance vulgaire n'en rend que trop fréquente la reproduction ; il est des malheureux, en effet, qui, étant atteints d'accidens vénériens ou syphilitiques, se laissent persuader qu'ils en seraient à coup sûr délivrés s'ils parvenaient à obtenir les premiers rapprochemens avec une vierge ; et ce sont forcément les petites filles qui sont de préférence victimes de cette croyance superstitieuse. Mais il est un cas où le rapprochement sexuel ne peut presque pas rester douteux ; c'est lorsqu'avec la leucorrhée la vulvite xiste simultanément avec des chancres ; le chancre étant, en effet, le caractère évident de la syphilis, et susceptible de se transmettre directement, il est important, dans ces cas, de bien distinguer les chancres des ulcérations qui succèdent à la chute des escharres.

L'ensemble de la constitution des malades et les résultats thérapeutiques fournissent encore des données précieuses pour déterminer la nature de la cause de l'écoulement. Ainsi, chez la petite malade du n° 5 de la salle Sainte-Thérèse, il n'existe presque point de doute à ce sujet ; cette enfant est

---

Les moyens mis en œuvre jusqu'à ce jour ont été : des saignées générales et locales faites de prime-abord, des applications de sinapismes et de vésicatoires, des sudorifiques légers et des sédatifs, la potion de Rivière, et enfin le sulfate de quinine. Quelques-uns de ces moyens, loin d'être utiles, ont même paru nuisibles.

Il y a dans la maladie d'Aigues-Mortes une intoxication miasmatique dont les effets se montrent sur le sang par un épaississement particulier ; la circulation est ralentie partout. Des foyers de congestion se manifestent dans tous les organes à vaisseaux sanguins abondans, ainsi au cerveau, dans les poumons, le foie, la rate. Les congestions ne peuvent être résolues de prime-saut par les évacuans du système sanguin, car l'organisme n'est rien moins que disposé aux réactions : c'est donc à produire cette réaction salutaire que doivent tendre, selon nous, tous les efforts du praticien. Celle-ci amenée, il reste à se tenir en garde contre ses effets exagérés, qui se résument en phlegmasies générales ou partielles. Arrivée là, la maladie perd beaucoup de son caractère spécial ; elle rentre dans le cadre des affections ataxiques, putrides, adynamiques, typhoïdes, n'importe la dénomination qu'on voudra leur attribuer.

Avant de terminer cette note, qu'il nous soit permis de citer une observation qui, nous le croyons, devra jeter beaucoup de jour sur la nature et le traitement de cette grave affection épidémique.

J. Vigne, porte-faix d'Aigues-Mortes, arrivé à Lunel depuis quelques jours, est attaché, comme homme de peine, à l'exploitation commerciale de la maison Gros et Comte : il jouit d'une bonne santé ; cependant, l'été dernier, il a été sujet à des érysipèles qui ont nécessité plusieurs saignées ; il a eu quelques accès de fièvre en automne. Le 14 janvier dernier, il a été pris d'une sorte d'accès avec céphalalgie dont il ne s'inquiète pas, car huit jours auparavant il en avait éprouvé un semblable. Le 15, deuxième jour, le malade tombe dans la stupeur, et je suis appelé. Voici son état : couché en supination ; face livide ; yeux injectés, pupille dilatée ; langue molle, livide, qu'il oublie de rentrer ; subdélire, loquacité ; pouls lâche et peu fréquent ; sueur visqueuse et froide ; quelques vomissemens bilieux ; peu de soif ; réponses lentes. Il accuse une céphalalgie atroce à la partie antérieure, et des douleurs dans les membres ; la poitrine donne à la percussion un son *peu clair partout* ; la respiration est *embarrassée* ; le ventre est dur et peu sensible, si ce n'est à l'épigastre. (Sinapismes, sudorifiques ; potion cordiale, éthérée. — Chaleur sur l'abdomen et à la poitrine.) Troisième jour, les urines n'ont pas encore coulé ; pas de selles ; toux, dyspnée, céphalalgie, délire. (Mêmes moyens.)

Quatrième jour, un peu de réaction paraît se manifester ; le pouls est plus consistant ; les bruits du cœur sont moins confus et ses pulsations plus régulières ; son clair à la partie antérieure du thorax. (Saignée du bras : couenne épaisse, pas de caillot ni de sérosité, le sang est brun, désagrégé, comme pourri, pour nous servir d'une expression vulgaire.) Après la saignée, J. Vigne respira mieux, il accusa plus facilement ses sensations ; un peu d'urine. Le soir, délire plus fort, plus caractérisé. (12 sangsues aux apophyses mastoïdes, répétées le matin.)

Cinquième jour, toux, crachats sanguinolens, douleur à l'épigastre et à la tête. (Nouvelles sangsues *ut supra*, looch blanc.)

Sixième jour, langue grise et humectée, mêmes symptômes thoraciques, la tête est plus calme. (Tartre stibié en lavage ; défécation abondante ; — amélioration notable.)

Depuis, la maladie a marché rapidement à la convalescence : J. Vigne est parti aujourd'hui très bien guéri, et propre à reprendre son service.

Le 28 décembre 1841, j'ai vu à Saint-Félix, canton de Lunel, un jeune homme de dix-huit ans, ayant habité une campagne inondée pendant une partie de l'été, et y ayant contracté une fièvre intermittente chronique. Il fut pris subitement, le 26 décembre, d'une affection semblable à celle que nous avons décrite, et succomba le troisième jour. Nous n'avons été appelé que quelques heures avant sa mort.

En résumé, la maladie d'Aigues-Mortes offre trois périodes bien tranchées : 1° période de congestion ; 2° période de réaction ; 3° période de collapsus. Les indications consistent donc : 1° à favoriser la réaction pour arriver à combattre avantageusement la polyœmie ; 2° à diriger et maintenir cette réaction dans des bornes convenables.

Ici trouvent leur place une foule de médicamens et de méthodes plus ou moins préconisées et dénigrées, et qui peuvent offrir des avantages : pourquoi ? c'est que l'affection typhoïde qui débute par des symptômes d'encéphalite peut se transformer en pneumonie, en gastro-entérite, et enfin prendre l'apparence de l'état saburral. Or, voici ce qui se passe, et plus de cent faits nous ont confirmé la justesse de cette observation : les organes contenus dans les trois grandes cavités sont envahis simultanément ; mais les symptômes les plus saillans fixent seuls l'attention de l'observateur : de là la médecine empirique et les discussions oiseuses de plusieurs écrivains. On conçoit qu'avec cette idée de simultanéité d'invasion morbide et une attention exacte, l'erreur devienne impossible. Mais nous nous réservons de donner plus de développement à cette idée en rendant compte de deux épidémies de fièvres typhoïdes observées à St-Geniès et à Lunel, comme nous l'avons dit, en 1840 et 1841. C'est ce que nous ferons dans un des prochains numéros de ce journal.

Dr Alph. MÉNARD.

Lunel, 1er février 1842. (*Gaz méd. de Montpellier.*)

d'une constitution débile, rachitique même, qui explique suffisamment l'existence de la leucorrhée et de la vulvite consécutive, résultat, l'une et l'autre, d'une cause interne.

Au n° 7 de la même salle, au contraire, se sont succédées deux petites filles dont la constitution présentait les meilleures apparences, et que l'on n'eût pas pu invoquer avec quelque raison pour expliquer l'existence de la maladie. Nous devons même ajouter que chez la dernière, les petites lèvres sont refoulées, la vulve enfoncée, ce qui paraîtrait indiquer que des tentatives d'introduction ont été faites ; cependant il n'existe pas de déchirures. En même temps que la vulvite, on observe ici des ulcérations superficielles, mais sans fond grisâtre ni bords coupés à pic : ce ne sont pas des chancres. Chez l'une et l'autre de ces deux petites malades, la constitution n'était que légèrement lymphatique, et l'on n'y remarquait aucun vestige de scrofule.

La thérapeutique fournit, avons-nous dit, des données plus exactes concernant la nature de ces écoulemens avec on sans vulvite. En effet, lorsqu'ils sont le résultat d'une cause constitutionnelle, les moyens locaux ne parviennent pas à les guérir ; ils amendent seulement le mal, et encore ce n'est que temporairement, tandis que la guérison s'obtient complètement quand la cause du mal a agi localement.

Chez la petite fille du n° 5, nous avons vainement employé les topiques indiqués en pareil cas : il y a eu, à la vérité, un peu de mieux d'abord, mais bientôt le mal est resté stationnaire. Il nous a fallu avoir recours aux moyens internes, combinés aux moyens locaux. Chez les deux petites filles du n° 7, au contraire, les moyens locaux ont suffi pour amener la guérison, qui bientôt sera complète chez la dernière admise dans le service depuis huit jours, la première étant déjà sortie guérie. Ces deux résultats nous portent à croire que ces vulvites étaient de causes locales seulement.

En conséquence, le traitement des vulvites de causes locales consécutives aux leucorrhées, comme de celles qui sont prlmitives ou de cause externe, repose sur l'emploi très modéré des antiphlogistiques d'abord, et des toniques ensuite; les bains ordinaires ou d'eau de son, l'eau blanche, la solution de nitrate d'argent (25 ou 30 centigrammes par gramme d'eau distillée), dont on imbibe des tampons qu'on applique sur la vulve, le jus de citron, le nitrate d'argent fondu appliqué en nappe, l'eau chlorurée, le vin aromatique, les bains de siége également aromatiques. Ces moyens suffisent ordinairement. Il est des cas cependant où, quoi que l'on fasse, la gangrène se déclare, ainsi que cela est arrivé chez la petite fille du n° 5, et souvent alors le fer rouge peut seul en arrêter le progrès. Il importe de ne pas confondre la couleur violacée que présente quelquefois la vulve avec la rougeur franchement inflammatoire, car si alors on commettait la méprise d'appliquer des sangsues, on hâterait le développement de la gangrène. Cette teinte est au contraire un signe qui doit engager à employer des modificateurs et des excitans locaux.

Le traitement de la leucorrhée et de la vulvite par cause interne repose sur l'emploi de médicamens également internes. La médication locale seule n'entraîne qu'une amélioration peu importante qui reste bientôt stationnaire. Les agens à administrer à l'intérieur sont principalement le sirop et le vin antiscorbutiques, les préparations de quinquina, les amers en général, les bains gélatineux, salés, sulfureux, le fer, et dans quelques cas l'iode, et surtout une alimentation tonique, viandes rôties, vin, etc. Bien entendu que comme médication accessoire indispensable, il faut employer les agens locaux indiqués, soit pour entretenir la propreté nécessaire, soit pour mitiger l'inflammation des organes génitaux. A cet effet, on aura recours aux agens que nous avons déjà signalés. Quant aux ulcérations qui peuvent exister, il faut hâter leur cicatrisation à l'aide du nitrate d'argent fondu. La grande tendance que les plaies de cette région ont à devenir grisâtres, atoniques, et fournissant une sécrétion purulente mal liée et fétide, impose souvent la nécessité de les ramener à un meilleur état, soit en employant le jus de citron, les chlorures ou le digestif animé. Mais, à cet égard, les préceptes que l'on a à suivre sont ceux qui s'appliquent aux plaies en général, et dont nous nous abstiendrons de parler par cela même.

HOPITAUX ALLEMANDS.

Obliquité du nez, corrigée à l'aide d'incisions sous-cutanées ;
Par M. Dieffenbach.

M. Dieffenbach vient d'opérer deux jeunes personnes âgées chacune d'une vingtaine d'années, ayant le nez de côté. Chez l'une l'obliquité était congénitale ; le nez était tourné à droite. Chez l'autre, il était tourné à gauche par une suite d'un coup reçu dans une chute. Chez toutes les deux la difformité était des plus choquantes ; le nez ne semblait plus exister dans le milieu de la face ; il était complétement déjeté en dehors et couché sur la joue ; une narine tournée en haut et l'autre en bas.

L'opérateur a glissé un petit bistouri sous la peau du côté du pont du nez, à l'endroit où le cartilage nasal se joint aux os du nez ; il l'a dirigé de manière à couper le point d'union du nez avec les os de chaque côté, toujours sous la peau. Il a ensuite pratiqué une incision pareille de l'autre côté de manière à séparer complétement le nez des os ; il a coupé également le cartilage et le septum, la peau étant restée toujours intacte. Le nez, devenu alors mobile, a été déplacé, planté à sa place naturelle et fixé convenablement. La guérison a été parfaite chez toutes les deux, à ne pas faire soupçonner le moindre défaut. (*Casper's Wochenschrift.*)

— Cette nouvelle application de l'incision sous-cutanée est assurément des plus heureuses. L'opération de M. Dieffenbach se comprend parfaitement. Les détails cependant de la description qu'il donne de ce fait en particulier offrent quelque obscurité ; nous les avons reproduits textuellement.

Correspondance.

A Monsieur le docteur Ségalas.

Monsieur et très honoré confrère,

Je m'empresse de répondre à la réclamation que vous avez adressée à la *Gazette des Hôpitaux*, et qui est insérée dans le n° du 19 février 1842. Je n'ai sans doute pas besoin de vous dire que je n'ai jamais eu l'intention de vous contester le mérite d'une invention pour l'attribuer à M. Ricord. Veuillez croire que je serais le premier à rectifier le passage de ma leçon que vous attaquez, s'il devait faire naître l'erreur que vous redoutez. Mais je vous prie de remarquer que ce passage n'est point consacré à une discussion historique concernant l'invention de chacune des méthodes et des procédés usités dans le traitement des fistules urinaires. En citant, à l'occasion de ces divers procédés, les noms de quelques chirurgiens, je n'ai pas voulu dire qu'ils en aient eu la première idée ou que les premiers ils en aient fait l'application. Mon unique but était d'indiquer ce qui a été fait, afin de motiver le choix d'une méthode de traitement applicable aux malades dont j'entretenais les élèves. Si j'avais discuté la question historique, je n'aurais pas manqué de parler de vos intéressans travaux. Pour être juste envers tous, j'aurais également rappelé que l'incision périnéale, dans le cas de fistule urinaire, a été exécutée avec succès par des chirurgiens plus anciens, tels que Ledran, M. Viguerie père, de Toulouse. Voici en particulier ce qui concerne la pratique de ce chirurgien célèbre : « Un malade affecté de nombreuses fistules urinaires s'étant laissé tomber un fragment de sonde dans la vessie, M. Viguerie père, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pratiqua la taille périnéale. Les urines coulèrent par la plaie durant quarante jours ; après ce temps elles reprirent leur cours par l'urètre ; les fistules s'étaient guéries spontanément.

» Cette cure, due au hasard, fit penser à M. Viguerie que la boutonnière pourrait être une ressource dans quelques cas de fistules opiniâtres ; depuis lors il l'a essayée deux fois. Le sujet de son premier essai portait depuis deux ans deux fistules urinaires rebelles à l'emploi des sondes. La boutonnière faite, l'urine passa entièrement par la plaie. Trois semaines après, elle reprit son cours par l'urètre ; les fistules se guérirent, mais la plaie elle-même fut sept mois à se cicatriser. Le second opéré est encore en traitement à l'hôpital. Il est besoin, comme on voit, de nouvoaux faits pour porter un jugement sur cette opération ; toutefois il s'agit d'une affection souvent si rebelle, qu'on ne peut voir les tentatives de M. Viguerie qu'avec faveur. » *Gazette médicale de Paris*, année 1834, pag. 203.

Néanmoins, comme un simple fait ou un résultat fortuit ne suffisent point à mes yeux pour établir une découverte, et qu'il y a loin de l'opération de M. Viguerie à l'incision du périnée instituée dans le but de détourner l'urine, afin d'assurer le succès des avivemens, autoplasties et sutures des fistules urinaires, je me plais à reconnaître que vous avez, avant M. Ricord, apprécié tous les avantages de cette méthode, et que par votre pratique et vos écrits vous vous en êtes constitué l'inventeur.

Agréez, etc. A. BÉRARD.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Produit sécrété à la surface de la main d'une personne goutteuse après de forts accès de goutte.

M. le docteur Petit, l'un des médecins inspecteurs de l'établissement thermal de Vichy, pria, il y a quelques mois, M. Ossian Henry d'analyser une matière qui, à plusieurs reprises, s'était formée par sécrétion à la surface de la main d'un goutteux confié à ses soins.

Le malade qui fournit cette sécrétion est âgé de cinquante-six ans ; il est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, aimant la bonne table et pouvant se la procurer. Il est goutteux depuis l'âge de vingt-quatre ans ; il n'a jamais eu la gravelle, seulement son urine dépose un sédiment très rouge pendant les premiers jours de ses accès de goutte. Il a pris plusieurs fois les eaux de Vichy, et en a retiré quelque soulagement. Enfin, il a souvent remarqné qu'après de forts accès, il se formait sur ses mains une sécrétion gluante, assez épaisse, comme saupoudrée d'une matière blanche : c'est cette matière qui, réunie en une petite boule, a été rémise par M. le docteur Petit. Voici les principaux caractères qu'elle a présentés :

Ce produit, pesant environ deux cent vingt-cinq milligram. (quatre grains et demi), était réuni en une petite masse d'un gris sale, offrant à loupe, et surtout au microscepe, une réunion de petits cristaux transparens. Il était comme gras au toucher, assez friable et réductible en une poudre d'un blanc sale. Une portion, mise sur une feuille de platine et chauffée à la lampe à l'alcool, s'est promptement ramollie, s'est tuméfiée, et a brûlé en presque totalité avec une flamme fuligineuse, puis a laissé, après une longue calcination, un résidu faible, blanc, alcalin, soluble en partie dans l'eau.

Les essais analytiques divers auxquels le restant de la masse a été soumis ont démontré qu'elle était formée :

1° De beaucoup d'albumine (les quatre cinquièmes environ) ;
2° D'acide lactique et d'acide phosphorique sans doute ;
3° De chlorure de sodium et de phosphate de chaux ;
4° D'urate de soude (traces sensibles).

(*Journal de Pharmacie*, 1841.)

Purification de la crème de tartre.

Pour débarrasser la crème de tartre de la chaux et du cuivre, M. Duflos met 12 kilogram. (24 livres) de cristaux de tartre blanc dans une capsule de porcelaine perforée ; il suspend cette capsule dans un pot, qu'il remplit d'un mélange de 1 kilogr. (2 liv.) d'acide chlorhydrique avec 6 litres (12 liv.) d'eau, de manière que les cristaux soient recouverts par l'acide ainsi dilué. Il laisse le tout en contact, à une douce chaleur, pendant l'espace de 24 heures ; après quoi il enlève les cristaux, les fait égoutter, les lave et les fait sécher.

M. le professeur Soubeiran, qui a répété ce procédé, déclare qu'il l'a vu très bien réussir. Il mérite donc d'être recommandé et signalé à l'attention de tous les pharmaciens.

M. Ricord commencera ses leçons cliniques à l'hôpital des Vénériens, le mardi 1er mars 1842, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine.

Examen des malades de 8 à 9 heures. — Leçons à l'amphithéâtre de 9 à 10 heures.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 24 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 24, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Hépatite et ictère consécutifs, compliqués de broncho-laryngite. Traitement antiphlogistique. Guérison.

Dans la salle Saint-Charles, au n° 22, est entré un homme de quarante-cinq ans, d'une constitution robuste. Cet homme toussait depuis environ un mois, il crachait et avait la voix voilée; il éprouvait, en un mot, tous les symptômes d'une bronchite, lorsqu'il y a quelques jours il s'aperçut que sa vue se troublait, et que tous les objets extérieurs lui apparaissaient avec une teinte jaune; il remarqua aussi que sa peau prenait la même couleur. Il se décida alors à entrer à l'hôpital. Trois semaines avant que d'avoir cette jaunisse, il avait observé que ses urines avaient une couleur jaune foncé.

Ce malade présente actuellement tous les symptômes de l'ictère dépendant d'une affection du foie. Le pouls est fréquent et développé, la peau chaude et fortement colorée en jaune; les objets continuent à s'offrir à ses yeux avec une couleur semblable à celle de la peau, mais avec une nuance un peu plus légère qu'auparavant. La langue est humide. L'hypochondre droit est légèrement développé, et présente une matité anormale; il est douloureux à la pression. Le foie ne dépasse cependant que de très peu le rebord des fausses côtes. La voix est rauque et voilée; l'arrière-bouche, examinée aussi profondément que possible, présente un peu de rougeur inflammatoire. La toux persiste; elle est assez fréquente, et elle s'accompagne d'expectoration muqueuse. Les urines conservent une coloration jaune; elles verdissent par l'acide nitrique.

Cet homme, qui exerce la profession de scieur de pierre, est, par son état, exposé à toutes les intempéries; il a contracté sous l'influence du froid et de l'humidité une broncho-laryngite, à laquelle est venu s'ajouter une affection du foie.

Chez les gens robustes, cette affection ne détermine presque jamais de fièvre, comme le font la plupart des autres phlegmasies; cette circonstance tient sans doute à ce que chez les personnes de ce tempérament le système circulatoire n'est que très faiblement influencé par le système nerveux. Le médecin appelé à soigner des personnes qui se trouvent dans ces conditions, ne doit donc point se guider par l'état du pouls qui pourrait l'induire en erreur. La jaunisse n'est par elle-même qu'un phénomène de peu d'importance; c'est au point que la plupart des personnes qui en sont affectées, lorsque cette maladie n'est point accompagnée d'un état fébrile et qu'elle ne se complique d'aucun autre phénomène morbide, n'en sont que très peu incommodées et continuent à vaquer à leurs affaires, sans éprouver le besoin de s'aliter. La jaunisse, dans cet état de simplicité, se dissipe peu à peu d'elle-même, sans qu'il soit besoin le plus souvent de recourir à aucun traitement. Mais ce qui importe dans l'ictère, c'est de tenir compte des symptômes généraux et des complications. Hoffmann a le premier signalé le phénomène particulier de vision jaune que nous avons observé chez ce malade; c'est un symptôme assez rare, et qui manque le plus souvent chez les ictériques. Il paraît être produit par un effet d'optique dépendant de la coloration jaune qui se manifeste dans le cristallin et qui se transmet aux images des objets extérieurs.

Cet homme a été saigné une fois, et on lui a fait une application de ventouses scarifiées sur la région du foie. Sous l'influence de ce traitement, et au bout de quelques jours, la bronchite s'est à peu près dissipée, et l'affection du foie est en voie de résolution. La peau a perdu en grande partie sa coloration jaune; les objets se peignent sur la rétine avec leur couleur à peu près naturelle: il ne reste plus qu'un peu d'empâtement et de rénitence à l'hypochondre droit, qui cesseront très probablement dans quelques jours.

Après environ quinze jours de traitement, la bronchite a complètement disparu; il ne reste plus qu'un peu d'empâtement et de rénitence dans la région du foie, et une très légère persistance de la teinte jaune de la peau. Cet homme peut dès ce jour être considéré comme guéri, et sortira incessamment de l'hôpital.

Symptômes d'épanchement sanguin du crâne. Accès apoplectiformes. Mort. Masse tuberculeuse dans l'hémisphère droit du cerveau.

Une femme, âgée de trente-deux ans, sujette depuis longtemps à des maux de tête et à des palpitations, surtout en marchant ou en montant un escalier, allait mieux depuis quelque temps, lorsque sous l'influence des derniers froids ces douleurs reparurent avec une plus grande intensité; elle éprouvait enfin, ajoutait-elle, de temps en temps de légers accès convulsifs à la suite desquels elle perdait connaissance. La veille de son entrée à l'hôpital, elle eut un de ces accès qui fut suivi d'une demi-paralysie du bras et de la jambe gauches. Aujourd'hui cette femme présente une déviation de la commissure des lèvres et de la langue, à droite; la jambe gauche et le bras du même côté sont engourdis, mais conservent néanmoins une certaine étendue de mouvement. Elle n'a d'ailleurs point de fièvre; la température de la peau est normale. L'appétit est peu prononcé; le ventre est souple et indolent; les digestions se font assez bien. Il y a un peu de toux habituellement; l'auscultation fait reconnaître un râle sibilant, sonore, avec quelques autres indices de bronchite. Les règles viennent de paraître; elles ont devancé de quelques jours l'époque habituelle de leur retour. Cette femme éprouve depuis quelque temps une diminution notable dans la quantité de sang qu'elle avait l'habitude de perdre pendant sa menstruation.

Depuis hier, la tête est lourde, la malade éprouve une constriction à la région épigastrique, qu'elle exprime par la sensation d'une barre transversale qui traverserait cette région. La parole est lente, pesante et embarrassée, comme si quelque obstacle mécanique gênait les mouvemens de la langue. Elle présente enfin l'ensemble des symptômes qu'éprouvent assez habituellement les femmes d'un âge avancé, et surtout à leur époque de retour. Ces accidens ne sont cependant point si exclusivement propres aux femmes dont nous parlons qu'on ne puisse les observer aussi quelquefois chez les jeunes femmes, ce qui tient ordinairement à quelque circonstance particulière qui influe sur la menstruation. C'est en effet le cas où se trouve cette jeune femme: elle habite la campagne et n'est à Paris que depuis peu de temps. Or, les filles de la campagne qui viennent à Paris sont généralement sujettes à des dérangemens, surtout à une diminution de la menstruation. Chez notre malade, cette diminution graduelle des règles peut avoir eu une grande influence sur la production de l'épanchement sanguin qui paraît avoir eu lieu dans le crâne, et qui a donné lieu aux phénomènes que nous observons.

Ordinairement, ces maux de tête, ces douleurs fixes dans un point limité de la tête, suivent l'épanchement sanguin; on voit cependant des personnes qui éprouvent ces symptômes avant que l'épanchement se soit produit, et chez lesquelles les phénomènes paralytiques ne se montrent que consécutivement. Souvent on voit se former, notamment chez les personnes d'un tempérament pléthorique, de ces fluxions sanguines habituelles, tantôt dans le cerveau, tantôt dans les poumons, d'autres fois vers les vaisseaux hémorrhoïdaux. Cette stase ou cet épanchement de sang semblent les soulager: les malades, après avoir éprouvé les prodromes d'une congestion, se sentent plus à leur aise, et ces phénomènes se reproduisent à des intervalles plus ou moins éloignés avec une sorte de périodicité.

Chez la malade dont il s'agit, il existe donc une fluxion sanguine vers la tête qui a déterminé les phénomènes morbides que nous avons énumérés tout-à-l'heure. D'après ces symptômes, les évacuations sanguines étaient indiquées. On a en conséquence pratiqué plusieurs petites saignées à titre de saignées révulsives, dans le but de provoquer un écoulement plus abondant des règles. Le jour même on a prescrit l'application de 20 sangsues à l'anus.

Pour remédier à la gêne des mouvemens des membres, on se proposait de recourir aux frictions sèches stimulantes: mais l'indication la plus urgente à remplir était de rappeler les règles par tous les moyens convenables, car si le sang abondait en quantité suffisante vers la matrice, les autres viscères, tels que le cerveau, les poumons, le cœur, etc., ne devaient plus être exposés aux mouvemens congestionnels qui les menacent à chaque instant. Enfin, aider la résolution de l'épanchement sanguin du cerveau par des moyens appropriés, tels que des vésicatoires derrière la nuque, les cautères, un séton, des frictions avec des pommades rubéfiantes, etc., étaient les indications qui se présentaient à remplir, et les moyens que l'on se proposait de mettre en œuvre, lorsque cette femme fut subitement prise de nouveaux accidens apoplectiformes auxquels elle succomba en peu d'instans, sans qu'on ait pu observer les phénomènes qui se sont passés dans ce court intervalle, et les symptômes qui ont précédé la mort.

A l'autopsie, on a trouvé une masse tuberculeuse du volume d'une petite noix, à la surface de l'hémisphère droit du cerveau et pénétrant dans la substance de cet organe à une profondeur d'un demi-pouce environ. La substance cérébrale était ramollie et un peu diffluente autour de ce foyer tuberculeux dans une étendue de quelques lignes seulement; on n'a trouvé d'ailleurs aucune trace de congestion ni dans les méninges, ni

FEUILLETON.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE RACHIDIENNE;

Lu à l'Académie des sciences (séance du 14 février 1842),
Par le docteur J. GUÉRIN.

« La myotomie rachidienne, appliquée au traitement des déviations de l'épine, peut être envisagée sous deux points de vue différens: comme méthode empirique vérifiée par l'expérience, abstraction faite de toute indication étiologique, et comme méthode rationnelle basée à la fois sur l'expérience et sur la considération de la cause de la difformité.

§ I. *Efficacité de la myotomie rachidienne considérée comme méthode empirique.*

» On peut la démontrer par des faits anatomiques, par des expériences sur le cadavre et par des résultats cliniques.

» *Faits anatomiques.* — Dans tous les cas de déviation de la colonne, depuis le premier jusqu'au troisième degré, on trouve le sacro-lombaire, le long dorsal et autres muscles, notamment raccourcis, dirigés en ligne droite entre leurs points d'insertion, et formant la corde des courbures sur le vivant. Cette disposition est parfois portée si loin, que les faisceaux charnus quittent la gouttière vertébrale du côté convexe pour passer du côté concave. Le raccourcissement est souvent du tiers et même de la moitié de la longueur du muscle.

» *Expériences cadavériques.* — Les muscles paraissent peu tendus sur le cadavre; cela tient à la cessation de la contraction physiologique et à l'action verticale de la pesanteur qui, en exagérant les courbures, ont rapproché les deux points d'insertion des muscles et relâché d'autant leurs fibres. Mais si l'on suspend le sujet par la tête, la tension reparaît et s'oppose à un redressement complet. Si l'on divise les muscles latéraux, la déviation et les courbures diminuent instantanément, et quelquefois même disparaissent à mesure qu'on enlève les masses musculaires correspondantes. Ces divers résultats sont d'autant plus tranchés que le cadavre est plus frais, qu'il provient d'un sujet plus jeune et que la déviation est moins considérable. Sur les cadavres avancés les muscles ont perdu toute résistance, et dans les déviations anciennes les ligamens sont raccourcis et les vertèbres plus ou moins ankylosées.

» *Résultats cliniques.* — Les résultats du traitement mécanique attestent l'intervention des muscles dans la production des déviations de la colonne. L'extention ne peut agir que sur les muscles et autres parties molles; si la difformité était due primitivement à l'affaissement latéral des corps vertébraux, on ne concevrait ni d'où viendraient les résistances au redressement, ni comment le redressement serait effectué, et surtout rendu permanent par l'extension. En outre, à mesure que les tractions opèrent l'allongement des muscles, ceux-ci, d'abord déprimés, affaissés, se soulèvent et viennent faire saillie sous la peau, sous forme de cordes isolées, tendues et situées dans la direction de la corde des courbures. Quand, après quelques mois de ce traitement, la difformité cesse de diminuer, la section des muscles amène plus ou moins vite un nouveau degré de redressement, et le résultat final est toujours plus rapide et plus complet que par le traitement mécanique seul. On a allégué qu'il est fort difficile de distinguer les effets de l'opération, de ceux qui appartiennent au traitement mécanique; cette difficulté n'est qu'apparente. On pourrait la résoudre en confiant aux adversaires de la myotomie rachidienne le traitement d'un certain nombre de déviations, et quand l'action des machines et des appareils serait épuisée, on pourrait juger de ce que produirait la section des muscles.

» Outre ces diverses considérations, nous nous proposons de mettre sous les yeux de la commission: 1° une série de résultats obtenus sur des sujets de différens âges et atteints de différens degrés de déviation, depuis le premier degré jusqu'à celui de la gibbosité; 2° une série de sujets dont le traitement est commencé et sera continué sous ses yeux; 3° une autre série de sujets dont elle aura constaté l'état et dont elle suivra le traitement pendant toute sa durée.

§ II. *Efficacité de la myotomie rachidienne considérée comme méthode rationnelle.*

» Pour établir la légimitité de la myotomie rachidienne à ce second point de vue, il suffit de rappeler les propositions suivantes, déjà développées devant l'Académie.

1° *Il existe des déviations de l'épine par rétraction musculaire.* — A l'appui de cette proposition nous mettrons sous les yeux de la commission une série de pièces provenant de monstres et de fœtus présentant d'une part des altérations du cerveau et de la moelle, de l'autre des déviations de l'épine coexistant avec d'autres difformités articulaires, accompagnées de tension des muscles dans le sens du déplacement de chaque articulation déviée; une seconde série de déviations congénitales de la colonne chez des sujets vivans, affectés en même temps de pied-bot, de torticolis ou de strabisme, et offrant d'un autre côté des signes évidens de véritables maladies spasmodiques du système musculaire; enfin une troisième série de déviations de la colonne postérieures à la naissance et survenues immédiatement après des affections cérébrales ou cérébro-spinales. Dans ces trois groupes de faits les déviations de l'épine offrent les mêmes caractères essentiels de siége, de forme et de direction.

2° *Les déviations de l'épine par rétraction musculaire offrent des caractères spécifiques analogues à ceux du pied-bot, du torticolis, du strabisme.* — Dans chaque déviation de cet ordre, il existe deux moyens de mettre en évidence ces caractères distinctifs. Sur le vivant, on peut constater le rapport exact qui existe entre le siége, la forme, la direction et le degré de la difformité, et le siége, la direction et le nombre des faisceaux musculaires rétractés, et l'intensité de leur rétraction. Ils ont d'ailleurs toutes les apparences des muscles rétractés

dans les vaisseaux du cerveau ; il n'y avait dans les ventricules qu'une très petite quantité de sérosité qui ne dépassait point celle que l'on trouve habituellement dans cet organe, point de sérosité dans l'arachnoïde. Tous les organes contenus dans le thorax et l'abdomen étaient parfaitement sains.

— Nous rapprocherons de l'histoire de cette malade le fait suivant sur lequel, quelques jours auparavant, M. Fouquier avait appelé l'attention de son auditoire. Ces deux faits, d'un diagnostic également obscur et difficile, et qui ont offert à l'autopsie des lésions analogues, sont propres à fournir quelques documens pour l'histoire encore si obscure des tubercules du cerveau.

Symptômes hystériques. Douleur céphalique fixe avec exacerbation sous forme d'accès pendant la nuit. Invasion subite de phénomènes apoplectiques. Mort. Ramollissement du cerveau. Tubercules et épanchemens sanguins multiples.

Une femme, entrée à la Charité, éprouvait depuis quelque temps les symptômes suivans revenant par accès et à des périodes irrégulières : spasmes, oppression, battemens de cœur, sensation de constriction à la gorge ; à ces caractères généraux hystériques se joignait une douleur céphalique fixe partant de la région occipitale et s'étendant jusqu'au syncipût, douleur permanente, mais revenant principalement la nuit et s'accroissant pendant les accès. Peu de jours après son entrée à l'hôpital, cette femme fut prise subitement de convulsions et d'accidens épileptiformes; perte de sentiment, oppression, état apoplectique. Cet accès étant survenu dans l'intervalle de deux visites, on ne put suivre la succession de ces deux phénomènes. A la visite suivante cette femme fut trouvée sans connaissance : les battemens du cœur étaient conservés et même assez forts ; la respiration était haute et suspireuse ; les pupilles dilatées et immobiles ; les lèvres bleues et la face d'une teinte violacée, asphyxique. Perte complète de sensibilité. Le pouls offrant quelque ressource, on pratiqua une saignée et on administra un lavement purgatif ; c'était la seule médication possible ; on ne pouvait recourir ici aux révulsifs externes, l'état d'insensibilité de la peau ne permettait point de compter sur leur effet.

Pendant la saignée, le pouls conserva une plénitude et une fréquence remarquables. On avait retiré quatre palettes de sang sans aucun résultat apparent et sans que le pouls eût même fléchi ; la saignée fut arrêtée. Quatre minutes après la malade avait succombé, le pouls s'étant conservé jusqu'au dernier moment dans le même état.

Dans des cas semblables, dit M. Fouquier, il ne faut point porter la saignée à des doses trop élevées, par la crainte que les malades, venant à succomber pendant cette opération, on ne soit porté à lui attribuer la mort ; c'est du moins une chose qu'il importe de prendre en considération dans la pratique civile. Il vaut mieux dans ces cas-là, si une saignée portée à une dose convenable reste sans effet, n'y point insister et la répéter s'il le faut à de courts intervalles.

Quelle est la maladie à laquelle cette femme a succombé ? Avant d'acquérir par l'autopsie un supplément de lumière qui vînt éclairer sur la valeur des signes et des caractères de cette affection, on pouvait et on devait hésiter à se prononcer sur l'existence d'une lésion organique du cerveau. Ce qui autorisait surtout le doute à cet égard, c'était le caractère intermittent des phénomènes morbides. La douleur céphalique elle-même, qui était le symptôme le plus constant, éprouvait des rémissions ; elle revenait toutes les nuits et cessait presque complètement ou même tout à-fait pendant le jour ; elle avait lieu sans excitation des sens, sans aucun signe apparent de congestion. Cette femme avait jusque-là vaqué à ses affaires avec toutes les apparences de la santé pendant les intermissions de ses accès, lorsqu'elle fut prise subitement des symptômes convulsifs qui ont amené la mort. Cette circonstance éloignait l'idée d'une lésion organique et portait M. Fouquier à penser qu'il n'existait chez cette femme qu'une affection hystérique, et à considérer la douleur céphalique comme un phénomène de la même nature et procédant de cette affection.

Restait à expliquer la cause et l'invasion subite des accidens apoplectiformes qui avaient terminé les jours de la malade.

L'autopsie est venue démontrer, contre ces prévisions, l'existence d'une lésion organique ancienne avec des traces d'épanchement sanguin récent. Voici ce qui existait dans le cerveau : On a trouvé dans la partie latérale de l'hémisphère droit une sorte de kyste à parois presque fibreuses, de près de deux pouces d'étendue environ, au centre duquel existait un petit caillot sanguin, paraissant résulter d'un épanchement ancien. La substance cérébrale était ramollie et diffluente autour de cette enveloppe fibreuse qui pouvait en être détachée avec assez de facilité. A la partie postérieure et supérieure du même hémisphère on voyait un second point ramolli, d'une étendue un peu moins considérable que le premier, avec un caillot sanguin au centre et un petit tubercule en arrière. Les portions de la substance cérébrale qui étaient les plus voisines de ce tubercule et de ce second foyer apoplectique, étaient un peu molles et jaunâtres. Le cerveau tout entier, dans toute sa surface, offrait cette circonstance d'un peu de ramollissement avec teinte jaunâtre. On a trouvé enfin un peu d'épanchement séreux dans l'arachnoïde. Les ventricules étaient parfaitement sains et ne contenaient que quelques gouttelettes d'une sérosité limpide.

On n'a point examiné les autres organes.

Tumeur abdominale durant depuis longues années. Phénomènes apoplectiques suivis d'une hémiplégie incomplète du côté gauche. Mort. Simple injection de l'hémisphère droit du cerveau. Masses fibreuses considérables contenues dans l'utérus.

Une femme âgée de soixante-quatorze ans, portant depuis longues années une tumeur volumineuse dans la partie inférieure de l'abdomen, fut trouvée, il y a quelques jours, dans sa demeure, étendue sans connaissance. Transportée vingt-quatre heures après à l'hôpital, où elle fut couchée au n° *bis* de la salle des femmes, dans le service de la clinique, elle présentait l'état suivant : Perte de connaissance et de mouvement, excrétions alvines involontaires, demi-paralysie du bras gauche, paralysie des muscles de la commissure gauche des lèvres et des muscles orbiculaires et releveurs des paupières, lesquelles étaient maintenues abaissées et immobiles.

Le lendemain cette femme avait recouvré ses sens, mais elle était plongée dans un grand abattement ; son pouls était d'une faiblesse extrême, la face complètement décolorée ; la paralysie avait persisté, mais à un faible degré, dans les mêmes parties qui en étaient frappées la veille ; il était survenu de fréquens vomissemens bilieux et de la toux ; la respiration était bruyante et un peu stertoreuse ; la langue était recouverte d'un enduit blanchâtre, elle conservait d'ailleurs la direction normale.

En examinant l'abdomen on reconnut une tumeur volumineuse occupant toute la région hypogastrique, s'élevant jusqu'à l'ombilic et s'étendant profondément des deux côtés dans le bassin. Cette tumeur, d'une forme arrondie, égale, sans bosselures, était indolente à la pression et donnait à la percussion un son mat dans toute son étendue.

L'état de cette femme présentait deux points de diagnostic également obscurs et difficiles à préciser, savoir : d'une part à quel ordre de lésion pouvaient appartenir les phénomènes cérébraux apoplectiformes dont cette malade venait d'être frappée, et d'autre part quels étaient la nature et le siége de la tumeur abdominale. Pour cette dernière, M. Fouquier restait dans le doute, plus porté cependant à admettre l'existence d'une tumeur fibreuse de l'utérus qu'une tumeur des ovaires ou toute autre tumeur extrà-utérine pouvant occuper le bassin, mais sans se prononcer toutefois d'une manière formelle à cet égard. Ce qui, suivant M. Fouquier, excluait l'idée d'une tumeur des ovaires, c'était l'absence des caractères ordinaires de ces tumeurs qui sont bosselées, inégales, formées de plusieurs kystes à parois distinctes et multiformes, tantôt minces, élastiques, et remplis de liquides de différente nature, d'autres fois durs, résistant et contenant des matières solides. Les tumeurs de l'ovaire occupent communément les parties latérales de l'hypogastre, tandis que celle-ci occupait la partie centrale et s'étendait également des deux côtés. Si l'on n'osait, d'un autre côté, se prononcer d'une manière absolue pour une tumeur de l'utérus, c'était à cause du volume énorme de la tumeur et de son exsension latérale dans le bassin. On pouvait admettre que l'utérus et les ovaires fussent compris dans une même altération et ne formassent qu'une seule et même tumeur. On manquait de renseignemens sur l'état des fonctions de la matrice antérieurement au développement de cette tumeur, renseignemens qui eussent pu éclairer ce diagnostic.

Bien que le pronostic dût être différent dans l'un ou l'autre de ces deux cas, cette distinction n'était ici que d'une importance très secondaire. Quant aux derniers phénomènes qui s'étaient montrés chez cette malade et qui constituaient toute la gravité de sa situation, il n'était pas plus possible de se prononcer d'une manière positive sur la nature de l'affection ou de la lésion organique qui en pouvaient être le point de départ. Ces phénomènes étaient certainement ceux d'une apoplexie ; mais l'apoplexie, comme on le sait, n'est qu'un terme générique qui exprime plusieurs affections. Il restait donc à savoir encore si les phénomènes apoplectiques étaient le résultat d'une lésion organique du cerveau, d'une hémorrhagie cérébrale, d'un épanchement séreux ou d'une simple congestion sanguine. L'absence des antécédens ne premettait pas non plus de se prononcer à cet égard. Cependant, à raison de la courte durée des symptômes apoplectiques, du faible degré et de l'intensité décroissante des phénomènes paralytiques, M. Fouquier penchait à croire qu'il s'agissait plutôt d'une congestion cérébrale, congestion à laquelle la tumeur aurait pu n'être point étrangère à cause de la gêne de la circulation qu'elle avait dû déterminer par son ampliation graduelle. Dans le doute où l'on était à l'égard de cette double altération et à raison du grand âge et de l'extrême faiblesse de la malade, on n'avait point jugé convenable de pratiquer une saignée et l'on s'était borné à une application de sangsues derrière les oreilles, et à l'usage des lavemens purgatifs et des légers révulsifs externes. Malgré l'emploi de ces moyens, cette femme succomba vingt-quatre heures après son entrée dans l'hôpital.

Voici ce qu'on a trouvé à l'autopsie.

Autopsie. Le cerveau était petit et ratatiné, tel, du reste, qu'on le rencontre habituellement chez les vieillards. Il existait quelques adhérences entre les méninges et la base du crâne. La surface des hémisphères présentait un peu d'injection veineuse. L'hémisphère droit, coupé longitudinalement et par tranches, ne présentait aucune trace d'épanchement sanguin ou séreux. Seulement la substance blanche était un peu piquetée et sablée. On n'observait rien de remarquable dans l'hémisphère gauche, dont l'apparence était parfaitement normale. La base du cerveau n'a présenté non plus rien de particulier.

Dans l'abdomen on a trouvé une énorme tumeur que l'on a bientôt reconnue pour être formée par la matrice dont le volume était environ celui d'une matrice à six mois de grossesse. En coupant cette tumeur dans toute sa longueur, on a reconnu que la cavité utérine, extrêmement dilatée, était remplie par des masses fibreuses agglomérées, comme partagées entre elles par des cloisons celluleuses. Parmi ces masses fibreuses quelques-unes offraient une apparence un peu squirrheuse. Les ovaires étaient parfaitement sains.

HOPITAL DE GUY.

Plusieurs cas de chorée guéris à l'aide du bain électrique, par M. BIRD, médecin à Guy's hospital.

Premier fait. *Chorée rhumatismale.* — Harriet Witham, âgée de huit ans, délicate, mais habituellement bien portante, a été prise, il y a six semaines, d'une affection rhumatismale aux jambes, laquelle lui a enlevé l'usage de ces membres. Traitée convenablement, la douleur a abandonné les jambes et envahi l'abdomen, puis les bras. Les articulations ne paraissent pas avoir été très gonflées ou rouges. Elle s'est rétablie dans l'espace d'un mois, mais elle a été presque aussitôt saisie de chorée, et s'est fait recevoir à Guy's hospital.

A son entrée (2 novembre), elle offre les symptômes suivans : mouvemens involontaires continuels des jambes et des

---

des autres parties du squelette : durs, fibreux, tendus, ils forment des cordes isolées, amincies, ramassées sous la peau. Si l'expression de ces changemens est parfois rendue moins évidente par la contraction physiologique et par l'effet de la pesanteur, qui donnent à la courbure un supplément étranger à l'action de la rétraction musculaire et bien propre à masquer les apparences de celle-ci, il est cependant des cas nombreux où les caractères de la rétraction se sont conservés dans toute leur accentuation originaire. Mais, du reste, et sur le cadavre, on peut généralement voir que la forme, la couleur, la texture des muscles sont bien celles des faisceaux rétractés, tels qu'on les observe dans le pied-bot, le torticolis, etc.; ils sont amoindris dans leurs dimensions, rétrécis, de couleur jaune blanchâtre ; leur texture fibreuse ou fibrograisseuse contraste d'une manière tranchée avec la forme régulière, la couleur rouge et la consistance charnue des muscles normaux correspondans. Cette transformation est quelquefois si marquée dans le long dorsal, que sa portion aponévrotique a doublé de longueur aux dépens de la portion charnue.

» 3° *Les déviations par rétraction musculaire peuvent être distinguées de celles qui sont produites par d'autres causes.* — Cette proposition déjà établie par les faits qui précèdent, l'est plus directement encore par le principe suivant, à savoir : Qu'il existe dans toutes les difformités une corrélation si exacte entre leurs caractères et les causes qui les produisent, que l'on peut en général par la difformité diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. L'ancienne commission du grand prix de chirurgie a vérifié, dès 1837, la justesse de ce principe dans une application expérimentale aux déviations de la colonne vertébrale et aux difformités du thorax (1); et ce jugement, dont il sera d'ailleurs possible de soumettre de nouveau les élémens à la commission actuelle, dispense d'entrer dans plus de développemens.

(1) Rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie, p. 17 et 18.

» 4° *L'expérience thérapeutique, d'accord avec la théorie pathologique, fournit par ses résultats une confirmation positive des indications et des inductions de cette dernière.* — 1° Sur le cadavre, en divisant les muscles rétractés, on obtient surtout la diminution ou le redressement de la déviation, et la disparition plus ou moins complète de ses élémens, inclinaison, courbure, torsion. 2° Sur le vivant, on peut vérifier les caractères de la rétraction musculaire pendant l'opération, par l'opération et après l'opération.

» Pendant l'opération, le changement de texture des muscles est sensible ; ils résistent à l'instrument, leur division est nette, suivie d'un craquement fibreux bien caractéristique ; leurs bouts divisés se rétractent à l'instant. Au contraire, les faisceaux charnus normaux restent mous, se laissent mâcher par le bistouri, et ne sont coupés ni nettement, ni rapidement.

» Par l'opération, on voit les élémens de la difformité disparaître, les uns immédiatement, d'autres plus tard. Mais la circonstance la plus significative, au point de vue qui nous occupe, est que souvent, après la section des faisceaux saillans, on voit d'autres muscles raccourcis passivement, et qui n'ont pas été divisés, proéminer à leur tour sous la peau et brider le redressement instantanément produit par la première opération ; leur section permet ensuite de compléter le résultat.

Enfin après l'opération, les muscles divisés se ressoudent avec le supplément de longueur qui leur manquait : non-seulement leurs caractères extérieurs et physiologiques reparaissent, mais ils recouvrent leur texture normale ; de grêles, de fibreux qu'ils étaient, ils redeviennent consistans et charnus, en un mot, ils redeviennent muscles. Il nous a été donné de constater sur le cadavre ce retour à l'état normal de muscles divisés plusieurs mois et même une année auparavant. »

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

L'opération qui a été pratiquée à l'hôpital du collége royal de Londres, par M. Morris, et qui consiste dans l'excision de plusieurs bandes longitudinales des tuniques du vagin (1) pour remédier aux prolapsus de l'utérus a été faite par moi *cinq fois*, soit pour le cystocèle ou le rectocèle vaginal, soit pour le prolapsus utérin proprement dit, en 1830, en présence de MM. Nauche, Desmaisons, Costé, Mondat, dans la Maison de Santé de M. Favre. Cette opération a toujours échoué, bien que je l'aie pratiquée deux fois sur la même femme. Chez toutes les malades il y a eu une hémorrhagie inquiétante. Je dis ceci pour éclairer les praticiens qui seraient tentés de renouveler ces tentatives. Je dois dire aussi que je ne faisais pas de suture, comme le fait M. Morris ; je me contentais d'allonger le vagin par un moyen mécanique, dans le but de rapprocher autant que possible les bords de la plaie que je venais de faire en enlevant un segment ovalaire du vagin, avec un spéculum brisé qui fonctionnait comme un sécateur.

Agréez, etc., TANCHOU.

Paris, ce 11 février 1842.

M. Civiale de retour d'un voyage en Angleterre, vient de reprendre son service à l'hôpital Necker; il continuera tous les samedis, à neuf heures, ses opérations et ses conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires.

(1) *Voir* le numéro du jeudi 10 février.

bras ; contorsions incessantes des muscles de la face ; raideur des muscles du cou ; parole extrêmement difficile. On lui prescrit l'usage du vin ferré et du sulfate de zinc pendant un mois ; pas de mieux. On l'abandonne.

Le 8 décembre on a recours à l'électricité. Des étincelles sont soutirées tous les jours de l'épine. Peu de temps après une amélioration a lieu ; la malade parle et avale sans la moindre difficulté ; les mouvemens involontaires des membres ont beaucoup diminué.

Le 18, la malade sort de l'hôpital parfaitement bien portante ; toute trace de chorée a disparu jusqu'au 8 juin de l'année suivante. On revient à l'électricité *ut suprà*. Guérison radicale. (*Guy's hospital Reports*, 1841.)

Deuxième fait. *Chorée vermineuse.* — William Jordan, âgé de douze ans, bien constitué, habituellement bien portant a été long-temps sujet au tœnia. Il n'a jamais souffert de rhumatisme ni éprouvé d'effroi. Son attaque de chorée a commencé, pour la première fois, il y a dix mois ; on l'a traité depuis lors, mais sans avantage. En conséquence, il s'est fait recevoir à l'hôpital le 1er novembre, dans le service de M. Back. On lui a administré des purgatifs et du sulfate de zinc pendant deux mois, mais sans amélioration bien marquée. On l'a alors soumis au traitement électrique de l'hôpital le 6 janvier. A cette époque, le malade présentait l'état suivant : mouvemens involontaires de presque tous les muscles, de manière qu'il éprouvait beaucoup de difficulté à marcher, et qu'il ne pouvait se soutenir seul sur une jambe ; ses bras étaient dans un mouvement perpétuel, et il pouvait si peu maîtriser ses doigts qu'il ne pouvait rien empoigner et serrer pendant un instant ; les muscles de la gorge éprouvaient également un mouvement involontaire continuel, de sorte que la voix était altérée et la parole souvent inintelligible. Sa tête était dans un mouvement perpétuel ; elle était portée avec le cou, en avant, en arrière, etc, par saccades comme celle d'un cheval.

On met le malade dans le bain électrique, on lui tire des étincelles par le dos tous les deux jours.

Le 9 janvier, grande amélioration ; les mouvemens involontaires des jambes et des bras ont beaucoup diminué.

Le 13, convalescence rapide.

Le 9 février, guérison complète.

Troisième fait. *Chorée aménorrhéique.* — Elisabeth Reven, âgée de seize ans, de bonne constitution, habituellement bien portante, réglée pour la première fois il y a trois mois, a été prise, après la disparition des règles, de mouvemens involontaires au bras et à la main du côté droit. Ces mouvemens sont devenus de plus en plus intenses jusqu'à ce jour. On l'a soumise au traitement électrique (juin) ; des étincelles ont été tirées de l'épine, d'autres à travers le bassin. Après la cinquième application de l'électricité les règles sont reparues et la chorée a diminué.

On continue le traitement jusqu'au 19 septembre ; alors les règles ont manqué de nouveau. On revient aux courans électriques à travers le bassin ; l'écoulement reparaît. Guérison complète.

Quatrième fait. *Chorée bornée au côté droit.* — Mary Ann Sheerman, âgée de quinze ans, est sujette à la chorée depuis deux mois ; le mal affecte la moitié droite du corps ; le bras et la jambe de ce côté sont dans un mouvement continuel. La maladie est attribuée à une frayeur par suite d'un incendie qui s'est déclaré dans la maison où elle restait.

29 novembre. On prescrit une dose de rhubarbe ; bain électrique et étincelles spinales trois fois par semaine.

20 décembre. Le traitement a été régulièrement suivi ; la malade est presque guérie.

10 janvier. La malade ayant suspendu le traitement, son mal est revenu comme auparavant. On recommence donc les décharges *ut suprà*. Le 28 février, guérison complète.

Cinquième fait. *Chorée bornée au membre droit supérieur.* — Sarah Wheeler, âgée de douze ans, a été reçue le 5 novembre dans le service de M. Back pour être traitée d'une chorée datant de cinq semaines. La maladie est bornée au bras et à l'épaule du côté droit ; le membre est dans un mouvement perpétuel ; elle l'attribue à la peur occasionnée par les traitemens de sa maîtresse de pension. On lui prescrivit pendant quelque temps du sulfate de zinc, du sesquioxyde de fer, puis le traitement électrique trois fois par semaine. En peu de temps l'amélioration a été très prononcée, et la malade a quitté l'hôpital.

Le 28 décembre elle s'est présentée de nouveau à l'hôpital, son mal étant revenu comme avant. On prescrit une dose de rhubarbe et le traitement électrique avec étincelles dans le dos trois fois par semaine.

Le 14 janvier, guérison complète.

Sixième fait. *Chorée limitée aux muscles sterno-cléido-mastoïdiens.* — Henry Mason, âgé de quarante ans, de petite stature, bien constitué, engagé depuis quelque temps à travailler en province dans une grande entreprise commerciale, a été exposé à des changemens brusques de température et à des écarts de table. Il y a huit ans, durant une nuit très froide, il a été presque gelé dans un cabriolet où il a dû passer la nuit en plein air. En revenant de cet état de stupeur, il a été saisi de mouvemens spasmodiques involontaires dans les muscles du côté droit du cou. Après neuf mois de cet état, il s'est complètement rétabli. Quatre mois plus tard cependant le mal est revenu ; il offre les conditions suivantes.

A chaque instant sa tête est tournée par des mouvemens involontaires et saccadés, d'un côté, avec une telle force et dans une telle étendue, à faire craindre une strangulation. Les vaisseaux de la face et du cou sont extrêmement turgescens. Aussitôt que le spasme a cessé, la tête est portée naturellement en arrière, mais bientôt le phénomène recommence. Le malade, pour contrebalancer ces mouvemens involontaires, saisit son nez et s'en sert comme d'un levier pour diriger sa tête ; il ne peut marcher que de cette manière, le bras élevé, prêt à saisir le nez au premier signal. La moindre excitation augmente les accès d'une manière effrayante. Le sommeil cependant est tranquille et sans accès. On prescrit le sulfate de zinc pendant plusieurs semaines, qu'on porte jusqu'à la dose de 40 centigrammes (8 grains) trois fois par jour, sans avantage. L'organisme est en assez bon état, à l'exception d'une tendance vers la constipation. On administre un purgatif et l'on soumet le malade au traitement électrique vers le commencement de décembre.

13 décembre. Amélioration très prononcée ; le malade peut marcher sans soutenir sa tête, les accès étant très éloignés et affaiblis.

Le 20 février l'amélioration continue, mais le malade se croyant guéri quitte l'hôpital et reprend ses habitudes d'intempérance. Les accès redoublent. On revient au bain électrique, qu'on continue exactement pendant quelque temps. Guérison radicale.

Septième fait. *Chorée bornée à la moitié droite du corps.* — James Treeby, dix-huit ans, de petite stature, bien musclé, a été reçu dans le service de M. Bright. Il s'était bien porté jusqu'aux deux derniers mois. Il était employé comme percepteur d'un pont, et par conséquent exposé aux vicissitudes atmosphériques qui lui ont donné d'abord des attaques de catarrhe. Il attribue à une de ces attaques l'affection spasmodique pour laquelle il veut être traité.

Les mouvemens involontaires se sont manifestés pour la première fois il y a deux mois ; ils sont bornés dans la moitié droite du corps, et assez intenses pour l'empêcher de saisir un corps quelconque avec la main, et pour altérer sérieusement la démarche.

7 octobre. Bain électrique avec étincelles dorsales tous les jours.

12, amélioration très prononcée. Pas d'autre remède. Le malade peut étendre le bras et le tenir droit pendant une ou deux minutes.

23. L'amélioration est plus prononcée encore ; il reste à peine quelques légers mouvemens convulsifs dans le bras et dans la jambe. On essaie de tirer des étincelles du bras et de la jambe pour voir si l'on accélère la cure : cette opération exaspère la maladie. On revient aux étincelles dorsales et à quelques doses de sulfate de zinc. Guérison complète en six semaines.

Huitième fait. *Chorée congénitale limitée aux doigts des deux mains.* — James Spriggs, portier, quarante-cinq ans, a été reçu en novembre pour être traité d'une affection gastrique ; il vomissait de grandes quantités de fluide muqueux tous les jours. Ses mains ont attiré l'attention de M. Bird ; elles étaient à demi fléchies sur les avant-bras, comme chez les peintres attaqués d'affection saturnine ; les doigts étaient fléchis sur la main et dans un mouvement continuel, mouvement presque rotatoire, comme les bras chez les sujets atteints de chorée. Lorsqu'il était excité, ou s'il voulait retenir, par sa volonté, les doigts, les mouvemens devenaient plus prononcés, au point qu'il ne pouvait plus saisir un corps quelconque. Durant le sommeil, ces mouvemens disparaissaient et les mains restaient à moitié fermées. Les pouces étaient beaucoup plus fermes que les autres doigts. Il était presque impossible de distinguer les pulsations de l'artère radiale, à cause des soubresauts continuels des tendons. Après avoir traité l'affection gastrique, M. Bird a soumis le malade au traitement électrique, avec étincelles soutirées de la moitié supérieure de l'épine. En peu de temps les mouvemens involontaires ont beaucoup diminué, au point que quinze jours après il pouvait empoigner et retenir les corps ; il peut même saisir une carte avec le pouce et le doigt indicateur. Cette affection existait dès la naissance.

Neuvième fait. — *Mouvemens involontaires de la mâchoire inférieure, occasionnant des luxations répétées.* — James Townshend, quarante ans, se luxa accidentellement la mâchoire dans l'hiver de 1838. Après la réduction il a éprouvé, à la moindre excitation, et même sans cela, des mouvemens involontaires dans la mâchoire, dépendant apparemment des muscles ptérygoïdiens et dépresseurs de la mâchoire. Ces mouvemens étaient devenus assez forts pour luxer la mâchoire plusieurs fois dans un même jour.

Le 9 octobre 1840, le malade a été reçu à l'hôpital et soumis au traitement électrique. Des étincelles ont été tirées des muscles affectés avec un avantage remarquable ; les mouvemens involontaires ont diminué tellement que la mâchoire n'a plus été luxée.

A peine cependant l'électricité a été abandonnée, que le mal est revenu au même degré. On revient à l'usage de ce moyen, et la guérison a été complète en peu de temps. Plus tard une nouvelle récidive a lieu ; on l'a combattue heureusement de la même manière, et l'on a complété la cure à l'aide du sulfate de zinc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 février. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris écrit à l'Académie pour qu'elle ait à élire quatre de ses membres qui doivent faire partie du jury pour le concours de clinique chirurgicale.

Cette élection devant se faire dans les sections de pathologie chirurgicale, de médecine opératoire et d'accouchement, M. le président prévient les membres qui composent ces trois sections, que leur réunion aura lieu vendredi prochain, à trois heures.

— *M. le président* annonce à l'Académie que, par la mort de Richerand, Laudibert et Biett, il y a lieu à la nomination d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

— *M. Castel* lit un rapport sur une observation de carus adressée à l'Académie par M. le docteur Joseph Sigalla, d'Athènes. (Remercier l'auteur, et l'engager à continuer ses relations avec l'Académie.)

— *M. Hamont*, fondateur des haras de l'École de médecine vétérinaire en Egypte, correspondant de l'Académie, lit un mémoire ayant pour titre : *Des causes de la morve et du farcin ; moyens de détruire ces maladies.* Nous croyons devoir donner quelques extraits de ce travail :

« Lorsque je quittai la France, en 1828, dit l'auteur, on pensait généralement dans le monde médical vétérinaire que la morve et le farcin n'existaient pas dans les pays chauds. J'arrive en Egypte, je recherche, je parcours les provinces, je rencontre les deux affections, et les Egyptiens me demandent si le *saccaoué* et le *sarâgyé* (morve et farcin) sont connus dans les pays froids.

» Je trouve la morve et le farcin sur le cheval du laboureur, dans la plaine, sur les bords du Nil, dans l'intérieur des terres, loin du fleuve, partout.

» Des Egyptiens ont des écuries, d'autres n'en ont pas ; ils attachent leurs montures devant les maisons et les animaux passent ainsi les jours, les nuits, l'hyver, l'été.

» Il est une particularité qui se présente à moi, que je suis forcé d'accepter enfin comme principe : c'est que le cheval de *sang* n'est pas au nombre des victimes de ces deux maladies.

» La morve, en Egypte, paraît sous les deux aspects, aigu et chronique. Très meurtrière, régnant pendant la saison froide comme au temps des chaleurs.

» Depuis 1831 jusqu'en 1838, je dirigeai le service de clinique dans l'hôpital vétérinaire, et le résumé de mes travaux me prouve que les chevaux égyptiens, les syriens de peu de valeur sont constamment ceux sur lesquels la morve et le farcin sévissent de préférence.

» Nous acquérons la preuve, contrairement à l'opinion admise par beaucoup de vétérinaires et d'hippiâtres, que l'humidité, le froid, des écuries étroites, peu aérées, ne sont pas les causes uniques des lésions profondes qui constituent la morve et le farcin.

» Si on a vu ces maladies se manifester sur des chevaux placés dans des localités insalubres, elles se développent également dans des écuries larges, où un air très pur entre en quantité plus que suffisante.

» Notre pays est un de ceux qui perdent le plus de chevaux de la morve et du farcin, et je lis dans quelques ouvrages que cette différence tient à ce que chez les étrangers les écuries sont plus spacieuses que chez nous.

» La morve et le farcin sont des maladies de *misère* qui attaquent les organisations appauvries et dégénérées. Si elles sont peu communes en Angleterre et en Allemagne, il faut attribuer ce fait très vrai à ce que les Allemands et les Anglais comprennent mieux que nous l'élève du cheval.

» Dans la Bavière, en Prusse, en Autriche, dans le royaume de Wurtemberg, l'éducation du cheval est l'objet d'une attention suivie, maintenue. Les rois s'en occupent.

» Un logement aéré, convenable, est une condition importante, mais elle ne peut suffire à la conservation des qualités d'un cheval.

» La morve et le farcin ne se développent pas spontanément sur des chevaux issus de parens de race, à moins que l'économie animale ne soit détériorée par de grandes privations, des fatigues excessives.

» Les chevaux fins résistent long-temps.

» Une nourriture homogène, insuffisante, la dégénération du cheval français, sont les causes de la morve et du farcin si fréquentes en France.

» Les mêmes affections se développent partout où le cheval se trouve dans les mêmes circonstances. Elles atteignent les chevaux dont l'organisation est appauvrie, débile, dans les meilleures écuries ; ne se montrent pas là où le cheval est bien entretenu, de race noble, quoique dans des habitations mauvaises ou en plein air.

» Avec des alimens variés, riches, abondans, on fait cesser la morve et le farcin. Ces maladies reparaissent dès qu'on change ce régime pour lui en substituer un moins avantageux.

» La diminution d'alimens même pendant un délai de quelques jours, peut faire naître la morve et le farcin sur des chevaux d'extraction base.

» Les chevaux de sang supportent des privations.

» Quand les chevaux sont de race distinguée, ils n'ont point la morve ni le farcin, bien que les alimens soient uniformes et les logemens humides, peu aérés. Il faut, pour que ces maux se manifestent, que l'organisation soit altérée profondément.

» L'école de cavalerie de Gizeh a de très belles écuries : la morve y a fait des ravages épouvantables. On ne peut accuser que l'alimentation uniforme et la dégénérescence du cheval syrien ou égyptien.

» Les Turcs, les Egyptiens admettent la contagion de la morve et du farcin. Je l'admets aussi : non-seulement la morve peut se transmettre par le contact immédiat, mais encore par l'usage des viandes crues. Je possède des exemples de cette transmission à un lion et à trois chiens de chasse.

» La lèpre boutonneuse de l'homme est identique au farcin du cheval, et est aussi causée par de mauvais alimens. Elle est le propre des classes pauvres et n'attaque jamais les riches.

» Les boutons lépreux paraissent sur les mains, la figure, le nez ; dans le nez, ils s'ulcèrent, laissent écouler une matière dégoûtante ; et dans cet état, grande ressemblance avec la morve du cheval.

» *Races de chevaux arabes inconnues en France.* Le cheval *Nejdi* est le type de l'espèce. Nourri de farine, de dattes, de bouillons de viande et de viande même, il mange très peu d'herbes.

» Point de morve ni de farcin sur ce cheval.

» Lorque, par des courses très longues, les chevaux reviennent exténués, quelques jours d'un régime animal ramènent la vigueur première.

» Le cheval Nedji est très beau, très intelligent, docile, obéissant.

» Plusieurs races existent dans le Nejd : Kehella, — Saklaoué, — Kouréche, — Deina, — Eubeija, — Daeniane. La meilleure est celle appelée Deina.

» Point de mésalliance : un cheval inconnu n'est pas accepté.

» Le cheval Nejdi vit très long-temps. Il est encore jeune à vingt-cinq ans ; durée moyenne de trente-cinq à quarante ans ; beaucoup vont au-delà. L'expatriation ne lui ôte pas cette longévité. Au Caire, chez le ministre de la guerre Akmet-Pacha, il existe un étalon âgé de plus de trente ans ; il saillit plusieurs fois chaque semaine.

» Point de morve, pas de farcin chez les Nejdis. Le cheval du Nejd est très sobre et peut marcher, courir, deux, trois jours de suite sans prendre d'alimens, pourvu qu'en partant son maître lui donne du lait de chamelle ou de la viande. Ce cheval est celui que les Français devraient accepter pour relever leurs races si débiles, tant délabrées.

» La cavalerie française est celle qui, en Europe, fait le plus de pertes de la morve et du farcin. L'Angleterre, l'Allemagne, mais l'Angleterre surtout, montrent ce qu'on peut faire avec le cheval arabe.

» Les Anglais, pour composer leurs chevaux, n'ont jamais pris d'autre cheval que le Nejdi, dont le pays est voisin des Indes. Avec le sang réellement arabe, ils ont composé toutes leurs races si supérieures aux nôtres.

» Les Anglais ont beaucoup importé et importent encore du sang Nejdi dans leur pays, quoi qu'ils disent ou écrivent.

» En France, *jamais* on n'a eu dans les haras de cheval véritable Nejdi. On a confondu sous le nom générique d'arabes, les chevaux égyptiens, barbes, turcs, syriens, etc. De là notre infériorité.

» L'anglais dégénéré, c'est un cheval artificiel. Il a besoin de beaucoup de soin ; il perd quand il va du nord au midi, et n'est point propre à relever nos races.

» Les chevaux de troupe, en France, sont dans un état *pitoyable*.

» On achète des chevaux à l'étranger, qui ne nous donnera jamais ce qu'il a de meilleur.

» L'infériorité du cheval anglais, comparée au cheval arabe est incontestable. Cette infériorité est prouvée par les courses et l'expérience faite dans le haras de Choulra en Égypte. »

M. Hamont cite ici plusieurs faits très curieux, que nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici.

« Il résulte de ce mémoire : 1° Que les causes premières de la morve et du farcin ne sont pas dans les écuries ;

» 2° Que ces maladies apparaissent dans les pays chauds comme dans les pays froids ;

» 3° Que les habitations n'exercent sur leur développement qu'une action très secondaire ;

» 4° Qu'il n'entre pas dans les établissemens destinés à l'élève du cheval en France d'étalons véritablement arabes ;

« 5° Que les chevaux anglais sont inférieurs à ceux du Nejd ;

» 6° Que l'insuffisance ou la mauvaise nature des alimens peut faire naître la morve ou le farcin chez le cheval dégénéré ;

» 7° Que les Anglais doivent la supériorité de leurs chevaux au sang du Nejd, qu'ils introduisent encore chez eux ;

» 8° Qu'enfin, il est urgent, pour arrêter le mal qui occasionne tant de pertes dans l'armée, d'introduire chez nous des étalons véritablement arabes.

» Le moyen de détruire chez les chevaux français la prédisposition aux maladies graves, morve et farcin, consiste à faire l'acquisition de plusieurs chevaux Nejdis.

» Pour arriver promptement à ce but, la France est dans une circonstance extrêmement favorable.

» La possession de l'Algérie lui offre les élémens de succès. Pour cela :

» Réunir sur un ou plusieurs points un grand nombre de jumens algériennes ;

» Annexer au haras une suffisante quantité de terrain pour la formation des prairies artificielles ; croiser les femelles bedouines avec les chevaux Nejdis ;

» Attacher au haras un certain nombre de chamelles ; nourrir les plus beaux poulains et les plus beaux étalons avec des substances animales, pour avoir un sang identique à celui du Nejd.

» Rien ne peut s'opposer à la réussite de cette entreprise : climature avantageuse se rapprochant de celle de l'Arabie, terrain sec, végétation prompte, et voisinage de la métropole. Après six ans, l'établissement devra fournir des étalons que le gouvernement enverra dans les haras principaux, dans les haras secondaires, dans les dépôts où le sang anglais domine à côté de quelques chevaux égyptiens, syriens, improprement appelés arabes.

» Avec de pareils produits répandus dans l'intérêt de la France, la morve et le farcin s'arrêteront ; le cheval de troupe deviendra robuste, sa durée moyenne plus longue. J'ai la conviction intime, enfin, que cette institution assurerait à la France des chevaux d'un très grand prix, d'une qualité supérieure à tous ceux du monde européen, et qui seraient les égaux des Nejdis. »

L'Académie a écouté cette lecture avec le plus vif intérêt, et a montré à l'auteur, par une approbation générale, toute l'importance qu'elle attachait à son travail.

Il a été décidé à l'unanimité, que ce mémoire serait renvoyé au comité de publication, et qu'un exemplaire serait officiellement adressé à MM. les ministres du commerce et de la guerre.

— *M. Bégin* lit un mémoire sur les hémorrhagies à la suite de la taille périnéale. La première partie de ce travail est consacrée à un examen rapide de la fréquence, des variétés, des symptômes et des dangers de cet accident. Nous croyons pouvoir nous dispenser d'entrer dans des détails sur ces différens points, car M. Bégin ne nous a pas paru dire autre chose que ce qu'on trouve dans les livres modernes qui traitent ce sujet. — Abordant la question du traitement, M. Bégin dit qu'à part la ligature ou la torsion des vaisseaux divisés, les différens moyens qu'on a préconisés contre ces hémorrhagies (compression, tamponnement; applications de compresses froides, astringentes; émissions sanguines, etc.), sont loin d'offrir assez de sécurité, lorsque l'écoulement du sang offre une certaine intensité. Or, comme la ligature ou la torsion des vaisseaux divisés sont souvent impossibles, il propose un moyen qui lui a déjà complétement réussi chez deux de ses opérés. Ce moyen consiste dans des irrigations d'eau froide sur la plaie, continuées pendant un temps plus ou moins long.

— *M. Cazeaux* met sous les yeux de l'Académie un fœtus femelle de six mois, présentant une acéphalie complète, du genre que M. Geoffroy Saint-Hilaire nomme peracéphale (2e genre). Il n'existe aucune trace de tête, de cou, de membres supérieurs. On trouve à sa partie supérieure une espèce de moignon osseux sous-cutané, qui paraît être la terminaison supérieure de la colonne vertébrale. Si on en juge par le point où vient s'insérer le cordon, la cavité thoracique existerait à peine. Les parties génitales externes sont bien conformées. Les membres inférieurs, très œdématiés, ont leur longueur normale.—Le gauche offre un pied-bot latéral interne, et se termine par cinq orteils dont quatre sont réunis entr'eux ; le gros orteil est seul libre. — Le droit est régulièrement conformé, mais il n'offre que trois orteils dont deux adhérent par leur côté ; le gros orteil est seul isolé.

M. Cazeaux disséquera avec soin ce fœtus, et communiquera prochainement à l'Académie le résultat de son examen. Nous publierons une note sur ce sujet.

— *M. Denonvilliers* présente à l'Académie une tumeur remarquable, surtout par le siége qu'elle occupait. Cette tumeur faisait en effet une saillie égale à la grosseur d'un œuf de pigeon, au côté externe du ligament rotulien, du côté droit, et envoyait un prolongement qui passait au-dessous de ce ligament et s'avançait en dedans jusqu'au niveau du bord interne de la rotule ; elle n'avait aucune communication avec l'intérieur de l'articulation fémoro-tibiale.

Toutes ces circonstances avaient été diagnostiquées par M. Denonvilliers avant l'opération. Celle-ci fut pratiquée en découvrant et isolant la tumeur principale, en l'attirant ensuite au moyen d'érignes, et disséquant son appendice sans intéresser ni le ligament rotulien, ni la membrane synoviale de l'articulation.

L'examen de la tumeur fit voir qu'elle était formée de petites masses fibrineuses agglomérées, et que son prolongement consistait en une trame celluleuse teinte d'une couleur de rouille et imbibée d'un liquide de même couleur. M. Denonvilliers pense que cette altération, qui date de neuf ans, est la conséquence d'un épanchement sanguin ; la raison qui l'a décidé à enlever la tumeur, c'est que des douleurs s'y faisaient de temps en temps sentir, et qu'elle était le siége de mouvemens inflammatoires qui revenaient par intervalles, et empêchaient alors le malade de se livrer à ses occupations. Pour prévenir, après l'opération, une réaction trop vive qui pourrait se communiquer à l'articulation, le genou a été soumis à un courant continu d'eau à 20 degrés. Aujourd'hui, sixième jour depuis l'opération, le malade va très bien, et il ne paraît y avoir, ni dans les lèvres de la plaie, ni dans les tissus environnans aucune tendance à l'inflammation.

— *M. Gery* communique à l'Académie une observation de transposition de tous les organes, recueillie sur un jeune homme de vingt-cinq ans, qui a succombé à une phthisie pulmonaire. L'autopsie a été faite par M. Bonamy. Les faits de ce genre sont maintenant nombreux et bien connus. Mais une particularité excessivement rare, si tant est qu'on en ait cité des exemples authentiques, et sur laquelle M. Gery a fixé l'attention de l'Académie, c'est que, dans ce cas, les cavités du cœur étaient elles-mêmes transposées ; on a pu s'en convaincre en examinant cet organe que M. Gery a mis sous les yeux de l'assemblée.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi thérapeutique de la chinoïdine; par M. Max Fleischmann, d'Eslengen.

Les résultats malheureux qui jusqu'à ce jour ont détourné les praticiens d'employer la chinoïdine proviennent sans doute, suivant l'auteur, de ce fait seul que l'on n'avait pas mis en usage la véritable chinoïdine. Mais, en recourant à cette base préparée d'après le procédé indiqué dans le Manuel de pharmacie de M. Geiger, on en a obtenu des succès incontestables. La forme qui convient le mieux pour l'administration de ce médicament est celle de pilules que l'on peut préparer d'après la prescription suivante :

Pr.	Chinoïdine pure,	4	grammes.
	Sulfate de chinoïdine,	4	id.
	Poudre de gentiane,	1	id.
	— de calamus aromaticus,	1	id.
	Sirop de gomme,	Q. S.	

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules de 10 centigrammes (2 grains) et argentées.

On donne trois de ces pilules toutes les deux heures aux adultes.

La moitié de la dose indiquée dans la formule précédente est ordinairement plus que suffisante pour couper une fièvre intermittente légitime.

On prépare le sulfate de chinoïdine en dissolvant cette base dans de l'eau distillée, en ajoutant une quantité d'acide sulfurique suffisante pour opérer la dissolution, puis en concentrant à une douce chaleur jusqu'à consistance d'extrait.

(*Buchner's Repertorium fuer die pharmacie*, 1841.)

Emploi de l'écorce de hêtre contre les fièvres intermittentes ; Par M. le docteur Fuhrmann, de Schoenfeld.

L'écorce destinée à l'emploi médical doit être récoltée sur des individus d'un ou deux ans au plus. On la donne sous forme de décoction, que l'on prépare avec trente grammes (une once) d'écorce fraîche, ou quinze grammes (quatre gros) d'écorce sèche, pour cent quatre-vingts grammes (six onces) d'eau commune, que l'on fait réduire des deux tiers par l'ébullition. Le décocté, passé avec soin et édulcoré à volonté, est administré, tiède et en une seule prise, une heure avant l'invasion présumée de l'accès.

Quelques observations, recueillies par l'auteur, confirment l'efficacité de ce remède, et M. Fuhrmann ajoute qu'il considère cette écorce comme étant douée d'une propriété anti-pyrétique aussi prononcée que l'est celle du quinquina ; il la regarde comme méritant la préférence sur ce dernier agent en raison de la modicité de son prix.

Du reste, dans l'emploi thérapeutique de ce nouveau fébrifuge, les indications et les contre-indications sont les mêmes que pour l'écorce du Pérou.

(*Œst. méd. Wochenschrift*, 1841, n° 23.)

M. Ricord commencera ses leçons cliniques à l'hôpital des Vénériens, le mardi 1er mars 1842, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine.

Examen des malades de 8 à 9 heures. — Leçons à l'amphithéâtre de 9 à 10 heures.

Le Sirop de Macors, contre les vers, n'est pas seulement destiné à leur destruction, mais il en prévient le développement par ses propriétés éminemment toniques sans être cependant échauffantes. Il convient donc aux enfans et aux adultes qui pèchent par un excès de débilité intestinale.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 26 FÉVRIER 1842. (15e ANNÉE.) N° 25, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Rétraction des muscles fléchisseurs de la jambe à la suite d'une inflammation du genou droit. Section des tendons des muscles biceps, demi-tendineux, droit interne. Considérations générales sur la ténotomie.

Les maladies des articulations, dit M. Bérard, laissent souvent à leur suite des positions vicieuses des membres, qui en altèrent la forme et en gênent ou détruisent les fonctions. Cet effet fâcheux peut être en partie prévenu, si, dès le principe, le chirurgien, tout en combattant la maladie principale, s'applique à donner au membre une position favorable, et si, pour conserver cette position, il fait usage de machines appropriées à ce but. C'est parce que ces précautions ont été négligées, que tant d'individus se rencontrent avec une jambe fléchie à angle plus ou moins aigu à la suite d'une tumeur blanche du genou, avec une cuisse ramenée vers l'abdomen après une coxalgie, etc. J'ai depuis plusieurs années songé à prévenir ces conséquences malheureuses des arthropathies; et dans un grand nombre de cas j'y suis parvenu en fixant, dès le principe, le membre dans une bonne position à l'aide des appareils ingénieux en fil de fer, garnis de coton, que M. Mayor a introduits dans la pratique. Ces appareils qui, à l'aide de quelques tours de bande, se fixent solidement sur les deux portions du membre entre lesquelles se trouve l'articulation malade, tout en laissant celle-ci libre par la plus grande partie de sa circonférence, et par-là même accessible à toutes les applications médicamenteuses convenables, ces appareils, dis-je, ont le double avantage d'assurer la bonne configuration du membre et de prévenir les mouvemens parfois si douloureux des articulations malades. Ces avantages sont tellement importans, que j'ai la conviction que tous les chirurgiens s'empresseront d'accueillir la pratique que je conseille, dès qu'ils en auront fait l'essai. Ils ont été d'ailleurs bien sentis par un de nos confrères les plus distingués, M. Bonnet de Lyon, qui a publié dans la *Gazette Médicale de Paris*, année 1841, un intéressant mémoire sur les positions des membres dans les maladies des articulations envisagées sous le rapport de leurs causes, de leurs effets et de leurs applications thérapeutiques. Il est probable que si on y eût eu recours chez la malade dont je vais parler, on eût prévenu son état actuel, et on lui eût évité l'opération que nous sommes obligé de lui pratiquer aujourd'hui. Voici l'historique de sa maladie.

Lécuyer (Célestine), jeune fille âgée de seize ans, habitait, il y a environ un an, un appartement petit et humide. Sa mère y aurait été prise de douleurs rhumatismales, et ce serait aussi dans ce logement qu'aurait commencé la double affection dont elle est atteinte. L'appartement qu'elle habite aujourd'hui est plus sain, exposé au soleil.

Cette jeune fille, d'un développement médiocre, présente tous les caractères d'un tempérament scrofuleux. Elle dit n'avoir jamais fait de maladie grave. Le côté droit du cou est le siége d'un engorgement ganglionnaire assez considérable. Cet engorgement date de huit mois, et s'est manifesté à la suite de violens maux de dents. La seconde grosse molaire de ce même côté est entièrement cariée. Cet engorgement a gagné toute la région parotidienne; la suppuration s'y est établie il y a environ quatre mois; un point fistuleux existe vers l'angle de la mâchoire, et depuis lors, d'après ce que dit la malade, la tumeur aurait sensiblement diminué d'étendue et de volume.

De plus, cette jeune fille éprouva dans le genou droit, il y a environ six mois, et sans cause connue, une douleur assez vive pour rendre la progression et la station difficiles. Cette douleur, caractérisée par des élancemens vifs et fréquens dans le jour, se calmait la nuit et permettait un sommeil tranquille. Deux mois après, un gonflement de tout le genou se manifesta; la marche, quoique pénible, était encore possible, mais la malade boîtait; les douleurs ne se calmaient pas. Enfin, il y a deux mois seulement, a commencé la flexion de la jambe sur la cuisse; peu à peu l'extension du membre et la marche sont devenues impossibles. Dans les commencemens, on fit une application de sept sangsues qui diminuèrent les douleurs; on appliqua des cataplasmes émolliens, et l'on fit, sans résultat satisfaisant, des frictions avec l'onguent napolitain. — Le gonflement, la flexion de la jambe et l'impossibilité de la marche ayant persisté, la jeune malade entra le 6 janvier dernier, dans nos salles, et son genou nous présenta les caractères suivans: gonflement médiocre de l'articulation; saillie plus marquée du condyle externe du fémur; empâtement des parties molles; teinte plus rouge de la peau; léger développement des veines sous-cutanées; douleurs moins fortes que dans les commencemens, et ne se faisant sentir qu'à la pression, surtout au niveau du condyle externe et au-dessous de la rotule, qui paraît fixe autant que les douleurs permettent de le constater.

La flexion de la jambe sur la cuisse forme un angle aigu. L'extension forcée est douloureuse, et ne peut atteindre même l'angle droit. En l'exerçant, on détermine une saillie considérable des tendons des muscles du jarret, mais surtout du demi-tendineux, du droit interne et du biceps; leur rétraction est manifeste, le membre étant même à l'état de repos. La jambe présente une atrophie très sensible, et de plus un changement de direction suivant son axe et sa circonférence. Ainsi le membre est porté dans l'abduction; il a éprouvé aussi un léger mouvement de rotation par lequel le condyle externe du tibia est un peu en arrière, et l'interne un peu en avant. La rotule est aussi portée en dehors.

Voilà donc une articulation dans laquelle les mouvemens subsistent encore, celui de flexion surtout. Cette articulation n'est point frappée d'ankylose, et cependant la position est telle que le membre ne peut remplir ses fonctions. Nous n'observons ici que le premier degré de la difformité: mais lorsque l'affection est ancienne, lorsque surtout il s'est formé quelque abcès autour du genou, il se produit d'autres changemens dans les rapports de la jambe avec la cuisse qui rendent la difformité plus grande et plus difficilement curable par les moyens dont nous parlerons bientôt.

Nous avons un exemple frappant de ces changemens chez un jeune malade couché au n° 2 de la salle Saint-Pierre. Voici en quoi ils consistent: la jambe a éprouvé un mouvement de rotation autour de son axe vertical par suite duquel le plan interne du tibia est devenu antérieur; la pointe du pied regarde en dehors, le condyle externe de cet os est dirigé en arrière, et son condyle externe en avant; de plus, la jambe a subi un mouvement d'arc de cercle dont le centre est au genou et la circonférence au pied, de dedans en dehors, de telle sorte que son axe s'éloigne de celui de la cuisse en formant avec lui un angle obtus saillant en dedans au niveau du genou; enfin, les condyles du tibia ont glissé de dedans en dehors au dessous de ceux du fémur, de telle sorte que l'interligne articulaire présente dans le sens transversal une luxation incomplète en dehors de la jambe sur la cuisse. Par suite de ce dernier déplacement surtout, la rotule est entraînée vers le condyle externe du fémur, et elle ne répond plus à la gorge articulaire de cet os.

Ces déplacemens ont été bien signalés par M. Bonnet dans le *Traité des sections tendineuses* que ce chirurgien vient de publier, et rapportés par lui au ramollissement des ligamens de l'articulation, et à la position vicieuse des malades affectés de lésion du genou.

A ces causes, je pense qu'il en faut joindre une plus puissante: je veux parler de la contraction permanente et exagérée du muscle biceps. Combinée avec celle des demi-tendineux, demi-membraneux, etc., elle doit entraîner la flexion; de plus, elle doit avoir pour effet la rotation en dehors, l'abduction de la jambe, et enfin sa semi-luxation externe. Le muscle tenseur de l'aponévrose *fascia lata* est sans doute pour quelque chose dans la production de ce déplacement.

Enfin, des désordres plus fâcheux se produisent à la longue et le malade dont je viens de parler nous les présente encore: les surfaces osseuses se déforment; les condyles du fémur

FEUILLETON.

RAPPORT A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE; par M. le docteur Henry ROGER, médecin du Bureau central des Hôpitaux (1).

Monsieur le Ministre,

Votre Excellence a daigné me confier une mission scientifique en Allemagne, et me charger d'étudier quelques parties de l'organisation médicale de ce pays. Conformément à vos instructions, j'ai dû m'appliquer surtout à rechercher quelles étaient les formes diverses de la pratique de la médecine, afin de voir jusqu'à quel point on pourrait tirer de cette étude quelques conclusions applicables à la constitution des médecins et des officiers de santé en France. C'est principalement le résultat de mes investigations sur cet objet important que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de Votre Excellence.

Organisation de la médecine en Autriche (2).

La pratique médicale n'a peut-être nulle part des formes plus multipliées qu'en Autriche: sans parler de la médecine militaire, qui a son école particulière et son organisation spéciale, la médecine civile a, dans ce pays, un personnel très nombreux dont les connaissances littéraires ou scientifiques et dont les attributions sont fort différentes; on retrouve, pour ainsi dire, ici ce défaut d'homogénéité qui existe entre les fractions si diverses de l'empire autrichien. En effet, la loi reconnaît: 1° des docteurs en médecine; 2° des docteurs en chirurgie; 3° des maîtres en chirurgie (*chirurgiæ magistri*); 4° des patrons en chirurgie (*chirurgiæ patroni*), sans compter les sages-femmes et les dentistes (*magistri dentisticæ artis*). Il y a encore des chirurgiens opérateurs, des maîtres en oculistique (*magistri oculisticæ artis*), des maîtres en accouchemens (*magistri obstetricæ artis*). Mais, comme on le verra plus loin, ces dernières dénominations ne représestent pas dans l'échelle médicale des degrés distincts: ce ne sont pas des titres qu'il est permis de prendre isolément et qui confèrent le droit exclusif de la pratique des opérations, de l'oculistique et des accouchemens; ce sont uniquement des titres supplémentaires et non pas obligatoires, qu'on peut ajouter, par exemple à celui de docteur en médecine ou en chirurgie, dans le but d'exercer d'une manière plus spéciale certaines branches de l'art de guérir.

Je vais passer successivement en revue ces divers degrés de la hiérarchie médicale.

1° Docteurs en médecine.

L'individu qui aspire au doctorat de médecine doit remplir certaines conditions au moment de prendre sa première inscription: il faut qu'il justifie d'au moins dix-huit ans d'âge (on abaisse d'une année cette limite pour les élèves qui se sont distingués dans les études préparatoires); il faut qu'il apporte des certificats d'études antérieures continuées pendant douze années, et attestant qu'il a passé quatre années dans les écoles nationales, six au gymnase et deux à l'université (1), dans la faculté de philosophie (2).

Muni de ces pièces, le candidat s'inscrit à la faculté de médcine *complète* d'une des cinq universités *complètes*, Vienne, Prague, Pesth, Pavie et Padoue (3); puis il commence les études médicales qu'il poursuit pendant cinq années.

Voici le tableau des cours pour 1840 et 1841, avec l'indication des heures:

Première année. — Premier semestre. — Introduction à l'étude de la médecine et de la chirurgie. — Minéralogie, le matin, de dix à onze heures, cinq fois par semaine. — Anatomie, le matin de neuf à dix heures, et dans l'après-midi, de trois à quatre heures, cinq fois par semaine.

Second semestre. — Zoologie (comme ci-dessus pour la minéralogie). — Continuation de l'anatomie. — Botanique, de sept heures et demie à huit heures et demie, cinq fois la semaine. — Dissections, depuis le mois d'octobre jusqu'à la fin d'avril.

Deuxième année. — Premier semestre. — Anatomie et physiologie supérieures, de dix à onze heures, cinq fois la semaine (en latin). — Chimie générale, de onze heures à une heure, cinq fois la semaine.

Second semestre. — Continuation de l'anatomie et de la physiologie supérieures. — Pharmacie (comme ci-dessus pour la chimie générale).

Troisième année. — Premier semestre. — Pathologie générale, étiologie et séméiologie, tous les jours de huit à neuf heures du matin, et de trois à quatre heures du soir (en latin).

Second semestre. — Matière médicale, hygiène; art de formuler, thérapeutique médicale générale, tous les jours de huit à neuf heures le matin, et de trois à quatre heures le soir (en latin). — Théorie des accouchemens, cinq fois la semaine de midi à une heure. — Leçons sur les épizooties, trois fois la semaine, de cinq heures et un quart à six heures et un quart.

Quatrième année. — Premier semestre. — Médecine pratique et clinique médicale, tous les jours de huit à neuf heures. — Thérapeutique spéciale des maladies internes, cinq fois la semaine de neuf à dix heures. — Chirurgie pratique et clinique chirurgicale, tous les jours de dix à onze heures du matin. — Opérations chirurgicales, avec démonstrations sur le cadavre, cinq fois par semaine, de onze heures à midi.

Second semestre. — Continuation de la médecine pratique, de la thérapeutique spéciale et de la chirurgie pratique. — Pathologie chirurgicale spéciale, thérapeutique, cinq fois la semaine, de onze heures à midi.

Cinquième année. — Premier semestre. — Continuation des cours

(1) Extrait du *Moniteur universel*, janvier 1842.

(2) *N. B.* Dans l'exposé des détails relatifs à la constitution médicale des divers états de l'Allemagne, nous nous sommes astreints à l'ordre suivant:

1° Examen des formes de la pratique, civile ou militaire;

2° Obligations et devoirs des différens membres du personnel médical;

3° Droits et priviléges des médecins de première, de deuxième ou de troisième classe.

(1) Voici la teneur des certificats qui sont délivrés après la philosophie et après chaque année scolaire médicale:

M....., âgé de ....., né à ....., de la religion ....., a suivi les cours pendant ....., avec beaucoup de zèle, et il a obtenu à l'examen public la note (première *eminenter* ou *simpliciter*, seconde, troisième). Quant à sa conduite, elle a été conforme aux réglemens de l'Académie.

(2) Les études philosophiques comprennent la religion, la philosophie théorique, la philosophie morale, les mathématiques pures élémentaires, la physique et la philologie latine; elles embrassent également l'histoire universelle, la philologie grecque, les mathématiques complètes, et enfin l'histoire naturelle générale, qui n'est obligatoire que pour les *stipendiati*. Les études philosophiques peuvent d'ailleurs être faites dans un des nombreux lycées dont la liste légale est déposée chez les doyens et directeurs des études médicales.

(3) Les *universités complètes* sont divisées en quatre facultés, celle de philosophie, celle de droit, celle de théologie et celle de médecine. Les *universités incomplètes* sont au nombre de quatre: elles sont à Olmutz, Lemberg, Gratz et Inspruck; on y fait pareillement des études de théologie, de philosophie et de jurisprudence, mais au lieu de faculté de médecine, elles possèdent seulement des écoles de chirurgie qui ne peuvent conférer que le titre de *patronus chirurgiæ* et non pas celui de docteur. On trouve encore des écoles de chirurgie ayant le droit de créer des patrons, dans les lycées de chaque province, où l'on fait, en outre, des études philosophiques et théologiques (Saltzbourg, Laybach et Clausenbourg en Transylvanie).

s'usent et s'atrophient en arrière ; la rotule se soude au-devant du fémur ; le membre en totalité s'atrophie, et la diminution porte à la fois sur la circonférence ; en sorte que le membre malade paraît plus maigre que le membre sain ; et aussi sur la longueur, en sorte qu'il est réellement plus court, et que plus tard, si on vient à le redresser, il n'en est pas moins une cause de claudication. Cette atrophie est portée à un point tel que la différence de longueur des deux membres, chez le jeune homme dont je parle, est de 3 à 4 centimètres.

Les désordres que je viens de passer en revue rendent le pronostic fort grave, en ce sens qu'il est fort difficile d'obtenir une reproduction régulière du membre. Heureusement que la malade dont je vous ai fait l'histoire ne présente d'autre altération que la flexion. Cette flexion régulière sans abduction ni rotation de la jambe, tient sans doute à ce que la rétraction du demi-tendineux et du droit interne est égale à celle du muscle biceps.

Quel pronostic devons-nous porter sur cette maladie ? L'affection inflammatoire semble dissipée, la tumeur blanche, loin de faire des progrès, est en voie de guérison ; le mal abandonné à lui-même, ne paraît pas devoir s'aggraver. Le pronostic serait donc favorable si la difformité n'était venue se substituer à la maladie première. Mais cette difformité est déjà fort avancée, et ses effets sont une abolition complète des fonctions du membre inférieur droit.

Traitement. L'indication est évidente : il faut rétablir l'extension de la jambe sur la cuisse. Les moyens que l'art possède pour atteindre ce but sont assez nombreux : les douches sur les genoux, principalement les douches d'eaux thermales, les frictions sur le membre et le genou, le massage de ces parties, les mouvemens d'extension imprimés chaque jour avec ménagement à la jambe, sont des moyens accessoires, d'une efficacité douteuse, et dont l'emploi ne saurait être convenablement dirigé dans les circonstances où se trouve notre malade. Je ne m'y arrêterai pas.

L'extension brusque et instantanée, telle que la pratique M. Louvrier, donnerait probablement lieu à un résultat heureux. Cependant, comme on a vu de graves accidens suivre cette méthode, et qu'on ne peut *à priori* affirmer qu'ils n'auraient point lieu chez notre malade, je mets également ce moyen de côté.

Les machines à extension lente, employées seules, pourraient peut-être produire l'extension complète du membre. Cependant la chose me paraît douteuse, en raison de la flexion considérable de la jambe et de la rétraction très prononcée de plusieurs des muscles fléchisseurs. Mais si les machines seules nous paraissent insuffisantes, il n'en est plus de même lorsque leur application aura été précédée de la section des tendons des muscles rétractés. C'est donc à la ténotomie, combinée avec les appareils que nous allons demander les moyens de guérison.

Avant d'aborder la description du manuel opératoire il nous reste à discuter un point relatif à l'état de la rotule. Cet os, placé au-dessous des condyles du fémur, est immobile dans le lieu qu'il occupe. Or, il est de la plus haute importance de reconnaître si cette immobilité tient seulement à la flexion forcée de la jambe et à la tension des muscles droit antérieur de la cuisse et triceps, ou bien si elle résulte de la soudure de l'os avec le fémur. Dans ce dernier cas, en effet, le chirurgien doit savoir que la rotule opposera un obstacle insurmontable au retour du tibia au-dessous des condyles du fémur ; la jambe, ramenée dans l'extension, son axe vertical sera, il est vrai, parallèle à celui de la cuisse, mais il sera sur un plan postérieur et les condyles du tibia feront un relief prononcé dans le creux du jarret. Je crois avoir le premier signalé cet écueil du traitement des ankyloses angulaires du genou, dans mon rapport à l'Académie sur la machine de M. Louvrier, écueil que M. Bonnet a parfaitement reconnu de son côté.

Or, il n'est pas aussi facile qu'on le pense de reconnaître si l'immobilité de la rotule tient à son adhérence au fémur ou si elle résulte de la torsion extrême des muscles extenseurs de la jambe. On pourrait croire qu'il suffit, dans ce dernier cas, de porter la jambe aussi loin que possible dans l'extension et de rechercher alors si l'on peut imprimer quelques mouvemens latéraux de glissement à la rotule ; mais pendant ces explorations, le malade contracte involontairement les muscles de la cuisse, et tant que les extenseurs sont contractés la rotule est immobile. Il faut donc bien prendre garde à cette cause d'erreur ; attendre que les muscles de la cuisse se relâchent et renouveler alors ses explorations. C'est en usant de ces précautions que nous avons fini par découvrir que la rotule est encore mobile chez notre malade, et nous en portons un pronostic d'autant plus favorable.

Encore un mot sur l'état général du genou. Le peu d'ancienneté de la maladie permet de penser que les ligamens sont peu raccourcis du côté de la flexion, et qu'en conséquence ils opposeront peu de résistance à l'extension de la jambe : il est également évident que les surfaces osseuses ne sont point déformées, en sorte que le retour du membre à une bonne conformation sera durable ; enfin le gonflement qui subsiste encore principalement au-dessous et sur les côtés de la rotule est dû à l'épanchement des parties molles extra-articulaires et l'on a remarqué que le retour du membre à sa rectitude normale était une des causes qui favorisent le plus puissamment la résolution de cet engorgement.

Opération. — La section des muscles du jarret, extension heureuse d'une opération due au génie des chirurgiens de ce siècle, offre des difficultés plus nombreuses que celles qui accompagnent la plupart des autres ténotomies. Le biceps est cotoyé par le nerf sciatique poplité externe ; le demi-tendineux, par le sciatique poplité interne. Dans l'intervalle des deux, mais plus profondément, se trouvent les vaisseaux poplités. La blessure de ces derniers est peu à craindre pendant l'opération ; il n'en est pas de même des nerfs. Non seulement leur voisinage les expose à être coupés, mais encore la tension qu'ils éprouvent en raison de leur raccourcissement peut les faire prendre pour un tendon, ce qui en amèrait inévitablement la division. M. Bonnet a eu soin de noter cette cause d'erreur ; il conseille, pour l'éviter, de suivre la corde que l'on sent à travers les tégumens ; de la sorte on reconnaît que la saillie des tendons se dirige vers les condyles du fémur, tandis que le nerf poplité interne reste dans l'aire du triangle du jarret.

Ce moyen d'investigation est certainement utile, néanmoins nous le considérons comme moins sûr que celui qui est mis en usage par M. J. Guérin. Celui-ci consiste à bien reconnaître d'abord le degré de tension du cordon que l'on trouve dans le jarret ; puis, pendant que le doigt est encore appliqué sur ce cordon on engage le malade à fléchir sa jambe autant que possible ; cet effort, qu'il soit ou non suivi de mouvement, produit le relâchement du faisceau, s'il est dû au nerf ; il augmente au contraire sa dureté, s'il est formé par un tendon.

Pour couper les tendons du creux du jarret, le malade doit être couché sur le ventre ; la jambe est portée dans l'extension par un aide qui exerce sur elle des tractions assez fortes pour rendre plus saillans les tendons des muscles rétractés. La section est là, comme ailleurs, pratiquée par la méthode souscutanée. Faut-il engager le ténotome sous le muscle et couper de là vers la peau, ou aller des parties profondes vers les superficielles ? Faut-il engager l'instrument du creux du jarret vers son bord, ou suivre une méthode inverse ? Les avis et la pratique des chirurgiens sont partagés sur ces divers points. La méthode qui consiste à couper de la peau vers les parties profondes, me paraît ici, comme dans toutes les autres ténotomies, préférable à la section sous-tendineuse ; je préfère également engager l'instrument des bords du creux du jarret vers le jarret même. Je crois que l'on est bien plus exposé à la lésion du nerf sciatique en suivant la méthode inverse. En effet, quand, ainsi que le conseille M. Bonnet, on entre par ponction au côté interne du biceps, de manière à passer entre le tendon et le nerf, on est exposé à passer en dedans du nerf ou à travers son épaisseur, et alors il est inévitablement coupé, ou bien on enfonce trop en dehors, et alors on traverse le muscle et on laisse sans la couper toute la partie qui est située au côté interne du ténotome. Quand, au contraire, on suit la métkode que je conseille, on suit avec le doigt l'extrémité du ténotome, de manière à ne pas dépasser le tendon en dedans ; et enfin, si par hasard le tranchant vient à appuyer sur le nerf, il est probable que celui-ci s'affaissera au lieu d'être entamé par l'instrument, la pression du ténotome ne divisant que les parties fibreuses fortement tendues sous son tranchant.

Après la section, la jambe peut être allongée d'une certaine quantité ; cependant elle n'arrive pas immédiatement à la ligne droite. J'avoue que pour atteindre ce but, je ne crois pas devoir imiter la conduite de Dieffenbach, et imprimer, immédiatement après la section des muscles, de violens et brusques mouvemens d'extension et de flexion à l'articulation du genou, ces manœuvres, quoiqu'ayant procuré des résultats en apparence satisfaisans entre les mains du célèbre chirurgien de Berlin, exposent à l'inflammation, aux abcès, et n'abrègent pas la durée du traitement, en ce sens que les malades ne jouissent pas plus tôt de l'usage de leur membre que quand on fait une extension progressive. C'est donc à cette dernière méthode que nous aurons recours, et nous emploierons un appareil très simple et cependant très puissant que j'ai imaginé. Voici en quoi il consiste : il se compose d'une gouttière en fil de fer, garnie de coton, fixée solidement à la jambe et à la cuisse par un nombre suffisant de tours de bande. La gouttière manque complètement au niveau du genou ; là elle est remplacée par une feuille d'acier élastique, qui s'unit par en haut et par en bas aux deux segmens de la gouttière, dont elle suit la partie centrale dans toute sa longueur ; enfin une courroie attachée à un bout de la gouttière s'engage dans une boucle fixée à l'autre bout, et sert à bander le ressort au degré convenable pour que l'angle saillant qui en résulte s'adapte parfaitement à l'angle formé par la remonte de la jambe avec la cuisse. Lorsque l'appareil est posé, on donne chaque jour un degré de plus à l'extension, en allongeant d'un cran la courroie qui tient le ressort bandé.

Après ces réflexions, M. Bérard procéda à la section des muscles rétractés. La malade étant couchée sur le ventre, le genou près du bord de la table, un aide saisit le pied et se tient prêt à exercer des efforts d'extension sur la jambe. Placé du côté externe pour couper d'abord le tendon du muscle biceps, M. Bérard fait un pli vertical à la peau et plonge la pointe d'un bistouri très aigu à la base de ce pli, à quelques centimètres de distance du condyle externe du fémur. Un ténotome à pointe mousse est immédiatement engagé par cette petite plaie, conduit de dehors en dedans entre les tendons du biceps et la peau, jusqu'au côté interne du muscle. La pointe reconnue à travers les tégumens par le doigt indicateur gauche, et répondant exactement au bord interne du tendon, le tranchant est tourné vers ce dernier ; alors l'aide tire sur la jambe pendant que l'opérateur engage le malade à fléchir

---

de médecine pratique et de thérapeutique spéciale. — Enseignement pratique et clinique des maladies des yeux, tous les jours de dix à onze heures le matin. — Cours de thérapie ophthalmique, cinq fois par semaine, de onze heures à midi. — Cours de médecine légale, cinq fois la semaine, de midi à une heure. — Cours pratique pour les autopsies judiciaires. — Autopsies judiciaires en présence des étudians.

Second semestre. — Continuation du cours de médecine pratique, de la thérapeutique spéciale, du cours d'oculistique et de thérapie ophthalmique (4). — Leçons sur l'hygiène et la police médicale, cinq fois par semaine, de sept à huit heures du matin. — Cours pratique d'autopsies judiciaires : autopsies judiciaires.

Ces études médicales doivent être continuées sans interruption, sauf le cas exceptionnel de maladie ou de quelque autre empêchement grave. Les élèves sont tenus, à cet effet, de prendre une inscription tous les ans, et, pour qu'une inscription nouvelle leur soit accordée, il faut qu'ils aient satisfait à des examens partiels qui se font, soit à la fin de l'année, soit à la fin du semestre, en raison de la durée même de chaque cours. Ces examens portent exclusivement sur les matières du cours, et les questions doivent être circonscrites dans les limites de l'enseignement du professeur, qui est astreint pour ses leçons, soit à des cahiers originaux, soit à des commentaires sur les auteurs classiques, soit plus souvent à ses propres ouvrages imprimés. Un échec dans ces examens nécessite une répétition du cours : toutefois le directeur des études médicales peut, sur des motifs indiqués par la loi, accorder la permission de se représenter à l'examen sans répéter le cours, soit à la fin de l'année scolaire, soit tout à fait au commencement du cours. Si le candidat met en doute l'impartialité du professeur, il demande l'adjonction d'un juge pris dans le sein de la faculté.

Ces épreuves successives ne sont qu'un acheminement à celle qui couronne les études et qui seule confère le titre de docteur ou de magister, avec le droit d'exercer : je veux parler de l'examen *rigoureux* (*strenge Prufung*), qui est double ; avant de le passer, le candidat doit rédiger des observations sur deux malades des salles de médecine qu'il a soignés sous les yeux du professeur de clinique et en présence des élèves, soit dans le cours de la cinquième année, soit plus tard. Ces observations sont examinées par tous les professeurs, par le doyen et le président de la faculté, et quand elles ont été approuvées et signées par tous, le double examen rigoureux commence. Il est divisé en deux épreuves, séparées par trois mois d'intervalle.

Première partie. — Anatomie, botanique, histoire naturelle, physiologie ; pathologie générale et spéciale des maladies internes et externes, générales et locales ; séméiotique et thérapeutique générale.

Deuxième partie. — Chimie, médecine légale et police médicale, oculistique, matière médicale, art de formuler : questions pratiques dont la solution sera donnée avec l'indication des médicamens, du régime, etc., comme pour la clinique.

Les examens annuels ou semestriels sont publics ; mais l'examen rigoureux est toujours secret. Le directeur et le professeur des sciences sur lesquelles on interroge assistent à la première épreuve : le vice-directeur se joint à eux pour la seconde. L'interrogation dure un quart d'heure pour chaque science : pendant ce temps, le secrétaire de l'université (*pedellus*) est de surveillance dans la salle des actes.

Lorsqu'on est refusé à l'examen rigoureux, on est tenu de répéter le cours correspondant aux matières sur lesquelles on a mal répondu, de passer l'examen ordinaire et de se représenter à l'examen rigoureux. Même obligation après un deuxième échec ; un troisième (ce qui arrive rarement) entraîne une exclusion définitive de l'université.

Lorsque le candidat a répondu d'une manière satisfaisante dans les deux examens rigoureux, il est tenu d'écrire, en latin, ou, avec la permission du directeur des études médicales, dans une autre langue, en allemand, en hongrois, en italien ou en grec, une dissertation sur un sujet à son choix, relative à un point quelconque des sciences accessoires de médecine ou de thérapeutique : il doit y joindre plusieurs propositions qu'il défend publiquement contre quatre argumentateurs choisis par lui entre les docteurs de la faculté de Vienne. Pendant l'argumentation, à laquelle les professeurs prennent part quelquefois, mais que le plus souvent ils laissent aller tant bien que mal, persuadés qu'ils sont fatalement témoins d'une dernière et vaine formalité, la thèse imprimée est distribuée aux assistans.

Frais d'études. — Le plus souvent les études médicales sont gratuites, plusieurs universités étant assez riches pour pouvoir se soutenir par leurs propres ressources : celle de Hongrie, par exemple, possède des revenus territoriaux considérables ; d'autres fois des donations, des legs ont servi à fonder des bourses pour les étudians pauvres. Ainsi, à Pesth, à Pavie, à Padoue, on ne paie rien pour étudier la médecine ; mais il en est autrement à Prague et à Vienne. Avant Marie-Thérèse, les médecins payaient cent ducats d'or, qui constituaient une partie des revenus de l'empereur. Cette redevance, successivement abolie, puis rétablie, a été définitivement convertie en une somme dont la destination est aujourd'hui différente.

Pour suivre les cours de l'université à Prague et à Vienne, on paye 30 florins par an. Toutefois, on est dispensé d'acquitter cette somme, si on justifie de sa pauvreté ; et l'université se montre très facile pour accorder des inscriptions gratuites, puisque près des trois quarts des étudians en médecine, et tous les élèves de théologie, suivent les cours sans payer aucune rétribution.

L'examen rigoureux et la thèse coûtent environ 200 florins. En outre, si l'on veut être membre de la faculté de médecine de Vienne, titre nécessaire à qui veut pratiquer à Vienne, on a encore à payer 208 florins, somme qu'on est libre d'acquitter seulement après deux années de séjour dans la capitale.

L'admission au sein de la faculté suffit pour s'établir à Vienne : dans toutes les autres villes, bourgs et villages, on est tenu de produire son diplôme devant l'autorité, c'est-à-dire aux magistrats des villes ou des départemens. *Nulle part les praticiens n'ont besoin de payer patente.* On ne saurait, en effet, assimiler à une patente la redevance de 208 florins exigée des *pratiquans* de Vienne : cet argent est destiné à former une caisse de secours pour les veuves des médecins. Grâce à cette institution vraiment admirable, toute veuve dont le mari a versé à la caisse les 208 florins a droit à une rente viagère de 300 florins, rente que l'augmentation successive du capital rendra plus forte, puisque déjà elle s'est élevée, dans les dix dernières années, de 200 à 300 florins ; les veuves qui justifient d'une grande pauvreté reçoivent même une allocation supplémentaire prise sur l'argent de fondations spéciales.

Droit d'exercice. — Les docteurs en médecine n'ont pas le droit d'exercer l'art médical dans toutes ses branches ; ils doivent se borner au traitement des maladies internes, et ils ne peuvent se livrer à la pratique des opérations ni à celle de l'oculistique, ni à celle des accouchemens ; s'ils sortent du cercle de leurs attributions, ils sont passibles d'une amende de 10 à 50 ducats, et même de trois jours à trois mois de prison. Il va sans dire que la vente des médicamens leur est interdite, ainsi qu'aux autres membres du personnel médical, dans les villes ou villages où se trouvent des pharmaciens.

Ils sont libres de pratiquer dans toute l'étendue de l'empire autrichien : il faut en excepter les docteurs des universités de Pesth, Prague, Pavie et Padoue, qui, s'ils veulent exercer la pratique dans la capitale, sans être employés par le gouvernement, sont forcés de passer le second examen rigoureux, et de payer 208 florins exigés pour le titre de membre de la faculté de Vienne. Quant à ceux qui, ayant fait leurs études ailleurs qu'à Vienne, voudraient être reçus docteurs dans l'université viennoise, ils sont astreints à la formalité du double examen rigoureux et de la thèse, et au déboursé de 208 florins.

Autrefois, le gouvernement autrichien accordait facilement la permission de pratiquer dans tout l'empire aux médecins d'Etat, et surtout aux chirurgiens militaires ; mais depuis que l'Institut-Joséphine fournit à l'armée beaucoup de médecins, et que, le nombre des docteurs croissant dans une proportion considérable, il n'est plus nécessaire d'appeler aux chaires des universités des professeurs étrangers, le droit d'exercer ne s'accorde plus jamais à ceux qui n'ont pas satisfait aux conditions prescrites par la loi ; jamais le gouvernement ou le ministère n'admettent par ordonnance à la pratique les docteurs étrangers, ainsi qu'on le fait libéralement en France. (*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Ce second cours n'est obligatoire que pour ceux qui veulent avoir le titre de médecin-oculiste. (Voyez ce mot.)

cette partie. Une pression modérée exercée avec l'instrument sur le muscle, suffit pour le diviser, et bientôt on voit disparaître le cordon résistant qui suivait le bord externe du jarret.

M. Bérard se place ensuite au côté interne du membre ; il divise de la même façon, et avec les mêmes précautions, les tendons du grèle interne et du demi-tendineux. Immédiatement après ces sections, la jambe put être allongée sur la cuisse au point de former avec elle un angle très obtus. On s'assura, en touchant les divers points de la jambe, et en faisant mouvoir les orteils, que les deux nerfs sciatiques sont parfaitement intacts.

Les petites plaies ont donné quelques gouttes de sang ; on les a pansées en les recouvrant d'un morceau de diachylon. Ce genou a été entouré d'une bande mouillée, et ce membre a été de suite placé dans l'appareil décrit plus haut.

Les jours suivans il ne s'est manifesté aucune espèce de réaction inflammatoire ; à peine peut-on découvrir la trace des petites plaies faites aux tégumens ; quant à l'allongement du membre, il fait chaque jour des progrès de plus en plus grands ; déjà l'angle que fait la jambe avec la cuisse est fort obtus ; les mouvemens de l'articulation ne sont nullement douloureux, et tout fait espérer qu'on obtiendra un redressement complet de l'articulation.

Je saisirai cette occasion, dit M. Bérard, pour entrer dans quelques détails au sujet de la ténotomie. J'ai déjà eu occasion de pratiquer cette opération un assez grand nombre de fois dans cet hôpital, pour des cas différens ; je crois donc utile de résumer en propositions générales ce qui se rattache à cette branche si nouvelle et si importante de la médecine opératoire.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Deux cas de chlorose à un degré très prononcé. Guérison rapide par les préparations ferrugineuses. Considérations générales sur cette affection.

Il y a dans ce moment, dans le service de la clinique, plusieurs cas de chlorose sur lesquels M. Chomel a appelé l'attention des élèves.

Au n° 25 de la salle Saint-Bernard est entrée, le 22 janvier dernier, une jeune femme de vingt-un à vingt-deux ans, qui est actuellement en pleine convalescence. A son entrée à l'hôpital, elle était pâle, décolorée ; ses joues et ses lèvres étaient d'une pâleur extrême, et la conjonctive elle-même était comme transparente. Cette femme était dans un état de faiblesse générale. Les carotides des deux côtés faisaient entendre un bruit de souffle très marqué. Les battemens du cœur étaient si violens, que la malade ne pouvait faire le moindre mouvement sans se sentir étouffée. Elle présentait, en un mot, tous les symptômes de la chlorose à un très haut degré. On a employé les préparations de fer, et peu à peu les symptômes se sont dissipés. Quelques jours seulement après l'emploi de ce moyen, cette femme avait repris des forces, le bruit des carotides avait diminué ; l'appétit, qui auparavant était presque nul, était revenu, et les digestions étaient plus faciles. Elle fut mise à un régime tonique et fortifiant, à l'usage des viandes rôties et du vin de Bordeaux. Aujourd'hui, moins d'un mois après le commencement du traitement, les lèvres et les joues ont repris une coloration normale ; il n'existe plus de battemens dans le cœur ni dans les carotides, le bruit de souffle ne s'entend plus dans ces dernières. La malade mange avec appétit et digère parfaitement ; elle se promène dans les salles sans éprouver d'essoufflement, ni de fatigue. Cette femme est en voie de guérison complète.

M. Chomel emploie dans le traitement de la chlorose la limaille de fer porphyrisée, de préférence au carbonate, au lactate et aux autres sels de fer qui ont été alternativement prônés depuis quelques années. Ce n'est point que M. Chomel nie l'efficacité de ces diverses préparations martiales et qu'il ne pense qu'elles puissent être utiles, mais il croit, d'après son expérience, que la limaille de fer présente des avantages sur les autres préparations, en ce qu'elle est peut-être moins désagréable à prendre et que l'on est beaucoup plus sûr de son action. Il en est de ces préparations comme des préparations si multipliées du mercure pour la syphilis, et du quinquina pour les fièvres intermittentes. Dans les unes comme dans les autres, la complication peut nuire à l'efficacité et à la force du médicament principal, plutôt qu'en augmenter l'énergie. L'observation qui précède est d'ailleurs de nature à mettre en relief les effets prompts et sûrs du médicament qui a été mis en usage.

Au n° 1 de la même salle, est couchée une autre jeune femme âgée de dix-neuf ans, affectée de la même maladie ; elle est entrée depuis cinq à six jours. Les symptômes qu'elle présente sont au moins aussi prononcés que l'étaient ceux de la malade précédente. Pâleur extrême de la face, des lèvres et des gencives ; bruit de souffle très intense dans les carotides, battemens du cœur avec souffle au premier temps, faiblesse extrême, perte d'appétit, digestions lentes et pénibles, etc. Quelque temps avant l'entrée de cette malade à l'hôpital, ses règles se sont supprimées : on avait cherché à les rappeler par une application de sangsues aux cuisses, en vue de cette idée, qu'il existait un état de congestion ou de pléthore locale de l'utérus. Mais les phénomènes sus-énoncés n'ayant fait qu'augmenter sous l'influence de cette médication, on n'a pas tardé à reconnaître l'erreur de diagnostic dans laquelle on était tombé : on avait évidemment pris ici l'effet pour la cause. C'est sur ces entrefaites que la malade est entrée à l'hôpital.

Cette femme, assez bien constituée, mais d'une santé faible, et qui paraît s'être notablement altérée depuis quelque temps, est réglée depuis l'âge de quatorze ans, mais elle a toujours eu quelques irrégularités dans sa menstruation. L'année d'avant, étant en province, elle y a pour la première fois éprouvé les symptômes de la chlorose, et fut, en conséquence, traitée par les boissons amères ; ell s'en trouvait mieux ; mais ayant abandonné l'usage de ce moyen lorsqu'elle est venue à Paris, les mêmes phénomènes se sont reproduits. Elle rapporte qu'un matin, en se levant, elle se sentit défaillir sitôt qu'elle eut posé le pied à terre ; elle éprouva des tournoiemens de tête, des bourdonnemens d'oreilles, et elle fut replacée dans son lit sans presque avoir la conscience de ce qui se passe autour d'elle. Depuis son entrée à l'hôpital, elle éprouvait les mêmes symptômes ; au moindre mouvement, à la moindre impression de l'air, ses yeux se troublaient, ses oreilles bourdonnaient ; la tête lui tournait ; elle serait tombée bientôt en défaillance si on n'était venu à son secours. Enfin, si elle s'asseyait sur son lit, elle voyait les objets tourner autour d'elle, et était obligée de se coucher dans la position horizontale, ne pouvant même pas conserver la position assise. Cette femme présentait, en un mot, le degré le plus extrême de faiblesse que puisse produire la chlorose : il est même très rare de voir les symptômes de cette affection portés aussi loin. Les bruits du cœur et des carotides étaient très prononcés ; il y avait un peu d'œdème aux membres inférieurs.

Mise de suite à l'usage des ferrugineux, cette femme en a éprouvé en peu de jours les effets salutaires ; aujourd'hui, cinquième jour environ, le bruit de souffle a cessé dans la carotide gauche ; il persiste toujours, mais à un moindre degré, à la carotide droite ; les battemens du cœur sont moins forts ; l'œdème des membres est sensiblement diminué. Cette femme n'est point encore guérie, mais son état est considérablement amélioré.

Il sera nécessaire que le traitement soit continué pendant encore quelque temps, et que l'on y joigne l'usage d'un régime fortifiant, d'autant plus que cette femme a été long-temps soumise à une mauvaise alimentation, et que le système sanguin a été, chez elle, considérablement appauvri. Les effets de ce traitement, d'ailleurs, sont ordinairement très prompts, et souvent même étonnans. M. Chomel a vu des jeunes filles de la classe aisée qui, sous l'influence, soit de causes morales, soit de déplacement et d'habitation dans des localités peu saines, ou enfin de toute autre cause, étaient devenues aménorrhéiques, et offraient tous les symptômes de la chlorose, changer tout à fait d'aspect après quinze ou vingt jours de ce traitement, au point de n'être presque plus reconnaissables. Il convient, ajoute ce professeur, de joindre au traitement médical les moyens hygiéniques convenables, et surtout l'usage d'exercices gymnastiques, tels que promenade modérée, exercice à cheval ou en voiture, etc. A l'aide de ces moyens, on parvient d'une manière sûre et rapide à transformer, pour ainsi dire, entièrement l'état physique et moral de ces jeunes personnes.

Le traitement de la chlorose tel que nous venons de l'exposer, peut être comparé, pour la sûreté du résultat, au traitement des fièvres intermittentes par le quinquina ; le changement est même plus rapide et plus frappant dans le premier cas ; car il reste à peine des traces de l'affection chlorotique chez les personnes qui en étaient atteintes, tandis que les sujets affectés de fièvres intermittentes, bien qu'ils en aient été promptement débarrassés par l'usage du quinquina, conservent long-temps encore après leur guérison, une pâleur et une altération de la face caractéristique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 7 janvier 1842.

A deux heures, M. Fouquier occupe le fauteuil ; lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — Envoi d'un mémoire sur la fabrication d'un nouveau mode de calorifères à la vapeur. — M. Moret est nommé rapporteur.

M. Sorlin insiste sur l'importance de construire des calorifères qui ne puissent causer d'incendies, ou donner naissance à la production de gaz délétères. Il raconte à ce propos qu'il a été appelé auprès de deux ouvriers trouvés asphyxiés ; un seul a survécu. Le feu communiqué à une poutre par un calorifère avait causé cette double asphyxie.

— *M. Rouvins.* Je n'assistais point à la dernière séance où il a été question du *delirium tremens*. En fréquentant quelques Anglais, j'avais appris, il y a déjà long-temps, et avant que ce moyen fût devenu vulgaire, qu'après avoir fait excès de liqueurs alcooliques, ils se trouvaient bien de boire un verre d'eau sucrée dans lequel ils avaient ajouté cinq à six gouttes d'ammoniaque liquide ; j'ai eu la pensée d'user du même breuvage dans le *delirium tremens*, et je n'ai eu qu'à me louer de son emploi il y a quinze ans, chez un serrurier, et chez un autre malade il n'y a pas deux ans : je verse douze gouttes d'alcali volatil dans un verre d'eau sucrée, et j'en fais prendre une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure.

M. Fouquier demande si dans la toux ou l'enrouement causés par l'irritation légère du larynx, quelques-uns de ses confrères présens se sont bien trouvés de faire inspirer au malade de l'alcali volatil. Ce moyen lui a été récemment proposé par un grand personnage qui en vantait l'efficacité ; mais il n'a pu en autoriser l'essai, faute de faits propres à lui donner confiance en cet étrange remède.

M. Léger. Notre confrère M. Charles Masson avait vanté un remède qu'il disait efficace contre l'enrouement ; je l'ai essayé deux fois sans succès. Il est d'ailleurs fort simple, et consiste à exposer à un feu assez vif les plantes des pieds frottées de lard.

M. Charles Masson. J'ai trouvé l'indication de ce remède dans un mémoire dont j'étais chargé de vous faire le rapport. Plus heureux que mon honorable confrère, j'en ai constaté trois fois l'efficacité, mais, il est vrai, dans des cas d'enrouemens peu graves, et qui eussent peut-être également cédé au repos ou à quelques pédiluves.

M. Chéneau a souvent administré l'alcali volatil dans des potions à la dose de douze gouttes ; la toux a été calmée. M. Duperthuis connaît un malade qui fait disparaître ses coryza en inspirant de l'alcali. M. Léger dit s'en tenir aux remèdes de *commères*, aux onctions faites avec le suif sur la poitrine ou aux environs du nez, et aux papiers enduits de cette graisse qu'il préfère au cérat et à la pommade de concombre.

— *M. Perthus*, chargé de faire le rapport verbal des bulletins où sont consignés les travaux de la Société de médecine de Bordeaux, commence par donner l'analyse exacte et intéressante du discours de M. Dubreuil sur les qualités morales que doit posséder un médecin. Après avoir passé en revue le désintéressement, la discrétion, le dévouement, lorsqu'il arrive au courage, notre confrère s'écrie : Est-il donc nécessaire de recommander cette vertu aux médecins de Paris, qu'on a vu, dans l'épidémie de 1832, s'exposer à des périls qui n'attirent point sur celui qui succombe les acclamations et la gloire, réservées aux hommes qui parcourent une autre carrière.

M. Perthus trace ensuite l'analyse de l'exposé des principales affections qui ont régné épidémiquement à Bordeaux de juillet 1840 à juin 1841, et il se résume ainsi :

« Nous voyons que les maladies ont donné lieu pendant l'été à des déterminations morbides vers la muqueuse digestive, tandis qu'au printemps et en hiver elles se sont accompagnées surtout d'efflorescences cutanées et d'accidens ayant leur siége dans les organes respiratoires. »

Notre confrère termine en demandant qu'il soit fait une mention toute particulière du travail de la Faculté de médecine de Bordeaux, et que notre secrétaire général veuille bien lui faire connaître l'intérêt qu'a excité cette intéressante publication.

Les conclusions sont adoptées.

— *M. Duperthuis* avait présenté à la Société, il y a cinq ou six mois, un homme atteint d'une maladie grave d'estomac qui s'était manifestée après la disparition d'une affection dartreuse. Ce malade a succombé, et notre confrère apporte aujourd'hui, conservés dans de l'alcool, les viscères contenus dans l'abdomen. Les ouvertures cardiaques et pyloriques de l'estomac sont saines, mais dans d'autres points de cet organe il y a épaississement des parois, et en plusieurs endroits destruction de la muqueuse. Le péritoine qui recouvre les viscères est épaissi, des adhérences contre nature se font remarquer, retiennent et compriment l'arc du colon, et de tous les points qui avoisinent l'estomac, recouvrent le colon transverse ou les parties supérieures de l'iléon, on voit pendre une multitude de tubercules luisans, d'un blanc nacré, et assez semblables pour la forme et la grosseur à des grains de verjus. Il est évident que le mal a commencé à l'extérieur et s'est propagé à l'intérienr. Cette pièce est déposée au Musée Dupuytren. M. P. fera insérer le rapport.

M. Tanchou regsette que M. Duperthuis n'ait pas mentionné le diagnostic porté par plusieurs de ses confrères en cette occasion. Il a jugé la maladie cancéreuse, et suivant lui il n'est pas rare de voir de semblables désordres succéder à la disparition des dartres. Il cite un fait qui offre beaucoup d'analogie avec celui rapporté par M. Duperthuis. Une femme, portant aux cuisses et à la figure des dartres vives, était traitée par M. Biett, au moyen de préparations arsenicales. Les dartres des cuisses avaient disparu, celles de la face se montraient plus rebelles. M. Biett vint à mourir, et notre confrère fut choisi pour le remplacer. Il se garda bien de chercher à guérir les dartres de la face : il mit cette dame à un régime végétal et l'envoya à la campagne, mais déjà des douleurs se faisaient ressentir à l'estomac ; cette dame ne pouvait digérer, bien qu'elle eût un appétit désordonné. On sentait une tumeur rénitente dans le côté gauche : il la jugea perdue ; il conseilla cependant d'établir quatre cautères au moyen de la potasse caustique : des eschares énormes se formèrent, et après leur chute, la malade se trouva guérie de sa maladie d'estomac, et l'on ne retrouva plus de trace de la tumeur.

M. Tanchou pense que si le malade dont M. Duperthuis a rapporté l'histoire n'avait point été guéri de ses dartres, il n'eût point été affecté de cancer ; il est évident, ajoute-t-il que le mal a procédé de la peau à l'intérieur.

— *M. Sorlin* a été témoin, il y a quelques jours, d'un événement fâcheux. Il fut appelé auprès d'un vieillard ; grand travailleur, et qui demeurait quelquefois dix-huit heures à son bureau : se sentant indisposé, il appela notre confrère en l'absence de son médecin ordinaire. L'examen le plus attentif ne put faire reconnaître aucune altération des organes de la circulation. Le malade avait ressenti une vive douleur dans la poitrine, une sorte de barre, disait-il ; les extrémités étaient refroidies, il se sentait découragé, et répétait qu'un second accès le tuerait ; il en survint un second : la douleur fut atroce, mais après sa disparition, le malade se remit au travail. M. Sorlin fit prendre un lavement avec addition d'asa-fœtida, et quelques cuillerées où entraient l'eau distillée de laurier-cerise et le castoréum. Le malade se trouvant mieux, invita le médecin à continuer à visiter ses cliens, en le priant cependant de ne pas trop tarder à revenir. Tout à coup, il tomba sans mouvement, la face légèrement colorée : on ouvrit la jugulaire, deux veines du bras, mais il sortit peu de sang ; on ne put le rappeler à la vie.

Nul doute, ajoute notre confrère, que le malade n'ait succombé à une asphyxie pulmonaire causée par une angine de poitrine.

La séance est levée à quatre heures.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Eau hémostatique de Monterossi.

Cette eau, dont on fait un très grand usage dans les hôpitaux civils et militaires de la ville de Naples, est également connue sous le nom d'*eau de Binelle.* C'est la même préparation que, naguères encore, un homme complétement étranger à l'art de guérir débitait à Paris sous une autre dénomination, pour la rendre tout à fait méconnaissable.

Voici la formule de ce médicament telle qu'elle a été transmise à M. Julia Fontenelle par M. Cassola, professeur de chimie à l'école militaire de Naples.

Pr. Racines d'acore aromatique ;
— de bistorte ;
— de consoude officinale ;
— de tormentille ;
Ecorce de chêne ;
Bois de Campêche ;
Feuilles de plantain grand ;
— d'Eupatoire d'Avicenne ;
— de diotis cotonneuse ;
— de sanicle d'Europe ;
— d'alchimille vulgaire ;
— de sumac ;
Sommités fleuries de romarin officinal ;
— de sauge officinale ;
— de menthe poivrée ;
— de menthe pouliot ;
— de thym népéta ;
— de petite centaurée ;
— d'achillée mille-feuilles ;
— de balsamite odorante ;
Noix de cyprès ;
Agaric blanc ;
Goudron. De chaque, 3500 grammes.

On réduit le tout, par incision, à l'état de fragmens très menus, et on fait macérer dans une suffisante quantité d'eau pendant vingt-quatre heures. Lorsque le liquide est absorbé en entier, on en ajoute de nouveau, de manière que la masse soit surnagée d'une couche d'eau d'environ dix à quinze centimètres (quatre à six pouces) de hauteur ; on distille ensuite pour retirer les deux tiers du liquide employé.

Le produit de la distillation est une eau astringente, qui ride les tissus offensés et saignans, en y déterminant la formation de grumeaux qui arrêtent tout écoulement. Elle opère de la même manière à l'intérieur, en faisant cesser les hémorrhagies diverses ; aussi l'emploie-t-on avec

succès contre l'hémoptysie, la métrorrhagie, le flux hémorrhoïdal, l'épistaxis, etc. (*Journal de Chimie médicale.*)

Sur l'émulsion dite potion avec la cire.

M. Noël-Thiaville, pharmacien à Saint-Dié, donne la formule suivante pour cette préparation, qu'un médecin de cette ville prescrit avec un avantage vraiment remarquable contre la dysenterie.

Pr. Cire blanche,	15 décigr.
Sucre blanc,	8 grammes.
Poudre de gomme arabique,	4
Infusé léger de camomille romaine,	108
Extrait aqueux d'opium,	5 centigr.

M. et F. S. A. une potion.

Pour préparer convenablement ce médicament, il faut se servir d'un mortier de marbre et d'un pilon de cristal ou de bois, échauffer ces deux corps graduellement avec de l'eau bouillante. Lorsque les bords extérieurs du mortier sont chauds, on rejette l'eau, puis on triture le sucre déjà divisé en petits fragmens, avec la cire que l'on a fait liquéfier préalablement ; on détache le saccharolé cireux qui adhère aux parois du mortier, et l'on continue la trituration jusqu'à ce que le tout soit parfaitement divisé ; alors on ajoute la gomme, puis l'infusé par petites portions, toujours en triturant, pour obtenir un mucilage bien homogène ; on y joint ensuite et on mêle exactement l'extrait d'opium, qu'on a eu soin de dissoudre à part.

En se conformant à ce mode de manipulation, on a pour produit une potion dans laquelle la cire se trouve tellement divisée qu'elle reste en grande partie en suspension dans le mucilage. Par le refroidissement, il est vrai, il en vient bien surnager quelque peu ; mais on pare à cet inconvénient en recommandant d'agiter la fiole chaque fois qu'on doit en prendre ; par ce simple mouvement, elle se divise de nouveau, sans être grumelée.

Il est prudent pour le pharmacien de purifier et de blanchir lui-même la cire qu'il destine à cette préparation, parce que la cire blanche du commerce n'est pas assez pure, et parce qu'on y introduit, soit pour augmenter son poids, soit pour ajouter à sa dureté, des substances étrangères ; si la cire blanche est préférée à la cire jaune, c'est qu'elle est privée de l'odeur particulière à celle-ci, odeur qui déplaît à beaucoup de personnes.

Cette potion, dont on donne une cuillerée à bouche toutes les heures, ne convient pas seulement dans l'affection dysentérique, mais encore dans l'entérite aiguë et chronique, et spécialement dans les diarrhées aiguës ou chroniques accompagnées de vives douleurs. (*Ibid.*)

CATARRHE VÉSICAL CHRONIQUE,

Par M. DEVERGIE aîné.

En 1836, j'ai fait connaître le résultat de mes recherches sur les avantages du traitement du catarrhe chronique de la vessie par les injections. En 1840, j'ai publié deux opuscules sur le catarrhe chronique, la faiblesse, la paralysie de la vessie, et l'incontinence d'urine : dans ces deux brochures, j'ai mis en évidence les résultats obtenus par la méthode des injections ; ils sont nombreux et ont dépassé mes espérances. J'avais le soin d'employer les injections simples ou médicamenteuses, en les variant de doses et de qualités suivant la susceptibilité de la vessie. Mais il existe un certain nombre de malades (classe poltronne ou ayant déjà été martyrisée) qui ne veut entendre à tout prix parler d'introduction de sonde, et préfèrent languir et souffrir que de recourir aux injections. Il faut donc alors se borner à un traitement interne, ce qui rend la position du médecin difficile, non-seulement par la répugnance que témoignent les malades pour telle ou telle médication, mais encore par le choix à faire dans notre arsenal pharmaceutique. Les agens en sont si nombreux, si multipliés, d'une application si difficile, que pour se conformer à la susceptibilité des organes souffrans, un médecin observateur a peine à sortir de ce dédale et à trouver un remède convenable.

Une grande partie des agens spéciaux de l'appareil sécrétoire urinaire (diurétiques, 66 espèces) ne peut être employée chez les gens nerveux, irritables, qui reçoivent une trop forte excitation de l'action de ces médicamens, et viennent ainsi confirmer ce que Sœmmering avait écrit sur les diurétiques en 1822, c'est-à-dire que dans les inflammations aiguës et la plupart des affections chroniques des voies urinaires, cette classe de médicamens ne fournissait pas les ressources que son titre promet, et aggravait souvent la maladie au lieu de la guérir.

Des vingt-sept médicamens mis le plus fréquemment en usage dans le catarrhe chronique de la vessie, et que j'ai indiqués dans le traitement de cette maladie, la plupart doivent être rejetés, et le choix se borner aux résines, aux baumes, aux préparations de cantharides et d'aconit, et aux calmans, qui le plus souvent ne guérissent pas.

Les préparations de cantharides sont difficiles à manier : elles ne doivent être employées qu'à doses minimes, presque toujours sous forme liquide, et alors elles obtiennent des succès inespérés ; mais souvent les médecins et les malades répugnent à y recourir, par le souvenir de l'action délétère et toxique de ces préparations. Reste comme un des meilleurs moyen la série des médicamens balsamiques. Depuis longues années, l'observation avait appris l'action des térébenthinacées sur l'économie, et plus particulièrement sur les membranes muqueuses. Les baumes et les préparations dans lesquelles entraient les térébenthines jouèrent pendant long-temps un grand rôle dans les maladies de poitrine et des organes génito-urinaires. Aussi les appellait-on *le baume des viscères*, l'âme des reins et des *organes génito-urinaires*. De là, l'emploi fréquent et immodéré de ces substances contre la phthisie, contre les catarrhes chroniques pulmonaires, vésicaux et urétraux.

Les progrès de la médecine ont amené une salutaire réforme dans cette thérapeutique incendiaire, et souvent plus pernicieuse qu'utile ; mais elle n'a pas fait perdre de vue l'utilité de ces médicamens. Le baume de copahu, de Tolu, du Pérou, le goudron, la térébenthine de Venise, de Strasbourg, sont au premier rang. Elles ont une action spéciale sur les membranes muqueuses, et y produisent une surexcitation assez vive ; introduite dans l'estomac et les intestins, elles y déterminent fréquemment des nausées, des coliques, des purgations, etc., et elles excitent aussi la muqueuse bronchite et celle des voies urinaires.

Si l'emploi modéré de ces médicamens à l'intérieur offre chez un certain nombre de malades des avantages réels et incontestables, il n'est malheureusement que trop vrai que chez beaucoup d'autres il détermine des accidens. Le copahu est pris avec répugnance, est souvent difficilement supporté par l'estomac, et excite une exacerbation dans les symptômes ; pris en lavement, il répand une odeur repoussante. La térébenthine engendre le dégoût et de mauvaises digestions; cuite, elle est presque nulle d'action. Le goudron, quelle que soit sa forme, n'offre qu'un goût désagréable, et peu de malades en continuent long-temps l'emploi.

En relisant les observations publiées par Franck et Troper, en 1822, sur l'emploi des *bourgeons de sapins* dans le catarrhe chronique de l'appareil urinaire, en rapprochant l'emploi qui en avait été fait dans le traitement du catarrhe chronique pulmonaire, j'ai été frappé de l'oubli dans lequel cette médication était tombée, et des avantages qu'on en pourrait obtenir en enveloppant sous forme sirupeuse la décoction de ces bourgeons contenant une résine légère presque à l'état naissant, d'une digestion et d'une assimilation plus faciles. M. Blayn, pharmacien (1), m'a préparé ce sirop avec addition de baume de Tolu, et l'a ainsi rendu aussi agréable que possible. Depuis une année, je l'ai employé sur trente-cinq malades atteints de catarrhes de vessie à divers degrés, et chez des hommes de 45 à 76 ans. La plupart en ont obtenu des avantages incontestables : tous n'ont pas été guéris, mais les organes urinaires ont presque tous été modifiés avantageusement. Chez les uns, les fréquentes envies d'uriner ont diminué ; chez d'autres, les douleurs ont cessé ; des urines sanguinolentes ont disparu. Enfin, j'ai eu lieu d'être satisfait de l'emploi de ce sirop balsamique. Parmi les observations recueillies, je ne citerai que la suivante, comme offrant un assez grand nombre de symptômes graves.

(1) Rue du Marché-Saint-Honoré, 7.

Quarante-cinq ans. Catarrhe vésical datant de dix années ; émission fréquente d'urine bourbeuse, mucoso-purulente, souvent mêlée de sang ; douleurs vives en urinant ; rétrécisssement de l'urètre ; dépérissement ; moral inquiet.

En septembre 1840, M...., maire d'une commune des environs de Pontoise, vint me consulter pour une maladie de vessie datant de dix années, et pour laquelle il avait été inutilement traité par MM. Civiale, Amussat, Ségalas. L'émission douloureuse de l'urine avait lieu chaque demi-heure le jour et la nuit ; elle était muqueuse, souvent mêlée de sang quelquefois plusieurs jours de suite. Ces pertes sanguines, le défaut de sommeil et la douleur presque constante, épuisèrent ce malade, d'ailleurs d'une bonne constitution, et la crainte d'aggraver son mal lui faisait suivre un régime extrêmement débilitant.

Un rétrécissement à cinq pouces disparut en quinze jours ; pendant trois mois le malade fut soumis à deux injections émollientes par jour, puis avec addition de belladone, ensuite de teinture d'opium ; le régime devint plus substantiel. En six mois de traitement, varié de diverses manières, laissant et reprenant les injections, j'obtins pour résultat une heure d'intervalle entre les émissions d'urine qui arrivaient souvent sans mucosités abondantes et moins chargées de sang. Cessation des douleurs hypogastriques, périnéales, vésicales et urétrales. Retour de l'appétit, des forces et de l'embonpoint. J'abordai le copahu, les astringens, les légers purgatifs sans un grand succès. Il parut plus satisfait de six mois de traitement homœopathique, et sous son influence il urina encore moins souvent ; enfin il fit usage du sirop balsamique ci-dessus indiqué. Il m'a assuré que de toutes les médications faites jusqu'à ce jour, la plus active et la plus salutaire pour lui avait été la dernière. Deux bouteilles avaient produit chez lui un bien-être depuis long-temps inconnu. A la quatrième, il n'urinait plus de sang, et une détente générale du ventre lui annoçait une guérison si long-temps désirée.

Nota. J'ai fait aussi application de ce moyen dans les catarrhes chroniques pulmonaires, dans des toux spasmodiques fatiguantes avec palpitations, et je ne saurais trop l'apprécier pour les services qu'il a rendus aux malades. DEVERGIE aîné.

Précis sur le redressement des dents, ou Exposé des moyens rationnels de prévenir et de corriger les déviations des dents suivi de quelques réflexions sur les obturateurs du palais ; par A. SCHANGE, médecin-dentiste. — Brochure in-8°, avec planches. — A Paris, chez Béchet et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, et chez l'auteur, 35, place de l'Hôtel-de-Ville.

Le petit ouvrage que nous annonçons, d'une utilité tout à fait pratique, se recommande au lecteur par les chapitres qui traitent de la seconde dentition, et des moyens propres à en diriger convenablement l'évolution, ainsi que par les procédés mécaniques à l'aide desquels l'auteur propose de redresser les déviations des dents et les vices des arcades dentaires. L'auteur termine sa brochure par une description claire et rapide de tous les obturateurs employés jusqu'à ce jour, énumère les diverses méthodes suivies pour les maintenir en place, et indique celles qui lui semblent mériter la préférence. Ce livre, entièrement neuf dans la matière qui en fait l'objet, est rempli d'observations aussi curieuses que concluantes, et sera lu avec intérêt par tout le monde.

Les vertus thérapeutiques du *Sirop antiphlogistique de Briant* sont assez connues et appréciées par les médecins pour que nous soyons dispensé d'en faire l'éloge. Son emploi dans les rhumes, les irritations de poitrine, etc., lui assureront toujours la première place parmi les sirops analogues.

L'*Eau de Mars* est un odontalgique dont le succès toujours croissant est incontestable. Il est impossible de trouver un remède plus efficace contre les maux de dents. Nous engageons nos confrères à en faire l'essai, persuadé qu'il ne sera point infructueux.

La dernière séance de l'Académie des Sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 1er MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 26, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Vaccination; pustules multiples.

Il y a quelques années, un médecin qui pratique dans un de nos départemens du midi, dit qu'ayant reçu du vaccin de Paris, il avait observé des pustules dans des points autres que ceux où il avait inoculé le virus; c'est-à-dire une véritable éruption générale. De là il conclut que probablement, au lieu de virus vaccin, c'était du virus variolique qui lui avait été envoyé.

Nous avons actuellement dans nos salles de nourrices deux faits analogues; l'un d'eux est sur un petit enfant rachitique et hydrocéphale couché au n° 13 de la salle Sainte-Julie.

Quelques jours après qu'il fut vacciné, l'on vit paraître sur le bras droit environ une trentaine de pustules vaccinales.

L'autre fait est celui de l'enfant du n° 8 de la salle Sainte-Thérèse, qui a présenté des symptômes de syphilis, et dont nous avons déjà eu occasion de vous entretenir. Vacciné le même jour que l'enfant du n° 13 de la salle Sainte-Julie, il présenta trois pustules de vaccin dans un lieu autre que celui où le virus avait été inoculé.

Il semblerait que ces deux faits viennent concorder avec ceux observés par le médecin dont nous venons de parler, et qu'ils font croire que le vaccin est susceptible de produire une pustulation générale. Or, le dernier de ces deux enfans présente une éruption papuleuse; celui du n° 13 a de nombreuses vésicules d'eczéma. Ces deux enfans en se grattant ont peut-être écorché, l'un ses papules, l'autre ses vésicules, en ont fait de la sorte des surfaces dénudées; l'un et l'autre ont également écorché leurs pustules de vaccine, en sorte que portant le pus du vaccin sur les parties privées de leur épiderme, ils ont pu pratiquer une véritable inoculation de vaccine.

Mais comment se fait-il que chez ces deux enfans les dernières pustules aient le même âge que les premières? Car si les unes et les autres présentent le même développement, c'est que probablement toutes se sont développées sous l'influence de la première vaccination.

L'on sait que le vaccin arrive en six jours à sa période de suppuration. On a voulu entretenir la vaccine chez un enfant bien portant, et pour cela, aussitôt que la pustule venait à paraître, l'on en prenait le pus que l'on inoculait sur une autre partie; l'on espérait ainsi avoir des pustules à cinq ou six jours les unes des autres. Qu'arrivait-il? Tant que le vaccin n'avait pas douze jours, les deuxièmes pustules se développaient, mais avec une telle rapidité, qu'au cinquième jour elles paraissaient presque aussi avancées que les premières qui en avaient onze. Ce fait d'inoculation directe présente la plus grande analogie avec ce que nous observons aujourd'hui dans notre service.

Si la source où l'on a pris le vaccin était suspecte, on pourrait soupçonner celui-ci d'impureté; mais l'origine vaccinale est double; un autre enfant a été vacciné avec le même virus que celui de la salle Ste-Thérèse, et chez lui il n'existe de pustules que dans les points où le virus a été inoculé. L'enfant de la salle Sainte-Juliee a été vacciné avec un autre virus; il y a là, par conséquent, autre chose; et cette autre chose, c'est probablement une deuxième inoculation opérée par les deux petits malades eux-mêmes.

Nouvelle inoculation de la vaccine chez un enfant vacciné depuis six jours.

L'enfant du n° 5 de la salle Sainte-Julie a été vacciné il y a dix jours. Les pustules qui se développèrent une fois parvenues au sixième jour, nous prîmes une partie du liquide qu'elles contenaient, et nous pratiquâmes une nouvelle inoculation sur le même enfant, dans le but, d'une part, de produire une fièvre vaccinale plus intense, et par suite d'augmenter, chez cet enfant, la propriété qu'a le vaccin de préserver de la variole; et, d'une autre part, pour éclairer l'histoire des pustules multiples que nous avons observées chez deux enfans de notre service dont nous venons de parler, et que nous croyons résulter de l'inoculation directe.

Eh bien, cette question va être élucidée. Pour juger si, chez nos deux enfans, les pustules multiples s'étaient développées sous l'influence de l'inoculation directe, nous avons inoculé directement le virus-vaccin. Pour cela, nous avons pris du pus des premières pustules, et nous avons fait une piqûre au même bras, et trois sur l'autre bras. Au bout de vingt-quatre heures, les petites plaies présentaient une rougeur légère, comme cela a lieu dans une simple piqûre. Le deuxième jour la rougeur était un peu plus étendue; l'on apercevait de petites pustules; le troisième jour ces pustules se remplirent de pus ressemblant aux pustules de la première vaccination; au sixième jour, aujourd'hui, 96 heures après la deuxième inoculation, les pustules présentent les caractères des pustules d'une vaccination régulière arrivée au huitième jour; elles sont remplies de pus et bien environnées de leur auréole inflammatoire. Nul doute que dans 48 heures elles ne soient en tout semblables aux pustules de la première inoculation.

Ceci nous conduit à quelques considérations étiologiques assez intéressantes. Toutes les fois que l'on applique à l'économie un virus morbifique de nature spécifique, l'on détermine des accidens locaux qui surprennent l'économie dans un état de santé plus ou moins parfait, l'on a une lésion donnée dont la marche est toujours identique. Mais lorsque l'économie se trouve placée dans des conditions différentes, que le médecin, peut-être, est dans l'impossibilité d'apprécier, si l'on vient à inoculer ce même virus, l'on a des accidens locaux différens des premiers sous le rapport de l'intensité et de la marche. Ainsi, pour le vaccin, nous inoculons le virus une première fois sur une économie *vierge*, et les pustules ne se manifestent qu'au bout du septième jour. Nous réappliquons à la même économie le même virus, et cette fois celui-ci n'est que quatre jours à produire le même effet; et pourtant il n'y a rien de changé, rien du moins que les sens puissent saisir.

Appliquant cela à d'autres points de pathologie, nous verrons un individu bien portant prendre un phlegmon; vu le

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, morale et physique; par le docteur CERISE.

Un des reproches les plus souvent adressés à l'école des médecins de Paris, est d'avoir préféré la doctrine des faits à celle des généralisations, et matérialisé, pour ainsi dire, la science, au lieu de l'avoir élevée à la hauteur qui lui convient. On ne saurait disconvenir que cette accusation ne soit, jusqu'à un certain point, fondée; car la plupart des travaux de cette école reposent sur l'organisme. Anatomie pathologique, microscopie, chimie, voilà les bases sur lesquelles ils s'appuient. Dans cette manie de tout expliquer par les organes, on rejette dans l'ombre les lois vitales, spirituelles, ou si on les reconnaît en passant, on n'en proclame pas moins que le moral et le physique sont tout simplement une réaction du cerveau sur les viscères.

Loin de nous la pensée d'attribuer ces tristes doctrines à toute l'école; il est plus d'un esprit noble et généreux qui a dû s'en affranchir, et même protester contre cette tendance, ainsi que l'atteste l'excellent écrit de M. Forichon (1); mais il n'en est pas moins constant que c'est le cercle dans lequel tourne l'enseignement. Sous ce rapport, l'avantage est à Montpellier, et plus d'une fois la lecture de ses auteurs, celle du livre de Berard, nous ont dédommagé de ce que nous trouvions de sec et d'aride dans les traités du positivisme.

Il appartenait à un homme de la trempe de M. Cerise de relever la bannière du spiritualisme, et d'écrire en faveur de cette belle et majestueuse doctrine un ouvrage qui ne peut faire que le plus grand honneur à ce médecin.

Essayons d'esquisser l'analyse de ce livre, dont le plan et le but sont de faire connaître les influences physiques et morales qui provoquent la sur-excitabilité nerveuse de l'homme.

La vie morale et intellectuelle, dit M. Cerise, s'alimente à trois grands systèmes, qui en représentent les élémens fonctionnels; ce sont: 1° l'appareil ganglionnaire (besoins et penchans); 2° l'appareil sensorial (sens); et 3° l'appareil psycho-cérébral (intelligence). Il faut aussi distinguer la centralité mésocéphalo-rachidienne ou sensorio-motrice qui rayonne à la fois dans ces trois appareils et dans le système locomoteur; puis l'appareil ganglionnaire bilatéral ou sympathique, qui semble destiné plus particulièrement à établir des relations consensuelles entre toutes les parties de l'organisme. La manifestation de ces trois grandes sources de la vie morale et intellectuelle se fait pour les phénomènes affectifs par l'émotion, pour les phénomènes sensoriaux par l'impression, et pour les phénomènes intellectuels par l'idée. Celle-ci consiste dans une modification spéciale produite par l'esprit dans l'appareil psycho-cérébral. L'idée, voilà la différence capitale qui sépare l'homme de la bête. Mais ces trois ordres de phénomènes n'ont lieu que par l'intermédiaire des excitations viscérales (affectives ou ganglionnaires), sensoriales (ou physico-cérébrales), spirituelles (ou psycho-cérébrales).

Tel est, continue M. Cerise, le mécanisme au moyen duquel les phénomènes moraux et intellectuels se manifestent; mais il n'est personne qui ne comprenne que ce merveilleux ensemble ne serait qu'obscurité et confusion, sans l'intervention du langage et de ses signes conventionnels; c'est ce que l'auteur a exprimé par cette formule: Dans les phénomènes complexes de la vie morale et intellectuelle de l'homme, le concours de l'organisme est le résultat de la matérialisation dans le cerveau des signes parlés et figurés par le langage. Plus la langue, en effet, est riche, abondante, plus le peuple qui la parle est avancé dans la civilisation; les Egyptiens, les Grecs, les Romains attestent la vérité de cet axiôme. Plus, au contraire, la langue devient pauvre, plus ses signes diminuent, moins les hommes ont de valeur relative, jusqu'à ce qu'enfin ils tombent au bas de l'échelle, comme le sauvage, l'idiot, le crétin. Mais si le langage intervient dans tous les phénomènes de la vie, dont il accroît le nombre et l'intensité d'une manière vraiment prodigieuse; s'il les transforme en phénomènes exclusivement humains, il en résulte pour le système nerveux de l'homme des fonctions et des maladies inconnues chez les animaux.

Les institutions sociales n'ont pas une moins grande influence dans la production des phénomènes d'impressionnabilité et d'innervation; leur action sur l'homme est bien autrement puissante que celle du climat. En voulez-vous un exemple, comparez les Romains des premiers âges de la république, vivant de privation, couchant sur la dure, et exécutant la célèbre manœuvre de la tortue, avec ces Romains du deuxième siècle de l'ère chrétienne qui, au rapport de l'historien Ammien Marcellin, tombaient au plus léger bruit dans d'étranges convulsions.

Après avoir étudié l'influence des institutions sociales (religieuses et politiques) sur l'excitation nerveuse, M. Cerise examine celle-ci dans ses rapports avec l'éducation physique et morale. Il commence par attaquer la doctrine du matérialiste qui cherche dans le développement spontané de l'organisme la raison des phénomènes de la vie humaine; celle du panthéiste qui la trouve dans l'évolution spontanée de la virtualité de l'âme; il prouve que l'homme n'est une activité disposant d'un organisme qu'à la condition de recevoir de la société le contact vivifiant de l'éducation. Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses considérations, pleines d'intérêt, sur les influences exercées par les moyens propres à l'éducation organique et spirituelle par rapport à la production des excitations nerveuses, parce qu'elles nous entraîneraient trop loin; nous allons seulement dire quelques mots d'un sujet important, sans lequel il n'est point de grands résultats, nous voulons parler du but d'activité, c'est aussi celui qui a fixé l'attention de l'auteur. Le but d'activité n'existe pas seulement pour les individus, mais encore pour les nations; sans lui rien de fixe, rien d'élevé. L'abandon d'un but d'activité met en péril l'existence des peuples les plus célèbres, comme il expose l'homme le plus remarquable à tous les désordres de l'innervation et de l'impressionnabilité.

C'est ce but sans cesse présent à l'esprit, qui modifie cette mobilité d'idées dans laquelle nous nous surprenons dans la même journée et souvent dans la même heure. Si tant d'hommes voient leurs projets avorter, leur situation toujours précaire, c'est que ce but leur a manqué. Si de grandes nations comme les Grecs et les Romains, ont fini misérablement, c'est qu'elles ont abandonné le but vers lequel ils avaient si long-temps marché. Parmi les faits nombreux qu'on pourrait citer à l'appui de cette opinion, je me bornerai au suivant. Représentez-vous par la pensée ces camarades avec lesquels vous avez fait vos premières études, comptez ceux qui à quarante ans ont pris rang dans le monde, et vous serez frappé de leur petit nombre. La plupart se sont perdus par l'absence d'un but d'activité honorable et sérieux. D'autres, au contraire, et la proportion en est considérable, se sont proposé un but d'activité mauvais, puisqu'il ferait rechercher le bonheur dans les satisfactions temporelles de l'égoïsme et dans la conquête des jouissances terrestres; aussi ont-ils été conduits aux déceptions, à la satiété ou à l'insatiabilité, et il en est résulté pour eux le désespoir, les maladies organiques, le suicide, la folie et la mort.

M. Cerise signale ensuite une autre tendance qui, sans avoir les graves inconvénients du but matérialiste, n'entraîne pas moins après elle des suites fâcheuses, c'est le but d'activité mystique qui fait rechercher le bonheur dans les satisfactions éternelles de l'égoïsme, dans la conquête des délices ineffables que promet l'union suprême de l'âme à Dieu. C'est l'enseignement de ce but qui a propagé chez les peuples païens et chrétiens les ravissements extatiques et cataleptiques, les terreurs, les visions horribles, les hallucinations douloureuses, la démonomanie, la lycantrophie, etc. C'est à ce même enseigne-

(1) Le Matérialisme et la Phrénologie combattus dans leurs fondemens, et l'intelligence étudiée dans son état normal et ses aberrations; dans le délire, les hallucinations, la folie, les songes, et chez les animaux; par M. l'abbé Forichon, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris, 1840.

bon état de sa santé, ce phlegmon n'a rien de grave et ne tarde pas à se guérir. Mais le même individu, sous l'influence d'une cause traumatique, résorbe du pus; alors la moindre égratignure sera chez lui une cause de furoncle. Si cet individu, chez lequel la suppuration s'établit avec tant de facilité, vient à prendre une pleurésie ou même une péritonite, ces affections, même légères, se termineront promptement par suppuration ; la pneumonie dont il sera atteint devra avoir une grande tendance à passer au troisième degré.

Chez notre enfant de la salle Sainte-Julie, nous avons pratiqué une troisième inoculation qui n'a pas donné lieu au développement de nouvelles pustules; c'est que le virus vaccin se trouve dans la classe de ces causes qui, après un certain temps, ne peuvent être appliquées à l'économie.

Gourmes.

Au nº 3 de la salle Sainte-Julie est un enfant qui présente à la tête des croûtes nombreuses connues généralement sous le nom de *gourmes*, et qui sont formées le plus souvent par des éruptions eczémateuses ou impétigineuses et quelquefois par l'une et l'autre à la fois. L'apparition des gourmes s'accompagne toujours d'un peu de fièvre, et la mère de cet enfant nous a dit qu'en effet celui-ci avait éprouvé alors un petit mouvement fébrile qui avait eu quelques jours de durée.

Les gourmes sont une affection purement locale, qui peut néanmoins devenir assez grave pour empêcher les cheveux de pousser, et qui présente un autre inconvénient, quand, en l'abandonnant à elle-même, on l'a laissé faire des progrès. Il se forme sous les croûtes du pus qui se trouvant emprisonné dans l'endroit où il s'est formé, creuse et ulcère le cuir chevelu, circonstance qui en même temps qu'elle empêche la pousse des cheveux, comme nous venons de le dire, peut encore amener la résorption purulente, et par conséquent les accidents dont celle ci sera la cause.

Si, comme dans la variole, l'on doit, pour les gourmes, respecter la première éruption, il faut, comme dans cette maladie, empêcher les croûtes de se former, ou, quand elles se sont formées, en déterminer la chute.

Guérir les gourmes est la chose du monde la plus facile, et l'on y arrive le plus souvent à l'aide des moyens les plus simples. Les soins de propreté et l'application sur le cuir chevelu de topiques émolliens, diminuent la démangeaison et empêchent le pus de séjourner sur la tête ; mais ces moyens ne suffisent pas toujours, et les gourmes tendent à se reproduire par le fait même de leur existence. Il faut alors recourir aux lotions et aux pommades alcalines. La préparation que nous employons ordinairement est une pommade faite avec parties égales d'eau de chaux et d'huile d'amandes douces : ces doses peuvent être modifiées. Lorsque les préparations alcalines sont impuissantes, l'on a alors à sa disposition les pommades mercurielles avec le précipité blanc dans les proportions d'un dixième à un trentième; avec le précipité rouge dans les proportions d'un seizième, et rarement les gourmes résistent à ces moyens.

Guérir cette affection n'est donc pas chose bien difficile; mais il est une question qui domine celle-là, c'est de savoir s'il convient de les guérir. Nous avons déjà dit a quelle époque il fallait en tenter la curation. Mais si les gourmes durent depuis long-temps, il peut exister divers troubles dans différens points de l'économie. Le traitement doit donc varier dans ces deux cas. Lorsque l'éruption eczémateuse ou impétigineuse du cuir chevelu est récente, des soins de propreté et l'usage à l'intérieur du sirop anti-scorbutique, suffisent ordinairement.

Mais lorsque les gourmes durent depuis long-temps et qu'on les voit envahir les oreilles, les yeux, et déterminer des otites, des ophthalmies dites scrofuleuses qui peuvent entraîner la perte de l'ouïe et de la vue ; ou bien envahir le nez et déterminer ce qu'on appelle des ulcérations scrofuleuses des fosses nasales ; lorsque dans ces circonstances l'on dirige son traitement vers le cuir chevelu, l'on voit s'aggraver très rapidement la maladie des oreilles, des yeux et du nez. Dans ce cas il faut respecter le cuir chevelu et guérir d'abord les autres phlegmasies qui sont beaucoup plus sérieuses que l'affection de la tête.

C'est là la marche que nous avons suivie chez la petite fille que vous avez vue au nº 11 de la Salle Sainte-Thérèse, avec un *impetigo sparsa* qui avait envahi les paupières et les yeux. A l'aide de la pommade de précipité rouge nous avons d'abord guéri la maladie dans ces deux dernières parties, puis avec les bains alcalins nous sommes venu à bout de la faire disparaître dans les autres points. L'on peut encore, pour le nez et les yeux, faire des insufflations de calomel, qui réussissent le plus souvent.

Mais l'expérience démontre qu'après la guérison de l'impétigo ou de l'eczéma du cuir chevelu, ces éruptions se manifestent de nouveau au nez et aux yeux : de là cette opinion populaire qu'il ne faut point guérir les gourmes. Dans ce cas (et il sera bon de procéder de cette façon dès le commencement du traitement) il est quelques moyens dont l'emploi est suivi des meilleurs effets. Il faut avant tout appliquer à la peau un point d'émonction, un vésicatoire au bras ; par exemple, qui agira aussi comme révulsif. Le petit malade prendra en même temps un purgatif toutes les semaines et tous les jours il fera usage de sirop antiscorbutique. L'on entretiendra pendant quelque temps le vésicatoire et l'on continuera ensuite le sirop antiscorbutique. De cette façon la santé de l'enfant se rétablira facilement. L'on donnera concurremment quelques bains alcalins ; ce moyen ne pourra que venir puissamment en aide au traitement.

Toutefois, l'on ne peut se dissimuler qu'il n'y ait quelquefois de graves inconvéniens à supprimer les gourmes qui durent depuis long-temps : expliquons-nous à ce sujet. Un enfant fait des dents et est pris de diarrhée ; celle-ci, qui se renouvelle à l'éruption de chaque dent, peut à la fin ne plus cesser. Il survient des gourmes et la diarrhée disparaît ; l'enfant reprend de la vigueur, il engraisse, en un mot, il se porte bien. Au lieu de la diarrhée, c'est un catarrhe pulmonaire, etc. Doit-on, dans ce cas, guérir les gourmes si elles durent déjà depuis long-temps ? Non.

L'on ne doit point guérir les dartres, à moins que celles-ci ne menacent d'amener quelques désordres graves, auquel cas il serait utile d'en débarrasser l'enfant, en prenant toutefois toutes les précautions possibles pour éviter une répercussion vers les organes primitivement affectés. Ces précautions sont d'autant plus utiles que les parens sont naturellement portés à rapporter à la guérison des gourmes tous les accidens qui peuvent venir assaillir leurs enfans, et qu'ils en font peser la responsabilité sur le médecin lui-même.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Leçons sur les maladies de l'utérus. — Des erreurs de diagnostic.

Les maladies de l'utérus sont susceptibles, par l'extrême variabilité de leurs symptômes, par les sympathies nombreuses qu'elles provoquent dans les divers systèmes de l'économie, et par les modifications profondes et la mobilité excessive qu'elles impriment au système nerveux, de donner lieu à de fréquentes et nombreuses erreurs de diagnostic contre lesquelles il est bon de prémunir les jeunes praticiens.

Tel a été l'objet de l'une des dernières leçons de M. Lisfranc, dans laquelle il a successivement examiné la plupart des symptômes morbides dépendant des affections utérines, qui peuvent en imposer pour des maladies d'une autre nature.

Douleurs du rectum. — Les femmes affectées de maladies de l'utérus éprouvent très souvent des douleurs dans le rectum qui peuvent faire croire au premier abord, si l'on n'est pas averti par la présence d'autres symptômes, que c'est cet intestin qui est le siége de la maladie et le point de départ réel des douleurs. On est, en général, porté à attribuer ces douleurs à la présence d'hémorrhoïdes ; mais, dans la plupart des cas, il n'existe même point de tumeurs hémorrhoïdales, et le rectum est trouvé parfaitement sain ; et si l'on examine l'utérus, bien que les femmes ne paraissent éprouver aucune douleur de ce côté et qu'elles rapportent exclusivement au rectum les douleurs qu'elles ressentent, on trouve souvent un engorgement, une tumeur ou une ulcération du col. Il faut cependant bien se garder de négliger l'examen du rectum ; car, dans quelques circonstances, c'est cet organe qui est réellement malade, tandis que l'utérus est dans l'état normal.

Douleurs dans les flancs. — Il est des cas où les malades éprouvent des douleurs dans les flancs, qui peuvent en imposer pour une maladie des reins ou des uretères ; ces douleurs ne sont autre chose que des irradiations d'une maladie de l'utérus qui s'étendent jusque dans les flancs, et qui masque ou annihilent par leur intensité la douleur dont l'utérus a pu être primitivement le siége. Si l'on interroge les femmes qui éprouvent ces douleurs dans les flancs, on apprend d'elles, la plupart du temps, qu'elles sont depuis plus ou moins long-temps sujettes à des troubles dans les fonctions menstruelles.

Douleurs à la région ombilicale. — On a vu des femmes éprouver des douleurs dans l'ombilic qui duraient pendant un temps plus ou moins long, quelquefois depuis quatre, cinq ou six mois, et puis qui se déplaçaient pour s'étendre dans les flancs. Ces douleurs existant sans autre symptôme, ne peuvent guère faire soupçonner la maladie dont elles dépendent, et si par hasard elles coexistent avec une hernie, c'est là une cause d'erreur que l'on n'éviterait que difficilement.

Douleurs et symptômes gastriques. — Il existe entre l'utérus et le canal gastro-intestinal des sympathies telles que souvent chez des femmes affectées de maladie de matrice, il existe des symptômes d'embarras ou d'irritation du système gastro-intestinal, qui vont quelquefois jusqu'à masquer la maladie principale et qui dominent si bien ses symptômes, que l'on croirait avoir affaire à une maladie du tube digestif. J'ai vu, dit M. Lisfranc, un grand nombre de fois des malades inutilement traitées pour des gastro-entérites ou pour des embarras gastro-intestinaux, et chez lesquelles, après une interrogation et un examen convenables, j'ai trouvé des engorgemens ou tous autres états morbides de l'utérus ; ces états convenablement traités, les symptômes du côté des organes digestifs se dissipaient avec ceux de l'utérus.

Douleurs de la poitrine simulant une angine. — On peut voir dans ce moment-ci, dans la salle Saint-Augustin, une femme affectée de cancer de l'utérus, chez laquelle les douleurs vives dont cet organe était le siége sont complétement calmées, et qui n'éprouve plus actuellement que des douleurs à la base de la poitrine, qui déterminent une certaine gêne de la respiration et qui porteraient à croire à l'existence d'une angine de poitrine, à l'exclusion de toute autre maladie, pour les personnes qui ne connaîtraient pas les précédens de la ma-

---

ment qu'il faut rapporter les épidémies nerveuses plus qu'à l'imitation sympathique. Nous voudrions parler de la manière dont l'auteur a envisagé la civilisation, mais tout en le remerciant de sa courtoisie à notre égard, nous nous bornerons à dire que nous ne partageons aucunement ses opinions, et qu'il est complétement dans l'erreur s'il croit que nous avons voulu faire le procès du temps présent. Nous persistons à penser que le nombre des fous augmente et que cela tient aux influences sociales actuelles, mais nous pensons aussi qu'une bonne éducation religieuse et morale aura pour résultat d'arrêter cette progression affligeante.

Si nous avons bien compris la pensée de l'auteur, qui n'est pas toujours dégagée d'abstractions, le langage, les institutions sociales, l'éducation morale et physique, publique et privée sont les influences prédominantes qui agissent sur les fonctions et les maladies du système nerveux. Mais comment s'exercent-elles suivant les lois physiologiques et pathogéniques ? Voici ce qu'il importe de savoir et ce que M. Cerise va chercher à nous apprendre. Un premier fait qui domine tous les autres, c'est que l'homme moral et intellectuel n'existe que moyennant l'éducation spirituelle ; sans l'enseignement, les facultés spirituelles et les aptitudes organiques sont impuissantes et stériles. Par l'enseignement, au contraire, l'individu reçoit de la société une somme d'idées dont il dispose dans l'acte de la pensée. Mais les connaissances fournies à l'homme par le monde extérieur, celles qu'il tire de son propre fonds, ne lui arrivent que par les excitations viscérales, sensoriales et spirituelles. Ce sont ces excitations qui en s'associant font que l'activité spirituelle en possession d'une idée générale réveille toutes les idées particulières qui y ont été associées par l'enseignement et les réveille dans l'ordre où elles sont placées par le langage. L'éducabilité animale dépend en grande partie de cette association. C'est sur la relation physiologique qui en résulte que repose l'efficacité des récompenses et des peines qui complète les enseignements.

La faculté que nous avons d'être excités physiologiquement, c'est-à-dire l'excitabilité, par la mauvaise direction des influences précédentes, peut se troubler, se pervertir ; on voit alors se manifester la surexcitabilité nerveuse qui en raison de l'excès ou de l'insuffisance de chacun des deux éléments de la névrosité (sang et tissu nerveux) se présente sous quatre aspects différents : hyponévrique, hypernévrique, hypohémique ou hyperhémique.

Les affections nerveuses qui éclatent à la suite des causes dites morales, ajoute M. Cerise, sont les transformations des impressions ganglio-cérébrales en phénomène d'innervation intra-cérébrale (délire), cérébro-sensoriale (état comateux, hallucinations, illusions), cérébro-musculaires (accès hystériques, épileptiques, paralysie, etc.), et cérébro-ganglionnaires (syncope, chlorose, ictère, névralgie, etc.). — Cette définition ainsi posée, il passe à la classification méthodique des principales formes de la surexcitation nerveuse qu'il base sur les symptômes dominans plutôt que sur les prétendues altérations anatomo-pathologiques d'un appareil déterminé. Il faut, dit-il, préférer un caractère universel, incontestable et constant ; à un caractère variable, incertain, mobile comme les doctrines qui se succèdent tour à tour. — En prenant pour point de départ ce caractère, l'auteur distingue d'abord une affection qui a pour type une grande variété de symptômes, et dans laquelle il est impossible de discerner un symptôme prédominant. Il désigne cette affection sous le nom de névropathie-protéiforme ; elle complique surtout l'hystérie et l'hypochondrie. Il établit ensuite trois groupes principaux : la surexcitation psycho-cérébrale, à laquelle appartiennent les diverses formes de l'aliénation mentale et l'hypochondrie ; la surexcitation sensorio-motrice, dans laquelle viennent se ranger les diverses affections convulsives, tétaniques, comateuses, névralgiques et l'hystérie ; enfin la surexcitation ganglionnaire, qui comprend toutes les névroses viscérales.

Nous terminons ici l'analyse de l'ouvrage de M. Cerise ; le lecteur sait comment ce médecin considère : 1º le système nerveux dans ses rapports avec le langage et les institutions sociales ; 2º l'excitation nerveuse dans ses rapports avec l'éducation physique et morale ; 3º la surexcitation nerveuse dans ses rapports avec la mauvaise direction du régime et des exercices, des idées et des sentimens ; il comprend sous l'influence de quels principes il a formulé ses inductions physiologiques sur l'excitabilité et l'éducabilité nerveuses, ses inductions pathogéniques sur la surexcitabilité nerveuse ; le lecteur sait enfin pourquoi il a intitulé son livre des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, morale et physique.

Il était difficile de se placer à un point de vue aussi nouveau, d'envisager son sujet d'une manière aussi large, sans s'attendre à de graves objections. C'est le sort immanquablement réservé à tout ce qui échappe à l'intelligence du vulgaire. Un des premiers reproches que l'on ait fait à ce livre, c'est de n'être que la formule d'un immense système dont les principes sont sans développements et souvent présentés de telle sorte qu'on ne saisit pas bien leur lien avec l'idée générale. D'autres ont prétendu que les théories arrêtées depuis long-temps dans la tête de l'auteur avaient dû entrer de force dans son œuvre ; qu'ainsi, par exemple, le chapitre consacré à l'influence du langage pouvait être excellent dans un traité de philosophie, mais n'intéressait qu'au trentième degré les fonctions et les maladies nerveuses. Beaucoup se sont plaints de n'avoir pas eu une idée nette de l'ouvrage après une première lecture, et d'avoir été obligés de le reprendre une seconde fois. Quelques-uns ont dit que l'auteur, qui défendait d'excellentes doctrines, n'avait pas toujours dégagé la forme spiritualiste des nuages de doctrines quelque peu hétérodoxes. Il en est qui ont prétendu que que le système ne formait pas un tout continu, que les parties ne se déduisaient pas rigoureusement de l'idée générale, qu'il fallait souvent deviner la pensée de l'auteur et que quelquefois même elle échappait à toutes les recherches. Enfin il n'est pas jusqu'à l'exactitude du titre qui n'ait été contestée.

Voici notre réponse à ces critiques : Pour lire avec fruit un livre presque entièrement philosophique, il faut être initié à ce genre d'études ; il faut surtout connaître l'esprit de la doctrine avec lequel le livre a été écrit.

M. Cerise, élève distingué de l'honorable M. Buchez, a composé son ouvrage sous l'inspiration des principes de ce médecin philosophe. A son enseignement, il a puisé l'amour de l'humanité, le désir d'en améliorer le sort, de le rappeler à sa noble origine, en lui traçant la route invariable de ses devoirs. Ce but, qu'il n'a cessé de poursuivre dans ses recherches, nous croyons qu'il l'a dignement atteint, ceux qui ont l'habitude des travaux philosophiques seront frappés comme nous de la profondeur des idées, de la nouveauté des aperçus et de la sagesse des inductions qu'on remarque dans le traité des fonctions et des maladies nerveuses. Il ne faut point y chercher sans doute cette multiplicité de détails auxquels nous sommes accoutumés ; c'est un grand système, qui n'a pu convenablement se développer dans les étroites limites où il se trouvait resserré, mais qui, en se présentant le plus ordinairement à l'état de formules philosophiques, n'en saisit pas moins l'esprit par la concision et la justesse des propositions ; aussi croyons-nous que ce li-frage public deles penseurs, recevra d'eux l'accueil qu'il mérite. Le suf-vre, écrit pour l'Académie de médecine nous en est un sûr garant.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

Topique contre les engelures.

Pr. Sous-acétate de plomb liquide, 32 grammes.
Eau-de-vie camphrée, 32 grammes.
M. S. A.

Ce mélange, proposé par M. le docteur Mialhe, pharmacien de l'hôpital Saint-Antoine, est employé avec un succès constant contre les engelures, même lorsqu'elles sont déjà légèrement ulcérées.

Le mode d'application consiste à frictionner matin et soir les parties malades avec le mélange, puis à les recouvrir pendant la nuit d'une compresse qui en est imbibée.

(*Journ. des Connaiss. médic. pratiques*, février 1842.)

lade. M. Lisfranc a rencontré plusieurs cas de ce genre.

Douleurs de reins ; lumbago. — Les douleurs de l'utérus peuvent souvent être prises pour des douleurs de reins ou un lumbago, que les femmes attribuent soit à un effort, soit à une fatigue ou à des exercices forcés.

Sciatiques. — J'ai vu des femmes traitées pendant des années sans résultat, pour des sciatiques ; ayant reconnu chez plusieurs de ces femmes une maladie de l'utérus, j'ai traité cette dernière et les douleurs sciatiques ont disparu.

Maladies de la vessie. — On a pu confondre souvent des maladies de l'utérus avec des maladies de la vessie ; cette erreur est même d'autant plus facile que la vessie est souvent compromise d'une manière consécutive dans les affections de l'utérus, soit par les compressions qu'elle a supportées de la part d'un utérus engorgé, ou par suite d'adhérences insolites contractées entre ces deux organes. Aussi voit-on souvent des femmes sujettes à des émissions d'urines fréquentes, gênées et douloureuses, être traitées pour des maladies de la vessie, tandis que si on les eût examinées on eût trouvé la plupart du temps une altération de la matrice. En effet, presque toutes les femmes affectées de maladies utérines ont des catarrhes vésicaux plus ou moins intenses, qui disparaissent avec la maladie primitive.

Douleurs à la vulve. — Beaucoup de femmes éprouvent des douleurs à la vulve et n'en éprouvent exclusivement qu'en ce point. — Elles ressentent une chaleur vive, une démangeaison et une sensation de picottement incommode. Si l'on a lieu de soupçonner qu'il existe chez ces femmes une maladie de l'utérus et qu'on leur propose d'en faire l'examen, elles repoussent cette proposition, sur le motif qu'elles n'éprouvent que des douleurs extérieures seulement et qu'elles n'ont aucune conscience de douleurs ni de gêne dans la matrice. Si vous examinez les parties externes de la génération, vous ne trouvez rien, ces parties paraissent parfaitement saines, et bien des médecins en pareil cas ne voient rien de mieux à faire que de considérer et de traiter ces maladies comme des états nerveux; mais si, ne tenant point compte des rapports des malades, et surmontant leur répugnance, vous examinez l'utérus, vous trouverez dans beaucoup de circonstances cet organe malade. C'est là un fait analogue à ce qui se passe dans les odontalgies, dans les maladies du foie, dans les calculs vésicaux, où la douleur est en général ressentie dans des points plus ou moins éloignés du siége du mal.

Douleurs du sein. — Certaines femmes éprouvent des douleurs de sein, fortes, violentes, permanentes ou presque permanentes, ayant ou n'ayant point les caractères névralgiques. Les seins ne présentent à l'extérieur aucune altération, aucun changement appréciable. L'idée d'une névralgie est celle qui vient le plus naturellement à l'esprit du médecin. Il est possible, en effet, que l'on ait affaire dans quelques cas à une véritable névralgie ; mais assez souvent ces douleurs sont purement sympathiques d'une affection de l'utérus. M. Lisfranc rapporte à cette occasion l'histoire d'une femme forte, bien constituée, fraîche et ayant toutes les apparences d'une bonne santé : cette femme éprouvait depuis long-temps des douleurs très vives aux deux seins ; elle fut traitée par plusieurs médecins pour une névralgie et toujours sans succès. Interrogée si elle n'éprouvait rien du côté de l'utérus, elle n'avait, disait-elle, qu'un peu de faiblesse dans les reins, mais elle affirmait ne ressentir aucune douleur dans la matrice. Parvenu, non sans peine, à surmonter sa répugnance pour l'examen de la matrice, je pratiquai le toucher et je trouvai une matrice du volume des deux poings.

Douleurs névralgiques de la tête. — Les céphalalgies, les douleurs névralgiques de la tête, ne reconnaissent souvent d'autre origine qu'une maladie de l'utérus. Nous avons vu naguère, dans la salle Saint-Augustin, une femme affectée de cancer de l'utérus et qui, sous l'influence de cette affection, avait été frappée de cécité.

Vapeurs. — Sous cette dénomination de *vapeurs*, on comprend généralement un ensemble de symptômes fort variables, dont les causes sont souvent fort obscures et au développement desquelles les maladies de l'utérus ne sont pas non plus étrangères. On voit souvent des femmes qui, sans cause appréciable, pâlissent, perdent leur embonpoint et leur fraîcheur, et deviennent d'une irritabilité excessive. Je commence par dire que cet état peut se manifester sans qu'il existe aucune lésion organique, et qu'il constitue alors une véritable affection nerveuse essentielle ; mais j'ajouterai aussi que le plus souvent ces symptômes sont l'expression d'une lésion organique dont le siége peut être et est assez fréquemment dans la matrice. A cela, objectera-t-on que la plupart du temps les femmes affectées de vapeurs et chez lesquelles on eût méconnu l'existence d'une lésion de la matrice, eussent dû succomber aux progrès de cette maladie, tandis qu'elles y survivent le plus souvent. Mais je répondrai d'abord que quelques-unes de ces femmes succombent, en effet, sans que l'on ait observé chez elles d'autres symptômes apparens que ceux que l'on désigne sous le nom de vapeurs. D'un autre côté, les maladies de l'utérus, loin d'être toujours mortelles, guérissent quelquefois d'une manière spontanée. On ne peut donc arguer de fait contre les rapports que nous faisons ressortir. Qui est-ce qui ignore d'ailleurs l'influence qu'exercent les troubles fonctionnels de la matrice sur l'innervation et sur les fonctions générales qui sont immédiatement sous la dépendance du système nerveux ? Voyez plutôt cette irritabilité des femmes à la veille de leur menstruation ; ces inégalités de caractère, cet état d'agacerie ou d'inquiétude, et de désir vague et indéterminé qu'éprouvent les jeunes filles à l'époque de la puberté. Il est, en général, de l'essence des maladies de l'utérus, de déterminer chez les femmes ce que l'on appelle des idées noires. J'ai vu un grand nombre de femmes du monde ayant un goût prononcé pour les arts, et dont quelques-unes cultivaient avec passion la peinture ou la musique, perdre tout à coup ce goût, et repousser même les objets qui faisaient naguères leurs délices, sous la seule influence de l'invasion d'une maladie de matrice. La guérison de cette affection ne tardait pas à leur rendre tous leurs goûts et toutes leurs affections.

Il faut bien se garder toutefois de tomber dans une nouvelle exagération en voyant partout des maladies de matrice, là où autrefois, par le défaut d'une observation attentive et d'un examen suffisant, on les méconnaissait presque constamment. Mais ces exemples doivent suffire pour faire comprendre combien il est important, dans toutes les maladies des femmes, d'avoir l'attention fixée sur l'utérus, d'en surveiller les fonctions, de questionner les femmes sur les sensations ou les douleurs qu'elles éprouvent, et qui pourraient avoir quelques rapports avec l'état organique et fonctionnel de la matrice ; et enfin d'examiner cet organe au moindre signe qui puisse faire soupçonner l'existence d'un état morbide. Il est prudent, surtout lorsqu'il existe quelque doute ou quelque motif de suspicion à cet égard, de questionner la malade, ou plutôt, comme l'exige, la délicatesse, de questionner son mari pour savoir si elle souffre pendant le rapprochement sexuel, si l'acte du coït n'est point suivi de l'écoulement d'une petite quantité de sang. Il arrive souvent que les femmes n'éprouvent de la douleur que pendant l'approche de leurs maris seulement, et que cette douleur cesse aussitôt après, sans qu'elle se propage dans le bassin, et qu'il en existe ensuite aucune trace. Chez d'autres, le coït n'est même pas douloureux ; il n'existe habituellement aucun écoulement, seulement il s'écoule quelques gouttes de sang, non au commencement, mais à la fin de l'acte.

Ces deux signes, le dernier surtout, sont d'une grande valeur. Soyez certains, toutes les fois que vous les rencontrerez, qu'il existe ou un polype, ou une ulcération au col de l'utérus. Ces signes sont souvent les seuls qui puissent faire reconnaître une affection grave de l'utérus, négligée et quelquefois incurable.

Les maladies de l'utérus qui sont incurables sont en effet presque toujours des maladies latentes qui ne se révèlent que lorsqu'elles ont fait des progrès que rien ne peut plus arrêter. Vous verrez souvent des femmes qui, depuis plusieurs années, quelquefois depuis cinq, six, huit ou dix ans, n'éprouvaient que de légères douleurs dans le bassin ou dans les lombes, avec un peu d'écoulement blanc, jaune ou rougeâtre, qui avaient à peine fixé leur attention, et qui, tout à coup, sont prises d'hémorrhagies abondantes et de vives douleurs dans la matrice, ne rapportant qu'à l'invasion brusque de ces symptômes l'origine de leur maladie. Lorsque vous examinez ces femmes, vous trouvez des tumeurs fongueuses, squirrheuses, ulcérées, d'énormes champignons ; en un mot les caractères physiques d'un cancer incurable.

Il n'est pas moins important de porter une grande surveillance sur l'état des fonctions de la matrice chez les femmes qui sont arrivées à l'âge de retour. Si un grand nombre de ces femmes échappent à cet âge critique sans accidens, ou n'ayant éprouvé que des troubles ou des phénomènes morbides sans gravité, il en est qui succombent aux accidens que détermine souvent la cessation des règles, et que l'on eût pu soustraire à la mort peut-être, si l'on eût eu le soin d'examiner de bonne heure l'état de la matrice, et d'y apporter des soins convenables dès le début des accidens. Il ne faut donc point rester, à cet égard, dans une trop grande sécurité, et se fier sur ce que, le plus souvent, la femme traverse sans encombre l'âge critique, mais questionner et examiner les femmes parvenues à cet âge, au moindre symptôme morbide qu'elles accusent, car la cessation de la menstruation est fréquemment le point de départ et la cause déterminante de maladies de l'utérus, qui deviennent, faute de soins, promptement funestes ou incurables.

Polype contenu dans la cavité utérine. Des cas où il convient d'extraire ces polypes ; de ceux où on doit temporiser et attendre leur expulsion spontanée.

Au n° 3 de la salle Saint-Augustin est couchée une malade qui porte un polype dans l'intérieur de l'utérus : ce polype occupe exclusivement la cavité de cet organe ; la matrice est très volumineuse et elle remonte jusqu'à quatre pouces au-dessus de la symphise du pubis. Cette ampliation de la matrice est-elle exclusivement due à la présence d'un ou de plusieurs polypes dans sa cavité, ou bien dépend-elle d'un engorgement de cet organe qui coïncidait avec la présence des polypes ? C'est ce sur quoi M. Lisfranc ne saurait se prononcer, vu l'impossibilité de faire une pareille distinction : il est possible, ajoute-t-il, que cette tumeur de l'utérus soit uniquement constituée par un simple engorgement de ses parois, comme il peut l'être par le développement de polypes dans sa cavité ; ou bien enfin l'ampliation de cet organe peut elle dépendre de ces deux conditions à la fois. J'ai professé pendant long-temps un principe que je n'ai plus dû suivre aussi exclusivement depuis que j'ai été mieux éclairé par l'expérience. J'ai dit que lorsqu'il existait un polype dans l'intérieur de la matrice, et que la présence de ce corps étranger ne déterminait point d'accident capable d'altérer la santé, il fallait attendre, que peut-être ce polype sortirait de lui-même de l'intérieur de la cavité utérine, et qu'il deviendrait alors beaucoup plus facile de l'extraire que lorsqu'il était entièrement contenu dans cet organe. J'ai dû depuis modifier cette opinion : en voici les motifs. Il y a des polypes pédiculés, et dont, selon toute probabilité, la matrice se débarrassera spontanément ; d'autres fois, au contraire, le polype a une base si large que la matrice ne pourrait sans secours en être débarrassée. Dans d'autres cas, enfin, les polypes ont une telle étendue et sont tellement adhérens à toute la matrice, qu'il faudrait, pour que celle-ci en pût accoucher, qu'elle se renversât complètement, ce qui d'ailleurs arrive quelquefois.

Mais comment distinguer la disposition qu'affectent les polypes dans l'utérus ? C'est justement là la difficulté. Quelle devra donc être la conduite du chirurgien ? Doit-il attendre ? Oui, s'il n'y a point d'hémorrhagie ; mais encore, même dans ce cas, ne peut-on craindre que le polype, par son séjour prolongé dans la matrice, ne dégénère et ne devienne carcinomateux ? On ne peut établir aucune règle fixe à cet égard : il faut se conduire d'après les analogies et l'expérience. J'ai rencontré depuis dix-huit mois environ cinq polypes cancéreux qui très probablement n'eussent point subi cette dégénérescence si on les eût attaqués plus tôt. Nous en avons à présent même un exemple frappant chez une femme de la salle Saint-Augustin, qui porte un polype devenu cancéreux, ce qui très probablement eût été évité si cette femme était entrée plus tôt à l'hôpital.

Que conclure de ces faits ? Faut-il attaquer les polypes dès le début, faut-il attendre leur sortie de la matrice ? Voici quelle doit être, à mon avis, la règle de conduite du chirurgien : quelle que soit la disposition du polype, son volume, son degré d'ancienneté, s'il existe des hémorrhagies répétées et abondantes qui menacent les jours de la malade, il ne faut pas hésiter à l'attaquer immédiatement. Mais ces accidens n'existant plus, ou n'ayant jamais existé, que doit-on faire ? Doit-on attaquer le polype, doit-on attendre sa sortie ? On ne peut encore ici répondre affirmativement : il y a des cas où il convient de les attaquer ; ce sont ceux où l'on a pu reconnaître quelques signes de dégénérescence commençante ; d'autres où il vaut mieux attendre, car il n'est point rare que la matrice finisse par s'en débarrasser à l'aide d'un véritable travail d'accouchement.

Voici à quels signes on peut reconnaître les cas qui nécessitent une opération immédiate : c'est, comme on le sait, avant, pendant ou après l'écoulement des règles que le col de la matrice est assez ouvert pour qu'on puisse y faire pénétrer profondément le doigt indicateur ; c'est donc un de ces instans qu'il faut choisir pour se livrer aux explorations convenables. Si, en introduisant le doigt dans la cavité du col utérin, je ne sens point que le polype soit ramolli, saignant, s'il conserve la consistance dure et ferme des tumeurs fibreuses, je suis en droit de conclure que j'ai affaire à un polype fibreux non dégénéré. Si au contraire le polype est mou, inégal, fongueux et saignant à la moindre pression du doigt, si en un mot il présente les caractères d'un tissu dégénéré ou en voie de dégénération cancéreuse, il ne faut point hésiter, et procéder immédiatement à son extraction. Dans le premier cas, on doit tout attendre des efforts de la nature. Cette conduite m'a été dictée par l'expérience ; dans plusieurs circonstances où j'avais cru pouvoir temporiser, j'ai vu ces polypes, dits charnus, dégénérer en peu de temps et entraîner la mort des malades.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Vice-présidence de M. NONAT. — Séance du 5 janvier 1842.

Après l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. Giraldès rend compte à la Société des expériences auxquelles il s'est livré sur le cadavre dans le but de déterminer exactement l'état pathologique de l'articulation radio-carpienne dans les cas de fracture du radius, à sa partie inférieure, accompagnée du déplacement du fragment inférieur en haut et en dedans, avec renversement de la main sur le bord radial de l'avant-bras. Cette forme de déplacement n'exige, suivant un chirurgien anglais, que la rupture du ligament triangulaire. M. Giraldès s'est assuré que la rupture de ce ligament est insuffisante pour produire le déplacement en question, qui a lieu constamment lorsque le ligament latéral interne est coupé en même temps.

La conséquence pratique de cette expérience est de renverser la main sur le bord cubital de l'avant-bras pendant le temps nécessaire à la consolidation de la fracture.

— *M. Forget* appelle l'attention de la Société sur un état pathologique de l'utérus qui ne lui paraît pas indiqué dans les auteurs ; c'est le développement d'un tissu érectile à l'intérieur du col utérin, offrant pour symptôme principal des métrorrhagies. Il a vu avec M. Pinel-Grandchamps une femme sur son retour d'âge, qui allait être soumise à l'amputation du col pour une affection semblable. Le toucher avait fait reconnaître dans la cavité du col un tissu tomenteux, mou, saignant avec une grande facilité, et uniformément disposé sur toute la surface interne, qu'il doublait, pour ainsi dire, sans en oblitérer la cavité. Mais lorsque l'utérus eut été abaissé jusqu'à l'entrée de la vulve, on put reconnaître l'intégrité du tissu utérin ; le col avait son épaisseur un peu exagérée, mais il était sain ; le tissu anormal enté sur la surface interne du col avait les caractères des produits érectiles. L'amputation ne fut point pratiquée, mais la malade fut soumise à des cautérisations répétées.

M. Forget a eu l'occasion d'observer deux cas analogues à des degrés plus avancés. Les tissus anormaux furent détruits par des cautérisations de nitrate liquide de mercure pratiquées le plus avant possible dans la cavité du col. Les hémorrhagies ont cessé, et la guérison se soutient chez l'une de ces femmes ; l'autre est encore en traitement.

M. Piedagnel regrette que M. Forget n'ait point donné des détails anatomiques plus circonstanciés. Il fait observer que les tumeurs érectiles s'enkystent en quelque sorte dans l'épaisseur des parois des cavités où elles se développent, et sous la membrane muqueuse ; dans les cas cités par M. Forget, cette disposition n'a pas été notée.

M. Brierre de Boismont a plusieurs fois recueilli à la Salpétrière des concrétions d'apparence sanguine que des femmes avaient rendues par le vagin. Ces petites tumeurs, soumises à l'observation de M. Cruveilhier, ont été regardées par ce professeur comme de nature fibreuse, mais ramollies. L'affection observée par M. Forget ne serait-elle pas de cet état fibroïde ?

M. Giraldès rappelle que les divers auteurs qui ont étudié les maladies de la matrice ont noté que le col utérin peut devenir le siége de petites végétations, qui ne sont autre chose que des papilles muqueuses hypertrophiées. Ces végétations existent à l'intérieur de la cavité, comme sur les bords du museau de tanche : n'en auraient-elles point imposé à M. Forget ?

M. Forget répond :

1° Qu'il a parlé non de tumeurs développées dans l'épaisseur du col utérin, mais d'un tissu disposé en nappe à la surface interne du col, et qu'il pourrait comparer à celui des corps caverneux du pénis ;

2° L'hypertrophie papillaire n'a aucun rapport de structure ni d'aspect avec l'état morbide qu'il signale et les métrorrhagies qu'il a signalées comme symptomatiques de cet état n'ont pas lieu quand il n'existe que des granulations ;

3° Il n'est pas plus possible de rapporter à l'état fibreux les concrétions dont il s'agit, et qu'il croit dignes d'appeler l'attention des praticiens.

— *M. Larrey fils* fait à la Société une communication du plus haut intérêt, mais qui sera complétée plus tard. Il s'agit d'une femme opé-

rée d'un kyste qui s'était ouvert d'une part dans la vessie, de l'autre à la surface tégumentaire externe, au-dessous de l'ombilic, et dans lequel on trouve les débris d'une grossesse extra-utérine.

M. Maigne, à l'occasion de ce fait, rapporte qu'il fut appelé près de Mantes auprès d'une femme en travail depuis soixante heures. Le toucher vaginal constata l'existence d'une tumeur occupant l'excavation pelvienne et déterminant un rétrécissement du vagin tellement considérable que le doigt ne pouvait être introduit sans quelque effort.

L'accouchement ayant été reconnu impossible, l'opération césarienne fut adoptée comme le seul moyen de délivrer la femme. L'opération ayant été pratiquée d'après le procédé de Baudelocque, on amena un enfant mort ; la mère elle-même ne tarda pas à succomber.

L'autopsie permit d'analyser la tumeur que, pendant la vie, le toucher avait indiquée. Elle occupait dans l'excavation pelvienne une étendue de 12 centimètres de diamètre en tous sens, et pesait près de 2 kilogrammes ; elle adhérait à l'ovaire gauche par un pédicule épanoui autour de cet organe ; elle n'avait pas encore contracté d'adhérences avec les organes viscéraux auxquels elle était contiguë. Elle était constituée par une membrane fibreuse très dense, véritable poche remplie de matière sébacée. Dans cette matière, on trouva un grand nombre de cheveux ayant la plupart 30 centimètres de longueur ; ces cheveux étaient libres par leurs deux extrémités, qui se terminaient chacune par une pointe effilée. On trouva de plus la moitié d'une mâchoire inférieure ; le tissu osseux en paraissait plus développé qu'il ne l'est chez un fœtus de six mois ; le bord alvéolaire incisé offrit les gencives de six dents ; mais il n'existait ni vaisseaux ni nerfs apparens, non plus qu'aucune trace du canal dentaire.

La membrane d'enveloppe se confondait manifestement avec celle de l'ovaire ; leur vascularité était commune. La surface interne était lisse comme celle d'une membrane séreuse ; toutes les recherches n'ont rien fait découvrir qui ressemblât aux enveloppes fœtales. M. Maigne n'hésite point à rapporter ce fait comme celui d'une grossesse extra-utérine.

— *M. Berigny* lit un travail sur une question de médecine légale, la question d'identité. Il s'agit, suivant ce médecin, d'un cas remarquable non prévu par les auteurs qui jusqu'ici ont traité ce sujet. Voici une courte analyse de ce fait.

Le 23 avril dernier, M. N..., qui habitait à Saint-Germain-en-Laye, vient à Paris pour affaires. Trois semaines se passent sans que sa famille reçoive de ses nouvelles. A cette époque, un journal annonce qu'un individu du sexe masculin avait été retiré de la Seine à Porcheville, le 29 avril, à cinq heures du matin, et que le cadavre, sans vêtemens, était percé de plusieurs coups de poignard. Aussitôt, le beau-père de M. N... va aux informations, apprend que son gendre était sorti le 26 de l'hôtel qu'il habitait, et que depuis on n'avait plus entendu parler de lui. A la Morgue, on lui montre une redingote trouvée le 26 sur le bord de la Seine, près le pont d'Iéna, redingote qu'il croit reconnaître pour être celle de son gendre. On apprend en outre que M. N..., à son arrivée à Paris, ne s'est pas présenté chez le banquier entre les mains duquel il devait déposer une somme de 7,000 fr. Ce fut alors que le beau-père et le beau-frère de M. N... vinrent trouver M. Berigny pour le prier de les accompagner à Mantes, afin d'être témoins de l'exhumation qui pouvait avoir lieu. M. Berigny avait vu plusieurs fois M. N... Arrivés à Mantes, chef-lieu d'arrondissement dans le ressort duquel se trouve la commune de Porcheville, M. le substitut fit à tous trois des questions sur le signalement du cadavre. Ces déclarations enregistrées, M. le substitut du procureur du roi remit le signalement et les signes particuliers imprimés de l'individu trouvé à Porcheville. M. Berigny lit le signalement qui se trouve conforme aux renseignemens fournis par le beau-père de M. N... Alors, continue M. Berigny, un permis d'exhumation nous fut immédiatement délivré, et accompagnés de la police judiciaire de Mantes, nous nous transportâmes à Porcheville.

Pendant le trajet, M. le substitut du procureur du roi demanda à M. Berigny si un cadavre pouvait parcourir la distance énorme de 27 lieues en trois jours, distance qui existe entre le pont d'Iéna et Porcheville. Notre confrère crut pouvoir répondre affirmativement, par suite d'un travail mathématique auquel il s'était livré.

Puis, M. Berigny dresse une liste de questions qu'il adresse à madame N..., questions qu'il divise en plusieurs séries, et les réponses qu'elle y fait confirment pleinement la certitude qu'on avait de retrouver M. N... dans le cercueil. L'exhumation faite, le cercueil ouvert, la même constitution que celle de M. N... se présente aux témoins; la face a disparu, car elle est réduite à l'état de putrilage ; seulement ceux-ci font observer à M. le juge d'instruction que la teinte des cheveux leur paraît un peu plus claire.

Ici M. Berigny soumet à la Société cette question : La couleur des cheveux ne peut-elle s'altérer quand un cadavre a été trouvé dans l'eau et qu'il est resté inhumé pendant un mois dans un lieu humide? Il informe que la couleur de quelques cheveux trouvés sur la brosse de M. N... est plus foncée que celle des cheveux du cadavre.

Parmi les questions adressées à la veuve, il en est une importante. Pendant l'exhumation, le beau-père de M. N... avait cru se rappeler que son gendre avait une hernie inguinale, mais il ignorait de quel côté du corps elle existait. A l'instant M. Berigny fut requis pour éclairer ce fait, et il crut reconnaître qu'elle devait exister du côté gauche, parce que là, ajoute notre confrère, je pus voir que l'anneau inguinal avait une plus grande dimension que celle du côté opposé ; le sac herniaire n'était pas parfaitement caractérisé, mais cependant le péritoine formait une légère éminence convexe dépassant d'un centimètre environ une ligne droite qui aurait reposé par chacune de ses extrémités sur les deux piliers de l'anneau inguinal. D'après les questions touchant ce fait adressées à madame N..., elle répondit que son mari avait effectivement une hernie du côté gauche, que cette hernie n'était jamais sortie qu'une seule fois, et encore très incomplètement, puisque le malade en avait été quitte pour quelques légères coliques, et qu'il en faisait assez fréquemment remarquer l'effet à sa femme quand il toussait. Du reste, notre confrère, obligé de formuler son opinion sur ce sujet, déclara avec réserve que les intestins ayant été sortis de l'abdomen ou tout au moins fortement déplacés lors de l'autopsie pratiquée sur ce cadavre par les médecins légistes de Mantes, leurs rapports avec l'ouverture inguinale ayant été excessivement changés, il ne lui était pas permis d'affirmer positivement l'existence d'une hernie, mais de signaler seulement que l'élargissement de cette ouverture, par rapport à celle du côté opposé, que la procidence externe du péritoine lui paraissaient deux faits suffisans pour faire soupçonner l'existence d'une hernie qui ne serait sortie qu'une ou deux fois au plus. Il demanda à M. le substitut du procureur du roi qu'il voulût bien requérir les médecins experts de Mantes pour avoir leur opinion, et l'un d'eux ayant été amené, déclara que l'existence d'une hernie ne lui paraissait pas probable, attendu que si cette lésion eût existé, lui et les autres médecins experts chargés de l'autopsie s'en fussent aperçus, et que d'ailleurs l'isolement du cordon spermatique ne permettait pas de croire à l'existence d'une hernie. En présence de ces deux opinions contradictoires, M. Berigny sollicite celle de la Société.

M. Bérigny lit ensuite une lettre qu'il adressait à M. le procureur du roi, concernant la couleur et la nature des cheveux. Pour ce qui est de la couleur, il rappelle à ce magistrat qu'elle a pu être altérée par un moyen chimique connu ; pour ce qui est de leur nature, M. Bérigny le prie de soumettre son opinion à ses confrères de Mantes. Il avait, en effet, adressé cette question à madame N... : Les cheveux tombaient-ils facilement? Et madame N... avait répondu : Pas extrêmement. M. Bérigny fait remarquer que cette question était faite dans le but de l'amener à la cause de la différence existant dans la couleur des cheveux trouvés sur le cadavre de Porcheville, et dans celle de ceux trouvés sur la brosse de M. N... C'est qu'en effet, dit notre confrère, on peut concevoir que de la chute plus ou moins facile des cheveux, il doive en résulter, après la mort, une plus ou moins grande facilité à la décoloration. Leur chute pendant l'existence ne devant être attribuée qu'à une maladie ou une atonie de la racine capillaire, cette prédisposition à l'altération préexistante des cheveux lorsqu'ils sont doués encore de la vie, doit, il me semble, augmenter lorsque la sève les a tout à fait abandonnés. M. Berigny ajoute à cette observation une statistique opérée sur le nombre des signes enregistrés dans le signalement imprimé, sur le nombre des réponses faites par les amis de M. N... aux questions qui leur ont été adressées par M. le juge d'instruction, enfin sur le nombre des réponses faites aux questions incidentes ; et il résulte de cette statistique, que les faits signalés à l'appui de l'identité sont encore bien plus nombreux que ceux consignés dans le signalement.

L'affaire en était là, lorsque M. N... rentra inopinément chez lui au moment où l'on venait de remettre à sa femme une lettre de M. le procureur du roi de Mantes, qui requérait madame N... pour venir reconnaître la présence de son mari dans le cadavre trouvé à Porcheville.

M. Bérigny termine son travail par l'exposé des données mathématiques qui ont pu l'amener à répondre à M. le procureur du roi que le cadavre avait pu parcourir la distance de vingt-sept lieues en trois jours et trois nuits. Nous regrettons de ne pas pouvoir donner ici un exposé de cette partie du travail de notre confrère.

— La Société rappelle qu'elle accordera une médaille d'or de 300 francs au meilleur mémoire *sur les maladies de l'ovaire* qui lui sera adressé avant le 1er juillet 1843. Le prix sera décerné au mois de décembre de la même année. Les mémoires écrits en français ou en latin, devront être remis (franc de port) et dans les formes ordinaires, chez M. Gillette, secrétaire-général, rue Sainte-Marguerite-St-Germain, 28.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement des excoriations et des gerçures du mamelon.

Ce nouveau moyen, proposé par M. le docteur Marcus, a pour objet, non-seulement de guérir, mais encore de prévenir les excoriations et les gerçures qui surviennent au mamelon chez les nourrices, et qui sont pour ces dernières la cause de douleurs assez fortes pour les forcer quelquefois à discontinuer l'allaitement. Il consiste en de simples lotions pratiquées sur les mamelons avec l'eau de goudron. On doit commencer à lotionner ces organes dès le sixième mois de la grossesse, en répétant cette précaution deux à trois fois par jour, et en ayant soin d'appliquer le liquide sur la plus grande partie des seins. Lorsque le mamelon vient à se fendiller, cette circonstance n'est pas un motif d'interrompre les lotions ; seulement, si la douleur dont ces gerçures s'accompagne presque toujours devient par trop forte, il est convenable d'en suspendre l'usage pendant quelques jours.

(*Journ. des connaissances médicales pratiques*, fév. 1842.)

Pommade contre le phimosis et le paraphimosis.

Pr.	Cérat simple,	30 grammes ;
	Extrait de belladone,	12
	Eau distillée,	Q. S.

On dissout l'extrait dans la moindre quantité d'eau possible, puis on incorpore S. A. la dissolution dans le cérat.

Cette pommade, proposée par M. le docteur Mignot, s'emploie en frictions sur les parties malades. Les applications doivent être répétées toutes les heures ; et bientôt, sous l'influence de ce moyen, le cercle de constriction formé par le prépuce autour du gland se relâche, se dilate, et peu à peu les tissus reviennent à leur position normale.

(*Ibid.*)

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

I. *Observations relatives à l'influence de l'op ration de la c taracte sur un seul œil, comme moyen de rétablir la vue des deux côtés*; par M. SERRE professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier.

Le nommé Pascal avait été opéré par Delpech, trois ans auparavant, d'une cataracte de l'œil gauche, selon la méthode par déplacement. La vue ne s'était conservée que pendant environ trente mois, et depuis six mois il n'y voyait plus de cet œil, lorsque M. Serre fut appelé (1834) à pratiquer la même opération sur l'œil droit. Quelques jours après cet homme avait recouvré la vue des deux yeux. — Notons qu'avant l'opération pratiquée par M. Serre, la pupille de l'œil gauche était encore nette et assez régulière, mais quelle ne jouissait d'aucune contractilité; plus tard elle devint peu à peu mobile à mesure que l'œil récemment opéré perçut de mieux en mieux la lumière.

Chez un autre malade qui se trouvait absolument dans le même cas que le précédent, et que M. Serre opéra de la même manière à l'hôpital Saint-Eloi, le cristallin n'était encore que déplacé lorsque le chirurgien put s'assurer que le malade avait également recouvré la vue des deux côtés. Cependant une inflammation assez vive s'empara de l'œil récemment opéré et amena l'oblitération de la pupille; mais la vue se maintint à l'œil opéré hors de l'hôpital et dont il ne voyait plus depuis un an.

M. Serre mentionne un troisième fait qui s'est présenté dans son service, dans le courant du mois de juillet 1841. Il s'agit d'un nommé Carias, que M. Lallemand avait opéré de la cataracte à l'œil gauche depuis environ deux mois et chez lequel la vue ne s'était pas rétablie. Néanmoins la pupille était assez nette, mais un peu large et irrégulière, et l'on eût dit, en explorant le globe de l'œil, qu'il existait chez ce malade cette sorte d'état amaurotique qui sucrède parfois au déplacement du cristallin.

Le 14 juillet, M. Serre pratique la rétroversion du cristallin du côté droit, et le 1er septembre Carias quitte l'hôpital; il voit assez distinctement des deux yeux.

« Mais, dira-t-on, comment l'opération de la cataracte que l'on pratique sur l'œil droit, par exemple, peut elle servir à donner la vue du côté gauche? Je ferai d'abord remarquer à ce sujet que les trois malades dont il a été question avaient tous recouvré momentanément la faculté de voir, et que, lorsque j'ai dû les opérer, bien que cette faculté n'existât plus, la pupille était libre et les rayons lumineux arrivaient librement jusqu'à la rétine; selon même toutes les apparences, la sensibilité de cette membrane n'était qu'à demi éteinte. Or, qu'a-t-il fallu pour la réveiller? Il a fallu que l'œil récemment opéré perçût vivement la lumière, et que cette impression se répétât sympathiquement et d'une manière assez forte sur l'œil qui avait déjà recouvré une première fois la vue, à la suite de l'opération. Tout cela se conçoit et s'explique à merveille, lorsqu'on veut bien y réfléchir...... Si de pareils faits, ajoute plus loin M. Serre, se reproduisaient de temps en temps dans la pratique, ne serait-on pas en droit de se demander si, dans le traitement de certaines amauroses et notamment de celle dite par asthénie, il ne serait pas possible de se servir de la lumière, comme d'un moyen stimulant, en agissant à l'aide de certains verres simples ou combinés sur l'œil malade, ou même sur l'œil sain, dans le cas où la perte de la vue n'aurait lieu que d'un seul côté? D'une autre part, loin de s'abstenir de pratiquer l'opération de la cataracte lorsque le malade y voit encore d'un œil, quoiqu'à un faible degré, ne pourrait-on pas, dans certaines circonstances, tenter l'opération précisément dans le but de réveiller la sensibilité à demi éteinte dans l'œil non cataracté? Enfin contrairement aux idées de quelques ophthalmologistes, l'excitation produite par l'opération ou par le contact de la lumière, n'aurait-elle pas, dans quelques cas de cataracte compliquée d'amaurose commençante, la faculté de contribuer au rétablissement de la vue? Ce sont là tout autant de questions dignes, ce me semble, de fixer l'attention des praticiens qui s'adonnent à l'exercice de la médecine oculaire. Je les livre à leur examen. »

II. *Considérations sur le diagnostic de la carie vertébrale et la paralysie dé e dante des altérations de la moelle*; par le docteur LAURENCE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La carie de la colonne vertébrale se présente presque toujours avec des caractères qui ne permettent guère de la méconnaître. Il est cependant quelques circonstances qui rendent le diagnostic de cette affection assez obscur; or, c'est dans le but de faire connaître quelques-unes des conditions qui obscurcissent parfois ce diagnostic que M. Laurence a publié ce travail, qui renferme des observations très intéressantes et des remarques fort justes

Les conclusions que nous allons rapporter suffiront pour faire apprécier la valeur de ce mémoire.

Les conclusions qui découlent de l'exposition des faits contenus dans ce travail, dit l'auteur, sont relatives: les unes aux abcès par congestion; les autres à la gibbosité; les dernières à la paralysie.

Les abcès symptomatiques revêtent quelquefois les caractères des abcès chauds; en se montrant, avec ces caractères, dans la fosse iliaque, ils peuvent être pris pour un phlegmon de cette région.

Lorsque, dans un abcès situé dans les régions où se montrent habituellement les abcès par congestion, la quantité de pus dépassera celle que l'on présumait devoir s'écouler, d'après l'étendue apparente du foyer, on devra regarder l'abcès comme symptomatique d'une carie ou d'une suppuration de quelque viscère.

Le pus des abcès symptomatiques de la carie vertébrale peut entraîner avec lui de petites masses noirâtres de tissu spongieux nécrosé.

La communication de l'abcès par congestion avec l'articulation coxo-fémorale, soit par une perforation du sommet de la cavité cotyloïde, soit par l'ouverture accidentelle qui fait communiquer la bourse synoviale du psoas avec l'articulation de la hanche, est annoncée, dans quelques cas, par une douleur du genou, par l'impossibilité de faire exécuter des mouvemens à la cuisse, par le raccourcissement du membre.

L'abcès par congestion, encore renfermé dans l'abdomen, peut devenir cause d'inflammation du péritoine, en distendant et en irritant cette membrane séreuse.

Lorsqu'on aura reconnu, au dehors de l'abdomen, un abcès par congestion, on devra s'as-urer avec soin si, du côté opposé, il n'existe point une collection purulente encore contenue dans le ventre. Dans le cas d'abcès par congestion double, descendant de chaque côte de la colonne vertébrale, communiquant l'un avec l'autre, une ponction faite dans l'abcès d'un côté, videra en partie celui du côté opposé.

L'abcès symptomatique d'une carie vertébrale, encore contenu dans la poitrine, peut donner lieu à de la respiration bronchique, à du retentissement de la voix, en comprimant le parenchyme pulmonaire. Le gargouillement que l'on entend au niveau du foyer purulent peut faire croire à l'existence d'une caverne du poumon.

La saillie de l'apophyse épineuse est le siége pathognomonique de la carie vertébrale. L'absence de ce signe aura lieu dans le cas de carie superficielle, dans le cas de destruction d'un seul cartilage, de destruction centrale d'un corps de vertèbre, dans le cas de productions de jetées osseuses.

La gibbosité se montre plus ou moins tardivement, suivant les différentes régions du rachis, plus tôt dans le cas de carie dorsale, plus tard dans le cas de carie cervicale et lombaire; elle manque plus souvent dans la carie lombaire que dans celle des autres régions.

Dans le cours d'une carie vertébrale, la paralysie, au lieu d'affecter les membres inférieurs ou les quatre membres, peut être bornée à un bras, le mouvement étant seul aboli.

Dans quelques cas de paralysie succédant à une destruction lente du prolongement rachidien, la portion de moelle située au dessous du point détruit peut suppléer l'action du cerveau dans la production des mouvemens.

III. *Quelques réflexions sur l'emploi répété du vomissement, considéré comme agent principal dans le traitement du croup confirmé*, par M. le docteur MAROTTE.

M. Marotte a eu, dans le court espace de deux mois, l'occasion de traiter trois enfans du croup, et il a eu le bonheur d'obtenir trois succès. Il pense qu'un resultat aussi favorable doit être attribué à la methode qu'il a suivie, c'est-à-dire au vomissement répété, considéré comme agent principal dans le traitement de cette redoutable affection, et il s'empresse de rappeler que cette méthode curative a été exposée par M. de Larroque, médecin de l'hôpital Necker.

Après avoir rappelé que cette médication compte au nombre de ses partisans Albert de Bremen, Jurine et Vieussens de Genève, Olbers, Hoffmann, Serlo de Crossen, Duer, Malin de Cottbus, Jourdain de Rioche, etc., il a soin de prévenir qu'il n'accorde pas aux vomitifs le privilège de toujours guérir le croup à eux seuls, sans qu'il soit utile et même nécessaire de leur associer d'autres moyens. Les évacuations sanguines générales et locales, par exemple, ont une action des plus favorables, surtout lorsqu'elles sont poussées rapidement jusqu'à la syncope, soit en soustrayant les materiaux de la pseudo membrane, soit en détruisant l'hyperemie locale cause de spasme laryngé, soit enfin en produisant une sédation générale par l'état de syncope qu'elles avaient. Mais les enfans supportent mal les évacuations sanguines; il est la plupart du temps impossible d'y revenir aussi souvent qu'il serait nécessaire pour s'opposer aux recidives opiniâtres du croup; elles deviennent même sans objet lorsque l'état d'inflammation aiguë a disparu.

M. Marotte croit, à l'aide des considérations dans lesquelles il est entré, avoir établi plusieurs points importans, savoir:

1° Que la différence des résultats heureux ou malheureux, obtenus par les divers auteurs dans le traitement du croup, doit être attribuée à la difference des méthodes qu'ils ont suivies plutôt qu'à la nature dissemblable des maladies auxquelles ils ont eu affaire;

2° Que de tous les médecins, ceux qui ont eu la pratique la plus heureuse ont fait un usage répété des vomissemens, sinon comme agent exclusif, du moins comme agent principal dans le traitement du croup confirmé;

3° Que, de tous les remèdes conseillés pour guérir cette maladie, les vomitifs, aidés des évacuations sanguines, sont les plus puissans et remplissent le mieux les indications pendant le cours entier de la maladie;

4° Que les vésicatoires, les sinapismes, les mercuriaux, etc., sont des adjuvants utiles de l'action des émétiques, mais ils ne peuvent leur être substitues.

Enfin, après avoir recherché si les auteurs ont toujours fait un emploi judicieux des moyens qu'ils ont recommandés, s'ils ont compris et formulé leur méthode d'une manière assez précise pour guider sûrement ceux qui ne l'ont pas encore expérimentée, il résume de la manière suivante trois propositions capitales dans le traitement du croup, propositions qui lui paraissent avoir été suffisamment établies par les développemens dans lesquels il est entré:

A. D'abord, il est indispensable de ne pas disséminer les forces thérapeutiques dont on peut disposer, comme le font la plupart des médecins; il faut, au contraire, les concentrer toutes, afin d'en tripler l'action: c'est le meilleur moyen de juguler la maladie. Aussi, le docteur de Larroque a-t il rendu un service réel en recommandant de poser les sangsues, de donner et d'appliquer les sinapismes et le vésicatoire dans le court espace d'une heure, une heure et demie.

B. Il faut, en outre, tirer de ces moyens tout le parti possible:

L'écoulement de sang sera porté un peu plus loin, et l'on aura recours aux sangsues seules, ou en même temps à la saignée générale, suivant l'âge et les forces du malade, suivant l'intensité et l'état inflammatoire général ou local, suivant les complications, quelle que soit la période de la maladie, pourvu que ces moyens soient indiqués.

On profitera de la disposition syncopale qui suit un écoulement de sang abondant et rapide, ce qui est favorable à la résolution des phlegmasies, pour administrer l'émétique qui ajoute son effet sédatif à celui des évacuations sanguines et débarrasse les voies aériennes des matières qui les obstruent. On aura soin de l'administrer à doses assez elevées et assez rapprochées pour produire des vomissemens abondans et réitérés.

Enfin des sinapismes, puis un large vésicatoire appliqué au-devant du sternum ne tarderont pas à ajouter leur effet révulsif à l'action antiphlogistique et antispasmodique des moyens précédens.

C. Si les accidens ne cédent pas, il ne faut pas attendre une nouvelle exacerbation; ce serait perdre un temps précieux. On les combattra, au contraire, sans relâche non pas d'une manière empirique, mais en consultant les symptômes, c'est-à-dire qu'on réitérera les vomitifs dès que l'amélioration, qui succède toujours à leur administration, ne se soutiendra plus ou même ne deviendra pas de plus en plus marquée. Ils seront donnés à toutes les trois, quatre ou cinq heures, suivant le besoin, à doses suffisantes pour obtenir, comme au debut, des vomissemens abondans et répétés. On ne se relâchera de cette sévérité dans leur administration qu'autant que le mal sera vaincu, se guidant à cet égard sur la liberté plus ou moins grande de la respiration, plutôt que sur l'état de la toux et de la voix. C'est en donnant les évacuans jusqu'à neuf fois en vingt-quatre heures, que M. de Larroque est parvenu à faire rendre des masses énormes de fausses membranes, et qu'il a triomphe du croup alors même qu'il avait fait des progrès effrayans.

M. Marotte termine en disant qu'il n'a pas fait mention du traitement local, non qu'il soit inutile, mais parce qu'il le croit suffisamment connu et qu'*il le regarde comme d'un intérêt secondaire.*

LA CLINIQUE DES HÔPITAUX DES ENFANTS.

I *Leçons de M. Trousseau sur la coqueluche*, recueillies par M. LHOMMEAU, interne.

La coqueluche est une affection catarrhale, avec un élément spasmodique spécial qui peut exister seul.

Quand on exerce à la campagne, on voit que la coqueluche n'est pas sporadique; elle vient comme les maladies réputées contagieuses: la rougeole, la scarlatine, la variole, etc Dans les grandes villes elle est sporadique. Elle se comporte de la même manière que la variole qui jamais ne se développe sporadiquement dans les villages isolés.

Si la coqueluche est contagieuse, pourquoi ne l'est-elle pas toujours? A cette question, M. Trousseau répond: Pourquoi certaines graines ne lèvent-elles qu'à une époque déterminée? Des noyaux de cerises mis en bonne terre ne lèveront qu'au mois d'avril. Les chrysalides d'un papillon bombyx éclosent en un mois déterminé. Celles qui passent cette époque attendent ensuite toute une année leur mois spécial. La coqueluche, quand elle est sporadique, peut se développer peut-être sans contagion; mais peut-être aussi, dans ce cas, un germe déposé a-t-il attendu son opportunité pour lever comme font les plantes et les animaux.

Symptômes.—Chez certains enfants, hoquet convulsif au début. La maladie alors est constituée coqueluche avant d'être autre chose. Chez d'autres, d'abord respiration singultueuse, toux initiale particulière, composée de secousses incessantes, qui se transforment graduellement en quintes de mieux en mieux caractérisées. Quelquefois, dès le debut, quintes convulsives. Chez un petit malade, M. Trousseau a remarqué la forme suivante de coqueluche: cinq à six aspirations consécutives, se composant d'un effort de toux dans l'expiration, et, dans l'inspiration, du sifflement spécial de la coqueluche. Mais, le plus souvent, elle succède à la toux et aux quintes d'un catharre aigu qui, au bout de dix-huit à vingt jours, prennent le caractère convulsif.

Dans l'état, les enfans sont pris de malaise: ils grognent, ils deviennent méchans, difficiles. Au bout de quelques minutes, ils rougissent, sont pris de secousses involontaires, convulsives jusqu'à la fin de l'expiration; puis survient une inspiration sifflante et tout semble fini. Mais ordinairement l'accès se renouvelle deux ou trois fois jusqu'à ce qu'il survienne un sanglot suivi de vomissement. Il est rare que le hoquet manque dans la periode d'état. Le vomissement n'accompagne pas toutes les quintes: pour cinquante quintes, huit ou dix vomissemens.

La forme particulière du sifflement dans la coqueluche est un élément spécial et de nature spasmodique. Il ne tient point à l'intensité de la phlegmasie, comme l'ont pensé Broussais et Desruelles.

Pendant la quinte, la face est rouge, tuméfiée, les yeux sont gonflés. C'est à tel point que cette bouffissure suffit à diagnostiquer la coqueluche chez un enfant qui tousse. L'épistaxis est peut-être plus rare que le disent les auteurs. Lorsqu'elle a lieu elle peut devenir mortelle par sa fréquence. On doit veiller à ce que les enfants ne se touchent pas au nez durant cette maladie. On a vu le sang sortir par les oreilles, par les points lacrymaux. Une de nos malades, atteinte de coqueluche à l'âge de 12 ans, perdait du sang par un bouton qu'elle portait à la joue.

Sons l'influence des secousses, on a vu se produire des hernies, la chute du rectum; l'excrétion des urines, des matières fécales, phenomènes qui effraient les parens.

Le nombre de quintes varie, selon les malades, depuis quatre ou cinq jusqu'à environ soixante-douze Elles sont plus fréquentes ordinairement de six à neuf heures du soir et de trois à six heures du matin.

Peu avant la quinte, l'auscultation fait entendre du râle ronflant ou muqueux; après la quinte, les signes stétoscopiques sont à peu près les mêmes, bien que le malade ait rendu une quantité considérable de mucus glaireux et filant comme du blanc d'œuf, quelquefois puriforme. Au debut, cette matière est claire; jaune elle caractérise l'*état*; puriforme elle annonce le déclin.

La durée de la maladie varie depuis quelques jours jusqu'à deux ans.

II. *Des amputations chez les enfans*; par M. TAVIGNOT.

A quelle époque, dans les maladies organiques des os, convient-il de pratiquer l'amputation, et en particulier chez les enfans?

Seulement dans les deux circonstances suivantes: 1° lorsque

par sa nature la lesion est trop étendue pour que l'on puisse espérer de conserver au malade un membre qui lui soit encore de quelque utilité ; 2° quand les fonctions nutritives sont profondément altérées par une diarrhée colliquative, par exemple. Si les dangers de la maladie contrebalancent les dangers de l'amputation, il y a indication d'amputer. Mais s'agit-il d'une lésion osseuse parfaitement circonscrite, ayant atteint un degré même avancé (trajets fistuleux, séquestres), M. Tavignot repousse l'amputation ; car, ou bien la cause qui a produit le mal, telle que la cachexie scrofuleuse, disparaît, et alors le mal avec elle ; ou bien la cachexie persiste, et alors une altération semblable à celle qui aura déterminé l'amputation pourra se developper ailleurs. L'indication d'amputation n'existe que lorsqu'à la maladie locale viennent se joindre des troubles fonctionnels au-dessus des ressources de l'art, lorsque survient la diarrhée colliquative. L'état de faiblesse profonde où sont alors les malades, semble être une condition favorable à la guérison.

Quelle époque de l'année doit-on préférer pour les amputations ? L'auteur répond à cette question par la doctrine que professe M. Paul Guersant. Durant la période de l'année comprise entre mai et octobre, les affections des os sont stationnaires, donc c'est cette époque qu'il faut choisir de préference pour les amputations, l'état général et local étant meilleur que dans les autres temps.

A quelle distance de l'affection osseuse appréciable doit-on pratiquer l'amputation ? Le gonflement d'un os que l'on croit limité à l'épiphyse pénètre souvent jusqu'à la moelle, quelquefois dans toute l'étendue de la diaphyse. C'est là ce qui fournit si souvent les viroles osseuses consécutives aux amputations, lorsque l'on ampute trop près du mal.

Dans la question des contre-indications tirées de l'examen des cavités, n'a-t-on pas exagéré la fréquence des tubercules pulmonaires dans le cas des maladies des os ? Dans une note à ce sujet, l'auteur annonce que la croyance aux affections tuberculeuses des os, qui a conduit à admettre coïncidemment, avec tant de facilité, la présence de tubercules dans les poumons, sera prochainement traitée contradictoirement d'après ses propres recherches. Sur quatre-vingts malades ayant des affections osseuses arrivées à un degré très-avancé, douze seulement ont offert les signes physiques appréciables propres à faire admettre l'existence des tubercules pulmonaires. Sur vingt-quatre dont l'autopsie fut faite, trois seulement avaient des tubercules pulmonaires, trois des tubercules bronchiques, et cependant la maladie osseuse avait fait périr tous ces malades dans un état de maigreur extrême.

La méthode opératoire doit être la même que chez l'adulte. Seulement on conservera aux parties molles destinées à recouvrir le moignon moins de longueur à cause du volume moins considérable des membres.

Six amputés de cuisse, deux par la méthode circulaire, un par la méthode à lambeaux latéraux. Dans deux cas, la marche de la cicatrisation a été entravée par la nécrose consécutive du moignon qui entretient la plaie fistuleuse jusqu'à l'issue d'une virole osseuse. Tous les autres ont repris en peu de temps de l'embonpoint. — Quatre amputations de jambe, à la partie inférieure, par le procédé à lambeaux antéro-postérieur : pas de gangrène des lambeaux, comme cela arrive assez fréquemment dans les autres procédés d'amputation sus-malléolaire.

Nos malades ont été pansés dès le lendemain. Y a-t-il eu en cela quelque avantage ? Ce qui a été plus important, c'est le soin avec lequel on a nourri graduellement les malades.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE (1841).

Cas remarquable de coarctation intestinale; observation recueillie par M. le docteur BESSIÈRES.

Le sieur P..., d'une stature élevée, d'une constitution nerveuse prononcée, était, depuis plusieurs années, sujet à des coliques violentes, qui ne se manifestaient que pendant la nuit, lors de sa situation horizontale dans le lit. Ses fonctions digestives se faisaient assez bien, sauf le soir ou couché sur le dos, car alors il éprouvait une espèce d'arrêt au tiers inférieur de l'intestin grêle, et quelques coliques accompagnées de diarrhée plus ou moins abondante.

La santé générale n'avait cependant subi aucune altération sensible, et elle s'était maintenue dans un état satisfaisant, malgré plusieurs chûtes et quelques accès fébriles opiniâtres qui, à plusieurs reprises, avaient exigé l'emploi du quinquina.

Tout à coup, au milieu de ses occupations, M. P..., est pris de douleurs violentes vers la région ombilicale, avec nausées, sécheresse de la langue, soif considérable, ballonnement léger, douleur du ventre et fièvre. Les sangsues, les demi-bains, les fomentations émollientes, une potion opiacée, n'obtinrent qu'un soulagement passager. La constipation durait depuis huit jours, malgré l'usage des lavemens, et bientôt les accidens se réveillèrent avec la même violence, avec la même fievre, et résistèrent avec la même ténacité au traitement antiphlogistique.

La répétition successive de ces phénomènes, qui devenaient de plus en plus alarmans, avait engagé le médecin ordinaire à apporter dans sa médication des modifications diverses. Plusieurs médecins consultés également, suivant l'idée qu'ils se faisaient de cette maladie, proposaient à leur tour une thérapeutique nouvelle ; et néanmoins les évacuations alvines ne se faisaient plus ou du moins très imparfaitement. Le malade ressentait une douleur profonde qui lui ceignait le ventre, et dont le siege principal occupait le côté gauche de l'ombilic ; il existait un mouvement anti-péristaltique de l'estomac, auquel semblait participer une partie des intestins, sans produire cependant le vomissement.

Si, d'après l'ensemble de ces symptômes, la douleur constante, l'absence presque totale d'évacuations alvines, malgré les moyens propres à les provoquer, les coliques habituelles du malade, il était permis de soupçonner un rétrécissement de l'intestin grêle, il fallait savoir encore si ce rétrécissement était produit par une tumeur étrangère, par une cause rhumatismale ou par un épaississement des membranes intestinales elles-mêmes. Ces différentes opinions, tour à tour discutées et adoptées, imprimèrent à la médication des changemens notables, et les préparations de ciguë, les emplâtres fondans, les bains sulfureux ou avec la colle de Flandre, furent successivement employés.

Cependant l'altération morbide éludait avec opiniâtreté leur influence. De nouveaux conseils donnèrent un jour nouveau à son vrai caractère, et la maladie, considérée enfin sous son véritable point de vue, comme une coarctation nerveuse et permanente des intestins grêles, M. P... fut dès-lors soumis à un traitement anti-spasmodique. L'asa-fœtida fut administré en lavemens et en frictions sur l'abdomen, associé à l'huile de jusquiame ; et, quarante huit heures après cette administration, il s'opéra une détente générale ; la douleur disparut, l'agitation fut calmée, des selles abondantes s'établirent, et dès lors le malade entra dans une convalescence rapide, que les lavemens émolliens, le lait d'ânesse, et enfin les eaux thermales de Bagnères de Bigorre et de Luchon, convertirent en guérison parfaite.

Le diagnostic des maladies abdominales n'est pas toujours facile à établir : les signes qui les caractérisent présentent souvent une si grande analogie, quoi qu'ils proviennent d'une source différente, qu'il est bien facile de les confondre, et que des praticiens expérimentés ne sont parvenus à connaître leur véritable origine qu'après des tâtonnemens multipliés. L'observation qui précède confirme pleinement cette assertion.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, janvier 1842.

I. *Préparation du soufre doré d'antimoine.*

Le soufre doré d'antimoine, préparé d'après la plupart des formules qui ont été publiées, n'a jamais été constant dans sa composition. Depuis la découverte du sel de Schlippe (sulfo-antimoniate de sodium), la plupart des pharmacopées allemandes ont prescrit de préparer le soufre doré en versant un acide faible dans la dissolution du sel de Schlippe, parce qu'il est alors d'une composition constante, et qu'il est exempt d'arsenic, le sulfure d'arsenic et de sodium restant dans les eaux-mères. M. Frederking a compare entre elles plusieurs formules pour arriver à estimer leur valeur, relativement à la richesse et à la qualité du produit.

1° *Codex de Hambourg.* — Rendre caustiques six parties de carbonate de soude au moyen d'une partie deux tiers de chaux vive et trente-deux parties d'eau ; faire dissoudre dans la liqueur filtrée trois parties de sulfure d'antimoine et une partie de fleur de soufre, puis, faire cristalliser le sel de Schlippe après la filtration. — Cette formule donne un petit excès de soude.

2° *Mitscherlich.* — Faire bouillir un mélange de dix parties de carbonate de soude cristallisé, onze parties de sulfure d'antimoine, cinq parties de chaux et une partie de fleur de soufre. — Cette fois, c'est le soufre qui est en trop faible proportion.

3° *Pharmacopée russe.* — Faire bouillir, dans une quantité suffisante de soude caustique, deux parties de sulfure d'antimoine et deux parties de fleur de soufre. — Il y avait trop de soufre, et, en outre, comme la combinaison ne cristallise pas, le sulfure d'arsenic est précipité en même temps que le soufre doré.

4° *Pharmacopée prussienne.* — Fondre, avec du charbon, six parties de carbonate de soude desséché, six parties de sulfure d'antimoine préparé, et trois parties et demie de fleur de soufre. — M. Duflos a déjà remarqué que cette formule contient trop de soude et trop peu de soufre ; en outre, la soude se charge très-imparfaitement en sulfure par la calcination avec le soufre et le charbon.

5° *Schlippe.* — Faire fondre huit parties de sulfate de soude desséché, quatre parties de sulfure d'antimoine et deux parties de charbon ; ajouter, à la chaleur de l'ébullition, une partie de soufre à la masse dissoute dans l'eau. — Le sulfure d'antimoine est en trop faible proportion.

Les procédés de 1, 2 et 5 ont seuls donné un résultat satisfaisant ; mais M. Frederking a obtenu un produit très-beau et très-abondant en employant les proportions prescrites par la pharmacopée de Strasbourg, et en suivant le *modus faciendi* donné par M. Mitscherlich. Neuf parties de carbonate de soude ont été dissoutes dans quarante parties d'eau ; quand la liqueur a été en ébullition, on a ajouté quatre parties de sulfure d'antimoine préparé, une partie et demie de fleur de soufre, et dix parties d'un lait de chaux fait avec deux parties et demie de chaux et sept parties et demie d'eau. Après deux heures et demie d'ébullition, la liqueur a été filtrée, puis concentrée pour accélérer la cristallisation.

Le marc resté sur les filtres a été soumis à une ébullition d'une heure et demie avec l'eau-mère qui surnageait les cristaux et vingt parties d'eau. On a passé de nouveau et on a lavé le dépôt. Toutes les liqueurs ont été évaporées de nouveau. Les eaux-mères ont alors été abandonnées ; elles donnaient par les acides un précipité plus clair qui contenait de l'arsenic. M. Frederking a tiré de cette opération sept parties et demie de sel de Schlippe, qui ont donné plus de moitié de leur poids d'un soufre doré très-beau et très-pur.

II. *Préparation de l'acide phosphorique médicinal.*

M. Wackenroder prépare de préférence l'acide phosphorique médicinal par un procédé déjà connu, mais auquel il a fait subir des modifications, soit dans les proportions relatives des matières, soit dans la manipulation. Il mélange deux cents grammes (six à sept onces) d'os calcinés, réduits en poudre fine, avec treize cents parties d'eau ; il ajoute cent cinquante grammes (cinq onces) d'acide sulfurique concentré, qu'il a étendu avec deux cents grammes d'eau ; après douze heures de contact à froid, il fait digérer pendant une demi-heure à une chaleur douce, en remplaçant l'eau qui s'évapore. Il passe avec expression et lave le marc avec deux cents grammes d'eau. Il filtre alors et fait passer dans la liqueur un courant d'hydrogène sulfuré ; il filtre encore et fait évaporer jusqu'à ce qu'il reste cent soixante grammes (cinq onces à peu près) de liquide ; il y ajoute trois cent vingt grammes (dix onces environ) d'alcool à 84 centièmes : au bout de vingt quatre heures il passe et il lave, avec trente nouvelles parties d'alcool, le phosphate acide de chaux qui est resté sur le filtre. Il distille pour retirer l'alcool, et il évapore jusqu'à ce que le liquide pèse trente-six grammes (une once un gros) ; il l'étend d'eau pour en avoir cent vingt grammes (quatre onces), qu'il fait digérer avec un peu de charbon de bois ; il filtre et il concentre l'acide.

L'acide phosphorique ainsi préparé contient encore, ainsi que M. Wackenroder s'en est assuré, un peu de phosphate acide de chaux ; mais il est suffisamment pur pour l'usage médical. Ce chimiste croit que, par une nouvelle précipitation par l'alcool, on peut l'avoir tout à fait pur ; mais, d'après M. Soubeiran, il est alors seulement très-voisin de l'état de pureté : celui que ce professeur a obtenu en répétant le procédé de M. Wackenroder précipitait encore un peu par l'oxaltate d'ammoniaque.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES. (Année 1841, feuilles 13, 14, 15, 16, 17.)

Essai sur l'hygiène du soldat, ou exposé des moyens propres à l'entretien de la santé des gens de guerre, par M. MARINUS.

Le premier travail didactique, publié sur cette matière, est celui qui a été consigné par Fournier dans le Dictionnaire des Sciences Médicales. Depuis, MM. de Kirckoff et Florent-Cunier, en Belgique, ont publié chacun un travail sur ce sujet si important. A son tour, M. Marinus a pensé qu'il serait utile de rassembler, dans un petit nombre de pages et en style aphoristique, les préceptes les plus essentiels à connaître relativement à l'entretien de la santé du soldat et ayant pour but de le mettre à l'abri des nombreuses maladies auxquelles la profession des armes n'expose que trop souvent.

Nous ne pouvons aborder l'analyse de ce Mémoire, rendu déjà très-succinct par l'auteur, il suffira, pour ceux de nos lecteurs que ce sujet intéresse, que nous fassions connaître les principaux points sur lesquels portent les préceptes de M. Marinus.

Chapitre I. Armes spéciales. — Infanterie, cavalerie, artillerie et génie ; aperçu des devoirs du service, des fatigues et des causes de maladies plus particulières à chacune de ces spécialités.

Chapitre II. Recrutement. — Détermination de l'âge le plus convenable pour le service militaire ; durée des services ; mode de répartition des recrues pour chaque arme spéciale, basé sur la profession et les habitudes des conscrits.

Chapitre III. Vêtements. — Avantages et inconvénients des différentes matières employées à leur confectionnement ; indication des couleurs préférables, selon les saisons ; détermination des formes avantageuses ; recensement de toutes les parties de l'habillement, depuis le schako jusqu'à la chaussure.

Chapitre IV. — Soins de propreté concernant le corps, le linge, les vêtements.

Chapitre V. — Logement chez l'habitant ou à la caserne ; couchage et litterie ; chauffage ; propreté des chambres et des lits ; mesures à prendre à l'égard des femmes et des enfants des militaires.

Chapitre VI. Aliments. — A. 1° Viande, légumes, pain, biscuit, riz, graines ; nécessité de surveiller leur bonne qualité ; condiment ; ustensiles de cuisine. — A. 2° Boissons. — L'eau est la principale boisson du soldat ; moyens de reconnaître son état de pureté ; accidents qu'elle peut occasionner dans certaines circonstances ; la bière, son usage ; boissons alcooliques, leur utilité, leur danger.

Chapitre VII. Mœurs et discipline des gens de guerre. — A. 1° Nécessité d'une instruction morale, religieuse, et comprenant la lecture, l'écriture, le calcul, etc. ; modération et équité dans les punitions. — A. 2° Service de garnison ; choix de l'emplacement où doivent se faire les exercices ; heure à laquelle ils doivent avoir lieu ; leur durée ; conduite à tenir de la part des instructeurs envers les jeunes soldats ; la garde ; certaines précautions à y observer ; corps-de-garde ; corvées ; utilité des jeux et exercices gymnastiques. — A. 3° Marches des troupes ; précautions à prendre pendant le trajet et à l'arrivée. — A. 4° Service des soldats en campagne ; les marches doivent être modifiees selon la saison et les diverses circonstances ; campements ; conditions hygiéniques nécessaires pour leur emplacement ; leur propreté et leur police ; tentes et baraques, leur disposition et arrangement intérieur ; bivouac ; précautions à y observer ; sièges, assiégeants ; assiégés, approvisionnement des places de guerre, nourriture, logement des assiégés.

Telle est la rapide énumération des questions étudiées par M. Marinus.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIQUE.

Le n° de décembre 1841, tome II, 3e livraison, est entièrement consacré à la revue des journaux.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA. (Janvier et février 1842.)

I. *Cas d'extirpation de l'utérus ; guérison ;* par M. ROSSI, de Parme.

Dans la dernière réunion des savans en Italie, M. le professeur Rossi a présenté un utérus entier extirpé par une sage-femme avec succès. La pièce pathologique a été examinée et disséquée par les anatomistes présens ; on y a reconnu les ligamens larges, les trompes, le museau de tanche. La patiente, guérie, a été présentée et examinée en même temps. Voici les details de ce fait curieux.

Rosa Gazzola, âgée de trente-huit ans, tempérament grêle, paysanne, accoucha de son cinquième enfant le 20 janvier 1837, à onze heures et demie du soir, à terme et heureusement, sous l'assistance d'une commère soi disant sage femme. Après l'expulsion du placenta, la malade a été prise de douleurs utérines très intenses, accompagnées de pesanteur dans le vagin. La sage-femme l'explore, et déclare que ces douleurs tiennent à la présence d'un second enfant dans l'utérus ; elle ajoute que si cet enfant ne sortait pas, il fallait l'aller chercher. Elle s'est bientôt mise à l'œuvre en introduisant une main dans le vagin ; elle dit sentir l'enfant, elle le saisit et tire avec une très grande force. La malade se sent déchirer ; l'opératrice continue ses efforts ; quatre hommes robustes soutiennent le corps de la malheureuse patiente. Enfin, après des efforts inouïs, le prétendu enfant est tiré hors de la vulve ; ce sont les fesses, disait-elle, mais le reste du corps tient encore. Pour mieux tirer, elle enveloppe le corps descendu d'un mouchoir fortement serré ; dès lors la vigoureuse sage-femme a agi avec plus de succès, et elle a fini par arracher complétement l'utérus du corps de la malheureuse mère !

Après cette terrible manœuvre, une hémorrhagie épouvantable est survenue ; des défaillances très fortes ont fait croire que la femme allait succomber. Dans ces entrefaites est arrivé le docteur Peracchi, qui a trouvé la femme dans un état effrayant, et qui s'est emparé du corps arraché. La femme offrait une figure cadavérique ; pouls imperceptible, lypothimies répétées, plusieurs anses intestinales sortent par la vulve, vagin plein de

caillots sanguins. Effrayé à ce spectacle, le médecin a de suite voulu examiner le prétendu second fœtus, et il a été plus effrayé encore d'y reconnaître l'utérus avec ses appendices. Il a réduit les intestins du mieux qu'il a pu, a placé la femme avec le bassin relevé et en supination, et lui a administré quelques boissons cordiales, ce qui l'a relevée un peu. Le lendemain, une réaction s'est établie, le pouls s'est développé; la femme répondait aux questions qu'on lui adressait.

Le surlendemain 22, fièvre intense; pouls dur, vibrant; symptômes de péritonite. On pratique une saignée; boisson tamarindée et d'eau cohobée de laurier-cerise. La douleur et la tension abdominales augmentent. Lavemens et cataplasmes émolliens; même boisson, on augmente la quantité d'eau de laurier; on répète la saignée, tartre stibié.

Ces remèdes sont parfaitement tolérés pendant vingt jours; l'eau de laurier est portée à la dose de quinze grammes par jour. A cette époque, un écoulement très fétide s'est déclaré par le vagin; la malade va de mieux en mieux. On remplace les remèdes précédens par une décoction de quinquina.

Le vingt-sixième jour, la femme est hors de danger. Amélioration progressive. (Suivent d'autres détails.) Guérison.

— A cette observation rédigée par le médecin assistant de la malade, M. Rossi a joint, avec la pièce pathologique, plusieurs extraits du procès qui a eu lieu en poursuite contre Rosa Bertarelli, soit-disant sage-femme, qui avait pratiqué l'opération de l'arrachement, et qui a été condamnée à un mois de prison et à 30 fr. d'amende.

Depuis sa guérison, la patiente s'est toujours bien portée, à l'exception de quelques petites fièvres; ses menstrues n'ont plus reparu, et elles n'ont pas été remplacées par une autre évacuation quelconque; seulement aux époques ordinaires de leur retour, elle éprouve une prostration générale, une sorte d'oppression, des vomituritions, des céphalalgies et des douleurs abdominales. Ses cheveux sont tombés, sa face est pâle, ses muscles grêles et comme atrophiés; la voix, qui autrefois était sonore, est devenue rauque, désagréable; la parole assez difficile. Elle accuse en marchant une sorte de serrement dans les cuisses; elle éprouve de la fatigue au moindre exercice.

A l'examen des parties génitales, on trouve les conditions suivantes: La vulve est à l'état normal; le clitoris a perdu presque complètement le sentiment de la volupté; le vagin offre 71 millimètres de longueur (3 pouces), et se termine par un cul-de-sac, mince et flexible. Le coït est presque impossible. A la partie antérieure-supérieure du vagin, on trouve une cicatrice de la longueur de 40 millimètres (un pouce et demi), irrégulière, dure, douloureuse au toucher. Les urines et les fèces ne sont rendues qu'avec difficulté et même avec douleur.

MM. Regnoli de Pise, Signorani de Padoue, et plusieurs autres chirurgiens habiles, présens à l'assemblée, ont examiné cette malade et la pièce pathologique.

II. *Cas remarquable de plusieurs hernies ventrales*; par M. Pellizo.

Un homme, âgé de 43 ans, appartenant à une famille de mendians, et mendiant lui-même depuis l'âge de six ans, a été exposé à toutes espèces de misères: mal nourri, mal vêtu, mal couché. A 23 ans, il était cependant assez robuste; il a été employé à soigner des chevaux et couchait dans une étable humide. Plus tard, sa condition s'est un peu améliorée; mais il avait de temps en temps des furoncles aux membres supérieurs et inférieurs. Consécutivement, une tumeur volumineuse et dure s'est déclarée à l'ombilic, laquelle s'est terminée par suppuration profonde et abondante; à l'ouverture de cette tumeur, il s'est présenté une portion d'épiploon, laquelle est rentrée d'elle-même moyennant la simple position horizontale. La plaie s'est cicatrisée, mais une hernie s'est formée sur ce point; pas de bandage; elle a fait des progrès, est devenue extrêmement volumineuse; l'anneau, ou plutôt la fente ombilicale, était si large que la main pénétrait tout entière dans le bas ventre, jusqu'à toucher les viscères sousjacens.

Quelque temps après, une autre tumeur pareille s'est formée à côté du bord externe du muscle droit, laquelle s'est ouverte spontanément, a donné issue à une grande quantité de pus, puis à une anse intestinale. Réduction, cicatrisation; nouvelle hernie de volume progressif, anneau fort large. Une année plus tard, nouvelle hernie pareille au bord externe du muscle droit du côté gauche, au niveau de l'ombilic, parallèle à la précédente: cette hernie a été également précédée d'un abcès.

Une année s'est passée avec ces trois hernis, lorsqu'une quatrième tumeur s'est formée au dessous de l'anneau ombilical; l'abcès qui l'a précédé a donné issue à une portion d'amentum. Ici cependant la portion herniée avait acquis des adhérences au fond, et bouché l'ouverture péritonéale; la hernie ne s'est point développée: on y voit une cicatrice profonde, dure et resistante.

Tous ces événemens se sont passés presque sans secours étrangers, la nature ayant suffi à elle-même; l'individu n'a pas cessé de travailler; il avait à la fin adopté l'état d'étameur, et lorsqu'une tumeur se formait, il se contentait de la couvrir d'une tranche de pain trempée dans du lait, répétée plusieurs fois par jour, et de serrer son ventre avec un mouchoir.

La vie misérable que cet homme a menée par la suite, couchant en plein air ou dans des étables humides, malsaines, endurant de grandes fatigues et ne se nourrissant que fort mal, lui a rendu l'existence de plus en plus pénible, malgré qu'il supportât avec courage ses infirmités. Il est arrivé ainsi jusqu'à l'âge de 42 ans, lorsque (25 juillet 1841), à la suite d'un repas copieux et en montant un escalier, il a été pris de syncope, puis de vomissement. On l'a couché. En le déshabillant on a observé, à l'endroit de la hernie ventrale gauche, que les tégumens s'étaient fendus spontanément, et qu'ils avaient laissé sortir une très-grande portion de l'intestin iléum, laquelle était à nu et paraissait remplie de matières fécales. C'est dans cet état que M. Pellizo l'a trouvé lorsqu'il a été appelé. Ayant introduit un doigt dans l'ouverture ventrale, qui était étroite, mais à bords flexibles, il a pu la dilater petit à petit sans produire beaucoup de douleur, et il est parvenu à réduire heureusement les intestins.

Le malade a été assez bien dans le courant de la nuit, il a même dormi; par la suite rien de nouveau. Le quatrième jour, il voulait se lever et aller à son travail; on a eu de la peine à le retenir au lit. On maintient réunis les bords de la plaie qui suppurent légèrement; la cicatrice est faite petit à petit. On a adapté sur tout le bas ventre un espèce de corset, portant des pelottes aux endroits des hernies et des cicatrices. Le malade continue à se porter assez bien malgré ses nombreuses infirmités et ses autres misères.

Cette observation est extrêmement curieuse, et l'on ne trouve peut-être pas la pareille dans les annales de l'art. L'auteur en a donné la figure; on y voit une hernie ombilicale très-volumineuse; une seconde à côté, moins grosse, près du flanc droit; une troisième en bas, près de l'arcade crurale gauche, où existe au dehors une masse considérable d'intestins; on voit, en outre, trois cicatrices autour de l'ombilic. Toutes ces hernies étaient sans sac, comme on le conçoit, et il est étonnant que toutes ces irruptions intestinales à l'air libre n'aient entraîné ni entérite, ni péritonite, malgré ou peut-être à cause d'une constitution aussi détériorée (peu excitable par conséquent).

London medical Gazette, nº de janvier 1842.

I. *Remarques sur cent opérations de strabisme convergent sur des sujets tenus en observation pendant une année environ*; par M. C. Radcliffe Hall, de Manchester.

L'auteur résume de la manière suivante le résultat de ses opérations.

« Dans 5 cas, il en est résulté un strabisme divergent. Dans 28 cas, l'introversion de l'œil n'a pas complètement disparu, la difformité est moins prononcée qu'avant l'opération. Dans 7 cas, l'œil opéré est droit, mais l'autre est légèrement tourné en dedans. Dans 62 cas, les deux yeux sont parfaitement droits.

» Dans 61, il existe une apparence de plénitude de l'œil (fulness of the eye), variable depuis un degré presque imperceptible jusqu'à un degré très prononcé. Dans les 39 restant on n'observe rien de pareil.

» Dans 53 cas, les deux yeux ont été opérés à la fois. Dans ce nombre l'œil n'est proéminent que dans deux cas seulement, et d'un côté.

» Dans aucun cas le pouvoir d'adduction de l'œil opéré n'est revenu tout à fait à l'état naturel, mais dans la majorité des cas ce pouvoir existe. Toujours cependant la force d'adduction devient plus grande quand on ferme l'autre œil, et je n'ai pu m'assurer que dans certains cas elle ne fût alors égale à celle de l'œil opéré.

» Dans 62 des cas les plus heureux, la force de la vision s'est accrue notablement depuis l'opération. Dans la plupart d'entre eux les yeux sont aujourd'hui également bons.

» Dans les 58 cas restans, la force visuelle, qui était préalablement très affaiblie, ne s'est pas dutout améliorée, ou ne s'est améliorée qu'à peine.

» Dans 79 cas, la vue est devenue double (dyplopie) après l'opération. De ce nombre, 63 sont guéris de la dyplopie dans l'espace d'un mois, 11 dans l'espace de trois mois, 2 dans l'espace de six mois, 1 dans l'espace de quatorze mois, mais chez ce dernier la dyplopie persiste encore légèrement.

» On a tort de croire que la vue devient dyplopique généralement après l'opération, parce que les yeux perdent leur parallélisme, car j'ai souvent observé des sujets se plaindre de dyplopie malgré que le parallelisme de leurs axes oculaires fût parfait aussitôt après l'operation. »

Suivent les détails des cas les plus intéressans. Nous nous arrêterons brièvement sur les traits les plus remarquables de quelques-uns. Il s'agit toujours, ainsi que nous l'avons dit, de strabisme convergent. Dans une première opération, le muscle droit interne coupé, l'œil ne s'est pas redressé complètement. Quinze jours après, on répète l'opération dans la présomption d'y trouver quelque fragment ou bride musculaire, tendineuse, aponevrotique ou autre qui n'aurait pas été divisée; on incise et on dissèque la conjonctive plus largement que la première fois; à l'instant l'œil s'est redressé et est resté droit sans qu'on n'eût besoin de rien débrider des tissus sous-jacens. L'auteur en conclue avec raison que le procédé véritablement chirurgical est celui dans lequel on dissèque la muqueuse pour voir à découvert ce qu'on doit inciser des parties essentielles.

Dans le second fait, on remarque cette circonstance que la dyplopie après l'opération a été tellement prononcée que le sujet ne pouvait plus bien calculer les distances, et que par suite de cette aberration il est tombé dans un fossé; mais ce défaut s'est consécutivement dissipé.

Dans un autre cas, le strabisme existait d'une manière très prononcée à droite seulement, l'œil était affaibli. L'opération ne l'a redressé qu'à peine; le troisième jour l'œil est devenu douloureux et a été instantanément tiré au dehors par un mouvement convulsif, et il est resté dans cet état pendant un jour. Le lendemain, il s'est bien redréssé, et il a persisté dans cet état mais l'autre œil s'est à son tour tourné fortement en dedans; on l'a opéré plus tard avec succès.

II. *De la surdité dépendant de conditions morbides de la membrane muqueuse de l'estomac et de la gorge*; par M. J. Yearsley.

Ce travail, essentiellement pratique, embrasse d'abord les surdités qui se rattachent à une inflammation simple et légère, mais chronique, des muqueuses gutturale et gastrique; viennent ensuite les surdités liées à une phlogose suppurante des mêmes muqueuses, et de celles du nez et de l'oreille. C'est sur ces dernières que porte principalement cet article, les autres ayant été étudiées dans un autre travail.

Indépendamment des remedes locaux ordinaires, tels que les moxas, les vésicatoires, la pommade stibiée, appliqués derrière l'oreille, et les douches d'air dans la caisse, l'auteur a retiré particulièrement un grand avantage de l'administration d'hydriodate de potasse, par petites doses à l'intérieur. « Cette préparation, dit-il, exerce une heureuse influence sur les muqueuses de la gorge et de l'oreille, en diminue la sécrétion, les dégorge, les détuméfie, les remet dans leur état normal, et dissipe ainsi le tintement. La sécretion cérumineuse elle-même du conduit externe, qui était supprimée, se rétablit sous l'influence de ce remède donné à la dose de 5 à 10 centigrammes largement délayé. Je me suis assuré qu'aucun autre médicament ne produit dans ces cas des effets aussi salutaires, si on l'administre par petites doses pendant très long-temps. En général, trois ou quatre jours après que le malade a commencé à prendre l'hydriodate de potasse, il éprouve des éternumens, des céphalalgies, des pesanteurs, de l'abattement, conjointement à une sécrétion abondante par les yeux et par le nez, et tous les symptômes de la grippe (influenza). Cependant les symptômes de catarrhe disparaissent bientôt, et jusque-là le malade ne peut s'attendre à une amelioration, car durant ces premiers phénomènes dus à l'action du remède la surdité augmente. »

A ce moyen, que l'auteur regarde comme fondamental, il ajoute l'usage des gargarismes dits astringens. Le gargarisme qui lui a le mieux réussi se compose de:

Sulfate d'alumine et de potasse,	4 gram. (1 gros);
Infusion de roses,	240 gram. (8 onces).

Ce gargarisme diminue la sécrétion de la gorge et dissipe les nausées qu'occasionne le relâchement des muqueuses.

A la suite de ces détails, l'auteur ajoute: « Si les signes obtenus à l'aide de la douche d'air et du stéthoscope démontrent que la muqueuse de la cavité du tympan est épaissie, il faut viser à sa résolution à l'aide de l'application journalière de l'onguent d'iode derrière les oreilles, et le long du bord de la mâchoire inférieure. »

Lorsque le travail suppurant s'est propagé de la cavité du tympan au conduit externe, il en résulte une otorrhée qui ne rend pas la maladie plus grave selon l'auteur. La guérison peut avoir lieu également à l'aide de certaines précautions. Il faut d'abord se garder de faire des injections astringentes par le conduit externe, car elles supprimeraient promptement l'écoulement et donneraient lieu à des accidens. La pratique qui lui a le mieux réussi dans ce cas consiste à appliquer sur les parois du méat externe, à l'aide d'un petit pinceau mou, une ou deux fois par jour, un liquide composé de 5 à 10 centigrammes de sulfate de zinc et d'alumine par 30 grammes d'eau de rose. Ce moyen diminue la sécrétion petit à petit et finit par l'épuiser dans l'espace d'un ou deux mois, sans léser la sensibilité de la membrane du tympan comme le ferait une injection. Cette pratique est sans doute ennuyeuse, dit-il, mais il n'y a pas d'inconvénient d'attendre, et je n'en connais pas d'autre qui puisse être employée sans mettre en danger la faculté auditive. Le topique qu'on applique ainsi procure le triple avantage de diminuer la fétidité de la sécrétion, de la tarir lentement et de prévenir la formation de végétations dans le conduit ou l'érosion de la membrane du tympan.

En parlant enfin des causes de la surdité catarrhale, l'auteur met au premier rang la fréquence dans les grandes assemblées. « Un membre éminent de la chambre des communes m'a assuré, dit-il, qu'il croyait que les trois quarts des membres de cette assemblée étaient plus ou moins sourds d'une oreille ou des deux. Il serait peut être plus exact de dire que tous les membres du parlement finissent tôt ou tard par être sourds, par suite des changemens brusques de température auxquels ils sont exposés en sortant de leurs séances, etc. »

III. *Mémoire sur les blessures de la colonne vertébrale*; par M. Staltford, chirurgien *senior* à l'infirmerie Marylebone. (Première partie.)

Dans ce premier article, l'auteur traite des commotions de la moelle épinière. Il abordera dans deux autres les fractures et luxations des vertèbres. Les commotions de la moelle ont été plutôt indiquées par analogie ou d'après quelques faits isolés plus ou moins compliqués de fracture ou de luxation, qu'étudiés en détail: aussi reste-t-il encore beaucoup à faire sur ce grave sujet.

Le travail que nous avons sous les yeux est loin peut-être de remplir toutes les lacunes qui se rattachent à ce sujet, mais il offre quelques observations dignes d'intérêt et que nous devons faire connaître. Laissons parler l'auteur.

« La commotion de la moelle épinière, si elle est complète, détermine la paralysie des parties sous-jacentes à la blessure. Le rectum, la vessie, les muscles animés par les nerfs qui en partent, perdent leur faculté contractile volontaire; l'insensibilité des membres est tellement grande, qu'ils peuvent être pincés, piqués, coupés, brûlés, sans que le malade en ait la conscience. Il est cependant des cas dans lesquels la commotion n'est que légère: alors la sensibilité des membres peut persister, mais la motilité volontaire ou la sensibilité seule est affaiblie ou éteinte. Au reste, la lésion paralytique peut atteindre les deux membres ou un seul; un membre peut présenter la paralysie du sentiment tandis que l'autre offre celle du mouvement.

» Bien que la paralysie ne se montre ordinairement que dans les parties sous-jacentes à la blessure, il est des cas dans lesquels la lésion porte en même temps plus ou moins dans les parties supérieures à l'endroit frappé. Ainsi, par exemple, le coup porte sur le milieu du dos, et les membres supérieurs se paralysent en même temps que les inférieurs. En voici un exemple parmi ceux que je possède de ce genre. Un homme est frappé par un cheval sur le point le plus culminant de la colonne dorsale; à l'instant il est paralysé des membres inférieurs, les supérieurs ont perdu aussi, mais à un moindre degré, la faculté motile et la sensibilité. Dans ce cas, le coup avait porté pourtant au-dessous de la naissance des nerfs qui se rendent aux membres supérieurs. Il est donc évident que l'ébranlement de la moelle s'est propagé à la partie supérieure, mais l'ébranlement est toujours moindre dans le sens ascendant que dans la direction descendante. J'ai observé que non-seulement la lésion produite ainsi dans les membres supérieurs était incomplète, mais encore qu'elle n'atteignait quelquefois qu'un seul bras, et se guérissait généralement plus promptement que celle des membres inférieurs.

» Il est des cas dans lesquels toutes les parties sous-jacentes à l'endroit frappé ne se paralysent pas. Un homme est reçu à l'hôpital Saint-Barthélemy après avoir été violemment frappé par un corps qui est tombé entre ses épaules, précisément entre la septième vertèbre cervicale et la première dorsale: ses membres supérieurs sont complètement paralysés; les muscles de la respiration sont aussi atteints partiellement, mais ni les membres inférieurs, ni la vessie ne sont lésés au moindre degré. Il est probable que, dans ce cas, l'altération s'était bornée aux racines des nerfs des membres supérieurs seulement. J'ai dans ma clientelle une personne qui, étant tombée de cheval il y a quatre ou cinq ans, eut la jambe droite paralysée du mouvement, l'autre membre est resté intact, et depuis lors elle marche en boitant. Voici un autre fait qui m'a été communiqué par M. B. Brodie.

» Il y a huit ans environ qu'un homme tomba d'un chariot chargé de foin, et se frappa au dos vers les deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires; ces vertèbres étaient évidemment déplacées latéralement. Le patient était dans un état désespéré, ses membres inférieurs étaient complètement paralysés, ainsi que la vessie et le rectum; mais les membres supérieurs l'étaient également, bien qu'à un moindre degré, dans le mouvement et dans le sentiment. Il a fini par se rétablir, et il vit encore en présentant l'état suivant: les muscles du bras droit sont tellement contractés que ce membre reste fortement fixé contre le tronc; l'avant-bras est fléchi et appliqué contre le bras, le poignet l'est à son tour sur l'avant-bras, et les doigts sont fléchis contre la paume de la main; le sentiment est éteint

en partie dans ce membre. Le membre opposé est affecté de la même manière, mais à un degré moins prononcé. La jambe droite jouit de la faculté motile et du sentiment ; la gauche au contraire ne jouit que du sentiment, le mouvement étant éteint. Le sphincter du rectum est paralysé, les fèces s'échappent involontairement, mais la vessie peut expulser à moitié les urines.

» Ainsi donc, dans ce cas, la blessure a porté sur les vertèbres lombaires, et pourtant les nerfs des membres supérieurs en ont ressenti les effets. Je ne doute point que le canal vertébral n'ait été rétréci par suite du deplacement des vertèbres fracturées ; et conséquemment la moelle comprimée. Ces contractures doivent être attribuées peut-être à la compression.

» Le cas suivant est plus curieux encore. Le sujet se trouve encore à l'Infirmerie. John Butler, âgé de onze ans, est tombé d'une fenêtre, il y a six ans, et a été frappé à la région lombaire. A l'instant il a été saisi d'opisthotonos, mais sans trisme, et depuis il est resté dans cet état : son dos est courbé postérieurement en arc, ses jambes et ses talons, lorsqu'il dort, sont en contact avec les fesses. La tête et le cou sont en arrière. Lorsqu'il se réveille, il a l'usage de ses bras, peut s'habiller et même faire autre chose, mais ses membres sont dans un mouvement continuel, comme dans la chorée, et tirés en arrière involontairement. Malgre qu'il soit dans un état d'opisthotonos, il peut se redresser, se fixer sur les orteils, mais il est obligé d'appuyer le front contre un mur, et pour s'asseoir il est obligé de fixer l'occiput de la même manière. Ses membres inférieurs jouissent de certains mouvemens, de sorte qu'il peut se traîner sur ses orteils en s'appuyant le long d'un mur, et en s'aidant avec ses mains, sans quoi il tomberait ; il marche ainsi, *en plongeant*, d'une manière très curieuse. Lorsqu'il n'est pas couché, sa position ordinaire est de rester sur les mains et les genoux. Tous ses membres sont dans un mouvement perpétuel, sa tête est tournée en arrière, et il donne des coups de talons en l'air. Ce cas est, comme on le voit, non-seulement curieux, mais encore impossible à decrire. La lésion à porté sur les vertèbres lombaires, s'est accompagnée du déplacement des deux premières vertèbres lombaires ; mais j'avoue que je ne sais me rendre un compte satisfaisant de ces mouvemens extraordinaires. »

GUY'S HOSPITAL REPORTS (1841, n° 12).

Mémoire sur l'épilepsie, lu à la Société médicale de Guy's hospital, par M. BABINGTON.

L'auteur s'est proposé de démontrer que l'épilepsie est une maladie guérissable le plus souvent, sa nature se rattachant plutôt à une lésion fonctionnelle qu'à une altération organique quelconque. L'épilepsie se rencontre dans tous les âges, depuis l'enfance jusqu'à la dernière période de la vieillesse. Elle est cependant, sans aucun doute, moins fréquente dans la période moyenne de la vie qu'avant ; sa déclaration la plus ordinaire est vers l'âge de la puberté ; elle affecte les deux sexes, mais pas dans la même proportion, le sexe féminin l'étant plus souvent. Aucune classe, aucune contrée n'en est exempte, et je ne sache pas que le climat apporte quelque différence sous le point de vue de la fréquence. Cette affection ne se borne pas à l'espèce humaine seulement, elle s'observe aussi assez souvent chez les chevaux, les chiens, les chats, les oiseaux apprivoisés. Elle présente la plus grande variété possible sous le point de vue de l'intensité, depuis la suspension momentanée et presqu'imperceptible de la memoire, jusqu'à l'abolition complète de tous les sens pendant plusieurs heures. La forme elle même de la maladie offre une foule de variétés : tantôt c'est la forme apoplectique, tantôt la forme hysterique, tantôt cataleptique, tantôt enfin convulsive violente. Dans beaucoup de cas elle s'accompagne de l'*aura*, dans d'autres d'une sensation de froid, de rampement (*creeping*), de douleur difficile à décrire, partant d'un point éloigné, généralement des membres, quelquefois de l'estomac ou des intestins, et s'avançant graduellement vers le sensorium ; ou bien le symptôme avant-coureur consiste dans une pesanteur, un mal à la tête ou un vertige, un battement du cœur, une bouffée de chaleur à la face, un feu devant les yeux. Le symptôme dont il s'agit peut précéder l'accès de quelques secondes, de quelques heures, de quelques jours. Le plus souvent cependant l'attaque épileptique est instantanée, le patient tombe comme frappe par un coup, et ne sait aucunement se garantir contre un danger quelconque, quelque éminent qu'il fût. Il en resulte ainsi souvent des blessures graves et quelquefois même mortelles ; on ne voit que fort souvent des cas de brûlures atroces, des submersions non-seulement dans des eaux profondes, mais même dans le bain par suite d'un accès. Dans quelques cas, les intervalles entre les accès sont tellement égaux que la maladie peut être considérée comme parfaitement intermittente ; dans d'autres plus fréquens, ces distances sont moins égales. Il n'est pas rare de voir des séries de paroxismes avoir lieu par groupes, avec de longs intervalles entre eux. Chez la femme, les accès offrent souvent quelques relations avec les règles, et, dans les deux sexes, la saison a de l'influence sur le retour des accès. La période du jour ou de la nuit dans laquelle les accès reparaissent offre d'autres différences. Quelquefois cela est uniforme, d'autres fois variable En général cependant on les observe plus souvent la nuit, après qu'avant le dîner, et plus souvent encore après une excitation quelconque que pendant le calme ; de nombreuses exceptions néanmoins existent à cet égard. A l'appui de ce qui précède, je me contenterai de rapporter les exemples suivans parmi les nombreuses observations que je possède. »

1er *fait*. — Jeune personne de 12 ans, bien constituée, fraîche, habituellement bien portante, née de parens sains, ayant cinq frères et sœurs bien portans, est saisie d'un premier accès en avril 1840, sans cause appréciable ; l'accès s'est declare lorsqu'elle était encore au lit, entre cinq et six heures du matin. Sans aucun préambule, elle est devenue insensible et est restée ainsi pendant une demi-heure ; pendant ce temps, elle paraissait se débattre contre un sentiment de suffocation. Revenue à la connaissance, elle a senti l'envie de dormir. Six de ces attaques se sont succédées à des intervalles de quinze jours, trois semaines, un mois. Le médecin qui la suivait n'a fait principalement qu'appliquer des sangsues au cou : les acces ont cesse en juin. Depuis ce temps elle a éprouvé et elle éprouve encore une perte de conscience ou du sentiment de soi, ce qui se répete tantôt tous les jours, tantôt à des époques plus éloignées. Ce phenomène d'absence arrive sans préambule, souvent en lisant ou en parlant, et dure seulement quelques secondes ; dans cet instant la malade laisse tomber tout ce qu'elle a dans sa main et ses yeux se tournent en haut ou roulent dans l'orbite. Elle n'est jamais tombée, mais elle revient a la connaissance ou à la conscience de la même maniere que lorsqu elle éprouvait les accès : après une envie de dormir pendant un quart d'heure, elle revient à l'état de parfaite santé.

« Je considère ce fait comme un exemple d'épilepsie au plus léger degré, comme une variété de catalepsie. Cependant les attaques préalables démontrent que les absences temporaires offrent le caractère de veritables attaques épileptiques. Nous sommes par conséquent autorisés à juger épileptiques des attaques de même nature chez d'autres qui n'auraient présenté que ces seuls phénomènes. Tel était le cas d'une dame, âgée de 73 ans, qui depuis deux ans perdait la conscience de temps en temps, pendant quelques secondes, en lisant ou en parlant ; de sorte qu'elle s'arrêtait subitement au milieu d'une conversation, comme si son attention était subitement arrêtée par quelque circonstance extérieure. Après cette pause, elle se sentait comme confuse, mais ensuite, revenant à la conscience, elle reprenait sa phrase et continuait sa conversation comme si elle n'eût pas été interrompue. Elle désirait évidemment cacher ce qui lui était arrivé, et était ennuyée si on lui en parlait. Ce qu'on appelle communément *absence d'esprit* paraît se rallier à cet état, bien qu'à un faible degré Les personnes qui éprouvent cette aberration du sensorium s'arrêtent court au milieu du discours et paraissent en avoir perdu le fil, ce qui les entraine dans une sorte d'oubli ou de confusion analogue au léger degré épileptique que nous venons de décrire. Nous venons de dire que l'epilepsie s'observe quelquefois dans la première enfance ; cependant il n'est pas facile à cet âge de distinguer le développement de la maladie lorsqu'elle existe à ce faible degré, la parole n'existant pas pour nous annoncer les états de la conscience et pour nous faire reconnaître ses différens degrés jusqu'à l'insensibilité et aux convulsions qui nous la font caractériser communément.

2e *fait*. — Jeune personne, de 17 ans, blonde, fraîche, petite, éprouva, à l'âge de 5 mois, une érysipele intense dont elle guérit. A l'âge de 9 mois, étant dans les bras de sa mère et à la mamelle, elle a été saisie subitement d'une attaque ; elle était bien portante auparavant ; elle s'agita ; sa face est devenue noire et livide. Dans l'espace de deux ou trois minutes, elle est revenue à la connaissance et à la santé, et s'est endormie après. Cela est arrivé à sept heures du soir. Dans la nuit plusieurs attaques pareilles ont eu lieu, ainsi que le jour suivant : le sommeil a toujours succédé à chaque paroxisme. Elle reste alors quelque jours sans rien avoir et dans un état de parfaite santé, après quoi de nouvelles attaques se succèdent à une ou deux heures d'intervalles. Aucune cause n'a pu être reconnue pour ces retours ; on a parlé, il est vrai, d'irritations dentaires : cependant les deux premières dents s'étaient faites de la manière la plus régulière et sans le moindre accident, ou dérangement des fonctions. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, cette enfant n'a pas cesse d'avoir des accès épileptiques, à des intervalles variables de quelques heures à quinze jours. Il y a un an, lorsque je rédigeai cette observation, les accès revenaient une ou deux fois par jour. Ils arrivent à toutes les heures du jour et de la nuit ; la patiente se débat beaucoup, et est plus convulsée au côté droit qu'au gauche ; sa bouche et sa tête sont généralement tirées à gauche. Les plus longs accès qu'elle a eus durant deux heures, ils arrivaient lorsqu'elle était hors de la maison, il y a trois ans ; les accès les plus courts, comme ceux de son enfance, duraient deux ou trois minutes. Après chaque accès, elle reste égaree, répond d'une manière incohérente pendant vingt minutes ; mais, si elle peut s'endormir, elle se réveille après dans un état parfait de connaissance. Il est remarquable que ces accès n'ont pas affaibli sa mémoire ni son intelligence, excepté au moment de l'événement et pendant quelques instans après. Il regarde ce fait comme un cas très-marqué d'épilepsie invétérée ; l'identité de la maladie actuelle avec celle que la patiente avait essuyée à l'âge de 9 mois, et la continuation de l'affection sous la même forme ne laisse pas le moindre doute à cet égard. Dans le fait suivant, on voit un exemple remarquable d'épilepsie combinée à une paralysie temporaire.

3e *fait*. — Jeune homme de 25 ans ; machiniste ; est tombé, il y a huit mois, de 5 mètres de haut (15 pieds), et s'est frappé l'épaule et le cou. Il est resté insensible pendant trois à quatre minutes par suite de la commotion, mais il s'est remis à l'ouvrage dans l'espace de trois jours. Trois mois après, il est saisi subitement d'une attraction de la bouche à droite et de perte de la parole ; ces phénomènes ont duré cinq minutes ; c'était sur huit heures du soir Le lendemain il éprouve une sensation particulière qui part de l'extrémité des doigts et se propage dans tout le corps, ce qui dure une demi-minute ; ensuite il est devenu insensible ; sa bouche et sa tête ont été tirées à droite. Cet état a duré pendant une demi-heure, après quoi il est revenu à la connaissance, et a pu retourner chez lui, à la distance de quelques milles, à côté du cocher sur le siége d'une voiture.

Neuf mois plus tard, il est pris de nouveau subitement de perte incomplète de la parole et de spasme aux muscles du côté droit de la face, mais sans traction de la tête et du cou. Cela a eu lieu à trois heures du soir, a duré cinq minutes et n'a pas été suivi d'accès Six mois après, à huit heures du matin, un accès pareil a eu lieu, qui s'est depuis lors repété deux ou trois fois par jour, avec spasme des muscles du côté droit de la face.

4e *fait* analogue au précedent ; spasmes au gros orteil et à la jambe, à la face ; écume à la bouche, etc.

5e *fait*. — Dame, de 30 ans, en s'habillant un matin, est saisie subitement d'épilepsie et tombe dans le feu ; elle se serait probablement brûlée à mort sans une personne qui était présente et qui l'en a retirée. L'accès a duré vingt minutes et s'est dissipé sans laisser d'assoupissement, si ce n'est une lassitude qui a duré jusqu'au lendemain. Depuis lors, quatre autres accès se sont succédés. Le second a eu lieu trois mois après le premier et a duré un peu plus ; le troisieme, deux mois après le second, a été de même longueur ; le quatrième, au même intervalle, un peu plus court que le précédent ; le cinquième, au même intervalle, mais beaucoup plus long : il a duré une heure, avec insensibilité complète. Ces cinq accès ont eu lieu au même jour de la semaine, le lundi, et tous entre huit et neuf heures du matin. Aucune cause n'a pu être accusée du retour des accès et des circonstances qui les ont accompagnés.

6e *fait*. — Femme de 30 ans, ayant eu deux fois la jaunisse, mère de trois enfans, en grondant son premier enfant, éprouve un premier accès d'épilepsie, dans le lit, à quatre heures du matin ; durée une heure, écume à la bouche, se mord les lèvres et la langue, distorsion des traits de la figure ; retours successifs à la même heure, etc.

7e *fait*. — Jeune homme de 24 ans, est saisi subitement d'une première attaque d'épilepsie, il y a deux ans, en traversant une rue, avec vertiges et douleurs dans le pouce gauche. Cette douleur, qui constitue l'*aura*, s'est etendue le long du bras à la tête ; alors le patient est tombe dans un accès qui a duré une demi-heure, bouche de côte, insensibilité complète.

8e, 9e, 10e *faits*. (Exemples remarquables des variétés de l'*aura epileptica*.) — Quelle que soit la cause de ce curieux phénomène de l'*aura*, le fait reste inexpliqué jusqu'à ce jour. Il est bon de faire remarquer, au reste, que le phénomène de l'*aura* n'est pas exclusif à l'épilepsie, puisqu'il s'observe également dans les cardialgies, dans le pyrasis et dans plusieurs dyspepsies.

11e *fait*. — Le cas suivant est des plus remarquables sous le point de vue du caractère intermittent de la maladie. Dame de 50 ans, brune, belle taille, replète, souffrait de faiblesse aux yeux dès sa naissance jusqu'à l'âge de 15 ans. A 17, réglée. Dès cette époque jusqu'à 30, santé parfaite. Mariage à 30 ans. Elle a perdu son premier enfant à 2 mois, son second à 14 mois, son troisième à un mois de la naissance. Ces pertes ont affecté son moral ; elle éprouve pour le premier un accès de pleurer qui se renouvelle souvent au moindre exercice ou fatigue. Elle a toujours éprouvé des maux de tête ; mais depuis six ans et demi, ils sont devenus plus fréquens, plus intenses, et se sont fixés à l'occiput au lieu d'être au front comme autrefois.

A cette époque, elle eprouve régulièrement, tous les quinze jours, une attaque de douleur au côté du cou, laquelle passe graduellement, dans l'espace d'une ou deux heures, à la tête, au sinciput, où elle devient plus intense, et oblige la malade à garder la chambre pendant deux ou trois jours Cet état se continue pendant deux ans ; la femme avait alors 48 ans. On en accuse le retour de l'âge. Avant midi, la douleur de la tête se déclare avec une intensité tellement extraordinaire, qu'elle n'a pu aller seule jusqu'à son lit qui était pourtant très-près d'elle. Après deux heures, la malade se lève et descend dans la cour de la maison : elle tombe et reste insensible sur le sol pendant quatre heures et demie ; on l'a rappelée à la connaissance à l'aide de saignées générale et locale. Cet accès l'a tellement dérangée qu'elle a été obligée de garder le lit pendant quinze jours ; en se levant, nouvel accès de pleurs, durant pendant six heures, toujours exactement au même moment ; pendant le jour d'intermittence, la santé etait bonne. Ces paroxismes de pleurs ont été graduellement remplacés par un etat approchant de la catalepsie, pendant lequel la patiente perdait tout à fait la conscience.

Au bout de deux ans, elle a eu une nouvelle attaque d'épilepsie à sept heures du matin, qui a duré pendant deux heures. Cette attaque lui a fait garder le lit pendant quinze jours ; depuis lors, retour des accès d'imbécillité mentale régulièrement tous les deux jours, pendant onze mois ; les attaques d'épilepsie ont reparu tous les deux ou trois mois. (Suivent d'autres détails.)

A la suite de cette première catégorie de faits, l'auteur se livre à des considérations physiologiques et pathologiques dans le but de prouver que l'épilepsie n'est que le résultat d'une lésion fonctionnelle du système nerveux, indépendant même de toute congestion sanguine. C'est en un mot, selon lui, une maladie essentielle, une affection *sine materiâ*, toujours la même dans son essence, bien qu'elle puisse être compliquée de différentes lésions. M. Babington essaie, comme on le voit, de nous ramener à l'opinion des anciens, combattue par la plupart des pathologistes modernes ; mais il nous semble, si nous ne nous trompons pas, que sa maniere de voir n'est pas prouvée peremptoirement par les faits qu'il a rapportés, ni par les argumens qu'il a invoqués, et que leur longueur ne nous permet pas de reproduire. Cela ne veut pas dire que les faits ci-devant exposés ne soient pas dignes d'un grand intérêt sous d'autres rapports ; il serait facile d'invoquer des autopsies qui infirment son opinion ; l'auteur cependant regarde toutes les lésions matérielles rencontrées dans les centres nerveux comme de simples complications de l'épilepsie. On voit par conséquent que, réduite à ce point, la question relative à la nature de cette affection se réduit à une simple question de doctrine ; nous ne voulons pas la poursuivre sur ce terrain. Vient la question du traitement : l'auteur n'apprend rien de neuf, mais il a fait quelques remarques importantes sur l'efficacite du sulfate de zinc.

« Quant au sulfate de zinc, je l'ai, dit-il, expérimenté plus souvent que les autres remedes : il a été efficace dans quelques cas. Comme les autres médicamens, cependant, celui-ci échoue souvent ; mais qu'il soit utile ou non, il a le mérite d'être sûr, de pouvoir être continué sans danger pendant plus long-temps et à plus fortes doses que les autres, sans produire de nausée, si l'on élève la dose par degrés, comme dans l'administration du tartre stibié. Chez un des malades dont j'ai parle (2e fait), la dose a pu être élevée jusqu'à 2 grammes (36 grains), trois fois par jour, sans accident, pendant plusieurs semaines. Au-delà de ce terme, la dose (42 grains) n'a pu être continuée qu'une semaine, car la malade avoit perdu l'appétit et éprouvait des maux de cœur.

» Dans le 4e fait, le sujet était déjà amaurotique depuis le mois de novembre 1839 jusqu'au mois d'avril 1840, les accès revenaient tous les quinze jours ou au moins toutes les trois semaines, et le malade restait insensible pendant une heure. En avril 1840, il a commencé à prendre du sulfate de zinc à dose progressive, et il est parvenu à 2 grammes (1/2 gros) trois fois par jour ; alors nous avons diminue et nous sommes descendus à 1/2 gramme (10 grains). Depuis lors jusqu'à aujourd'hui (avril 1841), les accès n'ont plus reparu ; seulement il éprouve de temps en temps quelques contractions musculaires au bras, à la jambe, à la face, qu'il avait déjà éprouvées quatre ans avant le début de l'épilepsie. Nous n'avons pas discontinué l'usage du zinc, à la dose de 1/2 gramme, trois fois par jour. Ce traitement est continué depuis neuf mois. »

L'auteur rapporte ensuite deux autres faits que nous croyons pouvoir nous dispenser de rapporter ici.

« On croit généralement que le sulfate de zinc excite moins les nausées sous forme pilulaire qu'a l'état liquide. Cette différence ne me parait pas bien réelle, et comme il est souvent nécessaire d'elever la dose a un point tel qu'il y aurait quelque inconvénient à l'administrer en pilules, je le prescris souvent en solution. Il est soluble dans deux parties et demie d'eau froide ; de sorte que la dose n'est jamais excessivement delayée, quelle que soit la quantité qu'on veuille administrer. J'ai souvent observé l'epilepsie s'ameliorer sous l'influence d'autres remedes, tels que les préparations de fer, le nitrate d'argent, la poudre de racine d'armoise. Dans une maladie aussi intraitable, nous sommes souvent obligés de changer de médicamens. Parmi tous les remèdes cependant je préfère le sulfate de zinc. Le nitrate d'argent, qui est plus efficace que lui, a l'inconvénient de colorer la peau. »

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 3 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 27, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Étranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Endo-péricardite. — Chute et séparation spontanée de la partie profonde du vagin et de l'extrémité du col de l'utérus (1).

La nommée Pichat, âgée de trente-deux ans, cuisinière, entra, le 22 janvier 1842, à l'hôpital de la Charité, et fut placée dans les salles de M. Fouquier.

Cette femme avait déjà eu plusieurs affections rhumatismales avant de contracter la maladie qui l'amenait à l'hôpital. Elle faisait remonter le début de cette maladie à quinze jours, et rien ne pouvait en indiquer la cause. Les symptômes appréciables pour elle avaient été jusqu'alors, une fièvre presque continuelle, des douleurs à la région épigastrique et à la région précordiale, des vomissemens, de la dyspnée, des palpitations, quelques syncopes, un peu d'enflure passagère aux pieds et à la partie inférieure des jambes. La maladie avait été combattue déjà, avant l'entrée de la malade à l'hôpital, par deux saignées, une application de sangsues et une application de ventouses.

Tels sont les renseignemens que l'on put obtenir de la malade, dont l'intelligence un peu bornée rendait l'interrogation difficile.

A son entrée à l'hôpital elle était dans l'état suivant : chaleur naturelle, léger œdème des pieds, pouls très inégal, très irrégulier ; la plupart des pulsations sont faibles. Un peu de dyspnée par intervalle, surtout pendant le décubitus dorsal. Le coucher sur le côté droit augmente aussi la dyspnée. Le sommeil est souvent interrompu tout à coup par des battemens de cœur tumultueux. Un peu de toux peu bruyante, rare, avec quelques crachats muqueux incolores. Thorax sonore partout, si ce n'est à la partie inférieure du côté antérieur gauche, où il y a matité complète depuis le cartilage de la quatrième côte jusqu'au rebord des fausses côtes, et de droite à gauche, depuis la partie moyenne du sternum jusqu'à la ligne verticale tirée de la partie antérieure de l'aisselle. La région épigastrique est tendue, douloureuse à la pression et à la percussion, et complètement mate jusqu'à six centimètres au-dessus de l'ombilic. La région précordiale est plus saillante que la région mammaire droite. La main appliquée sur la région précordiale perçoit un frémissement accompagnant les battemens du cœur. Ce frémissement est aussi perçu par l'oreille. Il est très rugueux, accompagne les deux battemens du cœur, et est plus fort pendant la systole et pendant l'intervalle entre la systole et la diastole, que pendant ce dernier temps. Les battemens du cœur sont précipités ; ils se voient dans un espace assez considérable, et pourtant l'impulsion est peu énergique. Les battemens du cœur s'étendent dans toute la poitrine ; ils sont partout aussi forts que le bruit respiratoire, qui est vésiculaire, un peu faible et accompagné de râle sibilant. La langue est un peu blanche, l'appétit médiocre, le ventre souple et indolent dans les régions sous-ombilicales. Une selle hier.

Le 23 février, même état. Orge avec quatre grammes de nitre ; 30 grammes d'huile de ricin ; un bouillon.

Le 24, respiration moins gênée, palpitations moins fréquentes. Le décubitus dorsal est possible. Bourrache avec quatre grammes de nitre ; julep ; trois pilules de digitale de cinq centigrammes chaque.

Le 25, l'œdème gagne les jambes. Pas de selles. Quatre pilules de digitale ; lavement purgatif ; quinze sangsues ; trois bouillons.

Le 27, le frémissement du cœur est toujours développé, comparable au bruit d'un archet. La respiration est moins gênée, le pouls plus développé ; quelques douleurs lombaires et hypogastriques ; quelques coliques.

Le 28, le pouls est plus développé ; la matité à la région du cœur n'occupe plus que l'espace de trois travers de doigt. Douleurs lombaires ; l'œdème a gagné la région postérieure du tronc. Persistance du bruit d'archet accompagnant les deux battemens du cœur et l'intervalle du premier au second. Quinze sangsues à la région du cœur.

Le 29, un peu de douleur à la région du cœur ; la matité occupe un plus grand espace ; le pouls est moins développé. Constipation depuis trois jours ; la sécrétion urinaire est difficile ; l'urine cause un peu de chaleur au canal de l'urètre. Lavement purgatif ; infusion de graine de lin avec sirop de gomme ; julep.

Le 30, un peu de douleur abdominale et lombaire ; œdème assez considérable des membres inférieurs et de la région postérieure du tronc. Le pouls est mou, irrégulier. Cinq pilules de cinq cents grammes de digitale chaque. Julep ; lavement huileux ; quatre bouillons. Ecoulement de sang par les parties sexuelles. Cataplasmes sur le ventre ; deux quarts de lavemens amylacés et laudanisés.

Le 2 février, persistance de l'écoulement sanguin. La malade croit ne pas être à l'époque de ses règles. Le ténesme et la douleur abdominale ont diminué. Il n'y a plus de bruit anormal au cœur. Le pouls est plus développé. Vers le milieu du jour, une sorte de poche se présente à la vulve, tenant encore aux parties de la génération par son pourtour. L'interne de garde, appelé auprès de la malade, incise ce pourtour et cette poche est séparée. Cette poche a une odeur fétide ; elle est largement ouverte d'un côté, fermée en cul-de-sac à l'autre extrémité. Son diamètre, à peu près égal dans toute sa longueur, est de quatre centimètres et demi ; sa longueur est de quatre centimètres à l'intérieur. Elle contient quelques petits caillots de sang noirâtre ; la surface interne de ses parois, d'un rouge grisâtre, offre de nombreux replis transversaux ; son fond offre un relief uni, arrondi, grisâtre, percé d'une fente de douze millimètres de longueur. A l'extérieur, les parois de la poche sont un peu inégales, grisâtres. Les parois de cette poche sont denses, et ne se déchirent que par une traction assez forte. La presque totalité de la poche es. formée, à l'intérieur, par une membrane d'un millimètre d'épaisseur environ, doublée à l'intérieur par des lames celluleuses, ce qui donne à la paroi l'épaisseur totale de deux à quatre millimètres. Le fond, au pourtour de la petite fente, est formé par un tissu plus dense, blanchâtre, comme fibreux, et la paroi offre à cet endroit l'épaisseur de sept millimètres. Cette poche est évidemment constituée par la portion la plus profonde du vagin et la portion saillante du col de l'utérus. Dans le reste de la journée, la malade a un écoulement blanc assez considérable.

Le lendemain, 3 février, M. Baron pratique le toucher. Cette opération cause beaucoup de douleur à la malade. L'entrée du vagin est fort étroite. La partie antérieure de ce canal présente des filamens qui gênent l'introduction du doigt. Le col de l'utérus est très profond et un peu plat. Persistance d'un écoulement blanc assez considérable.

Le 5 février, œdème assez considérable des régions postérieures du corps. Le bruit anormal du cœur est presque nul. Le pouls est régulier, d'un médiocre développement. Un peu de douleur à la région du vagin.

Le 6, la malade est un peu faible. Persistance d'un peu d'écoulement blanc.

Le 7 et le 8, œdème persistant des membres inférieurs et de la partie postérieure du tronc. Battemens du cœur réguliers ; pouls égal, d'un développement ordinaire.

Le 9, la malade vomit après avoir pris ses pilules de digitale. On en réduit le nombre à quatre.

Le 10, persistance de l'œdème. L'écoulement blanc diminue. La douleur que la malade ressentait les jours précédens à la région de la vulve et du vagin a cessé.

Le 11, l'écoulement blanc a cessé. L'œdème diminue. Un vomissement par suite des pilules. On les supprime. Potion composée de décoction de racines diurétiques, cent-vingt grammes ; miel scillitique, 30 grammes ; alcool nitrique, quinze gouttes.

Le 12, l'œdème persiste encore aux régions postérieures du

(1) Observation dont M. C. Baron, chef de clinique à l'hôpital de la Charité, a présenté la pièce anatomique à l'Académie de Médecine, séance du 22 février.

FEUILLETON.

RAPPORT A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE; par M. le docteur Henry Roger, médecin du Bureau central des Hôpitaux.

(Suite du n° 25.)

2° *Docteurs en chirurgie.*

Presque tout ce que nous avons dit des docteurs en médecine s'applique aux docteurs en chirurgie : mêmes conditions d'âge et d'études antérieures, mêmes études, mêmes frais ; il n'y a de différence que dans les écoles et dans l'examen rigoureux. Ainsi, ils doivent suivre les cours de chirurgie pratique sans interruption, pendant la quatrième et la cinquième année, et passer les examens ; et en outre, au commencement de la quatrième année ils doivent s'annoncer auprès du vice-directeur et du professeur de la clinique chirurgicale comme aspirans au doctorat en médecine et en chirurgie. Comme il ne leur est pas possible d'assister en même temps, dans la cinquième année, au cours de maladies des yeux, ils doivent y consacrer un semestre d'une sixième année. La différence des études de ces candidats consiste donc, en définitive, dans la répétition des cours de chirurgie et dans la prolongation de leurs travaux, pendant un semestre, consacré à l'oculistique.

L'examen rigoureux n'est pas public ; en voici le programme :

1re *partie.* — Anatomie, chimie, matière médicale, art de formuler, médecine légale, oculistique, théorie et pratique de la chirurgie dans toute son étendue.

2e *partie.* — Le candidat soutient cette seconde épreuve publiquement dans la salle du cours d'anatomie ou de chirurgie, en présence de tous les praticiens qui veulent y assister. et des élèves en médecine et en chirurgie. Elle se compose de deux opérations chirurgicales faites sur le cadavre et désignées par le sort ; l'opération est précédée d'une exposition théorique dans laquelle le candidat, après avoir retracé succinctement l'historique et les divers procédés opératoires, leurs avantages et leurs inconvéniens, indique la méthode préférable, signale les indications et les contre-indications, énumère et dispose les instrumens nécessaires, bandages, appareils, etc. ; enfin il opère comme sur le vivant, et termine par le pansement.

Après le double examen rigoureux, le chirurgien doit, comme le médecin, rédiger l'histoire de deux malades des salles de chirurgie, et composer une thèse sur un sujet chirurgical.

Son titre lui confère le droit d'exercer la chirurgie partout (sauf l'exception indiquée pour Vienne) et d'en cultiver toutes les branches, y compris le manuel opératoire, les accouchemens et l'oculistique. Cependant, le diplôme de *magister oculisticæ artis* lui est nécessaire, s'il veut pratiquer les opérations que réclame la thérapie oculaire. Le traitement des affections internes lui est interdit, sous les mêmes peines encourues par le médecin qui envahit le domaine chirurgical.

3° *Docteurs en médecine et en chirurgie.*

Nous venons de voir qu'on exigeait du docteur en chirurgie et les études du médecin (moins l'examen rigoureux) et des études spéciales de chirurgie. L'on conçoit alors que l'étudiant soit rarement arrêté par les frais que nécessitent un examen rigoureux passé dans les deux grandes divisions de l'art médical et par le double diplôme, et qu'il n'y ait presque aucun docteur qui soit exclusivement docteur en chirurgie ; à peu près tous maintenant se font délivrer les deux diplômes (ce qui était très rare autrefois) et prennent le titre de docteurs en médecine et en chirurgie.

Et en effet, indépendamment du droit d'exercer la médecine et dans tout son ensemble et dans toutes les parties de l'empire, ces docteurs en médecine et en chirurgie ont certains priviléges ; et, par exemple, lorsqu'il s'agit de nommer soit aux postes médicaux rétribués par le gouvernement, soit aux places dans les hôpitaux, etc. (1), ils sont préférés aux individus qui sont docteurs dans une seule section.

Médecins d'État. — Le tableau ci-joint indique la hiérarchie établie dans les médecins d'État :

1° La position médicale la plus élevée est celle du *proto-medicus et sanitats referent* (*referens in rebus sanitatis*), qui prend le titre de conseiller du gouvernement (*regierungrath* ou *gubernialrath*), et qui a des appointemens de 2,500 à 4,000 florins (7,500 à 10,000 fr.). Chaque province en a un qui réside dans le chef-lieu de la province même : ainsi, on en trouve un à Vienne pour l'Autriche inférieure ; un à Linz pour l'Autriche supérieure ; un à Prague pour la Bohême ; un à Milan pour le royaume de Lombardie, etc. (1).

(1) Les chaires des universités sont données au concours, mais les détails suivans montreront comment on comprend cette institution en Autriche, et combien elle est illusoire :

Le concours est annoncé six semaines à l'avance dans les journaux : il se fait à Vienne pour tout l'empire, excepté pour la Hongrie, où les épreuves ont lieu à l'université même de Pesth.

Les candidats doivent (sauf dispense du gouvernement) avoir le diplôme de docteur en médecine, s'il s'agit d'une chaire médicale, et celui de docteur en chirurgie, si la chaire vacante est chirurgicale.

La première épreuve consiste en une composition écrite sur trois questions médicales adressées, sous enveloppe, par la chancellerie de la cour. Il est accordé douze heures, et même au besoin vingt-quatre, pour la composition, qui doit être faite dans une des salles de la faculté, sous la surveillance d'un professeur. A la fin de la séance, les copies sont cachetées et remises au directeur des études : celui-ci les adresse à trois professeurs de la faculté de Vienne, si la chaire est vacante à Vienne, et ces juges doivent décider secrètement du mérite des compositions. Si la place a vaqué dans une autre des cinq universités, c'est aux professeurs de cette université que les copies sont envoyées, mais avec la réserve d'un recours ultérieur au jugement des professeurs de Vienne.

Une liste de trois candidats, dressée par le jury d'après l'ordre de mérite, est transmise à la chancellerie de la cour, et cette liste passe successivement sous les yeux du conseil d'Etat et du ministre, pour être soumise en définitive à la décision de l'empereur.

L'épreuve orale consiste en une leçon qui doit être faite devant les professeurs de la faculté, leçon sur un sujet choisi par le candidat lui-même, et aussi courte qu'il le veut, cette épreuve n'ayant d'autre but que de juger de la prononciation allemande du futur professeur ; cette séance est secrète, et les autres concurrens n'y sont pas même admis. Pour les chaires d'anatomie et de chirurgie, il faut en outre faire une opération ou une préparation anatomique avec démonstration.

Enfin, une dernière épreuve consiste dans une appréciation morale de l'individu, et cette appréciation porte : 1° sur l'âge du candidat (au-dessus de quarante ans, on ne peut plus concourir, à moins qu'on ne soit déjà employé dans un service public) ; 2° sur sa religion (il faut être catholique, sauf exception) ; 3° sur sa moralité (les candidats sont tenus d'apporter un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par la police) ; 4° sur les titres antérieurs (les concurrens exposent par écrit la liste de leurs ouvrages et de leurs services).

Pour les offices publics, tels que les places de médecins d'hôpital, de médecins d'Etat, de médecins de cercle, pour tous les emplois enfin qui ne tiennent pas à l'enseignement, il n'existe pas même un simulacre de concours : ils sont donnés directement par l'autorité, sur une liste de trois membres que dresse une conseiller-rapporteur ; les titulaires sont nommés par le gouvernement, si la place ne vaut que 1,000 fr.; par la cour, si elle vaut davantage ; et par l'empereur lui-même, si les appointemens dépassent 1,500 fr.

(1) Comme l'administration de toutes les provinces relève, pour les affaires publiques, de la chancellerie impériale-royale de la cour, il existe dans cette chancellerie un chef de bureau pour toutes les affaires

tronc. La potion cause des nausées. On la supprime ; tisane de chiendent avec quatre grammes de nitre.

Le 14, M. Baron examine la malade avec le spéculum ; l'entrée du vagin est fort étroite, et l'introduction de l'instrument cause beaucoup de douleur à la malade. La partie postérieure du vagin est rouge et lisse. Le col de l'utérus est aplati et offre un relief à peine sensible. Son orifice est constitué par une fente transversale, et il s'en écoule un peu de sang.

Le 15, l'œdème a presque entièrement disparu. Pouls régulier, calme. Bain. De temps en temps la malade éprouve la sensation de la boule hystérique partant de l'abdomen et remontant au cou.

Le 16, l'œdème a disparu. Les pieds sont généralement un peu froids.

Le 17, les membres inférieurs sont un peu faibles. Le premier bruit du cœur est un peu ronflant. Le second bruit est décomposé en deux bruits. La malade sort de l'hôpital.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Leçon sur l'anus artificiel. Méthode de Callisen. Modifications dans le mode opératoire; par M. BAUDENS, chirurgien en chef.

(Suite du numéro 22.)

En 1797, Fine a publié dans le tome VI des Annales de la Société de médecine de Montpellier, deux mémoires sur la question qui nous occupe. Une femme âgée de soixante-trois ans a survécu trois mois et demi à une opération d'anus artificiel. Voici une courte analyse de ce fait intéressant.

La malade était depuis quatorze jours sous l'empire d'un météorisme qui distendait les parois du ventre comme un ballon, et d'une constipation opiniâtre. Les souffrances étaient aiguës et incessantes, la mort semblait imminente ; et Fine, qui déjà dans des cas analogues avait eu à gémir sur l'insuffisance de son art, se décida cette fois à recourir à l'entérotomie de la manière qui suit :

Le 12 octobre, dit-il, je soulevai avec l'index et le pouce de chaque main la peau de l'abdomen, un peu au-dessus du milieu de l'intervalle qui est entre le nombril et le pubis, pour former un pli perpendiculaire à la ligne blanche ; je fis tenir un des côtés de ce pli à un aide, et avec un bistouri je le coupai jusqu'à sa base, et formai de cette manière une incision de deux pouces et demi de longueur ; j'incisai ensuite la ligne blanche jusque dans la cavité abdominale, dans la même étendue ; je tirai au dehors la partie de l'intestin qui s'offrit à ma vue, elle était phlogosée. Je passai ensuite dans le mésentère une ligature formée de quelques brins de fil ciré, puis je fis une incision d'environ six lignes à l'intestin ; il en sortit à plusieurs reprises beaucoup d'air et de matières grisâtres assez liquides. Je fis la réduction de l'intestin, et je le fixai au moyen de l'anse de fil près de la plaie des parois de l'abdomen, dont je rapprochai les bords dans toute leur étendue avec des bandelettes de sparadrap, de diachylum gommé, à l'exception de l'endroit qui correspondait à l'ouverture intestinale, que je couvris simplement d'un plumasseau de charpie et d'une compresse qui fut maintenue par un bandage unissant à six chefs.

Tous les symptômes s'amendèrent à tel point que, sept jours plus tard, il n'existait plus de hoquets ; la malade rendit, avec un lavement, quelques matières grisâtres et quelques pepins de raisin. L'anse de fil qui soutenait l'intestin fut retirée ; on aurait pu la retirer plus tôt, dit l'auteur, parce que l'intestin avait depuis long-temps contracté des adhérences avec le bord de la plaie. L'anus artificiel était évidemment établi ; cet anus fonctionnait comme s'il eût été pourvu d'un sphincter et à certains intervalles, seulement ce sphincter n'était pas sous l'empire de la volonté.

Depuis ce moment, la malade alla de mieux en mieux ; les selles commencèrent à reprendre en partie leur cours naturel. Pour les rendre plus abondantes par cette voie, on tenta de comprimer l'anus artificiel ; mais les tentatives n'aboutirent qu'à inquiéter plus ou moins la malade. A partir du 24 décembre, les fèces rendues par le podex, toujours dures et moulées, devinrent moins grosses ; l'anus artificiel tendant de plus en plus à se fermer, était rétréci et causait parfois une constipation avec malaise, à laquelle on remédiait par des laxatifs légers. Fine chercha à le dilater avec la racine d'althéa ramollie dans l'eau. Son séjour prolongé, en s'opposant à la sortie du gaz, causait quelques incommodités, et, pour les prévenir, il eût l'ingénieuse idée de placer au centre de cette racine un tuyau de plume ; néanmoins il fallut suspendre ce moyen, et recourir de temps en temps aux laxatifs.

Il survint une œdème considérable aux extrémités inférieures, et le 1er février la malade mourut. A l'autopsie, on constata que l'anus artificiel siégeait sur la partie transversale du colon, lequel avait conservé sa grosseur naturelle. A la partie supérieure du rectum et dans l'étendue d'un pouce et demi, on trouva une squirrhosité qui en occupait toute la circonférence et avait presque oblitéré le canal intestinal.

Fine avait choisi la ligne blanche pour opérer, afin d'avoir moins de tissus à diviser et de provoquer de moins grandes douleurs. Il soupçonnait une lésion au rectum et une autre au cœcum, et pour éviter l'une et l'autre, il voulait ouvrir l'intestin grêle sur une portion de l'iléon, comme il le dit, et c'est involontairement qu'il a ouvert le colon transverse, ainsi que l'autopsie l'a démontré.

Quoi qu'il en soit, ce fait est extrêmement intéressant ; il constate que l'on peut ouvrir avec succès le colon transverse par une incision sur la ligne blanche. Quand la tympanite est portée très loin, l'intestin se dessine en relief très prononcé, et la distension des parois abdominales est si forte, que la ligne blanche, y compris la peau, n'a souvent alors que deux à trois lignes d'épaisseur. Le procédé de l'entérotomie, le moins douloureux et le plus facile serait ici évidemment celui de Fine.

Méri a consigné dans les Mémoires de l'Académie des sciences, année 1700, l'histoire d'un enfant privé d'anus et dont le colon, terminé à l'ombilic, y formait un anus artificiel. Ne devrait-on pas quelquefois, à l'exemple de Fine, suivre les indications données ici par la nature ? Je ne sache pas pourtant que ce chirurgien ait jamais eu d'imitateur. Fine croit être le premier qui ait pratiqué l'entérotomie pour un squirrhe au rectum, et il attribue à Dumas l'honneur d'avoir le premier indiqué l'opération dans ce cas. Fine commet une double erreur, Pilore, comme nous l'avons exposé plus haut, a fait l'entérotomie, en 1776, pour remédier à un rétrécissement causé par un squirrhe du rectum, tandis que Dumas n'a publié qu'en 1797, dans le tome III de la Revue périodique de la Société de médecine de Paris, son mémoire sur l'imperforation de l'anus. Quant à Fine, il n'a opéré, nous l'avons dit, qu'en 1797, même année que Dumas.

Le mémoire de Dumas n'en est pas moins remarquable surtout pour son époque. Il expose tous les vices de conformation qui peuvent compliquer l'imperforation de l'anus. Cette imperforation, tantôt ne reconnaît qu'une simple toile obturatrice, comme je l'ai observé moi-même ; on y remédie en faisant une petite ponction avec la lancette, afin d'engager, par l'ouverture qui en résulte, une sonde cannelée sur laquelle on achève la division de la membrane obturatrice ; tantôt l'imperforation présente des complications et cette petite opération est insuffisante. Ainsi, l'intestin rectum peut manquer complètement, être fermé à plusieurs centimètres de hauteur ; il peut être dévié, obstrué, rétréci et confondu avec les parties voisines. Hottinger l'a trouvé tellement rétréci qu'il n'était pas plus gros que le petit appendice du cœcum. Un indice qui manque rarement et bien précieux pour faire connaître ces complications, consiste dans un rapprochement remarquable des tubérosités ischiatiques, ainsi que dans une cicatrice solide tenant lieu de l'anus et représentant un raphé rentrant et ridé.

Toutefois, au milieu de ses aberrations, la nature n'a pas manqué d'une certaine prévoyance ; elle dirige parfois sur d'autres organes excrétoires les produits excrétés qui manquent d'issue naturelle. Ainsi l'intestin va quelquefois s'ouvrir dans la vessie ou à la naissance du canal de l'urètre ; d'autres fois il aboutit à la matrice ou sur l'un des points du vagin ou bien encore près de la vulve : tel était le cas d'une femme citée par Morgagni et qui vécut jusqu'à sa centième année. On conçoit que chez la femme cette dernière voie puisse suppléer à celle qui manque, mais l'excrétion des fèces par l'urètre ne saurait, dans aucun cas, suppléer long-temps pour l'un comme pour l'autre sexe à l'absence d'une large voie pour leur expulsion.

C'est dans ces circonstances que Dumas conseille l'entérotomie sur l'extrémité inférieure du colon et le plus près possible de son insertion au rectum.

Les cas où un anus artificiel offrirait une ressource heureuse sont plus communs qu'on ne le pense, dit M. Dumas, et il ajoute : Une telle opération ne serait-elle pas un bienfait dans cette maladie, presque toujours incurable, qui consiste dans un rétrécissement du rectum à quelques pouces au-dessus du sphincter de l'anus, lequel ne laisse passage qu'aux excrémens liquides ? Lorsque le mal a fait des progrès l'abdomen se tuméfie, les tégumens rougissent, le malade souffre de violentes douleurs dans les intestins..... il survient des vomissemens, et il périt au milieu de la passion iliaque. Les auteurs regardent cette maladie comme incurable ; ils se bornent à des moyens palliatifs. Je ne doute pas que l'établissement d'un anus artificiel ne réussît à prévenir les suites fâcheuses de cette affection et à suspendre au moins la mort du malade devenue nécessaire sans ce secours.

Fine, dans le second mémoire qu'il a publié sur l'entérotomie, établit un siége différent pour la formation de l'anus artificiel selon qu'il s'agit d'une altération morbide du rectum ou bien d'une imperforation de l'anus comme chez les nouveau-nés. Dans la première hypothèse la région lombaire gauche doit être choisie, dans la deuxième l'anus doit être établi sur la région de la fosse iliaque à l'exception de certains cas dans lesquels la nature semble indiquer que c'est dans l'endroit même du vice de conformation qu'il faut chercher à corriger ses écarts.

Fine a établi ces deux principes parce que, dit-il, l'S du colon s'avance chez le fœtus beaucoup sur le côté droit de la fosse iliaque gauche, quelquefois même au-delà de la ligne blanche, tandis que chez l'adulte cette anse du colon, beaucoup moins étendue sur le devant, reste placée dans la partie postérieure de la fosse iliaque, en remontant jusque vers la quatrième vertèbre. De sorte, ajoute ce chirurgien, qu'on risquerait de ne pas rencontrer cette S romaine si on voulait chez l'adulte établir un anus artificiel, selon la méthode de Desault, sur la région de la fosse iliaque gauche.

A part les raisons anatomiques données par Fine, et qui, je le crois, ne sont pas suffisantes pour faire adopter rigou-

---

On trouve en second lieu les médecins et chirurgiens de cercles : on n'en compte pas plus d'un par cercle : ils sont aux appointemens de 300 à 600 florins. En Hongrie, en Slavonie et en Croatie, ils prennent le nom de médecins de comtés, et ils sont, comme ces comtés, au nombre de cinquante-deux.

Au dessous d'eux, il y a le double au moins de *secundarii* ou *honorarii* ; et de même des médecins de district, depuis quatre jusqu'à six (aux appointemens de 400 à 600 florins), et des chirurgiens de district, aux appointemens de 150 à 200 florins, sont subordonnés aux médecins et aux chirurgiens de cercles. Tout ce qui concerne l'hygiène publique, les vaccinations, les épidémies, l'inspection des écoles, des prisons, des cimetières, les visites de pharmacie, etc., etc., sont de leur ressort.

En Autriche, en Styrie, en Illyrie, dans le littoral, dans le Tyrol, la Dalmatie et dans quelques cercles de la Gallicie, il y a de plus des médecins cantonaux, l'Illyrie seule a aussi pour chaque canton un chirurgien dont les appointemens sont de 400 florins.

Ajoutons que chaque ville principale a des médecins qu'elle rétribue (médecins des tribunaux, médecins des pauvres, etc.) et qui peuvent gagner depuis 200 jusqu'à 500 florins : parfois plusieurs petites villes, surtout en Italie, se réunissent pour rémunérer un médecin, au taux de 100 à 300 florins (1).

Du reste, le nombre des médecins dans l'empire d'Autriche est illimité : à Vienne on en compte 356 pour 400,000 habitans ; cette proportion serait plus forte encore, si les juifs avaient permission d'exercer la médecine dans la ville. Mais (s'il faut ajouter foi à des accusations dictées par les antipathies religieuses) leur incurable besoin d'associer toujours à l'exercice d'une profession libérale quelque trafic mercantile, trafic d'autant plus lucratif qu'ils sont, par leur titre de médecins dispensés de la patente de commerçans ; leur penchant à exploiter les secrets de l'art médical dans des vues criminelles, éveillent contre eux la méfiance de l'autorité : rarement ils obtiennent du conseil de la cour la tolérance, c'est-à-dire le droit de rester et par conséquent de pratiquer à Vienne toute leur vie : le plus souvent on ne leur accorde qu'un permis de séjour, et ils sont, par suite, exposés à être renvoyés de Vienne à la moindre plainte de l'autorité. Disons cependant que cette exclusion n'est presque jamais prononcée : leurs richesses les protégent, et, au besoin, pour éviter toute difficulté avec la justice, ils se convertissent et embrassent la religion catholique.

Le titre de docteur en médecine et en chirurgie ne suffit pas à l'ambition louable de plusieurs médecins qui désirent acquérir plus de droits à la confiance publique : pour pénétrer plus avant dans la clientelle, pour conquérir les avantages qui résultent d'une position spéciale, ils font de nouvelles études spéciales. De là les dénominations de chirurgiens opérateurs, de maîtres en oculistique et de maîtres en accouchemens.

A. *Chirurgiens opérateurs.* — Les docteurs en médecine et en chirurgie, ou les maîtres en chirurgie, peuvent seuls prétendre à ce titre.

Les études se font à Vienne seulement, dans l'établissement spécial fondé en 1807 par le médecin Kéru, et nommé *Institut des opérateurs*. Elles durent deux années ; elles comprennent la théorie et la pratique des opérations sur le cadavre et sur le vivant, et sont terminées par un examen.

Le nombre des chirurgiens opérateurs est limité : il y a six élèves qui sont nommés à Vienne, sans acception de nation, par le directeur des études médicales, après un concours d'anatomie chirurgicale ; un élève transylvanien, nommé à Vienne par la chancellerie aulique ; quatre, qui doivent être Italiens ; deux de l'université de Pavie et deux de Padoue, désignés par le gouvernement de Milan et de Venise, sur le rapport des directeurs des études de ces villes ; un élève choisi à Gratz, en Styrie, sous les mêmes conditions.

Les avantages du séjour dans cet établissement sont assez nombreux : non-seulement les chirurgiens opérateurs y acquièrent une habileté et une renommée d'habileté qui les désignera plus particulièrement à l'opinion publique, mais encore ils reçoivent, tant qu'ils sont à l'institut, un traitement annuel (1) de 360 florins ; et, plus tard, lorsque des postes chirurgicaux viennent à vaquer, ils obtiennent la préférence *cæteris paribus*. Tous les professeurs de chirurgie aux écoles d'instruction dans tout l'empire ont été élèves de cet établissement, et les protomedici actuels de Vienne et de Milan, ainsi que plusieurs autres professeurs médecins et chirurgiens en chef des hôpitaux de Vienne, de Milan, de Prague, etc., sont également sortis de l'Institut des opérateurs.

B. *Maîtres en oculistique.* — Les docteurs en médecine, en chirurgie, ainsi que les maîtres en chirurgie, qui veulent obtenir le diplôme d'oculiste, doivent répéter le cours de thérapie oculaire et de clinique ophthalmologique, subir un examen rigoureux d'oculistique, et faire publiquement plusieurs opérations. Ce diplôme, qui coûte 50 florins, donne le droit de pratiquer les opérations nécessitées par les maladies des yeux. Comme nous l'avons déjà dit, il n'est pas obligatoire pour les docteurs en médecine et en chirurgie qui veulent traiter sans opérations les affections oculaires ; mais il est indispensable dès qu'il s'agit de manuel opératoire.

C. *Maîtres en accouchement.* — Le titre de *magister obstetricæ artis*, non nécessaire aux docteurs en médecine et en chirurgie pour qu'ils aient le droit de pratique dans l'art des accouchemens, est obligatoire pour les maîtres en chirurgie. Pour l'obtenir, il faut avoir subi l'examen rigoureux, s'être livré pendant deux mois à la pratique des accouchemens dans l'hôpital (2), et payer 30 florins.

(La suite à un prochain numéro.)

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

---

médicales de l'empire, qui est médecin ; il est conseiller aulique (*hafrath*) et touche de 4,000 à 6,000 florins. Tous les rapports des protomedicus et des directeurs des études lui sont adressés, excepté pour la Hongrie et la Transylvanie, qui ont une chancellerie particulière à Vienne, où les matières médicales sont traitées par un conseiller aulique non médecin. Les affaires qui ne sont pas décidées dans les conseils de la province ou dans l'une de ces trois chancelleries sont soumises au conseil d'Etat et rapportées par un conseiller qui n'est pas médecin. Les conseillers d'Etat travaillent sous la direction immédiate du ministre de l'intérieur, qui met les affaires à la signature de l'empereur.

(1) A Vienne, l'organisation du service de santé est assez complète : on y trouve deux médecins de la ville (*Stadtphysicus*) dont le premier reçoit 1,800 florins et le second 1,200 ; quatre médecins pour les pauvres de l'intérieur de la ville (le premier reçoit 660 florins, le second 560, et les deux autres 60 florins, comme indemnité de logement) ; huit médecins de faubourgs à 460 florins d'appointemens ; un oculiste pour les pauvres de toute la ville (460 florins) ; un chirurgien pour les pauvres de l'intérieur de la ville (460 florins) ; huit médecins pour les pauvres des faubourgs, non rétribués ; deux sages-femmes pour l'intérieur de la ville (150 florins) ; huit sages-femmes pour les faubourgs (100 florins). Tous ces différens membres du service médical sont tenus de donner leurs soins aux pauvres ; les médecins, les chirurgiens, les sages-femmes de la ville et des faubourgs sont chargés plus particulièrement de ce qui concerne l'hygiène, la médecine légale, etc., et ils dépendent des bureaux de la police.

(1) La chancellerie aulique accorde quelquefois, sur des raisons très valables, l'admission à quelques individus, en qualité d'élèves extraordinaires sans appointemens.

(2) Pendant ces deux mois, les heures de travail sont ainsi distribuées : leçons et exercices cliniques auprès des feminss en couches et des nouvelles accouchées ; pour la première clinique d'accouchemens, tous les jours de neuf à dix heures, et pour la deuxième clinique provisoirement établie, tous les jours de neuf à dix heures.

Leçons sur la pratique des accouchemens : première clinique, cinq fois par semaine, de dix à onze heures, et pour la deuxième clinique provisoirement établie, cinq fois par semaine, de dix à onze heures, à l'hôpital général.

reusement sa manière de voir, il en est d'autres, selon nous, qui militent puisamment en faveur de la distinction qu'il a établie. Chez le fœtus, en effet, quand il n'y a pas possibilité d'établir un anus au podex, et qu'il n'y a pas lieu de soupçonner l'absence complète de l'S du colon, comme dans le fait de Méri, la région iliaque paraît préférable à la région lombaire, non-seulement afin de se rapprocher le plus possible de l'obstacle et de conserver pour la digestion une plus grande portion du tube digestif, non-seulement parce qu'il y a plus d'espace pour agir parce que les parties à diviser sont moins épaisses et que l'opération est plus facile, mais surtout parce qu'il est fort difficile, sinon impossible, d'ouvrir l'intestin en-dehors du péritoine chez le fœtus, et que dès-lors il est inutile de se créer des difficultés en préférant la région lombaire à la région iliaque. On sait d'ailleurs que Fine ouvrait toujours le péritoine, soit qu'il conseillât d'opérer dans la région iliaque, soit qu'il fît choix de la région lombaire. Nous parlerons bientôt d'une méthode, attribuée à Callisen, qui a pour trait caractéristique d'ouvrir l'intestin en dehors du péritoine dans la région lombaire.

Fine recommande d'ouvrir l'intestin selon sa longueur et dans l'étendue d'un pouce et demi, à cause de la tendance que les anus artificiels ont à se resserrer. Il cite à l'appui de son opinion plusieurs faits qui la confirment, et donnent une grande valeur au précepte d'ouvrir largement l'intestin.

En 1800, Callisen, dans le tome II, p. 688, de son ouvrage intitulé *Systema chirurgiæ*, etc., s'exprime ainsi : « L'incision du cœcum et du colon descendant qui a été proposé dans cet état de choses (la coarctation de l'intestin) au moyen d'une section faite dans la région lombaire, sur le muscle carré des lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance tout à fait incertaine : toutefois, l'intestin peut être atteint plus facilement dans ce lieu qu'au-dessus de la région inguinale.

Cette simple notion serait insuffisante dour constituer ce que l'on appelle la méthode de Callisen. Une méthode doit reposer sur quelque chose de plus complet et de plus précis. Sabatier, sans indiquer la source où il a puisé la citation qui suit, et que nous trouvons à la page 337 de la deuxième édition de sa Médecine opératoire, a rempli en partie la lacune que nous signalons. Au lieu, dit-il, de faire une ouverture au ventre au-dessous de l'aine, Callisen a proposé d'aller chercher la partie gauche du colon dans son trajet le long de la région lombaire, où il suppose qu'il est, en quelque sorte, en dehors de la cavité du péritoine. Callisen a essayé cette opération sur un enfant mort qui avait le rectum imperforé sans apparence d'anus ; il n'avait pas assez bien pris ses dimensions, de sorte qu'il ouvrit le péritoine et pénétra dans le ventre. Ayant fait une seconde ouverture plus en arrière, il parvint au colon comme il se l'était proposé. Cependant il ne dissimule pas que ses doigts, qu'il avait introduits dans la première incision et dont il se servit pour assujétir cet intestin, lui furent très utiles. La plaie faite dans le lieu qu'il désigne ne lui paraît pas devoir être de grande importance, vu le petit nombre de vaisseaux sanguins qui s'y rencontrent.

Tout en louant le but des efforts de Callisen, qui en définitif tendent à conserver des enfans voués à une mort certaine, Sabatier préfère à l'incision dans la région lombaire celle qui se pratique comme dans l'opération de Littre dans la région iliaque, parce que, dit-il, dans le premier âge l'intestin retenu par un lien membraneux et lâche analogue au méso-colon est en quelque sorte flottant dans le ventre.

Si cette assertion de Sabatier, assertion omise avant lui par Duret, et qui récemment a été combattue par M. Amussat, est fondée, nul doute qu'il ne convienne de préférer chez les nouveau-nés l'opération de Littre à celle de Callisen, et de réserver celle-ci pour les adultes, ainsi que Fine l'a proposé. Quant à nous, nos recherches cadavériques n'ont pas été assez multipliées pour que nous puissions trancher cette question. Toutefois, il nous a paru évident, et cela est incontestable, que par cela même que le gros intestin est moins développé chez l'enfant que chez l'adulte, l'espace dépourvu de péritoine est lui-même plus resserré, ce qui fait que l'intestin, comme le dit Sabatier, est en quelque sorte flottant. D'après ce fait, on conçoit qu'il doit être fort difficile d'agir sur l'intestin sans intéresser le péritoine, et dès-lors il faudrait réserver cette région uniquement pour les adultes, à moins toutefois que l'expérience, ce qui ne me paraît pas impossible, ne démontre que l'opération dans la région lombaire, même en ouvrant le péritoine comme lorsqu'on opère dans la région inguinale ou un peu au-dessus, à l'exemple de Dupuytren, ne soit encore préférable pour l'établissement d'un anus anormal.

Nous avons vu plus haut que Duret avait essayé dès 1797, par conséquent trois ans avant Callisen, l'entérotomie dans la région iliaque sur le cadavre d'un enfant. Duret ne dit pas si l'idée d'agir sur cette région lui appartient ou non ; mais en attendant que des recherches plus heureuses permettent de résoudre cette question, la priorité sur Callisen lui est acquise, et il serait plus juste de dire méthode de Duret que méthode de Callisen. Encore, bien que la science doive être cosmopolite et dégagée des liens de localité, ne fût-ce que pour rétablir les faits, les droits du chirurgien français ne doivent pas être plus long-temps méconnus en faveur du chirurgien de Copenhague.

En 1802, Voisin, ainsi qu'on le voit dans le Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, tom. XXI, p. 358, fit l'entérotomie d'après la méthode de Littre sur un nouveau-né. L'intestin iléon fut ouvert, au lieu du colon qui manquait, ainsi que les deux autres gros intestins. L'enfant mourut quatre jours après avoir été opéré. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est l'absence du gros intestin ; absence qui, du reste, ne complique pas l'opération. Aussitôt, en effet, que le péritoine fut ouvert, les cris de l'enfant chassèrent au dehors une anse intestinale sur laquelle Voisin fit l'entérotomie. Cette dernière circonstance, ainsi que le vice de conformation, donnent de l'intérêt à ce fait. Parmi les chirurgiens qui ont pratiqué l'entérotomie, il convient de citer Serrand, qui, dans sa thèse soutenue en 1814 à Montpellier, a rappelé le fait remarquable d'un nouveau-né opéré par lui-même d'après la méthode de Littre, et qui vivait encore au moment de sa publication, vingt-deux mois après l'opération. Serrand appelle l'attention sur un accident qu'il ne faut pas perdre de vue. L'intestin grêle, poussé par les cris de l'enfant, peut s'étrangler dans l'un des angles de la plaie, et déterminer une péritonite mortelle, comme dans le fait qu'il rapporte d'un nouveau-né opéré par Littre, et qui mourut dix-sept jours après l'opération.

En 1816, M. Miriel père fit une opération d'anus artificiel sur un enfant imperforé : le procédé de Littre fut mis en usage. Cet opéré vivait encore en 1835, ainsi que le rapporte M. Miriel fils dans sa thèse publiée à cette époque. M. Miriel père a fait également, en 1822 et 1823, deux autres opérations avec succès dans des cas analogues au premier.

Pring a fait, en 1820 (d'après le London med. phys. journ., 1821), un anus artificiel, par le procédé de Littre, à une femme âgée de soixante-quatre ans. Cette femme vivait encore six mois après l'opération, époque où l'observation a été publiée.

En voici les traits principaux ; rétrécissement du rectum à onze centimetres de hauteur ; selles sanguinolentes ; dysenterie ; dilatation à l'aide d'une bougie ; abus de purgatifs ; obstruction de plus en plus considérable ; rétention totale des fèces ; météorisme ; menace d'asphyxie. Opération douze jours plus tard. Incision du colon gauche dans l'étendue d'un pouce et demi ; réunion des lèvres de l'intestin à la plaie extérieure par quatre points de suture. Un point de suture sur l'un et l'autre angle de la plaie des tégumens pour en diminuer l'étendue ; apparition d'un érysipèle gangreneux sur la plaie. Vaste escharre avec perte de substance ; usage des toniques ; quinquina, ammoniaque, vin de Porto : amélioration graduelle.

Pring attribue ces accidens à l'irritation causée sur la plaie par le contact des matières fécales. Trois mois plus tard, passage pour la première fois de quelques fécès par l'anus artificiel ; depuis, nouvelles évacuations par cette voie à des intervalles irréguliers, mais en trop petit volume pour espérer que le colon de l'intestin se rétablisse jamais.

Six mois plus tard l'embonpoint a reparu, la santé est parfaite. L'appareil qui réussit le mieux pour contenir l'anus artificiel se compose d'une compresse maintenue par une bande fortement serrée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La commission pour le monument à élever à la mémoire de Sanson, écrit à l'Académie pour être autorisée à placer une liste de souscription dans ses bureaux. (Adopté.)

— *M. le président* annonce que les membres de l'Académie désignés pour faire partie du jury pour le concours de clinique chirurgicale à la Faculté sont MM. Réveillé-Parise, Bégin, Gimelle, Jobert (de Lamballe), et Villeneuve, suppléant.

M. le Président annonce en outre que l'Académie va procéder à la nominatisn d'une commissinn pour désigner dans quelle section aura lieu la prochaine électiion.

— *M. Fourcault* lit un mémoire ayant pour titre : *Causes de la morve et du farcin ; moyens de prévenir le développement de ces maladies.* — Nous croyons devoir donner un extrait de ce mémoire.

« Dans un mémoire lu à l'Académie dans la précédente séance, M. Hamont a examiné avec sagacité la cause qui détermine ces maladies graves, et il a indiqué un précieux moyen de les détruire. Cependant j'ai cru devoir me livrer à l'examen de cette importante question, dans l'espérance de jeter quelque clarté sur le mode d'action de deux causes générales de ces maladies, l'humidité, et l'impossibité prolongée dans les écuries et dans les lieux où les animaux restent exposés aux influences atmosphériques.

» J'ai démontré dans mes recherches expérimentales sur les fonctions de la peau, que ces deux causes agissent de la même manière ; qu'elles tendent à supprimer la transpiration cutanée, en diminuant considérablement l'activité des fonctions de cette membrane. Sous l'influence de ces deux causes générales, on voit se développer, dans tous les lieux et sous des latitudes différentes, la phthisie, les scrofules et une foule de maladies chroniques, rapportées à des causes diverses par les pathologistes. J'ai vérifié cette loi dans les colonies agricoles et dans les manufactures, en Hollande, en Belgique, en Angleterre et en Italie.

» Ces deux causes générales exercent la même influence sur les animaux domestiques ; on voit se développer fréquemment la phthisie tuberculeuse, lorsqu'ils sont renfermés dans des étables ou dans des ménageries ; on la voit, au contraire, diminuer de fréquence dans des conditions qui rapprochent les animaux de l'état sauvage, et qui leur permet de se livrer à l'exercice à l'air libre. Dans le premier état, l'humidité des habitations exerce sur ces animaux la plus funeste influence ; mais dans le second, ils peuvent en neutraliser les effets par l'action expansive et sudorifique de l'exercice.

» La même observation s'applique également à la morve et au farcin qui la complique si souvent. Ces maladies attaquent les chevaux élevés dans des contrées marécageuses, qui sont renfermés dans des écuries étroites, obscures et humides, et même ceux qui sont privés de leur liberté, étant exposés aux vicissitudes atmosphériques, après un exercice violent qui favorise l'action concentrique de ces vicissitudes ; mais lorsque l'exercice est modéré et pour ainsi dire normal, alors il produit un mouvement expansif salutaire dans l'économie, il favorise les sécrétions qui s'opèrent à la surface cutanée. Les chevaux qui vivent une partie de l'année dans les bois ou dans des pâturages salubres, qui sont exposés aux rigueurs des saisons, ne contractent ni la phthisie, ni la morve, ni le farcin. Il est reconnu par tous les vétérinaires que dans cette condition, qui se rapproche de l'état sauvage ou le plus salubre, ces affections sont très rares. Ces dernières sont moins fréquentes en campagne, où les chevaux sont exposés à des privations et à la fatigue, que dans les garnisons où ils trouvent une nourriture salubre et abondante. Enfin, la morve dite spontanée est rare dans les villages et surtout dans la petite culture. Cependant, dans une foule de cas, les chevaux employés par les villageois malheureux éprouvent tous les effets de la misère et de la faim : non-seulement leur nourriture est insuffisante et homogène, car elle ne se compose que d'un peu de foin et de paille, mais souvent elle est altérée. Ces animaux deviennent maigres et languissans, leurs poils sont longs et d'une couleur terne ; le moindre travail les épuise, et ils sont presque insensibles aux plus mauvais traitemens. Cette lutte de l'animal contre ces deux causes de destruction, le travail et la faim, peut durer plusieurs mois et même plusieurs années, et cependant la morve n'en est pas nécessairement le résultat. Les plaies chez ces animaux deviennent parfois farcineuses : d'autres fois cette maladie se développe ; mais dans cet état de dépérissement, les chevaux le plus souvent ne sont point pansés et leur peau est salie par la matière concrétée de la transpiration.

» Ces faits se sont souvent présentés à notre observation ; ils ont dû fixer l'attention des vétérinaires, et leur démontrer que l'insuffisance, l'homogénéité, comme l'altération de l'alimentation, ne peuvent être considérées comme la cause la plus puissante de la morve. Une mauvaise nourriture augmente la disposition lymphatique, et favorise sans doute le développement de la morve, du farcin et des affections tuberculeuses ; mais mettre cette cause en première ligne, c'est rejeter une foule de faits décisifs qui démontrent invinciblement que dans les conditions les plus favorables, sous le rapport de l'alimentation, une foule de chevaux succombent chaque jour par suite de la morve et du farcin, sans qu'on puisse les attribuer à la contagion. Nous ne pouvons donc adopter sans réserve la doctrine de M. Hamont, qui fait jouer le rôle principal à l'alimentation dans la production de ces maladies, et nous pensons que, sous ce rapport, il a négligé l'étude des influences extérieures qui agissent, en Egypte comme ailleurs, sur la constitution des animaux.

» Le défaut d'exercice augmente aussi la disposition lympathique ; il diminue l'activité des sécrétions, surtout celles qui s'opèrent si abondamment par la peau du cheval : c'est de cette manière que le repos prolongé a tant d'influence sur le développement des affections tuberculeuses. L'humidité agit évidemment de la même manière ; elle diminue l'évaporation qui s'opère par le plus vaste émonctoire de l'économie, et refoule vers les viscères et les membranes muqueuses les élémens qu'il devait éliminer. Or, toutes les fois que l'on trouve des tubercules chez l'homme et les animaux, on peut être convaincu qu'il a existé un défaut d'équilibre entre les sécrétions de la peau et celles des organes intérieurs sécréteurs : voilà le principe fondamental que je pose, et dont je déduirai ultérieurement les conséquences Or, lorsque la morve se complique du farcin, et que l'on trouve dans les viscères des productions tuberculeuses, on peut se convaincre que les fonctions dépuratoires de la peau ont été ralenties, ou profondément altérées par l'action des causes physiques et physiologiques qui ont agi sur cette membrane.

» Ce que je viens de dire pour le farcin et la morve relativement à l'alimentation s'applique à la lèpre. Il est évident qu'une nourriture grossière, insalubre, l'usage de la viande de porc ne saurait la produire lorsque les fonctions des sécrétions de la peau n'ont éprouvé aucune perturbation profonde. Cette affection est endémique dans le Bengale, sur le littoral de la côte du Coromandel, sur un sol très humide, marécageux, couvert d'étangs et où l'air est à son maximum d'humidité. Elle devient, au contraire, très rare dans d'autres parties de l'Inde qui offrent un sol élevé, sec et un air salubre. Cependant dans ces lieux la viande de porc sert d'aliment. D'après les observations de M. le baron Larrey, les vicissitudes atmosphériques sur les individus qui couchent presque nus sur le sol égyptien, ont la plus grande influence sur le développement de la lèpre ; tandis qu'elle est très rare, en général, dans la classe aisée, qui est préservée de ces vicissitudes et qui fait un fréquent usage des bains. Enfin M. le docteur Pihorel a rapporté un fait, dans le Journal universel des Sciences médicales, qui montre que dans nos climats cette redoutable affection peut se développer à la suite de la suppression de la transpiration cutanée.

» Ces faits démontrent donc que l'action des causes externes a beaucoup plus d'influence que celle des causes internes dans la production des maladies chroniques. Lorsque les premières agissent dans les climats septentrionaux, elles refoulent la matière tuberculeuse dans les poumons et produisent la phthisie ; tandis que dans les climats méridionaux, cette matière s'accumule plus souvent dans le tissu de la peau et dans le tissu cellulaire sous-jacent sous l'influence des mêmes causes. Tel est évidemment le mécanisme de la formation des maladies tuberculeuses internes et externes, parmi lesquelles nous plaçons le carreau, les scrofules, la teigne, les dartres et la lèpre : dans toutes ces affections les sécrétions de la peau sont profondément altérées, et dans la dernière elles sont pour ainsi dire abolies.

» Les mêmes observations s'appliquent également à la morve et au farcin. En Egypte, comme ailleurs, les vicissitudes atmosphériques agissent sur l'homme et sur les animaux, et doivent produire des anomalies dans les fonctions du ssystème cutané. Ceux qui ont porté toute leur attention sur les effets d'ailleurs incontestables de l'alimentation, n'ont tenu presque aucun compte de l'action des causes ambiantes, sans lesquelles les maladies chroniques seraient très rares et ne pourraient même se développer. Ceux qui étudieront comparativement dans tous les lieux et dans tous les climats les effets de l'alimentation et des causee excitantes sur l'organisation animale, acquerront la certitude que ces dernières jouent le rôle principal dans la production de ces maladies.

» J'étais guidé par ces observations, par ces vues et surtout par les résultats d'une statistique comparative, lorsque je tentai de produire artificiellement, chez un cheval, la morve ou toute autre affection, au moyen d'un enduit imperméable appliqué sur la peau. Cet animal est mort, par suite de cette expérience, dans les écuries de M. Leblanc. Un flux abondant s'était établi par les narines, et le sang offrait un caillot analogue à celui que l'on observe dans la morve aiguë.

» Cependant les glandes sous-maxillaires n'ont point offert de traces d'engorgement. Une seule expérience ne peut sans doute offrir de résultats concluans, et j'ai vivement regretté de n'avoir pu continuer mes recherches expérimentales sur les grands animaux domestiques, dans les vues d'étudier la formation des lésions locales, des altérations du sang, de l'urine, du lait et des autres produits des sécrétions, lorsque les fonctions respiratoires et exhalantes de la peau de ces animaux sont incomplètement ou entièrement abolies par l'action mécanique des enduits imperméables. Ces expériences vont être entreprises à Naples, suivant la direction que j'ai donnée à mes recherches. J'ai vainement sollicité, auprès de M. le ministre de l'agriculture, l'autorisation de les répéter à l'Ecole d'Alfort. J'espère que dans cette circonstance l'Académie ne me refusera pas son appui et même son concours, et qu'elle voudra bien, dans l'intérêt de la science, favoriser des recherches qui peuvent en hâter les progrès.

» Les moyens hygiéniques que je propose pour prévenir le développement de la morve et du farcin, consistent à placer les chevaux dans les conditions où ces affections cessent de se développer. Or, nous avons établi, dans un mémoire que nous avons communiqué, en 1838, à l'Académie, *que pour préserver l'homme et les animaux des affections tuberculeuses il fallait les exposer habituellement, dans l'état de liberté, aux influences de l'atmosphère.* En faisant l'application de ce principe, si salutaire sous d'autres rapports, on serait donc conduit à conseiller de placer les chevaux, non dans des écuries, mais dans des parcs, dans des pâturages, ou sous de vastes hangards. Dans la première condition, ils jouiraient de toute leur liberté ; on établirait des divisions propres à en prévenir les inconvéniens. Il serait peut-être difficile de mettre en pratique les mesures que je propose. Seraient-elles compatibles, en temps de paix, avec les exigences du service militaire ? L'expérience seule peut décider cette question. On doit tenter des essais dans cette direction, avant de faire construire à grands frais de vastes écuries. Il serait d'ailleurs facile de combiner l'emploi des moyens que je propose, en laissant une partie de l'année les chevaux à l'air libre, en les enfermant seulement en hiver, dans des hangards, ayant des châssis mobiles qui permettraient de donner une ventilation facile, de fortifier la constitution de ces animaux, sans les exposer immédiatement après le travail, ou pendant la nuit, aux vicissitudes at-

mosphériques.

» Enfin, dans le cas où les mesures que je propose ne pourraient être adoptées, je pense qu'il conviendrait de placer les chevaux de cavalerie deux à deux dans des écuries ou dans des loges bien aérées. On éviterait ainsi les ravages des maladies contagieuses, et les graves inconvéniens du rassemblement d'un grand nombre d'animaux dans la même écurie, surtout pendant la durée des épizooties. Mais en adoptant cette mesure, en plaçant les chevaux dans la condition où ils se trouvent dans la petite culture, on ne doit point oublier que l'exercice à l'air libre pendant les jours consacrés au repos, surtout lorsqu'il est prolongé, est indispensable dans tous les climats et même dans toutes les saisons, pour fortifier la constitution de ces animaux et pour maintenir l'exactitude organique qui constitue la santé.

» Ces observations complètent celles de M. Hamont; elles montrent ce qu'elles peuvent avoir de trop exclusif, mais elles ne peuvent diminuer l'importance de la partie essentielle de son travail. »

Après cette lecture, M. Hamont demande si, en sa qualité de membre correspondant, il lui est permis de répondre en peu de mots à M. Fourcault. (Accordé.)

M. Dupuy pense que, sous le nom de morve, on confond plusieurs lésions distinctes entre elles. Il demande qu'on veuille bien lui dire quelle est le genre de lésion dont on parle : est-ce un catarrhe de la membrane muqueuse nasale ? est-ce une affection charbonneuse, tuberculeuse, etc., etc. ? Ce sont là tout autant de questions qu'il serait important de résoudre. Il y a d'ailleurs pour la maladie qui occupe en ce moment l'Académie, des causes prédisposantes et des causes occasionnelles ; c'est pour n'avoir pas assez tenu compte de ces deux ordres de causes que l'étiologie de ce qu'on appelle la morve n'a pas encore été complètement éclaircie.

M. Hamont. J'ai écouté avec le plus grand soin la lecture que vient de faire M. Fourcault, et je suis forcé de dire que cet auteur ne paraît pas m'avoir très bien compris. Dans mon travail, ce sont les *causes premières* de la morve et du farcin que je me suis proposé d'étudier. Certes, je suis loin de nier l'influence des causes que M. Fourcault vient d'exposer, mais, dans mon opinion, opinion qui est d'ailleurs basée sur un grand nombre de faits, ces causes ne sont que *secondaires.* En d'autres termes, ce n'est pas là qu'est la source première du mal. Je reste convaincu de la justesse des propositions que j'ai émises.

MM. Dupuy, Regnault et *Rochoux* citent des faits qui confirment les idées de M. Hamont.

M. Fourcault répond que l'expérience seule pourra décider d'une manière définitive les questions importantes que soulève le sujet qui occupe en ce moment l'Académie.

M. Barthélemy pense qu'il n'est point exact d'assimiler la morve aux affections tuberculeuses. On trouve, il est vrai, assez souvent des tubercules dans les poumons ; mais cette circonstance est loin d'être constante. Il n'est pas démontré non plus que la morve aiguë diffère essentiellement de la morve chronique.

M. Gerdy demande à M. Hamont s'il existe des caractères distinctifs entre les chevaux arabes *pur sang* et les autres; et dans ce cas, quels sont ces caractères ?

M. Hamont répond que ces caractères existent réellement, et qu'il les a décrits dans son travail.

M. Ferrus demande à M. Hamont s'il a observé des faits qui prouvent la contagion de la morve, et s'il possède quelque exemple de communication de cette maladie du cheval à l'homme.

M. Hamont répond qu'en effet il possède plusieurs faits qui prouvent que c'est là une maladie qui peut se communiquer ; mais il ne peut citer aucun exemple de contagion du cheval à l'homme.

— *M. Huguier* lit un travail sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Nous en publierons un résumé dans un prochain numéro. (Commissaires : MM. Bégin, Gimelle et Renoult.)

— *M. le président* fait connaître le résultat du scrutin pour la nomination de la commission que nous avons précédemment désignée. Les membres nommés sont : MM. Bouvier, Honoré, Barthélemy, Husson, Blandin, Joly, Renoult, Burdin, Londe et Villeneuve.

— *M. Ségalas* lit, au nom de M. Amussat et au sien, un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. Testel, de Coulommiers, ayant pour titre : « Observations de deux individus calculeux dont l'un traité par la lithotritie sans succès, et l'autre par les tisanes alcalines avec succès. »

Première observation. — Un homme, âgé de soixante-sept ans, affecté de la pierre depuis long-temps, est soumis dans un hôpital de Paris à quelques tentatives de lithotritie qu'il ne veut point continuer, et retourne dans son village près de Coulommiers. A cette époque, M. Testel est appelé et trouve le malade en proie à une série de symptômes qui le portent à diagnostiquer une inflammation des intestins et du péritoine par suite d'une déchirure de la vessie. Le cathétérisme fait reconnaître la présence de plusieurs calculs ; la sonde n'amène point d'urine. Quelques jours après le malade succombe. L'autopsie fait reconnaître l'existence de plusieurs calculs, d'un entre autres de la grosseur d'un œuf de poule et d'une forme ovale, situé à la région antérieure de la vessie, enchatonné, placé transversalement et offrant de petites inégalités très aiguës. La vessie est petite et comme racornie. Avant l'extraction des calculs, M. Testel observe qu'une déchirure de la vessie, de quatre lignes environ, existe à l'extrémité droite du canal principal, là où avait existé dans le principe une aspérité mamelonnée de ce dernier. Le pourtour de cette déchirure était vivement enflammé et calleux, il en sortait continuellement une urine sédimenteuse qui se répandait dans la cavité abdominale; où sa quantité a été évaluée à deux verres environ.

Il est à regretter, dit M. Ségalas, que l'examen des reins et des urètres n'ait pas pu être fait, et il est remarquable que cette vessie, qui ne rendait plus d'urine depuis quelques jours, malgré l'introduction de la sonde, peut verser continuellement une urine sédimenteuse dans la cavité abdominale et cela par une ouverture à bords calleux. Quant à la déchirure de la vessie, s'il est vrai qu'elle ait été l'effet de la lithotritie, ce qui est loin d'être démontré pour nous, ce doit être là un effet secondaire et tout à fait exceptionnel. Dans l'état actuel de l'art, nos instrumens lithotriteurs n'exposent plus guère à pincer la vessie que dans des cas où, tenus par des mains inhabiles ou inexercées, ils sont portés dans des vessies à colonnes. Or, dans le cas actuel, outre qu'il n'est point parlé de colonnes charnues, le broyement a été tenté par un homme ayant une grande habitude de manier les instrumens de lithotritie et passant, à juste titre, pour apporter beaucoup d'adresse et de prudence dans leur emploi. Il nous paraît plus rationnel de considérer chez ce malade la rupture de la vessie, si réellement elle a eu lieu avant l'autopsie, et si l'on ne s'en est pas laissé imposer par une péritonite avec épanchement, comme produite par l'action mécanique de la pierre, réunie à l'irritation provoquée par les tentatives de lithotritie et par deux voyages du malade. Que conclure, d'ailleurs, relativement à la lithotritie, d'un fait comme celui-ci, où l'opération a été arrêtée presque aussitôt que commencée, et cela par la volonté du malade contrairement à celle du chirurgien ?

Deuxième observation. — Un homme, âgé de soixante ans, présente quelques symptômes de l'existence d'un calcul dans la vessie. M. Testel est appelé et constate à l'aide du cathétérisme la présence d'un corps qui heurte contre l'instrument. Le lendemain, l'exploration est répétée sans retrouver le calcul. Dès lors M. Testel se propose d'appliquer une large ventouse sèche sur l'abdomen, près du pubis, pensant, dit-il, « que par l'attraction subite de toutes les parties, l'air ayant été raréfié, la vessie, préalablement vidée de son liquide, serait insensiblement attirée et déplacée de sa position naturelle, en déplaçant les tégumens avec lesquels cet organe a des rapports indirects, et qu'alors le calcul prendrait une position déclive par ssn propre poids, ou qu'il sortirait de quelque poche au repli de la vessie. »

Ce projet est mis à exécution. La présence du calcul est de nouveau constatée : il paraît être du volume d'un petit haricot, et on le sent plus facilement quand la vessie est complètement vide. Le malade se refuse à une opération, et il est soumis à l'usage de tisanes alcalines en abondance, de bains de siége et d'un régime végétal. Trois mois après il avait recouvré la faculté d'uriner sans aucune difficulté. Dans le début du traitement, il rendit une grande quantité de graviers en urinant ; maintenant ses urines sont limpides. Tous les symptômes de l'existence du calcul ont disparu.

Rien ne prouve, dit M. Ségalas, que le calcul ait été dissous; peut-être qu'il a été rendu avec les urines à une époque plus ou moins avancée du traitement ; peut-être même qu'il est encore dans la vessie. Le repos, les boissons délayantes, l'éloignement des causes excitantes, la privation des liqueurs alcooliques en particulier, peuvent bien avoir fait disparaître les quelques symptômes éprouvés par le malade avant toute exploration, d'autant mieux que, précédemment à toute médication alcaline, la difficulté d'uriner avait entièrement cessé. — Est-ce à dire pour cela, ajoute M. Ségalas, que nous considérions les boissons alcalines comme étant sans action sur les concrétions urinaires ? Non, certes ; telle n'est pas notre pensée. Nous voulons seulement faire constater que cette observation ne constitue pas un fait bien positif en faveur de l'action dissolvante des alcalis.

Au total, les deux observations communiquées par M. Testel prouvent beaucoup moins que leur titre ne semble l'annoncer. Nous proposons de les déposer dans les archives de l'Académie, et d'adresser des remercîmens à l'auteur. (Adopté.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 5 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 28, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Considérations générales sur la ténotomie.

(Suite du numéro du 26 février.)

La section des tendons, dit M. Bérard, est une opération qui est devenue, depuis quelques années, l'objet de l'étude des chirurgiens, et qui a imprimé une face nouvelle à la thérapeutique d'un grand nombre de difformités. D'abord imaginée pour guérir le torticolis dû à la rétraction du sterno-mastoïdien, appliquée cent ans plus tard au traitement du pied-bot, et limitée au seul tendon d'Achille, cette section a été, dans ces derniers temps, appliquée à presque tous les muscles du corps, et à l'occasion de maladies fort diverses. Avant d'entrer dans les détails de cette opération, envisagée d'une manière générale, jetons un coup-d'œil sur les diverses circonstances qui peuvent en exiger l'emploi.

1° *Rétractions musculaires.* De toutes les maladies pour lesquelles la section des tendons est pratiquée, il n'en est aucune qui la réclame plus souvent que cette affection du système musculaire connue sous le nom de *rétraction*. Déjà, dans une des leçons précédentes (1), j'ai eu l'occasion de montrer un malade affecté de pied-bot valgus, sur lequel j'ai coupé la plupart des tendons des muscles soumis à l'action du nerf sciatique poplité externe, affectés de rétraction. Je saisis cette occasion pour faire connaître le résultat. Malgré le nombre des muscles divisés, il n'est survenu aucune réaction inflammatoire. Toutes les plaies se sont réunies par première intention. Les pieds ont été immédiatement soumis à l'action des machines, et ils ont été facilement maintenus dans l'adduction et l'extension.

Cependant, après une dizaine de jours, la guérison paraissant imparfaite à droite, un examen attentif fit découvrir que l'un des muscles péroniers latéraux n'avait pas été divisé en totalité. Pour lever cet obstacle, nous avons fait une nouvelle opération, et cette fois le ténotome a été conduit entre le péroné et le tendon. La section du muscle a procuré immédiatement le résultat désiré.

Aujourd'hui les pieds ont repris une bonne configuration, et le malade se livre à l'exercice de la marche sans ressentir les douleurs qu'il éprouvait autrefois. La plante du pied appuie sur le sol dans toute son étendue.

Mais ce n'est point seulement pour les rétractions musculaires essentielles que la ténotomie est usitée ; on y a recours dans les cas où cette rétraction est consécutive à une autre maladie.

2° Ainsi, la position dans laquelle sont parfois entraînées les parties à la suite de maladies des articulations. Pour ces causes nous avons déjà coupé les tendons du jarret et le tendon d'Achille.

3° Nous avons également coupé le muscle biceps fémoral chez une femme affectée de luxation complète du genou en dehors, à la suite d'une usure des cartilages avec usure des surfaces osseuses et hydarthrose considérable.

4° La même opération est conseillée par M. Ménier, et sera faite avec avantage dans certains cas de fracture avec déplacement, alors que les muscles opposent une résistance insurmontable à la réduction.

5° La ténotomie a encore été pratiquée pour obtenir la réduction de luxations, soit congénitales, soit traumatiques, et datant de plusieurs années. MM. Guérin et Dieffenbach ont montré tout le parti qu'on peut tirer de cette opération en semblable circonstance.

6° Les brûlures entraînent quelquefois des positions vicieuses qui plus tard exigent non-seulement la section des brides dues à la production du tissu inodulaire, mais encore celle des tendons qui répondent au sens dans lequel a lieu la difformité. C'est ainsi que sur une malade couchée au n° 5 de la salle Sainte-Marie, nous avons dû diviser successivement le tendon d'Achille, les tendons du biceps, du demi-tendineux, du grêle interne, pour favoriser le redressement de la jambe et du pied, horriblement déplacés par suite d'une ancienne brûlure.

7° La section des muscles de l'œil a été pratiquée non-seulement pour faire cesser le strabisme, mais encore pour combattre la myopie, la disposition des yeux à la fatigue, et les résultats obtenus par MM. Guérin et Bonnet ne sont par les moins admirables de ceux qu'on doit à cette opération.

8° Cette même opération est aussi proposée pour faciliter la coaptation des fragmens dans les cas de fracture transversale de la rotule, de l'olécrâne, du calcanéum.

9° Enfin la section des muscles a encore été conseillée dans quelques cas où son utilité pourra paraître moins évidente. Ainsi M. Dufresse propose la section des ischio-caverneux pour faire cesser certaines affections des voies urinaires désignées sous le nom de rétrécissement spasmodique de l'urètre ; M. Bonnet l'a exécutée sur les sterno-mastoïdiens chez une personne atteinte d'un goître volumineux, pour remédier à la suffocation, en permettant l'extension de la tumeur vers les parties superficielles, etc.

Les occasions de pratiquer la section des muscles sont donc extrêmement nombreuses, et peut-être les verra-t-on se multiplier encore davantage. Nous allons actuellement envisager cette opération sous le point de vue de son manuel opératoire, et pour cela nous jetterons un coup-d'œil sur les modifications qu'elle a subies depuis sa première application jusqu'à nos jours.

Les premières observations de section de muscle pour remédier à la difformité que ces organes occasionnent par leur contraction convulsive, leur brièveté et leur raideur se rapportent à la section du sterno-cléido-mastoïdien. On en trouve une très intéressante dans l'ouvrage de Tulpius. Le muscle fut coupé en travers au-dessus de la clavicule. Heister parle aussi de cette opération, et cite à son occasion, les écrits de Meckren et Roonhuysen, dans lesquels on en trouve des exemples. Ce fut seulement en 1784 que Thilenius appliqua au tendon d'Achille ce que les chirurgiens avaient fait pour le sterno-mastoïdien ; et, comme eux, il comprit dans une incision transversale la peau et le muscle. La crainte de voir la plaie du tendon suivie d'exfoliation inspira sans doute les chirurgiens qui, plus tard, répétèrent cette opération. Ainsi Sartorius, en 1812, fait à la peau une plaie longitudinale dans le fond de laquelle il coupe en travers le tendon, et il rapproche ensuite les lèvres de la plaie. Delpech, en 1816, fait deux incisions parallèles au tendon, qu'il divise ensuite en respectant la peau qui le recouvre. Enfin, en 1822, Dupuytren pratiqua sur le sterno-mastoïdien la première opération de ténotomie sous-cutanée. Cette section fut répétée sur le même muscle un grand nombre de fois par Dieffenbach en 1830 ; par M. Syme en 1833, par Stromeyer en 1835. Déjà ce dernier chirurgien avait transporté à la section du tendon d'Achille ce qui avait été fait pour le sterno-mastoïdien, et dès 1833 il avait pratiqué la section sous-cutanée du muscle extenseur du pied. Enfin, c'est à partir de l'époque à laquelle les opérations de Stromeyer furent connues en France, que la ténotomie sous-cutanée reçut tous les perfectionnemens auxquels elle est parvenue de nos jours.

Cet aperçu rapide nous dispense d'entrer dans de longs détails au sujet des méthodes admises pour la section des tendons. En effet, celle de Tulpius ou de Thilenius, celle de Sartorius, celle de Delpech, n'appartiennent plus qu'à l'histoire de l'art, et nous n'avons plus à nous occuper que de la méthode sous-cutanée.

Principes de la ténotomie. Voici d'après quelles règles cette opération doit être pratiquée :

1° Il faut donner à la région une position telle que l'on puisse, à volonté, augmenter ou diminuer le degré de tension

(1) *V.* le numéro du 15 janvier.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des Accouchemens; par M. MOREAU, professeur à la Faculté de Médecine de Paris (1).

Le livre que nous annonçons est la reproduction exacte des doctrines qui font la base du cours professé par M. Moreau à la Faculté de médecine de Paris. C'est déjà dire que cet ouvrage a un but d'utilité pratique qui le rendra précieux aux étudians et aux praticiens.

Le Traité des Accouchemens nous offre deux parties distinctes à considérer ; la partie dogmatique et la partie pratique. La première est l'exposé, aussi fidèle que possible, des théories régnantes. « Pour y arriver, dit M. Moreau, nous avons dû nous aider des connaissances acquises par nos devanciers et de celles qu'y ont ajouté nos contemporains. Nous nous sommes efforcé de rendre aux uns et aux autres la justice qui leur est due. Nous avons indiqué exactement les ouvrages auxquels nous avons fait des emprunts, afin de ramener, autant qu'il est en nous, les élèves à la lecture des anciens, qui nous paraît trop négligée, et de leur prouver que la science ne date pas d'aujourd'hui. » Dans la partie pratique, l'auteur a suivi la même marche ; toutefois, il s'est permis plus souvent d'exprimer son opinion, et il a rapporté à l'appui les faits qu'il avait observés. Cette manière de faire donne au livre de M. Moreau une valeur inappréciable ; en effet, des faits nombreux, rares pour la plupart, observés dans son immense pratique, complètent une masse imposante d'observations qui permettent à l'auteur de toujours procéder par exemples, en apportant une déduction pratique à l'appui des données théoriques. Ajoutons encore que le praticien doit trouver des indices précieux dans la relation lumineuse et raisonnée de ces observations.

Maintenant que nous avons indiqué le but et la portée du livre de M. Moreau, nous allons faire connaître par une analyse rapide les divers matériaux qui ont trouvé place dans ce recueil.

La première partie est consacrée à l'exposition des organes qui concourent d'une manière quelconque à l'accomplissement des diverses fonctions de reproduction dont la femme est chargée. Ces organes sont étudiés 1° dans leur état physiologique et à l'état de repos ; 2° dans leur état physiologique et pendant leur action fonctionnelle, 3° dans les anomalies qu'ils peuvent offrir, autant toutefois qu'elles peuvent apporter des modifications, des obstacles ou des empêchemens à l'exécution des fonctions dont ces organes sont chargés. L'auteur étudie ensuite dans le même ordre les produits de ces fonctions, c'est-à-dire les diverses parties qui entrent dans la composition de l'œuf humain. Une fois les organes connus, ainsi que leurs produits, il examine les fonctions dans leur ensemble.

Dans cette première partie nous avons remarqué une bonne description du bassin, suivie de l'historique des vices de conformation considéré sous un point de vue plus philosophique et plus large qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. La mensuration du bassin a fourni l'occasion de rectifier quelques erreurs sur les axes et les inclinaisons du bassin. Un chapitre étendu est consacré à l'examen de la mobilité et de l'écartement des symphyses ; un autre consacré à l'étude des déplacemens de l'utérus, jette une vive lumière sur plusieurs points encore en litige. Enfin, à l'article embryogénie, nous trouvons une discussion approfondie des nombreux travaux publiés sur ce point si difficile, et le résultat des recherches propres à M. Moreau sur la membrane caduque.

La seconde partie est consacrée à l'étude des fonctions. M. Moreau fait l'examen du flux menstruel et des anomalies qu'il peut offrir ; puis après un aperçu sur la conception, il aborde l'histoire de la grossesse. Il en établit les divisions, il en fait connaître la marche régulière, les signes caractéristiques, les moyens d'apprécier chacun d'eux à sa juste valeur ; enfin, il parle de sa durée et de sa terminaison.

La troisième partie est spécialement destinée à l'étude des divers modes de terminaison de la grossesse, c'est-à-dire des accouchemens. L'auteur établit une distinction entre les accouchemens, et il fait connaître les variétés nombreuses qu'ils peuvent offrir, soit qu'ils se terminent sous l'influence des seuls efforts de la nature, soit qu'ils exigent l'intervention de l'art.

Dans la quatrième partie, M. Moreau examine les anomalies que la grossesse peut présenter dans sa marche, son développement, son produit, son siége, sa terminaison ; et à ce propos il trace l'histoire de l'avortement, des môles, des grossesses par erreur de lieu, des ruptures de l'utérus, etc.

Enfin, dans la cinquième et dernière partie sont rangés les phénomènes naturels qui surviennent chez la femme à la suite de l'accouchement, chez l'enfant au moment de sa naissance, et les soins particuliers qu'ils exigent l'un et l'autre.

Tel est l'ensemble des matières passées en revue par l'auteur, l'appréciation rigoureuse des faits, les applications nettes et précises, l'étude intelligente des matériaux anciens, la multitude de faits importans et pratiques fournis par l'observation de ce professeur, font du Traité de M. Moreau un livre précieux, substantiel, dégagé de toutes longueurs et inutilités, qui applanira la voie aux commençans, et que les praticiens trouveront toujours comme un conseil éclairé et judicieux.

Il est dans la science des accouchemens une foule de détails, de nuances, que les descriptions ne peuvent bien rendre, et que l'examen d'un dessin fait rapidement apprécier. Aussi, pour faciliter l'intelligence du texte, M. Moreau a joint un atlas à son Traité d'accouchemens. Soixante planches lithographiées, exécutées par M. Emile Beau, les unes en grandeur naturelle, les autres en demi-grandeur, offrent tous les détails anatomiques importans à connaître ; les principaux vices de conformation du bassin, les époques du développement fœtal, les positions du fœtus, le mécanisme de l'accouchement naturel, l'accouchement artificiel, la version, les applications du forceps, etc., en un mot, toutes les particularités dont la présentation peut faciliter l'intelligence du mécanisme et des descriptions. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que cet atlas complète dignement le Traité et qu'il l'emporte de beaucoup sous le point de vue de l'exécution sur ce qui a été tenté jusqu'à ce jour.

Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes âgés ; par M. L. A. MERCIER (1).

Ce livre, comme le dit M. Mercier, est la première partie d'une série de recherches qu'il se propose de publier sur différens points les moins connus et les plus importans pour la plupart, des maladies des organes génito-urinaires. L'étude des maladies de ces organes chez les hommes âgés a d'abord fixé l'attention de M. Mercier, et fait le sujet de son livre.

Ce travail est composé de quatre parties. La première est consacrée à l'anatomie et à la physiologie des organes génito-urinaires ; dans la seconde l'auteur, sous le titre d'affections primitives, expose les maladies séniles de la prostate, leurs causes, leurs effets, les moyens de les reconnaître, les affections avec lesquelles on pourrait les confondre, etc.; la troisième partie traite des maladies de la vessie, des uretères et des reins. M. Mercier envisage surtout ces maladies comme effets des affections précédentes, cependant comme la plupart peuvent, dans quelques circonstances, assez rares il est vrai, en être indépendantes, il leur donne le nom d'affections ordinairement consécutives ; enfin, dans la quatrième partie, l'auteur s'occupe exclusivement du traitement de ces différentes affections.

Les deux premières parties forment le texte du volume que nous avons sous les yeux ; les deux dernières, formant un second volume, doivent paraître prochainement.

(1) 1841. — 2 vol. in-8°, 14 fr. — Avec atlas lithographié de 60 planches et texte en regard, 60 fr. fig. n., et 120 fr. fig. col. — Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

(1) Paris. Un vol. in-8°. Chez Béchet et Labé, libraires, rue de l'Ecole-de-Médecine. 4.

du tendon qu'il faut couper.

2° L'on doit, en général, couper le muscle dans le point le plus rapproché de son insertion, et du côté où il est à l'état de tendon ou d'aponévrose étroite.

3° La plaie des tégumens doit être aussi étroite que possible ; il nous semble futile de discuter si elle sera parallèle à la longueur du tendon ou dirigée dans le sens transversal ; ce qui importe, c'est de la faire à une certaine distance du tendon ; pour cela on doit soulever la peau à l'aide d'un pli, et faire la ponction à la base de ce pli.

4° Il est à peu près indifférent de porter l'instrument du côté interne ou de l'externe du tendon ; ce qu'il faut observer, c'est que, s'il y a des vaisseaux ou des nerfs importans dans le voisinage, ceux-ci restent du côté du talon du ténotome, et non du côté de la pointe ; on est de la sorte moins exposé à les blesser.

5° Le ténotome est poussé en travers, de manière à ce que sa pointe dépasse le tendon qu'il faut diviser ; tantôt le chirurgien le fait glisser entre la peau et le tendon (méthode sous-cutanée), tantôt entre le tendon et les parties plus profondes (méthode sous-tendineuse). Dans le premier cas on coupe le tendon de dehors en dedans, ou des parties superficielles vers les parties profondes : c'est l'inverse dans le second. Ce point de la médecine opératoire relatif à la ténotomie n'est point encore définitivement fixé, et nous pensons même qu'il ne doit point y avoir de préférence absolue pour l'une ou l'autre méthode. M. Bonnet donne le conseil suivant, qui nous semble fort juste : Les tendons qui font relief sous la peau, et qui ne reposent pas sur des os, doivent être coupés de dehors en dedans ; pour les autres, il faut engager le ténotome entre le tendon et l'os, et couper ensuite de dedans en dehors. La première méthode expose moins à blesser les nerfs et les vaisseaux ; la seconde donne plus de certitude pour l'entière section du tendon. Nous pouvons fournir en preuve de ce dernier point ce qui s'est passé sur le malade affecté de pied-bot poplité externe, et auquel nous avons été obligé de pratiquer une seconde opération, le muscle long péronier latéral n'ayant pas été divisé dans la première. En effet, pour peu que le plan osseux sur lequel repose le tendon offre d'inégalités, celles-ci supportent l'action du ténotome, et le tendon échappe au tranchant de l'instrument.

6° Une fois l'instrument en place, l'aide donne aux parties une position telle que le tendon soit dans le degré de tension le plus grand possible. Quelquefois on atteint ce but en faisant fortement contracter le muscle, ou en le soulevant dans un point de sa longueur. Cette tension favorise la section du tendon, que l'on obtient en pressant perpendiculairement sur lui avec le tranchant de l'instrument. Ce temps étant le plus important de l'opération, arrêtons-nous un peu à en exposer les règles.

Lorsque l'on coupe de dehors en dedans, on doit agir en pressant plutôt qu'en sciant ; le doigt indicateur de la main gauche suit la marche de l'instrument, et reconnaît les points qui résistent : là seulement le ténotome sera conduit et appuyé. De la sorte, on court peu le danger de couper les vaisseaux et les nerfs ; car ces parties, toujours moins tendues que le muscle, fuiraient sous le tranchant de l'instrument si par hasard le ténotome arrivait jusque sur elles. Il n'en serait pas de même si le tendon était flasque, et si, pour le diviser, on était obligé d'appuyer beaucoup sur lui et de presser en sciant.

Quand on coupe de dedans en dehors, il faut surtout s'appliquer à ne laisser aucun organe important au-devant du ténotome, en glissant l'instrument immédiatement derrière le tendon ; il faut aussi éviter de le porter trop superficiellement et de passer à travers le tendon. Quand le ténotome est bien placé, il n'y a plus qu'une précaution à prendre ; c'est d'éviter de trop s'approcher de la peau, et surtout de la diviser transversalement.

Quel que soit le sens suivant lequel on agit, il faut surveiller la plaie de la peau, et prendre garde que le tranchant du ténotome ne l'échancre pendant que l'on fait les sections profondes : ce danger est peu à craindre avec le procédé de M. Guérin. En effet, lorsqu'on a fait préalablement un pli à la peau et que l'on se sert d'un ténotome dont le tranchant a peu de longueur, la partie de l'instrument qui répond à la plaie des tégumens est arrondie comme la tige d'une aiguille à cataracte, et ne peut en aucune façon inciser les parties des tégumens avec lesquelles elle est en contact.

7° L'on est averti que la section du tendon est achevée par la sensation d'un craquement particulier accompagné de bruit, et la disparition de la corde que formait le tendon. On doit encore, avant de retirer l'instrument, s'assurer qu'il ne reste aucune bride, aucun point résistant ; autrement on porterait de nouveau le ténotome sur ces parties pour les diviser. On ne doit pas oublier, cependant, que les nerfs peuvent, ainsi que nous l'avons dit en commençant, être raccourcis et tendus, au point d'être pris pour des tendons ; nous avons indiqué à quels signes on connaît cette altération, et comment il est possible d'éviter l'erreur. L'instrument est ensuite retiré avec précaution et les doigts appuyés sur la lame pour s'opposer à l'accès de l'air.

8° Il s'écoule à peine quelques gouttes de sang par la piqûre ; quelquefois la quantité de ce liquide est plus considérable ; on doit, par des pressions ménagées, en chasser la plus grande partie ; puis on essuie avec soin la petite plaie, on la recouvre avec un morceau de diachylon gommé, que l'on maintient à l'aide d'une bande imbibée d'eau froide, et l'opération est terminée.

On comprend que l'on puisse couper soit des vaisseaux, soit des nerfs ; une hémorrhagie dans le premier cas, une paralysie dans le second, seraient la conséquence de cette blessure. Aucun chirurgien n'ayant signalé ces accidens, nous nous bornons à les mentionner ici. La petite plaie qui résulte de l'opération est en général fermée dès le lendemain, et après quelques jours il est difficile de retrouver le lieu où elle a été faite. Nulle réaction, nul gonflement, nulle douleur ne se fait sentir dans la plaie sous-cutanée. Une ecchymose plus ou moins forte, quelquefois à peine visible, est la seule chose qui dénote la solution de continuité dont la région a été affectée. Il paraît cependant que les phénomènes qui suivent la ténotomie ne sont pas toujours aussi simples. On a vu survenir de l'inflammation, des abcès, des érysipèles, etc. ; il est probable que ces accidens tiennent à quelque faute commise pendant l'opération, soit que la plaie des tégumens ait eu trop d'étendue, soit qu'on l'ait faite trop près du lieu où le tendon a été divisé, soit enfin qu'on ait négligé de favoriser avec assez de soin la réunion par première intention. Selon M. Guérin, la principale cause de l'inflammation tient à l'introduction de l'air dans la plaie. Nous avons déjà, dans notre *Compendium de chirurgie*, discuté cette opinion qui n'a point à nos yeux acquis la force d'une vérité démontrée, mais qui est assez plausible pour que les chirurgiens s'efforcent de prévenir cette introduction. Selon ce même auteur, le caractère des plaies sous-cutanées ne diffère pas seulement de celui des autres plaies par le plus ou le moins d'inflammation, mais il s'en distingue par l'absence complète de cet acte pathologique et par le développement de phénomènes d'un ordre essentiellement différens, c'est-à-dire l'organisation immédiate des tissus divisés et des fluides épanchés, genre de travail que M. Bonnet compare à celui qui se passe dans un œuf soumis à une incubation favorable et qui donne naissance à un être organisé.

Que se passe-t-il entre les extrémités d'un tendon, depuis le moment de la section jusqu'à l'entier rétablissement des fonctions du muscle ? M. Ammon a étudié ce phénomène expérimentalement. Selon lui il s'écoule de la surface de la coupe du tendon une lymphe plastique qui donne naissance à des prolongemens filamenteux qui vont d'une extrémité à l'autre du tendon. Au bout de quelques jours, la lymphe subit des transformations qui la rapprochent du tissu du tendon. Elle offre encore une teinte sanguinolente ; plus tard elle devient bleuâtre, enfin elle prend l'aspect fibreux et diffère assez peu de la structure du tendon.

Ce n'est point de la sorte que les choses se passent d'après M. Bouvier. Cet habile médecin, qui s'est un des premiers occupé de ce sujet, a rendu compte du résultat de ses expériences dans son mémoire sur le pied-bot.

Selon lui, si l'on découvre les parties divisées, on trouve dans les premiers jours les deux bouts du tendon reçus dans une sorte de canal ordinairement vide qui va de l'un à l'autre, et qui n'est autre chose que la gaîne celluleuse qui sert d'enveloppe habituelle au tendon. Une solution de continuité existe à l'un des points de cette gaîne et répond au point par lequel le ténotome a pénétré pour couper le tendon. Quelquefois cette gaîne renferme une quantité de sang plus ou moins grande. Sa surface interne est dans tous les cas ecchymosée et d'un rouge vif presque uniforme. Les changemens que subissent les parties sont les suivans : les bouts du tendon contractent des adhérences intimes avec la gaîne ; la cavité de celle-ci s'efface d'un bout à l'autre, et le sang qu'elle renferme est absorbé ; elle forme alors un cordon celluleux établi entre les deux bouts du tendon ; peu à peu sa texture, sa consistance et son épaisseur sont modifiées : elle devient plus dense, plus épaisse ; elle revêt les caractères du tissu fibreux, quoiqu'elle ne prenne jamais l'aspect nacré et la structure fasciculée des tendons. C'est donc par l'intermédiaire de la gaîne celluleuse du tendon que se trouve rétablie la continuité de celui-ci, sans qu'il y ait eu aucune production nouvelle, aucune sécrétion de lymphe plastique. Cette explication est adoptée par M. Velpeau.

Quoique je n'aie pas fait d'expériences directes sur ce sujet et que je n'aie pas eu occasion de disséquer des parties sur lesquelles des ténotomies récentes aient été pratiquées, j'avouvrai cependant que la ténotomie d'Ammon me semble plus exacte que celle de M. Bouvier. Je pense avec M. J. Guérin que le mécanisme de la guérison est le même dans ce cas que dans celui de la réunion des plaies par première intention ; qu'ainsi, après la section des tendons, il s'établit une trame nouvelle résultant de l'épanchement d'un liquide plastique entre les bouts du muscle coupé. D'abord gélatiniforme et amorphe, cette lymphe prend peu à peu de la consistance, se creuse des vaisseaux et finit par s'organiser au point de rétablir la continuité entre les extrémités des tissus divisés dont elle revêt jusqu'à un certain point la texture et les propriétés.

Conduite à tenir après l'opération. Lorsque la ténotomie est pratiquée, faut-il immédiatement soumettre les parties à l'action des machines, et tenir les bouts du tendon éloignés l'un de l'autre ? Delpech, sans agiter cette question d'une manière générale, a donné le conseil de maintenir les extrémités du tendon en contact aussitôt après leur division, et de les y laisser assez de temps pour qu'elles soient réunies par une substance fibreuse de nouvelle formation : alors seulement on commence l'extension à l'aide de machines et l'on obtient peu à peu l'allongement de cette substance intermédiaire qui rétablit l'action entre les deux bouts du tendon.

Stromeyer a adopté sur ce point les principes de Delpech.

Première partie. — Après une description des organes génito-urinaires dans laquelle nous avons surtout remarqué ce qui concerne l'urètre et la prostate, M. Mercier aborde l'étude du système musculaire de la vessie, qu'il décompose de la manière suivante : 1° plan antérieur s'étendant du pubis à la paroi antérieure de la vessie ; c'est le plan pubio-vésical ; 2° plan postérieur qui, superficiellement placé, s'élève du bord supérieur et postérieur de la prostate vers la partie supérieure de la vessie (plan postéro-vésical-postérieur) ; 3° deux faisceaux qui naissent des parties latérales de cette glande, se portent dans toutes les directions sur les parois antérieure et postérieure de la vessie (plans vésicaux prostatiques latéraux) ; plan profond externe, qui s'étend du trigone aux parois de la vessie (plan trigono-pariétal) ; 5° un plan profond interne qui naît de la paroi postérieure de la portion prostatique de l'urètre et gagne celles de la vessie (plan urétro-vésical) ; 6° deux petits faisceaux qui s'étendent des pubis aux crêtes prostatiques (plan pubio-prostatique).

Le chapitre qui suit traite des fonctions de l'appareil urinaire. Après l'exposé des théories généralement admises pour expliquer la rétention normale des urines dans la vessie et leur émission, M. Mercier discute les idées sur lesquelles elles ont été fondées, en fait voir l'insuffisance, et développe une nouvelle explication fondée sur la description anatomique que nous venons de résumer. Un appendice consacré aux fonctions de la prostate complète cette première partie.

Deuxième partie. — L'auteur se livre d'abord à des considérations générales habiles et bien exposées sur les affections qu'il appelle *ordinairement primitives*. La substance de ces préliminaires peut être résumée comme il suit : 1° Les maladies de l'appareil urinaire sont très fréquentes chez les hommes âgés ; tandis qu'elles sont rares dans l'autre sexe. 2° Presque toutes proviennent d'obstacles matériels au libre écoulement de l'urine. 3° Ces obstacles résultent le plus souvent d'une tuméfaction de la prostate, organe qu'on ne rencontre que chez l'homme.

L'histoire de la tuméfaction sénile de la prostate et de ses différentes formes ; celle de la nature de la tuméfaction sénile et de ses causes fournissent le sujet des chapitres qui suivent. Une fois ces lésions établies et bien connues, M. Mercier apprécie leur influence sur les fonctions de l'excrétion urinaire, et il décrit les déformations de l'urètre par hypertrophie de la prostate, et le mécanisme de l'incontinence, de la rétention ou du regorgement d'urine qui peuvent en résulter. Des recherches que nous venons d'indiquer, on peut déduire les propositions qui suivent :

Plus la prostate est hypertrophiée d'une manière égale et régulière dans toutes ses parties, plus il y a disposition à l'incontinence d'urine.

Plus l'hypertrophie est partielle ou irrégulière, plus la rétention est imminente.

Le regorgement arrive dans les cas intermédiaires aux deux catégories précédentes.

Tout le chapitre qui suit est destiné à développer les avantages du cathétérisme, non pas comme moyen de traitement (ce n'est pas ici le lieu de le faire), mais bien comme moyen précis d'exploration et de diagnostic dans les hypertrophies prostatiques. C'est là un des points les plus importans et les plus originaux du livre de M. Mercier. Obligés de nous restreindre, nous ne ferons que montrer les principaux préceptes que nous y avons rencontrés.

Dans les cas où l'on a lieu de soupçonner quelque fausse route, on doit toujours commencer par introduire une sonde courbe, parce qu'elle est plus facile à manier, et qu'elle fatigue moins le patient que toute autre ; mais on ne doit jamais user de force.

Si la sonde est arrêtée au centre de la portion prostatique, on dirige son bec alternativement à droite ou à gauche, ou bien on lui fait suivre la paroi postérieure, ou plutôt encore la paroi antérieure, en même temps qu'on le pousse directement vers la vessie.

Si ces manœuvres opérées avec douceur ne réussissent pas, on introduit une sonde coudée jusqu'à l'obstacle, on rapproche la tige de l'axe du tronc, puis on la pousse directement et avec une certaine force, si cela est nécessaire.

Lorsque c'est au col de la vessie que la sonde courbe est arrêtée, il faut toujours, autant que possible, porter son bec en avant ; il est même souvent utile de le diriger en même temps un peu de côté et d'autre.

Si l'on ne réussit pas de la sorte, on doit avoir recours à la sonde coudée ; on l'introduit jusqu'à l'obstacle, et comme la tige se trouve alors très rapprochée de l'axe du tronc, il suffit pour pénétrer dans la vessie de la pousser directement avec une force suffisante, en même temps qu'on porte doucement son bec vers la symphyse en abaissant de plus en plus le pavillon.

M. Mercier fournit par l'étude de la marche et des signes de l'incontinence, de la rétention et du regorgement d'urine résultant d'une hypertrophie de la prostate. Un long chapitre, consacré au diagnostic, complète ce tableau. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les développemens qu'il donne au sujet ; nous dirons seulement qu'il développe dans cette partie de son ouvrage la disposition d'un instrument qu'il appelle cathéter explorateur, et au moyen duquel il peut reconnaître les tumeurs qui s'élèvent dans la vessie, les valvules du col de cet organe, et les hypertrophies de la prostate du côté de l'urètre. Les praticiens trouveront là des documens utiles, fondés sur la connaissance exacte de l'anatomie normale et pathologique, et sanctionnés tous par une expérience intelligente et raisonnée.

Enfin, le dernier chapitre est destiné à faire connaître une maladie très fréquente et à peu près ignorée, que l'on observe chez les adultes et chez les hommes âgés, mais qui présente de nombreux points de ressemblance sous le rapport du diagnostic, des effets et du traitement, avec certains engorgemens prostatiques.

Nous faisons des vœux pour que M. Mercier publie rapidement la seconde partie de son traité. Ce livre est le fruit de sept années d'investigations persévérantes dans les hôpitaux et les amphithéâtres les plus riches en faits de ce genre ; ses connaissances variées et exactes lui donnent un nouveau prix, et l'on peut dire sans flatterie que son traité est un de ces livres consciencieux et originaux que la presse médicale fournit trop rarement aux méditations des praticiens.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation de l'acide cyanhydrique médicinal.

M. Thomson conseille d'avoir recours au procédé suivant pour obtenir un acide cyanhydrique. Il commence par préparer du cyanure de plomb en faisant agir l'acide cyanhydrique sur l'acétate de plomb ; il sèche ce sel, puis il le décompose à froid par de l'acide sulfurique étendu d'eau, en ayant soin de laisser un léger excès d'acide sulfurique.

M. le professeur Soubeiran n'accepte pas la préférence que M. Thomson accorde à son procédé, parce que la dessiccation parfaite du cyanure de plomb est une condition difficile à réaliser en pratique, sans des précautions qui rendent l'opération inexacte. Il est tout à fait plus simple et plus sûr, dit-il, d'analyser l'acide cyanhydriquepar l'azotate d'argent, comme on a l'habitude de le faire pour fixer son degré. Un excès de cyanure de plomb laisserait du plomb dans l'acide cyanhydrique ; un excès d'acide sulfurique nuirait à sa conservation.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, février 1842.)

Cas d'empoisonnement par des fraises qui avaient été placées dans une tasse de tôle vernie avec une laque verte ; par M. le docteur C.-L. Sigmund, de Vienne.

Les fraises dont il s'agit avaient été achetées le matin, puis conservées jusqu'au moment du souper dans une tasse de tôle colorée en vert. Peu de temps après leur ingestion, le maître de la maison, sa femme et leur domestique se plaignirent de nausées, ils eurent des vomissemens et éprouvèrent un sentiment de faiblesse considérable. Bientôt, les vomissemens devinrent plus forts et nécessitèrent l'administration de poudres effervescentes. On donna ensuite du lait pour calmer la sensation de brûlure vive dont l'estomac était le siége. Néanmoins, les deux jours suivans, les trois malades éprouvèrent encore les mêmes symptômes et, de plus, des étourdissemens. Ce ne fut que par l'usage prolongé du lait, associé à l'hydrolat de laurier-cerise, qu'on parvint à rétablir la santé.

L'analyse chimique démontra que la couleur verte de la tasse était due à de l'arsenite de cuivre.

(*Oesterr. medic. Wochenschrift*, 1841.)

Il assujétit à l'aide de machines le pied de telle sorte que les bouts du tendon restent en contact, et ce n'est qu'au bout d'une dixaine de jours qu'il soumet cette partie à des extensions graduées.

Le motif de cette conduite est la crainte de voir les extrémités du tendon entièrement étrangères l'une à l'autre, si on les tenait de suite écartées. Mais ce motif est sans fondement. Dans les observations de Thelenius, de Sartorius, on opéra immédiatement un intervalle de plusieurs centimètres entre chaque bout du tendon, et cependant lorsque les plaies furent cicatrisées, l'action du bout supérieur du muscle se transmettait parfaitement au bout inférieur. Des exemples nombreux de rupture du tendon d'Achille avec écartement, que les appareils ne purent surmonter, n'en ont pas moins été suivis d'une guérison parfaite, à ce point que l'intervalle a été comblé par une substance qui rétablissait la continuité du tendon et transmettait son action au calcanéum.

Ces faits servent aujourd'hui de base à la pratique du plus grand nombre des chirurgiens, en sorte que l'on fait suivre immédiatement la section du tendon d'Achille de l'emploi de machines qui redressent le pied autant que possible, sans se préoccuper de ce qui a lieu du côté du tendon.

Cette pratique doit-elle être étendue à la section de tous les tendons? Les faits l'ont justifiée pour le plus grand nombre. Cependant il en est quelques-uns où la transmission du mouvement ne s'est pas rétablie : ainsi la section des fléchisseurs des doigts au niveau de leur trajet digital et dans la gaîne synoviale qui les renferme a été suivie de l'impossibilité de fléchir les doigts. Peut-être que, dans cette circonstance, on devrait se conformer à la pratique de Delpech et de Stromeyer, et ne commencer les extensions qu'au bout d'une dizaine de jours.

Nous terminerons par une remarque applicable aux opérations où la ténotomie est faite pour remédier à une difformité, et c'est sans doute le plus grand nombre : c'est qu'il y a deux choses à observer dans le résultat; d'une part la configuration plus ou moins parfaite de la région, de l'autre le rétablissement de ses usages. Or, par la section des tendons, il est presque toujours possible, lorsque l'on opère dans les circonstances favorables, d'atteindre le premier résultat, et comme aux membres inférieurs la forme est ce qui importe le plus pour que les fonctions s'accomplissent, la ténotomie procure presque toujours des résultats avantageux. Aux membres supérieurs, au contraire, l'intégrité des mouvemens est plus essentielle que la bonne configuration des parties à l'accomplissement des usages que les mains doivent remplir; en sorte que les efforts du chirurgien doivent tendre à trouver des procédés qui permettent la section des tendons des doigts atteints de rétraction sans nuire à l'agglutination ultérieure des bouts divisés, comme aussi sans exposer ceux-ci à contracter avec les parties voisines des adhérences qui s'opposent à leurs glissemens.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Amygdalite aiguë entée sur une amygdalite chronique datant de sept ans. — Guérison de l'inflammation aiguë; persistance de l'engorgement chronique. — Considérations générales sur l'angine granuleuse ou mamelonnée.

Au n° 2 de la salle Sainte-Agnès (salle des hommes) est couché un jeune homme de dix-huit ans, entré à l'hôpital pour une amygdalite.

Ce jeune homme est sujet à cette maladie depuis l'âge de onze ans; il dit en avoir été affecté à trente reprises environ dans l'espace de sept années, tantôt restant une année entière sans en éprouver la moindre atteinte, tandis que d'autres fois il en était affecté plusieurs fois dans le même mois. L'inflammation n'a jamais attaqué que l'amygdale gauche; la durée moyenne de ces inflammations a été, à ce qu'il dit, de huit à dix jours, tantôt plus, tantôt moins. Le mode de terminaison a présenté quelques différences : soit qu'elle ait été traitée par les sangsues, par les vomitifs, ou simplement par les gargarismes, la maladie allait en général en diminuant peu à peu et graduellement jusqu'à complète disparition. Interrogé spécialement sur la question de savoir si cette amygdalite ne s'est jamais terminée par suppuration, s'il n'est jamais sorti avec les crachats du pus ou tout autre matière puriforme et fétide, le malade répond qu'on a fait une seule fois usage du bistouri, et qu'à la suite de l'incision qui fut pratiquée il n'a vu sortir que du sang; qu'il ne se rappelle pas, du reste, avoir jamais craché du pus, ni aucune matière fétide ou puriforme. On ne peut d'ailleurs s'en rapporter, à cet égard, au rapport du malade; il est infiniment probable, au contraire, alors qu'il n'a cru voir sortir que du sang, que ce sang était mêlé à du pus, car c'est ce qui a constamment lieu dans ces cas-là. Ce jeune homme ajoute qu'à la première atteinte de sa maladie, il fut beaucoup plus souffrant qu'aux atteintes subséquentes, qu'il eut beaucoup plus de douleurs et une fièvre plus intense. M. Chomel rappelle à cette occasion l'observation qu'il a faite bien souvent à l'égard des phlegmasies en général, que lorsqu'un organe a été plusieurs fois le siége d'une inflammation, la première est toujours la plus violente, et que son intensité décroît en raison de la fréquence de sa reproduction, tandis que sa durée augmente dans une proportion inverse, au point que lorsque la phlegmasie s'est reproduite un grand nombre de fois sur le même organe, il devient bien souvent très difficile de l'en déloger, et qu'elle y laisse une grande tendance à la récidive sous l'influence des plus légères causes.

L'amygdalite peut donner lieu à des accidens graves; parmi ces derniers, et l'un des plus graves, est la suffocation qui peut être déterminée par un gonflement extrême des amygdales. M. Chomel indique un moyen mécanique qu'il a souvent mis en usage avec succès, pour prévenir cet accident. Ce moyen consiste à exercer, à l'aide des doigts introduits dans la bouche, une pression assez forte sur les amygdales; sous l'influence de cette pression, il s'écoule à travers la membrane muqueuse qui revêt ces glandes une humeur visqueuse plus ou moins abondante, et les amygdales ainsi dégorgées diminuent momentanément de volume. La première fois que M. Chomel eut l'occasion de recourir à ce moyen, ce fut au début de sa carrière, chez une dame affectée d'une amygdalite très intense avec imminence de suffocation, et qu'il soulagea immédiatement par ce dégorgement mécanique. Du reste, ajoute-t-il, cette maladie n'est en général point alarmante; la déglutition est peut-être plus ou moins gênée, mais il est très rare qu'elle soit tout à fait empêchée. Ce malade n'éprouve qu'une gêne médiocre, il a une adresse toute particulière pour avaler; c'est ce qui arrive généralement chez les malades qui sont fréquemment ou depuis long-temps affectés de cette maladie; poussés par la nécessité de surmonter les obstacles qui s'opposent au libre passage des alimens et des boissons à travers l'isthme du gozier, ils parviennent ordinairement, à force d'exercice et par des contractions combinées à cet effet, à faciliter la déglutition.

En examinant l'arrière-gorge de ce malade, on voit l'amygdale du côté gauche et la portion correspondante du voile du palais tellement tuméfiées, qu'elles envahissent plus de la moitié de l'isthme du gozier et refoulent la luette tout à fait à droite. La muqueuse de la voûte palatine elle-même est distendue au point qu'il en résulte une déformation complète de toute la portion gauche du palais qui, au lieu d'une surface concave qu'elle offre dans l'état normal, présente une convexité très prononcée qui rétrécit considérablement le diamètre de la cavité buccale. Toutes ces parties sont fortement injectées, et offrent une couleur rouge violacée. Au premier abord, on serait tenté de croire que la muqueuse palatine est distendue par du pus; mais en exerçant une pression légère avec le doigt, on sent que ces parties sont dures, résistantes, et qu'il n'y existe point encore de collection purulente. Il est du reste probable que le pus ne tardera pas à se réunir en foyer, et que l'abcès se fera aisément jour de lui-même. M. Chomel n'est point d'avis d'ouvrir cet abcès par le bistouri, à moins d'indication spéciale.

Le traitement qui doit être prescrit dans cette affection consiste dans les saignées générales, les vomitifs et les purgatifs. Les saignées sont utiles dans ce cas, suivant M. Chomel, non qu'elles puissent enrayer la marche de la maladie, mais en ce qu'elles modèrent la violence de l'inflammation. Quant aux moyens préventifs, ce seraient encore les saignées générales et locales, les purgatifs et les exutoires à la peau qui devraient être mis en usage; on a pu quelquefois par ces moyens combinés prévenir le retour de cette affection. M. Chomel doute, toutefois, qu'on puisse compter sur leur efficacité, et à faire choix de l'un de ces moyens, il préférerait s'en tenir aux purgatifs, qui ont sur les saignées l'avantage de débiliter moins les malades, et de ne point les assujétir comme en demeure à des interruptions forcées de leurs occupations. Il faudrait surtout joindre à ces moyens l'observation des soins hygiéniques, tels qu'un régime doux, l'abstinence de toute espèce de substances excitantes, de mets épicés, de boissons alcooliques, etc., etc.

Le jour de l'entrée de ce malade à l'hôpital, on lui a pratiqué une saignée du bras, indiquée par l'état de plénitude et de dureté du pouls; on a administré à la suite un vomitif, et l'on a prescrit pour les jours suivans l'usage des purgatifs doux (huile de ricin), des bains de pieds et des gargarismes adoucissans.

Le troisième jour de traitement, le malade allait mieux; le gonflement de l'arrière-gorge avait beaucoup diminué, la déglutition se faisait beaucoup plus facilement; tout faisait espérer que la phlegmasie se résoudrait sans suppuration, comme il est déjà arrivé plusieurs fois au dire du malade.

Le cinquième jour, la résolution s'opérait de plus en plus, il ne restait plus qu'un peu de dureté à l'amygdale.

Le septième jour, le malade sortait guéri de l'hôpital, c'est-à-dire ne conservant plus qu'un engorgement chronique de l'amygdale tel qu'il a toujours persisté depuis la première invasion de la maladie.

M. Chomel a fait, à l'occasion de ce malade, les nouvelles réflexions qui suivent.

Sous l'influence du repos et du traitement qui a été prescrit à ce malade, la phlegmasie aiguë de l'arrière-gorge, entée sur un engorgement chronique de la tonsille, est complètement dissipée. La résolution s'est faite sans que l'on ait bien pu s'assurer s'il y a eu oui ou non suppuration. Le malade a rejeté avec les gargarismes des matières troubles, blanchâtres, qui, selon toute apparence, contenaient du pus mêlé à quelques filets de sang; mais ces matières n'avaient point l'odeur fétide caractéristique du pus qui se forme aux dépens des tonsilles et des tissus sous-muqueux de la cavité buccale; de sorte que l'on reste encore dans le doute à cet égard. Toujours est-il que la tonsille, qui était le siége d'une inflammation et d'une tension énormes, s'est considérablement dégorgée, et ne conserve plus actuellement que le degré de dureté et de rénitence que l'on observe toujours dans les engorgemens chroniques de cet organe. La voix auparavant sourde et profondément altérée, a repris un timbre presque normal, elle ne conserve plus qu'un son un peu nazillard.

Ce malade peut donc être considéré comme guéri de l'affection aiguë pour laquelle il est entré à l'hôpital, mais il lui reste toujours son engorgement chronique de l'amygdale, et une disposition probable à de nouvelles récidives sous l'influence des plus légères causes d'irritation, si le malade n'observe avec exactitude les soins préventifs nécessaires.

Quels sont les moyens à l'aide desquels on peut espérer prévenir le retour de ces accidens? On a alternativement préconisé l'usage du borax, de l'alun et d'autres substances astringentes, soit en gargarisme, soit en poudre, et portés sous cette forme sur les parties malades. Tous ces moyens ont souvent échoué, et l'on s'est vu forcé de recourir à l'excision. On a employé avec succès dans cet hôpital les scarifications de l'amygdale à l'aide d'une lancette, mais, loin que ces scarifications aient toujours eu un bon résultat, elles n'ont pas eu dans un assez grand nombre de cas plus de succès que les moyens précédens.

En général, on doit d'autant moins compter sur l'efficacité de toutes ces méthodes, que la maladie est plus ancienne et que l'amygdale offre une plus grande dureté, et que sa consistance se rapproche davantage de celle des tissus squirrheux. L'excision, soit totale, soit partielle, est le seul moyen qui reste dans ces cas-là, mais il faut être plus réservé qu'on ne l'est généralement à l'égard de cette opération, et n'y point recourir aussi légèrement qu'on le fait depuis quelque temps, d'autant que, pas plus qu'aucune autre opération chirurgicale, elle n'est exempte de danger. J'ai vu des personnes qui dans leur enfance avaient eu des engorgemens des tonsilles si considérables et si rebelles aux moyens ordinaires de traitement, qu'on leur avait proposé l'excision comme unique ressource, et qui, après avoir gardé ces engorgemens pendant un temps plus ou moins long, étaient arrivées à une guérison complète par l'usage de moyens simples et plus probablement surtout sous l'influence du progrès de l'âge et des modifications qu'il imprime à l'organisme. Il est donc plus convenable de s'abstenir d'opérer chez les sujets encore jeunes et chez lesquels on peut espérer voir la résolution s'opérer spontanément par le seul fait de la croissance et du dévoloppement; tandis que l'opération devient souvent la seule chance de salut chez les adultes, lorsque la maladie a pris un caractère chronique et qu'elle s'est montrée rebelle aux moyens les plus actifs.

Il existe une autre espèce d'angine qui a été signalée récemment et dont plusieurs médecins ont fait l'objet d'une étude spéciale, c'est l'inflammation de la paroi postérieure du pharynx, que l'on a désignée sous le nom d'angine *mamelonnée* ou *granuleuse*. C'est une inflammation de la même espèce que celle qui a été observée sur la muqueuse de l'estomac et surtout sur celle du col de l'utérus, inflammation souvent confondue à tort avec l'inflammation ulcéreuse ou carcinomateuse, avec laquelle elle n'a rien de commun et qui a également été étudiée avec soin dans ces derniers temps. On rencontre rarement de ces sortes d'angines dans les hôpitaux, ce qui tient à ce que cette maladie est peu grave en général et qu'elle ne détermine point assez de gêne et de douleur pour obliger les hommes du peuple à abandonner leurs travaux.

L'angine granuleuse ou mamelonnée, ainsi qu'on l'appelle, est caractérisée par les symptômes suivans : douleur pendant la déglutition, principalement ressentie pendant les premiers momens de déglutition et cessant à mesure que ces mouvemens sont répétés; cette douleur se fait également éprouver pendant les mouvemens qu'exige la parole. Les malades ressentent un chatouillement et une titilation incommodes au fond de la gorge, un besoin fréquent d'avaler et de cracher; enfin un sentiment continuel de gêne dans toute l'arrière-gorge. Ces sensations désagréables préoccupent tellement les malades, qu'ils sont constamment distraits et ne répondent qu'avec embarras et difficulté à ce qu'on leur demande. En déprimant fortement la base de la langue, on aperçoit la paroi postérieure du pharynx qui au lieu de la couleur rose-pâle et de la surface lisse et unie qu'elle présente habituellement, offre une surface saillante, rugueuse, inégale, d'une teinte rouge violacée, avec de petits points disséminés çà et là, tantôt sur les côtés, tantôt au centre, et recouverte d'une couche plus ou moins abondante de sérosité épaisse semblable à du blanc d'œuf, et quelquefois même à du muco-pus. Ces granulations se développent peu à peu, se groupent de manière à donner à la paroi postérieure du pharynx cette apparence mamelonnée qui a fait donner à la maladie le nom que nous indiquons tout à l'heure.

Le traitement de cette maladie est long, car cette espèce d'inflammation, bien que peu grave en elle-même, résiste avec une grande ténacité aux moyens que l'on a jusqu'à présent mis en usage contre elle. Il arrive ici ce que l'on observe pour les granulations du col de l'utérus, affection qui fait souvent le désespoir des médecins. Il est d'ailleurs dans cette circonstance beaucoup plus difficile d'employer les moyens locaux dont l'usage est facile pour le col de l'utérus; car ce dernier organe est peu sensible et supporte aisément l'action des topiques même les plus énergiques, tandis que la sensibilité du pharynx est telle, au contraire, que le moindre attouchement sur cette région excite chez les malades une vive répugnance et une résistance involontaire. Beaucoup de moyens ont été préconisés. D'après l'observation que plusieurs médecins avaient faite, de la coïncidence de cette affection avec diverses affections chroniques de la peau, telles que dartres, loupe, etc., comme on l'avait du reste remarqué déjà pour l'inflammation granuleuse du col de l'utérus, on avait cru voir pour le traitement de cette maladie l'indication des bains sulfureux ou alcalins. On s'est en général bien trouvé de l'usage de ces bains en y joignant l'application d'exutoires à la peau et l'administration des purgatifs. On est souvent parvenu, à l'aide de ces moyens, à vaincre la maladie pour quelque temps; mais le plus souvent elle s'est reproduite au bout d'un temps plus ou moins long. On a alors eu recours aux moyens dont on fait habituellement usage dans les angines ordinaires, tels que le borax, l'alun et même le nitrate d'argent soit solide, soit dissous; mais ces cautérisations ont l'inconvénient, comme nous le disions tout à l'heure, d'être très douloureuses, au point qu'on est souvent obligé d'y renoncer; c'est ce qui arrive lorsqu'on cautérise avec le nitrate d'argent solide, ce que l'on ne peut faire qu'en promenant pendant quelques instans le caustique sur la muqueuse de l'arrière-bouche. On préfère par ces motifs les caustiques liquides, même très concentrés, et qu'il suffit de porter rapidement et en une seule fois à l'aide d'un pinceau sur les parties affectées.

Les cautérisations ayant pour effet de modifier la vitalité des tissus, sont sans contredit les meilleurs moyens de combattre cette inflammation chronique spéciale, inflammation dont un des caractères est l'extrême résistance qu'elle oppose à tous les traitemens. Il faut toutefois apporter une certaine mesure dans l'usage de ces moyens, et n'y arriver que par degrés, si l'on ne veut s'exposer à voir survenir des accidens plus ou moins graves. Il faut procéder à cet égard comme on le fait pour les maladies de l'utérus et spécialement pour l'inflammation granuleuse du col, c'est-à-dire ne point soumettre immédiatement les malades à un traitement énergique et douloureux, mais les y mener peu à peu et après avoir préalablement employé des moyens plus doux.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. VIDAL.

Deux opérations de varicocèle. Modification du procédé de M. Reynaud (de Toulon).

Le traitement chirurgical des maladies des veines a pris, dans ces derniers temps, une grande extension. Ce sont surtout les varices, maladies très communes, qui ont fixé l'attention des opérateurs. Celles des veines du scrotum ont surtout été traitées avec des succès assez nombreux, et généralement sans danger pour les malades. Ces deux considérations ont engagé les chirurgiens les plus prudens à opérer le varicocèle.

M. Vidal, dont les principes en médecine opératoire sont assez connus par la publication de son livre, n'a voulu entreprendre cette opération qu'après avoir laissé parler l'expérience sur la question de l'innocuité, et après avoir trouvé le moyen de rendre plus innocent encore le procédé qui, selon lui, a obtenu le plus de succès avec le moins de craintes de dangers. Ce procédé est celui de M. Reynaud (de Toulon) : nous ne le décrirons point ici. Chacun sait qu'il consiste à passer, à l'aide d'une aiguille courbe, un lien derrière les vaisseaux, et à lier les deux bouts de ce lien sur une compresse épaisse et courte, ou sur un rouleau de diachylon.

Nous nous bornerons à faire connaître la modification employée par M. Vidal sur deux malades de son service. L'un de ces malades est un couvreur de vingt-trois ans, qui était entré à l'hôpital pour être traité de symptômes syphilitiques consécutifs ; l'autre est un ex-militaire âgé de trente-trois ans, qui avait été admis pour une blennorrhagie. Le premier a été opéré le 8 février ; le second le lendemain.

Au lieu de se servir d'un double fil de chanvre ou de soie, et de l'arrêter avec un simple nœud pour le défaire quand il faut augmenter ou diminuer la constriction, M. Vidal se sert d'un fil métallique. Il avait tout d'abord pensé au fil de plomb, au fil de platine ; mais il a fini par préférer le fil d'argent de coupelle. Voici d'ailleurs comment M. Vidal a procédé :

Une aiguille courbe, fine, est tarodée à l'extrémité où est ordinairement le chas, et dans le sens de son axe. Une extrémité d'un fil d'argent très délié et très flexible est fixée sur cette aiguille. Ce fil donc semble une continuation de l'aiguille.

Le malade a pris un bain avant l'opération, ou a marché plusieurs heures ; en un mot, on prend les précautions généralement indiquées pour déterminer la plus grande dilatation des paquets veineux. L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent. Celui-ci est rejeté en dedans, du côté de la cloison des bourses et de la racine de la verge. Les vaisseaux variqueux sont saisis et serrés en un seul cordon par le pouce et l'index de la main gauche. Ces vaisseaux se trouvent dès lors dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé et qu'ils bornent en arrière. L'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille. Celle-ci entre donc du côté du pouce et sort du côté de l'index ; elle entraîne le fil d'argent. Une anse de fil est, en conséquence, passée derrière le cordon variqueux. Les deux bouts du fil sortent ainsi par les deux ouvertures du scrotum, qui se trouvent à une distance d'environ un pouce l'une de l'autre. C'est entre ces deux ouvertures que la compresse épaisse et courte est placée, et c'est sur cette espèce de coussinet que les deux fils sont noués. Au-dessous de ce nœud on passe une petite tige de fer qui représente le bâtonnet du compresseur des artères, et on le fait tourner comme lui. On comprend facilement toute la simplicité de cette manœuvre pour augmenter ou diminuer la constriction du lien.

Ainsi, si une constriction trop forte amenait de trop vives douleurs ou faisait naître une inflammation intense, il suffirait de faire faire au bâtonnet un tour ou deux en sens opposé aux tours qui ont serré le fil, *et vice versâ.* On pourrait aussi, si l'inflammation avait une tendance à devenir phlegmoneuse, enlever la compresse et appliquer des topiques émolliens. Dès que l'ordre serait rétabli on remettrait la compresse sous le nœud et on appliquerait la tige métallique comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais, hâtons-nous d'ajouter que presque toujours il faut serrer l'appareil au lieu de le desserrer.

Tous les jours ou tous les deux jours on tourne la petite tige en fer dans le sens de la constriction, laquelle est ainsi graduellement augmentée *sans que pour serrer on soit obligé de relâcher momentanément le fil.*

Tel est le procédé que M. Vidal a employé sur les deux malades dont nous avons parlé précédemment. Le huitième jour, il a pu enlever le fil ; toutes les veines variqueuses étaient coupées. En tirant sur les deux bouts du fil, on sentait que l'anse était tout à fait sous-cutanée. Alors, au lieu de couper la portion de peau qui sépare les deux ouvertures, comme on le fait dans le procédé de M. Reynaud, M. Vidal a retiré tout simplement le fil par l'une des ouvertures. Il reste alors un cylindre dur qui représente le paquet des vaisseaux ; peu à peu ce cylindre s'affaisse et finit par disparaître.

Voici, d'après M. Vidal, les différences et les avantages de ce procédé :

Il n'y a dans les bourses en contact avec les veines *qu'un fil très fin, métallique.* Par sa ténuité, par sa nature métallique, ce corps étranger ne peut susciter une vive inflammation. La constriction est continue, graduée et exercée par un moyen qui n'agit pas sur la plaie. Pour serrer le fil, on n'est pas obligé de le desserrer momentanément, inconvénient que présente le procédé de M. Reynaud. Dans les autres procédés, on se sert d'une espèce de serre-nœud qui doit avoir une action sur la plaie, ce qui est encore un inconvénient. Par les procédés des fils, il en faut au moins deux dans la plaie ; il y en a même qui en exigent quatre.

Toutefois, nous ajouterons qu'il faut attendre pour pouvoir se prononcer d'une manière définitive sur la valeur réelle de ce mode opératoire. M. Vidal n'est pas de ces hommes que le nouveau éblouit ; il se propose de faire prochainement de nouvelles applications de son procédé, et quand les faits seront assez multipliés, ce sera alors qu'il établira d'une manière définitive les avantages de la modification opératoire que nous nous sommes bornés à faire connaître dans cette note.

Ajoutons, en finissant, que nous avons vu les deux malades qu'il a opérés, et que nous nous sommes convaincus que le paquet variqueux a été coupé en huit jours, et que les bourses sont restées complètement à l'abri de toute inflammation réelle ; c'est à peine si elles ont été un peu œdématiées.

Absence de l'utérus.

Le fait dont il s'agit est relatif à une femme âgée de trente ans, parfaitement conformée à l'extérieur, qui n'a jamais été réglée, mais qui a été souvent prise d'épistaxis, d'hémoptysie, et qui a fréquemment présenté divers autres signes de congestions locales. Mariée à l'âge de ving-trois ans, elle s'ennuya de n'avoir point d'enfans, et, à sa trentième année, elle se décida à se faire examiner par un homme de l'art. M. le docteur Cramer, qui fut chargé de cet examen, ne put constater l'existence de l'utérus : du reste, il observa que les organes externes de la génération présentaient une conformation entièrement normale ; le vagin, d'une longueur convenable, avait, en profondeur, la longueur du doigt et se terminait en cul-de-sac.

Les circonstances extraordinaires qui se rencontrent chez cette femme sont l'existence des désirs vénériens, la tendance à des hémorrhagies diverses en remplacement de la menstruation qui ne peut avoir lieu, le développement normal des organes sexuels extérieurs, et l'ampleur du vagin ; or, d'après M. Cramer, toutes ces particularités doivent faire penser que, malgré l'absence de l'utérus, les ovaires se trouvent à l'état naturel. (*Medicinische Zeitung*, 1841.)

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

L'*Eau de Mars* est un odontalgique dont le succès toujours croissant est incontestable. Il est impossible de trouver un remède plus efficace contre les maux de dents. Nous engageons nos confrères à en faire l'essai, persuadé qu'il ne sera point infructueux.

- La dernière séance de l'Académie des Sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

Les appareils orthopédiques de M. BÉCHARD, bandagiste-mécanicien, se recommandent par leur ingénieux mécanisme et surtout par leur légèreté. Ils ont été reconnus par des hommes haut placés dans la science pour être préférables à tous les appareils de ce genre employés jusqu'à ce jour. — Rue de Tournon, 15.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins, chez M. Beurrey, boulevard Saint-Denis, cité d'Orléans, 1.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 8 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 29, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

ÉPIDÉMIE RÉGNANTE.

Paris est de nouveau envahi par la grippe. Sans pouvoir préciser d'une manière certaine la premiere réapparition de cette épidémie, on peut la faire dater de cinq à six semaines au moins. A l'époque où nous écrivons (5 mars), elle a pris un caractère de généralité, et tout fait présumer que, comme en 1837, elle envahira la plus grande partie de la population parisienne. Elle offre, du reste, tous les caractères qui ont été observés en 1837 et 1840. Ainsi, le plus ordinairement, la maladie débute par des frissons plus ou moins violens et alternant bientôt avec la chaleur. Cet état dure de douze à vingt-quatre heures, quelquefois davantage, auquel vient s'ajouter bientôt une courbature caractérisée par un brisement général, un sentiment de fatigue et des douleurs contusives dans les membres et les lombes. A ces symptômes s'ajoute et succède la céphalalgie, bornée tantôt à la région sus-orbitaire, tantôt, et le plus ordinairement, occupant toutes les parties du crâne. Ensuite vient une douleur de gorge, légère en général, se faisant sentir vers le larynx et quelquefois au dessous. La toux se déclare et la voix présente un altération tantôt légère, tantôt profonde; quelquefois même il y a aphonie complète par intervalle. En général, la toux est peu forte, accompagnée souvent d'une douleur déchirante à la partie moyenne de la poitrine, et d'un redoublement insupportable de la céphalalgie quand celle-ci est intense.

L'appétit est presque entièrement perdu, quelquefois même il y a du dégoût; la langue est couverte, dans la très grande majorité des cas, d'un enduit blanchâtre quelquefois très épais. La fièvre, d'intensité variable, ne dure ordinairement que vingt-quatre heures, et donne lieu à des sueurs nocturnes quelquefois très abondantes. Les douleurs déchirantes de la poitrine cessent en même temps que la fièvre, mais la toux persiste et donne lieu à une expectoration assez abondante de crachats opaques, grisâtres, non grumeleux, et nageant dans un liquide demi-transparent. Le coryza, très fréquent au début, mais à un faible degré, prend tout à coup, après la cessation de la fièvre, un accroissement très considérable, et l'écoulement des fosses nasales est quelquefois d'une abondance extrême. Il est très rare d'entendre des râles dans la poitrine: observation qui avait été déjà faite par M. Louis en 1837.

Du reste, comme en 1837, l'épidémie atteint tous les âges, hors la première enfance, où elle est rare, tous les tempéramens, toutes les conditions. Les complications sont peut être plus rares qu'en 1837, et nous ne sachons pas qu'on ait noté aucun cas de mort occasionné par la grippe.

Les poitrines faibles et malades en sont plus vivement impressionnées, et en éprouvent surtout une oppression considérable.

Le traitement est, en général, fort simple; des boissons adoucissantes et tièdes, quelques préparations opiacées, des lavemens émolliens et des pédiluves, suffisent pour remédier aux principaux accidens. La saignée est rarement nécessaire. Pour apaiser la céphalalgie, quelquefois intolérable, quelques praticiens se sont très bien trouvés de l'application d'une calotte de coton cardé sur la tête ou sur le point douloureux.

Quelle est la cause de cette épidémie? Peut-on la trouver dans l'état thermométrique, barométrique ou hygrométrique de l'atmosphère? C'est fort douteux; car toutes les histoires connues de grippe prouvent qu'elle peut se développer dans toutes les saisons, sous tous les climats, sous l'influence de toutes les températures et dans toutes le conditions atmosphériques possibles. Dans les causes de production de cette épidémie comme dans toutes, il y en a une inconnue qu'il nous est impassible d'aborder, et mieux vaut avouer son ignorance que de se livrer à des spéculations théoriques aussi futiles qu'invraisemblables.

Peu de praticiens oseraient, aujourd'hui, donner à cette épidémie le nom de bronchite épidémique. Le sentiment de lassitude et d'abattement hors de toute proportion avec le peu de gravité de la maladie locale, l'altération des traits si remarquable chez les malades, dans la figure de certains desquels on vait quelque chose qui rappelle le choléra, la céphalalgie presque constante dans la grippe, l'absence de tout symptôme local chez les individus qui auront offert tous les symptômes généraux, le traitement enfin, qui, pour la bronchite franche et portée à un certain degré, consiste surtout dans l'emploi de la saignée, qui est presque toujours inutile dans la grippe, voilà des caractères essentiels et fondamentaux qui séparent la grippe de la bronchite ou catarrhe pulmonaire, et qui portent incontestablement à considérer cette affection comme une véritable maladie générale *sui generis*. Telle est l'opinion de tous les bons observateurs. Du reste, s'il y a lieu, si quelques remarques intéressantes ou utiles nous sont fournies par l'épidémie régnante, nous reviendrons sur ce sujet.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Hémorrhagie cérébrale droite avec hémiplégie gauche. Mort. Autopsie.

Etienne Paquier, âgé de soixante-dix-huit ans, malade depuis trois jours, est entré à la Charité le 2 février 1842. Ce malade est d'une constitution détériorée par l'âge; il a été apporté sur un brancard, et l'un de ses parens qui l'accompagne rapporte qu'il fut d'une bonne santé habituelle. Le 31 janvier aû soir, il tomba de sa hauteur, ne put se relever, et fut porté sur son lit, qu'il ne quitta que pour venir à l'hôpital. On ne lui a prescrit aucun traitement.

A son entrée, le visage n'est pas animé, les pupilles sont égales, plutôt resserrées que dilatées; la commissure droite des lèvres est seulement relevée, et la joue gauche cède comme un voile inerte à chaque expiration du malade. La langue est mobile dans tous les sens, sa pointe est légèrement dirigée à gauche. La vue et l'ouïe sont conservées. Il n'y a pas de céphalalgie, mais l'intelligence est un peu affaiblie. Le mouvement est presque complètement aboli dans les membres supérieurs et inférieurs gauches, et la sensibilité, nulle dans le membre supérieur de ce côté, est seulement affaiblie dans le membre inférieur. Les fonctions digestives ne présentent rien de bien notable; il n'y a pas eu de selles depuis deux jours, et l'urine est rendue involontairement. La chaleur est normale, le pouls à 76 médiocrement développé, assez résistant, et il n'y a rien de notable au cœur, dont les bruits sont seulement un peu secs; rien de notable non plus pour l'appareil respiratoire.

Le lendemain, 3 février, le malade est dans le même état à peu près que la veille; la paupière supérieure gauche est abaissée; le pouls est à 64-68, plus développé. Quelques paroles incohérentes.

Les jours suivans, il se trouve à peu près dans le même état.

Le 8, il urine dans son lit; il est dans un état de stupeur d'où il ne sort que quand on l'interroge fortement; mais il ne peut répondre que par signes.

Le 9, il a tout à fait perdu connaissance, et meurt dans la journée.

L'autopsie a été faite le 11 février, quarante-trois heures après la mort.

A l'ouverture des méninges, il s'écoule de 60 à 80 grammes d'une sérosité sanguinolente. Les méninges elles-mêmes sont un peu injectées et épaissies sans adhérences bien notables.

La masse du cerveau est de consistance assez ferme. On rencontre un peu d'injection pointillée à l'intérieur de la substance blanche, surtout dans l'hémisphère droit; l'hémisphère gauche ne présente rien autre chose de notable; mais à droite, le doigt, arrivé à la partie antérieure du ventricule latéral, plonge tout-à-coup dans une substance ramollie d'un blanc grisâtre, sans trace actuelle d'épanchement sanguin. Ce ramollissement intéresse la partie la plus reculée du bord strié, et presque toute l'épaisseur du lobe postérieur de ce côté, son étendue pouvant être représentée par le volume d'un petit œuf de poule environ, et le ramollissement venant s'arrêter à un centimètre à peu près de la périphérie. L'artère basilaire

---

FEUILLETON.

COLLÉGE DE FRANCE. — *Cours d'embryologie professé par M. le docteur* COSTE.

L'affluence continue aux leçons de M. le docteur Coste. La matière des leçons, l'élocution facile et la clarté remarquable du professeur donnent de l'attrait à ce cours essentiellement original, soit pour le fonds, soit ponr la forme. Pour le fonds, il réunit, il groupe et coordonne tous les faits d'evolution organique à l'aide d'un lien systématique ignoré jusqu'à ce jour. Pour la forme, il aborde et expose ces questions sous le point de vue le plus élevé et le plus méthodique.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur offrant comme spécimen une des leçons remarquables déjà faites. Voici en quels termes M. Coste s'est exprimé :

L'un des savans les plus distingués de l'Allemagne, M. Muller, de Berlin, a dit, il y a déjà assez long-temps : « L'embryogénie deviendra pour l'époque actuelle de l'anatomie et de la physiologie comparées, aussi caractéristique que l'anatomie générale, créée par le génie de Bichat, l'a été pour celle qui vient de s'écouler. »

Cette pensée, dit M. Coste, n'est autre chose que l'expression formulée de la tendance générale des esprits en Allemagne, des efforts qui s'y font pour le progrès d'une science nouvelle dont les hommes les plus sérieux se préoccupent, et qui devient l'objet de la plupart de leurs travaux. Une semblable préoccupation suffirait à elle seule pour faire pressentir que les services que l'on doit en attendre seront grands et féconds, si les faits n'étaient déjà assez significatifs et assez nombreux pour montrer qu'elle en sera la nature et la portée.

En effet, l'histoire générale du développement des corps organisés est une condition sans laquelle les sciences naturelles ne pourront jamais faire définitivement prévaloir les principes qui doivent les diriger, et tant que leur philosophie ne sera pas sanctionnée par l'embryogénie, elles ne posséderont aucun moyen sérieux de certitude. Mais à quel titre et en vertu de quel privilége la science du développement pourra-t-elle accomplir la haute mission à laquelle nous supposons que son importance la destine?..

Lorsqu'on assiste aux modifications successives que les corps organisés éprouvent pendant toute la durée de leur vie embryonnaire, et que, prenant dans chaque division du règne animal un certain nombre de types, l'on cherche à déduire de la comparaison de leur développement des conséquences applicables à l'ensemble, on est naturellement conduit à discerner les affinités les plus intimes. A l'époque, en effet, où, sous l'œil de l'observateur, tous les organes se forment, et avant qu'ils ne se compliquent en se développant, il est bien plus facile de saisir des analogies que l'état adulte amoindrit, dissimule ou efface complètement; analogies qui non-seulement peuvent exister entre un animal et un autre animal, mais encore entre les diverses parties d'un même animal.

Or, ce sont les limites de ces analogies qui doivent donner la mesure de la valeur des systèmes anatomiques que l'on propose, et permettre d'établir sur des bases rationnellement construites celui d'entre eux qui se trouve le plus en harmonie avec la nature même des choses. Par conséquent, l'embryogénie devient, s'il en est ainsi, le critérium à la faveur duquel sera définitivement réglé le sort de l'anatomie comparée, puisqu'elle vient fournir à cette science le moyen expérimental de vérifier par la synthèse les résultats qu'elle a pu obtenir par la méthode analytique ou par la dissection des animaux adultes. Sous ce rapport, l'embryogénie est donc l'anatomie comparée elle-même, mais l'anatomie comparée développée sous une face nouvelle et pouvant élever ses principes jusqu'au degré de la certitude et de la démonstration. Expliquons-nous.

Qu'ont fait les anatomistes pour arriver à des résultats généraux? Ils ont suivi la seule voie qui leur fût ouverte, et, ici comme toujours, ils ont obéi à cette loi de la nature humaine qui pousse l'homme à juger ce qui est hors de lui par ce qui est en lui. Ils ont donc appliqué, si l'on peut s'exprimer ainsi, tous les organismes qui composent le règne animal sur l'organisme humain qui leur servait de mesure, et de cette comparaison out été déduites des conséquences plus ou moins rigoureuses, plus ou moins contestables, sur la nature des êtres vivans, sur leurs affinités ou leurs différences, sur le plan général d'après lequel on a cru reconnaître qu'ils étaient conçus.

Quand ce premier travail a été accompli, on a pu suivre alors une route inverse et remonter des animaux inférieurs vers l'homme, afin de corriger, de modifier ou de confirmer les résultats d'une première opération.

Mais dans tout ce travail qui, à la suite de pénibles efforts, a été couronné d'un succès dont on ne peut contester l'importance, on a toujours agi sur des animaux adultes, et qui, pour arriver à cet état, avaient déjà subi des transformations d'autant plus nombreuses qu'ils occupaient une position plus élevée en organisation. Il s'en est suivi que, dans les comparaisons qu'on a voulu établir, on a eu souvent à considérer comme analogues des parties qui, chez les animaux inférieurs, se trouvent libres et placées à l'extérieur, avec d'autres parties qui sont constamment, dans les animaux des degrés supérieurs, plus ou moins ensevelies dans les tissus qui les recèlent, et dont, par conséquent, la véritable signification est plus ou moins dissimulée.

Dès-lors, il a fallu, pour admettre ou pour concevoir ces analogies, un effort d'esprit d'autant plus considérable que, dans un cas, les parties étaient plus profondément cachées et confondues, et que, dans l'autre, elles étaient plus extérieures, plus indépendantes.

Une semblable abstraction a dû nécessairement répugner à certains hommes dont l'intelligence paresseuse ou prévenue, cédant à l'habitude d'isoler les observations, ne pouvait aisément se prêter aux exigences d'une science qui leur demandait d'accepter, comme analogues ou rapprochés, des faits si contradictoires, si éloignés en apparence, et entre lesquels la vue des formes extérieures ne leur montrait aucun lien de parenté. C'est pour cela que les véritables principes ont eu tant de peine à surgir, et qu'ils resteront contestables jusqu'au moment où l'embryogénie, venant en aide à l'insuffisance de l'analyse anatomique, aura fait, si l'on peut ainsi dire, toucher la réalité au doigt et à l'œil. Quelques exemples viendront à l'appui de cette vérité.

Lorsque Vicq-d'Azir, préparant les voies de l'anatomie comparée, eut signalé l'analogie du membre supérieur et du membre inférieur dans l'espèce humaine, d'autres affirmèrent que la mâchoire inférieure pouvait être considérée comme une paire d'appendices, et quelques autres enfin ajoutèrent que la mâchoire supérieure avait aussi la même signification. Sans doute cette manière nouvelle d'envisager des parties qu'auparavant on décrivait comme des organes tout à fait dissemblables, est l'expression complète de ce qui est en réalité, et la structure de la bouche de certains insectes, chez lesquels ces élémens se trouvent isolés, est une preuve que l'on a depuis invoquée; mais il faut avouer que lorsque pour la première fois une idée semblable fut émise, elle dut paraître étrange, car enfin il faut un assez grand effort d'esprit pour admettre que les os maxillaires de l'espèce humaine, soudés sur la ligne médiane en un seul os et profondément cachés dans les chairs, sont des appendices véritablement analogues aux membres. Eh bien! l'embryogénie ne nous laissera aucun doute sur ce point, car, dans les premiers temps de la vie intra-utérine ou fœtale, nous verrons chez les reptiles, les oiseaux, les mammifères et l'homme lui-même, les mâchoires supérieure et inférieure constituées chacune par deux bourgeons charnus tout à fait semblables aux bourgeons charnus dont plus tard les membres se développeront. Ce n'est qu'à une époque plus avancée que ces quatre bourgeons ou appendices maxillaires donneront naissance à l'appareil masticateur tel que nous le connaissons dans l'état adulte.

Ce qui est vrai pour l'appareil masticateur, on peut le dire aussi de l'appareil génital.

La dissection de cet appareil avait démontré que, chez la femelle, le clitoris avait une organisation particulière et qu'il présente deux corps caverneux qui, par leur insertion aux os du bassin et par leur structure se rapprochent du pénis. Mais leur configuration est si différente que l'on a de la peine à admettre que ces deux organes soient

est remarquable par son calibre, elle présente à l'intérieur une petite plaque jaunâtre. On trouve également de ces petites plaques à la surface interne des artères qui en naissent, ainsi que des petites concrétions à l'intérieur des artères cérébrales postérieures. Ces concrétions fibrineuses, bien organisées dans la partie cérébrale postérieure gauche et relevée des vaisseaux, en reproduisent le calibre. On ne découvre rien de notable dans le cervelet, ni dans la moelle allongée.

Les poumons ne présentent rien de bien notable.

Le cœur est volumineux, moyennement hypertrophié; cette hypertrophie affectait spécialement le ventricule gauche. Les valvules sont toutes épaissies, sauf celles de l'artère pulmonaire ; mais celles de l'aorte et du ventricule gauche, le sont surtout sans déformation notable. La crosse de l'aorte est dilatée, et à son sommet inférieur elle présente de petites plaques crétacées qui se prolongent, mais en diminuant de nombre dans l'aorte descendante.

Rien de notable pour les organes abdominaux. Les reins seulement sont remarquables par leur petit volume. et le foie est gorgé d'un sang noir, qui s'écoule à la moindre incision.

Nous nous sommes occupés, à l'occasion d'une précédente observation de ramollissement cérébral, de l'influence des lésions cérébrales sur telle ou telle fonction ; aussi nous bornerons-nous aujourd'hui à discuter en peu de mots la nature du ramollissement observé chez le sujet dont on vient de lire l'histoire, sauf à revenir plus tard sur la question traitée antérieurement.

Les altérations pathologiques de l'encéphale avaient été fort bien étudiées, comme on le sait, dans le dernier siècle par Morgagni. Une foule d'autres auteurs, tant anglais que français, firent aussi des recherches consciencieuses sur la matière, mais c'est surtout depuis les travaux de MM. Lallemand, Rostan et Bouillaud que l'expression de ramollissement est passée dans le langage de la science, tant pour spécifier certains états pathologiques du cerveau que d'autres organes, le foie, les poumons, la rate, etc. Le ramollissement cérébral serait selon les uns de nature inflammatoire, selon d'autres il ne tiendrait en rien à l'inflammation ; enfin MM. Lallemand et Bouillaud pensent avec juste raison que si le ramollissement est très souvent inflammatoire, il arrive quelquefois que l'inflammation n'est pour rien dans sa production.

De quelle nature serait donc le ramollissement dans ce cas ? Eh bien ! le développement anormal du cœur, l'état d'épaississement des valvules aortiques surtout, les plaques crétacées que l'on trouve dans l'aorte ainsi que dans l'artère basilaire et dans celles qui en naissent, de plus les concrétions fibrineuses bien organisées que l'on trouve également dans quelques-unes, nous portent à penser que ce ramollissement est purement sénile ou plutôt gangréneux, surtout si l'on observe qu'il n'y avait aucune trace de sang ni d'injection dans la partie ainsi ramollie. Mais expliquons-nous, en peu de mots seulement, sur cette expression de ramollissement gangréneux. On sait qu'il arrive très souvent qu'il se manifeste chez les vieillards de ces gangrènes dites séniles, de ces mortifications, qui ne sont aucunement le produit de l'inflammation. Ces accidens arrivent aussi chez les adultes plus jeunes, mais moins fréquemment. On attribue généralement, et c'est là cause la plus évidente, l'apparition de cette mortification à l'oblitération ou à l'altération des artères et des ramifications artérielles qui fournissent à ces parties. Quelle analogie ne voyons-nous donc pas entre le ramollissement cérébral dont nous nous occupons et ces gangrènes dites séniles, ces sphacèles qui envahissent si souvent et si rapidement toute une portion de membre. Mais cependant, on peut objecter qu'il existait dans la masse cérébrale de notre sujet une injection pointillée assez notable, que les méninges étaient épaissies et qu'il s'était écoulé une assez grande quantité de sérosité sanguinolente de la cavité des méninges. Tout cela n'infirme en rien l'opinion que nous avons émise, car la circulation n'ayant pas pu bien se faire dans le cerveau en général de notre sujet, et d'un côté surtout, on conçoit bien qu'il ait pu s'y trouver une stase de sang dans les capillaires, et que, de plus, il se soit fait un épanchement à la surface de la membrane séreuse qui enveloppe la masse encéphalique. Comment concevoir, du reste, qu'un ramollissement inflammatoire aussi considérable que celui-ci, sans trace pathologique d'inflammation, se soit formé en si peu de temps (depuis la chute du malade) et sans réaction générale sensible ! Le travail de désorganisation avait, chez ce malade, commencé depuis long-temps et avait marché sourdement ; il avait seulement fait des progrès à mesure que les troncs artériels et les ramifications devenaient de plus en plus altérés et que les caillots fibreux s'organisaient mieux.

Tuberculisation au sommet des deux poumons avec cavernes.

Jeanne Chaffrin, âgée de trente-un ans, est entrée à la Charité le 27 janvier 1842. Elle est d'une constitution délicate ; d'un tempérament lymphatico-nerveux ; elle a été vaccinée et variolée ; elle habite Paris depuis l'âge de douze ans. Réglée à seize ans, elle le fut toujours exactement, si ce n'est depuis quatre mois que ses règles ont manqué complètement ; elle s'est mariée à vingt-un ans ; elle eut quatre enfans, et ses grossesses ainsi que ses couches n'offrirent rien de bien notable. Habituellement assez bien portante, elle fut prise, au mois de février dernier, d'une toux qui continua jusqu'à présent, sans douleur de poitrine ni hémoptysie, si ce n'est pendant quelques jours seulement dans le cours de l'été. Depuis le mois d'octobre spécialement, la toux augmenta, les crachats devinrent, dit-elle, plus épais ; elle maigrit et éprouva de la diarrhée par intervalles, de la céphalalgie, un peu de chaleur fébrile de temps en temps et des sueurs assez rares pendant les nuits.

Traitée chez elle d'abord, puis à l'Hôtel-Dieu annexe, où elle resta quelques jours, puis, dans ces derniers temps à la Maison de Santé du faubourg Saint Denis, au moyen de vésicatoires au bras, de tisanes béchiques, loocks et fumigations. Elle ignore la cause de sa maladie. Ses père et mère n'ont pas été atteints de maladie de poitrine.

A son entrée, pâleur et maigreur générale, langue nette, peu de soif, l'appétit conservé, la bouche non mauvaise ; mais cependant quelques nausées sans vomissement. La voix est presque éteinte ; elle a un peu de mal de gorge, seulement quand elle a parlé. L'épigastre et le ventre sont un peu sensibles à la pression ; il existe un peu de constipation en ce moment et l'urine est normale. Le pouls est à 120-124, peu développé ; il n'y a rien de notable au cœur, mais il existe un beau bruit de diable dans la carotide droite. La toux est assez fréquente, les crachats muqueux un peu floconneux, mêlés d'une masse abondante. En avant de la poitrine, la résonnance est presque mate sous la clavicule gauche et la respiration au-dessous est accompagnée d'un râle muqueux assez abondant ; à droite la résonnance est un peu *creuse* au sommet, sans tintement de pot fêlé, en ce moment, et l'on y entend le même râle qu'à gauche, avec expiration sensiblement soufflante ; en arrière, la résonnance est faible aux deux sommets; la respiration est faible aussi et mêlée de bulles nombreuses, surtout à droite ; puérile au contraire à la base des deux côtés. Elle n'a pas de céphalalgie, la malade est venue à pied à l'hôpital, etc.

Morte le 10 février à six heures du soir, on en a fait l'autopsie le 12, trente-huit heures après la mort, et l'on a rencontré ce qui suit : La cavité pleurale gauche contient un liquide séreux un peu trouble, dont la quantité peut être évaluée à plus d'un demi-litre. La plèvre pulmonaire est tapissée de quelques fausses membranes jaunâtres et molles qui paraissent peu anciennes. Le poumon de ce même côté est dans toute sa hauteur transformé en une masse grisâtre, tuberculisée, excavée, non-seulement au sommet, où les cavernes sont assez vastes, mais dans les deux tiers supérieurs qui présentent une série de petites excavations tantôt communiquant ensemble, tantôt séparées par un parenchyme ramolli, sanieux, marbré de tubercules miliaires et de gouttelettes d'un sang noirâtre, tantôt vides et tantôt renfermant une sanie purulente ou de couleur de vin.

On observe les mêmes désordres, mais un peu moins avancés, dans le poumon droit, qui adhère presque généralement aux parois de la poitrine ; son lobe inférieur est assez crépitant et assez souple. Il n'y a rien de bien notable pour les autres organes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Pleuro-pneumonie du côté droit avec vomissemens bilieux. Saignée et oxyde blanc d'antimoine. Considérations sur les pleuro-pneumonies bilieuses et sur l'emploi des préparations antimoniales, d'après la méthode italienne.

Au nº 26 est entré, le 23 février, un homme âgé de trente-cinq ans, garçon de magasin, jouissant habituellement d'une bonne santé, et assez bien constitué.

Il y a trois jours, tandis qu'il se trouvait en sueur, il but froid, et c'est, dit-il, à la suite de cette circonstance, à laquelle il attribue l'origine de sa maladie, qu'il fut pris d'une douleur vive au côté droit, de toux, de dyspnée, avec fièvre, crachement de sang et quelques vomissemens bilieux. A la première visite, cet homme a été trouvé dans l'état suivant :

Pouls plein, fréquent ; peau chaude et halitueuse ; toux très fréquente, accompagnée de dyspnée ; crachats visqueux, liquides, ressemblant à une solution de gomme et légèrement rouillés ; douleur vive à la partie antérieure et inférieure de la poitrine, du côté droit, s'exaspérant pendant les efforts de toux ; matité dans la partie de la poitrine où siége la douleur et dans une étendue grande environ comme la main. Du reste, point de respiration bronchique ; anorexie ; point de selles.

Le lendemain on constate une égophonie très marquée dans le côté droit de la poitrine et dans sa partie inférieure.

Enfin le surlendemain, 25, égophonie avec bronchophonie et crépitation fine dans toute l'étendue du poumon droit.

Les symptômes que présente ce malade sont ceux d'une pleuro-pneumonie du côté droit très caractérisée; il n'offre jusque-là rien de particulier à considérer, si ce n'est la fréquence des vomissemens bilieux. La coïncidence des vomissemens bilieux avec la pleuro-pneumonie n'est point un fait rare ; on rencontre, au contraire, assez souvent cet état de pléthore bilieuse chez les sujets atteints de pleuro-pneumonie ; c'est même à cette complication que l'on a donné le nom de pleuro-pneumonie bilieuse. Les caractères qu'on lui a assignés, et qui s'observent en grande partie chez ce malade, sont une couleur verdâtre des crachats, l'état saburral de la langue, la teinte légèrement ictérique de la peau, des éructations amères, et surtout des vomissemens de matières bilieuses. Telles sont les pleuro-pneumonies bilieuses décrites par Stoll, par Frank et par quelques autres. Est-ce, comme le pensaient ces auteurs, la pléthore bilieuse qui détermine l'inflammation et

---

rigoureusement analogues, et cependant rien n'est plus positif ; car si l'on étudie l'évolution de ces deux organes et qu'on les prenne à une époque primitive, on les trouve tellement semblables qu'il est impossible de les différencier, et cette ressemblance est poussée à un tel point que, par une erreur bien facile à concevoir, l'on s'est cru autorisé à pouvoir les considérer comme identiques, et à admettre que, dans les premiers temps, il n'y a qu'un seul sexe et que ce sexe est femelle. Peu à peu ils se distinguent et prennent chacune la forme propre au sexe qu'ils vont constituer ; mais on voit bien manifestement que c'est un seul et même organe (du moins en apparence) qui éprouve les modifications à la faveur desquelles l'activité créatrice réalise les deux sexes.

L'anatomie comparée avait également appris que l'appareil génital externe ou le pénis se présente avec des formes différentes suivant qu'on l'étudie chez un serpent, où il est constitué par deux corps allongés et séparés l'un de l'autre ; chez les chéloniens où il a la forme d'une gouttière, ou chez les mammifères, chez lesquels il représente un canal complet. Or, il est difficile d'admettre, au premier abord, que ce soit là un seul et même organe qui seulement affecte des formes diverses, selon les espèces. Cependant si l'on suit son développement chez un animal supérieur comme un mammifère, on ne peut s'empêcher de reconnaître une analogie rigoureuse ; car dans la succession des modifications qu'il subit pour atteindre son complet accroissement, on voit qu'il reproduit chacune des formes dont il vient d'être question.

Ainsi donc ici encore l'embryogénie, par la puissance de la nouvelle méthode qu'elle met à la disposition de la science, fournit des moyens irrécusables de légitimer des analogies qui, sans son secours, pourraient, sinon être repoussées, du moins être difficilement admises.

L'on pourrait prendre successivement tous les appareils et montrer que, dans le cours de leur développement, ils révèlent des analogies qui permettent de pénétrer, dans toute sa réalité, la signification relative d'un organe pris dans un animal inférieur par rapport à son représentant dans un animal supérieur ; et, à la suite d'une comparaison semblable pour chaque appareil, l'on serait amené à pouvoir définitivement comprendre la signification des organismes entiers les uns par rapport aux autres, ce qui est le but de tous les efforts des anatomistes et des zoologistes. Parlons seulement de l'appareil circulatoire.

Si l'on étudie le développement de cet appareil dans un oiseau ou un mammifère, on voit que le cœur, par exemple, se présente d'abord sous la forme d'un vaisseau unique, que l'on peut, jusqu'à un certain point, comparer au cœur des ascidiens ; l'on remarque ensuite que ce même vaisseau, après avoir pris une certaine extension, s'enroule de manière à donner naissance à une forme particulière qui rappelle, d'une manière plus ou moins approximative, la disposition permanente du cœur, à une oreillette et un ventricule des poissons ; puis celui-ci à un ventricule et deux oreillettes des reptiles ; puis, enfin, on le voit franchir les limites qu'il conserve dans les animaux dont il vient d'être question, pour atteindre l'organisation plus compliquée qu'il doit revêtir dans la classe des mammifères, sans que pour cela on puisse jamais dire cependant, comme l'ont osé certains philosophes, qu'il ait été dans ses différentes formes transitoires, l'identique des cœurs qu'il a représentés : seulement il a rappelé d'une manière plus ou moins éloignée leur forme permanente.

Ce cœur, ou le vaisseau unique qui le constitue, se divise dès l'origine, en deux troncs qui, à leur tour, se divisent chacun en un nombre déterminé de banches qui rappellent, d'une manière transitoire, les divisions branchiales permanentes des poissons, etc., etc. Les rameaux branchiaux se réunissent pour former de chaque côté de la colonne vertébrale une aorte double qui rappelle celle des grenouilles, par exemple, chez lesquelles cette même aorte se montre double pendant l'état adulte, du moins dans une assez grande partie de son étendue.

Peu à peu les rameaux branchiaux s'effacent et les deux aortes se résolvent en une seule ; mais ce qui a précédé ce dernier état sert à nous faire apprécier par quelle voie la nature a passé pour obtenir l'organisation supérieure et par conséquent aussi jusqu'à quel point cette organisation supérieure traduit celle des animaux inférieurs.

Par cet exposé rapide on peut déjà comprendre comment, en prenant chaque appareil de l'organisme et en le suivant dans tout le cours de son développement, il est possible de démontrer qu'elle est la véritable signification d'un organe quelconque pris dans un animal supérieur, par rapport à son représentant dans un animal inférieur, quand ce représentant existe. C'est ainsi qu'à la suite d'une comparaison semblable pour chaque appareil, on est conduit à obtenir la signification des *organismes entiers* les uns par rapport aux autres ; ce qui est en définitive, comme nous l'avons déjà dit, le but éminent de l'anatomie comparée et de la zoo-classie.

C'est en présence de preuves aussi décisives que toutes les incertitudes cessent et que la science du développement domine l'anatomie comparée et la zoo-classie signale les principes qui doivent servir de base aux déterminations, dirige les efforts des naturalistes vers un même but en leur donnant une doctrine commune.

De même qu'en chimie on ne peut obtenir la certitude d'avoir isolé toutes les parties d'un corps dont on veut connaître la composition, que lorsque, en associant tous les élémens que l'analyse avait séparés, on est parvenu à le reconstituer ; de même, en anatomie comparée, après avoir séparé par la dissection toutes les parties des animaux, on n'arrivera à la connaisance rigoureuse de leur véritable signification, que lorsqu'on les aura vues se former. En chimie la synthèse est à la disposition de celui qui a fait l'analyse ; en anatomie comparée c'est la nature elle-même qui se charge de l'opération ; mais puisqu'il nous est permis d'assister à son œuvre, nous n'en obtenons pas moins le même résultat.

En un mot, l'embryogénie est, par rapport à l'anatomie comparée, ce que la synthèse est à l'analyse, ce que la preuve est à la règle.

L'ensegnement de l'embryogénie, dit en terminant M. Coste, est donc un enseignement d'anatomie comparée, mais un enseignement dont le mode de démonstration est beaucoup plus efficace.

— Cette leçon a été écoutée avec une attention soutenue ; malheureusement le cours de ce jeune savant n'est que provisoire, et nous ne craignons pas de dire que M. Villemain rendrait un nouveau service à la jeunesse des écoles, si cet enseignement était adopté définitivement et rangé au nombre de ceux de l'Université.

Ponction du péricarde.

Une jeune fille âgée de vingt-quatre ans, servante de profession, était affectée d'anasarque, et menacée de suffocation par suite d'épanchement abondant dans la cavité des plèvres et dans celle du péricarde. Pour prévenir, ou du moins pour retarder le danger, M. le docteur Skoda, qui donnait des soins à cette malade, se décida à tenter la ponction de la poitrine.

Une première ponction fut pratiquée entre les troisième et quatrième côtes, mais il en résulta seulement la sortie de quelques gouttes d'une sérosité rougeâtre. Aussitôt après, le chirurgien plongea son troçart entre la quatrième et la cinquième côte, et cette nouvelle ouverture procura immédiatement un abondant écoulement de liquide. La malade, qui en ressentit un très notable soulagement, put se livrer au sommeil, ce qui lui était impossible auparavant ; l'œdème des extrémités et la dyspnée qui existaient à un haut degré avant l'opération cédèrent à la suite, et l'on vit bientôt la malade reprendre peu à peu des forces et de l'embonpoint. Mais quatre semaines s'étaient à peine écoulées depuis la ponction, lorsqu'on découvrit une tumeur qui s'éleva de dessous le *manubrium sterni*, s'augmenta en envahissant à la fois les os et les parties molles environnantes, et qui finit, dans l'espace de quelques mois, par réduire la malade à l'état le plus complet de marasme ; après quoi la mort arriva.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le médiastin, le sternum, les clavicules et les glandes cervicales occupés par une énorme masse de nature encéphaloïde. Le cœur et le foie présentèrent aussi des traces de la même dégénérescence.

(*Medicinische Jahrbucher*, 1841.)

qui constitue l'élément principal de la maladie? Les symptômes bilieux ne sont-ils, au contraire, que des épiphénomènes qui compliquent seulement l'affection phlegmasique principale, et qui n'ont point ou que très peu d'influence sur sa marche? M. Fouquier penche vers cette dernière opinion. J'aime mieux, dit-il, considérer ces phénomènes bilieux comme une simple complication de la phlegmasie pulmonaire, que comme un des élémens même de cette affection.

Je ne crois pas que la pléthore bilieuse et la diffusion des produits bilieux qui en résulte, dans tout le système circulatoire, puisse déterminer des inflammations viscérales, ainsi que le supposaient les auteurs que je viens de citer, lorsqu'on voit si souvent des sujets ayant des ictères très considérables, et qui ne présentent pas les plus légers indices de phlegmasies. C'est pour moi une simple complication qui survient chez les personnes qui sont plus spécialement disposées à l'état bilieux. C'est ce que l'on observe chez ce malade, qui a la bouche amère, la langue d'un blanc jaunâtre, etc.; mais les symptômes qui dominent chez lui sont surtout les symptômes caractéristiques de la pleuro-pneumonie; la fièvre, la toux, la douleur de côté, les crachats visqueux et sanguinolens, l'absence de bruit respiratoire, la matité, l'égophonie, etc.

On a pratiqué hier une copieuse saignée, après deux jours d'expectation. La saignée formait un caillot très compact, et elle était recouverte d'une couenne inflammatoire d'une épaisseur considérable. Aujourd'hui on entend un peu de crépitation fine dans tous les points, mais la respiration est profonde, et l'on entend de l'égophonie et la voix chevrotante, ce qui indique l'existence d'une couche de liquide interposée entre le poumon et la paroi thoracique. On a prescrit en outre l'administration de vingt centigrammes d'oxyde blanc d'antimoine. Cette préparation, agissant comme laxatif et diaphorétique, est employée à titre de succédanée de tartre stibié; elle agit plus faiblement, mais de la même manière que l'émétique. Cette manière d'administrer les préparations d'antimoine est, comme on le sait, empruntée à la méthode de Rasori, qui donnait le tartre stibié à haute dose, à l'exclusion de la saignée. Laënnec avait adopté cette méthode, mais sans exclure la saignée; il faisait marcher de front ces deux ordres de moyens. Aujourd'hui, sans rejeter l'usage des préparations antimoniales d'après la méthode italienne, on ne l'emploie plus généralement que comme moyen auxiliaire de la saignée, qui constitue la médication essentielle des phlegmasies de poitrine. Telles sont, du moins, l'opinion professée et la méthode adoptée par M. Fouquier.

Pleuro-pneumonie du sommet à droite, entée sur une bronchite chronique, avec délire; valeur de ce symptôme. Saignées répétées; absence de couenne inflammatoire, circonstance qui ôte à l'absence de ce signe sa valeur.

Le 21 février, est entré un ouvrier journalier, âgé de vingt-six ans, couché au n° 8. Cet homme toussait depuis le commencement de l'hiver, lorsqu'il y a trois jours, s'étant trouvé exposé à un courant d'air, il fut pris d'une vive douleur à la partie antérieure et supérieure du thorax du côté droit; il éprouva en même temps de la toux, une grande gêne dans la respiration et cracha du sang. Au moment de son entrée à l'hôpital, il avait le pouls plein; développé et fréquent, une chaleur humide à la peau, une douleur vive au côté; ses crachats étaient visqueux et sanguinolens; la respiration était bronchique, et la poitrine donnait à la percussion un son mat. On s'est borné, le premier jour, à appliquer des ventouses scarifiées sur le côté douloureux, et à mettre le malade à l'usage des boissons gommeuses.

Le 23, persistance de la bronchophonie et de la matité, crépitation sur les limites de la bronchophonie; crachats visqueux et couleur jus d'abricot. La respiration bronchique a lieu surtout au sommet du poumon, sous l'aisselle; elle est accompagnée d'un peu d'égophonie. On a pratiqué une saignée du bras. Le sang qui a été retiré a fourni un caillot épais et consistant, mais sans couenne inflammatoire.

Cet homme est maigre, chétif, d'une constitution délicate; il a toussé pendant tout l'hiver. Existait-il, chez ce malade, des tubercules disséminés ou à l'état d'agglomération? Préoccupé que l'on était de la maladie aiguë, on n'a point cherché à reconnaître quel pouvait être l'état antérieur du malade; toutefois, d'après les renseignemens que l'on a obtenus de lui, il ne paraît point probable qu'il ait une affection tuberculeuse. Il est plus probable qu'il n'avait qu'une bronchite chronique qui se serait exaspérée, suivant lui, mais sur laquelle, en réalité, s'est entée une maladie nouvelle, la pleuro-pneumonie, que l'on ne peut méconnaître aux caractères que nous avons énumérés. Quoi qu'il en soit, le malade est arrivé ayant une fièvre très intense avec exacerbation le soir; il est survenu du délire pendant la nuit. Ce délire tient-il à la nature même de la maladie? serait-il, ainsi qu'on l'a dit, un des caractères de l'inflammation du sommet du poumon? Tiendrait-il à l'intensité même de la fièvre, ou bien enfin à un commencement de suppuration du poumon? Le délire peut, en effet, tenir à chacune de ces circonstances. On le voit surtout survenir assez souvent dans le dernier terme de la maladie pendant le travail de désorganisation du poumon; le délire n'est alors qu'un degré de l'agonie, mais on ne peut l'admettre ici comme un signe d'une telle gravité. On a trouvé chez ce malade une pleuro-pneumonie de la partie supérieure du poumon droit comprenant tout au plus le lobe supérieur et une partie du lobe moyen, pleuro-pneumonie caractérisée par de la matité à la partie supérieure et postérieure du poumon droit dans toute l'étendue de la région scapulaire environ, et par un retentissement bronchique de la voix et de l'égophonie dans les mêmes limites. La circonstance de la bronchite ancienne dont ce malade était affecté, la faiblesse et l'état d'abattement extrême où il se trouve, l'intempérie et la mauvaise nourriture, en un mot les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il vit habituellement, sont autant de circonstances défavorables qui placent ce malade dans un état beaucoup plus grave que le malade dont nous avons parlé précédemment. Une seconde saignée a été pratiquée hier, on n'a retiré qu'une quantité de sang insuffisante; l'on a remarqué que le sang n'était point couenneux. Cette circonstance, que l'on a pu également remarquer pour la saignée précédente, paraît au premier abord insolite, avec des symptômes inflammatoires aussi prononcés. Le défaut de fibrine provient évidemment ici de la manière dont la saignée a dû être pratiquée; toutes les fois que l'ouverture de la saignée a un diamètre trop petit, la partie la plus fibrineuse du sang trouvant un obstacle dans l'exiguïté de l'ouverture de la veine, on ne trouve point après la saignée de couenne sur le sang; bien qu'il existe une inflammation dont les caractères ne sont point douteux. C'est une circonstance dont il est bon d'être prévenu, afin de ne point donner à l'absence du coagulum fibrineux du sang une valeur trop absolue. Une troisième saignée a été prescrite aujourd'hui, et sera répétée ce soir s'il y a lieu. On a prescrit l'administration de vingt centigr. de tartre stibié dans une potion gommeuse, à titre de résolutif. On n'a point encore recours aux vésicatoires, qui appartiennent à une période plus avancée de la maladie. On s'en est tenu jusqu'à présent, et on s'en tiendra encore pendant quelques jours aux saignées répétées et au tartre stibié. Cet homme est dans des conditions défavorables qui doivent rendre le pronostic grave.

Pleuro-pneumonie du côté droit, entée sur un asthme chronique, chez un sujet ayant déjà été affecté une fois de pleuro-pneumonie du côté gauche. Saignée et ventouses scarifiées. Résolution prompte. Persistance de l'asthme. Considérations sur cette affection.

Un homme âgé de trente-huit ans, tailleur, couché dans la même salle, présente un état semblable à celui des deux malades précédens. Cet homme dont la mère est asthmatique, est lui-même affecté d'asthme depuis plusieurs années. Il a eu, dit-il, dans le temps une fluxion de poitrine affectant le côté gauche; il a toujours conservé depuis une toux assez fréquente, avec expectoration abondante de crachats blancs. Cet homme a été amené à l'hôpital il y a quatre jours, ayant de la fièvre, un frisson presque continuel, ayant beaucoup de peine à se réchauffer, de la toux, de la dyspnée et des crachats légèrement teints de sang, langue blanche, anorexie, ventre indolent, vomissemens bilieux, point de selles; pouls faible, fréquent; respiration faible, faisant entendre un léger râle crépitant; matité et bronchophonie à droite et en haut. Le thorax est sonore à droite et en arrière. Dans tout le côté gauche, on entend le souffle vésiculaire accompagné partout de râle sibilant. Sonoréité normale dans tout ce côté. Battemens du cœur normaux. — Cet homme est faible, maigre, chétif; il présente une conformation particulière de la poitrine, laquelle est fortement bombée en avant, circonstance qui tient, selon toute apparence, à une dilatation des bronches.

Cet homme offre donc deux ordres de phénomènes à considérer: les uns relatifs à l'affection chronique dont il est porteur; les autres à la maladie aiguë entée sur cette affection. Les symptômes aigus dont l'invasion est toute récente, sont ceux d'une pleuro-pneumonie suffisamment caractérisée par la fièvre, la dyspnée, les crachats sanguinolens, et les phénomènes stéthoscopiques sus-énoncés. Cette affection, peu grave d'ailleurs, a été aisément résolue en trois ou quatre jours par une saignée, précédée d'une application de ventouses scarifiées. Cet homme a eu dans le temps une pleuro-pneumonie du côté gauche; cette fois, c'est le poumon droit qui a été affecté. Il n'est point inutile de faire remarquer cette circonstance, qui est assez rare; il est beaucoup plus ordinaire de voir les récidives de pneumonie ou de pleuro-pneumonie se faire du même côté.

Quant à la maladie ancienne dont cet homme est affecté, et qui persiste au même degré qu'avant l'invasion des phénomènes aigus, elle consiste en une bronchite chronique avec accès de suffocation par intervalle. C'est une des formes de l'asthme. Il existe, en effet, deux sortes d'asthme, dont les phénomènes et les caractères sont assez différens pour qu'on les doive distinguer. Dans une de ces formes, la suffocation, qui constitue le caractère principal de l'asthme, survient par accès très violens d'une courte durée et à des intervalles plus ou moins éloignés, comme les accès de goutte. Ces accès cessent brusquement pour se reproduire au bout d'un certain temps; dans l'intervalle de deux accès, le malade semble jouir d'une santé parfaite. Ces accès, à mesure qu'ils se reproduisent, deviennent de plus en plus légers; mais alors la fréquence augmente d'autant, et ils ne cessent même jamais complètement, dégénérant ainsi à la longue en une dyspnée continue qui constitue le caractère de la seconde espèce d'asthme que nous avons distinguée. L'asthme continu a toujours lieu avec des exacerbations; la respiration prend le caractère sifflant que nous avons constaté chez ce malade; il s'y joint enfin presque toujours du catarrhe. Il reste donc chez cet homme un asthme chronique continu développé sous l'influence de la profession qu'il exerce, laquelle dispose en général aux affections des organes thoraciques. On ne peut espérer de débarrasser ce malade de son asthme; mais on doit chercher à en atténuer les symptômes et à soulager le malade. On conseille à cet effet l'application d'un vésicatoire, et l'usage habituel d'une infusion d'hysope miellée.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. H. LARREY.

Tumeur phlegmoneuse de la fosse iliaque droite chez une femme qui n'a jamais eu d'enfans. Terminaison par suppuration et par résolution. Issue du pus par le gros intestin. Guérison.

Bien que les tumeurs phlegmoneuses que l'on voit se développer dans les fosses iliaques aient été signalées déjà depuis long-temps, il n'y a cependant que peu d'années qu'on les a étudiées avec soin, et nous croyons utile de vous en dire quelques mots. La malade couchée au n° 17 nous en fournira l'occasion.

Cette femme est domestique; elle est âgée de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatique. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de douze ans, et les règles ont toujours paru régulièrement depuis cette époque. Elle n'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfans, et assure même n'avoir jamais cohabité; par conséquent point de syphilis.

Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à vingt-huit ans, bien que depuis l'âge de vingt-quatre ou vingt cinq ans elle ait eu des flueurs blanches abondantes qui n'ont cessé que lorsque sa santé s'est dérangée.

En 1836, elle prit l'état de blanchisseuse, et se trouva dès lors assujétie à des obligations pénibles. Ainsi elle lavait souvent à l'eau froide, ses vêtemens étaient souvent mouillés et froids; elle portait avec le bras droit de lourds fardeaux. Ces mauvaises conditions déterminèrent chez elle de fréquentes coliques, qui ne disparurent que lorsqu'elle se fut décidée à quitter son état.

Sa santé paraissait redevenir bonne, lorsqu'au mois de mai 1840, sans cause appréciable, elle fut prise de douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen, douleurs pour lesquelles sa mère, par obéissance à un préjugé vulgaire, lui appliqua un cataplasme de rhue, croyant ainsi remédier à une descente de matrice qu'elle supposait.

Ces douleurs abdominales s'exaspérèrent d'abord, puis s'apaisèrent au bout de quelques jours, et furent remplacées peu de temps après par un sentiment de pesanteur au fondement et des douleurs dans les lombes.

La malade consulta alors un chirurgien, qui ne trouva qu'un peu d'abaissement de l'utérus et rien autre chose.

Depuis, cette femme a toujours un peu souffert, surtout du côté droit; cet état douloureux lui rendait la marche pénible, et, selon expression, elle traînait la jambe droite.

Enfin le 14 octobre dernier, après avoir beaucoup travaillé et s'être fatiguée, elle ressentit dans l'abdomen des douleurs très vives occupant surtout l'épigastre et la fosse iliaque droite. Elle se coucha; les douleurs se calmèrent, mais revinrent bientôt et la forcèrent à garder le lit tout à fait.

Ce fut à cette époque seulement qu'elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur dans le ventre près de l'aine. Aucun des médecins qu'elle avait consultés n'en avait soupçonné l'existence. Les uns n'avaient vu qu'un abaissement de l'utérus; un autre avait cru voir une ulcération du col utérin, pour laquelle il cautérisa à plusieurs reprises; un dernier cependant, qui constata la présence de cette tumeur, la prit pour un kyste de l'ovaire.

Cette malade est entrée à l'hôpital le 30 octobre dernier. Elle est de constitution moyenne; mais à son amaigrissement, à son teint pâle jaunâtre, à son habitude extérieure, en un mot, on reconnaît les traces d'une altération profonde et d'une fièvre qui ne lui donne que peu de relâche.

Du côté de l'utérus, on trouve un peu d'abaissement du col; mais pas de gonflement, pas d'induration. Dans la fosse iliaque droite est une tumeur située profondément, assez volumineuse, difficile à circonscrire exactement, assez résistante, ne présentant pas de fluctuation, et très douloureuse à la pression. Les douleurs qu'éprouve la malade, partant de la tumeur, s'irradient, en haut jusque vers le milieu de la région lombaire, et en bas vers le pli de l'aine. La cuisse de ce côté est un peu fléchie sur le bassin, et l'extension ne peut avoir lieu sans déterminer de vives souffrances. Il n'y a pas de gonflement des ganglions inguinaux. Il n'y a point eu de vomissemens.

Les divers phénomènes survenus chez cette malade, l'ordre dans lequel ils se sont succédés, ne peuvent laisser de doute sur la nature de l'affection, et nous avons évidemment affaire à une tumeur phlegmoneuse développée dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Toutefois, il faut dire que cette affection n'a pas toujours une marche aussi lente, et qu'elle donne lieu quelquefois à des vomissemens qui ont manqué dans ce cas.

Si les médecins qui ont examiné cette femme avant nous ne s'étaient pas préoccupés exclusivement de l'abaissement de l'utérus, et qu'ils eussent exploré avec attention la fosse iliaque droite où se faisaient sentir les douleurs les plus vives, ils y auraient probablement trouvé, sinon une tumeur circonscrite, du moins une rénitence anormale, un empâtement profond, qui sans doute rapprochés des commémoratifs, les auraient mis sur la voie du diagnostic.

Maintenant que l'affection est bien reconnue, pouvons-nous dire quelle en sera la terminaison? On doit toujours être réservé dans le pronostic de ces phlegmons; en effet, ils peuvent se terminer par résolution, ce qui est le cas le plus heureux, et nous ferons remarquer de suite que la possibilité de cette terminaison devient une indication thérapeutique; ou bien la suppuration s'établit, et le pronostic est plus ou moins grave selon que le pus suit telle ou telle route; ou bien enfin ils peuvent, comme l'a fait observer Dupuytren, devenir le point de départ d'une inflammation qui envahit toute la surface du péritoine, et alors le danger est imminent.

Dans le cas de suppuration, il faut tenir compte du côté qu'occupe la tumeur, car elle doit donner moins d'inquiétude lorsqu'elle siége à droite que lorsqu'elle s'est développée dans la fosse iliaque gauche. En effet, le cœcum étant dépourvu de péritoine à sa partie postérieure, l'inflammation peut se propager jusqu'à lui et déterminer entre la tumeur et cet intestin une adhérence intime, puis la perforation du point de contact. Le pus s'écoule alors par cette ouverture, et trouve ainsi une issue par une voie naturelle. Cependant, disons-le, quel que soit le côté qu'occupe l'abcès, il peut arriver que le pus se répande dans la cavité du bassin et fuse dans différentes directions.

Quelquefois aussi, ce qui est moins grave, l'abcès tend à s'ouvrir directement au dehors, au travers des parois abdominales. On a conseillé dans ce cas d'avoir recours à l'instrument tranchant, mais il est prudent, pour éviter l'épanchement de pus dans l'abdomen, de ne le faire que lorsque des adhérences se sont formées entre la tumeur et le point qu'on doit inciser; il faut d'ailleurs s'assurer par la percussion que l'intestin n'est point interposé entre l'abcès et les parois abdominales, et dans tous les cas inciser couche par couche comme dans l'opération de la hernie.

Les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques n'ont point toujours le tissu cellulaire pour point de départ: il peut arriver qu'elles se forment aux dépens de l'intestin même ou du muscle psoas.

Lorsque l'affection débute par le cœcum, il n'y a point le plus souvent de phénomènes précurseurs généraux. Une douleur très vive dans la fosse iliaque, une fièvre intense, de fréquens vomissemens bilieux, une constipation opiniâtre, tels sont les symptômes que l'on observe tout d'abord. Le pronostic de ce cas ne peut qu'être très grave; car l'abcès qui se forme est toujours stercoral et par conséquent symptomatique de la gangrène du cœcum ou de l'appendice vermiculaire.

Lorsque le psoas est le point de départ de l'inflammation, celle-ci marche lentement, et les seuls caractères qui puissent la faire distinguer au début sont une douleur obtuse dans la région des lombes et dans la cuisse du même côté, le gonflement des ganglions inguinaux et la difficulté de la marche, pour laquelle le malade est obligé de se courber en avant, afin de mettre ainsi dans le relâchement le muscle affecté. Plus tard, les douleurs deviennent plus vives, des symptômes généraux surviennent, la suppuration s'établit, et on peut voir alors plusieurs abcès se former sur le trajet des muscles psoas et iliaque réunis. La cuisse est alors fortement rétractée et fléchie sur le ventre.

Mais ce dernier caractère n'est point exclusif à la psoïtis, et vous avez pu l'observer chez la malade qui nous occupe. Cette circonstance n'a rien qui doive nous étonner; et on conçoit très bien qu'une tumeur phlegmoneuse du tissu cellulaire reposant sur le psoas puisse la faire naître, soit en comprimant ce muscle, soit en le faisant participer au travail inflammatoire.

Reprenons maintenant l'observation des faits. Le 31 octobre, le lendemain de l'admission de cette femme à l'hôpital, vingt sangsues furent appliquées sur la partie malade. Le 1er novembre il n'y avait pas d'amélioration sensible, et on appliqua de nouveau dix sangsues; des cataplasmes furent entretenus sur l'abdomen.

Le 13, la tumeur avait beaucoup diminué de volume; les mouvemens de la cuisse étaient devenus plus faciles; la malade avait pu se lever un peu la veille.

Cette amélioration se soutint jusqu'au 28. Pendant cet espace de temps cette femme eut ses règles qui, avant de paraître, déterminèrent, deux jours durant, des coliques très vives. Mais il paraît que cette dispostion est habituelle chez elle.

Le 24, la tumeur étant restée indolente, après avoir diminué d'abord, on avait ordonné des frictions avec de la pommade à l'iodure de plomb. Mais le 28 les douleurs primitives reparurent, le phlegmon augmenta un peu de volume, on dut cesser les frictions et appliquer douze sangsues.

Le 29, moins de douleurs, la tumeur s'affaisse de nouveau: on reprend les frictions.

Le 10 décembre, la tumeur a beaucoup augmenté de volume; elle est résistante et douloureuse à la pression: topiques émolliens.

Enfin, le 13, la malade a rendu par les selles une assez grande quantité de pus. Immédiatement la tumeur a diminué, les douleurs se sont calmées. Le pus continua de couler ainsi pendant plusieurs jours sans qu'on pût remarquer une grande diminution dans le volume de l'abcès.

Le 23, il y a des coliques, de la constipation depuis deux ou trois jours; les selles ne contiennent plus de pus. On purge avec l'huile de ricin.

Le 24, état général très satisfaisant. L'abcès plus circonscrit n'est plus douloureux au toucher; on applique un vésicatoire, mais le voisinage de la vessie força bientôt à y renoncer et on le fait sécher le 28. Il est remplacé par des cataplasmes.

Depuis cette époque jusqu'au 10 janvier, il n'y eut pas de changemens notables, mais ce jour-là le pus revint avec les selles, et dès lors se manifesta une amélioration sensible.

Ces alternatives dans l'écoulement du pus tiennent au mode de communication du foyer avec l'intestin. Il peut arriver, en effet, ou que cette communication soit large, et alors le pus s'écoule constamment, ou qu'elle se fasse par une ouverture très circonscrite, ce qui a probablement eu lieu ici; et dans ce cas, une fois le premier flot de pus passé, les bords de cette ouverture se rapprochent, s'agglutinent, et ne s'écartent ensuite que lorsque le foyer purulent est de nouveau rempli. D'autres fois le pus ne fait que suinter au travers des éraillures des divers plans membraneux de l'intestin, et l'abcès met alors plus de temps à se déterger.

Mais revenons à notre malade. Le pus continua de couler jusqu'au 15 janvier; l'amélioration se soutint. Cependant, le 28, des coliques hypogastriques, des douleurs vers la crête iliaque et les lombes nécessitèrent une nouvelle application de sangsues.

Le lendemain, ces accidens avaient disparu, et depuis lors la malade a toujours été de mieux en mieux; la tumeur s'est affaissée graduellement, et bien qu'elle ne soit pas encore complétement résolue, on peut dire aujourd'hui que la malade est guérie.

Il n'est pas très commun de rencontrer un phlegmon de la fosse iliaque chez une femme, hors le cas de couches récentes, et nous ne terminerons pas sans parler de la fréquence relative de ces tumeurs chez les différens sujets, et de cette même fréquence dans chacune des fosses iliaques.

On pensait, il y a peu de temps encore, que ces tumeurs phlegmoneuses se développaient toujours dans la fosse iliaque droite; mais si on les rencontre plus fréquemment de ce côté, elles ne l'affectent pas cependant exclusivement.

Pendant le cours de ces dernières années, la question a été étudiée de nouveau avec soin par plusieurs médecins et, entre autres, par M. Grisolle. Il résulte de bon nombre d'observations consignées par ce dernier dans un mémoire publié dans les *Archives génér. de Médecine*, que ces tumeurs se développent à gauche une fois sur quatre environ; que chez les femmes l'état puerpéral en est le plus ordinairement cause, et qu'alors on les trouve plus souvent à gauche; enfin, que hors de l'état puerpéral elles se développent plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

On voit par là qu'elles sont les causes prédisposantes de l'affection, et l'influence qu'exercent ces causes sur le côté d'élection de la tumeur. Quant aux causes déterminantes, elles sont, la plupart du temps, tellement obscures, tellement insaisissables, on est si peu d'accord sur ce point que nous ne croyons pas utile de les énumérer. Disons cependant que lorsque le cœcum est le point de départ de l'affection, on a rattaché celle-ci à une irritation occasionnée par des corps étrangers retenus dans l'intestin au niveau de la valvule iléo-cœcale.

— Dans le dernier compte-rendu de la leçon clinique de M. Larrey sur le cancer de l'œil, on a imprimé deux fois le mot *photophobie* au lieu de *photopsie*. Cette erreur typographique donne lieu à un non-sens auquel l'intelligence des lecteurs aura sans doute déjà suppléé. Ceci, d'ailleurs, nous conduit à faire remarquer que la photophobie, commune à presque tous les sujets affectés de maladies des yeux, peut très bien coïncider avec la photopsie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 10 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 30. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr ; 6 mois, 20 fr., un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Syphilis constitutionnelle. — Variole intercurrente; influence réciproque des deux affections. — Considérations sur le traitement de la syphilis constitutionnelle.

Dans la salle Saint-Bernard est couchée une femme affectée de syphilis constitutionnelle. Pendant le cours d'un traitement cette femme fut prise de variole, bien qu'elle eût été vaccinée à sept reprises différentes, mais, il est vrai, chaque fois sans résultat. M. Chomel fait observer à ce sujet que souvent la vaccination n'a aucun effet quoiqu'on la répète plusieurs fois, et il arrive alors que la variole se développe tandis qu'on se croyait à l'abri de son atteinte. Il ne faut jamais, ajoute M. Chomel, se lasser de répéter les tentatives de vaccination, car tôt ou tard on arrive à surprendre pour ainsi dire l'organisme dans la disposition convenable à recevoir l'influence du virus, et la vaccination finit par avoir son effet. Ainsi, selon lui, si la malade en question avait été vaccinée de nouveau depuis le temps où l'on a cessé les dernières tentatives, il est probable que le vaccin eût fini par prendre et que cette femme eût été exempte de la variole. Il était intéressant d'observer chez cette femme les phénomènes qui paraissent résulter de la réunion des deux virus syphilitique et variolique, et quelle serait l'influence que pourrait exercer sur la marche de la première affection celle qui est survenue intercurremment. On n'a point remarqué que cette seconde maladie eût sur la première aucune influence fâcheuse. On avait déjà remarqué chez une autre malade traitée dans le même hôpital et placée dans les mêmes conditions, que la variole n'avait produit aucune mauvaise influence sur l'affection vermineuse. La même innocuité s'observe chez cette malade qui nous occupe. La variole a eu son cours ordinaire et sa marche régulière sans que les symptômes syphilitiques préexistans en aient été aggravés. On a même remarqué au contraire que les pustules varioliques ont marché avec une plus grande rapidité qu'à l'ordinaire.

Le traitement des maladies vénériennes a été dans ces derniers temps l'objet de nombreux essais de la part des praticiens : les uns ont employé les antiphlogistiques, la diète et les moyens adoucissans ; d'autres préconisent presque exclusivement le mercure et ses différentes préparations. Les opinions sont encore partagées à cet égard. Les premiers, autorisés par un certain nombre de faits, ont pensé que le traitement antiphlogistique suffisait pour la plupart des affections syphilitiques à la condition toutefois d'insister beaucoup et long-temps sur le régime. Il existe, en effet, des formes de syphilis, telles que les blennorrhagies, par exemple, qui semblent guérir parfaitement par l'emploi seul de ces moyens ; mais on sait aujourd'hui que la blennorrhagie n'est pas toujours de nature syphilitique. La difficulté de différencier les blennorrhagies syphilitiques d'avec celles qui ne le sont point, doit rendre circonspect à l'égard des conclusions que l'on peut tirer des cas de guérison. D'ailleurs, la plupart des médecins pensent aujourd'hui que lorsqu'une blennorrhagie se prolonge au-delà du terme ordinaire, et qu'elle résiste aux moyens de traitement que l'on a coutume de lui opposer, il est très probable qu'elle est accompagnée d'ulcères dans le canal de l'urètre. Le moyen le plus sûr de juger la question serait l'inoculation du pus blennorrhagique ; mais il est naturel qu'on répugne à ce genre d'expérience. Au reste, ces ulcères affectent ordinairement, lorsqu'ils existent, des parties externes de la génération, celles qui sont le plus naturellement exposées au contact des matières virulentes : ainsi on les observe plus particulièrement, chez les femmes, aux grandes lèvres, au pourtour de l'anneau vulvaire ou dans un point quelconque du canal vaginal. Cette dernière circonstance oblige à recourir à l'emploi du spéculum dans tous les cas où l'on soupçonne l'affection vénérienne, afin de s'assurer s'il n'existe point d'ulcère dans le vagin. Telle était l'opinion de Cullerier, dont l'autorité en ces matières est fort importante.

La plupart de ces ulcères primitifs cèdent à l'emploi des moyens simples dont il s'est agi tout à l'heure. Mais ici se présente une question très grave et de la plus haute importance au point de vue sanitaire, savoir : si, après avoir guéri de ces symptômes externes primitifs par la méthode simple on est à l'abri des phénomènes consécutifs. Pour résoudre cette question avec assurance et sans crainte de céder à aucune illusion, il faudrait observer les malades guéris pendant un temps très long, car ce qui n'arrive point au bout d'un ou deux ans peut arriver au bout de cinq, six ans ou plus, et, en général, l'invasion des phénomènes syphilitiques consécutifs est d'autant plus grave qu'elle a mis plus de temps à se déclarer.

M. Chomel rapporte, qu'étant attaché dans le temps au dispensaire des vénériens, il a vu fréquemment des individus qui avaient été guéris des symptômes primitifs de la syphilis, revenir plus tard réclamer des soins pour des symptômes secondaires. Il me semble donc logique de conclure que le traitement simple n'offre pas assez de garantie et qu'il est toujours prudent de le faire suivre d'un traitement général bien entendu, dût-il dans quelques cas être employé sans nécessité. Cette précaution est surtout de la plus haute importance pour les personnes qui veulent se marier ; car on prévoit les conséquences funestes que pourraient avoir pour la famille une affection incomplètement guérie.

En quoi consisterait ce traitement complémentaire ?

D'après ce que nous venons de dire les antiphlogistiques seuls ne sauraient suffire.

Quant aux autres moyens, le mercure est sans contredit de tous celui qui a toujours joui de la plus grande confiance : on l'a associé à une infinité d'autres substances telles que le gayac, l'opium, l'iode ; et, selon M. Chomel, toutes ces substances n'ajouteraient que très peu à l'efficacité du mercure. Il en est de ces préparations comme des combinaisons si multipliées dans lesquelles on faisait autrefois entrer le quinquina, dans la pensée que les substances qu'on lui associait pouvaient accroître l'action de ce puissant fébrifuge. Mais on n'a pas tardé à reconnaître, surtout depuis qu'on a trouvé le moyen d'extraire les principes actifs du quinquina, qu'à cet agent seul devait être attribuée toute l'efficacité, l'action anti-périodique si remarquable dont on gratifiait les préparations et les mélanges monstrueux que l'on a actuellement abandonnés.

Il en a été de même par rapport au mercure pour le traitement des affections qui nous occupent. M. Chomel préfère l'employer à l'intérieur qu'à l'extérieur, car pour adopter la méthode des frictions, il faudrait tenir compte du degré de susceptibilité de la peau et de l'activité de ces vaisseaux absorbans, qui offrent suivant les individus de grandes variétés, à tel point que les frictions mercurielles qui chez certains individus jouissent à peine d'une efficacité appréciable, déterminent chez d'autres les phénomènes de la salivation avec une très grande promptitude, ce qui a, outre d'autres inconvéniens graves, celui de forcer à interrompre le traitement, et de retarder par conséquent la guérison. Par ce motif M. Chomel préfère le traitement interne, qui peut se continuer sans interruption, à moins de contre-indication du côté des organes digestifs, ce qui n'arrive d'ailleurs que très rarement, si l'on a le soin d'employer des précautions convenables.

Une autre question d'un grand intérêt est de déterminer le temps pendant lequel doit être continué le traitement. Il y a des médecins qui pensent qu'il convient, par exemple, de donner le mercure pendant six ou huit mois, tandis qu'il suffit, d'après d'autres, d'administrer une quantité indéterminée de mercure sans se préoccuper de la durée du traitement. Ainsi, comme on le voit, il s'agit pour les uns d'une question de temps, et pour les autres d'une question de quantité ou de dose. Dupuytren se guidait d'après une autre règle : il prenait pour guide la ténacité, l'ancienneté de l'affection primitive ; ainsi, si une blennorrhagie, un chancre, avait duré deux mois, par exemple, il prolongeait le traitement contre les phé-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Compendium de médecine pratique; par MM. Ed. MONNERET et L. FLEURY. (1839-1841.) Livraisons 9, 10, 11, 12 (troisième volume); 13, 14, 15 (quatrième volume). — (1).

Depuis long-temps nous sommes en retard avec cette importante publication, dont le succès est désormais assuré, malgré les craintes qu'avait pu susciter un instant la mort prématurée d'un de ses collaborateurs, M. Louis de la Berge. Quelle que soit la dette que notre silence nous a fait contracter envers MM. Monneret et Fleury, il nous serait impossible de réparer complètement notre omission par cet article. En effet, les sept livraisons que nous annonçons représentent environ la matière de dix volumes in-8° ordinaires, et elles renferment un si grand nombre d'articles, parmi lesquels bon nombre d'une grande importance, que nous sommes contraints de nous limiter à des réflexions générales, remettant à un autre article l'examen des détails.

Les livraisons que nous avons sous les yeux débutent à la lettre D (*Delirium tremens*) et se terminent à la lettre H (*Hémorrhagies en général*).

Nous allons jeter un coup-d'œil rapide sur cette longue série. Après avoir tracé l'histoire du *delirium tremens*, les auteurs du Compendium ont étudié avec soin les maladies causées par la dentition.

L'article Diabètes a été enrichi de toutes les découvertes modernes relatives à l'étiologie, au diagnostic et au traitement de cette grave maladie.

La Diarrhée et la Dysenterie ont été l'objet de recherches complètes et riches d'érudition.

Nous avons encore remarqué au mot Empoisonnement l'exposition fidèle des doctrines que les partisans du contro-stimulisme ont appliquées à l'étude de l'action des poisons sur l'économie.

L'Encéphalite a été l'origine de recherches minutieuses et de discussions habiles : frappés de l'incertitude qui règne encore parmi les nosologistes au sujet de cette maladie, les auteurs ont tracé un tableau de cette affection tel qu'il peut être fait aujourd'hui, disent-ils, en attendant, et même afin que des recherches ultérieures nous le montrent tel qu'il doit être.

(1) Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 4. — 3 francs la livraison.

Nous citerons en passant les articles Endémie, maladies endémiques; Endocardite ; Entozoaires ; Epidémies, maladies épidémiques; Epilepsie ; et nous arrivons au chapitre qui traite des maladies de l'Estomac. Ici les auteurs ont passé en revue la plus grande partie de la pathologie de ce viscère, commençant par étudier les conditions anatomiques de l'estomac dans l'état sain, puis la symptomatologie, l'étiologie, le traitement, la nature et la classification des affections de l'estomac considérés d'une manière générale, avant de passer à la description particulière de chacune d'entre elles.

Enfin, le troisième volume est complété par l'article Face, qui nous offre un résumé remarquable de tous les travaux modernes, relatifs aux névralgies et aux paralysies de cette partie du corps.

Les articles consacrés à l'étude de la Fièvre, des maladies du Foie, à la Folie, forment à eux seuls la première partie du quatrième volume. S'il fallait montrer tout ce que cette livraison offre d'instructif et d'intéressant, il nous faudrait dépasser de beaucoup les limites d'une brève analyse. Nous signalerons seulement les recherches bibliographiques et l'exposition raisonnée des diverses doctrines médicales : ici comme dans tout leur ouvrage, MM. Monneret et Fleury ont déployé une abondance de matériaux et une habileté d'exposition qui méritent les plus grands éloges.

Enfin, les articles de longue haleine, Goutte, Gravelle et Grippe, complètent dignement la liste que nous venons de parcourir.

Le Compendium de MM. Monneret et Fleury est un ouvrage consciencieux et complet dans lequel les auteurs se sont efforcés de rassembler tout ce que la science possède d'utile sur les divers sujets qu'ils ont abordés. Convaincus que l'on peut tirer les plus grands avantages des études historiques sérieuses, ces médecins se sont livrés à de minutieuses investigations, qui seront sans aucun doute de la plus grande utilité à leurs lecteurs. Cependant, il ne suffisait pas de rassembler dans les traités de médecine tout ce qu'ils renferment d'important, il fallait exposer ces doctrines avec méthode, et, de plus, qu'une critique impartiale accompagnât chaque article. C'est ce que MM. Monneret et Fleury se sont attachés à faire toutes les fois que cela leur a été possible ; et quant aux points qui attendent encore la sanction de l'expérience, ils se sont abstenus avec une sage réserve.

Chaque fois qu'ils ont cru pouvoir le faire, les auteurs du Compendium ont essayé de formuler les règles qui doivent guider les praticiens dans l'exercice si difficile de la pratique. En un mot, la partie thérapeutique de leurs articles est une exposition méthodique, raisonnée et complète des principes qui doivent présider à l'établissement d'une thérapeutique rationnelle. Enfin, nous dirons en terminant que les articles de séméiologie et de pathologie générale, le plus souvent trop négligés dans les traités de cette espèce, ont reçu dans le Compendium un développement inaccoutumé.

En un mot, cet ouvrage, commencé sous d'heureux auspices, jouit aujourd'hui d'un succès incontestable et mérité, car MM. Monneret et Fleury ont rempli avec conscience et talent la tâche difficile qu'ils s'étaient imposée.

Traité élémentaire d'anatomie générale, descriptive et physiologique; par L. RAMBAUD, chirurgien-major au 5e régiment de cuirassiers (1).

Les meilleurs traités supposent souvent une telle masse de connaissances acquises, que leur étude devient peu profitable, sinon impossible à un grand nombre de lecteurs. Cette vérité, banale pour tous ceux qui ont abordé l'étude des sciences dites médicales, acquiert une importance plus grande encore, lorsqu'il s'agit des sciences descriptives. Que de jeunes anatomistes au début de leur carrière ont maudit les descriptions minutieuses et les divisions infinies de nos meilleurs classiques ? Combien ont été effrayés et découragés, tandis qu'un peu d'aide et la possession d'un bon abrégé d'anatomie les eût initiés à cette science, si aride d'abord, mais plus tard si utile et si attachante ?

Ces considérations ont servi de point de départ à M. Rambaud. Témoin chaque jour des difficultés et des dégoûts qui viennent décourager les élèves qui abordent l'étude de l'anatomie, il a composé son livre dans la pensée d'offrir aux commençans une esquisse aussi complète que possible de l'organisation humaine, afin de les mettre à portée d'étudier plus fructueusement ensuite sur le cadavre, avec l'aide des traités spéciaux, et de compléter ainsi la somme de leurs connaissances. Quelques détails feront mieux apprécier l'utilité de ce plan et les résultats auxquels l'auteur est arrivé.

Après quelques généralités sur les corps organisés, M. Rambaud aborde l'étude de l'homme ; il étudie successivement les liquides, puis les solides qui entrent dans sa composition ; ce préambule est terminé par un exposé succinct de l'organisation humaine.

Après ces notions préliminaires, l'auteur étudie successivement la structure et les propriétés du tissu cellulaire, de la graisse, des membranes tégumentaires et de leurs dépendances, des membranes séreuses. Ces descriptions sont puisées aux meilleures sources, et dégagées qu'elles sont de tous les détails sur-abondans, elles forment un ensemble bien tranché, bien élémentaire, qui prépare utilement à l'examen des appareils et des organes en particulier.

Les groupes établis par M. Rambaud se rangent dans les grandes divisions suivantes : Appareil locomoteur. Os, muscles, dépendances.

(1) Un vol. in-8°. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

nomènes secondaires beaucoup plus que si les symptômes primitifs n'eussent duré que quinze jours. Cette méthode est, en réalité plus rationnelle, mais elle n'est point encore suffisante, selon M. Chomel. Il est d'avis qu'il faut continuer le traitement mercuriel pendant un temps très long : il en porte le terme à cinq ou six mois au moins, mais il n'administre pendant cette longue durée de traitement que de très petites doses de mercure; il donne habituellement des pilules d'un dixième de grain de sublimé (deuto-chlorure de mercure) matin et soir. Il affirme en employant cette méthode n'avoir jamais observé d'accidens consécutifs, bien que les malades fussent arrivés à la longue à prendre une quantité de mercure bien plus considérable qu'on n'en administre habituellement par les autres méthodes; de cette manière on attaque le mal dans sa racine, et on en détruit jusqu'aux dernières traces. Tel est depuis long-temps la pratique que suit M. Chomel, soit en ville, soit à l'hôpital. Les malades soumis à ce traitement, ajoute-t-il, n'ont pas besoin de s'astreindre à un régime sévère; il suffit qu'ils s'abstiennent des excitans et des substances acides qui pourraient décomposer les préparations mercurielles. Si l'estomac est d'une grande susceptibilité, on fait usage en même temps de boissons gommeuses. Au reste, les malades peuvent, en suivant ce traitement, vaquer à leurs affaires comme s'ils étaient dans un état de santé parfaite. Cette méthode n'est, comme on le voit, que la méthode de Dupuytren avec quelques modifications que l'expérience paraît avoir sanctionnées.

Nous nous sommes jusqu'à présent occupé, dit M. Chomel, du traitement général, des phénomènes primitifs de la syphilis; nous avons insisté sur l'utilité des doses fractionnées des préparations mercurielles long-temps continuées, que l'expérience nous a démontré être la méthode la plus propre à remplir le double but qu'on doit se proposer dans le traitement de cette affection, savoir, de prévenir la récidive ou l'apparition de symptômes secondaires, et d'empêcher la production de la salivation et des autres accidens attachés à l'administration mal dirigée du mercure. Nous allons nous occuper actuellement du traitement qu'il convient de diriger contre les phénomènes syphilitiques consécutifs.

Il est des individus affectés de syphilis constitutionnelle qui n'ont jamais employé aucun traitement mercuriel; il en est d'autres qui n'ont fait que des traitemens incomplets; d'autres enfin ont fait un traitement trop prolongé sans succès. Il faut donc distinguer parmi les sujets affectés de syphilis constitutionnelle, deux ordres d'individus : les uns qui n'ont point été traités, ou qui l'ont été incomplétement; les autres qui l'ont été d'une manière complète, mais sans obtenir de guérison permanente. Il est évident que pour ces derniers le traitement mercuriel est impuissant, et qu'il faut recourir à un autre ordre de médication.

Lorsque, il y a quarante ans, on fit faire à Bicêtre des expériences sur le rob de Laffecteur appliqué à des sujets syphilitiques traités sans succès par les préparations mercurielles, les résultats furent satisfaisans; les malades guérirent pour la plupart : mais on n'a pas suffisamment tenu compte, suivant nous, des conditions différentes dans lesquelles pouvaient se trouver les sujets soumis à l'expérience, en ne faisant pas la distinction que nous avons faite, distinction très importante pour la pratique.

Quoi qu'il en soit, ce remède a été reconnu efficace contre les accidens consécutifs de la vérole; mais ce médicament étant composé de plusieurs substances qui n'étaient pas bien connues, n'a pas tardé à tomber en désuétude, surtout depuis que d'autres préparations mieux connues et pour le moins aussi efficaces ont été introduites dans la pratique. Je citerai, entre autres, la tisane de Feltz, dans la composition de laquelle entrent du sulfure d'antimoine et une petite dose d'arsenic. Cette tisane produit des effets vraiment remarquables dans les cas de syphilis dont nous parlons. Des exostoses à la tête, aux bras, aux jambes; des pustules sur différentes parties du corps existant depuis long-temps, ont été guéries ou notablement amendées dans l'espace de quinze à vingt-un jours. C'était surtout dans des cas de phénomènes consécutifs développés à la suite de chancres primitifs traités par la cautérisation quinze ou vingt jours après leur apparition, qu'on a remarqué les excellens effets de la préparation en question.

M. Chomel flétrit en passant la méthode des cautérisations, qui entraîne d'aussi fâcheuses conséquences. Dubois, à qui sa longue expérience avait fait connaître les dangers de cette méthode, s'élevait avec force contre son application au traitement des chancres existant depuis quelque temps.

Dupuytren racontait l'histoire d'un Américain qui, disait-il, l'avait toujours beaucoup frappé. Il s'agissait d'un jeune homme qui, ayant contracté une blennorrhagie avec chancre à la veille de se marier, alla le consulter à la clinique, en le priant de le guérir le plus promptement possible. Dupuytren eut la faiblesse d'accéder aux désirs de ce jeune homme, et cautérisa ses chancres. La guérison fut complète au bout de quelques jours en apparence, et le jeune homme se maria; mais peu de temps après il se développa des symptômes syphilitiques secondaires, qu'il fut facile de reconnaître comme dépendant des symptômes primitifs que ce jeune homme avait éprouvés avant son mariage. On eut beaucoup de peine à arrêter la marche de ces nouveaux accidens; Dupuytren avait devant lui plusieurs cas de ce genre, et il avait fini par adopter en principe de ne jamais cautériser des chancres qui dataient de plusieurs jours.

Lorsque les malades sont saturés de mercure, et que, malgré cela, ils sont toujours sous l'influence du virus syphilitique, les tisanes de Feltz et les autres préparations du même genre jouissent d'une très grande efficacité. On a, dans ces derniers temps, introduit dans la pratique l'usage d'autres préparations qui paraissent avoir une grande activité; on leur reconnaît des avantages réels sur les moyens que nous venons d'indiquer. Quoique nous ne soyons pas naturellement porté aux innovations, et que par système nous n'abandonnions pas volontiers des moyens connus et dont l'efficacité nous est démontrée, pour des moyens nouveaux plus ou moins incertains, nous nous garderons bien de repousser ceux qui se présentent avec des avantages incontestables. Telles sont les préparations d'iode, et spécialement l'iodure de potassium. Une pratique de quelques années nous a démontré leur action vraiment étonnante contre les affections qui nous occupent. Tout récemment encore, nous avions à la salle Saint-Bernard une femme affectée d'exostose du crâne, avec des maux de tête très aigus s'exaspérant pendant la nuit. Nous avions de suite pensé à une syphilis constitutionnelle; la malade, après avoir nié en avoir jamais éprouvé les symptômes primitifs, était convenue plus tard avoir eu un écoulement accompagné de chancres, pour lesquels elle avoit subi un traitement mercuriel sans succès. Cette femme fut mise à l'usage de l'iodure de potassium, et au bout de quinze jours les douleurs de tête avaient disparu, l'exostose crânienne diminuait; la maladie allait sensiblement en décroissant, lorsque cette femme fut prise de la variole, ce qui, par parenthèse, n'entrava point la guérison définitive de l'affection syphilitique.

J'ai eu occasion, ajoute M. Chomel, de voir les bons effets de ce traitement dans une circonstance plus remarquable encore; il s'agissait d'une dame de province, à qui son mari avait communiqué la maladie syphilitique. A la suite des symptômes primitifs, cette dame eut des exostoses au crâne et dans d'autres régions. Elle avait d'abord été traitée par les mercuriaux, mais d'une manière incomplète, de sorte que les phénomènes morbides persistaient et faisaient beaucoup souffrir la malade. Elle se décida, sur ces entrefaites, à venir à Paris, où elle me consulta. Je la soumis à l'usage des pilules de sublimé, et au bout de trois ou quatre mois elle allait mieux; les douleurs avaient disparu, les exostoses avaient diminué; tous les symptômes étaient amendés, mais le mieux ne fut pas de longue durée. Les douleurs ostéocopes nocturnes revinrent avec une intensité croissante. J'eus recours alors à l'iodure de potassium, que je continuai pendant assez long-temps. Le mieux se prononça et persista cette fois au point que cette dame put retourner chez elle en bon état au bout de quelques mois. Je lui recommandai toutefois de continuer l'usage de l'iodure pendant quelque temps encore à dose progressivement décroissante. Grâce à ce moyen, la guérison fut complète et durable.

Bien que la tisane de Feltz jouisse d'une efficacité que nous croyons au moins aussi prononcée que celle dont jouit le nouvel agent médical, nous sommes portés néanmoins à lui préférer ce dernier, à cause des inconvéniens nombreux qui sont attachés à l'emploi de la tisane de Feltz, et que n'a point l'iodure de potassium. La tisane de Feltz est très désagréable à prendre; beaucoup de personnes la rejettent ou n'en peuvent soutenir l'usage. Elle a en outre l'inconvénient d'être composée d'un mélange de substances très compliqué, et d'exiger une préparation difficile. L'iodure de potassium, au contraire, est facile à administrer et n'exige aucune préparation; il a, sous ce rapport, des avantages réels sur la tisane de Feltz.

HOPITAUX ANGLAIS.

Fracture de l'acromion, suivie de la perte du mouvement et du sentiment du bras; par M. BULLEY, chirurgien à l'hôpital Berkshire.

Une jeune personne, âgée de vingt-quatre ans, pâle, délicate, est reçue à l'hôpital le 24 octobre dernier pour être traitée d'une blessure à l'épaule. Cette région avait été frappée par un lourd morceau de craie qui était tombé de très haut au moment où la patiente remplissait des baquets au fond d'une source, à 90 pieds de profondeur. Elle paraissait beaucoup souffrir du coup, était très pâle d'abord et prête à se trouver mal; puis animée et avec fièvre.

A l'examen de l'épaule, on ne trouve aucune luxation ni de l'humérus ni de la clavicule; l'humérus pouvait être mu librement dans tous les sens. L'épaule cependant avait perdu sa rondeur normale, et lorsqu'on abandonnait le bras à lui-même, la tête humérale glissait vers l'aisselle. La malade ne pouvait pas mouvoir le bras; ce membre était pendant et comme inserviable : la malade disait qu'il était engourdi et insensible. En glissant un doigt le long de l'épine de l'omoplate et en comprimant un peu, on produit de la douleur, plus spécialement vers la racine de l'acromion où l'on sentait une légère crépitation. Cette circonstance a fait diagnostiquer une fracture sur le point où l'épine de l'omoplate se termine brusquement. Aucune autre lésion n'a pu être constatée. On relève le bras, et on le maintient avec des écharpes passées sous le coude et des attelles, dans le but d'empêcher le déplacement du fragment de l'acromion.

Le 26, on resserre les écharpes afin de maintenir le bras dans la même position. L'engourdissement persiste, et l'action musculaire dans le bras ne paraît pas vouloir reparaître.

Le 28, on voit pour la première fois une ecchymose considérable à la partie inférieure et interne du bras; une dureté et une dépression à la partie inférieure du muscle biceps, ce qui fait penser que ce muscle avait été déchiré en partie. L'action musculaire semble reparaître un peu dans le bras, mais l'avant-bras reste immobile et engourdi. Liniment stimulant; renouvellement de l'appareil avec attelles.

Le 1er novembre, mieux; la sensibilité et le mouvement reparaissent; l'engourdissement cependant persiste encore le long du nerf cubital et dans les doigts. Les jours suivans, le mieux est progressif; l'acromion paraît réuni par un cal ligamenteux assez ferme pour empêcher le bras de descendre; le membre a repris toutes ses fonctions, moins le mouvement d'élévation, qui ne s'exécute qu'imparfaitement, avec difficulté et douleur.

— On ne connaît qu'un petit nombre de cas de fractures de l'acromion, et l'on ne connaît pas assez toutes les conséquences dont elles sont susceptibles. Le diagnostic lui-même n'est pas suffisamment éclairé par des données certaines. Il paraît cependant que la pratique suivie dans le cas ci-dessus, pour reconnaître la lésion, est ce qu'il y a de plus simple. A. Cooper l'avait déjà indiqué; en glissant les doigts le long de l'épine de l'omoplate, on arrive nécessairement sur la brèche, où l'on sent un état anormal, une dépression, et souvent aussi une crépitation. Ce qui mérite encore une grande attention, c'est la descente spontanée du bras et le glissement de la tête humérale dans l'aisselle. Il faut convenir néanmoins que ces signes sont quelquefois tellement masqués par le gonflement que le diagnostic reste obscur, pendant un certain temps du moins. Quant au traitement mécanique, on vient de le voir dans cette observation, il n'y en a pas d'autre tant que la lésion est simple. On connaît, au reste, la gravité lorsque l'accident est accompagné de plaie. Au total, ce fait nous a paru surtout digne d'attention par sa terminaison heureuse, qui est assez rare.

Ulcération de l'estomac. Hématémèse. Autopsie; par M. BRYANT.

Marie Waller, âgée de quarante-neuf ans, de petite stature, pâle, a été reçue à l'infirmerie le 1er septembre, pour être

— Appareil circulatoire. Vaisseaux sanguins et lymphatiques, cœur.— Appareil respiratoire. Larynx, bronches, poumons. — Appareil sécrétoire. — Appareil nerveux. Encéphale, nerfs, ganglions nerveux. — Organes des sens. — Appareil digestif et organes complémentaires. — Appareil génital urinaire chez les deux sexes. — Développement du fœtus.

En traçant un aperçu rapide de toutes ces parties de l'organisation humaine, l'auteur a passé en revue chaque système et chaque organe en particulier, embrassant dans un même coup d'œil leur texture, leur forme et leurs fonctions; entrant au sujet de chacun d'eux dans les détails nécessaires pour en faire comprendre le mécanisme, et se bornant à des indications générales pour ceux qu'il était possible de grouper et de décrire en masse; de la sorte, après la description qui l'initie aux particularités de forme et de structure, le lecteur arrive de suite à l'étude des fonctions et de leur mécanisme.

Ici se présentait un obstacle. L'étude des fonctions des organes, et la divergence d'opinions qu'elle ont fait naître a nécessité dans ces derniers temps un examen comparatif de ces théories si diverses; mais ces discussions, d'un intérêt puissant pour les médecins et pour les élèves avancés dans leurs études, ne laissent qu'embarras et chaos dans l'esprit des personnes encore peu versées dans la connaissance de l'organisme humain. Pour remédier à ces inconvéniens, M. Rambaud s'est efforcé de choisir parmi toutes ces opinions celles qui lui ont paru les plus satisfaisantes, sans chercher à imposer la sienne; de la sorte, le lecteur plus avancé dans ses études anatomiques pourra sans peine rattacher à ces notions premières les détails accessoires ou complémentaires.

Ce Traité élémentaire doit rendre de véritables services aux jeunes gens qui commencent l'étude de l'anatomie; il pourra aussi fournir des renseignemens utiles à ceux qui auront besoin de résumer les connaissances déjà acquises. C'est une bonne œuvre que de dédaigner les satisfactions d'amour-propre, et de consacrer son talent à des travaux élémentaires, sans gloire peut-être, mais qui, en revanche, rendent les abords de nos études moins arides, moins effrayans par la somme et l'étendue des détails. Tel est le mérite de M. Rambaud. Quant à l'exécution de son livre, disons qu'il a rempli avec bonheur le cadre qu'il s'était tracé.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du tannin contre la métrorrhagie.

M. le docteur Dumars vient de publier quelques observations d'un haut intérêt sur les avantages de l'administration du tannin dans les cas d'hémorrhagie utérine.

La première observation est relative à une métrorrhagie simple; dans la seconde, il s'agit d'une femme parvenue au sixième mois de la grossesse, et chez laquelle le germe a été conservé. La femme qui fait le sujet de la quatrième observation était, comme la précédente, enceinte de six mois; déjà un commencement de travail expulsif s'était opéré dans l'utérus, et néanmoins la mère et l'enfant ont été sauvés.

M. Dumars a employé le tannin en pilules, en potion et en injection. Voici la formule à laquelle il donne la préférence : Tannin, 2 gramm.; extrait gommeux d'opium, 5 centigr.; conserve de roses, quantité suffisante. Mêlez et faites selon l'art une masse parfaitement homogène divisée en vingt pilules.

On en fait prendre une toutes les heures, jusqu'à cessation des accidens. (*La Clinique*, février 1842.)

Sur le danger de faire servir à l'alimentation la chair des animaux empoisonnés.

Des faits assez nombreux ont déjà prouvé que la chair des poissons pris dans les rivières à l'aide de la coque du Levant, et celle des corbeaux pris au moyen de la noix vomique, peuvent déterminer des accidens plus ou moins graves et même l'empoisonnement.

On se rappelle aussi qu'en 1827 un médecin d'Aurillac fit connaître à l'Académie royale de médecine qu'il avait été appelé à donner des soins à quinze personnes chez lesquelles s'étaient manifestés des symptômes d'intoxication après avoir pris le lait d'une chèvre qui avait bu du bouillon très aigre conservé dans une casserole de cuivre non étamée : cette chèvre elle-même était morte le quatorzième jour.

Le fait suivant vient ajouter un nouvel exemple à la liste que possède la science des accidens de cette nature.

A la fin d'octobre dernier, un cultivateur de l'arrondissement de Pontarlier (Doubs) ayant laissé dans son champ un double décalitre environ de blé vitriolé destiné aux semailles, une fille qui trouva ce grain s'avisa de le donner à un porc qu'elle nourrissait. L'animal, après l'avoir mangé, devint si malade que le propriétaire se hâta de le vendre à un débitant de la Chapelle-d'Huin, qui le fit tuer. Mais les personnes, au nombre de dix-sept, qui mangèrent la viande provenant de cet animal furent atteintes de coliques violentes, et leur état de maladie fut tel que cinq d'entre elles reçurent les derniers sacremens; toutefois, personne ne succomba. On remarqua que ceux qui mangèrent le boudin préparé avec le sang de porc souffrirent plus que les autres.

Il eût été d'un haut intérêt pour les sciences médicales, pour la toxicologie et la médecine légale en particulier, que l'analyse de la chair et du sang de ce porc eût été faite avec soin : malheureusement, ni les médecins ni les pharmaciens de la localité et des environs n'eurent l'idée d'y procéder. (*Journ. de Chim. méd.*, janvier 1842.)

traitée d'une douleur à l'épigastre qu'elle disait éprouver depuis deux mois. Elle n'avait vomi qu'une seule fois, un mois avant son entrée. L'action du cœur est accélérée; des pulsations anormales existent à l'épigastre, ce qui a fait croire à un anévrisme. La malade se plaint de douleur à la région du cœur, et de sensibilité à la pression au creux de l'estomac. On prescrit des ventouses scarifiées sur cette région. Mieux. La physionomie de la malade cependant était celle d'une personne atteinte d'affection organique.

Le 6 septembre la malade est saisie subitement d'un vomissement de sang liquide et cailleboté qui a duré pendant vingt-quatre heures. Alors les forces ont baissé; pouls très fréquent et faible.

Le 7, le vomissement reparaît dans la soirée, et la malade expire subitement.

A l'autopsie, faite le lendemain matin, on trouve l'oreillette droite du cœur dilatée; les gros vaisseaux sont sains; poumons engorgés; œsophage plein de sang coagulé; l'estomac distendu par deux gros caillots. Ces deux caillots sont séparés par une constriction moyenne de l'estomac. La face postérieure de l'estomac adhère au pancréas. Sur ce point était un ulcère profond d'apparence gangreneuse, à bords durs, communiquant avec la cavité gastrique. Les parois de l'estomac sont détruites. L'ulcération s'étend elle-même dans la substance du pancréas et dans un vaisseau de volume considérable. L'ouverture de ce vaisseau était béante, et c'est évidemment de là que le sang était parti. Le reste de la substance du pancréas était induré. (*Guy's hospital Reports*, 1841.)

— Il est probable que le commencement de cette maladie datait de plus loin que de deux mois, ce qui ferait présumer qu'elle aurait d'abord existé d'une manière latente. On se demande naturellement quelle était la nature de cette ulcération. L'auteur n'en dit rien, et le peu de détails qu'il donne sur l'état anatomique des parties ne le laisse pas deviner.

Les auteurs attribuent ces érosions à un travail phlogistique; mais on conçoit difficilement un pareil travail sans l'intervention d'autres élémens morbides. Les ulcères cutanés eux-mêmes ne s'établissent point, ne deviennent pas rongeans sous la seule influence de l'inflammation. Malheureusement la thérapeutique est d'autant plus impuissante dans les ulcères phagédéniques de l'estomac, que le diagnostic est, en général, fort obscur. Ce sujet est, comme on le voit, digne de la plus grande sollicitude des praticiens observateurs.

Cas remarquable d'hypertrophie du sein chez une jeune femme; par M. Ashwell.

Elisabeth K..., âgée de vingt-quatre ans, de petite stature, délicate, d'intelligence vive, a été reçue à Guy's hospital pour être débarrassée d'une énorme tumeur qu'elle portait au sein droit. D'après la figure donnée par l'auteur, ce sein offre le volume d'un melon pendant et sillonné de vaisseaux de haut en bas.

Le commémoratif a appris ce qui suit : la femme a été réglée à l'âge de douze ans; elle a toujours été bien portante et bien réglée; elle s'est mariée à dix-neuf; elle est devenue de suite enceinte, et a mis au monde un enfant bien portant; l'accouchement a été plutôt difficile, mais naturel. Elle a donné à téter à son enfant des deux côtés pendant les deux premiers mois; mais ses seins étant devenus malades, elle a été obligé de cesser de nourrir. Quinze jours après l'accouchement, en effet, un abcès s'est formé dans le sein droit, siége de la maladie actuelle; il s'est ouvert, dans l'espace d'un mois, par un grand nombre de petites ouvertures donnant à la partie inférieure du sein un aspect cribriforme. Ces ouvertures cependant se sont bientôt fermées, et la matière, collectionnée de nouveau, a été évacuée par une ouverture pratiquée à la face antérieure de la mamelle. Ces circonstances ont obligé la malade à cesser la lactation.

Huit mois après l'accouchement les deux seins étaient revenus à l'état naturel, en apparence, et la femme a conçu de nouveau. Vers la douzième semaine elle s'est aperçue d'un gonflement dur, du volume d'un œuf de poule, dans l'aisselle droite; cette grosseur n'était ni douloureuse, ni sensible; elle augmentait de volume. Son médecin lui a fait appliquer des sangsues et des fomentations évaporantes. On a cru avoir affaire à un ganglion irrité; mais au lieu de diminuer, la tumeur a augmenté de volume et est devenue douloureuse. On a eu recours aux préparations d'iode, mais sans avantages. On a alors pris le parti de ne rien faire jusqu'à l'accouchement.

Dès cette époque jusqu'à la parturition, qui s'est faite naturellement, la tumeur s'est accrue; le troisième jour des couches elle présentait dix-huit pouces de circonférence; la montée du lait a donné à la mamelle un volume extraordinaire; la tumeur gênait beaucoup par son volume et par la douleur dont elle était le siége; l'utérus lui même paraissait sympathiser avec cette douleur, puisque la main, appliquée sur l'hypogastre, pouvait à peine être supportée.

La malade a voulu nourrir son enfant en lui donnant le sein gauche seulement. Bien que le lait continuât à affluer dans le sein droit, néanmoins la tumeur a diminué progressivement jusqu'au huitième mois, lorsqu'elle a sevré son enfant par suite d'une troisième grossesse. Alors la tumeur offrait le volume d'une orange.

Au troisième mois de cette grossesse, la tumeur a commencé de nouveau à augmenter de volume comme dans la grossesse précédente, mais plus rapidement, bien que sans douleur. C'est dans cet état qu'elle est entrée dans un des hôpitaux de la capitale. La tumeur offrait alors vingt-trois pouces de circonférence; un traitement a été fait, mais sans avantage. La femme est allée ensuite consulter sir Astley Cooper. Ce praticien l'a examinée attentivement, et l'a aussitôt ponctionnée avec une lancette, ce qui a donné issue à soixante grammes de lait caillé, strié de sang. La piqûre s'est cicatrisée, mais bientôt après elle a donné issue à un mélange fétide de pus et de lait.

Un mois plus tard, pendant que la malade faisait un mouvement, il s'est échappé par la même ouverture une grande quantité de sang, en plein jet. Ce liquide s'est arrêté spontanément; mais un pareil phénomène s'est reproduit bientôt après, et a occasionné l'accouchement prématuré à sept mois. L'enfant est né vivant, mais il n'a survécu que vingt heures. Les deux mamelles étaient douloureuses, la droite plus que la gauche, et surtout la tumeur, qui était très tendue et dure; elle a commencé cependant à diminuer de volume le troisième jour. Cette diminution n'a été, cette fois, que peu considérable.

Six mois ensuite, quatrième grossesse. La tumeur offre quatorze pouces de circonférence (mai 1840). Plus tard (15 novembre 1840), lors de l'entrée de la malade à Guy's hospital, la tumeur présente vingt-neuf pouces de circonférence et pèse dix kilogrammes (vingt livres). La malade y éprouve quelques malaises, et lorsqu'on la manie elle y accuse des douleurs lancinantes.

M. Ashwell a soumis la patiente à un traitement interne et externe; lotions opiacées saturninées, quinine, purgatifs, etc., mais sans avantage. La malade a, en conséquence quitté l'hôpital dans le même état. On aurait tenté d'autres moyens si elle n'eût pas été pressée de sortir. (*Ibid.*)

— M. Ashwell, dont l'expérience en matière d'obstétrique et de maladies des femmes est des plus étendues, place cette maladie au nombre des cas très rares. Il croit que la masse énorme de la mamelle résulte uniquement d'une dilatation des vaisseaux lactifères et d'une quantité accidentelle de tissu cellulaire et de graisse molle. La tumeur, en effet, était généralement mollasse et élastique, sans la moindre dureté, ce qui lui donne un caractère de bénignité au fond. L'auteur pense, au reste, que ces conditions doivent faire distinguer cette tumeur, dont il ne connaît pas d'autre exemple, d'avec l'hypertrophie proprement dite de la glande mammaire, qui est assez commune. L'ablation serait une chose dangereuse, vu le volume énorme de la tumeur; on pourrait cependant obtenir une grande amélioration à l'aide d'un traitement dynamique bien entendu et continué long-temps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Chervin*, présent à la séance, remercie l'Académie des témoignages d'estime qu'il en a reçus pendant sa maladie.

— *M. le président* annonce à l'Académie que M. Fourcault demande à faire une nouvelle lecture sur la morve.

Plusieurs membres observent que M. Hamont ne se trouvant pas présent à la séance, il serait convenable que cette lecture, qui paraît devoir être une réponse aux idées émises par ce médecin, fût ajournée. (Adopté.)

— *M. Bouvier* fait, au nom de la commission nommée dans la précédente séance, un rapport sur l'élection qui doit avoir lieu prochainement. Les conclusions sont que cette élection se fera dans la section de pathologie médicale. (Adopté.)

— *M. Dubois* (d'Amiens) lit, au nom de la commission de topographie et de statistique médicales, un rapport favorable sur un travail adressé à l'Académie par M. Cicalla, ayant pour titre : « Mémoire sur la topographie médicale de l'île de Santorino. » Remercier l'auteur, inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans de l'Académie, et l'inviter à poursuivre ses travaux sur cette matière. (Adopté)

— *M. le président* annonce à l'Académie qu'elle va procéder à la nomination de trois commissions pour les prix. Chaque commission doit être composée de cinq membres.

—*M. A. Bérard* met sous les yeux de l'Académie le genou droit d'une femme à laquelle il a amputé la cuisse, dans son service à l'hôpital Necker. Dans un très prochain numéro, nous publierons ce fait, intéressant à plus d'un titre.

— *M. Bouvier* présente une gibbosité dorsale située du côté gauche, contre la règle la plus ordinaire. Le sujet était une femme de soixante-dix-neuf ans, morte à la Salpêtrière d'un ramollissement cérébral.

La colonne vertébrale décrit une courbure considérable, à convexité gauche, depuis la sixième vertèbre dorsale jusqu'à la deuxième lombaire. Des courbures inverses, moins prononcées, sont formées par les premières dorsales et les dernières lombaires.

Cette déviation à gauche ne reproduit pas exactement la forme la plus commune des déviations du côté droit, en ce sens que la courbure principale est moins élevée. Cela dépend, dit M. Bouvier, de l'influence de l'aorte sur le rachis, qui, présentant, à l'état normal, une petite courbure à droite vis à vis la fin de la crosse aortique et une courbure inverse au-dessous, est disposé, par là, à se dévier à droite dans sa partie supérieure, et à gauche dans sa partie inférieure.

Les viscères thoraciques et abdominaux ont subi des modifications remarquables.

Le cœur n'a pas changé de rapports avec le sternum, ni avec les côtes gauches; mais il se trouve à droite de la colonne vertebrale, portée à gauche au-delà même de la pointe de cet organe, soustrait ainsi à toute pression de la part des vertèbres; ce qui explique l'intégrité de son action et l'âge avancé atteint par l'individu, malgré la direction exceptionnelle de la courbure de l'épine, que l'on a regardée, dans ces sortes de cas, comme une cause de mort prématurée.

L'aorte décrit des sinuosités multiples, en rapport avec celles de la colonne épinière.

Les poumons sont réduits dans tous les sens, en raison du raccourcissement extrême du tronc, de l'élévation du diaphragme et de la déformation du thorax. Le poumon gauche a surtout été comprimé par les corps des vertèbres mis en contact avec les côtes au sommet de la courbure principale, et sa base est en partie convertie en une lame mince, impropre à la respiration.

Le foie, déformé par les pressions qu'il a éprouvées, était séparé des côtes droites par une portion du colon qui avait glissé sur sa face convexe; de sorte que la percussion eût donné dans ce point un son clair intestinal, au lieu du son mat propre à l'hypochondre droit.

Les reins diffèrent de forme à droite et à gauche, s'étant moulés sur les parties osseuses qui les entourent.

C'est un phénomène digne d'intérêt que l'innocuité de ces compressions exercées par les os sur des viscères importans, et l'on doit admirer, en particulier, les ressources d'une organisation qui a supporté si long-temps, sans altération notable de la santé, le trouble inévitable des fonctions respiratoires.

— *M. Huguier* présente le larynx et la trachée d'une femme qui a succombé à une affection croupale dans son service à l'hôpital de Lourcine. Nous publierons prochainement l'observation avec les particularités que présente cette pièce pathologique.

— *M. Ambroise Tardieu*, interne des hôpitaux, montre les fosses nasales d'un malade qui vient de succomber à la morve farcineuse chronique, dans le service de M. Rayer, à la Charité. Cet homme était maréchal-ferrant depuis onze ans, et employé dans une maison où l'on faisait aussi de la médecine vétérinaire. Il avait été chargé particulièrement de panser un cheval qui avait plusieurs abcès, un, entre autres, situé au garrot et répandant une odeur infecte. Ce cheval, du nom de Bijou, fut retrouvé au roulage du Château-d'Eau, et l'on constata qu'il était atteint de la morve chronique. Le jeune malade commença vers la fin de décembre 1840 à voir se développer des abcès nombreux en différens points du corps. Pendant quatorze mois qu'il resta à l'hôpital, il ne présenta d'autres symptômes que des abcès, de la diarrhée et un dépérissement graduel. Les abcès s'étaient cicatrisés une première fois, et, il y a à peu près un an, le malade, dont les forces étaient revenues, avait pu quitter la Charité, et se regarder comme guéri; mais il ne tarda pas à retomber. De nouveaux foyers se formérent, la constitution s'altéra de plus en plus, et il succomba dans le marasme le 5 mars 1842. Jamais il n'avait accusé aucune douleur du côté des fosses nasales, et on n'avait noté ni épistaxis, ni jettage purulent dans les narines, ni fétidité de l'haleine. La respiration était à peu près normale; il n'y avait ni toux ni expectoration. A l'autopsie, outre les traces d'anciennes suppurations dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les articulations du pied gauche et du poignet droit, on trouve dans les fosses nasales une perforation de la cloison large comme une pièce de cinquante centimes, à bords réguliers entourés d'un cercle rougeâtre en forme de bourrelet, et de nombreux abcès sous-muqueux et des ulcérations sur la partie postérieure de la cloison et sur les cornets. Les poumons présentent un grand nombre de points ecchymotiques d'abcès métastatiques. La membrane muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches est saine. — C'est la première fois que les caractères de la morve chronique ont pu être observés chez l'homme dans les fosses nasales. Tous les cas jusqu'à présent s'étaient terminés par la morve aiguë, et les lésions récentes avaient empêché de distinguer d'autres altérations véritablement chroniques.

Addition à la précédente séance.

— Dans la précédente séance, M. Huguier a lu un mémoire sur les fractures obliques de l'avant-bras et sur les luxations du poignet. Voici une analyse détaillée de ce travail :

Dans la première partie de ce mémoire, qui a pour but principal la description d'un appareil à extension dans les fractures obliques de l'avant-bras et de l'extrémité inférieure du radius, ainsi que l'exposé des signes différentiels de ces fractures d'avec les luxations du poignet, M. Huguier rappelle les caractères principaux de ces fractures, leurs causes, leur direction, le sens de leur déplacement qui le plus souvent a lieu tout à la fois suivant la longueur, la direction et l'épaisseur de l'os; il insiste sur la forme en Z et la disposition arrondie que conserve la partie inférieure du membre.

Dans une seconde partie, il indique, ce qui n'avait pas encore été fait avec soin jusqu'à ce jour, quels sont les motifs anatomo-pathologiques pour lesquels la crépitation manque si souvent dans ces fractures. Les causes de l'absence de cette crépitation sont rattachées à six chefs principaux : 1° A ce qu'assez souvent le fragment inférieur n'est pas déplacé et est immobile sur le supérieur; 2° à ce que presque toutes ces solutions sont obliques, en haut et en arrière, ou en haut et en avant; 3° à ce que dans ces fractures obliques de l'extrémité inférieure du radius, on ne peut faire éprouver au fragment inférieur des mouvemens assez étendus en dedans et en dehors; 4° à l'épanchement du sang qui se forme entre les fragmens; 5° au peu de résistance et de dureté des surfaces de la fracture; 6° au peu de prise que l'on a sur le fragment inférieur et au peu d'étendue du levier qu'il présente.

Dans un troisième chapitre, l'auteur s'occupe de l'anatomie physiologique et du mécanisme de la main et de l'avant-bras, considérés sous le rapport du traitement; c'est-à-dire, des indications à remplir et des moyens chirurgicaux à employer. Il prouve, après avoir donné une nouvelle description de la configuration de ces parties et des liens qui les unissent, qu'elles sont très propres à l'application d'un appareil à extension continue (et que c'est à tort que dans notre numéro du 13 janvier, M. Velpeau l'a accusé de ne prendre un point d'appui que sur l'extrémité inférieure du bras). Cette partie du mémoire est pleine d'intérêt, et prouve que l'anatomie chirurgicale et la mécanique animale sont susceptibles de faire encore de grands progrès.

Dans un quatrième chapitre, il passe en revue les nombreuses indications thérapeutiques que présentent ces lésions : presque toutes ces indications se tirent de la direction de la fracture, du genre de déplacement qui l'accompagne, et de l'organisation de la partie. Celles sur lesquelles l'auteur insiste le plus, sont : de rendre au radius ou aux deux os de l'avant-bras leur longueur primitive, à la faveur d'un appareil à extension qui lutte constamment contre l'action incessante des muscles de l'avant-bras; de porter la totalité de la main, et non-seulement son extrémité inférieure en dedans, lorsqu'il y a déplacement du fragment inférieur en dehors; d'éviter autant que possible les compressions au niveau de l'articulation radio-carpienne et des gaînes tendineuses, et de ne pas rapprocher le premier métacarpien du deuxième, afin de conserver le premier intervalle inter-osseux.

Dans un cinquième chapitre, après avoir examiné les avantages et les inconvéniens des divers appareils proposés jusqu'à ce jour, et prouvé qu'aucun d'eux ne remplit les indications les plus importantes, il décrit un appareil à extension continue qu'il a inventé et appliqué pour la première fois, à l'hôpital de la Charité, le 5 septembre dernier, dans le service de M. Gerdy. Cet appareil se compose, dans les cas ordinaires, de pièces qui s'appliquent, les unes sur la main, ce sont les extensives; les autres sur l'avant-bras, ce sont les contentives et contre-extensives. Les pièces qui s'appliquent sur la main et qui sont destinées à faire l'extension, sont : 1° Une bande roulée en toile fine, large de 4 centimètres (1 pouce 1/2), longueur de 5 mètres (4 aunes environ); elle est appelée, par M. Huguier, bande protectrice et fixative carpo-métacarpienne. Sa première moitié, qui est appliquée sur la peau pour la protéger, n'est jamais dextrinée ni amidonnée; il n'en est pas de même de la seconde, qui sert à fixer sur la main les bandes à extension et à adduction. 2° Quatre petites bandes non roulées, en toile presque neuve, ou en ruban de fil, longues de 7 à 8 diamètres, larges de 3 centimètres, dextrinées dans la moitié de leur longueur; ce sont les bandes à extension et à adduction : elles sont nommées antérieures ou postérieures, suivant qu'elles sont appliquées devant ou derrière la main. 3° Une bande à adduction proprement dite. Elle n'est pas toujours nécessaire; M. Huguier ne l'emploie que quand la totalité de la main et le fragment inférieur ont besoin d'être portés en dedans. L'anse de cette bande, qui croise transversalement le poignet, est appliquée sur le bord extérieur de celui-ci; les deux chefs sont dirigés en dedans, l'un en avant, l'autre en arrière de l'articulation du poignet, puis sont défléchis sur les bords correspondans des cellules pour venir ensuite se nouer sur leurs bords externes. Toutes ces pièces sont remplacées, en ville surtout, par un gantelet lacé sur sa face antérieure, et présentant vers son bord inférieur quatre lacs à extension.

Les pièces qui se placent sur l'avant-bras, et qui sont tout à la fois contentives et contre-extensives, sont :

1° Deux compresses graduées, une postérieure qui s'étend du sommet de l'olécrâne, à 5 ou 6 lignes au-dessus de l'articulation du poignet, où elle se termine par une coupe oblique; une antérieure, beaucoup plus longue que la précédente : elle commence à un demi-pouce au-dessus du pli du coude, se termine au milieu de la hauteur de la paume de la main; son extrémité supérieure est taillée en bec de flûte, dans l'étendue de 4 centimètres, de sa face profonde à sa face superficielle, afin de ne pas comprimer douloureusement le pli du coude, le confluent des veines de l'avant-bras, et de se relever facilement dans l'échancrure de l'extrémité supérieure de l'attelle antérieure;

son extrémité inférieure est taillée de même dans l'étendue de 2 centimètres seulement. Afin d'éviter que, par sa forme pyramidale, elle ne comprime la partie médiane de l'extrémité inférieure du membre où n'existe plus l'intervalle inter-osseux, et que par son épaisseur uniforme elle ne déjette le poignet et le fragment inférieur en arrière, M. Huguier pratique sur sa face profonde une échancrure qui répond à l'extrémité inférieure des os et à la saillie carpo-palmaire (talon de la main.

2° Deux fortes attelles, étendues depuis l'articulation du coude jusqu'à 6 centimètres au-devant de l'extrémité libre des doigts.

L'antérieure est plus courte de toute l'épaisseur du bras, elle doit ne se prolonger que jusqu'à quelques millimètres au-dessous du pli du coude.

Leur largeur devra être égale au diamètre transversal du membre, à la partie inférieure, afin d'éviter que les doloires de la grande bande circulaire ne portent les fragmens vers l'axe de l'avant-bras aux dépens de l'intervalle inter-osseux. Les faces de ces attelles sont brutes, leurs bords dentelés dans les deux tiers supérieurs de leur longueur.

L'extrémité supérieure de l'attelle antérieure est échancrée en croissant, afin d'embrasser exactement la demi-circonférence antérieure du bras et de ne pas peser sur la peau du centre de cette partie, ni sur le tendon du biceps, pas plus que sur l'artère brachiale ou le nerf médian.

L'extrémité inférieure de ces attelles présente deux ou trois mortaises destinées à recevoir autant de chevilles moniliformes, sur lesquelles doivent être liés les lacs à extension qui ont été préalablement fixés sur la main.

3° Une grande bande roulée qui sert à fixer et à envelopper le tout. Elle doit être amidonnée ou dextrinée pour rendre l'appareil inamovible lorsque le gonflement est disparu. C'est la bande *contentive*.

4° Un peu de charpie ou de ouate pour remplir les vides et rendre la compression de l'appareil uniforme.

Lorsque la partie supérieure de l'avant-bras n'est pas ou est à peine plus volumineuse que sa partie inférieure, comme alors l'appareil pourrait ne pas trouver un point d'appui suffisant sur cette portion du membre, M. Huguier ajoute à ces pièces une compresse de linge fin et une plaque de carton mouillé et dextriné pour garnir la demi-circonférence antérieure du tiers supérieur de l'avant-bras et inférieur du bras qui offrent alors un point d'appui solide et nullement douloureux à l'attelle antérieure.

L'attelle postérieure est fixée sur l'extrémité inférieure de deux attelles de carton et de sapin placées et moulées sur la face postérieure du bras ; pour cela ces attelles brachiales descendent à un demi-pouce au-dessous de l'olécrâne.

Dans un sixième chapitre l'auteur fait connaître quelles sont les causes anatomo-pathologiques de l'altération des mouvemens ou de la *demi-ankylose* qui succède ordinairement à ces sortes d'affections.

Enfin il termine son travail par un exemple de luxation incomplète du poignet en arrière, et par le parallèle suivant des signes différentiels qui existent entre les luxations et les fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Dans la luxation, les extrémités inférieures des deux os de l'avant-bras ont conservé leur configuration, leurs rapports naturels, tous deux font saillie en avant et non le radius seulement, tel qu'on le remarque le plus ordinairement dans le cas de solution de continuité de cet os de haut en bas et d'arrière en avant.

Dans cette fracture, accompagnée de luxation du cubitus en avant, les deux os, radius et cubitus, forment à la vérité un relief assez considérable à la partie antérieure et inférieure du membre, mais qui diffère de celui qui existe dans la simple luxation en ce que, dans la fracture la saillie formée par la tête du cubitus est sur le même niveau ou même plus bas que celle produite par l'extrémité inférieure du fragment supérieur du radius ; au contraire, dans la luxations du poignet l'éminence formée par l'extrémité articulaire du radius et non par l'extrémité inférieure du fragment supérieur est plus volumineuse que celle que forme la tête du cubitus et descend plus bas qu'elle.

Dans la luxation, les extrémités articulaires des os et les apophyses qui les surmontent ont conservé la position et la direction qu'elles ont naturellement avec la diaphyse de ces parties ; aucun effort exercé sur elles ne les rend mobiles indépendamment du reste des os.

Leur longeur, mesurée depuis la saillie qu'ils forment jusqu'au coude, est la même que celle du côté opposé, ce qui n'arrive pas dans le cas de fracture, la saillie étant produite par le fragment ou les fragmens supérieurs et non par les extrémités articulaires. Cette mensuration fait encore reconnaître la différence normale qui existe entre le radius et le cubitus, différence qui reste la même dans la luxation et est le plus souvent changée dans la fracture.

Lorsqu'il y a luxation, les saillies formées par les surfaces articulaires déplacées sont plus considérables que celles que produisent les fragmens dans le cas de fracture ; c'est un fait dont M. Huguier fut de suite frappé chez le malade dont il rapporte l'observation.

Dans la première de ces affections, les rapports naturels qui existent entre les extrémités inférieures des os de l'avant-bras et le carpe sont altérés ; *en dehors*, l'espace compris entre le sommet de l'apophyse styloïde et le trapèze ; *en dedans*, celui qui sépare la tête du cubitus du pyramidal et du pisiforme, n'existent plus ou sont considérablement raccourcis. Au lieu de se porter de haut en bas et d'arrière en avant, ils se dirigent presque transversalement en arrière, et l'extrémité inférieure du cubitus vient s'appuyer sur la partie supérieure du pisiforme.

La main, et le carpe en particulier, comparés à ceux du côté opposé, paraissent raccourcis : le raccourcissement réel qu'éprouve le membre est opéré aux dépens du carpe, par son chevauchement sur les os de l'avant-bras ; dans la fracture, le raccourcissement s'opère, au contraire, aux dépens de ces derniers.

Dans la solution des os, la main. suivant la direction du fragment inférieur du radius ou des deux fragmens inférieurs, s'il y a fracture complète de l'avant-bras, les deux derniers signes dont nous venons de parler n'existent pas, aussi l'auteur les considère-t-il comme de la plus haute importance, non-seulement parce qu'ils doivent être constans dans la luxation, mais encore parce qu'ils peuvent servir à distinguer facilement les fractures transversales de l'extrémité inférieure du radius avec déplacement suivant l'épaisseur, de la luxation qui nous occupe.

Dans cette dernière affection, les tendons forment au-dessus et au-dessous des saillies carpienne et anti-brachiale des cordes tendues et saillantes qu'on n'observe pas dans le cas de fracture, à moins que celle-ci ne soit transversale, avec un déplacement considérable suivant l'épaisseur et sans aucune mobilité du fragment ; or on sait combien ces sortes de fractures sont rares.

Enfin, sans parler de la crépitation ni de la mobilité isolée des extrémités articulaires du radius et du cubitus sur la diaphyse de ces os, qu'on n'observe jamais dans la luxation, M. Huguier fait remarquer que dans celle-ci, comme dans la plupart des autres, une fois la réduction opérée avec bruit et secousse brusque déterminés par la rentrée subite de la tête dans la cavité, le déplacement ne s'opère plus de nouveau, quoi qu'on en ait dit. Dans la fracture, la réduction est lente, s'opère sans secousse et sans bruit à moins que ce ne soit un léger bruit de crépitation qui ne peut être confondu avec celui que nous venons d'indiquer. A peine a-t-on abandonné le membre à lui-même que le déplacement s'opère de nouveau à moins qu'il y ait simple fracture transversale de l'extrémité inférieure du radius ; mais alors la crépitation, qu'il est toujours facile de produire, sera un signe différentiel excellent.

Correspondance.

Mon cher Confrère,

Lorsque dernièrement M. Bérard mentionna mes recherches sur l'urétroplastie, je crus ne devoir rien ajouter à la citation bienveillante dont j'étais l'objet. Les faits historiques étaient trop connus pour qu'on voulût me rapporter l'idée première de l'utilité d'une ouverture périnéale afin d'amenter la guérison des fistules de la région spongieuse de l'urètre ; et malgré la lettre de M. Ségalas relative à ces quelques lignes, qu'il a sans doute mal comprises ou mal interprétées, je demeure convaincu que cet estimable chirurgien ne saurait avoir la pensée de s'attribuer une invention dont on retrouve les détails dans la pratique de Viguerie, de Toulouse.

Ces faits, ai-je dit, sont connus de tout le monde, et je ne me crois obligé de les rappeler qu'afin de bien établir que si les avantages de l'ouverture périnéale, d'abord mise à profit par Viguerie, furent énumérés et appréciés d'une manière complète par M. Dieffenbach, à l'appui des opinions duquel M. Ségalas a publié le fait intéressant que le hasard lui a fourni ; ce qui, je le crois, ne saurait m'être contesté, c'est d'avoir le premier pratiqué l'urétroplastie combinée avec l'incision périnéale.

Le travail que j'ai soumis à l'Académie de médecine n'a jamais eu d'autre but que de prouver les avantages de cette opération, qui se trouve ainsi constituée en procédé régulier.

Agréez, etc.,

PH. RICORD.

Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables *Pilulee ferrugineuses de Blaud* se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du docteur Blaud.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 12 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 31, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Variole. — Considérations générales sur cette affection et sur son traitement.

Au n° 19 de la salle Sainte-Anne, est couchée une jeune fille de quinze ou seize ans, affectée de variole. Avant son entrée à l'hôpital, cette jeune fille se trouvait couchée dans une même chambre avec un enfant atteint de variole et qui y a succombé. Chez cette malade l'affection a débuté par la fièvre, un malaise général, du mal de gorge, des vomissemens et de l'assoupissement. Depuis hier il s'est fait une éruption variolique en même temps que les symptômes précédens se sont amendés. Cette maladie ne présente plus aujourd'hui qu'une légère accélération du pouls avec de la chaleur à la peau, l'exsiccation des boutons a commencé; il n'existe plus aucun trouble dans les organes digestifs et dans les organes thoraciques.

Cette jeune fille a évidemment contracté cette affection éruptive par voie de contagion, ainsi qu'on ne peut en douter par les rapports qu'elle a eus avec un sujet affecté de variole.

L'absence de cicatrices vaccinales et celle de traces de pustules varioliques font présumer que la variole dont elle vient d'être atteinte est primitive. En outre les caractères de l'éruption ont été ceux de la variole primitive franche et non ceux de la varioloïde.

On sait que les récidives de variole sont assez communes; mais lorsqu'elle se reproduit, elle est ordinairement beaucoup plus bénigne et plus rapide dans sa marche. On a vu quelquefois la variole se reproduire une troisième et même une quatrième fois. Les anciens auteurs donnaient à ces récidives multiples de la variole les noms de variole *tierce et quarte*; mais ces cas ne se présentent que très rarement. Pour être préservé d'une variole consécutive franche, il ne suffit pas d'avoir été vacciné, car il faut pour que la vaccine jouisse de sa vertu préservative qu'elle ait été suivie de l'éruption pustuleuse caractéristique; il faut enfin que les pustules aient parcouru leur marche régulière comme les pustules varioliques, et qu'elles aient laissé après elles des traces profondes et durables; sans ces conditions, la vaccination ne conserve aucun de ses bénéfices et l'on est obligé d'y recourir de nouveau.

Cette variole n'a offert d'ailleurs, comme on le voit d'après le court exposé qui précède, rien de particulier dans ses caractères et dans sa marche, si ce n'est le mal de gorge que la malade a éprouvé dans la première période de la maladie, avant le début de l'éruption. Le mal de gorge ne se montre en effet que très exceptionnellement au nombre des symptômes précurseurs; il ne se fait ressentir généralement qu'après le développement des pustules. Quant aux vomissemens que cette femme a éprouvés dès le début de la maladie, ils précèdent presque toujours l'éruption: c'est un des symptômes précurseurs dépendant de l'état d'irritation de la muqueuse gastro-intestinale qui précède ou accompagne presque constamment l'éruption variolique.

Les pustules se développent ordinairement à la face d'abord, où elles se montrent éparses et isolées çà et là; vingt-quatre ou trente-six heures après elles paraissent sur les membres et successivement sur toutes les autres parties du corps. Telle est la marche la plus ordinaire de cette éruption. Quelquefois, mais rarement, l'éruption commence par les membres et ne se montre à la face qu'en dernier lieu; ces cas étaient regardés par Sydenham comme graves, l'expérience paraît avoir confirmé l'avis de ce grand praticien. L'exsiccation suit une marche parallèle à celle du développement des pustules. C'est-à-dire que les pustules développées les premières sont aussi les premières qui se dessèchent et la dessiccation se termine par les pustules qui se sont montrées les dernières. On voit pourtant quelquefois certaines pustules qui ne s'étaient développées qu'après les autres se sécher en même temps ou même avant celles-ci; mais il s'agit alors de petites pustules batardes et comme avortées.

La durée de la maladie dans les cas ordinaires et lorsqu'elle est simple, est de huit à dix jours à dater de l'éruption. Les transformations que subit l'humeur purulente des pustules mérite quelque attention: dans les varioles graves, le pus prend une couleur noirâtre; il se fait en quelque sorte une transsudation sanguine dont le produit s'unit à la sérosité et qui s'altère sitôt après ce mélange. Quelquefois les pustules ne sont pas entièrement pleines; on voit les vésicules ridées et affaissées comme si l'on eût évacué une partie du liquide qu'elles contenaient. Dans les cas où la variole se complique de pourpre, les pustules sont remplies d'une sérosité roussâtre résultant du mélange du sang avec la sérosité; enfin on voit quelquefois des pustules isolées devenir noires et se gangréner. Ce sont là des circonstances toujours graves, surtout la dernière. Ces accidens se compliquent souvent de symptômes cérébraux et adynamiques qui peuvent compromettre la vie des malades.

Quelquefois, au milieu du cours de la maladie, lorsque tout semble marcher d'une manière régulière, on voit une recrudescence de fièvre avec exacerbation des symptômes, délire, etc.; c'est ce que les auteurs ont appelé fièvre secondaire de la variole; et comme elle se développe ordinairement à l'époque de la suppuration des pustules, on l'appelle aussi fièvre suppurative. Il existe des formes différentes de variole qui ont fait admettre autant de variétés.

Dans la forme simple et bénigne, les symptômes gastriques qui caractérisent la première période de la maladie se dissipent aussitôt que l'éruption se manifeste; c'était ce qui faisait dire à Broussais que l'inflammation de l'estomac se portait de cet organe à la peau.

Lorsque l'affection prend un caractère grave, au contraire, les phénomènes gastriques s'exaspèrent souvent au moment où se fait l'éruption; c'est aussi alors que se montre l'inflammation de la gorge. Cette inflammation est légère dans les varioles simples; grave et accompagnée de voix rauque ou voilée dans les varioles confluentes; elle s'étend souvent aux parois buccales et s'accompagne de salivation abondante. Dans les cas graves elle prend une intensité proportionnée à l'intensité des autres symptômes.

Quand la variole est simple et bénigne, le traitement est également simple; on s'en tient à une médecine expectante. Dans certains cas graves, quand il y a beaucoup de fièvre, délire au début avec langue sèche et voilée, la saignée est indiquée, et on peut la répéter selon les circonstances, non pas dans le but de faire avorter l'éruption (ce qui est impossible, quoi qu'en disent certains médecins), mais afin de modérer le degré d'éréthisme inflammatoire.

On pratique encore l'émission sanguine à l'époque de la fièvre secondaire, quand il y a un appareil symptômatique qui fait craindre une complication cérébrale. Peut-on administrer les vomitifs dans cette affection? Ils sont indiqués lorsqu'il y a des phénomènes bilieux du côté de l'estomac, que le pouls n'est pas trop fébrile et que l'inflammation de la gorge est légère; les vomitifs facilitant les mouvemens d'expansion vers la peau, favorisent le développement de l'éruption. C'est surtout chez les sujets délicats, faibles, dont la constitution ne permet pas de recourir aux émissions sanguines, que les vomitifs peuvent être employés avec avantage.

Dans la variole, il y a un phénomène qui est assez ordinaire, c'est la constipation. Convient-il de lui opposer les lavemens ou les purgatifs? On emploie avec avantage les lavemens parce qu'ils débarrassent le tube intestinal sans secousses. Quant aux purgatifs, on ne les donne jamais durant l'éruption variolique, parce qu'ils secoueraient trop vivement l'organisme et exposeraient les malades à un refroidissement, ce qu'il importe surtout d'éviter. Lorsqu'il existe un mal de gorge in-

FEUILLETON.

RAPPORT A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE; par M. le docteur Henry ROGER, médecin du Bureau central des Hôpitaux.

(Suite du n° 27.)

4° *Maîtres en chirurgie.*

Le candidat à la maîtrise en chirurgie n'est pas astreint à une éducation littéraire aussi forte que les docteurs; il est dispensé de deux années d'études philosophiques, et il doit seulement prouver, que indépendamment des quatre années passées dans les écoles nationales, il a suivi régulièrement, comme élève ordinaire, les six classes de grammaire dans un établissement du pays, et que, dans tous les examens semestriels, il a été déclaré apte à monter dans une classe supérieure. La connaissance de la langue latine n'est exigée que depuis 1814.

C'est dans une université complète que que le candidat est tenu de prendre ses inscriptions et ses degrés. Ses études chirurgicales, moins longues que celles des docteurs, sont les mêmes que pour les patrons de chirurgie; en voici le programme pour l'année 1840-41, publié sous le titre d'Etudes chirurgicales pour les chirurgiens de ville et de campagne.

Première année. — Premier semestre: Introduction à l'étude de la chirurgie et de la médecine, cinq fois par ssmaine, de dix à onze heures. — Anatomie toute l'année, cinq fois par semaine.

Deuxième semestre: Botanique, cinq fois par semaine, de sept à huit heures. — Chimie générale et pharmaceutique, cinq fois par semaine, de huit à neuf heures. — Anatomie, comme ci-dessus. — Dissections, depuis le commencement d'octobre jusqu'à la fin d'avril.

Deuxième année. — Premier semestre: Physiologie, depuis le commencement de l'année classique jusqu'à la fin de novembre, cinq fois par semaine, pendant deux heures, de onze heures à midi et de quatre à cinq heures. — Pathologie générale, médicale et chirurgicale, et thérapeutique, depuis le commencement de décembre jusqu'à la fin du semestre, aux mêmes heures que ci-dessus.

Deuxième semestre: Cours de matière médicale, pharmacologie, formulaire, hygiène, deux heures par jour, de onze heures à midi et de quatre à cinq heures. — Théprie des ascouchemens, tous les jours de midi à une heure. — Leçons sur les épizooties, trois fois la semaine, de cinq à six heures.

Troisième année. — Premier semestre: Cours de médecine pratique et de clinique, tous les jours de huit à neuf heures. — Thérapie spéciale des maladies internes, cinq fois par semaine, de neuf à dix heures. — Chirurgie pratique et exercices cliniques, tous les jours de dix à onze heures. — Cours d'opérations chirurgicales avec répétitions sur le cadavre, cinq fois par semaine de onze heures à midi. — Médecine légale, comme ci-dessus.

Deuxième semaine: Cours de médecine pratique, thérapeutique spéciale, chirurgie pratique et exercices cliniques, comme plus haut.— Thérapie spéciale chirurgicale et cours d'opérations, cinq fois par semaine, de onze heures à midi. — Thérapie oculaire, cinq fois par semaine, de midi à une heure.

Les cours de la troisième année devront être suivis deux fois par les aspirans à la maîtrise en chirurgie; de plus, le candidat devra suivre pendant deux mois la pratique des accouchemens à l'hôpital; enfin, il sera tenu de subir en public un examen sur les bandages et appareils, s'il veut obtenir un certificat du professeur de clinique chirurgicale. Quant à l'examen rigoureux, il sera double, comme à l'ordinaire, et il comprendra les matières suivantes:

Premier examen. Anatomie, chirurgie pratique, médecine légale, médecine théorique et pratique (dans les limites de l'enseignement donné aux étudians de cette catégorie.)

Deuxième examen. Le candidat fait publiquement une préparation anatomique désignée par le sort, et une opération sur le cadavre comme pour le doctorat de chirurgie.

Les maîtres de chirurgie (dont l'étude médicale est gratuite) ont le droit d'exercice dans toute l'étendue de l'empire, mais ils doivent se borner au traitement des maladies externes et aux opérations chirurgicales. Le diplôme de *magister obstetricæ artis*, qui est obligatoire, et auquel celui de maîtrise en chirurgie est même subordonné, établit leur droit à la pratique des accouchemens. C'est seulement dans les localités où il n'y a point de docteur, et aussi pendant les épidémies, qu'ils ont la permission de traiter les affections internes.

S'ils dépassent les limites de leurs attributions, ils sont passibles: 1° de correction simple, c'est-à-dire d'admonestation; 2° d'amendes, depuis 30 jusqu'à 100 florins; 3° de la prison, depuis quatorze jusqu'à trente jours; 4° du retrait du diplôme.

5° *Patrons de chirurgie.*

Nous arrivons aux derniers échelons du personnel médical; ici les conditions de capacité sont beaucoup moindres. Les patrons de chirurgie ou chirurgiens de campagne sont tenus de justifier seulement de quatre années passées dans les écoles nationales (1): en effet, on les dispense toujours des deux dernières années de gymnase, qui comprennent les humanités, et quelquefois des quatre premières années, pendant lesquelles on fait les classes grammaticales. Ils obtiennent cette dispense s'ils prouvent qu'ils sont restés trois ans en qualité d'apprentis dans la boutique d'un patronus qui est censé leur apprendre la langue latine aux momens de loisir laissés par l'exercice de la profession de barbier, et si, pour faire preuve de connaissances dans cette langue ils passent un examen devant un jury qui est formé par le médecin de la province ou du cercle et par des maîtres et des patrons de chirurgie.

Muni des certificats demandés, l'aspirant au patronat se présente à une université complète ou incomplète (2), ou même à un lycée (dans ces deux derniers établissemens aucun cours n'est fait en latin), et il y poursuit, sans acquitter aucune rétribution, ses études d'après le programme exposé plus haut (*voy.* Maîtres en chirurgie).

Il est tenu de passer, à la fin des cours, en sus des examens particuliers sur chaque science enseignée, un examen spécial dit de *patronat*.

Outre le diplôme de patron, celui d'accoucheur (3) est obligatoire, et pour l'obtenir il faut avoir suivi pendant deux mois, comme pour le *magisterium chirurgiæ*, la pratique des accouchemens à l'hôpital de la ville où les autres études médicales ont été faites.

Quant aux frais d'examen et des deux diplômes, ils montent à 85 florins.

Les patrons doivent se renfermer exclusivement dans l'exercice de la petite chirurgie, c'est-à-dire que le traitement des maladies internes, les grandes opérations, l'oculistique, etc., leur sont interdits; la contravention à ces réglemens entraîne la même pénalité que pour les maîtres de chirurgie. Il faut, bien entendu, excepter le cas d'absence d'un médecin ou d'un chirurgien d'un ordre supérieur; et de même aux époques d'épidémie, les *patroni* ont momentanément le droit d'exercice de la médecine dans tout son ensemble. Ils peuvent en tout temps et doivent, en raison de leur diplôme, pratiquer les accouchemens.

Il ne faudrait cependant pas croire que les patrons, du moment où ils ont subi l'examen du patronat, aient le droit d'exercice dans leur

(1) Les études des écoles nationales embrassent la religion, la langue maternelle (allemand, italien, polonais, etc.), la lecture, l'écriture, l'orthographe et les élémens d'arithmétique.

(2) Il y a aussi beaucoup de barbiers parmi les élèves qui étudient pour la maîtrise de chirurgie, mais c'est seulement dans les provinces autrichiennes proprement dites, et non pas en Italie ni en Transylvanie.

(3) Les études d'obstétrique sont les mêmes pour les patrons que pour les maîtres de chirurgie; mais comme l'éducation littéraire des premiers a été moins longue et moins complète, ils ne peuvent s'appeler *maîtres*, et ils sont obligés de se contenter d'un titre inférieur.

tense, avec fièvre, délire, céphalalgie, etc., on emploie quelquefois utilement les sangsues au cou ou aux apophyses mastoïdes, et souvent elles suffisent sans avoir besoin de recourir aux saignées générales. La même indication se présente lorsqu'il y a une douleur vive à l'épigastre avec vomissemens et autres symptômes d'irritation gastro-intestinale. On les applique sur la région épigastrique si la maladie est à une période avancée, et qu'elle revête la forme typhoïde ou adynamique avec symptômes nerveux, on applique des vésicatoires volans et des sinapismes sur les jambes et sur les cuisses.

Les narcotiques sont utiles, du moins d'après l'autorité imposante de Sydenham. Ce médecin employait le laudanum, principalement le soir, pour calmer l'exacerbation fébrile habituelle de la nuit. M. Fouquier fait remarquer que le calme produit par les préparations opiacées n'est souvent qu'apparent, et que les narcotiques exaspèrent plutôt qu'ils ne modèrent les accidens nerveux, surtout lorsque ceux-ci dépendent d'un état inflammatoire du cerveau ou même de tout autre viscère; aussi recommande-t-il de ne les administrer qu'avec prudence. Convient-il de maintenir les malades dans une atmosphère chaude ou froide? Est-il indifférent de leur donner des boissons chaudes ou froides? On sent de quelle importance il est de tenir compte de la température de l'air ambiant et des boissons qui doivent être administrées au malade dans les affections de cette nature. Sydenham professait, à ces égard, des principes auxquels il attachait une grande importance. Il voulait que les malades fussent placés dans des chambres maintenues à une température modérée, et même un peu fraîche, afin de modérer l'intensité de la fièvre et la force de l'éruption. Morton, au contraire, voulait que l'on couchât toujours les malades dans des chambres bien chauffées, et qu'on les fît boire très chaud, afin de favoriser, disait-il, le travail éruptif et l'expulsion du virus contagieux au dehors. Le docteur Morton, qui raisonnait d'après des vues purement théoriques, n'a pas prévalu en France. On a adopté celle de Sydenham, mais avec quelques modifications. Ainsi, au début de la maladie, et surtout au moment où l'éruption commence, on tient les malades un peu chaudement et on leur administre des boissons chaudes. Quand l'éruption est bien développée, on substitue des boissons tièdes aux boissons chaudes et on abaisse un peu la température de la chambre, sans toutefois trop la refroidir.

La variole peut-elle être répercutée impunément? M. Fouquier rapporte qu'étant appelé auprès d'un jeune enfant pour le vacciner, il lui pratiqua cette opération, qui fut suivie en peu de jours d'une éruption vaccinale de bonne nature; mais le petit malade ayant été conduit à la promenade peu de jours après que les pustules étaient sorties, il rentra en sueur, puis, s'étant un peu refroidi, les pustules s'affaissèrent et disparurent d'une manière complète. On fit boire au petit malade du thé bien chaud, dans l'intention d'exciter la diaphorèse et de faire reparaître les pustules: mais ce fut en vain; malgré cela l'enfant resta bien portant et fut exempt depuis de la variole et de toute autre maladie éruptive. Voilà un cas dans lequel la répercussion de la vaccine fut tout à fait sans inconvénient. On a pu voir également quelques cas dans lesquels la variole a pu être répercutée impunément; mais il ne faudrait pas, toutefois, se reposer avec sécurité sur quelques faits où l'innocuité de cette répercussion a pu être mise hors de doute, car le plus souvent elle entraîne après elle des conséquences très graves, surtout lorsqu'il s'agit d'une variole confluente.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Leçons sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. — De l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme.

Il existe chez certaines femmes un état habituel de sensibilité extrême des parties génitales. On rencontre quelquefois des familles dans lesquelles toutes ou presque toutes les femmes présentent cette sensibilité anormale, ce qui porterait à croire que cette disposition est, dans un grand nombre de circonstances, héréditaire. Cette sensibilité est quelquefois portée si loin, que les soins de propreté ordinaires auxquels se livrent les femmes déterminent des douleurs et des tiraillemens tels qu'elles n'y recourent qu'avec de grandes précautions; que le coït en est rendu souvent insupportable, au point de leur faire redouter et de faire naître en elles un éloignement et une appréhension extrêmes pour l'approche de leurs maris. Il s'agit, comme on le voit, non d'une simple incommodité, mais d'une véritable maladie qui n'est pas moins grave par les souffrances qu'elle fait éprouver à ces femmes, que par les conséquences graves qui peuvent en résulter pour les ménages; aussi mérite-t-elle de fixer l'attention des médecins.

Cette affection peut survenir spontanément, sans cause appréciable, être inhérente à la constitution et dépendre de certaines idiosyncrasies, comme on voit chez certaines personnes la muqueuse génito-urinaire jouir d'une telle sensibilité qu'on ne peut jamais parvenir à habituer cette membrane au contact d'une sonde. Elle n'a, dans un grand nombre de cas, d'autre caractère que cette douleur elle-même, et peut rester long-temps méconnue, d'autant plus que les femmes dissimulent le plus long-temps qu'elles peuvent leurs souffrances, et que ce n'est qu'avec une extrême répugnance qu'elles en font la confidence à leur médecin. Si l'on parvient à obtenir un examen des parties, il arrive quelquefois que l'on ne trouve rien, et que les organes génitaux sont ou paraissent être dans un état parfaitement normal. Dans d'autres circonstances, cette sensibilité existe avec un écoulement blanc plus ou moins abondant; ou bien on trouve une inflammation aiguë ou chronique de la vulve, de l'orifice vaginal ou même de toute l'étendue du vagin: ce sont là, il faut le dire, les cas les plus ordinaires. Dans quelques cas, il existe des érosions sur la vulve et surtout sur les grandes lèvres, dans des points qui se correspondent. Vous trouverez quelquefois chez de jeunes femmes de petites excoriations sur l'orifice du vagin, mais rien sur la vulve; c'est ce qui arrive surtout chez celles qui ont le vagin étroit et qui se livrent à un exercice trop fréquemment répété du coït. Si dans ces cas, et lorsque les femmes se plaignent d'éprouver de vives douleurs intérieures, on écarte les grandes lèvres et l'on introduit le doigt dans le vagin, en faisant faire à la malade des efforts d'expulsion, en même temps qu'on fléchit légèrement le doigt de manière à amener une partie de la membrane muqueuse du vagin au dehors, on voit souvent des excoriations ou des érosions légères d'abord, qui par leur persistance et l'exaspération incessante des douleurs et sous l'influence du coït répété, ont fini quelquefois par dégénérer en ulcères rebelles et de mauvaise nature, lesquels entretiennent et éternisent les flueurs blanches, source de tant d'incommodités pour les femmes. Ces érosions et ces ulcérations du vagin sont toujours accompagnées de prurit, de chaleur et d'un sentiment de cuisson extrêmement douloureux, et enfin de cette exaltation de sensibilité qui détermine des douleurs si vives pendant le coït, et qui constitue le caractère essentiel de l'affection qui nous occupe. Ces différens états, entretenant habituellement un certain degré de congestion et de sub-inflammation chronique des parties génitales externes, ne contribuent pas peu au développement consécutif des maladies de l'utérus, et surtout des congestions et des engorgemens de cet organe.

M. Lisfranc, en abordant le traitement de cette affection, insiste d'autant plus sur son importance qu'il s'agit d'une maladie peu connue et d'un point de thérapeutique tout à fait négligé jusqu'à présent.

Ce que nous allons dire ici n'a trait qu'aux cas où l'excès de sensibilité des organes génitaux est essentiel, c'est-à-dire indépendant de toute altération appréciable de ces organes, les autres cas réclamant les moyens spéciaux propres à la nature des lésions qui produisent l'excès de sensibilité.

Au premier rang des moyens que cette affection réclame, il faut placer les bains généraux dont l'usage doit être fréquemment répété; on pratiquera une ou deux saignées révulsives du bras de trois onces, dans les intervalles des règles, en prenant la précaution de faire la première vingt-quatre heures au moins après la cessation des dernières règles, et la seconde à peu près à l'époque intermédiaire entre les dernières et les suivantes; car si on la pratique à une époque trop rapprochée des règles prochaines, on court le risque d'en troubler le cours, et par suite d'exaspérer la maladie ou de déterminer des accidens de toute autre nature et non moins graves. Il conviendra de joindre aux bains et à la saignée l'usage des narcotiques, si la constitution le permet, ce qui arrive le plus souvent. Il deviendra quelquefois nécessaire de recourir aux bains froids, dans le but de modifier l'état d'innervation des malades; j'ai quelquefois vu réussir, dit M. Lisfranc, les bains locaux froids, mais ils ont l'inconvénient de congestionner, ce qui, la plupart du temps, oblige à y renoncer. J'ai vu ces simples moyens réussir à souhait à faire cesser complètement et en peu de temps l'état en question, et les femmes qui en étaient affectées pouvoir se livrer quelques jours après, sans douleur et sans appréhension, à l'approche de leurs maris; mais dans la plupart des cas ces moyens n'ont fait qu'atténuer l'intensité des douleurs, et ils laissent subsister encore pendant plus ou moins long-temps un certain degré de sensibilité qui se réveille à la moindre occasion et surtout pendant la consommation de l'acte vénérien. Aussi devient-il nécessaire dans quelques circonstances d'appeler l'attention du mari sur ce point, et de prescrire à cet égard certaines précautions qu'il lui convient d'observer. La convenance de ces conseils sera suffisamment appréciée par l'importance et la gravité même du sujet. Il est nécessaire, dans les cas dont il s'agit, que lors de l'approche sexuelle, l'acte ne soit commencé qu'après que les désirs auront fait naître chez la femme un certain degré d'excitation et d'orgasme. On comprend en effet que dans cet état d'orgasme le mode de sensibilité étant modifié, le coït pourra être bien supporté, tandis qu'il ne l'eût pas été peut-être dans des conditions différentes. Il nous a souvent été dit par des maris que lorsque leurs femmes avaient été excitées avant le coït, elles n'éprouvaient aucune douleur, et que, dans le cas contraire, elles ressentaient des douleurs plus ou moins vives pendant la consommation de cet acte. Il faut encore, pour prévenir ou atténuer les douleurs dans ce cas, que le membre soit introduit avec ménagement; souvent, à l'aide de ces simples précautions, on a vu cet excès de sensibilité diminuer peu à peu, et les femmes finir par accomplir leurs fonctions comme si elles n'eussent jamais été malades. Cependant, si elles ressentent encore de temps en temps une excitation trop vive qui leur donne lieu de craindre la reproduction de la maladie, il faut encore faire aux époux une dernière recommandation: c'est de ne point se livrer au rapprochement pendant les jours qui précèdent et ceux qui suivent l'écoulement mens-

---

sphère étroite. D'abord les diplômes délivrés dans un des trois lycées, Salzbourg, Laybach et Clausenbourg, ne sont valables que pour les provinces où se trouvent ces villes. Puis, à moins qu'il ne soit chargé d'un service public, le patronus n'obtient la permission d'exercer que s'il occupe une boutique de barbier, dont l'achat ou la concession dépendent du possesseur ou de l'autorité locale. Pour pratiquer, il faut donc qu'il tienne boutique, et qu'il ait ainsi le *jus chirurgiæ*. Or, le nombre de ces officines est limité: il est le plus souvent en raison du nombre de la population, et il ne peut être changé que par les magistrats. Il y a dans cette singulière organisation des barbiers, vestige évident des us du moyen âge, quelque chose d'analogue à l'organisation toute moderne de nos bureaux de tabac ou de papier timbré. L'officine appartient à un propriétaire, et comme c'est seulement depuis le 1er janvier 1836 qu'il a été décidé par une loi que la cession ou la vente devaient désormais être faites exclusivement à un homme de l'art, il en résulte que plusieurs boutiques sont encore à présent dans des mains étrangères: ainsi quelques-unes appartiennent à la femme d'un ancien barbier, qui la fait exploiter par un patronus moyennant une part dans les bénéfices. Il y a plus: dans certaines campagnes, la boutique tient à la maison par une espèce de servitude; qui veut acheter l'officine et le monopole qu'elle comporte, doit acheter en même temps la maison: tantôt, comme nous venons de le voir, c'est une veuve qui en cède l'exploitation; tantôt c'est un vrai médecin qui l'achète et la fait gérer à ses risques et périls par un patronus, afin de se débarrasser d'une concurrence plus ou moins redoutable. Il y a dans ces officines, outre le propriétaire, des aides de chirurgie (*chirurgische Gesellen*) qui font pareillement la petite chirurgie, mais sous la responsabilité du patronus. Au-dessous d'eux sont ordinairement des apprentis, et parfois aussi avec eux des patrons pauvres, qui travaillent en sous-ordre jusqu'à ce qu'ils aient amassé assez d'économies pour acheter une boutique (1).

On voit donc que les patrons ne sont pas libres d'exercer partout leur complexe ministère, puisqu'ils tiennent pour ainsi dire au sol, attachés qu'ils sont à l'officine payée par eux. Il est vrai qu'ils ont la faculté de revendre leur première boutique pour en racheter dans une autre province, et cela sans remplir aucune condition scientifique, sauf à Vienne: s'ils n'ont pas pris leur diplôme dans cette ville, ils doivent, avant de s'y établir, passer de nouveau l'examen de patronat.

Du reste, les profits du barbier (2) ne suffisent pas toujours à ces patrons, et, dans quelques campagnes, ils sont à la fois médecins, barbiers et laboureurs; dans d'autres, ils cumulent encore quelque profession plus ou moins lucrative, celle par exemple de loueur de voitures, ainsi que je l'ai vu à Ischl, dans le Sultzkammergut. A Vienne même, ils s'adonnent à toute espèce de trafic qui leur promet bénéfice; ils font débit de remèdes secrets, de recettes, d'onguens pour la brûlure, de pommades pour les cheveux, etc.; et non-seulement ils cumulent, avec la vente de ces arcanes, la petite chirurgie et les accouchemens, sous la protection des lois; mais, dans mainte occasion, ils font, en dépit des lois, de la médecine et de la haute chirurgie. Très souvent ils luttent avec avantage pour la clientèle avec les docteurs; dans les campagnes, ils s'adressent avec succès à la simplicité des populations ignorantes: le paysan qui est incapable de distinguer la vraie science de la fausse (et sur ce point plus d'un bourgeois et d'un grand seigneur sont paysans) préfère volontiers un médecin dont les manières et les mœurs plus ou moins grossières sont plus au niveau de sa rusticité. Il trouve d'ailleurs commode de causer de ses maux en se faisant raser, et de payer du même coup une barbe et une consultation; il n'oserait pas non plus confier sa santé à d'autres qu'à son voisin ou à son ami le patron, à son serviteur et maître le barbier; et, comme le disait en riant un professeur de l'Université de Vienne: du menton à toute la personne, ce n'est qu'un degré de plus dans la confiance. Dans les villes, la rivalité entre le patron et le docteur en médecine et en chirurgie est moins possible; aussi spéculent-ils sur la crédulité des classes pauvres, et cherchent-ils un dédommagement dans le débit des arcanes de leur double profession; et, quand il s'agit de ces tentatives criminelles, fruit de la misère et de la corruption des grandes villes, n'y a-t-il pas des patrons qui en partagent avec les sages-femmes le triste et infâme monopole?

Si l'on réfléchit un instant aux vices radicaux de cette institution des patrons, on a peine à en comprendre aujourd'hui l'existence et le maintien. N'est-ce point une suite incroyable de contradictions et d'anomalies, pour ne pas dire plus, que de voir ces étudians sans éducation première, ces élèves qui partagent très inégalement leur temps entre les études de la médecine et la profession de barbier, ces praticiens forcés par la loi de savoir le latin pour les formules médicales, et par la loi dispensés de l'apprendre, ou tenus de l'apprendre de maîtres ignorans qui, juges eux-mêmes à l'examen, se font payer leur indulgence; ces savans auxquels la législation demande tout au plus un demi-savoir; ces médecins armés de deux diplômes, et qui n'ont pas le droit d'exercer s'ils ne se mettent en boutique pour y manier tour à tour la lancette et le rasoir; ces vendeurs de santé et de cosmétiques; ces gens enfin à double métier, le matin barbiers complaisans et obséquieux, aux ordres des pratiques; le soir patrons redoutables, jugeant et décidant sans appel de la santé et de la vie de leurs cliens?

Et cependant cet état de choses véritablement monstrueux persiste; cette institution des barbiers a été récemment encore réapprouvée et sanctionnée par la législation, avec quelques amendemens, il est vrai: l'institution est vivace, car elle s'appuie sur la forte et longue puissance de la routine et du *statu quo*, et elle est alimentée par l'ignorance ou la crédulité; bien plus, elle trouve des auxiliaires jusque dans le camp de ses ennemis naturels, les vrais médecins; elle est soutenue par quelques docteurs et surtout par quelques chirurgiens professeurs de la faculté qui autrefois ont été eux-mêmes barbiers et qui défendent leurs anciens confrères avec un zèle et une ardeur dignes d'une meilleure cause; zèle d'autant plus vif que les intrigues du barbier ont une grande influence sur les affaires d'avancement et de la pratique privée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Le prix de ces officines est, bien entendu, très variable: à Vienne, dans la ville même, elles peuvent être de 3 à 10,000 florins.

(2) Les coiffeurs commencent à leur disputer le privilége de raser, regardant avec raison la barbe comme une dépendance du système pileux, qui doit rentrer dans leurs attributions.

Tumeurs érectiles guéries par le cautère actuel; communiqué par M. Ansart, médecin à Lillers (Pas-de-Calais).

Une petite fille, âgée de trois mois, d'un tempérament lymphatique, portait deux tumeurs érectiles situées l'une au milieu du front, l'autre à l'angle de la mâchoire inférieure. La première avait le volume d'une noix, était d'un rouge assez vif, mollasse au toucher et disparaissait momentanément par la pression. La seconde, irrégulière présentait un diamètre de quatre centimètres en tous sens, était d'un rouge moins vif, à bords retroussés, plus saillans que le centre, dont l'ulcération donnait lieu à une suppuration abondante et à des hémorrhagies chaque fois que l'enfant criait ou s'agitait.

Des renseignemens antérieurs il résultait qu'en naissant l'enfant portait à la place correspondante deux taches analogues à une morsure de puce, que ces taches avaient pris peu à peu de l'extension en largeur, puis en épaisseur et enfin, à trois mois, avait acquis tous les caractères que nous venons de décrire.

Nous vîmes cet enfant avec M. Marchand (de Béthune), et nous décidâmes de recourir à l'emploi des caustiques, seul moyen praticable dans ce cas.

Après avoir entouré la tumeur maxillaire d'un morceau de carton découpé sur sa forme, afin de protéger la peau environnante, nous appliquâmes le cautère actuel porté au blanc.

Pendant les préparatifs, l'enfant s'agitait et criait, tandis qu'il était d'un calme parfait pendant l'opération, ce qui peut donner la mesure des souffrances qu'il éprouvait par ce moyen plus effrayant que douloureux. Trois applications successives répétées à quatre jours d'intervalle suffirent pour enlever tout le tissu érectile et donner une plaie ordinaire de niveau avec la peau.

Encouragés par ce succès nous traitâmes de même la tumeur du front qui disparut avec la même rapidité.

truel, époque où, comme tout le monde sait, les congestions sont plus imminentes et les organes plus faciles à exciter. Il est des circonstances dans lesquelles, bien que l'excès de sensibilité soit diminué sous l'influence des moyens de traitement que nous avons exposés, l'organe conserve encore une sensibilité trop vive pour supporter l'intromission du membre, on peut se trouver alors dans la nécessité d'habituer graduellement l'organe au contact de corps étrangers de plus en plus considérable, comme on le fait pour le canal de l'urètre lorsqu'on veut à la fois dilater ce canal et le familiariser avec le contact des instrumens d'un certain calibre. L'introduction de ces corps étrangers a en outre l'avantage, lorsqu'elle est pratiquée avec les ménagemens nécessaires et à l'aide de la persévérance et du temps, d'assouplir les parties en même temps qu'elle émousse leur sensibilité naturelle et qu'elle détruit l'état d'orgasme habituel. On se sert à cet effet de mèches cératées dont le volume est graduellement augmenté, pendant que l'on continue l'usage des bains et des saignées, si le degré d'excitation et d'orgasme l'exige. Il pourrait cependant arriver encore que ces moyens échouassent. Ce cas échéant, que conviendrait-il de faire? Dans deux cas seulement où il est arrivé à M. Lisfranc de voir échouer ce traitement, il a cautérisé avec le nitrate d'argent toute l'étendue de la vulve et l'orifice du vagin; une seule cautérisation a suffi pour faire cesser cet état morbide. Comment ce moyen a-t-il agi? C'est sans doute en pervertissant le mode de sensibilité; n'est-ce pas par un mode d'action analogue qu'on voit disparaître un zona par l'application d'un vésicatoire. Quoi qu'il en soit, ce professeur conseille de recourir à la cautérisation lorsque les moyens rationnels de traitement indiqués n'auront point eu de succès. Il est des cas où cette affection est liée à l'existence d'une maladie de la matrice: ces cas sont même plus fréquens qu'on ne le pense communément, ce qui doit engager à surveiller l'état de la matrice toutes les fois que les femmes accuseront cet excès de sensibilité, et qu'on n'aura rien trouvé dans les parties génitales externes qui puisse en rendre compte. Ce qui peut induire souvent en erreur à l'égard de cette coïncidence d'une affection de l'utérus dans les cas dont il s'agit, c'est que les femmes affirment n'éprouver de douleurs que dans les parties externes. Si l'on questionne leurs maris sur l'impression douloureuse que ces femmes éprouvent pendant le coït, ils répondent que ce n'est qu'au moment de l'introduction du membre que la douleur se fait ressentir. Enfin, si l'on touche ces femmes, elles disent également ne souffrir qu'au moment de l'introduction du doigt et de son passage à travers l'orifice du vagin; mais si on insiste sur cet examen, on finit souvent par reconnaître que la pression du doigt est douloureuse dans toute l'étendue du vagin et jusques sur le col lui-même, et que cet organe est le siége d'un engorgement plus ou moins considérable. D'autres fois cependant cet examen ne révélant rien du côté de l'utérus, toutes les parties de la génération paraissant être dans un état parfaitement sain, on traite cette affection comme essentielle par les moyens indiqués, pendant des mois et des années, et l'on n'obtient aucun résultat. Faut-il donc dans ces cas-là, bien qu'il n'existe aucun signe positif d'affection du côté de l'utérus, diriger le traitement vers cet organe? Sans ériger formellement en précepte une semblable pratique, M. Lisfranc a rapporté un fait qui, par le résultat qu'il a présenté, autoriserait à imiter sa conduite dans une circonstance pareille. Une jeune femme de province éprouvant les phénomènes dont il est question avait été traitée depuis longues années par un grand nombre de médecins qui avaient mis en œuvre tous les moyens de traitement connus sans aucun résultat. Cette femme n'avait point eu d'enfans: l'utérus examiné n'avait présenté rien de particulier qu'un peu d'engorgement seulement et une forme allongée et cônique du col. M. Lisfranc essaya de traiter l'utérus comme s'il était le siége d'un engorgement pathologique. Cette femme fut guérie en peu de temps, et put, dès ce moment, remplir ses fonctions sans en ressentir aucune gêne, ni aucune douleur.

HOTEL-DIEU. — M. Récamier.

De l'importance de connaître le point de départ d'une maladie pour son traitement. Plusieurs exemples de pneumonies ayant exigé des méthodes de traitement différent.

On est, dit M. Récamier, dans l'habitude de dire qu'un moyen thérapeutique quelconque, la saignée, par exemple, guérit une maladie, soit la pleurésie ou la pneumonie: c'est une erreur; du moins si l'on donne au mot guérison sa signification absolue. Ce moyen n'a d'autre résultat que d'éloigner seulement l'obstacle qui s'oppose à la guérison, et de placer la nature dans des conditions meilleures pour triompher elle-même de la maladie. C'est donc à la nature, à ses heureux efforts, plutôt qu'à l'agent thérapeutique employé, qu'il faut attribuer la guérison de la maladie. Prenons un exemple assez probant dans un des faits les plus simples et les plus vulgaires, dans la fracture. Que fait-on quand un membre est fracturé? On tâche de mettre en rapport entr'elles les parties osseuses rompues, et par un moyen déligatoire, un appareil quelconque, on les maintient dans leurs rapports naturels. La consolidation s'opère ensuite dans un espace de temps déterminé. Dira-t-on, pour cela, que cette consolidation est due à la coaptation des bouts de l'os fracturé et à l'application de l'appareil mécanique? Non, certainement; mais on sait bien que la consolidation est due aux efforts de l'organisme mis dans des conditions favorables. L'art n'a fait ici que surmonter l'obstacle qui pouvait s'opposer à cette consolidation, l'éloignement des fragmens, et placer ceux-ci dans les conditions favorables au travail de la nature. Il résulte de ce raisonnement très simple que le point important, en médecine, est de discerner dans les phénomènes de la maladie ceux qui constituent l'obstacle à la guérison, de ceux qui ne sont autre chose que les efforts même de la nature pour vaincre cet obstacle, afin de placer celle-ci dans les conditions les plus propres pour réaliser la guérison. Tel doit être le but du médecin s'il veut substituer à une médecine aveugle et empirique une médecine sage et rationnelle.

Si, pour traiter une maladie, il suffisait de savoir que l'on a affaire à une phlegmasie ou toute autre maladie qualifiée, sans s'inquiéter des circonstances particulières qui individualisent chaque cas, on n'aurait qu'à envoyer près des malades son valet de chambre, avec ordre de faire saigner celui-ci, de purger celui-là, de tonifier cet autre; mais quelle médecine serait celle-là? Venons aux exemples. Prenons une pneumonie, et nous verrons qu'il ne suffit pas de connaître la nature de la maladie pour employer le traitement qui lui convient, mais qu'il faut connaître son point de départ, afin de modifier raisonnablement le traitement. Ainsi, je suppose qu'il s'agit d'une pneumonie simple, franche, avec tous ses symptômes bien caractéristiques; on saigne, le malade va mieux; on répète la saignée, et en peu de temps la maladie est vaincue: pourquoi les saignées ont-elles été utiles? Parce qu'il s'agissait d'une maladie franchement inflammatoire sans complication d'aucune espèce, et dont le point de départ était uniquement dans le poumon. Mais un sujet atteint de pneumonie présente en même temps les symptômes suivans: il a la langue couverte d'un épais enduit jaunâtre, il éprouve des nausées, des envies de vomir; sa figure offre une teinte jaune ictérique. Vous saignez, et la pneumonie ne se résout pas; vous donnez l'émétique: la résolution se fait comme par enchantement. Pourquoi? Parce qu'ici l'inflammation du poumon, quoique réelle, était accompagnée d'un état saburral de l'estomac, auquel peut-être même elle était subordonnée. Cet état saburral était ici, très probablement, le point de départ des phénomènes inflammatoires, et en remédiant à cet état on a éloigné l'obstacle qui s'opposait aux efforts de la nature pour résoudre la phlegmasie pulmonaire. Enfin le poumon est phlogosé, mais il s'agit d'un individu cachectique dont le pouls est faible, peu développé, chez lequel la peau n'a point sa chaleur anormale, et qui présente çà et là des pétéchies avec tous les symptômes de l'état adynamique; on saigne, on purge; pas d'amélioration; on donne le vin, les toniques, et le malade, prêt à succomber, se relève, et la pneumonie se résout.

Comparez ces trois cas pratiques, et vous verrez l'importance de ce que nous avons établi en principe au commencement de cette leçon. Continuons les citations, car elles prouvent, mieux que tous les raisonnemens théoriques. Une femme enceinte tombe malade d'une pneumonie; le médecin qui en entreprend le traitement la saigne comme à l'ordinaire; les symptômes ne s'amendent pas; on répète les saignées; l'état de la malade s'aggrave; le poumon menace de passer à la suppuration; la prostration est extrême; il survient du délire. Nous sommes appelés en consultation: après mûr examen nous proposons le musc; on résiste d'abord; enfin on se rend à notre avis: le musc est administré à la dose de quatre ou cinq grains toutes les quatre heures. Le soir même du jour de la consultation, il y a du mieux; la langue, auparavant sèche et fuligineuse, s'humecte, la nuit est un peu meilleure. Le lendemain le mieux va en augmentant; le pouls, qui était d'une fréquence extrême, tombe à 90; le délire cesse complètement; bref la maladie marche vers la guérison; et pourtant il s'agissait, au début, d'une véritable phlegmasie du poumon, d'une de ces maladies contre lesquelles les saignées sont toutes puissantes.

Autre exemple. Un individu est pris de pneumonie d'un côté; on saigne; il semble aller mieux, mais la pneumonie passe du côté opposé; on revient à la saignée. Le mieux se déclare encore, mais ne se soutient pas; on répète la saignée pour la troisième et quatrième fois; le mal empire, le ventre se météorise, la langue devient sèche, ainsi que la peau. On administre des purgatifs et des boissons légèrement diaphorétiques; le ventre, sous l'influence des évacuans, se dégonfle, la langue s'humecte, il s'établit une diaphorèse salutaire, et la pneumonie se résout. Ce malade avait eu dans le temps des douleurs rhumatismales auxquelles il était resté sujet depuis. Voilà quel était l'obstacle qu'il fallait connaître et enlever pour guérir, et que les évacuans et les sudorifiques ont été plus aptes à éloigner que les saignées. Enfin, tout le monde sait maintenant que le tartre stibié est très efficace dans la pneumonie, et qu'il seconde puissamment l'action de la saignée; et pourtant, dans certains cas, il faut l'unir à l'opium, qui a certainement une action bien différente. Le musc même, si utile dans beaucoup de circonstances, est souvent remplacé avec avantage par l'opium.

— Après cette courte leçon sur une question pratique d'une haute importance, que M. Récamier n'a fait en quelque sorte qu'effleurer, et dans laquelle il s'est borné à quelques citations des cas pratiques qui se présentent journellement dans son service, il a passé en revue quelques-uns des malades les plus intéressans actuellement en traitement dans ses salles. Nous avons remarqué spécialement le fait suivant, à l'occasion duquel le professeur a fait ressortir les avantages du traitement de certaines affections phlogistiques par les boissons et les injections froides.

Méningite grave arrivée à la fin du premier septenaire. Saignée et administration de l'eau froide en boissons et en lavemens. Amélioration notable en peu de jours. Convalescence.

Au n° 12 de la salle des hommes, est couché un malade atteint de fièvre cérébrale ou de méningite grave; la maladie est actuellement arrivée à la fin du premier septenaire. Cet homme offre l'état suivant: le pouls est fréquent et petit, il y a une chaleur vive à la peau, la langue est sèche et fuligineuse; le malade délire presque constamment, et surtout pendant la nuit; les muscles du cou sont le siége d'une contraction spasmodique douloureuse; rétention d'urine. Le malade étant sondé, on retire de la vessie une urine sanguinolente. Ce malade a été saigné une fois. M. Récamier prescrit l'administration de boissons d'eau froide (à la température de dix degrés) un verre tous les quarts d'heure, et des quarts de lavement d'eau froide à la même température. Nous espérons, dit-il, par ce traitement exciter un mouvement de réaction vers la peau, une sorte de détente générale. Lorsque cette détente sera opérée et que l'organisation sera un peu remontée, nous ferons appliquer des compresses imbibées d'eau froide autour du cou, en ayant soin de les recouvrir de morceaux de flanelle, afin d'exciter aussi l'action de la peau dans les points correspondans au siége de la contraction musculaire.

Ce malade, revu les jours d'après, offrait l'état suivant: plus de délire, le pouls est plus calme et plus régulier; la peau est moite, la langue est humide est rosée, tous les symptômes sont, en un mot, notablement amendés, et tout donne lieu d'espérer un rétablissement prochain.

J'ajouterai un autre fait à celui-ci, dit M. Récamier, pour démontrer l'utilité de ce traitement.

Une personne atteinte d'une affection gastro-intestinale grave, offrait les symptômes suivans: pouls petit et fréquent (120 pulsations), langue sèche, faiblesse extrême; susceptibilité telle de l'estomac que cet organe ne pouvait rien supporter, pas même les cuillerées de potions de toute sorte qu'on avait jusque là essayé de lui administrer. Je suis appelé en consultation, et, tout bien considéré, je propose d'essayer chez ce malade l'eau fraîche administrée par cuillerées. Le médecin traitant s'effraie à cette idée et se récrie en disant que puisque le malade rejette tout ce qu'on lui donne, à plus forte raison rejettera-t-il l'eau froide. J'insiste sur mon avis; on essaie l'eau froide en boisson. Les premières cuillerées sont rejetées; on continue et le malade arrive graduellement à prendre, sans les rejeter et avec un soulagement marqué, d'abord des cuillerées, puis des verres d'eau. Sous l'influence de cette seule médication le pouls diminue de fréquence, la langue s'humecte et le malade se trouve sensiblement mieux. On continue d'administrer l'eau froide encore pendant quelques jours, après quoi on lui substitue des bouillons qui sont également bien supportés. En peu de temps cette maladie si grave, qui faisait déjà le désespoir du médecin, était complètement dissipée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mars 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Donné lit un extrait d'un mémoire intitulé: « De l'origine des globules du sang, de leur mode de formation et de leur fin. » Voici le résumé de ce travail.

« Il existe dans le sang trois espèces de particules: 1° Les globules rouges, ou sanguins proprement dits; 2° les globules blancs; 3° les globulins du chyle. Les globules rouges son plats dans toutes les espèces de sang; ils sont circulaires dans le sang des mammifères, et elliptiques dans celui des oiseaux, des poissons et des reptiles. Les globules elliptiques sont les seuls qui présentent une substance solide dans leur intérieur; on ne peut pas démontrer l'existence d'un noyau dans le centre des globules circulaires. Le contact de l'eau transforme tous les globules sanguins en petites sphères, et c'est à cette circonstance ignorée des anciens observateurs qu'on doit attribuer l'opinion de quelques-uns d'entre eux sur la forme sphérique des globules du sang des mammifères et de l'embryon des oiseaux. Les globules sanguins des mammifères sont solubles dans l'acide acétique sans laisser de résidu. Ceux des oiseaux, des poissons et des reptiles ne sont qu'en partie solubles dans cet acide; leur noyau résiste à cet agent. Tous se dissolvent dans l'ammoniaque; ils résistent tous à l'action de l'acide nitrique. Les globules rouges paraissent donc formés d'une vésicule aplatie contenant une substance solide dans les globules elliptiques, et une substance fluide dans les globules circulaires. Les globules sanguins du chameau ne font pas exception à la règle.

» Les globules blancs sont incolores, sphériques, légèrement frangés dans leurs contours et comme granuleux; ils existent dans le sang de tous les animaux, et on peut les voir circulant avec le sang dans l'intérieur des vaisseaux; leur nombre est bien plus considérable qu'on ne le pensait; l'eau les désagrège, l'ammoniaque les dissout, l'acide acétique les contracte; ils paraissent formés d'une vésicule contenant dans son intérieur trois ou quatre granulations solides.

» Les globulins sont de petits grains n'ayant pas plus de 1/300e de millimètre de diamètre, et en tout semblables aux globulins du chyle.

» Les globules du sang ne sont donc pas tous identiques; ou au même degré de formation; ils ne résistent pas tous de même à l'action des agens chimiques, et la différence de leurs propriétés indique qu'ils ne sont pas tous au même degré de développement. Les globulins sont le produit du chyle incessamment déversé dans le sang; ces globulins se réunissent trois à trois ou quatre à quatre et s'enveloppent d'une couche albumineuse en circulant avec le sang; ils constituent de cette manière les globules blancs. Les globules blancs une fois formés changent peu à peu de forme; ils s'aplatissent, se colorent, et la matière granuleuse devient homogène ou se dissout; ils se transforment enfin en globules sanguins proprement dits, ou globules rouges. Les globules sanguins rouges n'ont eux-mêmes qu'une existence passagère; ils se dissolvent dans le sang au bout d'un certain temps, et constituent ainsi le fluide sanguin proprement dit. Certaines substances sont susceptibles de se transformer immédiatement en globules sanguins par leur mélange direct avec le sang. Le lait est surtout propre à démontrer cette transformation. Les injections de lait dans les veines des animaux font voir que les globules de ce liquide se transforment directement en globules sanguins par le même mécanisme qui fait passer les globulins du chyle à l'état des globules blancs, et ceux-ci à l'état de globules rouges. La rate paraît être spécialement chargée d'opérer cette transformation; c'est du moins dans cet organe que l'on trouve le plus grand nombre de globules blancs à tous les degrés de formation.

» L'examen de la circulation dans les organes les plus vasculaires ne montre en aucun point les globules sortant de leurs vaisseaux pour aller se combiner aux organes ou aux élémens organiques; mais la partie fluide du sang transsude au travers des parois vasculaires, et c'est là probablement le fluide essentiellement organisateur. » (Commissaires: MM. Milne-Edwards, Flourens, Magendie.)

M. Maissiat lit un extrait d'un mémoire sur la station des animaux.

« Ce travail consiste au fond à démontrer que la manière de concevoir la station de l'homme admise jusqu'ici ne s'applique qu'aux animaux qui usurpent momentanément la pose de station bipède, relevée, qui ne leur est point naturelle; mais que l'homme jouit en propre pour cette pose relevée d'un mécanisme particulier qui lui permet d'y rester dans certaines attitudes en équilibre suffisamment stable, sans qu'il ait besoin de l'action continue d'aucun muscle. On parvient à l'intelligence de ce mécanisme par la considération de *torsions* qui ont lieu

durant la station dans certaines jointures, c'est-à-dire qu'il y survient alors des tractions sur divers ligamens connus et décrits; mais la clef de tout est dans une bande fibreuse qui n'est connue jusqu'ici que comme portion plus résistante de l'aponévrose fascia lata. Ce serait un vrai ligament articulaire tendu pendant la station. Cette bande fibreuse, assez mal terminée par ses bords, est d'une largeur variable entre 4 et 8 centimètres environ. Elle naît de la crête iliaque à son point le plus saillant en dehors; de là elle descend verticalement sous la peau, touche au grand trochanter sur lequel elle est mollement assujettie, puis, longeant la cuisse, atteint le tibia, et s'y fixe en dehors du genou. On pourrait la nommer bande *ilio-trochantéro-tibiale.* » M. Massiat établit « que la station sur les deux membres exige, pour être maintenue, l'action continue de deux muscles au moins, laquelle action supprimée, l'attitude symétrique en question tend à se convertir en une autre non symétrique sur un seul membre, naturelle, parce qu'elle est suffisamment stable sans l'action continue d'aucun muscle.» Commissaires : MM. Duméril, Breschet, Babinet et Piobert.)

Sur l'empoisonnement par l'acide azotique.

M. Orfila, dans un travail inséré au *Journal de Chimie médicale* (janvier 1842), s'est occupé d'examiner les meilleurs moyens à employer, dans les recherches chimico-légales, pour constater au milieu des liquides ou sur les tissus la présence de l'acide azotique.

« Si, dit l'auteur, cet acide est assez affaibli pour ne plus agir sur le cuivre ni à froid ni à chaud, on le reconnaîtra aux caractères suivans : 1° Il rougira le papier de tournesol; 2° il changera la couleur de la narcotine délayée ou dissoute dans l'acide sulfurique en un rouge de sang : ce réactif est infiniment plus sensible que la morphine conseillée par M. O'Schangnessey et par M. Devergie, et que le proto-sulfate de fer ; 3° saturé par de la potasse ou de la soude à l'alcool et évaporé jusqu'à siccité, il fournira un azotate solide qui fusera sur les charbons ardens, c'est-à-dire qui accélérera la combustion de ces charbons, et qui, étant chauffé dans un petit tube de verre avec de la limaille de cuivre, quelques gouttes d'eau et un peu d'acide sulfurique concentré, répandra des vapeurs orangées d'acide azoteux (hypo-azotique). »

Quant à la brucine délayée ou dissoute dans l'acide sulfurique, elle devient d'un rouge de sang par son mélange avec un atome d'acide azotique; mais, par l'excès même de sa sensibilité, elle constitue un réactif qui ne paraît pas à M. Orfila devoir obtenir la préférence sur la narcotine, parce qu'en effet il est difficile de trouver des acides sulfuriques assez bien purifiés pour ne plus retenir d'acide azotique, et qu'en pareil cas on peut obtenir une coloration rouge alors même que la matière suspecte ne contient pas la moindre trace de l'acide recherché, ce qui peut induire le chimiste en une grave erreur.

Si la quantité d'azotate dont on peut disposer est excessivement minime et insuffisante pour que l'on aperçoive les vapeurs orangées, on constatera son action sur les charbons ardens en en mettant une parcelle sur ces charbons; puis on mêlera le restant avec de la limaille de cuivre, et on l'introduira dans un petit tube fermé à l'une de ses extrémités en y ajoutant deux ou trois gouttes d'eau et cinq à six gouttes d'acide sulfurique pur; après quoi, on chauffera légèrement. La vapeur dégagée sera dirigée dans un autre tube de très petit diamètre, mouillé intérieurement avec un soluté de sulfate de narcotine qui prendra une teinte rouge de sang par le contact du gaz bi-oxyde d'azote.

Toutefois, comme la même coloration pourrait être produite avec d'autres acides faciles à désoxygéner, il est nécessaire de mettre en outre le gaz en contact avec une dissolution de proto-sulfate de fer qui deviendra alors brune noirâtre; et si, l'expérience terminée, on mélange ce même liquide avec cinq à dix fois son volume d'acide sulfurique concentré, on le verra passer au violet ou au rose.

Lorsqu'un liquide dans lequel on soupçonne la présence de l'acide azotique est associé à des matières organiques, il est indispensable, après l'avoir préalablement filtré, de le saturer par le bi-carbonate de soude, puis de le soumettre, pendant une heure environ, à l'action d'un courant de chlore gazeux, dans l'intention de décomposer la matière animale qui peut y exister; on filtre ensuite, on chauffe jusqu'au point d'ébullition pour dégager le chlore en excès, et l'on fait enfin évaporer jusqu'à siccité. Il peut se faire que la proportion d'acide azotique soit tellement faible, que le résidu de l'évaporation ne scintille pas sur les charbons incandescens et ne fournisse pas de vapeurs orangées visibles; mais, dans ce cas même, il fait toujours prendre à la solution de sulfate de fer une teinte brune de café qui passe au violet par l'addition de l'acide sulfurique concentré. Lorsque l'on obtient un pareil résultat, c'est-à-dire celui de cette double coloration, il y a, suivant M. Orfila, de *grandes probabilités* de l'existence de l'acide azotique, mais sans qu'on puisse cependant l'affirmer.

Quand il s'agit de constater la nature des taches produites par l'acide azotique, il faut les laver à l'eau distillée froide; on obtient ainsi un liquide acide possédant tous les caractères qui viennent d'être signalés. Néanmoins, il arrive parfois, bien que rarement, que les tissus tachés ne cèdent plus rien à l'eau pure : alors il faut les faire bouillir avec le bi-carbonate de soude, puis traiter le liquide filtré par un courant de gaz chlore, comme il a été dit plus haut.

(*Journ. de Chimie médicale*, janvier 1842.)

Correspondance.

Paris, le 28 février 1842.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous écrire cette lettre pour vous dire que depuis plusieurs mois j'emploie :

1° Le chlorure d'étain, pour résoudre ou faire passer à l'état de suppuration des adénites volumineuses et indolentes et tarir des écoulemens urétraux et vaginaux ;

2° Des sels d'arsenic contre des ulcérations vénériennes ;

3° Une pommade composée d'onguent mercuriel, d'une poudre astringente et d'une substance stupéfiante, pour obtenir la résolution d'adénites inflammatoires et d'épidydimites aiguës ;

Et 4° une solution cupro-arséniée, en injections, contre les balano-posthites aiguës, les urétrites chroniques, et même contre les urétrites aiguës, après toutefois avoir fait disparaître l'état inflammatoire dans ces dernières maladies seulement.

Ces injections m'ont été proposées par M. le docteur Cordier, mon chef de clinique à l'hôpital militaire des vénériens de Picpus, dont la direction m'est confiée depuis que mon service du Val-de-Grâce y a été transporté. Je fais d'avance cette déclaration, pour que l'on ne m'accuse pas de m'approprier le bien d'autrui.

Je pourrais, dès aujourd'hui, faire connaître les résultats de toutes mes expérimentations; mais il importe que les faits soient assez nombreux pour conclure, et d'ailleurs des considérations de haute convenance me font un devoir d'en adresser d'abord un rapport au conseil de santé des armées le 1er avril prochain. Quand ce devoir sera rempli, je vous enverrai mon travail avec prière de l'insérer dans votre estimable journal, désirant mettre le plus tôt possible aux mains de mes confrères des moyens nouveaux dont ils pourront utiliser l'emploi dans leur pratique.

J'y joindrai peut-être mes expérimentations sur le seigle ergoté, que je reprends, ainsi que je l'ai promis dans mes lettres écrites du Val-de-Grâce sur les maladies vénériennes. (1 vol. in-8°, 1841, chez J.-B. Baillière.)

Cette lettre, dont j'aurais pu, avec mystère, renfermer le contenu dans un billet cacheté, je vous l'écris *ouvertement*, mon cher confrère, pour prendre date. Les larcins scientifiques que l'on m'a faits jusqu'à présent m'obligent à user de cette précaution.

Si je n'indique pas ici mes formules, ce n'est pas pour en faire un secret, mais bien pour éviter à d'autres des essais sur les résultats desquels l'expérience n'a pas encore suffisamment prononcé.

Veuillez, je vous prie, mon cher confrère, insérer la présente dans votre prochain numéro. DESRUELLES, professeur au Val-de-Grâce.

Mon cher confrère,

La lettre de M. Ricord contient une assertion que je dois rectifier.

M. Ricord dit que ma première urétroplastie a été *publiée à l'appui des opinions de M. Dieffenbach.* C'est là une erreur. C'est, au contraire, en vue de modifier la façon de penser du professeur de Berlin à l'égard de l'ouverture périnéale, dans le cas de fistule de la partie antérieure de l'urètre, que je lui ai écrit la lettre publiée depuis sous forme de brochure.

En preuve de ce que j'avance, je citerai un passage de cette brochure rapporté dans ma réclamation du 16 février, et un autre passage du mémoire de M. Dieffenbach sur le sujet, passage reproduit textuellement à la page 33 de cette même brochure.

Voici ce que disait M. Dieffenbach, en 1836 : « N'ayant pu, dans » plusieurs circonstances, réussir à fermer des ouvertures fistuleuses, » même petites, je craignis que la perte de substance antérieure une » fois guérie, la contre-ouverture elle-même ne se changeât en une » fistule dont nous n'aurions pas si bon marché, et mes craintes étaient » d'autant plus fondées qu'il aurait fallu laisser la sonde long-temps à » demeure dans cette seconde ouverture ; *je renonçai donc à ce mode » de dérivation de l'urine.* » Agréez, etc. SÉGALAS.

11 mars 1842.

École de médecine de Bordeaux.

Un ordonnance royale, en date du 6 mars, sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, contient les dispositions suivantes :

Art. 1er. Une École préparatoire de médecine et de pharmacie est établie dans la ville de Bordeaux et devra être mise en activité au plus tard pour le semestre d'avril.

Art. 2. Les cours de pathologie interne et de pathologie externe qui, aux termes de notre ordonnance du 13 octobre 1840, sont annexés aux cours de clinique interne et de clinique externe, demeureront provisoirement confiés, dans ladite École, à deux professeurs titulaires.

Art. 3. Il est maintenu dans ladite École, en dehors du cadre d'enseignement déterminé par l'ordonnance précitée, une chaire d'opérations et d'appareils, une chaire d'hygiène et de médecine légale.

Art. 4. Pour la première organisation de l'École, la nomination des professeurs sera faite directement par notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique.

— Par arrêté en date du 7 mars, M. le ministre de l'instruction publique a organisé ainsi qu'il suit le personnel de cette École :

Chimie et pharmacie : M. Barbet, professeur titulaire.

Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Conilh, professeur titulaire.

Anatomie et physiologie : M. Rey, professeur-adjoint.

Clinique interne : M. Gintrac, professeur titulaire.

Pathologie interne : M. Mabit, professeur titulaire.

Clinique externe : M. Chaumet, chargé du cours.

Pathologie externe : M. Coste, professeur titulaire.

Accouchemens, maladies des femmes et des enfans : M. Barnetche, professeur titulaire.

Opérations et appareils : M. Brulatour, professeur titulaire.

Hygiène et médecine légale : M. Saincric, professeur titulaire.

Directeur de l'École : M. Brulatour.

Professeur-adjoint : M. Bonnet.

Professeurs-honoraires : M. Dargelas, ancien professeur d'histoire naturelle médicale. — M. Lapeyre, ancien professeur d'accouchemens. — M. Chaudru, ancien professeur-adjoint.

Chef des travaux anatomiques : M. Bonnefin, docteur en médecin.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 15 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 32, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Deux cas de hernies étranglées. Considérations sur le siége de l'étranglement dans les hernies. — NECKER (M. Trousseau). Diarrhée non fébrile. Astringens. — Coqueluche; récidive. Rachitisme. Diarrhée non fébrile. Astringens. — Varicelle. — Péritonite puerpérale. Traitement par l'ipécacuanha, les purgatifs et les mercuriaux. Guérison. — DES ENFANS (M. Guersant fils). Luxation accidentelle du coude en arrière. Réduction facile. Remarques sur la rareté des luxations accidentelles chez les enfans. — Fracture du condyle externe de l'humérus avec écartement. Flexion permanente de l'avant-bras. Section du tendon du biceps brachial. — Nouvelles. — FEUILLETON. Mémoire sur une nouvelle méthode d'employer le nitrate d'argent dans quelques ophthalmies; par M. le docteur Desmarres. (Suite.) — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Préparation du sulfo-cyanure de potassium. — Emploi des émétiques dans le traitement de la phthisie.

SUPPLÉMENT. — JOURNAUX FRANÇAIS. — *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, février 1842. I. Réflexions et observations sur les rétrécissemens de l'urètre et sur l'hypertrophie de la vessie; par M. Cruveilhier. — II. Remarques sur la nature et la thérapeutique de l'érysipèle; par M. Velpeau. — III. Des organes que l'on rencontre dans les hernies inguinales. Comment on distingue entre elles les différentes espèces de hernies inguinales; par M. Tenain. — *Archives générales de Médecine*, février 1842. I. Histoire d'une épidémie de croup qui a régné en 1840 et au commencement de 1841, à l'hôpital des Enfant de Paris; par M. Ernest Boudet. — II. Mémoire sur le ramollissement du cerveau; par M. Max. Durand Fardel. (Suite.) — III. Mémoire sur les altérations qu'éprouve le sang pendant la respiration; par M. le docteur Louis Mandl. — IV. Observations relatives à la pneumonie considérée comme complication ou comme conséquence des opérations et des lésions chirurgicales; par M. J.-E. Erichsen. — *Bulletin de Thérapeutique*, février 1842. I. De la thérapeutique des empoisonnemens en général; par M. Forget, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. — II. De la trachéotomie considérée d'une manière générale dans le cas du croup; par M. Alf. Becquerel. (Suite.) — III. Nouvelle doctrine des étranglemens herniaires; par M. Malgaigne. — IV. Note sur un nouveau bandage pour les fractures de la clavicule. — *Gazette Médicale de Paris*, 26 février 1842. I. Note sur une modification importante qu'on observe dans le cours du rhumatisme chronique; par M. le docteur Grifolière. — *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, mars 1842. I. Des fistules laryngées externes; par M. le professeur Trousseau. — *Revue Médicale*, février 1842. I. Recherches statistiques sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire; par M. Bricquet, médecin de l'hôpital Cochin. — *Journal de Médecine pratique de Bordeaux*, décembre 1841 et janvier 1842. I. Mémoire pratique sur l'ophthalmie scrofuleuse; par M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix. — JOURNAUX ÉTRANGERS. — *London medical Gazette*. (Suite.) I. Plusieurs faits de chirurgie: par M. G. Mayo. — II. De la valeur comparative de l'amputation de la jambe au-dessous des condyles du tibia, et de l'amputation pratiquée au-dessous de la partie moyenne du même membre; par M. Lawrie, chirurgien à Glascow. — III. Remarques sur la salive; par M. A. H. Z. — *Annales d'Oculistique*, janvier 1842. I. Plegmon oculaire puerpéral; observation communiquée par M. le docteur Victor Szokalski. — *Medicinische Correspondentzblatt Bayenrischer Aerzte*, 1841. I. Cure radicale des hernies par le moyen de l'osmonde royale. — *Medicinische Zeitung*, I. Cas d'hydropisie du canal vertébral; par M. le docteur Steinbeck, de Brandeburg. — *Giornale de Venezia*, per servire a progressi della pathologia, etc., août 1841. I. Cas de cératiasis (productions cernées ou épidermiques), observé dans le grand hôpital de Milan; par M. Sormani.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Deux cas de hernies étranglées. Considérations sur le siége de l'étranglement dans les hernies.

Deux nouveaux cas de hernie étranglée se sont présentés dans le service de M. Velpeau depuis celui dont nous avons parlé dans le numéro du 12 février dernier. Ces deux cas, remarquables chacun à divers titres, ont porté ce chirurgien à et entretenir plusieurs fois les élèves qui suivent sa clinique. Il s'agit de deux femmes, l'une affectée d'une hernie crurale. l'autre d'une hernie inguinale.

Hernie crurale. — Une femme âgée de soixante-treize ans, aux chairs flasques, à l'intelligence obtuse, portait depuis longues années, dans l'aine droite, une tumeur qui ressortait souvent, et qu'elle se bornait à réduire avec les mains, sans avoir jamais employé de bandages. Cette tumeur s'était arrêtée au dehors depuis cinq jours, lorsque la malade fut transportée à l'hôpital. A cette époque, tous les symptômes d'étranglement s'étaient établis : constipation opiniâtre, vomissemens, coliques, ballonnement du ventre, etc. Il fut facile de reconnaître une hernie crurale étranglée.

Tous les moyens de réduction ayant échoué, M. Velpeau procéda à l'opération. Trouvant que la tumeur, qui avait le volume du poing, était globuleuse, sans bosselure, non douloureuse, et accompagnée d'accidens dont la marche était très lente, il soupçonna une hernie du cœcum, et opéra avec toute la réserve que réclame ce genre de hernie. Après avoir divisé la peau, le fascia sous-cutané et diverses lames de tissu cellulo-adipeux, il arriva sur une couche dont il fut aisé de séparer toutes les lames extérieures, et qui parut composée de fibres musculaires. Isolée dans les quatre cinquièmes de son pourtour, cette couche fut prise pour la face adhérente du cœcum contourné. Conduit par cette idée, M. Velpeau pénétra jusqu'à l'anneau crural, sur lequel il pratiqua plusieurs débridemens qui lui permirent de faire pénétrer son doigt jusque dans la fosse iliaque. Essayant alors de réduire la tumeur, il rencontra une résistance à laquelle il ne paraissait pas s'attendre. Cependant il crut s'en rendre compte par les adhérences naturelles du cœcum avec les parties qui entourent cet intestin. Enfin une pression plus forte refoula toute la tumeur dans le ventre, et la hernie fut considérée comme réduite.

Dans la nuit il n'y eut plus de vomissemens, mais les garderobes n'eurent pas lieu. Des lavemens purgatifs, une bouteille d'eau de Sedlitz, furent donnés, et le lendemain il fut affirmé par la malade et par l'infirmière que des selles copieuses avaient eu lieu. La même incertitude se maintint le troisième jour. Le quatrième, on affirma de nouveau que la malade était encore allée à la selle. Cependant les vomissemens revinrent, et matin du cinquième jour elle se plaignit de coliques plus vives qu'à l'ordinaire. Notons que le ventre était resté ballonné sans être douloureux. Quelques heures après la visite, tous les symptômes d'une violente péritonite éclatèrent, et cette femme mourut dans la soirée.

A l'ouverture du cadavre, toutes les personnes qui avaient assisté à l'opération, et M. Velpeau, plus que tout autre encore, virent avec surprise que le cœcum était à sa place ordinaire, et que la perforation intestinale indiquée par ce chirurgien comme cause des derniers accidens, ne pouvait pas, en supposant qu'elle existât réellement, être trouvée sur cet intestin. Du reste, on constata bientôt par les matières épanchées dans le péritoine, qu'il devait y avoir une perforation ailleurs. Elle fut trouvée en deux endroits sur une portion de l'intestin grêle, qui parut adhérer à la vessie. On s'était donc trompé pendant l'opération. Chose assez étrange; même sur le cadavre, les pièces étant à découvert, on se méprit de nouveau; les internes qui faisaient l'autopsie et le chirurgien qui y assistait, pensèrent un instant que c'était la vessie au lieu du cœcum qu'on avait rencontrée dans l'aine : il n'en était rien. Un examen attentif fit bientôt reconnaître qu'il s'agissait d'une hernie de l'intestin grêle étranglée par le collet du sac, et qui s'était laissé réduire en bloc après le débridement de l'anneau crural. Ce qui en avait imposé dans ce cas, c'est la transformation en tissu albuginé et musculaire du *fascia propria* qui entoure le sac; c'est la facilité avec laquelle le sac tout entier, distendu par le liquide et par l'anse intestinale, était repassé par l'anneau.

Ce fait montre avec quelle précaution il faut établir le diagnostic de certaines hernies, et combien il doit être embarrassant, dans certains cas, de distinguer la surface externe du sac de quelques couches qui lui sont étrangères. Du reste, il reste encore à s'expliquer comment il se fait que des garderobes assez nombreuses aient eu lieu après l'opération, ou qu'on ait pu s'en laisser imposer sur ce point.

Quoi qu'il en soit, cette méprise pouvant être utile aux autres chirurgiens, M. Velpeau n'a pas manqué d'en prévenir ses élèves, attendu, dit-il, que la connaissance des erreurs commises est généralement le meilleur moyen d'en éviter de nouvelles.

Hernie inguinale intra-pariétale, ou incomplète. — Une femme âgée de trente-six ans, affectée d'une hernie inguinale depuis un certain nombre d'années, et pour laquelle elle n'avait jamais porté de bandages, avait vu sa tumeur s'étrangler dans la journée du 7 février dernier. Un chirurgien est appelé, et après plusieurs tentatives de taxis, il croit être parvenu à obtenir la réduction. Deux fois cependant la tumeur ressort, et les accidens de l'étranglement continuent. Dès le lendemain la malade est transportée à l'hôpital de la Charité, dans le ser-

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EMPLOYER LE NITRATE D'ARGENT DANS QUELQUES OPHTHALMIES;

Par M. le docteur DESMARRES.

(Suite du n° 21.)

§ V. *Nouvelle méthode d'employer le nitrate d'argent.*

Quelle est sur les membranes de l'œil l'action du nitrate d'argent en collyre? Telle est la question que nous nous sommes posée d'abord. Si on l'emploie faible, il diminue la vitalité de l'organe, comprime légèrement la circulation, et, sous le rapport de son action, peut être comparé à l'eau froide appliquée sur nos tissus. S'il est fort, au contraire, il agit comme les autres caustiques dont l'action a plus d'un point d'analogie avec celle du froid intense en ce sens qu'ils enraient comme ce dernier la circulation dans les parties atteintes par l'oblitération des vaisseaux à un plus ou moins haut degré.

Si nous cherchons à nous rendre compte d'abord de l'action de l'eau froide sur nos tissus, nous trouvons « qu'appliquée sur une région quelconque, elle détermine constamment, mais à des degrés différens, la répercussion du sang vers les parties profondes, effet qui se traduit à l'observateur par la décoloration, le refroidissement et la diminution de volume de cette même région dont la circulation capillaire se trouve ralentie et la vitalité abaissée. Cette répercussion du sang vers les parties profondes offre dans sa durée des variations qui sont proportionnées à la persistance de l'action de l'eau sur la région où on en fait l'application; et dès que celle-ci vient à cesser, le retour du sang, d'où il avait été chassé sous l'influence d'un agent physique, le froid, s'effectue avec une violence qui est en rapport avec le degré de température de l'eau elle-même, et de la tendance plus ou moins prononcée que la région conserve à se congestionner de nouveau. On dit alors *que la réaction s'effectue*, écueil qu'il est urgent d'éviter, puisqu'il agit dans le sens même de la condition dynamique que l'on cherche à combattre par l'eau froide, à moins toutefois que l'application extérieure de l'eau n'ait précisément pour but de provoquer cette même réaction. On voit alors la circulation s'activer dans la partie, comme le démontre la rubéfaction, l'élévation de température et le gonflement. (Fabre, Dictionnaire des Dictionnaires de médecine, t. III, p. 425 et 426.)

Si maintenant nous étudions l'action du froid intense, nous voyons qu'il agit dans le même sens, mais avec plus d'énergie et en raison directe de son intensité même. Plusieurs opinions, dont nous ne citerons qu'une seule, ont été émises pour expliquer son action. M. Poiseulle a annoncé en 1836 « qu'il y a à l'intérieur des vaisseaux une couche mince de liquide, et que celui-ci s'épaissit à mesure que la température s'abaisse; de telle sorte qu'il en résulte un obstacle toujours croissant à la progression des globules sanguins; alors les vaisseaux de la périphérie recevant une moindre quantité de sang, ce fluide stagne dans ceux des viscères et de l'intérieur du corps. Cette opinion a été admise par M. Guérard. » (Fabre, loc. cit., t. III, p. 6.)

D'un autre côté, MM. Bérard jeune et Denonvilliers s'expriment ainsi à propos de la réaction qui s'opère dans une partie momentanément refroidie (Compendium de chir., t. Ier, p. 303) : « Tous ces symptômes, — le gonflement, la rougeur, les demangeaisons, — peuvent aller en augmentant, et alors s'établit une véritable inflammation. Celle-ci variable selon l'intensité du froid, offre assez exactement les degrés que l'on observe dans la brûlure. Ainsi, il y a un simple érythème, ou bien une phlyctène se forme, et, après la chute de l'epiderme, la surface peut suppurer et s'enflammer. »

Ces citations, un peu longues peut-être, expriment si entièrement l'opinion que nous nous sommes formée par une observation exacte et fréquente, que nous avons cru bien faire en rapportant textuellement les passages.

Est-il nécessaire maintenant de donner plus de développement à cette idée, savoir : qu'il y a similitude d'action sur nos tissus entre les astringens et l'eau froide, entre les caustiques et le froid intense? La définition suivante des astringens par Cullen suffirait pour lever tout espèce de doute : Ce sont, dit cet auteur, des substances qui, appliquées au corps humain produisent la contraction et la condensation des solides mous et augmentent par là leur densité et leur force de cohésion, resserrent le tissu des organes avec lesquels on les met en contact, et déterminent une turgescence locale en rapprochant les parois des vaisseaux sur les fluides qui y sont contenus. » (Fabre, *loc. cit.*, pag. 530.)

Quant aux caustiques, ne détruisent-ils pas les parties qu'ils touchent? En cela leur action n'est-elle pas semblable sous quelques rapports à celle du froid intense qui, comme eux, produit « une escharre, véritable gangrène locale et circonscrite qui varie pour la rapidité de sa formation, pour sa couleur, son étendue, son épaisseur, sa densité?»

Maintenant si nous reprenons notre idée, n'arrivons-nous pas à la conclusion que nous avons cherchée, savoir : que le nitrate d'argent agit comme les astringens ou l'eau froide s'il est faible, ou comme les caustiques et le froid intense s'il est fort. Donc, si nous l'employons faible ou comme astringent, c'est-à-dire comme nous emploierions l'eau froide, il faudra prendre certaines précautions pour que la réaction, si terrible dans les maladies oculaires, ne se montre pas comme elle apparaîtrait infailliblement sur un membre soumis pendant une heure, par exemple, à des irrigations d'eau froide qu'on cesserait brusquement.

Il est facile à présent de deviner ce qu'il doit infailliblement arriver, à moins du hasard le plus heureux, lorsque dans une inflammation oculaire externe sans photophobie (une conjonctivite lymphatique, avec ou sans pustules, une conjonctivite simple, une kératite superficielle vasculaire ou non, un ulcère atonique, etc.) on prescrit un collyre astringent faible, à la dose de quelques gouttes par jour. Le sang faiblement et momentanément chassé des capillaires s'y précipite bientôt avec une force et une vitesse en sens inverse à la fois et de la force astringente du collyre et de la fréquence des instillations dans l'œil. Cet organe, dès le moment où la première goutte de collyre a été introduite, s'injecte dans son ensemble, et les parties jusque là saines, blanches, soumises à son action, réagissent comme la partie malade, résistent quelquefois à une première provocation et reprennent leur couleur normale, mais s'enflament bientôt réellement si les instillations sont répétées surtout de loin en loin. Ainsi la conjonctive rougit, puis s'enflamme, la sclérotique se couvre de vaisseaux, la pupille se resserre, la photophobie et l'épiphora surviennent et toutes les chances mauvaises d'une violente ophthalmie externe, très souvent d'une ophthalmie interne plus ou moins intense, avec leurs fâcheuses conséquences, restent au médecin. Il faut bien alors recourir à la médication antiphlogistique, particulièrement aux émissions sanguines abondantes pour combattre cette réaction terrible qu'on aurait pu prévenir par un traitement mieux dirigé, et à laquelle maintenant on ne peut plus assigner de limites. Me ferais-je donc illusion en avançant que c'est précisément parce que personne n'a tenu compte jusqu'ici de cette réaction que l'administration du médicament a échoué si souvent dans les cas où il était le mieux indiqué!

En général, je n'emploie pas le nitrate d'argent à dose très faible pour les raisons que j'ai développées, parce que la réaction est d'autant plus à craindre qu'on a dans les mains des armes moins fortes. Il ne faudrait pas croire cependant que je l'administre à l'état d'escharrotique comme les partisans exclusifs de la méthode ectrotique le recommandent, car j'ai reconnu qu'il est mieux de conserver toujours un juste-milieu entre ces deux extrêmes. La raison en est peut-être dans ce fait qu'une eschare étant une fois formée, celle-ci met les tissus sous-jacens à l'abri de l'action du collyre et que rien n'empêche plus alors la réaction de venir tout compromettre. On en peut juger, au reste, par le gonflement des paupières qui, dans ce cas, suit l'application du caustique. La dose du collyre dont je me sers varie entre 40 et 90 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé pour 10 grammes d'eau, selon que la photophobie est plus ou moins forte, selon aussi qu'elle est plus ou moins ancienne, comme dans les ophthalmies scro-

vice de M. Velpeau. Les internes appelés près d'elle n'apercevant pas de tumeur dans les aines, pensèrent que la hernie était réduite, et se bornèrent à prescrire un bain et une application de sangsues.

Dans la soirée, M. Velpeau est appelé. Instruit de ce qui s'était passé depuis trente-six heures, et apercevant un léger relief sur le trajet du canal inguinal droit, il diagnostiqua une hernie qu'on désigne sous les noms de *sus-pubienne*, *incomplète*, *intra-pariétale*. L'opération fut pratiquée immédiatement. On eut à inciser successivement la peau, le double feuillet du fascia sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, les fibres du transverse et les lames celluleuses interposées. On arriva ainsi jusqu'au sac qui fut ouvert sans embarras, et qui contenait une anse d'intestin grêle longue de 6 à 8 centimètres. Là encore, l'étranglement parut exister à l'anneau postérieur du canal inguinal. Pour démontrer qu'il en était réellement ainsi, voici comment s'y prit M. Velpeau : après avoir décollé le sac dans une étendue suffisante, l'opérateur fit tirer cette membrane en avant par des aides, et l'incisa *jusque dans sa portion qui était d'abord derrière l'anneau postérieur du canal inguinal, sans toucher à cet anneau*; puis il essaya la réduction de l'intestin. Toutes les manœuvres furent inutiles ; la tumeur ne put point être refoulée dans le ventre. Quoi qu'il en soit, M. Velpeau porte alors le bistouri courbe sur le doigt qui lui sert de guide, et débride l'anneau du *fascia transversalis*. L'intestin rentre dès lors dans le ventre sans aucune espèce de difficulté. Dira-t-on encore ici que l'étranglement était opéré par le collet du sac ? Nous connaissons trop bien toute la puissance d'une idée préconçue pour pouvoir répondre à cette question. Toujours est-il qu'un fait de ce genre aura aux yeux de tous les chirurgiens beaucoup plus de valeur qu'une autopsie. La négation de cette valeur, sous quelque formule de langage qu'on la déguise, ne serait rien moins que flatteuse pour le chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Les suites de cette opération ont été on ne peut plus heureuses. La malade est aujourd'hui à peu près complètement guérie.

Quant à l'opéré dont nous avons parlé dans le n° du 12 février dernier, il est maintenant parfaitement rétabli depuis plusieurs jours.

Revenant à cette occasion aux objections que lui adresse M. Malgaigne (1), M. Velpeau a présenté de nouveaux détails sur le siége des étranglemens dans les hernies. En voici le résumé :

D'abord, a-t-il dit, tâchons de poser nettement les termes de la question. En quoi consiste la doctrine de M. Malgaigne ? Ce chirurgien soutient-il que l'étranglement dans les hernies est *constamment* produit par le collet du sac ? ou bien prétend-il seulement que l'étranglement par les anneaux est très rare ? Dans le premier cas, la doctrine lui appartient exclusivement, et j'imagine qu'aucun chirurgien n'est tenté de la lui disputer ; dans le second, il ne serait que le défenseur des idées de Dupuytren et de M. Bérard. En effet, il y a long-temps que Dupuytren a dit « sur neuf cas d'étranglement herniaire, il y en a au moins six qui sont dus à la constriction exercée par le collet du sac. (*Leç. or.*, t. III, pag. 543, 2e édit.) » Et M. Bérard, allant plus loin encore, prétend que l'étranglement par le collet du sac a lieu au moins neuf fois sur dix. (Journ. des connaiss. méd. chir.)

M. Malgaigne se prévaut de ce que, chez un malade opéré dernièrement à l'Hôtel-Dieu, l'étranglement existait au collet du sac, de ce que un autre malade de l'hôpital Necker avait aussi un étranglement de même nature. Je demanderai à M. Malgaigne, qui paraît si difficile sur la nature des faits, ce que prouvent de semblables observations ? Ai-je jamais dit que dans les hernies l'étranglement par le collet du sac soit impossible. De ce que j'attaque l'exagération, je ne pense pas que sa logique puisse lui permettre d'en conclure que je rejette la chose. Au surplus, voici un passage de mon Traité de médecine opératoire qui montre où j'en étais de cette opinion avant les recherches de M. Malgaigne :

« Au premier coup-d'œil, il semble difficile que, par lui-même, le collet du sac produise l'étranglement ; rien n'est mieux prouvé cependant. Dans les hernies anciennes, la soudure de ses plis fait que son épaisseur est déjà fort augmentée. Des lamelles celluleuses s'appliquent en outre successivement à sa face externe. La lymphe plastique qui s'y dépose en même temps, unit le tout, et donne insensiblement à cette partie une densité très grande, une épaisseur qui peut devenir considérable, puisque Arnaud dit qu'elle était de plus d'un demi-pouce chez un de ses malades, et que M. Grœfe a fait la même observation. Un aspect lardacé et même demi-cartilagineux, dans certains cas s'y est aussi manifesté ; de sorte qu'arrêté en dehors par la résistance de l'anneau, c'est aux dépens de son propre calibre, par une réaction concentrique, dont l'intestin reçoit toute l'influence, que cet épaississement s'effectue.

» L'étranglement alors est parfois tellement indépendant de l'ouverture des parois abdominales, que celle-ci reste entièrement libre et assez large pour permettre au collet du sac un glissement facile ; si bien qu'on parviendrait sans peine à le faire rentrer dans le ventre avec les viscères, sans diminuer en rien la constriction, si on ne l'avait incisé préalablement. Arnaud, Ledran, etc., ont insisté les premiers sur cette disposition que Rivière, Schenck, Littre, Nuck, n'avaient guères fait qu'entrevoir, et dont Scarpa, après Pott, Wilmer, Hey, Sandifort, est parvenu à généraliser la connaissance. M. Lawrence, qui avait d'abord refusé d'y croire, en admet lui-même l'existence dans les dernières éditions de son ouvrage, et maintenant ce mode d'étranglement n'est plus révoqué en doute par personne. Il présente même plusieurs nuances assez distinctes : il peut être tout à fait annulaire, très circonscrit, par exemple, et n'occuper que l'entrée, la sortie ou la partie moyenne du collet, ou bien envahir ce prolongement en totalité et le transformer en une sorte d'étui, de gaine plus ou moins serrée. » (Méd. opér., 2e édit., t. IV, pag. 56.)

M. Malgaigne prétend que les faits invoqués par moi et par les autres chirurgiens, ne sont pas concluans, ne sont que des *pseudo-faits*. Certes, je ne suis guère disposé à me formaliser des exigences qu'il indique touchant les matériaux scientifiques. Cependant je ne puis m'empêcher de lui demander comment il faut lui présenter les faits pour qu'il leur accorde de la valeur.

J'opère une hernie inguinale étranglée ; je divise tous les tissus ; j'arrive à l'intérieur du sac. Pour savoir où existe l'étranglement, je fais tirer par des aides intelligens, ou à l'aide de pinces, le collet du sac d'un centimètre en avant ; je l'incise largement, puis je le laisse se retirer du côté du ventre. Je tente alors la réduction, qu'il m'est impossible d'opérer. J'incise ensuite l'anneau fibreux postérieur du canal inguinal sur un ou plusieurs points de sa circonférence, et aussitôt l'intestin rentre sans aucune difficulté. — J'avoue que jusqu'à ce jour, un fait pareil m'avait paru complet, et que je ne me serais pas avisé de demander d'autres détails.

Voici un autre exemple : après avoir incisé les enveloppes d'une hernie, après avoir découvert la tumeur aussi complètement que possible jusqu'à la racine, j'essaie la réduction, mais toutes mes tentatives sont inutiles ; je procède alors au débridement de l'anneau fibreux ; je m'assure que le sac n'a pas été divisé, et aussitôt la réduction devient facile. — Je le répète, je ne prévois pas ce qu'on peut objecter de rationnel.

D'ailleurs, M. Malgaigne dira-t-il que Garengeot, J.-L. Petit, Key et une foule d'autres chirurgiens qui ont vanté l'opération de la hernie sans ouvrir le sac, aient jamais rencontré des faits semblables ; et trouvera-t-il sur le cadavre quelque chose de plus concluant que les observations de cette nature ?

Mais enfin, M. Malgaigne demande absolument des exemples d'autopsie, et il défie de lui en citer un de quelque valeur. Il m'avait semblé, à moi, que la thèse de M. Pérochaud était de nature à le satisfaire sous ce rapport, et que dans ce travail en trouve des exemples d'étranglemens exercés par les anneaux fibreux et constatés par l'ouverture du cadavre. (Thèse de Paris, 1840, n° 42.) D'ailleurs, je croyais en avoir donné moi-même un exemple assez concluant en traitant d'une nouvelle espèce de hernie, dans les Annales de la chirurgie française et étrangères (mars, 1841), à l'occasion d'une femme qui mourut après avoir été opérée. Après avoir relaté l'observation, j'ajoute, en effet, dans ce journal : « L'examen des parties au moment de l'opération n'avait déjà laissé aucun doute sur le siége précis de l'étranglement. L'autopsie a permi ensuite de constater de la manière la plus irréfragable que le péritoine n'était absolument pour rien dans la constriction exercée uniquement par l'anneau fibreux qu'avaient traversé les organes déplacés. » (Page 279.)

J'ajouterai aujourd'hui que sur le cadavre de cette femme nous constatâmes que c'était l'anneau postérieur du canal inguinal que j'avais incisé sur deux points ; après m'être assuré pendant l'opération que la réduction était impossible malgré l'incision préalable du péritoine jusqu'au-delà du collet du sac. De plus, ce collet, examiné en place ou déployé après la mort ne présenta aucune dureté, aucune résistance capable d'expliquer l'étranglement, tandis que l'anneau fibreux, débarrassé du péritoine, conservait partout, excepté sur les points divisés, une résistance parfaitement capable de rendre compte des phénomènes survenus pendant la vie.

Maintenant, comment se fait-il qu'après s'être montré si difficile sur la valeur des faits invoqués par les autres chirurgiens, M. Malgaigne montre tant de complaisance relativement aux faits qu'il invoque en faveur de ses idées ? Ainsi, je le demande, pourquoi cite-t-il sans cesse l'observation qu'il emprunte au service de Sanson ?.... Dans le temps j'ai entendu Sanson lui-même faire assez bon marché des assertions de M. Malgaigne, et soutenir que dans ce cas l'anneau fibreux était bien positivement le siége de l'étranglement. M. Malgaigne prétend, de son côté, que cet étranglement était opéré par le collet du sac. Mais, il faut bien le dire, entre Sanson qui a opéré et M. Malgaigne qui n'était que spectateur, qui devons-nous croire ? D'ailleurs, qui est-ce qui peut porter M. Malgaigne à conclure que l'étranglement devait être absolument étranger aux anneaux fibreux, par cela seul qu'on trouva sur le cadavre le collet du sac divisé dans l'étendue de plus de deux centimètres ? Est-ce que le débridement du cercle aponévrotique qui étrangle les viscères empêcherait nécessairement d'inciser aussi le collet du sac ? Il me semble que des assertions de cette nature n'ont guère d'analogie avec les véritables faits, et que des preuves pareilles ne sont pas de nature à ébranler la conviction des chirurgiens.

M. Malgaigne dit ensuite, et c'est encore là un raisonnement qui me paraît peu rigoureux, que puisque je ne lui ai point cité d'autopsie, c'est que je n'en possédais pas de concluante, et que, dans mes dernières ouvertures de cadavre, je n'ai trouvé que des étranglemens au collet du sac. Je ne suivrai pas M. Malgaigne sur ce terrain. Un homme qui, sans

(1) *Voir* la lettre de ce chirurgien insérée dans le n° du 19 février.

---

fuleuses invétérées, par exemple, cas dans lequel on agit plus vigoureusement d'abord. A cette dose, le collyre ne blanchit que rarement la muqueuse oculaire. (Cela pourtant arrive quelquefois chez de très jeunes enfans, mais alors j'ai soin de diminuer la force du nitrate en recommandant de faire des instillations plus fréquentes.) Cela fait, l'indication la plus importante à remplir, c'est de prescrire au malade des instillations dans l'œil répétées par gouttes de demi-heure en demi-heure pendant vingt-quatre heures, *sans interruption aucune*. Dans quelques cas rares, il faut recommencer l'instillation de quart d'heure en quart d'heure seulement pendant les deux ou trois premières heures du traitement. J'ai soin de prévenir le malade que pendant ces deux ou trois premières heures il éprouvera des douleurs assez vives, parce que c'est ordinairement le temps nécessaire pour que la tolérance s'établisse, mais que passé ce temps elles deviendront très supportables, et seront suivies d'une notable amélioration, ce qui ne manque pas d'arriver en effet dans tous les cas. De cette manière, l'œil malade est à l'abri de la réaction, parce que la force de répercussion agissant pour ainsi dire d'une manière continue, maintient les vaisseaux dans un état de resserrement que cette réaction ne peut vaincre.

S'il m'est possible de revoir le malade cinq ou six heures après l'instillation de la première goutte, je juge par l'état de l'organe, si, ou non, la réaction tend à survenir, et alors, si non, je continue ; si oui, au contraire, j'augmente la force du même collyre de 10, 15 ou 20 centigrammes. Si je ne puis revoir le patient qu'après vingt-quatre heures, j'ai soin de prescrire de suite un collyre un peu plus fort (je débute par 50 à 60 centigrammes de nitrate pour 10 grammes d'eau), et je n'ai rien à craindre. Dans quelques cas où je me défie de la persévérance ou de la bonne volonté du malade, je recommande des fomentations d'eau glacée pour aider l'action du collyre. Cependant, je me hâte d'ajouter que cela ne m'est arrivé que rarement sur plus de soixante cas.

Après les vingt-quatre heures, la réaction ne survient plus, mais la photophobie n'est pas toujours complètement éteinte, bien que l'injection des membranes externes ait d'ordinaire diminué ; et, dans ce cas comme dans l'autre, je fais ajouter 10 ou 20 centigrammes de nitrate, et après quarante-huit heures, rarement plus, l'ophthalmie est à sa deuxième période, je veux dire que la forme aiguë n'existe plus. Alors les instillations sont moins souvent répétées, d'heure en heure, par exemple, et enfin abandonnées, puis remplacées par le traitement général approprié.

Cette méthode a sur les autres l'immense avantage d'éviter aux malades photophobes un traitement antiphlogistique plus ou moins long et énergique, dirigé toujours, ou du moins le plus souvent, contre la photophobie seule. Il est du plus haut intérêt d'y recourir, surtout lorsqu'on a à traiter des individus lymphatiques ou scrofuleux chez lesquels les pertes de sang souvent répétées ne sont pas sans danger. Elle remplace à elle seule les saignées, les sangsues, les purgatifs et tout l'arsenal pharmaceutique et chirurgical dans la période aiguë de l'ophthalmie. Elle enraye avec certitude l'inflammation dans sa marche croissante et combat avantageusement la photophobie dans l'epace de vingt-quatre à trente-six heures, terme moyen. De plus, on peut toujours y recourir sans inconvénient dans le cas de réapparition de l'ophthalmie, tandis qu'il n'est pas toujours possible de revenir aux émissions sanguines.

Qu'on ne pense pas que, partisan exclusif du nitrate d'argent, j'avance qu'employé de cette manière cet agent puisse remplacer à lui seul tout médicament : loin de là, car tout n'est pas dit quand la photophobie est tombée ; c'est à ce moment au contraire qu'il faut toute la sagacité du médecin, toutes les connaissances de l'ophthalmologiste pour employer des agens capables de ramener l'organe vers l'état normal. C'est alors que les purgatifs, les astringens légers en collyre, et plus tard la cautérisation des granulations avec le sulfate de cuivre, s'il y en a sous les paupières, sont du plus grand secours ; enfin, c'est à ce moment qu'on doit commencer un traitement général convenable. A la fin de ce mémoire, je donnerai la description sommaire de quelques cas dans lesquels cette méthode, qui n'a pas encore failli dans mes mains, peut-être par la raison que j'ai eu de soin de bien choisir les cas, a été mise en usage, et j'indiquerai l'état anatomique de l'œil avant et après l'emploi du collyre, en rappelant le traitement général prescrit. *(La suite à un prochain numéro.)*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation du sulfo-cyanure de potassium.

Ce sel, l'un des réactifs les plus précieux pour déceler la présence des sels de fer, a été proposé par Sœmmering dans tous les cas où sont indiqués l'acide cyanhydrique et le cyanure de potassium, dont il possède toutes les propriétés thérapeutiques sans offrir au même degré les inconvéniens d'administration ; mais sa préparation par l'alcool est très coûteuse et en restreint beaucoup l'emploi. Cette considération a engagé M. A. Meillet à se procurer ce sel d'une autre manière, et il y a complètement réussi de la manière suivante.

On introduit le mélange de prussiate de potasse desséché et le soufre dans un creuset de Hesse, on chauffe jusqu'à l'état de fusion pâteuse, on brasse la matière avec une tige de fer, et on la retire immédiatement du feu. Quand le creuset est refroidi, on le pile et on lessive à l'eau au lieu de l'alcool, on filtre; et on obtient une liqueur chargée de sulfocyanure de potassium et d'un peu de sulfocyanure de fer. On précipite le fer au moyen du carbonate de potasse, on décante, et si la liqueur est alcaline, on la sature avec un peu d'acide nitrique ; on évapore et l'on fait cristalliser à plusieurs reprises ; l'acétate de potasse reste dans les eaux-mères.

La première recommandation de ne pousser le mélange que jusqu'à l'état pâteux est fondée sur la pratique ; en effet, M. Meillet a remarqué que quand on chauffait jusqu'au rouge sombre, comme l'indiquent les auteurs, il y avait une grande partie du sulfocyanure de potassium de décomposée et production d'une quantité notable de carbonate de potasse. Or, il vaut mieux avoir dans les liqueurs un sulfocyanure de fer, qu'on transforme facilement en sulfocyanure de potassium, que de la potasse, qui constitue une perte réelle.

Si le feu a été trop fort, et c'est le cas le plus ordinaire, en lessivant la matière avec de l'eau on a un mélange de sulfocyanure de potassium et de carbonate de potasse. Or, comme les solutions alcalines bouillantes décomposent le sulfocyanure en sulfure de potassium, en carbone qui se dépose, et en azote qui apparaît sous forme de bulles, on était obligé d'employer l'alcool pour isoler le carbonate insoluble dans ce véhicule. C'est alors qu'il convient d'employer quelques gouttes d'acide pyroligneux blanc, pour saturer l'alcali libre ; on évapore et on fait cristalliser. Les dernières eaux-mères ne peuvent être traitées par l'acétate de plomb ; on obtient du sulfocyanure de plomb servant à la préparation de l'acide sulfocyanhydrique. *(Journ. de ph., 1841.)*

Emploi des émétiques dans le traitement de la phthisie.

M. le docteur Fisher a annoncé à l'une des dernières séances de la Société médicale de Westminster qu'il avait traité plusieurs phthisiques en leur administrant chaque jour, de bon matin, un émétique, et en associant à cette médication l'usage des toniques et des ferrugineux ; il affirme que, sous l'influence de ce traitement si simple, il a vu revenir à la santé plusieurs sujets qui eussent infailliblement succombé s'ils eussent été abandonnés aux seules ressources de la nature ou traités par les autres moyens ordinairement employés en pareil cas.

Chez les sujets dont les poumons présentaient des cavités plus ou moins étendues par suite de la fonte tuberculeuse, cette médication avait pour effet de vider complètement ces cavités, d'en favoriser la cicatrisation, et de procurer aux malades un sommeil profond et véritablement réparateur. Les émétiques auxquels le praticien a particulièrement eu recours sont le tartre stibié, l'ipécacuanha, et, dans quelques rares circonstances, le sulfate de zinc ; il a prolongé leur emploi pendant six semaines successives.

M. le docteur Golding Bird, qui a aussi, de son côté, prescrit avec un avantage marqué les émétiques dans le traitement de la phthisie pulmonaire, donne la préférence au sulfate de cuivre, parce que l'ingestion de cette substance ne donne lieu à aucune nausée, et qu'elle provoque sûrement et rapidement le vomissement.

(Provincial med. and. surg. journal, février 1842.)

avoir été témoin d'un fait, se croit autorisé, d'après de simples renseignemens plus ou moins exacts, à mieux juger la valeur de ce fait que le chirurgien qui l'a constaté de ses propres yeux; cet homme, dis-je, se place nécessairement dans des conditions qui éloignent toute discussion vraiment scientifique.

D'ailleurs, il faut que M. Malgaigne ne l'ignore point, je n'ai pas entrepris de réfuter sérieusement et de point en point toutes les assertions qu'il a émises sur la question qui nous occupe. J'ai voulu porter à la connaissance des élèves et des chirurgiens les faits qui se sont présentés à mon observation dans mon service, et j'ai cru devoir m'en servir pour mettre les praticiens en garde contre l'erreur à laquelle je fais allusion en ce moment.

Après tout, comment discuter avec M. Malgaigne? Lorsqu'on lui cite des faits, il les récuse complètement, ou du moins il cherche à en diminuer tellement la valeur, qu'on serait tenté de n'en tenir aucun compte. C'est là une espèce de censure que M. Malgaigne, pas plus que tout autre, n'a le droit d'exercer. Et d'ailleurs, il est probable que ce chirurgien serait lui-même témoin d'un fait de ce genre qu'il ne l'accepterait pas davantage, tant sa conviction *à priori* est profonde.

Je dois, dit-il, avoir des autopsies comme les autres. Eh mon Dieu! oui, j'en ai; je n'ai jamais prétendu posséder le privilége sous ce rapport. Cependant je me bornerai à lui répondre que quand il dit que, dans mes dernières ouvertures de cadavre, je n'ai trouvé que des étranglemens au collet du sac, il exagère et il se trompe.

Depuis le mois de novembre dernier, je n'ai opéré que quatre hernies à l'hôpital de la Charité. Trois des malades en sont guéris. Une seule a succombé, et celle-là avait, il est vrai, un étranglement par le collet du sac; mais c'était une hernie crurale, et M. Malgaigne admet, je crois, que dans les hernies crurales l'étranglement par l'anneau fibreux n'est pas impossible. — Un malade qui succomba quelques mois auparavant, avait une hernie inguinale, dans laquelle l'intestin grêle était étranglé sous l'S iliaque du colon soutenu par une masse d'épiploon. — La femme qui mourut un peu avant celui-ci, avait une hernie intra-pariétale et un étranglement par l'anneau du *fascia transversalis*. Je suis donc tenté de croire, ou que M. Malgaigne n'est pas sérieux dans ses objections, ou qu'il n'interprète pas avec assez de rigueur les faits dont il se sert pour attaquer la doctrine que je défends; et quand il rappelle le défi de Pibrac et celui de Delpech, il oublie sans doute que ces deux auteurs seraient aujourd'hui fort embarrassés de leur proposition.

M. Malgaigne finit par me supplier, par m'adresser *l'humble et instante* prière de vouloir bien l'appeler à la première autopsie que je jugerai propre à opérer ou sa défaite ou sa conversion; et que «nul ne signera avec plus d'empressement que lui le procès-verbal qui, en le ramenant dans le droit chemin, dotera enfin la science d'un fait désormais incontesté et incontestable.» Si je ne me trompe, ceci revient à dire, que pour qu'un fait soit *désormais incontesté et incontestable*, il est de rigueur qu'il soit soumis à l'approbation de M. Malgaigne. Je laisse à d'autres l'appréciation d'une pareille prétention.

Quoi qu'il en soit, je n'ai point entrepris de convaincre M. Malgaigne. Je suis persuadé que celui qui voudra y parvenir aura fort à faire. J'expose ce qui me paraît vrai, peu m'importe qu'on adopte ou non mes opinions. Et d'ailleurs, il est bon qu'on ne l'ignore point; ce débat est beaucoup moins important qu'on ne veut le faire croire: l'humanité et la pratique n'ont guère à y gagner ou à y perdre. Que l'étranglement soit opéré par le collet du sac ou par les anneaux fibreux, l'opération n'en sera ni sensiblement plus facile, ni réellement moins dangereuse.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Diarrhée non fébrile. Astringens.

Au n° 1 de la salle Sainte-Julie, est un petit enfant atteint de diarrhée non fébrile. Une première fois déjà nous sommes parvenu à faire cesser cette diarrhée à l'aide de l'extrait de monésia; mais au bout de quelque temps de la suppression de ce médicament, les selles redevinrent liquides et plus nombreuses qu'auparavant. Nous avons eu de nouveau recours au même moyen, et avec le même succès.

L'emploi des astringens dans la diarrhée mérite une grande prudence de la part du médecin, et en voici la raison: si l'on donne le ratahnia ou la monésia dans la diarrhée aiguë, l'on voit quelquefois celle-ci diminuer d'intensité; mais le plus souvent les accidens s'aggravent, et, en général, l'enfant est plus mal après avoir pris les astringens qu'il ne l'était auparavant. La même chose s'observe pour les adultes. Disons donc que la diarrhée aiguë se trouve moins bien des astringens que des moyens substitueurs; que cependant quand elle dure depuis long-temps et qu'elle est en quelque sorte passée à l'état chronique, et que l'ipécacuanha ne la modifie en aucune façon, les astringens souvent réussissent à la faire disparaître.

L'enfant du n° 3 de la même salle, qui a présenté un muguet si grave, fut pris, il y a quelques jours, de vomissemens et de diarrhée sans aucun symptôme fébrile; le ratanhia en a promptement triomphé; les choses ne se fussent point passées de cette façon, s'il y avait eu chez cet enfant de la fièvre. Ce petit malade paraît un peu moins chétif que lors de son arrivée dans notre service. Nous observons chez lui une tendance bien grande à l'ulcération; la partie interne de ses mains est excoriée par le fait seul de la flexion. L'on remédiera à ce petit accident en empêchant, à l'aide d'un peu de coton, le contact direct des deux surfaces cutanées.

Coqueluche; récidive. Rachitisme. Diarrhée non fébrile. Astringens.

Dans la même salle, au n° 11, est un petit enfant qui déjà a été atteint d'une coqueluche, laquelle a duré plusieurs mois. Entré dans notre service depuis quinze jours environ, il vient d'être repris de quintes nouvelles. Voici donc un enfant chez lequel nous voyons la coqueluche récidiver après six semaines de cessation des quintes. Les faits de ce genre sont rares pourtant; sur seize cas de coqueluche dont nous avons pris l'histoire, c'est le deuxième que nous observons.

Cet enfant, en outre, est rachitique; il existe chez lui une incurvation de la colonne vertébrale, vers la réunion des vertèbres dorsales et lombaires. Ce petit malade était atteint d'une diarrhée qui durait depuis long-temps; il allait jusqu'à huit ou dix fois par jour à la garderobe: il n'existait aucun signe de fièvre. Nous avons attaqué cette diarrhée par les astringens; nous avons fait prendre à cet enfant 15 centigr. d'extrait de ratanhia, et au bout de cinq jours la diarrhée avait complétement cessé. Nous allons continuer pendant une quinzaine de jours encore l'usage de ce médicament; après quoi nous aurons recours à l'huile de foie de morue ou à l'huile de poisson, et nous espérons, si cet enfant n'est pas tuberculeux, le guérir de son rachitisme.

Varicelle.

Nous avons au n° 1 de la salle Sainte-Thérèse, un petit enfant qui présente une affection dont le diagnostic ne sera pas sans intérêt. Sa santé était bonne, quand sa mère aperçut, samedi dernier, quelques bulles remplies de sérosité limpide tout à fait semblables à celles que l'on voit aujourd'hui mardi, sur la poitrine, le ventre, les fesses, etc., bulles qui sont maintenant remplies d'un liquide purulent et environnées d'une auréole inflammatoire. Samedi, cet enfant fut pris d'un peu de fièvre qui a persisté depuis; mais, en définitive, quoiqu'un peu souffrant, ce petit malade ne paraît pas gravement atteint.

A quelle affection avons-nous affaire? Le diagnostic ne peut s'égarer qu'entre trois maladies éruptives: la variole, la varioloïde et la varicelle. C'est surtout la marche de la maladie qui peut éclairer ce point de diagnostic.

Voyons pour la variole. Cet enfant n'a que deux ans, et il porte de belles cicatrices de vaccine. Ces deux circonstances suffisent déjà à elles seules pour rendre moins probable l'existence d'une variole. Bien entendu que si les caractères de l'éruption étaient bien ceux de cette affection, il faudrait se rendre à l'évidence, malgré les deux motifs qui précèdent.

Arrivons maintenant aux accidens précurseurs. Dans la variole et la varioloïde, les symptômes prodromiques sont à peu près les mêmes: vomissemens persistans, s'accompagnant rarement de diarrhée; fièvre vive, agitation, sueurs profondes, injection générale de la peau, injection des yeux: voici pour la variole et même pour la varioloïde, qui n'est, en définitive, que la variole des vaccinés, identique à celle-ci quant à sa nature, variable seulement quant à son expression. Cet enfant ne pouvait donc avoir que cette dernière forme de variole, c'est-à-dire la varioloïde, et nous voyons de suite que ce n'est pas cette affection que nous observons chez lui, puisque l'éruption dont il est atteint n'a pas été précédée d'accidens prodromiques.

Voyons si ce ne serait pas une variole anomale: l'éruption de la variole, chez les enfans surtout, présente dans les premiers jours une grande ressemblance avec la rougeole, à tel point, dit Sydenham, qu'il est difficile de savoir à laquelle de ces deux affections on doit rapporter les symptômes que l'on observe. Dans ces deux cas, la peau présente une rougeur générale et de petites élevures communes à l'une et à l'autre de ces maladies; dans la variole le soulèvement de l'épiderme ne se manifeste que le troisième jour, tandis que chez notre petit malade nous avons vu les bulles apparaître dès le premier jour de l'invasion, et se renouveler le lendemain et les jours suivans. L'éruption est simultanée dans la variole, ici elle est successive.

Chez un autre petit malade, nous voyons le premier jour apparaître une bulle qui, le deuxième jour, contient de la sérosité lactescente, et se transforme le troisième jour en croûte. Dans la variole, au contraire, l'on observe le premier jour de l'éruption une petite élévation de la peau qui, le deuxième jour, est plus aluminée; le troisième jour cette petite élévation renferme de la sérosité limpide, qui devient trouble le quatrième jour; le cinquième jour, l'on voit cette pustule se creuser à son centre. Les croûtes ne se forment que quelques jours après.

Ainsi, l'éruption que présente l'enfant de qui nous parlons, n'a rien, quant à la forme, de la variole. Voyons maintenant si ces deux symptômes se ressemblent quant à la fièvre.

La variole s'accompagne toujours de fièvre prodromique, et cette fièvre disparaît ou diminue quand apparaît l'éruption. Chez notre enfant, pas de fièvre prodromique: il n'est pris d'un léger mouvement fébrile qu'au début de l'éruption, mouvement fébrile qui, loin de disparaître comme dans la variole, durera autant que l'éruption elle-même. En voilà bien assez, ce nous semble, pour exclure toute idée de variole.

Voyons maintenant la varicelle: ordinairement 12 heures, et dans des cas très exceptionnels quarante-huit heures avant l'apparition de l'éruption, l'on voit survenir de la fièvre, mais souvent, comme chez notre enfant, la fièvre est nulle, tandis qu'elle est invariable dans la variole. Dans la varicelle, l'éruption est formée par des bulles qui surviennent et se développent subitement le premier jour (elles sont alors remplies de sérosité limpide), ordinairement arrondies, quelquefois irrégulières, et offrant quelques points de ressemblance avec le pemphygus, éruption successive et qui souvent s'accompagne de fièvre, laquelle persiste aussi long-temps que dure l'apparition de nouvelles bulles. Ainsi, vous voyez combien est grande la différence qui existe entre la variole et la varicelle.

Quant au danger, il faut dire que la varicelle ne présente presque jamais de gravité: quelquefois, les croûtes qui persistent souvent plus long-temps que dans la variole, laissent après elles quelques traces indélébiles assez semblables à la cicatrice d'une petite brûlure.

La varicelle est contagieuse au même degré que la variole, et il est probable que nous verrons cette maladie gagner les autres enfans.

La varicelle est-elle une éruption de la même famille que la variole et la varioloïde? A cette question, nous ferons une réponse négative, car jamais la varicelle ne donne lieu qu'à la varicelle: elle frappe également les personnes vaccinées comme celles qui ne l'ont pas été; tandis que la variole peut donner lieu à la varioloïde, *et vice versâ*.

— Les prévisions de M. le professeur Trousseau se sont réalisées: presque tous les enfans de la salle Sainte-Thérèse viennent d'être pris de la varicelle.

L'enfant du n° 4, vacciné il y a onze jours, devint tout à coup méchant: il eut de l'insomnie, et hier, dans la journée, l'on vit paraître chez lui une éruption de varicelle discrète.

Depuis hier, l'enfant du n° 18 (celui qui a présenté des pustules multipliées de vaccine), a été également pris de varicelle.

L'enfant du n° 41 prend d'abord une rougeole qui va bien; il reste une ophthalmie pour laquelle l'on emploie avec avantage un collyre avec le nitrate d'argent. Il contracte aussi la varicelle.

Même chose pour le petit du n° 5.

L'enfant du n° 9 fait des dents en ce moment: déjà en ville il avait eu plusieurs attaques d'éclampsie qui n'avaient été que légères. Hier il fut pris d'une nouvelle attaque plus grave que les précédentes, qui dura un quart d'heure, pour laquelle on ne fit rien; sa mère se contenta de le poser par terre, et l'attaque cessa. Aujourd'hui cet enfant est atteint de varicelle.

Ceci vient confirmer, dit le professeur, ce que nous avancions dans une de nos dernières conférences; à savoir, que la varicelle est au moins aussi contagieuse que la variole, avec laquelle, du reste, elle n'offre aucun rapport de ressemblance. L'on peut dire même que pour cette dernière maladie la contagion ne serait pas aussi légitime.

L'éruption et les légers accidens fébriles qui l'accompagnent seront, pour ces enfans, identiquement ce qu'ils ont été pour l'enfant de n° 1 de la même salle, dont précédemment nous vous avons entretenu assez longuement.

Comment ce premier enfant a-t-il contracté la maladie? C'est ce que nous ne pouvons dire. Toujours est-il que nous avons vu celle-ci se propager rapidement aux autres enfans de la salle.

Dans cette affection, nous ne reconnaissons l'allure ni de la rougeole, ni de la variole; pas de fièvre brutale au début; nous y trouvons plutôt quelque analogie avec la scarlatine, qui ordinairement ne présente pas de fièvre d'invasion; ou s'il en existe, c'est tout au plus pendant vingt-quatre heures. Il suffit, dans cette dernière maladie, d'examiner la peau avec attention pour y découvrir, dès le premier jour, l'éruption qui, au dire de la plupart des médecins, et bien à tort sans doute, ne se manifeste qu'après plusieurs jours de fièvre d'incubation.

Péritonite puerpérale. Traitement par l'ipécacuanha, les purgatifs et les mercuriaux. Guérison.

Au n° 12 de la salle Sainte-Julie est une femme âgée de trente ans, accouchée à la Maternité alors que l'épidémie de fièvre puerpérale sévissait sur cet établissement. Sortie six jours après ses couches, elle continua d'allaiter son enfant. Arrivée chez elle, loin de se coucher et de prendre du repos, cette femme s'occupa des soins de son ménage; bien plus, à quatre ou cinq jours de là, elle se mit à faire la lessive, ce qui dura deux ou trois jours, plongeant ses mains dans l'eau froide sans s'occuper de l'état dans lequel elle se trouvait.

Quinze jours après son accouchement, elle commença à ressentir les premières atteintes du mal qui plus tard l'amena vers nous. Elle éprouva dans toute l'étendue du ventre une douleur assez intense qui se propagea dans les cuisses. Toutefois cette femme ne garda pas pour cela le repos au lit et elle continua de se livrer aux soins de son ménage. A cette époque, elle était prise de chaleur et de sueurs plus intenses la nuit que le jour. Elle perdit l'appétit, sans éprouver toutefois ni nausées, ni vomissemens. Elle eut du dévoiement qui a duré pendant quatre ou cinq jours.

Jusqu'à la fin de son séjour chez elle, c'est-à-dire un mois environ après l'accouchement, les douleurs du ventre avaient un peu augmenté. A cette époque, cependant, elles s'amendèrent un peu.

Dès l'invasion de la maladie, les lochies se sont supprimées brusquement; elles ont reparu en rouge seulement depuis hier, jour de son entrée dans notre service.

État actuel. — Continuation de l'allaitement; le lait a diminué un peu de quantité; la peau est à peine plus chaude que dans l'état normal; le pouls, souple, est à soixante pulsations par minute; la langue humide, peu chargée, sans rougeur à la pointe; soif vive; bouche mauvaise, un peu amère et empâtée; anorexie; pas de nausées, pas de vomissement, pas de dévoiement; hier une garderobe naturelle. Le ventre est excessivement douloureux, même à la plus légère pression; le simple poids des couvertures fait beaucoup souffrir la malade. A la percussion, le ventre présente une matité prononcée dans la partie déclive des deux côtés. La malade ne peut se retourner dans son lit; la douleur existe surtout dans les flancs. Un peu de ballonnement du ventre, qui présente de la résonnance tympanique dans tout son segment supérieur.

Des frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel ont été pratiquées pendant plusieurs jours de suite. Dès le premier jour, cette femme a pris l'ipécacuanha, et les jours suivans on lui a donné plusieurs purgatifs. L'emploi d'un traitement aussi énergique a suffi pour faire disparaître complètement, et en très peu de temps, les accidens pour lesquels cette femme était entrée dans notre service. Il s'est présenté chez elle une particularité qui aurait pu en imposer pour une récidive de la péritonite. Après avoir donné d'abord l'huile de ricin, puis l'huile de croton tiglium, nous avions prescrit l'usage de la

magnésie à la dose de quatre grammes par jour, à continuer ainsi pendant plusieurs jours. Au bout de quelques jours, cette femme est prise de violentes coliques dans le trajet du gros intestin, en en même temps les garderobes étaient nombreuses et abondantes. La cessation de la magnésie et l'emploi d'un julep diacodé firent disparaître promptement ces nouveaux accidens.

C'est une chose assez remarquable que ce purgatif, regardé généralement comme innocent, soit plus mal toléré que les autres purgatifs salins, et qu'il détermine des accidens auxquels ceux-ci ne donnent jamais lieu.

La péritonite n'a pas reparu. L'exemple de cette femme et celui de la malade qui fut couchée au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse (*voir* le n° du mardi 15 février) et dont nous vous avons entretenus il y a quelque temps, viennent de montrer, mais d'une manière différente, qu'il y a bien moins d'inconvéniens dans les affections puerpérales à abuser des purgatifs qu'à en user trop sobrement. Mais nous avons, chez la malade de la salle Sainte-Julie, continué la magnésie long-temps après la cessation des accidens, jusqu'au point de déterminer une superpurgation et la péritonite n'a pas reparu. Chez la malade de la salle Sainte-Thérèse, au contraire, cédant à des sollicitations, nous avons plusieurs fois cessé les purgatifs quelques jours seulement après la disparition des symptômes, et chaque fois nous avons vu la péritonite récidiver. Celle-ci n'a définitivement disparu qu'après l'emploi prolongé des purgatifs.

Ceci fait voir de la manière la plus évidente ce qu'on doit attendre d'une semblable médication. Souvent cette année nous avons eu occasion de traiter de la sorte bon nombre de fièvres puerpérales, contractées soit à la Maternité, soit à la Clinique, et nous n'avons perdu aucune de nos malades.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Luxation accidentelle du coude en arrière. Réduction facile. Remarques sur la rareté des luxations accidentelles chez les enfans.

Un enfant âgé de sept ans, ayant fait une chute sur le coude, est présenté dans le service avec des accidens dans cette région. Cet enfant est d'une constitution lymphatique et présente, tant à la face que sur d'autres parties du corps, un grand nombre d'ecchymoses qui correspondent à autant de chutes qu'il a fait en glissant sur la glace. Voici les phénomènes qu'il a présentés du côté du membre thoracique.

Le bras est pendant; et l'avant-bras, fléchi sur le bras, forme avec celui-ci un angle obtus aux trois quarts ouvert. Les mouvemens volontaires d'extension sont abolis; ceux de flexion sont faciles; ceux de pronation et de supination très limités. Les mouvemens passifs d'extension sont nuls; ceux de flexion très douloureux; ceux de pronation et de suppination assez étendus mais douloureux. L'articulation est gonflée, déformée, molle à sa partie interne. En outre on y remarque une saillie manifestement représentée par l'olécrâne; au-dessus de cette saillie est une dépression molle, dans laquelle on peut reconnaître le tendon du triceps brachial; l'apophyse humérale interne fait une saillie très prononcée au pli du bras; on ne reconnaît pas de crépitation. Le sommet de l'olécrâne est rapproché de deux centimètres de l'apophyse acromion : rigidité aticulaire et douleur.

La réduction de cette luxation récente a été facile à obtenir; le bras n'a pas tardé à reprendre sa longueur; et la douleur articulaire a ausitôt cessé.

Nous rappellerons, à propos de ce fait, que les luxations accidentelles sont très rares chez les jeunes enfans qui, par contre, sont très sujets aux décollemens épiphysaires, résultat dernier des violences extérieures ou des efforts musculaires qu'ils essuient et qui ont pour but chez l'adulte et le vieillard soit les luxations, soit les fractures.

Cette rareté des luxations accidentelles chez les enfans est telle, que c'est à peine si dans l'espace de plus de deux années, c'est à dire depuis que M. Guersant est chargé du service de chirurgie de l'hôpital des Enfans, on en a observé quatre exemples y compris celui que nous citons aujourd'hui. Dans le premier cas il s'agissait de la luxation d'une phalange; dans le second, de celle de l'humérus dans l'aisselle; dans le troisième cas c'était aussi à une luxation du coude que l'on avait affaire.

Fracture du condyle externe de l'humérus avec écartement. Flexion permanente de l'avant-bras. Section du tendon biceps brachial.

A côté de ce malade nous dirons quelques mots de celui qui est couché au n° 11 de la salle Saint-Côme, lequel présente également une maladie du coude consécutive à une chute.

Il y avait deux mois, au moment de son admission dans le service, qu'il avait fait cette chute. Les phénomènes principaux qu'il présentait à cette époque étaient l'augmentation du diamètre transversal de l'articulation de coude et une flexion à angle droit permanente de l'avant-bras sur le bras. M. Guersant présumait que les désordres consistaient dans la fracture du condyle externe de l'humérus avec écartement et par conséquent écartement aussi de l'extrémité supérieure du radius. Mais à côté de ces phénomènes, il faut noter que le bras était dans la demi-flexion permanente et que les mouvemens imprimés de flexion et de supination étaient très douloureux.

Deux mois après l'accident, surtout chez un enfant, la médecine n'avait pas grand'chose à faire dans ce cas. Néanmoins on pouvait espérer de faire cesser la flexion de l'avant-bras sur le bras moyennant la section du tendon du biceps, qui était fortement tendu au pli de la saignée, ce qui faisait présumer que c'était par suite de sa contraction permanente que la flexion subsistait. La section sous-cutanée de ce tendon fut pratiquée au pli du coude, avec toutes les précautions voulues pour éviter de léser l'artère brachiale que l'opérateur tenait cachée sous son doigt. L'opération eut un parfait succès comme exécution : quelques veines assez volumineuses, fournirent du sang abondamment, mais il fut facile de se rendre maître de cette hémorrhagie veineuse. Cependant le résultat n'a pas été tel qu'on l'espérait. Le muscle biceps ne reste plus tendu, comme par le passé, et le membre n'est plus, à la vérité, fléchi à angle droit; mais quoique l'avant-bras forme avec le bras un angle très ouvert, néanmoins l'extension n'est pas complète, et lorsqu'on essaie de l'obtenir on occasionne une douleur vive.

Quant aux désordres de l'articulation, ou en d'autres termes, à la fracture du condyle externe de l'humérus, rien n'a été changé de ce côté, et elle est encore au même point.

Quoique le diagnostic porté par M. Guersant nous paraisse exact, il faut convenir cependant qu'il était d'une difficulté extrême, et surtout d'une démonstration difficile. Ce qui nous a semblé hors de toute contestation, c'est que le condyle ou l'épicondyle, nous n'oserions affirmer lequel des deux, était véritablement séparé de l'extrémité inférieure de l'humérus, soit qu'il fût primitivement question ici d'une véritable fracture ou bien d'un décollement épiphysaire. Dans un cas comme dans l'autre, on sait que le mal est alors assez souvent tout d'abord méconnu, tant à cause de la nature de la lésion osseuse que par suite de la tuméfaction qui ne tarde pas à gagner la région; et c'est ce qui paraît avoir lieu dans ce cas, dont les commémoratifs cependant n'ont jamais pu être obtenus. On a appris seulement que l'enfant était tombé sur le coude. Mais que la tête du radius eût suivi l'épicondyle ou le condyle dans son écartement, c'est ce que nous n'oserions affirmer. M. Guersant aussi a avancé son diagnostic à cet égard sous forme dubitative.

Toujours est-il que les mouvemens de rotation du radius ne nous ont pas semblé avoir leur centre supérieur dans la ligne longitudinale de continuité du condyle écarté, ce qui aurait dû avoir lieu, ce nous semble, si le radius avait suivi cet écartement. Au surplus, il s'agissait évidemment ici d'un de ces faits qui se passent en dehors de toute prévision pathologique, capables tout au plus d'exercer l'esprit de l'observateur, mais à l'égard desquels il devient impossible de porter un diagnostic susceptible de démonstration, par cela même que les données exactes manquent pour préciser la nature des désordres existans.

L'idée de pratiquer la section du tendon du biceps nous a semblé heureuse, et, quoique hardie, légitimée néanmoins par la tension permanente de ce muscle. Il semblait, en effet, que pour cet enfant il ne restait qu'à tenter que de redonner au bras la faculté perdue des mouvemens complets d'extension et de flexion. Or, quel que fût le concours des désordres osseux dans la persistance de cet état de flexion, leur ancienneté ne permettait pas d'espérer qu'il serait facile d'y remédier; et d'ailleurs, la chose paraissait pouvoir devenir beaucoup plus facile une fois que toute entrave du côté du système musculaire aurait été ôté.

Nous avons vu que l'exécution de cette opération n'avait procuré qu'un demi-résultat favorable, preuve évidente que dans les élémens osseux de l'articulation subsistait une disposition anormale qui restait pour lors la seule cause de la flexion permanente de l'avant-bras sur le bras. K.

— A la suite d'un concours, ouvert au Val-de-Grâce le 1er mars, pour les emplois de médecins adjoints, ont été nommés dans l'ordre suivant : MM. Godelier, Rodes, Grellais, Collin, Barby, Leclerc, Gournay, Tellier, Molard, Loir, Catteloup. — Les concurrens étaient au nombre de vingt-un.

— M. Longet commencera un nouveau cours particulier d'anatomie et de physiologie du système nerveux, aujourd'hui mardi 15 mars, à l'Ecole Pratique.

L'heure sera fixée par la majorité de MM. les élèves.

Le même jour, M. Longet commencera aussi un nouveau cours de vivisections.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. FÉVRIER, 1842.

I. *Réflexions et observations sur les retrécissements de l'urètre et sur l'hypertrophie de la vessie, par M.* CRUVEILHIER.

L'auteur pense que les auteurs modernes ont gratuitement multiplié les altérations organiques dans les rétrécissements de l'urètre.

« Je n'ai jamais rencontré, dit-il, qu'une seule espèce de rétrécissement, le rétrécissement fibreux, ou mieux la transformation fibreuse des parois du canal; transformation qui occupe, tantôt un seul point de ce canal, de manière à constituer un étranglement circulaire, semblable à celui que déterminerait une corde fortement serrée (stricture), tantôt une longueur plus ou moins considérable du canal, quatre, six, huit, douze lignes, et même davantage. »

M. Cruveilhier admet en outre des rétrécissements superficiels, c'est-à-dire limités à la membrane muqueuse, et des rétrécissements profonds dans lesquels toute l'épaisseur du canal a subi la transformation fibreuse. Relativement au siége, le rétrécissement peut occuper tous les points intermédiaires au méat urinaire et à la portion prostatique; jamais l'auteur n'en a rencontré sur cette dernière partie du canal; c'est presque toujours aux portions membraneuses ou bulbeuses qu'on rencontre ce genre de lésion.

Dans le rétrécissement fibreux, il y a disparition complète de la membrane muqueuse au niveau du rétrécissement, et disparition plus ou moins complète du tissu spongieux érectile du canal de l'urètre. La cause du rétrécissement ne peut s'expliquer que de deux manières : 1° par une inflammation chronique de la membrane muqueuse; 2° par une ulcération. Dans l'état actuel de la science, cette question ne peut pas encore être résolue d'une manière positive. M. Cruveilhier est porté à croire que ces rétrécissements sont le résultat d'une ulcération; « car dans l'hypothèse d'une inflammation, dit-il, il serait bien difficile de concevoir comment les effets de cette inflammation seraient presque constamment limités à un seul point de la longueur du canal. Quant aux conséquences thérapeutiques qui découlent du caractère fibreux du rétrécissement, ajoute l'auteur, elles sont parfaitement en harmonie avec les faits. L'inconvénient du cathétérisme forcé et des sondes coniques, la prééminence de la dilatation sur la cautérisation, la nécessité d'une dilatation long-temps continuée, la tendance du rétrécissement à se reproduire, et l'indispensable nécessité d'avoir recours de loin en loin à un moyen dilatateur; l'incurabilité absolue de tout rétrécissement du canal de l'urètre, telles sont les données thérapeutiques fournies par l'anatomie pathologique des rétrécissements. »

Ce travail de M. Cruveilhier devant faire partie de la 39e livraison de son *Anatomie pathologique du corps humain*, nous croyons pouvoir nous dispenser d'entrer dans plus de détails.

II. *Remarques sur la nature et la thérapeutique de l'érysipèle, par M.* VELPEAU.

Sous le titre d'*érysipèle*, les auteurs ont confondu des inflammations fort diverses sous le rapport du siége, des causes, de la marche, du danger et du traitement. M. Velpeau s'est efforcé de faire disparaître cette confusion en précisant les caractères propres à chacune de ces inflammations. C'est ainsi qu'il est arrivé à séparer complétement, à l'aide de signes positifs, la *phlebite* ou inflammation des veines, le *phlegmon diffus* ou inflammation du tissu cellulaire, et l'*angioleucite*, ou inflammation des vaisseaux lymphatiques, de l'érysipèle proprement dit, à établir que ces quatre phlegmasies, quoique susceptibles de se confondre, de se combiner, n'en sont pas moins parfaitement distinctes.

En 1839 et 1840, nous avons fait connaître les opinions de M. Velpeau sur cette matière. Nous n'y reviendrons pas. Voici comment s'exprime ce chirurgien sur la *nature* et la *marche* de l'érysipèle.

« Les expériences que j'ai faites, dit-il, les observations que j'ai recueillies depuis vingt-cinq ans m'autorisent à établir, entre autres faits, sur cette double question : 1° que, pris au point de vue chirurgical, l'érysipèle a sa *cause prédisposante* dans les inflammations extérieures, atmosphériques ou météorologiques, bien plus que dans l'état de santé ou de constitution générale du malade; 2° qu'il reconnaît presque toujours comme *cause déterminante* ou occasionnelle, une blessure, un état croûteux, une irritation quelconque d'un point de l'enveloppe tégumentaire; 3° que sa *cause efficiente* est en général une matière venant du dehors, ou de tissus dénaturés, et se mêlant aux fluides de la région malade secondairement ou de prime abord; 4° que les fluides ainsi altérés produisent deux ordres de phénomènes morbides, des phénomènes généraux et des phénomènes locaux, les premiers avant les seconds quand il y a d'abord passage des fluides dans le torrent général de la circulation; les deuxièmes avant les premiers si l'altération ne se fait que par imbibition; 5° que dans la peau malade, enflammée, les fluides, dénaturés par l'élement morbifique, ne semblent circuler, avancer que par endosmose; bien que, marchant de proche en proche, gagnant en surface et non en profondeur, l'érysipèle s'étale sur le derme ou dans le derme, à la manière de l'huile sur un plan; 6° qu'une grande proportion de la matière morbifique reste jusqu'à la fin sous l'épiderme ou dans le tissu cutané, mêlée au sang dans la plaque organique enflammée; 7° que la totalité d'un érysipèle est à peu près constamment formée de plusieurs petits érysipèles successifs; 8° qu'une plaque d'érysipèle isolée s'éteint en général d'elle-même, au bout de quatre à six ou huit jours; 9° que la durée de tout le mal est rendue ainsi très-variable en raison du nombre de plaques érysipelateuses qui se succèdent ou qui s'ajoutent les unes aux autres; 10° que les remèdes, soit internes, soit externes, capables de dissiper un pareil mal, doivent tendre surtout à modifier le sang. »

Thérapeutique de l'érysipèle. — Les médications externes ont seules procuré à M. Velpeau des résultats concluants. La plupart des topiques ont été mis à contribution par ce chirurgien; voici ce qu'il en a obtenu :

La *compression*, employée sur vingt cinq malades, ne lui a procuré aucun résultat avantageux : si autrefois il s'est fait illusion sur ce moyen thérapeutique, c'est qu'il confondait, comme tout le monde, l'erysipèle véritable avec d'autres inflammations.

Trente-trois fois il a essayé le *vésicatoire volant*, seize fois sur le centre de l'érysipèle, cinq fois en en couvrant toute la partie rouge et au delà, douze fois sur les confins des régions malades; la durée ordinaire du mal n'a jamais été sensiblement abrégée.

L'*azotate d'argent*, employé sur trente malades, soit en nature, soit en solution concentrée, n'a pas donné des résultats plus satisfaisants.

La cautérisation avec le *fer rouge*, d'après les préceptes de M. Larrey, n'a été tentée que deux fois. Deux cents malades ont été soumis à l'usage de l'*onguent napolitain*; et vingt-trois à celui de l'*axonge* en frictions; la maladie n'a nullement été modifiée.

Une pommade composée de quatre grammes de *précipité blanc* pour trente grammes de graisse, a été employée douze fois, et le mal a paru être plutôt aggravé qu'amoindri.

L'*acide sulfurique*, largement étendu d'eau, employé en lotion, sur dix malades; l'acide chlorhydrique employé de la même façon et un même nombre de fois, n'ont rien produit de notable. Il en est de même de l'*acide citrique*, de l'*acide tartrique*, de l'*oxycrat*, de l'*eau salée*, du *nitrate acide de mercure*, du *camphre* et des *mouchetures*.

Partant de l'idée que, dans l'érysipèle, les tissus enflammés sont imbibés de sang, de fluides dénaturés, M. Velpeau s'est demandé si des topiques ferrugineux n'offriraient pas quelques chances de succès dans une maladie aussi superficiellement placée. Jusqu'à ce jour, un certain nombre de faits sont venus confirmer ses prévisions. Le sulfate de fer lui a paru mériter la préférence; il l'emploie en solution ou en pommade : solution, trente grammes par litre d'eau; pommade, huit grammes pour trente grammes de graisse.

Mode d'application. — « D'un emploi plus facile à la tête, au cou, au tronc tout entier, la pommade devrait être préférable à la solution, si elle n'était pas un peu moins efficace; quand on est forcé de s'en servir, il importe au moins de la faire préparer par trituration; que le sel ferrugineux ait été porphyrisé pour se bien mêler à la graisse; qu'elle soit parfaitement homogène et ne donne point la sensation de sable aux doigts qui la frottent entre leur pulpe; on en étale largement par onction ou par friction, trois fois le jour, sur la totalité de l'érysipèle et un peu au delà. La solution est employée en lotions à l'acide de compresses qu'on en imbibe toutes les six heures, et qu'on fixe sur la partie malade au moyen d'une bande. L'essentiel est que la peau en soit continuellement mouillée...

« Toutefois, dit M. Velpeau en terminant, il ne faut point oublier que mes expériences ne sont ni assez nombreuses, ni assez variées pour être absolument concluantes; qu'une foule de points me restent à éclaircir, et que mon but, en les annonçant, est de solliciter le secours de la chimie autant que d'offrir un nouveau remède aux praticiens contre une maladie qui s'est constamment jouée de la therapeutique jusqu'à présent. »

III. *Des organes que l'on rencontre dans les hernies inguinales. — Comment on distingue entre elles les différentes espèces de hernies inguinales;* par M. TENAIN.

Dans la première partie de ce travail, l'auteur passe successivement en revue tous les organes qui peuvent se rencontrer dans les hernies inguinales. La seconde partie est consacrée au diagnostic, considéré : 1° sous le rapport des différentes espèces et variétés de hernies inguinales; 2° eu égard aux viscères qui les forment. Nous nous bornerons à rapporter ce que dit M. Tenain sous ce dernier point de vue.

« Lorsque c'est l'intestin qui forme la hernie, dit-il, le malade est ordinairement sujet à des coliques, et, de loin en loin, il est tourmenté de nausées ou même de vomissemens; habituellement il y a constipation; les borborygmes qu'il éprouve se font souvent ressentir jusque dans la tumeur, de telle sorte qu'il est quelquefois possible de constater les mouvemens des gaz qui s'y accumulent ou la traversent; elle s'étend alors, et son volume augmente; il en est de même pendant la digestion, mais à des intervalles d'autant plus éloignés des repas que l'anse qui forme la hernie appartient à un intestin plus rapproché de l'anus; sa consistance est variable : ainsi, elle est alternativement élastique, sonore à la percussion, molle et pâteuse ou ferme, selon qu'elle contient des gaz, des matières solides ou liquides; sa surface est lisse, unie; elle est facile à réduire; la réduction se fait en bloc, et sa rentrée est accompagnée de gargouillement.

» La présence de l'épiploon dans une hernie est annoncée par une tumeur molle, pâteuse, inégale, allongée, peu sensible à la pression; son volume et sa consistance ne varient pas comme dans l'entérocèle; elle ne rentre point en masse, mais sa réduction est successive et a lieu sans bruit; elle produit peu de coliques, rarement des nausées; mais quand le malade se redresse ou se renverse en arrière, il éprouve un tiraillement douloureux qui part de la tumeur, et s'étend jusqu'à la région épigastrique.

» La hernie du cœcum se reconnaîtrait aux signes suivants : la tumeur s'est développée d'une manière lente et graduelle; sa forme est irrégulière, et présente au toucher des bosselures inégales; réductible tant qu'elle a été bornée à l'aine, il n'est plus possible de la faire rentrer, du moins complétement, depuis qu'elle est descendue dans le scrotum. Malgré son volume, il en résulte en général peu de trouble dans les fonctions digestives; le malade éprouve quelquefois, peu de temps avant d'aller à la selle, un sentiment de pesanteur et de tiraillement dans les bourses; enfin, il est souvent tourmenté de coliques assez vives, accompagnées de gonflement de la hernie; mais elles cèdent avec facilité à l'usage des lavements, qui déterminent en même temps l'affaissement de la tumeur scrotale.

» Une hernie inguinale formée par l'S iliaque du colon, soit à gauche, soit à droite, serait annoncée par les symptômes propres à la hernie du gros intestin, et, en particulier, selon M. Velpeau, à la presque impossibilité de faire pénétrer les lavements au delà de quelques pouces dans le rectum. (*Dict.* en 25 vol., t. XV, p. 469).

» Si la tumeur dure, tendue, volumineuse, quand le malade est resté long-temps sans rendre ses urines, disparaît après la sortie de ce liquide; si la pression provoque de la douleur du côté de l'urètre et un besoin d'uriner que le malade est obligé de satisfaire sur-le-champ; si la tumeur, une fois vide, reste quelque temps sans augmenter de volume; si elle donne la sensation d'un corps épais, mollasse, mobile sous les doigts, qui semble s'affaisser quand on le presse, mais qu'il n'est pas possible de réduire, etc., il existe une cystocèle inguinale.

» La hernie de l'ovaire se reconnaîtrait à la présence d'une tumeur ovoïde, légèrement bosselée, rénitente, dont le volume égale celui d'un œuf de pigeon. La pression entre les doigts détermine une sensation particulière, une douleur qui a cela de caractéristique, qu'elle ne se borne pas à la hernie, mais se propage dans le bassin, en suivant la direction du bord supérieur du ligament large jusqu'à l'utérus, sans jamais s'étendre au-delà du point occupé par cet organe. Si la malade reste debout, ou se couche du côté opposé à la tumeur, cette douleur devient plus vive, et est accompagnée d'un sentiment de tension pénible dans les annexes de la matrice. Le toucher, quand il est praticable, doit être d'autant moins négligé qu'il donne des résultats positifs. M. Deneux, qui a beaucoup insisté sur son emploi, s'exprime ainsi à ce sujet :

« Il faut ramener le col de la matrice au centre du bassin, » quand elle est déviée; ou, lorsqu'elle conserve sa position, le » porter vers l'anneau inguinal, afin d'éloigner le fond de cet » organe qui en est ordinairement rapproché; et si, pendant » qu'on change ainsi la position de la matrice et qu'on lui imprime des mouvements, il s'en passe dans la tumeur, ou si » l'on augmente la douleur dont cette dernière est le siége, on » peut assurer que l'ovaire concourt à la former. » *Recherches sur la hernie de l'ovaire*, 1813, p. 67.)

» Une hernie de l'estomac se reconnaîtrait aux caractères suivants : la tumeur est distendue quand le malade vient de prendre des aliments; elle s'affaisse, au contraire, dès que la digestion stomacale est achevée. Immédiatement après le repas, on constate par la percussion une matité complète; le son est clair si le malade est à jeun. L'ingestion de substances solides donne lieu à une tuméfaction graduelle de la hernie; lorsque le malade boit, le développement est presque instantané; en outre, M. Fabre assure qu'en appliquant la main sur la tumeur, on perçoit très bien le choc du liquide au moment où il arrive dans la cavité gastrique.

» La hernie graisseuse s'annonce par une tumeur qui offre tous les caractères propres à l'épiplocèle; aussi le diagnostic différentiel en est toujours difficile, et le plus souvent impossible. Cette tumeur ne provoque ni douleur, ni trouble des fonctions digestives; dans la plupart des cas elle est survenue sans que le malade se soit aperçu de son développement. Quand on la presse, elle rentre sans bruit, non qu'il y ait véritable réduction, mais simple déplacement : aussi, dès que la main cesse de la maintenir en place, elle s'échappe de nouveau et sans que le malade fasse le moindre effort. Il est facile de constater, avec un peu d'attention, que la hernie a été repoussée au-delà de l'anneau, mais s'est arrêtée dans l'intérieur du canal inguinal. Il paraît que la réduction de cette tumeur s'accompagne souvent d'un mouvement ascensionnel du cordon du testicule vers l'anneau. Enfin l'absence d'une sorte de corde que l'on sent à travers la parci abdominale, dans le cas de hernie épiploïque, permet de distinguer cette dernière de la hernie graisseuse.

» Le déplacement de la matrice, hors l'état de grossesse, est tellement rare qu'il serait impossible de donner des symptômes de cette hernie. Il faut en dire autant des hernies de la rate, du foie et du rein.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, février 1842.

I. *Histoire d'une épidemie de croup qui a régné en 1840 et au commencement de 1841, à l'hôpital des Enfans de Paris;* par Ernest BOUDET.

L'auteur commence par jeter un coup-d'œil rapide sur l'historique de cette maladie. Il rapporte à quatre chefs les épidémies de croup : 1° *Croup simple, borné aux voies aériennes*; 2° *croup avec angine couenneuse et gangréneuse*; 3° *croup avec exanthèmes.* Zobel a observé une épidémie de croup compliqué de scarlatine.

Du croup à l'hôpital des Enfans Malades: — Chez les huit malades qui furent reçus en 1820, et chez les quinze en 1821, M. le docteur Blache a rencontré constamment une pseudo-membrane à la fois dans le pharynx et les voies aériennes.

Sur vingt-six malades, quatre ont guéri. Un a été trachéotomisé; les autres ont été traités par la méthode ordinaire : saignées, vomitifs, purgatifs et révulsifs. Sur vingt-un morts, neuf trachéotomisés. L'un d'eux, opéré et traité par M. Dugast, donnait l'espoir le plus fondé d'une guérison prochaine, quand il est mort asphyxié par la négligence d'une infirmière.

Sur vingt-deux autopsies, trois fois le larynx ne renfermait pas de pseudo-membrane. Ramollissement avec ou sans ulcérations. Il y avait eu expectoration de pseudo-membrane pendant la vie.

Sur dix enfans trachéotomisés, un seul présenta à l'autopsie une pseudo-membrane dans les bronches. On sait que les pseudo-membranes des voies aériennes disparaissent souvent un certain nombre de jours après le début de la maladie.

Pseudo-croups. — Cinq cas à l'hôpital des Enfans en 1838.

Du croup à Paris et aux environs en 1840. — M. le docteur Loyseau a soigné à Montmartre quatorze enfans atteints du croup; douze morts; deux trachéotomisés et guéris. Ils avaient expectoré des concrétions pelliculaires, et avaient été traités par les vomitifs. Ni bronchites, ni exanthèmes coïncidentes, mais souvent des angines simples suivies d'engorgemens rebelles des amygdales. Dans certains cas, on n'a trouvé, ni pendant ni après la vie, de traces de pseudo-membranes dans le pharynx.

A l'hôpital des Enfans, pendant les mois de janvier et de février, moins froids qu'à l'ordinaire, aucun cas de croup. Au mois de mars le froid commence, le vent de nord-est domine;

la température se maintient basse. Le croup se déclare. Parmi les faits cités par l'auteur, il en est de remarquables. Il en est un dans lequel l'auteur attribue le développement de la pellicule couenneuse à l'influence de la scarlatine plutôt qu'à l'influence de la phlegmasie pulmonaire, qui toutes deux ont existé chez le malade. Il compare l'influence de la scarlatine à celle de la variole. La scarlatine s'accompagne, en effet, d'une injection vive de la muqueuse pharyngienne.

Un autre fait cité par l'auteur, vient à l'appui des préceptes donnés par M. Bretonneau sur l'utilité d'un traitement actif de l'angine pseudo-membraneuse qui peut, comme dans le cas cité par l'auteur, n'être bénigne qu'en apparence, et à la suite du traitement insuffisant, se développer avec rapidité et produire la mort.

Un fait intéressant est celui d'une petite fille qui, après avoir rendu une fausse membrane sortie des bronches moyennes, sort de l'hôpital malgré le médecin, incomplétement guérie, rentre le lendemain et meurt après avoir rendu des fausses membranes sorties du larynx. Sans sa sortie de l'hôpital, cette enfant eût très probablement guéri.

II. *Mémoire sur le ramollissement du cerveau;* par Max. Durand Fardel. (Suite.)

Il s'agit, dans ce deuxième article, du ramollissement passé à l'état chronique. L'auteur le divise en trois périodes. La première, caractérisée par la disparition de la rougeur, la diminution de consistance, *ramollissement pulpeux*. La deuxième par des états divers suivant le siége du ramollissement; *plaques jaunes des circonvolutions*, ou *infiltration celluleuse* (*lait de chaux*) de la substance centrale. La troisième par des pertes de la substance cérébrale (ulcérations, excavations profondes).

Si le travail pathologique vient à s'arrêter à quelqu'une de ces périodes intermédiaires, les symptômes subissent également une sorte d'arrêt que l'on avait donné comme un caractère de la cicatrisation des foyers hémorrhagiques, et la maladie n'est plus qu'une infirmité.

Les plaques jaunes des circonvolutions suivent le fond des anfractuosités. Elles peuvent occuper la place d'une ou deux circonvolutions. Ces dernières se trouvent alors remplacées par une surface aplatie ou inégalement bosselée, rarement déprimée. Leur cohésion est plus grande que celle de la substance cérébrale. Leur couleur jaune, dit M. Durand, prouve que le point malade a commencé par être infiltré de sang. C'est en général, d'après les observations de l'auteur, du premier au second mois que s'opère la transformation du ramollissement pulpeux en plaques jaunes.

L'infiltration celluleuse est ainsi caractérisée: la pulpe médullaire a disparu, et est remplacée par un tissu cellulaire lâche dont les mailles sont séparées par un liquide trouble et blanchâtre mêlé de flocons de substance cérébrale.

L'auteur cite des faits qui constatent la commune origine et la filiation de l'état pulpeux, de l'infiltration celluleuse et des plaques jaunes. L'auteur le prouve par l'anatomie, qui lui a fait découvrir ces divers états simultanés et rapprochés chez un même sujet, il le prouve, de plus, par la nature des symptômes qui n'ont pu être ceux d'une hémorrhagie, mais d'un ramollissement.

Ce que l'auteur décrit sous le nom d'infiltration celluleuse est habituellement présenté comme appartenant à d'anciens foyers hémorrhagiques. Cette interprétation est erronée, dit l'auteur; les faits qu'il rapporte le démontrent.

Un sujet qui portait les altérations dont il vient d'être question, conservait l'intégrité complète de ses facultés cérébrales; il n'y avait chez lui de lésions notables ni du mouvement, ni du sentiment, ni de l'intelligence. Ne sont-ce pas là, dit l'auteur, des ramollissemens guéris?

III. *Mémoire sur les altérations qu'éprouve le sang pendant la respiration;* par le docteur Louis Mandl.

L'explication des causes des phénomènes qui se passent pendant la respiration établit une théorie de cette fonction. L'auteur, avant d'exposer son opinion, fait *l'historique* de ce qui a été dit sur ce sujet. Arrivons de suite à l'exposition de sa théorie. Quelle est la structure du poumon? tout ce qui caractérise la structure d'une glande, se trouve exprimé dans la structure des poumons. Quelle est la fonction des poumons d'après leur structure? c'est la sécrétion du gaz acide carbonique de l'azote. Mais existe-t-il du gaz dans le sang, et est-il prouvé que le gaz acide carbonique et l'azote se trouvent déjà dans le sang veineux et qu'ils ne se forment pas dans les terminaisons des bronches? L'auteur répond affirmativement d'après un grand nombre d'expériences qui font que ces gaz se dégagent. Ces causes résident dans les mêmes lois qui président à l'action des gaz libres sur des gaz dissous dans un liquide, lorsqu'une membrane animale les sépare (endosmose et exosmose). Les gaz contenus dans le sang s'échangeraient contre les parties constituantes de l'air; le sang qui arrive dans les vaisseaux capillaires des cellules pulmonaires, est surtout riche en gaz acide carbonique; il contient en outre de l'azote et de l'oxygène; l'air est composé d'oxygène et d'azote. Les gaz se mettent en équilibre, en mêlant ceux d'un côté de la membrane animale avec ceux de l'autre côté. L'air expiré doit parconséquent contenir du gaz acide carbonique, tandis que le sang qui part des poumons entraîne l'oxygène de l'air. Cet échange a lieu aussi pour toutes les parties constituantes de l'air et tous les gaz du sang.

Sur ces données, l'auteur fonde sa *théorie de la respiration*. Les poumons sécrètent du gaz acide carbonique et de l'azote, et l'expiration n'est que la sécrétion du gaz existant dans le sang.

Le carbone du parenchyme pulmonaire est absorbé pour former le gaz acide carbonique du sang. Il est permis de penser que le sang fournit en même temps de l'oxygène et de l'azote au parenchyme.

Les poumons ne diffèrent des autres glandes qu'en ce que non-seulement il s'y opère une sécrétion, mais encore que la pénétration du gaz s'opère dans le sang de leurs vaisseaux capillaires.

IV. *Observations relatives à la pneumonie considérée comme complication ou comme conséquence des opérations et des lésions chirurgicales;* par J.-E. Erichsen.

Les auteurs modernes ont donné une plus large part que les anciens à ce sujet important.

Parmi les causes qui peuvent donner lieu à cette espèce de pneumonie, l'auteur cite celles qui donnent lieu aux inflammations idiopathiques du poumon (froid, variations brusques de température, etc.); mais en outre, il est des circonstances qui prédisposent au développement de la maladie: telles sont le long séjour à l'hôpital, la position déclive que les blessures exigent, les évacuations débilitantes.

L'auteur fait le résumé des lésions pulmonaires qui ont été trouvées sur quarante-un sujets, ayant succombé après des blessures ou des opérations chirurgicales. Sur ces quarante-un cas, on a trouvé vingt-une fois une pneumonie, soit au premier, soit au second degré. Dans les dix-huit autres cas, à part quelques cas de tubercules, dix fois le parenchyme pulmonaire était à l'état normal. Sur huit sujets, le poumon étant intact, on trouva la bronchite, l'œdème de la base et de la partie postérieure des poumons, des excavations tuberculeuses, de l'emphysème. La position horizontale a contribué à déterminer la congestion passive du parenchyme pulmonaire.

On doit s'attacher d'autant plus à prévenir l'inflammation pulmonaire dans ces cas, qu'elle entraîne une terminaison fatale et qu'elle revêt une forme latente. On évitera autant que possible de pratiquer les opérations chirurgicales dans une saison rigoureuse, ou bien, pendant la marche d'une pneumonie épidémique.

Le précepte de ne pas avoir recours aux émissions sanguines, pour combattre la fièvre typhoïde est applicable, à plus forte raison, quand il s'agit de la pneumonie des blessés et des opérés. Si le malade est pléthorique, les ventouses scarifiées ou les sangsues peuvent être utiles; à l'intérieur, opium et calomel, polygala associé au carbonate d'ammoniaque, flanelles sur la peau, toniques, vin, ammoniaque, nourriture substantielle réglée d'après l'état des forces digestives.

Bulletin de Thérapeutique. (Février 1842.)

I. *De la thérapeutique des empoisonnemens en général;* par M. Forget, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

« A voir les tables des poisons, flanqués de leurs correctifs, que les chimistes ont dressées avec tant d'art et de prétentions, on pourrait croire, et on croit au prime abord, que sur la notion des réactifs repose exclusivement l'art de traiter les accidens toxiques, et pourtant il est manifeste que l'application de l'antidote est presque toujours secondaire, et presque toujours, aussi, impuissante, illusoire, et d'une inutilité complète, eu égard aux circonstances où les secours du praticien sont réclamés. » Ainsi s'exprime M. Forget, faisons connaître les explications qu'il donne pour éclaircir ce paradoxe apparent.

L'auteur choisit pour exemple les empoisonnemens qui résultent de l'ingestion de matières toxiques dans les voies digestives. Il distingue quatre périodes: 1° l'ingestion dans l'estomac; 2° le passage dans le reste du canal digestif; 3° l'absorption ou le transport dans l'intimité des tissus; 4° l'action locale ou topique exercée par la substance vénéneuse. Il est essentiel de remarquer que, de ces diverses phases, la première seule est nécessaire et constante, que la seconde peut manquer, que la troisième est particulière à certains genres de poisons, que la quatrième peut s'offrir sans la précédente ou concurremment avec elle.

Lorsque le médecin arrive à temps, il doit immédiatement procéder à l'expulsion des matières ingérées. On possède plusieurs moyens pour atteindre ce but. Le premier de tous consiste à provoquer le vomissement, ce que l'on fait par la titillation de l'arrière-gorge, soit avec le doigt, soit avec les barbes d'une plume, etc. Si ce procédé ne réussit point, et même en cas de réussite, on gorge le malade d'eau tiède, on a ainsi le double avantage de faire vomir et de délayer le poison, etc. — Lorsque ces ressources sont impuissantes ou inapplicables, on peut introduire la sonde œsophagienne et s'en servir pour remplir l'estomac ou pour le vider en aspirant le liquide au moyen d'une seringue vide, ou enfin pour le nettoyer, le balayer en quelque sorte, en le remplissant et le vidant alternativement.— Tant qu'on peut supposer qu'il existe une parcelle de poison dans l'estomac, les moyens que nous venons d'indiquer sont les seuls rationnellement applicables. A quoi bon, en effet, dit M. Forget, chercher à neutraliser par des moyens lents, parfois dangereux et presque toujours incertains, des substances qu'il est bien plus naturel et beaucoup plus sûr d'expulser, si la chose est possible? Il est d'ailleurs possible d'associer les antidotes aux vomitifs, en employant comme vomitifs, des liquides servant de véhicule aux antidotes réclamés par la substance vénéneuse connue. Ainsi, si l'évacuation n'avait pas lieu, la décomposition plus ou moins complète pourrait s'effectuer; dans tous les cas, l'une servirait d'adjuvant à l'autre.

Si le poison n'est plus dans l'estomac, ou il est dans le tube digestif, ou bien il est absorbé, ou bien les tissus sont désorganisés. Dans tous les cas, le mal est à peu près consommé, souvent irrémédiable, même par les antidotes qui n'ont plus guère alors de chances de succès..... S'il y a désorganisation, il n'y a plus d'antidote possible. — Quoi qu'il en soit, il est impossible à l'auteur de croire à la grande efficacité des antidotes administrés long-temps après l'ingestion du poison. Néanmoins, ajoute-t-il, dans ces cas graves, qu'on ne doit jamais *à priori* supposer désespérés, l'action possible des antidotes étant un principe rationnel, à toute force, il est bon, il est indispensable même de les connaître et de savoir les appliquer, mais sans préjudice des autres moyens indiqués par la science médicale ou concurremment avec ceux-ci.

Au total donc, quel que soit le point de vue sous lequel on envisage l'empoisonnement par déglutition, quel que soit même la période de cet empoisonnement, celui-ci rentre principalement, sinon exclusivement, dans le domaine de la médecine et non de la chimie; à tel point qu'à la rigueur, le malade, dans la plupart des cas, courrait peu de risques à ce que le médecin, s'il est homme habile d'ailleurs, ignorât même la nature du poison ingéré. Il suffit, en effet, le plus souvent, au praticien de savoir qu'il y a empoisonnement pour remplir les indications fondamentales soit primitives, soit secondaires. Ces indications se réduisent effectivement à celles-ci: 1° provoquer l'expulsion du poison, quel qu'il soit, tant qu'on peut supposer qu'il en reste une parcelle dans les voies digestives; 2° combattre médicalement les effets secondaires ou résultant, soit de l'absorption, soit de l'action locale exercée sur les tissus par l'agent vénéneux. Entre ces deux indications capitales, les antidotes trouvent à peine à se placer comme moyens précaires et souvent illusoires, si ce n'est dans les cas où force nous est de chercher à neutraliser le poison dans l'estomac, dont il ne nous est pas possible de l'expulser.

Ces préceptes subissent quelques modifications lorsqu'on a affaire à un empoisonnement par des gaz. Ici, en effet, l'agent toxique ne pouvant être éliminé de vive force, il est certain que ce qu'on a de mieux à faire d'abord, est de chercher à le neutraliser par d'autres agens vapoureux ou gazeux. Or, dans ces cas-là même, les antidotes sont souvent inconnus ou impuissans, ou même dangereux; dans beaucoup de cas, l'antidote par excellence est un agent essentiellement hygiénique et médical, l'air atmosphérique et pur; enfin, quand l'absorption des gaz délétères est effectuée, c'est-à-dire, pour peu qu'on arrive quelques instans après leur intussusception, les antidotes arrivent trop tard, ils ont perdu leur empire et la médecine reprend le sien.

II. *De la trachéotomie considérée d'une manière générale dans le cas du croup;* par Alf. Becquerel. (Suite.)

Indications de l'opération. — Trois cas se présentent: 1° la maladie est à son premier degré. L'opération n'est pas indiquée à cette période. Le croup alors peut guérir spécialement par l'emploi des émétiques répétés. 2° Le croup est à sa seconde période, le diagnostic est certain: si l'opération doit être secondée par des soins intelligens, elle peut être faite; mais dans les conditions contraires, notamment à l'hôpital, elle doit être repoussée. Il faut recourir encore aux émétiques répétés. L'auteur déclare que le calomel n'a selon lui aucune action sur le croup. 3° Le croup est à sa dernière période; asphyxie et mort imminentes. Il faut pratiquer la trachéotomie; c'est la seule chance de salut.

Il est des circonstances qui peuvent modifier les indications que nous venons d'énumérer. 1° Une angine pharyngée pseudo-membraneuse, n'est point une contre-indication, à moins, selon l'auteur, qu'elle ne se complique de gangrène. 2° Un gonflement des ganglions du cou, s'il est considérable, s'il y a suppuration, rendra l'opération inutile. 3° Des fausses membranes dans les bronches signalées par l'espèce de tremblotement de la fausse membrane produit par le passage de l'air qui l'agite, par l'existence de l'inspiration rude, du râle ronflant, du râle sibilant, que l'auteur donne lui-même comme pouvant servir au diagnostic des fausses membranes, ne constituent pas par leur présence une contre indication. Elles pourront être expulsées par l'ouverture faite à la trachée. 4° Une fièvre intense pouvant persister après l'opération, est une complication fâcheuse, il faudrait du moins que l'opération fût précédée d'une saignée générale. 5° L'altération du sang déterminée par l'affection pseudo membraneuse est encore une circonstance qui peut compromettre l'opération si on la pratique; on emploiera simultanément les toniques. 6° Dans le cas de pneumonie, on se comportera comme dans celui d'une fièvre intense. 7° Les convulsions ne constituent point une contre indication. On les a vu cesser après la trachéotomie.

Les accidens qui peuvent suivre l'opération sont: la mort pendant l'opération, causée par le degré avancé de la maladie, par la gêne de la position, le décubitus dorsal, la fixité donnée au larynx qui favorise l'asphyxie, l'introduction dans la trachée d'une certaine quantité de sang. Tels sont les accidens immédiats possibles. Les accidents consécutifs sont les suivans: le déplacement de la canule, son engorgement par des mucosités, la persistance de la maladie au-dessous du point où la trachéotomie a été faite. Dans le cas de bronchite pseudo-membraneuse, l'auteur conseille de recourir à l'emploi du tartre stibié comme vomitif. Un de ses accidens est la persistance de l'état spasmodique de la glotte et du larynx (calmans, bains généraux, potions éthérées, opium). Telles sont encore la sécrétion d'une grande quantité de mucosités bronchiques (émétiques, tartre-stibié, purgatifs); la persistance d'un état fébrile, sans complication des bronchite ni de pneumonies (petite saignée du bras), l'altération du sang propre à la dernière période des affections pseudo-membraneuses et gangreneuses; liquidité du sang (toniques, quinquina, ratanhia, acide citrique, tartrique, limonade sulfurique); l'existence de la bronchite et de la pneumonie (émission sanguine en petite quantité; après une saignée du bras, quelques sangsues sur le thorax ou à l'anus, vésicatoire sur la poitrine). L'ulcération et la gangrène des bords de la plaie, fistule aérienne consécutive à la trachéotomie.

Un mot sur le traitement de l'ictère simple. — Rien de moins rare dans la pratique, dit l'auteur anonyme de cet article, que de rencontrer des cas où l'état ictérique est entièrement réfractaire à toute interprétation rigoureuse de causalité organique et qu'il faut bien ranger dans cette classe d'ictères, essentiels dont les anciens avaient tant multiplié le nombre. Trois hommes entrent à la clinique de la Charité, pour un ictère simple. Pas de fièvre, appétit diminué, soif modérée, constipation. Chez l'un d'eux, légères coliques; chez un autre, douleur légère à l'hypochondre droit. Chez ceux-ci, ventouses scarifiées sur la région du foie; cataplasmes émolliens sur cette région et sur l'épigastre, purgatifs et laxatifs, limonade tartrique. Guérison prompte. Chez celui qui n'éprouvait aucune douleur, deux bouteilles d'eau de Sedlitz en quatre jours un lavement purgatif, diète et repos. Guerison rapide.

Lorsque ces moyens ne réussissent pas et que l'ictère se prolonge au-delà de deux ou trois semaines, on doit craindre une affection organique du foie ou de ses annexes ou de la portion du tube digestif en communication avec l'appareil biliaire. Alors il est symptomatique de l'inflammation de la face concave du foie, de la cirrhose, des tumeurs encéphaloïdes du foie, des abcès développés dans cet organe, de la pléthore bilieuse, de la rupture de la vésicule biliaire, de la diminution de calibre ou de l'oblitération des voies biliaires, de la compression de ces organes exercée par des tumeurs voisines, de la présence de calculs dans les voies biliaires, de l'inflammation chronique du duodénum.

III. *Nouvelle doctrine des étranglemens herniaires;* par M. Malgaigne.

L'auteur a résumé cette doctrine dans les propositions suivantes:

1° L'engouement, comme il est décrit dans les livres classiques, n'existe pas. Les accidens qu'on lui attribuait sont dus à une inflammation du péritoine de la hernie et en conséquence ne réclament jamais l'opération.

2° Toute hernie épiploïque, quel que soit son volume, est sujette à cette inflammation. Il n'y a pas alors d'etranglement réel, et en conséquence jamais on ne doit faire l'opération du débridement pour un simple épiplocèle.

5° Toute hernie volumineuse et qui n'a jamais été contenue par un bandage, ou qui, soumise à un bandage, s'est constamment échappée par-dessous, a tellement dilaté les anneaux que l'étranglement y est impossible. Il n'y a donc encore là que de l'inflammation, et l'opération est toujours irrationnelle.

4° Dans tous les cas, si l'on est appelé de bonne heure, le taxis est le premier de tous les moyens. S'il ne réussit pas une première fois, on peut recourir à la tumeur de cataplasmes, employer les bains, les lavements de tabac, puis revenir au taxis. Mais je ne saurais recommander une trop grande douceur dans les manœuvres de réduction; il faut que le chirurgien se souvienne qu'il a affaire à des organes enflammés, que des pressions sans règle et sans mesure peuvent facilement conduire à la gangrène. Si le taxis échoue cette seconde fois, il y a bien plus de raisons pour qu'il échoue une troisième et une quatrième, en laissant le mal toujours pire qu'il n'était. Alors il ne faut plus s'occuper que de l'inflammation, lui opposant la position déclive, les cataplasmes tièdes ou froids, les sangsues; éviter les vomissemens, en épargnant les boissons, trompant la soif par des morceaux de glace, et même soutenant les forces par quelques cuillerées de bouillon. Lorsqu'enfin par tous ces moyens et par le bénéfice du temps, l'inflammation est à son déclin, alors on revient au taxis et quelques secondes suffisent pour réduire la hernie.

Si l'on était appelé trop tard, que déjà l'inflammation fût très intense et menaçât même de passer à la période suppurative, il faudrait bien se garder d'essayer le taxis; mais, avant tout, l'indication est de s'attaquer à l'inflammation.

IV. *Note sur un nouveau bandage pour les fractures de la clavicule.*

Chacun sait que dans les bandages qui sont généralement employés aujourd'hui pour remédier à ces fractures le point d'appui s'exerce sur une surface mobile, le thorax, dont les mouvements respirateurs sont très nécessaires; que ce point d'appui est justement pris sur la portion antérieure du thorax de beaucoup la plus mobile, ce qui est peu rationnel. On sait en outre que, dans l'application de ces bandages, toutes les indications se résument dans la position du coude, c'est-à-dire dans la fixation du condyle interne de l'humérus sur un point du thorax : c'est par le coude qu'on agit sur le moignon de l'épaule, qui, lui, transmet son mouvement au fragment externe, seul mobile, en le reportant en dehors et en haut.

Or c'est pour éviter cette action triplement combinée que M. Recamier a voulu changer son point d'appui, afin d'agir directement sur l'épaule, qu'il veut reporter en haut et en arrière. Pour y arriver voici le moyen qu'il met en usage :

« Tout son bandage se compose d'un coussin de balle d'avoine, de forme carrée, fortement distendu afin que son relief soit considérable, et qu'il place dans le dos, entre les deux épaules; il fixe ensuite l'un des chefs d'un mouchoir plié en cravate sur l'angle du coussin correspondant à l'épaule du côté malade, avec ce mouchoir il embrasse l'épaule qu'il contourne en passant sous l'aisselle, et revient ensuite en arrière sur le coussin. Tandis qu'un aide le maintient dans cette position, un autre mouchoir est placé de la même manière pour embrasser l'épaule du côté malade, qu'il contourne également pour venir se croiser en arrière avec l'autre; puis enfin les angles des deux mouchoirs ainsi croisés sont amenés sur la poitrine pour y être noués ensemble. Il faut avoir soin, avant de serrer le bandage, de reporter fortement avec les deux mains les épaules en arrière : par ce moyen le point d'appui se trouve pris sur la partie la plus fixe possible par rapport à l'épaule, la colonne dorsale, et la puissance s'exerce directement sur l'épaule. Le malade n'est pas gêné dans ses mouvements d'expansion pulmonaire, et c'est un avantage; il souffre peu de cet appareil, qui le gêne moins que les autres. Lorsqu'il est couché sur le dos, la saillie du coussin force les épaules à se porter davantage encore en arrière, ce qui facilite la réduction. Lorsque le malade est debout, la réduction se maintient, et il peut aller et venir, portant son bras dans une écharpe, et sur son dos son coussin en forme de hotte. »

GAZETTE MÉDICALE de Paris, 26 février 1842.

I. *Note sur une modification importante qu'on observe dans le cours du rhumatisme chronique;* par M. le docteur Grifolière.

Les symptômes du rhumatisme aigu et fébrile ne diffèrent de ceux du rhumatisme chronique que dans la forme; le même fond subsiste. Toutefois, dans le premier de ces états, le travail pathologique est moins pur, il est complexe. A la fluxion rhumatismale s'associe ordinairement une réaction sanguine, quelquefois si prédominante que la maladie semble d'abord essentiellement inflammatoire. A l'état chronique, le travail rhumatismal consiste dans une fluxion d'humeurs différentes de celles qu'appelle l'inflammation aiguë et même l'inflammation chronique; mais il peut survenir dans l'économie une modification générale par laquelle se forme une quantité insolite et morbide d'acide urique dans les urines. Alors il n'y a pas coïncidence du rhumatisme et de la goutte, il y a filiation. La goutte alors est le résultat d'un rhumatisme antérieur. En éprouvant la modification, le rhumatisme n'est pas détruit par la nouvelle maladie; il subsiste toujours avec cette dernière, et le mal est devenu double; il présente une double indication. La modification paraît inaperçue, et les méthodes thérapeutiques n'étant pas changées, la maladie se montre interminable.

Lorsque la maladie goutteuse vient compliquer la maladie rhumatismale, les articulations des doigts se pénètrent d'une matière nouvelle, et les nodosités osseuses se forment.

Deux phénomènes annoncent cette modification. Leur réunion et leur coïncidence nous éclairent sur un changement qui en pareil cas s'opère dans l'économie entière. Par l'un deux, les os et les parties fibreuses se pénètrent d'une matière concrète qui augmente le volume des parties et la dureté extérieure, les articulations se *nouent*. Il y a en elles dépôt d'urate de soude, urate mêlé d'une certaine proportion de matière animale coagulable, pour que l'élément rhumatismal primitif prédomine, tandis que dans la goutte primitive et exquise, les produits morbides prédominent en urates.—Il est quelquefois impossible d'indiquer le moment où la modification commence. L'afflux d'acide urique dans l'urine peut devancer le dépôt des urates dans les parties. La modification des urines peut seule fonder le jugement.

La vie laborieuse a sur la guérison et la prophylaxie de la goutte une influence prononcée.

Le rhumatisme et la goutte sont des maladies analogues, identiques; elles s'enfantent l'une et l'autre. Cependant on aperçoit entre leurs causes les plus ordinaires non seulement de la différence, mais encore l'opposition la plus formelle, et partout leurs traitemens respectifs se trouvent tout aussi disparates; ce qui guérit l'une a souvent le pouvoir de provoquer l'autre.

La médication diaphorétique qui réussit contre le rhumatisme simple, recent et aigu, est impuissante contre certains rhumatismes anciens, dégénérés; alors les diurétiques sont utiles. C'est quand la maladie a engendré la diathèse morbide d'acide urique, que le mouvement de la diurèse est utile tant que la maladie conserve sa nature première, la médication efficace est celle qui pousse à l'extérieur le produit morbide au moyen de l'exhalation cutanée. Les reins ne sont pas destinés à éliminer la matière rhumatismale, mais la manière goutteuse.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MEDICO CHIRURGICALES. (Mars 1842.)

I. *Des fistules laryngées externes;* par M. le professeur TROUSSEAU.

La plupart des maladies chroniques du larynx s'accompagnent d'abord d'ossification, puis enfin de nécrose des cartilages. La nécrose établie, il en résulte des abcès qui tantôt restent sous muqueux ou s'ouvrent dans le larynx, et tantôt gagnent l'extérieur et viennent s'ouvrir au dehors; de là des fistules laryngées internes et des fistules laryngées externes. Les détails pathologiques de ces deux espèces de fistules sont assez bien connus de nos jours pour que nous croyons devoir nous dispenser de les exposer ici. Nous nous bornerons à rapporter ce que dit M. Trousseau sur la thérapeutique des fistules laryngées externes.

Lorsque la fistule est entretenue par une nécrose du cartilage, il faudrait, pour espérer une guérison radicale, agrandir le trajet fistuleux et enlever en même temps la portion frappée de nécrose. Or, cette dernière partie de l'opération n'a pas encore été tentée, et M. Trousseau est loin de la conseiller.

Les médecins qui donnent le précepte d'ouvrir ces fistules, et d'en obtenir ainsi la guérison, dit l'auteur, s'abusent étrangement sur le mécanisme des nécroses des cartilages du larynx. Il s'imaginent que la fistule externe est due à une nécrose externe, au même titre, par exemple, qu'une fistule siégeant à la fesse ou au cuir chevelu peut être le résultat d'une nécrose n'occupant que la face externe de l'os : ce qui est vrai pour les os des îles et pour les os du crâne, ne l'est pas pour les cartilages du larynx; ces cartilages, dans l'état ordinaire, ne sont pas formés, ainsi que les os dont je parle, de deux lames osseuses plus ou moins épaisses séparées par un tissu aréolaire, de manière à avoir, en quelque sorte, une vie indépendante l'une de l'autre; mais au contraire, ils forment une paroi continue, homogène, dans toute son épaisseur, et dont les faces sont presque toujours solidaires l'une de l'autre. De telle sorte qu'une lésion qui occupe la face interne du cartilage a promptement envahi toute l'épaisseur du tissu et gagne sa face externe.

C'est par les motifs que nous venons d'indiquer que M. Trousseau repousse toute opération chirurgicale dans le cas de fistule laryngée externe. Il ne veut pas non plus qu'on tente de fermer l'ouverture cutanée, à moins d'être sûr que tout est sain dans la profondeur de la plaie; car on devine tous les désordres que le pus, refoulé à l'intérieur, pourrait produire.

Au total donc, ces fistules étant par elles-mêmes exemptes de dangers, doivent être abandonnées aux ressources de la nature. Le rôle du médecin en pareil cas consiste à attaquer par des moyens appropriés la cause de la lésion.

REVUE MÉDICALE, février 1842.

I. *Recherches statistiques sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire;* par M. BRICQUET, médecin de l'hôpital Cochin.

On a beaucoup écrit sur la phthisie pulmonaire. Dans ces derniers temps surtout, ce sujet a été l'objet de nombreuses investigations. L'auteur a voulu, dans ce travail, consigner le fruit de ses observations. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans les détails qu'il expose avec le plus grand soin. Nous devons nous borner à en donner le résumé, présenté par M. Bricquet lui-même.

1° A l'hôpital Cochin, pendant les trois dernières années qui viennent de s'écouler, il y a eu chez les hommes un dixième de phthisiques de plus que chez les femmes, résultat contraire à ceux de MM. Lombard et Louis.

2° La phthisie a été directement héréditaire au moins chez un tiers des malades.

3° L'hérédité a paru venir plus souvent du père que de la mère.

4° L'origine des parents nés à la campagne, et l'éducation à la campagne ne préservent point de la phthisie.

5° Une taille élevée, un corps mince, une poitrine mal conformée et la convexité de la base au sommet des ongles, ont été les seuls attributs extérieurs de la disposition à la phthisie. La couleur de la peau et l'état des dents n'ont rien présenté de caractéristique.

6° Très rarement les phthisiques ont la circonférence supérieure du thorax moins étendue que la circonférence inférieure : ce qui est diamétralement opposé aux assertions de M. Hirtz.

7° Les professions dans lesquelles il y a défaut d'aisance, de mouvement et d'air pur, sont celles où il y a plus de phthisiques, et *vice versâ*.

8° Un tiers des phthisiques s'enrhumait plus facilement que les autres hommes, et était, plus qu'eux, sensible au froid.

9° La phthisie s'est développée chez les trois cinquièmes des sujets de vingt à trente ans; mais chez les sujets nés de parents phthisiques, plus des deux tiers de ceux qui sont devenus phthisiques, l'étaient avant trente ans; au contraire, chez les sujets dont les parents étaient sains, la phthisie ne s'est développée, sur la moitié, qu'après l'âge de trente ans. — Il n'y a pas de différence, à cet égard, entre les deux sexes.

10° Chez les quatre cinquièmes des malades, il y a eu prédisposition à la phthisie; sur un cinquième, elle était seulement organique; sur trois cinquièmes elle était acquise, et chez quelques-unes, elle était en même temps acquise et congéniale. Chez un cinquième, il n'y avait aucune prédisposition.

11° Le froid est la cause la plus puissante de la prédisposition acquise; après lui, viennent la misère, les privations, et les chagrins.

12° La phthisie naît plus fréquemment dans les saisons froides, et dans celles où il y a le plus de variations atmosphériques.

13° Les quatre dixièmes des phthisiques n'avaient point subi l'influence d'une cause occasionnelle appréciable; mais le plus grand nombre d'entre eux était prédisposé. — Les cinq dixièmes avaient subi l'influence d'une cause très vivement ressentie et presque dans tous les cas cette cause fut le froid humide.

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX. (Décembre 1841. — Janvier 1842).

1. *Mémoire pratique sur l'ophthalmie scrofuleuse*, par M. PAYAN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

La question de la spécificité des ophthalmies a beaucoup occupé les chirurgiens depuis quelques années, et il s'en faut encore qu'on soit complètement d'accord sur ce point. (Voyez le *Manuel des maladies des yeux* de M. Jeanselme). Le résumé suivant, que nous extrayons textuellement du travail de M. Payan, fera assez comprendre, nous le pensons du moins, quelles sont les idées que ce chirurgien distingué cherche à faire prévaloir.

1° Il existe réellement une espèce d'ophthalmie influencée par la constitution scrofuleuse, et que nous nommons pour cette raison ophthalmie scrofuleuse.

2° Quand on étudie la manière dont elle se manifeste, on est amené à conclure que les caractères qui la signalent présentent des différences assez notables, suivant les cas, et à établir par suite trois variétés de cette ophthalmie, savoir : l'ophthalmie scrofuleuse indolente, l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, l'ophthalmie scrofuleuse irritative.

3° Dans la première espèce, qui se développe chez les sujets très-lymphatiques, à constitution strumeuse, indolente, les symptômes ophthalmiques affectent une marche et une allure tout à fait lentes, peu actives, totalement en harmonie avec l'indolence constitutionnelle des individus. — Dans la seconde espèce, des symptômes flegmasiques suraigus sont surajoutés à l'ophthalmie, tandis que ce sont des symptômes irritatifs qui signalent principalement la troisième variété.

4° Le raisonnement non moins que l'expérience démontrent qu'un traitement différent doit être appliqué à ces trois espèces d'un même genre morbide, qu'à l'ophthalmie indolente convient le traitement anti-scrofuleux excitant, celui que l'observation a démontré propre à activer le cours de la lymphe, à favoriser l'absorption organique; que, contre l'ophthalmie scrofuleuse inflammatoire, il faut s'adresser avant tout aux anti-phlogistiques, aux dérivatifs, en un mot, à des moyens énergiques, pour juguler la malignité de la phlegmasie oculaire; et qu'enfin, contre l'ophthalmie scrofuleuse irritative, il importe de recourir à des moyens à la fois anti-scrofuleux et anti-irritatifs ou contro-stimulans, notamment à l'hydrochlorate de baryte joint à un régime anti-flegmasique et très-adoucissant.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

LONDON MEDICAL-GAZETTE. — Suite.

I. *Plusieurs faits de chirurgie*, par M. G. MAYO.

Les faits que l'auteur publie sous ce titre sont au nombre de huit; mais ils ne sont rapportés qu'en peu de mots. Quelques-uns d'entre eux offrent cependant assez d'intérêt pour arrêter quelques instans notre attention, malgré leur brièveté de détails.

Ankylose angulaire du genou.— Il s'agit d'une contraction permanente des muscles de la jambe, fixant ce membre à angle droit avec la cuisse. La maladie existait chez une jeune femme, aux deux côtés, depuis un an, par suite d'une affection générale de la moelle. La moindre tentative d'extension produisait une douleur intense; les articulations étaient saines. M. Mayo a pratiqué l'opération de M. V. Duval, en divisant par la méthode sous-cutanée les tendons des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux de chaque membre, et l'allongement a été facile. Guérison prompte et complète.

Suivent deux autres cas analogues guéris de la même manière.

Flexion permanente du second orteil; ténotomie, guérison. —John Giles, 23 ans, a été reçu à l'hôpital le 12 janvier 1841, pour être traité d'une fluxion permanente du second orteil du pied gauche. La contraction est telle, qu'en marchant le patient n'appuie que sur la pointe de l'ongle; sur ce point existe un cor douloureux, et un autre sur le milieu de la jointure moyenne; il ne peut pas marcher en conséquence. M. Mayo a divisé, d'après la méthode sous-cutanée, le tendon du long fléchisseur des orteils, a étendu l'orteil, l'a entouré de deux attelles de carton et d'une bande. Guérison prompte. On a prescrit l'usage des attelles, pendant quelques mois, par précaution.

Luxation incomplète de la rotule en dehors.— Rien de neuf.

Luxation du même os en dedans.— Emma Wels, âgée de 18 ans, de bonne constitution, bien musclée, tombe sur le genou en descendant un escalier avec un baquet d'eau. Elle s'est frappée sur le côté externe du genou droit, et la rotule a été poussée en dedans. La luxation était incomplète, elle s'est bientôt réduite par la seule action musculaire. Le membre était resté dans l'immobilité jusque-là. On a prescrit l'usage d'une genouillère pendant quelque temps. On sait que les luxations de la rotule en dedans sont fort rares; il est regrettable que l'auteur n'ait pas décrit l'état des parties.

Rupture du ligament rotulien appelée mal à propos luxation de la rotule en haut; guérison avec une très-légère claudication.— Rien de neuf.

Fracture de la rotule, suivie d'une claudication incurable. — Un boulanger, âgé de 22 ans, s'est fracturé la rotule transversalement, pendant qu'il retournait brusquement son corps pour passer d'un endroit dans un autre; mais il n'est pas tombé ni ne s'est frappé. Pansé à l'aide d'une attelle droite, d'un bandage unissant ordinaire, le membre a été placé sur un plan incliné en arrière. La guérison s'est opérée à l'ordinaire, à l'aide d'un

tissu ligamenteux très-court entre les deux fragmens. Des mouvemens passifs commençaient à être imprimés au bout de six semaines, et les choses allaient parfaitement. Quinze jours plus tard, le malade ayant cru pouvoir faire accélérer sa cure, est allé consulter un des praticiens les plus renommés de Londres. Celui-ci a fait exécuter des mouvements si brusques à la jambe, que le ligament intermédiaire, ou le cal, a craqué, et s'est allongé dans l'étendue de trois pouces. Dès lors le patient a boité, et sa claudication est restée incurable. Il tombait d'abord à chaque instant : à présent il peut marcher à l'aide d'une machine. On voit par ce fait qu'il y a moins d'inconvénient à garder longtemps le repos, au risque même d'avoir une raideur articulaire, que d'allonger prématurément et brusquement la jambe.

Ne pourrait-on rien faire contre une pareille infirmité ? Nous croyons que l'art n'est pas tout à fait sans ressources à ce sujet.

II. *De la valeur comparative de l'amputation de la jambe au-dessous des condyles du tibia, et de l'amputation pratiquée au-dessous de la partie moyenne du même membre*; par M. Lawrie, chirurgien à Glascow.

La conclusion de ce travail est que la méthode pré-malléolaire est préférable, sous tous les rapports, à la méthode pré-condyloïdienne. L'auteur combat l'opinion contraire de M. Potter, soutenue dans un Mémoire inséré dans le dernier volume des *Médico-chirurgical Transfact.* Dans un moment où la question relative aux avantages et aux inconvéniens de ces deux méthodes est discutée et diversement résolue chez nous, nous avons pensé qu'il était utile de faire connaître en deux mots la manière de voir de nos confrères d'outre-mer.

III. *Remarques sur la salive*; par M. A. H. Z.

Les physiologistes ont été pendant long-temps indécis sur les propriétés chimiques de la salive. De nombreuses expériences ont été faites pour éclairer cette question. Dans la plupart des cas, le fluide a été obtenu de la bouche; dans d'autres, il a été recueilli directement au sortir de la glande parotide, lorsqu'une fistule a été rencontrée, soit sur la glande, soit dans le conduit de Sténon. Les expériences faites avec le fluide recueilli au sortir de la bouche méritent peu de confiance, selon quelques personnes, puisque la salive se trouve mélangée avec la sécrétion des glandes innombrables qui règnent dans la cavité buccale; on ne doit par conséquent s'arrêter selon elles qu'à celles qui ont porté sur la salive obtenue directement de la parotide.

Haller a écrit que la salive était douée de propriétés alcalines. Mitscherlich soutient au contraire qu'elle est acide pendant le jeûne, mais qu'elle devient alcaline après la mastication des alimens. Tiedemann et Gmelin l'ont trouvée généralement alcaline, quelquefois neutre, mais jamais acide. Schultz établit de son côté que la salive est alcaline chez les enfans et les adultes, mais qu'elle finit par devenir acide lorsqu'elle a séjourné longtemps dans la bouche.

Par suite de ces divergences et de plusieurs autres analogues, dit l'auteur, je me suis depuis quelque temps occupé de l'examen de cette question. J'ai opéré sur ma propre salive, à jeun; j'y ai trouvé constamment des qualités acides, puisque le papier tournesol a toujours été rougi. Après avoir mangé quelques croûtes de pain, la salive perdait sa qualité acide, elle devenait neutre, le papier tournesol n'en était aucunement altéré, et peu de temps après je me suis assuré que la salive devenait manifestement alcaline; mais quelque temps après, le liquide devenait de nouveau acide comme dans le principe. Ces expériences, je les ai souvent répétées sur moi, et elles m'ont donné toujours les mêmes résultats. On conçoit à peine comment une glande peut sécréter dans l'espace de deux minutes un fluide ayant des propriétés tout à fait différentes de celles qu'il présentait auparavant, savoir, acide, alcalin, neutre, le sang qui en fournit les élémens étant toujours le même; à moins d'admettre que le fluide est sécrété par des séries de glandes différentes dans les différentes époques que nous venons de mentionner. Ayant lavé et essuyé exactement en effet la cavité buccale et ayant examiné le liquide donné uniquement par les glandes sublinguales et sous-maxillaires, je l'ai trouvé toujours alcaline, et j'ai présumé que le liquide donné, par les parotides était de même nature. D'où j'ai été porté à conclure que les autres conditions dépendaient du liquide donné par les cryptes et les vaisseaux de la muqueuse qui étaient ou non excités par les différents actes que nous venons d'indiquer. En lavant et en essuyant en effet la face interne des joues et des lèvres, et en y portant ensuite avec soin du papier tournesol, j'ai trouvé qu'il rougissait par l'action de ce liquide, ce qui confirme ma conjecture. Ces résultats ont été constans.

J'ai donc cru pouvoir conclure de ces expériences :

1° Que le liquide trouvé dans la bouche lorsqu'on est à jeun, est plus ou moins acide;

2° Que lorsqu'on mange ou qu'une sécrétion de salive a lieu par l'odeur, la vue ou le goût d'un aliment, le fluide qui s'y rencontre après quelque temps est fortement alcalin;

3° Que le fluide neutre trouvé dans la bouche au commencement d'un repas provient des premières portions de la salive alcaline qui en sécrétant neutralise le mucus acide;

4° Que pendant quelque temps après le repas, le fluide dans la bouche reste alcalin, par un excès de salive qui a été répandue sur les joues, etc., par le mécanisme de la mastication; mais qu'après quelque temps elle devient neutre, puis acide par l'excès du mucus acide qui se sécrète. Ces recherches nous ont paru curieuses et importantes sous le double point de vue physiologique et pratique. On sait en effet que quelques médecins ont cherché à tirer parti des qualités alcalines ou acides de la salive, sous le point de vue du diagnostic de certaines maladies de l'estomac.

Annales d'Oculistique (Janvier 1842).

Phlegmon oculaire puerpéral; observation communiquée par M. le docteur Victor Szokalski.

Une femme bien constituée, âgée de 29 ans, accouchée depuis quelques jours, est affectée d'une série de symptômes qui ne permettent pas de méconnaître une métrite puerpérale. « Jusqu'au neuvième jour, cette maladie ne présente rien de remarquable; mais, à partir de ce moment, l'œil droit commença à s'enflammer, la conjonctive devint rouge, la cornée terne, les paupières gonflées prirent une couleur rouge-bleuâtre et livide; les larmes coulèrent avec abondance; la malade craignait la lumière et accusait une forte douleur au front et à la tempe du côté de l'œil malade. L'application de sangsues, des fomentations d'eau froide, des frictions avec l'onguent gris belladonisé restèrent sans résultat. L'inflammation marcha toujours, et le quatrième jour les paupières étaient tuméfiées, grosses comme le point d'un enfant; l'œil prit un volume considérable; la cornée, ulcérée dans son centre, donna issue à une matière purulente épaisse. La douleur était extrême, et la malade accusait dans l'œil des battemens qu'elle comparait aux coups de marteau. »

M. Szokalski proposa à la malade de pratiquer la paracenthèse pour la débarrasser de ses souffrances. Cette proposition est acceptée, et à l'instant même une incision cruciale est faite avec un couteau droit. Dès lors les douleurs diminuèrent avec rapidité, et huit semaines après son accouchement la malade put quitter Paris.

Medicinische Correspondentzblatt Bayenrischer Aerzte, 1841.

I. *Cure radicale des hernies par le moyen de l'osmonde royale.*

M. le docteur W. Heidenreich, d'Ambach, rapporte cinquante cas de hernies simples guéries par lui radicalement avec l'osmonde royale (*osmuda regalis*, L.), d'après la méthode de P. Simon. Il fait digérer pendant huit jours huit grammes (deux gros) de la racine de cette plante grossièrement pulvérisée, dans cinq cents grammes (une livre) de vin, puis il fait boire au malade le produit de cette digestion en deux fois dans la même journée. En cas de besoin, au lieu de se borner à faire usage de la racine, il se sert de toute la plante.

Chez les sujets qui ne peuvent supporter le vin, il substitue à la digestion dont il vient d'être question, une infusion aqueuse.

En même temps le malade prend deux fois par jour une petite cuillerée de la même plante réduite en poudre très ténue.

Sur l'orifice qui a donné passage aux organes composant la tumeur herniaire, M. Heidenreich applique des compresses imbibées d'une décoction préparée d'après la formule suivante :

Pr.	Racine de tormentille,	60 grammes.
	Noix de Galle,	30
	Racine de calamus aromaticus,	30
	Eau commune,	1000

Faire bouillir pendant huit à dix minutes et passer.

Pour que le produit obtenu soit susceptible de se conserver plus long-temps sans éprouver d'altération, on peut y ajouter une certaine quantité de vin, ou mieux encore un peu d'alcool.

M. Heidenreich maintient les compresses en position à l'aide d'une ceinture; parfois il les imbibe aussi avec une solution ammoniacale, et quand ce dernier moyen a déterminé de la phlogose, il a recours à l'eau de Goulard ou à l'onguent de plomb, pour combattre cet accident; puis il s'empresse de revenir aux applications premières lorsque la peau est revenue à son état normal.

Dans un des cas rapportés, l'osmonde fit cesser en même temps une diarrhée habituelle qui datait de longue date.

L'auteur regrette que la rareté de la plante ne lui ait pas permis de répéter ses essais sur un plus grand nombre de sujets.

Une propriété analogue à celle de l'osmonde royale est attribuée par Dioscoride au botryche en croissant (*Osmunda lunaria*, L.), plante que l'on trouve en France dans les prés secs et montagneux. « Vis totius plantæ mirè efficax in vulneribus glutinandis, itemque intrinsecis atque extrinsecis corporis fracturis sanandis : quare miris celebratur laudibus ad puerorum anterocelos. Datur utiliter commodèque planta tota in pulverem contrita. Albas uteri fluxiones supprimit, quemadmodùm et rubentes, etc. » (Edition de Venise, 1568, page 464.)

Medicinische Zeitung. 1841, n° 48.

I. *Cas d'hydropisie du canal vertébral*; par M. le docteur Steinbeck, de Brandeburg.

Un homme âgé de quarante-huit ans, adonné depuis long-temps à l'ivrognerie, et qui avait même été affecté déjà deux fois du *delirium tremens*, éprouva, vers la fin de l'hiver dernier, un tiraillement très-sensible dans les pieds, ce qu'il attribua à un refroidissement; mais, en même temps, sa femme remarqua qu'il se manifestait une faiblesse particulière dans ces organes, avec difficulté de les remuer. Ces derniers symptômes augmentèrent bientôt à tel point que le malade se laissa plusieurs fois tomber sans autre cause, et qu'il lui devint difficile de s'asseoir sur une chaise ou de se lever. Ce n'était qu'avec grande peine qu'il parvenait à soulever et à soutenir des objets légers, tandis qu'au contraire il le faisait assez facilement lorsqu'il s'agissait de corps d'un certain poids. Il survint alors une toux d'irritation entièrement apyrétique, avec perte complète d'appétit et amaigrissement général; néanmoins, le goût immodéré des liqueurs alcooliques, de l'eau-de-vie surtout, persistait toujours.

Lorsque M. le docteur Steinbeck vit le malade pour la première fois, le 24 mai, il le trouva dans un état fébrile très-prononcé, et vomissant beaucoup. Un lait d'amandes opiacé nitré fut prescrit, et apporta un notable amendement à ces symptômes dans l'espace de vingt-quatre heures. Néanmoins le sujet se plaignait de fortes douleurs dans le bas-ventre; l'excrétion de l'urine était très-rare, et il existait un ténesme vésical très-fatigant; il y avait de la constipation; la toux s'accompagnait d'expectoration; rêvasseries légères, maux de tête, vertiges, raideur et traction douloureuse dans toute l'étendue de la colonne vertébrale; impossibilité de rester debout, de marcher, de se servir des extrémités supérieures, etc.

Le médecin jugea alors qu'il avait affaire à une sécrétion morbide de sérosité fournie par les membranes de la moelle épinière, compliquée d'une phlegmasie des viscères abdominaux. Il commença donc par administrer une infusion de digitale et de polygala de Virginie avec addition de nitre et d'opium; il y joignit l'usage de l'électuaire lénitif. Plus tard, lorsque l'état inflammatoire eut cédé, il donna le calomel associé à l'extrait de noix vomique. Malgré cette médication, le mal marcha avec une rapidité effrayante. Déjà, vers la fin de mai, on vit paraître les premiers signes d'une paralysie incomplète des nerfs oculaires; les glandes palpébrales commencèrent à fournir du pus, la voix devint enrouée, etc. Du reste, le caractère de la maladie changea presque de jour en jour, de sorte qu'il n'y eut pas possibilité de suivre une indication fixe. Dans les derniers huit jours, il y eut de la somnolence avec des intervalles de délire, et, à cet état, il vint se joindre, pendant les dernières heures, une rigidité épisthotonique. La mort arriva dans la soirée du 24 juin.

A l'ouverture du corps, on trouva les poumons farcis de tubercules à divers degrés de développement et de ramollissement. Le colon était enflammé dans quelques points. Le foie, énormément augmenté de volume, avait perdu un peu de sa consistance normale. La rate était gorgée de sang et légèrement ramollie. L'examen de la colonne vertébrale fit reconnaître une forte distension de membranes de la moelle; cette dernière, réduite au diamètre d'un tuyau de plume, était considérablement ramollie. Le canal vertébral contenait environ 250 gram. (8 onces) d'une sérosité jaunâtre; et il est probable que les ventricules du cerveau en renfermaient pareillement (l'ouverture du crâne ne put être pratiquée), car, en élevant la tête, on voyait s'écouler par le *foramen magnum* une grande quantité de sérosité.

Giornale de Venezia, per servire a progressi della patologia, etc., août 1841.

I. *Cas de cératiasis multiple* (*productions cernées ou épidermiques*), observé dans le grand hôpital de Milan; par M. Sormani.

Un jeune homme âgé de vingt ans, tisserand de profession, né à la campagne de parens sains et robustes, est affecté depuis peu de temps après la naissance de l'affection singulière que nous allons décrire. Il a des frères et sœurs qui n'ont jamais rien eu de pareil. Son commémoratif, sa manière de vivre n'apprennent rien qui puisse rendre compte de la naissance et du progrès de cette maladie; il a toujours habité, d'ailleurs, des lieux bien aérés. Sa santé générale est en bon état; toutes les fonctions s'exercent à peu près normalement; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre dysentérique à l'âge de quinze ans. Les cheveux, les ongles sont à l'état normal; la surface de son corps offre peu de poils, excepté cependant le menton et le pubis qui en sont pourvus à l'ordinaire comme les sujets de son âge. Le mal a débuté de la manière suivante : d'abord aux membres extérieurs : à l'âge de trois ans, des taches rouges erpétiformes se sont déclarées aux membres inférieurs, et même aux bras, lesquelles se sont bientôt converties en croûtes. A la longue, ces croûtes ont formé des végétations, et puis de véritables appendices épidermoïques, dures, épaisses, de structure presque cernée. On l'a pris d'abord pour un impétigo, et l'on n'a rien fait pour la combattre. De temps en temps quelques-unes de ces appendices se détachaient et étaient reproduites ensuite.

Le malade est entré à l'hôpital le 13 juin 1841; il n'avait jamais été traité. A l'examen, on trouve que les végétations sont bornées principalement à la face interne des jambes, la jambe droite est plus envahie que la gauche; les cuisses en sont également couvertes, mais beaucoup moins; la cuisse gauche en est plus chargée. Ce sont des amas confus de cônes tronqués, ou plutôt de prismes irréguliers et aplatis de matière pseudocornée, de structure fibreuse, à raies longitudinales, de couleur blancsalle, ou plutôt, donnant un peu sur la couleur paille, à sommet noirâtre, à base également noire, d'apparence minérale; les plus longues de ces appendices offrent 54 milli. (2 pouces), les plus courtes ressemblent à de simples croûtes erpétiques scrofuleuses, leur densité est plus grande dans leur milieu qu'à leur sommet ou à leur base qui est mollasse et élastique. Dans leur partie la plus dure, l'ongle peut y faire facilement une marque, le couteau peut la diviser. Toutes ces productions, au reste, sont mobiles à leur base, étant toutes implantées dans le derme et ne dépassant pas le tissu sous-cutané. On n'en trouve point, ni à la plante, ni à la face dorsale des pieds; la région pulmonaire des mains en est exempte, mais la face dorsale en offre déjà les premiers rudimens. Les taches ou les croutes sont très-peu prononcées à la partie chevelue de la tête; on en voit davantage aux tempes, puis à la face; les oreilles en sont couvertes; le menton, le nez, les joues offrent des taches rouges, mais pas de croûtes. La partie antérieure du cou et du bas-ventre, et la face externe des cuisses en sont exemptes; il en est de même de la partie postérieure du tronc et des bras. Le scrotum et la peau du pénis sont couverts de taches et de croûtes, etc. Examinées au microscope, ces productions présentent à la face externe une structure fibreuse, et à la face interne, une structure celluleuse.

Lorsqu'on les fait ramollir à l'aide d'un bain sulfureux, elles se détachent et tombent comme autant d'étuis, et laissent au-dessous un tissu vasculaire conoïde qui donne naissance à de nouvelles productions pareilles.

En les excisant, la plaie était très-douloureuse et donnait beaucoup de sang. Un dessin accompagne cette description. Une analyse chimique a été faite par le professeur Braglia de deux de ces productions. Voici la note rédigée par ce chimiste sur cette analyse :

« J'ai examiné les deux productions cornées qui m'ont été remises, elles avaient la figure de petites stalactites, de couleur blanc-brunâtre, formées par des couches de squammes les unes superposées aux autres d'une manière très-serrée, blanches, difficiles à pulvériser.

» Réduites en très-petits morceaux à l'aide de ciseaux, et macérées pendant dix-huit heures dans de l'eau distillée, à la température ordinaire, elles se sont gonflées, ramollies, au point de pouvoir être délayées facilement par l'action de la main. Bouillies pendant quelques minutes dans la même eau distillée, elles ont donné une solution claire, laquelle en se refroidissant est devenue gélatineuse en laissant un petit dépôt non dissous.

Cette solution traitée alternativement avec l'infusion de noix de galle, avec la solution de sublimé corrosif, d'acétate de plomb, de nitrate d'argent a donné des résultats qui permettent de conclure que les concrétions sont composées de gélatine et d'albumine condensée.

» La matière insoluble traitée à part, a paru composée de phosphate de chaux » (suivent quelques autres détails chimiques).

L'auteur dit que Bayer cite deux cas analogues à celui-ci : l'un observé par Ingrassias, l'autre par Fabrice de Hilden. Le mot *ceretiasis* paraît avoir été adopté par J. Frank pour cette affection, jugée d'ailleurs incurable, vu son extension considérable.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 17 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 33, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Pneumonie double. Eruption diphthérique de l'arrière-gorge. Guérison.

Au n° 5 de la salle des hommes, est couché un jeune homme de vingt-deux ans, entré à l'hôpital avec une pneumonie double. Ce jeune homme, exerçant la profession de charbonnier, est d'une constitution assez délicate; il est maigre et pâle; et, bien qu'il dise avoir joui jusque là d'une santé passable, le degré de faiblesse et d'amaigrissement où il est, indiquait un état de souffrance antérieur. Quoi qu'il en soit, cet homme était enrhumé depuis quelque temps, lorsqu'il fut réveillé brusquement pendant la nuit par une douleur au-dessous du sein gauche, sans frisson. Cette circonstance de l'absence du frisson doit être notée ; car c'est un symptôme précurseur de la pneumonie qui manque rarement. Il y a eu toutefois une circonstance qui rend compte de cette absence de frisson. L'invasion de la maladie a eu lieu pendant la nuit, le sujet étant couché chaudement dans son lit; or, c'est justement dans des circonstances analogues que le frisson manque quelquefois ; mais lorsque les sujets sont pris des premiers symptômes de la pneumonie pendant le jour, hors de leur lit, le frisson d'invasion ne manque jamais. Cet homme, après avoir éprouvé cette douleur de côté, a voulu essayer de se lever et de vaquer à ses affaires, mais il s'est bientôt senti forcé de s'aliter ; il a été pris de fièvre et de toux avec expectoration sanguinolente.

Entré à l'hôpital depuis cinq jours, il a offert à l'examen l'état suivant : respiration bronchique peu étendue à la région postérieure et supérieure du poumon gauche. Le lendemain la respiration bronchique avait gagné toute la partie inférieure du même côté. Le jour suivant on reconnut un peu de crépitation à droite, à la base de la poitrine. Depuis hier il est survenu de la bronchophonie à droite dans toute l'étendue de la région scapulaire. Déjà, dès la veille, on avait aperçu quelque chose de rude dans la respiration, de ce côté ; mais hier la respiration est devenue tout à fait bronchique dans l'étendue que nous venons d'indiquer, avec de la crépitation sur les limites. Le pouls est élevé et fréquent (110 pulsations), la peau sèche et fébrile. Malgré l'état de gravité des symptômes fournis par l'auscultation, ce sujet présente encore des chances de guérison à raison de son âge. A l'âge de vingt à vingt-cinq ans, la moyenne de la mortalité n'est guère, en effet, que de un sur dix ; mais comme ici la pneumonie est double, il faut réduire cette moyenne dans le terme de un à cinq ; c'est-à-dire que pour le sujet qui nous occupe, les chances heureuses seraient aux chances funestes dans la proportion de quatre à un, ou bien de neuf à un. La maigreur est ici un caractère aggravant, non qu'elle implique nécessairement un affaiblissement des forces ; on rencontre souvent, dans la classe du monde surtout, des sujets chez lesquels la maigreur n'exclut pas un degré de force et de résistance vitale même assez considérable ; mais cet état n'est point naturel chez un homme du peuple qui exerce une profession pénible, et dont les travaux habituels et la manière de vivre, supposent, en général, un certain développement du système musculaire.

On a mis en usage chez ce malade un traitement très actif. Le premier jour on a pratiqué une saignée du bras et fait une application de ventouses scarifiées sur la poitrine.

Le lendemain, nouvelle saignée que n'a point contre-indiquée l'état de maigreur et de faiblesse apparente du malade ; on s'est plus spécialement guidé à cet égard d'après l'époque récente de la double pneumonie. Cependant, on ne s'en est pas tenu là. La maladie faisant des progrès rapides et étant parvenu en peu de jours au deuxième degré, à l'hépatisation ; on a administré le tartre stibié à la dose de 30 centigrammes. Cette dose d'émétique n'a point produit de vomissement, et a donné lieu seulement à des selles assez abondantes. Cette absence de vomissement, indiquant un défaut de sensibilité et de réaction de la part de l'estomac, est une circonstance grave et d'un fâcheux pronostic.

Hier, la dose a été portée à 50 centigrammes ; on a appliqué en même temps sur la racine des poumons, au milieu du dos un large vésicatoire. Si nous n'avons pas plus souvent recours à ce dernier moyen, dit M. Chomel, c'est à cause de l'extrême incommodité qui en résulte pour les malades, car, du reste, l'application des vésicatoires à la région postérieure de la poitrine, dans les points les plus voisins de la racine des poumons, est infiniment plus efficace qu'en tout autre lieu. Sous l'influence de cette médication active, les phénomènes de la percussion et de l'auscultation se sont notablement améliorés ; le son est moins obscur en bas, il y a un peu de crépitation en haut, sur les limites du point le plus mat, et un peu de râle de retour ; la respiration est moins rude et la bronchophonie moins intense. Le pouls est un peu moins fréquent. Mais en même temps qu'a lieu cette amélioration, la bouche est devenue poisseuse, la langue sèche, les lèvres collées contre les gencives. En examinant le fond de la gorge on a aperçu des deux côtés, mais surtout à droite, une petite éruption pointillée semblable à une réunion de grains de semoule ou de millet, mais assez nombreuse déjà pour qu'on ait pu y reconnaître une éruption diphthérique, signe dangereux, quoiqu'il n'indique pas cependant une mort certaine. Dans la pneumonie comme dans toute aure affection phlegmasique, dit M. Chomel, lorsqu'il survient une éruption diphthérique, il faut porter sur les malades une grande surveillance ; ce n'est point que cette éruption diphthérique soit par elle-même un phénomène grave, mais elle est d'une grande valeur séméiotique et indique une grande gravité dans la maladie, lorsqu'elle coexiste surtout avec cet état visqueux de la salive et cette sécheresse de langue que l'on observe ici. Malgré toutes ces conditions fâcheuses d'une pneumonie double, d'une hépatisation complète d'un côté et d'une éruption diphthérique à la gorge, malgré l'état de faiblesse et de maigreur du malade, M. Chomel pense que l'âge doit encore donner lieu d'espérer, et en tenant compte de toutes ces conditions, il reste encore chez cet homme plus de chances favorables que de chances contraires.

Dans le cours des deux jours suivans, l'amélioration s'est soutenue et s'est même prononcée d'une manière notable : le pouls est descendu à 96 pulsations, la chaleur de la peau a sensiblement diminué, les crachats sont moins visqueux et très légèrement rouillés ; il y a des deux côtés de la poitrine un mélange de respiration bronchique et de râle crépitant de retour avec prédominance marquée de ce dernier. L'état de la gorge est également meilleur; l'éruption diphthérique est un peu diminuée, on ne voit plus seulement que quelques petits points blancs sur le pilier droit du voile du palais. Il y a eu plusieurs vomissemens sans selles. On a suspendu l'usage du tartre stibié, auquel on substitue l'huile de ricin à la dose de 8 grammes. La faiblesse du malade et la diminution des symptômes inflammatoires ont également engagé à suspendre l'usage des saignées.

Le traitement adoucissant a été continué pendant quelques jours, après quoi le malade est entré en convalescence. Les crachats ont conservé pendant quelque temps un aspect d'assez mauvaise nature, mais les signes stéthoscopiques étant bons d'ailleurs, on n'a dû accorder à ce symptôme aucune valeur. La respiration est devenue bonne, aisée, l'appétit s'est prononcé, les forces se sont développées, quoiqu'il persiste un degré d'affaiblissement assez considérable, mais qui est, comme on le sait, naturel chez ce sujet ; la coloration de la face et l'expression de la physionomie sont bonnes ; le malade dort très bien. Toutes les fonctions, en un mot, s'exécutent d'une manière parfaite; il est mis aux trois quarts, et dès ce moment considéré comme guéri.

Pleuro-pneumonie avec complication d'hépatite et d'irritation gastro-intestinale. Symptômes graves. Longue durée de la maladie. Guérison.

Au n° 28 de la salle Saint-Bernard, se trouve une femme

FEUILLETON.

SIMPLE DISCOURS SUR LES CHARLATANS.

C'est à tort que vous vous lamentez, mes très chers confrères ; il n'existe ni plus, ni moins de charlatans à notre époque que dans les siècles antérieurs. Cette engeance a existé et existera de tout temps, parce que de tout temps le monde a été et sera crédule, peureux et facile à l'endroit de sa santé. Jadis comme aujourd'hui il y avait des charlatans de tous les étages, pour toutes les classes de la société, dans les foires et sur les carrefours pour le menu peuple, dans les salons et les boudoirs pour les riches et les femmes vaporeuses. De tout temps comme aujourd'hui, les médecins qui tenaient à l'honorabilité de l'art ont récriminé contre les charlatans ; les princes, les lois, les corps enseignans les ont pénalement ou moralement flétris, et toujours comme aujourd'hui la correction légale ou la flétrissure morale ont été impuissantes et vaines. Vous vous indignez contre ce débordement des médecins afficheurs qui placent leurs noms à tous les coins de rue, et vous croyez que c'est là une invention récente? Détrompez-vous ; déjà un médecin du dix-septième siècle avait poussé si loin ce genre d'industrie, que ses contemporains ne le désignaient que sous le nom de *docteur pariétaire.* S'il vous prenait jamais fantaisie de soutenir une thèse en faveur de l'antiquité et de la pérennité de la charlatannerie, permettez-moi de vous fournir quelques preuves que j'ai trouvées dans mes vieux livres. Comme aussi si vous teniez à juger par vous-même de la facilité avec laquelle le peuple accueille tout ce qui vous passerait par la tête de lui faire accueillir, vous n'auriez qu'à imiter l'exemple du duc de Rochester, ce noble et fameux libertin qui, voulant connaître jusqu'à quel point *John Bull* poussait la crédulité, s'habilla en charlatan, parcourut les rues de Londres, éleva une sorte de théâtre sur les places publiques, et proposa une sorte de remède dont il eut un grand débit. La chronique ajoute qu'il disait aussi la bonne aventure aux femmes, et que ce fieffé séducteur se procura par-là maintes aventures galantes et romanesques dont il était très friand. Ce peuple anglais, du reste, me paraît maître-passé dans la crédulité pour les charlatans ; c'est de lui que nous viennent, entre autres choses, les fameuses pilules de Morisson, ex-cuisinier de je ne sais plus quel grand seigneur, et je tiens de mon oncle le chanoine une petite historiette assez divertissante : Un pauvre diable de comédien de Londres, qui n'avait pas tous les jours l'occasion de jouer Hamlet ou Othello, s'imagina d'utiliser ses loisirs en allant dans les campagnes voisines vendre une espèce de baume dont il disait merveilles. Le commerce prospéra assez bien pendant quelque temps ; mais un jour, un paysan plus malin s'aperçut que le vendeur de baume portait au nez un ulcère qui faisait fort mauvaise figure sur le nez d'un guérisseur. — Eh ! Monsieur le vendeur de baume qui guérissez tout, s'écrie le paysan, commencez-donc par guérir votre nez ! — Que dites-vous là, mon ami, répond sans se déconcerter le charlatan ? Admirez la puissante vertu de mon baume ! Je n'avais pas de nez du tout, et ce qui m'en paraît aujourd'hui ne m'est venu que depuis que je le frictionne avec mon baume. Encore quelques jours, et mon nez sera aussi long que le vôtre. — Ce petit discours obtint un prodigieux succès, et la recette fut double ce jour-là.

Mais je reviens à l'antiquité de la charlatannerie.

Quelques auteurs en ont trouvé l'indication dans Hérodote et dans Strabon, mais j'avoue que cette indication n'est pas assez précise pour pouvoir servir de preuve. Hippocrate déjà se plaint des charlatans de son temps ; il les dépeint comme gens « faisant la médecine sans raison, sans expérience et sans probité. » Cette phrase a-t-elle bien été écrite il y a plus de deux mille ans ? Ne lui trouvez-vous pas un certain air de jeunesse et d'actualité, et faut-il donc remonter au temps de Periclès pour trouver des médecins sans raison, sans expérience et sans probité ? Hélas ! ce qui se rencontrait dans la civilisation antique se rencontre encore de nos jours, et sous combien de portraits pourrait-on mettre cette légende hippocratique !

Ecoutons Galien : « Ces gens se vantent d'être de certaines sectes. Il n'y a rien de difficile qu'ils n'entreprennent hardiment ; grands menteurs, jusqu'à faire des écrits pleins d'impostures sur des matières qu'ils n'entendent pas. » Oh ! pour le coup, nous sommes en plein dix-neuvième siècle. *Il n'y a rien de si difficile qu'ils n'entreprennent hardiment.* Vous voyez bien qu'il y avait déjà sous Marc-Aurèle des chirurgiens qui..... (Ici le manuscrit de l'auteur s'est trouvé tellement surchargé de ratures qu'il a été impossible à notre compositeur d'y trouver un sens. Il n'a pu lire que ces mots : *langue*, *bégaiement*, *strabisme.*)

Du reste, l'origine même du mot *charlatan* a été un sujet de controverse. Ambroise Calepin veut que les charlatans soient ainsi appelés, de l'italien *ceretani*, et de certains peuples originaires d'une ville d'Italie appelée *Cereto*, située entre Spolette et Nursie. Les Italiens, tout en accordant cette origine, veulent que les premiers habitans de *Cereto* aient été des Français chassés de leur pays, qui ayant prié le pape de leur assigner une retraite, furent établis en cette ville avec permission de mendier et de vivre de leur savoir-faire. (*Voy.* Léandre Albert, *In Italia illustrata.*) Mais cette opinion est absurde et a été très bien réfutée dans un ouvrage intitulé : Discours de l'Origine, Mœurs, Fraudes et Impostures des Charlatans, avec leurs découvertes, dédié à Tabarin et à Descombes ; par J. B. M. O. D. R., à Paris, chez Denis Langlois, 1622. Ménage (Origine des Mots italiens), donne au mot *Charlatan* une origine ingénieuse ; il vient, dit-il, de *ciarlare*, dérivé du latin *circulare*, qui signifie non seulement tourner à l'entour, mais encore la même chose que *decipere*, tromper et fourber.

Quoi qu'il en soit de l'origine du mot, il est certain que l'origine de la chose se perd dans la nuit des temps. L'auteur du *Discours* dont je parlais tout à l'heure, n'y va pas par quatre chemins ; il assure « que le Diable a été le premier charlatan de ce monde et le père de tous les autres. » Il appuie son thème sur cinq considérations qui lui paraissent très puissantes : « On voit, dit-il, que la charlatannerie se réduit en cinq parties : la première, c'est la mascarade ; la seconde, le banc ou théâtre ; la troisième, le mensonge ou tromperie ; la quatrième, la raillerie ; la cinquième, les boules et boulettes dont ils font des tours de passe-passe et de gobelets. Or, que fit le diable ? Absolument ce que font nos charlatans : 1° il se masqua, au paradis terrestre, se mettant sous la figure d'un serpent ; 2° il monta sur l'arbre de vie, comme les charlatans montent sur le théâtre qui les fait vivre ; 3° il inventa et débita des bourdes, en disant à Adam et Eve, qui étaient de bonnes gens : *Vous ne mourrez point* ; 4° Il se moqua d'eux en disant : Vous serez semblables à Dieu ; 5° enfin, il leur montra une pomme, comme font les charlatans des boulettes dont ils amusent les femmes et les simples. »

Si vous n'êtes pas tout à fait content de cette analogie, trouvez-en une meilleure. Du reste, Salomon a eu raison de dire qu'il n'y avait rien de nouveau sous le soleil, car voilà la même idée émise par le médecin David Sturnicus (*Discursu de medicis non medicis*) : *Primus cacodœmon medicamenta prœparavit protoplastis.*

Quoi donc d'étonnant de trouver des charlatans dans tous les lieux, dans tous les temps ? Voulez-vous l'autorité des pères de l'Église ? Ecoutez un des plus grands d'entre eux, saint Jérôme, cité par Roderic Zamorensis : « Comment ce médecin prétendu pourra-t-il savoir ce qu'il n'a appris d'aucun maître ? Les charpentiers, les tisserands, les foulons, les serruriers, les maçons et tant d'autres artisans ne peuvent exercer leur métier, s'ils ne font leur apprentissage, et cependant il sera permis dans la médecine, où il n'y va pas de moins que la vie, de ne rien savoir ? Les uns consultent les malades mêmes pour en apprendre la médecine, quoique ces malades n'y entendent rien ; les autres s'informent des femmes comment il s'y faut prendre pour traiter les hommes ; les autres apprennent des infidèles les remèdes dont ils abusent dans les maladies des fidèles ; les autres feuillettent des livres de recettes, dont ils font servir les remèdes à tous les âges, à tous les temps et à tous les sexes. Ainsi un aveugle en conduit un autre. Combien de maladies entretenues et prolongées par ces remèdes ou changées en pires ? Combien de poisons donnés en parfums ? Combien de remèdes de prix employés sans nécessité et seulement pour rendre la cure prétendue plus précieuse en des occasions où un peu de patience et de régime auraient été suffisans ; car, après tout, il se trouve que

âgée de quarante-deux ans, d'une constitution forte, habituellement bien portante, et ayant eu dix enfans. Cette femme, qui exerce la profession de femme de ménage, a été prise, il y a cinq jours, de frisson, de céphalalgie, de chaleur avec une douleur fixe au-dessus du sein droit, douleur si aiguë qu'elle l'empêchait de respirer, et qui s'exaspérait pendant les efforts de toux au point que la toux devenait insupportable, et que la malade n'osait se livrer aux mouvemens d'inspiration. Elle a eu des vomissemens de matières verdâtres et de la diarrhée pendant deux ou trois jours, ce qui paraissait provenir d'un reste d'affection gastro-intestinale.

Cette femme n'avait fait usage d'aucun traitement, si ce n'est quelques boissons adoucissantes et le repos. Actuellement, la douleur au-dessous du sein droit est atroce; le moindre mouvement l'exaspère, et la malade appréhende même de parler, par la crainte que la douleur n'augmente. A l'auscultation, on trouve dans la région scapulaire droite une respiration bronchique qui est exactement limitée à cette région. Dans tout le reste de l'étendue de la poitrine la respiration est normale, on ne sent çà et là que quelques bulles de râle crépitant disséminé.

L'existence de la respiration bronchique sans mélange de râle crépitant est un phénomène remarquable assez rare, car le plus ordinairement ces deux ordres de symptômes marchent ensemble. L'absence de crépitation pourrait dans toute autre circonstance jetter du doute sur le diagnostic et laisser les médecins dans l'incertitude sur le degré auquel la phlegmasie est arrivée. Mais il ne peut y avoir le moindre doute dans ce cas-ci sur l'existence d'une pleuro-pneumonie: elle est suffisamment caractérisée d'abord par la présence de la douleur vive et fixe dans un point limité de la poitrine, ensuite par le souffle bronchique qui indique que le poumon est attaqué à sa partie la plus superficielle, enfin par la durée de la maladie qui, datant déjà de plusieurs jours, donne lieu de présumer que la phlegmasie ne s'est point bornée au poumon, mais qu'elle a également envahi la plèvre.

Le bruit respiratoire est plus au niveau du mamelon, là où existe le point douloureux; le siége de la douleur n'est pas toujours, en effet, celui de la maladie, ce qui arrive du reste dans un grand nombre d'autres affections: dans la cystite, par exemple, le malade ressent une douleur vive à l'extrémité du gland, bien que ce ne soit point dans cet organe, mais dans la vessie, qu'est le siége de la maladie. A quoi tient cette circonstance? C'est ce que l'on ignore encore. Il est remarquable que la douleur ne s'irradie pas du point où elle se fait sentir aux parties environnantes par une sorte de dégradation, mais qu'elle est nettement limitée et circonscrite dans un point plus ou moins éloigné du siége de la maladie. Dans ce cas-ci, par exemple, la douleur est nulle à quelques lignes au-delà du mamelon.

Les crachats chez cette malade sont par eux-mêmes peu caractéristiques: ils sont visqueux, adhérens au fond du vase et un peu rosés; mais joints aux autres symptômes sus-indiqués, ils acquièrent par leur caractère une certaine valeur séméiotique et confirment le diagnostic qui a été porté. Le pouls est modérément plein et large, mais il présente une assez grande fréquence (110). Une saignée abondante ayant été faite le jour précédent, on se borne à prescrire une seconde saignée de deux palettes, indiquée par la fréquence persistante du pouls. On s'abstient des purgatifs contre-indiqués ici par la diarrhée et les vomissemens qui font croire à une irritation gastro-intestinale. On ordonne l'usage de pilules d'extrait thébaïque à des doses graduellement croissantes, selon l'effet qu'elles produiront sur la douleur; car, suivant M. Chomel, il est extrêmement important de calmer les douleurs de côté, et les préparations opiacées sont celles qui peuvent le mieux remplir ce but. Il emploie en un mot la méthode de Sarcone, qui consiste à associer les saignées et l'opium dans le traitement de la pleuro-pneumonie.

Cette femme présente quelques particularités étrangères à la maladie en question, et sur lesquelles M. Chomel a fixé l'attention des élèves. Bien qu'ayant eu dix enfans, dont plusieurs ont été nourris par elle, ses mamelons sont très peu développés, et elle n'offre presque pas de traces d'éraillures à la peau du ventre; elle ne diffère presque pas à cet égard des femmes qui n'ont jamais eu d'enfans; on voit seulement quelques légères vergetures sur les parties inférieures et latérales du ventre qui se perdent dans les cuisses. Cette disposition, bien qu'elle ait été observée chez d'autres femmes, est en général assez rare.

Depuis deux jours, l'état de la malade a empiré: il n'y a pas eu précisément aggravation de symptômes locaux du côté des organes thoraciques; le pouls lui-même est devenu moins fréquent (90); mais il est survenu une grande dyspnée et du délire, symptômes qui indiquent un état général très inquiétant. Hier, en portant l'attention du côté des viscères abdominaux, on a trouvé le foie hypertrophié et débordant en avant les fausses côtes de cinq travers de doigt environ, en arrière, il donnait la sensation d'un volume beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Existerait-il en même temps chez cette femme une affection aiguë du foie? Cette phlegmasie, qui est commune dans les pays méridionaux, est très rare dans nos climats: c'est une raison pour ne pas précipiter le diagnostic. Il est possible qu'avant l'affection principale qui a conduit la malade à l'hôpital, il y eût déjà un peu de tuméfaction au foie qui aurait échappé à notre premier examen, et qu'un état aigu fût venu s'y surajouter par la suite. Toujours est-il que l'ensemble des phénomènes généraux que présente cette malade ne sont guère conciliables avec l'idée d'une simple affection pulmonaire telle qu'on l'a diagnostiquée au début.

Il existe coïncidemment un état aigu du tube gastro-intestinal, car la diarrhée continue ainsi que le vomissement des matières bilieuses. Le pronostic, par conséquent, est aujourd'hui assez grave, d'autant plus qu'on ne peut avoir recours à un traitement aussi énergique que la violence du mal paraîtrait l'exiger. On ne pourrait sans danger porter plus loin l'usage des saignées à cause de la faiblesse générale. L'état subinflammatoire de l'estomac interdit de recourir au tartre stibié. On se borne en conséquence aux moyens adoucissans à l'intérieur, aux cataplasmes et aux applications émollientes sur l'abdomen.

Le septième jour on a reconnu à la partie postérieure de la poitrine une espèce de sifflement rude, âpre, plutôt qu'un véritable râle crépitant. La percussion donne un son moins obscur, la respiration prend un caractère vésiculaire. Ce sont là des signes d'une résolution commençante de la phlegmasie pulmonaire. Le pronostic serait donc, sous ce rapport, moins grave que les jours derniers. Si, à ces signes, on ajoute encore que le pouls est descendu à 72, que le foie est moins sensible à la pression et moins volumineux, que les vomissemens et la diarrhée ont presque complètement cessé; mais, d'un autre côté, si l'on considère l'abattement extrême de cette malade, le caractère guttural et comme stertoreux de la voix, la sécheresse de la langue et l'aspect de souffrance et de découragement qui est empreint sur sa physionomie, on ne peut encore trop s'abandonner à la confiance; les craintes que l'on a conçues dès le principe sur le compte de cette malade ne sont que trop fondées. On avait prescrit les jours précédens un bain et l'application d'un vésicatoire sur la poitrine. Le vésicatoire étant douloureux est pansé avec du cérat simple. On continue l'usage des boissons adoucissantes à cause de l'irritation gastro-intestinale qui n'est pas encore entièrement dissipée.

Le onzième jour il est survenu un grand changement en mieux; depuis ces derniers jours la langue est humide. La malade a rendu deux selles seulement. L'auscultation révèle l'existence d'un râle sous-crépitant en avant et à droite; la percussion donne un son également clair des deux côtés en avant, et un peu plus obscur en arrière et à droite, où la voix conserve un peu de retentissement. La respiration est plus libre que les jours précédens. La malade parle avec lenteur, mais sans gêne et sans difficulté. Le pouls est toujours peu fréquent et presque à l'état normal; les symptômes du côté du foie sont encore à peu près les mêmes; la pression sur l'hypochondre droit est beaucoup mons douloureuse. On commence à mettre la malade à l'usage d'une alimentation légère.

Le seizième jour le mieux s'est soutenu; la malade mange depuis deux jours; elle est depuis hier à la demie; elle n'éprouve plus, à ce qu'elle assure, aucune douleur nulle part; ses fonctions digestives se font régulièrement; la figure, quoique très amaigrie, a un caractère calme et riant qui indique un état de bien-être et de retour à la santé; elle ne se plaint que d'un peu d'insomnie. Quant aux symptômes de la poitrine, ils ont complètement disparu. Cette femme peut être considérée, de ce jour, comme étant en pleine convalescence, et tout fait espérer un prompt et complet rétablissement.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Leçon sur l'anus artificiel. Méthode de Callisen. Modifications dans le mode opératoire; par M. BAUDENS, chirurgien en chef.

(Suite du numéro 27.)

Martland, en 1824 (Journal de Médecine et de Chirurgie d'Edimburg, t. XXIV), a fait avec un plein succès et d'après le procédé de Littre, un anus artificiel sur un homme de quarante-quatre ans. Voici un extrait de l'observation publiée dans ce journal.

Le 29 juin 1824, la défécation devient impossible, il y a ténesme; les purgatifs sont employés avec quelques succès. Le 3 juillet, ténesme plus violent; purgatifs drastiques sans résultat aucun. Hoquet pendant trois jours; huit gouttes de croton tiglium en une fois, six onces d'essence de térébenthine en lavemens, bains; pas d'évacuations alvines. Au toucher par l'anus, on sent une grosse tumeur qui paraît tenir au col de la vessie et sur le centre de la tumeur, ou plutôt, un peu plus près du sacrum, on distingue une petite fissure ou orifice analogue au museau de tanche. Plus en arrière, le rectum forme cul-de-sac; les instrumens flexibles poussés dans cette direction, se replient sur eux-mêmes sans pouvoir aller plus avant. Douches ascendantes sans résultat. Météorisme considérable, etc.; 105 pulsations. Opération le 24 juillet, d'après le procédé de Littre. Rien de particulier pendant l'opération. Les fèces ne sortent désormais que par l'anus artificiel, et il ne s'échappe par l'anus normal que des mucosités.

Le 12 octobre, le malade reprend ses occupations ordinaires; il porte un brayer soutenant une boîte pour recevoir les matières. Mais l'invagination devient très considérable; il renonce à cet appareil, et ne trouve rien de plus commode qu'une éponge molle du volume d'un œuf de poule que soutient un bandage ordinaire. Ce pansement permet, au dire du malade, le passage des gaz et arrête la sortie des fèces. Un an après l'opération, époque de la publication de ce fait, cet opéré vivait encore et se portait même parfaitement bien.

---

bien loin de ressusciter des morts, comme on l'avait promis, on a fait mourir des vivans. De plus, il n'y a ni barbon, ni vieille bavarde qui ne deshonore la médecine jusqu'à l'enseigner sans l'avoir apprise, imposant au peuple par un air grave et par des paroles pesées et étudiées. » (*Epist.* 113, *ad Paulinum.*)

La citation est peut-être un peu longue, mais en vérité dirions-nous aujourd'hui mieux et autrement? Et les vices dont nous nous plaignons dans notre organisation médicale n'étaient-ils pas déjà flagrants aux premiers temps du christianisme?

Revenons aux profanes. Si le peuple a été toujours peuple pour les charlatans, les grands et les riches ont également toujours été aussi crédules que le peuple. Lucien nous a laissé l'histoire d'un célèbre charlatan, qui finit par épouser la fille d'un lieutenant de l'empereur. Ce charlatan se nommait Alexandre, et l'histoire lui a infligé le surnom de faux prophète. C'était un homme bien fait, qui ne manquait pas d'esprit, dit Lucien, et qui semblait savoir quelque chose de la médecine. Il était disciple et compatriote d'Appollonius de Thiane, tout aussi fourbe que ce déterminé fripon, et cependant il se disait fils de Podalire de Triques. Il fit annoncer d'abord qu'il avait des remèdes pour toutes sortes de maladies, et quand on le consultait il répondait à la manière des oracles; de sorte que, soit que le malade mourût, soit qu'il guérît, ses partisans interprétaient toujours ses réponses dans un sens qui lui était avantageux. Il commença le débit de ses fourberies par les Chalcédoniens qui étaient, dit Lucien, les plus badauds de tous les peuples. Voici comment il établit sa réputation. Il avait caché un œuf en terre, dans lequel il avait enfermé un petit serpent, et quand il jugea le temps opportun, il publia que le Dieu de la médecine voulait se manifester aux humains par son ministère. On fait donc semblant de chercher ce Dieu, et on trouve l'œuf, d'où le serpent ne manqua pas de sortir par l'artifice d'Alexandre. Le peuple se prosterna aussitôt pour adorer Dieu et son ministre. Le serpent est montré au peuple comme un génie tutélaire, et tous les jours Alexandre voit grossir le nombre de ses admirateurs. Le bruit de ces merveilles arrive à Rome, et Rutilien, lieutenant de l'empereur Marc-Aurèle, fait venir Alexandre dans la capitale de l'empire, où il est conduit et reçu comme un Esculape. Il lui donne bientôt sa fille en mariage, et ce qu'il y eut de tragique en cette affaire, c'est que les oracles du serpent, fidèlement suivis, firent périr des armées entières. Il y eut même, ajoute Lucien, un vieux médecin à Rome, nommé Poëtus, qui se fit disciple et partisan du médecin faux prophète, par un motif d'avarice et d'intérêt, *faisant en cela quelque chose indigne de sa profession.*

Vous voyez bien que si de notre temps il se rencontre des Poëtus qui s'associent à des Alexandre, la tradition en remonte haut.

Cet Alexandre, après avoir annoncé qu'il vivrait 150 ans, mourut dans sa 70e année, d'un vilain ulcère, dit Lucien. (Luc., *In Alexandr.*)

L'antiquité fourmille de faits et d'histoires semblables. Qui ne connaît cette jolie fable d'Esope, dans laquelle il raconte qu'un misérable savetier, abandonné de ses pratiques, se mit en tête de se faire médecin, et réussit au-delà de ses espérances. « Quelle est votre folie, disait Esope, de confier votre tête à celui à qui vous ne vouliez pas confier votre pied à chausser! »

Quantæ putatis esse dementiæ
Qui capita vestra non dubitatis credere
Cui calceandos nemo commiserit pedes?

Partout et en tout temps vous trouverez cette sotte crédulité populaire pour les charlatans, dont un ancien poète s'est moqué avec tant d'esprit:

Si vis sanari de morbo nescio quali,
Accipe herbam, qualem sed nescio, vel quam,
Ponas nescio quo, sanaberis nescio quando.

La race des charlatans est donc aussi ancienne que le monde; s'il en existe beaucoup aujourd'hui, il n'en existait pas moins autrefois et si vous voulez faire connaissance avec quelques-uns de ceux qui ont vécu dans les siècles derniers, je vous édifierai sur leur compte dans un autre numéro.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sirop de santonine marine.

La santonine marine (Artemisia cœrulescens, L.), plante qui croît sur les bords de la mer, et qui a une couleur verte tirant sur le bleu, et un odeur prononcée d'absinthe, a été analysée par M. G. Righini, qui l'a trouvée composée d'une résine, d'un principe amer non alcaloïde, d'extractif, d'un peu d'albumine, d'une matière colorante d'un vert obscur, d'acide gallique et d'une huile volatile particulière. Par l'incinération, ce chimiste en a retiré de l'iodure de sodium, du sulfate de potasse, des chlorures de calcium, de potassium, de sodium et de magnésium, du sous-carbonate de soude, et enfin quelques atomes de silice.

M. Righini a proposé d'en préparer un sirop de la manière suivante:

Pr. Santonine marine coupée en menus fragmens, 500 gramm.
Eau bouillante, 4 kilogr.

On laisse infuser pendant vingt-quatre heures; après ce temps, on passe la liqueur et l'on distille au bain-marie, pour en retirer 185 grammes qui contiennent une partie de la dissolution de l'huile essentielle. On prend alors le résidu de l'infusion, on le pile dans un mortier de marbre, et on le fait bouillir dans trois kilogrammes d'eau pure, jusqu'à ce que le liquide soit réduit à un kilogramme: on fait ensuite évaporer ce décocté au bain de vapeur, en y ajoutant le produit de l'infusion. Vers la fin de la concentration, on doit n'employer qu'une douce chaleur, et l'on conserve l'extrait ainsi obtenu dans un vase soigneusement fermé. La dose du produit doit être de cent dix-sept grammes, et dix grammes représentent, sous le point de vue de la valeur thérapeutique, trente-deux grammes de la plante.

Pour la formule du sirop, on suit les proportions suivantes:

Pr. Extrait de santonine, 40 grammes.
Eau distillée, 55 grammes.

On divise l'extrait dans l'eau, et, lorsque la solution est achevée, on la mêle bien intimement, par agitation, avec

Sirop de sucre cuit à 35 degrés et demi, 282 grammes.

Ce sirop, qui contient un huitième d'extrait de santonine, et qui doit être conservé dans une bouteille hermétiquement fermée, convient dans les fièvres intermittentes. Suivant les circonstances, on l'unit à la teinture aqueuse de rhubarbe, à l'infusion de bois de quassia amara, au sirop de sulfo-tartrate de quinine. Il est également indiqué dans les obstructions du bas-ventre, dans l'atonie des voies digestives, etc.

(*Journ. de Chim.*, janv. 1842.)

Liqueur d'opium acétique de Houlton.

Pr. Opium pur, 63 grammes.
Acide acétique concentré, 29
Eau distillée, 263

Faire digérer à une douce chaleur pendant quatre jours, et filtrer.

Cette teinture, dont la formule est publiée par M. Buchner père, représente, par chaque quatre gouttes, cinq centigrammes (un grain) d'opium.

L'action de ce vinaigre d'opium est si remarquable, dit l'auteur, que des médecins qui l'ont expérimenté dans leur pratique ne peuvent assez le louer.

Il calme et apaise les mouvemens spasmodiques et les douleurs; il procure du sommeil, mais sans occasionner de constipation, comme il arrive après l'usage de l'opium pur et des autres teintures de cette substance. Son action a beaucoup d'analogie avec celle de l'acétate de morphine; car, en dissolvant de l'acétate de cette base dans du vinaigre distillé, on obtient presque le même effet, mais la teinture acétique d'opium a pour elle l'avantage d'être d'un prix moins élevé et de contenir tous les principes actifs de l'opium. On la prescrit à la dose de deux à huit gouttes dans une potion.

(*Buchner's Repertorium*, 1841.)

Martland attribue l'obstruction du rectum, dans ce cas, à l'invagination de la courbure inférieure de l'S iliaque du colon. Nous ne partageons pas son avis. Dans une circonstance absolument analogue, nous avons cru aussi à une invagination; mais l'autopsie nous a démontré que nous avions eu affaire à un squirrhe avec épaississement des parois de l'intestin. Nous reviendrons sur cette autopsie, intéressante à plus d'un titre.

Dupuytren aussi a pratiqué l'entérotomie. On voit dans ses leçons de clinique, qu'en 1818 il aurait fait une incision dans le flanc droit chez un enfant imperforé, et serait arrivé sur le cœcum sans intéresser le péritoine. A-t-il suivi le procédé de Callisen? On n'en dit rien. A-t-il décollé le péritoine de la fosse iliaque, comme on le fait pour lier l'artère iliaque? On l'ignore également. MM. Klewig de Colberg, Roux et Velpeau ont également fait cette opération.

M. Velpeau a opéré une femme âgée, atteinte d'un rétrécissement squirrheux du rectum, et qui est morte deux jours après l'opération.

M. Amussat, à la page 197 de son intéressant mémoire sur les anus artificiels, s'exprime ainsi qu'il suit : « M. Velpeau a opéré dans la fosse iliaque gauche; on ne sait pas au juste quel procédé il a suivi. J'ai entendu dire qu'il n'avait pas suivi exactement le procédé de Littre, et qu'il avait décollé le péritoine de la fosse iliaque par le procédé d'Abernethy, dans le but d'ouvrir l'intestin sans intéresser le péritoine; mais malheureusement cette membrane fut ouverte. » Ce fait, tel qu'il est raconté par M. Amussat, laisse beaucoup à désirer; il n'a rien de précis, et j'ignore jusqu'à quel point il est permis de croire que M. Velpeau a réellement pu ouvrir le péritoine, dont la lésion est ici assez facile à éviter. J'ai peu de goût pour ces accusations portées à la légère; il faut, en pareil cas, être certain du fait avancé, et formuler nettement son opinion. La science et la dignité médicale ne pourraient que gagner en procédant ainsi.

M. Amussat prétend, du reste, que M. Breschet, dans des études faites avec lui sur le cadavre, avait pensé à attaquer l'intestin par cette voie avant M. Velpeau, mais que ce procédé doit être abandonné comme défectueux.

Tel était l'état de la science au point de vue de l'entérotomie, lorsque dans ces derniers temps M. Amussat a repris en sous-œuvre les essais de Duret et de Callisen, et a fait avec un succès remarquable plusieurs opérations d'anus artificiel dans la région lombaire.

A la date du 6 septembre 1841, M. Amussat annonçait à l'Académie de médecine qu'il avait fait quatre fois l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire.

La première opération a eu lieu le 2 juin 1839, dans la région lombaire gauche, chez une femme de quarante-huit ans. La rétention des fécès datait de vingt-six jours; elle était entretenue par un étranglement au-dessus du rectum, attribuée à des tumeurs indurées et non ulcérées. Cinq mois après l'opération, cette femme est morte par suite d'une péritonite consécutive à l'affection cancéreuse. L'anus artificiel offrait la forme d'une ampoule saillante par l'épanouissement d'un renversement en dehors de la muqueuse. Le doigt, facile à introduire par cette ouverture, distinguait un éperon résistant qui s'opposait au passage des fécès dans le bout inférieur.

A l'autopsie on a reconnu une péritonite tuberculeuse; l'intestin, fort dilaté au-dessus de l'anus anormal, était très rétréci au-dessous de lui. Un éperon très marqué établissait la ligne de démarcation à partir de l'S iliaque jusqu'auprès de l'anus. L'intestin était représenté par une masse de tubercules cancéreux.

La deuxième opération a été faite le 14 juillet 1839, également dans la région lombaire du côté gauche, sur un homme de soixante-deux ans, qui était porteur d'une affection du rectum squirrheuse dégénérée, et dont le siége était à plus de deux pouces du sphincter anal. Le doigt reconnaissait un bourrelet proéminent comme un col de matrice cancéreux et largement ouvert. La constipation était opiniâtre pendant six, huit et douze jours, puis venaient des débâcles pénibles. Le malade s'affaiblissait de jour en jour d'une manière notable. Vainement furent tentés le broiement du bourrelet, la cautérisation et la dilatation; la constipation et les débâcles persistaient, le malade dépérissait; il fut opéré dans la région lombaire gauche, les matières fécales passèrent en partie par l'anus artificiel, en partie par l'anus normal; et un mois plus tard l'affection organique du rectum était en voie de guérison. Trois mois après, cet opéré jouissait d'une excellente santé; l'anus artificiel fonctionnait parfaitement bien; il avait de la tendance à se rétrécir, mais une bougie le retenait constamment dilaté, et luttait avec avantage contre cette tendance.

Le fait est curieux, surtout à cause de la nature de l'affection qui a nécessité l'opération. Il n'y avait pas, comme dans le premier cas, tympanite, menace d'asphyxie, rétention depuis vingt-six jours, de fécès entretenue par une tumeur indolente et non dégénérée.

Il y avait constipation pendant plusieurs jours, puis des débâcles qui épuisaient le malade, et cette constipation reconnaissait pour cause un véritable cancer du rectum.

Ainsi, le cancer ulcéré du rectum, alors même qu'il n'est pas accompagné de ces constipations opiniâtres et de ces tympanites que rien ne peut vaincre, et qui menacent l'existence d'une destruction très prochaine, suffirait, d'après M. Amussat, pour entraîner l'établissement d'un anus contre nature.

Cet opéré jouissait encore, au 6 septembre 1841, époque à laquelle M. Amussat a donné à l'Académie les communications où nous avons puisé ces détails, d'une parfaite santé. A l'aide de petits lavemens pris chaque jour à heure fixe, on était parvenu à régulariser la sortie des selles par l'anus normal. Le volume de celle-ci égalait la grosseur du doigt. Cet anus avait conservé ses dimensions premières. Le cancer du rectum paraissait stationnaire, peu de matières sortaient par l'anus normal.

La troisième opération a été faite le 3 juillet 1841, sur une femme de cinquante ans, qui depuis quarante jours avait une constipation que rien n'avait pu vaincre, et qu'entretenait un obstacle présumé à six ou huit pouces de l'anus, mais dont la cause et la nature ne purent être reconnues. M. Amussat a opéré, cette fois, dans la région lombaire droite. Trois mois plus tard la malade a recouvré une santé parfaite; l'anus artificiel fonctionne très bien; la dilatation à l'aide de bougies lutte avec avantage contre une tendance au rétrécissement; de temps en temps il y a constipation, et des lavemens donnés par la nouvelle voie en triomphent sans peine. Quelques matières rares et très peu abondantes s'échappent parfois par l'anus normal.

La quatrième opération a eu lieu également dans la région lombaire droite sur une femme de soixante ans, pour combattre une tympanite stercorale entretenue par des végétations de nature cancéreuse située à quatre ou cinq pouces de hauteur dans le rectum. Depuis le commencement de la maladie jusqu'au moment de l'opération, le malade avait continué de rendre par l'anus des gaz et même des liquides ayant la couleur et l'odeur des matières fécales, ce qui permit d'injecter de l'eau et de l'air afin de distendre l'intestin avant de l'inciser. Opérée le 21 août, cette femme est morte dix jours plus tard.

A l'autopsie on constata que l'intestin rectum était replié sur lui-même un peu au-dessus du niveau de la matrice; l'affection cancéreuse se prolongeait à une hauteur de quatre centimètres : elle était couverte de végétations fongueuses. Le cancer avait envahi et désorganisé de dedans en dehors toute l'épaisseur de la paroi intestinale, tellement que la tunique péritonéale, qui seule existait encore, était elle-même menacée d'une prochaine destruction.

Entreprise dans des circonstances à peu près analogues à celles que nous a présentés le deuxième opéré pour un cancer du rectum, l'opération, dit M. Amussat, n'a pas été cette fois aussi heureuse. Il est probable que le cancer avait, dans ce dernier cas, fait plus de progrès que dans l'autre.

Voici le procédé opératoire que M. Amussat décrit à la page 19 du mémoire déjà cité :

« Par le procédé que j'emploie, dit ce chirurgien, il est beaucoup plus facile de se diriger que par celui de Callisen. L'incision transversale se pratique à deux travers de doigt au-dessus de l'os des îles, ou mieux au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles : elle commence au bord externe de la masse commune et s'étend jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os des îles, ou bien jusqu'à la ligne latérale des corps, et enfin on lui donne quatre à cinq travers de doigt.

Les apophyses épineses lombaires, la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles sont les points osseux qu'on peut prendre pour se diriger. Cependant la crête de l'os des îles est le guide le plus sûr, et on peut dire que l'incision transverse doit correspondre au tiers moyen du bord supérieur de cet os.

Après avoir divisé la peau et tous les tissus superficiels, on peut couper en croix les couches profondes, afin de mieux découvrir l'intestin; par le moyen de l'incision transversale, on agit dans un grand espace d'avant en arrière; on peut même soulever avec facilité le carré lombaire et inciser son bord externe, si c'est nécessaire...

L'incision cruciale profonde est fort utile, elle favorise singulièrement la recherche de l'intestin. On devrait faire de même pour la peau si le sujet avait beaucoup d'embonpoint.

Le temps le plus délicat de l'opération est de se décider à percer l'intestin. Avant d'ouvrir le colon il faut le mettre bien à découvert; s'il est contracté, il faut le chercher en arrière, quelquefois dans ce cas il est complètement caché par le muscle carré des lombes. Le tissu cellulaire graisseux qui l'enveloppe doit être enlevé avec précaution...

La pression avec le doigt et la percussion sont les meilleurs moyens pour s'assurer de la présence de l'intestin : le défaut de résistance en dehors du colon est un signe fort important.

Quelquefois on reconnaît le colon à sa couleur verdâtre, et si malgré ce caractère et la percussion on conserve encore des doutes, il faut injecter du liquide coloré et de l'air pur par l'anus...

Enfin, il ne faut pas se presser, on ne doit procéder à l'ouverture du colon qu'après s'être assuré par tous les moyens possibles que c'est bien le gros intestin lui-même, et non pas les intestins grêles recouverts par le péritoine.

Comme on le voit, l'incision crurale profonde permet de disséquer et de découvrir les objets dans une plus grande étendue, et par conséquent de reconnaître l'intestin qu'il importe d'ouvrir.

Il faut achever l'opération en ouvrant le colon et en fixant l'ouverture à la peau par quatre points de suture; on doit aussi faire la suture de la plaie.

Au bas de la page 23, M. Amussat ajoute : Les motifs qui m'ont porté à préférer l'incision transversale à l'incision longitudinale sont faciles à comprendre. La simple modification de l'incision en travers donne le triple avantage :

1° De rendre l'opération plus facile, plus sûre et d'éviter de couper en travers les vaisseaux et nerfs lombaires;

2° Elle donne la facilité de chercher l'intestin et de l'ouvrir sans blesser le péritoine;

3° Elle permet d'établir l'anus artificiel plus en avant.

Tel était l'état de la question des anus contre nature, quand l'occasion de pratiquer cette opération sur un adulte m'a contraint de faire choix d'un mode opératoire.

L'idée d'ouvrir le colon dans la région lombaire en respectant le péritoine me sourit vivement, et les récens succès obtenus par M. Amussat me fixait tout à fait en sa faveur. Restait à faire choix d'un procédé opératoire : j'ai d'abord hésité entre l'incision longitudinale à l'imitation de Duret et Callisen, et l'incision transversale proposée par M. Amussat. On verra plus bas comment j'ai été amené à ne faire ni l'une ni l'autre, et à pratiquer une incision oblique, afin d'avoir les avantages des deux autres tout en évitant le reproche qu'on peut leur faire.

Avant tout j'ai voulu répéter à l'amphithéâtre les essais de Duret et de Callisen, ainsi que les modifications apportées par M. Amussat. J'ai interrogé l'anatomie de la région sur laquelle mon scalpel devait agir, et j'en ai tiré quelques données chirurgicales qui avaient échappé à mes prédécesseurs.

La région lombaire, qu'il importe de connaître quand on veut y établir un anus anormal, est circonscrite dans une ceinture osseuse ouverte en devant, fermée en arrière par les apophyses transverses des vertèbres lombaires, en haut par le bord inférieur de la douzième côte, et en bas par la moitié postérieure de la crête de l'os des îles.

Les couches des parties molles comprises dans cette aire sont, en procédant de dehors en dedans :

1° La peau dont la souplesse et l'élasticité permettraient de la ramasser en forme de pli pour la diviser au besoin avec le bistouri;

2° Le *fascia superficialis* d'autant moins facile à reconnaître que la graisse est plus abondante, parce que logée entre les mailles de ce tissu, elle les écarte et fait perdre au fascia la disposition en forme de toile qu'il présente chez les personnes privées d'embonpoint. Il importe de bien apprécier avant d'opérer l'épaisseur de cette couche graisseuse, afin de faire aux tégumens une incision proportionnelle à son épaisseur présumée.

3° On rencontre le plan musculaire formé de couches superposées et séparées par des aponévroses. Ces couches musculaires et aponévrotiques offrent une grande importance dans l'étude de leurs rapports pour guider la main du chirurgien pendant l'opération. En arrière et en haut on trouve assez souvent des fibres qui appartiennent au muscle grand dorsal; nous disons assez souvent, parce que ce muscle offre ici de fréquentes anomalies et qu'il empiète plus ou moins sur la région qui nous occupe. On le reconnaît aisément à l'obliquité de ses fibres, à l'épaisseur arrondie et digitée de son bord. Plus bas et en arrière on trouve le tendon aponévrotique du grand oblique qui, au moment où il rencontre le bord externe du muscle long dorsal, s'épanouit sous la forme d'une forte toile aponévrotique qui recouvre la face postérieure de ce muscle. En dehors de cette toile on trouve le grand oblique lui-même. De sorte qu'ici le plan manque d'unité; charnu en avant, il est aponévrotique en arrière. Cette disposition est d'une grande valeur chirurgicale, parce que la ligne limitrophe entre les fibres charnues et les fibres aponévrotiques est précisément le point de la région qui correspond le plus souvent à l'intestin que l'on veut découvrir et en ne perdant pas de vue cette intersection on est toujours sûr de rencontrer le colon soit directement, soit un peu en dedans sous le muscle carré des lombes, soit un peu en dehors sous le muscle transverse. On pressent déjà que la disposition de l'intestin n'est pas constamment la même, mais n'anticipons pas. Les fibres du muscle grand oblique se reconnaissent aisément dans la région qui nous occupe à leur direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

Sous ce plan charnu, on en rencontre un autre qui est représenté par le muscle petit oblique; les fibres de ce muscle affectent une direction oblique en sens inverse de celles du grand oblique, et cette disposition sert à la faire reconnaître. Arrivé en arrière vers le bord du muscle long dorsal, le petit oblique se comporte comme le grand oblique; il s'épanouit sous forme d'un tendon aponévrotique, mais au lieu de passer derrière le long dorsal son expansion glisse au-devant de ce muscle, entre lui et le muscle carré des lombes, de sorte que la terminaison aponévrotique réunie des deux muscles précités grand et petit obliques forme une gaine complète au long dorsal. Ici, mêmes considérations chirurgicales que dans le paragraphe qui précède. Nous les reproduirons à l'occasion du muscle transverse. Sous le muscle petit oblique on trouve un troisième plan charnu formé par le muscle transverse qu'on reconnaît à la direction transverse de ses fibres. En arrière, près du bord du muscle long dorsal, ce muscle, ainsi que nous l'avons vu pour le grand oblique et le petit oblique, se termine par une expansion aponévrotique qui passe à la face antérieure du muscle carré des lombes. Ici encore, mêmes considérations que pour les muscles grand et petit oblique. C'est, en effet, sur la ligne correspondant à la naissance de ce triple feuillet aponévrotique qu'on rencontre presque toujours le colon, ainsi que plus haut nous l'avons dit.

Le plan charnu représenté en avant par le muscle transverse est constitué en arrière par le muscle carré des lombes. L'étude de ce muscle carré des lombes est importante à connaître. Son bord externe n'est pas perpendiculaire, mais oblique; de telle façon qu'il empiète d'autant plus en avant qu'on l'examine plus bas. Le colon se trouve ordinairement situé immédiatement en dehors de lui, et assez souvent il en est recouvert plus ou moins complètement surtout en bas. Dans ce cas, il peut devenir utile de refouler ou d'inciser une portion de ses fibres les plus externes, afin de bien découvrir l'intestin. On peut du reste, à l'aide du doigt, refouler aisément ce muscle vers la colonne vertébrale pour se faire du jour, et en opérant ce refoulement on sent distinctement les apophyses transverses de la colonne lombaire. Cette reconnaissance peut servir de guide à l'opérateur, et ce guide infaillible serait extrêmement précieux si l'opérateur venait à ne pas reconnaître les plans dont nous avons parlé et qui doivent le guider jusqu'à la fin de l'opération.

Derrière le muscle carré, entre lui et le long dorsal rampent les branches artérielles et nerveuses qui de la région lombaire se rendent transversalement dans la région des flancs. La division de ces artères exigerait l'emploi de la ligature ou de la torsion si l'hémorrhagie, peu inquiétante d'ailleurs, ne s'arrêtait pas spontanément. En avant du plan charnu formé par les muscles transverse et carré des lombes, on trouve, se-

lon la direction oblique du muscle carré et vers le bord externe de ce muscle, des branches nerveuses du plexus lombaire qui se rendent au pli de l'aine. Ces gros troncs sont importans à connaître pour guider l'opérateur. Il faut éviter de les léser, et l'on y parvient sûrement par notre procédé opératoire qui, pour le dire par anticipation, a lieu suivant une ligne oblique et parallèle au trajet parcouru par ces troncs nerveux. Ces cordons ont en avant d'eux une couche de tissu cellulaire graisseux d'une épaisseur variable et qu'il importe de bien connaître. Au-devant de cette couche de graisse on trouve un feuillet aponévrotique qui appartient au *fascia iliaca*. Quand on a incisé ce fascia, on trouve encore de la graisse en plus ou moins grande abondance, selon l'embonpoint. En haut et au côté externe du muscle carré lombaire, sous cette couche de graisse, on découvre le bord inférieur du rein reconnaissable à sa dureté, à son épaisseur et à sa surface arrondie. Au-dessous de lui et légèrement en dehors se trouve la face postérieure du colon, dépourvue de péritoine. L'espace dépourvu de péritoine est variable en étendue selon l'état de vacuité ou de plénitude de l'intestin et selon qu'on l'examine chez l'enfant ou chez l'adulte. Chez ce dernier, l'intestin a plus d'ampleur et il s'ensuit que la partie non revêtue par le péritoine a aussi plus de largeur; il est facile de se convaincre de la vérité de nos assertions. En insufflant l'intestin on voit, en effet, alors le colon se dilater et écarter graduellement l'espace limité par les brides formées par le péritoine au moment où il recouvre cet intestin. Ces espèces de brides péritonéales concourant à fixer le colon dans la région lombaire, jouent un rôle important lors des distensions exagérées de tout le tube digestif dans certains cas de tympanite. En effet, nous avons eu occasion de constater après la mort une dilatation du gros intestin qui, au-dessus et au-dessous de ces replis du péritoine égalait à peu près le volume des deux poings réunis, tandis que dans l'étendue des adhérences du gros intestin à la région lombaire la dilatation était de moitié moins considérable.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mars. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— MM. Bayle, Blache, Brierre de Boismont, Cazenave, Devergie, J. Guérin, Gibert, Martinet, Mellier, J. Pelletan, Piedagnel, écrivent à l'Académie qu'ils se portent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

— *M. Londe*. M. Hamont étant présent à la séance, je propose à l'Académie de donner aujourd'hui la parole à M. Fourcault pour sa nouvelle lecture sur la morve. Cette lecture et la discussion qui la suivra probablement, ne seront certainement pas perdues pour la commission chargée de faire le rapport général sur cette importante question. (Ordre du jour.)

— *M. Villeneuve* lit plusieurs rapports défavorables sur divers remèdes secrets.

— *M. Capuron* lit, au nom de M. Moreau et au sien, un rapport sur un nouveau modèle d'injecteur destiné aux organes génitaux de la femme. Il est dit dans le rapport que cet instrument sera avantageusement employé pour les injections intra-utérines, et qu'il est propre à l'hygiène et à la thérapeutique des organes génitaux.

M. Delens fait observer qu'il serait fort dangereux de mettre entre les mains des personnes du monde un instrument propre à faire des injections intra-utérines, injections qui ont besoin d'être dirigées par une main habile et expérimentée, si on ne veut pas s'exposer à provoquer les accidens les plus graves. D'ailleurs, ajoute-t-il, l'auteur de cet instrument est bréveté, et ce serait un prospectus que l'Académie mettrait à sa disposition.

Ces remarques sont appuyées par MM. Bégin, Double, Velpeau, Lagneau.

Le rapport et les conclusions de M. Capuron sont mis aux voix et rejetés à *l'unanimité*.

— *M. Bégin* lit un rapport sur un bandage herniaire présenté à l'Académie par M. Tellier. Cet appareil n'offre aucun avantage sur quelques-uns de ceux que l'on possède; cependant il est des cas exceptionnels dans lesquels il peut avoir son utilité. (Adopté.)

— *M. Gimelle* lit un rappprt sur un nouvel appareil pour les fractures des membres inférieurs, présenté à l'Académie par M. Vergne. Cet appareil ne remplit aucune indication nouvelle. Remercîmens à l'auteur; déposer son travail dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

— *M. Leroy-d'Etiolles* lit un mémoire sur les fistules vésico-vaginales. Chacun sait, dit-il, combien ces fistules sont rebelles aux efforts de la chirurgie; les causes de nos insuccès sont, la largeur de la perforation, le raccourcissement de la vessie, le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, l'action délétère de l'urine qui détruit les adhérences à mesure qu'elles se forment.

Beaucoup de petites fistules guérissent spontanément : quand elles sont un peu plus larges, la cautérisation aide à leur occlusion; le cautère actuel est préférable; mais la manière dont on l'emploie est vicieuse. Le gonflement des lèvres de la fistule les rapproche et suspend souvent pendant quelques jours l'écoulement de l'urine. Mais les parties qui se touchent sont frappées de mort et ne peuvent s'unir; et lorsque les escarrhes se détachent, le gonflement cesse et les lèvres s'écartent.

Pour agir plus rationnellement, M. Leroy-d'Etiolles fait deux applications distinctes du cautère : l'une préliminaire, qu'il nomme *approximative*, a pour but de plisser le vagin et de tenir les bords de la fistule en contact d'une manière permanente; l'autre, qu'il nomme *adhésive*, avive les portions de lèvres qui se touchent. Des plaques ou des *spéculums* fenêtrés, imaginés par M. Leroy-d'Etiolles, donnent le moyen de faire d'une manière régulière cette cautérisation approximative.

Pour les fistules plus larges, la cautérisation est insuffisante; il faut avoir recours à d'autres moyens. Pour obvier aux deux causes les plus puissantes d'insuccès, *le peu d'épaisseur de la cloison* et *le contact délétère de l'urine*, M. Leroy-d'Etiolles a imaginé de soulever la cloison et d'accoler dans la plus grande étendue possible, non les bords minces de la fistule, mais les surfaces du vagin largement avivées. Plusieurs instrumens propres à produire ce soulèvement et cet accollement par de larges surfaces sont placés sous les yeux de l'Académie; mais pour que ce procédé puisse être mis à exécution, il faut que la fistule existe au centre de la cloison. Si l'une des lèvres manque, il ne présente plus de chances : dans ce cas, M. Leroy-d'Etiolles a imaginé d'employer le col de l'utérus comme obturateur, après l'avoir avivé ainsi que le pourtour de la fistule; l'application inefficace qu'il a faite de ce procédé, à Beaujon en 1835, ne l'empêche pas de fonder sur lui des espérances.

Pour les très larges perforations, l'autoplastie ou anaplastie semble le seul moyen d'obturation. Le procédé de M. Jobert a échoué presque toujours, par la mortification des lambeaux longs et minces pris sur la grande lèvre ou la cuisse. L'anaplastie en arcade, proposée par M. Velpeau, semble tellement difficile à exécuter qu'elle peut être considérée comme une simple spéculation. A ces procédés, M. Leroy-d'Etiolles propose d'en substituer un qui consiste à prendre le lambeau sur la paroi postérieure du vagin au moyen d'une incision au-dessous de la fourchette de la vulve, pénétrant dans l'espace cellulaire intermédiaire au commencement du vagin et du rectum, et s'arrêtant au point où l'union devient plus intime entre les deux parois pour former la cloison vagino-rectale, précisément au point où commence l'incision de M. Velpeau. On obtient ainsi un lambeau court, large, épais, qui, en se retournant, vient s'appliquer sur la fistule par sa surface saignante.

Enfin, il y a des cas trop nombreux contre lesquels viennent échouer toutes les méthodes de traitement. Pour cet cas, M. Leroy-d'Etiolles indique un mode de tamponnement du vagin avec une feuille de caoutchouc et du caoutchouc en pâte, substance élastique et inaltérable, exempte des inconvéniens qui jusqu'à ce jour avaient rendu le tamponnement permanent presque impossible. Quant à l'obturation du vagin suivant le procédé de M. Vidal, M. Leroy-d'Etiolles ne s'en montre pas partisan, ou du moins il ne l'admettrait que comme méthode extrême et exceptionnelle.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mars 1842. — Présidence de M. Poncelet.

Les travaux de cette séance ont été complétement étrangers à la médecine.

Polype remplissant l'oreillette gauche du cœur.

M. le professeur Dubreuil a présenté à la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier un cœur très remarquable sous le rapport de l'anatomie pathologique. Une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de poule est contenue dans l'oreillette gauche; elle est élastique à la pression, recouverte de l'endocarde; elle s'implante par un pédicule court en haut de la face postérieure de l'oreillette, se dirige vers la partie inférieure et vient tomber sur l'orifice auriculo-ventriculaire. Le ventricule de ce côté est hypertrophié.

M. le docteur Bauza, de Palma (île de Majorque), qui a adressé cette pièce, l'a accompagnée d'une note, malheureusement insuffisante, des symptômes offerts par la malade sur le cadavre de laquelle elle a été enlevée.

Cette pièce rappelle qu'il en existe une autre déposée au conservatoire de la Faculté de Montpellier par le même professeur, M. Dubreuil, et qui ne diffère de celle dont il s'agit ici qu'en un seul point, c'est que la tumeur polypeuse occupe l'oreillette droite.

(La Clinique, février 1842.)

M. le docteur Devergie aîné est mort avant-hier, à la suite d'une maladie chronique.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 19 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 34. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Hématurie sans aucun signe de lésion des organes génito-urinaires, causée par l'excès de boissons fortes. Considérations sur les différentes sortes d'hématuries et leur traitement.

Un homme âgé de quarante-deux ans, chaudronnier, d'une constitution forte et athlétique, habituellement adonné à la boisson du vin et des liqueurs fortes, est entré à l'hôpital pour y réclamer des soins contre un pissement de sang survenu spontanément, sans cause appréciable. Il s'agit d'une hématurie spontanée dont le point de départ n'est pas bien déterminé. Le sang vient-il de l'urètre, de la vessie ou du rein ?

Cet homme dit n'avoir jamais rendu de gravier ; il est, par conséquent, peu probable qu'il existe chez lui des calculs, soit dans la vessie, soit dans les reins. La présence de calculs dans un de ces organes se révèlerait par des signes particuliers qui n'ont point été observés chez ce malade. Il n'a jamais eu de douleurs lombaires, de sentiment de pesanteur dans le bassin; il n'a jamais éprouvé de la difficulté ni de la douleur en urinant, ni ressenti de prurit et de sensibilité aux parties génitales. D'ailleurs, en avouant les fréquens excès de boissons auxquels il s'est livré, cet homme met sur la voie de la cause probable de sa maladie actuelle. Il n'est pas rare, en effet, de voir cet accident survenir à la suite d'excès de table, et surtout des excès de boissons. L'hématurie peut naître aussi de l'abus des boissons diurétiques chaudes, telles qu'une décoction de scille ou de digitale. D'autres fois elle est produite par des purgatifs drastiques qui agissent énergiquement sur le tube digestif en même temps que sur l'appareil urinaire. Les vomissemens trop prolongés peuvent aussi donner lieu à un pissement de sang. Les excès dans les plaisirs vénériens, l'onanisme exercé avec passion, lui donnent souvent naissance. Il peut encore survenir à la suite d'exercices violens, d'une marche forcée à pied ou à cheval, surtout chez les personnes qui portent des calculs vésicaux. Aussi les chirurgiens militaires l'observent-ils souvent chez les cavaliers à la suite de longues marches. La température chaude y prédispose beaucoup. On l'a observé souvent chez des individus qui avaient fait des exercices forcés dans les pays chauds, tandis que les mêmes exercices ne leur avaient jamais occasionné un pareil accident dans les pays du nord.

Les armées françaises qui, pendant les guerres de la république et de l'empire, firent campagne dans les pays méridionaux, en Egypte, en Espagne, en Italie, en ont présenté beaucoup d'exemples, surtout dans la cavalerie.

Mais ce ne sont là, pour la plupart, que tout autant de conditions ou de causes occasionnelles qui, pour donner lieu à cet accident, supposent le plus souvent certaines conditions organiques prédisposantes, ou l'existence de lésions plus ou moins graves des organes génito-urinaires, qui sont à elles seules la source la plus commune des hématuries.

Parmi ces dernières, celle qui incontestablement donne le plus souvent lieu à l'hématurie, c'est la présence des calculs dans une des parties de l'appareil urinaire. Vingt-neuf fois sur trente, environ, l'hématurie est due à la présence des calculs, soit dans la vessie, soit dans les reins et dans le canal de l'urètre.

Toutes les maladies de la vessie et des reins peuvent aussi produire l'hématurie. Ainsi, la néphrite et le cancer du rein, la cystite, les affections squirrheuses ou cancéreuses de la vessie, les varices des veines qui forment le plexus veineux du col vésical, les polypes qui occupent le bas-fond ou le col de la vessie, donnent souvent lieu au pissement de sang. On l'a vu quelquefois être déterminé par la présence de vers dans la vessie ou dans le canal de l'urètre ; on voit, dans ce cas là, un petit écoulement sanguin précéder l'expulsion des vers.

L'hématurie s'observe à tous les âges; elle est cependant plus spécialement propre à la vieillesse ; c'est en effet l'âge où l'on rencontre le plus fréquemment l'affection calculeuse, qui, comme nous venons de le dire, est la cause la plus commune de l'hématurie. il n'est pas rare non plus de voir l'hématurie chez les très jeunes enfans. Boerrhaave a noté que chez certains enfans les vêtemens trop serrés pouvaient produire quelquefois le pissement de sang.

Cet accident s'observe chez les femmes à la suite de la suppression des règles. Dans ce cas, le pissement de sang remplace l'écoulement menstruel. On voit des femmes qui sont réglées de cette manière tous les mois, comme il y en a dont la menstruation se fait par le nez, par les oreilles ou par la bouche : ce sont de véritables hémorrhagies métastatiques supplémentaires de l'écoulement menstruel. Chez les individus sujets aux hémorrhoïdes, et chez lesquels le flux hémorrhoïdal habituel a cessé, on voit survenir aussi quelquefois une exhalation sanguine par les voies urinaires, que l'on peut regarder également comme supplémentaire de l'écoulement supprimé. On a quelquefois, enfin, observé l'hématurie d'une manière régulière et périodique ; ainsi, on a vu des hématuries périodiques se rattacher à une fièvre d'accès revenant tous les deux ou trois jours.

La marche de ces hématuries varie naturellement selon les causes qui les produisent. Quand elle est accidentelle, causée par un excès de fatigue, un exercice violent à cheval, l'abus des plaisirs vénériens, etc., elle cesse facilement en éloignant ces causes.

L'hématurie présente encore des variétés à considérer relativement à son siége. C'est principalement dans le rein et dans la vessie qu'il faut en chercher la source, mais pourtant l'écoulement sanguin peut naître quelquefois uniquement et directement de l'urètre ; il se manifeste alors des symptômes tout particuliers: ainsi le sang sort pur avant l'émission de l'urine, d'autres fois il se prend en caillot dans le canal même, et il sort ensuite sous la forme d'un petit ver allongé.

Quand l'hématurie a son siége dans la vessie, elle est communément liée à la présence d'un ou de plusieurs calculs dans cet organe ; on a alors tous les signes de l'affection calculeuse, ainsi que nous l'avons déjà dit ; elle se montre ordinairement, dans ce cas, à la suite de quelques exercices violens, de longues marches, d'un excès de fatigue. On est plus embarrassé pour en déterminer la cause véritable lorsqu'elle est produite par l'existence de varices vésicales, car le diagnostic de ces varices est lui-même assez difficile. Dans ces deux derniers cas, le sang est le plus souvent mêlé aux urines qui revêtent une couleur foncée. Les malades peuvent ne pas souffrir en urinant, tandis que l'excrétion de l'urine est toujours douloureuse dans l'hématurie urétrale. Quand enfin le siége de l'hématurie est dans les reins, s'il n'y a pas eu de graviers précédemment rendus, le diagnostic est encore difficile ; tandis qu'il ne présenterait pas de difficulté dans le cas contraire. — Cependant la présence de calculs dans les reins donne lieu à des douleurs caractéristiques dans la région rénale, douleurs qui s'irradient quelquefois du rein vers la vessie, le long des uretères. Le signe diagnostique que l'on déduirait de l'aspect et de la nature du liquide excrété peut offrir quelques doutes au premier abord et induire en erreur, car il y a une fausse hématurie, c'est-à-dire une urine de couleur foncée, produite par la présence de la rhubarbe, de la garance ou d'autres substances qui ont la propriété de colorier l'urine ainsi que divers autres tissus et humeurs de l'économie en jaune, en rouge foncé simulant la couleur du sang ; mais on reconnaîtra facilement la présence de ces substances dans l'urine en soumettant ce liquide à l'ébullition. Si l'urine contenait réellement du sang, on verrait s'y former des caillots sanguins ; tandis que dans l'hypothèse contraire, l'urine pourrait bien se troubler par l'ébullition, mais non se coaguler.

FEUILLETON.

RAPPORT A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE; par M. le docteur Henry ROGER, médecin du Bureau central des Hôpitaux.

(Suite du numéro 31.)

Médecine militaire.

La médecine militaire, dans l'empire autrichien, est distincte de la médecine civile : elle a ses écoles, ou, pour parler avec plus de rigueur. son école spéciale à Vienne uniquement ; c'est le *Josephinum Institut*. L'instruction y est gratuite : en outre, dans chacune des cinq classes de chirurgie, il y a un nombre illimité d'élèves qui sont logés et nourris sans rétribution, et dans les classes pour le doctorat en médecine et en chirurgie, il y a trente élèves auxquels on accorde une indemnité de 23 florins par mois.

Quant aux études, bien que faites par des professeurs particuliers, elles sont les mêmes que celles de l'université : elles sont divisées pareillement en cinq années, et terminées par des examens partiels et par un examen général rigoureux.

Dans l'armée, voici la hiérarchie du service :

1° Le médecin supérieur l'*Oberstfeldarzt*, qui est conseiller aulique et reçoit 4,000 florins ;

2° Le *Stabsarzt* : il y en a douze, un pour chaque gouvernement militaire ; il a 800 florins d'appointemens ;

3° Le *Regimentzarzt*, aux honoraires de 600 florins ;

4° L'*Oberarzt* ou médecin de bataillon, qui a une solde de 200 florins;

(Les aspirans à l'un de ces quatre grades sont tenus d'avoir le titre de docteurs en médecine et en chirurgie, ainsi que ceux de maîtres en oculistique et en accouchemens (1).

5° L'*Unterarzt* ou médecin de compagnie, qui est payé 168 florins. Il est tenu d'avoir le diplôme de *magisterium* ou de patronat de chirurgie. Quelquefois, au lieu d'un diplôme on se contente d'un certificat après examen passé devant un jury spécial, à l'Académie Joséphine de Vienne : puis, plus tard, l'*Unterarzt* peut revenir dans la capitale, après un temps illimité, pour continuer ses études et obtenir ses degrés de patron, de maître ou de docteur.

6° Enfin les *Feldarztliche Gehilfe* ou aides de chirurgie, qui reçoivent une solde de 168 florins, et qui ensuite peuvent, en poursuivant leurs études, monter en grade.

Les médecins militaires sont engagés pour un certain nombre d'années : ceux qui, dans leurs études pour le doctorat, ont reçu l'indemnité mensuelle de 23 florins, doivent servir quatorze ans ; ceux qui ont étudié à leurs frais, soit comme docteurs, soit comme maîtres ou patrons de chirurgie, ne sont tenus qu'à un service de huit années. Tant qu'ils sont sous les drapeaux, ils ont le droit d'exercer la médecine dans la ville où ils sont en garnison, et dans les limites qui leur sont tracées par leur titre même. Quand ils ont obtenu leur retraite, ils peuvent tous (excepté les aides de chirurgie) pratiquer dans tout l'empire, en se renfermant dans leur sphère spéciale ; et pour rentrer ainsi dans la pratique civile, ils ne sont astreints ni à aucune formalité nouvelle, ni à aucune condition pécuniaire, sauf à Vienne où le droit d'exercice leur coûte 208 florins comme à tous les autres docteurs.

(1) L'exigence du diplôme d'accoucheur, qui peut paraître singulière pour un médecin militaire, est dans la prévision de l'avenir lorsque les chirurgiens rentreront dans la pratique civile.

ORGANISATION DE LA MÉDECINE DANS LE DUCHÉ DE HESSE-DARMSTADT.

Il n'y a dans le duché de Hesse-Darmstadt qu'un seul et même titre pour le doctorat en médecine ; en chirurgie et en obstétrique ; mais il existe une classe de médecins de second ordre, sous le nom de *Wundartze*.

Médecine civile. — 1° *Docteurs en médecine et en chirurgie.*

Pour être immatriculé à l'université, il faut apporter un certificat de maturité, délivré par le docteur du gymnase à la fin des études. Si l'on n'a pas fait son éducation dans l'un des quatre gymnases, Darmstadt, Budingen, Giessen, Mayence, on doit justifier de son instruction première devant une commission qui vous examine et vous accorde ensuite le certificat exigé.

Il n'y a de cours de médecine que dans une seule université, celle de Giessen : les élèves sont forcés d'y rester deux ans au moins, en prenant une inscription à chaque semestre ! les études médicales ne sont pas terminées dans ce court espace de temps ; on les continue et on les complète dans une université allemande ou dans une faculté étrangère. Si l'on fait son éducation complète à Giessen, on doit fréquenter les cliniques de l'hôpital pendant une année au moins, et, ordinairement, pendant deux : la première, comme simple auditeur ; et, la seconde, comme observateur actif, chargé de suivre l'histoire et le traitement de plusieurs malades. L'élève n'est astreint à aucun ordre dans les cours obligatoires ; il est libre de commencer à son gré, par ceux de la dernière comme par ceux de la première année ; seulement, lorsqu'il veut passer l'examen qui précède l'admission au doctorat, il doit réunir une masse de certificats attestant qu'il a suivi les cours de mathématiques, d'histoire naturelle, de logique, de psychologie ; des sciences accessoires, chimie, botanique, physique ; des sciences médicales proprement dites, thérapeutique, médecine et chirurgie, pathologie générale, anatomie théorique et pratique, physiologie, accouchemens, médecine légale, clinique de pathologie interne et externe, d'opérations et d'oculistique. Si l'on a fréquenté des facultés étrangères, on doit apporter des certificats d'assiduité aux cours que l'on a omis à Giessen ; ce qui n'empêche point chaque professeur d'interroger sur ces sciences apprises à l'étranger, et de forcer à suivre ses propres cours celui qui ne répond point d'une manière satisfaisante.

L'examen se compose d'une épreuve orale et de plusieurs questions écrites ; il dure plusieurs semaines (au moins cinq), et embrasse toutes les matières de l'enseignement médical. Le candidat, renfermé dans la chambre du professeur, a jusqu'à douze heures pour rédiger autant de compositions qu'il y a de divisions dans l'enseignement. Quant à l'examen oral. il dure de cinq à huit heures, et il est fait par six professeurs.

Après cette double épreuve, on est tenu de faire imprimer une dissertation en latin ou en allemand sur un sujet de médecine, et d'y joindre quelques propositions. Le candidat est argumenté sur cette thèse, pendant trois heures, par des professeurs de l'école et aussi par des médecins de la ville. On peut être dispensé par le ministre de l'épreuve de la thèse, si l'on met en avant quelques raisons plus ou moins valables, telles qu'un excès de timidité naturelle, ou une santé trop délicate pour affronter les fatigues de l'argumentation. Les aspirans aux chaires ne sauraient, bien entendu, obtenir cette dispense. Il est également dans les attributions du ministre d'autoriser à passer l'examen ceux qui, sans être restés les deux années prescrites à Giessen, justifient d'études faites dans les universités étrangères.

La première inscription de médecine se paye 8 florins ; les autres sont gratuites. Les élèves doivent des honoraires aux professeurs pour chaque cours ; pour un cours à trois leçons par semaine, ils payent 6 florins ; à quatre leçons, 9 florins ; pour des leçons quotidiennes, 12 florins. Les cours qui sont plus spécialement pratiques coûtent davantage : celui de dissection, 15 florins ; ceux de clinique, 12 florins ; ceux de chimie, 18 florins. L'examen et la thèse reviennent à 275 florins.

Du moment où l'on a obtenu son diplôme, on a le droit d'exercer dans tout le duché, et de pratiquer la médecine, la chirurge et l'obstétrique dans toute leur étendue ; mais les aspirans aux emplois médicaux publics, c'est-à-dire aux physicats, devront subir, devant le collége médical du gouvernement, un nouvel examen sur la médecine

Le pronostic de cette affection n'est pas toujours sans gravité; quelques malades ont succombé à l'abondance de l'hémorrhagie, lorsque tous les moyens employés contre elle n'ont pu parvenir à l'arrêter; elle peut aussi entraîner la mort d'une manière indirecte et consécutive en donnant lieu à la production d'une hydropisie générale, ou à un affaiblissement tel que le malade tombe dans un état de consomption; enfin, lorsqu'elle est symptomatique d'une affection organique incurable, elle emporte le malade en même temps que la maladie principale use l'organisme.

Quand l'hématurie est accidentelle, le pronostic est généralement beaucoup moins grave; elle cesse presque toujours en éloignant la cause qui l'a produite accidentellement. Ainsi, en la supposant produite comme dans le cas actuel, par un excès de boissons excitantes, alcooliques, ou par un exercice violent, on l'arrêtera avec la tempérance et le repos; et si, au contraire, elle a pour cause une altération organique, le pronostic est très grave, et même ordinairement funeste. Les hématuries accompagnant les fièvres éruptives, la variole, la scarlatine, etc., sont presque toujours mortelles, d'après l'autorité de Sydenham. Il en est de même pour celles qui accompagnent la fièvre jaune, le typhus.

Quant au traitement, il importe peu de connaître le siége dans le plus grand nombre de cas. Il faut autant que possible remonter à la cause. Ainsi, l'hématurie est-elle produite par la présence d'un calcul qui irrite mécaniquement les parois et le bas-fond de la vessie; l'indication est évidente, il faut extraire le corps étranger. On agirait de même dans le cas où ce serait un polype qui entretiendrait cet écoulement sanguin. Si l'on reconnaît l'existence de graviers dans les reins, on tâchera d'en obtenir la dissolution par l'usage de boissons appropriées, alcalines, savonneuses; par les bains, la diète végétale, etc. Quand l'hématurie est essentielle, c'est souvent le tempérament pléthorique qui l'a produite; ainsi on l'observe chez les individus vigoureux, sanguins, offrant tous les caractères de la pléthore. Il faut alors saigner une ou plusieurs fois, administrer les boissons adoucissantes, les bains, et un régime rafraîchissant. A l'aide de ce traitement, on fait disparaître l'état pléthorique, et avec lui l'hémorrhagie symptômatique. Si, au contraire, elle accompagne un état de faiblesse véritable, comme on le voit dans le scorbut, à la suite de la masturbation ou de l'abus des plaisirs vénériens, il faut relever les forces par le repos, par une nourriture succulente et tonique. Si enfin la cause est une lésion organique, les secours de l'art seront le plus souvent peu efficaces, et on ne parviendra tout au plus qu'à pallier ce symptôme. L'hématurie que nous avons appelée métastatique réclame le traitement propre à rétablir la menstruation dérangée ou les écoulemens habituels supprimés. On applique à cet effet des sangsues aux cuisses, des ventouses, des douches ascendantes et tous les moyens aptes à rappeler l'écoulement menstruel. Des moyens analogues devront être employés si elle dépend d'une suppression de flux hémorrhoïdal périodique. Il peut arriver enfin que l'hématurie se présente avec des caractères alarmans par l'abondance de l'écoulement sanguin. Alors, quelle qu'en soit la cause, la première et la plus pressante indication à remplir, c'est d'arrêter la perte de sang par tous les moyens appropriés. On aura recours, dans ce cas, aux astringens, aux bains froids, aux boissons froides et acidulées; on emploiera le tannin et l'acide tannique, et l'application de la glace sur la région hypogastrique, quitte à s'occuper de la cause morbide après qu'on aura rempli cette indication urgente; car le malade pourrait bientôt perdre la vie avec son sang.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Première observation. — *Ictère* (colibémie, altération du sang par la bile); *guérison à l'aide des purgatifs et des boissons à haute dose.*

La percussion plessimétrique nous a permis de constater l'hypertrophie du foie (5 à 7 centimètres dans le diamètre vertical, 4 à 5 dans le diamètre horizontal), la tuméfaction de la vésicule du fiel distendue par la bile. La forme et la position de ces deux organes sont dessinées avec le plus grand soin par le nitrate d'argent, le son jécoral, le son propre à la vésicule biliaire, sont parfaitement distincts; l'urine, la sclérotique, la sueur, la peau sont colorées en jaune, le fecès est jaune-verdâtre. On remarque que, comme l'a du reste indiqué déjà M. Piorry, les mucosités bronchiques présentent cette coloration jaunâtre à un certain degré, les objets extérieurs perçus par la vision présentent aussi cette coloration ictérique.

Purgatifs par la bouche et le rectum pour provoquer les évacuations de la bile, et débarrasser le conduit cholédoque. Selles nombreuses douze ou quinze fois le premier jour; les urines traitées par l'acide nitrique laissent déposer en abondance un fluide verdâtre analogue au principe colorant de la bile. Le fécès présente des caractères analogues. — Mensuration plessimétrique, diminution évidente du volume de l'organe. — Purgations nouvelles, évacuations abondantes par le vomissement et les selles. — Le foie, que l'on percute de nouveau, paraît revenu à son état normal, la vésicule a diminué; on entend le bruit hydrociérique, que M. Tarral a contesté à M. Piorry; plusieurs élèves le retrouvent à la percussion. Ce bruit est dû au retour de la vésicule sur elle-même et au peu de résistance de ses parois distendues jadis par la bile.

Le malade est guéri: seulement pour faire disparaître la coloration jaune de la peau et du sang, M. Piorry le soumet aux boissons à hautes doses, cinq à six litres de tisane d'orge par jour.

Les nº 1 et 7 de la salle Saint-Raphael, 4 salle Sainte-Geneviève, nous ont présenté des exemples d'une guérison prompte et radicale.

Réflexions. Ainsi, la percussion plessimétrique a donc permis dans cette circonstance:

1° De constater les causes organiques de la colihémie;

2° De *mesurer* l'effet des médicamens employés;

3° De reconnaître le volume de la vésicule du fiel malgré l'épaisseur considérable du foie placé entre la vésicule et les parois;

4° D'avoir pu fonder des indications thérapeutiques sur l'état des voies biliaires, et parmi ces indications, celle de friction sur le fond de la vésicule;

5° Enfin, le succès rapide obtenu dans ce cas à l'aide du traitement indiqué.

Deuxième observation. — *Néphrite calculeuse* (lithonéphropathie, souffrance du rein par suite de calculs) *traitée avec succès par le bi-carbonate de soude et les boissons à haute dose.*

Un malade, couché au nº 2 de la salle Saint-Raphaël, a éprouvé depuis son enfance des douleurs de reins et des parties lombaires. Il a rendu quelquefois des calculs en urinant. M. Piorry remarque que la douleur accusée par le malade n'augmente pas lorsqu'on presse la masse commune au sacro-lombaire et au grand dorsal, mais qu'on l'éveille en palpant profondément sur le flanc du côté malade, qu'elle correspond seulement au lieu où la percussion plessimétrique indique le rein dont on limite le volume avec une grande facilité. Ces signes, dit-il, et surtout la présence de graviers dans l'urine, indiquent une lithonéphrite (souffrance des reins par suite de calculs).

Bi-carbonate de soude (1,502 grammes par jour).

Cette médication a réussi à M. Piorry toutes les fois que les calculs étaient formés d'acide urique. Les calculs rendus par le malade n'ayant pas été examinés et pouvant être réfractaires à l'action du bi-carbonate, M. Piorry administre en même temps les boissons à haute dose, les lavemens souvent répétés, les bains prolongés trois ou quatre heures par jour, dans le but d'augmenter la quantité d'urine, diviser les matières salines; prévenir la formation nouvelle des graviers, entraîner dans l'urètre et enfin au dehors les parcelles calculeuses contenues dans le rein.

M. Piorry cite à ce sujet un exemple de guérison d'une lithonéphrite à l'aide des boissons à haute dose; et pourtant ici il s'agissait d'un calcul d'oxalate de chaux analysé par M. Caventou. Le malade, officier de marine, souffrait d'une manière intolérable: il fut rapidement guéri par les boissons à haute dose, les bains, la diète végétale.

Deux jours après (14 février) le malade éprouve un bien-être notable. Continuation des mêmes moyens.

Le 18, il se plaint de ressentir des douleurs vives près des uretères. M. Piorry espère que le calcul se déplace.

Le 22, le malade ne souffre plus dans la région des reins.

Réflexions. 1° La percussion du rein ici a été nécessaire; elle a montré le siége de l'organe malade, elle a montré de plus qu'il n'y avait pas d'hypertrophie;

2° Les boissons à haute dose ont été très utiles parce qu'elles ont prévenu et fait disparaître la douleur; enfin, dans un cas même elles ont réussi à faire cesser les accidens, bien qu'il se fût agi d'un calcul d'oxalate de chaux, calcul qui résistait à tous les moyens thérapeutiques pris dans la chimie.

Troisième observation. — *Colique saturnine* (dysenteronervie saturnine, trouble dans l'action nerveuse de l'intestin par suite de l'action du plomb); *guérie par les purgatifs et les boissons à haute dose.*

L...., âgé de quarante-un ans, est couché au nº 9 de la salle Saint-Raphael. Employé à la fabrique du blanc de céruse de Clichy, il était exposé aux émanations de cette substance. Il a éprouvé une première fois tous les symptômes de l'intoxication saturnine. Conduit à l'hôpital de Beaujon, il y fut rapidement soulagé et guéri; il avait même repris des occupations analogues à la première, lorsque, il a deux jours (12 janvier), il ressentit de nouveaux symptômes, perdit connaissance et tomba. Ce fut dans cet état qu'on l'apporta à l'hôpital. Cet état d'anencephalonervie (cessation de l'action cérébrale) dura une demi-heure.

Interrogé plus tard, le malade n'a plus conservé de souvenir de son état; il accuse des douleurs intestinales aiguës — rétraction des parois et des muscles abdominaux — besoin constamment inutile d'aller à la selle; douleurs encéphaliques, amaurose incomplète, anervie, mycloputhie partielles (cessation de l'action des nerfs et des muscles). Il présente une salivation analogue à la salivation mercurielle.

La percussion plessimétrique révèle une scorenterectasie (accumulation de matières dans l'intestin) conséquence de la dysenteronervie (coliques saturnines). — Eau de Sedlitz, lavemens purgatifs. — Évacuations alvines abondantes. Le poison qui n'a pas encore été entraîné dans le torrent de la circulation a dû être rejeté au-dehors. — Limonades nitriques à hautes doses. M. Piorry, par ce moyen, atténue et prévient les effets toxiques du poison absorbé, de plus, ce médicament s'unissant à l'oxyde de plomb solide, forme avec lui un sel soluble qui est nécessairement entraîné plus facilement hors

---

pratique, la chirurgie, l'obstétrique, l'art vétérinaire et la médecine légale.

Bien que le nombre des médecins soit illimité, une ordonnance ministérielle ne peut faire admètre à la pratique les médecins étrangers, s'ils n'ont subi l'examen pour le doctorat.

2° *Chirurgiens.*

Indépendamment des docteurs en médecine et en chirurgie, il y a des *chirurgiens* inférieurs (Wundarzte). L'aspirant au grade de chirurgien doit être pourvu d'un certificat de maturité. Ses études durent trois ans, et se font à Giessen; elles embrassent les mêmes matières que les cours pour le doctorat, moins la clinique médicale. L'examen est beaucoup plus facile, la durée en est moindre, et les questions écrites sont traitées avec moins d'extension. L'épreuve orale est terminée en deux heuces, et il n'y a point de thèse.

Les frais de la première inscription et des cours sont les mêmes que pour les docteurs, mais l'examen est moins cher de 120 florins environ.

Les chirurgiens ont le droit d'exercer partout; mais ils doivent se borner exclusivement à la pratique de la chirurgie et des accouchemens. Le traitement des maladies internes leur est interdit; s'ils ont à traiter une affection médicale, dans un cas d'urgence, ils doivent en prévenir aussitôt le médecin du physicat le plus voisin, sous la surveillance immédiate duquel ils sont placés. Les amendes, la prison et le retrait du droit d'exercice sont les peines réservées à l'infraction des réglemens. Du reste, l'inégalité dans les droits de la pratique pour ces chirurgiens étant très grande, tandis que les différences, soit dans les études, soit dans les frais d'instruction, sont peu considérables, on conçoit que le nombre de Wundarzte soit assez restreint. Leur proportion avec les docteurs n'est guère que de 6 à 10 pour cent.

On trouve encore, dans le duché de Hesse-Darmstadt, des barbiers, mais ils n'ont, à proprement parler, aucun droit de pratique: les uns, qui n'ont fait aucune étude, remplissent les derniers offices de la petite chirurgie; les autres ont subi une espèce d'examen sur l'anatomie de la saignée auprès du *physicus*, et il leur est permis de s'élever jusqu'à l'opération de la phlébotomie.

Médecine militaire.

La médecine militaire n'est point distincte de la médecine civile, en ce sens, que les conditions de l'une et de l'autre sont exactement les mêmes. Pour avoir un grade dans le service de santé de l'armée, il faut être docteur en médecine et en chirurgie. Le titre de *general Stasarzt* (médecin général de l'état-major) est le plus élevé; puis viennent ceux de médecin en chef, de sur-médecin (*Oberarzt*), de sous-médecin (*Anterarzt*) militaire, et enfin celui d'*Accessitt*. Tous ceux des quatre premières classes reçoivent une solde assez forte; en outre, ils ont le droit d'exercice dans les villes où ils sont en garnison; quand ils quittent le service, ce qu'ils peuvent faire dès qu'ils le veulent, ils rentrent dans tous les droits de la pratique civile.

ORGANISATION DE LA MÉDECINE DANS LE HANOVRE.

Il y a en Hanovre 1° des docteurs en médecine et en chirurgie; 2° des chirurgiens de deuxième classe ou aides de chirugie.

Les premiers font leurs études à Gœttingue ou dans toute autre université allemande; les seconds étudient à Hanovre.

Le nombre des médecins est limité, ainsi qu'en Bavière; mais il est assez considérable pour suffire aux besoins de la population; de telle sorte que les aides de chirurgie, qui, aux termes de la loi, sont tout à fait subordonnés aux médecins, restent toujours dans leur position et dans leur rôle inférieurs. Ils doivent légalement se circonscrire dans l'exercice de la petite chirurgie, et les médecins de première classe sont toujours trop rapprochés pour que les aides aient souvent occasion de dépasser le cercle de leurs attributions légales.

ORGANISATION DE LA MÉDECINE DANS LES VILLES DE FRANCFORT, HAMBOURG, BRÊME ET LUBECK.

Dans ces quatre villes, les titres de docteur en médecine et de docteur en chirurgie sont tantôt séparés et tantôt réunis. On y trouve encore des médecins inférieurs nommés *Wundarzte*. Pour avoir le droit d'exercer la médecine dans ces cités, on peut apporter un diplôme d'une université quelconque, allemande, anglaise, française, espagnole, etc.; seulement, il faut passer un examen sur la médecine ou sur la chirurgie, ou sur les deux sciences, si l'on veut pratiquer spécialement la médecine ou la chirurgie, ou les deux à la fois. C'est ce dernier cas qui se présente le plus souvent.

Les chirurgiens étudient et passent leur examen dans des écoles secondaires qui existent dans ces villes. La loi les circonscrit dans la pratique exclusive de la petite chirurgie.

ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN PRUSSE.

La loi reconnaît en Prusse:

1° Des docteurs en médecine et en chirurgie;

2° Des chirurgiens de première classe;

3° Des chirurgiens de deuxième classe.

Médecine civile. — 1° *Docteurs en médecine et en chirurgie.*

Le candidat au grade de docteur doit, avant de prendre sa première inscription, exhiber l'*absolutorium* ou certificat des humanités et des études philosophiques.

Les études médicales doivent être faites dans l'une des cinq universités prussiennes (Berlin, Kœnigsberg, Greifswalde, Halle, Bonn); mais on n'est pas tenu de les continuer et de les achever toutes dans la même université.

Elles sont divisées en huit semestres; en voici le plan:

Première année. — Histoire de la médecine et bibliographie, botanique, anatomie, physique médicale, zoologie, minéralogie, chimie, dissections.

Deuxième année. — Physiologie, anatomie comparée, matière médicale et pharmacologie, excursions botaniques, pathologie générale, thérapeutique générale, pharmacie, dissections.

Troisième année. — Pathologie interne spéciale, thérapeutique spéciale, art de formuler, hygiène, chirurgie générale, anatomie, pathologie, séméiologie, chirurgie spéciale, obstétrique.

Quatrième année. — Médecine légale, police médicale, clinique de chirurgie, de médecine, d'oculistique, d'accouchement, art vétérinaire

Après avoir suivi les cours dans l'ordre qu'on préfère, on apporte le *testimonium frequentationis*, et on subit deux examens rigoureux sur toutes les matières de l'enseignement. Une partie de ces examens se fait en latin, de même que plusieurs des cours indiqués plus haut; les examinateurs se montrent d'ailleurs très faciles sur la réception des candidats.

Les inscriptions sont gratuites, mais les cours (qui durent un semestre) sont assez coûteux par leur multiplicité: pour chacun d'eux, à quatre leçons par semaine, chaque étudiant paie environ 20 fr., et le prix de ceux qui sont quotidiens s'élève à 40 fr. L'examen, y compris la thèse (dont l'impression n'excède point ordinairement deux à trois feuilles), coûte à peu près 500 fr.

Le choix du sujet pour la dissertation inaugurale appartient à l'élève, qui peut l'écrire dans les langues latine ou allemande. La thèse doit être soutenue par le récipiendaire contre plusieurs argumentateurs, de même que dans les universités autrichiennes.

Avec toutes ces épreuves, on a gagné le diplôme de docteur en médecine et en chirurgie; mais on n'a pas acquis le droit de pratiquer. Pour obtenir la faculté d'exercer, il faut avoir fréquenté assidûment un hôpital pendant un an, ou avoir suivi la pratique particulière d'un médecin distingué, ou enfin exhiber des certificats de fréquentation dans les hôpitaux étrangers. On est admis alors à passer le *staats examen*, après avoir préalablement traité au moins deux malades à l'hôpital sous la direction d'un des professeurs de la faculté. On se présente pour cet examen d'état, qui est gratuit, devant une commission composée de professeurs de la faculté et de médecins des hôpitaux

de l'économie.

Ici M. Piorry n'a pas craint de blâmer l'emploi des limonades sulfuriques qui, formant avec le plomb un sel insoluble, s'opposent en quelque sorte aux effets que l'on veut produire.

Le malade sort guéri dix jours après.

Réflexions. Ainsi les purgatifs et les boissons nitriques à haute dose ont donc eu un succès aussi légitime que rapide, légitime en ce que ce premier médicament (les purgatifs) était indiqué par la présence de matières dans l'intestin, fait que nous avait révélé la percussion plessimétrique.

Quatrième observation. — *Emphysème pulmonaire et asphyxie par écume bronchique* (aeropneumonectasie et anhémotosie par écume bronchique); *traitées avec succès par le tartrate antimonié de potasse.*

Depuis deux mois, M. Piorry a eu dans son service de nombreux malades (vingt au moins) atteints d'aeropneumonectasie (emphysème pulmonaire) présentant tous les degrés des symptômes de cette affection. Etat violacé de la peau, sonoréité exagérée du poumon, élasticité marquée, grand volume de l'organe, râle sibilant dans l'expiration, qui est prolongée, tandis que l'inspiration est courte et non bruyante; crachats de diverses natures, toux sèche et souvent quinteuse, dyspnée et même ortophnée; la dyspnée a quelquefois provoqué des dilatations extrêmes du cœur à droite. — Tartrate antimonié de potasse depuis 0,15 jusqu'à 0,40 centigrammes dans des potions aqueuses. Vésicatoire volant lorsque le liquide contenu dans les bronches était trop considérable.

Le bien-être était notable dès le lendemain. M. Piorry ne prétend pas avoir remédié à tous les phénomènes morbides; mais il y a eu diminution dans la dilatation des cavités du cœur. La respiration et l'expiration sont devenues plus aisées. L'effet du médicament était en raison directe des évacuations. Il n'a occasionné aucun accident du côté du tube digestif.

Réflexions. Ce médicament a réussi dans tous les cas où il a été employé, aussi est-il, aux yeux de M. Piorry, préférable aux moyens dont l'effet est moins constant, moins positif. C'est au contre-stimulisme qu'il faut demander raison de l'effet en quelque sorte héroïque de ce médicament? mais il n'y a pas eu tolérance de la part des intestins, mais le bien-être a été en raison du plus grand nombre de selles? Aussi serait-il peut-être rationnel de croire que l'évacuation de l'intestin est faite aux dépens des principes propres du mucus contenus dans le sang, que, partant, il se dépose une moins grande quantité de mucosités dans les voies de l'air. — Lorsque des cardiopathies, hypercardiotrophies ou caridectasis (hypertrophie et dilatation du cœur) viennent compliquer l'état pathologique de l'aeropneumonectasie, on peut encore employer le tartre antimonié de potasse, en ayant soin de prévenir les vomissemens. — L'utilité de ce médicament nous a encore été démontrée dans la bronchite; combiné aux saignées il nous a produit les résultats les plus satisfaisans.

E. AUMERLE.

HOPITAUX ANGLAIS.

Amputation du bras pratiquée avec succès dans un cas de gangrène traumatique non limitée; par M. TOOGOOD, chirurgien à l'infirmerie de Bridgewater.

Charles Puck, domestique, âgé de vingt quatre ans, a été blessé d'un coup de feu à la main. La plaie avait porté dans la paume de la main, et s'étendait à 80 millimètres (3 pouces) au-dessus du poignet. Un chirurgien l'a pansé et lui a prescrit des applications froides et le repos. Le lendemain le blessé a été transporté à l'infirmerie. A l'examen on trouve une double plaie à lambeau à l'entrée et à la sortie du projectile; le membre est un peu enflé; les ongles sont noirâtres; la constitution est peu altérée. On applique un cataplasme émollient; le lendemain le membre est dans le même état; le soir cependant il est plus gonflé et un peu chaud. Sangsues, fomentations émollientes.

Le surlendemain la douleur devient très intense, puis le membre se gangrène jusqu'au coude; la mortification fait des progrès et gagne la partie supérieure du bras, au point qu'il y a à peine de la place pour l'amputer dans l'article. Aucun signe de limitation de la gangrène n'existe. M. Toogood convoque ses confrères de l'hôpital en consultation, et se hâte d'abattre le membre, qu'il scie dans le moignon, quoique les chairs fussent déjà emphysématenses sur ce point. Le malade n'a perdu que très peu de sang, et il s'est senti soulagé quelques heures après. Les suites ont été heureuses.

(*Provinc. med. and surg. journ.*, 26 févr. 1842.)

Cas d'amaurose guérie à l'aide de la myotomie; par M. James ADAMS.

Marie Engling, âgée de quinze ans, petite stature, bonne constitution, était bien portante habituellement, à des céphalalgies près.

Le 11 octobre 1841, ses yeux offraient l'état suivant: le gauche paraît plus petit que l'autre; la cornée présente une tache, conséquence d'une ulcération; un gros vaisseau et trois petits passent de la conjonctive sclérotidale sur la cornée, et se terminent dans la tache. La conjonctive sclérotidale est rouge sur plusieurs points, surtout en haut, où l'on voit quelques vaisseaux sanguins distendus. La conjonctive palpébrale est d'un rouge obscur et villeuse; les bords tarsiens sont rouges, encroûtés de mucus et presque dépourvus de cils; la malade est fort incommodée par le larmoiement et l'intolérance de la lumière; la position et les mouvemens des yeux sont naturels; la convergence est très prononcée, mais égale; l'abduction est complète des deux côtés; la vue dans la lecture est très imparfaite, ainsi qu'à l'ouvrage à l'aiguille: la malade ne peut lire plus d'un quart d'heure sans devenir aussitôt aveugle. Ce n'est que quelques heures après qu'elle est en état de se servir de nouveau de ses yeux. Après quelques instans de lecture, les lettres lui semblent s'entre-mêler, danser, s'obscurcir et se perdre dans un brouillard; sa vue devient d'ailleurs de plus en plus courte. Lorsqu'on ferme un œil, la malade déclare que les objets lui paraissent couverts d'un brouillard plus épais que lorsqu'elle regarde avec les deux yeux à la fois. Elle se plaint de douleurs constantes au front, aux tempes, aux sourcils et dans les globes oculaires, surtout le matin et le soir et après l'exercice des yeux ou de tout le corps. A la lumière artificielle, elle ne voit à lire que les gros caractères.

Le commémoratif a appris que dans son enfance la malade avait attrapé froid aux yeux, ce qui lui avait causé une blépharite chronique qui l'a fait souffrir long-temps: cet état s'est reproduit plusieurs fois depuis. Sa vue cependant n'a commencé à s'affecter que depuis deux ans; depuis lors le mal avait été toujours progressif.

19 novembre. Vu l'état très irritable de l'œil gauche, la condition vasculaire de la conjonctive et l'opacité de la cornée, j'ai différé l'opération, et j'ai traité d'abord l'état de vascularité de la tache. On l'avait déjà traitée sans succès à l'aide de remèdes mercuriaux, purgatifs, altérans, d'évacuations sanguines locales, de contre-irritans. Je me suis contenté d'appliquer le caustique lunaire sur les troncs vasculaires, ce qui a déterminé leur atrophie, et par suite la disparition de l'opacité cornéale; la tache elle-même a beaucoup diminué, ainsi que le larmoiement et la photophobie; les yeux sont beaucoup moins irritables.

Le 22, j'ai divisé le muscle droit interne de l'œil gauche, et je l'ai disséqué des tissus sous-jacens. Le résultat immédiat de cette opération a été la divergence de l'œil.

Le 24, l'œil droit est placé au centre de la cornée; le gauche est légèrement strabique en dehors; la vue est confuse à chaque œil, mais celle de l'œil gauche est plus claire qu'avant l'opération. On tient l'œil droit fermé avec une bande.

Le 27, position des yeux *ut suprà*; la vue de l'œil gauche est améliorée. Expériences comparatives qui prouvent cette assertion. Plus de céphalalgie ni de douleur aux sourcils ni dans les yeux. La vue n'est pas double.

Le 7 décembre, la position et la saillie des yeux sont naturelles et parfaitement égales tant que les organes restent immobiles; les mouvemens cependant offrent du désaccord, mais la vue s'est beaucoup améliorée. Suivent d'autres détails. L'auteur paraît très satisfait du résultat de son opération. (*Ib.*)

Cas remarquable d'hypertrophie des glandes mésentériques; par M. BENFIELD.

Un enfant est venu au monde bien portant; sa santé a été florissante jusqu'à l'âge d'un an. A cette époque il a été sevré, et la dentition s'est accomplie presque sans accidens. Bientôt après cependant l'enfant a commencé à s'éveiller souvent subitement, et à jeter un cri violent à chaque réveil, soit dans le jour, soit dans la nuit, ce qui faisait présumer qu'il était réveillé par de la douleur; sa santé cependant a continué à être bonne jusqu'au mois d'octobre dernier. Alors la mère s'est aperçue pour la première fois d'une tumeur dure sur le côté droit de l'abdomen de l'enfant. A l'examen, cette tumeur a paru solide, mais mobile, occupant le côté droit de l'abdomen et offrant le volume d'un melon, indolente au toucher, mais douloureuse lorsqu'on la remuait contre les viscères voisins. Cette tumeur a fait des progrès, mais la santé de l'enfant n'a point été altérée, si ce n'est que l'organisme a perdu de son embonpoint. Par la suite, l'appétit est devenu vorace, et lorsque l'estomac était distendu par des alimens, il pressait contre la tumeur et rendait les mouvemens du diaphragme gênés, ainsi que la respiration. Plus tard, l'appétit a diminué, la maigreur et la dyspnée ont augmenté, et l'enfant a fini par succomber. Jusqu'à la mort cependant la vessie et les intestins ont bien fonctionné; de sorte que la mort n'a paru dépendre que de la gêne de la respiration par suite de l'action mécanique de la tumeur.

A l'autopsie, on trouve que la tumeur occupe tout le mésentère et s'étend depuis le diaphragme jusqu'au pelvis; elle est dure, lobulée et pèse trois à quatre kylos (7 à 8 livres). La structure résulte d'un nombre infini de glandes mésentériques hypertrophiées. Chaque glande est renfermée dans un kyste; sa surface est blanche, l'intérieur d'un rouge brun traversé par de nombreux vaisseaux. Les reins sont hypertrophiés et granuleux; l'uretère gauche très élargi; le péritoine renferme une petite quantité de sérum; les autres organes sont sains. (*Ibid.*)

Abcès profond à la mamelle simulant les symptômes d'une affection cancéreuse; par M. JOHNSON.

Une femme se plaignait de douleur à la mamelle gauche; croyait avoir un cancer. Plusieurs chirurgiens qui l'ont examinée lui ont dit qu'elle avait une tumeur de nature suspecte, et qui pouvait acquérir un caractère sérieux. La santé générale était assez mauvaise; maigreur, aspect cachexique propre aux affections squirrheuses; les règles étaient régulières. En examinant attentivement la mamelle, on trouve qu'elle est grosse, dure et noueuse; le palpement y produit peu de douleur, mais la malade se plaint de douleurs lancinantes qui passent à travers la glande; le mamelon n'est pas rétracté; on y sent une fluctuation obscure et profonde. On prescrit une application de sangsues et quelques purgatifs.

Trois semaines après, la tumeur paraît augmenter légèrement; elle est plus sensible au toucher; la fluctuation est un peu plus distincte, mais toujours obscure et profonde.

M. Johnson diagnostique un abcès profond; il plonge une aiguille à gouttière à travers le sein, puis une lancette, et il donne issue à une quantité considérable de pus. L'abcès paraît formé dans le tissu cellulaire qui existe entre la mamelle et le muscle pectoral. On introduit une mèche dans la plaie. Consécutivement cette ouverture est devenue fistuleuse, et elle est restée ainsi pendant plusieurs mois, mais elle a fini par s'oblitérer sous l'influence du traitement interne.

L'auteur rappelle que dans un cas pareil, soigné par sir Benjamin Brodie et sir A. Cooper, la nature du mal ayant été méconnue on a amputé la mamelle. (*Ibid.*)

— Les abcès sous-mammaires ne sont pas fréquens il est vrai, mais ils sont assez bien connus; Boyer et d'autres en ont parlé avec assez de détails. Il faut convenir néanmoins que le diagnostic peut en imposer quelquefois comme dans les deux cas précédens; c'est lorsque la suppuration suit une marche lente et chronique. Nous avons vu Dupuytren lui-même amputer un de ces abcès pour une tumeur squirrheuse, quoique son siége ne fût pas bien profond. La ponction exploratrice est donc d'un grand secours dans les cas douteux de cette espèce.

Quant à la fistule qui suit l'ouverture de ces collections profondes du sein, c'est encore là une chose connue. On propose communément l'usage d'un séton passé à la base du foyer pour guérir la fistule, mais Boyer et d'autres se sont mieux trouvés de la compression méthodique. Ce moyen a aussi réussi entre nos mains une fois.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES.

Séance du 25 janvier 1842. — Présidence de M. WILLIAMS.

Tubercules dans le cerveau des enfans. — M. Hennis Green lit un travail intitulé: Coup-d'œil sur trente cas de tubercules observés dans

---

ou de la ville. L'interrogatoire porte sur les mêmes matières que dans les examens rigoureux. L'examen doit être passé à Berlin, ou, par exception, si l'on fait valoir des raisons de santé ou de fortune, dans une des provinces du royaume.

Avec l'*absolutorium*, le *Practischerarzt* (médecin praticien) a désormais la faculté d'exercer dans tout le royaume et sans s'interdire aucune des branches de son art. Toutefois, pour être employé comme *physicus public*, il reste encore un dernier examen à subir, l'examen du *physicat*, qui roule spécialement sur la police médicale, la médecine légale, l'hygiène publique, l'inspection des pharmacies et des boutiques d'herboriste, et enfin sur tout ce qui concerne le service de santé.

2° Chirurgiens de première classe.

Dispensé des études philosophiques l'aspirant au titre de chirurgien de première classe étudie dans une de ces écoles royales qui sont très nombreuses en Prusse (Breslaw, Magdebourg, etc.): l'enseignement dure trois années; il porte sur les mêmes sciences que celui des docteurs, mais il est plus élémentaire.

Les inscriptions et les cours sont gratuits; l'examen seul coûte 225 fr.

Cet examen, passé à l'école même, et qui est fort peu sévère, suffit pour obtenir le diplôme, sans qu'une autre épreuve soit nécessaire.

Ce diplôme confère au chirurgien de première classe la faculté d'exercer seulement dans les campagnes et dans les villes dont la population ne dépasse pas 4,000 âmes. Dans ces mêmes limites, il peut, comme les docteurs, prétendre aux emplois publics médicaux; aucune partie du domaine médical ne lui est d'ailleurs interdite.

3° Chirurgiens de deuxième classe.

Les élèves de cette 2e catégorie suivent les mêmes écoles que ceux de la première; ils font les mêmes études pendant deux années seulement; ils n'ont d'autres frais à payer que 200 francs environ pour l'examen: la même commission, devant laquelle ils se présentent alors, les interroge en même temps sur les élémens de la langue latine.

Ils peuvent pratiquer à la campagne et même dans les villes; mais, dans ce cas, ils sont subordonnés à un docteur ou à un chirurgien de première classe de la localité. La petite chirurgie leur est seule permise; et s'ils veulent faire la médecine, ce ne peut être que sous les ordres d'un médecin. Une infraction à ces règlemens est sévèrement punie par des amendes, la prison et la privation de la permission du droit d'exercer. Dans les campagnes où ils sont seuls, leur pratique n'est aucunement limitée. Dans les villes, leur nombre ne peut dépasser un certain chiffre proportionnel à la population. La loi ne les force point d'acheter une officine; mais le plus souvent ils ont boutique, et ils exercent alors simultanément les professions de barbier et de chirurgien.

Médecine militaire.

Les emplois de la médecine militaire sont très bien rétribués en Prusse, et, en conséquence, ils sont très recherchés; mais, pour y arriver, il faut passer par l'institut de Frédéric-Guillaume, auquel on se présente avec son titre déjà acquis soit de docteur, soit de chirurgien de première ou de deuxième classe. Dans cet institut, on peut également commencer et achever ses études, y compris même celle de phylosophie. On y compte soixante-douze élèves, divisés en huit sections, dont chacune est sous la direction d'un médecin militaire. Les élèves ont le logement, la nourriture, l'instruction gratis; ils reçoivent même une légère indemnité; ils n'ont à payer que les frais d'examen.

Les cours sont les même que pour le doctorat en médecine et en chirurgie; et, après des épreuves semblables, on obtient le diplôme. On est placé alors, pendant un an, à l'hôpital civil de la Charité (l'établissement hospitalier le plus considérable de Berlin); on y remplit les fonctions d'interne, passant tour à deux mois dans les différentes divisions de chirurgie, d'accouchemens, d'obstétrique, de médecine, etc. Au bout de cette année, on est nommé chirurgien de compagnie ou d'escadron. Après avoir passé trois ans dans ce service, on tâche d'être envoyé à Berlin, ou d'y venir par congé, pour y subir le *staats examen*; et l'on est alors, si on le désire, admis à la pratique civile; mais il est plus avantageux d'entrer à l'hôpital à la Charité comme médecin en chef, *Stabs arzt*. Un sur neuf arrive à ce poste de faveur; là, on fait encore le service dans les différentes divisions jusqu'à ce qu'une place de médecin de régiment vienne à vaquer; et c'est alors le plus ancien *Stabs arzt* qui est nommé. Ceux qui n'ont pu obtenir cette position dans l'hôpital retournent à l'armée comme médecins de bataillon. En général ils doivent servir huit ans; mais presque toujours ils obtiennent de rentrer plus tôt dans la pratique civile, avec des droits égaux à ceux des docteurs en médecine et en chirurgie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— Hier, nous avons vu, dans les services de chirurgie de l'hôpital de la Charité, plusieurs instrumens dorés d'après le procédé de M. de Ruolz. Ces instrumens étaient présentés par M. Charrière, et ce fabricant affirmait avoir fait des expériences de tous genres sur le cadavre, sans que la dorure et le tranchant de l'instrument en aient subi la moindre atteinte. Nous reviendrons prochainement sur ce sujet; bornons-nous à dire pour le moment que ces instrumens ont un aspect qui simule complétement l'aspect de l'or, et que désormais les chirurgiens pourront dorer solidement leur trousse à peu de frais.

le cerveau de jeunes sujets. Les sujets disséqués par M. Grenn étaient âgés de quatorze mois à douze ans, dont quatorze garçons et seize filles. Dans quatre cas, aucun symptôme cérébral n'avait existé durant la vie; dans deux, des maux de tête périodiques; dans deux, surdité et écoulement purulent par les oreilles. Dans les autres cas, les symptômes ont été les suivans : céphalalgie, vomissemens, amaurose, convulsions, paralysie, faiblesse d'intelligence; la durée de cet état a été d'un mois à trois ans. Neuf sont morts d'hydrocéphalie aiguë, quelques-uns avec des symptômes de ramollissement; le reste, de consomption, de petite-vérole, etc. Le nombre, le volume et le lieu des masses tuberculeuses ont varié considérablement. Tel est le résumé succinct présenté par l'auteur, comme avant-coureur d'un travail complet qu'il se propose de lire prochainement.

M. Williams fait remarquer que l'auteur s'est trompé en disant qu'aucun auteur n'avait parlé de l'affection tuberculeuse du cerveau. MM. Addisson et Hilton étaient dans l'habitude de chercher constamment à Guy's hospital, les tubercules dans le cerveau et dans les méninges des enfans qui y succombaient avec ou sans hydrocéphale. Il y avait des cas dans lesquels les tubercules étaient parfaitement diagnostiqués durant la vie et constatés après la mort.

M. Green répond que dans les cas qu'il a disséqués, les tubercules du cerveau étaient indépendans de l'hydrocéphale; dans neuf cas seulement, le mal s'est terminé avec des symptômes semblables à ceux de l'hydrocéphale. L'objet de ce travail a été de faire voir de combien de manières différentes les tubercules cérébraux peuvent manifester leurs effets; les faits ne sont pas nouveaux assurément, mais les conclusions sont propres à l'auteur. Il existe en France plusieurs thèses publiées sur les tubercules cérébraux; mais on ne trouve rien dans les ouvrages anglais concernant la même maladie chez l'enfant.

M. Bainbridge rappelle un cas remarquable de tubercules observés dans le cerveau d'un enfant de neuf ans, et qui a été communiqué à la société pathologique. Dans ce cas, la circonstance la plus curieuse a été la paralysie dans le côté même de la tumeur. L'auteur n'a pu alors expliquer cette anomalie; il pense maintenant que la paralysie dépendait de l'épanchement, non de la tumeur.

M. Mac twain demande l'ajournement de la discussion pour l'époque où l'auteur aura lu son travail en entier. (Adopté.)

Luxation spontanée des vertèbres cervicales. — M. Spry adresse, par l'intermédiaire de M. Coulson, une observation intitulée : Cas de luxation spontanée et d'ankylose de la première et de la seconde vertèbre cervicale. »

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, cordonnier, vigoureux, de petite stature, ayant eu le cou toujours raide depuis son enfance; il a toujours porté la tête inclinée sur l'épaule gauche, et ne la remuait qu'avec le tronc. Le commémoratif a appris qu'à l'âge de neuf ans, il avait éprouvé un mal obscur à la gorge et au cou, et que pendant longtemps ensuite il ne pouvait tourner la tête qu'avec de grandes précautions. Sa mort a eu lieu de la manière suivante : il a bu toute la journée, et vers le soir il a posé sa tête sur la table du marchand de bière, et s'est endormi. Il est resté dans cet état pendant une heure, lorsque, en se réveillant subitement, il a fait un effort pour se relever, s'est débattu autour de la chambre, et est tombé sans proférer un seul mot, une seule plainte.

A l'autopsie, on a trouvé : Cerveau excessivement gorgé de sang veineux; petit coagulum à la partie inférieure et externe du lobe moyen du côté droit; l'atlas et la vertèbre odontoïde sont fortement ankylosées ensemble, un léger déplacement avait eu lieu précédemment. La mensuration du canal rachidien a donné les résultats suivans :

D'un côté à l'autre,	0,9 de pouce.
D'avant en arrière, à la partie la plus large,	0,3
D'avant en arrière, à l'endroit le plus étroit,	0,2
De la surface verticale de l'odontoïde à l'atlas,	0,1

Cette terrible luxation, dit l'auteur, a été sans doute occasionnée par l'ulcération du ligament transverse; il est très probable que la vie aurait pu se continuer encore plusieurs années si le malade n'eût pas été adonné à l'intempérance, ce qui a augmenté les dangers par la turgescence musculaire de la moelle.

Une discussion s'engage sur la question de savoir si l'individu est mort d'apoplexie ou par l'écrasement de la moelle allongée.

M. Solly a soutenu la dernière opinion, se basant sur ce que le malade ne serait pas mort subitement s'il eût succombé à une apoplexie par suite de la quantité de sang extravasé; il ne se serait d'ailleurs pas levé et n'aurait pas marché immédiatement avant la mort.

MM. Harvins, Arnott, etc., soutiennent l'opinion contraire. L'ankylose des vertèbres était telle, que, selon eux, le déplacement subit n'a pu avoir lieu pour écraser la moelle. L'apoplexie, justifiée par l'autopsie, peut suffisamment rendre compte de la mort.

La nature de la maladie qui a précédé la luxation et l'ankylose a ensuite occupé l'assemblée. M. Arnott dit que cette maladie est parfaitement connue aujourd'hui : elle s'observe particulièrement chez les enfans; c'est la carie des vertèbres cervicales, conduisant à l'ankylose si la guérison a lieu. M. Lawrence en a publié plusieurs exemples dans les Transactions de la Société. Rust l'avait parfaitement décrite.

M. Hawkins se livre à quelques considérations intéressantes sur les maladies de la partie supérieure de la colonne vertébrale; il cite plusieurs cas analogues au précédent.

M. Paget fait observer que dans ce cas comme dans plusieurs autres la compression de la moelle a dû être grande, la maladie s'étant déclarée durant la vie intra-utérine avant le développement de la moelle allongée. Il cite un cas d'ankylose de l'occiput avec l'atlas, qu'il a observé dernièrement, et dans lequel il ne pouvait exister aucun doute sur l'origine congénitale de la maladie.

M. Addison pense que l'histoire du fait de M. Spry prouve que la maladie n'était pas congénitale; il la regarde comme consécutive à une affection rhumatismale.

M. Bransby Cooper considère la luxation de l'apophyse odontoïde comme secondaire; en origine la maladie existait dans l'articulation atloïdo-occipitale, laquelle est devenue fixe; les autres distorsions ont eu lieu graduellement dans les efforts de la nature, pour compenser la perte des mouvemens de la tête. Il cite un cas de M. Cline dans lequel la tête est tombée en avant, et l'homme est mort subitement au moment où il voulait se baisser; dans ce cas, le ligament transverse était détruit petit à petit, et a fini par se rompre au moment où le patient voulait baisser sa tête. Quelque chose de pareil est arrivée chez le sujet de M. Spry.

M. Hawkins parle de quelques cas qu'on appelle mal à propos luxations spontanées des vertèbres cervicales, et qu'on attribue particulièrement aux mouvemens circulaires et spontanés de la tête. Dans deux cas, il a observé tous les signes qu'on décrit communément; mais tous les deux ont été bien par le traitement antiphlogistique et le repos, et sans aucune tentative de réduction forcée. Il croit qu'il n'existe aucun cas publié dans lequel ce genre de luxation spontanée ait été vérifiée par l'autopsie.

MM. B. Cooper et Arnott rappellent un cas de ce genre décrit par Boyer, et dans lequel on a trouvé à l'autopsie une luxation incomplète.

(*Dublin med. Press.*, 16 février 1842.)

REVUE THERAPEUTIQUE.

Nouveau moyen de déterminer l'azote contenu dans les substances organiques.

D'après MM. F. Warrentrop et H. Will, toute combinaison azotée dans laquelle l'azote se trouve seulement à l'état nitrique est susceptible d'éprouver, par l'action de l'hydrate de potasse et d'une température suffisamment élevée, une décomposition telle que le résultat final de ce traitement donne pour produit la totalité de l'azote sous forme d'ammoniaque, qu'il est facile de neutraliser au moyen d'un acide et de précipiter ensuite à l'état de chloro-platinate d'ammoniaque. On peut alors, en soumettant ce dernier sel à des pesées bien exactes et en faisant un simple calcul de proportion, se rendre compte de la quantité bien précise de l'azote qui s'y trouve contenu, azote qui n'est autre que celui de la substance analysée. De nombreuses expériences, entreprises par les chimistes nommés plus haut, ont prouvé la justesse de cette proposition. (*Annalen der Chemie und Pharm.*, t. XXXIX, p. 257.)

Onguent anti-hémorrhoïdal.

Pr.	Extrait de semences de stramoine,	5 grammes.
	Extrait de jusquiame,	5 id.
	Onguent populéum,	70 id.

M. et. F. S. A. un onguent parfaitement homogène.

Cet onguent, proposé par M. le docteur Righini, ne doit point être considéré comme un moyen curatif des hémorrhoïdes; mais, lorsque ces dernières s'accompagnent de très vives douleurs, il agit sur elles comme calmant; c'est donc en réalité un palliatif qui s'adresse à l'un des symptômes, plutôt qu'à l'affection considérée en elle-même.

Pour l'employer, on en prend quantité suffisante pour frictionner très légèrement les tumeurs hémorrhoïdales, et on répète cette application trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, suivant le besoin.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Ce concours a été ouvert hier jeudi. Le jury est constitué de la manière suivante :

Pour la Faculté : MM. Jules Cloquet, président; Blandin, Breschet, Cruveilhier, Gerdy, Marjolin, Moreau, Velpeau. Suppléans, MM. Bouillaud et Piorry.

Pour l'Académie de Médecine : MM. Gimelle, secrétaire; Bégin, Jobert, Réveillé-Parise. Suppléant, M. Villeneuve.

Les concurrens sont : MM. Aug. Bérard, Boyer (Philippe), Chassaignac, Chrétien (de Montpellier), Huguier, Laugier, Malgaigne, Robert, Thierry, Vidal (de Cassis).

Deux candidats de mérite se sont retirés, M. Michon et M. Lenoir. La retraite de M. Michon est motivée sur un état maladif réel, mais qui, nous l'espérons, cédera au repos et à l'air de la campagne que ce candidat doit aller respirer. M. Lenoir dit modestement qu'il avait trop présumé de ses forces en s'inscrivant; un concours antérieur qui n'a pas duré moins de cinq mois ne lui aurait laissé ni assez de santé ni assez de liberté d'esprit pour s'engager dans la lutte qui va s'ouvrir. Il y a là-dessous un mystère que nous pourrons peut-être éclaircir.

Lundi 21, le jury s'assemblera à dix heures pour faire choix des questions pour l'épreuve par écrit. Ces questions seront déposées dans l'urne, et à onze heures un des candidats tirera au sort celle qui devra être traitée. Six heures seront données pour cette composition. Le lendemain, mardi, à quatre heures, les lectures commenceront dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Cette première épreuve ne se trouvait pas dans le dernier concours de clinique chirurgicale. Des personnes qui se disent bien informées pensent qu'il y a en là une arrière-pensée. Quoi qu'il en soit, nous nous bornerons à dire, pour le moment, que l'importance de cette épreuve dépendra de la nature de la question que le jury posera.

— M. le professeur Dumas a été nommé doyen de la faculté des sciences en remplacement de M. Biot, qui a donné sa démission pour cause de santé.

— M. EDOUARD ROBIN ouvrira, le 21 mars, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90, un Cours de chimie théorique et pratique. Ce Cours sera commencé à trois heures. Lorsque le Cours de chimie spéciale sera terminé, le professeur déduira, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie aux sciences, aux arts et à l'industrie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
Bureaux d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11-13.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Erysipèle de la face envahissant tout le cuir chevelu, accompagné de symptômes cérébraux très graves et d'une grande prostration. Diathèse érysipélateuse. Imminence de répercussion et d'épanchement intra crânien. Guérison.

Il y a une quinzaine de jours qu'une jeune fille, infirmière de l'Hôtel-Dieu, entra dans le service de M. Chomel après une chute qu'elle avait faite, et à la suite de laquelle elle éprouvait des douleurs dans les parois de la poitrine et de la tête. Après un examen minutieux, n'ayant découvert aucune fracture ni luxation, soit des côtes ou de tout autre partie, on s'était borné à tenir la malade au repos et au régime. Elle allait déjà assez bien, lorsqu'il y a quelques jours, sans aucune cause appréciable, cette fille fut prise de violens frissons pendant la nuit, frissons qui furent suivis de chaleur et de mal de tête. En portant la main à son cou, la malade y découvrit de petites tumeurs résultant de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, ce qu'elle avait remarqué déjà les jours précédens. Il faut noter aussi qu'elle avait éprouvé déjà depuis quelques jours, mais à un degré beaucoup moins prononcé, ces frissons et cette chaleur fébrile vers la chute du jour.

Hier, on a remarqué que le côté gauche de la face était rouge, gonflé, et présentait tous les caractères de l'érysipèle; le côté droit commençait à se prendre aussi; le cuir chevelu était un peu douloureux dans toute la région frontale et temporale gauche; la fièvre était vive, la langue sèche et recouverte d'un enduit jaunâtre, la bouche amère.

Hier au soir, l'état de la malade s'est encore aggravé, elle a eu du délire pendant lequel elle a fait des tentatives pour sortir de son lit; elle a fait des rêves effrayans : elle a cru voir des personnes s'approcher d'elle pour la tuer.

Aujourd'hui (19 février), la rougeur et la tuméfaction érysipélateuse occupent les deux côtés de la face à peu près également, et le cuir chevelu en est complètement envahi; la pression du doigt sur cette partie est douloureuse, le gonflement du visage est tel que les yeux sont presque entièrement cachés. Le pouls est toujours fréquent, la langue offre le même état. On donne à cette malade un purgatif huileux, un lavement laxatif et des boissons acidulées; elle est mise à la diète. On prescrit une large saignée pour le matin, et une seconde qui devra être pratiquée le soir si les phénomènes généraux ne s'amendent pas.

Le 21, les symptômes extérieurs de l'érysipèle semblent diminuer, la face est moins rouge et moins enflée, elle a une couleur d'un violet pâle; le gonflement persiste toujours dans le cuir chevelu, qui est douloureux au toucher; le pouls est moins fréquent et un peu faible; il existe une prostration, un abattement extraordinaire; la malade parle avec peine et se plaint beaucoup; elle n'a pas dormi et continue à révasser; elle a eu de la diarrhée.

Le 22, même état de la face qu'hier, mais l'érysipèle semble avoir gagné la partie postérieure du cuir chevelu où le toucher provoque de la douleur; le pouls est faible et donne 80 pulsations. Depuis hier la malade n'a pas eu de délire, mais elle a été tourmentée par des rêvasseries accompagnées de terreur; la vue est encore bonne, mais très susceptible; la malade ne peut pas fixer les objets extérieurs; la respiration est fréquente, et nullement en proportion avec la lenteur et la faiblesse du pouls. On prescrit l'application d'un large vésicatoire à la nuque et au cou, et des sinapismes promenés sur les membres inférieurs. La malade ayant continué à aller comme hier, huit ou dix fois à la selle, on suspend tout moyen qui pourrait agir sur le canal intestinal. On donne des boissons légèrement aromatiques.

Le 24, l'état de la malade semble un peu plus rassurant. Le pouls est moins fréquent, les douleurs de tête sont plus supportables, la pression sur le cuir chevelu semble moins douloureuse, le dévoiement a cessé; mais il existe toujours un grand accablement. L'intelligence est très affaiblie.

Le 26. Le mieux se soutient; la figure est pâle. La desquamation de l'érysipèle se fait partout à la face. La langue est humide. Pas de coliques ni de dévoiement. La malade se plaint moins de la tête; seulement la région occipitale est encore un peu douloureuse à la pression. Les réponses aux questions qu'on lui adresse sont lentes, mais justes. Le pouls est faible, et bat 72 pulsations par minute. Il n'y a plus eu de ces rêvasseries qui troublaient son sommeil les jours derniers. Elle ressent l'action des vésicatoires qu'on lui a appliqués; mais il reste toujours un grand affaissement. Potion gommeuse avec extrait de quinquina.

Le 28, même état à peu près, amélioration croissante. La malade demande à manger. Plus de douleurs de tête, sommeil bon, pouls calme et régulier; langue humide et rosée; selles naturelles. L'expression de la figure est bonne et naturelle. On lui donne quelques bouillons.

Le 3 mars, la malade entre en pleine convalescence.

— Il s'agissait ici d'un érysipèle de nature grave, d'autant plus grave qu'il s'était développé après plusieurs jours de frisson et de fièvre. La malade a déjà eu, il y a un an, un érysipèle à la face, qui l'obligea à s'aliter dans ce même hôpital pendant quarante jours; le gonflement de la figure était énorme, au point que les yeux étaient restés entièrement clos pendant plusieurs jours. Elle avait une fièvre très intense avec du délire, et on avait sérieusement craint de la voir succomber. Cette circonstance d'un précédent érysipèle de même nature et d'une aussi grande gravité est d'un mauvais présage pour l'avenir, car elle prouve qu'il existe chez cette personne des conditions organiques spéciales qui la prédisposent à ce genre de maladie. Il y avait ici, en conséquence, indication d'employer un traitement actif pour arrêter le progrès d'une affection aussi grave.

Lorsque le quatrième ou cinquième jour, on a vu cette teinte de la face d'un violet pâle, cette disparition du gonflement qui existait les jours précédens, on eût dit que l'érysipèle allait se dissiper; mais en considérant cet état de prostration générale, cette respiration fréquente, cette difficulté de parler, cet embarras dans l'intelligence; quand on pensait que l'érysipèle n'avait disparu de la face que pour gagner le cuir chevelu, on avait des raisons pour craindre une affection organique interne, et peut-être un épanchement séreux dans l'intérieur du crâne; car cet affaissement général de l'économie semblait tenir à une diminution de l'innervation, et celle-ci dépendre d'un épanchement.

Le pronostic était donc assez grave; mais il n'y avait pas, toutefois, lieu de désespérer tout à fait du salut de la malade. On pouvait encore compter, à raison de son âge, sur les ressources de l'art, et surtout sur celles de la nature; c'est ce que l'événement a justifié.

Aphonie produite par une affection syphilitique du larynx chez un sujet qui n'avait eu d'autre symptôme primitif qu'une blennorrhagie. Traitement mercuriel. Disparition de l'irritation et des douleurs à la gorge. Amendement général. Persistance de l'aphonie. Ulcérations probables de la langue.

Au n° 4 de la salle des hommes, est placé un malade qui présente un grand intérêt. Il est entré à l'hôpital le 16 novembre dernier. Il avait alors une aphonie qui datait d'un mois environ. Ce symptôme nous inspira d'abord quelqu'inquiétude; il nous donnait lieu de craindre qu'il n'existât dans les conduits aériens, et spécialement dans le larynx, des tubercules dont la présence donne lieu, comme l'on sait, à l'extinction de voix. Nous avions d'autant plus de raisons de soupçonner l'existence de cette affection chez ce malade, qu'il toussait, crachait. Cependant, ayant examiné la poitrine par la per-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les démarches, les visites faites pour la place de l'Académie de médecine qui vient d'être obtenue par M. Royer-Collard, ont donné lieu à quelques anecdotes qui sont colportées par les oisifs de notre profession. On parle d'un domino qui aurait continué, au bal de l'Opéra, une intrigue commencée dans un cabinet de consultation. Un honnête immortel qui aurait résisté aux argumens les plus pressans, les plus légitimes et produits à visage découvert, aurait été entraîné par le même individu sous le masque d'un domino rose, le pire des dominos. Mais il paraît que le ton, les manières de la Lorette en verve ont été parfaitement imités. L'immortel avait plus de cinquante ans. Voici qui est plus édifiant et de meilleur goût; le plus musqué des candidats avait déjà éprouvé un échec qu'il attribuait au refus de faire sa visite à un membre influent et peu célèbre qui demeure *rue des Poules;* il avait dit à qui avait voulu l'entendre . *S'il faut passer par la rue des Poules pour arriver à l'Academie, je ne serai jamais académicien.* Cette rue des Poules est près de la rue du Puits-qui-parle; je vous défie de la trouver, même avec cette indication, et cependant elle existe à Paris. L'immortel qui l'habite sachant le propos du candidat, voulut s'en venger en homme d'esprit. Voici comment : Il prend un jour son riflard et se dirige rue de Provence. Il se présente chez le candidat, qui lui demande son nom.— Je suis l'académicien de la rue des Poules; je désire, cette fois, vous éviter un échec qui serait une chute. Sachant que vous avez juré de ne pas venir rue des Poules, je viens recevoir chez vous ma visite. Si nous sommes complétement inconnus l'un à l'autre, je pourrai en accuser ma rue, tandis que vous n'avez pas ce prétexte. Cependant, comme nous ne pouvons devenir collègues dans cet état d'ignorance mutuelle sur nos personnes et sur nos titres à l'immortalité, causons un instant d'iceux. La couversation ne fut pas longue; mais elle fut agréable aux deux confrères, et très profitable au candidat, qui obtint la voix et l'influence de l'académicien de la rue des Poules.

Les visites pour cette même place d'hygiène ont été très nombreuses; il a fallu les faire par des temps affreux : neige, glace, verglas couvraient les sentiers de l'immortalité; il était impossible de les parcourir à pied, et très coûteux de le faire en voiture. Aussi un médecin un peu parcimonieux, et ayant cependant de vrais titres scientifiques, s'est mis à additionner le prix des courses de cabriolets, celui des gants plus ou moins blancs nécessaires aux visites, et trouvant que c'était trop coûteux d'aller à l'immortalité en hiver, il n'a fait aucune démarche, se réservant de se présenter à pied quand une place serait vacante en été.

Le réseau de chemins de fer dont le gouvernement vient de couvrir la France, c'est-à-dire la Chambre, ce vrai filet dans lequel on compte prendre beaucoup de Béotiens politiques, vient de priver la capitale, la Faculté, les hôpitaux d'un de ses professeurs de chirurgie; ce digne citoyen a cru en M. Teste et en ses chemins, et le voilà, au lieu de faire le tracé d'une opération chirurgicale, faisant le tracé, disposant les rails d'un chemin de fer pour son arrondissement. Il a déjà retenu une place dans le premier wagon qui le conduira, dit-on, à l'assemblée nationale où son éloquence, quelque peu brute, sera plus à l'aise que dans une Faculté et dans une Académie.

Voici un fait auquel M. Gibert, secrétaire des moralisateurs, trouvera une moralité.

Un honnête propriétaire d'une maison de Paris, bien habitée, avait des écus en caisse et des douleurs dans la vessie. Son médecin ordinaire s'adjoignit un chirurgien pour dissiper..... les douleurs. Le cathétérisme fut pratiqué; on déclara qu'il existait une pierre dans la vessie du propriétaire. La lithotritie seule pouvait en débarrasser le malade *sans danger, sans douleur*. Le malade fit observer au chirurgien qu'il n'avait pas de pesanteur vers le fondement, point de douleur au bout du gland; il demanda si on ne pourrait pas le guérir avec de la tisane. Ma sonde, dit le chirurgien, m'a dit que vous aviez un calcul, vous en avez un; il faut le briser. D'ailleurs, votre médecin ordinaire, qui est là, vous dira comme moi.— Ce médecin ordinaire fit un signe fortement approbatif. On prit jour pour l'opération. Lundi, première séance, qui fut passablement douloureuse : le malade demanda le résultat. On lui répondit que le résultat était excellent : le tiers au moins de la pierre est brisé. On fit uriner le malade; nul détritus. Le propriétaire qui attendait de voir en morceaux l'ennemi qui le tourmentait depuis si long-temps fut un peu étonné de ne rendre que des urines absolument comme celles qu'il évacuait avant l'opération. Le jeudi, nouvelle séance; nouvelles douleurs; nouvelles recherches pour trouver le détritus; nouvelle déception. Alors le malade veut connaître cette particularité, parce que un sien voisin, qui avait été lithotritié, rendait après chaque séance des fragmens du calcul lesquels, en passant par l'urètre, causaient les plus vives douleurs; il y en avait comme la moitié d'un noyau de cerise. C'est, dit l'opérateur, parce que votre voisin a été opéré par une mauvaise méthode; il a été broyé en gros; moi, je broie en fin, en très fin même; je pulvérise les calculs, je les réduis en une poussière impalpable, invisible. Le propriétaire se mit à regretter la taille qui lui aurait livré en un instant son ennemi qu'il aurait pu toucher, qu'il aurait montré à sa famille, à ses amis. Cependant le chirurgien voyant le goût de son opéré pour la constatation des particules du corps étranger, et s'apercevant bien que la méfiance du propriétaire commençait, promit d'employer, dans la prochaine séance, un procédé un peu moins fin.

Le dimanche donc on broya de nouveau, c'est-à-dire on remua dans a vessie du malade un autre instrument un peu plus volumineux, qui causa quelques douleurs de plus en entrant, mais la sortie des urines ne fut pas plus douloureuse et le malade les trouva aussi claires que les précédentes. Il redemanda alors ce qu'on lui avait promis, c'est-à-dire un produit un peu moins impalpable que ceux des autres séances. L'opérateur prit le vase qui contenait les urines, alla vers une fenêtre assez éloignée du lit et déclara, après une manœuvre, un mur examen, que cette fois-ci on trouverait une poudre. Mais il fallait la laisser déposer. Le propriétaire promit bien d'attendre. Il laissa donc déposer, dessécher cette poudre; il la remit ensuite à un chimiste qui lui assura que ce n'était ni de l'acide urique, ni de l'urate d'ammoniaque, ni aucun oxalate, ni de la cystine, ni de l'oxyde xantique, ni aucun urate, ni aucun phosphate, ni même de la silice; enfin rien de ce qui peut former un calcul vésical.

Le propriétaire a donné mille francs à son opérateur et a conservé les douleurs de la vessie!!

Un professeur d'une faculté autrefois en grand renom fit une opération de taille. Les recherches les plus minutieuses ne purent faire rencontrer le calcul. L'opérateur ne se déconcerta pas; il dit que le lendemain on trouverait le corps étranger dans les pièces d'appareil. Il recommanda bien de ne pas toucher à cet appareil, parce qu'il voulait avoir la première satisfaction au premier pansement. Il trouva, en effet, la pierre, — mais c'était un vrai calcul d'acide urique. Ce procédé me paraît plus fin que celui du lithotriteur.

— Voici encore une lettre (1), elle a une valeur clinique qui lui mériterait une place au haut de vos colonnes, mais l'auteur désire qu'on la fasse figurer dans mon feuilleton.

Monsieur Lyrac,

Voici un fait très-clinique, c'est-à-dire très-vrai; je désire donc qu'il soit inséré dans vos feuilletons, parce que c'est là la place des vérités. C'était en .. .. à ..... Vienne (Autriche), j'étais étudiant de deuxième année, je suivais les visites d'un chirurgien alors très-couru. Je n'arrivais jamais assez tôt pour former le premier rang d'élèves qui entouraient les lits, et j'avais l'habitude d'écrire sous la dictée les symptômes et les résultats thérapeutiques articulés très-haut par le chirurgien. On expérimentait un emplâtre dont je ne vous dirai pas le nom. Il devait fondre toutes les tumeurs blanches. Vous allez voir qu'il avait une propriété bien plus puissante encore. On parle de l'iode qui fait dispa-

(1) Doréuavant je ne recevrai plus celles qui ne seront pas affranchies.

cussion et l'auscultation, nous n'y avons rien trouvé qui pût confirmer ce soupçon ; d'ailleurs ce malade n'a jamais eu d'hémoptysie ; il n'a pas sensiblement maigri.

Or, la phthisie arrivée au degré où elle détermine l'aphonie, serait certainement accompagnée d'un amaigrissement notable. Toujours est-il que l'aphonie, et même la simple raucité de la voix, est déjà nn symptôme suspect, qui se rattache, dans la plus grande majorité des cas, à des ulcérations du larynx de nature ou tuberculeuse, ou syphilitique ; et comme rien ne nous faisait admettre la première de ces affections, nous avons ponctuellement porté notre attention sur la seconde.

Nous avons pensé qu'il existait chez cet homme une syphilis constitutionnelle. En effet, nous avons remarqué sur la poitrine une large cicatrice entourée de croûtes épaisses, que le malade nous dit porter depuis long-temps, et qui offre des caractères éminemment syphilitiques. Interrogé enfin sur les antécédens de ces phénomènes extérieurs, il nous a répondu de manière à nous confirmer dans notre opinion. Il a eu une blennorrhagie à l'âge de dix-huit ans ; il n'a jamais eu, ajoute-t-il, de chancres ni de bubons, ni aucune autre espèce d'accidens syphilitiques ; mais, pour nous, cet accident primitif suffit pour expliquer les phénomènes consécutifs que nous observons.

Très souvent, dans la blennorrhagie syphilitique, il y a une ulcération à l'extrémité du canal de l'urètre, ou une dureté dans nn point de ce canal, ordinairement à la fosse naviculaire, qui suffit pour devenir le point de départ des phénomènes distinctifs. Il est probable que, chez ce malade, il a existé un symptôme analogue.

L'apparition des accidens secondaires semble dû souvent à des circonstances toutes particulières. Voici dans quelles conditions et sous l'influence de quelle cause ces accidens se sont développés chez cet homme.

Il y a un an, comme il était dans la rue, une voiture lui passa sur le corps. A la suite de cet accident, on lui appliqua des sangsues sur la poitrine ; les piqûres de sangsues se transformèrent en autant d'ulcérations à la peau ; ce sont celles dont on retrouve actuellement les traces. Il eut, à la suite de cela, un fort rhume, qui l'obligea à se soigner, et à ce rhume succéda l'aphonie qui existe encore aujourd'hui ; aphonie qui, selon toute probabilité est due à des ulcères siégeant dans le larynx. A son entrée à l'hôpital cet homme avait, en effet, une irritation très vive et très étendue à la gorge et au larynx ; cette irritation s'est dissipée sous la seule influence des frictions mercurielles. Le malade avait du reste bon appétit ; il dormait assez bien et toutes les fonctions se faisaient à peu près comme à l'état sain. Après quelques jours de séjour dans la salle nous l'avons mis à l'usage du sublimé que nous avons porté aujourd'hui à la dose de demi-grain par jour et à l'usage de l'iodure de potassium (six cuillerées par jour dans de la tisane). A la suite de ce traitement son état s'est beaucoup amélioré ; il a repris de l'embonpoint ; les douleurs de gorge ont disparu ; cependant la voix reste toujours rauque et altérée.

Jusqu'à quel point peut-on espérer la guérison de cette maladie ? L'expérience a prouvé que quand l'affection syphilitique a duré pendant un certain temps la guérison radicale est impossible : on peut seulement prétendre à une amélioration plus ou moins prononcée.

Assez souvent dans des cas de syphilis ancienne, comme celle-ci, il existe quelques points de nécrose ou d'ulcération suppurative dans les os ou les cartilages du larynx. L'aphonie qui existe depuis long-temps chez cet homme rend donc très probable l'existence d'une lésion de ce genre. Or, comment remédier à des altérations aussi profondes et aussi cachées que celles-là ? Les sujets affectés de cette maladie et qui sont aphones depuis six ou huit mois succombent tôt ou tard, parce que les parties nécrosées et la suppuration ne pouvant point se faire jour au-dehors, finissent par produire des altérations viscérales profondes, une véritable phthisie aiguë qui conduit les malades au tombeau.

Dans ces cas, par un traitement rationnel tel que celui que nous avons fait subir à ce malade, on arrêtera facilement les progrès de la syphilis elle-même ; mais on ne peut espérer guérir la maladie locale consécutive ; car il y a un obstacle contre lequel on échouera toujours. Chez notre malade l'aphonie ne dure que depuis un mois : grâce à cette circonstance favorable, nous n'avons pas lieu de craindre qu'il existe des altérations organiques bien profondes dans l'organe de la voix. Mais peut-on espérer qu'il recouvre entièrement la voix ; la chose est bien douteuse. Nous pensons que la voix restera toujours rauque et voilée, quoique à un degré moindre qu'elle ne l'était au commencement. On a employé jusqu'ici les pilules de mercure simple ; maintenant, à cause des altérations qu'on a observées dans le larynx, on soumet le malade à l'usage de l'iodure de potassium, dont nous avons déjà fait connaître les bons effets.

HOTEL-DIEU. — M. Récamier.

(Leçon faite par M. Tessier, suppléant.)

Des caractères différentiels de la goutte et du rhumatisme.

A l'occasion d'un malade couché dans les salles de M. Récamier, et affecté de rhumatisme coïncidant avec une maladie du cœur, M. Tessier a tracé à grands traits l'histoire symptômatique, parallèle et différentielle de la goutte et du rhumatisme, que l'on a cherché, dans ces derniers temps, à rattacher à un seul ordre commun, et comme deux maladies identiques.

La confusion que l'on a faite de la goutte et du rhumatisme, dit M. Tessier, a sa cause dans la doctrine qui a dominé long-temps les esprits, et qui compte encore de nos jours de nombreux partisans ; je veux parler de la doctrine de l'excitement. Au point de vue de cette doctrine, cette confusion était inévitable : elle était même rationnelle ; mais il n'en devait pas être de même pour les médecins qui ne se sont point laissé dominer par ces idées.

Pour nous, le rhumatisme et la goutte sont deux maladies essentiellement différentes, et par leurs symptômes, et par leur marche, par leurs caractères anatomiques et par leur terminaison, par l'influence qu'elles exercent sur l'économie et celle qu'elles reçoivent de la part des agens thérapeutiques. Afin de mieux faire saillir ces différences, nous supposons la manifestation des symptômes de ces deux maladies dans des conditions parfaitement analogues ; nous supposerons la goutte et le rhumatisme siégeant tous les deux sur le même point, sur le gros orteil, par exemple, et nous examinerons successivement tout ce qui est relatif à la marche, aux symptômes, aux altérations locales, etc.

Au point de vue seul de la douleur, déjà nous avons à signaler des différences bien tranchées. La douleur de la goutte a une invasion brusque, subite, instantanée ; elle survient presque toujours pendant la nuit, et réveille subitement le malade. Cette douleur est très aiguë et d'un caractère bizarre, faisant éprouver des sensations extrêmement variées, telles que celles qu'on a cherché à exprimer par l'action de tenailles, d'une scie ou de marteau qui s'exercerait sur la partie affectée.

La douleur du rhumatisme ne présente point ces caractères ; elle survient assez souvent, comme celle de la goutte, pendant la nuit, mais son invasion n'est jamais aussi brusque ; la douleur n'est point assez vive pour réveiller le malade. Celui-ci éprouve ordinairement une légère douleur au moment où il pose le pied à terre, et de la difficulté à marcher. Dans la goutte il y a presque toujours une rougeur érysipélateuse de la peau, quelquefois suivie de desquammation, ce qui n'a point lieu dans le rhumatisme, où l'on observe seulement un léger gonflement, avec accumulation d'une petite quantité de sérosité dans l'articulation.

Les différences ne sont pas moins tranchées quant aux lésions anatomiques. Dans un cas (la goutte), il existe des concrétions tophacées autour de l'articulation ; dans l'autre cas (le rhumatisme), on observe les caractères d'une inflammation plus ou moins vive des cartilages articulaires. Si nous continuons cet examen parallèle de l'état local, nous trouverons bien que le siége supposé soit identique, soit le gros orteil que nous avons pris pour exemple, des différences relativement au siége intime de la maladie. Dans le rhumatisme, ce sont, comme nous venons de le dire, les cartilages articulaires qui sont le siége d'une phlogose plus ou moins intense et d'un caractère spécifique. Le rhumatisme persistant et devenant chronique, produit à la longue une hydarthrose et une corrosion des cartilages ; mais on n'observe aucune lésion appréciable dans les tissus voisins, si ce n'est seulement lorsque la maladie est très ancienne, une hypertrophie des capsules articulaires distendues par l'accumulation de la synovie. Dans la goutte il n'y a rien de semblable ; les cartilages ne sont point détruits ; ils sont incrustés d'urate de chaux, ce qui leur donne un aspect granité ; des dépôts de phosphate et d'urate de chaux se forment également autour de l'articulation, mais les tissus environnans, au lieu d'avoir subi une hypertrophie, comme dans le rhumatisme, sont, au contraire, atrophiés. Enfin, le rhumatisme siége spécialement dans les capsules synoviales, tandis que dans la goutte tous les tissus sont plus ou moins affectés. Le rhumatisme conduit, par sa permanence, à une hydarthrose chronique ; la goutte a pour résultat définitif l'atrophie : il n'y a d'inflammation proprement dite en aucun cas. Bien entendu que nous supposons, dans l'un comme dans l'autre, la maladie à l'état chronique et parvenue à une période avancée, celle où l on observe les désordres dont il vient d'être question.

Abordons maintenant le fait des métastases, qui constitue un des phénomènes les plus saillans de ces deux affections. Les métastases ont lieu, en effet, dans la goutte comme dans le rhumatisme ; mais, dans la première de ces deux maladies, on ne les voit point envahir simultanément plusieurs articulations, ainsi qu'on l'observe pour le rhumatisme. Le déplacement de la goutte ne s'effectue jamais que sur un seul point, sur un doigt de la main, par exemple ; et là la maladie procède absolument comme elle l'a fait sur le pied. Quelquefois cependant la goutte semblant procéder à la manière du rhumatisme, atteint de front plusieurs articulations ; mais ce ne sont là que des mouvemens fluxionnaires passagers ; ce ne sont point de véritables accès de goutte fixes et stables.

Prenons les symptômes généraux. Le rhumatisme détermine presque constamment un état fébrile symptômatique qui commande, si non le traitement, du moins le régime antiphlogistique. Les sujets affectés de rhumatisme finissent à la longue par tomber dans un état de pâleur et de prostration qui les conduit graduellement au marasme. Les goutteux, au contraire, n'ont jamais ou presque jamais de fièvre. Ils conservent un état de vigueur, de force et d'énergie qui contraste avec l'état de faiblesse des rhumatisans. Toutes les fonctions continuent à s'exercer, en général, d'une manière normale ; ils mangent de bon appétit et copieusement même, sans qu'il en résulte d'aggravation sensible dans leur état.

Si nous examinons l'état des sécrétions, nous trouvons des sueurs constantes et abondantes chez les rhumatisans et nulles chez les goutteux. L'urine dans le rhumatisme est chargée et sédimenteuse. Dans la goutte elle est claire et laisse déposer, au repos, des cristaux d'urate de chaux. L'existence de ces cristaux persiste alors même que les malades n'ont point leurs accès.

Examinons les influences sous lesquelles se développent ces deux maladies. Elles sont toutes deux considérées comme héréditaires ; mais l'hérédité du rhumatisme n'a rien de plus constant que celle de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la bronchite ou de toute autre maladie ; c'est-à-dire qu'il y a des familles dans lesquelles on a observé le rhumatisme héréditaire, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc. Pour la goutte, l'hérédité est constante et fatale. Chez les fils de goutteux, la goutte se déclare ordinairement beaucoup plus tôt que chez les sujets qui n'ont point apporté en naissant cette disposition.

La goutte héréditaire n'a pas besoin pour se développer, comme on le suppose souvent, du concours de circonstances déterminantes. On a vu souvent dans les familles soumises à des revers de fortune des fils de pères goutteux et ayant vécu dans l'abondance, devenir goutteux eux-mêmes, bien que vivant dans la misère au milieu des privations les plus grandes, et par conséquent en dehors des conditions qui favorisent ordinairement le développement de la goutte.

La goutte présente encore cette autre circonstance caractéristique dans sa transmissioin héréditaire, c'est qu'elle se transmet de père en fils et chez les différens membres d'une famille sous des formes différentes et avec des caractères variés qui constituent en quelque sorte comme autant d'élémens dans lesquels se décompose la goutte. Ainsi, dans la même famille, par exemple, plusieurs enfans héritant de la goutte, l'un offrira les symptômes d'une goutte névralgique, un autre ceux d'une goutte inflammatoire, tandis qu'un troisième résumera en lui tous les élémens de cette affection. Le

---

raître le goître, les tumeurs du sein et avec les tumeurs le sein lui-même. Cette vertu n'est rien en comparaison de celle de l'emplâtre en question. Voici l'observation.

Un boulanger âgé de 25 ans et né scrofuleux, a eu quelques rhumatismes, son genou droit a été souvent le siége de légers gonflemens et de douleurs qui obligeaient cet ouvrier à garder le repos, mais il ne suivait aucun traitement régulier, aucun régime, et reprenait souvent ses occupations avant la disparition complète de la tumeur du genou. Ces négligences et la force du mal constituèrent en tumeur blanche la maladie, qui d'abord n'était considérée que comme un gonflement rhumatismal un peu erratique. Cet ouvrier ne pouvant être traité chez lui, il se fit donc admettre dans un hôpital de la capitale où l'on employait le fameux emplâtre, lequel n'avait pas les mêmes propriétés dans les autres hôpitaux. On fit donc l'application du fondant héroïque. Tous les huit jours, pour être certain des progrès de la guérison, le chirurgien mesurait le genou malade. Pour que l'observation fût complète, on commença par mesurer le genou sain et le genou malade. Voici ces mesures :

Genou sain. Un ruban passant sur le milieu de la rotule et sous le jarret marque 32 centimètres.

Genou malade. Le même ruban passant sur les mêmes points de l'articulation marque 40 centimètres.

Toutes les semaines le genou malade est mesuré, et voici les centimètres que le ruban donne en moins. C'est donc la soustraction que je vais transcrire.

Première semaine,	2	centimètres de moins.
seconde —	3	— —
troisième —	1	— —
quatrième —	2	— —
cinquième —	0	— —
sixième —	4	— —
septième —	3	— —
huitième —	1	— —
neuvième —	3	— —
dixième —	2	— —
onzième —	4	— —
douzième —	7	— —
Total du quatrième mois	12	— —
Total du cinquième mois	10	— —
Total de tout le temps que la maladie a duré	46	— —

Voilà donc un genou malade qui avait 40 centimètres de circonférence ; il a tellement diminué toutes les semaines, que le total de la soustraction nous donne 46 ! Je comprenais, à la rigueur, que l'emplâtre pût dévorer la tumeur et le genou qui la portait ; mais, comme le tout ne donnait que 40 centimètres et que la soustraction portait 46, reste 6 centimètres dévorés ; car les centimètres ne sont que des abstractions. Voilà qui m'intriguait singulièrement. J'ai donc voulu voir par moi-même, ce qui m'a été difficile ; car, dans certain hôpital, il est certains lits qu'on n'approche pas facilement ; ils sont bordés d'une espèce de cordon sanitaire très robuste. Enfin, je suis parvenu à voir. Quel a été mon étonnement quand j'ai pu constater que sur ce même genou droit de ce même boulanger de vingt-cinq ans, la même tumeur blanche existait ; elle était seulement un peu plus avancée ; car on voyait plusieurs points fistuleux. Je vous répète encore, mon cher monsieur Lyrac, que rien n'est plus clinique que ce fait.

Votre tout dévoué,

Un praticien de la ville, autrefois élève de deuxième année et des Universités étrangères.

J'avoue pour ma part, que si je n'avais pas épuisé mes étonnemens, ce fait serait de nature à faire naître chez moi un sentiment à peu près semblable.

— Il paraît que le nombre des professeurs augmente à mesure que le nombre des élèves diminue. Voyez le nombre des professeurs titulaires et suppléans des *Ecoles préparatoires de médecine*. Aussi sous peu, il y aura plus de professeurs que d'élèves. Ceci d'ailleurs se réalise dans certaines Ecoles que je ne puis nommer. Un ministre, connaissant mon influence comme électeur, me dit un jour : J'ai bien le désir de donner un professeur de plus à l'Ecole de votre arrondissement. Je répondis : Vous feriez mieux, Monsieur le ministre, de lui donner un élève de plus. Vous avez raison, mon cher Lyrac, dit l'excellence, d'un air piqué ; mais c'est plus difficile. Le professeur a été nommé ; ce n'est pas moi.

Dr Lyrac.

Préparation du sulfite de cuivre.

M. Bourson propose le procédé suivant pour obtenir ce sel :

On prend une dissolution concentrée de bi-sulfite de potasse, et on la verse dans une dissolution froide de sulfate de cuivre, puis on soumet à la filtration.

On expose alors la liqueur obtenue à l'action d'une douce chaleur ; il s'opère d'abord un dégagement d'acide sulfureux, puis il se forme de très beaux cristaux de sulfite de cuivre qui sont d'une couleur rouge foncé magnifique.

Dans cette circonstance, il y a formation de bi-sulfite de cuivre, qui, par l'action de la chaleur, se décompose et passe à l'état de sulfite neutre insoluble. (*Journ. de Chim. méd.*, février 1842.)

rhumatisme n'offre point, dans sa transmission, cette sorte de décomposition de ses élémens. D'ailleurs, comme nous l'avons dit tout à l'heure, il n'offre rien de constant à cet égard; on n'hérite point de telle ou telle forme de rhumatisme, mais on hérite simplement de la disposition à contracter le rhumatisme.

Il n'y a rien d'analogue non plus dans les circonstances occasionnelles qui concourent au développement de ces deux affections. Le rhumatisme est, en général, déterminé par un refroidissement ou par l'impression du froid humide, tandis que la goutte reconnaît, au contraire, le plus ordinairement pour cause occasionnelle l'action d'agens excitans.

Les suites de la goutte et du rhumatisme sont également différentes. Le rhumatisme disparaît assez souvent, ne laissant après lui qu'une disposition à l'exhalation des séreuses articulaires et à l'arthrite chronique sans douleur. Quant à la question d'inflammation, elle est peu importante; car l'inflammation n'est jamais ici qu'un phénomène accessoire. La goutte ne cesse jamais complètement, et laisse toujours après elle des traces persistantes. M. Tessier rapporte à ce sujet l'histoire d'un personnage fort connu dans Paris, dont le père est mort à la suite d'une goutte remontée au cœur. Cette personne ayant hérité de la disposition goutteuse, eut, à l'âge de vingt-six ans, une premiers attaque tellement intense, qu'elle fut considérée par Hallé comme l'indice d'une goutte d'un caractère très grave. D'après les conseils de ce médecin, cette personne se soumit immédiatement à un régime sévère et très régulier, à l'usage continu des alcalins intérieurement, et à un exercice habituel et modéré.

Depuis quarante ans que ce régime est observé les accès ne sont pas revenus, mais au plus léger écart du régime en u age, à la plus légère infraction aux habitudes adoptées, cette personne ressent des douleurs de goutte au gros orteil, douleurs qui cessent aussitôt que le régime est repris, mais dont l'apparition suffit pour révéler la présence de la diathèse goutteuse. Tous les membres de la famille à laquelle appartient cette personne sont affectés de la goutte; elle présente la particularité dont nous parlions tout à l'heure, c'est-à-dire qu'elle se manifeste chez chacun des membres de cette famille avec un caractère spécial: chez l'un sous la forme d'une névralgie; chez un autre sous celle d'une sciatique; chez un autre encore la goutte est fixée au pied avec des douleurs presque constantes; chez un autre encore elle affecte la forme hémorrhoïdaire; enfin, une femme de la même famille a succombé à une goutte d'une forme pérégrinante, qui avait alternativement siégé dans les extrémités, puis dans les reins, puis dans le ventre, et qui, à l'époque de la cessation des règles, s'était fixée sur l'un des ovaires, où elle avait déterminé le développement d'une tumeur encéphaloïde et par suite la mort.

Pour terminer ce parallèle, qu'il nous suffise de faire ressortir les différences capitales qui existent entre une maladie qui varie peu dans ses manifestations, consistant le plus généralement dans une douleur d'une intensité variable qui siége toujours dans les articulations avec plus ou moins de gonflement, et une maladie dont les formes sont si variées et les manifestations si différentes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Présidence de M. Félix Legros.

Dans la séance du mois d'août 1841, M. Grosjean rapporte l'observation d'un malade âgé de quarante ans, musicien de son état, qui portait depuis vingt ans une tumeur dans l'hypochondre droit, tout à fait rénitente et indolente. Consulté une première fois, ce médecin fit appliquer des sangsues à l'anus et sur la tumeur, et ordonna de légers purgatifs. Le malade fut soulagé.

Huit jours après, à la suite de courses fort longues, M. S... souffrit de nouveau du côté, et fut obligé de se mettre au lit; il éprouvait de la céphalalgie, de l'oppression et de la douleur à l'épigastre; le pouls était fébrile, la peau chaude, il y avait de la constipation. 15 sangsues furent appliquées à l'anus, lavemens émolliens, cataplasmes de farine de lin sur la tumeur.

Quelques jours après, l'épigastre étant fort douloureux, nouvelle application de 20 sangsues sur cette région; le malade se plaignit ensuite d'une douleur sciatique très forte du côté droit avec œdème de la cuisse et de la jambe; des applications narcotiques diminuent la douleur.

Le 20 mai, la tumeur de l'hypochondre droit prit tout-à-coup un développement considérable: elle présentait le volume de la tête d'un fœtus à terme, elle était douloureuse à la pression. Application de 20 sangsues, fomentations émollientes; point d'amélioration. On fit pendant trois jours des frictions avec de l'onguent napolitain, et l'on administra du calomel à l'intérieur pour combattre la constipation; cette médication n'eut d'autre résultat que de provoquer un ptyalisme qui se dissipa quinze jours après.

La tumeur ne diminuait pas et l'état général du malade devenait fort grave: les forces s'affaiblissaient, peu à peu la tumeur devint fluctueuse. M. Récamier, consulté, fut d'avis de provoquer l'ouverture de la tumeur par le caustique de Vienne. M. Grosjean se chargea lui-même de cette application, et après trois jours de l'action du caustique, une escharre de 4 à 5 centimètres se forma: plusieurs hémorrhagies se déclarèrent; la torsion des artérioles arrêta la perte de sang. Une ponction fut alors pratiquée au centre de l'escharre, et donna lieu à la sortie d'hydatides dont le volume ne dépassait pas une petite noisette; mais le lendemain et les jours suivans, l'ouverture ayant été agrandie au moyen d'une tente de charpie, un litre à peu près de débris d'hydatides fut expulsé au dehors, surtout après les injections que l'on répétait plusieurs fois par jour. Le malade s'affaiblit peu à peu, et succomba le 4 août. L'autopsie n'a pu être faite, la famille s'étant obstinément refusée à ce qu'on la pratiquât.

— *M. Lozes* ayant accouché une femme primipare, qui avait donné naissance à un garçon d'une bonne constitution, fit la ligature du cordon suivant la coutume ordinaire. L'enfant fut abandonné chaudement pendant une heure sur un lit, et fut ensuite emmailloté; deux heures après, on trouva le nouveau-né expirant, une hémorrhagie s'était faite par le cordon ombilical.

M. Collomb demande comment la ligature a été pratiquée; il pense qu'il faut la faire avec un fil simple, et non pas avec un fil double, comme on la pratique souvent.

M. Bréon rapporte qu'il a reçu un enfant dans un état d'asphyxie; le placenta était sorti en même temps que le fœtus. Ce médecin ne crut pas devoir couper le cordon immédiatement, et attendit que l'enfant eût jeté un cri, ce qui eut lieu un quart d'heure après la naissance.

— *M. Félix Legros* lit un mémoire sur la fracture de la rotule par effort musculaire. De tous les sésamoïdes, la rotule est sans contredit le plus remarquable, moins encore par son volume, sa consistance, ses usages, son ostéogénie, que par les anomalies de ses fractures transversales logées dans le prolongement tendineux des muscles extenseurs de la jambe. cet os, long-temps cartilagineux chez l'enfant, n'est composé plus tard que d'un tissu cellulaire serré, recouvert d'une plaque osseuse mince et compacte. Sa résistance aux puissances musculaires est assez bornée, et l'on conçoit qu'après un effort brusque dans lequel les deux forces sont portées en sens opposé, la fracture ait lieu. Ce genre de fracture s'effectue donc par la seule influence musculaire; c'est du mosns à ce résultat que M. Legros a été conduit par ses relevés de dix années à l'Hôtel-Dieu.

Plusieurs chirurgiens, et surtout les gens du monde, attribuent cette solution de continuité à la chute sur un corps dur, tandis que le contraire seul est incontestable. Une autre anomalie qui caractérise cette fracture, c'est l'impossibilité, dans le traitement, de conserver en contact les deux fragmens osseux, d'où le défi de Pibrac, renouvelé par Delpech, de montrer une fracture notable consolidée à la manière des autres, et sans substance intermédiaire.

Boyer a cependant fait graver une rotule osseusement réunie; Dupuytren en citait aussi un exemple dans ses Leçons cliniques. Toujours est-il que ce résultat est tout à fait exceptionnel; mais il dépend moins, suivant M. Legros, de la nature de l'os que de la défectuosité des moyens de contention. Les bandages qu'on emploie n'agissent qu'imparfaitement sur les fragmens, qui offrent dans leur intervalle une substance séro-cartilagineuse.

M. Legros rapporte l'observation de M. N., fabricant de pianos, âgé de quarante-cinq ans, d'une forte et belle constitution, qui voulant, dans une partie de plaisir, descendre à la course un perron de quatre marches, sentit, au milieu de sa chute sur le sol, un craquement et un sentiment de disjonction dans le genou; l'équilibre des membres inférieurs ne put se maintenir, et il tomba à plusieurs pieds de distance. Dans l'impossibilité de se relever, il appela à lui, et l'on reconnut une difformité du genou. Un chirurgien appliqua à la hâte une espèce de bandage extenseur de la jambe.

Le lendemain matin M. Legros fut appelé auprès du malade, et reconnut, malgré l'énorme gonflement des tégumens et une large ecchymose sous-cutanée, une fracture transversale de la rotule droite, avec un écartement de 3 à 4 centimètres.

Le membre fut placé sans appareil sur un plan incliné. A cause des accidens inflammatoires à combattre et de la douleur, une large saignée fut pratiquée.

Le 5 septembre, M. Legros, accompagé de M. Robert, chirurgien de Beaujon examina le malade. Ces messieurs furent d'avis de faire appliquer quinze sangsues qui furent encore renouvelées le lendemain.

Le surlendemain on appliqua un appareil qui consiste en une attelle ou planchette traversée par deux branches de fer sur lesquelles doivent venir se croser les bords qui rapprochent les fragmens; il n'est pas d'analogie avec celui d'Assalini, composé d'une attelle concave, accommodée à la forme de la face postérieure de la cuisse et de la jambe, sans autre bandage que deux couronnes qui ramènent les fragmens l'un sur l'autre. Le malade a guéri parfaitement par l'usage de l'appareil précité.

M. Ségalas rapporte qu'un de ses amis, étant à Saint-Cloud, se rompit en dansant le tendon d'Achille; il y avait un intervalle de trois travers de doigt entre les deux extrémités du tendon rompu. Ce n'est que six jours après qu'un appareil convenable fut appliqué; ce malade ne put le supporter: il resta au lit pendant un mois et guérit parfaitement sans moyens contentifs. M. Godefroy a vu un homme qui se fractura la clavicule comminutivement; on fut obligé, pour panser la plaie qui résulta de la sortie des fragments à travers la peau, de soutenir le bras écarté du corps par un coussin en forme de coin, avec une serviette pliée en cravate; au bout de quarante jours la fracture était consolidee parfaitement.

Dans la séance du 5 octobre 1841, M. Aubert prévient ses confrères qu'il vient de recevoir de l'Orient le korrso de l'Abyssinie, dont il a parlé dans une séance de l'Académie de médecine. Ce médicament s'administre à la dose de 4 gros (16 grammes) dans le cas de vers solitaire. Il suffit de deux évacuations pour que l'animal soit expulsé; quatre fois il a été administré à Paris avec un plein succès. Ce médicament n'a pas d'odeur ni de goût désagréable.

M. Bréon cite un fait qui prouve que l'étiolement ou la privation de jour et d'air produit le scrofule. Une jeune fille, âgée de six ans, appartenant à un portier du faubourg Saint-Martin, habitait depuis son enfance une loge, ou plutôt une espèce de soupente où l'air était étouffé; des glandes existaient autour du col et ont abcédé. M. Brion ne doute pas que cet enfant ne présente des accidents scrofuleux encore plus graves si elle continue à séjourner dans le lieu qu'elle habite; mais cette jeune fille ayant changé de logement ne présente plus aucune trace de scrofule. M. Aubert a observé le scrofule en Orient, surtout chez les femmes qui séjournent au rez-de-chaussée, dans les harems. Les hommes, au contraire, qui sortent et prennent le grand air, présentent rarement les maladies scrofuleuses.

M. Collomb fait observer que dans l'ouvrage de M. Blattin, sur les affections scrofuleuses, il est dit que les habitants de Neufchatel, qui travaillent à des ouvrages d'horlogerie, présentent beaucoup de scrofuleux à cause de leurs habitations basses et humides et toujours fermées. Ce fait vient à l'appui de l'opinion émise par M. Bréon et d'autres praticiens, que le défaut d'air et surtout l'air humide engendrent les affections scrofuleuses.

M. Collomb communique à la Société l'observation d'une dame qui, ayant eu un retard des règles au mois de février dernier, éprouva, pendant les quatre mois suivans, tous les signes d'une première grossesse. Au cinquième mois elle ne ressentit aucun des mouvemens ordinaires du fœtus; le ventre et les seins s'affaissèrent sensiblement; la santé, qui avait été bonne jusque là, se dérangea; elle maigrit; elle éprouvait dans le bas-ventre la sensation d'un corps qui se déplaçait tout à coup. Au huitième mois, depuis la disparition des règles, elle fit une fausse-couche dans laquelle furent expulsés à la fois, le placenta, les membranes intactes, contenant les eaux et le fœtus. L'examen de chacune de ces parties n'offrit que le volume et le développement qui correspondaient à environ deux mois de grossesse; néanmoins tous les signes présentés par la mère avaient indiqué une grossesse précisément pendant les cinq premiers mois de retard. En conséquence, M. Collomb conclut que ce fœtus, quoique mort de bonne heure dans l'utérus, y est resté jusque vers la fin du terme de la gestation, sans accidens graves pour la mère, parce que les membranes intactes ont empêché l'air de pénétrer dans la cavité amniotique et d'y produire la putréfaction. Il ajoute que l'existence de faits semblables est utile à constater, non seulement sous le rapport de la science, mais aussi à cause de ce qu'ils ont de rassurant pour la santé des femmes et aussi pour mettre à l'abri leur réputation: l'avis éclairé du médecin deviendrait leur défense.

M. Toirac communique à la Société la note suivante: Chez les rachitiques nés avec des gibbosités, les mâchoires sont très développées, et les dents dont elles sont garnies fort longues. On dirait que tous les sucs osseux se sont portés vers la tête au détriment du tronc. Aussi lorsque cet état est bien caractérisé, rarement, sur les sujets soumis au traitement, le redressement est suivi de succès, et c'est, sans doute, faute d'avoir tenu compte de cette disposition, facile à apprécier, qu'on doit attribuer l'espèce de défaveur attachée à plus d'un établissement orthopédique dont je reconnais d'ailleurs l'utilité dans certains cas; car si les moyens employés tombent sur des individus dont la tête est bien conformée, dont les dents et les mâchoires sont dans l'état normal, il y a tout à espérer du traitement.

M. Ségalas soumet à l'examen de la Société deux nouvelles modifications qu'il vient de faire subir à son brise-pierre à preession et à percussion, et une addition qu'il a faite au marteau dont il se sert pour la lithotritie.

M. Ségalas commence par faire remarquer, que les instruments de lithotritie peuvent se ranger dans les quatre ordres que voici: 1° les instrumens qui agissent principalement en perforant, tel le brise-pierre lequel ont été faites les premières lithotrities en France; 2° avec les instrumens qui agissent principalement en pressant, tel est le brise-pierre de Jacobson; 3° les instrumens qui agissent par percussion, tel est le percuteur de M. Herteloup; 4° les instrumens qui agissent par pression et percussion, comme la plupart de ceux dont on se sert actuellement en France Le brise-pierre que M. Ségalas a présenté à l'Académie de médecine en 1833 et pour lequel il a reçu une récompense à l'Académie des sciences en 1834 est de ce dernier ordre.

M. Ségalas lui est resté fidèle, mais il a fait avec le temps divers petits changemens que l'expérience lui a successivement indiqués. D'abord, pour rendre plus prompt l'engagement de l'écrou à ailes sur la tige femelle, il avait adapté à l'intérieur de cet écrou un dé mobile, qui est représenté dans la planche d'instrumens de la seconde édition de son ouvrage sur la gravelle et la pierre, ensuite, pour hâter la marche de l'écrou sur la tige femelle, il a substitué au pas de vis unique existant sur celle-ci, un triple pas de vis, ce qui lui a permis de supprimer immédiatement le dé dont il vient de parler, à cause de la facilité avec laquelle l'écrou s'engage sur la tige femelle entourée de ces trois pas de vis servant à lier les différentes parties de l'instrument, et réduit celui-ci à une extrême simplicité. Enfin, tout dernièrement, M. Ségalas a fait encore quelques modifications sur lesquelles il appelle l'attention de la Société: 1° dans le but de rendre le brise-pierre plus léger et plus commode pour la manœuvre, il a substitué à l'écrou à ailes un écrou à rondelles également entier, c'est-à-dire formé d'une seule pièce; 2° afin de ménager un moyen facile d'ouvrir l'instrument dans le cas où, chargé de détritus, il résisterait à l'action de la main seule, il a fait établir un pas de vis à l'extrémité externe de la tige mâle, et par là il s'est assuré la faculté d'y fixer au besoin un bouton de façon à offrir un point d'appui à l'écrou lors du retour de celui-ci à l'extrémité externe de la tige femelle, et à produire ainsi la séparation instantanée des mords des deux tiges; 3° enfin, pour remplir la même indication d'une autre manière et sans préparation aucune, M. Ségalas a fait terminer le manche du marteau par un coin en fer bifurqué, lequel introduit entre les deux rondelles servant de poignées aux tiges les écarte sans peine.

Pendant le semestre qui vient de s'écouler, la Société médicale du Temple, dont les séances sont toujours suivies avec assiduité, a reçu plusieurs membres résidans et correspondans dont les noms peuvent jeter quelque éclat sur l'association du sixième arrondissement de Paris. M. Blattin, auteur de plusieurs mémoires et d'un ouvrage sur les maladies de l'utérus, et M. Gaide, dont lesprécédens scientifiques sont connus, ont été nommés membres résidans M. Godefroy, professeur à l'école préparatoire de Rennes, et M. Lefortier, pharmacien à Trun (Orne) ont été admis comme membres correspondans.

Belhomme, secrétaire-général.

SOCIÉTÉ CHIRURGICALE D'IRLANDE.

Cas rare de tumeurs cutanées multiples. Molluscum. — M. le professeur Hargrave a présenté le fait suivant:

Charles Gore, âgé de quarante-deux ans, cloutier, offre la surface du corps couverte de tumeurs de volume variable, depuis celui de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une noix. Dans quelques endroits, l'épiderme soulevé est transparent, et la tumeur se voit au-dessous; dans d'autres, la présence de la tumeur est signalée par une tache bleuâtre. Sur les tumeurs les plus grosses, la peau est en grande partie de couleur naturelle; sur d'autres elle présente une teinte bleue, sur quelques autres une teinte œillet. Les tumeurs qui ont du volume présentent une base plus large que leur sommet, tandis que les plus petites offrent une sorte de pédicule. Toutes sont mobiles à la base, au reste indolentes, et supportent le maniement sans douleur. Sur le sacrum et aux lombes, immédiatement au-dessus des fesses, est une large masse, plus consistante que les autres; elle s'étend au dos, et présente 215 millimètres de longueur (8 pouces) et 108 millimètres de largeur (4 pouces); sa surface est couverte de petites tumeurs. Le dos présente un plus grand nombre de tumeurs que la face antérieure du corps; la partie inférieure de l'abdomen, les côtés externes des bras jusqu'à la hauteur des coudes, se présentent en seconde ligne; les avant-bras et les cuisses en contiennent bien moins; il n'y en a pas aux jambes; on en voit une sur le menton, et trois ou quatre sur le cuir chevelu de la tête: sur tous ces points les poils manquent.

Toutes ces tumeurs sont songénitales et n'ont jamais fait souffrir le patient; leur augmentation de volume a cessé avec l'adolescence. Leur consistance est la même dans toutes; quelques-unes cependant paraissent contenir un liquide dans leur intérieur ou une matière semi-fluide. L'une de ces dernières s'est vidée et a guéri, elle était formée probablement par un follicule sébacé; celles de l'avant-bras gauche sont les plus consistantes, elles offrent l'apparence d'un tissu cellulaire hypertrophié ou d'un tissu adipeux: un examen attentif fait découvrir de petites cellules dans leur tissu.

Cette affection est non-seulement congénitale, mais aussi héréditaire chez cet homme; le patient ne sait pas cependant si son grand-père l'avait également présentée. C'est, au reste, une maladie très-rare; Bateman l'a à peine rencontrée deux fois et la regarde comme contagieuse; il l'a placé dans les affections contagieuses et non contagieuses, c'est ce que conteste M. Royer, qui ne l'a jamais vue; tandis que le docteur Carswell est de l'avis de Bateman et cite l'exemple d'un jeune homme qui avait reçu la maladie, par contagion, d'un camarade. Le *molluscum non contagiosum* n'a pas été observé par Batteman, mais il cite un cas rapporté par Pelisieux, auteur célèbre par la représentation fidèle de ces maladies; je n'ai pu me procurer son ouvrage, mais un de nos élèves ayant pu le compulser à la bibliothèque du collége de la Trinité, n'a pu trouver la planche à laquelle Batteman fait allusion. M. Dick rapporte deux cas de cette affection observés à l'hôpital de Glascow sur deux femmes âgées de plus de trente ans; le mal existait aussi dès la naissance et envahissait toute la surface du corps, les membres cependant en étaient libres dans leurs parties inférieures.

Quant à la structure, Bateman les regarde comme formées de matières athéromateuses, Royer comme le résultat d'une sécrétion sébacée, tandis que le docteur Dick, qui a disséqué une de ces tumeurs, les considère comme formées de tissus cellulaires et adipeux hypertrophié. Chez l'homme en question, M. Hergrave a excisé et examiné deux des tumeurs, l'une de dessous la mamelle droite, l'autre de la région lombaire; très-peu d'hémorrhagie par la plaie; leur structure a paru résulter d'un tissu cellulaire hypertrophié; la peau, très amincie, couvrait chaque tumeur, ce qui s'accorde avec la description de M. Dick. On peut par conséquent se former d'après ces faits une idée exacte sur la structure de ces productions.

Aucun traitement n'a été prescrit chez cet homme; l'individu souffre en outre d'hémorrhoïdes et d'autres tumeurs vasculaires au rectum, lesquelles lui ont fait essuyer des hémorrhagies assez abondantes depuis sept ans: on le traite pour cette affection du rectum.

Fracture du grand trochanter du fémur gauche. Le même professeur présente à la Société un cas de fracture non-réunie du grand trochanter chez une femme âgée dont le cadavre a été disséqué à l'école du Collége des chirurgiens. Le trochanter était fracturé au niveau du col du fémur et était éloigné de ce col de 47 millimètres (un pouce trois

quarts), une bourse muqueuse, parfaitement organisée, existait entre le col et le trochanter. Les attaches musculaires étaient disposées de la manière suivante : les deux tiers postérieurs du tendon du fessier moyen sont fixées à la portion fracturée du trochanter, le tiers antérieur est attaché au fémur ; le petit fessier, le pyramidal, les jumeaux, les obturateurs interne et externe adhérent intimement au trochanter rompu ; dans le reste des muscles rien d'anormal, si ce n'est que l'obturateur externe qui passait dans une direction courbe en haut, en dehors et autour de l'acétabulum pour aller s'insérer dans le trochanter, était considérablement hypertrophié, ainsi que son tendon. Avant la dissection, le membre ne présentait rien d'anormal.

Ayant voulu rechercher les changemens que cette fracture avait produits dans l'action musculaire, voici ce que nous avons trouvé : le fessier moyen a continué en partie son action rotatoire en dedans, par suite de l'intégrité d'une partie de son tendon attachée à la petite racine du trochanter ; le reste de ce muscle ainsi que le petit fessier avait beaucoup perdu de son action d'abducteur de la cuisse, étant attaché à la portion fracturée du trochanter, surtout le petit fessier ; le pyriforme, les jumeaux, l'obturateur interne et l'obturateur externe avaient aussi beaucoup perdu de leur pouvoir rotatoire et abducteur, car ils étaient insérés sur le fragment détaché du trochanter ; tandis que l'obturateur externe, par suite des changemens de direction et de rapports qu'il a contractés, exerçait évidemment une action antagoniste nouvelle et particulière, savoir : il contrebalançait l'action des muscles qui tiraient le trochanter en haut et en arrière, et il maintenait ainsi cet os dans un certain degré d'opposition contre la portion correspondante du fémur, soutenait le fragment lui-même et facilitait jusqu'à un certain point l'action des muscles rotateurs. Quant à la bourse organisée entre les fragmens, elle l'a été sans doute par l'action du frottement des deux surfaces osseuses sous l'influence de l'action musculaire ; ce qui donne idée de la manière dont la rotule, l'omoplate, l'os hyoïde sont mis en mouvement par l'action musculaire.

(*Dublin med. Press.*, 16 février 1842.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau moyen de distinguer les taches d'arsenic de celles d'antimoine.

Un chimiste saxon, M. Rischoff de Swickau, a fait connaître un caractère qui permet de reconnaître facilement les taches arsenicales produites par la combustion de l'hydrogène arsénié, et qui exclut sûrement toute confusion avec les taches antimoniales résultant de la combustion du gaz hydrogène antimonié. Il s'agit simplement de la propriété que possède l'hypochlorite de soude (*chlorure de soude, liqueur de Labarraque*) de dissoudre les taches formées par l'arsenic et de ne pas exercer d'action sur celles qui sont dues à l'antimoine.

MM. Chevallier et Labarraque, pour reconnaître la valeur réelle de ce nouveau caractère, ont préparé sur diverses capsules : 1° des taches d'arsenic ; 2° des taches d'antimoine ; 3° des taches d'antimoine et d'arsenic ; puis ils ont fait réagir sur les unes et sur les autres l'hypochlorite de soude, et ils ont pu se convaincre, non-seulement que le procédé indiqué par M. Rischoff est tout à fait exact, mais encore qu'on peut l'employer pour séparer des taches arsénico-antimoniales une portion de l'arsenic qui les constitue en partie.

Voici ce qu'ils ont observé : 1° les taches produites avec l'arsenic à l'aide de l'appareil de Marsh, mises en contact avec l'hypochlorite de soude, disparaissent intantanément ; 2° les taches produites avec l'antimoine au moyen de l'appareil de Marsh, mises en contact avec le même réactif, ne changent pas de couleur ; 3° enfin, les taches produites avec l'arsenic et l'antimoine, toujours à l'aide du même appareil de Marsh, mises en contact avec l'hypochlorite de soude, perdent une partie de leur couleur. Ce dernier effet est probablement dû à la dissolution des molécules arsenicales par le sel sodique ; car, si l'on sépare l'hypochlorite qui a séjourné sur les taches arsénico-antimoniales, et si on l'additionne d'acide chlorhydrique bien pur, puis qu'on y fasse passer un courant de gaz acide sulfhydrique, on obtient alors un précipité de sulfure arsenical jaune entièrement soluble dans l'ammoniaque.

(*Journ. de Chim. Médic.*, février 1842.)

Bière ferrugineuse.

M. le docteur Tavernier prescrit souvent une bière ferrugineuse qui, dans certains cas, pourrait peut-être avantageusement remplacer les eaux minérales ferrugineuses.

M. Leistner prépare, à ce sujet, une eau gazeuse surchargée de sous-carbonate de fer hydraté, dont il ajoute cinquante grammes (un peu plus d'une once et demie) à chaque bouteille de bière : cette dose retient exactement cinq centigrammes (un grain) de sous-carbonate de fer en solution.

M. le professeur Soubeiran avait cru d'abord que le tannin contenu dans la bière précipiterait le fer : mais il paraît que l'excès de gaz acide carbonique de la bière le retient en solution ; car ce médicament, ainsi préparé, se conserve assez long-temps sans présenter la moindre apparence d'altération. (*Journ. de Pharm. et de Chim.*, février 1842.)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Deuxième séance ; tirage au sort de la question à traiter par écrit.

Aujourd'hui lundi, à onze heures, a eu lieu le tirage au sort de la question par écrit. M. Chrestien a eu la main heureuse. La question que ce candidat a retiré de l'urne est ainsi conçue : *De l'infection purulente.*

Nous avons déjà dit que cette épreuve ne se trouvait pas dans le dernier concours de clinique chirurgicale. Quel que soit le motif qui ait inspiré cette innovation, nous sommes loin de la désapprouver. Nous sommes même convaincus qu'elle sera utile à plus d'un candidat, et que certains membres du jury y puiseront un élément de leur déternation le jour du vote.

Il est cependant une autre épreuve par laquelle nous désirerions que tout concours fût ouvert ; nous voulons parler de l'examen des antécédens, des titres scientifiques des candidats. Il faudrait surtout que cet examen fût fait en public ; qu'au lieu de lire le rapport à huis-clos, on rendît cette lecture publique. On ne verrait pas alors un juge comparer à Ambroise Paré un candidat sur les travaux duquel il fait un rapport, et voter ensuite pour un autre candidat qu'il mettrait à peine au-dessus de...

Nous voudrions, nous-mêmes, dire un mot sur ces antécédens, sur ces titres ; mais notre embarras est grand ; car, outre l'inconvénient de prendre l'initiative dans une circonstance aussi grave, nous avons encore celui d'être exposés à des lacunes qui pourraient passer pour des oublis volontaires. Chacun sait que le chirurgien, déjà très susceptible parce qu'il est chirurgien, le devient doublement par le fait du concours ; tous les soupçons lui arrivent ; et si tous ne lui sont pas permis, beaucoup peuvent lui être pardonnés. — Cependant nous ne croyons pas devoir garder un silence complet sous ce rapport. Nous y sommes, du reste, enhardis par plus d'une considération.

On a fait imprimer dans les journaux politiques que tous les candidats à ce concours sont forts : nous n'en doutions pas ; car nous n'avons pas encore oublié le dernier concours de médecine opératoire. Quant à M. Chrestien, nous acceptons volontiers le dire de l'université.

Ainsi, tous les candidats qui vont se disputer la chaire de Sanson, sont d'un mérite officiellement reconnu. Ce mérite ne pourra donc être amoindri ni par nous, ni par eux. Ceci doit donner du courage aux critiques et aux candidats ; évidemment il n'y a rien à perdre et tout à gagner. Mais ce même mérite que nous reconnaissons, et qui fait admettre la critique, nous impose une mesure, des formes, nous dirions presque une sorte de respect pour les candidats que nous aurons à apprécier. Si la critique doit être généreuse au point de se taire souvent quand il y a lutte entre des médiocrités, elle doit être extrêmement mesurée quand de véritables talens sont aux prises ; elle doit surtout être mesurée dans les éloges ; et nous avouons franchement qu'il nous est arrivé, comme aux autres, d'avoir manqué quelquefois à ce principe d'une bonne critique. On a bien compris d'où partait notre erreur qui, d'ailleurs, nous a été généralement pardonnée par ceux qui en ont été l'objet. Aujourd'hui, les mêmes hommes, plus aguerris, connaissant mieux leurs forces, doivent souhaiter avant tout une juste appréciation de leurs antécédens, de leurs épreuves. Eh bien ! nous le répétons encore, c'est là la grande difficulté ; et nous désirerions que cette difficulté ne fût que pour nous. Malheureusement cette difficulté est encore plus grande pour le jury, et, après tout, c'est lui qui nomme ! Quant à nous, nous n'avons qu'à rendre compte de nos impressions et de celles des coulisses ; nous le ferons sobrement.

Il y a une série de candidats dont les travaux n'ont pas eu la publicité, l'éclat qui décident une opinion pour ou contre. Eh bien ! ce n'est pas à nous à improviser cette opinion au moment du concours. La circonstance, nous l'avons déjà dit, est trop grave ; et nous ne sommes nullement portés à prendre fait et cause pour qui que ce soit. Cependant il est juste de dire que tous les candidats, qui sont, sans contredit, des chirurgiens distingués comme leurs rivaux, MM. Bérard, Malgaigne, Vidal, qui ont fait leurs preuves dans d'autres concours avec non moins d'éclat que ces trois derniers, ne peuvent pas être placés, par rapport aux titres scientifiques, sur la même ligne qu'eux.

Le traité de pathologie externe et de médecine opératoire de M. Vidal ; le livre d'anatomie de M. Malgaigne, sa belle introduction et ses savantes notes à l'ouvrage d'A. Paré ; le Compendium chirurgical de M. Bérard, et ses excellens articles dans le Répertoire général des sciences médicales, voilà des ouvrages, des travaux qui ont été jugés. Il y a donc une opinion sur ces trois chirurgiens, opinion que nous n'avons pas besoin de faire, mais qu'il est de notre devoir de reproduire dans une pareille circonstance. Nous ajouterons que, outre ces productions capitales, ces trois candidats pourraient encore fournir plus de travaux de détails, plus de recherches que leurs compétiteurs. Mais, disons-le franchement, c'est surtout aux ouvrages dans lesquels se trouvent une méthode, un développement de principes qu'on doit s'arrêter quand il s'agit d'un enseignement, quand il est question d'une chaire de faculté. Eh bien ! dans le livre de M. Malgaigne, comme dans tous les travaux de ce chirurgien, on constate une tendance à tout remettre en question, des aperçus très ingénieux, et une abondance dans les détails qui instruisent et captivent, enfin un goût prononcé pour la refonte de la chirurgie. Ce sentiment de réforme effraie, il est vrai, plus d'un praticien prudent ; mais nous sommes persuadés que ces craintes sont chimériques.

M. Bérard est plus réservé dans ses opinions. Ses productions se distinguent surtout par une grande sagesse dans les aperçus. Il adopte volontiers les pratiques de ses confrères, et les expose avec une clarté et une bonne foi peu communes.

Dans les productions de M. Vidal, il y a une portée philosophique et une méthode que tous les organes de la presse ont reconnues. On y trouve aussi un caractère d'originalité (nous prenons ce mot dans le sens le plus favorable) qui captive. Ce qui distingue surtout cet auteur, c'est une critique qui éclaire et ne détruit pas.

Ce que nous venons de dire sur les titres scientifiques de MM. Bérard, Malgaigne et Vidal, sera convenablement apprécié, nous le pensons du moins, par leurs honorables compétiteurs. C'est un devoir que nous avions à remplir, et nous croyons l'avoir fait avec loyauté.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 24 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 36, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr ; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

De l'urticaria tuberosa, *et de l'emploi des préparations arsenicales dans cette forme de maladie de peau et dans plusieurs autres;* par M. DEMARQUAY, interne des hôpitaux.

Il est certaines formes de maladie de peau peu communes et d'un diagnostic difficile; parmi ces dernières se trouve l'*urticaria tuberosa.* Cette maladie a été rangée, par certains pathologistes, dans la classe des hémorrhagies dont le siége est à la peau; c'est là le petit nombre. Cette forme d'urticaire qui nous occupe a été décrite par Frank, qui lui donne l'épithète de *tuberosa.* Dans sa description succincte, ce pathologiste nota surtout l'apparition des élevures et des taches sur les membres, et en particulier sur les membres inférieurs. Bateman en a donné une description assez étendue, mais moins complète que celle qui a été donnée dans ces derniers temps par MM. Rayer et Cazenave.

Si l'étude de cette maladie est assez complète sous le rapport graphique, il n'en est pas de même au point de vue thérapeutique. Les seuls moyens vantés jusqu'à ce jour sont les émolliens, les acides, les astringens et le quinquina; mais avec cette série de médicamens, nos deux malades ont été; l'un deux ans malade, et l'autre quatre, et encore n'ont-ils guéri que par l'emploi des préparations arsenicales qui, ainsi que nous le dirons plus bas, n'ont pas été seulement utiles dans cette circonstance. Mais comment ces préparations ont-elles agi? Il y a deux choses à considérer dans la maladie qui nous occupe: l'apparition de l'urticaire avec ses élevures et son prurit et surtout son retour quotidien franchement *intermittent*, et enfin l'hémorrhagie. Est-ce en faisant cesser cette dernière dont la peau était le siége, que l'arsenic a été avantageux? Cela n'est pas probable. Nos malades avaient été soumis à divers traitemens auxquels ces sortes de maladies cèdent habituellement, et ils n'en avaient retiré nul avantage. Il me paraît plus rationnel de penser que ce fut comme anti-périodique que ce médicament a exercé son action. Ce qui me fait pencher vers cette opinion, c'est que dans l'observation qui m'a été communiquée par M. Cazenave, il y avait, indépendamment de la maladie qui m'occupe, un accès de fièvre bien marqué, lequel avait cédé à l'usage du quinquina; mais pour quelque temps seulement, ainsi que l'éruption de l'urticaire, il semble, en lisant cette observation, que l'action du quinquina était impuissante pour lutter contre une maladie qui avait pris droit de domicile depuis si long-temps chez ce malheureux. Ne sait-on pas, en effet, que des fièvres intermittentes ayant résisté à toutes les doses de sulfate de quinine, cédèrent promptement sous l'influence de quelques grains d'arsenic! Nous pensons donc que c'est comme anti-périodique que ce médicament a agi, et qu'une fois le mouvement fluxionnaire se faisant à la peau détruit, l'hémorrhagie qui le suivait et qui n'était qu'un effet, a également cessé.

Urticaria tuberosa *intermittente, non fébrile, datant de deux ans, survenue chez un homme âgé de quarante ans, et qui, après avoir résisté à plusieurs traitemens, céda à la solution de Pearson.*

Hauterque, âgé de quarante ans, voiturier, né à Crose, département de la Creuse, est d'une taille moyenne, d'un tempérament nervoso-sanguin; il a les cheveux noirs et la peau brune. Sa mère est morte jeune d'une maladie inconnue, et son père a succombé il y a quinze ans à une hématurie. Cet homme se livre habituellement aux excès de boisson; de plus, il habite une maison humide. Il lui est souvent arrivé de passer des nuits tout entières à la pêche, ayant de l'eau jusqu'aux genoux; plusieurs fois il se mit ainsi dans une rivière, étant couvert de sueur.

Ses maladies antécédentes sont: une blennorrhagie qu'il a contractée à l'âge de vingt-cinq ans et dont il a été promptement guéri, et une pleurésie qui remonte déjà à sept ou huit ans.

Il y a deux ans, il vit apparaître sur les extrémités inférieures des membres pelviens des tuméfactions assez volumineuses, partielles, circonscrites, indolores, sans changement de couleur à la peau, et n'apportant que peu de gêne dans l'exercice des mouvemens. Quelques jours après l'apparition de ces grosseurs, les genoux devinrent enflés et douloureux; la marche fut impossible. Toutefois, le repos et quelques applications de sangsues permirent bientôt à notre malade de reprendre ses occupations habituelles. Néanmoins, chaque fois que Hauterque se fatigue, il voit survenir le gonflement des articulations fémoro-tibiales.

A deux mois de là, ses membres inférieurs, et plus tard les membres supérieurs, le ventre, la verge, les joues et même le pharynx se couvrirent de gonflemens circonscrits, paraissant avoir leur siége unique dans le derme, offrant la grosseur d'un œuf de pigeon et présentant une forme tantôt ronde et tantôt allongée; l'étendue des ces plaques est variable, la moyenne est celle d'une pièce de deux francs. Quant à leur nombre, il est également variable, parfois on n'en voyait que quelques-unes dans les parties que nous avons indiquées, et d'autres fois toutes ces parties en étaient couvertes. Cela a surtout lieu quand le malade se livre à de grands exercices. Cette éruption se fait vers le soir et se reproduit chaque jour. Au moment de l'apparition des élevures, elles sont complétement incolores. Mais la nuit une extravasation sanguine les pénètre et le lendemain, la surface du corps ou se manifeste l'éruption est couverte de taches bien rouges faisant saillies à la surface du derme. Il semblerait, en voyant ces taches, qu'une hémorrhagie s'est faite dans la portion la plus superficielle de la peau, tant la couleur des taches est rosée. Pendant que se produit cette éruption, le malade n'éprouve point de fièvre, habituellement du moins; le matin il est fatigué et ne se livre à ses occupations qu'avec peine. J'oubliais de noter que chaque soir, au moment de l'éruption, il éprouve un purit assez incommode dans le point où doit se faire le travail pathologique.

Ces gonflemens partiels du derme ne durent point longtemps, le lendemain l'hypertrophie diminue et finit bientôt par disparaître, les plaques rouges subsistent davantage, la couleur s'efface petit à petit, à commencer par le centre, et au bout de deux ou trois jours on ne voit plus à la place des rougeurs que nous avons décrites, que des points plus ou moins larges d'un aspect jaunâtre ou brunâtre; mais il ne reste plus aucun vestige des gonflemens du derme. Ainsi, chaque jour, le malade voit survenir une nouvelle éruption et disparaître les traces des éruptions antérieures.

La forme des taches rouges varie un peu suivant les régions: sur les membres pelviens et thorachiques, elles affectaient une forme ronde, tandis qu'aux genoux et aux autres articulations elles présentaient une forme irrégulière et le gonflement qui précédait toujours l'éruption des taches était toujours plus volumineux dans cette région que partout ailleurs. Lorsque l'éruption se faisait à la verge, elle développait tellement cet organe que sa forme était complétement changée. En un mot, partout ou la peau présentait une certaine cavité, les élevures étaient et plus nombreuses et plus considérables.

Au début de sa maladie, soit par suite d'un traitement mercuriel qu'on lui avait fait subir, soit par l'effet de la maladie elle-même, les gencives se tuméfièrent à un tel point que le chirurgien de son village crut devoir les scarifier afin de les dégorger. Cette opération amena un écolement de sang et un peu de soulagement; mais ces organes restèrent long-temps saignans, et ce ne fut qu'au bout de 15 mois que la guérison de ces parties eut lieu. Il lui reste maintenant une destruction des gencives au niveau des dents incisives; si bien que ces dernières sont extrêmement vacillantes dans leurs alvéoles.

Lorsque Hauterque entra à l'hôpital Saint-Louis, vers la fin de juillet 1841 (1), il ne paraissait point très-souffrant. Sa santé générale ne paraissait point profondément altérée, il se plaignait de lassitude, son corps était convert des taches que nous avons décrites plus haut. Ses digestions se faisaient bien, point de diarrhée, il avait néanmoins éprouvé quelques selles ensanglantées au début de sa maladie; le système circulatoire et l'appareil nerveux examinés avec soin n'offraient rien de notable.

Hauterque dit avoir fait plusieurs traitements dans son pays sans aucun succès, il a subi un traitement mercuriel, il a pris des bains d'eau thermale. A l'hôpital des vénériens de Paris, où il est entré au mois de mai 1841, et d'où il est sorti au mois de juillet de la même année pour entrer à l'hôpital de Saint-Louis, il a été saigné plusieurs fois, il a été soumis à l'usage de la limonade sulfurique, et tout cela sans avantage. Dans le service de M. Cazenave, il prit de la limonade, du tanin et des pilules d'Helvétius. Pendant ce traitement secondé du repos au lit, le malade se trouvait mieux, mais aussitôt qu'il marchait, les gonflemens partiels de la peau ainsi que les taches hémorrhagiques qui en étaient la suite apparaissaient de nouveau et avec toute leur intensité. Voyant l'insuffisance de cette thérapeutique, M. Cazenave essaya des préparations arsenicales, ainsi qu'il l'avait vu faire dans un cas analogue par M. Biett; la solution de Pearson fut prescrite, et le malade en prit pen-

(1) Il fut placé salle Henri IV, n° 5.

FEUILLETON.

MONUMENT ÉLEVÉ A BICHAT; par M. DAVID (d'Angers).

Il y a deux ans, après avoir vu et admiré la statue que David venait d'ériger à Ambroise Paré, je lui disais: « ..... Maintenant, noble et grand artiste, une autre pensée généreuse vous occupe, je le sais. Parmi toutes les illustrations qui, depuis Hippocrate jusqu'à Broussais, ont tracé un sillon lumineux dans les ténèbres de notre science, il en est une qui a vivement impressionné votre cœur de poète, une à qui la patrie doit un monument si elle tient à ses gloires réelles, et à laquelle vous offrez votre talent comme vous l'avez offert à tant d'illustrations d'un autre genre. Hier, c'était Ambroise Paré qui renaissait sous vos intelligentes mains, aujourd'hui c'est Bichat que vous voulez nous rendre. Merci, noble artiste! les médecins s'associeront avec reconnaissance à votre glorieuse entreprise; ils n'ont pas vu sans émotion la vénérable et naïve figure du chirurgien de Laval; ils ne verront pas non plus sans un vif plaisir les traits de l'immortel auteur de l'*Anatomie générale*. Ils se souviennent, d'ailleurs, qu'Hippocrate vivait du temps de Phidias, et, en vous associant à nos gloires scientifiques, la postérité dira sans doute aussi: Le siècle de Bichat et de David. »

C'est qu'alors je pressentais que la belle et noble intelligence de David était capable de comprendre toutes les intelligences, de s'identifier avec toutes les gloires et de poétiser leur matérielle image. Quoi de plus saisissant en effet pour le véritable artiste, que cette vie de Bichat, si courte et si pleine! Le génie dans toute sa puissance et sa fécondité arrêté au commencement de sa course! Trente-trois ans de vie pour tant de gloire! Jeunesse, force, avenir, tout cela glacé par la froide mort, et au moment même où apparaît dans sa resplendissante auréole la renommée dont l'ambition fait palpiter tout noble cœur. Oh! oui, la mort dut être bien cruelle à cet immortel jeune homme! Mourir, quand on sent là, dans son cerveau, des trésors encore intacts de science et de découvertes! Mourir, et laisser sa pensée incomplète et son œuvre inachevée! N'est-ce pas qu'au profond sentiment d'admiration que Bichat nous inspire, se mêle une véritable impression de tristesse? N'est-ce pas que ce nom, tout brillant qu'il soit, ne se présente au souvenir que comme voilé de deuil? Et aussi n'est-ce pas bien là une de ces individualités rares qui plaisent au poète et à l'artiste? Gloire et malheur, tel est en effet le fonds éternel et inépuisable de toute véritable poésie, de la poésie du cœur, et par poésie j'entends tout œuvre d'imagination, qu'elle ait pour interprète le ciseau, la plume ou le pinceau.

David, en grand artiste, a compris tout ce qu'avait de poétique cette double impression et aussi l'a-t-il rendue avec un bonheur inouï. Son groupe est à la fois plein de grandeur et de mélancolie. Il ne l'a pas composé, on le voit bien, seulement avec l'intelligence, partout le cœur s'y fait sentir, et c'est là le caractère de toute production véritablement grande. Loin de moi la prétention d'analyser esthétiquement un monument de cette importance; le prosaïsme médical s'effaroucherait peut-être de pareilles allures et je serais d'ailleurs fort inhabile à cette tâche. Mais dire ce que j'ai vu et ce que j'ai senti n'est pas faire œuvre de critique; aussi ces lignes doivent-elles être cousidérées moins comme un jugement que comme une impression.

Bichat est debout, vêtu d'un ample et simple costume moderne; légèrement penché vers un bel enfant nu, sa main écoute les battemens du cœur, et sa tête, activement méditative, semble vouloir deviner cet admirable et mystérieux phénomène de la circulation. Bichat étudie *la vie*, et cela dans sa manifestation la plus puissante, la plus expansive et aussi la plus charmante, sous la forme d'un enfant. Sur le plan postérieur et à ses pieds, gît voilé — car l'art a sa pudeur — un cadavre. Là, tout à l'heure, Bichat étudiera *la mort* dans sa seule et triste manifestation, une froide dépouille. Sur le plan antérieur, des feuillets sur lesquels Bichat écrira ses pages immortelles; et puis, une lampe antique allumée, ingénieux et pieux emblême du respect de Bichat pour les antiques doctrines qui peuvent si souvent nous éclairer de leur flambeau.

Telle est la composition de ce groupe, exécuté sur des proportions plus grandes que nature, qui sera coulé en bronze et érigé sur la place publique de Bourg, ville natale de Bichat.

Je ne sais si j'ai réussi à faire comprendre tout ce qu'il y a de simple, d'austère, de religieux dans l'ensemble de cette composition. Elle est d'un intérêt saisissant, et tout d'abord, sans fatigue et sans recherche, se découvre la pensée de l'artiste, qui a été d'allégoriser sous une forme matérielle, mais pleine de poésie, le plus magnifique et le plus populaire ouvrage de Bichat, ses *Recherches sur la vie et la mort*.. Tout d'abord aussi, on devine quel'intention de David, en honorant une des plus complètes personnifications du génie de notre science, a été large et généreuse et que c'est à la médecine tout entière aussi bien qu'à Bichat que ce bronze sera consacré. En effet, ce cercle de la vie à la mort, n'est-ce pas celui que parcourt la science médicale? C'est là notre poème écrit en magnifique prose par Bichat, auquel David a voulu donner la pérennité de l'airain. Ce groupe, en effet, qu'est-ce autre chose qu'un poème?

Et ici, qu'il me soit permis, à moi ignorant des choses de l'art, d'émettre une pensée que m'inspira ce groupe. Les sciences médicales, a-t-on dit, et je le crois, se sont toujours plus ou moins imprégnées des théories philosophiques régnantes aux diverses époques de leur histoire. Mais tout se lie, tout s'enchaine dans l'intelligence humaine, et dès qu'à une époque donnée on peut reconnaître et constater une disposition, une tendance générale des esprits vers tel ou tel ordre d'idées, cette tendance se retrouve partout, dans les sciences, la philosophie, la religion, les mœurs, les arts. Il paraîtrait sans doute bizarre de rechercher quels rapports ont existé, par exemple, dans l'état de la statuaire et l'état des sciences médicales à quelques époques bien marquées de leur histoire; cependant, d'après une vue plus d'intuition assurément que de démonstration, je ne peux m'empêcher d'être frappé de quelques rapprochemens. Qu'était la statuaire en Grèce quatre cents ans avant notre

dant huit jours, et au bout de ce temps sa maladie avait disparu et ne laissait aucune trace. Le malade quitta l'hôpital guéri d'une affection datant de deux ans et qui avait résisté à toutes sortes de traitemens,

L'observation suivante a été recueillie par M. Cazenave lui-même dans le service de Biett, elle offre encore plus d'intérêt que celle qui précède ; la maladie s'accompagnait de phénomènes graves; ils ont également cédé aux préparations arsenicales.

Urticaria tuberosa, *intermittente, avec accès fébriles, qui a duré plusieurs années et qui, après avoir disparu deux fois sous l'influence du sulfate de quinine et s'être manifestée peu de jours après, a enfin complètement cédé à la solution de Fowler.*

Dubanton, âgé de trente-trois ans, garçon menuisier, demeurant rue du Faubourg-Saint-Antoine, n° 88, entra à l'hôpital Saint-Louis le 2 décembre 1825 et en sortit le 1er novembre 1826, après 333 jours de séjour. Doué d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez bonne, mais s'adonnant fréquemment à des excès de boisson, il eut la gale il y a quatre ans, et la guérit en huit jours à l'aide de solutions faites sur tous les points occupés par les vésicules. Le huitième jour, pour compléter son traitement et nettoyer complètement la peau, il venait de prendre un bain, lorsqu'il ressentit les premières atteintes de la maladie qui, sans jamais avoir cessé complètement, le tourmentait encore le jour de son entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. Biett, c'est-à-dire plus de quatre ans après. Il fut saisi d'un frisson assez intense, qui fut suivi d'une chaleur âcre, à laquelle succéda une sueur abondante ; en même temps le coude et le genou gauches devinrent le siége d'un gonflement douloureux ; la peau dans ces parties présenta des espèces de nodosités irrégulières d'un rouge vif, accompagnées d'une chaleur et de picotemens tellement insupportables qu'il semblait au malade que le sang allait jaillir à travers les pores.

Cet état ou plutôt cet accès, car cette dénomination sera bien justifiée par la suite, dura huit heures ; et le lendemain matin (le bain avait été pris le soir et les phénomènes morbides s'étaient manifestés pendant la nuit) les parties qui avaient été le siége de la tuméfaction présentèrent une foule de taches irrégulières indolentes, noirâtres, ne disparaissant point sous la pression du doigt et dont la teinte allait en diminuant du centre à la circonférence, semblables à des ecchymoses, comme si pendant le gonflement il s'était fait un épanchement sanguin dans les mailles du tissu lamineux, d'ailleurs tous les symptômes avaient disparu et le malade était dans son état de santé habituel. Le soir, à la même heure que la veille, Dubanton était auprès du feu, quand un frisson subit fut pour lui le prélude d'un nouvel accès ; celui-ci fut aussi complet ; il dura six heures et il fut accompagné de douleurs et de gonflemens tout à fait analogues à ceux que le malade avait déjà éprouvés ; mais c'était du côté opposé. Le lendemain matin, rémission complète ; il survint des taches comme du côté gauche et, comme les précédentes, elles prirent successivement plus tard une teinte bleuâtre, puis jaunâtre, et finirent par disparaître ou plutôt par se perdre et se confondre avec celles qui se manifestèrent dans la suite; en effet, bientôt dans les accès, non seulement les coudes et les genoux droits furent indistinctement affectés à la fois, mais aussi toutes les parties du corps..... Au troisième, par exemple, qui fut beaucoup plus fort que les autres, au moins à cause de la tuméfaction, qui fut presque générale, les douleurs furent extrêmement vives ; les jambes restèrent enflées inégalement et engourdies, et deux jours après, les orteils, qui n'avaient point été épargnés, devinrent le siége d'ulcérations très douloureuses ; elles rendirent la marche impossible et restèrent très long-temps à se cicatriser. Ce dernier accident trouve facilement son explication dans la rareté pour ainsi dire, et surtout dans le peu de laxité du tissu cellulaire de ces parties.

Dès ce moment le malade fut obligé de garder le lit, et chaque jour à la même heure, il survenait même accès fébrile, même tuméfaction, mêmes picotemens, mêmes douleurs plus ou moins intenses, mais quelquefois tellement graves qu'il lui semblait (dit le malade) qu'on lui arrachait les ongles.

Il est à remarquer qu'une fois le stade de sueur terminé la peau revenait à son état naturel, ne présentait d'autre altération que ces taches dont j'ai parlé, de teintes différentes, suivant l'ancienneté de leur apparition, peu ou point de chaleur, aucune douleur même au toucher ; seulement il restait un léger empâtement des membres, résultat indispensable de ces tensions promptes et forcées des tissus.

Au bout de quinze jours, il entra à l'hôpital de Beauvais, dans un état déplorable, les accès avaient augmenté de durée et d'intensité, la tuméfaction était devenue presque permanente ; les jambes étaient énormes et tout à fait noires ; le moindre mouvement était impossible et le malade se trouvait mal lorsqu'on voulait le bouger. Une saignée, des sinapismes, des vésicatoires aux mollets, des fumigations sulfureuses, tels furent les moyens à l'aide desquels les accès fébriles devinrent moins graves. Quant à la tuméfaction, elle disparut, et l'éruption quotidienne devint extrêmement légère ; mais sitôt que le malade voulait se lever, l'éruption, la tuméfaction, les douleurs, tout apparaissait de nouveau et avec les mêmes violences. A cette époque, tous les symptômes survenaient, même sans que ce fût l'heure de l'accès ; seulement lors de la fièvre, qui revenait toujours régulièrement, ils augmentaient.

Après trois mois de séjour, Dubanton sortit dans l'état suivant : amélioration manifeste tant qu'il gardait le repos ; mais la moindre fatigue et quelquefois la station suffisaient pour déterminer le retour des accidens, et certainement les symptômes auraient repris toute leur intensité première si le malade ne s'était hâté de se mettre au lit.

Un fait qu'il faut noter en passant, et qui est digne de remarque, c'est que pendant son séjour à Beauvais, Dubanton eut une blennorrhagie, pendant le traitement de laquelle il survint une salivation excessive, qui laissa un temps infini les gencives molles, saignantes et douloureuses.

Cette maladie nouvelle et le traitement énergique auquel Dubanton paraît avoir été soumis, n'ont amené dans son affection première aucune espèce de changement. Les deux maladies ont marché isolément.

Dubanton vint à Paris et il resta deux mois sans entrer dans aucun hôpital. Sorti dès le matin il lui arrivait souvent d'être obligé de se faire rapporter chez lui ; en effet, il éprouvait tout à coup des douleurs atroces qui précédaient le frisson. Admis à cette époque à l'hôpital Saint-Antoine, il y resta neuf mois pendant lesquels il fut successivement appliqué des vésicatoires aux cuisses et aux jambes, des emplâtres de poix de Bourgogne aux lombes, et il prit du quinquina en poudre pendant un mois entier, etc., etc.

Au bout de six mois les accès reparaissaient bien encore tous les jours, mais avec moins de violence, et, pendant les trois mois qui suivirent, le malade était à ce point que l'éruption ne paraissait point tous les jours. Quand il restait couché, il se passait même trois ou quatre jours sans qu'il eût la moindre nodosité, la moindre tuméfaction. Quant à l'accès fébrile, toujours opiniâtre, il revenait seul, beaucoup plus court, il est vrai, mais constant.

Dubanton était dans cet état, et même il ne restait plus que quelques légères empreintes de ces hémorrhagies partielles quand il sortit de l'hôpital Saint-Antoine, où il fut obligé de rentrer huit jours après. Ayant voulu travailler, il retomba dans un état aussi grave que celui dans lequel il était au moment de son entrée. Nouveau séjour de trois mois. Médication analogue (quinquina en poudre). Même succès ; et même l'éruption qui survenait après un peu de fatigue n'était plus rien. Au milieu de cette amélioration réelle, retour quotidien de l'accès fébrile.

Dubanton sort de l'hôpital ; mais les accidens ne tardent point à reparaître. De plus, il a encore contracté une maladie vénérienne caractérisée par une blennorrhagie, des chancres et des bubons. Admis à l'hôpital des Vénériens, il en sort au bout de trois mois, encore guéri de la syphilis ; mais la fièvre, qui n'avait point disparu, se reproduisait tous les jours. Il en est de même de l'éruption qui, il est vrai, est légère, excepté cependant lorsqu'il fait froid ; car dans ce cas tout l'appareil des symptômes graves dont nous avons déjà parlé plusieurs fois se déploie de nouveau.

Pendant deux mois ce malheureux mena la vie suivante : il travaillait deux tiers de jour ; l'accès de fièvre et l'éruption survenaient, alors il se mettait au lit et le lendemain tout avait disparu, et Dubanton reprenait ses occupations ordinaires. Cependant, fatigué de ce retour continuel de douleurs, qui d'ailleurs commençaient à augmenter et nuisaient à son travail, il resta six mois entiers à boire des tisanes adoucissantes et à garder un repos presque absolu.

Au bout de ce temps il était dans le même état. Presque désespéré, il se présenta à l'hôpital Saint-Louis : c'était le matin ; comme de coutume, son éruption avait complètement disparu ; aussi refusa-t-on de l'admettre. Quelques jours après il se leva de bonne heure, fit de longues courses, se fatigua beaucoup et parvint à faire paraître ses symptômes habituels, excepté toutefois l'accès de fièvre. En cet état, il se présenta de nouveau et fut admis. Il fut couché dans la division des galeux, car il avait de nouveau contracté la gale.

Pendant son séjour il présenta les phénomènes suivans : le matin, à la visite, on observait d'autres symptômes que les vésicules de la gale ; mais tous les soirs il survenait un accès de fièvre accompagné d'une éruption caractérisée par de véritables nodosités, dures, d'une largeur variable, mais dont quelques-unes égalaient une étendue de trois pouces, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, d'un rouge vif, inégalement répandues sur tout le corps, mais surtout sur les membres, accompagnées de difficulté dans la respiration, quelquefois telle, ce qui arrivait lorsque le malade s'était fatigué dans le jour, que l'on était obligé de le saigner légèrement. En effet, il avait de véritables attaques de suffocation ; la respiration était courte et les mouvemens de la poitrine peu étendus ; le col gonflé, la face bouffie et violacée, le pouls petit et embarrassé, les battemens du cœur intermittens, quelquefois même insensibles. Ces attaques se renouvelèrent plusieurs fois.

D'ailleurs, l'éruption était accompagnée d'un accès complet de fièvre ; le tout durait habituellement cinq ou six heures, souvent plus.

Pendant la rémission, les organes dans lesquels on aurait pu soupçonner quelque altération furent examinés avec soin, et entre autres la poitrine et l'appareil circulatoire. Aucun ne présenta le moindre symptôme appréciable.

Des bains et des frictions sulfuro-alcalines employées dans le début pour guérir la gale ; des saignées plusieurs fois répétées, le sirop de Larrey ; plus tard le vin antiscorbutique, les bains de vapeur, le calomel à la dose de quatre grains, que l'on fut obligé de suspendre à la quatrième prise parce qu'il détermina une salivation abondante et des ulcérations à la muqueuse de la bouche ; des tisanes amères, acidules, des boissons apéritives ; tels sont les moyens employés successivement pendant quatre mois, et qui n'eurent qu'une influence bien légère sur cette singulière et opiniâtre maladie.

Tous les soirs, à six heures, le frisson se faisait sentir ; le stade de chaleur était peu marqué, mais la sueur était très abondante ; elle durait trois ou quatre heures ; la tuméfaction continuait aussi à se manifester ; quelquefois elle avait lieu à la face palmaire des mains ou à la face plantaire des pieds, et y déterminait de véritables douleurs d'arrachement.

Dubanton était dans cet état quand, à la suite d'une longue fatigue, la gale étant guérie depuis long-temps, il fut transporté dans le pavillon Saint-Mathurin, sous la direction de M. Biett ; et, pris d'une douleur extrême au genou droit, avec gonflement énorme, il se coucha. Le soir l'accès de fièvre fut plus intense, le frisson plus long, et la chaleur ne présenta pas de rémission. Le lendemain le pouls était dur, la face animée, la bouche sèche, les yeux rouges et larmoyans. Après quelques jours, pendant lesquels on lui administra des boissons délayantes et acidules ; on le mit à l'usage du sulfate de quinine à la dose de huit grains. Le quatrième jour l'accès ne vint pas. On continua l'usage du quinquina, et déjà il s'était passé huit jours sans apparence d'accès ; point de fièvre, point d'éruption ; seulement il survenait quelques élevures le soir, quand il se gorgea d'alimens et de vin qu'il avait pu se procu-

---

ère ? Ce qu'elle n'a plus été à aucune autre époque et chez aucun autre peuple, le type idéal de la beauté des formes, correcte, élégante, pleine d'une majestueuse simplicité, c'était Phidias. Pour caractériser la médecine à cette époque, il faut absolument se servir des mêmes expressions ; car la médecine d'alors, c'est Hippocrate. Dans la civilisation romaine, Galien, prolixe et fécond auteur, entassé livres sur livres, et, noyant quelques bonnes vérités dans un océan d'erreurs, c'est le sculpteur son contemporain, dont le nom m'échappe, qui fit, dit l'histoire, plus de trois cents statues dans quelques années. Chez nous, en France, l'élégance de Jean Goujon et ses tendances de retour vers l'art antique ; on les retrouve chez un grand médecin son contemporain, l'élégant Fernel, qui ramena aussi la médecine dans les voies hippocratiques. Aujourd'hui enfin, que cherche la statuaire, et je le demande à David lui-même, la plus éminente personnification de cet art à notre époque ? Des voies nouvelles ; elle aspire vers un avenir inconnu, vers une nouvelle poétique s'adaptant à nos mœurs, à nos croyances, à nos manières d'être et de sentir ; elle s'agite, elle s'inquiète, elle cherche. Et, n'est-ce pas bien là l'inquiétude présente des esprits en médecine, cherchant aussi des voies nouvelles, et se dirigeant tout entière, au milieu des préoccupations de la science actuelle, vers les espérances d'une science d'avenir ?

Science d'avenir ! N'est-il pas bien remarquable que nous trouvions précisément dans ce groupe un de nos plus magnifiques enseignemens? Cette science d'avenir elle est là, sur ce bronze. C'est l'intime et inséparable union de l'étude des lois de la vie avec l'étude des lois de l'ordre physique et matériel. Sans cette union tout est mesquin, incomplet, précaire dans notre science ; le vitalisme pur la conduit au nébuleux, à l'absurde ; comme le matérialisme pur la mène au septicisme, à l'impossible. La vie sous la forme d'un enfant, les lois physiques sous la forme d'un cadavre abandonné à leurs matérielles influences, la lampe antique pour nous éclairer souvent de sa féconde lumière, telle est la précieuse indication que nous donne l'artiste ; telle est aussi la grande, l'heureuse et belle idée qui a inspiré ce monument. Ne trouvez-vous pas qu'elle vaut bien la froide allégorie de la mythologie païenne?

Que dirais-je des détails ? La tête de Bichat, reproduite d'après un plâtre pris sur nature morte, est vraiment magnifique. — C'est Napoléonien, disais-je à David, qui a été comme moi frappé de cette singulière identité de lignes. Et puis sa pose pleine de mouvement et de grandeur, et cet enfant si beau, trop beau peut-être, — Antinoüs à dix ans, — et ce cadavre gisant avec tant de vérité dans sa froide immobilité, tout jusqu'à ce mesquin et désolant costume moderne auquel David a su donner un caractère d'élévation et de noblesse ; tout dans ce groupe frappe et émeut, et tout indique qu'il a été conçu avec enthousiasme, exécuté avec amour.

Car ce monument, David *le donne* à la ville de Bourg ; ce travail que d'autres auraient fait couvrir d'or, notre grand artiste l'a exécuté gratuitement, c'est là son offrande à la souscription pour Bichat. De même il en fut pour Ambroise Paré, pour Guttemberg et pour d'autres chefs-d'œuvres dont David a couvert le sol de la patrie. C'est bien là notre artiste national grand, généreux, impressionnable par toutes nos gloires, sympathique à toutes nos illustrations. Un mot qui le dépeigne: — « On ne peut s'empêcher de regretter, lui disais-je, que ce beau travail ne soit pas destiné à Paris. L'enverrez-vous, au moins, à l'exposition du Louvre ? — Non, me dit-il ; je voudrais une exposition plus populaire, et je ferai en sorte, avant son départ, qu'il soit exposé dans la cour de l'Ecole de médecine. » Là serait, en effet, sa véritable place ; mais sa place irrévocable, et ce serait honorer à la fois Bichat et David, en demandant au fondeur deux exemplaires de ce groupe, un pour Bourg, patrie de Bichat ; l'autre pour Paris où furent composés ses immortels ouvrages, où il mourut, où nul monument ne rappelle sa mémoire, et où sa tombe n'est recouverte, dans l'ancien cimetière de Clamart, que d'une pierre indigne et ignorée.

Amédée LATOUR.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TROISIÈME SÉANCE. — *Lecture des compositions.*

Hier mardi, MM. Vidal, Malgaigne et Laugier ont lu leurs compositions.

La prochaine séance aura lieu lundi prochain 28.

— M. Samson, fabricant d'instrumens de chirurgie, nous écrit qu'il a présenté, il y a plusieurs jours, à la commission de santé des hôpitaux maritimes, des instrumens de chirurgie dorés d'après le procédé de M. Ruolz, et qu'il en tient dans ses ateliers à la disposition des praticiens qui voudront les examiner, ainsi que des pièces argentées selon la même méthode.

Cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfans.

M. Paul GUERSANT, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continuera, à dater du 1er avril, les visites tous les jours à sept heures et demie ; les consultations tous les jours à huit heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche; leçons et opérations tous les jeudis.

— Le médecin-inspecteur de eaux de Bourbonne, M. Lemolt, nous prie de faire connaître aux malades qui y redoutent la trop grande influence en juillet et août, que la saison des bains commence le 15 avril et finit le 15 octobre.

rer secrètement. Dès-lors pouls élevé, peau chaude, céphalalgie, coliques, retour de l'éruption. On suspend l'usage du sulfate de quinine, et pendant treize jours Dubanton est de nouveau soumis aux émolliens. Dans cet intervalle, la maladie reprend toute sa gravité.

Nouvelle administration du sulfate de quinine. Le malade en prend pendant douze jours; disparition complète des symptômes pendant un mois. Au bout de ce temps, sous l'influence d'aucune cause appréciable, les accidens reparaissent encore, mais sans présenter leur intensité première. L'accès de fièvre a reparu le soir, mais il est de peu de durée; le gonflement est peu considérable, la douleur légère, les nodosités rares. Cependant la maladie fait de jour en jour de nouveaux progrès.

Dubanton est soumis de nouveau aux boissons acidules (orge et acide sulfurique, un gros); il n'en éprouve aucun soulagement.

Enfin, M. Biett se décide à administrer la solution de Fowler, dont il avait retiré tant d'avantages dans une foule d'autres affections, d'abord à la dose de cinq gouttes dans une cuillerée de tisane. Dubenton en prit pendant douze jous sans accident, mais le treizième il eut des coliques, du dévoiement, le pouls devint dur; il survint de la soif, mais point d'envies de vomir. L'éruption et les accès de fièvre avaient cessé dès la cinquième dose. Il y eut bien encore quelques élevures, mais point de fièvre. Il ne restait qu'une légère tuméfaction aux coudes et aux genoux. La solution de Fowler resta suspendue pendant onze jours, et pendant cet intervalle aucun des symptômes de l'affection première ne reparut. Quant à ceux qui avaient semblé annoncer une inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, ils disparurent promptement, et pour assurer la guérison, on reprit l'usage de cette préparation énergique, qui fut portée jusqu'à la vingt-sixième dose de six gouttes chacune, et que le malade supporta désormais sans le moindre dérangement.

Dubanton resta six semaines à l'hôpital après sa guérison; il se fatigua beaucoup, et rien de son ancienne maladie ne reparut.

— M. Cazenave, ainsi que je l'ai déjà dit, n'emploie pas seulement les préparations arsenicales dans l'*urticaria tuberosa*, mais encore dans le psoriasis et l'eczéma chroniques. La préparation qu'il prescrit le plus fréquemment, c'est la solution de Pearson; c'est celle, en effet, que l'on manie le plus aisément, et qui présente le moins de danger, s'il est permis d'employer ce mot. Je l'ai vu prescrire à plus de vingt malades, et personne, excepté une jeune fille assez délicate, n'en fut incommodé. Néanmoins, quand on veut faire prendre cette préparation pendant un certain laps de temps, il est bon de laisser reposer les malades de temps à autre. Bien que je ne veuille point insister sur les effets physiologiques et pathologiques de ce médicament, qui ont d'ailleurs été exposés avec soin par M. Cazenave, dans le Dictionnaire en vingt-cinq volumes, article *Arsenic*, je ne puis m'empêcher de revenir sur un point de pratique qui offre assez d'intérêt.

Avant toutes choses, il faut que le malade auquel on prescrit la solution de Pearson, ait les organes de l'appareil digestif dans un très bon état; sans cela le médicament est rejeté, et la maladie qui avait réclamé son emploi ne manque point d'augmenter d'intensité. Dans ces cas il est souvent avantageux de recourir aux purgatifs et aux acidules, aux modificateurs, en un mot, de l'appareil digestif, après quoi les préparations arsenicales sont reprises avec grand avantage. J'ai vu M. Cazenave procéder de cette sorte et avec bonheur pour les malades. Est-ce à dire que les vingt personnes auxquelles j'ai vu prendre la solution de Pearson ont été guéries? A coup sûr, non!

Mais il en est au moins dix dont l'état a été plus ou moins changé; n'oublions pas que ces psoriasis et ces exzéma, contre lesquels était instituée cette médication arsenicale, dataient de plusieurs années, et avaient, pour la plupart, résisté à toute espèce de traitement. Ainsi, nos dix malades ont été ou guéris ou avantageusement modifiés, alors que rien n'avait eu prise contre leurs maux. Les préparations d'arsenic employées contre certaines formes de maladies de la peau, loin d'être dangereuses ou sans résultat, comme plusieurs auteurs l'ont avancé, me paraissent fort utiles dans certains cas. On ne s'est pas borné à proscrire le médicament que nous défendons en ce moment, on a dit encore que les résultats obtenus étaient de courte durée; je répondrai à ceci par ce que j'ai entendu dire maintes fois à M. Cazenave: que des malades guéris par M. Biett d'eczéma et de psoriasis chroniques, n'ont éprouvé depuis aucune rechute.

Je terminerai ce travail par l'observation suivante, qui prouve combien la solution de Pearson peut agir promptement sur certaines organisations.

Vers la fin du mois d'août, un des premiers médecins de Paris adressa à M. Cazenave le nommé Gros, âgé de 41 ans, limonadier, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution un peu chétive. Ce malade est affecté depuis plus de deux ans, d'un *eczéma impetiginodes* occupant les cuisses, les jambes, une partie de la paroi abdominale antérieure, l'aisselle, les mamelons. Les bains émolliens, les acidules, les bains alcalins ont été successivement prescrits. En dernier lieu, il avait pris des bains de sublimé qui, loin de diminuer sa maladie, n'avaient fait que l'augmenter. Toutefois, depuis plus de deux ans qu'il est malade, il avait vu plusieurs fois son état s'améliorer un peu; le séjour de la campagne lui avait apporté quelque soulagement passager, il est vrai. Ce n'était point la première fois qu'il était pris de cette maladie. A l'âge de douze ans il avait eu une plaque eczémateuse sous le jarret, qui avait cédé à quelques lotions émollientes. En 1838, il vit la même lésion se reproduire, sans plus de gravité, derrière une de ses oreilles. Lorsqu'il entra à l'hôpital, toutes les parties que nous avons nommées étaient recouvertes de croûtes impétigineuses que les bains émolliens faisaient tomber, et qui laissaient à nu une surface rouge suintante. L'appétit et toutes les fonctions étaient normales; Gros avait déjà été traité de diverses façons sans aucun succès, M. Cazenave prescrit la solution de Pearson à la dose de cinquante centigrammes, puis d'un gramme. Au bout de quelques jours, les croûtes ne se reproduisent plus; au milieu des parties suintantes il se forma des îlots où l'épiderme apparut. Ces parties s'étendant petit à petit, bientôt la guérison ne fut plus douteuse. Au bout de deux mois de traitement le malade sortit parfaitement guéri. Ajoutons que la médication par l'arsenic a été aidée de quelques bains émolliens dans le principe, et vers la fin, de quelques bains de vapeur.

Engorgement du sein guéri par les cataplasmes froids et le muriate suroxigéné de mercure; par M. Tanchou.

Madame Franc.... demeurant rue des Deux-Portes-Saint-André-des-Arts, dans une position aisée et n'ayant d'occupation que celle de son ménage, âgée de 40 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, d'un caractère énergique, réglée à treize ans, mariée à vingt-trois, a eu deux enfans, qu'elle a nourris sans qu'il lui soit venu du mal dans les seins à cette occasion, elle est d'un grand embonpoint et ses seins sont très-volumineux.

Madame F.... n'a jamais été malade; elle ne connaît personne dans sa famille qui ait été atteint d'affection cancéreuse. Il y avait cinq mois quand elle me fut adressée (le 3 septembre dernier) son mari, en se retournant dans le lit, lui comprima fortement la mamelle gauche avec son coude. Il s'ensuivit une vive douleur, qui diminua peu à peu, mais qui ne se dissipa jamais tout à fait. Peu de temps après, il se forma un gonflement dans cet endroit, les douleurs revinrent plus aiguës. Ce gonflement devint considérable. On y appliqua plusieurs fois des sangsues, pendant long-temps des cataplasmes émolliens, des ventouses sur les parties latérales, des emplâtres de ciguë ensuite, sans succès complet. L'engorgement diminuait pour quelques jours, puis augmentait de nouveau, surtout à l'époque des règles, et devenait plus sensible.

La tumeur du sein est du volume d'une grosse orange, elle est située dans la portion interne de la glande mammaire, et s'étend jusque vers l'aisselle, où elle commence à occasionner des douleurs et quelques élancemens. La peau qui la recouvre n'est pas changée de couleur; elle est dure au toucher, homogène dans sa composition; mais, profondément, on sent qu'il y a plusieurs foyers d'inflammation. La malade y ressent continuellement une douleur sourde, parfois pongitives. Cette tumeur est mobile; le sein a parfaitement conservé sa forme. Hors cela, madame F.... se porte bien, son appétit n'est pas dérangé; les règles sont régulières.

La marche de cette maladie, après avoir été aiguë, devenait évidemment chronique; elle était de la nature de celles qui deviennent des cancers qu'on appelle alvéolaires, c'est-à-dire qu'il se forme plusieurs foyers purulens dans les divers noyaux inflammatoires qu'ils présentent.

Mon premier soin fut d'enlever un reste de chaleur qui existait dans le sein par des cataplasmes froids répétés plusieurs fois dans le jour. La malade fut mise au régime.

Le 8 septembre, la tumeur était déjà diminuée.

Le 12, quelques douleurs dans le sein, que j'attribue à l'application trop prolongée des cataplasmes froids; on les appliquera tièdes.

Le 20, les douleurs ont entièrement cessé, sauf quelques passagères. Onctions mercurielles.

Le 26, même état stationnaire; la glande semble pourtant s'isoler et se circonscrire. 10 centigrammes de mercure suroxigéné dans 500 grammes d'eau (une cuillerée); par erreur, on met 50 centigrammes de sel mercuriel dans 500 grammes d'eau: la malade en prend une cuillerée à bouche, au lieu d'une cuillerée à café, dans un verre d'eau sucrée tous les matins. Dès le lendemain, la malade souffre beaucoup de l'estomac; elle continue pourtant sa préparation jusqu'au cinquième jour. Alors il se manifeste une éruption pustuleuse dans la bouche et dans le pharynx; salivation, gonflement des gencives, etc.

Le 6 octobre, la salivation a presque complètement cessé; la glande a beaucoup diminué; on sent dans son épaisseur quelques inégalités, qui semblent autant de restes des foyers inflammatoires qu'on y remarquait. Le sein de cette femme est comme celui de vieilles nourrices qui ont beaucoup allaité.

Le 12, madame F... a repris sa bonne santé habituelle; le sein n'était plus douloureux et ne présentait aucune différence avec celui du côté opposé. Je la renvoie au docteur Allier, qui me l'avait adressée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mars. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. La Corbière, Nonat et Sandras écrivent à l'Académie pour se porter candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

— *M. Charrière* adresse à l'Académie une lettre touchant une modification qu'il vient d'apporter à la scie double rachitome qu'il avait fait connaître en 1832.

— *M. Hamont* met sous les yeux de l'Académie un tableau présentant les caractères distinctifs du cheval Nedgis avec les autres chevaux arabes.

— *M. Londe* communique à l'Académie la note suivante qui lui a été adressée par M. Lesauvage, professeur à l'école secondaire de médecine de Caen.

Note sur quelques modifications apportées à l'amputation de la cuisse par la méthode circulaire. — L'amputation de la cuisse dans la continuité, dit M. Lesauvage, quelle que soit celle des méthodes, circulaire ou à lambeau que l'on emploie, est assez fréquemment suivie d'un accident consécutif assez grave, qui souvent retarde la guérison et rend bien moins facile l'emploi des moyens prothétiques. C'est la saillie de l'extrémité de l'os à la surface de la plaie, puis à celle de la cicatrice avec laquelle elle s'identifie.

Quoique placé au milieu du membre au moment de l'opération, et après la réunion des lèvres de la plaie, le fémur se porte en haut, entraîné qu'il est par la contraction incessante des muscles psoas et iliaque; et son ascension doit être singulièrement facilitée par la réunion des lèvres de la plaie dans une direction verticale, et de telle sorte que les muscles du moignon, cédant lentement à leur poids, abandonnent bientôt l'extrémité de l'os qui finit par occuper l'angle supérieur de la cicatrice. Elle peut même y faire une saillie assez prononcée quand par l'effet d'une abondante suppuration et de l'irritation prolongée qu'elle entretient, la rétraction consécutive des muscles a été portée très loin.

Jusqu'ici on a tenté, que je sache, peu de moyens pour remédier à cet inconvénient signalé par beaucoup de praticiens, et c'est avec l'espoir de le faire disparaître, au moins dans un grand nombre de cas, que j'ai fait subir à l'amputation par la méthode circulaire les modifications suivantes dont on pourrait également faire l'application à la méthode à lambeau.

Après que la peau et les chairs ont été méthodiquement divisées, je place obliquement la compresse fendue afin que la dénudation de l'os soit plus élevée à sa partie antérieure; mais j'incline la scie de manière à produire une section très-oblique de l'os et de telle sorte que j'obtiens à son extrémité une surface ovale qui est dirigée en avant.

Ce procédé a pour principaux avantages: 1° de fournir une large surface sur laquelle repose la portion muqueuse du muscle triceps fémoral; 2° de faire disparaître l'angle droit produit à l'extrémité de l'os par la section perpendiculaire, et qui peut devenir cause d'irritation; 3° d'effacer le vide que cette extrémité détermine en mettant obstacle au contact immédiat des chairs, et en facilitant une accumulation des fluides dont le séjour prolongé peut contribuer à la nécrose que l'on observe encore assez fréquemment; 4° enfin, de permettre une réunion plus immédiate des chairs entre elles et avec les surfaces osseuses, et conséquemment d'offrir plus de chances pour une réunion par première intention.

L'opération terminée, je place les emplâtres agglutinatifs de manière à obtenir une réunion transversale. Deux bandes de diachylon suffisent, et, placées de chaque côté du point qui répond à l'extrémité de l'os, elles la fixent dans ses rapports avec le triceps et contribuent à empêcher tout déplacement consécutif.

On objecterait peut-être que la forme donnée à l'extrémité de l'os pourrait plus tard déterminer quelque gêne, et, à cause de sa forme tranchante, produire une pression douloureuse lorsque le moignon prendra sur le cuissard un point d'appui. Mais, sans aucun doute, les praticiens auront remarqué comme moi, qu'après la guérison, l'os prend des formes variées et tout à fait indépendantes du mode de section. J'ai sous les yeux le fémur d'un homme que j'avais amputé il y a quelques années. Cet os a entièrement perdu la forme que la section perpendiculaire lui avait donnée, et il est terminé en pointe. Cependant, il n'en était résulté aucune entrave dans la marche de l'amputé. J'avais eu occasion de le voir assez fréquemment jusqu'au moment de sa mort, arrivée par accident.

La réunion transversale n'offrira pas sans doute, dans le plus grand nombre des cas, les inconvéniens qu'on lui a attribués, et dont le principal était la retenue du pus entre les bords de la plaie. Ce mode de réunion avait déjà été proposé par Hennen, et M. Velpeau l'a également préconisé à l'occasion d'un procédé de la méthode à lambeau qu'il avait proposé, et dans l'intention d'opposer un obstacle au déplacement de l'os. Je pense qu'on pourra empêcher le séjour du pus en modifiant, ainsi que je l'ai fait, l'application de l'appareil.

Au reste, un essai de mon procédé, exécuté tout récemment à l'hôpital et en présence de plusieurs de mes collègues, a pleinement justifié, ainsi que je vais l'exposer, la valeur des résultats que j'avais eu en vue d'obtenir.

Le nommé Hamelin (Emmanuel), âgé de 38 ans, cultivateur, d'une assez bonne constitution, entra à l'hôpital le 3 février dernier. Il était atteint au genou gauche d'une tumeur blanche volumineuse avec déplacement spontané de la jambe. Des douleurs vives avec fièvre et insomnie altéraient l'état du malade et le dépérissement faisait de rapides progrès.

Convenablement *acclimaté* dans l'hôpital et soumis pour préparation à un régime très-sévère et à l'usage de boissons légères, c'est le 18 du même mois qu'il fut opéré.

Les lèvres de la plaie réunies avec exactitude, présentaient un simple trait linéaire aux extrémités duquel furent placés les fils de trois ligatures. Avant l'application des pièces ordinaires de pansement, je fis faire une traction sur les chairs à l'extrémité du moignon; puis j'appliquai sur toute son étendue une bande dont les tours étaient à recouvrement. J'eus la précaution de placer au-dessous deux petits coussins allongés faits avec de la charpie roulée dans un linge, et destinés à produire sur l'os une légère pression, afin de mieux assurer les rapports avec les chairs qui couvraient son extrémité.

Il ne survint aucun accident; l'appareil fut levé le quatrième jour. Il était pénétré par une sérosité sanguinolente. Le lendemain et les deux jours suivants, il y avait sur le plumasseau un peu de pus qui paraissait provenir du point qui répondait à l'os, et aussi des ligatures placées au côté interne; bientôt ce pus disparut et l'amélioration marcha avec une telle rapidité que, le 28, la guérison aurait été à peu près complète, sans la présence prolongée des ligatures, et si la peau, en deux points peu étendus, ne s'était faiblement roulée en dedans et n'avait ainsi apporté dans la cicatrisation complète un retard de quelques jours.

Maintenant, le sommet du moignon est mou, flexible, et il est évident que l'extrémité de l'os est parfaitement centrale et placée à plusieurs centimètres au-dessous de la cicatrice.

M. Desportes fait un rapport favorable sur un travail de M. Guertin, ayant pour titre: Mémoire sur une épidémie de scarlatine qui a sévi, en 1841, aux environs d'Angers. Remercîmens à l'auteur, l'inviter à poursuivre ses recherches, renvoyer son mémoire au comité de publication; inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie. (Adopté.)

M. Bouley jeune fait un rapport très-favorable sur un mémoire adressé à l'Académie par M. Lafont, vétérinaire, ayant pour titre: Mémoire sur l'entérite couenneuse dans l'espèce bovine. Remercîmens à l'auteur; l'engager à continuer ses travaux; renvoyer son mémoire au comité de publication, et maintenir favorablement son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie. (Adopté.)

M. Ricord présente les organes génito-urinaires d'un calculeux. Cette pièce remarquable provient d'un jeune homme de dix-sept ans admis dans le service de chirurgie de l'hôpital des Vénériens. Il s'était présenté pour être traité d'un catarrhe vésical, dont les symptômes à l'état aigu furent constatés, et contre lequel on employa une médication méthodique. Mais bientôt la persistance des accidens et l'observation clinique indiquèrent la véritable cause de l'affection. On reconnut une maladie des reins, en même temps le malade fut sondé et M. Ricord constata la présence d'un calcul volumineux.

La vessie étant très irritable, il fallut en quelque sorte l'accoutumer à se laisser distendre par les injections avant de songer à pratiquer le broiement de la pierre, seule opération que le malade consentit à supporter. Dès la première séance on put saisir un calcul qui présentait un diamètre de cinq centimètres; il paraissait assez friable et deux autres séances à cinq ou six jours d'intervalle permirent au malade de rendre par l'urètre une grande quantité de fragmens. Malgré ce succès, et bien que la lithotritie eût pu être pratiquée sans produire le moindre accident; l'état général du malade s'aggravait constamment; les urines continuaient à déposer beaucoup de pus, l'inappétence devint complète, enfin, une diarrhée colliquative amena la mort le vendredi 18 mars.

Dans la pièce d'anatomie pathologique soumise à l'Académie de médecine, l'urètre et la prostate sont à l'état sain, la vessie contractée, mais sans altération, renferme un calcul volumineux qui paraît brisé en deux; une moitié est réduite en fragmens et l'autre, de forme oblongue, présente dans son plus grand diamètre l'étendue qui avait été notée par M. Ricord.

L'uretère gauche énormément dilaté, au point d'offrir un volume égal à celui de l'intestin grêle, contient dans sa portion inférieure un calcul d'un centimètre et demi de diamètre et de cinq centimètres de longueur, au-dessus de ce point le canal est distendu par du pus, enfin le rein suppuré présente l'apparence d'un kyste purulent.

L'analyse du calcul a fait reconnaître un phosphate ammoniaco-magnésien.

Après l'examen de cette pièce, M. Ricord résume des considérations importantes sur l'obscurité du diagnostic en pareil cas et sur les moyens à l'aide desquels il a pu, dans une vessie contractée à ce point, exécuter un broiement aussi considérable.

M. Ricord insiste sur les avantages de la lithotritie qui, d'après les résultats obtenus, aurait pu terminer la cure en deux ou trois séances de plus s'il n'eût pas existé une affection des reins malheureusement au-dessus des ressources de l'art et nécessairement fatale.

M. Souberbielle met sous les yeux de l'Académie les organes génito-urinaires d'un jeune calculeux. Les parois de la vessie présentent une

épaisseur considérable, il existe sur la membrane muqueuse des fausses membranes adhérentes, sous lesquelles on trouve des ulcérations plus ou moins profondes. Le calcul est situé au col de la vessie; une partie fait saillie dans le réservoir, l'autre se prolonge dans l'urètre. Au milieu de sa longueur existe un rétrécissement circulaire. L'extrémité qui correspond à l'urètre est plus volumineuse que l'autre. Le poids total est de seize grammes, et la longueur de cinq centimètres. Les reins sont très volumineux, et renferment plusieurs foyers purulens. Les uretères offrent une dimension considérable. L'urètre est sain; la sonde le parcourt avec assez de facilité.

M. Charrière met sous les yeux de l'Académie un grand nombre d'instrumens de chirurgie, tels que bistouris, lancettes, lithotomes, spéculums, forceps, etc., dorés et argentés par le procédé de M. Ruolz. (*Voir* la lettre que nous publions dans le compte-rendu de l'Académie des sciences.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mars 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Bouisson, professeur à la faculté de médecine de Montpellier, adresse à l'Académie quelques observations sur les *caractères micros copiques de la bile et sur les applications qu'on peut en faire au mécanisme de la formation des calculs biliaires.*

« Pour bien constater les caractères microscopiques de la bile humaine, ou celle d'autres animaux supérieurs, dit-il, il faut l'examiner à un grossissement de 250 diamètres, et lorsque ce liquide est dans un certain état de concentration. La bile cystique d'un sujet ayant supporté une longue abstinence, est celle qui se prête le mieux aux observations.

» Le microscope fait découvrir trois sortes d'élémens:

1° Des plaques de matière colorante d'un jaune légèrement verdâtre, de dimension variable, ordinairement irrégulières.

» 2° Des corpuscules à forme géométrique, d'apparence cristalline, en nombre moins considérable que les grumeaux de matière colorante avec lesquels ils sont quelquefois unis. Ces corpuscules sont de la cholesterine à l'état de suspension. Je m'en suis assuré en traitant par l'éther la bile dans laquelle on les découvrait; ils disparaissaient sous l'influence de ce dissolvant. En ajoutant artificiellement à la bile de la cholesterine réduite en parcelles très ténues, et en l'examinant au microscope, les nouveaux fragmens cristallins présentaient un aspect identique avec celui des corpuscules déjà signalés.

» 3° Des globules en quantité variable, tantôt disposés en petites masses cohérentes, tantôt associés à des grumeaux de matière colorante auxquels ils semblaient servir de moyen d'union. Ces globules appartiennent au mucus de la vésicule biliaire; on peut en dépouiller la bile en précipitant le mucus par de l'alcool. On observe alors à l'état d'isolement la cholesterine et la matière colorante.

» Il résulte de ces observations dont je me borne à présenter la substance, que la matière colorante n'est pas entièrement dissoute dans la bile, mais qu'une partie est naturellement précipitée; que la cholesterine qu'on croyait, d'après les observations de M. Chevreul, exister dans la bile à l'état de dissolution, y est à l'état de suspension; enfin, que le mucus facilite l'adhésion de ces deux élémens de la bile.

» La constatation de la forme sous laquelle la matière colorante et la cholesterine existent dans ce liquide, rend la formation des calculs biliaires beaucoup plus facile à expliquer que les théories proposées jusqu'à ce jour. Le plus grand nombre de ces calculs est composé des matières qui se trouvent dans la bile à l'état d'isolement, et dont l'agglomération peut être provoquée par des causes physiques très simples. Chaque sujet dans l'état sain porte une infinité de petits calculs biliaires. Les calculs volumineux et qui constituent un état pathologique, résultent de l'union de matériaux préexistans. »

— *M. Pelouze* lit, au nom de M. Gay-Lussac et au sien, un rapport sur plusieurs communications de M. Leroy-d'Etiolles, relatives à la dissolution des concrétions urinaires.

Nous n'entrerons dans aucun détail sur le fond de ce rapport; les conclusions que nous allons mentionner feront facilement comprendre le sens dans lequel il est conçu.

« M. Leroy-d'Etiolles, dit M. le rapporteur, nous semble avoir bien fait ressortir l'exactitude des conclusions suivantes:

» 1° Certains réactifs acides et alcalis exercent sur les concrétions urinaires une action destructive. Cette action porte moins encore sur les principes qui forment ces concrétions que sur la matière animale qui leur sert de lien. Elle est toujours très lente, même en dehors de la vitalité. Elle peut être entravée par de nouveaux dépôts dont il faut sans doute reporter la production à la saturation des acides libres ou des sels acides de l'urine. Ces dépôts se réunissent quelquefois, acquièrent de la cohésion et constituent de nouvelles concrétions.

» 2° Sans nier absolument la possibilité d'obtenir quelques guérisons, on peut dire, en thèse générale, que si la pierre n'est pas très petite, il est probable qu'elle ne sera pas détruite par les réactifs agissant d'une manière indirecte, c'est-à-dire pris en boissons et en bains.

» 3° L'action directe des réactifs introduits dans la vessie en injections et en irrigations est certainement plus puissante que celle qui s'exerce par les boissons et les bains, mais dans l'application on rencontre des difficultés et des entraves qui allongent le traitement au point de rendre son succès problématique, et la vitalité des organes dans lesquels il faut agir donne lieu quelquefois à des réactions, à des accidens inflammatoires dont le danger n'est pas, comme dans la lithotritie, suffisamment compensé par la rapidité de la destruction de la pierre.

» 4° Il est évident que la combinaison de la lithotritie avec la dissolution serait favorable à cette dernière, en multipliant les points de contact de la pierre avec les réactifs. Mais en admettant qu'il y ait des circonstances auxquelles cette combinaison soit applicable, comme par exemple, l'existence de cellules dans la vessie ou tout autre vice de conformation, il serait peu convenable de l'adopter comme méthode usuelle, attendu que le premier morcellement de la pierre étant pour l'ordinaire ce qu'il y a de plus difficile et de plus pénible dans la lithotritie, abandonner celle-ci après que le principal obstacle est surmonté pour entrer dans une voie beaucoup plus longue et dont l'issue est moins connue, serait peu sage et peu rationnel.

» Telles sont les conclusions auxquelles M. Leroy-d'Etiolles a été conduit. Nous croyons très dignes d'intérêt les faits qui leur servent de base. Nous espérons qu'en montrant toutes les difficultés dont la dissolution des calculs est entourée, loin de décourager des tentatives dont le succès est si désirable, les observations de l'auteur appelleront de nouvelles recherches sur cette question importante.

» Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de remercier M. le docteur Leroy-d'Etiolles de ses communications, et de l'inviter à poursuivre ses recherches. » (Le rapport et les conclusions sont adoptés.)

— *M. Charrière* adresse à l'Académie la lettre suivante:

« Ayant fait dorer, par le procédé de M. de Ruolz, un assez grand nombre d'instrumens de chirurgie et de coutellerie, j'ai soumis ces instrumens à diverses expériences qui m'ont paru mériter de fixer l'attention. Ce sont les résultats de ces expériences que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie.

» Les instrumens tranchans que j'ai soumis à des épreuves réitérées sur le cadavre, n'ont été endommagés ni dans la qualité du tranchant, ni dans la dorure; et les instrumens à pression ont conservé toute la résistance donnée par la trempe.

» J'ai, en outre, acquis la preuve matérielle que les instrumens dorés par ce procédé ne sont point exposés à s'oxyder; c'est là un avantage dont on comprend facilement toute l'importance, surtout pour ce qui concerne les instrumens destinés à séjourner dans nos tissus pendant un temps plus ou moins long. J'ajouterai que l'argenture et le platinage appliqués, par ce procédé, aux mêmes instrumens, donnent les mêmes résultats que la dorure. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Documens nouveaux sur le seigle ergoté.

Une des substances les plus actives qui soit à la disposition de l'art obstétrical, le seigle ergoté, a été l'objet de nouvelles recherches entreprises par M. Bonjean, de Chambéry. Cet expérimentateur a constaté, par de nombreuses expériences, 1° que l'ergot, recueilli le premier jour de sa formation, n'a point encore les propriétés toxiques qu'il possède lorsqu'il est récolté à partir du sixième jour; 2° qu'une chaleur de 100 degrés centigrades produit le même effet que la récolte trop hâtive; 3° que la fermentation lui enlève aussi cette propriété; 4° que l'ergot de seigle ancien, piqué et avarié ne perd rien sous ce rapport, etc.

Toutes ces circonstances diverses sont importantes à considérer et à peser quand on veut expliquer les insuccès de ce médicament administré de différentes manières et dans les cas assez variés où il peut être indiqué.

La chimie a révélé à M. Bonjean, dans cette substance si remarquable a sa manière d'agir sur l'organisme vivant, deux principes actifs bien distincts l'un de l'autre;

1° L'un, qui agit comme un poison, est l'huile ergotée, d'une consistance épaisse, d'une saveur âcre, d'une couleur jaunâtre, soluble dans l'éther froid et dans l'alcool bouillant; elle possède des propriétés toxiques très énergiques, car l'auteur estime que douze gouttes (trois gros) de cette huile équivalent à trente-deux grammes (une once) d'ergot de seigle; mais il y a reconnu qu'à une température de 80 à 100 degrés: elle perd ses qualités vénéneuses et se convertit en résine. Il vaut donc mieux, en raison de cette particularité, la préparer par l'éther à froid.

2° L'autre est l'extrait aqueux d'ergot, que l'on obtient en traitant par l'eau la poudre non épuisée ou déjà épuisée de son huile; il est brun, d'une consistance épaisse; il a un goût de pourri. Il est soluble dans l'eau, aussi peut-il facilement être introduit dans des potions, des sirops, être transformé en bols, etc. Il n'est point toxique, mais il jouit de propriétés anti-hémorrhagiques très-prononcées, ce qui avait engagé M. Bonjean à l'appeler *extrait hémostatique*. M. Blanc, d'Aix-les-Bains, a retiré d'excellents effets de cet extrait dans un cas de métrorrhagie abondante et rebelle, où il l'a administré à la dose de cinquante centigrammes à un gramme (dix à vingt grains) par jour. M. Bonjean pense qu'il peut convenir dans les pertes sanguines, soit simples, soit puerpérales, dans le flux de sang, etc. Il insiste sur l'utilité réelle qu'il y aura pour la thérapeutique à séparer deux principes actifs aussi différens, et à débarrasser, par l'analyse, l'extrait aqueux hémostatique de l'huile ergotée qui est toxique.

(*Journ. de Chim. méd.*, décembre 1841.)

Nouveau moyen de faciliter la réussite des vaccinations.

M. le docteur Hulard, de Rouen, a observé que, parmi les causes des insuccès que l'on compte dans les vaccinations, il faut placer en première ligne le mauvais état de la peau des sujets: il entend par ces mots *mauvais état*, la sécheresse, l'aridité et la nature pour ainsi dire écailleuse de l'épiderme, circonstances qui suffisent le plus souvent pour rendre infructueuses les vaccinations les plus minutieusement tentées, et cela sans qu'il soit possible d'y remédier par les frictions sèches, stimulantes et autres soins analogues.

Ce fut pour lui l'occasion de chercher un moyen capable de modifier ces états mauvais de la peau, et ses recherches l'ont conduit à l'application de petites ventouses sèches sur le lieu d'action avant de revacciner; cette simple précaution lui a suffi dans des cas où l'on avait revacciné pour la seconde et même pour la troisième fois sans aucun succès. C'est après avoir essayé ce moyen auxiliaire sur une grande échelle qu'il en donne connaissance à ses confrères, convaincu qu'il est des services que peuvent en attendre les vaccinateurs; car, pour éviter les vaccinations infructueuses par suite du peu de vitalité de la peau, de sa flaccidité ou de sa sécheresse, etc., on n'a pas de plus puissant, de plus efficace modificateur que l'application préalable d'une ou deux petites ventouses sèches sur la région destinée à recevoir le virus vaccin.

M. Hulard annonce que cet état de la peau est chose commune chez les enfans de la classe indigente, êtres débiles dont la langueur dans les fonctions est comme un cachet spécial de leur constitution: il fait remarquer en outre qu'il ne faut pas s'arrêter à la crainte chimérique de voir s'écouler trop de sang à la suite de la petite piqûre pratiquée après la ventouse, qui aura déterminé un plus grand afflux de ce liquide vers la peau; cela, dit-il, n'arrive jamais.

(*Bulletin de Thérapeutique*, février 1842.)

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 26 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 37. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

OCCLUSION DU TUBE DIGESTIF DEPUIS PLUS DE QUARANTE JOURS, DÉTERMINÉE PAR UNE TUMEUR SITUÉE DANS LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE. ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI AVEC SUCCÈS SUR LE COLON LOMBAIRE DROIT SANS OUVRIR LE PÉRITOINE.

Cinquième opération pratiquée par M. AMUSSAT. *Observation recueillie par* M. le docteur VIDAL (de Poitiers), *médecin du malade.*

M. C..., âgé de cinquante-sept ans, habite le département de l'Aisne ; il est tailleur, d'une haute stature, sec et maigre, et d'un tempérament bilieux. A l'âge de dix-sept ans, il eut une pleurésie. Depuis ce temps, M. C..., s'enrhume assez facilement et crache quelquefois du sang, souvent il lui est arrivé d'en expectorer sans tousser. Cette facilité à rendre du sang lui a toujours fait penser qu'il devait être phthisique un jour. Aujourd'hui rien ne démontre la réalisation de cette prévision du malade.

Autrefois il digérait bien, et les garde-robes se faisaient convenablement. Néanmoins, quand il avait un peu de fatigue, il ressentait dans le côté gauche de l'abdomen, profondément et vers la région de la rate, une douleur sourde qui le forçait de suspendre son travail, et souvent alors le crachement de sang avait lieu : du reste, l'un et l'autre cessaient par le repos.

Il y a neuf mois environ, M. C... s'aperçut que les garde-robes devenaient plus difficiles, que les matières rendues étaient en moindre quantité et d'une teinte verdâtre, souvent accompagnées de filamens sanguins. Plus tard, il rendit par l'anus environ *un verre de sang presque pur*, sans douleur et sans coliques. Il fut mis à l'usage des boissons rafraîchissantes, des bains de siége, des lavemens d'eau froide et à la diète, et enfin, d'après mon avis, des lavemens de ratbania et de l'eau de riz avec le sirop de coings furent employés. Sous l'influence de ces moyens, le sang ne reparut plus et les garde-robes se rétablirent : toutefois les matières conservèrent leur couleur verdâtre.

Se voyant mieux, le malade se mit à reprendre des alimens, mais bientôt les garde-robes redevinrent difficiles, n'avaient lieu qu'au moyen de lavemens, et les petites portions de matières stercorales qui étaient rendues étaient entourées de glaires sanguinolentes. Dans le même temps, le malade s'aperçut de l'*existence d'une tumeur située dans la fosse iliaque gauche.* Cette tumeur était le siége d'une assez vive sensibilité et parfois d'élancemens assez prolongés. Ces divers phénomènes augmentant, ainsi que la difficulté des gardes-robes, le malade se détermina à venir à Paris. Il y arriva le 12 novembre dernier.

J'examinai alors la poitrine par l'auscultation et la percussion ; je n'y constatai aucun phénomène pathologique.

C'est sur l'appareil digestif que je fixai particulièrement mon attention ; le malade me dit qu'il avait de l'appétit, qu'il digérait bien, mais qu'il ne prenait pas autant d'alimens qu'il le pourrait, dans la crainte d'augmenter la difficulté des gardes-robes, qui étaient toujours pénibles, et qui ne s'obtenaient qu'au moyen de lavemens.

La langue était humide ; la région de l'estomac n'offrait aucune sensibilité, et je n'y constatai rien de particulier ; il en fut de même pour le reste de l'abdomen, qui était souple partout ; mais, en déprimant, ce qui était très facile alors, les parois de cette cavité, je sentis fort distinctement, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur cylindrique de 7 à 8 centimètres de longueur, de 3 centimètres d'épaisseur, ayant la forme de l'S iliaque du colon, sur lequel elle semblait reposer, si toutefois elle n'était pas formée par cet intestin lui-même, elle était dure, peu mobile, mais facile à circonscrire dans tous les sens ; sa nature me parut impossible à déterminer.

Les lavemens étant insuffisans pour produire des gardes-robes, je prescrivis deux verres d'eau artificielle de Sedlitz, mais ce fut sans succès.

Le 17, j'administrai soixante grammes d'huile de ricin dans dans une potion émulsionnée, et je fis prendre quelques tasses de bouillon aux herbes, et deux tasses de thé léger et sans sucre, ce qui n'empêcha pas que l'huile de ricin ne fût vomie en grande partie deux heures et demie après avoir été prise. Toute la journée, le malade fut tourmenté de coliques vives qui ne furent calmées que le soir par une potion avec quinze grammes de sirop de diacode.

Le 18, les coliques se renouvelèrent, le ventre commença à se balonner et à devenir sensible à la pression. Un bain fut administré, des cataplasmes émolliens appliqués sur le ventre; on donna des boissons mucilagineuses tièdes.

Le 19, ces symptômes avaient augmenté, notamment la tension du ventre. Je réclamai une consultation de M. le professeur Rostan, qui vint le soir même, à cinq heures. Il put reconnaître la tumeur sans la circonscrire. Son avis fut qu'il y avait cancer intestinal avec tympanite commençante ; que bientôt des vomissemens et des hoquets surviendraient, et que la mort ne tarderait pas à arriver si on n'avait recours à un chirurgien ; il prescrivit des boissons glacées mêlées à l'eau de Seltz, pour arrêter les vomissemens, et la continuation des cataplasmes sur le ventre.

Nous convînmes en outre d'appeler M. Amussat en consultation pour le lendemain. Ce jour-là le malade avait passé une mauvaise nuit ; la tympanite était considérable ; tout le ventre était météorisé, avec cette particularité, que la tension était un peu moindre dans le côté gauche de l'abdomen que dans tout le reste de son étendue. Il y avait eu quelques hoquets et beaucoup d'envies de vomir ; le malade rendait beaucoup de gaz par la bouche, et n'en rendait aucun par l'anus ; le faciès était allongé, amaigri ; la peau sèche.

M. Amussat examina le malade, crut sentir la tumeur, et d'après l'ensemble des symptômes il partagea l'avis de M. Rostan sur la nature de la maladie ; il ajouta qu'il pensait qu'il y avait lieu à pratiquer un anus artificiel pour sauver les jours du malade, mais qu'il ne ferait pas cette opération sans avoir l'assentiment d'un autre de ses confrères en chirurgie. Il fut décidé que le lendemain nous nous réunirions, MM. Rostan, Amussat et moi, à deux heures, et qu'on nous adjoindrait M. le professeur Breschet; que d'ici là on continuerait les mêmes moyens, et qu'on y ajouterait l'administration d'une douche ascendante. Enfin, si elle ne réussissait pas à faire rendre quelques matières fécales, on la ferait suivre de trois lavemens forcés, en observant toute les précautions indiquées par M. Amussat, c'est-à-dire en empêchant la sortie du liquide autour de la canule.

La douche, donnée avec l'appareil de Bizet, ne produisit rien ; l'eau entrait et sortait sans s'arrêter dans le rectum. On administra de suite trois lavemens forcés ; deux et demi au moins pénétrèrent. La moitié du liquide fut rendue par le malade une minute après, et produisit un peu de matières fécales verdâtres. Dans la soirée, l'autre moitié fut rendue avec le même résultat.

Le 21, la nuit avait été fort agitée, sans sommeil ; le ventre continuait de se ballonner ; il y avait du hoquet, des envies de vomir fréquentes ; les traits de la face étaient plus allongés ; le malade rendait à chaque instant des gaz par la bouche. Le matin, de bonne heure, il avait vomi des matières muqueuses mêlées à du sang noir ; malheureusement ces matières de vomissemens furent jetées de suite, et ne purent être examinées. Quatre lavemens forcés furent administrés avec beaucoup de soin, et franchirent probablement l'obstacle, car ils ne purent être rendus par le malade. Mais dès lors la tuméfaction du ventre augmenta, la tympanite devint plus forte, l'étouffement considérable, et tous les autres symptômes beaucoup plus alarmans. Le malade réclamait l'opération avec instance, comme le seul moyen d'être débarrassé de son oppression,

La consultation eut lieu à deux heures, M. Breschet, nouvellement appelé, après avoir examiné le malade, se rangea de l'avis de ses confrères quant au diagnostic, et comme eux pensa qu'une opération était la seule ressource qui offrît quel que chance de sauver les jours du malade ; elle fut décidée pour le lendemain à huit heures du matin.

Dans la soirée on injecta dans le rectum un cataplasme de riz avec quelques gouttes de laudanum ; on en appliqua un autre sur le ventre, et la nuit se passa sans aucune rémission dans les symptômes ; de plus le malade vomit une assez grande quantité de matières muqueuses fortement mêlées de sang ; ces matières étaient plus noires et plus épaisses que celles vomies la veille.

Le 22, à huit heures du matin, M. Amussat, accompagné de MM. les docteurs Troussel, Filhos, L. Boyer, Levaillant, de Kaëtzskouski, Sigmünd, Gray et moi, était disposé à procéder à l'opération ; mais à l'aspect des matières du vomissement, il crut devoir s'arrêter et recueillir l'avis des médecins qui l'entouraient. Le résultat de cette délibération fut qu'il était possible que ce sang vomi provînt d'une simple exhalation de la muqueuse gastrique ou intestinale, mais qu'il pouvait aussi indiquer une affection cancéreuse de l'estomac et particulièrement de son orifice pilorique, et que par conséquent dans le doute il convenait de s'abstenir de toute opération.

M. Amussat et moi nous convînmes que pour juger la question sous cette nouvelle face il fallait faire revenir les consultans de la veille, MM. Rostan et Breschet et de leur adjoindre un troisième médecin, comme eux, haut placé dans la science : M. Magendie fut invité à venir. Ces messieurs ne purent se réunir que le lendemain 23, à huit heures du matin.

Dans la journée du 22, le malade se trouva mieux ; les matières vomies soulagèrent l'estomac ; l'oppression fut moins considérable. Dans la soirée, deux demi-lavemens, administrés coup sur coup produisirent quelques matières stercorales ; on fit sur le ventre des frictions avec cinq gouttes d'huile de croton tiglium et on y maintint un cataplasme de farine de riz. La nuit ne fut pas mauvaise ; le malade dormit environ trois heures à plusieurs reprises, et le matin deux autres demi-lavemens produisirent les mêmes résultats que ceux de la veille au soir.

Le 23 novembre, M. Magendie, assisté des autres médecins nommés plus haut, prit d'abord connaissance des circonstances antécédentes, et examina le malade. Il fut d'avis que son état s'était amélioré ; que l'obstacle au cours des matières fécales n'étant pas complet, permettait de différer l'opération ; qu'il fallait continuer les moyens qui avaient procuré quelques évacuations alvines, et donner des boissons relâchantes, comme tisane miellée, lait coupé, etc. A ces moyens, il conseilla de joindre l'emploi d'une sonde œsophagienne, poussée jusqu'à travers l'obstacle dans le but de le dilater, moyen qui lui avait réussi chez une malade dans son service à l'Hôtel-Dieu, chez laquelle on avait cru à un cancer intestinal de l'S iliaque, et qui avait été guérie par ce moyen. Enfin, il ajouta que le sang vomi ne lui paraissait pas provenir d'une affection organique de l'estomac ou des intestins, mais bien être le produit d'une simple exhalation intestinale ; que si l'obstacle au passage des matières fécales devenait complet, il faudrait pratiquer un anus artificiel dans le flanc droit ou gauche, au choix de l'opérateur.

M. Breschet fut du même avis, tant sur l'origine du sang vomi que sur la nécessité de différer l'opération qu'il avait conseillée la veille; mais que si elle devenait indispensable, de ne pas attendre que le malade eût perdu toutes ses forces pour y avoir recours.

M. Rostan dit que, croyant à l'existence d'un cancer à l'S iliaque du colon, il ne pensait pas que cette affection pût être multiple et exister à la fois dans l'intestin et à l'estomac, que du moins il ne l'avait jamais rencontrée dans les nombreuses autopsies faites par lui dans les hôpitaux ; qu'en conséquence, il croyait que le sang vomi par notre malade venait d'une simple exhalation, et que cette circonstance ne devait pas empêcher l'opération si elle devenait nécessaire.

Nous résolûmes donc, M. Amussat et moi de suivre en tout point les avis qui venaient d'être ainsi formulés. Dans ce but, nous prescrivîmes deux tasses de lait coupé et deux tasses de bouillon de poulet pour l'après-midi, ainsi qu'une injection de cataplasme de riz dans le rectum.

Le soir, à cinq heures, nous revîmes M. C....., il était un peu mieux, le hoquet avait entièrement cessé, il n'avait pas eu envie de vomir, il avait rendu, au moyen d'un lavement, une plus grande quantité de matières fécales qu'on en avait encore obtenue jusqu'alors.

M. Amussat introduisit une sonde œsophagienne garnie à son extrémité d'une olive de cire comme les bougies à empreinte de l urètre ; mais en plaçant son doigt indicateur dans le rectum pour guider la sonde, il reconnut et me fit reconnaître très-distinctement sur la face antérieure de cet intestin, en avant de la partie moyenne de la prostate un *éraillement considérable de la muqueuse* qui, probablement, avait été produit par la canule avec laquelle on avait donné les lavemens forcés. Dans la crainte de l'augmenter et d'aller peut-être perforer la portion prostatique du canal de l'urètre, il recommanda qu'à l'avenir on introduisît toujours le doigt indicateur dans le rectum pour guider la canule de la seringue quand on donnerait des lavemens.

La sonde, guidée par le doigt indicateur et portée aussi haut que possible, arriva peut-être jusqu'à l'obstacle, mais ne put y pénétrer, malgré toute espèce de tentative. L'ayant retirée, elle nous offrit l'olive qui la terminait recourbée sur elle-même.

Le malade eut à l'instant l'envie d'aller à la garde-robe, et en s'y présentant il rendit environ une cuillérée de matières fécales demi-liquides. La sonde semblait donc avoir produit l'effet d'un suppositoire. Il y avait vingt jours que, sans lavemens, le malade n'avait rendu de matières fécales.

Le 24, de nouvelles matières fécales sont sorties au moyen de lavemens simples; le ventre, quoique encore ballonné, était plus souple, l'étouffement avait disparu, mais le gargouillement intestinal était le même, le malade avait rendu peu de gaz par en bas, beaucoup plus par en haut ; nous prescrivîmes un bain de trois quarts d'heure et des cataplasmes sur le ventre et dans le rectum.

Les 25, 26 et 27, mêmes symptômes sans exaspération comme sans amendement.

Le 28, le malade est triste ; mais il a un peu dormi la nuit. Le ventre est fortement ballonné et, depuis trente-six heures, il n'a rendu ni gaz, ni matières fécales par l'anus ; il rend toujours des gaz par la bouche. Les jambes sont enflées jusqu'au dessus des malléoles.

Une sonde œsophagienne, introduite par l'anus, pénètre environ à 30 centimètres ; mais en la retirant on voit que son extrémité est fortement recourbée sur elle-même et teinte de matières muqueuses et sanguinolentes : quelques gaz s'échappent aussitôt qu'elle est retirée, mais sans aucun autre résultat.

Le 29, le malade n'a plus de coliques, le ventre est plus souple et l'oppression moindre. Dans la nuit et la matinée des gaz nombreux et bruyans ont été rendus par en bas, en même temps qu'il en est sorti par en haut.

La sonde œsophagienne est introduite de nouveau, elle semble s'engager à travers l'S du colon, car elle disparaît d'environ 35 centimètres, près de moitié de sa longueur. Elle provoque l'envie d'aller à la garderobe, mais il ne sort que des gaz. Un lavement est donné; il ne ramène que des parcelles de matières fécales. Deux autres lavemens forcés sont administrés et le malade les rend avec une assez grande quantité de matières fécales.

Le 30, le ventre est bien moins ballonné; des gaz continuent de sortir par l'anus qui est devenu douloureux par suite des manœuvres faites la veille. Une promenade en voiture n'a fait aucun mal.

Le 1er décembre l'appétit tourmente le malade; on est forcé de lui donner un peu à manger; mais le soir le ventre est plus distendu; cependant les jambes sont moins œdématiées qu'il y a quelques jours.

Le 2, le ventre est très ballonné; les lavemens n'ont amené ni matières, ni gaz. La sonde œsophagienne pénètre à 42 ou 44 centimètres; des gaz sortent aussitôt; on profite de son séjour dans l'intestin pour y porter deux lavemens qui sont rendus aussitôt qu'elle est retirée, et qui n'entraînent avec eux que fort peu de matières fécales.

Le 3, même état.

Le 4, quoique deux lavemens aient été portés très haut au moyen de la sonde œsophagienne introduite comme précédemment, il n'y a pas eu d'évacuation. Le ventre est très distendu; il y a des coliques. On donne une potion calmante pour la nuit, et l'opération est décidée pour le lendemain à midi.

Le 5, le ventre est dans le même état; mais les coliques ont cessé. Le malade recule devant l'opération. On prescrit des bains, des lavemens laudanisés et des cataplasmes sur le ventre.

Le 6, même état.

Le 7, le malade veut absolument être opéré; il nous prie instamment de n'y apporter aucun retard.

Cette opération est pratiquée le 8 décembre 1841, à midi, par M. Amussat, en présence de MM. les docteurs Troussel, Filhos, Lucien Boyer, Levaillant, Olliffe et moi. On décide qu'elle sera faite dans le flanc droit, par la raison que voici: c'est qu'en opérant à gauche on conservait, il est vrai, toute l'étendue du colon transverse, ainsi que le colon ascendant, organes utiles, sans aucun doute; mais aussi on opérait très-près de la tumeur de la fosse iliaque, et sur un intestin qui, s'il n'était pas déjà malade, pouvait le devenir par le fait seul de l'opération, et rendre celle-ci inutile.

Le malade fut couché sur un lit de sangle, le ventre appuyé sur des oreillers afin de faire proéminer les flancs; alors M. Amussat fit au milieu de l'espace qui sépare la crête de l'os des îles, du bord inférieur de la dernière côte, une incision transversale longue de 0,10 environ, et comprenant la peau, le muscle grand oblique, le petit oblique, les aponévroses postérieures du transverse, et le bord externe du carré des lombes; bientôt, au fond de la plaie, on vit un intestin entouré de tissus graisseux, une artère, appliquée fortement sur l'intestin, le divisait en deux portions et lui donnait l'aspect d'une anse de l'intestin grêle, le bout de cette artère, qui donnait du sang, fut saisi avec une pince et tordu.

Il serait difficile de rendre la perplexité qu'opérateur et assistans éprouvèrent lorsque, arrivé à ce temps de l'opération, chacun se demanda si l'intestin que l'on voyait et que l'on touchait au fond de la plaie était bien celui que l'on cherchait et non une portion de l'intestin grêle. Effectivement, aucune circonstance anatomique n'a encore été signalée comme propre à servir de jalon à l'opérateur, et quand on pense que le moindre déplacement de l'intestin colon lui-même, ou une mauvaise direction donnée à l'incision des tégumens, pourrait le faire attaquer par un de ses côtés recouvert de péritoine, on a véritablement lieu d'être dans l'anxiété.

Plusieurs fois l'intestin se durcit, mais cette contraction n'indiqua rien, sinon qu'on avait sous les yeux un intestin sans indiquer lequel. Néanmoins, après l'avoir débarrassé de tout ce qui pouvait le recouvrir, on mit sa tunique musculaire à nu et on pensa, surtout à cause de sa position et de son volume que ce devait être le colon. Alors, on passa une aiguille armée d'un fil à travers ses parois, et aussitôt des gaz ayant une odeur caractéristique s'échappèrent par la petite perforation de l'aiguille. Un ténaculum fut appliqué à quelque distance de l'endroit où le fil avait été placé et par ces deux moyens l'intestin ayant été soulevé, M. Amussat fit sur l'espace intermédiaire une petite incision avec des ciseaux. Aussitôt des matières fécales semi-liquides s'échappèrent avec des gaz. L'opérateur prit avec des pinces à torsion les bords de l'ouverture intestinale et il agrandit avec un bistouri boutonné l'ouverture faite à la paroi postérieure de l'intestin, y introduisit l'extrémité du doigt auriculaire, et les matières fécales et des gaz sortirent abondamment. Trois lavemens furent successivement portés dans l'intestin par l'ouverture artificielle et rendu de suite entraînant avec eux trois pleines cuvettes de matières fécales vertes et liquides qui contenaient des pépins de raisins et de poires, dont le malade n'avait pas mangé depuis plus de deux mois.

A l'instant le ventre diminua de volume, la respiration devint plus libre et le malade se trouva soulagé. L'intestin fut fixé à l'angle antérieur de la plaie au moyen de quatre points de suture entrecoupée. Le malade fut lavé, nettoyé et reporté sur son lit. Un simple cataplasme de riz fut appliqué sur la plaie et un autre laudanisé sur tout le ventre.

Le soir, à dix heures, le pouls était un peu élevé et fréquent, la peau chaude, le visage animé. Cependant le malade était assez calme et se trouvait bien.

Le lendemain M. C.... est étonné de souffrir si peu; le soir il a un petit mouvement de fièvre, mais moins fort que celui de la veille.

Le deuxième jour les matières et les gaz continuent de sortir par la plaie. Le ventre est beaucoup diminué de volume; cependant le malade dit avoir ressenti des coliques pendant environ deux heures; il a rendu des gaz par l'anus naturel.

Le troisième jour, état très satisfaisant; le malade demande de quelque boisson nourrissante, l'eau de gruau édulcorée, quelques grains de raisin à sucer.

Le quatrième et le cinquième jour, même état. Le ventre reste tendu et contient encore des gaz, ce qui peut être attribué à ce que les intestins ayant été distendus outre mesure, ont de la peine à revenir sur eux-mêmes. Néanmoins, on peut actuellement bien sentir la tumeur de la fosse iliaque gauche, et constater qu'elle remonte un peu au-delà de la crête de l'os des îles correspondante, ce qui justifie l'opération pratiquée dans la région lombaire droite.

Le 14 décembre, septième jour après l'opération, M. Amussat coupe les fils qui fixaient l'intestin à la plaie; celle-ci est très belle, et toute sa surface se couvre de bourgeons charnus. On donne quelques bouillons au malade, qui réclame des alimens avec instance.

Le neuvième jour, le malade se lève deux heures pour s'asseoir dans un fauteuil; l'appétit est très prononcé.

Le dixième jour, il rend par l'anus normal une forte garderobe avec matières dures et moulées, ce qui prouve que l'obstacle existant à l'S du colon n'est pas complet.

Le treizième jour, le malade est descendu du sixième étage.

Les jours suivans, rien de particulier.

Le dix-huitième jour après l'opération, le malade ressent quelques coliques, et rend par l'anus naturel quelques matières muqueuses, purulentes et de couleur rouge. L'anus artificiel continue à faire ses fonctions; des matières fécales sortent librement par cette ouverture plusieurs fois par jour.

Le vingt-cinquième, la plaie continue à se rétrécir, elle est cicatrisée de plusieurs lignes vers l'angle antérieur. Le malade a éprouvé dans la nuit d'assez fortes coliques. Le soir, on lui administre deux lavemens par l'anus artificiel, qui produisent une débâcle assez considérable, et le lendemain le malade se trouve mieux.

Le trentième, la plaie est presque entièrement cicatrisée; dans la fosse iliaque gauche, le malade éprouve, au niveau de la tumeur, des douleurs sourdes et profondes, il continue de rendre, par l'anus naturel, deux et trois fois en vingt-quatre heures, des matières blanchâtres, purulentes et fétides, qui semblent venir de la tumeur intestinale.

Le trente-cinquième, même phénomène. On maintient, pendant quelques heures, dans l'anus lombaire, une tente ou canule de gomme élastique; cette espèce de bouchon, de 0,3 de diamètre à peu près, peut permettre aux gaz de sortir par son ouverture centrale, en même temps qu'il laisse l'orifice béant et s'oppose à ce qu'il se rétrécisse. Actuellement, les matières stercorales sortent fermes et moulées, et tout annonce que bientôt le malade pourra régler ses gardes-robes de manière à en avoir une le soir et une le matin.

Le trente-septième, le malade est pris d'une bronchite assez aiguë, qui détermine un peu de fièvre, et le malade est forcé de discontinuer de quitter sa chambre pendant le jour.

Le quarantième, la bronchite a cédé sous l'influence des boissons mucilagineuses et adoucissantes, et le lendemain, le malade peut quitter sa chambre.

Le quarante-quatrième, le malade se trouve assez bien pour sortir et aller passer une partie de la journée chez sa fille, qui demeure très-loin, mais il en revient fatigué; le pouls est un peu élevé; la bronchite semble revenir et même s'exaspérer; les matières purulentes qu'il rend chaque jour par l'anus normal le préoccupent constamment, et son esprit veut à toute force y trouver un symptôme fâcheux.

Le quarante-septième, la toux a beaucoup diminué, la plaie est presque entièrement cicatrisée, et le malade parle souvent de retourner dans son pays.

Le cinquantième jour, ne pouvant plus résister à l'envie de revoir sa famille, il se mit en diligence accompagné d'une seule personne, et fit la route d'un seul trait, sans même avoir besoin de changer de linge. Il resta ainsi dix-huit heures en voiture pour faire trente-neuf lieues, sans être bien fatigué, et le lendemain il écrivit lui-même à M. Amussat pour lui donner de ses nouvelles et nous apprendre qu'il se trouvait bien.

A la date du 6 février, cinquante-neuvième jour après l'opération, M. E. Labouret, qui voit le malade actuellement, écrivait que son état était très satisfaisant, et qu'il semblait engraissé; mais que cinq ou six fois par jour il rendait par l'anus naturel des matières purulentes et fétides.

Une seconde lettre du même médecin, du 22 février, annonçait que le malade continuait à se bien porter et que l'anus artificiel livrait un passage facile aux matières fécales; mais qu'il rendait assez souvent par l'anus naturel des matières purulentes. Quoi qu'il en soit, le but qu'on se proposait par l'opération a été atteint.

Un obstacle au cours des matières stercorales existait depuis quarante jours environ; cet obstacle était tel, que la quantité de matières rendues était devenue insuffisante, et que la mort n'eût pas tardé à arriver.

En résumé, tout nous porte à croire que M. C.... peut espérer encore plusieurs années d'existence. D'ailleurs il est utile de rappeler que le second opéré de M. Amussat, qui est qui est atteint d'un cancer du rectum bien constaté, a été opéré il y a bientôt trois ans et qu'il se porte aussi bien que le permet une pareille situation.

Depuis que cette cinquième opération a été pratiquée, M. Amussat nous a montré un enfant qui lui avait été adressé par M. Hyppolite Larrey, et sur lequel il a pratiqué une opération semblable pour remédier à une imperforation congénitale du rectum; il avait d'abord tenté d'ouvrir le rectum par la région anale; mais n'ayant pas trouvé cet intestin, il s'est vu forcé de pratiquer un anus artificiel sur le colon lombaire gauche. Cet anus est bien établi, et l'enfant, qui a maintenant deux mois, paraît hors de toute inquiétude. C'est donc la sixième opération de ce genre faite avec succès sans ouvrir le péritoine, par M. Amussat.

Nous ferons remarquer, avant de terminer, qu'il n'est plus possible maintenant d'établir de parallèle entre le procédé de Callisen modifié par M. Amussat et celui de Littre; en effet, les résultats obtenus sont tout à fait différens. Au reste, dans les deux mémoires que M. Amussat a publiés, le premier en 1839 et le deuxième en 1841, sur l'anus artificiel (1), on peut, en consultant la deuxième partie du premier Mémoire, intitulé *Documens*, avoir une idée complète des travaux publiés sur ce sujet, et être suffisamment éclairé pour juger la question sous toutes ses faces.

Nous devons dire aussi que la difficulté que M. Amussat avait éprouvée pour se procurer les ouvrages qui contiennent des documens relatifs à l'anus artificiel, lui avait fait penser qu'il serait fort utile pour les praticiens de trouver dans son premier mémoire tout ce qui se rattache à cette importante question. C'est donc avec plaisir que nous avons lu dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, plusieurs articles qui prouvent, en effet, que M. Amussat avait eu raison de donner tous les documens précieux qu'il avait rassemblés avec beaucoup de peine. Désormais, il sera loisible à tout le monde de faire complètement et facilement l'historique du sujet, ce qui ajoutera encore à l'importance et à l'utilité bien démontrée déjà des travaux de M. Amussat.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

De l'hydropisie ascite. — Diagnostic différentiel et traitement.

Dans la salle des femmes est couchée une malade qui porte une tumeur abdominale, dont le diagnostic offre quelques difficultés. On sent de la fluctuation; mais cette fluctuation provient-elle de l'accumulation de liquide libre dans le péritoine, ou bien d'une collection enkystée; et dans ce dernier cas, le kyste constitue-t-il à lui seul la maladie? C'est là une question qu'il n'est pas toujours aisé de résoudre d'avance. Il arrive assez souvent que l'existence d'une tumeur enkystée dans l'abdomen entraîne à sa suite celle d'un engorgement de l'utérus. Ce n'est qu'après avoir évacué le liquide, que l'on reconnaît souvent une tumeur qui n'avait pu être constatée auparavant. Il est donc prudent de ne point se prononcer légèrement dans ces cas-là. D'ailleurs, dans les cas où l'on a constaté la présence d'un liquide dans l'abdomen, ne reste-t-il pas encore à savoir d'où vient ce liquide et quelles sont les conditions pathologiques qui ont occasionné son accumulation? Il existe quelquefois dans le bas-ventre des tumeurs solides qui, excitant le péritoine par leur contact et les frottemens continuels auxquels elles donnent lieu, altèrent plus ou moins profondément les fonctions de cette membrane, et déterminent à la longue un épanchement dépendant soit d'un excès d'exhalation, soit d'une résorption insuffisante du liquide séreux. Les malades accusant quelquefois dans ces circonstances une douleur plus vive dans l'un ou l'autre côté, ou bien prétendant ressentir la sensation que produirait la présence d'une tumeur circonscrite dans un des points de l'abdomen, quelques médecins croient reconnaître à ces signes l'existence d'un kyste auquel ils assignent son siége d'une manière plus ou moins précise.

Souvent dans des cas de ce genre, des femmes venant à succomber, on trouve une hydropisie ascite avec un engorgement de l'un des ovaires, mais point de kyste.

Dans les cas où l'on suit à la fois une tumeur solide et de la fluctuation, on n'hésite point ordinairement à diagnostiquer l'existence d'un kyste. Il peut se faire, en effet, que le volume du ventre soit constitué par une tumeur enkystée développée, par exemple, sur l'un des ovaires. L'anatomie pathologique en a démontré la possibilité; mais elle a démontré aussi qu'une tumeur constituée soit par l'utérus, soit par l'un des ovaires, peut, par sa seule influence mécanique sur le péritoine et par l'excitation continuelle dont elle devient l'occasion, donner lieu à une véritable hydropisie ascite.

Lorsque les parois de l'abdomen sont très développées, il n'est pas toujours aisé de reconnaître s'il existe ou non une tumeur dans le ventre, parce que les parois abdominales présentent dans toute leur étendue une tension et une résistance telles qu'il n'est point possible de percevoir la consistance des parties qu'elles recouvrent. Un malade actuellement couché dans la salle Saint-Louis, présente le cas suivant: Il porte une tumeur dans l'abdomen avec un épanchement séreux. Si l'on percute sur le siége de la tumeur, en plaçant une main sur le point diamétralement opposé, le liquide étant déplacé par suite de la secousse qui lui est imprimée par la tumeur elle-même, on sent d'une manière évidente de la fluctuation; si, au contraire, on percute sur la partie qui n'est occupée que par le liquide seulement, en appliquant la main du côté opposé, on ne sent point la transmission de l'impulsion donnée.

Tout le monde sait, au reste, que dans certains cas l'abdomen est irrégulièrement bosselé. Si à l'aspect de ce seul caractère, on se croyait autorisé à se prononcer sur l'existence d'une tumeur ou d'un kyste à loges multiples, on risquerait de commettre une erreur grossière. N'existe-t-il point, en effet, dans certaines circonstances, des relaxations et des distensions partielles des parois de l'abdomen? C'est ce que l'on peut voir en effet dans certaines hydropisies et ce qui existe notamment dans le cas des hernies ventrales. Il peut se faire encore qu'une femme ayant soumis son ventre à une constriction trop forte, il en soit résulté des bosselures et des inégalités entre les points comprimés et ceux qui ne l'ont point été. J'ai vu une femme qui était dans ce cas, son ventre semblait être divisé en quatre tumeurs que l'on n'avait point hésité à

(1) Chez Germer Baillière libraire, rue de l'École-de-Médecine, 13 bis.

considérer comme quatre kystes séparés. Dans cette persuasion on pratiqua la ponction, il survint une péritonite; la femme mourut et l'on ne trouva point de kyste. Il existait des adhérences des intestins avec les parois abdominales, lesquelles adhérences avaient déterminé un retrait de la peau dans les points où existaient les dépressions, tandis que les parties qui étaient saillantes s'étaient trouvées portées en avant par le fait de l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine.

Que faut-il faire dans les épanchemens séreux dans la cavité abdominale? Les anciens médecins employaient indistinctement et d'une manière empirique les diurétiques dans toutes les circonstances et ils recouraient à la saignée lorsqu'ils avaient affaire à des sujets d'une forte constitution. Ils ne puisaient à cet égard leurs indications que dans le fait même de l'hydropisie et de la diminution ou de la cessation de la sécrétion urinaire. Les individus ne pissaient-ils point et avaient-ils une hydropisie, on leur donnait les diurétiques sans s'enquérir si la suppression des urines était due à un excès ou à une dimiution d'excitation du rein. C'est là la première question à se faire; dans beaucoup de cas d'hydropisie, en effet, chez les sujets forts, robustes, il existe de la douleur avec de la chaleur et une sensation de pesanteur dans la région des reins. On administre les diurétiques les plus énergiques, les malades urinent moins et souffrent davantage; on reste surpris de ce résultat: eh bien! dans ce cas c'est avec de l'eau pure ou avec une décoction très-légère de chiendent qu'on les fait uriner abondamment, tandis qu'on n'eût rien obtenu avec le nitrate de potasse, les bains de genièvre, la racine de fraisier, etc., etc. Le point important est donc de savoir si le rein a besoin d'être excité ou s'il est au contraire nécessaire de modérer son action. Les diurétiques proprement dits sont indiqués dans le premier cas, tandis que c'est aux émolliens qu'il faut recourir dans le second cas. Il n'est pas toutefois toujours aisé d'établir cette distinction, il est quelquefois nécessaire d'essayer afin d'explorer en quelque sorte le degré d'excitabilité des organes sécréteurs de l'urine. On emploie à cet effet, d'abord les diurétiques les plus légers, puis des diurétiques de plus en plus énergiques, en graduant ainsi leur degré d'intensité jusqu'à ce qu'on ait pu constater suffisamment leur effet. Si l'on s'aperçoit qu'ils n'augmentent point la quantité des urines et qu'ils exaspèrent les symptômes, on cesse leur emploi et on a recours à l'usage des émolliens. Il faut tenir compte encore dans l'administration des diurétiques de ce fait, savoir que de tous les organes, le rein est celui qui s'habitue le plus aisément à l'action des médicamens.

Supposez que vous ayez affaire à un hydropique auquel vous avez administré un diurétique resté jusque là sans effet; vous augmentez la dose de ce médicament sans plus de résultat; donnez un autre diurétique, eût-il une action beaucoup plus faible, et fût-il donné à plus petite dose, il déterminera des urines abondantes. Il ne faut pas craindre quelquefois de revenir à l'usage de la première substance employée, car tel médicament qui n'avait point d'abord agi dans une circonstance donnée, administré de nouveau après avoir eu recours à ses différens succédanées, agit avec une intensité à laquelle on ne s'attendait plus.

Les diurétiques et les autres moyens internes demeurant impuissans, on est, dans un assez grand nombre de circonstances, obligé d'en venir à la ponction. On ne conseille, en général, cette opération que lorsque le ventre est assez développé pour gêner la digestion et la respiration: c'est dans ces cas que la ponction n'est réellement qu'un moyen palliatif. Broussais voulait que si, après avoir essayé le traitement interne convenable, au bout de quelque temps, de quinze à vingt jours, par exemple, la résolution n'avait point été obtenue, on recourût à la ponction, pourvu toutefois que le liquide fût accumulé en assez grande quantité pour que cette opération pût être pratiquée sans crainte d'accident. Broussais avait, en effet, reconnu que le péritoine, débarrassé du liquide qu'il contenait, était placé dans des conditions beaucoup plus favorables pour recouvrer ses fonctions et revenir à l'état normal sous l'influence des médications appropriées.

On ne peut se dissimuler qu'il ne soit beaucoup plus difficile de résoudre une phlegmasie dans un péritoine qui est resté pendant deux, trois, quatre ou six mois macéré dans un liquide, que dans un péritoine qui a été de bonne heure débarrassé du liquide qui le distendait.

Il faut bien se garder toutefois de se comporter à cet égard d'une manière empirique et de ponctionner indistinctement toutes les fois qu'on trouve une distension considérable du ventre par du liquide. Il est des indications qu'il importe de saisir. Il faut bien prendre garde, en effet, qu'il existe assez souvent des péritonites chroniques sur lesquelles à la première occasion viennent s'enter des phlegmasies aiguës. Si vous trouvez le ventre douloureux, sensible à la pression, ne ponctionnez pas, car ce sont là les caractères certains d'une inflammation chronique du péritoine.

Je fus, il y a quelques années, appelé en consultation avec d'autres médecins, auprès d'une jeune fille qui avait un ventre énorme. On décida la ponction; j'étais d'un avis contraire; mais mon avis étant celui de la minorité, la ponction décidée dut être exécutée. Vingt-quatre heures après je fus appelé auprès de la malade que je trouvai couverte de sangsues, et quelque temps après elle avait succombé à une péritonite aiguë dont rien n'avait pu arrêter la marche.

Chez une autre femme, le résultat d'une consultation avait été qu'on pratiquerait la ponction. Le ventre était énorme; il y avait une péritonite chronique latente, dont l'existence fut soupçonnée seulement par l'invasion d'une péritonite aiguë survenue avant qu'on eût pu pratiquer la ponction. La ponction, en conséquence, ne fut point pratiquée.

Lorsque vous serez dans l'incertitude, et qu'une circonstance analogue ne viendra pas vous éclairer sur l'état du péritoine, gardez-vous de répondre d'avance du résultat et de vous en rapporter, à cet égard, aux préceptes des auteurs qui semblent indiquer ce moyen comme à l'abri de tout accident et comme jouissant d'une innocuité parfaite. Ne voyons-nous pas dans certains hydrocèles, pendant le cours de l'inflammation consécutive d'une très légère intensité, survenir quelquefois une péritonite mortelle. On trouve alors à l'autopsie une inflammation aiguë du péritoine, avec des adhérences, des pseudo-membranes et autres traces de péritonite chronique. Il y a dans ce cas propagation de l'inflammation de la tunique vaginale au péritoine lors de la fièvre traumatique, inflammation aiguë entée sur l'inflammation chronique.

En résumé, toutes les fois qu'il existe une péritonite chronique, l'opération est contre-indiquée, ou du moins on ne doit la pratiquer qu'avec les plus grandes précautions, se tenir en garde et prémunir les malades ou la famille contre les accidens qui pourraient survenir.

Il s'agit de savoir maintenant si la ponction doit être faite dans tous les cas où le ventre a acquis assez de développement pour gêner la respiration. Si, par une première ponction exploratrice, on donne issue à un liquide épais, ayant la consistance et l'aspect d'une gelée, loin de suivre le précepte des auteurs qui proposent en pareil cas de faire usage d'un troquart d'un grand diamètre, il faut s'abstenir d'opérer, car tous les malades qui seraient soumis à cette opération, dans les circonstances dont il s'agit, succomberaient infailliblement.

Où faut-il pratiquer la ponction? Quelques auteurs veulent qu'on la pratique à l'ombilic: c'est un mauvais moyen. Il est arrivé quelquefois que l'on n'a pu parvenir à cicatriser la plaie. On est exposé d'ailleurs à voir se former en ce point une hernie. D'autres ont recommandé de la faire sur la ligne blanche, entre la symphyse du pubis et l'ombilic.

Dans ce point, dit-on, il n'y a rien à craindre. Nous avons trouvé quelquefois la vessie montant jusque près de l'ombilic. De là la nécessité de vider préalablement la vessie; sans cette précaution, on s'exposerait à léser cet organe. Mais on peut trouver encore, soit des anomalies dans la position et les rapports de la vessie, soit des adhérences morbides qui rendent cette opération dangereuse en ce point.

Nous avons vu dans cet hôpital un cas où la vessie avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale: les cas de ce genre ne sont même pas très rares.

On a dit encore qu'il fallait faire la ponction à la partie moyenne d'une ligne qui, de l'épine iliaque antérieure et supérieure, irait à l'ombilic, afin d'éviter le trajet de l'artère épigastrique. Mais il faudrait, pour que l'opération pratiquée dans ce point fût toujours à l'abri du danger que l'on veut éviter, admettre que l'ombilic affecte constamment la même position. Or nous avons vu des individus, bien conformés d'ailleurs, chez lesquels l'ombilic était situé plus ou moins bas dans la région hypogastrique. Il faut donc s'assurer d'abord si l'ombilic ne présente pas quelque anomalie dans sa situation. Ces changemens de rapports de l'ombilic ne sont pas rares chez les sujets atteints de déviation de la colonne vertébrale. Dans ce cas on détermine le point que doit occuper l'ombilic dans les conditions normales, et l'on tire de ce point fictif une ligne qui va à l'épine iliaque antéro supérieure. C'est sur le point intermédiaire que doit être pratiquée la ponction. Mais ce n'est pas tout encore; il est des circonstances qui peuvent modifier les rapports des vaisseaux avec les parties voisines.

Une personne a le ventre énormément développé; pense-t-on que cette distension extrême des parois abdominales ait pu se faire sans qu'il en soit résulté un déplacement des vaisseaux. La portion de tégument qui recouvre l'épine iliaque ne subissant point une distension et un déplacement proportionnel à la distension et au déplacement des parties antérieures des parois abdominales, il en résulte que les artères sont toujours déplacées d'arrière en avant. Il faut donc, dans ce cas, tirer la ligne fictive entre les deux mêmes points indiqués, mais faire la ponction à deux pouces au moins en dehors de cette ligne.

On a encore l'habitude, quand on fait cette ponction, de serrer le ventre d'après le précepte de Monro. On suppose qu'à l'aide de cette compression, la résorption du liquide restant se fera plus facilement. Il est utile de comprimer, en effet, mais il faut comprimer très légèrement; si l'on comprime trop fort, on s'expose à faire refluer les liquides, à les faire passer dans la cavité thoracique et à produire un hydro-thorax non moins grave que l'accident auquel on veut remédier.

Disons un mot, avant de terminer sur ce sujet, de la méthode de M. Larrey. M. Larrey, après avoir pratiqué la ponction, applique sur le ventre des cautères et des moxas; il en a quelquefois mis jusqu'à quinze, vingt et même trente, et il a obtenu par ce moyen des succès remarquables là où des ponctions multipliées n'avaient eu qu'un effet palliatif.

Cette méthode nous paraît devoir être recommandée, dans les cas surtout où l'on a affaire à une péritonite chronique reconnue, en même temps qu'il existait des indications pressantes de vider la collection liquide contenue dans le péritoine.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Affection cérébrale. Altération particulière de la vision, vertiges épileptiques, phénomènes somnambuliques et légers symptômes d'hémiplégie. Mort. Tumeurs lardacées dans le ventricule gauche et ramollissement du cerveau.

Au n° 11 de la salle des hommes est couché un malade qui présente une des affections cérébrales les plus intéressantes qui aient été observées dans le service de la Clinique. Cet homme âgé de 31 ans, teneur de livres, ayant joui jusque-là d'une très bonne santé, est tombé malade au mois de juillet dernier. Il s'aperçut à cette époque d'une altération sensible de la vue; les deux yeux avaient une force inégale; pour distinguer clairement les objets, il était obligé de fermer l'œil gauche; il y avait diplopie lorsqu'il regardait avec les deux yeux. Ce phénomène est, comme on le sait, très-fréquemment lié à l'existence du strabisme, au point que l'on pourrait même considérer ce fait comme constant, si l'on ne trouvait dans les œuvres d'Hoffmann un cas qui fait exception. Il s'agissait d'un individu affecté de diplopie d'un seul œil. Ce fait pourrait paraître douteux, s'il n'était rapporté par un praticien aussi exact et d'une bonne foi scientifique aussi éprouvée. Cette diplopie, au dire du malade qui nous occupe, aurait duré quinze jours environ, mais, à vrai dire, on ne sait au juste quand elle a cessé, car le malade s'était si bien habitué à ne fixer les objets qu'avec un seul œil, qu'il ne peut être à même de préciser l'époque où il a commencé à bien voir des deux yeux. Le 27 novembre dernier, après avoir fait un copieux repas, s'étant mis à son bureau pour écrire, il s'aperçut que les lettres qu'il traçait n'avaient plus la forme ordinaire, que sa plume n'était plus maintenue fixement dans sa main. Il sentit un tournoiement de tête et tomba sans connaissance dans un état convulsif qui dura environ deux heures. Relevé par les soins des personnes qui se trouvaient auprès de lui et transporté dans son lit, il fut très-surpris, après avoir recouvré les sens, de se retrouver dans cette position. Pendant cette attaque il avait mordu sa langue et avait conservé, après être revenu à lui, de l'embarras dans la parole. Les mêmes accidens se reproduisirent trois ou quatre jours après. Puis il resta un mois environ dans un état de santé ordinaire, vaquant à ses occupations habituelles et faisant ses calculs avec autant de liberté d'esprit qu'auparavant.

Vers la fin de ce mois les mêmes accidens se reproduisirent encore, et tout se passa à peu près comme la première fois. Un jour, étant sorti pour des affaires relatives à son commerce, à son retour il ne se rappela plus l'objet de ses courses, et ne put point en rendre compte. Ses idées lui paraissaient confuses, et son intelligence plus obtuse que de coutume. Depuis cette époque, il éprouvait de temps en temps quelques vertiges, des mouvemens involontaires dans les membres, mais sans perte de connaissance, comme dans les attaques qu'il avait précédemment essuyées. Il se décida enfin à entrer à l'hôpital, et voici ce qu'il a présenté depuis un mois qu'il y est. Il a éprouvé à plusieurs reprises des phénomènes convulsifs, mais de peu de gravité; il lui est arrivé de se lever deux ou trois fois pendant la nuit, de se promener dans les salles sans avoir la conscience de ce qu'il faisait, mais il n'a point eu de mouvemens extraordinaires dans les membres ni dans la figure; il a eu seulement une fois, dans la journée, une attaque épileptiforme; il a éprouvé aussi, depuis son entrée, une douleur à la partie moyenne du front; sa parole s'est de nouveau un peu embarrassée; il a essayé une fois d'écrire à ses parens, mais la main répondant mal à sa volonté, il n'a pu tracer les caractères que d'une manière très inexacte; enfin son intelligence était si faible, qu'il a dû faire un grand effort pour arriver à combiner quelques idées, et qu'il en a été très fatigué.

Quand on considère attentivement ses yeux, on reconnait un léger strabisme divergent. Il ne présente jusqu'à présent aucun symptôme hémiplégique très sensible; ses membres du moins ont conservé leurs mouvemens et leur sensibilité normales. Seulement l'énergie musculaire est un peu amoindrie, surtout dans les membres supérieurs; il a en effet de la peine à contenir un corps dans la main, et il éprouve quelquefois de la difficulté à porter les mains sur sa tête. La main droite surtout est plus faible et très maladroite; ainsi quelquefois il veut prendre un objet et le transporter d'un point sur un autre, et il n'y réussit qu'avec peine. La bouche est un peu déviée à gauche; on voit la commissure des lèvres de ce côté tirée en dehors. Le malade dit lui-même que quelquefois les alimens s'amassent dans le cul-de-sac formé par les parois buccales et les alvéoles à droite, et il est obligé de les en retirer avec les doigts; il y a donc, en réalité, une légère paralysie du côté droit de la face. Dans l'action de siffler que ce malade exécutait autrefois avec facilité, la bouche est portée un peu à gauche. En résumé, ce malade a des vertiges épileptiques, des phénomènes de somnambulisme; du reste, pas de fièvre, pas de trouble dans les fonctions circulatoires et digestives.

Quelle est la nature de ces phénomènes morbides? et quelle est leur cause? S'agit-il d'une véritable épilepsie dans sa forme pure et simple? M. Chomel ne le pense pas, car il y a des phénomènes propres à cette maladie qui manquent chez notre malade, et réciproquement nous observons ici des accidens qui n'ont point lieu dans la vraie épilepsie. Le professeur est d'avis qu'il s'agit d'une lésion organique matérielle du cerveau; mais quelle est la nature de cette lésion? Il est difficile de le déterminer soit sous le rapport du siége, soit, et encore plus, sous le rapport de sa nature. Quant au siége, la douleur que le malade éprouve à la région moyenne du front, ferait présumer qu'il s'agit d'une altération occupant la partie moyenne des lobes antérieurs du cerveau; mais il éprouve en même temps des phénomènes d'hémiplégie légère latérale, ce qui ferait croire aussi à une lésion latérale du cerveau; de sorte que nous restons dans le doute à cet égard. Quant à la nature de cette altération, M. Chomel exclut complètement toute idée de phlegmasie soit des meninges, soit du cerveau; les symptômes et la marche lente et comme suspendue par intervalle de la maladie ne sont pas ceux d'une véritable inflammation. Il s'arrête, en conséquence, à l'existence d'une tumeur; mais de quelle sorte est cette tumeur? Est-elle de nature syphilitique? Ce n'est point probable, puisque le malade affirme n'avoir jamais eu d'affection vénérienne; d'ailleurs, les tumeurs de cette nature sont fort rares dans le cerveau. Est-elle tuberculeuse? Ce serait possible; car, quoique le malade dise avoir toujours joui d'une bonne santé, il n'est pourtant pas d'une constitution bien forte, et cette espèce de tumeur se rencontre quelquefois chez des personnes qui d'ailleurs n'avaient jamais présenté aucun signe apparent de diathèse tuberculeuse. Serait-elle de nature cancéreuse? ou serait-ce simplement un kyste? Chacune de ces suppositions est admissible, surtout la dernière. Nous croyons qu'il s'agit très probablement d'une tumeur; mais nous avouons en même temps ne pas en connaître la nature, ce qui d'ailleurs nous

semble impossible à déterminer dans l'état actuel des choses. — Le pronostic est grave, quoique le danger ne doive point être très prochain suivant toutes les apparences. — Pour le traitement, nos moyens sont bien bornés.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de cette tumeur, la méthode de traitement à employer est toujours la même. Les exutoires (cautères, vésicatoires, moxas, séton derrière la nuque, etc.), les dérivatifs sur le canal digestif, les narcotiques propeement dits, à l'exception toutefois de l'opium qui pourrait ajouter à l'irritation cérébrale; tels sont les moyens que l'on emploie communément et auxquels nous devrons avoir recours.

Mort. Autopsie. — Le malade ayant succombé quelques jours après, M. Chomel, avant de procéder à l'autopsie, a résumé de la manière suivante l'ensemble des signes sur lesquels il avait basé son diagnostic. La marche chronique, la succession lente et graduelle des diverses périodes de la maladie, les symptômes épileptiformes, les vertiges, les contractions musculaires involontaires, le strabisme et son caractère particulier, les douleurs constantes dans la région frontale et spécialement du côté gauche, le trouble de l'intelligence, l'impossibilité de combiner ensemble deux idées, le coma profond, enfin les légers symptômes d'hémiplégie faciale du côté droit, avaient autorisé le professeur à diagnostiquer l'existence d'une lésion organique du cerveau siégeant plus spécialement à gauche, sans toutefois en spécifier l'espèce ni la nature.

Voici quelles sont les lésions que l'on a trouvées à l'ouverture du cadavre. Les enveloppes du cerveau étaient saines. La dure-mère ayant été enlevée, on a trouvé la surface convexe du cerveau considérablement aplatie. Les deux côtés présentent de légères traces de phlogose. Il existe un peu d'épanchement liquide dans les ventricules. On trouve dans le ventricule gauche trois tumeurs ayant chacune le volume d'une noisette, dont deux sont placées sur les côtés du corps strié, la troisième au voisinage et un peu au-dessus du nerf optique. Elles présentent un aspect brillant comme nacré, d'une couleur tirant un peu sur le jaune; au centre, elles sont d'un rouge brique. Elles sont constituées par un tissu lardacé très consistant. Le cerveau présente, en outre, un ramollissement assez considérable autour de ces tumeurs, et sa substance est transformée en bouillie dans une étendue de quelques lignes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. CORNAC. — Séance du 2 février 1842.

Méthode pour prévenir l'avortement. — *M. Chailly* communique l'extrait d'un mémoire ayant pour titre: Des moyens propres à prévenir et à arrêter l'avortement. La méthode qu'il propose est depuis long-temps suivie en Angleterre. M. le professeur Paul Dubois l'a importée en France, après en avoir constaté les heureux résultats dans la pratique des médecins de Londres. Cette méthode consiste à associer les saignées révulsives du bras à l'administration du laudanum de Rousseau à haute dose. Sa formule est ici très importante, puisque c'est de sa rigoureuse observation que dépend le succès du traitement. — Sur quatorze observations choisies par M. Chailly dans un bien plus grand nombre, deux phthisiques furent conduites à terme, malgré des menaces fréquentes d'avortement; cinq femmes qui jusqu'alors avaient avorté plusieurs fois, et auxquelles on avait annoncé qu'elles n'amèneraient jamais de grossesse à bien, parvinrent cependant jusqu'à neuf mois, à l'aide de ces agens thérapeutiques; deux autres femmes, qui étaient accouchées constamment avant l'époque d'enfans vivans, quoique faibles, purent atteindre le moment voulu par la nature. Chez cinq autres point de douleurs, spontanément ou à la suite d'accidens; la grossesse parcourut ses périodes. Une de ces dames avait déjà fait deux fausses couches à six mois; cette époque était regardée par son accoucheur comme le terme fatal. En effet, des douleurs d'accouchemens se manifestèrent vers la fin du cinquième mois; tout faisait présumer un accouchement prématuré, lorsque M. Chailly fit administrer toutes les demi-heures des huitièmes de lavement, contenant de 12, 15 à 20 gouttes de laudanum. Le travail fut arrêté, et la femme accoucha à terme.

Pour expliquer ce fait, M. Chailly admet dans l'utérus deux espèces de contractions bien distinctes; l'une, contraction organique propre, qui chasse le produit; l'autre, la contraction des tissus, qui détermine le retrait des parois de l'organe. Suivant ce médecin, l'opium n'exerce son action que sur la contractilité organique propre de l'utérus, sans influencer celle du tissu; car s'il agissait sur ces deux contractions, il s'opposerait au retrait des parois de l'organe, et la femme périrait victime de l'hémorrhagie.

MM. Giraldès, Larrey et *Nonat* combattent la double propriété que M. Chailly prête au tissu utérin. Pour eux, la contractilité est une dans son principe, mais variable dans ses manifestations.

M. Piédagnel établit une différence entre l'avortement qui précède l'hémorrhagie et celui qui la suit, autrement il ne comprendrait pas le mode d'action des lavemens laudanisés. Comment, en effet, concilier le résultat qu'ils déterminent avec la propriété bien connue de ce médicament, d'accélérer la circulation; il croit que la saignée révulsive, depuis long-temps employée pour empêcher la fausse-couche, a une efficacité bien moins contestable. Ce médecin ajoute que, s'étant demandé si la digitale, qui possède au plus haut degré la propriété de ralentir les contractions de l'utérus, conserverait la même action sur l'utérus; l'expérimentation ne lui a laissé aucun doute à cet égard; il a vu les contractions utérinés, surtout celles qui succèdent à l'accouchement, très-promptement arrêtées par l'administration de la digitale.

M. Gillette fait remarquer que dans les conditions ordinaires on ne pourrait pas, en général, administrer d'aussi fortes doses de laudanum; il demande à M. Chailly s'il pense que l'état de puerpéralité modifie les aptitudes physiologiques des femmes à ce point que la tolérance pour les opiacées puisse être aussi grande.

M. Chailly répond par l'affirmative. On ne saurait, en effet, douter que les conditions morbides ne changent complétement les aptitudes physiologiques. Quant à l'action du laudanum sur la circulation, il oppose aux explications de M. Piédagnel, la pratique anglaise, qui consiste à employer l'opium comme hémostatique.

M. Forget insiste pour qu'on ne perde pas de vue le côté pratique de la communication faite par M. Chailly, c'est, dit-il, l'efficacité à prévenir l'avortement, tantôt de la saignée, tantôt du laudanum, celui-ci agissant où l'autre a échoué *et vice versâ*. La différence du mode d'action en suppose également une dans la cause qui détermine l'avortement. La prédominance de l'élément sanguin et une modification particulière survenue dans l'innervation lui semblent expliquer d'une manière satisfaisante le résultat de la méthode signalée par M. Chailly; ce n'est pas seulement dans l'état de grossesse qu'un phénomène analogue s'observe sur l'utérus, il a souvent vu dans les affections diverses de cet organe, la saignée révulsive enlever la douleur. D'autres fois, ce moyen échoue entièrement et les lavemens laudanisés procuraient seuls le même résultat. Nul doute que dans l'état de grossesse, les mêmes phénomènes ne puissent se reproduire, les conditions organiques n'étant pas changées mais seulement modifiées.

— *M. Leblanc* met sous les yeux de la Société une tumeur cancéreuse qu'il avait excisée chez une jument âgée d'une douzaine d'années.

Cette tumeur, qui pesait 9,500 grammes, s'était développée dans la mamelle gauche.

Pendant les trois premières années de son existence, la tumeur n'avait pas pris un grand accroissement et était restée dure; mais la quatrième année son volume avait quintuplé; elle s'était aussi ramollie dans plusieurs points.

Ce ne fut que la dernière année que l'état de santé général de la jument parut mauvais. L'animal maigrit, perdit de son énergie et de ses forces.

La jument mourut deux jours après l'opération.

La tumeur était formée à l'extérieur par du tissu squirrheux et à l'intérieur par du tissu encéphaloïde et du tissu mélanique disposée en masses irrégulièrement arrondies, séparées par du tissu cellulaire très dense. Les tissus encéphaloïde et mélanique étaient à l'état cru dans presque toute la tumeur; quelques portions des régions postérieure et inférieure seulement étaient ramollies et correspondaient à des plaies ulcérées de la peau.

Le tissu des glandes mammaires avait entièrement disparu.

A l'occasion de cette communication, M. Leblanc a observé qu'il n'avait rencontré que trois fois des cancers de la mamelle chez les solipèdes, qui sont herbivores, et qu'au contraire il en avait vu un grand nombre chez les chiennes et les chattes qui sont carnivores. Il a remarqué que cette lésion était surtout fréquente chez les animaux qui vivaient dans les appartemens.

Il a inoculé à une jument et à une chienne de la sanie cancéreuse provenant de la tumeur qu'il avait excisée. Le résultat de l'incoculation a été négatif. Les piqures se sont cicatrisées très promptement. Il a gardé deux mois la chienne inoculée et aucune lésion ne s'était montrée.

M. Leblanc fait en outre remarquer dans l'épaisseur de la masse cancéreuse des plaques de tissu blanc beaucoup plus nombreuses que les autres points colorés; ce tissu s'observe toujours chez les animaux à poil blanc, tandis que chez les animaux à poil noir les plaques de même couleur l'emportent par leur fréquence. Il semblerait qu'il y ait une sorte de déviation de la matière colorante dans le produit de la sécrétion morbide.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Application du forceps pour exciter les douleurs expultrices dans le travail de l'enfantement.

Guidé par de précédentes expériences assez nombreuses sur l'effet dynamique avantageux du forceps pour activer les douleurs utérines pendant l'accouchement, M. le docteur Boos, de Belitz, vient de recourir de nouveau à l'emploi de ce moyen dans deux cas où les douleurs étaient suspendues depuis plusieurs heures, et où déjà la tête, qui faisait saillie à l'extérieur, commençait à présenter des signes de céphalomatomie. Il appliqua le forceps, et, après avoir fait quelques légères tractions, il mit l'instrument de côté. Le résultat ne se fit pas long-temps attendre, car, au bout de dix minutes dans le premier cas, et de quinze dans le second, de fortes douleurs reparurent, et l'accouchement se termina sans autre secours de l'art.

(*Medicinische Zeitung*; 1842, n° 2.)

Nouveau signe de l'existence des vers intestinaux.

M. le docteur J. Hille, cite comme un signe infaillible de la présence des vers dans le tube digestif chez les enfans aussi bien que chez les adultes, la langue recouverte d'un enduit blanc et marquée de petites taches rouges, de forme arrondie et répandues en plus ou moins grand nombre sur toute la surface de cet organe. Ce caractère pathognomonique disparaît lorsque les entozoaires ont été expulsés.

(*Wochenschrift fuer die jesammte Heilkunde*, 1842, n° 6.)

— Nous lisons dans un journal politique que le conseil général des hospices s'est assemblé mardi dernier pour délibérer sur les mesures à prendre afin de parer à l'encombrement des malades dans les hôpitaux de Paris.

Errata. — Dans la note du docteur Félix Legros, compte-rendu de la Société médicale du Temple, n° 35, page 163, ligne 3, *au lieu de* consistance, *lisez* constance; ligne 27, *au lieu de* pianos, *lisez* papiers peints; ligne 48, *au lieu de* bords, *lisez* bandes; ligne 49, *au lieu de* pas d'analogie, *lisez* pas sans analogie; ligne 51, *au lieu de* deux couronnes, *lisez* deux courroies, ligne 52, *au lieu de* l'un sur l'autre, *lisez* l'un vers l'autre.

Nous avons eu occasion de voir les appareils orthopédiques de M. Béchard, et ce n'est que leur rendre justice en avouant qu'il est impossible d'atteindre à un plus haut point le degré de perfection et de commodité dont sont pourvus ces appareils. Ils sont employés sans qu'il en résulte la moindre gêne pour les enfans et les personnes déjà âgées qui en font usage.

M. Béchard joint à son établissement un magasin de bandages herniaires, de suspensoirs, etc. — Nous recommandons particulièrement ses jambes artificielles. — Rue de Tournon, 15.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 29 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 38. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Bronchite chronique. Asthme. Phénomènes hystériques. Considérations générales sur l'hystérie et sur son traitement.

Au n° 6 de la salle Sainte-Anne, est couchée une femme âgée de 32 ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament nervoso-sanguin, et exerçant une profession qui l'expose aux intempéries (marchande d'oranges); cette femme est, depuis quelque temps, affectée d'une espèce de bronchite chronique caractérisée par de la toux et une expectoration muqueuse abondante : ces phénomènes augmentèrent tout récemment, s'accompagnant de quelques crachats sanguinolens, qui firent croire à l'existence d'une pneumonie légère, surtout à cause de la gène dans la respiration; mais à l'examen de la poitrine, on a reconnu une sonorité normale et l'absence de râle bien caractéristique, si ce n'est quelque ronflement et un peu de sibilante; il existe aussi avec ce catarrhe un peu d'asthme. Il n'est pas rare de voir chez les sujets d'un tempérament sanguin, des accès d'asthme que l'on peut appeler pléthorique, et qu'on doit traiter, comme les maladies inflammatoires, par les antiphlogistiques. Le tempérament nerveux et sanguin dont elle est douée, formerait, pour ainsi dire la base de l'asthme, qui tient beaucoup surtout de l'état nerveux, et rendrait jusqu'à un certain point raison du caractère mixte de cette affection.

Cette femme offre en outre des phénomènes hystériques; elle éprouve des flatuosités d'estomac avec des régurgitations de mucosités qui lui reviennent à la bouche; elle ressent une sorte de constriction à la gorge suivie de menace de suffocation; ses extrémités sont froides; elle a des bourdonnemens et perçoit des bruits indéfinissables tout le long des côtés de la poitrine et du ventre. Son ventre était tellement développé, qu'elle s'est crue enceinte pendant plusieurs mois, mais un beau jour le gonflement a disparu et avec lui la prétendue grossesse.

Les affections nerveuses de ce genre sont appelées communément *vapeurs*, et ce mot vient de ce que les malades sont sujettes souvent à beaucoup de vents qui distendent l'estomac ou les intestins, et finissent par s'échapper après avoir déterminé de la gêne et un sentiment de malaise plus ou moins prolongé. J'ai vu des femmes hystériques avoir un ventre tellement météorisé, qu'ayant été placées dans un bain, elles surnageaient presque au-dessus de l'eau; c'est ce qui les porte souvent à croire à l'existence d'une grossesse, d'autant plus que ces vents se déplaçant dans l'intestin simulent souvent les mouvemens du fœtus. Il faut nécessairement admettre la production spontanée des gaz dans les intestins, gaz qui se renouvellent au fur et à mesure qu'il s'en échappe. C'est de là que vient la grossesse dite *venteuse*; les règles sont supprimées, les seins se gonflent, des mouvemens vagues et irréguliers se passent dans le ventre, et puis, comme nous l'avons déjà dit, au bout de deux ou trois mois, plus ou moins, des gaz s'échappent par la vulve et le ventre s'affaisse. On dirait que ces gaz se sont développés dans l'intérieur même de la matrice. J'ai vu des femmes chez lesquelles le ventre se distend de temps en temps, et s'affaisse successivement à mesure que les gaz qui le remplissaient s'échappent par la vulve. C'est une chose très désagréable, et pour les femmes elles-mêmes, et pour les personnes qui ont des rapports avec elles; aussi, les femmes mariées qui sont sujettes à cette incommodité en sont vivement affectées. On voit quelquefois, chez certaines femmes, se former à droite ou à gauche du ventre, des tumeurs d'une dureté considérable, simulant très bien des tumeurs squirrheuses, et qui se dissipent tout à coup d'un jour à l'autre; le médecin doit donc bien se tenir sur ses gardes dans des circonstances semblables, pour ne pas s'exposer à commettre des erreurs grossières de diagnostic. On voit encore chez certains individus, de ces vents s'échapper par la verge; il faut bien admettre des cas où ils se produisent et se développent dans la vessie. C'est là un argument favorable à l'opinion de ceux qui croient que non-seulement la muqueuse gastro-intestinale a la propriété de produire des gaz, mais que toutes les muqueuses, en général, quel que soit leur siége, sont susceptibles de donner lieu au même phénomène. Il est bien entendu qu'il faut admettre, dans ces cas, qu'il existe dans ces muqueuses une modification morbide spéciale.

Cette affection, qu'on peut appeler *grossesse venteuse*, s'observe chez des femmes de tout tempérament, fussent-elles robustes, pléthoriques, ou d'une constitution faible et nerveuse, car elle dépend d'une constitution particulière de la matrice, qui est indépendante du tempérament même.

Les phénomènes de l'état hystérique s'observent généralement chez les femmes, comme le mot même *hystérie* l'indique; mais ils peuvent aussi s'observer chez les individus du sexe masculin. Ainsi, on a vu des hommes éprouver cette constriction gutturale dont nous avons parlé en commençant, et ces tremblemens nerveux avec redressement aux extrémités, qui caractérisent le premier degré de l'hystérie.

C'est principalement chez les adolescens parvenus à l'âge où la voix mue, et où s'opère le développement des organes génitaux, que ces phénomènes se montrent; chez les individus à tempérament nerveux, à peau blanche, ayant peu de barbe et doués d'une grande susceptibilité.

Les femmes sujettes à cet accident ont ordinairement une humeur capricieuse, d'une mobilité extrême. On les voit passer avec la plus grande rapidité de la joie la plus folle à la tristesse la plus profonde; de la douceur et de la soumission à la colère et à l'insubordination la plus étonnante.

L'hystérie peut s'observer à tous les âges, mais on l'observe plus communément chez les jeunes femmes, et notamment au début et dans les premiers temps de la menstruation. Quelquefois on la voit éclater chez des femmes dont les règles se sont supprimées à la suite d'une frayeur, d'un froid subit ou d'une cause perturbatrice quelconque; mais ce sont surtout les écarts de régime, les excès de table et de boissons alcooliques, l'abus des plaisirs vénériens qui la produisent le plus fréquemment. Quelquefois elle a pour cause un état organique particulier de la matrice ou des ovaires. On la voit aussi accompagner les fièvres intermittentes, les fièvres graves nerveuses à des époques plus ou moins éloignées du début de ces fièvres. L'attaque hystérique commence par la sensation d'un corps, d'une sorte de boule (globe hystérique) qui roule dans le ventre et qui semble partir d'un point quelconque de l'intestin ou de la matrice et monter en s'élevant le long de l'œsophage vers la gorge où il détermine un serrement ou une sensation de constriction plus ou moins forte. Les malades se sentent comme étouffés; ensuite on les voit en proie à des contractions, à des mouvemens généraux de toute espèce; elles se courbent, se jettent çà et là, et risqueraient de se faire beaucoup de mal si elles étaient abandonnées à elles-mêmes; puis elles finissent ordinairement par éclater en sanglots extraordinaires, et tombent dans un état d'abattement considérable, d'où elles sortent après un certain temps, avec un sentiment de faiblesse et de brisement dans tous les membres. J'ai omis de dire que ces attaques sont annoncées communément par une excrétion très abondante d'urine, un refroidissement aux extrémités, des frissons, des bâillemens et un malaise général, un sentiment d'ennui, de tristesse indéfinissable. On voit quelquefois survenir des hoquets, des vomissemens, des palpitations de cœur, une dyspnée, qui persistent plus ou moins long-temps et de l'aphonie. D'autres fois ce sont des douleurs de ventre très vives, ressemblant à des douleurs de gastralgie ou d'entéralgie. Assez souvent ces douleurs ne portent que sur les organes de la génération. Enfin on a vu quelquefois s'échapper par la vulve une excrétion de matière muqueuse qui termine l'accès. L'attaque passée, les femmes reprennent leurs habitudes et leurs occupations ordinaires, sans qu'il en reste d'autre conséquence qu'un peu de faiblesse, comme je le disais tout à l'heure, et un air de tristesse et d'abattement. Le ventre, qui s'était gonflé pendant l'attaque, persiste souvent dans cet état de gonflement et fait croire aux femmes à l'existence de cette grossesse que nous avons dit être illusoire.

Dans les fortes attaques, on voit les femmes porter les mains au cou, le serrer et le déchirer avec leurs ongles, de même qu'on les voit s'arracher avec force les poils des parties génitales, malaxer ces parties comme si elles étaient le siége ou le point de départ de toutes leurs souffrances.

Tel est le tableau esquissé à grands traits des attaques graves d'hystérie; mais, dans le plus grand nombre des cas, ces attaques sont plus légères; elles se bornent à cette constriction gutturale, à cette difficulté d'avaler qui persiste quelquefois pendant plusieurs jours, et à ces petits mouvemens convulsifs des membres dont nous avons parlé.

En général il n'y a jamais de fièvre, hors les cas de grandes convulsions. Les phénomènes se reproduisent ordinairement à l'époque des règles; c'est ce qui a fait appeler ces femmes *lunatiques*, soit que l'on croie vulgairement que la lune ait une influence sur cette fonction, ou plutôt parce que les règles viennent périodiquement tous les mois et suivent les révolutions lunaires. Ils sont quelquefois rappelés par des exercices violens, de fortes émotions. Quand ils affectent les jeunes filles non encore réglées, ils cessent le plus souvent à l'apparition de cet écoulement. Quelquefois, au contraire, ils peuvent persister malgré l'établissement de cette fonction, durer très long-temps et devenir chroniques comme toutes les affections nerveuses en général. Enfin ils peuvent se terminer par la mort; c'est ce qui arrive quand les attaques deviennent fréquentes et tellement intenses qu'elles dégénèrent en véritables accès d'épilepsie et finissent comme cette terrible maladie par être suivies souvent d'une attaque d'apoplexie mortelle.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Autre place vacante à l'Académie, autres intrigues, autres courses de cabriolets, autres gants blancs à salir, sans compter le reste..... Tout cela est très connu, car on le pratique depuis qu'il y a des académies, et on le répète à toutes les vacances. Mais ce qui est plus original, c'est ceci : Vingt médecins se présentent; parmi eux, il en est qui ont des titres réellement académiques, qui sont médecins des hôpitaux ou agrégés; il en est qui ont de l'esprit et même du génie. Un seul n'a rien de tout cela et n'est rien de tout cela. C'est M. M... Eh bien, on a imaginé de le faire académicien. Maintenant je vais vous dire les réponses faites par les honorables à un visiteur qui a eu soin de les transcrire sur son carnet, après chaque visite : si vous ne me connaissiez pas, et surtout si vous ne connaissiez pas l'Académie, vous vous méfieriez des colloques que voici, et vous auriez raison. A toutes les visites qu'un candidat faisait, il demandait pourquoi l'on préférait M. M... Voici les notes extraites de ce carnet indiscret :

Premier pourquoi? Parce qu'il a des manières douces, un ton un peu marquis; il ne dit jamais non; il n'a jamais interrompu personne; c'est un confrère qui écoute beaucoup... Ici le demandeur de pourquoi arrêta l'honorable; car, dans sa franchise, il eût pu aller plus loin, et indiquer un caractère zoologique que je n'aurais pu vous faire connaître.

Deuxième pourquoi? Pourquoi un médecin qui n'a pas de titres, qui n'est rien? — C'est afin qu'il possède un titre et qu'il soit quelque chose. (Comme on le voit, cette réponse appartient à un homme qui ne manque ni d'esprit ni de tact, et qui a surtout de la moralité. Je conseille à M. Gibert, un des plus capables parmi les candidats, de ne pas proposer la radiation de ce médecin qui fait partie de la société des *moralisateurs*.)

Troisième pourquoi? C'est parce qu'il porte toujours cravate blanche dont il change tous les jours. — Mais vous avez peu de cravates blanches dans votre compagnie! — C'est une raison de plus pour nous orner de celle-là qui en attirera d'autres.

Quatrième pourquoi? C'est pour vous éviter une chute. — Je ne vous comprends pas. — Je m'explique : Si la lutte s'engageait parmi les forts, un seul triompherait et les autres éprouveraient une vraie chute, car le combat se passerait dans de hautes régions. En nommant M. M... nous lui serons agréables, et nous ne ferons tomber personne. — Mais, répond le candidat, si vous persistiez dans ce système d'élection, en évitant ainsi de faire tomber des candidats, vous pourriez amener la chute de l'Académie. — Sachez, Monsieur le candidat, que les académies ne tombent pas; la nôtre surtout ne peut tomber. — Je sais pourquoi, dit impertinemment le candidat... Il sortit.

Ceci va vous paraître une fable ou une espèce d'*henrosserie*. Ce n'est cependant que la vérité dans ce qu'elle a de plus vrai. D'ailleurs, ce qui va arriver à l'Académie est arrivé dans des concours. Les manières douces, l'aptitude à écouter beaucoup, le manque de titres réels, la couleur de la cravate ou autre colifichet, le désir de ne faire tomber personne, ces motifs ont determiné plus d'un vote à la Faculté.

Voyez d'ailleurs plus loin la lettre du docteur La Corbière, qui vous en dira plus que moi.

A propos de concours, j'ai à vous parler de votre trinité et de votre manière de l'établir. Vous dites, en parlant des antécédens des chirurgiens qui concourent actuellement : « Nous n'avons pas d'opinion à » faire, c'est trop difficile, trop long, et nous sommes pressés; nous » allons nous servir des opinions qui sont toutes faites. MM. Bérard, » Malgaigne et Vidal sont auteurs de livres que les autres concurrens » n'ont pas faits. » Vous croyez, Monsieur le Rédacteur, échapper à tout reproche en proclamant une vérité aussi Lapalisse. Eh bien! pas du tout, on vous répondra qu'un journal qui se mêle d'un concours doit se faire une opinion; les difficultés et le temps ne doivent pas l'arrêter, et quand il est question d'antécédens, il n'y a nulle espèce de mérite à signaler ceux qui sont connus; il serait plus utile (à certains concurrens) de signaler, d'apprécier et même de compléter ceux qui sont inconnus ou ceux qui ne sont qu'en germe! Pour moi, je vous donne le conseil d'imiter *les mouches;* elles ont aussi inventé leur *trinité*. Mais au lieu de dire : Le Père s'appelle ainsi, le Fils a tel nom, et le saint Esprit répond à ces deux syllabes, les *mouckes* ont dit avec leur finesse accoutumée : « L'élite des jeunes chirurgiens se presse à l'entrée de la lice où va bientôr se disputer la chaire de Sanson. Le nom des chevaliers inscrits promet un brillant tournois. Le plus redouté de tous est celui que vous voyez là-bas montant un robuste palefroi, bardé de fer, armé jusqu'aux dents, sérieux, patient, immobile. Aussi prêt pour la défensive que pour l'offensive, calme, prudent et habile, celui-là se laisse rarement surprendre et ne porte jamais de coups à faux. Quand son tour viendra, tout le monde aura les yeux sur lui. Je veux vous signaler encore, sans préjudice des autres, ces deux chevaliers armés plus à la légère, au casque empanaché, à la mine provocante, à l'air pétulant, et qui poussent de temps en temps leur agile coursier comme pour l'exciter à la lutte; ils sont faits pour se mesurer l'un à l'autre : même intrépidité, même agilité, même adresse. Cependant tout n'est pas pareil entre eux : l'un est emporté, fougueux, imprudent; l'autre, tout vif qu'il est, ne se découvre pas tout entier. Le premier ne songe qu'à attaquer; le second attaque et se défend. Celui-ci tourne commme un moustique autour de son adversaire, le harcèle, le pique et lui fait peu de blessures mortelles; celui-là va droit à lui et le renverse, et s'enferre lui-même. Je vous assure que c'est quelquefois un spectacle fort intéressant que de les voir tous deux aux prises, et si la chose arrive, comme il est probable, à la prochaine lutte, nous ne manquerons pas de vous en faire connaître le résultat. »

En mettant à cheval des hommes qui n'en ont pas l'habitude, et en les couvrant de fer, de casques et de panaches, on a la certitude de les rendre méconnaissables au public. Mais tous les concurrens croient se

Le système nerveux est la condition qui prédispose le plus à l'hystérie. Il faut ajouter aussi à cette circonstance prédisposante certaines conditions, telles que l'époque des règles et celle de leur cessation ; la grossesse, l'accouchement et l'onanisme. On la voit naître aussi quelquefois par imitation ou plutôt par l'impression qu'éprouvent certaines femmes très excitables à la vue d'une personne en proie à un accès d'hystérie. Dans ce cas les premières attaques sont faibles, mais elles deviennent par la suite de plus en plus intenses et finissent souvent par acquérir le plus haut degré d'acuité. Les vers intestinaux sont aussi la cause de cette maladie, soit avant soit après leur expulsion. L'hystérie vermineuse, telle qu'on la désigne quand elle est liée à cette circonstance est assez fréquente. Le retour d'une fièvre intermittente dans le moment de son accès, donne lieu aux phénomènes hystériques ; enfin l'une des causes les plus communes est le trouble dans les fonctions de l'utérus, c'est même ce qui a fait assigner le départ de cette maladie dans cet organe, comme aussi on l'a assigné au cerveau lorsqu'il existe des altérations profondes de la sensibilité, telles que délire nerveux, assoupissemens, mouvemens immodérés, sensations variées et désordonnées, etc. Quant aux sensations en particulier, elles sont quelquefois affaiblies dans un organe ou sont très vives dans un autre, abolies ou augmentées dans tous ou bien perverties. Des illusions diverses naissent dans l'odorat, le goût, la vue, l'ouïe ou le tact.

L'hystérie a quelquefois, comme nous venons de le dire, produit l'exaltation de la sensibilité dans tous les organes ou son abolition, et, dans les grandes attaques, le coma, le délire ou une irrégularité dans les idées dont on a peine à se rendre compte.

Ces nombreuses variétés de symptômes constituent autant de formes particulières de l'hystérie qui, au premier abord, la font confondre avec d'autres maladies ou d'autres accidens morbides avec lesquels elle offre des ressemblances et des analogies plus ou moins grandes.

Le coma qui survient dans ces attaques a quelquefois été cause qu'on a enseveli comme mortes des femmes en proie à cette maladie et qui n'étaient que dans un état de léthargie et chez lesquelles le pouls et la respiration étaient devenus insensibles. Cette forme est fort heureusement très rare. La plus commune est celle qui revêt la forme névralgique, c'est celle dans laquelle les malades éprouvent une douleur qui part de l'utérus, avec la sensation d'un corps qui roule dans l'abdomen, remonte par l'œsophage et vient s'enfoncer dans la tête comme un clou que l'on viendrait d'y fixer. C'est là ce qu'on nomme le clou hystérique. Il y a, comme on le voit, dans le cas qui nous a servi d'exemple, un asthme ou une angine de poitrine résultant d'une affection du nerf pneumogastrique.

D'autres fois ce sont des douleurs névralgiques dans l'ovaire caractérisées par des battemens et des élancemens. La douleur quelquefois est très vive à la vulve, ce qui rend le coït douloureux et insupportable. On voit apparaître des spasmes de toute espèce, un serrement des tempes, une constriction à la base ne la poitrine et une anxiété qui paraît provenir d'une paralysie momentanée et incomplète du diaphragme.

Les vomissemens très opiniâtres et le hoquet qui surviennent ordinairement dans ces cas, et qui sont quelquefois de très longue durée, prouvent assez que cet état de spasmes appartient au diaphragme.

Cette maladie pourrait être confondue avec l'hypochondrie, car ici aussi il y a de la gêne dans la gorge, un délire fugace, une extrême sensibilité. Il y a aussi chez les hypochondriaques des vapeurs comparables aux vapeurs hystériques ; mais il n'y a pas ce sentiment de strangulation, ce point de départ des phénomènes d'un siége déterminé ; l'hypochondrie ne se manifeste jamais sous forme d'attaques ; enfin on ne trouve point dans l'hystérie, comme dans l'hypochondrie, cette attention particulière que les malades apportent à leur santé.

L'épilepsie présente des rapports plus intimes avec l'hystérie que l'hypochondrie : il est assez souvent difficile de distinguer ces deux affections pendant les accès. Cependant on trouve encore des différences assez tranchées : dans l'épilepsie il y a simultanéité dans la rougeur et le gonflement de la face, et dans tous les mouvemens qu'exécute le malade, ce qu'on ne voit pas dans l'hystérie. Dans l'épilepsie, l'attaque est toujours subite, instantanée, et tous les phénomènes qui constituent l'accès épileptique se manifestent à la fois : la marche des accès d'hystérie a lieu au contraire d'une manière lente et graduelle ; les phénomènes se développent successivement et rarement d'une manière simultanée. L'épilepsie dans quelques circonstances a bien une marche graduelle analogue à celle de l'hystérie, mais elle offre dans ce cas un caractère propre qui la distingue : l'accès semble partir d'un *aura* qui, venant d'une partie du corps, fondrait en quelque sorte simultanément sur les malades. Ce point de départ n'est jamais comme pour l'hystérie dans les organes digestifs ou les organes génitaux, mais dans les membres ; pendant l'attaque même, on retrouve encore des caractères distinctifs. Les mouvemens dans l'hystérie sont irréguliers, généraux, étendus : l'épilepsie présente au contraire des mouvemens saccadés et qui se font toujours dans le même sens. Les hystériques voient et entendent ; dans le vertige épileptique le plus faible, le sentiment est suspendu, la sensibilité est entièrement abolie. Il y a bien un degré où ces deux maladies pourraient être confondues, c'est celui où, par une sorte de transition, les accès d'hystérie affectent la forme épileptique ; mais l'hystérie, dans ce cas, dégénère en une véritable épilepsie, c'est-à-dire qu'il y a perte subite de connaissance avec état convulsif ; les urines et les matières fécales s'échappent comme dans un véritable accès d'épilepsie. Quant aux phénomènes qui terminent l'accès, ils offrent des différences on ne peut plus tranchées : dans l'hystérie, les ris immodérés ou une surabondance de paroles finissent la scène ; dans l'épilepsie, il y a de la stupeur, le malade, en revenant à lui, regarde partout, d'un air surpris, ne sachant d'où il vient ; il est étonné de voir qu'on l'entoure et qu'on s'occupe de lui, car il ne se rappelle rien de ce qui vient de se passer autour de lui. Le pronostic de l'hystérie est grave, en ce sens que l'hystérie peut, comme nous l'avons dit, produire l'épilepsie, la catalepsie, le somnambulisme ; il est grave encore, à cause des nombreux désagrémens qu'il occasionne à la personne qui en est affectée. Il reste quelquefois, à la suite des attaques d'hystérie, une toux quinteuse très-opiniâtre qui peut finir par prendre un mauvais caractère.

Il nous reste à dire un mot sur le traitement de cette affection.

Cette maladie réclame différens moyens, suivant la cause ; si elle tient à la suppression des règles, on emploie des moyens convenables pour les faire revenir ; si l'hystérie n'est qu'un symptôme d'affection vermineuse, on doit chercher à expulser les vers ; si elle affecte une forme intermittente, on donne les préparations de quinquina. Chez les femmes robustes, le traitement doit s'accommoder à leur constitution, et chez celles qui sont faibles et délicates, on doit avoir aussi beaucoup d'égards à cet état, car lui seul est très-souvent la cause même de la maladie. Les symptômes étant essentiellement nerveux, on doit faire usage des narcotiques, non pas précisément des opiacés, car ils ont produit quelquefois l'exaltation des symptômes ; mais on recourra de préférence aux antispasmodiques, tels que l'asa-fœtida, la valériane, etc. On devra chercher ensuite à faire diversion aux habitudes que l'on croit être la cause de la maladie, on prescrit à cet effet les voyages, les eaux, les distractions, les exercices assidus. Lors de l'invasion des attaques, on emploie, pour les pallier ou les faire avorter, si c'est possible, les bains de pieds chauds, la glace sur la tête, les lavemens à la glace, l'asa-fœtida et le musc. On fait respirer du vinaigre, de l'éther. On tient dans l'intervalle de l'accès le malade à la diète blanche et l'usage de toutes les substances fortes et stimulantes doit être sévèrement proscrit.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MALGAIGNE.

Inflammation d'une hernie inguinale avec étranglement secondaire par le collet du sac. Réduction en masse. Opération. Guérison. — Considérations sur l'étranglement secondaire et sur le siége de l'étranglement. — Réponse à quelques objections de M. Velpeau.

Le nommé Vosquin, vieillard de quatre-vingt-deux ans, fut apporté dans le service chirurgical le 7 mars 1842. Depuis vingt ans il portait une hernie inguinale droite, à laquelle s'étaient jointes plus tard une hernie secondaire à gauche et une hernie sus-ombilicale ; mais la première seule avait quelque importance. Il la maintenait par des bandages qui, en général, la contenaient bien, la laissant toutefois sortir de temps à autre ; et alors il parvenait à la réduire par un taxis plus ou moins prolongé. Vers la fin de février, on lui avait donné un bandage neuf, et l'on avait remarqué que la hernie était du volume du poing, et facile à réduire. Le nouveau bandage la maintint exactement, lorsque le 5 mars le malade trouvant la pression trop forte en arrière, abaissa le ressort et dérangea ainsi la pelote ; et le 7 au matin, en revenant des lieux d'aisances, il s'aperçut que la hernie était sortie et ne voulait pas rentrer.

Il essaya d'abord de se coucher et de pratiquer le taxis, mais en vain ; cela ne l'empêcha pas, vers neuf heures, de manger sa soupe. Le ventre et la tumeur étaient tout à fait indolens. A dix heures il eut un premier vomissement, à midi un autre, et un autre vers trois heures, dans la salle de chirurgie, où il s'était fait transporter.

L'interne de garde, aussitôt appelé, trouva une hernie scrotale du volume du poing, dure et résistante, pratiqua le taxis pendant une demi-heure, et ne parvint qu'à la faire rentrer en partie. Une demi-heure après les internes du service renouvelèrent ces essais aussi infructueusement ; et enfin, à cinq heures trois quarts, le malade fut visité par M. Malgaigne. La tumeur était du volume du poing, mais comme partagée en deux ; la portion inférieure présentant une collection de liquide ; la supérieure, plus dure, donnant aux doigts une sensation de crépitation fine, comme emphysémateuse. Du reste, matité complète à la percussion ; à peine de la douleur à la pression simple ; le ventre toujours souple et indolent.

Le taxis fut repris et prolongé trois quarts-d'heure. Après ce temps il ne restait plus dans le scrotum que la collection de liquide. La portion dure de la tumeur était entièrement repoussée en arrière de l'anneau inguinal, et ne faisait nulle saillie dans le canal ; mais en introduisant le doigt dans l'anneau, on sentait immédiatement en arrière une partie de la tumeur, et au moindre effort de toux elle ressortait avec la même sensation de crépitation. On se contenta, pour le moment, de la recouvrir d'un cataplasme ; on éleva à l'aide d'un matelas les cuisses et le bassin, et l'on jugea convenable d'attendre au lendemain.

Le lendemain, à la visite, on trouva la hernie ressortie tout entière, dure, douloureuse à la pression. Le malade avait eu dans la nuit plusieurs vomissemens ; en conséquence, sans autre tentative de taxis, M. Malgaigne procéda à l'opération.

Une incision d'environ six centimètres fut faite sur le trajet du canal descendant, à deux ou trois centimètres au-dessous de l'anneau. On mit à nu l'aponévrose du grand oblique et l'anneau externe, qui paraissait fort serré sur la tumeur. L'anneau et le canal divisé, on vit que l'étranglement subsistait encore et se trouvait à peu près au niveau de l'anneau externe divisé. On disséqua lentement les enveloppes du cordon ; on coupa le nerf inguino-cutané qui croisait la direction de la plaie, et le péritoine se trouva mis à nu au-dessus et au-dessous de l'étranglement, qui paraissait bien appartenir au collet du sac. M. Malgaigne voulut essayer d'amincir ce collet en dehors, pour tâcher de détruire le rétrécissement sans ouvrir le péritoine ; mais il ne put y parvenir, et le péritoine ayant été divisé au-dessus du collet, on passa de haut en bas une sonde cannelée qui souleva le collet avec la plus grande facilité, et sur laquelle on l'incisa largement. Aussitôt il sortit du sac herniaire une grande quantité de sérosité rougeâtre dont on favorisa l'issue par la pression, puis on en retira une anse intestinale d'un rouge sombre et même noir en certains points, dont les deux côtés étaient réunis par des fausses membranes, et de laquelle pendait même un lambeau de fausse membrane rouge et dense de plusieurs centimètres de longueur. La teinte rouge de cette anse tranchait fortement avec les bouts d'intestin situés immédiatement au-dessus de l'étranglement, et qui offraient un aspect tout à fait normal. Du reste, on n'apercevait au point intermédiaire aucune marque de la striction. L'opérateur détruisit les adhérences, enleva les fausses membranes et réduisit l'anse herniée en prenant soin, avec le doigt indicateur porté dans le ventre, d'en écarter les deux bouts. La plaie, rapprochée et pansée à l'ordinaire, le malade fut reporté dans son lit.

On alla le revoir après le temps nécessaire pour faire une autre opération pour des calculs engagés dans l'urètre. Dans cet intervalle, il avait eu quelques vomissemens ; M. Malgaigne soupçonna quelque issue des intestins, ce qui fut en effet vérifié. On renouvela donc l'appareil, et on le maintint à l'aide d'un bandage français à ressort très-affaibli. On prescrivit des tranches de citron et de la glace pour calmer la soif, un large cataplasme sur le ventre, une saignée d'une palette.

Le malade fut visité sept à huit fois dans la journée. Dès midi, le pouls, qui jusque-là avait été calme et faible, prit de la vitesse et de l'ampleur ; la peau devint chaude, ce qui n'empêcha pas le malade de dormir une heure dans l'après-midi et trois heures dans la nuit. Un dernier vomissement avait eu lieu à midi après l'injection du premier morceau de glace ; le hoquet ne s'arrêta que fort avant dans la nuit.

Deuxième jour. Tout va bien, le ventre, toujours souple et indolent ; le pouls à 78. On continue les cataplasmes et la glace ; un lavement émollient le soir.

Troisième jour. Même état, il n'y a pas eu de selle ; la peau est moins chaude. On supprime la glace ; tisane de gomme ; consommé de bœuf et de poulet à donner par cuillerées tous les quarts d'heure. Un lavement avec 50 grammes de sulfate de magnésie ; le lavement entraîna à peine quelques matières.

Quatrième jour. Le malade a dormi presque toute la nuit. On lève l'appareil ; la plaie est réunie au fond ; mais les bords de la peau sont écartés et suppurent. Le scrotum paraît rempli de liquide, mais sans inflammation. Quatre cuillerées de ver-

---

reconnaître sous un costume si flatteur ; ce qui vaut dix amitiés et dix abonnemens sans compter la reconnaissace. Ainsi, mon cher rédacteur, imitez les *mouches*, si vous voulez parler avec un certain avantage du concours qui a lieu.

Trois journaux de couleur différente reviennent sur la nécessité de réformer, de réorganiser, do moraliser le corps médical, l'un d'eux qui, d'ordinaire, n'est pas imprudent, complimente l'*association des médecins de Paris* du courage dont elle a fait preuve en expulsant de son sein un confrère qu'elle a jugé indigne. M. Gibert, ne se trouvant pas assez complimenté, répond qu'il a fait bien autre chose et revient sur ce pauvre *sieur Vieséké* (style du secrétaire), à qui on a retiré l'autorisation d'exercer en France ! D'un autre côté, un grand recueil propose un *conseil médical* et voudrait qu'on se réunît à une seule opinion au lieu de se diviser et d'avoir plusieurs systèmes de moralisation. Alors, une feuille, qui a depuis quelque temps le monopole de la malice et de la vertu médicale, répond que son confrère a certainement une bonne idée, mais elle a le malheur de ressembler un peu trop à celles de l'auteur de Paul et Virginie et à ce sujet, il fait une divertissante confusion entre l'abbé de Saint-Pierre, Bernardin de Saint-Pierre et même, je crois, Bernardin dans la lune. Alors le gros recueil accable de son érudition la vertueuse malice de son confrère, lequel est atteint et convaincu d'être plus Bernardin que malin.

Il n'y a donc qu'un cri dans la *presse médicale*, LA RÉFORME, mais j'ai remarqué une particularité que vous me permettrez de signaler. Je divise le corps médical en deux catégories : 1° Ceux qui devraient être réformés ; 2° ceux qui n'ont aucun besoin de réforme. Eh bien ! monsieur, c'est précisément dans la première catégorie qu'on entend crier le plus fort à la réforme. On croit peut-être que le meilleur moyen de ne pas être réformé c'est de devenir réformateur.

Vous vous rappelez l'histoire du médecin aux lézards, qui n'était pas français, qualité qui lui rendit plus facile la possession d'une très-riche cliente. Cette histoire me valut une épître que vous avez eu à subir comme moi. Vous avez dû remarquer des allusions contre les médecins étrangers qui exercent à Paris et dont la conduite est plus ou moins reprochable. Aujourd'hui, un médecin anglais nous adresse une lettre très-sagement écrite et à laquelle je me garderais bien de faire la moindre objection, car elle renferme des propositions que j'adopte et qui honorent la France, et d'autres qui sont garanties par les lois de septembre. Ainsi, notre nouveau correspondant nous apprend : 1° qu'il y a des charlatans en France comme ailleurs, ce qui a le malheur d'être un peu trop vrai ; 2° que nous sommes un peuple spirituel et que notre code est admirable ; 3° enfin, que notre roi est un des plus sages et des plus grands dont l'histoire fasse mention...... Adopté.

Voici deux nouvelles inégalement tristes : Un jeune médecin des hôpitaux est en proie à une maladie qu'il a contractée dans l'exercice de ses fonctions. C'est une maladie contagieuse qui paraît avoir plus de gravité quand elle est contractée par des voies autres que celles par lesquelles elle s'introduit ordinairement dans l'économie, il paraît que notre malheureux confrère a eu de telles souffrances pendant la nuit, son système nerveux a été dans un tel état, qu'il a eu non-seulement du délire, mais du désespoir et l'idée du suicide. Nous ne savons au juste si l'administration a eu seulement l'idée de faire demander des nouvelles de ce médecin.

Pendant un séjour de M. Seutin à Paris, un chirurgien des hôpitaux lui fit la galanterie de l'inviter à panser, dans son service, une fracture par l'appareil amidonné. Malgré ce pansement (le plaignant dit à cause de ce pansement) mais surtout à cause de l'obliquité de la fracture, il y a eu raccourcissement, difformité du membre. De là, un procès intenté à l'administration des hôpitaux et à M. Seutin. La colle aura-t-elle tort ?

Dr LYRAC.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

QUATRIÈME SÉANCE. — *Lecture des compositions.*

Aujourd'hui lundi (28), MM. Phil. Boyer, Thierry et Chrestien ont lu leurs compositions.

Les séances ont lieu les lundi, mercredi et vendredi.

micel au gras de quatre en quatre heures; consommé toutes les demi-heures.

Cinquième jour. Bon appétit, mais pas encore de selles. On prescrit deux portions de pain, une portion de poulet, un œuf frais, trois portions de lait, deux vermicelles. A une heure un lavement purgatif.

Le lavement fut rendu presque pur, et le malade présentait un certain état de torpeur qui paraissait dû à cette constipation rebelle, quand enfin arriva à huit heures du soir une selle abondante, suivie de deux autres le lendemain matin. Dès lors on augmenta le régime, on ajouta 200 grammes de vin de Bordeaux sucré; le scrotum revint peu à peu à son volume normal; et la plaie n'a plus que quelques pas à faire pour être entièrement cicatrisée.

— Cette observation, a dit M. Malgaigne, présente d'abord cet intérêt tout spécial d'une guérison obtenue après l'opération de la hernie étranglée chez un vieillard de 82 ans. J'ai fait voir, en effet, que dans les hôpitaux de Paris au-dessus de 50 ans la mortalité après cette opération est de près des trois quarts des opérés, et au-delà de 80 ans je ne sais pas s'il existe des cas de guérison. Pourquoi donc avec si peu de chances n'avons-nous pas hésité à opérer cette hernie? Cette question ne peut être résolue que quand nous aurons d'abord recherché s'il y avait étranglement véritable et quel était le caractère de cet étranglement. Cela me permettra d'ailleurs de vous exposer mes idées sur une question que j'ai à peine eu l'occasion de signaler jusqu'à présent, je veux parler de l'*étranglement secondaire*.

Pour plus de clarté je rappellerai d'abord que j'ai signalé dans les hernies deux cas très tranchés, dont l'un réclame promptement l'opération, dont l'autre la rejette constamment; le premier est l'étranglement primitif, le second est l'inflammation pure et simple. Quand une hernie, pendant long-temps contenue, se fait jour à travers un orifice extrêmement étroit, l'intestin sorti est lui-même d'un médiocre volume, ce sont les hernies *marronnées* des auteurs. Si la hernie est purement intestinale, le taxis sera le plus souvent inutile et nuisible; j'ai vu même sur le cadavre, après avoir mis la hernie à nu, la réduction impossible : on comprend que l'opération est la seule ressource. Au contraire quand une hernie n'a jamais été contenue, alors, toute volumineuse qu'elle soit, et en raison même de son volume, elle a dilaté les orifices de sortie hors de toute mesure; il n'y a pas d'étranglement, mais inflammation pure et simple, et c'est uniquement l'inflammation qu'il faut combattre.

Mais entre ces deux cas extrêmes, pour lesquels les indications sont si claires, il reste les cas intermédiaires où le diagnostic est moins certain et où le même doute plane sur la thérapeutique. Ainsi qu'une hernie date de longues années, qu'elle ait été à peu près constamment soumise à l'action d'un bandage, mais d'un bandage qui la laissait de temps à autre échapper, en vertu de cette contention, même imparfaite, il se sera opéré un épaississement et un rétrécissement au collet du sac; vous pouvez regarder ce rétrécissement comme certain, et je ne l'ai jamais vu manquer à l'autopsie. D'un autre côté, les échappemens répétés de la hernie auront cet effet non moins constant d'empêcher un rétrécissement très considérable, et en général elle pourra sortir avec plus ou moins de volume et rentrer sans obstacle tant qu'il ne s'y joindra pas d'inflammation.

Ici donc, dans le principe, c'est l'inflammation de la hernie qui est cause de l'irritabilité, et, si l'on est appelé au début, on peut hardiment insister sur le taxis qui, pour les hernies légèrement irritées, est le meilleur antiphlogistique possible; et c'est là où le taxis prolongé produit des merveilles. Mais si le taxis échoue, ou même si la hernie trop volumineuse et l'inflammation tout d'un coup trop forte ou enfin le temps déjà écoulé obligent à y renoncer, alors le chirurgien se trouve placé entre ces deux partis, ou bien débrider l'orifice rétréci, ou bien traiter simplement l'inflammation par les antiphlogistiques ordinaires; le choix est des plus graves assurément, et il entraîne de graves difficultés.

En effet, ce n'est plus ici comme dans les inflammations simples où les anneaux éraillés ne présentent nulle part de rétrécissement capable d'agir sur les intestins, il y a ici un rétrécissement au collet, et quelque large que puisse être encore ce rétrécissement pour la hernie non enflammée, les parties tuméfiées par l'inflammation s'en rapprochent et viennent s'y faire couper à la longue par l'ulcération, de même qu'une ligature même peu serrée finit par ulcérer tout ce qu'elle touche.

Ce n'est donc pas l'étranglement pur, primitif, agissant directement sur des parties saines et amenant souvent de plein pied la gangrène sans inflammation, c'est une sorte d'étranglement sans inflammation que, pour cette raison, j'appelle *secondaire*, qui n'est jamais assez serré pour produire la gangrène, mais qui finit à la longue et, l'inflammation aidant, par ulcérer la portion d'intestin directement en contact avec le rétrécissement annulaire.

J'en ai vu, il y a quelques mois, un très bel exemple dans le service de M. Blandin. Le sujet n'était arrivé à l'hôpital que le huitième jour. La hernie se réduisit en masse. M. Blandin opéra en désespoir de cause : le malade succomba, et à l'autopsie nous trouvâmes, comme on l'avait vu à l'opération, que l'étranglement avait été produit par le collet; qu'il avait seulement ulcéré la partie des intestins directement en contact avec ce collet; mais lorsque nous eûmes réuni les deux bords de la section du collet en les comprenant dans les mors d'une pince à disséquer, l'orifice parut si large que M. Blandin, l'un de nos observateurs sur qui les préjugés d'école ont le moins de prise, fut le premier à remarquer que le resserrement n'était pas assez étroit pour avoir pu produire un étranglement véritable.

Or, chez notre malade, les choses se présentaient, sauf la différence très grave du temps écoulé, comme chez le malade de M. Blandin. L'orifice n'était pas assez étroit pour déterminer un étranglement primitif. Vous avez vu avec quelle facilité on soulevait le collet sur la sonde, et vous avez vu que l'intestin ne portait aucune trace d'étranglement. Toutefois, il y avait eu ici aussi une réduction en masse; et si je n'ai pas recouru immédiatement à l'opération, je dois exposer les motifs de ce retard.

La hernie nous donnait une crépitation singulière, qui attestait la présence de l'intestin, et cependant la percussion, que jusqu'ici je n'avais pas trouvée en défaut, produisait un son mat même sur les points crépitans. Fort étonné de ce résultat, j'y suis revenu à plusieurs fois, comparant à dessein le son sonore fourni par la percussion de l'hypogastre et le son mat sur la cuisse, avec le son également mat de la hernie. En conséquence, j'avais été presqu'inévitablement conduit à penser que l'intestin était recouvert d'épiploon. Alors la réduction pouvait être imparfaite, parce que l'épiploon seul serait resté en dehors, ce que j'ai vu quelquefois, et ce qui ne doit jamais faire recourir à l'opération; ou, ce qui était plus probable, la hernie rentrait en masse tout entière, mais l'épiploon pouvait garantir l'intestin contre le tranchant du collet, et la marche des accidens pouvait nous éclairer à cet égard. Voilà donc pourquoi, le lendemai, voyant les accidens augmentés, j'ai opéré sans le moindre retard.

D'où provenait cependant cette matité singulière? Ce n'était pas de la sérosité ambiante, puisqu'elle persistait après que la sérosité s'était concentrée au fond du sac. Il faut l'attribuer sans doute à cet état singulier de l'anse intestinale revenue sur elle-même, ne contenant dans sa cavité presque effacée que quelques rares bulles d'air; mais je ne saurais dire à quoi tient la rétraction de l'intestin même, que je n'ai pas encore rencontrée sur l'homme en pareille circonstance. Il est curieux de noter, au contraire, que dans mes expériences sur les animaux, c'est toujours ainsi que j'ai trouvé les intestins, et jamais gonflés de gaz, différence singulière, et dont je ne saurais encore indiquer les causes.

Mais une objection se présente, qui m'a déjà été faite ailleurs; comment concilier l'idée de la péritonite herniaire avec l'absence de la plupart des symptômes, notamment de la réaction générale et même de la douleur? Conciliez-les comme vous pourrez ou comme voudrez; mais vous avez suivi ce malade; vous avez vu la tumeur rester indolente le premier jour, donner à peine des traces de douleur avant l'opération; et à l'opération vous avez vu, non pas seulement la rougeur de l'intestin, mais ces adhérences et ces fausses membranes flottantes qui attestaient bien l'inflammation adhésive, et même une inflammation à marche assez rapide.

Je ne m'étendrai pas beaucoup sur le procédé opératoire; je n'ai pas divisé jusqu'au fond le sac herniaire, et je crois que c'est une dangereuse pratique : nous n'avons eu ici qu'à nous applaudir de notre réserve. J'ai fait mes incisions de façon à mettre bien le siége de l'étranglement à nu, et de débrider pour ainsi dire à ciel ouvert; de cette façon toutes les craintes de léser une artère deviennent futiles, et le chirurgien a l'immense avantage de bien voir ce qu'il fait, autant du moins que sur le vivant cela est possible. J'ai enlevé les fausses membranes, non pas que je croie éviter par-là des adhérences de l'anse intestinale dans l'abdomen, mais parce que ces membranes flottantes auraient pu s'organiser en brides. Nous avons eu une nouvelle issue d'intestins, cas qui n'est pas très rare, bien qu'on en parle à peine; vous savez comment nous l'avons soupçonnée et comment il y a été remédié. Enfin je ne veux pas insister sur le traitement rigoureusement antiphlogistique des premiers jours, et l'empressement avec lequel j'ai saisi la première occasion de nourrir mon malade; cette dernière précaution tient à une règle plus générale que je me suis faite depuis long-temps pour toutes les grandes opérations.

Mais il y a une circonstance sur laquelle je veux revenir, parce qu'elle tient à une controverse assez chaude que je soutiens en ce moment. Lorsque l'anneau inguinal a été mis à nu, il avait bien toute l'apparence d'être l'agent constricteur; et si nous eussions débridé de bas en haut et de dedans en dehors, tout étant coupé d'un coup de bistouri, cette opinion aurait bien pu rester fixée dans votre mémoire. Mais, outre que le taxis avait refoulé la hernie au-delà de cet anneau, durant le taxis même j'avais fait voir à plusieurs d'entre vous que cet anneau admettait le bout du doigt en dehors du pédicule de la hernie; et enfin, lorsqu'il a été coupé, vous avez vu subsister par-dessous un autre rétrécissement bien plus étroit. Ce rétrécissement, dans ma conviction la plus profonde, était bien constitué par le collet du sac; mais je dois déclarer que j'en serais plus sûr encore si je l'avais disséqué, regardé, palpé et mesuré dans tous les sens.

Là est tout le fond de ma discussion avec M. Velpeau; savoir, si l'examen complet sur le cadavre donne des résultats plus certains que l'examen nécessairement incomplet sur le vivant. Vous avez vu dans la *Gazette des Hôpitaux* (1) une leçon clinique de cet habile professeur, dans laquelle je suis, j'ose le dire, régenté et chapitré d'importance. Mais comme dans les choses graves la discussion doit rester grave, et qu'il n'y a pas lieu de faire mettre un professeur en colère parce que l'anneau étrangle ou n'étrangle pas, je laisse bien volontiers en oubli ce qui concerne la forme pour toucher quelques objections du fond. M. Velpeau pose deux cas où, avec son habileté bien reconnue, il aura pris toutes les précautions possibles pour s'assurer sur le vivant du siége de l'étranglement, et il me demande *si je trouverai sur le cadavre quelque chose de plus concluant que des observations de cette nature?* A quoi je réponds : Oui, mille fois oui, et éternellement oui. J'avais cité, comme exemple d'erreur possible, le fait de Sanson, où cet autre habile opérateur avait pris, lui aussi, toutes les précautions possibles, tellement que, sans l'autopsie, il eût été reconnu que l'étranglement avait siégé à l'anneau et que l'anneau seul avait été divisé; lorsque malheureusement l'autopsie fit voir tout le contraire. M. Velpeau ne veut pas que je me serve sans cesse de cette observation, et il demande, entre Sanson, qui a opéré, et M. Malgaigne, simple spectateur, à qui l'on doit croire? Pour ce qui regarde les faits observés pendant l'opération, à personne; pour ce qui regarde l'autopsie, on peut croire à M. Malgaigne qui l'a faite et aux élèves qui l'ont faite avec lui.

Mais puisque vous ne voulez pas de ce fait, laissons-le, j'y consens; n'en ai-je pas un autre tout aussi convaincant dans la clinique de M. Velpeau lui-même, où je trouve cet exemple d'erreur, d'une hernie crurale réduite en masse, parce qu'on a pris le sac herniaire pour le cœcum? Il me fallait, pour ma thèse, des cas d'erreurs commises par les opérateurs les plus habiles; et, tout en louant bien haut M. Velpeau d'avoir le premier signalé la sienne, n'ai-je pas quelque droit de m'étonner de voir dans la même leçon le même professeur soutenir que l'observation sur le vivant est aussi *concluante* que l'autopsie?

Du reste, avec son excellent esprit, M. Velpeau a bien vu cependant qu'il était urgent de me donner des autopsies, et il pense m'en avoir cité. C'est d'abord la thèse de M. Perrochaud, et puis c'est une autopsie qui lui appartient en propre. Laissons d'abord de côté la thèse de M. Perrochaud, et pour cause. Je me suis expliqué de la valeur de ses observations avec M. Perrochaud lui-même; et j'étais probablement compétent pour la première, puisque le chirurgien qu'il ne nomme pas, c'était moi-même. Quant à l'autopsie de M. Velpeau, qu'en dirai-je? Je trouve dans un endroit de sa leçon clinique, qu'il *n'a pas entrepris de réfuter sérieusement et de point en point toutes mes assertions*; et je le regrette fort, car nous aurions pu y gagner l'un et l'autre. M. Velpeau saurait au juste quelles sont mes assertions, et il ne me donnerait pas en preuve d'un étranglement par les anneaux l'exemple d'une hernie étranglée par une éraillure du *fascia transversalis*. Je n'ai jamais nié l'étranglement par les éraillures aponévrotiques; je suis peut-être le premier qui ait signalé leur fréquence dans les hernies crurales, pour lesquelles je n'admets pas du tout l'étranglement par l'anneau même. Je ne dis point que ces étranglemens soient impossibles; je ne m'inquiète point des choses possibles, et mon but principal, essentiel, mon idée fixe, si vous le voulez, c'est de renfermer la chirurgie dans le cercle de la réalité. C'est pourquoi je suis bien plus aisé à convaincre que mon honorable antagoniste ne paraît le croire; il m'importe très peu que l'étranglement se fasse par les anneaux; il m'importe beaucoup que cet étranglement ne soit pas admis avant d'avoir été bien observé : c'est là toute ma doctrine.

Enfin, M. Velpeau pense qu'à ce débat l'humanité et la pratique n'ont rien à gagner ni à perdre, et que l'opération n'en sera ni plus facile ni moins dangereuse. Fort bien peut-être (et encore!) pour ce qui regarde la facilité et le danger de l'opération; mais il y a une autre question plus importante pour l'humanité et la pratique, celle de savoir quand il faut faire ou éviter l'opération, et peut-être, en y regardant de plus près, M. Velpeau aurait trouvé quelques raisons de croire que ce débat n'est pas tout à fait inutile pour la décider.

(1) *Voir* le n° du 15 mars.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Paris, 22 mars 1842.

..... *Justitia virtutum regina.*

(Saint Paul.)

Mon cher confrère,

Moitié fatigue, moitié désenchantement ou dégoût de toutes choses, sans excepter celles, bien entendu, qui, par état, font plus particulièrement l'objet de mes études ou de mon observation journalières, depuis long-temps je me taisais, me laissant nonchalammennt aller à ce *far niente* de la pensée en demi-sommeil, à cette méditation égoïste et tranquille qui absorbe et personnifie en soi la science et l'humanité... Mais une circonstance particulière, un petit événement d'*intérieur médical* auquel je me crois forcé de prendre part, vient s'annoncer, me tirer de ma léthargie et me mettre en lice de nouveau; car, comme tout ce qui touche aux ressorts usés de notre société vermoulue, il n'est pas un principe, pas une loi, pas un usage dont l'application, dans la plus mince occurcurrence, ne puisse provoquer de l'homme qui n'a pas perdu toute pudeur et toute dignité, quelques sages réflexions, quelques utiles enseignemens. Permettez-moi donc, fier TIMON, indomptable PHOCÉEN! de m'emparer un instant de votre fouet impitoyable, de votre mordante ironie, pour ici deviser à mon aise. A quoi servirait, en effet, avec nos modernes Corinthiens, d'y substituer, sous l'empire des sentimens, quelques simples, pieux et timides raisonnemens?

Votre inexorable feuilleton n'a pas laissé passer, sans l'enregistrer, l'*événement* de la rue de Poitiers, et par lui j'ai appris, bien qu'un peu tard — ce dont je n'accuse que ma paresse, et ce qui vous a épargné pendant huit jours, à vous et à vos abonnés, ainsi qu'à l'illustre assemblée de *céant*, chacun une épître de nature diverse, *critique* ou *supplique*, suivant le milieu du lecteur ou le but proposé — j'ai, dis-je, appris qu'un commissaire extraordinaire des cent cinquante immortels, nos dignes ARCHONTES! l'excellent confrère Bouvier, etait venu déclarer solennellement la vacance d'un fauteuil au sein de l'illustre assemblée! Mais, ce que votre feuilleton ne m'a pas appris, ce qu'il ne pouvait m'apprendre, et ce que je vais, moi, vous donner en confidence, si vous me promettez le secret, c'est ceci... Tout en suscitant chez eux comme chez tous, j'ose m'en constituer garant, un sentiment de pieuse émotion et de douce gratitude en souvenir de la mémoire des trois honorables défunts, dont la perte regrettable *hæc otia fecit*; cette déclaration, comme vous le pensez bien, cher confrère, vous qui connaissez l'humaine faiblesse, n'en a pas moins mollement retenti aux nombreuses *oreilles* (*in spe*) académiques qui, déjà, avaient flairé la nouvelle, et étaient venues s'en assurer, non comme Orgon, *de visu*, mais *de auditu*...

Rentrés au logis, ces savans confrères et honorables adversaires se sont aussitôt mis à tailler leur plume, à solliciter les plus harmonieuses inspirations de leur poétique imaginative, et, une fois montés à la hauteur du sujet, à dresser leur *humble supplique* à l'Académie. Mais, réfléchissant qu'ils avaient près de huit jours devant eux, mes dignes, mes trop dignes concurrens pensèrent prudemment que ce n'était pas là le plus pressé; et, après avoir fait un relevé fidèle des adresses des dix-neuf honorables survivans dans la section convoitée, selon l'état de leur budjet, les uns chaussés de leurs souliers *sauveurs*, les autres grimpés dans leur vélocifère ou sur leur haquenée, tous, non le *chagrin* mais l'espérance en croupe, mes heureux concurrens se sont mis au

alop sur la route multiple de la demeure des *dix-neuf*, suivant ardemment leur tournée électorale, et méditant jésuitiquement (n'allez pas, je vous prie, prendre en mauvaise part cet adverbe que je vénère), avant d'arriver à chaque porte archiatrique, leur petit discours *ad hominem*...

Pour moi, loin de me hâter, me rappelant au contraire que, il y a déjà long-temps de cela, c'était en 1823, pris d'un dégoût subit et insurmontable à l'idée des petitesses, des lâchetés, des iniquités qu'un pouvoir machiavélique imposait alors à la malheureuse jeunesse des Ecoles (beau temps qui, Dieu et nos hommes d'état aidant, ne tardera pas j'espère à renaître), me rappelant que sur la voie de l'internat je m'étais tout à coup arrêté et retiré du concours, où *oncque* depuis je n'avais reparu, et rassemblant toute l'énergie de mes *numéros* 10 et 12, j'hésitais singulièrement, moi, qui depuis tantôt vingt années vivais en repos loin de toute cabale, de toutes coteries, j'hésitais à braver de misérables intrigues et à me produire de nouveau au grand jour de la compétition. Toutefois, réfléchissant mûrement à la nature particulière de ce concours, à l'impartialité du jury qui y préside, à mes titres réels quoique modestes et aux devoirs de ma position ; pensant d'ailleurs que l'homme de bien, doué de quelque talent, de quelque caractère, de quelque activité, de quelque peu d'ambition légitimée par l'intelligence, ennoblie et sanctifiée par les sentimens moraux, persuadé que celui-là ne doit point s'effacer et pousser l'humilité au-delà des limites de la délicatesse et de la justice, pour céder la place aux mauvais instincts et à la médiocrité ; « voyant d'ailleurs B. m'encourager, C. me pousser et L. me tendre la main..., » par tous ces motifs je me suis enfin décidé, et, moi aussi, j'ai taillé ma plume *pro postulato ad Accademiam*.....

Mais j'étais fort en retard, comme vous savez, — aussi plusieurs de mes bienveillans concurrens, me *grondant* sur ma *négligence*, dont jusqu'ici pourtant ils ne s'étaient pas plaints, m'ont-ils assuré qu'ils avaient promesse positive, solennelle de nos juges, non seulement pour *la liste des six*, mais encore pour le vote définitif... L'un d'entre eux, fort de mes amis, et certainement l'un des plus dignes, sinon le plus digne de ces *cathédraphiles*, m'a même affirmé que l'un des *dix-neuf* lui avait dit à sa visite candidatoriale, avec ce sans façon et cette désinvolture d'un *immortel* et partant d'un *infaillible* : « Mon cher, je vous promets (pour la bienheureuse liste s'entend), car vous êtes le *quatrième* et le réglement en veut *six*... Restent donc deux encore, qui seront les plus empressés à vous suivre : cela évite tout embarras et toute contestation... » — Que pensez-vous, confrère, de cette théorie en matière d'élection académique ? Je ne doute nullement que vous ne pensiez, comme moi, qu'elle en vaut bien une autre et même mieux que beaucoup d'autres ; car une telle *condition* prouve au moins et sans conteste (chez le candidat toutefois) une *capacité* à défaut d'autre, celle de la puissance ou de l'activité... musculaire.....

Et bien, cher confrère, c'est contre cette indignité, contre cette impiété du juge et cette promiscuité du candidat que je viens ici (et cela non point parce que je serais arrivé le *septième* ou le *vingtième* à la porte de l'*illustre*, mais bien pour remplir un devoir de conscience et d'honneur, et aussi pour avertir mes juges de ma conduite exceptionnelle envers eux) protester avec vous, protester avec ce qui reste d'hommes de tête et de cœur parmi nous, protester au nom de la science alarmée et de la morale publique outragée..... Oui, le rouge me monte au visage quand je vois, si peu d'années encore après une révolution proclamée sainte, morale et progressive entre toutes, qui semblait faite seulement au nom de la justice, de la gloire et de la dignité du pays et de l'humanité ; au moment même où, par une déchéance et une dégradation de l'esprit public, inouïes à la fois par leur étendue et leur rapidité, tout le monde s'occupe et parle de la nécessité d'une réforme de nos institutions médicales, de l'urgence d'une digue à opposer au débordement de charlatanisme, d'astuce et de corruption qui nous emporte dans la tourmente redoutable, et menace de nous engloutir, corps et âme, dans l'opprobre commun. Oui, le rouge me monte au visage quand, dans cet état des esprits et des choses, je vois ces jeunes hommes même, l'espoir de la science et de la patrie, dignes émules du Pyrée, se façonnant à des concours *au pas de course*, et courbant lâchement leur noble front sous les exigences honteuses de coutumes dégradantes, aller mendier servilement les suffrages des *bourgs-pourris* du népotisme (1), qui, leur rendant bien, du reste, mépris pour mépris, sans tenir compte le moins du monde des droits les plus sacrés, et, ne consultant que leurs intérêts égoïstes, leurs passions aveugles ou leurs préjugés intolérans, vont, sans crainte et sans vergogne, se prostituer à Jomard.

Oui, cher confrère, et pour l'honneur de notre profession, pour l'honneur de ce caractère révéré du médecin si déchu de nos jours, du médecin que Descartes, Cabanis, Gall et tant d'autres philosophes éminens ont proclamé le premier par l'intelligence et le dévouement entre ses concitoyens, pour l'honneur du corps non moins que pour notre propre dignité, il est temps — il est déjà bien tard... — de protester hautement, partout et toujours, contre les bassesses et les turpitudes qui énervent et rapetissent les hommes en les réduisant au rôle ignoble d'intrigans ; et compromettent également l'avenir de la science et de la patrie, en décourageant les travailleurs, en sur-excitant les roués, en avilissant les ambitieux, en irritant les forts, en démoralisant les faibles, en éloignant les modestes, en scandalisant et en révoltant les gens honnêtes, en affaiblissant, en amoindrissant et en désolant l'état.....

Eh ! ne voyez-vous pas que cette dégradation morale, symptôme fatal d'un nouveau bas-empire, pénètre partout, et que, malheureusement, les corps savans ne font que la réfléchir des corps politiques et d'ailleurs... Il faut donc de tous nos vœux, de toute la force de nos poumons et de toute l'énergie de nos plumes, tant qu'on ne nous les aura pas brisées entre les mains et qu'on ne nous a pas encore fermé la bouche ; il faut de toute notre activité, appeler un Richelieu *parlementaire*, qui par une vigoureuse et puissante révolution dans le pouvoir, affranchisse à la fois le chef de l'état de la double et pernicieuse influence des coteries politiques et religieuses ; le gouvernement de celle non moins dangereuse de la Cour et des Députés, comme ceux-ci enfin de l'action incessante, corruptrice ou intimidante, des électeurs et de la Cour ; laissant chacun de ces pouvoirs s'exercer librement et sous l'expresse garantie de son inviolabilité ou de sa responsabilité, et sous l'inspiration sainte de sa conscience : *Num justitiâ virtutum regina !* Mais en même temps, je vous l'ai déjà dit (1), travaillons à notre propre organisation, et faisons sortir, et *par l'élection*, de la *Société de prévoyance* ou plutôt du corps entier des médecins de Paris, non point seulement une *commission de secours*, simple et insuffisante imitation d'institutions de divers corps de métiers, nées sous l'empire d'une circonspection instinctive, mais bien ainsi que le voulait, en 1831, notre digne confrère Amussat (2), un comité de surveillance légale et paternelle, intelligent, vigoureux et dévoué, chargé sans doute de la discipline, mais encore et surtout de la moralisation de l'ordre et du progrès de la science.

Je déclare donc hautement ici que, fidèle à mon passé, j'ose le dire, pour le présent et pour l'avenir, quelque infime ou élevé que soit le corps savant ou autre auquel je me présenterai ; me bornant à éclairer sa religion en général, et celle de ses membres en particulier, en les mettant à même, par l'exhibition publique de mes titres où de mes droits, de prononcer en connaissance de cause, jamais (et je n'excepte point ici mes amis) je ne m'adresserai *individuellement* à eux, à leurs instincts ou à leurs affections... Une simple demande, conforme aux usages du corps, quel qu'il soit, auquel je prétendrai, et une carte ou mes ouvrages, si je le puis, déposés chez chacun des membres de la commission, du jury ou de la société, seront mes seuls témoignages, mes seuls avocats, mes seules *suppliques* ; car je n'en admets pas d'autres de convenables et légitimes. Et si, par impossible, j'arrive... la première proposition que j'aurai l'honneur de soumettre à mes collègues, aura pour but de les soustraire à des obsessions également pénibles, également blessantes pour le juge et pour le justiciable...

Je sais bien, cher confrère, que ces principes me mènent tout droit à la réalisation de la triste prédiction de mon excellente mère, qui me disait sans cesse, comme disait à Paul-Louis son père : *mon fils tu ne seras jamais rien*, c'est-à-dire tu ne seras ni gendarme, ni rat de cave, ni espion, ni duc, ni laquais, ni académicien, tu seras *Jean-Baptiste* pour tout potage, *id est rien*. Terrible mot ! — Mais que voulez-vous ? Sans être fataliste à la façon orientale, et tout en faisant la juste part du *libre arbitre* humain, je crois qu'il faut bien, en ce monde, accomplir sa destinée, c'est-à-dire obéir aux *nécessités providentielles* de son organisation... Et ma conscience me disait qu'il était dans les miennes de proclamer ici, haut et sans plus attendre, quoiqu'il puisse advenir, ces quelques paroles sévères, et pourtant, au fond, toute d'amour et de Charité !

Agréez, cher, confrère, la nouvelle assurance des sentimens que vous savez à votre bien dévoué, La Corbière, d.-m.-p.

Prétendant, quoique indigne, au fauteuil médico-pathologique...

(1) Cependant je dois le déclarer ici, non point par une *habileté de main*, ou un esprit de flatterie que je dédaigne et ne connais pas, mais parce que c'est la vérité, vérité que d'ailleurs, à quelques rares exceptions près, et surtout depuis sa réorganisation, son histoire atteste, l'Académie de médecine de Paris, la plus indépendante et la plus équitable entre ses sœurs, ne doit pas, à certain point de vue, être confondue avec elles, avec la plupart du moins, ou avec d'autres oligarchies savantes ou enseignantes, d'autant plus soumises aux rouelies des *hautes* influences qu'elles sont plus considérables dans l'échelle sociale ou scientifique. Ce n'est donc point celle-là, mais celles-ci que j'anathématise ; celles ci qui « furent en possession de tout temps de remporter le prix de toute bassesse » ; ces corps sans pudeur où l'on ne voulait point de Boileau, où l'on écartait Labruyère, où l'on faisait attendre Voltaire, où l'on ne réclamait pas Fénélon et Rousseau, où l'on refusait Coraï, Haase, La Rochette, Thurot, Courrier, Benjamin Constant, Broussais, Capuron, Lisfranc, Hugo et les plus nobles têtes qui, un jour, eurent la faiblesse *d'aspirer à descendre* ; et, *parmi tant de héros, vont choisir Childebrand*... Ces *conciles œcuméniques* enfin, où l'on pratique encore comme discipline réglementaire d'adoption, la fameuse maxime monacale : *Bene dicere de priore, facere officium suum taliter qualiter, sinere mundum ire quomodo vadit*.....

(1) Réforme Médicale. — Enseignement. (*Gazette des Hôpitaux* du 9 août 1836, n° 94.)

(2) Statuts et Réglement de la Société de perfectionnement et de prévoyance entre les médecins de l'arrondissement de Paris, août 1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE

Délibération du conseil royal de l'instruction publique, du 22 mars 1842.

Le conseil royal de l'instruction publique, sur le rapport de M. le chancelier chargé des études médicales ; vu l'arrêté du 26 septembre 1837, arrête :

Art. 1er. A l'avenir, dans toute faculté de médecine du royaume, les thèses à soutenir par les aspirans au doctorat consisteront : 1° en une dissertation imprimée, dont le sujet aura été choisi par le candidat, sur un point quelconque de médecine ou de chirurgie, ou tirée au sort par lui sur une série de questions spéciales que la faculté aura rédigées à cet effet ; 2° en une argumentation verbale sur le sujet même de la dissertation précitée et sur un nombre d'autres sujets correspondans aux diverses matières de l'enseignement de la faculté, et qui, après avoir été tirées au sort par le candidat sur une deuxième série de questions rédigées par la faculté, seront transcrites sans développemens à la suite de la dissertation imprimée.

Art. 2. Le tirage des sujets de thèses aura lieu conformément aux dispositions du présent arrêté, à partir du 1er juin 1842.

(*Moniteur universel*, 27 mars 1842.)

— Un concours s'ouvrira le 22 avril prochain pour deux places de chirurgien au bureau central des hôpitaux et hospices de Paris, MM. les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 5 avril.

— Le 29 avril 1842, un concours aura lieu pour quatre places de médecin au bureau central. Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au 12 avril.

— Une excellente occasion se présente : un des meilleurs cabinets de lecture de Paris, à vendre pour cause de santé uniquement. Cette position conviendrait parfaitement à une dame veuve ou à des personnes jouissant d'une modique fortune et désirant se faire, sans beaucoup de peine et sans aucuns risques, un revenu assuré et fort avantageux (Voir aux *Annonces*).

Le Sirop de Macors, contre les vers, n'est pas seulement destiné à leur destruction, mais il en prévient le développement par ses propriétés éminemment toniques sans être cependant échauffantes. Il convient donc aux enfans et aux adultes qui pèchent par un excès de débilité intestinale.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 31 MARS 1842. (15e ANNÉE.) N° 39. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. RÉCAMIER.

Plusieurs cas de délire nerveux essentiel ou consécutif à des méningites résolues. Efficacité des affusions froides ; modifications à apporter à ce mode de traitement par suite de diverses complications morbides.

Un malade couché dans les salles de M. Récamier, est affecté d'un délire chronique ou d'aliénation mentale commençante, avec absence de tout signe de lésion organique du cerveau ou de ses enveloppes. Cet homme a été en proie au délire à plusieurs reprises. Il fut pris pour la première fois, il y a plusieurs années, d'un léger accès consistant dans un trouble momentané de l'intelligence, un délire léger et fugace, et qui céda à une saignée. Il éprouva un second accès il y a deux ans; cet accès dura vingt jours ; le délire fut beaucoup plus intense, d'une plus longue durée, et présenta un caractère d'intermittence. Il ne céda cette fois qu'à un traitement plus énergique ; la saignée dut être répétée plusieurs fois.

Le troisième accès est survenu depuis peu ; c'est celui dont on observe actuellement la suite. Dans l'intervalle du premier au second, et du second au troisième accès, cet homme n'a jamais donné de signe de trouble notable dans l'intelligence. Le délire est actuellement très intense, mais il ne porte point sur une idée fixe bien caractérisée ; on détourne aisément le malade de l'objet de ses préoccupations actuelles, et le délire s'exerce alternativement avec une grande mobilité sur tous les objets qui se présentent à l'esprit du malade.

A-t-on affaire ici à une méningite, ou bien à une folie proprement dite ? Si l'on admettait dans ces cas l'existence d'une méningite, il faudrait lui reconnaître une chronicité vraiment prodigieuse; nous aurions à faire remarquer encore le caractère intermittent des accès, qui ne laissaient subsister dans leurs intervalles aucune trace, ni aucune apparence de désordre physique ou intellectuel. Enfin, le malade est dans un état d'apyrexie complète. Il est difficile de voir là les signes et les caractères d'une méningite. Ce délire serait-il symptomatique? Mais il n'existe aucun symptôme d'une maladie quelconque à laquelle ce délire puisse être rapporté. On ne peut non plus admettre ici l'influence soit de l'ivresse, soit d'un empoisonnement. Cet homme est sobre ; il ne présente point une grande exaltation dans son délire. Le jour où il a été pris de son dernier accès, il est sorti de chez lui, est allé dans une église où on l'a trouvé dans un coin se livrant à ses idées délirantes, mais sans exaltation aucune, sans signe d'excitation ni de congestion cérébrales, en un mot sans aucun phénomène morbide caractérisé. Il n'y a donc nullement lieu d'admettre, actuellement du moins, l'existence d'une inflammation des méninges, ni celle d'aucune autre altération organique dont le délire ne serait qu'une expression symptomatique; nous devons plutôt admettre ce cas comme un exemple de délire nerveux essentiel, ou une aliénation mentale commençante. La marche de cette affection et ses longues intermittences rendent ce diagnostic encore plus probable.

Quant au pronostic, il y a tout lieu de craindre que les accès se rapprochant de plus en plus, le délire ne finisse par devenir continu, et qu'à cet état il ne produise à la longue une altération organique, un ramollissement de la pulpe cérébrale ; telles sont les suites probables de cette affection, suites qu'il n'y a que trop lieu de considérer comme inévitables et que l'on ne peut guère espérer de prévenir, surtout dans l'ignorance où l'on est sur les causes et les circonstances qui ont précédé l'invasion de la maladie.

Jusqu'à présent on a dû se borner à traiter ce dernier accès comme on a fait des précédens, en parant aux indications actuelles. La saignée et les bains sont les seuls moyens auxquels on ait eu recours; il y a eu une amélioration évidente sous l'influence de ce traitement. — Telles sont les considérations dont M. Tessier a accompagné l'histoire de ce malade.

— Au n° 12 de la même salle, est couché un autre malade qui a présenté des phénomènes de méningite cervicale, cérébelleuse et cérébrale, à la suite desquels il lui est resté du délire. M. Récamier prenant la parole, s'est livré, à l'occasion de ce malade, aux considérations suivantes: Dans la méningite on se trouve placé, à l'égard des lésions anatomiques et de leurs effets consécutifs, sur le même terrain que dans la pleurésie et la péritonite. Il existe dans un cas comme dans les autres des adhérences pathologiques qui donnent lieu à des phénomènes consécutifs importans. La pleurésie, la péritonite sont guéries, que l'on observe long-temps encore des phénomènes morbides particuliers. Ces phénomènes consécutifs, qui ne sont souvent que la persistance même des phénomènes morbides observés pendant la maladie, sont déterminés par les produits de celle-ci, par les adhérences auxquelles l'inflammation a donné lieu. Ce sont des conditions analogues qui dans la méningite donnent lieu à la continuation du délire, bien que l'inflammation des méninges soit complètement résolue. Il est des cas cependant où sans qu'il existe d'adhérences, ni aucune production morbide, le délire persiste après la cessation de tout symptôme inflammatoire. Le délire dépend alors d'une modification introduite dans l'innervation par la maladie. Ceci demande à être éclairci par des exemples.

Une jeune fille, ayant le délire, était confiée aux soins d'Esquirol. On n'observait point chez elle les caractères de fixité qui puissent faire soupçonner l'existence d'une méningite. Appelé en consultation auprès de cette jeune personne, je la trouvai liée dans un fauteuil, se livrant à des mouvemens automatiques irréguliers et portant machinalement à la bouche tous les objets qu'on lui présentait ou qu'elle trouvait sous sa main. La malade était dans un état d'apoplexie complète.

Je considérai ces phénomènes comme l'expression d'une affection nerveuse non jugée. Je pensai qu'en déterminant un mouvement fébrile à l'aide des affusions froides, puis en tempérant cette fièvre à volonté on pourrait modifier la perturbation de l'innervation.

Cette proposition ayant été adoptée, la jeune fille fut retirée de la maison de santé où elle était et mise entre les mains de deux filles de confiance. Je commençai par faire administrer des affusions froides à 20 degrés d'abord et pendant cinq minutes, puis à 18, à 16 degrés, ainsi de suite en descendant graduellement jusqu'à 10 degrés, et pendant dix minutes, sans obtenir aucun résultat. Je descendis au-dessous de 10 degrés ; il n'y eut point encore d'effet sensible. Il fallut enfin descendre jusqu'à 4 degrés au-dessus de zéro pour obtenir un résultat, et voici ce qui se passa :

Arrivée à ce point, la malade fut saisie d'un mouvement tétanique et perdit connaissance. Je la fis aussitôt soustraire à la douche ; elle fut immédiatement placée dans un lit après avoir été bien essuyée, et je fis appliquer des corps chauds sur la région précordiale. La chaleur fut en peu de temps rappelée ; la malade reprit connaissance ; elle regarda autour d'elle et demanda sa mère (il est bon de faire remarquer qu'elle avait eu une aversion prononcée pour sa mère pendant toute la durée du délire). Sur l'idée que je lui suscitai d'écrire à sa mère pour la prier de la venir voir, elle lui écrivit un billet très bien conçu, et qui dénotait une lucidité parfaite dans les idées. Les affusions furent continuées encore pendant quelques jours, mais à une température beaucoup plus modérée, à 18 degrés : de ce moment la malade entra en convalescence et recouvra graduellement la raison et la santé.

Voilà donc une affection délirante chronique survenue à la suite d'une affection aiguë, dans laquelle on n'avait pu parvenir à produire une réaction fébrile par l'usage des bains chauds qui avaient été précédemment administrés, tandis que par les affusions froides on a provoqué, à l'aide des efforts de la nature, une réaction énergique qui a jugé la maladie. Cette malade a offert en outre une circonstance notable : pendant le délire le plus violent, alors qu'elle se livrait à des mouvemens automatiques, qu'elle cherchait à tout saisir et à tout mordre autour d'elle, et qu'on avait tout lieu de présumer que la connaissance et la mémoire devaient être complètement abolies, elle paraissait avoir conservé ces facultés, ainsi qu'on n'en peut douter à la manière dont elle reproduisait après la guérison les impressions qu'elle éprouvait pendant ses accès. Il arrive quelquefois que pendant le délire le souvenir reste, mais le plus souvent il y a perte momentanée complète de la conscience et de la mémoire. Il faut du reste conclure de cette conservation partielle du souvenir et de la conscience, qu'il n'existe point toujours avec le délire de lésion cérébrale matérielle ; il faut même en général des raisons bien évidentes pour faire admettre ces altérations.

Voici un autre fait non moins intéressant de délire produit par l'abus des boissons alcooliques, dans lequel les affusions froides eurent un résultat également remarquable. Le sujet qui fait l'objet de cette observation avait eu un premier accès de délire déterminé par l'excès des boissons alcooliques et cet accès avait cédé à une affusion froide à 18 degrés précédée d'une saignée. La guérison parut complète. Dix-huit mois après cet homme ayant bu encore d'une manière immodérée, il survint un nouvel accès de délire. Je soumets le malade à une affusion froide, le délire ne cesse point ; le pouls était irrégulier, non développé, d'une fréquence normale ; il existait seulement

---

FEUILLETON.

DE L'ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE PARIS.

Un fait récent, bien simple au fond et d'un intérêt tout relatif, a été grossi à ce point, qu'il a fourni le sujet de plusieurs articles de journaux dans lesquels des opinions ont été émises que nous ne pouvons pas partager et qu'il nous faut combattre, car elles nous semblent dangereuses. Le fait bien simple, le voici : Un membre de l'*Association de prévoyance* des médecins de Paris, s'étant placé dans un cas d'exclusion prévu par les statuts, a été rayé, après rapport et délibération, de la liste des membres de cette Société.

Rien là que de fort naturel et, au point de vue de l'Association, de parfaitement légal. Tous ceux qui en font partie savent les conditions qu'ils s'imposent, et, s'ils ne les remplissent pas, la Société use de ses droits en leur infligeant la pénalité dont elle est armée par son réglement. Il n'est pas hors de propos de remarquer cependant que l'Association a été jusqu'à ce jour fort patiente, fort tolérante, fort indulgente ; elle a fermé les yeux sur bien des motifs d'indignité, et il faut croire qu'il avait décidement comblé la mesure, le membre qui vient d'être frappé par les foudres de sa sévérité. Mais tout cela sont des affaires d'intérieur, de famille, pour ainsi dire, qu'il ne faut pas trop remuer et pour cause, et dont nous ne parlerions pas certainement si tous les autres organes de l'opinion publique avaient cru devoir imiter notre réserve. L'Association de prévoyance, en effet, n'est pour nous et ne devrait être pour tous que ce que son titre indique, une Société de bienfaisance et de secours. Ni la loi, ni l'opinion publique, ni l'esprit ou la lettre de ses réglemens ne lui reconnaissent d'autre mission que celle de secourir un confrère que l'âge, les infirmités ou des revers de fortune imprévus et excusables forcent à avoir recours à sa caisse. Qu'elle ait déterminé les conditions par lesquelles on est apte à faire partie de l'Association, qu'elle ait spécifié les cas dans lesquels on perd la qualité de sociétaire, tout cela, encore une fois, est on ne peut plus légitime ; car chacun étant parfaitement libre de s'agréger ou non à cette Société, chacun en s'y incorporant est censé connaître les devoirs qu'il s'impose.

Ce n'est donc ni l'Association en elle-même, ni ses statuts, ni son acte récent de sévérité que nous voulons examiner ; car cette institution n'étant qu'une institution privée et libre, doit être ainsi que ses actes en dehors de toute discussion. Agir autrement, c'est lui donner une signification tout autre que la sienne ; vouloir la faire réagir au-dehors de sa sphère d'action, c'est l'investir d'un droit qu'elle n'a pas et que personne ne peut lui reconnaître, c'est surtout la détourner de ses voies avouées de bienfaisance et de charité, pour la diriger dans une route obscure semée d'écueils et de périls.

Ainsi n'ont pas pensé quelques personnes qui, avec des intentions à la droiture desquelles nous rendons hommage, ont salué cet acte récent de l'Association de prévoyance comme une sorte d'avénement des conseils de discipline médicaux. De là, force éloges pour l'Association et force conseils pour l'engager à persévérer dans cette voie de fermeté. De là aussi une importance donnée à cette Association, dont elle était bien loin de se douter, car on ne va pas moins qu'à la constituer gardienne des mœurs médicales et à la regarder comme l'instrument providentiel, en quelque sorte, par lequel doit s'opérer l'union confraternelle et le retour vers la dignité de la profession.

Il ne nous est pas possible d'envisager l'Association sous ce point de vue sérieux et grave. En dehors de son sein, elle ne peut avoir absolument aucune influence, et ses ramifications ne sont ni assez nombreuses, ni assez étendues pour que ses actes disciplinaires réagissent au-delà de son cercle. Elle tend à attirer à elle, dit-on, toute la population médicale de Paris. Cette assertion est contestable ; depuis neuf ans qu'elle fonctionne, elle n'a pu réunir que quatre cents sociétaires environ, sur une population médicale qui dépasse quinze cents. Or, ce chiffre de quatre cents est à peu de chose près le chiffre primitif, et nous ne voyons pas là un signe bien évident de tendance vers l'Association de la part des médecins de Paris. Que prouverait-elle d'ailleurs, cette tendance, si elle existait? Que les médecins de Paris reconnaissent à la Société un autre but que le but avoué, une autre signification que la signification apparente? Non, certainement, et pour qui se souvient des discussions auxquelles donna lieu le réglement, du rejet réitéré et constant de toute proposition tendant à constituer la Société en une sorte de tribunal disciplinaire, et des efforts diplomatiques qu'il fallut faire pour l'adoption de quelques articles spécifiant des motifs d'indignité et d'exclusion, il est bien évident, disons-nous, qu'à cette époque l'Association n'a voulu, n'a entendu être que ce que son titre indique, une Association de prévoyance. C'est qu'en effet alors régnaient encore dans toute leur force contre les conseils de discipline, les préventions légitimes qui en avaient fait échouer la proposition sous le précédent gouvernement, et aussi tout ce qui fut dit et fait à cette époque, prouve incontestablement le soin extrême que prit l'Association de s'éloigner de toute signification autre que celle avouée par ses fondateurs.

Que signifie donc aujourd'hui ce cri de victoire à l'occasion de l'exclusion récente prononcée par l'Association? Que l'esprit public a changé sur la question des conseils de discipline et que ce que les médecins rejetaient il y a dix ans ils le désirent aujourd'hui? Mais, qui les a consultés? Où et comment se sont-ils prononcés? Veut-on subrepticement, en quelque sorte, introduire les conseils de discipline en médecine par la porte de l'Association de prévoyance? Qu'on s'explique franchement, car il sera facile alors de prouver que cette question ardue et difficile des conseils de discipline n'a été ni assez largement envisagée, ni assez profondément étudiée pour qu'il ne soit pas fort imprudent de la trancher d'une manière aussi leste. L'Association doit réfléchir, réfléchir beaucoup avant de s'imposer une mission aussi délicate et hérissée de tant de difficultés. Eh, mon Dieu ! si, sans sortir de son sein, elle voulait sévèrement appliquer les articles de son réglement à tous les faits qui ont quelque analogie avec celui qui a éveillé sa susceptibilité, nous

une légère coloration de la face. Je fais pratiquer une saignée que je fais suivre d'une seconde affusion. Je n'obtiens encore aucun résultat. Je m'assure de l'état des voies digestives que je trouve assez bon ; mais, tenant compte de la constitution régnante, qui était bilieuse, je me guide d'après cette indication et j'administre l'émétique en lavage. L'émétique produit son effet habituel, le délire persiste encore, je fais donner une nouvelle affusion ; le délire cesse immédiatement après.

Remarquez bien ici les circonstances qu'a présentées chacune de ces guérisons. La première fois le délire était accompagné d'un état congestif ; il céda à une affusion préalablement précédée d'une saignée. La seconde fois l'affusion, soit seule soit précédée de la saignée, est restée sans effet ; il a fallu qu'elle fût précédée d'un émétique : c'est qu'il existait chez cet homme un état saburral ou dyspepsique sous l'influence de la constitution régnante, état qui faisait obstacle à la cessation du délire et qui paralysait l'action de la médication appropriée.

Dans une troisième reprise d'accès de délire, cet individu ne présentant aucune complication morbide, fut amendé par une affusion ; mais la passion dominante à laquelle cet homme était en proie n'ayant fait que s'accroître, il a fini par tomber dans un état de délire continu qui l'a conduit à Bicêtre.

On voit d'après ces faits l'obligation d'admettre des cas où il n'existe aucune lésion anatomique, du moins appréciable *à priori* ; que, plus tard, les centres nerveux s'altèrent plus ou moins profondément, je ne le conteste pas, mais j'insiste sur ce fait, que le délire peut exister au début et durer plus ou moins long-temps sans qu'il y ait de lésion matérielle appréciable du cerveau et de ses enveloppes.

Dans le premier fait énoncé au commencement de cette leçon, il a été question d'une circonstance importante et qui vient encore à l'appui de mon assertion, je veux parler de l'intermittence. Il est difficile de concilier cette intermittence avec l'idée d'une lésion matérielle primitive. On voit bien, il est vrai, des phénomènes d'intermittence se manifester dans des maladies phlegmatiques ; on connaît des cas d'érysipèles intermittens dans lesquels un gonflement énorme du bras, par exemple, venant à disparaître instantanément d'une manière complète, reparaîtra le deuxième ou troisième jour ; nous avons vu plusieurs fois des péritonites intermittentes cédant à l'administration du quinquina ; les pleurésies, les méningites sont quelquefois dans le même cas, mais que l'on y prenne garde, ce sont là des intermittences typiques à un ou deux jours d'intervalle comme les véritables fièvres d'accès, et non des intermittences irrégulières et à longs intervalles de plusieurs mois ou même de plusieurs années, comme celle dont il s'est agi dans les cas précités. Les maladies qui reviennent à des intervalles éloignés ne sont plus comme les maladies intermittentes périodiques à type régulier, comme est une fièvre tierce, un accident dans la vie, une sorte d'épisode, mais ce sont des maladies constitutionnelles, c'est la goutte, par exemple, traçant dans l'organisme une ornière profonde, et provoquant une lutte telle que si la vie n'est pas assez forte pour réagir contre cette influence incessante, elle succombe. Cependant, si l'on trouve des circonstances hygiéniques capables de modifier cette disposition organique, on peut espérer enrayer les progrès de la maladie. Toutes les fois que j'ai pu saisir des causes, des circonstances occasionnelles susceptibles d'être modifiées, telles que l'abus des plaisirs sexuels, l'excès des boissons, les écarts de régime, le travail assidu et les accidens morbides qui en dépendaient, fussent-ils l'épilepsie même, ont pu être amendés ou même complétement enrayés par le changement de ces conditions.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

De la thérapeutique des fractures.

Dans un article communiqué à la *Gazette des Hôpitaux* dans le courant de l'année 1841, nous avons, en donnant une revue du service de M. Jobert, consacré quelques lignes à la description du procédé adopté par ce chirurgien pour le traitement des fractures.

Nous avons dit que M. Jobert, supprimant presque tout appareil compressif, ne se servait que de moyens contentifs aussi souples que possible. Ainsi, dans le pansement des fractures de jambes, il n'avait gardé de l'ancien appareil que le drap porte-attelles et les deux attelles latérales avec leur coussin de balle d'avoine. Aucune compresse ou bandelette, ou bande, n'entouraient le membre, dont la face antérieure restait à nu constamment exposée aux regards du chirurgien, qui, sans rien déranger à l'appareil, et par conséquent sans imprimer de mouvement aux fragmens osseux, pouvait s'assurer de l'état des choses et surveiller la marche vers la consolidation.

Dans l'adoption de cette pratique, M. Jobert trouve plusieurs avantages que nous pouvons résumer ainsi qu'il suit :

1° Suppression de toutes les douleurs que détermine la compression du membre fracturé, et de tous les accidens qui la suivent trop souvent.

2° Suppression des pansemens multipliés qui sont nécessaires lorsqu'on a recours aux appareils ordinaires, et qui ont le double inconvénient de déterminer de la douleur et d'imprimer des mouvemens aux fragmens.

3° Guérison plus rapide, s'expliquant par l'absence de la gêne que la compression détermine dans la circulation du membre.

4° Enfin, convalescence moins longue, en raison de ce que la circulation étant restée constamment normale, le membre n'a subi ni l'atrophie qui quelquefois suit la compression lorsqu'elle a été un peu trop forte, ni l'œdème qui lui succède lorsqu'elle a été inégalement exercée.

Le nombre considérable de malades affectés de fractures qui viennent se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis, a pu permettre de juger en peu de temps et pratiquement, la valeur de la méthode ; aussi M. Jobert, encouragé par les résultats, eut-il la pensée de donner encore plus de liberté au membre dans lequel se passent les phénomènes de la formation du cal, et voici l'appareil qu'il appliqua et que maintenant il a adopté.

Pour les fractures de jambe comme pour celles de cuisse, il procède de la manière suivante : le malade est couché sur un seul matelas placé sur une planche de la grandeur du lit. Au pied du côté fracturé il adapte une pantoufle de peau. Cette pantoufle, qui n'a pas de pointe, embrasse le talon et se lace sur le cou-de-pied. A la face plantaire, au point où viendraient se rendre les deux malléoles si on les prolongeait par une ligne imaginaire, sont fixés trois lacs doubles en cuir. Chacun de ces lacs a l'une de ses extrémités armée d'une boucle, tandis que l'autre est percée de trous pour se fixer à cette boucle. La fracture étant réduite, le membre est disposé dans une gouttière formée par deux paillassons longs remplis de balle d'avoine, réunis suivant leur longueur par leur bord ; ceci fait, on attache solidement au pied du lit les trois lacs de cuir, celui du milieu directement suivant l'axe du membre, et les deux autres latéralement, l'une à droite, l'autre à gauche, de telle sorte que tout en exerçant l'extension, ils empêchent la déviation du pied dans aucun sens ; la contre-extension est exercée par une alèze médiocrement tendue qui, fixée par les deux extrémités à la tête du lit, embrasse l'aine du côté opposé à la fracture. Une autre alèze pliée en cravate empêche tout mouvement du membre fracturé.

Pour les fractures de l'humérus, M. Jobert a fait exécuter une espèce de bracelet de peau d'une forme telle, qu'il embrasse exactement, lorsqu'il est lacé, le coude avec l'extrémité inférieure du bras et l'extrémité supérieure de l'avant-bras tenu en demi-flexion. Au point correspondant à l'axe de l'humérus prolongé au niveau du coude, est fixé un lac double de cuir disposé, comme nous l'avons dit pour le pied. Le malade étant couché et la fracture réduite, on fixe le lacs aux barres transversales du lit, la contre-extension est exercée par une alèze embrassant la poitrine, et dont les extrémités sont attachées à la tête du lit du côté opposé à la fracture.

Comme on le voit, ces appareils sont d'une très grande simplicité. Il est à remarquer que des fractures très compliquées présentant de grands déplacemens, ont été maintenues réduites sans difficulté, quoique l'on n'eût recours à aucun moyen compressif. N'est-il pas présumable que c'est à cette liberté qu'on laisse au membre qu'on doit de voir disparaître des contractions musculaires, qui souvent s'irritent sous l'influence des moyens mécaniques à l'aide desquels on veut leur résister. Quoi qu'il en soit, nous devons dire que des fractures avec écrasement, avec plaie, avec issue des fragmens en dehors, etc., etc, qui paraissaient devoir nécessiter une amputation, et pour lesquelles le chirurgien même avait proposé l'opération, ont guéri très avantageusement.

Voici, du reste, un relevé exact du nombre et des variétés de fractures de membres actuellement encore dans le service de chirurgie de M. Jobert.

Salles des femmes. N° 2. Fracture de la jambe droite au tiers inférieur. Entrée le 1er mars. Femme âgée de 74 ans. Elle va très bien et n'éprouve aucune douleur.

N° 4. Fracture du bras droit. Cette femme, âgée de 22 ans, est entrée le 6 février. La consolidation était parfaite au dix-huitième jour. On dut néanmoins laisser l'appareil encore quelques jours.

N° 6. Fracture de la jambe droite à sa partie inférieure. Cette femme, âgée de 68 ans, est entrée le 23 janvier, elle est complétement guérie.

N° 10. Fracture de la jambe gauche. Guérie. 62 ans. Entrée le 10 janvier. Cette malade a présenté une contracture des muscles du mollet, il a été nécessaire de couper le tendon d'Achille.

N° 11. Jeune enfant de trois ans, fracture de cuisse. On a été forcé, en raison de l'indocilité du malade, d'appliquer un appareil mixte composé du nouvel appareil et de l'ancien. On a mis quelques tours de bande sur la cuisse avec une attelle antérieure.

N° 16. Fracture de la jambe droite occasionnée par une roue de voiture de boueux. La fracture était compliquée de plaie. M. Jobert a été forcé de faire deux larges débridemens. Cette malade, âgée de quarante-six ans, entrée le 24 janvier, est complétement guérie et n'a plus d'appareil depuis les derniers jours de février.

N° 60. Fracture de l'humérus par écrasement. Plaie. Entrée le 14 février ; la fracture est consolidée ; la plaie n'est pas encore guérie.

N° 74. Fracture de jambe guérie. Cette malade, entrée le 26 décembre 1841, conserve encore de la tuméfaction au membre fracturé, elle est âgée de quarante-cinq ans.

Salle des hommes. N° 22. Quarante-trois ans, fracture complète de la jambe gauche. Entré le 25 janvier, on a retiré l'appareil le 27 février, la consolidation était parfaite le 17.

N° 23. Seize ans, fracture complète de la jambe droite. Entré le 13 février, levée de l'appareil le 15 mars.

N° 25. Cinquante-un ans, fraction de la jambe droite, le fragment supérieur du tibia avait percé les chairs et la peau. Il en est résulté un phlegmon diffus traité par trois larges incisions. Ce malade était entré en décembre 1841, l'appareil est retiré depuis plus de six semaines.

N° 26. Quarante-cinq ans, fracture oblique de la partie moyenne du fémur. Entré le 22 février. Le membre malade présente un raccourcissement de deux centimètres et demi.

N° 28. Fracture de rotule guérie par l'appareil ordinaire. On constate la présence d'un cal osseux.

N° 31. Fracture de jambe. Ce malade, âgé de soixante-cinq ans, est entré le 16 février. La consolidation est parfaite.

N° 34. Fracture de jambe ; guéri.

N° 39. Ce malade, âgé de quarante-deux ans, mérite de fixer l'attention ; il présente une atrophie de tout le bras droit, qui n'est par plus fort que celui d'un enfant de cinq à six ans. Cette atrophie, au dire du malade, serait la suite d'une chute qu'il aurait faite à l'âge de deux ans. Il est entré à l'hôpital pour se faire traiter d'une fracture du bras du côté malade. C'est la deuxième fois que l'humérus est brisé. Le malade est entre le 30 janvier ; on leva l'appareil dans les premiers jours de mars.

N° 40. Fracture de jambe. Levée de l'appareil après un mois.

N° 41. 37 ans. Fracture de cuisse à la partie moyenne. Le malade est entré le 13 février ; le 14 mars la consolidation est complète. Un centimètre de raccourcissement.

N° 45. Fracture de jambe. Entré le 7 mars.

N° 48. Fracture de la cuisse gauche. 24 ans. Entré le 21 décembre, ce malade, qui est depuis un mois sans appareil, ne présente aucun raccourcissement.

N° 52. Fracture de la jambe avec écrasement et issue des os. Ce malade devant être amputé il ne voulut pas se soumettre à l'opération. Un phlegmon diffus s'empara de la jambe et de la cuisse. M. Jobert incisa la peau décollée depuis la malléole jusqu'au trochanter. Le malade va bien actuellement et guérira.

N° 56. Fracture de la cuisse à la partie moyenne. Ce malade est guéri, et ne présente qu'un raccourcissement de un centimètre.

N° 57. Fracture de jambe. Ce malade, entré le 7 février, était sans appareil un mois après le jour de son entrée.

Ainsi, en résumé, nous trouvons 14 fractures de jambe, 5 fractures de cuisse, 8 de l'humérus et une de la rotule. Toutes ces fractures, terme moyen, ont pu être abandonnées au trentième jour ; la consolidation était constamment obtenue vers le vingtième jour.

Ce traitement des fractures mérite de fixer l'attention des chirurgiens. En effet, dans le grand nombre de cas soumis à notre examen à l'hôpital Saint-Louis, constamment il y a eu guérison, et jamais nous n'avons rencontré de fausse articulation depuis que M. Jobert a recours à cette méthode thérapeutique.

E. L.

---

le disons avec douleur, mais avec parfaite connaissance de cause, ses rangs s'éclairciraient au-delà peut-être de ses prévisions. L'honorabilite de l'art, en effet, au temps où nous vivons, est généralement une idée si confuse et si vague, elle est si bien obscurcie par l'idée plus pénétrante et plus claire des besoins et des nécessités de l'existence, qu'il faut avoir une moralité bien élevée pour se garer de toute peccadille. Qui ne sait, d'ailleurs, que le fait apparent qui a motivé cette exclusion récente n'était pas le seul, ni le plus grave ?

Nous ne concevons donc pas tout ce bruit pour un fait qui n'a de valeur et de portée que pour une Association peu nombreuse encore et qui ne réagit en aucune façon à l'extérieur. Il est impossible d'en rien conclure pour l'institution des conseils de discipline, et si cette prétention s'élevait, nous la combattrions de toutes nos forces, car une institution aussi grave ne peut se fonder d'une manière incidente et comme à l'improviste. En supposant même que tel fût le désir des quatre cents membres de l'Association, nous le combattrions encore, car ce ne serait que le désir d'une minorité. Sur une pareille question, c'est bien le moins qu'on s'informe des vœux et des désirs de la majorité, et rien ne prouve qu'ils soient tels que quelques personnes le disent.

Que si, comme c'est certain, cet acte de l'Association de prévoyance n'est destiné à épuiser ses conséquences que dans le sein même de l'Association, il faut bien reconnaître qu'il n'y a rien là qui mérite l'importance qu'on a voulu lui donner. Pense-t-on, en effet, remédier aux maux nombreux qui affligent le corps médical, en empêchant les membres de l'Aseociation de prévoyance de vendre ou de s'associer aux vendeurs des remèdes secrets ? — Car tel est le fait reconnu qui a motivé cette exclusion. — Ce serait avoir une bien mesquine idée des besoins que le corps médical réclame. Là certainement n'est pas le mal qui nous ronge, et de notre maladie les remèdes secrets ne sont qu'une complication peu grave. Le mal vient de plus haut et de plus loin, et l'Association de prévoyance est complétement impuissante à le guérir. Tant que le public n'aura aucun moyen de distinguer le charlatan du médecin honnête, tant qu'il y aura profit à emboucher la trompette, il y aura des médecins qui se jetteront dans des voies excentriques, et ceux-là se garderont bien de s'affilier à toute association quelconque. Le charlatanisme, c'est notre pensée, échappera toujours à toute pénalité soit légale, soit morale ; ce n'est pas à le punir qu'il faut penser, mais à le rendre impuissant. Dirigez-vous vers cette idée, et vous trouverez au bout des moyens plus faciles, plus praticables et qui n'enlèveront pas notre Code pénal de quelques articles inutiles. Sachez aussi que le charlatanisme le plus immoral, le plus dangereux et le plus coupable n'est pas celui qui s'affiche au coin des rues, et que si vous voulez efficacement combattre celui-ci, il faut d'abord abattre celui-là qui monte jusqu'aux sommités de l'ordre, et qui s'exerce dans les salons dorés de l'aristocratie. Apprenez-nous aussi à nous garer du pire de tous les charlatanismes et du plus odieux, du charlatanisme de la vertu.

En définitive, nous ne demandons pas mieux que de considérer l'Association de prévoyance comme une assemblée d'austères puritains éloignant de son sein tout ce qui peut effaroucher sa vertu granitique ; mais nous ne pouvons consentir à la considérer comme l'interprète des vœux généraux, comme la mandataire de nos droits, comme la gardienne de notre dignité ; nous ne pouvons consentir surtout à ce que ses actes intérieurs aient une signification générale et extérieure ; or, c'est là, ce nous semble, qu'aboutiraient les opinions émises ces jours-ci, et ces opinions nous avons dû les combattre au nom des principes d'indépendance et de liberté, au triomphe desquels ce journal est consacré.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

CINQUIÈME SÉANCE. — *Lecture des compositions.*

Aujourd'hui mercredi (30), MM. Chassaignac, Bérard, Robert ont lu leurs compositions.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Leçon sur l'anus artificiel. Méthode de Callisen. Modifications dans le mode opératoire; par M. BAUDENS, chirurgien en chef.

(Suite du numéro 33.)

Duret a conseillé d'injecter de l'eau par l'anus afin de dilater le colon, d'écarter l'espace inter-péritonéal et d'éviter ainsi plus sûrement le péritoine. Ce conseil serait admissible si l'obstacle au cours des fèces ne s'opposait pas presque toujours à l'arrivée des liquides dans la portion du tube digesti- situé au-dessus de cet obstacle. M. Amussat donne comme signe de la présence de l'intestin la couleur verdâtre de ses fibres; cette couleur, je l'ai vue sur le cadavre; je doute fort qu'on la rencontre pendant la vie. Pour mon compte, je ne l'ai pas observée.

Un autre signe consiste dans l'apparition des bosselures de l'intestin. Cet indice, quand on peut l'avoir, me paraît préférable et plus certain que le précédent. Il faut toutefois se prémunir contre une erreur dans laquelle on peut ici aisément tomber. Nous voulons parler de la gibbosité du rein, qui simule assez bien une bosselure intestinale. Quant à la dureté de l'intestin qu'on ne manquerait pas de trouver si des féces s'y étaient amassées depuis long-temps, il faut bien se rappeler que la pointe du rein placée immédiatement au-dessus de l'intestin peut devenir cause d'erreur. Un autre indice consiste dans la souplesse et la résistance de l'intestin quand des gaz le distendent. Ici encore on peut commettre un erreur très grave. En effet, en dehors du gros intestin sont les intestins grêles et le péritoine; la pression opérée sur eux pourrait fournir la sensation de rénitence, et on serait exposé à ouvrir le péritoine si on n'y prenait garde. Comme on le voit, la grande difficulté dans l'opération de l'anus dans la région lombaire, est de bien reconnaître la présence du colon et le lieu où le bistouri doit l'atteindre.

Tous les signes précités, pris isolément, n'ont qu'une valeur relative; mais examinés en masse, ils permettent d'arriver à une précision très grande, sinon absolue: néanmoins il ne faut pas se le dissimuler. Les difficultés, grandes déjà alors qu'on n'opère que sur le cadavre, deviennent bien plus sérieuses sur le vivant.

Pour donner à cette opération plus de certitude et une précision pour ainsi dire mathématique, nous avons imaginé un moyen qui nous a été d'un secours bien puissant sur le malade que nous avons opéré.

Nous voulons parler de l'exploration à l'aide de l'acupuncture modifiée ainsi qu'il suit:

Avant de plonger le bistouri dans la partie que nous supposons être l'intestin, nous avons soin de faire arriver dans sa cavité, doucement et à l'aide de petits mouvemens de vrille, une aiguille à acupuncture revêtue d'une canule. Nous marchons comme le pilote, la sonde à la main; et, en effet, en retirant la tige pour ne laisser en place que la canule quand celle-ci se trouve dans l'intestin, il s'échappe des gaz d'une odeur prononcée qui fait reconnaître à n'en pas douter qu'il n'y a pas eu d'erreur. Si, au lieu de gaz, il n'y avait dans l'intestin que des matières solides, la canule en ramènerait une certaine quantité, à la manière des sondes destinées à forer les puits artésiens, et il en résulterait également un signe infaillible. Cet instrument explorateur, dont on ne nous contestera pas le mérite de l'invention, nous l'espérons, nous a été bien précieux dans une opération que nous avons faite, et dont nous parlerons plus bas.

Nous ne saurions trop en recommander l'emploi aux chirurgiens jaloux de donner à leur procédé opératoire toute la précision et la sécurité désirables.

A l'aide de ces notions préliminaires d'anatomie chirurgicale, il sera facile de comprendre les divers procédés opératoires.

Nous avons déjà dit que Duret et Callisen ont proposé de faire dans la région lombaire une incision perpendiculaire en dehors du muscle carré des lombes, afin de couvrir le colon par sa face postérieure dans le lieu qui n'est pas revêtu par le péritoine, et d'y établir un anus anormal.

Nous avons vu que M. Amussat préfère à l'incision perpendiculaire une incision transversale; cette insision transversale coupant à angle droit l'intestin colon, permet de le découvrir plus sûrement et plus aisément que par l'incision perpendiculaire. Par elle, on a encore l'avantage de pouvoir attirer l'intestin plus avant, et de placer l'anus anormal dans une position plus déclive et plus commode pour les soins hygiéniques ulterieurs. Par l'incision transversale on évite plus sûrement que par l'autre la section des artères vertébrales qui, en résumé, est peu importante, mais aussi elle expose d'une manière presque infaillible à léser quelques gros cordons des nerfs génito-crural et inguino-cutané. Cette division est fort douloureuse, et pourrait bien n'être pas sans inconvénient grave, surtout si elle était incomplète. L'incision transversale a encore le grand désavantage de ne laisser voir l'intestin que dans une très petite étendue, et cependant il importe d'en découvrir une surface assez considérable, puisqu'il faut lui faire une incision longue d'un pouce et demi environ, sous peine d'être exposé à un resserrement consécutif de l'anus anormal; resserrement qui compromettrait le succès de l'opération. Aussi M. Amussat donne-t-il, comme nous l'avons exposé plus haut itérativement, le conseil de faire une incision cruciale dans les couches qui avoisinent l'intestin, afin de le mettre suffisamment à nu, selon son diamètre vertical. Cette incision cruciale allonge l'opération, la rend plus douloureuse, ne permet plus d'éviter les artères lombaires, et, en augmentant l'étendue de la surface traumatique, expose à des phénomènes inflammatoires plus sérieux.

Pour éviter les reproches que méritent les incisions transversales et perpendiculaires et conserver néanmoins les avantages respectifs que l'une et l'autre présentent nous avons fait du juste-milieu, nous avons cherché un moyen terme. L'incision oblique nous a paru résoudre parfaitement ce problème.

Voici comment nous l'avons faite sur le vivant et comment nous proposons de la faire si l'on veut nous imiter.

On reconnaît avec le doigt le bord externe de la masse des muscles sacro-lombaires et long dorsal. Comme par le procédé de Callisen et de Duret, on porte sur ce bord un trait de plume trensversal, comme pour le procédé de M. Amussat, et pour obtenir la ligne oblique suivant laquelle nous opérons on fait descendre un troisième trait de plume à partir de la masse sacro-lombaire et à un travers de doigt au-dessous de la douzième côte jusqu'auprès de la crête de l'os des îles, en ayant soin d'arriver à 4 ou 5 centimètres en dehors de la masse sacro-lombaire.

Le bistouri découvre successivement de dehors en dedans la peau et le tissu cellulaire graisseux, le muscle grand dorsal et le bord externe de la masse sacro-lombaire, puis le grand oblique, le petit oblique et le transverse, qu'on reconnaît à la direction différente de leurs fibres; plus profondément le bord externe du carré des lombes. Entre ces muscles carré lombaire et la masse sacro-lombaire d'une part, et de l'autre entre les muscles grand oblique, petit oblique et transverse on trouve un intersection aponévrotique dont nous avons parlé plus haut et qu'il importe essentiellement de connaître parce qu'au-dessous d'elle on trouve presque toujours le colon. Viennent ensuite de grosses branches de nerfs dirigées parallèlement à l'incision obique, le *fascia iliaca*, du tissu cellulaire graisseux et l'intestin colon qu'il ne faut ouvrir qu'après l'avoir fixé dans deux anses de fil placées en dehors du péritoine. Nous avons dit plus haut combien il faut être prudent quand il s'agit de porter le bistouri sur le tube intestinal, et nous avons vu combien notre trocart à acupuncture est ici d'une application heureuse. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons exposé à cette occasion.

Une question se présente maintenant. Dans quelle étendue convient-il d'inciser l'intestin? Nous avons déjà indiqué que l'un des grands écueils de l'anus contre nature consiste dans la coarctation de son orifice, et que pour le maintenir dans ce cas convenablement ouvert il faut recourir à des agens dilatans d'un secours souvent inefficace et toujours douloureux. Pour éviter le rétrécissement consécutif, Fine a proposé d'ouvrir l'intestin dans l'étendue d'un pouce et demi, et nous nous rangeons tout à fait de son avis.

Une autre question importante est celle-ci: Convient-il d'attirer fortement l'intestin à l'extérieur pour déterminer un éperon saillant? Si l'on pouvait espérer de voir jamais les féces reprendre leur cours par l'anus normal, il est évident que la présence de l'éperon serait un grave inconvénient, et nul doute qu'il ne fallût chercher à l'éviter; mais le mal est ordinairement trop grave pour que la voie naturelle puisse donner de nouveau passage aux matières, et dans ce cas nous pensons, avec notre habile et savant confrère M. Bourgery, qui a suivi les opérés de M. Amussat, que non seulement il y avait avantage à obtenir un éperon saillant, mais qu'il faudrait même chercher à obturer complétement l'entrée dans le bout inférieur du canal digestif. On préviendrait ainsi l'accumulation des féces qui, ne pouvant s'échapper par le podex, doivent être ramenées vers l'anus anormal à l'aide d'une cuiller longue et étroite.

Ces manœuvres, qu'il faut renouveler toutes les vingt-quatre heures, constituent une opération sinon douloureuse, au moins fort dégoûtante, et qui désole beaucoup ceux qui y sont astreints.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mars. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Prus* écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

— *M. Pasquier*, pharmacien à Fécamp, adresse à l'Académie la note suivante:

« J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie de médecine *de l'eau de mer gazeuse, filtrée et privée des principes organiques végétaux et animaux qu'elle tient en suspension ou en dissolution.*

» L'usage interne de l'eau de mer remonte à la plus haute antiquité; et ses propriétés médicales dans un grand nombre de maladies ont été reconnues par une infinité de médecins recommandables; en Angleterre surtout, les docteurs Russel et Buchan ont publié des faits et des observations bien propres à généraliser l'emploi médical de l'eau de mer, faits et observations qui ont peut-être été négligés par les thérapeutistes français. Cependant les médecins qui ont exerce près de la mer ont, à plusieurs reprises, cherché à éveiller l'attention de leurs confrères sur les propriétés remarquables d'un médicament fourni par la nature avec tant d'abondance; MM. les docteurs Assegond de Fécamp, Guodet de Dieppe, Rouxel de Boulogne, etc., ont publié des résultats fort importans et bien dignes d'attention. Malgré ces travaux, l'emploi thérapeutique de l'eau de mer prise à l'intérieur ne s'est pas généralisé; tandis que les bains ont, au contraire, acquis une grande popularité.

» Ce résultat tient à une cause capitale. L'eau de mer, puisée près du rivage, ne peut se conserver sans altération; elle ne supporte pas non plus le transport; elle a aussi un goût âcre et nauséabond qui répugne complétement aux malades.

» Frappé cependant des bons effets que j'avais vu produire à l'eau de mer soit comme médicament purgatif, soit comme anthelminthique, soit comme altérant; habitant un port de mer où il m'était facile de me livrer à quelques expériences, j'essayai s'il ne serait pas possible, tout en conservant à l'eau de mer ses principes médicamenteux, de la dépouiller d'abord de ces principes organiques qui en rendent l'altération si facile, puis d'en diminuer le mauvais goût qui la rend si difficile à prendre aux malades, enfin de lui enlever cette sensation de pesanteur qu'elle fait éprouver à l'estomac des personnes qui en font usage, et qui rend sa digestibilité très difficile.

» Pour obvier au premier inconvénient, j'ai suivi le conseil fort simple donné par Buchan. J'ai puisé l'eau de mer fort loin du rivage à deux ou trois lieues et à plusieurs pieds de profondeur, puis je l'ai filtrée; et ces simples précautions suffisent pour la priver des matières végétales et animales, et de cette couche huileuse que présente l'eau de mer recueillie sur le rivage.

» Pour la rendre plus digestive et moins désagréable au goût (il faut remarquer d'ailleurs que les matières putrescibles que contient l'eau de mer prise près du rivage contribuent beaucoup au mauvais goût qu'elle présente), je l'ai chargée d'acide carbonique à quatre ou cinq volumes.

» Ainsi préparée, je fis prendre l'eau de mer à plusieurs malades qui avaient essayé de son emploi naturel, et j'eus la satisfaction de voir qu'elle leur paraissait plus légère, moins désagréable, et qu'ils n'en éprouvaient plus à l'estomac ce sentiment de pesanteur dont ils se plaignaient auparavant.

» Il est certain que l'Académie pourra se convaincre que l'eau de mer gazeuse que j'ai l'honneur de soumettre à son examen est un liquide parfaitement limpide, incolore et inodore, dont le goût est moins désagréable que celui des eaux salines purgatives naturelles ou artificielles, et que l'on peut presque entièrement masquer en la coupant soit avec du lait, soit avec du bouillon.

» Ainsi préparée, l'eau de mer gazeuse possède encore un grand avantage; c'est qu'elle peut se conserver indéfiniment si on a le soin de tenir les bouteilles couchées et dans un endroit frais, et qu'elle peut se transporter à de grandes distances sans éprouver d'altération. Les bouteilles que je soumets à l'Académie ont été préparées le 15 février dernier à Fécamp, et ont été transportées à Paris le 10 mars.

» Je n'ai d'autre but, dans cette note, que de solliciter l'attention de l'Académie sur les modifications que je crois avantageuses, que j'ai fait subir à l'eau de mer. Si l'Académie daigne me donner son approbation, j'aurai l'honneur de lui présenter un travail résultant de mes observations sur les propriétés thérapeutiques de l'eau de mer. Je dirai, par avance, qu'à la dose de trois ou quatre verres pour les adultes, c'est le purgatif le plus doux et le plus fidèle; qu'à dose moindre pour les enfans, c'est l'anthelminthique le plus sûr; et qu'à dose dite altérante, elle jouit des propriétés les plus puissantes sur cette disposition vicieuse de l'économie qui produit les scrofules, les tubercules, le carreau et le rachitisme.

» Si je ne m'abuse, et si ces propriétés thérapeutiques que d'autres ont indiquées et prouvées avant moi, ne sont pas illusoires, l'eau de mer gazeuse, inaltérable et transportable est appelée à rendre de grands services à l'art de guérir, et contribuer à ce résultat serait toute mon ambition.

» Je ne joins pas à cette note l'analyse de l'eau de mer, qui est bien connue et qui a été souvent faite; j'ajoute seulement que j'ai retrouvé dans l'eau de mer gazeuse les mêmes élémens et les mêmes proportions indiqués par les auteurs.

» Du reste, si l'Académie désire un plus grand nombre de bouteilles, je m'empresserai de me rendre à son invitation.

» J'ai donc l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien nommer une commission pour l'examen *de l'eau de mer gazeuse* que je mets sous ses yeux, en lui rappelant qu'à la date de cette note l'eau que j'ai l'honneur de lui soumetrre a un mois de préparation, et qu'elle a subi sans altération le trajet de Fécamp à Paris. »

— *M. Velpeau* lit un rapport sur une observation de tumeur du cou, communiquée à l'Académie par M. Belhomme. Le sujet de cette observation est un homme âgé de trente-trois ans, actuellement affecté d'aliénation mentale, et placé dans la maison de santé de ce médecin. Cette tumeur, dont le dessin est mis sous les yeux de l'Académie, a environ trente centimètres de longueur sur autant de centimètres de largeur; elle entoure le cou et descend sur la poitrine à la manière d'une très grande cravate. On a attaqué cette tumeur par un foule de topiques et les moyens internes; mais rien n'a réussi. Il faudrait pouvoir maintenant s'assurer de la nature de cette tumeur. Du reste, comme elle n'occasionne aucune douleur, qu'elle ne cause que peu de gêne, et que le malade est dans un état d'aliénation mentale, il n'y a pas à y toucher. (Remercîmens à M. Belhomme, l'engager à compléter son observation s'il le peut. — Adopté.)

M. Velpeau lit un second rapport sur une observation de lésion traumatique du cerveau suite de fracture du crâne, adressée à l'Académie par un médecin de Castellane. Malgré l'état grave des parties lésées, aucun accident n'est survenu et la guérison a été complète. (Renvoyé au comité de publication.)

— *M. Gimelle* lit un rapport sur un recueil de faits cliniques observés par M. Gorée à l'hospice civil et militaire de Boulogne. (Renvoyé au comité de publication et inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. — Adopté.)

— *M. Artigues* lit un mémoire sur une épidémie de dysenterie observée en septembre 1841 à l'hôpital militaire de Versailles. (Commissaires: MM. Rayer, Bricheteau et Lecanu.)

— *M. Maisonneuve* présente un mémoire sur les luxations du sternum, et met sous les yeux de l'Académie deux pièces pathologiques. (Commissaires: MM. Blandin, Gerdy et Velpeau.)

— *M. Géry* (1) présente une tumeur de l'utérus qui lui a été adressée par M. Chaubart, docteur-médecin à Donnemarie (Seine-et-Marne).

Cette tumeur est volumineuse, elle pesait deux kilogrammes et demi quand M. Géry l'a reçue (quarante-huit heures après son ablation).

Une femme de Donnemarie, âgée de cinquante ans environ, mère de plusieurs enfans, fit appeler M. Chaubart le lundi 21 mars, pour une rétention d'urine qu'elle éprouvait depuis vingt-quatre heures; l'abdomen était fortement distendu; cette femme éprouvait des douleurs semblables à celles de l'accouchement; il fut impossible d'introduire une sonde pour pratiquer la cathétérisme. M. Chaubart ayant porté un doigt dans le vagin, sentit une tumeur assez résistante qui occupait tout le petit bassin et qui avait franchi le col de l'utérus. Cette tumeur, dit M. Chaubart, comprimait l'urètre, il la refoula en arrière et put dès-lors introduire la sonde, la malade rendit un litre d'urine.

L'utérus, fortement développé, s'élevait à quatre pouces au-dessus des pubis; le petit bassin était tellement obstrué par la tumeur, qu'il fut impossible de s'assurer de l'état du col de l'utérus, les douleurs expultrices étaient toujours très-actives, mais la tumeur n'avançait pas; avec une pince de Museux, M. Chaubart fit sur cette tumeur de violentes tractions et l'amena à la vulve; dès lors, les douleurs et les efforts cessèrent; enfin, le samedi 26, M. Chaubart, aidé de deux collègues, excisa la tumeur, après l'avoir amenée au dehors au moyen du orceps. L'hémorrhagie a été presque nulle; il a suffi de quelques injections légèrement aciduiées pour l'arrêter. M. Chaubart aurait voulu pouvoir faire descendre l'utérus vers la vulve pour opérer la section aussi près que possible de l'insertion du polype; il fut obligé d'y renoncer après plusieurs tractions infructueuses.

Tels sont les détails transmis à M. Géry le jour même de l'opération; la femme était bien alors. M. Géry entre ensuite dans des considérations sur la nature de cette tumeur. Il aura soin d'informer l'Académie des suites de l'opération.

— *M. Casimir Broussais* présente à l'Académie des pièces d'anatomie pathologique à l'appui de son mémoire sur l'entérite prétendue folliculeuse. Ce sont les intestins d'un malade mort vers le dixième ou douzième jour d'une gastro-entérite typhoïde; on y voit des plaques de Peyer qui ne sont point encore arrivées à la période d'ulcération et qui offrent l'aspect gaufré et l'apparence folliculeuse. M. Casimir Broussais

(1) Cette note est communiquée par M. Géry, qui profite de cette occasion pour réclamer par la voie de la *Gazette des Hôpitaux*, contre l'erreur commise par des journaux de médecine anglais, qui, en mettant une lettre de trop au nom de M. Géry, en ont fait celui de M. Gerdy; et ont ainsi attribué à ce professeur le cas d'inversion des viscères présenté à l'Académie de médecine de Paris, par le docteur Géry, dans la séance du 22 février dernier.

montre que cette apparence folliculeuse est due à des espèces de circonvolutions saillantes hérissées de villosités, circonvolutions entre lesquelles existent comme des anfractuosités qui ne sont que l'espace laissé libre entre les colonnes villeuses. Si l'on regarde la pièce sous une mince couche d'eau on distingue parfaitement à l'œil nu, et encore mieux à la loupe, les villosités flottantes qui hérissaient ces circonvolutions et les trajets fistuleux qui existent entre elles et qui paraissent dépourvus de villosités. Si l'on examine à travers le jour, on aperçoit des sinuosités claires et des sinuosités opaques; celles-ci correspondent aux circonvolutions, les autres aux anfractuosités. D'ailleurs aucun indice de follicule ni d'organe glanduleux quelconque; les pièces ont été examinées en détail et avec le plus grand soin par MM. les commissaires chargés de faire un rapport sur le mémoire de M. Casimir Broussais.

— *M. Leroy-d'Etiolles* soumet à l'examen de l'Académie une modification apportée par lui aux instrumens employés à la résection des amygdales. Il rappelle qu'il avait, il y a cinq ans, imaginé de placer sur les ciseaux à double faucille de M. J. Cloquet, une espèce de broche à bascule, destinée à faire saillir l'amygdale, broche et bascule que M. Velpeau a transportées sur l'instrument de M. Tanestock. Quand la tumeur formée par la glande n'est pas volumineuse et qu'elle est un peu conique, elle s'engage facilement dans l'anneau tranchant et la portion que traverse la broche est assez épaisse et résistante pour que s'exerce la traction qui doit la faire saillir; mais il n'en est pas de même quand l'amygdale est volumineuse et arrondie; la superficie seulement s'engage dans l'ouverture annulaire et la broche ne traverse qu'une portion trop mince qui se déchire. M. Leroy-d'Etiolles a remplacé cette broche par une double érigne à bascule et à rotation qui va chercher l'amygdale et l'attire dans l'anneau tranchant qui les coupe.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mars 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, écrit qu'il se porte comme candidat, non pour la nomination prochaine, mais pour une des nominations ultérieures.

M. Maissiat adresse à l'Académie un paquet cacheté.

M. Ségalas adresse à l'Académie la relation complète d'une opération d'urétroplastie qu'il a pratiquée dans le courant du mois d'août dernier, par son procédé, c'est-à-dire *en écartant provisoirement l'urine de sa voie naturelle à l'aide d'une sonde portée dans la vessie par le périnée*. Nous avons déjà fait connaître les principaux détails de cette observation, et les avantages qu'on pourra retirer de cette ingénieuse méthode de traitement; nous n'y reviendrons pas. — M. Ségalas a joint à cette communication trois dessins : le premier, représentant l'état des parties avant toute opération; le second, montrant leur aspect après l'établissement d'une sonde dans l'urètre; le troisième, indiquant les conditions de ces mêmes parties après la guérison. (Renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Magendie et Breschet.)

— M. *Aug. Mercier* adresse à l'Académie un mémoire ayant pour titre : « De la lithotritie dans les cas compliqués de rétention d'urine, et sur un nouveau moyen d'extraire les fragmens de la vessie. » Après avoir rappelé que la rétention d'urine a été presque toujours considérée jusqu'à présent comme une contre-indication à la lithotritie, et démontré l'insuffisance des procédés mis en usage pour évacuer artificiellement le détritus, il décrit ainsi celui qu'il a imaginé il y a près de trois ans et qu'il a déjà employé avec succès. « L'instrument dont je me sers a la forme d'une sonde droite dans presque toute sa longueur et coudée à 25 mill. environ de son extrémité, de manière à former un angle un peu plus ouvert que l'angle droit (110 à 120 degrés). Mais cette sonde est, suivant sa longueur, formée de deux pièces dont l'une, correspondant à la concavité, forme les deux tiers de la circonférence; l'autre, qui correspond à la convexité, forme le troisième tiers. Les bords de la portion droite de cette dernière, que j'appellerai *mâle*, sont reçus dans une rainure que présente chacun des bords de la portion correspondante de l'autre pièce, que je nommerai *femelle*. De cette manière, lorsqu'on fait glisser la pièce mâle dans les rainures de la pièce femelle, leur bec s'éloigne l'un de l'autre, comme cela a lieu dans le lithotriteur Heurteloup.

La pièce femelle représente sur sa convexité ou dos une gouttière très-profonde dans la portion droite, peu profonde au contraire dans la partie qui forme le bec.

La pièce mâle présente également une gouttière, mais sur sa concavité. Cette gouttière est destinée à compléter le canal formé par la gouttière de l'autre pièce, lorsque toutes deux sont assemblées; ce canal a au moins 6 mill. de diamètre si l'instrument en a seulement 8.

Mais cette pièce mâle présente une particularité, c'est qu'elle est formée elle-même de deux lames concentriques soudées par leurs bords, mais faisant partie de circonférences inégales, de telle sorte qu'il existe entre ces lames, dans toute leur longueur, un petit canal en forme de croissant. Ce canal se termine à l'extrémité externe par un entonnoir muni d'un robinet, et à l'extrémité interne, il s'ouvre du côté concave par plusieurs petits trous disposés en arrosoir.

Ainsi l'instrument, lorsque ses deux pièces sont assemblées, forme deux canaux; l'un, qui est très-large et circulaire, doit donner passage au détritus, l'autre, qui est beaucoup plus étroit, sert à pousser un courant d'eau dans la vessie; on voit qu'en faisant glisser la pièce mâle sur la pièce femelle, d'une part, le premier canal se trouve largement ouvert dans la vessie et prêt à donner passage à tous les fragmens dont le diamètre n'excédera pas le sien; d'autre part, on voit que le bec de cette pièce mâle s'éloigne du bas-fond (je le suppose dirigé en arrière), et que si on pousse un courant d'eau par le canal qui la traverse, ce courant s'échappera par les trous dont le bec est percé, s'éparpillera sur le bas-fond où le détritus se trouve accumulé, le délaiera, le mettra en mouvement et l'entraînera par le large canal. J'appelle cet instrument : *sonde évacuatrice à double courant*. »

L'auteur dit ensuite qu'on peut, suivant certaines circonstances, employer cette sonde de deux manières : faire mettre le malade debout ou le faire rester couché en supination pendant qu'on opère; il décrit les manœuvres de cette opération et finit par assurer qu'en combinant ce procédé avec l'emploi du brise-pierre à cuillère, dans le but surtout de réduire les fragmens à un plus petit volume, la rétention d'urine n'est plus, *par elle-même*, une contre-indication à la lithotritie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelle indication des préparations d'or.

La facile réduction des diverses préparations d'or par les matières organiques, ainsi qu'on en voit un exemple dans la coloration violette que revêt la langue par suite des frictions de chlorure de ce métal, a conduit M. le docteur Becker, de Muchlhausen (Prusse) à l'emploi de l'or pur en thérapeutique.

Le premier cas dans lequel il en tenta l'administration fut celui d'une femme qui, après l'expulsion d'une mole, avait été prise d'une métrorrhagie des plus violentes, et chez laquelle, comme il arrive ordinairement après les déplétions sanguines considérables, le cœur, affaibli, était forcé de faire de violens efforts pour maintenir la circulation. Il y avait de fortes palpitations, de l'anxiété, des congestions vers la tête; et, les moyens usités en pareille circonstance restant tous sans succès, l'or fut prescrit. L'état auquel il fut donné fut celui de précipité par le sulfate de fer, comme offrant le plus grand degré de pureté et de division. La dose fut d'un sixième de grain, trois fois par jour. Au bout de quelques prises, l'état de la malade s'améliora, mais avec cette particularité que, dans la soirée jusqu'après minuit, une forte démangeaison se fit sentir, d'abord à la plante des pieds, ensuite à tout le corps; ce qui se répéta encore les jours suivans, mais toutefois en s'affaiblissant, pendant tout le temps que dura l'emploi de l'or. Après l'administration de dix centigrammes (deux grains) de ce métal, les mouvemens du cœur se trouvèrent complétement régularisés.

Dans un autre cas, où, quatre semaines après un heureux accouchement, il survint une métrorrhagie violente par suite d'efforts physiques et où la femme se trouvait affectée de palpitations et d'anxiétés qui allaient jusqu'à la syncope, la digitale et les acides n'ayant amené aucun heureux résultat, l'or fut employé, et vingt-cinq milligrammes (un demi-grain), deux fois par jour, obtinrent un succès surprenant.

De semblables résultats furent obtenus encore dans un troisième cas analogue aux précédens.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 4.)

Sirop de sous-carbonate de fer.

M. Leistner a publié la formule suivante pour la préparation de ce sirop :

Pr. Sulfate de fer pur,	6	grammes.
Sous-carbonate de potasse pur,	6	
Sirop de sucre,	250	
Teinture de zestes d'oranges,	6	
Gomme adragante pulvérisée,	5	décigrammes.

Après avoir trituré séparément les deux sels, on les réunit avec un peu d'eau, pour former une pâte liquide que l'on triture de nouveau, puis on y ajoute le sirop. La gomme se dissout séparément dans une partie du véhicule, et l'on conserve le tout, après un mélange bien exact, dans un flacon hermétiquement bouché. Il est essentiel, d'ailleurs, que l'opération se fasse promptement, afin que le sous-carbonate ne puisse pas se réduire en oxyde de fer.

Cinq grammes (cent grains), équivalant à une cuillerée à café de ce sirop, contiennent cinq centigrammes (un grain) de sous-carbonate de fer qui s'y trouve à l'état hydraté, état dans lequel ce médicament se dissout le plus facilement dans les liquides que contient généralement l'estomac.

M. Mouchon, qui a eu, comme M. Leistner, l'idée de suspendre le carbonate de fer dans du sirop, et qui en a donné une formule qui ne diffère guère de la précédente que par l'absence de la teinture aromatique et de la gomme, croit que ce sirop peut remplacer les pilules de Blaud et de Vallet. D'après M. le professeur Soubeiran, cette opinion peut être juste par rapport aux pilules de Blaud, mais il est loin d'en être ainsi pour celles de Vallet, qui ne contiennent pas un excès de carbonate alcalin : pour que le sirop leur fût analogue, il faudrait en retrancher la moitié du sel potassique qu'on fait entrer dans sa composition.

Du reste, ces sirops ont une saveur atramentaire fort peu agréable, et presque toujours les pilules qu'ils sont destinés à remplacer leur seront préférées à bon droit par les malades, même les moins délicats.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, février 1842.)

M. Piorry commencera ses conférences cliniques, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, le lundi 4 avril, à neuf heures, et les continuera tous les jours à la même heure.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins, chez M. Beurrey, boulevard Saint-Denis, cité d'Orléans, 1.

Les vertus thérapeutiques du *Sirop antiphlogistique de Briant* sont assez connues et appréciées par les médecins pour que nous soyons dispensé d'en faire l'éloge. Son emploi dans les rhumes, les irritations de poitrine, etc., lui assureront toujours la première place parmi les sirops analogues.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 2 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 40. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Leçons sur les maladies de l'utérus et de ses annexes — Des écoulemens blancs.

Les écoulemens blancs reconnaissent plusieurs causes ; l'une des plus importantes et la première dont nous nous occuperons est la chlorose. La chlorose est une maladie caractérisée, comme chacun le sait, par un écoulement blanc par le vagin plus ou moins abondant, amaigrissement, émaciation, pâleur, teinte légèrement jaunâtre de la peau, infiltration légère, pouls lent, digestion difficile, faiblesse générale, état de langueur et d'apathie, symptômes indiquant en un mot un défaut d'assimilation accompagné quelquefois d'une irritabilité assez considérable.

A quoi tient cette maladie ? La plupart des médecins la considèrent comme produite par l'appauvrissement du sang ; c'est ce que l'on a constaté en effet dans un grand nombre de circonstances et ce qui a été prouvé par l'efficacité des préparations ferrugineuses dont l'administration est souvent suivie de succès remarquables. C'est là un fait admis sans contestation dans la science. Cependant j'ai vu des cas où les ferrugineux, les toniques, les amers et tous les moyens employés en pareil cas n'avaient aucun résultat ou ne faisaient même qu'accroître la maladie. J'insistais quelquefois sur l'emploi de ces moyens, imbu de l'idée commune qu'ils étaient les seuls auxquels on pût avoir recours ; j'observais alors que les femmes ou les jeunes filles soumises à ce traitement éprouvaient des douleurs dans les reins, dans l'hypogastre, derrière la symphyse, dans le rectum ; d'autres fois c'étaient des phénomènes nerveux, une sensibilité exaltée ou pervertie, une irritabilité extrême, etc. Je me demandai si dans ces cas il n'y aurait rien du côté de l'utérus. Ce qui me suggérait l'idée de cet examen, c'était la ressemblance des phénomènes que je viens d'indiquer avec ceux qu'éprouvent les femmes qui ont des maladies de l'utérus. Il existe en outre des caractères communs entre ces deux maladies même dans l'état général ; si vous examinez, en effet, des femmes non chlorotiques, mais ayant une affection quelque peu ancienne de l'utérus, même sans écoulement, vous observerez chez elles ce même appauvrissement du sang, ces mêmes signes de faiblesse, d'innervation, de teinte pâle et jaune de la peau qui caractérisent l'état chlorotique. Il est cependant bien important de ne point confondre la chlorose proprement dite avec les phénomènes chlorotiques dépendant d'une affection de l'utérus, car le traitement qui convient dans le premier cas ne convient pas évidemment dans le second et ne ferait qu'accroître la maladie. Ce diagnostic différentiel n'est pas toujours facile à établir. L'examen de l'utérus peut sans doute résoudre cette question, mais cet examen est souvent fort délicat et quelquefois même impossible chez les jeunes filles non encore déflorées, par exemple ; il faut alors se borner aux moyens d'exploration indirects, à l'examen des organes génitaux par l'hypogastre ou le rectum. On trouve souvent, en effet, par cette exploration un engorgement de la matrice ou des ovaires.

Dira-t-on qu'il est impossible que des jeunes filles encore vierges aient des maladies de l'utérus ? Le fait est là ; mais voulût-on en avoir l'explication, ne la trouverait-on pas naturellement dans le développement d'une fonction nouvelle dans un organe resté jusque là inactif, fonction qui, pour s'établir, appelle sur ce point des congestions périodiques.

Je ne dis pas que la chlorose soit toujours due à cette circonstance et qu'elle implique nécessairement une maladie de l'utérus, je dis seulement que cette coïncidence se montre quelquefois et assez souvent même. On trouve dans ce cas à la pression sur la région hypogastrique un engorgement de l'utérus et des ovaires, accompagné presque toujours de douleurs, d'irritation, de pesanteur dans les lombes et dans le bassin, en un mot, de tous les symptômes d'une subinflammation de l'utérus.

Lorsque vous avez affaire à des cas de ce genre, ne traitez jamais la chlorose par les moyens habituels ; mais lorsque vous serez bien assurés de l'existence d'une maladie de l'utérus, traitez préalablement l'état de cet organe. Souvent les symptômes chlorotiques cessent avec les symptômes de l'affection utérine, et dans tous les cas on en viendrait à bout bien plus aisément après avoir convenablement combattu l'affection principale.

En résumé, ayant vu souvent, ajoute M. Lisfranc, des chloroses considérées par les médecins comme dues à un appauvrissement du sang, être traitées long-temps sans succès par les préparations ferrugineuses ; considérant, d'autre part, l'état de trouble fonctionnel dans lequel se trouvent les organes génitaux chez les chlorotiques à l'époque de l'établissement de la menstruation, l'idée me fut naturellement suggérée que dans quelques circonstances les phénomènes chlorotiques pouvaient dépendre d'un état morbide de la matrice : c'est ce que l'expérience a confirmé depuis et ce qu'un grand nombre d'observations a mis hors de doute. Toutes les fois que les symptômes d'une affection utérine étaient assez développés chez une jeune fille pour appeler directement l'attention, je fus presque constamment frappé de la coïncidence de ces symptômes avec les phénomènes chlorotiques. En questionnant souvent les femmes atteintes de maladies de matrice, j'apprenais également de la plupart qu'elles avaient éprouvé des phénomènes chlorotiques plus ou moins prononcés, et que dès l'époque de leur première menstruation, elles avaient toujours été mal réglées, éprouvant des douleurs plus ou moins fortes aux approches de leurs règles, etc.

Ces observations furent le point de départ de mes recherches sur ce sujet ; et, de cette époque, ayant toujours l'attention fixée sur l'état des organes génitaux chez les chlorotiques, j'ai souvent constaté les rapports des affections utérines avec la chlorose. Ainsi, je le répète, j'admets, avec tous les

FEUILLETON.

DES ENTOZOAIRES DE LA VESSIE URINAIRE, DES REINS ET DES CAVITÉS DU COEUR ET DES GROS VAISSEAUX (*voir* le numéro du 15 janvier 1842).

La première idée qui se présente à propos d'entozoaires de la vessie, c'est qu'il s'agit de vers intestinaux passés dans cet organe à travers une fistule vésico-rectale, ou par toute autre voie. Il n'en est rien, cependant, les vers rencontrés dans la vessie de l'homme étant de la famille des poléoptères et différant essentiellement de ceux qui vivent dans l'intestin. Il est remarquable que, à part les émigrations accidentelles dont nous parlerons tout à l'heure, les entozoaires aient des domiciles presque constans. C'est ainsi, par exemple, que des trois espèces connues des vers intestinaux de l'homme, l'oxyure vermiculaire, le tricocéphale et l'ascaride lombricoïde, le premier se rencontre ordinairement dans le rectum, le second dans le cœcum et le colon, le troisième dans l'intestin grêle. Nous ne voulons pas dire par là qu'aucun de ces êtres ne puisse se trouver dans la vessie, mais s'il s'y trouve il y meurt promptement au milieu de l'urine, tandis que ceux dont nous allons nous occuper y vivent à leur aise comme dans leur domicile naturel. Rien n'est plus surprenant que les conditions de viabilité de certains insectes. « Les œufs des vers à soie et des papillons, dit Elliotson dans sa *Physiologie*, p 247, éclosent après avoir été exposés à un froid de 24 degrés au-dessous de zéro. D'un autre côté, les insectes peuvent être gelés à plusieurs reprises et recouvrer la vie dès qu'ils sont dégelés. Un autre fait beaucoup plus surprenant est rapporté par le même auteur, qui prétend que les cerfs-volans et beaucoup d'autres insectes peuvent survivre après avoir été soumis à l'ébullition. » (Notes de M. Palmer, à Nantes, t. I, p. 329) Ces remarques ne viendraient-elles pas à l'appui de l'opinion de ces savans qui croient que les œufs de certains entozoaires proviennent des alimens qui sont entraînés de l'appareil digestif dans le sang et par suite dans tel ou tel organe, le travail d'assimilation, de sécrétion ou d'excrétion n'étant pas suffisant pour leur enlever les conditions de viabilité? Il est bon de faire observer, d'ailleurs, que les exemples de certains parasites, comme ceux de la vessie urinaire, ne se rencontrent que dans certaines régions excentriques et sur des sujets qui se nourrissent peut-être d'alimens particuliers. Arrivons aux faits :

Une dame américaine, âgée de 36 ans, présentait depuis plusieurs années les symptômes de la pierre, et, de temps en temps, des rétentions urinaires au point de réclamer l'usage de la sonde. Le docteur Hartland la sonda plusieurs fois, mais il ne put sentir de calcul. Les rétentions étaient tantôt complètes et opiniâtres, tantôt incomplètes ou peu durables. Dans les derniers temps, les accès se sont rapprochés et il a fallu avoir recours au cathétérisme toutes les 48 heures. Le docteur Brigham la sonda à son tour et il sentit à la partie supérieure de la vessie comme la présence d'une tumeur molle. Il prit du temps pour éclairer le diagnostic et prescrivit, en attendant, quelques diurétiques, les urines étant assez rares. Quinze jours après, la femme rendit par l'urètre un ver blanc de la longueur de 162 millimètres (6 pouces) et tous les symptômes se sont dissipés. La malade se rappela alors qu'à l'âge de quatorze ans, elle avait eu une rétention d'urine durant la convalescence d'une fièvre, et que le tout s'était dissipé après l'expulsion par l'urètre d'un ver de la longueur de 27 millimètres (un pouce). Il est regrettable que M. Brigham ne donne pas de détails sur les conditions du dernier ver que la malade a rendu presque sous ses yeux (*North American Archives*, juillet 1837).

On pourrait peut-être révoquer en doute l'exactitude d'une pareille observation, si M. Brigham n'avait eu soin de rappeler un fait pareil publié par M. Lawrence dans le tome IIe des *Medical Transactions*, accompagné de figures. Il s'agit d'une femme qui offrait des rétentions urinaires et les symptômes de la pierre, son urètre était dilaté, la sonde n'avait pu rien faire découvrir, enfin on a saisi un jour un ver sortant par l'urètre, on a fait des injections de térébenthine dans la vessie et la malade en a rendu plusieurs centaines, de longueur variable, depuis quelques millimètres jusqu'à cent soixante-deux millimètres ; la guérison a été prompte.

Un jeune homme était atteint de catarrhe vésical, accompagné de symptômes gastriques et d'une sensation de picotemens fort incommodes à la vessie et au périnée après avoir uriné. L'urine était sanguinolente et floconneuse ; lassitude générale. Les picotemens au périnée ont pris enfin un caractère insupportable ; envies fréquentes d'uriner avec impossibilité de les satisfaire ; le malade sentait un obstacle mécanique au-devant de l'urètre ; en faisant des efforts il a rendu un petit corps purulent du volume d'un pois, puis de l'urine mêlée à de la matière épaisse. Un examen attentif du corps purulent a démontré qu'il était formé par un poléoptère vivant, qui est mort immédiatement au contact de l'air. (Schweize-rische Zeitschrift fur natur und Heilkunde, t. II, 1837.)

L'auteur de cette observation, M. Erismann de Reinach (Suisse), en cite une autre, présentée en 1828 à la Société médicale du canton de Zurich. Elle est relative à une femme âgée de quarante-huit ans, qui se plaignait depuis long-temps d'un sentiment de chaleur incommode en urinant ; son urine était floconneuse ; picotemens douloureux et démangeaison considérable à la vulve ; enfin elle a rendu avec de l'urine brûlante et floconneuse un ver de deux à trois millimètres de longueur et de un demi-millimètre d'épaisseur, et, quelques jours après, un autre de un centimètre de longueur.

Dans un cas publié par M. Campbell, des entozoaires existaient chez un homme âgé de soixante-sept ans, sujet à des rétentions d'urine depuis quatre ans. Le jet de ce liquide était de temps en temps subitement arrêté, et le malade se plaignait de douleurs très vives en urinant. En le sondant, M. Campbell a retiré au bout de l'algalie un petit vermisseau rouge, ayant treize millimètres de longueur. Ce vermisseau paraissait résulter d'un nombre infini d'anneaux cartilagineux, et offrait un grand nombre de jambes disposées en deux rangées d'une extrémité à l'autre. Le cathétérisme ayant été répété tous les jours pendant trois semaines, a amené chaque fois des vers pareils attachés au bout de la sonde ou insinués dans ses yeux ; quelques-uns sont sortis avec le jet de l'urine : en tout, trente vers. Les injections vésicales, et l'usage intérieur de la térébenthine ont guéri parfaitement ce malade dans l'espace d'un mois.

« Ce fait, dit l'auteur, doit moins étonner par l'existence des vers dans la vessie que par l'espèce à laquelle ces êtres appartiennent ; espèce ou race dure, qui paraît peu propre à vivre dans un liquide de la nature de l'urine. J'ai remarqué cependant qu'en sortant du canal ils étaient non seulement durs et très actifs, mais encore jouissaient d'une vie merveilleusement tenace. L'acide nitrique les tuait en deux minutes, mais ils conservaient toute leur activité et leur énergie dans l'huile de térébenthine pendant l'espace de deux heures. J'en ai renfermé deux dans le tuyau d'une plume que j'ai mis dans ma poche, afin de m'assurer combien de temps ils vivraient dans cet état. Au bout de quatre semaines ils étaient encore en vie et vigoureux comme auparavant ; je ne pourrais pas dire cependant combien de temps encore ils auraient vécu, car en les montrant un jour à un de mes amis ils tombèrent par terre et un coup de vent les fit disparaître. » (American Journal of the medical sciences, 1837.)

Parmi les nombreux cas d'entozoaires vésicaux que j'ai recueillis dans les auteurs, plusieurs se rapportent à des hydatides vivantes ; le nombre de ces hydatides a été prodigieux, de 50 à 300, ou plus ; leur volume égalait celui d'un pois à une noisette : le symptôme principal qui les accompagnait c'était la rétention urinaire intermittente.

Ces faits parlent d'eux-mêmes assez clairement sous le point de vue du diagnostic et du traitement des entozoaires de la vessie ; mais il en est autrement sous le rapport de leur origine. La plus grande obscurité règne à cet égard.

On lit dans Morgagni, à l'occasion des douleurs lombaires :

« Une chose fort rare, mais qui n'est pas incroyable, ce sont des vers qui ont été trouvés, non-seulement dans les reins des chiens, mais même dans ceux des hommes, par beaucoup de médecins que nomme Dom. de Marini. A ces auteurs qui sont indiqués aussi en grande partie

médecins, que la chlorose est due, dans le plus grand nombre des cas, à un appauvrissement du sang, à une lésion profonde de l'assimilation; mais je dis aussi que cet appauvrissement du sang qui constitue le phénomène principal et essentiel de la chlorose, et les divers phénomènes qu'il engendre, n'appartiennent pas exclusivement à cette affection, mais qu'ils sont souvent le résultat d'une maladie organique, et plus spécialement d'une maladie de l'utérus.

Pourquoi les affections utérines ne se développeraient-elles pas, en effet, chez les jeunes filles à l'époque où s'établit chez elles la fonction menstruelle, comme à un autre âge? N'est-ce pas précisément au moment où un organe entre pour la première fois en fonction, qu'il est plus exposé à devenir le siége de congestions morbides; et l'utérus n'est-il pas, par la nature même de ses fonctions et leur caractère périodique et intermittent, plus exposé que tout autre aux irritations congestionnelles et aux sub-inflammations? Ne voit-on pas souvent, en effet, les jeunes filles, celles précisément qui présentent les symptômes de la chlorose, éprouver à l'apparition de leurs règles ou à leur approche des douleurs dans le ventre ou dans le bassin, des pesanteurs dans les lombes, accompagnant une légère perte rosée, tous symptômes qui s'accroissent pendant la marche ou l'exercice en voiture.

Il faut donc, lorsqu'une jeune fille chlorotique éprouve quelques-uns de ces symptômes qui donnent lieu de soupçonner l'existence d'une affection de l'utérus, examiner l'état de ces organes; non par la vulve, ce qui, dans la plupart des cas, n'est pas possible, mais par l'hypogastre ou par le rectum. Si l'on rencontre un engorgement, il faut le traiter par les moyens appropriés avant de recourir aux moyens dits anti-chlorotiques.

Nous employons presque toujours avec succès, dans ce cas, l'extrait de ciguë à l'intérieur, les bains et les frictions résolutives avec la pommade d'iodure de plomb. Il est remarquable, en général, combien, chez les très jeunes femmes, ces engorgemens récens de l'utérus guérissent avec rapidité sous l'influence de ce traitement; tandis que si, dans ces cas, on avait recours aux préparations de fer, on échouerait complètement. Quant au traitement de la chlorose elle-même, nous n'en faisons que tracer ici les indications générales; nous y reviendrons en traitant spécialement de la chlorose.

Abordons maintenant une autre affection qui, avec la précédente, est une des sources les plus communes des écoulemens blancs, nous voulons parler des écoulemens non sanguins qui tiennent à la vérole où, si on l'aime mieux, au coït; je m'exprime ainsi avec intention, parce que dans l'état actuel on n'est point encore d'accord sur la nature syphilitique ou non syphilitique des écoulemens blancs qui surviennent souvent à la suite d'un coït présumé impur. C'est une question en litige depuis un temps immémorial et qu'il est tout à fait impossible de résoudre actuellement. La raison en est toute simple, c'est que, pour vider cette question, il faudrait expérimenter sur des masses et dans des conditions qui sont tout à fait irréalisables. Aussi, trouve-t-on ce champ librement ouvert à toutes les suppositions et aux hypothèses les plus gratuites. La vérole, disent les uns, peut se porter d'emblée à la gorge sans avoir été précédée d'aucun autre symptôme syphilitique; d'autres disent que la vérole peut se manifester par les symptômes caractéristiques en même temps que la chaudepisse. Lorsque la vérole est survenue après une chaudepisse, dit-on encore, c'est qu'il existait des chancres dans le canal de l'urètre, mais qu'en sait-on? Ce sont là tout autant d'assertions sans preuves. On a cherché dans ces derniers temps à résoudre cette question d'une manière directe par les expériences d'inoculation. Mais ces expériences n'ont eu d'autres résultats que de déterminer dans quelques circonstances des accidens graves et de produire chez quelques-uns des malades qui y ont été soumis, des phénomènes syphilitiques consécutifs quelquefois incurables, témoin un malade auquel l'inoculation du pus blennorrhagique avait donné lieu à un ulcère serpigineux profond et étendu que l'on ne put parvenir à faire cicatriser ni à l'hôpital des vénériens ni dans notre service et cela sans que la question que l'on se proposait de vider en ait été plus avancée; car ces expériences prouvaient tout au plus que la blennorrhagie, dans quelques circonstances, est bien un symptôme syphilitique pouvant transmettre par inoculation la vérole avec toutes ses manifestations; mais on n'en peut rien conclure rigoureusement à l'égard de l'existence d'ulcérations dans le canal de l'urètre. Ces ulcérations existassent-elles d'ailleurs dans quelques cas, pourrait-on bien attribuer sûrement la propriété contamineuse à la petite parcelle du pus provenant de l'ulcère et délayé dans une grande quantité de muco-pus secrété par la muqueuse, plutôt qu'à ce dernier lui-même?

Dirons-nous cependant que la solution de cette question n'est point indispensable pour la thérapeutique, à l'imitation des médecins qui pensent que les phénomènes syphilitiques ne réclament point absolument l'usage des mercuriaux et peuvent être traités par les moyens antiphlogistiques. C'est là une erreur qui a été long-temps en crédit et qu'il importe de ne point laisser subsister. D'après une statistique dressée par M. Lepelletier du Mans, sur les résultats du traitement antiphlogistique appliqué à la maladie en question, il résulte que les récidives ont été infiniment plus communes que par le traitement mercuriel. Ce fait a été tellement mis hors de doute, soit en France, soit dans les pays étrangers, que le gouvernement anglais a interdit l'usage de la méthode antiphlogistique pour le traitement des vénériens dans les hôpitaux de l'amirauté. Nous pourrions invoquer aussi notre pratique et les faits qui se représentent journellement à notre observation. Du reste, il est encore très-difficile de savoir exactement à quoi s'en tenir sur ces récidives, car, dans la plupart des circonstances, on est dans l'impossibilité de décider si l'apparition des nouveaux phénomènes syphilitiques est due à une infection nouvelle ou bien à la réapparition de la même maladie. Quoiqu'il en soit, il vaut beaucoup mieux, dans le doute, recourir à un traitement mercuriel sagement dirigé, que de s'exposer à voir survenir par la suite des symptômes secondaires d'une affection qu'on n'eût point été guérie.

Examinons maintenant l'écoulement blanc sous d'autres points de vue. On a dit, et notamment M. Cullerier, que la couleur de l'écoulement était indifférente et sans valeur séméiotique. Je suis loin de partager cette opinion, et je crois au contraire qu'il faut attacher à ce signe une certaine importance. L'écoulement qui a une couleur verdâtre indique en général un état inflammatoire d'une grande intensité; lorsque l'écoulement est séreux et un peu transparent, on peut au contraire reconnaître à ce signe une inflammation très-peu intense. Lorsque l'écoulement est blanc ou un peu jaunâtre et très-épais, ressemblant aux mucosité épaisses du coryza, on en peut conclure que l'inflammation est sur son déclin.

Je ne parle point ici des écoulemens formés par les champignons et les excroissances cancéreuses, écoulemens qui offrent des caractères particuliers et dont il sera question lorsque nous traiterons des affections cancéreuses de l'utérus. Les écoulemens dont je viens de parler s'accompagnent le plus ordinairement d'une inflammation plus ou moins étendue de la membrane muqueuse du vagin, quelquefois du vagin tout entier, d'autres fois d'un point circonscrit et très limité; mais dans ce dernier cas, il y a presque toujours des excoriations, des ulcérations superficielles qui entretiennent indéfiniment ces écoulemens. Ces écoulemens déterminent, en outre, très souvent, comme on sait, des phénomènes sympathiques du côté de l'estomac, et lorsqu'ils durent depuis long-temps, ils finissent par produire une altération plus ou moins profonde de la nutrition, indiquée par l'état de maigreur et de pâleur extrême dans lequel tombent les femmes qui y sont sujettes. En général, tout écoulement qui dure plus de trois semaines ou un mois, de quelque couleur et de quelque aspect qu'il soit, est le symptôme d'une maladie de l'utérus. J'ai le premier appelé l'attention des praticiens sur ce point, et érigé ce fait en principe. Toutes les fois que vous verrez des écoulemens qui durent depuis des années, n'allez pas, à l'exemple de la plupart des médecins, regarder ces écoulemens comme essentiels ou n'ayant produit que consécutivement une maladie de la matrice; car ces écoulemens sont, au contraire, presque toujours symptomatiques d'une maladie de la matrice qui remonte au moins à l'époque où l'écoulement a commencé à se manifester. Les conséquences pratiques de ce principe sont importans; c'est que si vous traitez ces écoulemens comme essentiels, et que vous employiez, comme on le fait communément, des moyens propres à les faire cesser, tels que des astringens, par exemple, vous ne réussirez pas dans la plupart des cas, ou bien vous parviendrez peut-être à diminuer l'écoulement ou même à le faire cesser pour quelque temps; mais l'écoulement ne tardera pas à reparaître, et vous n'aurez fait le plus souvent qu'aggraver par une médication inopportune la maladie elle-même.

Ce qui m'a mis sur la voie de ce fait, c'est que j'ai vu très souvent des écoulemens blancs qui avaient résisté à tous les moyens de traitement connus. J'ai touché, et sauf quelques cas fort rares où je n'ai rien trouvé et où j'ai bien dû reconnaître alors l'existence d'écoulemens réellement essentiels, j'ai presque constamment rencontré des maladies de l'utérus.

Je ne saurais donc trop insister sur l'importance du principe que je viens d'émettre, ni trop m'élever contre les préjugés contraires qui dominent encore aujourd'hui l'esprit du plus grand nombre des médecins, d'autant plus que journellement je vois des femmes que l'on traite depuis longues années sans succès comme ayant des pertes essentielles, et chez lesquelles, au premier examen, je trouve des engorgemens, des ulcérations, et souvent ces deux altérations à la fois.

La conduite à tenir dans ce cas, découle naturellement de la constatation seule de ces lésions. — Je traite l'engorgement ou l'ulcération que j'ai reconnue, sans m'inquiéter en aucune manière de l'écoulement dont la source ne tarde pas à être tarie aussitôt que la maladie principale est guérie. Cette méthode m'a presque toujours donné des succès; j'appelle sur elle l'attention des praticiens.

Influence des perturbations atmosphériques sur l'état des femmes affectées de maladies de l'utérus.

Nous avons deux faits importans à signaler dans le service. Toutes les femmes qui sont actuellement en traitement dans la salle Saint-Augustin, pour des maladies de l'utérus, au nombre de 36 ou 38 environ, nous ont déclaré éprouver des douleurs beaucoup plus vives que de coutume; elles ont presque exprimé les mêmes plaintes avant même qu'on les eût questionnées. Il est donc évident qu'il existe un état douloureux plus prononcé qui a sévi à la fois sur toutes ces femmes. A quoi cela tient-il? Peut-on supposer qu'elles aient commis quelqu'imprudence? Leur séjour dans l'hôpital ne peut faire admettre une semblable supposition. Il serait d'ailleurs singulier qu'elles eussent toutes obéi à la même impulsion; il faut donc

---

dans le Sepulchretum, ajoutez-en quelques autres qui sont cités dans le même ouvrage, et ceux en outre qui sont désignés par Vallisnieri, ou par Alghisi dans l'ouvrage de ce dernier; mais placez-les surtout après Redi, Vallisnieri lui-même, et Ch. Drelincourt. Cependant, de tous ces auteurs, vous en trouverez un très petit nombre, et ce ne sont peut-être pas ceux qui ont montré le plus de prudence dans leurs observations, qui écrivent avoir vu des vers dans les reins mêmes des hommes; en sorte que si je ne savais d'une manière certaine qu'ils en ont trouvé sur des chiens et sur des martres zibelines, je révoquerais peut-être en doute une partie de leurs observations, et j'en expliquerais autrement une autre partie, n'ayant point oublié ce polype oblong et cylindrique qui fut rendu par l'urètre après des douleurs néphrétiques, et qui en avait imposé au premier coup-d'œil à Sponius pour un lombric. Ainsi, plus le nombre des observations certaines sur les chiens augmente, plus aussi il est croyable que la même chose peut avoir lieu également sur des hommes. Dans cette idée, je décrirai ce que Valsalva a vu, et ce qui est peu différent de ce qu'il est arrivé à l'illustre Van-Swieten d'observer.

» Valsalva, enflammé d'amour pour l'étude de l'anatomie, disséquait un chien, lorsqu'au lieu du rein droit il trouva un corps qui ressemblait presque à un rein extérieurement, mais qui avait au-dessous de la membrane externe une écorce glanduleuse mince à laquelle appartenaient des vaisseaux sanguins, et au-dessous de l'écorce une cavité qui était tapissée par une membrane extrêmement lisse, et percée d'un grand nombre de trous qui s'étendaient jusqu'à cette écorce, de telle sorte que l'urine semblait s'écouler de celle-ci dans la cavité à travers ces trous. Un ver long de trois aunes environ, et de la grosseur d'une des plus grosses plumes dont nous nous servons pour écrire, était caché dans la cavité.

» Redi a bien trouvé dans les reins des vers plus gros que celui-là, mais non pas aussi longs. Kerckring lui-même en a vu un qui avait plus d'une aune de long; Vallisnieri en a observé un autre qui avait plus de quatre palmes, et Drelincourt en a trouvé un troisième qui avait plus de deux pieds; de sorte qu'une longueur de trois aunes environ peut paraître trop extraordinaire sur un ver qui n'était pas très gros, à moins qu'elle n'eût considérablement augmenté après sa mort, comme j'ai noté moi-même que cela arrive seulement sur une autre espèce de vers, ce que Redi a également noté sur celui-ci, ou comme on voit dans Drelincourt qu'il y en avait deux dont la trompe de l'un était très étroitement fixée au pourtour de la queue de l'autre. En effet, il en existe aussi quelquefois deux dans un seul rein, et ils sont d'une longueur différente, comme Redi l'a aussi observé; cependant Blosius en a dessiné qui avaient la même longueur et qui furent trouvés sur un homme exténué, tel que celui dont on lit l'histoire dans Zacutus, et dans les reins duquel on rencontra des vers, mais de beaucoup plus courts et d'une couleur blanche; tandis qu'ils étaient d'une couleur rougeâtre dans l'observation de Blasius, et que Redi et Drelincourt ont toujours observé cette dernière couleur sur des chiens, le dernier quelquefois pendant la vie des insectes, le premier après la mort, celui-ci sur des mâles seulement et du côté droit, celui-là sur une femelle aussi et du côté gauche. Zacutus a écrit que les douleurs des reins étaient très violentes; Kerkring et Boirel affirment qu'elles furent également annoncées sur les chiens par des aboiemens continuels, tandis que tous les autres que j'ai nommés omettent cette circonstance.

» Au reste, je ne prononcerai pas facilement d'une manière affirmative sur l'origine de ces vers dans une si grande différence de longueurs et je n'assurerai point, par exemple, si sur les chiens ce sont de ces vers rougeâtres que j'ai décrits ailleurs, dans certains tubercules situés quelquefois non loin des reins, dans lesquels ils passeraient dans quelques cas par une érosion de ces tubercules; je ne l'assurerai pas, dis-je, à moins que je n'aie auparavant des notions plus certaines sur la structure des unes et des autres. D'après la description et le dessin, les vers rénaux de Blasius étaient bien composés de plusieurs petits anneaux élégamment unis; mais je croirais que le graveur a ajouté de lui-même, à ce dessin, une double tête et des yeux. Vallisnieri remarqua que celui qu'il vit lui-même n'était pas de l'espèce des vers larges (car il était plutôt cylindrique) et qu'il n'appartenait non plus à aucune autre espèce de ceux que d'autres auteurs eussent jamais trouvés renfermés dans les intestins autant qu'il le savait. Cette remarque de Vallisnieri rend douteuse pour moi la structure indiquée par Redi, attendu qu'elle est presque commune aux vers cylindriques des intestins, tels que Redi lui-même les décrit; en sorte que je passe sous silence ce que Vallisnieri a noté comme ne s'accordant pas avec cette description. Mais quand même tout serait assez constant sur les vers rénaux, cependant la petitesse de ceux qui existent dans ces tubercules sur les chiens, rendrait très difficile la comparaison nécessaire de la constitution intérieure. Laissant ce travail à d'autres, qui seront moins occupés que moi, passons en attendant, comme je l'ai promis, à d'autres histoires de Valsalva, dans lesquelles il observa une douleur des lombes produite par des causes situées hors des reins. » (Des Causes et du Siége des maladies, épître 40, n. 6, 7, 8.)

Nous n'avons pas parlé dans les remarques précédentes des illusions possibles produites par les caillots de sang, de mucus, de fibrine, qui ont été en maintes occasions pris pour des vermisseaux vivans ou morts, ni de la présence de quelques êtres animés qui se trouvent accidentellement dans l'urine du malade, et qui peuvent en imposer, les auteurs des faits que nous avons rapportés en ayant tenu compte.

On a souvent parlé autrefois des vers vivans rencontrés dans le péricarde, dans le cœur et dans les gros vaisseaux soit de l'homme, soit des animaux. Bonnet en a réuni un assez grand nombre dans son *Sepulchretum*. Cet auteur a accepté les faits sans examen, sans critique, Morgani cependant les démolit l'un après l'autre avec cette logique et cette sagacité qui le distinguent, et il fait voir que les prétendus vers rencontrés dans le péricarde, dans le cœur et dans les vaisseaux dont parle Bonnet n'étaient autre chose que des caillots fibrineux ayant la forme d'entozoaires. Il raconte à cette occasion l'anecdote suivante: « J'étais à Bologne lorsque le bruit se répandit par hasard qu'en disséquant quelques chevaux d'un homme noble, qui étaient tombés morts subitement, on avait trouvé dans le cœur des lézards multipèdes. Les savans en riaient, cependant il ne manquait pas de demi-savans dont les uns soutenaient que la chose était possible, et les autres ajoutaient au bruit répandu en inventant à plaisir que les lézards n'avaient point été trouvés sans mouvement ni sans vie. Valsalva dit alors: Qu'est-il besoin de dispute? Examinons ces lézards! C'est pourquoi un autre cheval étant mort bientôt après dans la même étable et de la même manière, nous en fîmes l'inspection, et il ne fut pas nécessaire d'un long examen pour voir très bien que ce n'était autre chose que des concrétions polypeuses, qui imitaient jusqu'à un certain point la forme extérieure des lézards. » (Des Causes et du Siége des maladies, ép. 24, n. 23.)

Il ne s'ensuit pas cependant que des vers ne puissent pas exister dans ces parties, puisque Morgagni en a rencontré lui-même, et que d'autres en ont vu également de la manière la plus positive, surtout chez différens animaux. Ces vers sont ordinairement petits, filiformes, de la longueur d'une épingle ou beaucoup moins, en nombre variable, et réunis souvent sous forme de petits pelotons, quelquefois cependant beaucoup plus volumineux; ils naissent dans les parois mêmes des vaisseaux, ou bien proviennent de l'estomac, perforent l'œsophage et se jettent dans la poitrine, par le même mécanisme qu'ils se jettent quelquefois dans le péritoine, ou bien qu'ils gagnent les parois abdominales et viennent former un abcès vermineux soit à l'aine, soit à l'ombilic, soit dans tout autre point de l'enceinte sous-diaphragmatique. Une foule de faits viennent à l'appui de ces assertions.

Scarpa rapporte et commente une observation de Schulze, relative à une tumeur anévrismale pleine de vermisseaux observée sur une grosse artère abdominale, à côté de l'intestin colon, chez une jument. La tumeur offrait le volume d'une grosse noix, était dure et de figure ovale; elle communiquait avec l'artère; son intérieur était celluleux, et chaque cellule était remplie de vermisseaux capillaires pelotonnés ensemble. (Sull' Aneurisma, p. 21, édit. in-folio, Pavie, 1804.)

« Lapeyronie a vu sur plusieurs chiens des pelotons de vers entre la base du cœur et le péricarde, et plus d'une fois dans les ventricules eux-mêmes. » (Sénac, Traité du cœur, l. 4, c. 9, nº 6.)

« Thomas Cornelius a trouvé sur un étourneau attaqué de convul-

admettre une influence commune étrangère à leur participation. Cette influence est dépendante de l'état atmosphérique ; c'est du moins évident pour nous, qui avons souvent observé ce phénomène. Les maladies de l'utérus ne marchent jamais seules ; elles sont toujours compliquées d'un état d'innervation plus ou moins développé, et si l'influence atmosphérique agit sur l'innervation à l'état normal, à plus forte raison doit-elle se faire ressentir lorsqu'il existe déjà une perturbation dans les fonctions du système nerveux.

J'ai eu souvent l'occasion d'observer que, lorsqu'il survient un changement considérable dans l'état de l'atmosphère, ce changement est brusque, comme, par exemple, lorsque le thermomètre s'élève ou s'abaisse de plusieurs degrés dans une même journée, toutes les femmes qui ont une affection de l'utérus éprouvent une exaspération extraordinaire dans leurs douleurs et dans tous les symptômes de la maladie. Ce fait ne s'observe point seulement à l'hôpital, mais j'ai eu aussi souvent l'occasion de le vérifier en ville. Depuis une quinzaine de jours environ que l'état de l'atmosphère subit de grandes et brusques variations, quels que soient d'ailleurs les moyens de traitement qui sont mis en usage, j'observe cette exaspération des symptômes chez toutes les femmes qui sont en traitement. Cette influence est telle qu'elle paralyse en quelque sorte l'action des moyens les plus énergiques ; les calmans, qui sont habituellement le mieux supportés et qui réussissent le plus à modérer les symptômes et à anéantir les douleurs, restent sans action. On courrait risque si l'on commençait un traitement sous une pareille influence, de n'obtenir, par les moyens les plus rationnels et les plus efficaces, aucun effet sensible.

Voici le second fait également important que nous avons observé à la visite :

De toutes les femmes qui nous ont dit souffrir davantage aujourd'hui, il n'en est que quelques-unes qui éprouvent des douleurs dans l'utérus ; encore ces douleurs sont-elles, à leur dire, très légères, tandis que toutes les autres ressentent des douleurs dans des parties plus ou moins éloignées de l'utérus, mais point dans l'utérus même. Il suffit d'exprimer ce fait pour n'être point étonné que les maladies de l'utérus soient restées méconnues pendant tant de siècles. A voir le peu d'attention que les anciens médecins accordaient aux maladies de cet organe, on serait d'abord tenté de croire que ces maladies étaient beaucoup moins communes qu'elles ne le sont aujourd'hui. Mais si l'on fait attention, d'une autre part, que ces médecins constataient comme très fréquentes chez les femmes, soit des maladies du rectum, des maladies de la vessie, des coliques, des sciatiques, des lumbago, des douleurs névralgiques de toute espèce, soit des embarras gastriques ou intestinaux et une foule de maladies diverses que nous avons signalées comme dépendant, le plus souvent, des maladies de l'utérus, on reconnaîtra que, suivant toutes les apparences, les maladies de matrice étaient tout aussi fréquentes que de notre temps, mais qu'elles étaient méconnues et prises pour les affections que nous venons de nommer.

Nous ne saurions donc trop insister sur les faits que nous signalons ; savoir : que toutes ou presque toutes les femmes de la salle Saint-Augustin affectées de maladies de l'utérus, éprouvent des douleurs dans de toutes autres régions, et des douleurs très vives, et que le petit nombre de celles qui souffrent dans l'utérus même, n'y éprouvent que des douleurs fort légères, au point que si l'on ne savait parfaitement à quoi s'en tenir sur l'état de ces femm s, on serait presque porté à considérer ces douleurs comme sympathiques, bien qu'en réalité l'utérus soit le foyer unique de la maladie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Métrorrhagie symptomatique d'une affection cancéreuse de l'utérus, développée à l'âge critique. Marche rapide de l'affection cancéreuse. Symptômes adynamiques. Mort.

Au n° 13, est couchée une femme âgée de quarante-sept ans. Cette femme a eu trois enfans ; elle est d'une assez forte constitution ; elle avait toujours été bien réglée depuis l'âge de seize ans jusqu'à quarante-cinq, et jouissait habituellement d'une bonne santé. Depuis deux ans elle a, pour la première fois, éprouvé des dérangemens dans sa menstruation ; ses règles se sont supprimées d'abord, puis elles ont reparu avec une plus grande abondance. Il y a quelque temps, ayant veillé pendant un mois auprès du lit d'une personne malade, elle éprouva, à la suite de cette fatigue excessive, une perte alternativement en rouge et en blanc. Le sang sortait tantôt liquide, tantôt en caillot. Cette perte était accompagnée d'une grande oppression des forces et de douleurs dans les membres. Voyant que cette perte ne cessait point, cette femme se décida à entrer à l'hôpital le 17 février. Elle présentait alors l'état suivant :

Pouls petit et fréquent, peau sèche et chaude, généralement pâle et d'une couleur un peu paille ; lèvres décolorées ; rien du côté de l'abdomen, si ce n'est quelques tiraillemens d'estomac. Les organes de la respiration étaient dans un état parfaitement normal ; il y avait quelques légères palpitations. Les bruits du cœur étaient un peu plus rapides qu'ils ne le sont ordinairement ; urines naturelles, selles rares. On prescrit de suite l'usage des pilules de gomme kino et d'extrait de tannin, une potion avec acide tannique et une tisane édulcorée avec des sirops astringens.

Dans la nuit qui précéda son entrée à l'hôpital, il était survenu une hémorrhagie assez forte qui obligea à recourir à l'examen de l'utérus. Le toucher fit connaître l'état suivant : le col était saillant, porté en avant et adhérent au vagin ; sa surface était dure, inégale, irrégulière et douloureuse à la pression du doigt. En examinant la cavité vaginale, on la trouvait inégale, raboteuse et offrant çà et là des points ramollis, d'autres indurés et quelques callosités ; le doigt amenait avec lui une humeur ichoreuse d'une odeur très fétide.

Cette femme est dans l'âge critique. Cet âge commence à trente-cinq ans environ et va jusqu'à cinquante et même au-delà, de sorte que la moyenne est à peu près à quarante cinq ans. Dans cette période, les femmes sont sujettes à une foule d'affections dites critiques, telles que des phlegmasies d'un des viscères principaux, le cancer de l'estomac, des mamelles ou de l'utérus ; les maladies organiques du cœur, l'hypertrophie de cet organe et les hémorrhagies en général. Ainsi, on a vu des femmes qui s'étaient toujours bien portées jusque-là, être, à cette époque, sujettes à des hémoptysies, à des épistaxis ou à des hémorrhoïdes, tandis qu'elles n'avaient jamais eu, auparavant, de flux hémorrhoïdaire. D'autres ont des affections nerveuses de plusieurs formes. Les accidens morbides qu'elles éprouvent, en un mot, varient selon le tempérament et les dispositions organiques individuelles. Cette suspension ou cette irrégularité de la menstruation s'observe aussi chez les femmes jeunes sous l'influence de causes accidentelles particulières ; ainsi un chagrin, une émotion morale un peu vive, peuvent arrêter pendant quelque temps l'écoulement des règles ; mais, en général, ces femmes n'en éprouvent pas d'effets bien prononcés. Hors un peu de pesanteur de tête et quelques signes d'un malaise général à l'époque où les règles devraient paraître, elles n'éprouvent aucun de ces dérangemens considérables, de ces troubles profonds que nous venons de signaler ; tandis que chez les femmes arrivées à l'âge critique, on remarque soit des écoulemens en blanc ou en rouge, qui sont le plus souvent des signes précurseurs, ou des symptômes d'une affection organique de l'utérus, soit tous autres symptômes suivis d'une altération profonde de l'un des principaux viscères.

Cette malade a eu un écoulement en blanc d'une odeur fétide, suivi d'une hémorrhagie. L'adhérence du col à la partie antérieure du vagin, que l'on a constatée à l'examen, est probablement le résultat d'une phlegmasie adhésive ; c'est, du moins, ce que l'on a observé assez souvent chez les femmes qui ont eu des affections de matrice à la suite de couches nombreuses. Mais il est fort à craindre que nous ayons affaire ici à une lésion plus grave. L'état inégal et bosselé du col de l'utérus et de l'intérieur du vagin, coïncidant avec cet écoulement ichoreux et fétide que nous avons mentionné, nous faisait soupçonner une affection cancéreuse commençante. On voit bien quelquefois un écoulement fétide n'être que le produit de l'altération du sang retenu pendant plus ou moins de temps dans la matrice, sans qu'il existe d'ailleurs aucun indice d'affection caucéreuse ; mais on voit, dans ce cas là, tous les phénomènes cesser dès que le sang corrompu qui était retenu dans la cavité utérine en est sorti. Ici nous avons encore à tenir compte d'une hémorrhagie qui s'est reproduite à plusieurs reprises : ces pertes sanguines se rattachent souvent à l'affection que nous soupçonnons. La première indication consistant à arrêter l'hémorrhagie qui épuise la malade, on emploie à cet effet le repos dans la position horizontale, les astringens sous toutes les formes et la diète. On a fait usage de ces moyens sur la malade en question ; l'hémorrhagie est maintenant arrêtée, et l'état de la malade paraît amélioré. Les astringens, administrés par la bouche, ont une grande efficacité contre les hémorrhagies en général, et contre les hémorrhagies utérines en particulier.

Une jeune femme, dit M. Fouquier, ayant ses règles, éprouva une émotion vive ; ses règles s'arrêtèrent ; mais peu après une hémorrhagie se déclare ; plusieurs moyens locaux avaient été déjà été employés sans succès, et les jours de la malade étaient en danger. Appelé auprès d'elle, j'ordonne une potion contenant deux gros d'extrait de ratanhia : l'hémorrhagie est immédiatement arrêtée.

On emploie encore avec succès les autres astringens, comme la limonade minérale (composée d'eau de Rabel), qui jouit d'une très grande efficacité dans ces circonstances, ainsi que les pilules composées d'extrait de tannin, gomme kino, etc. On ne doit pas négliger en même temps les moyens externes locaux. Ces moyens sont les injections astringentes, le tamponnement simple ou avec de la charpie ou du coton imbibé de quelque liquide astringent, tel que l'eau végéto-minérale, une dissolution de tannin, de sulfate de zinc, etc.

28 février. L'écoulement qui, à dater des premiers jours du traitement, avait été en diminuant, en se reproduisant de temps en temps, avait complétement cessé, mais la malade se plaignait depuis quelques jours de maux de reins et de coliques, lorsqu'hier elle a rendu un caillot sanguin volumineux par la vulve. On continue les mêmes prescriptions que les jours précédens.

Le 3 mars il n'y a plus d'écoulement du tout, mais la malade est plongée dans une grande prostration.

Du 4 au 10, la malade pâlit de plus en plus et perd graduellement ses forces ; son pouls est insensible ; il survient de la diarrhée avec des coliques.

Le 12 elle succombe.

Autopsie. Les organes contenus dans le bassin ont offert les désordres suivans : en fendant longitudinalement le vagin et la matrice, on a trouvé le col utérin réduit dans toute son épais-

---

sions, la base du cœur couverte tout autour de vermisseaux cylindriques qui l'embrassaient. » (Progymn. phys., 6.)

« Il est sur les chiens et sur quelques autres animaux, plus d'un endroit où naissent des vermisseaux roug âtres de la ténuité des épingles, et d'où ils essaient de sortir pour aller principalement dans les vaisseaux sanguins. » (Morgagni, *loco citato.*)

« Spigel trouva sur une femme épuisée de maigreur quatre lombrics cylindriques assez longs, qui s'étaient insinués dans le tronc même de la veine porte. (Cité et critiqué par Morgagni, *ibid.*)

« Lochner affirme avoir trouvé dans la cavité gauche du cœur d'une petite fille des vermisseaux qui remuaient et rampaient d'une manière étonnante ; ils étaient un peu rouges et égalaient une épingle en grosseur et en longueur. La malade avait éprouvé pendant deux mois des tourmens qu'il décrit ainsi qu'un sentiment d'érosion aux environs de la région précordiale, avec des tremblemens et des palpitations du cœur, l'intermittence du pouls, des défaillances, des sueurs froides et des mouvemens convulsifs. » (Ephém. N. C. cent 8, obs. 1.)

Morgagni, qui connaissait l'exactitude des observations de Lochner, a été forcé d'admettre l'authenticité de ce fait, mais il l'accompagne de la réflexion suivante : « Il aurait été à désirer, dit-il, qu'avant qu'il prononçât que le nid de ces vermisseaux était dans le cœur, viscère peu convenable pour que ces insectes s'y nichent et y séjournent pendant deux mois, à cause de ses constrictions alternatives, qui sont plus fortes lorsqu'il est irrité ; il aurait été à désirer, dis-je, qu'il eût cherché ces érosions et ces indurations de la substance du cœur, que j'ai observées dans des nids de cette espèce, pour voir si par hasard elles ne se trouvaient pas dans les tuniques de quelque vaisseau peu éloigné, de sorte que les vermisseaux auraient pu facilement agir par sympathie sur le cœur, et se transporter enfin à ce viscère, lorsque, pendant la mort ou bientôt après la mort, les vers s'enfuient de tous côtés de leurs nids, comme Vallisnieri l'a noté. » (Epître XXIV, n° 23.) A cette réflexion, l'auteur en ajoute une autre plus importante encore. « Je pense, dit-il, que ceci a eu lieu également dans ce temps sur les chiens et sur les autres animaux, surtout dans les cas où il s'agit, non pas de vermisseau x, mais de lombrics cylindriques des intestins et de l'estomac, qu'on a trouvés en effet quelquefois dans l'intérieur du péricarde. Car ce n'est point par les vaisseaux sanguins, dans les tuniques desquels ces lombrics ne se nichent pas, mais par la voie courte et facile de l'œsophage qu'ils perforent assez souvent de la même manière que les intestins, qu'ils peuvent pénétrer dans le péricarde qui se trouve voisin de ce premier conduit. Je croirai que c'est de cette manière et dans le temps que j'ai indiqué que parvint à cet endroit ce lombric de Baglivi dont parle Leclerc (Hist. lat. lombr., t. 13), ainsi qu'un autre qui, pendant que le célèbre Hebn l'enlevait du cœur où il était attaché, entoura, dit-il, aussitôt ses doigts comme un serpent. En effet, ce dernier lombric existait sur un homme dans l'histoire duquel il n'est question d'aucune incommodité relative au cœur pendant sa vie. » (*loco citato.*)

Dans le compte-rendu des travaux de la Société académique de la Loire-Inférieure, année 1836, on trouve une observation de M. Mareschal relative à un ascaride trouvé dans la poitrine d'un cadavre humain et qui y avait pénétré en perforant l'œsophage, probablement après la mort. Un fait semblable a été observé par Morgagni sur une poule morte. « Je ne prétends pas, dit ailleurs cet auteur, qu'aucun vermisseau ne puisse jamais exister entre les membranes du péricarde, puisque j'en ai trouvé si souvent sur des chiens entre les tuniques de l'aorte. » Ep. XXIII, n° 15.) Un fait plus extraordinaire encore a été observé par M. Owen, de Londres, il y a quelques années ; il s'agit de vermisseaux filiformes rencontrés dans tous les tissus, en particulier dans la substance musculaire de plusieurs sujets morts de fièvre typhoïde. Des échantillons de ces vers ont été envoyés par l'auteur et présentés par M. de Blainville à l'Académie des sciences. Cette observation donne un certain crédit à une autre de Vidius le jeune, qui avait écrit que sur plusieurs sujets morts de fièvre pestilentielle on avait observé des vers dans les ventricules du cœur.

Quant aux cas d'émigration des vers intestinaux à la périphérie du ventre et y formant abcès, ou bien dans la cavité péritonéale, ils sont beaucoup plus fréquens ; j'en ai compté une vingtaine d'exemples dans les journaux français et italiens, seulement pour les trois années de 1836 à 1838. Ces faits étant mieux connus offrent moins d'intérêt pour être ici reproduits. Il est cependant un point de doctrine sur lequel je dois appeler l'attention, je veux parler du mécanisme d'après lequel ces hôtes perforent l'intestin chez l'homme vivant pour s'extravaser dans telle ou telle direction. On avait prétendu que c'était par ulcération, mais ce n'est pas ce qui a lieu ordinairement, puisque l'émigration se fait sans épanchement de matière fécale et sans laisser de trace sur le lieu perforé. D'ailleurs on a saisi sur le cadavre des vers déjà insinués en partie dans la paroi intestinale, et l'on s'est assuré que ce n'était pas par ulcération que la chose arrivait. Les observations de Brera et de M. Delle Chiaje (de Naples), sont péremptoires à ce sujet ; elles apprennent que ces vers agissent précisément comme une aiguille à acupuncture, c'est-à-dire en écartant les fibres organiques sans les rompre. Voici comment s'exprime un élève de M. Delle Chiaje :

« On sait que l'extrémité céphalique des lombrics est munie de trois éminences fort aiguës que l'animal écarte et implante à volonté ; il suce par là sa nourriture. Or, lorsque ces trois éminences sont réunies et implantées sur un seul point, la tête devient dure, forte et résistante, l'animal peut non seulement perforer à l'aide de cette espèce de trompe ou de dent pointue les parois intestinales, mais encore les tissus les plus durs comme les os. Lorsque le domicile intestinal devient peu supportable à l'animal, soit par la présence d'une inflammation, soit par la nature de la matière alimentaire qu'il y trouve, il émigre, il se fraie quelquefois une route nouvelle en perforant l'intestin. Cela peut avoir lieu sans épanchement. » (Il Filiatre Sebezio, 1836.)

On connaît un autre mode d'émigration de ces vers, c'est celui par lequel ils remontent par l'œsophage pour se jeter soit dans les fosses nasales, soit dans la glotte. M. Blandin a, je crois, observé un exemple de ce cas sur une petite fille qui est morte suffoquée, si ma mémoire ne me trompe pas. On en connaît quelques autres pareils. Il paraîtrait même que les anciens connaissaient parfaitement cet accident, puisque Suétone rapporte que Drusus, fils de Claude César, n'ayant pas encore atteint l'âge de la puberté, mourut suffoqué. Les médecins croyaient que c'était par l'action d'un ver qui serait passé du pharynx dans le canal de l'air. (De Duodec. Cæsarib., lib. v, c. 27.)

Je termine cet article par les paroles suivantes de Morgagni, concernant le prétendu ver sous la langue des suj ts atteints d'hydrophobie. On se rappelle qu'il y a quelques années, l'Académie de médecine, plusieurs praticiens des hôpitaux et Dupuytren lui-même se sont laissés extasier par une fable de ce genre racontée par un homme couvert de crachats impériaux.

« On observe généralement, relativement au chien enragé, dit Etmuller, que sous la langue est caché un ver oblong, que quelques uns disent avoir vu eux-mêmes ; si on l'enlève de bonne heure aucun chien ne devient enragé ; mais s'il grossit, la rage survient nécessairement ; ce qui fait que quelques personnes ont l'habitude d'extraire ce ver par précaution ; d'autres pensent que ce n'est pas un vermisseau, mais regardent ce corps comme une petite portion de sang grumeleux, qui s'est ramassé et reste stagnant sous la langue, dans les veines ranines. Je ne décide rien à ce sujet, comme n'étant pas encore suffisamment éclairci. » Je loue la sagesse d'Ettmuller ; et si les autres auteurs l'imitaient, nous aurions moins de fabl s. Je ne doute pas que le passage suivant de Pline (Natur. hist., l. 29, c. 5) n'ait donné lieu à celle dont il est ici question : « Il y a un petit ver sous la langue des chiens, que les Grecs appellent *lytta;* si on le leur ôte quand ils sont petits, ils ne deviennent point enragés, et n'éprouvent pas de dégoût. » — Aromatarius pense que Sextus, pour ne pas parler des autres, embrassa l'opinion de Pline jusqu'à un certain point, car ce philosophe affirme que « l'on trouve des vers sous la langue d'un chien enragé. » (Ep. VIII, n° 34.)

Le globe oculaire est lui-même exposé aux entozoaires ; ce sera le sujet d'un autre article.

ROGNETTA.

seur en un tissu cérébriforme mou, d'une couleur grisâtre, ayant envahi tout le tiers inférieur de l'utérus environ; le reste de cet organe était dans un état normal. La partie supérieure du vagin, dans l'étendue de plus d'un pouce au-dessus du col, était également convertie en un tissu fongueux grisâtre ayant le même aspect que le col. Toutes ces parties étaient baignées dans une petite quantité de pus ichoreux et d'une odeur extrêmement fétide.

La vessie contenait une tumeur cérébriforme du volume d'une noix environ, située dans la partie supérieure gauche, au-devant de l'orifice de l'uretère gauche, qu'elle oblitérait entièrement. Les parois de la vessie étaient sensiblement hypertrophiées; l'uretère gauche était développé et paraissait avoir subi une ampliation considérable. Le rein du même côté était transformé en une sorte de kyste, par suite de la dilatation extrême de son bassinet. Il existait un abcès volumineux dans l'épaisseur du muscle psoas du côté gauche, qui était adhérent à la matrice et à la vessie. On ne trouvait aucun signe d'inflammation ni la moindre trace de pus dans le péritoine. Tous les autres viscères étaient dans un état normal ou n'offraient rien de notable.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation de l'acide iodique.

On doit à M. Bourson le procédé suivant pour la préparation de l'acide iodique.

On prend une partie d'iode, quatre parties d'acide azotique le plus concentré possible, et on les introduit dans un ballon. La couleur de l'iode disparaît très-promptement, surtout si on agit à l'aide d'une légère chaleur, et il ne se vaporise aucune portion de cette substance, comme il arrive lorsqu'on la traite par l'acide azotique mêlé d'acide hypo-azotique. L'acide qui se produit est obtenu sous la forme de petits cristaux blancs grenus. On fait évaporer jusqu'à sec ces cristaux et l'acide azotique qui est en excès dans une capsule de porcelaine : le résidu sec, exposé à l'air libre, attire d'abord l'humidité atmosphérique et prend une consistance sirupeuse; ce nouveau liquide est placé alors dans un lieu où la température est un peu élevée et l'air plus sec, et, au bout de quelques jours, il présente de très-beaux cristaux très-blancs, affectant la forme rhomboïdale.

(*Journ. de Chim. méd.*; février 1842.)

Effet du sirop d'orgeat sur le musc.

M. le docteur Buchner rapporte le fait suivant :

M. le docteur Hanle, à Lahr, prépare, sur la prescription d'un médecin, une mixtion composée avec musc, trente centigrammes (six grains), eau de laurier-cerise quatre-vingt-dix grammes (trois onces), et sirop d'amandes vingt-quatre grammes (six gros). A sa grande surprise, la potion lui fut renvoyée comme n'ayant pas l'odeur du musc, et comme ne pouvant contenir qu'une dose de musc moindre que celle qui avait été prescrite, ou bien comme ayant été faite avec un musc de qualité inférieure. M. Hanle reconnut qu'en effet la mixture avait à peine l'odeur du musc, et cependant il l'avait préparée avec un musc tonquin d'excellente qualité. L'expérience lui apprit bientôt que c'était le sirop d'amandes qu'il en fallait accuser.

M. le professeur Soubeiran a répété l'expérience; l'odeur de trois décigrammes (six grains) de musc a été tellement affaiblie par quarante grammes (une once deux gros) de sirop d'orgeat, que, sur plusieurs personnes non prévenues, les unes ont trouvé à la mixture une odeur très-faible de musc, les autres n'ont pas reconnu l'odeur qui est propre à cette substance.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*; février 1842.)

Médicament anti-épileptique.

M. le docteur Seidel, de Breslau, rapporte que le moyen suivant lui a été communiqué par un pasteur de la Basse-Silésie, qui l'avait longtemps fourni gratuitement aux épileptiques du pays qu'il habitait. Ce moyen consiste simplement dans le moucheron de chandelle de suif que l'on triture avec une petite quantité de poudre de calamus aromaticus et de cannelle, et qu'on administre ensuite à l'époque de trois nouvelles lunes consécutives, chaque fois pendant trois jours, et trois fois par vingt-quatre heures, à la dose d'une demi-cuillerée à une cuillerée à café environ.

M. Seidel, pensant que les parties empyreumatiques et la petite proportion de cyanhydrate d'ammoniaque qui se trouvent contenues dans le charbon végétal et animal pouvaient être considérées comme les principes actifs de cette médication, l'a mise en usage, avec ou sans égard aux phases de la lune, suivant la disposition des sujets à accorder quelque importance à cette particularité, et tantôt il en a retiré des avantages marqués, tantôt, au contraire, il l'a employée sans le moindre succès.

(*Berliner Medicinische Zeitung*; 1841, n° 41.)

Emploi de l'azotate d'argent dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Guidés par les essais dus au docteur Katt (*Organ fuer die gesammte Heilkunde*, 1er vol., 1er cahier), les médecins du 8e corps d'armée, en Prusse, ont tenté l'administration de l'azotate d'argent dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ce médicament fut d'abord donné en dissolution dans l'eau rendue mucilagineuse par le salep, à la dose d'un quart de grain toutes les deux heures, et, selon les circonstances, on éleva cette dose jusqu'à un demi-grain, ou, au contraire, on eloigna les prises.

En même temps, on l'administra en lavement, à la dose de cinq grains dissous dans une suffisante quantité de liquide, en ayant soin de se servir, pour cet objet, d'une canule en caoutchouc assez longue pour que la solution pût parvenir aussi loin que possible dans le gros intestin.

Dans aucun des cas où l'on recourut à cette médication, on ne vit apparaître de symptômes d'une irritation locale; chez plusieurs sujets, au contraire, les évacuations cessèrent bientôt, des crises eurent lieu par les sueurs et les urines, et les malades, qui paraissaient perdus, ne tardèrent pas à revenir à la santé.

Dans deux cas le traitement n'eut pas de succès; mais il est juste de dire que l'examen nécroscopique ne fit découvrir aucune trace d'une action topique du médicament; le canal intestinal ne présentait que les lésions anatomo-pathologiques qui sont propres à cette affection D'ailleurs, comme l'azotate d'argent ne fut donné que dans des circonstances de la plus haute gravité, il est probable que ces deux sujets seraient morts avec tout autre traitement.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 6.)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

SIXIÈME SÉANCE. — *Lecture des compositions.*

Aujourd'hui vendredi (1er avril) M. Huguier a lu sa composition. — Cette première épreuve est terminée.

Lundi prochain (4) commencera la seconde épreuve. Aux jours indiqués (lundi, mercredi, vendredi) MM. les membres du jury et les candidats se réuniront à quatre heures, dans un hôpital, pour l'examen des malades qui devront faire le sujet de la leçon qui aura lieu à cinq heures, en séance publique, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. — Lundi prochain, la réunion aura lieu à l'hôpital de la Charité.

Nouvelles.

Un concours pour une place d'*aide d'anatomie* sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, le 18 avril prochain. Tout élève en médecine sera admis à ce concours. L'aide d'anatomie nommé entrera en exercice le 1er avril 1843.

Un concours pour une place de *prosecteur* aura lieu le 1er août prochain. Les aides d'anatomie seront tenus de concourir. Tout élève en médecine sera admis au concours. L'entrée en exercice aura lieu le 1er avril 1843.

Le registre d'inscription est ouvert tous les jours, au secrétariat de la Faculté, de une heure à quatre heures.

— M. Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut, professeur démissionnaire au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé professeur honoraire dudit établissement.

— Une femme célèbre, Anne-Marie Donne, docteur de l'université de l'Université de Bologne, vient de mourir. Ses talens exceptionnels lui avaient fait conférer la chaire d'obstétrique en cette université. Elle était, en outre, membre de l'Académie bénédictine.

— M. le professeur Bouillaud commencera son Cours de clinique mardi, 5 avril. — Les visites auront lieu tous les jours de 7 à 9 heures, et les leçons de 9 à 10, tous les jours, excepté les jeudi et dimanche.

Monsieur le Rédacteur.

Permettez-moi d'entrer dans quelques explications relatives à la fausse assertion sinon directe, du moins indirecte de M. Cassola, professeur de chimie à l'école militaire de Naples, sur l'eau hémostatique de Monterossi, dont la formule a été envoyée par M. Cassola à M. Julia Fontenelle, qui l'a publiée dans un journal de chimie, et qui a été reproduite dans votre numéro du 26 février dernier, à l'article *Revue thérapeutique.*

Ne pouvant entrer ici dans de longs détails, je me bornerai à rappeler que vous avez eu l'obligeance d'insérer, le 5 mai 1839, ma réponse à un article dans lequel mon nom figurait à propos de l'eau Binelli; vous avez pu voir dans cette réponse pour quelles raisons les hospices civils et militaires de Naples ont été obligés d'abandonner l'usage de l'eau de Monterossi, dont l'emploi a été reconnu dangereux, et pour quel motif M. Monterossi a rendu publique la formule de son eau hémostatique. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mai 1839.) Vous avez pu remarquer aussi que la commission de médecine et de chirurgie de Naples a signé un rapport en ma faveur, et parmi les signatures on trouve celle de M. Cassola, chimiste, qui contredit actuellement ce qu'il a affirmé et signé à une époque antérieure.

Quelle opinion peut-on avoir d'un homme qui se contredit ainsi?... Le public médical est trop éclairé et trop consciencieux pour ne pas se rendre à l'évidence des faits et pour ne point accorder à mes travaux la justice qui leur est due.

Il serait bon sans doute de rappeler à M. Cassola que je possède les certificats qu'il a signés, et que je pourrais au besoin les lui représenter. Que penseront de cela les élèves d'un professeur à qui le défaut de mémoire peut, à des époques diverses, affirmer ou contredire un fait?

Agréez, etc. BROCCHIERI.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, mars 1842.

I. *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius;* par le docteur VOILLEMIER.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont ordinairement le résultat d'une chute, soit sur la paume de la main, soit sur la face dorsale

L'auteur a rencontré deux mécanismes nouveaux suivant lesquels cette fracture se reproduit. La couche de tissu compacte diminue rapidement près de l'extrémité renflée de l'os. Dans une chute sur la paume de la main, quand le radius repose sur la face dorsale du carpe, le radius se brise là où la lame du tissu compacte cesse, les parois fragiles de l'extrémité de l'os fléchissent dans ce point, et le tube solide de tissu compacte pénètre dans le tissu spongieux M. Voillemier donne à cet accident le nom de *fracture par pénétration*. L'obliquité des fractures de l'extrémite inférieure du radius n'est point le fait de la disposition en biseau des fragmens; mais de la pénétration, comme le constatent les altérations que M. Voillemier a trouvées après la mort. Il peut y avoir pénétration réciproque du bord postérieur du fragment brachial, de haut en bas, dans l'epaisseur du fragment carpien et du bord antérieur de celui ci, de bas en haut, dans l'épaisseur de l'autre. A ces deux types de fractures par penétration se rapportent une multitude de variétés.

Par suite de la pénétration, une des deux saillies qui existent sur les faces antérieure et postérieure de l'os, se trouve toujours à un niveau plus élevé que l'autre et on a cru à l'obliquité de la fracture. D'après les recherches de M. Voillemier, l'obliquite et la disposition des fragmens en biseau doit être très-rare. Tel est le premier des deux mecanismes que decrit le jeune et savant chirurgien, l'autre mécanisme est l'*arrachement*, l'ecrasement intéressant toute l'épaisseur de l'os. Le décollement de l'épiphyse n'a lieu lui même que par arrachement Ces arrachements ont lieu surtout quand la main est portée dans l'extension. On doit rapporter à ce mécanisme les fractures dans lesquelles le membre a conservé sa configuration normale, avec absence de crépitation, ne donnant qu'une mobilité obscure dans lesquelles enfin il y a prédominance des symptômes de l'entorse.

Dans le cas où le fragment inférieur a été renversé en arrière, l'axe du membre forme trois plans inclines a angles obtus les uns sur les autres : un pour l'avant-bras, un de ces deux pour la partie postérieure du fragment inférieur; un troisieme pour la face dorsale du fragment inférieur du carpe et du métacarpe. Cette brisure est antero posterieure, il en est une latérale formant trois plans inclinés à angle très-ouvert les uns sur les autres. Le premier s'etend sur le bord radical jusqu'au niveau de la fracture. Là une dépression : le second se dirige légèrement en dehors en suivant l'inclinaison du fragment inferieur et du premier métacarpe le troisième se porte au dedans avec le metacarpe et les doigts La main est légèrement portée en dehors. La tête du cubitus est devenue plus apparente; les bords des fragmens forment relief sur les deux faces de l'avant-bras et un peu au-dessus de l'articulation. La mobilité et la crepitation manquent souvent, ce qui doit être attribué aux conditions spéciales de la fracture, la pénetration empêche la mobilité et par suite la crépitation. Ces signes manquent souvent aussi dans les fractures par arrachement

Dans le cas où le fragment inférieur est renversé en avant, mêmes caractères, mais la saillie de la tête du cubitus est plus marquée en dedans et en arrière et dans la brisure antéro-postérieure, le premier jusqu'au niveau de la fracture; le second descend sur le fragment inferieur, le troisieme se porte en avant sur le corps et le métacarpe. Raccourcissement du radius, diminution du diamètre transversal de l'avant-bras au niveau de la fracture, augmentation du diamètre antéro-postérieur et élargissement du poignet. L'auteur donne la raison anatomique de chaque modification symptômatique qu'il décrit, et c'est avec beaucoup d'intérêt qu'on lit ces détails scientifiques.

Comme il a fait l'historique de cette fracture sous le rapport des signes qui la caractérisent, l'auteur le fait pour le traitement. Mais arrivons de suite aux idées importantes emises dans ces derniers temps. M. Goyrand avait formulé l'indication de pousser l'un vers l'autre les deux fragments. M. Malgaigne comprit qu'il fallait surtout repousser directement en avant le fragment inferieur; il supprima donc le coussinet antérieur de M. Goyrand afin de laisser au coussinet postérieur toute son action. M. Diday, pour sauver les mouvements de pronation et de supination, a proposé l'extension permanente. Aucun appareil ne put favoriser cette précieuse indication. Mais M. Huguier a proposé, pour la remplir, deux appareils très-ingénieux qu'il a récemment communiqués à l'Académie de médecine. L'auteur rappelle ensuite une leçon du professeur Velpeau dans laquelle se trouve décrit un double appareil employé par ce chirurgien. Partant des caracteres anatomiques qu'il a decrits comme appartenant à cette fracture : pénétration, écrasement, arrachement, l'auteur tire cette premiere indication que l'appareil doit être très-simple et les manœuvres de réduction doivent être faites avec une grande réserve. Corriger le renversement en avant ou en arrière du fragment carpien qui constitue presque à lui seul la deformation du membre. A cet effet, saisir les deux fragments et chercher à les replacer dans leur direction normale. Pour vaincre la pénétration des fragments, il faudrait exercer sur la main des tractions qui ne seraient pas innocentes. Négliger le raccourcissement de l'os quand il est peu considérable. Ainsi 1° combattre les symptômes inflammatoires par les antiphlogistiques ou les résolutifs Repos de l'articulation, etc., comme s'il s'agissait d'une entorse; 2° maintenir le fragment inférieur dans la position qu'on lui a donnée en réduisant la fracture, en plaçant, comme l'a proposé M. Malgaigne, sur le fragment inférieur, du côte où le déplacement a de la tendance à s'opérer, une compresse epaisse dont l'action soit directe et sans force opposee qui la contrebalance sur l'autre face du membre. Telles sont les données du simple appareil que M. Voillemier decrit avec quelques details.

On evitera l'obstacle au retour rapide des mouvemens qui ordinairement réside dans l'appareil employé pour la guérison de la fracture. Un reproche adressé aux appareils à extension permanente, c'est de comprendre toutes les articulations de la main, toutes celles du poignet et du coude. Ce reproche s'adresse surtout aux appareils inamovibles. L'appareil disposé, comme le propose M. Voillemier, laisse libres les articulations, et, par cela seul, est exempt de reproches adressés aux autres appareils.

II. *Mémoire sur l'épidémie de typhus qui a régné à Reims, en 1839 et 1840;* par le docteur LANDOUZY (2e article, *Anatomie pathologique).*

M. Landouzy a trouvé, dans l'ouverture de six cadavres, l'exception aux principes absolus, dit il, posés tout récemment dans la pathologie, par MM. Valleix, etc., sur l absence complète de lésions intestinales dans le typhus épidémique. M Valleix répond à M. Landouzy, dans une note, qu'il faut distinguer plusieurs espèces de typhus; que, pour lui, le *typhus fever* d'Angleterre n'est pas la même maladie que le typhus des prisons. Or, c'est dans le *typhus fever* qu'il a signalé comme constante l'intégrité du tube intestinal. Les lesions intestinales que le professeur de l'école de Reims a trouvées étaient celles de la fièvre typhoïde. Aucune lésion de la rate.

M. Landouzy établit un parallele au point de vue du diagnostic différentiel, entre l'épidémie qu'il décrit et la fièvre typhoïde. Les éléments différentiels ont été la cause qui a résidé dans l'encombrement, la stupeur plus prompte et plus prononcée; le délire plus prompt, plus fréquent mais moins agité; l'absence de lividité fuligineuse des lèvres, d'encroûtement des dents; l'absence de symptômes abdominaux, constipation plus fréquente, petéchies plus nombreuses, plus marquées; sudamina moins fréquens; odeur de souris très-prononcée; contagion constatée de l'épidémie.

Identité parfaite entre le typhus de Reims et celui d'Amérique en mettant à part les altérations du tube digestif; puis, ressemblance frappante avec le *continued fever* de la Grande-Bretagne sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie.

Dans le parallèle établi par l'auteur entre le typhus de Rheims et la fièvre jaune, il signale comme caractères différentiels l'existence des symptômes nerveux observés dans l'épidémie qu'il a decrite. Bourdonnements d'oreille, dureté de l'ouïe, nuls dans la fièvre jaune. Absence de hoquet, de vomissemens noirs, de selles hémorrhagiques dans le typhus.

Traitement La saignée générale dès le début et quelquefois répétee, les sangsues aux apophyses mastoïdes ont eu peu d'influence sur les symptômes. L'auteur cite les diverses opinions des auteurs sur l'efficacité des saignées qui ont été employées dans les épidémies de typhus. Il dit qu'à Reims, les saignees n'ayant pas été employées de maniere à constituer une méthode de traitement, elles ne peuvent être invoquees pour juger la question.

Les révulsifs cutanés ont paru diminuer les symptômes cerebraux, dans la période de prostration ils relevaient les forces des malades. Les purgatifs et les laxatifs n'ont pas modifié la marche de l'affection. Le vin de Bordeaux a été utile aux malades comme tonique ainsi que l'avait eté pour Pinel, atteint d'un typhus qu'il avait contracté à Bicêtre, un excellent vin d'Arbois, de sept ans, à petites doses très-rapprochees. L'ipecacuanha associé au tartre stibié et administré toutes les fois que les nausées existaient, a produit un bon effet, le dégoût pour les boissons disparaissait.

III. *Du traitement des névralgies par les visicatoires volans appliqués sur les principaux points douloureux*; par M. VALLEIX.

Depuis Cotugno le vésicatoire est employé contre la névralgie sciatique Cette médication prit un peu d'extension, et dans ces derniers temps elle prit le nom de méthode endermique, unissant à l'action du vésicatoire, celle d'un médicament narcotique.

Tel était l'état de la science, lorsque M. Valleix eut l'idée de placer le vésicatoire volant sur tous les *foyers de douleur*

Effets du vésicatoire. Dans les deux tiers des cas dans lesquels cette médication a été employee, vingt-quatre heures ont suffi pour procurer une diminution notable dans tous les symptômes. Sur quarante-neuf cas, il n'en est que trois dans lesquels M. Valleix n'ait pas obtenu une guérison complète. La durée du traitement, dans la moitié des cas, a varié de deux à six jours; la plus longue durée moyenne ensuite a été de 9 jours. Telle est l'efficacité du vésicatoire dans les cas dont il s'agit que M Vailleix demande si, dans l'application de la morphine, par la méthode endermique il ne faut pas attribuer à l'exutoire la plus grande part des guerisons. Le soulagement que procure l'application des ventouses scarifiees n'est que momentanée. Le moyen aussi bien que la cautérisation et les frictions irritantes doivent leur action à l'irritation violente produite dans le derme.

L'action narcotique des sels de morphine sera toujours très utile quand il s'agira de calmer instantanément des douleurs atroces. Lorsque la névralgie paraît tenir à un embarras des premières voies, on aura recours à la méthode évacuante; lorsqu'elle est intermittente, aux anti-périodiques.

Application des vésicatoires volans. M Valleix a adopté pour règle de conduite d'attaquer en même temps les principaux points douloureux.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. (Mars 1842.)

I. *Considérations sur la grippe régnante et sur son traitement.* — Cette note n'est que la reproduction des idees que nous avons émises dans le numéro 29 (8 mars. — Voyez ce numero)

II. *Observations pratiques sur l'emploi du sulfate d'alumine dans le traitement de quelques angines gutturales;* par M. C. PERRIN, médecin à Lyon.

L'efficacité du sulfate d'alumine contre les inflammations chroniques de la bouche et de l'arrière bouche, est aujourd'hui un fait bien constaté. Depuis près de dix ans, M. Velpeau en obtient les résultats les plus avantageux dans son service à l'hôpital de la Charité. On sait en outre que M. Pétrequin a étendu cette médication au traitement de quelques surdités qui reconnaissent une origine gutturale. Mais ce qui n'est pas aussi généralement admis, c'est l'efficacité de cet agent thérapeutique contre les angines aiguës. Or, M. Perrin dit avoir observé plusieurs cas de ce genre dans lesquels le sulfate d'alumine a procuré les plus heureux résultats; il cite entre autres deux observations détaillées qui paraissent assez concluantes. D'où il conclut que la plupart des angines gutturales, même aiguës, celles surtout qui se développent si fréquemment dans les villes brumeuses et humides, peuvent être très avantageusement modifiées par l'usage du sel dont nous parlons.

L'auteur emploie le sulfate d'alumine avec du sucre à parties égales; M. Pétrequin combine quatre parties de ce sel avec une de sucre; quant à M. Velpeau, on sait qu'il l'administre peu. « Je ne crois pas, dit M. Perrin, que ces différences soient bien importantes; mais une remarque qu'il est bon de faire avec M. Pétrequin, c'est que lorsqu'on pratique l'insufflation avec un tuyau de plume, moyen qui, je crois, est le plus convenable, il est nécessaire de faire parvenir le bout de ce tuyau au moins jusqu'au niveau de la luette, car au moment de l'insufflation, s'il se trouvait en avant, le voile du palais, par un mouvement brusque et instantané, boucherait le passage, et la poudre, donnant contre sa face antérieure, n'arriverait pas dans l'arrière-bouche, tomberait sur la langue, et l'effet serait manqué. En résumé, d'après les observations qui me sont propres, comme d'après celles de plusieurs autres auteurs, il est constant que le sulfate d'alumine, employe d'une manière convenable et opportune, jouit d'une efficacité prononcée, non-seulement dans les angines chroniques, mais encore dans quelques angines aiguës et très-intenses. »

III. *Sur l'emploi répété du vomissement dans le traitement du croup confirmé.*

Ce travail est une analyse du mémoire de M. Marrotte, publié dans le premier numéro de la *Gazette médicale* de cette année, et dont nous avons donné un résumé dans notre revue du 1er mars.

IV. *De la valeur respective de certains appareils à fracture, et de l'époque la plus convenable pour leur application;* par M. ESPEZEL, medecin à Esperaza (Aude).

On a tant écrit depuis quelques années sur le traitement des fractures, que nous croyons pouvoir nous dispenser de donner une analyse de ce travail qui, quoique très-intéressant, ne renferme pourtant rien de nouveau.

V. *Sur la nature et la thérapeutique de l'érysipèle, et sur l'emploi d'un topique spécial dans cette maladie;* par M. VELPEAU.

Ce travail est extrait en entier des *Annales de la Chirurgie française et étrangère.* (Fevrier 1842) Nous en avons déjà donné une analyse détaillée dans notre précédente revue.

VI. *Cas de pustule maligne très-grave, guérie par l'emploi du quinquina à haute dose, à l'intérieur et à l'extérieur;* par M. A. MICHEL, médecin à Barbentane (Bouches-du-Rhône).

Nous croyons devoir rapporter cette observation avec tous ses détails.

Le 20 mai 1841, se présente à mon service de l'hôpital, Thérèse Dandelle, âgee de 45 ans. Cette malheureuse portait depuis cinq jours, à la main droite, une énorme pustule maligne qu'elle avait considérée jusqu'alors comme une bagatelle, et qu'elle avait contractée en faisant des frictions sulfureuses sur un chat dartreux. Ce ne furent que le gonflement et les douleurs du bras qui la decidèrent à réclamer les secours de l'art. Voici l'état des parties le jour de son entrée à l'hôpital. Un gros tubercule rénitent, brunâtre, entouré de phlyctènes noires et livides, occupant tout le dessus de la main. Les doigts, gonflés, engourdis, violets, étaient comme frappés de gangrène sénile Du poignet jusqu'à l'epaule, se succédait une traînée de vésicules citrines, entourées d'une aureole de mauvais aspect. Le membre malade répandait une odeur fétide et cadavéreuse dans toute la salle. Dejà le mal avait pris un caractère tellement dangereux, que je regardai la mort comme imminente. Le pouls était petit, concentré, quelquefois intermittent. Déjà antérieurement affaiblie par la misère et les privations, la malade offrait une de ces constitutions ruinées que le mal fait encore ressortir davantage. Pouvant à peine se soutenir, Thérèse tomba plutôt qu'elle ne se précipita sur le lit qu'on venait de lui préparer. L'on eût dit que véritablement elle allait expirer. Sa figure pâle, exprimant la souffrance et l'anxiété, se couvrait tantôt de rougeur, tantôt de sueur froide. A ces symptômes, déjà si alarmants, se joignaient encore des vertiges, des convulsions, un assoupissement profond, un délire taciturne et une stupéfaction très voisine du narcotisme.

Toutes les pustules du bras, ouvertes par la lancette, laissaient échapper un liquide jaune âcre, puant. Le mal présentait un caractère gangréneux, profond, accompagné d'étranglemens; il fut fait une incision cruciale au centre de la tumeur; il s'échappa un ichor abondant. La plaie fut abstergée et lavée à plusieurs reprises avec le chlorure d'oxide de sodium, puis bien séchée avec un linge fin et chaud, elle fut ensuite cautérisée avec la potasse caustique. Le tout fut ensuite recouvert d'un cataplasme composé avec du quinquina en poudre, du camphre et du jus de citron. La malade était dans un tel état de prostration des forces, qu'à peine ressentit-elle de la douleur de toutes ses manœuvres. Cet etat de calme apparent n'était pas de bon augure. Effrayé, avec juste raison, de cette somnolence des sens, de ce regard hébéte, et consultant nos souvenirs et nos livres, nous eumes recours au procéde dont M. Breschet s'était si heureusement servi dans un cas à peu près semblable de pustule maligne compliquée de symptômes ataxiques graves. Voici la formule que nous employames :

Eau de tilleul, — 5 onces (150 grammes),
Tartre stibié, — 6 grains (30 centigrammes),
Sirop diacode, — 3 gros (12 grammes),
Essence d'anis, — 2 gouttes,

à prendre par cuillerée, de deux heures en deux heures. Ce médicament, dont nous ne pouvons que nous féliciter en cette circonstance, produisit le soir même des vomissemens et des selles; la nuit se passa d'une manière assez satisfaisante. Vu son état de maigreur et d'asthénie, la malade fut mise ensuite aux bons bouillons gras, aux fécules, aux purées, et à l'usage du vin et du sirop de quinquina; et, pour boisson, à l'eau ferrugineuse sucrée. Par la suite on arriva aux potages, aux viandes grillées et à l'eau rougie par du vin vieux.

Malgré tous nos soins, le mal faisait des progrès. L'agent septique inoculé devait être bien puissant, puisque deux autres pustules malignes, semblables à celle de la main, prirent naissance sur l'avant-bras, et nécessitèrent des incisions et des cautérisations nouvelles. Les reins, la hanche et la cuisse, d'où la malade avait eu l'imprudence d'approcher son bras pendant la nuit, se couvrirent de mille petits boutons érysipélateux. Disons, pour abréger ce tableau, que la gangrène du bras ne s'arrêta qu'après avoir dévoré tout le tissu cutané et cellulaire, qu'à chaque pansement quelques lambeaux de chair se détachaient de cette fonte putride du tissu lamineux inter-musculaire, et que plusieurs hémorrhagies ne me laissèrent pas sans inquiétude.

Mais, grâce à l'usage des cataplasmes de quinquina, de camphre et de jus de citron, et au renouvellement fréquent de linge et de charpie trempés aussi dans une teinture de quinquina, tantôt dans du rhum pur, tantôt dans du chlorure d'oxyde de sodium, la malade s'est tirée d'affaire et a conservé un membre dont l'amputation paraissait inévitable. Il est vrai de dire que la déperdition de substance fut énorme quand la nature eut établi une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades, que les trois escarrhes se détachèrent, que la putréfaction s'empara des tissus graisseux, et que la suppuration établie eut éliminé les parties frappées de mort. Aussi ce n'est qu'après plus de quatre mois de séjour à l'hôpital que Dandelle en est sortie parfaitement rétablie, sauf que son bras et la main, privés de la souplesse de leurs mouvemens, ne reprendront qu'à la longue leur élasticité primitive.

Clinique des Hôpitaux des Enfans.

I. *Leçons de clinique sur les maladies des enfans*; par le professeur Trousseau; recueillies par M. Lhommeau, interne.

De la Coqueluche. (Suite.)

Symptômes du décours. Les enfans toussent de moins en moins, la matière des vomissemens devient puriforme; puis tous les symptômes qui existaient diminuent et les accès s'éloignent de plus en plus. Les maladies qui peuvent compliquer la coqueluche (fièvre typhoïde, scarlatine, etc.) font disparaître ses caractères spéciaux, qui reparaissent quand les accidens de la fièvre intercurrente ont eux-mêmes disparu. Un catarrhe aigu produit cet effet. En serait-il ainsi si la coqueluche n'était elle-même qu'une inflammation des bronches? Il est des accidens qui expriment comme une sorte d'exagération de la coqueluche (pneumonie, tuberculisation), et qui en sont fréquemment la suite.

La congestion de la face est un accident inhérent à la coqueluche pendant les quintes. Alors les enfans sont dans un état demi-apoplectique. L'*épistaxis* est une conséquence de cet état. On a vu l'hémorrhagie se faire par une ulcération qui siégeait au-dessus de l'œil. Dans nos salles, dit le professeur, se trouve un petit enfant qui a rendu des larmes de sang. Il a rarement observé les convulsions chez ses malades.

Traitement. Lorsqu'il n'y avait pas de fièvre, nous avons essayé l'emploi des vomitifs, comme le conseille Laënnec. Amélioration pendant un ou deux jours; quelquefois aucun changement. Les *antiphlogistiques* ne conviennent pas.

Révulsifs. Pommade d'Autenrieth en frictions sur la poitrine, en avant et en arrière. A la suite de ces frictions on voit survenir, vers les parties génitales, des pustules qui ressemblent aux pustules muqueuses de la vérole. M. Bretonneau attribue cet accident à ce que les enfans, après s'être grattés, transportent sur les parties génitales des cristaux de tartre stibié. La fièvre stibiée, comme toute autre, suspend les phénomènes de la coqueluche; mais, pour que l'amélioration persiste, il faut renouveler ce moyen

Les médicamens qui s'adressent à l'élément nerveux (solanées vireuses, etc.) diminuent les quintes. Ce sont le sirop et la teinture, à la dose de 2 ou 3 gouttes, plusieurs fois par jour, qui sont préférés. Il faut se mettre en garde contre le développement du délire qui peut survenir contre toute attente. Comme la belladone, l'opium modère les quintes; il en est de même de la valériane, etc. M. Bretonneau a une grande confiance dans le bismuth. On a recommandé aussi l'oxide de zinc, les sulfureux; Eaux Bonnes, les pastilles de soufre, l'acide sulfydrique dans l'eau, etc.

II. *Quelques considérations sur le muguet des nouveau-nés et sur le céphalœmatome; en un mot, sur le pouls des enfans nouveau-nés*; par M. Valleix.

L'auteur rappelle avec quelle incrédulité on accueillit, il y a quelques années, cette proposition générale émise par lui: *Que le muguet est une maladie secondaire qui survient dans le cours d'une entérite.* A l'appui de cette opinion, il cite celle de M. Double, qui, dit-il, a très-bien montré que la *stomatite pseudo-membraneuse* est évidemment sous la dépendance d'une affection du tube intestinal. Ici l'auteur demande à ceux qui lui ont fait des objections de répondre par des faits observés avec le même soin que ceux dont son ouvrage est le résumé analytique et raisonné. Dans une réplique à MM. Blache et Guersant, il entre dans une discussion très-intéressante sur la constitution des sujets comme cause de cette maladie, sur la question de savoir si la *stomatite pseudo-membraneuse* est une maladie purement locale, si elle peut être idiopathique, si elle peut survenir dans le cours d'autres maladies que celles du tube digestif? Il n'a pas, dit-il, observé de faits de ce genre.

Dans un compte-rendu de la clinique de M. Trousseau, on lui a reproché d'avoir décrit le muguet comme une maladie excessivement grave, tandis qu'à l'hôpital Necker on sauve le plus grand nombre des malades. Il répond que la différence vient de ce que l'on a suivi avec succès dans cet hôpital les conseils qu'il a donnés lui-même.

Céphalœmatôme. Répondant aux objections qu'on lui a faites, il dit qu'elles prouvent seulement que le céphalœmatôme peut avoir d'autres causes que la constriction exercée par le col sur la tête du fœtus au moment du passage, mais que celle ci n'en est pas moins presque la seule.

Pouls des enfans. Sur ce terrain, M. Valleix se retrouve en opposition avec M. Trousseau. M. Trousseau a trouvé des nombres à peu près identiques à ceux qu'avait indiqués M. Billard; mais, malgré l'ensemble de précautions plus grandes de la part de M. Trousseau, il n'en a pas moins compris dans ses nombres des enfans qu'il avait explorés pendant qu'ils étaient éveillés, et qui a suffi pour faire dépasser à la moyenne le véritable chiffre.

Examinateur médical, 15 mars.

Sur le cathétérisme et en particulier sur une nouvelle méthode de cathétérisme forcé dans les hypertrophies de la prostate; par Aug. Mercier.

L'hypertrophie de la prostate ne rétrécit jamais le canal, au contraire, elle l'élargit presque toujours. Les résultats de cette hypertrophie sont très-souvent une déviation, et il faut bien distinguer les déviations qui ont lieu au centre de la portion prostatique et celle qui ont lieu au col de la vessie. Les premières sont produites par l'hypertrophie centrale de l'un des lobes latéraux. Si l'hypertrophie existait au même degré sur les deux lobes, il n'y aurait pas de déviation. — Les secondes sont produites dans la grande majorité des cas, par un développement de la portion sus-montanale (*moyenne* des auteurs); mais quelquefois aussi par les lobes latéraux. M. Mercier donne l'explication de ces dénominations.

Quant aux moyens de les franchir, on ne peut employer que deux sortes de sondes, les *courbes* et les *coudées*. — La sonde *courbe* que l'auteur préfère est confectionnée comme il suit: il faut qu'à partir de huit centimètres de son extrémité vésicale, cette sonde soit courbée à peu près régulièrement, de manière que la tangente à la dernière partie de la courbure fasse, avec le prolongement idéal de la portion droite, un angle de 100 à 110 degrés, c'est-à-dire un peu plus ouvert que l'angle droit. Les sondes *coudées* dont M. Mercier se sert le plus sont droites dans presque toute leur longueur; seulement à 12 ou 16 millimètres de leur extrémité vésicale, elles se recourbent de manière à former un angle un peu plus grand que le droit (100 à 110 degrés).

Dans tous les cas, les sondes doivent être bien arrondies par le bout; en outre, comme le canal a presque toujours augmenté de largeur, il est bon de les employer d'un fort calibre, 6 et même 8 millimètres de diamètre.

Lorsque l'instrument est arrêté par le développement central de l'un des lobes latéraux qui repousse le canal du côté opposé, M. Mercier conseille, après qu'on a contourné le bord inférieur de la symphyse pubienne, qu'on l'a accrochée, pour ainsi dire, avec la concavité de la sonde, d'élever verticalement la tige de l'instrument pour attirer son bec contre la paroi antérieure; ensuite, pendant qu'on rapproche doucement le pavillon des cuisses du malade, il faut presser avec la main gauche sur la convexité de la sonde, à travers les téguments du périnée, de manière à pousser son extrémité vers la vessie. Sans cette précaution, l'abaissement du pavillon pourrait n'avoir d'autre effet que de faire arcbouter le bec contre la paroi antérieure de la région prostatique.

Lorsque l'obstacle existe au col, M. Mercier conseille de ne jamais abandonner, autant que possible, la paroi antérieure de l'urètre, puisque, dit-il, on a tout lieu de croire qu'on n'y rencontrera pas d'obstacles, tandis qu'il en existe si souvent en arrière; c'est pour cela que les sondes à courbure prononcée sont toujours préférables. Ensuite, comme les tumeurs postérieures sont assez souvent un peu à droite ou un peu à gauche de la ligne médiane, et que, dans les cas mêmes où elles se trouvent précisément au milieu, elles doivent, en raison de leur forme arrondie, presser plus fortement sur la partie moyenne du bord antérieur du col que sur les côtés, il est bon, si on ne pénètre pas immédiatement, d'incliner légèrement le pavillon, tantôt à droite, tantôt à gauche, afin de diriger le bec dans le même sens. C'est par cette manœuvre que l'auteur a réussi plusieurs fois dans des cas où tout autre avait échoué.

M. Mercier regarde le cathétérisme forcé, tel qu'il a été employé jusqu'à présent, comme étant, dans les hypertrophies de la prostate, une méthode presque toujours infidèle, le plus souvent dangereuse, et, dans bien des cas, mortelle. Il lui préférerait même la ponction au dessus du pubis, s'il ne possédait un moyen presqu'infaillible d'éviter l'emploi de ces moyens.

Supposons, dit-il, que le centre de la portion prostatique de l'urètre soit dévié soit à droite, soit à gauche, par l'hypertrophie d'un des lobes latéraux et que les sondes ordinaires ne puissent passer au delà, voici comment je procède: fondé sur ce que les parois antérieure et postérieure de cette région n'ont pas abandonné la ligne médiane et sur ce que son diamètre recto-pubien a augmenté selon toute probabilité, je prends ma sonde-coudée et je l'introduis jusqu'à l'obstacle. Alors je rapproche la tige de l'axe du tronc et je pousse, non pas dans le sens du bec, mais de manière que le dos de la portion recourbée marche en avant. On conçoit que, de la sorte, il est *impossible* de faire une fausse route, et qu'on peut toujours, sans danger, employer une force suffisante pour triompher de l'obstacle.

Même procédé lorsque c'est au col de la vessie que les sondes ordinaires se trouvent arrêtées. Je commence par rappeler que je n'ai jamais rencontré de saillie au-devant de l'orifice vésico-urétral, et qu'il est, par conséquent, de toute probabilité qu'il ne s'en présentera pas au bec de l'instrument. J'introduis celui-ci jusqu'à l'opercule, et alors la tige se trouvera très rapprochée de l'axe du tronc; puis, sans m'inquiéter si c'est en arrière ou sur les côtés que l'opercule a son point d'origine, je pousse directement, en portant tant soit peu le bec en avant, et j'arrive infailliblement et sans risque dans la vessie, parce qu'il est impossible qu'avec le dos de mon instrument je ne parvienne pas à soulever la tumeur ou valvule qui ferme le canal. On sent qu'avec une courbure moins prononcée on perdrait ces avantages, parce qu'alors ce serait le bec qui marcherait en avant, comme cela a lieu avec les sondes ordinaires; on sent qu'on les perdrait également, si, avec une courbure aussi forte, le bec était plus long, parce que la longueur de ce bec ne lui permettrait pas de se placer ainsi dans une direction presque perpendiculaire à l'axe du canal, de manière à se présenter par son dos à l'obstacle. Ainsi, ajoute l'auteur, je pratique le cathétérisme forcé, mais d'après des principes tout autres qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

En résumé: « 1° Quand on a à sonder un malade affecté d'engorgement de la prostate, on doit toujours, sauf les cas où l'on a lieu de soupçonner quelque fausse route, commencer par une sonde courbe, parce qu'elle est plus facile à manier et qu'elle fatigue moins le patient que toute autre, mais on ne doit jamais user de force avec elle. — 2° Si elle est arrêtée au centre de la portion prostatique, on dirige son bec alternativement à droite et à gauche, ou bien on lui fait suivre la paroi postérieure, ou plutôt encore la paroi antérieure, en même temps qu'on le fait marcher directement vers la vessie. — 3° Si ces manœuvres exécutées avec douceur ne réussissent pas, on introduit une sonde-coudée jusqu'à l'obstacle, on rapproche la tige de l'axe du tronc, puis on la pousse directement et avec une certaine force, si cela est nécessaire. — 4° Lorsque c'est au col de la vessie que la sonde courbe est arrêtée, il faut toujours, autant que possible, porter son bec en avant; il est même souvent utile de le diriger en même temps un peu de côté et d'autre. — 5° Si on ne réussit pas de la sorte, on doit avoir encore recours à la sonde-coudée. On l'introduit jusqu'à l'obstacle, et comme la tige se trouve alors très rapprochée de l'axe du tronc, il suffit, pour pénétrer dans le réservoir urinaire, de la pousser directement avec une force suffisante, en même temps qu'on porte doucement son bec vers la symphise en abaissant de plus en plus le pavillon. — Avec ces principes et quelque habitude, on ne rencontrera, je pourrais presque dire jamais, de ces réfractaires, et on aura moins souvent encore à déplorer ces accidents graves qui peuvent compromettre la vie des malades. »

Gazette médicale de Paris, N[os] 11 et 12. (Mars.)

I. *Note sur une épidémie de fièvre typhoïde, tendant à prouver que cette maladie est contagieuse*; par M. Berland, d'Agé.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a cru à la contagion de la fièvre typhoïde. Dans le siècle dernier, Pringle, Hildenbrand, Strack, Rœderer, Wagler et d'autres ont soutenu cette opinion que défendent encore de nos jours plusieurs praticiens distingués.

L'épidémie dont il est question dans cette note a sévi à Saint-Laurent et aux environs (Saône-et-Loire), depuis le mois de décembre 1839 jusqu'au mois de février 1840. L'auteur mentionne plusieurs faits; en voici un résumé: « La maladie éclata chez un nommé Gaillard, dans une maison isolée et très-nombreuse; les malades étaient fréquemment visités par d'autres Gaillard, leurs parens, du village de Revillées, distant de deux kilomètres; ces gens gagnent la maladie et la propagent dans leur village, où elle n'existait pas. Toujours de la même maison Gaillard part un domestique qui porte la maladie à Montaillon, à trois kilomètres de distance. De Montaillon, la maladie est transportée au village des Cernins par la fille Robin, qu'on transfère chez son frère, qui habitait ce village. Ainsi la maladie a sévi dans trois hameaux principaux: aux Revillées, à Montaillon et aux Cernins. De ces villages elle a été transportée dans quelques maisons isolées, mais toujours par des rapports d'individus sains avec des malades. »

D'après tous les faits qu'il rapporte, M. Berland croit pouvoir conclure que la fièvre typhoïde est contagieuse, et qu'elle se transmet d'autant plus facilement que les rapports d'individus sains avec les malades ont été plus fréquens et plus assidus.

Nous ne pouvons passer outre sans observer que plus d'un praticien ne sera pas entièrement convaincu après la lecture du travail de M. Berland. Il faut bien le dire, pour décider de pareilles questions, il faut autre chose que des chiffres et une nomenclature pure et simple de faits: chaque observation devrait être entourée de détails minutieux dont l'auteur connaît aussi bien que nous toute la portée.

Quoi qu'il en soit, M. Berland « croit, avec M. Gendron du Loir, que la fièvre typhoïde peut se transmettre de quatre manières différentes: 1° directement et immédiatement par le contact des malades, ou médiatement par le séjour dans leur atmosphère; 2° indirectement à la suite de rapports immédiats avec les individus qui approchent les malades, ou de rapports immédiats avec les effets qui leur ont servi. Ces quatre modes sont, quant à la fréquence, dans une progression successivement décroissante.

II. *Mémoire sur quelques restaurations de la face*; par M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A. *Région auriculaire. — Otoraphie.* — On s'est beaucoup élevé contre les sutures dans les restaurations de l'oreille. « Les observations suivantes, dit l'auteur, montrent que cette crainte est illusoire et qu'il convient toujours d'essayer la réunion, quelle que soit l'étroitesse du lambeau qui attache encore l'auricule à sa base, d'autant mieux qu'aucun muscle ne peut ici, par ses contractions, former obstacle aux efforts de la nature. »

Observ. 1[re]. — Un homme fait une violente chute sur le côté de la tête, qui porte sur le bord tranchant d'une table; l'oreille se trouve largement divisée. Le lendemain de l'accident, M. Pétrequin constate une longue plaie irrégulière et fortement contuse, qui divise tout le pavillon à sa racine, en passant par la conque; l'auricule ne tient plus que par deux prolongemens étroits, l'un au lobule, l'autre au tragus, de sorte qu'il tombe vers la joue. — Les bords de la plaie sont rafraîchis et réunis en cinq endroits par la suture à points passés. Le cartilage est compris avec les tégumens dans les anses de fil. — Peu de temps après, la partie opérée était dans un bon état.

Observ. 2[e]. — Chez ce second malade, toute la région auriculaire gauche, de l'os malaire à l'apophyse mastoïde, est le siége d'une ulcération profonde, irrégulière, de mauvais aspect et baignée par une suppuration abondante et fétide. Le pavillon est tuméfié outre mesure; le lobule, détaché de ses adhérences, est d'une longueur insolite et reste pendant sur les côtés du cou jusqu'à l'angle maxillaire. — Par un traitement approprié, on parvint à améliorer l'état général et local du sujet. L'ulcère finit par se cicatriser; mais le lobule restait toujours mobile et pendant. — M. Pétrequin « raffraîchit le bord interne du lobule, creusa un petit sillon dans la partie correspondante de la région parotidienne, et trois points de suture maintinrent les parties en rapport. Le premier appareil fut enlevé le quatrième jour. Le 5 janvier, la cicatrisation paraissait assez solide: du large ulcère il ne restait plus qu'un point suppurant. Le malade demanda sa sortie de l'hôpital.

B. *Région mentonnière. — Résection partielle du maxillaire*

inférieur. — Chacun sait qu'en pareil cas la médecine opératoire ne peut formuler de préceptes absolus. C'est suivant la nature, le siége et l'étendue de l'affection de l'os que le chirurgien doit modifier le procédé opératoire. Voici comment s'est comporté M. Pétrequin, dans un cas qu'il rapporte :

Observ. 3e. — Un homme, âgé de trente ans, est affecté d'une tumeur douloureuse au toucher, arrondie, large comme un écu de cinq francs, qui embrasse toute la saillie du menton. Le chirurgien pratique sur la ligne médiane une première incision verticale, à partir de 4 lignes (9 millim.) du bord labial, qui reste intact, jusqu'au-dessous de la symphyse du menton. Une deuxième incision transversale est pratiquée sous la base de la mâchoire; en suivant la direction de l'os dans une étendue de plus de 2 pouces (55 millim.), de manière à former avec la première un ⊥ renversé. On obtint ainsi deux lambeaux, qui furent disséqués et relevés de chaque côté, ce qui mit largement à découvert les parties malades, dont on put déterminer les limites. Dans un deuxième temps, après avoir reconnu l'étendue de la conversion fongueuse de l'os, on la circonscrivit avec le ciseau, et on la détacha. — Quant au pansement, M. Pétrequin restaura les bords de l'incision verticale; puis, comme elle devait donner issue à la suppuration, il les rapprocha mollement, après avoir placé entre eux une mèche de charpie pour y ménager une ouverture déclive. L'incision sous-maxillaire fut réunie immédiatement par deux épingles et la suture entortillée. M. Pétrequin trouve à la forme qu'il a donnée à l'incision des tégumens les avantages d'éviter d'entamer le bord libre de la lèvre, de n'avoir qu'une seule cicatrice visible, car l'incision horizontale peut être facilement masquée par la barbe.

C. *Région labiale.* — *Cheiloraphie.* — *Observ.* 4e. — Une jeune fille, âgée de dix ans, est affectée d'un bec de lièvre pour lequel elle a déjà été opérée une fois sans succès. L'écartement des deux moitiés latérales de la lèvre est considérable et laisse à nu trois dents incisives. Les vestiges du lobule médian, qui est rudimentaire, sont relevés et complètement adhérens à la mâchoire. La voûte palatine est un peu déformée; l'os intermaxillaire est projeté en avant; et deux des trois incisives précitées, implantées obliquement dans les alvéoles, sortent de la bouche. Les ailes du nez sont écartées et tirées en haut, de même que les commissures labiales, de telle sorte que les angles externes des yeux sont relevés vers le front.

Procédé opératoire. — « Ne pouvant refouler les alvéoles ni les dents, dit M. Pétrequin, je fus obligé de pratiquer l'avulsion des deux incisions qui faisaient le plus de saillie, et qui auraient nui à la guérison en tenant tendue la lèvre qu'elles auraient coupée. Le lobule médian ne pouvait servir à la restauration, vu ses adhérences et son étroitesse, et le tissu de cicatrice dont il était traversé. Je pratiquai une incision transversale, d'une aile nasale à l'autre, pour régulariser la section des parties; j'enlevai ensuite la petite portion du lobule comprise au-dessous; puis je disséquai les moitiés latérales de la lèvre, et les détachai des fortes adhérences qui les unissaient à la mâchoire, ce qui en facilita beaucoup le rapprochement par une sorte de transport des lambeaux autoplastiques. Restait à rafraîchir le bord vertical tout à fait irrégulier. Mon but était de me servir du histouri pour mieux en régulariser la section; mais l'extrême indocilité de la malade ne me le permit pas. J'y procédai avec de forts ciseaux. Les difficultés de la restauration me portèrent à combiner trois modes de réunion, à savoir, les sutures 1° enchevillée, 2° entortillée, 3° sèche, de la manière suivante : 1° deux morceaux de bougie furent placés de chaque côté en guise de chevilles, à 5 ou 6 lignes (11 à 13 millim.) des bords rafraîchis, pour servir de point d'appui à deux anses de fil qui rapprochèrent convenablement les deux moitiés de la lèvre; 2° deux épingles, passant dans la plaie, servirent à affronter les surfaces saignantes, en maintenant la coaptation avec un double huit de chiffre. Il me restait à niveler les bords de la plaie transversale, ce que je fis avec une suture à points passés sous l'ouverture de chaque narine. La restauration était complète; 3° en outre, je pris soin de refouler d'arrière en avant les tégumens des joues avec de longues bandelettes de diachylon, afin de diminuer les tiraillemens et de prévenir la section des chairs par les épingles lors de l'inflammation traumatique. »

Au mois de mai 1841, c'est-à-dire deux mois après l'opération, la région labiale n'était plus engorgée. En août, les cicatrices avaient perdu de leur couleur tranchée. Le 1er octobre, la lèvre jouissait de beaucoup de mobilité; et, à quelques pas de distance, on se serait à peine douté qu'une opération avait été pratiquée. Le résultat a donc été très-satisfaisant.

D. *Région nasale.* — *Rhinoraphie.* — *Observ.* 5e. — Un portefaix fait une chute dans laquelle la face porte violemment contre le bord tranchant d'un étai; l'aile gauche du nez et une partie du lobule sont divisées par une plaie contuse. Ces parties, n'étant plus retenues que par un lambeau étroit, sont pendantes et prêtes à se détacher. — La plaie est lotionnée; trois points de suture, qui comprennent le cartilage avec les téguments, sont appliqués et maintiennent une coaptation exacte. — Au bout de deux jours, la restauration était complète, et devint si régulière que le délabrement se révélait à peine dans une petite cicatrice linéaire.

E. *Région oculo-palpébrale.* — Nous avons déjà donné l'analyse de cette partie du travail de M. Pétrequin. (*Voir* le Supplément du 1er février.)

Journal de Pharmacie et de Chimie, janvier 1842.

Quelques observations sur le baume de copahu;
par M. E. Vigne.

M. Vigne a pu, de concert avec M. Touche, pharmacien au Hâvre, examiner douze échantillons de copahu provenant tous du même terroir, et différant néanmoins les uns des autres par la consistance, la limpidité, la couleur, l'odeur, le dégré de solubité dans l'alcool, et la manière de se comporter avec la potasse caustique, l'ammoniaque et la magnésie calcinée.

L'un de ces échantillons, d'une odeur agréable de bois de cèdre, beaucoup plus fluide que du copahu ordinaire, moins coloré et parfaitement transparent, était complétement insoluble dans l'alcool, ce qui le faisait rejeter comme un copahu falsifié, car on indique généralement l'alcool dans les ouvrages comme l'indice le plus certain qu'un copahu n'est pas falsifié par une huile grasse autre que celle de ricin. Cependant, le résidu de son ébullition dans l'eau était sec, tandis qu'un copahu huileux donne une espèce d'onguent; ce qui, joint à la faible quantité de ce résidu, devait faire penser que l'insolubilité dans l'alcool tenait à autre cause qu'à la présence d'une huile grasse.

A quelque temps de là, en examinant une petite quantité de ce baume qui avait été conservée dans une bouteille mal bouchée, M. Vigne lui trouva la même odeur agréable, la même transparence; mais il était devenu plus foncé en couleur, il avait acquis plus de consistance, et, ce qui est plus remarquable, il était devenu soluble dans l'alcool et l'ammoniaque : la quantité, d'ailleurs, en était trop faible pour qu'il fût possible alors de le soumettre à quelques expériences.

M. Vigne, se basant sur les expériences de M. Rose, pense que l'insolubilité de ce copahu dans l'alcool doit tenir à ce que la résine était probablement au premier état d'oxigénation de l'huile volatile, tandis que la résine, plus oxygénée, devait donner un copahu soluble dans ce véhicule. On sait aussi que ce sont ces résines plus oxygénées qui sont les plus solubles, qui ont également les propriétés électro-négatives les plus prononcées. Comme on ne récolte pas le copahu sur des arbres du même âge, de la même espèce, il doit en résulter que les principes immédiats de ce suc n'ont pas également encore éprouvé toutes les modifications que la végétation pourrait lui faire subir; de là des sucs différents les uns des autres. Au contraire, lorsque la maturité du copahu est accomplie, s'il est permis de s'exprimer ainsi, les divers principes qui le constituent ont éprouvé, de la part de l'air, une altération qui produit, comme dernier terme, cette résine visqueuse, insoluble dans l'alcool, ne se combinant point aux alcalis, car Gerber a trouvé que le copahu récent contient à peine de cette résine visqueuse.

On sait aussi que quelques variétés de copahu contiennent une petite proportion de matière huileuse, qui n'est peut-être ni une huile, ni une résine.

D'après les essais tentés par MM. Vigne et Touche, si l'on mélange l'on mélange vingt gouttes de copahu pur et quarante gouttes d'alcool, le mélange fait par l'agitation, on peut y ajouter dix gouttes d'huile de noix, d'amandes, etc., le tout reste en dissolution transparente; mais, au bout de douze à quinze heures, il y a séparation d'huile; si l'on agite de nouveau, le mélange reste trouble et l'huile se sépare immédiatement; mais, si l'on y ajoute quelque gouttes de copahu, il reprend sa transparence et la conserve quelque temps. Dans tous les cas, une plus grande quantité d'alcool détermine la séparation de l'huile.

Si l'on mélange dix gouttes de copahu pur et cinq gouttes d'huile autre que l'huile de ricin, on peut dissoudre ce mélange dans quinze gouttes d'alcool; il conserve sa permanence, mais une plus grande quantité d'alcool détermine la séparation.

On voit donc que l'huile, à la faveur du copahu, peut rester en dissolution dans l'alcool, et que ce n'est que par une certaine proportion d'alcool que l'huile peut être séparée; d'autre part, que du copahu peut ne pas tenir d'huile et se mal dissoudre dans l'alcool. Le moyen qui paraît à MM. Vigne et Touche mériter la préférence pour reconnaître la présence d'une huile grasse dans l'oléo-résine de copahu, c'est le traitement par l'alcool tenant en dissolution une très-petite quantité de potasse caustique.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales de la Société de médecine d'Anvers (1842).

Études sur la Syphilis; par le docteur J. Jacques.

L'auteur s'est proposé l'examen des trois questions suivantes : 1° de l'utilité de l'inoculation du virus vénérien; 2° du danger et des conséquences de cette inoculation; 3° du danger de la cautérisation des ulcères vénériens primitifs. — Il suffit de formuler ces trois questions pour faire comprendre tout l'intérêt pratique qui s'y rattache.

Ce mémoire est en opposition directe avec les idées professées par M. Ricord; et nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître qu'il renferme plusieurs remarques qui méritent de fixer l'attention des praticiens. L'examen approfondi d'un pareil travail nous conduirait évidemment au delà des limites que nous devons nous imposer. Aussi croyons-nous devoir nous borner à formuler les conclusions de l'auteur sur chacune des trois questions qu'il a traitées.

A. *De l'utilité de l'inoculation du virus vénérien.* — Sur ce premier point, M. Jacques conclut des considérations qu'il présente : « 1° que l'inoculation peut souvent servir à reconnaître la nature syphilitique des ulcères primitifs; 2° que l'inoculation peut quelquefois dévoiler l'existence du chancre dans le canal de l'urètre; 3° que cette opération ne fournit de certitude que dans le cas de réussite; 4° que les conditions nécessaires à cette réussite n'existent pas toujours; 5° que l'insuccès de l'inoculation ne prouve point la non-existence du caractère syphilitique d'un accident; 6° que l'inoculation est un moyen douteux de diagnostic, qui ne fournit aucun indice certain sur les chances à courir pour la manifestation de la syphilis constitutionnelle. »

B. *Du danger et des conséquences de l'inoculation du virus vénérien.* — M. Jacques tire les conclusions suivantes : « 1° que l'inoculation expose à la contagion syphilitique; 2° que la cautérisation de la pustule est impuissante pour empêcher la contagion; 3° que les chances d'empoisonnement et de syphilis constitutionnelle augmentent avec le nombre d'inoculations pratiquées sur le même individu; 4° que l'inoculation est une opération dangereuse, dont les suites sont incalculables pour le sujet qui y est soumis. »

Dans la troisième partie de son travail, l'auteur s'élève contre la pratique qui consiste à cautériser les ulcères vénériens primitifs.

Hygœa, t. xv, 1841.

Des effets de la lobélie renflée sur l'organisme dans l'état de santé et dans l'état de maladie; par M. le docteur A. Noack, de Leipzig.

L'auteur, qui a traité de cette plante d'après l'expérience des autres et d'après la sienne propre, a divisé son travail en plusieurs sections. Nous ne parlerons ici que de celles qui se rapportent à la thérapeutique et à la pharmacologie.

De tout ce qui a été recueilli sur cette plante, il découle qu'elle agit d'une manière spécifique sur le système nerveux pneumo-gastrique, et qu'elle exerce ainsi une influence spécifique sur la membrane muqueuse des bronches. En général, elle paraît avoir pour effet positif d'activer la sensibilité et la nutrition aux dépens de l'irritabilité.

Cette plante s'est acquis la plus grande réputation dans le traitement de l'asthme spasmodique essentiel ou asthme purement nerveux. Elle agit, dans ce cas, comme par enchantement; de sorte que, dans l'espace de dix à ving minutes, les malades sont tout à fait soulagés : aussi tous les autres moyens qui ont été jusqu'ici préconisés contre cette affection, ne peuvent-ils soutenir la comparaison avec cette lobélie. C'est pour ce motif que Whitelaw et Elliotson la citent comme un médicament qui mérite parfaitement l'épithète de *spécifique* dans l'asthme essentiel. Les expériences de beaucoup de médecins américains, anglais, français et allemands, tels que MM. Barton, Stewart, Randall, Bradstreet, Reece, Andrew, John Forbes, Elliotson, Cuttler, Bidault de Villiers, Behrend, Neumann et autres, confirment tout à fait cette opinion. Sigmond a observé que, dès la première dose de la teinture de cette plante, dans l'asthme spasmodique, la respiration cesse d'être gênée et est ramenée à son rythme normal, en même temps que l'engorgement des vaisseaux bronchiques se trouve diminué par une expectoration muqueuse qui ne tarde pas à se manifester. D'après Neumann, ce médicament agit spécifiquement sur la partie du système nerveux qui préside aux mouvemens des muscles servant à la respiration, et cette action se prononce avec une promptitude dont il est à peine possible de se faire l'idée : d'ailleurs, il pense qu'on ne doit en faire usage que dans l'asthme véritablement essentiel. Elliotson, au contraire, prétend qu'on peut s'en servir avec non moins d'avantage quand l'asthme reconnaît pour cause une lésion organique des poumons, du cœur ou du foie. Sigmond dit aussi que cette lobélie diminue la toux et les anxiétés des phthisiques. John Forbes l'a trouvée très-convenable, dans quelques cas, pour écarter les accès d'asthme, surtout en la prescrivant dès le premier accès; les cas où il en a obtenu les meilleurs effets sont ceux où les accidens asthmatiques étaient liés à l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans la cavité des plèvres, ou à l'existence d'une lésion du cœur. Cuttler, qui était lui-même affecté d'un asthme, s'en trouva très-bien.

Cartwright recommande cette plante contre l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches et de la trachée; il l'a vue réussir aussi dans la grippe, mais moins avantageusement dans la pleurésie, où il lui préfère le tartre stibié. D'autres médecins, et Randall en particulier, la vantent également contre le catarrhe inflammatoire. Whitelaw l'a donnée avec le plus grand succès dans la bronchite chronique compliquée d'aphonie, dans la toux nerveuse, la coqueluche, le catarrhe et autres affections des bronches et du larynx. Cuttler lui donne le nom d'*herbe pectorale par excellence,* dans la toux soit des phthisiques, soit provenant d'une accumulation du mucus dans les vaisseaux bronchiques. Neumann la vante aussi comme l'un des moyens les mieux appropriés aux diverses affections de la poitrine, même contre cette toux sèche et si fatigante qui se montre dans la phthisie, et qui est rapportée par les malades à un chatouillement insupportable dont ils éprouvent la sensation dans la gorge. Le docteur Hornung dit avoir obtenu un succès signalé de l'emploi de cet agent dans le traitement d'une bronchite chronique unie à un *delirium tremens.*

Eberle dit l'avoir employée comme émétique, dans le croup, avec un succès très-remarquable. A cette occasion, il cite l'exemple de Bidault de Villiers, qui l'a prescrite aussi dans le même but, contre le croup. Mais Bigelow ne pense pas qu'elle puisse être d'une grande utilité dans cette maladie, parce qu'il l'a vu employer souvent par plusieurs médecins contre cette affection, sans que les accidents aient été écartés, et sans que la respiration en ait été rendue plus facile.

Au total, on voit que cette plante promet aux thérapeutistes un nouvel agent précieux, spécialement dans tous les cas où le système nerveux pneumo-gastrique est le siége principal du mal; ainsi, elle sera surtout indiquée dans les diverses névroses de la poitrine, particulièrement dans l'asthme convulsif, l'asthme des vieillards, l'asthme aigu de Millar, la toux convulsive, l'asthme hystérique, puis dans les cardialgies diverses. Elle méritera non moins d'attention dans les phlegmasies de la membrane muqueuse du pharynx, du larynx et des bronches, comme les angines, les bronchites aiguës et chroniques. Peut-être pourra-t-elle aussi fournir un palliatif important dans certains cas de phthisie pulmonaire. Enfin, il restera à constater par des observations ultérieures si elle peut être employée avantageusement ou non dans le croup, les fièvres intermittentes et les dysphagies métastotiques. Il faut mentionner encore l'usage qu'on en a fait dans les dyspepsies.

La dernière partie de ce travail est consacrée aux notions pharmacologiques.

La plante doit être recueillie au mois d'août et arrachée avec la racine. Chacune de ses parties possède des vertus remarquables, mais les racines et les capsules renflées sont sans doute celles qui les offrent à un plus haut degré. Neanmoins, quelques médecins, entre autres John Forbes et C.-G. Neumann, n'emploient que les feuilles. Son efficacité dépend expressément du temps où on la récolte, de la localité dans laquelle elle a végété, et de la manière de la préparer et de la conserver; de sorte que Whitelaw obtint autant d'effet avec sept à dix gouttes de la teinture préparée par lui-même, qu'avec six grammes (un gros et demi) de la teinture ordinaire du commerce. L'infusion chaude détermine la déperdition de ses qualités anti-spasmodiques et calmantes. Avec le temps, la teinture alcoolique, d'une teinte verte claire au moment de sa préparation, passe au brun foncé, comme il arrive pour la plupart des autres teintures végétales; ce changement est dû à l'absorption de l'oxigène par la chlorophyle, et non à l'action de la lumière, comme on l'a dit; aussi vaut-il mieux recourir à des bouchons bien adaptés qu'à des flacons à parois opaques, pour prévenir cette sorte d'altération.

Pour l'usage médical, on a eu recours à deux formes différentes : la poudre de feuilles et la teinture soit avec l'alcool, soit avec l'éther.

Pour préparer la teinture alcoolique, la Société médicale du district d'Essex a donné une formule qui a passé dans quelques pharmacopées. Elle consiste en une macération de soixante grammes (deux onces) de feuilles sèches dans cinq cents grammes (une livre) d'alcool faible; après dix jours de contact, on passe avec expression et on filtre.

Les opinions sont partagées par rapport à celle de ces formes qui mérite la préférence; toutefois le plus grand nombre des praticiens paraît incliner vers la teinture alcoolique. Elliotson préfère la teinture éthérée; et Neumann, qui s'est servi d'abord de la teinture éthérée, puis de la teinture alcoolique, et enfin de la poudre de feuilles, prétend avoir employé cette dernière avec beaucoup plus de succès que les teintures.

Les indications pour les doses varient selon les effets qu'on veut produire, (les petites doses doivent être considérées comme propres à favoriser l'expectoration, et les fortes, comme propres

à déterminer le vomissement) entre cinq et dix centigrammes (un et deux grains) jusqu'à cinq décigrammes et même un gramme (dix et vingt grains) des feuilles en poudre, et vingt à quarante gouttes pour les enfants d'un à deux ans, ou une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à bouche de la teinture alcoolique pour les adultes, ainsi que sept à vingt gouttes de la teinture éthérée. Bigelow pense que la dose d'une cuillerée à bouche de la teinture alcoolique est trop forte, et que deux cuillerées à café (une demi-cuillerée à bouche) sont suffisantes pour provoquer un vomissement abondant.

Quant à la réitération des doses, Bradstreet prétend que l'action de cette plante étant de courte durée, il convient d'y revenir souvent.

L'antidote le mieux approprié, dans les cas où des accidens résultent de l'administration de cette espèce de lobelie, paraît être l'ipecacuanha. L'expérience a prouvé aussi à Elliotson que cette dernière substance est le meilleur moyen pour arrêter les vomissemens provoqués par la plante dont il s'agit.

London medical Gazette, février 1842.

I. *Mémoire sur les lésions traumatiques de la colonne vertébrale*; par M. Stafford, chirurgien de l'infirmerie Marylebone.

Nous avons déjà, dans une précédente revue, rendu compte de la première partie de ce travail; nous extrairons de celle-ci les faits suivans, qui nous paraissent offrir de l'intérêt.

Premier fait. Paralysie traumatique. Bons effets de l'iodure de potasse. — John Burke, 24 ans, laboureur, est tombé d'un échafaud de 7 mètres de haut le 10 janvier 1841, et s'est blessé à l'épine lombaire; il a été relevé paralysé du mouvement et du sentiment des deux membres inferieurs, la vessie elle-même et le rectum avaient perdu la faculté de fonctionner sous l'empire de la volonté, leur contenu sortant involontairement. Il a été reçu dans un hôpital; on l'a ventousé, on lui a appliqué des vésicatoires; six semaines après il a été congédié étant mieux, mais non guéri. A l'examen, M. Stafford a trouvé, lorsqu'il l'a entrepris à son infirmerie que les parties sous-jacentes à la blessure étaient à demi-paralysées; le mouvement et le sentiment n'étaient pas complets; la démarche s'exécute comme chez un homme ivre; le malade, pour se tenir debout, est obligé de s'appuyer contre un mur.

On l'a fait coucher, on lui a appliqué un vésicatoire aux lombes, puis deux moxas à chaque côté de l'épine. On lui a prescrit 15 centig. (3 grains) d'iodure de potasse dans 90 grammes (3 onces) de décoction de salsepareille: cette dose a été augmentée graduellement par 5 centig. à la fois, et il est parvenu à en prendre un demi-gramme (10 grains) trois fois par jour au bout de deux mois. Le 1er mai 1841, il est sorti parfaitement gueri, l'usage des membres inférieurs, de la vessie et du rectum étant parfait.

Deuxième fait. Même lésion. Même remède. — Un négociant très-respectable avait éprouvé, dans sa jeunesse, une blessure aux vertèbres cervicales. A l'âge de 45 ans, ayant fait une longue course et s'étant beaucoup mouillé, il glissait beaucoup en marchant; le soir, il a été pris de douleur et de raideur aux lombes; croyant que c'était une courbature, il s'est couché dans un lit bien chaud, et a bu quelque chose de chaud. Le lendemain il s'est levé, se sentant un peu mieux; mais il a été saisi de spasmes aux muscles lombaires, ce qu'il avait déjà éprouvé plusieurs fois. La douleur et la raideur ont augmenté et se sont étendues graduellement vers le dos. Le malade a commencé à se plaindre aussi de raideur aux jambes et ne marchait qu'avec difficulté.

On l'a saigné, on lui a appliqué des ventouses, des vésicatoires et administré plusieurs remèdes. Ces moyens l'ont soulagé temporairement; mais les symptômes généraux ont continué à faire des progrès, et enfin son état a pris les caractères de l'opisthotonos, avec des spasmes violens en arrière et autour de la poitrine à chaque mouvement. Le malade s'exprimait de la manière suivante: « J'avais des spasmes fréquens et violens à la poitrine, le long des côtes jusqu'au dos, à l'endroit de la sensibilité et de la douleur. Ces spasmes revenaient souvent et presque toujours quand j'essayais de bouger une partie quelconque du corps, même un doigt ou la lèvre. Quand je me réveillais, car je dormais deux heures environ, j'étais obligé de prendre beaucoup de précautions pour ne pas bouger, car le moindre mouvement amenait une crise violente. Je ne pouvais me lever sur mon lit ou ôter une jambe des couvertures sans me faire aider; mais aussitôt que j'étais debout, je pouvais marcher. »

Lorsque M. Stafford l'a examiné, il était assis, le tronc porté légèrement en arrière, sur une chaise à dossier très-élevé, afin de pouvoir y appuyer son dos et sa tête; il marchait parfaitement droit, à pas lents et mesurés Il était dans cet état depuis un an et avait été obligé de quitter les occupations de son état.

Une consultation a eu lieu; l'on a conclu qu'il y avait une compression à la moelle, précisement vers les nerfs moteurs, car le malade accusait de la sensibilité à la region dorsale. On craignait seulement que cette compression ne fût de nature osseuse, vu la blessure antérieure que le malade avait éprouvée. Comme tous les remèdes ordinaires avaient été essuyé en vain, j'ai proposé l'usage de l'iodure de potasse, par petites doses d'abord, et un cautère à l'endroit douloureux, ce qui a été agréé. Ce traitement a été rigoureusement suivi pendant quatre à cinq mois. L'opisthotonos a diminué par degrés, les spasmes ont cessé, la rigidite et la raideur des membre ont beaucoup fléchi. Le sixième mois, à ma grande satisfaction, tous les symptômes avaient disparu; le malade était tout à fait guéri, bien portant et a pu reprendre son état. Cette guérison ne s'est pas démentie par la suite, le malade pouvant aujourd'hui marcher beaucoup et faire jusqu'à deux, trois milles par jour.

Troisième fait. Même lésion. Même remède. — Une jeune dame, âgée de 24 ans, boîtait des deux membres depuis l'âge de 12 ans; elle avait perdu en partie le sentiment et le mouvement de ces parties; elle pouvait marcher, mais très-imparfaitement; elle traînait ses jambes et constamment elle s'accrochait et tombait. La faiblesse avait enfin tellement augmenté que la malade ne pouvait plus monter et descendre les escaliers. Malheureusement la faiblesse ne s'était pas bornée aux jambes; le mal avait monté la colonne et atteint les nerfs supérieurs; la malade, qui était une excellente pianiste, a dû cesser l'usage de cet exercice, son bras droit ayant été affecté dans le sentiment et dans le mouvement. L'examen de la colonne ne montrait rien; on a dû conclure que des sécrétions morbides s'étaient faites sur la moelle; je lui ai prescrit l'usage de l'iodure de potasse dans la salsepareille, par petites doses d'abord, puis graduellement jusqu'à un demi gramme et même un gramme trois fois par jour. On a aussi employé les frictions de pommade de vératrine sur le dos. Ce traitement a été suivi pendant trois mois. Au bout de ce temps, les bras avaient déjà repris leur force, leur sensibilité et leurs fonctions, et les jambes s'etaient tellement améliorees que la malade pouvait monter et descendre les escaliers. La malade a cessé alors l'usage des remèdes, disant qu'ils lui causaient des maux de cœur; elle est restée boîteuse, mais dans un état beaucoup moins fâcheux qu'avant le traitement.

II. *Des tumeurs dans la vessie;* par M. Douglas, professeur d'anatomie à Glascow.

L'auteur a réuni, dans ce travail, un assez grand nombre de faits dont la plupart étaient déjà connus; nous reproduirons le suivant, qui est propre à l'auteur, et dont le but est de démontrer la gravité de la méthode du broiement, qu'on a proposé contre ces tumeurs.

Un homme, âge de 55 ans, a été reçu à l'infirmerie de Glascow le 7 mars, se plaignant de douleurs intenses dans le frein de la verge et d'envies fréquentes d'uriner; lorsqu'il urinait, le liquide s'arrêtait subitement et coulait par gouttes. L'urine rendue déposait par le repos de la gravelle brune, mêlée de sang de temps en temps; lorsque les envies d'uriner deviennent fréquentes, les efforts que le malade fait font sortir en même temps les matières fécales, le rectum fait procidence et laisse couler du sang par des hémorroïdes internes. La prostate n'est pas gonflée. Une grosse sonde passe avec facilité et frappe dans la vessie contre un corps étranger rugueux, mais ne donnant pas de choc sonore à la percussion. Pouls, 100; pas de symptômes thoraciques; santé générale fort altérée. La maladie existe depuis un an et s'aggrave tous les jours.

On purge le malade avec du soufre, de la crême de tartre, de l'huile de ricin, on applique des sangsues au périnée, on donne des bains chauds, des lavemens anodins et des suppositoires..... Plus tard, on se décide a broyer la tumeur. On introduit dans la vessie le percuteur de M. Heurteloup et l'on saisit la prétendue pierre qu'on broie deux fois; on n'obtient pas de détritus, mais le malade rend quelques flocons de mucus. Il a beaucoup souffert pendant l'opération. Des symptômes de cystite aiguë se déclarent et s'aggravent; le malade meurt dans l'espace de 15 jours.

Autopsie. La vessie est très contractée, ses parois sont très-épaisses (trois huitièmes de pouce); vers son fond est un abcès contenant une cueillerée à thé de pus; la membrane muqueuse est très-épaissie et de couleur rouge sombre. La prostate est complétement désorganisée. A la paroi antérieure de la prostate est une tumeur, de structure carcinomateuse, résistante, remplissant un tiers de la cavité, encroûtée de matière calcaire. Un point de cette tumeur avait été attaqué par les dents de l'instrument, déchiré et jeté dans la vessie. (Suivent d'autres détails.)

III. *Arrachement d'une dent. Hémorrhagie mortelle*; par M. W.-A. Roberts, dentiste à Édimbourg.

Un monsieur, d'âge moyen, robuste, s'est fait arracher une dent le 19 decembre 1841. C'était la dent de sagesse du côté droit de la mâchoire inférieure. L'extraction a été facile à l'aide des pinces dont on se sert pour arracher les dents temporaires chez les enfants. Elle avait trois racines, dont l'antérieure était la plus longue. L'hémorrhagie n'a rien présenté d'extraordinaire; elle s'est arrêtée promptement à l'aide du tamponnement de l'alvéole avec de la charpie trempée dans l'eau de-vie camphrée. A quatre heures et demie du soir, le sang a reparu; il émanait de l'alvéole de la racine antérieure en grande abondance. On détamponne, on nettoie, on lave, on retamponne plus fortement à l'aide d'un instrument courbe; par dessus le tamponnement on applique un bouchon qui est serré entre les deux mâchoires; un bandage retient les mâchoires rapprochées. Le sang s'arrête, puis il reparaît; on recommence, il revient encore, et ainsi de suite pendant trois semaines, jour et nuit. Au bout de ce temps, le patient était tellement faible qu'il a succombé dans un état anémique, malgré l'assistance de plusieurs medecins, l'application de cautères, etc. (Suivent les détails des moyens employés.)

Il en est de cette hémorrhagie comme de celle qu'occasionne quelquefois une piqûre de sangsue et qui se termine par la mort. Si on examine les choses au fond, on voit qu'on s'y est mal pris pour l'arrêter, qu'on s'est livré à des tamponnemens, à des bandages, à des cautérisations, à une foule de choses, en un mot, ou à trop de choses, pour mieux dire, lesquelles échouant ont donné lieu au désespoir. Cela a toujours lieu quand on n'est pas habitué au sang, quand on n'a pas cette expérience que donne l'exercice de la grande chirurgie, quand on est enfermé, en un mot, dans les courtes limites de ce qu'on appelle une spécialité. Au lieu de toutes ces cautérisations, de ces bandages, de ces pyramides échafaudées de compresses et d'autres moyens, nous avons vu des chirurgiens habiles arrêter le sang, dans ces cas, en ôtant toutes les mécaniques et en y portant un doigt qu'on laisse en permanence sur l'alvéole rempli de charpie, et s'il s'agissait de piqûre de sangsue, en pinçant la peau avec deux doigts.

IV. *Cas d'étranglement herniaire guéri à l'aide de l'opium à haute dose*; par M. George Cooper.

John Brown, âgé de 50 ans, portait une hernie inguinale volumineuse; il a éte pris de symptômes d'étranglement le 16 novembre, Deux jours après, ayant été visité par le docteur Mitchell, ce praticien a noté l'état suivant: « Les symptômes sont très-urgens; je n'ai pu réussir par le taxis; j'ai proposé l'opération, mais le malade s'y est refusé. »

Le 19, M. Busk, ayant été appelé et trouvant le même refus à l'opération, a proposé l'usage de l'opium à haute dose, d'après la pratique d'un chirurgien de Somersetshire, qui s'en servait depuis 18 ans. M. George Cooper a donc prescrit 20 centig. (4 grains) d'opium qui ont soulagé la douleur et les vomissemens, sans rien changer à la tumeur. Quatre heures plus tard on donne autant d'opium, et quatre heures après la même dose est répétee.

Le 20, le malade ne souffre pas, mais la hernie est dans le même état, vomissemens de temps en temps On revient à l'opium; le ventre se relâche, la tumeur se ramollit et rentre, et le malade guérit.

L'auteur rapporte un second cas analogue. — On conçoit que cette pratique pourrait être funeste, et empoisonner le malade, si elle n'était pas suivie avec prudence.

Provincial medical and surgical Journal. (12 février 1841)

Cas rare de tumeur osseuse de l'utérus prolongée dans la cavité abdominale; par M. Bulley.

Une femme, 67 ans, éprouvait depuis quelque temps une sorte de bruit continu, de bourdonnement, de rugissement (*rooring*) dans les oreilles, surtout dans l'oreille droite, se changeant de temps en temps en un bruit semblable à celui que produit une liqueur qu'on jette dans le feu (*whizzing*) et que la malade comparait au sifflement que produit la vapeur en sortant d'un tube. La malade n'a jamais éprouvé de mal de tête, mais seulement de ces embarras céphaliques qui s'étendent dans la direction des sinus; elle attribuait ces phénomènes aux suites d'une toux intense qu'elle avait eue quelques mois auparavant. Ces bruits dans la tête ont été combattus à l'aide de ventouses au cou, mais sans avantage. Plus tard, la région de l'estomac est devenue douloureuse, des vomissements d'eau claire et âcre se sont joints par intervalles, constipation habituelle, la malade ne peut se coucher sur le côté gauche, pesanteur incommode dans la region iliaque droite, surtout après la marche, et que la femme attribue à la plénitude de la vessie qui avait effectivement lieu de temps en temps. A l'âge de 52 ans, les règles ont cessé de couler après avoir été très-abondantes. Suit une affection du foie qui retient la malade au lit pendant un an, puis un état névralgique de l'estomac, etc., etc. Les souffrances abdominales ont toujours continué depuis, mais comme la femme est extrêmement grasse, on ne pouvait rien distinguer d'anormal en palpant de la région abdominale. Dans les derniers temps cependant, on sentait une tumeur dure vers la région iliaque droite, s'étendant jusqu'à l'ombilic, ce qui a été attribué à une maladie du foie; cette tumeur était couverte par les intestins et ne pouvait être par conséquent bien examinée; une autre tumeur a été ensuite découverte dans l'hypogastre gauche, laquelle a été attribuée à une collection de matière fécale. Suivent d'autres détails faciles à deviner jusqu'à la mort.

Autopsie. La paroi intérieure de l'abdomen est couverte d'une couche de graisse de 71 millimètres (3 pouces) d'epaisseur. C'était cette graisse qui avait empêché de bien examiner la tumeur. Au côté gauche de l'ombilic est une petite hernie épiploïque irreductible. Les intestins grêles sont sains. Le cœcum et le commencement du colon ne contiennent que très-peu de matières fécales dures, duodénum un peu plus dur que dans l'état naturel, colon très-contracté dans toute son étendue. Au fond de la région iliaque droite est une tumeur adossée à la colonne vertébrale, ferme, dure, osseuse, à surface tuberculée, du volume d'un gros œuf d'autruche, oblongue, couverte d'une membrane mince, laquelle paraît formée par le prolongement du péritoine qui couvre l'utérus; elle est en effet liée avec le fond de l'utérus, à l'aide d'une bande membraneuse étroite, de 71 millimètres de long, formée apparemment par un prolongement du péritoine du fond utérin, ce qui fait penser qu'en origine la tumeur appartenait à cet organe. A la partie supérieure de la tumeur et de l'uterus est une portion d'epiploon très adhérente par des bandes fortes qui se refléchissent sur la membrane de l'estomac, de manière à brider cet organe et le tenir sous la dépendance du poids de la tumeur, lorsque la femme marchait ou qu'elle allait à la garde-robe; cette circonstance rendait compte des tiraillemens des maux d'estomac que la malade avait accusés depuis si long temps. La masse morbide ayant été sciée, a été trouvée presque complétement osseuse; on y voyait quelques points denses, consistans, d'autres celluleux; sa face externe est généralement plus dense que l'interne; celle-ci est plus vascularisée; son poids total est d'un kilog. trois quarts (3 livres et demie). D'autres tumeurs analogues existaient dans la substance et sous la face péritonéale de l'utérus, ossifiées à différens degrés, de volume variable depuis celui d'une fève jusqu'à celui d'un œuf de poule; leur surface est noueuse, irrégulière; plusieurs d'entre elles sont cartilagineuses, d'autres osseuses à leur centre; la plus grosse cependant, dont le volume est égal à celui d'un œuf, est plutôt molle comme un tubercule ramolli; elle présente aussi néanmoins quelques points d'ossification. Aucune de ces tumeurs ne faisait saillie du côté de la cavité utérine, de sorte que la capacité de cette cavité n'était aucunement rétrecie; seulement le parenchyme de l'organe est vascularisé et abreuvé de sang noir, ce qui fait penser qu'il avait été le siége d'une irritation chronique; sa membrane interne est rouge.

Les trompes et les ovaires sont à l'état normal. Le reste de l'organisme offre quelques autres lesions: poumons très-petits gorgés de sang; foie petit mais sain; vésicule biliaire distendue par de la bile; cœur sain mais gros; dure mère très-adherente au crâne; sinus gorgés de sang; vaisseaux de la pie mère remplis et distendus par du sang noir; cerveau injecté. L'artère basilaire du crâne est partiellement obliterée par de la matière terreuse déposée sur ses parois.

La science possède un assez grand nombre de cas de tumeurs fibreuses, ossifiées, proéminant dans la cavité utérine, detachées enfin et expulsees spontanément. On en trouve plusieurs dans les Mémoires de l'Academie de chirurgie, sous le titre de Concrétions calcaires de la matrice; on n'en avait pas en effet connu la véritable source, on croyait que c'était des pierres formées dans la cavité utérine comme celles de la vessie. Postérieurement cependant ce sujet a été parfaitement éclairé. Le cas le plus curieux de ce genre est celui qu'a rapporté Intosh dans sa Pathologie. Il s'agit d'une femme qui se croyait enceinte et que l'on traitait comme telle; le toucher sentait la tête de l'enfant; l'accouchement se déclare, l'enfant avance, il est expulsé; c'était une pierre, ou plutôt une tumeur fibreuse ossifiée; bientôt après cependant la femme est accouchée réellement d'un enfant vivant.

Dans le cas de M. Bulley, la tumeur avait pour siége le tissu sous-péritonéal de l'utérus; elle s'est développée dans le sens opposé à la cavité uterine, est devenue tout à fait abdominale; son volume excessif, son pédicule, son état obscur, les symptômes singuliers qui l'ont accompagné rendent ce fait excessivement remarquable et rare sous le point de vue pathologique. L'auteur dit ne pas connaître d'exemple pareil, et il a raison. On trouve, il est vrai, dans la *Medecine obstétricale* de Davis, t. I, p. 665, un cas de plusieurs tumeurs analogues, pédiculées et pendantes du côté du peritoine, mais le mal était beaucoup moins avancé.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 5 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 41. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Insuffisance des valvules aortiques. Ascite (hydro-péritonie. Panhypérémie pulmonaire.) Mort. Nécropsie.

Au n° 24 de la salle Sainte-Geneviève, est couchée une vieille femme de soixante-six ans, marchande des quatre saisons, d'une assez faible constitution. (Sa mère est morte hydropique et asthmatique.)

Souvent exposée à l'intempérie des saisons, elle avait été atteinte plusieurs fois de rhumatisme articulaire aigu, sans qu'elle ait jamais ressenti la moindre douleur à la région précordiale.

Cependant, depuis sept à huit ans environ, elle est sujette aux palpitations, et depuis lors aussi ses jambes se tuméfient par intervalle, alors surtout qu'elle s'est fatiguée beaucoup dans la journée.

Au mois de janvier dernier, son ventre ayant pris tout à coup un développement rapide, la malade réclama les soins d'un médecin, qui la guérit en peu de temps par l'administration de quelques purgatifs.

Deux mois après survint une récidive qui marcha plus lentement; les membres inférieurs se tuméfièrent plus que jamais, et le mal faisant tous les jours des progrès, la malade se fit transporter à l'hôpital le 7 du mois de mai. Ajoutons que depuis quelques semaines elle est en proie à des accès de dyspnée très fréquens.

Le 9 mai la malade présente l'état suivant :

Faciès décrépit, langue sèche, sans enduit; soif assez vive, point d'appétit; constipation, ventre volumineux également des deux côtés, donnant lieu à de la matité suivant une ligne de niveau, et qui se déplace par les changemens de position. Lors du décubitus dorsal, sonorité à la région ombilicale, remplacée par de la matité dans le coucher sur le ventre. La fluctuation est des plus évidentes. La rate est normale et le foie légèrement hypertrophié se trouve à six centimètres au-dessus du mamelon. La poitrine est très sonore en avant, un peu moins en arrière, où la respiration est faible. Il y a de la dyspnée, qui devient très considérable aussitôt que la malade exécute quelques mouvemens; pas de toux ni d'expectoration. Voussure manifeste à la région précordiale; les battemens du cœur sont à peine sensibles à la palpation; c'est tout au plus si l'on peut saisir quelques légères ondulations.

On trouve par la percussion que le cœur a quinze centimètres transversalement, et dix verticalement; il dépasse la ligne médiane à droite de quatre centimètres; il est à quatre centimètres de la clavicule; ses battemens sont irréguliers, forts et précipités; ses bruits se transforment souvent en une sorte de bourdonnement, mais on peut assez facilement les reconnaître et les isoler lorsque les contractions sont moins fréquentes. Alors on trouve que le premier bruit, le plus souvent sourd, a quelquefois un éclat métallique. Quant au second, il paraît peu prolongé lorsqu'on ausculte à la pointe du cœur; mais si l'on vient à appliquer l'oreille à la base de cet organe, et sur un point correspondant aux orifices artériels, on entend un souffle des plus marqués qu'on peut suivre dans tout le trajet de la crosse de l'aorte. Par momens on perçoit à la place du souffle un claquement de soupape des plus évidens; ce phénomène n'est pas régulier dans son retour. Les carotides sont le siége d'ondulations isochrônes aux battemens du cœur; elles se dilatent dans la systole et s'affaissent dans la diastole. La radiale droite est ossifiée; il n'en est pas de même de la gauche, dont les battemens sont moitiés moins fréquens que ceux des carotides. Dans les membres inférieurs on ne peut sentir que les fémorales et les poplitées; leurs battemens sont faibles et moins fréquens que ceux des carotides. Œdème des extrémités inférieures. La peau est généralement froide, et d'autant plus qu'on se rapproche davantage des extrémités.

Les symptômes qui viennent d'être exposés indiquent suffisamment que nous avons affaire à une maladie du cœur, et que c'est à elle que nous devons rapporter l'existence de l'hydropéritonie et de l'œdème. Mais quels sont les motifs qui ont servi de base au diagnostic? Nous devons dire tout d'abord que l'absence totale du moindre mouvement fébrile fit penser qu'il ne s'agissait pas d'une endocardite aiguë, mais bien d'une endocardite chronique avec insuffisance des valvules, comme nous allons en donner la preuve. Il n'est pas difficile de se rendre compte du grand nombre d'hémo-arthrites qu'à éprouvées notre malade lorsqu'on se souvient qu'elle s'est trouvée fréquemment exposée au refroidissement. On aurait lieu de s'étonner qu'elle n'ait jamais éprouvé de douleur à la région du cœur, si on ne savait « qu'elle manque entièrement dans l'immense majorité des cas. (Bouillaud.) »

Il serait curieux, sans doute, de savoir si ce symptôme n'a été remplacé par aucun autre, tel qu'un sentiment de malaise, d'anxiété, etc.; mais la malade, interrogée dans ce sens, n'a pu rien nous apprendre de positif à ce sujet. — M. Bouillaud a noté une légère voussure de la région précordiale lorsque l'endocardite compliquée de péricardite datait de quelques jours, et ce professeur se demande.. « si la simple turgescence inflammatoire du cœur combinée avec la violence de » ses battemens, suffirait pour produire en quelques jours la » saillie dont il vient d'être parlé. » Nous ne savons trop que répondre à cette question, mais il nous est difficile de croire qu'il suffise d'un nombre de jours aussi limité pour produire une voussure appréciable et surtout persistante; mais s'il est bien vrai que le rhumatisme articulaire aigu soit accompagné d'une manière presque constante, soit d'une endocardite, soit d'une péricardite, soit à la fois et de l'un et de l'autre de ces états pathologiques, il ne nous répugne nullement de croire que chez notre malade, ces altérations aient existé séparément ou réunies d'une manière assez répétée pour produire cette voussure. Entre autres signes d'un rétrécissement des orifices du cœur avec induration des valvules, M. Bouillaud indique un bruit de soufflet tantôt brusque, tantôt lent, tantôt sourd, etc. — Dans notre observation, ce symptôme se retrouve avec ce dernier caractère; et si nous ajoutons à ce bruit de souffle, l'irrégularité, la précipitation des battemens du cœur, notre diagnostic devient d'autant plus certain.

Nous avons vu que les pulsations des artères poplitée, fémorale et radiale du côté gauche étaient faibles, tandis que les battemens du cœur étaient forts; cette circonstance s'explique par l'embarras qu'éprouve nécessairement le sang à traverser l'orifice aortique. Il n'est peut-être pas aussi facile de comprendre le désaccord existant entre le pouls et les contractions du cœur; faut-il le rapporter avec M. Bouillaud, à cet embarras dont nous venons de parler et qui est tel, que la masse du sang qui est chassée pendant la systole ne suffit pas pour ébranler la colonne qui circule dans les artères éloignées du centre?

Remarquons, en outre, que la malade accuse des palpitations dont elle se plaint depuis longues années, et qu'à tous ces caractères on ne peut méconnaître l'insuffisance des valvules et leur induration avec rétrécissement de l'orifice aortique du cœur. Mais ce n'est pas tout: Corvisart a signalé « un certain frémissement, une espèce d'ondulation qu'on pouvait sentir quelquefois dans les artères voisines du cœur et qui était en rapport avec une grande hypertrophie du ventricule gauche; il se peut que cette hypertrophie existe chez notre malade, mais à coup sûr elle est peu considérable, si nous en jugeons par la matité presque normale que nous donne le cœur.

En présence de tous les états organo-pathologiques que nous avons énumérés, on ne peut porter qu'un grave pronostic; on ne peut songer qu'à soulager la malade. Que faire contre l'induration et l'insuffisance des valvules, et contre leurs fâcheuses conséquences? On donnera quinze gouttes de teinture de digitale, puisqu'on dit que cette substance a la propriété de ralentir les mouvemens du cœur. On enlèvera des liquides à la malade, tant par le chiendent nitré (diurétique) que par des pilules drastiques portées au nombre de six dans

---

FEUILLETON.

LES JOURNAUX ET L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quelques esprits inquiets et rétrogrades ont beau se cabrer contre ce fait, la publicité est aujourd'hui une nécessité de l'existence. Les institutions tant graves et élevées soient-elles, les idées à quelque ordre qu'elles appartiennent, les hommes si éminens soient-ils, se reconnaissent tributaires de cette puissance, car par elle seule hommes, institutions, idées, reçoivent le mouvement, l'action, la vie.

De toutes les institutions, la plus grave assurément et celle qui avait peut-être le moins besoin de publicité pour sa gloire, l'Académie des sciences, a si bien senti que la connaissance de ses travaux ne pouvait avoir que de grands avantages, qu'elle a favorisé largement et sans aucune entrave les moyens d'assister à ses séances et de reproduire fidèlement ce qui s'y passe. Les journalistes ont là les meilleures places pour voir et pour entendre; après la séance, ils ont au secrétariat communication entière des pièces de la correspondance; aussi peuvent-ils donner au public des compte-rendus exacts, fidèles, et lui faire connaître sans erreur et sans altération les découvertes qui surgissent et le nom de leurs auteurs. Aussi l'Académie des sciences est-elle devenue le centre où aboutissent toutes les idées, tous les faits scientifiques non-seulement de France, mais du monde civilisé, car la presse politique, en s'emparant avec bonheur de ce filon jadis inexploité de la publicité, a acquis à la science une popularité qui certainement est favorable à ses progrès.

Pendant que l'Académie des sciences ouvrait ainsi largement ses portes à la publicité au grand profit de tous, l'Académie de médecine au contraire entrefermait les sciences et accumulait obstacles sur obstacles sur les organes de l'opinion publique. Dans l'enceinte de la rue de Poitiers les journalistes sont relégués aux places les plus incommodes et les moins dignes, près du bruit et du froid de la porte, et sur un banc trop étroit pour les recevoir tous. De là il faut qu'ils entendent la communication de la correspondance faite par l'honorable secrétaire perpétuel, qui n'a plus de voix, et qui se borne d'ailleurs à lire le titre des mémoires et des ouvrages envoyés. L'entrée du secrétariat est complètement interdite aux journalistes, et ils ne peuvent reproduire des séances académiques que ce qu'ils saisissent au vol dans une assemblée très souvent tumultueuse, dans une salle on ne peut moins acoustique, et de larynx qui ont pour la plupart perdu leurs vibrations sonores.

Qu'arrive-t-il de là? c'est qu'avec la meilleure volonté possible les journaux ne peuvent donner à leurs lecteurs qu'un compte-rendu insignifiant, incomplet et tronqué des séances de l'Académie de médecine. La plupart des noms des médecins de la province ou de l'étranger qui communiquent des travaux à l'Académie n'arrivent à nos oreilles que défigurés; leurs travaux, seulement indiqués par le secrétaire, peuvent être rapportés par nous d'une manière fautive, et enfin des rapports auxquels ils donnent lieu il nous est souvent impossible de reproduire autre chose que d'insignifiantes conclusions.

Plusieurs motifs ont contribué à éloigner ainsi l'Académie de médecine des voies de libéralité, de justice et de sens commun. Un certain nombre d'académiciens de la fondation, des académiciens de par Louis XVIII, qui ont d'excellentes raisons pour cela, professent, en apparence du moins, un superbe dédain pour le journalisme. Comme la presse a dû être, et pour cause, fort silencieuse à l'endroit de leur mérite, comme il a pu lui arriver quelquefois de manifester un humble doute sur la légitimité de quelques honneurs académiques, ils gardent contre le journalisme une rancune durable et qui se manifeste à toute occasion. Nous savons de science certaine que plusieurs fois la proposition a été faite de supprimer aux journalistes la légère faveur dont ils jouissent, c'est-à-dire de supprimer leur banc qu'on a rendu pour eux un véritable banc de douleur. Mais ce sont là de mesquines vexations qui vont en s'affaiblissant tous les jours à mesure qu'une génération plus jeune et plus intelligente remplace peu à peu la génération qui s'en va.

Un motif tout aussi peu fondé a été la création du *Bulletin* de l'Académie. En supprimant la communication de la correspondance aux journaux de médecine, on a voulu que le public ne pût trouver que dans le *Bulletin* le compte-rendu complet des travaux académiques, et on a cru par là lui créer une clientelle d'abonnés. Le calcul était absurde, et l'événement l'a bien prouvé: après six ans d'existence, le *Bulletin* ne fait pas encore ses frais, et l'on peut hardiment prédire qu'il ne les fera jamais. En effet, un journal ne peut pas vivre du seul aliment académique, et pour les lecteurs, il faut autre chose que les discussions souvent si stériles de la rue de Poitiers. D'ailleurs, alors même que l'Académie serait plus libérale envers les journaux, le *Bulletin* ne perdrait rien de sa spécialité, car nul ne pourrait et ne voudrait être aussi complet que lui. Il est des parties que la presse périodique ne lui enviera jamais, et, sans crainte de la contrefaçon, il lui sera toujours loisible de s'étendre à son aise sur les rapports éternels de la commission des remèdes secrets, sur les discours au roi, et autres communications tout aussi importantes. Ce que la presse périodique desire, c'est la communication des travaux sérieux, des rapports intéressans; ce qu'elle voudrait pouvoir faire, c'est un choix au milieu de tout ce que le *Bulletin* est forcément obligé de publier sans triage et sans discernement. C'est là ce que l'Académie refuse obstinément pour se réserver un monopole ruineux pour ses intérêts matériels, dommgeable à ses intérêts scientifiques, et en opposition véritable aux intérêts de tous.

L'Académie des Sciences a aussi son *Bulletin* officiel et mieux fait, plus important, s'adressant à une classe beaucoup plus nombreuse de lecteurs que le Bulletin de l'Académie de médecine. En a-t-elle fait cependant un privilége, un monopole? Non, car elle savait bien que les journaux, à moins de consacrer toutes leurs colonnes à ces compte-rendus, ne pouvaient pas être aussi complets qu'un journal spécial. Il règne d'ailleurs au palais Mazarin des idées autrement élevées qu'à la rue de Poitiers, et la vulgarisation des sciences n'effraie pas autant les esprits.

Il est fort remarquable, du reste, que de toutes les sociétés savantes, l'Académie de médecine soit le moins avancée sous ce rapport. Il n'en est pas qui ne cherche à donner la plus grande publicité possible à ses travaux, et qui n'en offre officieusement le compte-rendu aux divers journaux. Toutes comprennent bien, en effet, que l'existence des corps savans ne peut se borner à leur étroite enceinte, et que ce n'est que par la publicité qu'elles obtiennent influence et considération. Et nous le demandons, que serait l'Académie de médecine elle-même, si la presse périodique ne lui avait prêté son secours? Par le fait seul de son existence, et par la publicité de son *Bulletin*, aurait-elle pris dans la hiérarchie scientifique et morale, dans la hiérarchie des esprits qui est bien autre que la hiérarchie officielle, le rang qu'elle occupe? Supposez que tous les journaux se taisent à la fois sur le compte de l'Académie de médecine, son *Bulletin* suffira-t-il à répandre ses travaux? Et ne va-t-elle pas descendre au rang de ces puissances muettes et déchues, sans action sur le mouvement et la direction des esprits? Il faut bien le reconnaître, si l'Académie de médecine possède une valeur morale, elle le doit plus à la presse périodique qu'à elle-même. La publicité, tout incomplète qu'elle soit, que la presse donne à ses séances, éveille et soutient sur elle l'attention qui s'en distrairait complétement sans son secours.

Déjà cette illibéralité envers le journalisme lui a été fâcheuse. Les travaux importans de médecine n'aboutissent plus depuis quelque temps à la rue de Poitiers; l'Académie des sciences absorbe tout, et l'Académie de médecine perd tous les jours de son influence. Les travailleurs n'y trouvant qu'une publicité restreinte, fuient son enceinte inhospitalière. Si elle n'y prend garde, elle en sera bientôt réduite à ses propres travaux ou à des communications sans valeur et sans portée.

Il est regrettable que ces observations n'aient pas frappé la portion active, jeune et libérale de l'Académie. Sans porter de graves atteintes à sa considération, ce corps savant ne peut pas rester plus long-temps dans ce *statu quo* déplorable. Il se doit à lui-même, il doit au public et aux travailleurs qui lui portent le fruit de leurs veilles, d'agrandir

la journée ; et comme l'appétit n'est pas complètement perdu, on permettra quelques alimens.

Les jours suivans, l'état de la malade n'offrant rien de particulier, on continue les purgatifs et une bonne alimentation.

Le 20 mai, la malade se trouve assez bien ; elle prend un peu de forces. — Rien de nouveau du côté du cœur ; l'œdème n'a pas augmenté, mais l'hydro-péritonie est plus considérable. Vin de Collioure ; le quart ; purgatifs.

Le 30, la dyspnée est augmentée, les bruits du cœur sont plus sourds, surtout le premier ; l'œdème s'est étendu jusqu'aux parties génitales ; constipation. Même traitement.

Le 13 juin, la malade étouffe depuis deux jours ; l'œdème a gagné toutes les parois abdominales et la partie postérieure du tronc. L'ombilic dépasse de beaucoup la ligne sterno-pubienne. Les bruits du cœur sont tout à fait sourds ; ses battemens se dérobent à la palpation. Il existe quelques excoriations à la région sacrée. On pratique la ponction du ventre et l'on en retire quinze litres d'une sérosité citrine, ne contenant pas de flocons albumineux. Chiendent nitré ; potion avec digitale ; deux bouillons.

Le 14, le ventre est affaissé, le foie ne dépasse plus le mamelon, la respiration est plus facile ; l'œdème des membres inférieurs n'a pas diminué ; le coude-pied, qui était rouge hier, est aujourd'hui frappé de gangrène. Même prescription.

Le 16, la gangrène ne s'est pas étendue ; l'œdème a beaucoup diminué ; le pouls est filiforme ; les battemens du cœur s'entendent à peine.

La nuit d'après, la malade succombe à la suite de deux étouffemens très forts.

Nécroscopie. — Elle fut faite quarante heures après la mort, et l'on ne trouva ni putréfaction, ni raideur cadavérique. La plèvre gauche présenta de très nombreuses adhérences. Les poumons ne revinrent que fort peu sur eux-mêmes ; ils étaient rouges, congestionés partout, en avant comme en arrière ; ils étaient crépitans sur tous les points. Si l'on portait le bistouri dans leur tissu, il suintait des surfaces divisées des gouttelettes de sang noir qu'on voyait poindre des vaisseaux. Les bronches étaient assez fortement colorées à leur surface intérieure, mais elles ne contenaient pas d'écume.

Le cœur présentait les dimensions qu'on lui avait reconnues pendant la vie ; il était à 5 centimètres de la clavicule et à 45 millimètres de la ligne médiane. Le péricarde n'offrait aucune altération ; mais on apercevait sur la face antérieure du cœur « deux ou trois petites plaques laiteuses. »

Les oreillettes étaient dilatées, la gauche principalement. Le ventricule du même côté était sensiblement hypertrophié ; l'épaisseur de ses parois était de 8 centimètres à la base.

A droite, les orifices n'offraient rien de particulier. Il y avait insuffisance très remarquable des valvules sigmoïdes ; la plus voisine de l'orifice auriculo-ventriculaire était ossifiée. Cette valvule se trouvait appliquée contre l'aorte, à laquelle pourtant elle n'adhérait pas ; elle avait perdu sa souplesse et, dans les conditions où elle se trouvait, il était impossible qu'elle pût remplir ses fonctions. Les autres valvules étaient saines. La cavité du ventricule gauche était un peu dilatée ; l'aorte offrait quelques plaques stéatomateuses.

On trouva trois litres environ de sérosité citrine dans le péritoine.

L'infiltration des membres inférieurs était profonde ; l'eschare du pied droit n'intéressait que la peau.

— Ainsi s'est confirmé dans tous ses points le diagnostic qu'on avait porté pendant la vie ; ainsi, malgré le traitement le plus rationnel, on a vu survenir rapidement cette terminaison funeste qu'on pouvait bien espérer d'éloigner, mais non de conjurer.

Cette observation est donc remarquable sous une foule de rapports : elle est un des exemples les plus frappans de pneumohémie acardiosthénique qui, sans nul doute, a contribué pour sa part à ces étouffemens violens qui ont entraîné la mort de la malade.

L. MAILLIOT.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

(Service de chirurgie.)

Valeur des signes diagnostiques des pierres.

Dans les considérations auxquelles nous allons nous livrer concernant la valeur des signes diagnostiques des pierres, loin de nous laisser diriger par l'intention de vous faire sur ce sujet une leçon *ex professo*, nous nous contenterons d'insister sur les points les plus importans, et surtout nous vous signalerons ce que notre expérience personnelle nous a appris, laissant autant que possible de côté ce qui se trouve consigné à ce sujet dans les livres sur cette matière.

Les enfans sont plus sujets à l'affection calculeuse que les adultes, et se rapprochent, sous ce rapport, des vieillards ; cette remarque a déjà été faite et je ne puis, pour ce qui me concerne, que vous en confirmer l'exactitude. On a dit aussi que chez eux les causes de l'affection calculeuse sont obscures, ce qui est également vrai. Une remarque encore, que j'ai été à même de faire avec d'autres, c'est que parmi les enfans la pierre se rencontre incomparablement plus souvent chez les pauvres que parmi ceux qui appartiennent aux classes aisées de la société. Vous avez pu remarquer vous-mêmes que les calculeux que nous recevons dans le service, nous viennent, pour la plupart, de la campagne.

Après ces préliminaires, qu'il n'était de mon sujet que de toucher légèrement, je vais examiner actuellement la valeur des signes diagnostiques des pierres. Vous savez qu'on les divise en signes rationnels et signes physiques, sensibles ou encore positifs.

Les signes rationnels sont assez nombreux : on les tire du volume comparativement exorbitant de la verge, de l'émission plus ou moins douloureuse de l'urine, de l'interruption du jet pendant cette émission, de l'hématurie, de l'incontinence urineuse, des urines catarrheuses et du catarrhe vésical, des érections de la verge, de la chute du rectum, etc.

Les signes physiques se tirent exclusivement de l'opération du cathétérisme, ou des explorations avec les instrumens de lithotritie, et des sensations qui résultent du contact de ces instrumens avec la pierre.

Examinons successivement ces différens signes avec quelques détails.

Signes rationels.—Disons par anticipation, qu'existant isolément, ces signes n'ont aucune valeur, et qu'ils n'en acquièrent qu'autant qu'il en existe plusieurs à la fois.

Volume exorbitant de la verge. — L'augmentation de volume de la verge, chez les enfans calculeux, est un phénomène à peu près constant. Mais il perd beaucoup de sa valeur diagnostique par cela même qu'il peut exister sans que l'enfant soit calculeux, et, par exemple, par le fait seul de la masturbation. Du reste, chez les enfans calculeux, cette augmentation du volume de la verge reconnaît comme causes, les tiraillemens répétés qu'ils exercent sur cet organe par suite de la démangeaison, du prurit, qu'ils ressentent au bout du gland ; et les érections fréquentes auxquelles ils sont sujets, par suite, probablement, des titillations que le calcul exerce sur le col vésical, érections répétées qui, en outre, donnent bien souvent aux enfans l'habitude de la masturbation. Du reste, je me suis assuré qu'il n'existe pas un rapport constant entre le volume de la verge et la grosseur d'un calcul, ce dont vous avez pu vous convaincre vous-mêmes ces jours derniers en examinant les malades du numéro 8 et du numéro 17 de la salle Saint-Côme, dont le premier, avec un petit calcul, présentait une verge très-volumineuse, quoique âgé de trois ans seulement ; tandis que chez le second, qui avait plusieurs gros calculs, et qui était âgé de plus de dix ans, la verge n'était proportionnellement pas aussi volumineuse.

Douleur en urinant. Le plus grand nombre des enfans calculeux éprouvent une douleur au moment même où ils vont uriner, et aussitôt après l'émission du liquide terminée. Mais ce signe encore est douteux, attendu qu'il peut se présenter en dehors des conditions d'affection calculeuse. Ainsi, nous l'avons vu exister dans des cas où une simple étroitesse de l'ouverture préputiale, un phymosis, en d'autres termes, avait donné naissance à une balanite, l'opération remédiant au phymosis et faisant cesser la balanite, la douleur en urinant disparaissait. Cette douleur est commune aussi chez les enfans qui portent au bras un vésicatoire irrité par de trop fréquentes applications de la pommade cantharidée. Nous avons actuellement dans le service le petit malade couché au n° 12 de la salle Saint-Côme, affecté d'une carie des côtes, qui s'est trouvé dans ce cas. La douleur en urinant ne peut donc pas être exclusivement attribuée à la présence d'un calcul dans la vessie.

Interruption du jet urineux. — L'interruption du jet de l'urine paraît, de premier abord, être un signe plus concluant, en ce qu'il se présente à l'esprit comme résultant du déplacement d'un corps qui vient occuper le trajet que le liquide doit parcourir. On sait, en effet, que dans les cas de calcul vésical, cette interruption est souvent occasionnée par le déplacement de celui-ci qui vient se placer contre l'orifice interne du col vésical. Mais il est bien notoire aujourd'hui que d'autres causes peuvent arrêter le jet de l'urine : de ce nombre sont l'inflammation du col vésical, celle de l'urètre.

L'année dernière, plusieurs d'entre vous ont pu observer dans ce service un petit enfant qui rentrait dans le premier cas ; le jet de l'urine était interrompu, soit que cette interruption fût volontaire de la part du malade à cause de la violence de la douleur qu'occasionnait le passage du liquide, soit que cette douleur excitât des contractions spasmodiques du col vésical. Quand l'interruption du jet est volontaire, il se passe alors quelque chose d'analogue à la crainte d'uriner qu'éprouvent les adultes qui sont affectés de blennorrhagie intense. Mais indépendamment des causes que je viens de mentionner, il arrive parfois chez quelques enfans non calculeux que le jet urineux est interrompu sans que l'on en puisse comprendre la cause. A présent encore nous avons un enfant dans le service qui présente ce phénomène et qui assurément n'a point de calcul. Après vous avoir démontré que l'interruption du jet de l'urine peut fort bien se rattacher à d'autres causes qu'à la présence d'un calcul de la vessie, nous devons vous dire que, par contre, un calcul peut exister dans le réservoir urinaire, sans que le jet soit jamais interrompu : cette vérité est au moins incontestable pour le cas où le calcul est adhérent.

Hématurie. — Nous n'aurons pas à nous arrêter à ce signe diagnostique, l'hématurie étant un phénomène très rare chez les enfans calculeux. Pour nous, nous ne l'avons observée qu'une seule fois chez un enfant affecté de la gravelle.

Incontinence urineuse. — L'incontinence d'urine est un signe qui a d'autant moins de valeur, comme moyen de diagnostic de la pierre chez les enfans, que chez eux elle est très fréquente et peut se rattacher à plusieurs causes. Nous nous bornerons à vous faire remarquer à ce sujet, que l'incontinence permanente, c'est-à-dire persistant aussi bien le jour que la nuit, est un phénomène qui se rattache d'une manière presque constante à la présence d'un ou de plusieurs gros calculs.

Urines catarrheuses et catarrhe vésical. — Chez les enfans calculeux, les urines présentent assez fréquemment des nuages qui n'indiquent pas autre chose que la suspension dans le liquide d'une certaine quantité de mucus. C'est là en quelque sorte la plus faible expression du catarrhe vésical. Mais le véritable catarrhe vésical, donnant lieu à des urines caractérisées par un dépôt muqueux filant, est une complication rare et qui ne s'observe qu'autant que la création du calcul vésical est d'ancienne date, ou bien que sa surface est hérissée de pointes, ainsi que cela existe pour les calculs muraux principalement ; car alors il en résulte une irritation de la surface vésicale. Au demeurant, le catarrhe vésical est encore un signe équivoque, au point de vue du diagnostic de la pierre, attendu qu'il peut être indépendant de l'existence de cette dernière.

Erections. — Les érections de la verge avant et après l'expulsion des urines, sont un phénomène assez fréquent chez les enfans calculeux ; mais que peut-on conclure de leur existence, surtout si elles existent isolément ? Nous avons déjà dit que ces érections entraînaient, comme conséquence presque nécessaire et immédiate, l'habitude de la masturbation et consécutivement l'augmentation de volume de la verge.

Chute du rectum. — La chute de la membrane muqueuse du rectum peut être considérée comme un signe diagnostique rationnel de la pierre, en ce sens qu'elle complique assez fréquemment cette affection. Elle résulte des efforts auxquels les enfans se livrent pour expulser les urines, lorsque l'orifice interne du col se trouve oblitéré par le déplacement du calcul.

Signes physiques ou sensibles de la pierre. — Sans entrer dans aucun des détails qui auraient pour but de vous apprendre les règles d'après lesquelles on doit procéder à l'opération du cathétérisme, nous n'insisterons que sur les différences que ce mode d'exploration nous paraît réclamer chez les enfans.

Disons d'abord que la liberté du canal de l'urètre et l'absence de rétrécissemens et de coarctations rendent l'introduction de la sonde assez facile d'ordinaire et éloignent la nécessité de violenter le passage de l'instrument. Les sondes à petite

le cercle de sa publicité et d'imiter en tous points l'Académie des sciences. Ce conseil est bon et, dans tous les cas, fort désintéressé de notre part. En agissant comme elle fait, l'Académie nous donne assurément moins de besogne. Mais nous accepterions avec plaisir le surcroît de travail qu'elle pourrait et qu'elle devrait nous imposer ; car il aurait un résultat utile pour nos lecteurs, favorable à la science en général, et dont l'Académie elle-même recueillerait les plus grands avantages.

Nous espérons que l'un des honorables membres indépendans que possède l'Académie, appréciant la justesse de nos observations, ne tardera pas à faire une proposition officielle à ce sujet.

Chronique.

La Faculté de médecine de Paris avait, par une longue et utile tolérance qui était passée en usage, accordé aux médecins qui se livrent à des travaux et à des recherches scientifiques, la permission d'emprunter quelques livres à sa bibliothèque. Elle avait compris, en effet, qu'un médecin, par la nature de ses occupations, devait être empêché de fréquenter la bibliothèque aux heures pendant lesquelles elle est ouverte, et qu'il ne lui était pas possible de faire à cet égard ce que peut faire un élève. Aussi jusqu'ici, les médecins connus de M. le bibliothécaire avaient une assez grande facilité pour se procurer chez eux les livres dont ils avaient besoin. Cet usage vient d'être aboli. Sur la proposition de M. Breschet, dit-on, la Faculté vient d'interdire absolument tout emprunt de livres, excepté néanmoins pour MM. les professeurs de la Faculté. Cette mesure a été motivée par l'absence d'un grand nombre de livres, absence qui daterait, assure-t-on, d'un temps fort éloigné. Or, vérification faite, il s'est trouvé que les livres manquans et depuis si long-temps absens ont été précisément empruntés par les professeurs eux-mêmes. La connaissance de ce fait n'a en rien modifié la mesure de la Faculté ; c'est qu'elle a été prise pour d'autres motifs que les motifs avoués, motifs que nous ferions connaître si la Faculté persistait dans une défense aussi peu libérale et aussi nuisible aux travailleurs.

— Quelques personnes ont témoigné de la surprise en voyant le choix que le jury d'un certain concours avait fait de son président. Ce n'est, dit-on, ni le plus âgé, ni le mieux posé dans la science, ni le plus acclienté, ni le plus riche, ni le plus amphitryon, ni etc., etc. Cela est vrai, mais c'est le plus coureur, et c'est ce qui lui a valu la présidence. C'est un mauvais tour que le jury vient de lui faire. Voyant qu'aussitôt que reverdissent les feuilles et que tiédit l'atmosphère, M. .... s'échappe tous les ans et commence ses vacances en avril ou en mai, le jury a voulu, au moins pour une fois, le retenir à ses fonctions en lui imposant des devoirs graves, et qu'il ne pourrait décliner sans manquer à toutes les convenances. Nous y perdrons pour la rentrée prochaine, quelque belle histoire *de proteus*.

— On nous assure que dans l'un des derniers concours, les ayant-cause d'un compétiteur ont apporté une modification heureuse dans l'art des solliciteurs. Un professeur de la Faculté, *qui n'était pas juge*, reçut la visite d'une dame qui, après de bien longues circonlocutions, lui demanda, non pas de s'intéresser à la candidature de son protégé, non pas de l'épauler de sa recommandation, mais bien de vouloir *rester neutre !*

— Toutes les fois que Paris est envahi par une épidémie, on peut être assuré que le Conseil des hôpitaux n'aura rien prévu pour parer à l'encombrement des malades. On sait que pour le choléra, ce fut au dernier moment que l'on se décida à prendre quelques mesures qui furent terminées alors qu'on n'en avait plus besoin. En 1837, pour l'épidémie de grippe, le Bureau central fut obligé de refuser un grand nombre de malades, faute de lits pour les secourir. Cette année, les journaux politiques ont annoncé que le Conseil venait seulement de s'assembler pour aviser à l'encombrement que l'épidémie actuelle occasionne dans les hôpitaux. Mais que fait donc ce Conseil, et à quoi est-il bon, puisqu'il ne sait rien prévoir et puisque les événemens le prennent toujours à l'improviste ?

— Pour le prochain concours à deux places de chirurgie vacantes au Bureau central des hôpitaux, on parle d'une vingtaine de jeunes chirurgiens compétiteurs, et d'un vingt-unième qu'il est fort difficile de ranger parmi les médecins ou parmi les chirurgiens. On offre de parier que c'est sur celui-là que tombera le choix.

Dès le lendemain de l'apparition de sa dernière lettre (sur les candidatures à l'Académie), M. le docteur La Corbière s'est empressé de nous écrire pour exprimer le vif regret qu'il éprouvait d'avoir, par une erreur qu'il explique, reproduit un passage plus que sévère de Courrier touchant un académicien dont le caractère, ainsi que les nombreux et utiles travaux, dit-il, méritent également l'estime et la considération publiques. Quelque honorable que soit l'intention d'un excellent confrère, à qui nous ne reconnaissons pas moins de justice et de loyauté que de courage civil, l'espace nous manquant, nous n'avons pu publier *in extenso* sa déclaration, dont nous ne faisons que reproduire ici l'idée principale, pour ne pas tarder plus long-temps de nous rendre à son pieux désir.

courbure sont celles que nous préférons, attendu que leur maniement devient plus facile une fois introduites et que d'ailleurs le bas-fond de la vessie ne se trouve pas chez les enfans dans un plan de beaucoup inférieur à celui de l'urètre, la prostate n'étant chez eux qu'incomplètement développée, ce qui n'expose pas à laisser inaperçue une petite pierre qui occuperait ce point de l'organe.

Il faut faire pénétrer la sonde dans la vessie avec lenteur, afin de ne point laisser échapper la faible sensation qui pourrait être transmise par un très petit calcul, qui, à raison même de sa petitesse, serait venu se placer contre l'orifice interne du corps vésical. Ce fait bien connu, savoir, la tendance qu'ont les très petits calculs à échapper par l'urètre, entraînés par le flot des urines, impose cette précaution d'autant plus nécessaire, que, dans ces cas, la perception du calcul devient extrêmement difficile dès qu'il est rentré dans la cavité de la vessie.

Si le calcul est volumineux, ou qu'il en existe plusieurs, la conscience de leur existence est bientôt acquise. Les difficultés du cathétérisme, par contre, augmentent en raison de leur petitesse. Il est bon que vous soyez informés que chez les enfans aussi, de même que chez les vieillards, on rencontre des vessies à colonnes, et que le choc de la sonde contre ces colonnes charnues est capable d'en imposer pour un calcul, si on agit trop à la légère. L'obscurité du diagnostic devient alors d'autant plus grande, que l'invariabilité du point sur lequel la sensation est perçue peut faire présumer soit que le calcul soit adhérent, soit qu'il s'agisse d'une plaque ou incrustation calcaire.

L'existence de ces plaques calcaires n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense généralement, et nous ne serions pas éloigné de croire que dans les cas où l'opération de la taille a été faite à vide, comme cela est arrivé quatre fois à M. Roux, d'après son propre aveu, et à d'autres opérateurs non moins distingués, il s'agissait d'incrustations calcaires, méconnues par le cathétérisme et au moment même de l'opération, mais qui avaient probablement fourni la sensation d'après laquelle on s'était décidé à l'opération. Dupuytren lui-même est tombé sur un cas de cette nature pendant notre internat dans son service. La vessie fut trouvée vide après l'opération de la taille : le malade se rétablit, mais ayant succombé deux années plus tard à l'hôpital des Enfans à une phthysie pulmonaire, à l'autopsie je trouvai la vessie tapissée à sa surface interne d'une couche calcaire. Le cathétérisme n'avait donc pas induit en erreur Dupuytren, à qui je présentai la pièce pathologique.

Nous avons déjà dit que le peu de développement de la prostate chez les enfans facilitait l'opération du cathétérisme, puisqu'elle ne constitue pas, au-devant de la vessie, une proéminence plus élevée que son bas-fond, ainsi que cela existe chez les vieillards.

Quand on éprouve de la peine à rencontrer le calcul, il faut faire changer d'attitude à l'enfant et le sonder successivement couché sur le dos et sur les deux côtés, debout, dans la position à quatre passes. Le toucher rectal aide parfaitement quelquefois, présentant le double avantage, soit de soulever le calcul vers la sonde, soit en faisant reconnaître qu'un corps autre que les parois organiques est interposé entre le doigt et la sonde.

La sensation transmise à l'opérateur, lors du choc de l'algalie contre le calcul, est *sui generis* et d'ailleurs très concluante. Mais comment distinguer celle qui est communiquée par une pierre, de celle qui est communiquée par une plaque ou incrustation lithique? Quand il s'agit d'une plaque, il n'y a que frottement de la sonde sur une surface à peu près plane et rugueuse ; mais l'instrument n'éprouve pas de chutes ainsi que cela arrive lorsque du point le plus élevé d'une pierre, ordinairement arrondie, il glisse ou tombe sur l'un de ses côtés : ajoutons, et ceci n'est pas moins important, que la sensation fournie par une plaque est toujours ressentie sur le même point qui ne varie jamais, différente en cela d'une pierre libre qui peut être déplacée. Il n'en est pas ainsi des calculs adhérens, dans ce cas le diagnostic différentiel devient plus difficile ; mais on parviendra encore à éviter l'erreur si on réfléchit à ce que nous venons de dire il n'y a qu'un instant, savoir : que ce calcul présentera toujours une surface arrondie, qui expose le cathéter à des chutes sur l'un ou l'autre de ses côtés, tandis que sur la plaque calcaire l'instrument parcourra une surface rugueuse, mais à peu près plane. D'ailleurs, les explorations avec les instrumens de lithotritie seront ici d'une très grande utilité pour éclairer le diagnostic.

K.....

HOPITAL DE GUY.

Plusieurs cas de paralysie guéris à l'aide de l'électricité; par M. BIRD.

Premier fait. Paralysie des muscles extenseurs des deux mains. — Richard Gardner, dix-neuf ans, a été reçu à Guy's hospital le 12 juin. Il a été employé pendant cinq ans comme peintre compositeur, ensuite comme manipuleur de couleurs dans lesquelles le plomb entrait comme ingrédient principal. Sa santé était bonne jusqu'à ces derniers temps, lorsqu'il y a trois semaines, il a été saisi de tremblement aux deux mains, et puis après d'une attaque violente de colique.

A son entrée il présentait les deux mains paralysées; la lésion portait principalement sur les muscles extenseurs; sa santé générale était très dérangée. La faiblesse générale était telle qu'il ne marchait qu'avec un extrême difficulté. Le traitement interne qu'il a suivi a beaucoup amélioré son état, mais les mains étaient restées paralysées.

Le 2 septembre on l'a soumis au bain électrique.

A cette époque le malade était complètement amaurotique des deux yeux; cet état durait depuis un an. Le bras gauche était plus fort que le droit; le sentiment était, au reste, parfait. Des étincelles ont été tirées des régions cervicales et dorsales de l'épine, trois fois par semaine. L'éruption papuleuse a été produite avec difficulté. L'amélioration ne s'est point fait attendre long-temps. Une attaque de bronchite cependant nous a obligé à suspendre l'électricité jusqu'au 8 novembre. Dès ce moment l'amélioration a été progressive, la paralysie s'est dissipée petit à petit, les muscles ont repris leur ton; les pupilles, d'insensibles qu'elles étaient à la lumière, ont repris leur contractilité; mais la cécité a persisté.

12 janvier. La paralysie a disparu, mais l'amaurose est restée dans le même état.

Deuxième fait. Paralysie dans les muscles extenseurs de la main droite. — Cornélius Backley, âgé de vingt-neuf ans, tonnelier, a été saisi subitement de perte de sentiment dans le poignet et dans la main du côté droit, qu'il attribuait au maniement qu'il avait fait pendant long-temps de céruse. A son entrée à l'hôpital (août 1840), la paralysie des muscles extenseurs de la main était complète, la santé générale était assez bonne. On prescrit une purgation et le bain électrique avec étincelles tirées le long du bras, depuis les vertèbres cervicales jusqu'aux doigts.

11 septembre. Amélioration très prononcée et progressive. Guérison complète.

Troisième fait. Paralysie des muscles extenseurs des deux mains. — James Ibbotson, vingt-sept ans, a été reçu dans le service de M. Hughes le 5 décembre. Le commémoratif a appris qu'il était peintre de voitures, et que depuis trois mois il a été saisi d'engourdissement dans la main droite d'abord, puis dans la main gauche. A son entrée, les muscles extenseurs des deux mains sont tout à fait paralysés, mais ceux du côté droit le sont davantage; le malade ne peut même pas soulever une main avec l'autre. Il a eu la colique saturnine.

On prescrit un purgatif et le bain électrique avec étincelles tirées le long de l'épine trois fois par semaine.

20 décembre. Amélioration progressive. Guérison complète.

Quatrième fait. Ibid. — Guéri en trois mois.

Cinquième fait. Paralysie rhumatismale du bras droit. — James Young, quinze ans, a été reçu vers la moitié de janvier dans le service de M. Bright. Il y a seize mois, il a été saisi de douleur et de gonflement à la partie supérieure du cou. Deux mois après le bras droit est paralysé. On l'a traité pendant neuf mois pour cette affection, mais sans avantage. On l'a donc soumis au traitement électrique vers la moitié du mois d'août, et on lui a tiré des étincelles au nombre de douze, depuis la colonne cervicale, le long du membre, jusqu'aux doigts, tous les jours.

8 novembre. Amélioration notable et progressive.

20 octobre. Guérison complète.

Sixième fait. Paralysie rhumatismale du bras droit et des deux mains. — Richard Eve, trente-deux ans, marin, a été reçu le 27 septembre dans le service de M. Addisson. Dix mois auparavant, se trouvant à bord sur un bâtiment qui côtoyait l'Afrique, il a été saisi de fièvre par suite d'une boisson froide dont il avait usé avec profusion. Aussitôt après l'avant-bras droit et les deux mains se sont paralysés.

A son entrée, les deux membres sont complètement paralysés, mais la santé générale est excellente.

22 septembre. Bain électrique avec étincelles le long de l'épine et des muscles paralysés trois fois par semaine.

14 novembre. Amélioration de jour en jour; les membres reprennent leur agilité et leur force. Guérison.

Septième fait. Paralysie rhumatismale de la jambe droite. — Daniel Dennis, trente-huit ans, a été reçu dans le service de M. Bright. Il y a huit mois, il avait été atteint d'une violente attaque de rhumatisme aux jambes après s'être exposé au froid. Le traitement ordinaire l'a soulagé de cette affection, mais la jambe droite est restée tout à fait impuissante, paralysée. Le sentiment cependant est parfaitement conservé.

9 juin. Bain électrique avec étincelles depuis les vertèbres lombaires, le long du membre, jusqu'aux orteils.

18 août. Mieux progressif. Rétablissement complet.

Huitième fait. Paralysie rhumatismale des deux mains. — Williams Evans, trente ans, a été reçu dans le service de M. Babington. Il exerçait la profession de chargeur et déchargeur de marchandises des bâtimens dans le port. Il y a quelques semaines, il a été saisi par une pluie abondante en travaillant. Le lendemain le petit doigt de la main droite a paru engourdi; cet engourdissement est augmenté par degrés, et dans l'espace d'une semaine il a gagné les deux mains. La paralysie était bornée au mouvement seulement.

19 novembre. Bain électrique avec étincelles le long de l'épine, du bras et des mains. Suivent d'autres détails. Guérison.

Neuvième fait. Hémiplégie par suite d'une chute. — James Harrington, trente ans, a été reçu dans le service de M. Hugues. Il est affecté de paralysie du sentiment et du mouvement dans la moitié droite du corps, par suite d'une chute qu'il a faite il y a neuf mois, et dans laquelle il s'est frappé à la tête. La paralysie n'est que partielle, puisque le malade peut marcher, bien qu'avec une très grande difficulté. Quand on pince les parties paralysées, le malade ne sent que comme si on lui appliquait une compresse.

16 décembre. Bain électrique avec étincelles le long de l'épine et de chaque membre, deux fois par semaine.

3 avril. Amélioration progressive, mais lente. Guérison complète.

Dixième fait. Paraplégie par suite d'apoplexie. — Eliza Perry, vingt-six ans, a été saisie, au printemps de 1840, d'une attaque apoplectique, laquelle a duré deux heures, et a été suivie d'une seconde attaque. Elle est restée paraplégique, la moitié inférieure du corps ayant perdu le mouvement et le sentiment. On l'a reçue dans le service de M. Addisson, où elle a été traitée médicalement, ce qui a beaucoup amélioré sa santé, mais la paralysie a persisté. Le mouvement cependant s'était en partie rétabli.

27 novembre. Bain électrique avec étincelles tirées des vertèbres lombaires, du sacrum et le long des membres paralysés. En peu de temps le sentiment est revenu, puis le mouvement en totalité. Guérison complète.

Onzième fait. Paralysie du bras droit. — Guérison *ut suprà.*

Douzième fait. Paralysie du mouvement de la moitié droite du corps. — Suivent les détails. Guérison *ut suprà.*

Treizième, quatorzième faits. Paralysie du sentiment de la moitié du corps, du bras droit. — Détails. Guérison *ut suprà.*

Quinzième fait. Paralysie du sentiment du bras droit et d'un côté de la face. — Williams Hunter, cinquante-cinq ans, a été reçu le 29 novembre dans le service de M. Bird. Il exerçait la profession de porteur de charbon et d'autres lourdes charges. La moitié droite de la face est paralysée du sentiment; la même paralysie existe dans le bras droit; le mouvement est libre. Il n'existe aucun signe de maladie cérébrale ni de rhumatisme. La santé générale est altérée.

29 novembre. Bain électrique et étincelles le long de l'épine, de la face et du bras, trois fois par semaine; pilule d'hydrargyrium et de ciguë.

24 décembre. Le sentiment est revenu dans le bras, mais non à la face. On dirige un courant à la face avec un appareil électro-magnétique, dans la direction des filets de la cinquième paire.

10 janvier. Amélioration journalière. Guérison complète.

Seizième fait. Paralysie du bras gauche par cause traumatique. — Chute sur le bras droit depuis trois semaines. Guérison.

Dix-septième fait. Paralysie du mouvement limitée au muscle biceps fléchisseur du cubitus. — Un homme âgé de quarante ans, d'habitudes sédentaires, se plaignait de difficulté dans les mouvemens du bras, surtout dans la flexion et dans l'élévation de l'avant-bras. A l'examen le corps du muscle biceps paraît singulièrement atrophié; il offre à peine le tiers du volume de celui de l'autre membre. Le brachial antérieur ne paraît pas participer à cet état d'une manière sensible. Le sentiment paraît, au reste, conservé. Le patient déclare que l'impuissance s'est déclarée lentement, et qu'il ne saurait en accuser aucune cause. La santé générale est bonne. On applique un vésicatoire sur le muscle, qu'on panse avec un quart de grain de strychnine; pas de mieux. On prescrit des courans électriques dirigés de la nuque au muscle paralysé, moyennant un appareil électro-magnétique, ce qui a déterminé des contractions violentes dans le bras. Quelques semaines de ce traitement ont suffi pour redonner au bras peu à peu sa force habituelle.

Suivent quelques autres faits analogues aux précédens; viennent enfin six cas d'aménorrhée, datant de deux à douze mois, parfaitement guéris à l'aide de courans électriques dirigés dans le bassin avec étincelles tirées par cette région.

(*Guy's hospital Reports.*)

— On parle depuis long-temps des bienfaits de l'électricité contre les affections nerveuses, en particulier les paralysies; mais les effets de cet agent ont si souvent été nuls, que les praticiens de bonne foi y avaient presque complètement renoncé. Le mémoire de M. Bird cependant paraît très propre à encourager cet agent thérapeutique. La variabilité des effets obtenus jusqu'à ce jour tenait peut-être à la manière d'employer le remède. C'est une nouvelle étude clinique à faire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 3 février 1842.

A trois heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Morel occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Guillon présente à la Société un malade chez lequel il a fait l'ablation d'un pouce surnuméraire. La cicatrice linéaire résultat de cette petite opération est à peine visible. Notre confrère fait observer que toute simple que soit l'amputation d'un doigt, elle n'est cependant pas toujours sans danger, et il rapporte à ce sujet qu'un chirurgien d'un grand hôpital a perdu un malade chez lequel il avait pratiqué la résection d'une phalange.

Correspondance. — M. le docteur Vernes demande un congé pour cause de maladie.

Lettre de M. Bignon sur les maladies blanches, phlegmasies des nouvelles accouchées. — M. Terrier, rapporteur.

M. Varlet envoie sa thèse, *Dissertation sur l'hystérie*, pour obtenir le titre de membre correspondant. — M. Sorlin est nommé rapporteur.

M. Morel rapporteur du mémoire de M. Gout, sur les dangers qu'offre le chauffage par les calorifères actuellement en usage et les avantages que présenterait la vapeur, commence par déclarer que pour décider cette question il faudrait beaucoup de temps et de loisir, qu'il paraît cependant prouvé que le chauffage par les calorifères a l'inconvénient non seulement de faire travailler les meubles, de racornir les couvertures des livres, mais encore d'être défavorable à la santé en versant dans les appartemens un air embrasé qui s'empare de toute l'humidité et de forcer d'ouvrir les fenêtres pour renouveler l'air, que la chaleur soit forte ou non, sous peine d'être incommodé. Ces faits résultent des pièces officielles communiquées au ministre de la marine. Notre confrère, M. Emmanuel Rousseau, a constaté également la funeste influence de ces calorifères sur les animaux du Jardin des Plantes et, pour faire disparaître la mortalité, on a été obligé de revenir à l'usage des poêles. Quant à l'utilité des calorifères à la vapeur, la Société pense que la solution de cette question est l'affaire du temps et de l'expérience.

M. Léger. La fièvre puerpérale a souvent déconcerté les médecins, elle a fort récemment causé un grand nombre de décès; je vais citer un fait de ce genre, survenu chez une femme accouchée depuis deux ou trois mois, et qui a succombé bien rapidement.

Je fus appelé, le 17 janvier à onze heures du soir, pour visiter une

femme de chambre de vingt-sept ans, belle, robuste et habituellement bien portante. Elle avait dîné le 16 dans la famille de sa maîtresse, avait mangé avec appétit et s'était couchée sans ressentir le moindre mal ; le lendemain lundi, elle a été prise de ses règles ; le soir elle but un verre d'eau froide et dans la nuit elle ressentit quelques coliques ; les menstrues, supprimées d'abord, reparurent et cessèrent enfin pour ne plus revenir. Elle se leva, fit son ménage avec mollesse, et se coucha sur les quatre heures. A onze heures du soir je fus mandé ; je devinai sur-le-champ que j'avais affaire à quelque chose de grave. Le pouls était petit, fréquent ; les traits de la face étaient altérés ; les yeux cernés. Cette femme accusait une anxiété extrême ; elle avait vomi ; les extrémités étaient glacées. Je pensai qu'il fallait se hâter de rappeler les menstrues ou d'y suppléer. Comme il n'y avait près d'elle que sa maîtresse et une servante assez mal disposée, je plaçai moi-même trente sangsues à la vulve : le sang coula en assez grande abondance. Je fis prendre à la malade un énorme lavement avec une forte décoction de feuilles de mauve ; je pratiquai sur le ventre des fomentations émollientes et des sinapismes furent appliqués aux cuisses et aux mollets.

Le lendemain matin à neuf heures, les accidens étaient aggravés, la face était plus livide, les vomissemens plus fréquens. M. Fouquier fut appelé : il diagnostiqua une métro-péritonite, une phlébite et ordonna de placer quarante sangsues sur le ventre ; la malade qui conservait toute sa raison, nous priait de nous hâter, elle répétait qu'elle sentait bien qu'elle allait mourir. En effet, tout son aspect rappelait les symptômes observés dans l'épidémie de 1832. J'avais interrogé sa maîtresse sur ses antécédens : elle avait répondu qu'elle était très sage, lorsque, une demi-heure avant la mort, un domestique arriva tout effaré, demandant à nous faire une communication : il nous confessa qu'elle était accouchée depuis deux mois et demi. Je n'ai pu obtenir de faire l'autopsie, mais je ne doute point qu'il n'y ait eu fièvre puerpérale, phlébite ou métro-péritonite.

M. Serrurier. C'est une métro-péritonite causée par l'imprudence de la malade : le verre d'eau froide a supprimé la menstruation.

M. Ch. Masson fait observer que la mort est survenue trop rapidement pour qu'il la puisse croire causée par l'inflammation, par l'accouchement arrivé depuis plus de deux mois, ou l'ingestion du verre d'eau froide, qui a supprimé la menstruation. Il n'est frappé que des symptômes nerveux qui se sont révélés par des douleurs utérines atroces et par un trouble de l'innervation qui a arrêté la vie. Suivant lui, l'inflammation ne se serait développée par réaction que si la mort ne fût pas survenue si hâtivement. Il a été plusieurs fois appelé auprès de femmes qui ressentaient dans l'utérus des douleurs tellement violentes qu'elles se tordaient comme la malade du docteur Léger ; comme chez elle, il y avait fréquence, petitesse du pouls, vomissemens, froid des extrémités ; et il s'est bien trouvé de l'opium administré en lavement. Les faits observés par lui, ajoute-t-il, ne sont sans doute pas identiques avec celui dont il est question, mais ils offrent cependant assez de ressemblance pour faire réfléchir les praticiens.

M. Sorlin pense, comme M. Serrurier que le verre d'eau froide bu imprudemment a causé tous ces accidens, mais il ne croit pas que l'accouchement y ait disposé puisque c'était déjà la deuxième période de la menstruation. Il pense que la malade a succombé à une métro-péritonite.

— *M. Guersant* a vu des enfans très jeunes succomber à des accidens causés par la perforation de l'appendice iléo-cœcale. A l'ouverture des corps, on a pu constater cette rupture qui n'avait donné lieu à aucun épanchement, et qui n'avait laissé aucune trace visible d'inflammation.

Notre confrère a pratiqué la lithotritie chez une petite fille, et il fait remarquer à ce sujet que les calculs chez les petites filles sont très rares : M. Baffos, en trente ans, n'en a rencontré à l'hôpital que douze atteintes de cette maladie, tandis que le nombre moyen des petits garçons calculeux est de douze par an.

Il a aussi pratiqué la taille bi-latérale sur un enfant de huit ans qui, ainsi que ceux qui à cet âge portent une pierre dans la vessie, rendait involontairement l'urine et les matières stercorales ; il dépérissait, et la souffrance avait donné à son visage une expression de vieillesse remarquable. Le calcul était si près du col que notre confrère craignit un instant qu'il ne s'y engageât, parce que le cathéter passait par-dessus ; mais il arriva promptement dans la vessie, saisit la pierre, en fit l'extraction, et au quinzième jour l'enfant urinait à plein canal.

M. Guersant termine ses communications par l'histoire du frère et de la sœur atteints de croup, et opérés par lui. La petite fille, âgée de quatre ans, a survécu à l'opération ; elle avait rendu des fausses membranes, il ne s'en trouva point au-dessous de la partie incisée. Il n'introduisit que la canule, mais point d'éponge, point d'injections avec de l'eau. Au quinzième jour, la canule fut retirée ; la cicatrice sera peu visible.

Le frère n'avait qu'un an, il était pris aussi d'angine couenneuse dans le larynx : notre confrère hésitait à faire l'opération, mais il dut céder aux sollicitations des parens qui se seraient reprochés, disaient-ils, de n'avoir point tenté ce qui avait si bien réussi chez leur fille. Il retira une quantité énorme de fausses membranes. L'enfant respira un jour avec plus de facilité, mais il finit par succomber.

Diaphragmites rhumatismales aiguës. — *M. Guillon* a eu l'occasion de voir depuis le commencement de cette année deux cas de diaphragmite rhumatismale aiguë, maladie peu connue encore, dit-il, et dont peu d'auteurs ont parlé.

Le premier cas a été observé chez un malade séxagénaire qui, cinq jours auparavant, avait fait une chute sur le grand trochanter gauche, et pour qui notre confrère appela M. Lisfranc en consultation.

Le second cas observé par M. Guillon s'est développé chez M. Moret, âgé de cinquante-deux ans, qu'il avait guéri quelques années avant de plusieurs rétrécissemens urétraux, durs, calleux, avec fistules urinaires nombreuses au scrotum et au périnée, et qui était revenu à Paris pour se faire débarrasser d'un calcul volumineux qu'il avait dans la vessie depuis environ dix-huit mois.

Ces deux malades, dit notre confrère, étaient rhumatisans depuis longues années, et la diaphragmite n'a été que le résultat d'une métastase rhumatismale.

Le premier, après avoir souffert pendant quelques jours de douleurs rhumatismales dans la jambe et la cuisse gauche, ainsi que dans l'articulation contuse, cessa tout-à-coup de souffrir dans ces parties, et le rhumatisme se porta sur le diaphragme.

Le second malade était sur le point d'être opéré de son calcul par la lithotritie, une commission de l'Académie des sciences devait assister à l'opération, il n'y avait plus qu'à prendre jour à cet effet, lorsque, par suite de changemens survenus dans l'atmosphère, le rhumatisme qu'il avait depuis quelques jours fixé au col de la vessie, se déplaça et se porta sur le diaphragme.

La diaphragmite fut caractérisée dans l'un et l'autre cas : 1° par un sentiment de constriction excessivement pénible à la base de la poitrine, aux attaches du diaphragme et vers le milieu de ce muscle ; 2° par un hoquet continuel jour et nuit ; 3° et par des vomissemens très fréquens.

Ces phénomènes durèrent quatre jours chez le premier malade, et se prolongèrent pendant six chez le second.

Une application de sangsues à l'épigastre, des embrocations narcotiques sur la région du diaphragme, des cataplasmes sinapisés appliqués sur le membre pelvien qu'occupait précédemment le rhumatisme, des boissons très chaudes et l'emploi d'un purgatif le quatrième jour, suffirent chez le premier malade pour mettre fin à l'état extrêmement pénible dans lequel il s'était trouvé, et qui avait beaucoup alarmé ceux qui l'entouraient. Le cinquième jour, il était convalescent, et le rhumatisme s'était reporté sur le membre primitivement affecté.

Chez le second malade, M. Moret, qui a été vu par six médecins, l'affection rhumatismale du diaphragme s'est terminée par la mort, parce que, dit M. Guillon, on a employé à tort les toniques, au lieu d'avoir recours aux antiphlogistiques, aux narcotiques et aux dérivatifs conseillés en dernier lieu par MM. Lagneau et Lisfranc, et qu'il avait conseillés lui-même au début de la diaphragmite.

Malheureusement, malgré les vives instances de M. Moret, l'autopsie ne put être faite. Il la regrette d'autant plus qu'elle eût offert un double intérêt ; elle eût permis : 1° de reconnaître les changemens apportés par l'emploi des mouchetures urétrales dans les tissus qui avaient été pendant long-temps le siége de coarctations nombreuses que la cautérisation avait toujours aggravées ; 2° de s'assurer si, comme le pense M. Guillon, la pierre renfermée dans la vessie pouvait être broyée avec son lithotripteur en un petit nombre de séances, bien qu'elle fût très grosse ; 3° de reconnaître l'état des reins et des uretères que MM. Lagneau, Lisfranc et Guillon considéraient comme exempts d'inflammation ; 4° de reconnaître également l'état de la vessie qui était le siége d'un catarrhe purulent déterminé et entretenu par le calcul ; 5° d'examiner le diaphragme sur lequel s'est fait cette métastase rhumatismale qui a causé la mort du malade.

La séance est levée à quatre heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas de diabète sucré guéri par l'acide chlorhydrique.

Cette observation, communiquée à l'Académie médico-chirugicale de Naples par M. le docteur Gen. Festeggiano, est relative à un marinier, âgé de cinquante ans et accoutumé à se nourrir d'alimens insalubres et de boissons malsaines. Cet homme, après avoir été en proie à de violens chagrins et avoir éprouvé l'impression de grands et nombreux changemens atmosphériques, fut affecté d'une fièvre rémittente rhumatico-gastrique qui fut traitée méthodiquement et se jugea à la fin du troisième septenaire par des urines critiques. A partir de cette époque, la sécrétion rénale alla toujours en augmentant et finit par se convertir en un véritable diabète qui contraignit le malade à se faire admettre dans l'hôpital des Incurables. Il ne tarda pas à quitter cet établissement, bien qu'il ne fût rien moins que rendu à la santé, dans le but de satisfaire à la faim qui le tourmentait de jour en jour davantage ; cependant, vaincu par la gravité que la maladie avait acquise, il se vit bientôt dans la nécessité d'y rentrer.

Ce malade présentait alors un notable amaigrissement ; les lèvres, la langue et la cavité buccale étaient rouges et sèches ; la salive, écumeuse, faisait virer au rouge le papier de tournesol ; la respiration était normale, la voix enrouée, le pouls à 80 pulsations par minute ; la peau moite et souple ; le foie légèrement gonflé, la rate saine, les côtés douloureux (particulièrement à gauche), le ventre resserré, la faim extraordinaire, la soif dévorante ; l'urine, analogue au sérum du lait pour la couleur et l'odeur, présentait quelques points comme huileux à sa surface ; d'ailleurs elle était sans aucun sédiment ; sa saveur était sucrée et sa quantité assez abondante, bien qu'inférieure de beaucoup à celle des boissons qui étaient ingérées.

M. Festigiano diagnostiqua une glucosurie parvenue à sa seconde période, et, pour calmer la soif et corriger l'excitation morbide de l'appareil gastro-intestinal, il prescrivit deux litres (quatre livres) par jour d'une limonade minérale préparée avec l'acide chlorhydrique ; il assura les bons effets de cette boisson par l'adjonction de petites doses d'ipécacuanha et par un régime diététique approprié.

Sous l'influence de ce simple traitement on vit, au bout de huit jours, tous les symptômes commencer à diminuer et la sécrétion urinaire s'améliorer à ce point que le sujet put, après un mois de séjour dans l'hôpital, en sortir pour reprendre ses travaux.

(*Osservatore medico*, 1841.)

Préparation de l'acide oxalique.

M. Sigmunt Schlesinger, de Gratz, a comparé les procédés recommandés pour la préparation de l'acide oxalique. Si l'on a recours à l'acide azotique, il recommande de prendre une partie de sucre séché à 100°, et 8,25 parties d'acide azotique de 1°,38, de faire évaporer au sixième et de laisser cristalliser. L'opération est finie en une à deux heures, et l'on obtient en acide près de 60 pour 100 du sucre employé. Cependant, M. Schlesinger regarde comme plus avantageux le procédé qui consiste à décomposer l'oxalate de plomb par l'acide sulfurique, et M. Soubeiran partage entièrement sa manière de voir ; il recommande aussi de l'acide sublimé si on veut l'avoir pur, précaution qui n'est pas nécessaire si on destine l'acide à l'usage médicinal.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, février 1842.)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

SEPTIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui lundi (4), le jury et les candidats se sont réunis à quatre heures à l'hôpital de la Charité pour l'examen des malades.

Le sort a désigné M. Chassaignac. Les deux malades que ce candidat a eu à examiner sont couchés aux numéros 17 et 18 de la salle Sainte-Vierge (service de M. Velpeau). Une demi-heure est donnée pour cet examen.

On s'est ensuite rendu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et là, immédiatement après être monté en chaire, M. Chassaignac a déclaré qu'une indisposition subite, qu'indiquait assez la pâleur de son visage, l'empêchait de commencer sa leçon. M. le président l'a dès lors engagé à sortir de l'amphithéâtre pour quelques instans, et a chargé M. Vidal (de Cassis) de l'accompagner. Quelques minutes après, M. Vidal est venu annoncer au jury, de la part de M. Chassaignac, que ce candidat déclarait ne pas pouvoir faire sa leçon.

Le jury s'est alors retiré dans la salle des délibérations pour décider le parti qu'il y avait à prendre. Après une demi-heure de délibération, M. Piorry, membre du jury, est venu déclarer qu'il avait été décidé que l'épreuve de M. Chassaignac était valable, et que, par le fait de cet accident, ce candidat n'était pas hors du concours.

Après-demain mercredi, l'examen des malades aura lieu à l'Hôtel-Dieu, à quatre heures. — A cinq heures, séance publique.

Cours sur le développement des corps organisés. — M. Coste continuera d'exposer le résultat de ses recherches pendant les diverses missions scientifiques dont il a été chargé. Il fera connaître, d'après les collections qu'il a recueillies, l'ensemble des phénomènes que présentent le développement de l'homme et des animaux, considérés soit dans la réalisation des formes extérieures, soit dans la formation des organes.

Ce Cours aura lieu au Collége de France ; il ouvrira le mercredi 6 avril 1842, à une heure, et se continuera les mercredis et vendredis suivans à la même heure.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 7 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 42. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Rétroversion de l'utérus compliquée de granulations du col. Nécessité de cautériser avant de recourir a l'usage des pessaires.

Au n° 4 de la salle Saint-Bernard, est placée une femme affectée d'une maladie de matrice. Cette femme est accouchée il y a quinze mois, sans accidens, et tout s'est passé d'une manière naturelle ; mais quelque temps après elle éprouva une espèce de poids et de gêne sur la région sacrée, s'étendant aux lombes ; l'excrétion fécale en était rendue difficile ; il y avait ordinairement de la constipation ; il existait aussi du trouble dans les fonctions de la digestion et un malaise général. Ces symptômes ayant fait soupçonner l'existence d'une rétroversion de l'utérus, on a procédé à un examen qui a constaté l'exactitude de ce diagnostic.

Lorsqu'il existe une rétroversion de la matrice, ce sont les fonctions de l'intestin rectum qui se trouvent troublées, parce que le corps de l'utérus rétroversé pèse plus ou moins sur cet intestin, et gêne par conséquent le cours des matières fécales. Lorsqu'au contraire il y a antéversion, c'est la vessie qui en est influencée, et l'excrétion urinaire devient fréquente ; car le corps de la matrice, porté en avant, comprime cet organe et donne lieu à un besoin très fréquent d'uriner. Chez les femmes affectées de rétroversion, le malaise se trouve plus grand le matin que le soir ; aussi les voit-on demander à se lever de bonne heure, parce qu'aussitôt qu'elles sont debout elles se sentent soulagées. Le contraire a lieu pour celles qui ont une antéversion de la matrice ; et la raison en est bien simple. Les femmes qui se trouvent dans la première catégorie étant restées toute la nuit dans une position horizontale, et le plus souvent sur le dos, doivent nécessairement se trouver fatiguées à cause de la pression que le corps utérin a dû exercer sur la partie correspondante du sacrum sur le rectum ; de là le soulagement qu'elles éprouvent en se levant et en se mettant debout, position qui fait quelque peu basculer l'utérus en avant. Les femmes de la deuxième catégorie, chez lesquelles l'utérus pèse de tout son poids sur les parois hypogastriques et sur la vessie, se trouvent fatiguées le soir et soulagées en se couchant, parce que la pression de l'utérus en avant diminue immédiatement par le décubitus sur le dos.

Voici ce que le toucher a fait reconnaître chez cette femme : l'orifice utérin est placé derrière le pubis, ou au moins à la partie la plus antérieure du vagin. Le doigt, introduit dans cette cavité, sent une sorte de petite rigole qui sépare la lèvre postérieure du col d'avec le corps de la matrice, et en le portant au-delà sur le corps même de cet organe, on produit de la douleur par la plus légère pression. Les femmes sujettes à cette déviation souffrent généralement dans le point que nous venons de déterminer ; il semble que cette partie soit douée d'une sensibilité plus vive. Faut-il, pour cela, admettre, avec quelques praticiens, que la partie postérieure de l'utérus chez les femmes soit le siége d'une véritable phlegmasie ? Cette opinion serait un peu hasardée ; car nous savons qu'avec des moyens très simples, des bains, le repos, cette sensibilité disparaît. On peut même appliquer des pessaires dans quelques circonstances, sans que les femmes en soient sensiblement incommodées. Or, comment concilier cela avec l'idée d'une inflammation de la paroi postérieure de cet organe ? Cette augmentation de sensibilité dépend probablement, dans ce cas, de ce que le sang ayant afflué, a stagné en plus grande abondance dans cette partie de l'utérus devenue plus déclive ; il en résulte une espèce de congestion ou turgescence qui est, si l'on veut, un premier pas vers l'inflammation, mais qui ne la constitue pas encore, à proprement parler. Cette turgescence est cependant portée à tel point quelquefois, qu'on voit des femmes qui souffrent beaucoup dans l'acte du coït, lorsque le pénis étant un peu trop long, arrive à toucher et contondre pour ainsi dire la partie malade.

Lors de l'entrée de cette femme à l'hôpital nous avions d'abord pensé à l'existence d'une métrite ; car elle avait, outre les symptômes indiqués, une sensibilité particulière à l'hypogastre et dans les reins. D'après cette idée, avant de songer à l'application du pessaire, on avait mis la malade à l'usage des émolliens, des bains, des cataplasmes émolliens, etc. L'ayant ensuite examinée au spéculum, on a vu sur la lèvre postérieure du col une tache rouge qui tranche par sa couleur vive avec la couleur rose pâle des autres parties. Le col est en partie recouvert de petits grains saillans ou granulations. Alors on a jugé convenable de cautériser cette partie avant d'employer le pessaire, qui pourrait, sans cette précaution, irriter la partie phlogosée et entretenir ainsi indéfiniment la maladie : c'est à quoi on a procédé.

Métrorrhagie. Rétroversion de l'utérus. Granulations du col. De l'affection granuleuse du col de l'utérus en général et de son traitement.

Au n° 30 de la même salle est couchée une femme affectée de la même maladie ; elle est entrée il y a six semaines environ. A l'époque de son entrée elle avait une méthorrhagie qui durait depuis quelques jours. Cette femme étant mariée tout récemment, il y avait lieu de soupçonner un commencement de grossesse. Elle demeurait à La Chapelle, et de là fit le chemin à pied jusqu'à l'Hôtel Dieu, sans appui, et en perdant continuellement du sang. A son entrée à l'hôpital elle souffrait de douleurs aux lombes, aux cuisses et à l'hypogastre : l'hémorrhagie continuait. Quelques jours après nous trouvâmes le col dilaté, tel qu'il est ordinairement dans le cas d'avortement récent ; et au bout de deux ou trois jours eut lieu spontanément l'expulsion d'un caillot rempli de vésicules transparentes qui nous semblèrent être de petits kystes séreux. Le sang s'écoula encore pendant un mois environ, puis il s'arrêta ; mais les douleurs lombaires continuèrent, ainsi que cet état de malaise général dont nous avons parlé.

Par le toucher, nous reconnûmes facilement que l'utérus était renversé en arrière ; le doigt poussé au-delà de la rigole placée entre la lèvre postérieure et le corps de l'utérus, produisait une sensation douloureuse. Ajoutez à ce caractère que la malade souffre étant au lit, et se trouve mieux levée. Le spéculum nous révéla sur le col l'existence d'une tache rouge, de la largeur d'une pièce de 20 sous, occupant les deux lèvres tout autour de l'orifice utérin, tache dont la couleur vive tranche avec la couleur pâle du reste du col ; cette tache est parsemée de petites granulations. Il y a eu quelque peu d'écoulement menstruel précédé et suivi de douleurs lombaires vives, et un peu de leucorrhée. L'existence des granulations sur le col se reconnaît facilement par le toucher, car le doigt sent une surface rugueuse parsemée de petites saillies et d'enfoncemens qui ne s'aperçoivent pas à l'état normal.

C'est surtout depuis l'application du spéculum au diagnostic des maladies de la matrice, que l'on a appris à reconnaître cette affection et à la distinguer même par le toucher. Avant cette époque, elle avait complétement échappé à l'attention des médecins. Autrefois, lorsque les femmes se plaignaient des phénomènes que nous venons d'exposer, on attribuait ces phénomènes à toute autre cause ; on croyait tantôt à l'existence d'une métrite, ou à une leuchorrée chronique, quelquefois même à une affection plus grave : de là, des traitemens qui ne produisaient aucun résultat sensible et qui fatiguaient inutilement les malades.

Quelquefois on croyait à l'existence d'une descente de matrice, descente qui, d'ailleurs, pouvait bien exister en même temps que les granulations, et on appliquait le pessaire ; mais ce moyen mécanique, agissant sur des parties très sensibles et chez des sujets irritables ne pouvait être supporté. De là le discrédit dans lequel étaient tombés bien à tort les pessaires, parce qu'on les avait employés mal à propos, et il faut ajouter parce que leur forme était alors très imparfaite. Lorsque l'on est enfin arrivé à reconnaître ces granulations, il n'y a plus eu de doute sur l'existence d'une maladie spéciale que l'on a désignée sous ce nom.

Les granulations commencent toujours à paraître sur le pourtour de l'orifice utérin, soit en avant, soit en arrière, indistinctement : elles paraissent sous la forme d'une tache rouge, arrondie, plus ou moins régulière, gagnant peu à peu les parties voisines. Quelquefois, elles paraissent sur une lèvre seulement, et le plus souvent sur la lèvre postérieure. On voit d'autres fois autour de ces taches des granulations éparses çà et là, mais ordinairement les granulations sont circonscrites sur la tache même. Jamais on ne voit tout le museau de tanche envahi par cette affection. Ces taches sont plus ou moins larges, elles peuvent arriver à avoir le diamètre de 15 à 18 lignes ; c'est le maximum que j'ai observé. Les granulations sont quelquefois très petites : leur volume le plus ordinaire est celui d'un grain de chenevis ou de millet.

Les médecins ne sont pas d'accord sur la nature de cette affection : les uns l'ont désignée sous le nom d'*ulcérations granulées*, d'autres sous celui d'*excoriations granulées*. Je crois que ces dénominations sont inexactes, et en même temps dangereuses : inexactes, car elles ne représentent pas la vérité ; dangereuses, parce qu'elles produisent, par le mot d'*ulcérations*, de l'inquiétude chez les femmes sans aucune espèce de fondement, ce que le médecin doit autant que possible éviter, et qu'elles peuvent enfin induire l'esprit du médecin lui-même en erreur. Il y a ici en outre une question de moralité. Le médecin ne doit jamais exagérer la gravité de la maladie, ni chercher à accroître au-delà du juste le mérite de la guérison.

Quant à l'inexactitude de ces dénominations, il est très facile de la démontrer. Dans cette affection, il n'y a point du tout de partie ulcérée, car il n'y a point de pus sécrété, et l'on ne peut admettre d'ulcère là où il n'y a point de suintement purulent. Dans les granulations, il n'y a qu'une exhalation d'un liquide transparent, glaireux, ressemblant à du blanc d'œuf ; mais nous n'avons jamais vu à la surface de ces granulations de véritable sécrétion purulente. On observe en outre ici une surface rouge parsemée de points saillans, tandis qu'une surface ulcérée est toujours déprimée au-dessous du niveau des parties saines environnantes. Il n'y a en un mot aucune espèce d'analogie entre des ulcères quels qu'ils soient et cette affection. Qu'on la désigne donc si l'on veut sous le nom d'inflammation granulée, mais qu'on ne lui donne jamais le nom d'ulcération qui est tout à fait impropre.

Du reste, nous préférons lui conserver la dénomination généralement adoptée de *granulations du col*, comme la plus exacte ; car on ne peut guère admettre l'idée d'une inflammation dans une maladie qui, assez souvent, ne donne lieu à aucune espèce d'incommodité, et qui a quelquefois une durée très longue et très opiniâtre sans qu'il en résulte de désorganisation des parties affectées. Or, tout le monde sait que les véritables inflammations cèdent plus ou moins rapidement aux moyens qu'on leur oppose, et que lorsqu'on les néglige, elles produisent rapidement des désordres graves.

La durée de cette maladie peut être indéfinie ; elle a une tendance à s'étendre, mais le plus souvent cependant ses progrès semblent se limiter au col de l'utérus.

Les phénomènes produits par cette affection sont très multiples. — Il y a des femmes qui pendant tout le cours de cette affection n'en ressentent aucune incommodité ; elles peuvent marcher et se livrer à des exercices actifs sans éprouver de la douleur. Plus souvent il y a une douleur obscure qui se fait ressentir au fond du vagin et qui s'étend aux reins, aux cuisses et même à l'hypogastre ; cette douleur est accrue par la marche, par le coït et par tous les exercices qui produisent de la fatigue. Les femmes affectées de granulations ont communément un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant qui les gêne beaucoup, surtout pendant la marche et les mouvemens. Une exhalation sanguine a quelquefois lieu par l'utérus, soit à l'approche des règles, soit pendant l'acte du coït. Cet écoulement est ordinairement peu abondant et de courte durée. D'autres femmes ont leurs règles plus abondamment qu'à l'ordinaire, ou bien leur menstruation est irrégulière. Pendant l'écoulement des règles, on voit souvent sortir des caillots sanguins. Enfin, chez quelques femmes cette maladie devient un obstacle à la fécondation. Quelle en peut être la cause ? Est-ce parce que les matières glaireuses qu'exhale la surface muqueuse affectée oblitèrent le col utérin d'une manière plus ou moins complète, et empêchent ainsi le fluide spermatique de pénétrer jusque dans la cavité utérine ? C'est ce qui est le plus probable. Le fait est que chez ces femmes le col de l'utérus est tellement obstrué par ces mucosités, qu'on a souvent de la peine à l'en débarrasser. Au reste, quoi qu'il en soit de ces explications, le fait de la stérilité chez les femmes affectées de granulations n'en est pas moins constaté. Quelquefois le corps même de l'utérus est en même temps le siége de quelqu'affection plus ou moins grave, et alors les symptômes de cette maladie viennent se joindre aux symptômes de la granulation ; il en résulte une maladie complexe dont le diagnostic est souvent fort difficile.

Le traitement de la maladie qui nous occupe varie suivant les circonstances ; et le médecin doit bien se pénétrer de l'importance qu'il y a à bien reconnaître les caractères que nous venons d'indiquer, afin de diriger et de modifier convenablement le traitement. Les femmes ne se soumettent, en général, qu'avec une grande répugnance à l'examen minutieux que nécessite le diagnostic de cette affection. On ne rencontre pas moins de difficulté à les soumettre aux nombreuses exigences du traitement. C'est pour elles une chose pénible que de s'astreindre à un repos plus ou moins absolu, à l'éloignement de toutes les habitudes sociales qu'elles ont contractées, et à une foule de soins hygiéniques et de précautions très désagréables pour les femmes du monde. Aussi si elles n'éprouvent que des douleurs légères, soit pendant la marche et les exercices qu'exigent leurs occupations habituelles, soit pendant le coït ; si elles n'ont point de douleurs lombaires, s'il n'existe point de leucorrhée, si les fonctions générales s'exécutent bien, on doit, suivant le conseil de M. Chomel, engager ces femmes à ne rien faire, et à continuer leur genre de vie ordinaire, sauf à observer quelques légères précautions hygiéniques ; car l'affection dont il s'agit, lorsqu'elle est légère, n'est nullement dangereuse et ne peut jamais compromettre d'une manière grave leur santé, et ce serait un moyen en quelque sorte pire que le mal que de les soumettre à un traitement long et ennuyeux.

Cependant, si au bout de quelque temps la maladie s'aggrave, s'il survient des accidens qui les obligent à suspendre leurs occupations habituelles, il devient nécessaire d'agir. On ne doit pas non plus balancer à le faire lorsqu'il y a des douleurs du côté de l'utérus, à la région lombaire ou aux cuisses, quand le coït est pénible et difficilement supporté, quand il y a des hémorrhagies, quand il survient de la gêne dans la digestion, de l'agitation dans le sommeil, un sentiment général de fatigue et de malaise au moindre exercice. Quelques médecins proposent comme moyen de traitement les injections dans le vagin. M. Chomel dit avoir employé les injections de toute sorte et sous toutes les formes, sans en avoir jamais retiré aucun résultat permanent, aucune guérison réelle et définitive. Ce moyen n'a été, dans la majeure partie des cas, qu'un simple palliatif. Dans ces derniers temps, on a proposé l'usage de tampons faits avec du coton cardé sec ou imbibé de quelque substance plus ou moins caustique ou astringente. Ce moyen a été spécialement recommandé par M. Hourmann, qui dit en avoir obtenus de bons effets à l'hôpital de Lourcine. M. Chomel n'ayant point mis cette méthode en usage, ne peut la juger d'une manière rigoureuse ; cependant, d'après les analogies, il est porté à croire qu'on s'est exagéré les succès de ce traitement, comme on le fait presque toujours dans l'application de méthodes nouvelles. Il y a quelques années, dit-il, que nous avons essayé l'alun en poudre à l'aide d'un pinceau ou de l'insufflation sur la partie malade. Nous avons d'abord obtenu de l'amélioration par ce moyen ; la maladie semblait se modifier, mais le mieux ne se soutenait pas, l'affection finissait par rester stationnaire. Après avoir essayé tous les moyens préconisés, il a fini par reconnaître que la cautérisation est le seul mode de traitement efficace.

On peut, pour pratiquer cette cautérisation, se servir de plusieurs substances. Il y a quelque temps, on faisait un grand usage du nitrate acide de mercure, mais ce caustique n'est point exempt d'inconvéniens ; il n'est pas toujours préparé de la même manière dans toutes les pharmacies ; il est tantôt plus actif, tantôt moins, de sorte qu'on ne sait jamais rigoureusemen à quoi s'en tenir sur son degré d'action. On a vu quelquefois l'usage de ce caustique être suivi d'une salivation mercurielle, ce qui est notamment arrivé chez une malade traitée de concert par MM. Chomel et Jobert. C'est un inconvénient assez grave, et qu'il importe d'éviter. Nous avons donc fini, ajoute le professeur, par donner la préférence au nitrate d'argent solide. Le nitrate d'argent, suivant nous, cautérise mieux les petites saillies ou granulations qui constituent l'élément principal de cette maladie, et l'on se rend plus facilement maître de son action, tandis que l'on ne peut aussi aisément limiter celle du nitrate acide de mercure, qui, à cause de son état liquide, exerce autant son action sur les parties déprimées et saines que sur les parties saillantes seules affectées. Quinze à vingt cautérisations avec le nitrate d'argent suffisent, en général, pour obtenir une guérison complète, ce qui demande ainsi environ de six semaines à deux mois.

Il y a quelques précautions à prendre après chaque cautérisation : ces précautions consistent à introduire jusqu'au col de l'utérus une boulette de coton sec à l'aide duquel on essuie cette partie, afin qu'il n'y reste point de parcelles de caustique qui puissent par leur séjour cautériser trop profondément les parties. On ne doit point craindre de multiplier ces cautérisations : il ne faut y renoncer que lorsque les bords rouges qui limitent les granulations sont devenues d'une teinte aussi pâle que les parties voisines. Quand on a atteint ce résultat, il faut attendre encore douze ou quinze jours pour voir si l'effet de la cautérisation se soutient, car quelquefois la rougeur morbide reparaît au bout d'un temps plus ou moins long : ce n'est qu'au bout de ce terme environ que l'on pourra considérer la guérison comme réelle et permanente. Les granulations une fois bien guéries ne se reproduisent pas en général. Mais n'oublions jamais cette règle capitale qui nous fait un devoir de bien peser les circonstances pour déterminer s'il est nécessaire ou non de recourir au caustique, car on doit toujours éviter de soumettre les femmes à une cautérisation inutile et intempestive.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. H. LARREY.

Fracture complète de la jambe compliquée de plaie. Saillie par cette plaie du fragment supérieur du tibia. Plus tard, nécrose de cette partie de l'os ; puis érysipèle du membre, hydarthrose de l'articulation femoro-tibiale, et enfin abcès autour de cette articulation. — Conservation du membre et guérison. Quelques réflexions.

Rien de plus commun, rien de plus connu peut-être en chirurgie que les fractures de membres ; aussi ne rapporterions-nous pas cette observation de fracture de jambe, si au point de vue des complications qui l'ont suivie et du résultat heureux obtenu par un traitement dirigé avec soin pendant neuf mois, elle ne présentait un véritable intérêt.

Le 20 juin 1841, le nommé L..., âgé de trente-deux ans, boulanger, étant ivre, reçut dans une rixe un violent coup de bâton à la partie antérieure de la jambe droite, à peu près à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. Il tomba sous le coup, et des personnes présentes l'ayant relevé, essayèrent, mais en vain, de le faire marcher ; il ne pouvait se tenir sur ses jambes. Un de ses compagnons, ivre comme lui, le prit dans ses bras pour le monter à un troisième étage où était sa chambre, à laquelle il ne parvint qu'après être tombé trois fois sous son fardeau, ce qui, comme on le pense bien, n'eut pas lieu sans occasionner au blessé des secousses funestes, de vives douleurs.

Une fois arrivé dans la chambre, on se mit en devoir de lui ôter ses vêtemens avec aussi peu de soin sans doute qu'on l'avait transporté, et l'on s'aperçut alors qu'il portait à la jambe droite une plaie fournissant une hémorrhagie assez abondante, que l'on arrêta quelques heures après au moyen d'un bandage compressif.

Lorsqu'on est appelé, dit M. Larrey, à relever une personne chez laquelle il y a lieu de supposer la fracture d'un membre, il faut le faire avec beaucoup de ménagemens, la placer de suite sur un plan horizontal et avoir soin de soutenir dans toute sa longueur le membre blessé, afin d'éviter par-là les déplacemens du fragment inférieur et les douleurs qui en résulteraient pour le malade. Lorsqu'on vient ensuite à déshabiller celui-ci, il faut découdre ou même couper, s'il est nécessaire, les vêtemens qu'on ne pourrait ôter autrement sans secousse.

Ces conditions n'ont point été remplies à l'égard de notre malade, et peut-être ce défaut de précautions est il la cause du mauvais état dans lequel la fracture s'est présentée à nous. Voici d'ailleurs les faits observés le 21 juin, lendemain de l'accident et jour de l'entrée du malade à l'hôpital où il a été couché au n° 24.

A la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe droite et à la partie antérieure, se voit une plaie verticale de 2 à 3 centimètres de longueur, à bords contus et versant encore un peu de sang. Au niveau de cette plaie, fracture très oblique du tibia et du péroné, facile à reconnaître à une crépitation très sensible, à la légère concavité de la jambe en arrière et en dehors, à la direction du pied dans ce sens, et enfin à la saillie que fait à travers la plaie l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia. Le membre est en outre le siége d'un gonflement, d'une tension considérable qui se font surtout remarquer au niveau de la solution de continuité. Le malade ressent des douleurs assez vives dans le point de la lésion ; le pouls est plein, mais sans fréquence. Cet homme, d'ailleurs, a toujours joui d'une bonne santé, et est doué d'une constitution robuste.

Etait-ce le cas de pratiquer l'amputation, ou bien devait-on, au moyen d'un traitement convenablement dirigé, tenter la conservation du membre ? En ne considérant que l'extrême obliquité de la fracture, que la contusion, le gonflement des parties molles qui l'entourent, enfin et surtout la plaie communiquant avec son foyer et y permettant l'introduction de l'air, on devait pencher pour l'opération ; car on sait que dans de pareilles circonstances, des accidens inflammatoires très graves peuvent survenir et compromettre la vie du malade qu'une opération tardive ne pourrait plus sauver.

Mais, d'un autre côté, l'excellente constitution du sujet, la force morale dont il paraît doué, le peu d'étendue de la plaie, la possibilité de la réduction, malgré le déplacement assez considérable des fragmens et la contraction assez prononcée des muscles, pouvaient permettre de temporiser. C'est ce dernier parti qu'a pris M. Larrey. En conséquence, la plaie fut recouverte d'un pansement simple, — linge fenêtré enduit de cérat ; charpie — et la fracture ayant été réduite, le membre fut placé dans l'appareil de Scultet modérément serré. On fit ensuite au malade une saignée de trois palettes dans le but de prévenir les accidens inflammatoires, et on le mit à la diète.

Pendant les jours suivans, il ne se passa rien de bien remarquable : l'état général de sujet continua d'être bon, les douleurs s'apaisèrent progressivement ; mais à partir du 25, l'appareil commença à être taché extérieurement par le pus, et le 9 juillet suivant, il en était complètement imprégné. On le lève alors autant dans le but de le renouveler que pour constater l'état du membre.

La tuméfaction des parties molles a disparu, mais on trouve la peau de la jambe irritée, rouge dans une partie de son étendue ; au niveau de la fracture, une ulcération de 4 à 5 centimètres de diamètre, assez profonde, et au fond de laquelle on aperçoit, dans une longueur de 3 centimètres environ, l'extrémité nécrosée du fragment supérieur du tibia. Le pied est en bon état. On recouvre la plaie d'un pansement simple, et l'on surveille avec soin le malade, dans la crainte que de nouveaux accidens nécessitent l'amputation.

Cette irritation des tégumens de la jambe, cette ulcération de la plaie préexistante, sont dues sans doute au contact prolongé du pus ; cependant, dit M. Larrey, il serait peu prudent, dans un cas semblable, d'agir autrement que nous l'avons fait, c'est-à-dire de renouveler souvent l'appareil, car on s'exposerait ainsi à aggraver bien autrement l'état de la lésion, ou par le contact répété de l'air extérieur, ou par d'autres causes inhérentes à l'application même de l'appareil. Ainsi, tout le monde sait l'inconvénient qu'ont presque nécesairement les pansemens fréquens d'ébranler le membre et d'empêcher ainsi la solidification de la lymphe plastique, autrement dit la formation du cal, soit par suite de manœuvres nécessaires à leur application, soit par la compression plus considérable qu'exerce un appareil nouvellement appliqué. Et puis, d'ailleurs, le contact du pus qui n'a point été exposé à l'air donne rarement lieu à de semblables accidens.

Mais si l'on est convenu, et personne n'en doute assurément, si l'on est convenu, disons-nous, que l'immobilité du membre fracturé est une condition nécessaire à la consolidation de la fracture, ne devons-nous pas chercher à remplir cette condition chez notre malade, d'une manière, toutefois, qui nous permette de surveiller la plaie ulcérée, et qui empêche dorénavant le contact du pus avec les parties saines ? C'est ce que nous ferons au moyen d'un bandage dextriné auquel une ouverture sera pratiquée au niveau de la plaie. Non-seulement nous satisferons par là aux conditions dont nous venons de parler, mais encore nous obtiendrons une compression qui, agissant uniformément sur tout le membre, à l'exception de l'ouverture du foyer purulent, s'opposera à ce que le pus fuse dans l'interstice cellulaire des muscles, et le forcera à sortir par la plaie.

Ce bandage a été appliqué le 14 juillet. Le malade ne souffre pas ; son état général est toujours excellent.

Le 16, la plaie commence à se cicatriser, l'extrémité du fragment du tibia qui y aboutit est presque entièrement recouverte de bourgeons charnus. Depuis cette époque, la plaie a été pansée tous les deux jours sans qu'on ait observé rien de remarquable.

Mais le 28, on s'aperçoit que la cicatrisation ne fait plus de progrès ; les bourgeons charnus recouvrent le tibia sans y adhérer.

Le 30, les bourgeons sont mollasses, de couleur violacée ; ils se recouvrent de plaques gangreneuses. Cependant le malade ne souffre pas. Pansement au citron. — Une constitution érysipélateuse et gangréneuse règne dans les salles.

Le 31, les bourgeons charnus ont meilleur aspect. Les petites escharres, qui étaient superficielles, se sont en partie détachées.

Enfin, le 2 août, la plaie a repris son aspect normal ; cependant les bourgeons charnus développés sur le fragment inférieur du tibia n'ont point recouvré toute leur vitalité, ils sont toujours détachés de l'os ; mais l'exploration au moyen du stylet ne peut faire reconnaître s'il y a de la mobilité dans la partie nécrosée.

Le 7, dans le but d'explorer cette partie et d'en faire la résection s'il y a lieu, on incise longitudinalement les bourgeons charnus, et l'on trouve alors un sequestre parfaitement détaché que l'on enlève facilement avec des pinces. Au-dessous, de nouveaux bourgeons se sont formés et recouvrent déjà la surface abandonnée par le sequestre. On fait un pansement simple. Le malade a souffert pendant deux ou trois heures après cette petite opération, mais les douleurs une fois calmées n'ont plus reparu. Il n'est point survenu d'accidens inflammatoires, point de gonflement.

Le 18, la plaie est en bon état, elle marche rapidement vers la cicatrisation. Il y a lieu de penser que la formation du cal est assez avancée pour permettre d'enlever l'appareil dextriné. On le lève donc trente-cinq jours après son application. On trouve à la partie postérieure de la jambe, au-dessus du talon, une petite ulcération avec dénudation du tendon d'Achille. On applique un pansement simple.

Le 25, cette ulcération est presque complètement cicatrisée, mais la plaie de la fracture semble s'arrêter dans sa marche. Le membre est placé dans une gouttière convenabement garnie, afin d'obtenir le plus d'immobilité possible.

A partir de ce jour, les bourgeons charnus s'élevèrent rapidement et il fallut les cautériser à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent fondu, mais ce moyen ne suffit point, et le 4 septembre on fut obligé de les réprimer avec le cautère actuel.

Le 11 septembre, la cicatrisation marche convenablement ; la suppuration est abondante.

Le 18, en explorant la plaie, on découvre à sa partie externe, dans une petite étendue, une nouvelle portion du tibia dénudée et nécrosée. On engage le malade à soulever sa jambe : il n'y parvient qu'avec peine.

Le 9 octobre, la portion nécrosée paraît un peu mobile. L'état de santé général du sujet est toujours bon ; la jambe est soulevée avec plus de facilité. Depuis cette époque le travail de cicatrisation marche constamment vers sa terminaison.

Le 29, le malade se lève un peu et gagne froid. Le lendemain un érysipèle apparaît au pied et à la partie inférieure de la jambe.

Le 31, l'inflammation érysipélateuse est plus prononcée : on purge avec 10 centig. d'émétique et 1 gramme de sulfate de soude. Sous l'influence de cette médication l'état du pied s'amende et le 2 novembre il n'y a plus qu'un peu de gonflement ; mais l'érysipèle va bientôt reparaître ailleurs.

En effet, franchissant heureusement la jambe sans l'attaquer, il va se fixer sur le genou qui devient le siége de douleurs très vives. Le malade ne dort plus. Bientôt la tuméfaction du genou devient extrême ; la peau est rouge et l'inflammation, gagnant en profondeur, se développe dans la membrane synoviale et y détermine un épanchement considérable. Cependant la plaie de la jambe est toujours en bon état, bien toutefois qu'elle semble se dessécher. Vingt sangsues sur le genou ; cataplasmes ; pansement de la plaie au styrax.

Cette nouvelle complication était des plus fâcheuses, car la violence de l'inflammation pouvait faire craindre que la suppuration vînt à s'établir dans la profondeur de l'article, ce qui aurait entraîné sans doute de très graves accidens et peut-être même la mort du sujet déjà affaibli par quatre mois de maladie. Mais cette arthrite devait se terminer plus heureusement.

En effet, le 4 novembre la douleur est en partie apaisée ; la rougeur est moins vive ; toutefois le gonflement persiste.

Le 5, la rougeur n'existe plus ; l'épanchement est un peu moins considérable, mais il y a dans le tissu cellulaire du genou un empâtement, une rénitence qui prouvent que l'inflammation n'a point complètement disparu et fait craindre la formation d'abcès dans cette région. La tuméfaction du pied est d'ailleurs tout à fait résolue.

Le 9, même état du genou : on applique un vésicatoire. Les jours suivans l'empâtement persiste.

Le 16, l'hydarthrose a beaucoup diminué de volume. Le gonflement du genou en avant et sur les côtés est aussi moins considérable ; mais dans le creux poplité, au contraire, il a augmenté. La pression dans ce point est douloureuse. La jambe et le pied sont devenus œdémateux.

19 novembre. Hier un abcès dont le foyer paraît considérable s'est ouvert à la partie interne du creux poplité. Pansement : mèche de charpie ; linge fenêtré, etc. — Ce matin le malade se sent soulagé. Le liquide de l'articulation a disparu. Cependant il y a toujours de l'empâtement autour du genou.

Le 25, un petit décollement qui se remarque sur les bords du foyer de l'abcès nécessite le débridement de cette ouverture, et le pansement avec des compresses graduées. On fait sécher le vésicatoire, que la disparition de l'hydarthrose rend inutile. On explore la plaie de la jambe qui est en bon état. La petite portion d'os nécrosée n'est encore que peu mobile.

Le 3 décembre, le genou est encore tuméfié. La collection

de liquide a reparu dans l'articulation et fait saillie au-dessus de la rotule. Les mouvemens de cette articulation sont douloureux. On réapplique un vésicatoire.

Le 16, ces accidens ont en partie disparu. L'abcès donne une suppuration abondante ; la tuméfaction du genou s'affaisse et tout continue à bien aller jusqu'à la fin du mois.

Mais le 1er janvier on remarqua un nouvel engorgement du jarret à la partie externe du creux poplité avec douleur à la pression ; il y avait lieu de craindre qu'un nouvel abcès se formât dans ce point, et, quatre jours après, une fluctuation manifeste vint démontrer que cette crainte n'était que trop fondée. On pratique une incision qui donne issue au pus. Bien que le malade soit affaibli, ce qui se conçoit du reste facilement, son état général n'en est pas moins satisfaisant. La plaie de la jambe ne donne plus que peu de suppuration.

A dater de cette époque jusqu'au commencement du mois de février, il ne s'est passé rien de bien remarquable. Les foyers purulens du genou se sont graduellement détergés et ont fini par se cicatriser. La plaie de la jambe elle-même s'est aussi fermée, à l'exception d'un point fistuleux communiquant avec un petit clapier au fond duquel le stylet rencontre la portion nécrosée du tibia, qui n'a toujours que très peu de mobilité. La santé du sujet est d'ailleurs très bonne ; il a de l'appétit et les digestions se font très bien. Les mouvemens de la jambe sont devenus plus faciles et s'exécutent sans douleur.

Cependant, le 12 février, un second érysipèle survient au pied avec gonflement œdémateux de cette partie. Le malade a de la fièvre, de la céphalalgie. Topiques émolliens, diète.

Le 15, sous l'influence des fomentations émollientes répétées, l'érysipèle commence à diminuer, et le 20 il a complètement disparu ; mais depuis quelques jours il y a de l'embarras gastrique, de la constipation. On purge avec l'eau de Sedlitz.

Le 25 il ne reste plus de trace de ces accidens : le malade est tout à fait bien, seulement le petit clapier entretenu par la nécrose du tibia persiste, ainsi que le trajet fistuleux. Mais le pus, en raison de la position du membre, s'écoule difficilement. On conseille au malade le décubitus abdominal ; de cette manière l'issue du pus sera favorisée, la détersion du clapier s'opérera plus promptement, et ses parois se cicatriseront très probablement. Il ne restera plus alors que le court trajet fistuleux communiquant directement avec la petite portion d'os nécrosée que l'on enlèvera lorsqu'elle sera plus mobile.

Le 5 mars, les choses se sont passées ainsi qu'on l'avait prévu ; et de plus, la petite fistule tend à se cicatriser.

Enfin le 15, la cicatrisation est complète, sans que pourtant le séquestre soit tombé. Le sujet va d'ailleurs très bien ; il se lève, a de l'appétit et digère bien.

Peut-on croire que le séquestre a été résorbé, ou bien doit-on admettre plutôt que l'élimination s'en soit faite par une exfoliation tellement ténue, que les parcelles exfoliées enlevées au pus ont échappé à l'observation ? Quant à l'absorption, elle est peu probable, et la seconde hypothèse paraît plus rationnelle. Mais cependant, comme il serait difficile de prouver que l'absorption n'a pas lieu, et que d'ailleurs, dans des faits du genre de celui qui nous occupe, d'autres chirurgiens ont attribué à ce phénomène la disparition du séquestre, admettons, jusqu'à preuve du contraire, que l'élimination a pu se faire par les deux modes si elle a eu lieu.

Nous disons si elle a eu lieu ; car le séquestre étant placé au niveau de la réunion des fragmens de la fracture, et de telle façon qu'on ne peut dire auquel des deux fragmens il se rapporte, ne pourrait-on pas penser qu'il a été tout d'abord comme enchâssé par le cal qui l'a retenu prisonnier. Ceci expliquerait le peu de mobilité qu'a toujours présenté ce petit séquestre tant qu'on a pu y porter un instrument explorateur.

Nous allons maintenant ajouter quelques réflexions que nous n'avons pas faites dans le cours de l'observation, afin de ne pas laisser perdre de vue la liaison des faits.

Si M. H. Larrey n'a point pratiqué l'amputation lorsque le malade lui a été présenté, ce n'est pas qu'il pense que l'opération, dans ces cas, doive être différée ; car plus d'une fois il a eu occasion de la pratiquer pour des cas peut-être même moins graves que celui-ci, et il la faisait alors immédiatement, suivant en cela la pratique du célèbre chirurgien des armées de l'empire, et conséquent d'ailleurs avec l'opinion que lui-même a émise. (*Thèses de Paris*, 1832, n° 173.) Aussi comptait-il peu sur cette temporisation à laquelle il a été décidé bien plutôt par l'état général du sujet que par l'état local du membre blessé.

Un mot maintenant sur l'érysipèle, qui est, on peut le dire, le mauvais génie du chirurgien. Beaucoup de traitemens ont été successivement préconisés contre cette affection, sans qu'aucun paraisse la combattre avec efficacité, si l'on en excepte toutefois le sulfate de fer, employé et vanté dans ces derniers temps par le professeur de la Charité.

Cette complication a été, comme on a pu le voir, combattue chez notre malade par de légers dérivatifs sur le canal intestinal et des topiques émolliens. Mais ce moyen n'est pas le seul qu'emploie M. Larrey. Aussi lorsque l'érysipèle est très intense et qu'il y a lieu de craindre des phénomènes généraux de quelque gravité, ce chirurgien n'hésite pas à le combattre par des cautérisations transcurrentes légères faites avec le fer rouge. Il suit encore en cela la pratique de son père, qui, il faut le dire, ne se sert guère que de ce moyen dans tous les cas, et voit sous son influence l'érysipèle s'enrayer quelquefois dès le premier jour.

D. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Dubois* (d'Amiens) annonce à l'Académie que la commission désignée pour la présentation des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale, s'est constituée, qu'elle a nommé pour son président M. Récamier, et pour son secrétaire M. Dubois (d'Amiens). Il ajoute que, eu égard au nombre des candidats et au mérite réel de chacun d'eux, la commission propose à l'Académie de porter à six le nombre qui doit figurer sur la liste de présentation.

— *M. Louis* lit un rapport favorable sur un travail adressé à l'Académie par M. Rufz, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, médecin à Saint-Pierre (Martinique). Ce travail est une étude sur la phthisie pulmonaire observée dans la colonie. Les observations de M. Rufz, qui ont porté sur 1,954 malades, ont été faites de 1834 à 1839. Il résulte de ses recherches que la phthisie constitue la maladie la plus fréquente de la colonie, qu'elle est rare dans l'enfance et commune chez les adultes, qu'elle ne présente pas de différences bien notables avec la même maladie observée en France. Quant au traitement, M. Rufz dit avoir retiré, dans certaines circonstances, de bons effets de l'usage des vomitifs. (Remercîmens à l'auteur, l'engager d'une manière toute particulière à continuer ses recherches sur la phthisie, renvoyer son mémoire au comité de publication, et placer son nom sur la liste des candidats au titre de membres correspondans de l'Académie. — Adopté.)

Après la lecture de ce rapport, M. Louis propose à l'Académie de nommer une commission chargée de présenter à M. le ministre un travail sur l'utilité qu'il y aurait à avoir des médecins instruits, qu'on déléguerait officiellement dans divers pays pour étudier les maladies qui y règnent. — Cette proposition, appuyée par un grand nombre de membres, est mise aux voix et adoptée.

— *M. Hamont* lit un travail d'hygiène vétérinaire ayant pour titre : « Un mot sur des propositions relatives aux étalons orientaux. — De l'entraînement des chevaux. — Des luttes sur l'hippodrôme. » Voici un extrait de ce travail.

« On imprime tous les jours tant de fausses assertions sur les chevaux orientaux et sur les moyens d'améliorer nos races chevalines, qu'il y aurait de l'inconvénient peut-être à ne pas signaler les erreurs qu'on répand à ce sujet dans le public.

» Des hommes qui ne sont pas étrangers à la haute direction des établissemens hippiques en France disent que le cheval arabe est d'une taille au-dessous de la moyenne, et de là dissertations longues au désavantage du sang oriental.

» Opinion fausse. Il existe chez les Anézis, dans les tribus du Nejd, des chevaux de haute stature, à membres forts, aussi grands que les anglais *pur sang*.

» La taille ne provient point du mâle : elle est le fait de la femelle et d'une nourriture abondante, riche, donnée au poulain dès l'âge le plus tendre.

» Dans des ouvrages très estimés sur l'hippiatrique on a écrit : « Le » cheval arabe ne convient pas dans le Nord, il faut s'en servir dans » le Midi. » Des écuyers célèbres prescrivent d'allier au contraire les femelles du Nord aux mâles d'Orient. Il serait préférable de dire : L'étalon arabe est utile partout, et partout il donne des produits préférables à ceux de ses descendans les anglais.

» On lit dans les feuilles publiques : « Les étalons arabes ont dégé- » néré : ils sont plus chétifs, moins élégans, moins nombreux qu'au- » trefois. » L'auteur de cette déclaration ne les a pas vus. Pour que les races chevalines de l'Arabie centrale pussent dégénérer, il faudrait une longue suite de calamités pesant continuellement et sans interruption sur toutes les tribus du Nejd. En effet, l'Arabe poursuivi plie sa tente, place sa famille dans un ou plusieurs *tartarawans* que portent ses plus vigoureux chameaux, et lui, monté sur son cheval, il va chercher dans une contrée nouvelle la sécurité qui n'existe plus dans celle qu'il abandonne.

» Les émigrations des Bédouins, les courses lointaines, précipitées, très fréquentes, n'altèrent pas l'organisme du cheval. Maître et serviteur sont nois : sobres tous deux, ils peuvent supporter sans danger de grandes privations ; mais l'aliment excellent dont ils font usage ne leur sera pas ravi : j'ai dit qu'il résidait dans les mamelles des dromadaires du Bédouin voyageur.

» Une autre opinion court le monde : les Anglais, assure-t-on, ont mis trois cents ans à la création de leurs chevaux. On en conclut qu'un siècle au moins est nécessaire pour former nos races si nous employons les *petits* chevaux arabes.

» Le retard apporté en Angleterre ne peut être attribué avec raison aux reproducteurs orientaux. Il provient sans doute de l'égoïsme qui caractérise l'aristocratie anglaise, aristocratie qui aura voulu conserver pour elle seule pendant long-temps les chevaux arabes, plus agiles que ceux de la Grande-Bretagne.

» Les Anglais dans les Indes forment leurs races de chevaux avec des étalons du Nejd. C'est bien constaté.

» Dans les Iles Britanniques, les chevaux de brasseurs, ceux de charette, ont du sang oriental. Pourquoi ne pas imiter nos voisins et persister à n'admettre pour élément primitif, essentiel, qu'une matière de deuxième ou de troisième qualité, quand nous pouvons avoir un sang vierge ?

» Avec des reproducteurs de la Grande-Bretagne couvrant des jumens françaises, nous ne pouvons espérer d'avoir des productions aussi bonnes que celles qui naissent en Angleterre, car en agissant de la sorte on s'éloigne de plus en plus, par des croisemens successifs, du type régénérateur, le cheval arabe.

» Dans le Nord, au Midi, en Espagne, en Hongrie, partout ou à peu près, c'est le cheval d'Orient qui crée. En France seulement, on veut que les descendans produits d'un métissage soient plus avantageusement constitués et meilleurs étalons. Cette opinion n'est pas soutenable.

» On lit dans un rapport imprimé récemment : « Il est certain que » l'industrie chevaline est en souffrance : notre cavalerie et les ressour- » ces qui lui sont propres sont tombées dans un état de détresse déplo- » rable qu'il est urgent de faire cesser. »

» Puis, résumant les exposés, le rapporteur annonce que pour remédier au mal régnant deux choses sont indispensables, savoir : l'augmentation du prix de courses et l'agrandissement de l'école des haras. La dernière proposition sera pour moi l'objet d'un travail particulier. Je m'appesantirai dès à présent sur la première.

» Les courses, telles qu'elles sont instituées aujourd'hui, présentent elles en effet une garantie suffisante à l'amélioration des chevaux ? »

M. Hamont combat l'opinion généralement admise : il examine longuement l'opération dite *entraînement* ; il signale les accidens, les pertes de chevaux qu'elle détermine, et pense que ce mode de préparer est nuisible.

Les courses sur les hippodrômes, selon M. Hamont, ne prouvent pas qu'un cheval vainqueur doive être un excellent reproducteur. A l'appui de son opinion, il cite un grand nombre de faits puisés dans sa propre expérience et celles d'auteurs fort recommandables.

« Les Mamelouks, cette milice fameuse dont Bonaparte aimait à citer la bravoure, avaient des chevaux très énergiques. Point d'entraînement.

» Les Nubiens, montés sur leurs grands chevaux Dongelohs, chassent, atteignent les gazelles, les autruches, poursuivent et prennent des girafes. Leurs chevaux mangent du maïs, un peu d'herbe, et boivent du lait de chamelle. Point d'entraînement.

» Dans les grands voyages du Bédouin du Nejd, il donne à son cheval, à de grands intervalles, seulement un échaudé composé de farine et de viande dessséchée au soleil. Après 48 heures de repos, les chevaux arabes ont repris leur première énergie.

» Les Anglais, après avoir *entraîné* leurs chevaux, les laissent en repos pendant trois mois ; le repos ramène l'embonpoint. »

M. Hamont blâme le mode de nourrir les chevaux de troupe en France ; il vaudrait qu'on augmentât la ration de grains, qu'on diminuât celle du foin.

Il pense que des biscuits faits avec de la farine et de la viande réduite en poudre deviendraient utiles à la cavalerie, dans les circonstances critiques où elle peut se trouver.

« *Conclusions*. Le cheval arabe est préférable à l'anglais partout.

» *L'entraînement* des chevaux est une monstruosité.

» La course à l'anglaise est nuisible.

» Avant d'établir des courses, il serait mieux d'avoir d'excellens reproducteurs qui manquent à la France. »

M. Londe demande que le travail que vient de lire M. Hamont soit renvoyé au comité de publication, et qu'un exemplaire en soit adressé au ministre de la guerre et de l'agriculture.

Un commencement de discussion s'engage sur différens points de ce travail entre MM. Dupuy, Hozard, Bouley et l'auteur.

M. Royer-Collard ayant demandé la parole, la suite de cette discussion est renvoyée à mardi prochain.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 avril 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Lassaigne présente une note sur un nouveau composé d'albumine et de bi-oxyde de cuivre (albuminate de cuivre), composé d'une couleur violette soluble à froid, résistant aux premières impressions de la température de 100 degrés.

L'albuminate de cuivre diffère de plusieurs composés de ce métal par son peu de saveur et l'absence de goût styptique. Desséché dans le vide, il se redissout dans l'eau froide.

Les carbonates et bi-carbonates alcalins rendent soluble le bi-oxyde de cuivre dans l'albumine.

La fibrine dissoute par l'azotate de potasse se conduit comme l'albumine. C'est un caractère de plus qui montre l'analogie entre ces substances.

M. Lassaigne, qui avait, dès 1840, commencé des recherches sur des composés analogues, désire prendre date pour ces nouvelles observations qu'il continue de développer.

— *M. le docteur Ch. Petit*, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, adresse à l'Académie une lettre que nous croyons devoir reproduire.

« Dans une des dernières séances de l'Académie, dit ce médecin, il a été fait un rapport sur plusieurs communications de M. le docteur Leroy-d'Etiolles, relatives à la dissolution des concrétions urinaires.

» Ayant employé les eaux de Vichy comme moyen dissolvant de ces concrétions chez un assez grand nombre de calculeux, je crois devoir, à l'occasion de ce rapport, adresser à l'Académie le résultat de mes observations, afin de mieux fixer l'opinion sur le degré d'efficacité, dans ce cas, des boissons alcalines.

» Je répondrai en même temps à une objection encore une fois renouvelée contre l'emploi de ces boissons, et qui ne me paraît nullement fondée.

» On veut bien ne pas contester l'efficacité des eaux de Vichy et en général des boissons alcalines contre la gravelle, et même avouer que cette efficacité est généralement reconnue.

» On veut bien aussi ne pas nier complètement qu'il soit possible d'obtenir la dissolution ou la désagrégation de certains calculs urinaires : seulement on croit que ce résultat ne peut être obtenu que dans des cas fort rares. Il serait en effet difficile de pouvoir nier tout à fait aujourd'hui la possibilité de semblables résultats, car si les faits de dissolution qui ont été recueillis, soit par moi, soit par d'autres médecins, n'ont pas toujours été constatés rigoureusement, parce que les malades une fois guéris ou au moins n'éprouvant plus aucun symptôme de la pierre, n'ont plus voulu consentir à se laisser sonder, il est cependant des cas dans lesquels l'exploration a été faite avant et après le traitement, et qui, par conséquent, démontrent la possibilité de réussir au moins quelquefois. Toutefois, je n'ai jamais prétendu que l'on dût toujours réussir complètement. Je sais, ainsi que le dit M. le rapporteur, car je l'ai dit moi-même avant lui, que, lorsque les calculs sont très volumineux et que surtout ils ont une grande dureté, une cohésion telle qu'ils ne peuvent être que difficilement pénétrés par les alcalis, et que, par conséquent, le mucus qui leur sert de lien et en quelque sorte de ciment, ne peut être que faiblement attaqué : je sais, dis-je, qu'alors leur disgrégation est nécessairement très lente, et peut être même dans quelques cas tout à fait impossible ; d'où il résulte que, dans ces circonstances, bien qu'on soulage presque toujours les malades, l'on en trouve peu qui aient assez de persévérance pour attendre leur guérison complète de la seule action des boissons alcalines.

» Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins démontré pour moi aujourd'hui que toutes les fois que les calculs ne seront pas très volumineux ni d'une très grande dureté, il y aura de très grandes probabilités de pouvoir les détruire complètement au moyen des boissons alcalines. Bien entendu que je n'entends pas parler ici des calculs d'oxalate de chaux qui, lorsqu'ils seront purs, résisteront probablement toujours à cette médication.

» Mais je veux surtout répondre à une objection contre l'emploi des boissons alcalines, objection déjà soulevée par Proustet, par Marcet, et que renouvelle M. Leroy-d'Etiolles, c'est que l'usage long-temps continué de ces boissons, et à doses élevées, peut, en neutralisant les acides libres de l'urine, favoriser la formation des calculs de phosphate et de carbonate de chaux et de magnésie.

» La théorie a dû peut-être faire naître une semblable crainte, mais cette crainte n'a jamais été justifiée par la pratique. Ainsi M. le docteur Lucas qui, pendant trente-deux ans a administré les eaux de Vichy à un très grand nombre de malades, a répété souvent à un honorable membre de l'Académie des sciences, M. Darcet, qui s'est beaucoup occupé de l'action des eaux de Vichy et qui en fait personnellement, depuis plus de quinze ans, un usage constant, qu'il n'avait jamais observé de calculs d'aucune espèce chez les malades qui venaient habituellement à Vichy. D'un autre côté, ne sait-on pas que les ouvriers qui passent une grande partie de leur vie dans les fabriques de soude, et qui ont presque toujours l'urine alcaline, se portent parfaitement et n'ont jamais la pierre ? Si je consulte ma propre expérience, je puis assurer que je connais un très grand nombre de malades qui font un usage habituel, et déjà depuis bien des années, soit d'eau de Vichy naturelle, soit de bi-carbonate de soude, et qui, quoique quelques-uns d'entre eux fussent graveleux ou calculeux auparavant, non seulement ils n'ont plus eu ni gravelle ni pierre, mais que leur urine est toujours dans l'état le plus satisfaisant, et que même leur santé générale paraît s'être sensiblement améliorée sous l'influence de ce moyen.

» Si l'on a rencontré des calculs phosphatiques chez quelques malades qui avaient fait usage de boissons alcalines, il est presque probable que ces calculs existaient déjà avant l'emploi de ces boissons, ou que l'on avait affaire à des sujets qui avaient, avec la pierre, quelque affection grave des voies urinaires ou quelque obstacle à l'excrétion facile de l'urine, ce qui amène presque nécessairement, par suite du séjour de l'urine dans la vessie, un catarrhe purulent et l'état ammoniacal de l'urine. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que M. Leroy-d'Etiolles avoue lui-même que ce n'est que dans de semblables circonstances qu'il a vu se développer des calculs phosphatiques. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Poudre kusique. (Pharmacie vétérinaire.)

Cette poudre, qui est administrée aux chiens malades, ou pour prévenir les maladies de ces animaux, et qui est très employée aujour-

d'hui, tant à Paris que dans les départemens, est assez fine, de couleur jaune sale. Projetée sur le feu, elle brûle avec scintillation, et donne lieu à un dégagement d'acide sulfureux; son odeur est peu prononcée, sa saveur est fraîche. D'après M. E. Habert, qui en a fait l'analyse, elle est faite d'après la formule suivante :

Pr. Azotate de potasse,	100 grammes.
Soufre sublimé lavé,	98
Charbon en poudre fine,	2

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, qui devra être divisée en paquets de deux grammes (trente-six grains).

On fait prendre trois paquets de cette poudre, un chaque jour, en ayant soin pour le dernier de laisser un jour d'intervalle. Le traitement est d'un paquet de trois prises pour un chien de moyenne grosseur, et du double pour les chiens très forts, les dogues, par exemple.

On administre la poudre dans une boulette de beurre ou de pâtée, ou encore dans une cuillerée de lait, en prenant la précaution de porter le mélange aussi profondément que possible dans la gueule de l'animal.

Si le chien n'était pas guéri après l'administration des doses indiquées, il faudrait recommencer le même traitement au bout d'une huitaine.

On peut, dans un but de précaution, faire prendre, tous les trois mois, quelques doses de cette poudre aux chiens qui fatiguent beaucoup, afin de prévenir les accidens auxquels ils sont généralement sujets. (*Journ. de Chim. méd.*, févr. 1842.)

Nouveau procédé pour la réduction des hernies incarcérées.

M. le docteur Fischer recommande le moyen suivant pour faciliter l'action du taxis dans le cas de hernie étranglée. On couche le malade sur un matelas mou placé sur le sol, puis un aide soulève les cuisses de telle sorte que le sujet n'appuie sur ce plan que par la partie supérieure du dos. Alors le chirurgien pratique le taxis, et pendant ces tentatives, l'aide a soin d'imprimer de temps en temps au corps du malade une secousse comme s'il voulait le laisser retomber.

L'auteur cite à l'appui un cas de hernie inguinale externe chez un homme âgé de quarante-un ans. L'étranglement, qui datait déjà de trois jours, avait résisté à tous les autres essais de réduction que l'on avait tentés jusque là, et on était sur le point de pratiquer l'opération quand à l'aide du moyen qui vient d'être décrit on parvint à faire rentrer les organes herniés.

(*Wochenschrift fur die gesammte Heilkunde*; 1842, n° 3.)

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE.

Ordonnance du 23 février 1842.

Ecole médicale de Besançon. MM. Laresche, Briot et Sandré, docteurs en médecine, sont nommés suppléans près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Ecole médicale de Clermont. Sont nommés suppléans près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont : M. Aubergier, docteur ès-sciences naturelles, pharmacien de première classe; — M. Nivet, docteur en médecine.

Ecole médicale de Marseille. MM. Sue et Roux de Brignolles, professeurs à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, sont institués, savoir : M. Sue, en qualité de professeur de matière médicale; — M. Roux de Brignolles, en qualité de professeur de médecine opératoire. — M. Roberti, docteur en médecine, est nommé suppléant près ladite école.

Ecole médicale de Nantes. M. le docteur Hignard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, est nommé suppléant près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie etablie dans cette ville.

Ecole médicale de Poitiers. MM. Quotard et Loreau, docteurs en médecine, sont nommés suppléans près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Ecole médicale de Rennes. MM. Goupil et Lecompte, docteurs en médecine, sont nommés suppléans près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Ecole médicale de Rouen. Sont nommés suppléans près l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen : M. Flaubert fils, docteur en médecine, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Rouen; — M. Caneaux, docteur en médecine, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Ecole de médecine de Bordeaux.

Une ordonnance royale, en date du 6 mars, sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, contient les dispositions suivantes :

Art. 1er. Une école préparatoire de médecine et de pharmacie est établie dans la ville de Bordeaux, et devra être mise en activité au plus tard pour le semestre d'avril.

Art. 2. Les cours de pathologie interne et de pathologie externe qui, aux termes de notre ordonnance du 13 octobre 1840, sont annexés aux cours de clinique interne et de clinique externe, demeureront provisoirement confiés, dans ladite école, à deux professeurs titulaires.

Art. 3. Il est maintenu dans ladite école, en dehors du cadre d'enseignement déterminé par l'ordonnance précitée, une chaire d'opérations et d'appareils, une chaire d'hygiène et de médecine légale.

Art. 4. Pour la première organisation de l'école, la nomination des professeurs sera faite directement par notre ministre secrétaire d'état au département de l'instruction publique.

— Par arrêté en date du 7 mars, M. le ministre de l'instruction publique a organisé ainsi qu'il suit le personnel de cette école :

Chimie et pharmacie : M. Barbet, professeur titulaire.
Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Conilh, professeur titulaire.
Anatomie et physiologie : M. Rey, professeur-adjoint.
Clinique interne : M. Gintrac, professeur titulaire.
Pathologie interne : M. Mabit, professeur titulaire.
Clinique externe : M. Chaumet, chargé du cours.
Pathologie externe : M. Coste, professeur titulaire.
Accouchemens, maladies des femmes et des enfans : M. Barnetche, professeur titulaire.
Opérations et appareils : M. Brulatour, professeur titulaire.
Hygiène et médecine légale : M. Saincric, professeur titulaire.
Directeur de l'école : M. Brulatour.
Professeur-adjoint : M. Bonnet.
Professeurs honoraires : M. Dargelas, ancien professeur d'histoire naturelle médicale. — M. Lapeyre, ancien professeur d'accouchemens. — M. Chaudru, ancien professeur-adjoint.
Chef des travaux anatomiques : M. Bonnefin, docteur en médecine.

Chronique.

— Les observations que nous avons publiées dans notre dernier numéro sur la position des journaux vis-à-vis de l'Académie de médecine, ont été bien appréciées par un très grand nombre d'académiciens. Il est très probable qu'une proposition formelle à ce sujet sera prochainement faite et qu'elle sera chaudement appuyée par tous les membres qui comprennent l'utilité des modifications que nous demandons. Nous devons cependant prévenir les partisans de cette petite réforme que, pour la faire réussir, il faut se tenir en garde contre un piége qui ne manquera pas de leur être tendu, savoir : de renvoyer la proposition au comité d'administration. Il est certain que là elle échouera. Dans ce conseil, en effet, se trouvent les deux rédacteurs du *Bulletin*, fort intéressés à lui conserver le monopole des communications académiques; le trésorier de la compagnie, qui est le plus chaud défenseur du régime actuel, et à qui on a laissé prendre, on ne sait trop pourquoi, une telle influence dans ce conseil que, selon l'expression de M. Cornac, l'Académie de médecine s'est *mératisée*. Ces messieurs, et ce dernier surtout, dresseront toutes leurs batteries et entraîneront à leur avis la portion faible et indifférente du conseil. C'est à l'Académie tout entière ou à une commission *ad hoc* qu'il importe de s'adresser. Ce n'est que par là qu'on éveillera les instincts généreux de la majorité. Si l'on vote au grand jour, la proposition sera incontestablement adoptée. Mais si elle passe sous les fourches caudines du conseil, elle n'en reviendra plus, elle y sera étouffée, c'est certain, sous le poids du trésorier.

— C'est pitié de voir les logemens que l'administration des hôpitaux accorde aux internes. Les modestes chambrettes de l'étudiant du quartier Saint Jacques sont des boudoirs auprès des réduits obscurs, mal sains, meublés d'un méchant lit, d'une table boiteuse et de deux chaises hyperboliques, habités par les élèves des hôpitaux. Ce n'est pas du luxe que nous demanderions pour eux, mais au moins des conditions hygiéniques qui leur sont si nécessaires à cause de la nature même de leurs travaux.

— La Faculté de Montpellier est en émoi. M. Risueno d'Amador, professeur de pathologie générale, le représentant direct et le successeur immédiat de Barthez, de Dumas et de Bérard, est tombé des hauteurs coaques dans l'homœopathie, dans laquelle il patauge, au grand scandale des hippocratistes de l'endroit. Il paraît que le ministre de l'instruction publique informe sur ce méfait professoral, qu'il sera du reste impuissant à réprimer. La faculté de Montpellier voudrait bien faire pour M. Risueno l'homœopathe ce que la Faculté de Paris fit, il y a soixante ans, contre Delon le magnétiseur. Mais les temps sont changés : un professeur aujourd'hui est inviolable, et pourvu qu'il ne parle ni contre la religion, ni contre les mœurs, ni contre le gouvernement, il peut impunément professer les doctrines les plus absurdes et les plus meurtrières, s'il le fait scientifiquement, c'est-à-dire en robe et en bonnet carré. M. Risueno peut donc dormir tranquille : ses lauriers, d'ailleurs, le garantissent des foudres universitaires; il est fâcheux pour lui qu'ils ne le garantissent pas aussi du ridicule.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

HUITIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui mercredi 6, M. Chrestien a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés aux numéros 17 et 38 de la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Blandin).

La prochaine séance aura lieu vendredi 8.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 9 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 43. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Ascite. Cyrrhose. Autopsie.

Les anciens, et Hippocrate à leur tête, faisaient jouer un grand rôle aux altérations du foie dans la production des hydropisies. Cette opinion fut ensuite combattue par des observateurs, qui firent concourir à ces épanchemens les altérations des différens organes contenus dans la cavité abdominale ; mais ils tombèrent dans un excès contraire aux sectateurs d'Hippocrate, et négligèrent beaucoup trop la pathologie du foie dans cette circonstance.

En effet, il est aujourd'hui reconnu par tous les observateurs qu'il existe une lésion particulière du foie, qui entraîne toujours ou presque toujours (selon le degré auquel on l'observe), un épanchement souvent très considérable dans la cavité abdominale : nous voulons parler de la cyrrhose.

Laënnec est le premier qui ait décrit avec quelque exactitude cette maladie ; et après lui des recherches et des travaux importans dûs à MM. Bouillaud, Cruveilhier, Rostan, Andral, etc., etc., sont venus jeter quelques rayons lumineux sur l'anatomie pathologique, les symptômes, la marche et les complications de cette maladie, dont le traitement reste encore, quoi qu'on ait fait, enveloppé d'épaisses ténèbres. Nous ne devons pas négliger de citer le docteur Bright, qui avait déjà fixé son attention sur la cyrrhose, alors qu'il étudiait la néphrite granuleuse, qui, selon lui, présente plus d'un point d'analogie avec la maladie qui nous occupe.

La cyrrhose présente trois périodes distinctes ; elle peut être aiguë ou chronique, simple ou compliquée. Nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs l'observation qui fait le sujet de cet article, avant de passer à la description succincte des lésions anatomiques et des symptômes de la cyrrhose, et surtout du diagnostic différentiel des diverses espèces d'hydropisies qu'il est si facile de confondre.

Observation. — Henri Gasse, âgé de cinquante-neuf ans, homme de lettres, malade depuis six mois, est entré à la Charité le 29 décembre 1841. Il est d'une constitution un peu détériorée, tempérament lymphatique, et fut variolé dans son enfance. Habituellement bien portant, il eut, à l'âge de vingt ans, ce qu'il appelle *une fièvre chaude*, maladie dont il ne peut donner d'autre caractère que du délire qui dura environ un mois.

Il y a six mois, il commença à éprouver de l'inappétence, quelques coliques et un peu de diarrhée de temps en temps, ainsi qu'une toux qui a duré jusqu'à présent sans hémoptysie. Il y a cinq semaines environ, à la suite d'un refroidissement des membres inférieurs, les pieds d'abord, puis les jambes, commencèrent à se tuméfier, et au bout de douze ou quinze jours le ventre lui-même devint le siége d'un gonflement qui augmenta jusqu'à présent, sans douleur, mais avec un peu de constipation. Malgré ces symptômes le malade ne s'est point encore alité, il n'a même suivi aucun traitement. Il ignore la cause, de sa maladie, mais il paraît avoir éprouvé des vicissitudes de fortune « qui l'ont conduit à étourdir ses chagrins au moyens de quelques excès alcooliques. »

A son entrée, le visage est un peu coloré, la langue molle et assez nette ; soif modérée, pas d'appétit, bouche un peu pâteuse, ni nausées, ni mal de gorge. L'épigastre est indolent, le ventre est énormément tuméfié, sa circonférence est de près d'un mètre au niveau de l'ombilic. Il est mat généralement, et presque jusque dans la région épigastrique, et présente une fluctuation distincte au moindre choc. Du reste, il est indolent. Une selle normale aujourd'hui. Les urines un peu rares ; le pénis œdématié. Le foie ne remonte pas notablement plus haut que normalement ; inférieurement, sa matité se confond avec celle de l'abdomen. La chaleur de la peau est peu élevée, surtout aux extrémités. Le pouls est à 100-104, peu développé ; les bruits du cœur sont normaux ; le malade n'a jamais ressenti de palpitations ; rien de notable dans les carotides ; la respiration gênée, un peu accélérée, est accompagnée d'un râle trachéal un peu sibilant ; un peu de toux ; deux crachats muqueux seulement sont dans le crachoir. La résonnance est bonne partout, et la respiration, assez bonne aussi en arrière, n'offre à noter, à droite seulement, qu'un râle sibilant ou ronflant assez prononcé de temps en temps. Il n'a pas de céphalalgie ni de douleurs lombaires, mais bien un peu de douleur dans les membres inférieurs. La peau des jambes et des pieds étant lisse, blafarde, distendue par une infiltration séreuse considérable, conserve profondément l'impression du doigt, et son épiderme est, de distance en distance, ou crevassé, ou soulevé en bulles remplies d'une sérosité assez claire.

Le malade est venu à l'hôpital partie à pied péniblement, et partie en voiture.

A la visite du lendemain 30, le malade se trouve dans le même état que la veille ; on constate encore l'absence des signes de maladie du cœur ou des valvules ; le pouls est à 84-88, régulier, bien développé pour la constitution du sujet. Le ventre est aussi développé, et les jambes tuméfiées. On constate une teinte jaune assez marquée du visage, qui avait échappé à l'examen du soir de l'entrée. Le foie est refoulé, mais ne paraît pas avoir un volume au-delà de l'état normal, et même peut-être moindre.

Le 31, on examine les urines de la veille au soir, qui sont rouges acajou, avec un dépôt briqueté au fond du vase ; elles sont fortement acides, et se troublent par un excès d'acide nitrique. Le pouls est à 84.

Le 1er ou le 2 janvier, on pratique la paracentèse, et il s'écoule une grande quantité de liquide.

Le 4, le ventre est déjà revenu à un volume assez considérable.

Le 5, les urines sont toujours d'un rouge foncé, présentant un sédiment briqueté, insoluble dans un excès d'acide nitrique. Depuis cette époque, le malade a présenté toujours à peu près les mêmes symptômes jusqu'au 26 janvier, jour de sa mort.

Autopsie le 27, vingt-neuf heures après la mort.

Infiltration encore assez prononcée des membres inférieurs. L'abdomen est considérablement distendu par un liquide jaunâtre assez limpide qui s'en écoule à flots et remplit presque un seau ordinaire.

Il n'existe pas de traces de péritonite.

Le foie, intimement adhérent au diaphragme, est sensiblement moins volumineux que normalement, comme ratatiné sur lui-même, granuleux à sa surface, et dans son intérieur d'un jaune un peu plus foncé que celui de la cire, évidemment cyrrhosé : il pèse 1175 grammes. Les veines qui parcourent l'intérieur de son parenchyme paraissent un peu moins volumineuses que normalement ; la bile que contient la vésicule n'est pas sensiblement épaissie.

Les reins, examinés avec soin, n'offrent rien de notable.

Les deux poumons sont seulement engoués, surtout postérieurement.

Le cœur est d'un volume normal ; les valvules sont saines ; on remarque seulement, presque immédiatement au-dessus des valvules aortiques, une sorte de petit bourrelet constitué par une matière crétacée, saillant de deux à trois millimètres, et disposé presque circulairement. — Rien de notable, du reste.

L'altération pathologique que présentait le foie de notre sujet n'est autre chose que le second degré de la cyrrhose, qui s'accompagne toujours alors d'un épanchement plus ou moins considérable dans l'abdomen ; tandis que le 1er degré offre les caractères suivans : volume presque normal, très souvent un peu d'hypertrophie ; la forme est rarement altérée. Sur une tranche de foie on voit un tissu jaune granuleux très abondant, tirant un peu sur *le jaune cuir*, mais beaucoup moins cependant qu'au second degré ; le tissu rouge paraît avoir disparu, ou être atrophié ; cependant, de distance en distance on voit des lignes rouges-brunâtres sillonner le tissu jaune dans divers sens. Déjà à ce degré la substance jaune ne s'injecte plus, quel que soit le degré d'hypérémie que l'on rencontre dans les veines du voisinage ou aboutissant au foie. A ce degré, il y a rarement épanchement. Le troisième degré,

---

FEUILLETON.

RAPPORT A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE ; par M. le docteur Henry ROGER, médecin du Bureau central des Hôpitaux.

(Suite du n° 34.)

ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN SAXE.

L'organisation médicale de la Saxe ressemble exactement à celle de la Prusse ; la seule différence est qu'il est permis aux étudians pour le doctorat de faire leurs cours dans le pays ou dans toute autre université allemande, la Suisse exceptée.

On trouve aussi en Saxe la même division du personnel médical : docteurs en médecine et en chirurgie, chirurgiens de première et de deuxième classe, qui, après le même temps et après les mêmes examens qu'en Prusse, acquièrent les mêmes droits à la pratique et sont soumis aux mêmes restrictions.

ORGANISATION MÉDICALE EN BAVIÈRE.

Depuis six ans, il n'existe plus dans le royaume de Bavière de distinction entre les médecins et les chirurgiens : la loi ne reconnaît plus que des docteurs en médecine, en chirurgie et en accouchemens ; mais elle sanctionne encore l'existence de médecins d'un ordre inférieur : les médecins de campagne (*landarzte*), ou baigneurs (*bader*), ou barbiers.

Médecine civile. — 1° *Docteurs en médecine et en chirurgie.*

Tout individu qui aspire au titre nécessairement indivis de docteur en médecine et en chirurgie doit être âgé de vingt-deux ans au moins.

Au moment de sa première inscription, il doit fournir un *certificat de maturité*, qui lui a été délivré après l'examen des études philosophiques (1). Une commission de l'Université, composée de deux membres, le doyen et le secrétaire, doit aussi avoir jugé si l'aspirant a les qualités physiques et morales nécessaires à l'exercice de la médecine.

Les études médicales se font dans une des trois universités bavaroises, Munich, Erlangen et Wurzbourg. Elles durent trois ans, dont on justifie par six inscriptions prises après chaque semestre.

Première année. — Anatomie, physiologie, pharmacie, botanique, minéralogie, zoologie.

Deuxième année. — Hygiène, pathologie interne et externe, physiologie comparée, accouchemens.

Troisième année. — Cliniques médicale et chirurgicale, médecine légale (le cours de clinique médicale est le seul qui soit fait en latin).

L'élève est d'ailleurs libre de prendre sa première inscription à Munich et les autres dans une université quelconque de Bavière, et réciproquement. Seulement, à la fin des trois années, il doit, pour obtenir ses degrés, passer non publiquement deux examens rigoureux, et composer une dissertation en allemand ou en latin sur un sujet à son choix et avec tout le temps qu'il désire.

Tout n'est pas fini avec la délivrance du diplôme : le nouveau docteur doit, pendant deux années, suivre les hôpitaux ou la pratique civile d'un médecin connu, ou, s'il le préfère, fréquenter les facultés des pays étrangers, Vienne, Berlin, Paris, etc., et rapporter les certificats de ces études supplémentaires.

Au bout de ces deux années, le docteur se présente à une commission spéciale formée par quelques professeurs de la Faculté, quelques médecins de la ville et plusieurs fonctionnaires méicaux publics : il subit devant elle un examen qui roule spécialement sur la médecine pratique, et qui est secret. S'il répond aux questions d'une manière satisfaisante, il est reçu médecin-praticien (*pratischer arzt*).

L'inscription est gratuite : mais on paye pour chaque année 20 fr. aux professeurs ; les examens coûtent 500 francs, y compris les frais de diplôme ; tandis que l'examen d'état (*staatogerïi fung*), nécessaire pour être admis à la pratique, est sans rétribution.

Le médecin-praticien a le droit d'exercice dans toute la Bavière ; mais cette latitude est singulièrement diminuée par le réglement qui limite le nombre des médecins dans tout le royaume, capitales, villes, villages. Ce nombre, qui est fixé d'après la population, suit ordinairement la proportion croissante de celle-ci, et, par exemple, il a été augmenté il y a six ans. D'autres fois, au contraire, il est abaissé. Ainsi à Munich, où la population est de 80,000 habitans, comme la proportion des médecins paraît actuellement trop forte (87), on attend trois extinctions pour nommer à une vacance, jusqu'à ce qu'on soit revenu à un chiffre normal (72). Du reste, le droit d'exercice embrasse indistinctement toutes les branches de l'art médical (1), chirurgie, opérations, médecine interne, accouchemens, etc. Les docteurs en médecine et en chirurgie jouissent en outre de certains priviléges, et les fonctions publiques médicales leur sont réservées, tant dans le civil que dans le militaire (2).

2° Chirurgiens de campagne.

Les aspirans au titre de chirurgien de campagne doivent être munis d'un certificat d'humanités. Ils sont dispensés des études philosophiques. Une commission de l'Université décide, comme pour les docteurs, de leur aptitude physique et morale aux études chirurgicales.

Ils ont des écoles spéciales à Bamberg, Landshut et Ratisbonne, et ils ne peuvent assister en qualité d'élèves réguliers aux cours des facultés. Leurs études durent trois années comme celles des docteurs ; elles embrassent les mêmes matières avec moins d'extension, et l'enseignement est mois élevé, plus élémentaire. A la fin des trois années, ils passent deux examens devant une commission prise parmi les professeurs de leurs écoles. Ils sont dispensés des deux années de médecine pratique, et, par conséquent, de l'examen de la commission devant laquelle les docteurs ont à paraître avant leur réception comme médecins praticiens. Tous les frais de leurs cours et examens, y compris le diplôme, montent à 300 francs.

Ils ont le droit d'exercer seulement dans le cercle où est l'école de chirurgie dont ils ont suivi les cours. Toutefois, ils peuvent s'établir dans un autre cercle, après avoir subi un nouvel examen devant la commission de la province, et dans quelques circonstances leur changement de domicile est subordonné à l'injonction de l'autorité qui les envoie dans certaines parties du royaume, selon les exigences du service de santé. Ils doivent se borner à la pratique de la petite chirurgie, des accouchemens et de la médecine ordinaire. Ils n'exercent complètement l'art médical que dans les villages où il n'y a point de docteur, dans les cas d'urgence qui ne permettent pas d'aller chercher des secours à la ville ou au village voisin, ou bien encore pendant les épidémies. S'ils dépassent les limites que la loi leur prescrit, ils sont pas-

---

(1) Les études philosophiques durent deux années : elles comprennent la philosophie proprement dite, l'histoire universelle, les mathématiques, le grec, l'histoire naturelle. Pour les commencer, il faut justifier des classes d'humanités, où l'on enseigne le latin et le grec, l'histoire du pays, l'histoire universelle et la géographie. Les deux dernières années d'humanités doivent être faites dans les écoles publiques, où l'on n'est admis qu'après examen sur les études précédentes.

(1) Il en est ainsi des docteurs qui sont gradués sous l'empire de l'organisation nouvelle ; mais, la loi n'ayant pas d'effet rétroactif, il existe aujourd'hui une séparation entre les docteurs en médecine et les docteurs en chirurgie. Ils ont la permission de pratiquer dans toute la Bavière, mais les uns la médecine et les autres la chirurgie exclusivement, et s'ils sortent du cercle de leurs attributions, ils sont punis.

(2) Chaque gouvernement a au moins deux médecins payés : celui de Munich en a quatre. Dans plusieurs villes, et même dans quelques villages, des sociétés particulières payent un médecin des pauvres, qu'elles révoquent au bout d'une année s'il ne remplit pas suffisamment ses devoirs.

qui se rencontre très rarement, car les malades meurent habituellement avant que l'altération ait atteint sa dernière période, est constitué par deux sortes d'altérations : « D'abord, on y trouve de petites cavités vides dont les parois sont constituées par une membrane cellulo-fibreuse très mince, puis par d'autres petites cavités remplies d'un liquide gélatiniforme, verdâtre et peu consistant; tandis que le reste du foie est constitué par de nombreuses granulations jaunes, irrégulières, tassées les unes contre les autres, et analogues à celles qu'on trouve ordinairement dans la cyrrhose. » Quant aux autres altérations pathologiques que l'on rencontre sur les individus cyrrhosés, ce sont: tantôt des maladies du cœur, des gros vaisseaux, des poumons, emphysème et phthisie, en un mot toute maladie qui peut amener une congestion vers le foie et y faire séjourner le sang; tantôt un cancer de l'estomac, une maladie de Bright. Cette dernière existe très souvent en même temps que la cyrrhose; et au dire de certains auteurs, de Bright lui-même, ces deux maladies seraient à peu près identiques. La vésicule biliaire et la bile n'ont pas présenté d'altérations bien constantes.

Lorsque la cyrrhose est simple, lorsqu'aucune autre maladie ne la complique, ses symptômes sont souvent nuls à la première période, et surtout sous la forme chronique ; et lorsqu'elle est accompagnée de certaines maladies, dont elle n'est dans quelques circonstances que l'effet, son diagnostic devient encore plus compliqué. Quoi qu'il en soit, on peut la distinguer aux symptômes suivans, qui sont loin d'être toujours constans et faciles à apprécier. Le volume du foie est normal et souvent augmenté à la première période; tandis qu'à la seconde et à la troisième, il est constamment diminué de beaucoup. La palpation et la percussion de l'hypochondre droit serviront de guide dans la connaissance de ces changemens de volume. Il existe très rarement de la douleur dans la région du foie, à quelque période que ce soit, à moins cependant que la cyrrhose ne se soit développée d'une manière aiguë, et alors la douleur est sourde. Il survient très peu souvent de l'ictère, à moins que la maladie ne suive une marche rapide; en revanche, la peau offre assez constamment une coloration particulière que l'on a presque toujours confondue avec l'ictère. Cette coloration, d'un jaune terreux, affecte plus particulièrement le visage et le cou; les conjonctives sontaussi légèrement atteintes, et dans quelques cas, cette coloration offre dans ces parties une teinte cuivrée.

En même temps, dans la cyrrhose avancée, la peau devient sèche, terreuse et rude au toucher; la face s'amaigrit peu à peu, devient ridée et grippée: cette émaciation atteint surtout les membres supérieurs et la partie supérieure du thorax. Enfin, vient l'épanchement dans l'abdomen, qui ne commence qu'avec le second degré de la maladie; l'infiltration des membres le suit de près. Les fonctions digestives ne présentent rien de remarquable, à moins qu'il n'y ait une complication, ou que la maladie ne soit très avancée. La circulation ne paraît pas non plus être manifestement troublée, si ce n'est dans quelques cas, et le sujet de notre observation est un de ceux-là. Quant à la respiration, il est évident qu'elle n'est troublée, accélérée que lorsque l'épanchement devient assez considérable; à moins encore qu'il n'y ait une complication vers les agens thoraciques. Les urines sont généralement d'un rouge acajou, avec sédiment briqueté; elles sont acides, assez rarement excrétées, et sont troublées par l'acide nitrique dont un excès ne dissout pas le précipité.

Il n'y a pas de signe qui serve bien certainement à distinguer l'état aigu de l'état chronique, si ce n'est quelquefois la douleur qui se manifeste dans la région du foie dans le premier cas, et la durée moins longue, qui n'est que de cinq à six semaines à trois mois, pour la forme aiguë. La forme chronique, qui est la plus commune, arrive souvent au second degré sans que les malades aient ressenti aucun symptôme particulier qui décelât l'existence d'une maladie. Sa durée est indéfinie.

Maintenant il nous reste à examiner le diagnostic différentiel des diverses hydropisies.

Les épanchemens abdominaux que l'on peut le plus souvent confondre, sont ceux dépendant d'une lésion du foie, de la cyrrhose; ceux résultant d'une péritonite chronique; ceux enfin qui reconnaissent pour cause une néphrite granuleuse, ainsi que les hydropisies enkystées; mais celles-ci sont propres aux femmes. Les maladies du cœur donnent également lieu à des épanchemens, tout le monde le sait; mais la connaissance facile d'une maladie du cœur dont les symptômes frappent tout praticien un peu exercé, nous dispensera d'en établir les signes différentiels.

Quels sont donc les moyens de distinguer ces différentes maladies?

Des chagrins antérieurs ou bien des excès alcooliques, une mauvaise alimentation, une maladie du cœur préexistante, une coloration jaune cuivreuse de la peau, qui offre de la sécheresse et de la rudesse; l'absence de douleur, mais quelquefois un peu de réaction sur le pouls, la lenteur de l'épanchement et l'état particulier des urines que nous avons déjà noté; tous ces signes serviront à caractériser une ascite, conséquence inévitable d'une cyrrhose. Mais cependant il peut, comme pour la cyrrhose, exister une maladie du cœur en même temps qu'une maladie de Bright; alors la douleur dans l'un ou l'autre hypochondre, la marche un peu plus rapide de la maladie, l'absence de coloration de la peau, et enfin l'examen des urines qui affectent alors, par la réaction de l'acide nitrique, un précipité blanc laiteux ressemblant assez à du sirop d'orgeat quand on l'agite : la connaissance des causes qui ont déterminé la maladie, pourra bien également mettre sur la voie. La péritonite chronique donne également, dans quelques cas, des urines qui ressemblent beaucoup à celles de la cyrrhose; mais la préexistence d'une inflammation du péritoine, l'absence de cette ulcération particulière qui n'appartient qu'à la cyrrhose; enfin l'état de malaise général, et de plus les antécédens, pourront déterminer le médecin à préciser son diagnostic. Mais une oblitération des veines arrivant sans cause connue donne lieu à un épanchement dans l'abdomen ; comment donc le reconnaître? Cela se fera tout bonnement par voie d'exclusion ; car dans ce cas il n'y a pas la coloration dont nous avons parlé, les urines ne sont ni rouges, ni albumineuses, il n'y a pas de réaction générale, il n'existe pas de maladie du cœur, il n'y a pas de maladie antécédente qui ait pu déterminer cet épanchement. D'où donc l'ascite peut-elle provenir dans cette circonstance? Evidemment de l'oblitération de l'un des gros troncs veineux abdominaux. Mais l'hydropisie enkystée, elle est particulière à la femme. La tumeur abdominale débute tantôt d'un côté de l'abdomen, tantôt de l'autre, et semble toujours se diriger de dehors en dedans; l'abdomen est plus saillant à la partie inférieure, tandis qu'à la partie supérieure il paraît ne rien contenir. Enfin, des grossesses multiples, des fausses couches, l'absence de la coloration déjà indiquée, le développement lent et gradué, sans réaction ni malaise général, l'état normal des urines et le soulagement que procure chaque ponction, tous ces signes peuvent bien servir à mettre le praticien sur la voie de la maladie qu'il désire reconnaître.

Enfin disons, avant de terminer, que la cyrrhose existe souvent en même temps qu'une maladie du cœur, qui, selon quelques auteurs, serait l'origine de la maladie du foie, en entretenant dans cet organe une congestion presque continuelle. Cette explication a été très bien donnée par M. Becquerel. Nous avons déjà dit que Bright avait signalé la fréquente coexistence de la néphrite granuleuse et de la cyrrhose; ces observations n'avaient pas non plus échappé à Bostock, dont les travaux sur la matière ont une grande valeur.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Deux cas remarquables de bec-de-lièvre, guéris par M. HOUSTON, chirurgien de l'hôpital de la ville (*City of Dublin hospital*).

Mary Fox, âgée de deux ans et demi, quatrième enfant d'une mère robuste et saine, a été reçue en juin 1841, pour être traitée d'un double bec-de-lièvre supérieur, compliqué d'une double fissure du palais. Le premier enfant de sa mère avait apporté en naissant la même difformité; mais le second et le troisième étaient bien constitués. La pièce centrale de la lèvre était large, un peu inclinée à gauche et presque de la même épaisseur de la lèvre. Les côtés des fentes latérales se continuaient inférieurement, presque jusque dans chaque angle de la bouche, se terminaient inférieurement par un bord rouge; en haut, la fente du côté droit se continuait avec la fissure palatine dans le nez; tandis que celle du côté gauche n'entrait pas dans le nez, bien qu'elle s'en approchât beaucoup. La pièce osseuse centrale, ou sous nasale, était très saillante et présentait deux dents incisives déformées, dont l'une était dirigée en avant, l'autre au côté droit sur la fissure, entre les os. Le nez était large et plat. L'ensemble de ces déformations était hideux, surtout quand l'enfant riait; la mère trouvait même cet état de plus en plus hideux avec l'âge. L'enfant n'avait jamais pu téter; l'acte de la déglutition était lui-même lent et difficile ; sa santé générale cependant était bonne, l'enfant offrant de l'embonpoint et de la fraîcheur.

M. Houston l'a opéré le 7 juin, en présence de plusieurs chirurgiens connus dont il cite les noms. L'enfant a été enveloppé d'une alèze afin de lui assujétir les bras et les jambes, et assis sur les genoux d'un aide. Le chirurgien a commencé par disséquer les bords libres des fentes en les détachant des os avec la membrane muqueuse; il a ensuite excisé la portion saillante et externe de l'os conjointement à la dent correspondante à l'aide de cisailles, de manière à aplatir la région et à permettre à la lèvre d'être tirée dessus et d'y trouver un appui commode; il a pratiqué alors le ravivement des bords à l'aide de ciseaux et d'un ténaculum pour fixer l'angle inferieur. Le fragment mitoyen a été ravivé le premier des deux côtés, de manière à lui conserver toute sa largeur; le bord externe de chaque fente a été excisé de manière à le suivre jusqu'à l'angle correspondant de la bouche, et à enlever complètement leur tubercule inférieur. Deux aiguilles longues et fines, pour chaque côté, ont suffi pour la réunion exacte et complète; leur pointe était triangulaire. Des bandelettes agglutinatives ont été appliquées sur les joues pour tirer ces parties en avant et coapter les lambeaux. Une simple ligature en 8 de chiffre a suffi pour assurer l'affrontement rigoureux des plaies. On a coupé les pointes saillantes des aiguilles, et l'on a mis au dessous des tiges restantes deux rouleaux de toile collante. Après l'opération, l'enfant s'est endormi.

Le lendemain, il avait à peine de la fièvre. Il a continué à prendre des alimens mous.

Soixante-douze heures après l'opération, on enlève les aiguilles : pour faciliter cet enlèvement, on a appliqué pendant six heures un petit cataplasme sur la lèvre. La réunion était parfaite partout, la fissure qui communiquait avec la narine

---

sibles de 15, 30, 50 et 100 florins, ou de la prison, ou enfin de la révocation; leur nombre, qui est limité, est proportionnel à la population, et peut être augmenté sur la demande des communautés. Lorsque les profits de la profession paraissent au chirurgien de campagne trop peu considérables pour suffire à son existence, il est libre d'y joindre les bénéfices de plusieurs autres industries, telles que celles de baigneur, de pédicure, de barbier et même de coiffeur.

Médecine militaire.

Les réglemens qui concernent la réception des médecins militaires sont exactement semblables à ceux que nous venons de mentionner à propos des praticiens civils. Mêmes certificats des mêmes études antérieures, mêmes études médicales, dans les mêmes écoles et avec des obligations identiques, enfin mêmes diplômes et mêmes titres (1).

Tant qu'ils sont sous les drapeaux (et ils peuvent les quitter à volonté), ils ont le droit d'exercice dans les villes où ils sont en garnison. Quand ils prennent leur retraite, ils rentrent dans la pratique avec des droits tout à fait égaux à ceux des médecins du civil; seulement ils sont forcés comme eux, en raison de la limitation du nombre des docteurs, d'attendre que leur tour arrive.

ORGANISATION MÉDICALE EN WURTEMBERG.

On trouve dans le royaume de Wurtemberg des docteurs en médecine, des docteurs en médecine et en chirurgie, des chirurgiens de 1re, 2e et 3e classes.

Docteurs en médecine, docteurs en chirurgie et en médecine.

L'aspirant au grade de docteur en médecine et de docteur en médecine et en chirurgie doit être âgé de dix-sept ans au moins, présenter un certificat de d'examen de maturité (2), et une autorisation paternelle pour étudier la médecine.

Les cours embrassent une période de trois années, ils doivent être suivis à l'université du pays (Tubingen), pendant un an au moins; pendant les deux autres années, on peut fréquenter une université allemande quelconque.

Les cours, à l'ordre desquels l'on n'est point d'ailleurs astreint, sont ainsi distribués :

Première année. — Sciences naturelles (botanique, minéralogie, physique, chimie), anatomie et physiologie.

Deuxième année. — Anatomie comparée, zoologie, pathologie générale, anatomie pathologique.

Troisième année. — Nosologie, chimie et botanique médicales, art de formuler, matière médicale et pharmacologie.

Non seulement l'étudiant est libre de suivre ces cours comme il l'entend, en se livrant d'abord, suivant son goût à telle ou telle science; mais encore les examens semestriels ne sont pas obligatoires pour lui, et ceux-là seuls les subissent qui désirent une bonne note à l'Université. S'ils sont obligatoires pour les élèves qui se destinent au service militaire, c'est parce que ceux-ci reçoivent une légère rétribution pendant leurs études. Quant aux étudians pour la médecine civile, l'examen final de doctorat, ou autrement dit l'examen rigoureux, suffit : il roule sur toutes les matières de l'enseignement considérées sous le point de vue théorique plutôt que pratique. Après le *rigorosum*, qui est double pour le docteur en médecine et en chirugie, on compose en latin ou en allemand la thèse sur laquelle on est argumenté, comme en Autriche.

La première inscription coûte 10 florins de Bavière : le prix des cours varie, suivant leur durée et leur importance, de 5 à 11 florins. L'examen de doctorat, y compris les frais de thèse, reviennent à 200 fl.

Le diplôme de doctorat ne suffit point à celui qui veut être médecin praticien : il faut, pour arriver à la pratique, passer par le *staats examen*; et pour avoir la permission de s'y présenter, on doit apporter un certificat d'études cliniques faites pendant une année au moins à l'hôpital de Tubingen, ou dans quelque université allemande ou étrangère célèbre par ses établissemens hospitaliers, ou encore dans la pratique particulière de quelque grand médecin en qualité d'aide.

Le *staats examen* (1) se compose de deux épreuves, séparées par un intervalle de quatre jours au plus. L'interrogation porte sur presque toutes les sciences que comprend l'examen de doctorat, et de plus sur l'art vétérinaire, la pathologie et thérapeutique générale et spéciale sur la médecine pratique et clinique médicale, et pour les docteurs en médecine et en chirurgie, sur l'anatomie chirurgicale, sur l'obstétrique, sur la pathologie générale et spéciale, la thérapeutique et la clinique chirurgicale; sur le manuel opératoire, les appareils et les bandages; c'est-à-dire sur toutes les parties de la science médicale envisagée sous le point de vue pratique. Le premier acte de l'examen se passe nécessairement à Tubingen, et le second à Stuttgard. Les examinateurs sont, pour l'un, les professeurs de la faculté et un conseiller du collége de médecine de Stuttgard; et pour l'autre, les membres du collége de médecine de Stuttgard (espèce de conseil supérieur de santé payé par le gouvernement).

Les docteurs en médecine ont le droit de pratiquer dans tout le pays, mais la médecine seulement; la chirurgie, les opérations, les accouchemens, leur sont interdits sous peine, 1° de l'admonestation; 2° d'une amende de 20 à 30 florins; 3° de la prison pendant un mois au maximum. En cas de récidive, suspension de la pratique pendant six mois au plus; une nouvelle récidive entraîne le retrait du diplôme.

Chirurgiens de première classe.

Les chirurgiens de première classe sont dispensés de l'examen de maturité. Ils étudient à l'université comme les docteurs, mais on n'exige d'eux ni l'examen, ni la thèse pour le doctorat. Seulement ils doivent passer le *staats examen*, qui est le même que celui des docteurs en chirurgie et en médecine; les frais d'études ne leur reviennent d'ailleurs qu'à 72 florins.

Les chirurgiens de première classe ont le droit d'exercice dans tout le royaume, mais seulement pour la chirurgie, les opérations et les accouchemens. Ils ne peuvent se livrer à la pratique de la médecine interne, et s'ils contreviennent aux réglemens, la pénalité est la même pour eux que pour les docteurs en médecine qui font illégalement de la chirurgie.

D'ailleurs, il est rare que le médecin et le chirurgien aient l'occasion à défaut l'un de l'autre, de dépasser leurs attributions réciproques. S'il n'y a pas dans la localité un docteur et un chirurgien (ce qui est assez rare, en raison du nombre illimité et considérable des médecins), toujours on en trouve à une distance assez rapprochée, deux ou trois heures au plus.

Chirurgiens de deuxième classe (wundarzte zweiter abtheilung).

Ils sont dispensés de l'examen de maturité, et s'ils apprennent le latin, c'est chez les docteurs ou chez les chirurgiens de première classe. Leurs études chirurgicales se font, soit à l'université (où aucune leçon n'est donnée en latin, bien que les prescriptions doivent être écrites en langue latine), et ils portent alors le nom de *hospitirende* et non celui de *studenten*, payant à peu près moitié moins que les docteurs, soit dans une des écoles de chirurgie qui appartiennent aux villes de garnison (Stuttgard, Heilbronn et Ulm); soit encore chez un chirurgien de première ou de seconde classe, où ils restent pendant sept ans.

L'examen qu'ils subissent devant le collége médical est de même

(1) Les chirurgiens de compagnie et d'escadron sont choisis parmi les médecins de campagne : les postes supérieurs sont donnés aux docteurs.

(2) Les matières de cet examen sont le latin, le grec, l'allemand, la religion, l'histoire, la géographie, la cosmographie, la logique, la psychologie, la géométrie et les élémens de l'algèbre.

(1) Tout individu docteur ou chirurgien de première classe qui veut passer le *staats examen* doit remplir les conditions suivantes : 1° avoir passé vingt-un ans; 2° avoir droit de bourgeoisie dans le pays; 3° apporter un certificat de l'examen académique de maturité; et 4° de bons certificats sur sa conduite morale et disciplinaire à l'université.

se trouvait elle-même oblitérée ; la pièce centrale de la lèvre est plate et parfaitement au niveau avec les deux autres jusqu'au bord libre.

Les suites ont été heureuses, l'enfant était complètement guéri le quinzième jour, la déglutition s'opérait d'une manière satisfaisante, et malgré les deux fentes palatines, les alimens ne passaient pas dans les narines.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un enfant du sexe féminin, âgé de trois mois. Il était né de parens sains, et a été reçu à l'hôpital dans le mois de décembre 1841. Le bec-de-lièvre existait d'un côté cette fois, à gauche. La fente était très large et très profonde ; elle entrait en haut dans la narine correspondante, et en bas elle s'étendait jusqu'aux deux angles de la bouche ; la voûte palatine présentait une double division ; la mâchoire supérieure était très saillante en avant. M. Houston l'a opéré en présence du docteur Beatty. Comme l'os était très saillant et qu'il eût été difficile d'y faire glisser sans inconvénient les parties molles, l'opérateur a commencé par exciser la portion saillante de l'os, comme dans le cas précédent, et mettre le bord maxillaire à un niveau convenable. Le reste de l'opération a été exécuté *ut supra*. Les aiguilles ont été enlevées soixante heures après : la réunion était parfaite, la fente des parties molles qui communiquait avec la narine s'est trouvée parfaitement comblée. L'enfant était bien portant le jour de ce pansement, lorsqu'il a été saisi tout-à-coup de bronchite aiguë qui a mis sa vie en danger pendant trois jours; néanmoins, la cicatrice n'a point été déchirée, et la petite malade a fini par guérir parfaitement.

(*Dublin medical Press*, mars 1842.)

SIGNES DE L'ENGORGEMENT LENT DE LA PROSTATE ;

Par M. le docteur Leroy-d'Étiolles.

La gravité des altérations de la prostate commence à être généralement appréciée : le trouble qu'elles apportent dans les fonctions urinaires n'est plus un doute pour personne, et ceux-là même qui s'opiniâtraient il y a peu d'années à ne voir que des paralysies de vessie dans les rétentions d'urine des vieillards, semblent, par un revirement assez ordinaire, n'avoir jamais eu d'autres opinions que celles dont je me suis, depuis quinze ans, constitué le défenseur.

Quand une vérité vient prendre place dans la science, sans doute il importe bien secondairement de savoir quels hommes ont contribué à la produire ; toutefois il ne faut pas trouver mauvais que ces instrumens de progrès s'efforcent de se soustraire à l'oubli.

Je ne rappellerai pas que le premier en France j'ai répandu les opinions d'Everard Home, et attaqué la théorie de la paralysie de la vessie généralement admise. Je considère cette circonstance comme fortuite, et je ne m'en fais pas un titre scientifique ; mais ce qui m'appartient, c'est l'invention de bon nombre de moyens thérapeutiques applicables aux diverses formes et aux divers degrés de la maladie ; c'est l'indication des meilleurs moyens de diagnostic des engorgemens de la prostate ; c'est le signalement des symptômes qui dénotent le début de cette maladie. Je n'ai pas la prétention ridicule d'avoir tout dit sur ces divers points : des études de détails ont été faites par quelques chirurgiens, tels que MM. Brodie, Guthrie, Wilson, Civiale, Mercier ; je les signalerai, et, suivant mon habitude, je rendrai à chacun justice.

DIAGNOSTIC. — Premier mémoire. — *Signes de l'engorgement de la prostate dans la première période.*

Les signes qui peuvent faire reconnaître l'engorgement de la glande prostate, sont variables suivant les périodes de la maladie. Mal appréciés jusqu'à ces dernières années, ils avaient été rapportés à d'autres affections, d'où il résultait que la prostatite lente était généralement prise, dans sa première période, pour une pierre vésicale, pour une névralgie, pour un rhumatisme ; dans la seconde, pour un catarrhe, et dans la troisième pour une paralysie de la vessie.

Everard Home avait signalé l'erreur pour les deux dernières périodes : pourtant elle se retrouve dans des ouvrages modernes et même spéciaux ; quant à la première période, je crois que personne ne l'avait décrite avant la communication faite par moi à l'Académie des sciences, ou du moins on l'avait confondue avec d'autres maladies.

Première période. Les symptômes qui la caractérisent sont les suivans : envies fréquentes d'uriner, douleur en urinant qui se fait sentir au gland et parfois au périnée ; sentiment de pesanteur sur le rectum augmentant souvent par les secousses d'une voiture ou d'un cheval ; déformation, quelquefois même interruption brusque du jet de l'urine. Ces symptômes, comme on voit, sont les mêmes que ceux d'un petit calcul dans la vessie ; la première pensée du chirurgien est donc d'en supposer l'existence : puis, lorsque le cathétérisme a donné des résultats négatifs, il se rejette sur le rhumatisme ou sur la névralgie de la vessie, auxquels il attribue d'ordinaire les symptômes que nous venons d'énumérer.

Eh bien, les neuf dixièmes des malades qui sont dans cette condition ont un commencement d'engorgement de la prostate : que l'on introduise le doigt dans le rectum, et l'on sentira la glande plus volumineuse, formant une tumeur inégale résistante, ordinairement plus saillante à gauche qu'à droite ; du côté gauche, la glande se termine souvent brusquement et comme par une crête ; entre le bord et la paroi du rectum, il existe une gouttière plus ou moins profonde en raison de la proéminence.

Très souvent les malades affectés d'une prostatite lente accusent une douleur au pubis, à l'hypogastre, dans les flancs, dans les aines et dans les cuisses ; chez quelques-uns il y a de la faiblesse, de l'hésitation dans les membres inférieurs. Ces deux derniers symptômes s'observent surtout dans la seconde et la troisième période, comme je le montrerai plus loin.

Dans le plus grand nombre des cas, la sécrétion de la glande prostate n'éprouve d'abord aucune modification, ni dans sa quantité, ni dans sa nature. Il arrive souvent que les envies fréquentes d'uriner, les douleurs dans les aines, au périné, le gonflement et la déformation de la prostate du côté du rectum, existent déjà depuis plusieurs années sans que le fluide sécrété par cette glande ait notablement augmenté ; et lorsque cette augmentation a lieu, la limpidité, la viscosité de ce fluide font reconnaître facilement sa nature. Ce n'est que vers la fin de la première période et dans les deux suivantes que le liquide prostatique, altéré, devenu opalin, peut être facilement confondu avec le sperme, lorsqu'on s'en tient aux apparences, sans vérifier avec le microscope s'il contient des animalcules.

Des érections la nuit, fréquentes, longues et souvent fatigantes accompagnent les débuts de l'engorgement de la prostate ; elles sont rarement suivies de pollutions. J'en pourrais citer des exemples en grand nombre ; l'âge même n'en met pas à l'abri, comme je l'observe actuellement sur un de nos amiraux plus que septuagénaire, auquel M. Lacroix fils donne des soins, et chez lequel les érections sont le symptôme dominant. Ces érections, comme l'a dit avec raison M. Lallemand, sont parfois suivies de pertes séminales et d'impuissance.

L'urine fournit aussi des indices ; au commencement de la première période, elle est limpide, moins colorée même et plus abondante que dans l'état normal, surtout lorsque les symptômes s'exaspèrent, car ils apparaissent ou augmentent par crises sous l'influence atmosphérique ou même sans cause appréciable. Les malades appellent nerveuses ces urines incolores auxquelles ils attribuent l'accroissement de leur souffrance et de leur malaise. Plus tard, on voit dans ce liquide des filamens ronds, ressemblant à des bouts de fil ou à des vermisseaux ; ils sont très probablement produits par le mucus concrété dans les canaux excréteurs de la prostate. Vers la fin de cette période on voit constamment un nuage muqueux et floconneux. Le besoin d'uriner se fait sentir à quelques malades si impérieusement qu'ils ont à peine le temps de prendre le vase. Parfois même il y a incontinence d'urine causée soit par la rigidité du tissu de la prostate, soit par la déformation du col de la vessie qui toutes deux s'opposent à une occlusion exacte.

La forme du jet de l'urine éprouve un changement qui n'a rien de constant ; tantôt il s'aplatit, tantôt il est en spirale ; la déformation du col ne produit pas seule cette modification. Le commencement de la portion membraneuse y contribue également. Souvent, dans cette dernière région, il existe un obstacle au passage des sondes. Je ne veux point parler d'un obstacle *permanent* formé par un rétrécissement organique, mais d'une coarctation passagère de la nature de celles que l'on nomme *spasmodiques*. Dans le premier cas, lorsqu'il est permanent, il peut être cause de la prostatite. Il est facile de comprendre comment un rétrécissement situé en arrière du bulbe donne lieu à une altération de la prostate : l'effort plus grand qu'est obligée de faire la vessie à chaque émission de l'urine, dont les fibres viennent prendre un point d'appui sur la prostate, la dilatation de la portion de l'urètre située en arrière du point rétréci, le séjour de quelques gouttes d'urine qui s'insinuent dans les conduits prostatiques, les distendent, les irritent, sont autant de causes d'inflammation de la glande. Lorsque la résistance éprouvée par la sonde n'est pas le résultat d'un rétrécissement organique, mais d'un spasme, ou pour parler plus exactement, d'une contraction musculaire, elle peut être l'effet de l'engorgement prostatique. Voici comment je comprends sa production : l'allongement de la région de l'urètre entourée par la glande tuméfiée, détermine la tension du muscle de Wilson, qui tire en haut et en avant la fin de la portion membraneuse qu'il embrasse par l'un de ses faisceaux, d'où résulte, outre une compression latérale, une inflexion de l'urètre en haut ; mais le muscle de Wilson n'est pas l'agent principal dans la production de ce spasme, car ordinairement ce n'est pas dans la portion de l'urètre embrassée par lui que l'on rencontre le plus résistant de ces obstacles passagers ; c'est en arrière du bulbe, au commencement de la portion membraneuse, là où viennent s'insérer plusieurs muscles. Par leur contraction, cette région de l'urètre, déjà naturellement plus étroite, se trouve tirée en sens divers : latéralement par les transverses, en arrière et en bas par le sphincter, en avant et en haut par les bulbo-caverneux qui, l'enveloppant partiellement dans sa courbe de leurs piliers musculaires, peut en outre l'aplatir. L'action partielle ou simultanée, mais anormale de ces muscles, produit non pas un rétrécissement proprement dit, mais une déformation de l'urètre, une tension, un aplatissement du commencement de la portion membraneuse tantôt dans le sens vertical, tantôt dans le sens horizontal, suivant que ce sont les uns ou les autres qui agissent.

Si j'en juge par les sensations que j'ai maintes fois éprouvées en pratiquant le cathétérisme dans ces circonstances, je serais porté à croire que la tension en travers produite par la contraction des muscles transverses, est la plus fréquente ; il semble que l'extrémité de la sonde vient heurter contre un plan résistant formé par une cloison, et lorsque l'on franchit l'obstacle, souvent il y a un ressaut qui donne la sensation d'une rupture de cette cloison. Ceci a lieu surtout avec les sondes en gomme introduites sans mandrin. Pour les engager quand elles sont courbes, il suffit parfois d'incliner légèrement le bec à droite ou à gauche par un mouvement de rotation de la portion droite : l'extrémité se place parallèlement à la direction de l'orifice aplati de la portion membraneuse, et ne rencontre plus d'obstacle ; plus ordinairement il est nécessaire d'introduire une tige de fer dans la cavité de la sonde ; quand l'extrémité a dépassé seulement de 4 à 5 millimètres l'espèce de repli de demi-cloison qui forme obstacle, on peut retirer le mandrin, et la sonde chemine ensuite facilement sans éprouver de constriction, si librement que le chirurgien s'étonne et se demande comment il a pu être arrêté aussi long-temps. Parfois, au contraire, ce sont les sondes rigides qui sont arrêtées et les sondes molles qui passent. D'autres fois, enfin, ni les sondes et bougies molles, ni les sondes en métal ne peuvent franchir ce point, et l'on est obligé d'attendre, tantôt quelques heures, tantôt quelques instans seulement, que la tension musculaire ait cessé, après quoi le passage devient facile. Si l'on explore avec la bougie porte-empreinte de Ducamp un urètre ainsi aplati, resserré par la contraction musculaire, la cire, au lieu de s'engager dans la portion membraneuse, se recourbe dans le bulbe et revient avec la forme d'une crosse ou d'une massue, comme si dans ce point existait un rétrécissement organique infranchissable.

Les faux rétrécissemens de l'urètre dits spasmodiques empêchent l'introduction des sondes; mais presque jamais la « rétention d'urine n'est produite par eux, c'est au col de la vessie qu'est la cause véritable. » Lorsqu'avec une sonde on est parvenu à franchir le rétrécissement, on ne voit pas s'écouler par sa cavité une seule goutte d'urine malgré les efforts du malade, et pour que l'évacuation de ce liquide ait lieu, il faut avoir pénétré dans la cavité de la vessie : c'est une expérience que j'ai cent fois répétée.

Lorsque les sondes d'un certain calibre, en gomme ou en métal, ne peuvent être introduites, même par des mains exercées, et que l'on parvient à faire passer une bougie capillaire, il n'est pas rare qu'après un quart d'heure ou une demi-heure

---

nature que le *rigorosum* : il embrasse la petite chirurgie, l'anatomie, la physiologie, les élémens de la pathologie chirurgicale, les bandages et les appareils ; il est du reste beaucoup moins sévère.

Les frais d'études reviennent à 54 florins. L'exercice de la pratique leur est permis dans tout le royaume ; les grandes opérations et la médecine interne leur sont interdites sous les peines énoncées plus haut ; d'ailleurs ils ne peuvent, sauf dispense, prétendre aux fonctions d'Etat ou aux places dans les hôpitaux.

Chirurgiens de troisième classe.

Ils sont dispensés de l'examen de maturité. Ils peuvent étudier chez des chirurgiens de la première ou de la seconde classe, et même chez des chirurgiens de la troisième classe, si ces derniers y ont été autorisés par le gouvernement, ou dans les écoles de chirurgie à l'université. Les études sont encore plus élémentaires et moins étendues que celles des chirurgiens de la deuxième classe, et le prix en est pareillement de 54 florins.

Les chirurgiens de la troisième classe doivent se borner exclusivement à la pratique de la petite chirurgie : ils ne peuvent traiter ni fractures, ni luxations, et dans ces cas, ainsi que dans ceux de maladies internes, ils doivent requérir l'assistance d'un docteur ou d'un chirurgien supérieur.

Leur pénalité, s'ils violent les réglemens, est la même que celle qui a été indiquée plus haut. De plus, si l'*oberamtarzt* (1) (médecin en chef) les prend en flagrant délit d'ignorance, il a le droit de les forcer à passer un nouvel examen (et cette punition est assez fréquente). Il a le même droit sur tous les chirurgiens, même ceux de la première section. S'il s'agit d'un chirurgien de la troisième catégorie, l'oberamtarzt peut le condamner de sa propre autorité ; pour un chirurgien de la deuxième et de la troisième section, il doit en référer au ministre. Ajoutons que tout chirurgien de la première, de la deuxième et de la troisième classe a le droit d'ouvrir une boutique de barbier.

ORGANISATION DE LA MÉDECINE DANS LE DUCHÉ DE BADE.

La loi reconnaît dans le duché de Bade: 1° des médecins ; 2° des chirurgiens ; 3° des accoucheurs ; 4° des aides de chirurgie,

(2) L'*oberamtarzt* (il en existe un par chef-lieu de cercle) reçoit 300 à 400 florins d'appointemens annuels, son service consiste dans des rapports sur les épidémies et sur les maladies régnantes, dans la visite des pharmacies, la surveillance des chirurgiens inférieurs, etc., et enfin dans les soins à donner gratuitement aux pauvres.

1° *Médecins.*

Les médecins qui se présentent pour passer l'examen de doctorat en médecine devant la commission de santé doivent apporter des certificats d'études académiques, de bonne vie et mœurs, et d'études médicales faites dans une école du gouvernement. Cet examen consiste en deux épreuves, l'une orale et l'autre écrite ; il se passe à Carlsruhe et dure huit jours.

Cet examen confère immédiatement le droit de pratique, pourvu que le récipiendaire ait promis de remplir ses devoirs de médecin-praticien devant l'autorité du Cercle et les membres du service de santé ; cette pratique est d'ailleurs bornée exclusivement à la médecine interne, et pour toutes les affaires qui concernent ses attributions comme pour tout ce qui regarde la santé publique, il est soumis au médecin du district.

2° *Chirurgiens supérieurs* (1).

Depuis l'année 1827, ces chirurgiens sont tenus de justifier de leur éducation première et de leurs études médicales par un examen rigoureux. Les conditions pour l'admission à l'examen, qui se passe aussi à Carlsruhe, et qui dure cinq jours, sont les mêmes que celles pour les médecins-praticiens.

Le diplôme leur donne la faculté de traiter toutes les maladies chirurgicales, mais s'ils ne sont pas en même temps médecins, ils doivent s'interdire la médecine interne ; dans les cas d'urgence et pendant les épidémies, le médecin de district peut la leur permettre. Pour ce qui concerne les affections médicales, ils doivent recourir au médecin du service de santé ou à tout autre praticien ; ils sont tenus de prévenir pareillement le médecin ou le chirurgien officiel, lorsqu'ils ont à pratiquer une opération grave, une amputation, une taille, une trépanation, etc. Il leur est également défendu de tenir une boutique de barbier, ou de la faire gérer à leur profit par un aide de chirurgie. Ils ne peuvent prétendre aux emplois du gouvernement qui sont réservés aux individus munis du double diplôme de chirurgien et d'accoucheur, si ce n'est lorsqu'ils ont fait preuve de capacité pendant plusieurs années.

(1) A partir de 1827, les chirurgiens de deuxième classe ont été supprimés ; voici quelles étaient leurs attributions ; ils ne pouvaient soigner que les maladies chirurgicales légères ; les plaies de tête, les anévrismes, les fractures et luxations de la colonne vertébrale, les affections syphilitiques, etc., étaient en dehors de leurs attributions. Dans tous les cas, ils devaient administrer les premiers soins jusqu'à l'arrivée du chirurgien supérieur. Toute opération leur était interdite ; ils ne pouvaient que surveiller les suites de celle-ci, faire les pansemens, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*

de son séjour, les mêmes sondes qui n'avaient pu pénétrer, ou même d'autres plus grosses, arrivent avec facilité jusqu'à la vessie.

Lorsqu'avec cette disposition à la contraction spasmopique des muscles, il existe un rétrécissement organique, il est clair que les phénomènes dont nous venons de parler ne sont plus tout à fait semblables; les bougies et les sondes ne sont plus aussi libres après leur passage à travers l'obstacle; bien souvent même elles sont plus serrées au bout d'une heure de séjour qu'au moment de leur introduction, phénomène qui dépend à la fois de la contraction musculaire et de la turgescence du tissu qui forme le rétrécissement.

Je viens d'expliquer par l'allongement de l'urètre la contracture musculaire qui accompagne souvent l'engorgement de la prostate; mais il y a une autre explication: l'une des causes prédisposantes les plus fréquentes de cet engorgement, la plus fréquente après la blennorrhagie, c'est le rhumatisme. Or, l'action de ce principe peut ne pas se borner à la glande, mais frapper à la fois tous les muscles de la région périnéale et déterminer en eux des contractures pathologiques plus ou mois fortes, suivant les variations qui surviennent dans l'action de la cause qui les produit.

Le cathétérisme fournit encore un autre signe de l'engorgement de la prostate: lorsqu'une sonde de métal est introduite dans la vessie, et que la main du chirurgien abandonne son pavillon, on la voit se relever brusquement comme si elle obéissait à l'action d'un ressort, et sortir de l'urètre. A cette époque déjà, le col de la vessie saigne plus facilement par le contact des sondes et des bougies molles que dans l'état naturel.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Tablettes de bouillon.

Tout le monde, et le médecin en particulier, connaît l'avantage précieux qu'il y a de pouvoir, à l'aide de tablettes sèches, se procurer partout et à la minute du bouillon de bonne qualité; voici une formule que M. le docteur F. Cadet de Gassicourt vient de publier pour la préparation de ces tablettes perfectionnées.

Pr. A. Cuisse de bœuf dégraissée, 6 kilogrammes.
B. Pieds de veau, n° 6.
Carottes, Navets, Poireaux, Céleri, } De chaque une forte botte.
Oignons brûlés, Clous de girofle, } De chaque n° 6.
C. Gomme arabique, 600 grammes.

1° Hachez la chair musculaire, triturez-la dans un mortier de marbre avec suffisante quantité d'eau et exprimez; répétez ce traitement jusqu'à ce que la viande soit épuisée; soumettez enfin le résidu à la presse. Faites bouillir un instant les liquides réunis; passez-les à travers une étamine; évaporez la colature au bain-marie jusqu'à ce qu'elle soit réduite à demi-litre environ.

2° Lavez et coupez les légumes et les pieds de veau; mettez ces substances dans une marmite autoclave avec les oignons et les clous de girofle, et ajoutez de l'eau de rivière pour immerger le tout; faites bouillir sur un feu doux; laissez un peu refroidir avant d'ouvrir l'autoclave; passez-le décocté; achevez de le laisser refroidir, dégraissez-le; remettez-le sur le feu pour le clarifier avec deux blancs d'œufs battus, passez; évaporez la colature au bain-marie.

3° Durant ces opérations, vous avez fait fondre la gomme arabique dans son poids d'eau, et vous la passez à travers une toile; ensuite versez la solution dans le bouillon de pieds de veau et de légumes évaporé aux trois quarts; continuez l'évaporation; enfin, ajoutez-y le demi-litre du premier produit mis à part; mélangez en continuant d'évaporer un peu; puis enfin coulez dans des moules selon l'art, et faites sécher à une douce température.

Chaque tablette, pesant 15 grammes (4 gros), fondue dans 250 grammes (8 onces) d'eau bouillante, avec addition de 1 gramme (20 grains) de sel marin, donne une bonne tasse de bouillon.

(*Journ. de chim. méd.*, janvier 1842.)

Mixture anti-névropathique.

Pr. Teinture alcoolique de noix vomique, 3 grammes.
Teinture alcoolique d'opium, 3 id.
Teinture éthérée de stramoine, 3 id.
Huile essentielle de valériane, 8 gouttes.
M. par agitation.

Ce mélange, doué d'une activité considérable et qui rendrait son usage dangereux s'il n'était dirigé avec la plus grande circonspection, a été prescrit souvent par M. le docteur Nevermann contre les cardialgies et les névralgies de nature rhumatismale; et dans tous les cas, dit-on, son emploi a été suivi d'un prompt succès.

On le fait prendre à la dose de 15 à 30 gouttes, toutes les heures, dans une tasse d'infusion légère de camomille convenablement édulcorée, soit avec du sucre, soit avec un sirop approprié. On doit avoir soin d'éloigner les prises dès qu'il commence à se manifester de l'amélioration.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

NEUVIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui vendredi (8), M. Vidal (de Cassis) a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés aux numéros 12 et 16 de la salle des hommes, à l'hôpital dit de l'Ecole (service de M. J. Cloquet).

La prochaine séance aura lieu lundi 11. L'examen des malades se fera à l'hôpital de la Charité, à quatre heures. — A cinq heures, séance publique.

Annales d'oculistique, publiées par le docteur FLORENT CUNIER, *de Bruxelles.*

Parmi les livres publiés en ce moment, celui du docteur Florent Cunier doit captiver l'attention du monde médical.

Les Annales d'oculistique constituent, avec un autre ouvrage du même auteur (la Revue ophthalmologique de la littérature médicale des années 1840 et 1841) l'histoire complète de l'oculistique jusqu'à ce jour.

Les Annales d'oculistique renferment toute la nosologie des maladies de l'œil. Nous ne connaissons rien de plus riche en observations variées et souvent d'un haut intérêt. L'anatomie pathologique y occupe une place importante et offre les résultats de nombreuses autopsies.

Enfin dans cet ouvrage toutes les opinions sont mises en présence, et la lumière jaillit de cette opposition présentée avec beaucoup de méthode et à l'aide d'une érudition peu commune.

Le livre du docteur Florent Cunier se termine par l'exposé de tous les travaux relatifs à la myotomie oculaire. Cette partie ne laisse rien à désirer.

Nous recommandons hautement ce livre comme étant d'un intérêt immédiat pour les praticiens et pour les lecteurs en général, l'expression parfaite de tout ce qui se rapporte à la littérature ophthalmologique. (Se trouve à Bruxelles, rue de la Montagne Ste-Elisabeth, 13.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 12 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 44. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Considérations pratiques sur la goutte et le rhumatisme. Etiologie, diagnostic différentiel de ces deux affections et traitement.

A l'occasion d'un cas de goutte et d'un de rhumatisme, dont deux femmes du service sont affectées, M. Fouquier s'est livré à des considérations pratiques sur le rhumatisme et la goutte et sur le diagnostic différentiel de ces deux affections. Hippocrate avait avancé dans ses ouvrages que les femmes n'étaient point sujettes à la goutte. Ce principe, pris comme règle absolue ne serait pas vrai, mais il est admissible avec certaines réserves. Les femmes généralement n'ont pas la goutte dans leur jeunesse et pendant tout le temps qu'elles sont réglées, mais arrivées à l'âge critique et après la cessation définitive de leur écoulement menstruel, elles deviennent, comme les hommes, mais dans une moindre proportion toutefois, sujettes à éprouver les attaques de la goutte. On a vu même, chez de jeunes femmes, quelques exemples d'affections goutteuses. C'est le cas de l'une des malades actuellement en traitement dans le service de M. Fouquier. Une femme jeune encore présente tous les caractères physiques et locaux de la goutte. Les articulations des doigts sont non seulement douloureuses, mais elles sont tuméfiées et offrent une hypertrophie considérable telle qu'on l'observe lorsque des concrétions tophacées s'y sont déjà formées. C'est, du reste, là un cas rare et exceptionnel. Nous y reviendrons dans le cours de cette leçon.

Aujourd'hui la goutte est généralement plus rare qu'elle n'a été autrefois. Dans les hôpitaux surtout on a rarement occasion de l'observer, car, comme tout le monde le sait, cette affection est plutôt le partage de la classe riche que de la classe pauvre et ouvrière. La goutte est communément héréditaire : on la voit assez souvent sauter une génération pour se porter sur la génération suivante : c'est ordinairement la ligne féminine qu'elle franchit. Ainsi un père ayant eu la goutte, la fille ne l'aura pas, mais les fils de celle-ci en seront atteints. Cette disposition à la goutte, que l'on reçoit de parens goutteux, peut être pourtant vaincue ou modifiée avantageusement par un régime convenable. On a vu des personnes riches sujettes à la goutte, en être débarrassées lorsqu'un revers de fortune les avait astreintes à un genre de vie plus modeste et à une nourriture plus sobre.

M. Magendie, dans son article sur la gravelle, affection qui, comme nous le verrons, complique ordinairement la goutte à l'état chronique, cite entre autres exemples le cas d'un homme riche qui était alternativement atteint ou affranchi de la goutte à mesure que le thermomètre de sa fortune s'élevait ou s'abaissait et qu'il passait par conséquent d'une manière de vivre plus somptueuse et d'un régime plus succulent à une vie plus modeste et plus sobre.

La goutte est une maladie propre à la virilité ; on ne la voit que très rarement dans la jeunesse. C'est l'inverse de l'affection rhumatismale qui, au contraire, domine ordinairement dans l'adolescence et la jeunesse pour cesser à l'âge viril ; de sorte que ces deux affections se précèdent en s'enchaînant l'une l'autre en quelque sorte. Cependant lorsqu'il existe une prédisposition héréditaire, la goutte peut se déclarer plus tôt.

Les causes qui la produisent sont nombreuses et multipliées. Au premier rang nous placerons toutes les causes qui agissent vivement sur le système nerveux. Cullen, frappé de cette relation, range la goutte parmi les maladies nerveuses. La goutte a, en effet, un élément nerveux très apparent, et on y reconnaît par l'analyse tous les caractères d'une névrose, mais nous sommes bien loin de n'admettre que ce seul élément, car il y a aussi manifestement dans cette maladie un élément inflammatoire. Ainsi donc toute cause qui secoue profondément le système nerveux peut produire la goutte, surtout chez les individus qui y sont naturellement disposés. Les chagrins vifs, les abus des plaisirs vénériens et de la table, la masturbation exercée de bonne heure, mais surtout l'abus du coït et de la bonne chère, telles sont les conditions qui favorisent le plus communément son développement ; c'est pour cela qu'on a dit dans un style figuré que la goutte était enfantée par Vénus et Bacchus.

Les goutteux sont par nature et par tempérament déjà enclins aux plaisirs des sens et aux émotions vives ; ils les recherchent avec transport et par conséquent ils ont en eux-mêmes pour ainsi dire le germe de la maladie. Ce sont principalement les excès de table, l'usage d'une nourriture trop succulente, trop animalisée, telle que celle qui se compose de viandes noires et d'alimens fortement épicés, joints aux libations fréquentes de vins généreux et de boissons alcooliques et très excitantes qui y disposent le plus. Ces conditions se réalisant surtout dans le grand monde, dans la classe riche, expliquent la fréquence de la goutte chez les personnes de cette classe, tandis que chez le peuple, qui est forcé de vivre sobrement et de se nourrir souvent d'alimens peu azotés, elle ne se montre que très rarement.

Les accès de goutte peuvent être réveillés par des travaux d'esprit opiniâtres, unis à une vie trop sédentaire, ou par une chute ou toute autre cause traumatique ; ainsi, un individu prédisposé à cette affection tombe, il se foule le pied, il survient du gonflement, de la douleur, et tandis que le malade croit n'avoir qu'une entorse, il ressent bientôt une véritable attaque de goutte.

Quand une attaque de goutte doit paraître, quelques jours auparavant les malades éprouvent de la langueur, des étourdissemens, de l'engourdissement dans les pieds, ils ressentent un sentiment de forte constriction dans ces parties, comme si elles étaient forcées par un étau ; puis les parties environnantes se gonflent, se congestionnent, les pieds deviennent un peu enflés, et au milieu de la nuit des douleurs atroces interrompent brusquement le sommeil des malades. Ces douleurs sont si vives et si excitantes que les malades disent n'en avoir jamais ressenti de pareilles : il leur semble qu'on leur arrache les orteils, les parties affectées sont le siége de battemens et d'élancemens très forts, il y a quelquefois un frisson suivi de chaleur ; il se déclare un léger mouvement de fièvre qui n'est jamais en proportion avec l'intensité des symptômes locaux. Ces accidens durent plusieurs heures, puis l'appareil fébrile diminue ; le matin la douleur s'affaiblit un peu et disparaît insensiblement, et il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction. Cet état de choses dure ordinairement toute la journée, mais les mêmes accidens se reproduisent dans la nuit suivante, puis s'apaisent de nouveau comme le jour précédent pour reparaître la nuit d'après, et ainsi de suite pendant quelques jours ; enfin les douleurs ne reviennent plus avec la même intensité qu'au début, mais il reste une tuméfaction considérable dans les parties, avec douleur et sensibilité exquise à la peau.

Là s'arrête la première attaque : le malade se lève, il éprouve un soulagement, un bien-être notable, et ne se ressentirait presque plus de son accès, si ce n'est qu'il persiste encore pendant quelque temps une vive sensibilité au pied accompagnée de quelques élancemens qui empêchent le malade de marcher et l'obligent à tenir son pied sur un fauteuil. Il reste dans cet état de repos pendant huit ou dix jours ; puis les douleurs étant entièrement disparues, tout rentre dans l'état normal, et le goutteux reprend ses occupations ordinaires.

Il reste cependant dans la partie qui a été affectée une tuméfaction œdémateuse qui se dissipe peu à peu à l'aide d'un peu d'exercice.

Souvent, pendant l'attaque, la douleur s'étend jusqu'au genou en suivant le trajet des tendons. Quelquefois, à mesure que la tuméfaction disparaît, la peau se ride, et l'épiderme tombe en desquammation furfuracée, à peu près comme dans

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies des femmes qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées, ou tout autre écoulement utéro-vaginal; par MM. H. Blatin et V. Nivet, D.-M., etc. — 1 vol. in-8°. — Paris, 1842.

Cette monographie forme un très beau volume de plus de six cents pages, dans lequel le sujet me semble avoir été envisagé sous tous les points de vue. Dans une introduction substantielle, les auteurs ont décrit successivement la forme, la couleur, les rapports et la structure de la vulve, du vagin et de l'utérus ; les changemens qui sont l'effet de la menstruation, du mariage et de l'accouchement ; les variations que ces organes présentent chez les femmes qui ne sont plus réglées ; enfin les conformations anormales qu'on observe sur certains sujets. Viennent ensuite quelques pages consacrées à l'étude de la palpation abdominale, du toucher vaginal et rectal, et de l'application du spéculum.

L'ouvrage est divisé en deux parties. Dans la première, il est question des écoulemens idiopathiques, c'est-à-dire des sécrétions qui sont le résultat de l'inflammation aiguë ou chronique, ou d'une simple hypérémie primitive de la muqueuse génitale. Dans divers chapitres, les auteurs examinent les espèces suivantes d'écoulemens basées sur leur marche, leur nature et leur cause.

A. L'hypersécrétion simple de la muqueuse génitale, que les auteurs désignent sous le nom de phlegmorrhée. Ils citent des observations qui démontrent que cette augmentation des sécrétions vaginales et utérines existe dans certains cas, sans que la membrane muqueuse présente aucun signe de phlegmasie ; dans d'autres cas, au contraire, cette hypersécrétion est liée à un état de surexcitation ou d'irritation sécrétoire.

B. L'inflammation de la muqueuse génitale qu'ils désignent sous le nom de métro-vaginite catarrhale, et qui peut être aiguë ou chronique, qui peut envahir tous les élémens de la membrane muqueuse, ou ne porter plus spécialement son action que sur les follicules muqueux.

C. Les écoulemens par cause syphilitique, avec ou sans ulcérations de la vulve.

D. Les écoulemens dépendant des inflammations pseudo-membraneuses et gangréneuses de la muqueuse utérine, ainsi que des phlegmasies scrofuleuses, dartreuses et arthritiques de cette même membrane.

Dans la seconde partie, les auteurs ont traité des écoulemens symptomatiques et des maladies qui les déterminent. Leurs divisions sont basées : 1° sur l'état de la membrane qui tapisse la cavité du vagin et de l'utérus ; 2° sur le siége et la nature des lésions organiques principales.

Dans une première classe, ils rangent les maladies qui sont accompagnées d'un écoulement symptomatique, et dans lesquelles la muqueuse utéro-vaginale n'est ni détruite ni ulcérée. Cette classe comprend cinq sections :

1° A la première, se rapportent les phlegmasies et les engorgemens du tissu propre de la matrice et du canal vulvo-utérin. Les métro-vaginites parenchymateuses aiguës et chroniques, les engorgemens squirrheux, encéphaloïdes, tuberculeux et œdémateux en font partie.

2° Ils rangent dans la seconde section les tumeurs séreuses, hydatiques, mélicériques et stéatomateuses, et les tumeurs osseuses ou fibreuses, développées dans l'épaisseur des parois utéro-vaginales.

3° Dans la troisième, ils placent les tumeurs pédiculées qui sont recouvertes par la muqueuse génitale qu'on rencontre dans la matrice et le canal vulvo-utérin.

4° La quatrième section renferme les corps étrangers organiques et inorganiques gazeux, liquides et solides de la cavité génitale.

5° Dans la cinquième, ils rangent les déplacemens, les renversemens et les flexions de la matrice, ainsi que les différentes espèces de hernies vaginales.

Dans une seconde classe, ils rangent les maladies dans lesquelles la muqueuse génitale est ulcérée ou en partie détruite ;

1° Les ulcérations superficielles et profondes ;

2° Les excroissances cancéreuses et fongueuses ;

3° Les fistules de diverses espèces qui viennent s'ouvrir dans le vagin et la matrice.

Un dernier chapitre est consacré à l'étude de l'écoulement physiologique connu sous le nom de *lochies*.

Enfin, l'ouvrage est terminé par un *formulaire* spécial aux maladies étudiées par les auteurs.

Telle est l'ordonnance un peu compliquée de cet ouvrage, et qui le paraîtrait bien davantage si je faisais connaître les divisions et les subdivisions qu'il renferme à l'infini. Je crains qu'on ne puisse dire aux auteurs *in vitium ducit culpæ fuga ;* ils ont voulu en effet mettre un peu d'ordre dans ce sujet complexe et embrouillé, mais ils ont été à cet égard si scrupuleux qu'on a peine à suivre l'enchaînement logique des idées dans les nombreux points d'arrêt qu'ils ont placés dans leur exposition. On pourrait aussi leur reprocher d'avoir sans motifs suffisans séparé les uns des autres des sujets qui ont entre eux la plus grande connexion, et d'en avoir réuni d'autres fort hétérogènes. La distinction en écoulemens idiopathiques et symptomatiques, fondée en apparence, présente si peu de réalité, que dès le second chapitre les auteurs sont obligés d'aborder les écoulemens dûs à une phlegmasie quelconque. Quelle est la différence de nature des écoulemens occasionnés par les engorgemens squirrheux, encéphaloïdes, et des écoulemens occasionnés par des excroissances cancéreuses, etc. ? Pourquoi donc avoir rejeté si loin les uns des autres des phénomènes si peu dissemblables ? Enfin, et pour en finir de la critique, les auteurs ont tellement agrandi leur cadre qu'ils ont souvent été exposés à des répétitions, et, inconvénient plus grave, qu'ils ont été forcés de donner peu de développemens à des parties fort importantes de leur sujet. Je citerai à cet égard l'article des fistules vésico-vaginales, sujet à l'ordre du jour, et dans lequel les auteurs ont complétement oublié de mentionner le procédé de M. Vidal (de Cassis), qui vient de donner lieu dans ce Journal même à une polémique assez vive et fort spirituelle.

Nonobstant ces légers et fort peu importans reproches, je ne dois pas moins déclarer que l'ouvrage de MM. Nivet et Blatin est une production très remarquable, consciencieusement et patiemment élaborée, pleine de faits et d'applications pratiques, riche d'une bonne et solide érudition, et qu'elle me paraît être la meilleure et la plus complète monographie sur la matière.

Je voudrais, par quelques citations, donner une idée de la manière dont les auteurs ont exécuté leur ouvrage : mais les unes sont trop étendues, les autres trop peu. Voici cependant le résumé de leurs opinions sur le sujet délicat et important du diagnostic différentiel des écoulemens simples et des écoulemens blennorrhagiques.

« Lorsqu'un écoulement aigu, utérin ou vaginal, se montre chez une femme honnête, si l'on a la certitude morale qu'elle n'a point cohabité avec un homme atteint d'une affection vénérienne ; si quelque cause traumatique ou métastatique, ou la constitution médicale régnante, permettent d'expliquer le mal ; si les surfaces enflammées offrent les caractères de la phlegmasie simple des muqueuses ; s'il n'existe aucun symptôme concomitant de blennorrhagie ou de syphilis, on doit supposer que l'écoulement est simple et le traiter comme tel.

» Quand la maladie se montre après des rapports avec un homme chez lequel on a constaté l'existence d'une gonorrhée, si la femme n'a point abusé du coït, on doit présumer que l'écoulement est de nature blennorrhagique, surtout lorsqu'il tend à passer à l'état chronique, quoique la constitution de la malade soit bonne. Nous rappellerons aussi que la blennorrhagie occupe la vulve ou le vagin le plus ordinairement ; qu'elle s'étend souvent à l'urètre, rarement à l'utérus, et qu'elle est plus contagieuse que la vaginite simple.

» Les médecins sont quelquefois appelés à donner leur avis sur la nature des écoulemens leucorrhéiques existant chez des jeunes filles qu'on dit avoir été violées. S'il est certain que ces enfans n'avaient point de maladie des organes génitaux avant les tentatives de viol ; si

la terminaison de l'érysipèle simple. Alors la maladie est entièrement guérie.

Il faut bien remarquer que pendant l'attaque, lorsque le système nerveux est si violemment affecté, les fonctions digestives se font bien, et les malades, hors les momens de très vives douleurs, se portent parfaitement. D'ailleurs, ils mangent avec un très bon appétit et digèrent avec facilité. Il semble même que les facultés intellectuelles soient douées d'une plus grande activité : ainsi on a vu des goutteux, aussitôt que les douleurs atroces étaient apaisées, se livrer aux travaux de l'esprit avec une aptitude et une énergie inaccoutumées.

Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que ces attaques se reproduisent souvent par l'éloignement trop rapide, trop complet des causes qui les avaient réveillées : ainsi l'usage immodéré des boissons excitantes alcooliques la produit, et la suppression complète de ces boissons et la substitution immédiate de boissons trop débilitantes peuvent la ramener à leur tour. On ne peut expliquer ce fait que par une réaction trop prompte. Le plus souvent le retour des attaques est dû aux mêmes causes qui les avaient produites la première fois, comme un exercice trop violent, la chasse, une marche forcée, les émotions vives, etc. Dans les attaques subséquentes les genoux et les mains se prennent aussi quelquefois, mais principalement les doigts et les orteils, qui conservent ensuite presque toujours un peu de gonflement.

On a voulu établir une différence entre la goutte et le rhumatisme, en ce que, dit-on, celui-ci attaque de préférence les grandes articulations, et celle-là les petites. La chose n'est pas vraie absolument parlant, car on voit quelquefois la goutte attaquer aussi les grandes articulations : ainsi, chez la femme que nous avons citée au commencement, l'articulation de la hanche droite est également prise.

La durée de la goutte est indéfinie, car elle cesse et se reproduit plus ou moins facilement sous l'influence des mêmes causes, d'autant plus et par la raison que nous avons alléguée tout-à-l'heure que les goutteux sont malheureusement par nature sous l'influence presque constante des causes qui, le plus ordinairement, ramènent les attaques, et ne se soumettent qu'avec peine à un genre de vie convenable.

Les attaques sont souvent périodiques ; on les voit revenir à des époques plus ou moins fixes. Peu à peu les accès deviennent plus fréquens : d'abord ils ne reviennent que tous les mois, puis tous les quinze jours, puis une fois par semaine, enfin ils deviennent journaliers, ou, pour mieux dire, les parties affectées restent toujours un peu douloureuses, quoique toujours moins que dans les premières attaques, et plus ou moins tuméfiées ; on a alors ce qu'on appelle la goutte permanente, la goutte chronique. Arrivé à ce point, comme il n'y a plus d'attaques proprement dites, on ne voit pas non plus les phénomènes de terminaison que nous avons signalés.

La goutte peut être mortelle quand elle va toujours en augmentant, et la mort peut arriver par une métastase sur un des viscères principaux ; ainsi, le malade peut mourir d'apoplexie par une espèce de métastase au cerveau ou par une syncope, les appareils respiratoire et circulatoire étant tout à coup profondément troublés dans leurs fonctions ; ou par asphyxie par suite d'une paralysie momentanée des nerfs respiratoires. Quelquefois une affection grave se développe dans l'organe central de la circulation ; c'est, le plus souvent, une endocardite violente à laquelle le malade peut succomber en très peu de temps. D'autres fois la mort arrive à la suite de vomissemens continuels, qui affaiblissent peu à peu le malade et finissent par l'emporter. La goutte peut se compliquer d'une phlegmasie pulmonaire, ou moins grave, ou de cystite. Les goutteux sont ordinairement sujets à la gravelle, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Ce phénomène morbide, qui constitue à la longue à lui seul une véritable maladie du rein, alterne avec les accès de la goutte ; de sorte qu'on voit l'affection calculeuse du rein devenir plus aiguë, et plus incommode lorsque les souffrances de la goutte se calment ; et réciproquement les douleurs néphrétiques s'apaisent quand un nouvel accès de goutte revient. Quelquefois la goutte est remplacée par des céphalalgies, ou d'autres névralgies très violentes, ou bien par un asthme très incommode. On voit quelquefois les goutteux être soulagés de leurs douleurs par des vomissemens répétés et très fréquens ; mais ce sont plus souvent les affections nerveuses, les douleurs névralgiques qui succèdent à la goutte.

Nous avons déjà fait pressentir que la nature de la goutte est mixte, qu'il y a un élément nerveux qui domine sur un fond inflammatoire. Effectivement, comment une inflammation pure et simple serait-elle accompagnée de douleurs aussi atroces et aussi déchirantes, et en même temps si fugaces qui caractérisent les accès de goutte ? Il y a ici certainement un élément inflammatoire, mais il y a aussi une exaltation du système nerveux qu'on ne voit point dans les simples inflammations. Quand la maladie est à l'état chronique, elle produit des tophus, c'est-à-dire qu'il se dépose autour des articulations malades des concrétions crétacées, composées de phosphate et d'urate de chaux ; celles-ci finissent par user la peau tout autour, par la corroder, comme on a souvent l'occasion de le constater dans les autopsies des sujets qui ont été long-temps affectés de la goutte. Il y a une certaine analogie entre les concrétions et les calculs vésicaux et rénaux ; on dirait presque que ces sels qui constituent les calculs, au lieu de se déposer dans la vessie ou dans le rein, se sont déposés autour des surfaces articulaires des doigts.

La mort, avons-nous dit, peut être le résultat de cette maladie ; certains malades succombent même à l'intensité et à la continuité des douleurs qui jettent l'organisme dans un trouble général.

Nous ne nous arrêterons pas sur les caractères différentiels de la goutte et du rhumatisme, dont quelques-uns ont déjà été signalés ; il suffit, au reste, de considérer ces deux affections sous le rapport de la cause qui les produit ordinairement, de l'âge où elles dominent principalement, du tempérament des personnes qu'elles attaquent, du siége et du résultat, pour faire saisir facilement leur différence.

Traitement. — Le traitement est de deux espèces. C'est sous ce point de vue surtout que nous ferons ressortir les différences qui existent entre la goutte et le rhumatisme articulaire. — Supposons une première attaque de goutte, avec chaleur et rougeur à la partie malade ; faudra-t-il saigner ? Sydenham et Cullen nous apprennent à être très sobres des saignées ; car souvent, en saignant, on déplace la goutte, au lieu d'en amender les symptômes. Ainsi, quand la fièvre est peu considérable, on évitera toute espèce d'évacuation sanguine ; dans le cas contraire, on se bornera à quelques saignées locales. D'un autre côté, tout le monde connaît l'efficacité des saignées locales et générales dans le rhumatisme.

En outre, chez les goutteux les applications humides, telles que les cataplasmes, les fomentations, ne conviennent pas, tandis que l'on se trouve bien au contraire de l'application de la laine et du taffetas gommé autour des parties malades ; il faut envelopper la peau de tissus chauds et secs, afin d'exciter et favoriser les fonctions de la peau. Chez les rhumatisans, au contraire, les cataplasmes et autres applications de topiques humides peuvent convenir après les émissions sanguines.

Les narcotiques ne conviennent pas dans la goutte ; car on les voit souvent calmer les douleurs dans le point affecté, pendant que celles-ci se réveillent dans un autre point. Je ne parle que des narcotiques à l'extérieur, car intérieurement ils peuvent être efficaces en émoussant la sensibilité du système nerveux général.

On donnera des boissons tempérantes, mais pas trop rafraîchissantes ; on s'abstiendra de boissons acides, telles que la limonade, le petit lait ou autres boissons semblables qui peuvent fatiguer l'estomac. On préférera l'eau fraîche simple, ou une légère infusion de tilleul ; tel est le traitement à suivre lorsqu'il s'agit de combattre les symptômes d'une des premières attaques ; mais l'important serait d'en prévenir le retour, s'il était possible. C'est une opinion vulgaire et malheureusement fondée, sous certains rapports, qu'on ne guérit pas radicalement la goutte ; mais pourtant on peut arriver à diminuer la fréquence et la violence des accès par un traitement convenable.

On a essayé, à cet effet, les substances amères, par exemple la poudre anglaise de Portland, pour combattre la dyspepsie, qui est assez commune chez les goutteux. Ce moyen a réussi quelquefois ; on parvenait à arrêter les accès, ou du moins à les éloigner beaucoup. Mais on a vu, après que la goutte avait cessé de se reproduire, se développer des symptômes d'hydropisie. Fallait-il les attribuer à l'influence de ce traitement ? La question est douteuse ; cependant M. Fouquier penche pour la négative. Les personnes affectées de la goutte doivent mener une vie très active, et adopter un régime bon, nourrissant, mais moins succulent qu'auparavant, et surtout s'abstenir de viandes trop azotées et de boissons alcooliques. C'est principalement par le régime qu'on arrive à modérer la force des douleurs et à les rendre de plus en plus rares. Il faut, en même temps, combattre les complications ; ainsi, quand il y a une néphrite calculeuse, on fait usage journellement de substances alcalines, de magnésie, d'eau de Vichy, etc., qui, comme on le sait par expérience, agissent sur les calculs à la manière de fondans.

Autrefois on donnait les pilules de savon, qui pourraient être encore très utiles dans cette circonstance. S'il y a de l'œdème aux parties affectées, on fera des frictions sèches avec des substances aromatiques et alcooliques pour y établir une transpiration soutenue, en les entourant après de laine et de taffetas gommé. Les malades devront se couvrir entièrement de laine.

Ce que nous disions tout à l'heure de l'inopportunité des application humides est si vrai, qu'il y a des goutteux qui ne peuvent pas prendre un bain de pied sans voir les douleurs reparaître. L'exercice et la vie frugale sont, avant tout, les meilleurs préservatifs des accès de goutte.

Il est aisé de voir, pour terminer notre parallèle entre la goutte et le rhumatisme, que le régime que nous venons de tracer comme le moyen le plus propre à atténuer les accès de goutte, ne conviendrait nullement, sous plusieurs rapports, dans le rhumatisme.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Phlébite spontanée, successivement développée dans les deux membres inférieurs. Mort. Oblitération de tout le système veineux des membres inférieurs et de l'abdomen par des caillots. Absence de pus dans les veines. Considérations sur les phlébites suppurantes ou non suppurantes et sur l'infection purulente et ses rapports avec la phlébite.

Une femme de trente ans est entrée dans notre service, n'ayant qu'une plaie contuse de peu d'importance au membre inférieur gauche. Nous trouvâmes, à notre premier examen,

l'on n'observe aucune déchirure, aucune trace de contusions qui expliquent l'inflammation ; si l'individu accusé est atteint d'un écoulement gonorrheique, on doit présumer que la jeune malade est affectée de blennorrhagie. La présence de la membrane de l'hymen ne détruit pas la possibilité de la contagion. Cependant il est des cas dans lesquels on ne doit se prononcer qu'avec la plus grande circonspection ; car si l'on a vu quelquefois des femmes immorales spéculer sur les leucorrhées spontanées de leurs filles et accuser des hommes innocens, on a vu aussi des écoulemens vénériens pris pour de simples catarrhes. En voici un exemple : Une femme de Paris, qui faisait métier de sevrer des enfans, fut chargée de soigner trois petites filles. La première fut bientôt affectée d'un écoulement vaginal, et le fils de la sevreuse fut accusé d'avoir violé cette enfant. Deux médecins célèbres furent commis à l'examen de l'accusé : ils déclarèrent qu'il n'y avait pas lieu à poursuivre, et que la jeune fille était affectée d'une leucorrhée scrofuleuse. Le second enfant devint également malade peu de temps après. Enfin, la troisième malade, âgée de six ans, dont les parens étaient sains et bien portans, prétendit avoir été aussi la victime de la brutalité du fils de la sevreuse, et bientôt on vit se développer chez elle un écoulement qui fut suivi de l'apparition de pustules muqueuses sur les grandes lèvres ; plus tard, des boutons semblables se développèrent sur les angles de la bouche ; les ganglions du cou s'enflammèrent, deux abcès énormes se formèrent, l'enfant succomba. La membrane de l'hymen était intacte.

» Quelle conclusion tirer en présence de pareils faits ? N'est-il pas probable que le jeune homme était affecté d'une blennorrhagie syphilitique qui a échappé à l'examen des experts ?

» Rappelons ici que toutes les fois qu'un écoulement vénérien atteint une femme, s'il n'y a aucune complication, il est impossible de décider s'il est simple ou blennorrhagique ; s'il se manifeste pendant la durée de l'affection une ophthalmie purulente ou une arthrite métastatique, l'écoulement est gonorrhéique.

» Nous devons aussi prévenir les praticiens des manœuvres employées par les femmes qui ont intérêt à cacher leur maladie : elles ont le soin de se laver la vulve, de s'injecter le vagin et d'uriner pour faire disparaître toute trace de sécrétion morbide ; mais il suffit de les faire causer pendant un certain temps avant d'arriver à l'examen pour reconnaître la supercherie. »

Traité théorique et pratique des maladies des enfans, spécialement considérées depuis la fin de la première dentition jusqu'à l'âge de la puberté (deux à quinze ans) ; par AL. BECQUEREL, doct.-méd. In-8°. — Première livraison. — Paris, 1842.

Il ne faudrait pas abuser de l'excellent principe de diriger ses études vers les recherches de détail, vers la monographie ; il serait ridicule de tellement morceler l'ensemble de la science, qu'il fût impossible à la fin d'en réunir les fragmens épars. Il est certaines divisions nettement tranchées et généralement acceptées et qu'il faut nécessairement conserver. Aussi nul ne peut trouver à redire que l'on sépare les maladies de l'enfance des maladies de l'âge adulte, parce qu'elles présentent en effet des différences si évidentes, et quelques-unes sont si bien spéciales qu'il serait illogique, dangereux et absurde de n'en pas tenir compte. Mais maintenant, que l'on établisse des divisions multiples et des périodes nombreuses, que sur ces périodes on construise autant de monographies, des enfans à la mamelle, de deux à quatre ans, de quatre à neuf, de neuf à quinze, j'avoue que ces fractionnemens me semblent de peu d'importance, et qu'il n'en est que deux qui répondent à un besoin réel de la pratique, ceux qui ont pour objet l'étude spéciale des enfans nouveau-nés et des enfans de deux à quinze ans. La première période a déjà donné lieu à des travaux importans. C'est à la seconde période qu'est consacré le travail de M. Becquerel, dont la première livraison vient de paraître.

L'auteur divise son ouvrage en deux parties ; dans la première il traite de la pathologie générale relative aux enfans ; il aborde dans la seconde la pathologie spéciale.

Cette première livraison renferme la première partie, c'est-à-dire la pathologie générale. Ce début, je dois le dire, m'a un peu effrayé. Commencer un livre sur les maladies de l'enfance par l'exposition des principes et des lois qui régissent ces maladies, — car la pathologie générale ne peut être que cela, — c'est me disais-je, une entreprise insolite et que le succès seul peut justifier. Mais je me suis vite aperçu que M. Becquerel avait trop de bon sens pour la tenter, et sa pathologie générale est plus simplement un exposé de quelques généralités auxquelles peuvent donner lieu les maladies des enfans, envisagées sous les points de vue de leur anatomie pathologique, de leurs causes, de leur durée, etc. De ces généralités, les unes sont depuis long-temps en circulation, les autres sont le fruit des recherches de l'auteur ; je vais en citer les plus remarquables.

Dans un premier chapitre intitulé : *état physiologique des enfans*, je trouve à l'article *circulation* des recherches curieuses sur l'état du pouls. En voici les conclusions : L'examen du pouls chez l'enfant ne peut être fait avec quelque certitude que pendant le sommeil, ou au moins quand il est couché et dans un repos parfait. A peu près constamment, le pouls est plus fréquent chez l'enfant dans l'état de veille que dans l'état de sommeil. La différence varie suivant les âges. Ainsi de deux à neuf ans (la moyenne des pulsations étant de 90 pendant la veille et de 76 pendant le sommeil) elle est de 12, 14, 15, 16 pulsations. De neuf à douze ans, elle n'est plus que de 6 à 8 pulsations ; enfin, de douze à quinze ans, il y a très peu de différence entre le nombre des pulsations à l'état de veille et pendant le sommeil. La moyenne n'a été que de deux. L'âge différent exerce une influence sur la fréquence du pouls ; ainsi pendant la veille de deux à neuf ans, la moyenne de 70 cas est de 90 à 92 pulsations ; de neuf a douze ans, le pouls se ralentit notablement et il tombe, terme moyen (40 cas), à 80 pulsations ; de douze à quinze ons le ralentissement continue, et il arrive à 72. — Le sexe semble exercer une influence sur le nombre des pulsations. Le pouls, dans ces résultats statistiques, est constamment un peu plus fréquent chez les filles que chez les garçons. — Quant à l'irrégularité du pouls, M. Becquerel l'a rencontrée dans un sixième des cas pendant la veille et beaucoup plus souvent pendant le sommeil. Il a rencontré deux fois le pouls intermittent. — Ces recherches ont été faites sur 150 enfans des deux sexes en bonne santé.

A l'article *Respiration*, on trouve, d'après les observations de l'auteur, que de deux à six ans la moyenne générale des mouvemens respiratoires a été pendant la veille de 23, pendant le sommeil de 18. Ils ont été un peu plus fréquens chez les filles. — De six à neuf ans, moyenne générale pour la veille 24, pour le sommeil 18. — De neuf à douze ans, de 22 et 19. — De douze à quinze ans, de 20 et 19. — Comme pour la circulation, la moyenne pour les filles a été toujours un peu plus élevée.

Article *Sécrétion*. — La somme des principes solides tenus en dissolution dans l'eau, ce qui constitue l'urine, augmente constamment avec l'âge ; elle suit une progression croissante. — Cette somme est constamment moins forte que les moyennes obtenues chez l'adulte ; mais elle s'en rapproche de plus en plus à mesure que l'enfant avance en âge.

Article *Taille*. — Résultats obtenus sur 343 sujets depuis l'âge de deux jusqu'à celui de quinze ans. — Les enfans différens aux âges correspondans ont souvent une taille fort différente : ainsi, tel enfant à six ans est aussi grand qu'un autre à huit ou à dix. Cependant on peut obtenir, par la considération d'un certain nombre d'enfans, une moyenne qui exprime une progression croissante régulière par chaque âge. En prenant cette moyenne, on voit que depuis deux à quatorze ans la taille croît entre 4 et 7 centimètres par an, résultat qui montre que l'opinion qui admettait que la croissance est plus forte dans les premières années de la vie est tout à fait erronée à dater de trois ans. La deuxième note montre la différence entre chaque année : on voit que de la deuxième à la troisième année il y a 0 m. 15 c. de croissance, tandis qu'ensuite la moyenne est 0 m. 05 c. — En comparant la moyenne des deux sexes, on voit que jusqu'à l'âge de huit à neuf ans la taille des filles est constamment plus grande que celle des garçons ; mais ensuite les résultats s'égalisent, sauf quelques variations peu importantes. Ce résultat coïncidant avec l'augmentation de fréquence du pouls et de la respiration chez les filles est assez remarquable.

la plaie si peu grave, que nous portâmes un pronostic des plus rassurans. Mais au bout de quinze jours il survint un gonflement œdémateux au membre droit, accompagné de tension et de douleur le long du trajet de la veine fémorale. A la vue de ces symptômes nous diagnostiquâmes le développement d'une phlébite spontanée, et il fut ordonné, en conséquence, une application de sangsues sur le point tuméfié et douloureux. Cette application de sangsues fut répétée plusieurs fois. L'effet de ces émissions sanguines fut de diminuer la douleur. Nous appliquâmes ensuite des topiques émolliens, et sous l'influence de ces moyens la maladie nouvelle semblait tendre à la résolution.

Au moment où nous pensions avoir triomphé de cette affection grave, nous en vîmes éclater une pareille sur le membre gauche, qui était le siége de la petite plaie contuse.

Sous l'influence de quelle cause cette inflammation des vaisseaux fémoraux s'était-elle développée ? C'est ce qu'il serait intéressant de rechercher. On ne peut certainement en accuser la présence de la petite plaie de la jambe ; on ne peut non plus mettre cet accident sur le compte d'aucune cause traumatique. Nous croyons que le séjour à l'hôpital a été pour beaucoup dans le développement de cette affection, surtout si l'on ajoute que la malade y était entrée affaiblie, étiolée en quelque sorte par la misère et les privations de toute sorte auxquelles, de son aveu, elle était soumise depuis quelque temps. C'était donc une véritable *phlegmasia alba dolens* avec œdème et douleur le long du trajet des vaisseaux, à laquelle nous avions affaire. Le membre resta œdémateux jusqu'à ce qu'il se formât un vaste abcès qui s'ouvrit auprès du genou, après quoi la malade tomba dans l'épuisement et succomba.

A l'ouverture du corps on a trouvé les deux veines iliaques externes oblitérées par des caillots qui s'étendaient et pénétraient jusque dans la veine cave inférieure ; les veines hépatiques même en étaient en partie obstruées. Il y avait aussi des caillots dans tout l'arbre veineux abdominal ; la circulation s'établissait probablement à l'aide de la honteuse externe et des veines sous abdominales. Les caillots des veines iliaques étaient blanchâtres, bien organisés, surtout à droite, et sans trace de suppuration. Il était évident que la phlébite avait commencé au membre droit, parce qu'ici les caillots sanguins présentaient une organisation plus avancée que dans le côté gauche. Dans la veine cave inférieure, nous avons trouvé un caillot blanchâtre adhérant aux parois du vaisseau lui-même par des fibres celluleuses intermédiaires, ce qui prouve qu'il y a une sorte de vie organisée entre le vaisseau même et le caillot sanguin, entretenue par de petits vaisseaux de nouvelle formation. Sous ce rapport, cette pièce anatomique est très intéressante. L'autopsie a d'ailleurs pleinement confirmé notre diagnostic.

Maintenant nous soulèverons ici une question qui est de quelque intérêt. Est-ce bien la phlébite qui a fait périr cette malade ? La mort n'a-t-elle pas été plutôt le résultat d'une simple congestion veineuse résultant de l'oblitération d'une grande étendue de l'arbre veineux ? La douleur, le gonflement, la tension toute particulière qui existait le long du trajet des vaisseaux fémoraux, militent en faveur de la phlébite, d'autant plus qu'on a trouvé dans l'intérieur des vaisseaux une matière plastique pseudo-membraneuse, qui certainement n'aurait pas pu se former sans un travail inflammatoire préalable. La malade ne serait-elle pas morte plutôt des suites d'une infection purulente ? Autre question importante : j'affirme que la malade n'est pas morte et qu'elle ne pouvait pas mourir des suites de cette infection, par une raison toute simple, c'est qu'il n'y avait pas de pus dans les vaisseaux, ainsi que l'autopsie nous l'a démontré, et nous savons que la suppuration de l'intérieur des veines est le point de départ de cette terrible affection. Le traitement antiphlogistique a fait avorter le travail de suppuration ; de là on comprendra que la phlébite et l'infection purulente ne sont pas une seule et même chose, du moins pour nous, quoique certaines personnes professent une opinion contraire. La phlébite sera, si l'on veut, la cause occasionnelle de l'infection purulente ; mais ces deux phénomènes ne constituent pas nécessairement une même maladie ; il faut, je le répète, pour que l'infection ait lieu à la suite de la phlébite, qu'il y ait eu un travail suppuratif dans les veines. Nous pourrions, au besoin, choisir un exemple assez significatif dans un fait analogue, dans l'entérite folliculeuse ou la fièvre typhoïde. Que s'est-il passé dans le cas que nous discutions ? Dès le commencement de la maladie, les vaisseaux ont été oblitérés par des caillots ; le sang ne pouvant plus circuler librement a donné lieu à cet état œdémateux qu'a présenté cette malade. Il faut bien distinguer, selon nous, cette espèce de phlébite de celle, bien plus aiguë, où il y a suppuration. Dans cette seconde espèce il n'y a pas de caillot formé ; il y a une contracture des vaisseaux produite par la violence de l'inflammation dont les parois veineuses sont affectées ; la suppuration se forme, et à l'ouverture du cadavre on trouve dans le vaisseau du pus à l'état de pureté, sans mélange de sang et sans caillots, tandis que dans la première espèce les caillots s'organisent, et l'on trouve encore un peu de sang tout autour, et il n'y a pas de pus. Cette distinction est très importante. Si la veine qui s'enflamme s'oblitérait toujours par des caillots, je serais très disposé à admettre la doctrine de M. Tessier, savoir : que l'infection purulente n'est pas le résultat d'une phlébite, mais qu'elle reconnaît pour cause une diathèse purulente, et qu'elle peut se développer sans qu'il y ait la moindre inflammation dans les veines. Certes cette doctrine s'accorderait parfaitement avec notre hypothèse ; mais du moment que l'expérience et les faits nous ont prouvé qu'il y a des phlébites sans formation de caillots, et que ce sont justement ces espèces de phlébites qui produisent la suppuration, alors on explique très facilement comment le pus est porté dans la circulation et donne lieu par là à la véritable infection purulente. Dans la première hypothèse, il devrait y avoir souvent des abcès former le long du vaisseau enflammé ; c'est ce qui arrive bien quelquefois en effet ; M. Breschet l'avait déjà indiqué, et nous-même nous l'avons observé aussi. Dans ce cas, l'infection purulente serait bien moins à craindre, parce que tous ces abcès peuvent se terminer isolément sans intéresser l'organisme en général. Dans le second cas, au contraire, dans notre opinion enfin, le pus pouvant être facilement entraîné dans le torrent circulatoire, le développement de l'infection purulente est très facile à concevoir. Nous avons eu plusieurs exemples de cette espèce dans notre service.

La femme qui fait l'objet de notre leçon n'a pas éprouvé les symptômes généraux propres à l'infection purulente ; elle a été affectée, comme nous l'avons dit, de phlébite spontanée. Cette espèce de phlébite marchant plus lentement, est toujours accompagnée de caillots qui oblitèrent le vaisseau, et ne donnent pas lieu à la formation du pus ; par conséquent, point d'infection purulente, d'après notre manière de voir. Au contraire, les phlébites traumatiques succédant ordinairement à des causes violentes, telles que les graves opérations chirurgicales, sont très aiguës ; elles produisent une contracture du vaisseau enflammé, et la suppuration qui en résulte, entraînée par le sang, donne naissance aux symptômes de l'infection purulente. Voilà la différence capitale que nous établissons entre ces deux espèces de phlébites, et qui explique, il nous semble, d'une manière satisfaisante, pourquoi, dans les cas de phlébite, tantôt l'infection purulente se montre, et tantôt elle manque. Enfin, pour rendre nos idées plus claires, faisons une supposition : admettons que la veine fémorale soit piquée, et qu'à la suite de cette piqûre il se développe une phlébite très intense ; il y aura, dans ce cas, oblitération de la veine, et dans notre hypothèse cette oblitération se fera, non par la formation d'un caillot, mais par la contraction des parois mêmes du vaisseau : supposons qu'ensuite l'infection purulente survienne, et que la malade, ainsi qu'il arrive généralement, succombe, on trouvera très probablement dans le point lésé du pus, mais au-dessous on trouvera des caillots qui se prolongeront plus ou moins loin, jusque dans les veines poplitées. Est-ce que la présence de ces caillots prouvera quelque chose contre notre théorie ? Non certainement : ces caillots se sont formés, non pas dans le lieu où l'inflammation a été très vive, mais dans les parties situées au-dessous de ce point, c'est-à-dire là où il y avait pour ainsi dire stase du sang, et où l'organisation du caillot était très facile ; tandis que dans le lieu vivement enflammé et dans la partie lésée, on trouvera uniquement du pus.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Propriétés fébrifuges de la poudre d'arachne.

Comme nous l'avons déjà dit dans ce journal, les toiles d'araignées ont été proposées et employées avec succès pour diminuer la force et le nombre des battemens du cœur : mais le principal usage auquel on les ait consacrées jusqu'ici en thérapeutique est le traitement des fièvres intermittentes. Depuis long-temps on leur a attribué cette propriété febrifuge : Dioscoride et Matthioli ont signalé leur efficacité contre les pyrexies périodiques à type régulier, et, bien que la plupart des autres auteurs, Cullen, Chomel, Swédiaur, H. Cloquet, entre autres, les aient considérées comme peu dignes de l'attention des praticiens, néanmoins, d'après M. le docteur Dassit, médecin à Confolens, l'opinion journalière est venue prouver qu'ils avaient porté un jugement trop sévère sur cette substance, ainsi que sur beaucoup d'autres qui auraient leur utilité dans la thérapeutique des campagnes.

Les toiles d'araignées que l'on emploie le plus efficacement, dit ce médecin, sont celles que l'on trouve dans les boulangeries, et, pour les administrer, il suffit d'en préparer des pilules de 20 à 25 centigrammes (4 à 5 grains), et d'en faire prendre trois ou quatre avant l'heure présumée de l'accès fébrile : on doit agir ainsi pendant trois jours. Il a vu, sous l'influence de ce simple médicament, céder des fièvres intermittentes rebelles à toute espèce de médication rationnelle.

Une femme de vingt-deux ans, d'un tempérament nerveux sanguin, avait depuis dix-huit mois une fièvre intermittente qui avait pris toutes les formes, tantôt quotidienne, tantôt tierce et quarte. Les moyens ordinaires avaient été employés sans donner de résultats durables. Après chaque administration de sulfate de quinine, la fièvre disparaissait, mais, malgré l'usage des amers, elle ne tardait pas à reparaître sans cause appréciable. Ennuyée des médicamens que l'expérience semble avoir sanctionnés, la malade se confia à quelques matrones qui lui conseillèrent la toile d'araignée prise comme il a été dit plus haut ; elle recourut à ce moyen, et la fièvre disparut pour ne plu revenir.

Une paysanne à sensibilité obtuse et peu impressionnable, fut atteinte d'une fièvre tierce qui résista pendant deux mois à l'usage de divers moyens empiriques. Quatre décigrammes (huit grains) de sulfate de quinine ayant ensuite été employés, la fièvre disparut, mais pour reparaître bientôt, en raison de l'omission de toutes les précautions qu'il est nécessaire de prendre lorsqu'on veut prévenir les récidives. Une seconde fois on eut recours au même moyen, qui fut d'abord suivi du même succès, puis d'une nouvelle rechute. La toile d'araignée fut alors mise en œuvre, et la fièvre céda définitivement.

Un enfant âgé de sept à huit ans ayant été pris d'accès de fièvre tierce, on lui administra six pilules de cette substance, et les accès n'eurent plus lieu.

M. le docteur Dassit ne veut pas dire, on le conçoit, en citant ces trois exemples, qu'il faille désormais substituer des toiles d'araignées au sulfate de quinine dans le traitement des pyrexies intermittentes, ce qui serait absurde, mais il croit utile d'appeler l'attention des praticiens, et surtout des praticiens des campagnes, sur un moyen qu'ils peuvent mettre à profit lorsque les malades se refusent à l'emploi des remèdes ordinaires. (*Bulletin de Thérap.*, février 1842.)

Sur la rhamnine, principe cristallisable existant dans les baies de nerprun.

M. Fleury, pharmacien à Pontoise, vient de retirer ce nouveau produit. C'est cette substance qui forme les grumeaux, quelquefois si volumineux, que tous les pharmaciens remarquent dans le sirop de nerprun. Elle se présente sous plusieurs aspects : tantôt sous forme de flocons légers, se desséchant facilement sans s'agglomérer, tantôt sous forme de petits grains ou de cristallisation en choux-fleurs (elle affecte cette forme lorsqu'elle retient interposée une partie du liquide au milieu duquel elle a cristallisé) M. Fleury l'a vue une fois seulement disposée en aiguilles d'une extrême finesse et réunies en faisceaux. Sa couleur est le jaune pâle ; sa saveur particulière et peu prononcée a quelque rapport avec celle de la pâte de farine ; elle n'éprouve pas la fermentation spiritueuse ; elle est insoluble dans l'ether et dans l'alcool froid, très soluble dans l'alcool bouillant, et cristallise par le refroidissement en retenant tout l'alcool prisonnier, comme le fait la mannite ; elle est insoluble ou du moins très peu soluble dans l'eau froide, et ne s'y gonfle pas d'une manière sensible ; mais, lorsqu'on la fait bouillir dans ce liquide, elle se gonfle considérablement et en absorbe une grande quantité.

Elle se dissout dans la potasse, et la solution, qui est d'un rouge safrané magnifique, a une saveur manifestement sucrée ; l'ammoniaque, le sous-carbonate de potasse, le sous-carbonate de soude, la dissolvent également et la colorent en beau jaune ; en versant quelques gouttes d'acide sulfurique étendu dans toutes ces solutions, la liqueur se décolore à l'instant et la rhamnine s'en sépare. En évaporant la solution potassique, on obtient une masse brune à cassure brillante qui n'attire que très peu l'humidité de l'air ; une très petite portion de cette matière colore en beau jaune une grande quantité d'eau.

L'acide azotique la dissout à froid en se colorant fortement en brun ; en étendant cette solution, elle conserve sa couleur et la rhamnine reste dissoute ; le même acide la décompose à l'aide de la chaleur, et la transforme en acide oxalique, en une matière jaune amère et en une matière cristalline.

Les acides sulfurique et chlorhydrique la dissolvent également à froid et se colorent en jaune safrané de toute beauté ; mais, en les étendant d'eau, ces solutions perdent instantanément leur couleur, et la matière en est séparée.

Le mode d'extraction suivi par M. Fleury pour l'obtention de ce nouveau produit est le suivant : On prend des baies de nerprun encore un peu vertes, on en exprime le suc à la presse, puis on fait bouillir le marc avec de l'eau, et l'on passe au travers d'un tamis de crin : par le refroidissement, il se dépose une matière cristallisée en choux-fleurs qui paraît considérable ; on laisse cristalliser pendant quelques jours ; on fait bouillir le marc encore deux ou trois fois, et, à chaque opération, on obtient une nouvelle quantité de rhamnine impure ; on jette le tout sur un linge, et l'on exprime. On voit alors que cette masse, qui paraissait considérable, se réduit à peu de chose : on la

---

Dans le chapitre II, au paragraphe relatif à l'inflammation, on lira avec intérêt un très bon article sur l'inflammation du tissu muqueux chez les enfans.

L'article consacré aux tubercules est aussi fort important : je regrette de ne pouvoir en citer que cette courte note relative à la fréquence de cette production morbide chez les enfans : sur 847 enfans entrés à l'hôpital dans un espace de temps indiqué par l'auteur, il y eut 532 morts, dont 202 étaient tuberculeux. C'est plus de la moitié des cas ou à peu près les deux tiers. Un peu moins des deux tiers chez les filles, un peu plus de la moitié chez les garçons. Sur les 202 cas, 81 fois il y eut prédominance de tuberculisation thoracique, 39 fois prédominance de tuberculisation cérébrale, 17 fois prédominance de tuberculisation abdominale, 65 fois tuberculisation avancée dans deux de ces cavités ou dans les trois. De sorte que chez les enfans on peut établir la loi suivante, qui remplacera chez les jeunes sujets la loi de M. Louis sur les adultes : *Depuis l'âge de deux à quinze ans, toutes les fois qu'il existe des tubercules dans un organe quelconque, il s'en trouve soit dans les ganglions bronchiques, soit dans le parenchyme pulmonaire, soit dans les deux à la fois.*

Les considérations générales sur les altérations des urines chez les enfans portent le cachet des études toutes spéciales de l'auteur sur ce sujet. Je ne peux encore qu'indiquer cet article comme fort intéressant.

Le chapitre consacré à l'étiologie a été étudié avec le plus grand soin. J'en extrais des conséquences curieuses sur l'influence des années, des saisons et des mois sur la production des maladies et la mortalité chez les enfans pendant une période de dix ans à l'hôpital des Enfans :

Sous le rapport des années. Le nombre des malades admis a été à très peu près constamment le même pendant une période de dix ans. L'année du choléra, pendant laquelle il y eut un grand nombre d'enfans atteints de cette maladie, n'est pas plus chargée que les autres. On peut donc en tirer cette conclusion remarquable que la somme totale des maladies pendant l'année 1832 a été semblable à celle des autres années, et que, puisqu'il y a eu un grand nombre de cas de choléra, il faut nécessairement que les autres maladies aient diminué de fréquence et de mortalité. — Mais si le nombre des admissions a été le même, le chiffre de la mortalité a été loin d'être semblable. On trouve pour une année (1834) un minimum de 487, et pour une autre (1830) un maximum de 886. — Le terme moyen de la mortalité a été de 1 sur 5 admissions. — Elle est plus grande chez les filles que chez les garçons.

Sous le rapport des saisons, le nombre des admissions est un peu moins considérable en hiver que dans les autres saisons. La mortalité y est de 1 sur 5 à peu près. — Au printemps, le nombre des malades admis est au maximum, et la mortalité à peu près dans la même proportion qu'en hiver (1 sur 5). — En été le nombre des admissions est un peu moins fort qu'au printemps et un peu plus qu'en hiver. La mortalité y est de 1 sur 6. — En automne le nombre des admissions et le chiffre proportionnel de la mortalité sont à peu près les mêmes qu'en hiver.

Sous le rapport des mois, le maximum des admissions étant pour le mois placé en tête de la liste, on les trouve placés dans l'ordre suivant : mai, avril, juin, mars, janvier, juillet, août, septembre, octobre, février, novembre et décembre. Pour la mortalité : avril, mars, mai, juin, février, juillet, janvier, décembre, septembre, août, octobre et novembre.

Le chapitre VII et dernier est consacré aux généralités de la thérapeutique chez les enfans, les praticiens le liront avec fruit.

Dans les livraisons suivantes l'auteur va aborder la pathologie spéciale.

B. B.

La commission de l'Académie de médecine chargée de présenter six candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale, s'est réunie samedi dernier, et a nommé MM. Prus, J. Guérin, Casimir Broussais, Mellier, Gibert et Nonat.

— M. le docteur Frapart est mort hier lundi à midi, à la suite d'une maladie organique du cœur. Nous nous proposons de consacrer quelques lignes à ce médecin homme de bien, excellent homme, et dont l'excentricité des opinions scientifiques ne peut faire oublier les intentions droites et les éminentes qualités de l'intelligence.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

DIXIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui lundi (11) M. Thierry a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés aux numéros 24 et 37 de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau.

Après-demain mercredi, l'examen des malades se fera à l'Hôtel-Dieu.

A cinq heures, séance publique.

traite par l'alcool bouillant, et on filtre ; alors, par le refroidissement, la rhamnine cristallise. Pour la purifier, on la fait macérer dans de l'eau froide, puis à plusieurs reprises dans de l'alcool faible qui, à froid, ne la dissout pas. Enfin on la traite par l'alcool fort, bouillant, qui la dissout et la laisse cristalliser par le refroidissement. On peut aussi employer pour la purification un peu de charbon animal lavé.

Pendant la fermentation du suc de nerprun, une certaine quantité de rhamnine vient se rassembler à la surface du liquide ; on peut la purifier en même temps que celle obtenue par la décoction du marc. Du reste, la portion qu'on retire du suc est bien plus impure et est en bien moindre quantité que celle qui est fournie par la décoction du marc.

(*Journ. de Pharmacie*, 1841.)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Première épreuve. — Question écrite.

De l'infection purulente.

Les concurrens ont eu cinq heures pour traiter cette question. Dans les autres concours ils avaient six heures. Cependant il s'agissait ici de la plus grande question qui soit sortie de l'urne depuis que nous assistons aux concours de la Faculté. Les candidats avaient donc tout juste le temps nécessaire pour jeter leurs souvenirs sur le papier, de sorte que la mémoire s'est trouvée plus en jeu que la réflexion ; car la réflexion procède lentement et il est difficile qu'elle puisse passer sur toutes les pages quand on en a écrit trente *in-folio*.

Nous n'avons pas l'intention de donner une analyse détaillée des compositions de chaque candidat. Faire dix fois l'histoire plus ou moins complète, plus ou moins vraie de l'infection purulente, c'est là un genre de travail dont nos lecteurs nous dispenseront volontiers. Ce qu'on attend de nous en pareille circonstance, c'est une appréciation générale formulée avec concision et indépendance.

M. Malgaigne.

Ce candidat est un de ceux qu'on écoute avec le plus de plaisir. Il y a dans toutes ses productions quelque chose qui captive. Il est à regretter que, dans cette circonstance, ce quelque chose ne se soit pas toujours directement rapporté à l'infection purulente. M. Malgaigne possède des recherches statistiques très curieuses sur les amputations, et il a été facile de voir que, sous ce point de vue, il était bien préparé. Cependant, chose remarquable, ce que nous avons trouvé de plus hasardé dans sa composition, était précisément dans la partie qui ne peut pas être considérée comme improvisée. C'est ainsi que M. Malgaigne a avancé que le manque de soins doit être considéré comme une des causes de la mortalité des amputés. Or, chacun connaît la sollicitude des chirurgiens, les soins des élèves, les attentions des sœurs religieuses pour les malades soumis aux grandes opérations. Personne n'ignore que le chef du service emploie ordinairement la moitié du temps de la visite pour le pansement des amputés, qui d'ailleurs ne sont pas nombreux dans chaque salle. En parlant des avantages d'une alimentation plus confortable, M. Malgaigne a cité les heureux résultats obtenus par M. Guersant fils, qui nourrit bien ses opérés. Or, cet exemple ne nous a pas paru bien choisi; car M. Guersant est chirurgien d'un hôpital des Enfans, et l'âge de ses opérés doit être, à notre avis, considéré comme la principale cause de ses succès. Du reste, dans cette composition, M. Malgaigne s'est montré, comme toujours, avec de grandes qualités. Nous aurions désiré que les défauts eussent été un peu moins aperçus.

M. Vidal (de Cassis).

Ce candidat a commencé par faire remarquer que la question avait un côté médical et un côté chirurgical. Il a saisi ce double rapport et a cherché à le développer. Les causes de l'infection purulente ont été étudiées avec beaucoup de soin et une grande clarté. Comme cette maladie est presque incurable et qu'il faut surtout s'attacher à la prévenir, c'est dans l'étiologie qu'on doit chercher les moyens préventifs. M. Vidal a beaucoup insisté sur cette partie de la question. Les développemens sur les autres parties n'ont pas été en rapport avec l'étiologie, et le temps a manqué à ce candidat pour accomplir son projet, qui était de concilier les diverses théories sur ce grave accident. Le cadre qu'il s'était tracé était grand : il a commencé à le remplir et a laissé un vide. Il a semblé dire au public : Jugez de ce que j'aurais pu faire par ce que j'ai fait. — Le public a répondu d'une manière tout à fait favorable.

M. Laugier.

On dit que ce candidat désapprouve ouvertement les comptes-rendus des épreuves des concours. Nous serons donc sobres de paroles à son égard, ce qui ne nous empêchera pas cependant d'être justes, car nous dirons que sa composition est l'œuvre d'un bon praticien et d'un homme qui a sérieusement réfléchi sur les grandes questions de la chirurgie.

M. Boyer.

La composition de ce candidat n'a rien offert de remarquable. Nous avons noté quelques efforts de mémoire qui nous ont étonné.

M. Thierry.

Nous avons trouvé dans la composition de ce candidat des vues pratiques très judicieuses. Il est à regretter qu'il se soit à peu près abstenu de toute discussion.

M. Chrestien.

Ce candidat a un peu trop négligé le fond de la question qu'il avait à traiter. Sa composition s'est un peu trop ressentie de son dévouement à la mémoire de Delpech et à la réunion immédiate. En applaudissant cette leçon, les élèves de Paris ont montré comment ils entendent l'hospitalité. Ces applaudissemens doivent avoir prouvé au candidat qu'il aurait été porté en triomphe, s'il eût un peu moins songé à Montpellier et un peu plus à la question.

M. Bérard.

Comme valeur scolastique, la composition de ce candidat est irréprochable. Rien n'a été omis ; définition, synonymie, causes, symptômes, marche, terminaison, diagnostic, pronostic, traitement, tout a été parfaitement mesuré, parfaitement écrit, parfaitement lu. M. Bérard a captivé l'attention des juges, qui désirent un professeur dont le talent consiste surtout à bien exposer la science. Quant à nous, nous pensons qu'il y aurait plus d'élévation dans les vues, s'il y avait moins de régularité dans l'exposition.

M. Robert.

Ce candidat a été moins régulier dans sa composition. La partie vraiment chirurgicale de la question a été moins caressée que la partie théorique. Du reste, cette composition n'a point pâli auprès de celle de M. Bérard.

M. Chassaignac.

Ce candidat a un talent d'exposition remarquable ; sa pensée est toujours exprimée sous une forme élégante et claire. Il n'a eu le temps que de traiter la partie dogmatique de la question, et il l'a fait assez heureusement.

M. Huguier.

Nous nous attendions à une meilleure composition de la part de ce candidat. M. Huguier a besoin d'une bonne revanche ; espérons qu'il la prendra.

— Nous avons dit, en commençant, pourquoi nous ne dirions que quelques mots sur cette première épreuve. Nous donnerons une analyse détaillée des suivantes.

Chronique.

Jamais, peut-être, l'Académie de médecine n'aura eu de plus utile mission à remplir que celle dont la proposition de M. Louis vient de l'investir. Il est à craindre cependant, que ce corps savant ne comprenne pas tout d'abord l'immense portée de l'institution que réclame M. Louis. Il était pénible, en effet, d'entendre les objections qui se sont produites alors que la proposition était à peine énoncée, objections qu'il était par conséquent impossible d'avoir suffisamment méditées pour les livrer à la discussion. Il ne s'agissait, d'ailleurs, ni d'apprécier la proposion en elle-même, ni d'exposer les difficultés de son exécution ; il importait seulement de savoir si l'Académie voulait en entendre les développemens, et fixer un jour pour la discussion. La discussion terminée, l'Académie se serait décidée sur la prise en considération, et si son vote avait été affirmatif, elle aurait nommé une commission pour se livrer à un travail d'ensemble qui lui-même aurait été plus tard discuté devant l'Académie. Alors le projet aurait été envoyé au ministre, qui aurait pu être ainsi suffisamment éclairé sur la valeur et l'urgence de cette proposition.

Cette marche toute simple, et dont les exemples se présentent tous les jours dans les assemblées délibérantes, n'a pas été tout à fait suivie, et, à vrai dire, nous ne savons trop quelle est celle que l'Académie entend vouloir suivre. Il a bien été décidé qu'une commission serait nommée ; mais pour quoi faire? C'est ce qui n'a pas été determiné, et c'est cependant ce qu'il importe de fixer avant tout pour éviter des lenteurs et des pertes de temps considérables. Il nous semble que dans l'état actuel des choses, il n'y a pas lieu à nommer une commission. L'Académie ne peut et ne doit faire que ceci : engager M. Louis à développer sa proposition, discuter sa proposition et voter ensuite sur sa prise en considération. C'est après ce vote, s'il est approbatif, que le rôle d'une commission commencera.

Du reste, la presse ne doit pas attendre jusque-là pour faire connaître au public sa pensée sur la grave question que M. Louis vient de soulever. Très prochainement nous l'examinerons avec soin, et nous chercherons à faire comprendre à quelles hautes considérations elle se rattache, et combien il serait convenable que l'Académie de médecine entrât largement et philosophiquement dans les voies toutes nouvelles qui viennent de lui être indiquées.

M. le docteur Beauvoisin vient d'adresser à l'Académie royale des Sciences un travail où il rappelle les heureux résultats qu'il obtient depuis douze années dans le traitement des cancers externes, de ceux du sein ou de la tête en particulier, et en général des tumeurs ou ulcères cancroïdes, quel que soit l'âge des malades, par sa méthode particulière de traitement, qui pour tous les cas, sans exception, exclut *l'emploi de l'instrument tranchant.*

Ce travail est un résumé substantiel de l'ouvrage qu'il a publié sous un pseudonyme en 1838, et qu'il a dédié à cette Société savante ; il est accompagné de pièces pathologiques des plus remarquables, et qui sont la confirmation des faits avancés par ce praticien. — Divers médecins du premier mérite, entre lesquels nous citerons, à Paris, M. le professeur Cruveilhier, MM. les docteurs Sanson, Jacquemin, Marx, Nacquart ; à Rouen, M. le docteur Dusseaux, médecin du grand hospice de cette ville, ont été témoins des succès vraiment extraordinaires obtenus par M. le docteur Beauvoisin dans des cas même désespérés, et sur des sujets affaiblis par l'âge ou par la durée de la maladie.

En outre, M. le docteur Beauvoisin se propose d'ici à quelque temps, d'ouvrir (rue de la Chaussée-d'Antin, n° 16, à Paris) des conférences publiques où il exposera sa manière d'envisager le *cancer*, et l'ensemble régulier des moyens qui constituent la méthode qu'il a inventée pour guérir cette affreuse maladie.

— *Baccalauréat ès-sciences.* — *Premier examen.* — Cours tout à fait spécial de mathématiques, physique, chimie. — Manipulations. — Rue Dauphine, n. 20, chez M. Lallemant.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 14 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 45. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Résumé général de la clinique de M. Chomel pendant le dernier semestre 1841-42.

Nous avons eu à étudier, pendant le cours du semestre d'hiver, des maladies très importantes sous plusieurs rapports : nous tâcherons de les classer et de nous arrêter sur les cas les plus intéressans, en faisant à l'occasion de chacun d'eux quelques réflexions pratiques. Nous placerons en tête les cas de phlegmasie de l'appareil respiratoire.

Pneumonies. — Nous avons eu 28 cas de pneumonie : sur ce nombre il en est trois que nous ne devrons pas faire entrer en ligne de compte ; l'un d'eux n'était qu'un cas de phlegmasie douteuse, et dans les deux autres cas, la phlegmasie s'était développée pendant le cours d'une autre maladie, de sorte qu'elle ne constituait à vrai dire qu'une complication. Nous ne devons, par conséquent, sur ce chiffre de 28, compter rigoureusement que 25 pneumoniques ; 6 malades sur 25 ont succombé : l'un est mort dix-huit heures après son entrée à l'hôpital, 2 autres ont succombé à une phlegmasie du poumon consécutive à d'autres maladies plus ou moins graves qui affectaient déjà l'organisme. On peut donc dire que la mortalité a été de 1 sur 6 1/2. Les pneumonies du sommet ont présenté une gravité moindre que celles de la base, ce qui serait en opposition avec les principes généralement reçus ; mais il faut faire remarquer que souvent les pneumonies de la base étaient liées à des circonstances défavorables sous le rapport de l'âge, de la constitution, etc., de sorte qu'on ne peut rien conclure de ce rapport. Enfin, nous avons remarqué que les pneumonies du centre du poumon ont été en général très graves. — Depuis l'année 1832, époque à laquelle remontent nos relevés annuels, la mortalité des pneumoniques de l'âge de quinze à vingt ans a été presque nulle : sur un nombre de 59 malades dont l'âge était entre ces deux termes, nous n'avons eu que 2 morts. Cette année nous n'avons point eu de sujets aussi jeunes affectés de pneumonie. De vingt à quarante ans la mortalité est communément de 1 sur 6 ; de quarante à soixante, elle augmente dans une grande proportion, car elle devient à peu près double, c'est-à-dire de 1 sur 3 ; à soixante ans et au-delà on peut dire que la mort est aussi probable que la guérison, surtout si on arrive à l'âge de soixante-quinze à quatre-vingts ans, où la guérison est presque une exception.

Les cas de pneumonie qui ont eu pour cause un refroidissement sont de 1 sur 4 ou 1 sur 5. — Le frisson qui marque ordinairement l'invasion de la pneumonie est d'une grande importance : il est presque constant; de sorte que toutes les fois qu'on le remarque au début d'une maladie, on peut avec une grande probabilité diagnostiquer une phlegmasie de l'appareil respiratoire ; sur 26 cas il a eu lieu 19 fois d'après la déclaration même des malades. — La douleur, qui est aussi un symptôme assez constant, a eu lieu également 19 fois. — Les crachats caractéristiques de la pneumonie ont eu lieu 16 fois, ils ont manqué par conséquent 12 fois, c'est une remarque importante à faire, car communément on regarde les crachats comme un symptôme presque inséparable de la maladie elle-même.

La percussion nous a révélé 21 fois de la matité ou un son obscur. Par l'auscultation on a trouvé du râle crépitant pur 4 fois et 20 fois du râle crépitant avec respiration bronchique ; 1 seule fois nous avons trouvé la respiration bronchique sans crépitation. Probablement cette absence du râle crépitant était due à l'époque avancée de la maladie, car lorsque la maladie est arrivée à une certaine période, il n'est pas rare de voir manquer la crépitation. 21 fois on a constaté de la bronchophonie.

Les rapports du pouls avec la mortalité nous ont présenté les résultats suivans : chez les malades qui ont succombé le pouls s'est élevé au-dessus de 116 pulsations ; il n'y a point eu de mortalité au-dessous de ce degré de fréquence du pouls ; mais à partir de ce degré la mortalité a été très grande. Nous avons eu plusieurs malades qui, avec un pouls assez fréquent avaient une très grande dyspnée, et qui pourtant ont guéri.

Le délire a été observé six fois ; cette complication était en général en rapport avec la gravité de la pneumonie ; 4 des 6 malades qui ont succombé sont morts dans le délire. On a aussi remarqué quelquefois l'emphysème compliquant cette phlegmasie ; c'est une complication très grave. — Il y a eu 7 cas d'affections abdominales qui ont compliqué l'inflammation pulmonaire et dont quelques-uns même l'avaient précédée : 3 de ces malades ont succombé. — Il y a eu un cas d'érysipèle concomitant qui a guéri ; 1 cas de syphilis qui a succombé. Ce dernier fait ne prouve certainement pas grand'chose par rapport à l'influence de la complication de la syphilis, comme on le comprend bien.

Pour le traitement nous avons employé les saignées plus ou moins répétées comme base, et souvent le tartre stibié quand la résolution se faisait avec peine et que les circonstances semblaient être favorables à son administration. Nous avons saigné moins abondamment les malades qui ont guéri plus vite que les autres, et cela uniquement parce que chez les premiers la pneumonie était d'une gravité moindre que chez les seconds. La durée moyenne des pneumonies traitées par les saignées et guéries a été de 12 jours ; celle des pneumonies soumises à l'action du tartre stibié avec succès a été de 13 jours. Ce résultat, contraire à celui qu'a obtenu M. Grisolle, est dû sans doute à ce que le tartre stibié dans notre service a été administré dans les cas les plus graves, tandis qu'un grand nombre des cas de pneumonie dont parle M. Grisolle dans son ouvrage, et dans lesquels on a eu recours à ce moyen, étaient d'une gravité moyenne. Nous avons employé souvent les vésicatoires. Les vésicatoires ont diminué la fréquence du pouls 5 fois sur 9 et l'ont augmentée 2 fois ; le ralentissement du pouls s'est réalisé, dans les cas de guérison, dans les 22 heures qui ont suivi l'application des vésicatoires, du moins dans le plus grand nombre des cas. Lors même que les vésicatoires augmentent la fréquence du pouls tout d'abord, l'avantage qu'on en retire ensuite par leur action révulsive énergique en faveur du poumon enflammé, compense largement cet inconvénient d'ailleurs peu grave par lui-même.

Dans 3 cas on a fait usage en même temps des vésicatoires et du tartre stibié ; dans 2, il y a eu ralentissement du pouls ; dans un cas, accélération. Sur 5 cas, dans lesquels on a eu recours au tartre stibié avec succès, on a eu toujours des vomissemens ; dans 4 seulement de la diarrhée.

Ici M. Chomel fait observer que la tolérance annonce toujours une certaine gravité de la maladie, parce qu'elle indique, dit-il, que les organes digestifs ne peuvent pas réagir sur l'émétique. Sur 4 malades morts après la seule administration du tartre stibié, 2 présentèrent de l'accélération dans le pouls, et les 2 autres présentèrent du ralentissement. Par conséquent, sur 9 cas traités par l'émétique, 3 guérirent, quoique la maladie fût arrivée à la deuxième, et peut-être à la troisième période. La proportion des morts, en tout, est entre 1/5 et 1/6.

Bronchites. — Il y a eu 18 cas de bronchite dont 5 très aigus. Rien d'important à remarquer à cet égard. La grippe n'a pas pénétré dans nos salles.

Pleurésies. — Il y a eu 8 cas de pleurésie, dont 1 mortel, à cause de sa complication avec une pneumonie dans le cours de laquelle l'inflammation de la plèvre s'était déclarée. Ces 8 cas ont été également répartis entre les deux sexes : les hommes et les femmes ont offert cette affection. Quant aux causes qui ont pu la produire, voici les plus probables : 3 fois la pleurésie est survenue à la suite d'un refroidissement ; 1 fois elle a succédé à des douleurs rhumatismales, et 4 fois elle s'est développée sans aucune cause appréciable.

Relativement au côté de la poitrine que la pleurésie a le plus souvent affecté, nous l'avons observée 7 fois à droite et 1 fois à gauche, ce qui, au premier abord, faisait croire que la pleurésie du côté droit est beaucoup plus fréquente que celle du côté gauche. La fièvre n'a eu lieu seulement que dans quel

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Première lettre. — *Sur les historiens de la médecine et de la chirurgie.*

Durant les longues heures de loisir inquiet, d'agitation inoccupée, d'attente, d'incertitude, d'anxiété que réservent tous les concours à ceux qui les subissent, je vais volontiers demander un peu de distraction à l'histoire et à la philosophie, dont je voudrais faire les deux Muses du médecin et du chirurgien. C'est ainsi que j'avais réuni une bonne partie des matériaux des leçons que je fis l'année dernière ; et les circonstances ne me permettant pas de les poursuivre cette année comme j'en avais le projet, l'idée m'est venue de vous adresser, sous forme de lettres, quelques extraits de ces études, qui seront peut-être de nature à vous intéresser.

Il y a quelques années, il s'émut dans les journaux un vif débat touchant l'importance et la nécessité de rétablir à la Faculté de Paris la chaire d'histoire de la médecine. Cette nécessité fut parfaitement démontrée par l'un des argumentateurs ; elle fut révoquée en doute par un autre, mais seulement pour la forme et afin d'entretenir la discussion ; après quoi ils reconnurent, *nemine contradicente*, qu'ils étaient du même avis, et que cet avis était celui de tout le monde. Malgré cet accord unanime, la Faculté n'a point eu sa chaire : les choses, disent quelques-uns, n'en ont pas été plus mal ; à quoi d'autres répondent qu'elles n'en ont pas été mieux.

Ce qui est à coup sûr fâcheux et regrettable, c'est que dans la première Faculté du monde il se fasse chaque année plusieurs centaines de docteurs dont les trois quarts et plus n'obtiendraient pas leur diplôme s'ils étaient obligés de dire en quelle époque vécut Galien. Et cela n'est pas propre uniquement à Paris : la Faculté de Montpellier, qui revendique officiellement le rôle de fidèle gardienne des traditions, ne paraît pas seulement se douter de la véritable date des traditions qu'elle conserve ; elle a bien écrit sur son cachet : *Olim Cous, nunc Monspeliensis Hippocrates;* mais c'est une pure marque de modestie de sa part, ou, si vous le voulez, un témoignage d'estime qu'elle a voulu donner au vieillard de Cos, et qui en réalité n'a guères plus de signification que les fleurs de lis sur le blason de la reine Victoria.

Nous avons bien une troisième Faculté, et celle-là semblait faite mieux que les deux autres pour conserver le précieux dépôt des traditions et de l'histoire. Alors, en effet, les trois grands dogmes philosophiques, les trois grandes époques de la science eussent été représentés dans l'enseignement médical de France : à Paris, les idées baconiennes, l'amour un peu exclusif des faits, l'horreur de l'hypothèse, que l'on appellerait volontiers l'horreur du vide ; à Montpellier, les principes de Descartes, la raison placée fort au-dessus de l'expérience, le dédain superbe des faits ; à Strasbourg enfin, Faculté presque germanique, que le voisinage des universités allemandes semblait convier à cette mission, le culte de l'autorité manifesté par un large développement des etudes historiques. Malheureusement Strasbourg n'a pas su ou n'a pas voulu s'emparer de ce rôle important, et dès lors elle est restée entre les deux autres Facultés, sans caractère, sans couleur, sans but, ne vivant que d'une vie officielle ; membre inutile et impuissant de cette sorte de trinité médicale.

Il se présente donc en ce moment une singulière anomalie, savoir : que tout le monde paraît d'accord sur l'utilité d'un enseignement historique, et que cet enseignement n'existe nulle part, et nulle part n'est réclamé par ceux qui auraient qualité pour le faire. Personne n'oserait nier que ce soit là un complément indispensable à l'éducation médicale actuelle, mais personne ne paraît se soucier de nous le donner. Il doit certainement y avoir à l'accomplissement du vœu général d'effroyables obstacles cachés, qu'il n'est pas donné aux profanes de connaître ; et peut-être bien le premier est-il dans la dépense qu'occasionnerait l'érection de la nouvelle chaire. S'il en est ainsi, la difficulté est plus grande qu'on ne pense, car au lieu d'une chaire, il en faut nécessairement deux. Certes, ceux qui réclamaient avec tant d'ardeur pour l'enseignement de l'histoire de la médecine faisaient trop bon marché de l'histoire de la chirurgie, tout aussi vaste, croyez-le bien, et tout aussi difficile que l'autre. Et ne dites pas qu'un seul professeur suffirait pour les deux : car s'il me paraît très difficile qu'un chirurgien puisse tracer en toute sûreté de compétence l'histoire des variations des doctrines médicales, je regarde comme absolument impossible qu'un médecin ne se perde pas dans le chaos des idées, des essais, des procédés, des progrès et des reculs de tout genre qui figurent dans l'histoire de la chirurgie. Les exemples pour le prouver ne me manqueraient pas.

Mais en attendant que les obstacles qui pourraient venir du budget soient enfin levés, que d'autres que nous ne soupçonnons pas aient aussi disparu, et que nos Facultés soient enfin dotées d'un enseignement régulier de l'histoire de la science, toutes choses pour lesquelles nous ne pouvons que former des vœux, il y a un autre côté de la question qui a bien aussi son intérêt, que nous aborderons avec plus d'utilité peut-être : il convient de rechercher d'où est venue cette grande froideur qui, durant un long espace de temps, a repoussé les investigations de l'histoire ; il faut voir si toute une génération médicale peut être légimement accusée d'injustice et d'erreur, et si elle n'aurait pas quelque chose à dire pour sa défense ; enfin, et pour aller jusqu'au cœur du sujet, il s'agit avant tout de demander à l'histoire quel intérêt et quel profit nous garantit son étude, et si elle ne prétend se faire place dans nos écoles qu'à titre d'une brillante inutilité.

C'est ainsi, n'en doutez pas, que la question s'est trouvée posée pour nos devanciers, et qu'elle l'est encore pour beaucoup de médecins de nos jours. L'école de Paris avait cette chaire tant regrettée aujourd'hui : dites-le moi, les études en étaient-elles plus fortes, et sa suppression a-t-elle été remarquée comme une calamité publique ? Hélas ! le cours n'était pas suivi, et d'après les vénérables reliques qui nous en restent, il ne valait pas la peine de l'être. Mais c'était peut-être la faute du professeur plutôt que celle de la chaire : *Non crimen artis,* disait Celse, *si quod professoris est.* Eh bien ! je prétends que le crime pouvait être imputé en grande partie à l'art lui-même ; que cette prétendue science historique n'était qu'une pseudo-science, plus propre à égarer qu'à diriger les esprits ; et que les historiens les plus renommés étaient aussi justement désertés des lecteurs que le professeur de son auditoire.

L'histoire médicale des temps antiques a surtout été traitée avec un large développement par Daniel Leclerc, de Genève, et par Jean Henri Schulz, professeur à Altorf. Un Français et un Allemand apportant ainsi à cette œuvre le génie de deux nations si différentes ; tous deux amoureux de l'antiquité, mais sans idolâtrie, et instruits à penser librement sous le drapeau de la philosophie cartésienne ; enfin, et ce sera toujours leur mérite incontestable, tous deux, préparés par des études longues et sérieuses, par des lectures innombrables, citateurs aussi sûrs et aussi infatigables que tout un couvent de Bénédictins. Le premier a consacré à l'histoire de la médecine, depuis son origine jusqu'à la mort de Galien, un énorme in-4° de près de 800 pages. L'autre a eu besoin de 436 pages in-4° pour nous conduire seulement jusqu'au temps d'Archagatus. Vous vous imaginez sans doute qu'après ces volumineuses et consciencieuses recherches, toute obscurité a été éclairée autant qu'elle pouvait l'être, et que ce docte champ de l'antiquité, si bien labouré, hersé, sarclé, aura été purgé de toutes ses mauvaises herbes et va vous donner une récolte abondante et productive. Or, c'est là une gigantesque erreur.

Vous vous souvenez des fameuses lettres sur l'histoire de France, qui fondèrent la juste réputation de M. Augustin Thierry, et en particulier de celles où, se prenant corps à corps avec ses devanciers, il intentait avec tant de verve et de vérité, contre Mézerai, Anquetil, le père Daniel et d'autres, cette accusation capitale, d'avoir tout méconnu, tout confondu, tout embrouillé dans les premiers temps de la monarchie. Qu'aurait donc dit M. Thierry de nos historiens médicaux ? A coup sûr il n'aurait pu leur reprocher des études trop superficielles ; mais on arrive au même but par plus d'une voie, et Leclerc et Schulz pèchent

ques cas. Dans tous il y a eu diminution ou absence du mouvement respiratoire; dans quelques cas on a observé un épanchement séreux très considérable avec respiration bronchique. L'égophonie s'est montrée dans 5 cas; dans 4 cas elle a eu lieu dans toute sa pureté; une fois seulement il n'y a eu qu'une simple bronchophonie. M. Chomel fait observer, à ce sujet, que dans la pleurésie l'égophonie revêt quelquefois le caractère de la bronchophonie, ainsi que cela se voit dans l'hépatisation du poumon. Sur ces 8 cas de pleurésie, la douleur latérale s'es montrée 7 fois. On a employé avec beaucoup d'avantage, dans tous les cas, les vésicatoires; sous l'influence de cette médication, l'épanchement s'est toujours résorbé en peu de temps.

Varioles. — Le nombre des varioles s'est élevé à 8, dont 3 cas de variole confluente. Les malades ne dépassaient pas l'âge de trente ans. Sur 4 d'entre eux les traces de la vaccine étaient manifestes; elles l'étaient moins sur 3 autres. Dans un cas, l'affection éruptive a été très grave. Chez ceux qui avaient été vaccinés, la durée moyenne de la maladie a été de 8 jours, de 16 jours chez les autres, à l'exception d'un cas dans lequel, bien que les traces de la vaccination fussent évidentes, les croûtes des pustules varioliques ont persisté jusqu'au 60e jour de la maladie. Dans 3 cas, il y a eu du délire; dans un cas, une aphonie qui disparut rapidement. Deux individus vaccinés ont présenté des abcès consécutifs; l'un à la partie interne de la cuisse, l'autre au cou.

Rougeoles. — Nous avons eu 4 cas de rougeole sans contagion apparente. A l'égard de cette affection éruptive, nous avons dans le temps (1) insisté beaucoup sur l'expectoration tout à fait caractéristique qui l'accompagne et qui a des points d'analogie avec l'expectoration des tubercules; nous avons indiqué à cette époque les signes différentiels de ces deux espèces d'expectorations. En effet, l'expectoration des phthisiques consiste dans des crachats nummulaires nageant dans un liquide opalin, comme si quelques gouttes de lait eussent été mêlées à de l'eau; tandis que les crachats des roséoleux, qui sont à peu près les mêmes que les précédens, nagent dans un liquide parfaitement transparent.

Erysipèles. — Il s'est présenté 20 cas d'érysipèle, dont 10 au cuir chevelu et 8 à la face; 2 de ces derniers ont affecté les deux côtés de la face en même temps. Dans les autres cas, la maladie s'est propagée d'un côté à l'autre, après avoir commencé le plus souvent par le côté gauche. Dans tous les cas il y a eu, antérieurement à l'érysipèle, un dérangement plus ou moins grave de la santé. Dans 3 cas, la tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-maxillaires a précédé le développement de l'érysipèle. Dans 4 cas, cette tuméfaction s'est montrée simultanément avec la tuméfaction érysipélateuse. La durée moyenne de ces cas d'érysipèle a été de 8 jours. Le délire s'est montré dans presque tous les cas. Nous en avons eu 2 surtout excessivement graves, qui nous firent un moment porter un fâcheux pronostic. Il s'agissait de personnes attachées au service de l'hôpital, et qui avaient déjà eu précédemment des affections semblables accompagnées de symptômes graves, notamment une fille de salle dont l'histoire a été rapportée avec détail (2). Dans quelques cas, on a pratiqué la saignée du bras. Le plus souvent on a administré l'huile de ricin pour exercer une dérivation sur le tube intestinal. Dans tous, nous avons eu recours aux sinapismes appliqués aux extrémités inférieures, surtout lorsque le délire était persistant. Dans quelques cas enfin, nous avons employé avec succès les vésicatoires.

(1) *Voir* le n° 21 (17 février) de la *Gazette des Hôpitaux*.

(2) *Voir* le n° 35 (22 mars) de la *Gazette des Hôpitaux*.

Affections de l'utérus et du péritoine. — Nous avons eu à traiter un nombre considérable de ces affections, surtout chez des femmes qui, après être accouchées à la Maternité ou ailleurs, n'ayant pas pris, dans leurs suites de couches, les précautions convenables, ont été prises de métrite ou de métro-péritonite. Nous avons eu deux cas de phlébite utérine. L'un de ces deux cas a été observé à la suite d'un avortement. La femme qui fit l'objet de cette observation eut, à la suite de l'expulsion du fœtus, une hémorrhagie abondante par le vagin, accompagnée de quelques douleurs à la région hypogastrique. Par suite de la négligence que cette femme avait mise à se soigner, les symptômes, qui étaient d'abord légers, s'aggravèrent considérablement au bout d'une huitaine de jours, et il survint bientôt une métro-péritonite très grave qui l'emporta au tombeau. Cette malade avait présenté, dès le début de la maladie, des symptômes qui, dans de pareilles circonstances, annoncent ordinairement un travail de suppuration. Effectivement, on a trouvé, à l'autopsie, une phlébite utérine avec péritonite partielle. Ce qu'il y a eu encore de remarquable chez cette femme, c'est un gonflement très prononcé des genoux, sans douleur, et qui nous avait fait diagnostiquer l'existence de pus dans l'articulation; malheureusement, par une circonstance indépendante de notre volonté, nous n'avons pas pu vérifier ce fait à l'autopsie, et nous avons ainsi perdu une occasion très précieuse, car ces cas ne sont pas fréquens (1). L'autre femme avait été portée à l'hôpital presque agonisante; on l'a à peine interrogée superficiellement, car elle avait la parole difficile, et elle succomba dans la journée. On trouva chez elle l'utérus très volumineux; les veines utérines étaient manifestement enflammées et en état de suppuration; on y trouva aussi tous les caractères anatomiques d'une pneumonie récente et légère.

Il y a eu 8 cas de péritonite, dont un a été très intéressant à cause des complications qui l'ont accompagné. Un autre était relatif à une femme qui, ayant accouché à huit mois de grossesse, fut prise d'une péritonite qui l'enleva dans l'espace de 42 heures. Nous avons trouvé, à l'autopsie, tous les caractères d'une grave métro-péritonite. Il y a eu, heureusement, plusieurs cas de guérison. La maladie s'est terminée, dans quelques cas, par résolution; dans d'autres, par suppuration. Dans ces derniers, le pus se formait tantôt dans un point quelconque du bassin, ou se réunissait en foyer, et faisait saillie dans le vagin ou dans le rectum, où le doigt pouvait le faire reconnaître; tantôt il se fixait dans un point plus rapproché des parois abdominales, par exemple, dans la fosse iliaque, et en établissant des adhérences avec les parties voisines, il finissait par se faire jour au dehors. Quelquefois il se pratiquait une issue au travers du rectum, et sortait par l'anus, ou bien il pénétrait dans la vessie et sortait par le canal de l'urètre. D'autres fois enfin, le pus, ne pouvant se frayer une route au dehors, jeta, par sa présence dans l'organisme, les malades dans un marasme qui fut inévitablement suivi de la mort. On voit des cas dans lesquels le pus sort par intervalles et d'une manière périodique; par exemple, tous les huit ou dix mois, la santé de la femme se rétablissant parfaitement dans les temps intermédiaires. M. Chomel cite plusieurs cas de cette nature; il a vu, par exemple, dans sa pratique, une femme qui rejette tous les six ou sept mois, cinq ou six cuillerées de pus par l'urètre; elle est un peu souffrante dans le moment, mais bientôt après elle se rétablit et se porte à merveille. Une autre qui rend du pus avec des gaz toutes les fois qu'elle urine. Les cas d'émission de gaz par l'urètre ne sont pas très rares. D'où proviennent ces gaz? Probablement de ce que les parois du foyer purulent qui communique avec l'intérieur de la vessie restent béantes, et l'urine, passant en partie dans le foyer même, et s'y altérant, donne lieu à la formation de ces gaz très fétides. Cette explication est fondée sur des faits de la même nature que l'autopsie nous a révélés, et qui se passent dans la cavité abdominale. Nous avons eu 4 cas de métrites légères post-puerpérales, qui, parcourant leur marche ordinaire, ont guéri sans accident. Ces affections ne sont pas, aussi souvent qu'on le croit, dit M. Chomel, produites par l'excès du coït; mais elles sont dues bien plus fréquemment à des causes toutes spéciales; par exemple, à la suppression brusque des règles sous l'influence d'une cause quelconque, et surtout à l'avortement. Celui-ci est souvent provoqué, quoiqu'on puisse difficilement en obtenir l'aveu de la part des femmes; eh bien, c'est dans ces circonstances que la métrite est inévitable.

(1) *Voir* le numéro du 20 janvier dernier, de la *Gazette des Hôpitaux*.

Il s'est présenté quelques cas de métrorrhagie. Cette affection tient à des causes diverses, selon l'âge des femmes; ainsi, chez les femmes jeunes elle tient souvent à l'état de grossesse, surtout si dans cet état elles commettent quelques excès, ou si l'avortement a lieu, comme il arrive assez souvent. Nous avons eu trois cas de cette affection chez des femmes jeunes; l'un a été produit sans nul doute par l'avortement, et les deux autres avaient aussi probablement la même cause, mais sans que nous puissions en garantir l'exactitude. — Nous avons observé deux cas de métrite granulée, qui sont encore en traitement dans nos salles. Nous avons exposé longuement nos idées sur la nature, les causes et le traitement de cette affection; nous n'y reviendrons pas. (1)

— Nous devons signaler deux cas d'inflammation très importans qui ont été soumis à notre observation, l'un d'une inflammation du cœur, l'autre du foie. La cardite s'est présentée chez une femme de quatre-vingt-sept ans. Le matin du jour de son entrée à l'hôpital, elle avait eu une altercation très vive à la suite de laquelle elle fut prise de douleurs déchirantes à la région précordiale, avec spasmes, frisson, etc. A son entrée, le pouls était petit, la peau froide, l'abattement extrême. Le lendemain, le pouls s'était relevé; il y avait une réaction générale, mais la douleur était toujours la même. Il survint une pneumonie, avec pouls très fréquent et petit. Elle succomba au bout de dix jours d'une manière subite. Une singulière remarque à faire, c'est que l'auscultation sur la région du cœur ne fit connaître aucun bruit anormal. A l'autopsie, on trouva dans la paroi antérieure du ventricule gauche, près de la cloison interventriculaire, un point réduit en une espèce de saillie grisâtre; le tissu de cette paroi était plus dur, principalement au voisinage du foyer, et d'une couleur jaunâtre, résultant probablement d'une infiltration de sang en partie résorbée. L'artère coronaire gauche contenait un caillot qui l'oblitérait dans une certaine étendue; on trouva enfin dans l'intérieur du cœur gauche et dans l'aorte, des caillots organisés depuis quelque temps; et toutes ces lésions, je le répète, sans aucune irrégularité, ni anomalie dans les bruits du cœur.

L'autre cas était relatif à un vaste abcès du foie. Il s'agissait d'une femme qui huit jours avant son entrée à l'hôpital eut des frissons, des vomissemens, de la dyspnée et une prostration générale; la langue était d'un rouge brun, les dents un peu fuligineuse; pas de douleur en aucune part; la peau était un peu œdématiée à la région de l'hypochondre droit, seul symptôme qui pût faire soupçonner une affection des organes

(1) *Voir* le n° 42 (7 avril) de la *Gazette des Hôpitaux*.

---

surtout par trop de science, par une déplorable, une intolérable science. Ils savent trop, et cependant ils ne savent rien assez bien; ils ont déterré tous les textes, ils citent toutes les autorités, excepté quelquefois, jugez du malheur, les seules autorités compétentes. Tous deux peuvent être cités comme des prodiges d'érudition; mais de cette érudition mal saine, sans mesure, sans choix, sans critique, sans intelligence, qui s'obstine à vouloir porter une fausse lumière dans des obscurités à jamais impénétrables, et qui cherche des difficultés dans les questions les plus claires; en d'autres termes, qui parvient, à force de gloses et de commentaires, à obscurcir la lumière du soleil, et qui gâte l'obscurité même en la transformant en un affreux galimathias.

Ce portrait n'est pas flatté, direz-vous; et vous m'attendez à la preuve. Je suis aussi pressé que vous de vous la donner. Permettez-moi seulement de poser ici les premières règles de la critique historique.

Ce serait une prétention vaine, en fait d'histoire, que de vouloir toujours arriver à une certitude absolue, surtout pour les faits d'un ordre secondaire; il faut bien alors nous contenter souvent de la probabilité. Mais entre la probabilité et la fable pure, vous comprenez qu'il y a tout un abîme; et sans descendre jusqu'à la fable, il y a tel fait qui s'offre avec des raisons d'admission suffisantes et que j'admets, et tel autre qui n'a pas de raisons suffisantes et que je rejette. Ceci est trop abstrait, et vous voulez plus de précision; car, qui sera le juge de la raison suffisante? Voici donc quelques règles précises, simples, claires, sans difficultés, et contre lesquelles je ne sache pas d'objections possibles. Il y a raison suffisante d'admettre un fait rapporté par un auteur contemporain, quand il n'est pas contredit par un autre; il n'y a nulle raison d'admettre un fait rapporté par un auteur postérieur de plusieurs siècles, quand les écrivains antérieurs ont gardé sur ce point un complet silence. Alors cependant poussez la tolérance jusqu'à admettre ceci dans votre histoire, à titre de tradition, en avertissant scrupuleusement le lecteur du peu de foi que vous y attachez vous-même: je vous l'accorde; mais déjà vous sortez du cercle de la probabilité. Que si, au contraire, vos écrivains postérieurs citent des faits opposés à ce qu'ont dit tous les contemporains connus, et que vous admettiez comme bons et valables de pareils témoignages, c'est absolument comme si vous opposiez aux récits de Gregoire de Tours, les faits et gestes du roi Francus, relatés dans les grandes chroniques de Saint-Denis; il n'y a plus ni probabilité, ni tradition, ni rien qui soit supportable au sens commun; vous nagez en pleines absurdités historiques.

Mais si par hasard l'historien du roi Francus a trouvé des lecteurs assez benoîts pour le croire, et des écrivains assez stupides pour le copier, vous voilà, ramassant toutes ces adhésions, tous ces témoignages, et vous me les apportez comme un faisceau de preuves impossible à rompre. Déliez, s'il vous plaît, votre faisceau; aucun copiste ne saurait compter comme témoin; tous ces témoignages se réduisent au premier témoignage, et toutes ces citations secondairees ne sont que de fausse et déplorable érudition, et de l'encre bien tristement perdue.

Je m'arrête là, n'ayant point la prétention de faire ici un cours complet de critique historique. Ce que je viens de dire suffit d'ailleurs pour mon objet; car il n'est pas une de ces règles si simples et si nettes qui n'ait été enfreinte à chaque page par tous les historiens de la médecine.

Ainsi, Leclerc consacre 74 pages à l'histoire de la médecine jusqu'au temps de la guerre de Troie inclusivement. Or, vous le savez, pour toute cette longue durée de siècles nous n'avons que deux livres, que deux témoignages contemporains ou à peu près; et ici la question d'authenticité absolue disparaît même devant cette vaste solitude. Reculez ou avancez ces livres de deux ou trois cents ans, peu importe, ils sont uniques, et c'est là seulement que vous pouvez espérer de trouver quelques notions, ou certaines, ou probables, à votre gré, sur l'état des choses. Ces livres ne peuvent être éclairés par aucun témoignage postérieur; car entre eux et les premiers écrivains qui suivent, il y a un espace vide de plus de deux cents ans, sans imprimerie, sans bibliothèques, sans archives et presque sans écriture. Vous avez donc la Bible et Homère; mais vous n'avez que cela.

Or, sur ce qui s'est passé avant la guerre de Troie, Leclerc trouve le moyen de citer Cicéron, Quintilien, Strabon, Vossius, Borrichius, le père Kircher et cinquante ou soixante autres excellens témoins, qui n'ont que le malheur d'être venus au monde quelques milliers d'années après.

Portez-moi une affaire ainsi instruite devant une Cour d'assises, et vous verrez ce qu'en diront les avocats. Schulz ne procède pas autrement; aussi l'un et l'autre sont arrivés à des résultats inouïs, et dont l'histoire vous dédommagera peut-être de la complaisance que vous aurez mise à me suivre.

C'est Dieu, suivant Leclerc, qui a été l'inventeur de la médecine, et qui a fait part de ses connaissances sur ce point à Adam, lequel, comme vous voyez, a été le premier étudiant en médecine. Adam à son tour aura transmis ses doctrines aux patriarches; cela n'est pas dans l'Ecriture, mais peu importe; *il y a bien de l'apparence* que cela a dû être, et cela suffit au bon Leclerc.

Mais Schulz venant après, n'a garde de laisser ainsi l'œuvre incomplète, et le voici qui intitule fièrement son premier chapitre: *De la médecine avant le déluge, De medicinâ antediluvianâ.*

Suivant Schulz, c'est toujours Dieu qui a inventé la médecine; mais ici se place à la fois un double échantillon de sa curieuse érudition et de sa non moins curieuse critique. Il a trouvé des rabbins, suivis par plusieurs chrétiens et mahométans, qui ont expliqué fort clairement la transmission de la médecine de Dieu à l'homme. Dans ce système, Dieu ne se charge point lui-même de l'enseignement; mais il nomme des professeurs, comme ferait de nos jours le ministre de l'instruction publique. Le professeur de médecine d'Adam était un ange appelé Raziel, lequel en écrivit un livre, malheureusement perdu, comme je le suppose, par la négligence des libraires du temps. Suivant d'autres rabbins, Dieu lui-même avait fait cadeau à Adam de dix volumes, assez beau commencement de bibliothèque; car la Faculté de Paris n'en avait pas tant au treizième siècle.

Il était bien difficile au dix-huitième siècle de présenter sérieusement de pareilles histoires; aussi Schulz les rejette fort loin. Mais comme il tient cependant à son histoire de la médecine antédiluvienne, la Bible n'en disant rien, les rabbins n'en disant rien qui vaille, il ne reste à notre Cartésien que la raison pure; et voici son roman, que vous pouvez comparer à ceux des rabbins.

D'abord, Adam et Eve chassés du paradis apprennent par une dure expérience à sentir la faim et la soif; et arrivent naturellement à ces vérités incontestables, et qui sont encore de nos jours le plus solide fondement de l'hygiène, que pour apaiser la faim il n'y a rien de mieux que de manger, et pour calmer la soif, de boire. Mais ce qui suit perdrait trop à l'analyse, et mérite bien une traduction littérale.

« Combien de vérités physiologiques n'apprirent point les premiers époux, lorsqu'ils se contemplaient mutuellement, lorsqu'ils s'embrassaient, lorsqu'ils...... (le latin dans les mots brave l'honnêteté); lorsqu'Eve apprenait par expérience le début, le progrès, l'issue de la grossesse? Et il est très vraisemblable qu'Adam, pressé par la nécessité de la chose présente, prêta ses mains obstétricales à son amie souffrante, et exerça ainsi la première peut-être des opérations de la chirurgie. Peut-être aussi alors l'un et l'autre virent pour la première fois un exemple d'hémorrhagie, et n'en furent pas peu étonnés. Certes, ils virent alors le premier ombilic sur l'enfant nouveau-né, et ils connurent la sécrétion du lait et son usage; ils acquirent aussi des notions sur le méconium si leur attention put s'y porter..... etc., etc. D'où l'on voit facilement que peu après la physiologie arriva la nécessité d'étudier la pathologie, et que l'hygiène s'est développée à la fois avec l'une et l'autre science. »

Que dites-vous de cette idylle à la fois anacréontique et médicale? N'avais-je pas raison de dire qu'elle valait bien ce méchant professeur Raziel? Or, ceci vous servira d'exemple de la manière dont Schulz comprend l'histoire; sans qu'il soit même besoin de vous faire remarquer avec quelle délicatesse il décide *certainement* cette question si controversée et par lui désormais résolue, qu'Adam et Eve n'avaient point d'ombilic!

Mais vous passerez condamnation sur ce point, et vous voudrez peut-être, comme le juge des plaideurs, arriver au déluge. Donc le déluge terminé, nous trouvons dans Leclerc l'histoire de ce qu'il appelle *les*

contenus dans cette région. Le pouls était petit, filiforme ; puis un peu de calme survint, et l'état général semblait un peu amélioré ; mais, deux jours après, les mêmes symptômes se renouvelèrent avec exaspération, et la mort ne tarda pas à arriver. L'examen cadavérique nous révéla l'existence d'un foyer purulent du volume d'un œuf de poule dans le foie, lequel foyer était entouré d'autres petits foyers ; on trouva des traces d'une phlébite bien caractérisée dans les veines hépatiques. Il y avait donc là une suppuration du foie très vaste et très avancée, sans qu'il se fût présenté aucun symptôme bien direct et local qui pût faire pressentir son existence.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril. — Présidence de M. Fouquier.

M. Gérardin donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Delens fait observer que ce procès-verbal est incomplet, que la discussion à laquelle a donné lieu la lecture du mémoire de M. Hamont n'est rapportée que d'une manière insuffisante.

M. Dupuy se plaint de ce que ses opinions n'ont pas été rendues fidèlement par M. le rapporteur.

M. Gérardin répond qu'il est presque impossible de rendre une discussion dans tous ses détails ; pour cela il faudrait que MM. les membres qui prennent part à une discussion lui communiquassent des notes (1).

M. le président annonce que la commission chargée d'examiner la proposition de M. Louis sur les médecins-voyageurs est composée de MM. Adelon, Royer-Collard, Chomel, Rayer, Double, J. Cloquet et Pariset.

M. Rochoux fait observer qu'on aurait dû faire entrer dans cette commission quelques-uns des membres de l'Académie qui ont combattu la proposition de M. Louis.

M. Villeneuve lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets. (Conclusions défavorables.)

Toute cette séance a été consacrée à la discussion du travail de M. Hamont. La suite de cette discussion a été renvoyée à la prochaine séance. Comme cette question sort en quelque sorte des attributions ordinaires de ce journal, et que d'ailleurs elle offre un intérêt réel, nous nous réservons de donner un relevé général de toutes les opinions qui auront été émises, lorsque la discussion sera close.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'IRLANDE.

Séance du 5 mars 1842.

Gangrène de l'utérus. — M. Ringland présente deux utérus atteints de gangrène avec leurs appendices : ils ont été extraits de deux cadavres de l'hôpital des femmes en couches. Voici les détails de ces deux faits.

Le premier est relatif à une femme nommée Quinu, âgée de quarante ans, qui était entrée en travail de son neuvième enfant à terme à cinq heures du matin. Elle était forte, bien portante, robuste et plutôt pléthorique. Elle avait été accouchée à l'aide d'instrumens à sa quatrième et à sa huitième grossesse. A l'époque du dernier accouchement, elle avait le visage coloré, la langue légèrement couverte et humide, la peau naturelle, le pouls fréquent et plein, le corps libre au moyen de purgatifs ; le col uterin était mou et dilatable, la présentation naturelle, les douleurs vives et expulsives, le vagin et les parties externes mous et humides ; elle n'urinait pas depuis plusieurs heures. Elle a été reçue à l'hôpital à deux heures après-midi. Le travail avançait bien jusqu'à six heures du soir, lorsque les douleurs ont diminué tout-à-coup ; a cette époque la tête était très avancée dans le pelvis. A minuit, bien que les douleurs soient légères, la tête avance, on sent parfaitement l'oreille. Depuis cette époque, plus de douleurs, pouls insensible, physionomie affaissée, couleur du visage pourpre, extrémités froides, abdomen très douloureux à la pression ; on a sondé deux fois la vessie. A trois heures du matin une consultation a lieu : on se décide à accoucher la femme de suite ; le forceps est appliqué, mais il glisse ; le cœur du fœtus ne peut être senti, il était cependant parfaitement sensible quelques heures auparavant ; on applique le crochet et l'on termine l'accouchement sans beaucoup d'efforts. Un large efflux de sang a eu lieu avant et après l'expulsion du placenta, qui a été retenu pendant deux ou trois minutes. On fait des applications chaudes aux pieds, on administre une potion anodyne. On continue les remèdes stimulans qu'on avait déjà administrés abondamment avant l'opération. A dix heures du matin, le pouls ne peut encore être senti au poignet, la peau des membres continue à être froide ; la malade a dormi un peu avec les yeux entr'ouverts et les pupilles tournées en haut ; la respiration varie de 12 à 16 par minute, elle est très laborieuse. Les stimulans internes et les applications froides aux pieds sont continués. La malade a dormi assez bien la nuit suivante. Le surlendemain on prescrit une potion huileuse avec huile de térébenthine et quelques gouttes de teinture d'opium ; un lavement dans la journée.

Le 20, la malade se plaint de frisson, puis de chaleur, de soif ; la peau est chaude et sèche, la langue couverte, le pouls fréquent et faible ; l'hypochondre droit est douloureux à la pression, l'abdomen gonflé. La malade accuse beaucoup de faiblesse ; elle rend les urines et les fèces involontairement. On prescrit de petites doses d'hydrargyrium cum cretâ avec de la poudre de Dower et une potion effervescente. Dans la soirée, la femme vomit de la matière bilieuse. On applique sur l'abdomen un large vésicatoire qu'on a pansé le lendemain avec de l'onguent mercuriel. On pose un autre vésicatoire à la région de l'estomac et on le panse avec du muriate de morphine. Ces moyens ont apaisé un peu le vomissement, mais ils ne l'ont pas enlevé complétement. De petites doses de morphine ont été ajoutées à la potion effervescente. Le vomissement est revenu avec violence le 24. La diarrhée est incessante, elle devient sanguinolente ; hoquet pendant trois jours ; pouls 80, petit ; physionomie affaissée ; mort le 28.

Autopsie, sept heures après la mort. — En coupant les tégumens, on trouve un nombre de petits abcès dans le tissu cellulaire. Le péritoine pariétal et viscéral est couvert de lymphe plastique et de taches noires évidemment gangréneuses. Partout ailleurs le péritoine est extrêmement vasculaire ; sa cavité contient deux quarts de fluide jaunâtre ; les viscères sont agglutinés en plusieurs endroits et adhérens à l'abdomen ; en rompant ces adhérences on ouvre de petits abcès. L'estomac est vide et contient un fluide jaune-verdâtre. La membrane muqueuse de la vessie est couverte de lymphe et ulcérée ; elle contient une grande quantité de fluide grisâtre. Le foie est gonflé et de couleur noire ; le gros lobe est ramolli, sa surface convexe adhère au diaphragme ; en déchirant ces adhérences, on découvre un large ulcère superficiel couvert de lymphe ; cet ulcère a une base dure et une couleur plus foncée que le reste du foie. La vésicule biliaire et les reins sont sains. A la face convexe de la rate est un abcès superficiel qui contient du pus sanieux. La portion antérieure de l'utérus est saine. En arrière, à son union avec le vagin, on trouve une petite déchirure dont les bords sont gangrenés ; cette gangrène s'étend plus sur la matrice que sur le vagin. Les ovaires sont sains. Plusieurs hydatides existent dans les ligamens larges de l'utérus. La membrane muqueuse du vagin et la membrane interne de l'utérus sont noires. Le promontoire du sacrum fait une légère saillie dans le pelvis. Les diamètres du pelvis sont considérablement diminués : l'antéro-postérieur est de trois pouces cinq huitièmes ; le transverse de quatre pouces un huitième.

Le second cas est relatif à une jeune femme, Catherine Lawlor, âgée de vingt-deux ans, délicate, à beau teint, qui a été reçue à l'hôpital le 16 février pour accoucher de son premier enfant. Les douleurs n'offrant pas un caractère décidé, on prescrit une potion anodyne. La nuit suivante le travail se déclare avec énergie, mais le col uterin se dilate à peine ; il est mince et rigide. Les parties externes de la génération sont humides, mais pas relâchées. Le jour suivant le travail est peu avancée, la peau est chaude, la face animée, corps libre à l'aide de médecines, pouls 120, plein et dur. On pratique une saignée de 360 grammes (12 onces) et l'on administre du tartre stibié conjointement à de l'opium.

Le 19, à trois heures du soir, le col utérin est pleinement dilaté, la tête commence à faire le circuit du pelvis. A onze heures du soir, la tête est dans l'excavation, mais elle ne fait pas encore saillir le périnée. La vessie est distendue, mais la sonde ne fait sortir que peu d'urine.

Le 20, à quatre heures du matin, on sonde avec beaucoup de difficulté ; le vagin n'est pas chaud. On prescrit deux doses de teinture de seigle ergoté, pas d'effet; on temporise jusqu'au lendemain matin à huit heures ; alors les douleurs reparaissent et à dix heures la femme accouche d'un enfant vivant. La face s'était présentée contre le pubis et un bras sur un côté de la tête ; pas d'hémorrhagie ; le placenta est retenu pendant deux heures et n'a pu être extrait par les moyens ordinaires. A minuit et demi, on introduit la main dans l'utérus et l'on tire le placenta qui a été trouvé adhérent au fond de l'utérus dans l'étendue de 54 millimètres (2 pouces) ; on l'a détaché avec difficulté. Soixante heures après l'accouchement la vulve s'est gonflée et engorgée de sang. On applique un cataplasme, soulagement. On administre quelques médicamens purgatifs le lendemain.

Le 22, la malade se plaint de sensibilité à l'abdomen, mais elle paraît bien sous d'autres rapports. On administre une pilule contenant un grain d'opium. Fomentations sur l'abdomen, d'eau et de térébenthine. On continue les cataplasmes à la vulve.

Le 23, diarrhée violente, abdomen douloureux à la pression, langue chargée, pouls vite. On prescrit un grain d'opium toutes les quatre heures. La diarrhée devient plus violente. Le vagin se gangrène rapidement ; ce travail destructeur est progressif jusqu'au 1er mars ; on découvre une fistule qui communique entre le rectum et le vagin ; les matières fécales se précipitent dans le vagin.

Le 2 mars, anxiété, yeux creux, pouls petit et vite, hoquet, vomissemens, mort à dix heures du soir.

Autopsie quatorze heures après la mort. — On ouvre l'abdomen : le péritoine pariétal est fortement attaché aux viscères par des fausses membranes. L'utérus est complétement au-dessus du pubis, incliné à droite, du volume de la tête d'un enfant ; sa face antérieure est de couleur naturelle. En détachant ce viscère des parties environnantes, on découvre plusieurs abcès qui communiquent librement avec le vagin. On éprouve de grandes difficultés pour détacher l'utérus de ses connexions viscérales en arrière ; cette paroi utérine est dans un état avancé de gangrène. Toutes les parties molles de l'excavation pelvienne sont frappées de sphacèle, y compris même le muscle releveur de l'anus. Les parties externes de la génération sont aussi largement gangrenées, ainsi que le périnée et le vagin. L'ouverture qui communique du vagin dans le rectum est ronde, ses bords sont bien définis. La membrane interne de l'utérus est également gangrenée. Les ovaires et les trompes de Fallope sont passablement saines. Deux ouvertures gangréneuses mettent le vagin en communication avec des abcès qui existent dans le pelvis. La vessie ni l'urètre ne sont pas compris dans la maladie. Les parois viscérales sont très épaissies ; la membrane muqueuse est couverte d'une couche de lymphe ; le rectum paraît sain, à l'exception du point perforé dont nous avons parlé ; il est vide.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Régularisation de l'appareil de Marsh, et influence du soufre sur l'apparition des taches arsenicales.

Convaincu qu'en se servant de l'appareil de Marsh, les chimistes n'arrivaient souvent à des résultats contradictoires que parce qu'ils se plaçaient dans des conditions différentes, M. Blancard, pharmacien, s'est occupé de régulariser cet instrument de manière à pouvoir reproduire à volonté les circonstances qui peuvent paraître les plus favorables pour la réussite des recherches qu'on entreprend à l'aide de cet appareil.

Voici les conclusions que cet habile expérimentateur a tirées de son long et intéressant travail sur ce point si ardu de la chimie appliquée aux besoins de la justice criminelle.

1° Lorsque l'ouverture par où les gaz se dégagent présente un millimètre de diamètre, la flamme qui jouit de la plus grande sensibilité possible est celle qui résulte de la combustion de deux centimètres de gaz par seconde ; donc l'appareil de Marsh n'est pas d'autant plus sensible que la flamme est plus faible.

2° Si aucune cause secondaire ne vient troubler la réaction, un zinc pur commence à accuser la présence de l'arsenic quand les gaz produits sont au moins dans un rapport de un vingt-cinq millième.

3° Si les zincs du commerce semblent indiquer un plus faible rapport, c'est qu'ils contiennent des matières étrangères, du soufre, de l'antimoine, de l'arsenic, dont la présence dans les gaz change leur loi de sensibilité.

4° Le soufre, soit qu'il provienne de la décomposition des matières organiques, ou bien des réactifs employés, a la propriété de hâter l'apparition des taches arsenicales, et par conséquent de rendre visibles des traces d'arsenic qui auraient d'abord échappé à la sensibilité de l'appareil de Marsh.

5° Si, à l'aide de la chaleur et d'un excès d'acide sulfurique, on décompose les sulfures contenus dans le liquide soumis à l'analyse, de manière à en chasser tout l'hydrogène sulfuré, il est possible, au moyen

(1) Nous sommes surpris que les membres indépendans de l'Académie n'aient pas profité de cet aveu de M. Gérardin pour faire une proposition tendant à ce que les travaux des séances fussent communiqués aux journalistes. Espérons que mardi prochain quelqu'un avisera.

---

inventeurs de la médecine ou les plus anciens médecins. Il y en a quatre d'abord : Bacchus, Hammon, Zoroastre et Thot ou Hermès ; ce qui ressemble parfaitement à la généalogie des rois de France avant Pharamond, Francus, Francion et les autres. Après ces quatre inventeurs qui font le sujet du chapitre 5, nous trouvons au titre même du chapitre 6, que *Osiris ou Apis, ou Serapis, et Isis ont aussi inventé la médecine*, ce qui fait sept. Au chapitre suivant, je copie toujours : *Horus ou Apollon, ou Pœon et Arabus, autres inventeurs de la médecine.* Au chapitre 8 viennent *Esculape, Prométhée, Athotis, Tosorthros, Cinningo et Hoamti*, toujours et encore inventeurs de la médecine. Mais ici je m'arrête. Je viens de commettre deux ou trois erreurs qu'il importe de corriger. La première et la plus grave, c'est que j'avais présumé que tous ces inventeurs étaient venus après le déluge. Il n'en est rien, et j'avais tort. Leclerc s'en explique formellement page 26. *L'Esculape égyptien et tous les autres inventeurs de la médecine dont nous avons parlé jusqu'à présent, ont vécu environ le temps du déluge.* Et puis ensuite il n'y a pas tant d'inventeurs que je l'avais cru, fondé sur les titres des chapitres. Je vois d'abord, page 8, qu'il faut en retrancher Hammon, Zoroastre et Thoth, qui ne sont autre chose que les patriarches antédiluviens dont il a été question, et dont l'histoire a été déguisée par les Assyriens, les Egyptiens, les Phéniciens. Plus loin, page 16, il découvre qu'Osiris et Isis étaient contemporains de Thoth et peut-être bien de la même famille, conséquemment encore des patriarches. Il en est de même des autres, ou au moins de la plupart ; mais cela est surtout excessivement clair pour Esculape, *qui se trouve avoir été le cousin germain* d'Hermès. Du reste, si ces premiers inventeurs se réduisent ainsi à un assez petit nombre, j'aurais encore à vous en dénombrer une quantité prodigieuse d'autres après le déluge ; mais la patience vous manquerait, comme déjà elle me manque à moi-même.

Schulz, il faut en convenir, paraît en avoir eu la nausée comme nous, et il a sabré courageusement une bonne partie des histoires de ces illustres personnages. Mais comme il avait si bien établi l'existence de la médecine anté-diluvienne, et que le deluge menaçait de rompre la tradition, il affirme gravement que Noé était en état de conserver la science au nouvel univers, et même il est probable que les fils de Noé avaient déjà fait à l'époque du déluge des études assez fortes pour mériter le diplôme de professeur.

Mais enfin, direz-vous, ces temps sont si obscurs, qu'il est si non permis, du moins pardonnable de s'y égarer, et il est impossible que deux auteurs d'une si vaillante renommée ne se soient pas rapprochés du vrai en arrivant aux temps historiques. Eh bien, je vous le déclare ; comme ils ont toujours suivi le même système, toujours confondu tous les témoignages et toutes les époques, ils ne sont arrivés à la vérité historique que très rarement et comme par hasard. Voici par exemple, pour Leclerc, une petite série de délits historiques, soit par *commission*, soit, chose bien curieuse pour un tel érudit, par *omission*.

Leclerc admet, d'après Clément d'Alexandrie, que Moïse était médecin, et vous savez combien, à la suite de Leclerc, on a vanté les connaissances médicales de Moïse. Or, il ne fallait pas citer S. Clément, qui n'en savait rien, et il fallait lire la Bible, qui en savait quelque chose ; on aurait vu que Moïse n'avait jamais été et ne pouvait pas être médecin. C'est une erreur par *commission*. Ailleurs Leclerc ajoute qu'il n'a rien trouvé de plus sur l'histoire de la médecine jusqu'à la guerre de Troie ; il aurait bien fait de lire la Bible, il ne se serait pas rendu coupable d'une erreur non moins grave par *omission*.

Ainsi pour les temps héroïques de la Grèce, il raconte que les Asclépiades, à partir du siége de Troie, conservèrent la médecine dans leur famille. Au lieu de tant de glossateurs, de commentateurs, de témoignages parfaitement inutiles, il eût tout simplement fallu lire Homère, et il aurait vu que la médecine n'avait pas pu être conservée à partir du siége de Troie, par cette raison fort lumineuse qu'à l'époque du siége de Troie la médecine n'existait pas.

Pour les temps historiques il avance, sur un seul mot de Galien, que les Asclépiades avaient fondé trois célèbres écoles, l'une à Cos, l'autre à Cnide, la troisième à Rhodes. Galien vivait trop loin de l'époque, et il se souciait trop peu de la vérité historique pour que son témoignage ait quelque poids ; il est fort douteux qu'il ait existé une école à Rhodes ; et du temps d'Hérodote les *célèbres* écoles de Cnide et de Cos n'avaient encore fourni que quelques charlatans qui allaient faire fortune ou se faire crucifier en Perse. Les deux écoles vraiment célèbres alors étaient celles de Cyrène et de Crotone.

Arrivent enfin les temps d'Hippocrate, et pour savoir quelle intelligence en a eue Leclerc, il suffira sans doute de dire qu'il essaie à peine de distinguer un moment et qu'il finit ensuite par confondre, comme étant d'un même auteur et d'une même époque, les livres si nombreux et si divers de la collection hippocratique.

Si c'était ici le temps et le lieu, j'étendrais bien davantage cette critique, à laquelle il n'est pas peut-être un seul chapitre de Leclerc qui ne prête le flanc, et je retrouverais dans Schulz des contresens historiques tout semblables. Mais à quoi bon, direz-vous, s'acharner sur deux auteurs déjà anciens, qui ont subi l'influence de leur siècle, et dont les erreurs ne sauraient en définitive faire méconnaître le profond savoir et le talent ? A quoi bon ? Mais c'est qu'ils sont encore considérés comme les pères de l'histoire, et que leurs erreurs subsistent parmi nous. Depuis dix ans, il n'y a eu qu'un débat historique sérieux soulevé dans l'Académie royale de médecine, et il eût été tout-à-fait digne du lieu et de l'époque, sans quelques misérables traditions empruntées à Schulz et à Leclerc. Les abrégés historiques de Cabanis, de Tourtelle, de Mac-Mahon, tout ce qu'on peut imaginer de plus méchant en fait d'histoire, sont copiés, avec de nouveaux contresens faits par les copistes, sur les travaux du moins sérieux de Schulz et de Leclerc. Dujardin, avec plus de sobriété, a suivi la même marche dans son histoire de la chirurgie ; Portal n'a évité ce danger qu'en fesaut un recueil biographique et bibliographique plutôt qu'une histoire.

Mais vous voulez savoir si K. Sprengel échappera à cette proscription ? Assurément il faut louer dans Sprengel une érudition immense, originale, égale pour le moins à celle de Leclerc et de Schulz, bien qu'un peu moins sûre dans ses citations. Mais, après ces deux premiers auteurs, on aurait pu parier que les antiquités médicales étaient si bien embrouillées qu'à cet égard il ne restait rien à faire, et l'on aurait assurément perdu. Je ne connais rien de si pompeusement vide et ennuyeux, de si dénué de sens et de critique que tout le premier volume de Sprengel, sans vouloir faire tort aux autres. Et, afin que vous sachiez bien le juste motif de ma colère, c'est que c'est à la funeste influence de cette trinité historique, Leclerc, Schulz et Sprengel, qu'il faut attribuer la seule chose hasardée peut-être qui dépare cette grande et magnifique introduction à l'Hippocrate de M. Littré, où je voudrais rayer tout ce qui concerne les Asclépiades et les Asclépions.

Voilà une longue lettre, et fort menaçante pour l'avenir, si nous devions toujours traiter des sujets aussi graves. Mais je ne prétends point vous faire un cours complet et régulier de l'histoire de l'art, et la nature même du feuilleton s'y refuserait : ce sera tout simplement une sorte de promenade à travers toutes les époques, sans nous assujétir à aucun ordre ; touchant tour-à-tour à l'histoire, à la critique, à la littérature, à la biographie anecdotique, à l'étude des mœurs, et même au besoin à la théologie et à la politique, sans sortir cependant de ce qui regarde la chirurgie. Vous me passerez de temps à autre quelque article sérieux, en faveur d'un autre qui le sera moins ; l'anecdote servira de passeport à la critique ; et plus d'un détail futile en apparence, amènera avec lui quelque leçon. Toute capricieuse que soit cette méthode, j'aurai rempli mon but si je parviens à intéresser à l'étude de l'histoire les esprits légers par la variété des détails, les esprits sérieux par la nouveauté et peut-être par la portée des aperçus.

— M. Frapart a été embaumé par M. Gannal. Ses obsèques auront lieu demain vendredi, à onze heures très précises du matin. Le convoi partira de la maison mortuaire, rue Neuve-des-Bons-Enfans, 17, pour aller à l'église Saint-Roch, et de là au cimetière du Père Lachaise.

Sa famille et M. Bazille, son exécuteur testamentaire, prient ceux de ses amis qui n'auraient pas reçu de lettre de convocation, de considérer le présent avertissement comme une invitation.

— M. Magendie, professeur au Collége de France, a repris ses leçons sur la toxicologie mercredi 13 avril à onze heures, et il les continuera tous les mercredis et vendredis à la même heure.

d'un appareil convenablement disposé (par exemple celui qu'a imaginé M. Blancard lui-même) et de la limite de sensibilité connue d'un gaz, de doser les traces d'acide arsénieux que la liqueur renferme; traces qui ne sauraient être appréciées même par la balance la plus délicate.

La quatrième conclusion de ce travail tend à expliquer l'erreur dans laquelle sont tombés plusieurs chimistes, qui, ne se défiant nullement d'un zinc qu'ils avaient essayé à l'appareil de Marsh, ont été portés à attribuer à la matière qu'ils examinaient l'arsenic qu'ils ont trouvé dans les taches produites. Pour se prononcer dans ce sens, il leur suffisait d'employer un zinc arsénifère, dont l'arsenic se révèle seulement sous l'influence de l'hydrogène sulfuré. S'il en est ainsi, il n'est pas étonnant que d'autres chimistes, expérimentant les mêmes matières, soient arrivés à des résultats différens, si, indépendamment des circonstances diverses dans lesquelles ils ont pu se placer, ils se sont servis d'un zinc d'une autre nature, et se rapprochant plus de l'état de pureté que celui dont il vient d'être question. (*Journ. de Pharm.*)

Sur l'emploi du gaz acide carbonique dans certaines maladies des yeux et des oreilles; par M. le docteur RUETE, de Gœttingue.

L'appareil très simple imaginé par M. le professeur Wochler, pour dégager et appliquer le gaz acide carbonique, a été employé avec beaucoup de succès dans différens cas de laxité, de ramollissement et de dilatation passive des vaisseaux de la conjonctive, de la membrane muqueuse du canal lacrymal et des fosses nasales, et surtout contre les inflammations chroniques de la membrane qui revêt le tympan et la trompe d'Eustache, avec occlusion de ce conduit, dureté de l'ouïe et tintement d'oreilles.

Cet appareil consiste en un matras muni d'un trou à la partie inférieure et rempli de fragmens de marbre jusqu'au tiers de sa capacité. Le col de ce vaisseau est obturé par un bouchon de liége que traverse un tube de verre recourbé, dont la branche descendante va plonger dans un petit cylindre à moitié rempli d'eau. De ce cylindre part un autre tube de verre coudé, garni, à son extrémité libre, d'un ajutage effilé en pointe et maintenu par une chemise de caoutchouc. Le matras est placé enfin dans un large cylindre de verre ou de porcelaine, contenant jusqu'à moitié de sa hauteur de l'acide chlorhydrique étendu d'eau. Cet acide, se trouvant en contact avec le carbonate de chaux par le trou inférieur du matras, dégage l'acide carbonique gazeux qui, après s'être rendu dans l'eau du petit cylindre où il est lavé, s'échappe par le tube coudé.

D'après de nombreuses observations recueillies par M. RUETE, beaucoup des individus qui ont l'oreille paresseuse sont affectés d'un engorgement de la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de la trompe d'Eustache, et même d'une accumulation considérable de mucosités dans le conduit. Le gaz acide carbonique, dirigé, au sortir de l'appareil, et à l'aide d'un cathéter, dans l'ouverture pharyngienne de la trompe, non seulement peut ramener la membrane muqueuse à son état normal, mais encore en changer la sécrétion tant sous le rapport de la quantité que sous celui de la qualité.

L'auteur s'est servi, avec non moins d'avantage, du même moyen dans la blennorrhée du canal lacrymal. Pour cet objet il a eu recours au cathéter de Gensoul, introduit par l'ouverture nasale du canal lacrymal. (*Hannoverische Annalen*, 1841.)

Chronique.

Qui serait entré mardi dernier à l'Académie de médecine aurait cru avoir fait erreur de lieu, tant les objets qui s'y discutaient étaient étrangers aux ordinaires occupations de cette compagnie.

Il ne s'agissait, en effet, que de chevaux et de courses, et de la méthode de *l'entraînement*, sujets qui ont, du reste, fourni une intéressante séance dont tout l'honneur revient à M. Hamont, qui en a provoqué la discussion par un important mémoire lu dans l'avant-dernière séance. MM. les médecins vétérinaires, il faut le reconnaître, ont une manière de poser, d'envisager et de discuter les questions qu'il serait bien désirable de voir adopter par les autres sections de l'Académie; ils ne parlent d'ailleurs que de ce qu'ils savent, et cette réserve prudente les garantit de toute fausse route, si fréquente chez un certain nombre d'autres honorables qui ont l'outrecuidante prétention de pouvoir parler sur tout et à propos de tout.

— M. Royer-Collard, dont le début académique n'avait pas été très heureux à la séance précédente sur la proposition Louis, a voulu prendre sa revanche dans celle-ci, et, quoi qu'il ait été écouté avec faveur, il n'en est pas moins certain que sa longue argumentation a été détruite de fond en comble par M. Hamont, et surtout par M. Barthélemy. C'est que pour discuter gravement ces importantes questions, il ne suffit pas de la fréquentation journalière du *Jockey's club* et d'être un parieur plus ou moins *lion* de la pelouse de Chantilly.

— Est-ce que j'ai parlé long-temps, demandait l'orateur en sortant à un honorable? — A peu près le temps que vous mettez à fumer un cigarre, répondit le malin vieillard.

— Du reste, M. Royer-Collard a décoché, en passant, une épigramme contre nous, qui, tout récemment encore, avions été si bienveillans à son égard. Il nous en veut d'avoir divulgué sa répugnance pour la rue *des Poules*, et il nous reproche de ne pas prendre au sérieux sa robe professorale et son frac académique. Nous demandons très sérieusement aux habitués des boulevards, du café de Paris et du foyer de l'Opéra, s'il est possible de faire autrement avec M. Royer-Collard.

— L'hôpital où juges et candidats du présent concours doivent se rendre les jours de séance, est désigné d'avance, et cette indication est placée dans la salle des délibérations de la Faculté. Si l'on n'y prend garde il arrivera ceci, c'est que le candidat qui subira le dernier son épreuve, connaîtra d'une manière certaine l'hôpital où seront les malades qu'il doit examiner. Il pourrait ainsi avoir un avantage sur ses compétiteurs, avantage immense dans des questions de diagnostic.

— Broussais mourut si peu riche qu'il fut impossible de lui acheter un terrain suffisant pour déposer sa dépouille mortelle. Son ami, M. le docteur Frapart, qui s'était fait construire un tombeau au cimetière du Père Lachaise, donna l'hospitalité aux restes de ce grand médecin, en attendant que ses amis ou sa famille eussent rempli un devoir pieux et indispensable. Quatre ans se sont écoulés depuis, et les choses en sont restées en cet état. Voilà qu'une mort prématurée vient aussi d'enlever M. Frapart à ses amis. L'administration des cimetières est avare de ses places, et c'est avec peine qu'il a été possible d'éviter, pour le moment, aux restes mortels du plus grand médecin des temps modernes, l'humiliation de la fosse commune. Raconter ce fait sera suffisant, il faut le croire, pour que des mesures soient prises à cet égard par qui de droit.

PHYSIOLOGIE DE L'HOMME;

Par le Dr MARCHAL (de Calvi).

Il y a entre la grande physiologie de Burdach et la lourde physiologie de M. Adelon; entre celle de M. Magendie et celle de Richerand; il y a place pour de petites physiologies. Ainsi un abrégé de Burdach, d'Adelon, de Magendie et même de Richerand, serait un petit livre qui aurait son utilité. Mais ce livre serait petit dans toute la force du terme. M. Marchal a pensé, et cela sans la moindre irrévérence pour ces auteurs, qu'ils pourraient bien entrer sans trop se gêner dans un in-douze; il a même ajouté M. Gerdy, ce qui, à vrai dire, n'est pas un tour de force.

Ce n'est certes pas d'aujourd'hui qu'on fait des abrégés: on en a peut-être trop fait. Le procédé est connu et peu difficile à manier quand il s'agit seulement de concentrer sur un point limité des détails d'une science de détail. Ainsi, un manuel d'anatomie, un manuel de médecine opératoire, peuvent très bien être exécutés par des médiocrités actives et patientes. L'accessoire et le principal sont parfaitement distincts dans ces sciences. L'instrument pour ce triage est un espèce de crible qui n'a rien de commun avec l'esprit. Mais quand on veut toucher aux idées, les difficultés se présentent en foule.

Or, en physiologie, il est surtout question d'idées, de lois, de principes, toutes choses qu'on n'abrège pas, qu'on ne divise pas; mais on les groupe pour les soumettre à des points de vue peu nombreux qui, éclairés par une bonne philosophie, semblent se rapprocher de l'esprit qui les contemple et les étudie. C'est là le procédé suivi par M. Marchal, procédé difficile à manier.

L'analyse d'une physiologie qui n'a que 418 pages serait difficile à faire: aussi je ne l'entreprendrai pas. Mon but a été ici de dire dans quel esprit ce livre a été composé, et de signaler les points où cet esprit se fait surtout remarquer.

Sortant de l'école trop étroite des sensualistes, et évitant les nuages du kanto-platonicisme, l'auteur s'est élevé sans cesser d'être clair. Ainsi, pour lui, la sensation n'est pas seulement un nerf qui, impressionné, porte cette impression au cerveau qui la subit; la sensation a bien sa partie matérielle ou instrument, mais elle n'est réellement sensation que par l'esprit, dont le rôle est actif. La digestion ne se passe pas dans une boîte qui serait un ajoutage d'un ustensile de cuisine; c'est une fonction d'un autre ordre, car la vie préside à son accomplissement.

De la physiologie au roman il n'y a qu'un pas, et souvent les auteurs eux-mêmes ne savent pas toujours ce qu'ils ont fait de ces deux choses quand ils ont achevé leur livre.

M. Marchal est allé jusqu'à la poésie de la science, qu'il a voulu résumer, sans s'y perdre. Ceux qui voudront s'en convaincre n'auront qu'à lire ce qui, dans le chapitre *Digestion*, a trait à l'abstinence; ce qui, dans le chapitre des *Sens*, a trait à la vision. D'ailleurs l'élève (car c'est surtout ici un livre pour l'élève) qui commencera le premier chapitre lira le dernier, et relira tout ce qui a trait aux fonctions du système nerveux.

Si on veut absolument que le livre de M. Marchal soit une réduction, on devra le comparer à une de ces statuettes si élégantes et si justes en même temps qui nous représentent des colosses sans l'omission du moindre détail. M. Marchal, c'est Burdach en miniature.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

ONZIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui mercredi 13, M. Huguier a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés, l'un au n° 6 de la salle Saint-Jean, l'autre au n° 21 de la salle Saint-Paul à l'Hôtel-Dieu (service de M. Blandin).

La prochaine séance aura lieu vendredi. L'examen des malades se fera à l'hôpital dit de l'École, à quatre heures.— A cinq heures, séance publique.

— Une excellente occasion se présente: un des meilleurs cabinets de lecture de Paris, à vendre pour cause de santé uniquement. Cette position conviendrait parfaitement à une dame veuve ou à des personnes jouissant d'une modique fortune et désirant se faire, sans beaucoup de peine et sans aucuns risques, un revenu assuré et fort avantageux (Voir aux *Annonces*).

Nous avons eu occasion de voir les appareils orthopédiques de M. Béchard, et ce n'est que leur rendre justice en avouant qu'il est impossible d'atteindre à un plus haut point le degré de perfection et de commodité dont sont pourvus ces appareils. Ils sont employés sans qu'il en résulte la moindre gêne pour les enfans et les personnes déjà âgées qui en font usage.

M. Béchard joint à son établissement un magasin de bandages herniaires, de suspensoirs, etc. — Nous recommandons particulièrement ses jambes artificielles. — Rue de Tournon, 15.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD

SAMEDI 16 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 46. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Conférences cliniques.

Première conférence, du 4 avril. — Etat granuleux de la couenne qui recouvre le caillot du sang, coïncidant avec la présence du pus dans le sang.

M. Piorry a compris d'une manière fort large l'enseignement où le concours l'a placé. Il ne croit pas que ce soit une sinécure que la place de pathologie médicale à la Faculté. Non-seulement il fait avec exactitude son cours d'hiver à l'école, mais il joint à ses leçons théoriques une étude clinique journalière. Il observe consciencieusement, il écrit lui-même les dictées qu'il fait, et il permet à ses élèves de publier textuellement ce qu'il professe. C'est une chose remarquable que de le voir en même temps observer ses malades, écrire et dicter ce qu'il voit.

Il vient encore de donner plus d'extension à sa clinique, et ce sont ses propres paroles qui vont, avec l'assentiment du professeur, être reproduites dans ce Journal dans une série d'articles qui porteront la signature X...

Ce n'est pas tout, chaque année M. Piorry publie un volume sur l'objet de son enseignement de l'année précédente. Actuellement encore, nous savons que son Traité des maladies du cœur, des artères, des veines et des lymphatiques, est sous presse et sera publié dans quelques semaines.

C'est de cette façon que M. Piorry répond à la confiance de ses juges, et impose silence à ceux qui lui étaient hostiles.

Nous allons rendre compte, dans le premier article, de ce que le professeur a dit le 4 avril sur la pyohémie, ou infection purulente. Nous choisissons ce sujet parce qu'il est peu connu, parce qu'il est du plus haut intérêt pratique, et enfin par l'à-propos de cette conférence, qui a été faite après la lecture des compositions par écrit du concours de clinique chirurgicale, et lorsque les concurrens venaient de traiter l'infection purulente.

Messieurs, dit M. Piorry, hésitant sur le choix du sujet de cette première conférence, j'ai cru devoir vous parler d'un état particulier du sang qui est encore à peine connu, et dont nous venons d'avoir récemment un très remarquable exemple. Je veux parler de l'état granuleux de la couenne qui recouvre le caillot du sang, et qui ne s'est retrouvé, pour nous, que dans les cas où il y avait du pus contenu en quantité notable dans les organes, et en particulier dans les poumons.

Je dis que cet état est à peine connu, car dans les très remarquables compositions qui ont été faites ces jours-ci par l'élite de la jeune chirurgie, aucun des compétiteurs n'en a parlé, et cependant il y a déjà cinq ans que les faits qui ont rapport à cet état ont été publiés dans le Traité de médecine pratique et dans celui des altérations du sang.

Voici en quoi consiste l'état dont il s'agit :

La couche couenneuse qui recouvre le sang contient quelquefois des granulations arrondies, grisâtres, plus foncées au centre qu'à la circonférence, variant de volume depuis la grosseur d'une graine de pavot jusqu'à celle d'un grain de chenevis. Ces granulations sont plus ou moins nombreuses; il y en a quelquefois cinq ou six dans l'étendue d'un pouce carré; d'autres fois on en trouve bien davantage. Elles sont demi-transparentes sur leurs bords, et opaques à leur centre. Elles sont situées dans l'épaisseur même de la couenne. Si l'on enlève la pellicule qui recouvre celle-ci, on les trouve très apparentes et situées à différentes hauteurs dans l'épaisseur de la couche couenneuse. On peut les en détacher avec la pointe d'un scalpel, mais difficilement. Le reste de la couenne ne présente que les variations que celle-ci offre dans les cas ordinaires : des fractus allongés et grisâtres, plexiformes, des alternatives de coloration grisâtre, de transparence, etc.

Jusqu'à présent on n'a point trouvé dans le caillot quelque chose d'analogue aux granulations de la couenne.

Pour M. Piorry, ces granulations sont la conséquence de la présence du pus dans le sang; elles constituent la pyohémie à l'état aigu. Seulement cette pyohémie est ici compliquée d'une autre anormohémie, et celle-ci n'est autre que l'hémite, ou l'état couenneux du sang; de telle sorte qu'il s'agit ici d'une hémito-qyohémie, comme nous chercherons à le démontrer dans la suite de cet article.

Sur dix mille saignées, peut-être, que M. Piorry a pratiquées ou a fait pratiquer, il n'a observé le sang à couenne granuleuse qu'une vingtaine de fois. Or, depuis plus de six ans, il a examiné avec une sérieuse attention la couenne dans les cas très nombreux où elle s'est présentée; et jamais, encore une fois, quoi qu'il recherchât les granulations, il n'a pu découvrir rien de semblable. Or, dans les vingt cas en question, il est arrivé dix-sept ou dix-huit fois que la mort a eu lieu, et dans tous ces cas, *sans exception,* il y avait du pus dans quelque organe, et principalement dans le poumon, qui, le plus ordinairement, en était infiltré; c'est au moins 15 fois sur 17, que cet état purulent du poumon a été observé; et dans tous ces cas il s'agissait d'hémito-pneumonites (pneumonites avec sang couenneux) qui avaient suivi leurs périodes et qui étaient parvenues au troisième degré.

Depuis long-temps M. Piorry n'avait pas trouvé des granulations dans la couenne; mais il faut dire que depuis long-temps aussi, instruit par les faits qu'il avait vus à une époque très avancée de la pneumonite, il s'abstient généralement de saignées.

Il y a douze jours qu'un malade entra à l'hôpital, présentant une hémito-pneumonite au troisième degré. Ce malade fut saigné. Le sang se couvrit d'une couenne abondante et granuleuse. D'après ce seul fait, M. Piorry annonça que le poumon contenait du pus, et il en existait abondamment dans un lobe tout entier du poumon malade. En raclant avec le scalpel la portion ainsi infiltrée de pus, on en obtient un liquide parfaitement semblable à celui qui s'écoule des abcès ayant leur siége dans le tissu cellulaire.

D'après de tels faits, il semble tout à fait évident que les granulations de la couenne sont en rapport avec la présence abondante du pus chez des sujets atteints d'hémite. M. Piorry a fait voir du sang pareil à plusieurs médecins, et notamment à MM. Magendie, Andral, Donné, etc.

On a fait quelques objections à l'opinion qui vient d'être formulée. On a dit que pour prouver que les granulations fussent du pus, il faudrait qu'on eût consaté chimiquement, ou à l'aide du microscope, l'existence de celui-ci dans les granulations; et M. Donné ayant soumis du sang granuleux au foyer d'une lentille, n'a point vu qu'il se soit agi ici de globules purulens.

Mais qui a prétendu que ce fût du pus en nature, ou pour mieux dire en globules, qui fût ainsi contenu dans la couenne? Est-ce que l'on est même bien d'accord sur la forme des globules purulens? Est-ce que l'on ne sait pas maintenant, et même d'après les travaux de M. Donné, que le pus contient des globules de différentes sortes et de différentes grosseurs? Est-ce qu'on pense qu'en circulant avec le sang, la forme primitive des globules purulens ne serait pas altérée? Est-ce qu'on penserait qu'elle serait reconnaissable, après que cette circulation aurait eu lieu, aux mêmes caractères qu'avant leur absorption? Est-ce qu'il ne suffirait pas de quelques débris de globules pour donner lieu aux granulations de la couenne? En vérité, des objections de la force de celles qu'ont faites ici les micrographes sont sans valeur. Il faut donner à la micrographie beaucoup d'importance; mais il ne faut pas qu'on arrive à cette opinion : que les preuves cliniques sont inférieures, comme positivement aux faits microscopiques. Certes, quand sur dix mille cas on n'a trouvé que vingt fois de la couenne granuleuse, et que presque dans tous ces cas il y avait abondamment du pus dans les organes et surtout dans les

---

FEUILLETON.

DE L'INFLUENCE HYGIÉNIQUE DE LA CHERTÉ DE LA VIANDE.

On se préoccupe fort et avec raison du prix exorbitant de la viande de boucherie. Cette question, grosse de tempêtes, menace de devenir le prétexte des plus grandes catastrophes, si on ne la résout prochainement à la satisfaction des masses. Il n'entre pas dans notre plan d'envisager la cherté de la viande dont tout le monde se plaint, moins un petit nombre de producteurs, par ses conséquences politiques : mais nous avons en revanche qualité plus que personne de la considérer dans son influence sur la condition physique des populations. Eh bien, examinée sous ce point de vue, la cherté de la viande de boucherie menace d'une dégradation irréparable de la vigueur et de la santé les générations futures de la France. C'est ainsi que le côté politique et le côté hygiénique de cette grande question d'économie publique se rencontrent dans ce résultat final qui presse également une administration toujours trop molle quand il s'agit de l'intérêt du peuple, d'affranchir le commerce des bestiaux des prohibitions qui ne profitent qu'à quelques grands propriétaires, au détriment de la sécurité commune et du bien-être des classes laborieuses.

Le fait de la dégénérescence croissante de la race humaine en France résulte chaque année des opérations du recrutement : ces opérations attestent un progrès déplorable dans l'accroissement de l'inhabileté au service militaire parmi les diverses catégories de la population. Il serait trop long et hors de notre sujet d'établir par des chiffres officiels les proportions relatives de ces incapacités physiques dans les départemens agricoles, manufacturiers et commerciaux pris séparément : qu'il nous suffise d'affirmer que ces états, relevés avec soin par l'administration de la guerre, justifient annuellement de la réduction des jeunes gens valides sur tous les points de l'empire, compensation faite des légitimes exceptions. Une détérioration réelle se manifeste donc au sein de nos générations successives, voilà qui est constant : reste à trouver la cause de cette dégénération constante.

C'est une grave erreur de s'en prendre à une cause unique des résultats fâcheux ou prospères découverts par la statistique. La plupart des aligneurs de chiffres tombent journellement dans ce grossier mécompte, et induisent ceux qui les acceptent pour guides à des vues incomplètes et à des pratiques vicieuses. Ces inconvéniens ne tirent guère à conséquence dans les questions purement spéculatives, car une hypothèse de plus ou de moins ne saurait faire grand'chose sur de prétendues sciences dénuées de bases positives, et où d'ailleurs les hypothèses se détruisent par des hypothèses contraires. Mais il n'en est pas ainsi dès qu'il s'agit de questions essentiellement pratiques, comme celles dont s'occupent constamment l'hygiène et la médecine clinique; là, une statistique étroite, déduite de données insuffisantes ou de données mal prises, conduit immédiatement à des données meurtrières; trop heureux quand ses résultats contradictoires avertissent les praticiens sensés de ses illusions ou de ses mensonges.

Prévenus contre ces écarts, nous nous garderons d'imputer le fait de la détérioration de la jeunesse française à la seule diminution de l'usage de la viande; nous allons plus loin : nous pensons que la démoralisation des populations, les vices qui les infectent depuis qu'elles sont livrées à leurs passions sans frein ni soutien, depuis surtout que les classes élevées, en possession de toutes les jouissances, leur offrent de mille côtés des exemples de dépravation, nous pensons, disons-nous, que la démoralisation des masses joue un plus grand rôle que leurs besoins matériels dans le délabrement de leur constitution physique. Cependant, il faut reconnaître également la part que prend à ce délabrement la privation des objets de première nécessité, tels que la viande ou le pain.

C'est à bon droit que nous rangeons la viande au nombre des alimens de première nécessité : l'usage de la viande excite les forces, répare bien et promptement; elle est partout indispensable aux gens adonnés à des travaux corporels rudes, à ceux qui s'épuisent par de longues fatigues. Sous ce rapport, le gros du peuple, les ouvriers, les hommes de peine, ne s'en passent jamais sans inconvénient. Le premier effet de la privation de la viande est une langueur des fonctions digestives, un besoin incessant d'une restauration puissante, et, par suite de ces sensations pénibles, le désir de surexciter les voies gastriques à l'aide de boissons alcooliques ou d'assaisonnemens irritans, de lester un estomac en défaillance par de grandes quantités d'alimens.

Une conséquence ultérieure d'une semblable privation est de ruiner tôt ou tard le système général des forces, de dépraver la composition des solides et des liquides, de léser profondément les organes digestifs. Une constitution faible et cacochyme, jointe à un excès d'irritabilité transmise des pères aux enfans par voie héréditaire, résument en définitive l'influence de l'abstinence des viandes. Dans des dipositions si peu favorables, on observe à la fois une susceptibilité exagérée aux impressions des causes morbides, des maladies presque toujours graves, et des tables nécrologiques prodigieusement enflées. Ainsi s'expliquent d'une part la débilité constitutionnelle de nos classes inférieures, et d'un autre côté la proportion relativement croissante de leurs décès. Aux effets désastreux d'une alimentation insuffisante, ajoutez maintenant les débordemens inséparables d'une démoralisation portée à son comble, et vous serez étonné que la détérioration de ces classes ne soit pas plus marquée.

Si la viande est nécessaire au bien-être de l'économie, il n'en faut pas tirer la conséquence qu'une alimentation exclusivement animale puisse lui procurer tous les avantages de la santé et de l'énergie. L'usage exclusif des viandes accroît démesurément la masse du sang, suscite une irritation voisine des phlogoses, émousse les sens et le jugement, imprime à l'ensemble de l'organisation une sorte de fièvre continuelle; on assure même qu'il n'influe pas moins fâcheusement sur le moral que sur le physique, car on lui attribue une foule de passions brutales qui se rencontrent en effet très fréquemment chez les individus

poumons, et que dans les autres cas où le sang ne contenait pas de granulations, il n'y avait nulle part du pus, de tels faits valent bien la démonstration microscopique de la présence du pus dans la couenne ; à plus forte raison, pourrons-nous en dire autant des expériences cliniques.

Dans notre opinion, le fait précédent est, de tous, celui qui démontre le mieux l'existence de la pyohémie ou de l'affection purulente. Notons enfin qu'on n'a pas constaté de phlébite, ni aucun des accidens de cette phlébite, chez les malades qui ont présenté la couenne granuleuse dont il vient d'être question.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Fracture du col du fémur chez une femme âgée de soixante-seize ans. — Signes diagnostiques de cette fracture. — Son traitement.

Au n° 19 de la salle des femmes, se trouve une malade âgée de soixante-seize ans, entrée d'hier à l'hôpital à la suite d'une chute sur la hanche gauche. D'après l'examen superficiel et rapide que nous avons fait dès la première visite, nous avions diagnostiqué une fracture du col du fémur, parce que, ainsi que l'enseignait un grand praticien, Sabatier, une chute sur la région trochantérienne à un âge aussi avancé est une circonstance qui donne déjà une grande probabilité à un semblable diagnostic.

L'examen plus minutieux qui a été fait ce matin nous a fourni des signes confirmatifs et des preuves nouvelles en faveur de notre premier diagnostic. Nous avons reconnu que le membre est un peu raccourci, qu'il est porté dans la rotation en dehors, de sorte que la rotule, qui dans la position normale regarde en avant, regarde ici un peu en dehors. En outre, quand on exerce un mouvement de circumduction du membre on voit que le grand trochanter tourne sur lui-même ; or, dans l'état d'intégrité des parties, le grand trochanter, dans les mouvemens imprimés au membre, tourne autour d'un axe fictif correspondant à la tête même du fémur ; de manière à représenter un cercle dont le centre serait la tête, la circonférence la ligne décrite fictivement par le trochanter, et le rayon le col fémoral. Ce signe est très important ; mais nous n'avons pas entendu de crépitation, quoique nous ayons appliqué notre oreille sur la région trochantérienne, d'après le conseil de M. Lisfranc. Or, c'est là un des signes pathognomoniques les plus certains qui nous manque.

Ainsi nous avons des signes affirmatifs de la fracture du col du fémur et quelques signes négatifs. Malgré cette dernière circonstance, nous persistons dans notre opinion qu'il existe là une fracture ; c'est ce que nous allons essayer de mettre hors de doute par l'examen des signes positifs et négatifs auquel tous allons nous livrer.

Quels sont, dans le cas qui nous occupe, les signes négatifs? D'abord nous n'avons qu'une petite somme de raccourcissement, car le grand trochanter se trouve presque à la même distance de la crête de l'os iliaque que celle du côté sain ; en second lieu on ne constate pas l'existence de la crépitation : voilà pour les signes négatifs. D'un autre côté nous avons, comme signes positifs, la rotation du grand trochanter sur lui-même, l'impossibilité de lever le membre quand il est étendu sur un plan horizontal : notez que ces faits ont eu lieu à la suite d'une chute sur la région de la hanche et chez une femme de soixante-seize ans.

Reprenons maintenant chacun de ces signes en particulier. Bien que le membre soit un peu raccourci, ainsi que nous l'avons constaté, supposons qu'il ne le soit pas du tout, et voyons ce que l'on en pourrait conclure. En général, dans les fractures du col, il y a, il est vrai, du raccourcissement, mais ce raccourcissement a lieu surtout quand la fracture existe en dedans de la capsule fibreuse qui embrasse le col, et par conséquent lorsqu'elle affecte le col anatomique du fémur. Lorsqu'elle existe dans un point plus inférieur, et que les deux fragmens s'engrènent entre eux, le raccourcissement ne peut pas avoir lieu ; donc ce signe peut manquer, bien qu'il existe une fracture bien reconnue : donc son absence n'exclut point l'existence de cette lésion. Pour qu'il y ait raccourcissement, il faut que la fracture intéresse le col chirurgical, et que les fragmens glissent l'un au-devant de l'autre. Quant à la position du grand trochanter relativement à la crête de l'os des iles, d'après ce que nous venons de dire, cette circonstance ne constitue pas un signe d'une grande valeur. Pour la crépitation, ce serait, certes, là un signe pathognomonique de la fracture, d'une valeur réelle ; mais cette crépitation est assez rarement perçue dans cette espèce de fracture, et cela par plusieurs raisons ; d'abord, dans cette région, les os sont très profondément situés et entourés ordinairement de muscles épais, ce qui ne permettrait pas au petit bruit de craquement d'arriver jusqu'à l'oreille du chirurgien ; ensuite, si les fragmens s'engrènent, la crépitation est impossible. Enfin, pour percevoir la crépitation, il faut pouvoir saisir avec les mains les deux bouts fracturés et les faire basculer l'un sur l'autre, ainsi qu'on le pratique dans les fractures de la jambe ou des membres supérieurs : or, cette manœuvre est impossible dans les cas de fracture du col fémoral. Donc ce signe, qui est par lui-même d'une très grande valeur, pouvant manquer, n'est donc point essentiel, je le répète, au diagnostic de cette fracture. Les symptômes affirmatifs de cette maladie que nous avons énoncés, nous semblent donc suffire pour appuyer notre diagnostic.

On pourrait à la rigueur avoir affaire à une luxation ; mais ou la luxation aurait lieu en bas, et l'on aurait alors un allongement du membre au lieu d'un raccourcissement ; la tête de l'os ferait saillie dans la région inguinale, et le membre serait porté dans la rotation en dedans et non en dehors. Si la luxation était en haut, on aurait une tumeur dans la fosse iliaque ou dans la fesse, tumeur formée par la tête de l'os, et qu'il serait très facile de reconnaître au toucher ; il y aurait en outre un raccourcissement considérable, et le membre serait porté dans la rotation en dedans : or, tout cela n'a pas lieu dans le cas qui nous occupe.

S'agirait-il simplement d'une forte contusion à la hanche? Mais, dans ce cas, il n'y aurait pas de raccourcissement ; il n'y aurait pas non plus cette rotation du grand trochanter sur lui-même. Ainsi, tout bien pesé, on ne peut s'arrêter qu'à l'idée d'une fracture du col fémoral ; cette opinion sera encore corroborée par la considération de la cause qui a produit l'accident, et de l'âge de la malade.

Le pronostic est très grave, justement à cause de cette dernière circonstance ; l'âge très avancé de la malade ne lui permettant pas de rester long-temps dans la même position, sans donner lieu à des troubles plus ou moins graves dans l'innervation et dans les principales fonctions. A cet âge, l'organisme a besoin d'exercice et de stimulation. D'un autre côté, cette espèce de fracture est très difficile à consolider chez les vieillards, à cause du peu d'énergie avec laquelle se fait la nutrition ; d'autant plus qu'il s'agit ici d'une fracture dont la consolidation est difficile à obtenir même dans le jeune âge. Je sais bien qu'Astley Cooper a émis une opinion contraire ; mais tous ses raisonnemens spécieux et les quelques faits qu'il a pu mettre en avant pour appuyer son opinion, ne pourront jamais détruire la vérité de ces principes fondés sur l'expérience de tous les temps et de tous les jours.

Notre malade succombera probablement. Est-ce une raison pour permettre qu'elle se lève, et qu'elle n'observe pas les prescriptions que la saine thérapeutique chirurgicale enseigne dans ces circonstances? Non, certainement ; car s'il y avait encore une chance de guérison, l'infraction des précautions nécessaires l'annihilerait au détriment de la malade.

Parmi les appareils proposés contre cette fracture, nous choisissons celui de Dupuytren, consistant en un double plan incliné sur lequel on maintient le membre fixé. Ce double plan est formé par des coussins placés sous le genou de manière à tenir la cuisse fléchie sur le bassin, et la jambe fléchie sur la cuisse ; on fixe ensuite la jambe et la cuisse dans la position qu'elles doivent occuper, à l'aide de draps pliés en cravates et fixés d'un côté à l'autre du lit horizontalement en passant obliquement sur le membre même. Il est de la plus haute importance, pour le succès de ce traitement, de bien appliquer ces lacs : ainsi, celui qui doit fixer la cuisse passera sur elle, et se fixera aux barres latérales du lit en allant obliquement de haut en bas et d'avant en arrière ; tandis que le lac destiné à fixer la jambe, après avoir par son milieu croisé le coude-pied, ira se fixer aux barres du lit en suivant une direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière, et il fixera le pied de sorte que sa pointe soit portée en dedans. Sans ces précautions, le membre serait mal maintenu, et la consolidation, si elle avait lieu, serait vicieuse. Cet appareil a l'avantage d'être peu gênant, en remplissant pourtant toutes les indications ; en effet, l'extension est exercée par les lacs qui fixent d'une manière assez solide le membre, et la contre-extension est formée par le poids du corps lui-même, contre-extension qui d'ailleurs n'est pas incommode pour le malade comme celles que l'on opère par les autres méthodes. L'inconvénient qu'on pourrait reprocher à cette méthode consisterait dans la position dorsale que le malade est obligé de garder, et qui peut donner lieu à la formation d'eschares au sacrum, eschares qui sont toujours dangereuses, et principalement chez une malade d'un âge aussi avancé que la nôtre. Cet inconvénient est grave dans ce cas-ci, nous ne nous le dissimulons pas, mais il est inévitable, quelle que soit la méthode à laquelle on ait recours ; aussi avons-nous fortement lieu de craindre que la malade succombe avant la consolidation de sa fracture, quels que soient les soins que nous apportions à son traitement.

SUR LE DIAGNOSTIC DE L'ENGORGEMENT DE LA PROSTATE A SON DÉBUT. (Suite)

Par M. le docteur Leroy-d'Etiolles.

Que doit-on penser de la névralgie et du rhumatisme de la vessie?

Nous avons indiqué dans le n° du 9 avril les signes auxquels on peut reconnaître la première période de la prostatite lente, signes que l'on a cent fois observés, mais que l'on attribuait à d'autres maladies. Il est en effet assez bien reconnu que tous les signes dits rationnels de la pierre peuvent être réunis sans qu'il existe dans la vessie de concrétion urinaire : ces besoins fréquens d'uriner, accompagnés d'un peu de douleur, qui ne reconnaissent pour cause ni un calcul, ni un catarrhe de la vessie, ni aucune altération organique, furent considérés comme des névralgies par les uns, comme le produit d'un principe rhumatismal par d'autres ; enfin, ceux aux yeux desquels névralgie et rhumatisme sont choses également obscures ont admis un rhumatisme nerveux, afin sans doute de concilier les deux opinions. Personne ne s'avisait de soupçonner que *le plus souvent ces symptômes sont l'indice du début de l'engorgement de la prostate*, lorsque je soumis aux Académies des sciences et de médecine mes observations sur ce sujet en 1839 et 1840. Je l'avouerai, mes démonstrations me paraissaient péremptoires : je crus dès-lors que la névralgie de la vessie allait être dépouillée de cette existence qu'on lui avait prêtée faute de mieux, lorsque M. Civiale est venu la prendre sous sa protection et s'efforcer de la caser somptueusement dans la pathologie. Est-il donc vrai que la névralgie de la vessie mérite une place aussi importante? Me serais-je trompé au point de méconnaître les ravages qu'elle peut produire? C'est ce que nous allons voir par l'examen des diverses propositions émises par M. Civiale. Voyons d'abord la définition qu'il donne.

« Les névralgies sont des augmentations, des diminutions, des subversions de la sensibilité et de la contractilité considérées d'une manière absolue et isolée de tout autre état morbide (page 5).

» Ce sont des troubles fonctionnels déterminés par une répartition inégale de l'action vitale (page 20). »

Voilà, j'espère, une définition nouvelle de la névralgie ; peut-être pourait-elle être exprimée plus clairement, et M. Civiale semble l'avoir senti, car on lit à la page 6 : « Quoique cette explication me paraisse la plus plausible aujourd'hui, je ne me dissimule pas le vague que laisse dans l'esprit l'admission de troubles fonctionnels isolés et placés pour ainsi dire en dehors de toute lésion de texture. » Je suis parfaitement de l'avis de M. Civiale, cela est très vague en effet.

Voici une autre phrase beaucoup plus positive, beaucoup

---

et les nations vivant en grande partie de viande. La meilleure alimentation se compose du mélange des végétaux et des viandes, en modifiant leurs quantités respectives selon les circonstances et les dispositions.

Nos classes laborieuses n'ont malheureusement pas le choix entre les deux systèmes de nourriture ; elles consomment journellement moins de viande ; et si cette réduction va croissant, on peut prévoir l'époque prochaine où les vices de nos lois prohibitives les forceront à s'en abstenir entièrement. Signalons en quelques mots les progrès de cette abstinence obligée, et les causes principales du haut prix de ce précieux aliment.

Il est établi qu'à Paris, par exemple, où l'état de la consommation est fait d'une manière très rigoureuse, le nombre des animaux abattus pour l'alimentation de ses habitans n'a pas cessé de décroître depuis 28 ans dans une proportion énorme. Le déficit qui en résulte dans la consommation moyenne de la viande pour chaque individu s'élève à plus de 36 pour 100. Ainsi la différence entre la consommation de viande en 1840 et celle de 1841 est si grande, qu'elle eût suffi à substanter une population de 20,000 âmes ; et comme la population s'accroît de 12,000 individus environ par année, il s'ensuit que dans le seul espace d'un an la consommation de cette denrée particulière a diminué d'une quantité égale à ce qu'il en faudrait pour nourrir 32,000 personnes ; c'est un peu plus de 3 pour 100 de la population actuelle de Paris. N'est-on pas effrayé de cette loi de décroissance qui porte entièrement sur les classes qui auraient le plus besoin de viande? Si on ne fait rien pour l'arrêter, dans dix ans il y aura peut-être un tiers de la population de Paris qui aura complétement perdu l'usage de cet aliment.

Il résulte en outre des documens empruntés à toute la France que chaque individu n'a pour sa part de viande que 20 kilog. 50 par an ; tandis qu'en Angleterre, par exemple, la part de chaque individu est de 80 kilog. dans le même espace de temps. Certes, nous sommes loin d'ambitionner pour la population française une aussi forte proportion de viande, nos mœurs nationales ne pourraient que perdre à se rapprocher sous ce rapport des habitudes carnivores de l'Angleterre ; mais nous pensons qu'il y a urgence pour aller au-devant de la détérioration de la race humaine de France, de la mettre en mesure de consommer au moins tous les ans 40 à 50 kilogrammes de viande par tête.

Nous n'avons parlé ici que de la viande de boucherie, abstraction faite de la volaille, du gibier et de la viande de porc. En effet, la volaille et le gibier ne sauraient être à la portée du peuple : ces sortes de viandes ne sont guère qu'un objet de luxe destiné à compléter le service de certaines tables privilégiées, et nullement en état de suppléer à la viande de boucherie. Quant à la viande de porc, la seule dont le peuple puisse faire usage, qui ne sait que c'est une nourriture des plus malsaines, et nullement comparable à l'autre viande ; la viande de porc charge l'estomac, remplit les organes de sucs muqueux et lymphatiques, embarrasse le jeu des fonctions essentielles à la vie. Les individus qui en font un usage habituel transpirent difficilement, sont lourds, épais, et très disposés aux congestions humorales du côté des voies gastriques et du cerveau. Elles ne conviennent tout au plus qu'à certains individus doués d'une énergie digestive hors ligne, dans les pays très froids et pendant les hivers rigoureux. C'est à cause de leur influence généralement peu convenable qu'elles sont interdites en été et dans les pays chauds aux enfans, aux femmes et aux constitutions débiles. Les mêmes raisons les ont fait recommander jadis par Hippocrate et par Galien aux athlètes, aux personnes habituées à de violens exercices. Somme toute, néanmoins, cette sorte de viande n'offre aucun des avantages de la viande de boucherie, et elle réunit la plupart des inconvéniens du plus mauvais régime. D'ailleurs, la consommation actuelle en France, dans l'état de pénurie de la première espèce de viande, ne suffit même pas pour combler la lacune de la privation de celle-ci.

Les causes de la disette de cette viande tiennent à des considérations de plusieurs ordres. Les unes et les autres sautent aux yeux des plus médiocres économistes, et pourtant le pouvoir, à qui il appartiendrait de les détruire, perd son temps à demander conseil aux plus intéressés à les entretenir. Ces causes, tout le monde le sait, sont d'une part l'excès des droits d'entrée dans les villes et à la frontière, le mode de perception des taxes par tête au lieu de l'établir sur le poids et la qualité des bêtes ; d'un autre côté, l'incurie ou l'insouciance pour l'élève et l'entretien des bestiaux.

La taxe par tête, indépendamment de l'exorbitance de la taxe même, conduit à ce résultat que la moins bonne se trouve précisément la plus grevée. En effet, notre taxe de 55 francs ne charge le kilogramme de viande de première qualité que de 13 centimes, tandis que la qualité inférieure paie plus de 38 centimes. L'excès de la taxe n'a d'autre but que d'empêcher la concurrence du bétail étranger avec le bétail de nos propriétaires au détriment de la consommation de la viande et dans le seul intérêt de quelques producteurs. Le remède à cette première cause de disette des viandes est entre les mains de l'administration ; il lui suffirait de vouloir, et le bétail étranger, introduit dans les marchés de la France, y remplacera aussitôt la disette par l'abondance.

La pénurie des bestiaux est une cause plus lente à dissiper ; c'est aux agriculteurs à soigner la culture de leurs terres de manière à fournir en même temps au soutien et à l'engrais des diverses espèces de bétail ; mais c'est encore à l'administration qu'il appartiendrait de prendre l'initiative des meilleurs moyens de favoriser l'élève des bestiaux. Nous n'avons à cet égard aucune idée à émettre, aucun plan à suggérer ; nous ferons remarquer seulement que le premier devoir d'un gouvernement sage est de subvenir, en dépit de quelques intérêts égoïstes, aux plus pressans besoins de ses peuples.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

plus claire, mais je ne comprends pas qu'elle ait été écrite par la même plume que la définition citée plus haut.

« Les preuves s'accumulent pour nous faire rayer du cadre nosologique des états morbides qui ne dépendraient que d'un simple trouble fonctionnel, d'une lésion vitale essentielle étrangère à toute altération de texture (page 4). »

Nous pourrions exprimer la résultante des opinions ci-dessus par la fameuse phrase de Hamlet, légèrement modifiée toutefois : *To be* AND *not tobe that is the question* (Etre ET ne pas être, telle est la question).

Première proposition. — *Cette augmentation et cette diminution de la sensibilité*, qui existent indépendamment de tous troubles matériels, donnent cependant lieu à des altérations matérielles, et peuvent causer à la longue la destruction des organes sur lesquels ils se sont fixés. Transcrivons encore : « Sous l'influence d'une cause passagère presque toujours insaisissable, la sensibilité de l'urètre et surtout du col vésical, se trouve exaspérée au point de ne plus permettre aux fonctions de s'exécuter d'une manière régulière, et une fois établie, *cette exaspération s'entretient par ses propres effets*, tant sur le jeu de l'organe que sur la nature de l'urine, qui souvent alors acquiert des qualités morbides (page 7). »

Deuxième proposition. — L'engorgement de la prostate, le catarrhe de la vessie, la gravelle même, peuvent être, suivant M. Civiale, le résultat de la névralgie du col de la vessie.

Je me garderai de faire l'analyse de chacune des observations qu'il a fait entrer dans ce chapitre, et de chercher à prouver que les symptômes rapportés à la névralgie de la vessie n'étaient que les phénomènes dépendant des maladies auxquelles on prétend qu'elle a donné lieu, ou qui seraient venues la compliquer. Je n'en citerai que deux rapportées aux pages 95 et 96, pour donner un exemple des faits sur lesquels M. Civiale base ses idées.

« A la suite de fatigues excessives, le malade (qui est médecin) commença à éprouver quelques dérangemens dans les fonctions de la vessie : bientôt besoins fréquens d'uriner, difficulté et douleur pour les satisfaire, sensation de gêne et d'embarras au périnée, au pubis, à l'hypogastre, se propageant tantôt vers les cuisses et surtout dans la direction des lombes. Quelque temps après à ces symptômes se joignirent des indices de gravelle ; l'urine était parfois trouble et catarrhale ; la sécrétion urinaire elle-même offrait beaucoup d'irrégularité. Le malade se rendit à Paris. Il était facile de juger, d'après le seul exposé des phénomènes morbides, qu'il ne s'agissait que d'une névralgie du col vésical ; le catarrhe et la gravelle étaient consécutifs. »

La seconde histoire a aussi pour sujet un médecin, que M. Civiale ne nomme pas ; mais ce qu'il en dit m'a fait reconnaître M. Martinet (de la Creuse). En ce cas je puis dire ce qu'est devenue cette prétendue névralgie ; elle avait pour cause un calcul méconnu malgré plusieurs explorations : je l'ai détruit par la lithotritie, et M. Martinet est retourné à Bourganeuf reprendre la vie si honorable mais si fatigante de médecin d'une petite ville.

Troisième proposition. — Nous venons de voir la névralgie donner lieu à la gravelle et à la pierre ; nous allons la montrer, toujours dans les idées de M. Civiale, produite par elles.

« L'action d'un calcul sur le col de la vessie, est-il dit page 69, est incontestablement une des causes les plus puissantes de ce genre d'affection. » De même pour l'atonie de la poche urinaire, si du moins j'ai bien compris le passage suivant que je trouve page 55, « l'atonie de la vessie est une cause puissante de névralgie du col *qui, à son tour, peut exercer une grande action sur la lésion vésicale.* Ce sont là, je le répète, deux états très fréquens qui s'influencent fréquemment. En effet, l'exaltation de la sensibilité du col vésical entraîne celle de la contractilité ; d'où il suit que l'excrétion de l'urine s'accomplit avec lenteur et difficulté. »

Est-ce le cas de faire l'application des vers suivans ?

Ce que l'on conçoit bien, s'énonce clairement.
(BOILEAU.)

Cui lecta potenter erit res,
Nec facundia deseret hunc, nec lucidus ordo.
(HORAT.)

Quatrième proposition. — La névralgie du col de la vessie conserve son existence propre et ses caractères distinctifs au milieu des autres maladies qu'elle produit, qui la produisent et la compliquent. « Je constatai, dit M. Civiale (p. 79), une névralgie *très vague*, avec engorgement de la prostate, catarrhe purulent et atonie de la vessie ; la santé avait beaucoup souffert et le moral était détraqué. » Il ne fallait rien moins que les yeux de ce chirurgien pour suivre et distinguer sa névralgie au milieu de tant de maladies graves qui semblaient devoir l'obscurcir.

Il n'était entré jusqu'ici dans l'esprit de personne de supposer qu'une douleur nerveuse fixée pendant un certain temps sur un organe puisse en altérer, en détruire la texture et changer la sécrétion d'organes voisins ; qu'en un mot la cystalgie puisse déterminer la gravelle, le catarrhe, l'atonie de la vessie, l'engorgement de la prostate et tout ce qui peut s'en suivre.

Avant d'aller plus loin, tâchons de tomber d'accord sur la valeur des mots. N'est-il pas vrai que l'on entend par névralgie un état maladif d'un tronc nerveux, dont l'effet principal est une douleur extrêmement aiguë qui suit les ramifications du nerf et qui revient ordinairement par accès ? Telles sont les névralgies sciatique et faciale ; ce n'est pas, je pense, dans cette catégorie que pourrait être placée la névralgie de la vessie. On admet bien que certains organes, l'estomac, les intestins, par exemple, peuvent être le siége de douleurs non inflammatoires que l'on nomme gastralgie, entéralgie, etc. ; c'est à cette classe que devrait être rapportée la cystalgie ; mais ce ne sont pas là de véritables névralgies, puisqu'elles n'ont point les caractères distinctifs de cette maladie ; et en admettant que ces douleurs et ces troubles fonctionnels aient pu, en l'absence ne notions plus exactes, être considérés comme des phénomènes nerveux, encore faut-il que les organes sur lesquels ils se manifestent n'aient subi aucune altération de texture, autrement ces phénomènes cessent d'être une maladie essentielle pour devenir symptômes de l'affection matérielle méconnue à son début.

Si l'on convenait que par cystalgie on désignera seulement un effet, un symptôme, une douleur comme l'indique son étymologie, je considérerais son adoption comme de peu de conséquence. Mais si de la névralgie on veut faire une maladie essentielle qui, affectant d'abord les nerfs d'un organe sans changement aucun de texture, se matérialise peu à peu, se transforme et passe des filets nerveux aux tissus fibreux et musculaires dont elle produit l'engorgement, l'hypertrophie, l'inflammation, la désorganisation enfin ; alors je ne comprends plus, je m'arrête et je laisse aller ceux qui se contentent des mots, qui préfèrent une mauvaise théorie à un doute.

Ce n'était pas le mot de névralgie que la plupart des chirurgiens du dernier siècle et du commencement de celui-ci employaient pour exprimer l'ensemble des symptômes dont la vessie est le siége, et que nous avons dit simuler ceux de la pierre. Ils pensaient que ces symptômes sont produits par un rhumatisme, et, en effet, il est fréquemment possible de reconnaître l'origine rhumatismale de ces symptômes, de constater qu'ils se sont montrés vers la région de la vessie après la disparition de douleurs dans d'autres parties du corps. Ces chirurgiens étaient donc jusqu'à un certain point dans le vrai ; seulement ils n'avaient point apprécié les altérations de l'urètre et de la prostate, qui tantôt précèdent et appellent le rhumatisme, tantôt sont produites ou augmentées par son séjour.

On s'étonnera peut-être de me voir attribuer au rhumatisme une influence dans ces modifications matérielles, que je refusais tout à l'heure à la névralgie ; et cependant ce n'est pas sans raison que j'admets une telle différence, car tout ce dont ne rend point compte la supposition d'une névralgie s'explique très bien par le rhumatisme.

Ainsi, les phénomènes morbides qui nous occupent en ce moment sont beaucoup plus fréquens chez l'homme que chez la femme, plus sujette aux affections nerveuses, bien moins sujette, comme on le sait, aux affections rhumatismales.

Le rhumatisme s'empare plus souvent encore des tissus fibreux que des tissus musculeux ; il s'y fixe d'une manière plus durable, témoin les articulations : or, nous voyons que le corps de la vessie de l'homme est entouré d'un corps glandulaire, dans lequel on voit du tissu fibreux dont l'apparence devient, avec l'âge, de plus en plus manifeste.

Le rhumatisme chronique détermine l'engorgement, le gonflement, la rigidité, puis plus tard le ramollissement des tissus fibreux ; il y produit quelquefois de la suppuration, des ulcérations ; nous voyons tout cela se succéder dans la prostate, et nous pouvons même remarquer que la portion moyenne et supérieure qui se développe plus particulièrement pour donner lieu au *lobe pathologique*, nommé lobe moyen par E. Home, est aussi celle dans laquelle le tissu fibro-cellulaire est plus abondant. Il est vrai que ce développement partiel est encore favorisé par l'absence de pression dans ce seul point ; la glande étant partout ailleurs enveloppée d'aponévroses, ou se faisant obstacle à elle-même du côté de l'urètre.

Le rhumatisme dépose dans les tissus fibreux articulaires des concrétions de phosphate de chaux qui les déforment ; c'est aussi le phosphate de chaux qui constitue les calculs de la prostate, dont le développement a lieu dans le tissu fibro-cellulaire, tandis que ceux qui se forment dans les conduits excréteurs de la glande communiquant avec l'urètre peuvent être composés d'acide urique et de phosphate triple.

Les mouvemens et la contraction des muscles rhumatisés sont accompagnés de douleur ; or, c'est surtout pendant et après l'émission de l'urine que la douleur est ordinairement éprouvée. Quant aux sensations pénibles qui s'irradient dans les flancs, à l'hypogastre, l'envahissement simultané des muscles de ces régions par le principe rhumatismal les explique ; ce que la supposition d'une névralgie ne saurait faire encore.

Ce que nous venons de dire au sujet de la cystalgie, nous pourrions l'appliquer à toutes les névralgies. Quels sont, en effet, les organes que l'on suppose être le siége de ces maladies devenues si en faveur dans le langage médical ? Ce sont : l'estomac, les intestins, le cœur, le péricrâne et le muscle occipito-frontal, l'utérus, tous formés de tissus musculaires et fibreux. On n'a jamais songé à décrire des névralgies du foie, de la rate, des poumons, ni d'aucun organe parenchymateux. La cardialgie, l'entéralgie, bon nombre d'hémicrânies ne seraient-elles donc que des rhumatismes ; car on est d'accord sur ce point, que le rhumatisme peut se montrer partout où les tissus fibreux et musculaires existent ? Une assertion exagérée amène toujours une réaction : l'on veut faire du rhumatisme une névralgie ; mais à mon tour ne pourrais-je pas demander avec plus de raison si la névralgie des gros troncs nerveux irradiant suivant les trajets de leurs rameaux, celle enfin que l'on admet généralement, *n'est pas elle-même un rhumatisme, si ce n'est pas le névrilème ou enveloppe fibreuse qui se trouve uniquement affectée ?* Les deux nerfs qu'affecte le plus souvent la névralgie, le facial et le sciatique, ne sont-ils pas en effet ceux qui sont pourvus du névrilème le plus résistant et le plus dense ? La nature de la douleur qui semble résulter d'une pression, d'un étranglement d'un nerf, son retour par crises, par accès rémittens, retour habituel aux affections rhumatismales, l'absence d'altérations dans la substance délicate du nerf après d'aussi atroces douleurs, ne donnent-elles pas au moins beaucoup de vraisemblance à cette opinion ?

Je ne me dissimule pas que je suis venu me heurter en passant à l'une des questions les plus ardues de la médecine ; je sais qu'il y a imprudence à frapper une croyance aussi généralement admise ; et si j'en avais douté, l'orage qu'a soulevé, dans le sein de la société de médecine, l'atteinte portée par moi à cette classe intéressante de maladie, m'en aurait suffisamment averti. Peu disposé toutefois à rétracter mon hérésie, comme l'ont appelée plusieurs de mes collègues, mais ne pouvant donner dans ce mémoire à une telle discussion la place qu'elle mérite, je reviens pour m'y circonscrire, à ce qui concerne la vessie et la prostate.

J'ai dit que les symptômes simulant la présence d'une pierre, se montrent aussi rarement sur les femmes qu'ils sont fréquens pour les hommes. Ces derniers m'ont fourni des exemples par centaine ; tandis que j'en ai à peine vu une quinzaine sur des femmes. *L'existence de la prostate dans un sexe, son absence dans l'autre, m'a paru rendre compte de cette différence.*

Lorsque ces symptômes existent chez la femme, presque toujours en examinant attentivement on trouve quelque cause à laquelle ils peuvent être plus rationnellement rapportés qu'à une simple affection nerveuse ; tantôt c'est un léger catarrhe de vessie, tantôt c'est la disparition d'une dartre, d'un rhumatisme, plus souvent c'est une position vicieuse ou une maladie de l'utérus. Je vois en ce moment une dame qui, par l'application d'un pessaire, fait cesser à volonté les symptômes d'une névralgie de la vessie contre laquelle on avait employé vainement tous les révulsifs.

J'ai donné des soins, avec M. le docteur Potier, a une dame qui pendant trois ans avait des symptômes de névralgie de la vessie avant que les symptômes d'une maladie grave de l'utérus se dessinassent. J'ai appris que le successeur du sage professeur Boyer a récemment offert à la malade d'enlever le col de la matrice, opération qui, si elle est faite, ne guérira pas, car c'est par le corps de l'organe que le mal a commencé.

Il me paraît donc évident que l'on a fait un étrange abus du mot névralgie, particulièrement en ce qui concerne la vessie : mais, pourrait-on me dire, à quoi bon cette discussion ? en quoi importe-t-il de savoir s'il y a névralgie ou rhumatisme, si ce sont des filets nerveux, la substance propre du nerf qui est malade, ou si ce sont les tissus musculaires et fibreux ? A quoi bon ? le voici : le mot névralgie emporte avec lui l'idée d'un simple trouble fonctionnel, d'une simple exagération de la sensibilité, sans altération organique ; si donc vous admettez la névralgie de la vessie, vous inspirez, sur la nature des phénomènes de sensibilité dont elle est le siége, une sécurité qui peut devenir funeste. Vainement vous direz que cette névralgie peut fréquemment donner lieu à des altérations organiques ; comme cela est contraire non seulement à toutes les idées reçues mais surtout à la réalité, l'on ne vous croira pas, et l'on agira selon la foi médicale dans laquelle on aura été élevé. Il n'en est pas de même du rhumatisme, on connaît les altérations de texture auxquelles son séjour prolongé donne lieu dans les tissus fibreux des articulations, et l'on peut les craindre pour le tissu fibro-celluleux de la prostate. Que l'on n'aille pas cependant me taxer d'une exagération dont je cherche en toute chose à me garantir : je ne veux point donner au rhumatisme, dans la production des phénomènes morbides dont il s'agit, plus d'importance qu'il n'en mérite ; il ne vient qu'en seconde ou en troisième ligne, après les rétrécissemens anciens *même légers*, après la blennorrhagie, peut-être même après la masturbation ; mais quant à la réalité de son influence, elle ne me paraît pas douteuse et c'est pour cela que j'admets une prostatite rhumatismale. Quelle que soit au surplus celle des causes qui agit, ce qu'il importe surtout de savoir c'est que l'apparition de ces phénomènes morbides est liée de près ou de loin à l'engorgement de la prostate, que déjà il existe ou est sur le point de se manifester.

OBSÈQUES DE M. FRAPART.

Les obsèques de M. le docteur Frapart ont eu lieu hier au milieu du concours de ses amis, de plusieurs médecins de Paris, et d'un grand nombre d'ouvriers qui avaient suivi les cours de phrénologie morale que M. Frapart faisait tous les dimanches exprès pour eux. Il avait recommandé la plus grande simplicité pour ses funérailles, et ses dernières volontés ont été exécutées. Arrivé au cimetière, le corps a été descendu du corbillard et porté par les ouvriers jusqu'au tombeau. Là, au milieu du recueillement le plus profond, M. le docteur Amédée Latour a prononcé une allocution dont nous allons donner quelques extraits :

« .... Vous, Messieurs, qui avez vécu avec lui ou près de lui, qui avez été comme imprégnés de sa foi ardente, de ses énergiques convictions et de ses principes humanitaires, vous n'avez rien à apprendre de moi sur l'homme excellent que nous pleurons. Vous avez connu cette abnégation de soi-même, ce zèle dévoué, cette amitié chaude et à tous les instans empressée, ce désir, ce besoin d'être utile, et toutes les qualités bienveillantes de ce cœur rare ; vous avez apprécié les facultes plus rares encore de cet esprit si net et si lucide, cette force de logique, cette puissance de raisonnement et cette énergie de style qui lui avait fait une place à part et qui restera inoccupée parmi les écrivains.

» Cependant, cette brillante organisation intellectuelle et morale, vous ne l'avez pas connue tout entière, Messieurs. Il est une face de cette nature exquise que quelques amis seuls ont pu apprécier, je veux parler de ses idées de réforme sociale que plusieurs fois il nous développa dans nos intimes causeries. Quelques années encore, et Frapart révélait au monde une des plus fortes et des plus morales conceptions qui soient sorties de la tête d'un penseur honnête homme. Il n'en reste, hélas ! que quelques souvenirs, une lettre inédite écrite à son meilleur ami, M. Bazille, et peut-être quelques fragmens non coordonnés qui se trouveront parmi ses manuscrits. La mort est venue le surprendre au moment même où il prenait la sérieuse résolution de consacrer son temps à l'édification de cette œuvre, et le regret de la laisser inachevée s'est plusieurs fois trahi dans son lit de douleur. C'est en effet deux jours avant sa mort qu'il manifesta le désir qu'on gravât sur son tombeau, en forme d'épitaphe, la pensée dominante de son système socialiste, désir qui sera religieusement rempli.

» Cette dernière pensée de cet homme de bien, la voici, Messieurs :

« Moralisation de l'homme par la science de l'homme.

» Ce n'est pas le baptême de la science que je vous apporte, c'est
» celui de la morale.

» Toutes les facultés de l'homme doivent être satisfaites dans les limites de la justice, de la raison et de la charité.

» . . . . . Sa mort a été la mort d'un sage ; son courage et sa résignation ne se sont pas un instant démentis ; son intelligence s'est conservée intacte jusqu'au dernier moment ; et il marquait, avec une

précision cruelle pour ceux qui l'entouraient, les rapides progrès de l'asphyxie qui l'enlevait à ses amis (1).

» Il a indiqué lui-même les dispositions de son convoi ; il en a banni tout faste et toute pompe, et le seul luxe auquel il aspirât vous le lui avez accordé, Messieurs, en venant, nombreux et attristés, lui dire un dernier adieu. C'est vers vous surtout que ses pensées dernières se tournaient avec amour, braves et loyaux jeunes gens, ouvriers de Paris, qu'il réunissait tous les dimanches dans son cours de phrénologie morale. Vous n'avez pas manqué à son triste rendez-vous ; merci, merci pour lui !..... »

— M. le docteur Vimont a pris ensuite la parole. Nous avons remarqué dans son discours le passage suivant :

« Messieurs, pour les observateurs superficiels, l'aspect de Frapart, sa physionomie grave et sévère, ses gestes énergiques donnaient à son abord quelque chose d'âpre, de sauvage même ; mais pour ceux qui savaient le deviner et le comprendre, pour ceux surtout qui vécurent dans son intimité, que d'intelligence ! que de sensibilité ! que de qualités morales sous cette rude écorce ! Sa grande susceptibilité que quelques personnes lui reprochaient avec amertume, il la devait surtout à son extrême droiture et au profond sentiment de justice qui le dominait. Jamais personne ne porta plus haut que lui ces deux facultés ; jamais homme ne sut faire comme Frapart une complète abnégation de lui-même, et l'égoïsme, cet affreux cancer de notre époque dite de civilisation, n'effleura pas même son âme. Obligé par besoin de se livrer à sa profession, Frapart s'y abandonna avec un zèle, une ardeur et un désintéressement sans égal ; pour lui il n'y eut pas de pauvres et de riches, mais seulement des malades. De longues et douloureuses maladies, conséquences inévitables de travaux assidus et de services rendus à sa patrie en qualité de médecin des armées, ne donnèrent pas à Frapart le temps convenable pour mettre au jour ses nombreuses observations ; peut-être aussi que le vague des théories médicales enseignées jusqu'à ce jour avaient dégoûté son esprit, qui s'attacha de préférence aux vérités de fait.

» ... Si la tâche délicate et pénible qu'il s'imposa de lui-même, et par pur dévouement, ne fut pas, à cause de son état de souffrance, couronnée d'un succès complet, elle n'a pas moins porté ses fruits, et Frapart restera, pour ses disciples et pour les gens de bien, comme un modèle de justice et de dévouement à l'humanité. Oui, cher et digne confrère, tes leçons, sois en sûr, n'auront pas été vaines, et tu en reçois aujourd'hui le prix le plus précieux pour ton âme élevée, celui d'être accompagné et sincèrement regretté de tous les hommes dont tu fus l'ami, le bienfaiteur et le maître. Adieu Frapart ! adieu !

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas d'empoisonnement par l'arsénite de cuivre, guéri par l'emploi de l'hydrate de sesquioxide de fer.

Un enfant, âgé de trois ans, en s'amusant dans l'atelier de son père, peintre paysagiste, s'empara d'une capsule pleine d'arséniate de cuivre (vert de Schéele) et la lécha complétement.

Une demi-heure après cet accident, M. le docteur Spath fut appelé, et il observa à son arrivée les accidens suivans. Le petit malade, en proie à une extrême agitation, parcourait la chambre en poussant des cris et se plaignant de coliques très vives ; il était pris en outre de vomissemens fréquens et de selles diarrhéiques abondantes. La face, anxieuse et livide, était baignée d'une sueur froide ; les lèvres et la langue étaient encore salies par la matière verte vénéneuse qui avait donné lieu à ces symptômes d'intoxication ; le ventre était rétracté, et l'enfant appuyait sur lui ses bras croisés ; le corps était fortement plié comme chez les sujets pris de violentes douleurs abdominales ; enfin, il existait une soif des plus fortes.

Le médecin fit aussitôt donner à boire de l'eau froide, puis il prescrivit l'ingestion, en quatre prises, de quinze grammes (une demi-once) d'hydrate de sesquioxyde de fer préalablement délayé dans de l'eau chaude. Une heure après l'administration de la dose totale de cet agent les vomissemens et la diarrhée s'arrêtèrent, et, une demi-heure plus tard, la soif et les coliques cédèrent à leur tour. Le lendemain, l'enfant se trouvait très bien ; il éprouvait seulement un grand abattement qui finit par se dissiper dans l'espace de quelques jours.

(1) L'exécution de ses dernières volontés a été confiée à son excellent et digne ami M. Bazille. En quelles mains plus pures et plus dévouées pouvait tomber cette mission ?

Cette observation engagea le M. docteur Spath à tenter quelques essais dans le but de vérifier le degré d'efficacité réelle du sesquioxyde de fer contre le sel arsénical cuivreux dont il s'agit ici. Il fit donc digérer une certaine dose de vert de Schéele dans de l'acide acétique convenablement affaibli, puis il partagea en deux portions le liquide résultant de cette digestion.

L'une de ces deux portion ayant été soumise à un courant de gaz acide sulfhydrique, fournit, sous l'influence de ce réactif, un précipité caillebotté, d'une couleur jaune-brun foncé.

L'autre portion fut additionnée d'hydrate de sesquioxyde de fer, puis filtrée, et le liquide résultant de la filtration ayant à son tour été traité par l'acide sulfhydrique gazeux, il n'offrit pas la moindre trace de réaction arsénicale.

Ces expériences démontrent bien, il est vrai, l'efficacité du sesquioxyde de fer hydraté comme antidote des préparations arsenicales ; mais il reste ensuite une autre question à éclaircir, c'est la suivante : Le composé arsenical ferrugineux qui prend naissance par la réaction du sesquioxide de fer sur les composés arsenicaux est-il ou non vénéneux ? Or, la réponse doit être affirmative, malheureusement, et par conséquent tous les efforts du praticien, après la production de ce nouveau corps, doivent tendre à son élimination.

(*Wurtemb. Correspondenz blatt*, t. IX, n° 52.)

Emploi des frictions mercurielles dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Une jeune fille âgée de vingt-deux ans, assez robuste, était au huitième jour d'une fièvre typhoïde dont les accidens avaient été jusque-là combattus, sans aucune apparence de succès, par les émissions sanguines générales et locales et par les antiphlogistiques à l'intérieur.

A cette époque de la maladie, M. le docteur Loewenhardt fit pratiquer, pendant quarante-huit heures, des frictions sur différentes parties du corps alternativement, avec deux cent cinquante grammes (huit onces) d'onguent napolitain. Dès lors, les accidens furent enrayés, sans qu'il parût néanmoins la moindre trace de salivation. Le douzième jour de la maladie, la jeune fille demanda pour la première fois une tasse de café. Le lendemain, il survint un sentiment de brûlure dans la bouche et dans la gorge, et une légère tuméfaction des gencives ; mais en même temps, les divers symptômes de la maladie disparurent, la fièvre céda, et l'appétit revint sans que le ptyalisme se montrât. La convalescence fut lente. (*Medicinische Zeitung*; 1842, n° 6.)

Correspondance.

Paris, ce 14 avril 1842.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans le numéro de ce jour de votre journal, un article duquel il semblerait résulter que nous avons négligé de remplir notre devoir envers la mémoire de Broussais.

D'après cet article, les cendres de mon père n'auraient été soustraites qu'à grand'peine, et momentanément, à la fosse commune.

Comme je me sens au-dessus de tout reproche, je me contenterai de raconter ce qui fut résolu au moment de l'épouvantable malheur dont j'ai été si inopinément frappé, et ce qui me reste à faire à l'égard des dépouilles mortelles de mon père. La première idée des amis de Broussais fut de porter ses cendres sous le monument que lui votait déjà, et que lui a bientôt consacré la reconnaissance publique, si bien secondée par le talent désintéressé de M. Th. Bra. En ce moment de deuil, M. Frapart vint m'offrir, en attendant que cette question fût résolue par l'autorité compétente, un vaste tombeau où il réservait plusieurs places pour ses amis et pour lui. J'acceptai son offre avec reconnaissance, sachant quel dévouement attachait M. Frapart à mon père, et j'attendis que l'autorité prononçât sur le vœu des amis et des admirateurs du fondateur de la médecine physiologique. J'ai lieu d'espérer que ce vœu ne sera pas repoussé ; mais si, contre mon attente, il ne peut y être donné suite, je sais quels devoirs me restent à remplir et je les remplirai comme il convient à un fils de le faire.

Je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, de vouloir bien insérer cette lettre dans le prochain numéro de votre Journal, et d'agréer l'assurance de ma parfaite considération,

Casimir Broussais.

Mon cher confrère,

Je ne viens point, Dieu m'en préserve, réclamer contre votre compte-rendu du concours ; il faut bien laisser sa liberté à la critique, si l'on veut qu'elle compte pour quelque chose ; et, en ce qui me concerne, si le fond du calice est quelque peu amer, vous m'avez parfaitement emmiellé les bords du vase. Tout ce qu'il y aura à faire sera donc de tâcher de mieux vous satisfaire une autre fois.

Mais il y a deux points scientifiques sur lesquels je désire vous adresser quelques observations.

L'exemple des succès de M. Guersant est mal choisi, dites-vous, parce que l'âge de ses opérés suffit pour en rendre compte. — La réflexion est si juste, qu'il faut, de toute nécessité, que je me sois mal exprimé. J'ai voulu comparer la série de succès de M. Guersant sous l'influence d'un régime plus riche, aux succès obtenus sur des sujets du même âge, dans le même hôpital, et qui, pour les cinq années écoulées de 1836 à 1841, ne sont rien moins que brillans.

Vous vous élevez aussi contre une autre assertion que vous rendez de cette manière : — « M. Malgaigne a avancé que le manque de soins » doit être considéré comme une des causes de la mortalité des ampu- » tés » ; et vous adressez des objections à cette manière de voir. Il me paraît, en effet, qu'elle a été reçue avec une réprobation unanime ; vous voyez que je ne marchande pas sur les termes, et déjà j'ai eu à répondre à des réflexions semblables de la *Gazette médicale*. Il faut, en conséquence, que je reconnaisse toute la sagacité de votre critique, quand vous dites : — « Ce que nous avons trouvé de plus hasardé dans » la composition était précisément, etc. » — Je me suis abusé sans nul doute, quand j'ai cru que des résultats aussi étranges que ceux que j'annonçais pouvaient être mis en avant sans toutes leurs preuves, même en promettant de publier prochainement toutes ces preuves. Ce travail, Monsieur, paraîtra en effet assez prochainement ; vous pourrez mieux juger de la valeur des conclusions, quand j'aurai étalé les prémisses ; mais je déclare que sur cette question, comme sur les autres, je suis tout prêt à pousser la démonstration jusqu'au bout.

Ainsi, dans le même hôpital, la mortalité diminue dès qu'on diminue l'étendue des services ; et, à l'Hôtel-Dieu, per exemple, Dupuytren perdait plus de malades que ses trois successeurs.

Ainsi, dans le même hôpital, la mortalité augmente dès qu'on augmente le nombre des lits du service chirurgical, bien entendu en y ajoutant des salles nouvelles, et sans qu'il y ait lieu d'alléguer l'encombrement.

Et, le dirai-je en toute humilité, Monsieur ? A l'instant même où ma proposition pour les chirurgiens soulève tant de répugnances, je viens de la lire formellement exprimée dans Celse, pour les médecins ; en sorte que j'aurai la peine de la défendre, sans même avoir absolument le mérite de la priorité.

Agréez, etc.,

Malgaigne.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Douzième séance. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui, vendredi 15, M. Malgaigne à fait sa leçon clinique sur deux malades couchés aux numéros 9 et 26 de la salle des hommes, à l'hôpital dit de l'Ecole (service de M. J. Cloquet).

La prochaine séance aura lieu lundi 18. L'examen des malades se fera à l'hôpital de la Charité, à quatre heures. — A cinq heures, séance publique.

Nous recommandons à l'attention des praticiens l'ouvrage de M. J.-F.-A. Troussel sur les écoulemens particuliers aux femmes, etc. Cet ouvrage, dont nous avons donné une courte analyse dans le numéro du 1er janvier, renferme tout ce qui est nécessaire pour traiter ces affections.

SUPPLÉMENT.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

1° Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales. — Avril 1842.

A. *Parallèle entre différentes méthodes de traitement de la lèpre et du psoriasis*; par M. L.-A. Bremard, ancien interne à l'hôpital saint-Louis.

Ce travail est un résumé des médications actuellement employées à l'hôpital saint-Louis contre le psoriasis, nom par lequel l'auteur désigne les deux affections. Ces médications se réduisent à trois principales : les arsénieux, les préparations de goudron et l'hydrothérapie.

A. *Arsenieux*. — Les préparations arsenicales peuvent être administrées sous diverses formes. L'auteur n'a vu employer que la solution de Fowler dont voici la formule : acide arsénieux, 5 grammes; carbonate de potasse, 5 grammes; eau distillée, 5000 grammes; alcool de mélisse composé, 16 grammes. De 5 à 10 gouttes par jour.

On ne saurait s'entourer de trop de précautions lorsqu'on administre les préparations arsenicales. Voici celles qui devront fixer continuellement l'attention du médecin.

1° Il devra s'assurer avant tout de l'état des voies digestives de son malade, afin d'être bien certain qu'elles résisteront à l'action stimulante et long-temps prolongée de l'arsenic.

2° Il devra être prudent sur la manière de doser le médicament. Si c'est la solution de Fowler qu'il choisit, il commencera par en donner tous les jours deux gouttes, que le malade prendra à jeun; tous les deux ou trois jours, il augmentera de deux gouttes; il ira ainsi jusqu'à six ou huit gouttes. Certains praticiens veulent qu'on ne dépasse pas cette dose; d'autres la poussent jusqu'à quatorze, quinze gouttes par jour. Il est rare qu'on dépasse ce chiffre sans qu'il survienne des accidents, et même il suffit de rester plusieurs jours à cette dose pour les voir se manifester.

3° Aussitôt que le malade accuse le moindre malaise, le moindre phénomène nerveux, il faut en diminuer les doses, ou suspendre complètement le traitement. On le reprendra au bout de quel ques jours, mais en ayant soin de revenir à des doses minimes.

4° Il serait à désirer que le médecin fît prendre le médicament en sa présence. On conçoit toute la sagesse de cette précaution, surtout si l'on est arrivé à des doses élevées. On devra par la même raison avoir confiance au savoir et à la moralité du pharmacien chargé de remplir l'ordonnance.

Voici quelques autres précautions qui découlent directement de l'interprétation des phénomènes locaux produits par l'arsenic :

« 1° Dans le psoriasis aigu, il est, selon moi, prudent d'attendre que l'acuité ait disparu avant d'avoir recours aux arsenicaux. Si l'on agit différemment, ne peut-on pas craindre que l'excitation arsenicale, ajoutée à l'état phlogistique qui existe déjà, ne dépasse les limites de l'inflammation substitutive qu'on sollicite, et ne provoque des accidents?

» 2° Pendant le cours du traitement, on devra surveiller les changements qui seraient survenus dans l'état pathologique de la peau; et si l'inflammation arsenicale prend trop d'intensité, il faudra diminuer les doses, ou même suspendre le traitement; alors on s'entourera des moyens auxiliaires. Que l'inflammation existe d'abord, ou qu'elle soit le résultat du traitement, toujours est-il qu'il faut chercher à la calmer. Les bains gélatineux, l'axonge, que M. Devergie fait étendre sur la partie malade, atteignent presque toujours ce but. Il est rare qu'on soit obligé de recourir aux émissions sanguines. Bien entendu, le régime alimentaire sera observé.»

Action des arsenicaux. Action générale. — Administrés à petites doses, les préparations arsenicales déterminent d'abord un léger sentiment de chaleur dans l'œsophage et l'estomac, sans nausées ni vomissement; pas de coliques; les garde-robes sont faciles; pas de diarrhées. Si les doses ne sont pas trop élevées, l'appétit est augmenté; il y a de la soif, les urines sont copieuses; on observe assez souvent un état fébrile très manifeste. Si l'on augmente les doses trop promptement, on observe un malaise général, un sentiment d'ardeur à l'épigastre : il y a des nausées, des vomissements, quelquefois des phénomènes nerveux.

Action locale. — Les plaques de psoriasis prennent d'abord un surcroît d'activité, elles s'animent, leur chaleur augmente; mais bientôt ces symptômes disparaissent, et les plaques s'affaiblissent; de rouges qu'elles étaient, elles brunissent peu à peu, et sont bientôt comme autant d'ecchymoses.

Durée de la médication. — Elle est très variable. Dans les cas les plus favorables, il faut toujours compter de deux à quatre mois de persévérance avant d'arriver à un résultat. L'auteur n'a jamais vu l'arsenic réussir complètement dans les psoriasis invétérés. « Quelle que soit, dit l'auteur, la forme de la maladie, quelle que soit la variété sous laquelle elle se présente, si l'on veut en triompher par les préparations arsenicales, il faut: 1° les continuer avec persévérance ; 2° ne pas s'étonner des récidives qui peuvent survenir pendant le cours du traitement ; 3° prolonger celui-ci, même un certain temps après la guérison. En somme je crois que dans le psoriasis, le traitement par l'arsenic est encore celui qui offre le plus d'avantages.»

B. *Goudron*. — Les préparations de goudron sont fréquemment employées à l'hôpital Saint-Louis par M. Émery. On s'en sert extérieurement. On incorpore cette substance à l'axonge dans diverses proportions. M. Émery, sur cent parties d'axonge, fait ajouter cinq, dix, quinze parties de goudron. On peut du reste varier ces quantités suivant les médications.

Mode d'administration. — A l'hôpital Saint-Louis, on l'emploie en frictions, de manière que toutes les parties malades soient continuellement recouvertes de pommade, on plonge pour ainsi dire les sujets dans une atmosphère de goudron. Tous les jours ou tous les deux jours, on donne un bain sulfureux ou de vapeur, et on revient ensuite aux frictions. Il n'est pas besoin de l'entourer des précautions indiquées pour l'administration des arsenicaux.

« Le goudron est un médicament avec lequel on obtient d'heureux résultats dans le traitement du psoriasis. Terme moyen, il faut en continuer l'emploi pendant deux à trois mois; il n'est pas exempt de récidives pendant comme après le traitement; enfin il ne réussit pas dans tous les cas. Il faut y mettre bien de la complaisance pour ne pas trouver au goudron d'autre inconvénient que celui de déterminer quelquefois un léger érythème. Je m'étonne qu'on se soit arrêté à un accident aussi léger, quand il y a d'autres inconvénients beaucoup plus graves, beaucoup plus sensibles, qu'on passe sous silence.» L'auteur désigne ici l'odeur du goudron, la nécessité dans laquelle on est d'en avoir continuellement une couche sur le corps, la destruction du linge.

C. *Hydrothérapie* Les malades chez lesquels l'auteur a vu appliquer cette méthode sont encore peu nombreux. Les premiers essais ont été faits à l'hôpital Saint-Louis dans le courant de l'année 1841. Le succès a été complet dans deux cas d'ichthyoses congénitales et héréditaires chez deux jeunes filles du service de M. Gibert. Dans les salles de M. Devergie, on a constaté la guérison complète de deux hommes atteints de psoriasis. Mais M. Bremard déclare que les faits qu'il a observés sont encore trop peu nombreux pour qu'il puisse apprécier d'une manière convenable le degré d'efficacité de cette médication.

II. *Présentation de l'épaule*; par M. le docteur Espezel, d'Esparaza (Aude).

Ce travail est résumé par l'auteur de la manière suivante : « 1° Les présentations de l'épaule doivent faire porter un pronostic grave; 2° la version par les pieds doit être d'abord essayée avec ménagement; 3° lorsque, pour des raisons diverses, elle est impossible ou deviendrait trop dangereuse, employez la teinture opiacée, aidée ou non de la saignée, suivant l'état général de la femme; 4° si la méthode de Burns échoue, rejetez toute idée d'opération pour faire usage du seigle ergoté, lorsque le col est suffisamment dilaté; essayez même de ce moyen dans le cas de dilatation légère, avant de prendre l'instrument. »

III. *Réunion de parties complètement séparées*; par M. Vivefoy, docteur médecin, à Rouen.

« En 1838, dit ce médecin, lorsque j'étais interne à l'hospice général de Rouen, un garçon de la pharmacie, François ....., vint un matin à la salle de chirurgie, me dire qu'il s'était fait sauter le bout du petit doigt en coupant des racines. En effet, une partie de l'auriculaire de la main gauche était enlevée dans les mêmes proportions qu'au pouce du tonnelier Dupin. J'allai à la pharmacie chercher cette portion de doigt, que je trouvai dans la boîte du hache-racines parmi les morceaux de squine que François venait de couper; je la réunis, par première intention, au moyen de bandelettes agglutinatives. Après quelques jours, j'eus la satisfaction de voir la portion digitale solidement adhérente à l'organe; l'épiderme était mortifié, et le fragment d'ongle décoloré annonçait qu'il devait tomber, ce qui arriva, en effet, comme pour l'épiderme qui se reforma, et l'ongle, en poussant, rétablit complètement la forme primitive du petit doigt. Il s'écoula quatre à cinq minutes entre l'ablation et la coaptation. »

M. Vivefoy cite une seconde observation qui porte sur la réunion de parties presque complètement séparées du corps. « Un scieur de long de Boudeville, près Rouen, ayant la partie du pavillon de l'oreille gauche, supérieure au conduit auditif, abattue par son cran (grande scie), vint se faire panser à l'hospice-général. Le lambeau ne tenait plus que par un pédicule de quelques millimètres. Je le remis en place et fixai par sept points de suture, charpie et bandage; la plaie suppura, cependant l'oreille fut réparée presque sans cicatrice. »

Revue Médicale, avril, 1842.

Nouvelles observations de calculs salivaires, suivies d'un essai nosographique sur cette espèce de concrétion; par M. Duparcque.

Trois observations sont placées en tête de ce travail, Dans le premier cas, le calcul de forme légèrement recourbée, à 10 lignes de longueur et 5 lignes d'épaisseur dans son plus grand diamètre. Toute sa surface est légèrement granulée; sa couleur est d'un blanc mat; il pèse 70 centigrammes. L'analyse a montré qu'il était composé de phosphate, de carbonate de chaux et de matière animale. — Dans le second cas, il s'agit d'une concrétion salivaire cylindroïde, grosse comme une sonde n° 6 à 8 et longue de 1 centimètre. — Dans le troisième cas, le calcul extrait par M. Berard aîné, paraissait s'être développé dans le conduit de Warthon; il était allongé, cylindroïde, épais d'un bout, et s'amincissant en pointe obtuse à l'autre extrémité, présentant la forme et le volume du doigt auriculaire, et ayant environ 5 centimètres de longueur.

C'est après avoir exposé ces trois faits avec leurs principaux détails, que M. Duparcque entre dans des considérations générales sur cette espèce de concrétion.

Historique. Hyppocrate mentionne, il est vrai, de petites pierres situées sous la langue. Cependant il faut arriver jusque vers le milieu du seizième siècle pour trouver la première observation bien précise de calcul salivaire; elle appartient à Jean Keutmann (De Calculis in corpore humano, in-8°, 1561. Obs. 5, page 5). Depuis lors, d'autres faits ont été consignés çà et là dans les annales de la science. Il résulte des recherches faites dans ce but par M. Duparcque, qu'on possède aujourd'hui « près de soixante observations de ce genre, la plupart relatives seulement aux calculs salivaires des appareils parotidien et sublingual ou sous-maxillaire.

» Quelles que soient les parties où elles se forment, dans la bouche, autour des dents, dans les glandes parotides, aux sublinguales ou dans leurs conduits, dans les cryptes muqueux des amygdales, partout ces concrétions ont présenté à l'analyse les mêmes élémens organiques et chimiques; savoir, principalement des muriates et phosphates de soude et de chaux et du mucus concret, en un mot les mêmes principes que l'analyse montre dans la salive commune. J'observerai de plus qu'on y trouve de l'acide carbonique, probablement à l'état de carbonate calcaire. »

A. *Concrétions calcaires buccales*. La solidification de la salive dans la bouche forme ces incrustations qui s'attachent aux dents et que l'on désigne sous le nom de tartre. L'auteur entre, à cet égard, dans des considérations que nous ne croyons pouvoir nous dispenser de mentionner ici. Nous nous bornerons à rapporter le fait suivant :

« Un homme d'une quarantaine d'années se présente avec une tuméfaction considérable de la joue gauche, dure, sans rougeur ni sensibilité tégumentaire profondément douloureuse; mais la bouche exhalait une odeur infecte et laissait incessamment baver une salive visqueuse. Il existait à la région des grosses molaires gauches de la mâchoire supérieure, une tumeur du volume d'une grosse noix d'un blanc jaunâtre, dure, sonore sous le choc d'une pince à pansement, bosselée, et empêchant le rapprochement des mâchoires. La surface interne de la joue qui correspondait à cette tumeur, présentait une ulcération dans laquelle elle semblait pénétrer. Au dire du malade, cette affection datait de dix-huit mois, et était survenue à la suite de violents efforts qu'un dentiste de carrefour avait faits pour arracher une molaire cariée..... En touchant la tumeur avec un doigt indicateur, continue M. Duparcque, elle me sembla comme mobile; je la saisis alors entre ce doigt et le pouce, non sans de grandes difficultés; je pus alors l'ébranler, et tout à coup je la sentis céder comme si elle se détachait de quelques engrénures. Elle était formée par les trois dernières dents molaires recouvertes d'une couche épaisse de tartre solide qui les enveloppait de toute part, à l'exception des pointes des racines des dents qui faisaient saillie au milieu d'une espèce de large sillon creusé dans la face supérieure..... »

B. *Calculs tonsillaires*. L'auteur mentionne plusieurs cas de calculs des amygdales. Dans la plupart de ces observations, ces concrétions paraissent avoir séjourné dans les tonsilles pendant un temps plus ou moins long, sans avoir manifesté leur présence par aucun symptôme, jusqu'au moment où une espèce d'angine tonsillaire s'étant développée, ces corps étrangers ont été expulsés avec le pus, par suite de l'ouverture spontanée ou artificielle de l'amygdale abcédée. Cependant il arrive quelquefois que ces concrétions manifestent leur présence, sans autres symptômes, en faisant saillie à la surface de l'amygdale dans laquelle elles se sont développées. Lorsqu'on a constaté l'existence de ces concrétions, il faut les extraire.

C. *Calculs salivaires parotidiens et sous-maxillaires*. C'est principalement dans ces régions que s'est montré le plus grand nombre de calculs salivaires. Il faut ajouter cependant que le nombre de cas de calculs sous-maxillaires ou sublinguaux, l'emporte de beaucoup sur celui des calculs parotidiens. Les observations de ces derniers ne dépassent pas six; elles sont sommairement rapportées par M. Duparcque. Dans tous les faits connus de calculs salivaires, ceux des voies parotidiennes n'entrent que pour la faible proportion d'un dixième environ. L'auteur se demande alors à quoi peut tenir cette différence; et il en trouve la principale cause dans les conditions anatomiques que présentent ces appareils, conditions que nous n'avons pas besoin de rappeler ici.

(La suite à une prochaine revue).

Exposé des travaux de la Société de médecine de Toulouse.

Sur la propriété contagieuse des dartres.

Les dartres peuvent-elles être contagieuses parmi les animaux? Peuvent-elles se transmettre des animaux à l'homme? Enfin, chez l'espèce humaine, se communiquent-elles quelquefois d'un sujet à l'autre? Telles sont les propositions que M. le docteur Houlès, médecin à Sorèze, s'est proposé d'éclaircir. Dans le pays qu'il habite, ce praticien a eu souvent l'occasion d'observer combien est peu fondée l'opinion de ceux qui placent l'étiologie de la dartre chez les animaux dans des travaux excessifs, dans le dé aut de soins, dans une nourriture malsaine ou insuffisante. Elle attaque, en effet, de préférence les jeunes sujets, ceux particulièrement dont le derme est d'une texture plus fine et plus délicate, et surtout les veaux qu'on engraisse pour la boucherie. Cette maladie débute par une ou plusieurs plaques isolées, le plus souvent placées sur les parties osseuses, saillantes, telles que le pourtour des yeux, la base des oreilles et le dessus des côtes. La peau est d'abord rouge, légèrement tuméfiée; elle se couvre de petites vésicules très-rapprochées qui laissent suinter un fluide sero purulent, dont la dessiccation donne naissance à des écailles sèches, superposées, qui se détachent par le frottement et tombent en poussière furfuracée. Rarement susceptible de guérison spontanée, la dartre, abandonnée à elle-même, gagne de proche en proche et envahit souvent une grande étendue de la peau. Alors l'animal est inquiet, il s'agite, il maigrit et n'a plus de valeur pour la vente. Le dépérissement peut même aller jusqu'à la mort.

M. Houlès, pour bien déterminer la nature contagieuse de cette maladie, s'est trouvé placé dans une situation favorable. Lié avec une personne qui engraisse annuellement une centaine de veaux pour la boucherie, et qui était enfin parvenue, à force de soins et de précautions, à débarrasser de cette maladie tous les animaux de ses étables, il y fit entrer, sans qu'on le sût, un veau qui en était affecté. Les objets qui avaient servi au pansement de ce nouveau venu furent promenés tour à tour sur les autres, et, au bout de quelques jours, l'infection était générale et attaquait successivement les animaux nouvellement reçus.

La seconde proposition lui paraît aussi évidemment établie. Il est peu de médecins de la contrée qui n'aient été consultés plusieurs fois pour le développement de dartres contractées en pansant les animaux qui en sont atteints. Un jeune paysan, parfaitement sain, brossait vigoureusement la croupe d'une vache recouverte d'une dartre étendue, afin de l'aviver et de la frictionner ensuite avec une pommade irritante : il avait les bras nus pendant cette opération, et la face interne de l'avant-bras touchait fréquemment alors à la surface contaminée. Vingt-quatre heures après, cette partie devint rouge, humide, douloureuse; elle se recouvrait de nombreuses vésicules qui laissaient écouler, en s'ouvrant, une liqueur séro purulente. Circonscrite d'abord, cette éruption gagna tout le bras et s'étendit même aux extrémités pelviennes.

D'après ces observations fréquemment renouvelées, il restait bien démontré à M. Houlès que, non-seulement le virus dartreux pouvait se communiquer d'un animal à un autre, mais encore que la contagion pouvait se propager jusqu'à l'homme. Plusieurs faits, également positifs, ne laissèrent plus aucun doute dans son esprit sur la troisième proposition, et le suivant vint, entre autres, lui démontrer jusqu'à l'évidence que la contagion pouvait également s'établir parmi tous les individus d'une même famille.

Quatre individus composent le personnel de la maison de M. P....., le père, la mère, une demoiselle de vingt-six ans et une servante un peu plus âgée. Celle-ci avait un prurigo qu'elle avait caché soigneusement à ses maîtres. Troublée dans son sommeil par un songe pénible qui lui représente une tante qu'elle venait de perdre, la demoiselle s'élance une nuit de son lit, et, poussée par la frayeur, va chercher un refuge dans celui de la servante qui occupait un cabinet voisin. Peu de jours après cette cohabitation, elle éprouve du malaise, des lassitudes, de la céphalalgie et une fièvre intense : la peau était chaude, comme boursouflée, et le siége de quelques élancemens. Bientôt l'éruption parut avec tous les caractères du prurigo : la peau, naturellement blanche et fine, s'épaissit et prit une teinte rouge-brun; l'irritation envahit le tissu cellulaire sous-cutané qui était riche et abondant; de nombreuses pustules, des furoncles, de véritables abcès se déclarèrent sur toutes les parties du corps, à la plante des pieds, à la paume des mains; et, au milieu des souffrances inexprimables qui en résultèrent, le sommeil et l'appétit disparurent complétement.

Jusque-là, cependant, le père et la mère, qui n'avaient pas cessé de prodiguer à leur enfant les soins les plus tendres et les plus assidus, conservaient leur santé parfaite. M. P....., obligé néanmoins de faire un voyage, s'absenta pour plusieurs jours. Sa femme, naturellement craintive, vint pendant ce temps partager le lit de sa fille; mais bientôt elle eut lieu de se repentir de cette imprudence, car elle fut prise, à son tour, des mêmes accidents qui viennent d'être indiqués. M. P....., de retour enfin chez lui et témoin de ce nouveau malheur, n'hésita pas cependant à reprendre ses habitudes, et, rentré dans le lit conjugal, il y trouva la source de la même éruption, du même prurit, avec moins d'intensité peut-être, mais avec des signes tellement tranchés qu'il était impossible de n'y pas reconnaître la même altération de tissu. Ainsi, cette famille est restées uccessivement, pendant trois mois, victime de la contagion.

RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE, 1841.

Cas de morsure de vipère; traitement par la ligature circulaire, la cautérisation de la plaie et les toniques diffusibles à l'intérieur; observation recueillie par M. le docteur HULIN-ORIGET.

Jean-Philippe, âgé de cinquante-six ans, tisserand, demeurant à Tours, passait pour jouer impunément avec les serpens les plus venimeux, lesquels, disait-on, n'osaient employer leurs armes contre lui. Il prétendait, à l'aide de paroles magiques, charmer ces reptiles. Tout son secret se bornait cependant à les saisir par la tête de manière à pouvoir se garantir de leurs morsures.

Ce moyen, qui lui avait toujours réussi, lui fit défaut dans la ournée du 21 juin 1841, à deux heures de l'après-midi; voici à quelle occasion. Il y avait déjà un quart d'heure que des garçons s'amusaient à poursuivre une vipère, à la lancer en l'air avec une perche, ou à la tenir suspendue dessus par le milieu du corps, lorsque, attiré par le bruit, le sieur J. Philippe s'approcha, et, voulant donner une idée du charme ou pouvoir magique qu'il possédait, essaya de grendre cet animal par la tête; mais aussitôt il reçut un coup de dent sur la face dorsale de la seconde phalange du doigt indicateur de la main droite. Il ressentit à l'instant même une douleur vive à la partie blessée; cependant, il fut si peu effrayé, qu'il prit le reptile par la tête avec la main gauche pour l'empêcher de s'échapper. Il se baigna la main dans l'eau froide, il fit sortir par la morsure quelques gouttes de sang au moyen d'une forte pression, et il se fit lier le poignet droit, tenant toujours la vipère avec l'autre main.

Une heure après l'accident. — Difficulté à se tenir sur les jambes, sensation soudaine de froid, fréquentes lipothymies, sueur froide, vomissemens. Ces symptômes allant toujours en croissant, on réclama les soins de M. Halin, qui se rendit à cinq heures du soir auprès du blessé, avec ses confrères, MM. les docteurs Haime, Charcelay et Allain-Duprez.

J. Philippe se plaignait rlors de douleur, d'engourdissement et de pesanteur dans tout le bras; il rapporta qu'un quart d'heure avant l'arrivée des médecins il avait éprouvé de la difficulté à uriner, et que l'émission de l'urine avait été accompagnée de douleur et de ténesme au col de la vessie. D'ailleurs les vomissemens persistaient encore, il existait une extrême prostration de forces, une violente constriction du pharynx, une sueur froide et abondante, une couleur ictérique répandue principalement sur la figure et sur le bras mordu, un gonflement œdémateux des doigts, du poignet et d'une grande partie du bras, qui était presque froid.

Une seconde ligature fut placée au milieu du bras pour empêcher l'absorption d'une nouvelle quantité de venin. Dans l'intention de décomposer ou de neutraliser celui qui pouvait encore être rerté dans la morsure, une incision cruciale fut pratiquée avec un bistouri pour agrandir cette plaie, qui fut ensuite cautérisée dans toutes ses parties avec le nitrate acide de mercure, puis recouverte d'un plumasseau de charpie enduit de styrax ramolli par l'alcool camphré. On combattit les symptômes d'asthénie, résultant de l'absorption du venin, par une infusion de camomille et de feuilles de mélisse, à laquelle on ajouta pour chaque verrée 5 à 6 gouttes d'alcali volatil, et par la potion suivante qui fut administrée par cuillerés toutes les demi-heures : *Prenez* : Infusion de feuilles de menthe et de sauge, 95 gram. mes (3 onces); acétate d'ammoniaque, 6 gram. (1 gros 1/2); liqueur d'Hoffmann, 2 gram. (39 six grains); sirop de capillaire, 45 gram. (1 once 1/2).

A sept heures du soir, figure plus animée, pouls plus fort et plus développé; moins de cons de constriction au pharynx; continuation des cuissons en urinant; les dernières matières vomies présentent des stries de sang. L'appareil qui recouvre la plaie étant imbibé de sang, on en applique un autre.

Le 22 au matin. — Pendant la nuit le malade a eu peu de sommeil et beaucoup de moiteur; l'urine a été rendue sans cuisson; les vomissemens ont cessé; le bras est très gonflé, on observe des rougeurs érysipélateuses à sa face palmaire : la plaie est rouge et boursouflée; l'état général est bon; le moral est excellent; la réaction est complète. La ligature du bras est supprimée. Même pansement que la veille : de plus, appliquer sur tout le membre des compresses imbibées d'infusion de fleurs de sureau et d'extrait de saturne; continuer l'infusion de fleurs de camomille et de feuilles de mélisse, ainsi que la potion. Bouillon.

A quatre heures du soir, il y a peu de fièvre; le gonflement œdémateux s'étend jusqu'à l'épaule et à toute la région thoracique latérale droite.

Le 23 au matin. — Doigts moins gonflés. Yeux rouges et animés; urines rares et rendues sans douleur. — Eau vineuse, eau de groseilles, infusion de fleurs de tilleul et de bourrache. Bouillon.

A huit heures du soir. — Frissons suivis de fièvre, douleurs vives dans toutes les parties malades.

Le 24 au matin. — Il y a peu de fièvre; la plaie suppure; le bras et le côté droit de la poitrine sont moins tendus et moins gonflés; il est possible de sentir les pulsations de l'artère radiale. — Mêmes prescriptions que la veille.

A huit heures du soir, — Fièvre sans être précédée de frissons; diminution du gonflement; légères phlyctènes sur la face dorsale de la main.

Le 25. — Les phlyctènes ont disparu.

Le 26 au matin. — Peu de fièvre; la plaie, encore couverte d'escharres, est toujours pansée avec la charpie enduite de styrax. Pour favoriser la résolution du gonflement œdémateux du bras, on appliquera des compresses imbibées d'infusion de fleurs de sureau animées par un mélange d'extrait de saturne et d'alcool camphré. — Petit-lait nitré pour boisson.

A six heures du soir. — Le bras est douloureux et couvert de rougeurs et de boutons érysipélateux.— Suppression de l'alcool composé et de l'extrait de saturne.

Le 27 au matin. — Plus de rougeurs érysipélateuses; diminution du gonflement du bras; déjections faciles. — Petit-lait nitré; deux soupes.

Le 28 au matin. — Hier soir, le malade étant pressé par la faim, a mangé du pain, du bœuf bouilli et il a bu du vin; trois heures après, coliques vives et vomissemens de tous les alimens. — Eau sucrée; eau vineuse; bouillon.

Le 29. — Le gonflement du bras diminue d'une manière bien sensible; les escharres de la plaie sont entièrement tombées. — Petit-lait nitré; eau vineuse; deux soupes.

Jusqu'au 12 juillet, le malade va de mieux en mieux; la plaie finit par se cicatriser; mais les digestions ne se font que difficilement.

Le 13, dans la nuit. — Le malade éprouve des nausées, et il se fait vomir dix fois en portant ses doigts très profondément dans sa bouche.

Le 14. — On administre un minoratif pour faire cesser une constipation opiniâtre.

Le 17. — Nouvelle constipation, nausées, ténesme au col de la vessie. — Magnésie à doses absorbantes; lavement laxatif.

Depuis cette époque, le mieux a toujours été en augmentant; mais le malade a été obligé d'user d'un régime fortifiant et bien réglé, pour parvenir à recouvrer sa vigueur première. Il est resté, pendant longtemps, du gonflement, de la roideur et de la faiblesse dans le bras blessé, et ce n'est qu'au bout de deux mois et demi que J.-Philippe a pu reprendre ses travaux accoutumés.

M. le docteur Hulin pense qu'on ne peut être surpris de voir une seule morsure donner lieu à des accidens aussi formidables, le reptile se trouvant dans un état de vive irritation au moment où il a été saisi.

Ce cas a présenté un symptôme insolite et qui doit être signale; c'est la difficulté d'évacuer l'urine, dont l'émission était accompagnée de douleur, de sensation de chaleur et de spasmes au col de la vessie. Les désordres de la digestion, à cause de leur persistance et de leur intensité, méritent aussi d'être notés.

Cette observation, d'ailleurs, prouve, comme beaucoup d'autres : 1° que l'effet le plus remarquable du venin de la vipère est septique; 2° que les indications principales qui se présentent à remplir sont d'arrêter l'absorption du venin et de détruire les effets généraux de l'absorption; 3° que, pour remplir la première indication, il faut cautériser les morsures; 4° que, pour combattre avantageusement les effets de l'absorption, il convient de recourir aux toniques diffusibles, qui réveillent promptement les forces vitales, avivent le mouvement circulaire, portent l'excitation dans tous les tissus et dans l'exercice de toutes les fonctions; en un mot, qu'il faut détruire, non le venin de la vipère lui-même, mais ses effets essentiellement asthéniques, débilitans et spasmodiques.

M. Hulin voit dans l'ammoniaque un agent qui agit très-utilement à l'extérieur par ses propriétés caustiques, à l'intérieur par ses propriétés diffusibles; mais il ne croit pas, et avec raison, que ce soit un *spécifique* contre le venin de la vipère et qu'on doive se borner à son emploi.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS (1842).

I. *Observation d'accouchement. Présentation de la face convertie en une présentation du sommet de la tête;* par J.-F. MATTHYSSENS.

Le 25 décembre 1841, M. Matthyssens fut appelé à huit heures et demie du matin chez madame Yz..., à terme d'une troisième grossesse. Les douleurs de l'enfantement avaient commencé vers les six heures du matin. Par le toucher, il reconnut que le col de la matrice était déjà largement dilaté; aussi la poche des eaux ne tarda pas à se rompre. Il constata immédiatement après une présentation de la face : le front était dirigé en avant et à gauche, le menton en arrière et à droite; le doigt introduit dans la bouche de l'enfant y sentit parfaitement les mouvemens de la langue. Des efforts furent faits pour ramener en avant le menton, mais ce fut en vain. Cependant les craintes que M. Matthyssens avait conçues un instant sur la terminaison naturelle de l'accouchement furent bientôt dissipées, lorsqu'il reconnut que la présentation de la face se convertissait insensiblement en une première présentation du sommet. Madame Yz. accoucha naturellement, vers les onze heures, d'un enfant mâle vivant et bien portant.

De cette observation, l'auteur déduit les deux conclusions suivantes, dont la dernière est, suivant lui, très importante sous le point de vue médico légal :

« 1° Dans les présentations de la face, où le menton se trouve dirigé en arrière, si l'on ne peut ramener celui-ci en avant, et si ces présentations ne se convertissent pas naturellement en une présentation du sommet, on doit, comme l'ont conseillé quelques auteurs, tâcher de refouler la tête, afin de ramener avec la main le vertex au centre du bassin; si cette manœuvre ne réussit pas, on peut employer le levier pour parvenir au même but.

» 2° La respiration intra-utérine de l'enfant est possible avec la coïncidence d'un accouchement naturel; par conséquent les médecins qui ne croient à la possibilité de cette respiration que lorsque la bouche de l'enfant se présente à l'orifice de la matrice, et qui en même temps regardent l'accouchement par la face comme contre nature, ne pourront plus arguer de ces opinions contre la validité de la respiration intra-utérine dans une accusation d'infanticide. »

II. *Observation de surdité guérie par la méthode endermique;* par M. le docteur HOEBEKE.

Une demoiselle D..., âgée de vingt-huit à trente ans, d'une constitution lymphatique très prononcée, était affectée depuis environ un an d'une surdité très intense qui s'était manifestée à la suite d'une maladie grave. « A moins de crier de toutes ses forces contre son oreille, il est impossible de se faire comprendre de la malade, qui se plaint particulièrement d'un bruit continuel dans l'appareil auditif, bruit qui varie, ressemblant tantôt à celui de l'eau en ébullition, d'autres fois à celui d'une musique discordante qui se ferait entendre dans le lointain, ou au bruit que feraient un très grand nombre de personnes parlant toutes à la fois. Cette sensation est portée au point que la malade en éprouve de la céphalalgie; ce bruit et la céphalalgie qui l'accompagne augmentent encore lorsque la tête repose sur l'oreiller.

» En explorant le conduit auditif, nous vîmes qu'il contenait une grande quantité de cérumen qui, d'après son aspect et sa sécheresse, devait y avoir séjourné long-temps. Comme cette accumulation de matières pouvait à elle seule occasionner la surdité et les autres symptômes dont se plaignait la malade, nous nous occupâmes d'abord de nétoyer le conduit auditif au moyen de la curette, des injections, en y laissant couler quelques gouttes d'huile d'amandes douces afin de ramollir les matières durcies. La grande sensibilité de la malade nous obligea à employer trois heures pour terminer cette opération.

» Après quelques jours de repos et la continuation des injections, la malade se trouvait absolument dans le même état qu'à la première visite. Nous procédâmes à une nouvelle exploration, et rien ni dans le conduit auditif, ni dans l'arrière-bouche, ni dans la trompe d'Eustache, ne put nous faire reconnaître la cause de la maladie.

» *Prescription.* Douze sangsues autour des oreilles, vomi-purgatifs, pédiluves, régime approprié. Le traitement fut continué dans ce sens pendant huit jours. N'en ayant obtenu aucun changement, la malade resta trois semaines sans venir nous voir; au bout de ce temps elle revint, toujours dans la même situation. Vu l'insuccès des moyens déjà mis en usagr, nous fîmes appliquer un vésicatoire derrière chaque oreille; aussitôt que les ampoules furent formées, elles furent enlevées, et on saupoudra chacune des surfaces dénudées avec un demi-grain de sulfate de morphine.

» Le lendemain nous apprîmes que le bruit avait entièrement disparu de l'oreille gauche, et que l'ouïe était complètement rétablie de ce côté; du côté droit, le bruit avait seulement diminué, aussi la malade n'entendait-elle que difficilement de cette oreille; la céphalalgie avait également cédé.

» La malade resta de nouveau huit jours sans revenir; au bout de ce temps, le bruit existait au même degré dans l'oreille droite, tandis que la gauche était tout à fait à l'état normal. Un nouveau vésicatoire fut encore saupoudré d'un demi-grain de morphine, et cette médication eut de nouveau le plus heureux résultat. Le lendemain, l'ouïe de la malade était rétablie des deux côtés dans toute son intégrité. »

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA (Février 1842).

Mémoire sur la phlébite utérine diffuse chez les femmes nouvellement accouchées; par M. G. SACHERO, professeur de clinique interne à l'université de Turin.

M. le professeur Sachero a déjà publié sur la phlébite utérine un excellent mémoire dont nous avons rendu compte dans le temps. Dans ce second travail, l'auteur aborde la variété la plus grave de la même maladie, la phlébite diffuse, ayant pour but de compléter le premier mémoire; aussi revient-il sur quelques-uns des faits et sur plusieurs questions qu'il a déjà traitées.

Un premier fait est celui d'une femme qui a été guérie à la clinique d'une phlébite utérine diffuse, et qui est retournée bien portante chez elle vers la fin d'août 1840. Cette femme ayant fait des écarts de régime et s'étant exposée au froid, a été saisie, dans le mois d'avril de l'année suivante, de frisson et de diarrhée abondante, ce qui l'a obligée de rentrer à l'hôpital, où elle est morte trois jours après son entrée.

A l'autopsie, on a trouvé l'état suivant : Extérieur du corps assez gras, cuisse et jambe gauche œdémateuses, abdomen tendu. La plèvre gauche offre beaucoup de sérum et des adhérences; le poumon est crépitant, mais son lobe inférieur est hépatisé; le péricarde contient un peu de sérum; le cœur est flasque, sa cavité gauche est d'un rouge pourpre, la cavité interne de l'aorte présente la même couleur que le cœur jusqu'à la division de l'iliaque, avec des taches livides; ces taches ont disparu par la macération; les veines caves supérieure et inférieure et les veines iliaques jusqu'à la crurale gauche offrent la même injection; le cœur et les gros vaisseaux contiennent peu de sang liquide. La veine crurale gauche est complètement oblitérée par des grumeaux fibrineux, blancs et adhérens, depuis l'arcade crurale jusqu'à la moitié de la cuisse. La grande saphène est complètement oblitérée et convertie en un cordonnet fibreux, dur et solide; le tissu cellulaire du membre gauche est infiltré de sérosité.

L'utérus est très petit, sa face interne est polie et blanche, ses parois sont blanches, résistantes à l'action du scalpel, et

présentent très peu de vaisseaux sanguins pénétrables au sang ; la plupart des veines de ce tissu sont oblitérées, blanches et adhérentes par de la fibrine; les veines ovariques sont obturées, ainsi que les hypogastriques du côté gauche. La veine porte est rougeâtre. Le foie a un volume triple de l'état normal, sa substance est d'un jaune clair, ramollie et convertie en une matière graisseuse. Les vaisseaux artériels et surtout les veines de l'estomac sont très injectés. (Suivent quelques autres détails.)

Cette observation est curieuse en ce qu'elle offre un exemple rare de l'état des parties après la guérison d'une phlébite diffuse de l'utérus. L'auteur dit que lorsque la malade était entrée pour la première fois (11 juin 1840), le diagnostic qu'il avait porté, et qui se trouve noté sur les registres de la clinique, était celui-ci : « Phlegmasia alba dolens au membre inférieur gauche par suite de phlébite utérine consécutive à l'accouchement.» Le traitement qui avait été employé avec succès était le débilitant, consistant principalement dans des saignées, de l'acétate d'ammoniaque, etc. Selon l'auteur, la phlébite locale de l'utérus avait par la suite fait des progrès d'une manière sourde, et envahi peu à peu les grosses veines de l'abdomen ; il en est résulté à la longue une phlébite diffuse ou générale dont les symptômes ont pris la forme typhoïde. Le mal a été combattu pour la seconde fois avec succès : l'arbre vasculaire lui-même était en même temps envahi par la phlogose; les remèdes qui ont réussi conjointement avec la saignée sont l'ipécacuanha et la digitale pourprée. Les bienfaits de la guérison n'ont duré que six mois, mai, la plupart des veines étaient déjà oblitérées, ainsi que celles du membre abdominal gauche. Cette circonstance rend compte de l'absence absolue des règles après la maladie et de la pléthore qui s'en est suivie.

Il résulte de ces observations et d'autres analogues : 1° que les veines utérines peuvent très bien s'enflammer seules, je dirai même que cette inflammation est très fréquente chez les nouvelles accouchées ; 2° que par suite de cette fréquence il arrive chez quelques sujets que la phlébite se répand dans les veines adjacentes et à tout le système veineux abdominal ; 3° que les symptômes de la phlébite utérine sont bien différens de ceux de la métrite et de la péritonite ; 4° que dans la phlébite utérine diffuse le sang est déliquescent comme dans le typhus ; que les phénomènes entériques qui accompagnent la phlébite utérine diffuse sont secondaires comme dans le typhus et dépendent de l'état des veines. L'auteur entre dans de longs détails pour développer ces cinq corollaires ; nous reproduirons les points culminans de ces importantes réflexions.

Que les veines utérines soient singulièrement prédisposées à s'enflammer chez les nouvelles accouchées, cela se conçoit en réfléchissant à la disposition et au nombre plus considérable de ces veines par rapport aux artères durant la grossesse, et enfin à leur développement tellement considérable qu'elles forment des sinus. L'expérience journalière apprend que dans les grandes amputations des membres les veines sont prêtes à s'enflammer; ce fait n'avait pas échappé à l'observation de Quesnay; il en résulte souvent une phlébite diffuse qui affecte la plus terrible forme typhoïde. Cela a lieu tout aussi facilement chez les nouvelles accouchées à la suite de la séparation du placenta qui entraîne la déchirure de plusieurs veines. Sans doute que dans les accouchemens difficiles, le tissu utérin maltraité par la main de l'accoucheur peut s'enflammer indépendamment des veines; mais, ainsi que Wenzel l'a fait remarquer, la véritable métrite est rare chez les nouvelles accouchées par suite de la prédominance excessive des veines sur les artères. Il est prouvé d'ailleurs par les nécropsies que les veines s'enflamment souvent seules et indépendamment des artères. On en voit souvent un exemple dans la phlegmasia alba dolens ; la phlébite qui est la source de ce phénomène marche exclusivement dans les veines, et si elle envahit en même temps les vaisseaux lymphatiques, cela tient à l'absorption de matières hétérogènes qui a lieu dans ces derniers ; mais, au reste, les artères ne sont aucunement endommagées.

Cette prédisposition des veines à l'inflammation étant reconnue, l'on comprend comment chez la nouvelle accouchée l'action instantanée du froid, les écarts dans le régime, l'habitation dans un lieu malsain, l'encombrement, les affections morales tristes, etc., peuvent, en dérangeant l'économie générale, porter l'incendie dans les veines de l'organe gestateur. L'on comprend comment la phlébite, qui n'est que locale d'abord, peut par la suite devenir diffuse en marchant des petites veines aux grosses, ou de la périphérie au centre, telle étant la marche de la circulation dans ces vaisseaux.

Quant aux caractères qui distinguent la phlébite utérine de la métrite et de la péritonite, voici comment l'auteur s'exprime à ce sujet :

« La métrite et la péritonite peuvent se déclarer à toute époque de la vie ; la phlébite utérine au contraire ne s'observe exclusivement que chez la femme nouvellement accouchée; les premières se manifestent d'une manière patente, subite et aiguë; la dernière au contraire débute et marche d'une manière occulte, du moins quant aux phénomènes locaux. Dans la métrite, l'utérus offre une tumeur plus ou moins considérable ; l'abdomen est développé dans la péritonite, aucune tumeur spéciale ne s'observe dans la phlébite utérine. Les deux premières s'accompagnent d'une douleur intense, tandis que la dernière existe sans douleur, ou du moins, s'il y en a, elle est obtuse et profonde. Dans la métrite et dans la péritonite les symptômes locaux vont en augmentant et se maintiennent jusqu'au déclin de la maladie; dans la phlébite au contraire ces symptômes sont peu prononcés au début et disparaissent même tout à fait dès que la phlébite devient diffuse. Les premières sont accompagnées de fièvre, de réaction vasculaire, dont l'intensité est toujours proportionnée au degré de phlogose locale; tandis que la phlébite utérine qui est convertie en phlébite diffuse se joint à de la fièvre indépendamment des symptômes locaux ; aussi l'a-t-on rangée au nombre des fièvres essentielles avec l'épithète de fièvre puerpérale ; cette épithète convient mieux à la phlébite utérine qu'à la métrite ou à la péritonite. La respiration n'est guère altérée dans la métrite et dans la péritonite, tandis qu'elle est anxieuse dans la phlébite diffuse et accompagnée d'un sentiment très incommode de resserrsment aux régions précordiales. Le visage est rouge le plus souvent et la physionomie peu altérée dans la métrite et la péritonite ; il est abattu au contraire, de couleur bleu-luisant *sui generis* dans la phlébite diffuse, surtout lorsque le mal touche à sa troisième période. Le pouls est dur, tendu, contracté, petit, misérable dans la métrite et dans la péritonite; il est ample, fort dans la phlébite diffuse ; dans les deux premiers cas, le pouls est, en d'autres termes, comme nous l'appelons, *inférieur* ou abdominal, tandis que dans le troisième il est *supérieur* et bien différent du pouls abdominal ; il est fréquent dans les deux premiers cas, mais jamais aussi fréquent que dans la période typhoïde de la phlébite diffuse. Si l'on applique l'oreille vers la région du cœur, on ne sent aucune altération qualitative dans les bruits de cet organe lorsqu'il s'agit de métrite ou de péritonite ; tandis que l'on sent un bruit de soufflet en cas de phlébite diffuse. Dans une période avancée de la phlébite diffuse il se déclare un délire sourd, de la stupeur, la peau se couvre de pétéchies ; cela n'a point lieu dans la métrite ni dans la péritonite. Le sang est riche en couenne dans la métrite et dans la péritonite ; il est déliquescent et noir à mesure qu'on avance vers la troisième période de la phlébite. Enfin, à cette dernière se rattachent exclusivement la phlegmasia alba dolens et des tumeurs articulaires. »

II. *Nouvelle méthode* (méthode sous-cutanée) *d'amputer la mâchoire inférieure ;* par M. Signoroni, professeur de clinique chirurgicale à Padoue.

Sous ce titre l'auteur ne fait que prendre date pour s'assurer la priorité de l'idée et de l'application pratique de la nouvelle méthode, à l'aide d'une note qu'il fait publier par un de ses élèves. Voici la teneur de cette note :

« Aujourd'hui, 4 décembre 1841, une commission composée de MM. Giacomini, Argenti, doyen de l'université, Fumiani, Bianchesi, Spongia, s'est réunie dans le cabinet de la clinique de l'hôpital, et a examiné la nommée Hélène Ferrato opérée et guérie d'un gros ostéosarcome de la mâchoire, amputé conjointement à cet os d'après la méthode sous-cutanée. La commission a fixé son attention sur les points suivans :

» 1° La portion enlevée de la mâchoire s'étend depuis la première incisive jusqu'au col de la branche ascendante ;

» 2° La pièce pathologique correspond exactement à ces deux limites ;

» 3° Aucune cicatrice linéaire n'existe sur la joue, à l'endroit de l'opération ;

» 4° La dissymétrie de la face, par suite de l'enlèvement de l'os, est très peu apparente ;

» 5° La mastication, la déglutition sont très faciles ; la prononciation est parfaite ;

» 6° Les nouveaux instrumens pour cette opération (ciseaux ossivores) ont été essayés sur le cadavre ;

» 7° Le procédé opératoire lui-même a été exécuté sur le cadavre en présence de la commission. On s'est assuré de la facilité de l'isolement de l'os, de sa résection, de la régularité de la division des branches de la mâchoire, grâce aux nouveaux instrumens de l'auteur. On a vu par la dissection consécutive que l'opération n'avait intéressé ni les artères sous-axillaire et faciale, ni les nerfs propres de la région, savoir, les rameaux du maxillaire inférieur, du facial, des cervicaux ascendans, ni même les conduits de Sténon, de la parotide et de la glande sous-maxillaire. »

Tels sont les détails jetés pour ainsi dire comme avant-coureurs d'un nouveau système d'opération que l'auteur se propose de publier incessamment d'après le principe des incisions sous-cutanées. Il aurait été à désirer, dans l'intérêt de la science, qu'il publiât tous les détails de son opération.

Bibliothèque universelle de Genève, 1841.

Action de l'opium sur les thériakis ou sujets qui font un usage habituel de ce poison.

M. le docteur Poqueville, dans son voyage en Morée, donne le tableau suivant pour faire connaître le degré d'affaiblissement physique et moral ou plutôt d'abrutissement réel, auquel finissent par se trouver réduits ceux qui se livrent à l'usage journalier des préparations d'opium.

Ils commencent, dit-il, par un demi grain, et augmentent la dose jusqu'à ce qu'elle produise l'effet désiré; ils ont soin de ne pas boire après l'avoir prise, de peur de se donner de violentes coliques. Dans le cours de peu d'années, ils arrivent à accroître la dose jusqu'à soixante grains, et davantage. Ils ont alors un teint pâle et une maigreur extrême, qui est le prélude du marasme général qui les attend; car un thériaki qui commence à vingt ans l'usage de l'opium, ne dépasse guère sa trentième ou trente-sixième année. La passion est telle que la certitude de la mort et des infirmités qui la précèdent ne peut les détourner de ce funeste poison. Ils répondent froidement aux avertissemens qu'on leur donne : Que leur bonheur est inappréciable lorsqu'ils ont avalé leur pilule d'opium. Lorsqu'on les presse de définir cette félicité surnaturelle, ils déclarent qu'ils ne peuvent la décrire, et que c'est un plaisir qui ne peut s'exprimer. Ces malheureux néanmoins éprouvent, vers la fin de leur vie, au milieu de l'état de torpeur dans lequel ils sont plongés, des douleurs atroces et une faim continuelle, et ces douleurs sont telles que l'opium lui-même ne peut les calmer, ils deviennent hideux, déformés par de nombreuses périostoses ; ils perdent leurs dents, et, longtemps avant leur mort, sont tourmentés par un tremblement continuel.

Un ambassadeur anglais récemment envoyé dans l'Inde, fut conduit, à son arrivée au palais, à travers un grand nombre d'appartemens décorés et remplis d'officiers vêtus d'une manière splendide, dans une petite chambre dont les ornemens et les meubles dépassaient encore en richesse ceux qu'il avait déjà vus.

On le laissa seul. Peu de temps après, il vit arriver deux hommes d'un extérieur distingué, qui précédaient une litière portée par des esclaves et recouverte de riches soieries et de cachemires d'un grand prix. Sur cette couche était étendue une forme humaine, que l'on aurait prise pour un cadavre, si l'on n'avait vu la tête se balancer à chaque mouvement des porteurs; deux officiers portant des plateaux en fil d'or, contenant une coupe et une fiole remplie d'un liquide bleuâtre.

L'ambassadeur, pensant qu'il était l'involontaire témoin de quelque cérémonie funèbre, voulait se retirer; mais il fut bientôt détrompé en voyant les officiers soulever la tête de ce qui semblait un être inanimé, faire rentrer la langue qui sortait de la bouche, et faire avaler ainsi une certaine quantité de liquide noir, en refermant les mâchoires et frottant doucement la gorge pour le faire descendre. Lorsque ce manége eut été répété cinq à six fois, la figure ouvrit les yeux et ferma la bouche volontairement, puis avala d'elle-même une grande dose du liquide, et, en moins d'une heure, un être animé s'assit sur la couche, ayant recouvré la couleur et un peu de pouvoir dans les articulations. Il s'adressa alors en persan à l'envoyé, et lui demanda les motifs de son ambassade. Deux heures après, ce personnage extraordinaire était complétement actif, et son esprit capable de se livrer aux affaires les plus difficiles. L'ambassadeur anglais prit la liberté de lui adresser quelques questions sur la scène étrange dont il avait été témoin.

« Monsieur, lui répondit-il, je suis un mangeur d'opium, de vieille date; je suis tombé par degrés dans ce déplorable excès. Je passe les trois quarts de la journée dans l'état de torpeur où m'avez vu. Incapable de me mouvoir ou de parler, j'ai pourtant encore ma connaissance, et ce temps s'écoule au milieu de visions agréables; mais je ne m'éveillerais jamais de cet état de torpeur, si je n'avais des serviteurs zélés ou affectionnés qui veillent sur moi avec un soin religieux ; dès que, par l'état de mon pouls, ils reconnaissent que mon cœur se ralentit et lorsque ma respiration devient presque insensible, alors ils me font avaler la solution d'opium, et me font revivre comme vous l'avez vu : pendant ces quatre heures, j'en aurai avalé plusieurs onces, et peu de temps s'écoulera encore avant que je retombe dans ma torpeur habituelle. »

En lisant ce passage de l'ouvrage de M. le docteur Poqueville, peut-on ne pas reconnaître tout ce qu'il y a de haute justice et de raison dans la sévérité avec laquelle le gouvernement chinois a prohibé l'introduction de ce funeste produit sur son territoire? Et peut-on, en même temps, ne pas stigmatiser, ne pas traîner aux gémonies de l'opinion publique le gouvernement européen qui n'a pas rougi de déclarer à la Chine la plus injuste des guerres pour obtenir par la force le droit d'y introduire un poison destiné à miner et à anéantir les facultés physiques et morales de sa population?

Giornale di Venezia.

(Per servire à progressi della patologia e della terapeutica, etc.); octobre, novembre et décembre 1841.

I. *Des bons effets de l'eau de mer;* par M. Henry Trais, de Trieste. (Janvier 1842.)

Sous ce titre, l'auteur publie plusieurs observations dont chacune doit, dit-il, servir de type des maladies qu'il a guéries à l'aide de l'eau de mer prise par bouche et en bains. La première observation est relative à une jeune dame, blonde, très-grêle, évidemment scrofuleuse, ayant des ganglions développés au cou, aux aisselles, aux aines, atteinte d'une affection nerveuse extraordinaire depuis trois ans. Tantôt elle affecte la forme de convulsions chroniques ; tantôt d'épilepsie, tantôt de catalepsie ; d'autrefois, de chorée ou même de tétanos, avec météorisme abdominal énorme. Une foule de médications avaient échoué, les bains de mer l'ont guérie. (Suivent d'autres détails).

La seconde a pour sujet une demoiselle nerveuse ayant eu à 35 ans une attaque d'apoplexie, par suite d'insolation; elle était restée paralytique des deux membres gauches; le sentiment existait dans ces parties. Elle éprouvait, en outre, des contractions spasmodiques dans les membres qui l'empêchaient de se tenir debout. Plusieurs eaux thermales avaient été employées sans succès depuis trois ans; les eaux de la mer l'ont parfaitement guérie.

La troisième se rapporte à une jeune personne de 15 ans, scrofuleuse, ayant depuis 3 ans une palpitation de cœur très-grave. Les remèdes réputés antispasmodiques et les martiaux n'avaient produit que peu de bien. Elle a pris pendant deux mois l'eau de mer par bouche et en bains; les menstrues sont venues pendant ce temps; guérison.

Une quatrième observation comprend un cas d'ictère avec gonflement et dureté au foie et dévoiement, depuis quatre ans. Les médications ordinaires avaient échoué. L'eau de mer prise à la dose de 1 kilo et demi par jour (3 livres) pendant 30 jours; dix fomentations le soir sur l'hypochondre droit avec de l'eau de mer réduite préalablement de volume, moyennant l'ébullition au feu, l'ont très-bien guérie.

La cinquième a pour sujet une dame, âgée de 47 ans, qui, en tombant, s'était frappée à l'épigastre et y avait éprouvé une douleur intense. Cette douleur durait depuis un an, surtout à l'époque des règles. On y sentait, au toucher, une tumeur oblongue transversalement, qu'on attribuait à une hypertrophie du pancréas. La malade portait des glandes très-volumineux au cou et à une aisselle. Elle souffrait de la maladie épigastrique depuis deux ans. L'eau de mer, par bouche à la dose d'un demi-kilo par jour et en bains, l'a guérie de la douleur et de la tumeur dans l'espace de quelques mois.

Dans un autre cas, il s'agit d'une dame, âgée de 50 ans, robuste, n'étant plus réglée depuis l'âge de 42 et souffrant horriblement d'hémorrhoïdes depuis l'âge de 45; ces tumeurs étaient arrivées au maximum de leur développement; elles étaient tantôt aveugles, tantôt fluentes et rendaient continuellement un liquide séro-muqueux; elles étaient en même temps compliquées de la présence de deux rhagades. Pendant les huit années de la durée de cette maladie, une foule de traitemens avaient été essayés sans succès; enfin la malade s'est soumise à l'usage de l'eau de mer par bouche et en bains, et a été complétement guérie dans l'espace de quelques mois.

Vient à présent un cas de prolapsus utérin, accompagné de leucorrhée abondante et de menstruations douloureuse et difficile, chez une jeune dame âgée de 25 ans. Les saignées, les bains d'eau douce, les bains de Calrsbad, ceux d'Abano, ceux de Recoaro avaient été inutilement employés. On a eu enfin recours à l'usage de l'eau de mer par bouche et en bains; ceux-ci étaient pris tièdes et prolongés. Guérison complète.

Une dame, âgée de 52 ans, qui avait cessé d'être réglée depuis trois ans, souffrait depuis deux ans d'un flux sanguin continuel par l'utérus, très-abondant quelquefois, mais sans douleur; elle se plaignait néanmoins d'une pesanteur aux lombes et à l'épigastre; l'utérus paraissait sain à l'examen. L'usage de l'eau de mer par bouche et en bains l'a guérie.

Suivent un cas de bronchite chronique grave; un autre d'arthrite ancienne compliquée de symptômes thoraciques; un troisième de rachitis compliqué d'hydrocéphale; un quatrième de scrofule grave sur cinq enfants dans une même famille, tous guéris heureusement à l'aide de l'eau de mer *intus et extra.*

II. *Mémoire sur l'emploi de l'électro-moteur voltaïque comme moyen pathoscopique;* par M. le professeur Marianini.

L'idée d'appliquer le fluide électrique ou galvanique comme moyen de diagnostic des maladies appartient au professeur Marianini, frère de l'auteur de ce mémoire. Dans son mémoire sur le traitement des paralysies à l'aide de l'électricité, Marianini avait fait les remarques suivantes :

« 1° Que chez un sujet paraplégique, après un certain nombre de secousses, le fluide produisait une douleur aiguë vers les dernières vertèbres lombaires, près de l'endroit où sept mois auparavant on avait pratiqué l'ompuncture. Cette douleur ne s'est plus fait sentir plus tard lorsque le malade a fait usage de la strichnine et d'autres remèdes.

» 2° Que chez un amaurotique guéri depuis un mois d'une douleur rhumatismale à la région temporale droite, au moyen de sangsues et d'autres remèdes, chaque secousse électrique dirigée vers la tête produisait une douleur dans le même lieu; mais après un flux hémorrhoïdal abondant qui a duré huit jours, le malade n'éprouvait plus le même effet par les secousses les plus fortes données avec une pile de quarante paires de plaques.

» 3° Que chez un hémiplégique les décharges produisaient des contractions très violentes dans les bras, si le fluide était dirigé de l'épaule à la main; tandis que les contractions étaient très-faibles ou nulles, si le courant était dirigé de la main à l'épaule.

» 4° Que chez une jeune femme hémiplégique, dont le toucher n'était pas altéré, le fluide produisait, à l'époque des règles seulement, une sensation excessivement incommode, quelquefois douloureux, dans la main saine, si elle communiquait avec le pôle négatif d'une pile de quatre élémens. Le même phénomène avait lieu si l'on faisait communiquer deux doigts d'une main avec les deux pôles; la sensation s'étendait quelquefois dans le bras, à l'épaule, et même quelquefois dans la cuisse et dans la jambe, selon l'énergie du courant. Durant la même période menstruelle, la secousse ne produisait aucune douleur si l'on mettait la main saine en communication avec le pôle positif, et la main paralysée avec le pôle négatif. Aucune autre femme, bien portante ou malade, n'a éprouvé rien de pareil sous l'influence des mêmes courans.

» 5° Qu'une certaine femme, nommée Giovanna Marosa, paraplégique, par suite d'une inflammation à la moelle épinière, éprouvait des contractions plus fortes au pied gauche, si ce membre communiquait avec le pôle négatif de l'électro-moteur; tandis que le pied droit se contractait toujours avec la même intensité quel que fût le pôle avec lequel on le mettait en communication.

» 6° Que les muscles se contractent quelle que soit la direction qu'on donne au courant; cependant si le courant envahit les seuls nerfs du mouvement, la contraction musculaire n'a lieu qu'autant qu'il est dirigé dans le sens de leur marche naturelle. De là une différence entre les contractions idiopathiques et les contractions sympathiques, et la raison pour laquelle, à circonstances égales, la secousse est beaucoup plus forte dans le membre qui communique avec le pôle négatif de l'électro-moteur, que dans celui qui communique avec le pôle positif.

» 7° Que la grenouille donne des signes de contraction douloureuse, quand le courant est dirigé du tronc vers les branches; tandis que quand on le dirige dans le sens contraire, l'animal ne fait que contracter simplement les membres.

» 8° Que le cercle électrique produit un sentiment de chaleur dans l'œil; et lorsque l'œil communique avec le pôle positif et la main avec le pôle négatif, l'interruption du cercle rend plus vive la sensation de chaleur; tandis que lorsque l'œil communique avec le pôle négatif, la suspension du circuit fait à l'instant diminuer la sensation de chaleur.

» 9° Que les aveugles par cataracte ou par vice de toute autre humeur de l'œil voient l'éclair ou l'éblouissement voltaïque lorsqu'on fait passer le courant par l'œil; tandis que les amaurotiques n'éprouvent rien de pareil.

» 10° Que très-souvent les effets des courans sont très-différens, suivant qu'on les dirige dans un sens ou dans un autre. »

En se fondant sur ce fait, que les courans et les secousses électriques produisaient la sensation douloureuse dans les parties paralysées, pendant un certain temps seulement ou tant que les restes de la maladie n'étaient enlevés, soit par l'action des médicamens, soit par une hémorrhagie spontanée, Marianini a été porté à conclure qu'on pouvait ainsi s'assurer de l'état de la maladie, de son siège, de sa marche ascendante ou décroissante, circonstances qu'on ne peut toujours reconnaître par les autres moyens dont l'art dispose. Il déduisait de là une autre conséquence plus importante encore, c'était la connaissance des effets utiles, nuisibles ou nuls de la médication employée, et de la convenance de la continuer ou de la suspendre, etc. Il déduisait en outre un moyen certain de diagnostiquer la cataracte et l'amaurose dans les cas douteux.

Ces données du célèbre physicien italien ont déjà été mises en pratique avec avantage par plusieurs cliniciens de son pays et même d'autres nations. On sait, par exemple, que M. Meshall Hall s'est servi des courans électriques pour déterminer si certaines paralysies sont d'origine cérébrale ou d'origine spinale, en s'assurant si les muscles conservent ou non leur faculté irritable.

Là en était la science, lorsque l'auteur de ce mémoire est venu l'enrichir par un nouveau moyen d'investigation pathologique, nous voulons parler de l'électro-moteur voltaïque, qu'il appelle dans cet usage *pathoscope électrique*, et qu'il place au rang des autres instrumens de physique adoptés par les cliniciens, savoir : le microscope, le spéculum, la pierre aimantée, le plessimètre, le stétoscope, etc. Il pense qu'on peut en tirer un immense avantage dans les cas obscurs, surtout de lésions de la moelle épinière, du cerveau, des centres nerveux, des plexus, des ganglions, des ditramations, des nerfs, des organes profonds comme les ovaires, le foie, etc. Il se contente au reste de signaler toutes ces applications, en général, sans entrer dans des détails pratiques.

(Medicinische Annalen, T. VII.)

Sur le seigle ergoté; par M. le docteur Bernhard Ritter, de Rottemburg.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de comparer les opinions émises jusqu'ici sur ce médicament important. Nous passons sous silence les deux premières parties de ce mémoire : 1° partie pharmacographique ; 2° partie chimique.

III. *Partie pharmacodynamique.* — Les causes des différences remarquables observées dans la manière d'agir de l'ergot sur l'organisme animal, sont incertaines ou tout à fait inconnues. D'après les expériences faites en 1830 à l'hôpital de la Charité de Berlin par M. le professeur Kluge, l'ergot recueilli avant la récolte du seigle possède seul une vertu médicinale, car celui qui est séparé des grains de seigle après leur récolte est entièrement inerte. Suivant M. Ryan, l'ergot conservé alors dans des vases bien clos ne perd aucune de ses propriétés, même pendant plusieurs années ; mais, par son exposition à la lumière, surtout lorsqu'il se trouve à l'état pulvérulent, il perd très-promptement son efficacité. Busche donne la préférence à l'ergot non encore parvenu à son point de maturité.

Ici, M. B. Ritter place la description des accidents auxquels donne lieu l'usage prolongé du pain confectionné avec le seigle mélangé d'ergot, et dont l'ensemble constitue la maladie qui a été designée par le nom d'*ergotisme* ; il a décrit avec soin chacun des symptômes, et en fait l'énumération d'après l'ordre de leur apparition successive ; puis il indique avec détail les nombreuses expériences faites avec l'ergot seul sur les animaux et sur l'homme, en y joignant un tableau synoptique pour en faire mieux connaître les résultats. Il découle de ces diverses expériences que l'ergot est toxique pour tous les êtres vivants, et qu'il doit être rangé parmi les poisons narcotico-âcres.

Par ses principes âcres, l'ergot agit particulièrement sur la membrane muqueuse intestinale ; de là proviennent un sentiment de brûlure éprouvé dans la région précordiale, des nausées, des coliques, des vomissements, des évacuations diarrhéiques, etc.

Par ses principes narcotiques, il affecte spécialement le système nerveux, surtout sous le rapport de l'irritabilité ; de là une accélération dans les mouvements respiratoires et du cours du sang, une augmentation de la chaleur du corps, des congestions vers la tête, ainsi qu'un accroissement spécifique de l'irritabilité des nerfs de l'utérus porté jusqu'aux contractions les plus fortes. Lorsque son action est parvenue à son plus haut degré d'intensité, il exerce une influence des plus hostiles sur tout le système nerveux ; de là des pesanteurs de tête, des vertiges, des tremblements, des convulsions, de la dilatation des pupilles, des accès de parlysie, et enfin l'ergotisme.

IV. *Partie thérapeutique.* — Outre son emploi obstétrical, trop connu pour qu'il soit besoin d'en parler ici, l'ergot est indiqué :

1° Contre les hémorrhagies en général, et spécialement : A contre les hémorrhagies utérines, passives et profuses, soit dans la grossesse, soit hors de cet état, ainsi qu'immédiatement après l'accouchement ; B contre les hémorrhagies nasales et pulmonaires, qui, surtout à l'époque de la ménopause, remplace l'écoulement menstruel supprimé ; C comme moyen prophylactique contre les hémorrhagies utérines chez les femmes qui, dans des accouchements antérieurs, ont éprouvé de fortes metrorrhagies (donné dans ce dernier cas à la dose de dix à quinze décigrammes, dix à quinze minutes avant le moment probable de l'accouchement).

2° Contre l'aménorrhée et la dysménorrhée, dépendant de la torpeur du système utérin.

2° Contre les blennorragies vaginales, surtout la leucorrhée invétérée et torpide, qui n'est due ni à une lésion organique, ni à une cause contagieuse.

4° Pour expulser des môles et des polypes utérins, ou du moins pour les faire saillir hors de l'orifice, et les amener à portée de l'instrument.

5° Contre les fièvres intermittentes qui surviennent hors le temps de la gestation qui ne sont accompagnées d'aucun état phlegmasique et qui présentent des intermittences bien prononcées. Dans ce cas, il convient de faire précéder l'emploi de l'ergot par l'administration des évacuants : on le donne ensuite aux adultes à la dose de dix ou quinze décigrammes (vingt ou trente grains) en deux ou trois prises, qui doivent être ingérées de deux en deux heures avant le retour du nouvel accès, de telle sorte que la dernière prise précède d'une heure l'invasion du paroxisme. L'ergot est un fébrifuge très-actif dans les pyrexies périodiques qui ont été spécifiées plus haut.

6° Dans les convulsions des femmes en couches. D'après Waterhouse et Brinkle, des crampes violentes, et qui avaient résisté à tous les autres moyens, cessèrent instantanément sous l'influence de cet agent médicamenteux.

7° Dans la diarrhée chronique, d'après la méthode de M. le docteur A. Stout.

Probablement l'ergot peut agir sur la vessie de la même manière que sur l'utérus, car l'acte de l'émission de l'urine offre une analogie assez marquée avec l'expulsion du fœtus.

Medicinische Zeitung (1842, n° 9).

I. *Sur la présence d'animaux vivans dans les boutons de l'acne punctata*; par M. le docteur Gustaw Simon, de Berlin.

On s'accorde généralement à considérer les boutons de l'acne punctata (*comedones*) comme ayant leur siége dans les cryptes sébacées de la peau; mais M. G. Simon ne partage pas cette manière de voir, et, suivant lui, ils intéressent particulièrement les bulbes pileux. Ce qui lui paraît surtout motiver cette opinion, c'est qu'il a trouvé un ou plusieurs poils dans la masse exprimée des comedons qui consiste spécialement en matière graisseuse et en fragmens des cellules de l'épithélium ; dans un cas il a même trouvé jusqu'à quatorze poils.

Une autre particularité non moins intéressante signalée par l'auteur, c'est la découverte d'animaux vivans dans la masse que l'on retire par expression des comédons. Ces animaux microscopiques, dont il a pu examiner déjà une quarantaine d'individus, ont ordinairement une longueur de six à neuf centièmes de ligne sur une largeur de deux centièmes environ. A la partie antérieure du corps on distingue quatre paires de pieds offrant chacun trois articulations, dont la première est armée de trois crochets déliés. Sur le devant de la tête il existe deux organes mobiles ou palbes bi-articulés, et entre ces organes se voit un suçoir garni de deux soies. L'arrière-corps est ordinairement très allongé et arrondi à sa terminaison : chez quelques individus, cependant, il est plus court et alors terminé en pointe.

Les entomologistes de Berlin n'ont vu dans ces animaux que des acarus encore à la première période de leur développement.

M. Simon ajoute d'ailleurs que la présence de ces animalcules n'est pas constante, qu'il ne les a rencontrés que trois fois sur dix, et que même chez ces trois sujets, chez lesquels la maladie ne s'étendait pas au-delà du nez, tous les boutons n'en contenaient pas : quelques boutons n'en contenaient qu'un seul; d'autres au contraire en renfermaient plusieurs.

Pour observer ces animalcules, il faut étaler par compression entre deux plaques de verre la masse exprimée des comedons, en ayant soin de placer entre les plaques, de chaque côté, deux bandes minces de caoutchouc pour empêcher qu'il n'y ait écrasement. De cette manière, on peut les conserver vivans pendant quelques heures dans une gouttelette d'huile, et étudier leurs mouvemens à l'aide du microscope. C'est dans cet état que M. G. Simon en a fait l'exhibition dans l'une des séances de la société médicale de Berlin.

II. *Cas de rétention du placenta dans l'utérus pendant onze semaines*; par M. le docteur Schoeller (n° 7).

L'observation suivante offre un intérêt réel par rapport à la solution de cette question posée par M. le professeur Noegelé : « Que devient le placenta lorsqu'il n'est pas expulsé après la sortie du fœtus? » (*Froriep's Notizen*, t. XXII; 1828).

Une femme, âgée de 37 ans, arrivée au cinquième mois de sa seconde grossesse, fit une fausse couche, le 27 mars 1840, à la suite d'efforts faits en travaillant. La sage-femme, voulant extraire l'arrière-faix, pratiqua des tractions sur le cordon ombilical qui se déchira, et la délivrance ne put avoir lieu. Un accoucheur fut appelé, mais il ne fut pas plus heureux, et ses tentatives restèrent sans succès. L'accouchée, abandonnée à elle-même, ne tarda pas à reprendre ses occupations journalières, sans penser davantage au placenta qu'elle n'avait pas rendu. Néanmoins, au bout de quelque temps, il survint des hémorrhagies utérines qui la forcèrent de réclamer les soins d'un homme de l'art; et, dans la dixième semaine après la fausse-couche, elle s'adressa à M. le docteur Schoeller. Ce praticien, après avoir appris d'elle le fait indiqué plus haut, de la rétention du placenta, ne voulut pas d'abord y ajouter foi; mais, le souvenir de ce qu'il avait entendu dire à Heidelberg, au cours de M. Noegelé, sur la résorption de l'arrière-faix, et la lecture de la dissertation de M. le docteur Adams (*Die Resorption der Placenta*, Wurzbourg, 1833), faite sous la direction de M. le professeur D'Outrepont, et dans laquelle se trouve consignée une série d'observations sur ce phénomène physio-pathologique, suffirent pour le convaincre de la possibilité de cette particularité. Dès lors, il crut nécessaire de procéder à l'examen de l'utérus : son investigation, après lui avoir fait reconnaître l'état du vagin, lui démontra que le col utérin était resté entr'ouvert et déchiré, et que l'organe paraissait distendu par la présence d'un corps étranger; son doigt, au sortir de cette exploration, était couvert d'un sang noirâtre mêlé de mucosités. Il prescrivit la position couchée, et donna la poudre récente de seigle ergoté à la dose de 60 centigrammes (12 grains), toutes les deux heures. Après l'ingestion de douze de ces prises, de fortes douleurs utérines se manifestèrent, et il s'échappa des masses de caillots sanguins d'une odeur forte et désagréable et parsemés, dans leur épaisseur, de fibres et de membranes.

Le pouls de la malade était toujours apyrétique; aussi M. Schoeller crut-il avoir complétement remédié au mal par sa prescription ci-dessus, et pensa-t-il que tout était fini par la sortie des caillots qui lui semblaient être le corps étranger par lequel la matrice était distendue. Il crut de plus avoir rencontré un cas de résorption placentaire. Mais, comme la malade était constipée depuis plusieurs jours, il lui administra, le 7 juin, une solution de 45 grammes (1 once et demie) de sulfate de soude. Outre l'effet purgatif attendu, il survint, dans la soirée, de fortes coliques qui persistèrent, en revenant par accès plus ou moins rapprochés, jusqu'à deux heures du matin, et qui ne cédèrent qu'avec l'expulsion hors de l'utérus, d'une masse épaisse, à l'examen de laquelle on reconnut évidemment le placenta, retenu depuis le 27 mars, c'est-à-dire pendant onze semaines. Ce placenta était tout à fait intact et ne présentait pas la moindre trace d'altération putride; il était résistant, enveloppé d'une croûte fibreuse, et recoquillé sur lui-même de manière à ne présenter que le volume d'un demi-œuf d'oie. La dissection permit de constater la structure normale de cet organe.

La femme prit, à la suite, une infusion de seigle ergoté avec addition d'acide phosphorique, et, au bout de quelques jours, elle se trouva parfaitement rétablie.

III. *Observation d'une fracture de l'os pubis*; par M. le docteur Wehrde, de Cremmen (1841, n° 48).

Une domestique, en traversant rapidement, le soir, une cour dans laquelle se trouvaient des voitures qu'elle n'y soupçonnait pas, se heurta violemment contre un timon; aussitôt, elle tomba à la renverse et sans connaissance, et ce ne fut qu'au bout de quelque temps qu'elle fut rencontrée dans cet état. Le timon avait porté contre la branche ascendante gauche du pubis, tout près de la symphyse : cette branche paraissait évidemment fracturée, mais la symphyse ne présentait aucun mouvement. Une violente inflammation de la vessie, de la matrice, du péritoine et des reins fut la conséquence de ce déplorable accident; les principaux symptômes consistaient en des douleurs intolérables dans le ventre et dans les régions sacro lombaires; il y avait impossibilité absolue de remuer les jambes et de rester debout; anxiété considérable; pouls petit, filiforme; rétention d'urine et constipation.

Des saignées réitérées, 60 sangsues à l'hypogastre, au sacrum et à la région rénale gauche; des lavemens, le calomélas, puis des émulsions, des frictions douces; plus tard, des exutoires furent les moyens de traitement auxquels on eut recours, en y adjoignant l'usage incessant d'une position couchée sur le dos et un régime diététique approprié.

Un fait curieux dans cette observation, c'est que lorsque toutes les fonctions étaient déjà rétablies, il existait toujours une impossibilité de garder la station droite et de mouvoir le pied gauche. Cette particularité dépendait, très-probablement, de la commotion des nerfs crural et ischiatique, dans le trajet desquels la douleur continuait à se faire sentir. Des applications réitérées de sangsues et de ventouses sur le sacrum, et des lotions alcooliques furent employées pour combattre ces accidens; et, sous l'influence de cette médication, soutenue pendant six semaines, la malade finit par pouvoir se tenir debout et porter son pied en avant. Treize semaines après, la marche était facile et régulière; toutefois, une douleur se faisait encore sentir au-dessus du pubis, surtout dans les mouvements d'abaissement du corps.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 47. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Quelques cas de pleuro-pneumonies très graves chez des sujets chloro-anémiques ou âgés. — Emploi des saignées coup sur coup. — Guérison.

Le seul moyen de répondre d'une manière convaincante et victorieuse aux ennemis de la nouvelle doctrine qui a pris pour devise *exactitude* et *précision*, c'est d'opposer à des objections vides et sans fondement pour la plupart, des faits bien observés et scrupuleusement recueillis. Pour cela, les résumés trimestriels du service de clinique de M. Bouillaud que nous publions depuis bientôt trois ans, sont loin d'être suffisans. Il est nécessaire, et nous avons déjà souvent montré par des articles précédens que nous comprenions cette nécessité, de donner de temps en temps les détails des cas les plus curieux qui s'y présentent, afin que l'on puisse par la lecture des faits les plus rares et les plus importans, juger de ceux de moyenne gravité, que l'on ne pourrait, sans devenir fastidieux, entreprendre de raconter en entier chaque fois qu'ils se présentent.

Ce n'est pas qu'il soit cependant tout à fait inutile d'appeler aussi quelquefois l'attention sur les cas ordinaires, sur ceux qui se rencontrent le plus communément dans la pratique; il nous est arrivé plus d'une fois d'entendre des personnes qui n'ont peut-être, il est vrai, jamais suivi pendant un mois de suite la clinique de la Charité, dire en parlant des fièvres typhoïdes guéries en quelques jours par les émissions sanguines coup sur coup: « que le succès n'était pas étonnant, attendu que l'on n'avait eu probablement affaire qu'à des *embarras gastriques.* » Sans relever ce qu'il y a dans de telles paroles, tout au moins d'imprudent et de peu bienveillant, pour ne pas nous servir d'expressions plus sévères, puisque ceux qui font ces objections sont forcés d'avouer qu'ils ne se sont pas astreints à recueillir d'une manière exacte et continue pendant un certain temps les observations que dicte chaque jour le professeur au lit du malade, nous ferons observer que s'il en était comme ils le prétendent, tous ou presque tous les cas de fièvre typhoïde traités de cette manière guérissant en un très court espace de temps, il s'ensuivrait que, par un bonheur tout particulier, le service de M. Bouillaud serait le seul dans les hôpitaux de Paris où l'on n'observerait pas un seul cas de fièvre typhoïde, tous ceux qui guérissent par les saignées ne pouvant être, selon certaines gens, que des embarras gastriques. A quelle conclusion conduit un pareil raisonnement?

C'est pour qu'il ne prenne pas fantaisie par hasard à quelqu'un, de prétendre à son tour que, si l'on guérit en cinq ou six jours par les émissions sanguines formulées, des pleuro-pneumonies au second degré, cela n'est point étonnant, attendu que l'on traite des maladies qui n'existent pas, c'est pour cela que nous avons choisi parmi les malades du trimestre qui vient de s'écouler les quatre faits qui suivent.

Les deux premiers sont relatifs à des femmes chloro-anémiques; l'une d'elles se trouvant en outre dans un état particulier, l'état puerpéral. Les deux autres sont des sujets âgés, chez lesquels la méthode fut appliquée aussi avec succès.

OBS. I. — Au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, est couchée la nommée Louise Malraison, couturière, âgée de vingt-quatre ans, née en Bavière, entrée le 31 janvier 1842.

Appelé chez cette jeune femme le 30 janvier au soir, je la trouvai à demi-assise dans son lit, poussant des gémissemens continuels et se plaignant d'une vive douleur dans le côté gauche. Affectée de surdi-mutité, elle ne put, non plus que sa mère, qui est Allemande et ne comprend pas le français, me donner aucun renseignement sur ce qu'elle ressentait; tout ce que je pus obtenir, c'est que la maladie dont elle était atteinte datait de quatre à cinq jours. Depuis cette époque, elle toussait fréquemment et se plaignait d'une douleur vive au-dessous du sein gauche. La peau était chaude, le pouls à 120; la langue humide; rien du côté du tube digestif. La résonnance et la respiration étaient parfaitement bonnes à droite en avant et en arrière. Il en était de même de la région postérieure gauche de la poitrine. Mais en avant, à la partie supérieure, il y avait une matité bien évidente; la respiration était un peu soufflante, mêlée de temps en temps de bulles de râle crépitant peu abondantes. La peau était chaude, sèche. La tête était douloureuse. Une saignée de 3 palettes fut pratiquée le soir même, et répétée le lendemain matin. Les deux caillots, examinés au bout de quelques heures, étaient fortement rétractés, couverts d'une couenne jaune, ferme, bien organisée. Les ressources de la malade ne lui permettant pas de se faire donner chez elle tous les soins nécessaires, je la fis transporter dans le service de M. le professeur Bouillaud. Voici l'état qui fut constaté au moment de la visite du soir:

Constitution faible, délicate; tempérament lymphatique; rougeur du bord libre des paupières, qui sont peu garnies de cils. Visage un peu animé, langue blanchâtre; un peu de sensibilité de l'épigastre à la pression; l'abdomen est un peu tendu, offre une résonnance tympanique, sans gargouillement; chaleur un peu plus que normale, sèche. Pouls à 116-120, peu développé. Bruits du cœur normaux. La malade se plaint par signes d'une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, paraissant gêner la respiration. 56 à 60 inspirations par minute, un peu saccadées. Résonnance et respiration bonnes, en avant à droite, et en arrière des deux côtés. Au gauche en avant, au dessus du sein, résonnance faible; dans un point spécialement assez voisin de la région sous-axillaire, on constate un souffle bronchique double parfaitement caractérisé, sans aucun mélange de râle.

Saignée de 3 palettes.

1er février. — La malade paraît un peu mieux qu'hier; elle accuse cependant encore par ses gestes une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine. Visage moins animé. Langue blanche, humide; le ventre est sensible à la pression, assez souple cependant et sans gargouillement; la peau est moins chaude. Le pouls à 116, petit, peu résistant; la toux est assez fréquente, sans expectoration. Respiration à 48 par minute. Résonnance et respiration bonnes en avant à droite. La résonnance est plus faible à gauche, où la percussion augmente la douleur. Persistance de souffle bien marqué dans l'endroit correspondant à la matité, remontant presque sous la clavicule, s'étendant un peu en dehors, double comme la veille. Résonnance et respiration bonnes en arrière des deux côtés. Bruits du cœur sans souffle, bien frappés. Caillot rétracté, couenne analogue à de la graisse figée, bien organisée, épaisse, supportant facilement le poids du caillot.

Voici le diagnostic qui fut porté:

Pleuro-pneumonie au second degré, affectant le sommet et la partie antérieure du poumon gauche chez une femme d'une constitution chétive.

En raison de la constitution chétive et du tempérament lymphatique de cette femme, en raison aussi de la durée de la maladie qui datait de près de huit jours, du siége de l'affection qui, en général, est plus grave lorsqu'elle occupe le sommet du poumon, et de l'absence des renseignemens dont on aurait eu besoin, M. Bouillaud crut devoir porter le pronostic: cas très grave.

Saignée de 3 palettes, ventouses scarifiées à la partie antérieure gauche du thorax, 3 palettes; saignées de 2 palettes et demie le soir. Guimauve, sirop gommé, diète.

2 février. — La malade paraît moins anxiée; la respiration est plus calme, plus profonde, 28 inspirations par minute. Chaleur normale de la peau; pouls à 108, assez développé. La douleur paraît être moins vive dans le côté gauche. Résonnance meilleure à gauche en avant, quoique plus faible encore qu'à droite. Le souffle noté la veille beaucoup moins fort, et ne se fait sentir que dans un point très limité. Bruits du cœur normaux.

Les caillots des deux saignées rétractés, couverts d'une couenne ferme, bien organisée.

Les rondelles des ventouses prises en un caillot ferme, glutineux.

Guimauve, sirop gommé, trois pots; julep diacodé, cataplasmes, diète.

3 février. — La douleur de côté paraît avoir augmenté depuis la veille, pouls à 120 124. La percussion encore douloureuse à gauche, donne une résonnance bien moins claire qu'à droite. La respiration est, dans ce point, forte, et encore soufflante. Dans la région sous axillaire un peu de crépitation humide, très fine. Résonnance et respiration bonnes en arrière des deux côtés. (On apprend que dans la journée d'hier la malade s'est levée plusieurs fois nus pieds pour aller à la selle.)

Ventouses scarifiées à la partie antérieure supérieure gauche du thorax, 3 palettes; cataplasmes de guimauve, sirop gommé, diète.

4 février. — La malade est calme. Respiration libre, à 28. Chaleur modérée de la peau. Pouls à 100. Le souffle du côté gauche a tout à fait disparu; la respiration vésiculaire se fait bien partout, sans râles, ni frottement. Bruits du cœur bien frappés.

Vésicatoire à la région antérieure supérieure gauche du thorax. Mêmes boissons. Diète.

Même état de la malade les 5 et 6 février. Le 7, elle se trouvait assez bien pour que l'on pût permettre du bouillon, et que l'on notât le commencement de la convalescence.

Le 11 février, le pouls était à 84; la respiration continuait à se faire bien entendre partout.

Mêmes boissons. Deux bouillons, deux potages.

La convalescence, bien confirmée dès-lors, marcha assez rapidement, entravée cependant encore de temps en temps par des imprudences de régime que faisait la malade, mais qui ne déterminèrent du côté de l'abdomen que des accidens sans une grande gravité.

La malade vient de quitter l'hôpital il y a quelques jours.

— Cette observation nous a semblé digne d'être rapportée en détail, et présente selon nous plusieurs points sur lesquels il ne nous paraît pas inutile d'appeler l'attention.

La première remarque que nous ferons au sujet de ce cas, sera celle-ci, que: bien qu'il se trouve des médecins, et ceux-là sont malheureusement en bien grand nombre, qui traitent d'hypothétique et de conjecturale la science de la médecine, et sourient superbement lorsque l'on vient à prononcer devant eux le mot *exactitude* appliqué à ses résultats, néanmoins, la médecine, que nous ne voulons pas cependant prétendre être arrivée à un point tel qu'elle n'ait plus de progrès à faire, la médecine, dis-je, est assez exacte pour que, dans beaucoup de cas, il soit possible au praticien appelé près d'un malade de se passer des réponses du sujet pour porter un diagnostic précis et formuler le traitement. Non pas que nous prétendions nier l'utilité que l'on peut tirer des renseignemens antérieurs et des réponses que fait le malade aux questions qu'on lui adresse. Le soin que l'on met à la clinique de la Charité à recueillir tous ces renseignemens, prouve assez que telle n'est pas l'opinion du professeur dont nous nous efforçons d'exposer les doctrines. Mais, je le répète, ce cas dans lequel on a été obligé de faire, si j'ose le dire, de la *médecine vétérinaire*, prouve que la science est assez avancée pour que l'on puisse, quelquefois, se passer de renseignemens.

Une autre remarque que nous ferons à propos de cette malade, c'est que la formule des saignées coup sur coup, malgré son énergie et la quantité de sang qu'elle enlève aux sujets dans un court espace de temps, peut être employée avec le plus grand succès, même chez des sujets délicats, faibles, lymphatiques. Il est bien entendu qu'en pareille circonstance, la formule, flexible et accommodable à tous les cas, subit quelques modifications; mais il n'en est pas moins vrai que l'on ne doit nullement craindre de l'employer; que si l'on était retenu par la crainte de plonger les malades dans un état anémique, crainte que nous avons quelquefois entendu exprimer par ceux qui ne suivent pas habituellement le service de la Charité, nous ferons observer que l'anémie causée par les émissions sanguines coup sur coup, c'est-à-dire pratiquées dans le plus court espace de temps possible et selon les lois qui ont été posées, cette anémie se guérit très facilement et disparaît au bout de quelques jours de convalescence, tandis que l'anémie, suite de maladies chroniques, celle qui est produite par une lésion organique, est souvent mortelle, ou du moins incurable.

Pour en revenir à notre malade, on lui pratiqua sept saignées dans l'espace de cinq jours (20 palettes, 2 kylogrammes et demi de sang), et malgré cette perte assez considérable par elle même, et à bien plus forte raison chez un sujet délicat et anémique, elle entrait en convalescence le neuvième jour.

OBS. II. — Le 22 mars 1842, est entrée à la salle Sainte-Madeleine la nommée Françoise Texier, âgée de vingt-cinq ans, née à Angoulême.

Cette femme, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, fut traitée dans ce service au mois de février de l'année dernière, pour une ophthalmie variolique, dont elle sortit guérie au bout d'un mois et demi. Assez bien portante depuis lors, elle devint enceinte au bout de deux ou trois mois. Elle accoucha il y a treize jours d'un enfant à terme et bien conformé. Le quatrième jour, elle descendit dans la cour de la maison qu'elle habite. Dès le soir, elle fut prise d'une toux fréquente et le lendemain matin d'une douleur vive dans le côté droit. Quelques crachats colorés d'un peu de sang, des frissons suivis de chaleur, et qui se répétèrent les jours suivans surtout le soir, la persistance de la douleur de côté et de la toux, de la céphalalgie, tels sont les principaux symptômes qui se montrèrent depuis le début de la maladie. Alitée dès le commencement de la maladie, elle a pris pour nourriture quelques bouillons, un peu de poisson et du pain; pour tout traitement, tisane pectorale.

Voici l'état dans lequel elle se trouve le 22 mars au matin, au moment de l'entrée: Visage pâle, langue molle, un peu blanchâtre; soif assez vive. Anorexie; bouche amère; pas de nausées ni de vomissemens; ventre souple, indolent, sans gargouillement; pas de selles depuis la veille; urines libres, persistance d'un peu d'écoulement lochial blanchâtre; chaleur de la peau plus que normale; pouls à 132, médiocrement développé. Rien de notable au cœur ni dans les carotides.

Toux peu fréquente pendant l'examen. Respiration gênée. Douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine, plus forte en dehors et en arrière. Résonnance et respiration bonnes en

avant des deux côtés, et en arrière à gauche. A droite, matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. Dans toute cette étendue, souffle bronchique avec bronchophonie éclatante, sans trace de crépitation. Céphalalgie.

La malade vient d'arriver en voiture à l'hôpital.

Diagnostic. Pleuro-pneumonie puerpérale négligée pendant environ neuf jours, arrivée au second degré au moins, affectant les quatre cinquièmes inférieurs postérieurs du poumon droit. Cas très grave.

Saignée de 3 palettes, ventouses scarifiées à la partie postérieure droite de la poitrine, 3 pal., cataplasme de guimauve, sirop gommeux, julep, diète.

23 mars. La malade se trouve mieux; la douleur du côté a diminué; la respiration paraît plus libre; 24 - 28 inspirations par minute. Crachats visqueux, adhérens, tremblottans, d'une teinte sucre d'orge. Peau chaude, moite. Pouls à 116, moins faible que la veille; persistance de la matité dans la région indiquée la veille, où l'on entend un souffle très distinct, surtout pendant l'expiration, mais mêlé de quelques bulles de crépitation grasse tout à fait sous l'oreille, plus faible et plus nombreuse tout à fait en bas.

Bronchophonie éclatante, sans crachottemens; résonnance et respiration bonnes partout ailleurs. Décubitus sur le côté malade. La malade s'assied dans son lit plus facilement que la veille.

Caillot de la saignée rétracté, recouvert d'une écume jaune, ferme, offrant des arborisations et une sorte de réseau pointillé.

Rondelles des ventouses prises en un caillot d'un rouge vif, glutineux.

Saignée de 2 palettes et demie. Ventouses scarifiées, 2 pal. et demie. Cataplasme. Mêmes boissons. Diète.

24 mars. Mieux encore que hier. La douleur de côté a tout à fait disparu. La malade ne se plaint que de faiblesse. Crachats moins visqueux, moins adhérens, sans traces de sang; peau de chaleur douce, moite. Pouls à 116, assez développé, régulier. Le souffle bronchique a beaucoup diminué; retour de la respiration vésiculaire dans toute la fosse sous épineuse. Le souffle ne devient bien distinct que dans les respirations un peu fortes. La bronchophonie a diminué aussi, quoique distincte encore. Le souffle paraît depuis la veille avoir descendu un peu vers la partie inférieure du poumon où la crépitation est aujourd'hui très peu marquée.

Caillot de la saignée et des ventouses présentant les mêmes caractères que ceux de la veille.

Vésicatoire à la partie postérieure droite du thorax, 0m,16. Mêmes boissons. Diète.

Saignée conditionnelle ce soir.

25 mars. La saignée n'a pas été pratiquée; pouls à 112 - 116, mou, faible. Respiration assez libre, sans douleur notable. Décubitus un peu incliné sur le côté sain. Souffle bronchique à peu près comme la veille; un peu de crépitation à la partie inférieure.

Mêmes boissons. Diète.

26 mars. Elle dit se trouver bien; pouls à 100 - 104. Mêmes phénomènes du côté de la poitrine pour l'auscultation et la percussion. Le souffle se fait toujours entendre bien distinctement. La crépitation devient plus abondante avec mélange de respiration vésiculaire.

27 mars. La malade est couchée sur le côté sain. Pouls à 100 - 104. Chaleur normale de la peau. Convalescence commençante. Un bouillon coupé.

29 mars. De mieux en mieux. Respiration sans gêne notable. Pouls à 84. La respiration bien revenue à droite en arrière. Un peu de souffle encore dans la région de l'omoplate, mais très léger. Vésicatoire à la région scapulaire droite. Deux bouillons; potage.

1er avril. La convalescence marche très bien. Chaleur normale de la peau. Pouls à 72. Une portion.

Le 10 avril, la malade, parfaitement guérie, demande sa sortie.

— Ce cas ne nous semble pas moins remarquable que le précédent. Un point de contact par lequel on peut rapprocher ces deux faits, c'est que les femmes qui en font le sujet étaient toutes deux dans un état de chlorose et d'anémie habituel chez la première, causé peut-être chez la seconde par l'écoulement sanguin qu'elle avait éprouvé à la suite de son accouchement. Nous ferons remarquer du reste que, comme la sourde muette, la seconde malade était d'une constitution peu robuste, et d'un tempérament lymphatique.

Chez la dernière, une circonstance qui devait rendre plus sérieuses encore les craintes que faisait concevoir et la durée de la maladie, et l'absence de tout traitement avant l'entrée, c'était la complication de l'état puerpéral dans lequel se trouvait la malade. Or, l'on sait que les affections aiguës chez les femmes récemment accouchées, présentent toujours une gravité bien plus grande que chez des sujets atteints par la maladie au milieu d'un état de santé parfaite. C'est cette considération qui, jointe aux précédentes, détermina M. Bouillaud à porter dans le cas actuel le pronostic: *cas très grave.*

Néanmoins, et malgré toutes ces chances défavorables qui auraient pu faire craindre de compromettre le succès de la nouvelle formule en l'opposant à un cas si complexe, M. Bouillaud n'a pas hésité et le succès est venu couronner une hardiesse dont n'eussent certainement point été capables des médecins moins habiles que lui à observer et moins exercés à manier la formule des émissions sanguines coup sur coup. Quatre saignées en deux jours, onze palettes (1400 grammes) et deux vésicatoires ont amené en cinq jours une convalescence qui a marché avec la plus grande rapidité, au point que dix-neuf jours après son entrée, la malade, parfaitement guérie depuis huit jours et mangeant trois portions (trois quarts d'alimens) demandait sa sortie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Résumé général de la clinique de M. Chomel pendant le dernier semestre 1841-42.

(Suite du n° 45.)

Fièvres intermittentes. — Il y en a eu 3 cas, dont 2 accompagnés d'un développement énorme de la rate, et qui se trouvent encore en traitement. Nous employons le sulfate de quinine à doses assez élevées, et nous espérons en obtenir de bons résultats.

Nous ne sommes pas de l'avis de ceux qui croient que le sulfate de quinine peut agir toujours d'une manière efficace sur le dégorgement de la rate hypertrophiée; mais nous pensons, avec beaucoup de praticiens, que cet agent peut convenir dans ce cas, et qu'il contribue à la résolution de l'hypertrophie de la rate lorsque celle-ci est accompagnée d'accès fébriles persistans. Dans les cas où l'hypertrophie de la rate persiste après la cessation des accès, elle résiste presque toujours aux doses élevées du sulfate de quinine. Chez l'un de nos malades, nous avons employé aussi avec succès les toniques, le vin, les viandes rôties, etc. D'après des indications particulières, les toniques nous ont paru avoir aidé beaucoup l'action fébrifuge. Dans les cas d'engorgement de la rate avec retour de quelques accès de fièvre de temps en temps, nous avons administré la quinine toujours à la même dose; seulement nous l'avons donnée à des intervalles de plus en plus éloignés.

Fièvres typhoïdes. — Nous avons eu à traiter un nombre assez considérable de fièvres typhoïdes. Sur 14 malades atteints de cette affection, dont 10 femmes et 4 hommes, 4 ont succombé. Parmi ces malades il y en a eu plusieurs qui étaient à Paris depuis peu de temps; mais nous avons remarqué que la mortalité a été plus grande proportionnellement chez ceux qui étaient à Paris depuis un temps un peu plus long; de sorte qu'on pourrait, jusqu'à un certain point, conclure que ce ne sont pas les sujets les plus récemment arrivés dans la capitale qui en éprouvent les plus rudes attaques, mais ceux qui y sont depuis un temps déjà assez long.

Sur ces 14 cas, 10 ont été graves et 4 mortels. La durée moyenne des cas graves suivis de guérison a été de 30 jours; dans les cas les plus légers, elle a été de 10 à 12 jours. 8 fois la maladie s'est développée d'une manière subite, sans avoir été précédée de phénomènes précurseurs bien évidens, et dans ce nombre il y a eu deux cas de mort.

Le frisson au début s'est montré 8 fois. Dans les 6 autres cas ce symptôme a manqué, autant, du moins, qu'il nous a été possible de nous en assurer.

Le mal de côté s'est manifesté 13 fois. 3 fois sur 14 il y a eu une faiblesse musculaire considérable, avec altération notable de la contractilité.

Tous les malades ont présenté une prostration, un abattement général plus ou moins prononcés.

5 fois il y a eu du délire, et dans ces 5 cas, 3 cas de mort. Le coma s'est montré aussi 5 fois et il nous a donné pour résultat 4 morts. Chacun de vous comprend que quand la maladie est parvenue à ce degré de force, on doit malheureusement s'attendre, règle générale, à une terminaison funeste; la guérison ne serait que l'exception.

Il y a eu 4 cas de surdité, sur lesquels 3 cas de mort. Ce signe est ordinairement fâcheux; car il indique une atteinte profonde du cerveau.

13 fois les malades ont présenté de l'étourdissement, de la pesanteur de tête. Les 4 sujets qui ont succombé ont tous présenté ces symptômes.

On a observé 3 fois seulement l'épistaxis et pourtant tous les praticiens ont signalé ce symptôme comme étant très fréquent, notamment M. Louis, qui en a tenu un compte exact dans son bel ouvrage sur la matière. Il est vrai de dire que dans deux autres cas nous n'étions pas sûrs si ce phénomène a manqué réellement.

La langue s'est offerte sous différens aspects, selon la gravité de l'affection; ainsi, 8 fois elle était couverte d'un enduit visqueux, collant au doigt; c'était ordinairement lorsque la maladie n'était pas bien intense. 6 fois elle a été sèche, rude au toucher, avec un enduit noirâtre sur les dents.

Nous avons eu 9 fois les taches rosées; probablement chez les autres malades on ne les a pas aperçues parce qu'elles étaient déjà disparues; car elles se montrent ordinairement vers la fin du premier septenaire, et souvent elles disparaissent assez promptement. Du reste, c'est un des caractères signalés comme constans dans cette affection.

Les *sudamina* se sont présentés 8 fois; ce signe est moins constant et d'une moindre valeur que le précédent.

Tous les malades ont rendu des selles plus ou moins liquides; la diarrhée est un phénomène qui manque très rarement; et comment en serait-il autrement, lorsque la muqueuse intestinale est profondément affectée? Il y a eu 5 cas dans lesquels les selles ont été involontaires; ce signe est toujours d'un très mauvais présage. On peut, lorsqu'il se montre, prédire presque avec certitude une terminaison funeste. En effet, sur les 15 malades qui ont eu des selles involontaires, 4 sont morts. 13 fois il y a eu un gargouillement et un météorisme plus ou moins prononcés. On a observé 1 fois le vomissement et 1 fois l'hémorrhagie intestinale. Dans ces deux cas la terminaison a été fatale.

La toux s'est montrée 13 fois, et 12 fois le râle sibilant avec crachats visqueux transparens. Tout le monde sait, au reste, que c'est un phénomène très commun dans la fièvre typhoïde. Il y a eu deux cas d'escharres considérables; 2 cas de tubercules, et dans ces deux cas mort.

Traitement. — Le traitement de la fièvre typhoïde a varié selon les indications qui se sont présentées; ainsi nous avons pratiqué une ou deux saignées dans les cas où il y avait réaction générale assez forte; quelquefois nous avons employé les purgatifs, mais ça été dans des cas exceptionnels; car nous n'adoptons pas d'une manière générale cette méthode dans le traitement de cette affection. Nous avons assez souvent employé les toniques dans les cas très graves, presque désespérés, lorsque l'organisme était dans un état de dissolution, dans le but de relever un peu les forces et de prolonger autant que possible la vie des malades. Nous avons plus d'une fois, par cette méthode, obtenu de l'amendement dans les symptômes généraux; mais cette amélioration momentanée ne s'est pas soutenue. Nous avons généralement eu recours aux boissons émollientes, aux bains et aux potions calmantes.

Dans les cas mortels, l'autopsie nous a présenté des lésions de différente nature; ainsi, chez une jeune fille il y avait une ulcération près de la valvule iléo-cœcale, qui ressemblait beaucoup à un tubercule ulcéré. Il y avait aussi chez ce même sujet d'autres tubercules dans le mésentère et dans diverses régions; la diathèse tuberculeuse a été probablement pour beaucoup dans la mort de cette malade. Chez deux autres malades, on a trouvé des ulcérations intestinales qui, d'après leur aspect, s'étaient certainement développées à des époques bien différentes; les unes étaient pâles, leur surface était au même niveau que la muqueuse environnante qui était pâle et décolorée; les autres étaient plus ou moins rougeâtres, violacées, à bords un peu élevés, et entourées d'une injection plus ou moins prononcée. Il est évident que les premières étaient anciennes et en voie de cicatrisation; tandis que les autres avaient une origine beaucoup plus récente. L'un des deux malades est mort au 33e jour.

Rhumatisme articulaire. — Les cas de rhumatisme articulaire aigu se sont élevés au chiffre de 9, dont 3 ont eu lieu chez des hommes et 6 chez des femmes; dans 3 cas les attaques étaient secondaires, c'est-à-dire succédant à d'autres attaques antérieures.

Les causes ont été variables: tantôt c'était l'humidité; le plus souvent des causes inconnues; une seule fois l'hérédité a semblé avoir eu la principale influence.

Deux fois la maladie a été exaspérée par un exercice immodéré. Il s'agissait de deux femmes jeunes; l'une affectée de rhumatisme au genou, avec rotation considérable de la jambe en dehors, c'est-à-dire que les surfaces articulaires du genou avaient subi par suite de ce gonflement rhumatismal un changement de rapports entr'eux, et que le tibia s'était porté tellement en dehors que sa crête antérieure répondait au bord externe de la rotule, au lieu de répondre au centre de cet os. Chez l'autre malade, c'était l'articulation tibio-tarsienne qui était affectée. Dans ce cas, il y avait également une telle transposition des surfaces articulaires, que la plante du pied était devenue extrêmement voûtée; cette femme a dû probablement recourir à une opération ténotomique propre à redonner aux parties leur position normale. C'est un cas assez curieux sous ce rapport. Chez quelques malades, plusieurs articulations furent prises à la fois.

La durée moyenne sous la forme aiguë a été de 17 jours et 1/5e. La douleur a persisté dans le plus grand nombre des cas, après la cessation de l'état aigu; elle a duré, terme moyen, 27 jours et 1/6e.

État du cœur. — Le bruit de souffle s'est présenté 4 fois, mais il s'est dissipé chaque fois au bout de quelques jours; chez 2 malades, il y avait eu des attaques antérieures de rhumatisme chronique que l'on considère comme cause de cet état anormal du cœur. L'année dernière, nous avons eu 31 malades affectés de rhumatisme articulaire, et sur ces 31 malades un seul avait eu une affection du cœur consécutive au rhumatisme. Il y eût eu en tout 7 individus chez lesquels on avait constaté quelques bruits anormaux du cœur, mais chez la plupart ces bruits revinrent rapidement à leur état normal. Nous noterons seulement ici le cas de ce forgeron dont nous avons longuement parlé (1), et qui, après avoir eu une attaque de rhumatisme articulaire, ressentit dix-huit mois plus tard quelques battemens de cœur insolites, et eut par la suite une affection organique du cœur. Pourrait-on se croire autorisé à rapporter cette affection au rhumatisme qui avait précédé, comme à sa cause? Ce serait, selon nous, une interprétation des faits par trop arbitraire; nous ne nions pas toutefois, comme nous l'avons dit déjà bien d'autres fois, qu'une affection du cœur puisse quelquefois venir compliquer le rhumatisme, mais nous doutons que l'endocardite soit aussi souvent qu'on l'a soutenu le résultat d'un rhumatisme articulaire. Nous croyons que le doute sur le rapport de ces deux affections est encore l'opinion la plus sage que puisse avoir un praticien, jusqu'à ce que de nouveaux faits bien observés et examinés sans prévention viennent jeter une lumière suffisante sur cette question. Ainsi, pourrait-on consciencieusement considérer comme une endocardite ce léger trouble dans les bruits du cœur qui s'observent si souvent dans les affections rhumatismales, mais qui disparaissent d'une manière si rapide et sans laisser aucune trace? D'un autre côté, combien d'affections du cœur très réelles et très profondes qu'aucun bruit anormal n'avait révélées, et qui n'ont jamais été précédées ni accompagnées d'une affection rhumatismale? Nous en avons eu un bel exemple dans le cas de cardite dont nous avons dit quelques mots, et qui ne fut accompagné d'aucun signe stéthoscopique pendant la vie.

Affections nerveuses. — Nous avons observé 15 cas d'affection des centres nerveux, 7 chroniques et 8 aigus. Une femme est entrée dans notre service à la suite d'une attaque apoplectique; elle présentait un coma profond, avec perte complète de connaissance; immobilité absolue des membres; paralysie du bras droit, etc. A l'autopsie nous avons trouvé un caillot dans la cavité arachnoïdienne à la surface du cerveau et près de la ligne médiane. C'est un cas assez rare; car

(1) Cette observation sera incessamment publiée.

ordinairement les foyers apoplectiques sont plus ou moins éloignés de la périphérie du cerveau, et siégent dans l'intérieur de la substance cérébrale, tandis qu'ici nous avions un caillot faisant saillie au-dessous de l'arachnoïde. En outre, dans ce cas, la lésion cérébrale était plutôt centrale; aussi avons-nous eu une paralysie presque générale, plus marquée pourtant au bras droit. Il y a eu un autre cas semblable pour le siége de la lésion; une extravasation du sang avec épanchement dans l'intérieur de la cavité arachnoïdienne. Le foyer apoplectique était également superficiel, occupant la surface du lobe gauche; la paralysie était, à droite, en rapport, à raison du croisement, avec le point du cerveau lésé. Il y a eu encore deux autres cas d'apoplexie qui n'ont offert rien de remarquable. La paralysie, dans ces deux cas, a eu lieu comme à l'ordinaire, du côté opposé à la lésion cérébrale.

Il s'est présenté un cas de ramollissement cérébral des deux côtés chez une femme d'un âge avancé.

Nous avons observé un cas de méningite granuleuse chez une jeune fille de 22 ans. On avait soupçonné d'abord une affection typhoïde, à cause de la céphalalgie et d'autres symptômes qui se présentent ordinairement dans cette dernière maladie; mais les symptômes s'aggravèrent et se dessinèrent tellement, que nous n'avons pas pu nous méprendre plus longtemps sur la véritable nature du mal. A l'autopsie, notre diagnostic fut pleinement confirmé.

Nous avons eu un cas de cancer cérébral chez un homme; deux cas d'affection de la moelle épinière; l'un d'eux était un cas de spinite avec symptômes tétaniques. Le malade, qui était un jeune homme, a succombé à des accès épileptiformes. On trouva à l'autopsie une injection vive des méninges, avec ramollissement de la moelle. Le second cas d'affection de la moelle consistait en une tumeur cancéreuse placée dans l'intérieur du canal vertébral, et comprimant la moelle. Le malade éprouvait depuis long-temps des douleurs aux reins avec de l'engourdissement dans les membres. La tumeur avait la forme d'un demi-anneau, qui embrassait circulairement la moelle.

Nous avons encore en traitement dans les salles un malade affecté de demi paralysie, qui est survenue à la suite d'un effort fait en portant un fardeau. Y a-t-il, dans ces cas, vraiment lésion de la moelle, ou simplement déchirure de quelque filet nerveux ou de fibres musculaires? C'est ce qu'il est difficile de déterminer actuellement.

Le nombre total des malades entrés dans le service de la clinique pendant le cours du semestre qui vient de s'écouler, a été de 243, et celui des morts de 36.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Leçon sur l'anus artificiel. Méthode de Callisen. Modifications dans le mode opératoire; par M. BAUDENS, chirurgien en chef.

(Suite du numéro 39.)

Autre question. Convient-il d'opérer sur le colon du côté gauche ou sur le colon du côté droit?

Jusqu'ici, toutes les fois que l'on n'a pas craint de s'exposer à opérer au-dessous du rétrécissement intestinal, et par conséquent de rendre nulle l'opération, on a préféré le côté gauche au côté droit, et je vois que M. Amussat n'a fait choix de celui-ci que dans le cas où l'affection leur a paru remonter au-delà du colon descendant.

Je pense qu'il existe une raison d'une grande portée pour donner dans tous les cas la préférence au côté droit. Ce n'est pas seulement parce que le cœcum, ainsi que Pillore l'a fait observer, est une sorte de réservoir; ce n'est pas seulement parce que l'espace dépourvu de péritoine paraît plus étendu à droite qu'à gauche, que la région du côté droit doit être préférée; il existe une raison bien plus importante.

Et d'abord, rappelons que l'absorption du chyle se faisant dans l'intestin grêle, il importe assez peu au point de vue de la nutrition que le gros intestin conserve un peu plus, un peu moins de longueur. Rappelons de plus que la formation des gaz a lieu uniquement dans les gros intestins. Les gaz! voilà le fléau qui tourmente le plus les personnes qui portent un anus contre nature. Si les gaz s'échappent involontairement, l'opéré devient un foyer d'infection que chacun fuit, et l'existence à ce prix devient un fardeau. D'un autre côté, si l'anus est hermétiquement fermé pour ne s'ouvrir qu'à certaines heures fixes, l'accumulation des gaz provoque des douleurs vives, incessantes.

Pour éviter la formation des gaz, nous préférons opérer dans tous les cas sur la région droite, puis pour prévenir le passage des matières dans le gros intestin où les gaz se formeraient, et d'où il faudrait extraire péniblement les matières avec une curette, nous proposons de faire un éperon saillant, afin d'interrompre complètement la continuité du tube intestinal. Pour constituer cet éperon, il suffirait probablement d'attirer fortement l'intestin à l'extérieur et de placer une tente dans le bout inférieur si ce dernier n'était pas suffisamment obturé. A l'exemple de Pillore, nous proposons de fixer par quelques points de suture les lèvres de la plaie intestinale aux lèvres des tégumens, puis d'affronter les angles de ceux-ci par un autre point de suture. En agissant ainsi, les matières sortent directement sans se trouver en contact avec des surfaces traumatiques, et on évite des accidens parfois dangereux, tel que l'érysipèle gangréneux.

Pour aider à reconnaître et à diviser nettement les plans superposés dont nous avons parlé, nous engageons au-dessous de chacun d'eux une spatule plate dite anglaise, et c'est sur elle que nous coupons couche par couche les divers tissus qui forment la région lombaire. De cette manière on procède avec une régularité et une exactitude très grandes.

L'incision oblique, que nous préférons à l'incision perpendiculaire de Duret et de Callisen et à la division transversale de M. Amussat, nous paraît avoir les avantages suivans.

Comme l'incision perpendiculaire, elle permet de découvrir l'intestin dans une grande étendue de son diamètre vertical et il est possible de le diviser à un pouce et demi de hauteur, avantage que ne permet pas l'incision transverse de M. Amussat, qui est obligé, pour l'obtenir, de faire une incision cruciale profonde. Comme l'incision transversale de M. Amussat, l'incision oblique permet de découvrir plus aisément l'intestin et d'établir un anus sur un point plus antérieurement situé, afin de faciliter le pansement et l'issue des matières, avantage qu'on n'a point par l'incision perpendiculaire de Duret et de Callisen. De sorte que l'incision oblique reste dotée des avantages des incisions perpendiculaire et transversale sans avoir leurs inconvéniens.

Nous n'avons eu encore qu'une seule fois l'occasion de pratiquer l'anus dans la région lombaire: nous sommes parvenu à ouvrir le colon sans intéresser le péritoine. Tout nous fit d'abord bien augurer du résultat de l'opération: mais quelques symptômes de péritonite préexistante à celle-ci prirent un surcroît d'intensité, et notre malade mourut le cinquième jour.

Voici les principaux traits de cette observation.

Madame Charp..., âgée de cinquante-huit ans, mère d'un seul enfant, n'avait cessé de jouir d'une santé parfaite, malgré un état habituel de constipation assez opiniâtre.

En décembre 1840, elle est prise de douleurs lancinantes dans la région de la matrice. Au bout de quinze jours, un foyer purulent se vide par l'un des points du vagin et donne issue à plus de 500 grammes de pus. Peu de temps après la guérison paraît obtenue, sauf une constipation plus opiniâtre que jamais. A partir de cette époque, les garderobes n'ont plus lieu qu'à l'aide d'injections anales, le volume des matières diminue d'une manière si notable, que quelques mois plus tard il égalait à peine celui du petit doigt.

Le 30 août, je suis appelé près de madame C..... En arrivant chez elle, j'apprends que depuis trente-quatre jours elle n'a plus eu de garderobes, malgré l'emploi de lavemens simples et purgatifs de toute espèce, malgré l'emploi des sondes, des suppositoires oints de pommades contenant des drastiques. L'abdomen, énormément distendu, présentait une foule de reliefs ou bosselures qui traduisaient les circonvolutions intestinales distendues par des gaz. La ligne blanche était élargie et très amincie; la tympanite stercorale était portée au plus haut degré; le pouls donnait 100 pulsations par minute; les alimens légers, tels que bouillons, étaient rejetés aussitôt qu'avalés; la malade se plaignait de souffrir cruellement, et suppliait de la débarrasser de sa souffrance à tout prix. « Ne pourrait-on pas, disait-elle instinctivement, me faire un petit trou sur la paroi du ventre? » En appuyant sur la paroi abdominale on sentait une grande rénitence; il y avait quelques symptômes de péritonite d'ailleurs assez légers. Cette pression n'augmentait pas d'une manière notable l'état de souffrance.

J'appris bientôt que madame C... était restée pendant vingt jours sans appeler de médecin, et que depuis elle avait fait prier M. le docteur Kapeler de venir la voir une ou deux fois.

Bien que je ne voulusse pas agir en l'absence de M. Kapeler, je cédai, vu l'urgence, au désir de la malade. J'introduisis le doigt dans le rectum: je reconnus d'abord une large excavation entièrement vide, et au-dessus d'elle, en refoulant avec force les parties molles de la région anale, je parvins à introduire le bout du doigt indicateur dans un rétrécissement où mon doigt était pincé comme dans une bague un peu étroite. Ce rétrécissement me parut peu étendu. Je retirai mon doigt, et le remplaçai par une forte sonde en gomme élastique. Cette sonde ne pouvait dépasser l'obstacle que de trois à quatre centimètres. Faisait on effort sur elle, elle se brisait. J'essayai, mais vainement, d'injecter à sa faveur des liquides pour désobstruer le gros intestin: les liquides revenaient en totalité et ne dépassaient pas la sonde.

L'opération de l'anus anormal me semblait parfaitement indiquée et donner seule encore quelques chances de salut. Je promis à la malade de l'opérer le lendemain, après m'être entendu avec M. Kapeler et quelques autres médecins. Cette promesse rendit du courage à la malade, qui attendit le lendemain avec la plus vive impatience.

Comme il me semblait qu'il n'y avait pas de temps à perdre, j'avais tout fait préparer pour l'opération, afin d'agir immédiatement si les médecins consultans me le conseillaient.

Le lendemain, nous vîmes la malade avec MM. Kapeler, Bourgery, Pasquier fils, Alquié, Gama, Bonnafond, etc. La majorité conseilla d'attendre au lendemain 31 août, et d'essayer de la puissance des douches ascendantes. Cette résolution tourmenta vivement la malade, pour qui vingt-quatre heures de souffrance semblaient tout un siècle.

Les douches ascendantes étant restées sans effet, les mêmes confrères réunis décidèrent à l'unanimité, le 1er septembre, qu'il fallait opérer sur-le-champ. Bien que la malade nous semblât dans des conditions moins favorables que la veille, le pouls était à 120 pulsations, petit et déprimé; il y avait des vomissemens et des signes non équivoques de péritonite. L'opération étant la seule chance de salut, la malade la réclamait impérieusement; son moral était d'ailleurs parfait, il n'y avait plus à hésiter.

Je fis dans la région iliaque, obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, à trois centimètres au-dessous du bord inférieur de la douzième côte et immédiatement en dehors de la masse des muscles sacro-lombaires, une incision qui vint se terminer près de la crête iliaque, à 4 centimètres environ de la masse des muscles précités.

La peau et le tissu cellulaire graisseux, épais de quatre centimètres environ, furent divisés et permirent de voir le premier plan musculaire; j'y fais une petite ouverture, et à travers celle-ci je glissai une spatule plate dite anglaise, afin d'inciser sur elle avec confiance, et dans l'étendue de la division cutanée, le premier plan de muscle formé en avant par le grand oblique, et en arrière par le muscle grand dorsal. Je vis alors un second plan musculaire formé par le muscle petit oblique. Ce plan fut divisé comme le premier, et avec les mêmes précautions, ainsi que le troisième plan charnu formé par le muscle transverse. Les aponévroses qui, de ces trois muscles, grand oblique, petit oblique et transverse, forment trois feuillets distincts qui, en arrière, se portent autour des muscles sacro-lombaire et carré des lombes, furent coupées près de leur naissance avec le même soin, et sans perdre de vue que c'est précisément au-dessous d'elles que se trouve le colon; le muscle carré des lombes fut aussi soulevé par la spatule, et les fibres les plus externes furent coupées pour donner plus d'espace et mieux découvrir l'intestin. Je reconnus bientôt, parallèlement à mon incision oblique, les grosses branches de nerfs génito-crural et inguino-cutané enveloppées d'une légère couche de graisse; le moindre contact sur elles développait de vives douleurs qui retentissaient dans l'aine. Le tissu cellulaire graisseux fut excisé avec soin; puis apparut le *fascia iliaca*, que j'incisai après l'avoir soulevé sur ma spatule. J'excisai encore plusieurs pelotons graisseux, et enfin je crus reconnaître la présence de l'intestin à sa rénitence, au poli de sa surface et aux bosselures qui s'offraient à ma vue.

Je sondai avec mon trocart à acupuncture cette surface, et du moment que la tige fut retirée un courant ascendant de gaz fétide constata que la sonde était réellement dans la cavité intestinale. Une anse de fil fut placée sur l'intestin à l'aide d'une aiguille courbe, afin de l'attirer légèrement à l'extérieur. Je fis d'abord une petite ponction et deux fils furent placés sur les lèvres de la plaie pour fixer l'intestin et permettre de prolonger l'incision en haut et en bas de manière à faire une ouverture étendue de 4 à 5 centimètres. Un flot de matières couleur chocolat, de consistance de bouillie et mélangées à des gaz, sortit avec tant d'éclat et de violence, qu'elles atteignirent à plus d'un mètre de distance ceux qui n'avaient pas eu le soin de se défier du feu de la place. Ces matières remplirent la moitié de deux grandes cuvettes, et la malade éprouva un soulagement spontané. « Pourquoi, disait-elle, avez-vous tant tardé à m'enlever mes souffrances, les douleurs de l'opération ne sont rien comparativement à ce que j'ai souffert! » Les lèvres de l'intestin furent attirées au-dehors pour former un éperon très prononcé, et fixées avec soin par cinq points de suture aux lèvres de la plaie des tégumens. Les angles de cette plaie tégumentaire furent eux-mêmes fermés par un point de suture.

L'anus artificiel ainsi formé, était dans les conditions les plus heureuses; il fut recouvert d'une compresse fenêtrée et d'un cataplasme.

Opérée à une heure après dîner, la malade alla très bien jusqu'au lendemain; les vomissemens avaient complétement cessé, et le bouillon de poulet se digérait bien. Elle avait passé une bonne nuit; pour la première fois depuis un mois, elle avait goûté quelques heures de sommeil.

« Quand l'opération ne devrait pas me guérir, je ne vous en remercierais pas moins, me disait-elle, puisque vous m'avez enlevé mes atroces souffrances. »

Vingt-quatre heures après l'opération, les symptômes de la péritonite reparurent, et quatre jours plus tard cette femme, qui avait supporté l'opération avec un courage héroïque, avait cessé d'exister.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE THERAPEUTIQUE.

Sur la falsification de l'acide oxalique.

On savait que l'acide oxalique pouvait être impur, qu'il pouvait contenir de l'acide azotique, des traces de sels métalliques (de cuivre, de fer et de plomb); on savait qu'il était quelquefois allongé par l'oxalate acidule de potasse; mais on ignorait encore l'existence de sa sophistication par le mélange de ses cristaux avec la variété de sulfate d'alumine et de potasse connu dans le commerce des produits chimiques sous le nom d'*alun en petits cristaux*.

Mais cette falsification vient d'être démontrée à M. A. Chevallier par la lecture de la lettre d'un négociant à M. S..., lettre dans laquelle on demandait à ce dernier 3,000 kilogrammes d'alun en petits cristaux, en ajoutant explicitement que ce sel devait être mêlé à de l'acide oxalique.

Les pharmaciens doivent donc maintenant, puisque cette fraude est mise en pratique, examiner l'acide oxalique qui est vendu dans le commerce, pour savoir s'il est pur ou non.

Voici les caractères à l'aide desquels il est possible de distinguer l'acide pur de celui qui ne l'est pas:

1° L'azotate de baryte versé dans une dissolution d'acide oxalique pur fournit un précipité, mais qui se dissout par un excès d'acide azotique. — Le même réactif donne également un précipité avec l'acide oxalique aluné; mais ce précipité, dû surtout à la formation d'un sulfate barytique, est insoluble dans un excès d'acide azotique.

2° Le chlorure de platine ne détermine pas de précipité dans l'acide pur, bien que la solution soit concentrée. — Avec l'acide aluné, au contraire, il donne lieu à un précipité composé de chloro-platinate de potasse. (Dans le cas où la solution serait peu concentrée, on pourrait faciliter la précipitation par l'addition d'alcool.

3° Enfin, l'acide pur ne précipité pas par l'ammoniaque, tandis que l'acide aluné fournit avec ce réactif un précipité floconneux d'alumine qu'il est facile d'isoler pour en faire un examen ultérieur plus approfondi. (*Journ. de chim. méd.*, janv. 1842.)

Sur une nouvelle falsification du safran.

M. Ménier vient de reconnaître une nouvelle falsification dans quelques ballots de safran d'origine allemande. Cette substance contenait environ 25 pour 100 de languettes florales du *Calendula arvensis*.

Cette falsification était déjà connue de M. le professeur Guibourt qui, en 1835, avait reçu de M. Théodore Martius, pharmacien à Erlangen, un très bel échantillon de ce fameux safran, sous le nom de *Crocus germanicus*.

Cette matière offre, à la première vue, une ressemblance presque complète de forme et de couleur avec le safran, elle est imprégnée d'une huile grasse qui lui donne de la souplesse; mais l'odeur très marquée qu'elle possède est celle de l'iris ou du bois de campêche; en outre, elle colore l'eau froide en rose d'abord, puis en rose-jaunâtre

plus foncé, et cette macération, qui devient d'un rouge vif par l'ammoniaque, précipite en rougeâtre par le chlorure ferrique, par le sous-acétate de plomb et par l'acétate de cuivre.

Quelle que soit la ressemblance apparente du faux safran avec le véritable, et malgré la couleur dont on l'a si habilement pourvu ou qu'il peut acquérir dans tous les cas par son contact prolongé avec le vrai safran, la différence d'odeur, les colorations qui viennent d'être mentionnées soit avec l'eau, soit sous l'influence des divers réactifs chimiques, colorations qui ne se produisent pas avec le safran véritable, suffiraient pour le faire distinguer. De plus, il existe entre ces deux substances, des différences d'organisation bien précisées par M. Guibourt, qui rendront toujours la fraude facile à constater. En effet, il suffira d'en étaler une petite quantité sur une feuille de papier, et de l'examiner attentivemeet avec la loupe ou même avec la vue simple. En admettant que les trois stigmates qui le composent soient isolés du style qui les réunissait, état qui le rapproche de l'isolement des demi-fleurons du souci, on reconnaîtra toujours le safran à sa forme d'un tube creux, conique, terminé en pointe filiforme par un bout, tandis que l'autre extrémité est évasée en cornet et frangée sur le bord. Il est complètement glabre dans toutes ses parties.

Les languettes du Souci (*Calendula arvensis*, L.) sont planes, à paroi simple et non tubuleuse, presque linéaires, c'est-à-dire qu'elles conservent sensiblement la même largeur dans toute leur étendue. La partie tubuleuse du demi-fleuron, quand elle existe, est cependant plus rétrécie que le reste; mais cette partie est ordinairement très courte; elle est bien loin d'offrir la ténacité capillaire de la base du stigmate du safran; enfin, elle est velue. La languette du souci offre en outre deux nervures proéminentes longitudinales, parallèles, plus coloriées, que le limbe, et qui partagent celui-ci en trois parties à peu près égales.

A l'aide de ces différens caractères, on ne peut éprouver la moindre difficulté à reconnaître la fraude dont il est question.

(*Journ. de pharm.*, 1841.)

Poudre contre la coqueluche.

Pr. Nicotiane pulvérisée,	10	centigrammes.
Tartre stibié,	5	
Sucre blanc pulvérisé,	8	grammes.
Gomme arabique pulvérisée,	2	

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, qui devra être divisée en vingt paquets bien égaux.

Cette poudre, dont la formule est due à M. le docteur Pittschaft, est usitée contre la coqueluche, particulièrement chez les enfans qui abondent en glaires et qui sont d'une constitution atonique. On en fait prendre un paquet toutes les deux ou trois heures, suivant les cas; et, pour en faciliter l'administration, on délaie chaque dose dans une cuillerée de sirop ou d'eau sucrée, ou encore en l'incorporant dans un peu de miel.

Si l'emploi de ce moyen provoque quelques vomissemens, il n'y a pas à s'en effrayer; car, loin d'être fâcheux, ce résultat ne fait que rendre plus facile l'exercice de la fonction digestive.

M. Pittschaft assure avoir retiré les plus grands avantages de l'emploi de cette médication; toutefois, il fait observer que la guérison de la coqueluche ne peut guère être obtenue avant la fin de la quatrième semaine.

Sirop de ciguë.

Pr. Ciguë fraîche contuse,	200 grammes;	
Sirop simple,	600	id.

Faire infuser au bain-marie et en vases clos, puis passer avec forte expression, et faire infuser de nouveau et de la même manière, le résidu dans 500 autres grammes de sirop cuit à 36°; passer enfin et réunir les deux colatures.

Ce sirop, dont la formule est due à M. Righini, a été prescrit avec un succès marqué dans les cas d'affections chroniques du foie ou d'autres viscères.

La dose à laquelle on le prescrit chez les adultes est de 30 à 60 grammes (1 à 2 onces) dans les 24 heures. On l'administre soit pur, et alors par cuillerées à bouche, deux ou trois fois par jour, soit étendu dans une tisane appropriée. Pour les enfans, on le fait prendre de la même manière, mais en ayant soin de diminuer la dose en proportion de l'âge des sujets.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 avril 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. le docteur Bodichon, à Alger, écrit qu'un pharmacien de cette ville s'étant trompé en délivrant du tartrate de potasse, a donné trente grammes de bioxalate de potasse, et qu'il en est résulté des accidens nerveux non prévus par l'emploi de ce sel. Il a fait des expériences sur les animaux, et il a vu que l'emploi de ce sel produit la paralysie.

— M. Guillon écrit à l'Académie pour lui faire part d'un cas de guérison de rétrécissement fibreux de l'urètre obtenue par l'incision. Le malade a été visité par MM. Larrey et Breschet.

— M Thénard fait une motion d'ordre pour que l'Académie avise à la ventilation et à la salubrité de la salle de ses séances. Il se plaint d'être incommodé par la chaleur et le manque d'air.

Cette proposition est renvoyée à la commission administrative.

Dans cette séance, M. Francœur a été nommé académicien libre, et M. D'Omalius d'Alloy membre correspondant de la section de géologie.

Correspondance.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

17 avril 1842.

Monsieur,

Quelques passages de mon *Traité pratique* sur les maladies des organes génito-urinaires, cités dans le dernier numéro de votre estimable Journal, pourraient induire en erreur au sujet des opinions que j'ai émises sur les lésions du col de la vessie. Veuillez me permettre, Monsieur le Rédacteur, de reproduire ici ces opinions en ce qui concerne tes lésions dites vitales:

Il y a une distinction à établir entre les états morbides du col de la vessie. Tantôt ce sont les troubles fonctionnels qui ont une prédominance presque exclusive; tantôt, au contraire, on est surtout frappé des désorganisations ou autres désordres dans les tissus. Ainsi on peut, sous le point de vue pratique, partager les maladies du col vésical en deux classes, comprenant, l'une les lésions purement vitales, l'autre les lésions organiques proprement dites. Ces deux ordres de lésions sont susceptibles de se succéder, de se compliquer, ou de coexister ensemble, mais en quelque sorte indépendantes les unes des autres; car on rencontre fréquemment, par exemple, des altérations organiques, même profondes, de la prostate, qui ne sont accompagnées ni d'une augmentation de la sensibilité locale, ni d'aucune trace de phlegmasie; tandis que, d'un autre côté, il est fort commun de voir des lésions vitales très intenses, même anciennes, qui ne laissent apercevoir nul vestige d'altération organique. On doit donc étudier séparément ces deux genres de lésions, si l'on veut mettre le praticien à même de les distinguer quand elles existent seules, et, dans le cas contraire, d'apprécier le rôle qui revient à chacune, l'influence qu'elles exercent les unes sur les autres.

Avant d'aller plus loin, faisons bien remarquer cependant que cette distinction, nécessaire à établir dans l'intérêt de la pratique, ne doit pas être prise en un sens absolu, et que, quand on dit qu'il n'y a pas d'altération organique dans tel ou tel cas donné, il faut seulement entendre par-là que la lésion n'est point accessible aux moyens d'exploration dont nous pouvons disposer.

Je suis loin de contester les droits de la critique; mais pour être utile elle doit être juste, et avoir pour base autre chose que des citations tronquées.

Agréez, etc.

CIVIALE.

Chronique.

Il n'y a pas que dans les beaux-arts que les partisans de deux opinions opposées prennent des dénominations tirées soit de ces opinions elles-mêmes, soit des hommes qui les représentent. En musique, il y a eu les gluckistes et les piccinistes; en peinture, on disait, il y a quelques années, les ingristes et les grossistes et autres choses bien connues. En médecine, nous avions déjà les contagionistes et les anti-contagionistes; il s'agit maintenant des dissolutistes et des anti-dissolutistes, ce qui veut dire les partisans des eaux de Vichy pour guérir la pierre dans la vessie, et ceux qui ne croient pas à leur efficacité. Si l'on voulait les désigner d'après le nom des médecins qui sont à la tête de ces deux opinions, il faudrait dire les *petitistes* et les *prunellistes* du nom des deux inspecteurs de Vichy, dont l'un traite les calculeux à dose diluvienne, et dont l'autre les traiterait volontiers à dose infinitésimale.

— A un troisième examen, un examinateur a reçu la réponse qui suit à cette question: Qu'est-ce que le plessimètre? — Je ne connais pas cette maladie-là.

— Un jeune médecin, fort distingué d'ailleurs, mais encore peu achalandé, racontait ces jours passés dans un salon, avec cette douleur qu'on n'observe que chez les jeunes praticiens, qu'il venait d'avoir le malheur de perdre un malade auquel il tenait beaucoup. — Je connais votre douleur, lui dit tout bas la dame du logis, vous venez de perdre votre clientelle.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TREIZIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui lundi, 18, M. Laugier a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés aux numéros 6 et 23 de la salle Saint-Jean, à l'hôpital de la Charité (service de M. Gerdy).

La prochaine séance aura lieu mercredi 20. L'examen des malades se fera à l'Hôtel-Dieu, à 4 heures. — A cinq heures, séance publique.

Crachement de sang, gastrite, vomissemens; traités avec succès par l'Eau BROCCHIERI.

Nous avons eu plusieurs fois occasion de parler de l'usage de l'Eau hémostatique de M. Brocchieri, dans les hémorrhagies. Quelques observations nous sont parvenues, constatant l'utilité de cette eau dans les hémoptysies. Sans vouloir nous prononcer formellement pour ou contre l'emploi de ce remède, nous croyons devoir publier l'observation suivante:

Mademoiselle V.. T..., âgée de vingt-six ans, demeurant rue de la Bucherie, était affectée depuis plus de huit ans d'une extravasation de sang: elle avait de fréquens vomissemens, crachait le sang et souffrait en outre d'une gastrite compliquée au dernier degré. Les digestions ne se faisaient plus; les nuits étaient sans sommeil.

Malgré les soins de M. Marjolin et de plusieurs autres médecins, l'état de la malade devint de plus en plus grave.

Mademoiselle V... T... avait entendu parler de l'Eau Brocchieri; elle parvint à s'en procurer, et, sans consulter M. Marjolin, ni qui que ce soit, elle commença un traitement avec cette eau. Eprouvant une amélioration assez sensible dans son état depuis qu'elle faisait usage de cette eau, elle avoua à M. Marjolin le remède qu'elle employait. Ce médecin, comparant l'état actuel de la malade avec la position grave dans laquelle il l'avait vue peu de temps auparavant, lui conseilla la continuation de ce remède. L'Eau Brocchieri fut donc prise intérieurement trois fois par jour à la dose de 30 grammes, et l'on appliqua sur l'estomac des compresses imbibées de cette eau. Ce traitement fut assez long, mais il fut suivi de guérison, et aujourd'hui le sujet de cette observation se porte parfaitement.

M. Marjolin, qui a été frappé d'un si heureux résultat, a de nouveau expérimenté l'Eau Brocchieri dans des cas analogues, et s'en est toujours bien trouvé.

— *Baccalauréat ès-sciences.* — *Premier examen.* — Cours tout à fait spécial de mathématiques, physique, chimie. — Manipulations. — Rue Dauphine, n. 20, chez M. Lallemant.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

Les remercîmens que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 21 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 48. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Muguet symptômatique.

Au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse, est un enfant qui vient d'être atteint du muguet. La mère de ce petit est malade d'une fièvre puerpérale, et chez elle la sécrétion du lait, devenue de moins en moins abondante, ne suffisait plus aux besoins de l'enfant, qui ne tétait qu'avec beaucoup de difficulté. Force a été de suppléer par du lait ordinaire au défaut de lait de la mère. Mais la femme chargée du soin de cet enfant ne se contenta pas du lait ordinaire, elle ajouta à cette nourriture de la bouillie en assez grande quantité.

Sous l'influence d'une semblable alimentation, l'enfant prit bientôt de la diarrhée, eut des vomissemens et maigrit notablement.

Ces symptômes duraient depuis dix à quinze jours quand, examinant la bouche de ce petit malade, nous avons trouvé des taches de muguet assez nombreuses. Le muguet est ici symptômatique de l'affection intestinale; ou mieux, l'extension de celle-ci à la muqueuse buccale. Il n'en faut pas moins, pour cela, s'occuper de la lésion locale pour amener promptement cet enfant à pouvoir se nourrir du lait de sa mère. C'est dans ce but que nous avons vigoureusement cautérisé la bouche de ce petit malade avec le crayon de nitrate d'argent. Le lendemain il restait encore quelques traces de la maladie; nous les avons touchées avec une solution de nitrate d'argent au cinquième, et cette médication a promptement amené la guérison.

La fièvre puerpérale dont la mère est atteinte est aujourd'hui en voie de guérison, et bientôt elle pourra donner le sein à son enfant. Si, contre notre attente, cette affection récidivait; si, par ce motif, cette femme se trouvait dans l'impossibilité de nourrir notre petit malade, il pourrait se faire que sous l'influence de l'alimentation de l'hôpital, la maladie du canal intestinal persistât ou reparût après avoir cessé.

Eclampsie; six jours de durée des convulsions; guérison.

Vous avez pu voir, il y a quelques jours, dans nos salles de nourrices, un enfant dont l'histoire présente le plus grand intérêt; il est âgé de quatre mois. Pendant trois mois il a été nourri exclusivement du lait de sa nourrice; mais depuis un mois, l'allaitement est supprimé. Depuis la même époque, l'enfant est atteint d'une diarrhée qu'il a conservée depuis son retour de nourrice.

Il y a huit jours, cet enfant paraissait bien portant, lorsque, gorgé d'alimens par ses parens, il fut pris d'une indigestion, et, quelques instans après, de convulsions épileptiformes qui persistèrent pendant six jours d'une manière à peu près continue. Il ne fut apporté dans notre service qu'à cette époque, c'est-à-dire sept jours après le début des premiers accidens. Quand nous le vîmes le lendemain de son entrée, l'état éclamptique ne présentait point d'intermittence; il était couché sur le dos. Toutes les deux ou trois minutes les yeux étaient convulsés, d'abord portés en haut, puis dans l'abduction, et enfin dans l'adduction; en même temps il y avait raideur des membres, surtout des membres inférieurs, et plus particulièrement de la jambe droite. Les orteils des deux côtés étaient écartés les uns des autres en éventail. Cet état, avons-nous dit, ne présentait point d'intermittence.

Dans le monde, ces accidens sont connus sous le nom de convulsions internes. Toutes les fois qu'après des convulsions épileptiformes il ne reste plus que de la roideur et quelques contractions soit du diaphragme, soit des muscles expirateurs, soit des muscles oculaires, que par suite des contractions convulsives de ces muscles l'on observe une suspension momentanée de la respiration, qui bientôt prend de la fréquence et parfois même devient tumulteuse; que les yeux sont agités de mouvemens convulsifs, qu'en même temps l'enfant est dans l'impossibilité de se mettre en rapport avec les objets extérieurs, il y a, disons-nous, convulsions internes, bien qu'en y faisant bien attention l'on constate en même temps l'existence de convulsions directes externes.

Chez notre enfant, le pouls était petit, régulier, sans fréquence (125 pulsations); la peau universellement froide. La diarrhée avait cessé depuis quelques jours, à la suite d'un lavement avec de l'eau de fécule et quelques gouttes de laudanum, qui avait été donné en ville, lorsque toutefois les attaques d'éclampsie avaient déjà commencé. Les convulsions étaient devenues alors plus intenses, et cette intensité des convulsions avait augmenté après une potion opiacée prescrite par un interne de l'hôpital, le jour de l'entrée de ce petit malade.

La médication que nous avons employée a été des plus simples: nous nous sommes contenté de prescrire à l'intérieur l'usage du calomel et des affusions d'eau froide. Le soir même du 28, les convulsions avaient cessé; elles ont bien reparu dans le courant de la soirée, mais elles se sont bientôt dissipées pour ne plus reparaître.

Le lendemain, l'enfant a pris avec avidité le sein d'une nourrice de la salle, et il a quitté notre service après quatre jours de séjour, dans un état de santé satisfaisant, à part un peu de faiblesse, conséquence des souffrances qu'il avait éprouvées, et de la privation de toute nourriture pendant six jours.

Essayons d'apprécier chez cet enfant l'influence de la médication que nous avons employée.

Cet enfant, après avoir pris pendant trois mois le lait de sa nourrice est tout-à-coup sevré et élevé au biberon avec le peu de précautions que les gens du peuple y mettent, et il prend de la diarrhée. Il y a quelque temps, il mange de bon appétit des alimens solides, et dans la nuit il est pris d'une indigestion sous l'influence de laquelle l'irritation de l'intestin qui existait déjà devient plus vive; des convulsions apparaissent. (Il est bon de remarquer en passant que le plus souvent une indigestion est la cause déterminante de l'éclampsie chez les enfans.) Le médecin appelé croit devoir arrêter la diarrhée à l'aide de l'opium, et aussitôt les convulsions prennent plus d'intensité, il survient de la stupeur. Nous donnons le calomel: la diarrhée reparaît et l'éclampsie cesse. Si dans ce cas l'on combattait la diarrhée par les purgatifs salins, ou bien les astringens et des stupéfians l'on ne verrait point continuer, encore moins augmenter, les accidens convulsifs.

Le moyen le plus efficace et le plus puissant pour faire cesser l'éclampsie, quand elle s'est montrée immédiatement après la disparition de la diarrhée, c'est de rappeler celle-ci avec le calomel, et d'aider par quelques bains d'affusion l'action de ce médicament.

Chez le petit malade dont il est ici question, nous avons vu l'éclampsie durer six jours, après lesquels la santé est revenue ce qu'elle était avant l'invasion des accidens convulsifs: d'où il faut conclure que le cerveau n'était pas gravement compromis. Cependant l'on voit des enfans succomber à la suite de semblables accidens, et l'autopsie révèle l'existence d'une altération profonde de l'encéphale, telle qu'une méningite tuberculeuse, ainsi que nous en avons rencontré un exemple dans nos salles l'année dernière. Chez ce dernier enfant, comme chez celui que nous venons d'observer il n'y a que quelques jours, l'expression sympomatique était identique quoique la lésion fût différente.

En définitive, il n'est pas trop possible de reconnaître une affection cérébrale quand on n'a pour s'éclairer que les symptômes convulsifs. Il faut se renseigner des précédens du petit malade: s'il existe chez lui des tubercules, il est probable que c'est à une méningite tuberculeuse que l'on a affaire. Il pourrait arriver néanmoins qu'un enfant tuberculeux fût pris d'éclampsie, et que ces accidens fussent chez lui indépendans de

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Deuxième lettre. — *Etudes chirurgicales sur la Bible.*

Comme, dans ma lettre précédente, j'ai en quelque sorte rayé d'un trait de plume tout ce qui a été écrit jusqu'à présent sur les origines de la médecine; il m'a paru utile, avant de commencer nos courses aventureuses, de nous assurer au moins un point de départ. Je vais donc essayer de reconstruire ce que j'ai démoli, et de vous faire l'histoire de la médecine et surtout de la chirurgie jusqu'au trente-quatrième siècle de l'âge du monde. Ne vous effrayez pas de cette énorme série de siècles. D'abord il faut en retrancher tout ce qui a précédé le déluge, avec un léger intervalle de quatre cents ans après. Nos premières origines ne remontent pas plus haut que le temps d'Abraham, et c'est déjà une assez belle noblesse. Mettez donc Abraham au dix-neuvième siècle avant Jésus-Christ (il entra dans le pays de Chanaan l'an 1921, selon la supputation de Bossuet), allez ainsi jusqu'à la captivité de Babylone (600 avant J.-C.), époque où l'histoire sacrée commence à se confondre avec l'histoire profane, vous aurez ainsi une période bien délimitée de 1300 ans, que nous allons parcourir en deux ou trois lettres: les dieux d'Homère ne l'auraient pas franchie plus rapidement que nous.

Pour toute la première moitié de cette vaste époque, nous n'avons qu'un seul témoignage, la Bible, recueil de plusieurs écrits composés en différens temps, et qui nous permettent de donner ainsi une suite à notre histoire; la Bible, œuvre d'un génie plus qu'humain, le premier des livres par la date, et le premier encore par la grandeur et l'autorité. C'est là, qu'avec l'histoire primitive de tous les peuples se trouve aussi l'histoire primitive de toutes les sciences; ceux qui l'ont voulu chercher ailleurs se sont égarés du premier pas. Pour la deuxième moitié de cette période, Homère, à son tour, nous allumera un autre flambeau à peine inférieur au premier; mais Homère ne s'occupe que de ces nations d'une formation en quelque sorte secondaire, placées aux confins de l'Europe et de l'Asie mineure; tout ce qui concerne l'Egypte et la haute Asie revient sans partage à la Bible. D'où vous voyez qu'il n'eût tenu qu'à moi d'intituler cette lettre: *Histoire de la médecine et de la chirurgie chez les Egyptiens, les Hébreux, les Phéniciens, les Assyriens, les Babyloniens du vingt-unième au trente-quatrième siècle du monde*; mais le feuilleton doit être modeste.

Si nos recherches d'érudition semblent donc de prime abord très faciles, puisqu'elles sont concentrées dans cet unique volume, elles offrent en réalité une difficulté assez grande. La Bible est écrite en Hébreu, et vous verrez tout à l'heure que des données importantes reposent sur l'interprétation d'une phrase, d'un mot quelquefois, ce qui nous impose la dure nécessité de recourir à l'original. Or, pour ce qui me concerne, je n'ai su l'hébreu de ma vie, et ne me sens pas même un goût bien décidé pour l'apprendre. Voici surtout ce qui m'en détournerait: c'est que l'ancien hébreu, l'hébreu de la Bible, ne nous est connu que par ce livre et les versions de ce livre; conséquemment que là où le sens est douteux, les versions dissidentes, il est impossible de recourir à une autre autorité pour décider du sens réel; et pour les mots qui s'écartent du langage usuel, pour les termes d'anatomie et de pathologie, par exemple, l'obscurité demeure à jamais impénétrable. Je ne parle pas ainsi sans certaines raisons légitimes; la Bible, considérée sous le point de vue philosophique et littéraire, a toujours été une de mes lectures de prédilection; je l'ai lue en latin dans la Vulgate, en français (plus ou moins) dans la version catholique de don Calmet, dans la version protestante du révérend David Martin (d'Utrecht), dans la version littéraire de M. de Genoude, dans la version juive de M. Cahen; je me suis pris d'une sorte d'amour pour les discussions philologiques et grammaticales soulevées par ces trois derniers auteurs sur ce texte sacré, souvent aussi indéchiffrable que les hiéroglyphes d'Egypte; par-dessus le tout, j'ai eu le courage de lire et d'analyser une thèse terriblement savante de M. Michaelis: *Philologemata medica, sive ad medicinam et res medicas pertinentia ex hebraïcâ et huic adfinibus orientalibus linguis decerpta*; et, en définitive, à force d'étudier la matière, je suis arrivé à ce point culminant de la philosophie antique, de savoir que je ne savais rien. Voilà ce qui me donnera le droit de vous parler hébreu dans le cours de cette lettre.

Rassurez-vous toutefois; je tâcherai de ne pas trop abuser de mes avantages. Je pourrais bien, avec M. Cahen, vous parler du fameux législateur *Mosché*, et avec Sprengel de ce grand prophète *Jesajah* et du roi célèbre *Hiskiah;* mais j'ai à cœur d'être compris de tout le monde. J'appellerai donc tout simplement Moïse, Moïse; Isaïe, Isaïe; Ezéchias, Ezéchias; et je ferai des vœux pour qu'il entre un peu de saine critique dans le cerveau de nos hébraïsans modernes.

Ce préambule terminé, entrons sérieusement en matière.

Ce que je veux, avant tout, bien établir, ce qui me paraît extrêmement remarquable, c'est que dans les trois quarts de cette époque si vaste, qu'on pourrait appeler l'adolescence du monde, il n'y a pas la moindre trace ni de médecine, ni de médecins, dans le sens que nous donnons rigoureusement à ces mots; c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de traitement pour les maladies internes. Au contraire, la chirurgie se trouve en pleine vigueur dès les temps les plus reculés; et avec la chirurgie cette autre spécialité qui y touche de si près, l'art des accouchemens.

J'ai l'avantage d'être ici, comme en bien d'autres choses, à peu près seul de mon avis; il convient donc de détruire toutes les objections et d'administrer toutes mes preuves. N'est-il pas dit d'abord, au chapitre 50 de la Genèse, que Jacob étant mort, Joseph commanda à ses médecins d'embaumer le corps de son père? Cela est dit dans vos versions; mais vos versions, dans cet endroit même, disent bien d'autres choses. David Martin traduit: *Joseph commanda à ceux de ses serviteurs qui étaient médecins*, etc.; cela n'a rien de trop déshonorant pour la profession. Cependant M. de Genoude est plus agréable encore: *il ordonna aux médecins qui le servaient;* vous voyez, *qui le servaient*, et non pas *à ses serviteurs;* il y a une nuance qui n'échappera à personne. Mais M. Cahen est infiniment moins respectueux; il traduit brutalement: *Joseph ordonna à ses esclaves, les médecins*, ce qui nous ravale autant que possible.

Malheureusement j'ai grand'peur que M. Cahen n'ait raison en ce qui concerne l'esclavage. Je ne connais pas, pour ma part, d'autre sorte de serviteurs que des esclaves dans la haute antiquité. Mais il est moins sûr qu'il n'ait pas fait un contre-sens, avec ses prédécesseurs, quand il a placé là les médecins. Les septante vieillards hébreux qui traduisirent la Bible en grec, à Alexandrie, considérant l'état de la médecine en Egypte à leur époque, n'avaient pas osé placer des médecins parmi des esclaves, et avaient donné pour équivalent un mot grec qui signifie à peu près *embaumeurs*. Le mot hébreux est *rephaim*, et ce mot se trouve appliqué ailleurs dans la Bible à des hommes qui pansent les blessures; et même, fort tard, à la vérité, à de véritables médecins. Cela explique l'erreur des traducteurs modernes; mais d'où vient l'erreur des Septante? Il n'était pas bien facile à moi, ignorant en hébreux au premier chef, de débrouiller tout ce chaos; mais vous allez voir que le sens chirurgical qui a manqué aux Septante et à bien d'autres, nous aura été ici utile à quelque chose. J'avais déjà vu dans Michaëlis que le mot *rephaim* avait pour racine un verbe qui signifie *raccommoder, recoudre*. Il y a, dit mon savant auteur, quelque chose de semblable en grec; ainsi, *aké, acies*, d'où vient le mot latin *acus, aiguille*, a engendré *panakéia, panacée*, qui guérit, qui recout, qui raccommode tous les maux. Mais tout en ruminant les doctes analogies de Michaëlis, je conservais encore quelque doute, lorsqu'une faveur de la Providence m'envoya fort à propos mon ami le docteur Hoefer, un de ces savans de race germanique pour qui la science a relevé tous ses voiles; à la fois médecin, chimiste, hébraïsant, helléniste, etc., et à qui je soumis immédiatement les pièces du procès que je soutenais contre M. de Genoude, M. Cahen, David Martin et les Septante. J'obtins cette fois une satisfaction complète que je veux vous faire partager. Donc *rephaïm* a pour racine un mot qui signifie *coudre;* le mot hébreu

toute lésion organique grave. Cela n'empêche pas qu'en général nous ne portions dans l'éclampsie un pronostic de peu de gravité.

Cependant, quand les convulsions durent aussi long-temps qu'elles ont duré chez notre petit malade, l'on ne doit pas être sans inquiétudes sur les suites qu'elles peuvent avoir, et des lésions cérébrales plus ou moins graves peuvent être la conséquence d'une aussi longue durée de l'éclampsie. Quand un épileptique meurt, comme on le dit, *en état de mal*, c'est-à-dire pendant une attaque, l'on trouve à l'autopsie une congestion cérébrale considérable qui ne s'est faite que sous l'influence de l'attaque d'épilepsie. Et voici comment cela se comprend : Les convulsions épileptiques déterminent presque une suspension de la respiration ; le malade fait de violens efforts, sous l'influence desquels l'on voit survenir une congestion considérable de la face, des lèvres et par conséquent du cerveau. L'on conçoit parfaitement que si cet état dure long-temps, il puisse survenir des lésions cérébrales telles qu'une congestion et quelquefois une hémorrhagie. Ce que l'on observe dans l'épilepsie, on peut l'observer également dans l'éclampsie des enfans ou des femmes en couches.

Lorsque l'individu a succombé quelque temps après la cessation des convulsions, l'on ne rencontre plus la congestion cérébrale qui cependant a existé; cela n'empêche pas que le cerveau ne soit le siége d'une désorganisation profonde.

Croup. Trachéotomie.

Nous venons de pratiquer la trachéotomie chez un enfant dont voici l'histoire. Fille âgée de sept ans, ordinairement bien portante, elle fut prise, le vendredi de la semaine dernière, d'un enrouement assez considérable, auquel les parens ne firent nulle attention. Le samedi la voix est plus enrouée ; malgré cela la mère l'emmène avec elle à Chailly, près Arpajon. Dans la nuit du samedi au dimanche l'enfant éprouve des accès d'une toux assez forte et assez bruyante, mais qui, dans la journée du dimanche, fut complètement éteinte : la voix aussi était considérablement enrouée. Il y eut en même temps un peu d'oppression. Le lundi, la mère voyant que l'état de son enfant s'aggravait d'une manière notable, fit appeler une religieuse du pays qui donna l'ipécacuanha ; mais les symptômes faisant toujours des progrès, elle revint le mardi à Paris. L'oppression était alors considérable. Le médecin appelé à voir la petite malade reconnaissant le croup, nous envoya chercher aussitôt. Nous fûmes d'avis de procéder sur-le-champ à la trachéotomie, le seul moyen qui nous restait de sauver l'enfant ; mais les parens refusèrent l'opération.

Cependant l'oppression devenait à chaque instant plus considérable ; la voix, la toux, étaient éteintes presque complètement ; les amygdales, gonflées, n'étaient recouvertes d'aucune fausse membrane ; nous crûmes ne devoir pas insister sur la nécessité de l'opération, et nous conseillâmes l'emploi de l'ipécacuanha et le calomélas à haute dose.

Le mardi au soir l'oppression étant devenue plus intense que dans la journée, et tous les autres smyptômes s'étant aggravés, les parens virent bien que leur enfant allait succomber, et ils se décidèrent alors à faire pratiquer la trachéotomie.

L'opération fut assez laborieuse, à cause de quelques veines thyroïdiennes qui génèrent un peu la manœuvre opératoire. Cependant nous parvînmes à bien découvrir la trachée et à en pratiquer l'ouverture et la dilatation d'après les principes que nous vous avons exposés dans une autre circonstance. Nous n'aperçûmes aucune fausse membrane, et nous instillâmes dans la trachée quelques gouttes d'une solution d'un gramme de nitrate d'argent sur quatre gramme d'eau distillée. Ces instillations produisirent plusieurs secousses de toux qui amenèrent l'expulsion de quelques débris de fausses membranes.

Le lendemain de l'opération la petite malade se trouvait bien ; l'oppression avait presque complètement disparu ; la fièvre avait beaucoup diminué ; il n'y avait point eu d'expulsion de fausses membranes. Les jours suivans l'enfant a continué à bien aller ; il n'y avait aucun signe qui annonçât une phlegmasie pulmonaire ; il ne sortait pas une seule bulle d'air par le larynx. Suivant toutes les probabilités, celui-ci était obstrué par les fausses membranes qui s'étaient arrêtées à cette partie du tube aérien.

Si l'on compare cet enfant à celui dont nous vous parlions dans une de nos dernières séances, l'on voit que les symptômes sont identiques et dans leur expression, et dans leur marche. Et pourtant nous trouvons chez l'un des fausses membranes nombreuses qui occupaient les bronches et formaient une véritable chevelure ; chez l'enfant dont il vient d'être question, au contraire, il n'existait aucune fausse membrane dans les bronches ; cela démontre une chose, à savoir : que l'oppression est la même, soit qu'il existe ou qu'il n'existe pas de fausses membranes dans la trachée, et que, par conséquent, ils firent, dans ces deux cas, recourir à l'opération sans attendre, comme moyen de diagnostic, l'expulsion de fausses membranes.

HOPITAUX DE LONDRES.

Cas de gangrène sèche au bras; par M. TOOGOOD.

John Silver, âgé de cinquante-un ans, de petite stature, très musclé, avait usé sa constitution dans une vie désordonnée, et surtout en buvant excessivement, pendant qu'il conduisait habituellement une voiture de nuit de Londres à Exeter. Il s'est plaint d'une douleur considérable dans le bras gauche pendant une nuit froide du mois de février 1813. Le lendemain matin la main était noire, froide et crevassée ; cet état s'est étendu jusqu'au coude. Il consulta un vieux praticien qui lui ordonna des fomentations avec de la moutarde, de la racine de raifort, du quinquina et de l'eau-de-vie. Ce moyen ne produisit aucun bien, la maladie fit des progrès et gagna l'épaule. Alors le malade consulta M. Toogood, qui lui proposa l'amputation : le malade la refusa ; mais ensuite le membre a dû être enlevé au-dessous de l'articulation de l'épaule. Les pulsations de l'artère brachiale étaient si faibles, qu'on pouvait à peine les sentir avant l'opération, et lorsque l'artère fut divisée elle ne donnait que faiblement du sang, de sorte qu'il parut à peine nécessaire de la lier. La plaie marcha lentement, et elle ne se cicatrisa jamais. Le malade cependant finit par prendre des forces et marcher ; mais il mourut quelques mois plus tard. L'aspect du membre amputé avait offert tous les caractères de la gangrène sénile. L'autopsie du cadavre ne put être faite.

(*Provincial med. an surg. Journ.*, 12 mars 1842.)

— L'auteur a gardé les détails de cette observation dans ses cartons pendant trente ans, et s'il s'est décidé à les publier au bout de ce temps, c'est qu'il n'en a pas rencontré d'autres, ce qui prouve bien la rareté de la maladie. La science cependant possède aujourd'hui plusieurs exemples de gangrène sénile au bras, tant chez l'adulte et le vieillard que chez l'enfant ; nous en avons observé nous-même un exemple à l'Hôtel-Dieu, et Dupuytren en cite quelques-uns dans ses leçons orales ; de sorte que la gangrène sénile du bras n'est plus maintenant une maladie nouvelle. Mais que savons-nous sur la véritable condition pathologique ou la nature de cette affection ? Peu de choses ou rien. J. Hunter a dit : « Je ne puis dire quelle en est la cause prédisposante ; je soupçonne l'existence de quelque spasme des petits vaisseaux, mais je n'en ai aucune certitude. On sait que le spasme peut quelquefois rendre la gangrène imminente, comme cela a lieu dans le priapisme, que j'ai vu produire la gangrène chez un chien. »

Le savant annotateur de Hunter, M. Palmer, ajoute à ce passage la note suivante : « Des observations récentes ont rendu très probable que la gangrène sèche dépend toujours plus ou moins de l'oblitération des gros vaisseaux, soit des artères, soit des veines, mais principalemest de ces dernières. » (Hunter, *OEuvr. compl.*, trad. par M. Richelot, t. I, p. 669.) Cette manière de voir diffère beaucoup de celle de Dupuytren sur le même sujet.

Cas remarquable d'hémorrhagie utérine, lu devant la Société médicale de Scheffield, par M. Edward James SHEARMAN.

Le 10 avril 1834, j'ai assisté une dame en travail de son second enfant ; elle était âgée de vingt-cinq ans, de constitution hystérique A mon arrivée, la liqueur de l'amnios avait coulé depuis plusieurs heures ; une grande quantité de sang s'échappait à chaque douleur ; les douleurs étaient légères. A l'examen, j'ai trouvé le col utérin dilaté comme une couronne (monnaie), et à travers lequel passaient les doigts du fœtus et remplissaient complétement l'ouverture. L'ouverture du museau de tanche n'était pas annulaire ; elle était fendue sur les côtés, et dure comme un squirrhe.

Les douleurs augmentèrent rapidement. J'ai essayé de dilater le col avec mes doigts, dans le but de saisir l'enfant par les pieds et de l'entraîner ; mais cela a été impossible. La femme perdant des quantités considérables de sang à chaque douleur, j'ai voulu impressionner la matrice par tous les moyens possibles ; et comme le pouls n'était pas petit, j'ai pratiqué une saignée du bras et administré une forte dose d'opium, dans l'espoir de dissiper l'action spasmodique du col. L'opium a fait dormir la femme ; mais l'hémorrhagie a continué, et le col utérin est resté aussi dur qu'il l'était. Enfin la patiente s'est trouvée mal ; j'ai saisi cette occasion pour introduire ma main dans le vagin et dilater le col, mais sans plus de succès : c'était comme si j'agissais sur une ouverture de faïence (earthenware). Bientôt après, le bras de l'enfant est descendu dans le vagin ; j'étais alarmé, la femme saignait à mort. J'ai fait appeler un confrère, et je me suis contenté, en attendant, d'appliquer des choses froides et de la glace sous toutes les formes, de tamponner le vagin et de faire passer un air froid sur la malade ; je n'ai pas osé administrer le seigle, le cas me paraissant au-dessus de ce remède. Mon confrère étant arrivé, l'hémorrhagie continuant, il a essayé à son tour de dilater le col, mais sans plus de bonheur que moi ; nous sommes convenus d'attendre et de nous tenir prêts à agir selon les événemens. Nous lui avons administré de l'opium, de la glace, du vin, de l'eau et du gruau à l'anglaise (gruel). Vingt-quatre heures se sont passées dans cet état, lorsque j'ai découvert une présentation du placenta avec le bras ; le col utérin avait cédé un peu à nos efforts répétés. Cette circonstance nous a fait redoubler d'efforts pour dilater cette partie, mais infructueux. Vingt-quatre autres heures se sont écoulées en attendant ; les hémorrhagies qui revenaient par intervalles étaient effrayantes ; enfin une syncope complète est arrivée.

Le lendemain l'écoulement était moins fort, mais le col persistait dans le même état. Enfin le quatrième jour les douleurs sont devenues très violentes et le sang ruisselait du vagin comme l'eau du tuyau d'une fontaine à pompe ; la syncope a été plus intense ; le col s'est dilaté, j'ai pu saisir les pieds

---

a même fourni le mot grec *raphé*, que nous avons adopté en français, et qui veut dire *couture*; donc les prétendus médecins de Joseph étaient littéralement des *couseurs*. Les Septantes voyant qu'on leur ordonnaient d'embaumer, et par suite de coudre un mort dans ses bandelettes, les ont pris pour des employés des pompes funèbres ; mais il se peut très bien que ce fussent de purs chirurgiens, qui, accoutumés à manier les instrumens et les bandes sur le vivant, étendaient leur monopole jusque sur le cadavre; de même qu'à une époque infiniment plus moderne, c'était aux chirurgiens de cour qu'était réservé le droit d'embaumer les rois da France.

O chirurgiens mes confrères, descendans des barbiers du moyen-âge et des esclaves de l'antiquité, voilà bien de quoi rabattre notre orgueil ! Heureusement que nous trouverons plus tard quelques ancêtres un peu moins compromettans.

Voilà comment je me suis tiré d'affaire. Mais au sortir de cette objection, il s'en rencontrait une autre beaucoup plus formidable ; c'est Moïse qui fut, dit-on, un très grand et très savant médecin ; ce sont les lévites qui avaient le dépôt de la médecine, et enfin les prophètes qui l'exercèrent avec succès dans les derniers temps. Il faut donc vous faire que ni Moïse, ni les lévites, ni les prophètes ne furent jamais médecins ; que leurs idées religieuses les empêchaient de l'être ; que les premiers et véritables médecins, à l'instant où ils apparurent, furent pour les hommes religieux un objet de scandale, et ne furent enfin tolérés et honorés qu'à la suite d'une modification très remarquable de la religion de Moïse.

Ainsi que cela se reverra plus tard pour la philosophie grecque, la science à l'époque de Moïse était une, et embrassait à la fois tous les rapports et tous les êtres. A la cosmogonie se ralliait la physiologie ; la physiologie réagissait sur la théologie, et la théologie ainsi influencée imprimait à son tour une telle direction à l'art de guérir, que de long-temps il ne put y avoir qu'une thérapeutique purement chirurgicale. Je vais me faire comprendre.

Je ne m'arrêterai pas beaucoup sur la cosmogonie de Moïse ; le monde, à la voix de Dieu, est tiré du néant ; cependant il semble qu'il y ait avant le reste de la création deux élémens générateurs, la terre et l'eau, élémens qui jouent aussi un grand rôle dans la philosophie grecque.

Mais la physiologie a droit de nous occuper davantage.

L'homme fut formé d'abord de la poussière ou du limon de la terre ; l'obscurité du texte nous laisse douter si l'élément humide fit ou non partie de l'organisation humaine. Mais ce n'était encore là qu'un cadavre ; alors Dieu, dit M. de Genoude, *répandit sur son visage un souffle de vie* ; c'est aussi le sens de la Vulgate. M. Cahen, au contraire, d'accord avec Martin, dit que Dieu *lui souffla dans les narines le souffle de la vie*; ce qui paraît en effet plus conforme au texte original. Il n'y a pas, dans ce sublime récit de Moïse, un seul mot qui n'ait une haute portée scientifique ; et malheureusement, à peine est-il un seul mot dont le sens demeure assuré. Ainsi, dans le même verset que nous examinons, M. de Genoude ajoute : *Et l'homme eut une âme vivante* ; M. Cahen dit seulement : *Ainsi l'homme devint un être animé*. Le premier sens, qui paraît le plus vrai, ferait consister l'âme de l'homme dans le souffle ; mais cela s'accorde mal avec le dogme fondamental de la physiologie de Moïse, savoir que *l'âme de toute chair est dans le sang*. Cette fois il n'y a plus d'amphibologie, plus d'incertitude possible ; il revient sur ce principe à diverses reprises ; il en fait la base d'une de ses lois les plus formelles, encore aujourd'hui observée : *Vous ne mangerez le sang d'aucune chair, car l'âme de toute chair est son sang* (Levitiq. 17). Pour expliquer cette contradiction apparente, serait-il permis de conjecturer, que par une sorte d'intuition obscure d'un fait soupçonné également par la médecine grecque, et enfin démontré par la physiologie moderne, Moïse aurait entendu que le souffle, l'air inspiré passait dans le sang ? Quoi qu'il en soit, et si durant la vie même c'est le sang qui est l'âme de l'homme et des animaux, il paraît certain que pour toute l'école hébraïque, la vie ne commençait que par l'inspirarion du souffle, et ne cessait que par son expiration. Ce souffle venait de Dieu, on l'a vu pour la formation du premier homme ; et dans la fameuse vision d'Ezéchiel, quand les os sont revêtus de chairs, il faut encore, pour les faire revivre, le souffle du Seigneur. Je m'étais demandé si ce souffle, qui certes alors eût représenté autre chose que la respiration ordinaire, n'aurait pas été exclusivement accordé à l'homme ; mais Salomon, le plus savant des Juifs après Moïse, ruine tout à fait cette conjecture. Il dit très nettement dans l'Ecclésiaste : *Qui est-ce qui sait que le souffle de l'homme monte vers le ciel* (après la mort), *et que le souffle de la bête descend dans la terre?*

Mais, quelle que soit l'idée qu'on se fasse de la théorie, qu'il s'agisse du sang ou du souffle, ou des deux à la fois, toujours est-il qu'ils ne constituent qu'une âme mortelle, commune à l'homme et aux animaux, qui représente exactement ce que nous appelons aujourd'hui le *principe vital*, sans nul rapport avec l'âme intelligente et immortelle. Dès-lors, en réalité, on fait un contresens toutes les fois qu'on introduit le mot d'*âme* avec sa signification moderne dans les premiers livres de la Bible, et notamment dans le Pentateuque ; le mot propre serait plutôt *vie*.

Vous me permettrez, à ce propos, une petite digression sur un passage de la Bible qui a mis sur les dents tous les traducteurs. Au chap. 24 du Levitique, il est dit que quiconque tuera un animal en rendra un autre, *id est*, dit la Vulgate, *animam pro anima*. La Vulgate rend ici littéralement le texte hébreu ; aussi M. Cahen déclare que *cette locution est embarrassante parlant d'une bête*. Il traduit donc pour se tirer d'affaire : *personne pour personne* ; sur quoi j'observerai que *cette locution n'est pas moins embarrassante, parlant d'une bête*. Mendelsohn a cru esquiver la difficulté en mettant : *corps pour corps*, ce qui est la plus furieuse entorse qu'on ait jamais donné à un texte quelconque. M. de Genoude dit *bête pour bête* ; ce qui est fort spirituel, mais ce qui n'est pas dans la Bible. Enfin, le vieux David Martin a trouvé le vrai mot : *vie pour vie* ; malheureusement il n'a pas su s'y tenir toujours.

En résumé, Moïse ne paraît pas avoir eu l'idée de l'âme immortelle, et il ne fait mention nulle part d'une autre vie ; et tous les écrivains hébreux qui l'ont suivi ont gardé le même silence jusqu'à Daniel, par qui l'idée d'une vie future et rémunératrice se trouve enfin nettement exprimée. On sait d'ailleurs que long-temps après Daniel même, les Sadducéens, fidèles à la doctrine de Moïse, pensaient que tout finit pour l'homme à la mort.

Vous pouvez présumer déjà combien ces vues physiologiques portaient atteinte à la puissance divine, n'ayant prise sur les hommes que pendant leur court passage sur cette terre, et obligée en quelque sorte de vivre avec eux dans le temps pour ne pas rester seule dans son éternité. Aussi le Dieu de Moïse se montre-t-il fort occupé des choses de ce monde : il gouverne, il administre, il surveille les affaires de son peuple, qui se révolte même fort souvent contre son administration ; comme les promesses ne suffisent pas pour réduire ce peuple indocile, il faut des menaces et des vengeances ; et prenez garde que jamais les promesses ni les menaces ne portent sur une autre vie, et que les vengeances divines se résument toujours pour la nation en épidémies et en désastres, et le plus ordinairement en maladies pour les individus.

Il y a ainsi deux grandes catégories dans les douleurs physiques qui accablent l'humanité : d'une part les plaies, les blessures faites par la main de l'homme, guérissables par les secours humains, pathologie et thérapeutique chirurgicales ; d'autre part, les maladies envoyées de Dieu, et pour lesquelles les secours purement humains sont inutiles, pathologie médicale sans thérapeutique. Vous rencontrerez la même distinction dans les temps héroïques de la Grèce, aussi clairement établie par Homère que par Moïse ; et j'ajouterai que les prophètes hébreux se servent quelquefois d'une métaphore pathologique qui est chez Homère d'un usage habituel. Dieu dit dans le Deutéronome : *J'enivrerai mes flèches de sang* ; et dans Ezéchiel : *Je décocherai sur eux les mauvaises flèches de la famine*. De même David malade s'écrie : *J'ai été percé de tes flèches*.

On trouve même un autre point de comparaison plus remarquable encore dans la manière dont Dieu a infligé la peste à son peuple pour punir les velléités d'orgueil du roi David ; c'est un ange qui se tient

de l'enfant et délivrer la femme promptement, mais nous nous attendions à sa mort d'un moment à l'autre. Aussitôt qu'elle a pu avaler je lui ai fait prendre une dose de seigle ergoté et d'eau-de-vie, j'ai porté ma main dans l'utérus, provoqué des contractions jusqu'à ce que le seigle a commencé à agir, le placenta a été expulsé par les efforts utérins. Nous avons tenu la malade sous l'influence du seigle pendant plusieurs heures; elle a eu le rire sardonique la nuit; mais ensuite son état s'est amélioré et elle a fini par se rétablir.

— Pendant les cinq jours de l'état terrible de cette femme, j'ai voulu consulter toutes les observations analogues que j'ai pu chercher dans les auteurs. Eh bien, je dois le dire, je n'ai rien pu trouver de comparable à ce cas, si ce n'est quelque chose dans les leçons de M. Blundell, publiées dans *the Lancet*, encore cet auteur ne paraît pas avoir rencontré des cas aussi obstinés et aussi graves, puisqu'il conseille d'attendre et de saisir la première opportunité pour dilater. Je pensais, au reste, que la cause de l'action spasmodique du col tenait à l'irritation occasionnée par la présence du bras l'enfant.

Deux ans après avoir accouché cette femme, j'ai été appelé de nouveau pour l'assister à une autre délivrance. Les mêmes symptômes existaient, mais le placenta se présentait seul et la grossesse était au septième mois. Dans cette occasion je suis resté près d'elle plus de quinze jours, et je ne me suis décidé à la délivrer que lorsque la syncope est devenue assez forte pour arrêter l'action de l'utérus. Une fois je me suis absenté pendant quatre heures; l'hémorrhagie était devenue effrayante; le mari a couru après moi, et, à mon arrivée, l'utérus présentait malgré la perte, la même rigidité (*horrid condition*); je m'attendais à voir la femme succomber d'un instant à l'autre; elle n'offrait d'autre signe de vie que la respiration. J'ai tamponné le vagin avec des éponges trempées dans de l'eau glacée, j'ai fortement comprimé le col utérin par le vagin et aussi légèrement l'utérus par l'abdomen; je n'osais administrer aucun stimulant dans l'estomac, mais j'ai appliqué des stimulans externes; la femme a *raillé* pendant plusieurs heures (déliré), et est restée encore trois jours avant que son col utérin n'ait pu être dilaté. J'ai alors introduit la main, j'ai extrait le placenta, pris l'enfant par les pieds et j'ai terminé l'accouchement. Dans chacun de ces cas j'ai trouvé moins de difficulté à retourner l'enfant que je ne m'attendais. L'utérus a paru tout à fait épuisé, mais il s'est contracté sous l'action de ma main. Je ne saurais trop exalter dans ces occurrences les immenses services que le seigle m'a rendus; c'est sous son influence que j'ai pu obtenir la contraction utérine et le salut de la femmes.

Consécutivement j'ai accouché la même femme pour la troisième fois; elle m'a présenté également le placenta et deux jumeaux cette fois. (*Ibid.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Amélioration des races de chevaux en France. — Discussion sur le mémoire de M. Hamont (1). — Dans notre précédent compte-rendu, nous avons dit que nous ne donnerions qu'un résumé succinct de cette discussion : cependant comme elle a fixé l'attention de l'Académie pendant trois séances consécutives, et qu'il s'agit en outre d'une question très importante qui préoccupe actuellement tous les esprits, nous croyons qu'il est utile d'entrer dans quelques développemens. Nous allons donc revenir sur nos pas et exposer les principales idées qui ont été émises.

M. Londe demande si c'est un fait bien reconnu des vétérinaires que la taille d'un cheval dépend de la taille de la mère et de la nourriture qu'on lui a donnée. Il propose d'adresser une copie du travail de M. Hamont aux ministres de la guerre, de l'intérieur et du commerce.

M. Rochoux. La question posée par M. Londe se trouve résolue par l'expérience la plus vulgaire. En effet, chacun sait que pour obtenir des mulets de grande taille, on fait croiser un âne et une jument.

M. Huzard. Il ne faudrait pas cependant accorder une influence trop absolue à la taille de la mère sur les dimensions qu'acquerra le produit de l'accouplement. La taille du père doit aussi être prise en considération : j'en ai constaté des effets bien réels pour les moutons mérinos comme pour les chevaux.

M. Hamont. Ce que j'ai dit à ce sujet dans mon travail est le fruit de quatorze ans d'expérience dans les haras. Constamment, en faisant accoupler de petits étalons avec de grandes jumens, j'ai obtenu des poulains d'une taille plus élevée que celle de leur père, en ayant soin toutefois de leur donner une bonne nourriture pendant le premier âge.

M. le président. S'il n'y a pas d'objections, je vais mettre aux voix la proposition de M. Londe.

M. Bouley s'oppose à l'adoption de cette proposition. Il ne pense pas que l'Académie puisse prendre sous sa responsabilité plusieurs assertions que renferme le mémoire de M. Hamont. Quant à lui, il est loin de se trouver d'accord avec ce médecin vétérinaire sur divers points. Une question aussi grave ne lui paraît pas devoir être résolue d'une manière aussi précipitée.

M. Royer-Collard. Je partage l'opinion de M. Bouley : je ne crois pas que l'Académie doive laisser passer sans discussion la lecture de M. Hamont. Pour ma part, j'ai quelques objections à faire sur ce travail. J'envisagerai le mémoire de M. Hamont sous deux points de vue : 1° sous le point de vue physiologique et hygiénique; 2° sous le point de vue économique. Je crois pouvoir démontrer que, sous ces deux rapports, ce travail contient des assertions qui ne sont pas suffisamment fondées. Et d'abord, il importe de bien fixer les termes de la question. Quest ce que *l'entraînement*? Rien autre chose qu'un *régime.* S'il fallait en croire M. Hamont, ce régime aurait pour but une excitation de la vie au profit de quelques fonctions particulières et au détriment de tout le reste de l'organisme; il aurait pour agent principal l'emploi des purgatifs destinés seulement à diminuer le poids du cheval pour augmenter d'autant sa vitesse. Sous l'influence de ce régime, les chevaux que nous appelons *d'élite* ne seraient que des chevaux épuisés, n'auraient qu'une valeur toute artificielle, et au lieu d'être pour la race des instrumens d'amélioration, ils ne seraient au contraire, par les mauvais produits qu'ils donneraient, que des instrumens de détérioration. Enfin, comme conséquence de ce qui précède, l'entraînement que nous pratiquons avec tant de soins et de dépenses serait plus nuisible qu'utile, et les courses d'hippodrome ne seraient bonnes que comme objets de spectacle pour les oisifs et les curieux. Or, c'est là une argumentation vicieuse.

Sous le point de vue physiologique, l'entraînement n'est pas seulement ce que le fait M. Hamont. C'est un régime, sans doute, mais un régime lent et gradué, consistant en une série d'épreuves successives et dirigées avec discernement. L'animal n'est pas seulement modifié à l'aide des purgatifs répétés, mais encore par des habitudes, par des exercices, par une alimentation particulière. L'entraînement n'a pas seulement pour but de donner au cheval une légèreté momentanée, mais d'imprimer à la constitution une révolution profonde et générale, de déplacer une portion des forces organiques répandues dans la machine, pour la concentrer sur le système musculaire. On y arrive par les purgatifs et par les sueurs. Ces moyens n'ont rien d'étrange; ce sont des applications du précepte de Mercuriali sur la gymnastique; ils tendent à débarrasser le corps des chairs molles qui entravent le feu de la vie et des mouvemens au profit des chairs plus fermes qui sont des instrumens de son activité. En outre, l'entraînement a pour but de développer graduellement les forces du cheval. Pour cela, on a recours à l'exercice et à une alimentation spéciale. Mais on ne s'avise pas de le faire courir dès le début, de manière à le rendre poussif. D'abord on le fait marcher plus ou moins long-temps, et ce n'est qu'après l'avoir accoutumé déjà à une certaine fatigue, qu'on le fait courir; mais la cause elle-même est graduée; l'espace parcouru, la vitesse du parcours sont ménagés avec soin. De même, l'alimentation qui fait partie du régime de l'entraînement est soumise à des règles qui assurent ses bons effets. C'est ainsi que se développent peu à peu les forces du cheval; c'est ainsi qu'on agit dans l'entraînement bien entendu, et il ne doit pas être ici question des applications mal dirigées. Sous ce rapport d'ailleurs, les faits sont en opposition avec les doctrines professées par M. Hamont; car on voit souvent des chevaux de course pleins de force, bien portans, et capables de rendre des services qu'ils n'auraient jamais rendus avant d'être soumis à l'entraînement. On voit aussi de ces chevaux atteindre un âge fort avancé.

Un des côtés les plus importans de la question, est celui qui est relatif à la reproduction. A cet égard, le premier principe de l'entraînement est la continence; mais il a aussi ses règles d'application. Il est certain qu'il y a une sorte d'antagonisme entre les fonctions musculaires, digestives et reproductives. Après des courses pénibles, après des purgatifs répétés, les fonctions de la reproduction sont affaiblies, si on choisit ce moment pour les mettre en jeu, on risque d'avoir de mauvais produits. Mais les entraîneurs habiles n'agissent pas ainsi : ils font reposer le cheval pendant un an ou deux avant de le faire saillir, et c'est ainsi qu'on obtient des produits excellens.

Mais cette question n'est pas limitée seulement à l'espèce chevaline, elle concerne aussi l'espèce humaine, et par là elle s'agrandit singulièrement. En Angleterre, il y a une éducation spéciale, un véritable entraînement pour les hommes, comme il y en a pour les chevaux, pour les chiens et autres animaux domestiques. (Ici M. Royer-Collard entre dans des détails que nous croyons pouvoir nous dispenser de rapporter. Chacun sait quels sont les usages de nos voisins d'outre-mer sous ce rapport.)

Sous le point de vue économique, il suit de ce que je viens de dire, que l'entraînement n'est pas, comme le prétend M. Hamont, nuisible à l'amélioration de l'espèce chevaline. Et ici je repousse la comparaison qu'il a faite avec le cheval arabe. La question n'est pas de savoir si le cheval arabe vaut mieux que le cheval français entraîné, mais bien si, abstraction faite de la race, l'entraînement offre des avantages réels. Eh bien, posée en ces termes, la question doit être, suivant moi, résolue affirmativement. Je ferai d'ailleurs remarquer en finissant que le cheval arabe qui est bien nourri, qui court en plein air, qui couche sous la tente de son maître, subit une sorte d'entraînement qui est pour quelque chose dans sa force et dans son agilité.

M. Hamont. J'ai écouté avec beaucoup d'attention ce que vient de dire M. Royer-Collard, et je ne pense pas qu'il soit difficile de détruire les objections qu'il a faites à mon travail. Et d'abord, si je ne me trompe, je ne crois pas avoir été bien compris de ce médecin. Je n'ai point demandé que l'on s'abstienne d'exercer les chevaux, j'ai seulement condamné le mode d'éducation qu'on appelle *à l'anglaise*, ainsi que les courses telles qu'elles sont instituées aujourd'hui. Si les avantages que M. Royer-Collard attribue à ce système étaient véritables, nous n'aurions rien de mieux à faire que de nous mettre tous à l'entraînement. (Hilarité générale.) Pour rendre nos jeunes soldats plus robustes, il faudrait donc aussi leur donner des purgatifs et des sudorifiques. M. Royer-Collard parle de coureurs anglais très remarquables; mais il n'est pas besoin pour cela de se médicamenter. Les Arabes qui font la poste d'Alexandrie au Caire, parcourent en moins de vingt-cinq heures ce trajet qui est de près de soixante lieues. Je pourrais trouver encore dans des témignages qui font autorité une confirmation de mes idées. M. Mathieu de Dombale regarde les courses de chevaux comme un spectacle tout à fait inutile. M. de Boutens demande que, pour juger de la force d'un cheval, on le soumette de préférence aux épreuves les plus difficiles parmi celles qu'il doit se trouver ensuite appelé à remplir; or, il est évident qu'une cours rapide, qui ne dure que quelques minutes, n'est pas du nombre de ces dernières. M. Huzard fils, lui-même, dit qu'il faut chercher les animaux susceptibles de procréer une race bonne, noble et solide parmi ceux qui sont susceptibles de courir le plus vite et surtout le plus long-temps. Il est bien constant d'ailleurs que les chevaux qui sont entre les mains des entraîneurs ne servent pas aux propriétaires.

M. Hamont établit ensuite, par des citations précises, qu'en Angleterre les courses ne sont plus maintenant qu'une affaire de spéculation, d'intrigues et de supercherie. En France même, à Bordeaux, à Pompadour, à Aurillac, des faits semblables se passent. Il est bien reconnu, du reste, que souvent c'est du cavalier que dépend le succès du cheval.

M. Renault croit que M. Hamont a exagéré les inconvéniens de l'entraînement pour pouvoir conclure contre cette méthode. Il faut bien distinguer l'abus du moyen lui-même. Cette remarque s'applique également aux courses. — M. Hamont blâme l'homogénéité trop grande de la nourriture qu'en France on donne aux chevaux; il faudrait qu'on leur donnât du lait et du bouillon. Or, un régime aussi éloigné de celui que la nature a pour ainsi dire assigné elle-même aux herbivores, ne me paraît pas convenable, au moins comme alimentation habituelle. Il faudrait d'ailleurs instituer à cet égard des expériences. — M. Hamont est d'avis que l'introduction du sang arabe dans nos haras pourrait arrêter le développement de la morve. Sur ce point il a raison, mais en ce sens seulement que ce serait un moyen de donner à nos chevaux une meilleure constitution, ce qui est une des conditions les plus propres à prévenir l'invasion de cette maladie. Mais si les chevaux ainsi régénérés, restaient soumis aux mêmes influences de nourriture, d'habitation et de fatigues que ceux dont nous nous servons aujourd'hui, il est positif qu'ils finiraient aussi par devenir morveux.

M. Hamont. Je répondrai à M. Renault que je n'ai point parlé de l'alimentation avec le lait et la viande comme d'un moyen à mettre en usage en France, mais seulement dans les établissemens de l'Algérie.

M. Larrey pense qu'au point où est arrivé la discussion, il serait convenable de soumettre le travail de M. Hamont à l'examen d'une commission.

M. Barthélemy. M. Hamont étant associé de l'Académie, on ne peut prendre à son égard le parti que propose M. Larrey.

MM. Moreau et Adelon pensent que le sujet traité par M. Hamont se rattache à un intérêt tout à fait national, à un intérêt qui occupe actuellement le pouvoir. Le rapport de la commission qu'on propose de nommer demanderait sans doute beaucoup de temps, et il est probable que l'Académie n'aurait pas à sa disposition les moyens de faire des recherches assez multipliées, assez étendues pour résoudre la question, et d'ailleurs ce rapport arriverait probablement après que le gouvernement aurait pris une décision. Il est donc plus rationnel d'adresser immédiatement le travail de M. Hamont au ministre, à titre de simple document, et sans prétendre ni l'approuver, ni l'improuver.

M. Royer-Collard. M. Hamont me semble avoir fait lui-même une grave objection à ses propres opinions. Il vient de dire que sur l'hyppodrome, ce n'est pas le cheval, mais l'entraîneur qui gagne le prix. Donc l'entraînement est bon. (Réclamations.)

J'ajouterai que toute la question se réduit à savoir si l'état sauvage vaut mieux que l'état civilisé. Or, je répète qu'un cheval, même arabe, vaut mieux après qu'avant l'entraînement. J'appuie donc la proposition de M. Larrey.

M. Gerdy. Puisque personne ne paraît vouloir se charger de prendre la défense de M. Hamont, je me décide à me charger de cette tâche. Je ne me propose, du reste, que de résumer quelques points de la discussion. Le but de l'entraînement est de faire des chevaux forts, agiles, vigoureux et capables, par cela même de donner de bons produits. Or, un des principaux agens qu'on emploie consiste dans les purgatifs. J'avoue que je ne comprends pas comment des purgatifs peuvent donner de la force : cela me paraît anti-physiologique et anti-médical. — Un autre moyen consiste à faire suer les animaux. Or, je ne comprends pas davantage comment des sueurs abondantes peuvent donner du ton à l'économie et rendre apte à une bonne reproduction. On dit qu'on diminue par-là l'embonpoint; mais qui ne sait qu'il existe un moyen sûr et facile pour atteindre ce but? Je veux parler de l'exercice. Laissons donc de côté les debilitans, et usons des moyens fortifians, puisque c'est le but qu'on se propose. — M. Gerdy donne à ces idées des développemens sans intérêt que nous nous dispenserons de reproduire.

M. Barthélemy s'attache à démontrer la supériorité du cheval arabe sur le cheval anglais. Les services que peut rendre le premier sont, sans contredit, bien préférables à ceux du second.

Pour ce qui concerne les courses et leur degré d'utilité, dit-il, M. Hamont a peut-être été un peu trop loin. On ne peut nier cependant qu'il n'ait présenté des faits matériellement vrais, et il ne lui a pas été difficile de montrer que ces sortes de spectacles ne sont point organisés de manière à mettre toujours en évidence le mérite réel des animaux qui courent.

M. Hamont, ajoute-t-il, a encore parlé de la morve, et il vous a présenté l'introduction du sang arabe en France comme le moyen le plus sûr de préserver nos chevaux de cette maladie. Quoiqu'il y ait peut-être ici un peu d'exagération, surtout dans la manière dont l'idée a été exprimée, il est positif que la mesure proposée contribuerait puissamment à l'extinction de la morve. Mais ce qui s'opposerait long-temps encore à la destruction complète de cette affection, c'est la propriété contagieuse, propriété dont j'avais déjà annoncé, il y a quatre ans, la réalité au sein de cette Académie, et que de nouveaux faits sont venus récemment confirmer. Une commission nommée par le gouvernement s'est occupée de recherches dont le résultat me paraît assez tranché pour fixer l'attention de l'Académie. Des chevaux ont été pris dans divers régimens, et après qu'on a eu bien reconnu leur état de santé parfaite, ils ont été intercallés entre des chevaux morveux. Hé bien! peu de temps après, le plus grand nombre d'entre eux, c'est-à-dire 9 sur 10, ont été atteints de morve.

M. Bouley ne pense pas que l'entraînement et les courses aient été envisagés par M. Hamont sous leur véritable point de vue. Le cheval anglais lui paraît préférable au cheval arabe. Cependant il ne croit pas qu'on doive être exclusif. Il proposerait d'introduire en France l'une et l'autre race : il placerait les chevaux arabes dans le midi du royaume et les chevaux anglais dans le nord.

Plusieurs membres demandent la clôture.

M. Hamont demande à répondre à M. Bouley.

La clôture est prononcée.

Une discussion vive et orageuse s'engage alors pour décider le parti qu'il faut prendre à l'égard du travail de M. Hamont.

Sur la proposition de M. Double, l'Académie décide que le mémoire de M. Hamont sera envoyé aux ministres de la guerre, de l'intérieur et du commerce, et que cet envoi sera accompagné d'un résumé détaillé de la discussion à laquelle ce travail a donné lieu.

M. Gauthier de Claubry est appelé à la tribune pour lire le rapport sur les vaccinations de 1840. Prenant en considération l'étendue de ce rapport, la commission a pensé qu'un résumé serait suffisant pour donner à l'Académie une idée assez complète de son travail C'est ce résumé dont M. Gauthier de Claubry a donné lecture.

La variole, dit M. le rapporteur, a paru sous forme épidémique dans plusieurs communes de France pendant l'année 1840. Le nombre des sujets qu'elle a atteints a été de 14,470. Il y a eu 1,390 individus défigurés ou affectés d'infirmités incurables. Il en est mort 1,668, ce qui donne 1,745 cas de variole et 337 cas de mort de plus qu'en 1839. La proportion moyenne de la mortalité a été dans toute la France de 1 à 8 1/2; mais elle a beaucoup varié dans les diverses épidémies. Il y a eu 24 exemples d'une seconde variole, dont 3 ont été mortels.

Le nombre des vaccinations connues a été de 525,509; celui des

(1) *Voir* l'analyse de ce mémoire dans le n° du 7 avril.

dsbout et visible, à portée de Jérusalem, et qui tient la main étendue vers la malheureuse cité. Tant que cette main est étendue, l'épidémie poursuit ses ravages, et elle ne cesse que quand le Seigneur apaisé a dit à son ange : c'est assez.

Cette sombre et terrible image ne vous rappelle-t-elle point la grande figure homérique d'Apollon descendant, pareil à la nuit, non loin des vaisseaux des Grecs, et durant sept jours et sept nuits, faisant sans cesse pleuvoir sur eux ses flèches? Nous aurons lieu d'ailleurs de signaler dans les deux livres bien d'autres ressemblances, non plus dans les métaphores et les images, mais dans le fond même des idées.

Je suppose qu'il est inutile de mentionner les terribles mortalités envoyées par Dieu contre son peuple ou les ennemis de son peuple; ni les maladies spéciales dont sa colère afflige certains individus. Cependant ce serait aller trop loin que de voir sa vengeance dans toute maladie; déjà, mais c'est un cas unique, la maladie de Job lui est infligée par Satan, non plus par punition, mais par forme d'épreuve; et toujours avec l'approbation de Dieu; et il en est d'autres qui ne sont point rapportées dans les livres hébreux à des causes surnaturelles.

Toutefois, alors même il n'y a pas de médecins; et c'est ici que nous aurions à apprécier tout ce que l'on a dit à ce sujet de Moïse, des Lévites et des prophètes. Mais c'est assez d'hébreu pour une fois, et nous renverrons, s'il vous plaît, la suite de ce discours à une autre lettre.

Correspondance.

Monsieur le rédacteur,

J'espère que vos lecteurs auront vu dans le mémoire *sur le diagnostic de l'engorgement de la prostate à son début*, autre chose qu'une critique du livre publié par M. Civiale. Mais le terrain sur lequel je travaille depuis quinze ans à construire l'édifice commencé par E. Home, s'est trouvé tout à coup encombré de théories sur l'action vitale et les troubles de fonctions sans cause se transformant en altérations matérielles; il m'a bien fallu déblayer la place avant de passer outre. L'occasion de citer le nom de M. Civiale se présentera désormais bien rarement dans les mémoires que je publierai sur les maladies de la prostate; j'espère donc ne plus donner lieu à ses réclamations.

Agréez, etc., LEROY-D'ETIOLLES.

19 avril 1842.

naissances a été de 836,789. Proportion 5/8.

Sur les 45,060 vaccinations dont le résultat a été indiqué, il y a eu 44,179 réussites et 881 insuccès. Proportion 1 à 51 1/5.

Généralement la seconde vaccination a réussi ; quelquefois il a fallu répéter l'opération jusqu'à quatre et cinq fois.

Deux fois il s'est développé sur diverses parties du corps quelques pustules surnuméraires de vaccine, dont le fluide inoculé a déterminé une vaccine normale.

Lorsque la variole s'est manifestée épidémiquement, la vaccination en masse de tous les sujets non vaccinés a arrêté immédiatement l'épidémie et préservé tous les nouveaux vaccinés.

La généralité des anciens vaccinés de toute époque est restée à l'abri de la variole. Cependant un certain nombre de vaccinés tant anciens que récens a été atteint d'une affection varioliforme, le plus ordinairement légère et de courte durée, mais, dans quelques cas, plus ou moins semblables à la variole. Le point important est le peu de gravité relative de cette variole des vaccinés. Sur 406 sujets qui l'ont éprouvée à divers degrés, il n'en est mort que 6, ou plutôt que 4, 2 ayant succombé à une pneumonie concomitante. Proportion 1/67, et plus exactement 1/101, et qui serait encore notablement abaissée si l'on n'avait trop souvent employé les expressions vagues de *quelques*, *un certain nombre*, pour indiquer les cas de varioloïde observés chez des sujets vaccinés. Dans tous les cas, la vaccine n'eût-elle pour effet unique que de réduire la mortalité de la variole à 1/101 ou même 1/67, qu'on devrait s'empresser de la propager parmi les populations auxquelles la variole enlève 1/8 des sujets qu'elle affecte.

Il a été pratiqué 2,214 révaccinations, sur lesquelles il y a eu 1,704 insuccès, 237 fois production de pustules de fausse vaccine, et 273 fois apparition de pustules d'un aspect normal dont le virus a transmis une vaccine régulière.

Trois sujets revaccinés avec succès ont eu après quelques années, et même l'un d'eux après peu de temps, une varioloïde non contestable.

L'époque à laquelle la revaccination devrait être pratiquée ne saurait être précisée. Utile seulement aux revaccinés, si elle les préservait tous de la varioloïde, la revaccination laisserait en dehors la multitude des sujets non vaccinés. Le gouvernement et les médecins doivent donc s'efforcer particulièrement de détruire la variole en procurant la vaccination à l'universalité de la population.

Il a été dépensé sur les fonds départementaux 179,293 fr. 6 c. pour le service de la vaccine, ce qui donne une moyenne de 94 c. par enfant vacciné.

Les conclusions de ce rapport devant être discutées dans la prochaine séance, nous les mentionnerons dans notre prochain compte-rendu.

M. Delens pense que le rapport de la commission doit être lu en entier, et qu'il est impossible de voter les conclusions sans en connaître les motifs, qui doivent nécessairement être exposés dans le travail général. Si ces rapports sont trop étendus, dit-il, pourquoi MM. les rapporteurs ne sont-ils pas plus concis ?

M. Gauthier ne Claubry répond que l'étendue de ces rapports est indispensable, eu égard à la multiplicité des travaux qui sont mis sous les yeux de la commission. Il est d'ailleurs tout disposé à le lire en entier si l'Académie le désire.

M. Adelon observe que la lecture de ce rapport n'est point indispensable, que le résumé que vient de lire M. Gauthier de Claubry est suffisant, et que l'Académie peut fort bien voter en connaissance de cause sur chacune des conclusions. (Adopté.)

L'Académie n'étant plus en nombre, ce vote est renvoyé à la prochaine séance.

— *M. Amussat* présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Eug. Robert, membre de la commission scientifique présidée par M. Gaimard, une scie imaginée par lui dans le but d'éviter que la lame ne soit, vers la fin de la section d'un os, serrée de manière à empêcher sa marche.

Cette scie, confectionnée par M. Charrière, diffère de celles connues jusqu'à présent en ce qu'elle est composée de deux lames, dont l'une fait l'office d'un coin qui reste dans la section lorsque celle-ci est arrivée au point où bien souvent la lame éprouve une difficulté plus ou moins grande à avancer. D'après M. Robert, il résulte de cette disposition que toujours la section est régulière, et que jamais il ne peut y avoir d'esquilles résultant de ce que, pour faire marcher les scies ordinaires jusqu'à la fin de la section, on est forcé de tirer en sens contraire les deux bouts de l'os. Cela devient inutile avec la scie imaginée par M. Robert.

Ce chirurgien pense que cet instrument sera surtout d'une grande utilité entre les mains des praticiens de la campagne ou des chirurgiens des armées de terre et de mer, qui n'ont pas toujours auprès d'eux des aides intelligens.

M. Amussat présente un enfant âgé de deux mois et demi, sur lequel il a établi, trois jours après sa naissance, un anus artificiel dans la région lombaire gauche, sans ouvrir le péritoine. Cet enfant était né avec une imperforation du rectum.

Pendant qu'il tette au sein de sa mère, M. Amussat montre l'anus normal qui est parfaitement bien conformé. L'anul artificiel livre un passage facile aux matières fécales, et on remarque dans la fosse iliaque gauche une ampoule saillante qui paraît être formée par la portion terminale du gros intestin.

L'enfant est aujourd'hui dans un état de santé très satisfaisant. Toutes les fonctions ont lieu d'une manière régulière, et les matières fécales, au lieu de sortir continuellement, comme on est porté à le supposer, ont au contraire une certaine difficulté à être expulsées.

Au reste, nous donnerons prochainement la relation complète de ce fait intéressant.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'électricité pour dissoudre la cataracte.

On écrit de Saint-Pétersbourg que M. le docteur Krussel, de Helsingfort, a réussi, dans l'institut ophthalmologique du docteur Zersche, à dissoudre dans l'espace de cinq minutes, à l'aide du pôle positif d'une pile voltaïque, une cataracte grise-brunâtre que M. Zersche avait déclarée n'être pas opérable.

Le même M. Krussel a produit des cataractes chez des lapins au moyen du pôle négatif de la pile, puis ensuite est parvenu à les dissiper en les soumettant à l'action du pôle opposé. Avec le même agent il a réussi également à opérer la résolution et la fonte de tumeurs superficielles, d'indurations, etc., mais en donnant quelquefois lieu à une forte réaction.

(*Organ fuer die gesammte Heilkunde*, 1841.)

Nous devons ajouter ici que les rédacteurs de la *Gazette médicale de Paris*, en rapportant cette nouvelle scientifique (n° 49, 4 décembre 1841), ont indiqué un résultat qui se trouve un peu en opposition avec celui dont il vient d'être question. Suivant eux, un médecin bavarois, M. le docteur Keidenreich, aurait cherché à vérifier l'action de la pile voltaïque sur le cristallin d'animaux récemment tués, et n'aurait pas obtenu les résultats annoncés par le praticien de Saint-Pétersbourg : une pile formée de plusieurs paires aurait suffi pour décomposer l'eau contenu dans l'œil, et l'organe se serait rempli de gaz.

Emplâtre contre l'insomnie.

Pr.	Emplâtre de jusquiame,	15 grammes.
	Opium en poudre fine,	125 centigrammes.

M. S. A., et lorsque le mélange est parfaitement homogène, l'étendre en couche mince sur deux disques de peau ou de taffetas du diamètre d'une pièce de cinq francs.

Cet emplâtre, dont la formule est due à l'illustre professeur Hufeland, est l'un des moyens qui réussissent le mieux à combattre l'insomnie. On l'applique sur les tempes, et on a soin d'en renouveler chaque jour l'application.

L'emplâtre de jusquiame, qui fait partie de ce topique, se prépare en incorporant parties égales d'emplâtre de cire et d'extrait de jusquiame obtenue par l'intermède de l'alcool.

Collyre zincinique alcoolisé.

Pr.	Chlorhydrate d'ammoniaque purifié,	75 centigrammes.
	Sulfate de zinc purifié,	2 grammes.
	Eau distillée,	150 grammes.

Faites dissoudre. D'autre part, prenez :

Camphre,	45 centigrammes.
Alcool,	30 grammes.

Faire dissoudre et ajouter au soluté précédent, puis laisser digérer le tout S. A. à une température de 30 degrés, en ayant soin d'agiter souvent. Après vingt-quatre heures de digestion, laisser refroidir et filtrer. Conserver dans un flacon hermétiquement bouché.

Ce collyre, dont la formule a été donnée par M. le docteur Martinitz, est spécialement indiqué dans les cas de catarrhes anciens et rebelles des yeux, et contre les inflammations violentes du bord des paupières.

Pour en faire usage, on peut, suivant les circonstances, l'étendre d'un tiers ou même de moitié d'eau. On en instille quelques gouttes entre les paupières écartées deux ou trois fois dans le courant de la journée.

Baume de miel.

Pr..	Baume de Tolu,	30 grammes.
	Styrax liquide,	8
	Opium brut,	4
	Miel blanc,	250
	Alcool,	1 litre.

Faire macérer pendant huit jours, puis filtrer et conserver le produit dans un flacon bien bouché.

Cet acoolé aromatique, dont la formule est due à M. le docteur Hill, convient dans les bronchites chroniques, surtout dans celles qui sont accompagnées de toux violente et répétée, avec grande difficulté d'expectoration.

La dose à laquelle on le prescrit pour les adultes est d'une cuillerée à café que l'on étend dans une infusion aqueuse théiforme appropriée.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

QUATORZIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui mercredi 20, M. Aug. Bérard a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés aux numéros 15 et 25 de la salle Saint-Côme, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Breschet).

La prochaine séance aura lieu vendredi 22. L'examen des malades se fera à l'hôpital dit de l'Ecole, à 4 heures. — A cinq heures, séance publique.

Chronique et Nouvelles.

On assure qu'à la suite de la *brillante discussion* qu'il a soutenue à l'Académie de médecine sur les chevaux, M. Hippolyte Royer-Collard a été nommé médecin du Cirque-Olympique.

— Désormais, lorsque dans une polémique quelconque un argumentateur aura cité à faux le texte de son adversaire, en le guillemettant, on ne dira plus : C'est un acte de mauvaise foi, — mais simplement : c'est une *henrosserie*.

— Quand on aura menti sept fois par numéro d'un mauvais journal... *henrosserie*.

— Quand on aura bien crié, bien injurié, bien calomnié, *henrosserie*.

— De tout cela un éditeur consciencieux et *moral* se propose de faire un livre — et de lui donner le nom de *Gerdyana*.

— Le concours ouvert à l'administration des hospices civils pour la nomination des élèves internes en pharmacie, s'est terminé le 18 mars. Les noms des concurrens élus ont été proclamés le 26, en séance publique ; voici la liste des vingt-six élèves nommés :

MM. Baudrimont, Gallais, Dehenne, Bouley, Berthe, Cointreau, Saunois, Lecomte, Leménager, Borel, Chopard, Philardeau, Bayeux, Tillard, Descloux, Larippe, Chodzko, Joffroy, Couniot, Dulignon, Vallon, Devilliers, Bandichon, Gilles, Lefort, Beauregard.

— Dans la même séance, on a distribué les prix du concours entre les internes des années précédentes. La médaille a été décernée à M. Coquelin ; une mention honorable, avec prix, a été méritée par M. Manzini ; deux autres mentions honorables ont été accordées à MM. Ducom et Bourgoin.

— M. Manzini, candidat pour la chaire de physique vacante à l'école de pharmacie de Montpellier, a été élu en cette qualité, par l'Académie des sciences, dans la séance du 21 mars. Sur 41 votans, M. Manzini a obtenu 38 suffrages.

— M. Saboureau, pharmacien de la marine de première classe, vient, sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, d'être promu au grade de pharmacien professeur.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Contusion violente du pied. Gangrène. — Invasion de phénomènes tétaniques. — Mort. — Question relative aux indications et à l'opportunité de l'amputation dans les cas de gangrène des membres.

Le 8 avril, est entré à l'hôpital Beaujon un enfant de treize ans, d'une bonne constitution, présentant une contusion considérable du pied droit. Il y avait environ sept jours que cet enfant avait eu le pied droit pris sous la roue d'un wagon. Un chirurgien, appelé immédiatement, avait fait plonger le pied et la jambe dans un bain froid : le membre y fut maintenu pendant quarante-huit heures. Nous ferons remarquer, en passant, que l'application du froid est très utile dans les lésions traumatiques qui n'ont pas porté une atteinte profonde à la structure des parties : dans l'entorse, par exemple ; le froid, agit dans ce cas en prévenant la réaction inflammatoire; mais lorsque les parties sont profondément altérées, lorsqu'il existe déjà un commencement de désorganisation, le froid devient nuisible par son action débilitante et par la facilité avec laquelle il favorise le développement de la gangrène. Les lotions froides sont, dans des cas de ce genre, un moyen thérapeutique réellement perfide. Au lieu de plonger le membre dans l'eau froide, nous eussions préféré le couvrir de compresses imbibées d'un liquide résolutif à la température ordinaire, dont l'effet probable eût été de modérer la réaction inflammatoire sans anéantir la vitalité des tissus. Quoi qu'il en soit, il survint dès le second jour, chez cet enfant, du gonflement à la jambe et au pied, accompagné d'un mouvement fébrile.

A son entrée à l'hôpital on observait chez ce malade l'état suivant : tuméfaction considérable de la moitié inférieure de la jambe et du pied ; la peau était lisse, tendue, rénitente, et ne conservait point l'impression du doigt ; on n'y remarquait point de solution de continuité, si ce n'est quelques légères excoriations au pied, circonstance qu'il est toutefois important de noter.

La jambe offrait une teinte rouge érysipélato-phlegmoneuse, avec chaleur âcre et sèche. Dans ses deux tiers postérieurs, elle avait une teinte violacée due à une large ecchymose ; la température y était également très élevée. Sur la partie antérieure du métatarse et sur les orteils, la peau prenait tout à coup une teinte grisâtre; elle était froide, et conservait cependant de la sensibilité au toucher et aux excitations extérieures. L'état des parties sous-jacentes offrait de graves altérations ; le tissu cellulaire était ecchymosé. On ne sentait point le battement des artères, ce qui, du reste, pouvait être dû au gonflement des tissus. Les veines et les vaisseaux lymphatiques ne présentaient aucun caractère extérieur particulier. Quant aux os, nous n'avons point essayé de les explorer, vu le danger d'accroître sans utilité l'inflammation. La connaissance de l'état des os n'eût d'ailleurs fourni aucune indication particulière. Pour l'état général, on constatait une chaleur vive à la peau, de la fréquence et de la dureté dans le pouls, de la soif et un peu de rougeur à la langue.

En résumant ces signes et les faits qui se sont succédé, on voit :

1° Que le pied a été le siége d'une contusion violente. Bien que la peau soit restée intacte, ainsi que cela se voit assez souvent, les parties molles profondes ont été gravement altérées.

2° Qu'une réaction inflammatoire proportionnée à la gravité de la lésion s'est développée dans les parties contuses, et s'est propagée aux parties environnantes.

3° Qu'il est survenu ultérieurement une gangrène imminente de l'extrémité du pied. En effet, la couleur blanchâtre de la peau, dans cette partie, contrastant avec la rougeur des parties voisines, et le refroidissement, annoncent que la circulation est sur le point de s'y éteindre ; si ce n'était la persistance de la sensibilité dans les parties, nous dirions que la vie y est entièrement abolie.

Dans le moment actuel, il y a seulement asphyxie locale, suivant l'expression de Richerand, c'est-à-dire état voisin de la gangrène. (Le lendemain la gangrène n'etait plus douteuse; la sensibilité était abolie.)

Quelles sont les causes d'un aussi grave accident? Nous ne pouvons placer ici la cause de la gangrène dans une lésion organique antérieure à la contusion ; elle dépend donc évidemment de l'excessive contusion du pied. Mais de quelle manière celle-ci a-t-elle agi pour déterminer la mortification ? Cet accident peut s'observer quand les artères principales d'un membre ont été lésées, et que le sang n'y arrive plus. On ne peut supposer, dans ce cas-ci, qu'il en ait été ainsi ; car, en admettant que l'artère pédieuse fût rompue, ce que rien ne prouve, la tibiale postérieure la suppléerait dans ses fonctions. D'ailleurs, la gangrène par oblitération des artères n'a pas le caractère qu'offre celle-ci. Dans la gangrène par oblitération des artères, il y a dessiccation du tissu, véritable mortification. On ne peut attribuer celle-ci qu'à l'inflammation des parties contuses. On voit, en effet, lorsque des tissus ont subi dans leur structure une atteinte grave par l'effet de violences extérieures, à l'époque où il survient la période de réaction ou d'inflammation, ces parties ne pouvoir résister à ce travail et être frappées de gangrène.

Le pronostic de cet état est grave ; car de toutes les conséquences qu'il peut amener, la perte d'une partie du pied est encore la moins fâcheuse. En effet, si le travail gangreneux s'effectue, il y aura putréfaction, et avec elle possibilité de résorption et d'infection générale. Une inflammation éliminatrice survenant dans des parties déjà enflammées, pourra être grave et déterminer des phlegmons diffus, l'infection purulente et ses suites.

Toutefois, le pronostic est moins grave que si la gangrène avait lieu par cause interne. En effet, dans celle-ci les causes sont inconnues; la gangrène fait des progrès incessans sans que l'on puisse prévoir où s'arrêteront les ravages du mal. Au contraire, dans la gangrène traumatique, on peut d'avance assurer que la gangrène ne dépassera pas le foyer principal des désordres. Cette distinction est importante, comme on le verra bientôt. Il y a donc lieu d'espérer que la gangrène ne dépassera pas les parties meurtries; alors surviendra un cercle d'inflammation éliminatrice et une expulsion très lente des parties ; nous disons très lente, à cause de la présence d'os et de parties fibreuses au nombre des tissus à éliminer.

Le traitement doit consister d'abord à modérer l'inflammation des parties non encore mortifiées à l'aide des émolliens. On a dû pratiquer une saignée générale à cause de la réaction fébrile qui s'est manifestée. La seconde indication à remplir sera de rappeler la vie sur le point de s'éteindre, ce que l'on fera à l'aide de flanelles chaudes dont on enveloppera le pied. Le froid serait nuisible par les raisons que nous vous avons exposées plus haut ; une chaleur trop élevée serait également dangereuse. On peut, en effet, établir un parallèle entre cet état et celui des parties frappées d'asphyxie par le froid. Si on cherche à y rappeler promptement la chaleur, on y détermine la gangrène.

Quand la gangrène sera déclarée, faudra-t-il amputer ou attendre l'élimination spontanée? Dans le cas où il faudrait amputer, conviendrait-il de le faire de suite, ou d'ajourner cette opération? Ce sont là des questions très importantes à résoudre. Et d'abord, faudra-t-il amputer ? Il est un principe admis depuis bien long-temps en chirurgie, c'est celui qui consiste à ne pas abandonner à la nature le soin d'éliminer elle-même les parties gangrénées. En effet, l'élimination se fait toujours avec une très grande lenteur, non point dans le tissu cellulaire, la peau ou les muscles ; mais dans les tissus

---

FEUILLETON.

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

La santé publique a été gravement compromise par les circonstances fort extraordinaires de la constitution atmosphérique. Les affections assez bénignes jusqu'ici que nous avons désignées avec tout le monde sous le nom de grippe, ont pris depuis quelque temps, à Paris, un caractère de malignité qui a obligé les médecins et le public à redoubler de précautions pour se soustraire à l'influence de leurs causes ; et même, il faut l'avouer, en dépit des plus minutieuses précautions, beaucoup de sujets mal disposés ou dont la constitution se trouve altérée soit par les progrès de l'âge, soit par des maladies antérieures, succombent très vite aux atteintes des impressions délétères de l'atmosphère. D'un autre côté, les affections régnantes il y a encore un mois se présentent à nous sous un aspect et avec des allures qui trompent aisément sur leur nature. Enfin, les moyens curatifs, naguère si efficaces, surtout employés dès le début, ne jouissent plus à beaucoup près des mêmes avantages. Aussi remarque-t-on dans tous les quartiers un accroissement considérable du nombre des malades et des proportions correspondantes dans le chiffre des décès.

Quels sont donc les caractères de ces maladies si menaçantes, quelles sont en outre les causes présumables de ces maladies ? Voilà le double problème qu'il s'agit de résoudre avant de tracer, d'après les résultats de l'expérience journalière, les règles pratiques les plus sûres soit pour les détourner, soit pour les guérir.

Les symptômes des maladies actuelles témoignent d'une lésion profonde du système des forces et s'expriment généralement par des douleurs névralgiques diverses accompagnées d'une perturbation des fonctions qui aboutit plus ou moins prochainement à l'adynamie. Le début de cette affection a lieu presque toujours par les signes ordinaires d'une fièvre catarrhale : mais au lieu du s'en tenir là, sauf quelques cas assez rares, comme elles le faisaient encore le mois dernier, les forces tombent rapidement après quelques jours de maladie, au milieu de douleurs vagues très cruelles siégeant tantôt aux membres, tantôt dans la poitrine, tantôt dans la tête, tantôt simultanément dans toutes ces parties. L'effervescence fébrile n'offre rien de remarquable, ou plutôt elle est souvent si peu intense qu'à part un certain degré d'accélération du pouls, jointe à une contraction très appréciable de l'artère, la plupart des malades paraissent exempts de fièvre. L'altération de la physionomie s'ajoute presque constamment à la débilitation générale, au trouble des fonctions et aux douleurs névralgiques. Du reste, la face est plus souvent pâle que colorée, la langue plutôt sale que nette, la digestion assez peu dépravée. Les phénomènes les plus saillans, en un mot, sont l'abattement, l'altération des traits et les douleurs névralgi giques. Méfiez-vous de ce concours de symptômes, surtout s'ils se présentent chez des vieillards ou des enfaus, chez des sujets usés par les excès, épuisés récemment par quelque maladie chronique, ou dotés d'une constitution délabrée. Sous ces conditions fâcheuses, et même en dehors de toute disposition appréciable, ces symptômes, si légers en apparence, acquièrent inopinément une intensité formidable dont il est fort difficile de relever les malades. La transition de l'état précédent à une ataxie déclarée et de là à l'adynamie se fait, disons-nous, tout-à-coup et sans acheminement appréciable. En effet, les praticiens peu attentifs sont tout surpris après avoir traité les symptômes indiqués comme une affection peu sérieuse, après avoir annoncé la veille même une guérison certaine, de trouver le lendemain un pouls de 120 à 140 pulsations, petit et misérable, avec une décomposition profonde de la face, une langue sèche, la peau aride, des soubresauts des tendons, le coucher en supination et du délire.

Quand les affections régnantes sont arrivées à ce point, il reste fort peu de chances de ramener les malades à une situation moins défavorable. Le plus souvent alors l'adynamie va croissant, le ventre se ballonne, l'assoupissement succède au délire et le patient expire au milieu de secousses convulsives des membres ou tranquillement. Cependant, plusieurs se tirent encore d'une position si désespérée. Un signe d'un bon augure, malgré les symptômes les plus alarmans, c'est la présence d'une moiteur chaude générale : mais il ne faut pas confondre cette chaleur halitueuse avec l'humidité visqueuse qui se répand sur la peau aux approches de l'agonie ou pendant la durée de cet instant suprême. La moiteur d'heureux présage est douce, agréable au toucher et en quelque sorte moelleuse ; l'autre moiteur, au contraire, est poisseuse, froide et pour ainsi dire âpre. La méprise d'ailleurs ne dure pas long-temps, car la moiteur bienfaisante ne tarde pas à devenir une sueur critique qui relève les forces et rappelle les malades à la vie et à la santé ; tandis que la moiteur froide dégénère en une sueur d'expression ou de détresse dont le dernier terme est la mort.

Toutes les affections régnantes ne se réduisent pas à cet appareil fébrile. On voit concurremment beaucoup de rhumes, un grand nombre de rhumatismes, quantité de rougeoles et quelques fièvres intermittentes. Les rhumes ouvrent généralement la scène de la plupart des maladies actuelles. Tant qu'ils sont sans fièvre, à moins qu'ils n'attaquent la poitrine des sujets disposés à la phthisie pulmonaire, leurs symptômes disparaissent au bout de trois ou quatre jours et ne laissent aucun fâcheux reliquat. Ils sont autrement graves quand les malades portent des poitrines délicates ou des poumons garnis de tubercules. Alors ces rhumes se prolongent, la fièvre s'en mêle; il s'y joint fréquemment encore des hémoptysies, et la phthisie se révèle. Quant aux individus déjà phthisiques avancés, les rhumes dont nous parlons accroissent brusquement les symptômes pulmonaires, et précipitent de plusieurs jours ou même de plusieurs mois la terminaison fatale. Nous avons vu ainsi un certain nombre de ces malades à qui tout semblait promettre encore au moins trois ou quatre mois d'existence, périr prématurément sous l'influence de semblables rhumes avec les symptômes de l'asphyxie.

Les rougeoles surviennent principalement aux jeunes sujets ; elles marchent sous les auspices d'une fièvre catarrhale, qui survit pour l'ordinaire aux phases de l'éruption rubéolique. Elle est peu dangereuse en général ; et son danger provient de sa complication avec la fièvre nerveuse précédemment décrite. Dans ces circonstances, l'éruption pâlit ou s'efface même entièrement, laissant les malades en proie aux symptômes d'une pneumonie ou d'une méningite du plus mauvais augure.

Les affections rhumatismales de la constitution actuelle sont très rebelles et très longues. Les douleurs reviennent en outre à plusieurs reprises, quand on avait tout lieu de les croire dissipées, et elles offrent bien plus le caractère vague des névralgies que la fixité d'un rhumatisme légitime. La fièvre qui les accompagnent ne ressemble nullement aux fièvres phlogistiques; elle a plutôt des rapports avec les petites fièvres de nature nerveuse. Il n'est pas rare non plus que la fièvre essentielle que nous avons esquissée en commençant notre article, débute par les symptômes de ces rhumatismes. En sorte qu'en récapitulant la liste des maladies observées aujourd'hui à Paris, il est évident qu'elles sont toutes susceptibles d'un très haut degré de gravité. Les fièvres intermittentes seules paraissent affranchies de tout danger; elles guérissent d'elles-mêmes après quatre ou cinq accès, et quand elles se prolongent, on en fait aisément justice à l'aide de quelques prises de sulfate de quinine.

Les affections régnantes offrent, par tous leurs caractères, une similitude parfaite avec les affections complexes désignées sous le nom d'affections catarrhales nerveuses. Leur danger se tire de la prédominance de l'élément nerveux : c'est à lui que sont dus les symptômes ataxiques et ceux de l'adynamie consécutive. Ces affections diffèrent, par cette complication fâcheuse, de celles qu'on a vu régner les mois derniers. Celles-ci étaient plus franchement catarrhales, et par conséquent moins graves et moins rebelles; il y a plus, elles étaient en général très bénignes; au lieu que celles qui leur ont succédé depuis près d'un mois et qui sont très répandues aujourd'hui, sont au contraire pleines de dangers.

Le traitement des affections actuelles réprouve encore plus que celui des affections précédentes, l'abus et même l'usage un peu forcé des débilitans et des antiplogistiques. Ces moyens, si efficaces dans tant d'autres circonstances, accélèrent le développement des phénomènes

fibreux et les os. Elle expose à une suppuration abondante et longue qui peut épuiser les malades, et pendant le cours de laquelle il peut se faire une résorption des substances putrides qui infecte l'économie et détermine de très graves accidens. L'élimination spontanée laisse après elle une plaie inégale, irrégulière, une déperdition de substance plus ou moins large, le plus souvent suivie d'une cicatrice difforme ; quelquefois une dénudation complète des os, etc. Il faut donc amputer, c'est le principe que nous adoptons. Cependant nous ne devons pas nous dissimuler que ce parti offre aussi des inconvéniens, et même des dangers.

L'inflammation éliminatoire a, comme nous l'avons vu, de très graves inconvéniens ; mais par cela même qu'elle se fait avec une très grande lenteur, elle est toujours précédée de l'oblitération des vaisseaux, et au moment de la chute des parties mortifiées, les tissus sains se recouvrent de bourgeons ; de là point d'hémorrhagies, point d'inflammations diffuses, point de phlébites, ni d'infection purulente. Au contraire, le travail brusque et rapide que nous substituons au travail lent et graduel de l'organisme, entraîne la formation d'une plaie récente qui met à découvert les vaisseaux, le tissu cellulaire, et donne lieu à des hémorrhagies et surtout à l'inflammation diffuse, à la phlébite, que rien ne peut ni faire prévoir, ni prévenir. Malgré tout, il y a tant d'inconvénient à attendre l'élimination naturelle, que nous préférons adopter le parti de l'amputation.

Abordons maintenant la seconde question. Faut-il amputer immédiatement, ou attendre que la gangrène soit bornée ? Attendre que la gangrène soit bornée est un précepte admis pour la gangrène par cause interne. Quant à la gangrène par cause externe ou traumatique, M. Larrey a établi qu'on pouvait sans inconvénient et même avec avantage amputer avant ce terme, en s'éloignant assez du foyer primitif des désordres; mais je ne saurais partager cette opinion. En effet, l'on est obligé, pour amputer sur des parties saines et se mettre à l'abri de la gangrène des moignons, de s'éloigner souvent beaucoup du siége principal des désordres, et, de la sorte, on inflige au blessé une mutilation souvent considérable ; d'un autre côté, l'amputation pratiquée près du tronc acquiert par cela même une grande gravité.

On pourrait, par exemple, dans un cas comme celui-ci, en attendant la limitation de la gangrène, désarticuler suivant la méthode de Chopart, tandis qu'en agissant de suite on se trouverait dans la nécessité d'amputer la jambe au-dessus des malléoles. Ainsi, en attendant, on peut encore gagner quelque chose. Dans le cas présent il ne serait pas impossible, bien qu'on prît la précaution de s'éloigner assez pour opérer sur des parties saines, de voir la gangrène envahir le moignon. J'ai vu deux fois cet accident survenir chez des individus amputés à la suite d'écrasemens du pied, qui auraient très certainement amené la gangrène, et amputé même avant que la gangrène ne fût déclarée, en 1835, à l'Hôtel-Dieu, chez un vieillard ayant eu le pied écrasé par une roue de voiture ; en 1839, à la Pitié, avec Sanson, chez un voiturier ayant eu aussi le pied écrasé. Chez ces deux malades la jambe fut coupée au lieu d'élection ; chez le dernier il y survint une gangrène de la peau du moignon et des phlegmons diffus et gangreneux du tissu cellulaire inter-musculaire de la cuisse.

En résumé, les conclusions de ce qui précède sont que, dans le cas auquel nous avons affaire, il faut attendre, et si la présence de la gangrène ne cause pas d'accidens, voir comment s'opérera l'élimination. Nous serons toujours à temps à opérer s'il en est besoin. En attendant, les parties molles vivantes auront besoin de revenir à un état meilleur.

12 avril. Le malade n'a point de fièvre ; les parties gangrenées sont noires et commencent à avoir une odeur fétide ; on les laissera exposées à l'air pour en faciliter la dessiccation. L'état général et local paraissent aller en s'améliorant.

Le 15 avril, la gangrène était bornée depuis plusieurs jours ; le cercle éliminatoire se prononçait de plus en plus, lorsque dans la nuit du 15 au 16 le malade a été pris de trismus ; quelques heures après, les muscles postérieurs du tronc et de l'abdomen étaient envahis par cette contracture. A la marche extrêmement rapide de cet accident, il était facile de prévoir sa prompte et fatale terminaison. 60 sangsues ont été immédiatement appliquées le long de la colonne épinière; bain de vapeur prolongé. Dans la journée, un soulagement léger a paru suivre cette médication, mais il n'a pas duré ; les symptômes ont continué de s'aggraver, et le malade a succombé dans la nuit suivante, vingt-quatre heures après l'invasion du tétanos.

A l'autopsie cadavérique, on n'a rien trouvé ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière, ni dans leurs enveloppes.

— On a tout lieu d'être surpris de l'invasion subite de ces phénomènes tétaniques, qui ont fait succomber ce malade au moment où l'élimination spontanée des parties sphacélées allait permettre de pratiquer l'amputation du pied. Le tétanos est, comme tout le monde le sait, une affection très rare dans nos climats. Quelle peut avoir été la cause de ce funeste accident? Il répugne d'admettre que le seul travail local d'élimination en ait été le point de départ Nous avons bien remarqué que dans la nuit même où a eu lieu l'invasion de ces accidens, il y eut un abaissement considérable et brusque de la température qui a pu produire une impression profonde sur l'économie ; faudrait-il encore admettre ici une influence de la constitution épidémique régnante qui, bien qu'elle n'ait point un caractère meurtrier, se décèle par la complication de phénomènes nerveux souvent assez intenses? Ce ne sont là que des questions que nous nous posons. Il n'est pas moins curieux de signaler l'absence complète de toute lésion anatomique dans les centres nerveux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Quelques cas de pleuro-pneumonies très graves chez des sujets chloro-anémiques ou âgés. — Emploi des saignées coup sur coup. — Guérison.

(Suite du numéro 47.)

OBS. III. — Le 19 février est entrée à la salle Sainte-Madeleine, n° 3, la nommée Marie cousin, âgée de soixante-deux ans, née département de l'Aube.

Constitution moyenne, détériorée, tempérament lymphatique, variolée dans son enfance, à Paris depuis huit mois. Réglée à quinze ans, elle le fut toujours exactement depuis cette époque, et cessa de l'être à cinquante-quatre ans. Mariée à vingt-un ans, elle eut six enfans.

Depuis l'âge de trente ans, elle a eu trois ou quatre fluxions de poitrine caractérisées par de la toux, des crachats sanglans et de la douleur dans le côté gauche. Chaque fois, elle fut traitée par une saignée ou une application de sangsues et des vésicatoires. Depuis la dernière de ces maladies, qui date de quatre ans, elle resta sujette à une toux presque continuelle, sans hémoptysie. Depuis un an, amaigrissement, un peu de diarrhée.

Il y a quinze jours, la toux devint plus fréquente, avec douleur dans le côté gauche de la poitrine. En outre, frissons alternant avec une chaleur fébrile, suivie de sueurs. Expectoration plus abondante que d'habitude, sans mélange de sang. Tous ces symptômes allèrent en augmentant, et, il y a huit jours, la malade fut obligée de se mettre au lit. Pour tout traitement, tisanes pectorales, diète absolue depuis huit jours. Elle ignore la cause de sa maladie.

Voici l'état qu'elle présente le 20 février, à la visite du matin.

Visage peu animé, jaunâtre et fané. Langue humide, saburrale ; soif vive. Bouche mauvaise. L'épigastre et le ventre indolens. Urines normales. Chaleur de la peau modérée. Pouls à 100, un peu dur, résistant, régulier. Battemens du cœur un peu plus forts et plus étendus qu'à l'état normal. Cependant la pointe de cet organe se fait sentir dans le cinquième espace intercostal, bruits secs, un peu sourds, surtout le second, sans souffle ; pas de bruit de diable dans les artères du cou. Respiration gênée à 36-40 par minute. Toux fréquente avec crachats muqueux, abondans, sans traces de saug.

Résonnance bonne en avant des deux côtés, un peu claire même. Respiration bonne aussi, accompagnée d'un peu de râle muqueux en bas à droite. En arrière, la résonnance est assez généralement bonne, un peu plus faible à la partie supérieure du côté gauche. La respiration, généralement un peu faible, est soufflante à la partie postérieure supérieure du poumon gauche. Bronchophonie bien évidente dans ce point. Un peu de râle sous-crépitant fin dans le reste de l'étendue de ce poumon.

La malade a été apportée sur un brancard.

Diagnostic. Bronchite générale avec engorgement pneumonique, surtout au sommet du poumon gauche. Tendance à la formation de concrétions dans le cœur. Cas grave et mauvais.

Saignée de 3 palettes, ventouses scarifiées à la partie postérieure supérieure gauche, 3 palettes. Guimauve, sirop gommé, julep béchique, diète.

21 février. — Respiration plus libre. La malade dit se trouver mieux. Crachats muqueux peu abondans. Pouls à 96, moins fort; peau chaude. Mêmes phénomènes que la veille pour la percussion et l'auscultation du côté gauche. On entend toujours une crépitation bien évidente dans la région scapulaire. Impulsion du cœur toujours forte. Bruits du cœur forts, se faisant entendre dans une grande étendue de la poitrine en avant et en arrière.

Le caillot de la saignée peu rétracté, recouvert d'une couenne partielle, séreuse. Rondelles des ventouses de médiocre consistance.

Saignée de 3 palettes, vésicatoire à la partie postérieure supérieure gauche du thorax, 0,16 m. Mêmes boissons, diète.

22 février. — La respiration est plus libre. Cependant la toux et l'expectoration n'ont pas diminué depuis hier ; pouls à 104. La respiration commence à revenir dans la région scapulaire ; la respiration y est plus grosse et plus abondante. Le souffle et la bronchophonie ont beaucoup diminué.

Le caillot est ferme, rétracté, couvert d'une couenne jaune épaisse.

Mêmes boissons. Diète.

23 février. — La malade ne se plaint que de faiblesse ; le pouls est descendu à 92, régulier, assez développé. Chaleur de la peau modérée.

Du 23 au 26, l'état de la malade fut à peu près le même.

Le 2 , le pouls n'était plus qu'à 80-84 ; la respiration était revenue partout en arrière, un peu moins pure à la partie supérieure du poumon gauche.

Convalescence commençante.

Mêmes boissons. Bouillon coupé.

Le 28 février, l'examen attentif de la poitrine permettait de constater à peine un peu de râle bullaire à gauche.

---

névropathiques, et fraient conséquemment la route aux symptômes formidables de l'ataxie et de l'adynamie. Nous ne proscrivons pas absolument l'emploi de la méthode antiphlogistique ; nous disons simplement que la plupart des affections courantes la réclament peu. Elles se trouvent beaucoup mieux, toutes choses égales, d'une combinaison des toniques avec les antispasmodiques lorsque les symptômes nerveux ont prévalu, et de l'usage des tempérans unis aux doux anodins dans les premiers temps de l'affection.

Le parti le plus sage en présence de ces graves maladies consiste à se mettre en mesure de prévenir leur explosion. Ici le médecin-praticien n'a rien à faire, car il n'est consulté que pour remédier au mal existant. C'est à l'hygiène qu'il faut demander les prescriptions praticables; c'est elle qui suggère les indications préventives contre les accidens imminens. Nous ne saurions trop recommander, dans l'appréhension des affections actuelles, de ne pas se hâter d'alléger ses vêtemens aussitôt que la température atmosphérique s'élève ; ces élévations thermométriques durent peu, et ne tardent pas à être remplacées par des abaissemens brusques saisissans. Une autre attention non moins importante, c'est de ne pas s'offrir aux causes pathologiques dominantes dans l'état de faiblesse relative où les excès en tout genre nous plongent, et de se garder de s'exposer à ces causes le matin avant d'avoir assez lesté son estomac pour décider une réaction suffisante. Les transitions du soleil à l'ombre et de l'ombre au soleil, surtout quand on séjourne long-temps sous les rayons solaires, paraissent les occasions les plus communes des affections régnantes. La sortie à l'air libre en quittant un appartement où l'on entretient une haute température, détermine les mêmes inconvéniens ; nous en dirons autant d'un trop grand exercice par le vent violent qui ne cesse de souffler depuis plusieurs mois. Toutes ces circonstances placent l'économie dans les alternatives contraires d'un excès de froid et de chaud. Sous ce rapport, elles concourent aux mêmes fins que la constitution atmosphérique régnante, composée de changemens rapides et incessans, de passages continuels et brusques par des états contraires, et produisent comme elle des tiraillemens excessifs des forces et des fonctions de l'organisme, dont le résultat définitif, pour peu que ses dispositions s'y prêtent, est la dépravation de ses forces, source première des affections nerveuses les plus terribles.

Lettre d'un éditeur qui n'édite plus, à M. le docteur Lyrac.

Vous vous glissez à peu près partout, dans le monde médical, et vous ne vous piquez pas de discrétion : je n'ai rien à dire à cela ; mais depuis long-temps j'avais à vous adresser un mot sur votre excursion chez les libraires du quartier de l'Ecole de médecine. Vous êtes passé du salon à la boutique. Hé bien ! Monsieur, vous en subirez les conséquences, car à la boutique on cause plus qu'au salon : il est vrai qu'on n'y cause pas aussi bien. Aussi, quoique je vous croie assez poli pour me lire jusqu'au bout, je n'ose me promettre les honneurs de la bublicité. Cependant, Monsieur, un homme qui a imprimé pour les autres près de mille volumes pourrait, à la rigueur, espérer l'impression de quelques lignes qui certainement n'ont pas le piquant de vos épîtres, mais qui pourraient avoir autant d'utilité.

Si je vous ai bien compris, vous et vos prosélytes (car l'école Lyrac commence à se former) les éditeurs devraient être plus faciles pour les auteurs ; ils devraient accepter plus souvent leurs œuvres. Mais, Monsieur, vous allez voir par les titres que je vais vous citer, ce qu'on a à gagner à être éditeur complaisant et ce qu'on gagnerait à l'être davantage. Dans ces titres il y a plus d'un enseignement qui ne s'adresse pas seulement à ceux qui veulent connaître et acheter les livres, mais encore à ceux qui veulent connaître l'esprit des auteurs. Le laconisme, ce n'est pas le défaut des auteurs, vous le savez ; en voici cependant des exemples remarquables : Le docteur G..... a composé un *Traité médico-philosophique sur le sommeil,* 2 vol. in-8° ; selon lui, le sujet est neuf et bien plus récréatif que le *rire*, sur lequel L. Joubert en 1579, Poinsinet de Sivry en 1768 et Denis-Prudent Roy en 1814, ont composé chacun un livre ; M*** a traité *du catarrhe,* en 2 vol. en 8°, de chacun 700 pages : il prétend avoir été concis, et il donne pour raison, que Conrard-Victor Scheider a publié, en 1664, un ouvrage, *De catarrhis*, *4 vol.* in-4° ; parce que M. le docteur R. a rédigé un volume *sur l'emploi thérapeutique du panais,* M. le docteur P. a écrit un volume *sur le persil et sur son emploi thérapeutique.* Cet auteur vous céderait sa première édition, mais il ne voudrait pas vous vendre les plus ou moins nombreuses éditions qui suivront la première.

L'idée des travaux de M. P. lui a sans doute été suggérée par le livre du docteur Bridault, *Traité sur la carotte* (La Rochelle, an X, in-8°, de 430 pages).

Ainsi, pour vous exciter au travail, si nous avions été plus faciles dans la rue de l'Ecole-de-Médecine, vous auriez de plus à analyser dans votre journal, le Sommeil, en 2 volumes, et le Persil, en 1 volume.

Voulez-vous imprimer à vos frais, la traduction de l'ouvrage de Hellenius, *De asparago aboae?* Adressez-vous à M. le docteur T..., qui saura bien inventer assez d'observations thérapeutiques sur les propriétés medicales de ce légume pour remplir quatre à cinq cents pages. Vous, qui devez admirer Hippocrate, surtout depuis qu'il a été inventé par M. Littré, auriez-vous accepté de M. T. la traduction française de la thèse de Boulet (de Lille), thèse qui rejette dans la fable, Hippocrate, sa vie et ses œuvres? M. Hercule S. D..., qui s'est permis un volume in-quarto sur le hanneton, avec vingt planches gravées, a en portefeuille un tout petit ouvrage in-quarto, orné seulement de trente planches in-folio, c'est l'*Anatomie du chat.* Le mot *bouillon* sort de la boutique ; vous avez eu assez d'imagination pour inventer le mot *consommé,* qui veut dire plus que bouillon. Voudriez-vous me dire maintenant ce qu'on ferait avec le chat de M. Hercule?

Vous qui vous occupez tant de la barbe de vos confrères, vous ne savez peut-être pas le quart des titres des livres dont la barbe fait le sujet. Vous serez aussi avancé que moi quand vous aurez lu le *Traité microscopique, anatomique et physiologique* des poils chez l'homme, avec quarante planches ; c'est un agrégé de la Faculté de Strasbourg qui prépare ce chef-d'œuvre, pour lequel il ne manque plus qu'un éditeur. Mais si le sort ne veut pas que l'éditeur veuille éditer les *poils de l'agrégé de Strasbourg,* lisez l'*Histoire des perruques,* par J.-B. Thiers (ne pas confondre avec Thiers Auguste), voyez aussi les *Recherches historiques sur l'usage des cheveux postiches et des perruques*, par Christophe-Frédéric Nicolaï (Paris 1809, in-8°, avec figures).

La longue et importante discussion de l'Académie royale de médecine sur l'empoisonnement par l'arsenic a suggéré à un jeune médecin l'idée de recueillir tous les faits anciens et modernes qui ont trait à cette question, et en a composé un livre qui a pour titre : *De l'arsenic, considéré sous les rapports chimique, médico-légal, pathologique et thérapeutique.* Cet ouvrage, s'il voit le jour, ne formera que trois volumes in-8°, d'environ chacun 700 à 800 pages, parce que les observations seront imprimées en petit-texte ; l'auteur prétend que son livre serait indispensable pour les *examens*, et qu'il pourrait devenir classique, comme celui que publia sur un autre toxique Balthasar-Louis Tralles : *De usu opii*, Breslaw, 1760, 3 vol, in-4°.

Je ne vous parlerai pas d'une pathologie dont l'introduction à elle seule formera vingt volumes, ce livre est déjà trop connu.

Vous le voyez, monsieur Lyrac, ce n'est pas notre faute si nous n'imprimons pas tout et sachez que nous imprimons bien plus qu'on ne peut lire. Je sais que nous sommes surtout un peu trop difficiles pour les auteurs des départemens. Je l'ai été peut-être plus qu'un autre, je le confesse ; mais sans repentir aucun Voici ce que je disais à un de vos compatriotes, qui voulait absolument être imprimé : Vous avouez, Monsieur, que vous habitez la province depui trente-cinq ans. Eh bien ! je ne vous conseille pas d'écrire, et surtout de débuter à soixante ans. Votre livre contiendra sans doute *du bon*, des faits de votre longue pratique ; mais *il sentira le terroir.* Il ne suffit pas, Monsieur, de composer un livre avec ce que vous appelez *du bon ;* il faut un mode d'exécution qui n'est bien connu qu'à Paris. Et d'ailleurs, il faut être en position de prôner un livre, avoir une tribune pour le soutenir ; or, tout cela vous manque. Vous parlez d'une dédicace à votre ancien condisciple, M. le professeur X. Eh bien ! la dédicace est usée ; l'ancien ami vous dira beaucoup de bien du livre qu'il recevra

Le 15 mars, la malade, qui depuis dix jours mangeait trois portions (la demie d'alimens), demande sa sortie.

— Le dernier fait que nous citerons aujourd'hui, présente la plus grande analogie et les rapports les plus frappans avec le précédent.

OBS. IV. — Au n° 3 de la salle Sainte-Madeleine est couchée la nommée Françoise Gautier, âgée de soixante ans, née à Versailles, entrée le 15 mars 1842.

D'une constitution un peu détériorée par l'âge, variolée dans son enfance, bien réglée habituellement depuis seize jusqu'à cinquante-deux ans, cette femme jouit ordinairement d'une bonne santé. La seule maladie qu'elle se rappelle et qu'elle puisse préciser, est un ictère dont elle fut atteinte il y a cinq ans, et qui dura vingt jours environ.

Il y a six jours, elle fut prise d'un sentiment de lassitude avec céphalalgie, et d'une douleur sous le sein gauche, douleur qui persiste encore maintenant. En même temps, frissons qui ne furent suivis, dit-elle, ni de chaleur, ni de sueur. Soif vive, anorexie ; un peu de toux. Obligée de cesser ses occupations dès le second jour, elle ne garde le lit que depuis la veille de son entrée. Pour tout traitement infusion de tilleul et de bourrache ; pour toute nourriture, un peu de bouillon. Elle attribue sa maladie à ce qu'ayant chaud, elle s'exposa à un courant d'air ; elle vient d'être apportée sur un brancard à l'hôpital.

Voici l'état qu'elle présente au moment de la visite du soir :

Visage peu animé ; langue humide. Soif vive. Rien de notable du côté des voies digestives ; pas de selles depuis hier. Peau de chaleur modérée. Pouls à 84, peu développé, régulier. Bruits du cœur normaux, sans souffle ; pas de bruit de diable dans les artères du cou. Persistance de la douleur sous le sein gauche, augmentant par la toux et les fortes inspirations. Résonnance assez bonne partout. Respiration bonne aussi, sans râles ni frottemens, un peu saccadée, et rude dans la région douloureuse.

16 mars. — Ce matin, quelques crachats rouillés, visqueux, demi-transparens, adhérens. Même douleur que la veille et dans la même région. Peau chaude, sèche ; pouls à 92, bien développé, fort, surtout eu égard à la constitution de la malade. Respiration à 28. Résonnance bonne en avant et en dehors à gauche, jusqu'au niveau de la pointe du cœur, plus faible depuis ce point jusqu'en bas. Respiration passable, un peu rude en bas, avec quelques craquemens vers la région axillaire et sous-claviculaire. Légère crépitation fine sèche dans la région sous-axillaire ; la respiration est en même temps un peu bruyante, mais sans souffle caractérisé.

En arrière, résonnance bonne des deux côtés, excepté au sommet gauche. La respiration bonne à droite, faible dans la région scapulaire gauche, presque nulle dans la fosse sus-épineuse, avec crépitation un peu obscure, sans souffle. Bruits du cœur normaux.

Diagnostic. Pleuro-pneumonie occupant particulièrement le sommet du poumon gauche, à signes physiques assez mal dessinés, chez un sujet faible, cachectique. Cas assez mauvais.

Saign., 3 palettes ; vent. scarif. rég. scapul. gauche, 3 palettes ; guim. sir. gom. ; diète.

17 mars. — La malade dit se sentir soulagée. La douleur est moins forte. Crachats sans teinte rouillée notable, moins visqueux. Chaleur modérée de la peau. Pouls à 64 ; la respiration évidemment meilleure au sommet du poumon gauche, avec crépitation fine, sèche.

Caillot franchement inflammatoire. Couenne dense, ferme. Rondelles des ventouses prises en un caillot rétracté, glutineux.

Vésicatoire rég. scapulaire gauche 0,16 m. Mêmes boissons. Diète.

18 mars. — Elle continue à se trouver bien. Deux ou trois crachats à peine rouillés. Envies fréquentes d'uriner, produites par l'application du vésicatoire. Respiration bien libre. Pouls à 76. Peau de chaleur normale.

Convalescence commençante. Bouillon coupé.

Dès lors, jusqu'à présent, la malade a continué à aller de mieux en mieux, et depuis plus de huit jours, elle mange trois portions (la demie d'alimens). Encore dans les salles.

— Ainsi, les deux dernières malades dont nous venons de rapporter les observations, l'une, âgée de plus de *soixante* ans, présentant une pneumonie au second degré, est, malgré sa chétive et débile constitution, saignée trois fois dans les premières vingt-quatre heures de son séjour à l'hôpital. Un vésicatoire achève le traitement. Au bout de sept jours la convalescence est bien décidée, et la malade sort du service, où elle n'est restée que 27 jours, guérie d'une affection qui, nous ne craignons pas de le dire, eût été considérée par beaucoup de médecins comme mortelle, et se fût terminée fatalement, le pronostic fâcheux que l'on aurait porté ne permettant point de mettre en usage un traitement convenable.

Chez la seconde qui, nous devons le dire, était moins gravement atteinte, le traitement fut aussi moins énergique. Je dis moins énergique, quoique l'on n'ait fait que trois saignées dans un cas, et deux dans l'autre ; car, comme nous l'avons déjà dit, la formule, flexible, se prête aux exigences des cas divers auxquels on l'applique.

Trois émissions sanguines dans des cas pareils auraient pu paraître moins praticables que cinq ou six chez des sujets forts et vigoureux, et le traitement employé fut énergique si l'on a égard, je ne dirai pas à l'âge, car il y a des vieillards plus âgés qui les supportent très bien, mais à la faiblesse des sujets, dont la constitution chétive et détériorée eût, je le répète, retenu un homme d'une expérience moins consommée ou moins sûr de sa méthode que le professeur dont nous parlons.

En présence de pareils faits, qui parlent plus haut que tout ce que l'on pourrait dire, devrait-il encore se trouver des personnes qui refuseraient le nom d'*exacte* à une science assez avancée pour produire d'aussi admirables résultats, tant sous le rapport du diagnostic et du pronostic que sous celui du traitement. Devrait-il s'en trouver qui ôsassent dire que l'on devrait supprimer le diagnostic, et que la médecine expectante a cet avantage sur la médecine active, qu'elle ne laisse pas mourir plus de malades, et que du moins elle n'en tue pas? A. F.

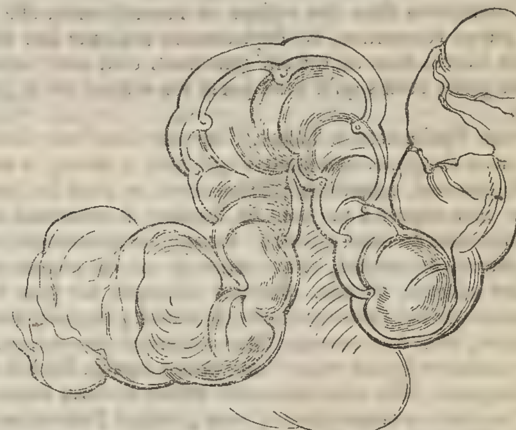
HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Leçon sur l'anus artificiel. Méthode de Callisen. Modifications dans le mode opératoire ; par M. BAUDENS, chirurgien en chef.

(Suite du n° 47.)

L'autopsie faite trente-six heures après la mort, en présence des médecins témoins à l'opération, moins M. Pasquier, a démontré des traces de phlogose péritonéale. L'intestin colon droit, laissé en place et examiné par sa face péritonéale, a démontré que le péritoine n'avait pas été ouvert. Ce point de démonstration sur lequel j'insiste à dessein, a été fait par M. Bourgery, et chacun a pu se convaincre que l'intestin avait été ouvert dans le lieu non recouvert par la séreuse. Pour plus de sécurité pour moi et pour me mettre à l'abri des accusations que de charitables confrères, Dieu merci, ne ménagent pas, j'ai enlevé pour la conserver la portion du colon qui a été le siége de l'anus anormal. En dehors de la plaie intestinale, j'ai conservé les replis du péritoine, en sorte que je puis en tous temps démontrer que le péritoine n'a pas été ouvert. Les intestins gêles, l'estomac et le gros intestin étaient fortement distendus, quoiqu'ils ne continssent qu'une médiocre quantité de matières.

La matrice et le vagin étaient englobés dans des tissus lardacés et épais de plus d'un travers de doigt. Le fond de la matrice avait contracté de larges adhérences avec une anse intestinale appartenant au rectum. Cette anse intestinale, au lieu de descendre le long du sacrum, avait été refoulée probablement huit mois auparavant, à l'époque où s'était formé cet énorme abcès phlegmoneux dont nous avons parlé. Placée au travers de la symphise sacro-vertébrale, elle était longue de dix centimètres. Elle avait éprouvé à ses deux extrémités une torsion forcée qui avait notablement diminué son diamètre dans les points tordus, ainsi qu'on en peut juger en jetant un coup d'œil sur le dessin ici représenté. Ce dessin a été pris sur place, au moment de l'autopsie, par M. Bourgery.



En engageant le doigt à travers les points rétrécis qui se trouvaient aux deux extrémités de l'anse intestinale, on le sentait pincé et on reconnaissait que la coarctation n'avait guère que deux centimètres de longeur et d'épaisseur. Ce double coude explique pourquoi les sondes parvenaient à dépasser le premier obstacle sans pouvoir vaincre le second.

Cette altération ne portait par elle-même aucune atteinte aux sources vitales, et nul doute que la malade aurait pu vivre long-temps à la faveur d'un anus anormal, si elle eût réclamé de bonne heure les secours de l'art, si seulement j'avais pu l'opérer quelques jours plus tôt. Je ne terminerai pas sans remercier mes confrères présens à l'opération pour les bons conseils et les témoignages de bonne confraternité qu'ils ont bien voulu me donner.

Quelques jours plus tard je fus appelé en consultation par mon confrère M. Alquié, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, dans le service duquel était un sous-officier de la garnison atteint de tympanite avec constipation opiniâtre.

Ce militaire nous dit qu'un an auparavant il avait été pris d'une diarrhée qui avait duré six mois, que depuis cette époque il éprouvait des alternatives de constipation et de garderobes liquides et multipliées, de véritables débacles, pour nous servir de l'expression de Broussais.

Depuis dix-huit jours il n'avait pas eu de garderobes, à peine rendait-il de temps en temps par l'anus des matières rares et glaireuses ; la tympanite était portée au suprême degré avec menace d'asphyxie. Au toucher par le rectum, on reconnaissait d'abord un évasement considérable, puis tout en haut on parvenait, en refoulant les parties molles, à reconnaître avec l'index un obstacle qui donnait absolument la sensation d'un col de matrice. On reconnaissait au centre de cette tumeur une petite ouverture comme celle d'un col de matrice, mais le doigt ne pouvait y pénétrer non plus que la sonde en gomme élastique.

Les lavemens ne passaient pas, les purgatifs étaient demeurés impuissans, les injections forcées parvenaient à travers l'obstacle, mais il fallait bien vite les suspendre, car le malade menaçait de périr asphyxié par le surcroît de volume des intestins et leur refoulement vers le thorax. Le pouls était à 95 pulsations ; il y avait soif, insomnie, douleurs vives et grand désir d'être opéré pour y mettre un terme.

Une consultation eût lieu, seul je fus d'avis de faire l'opération sans retard et l'opération ne fut pas faite dans la crainte que l'altération des intestins ne fût trop avancée et irréparable.

Je proposai, dans l'unique but d'alléger un peu les atroces souffrances du malade, de porter sur la ligne blanche mon petit trocart à acupuncture, afin de débarrasser les intestins d'une partie des gaz qui les distendaient. Ces ponctions réitérées causèrent un soulagement notable.

On sait que la vessie, quand elle est distendue outre mesure, perd son ressort et ses facultés expulsives. J'ai pensé qu'il en devait être ainsi des intestins ; aussi, à ma grande satisfaction et non à mon étonnement, quelques gaz sont-ils parvenus à s'échapper par l'anus à la suite de mes ponctions.

Ces ponctions opérées à l'aide de mon trocart à acupuncture n'exposent pas aux épanchemens, et seraient fort efficaces pour vaincre une tympanite opiniâtre entretenue par un excès de distension des intestins qui auraient paralysé leur ressort.

Grâce à ce soulagement, ce militaire put vivre encore quinze jours sans trop de souffrances.

A l'autopsie nous avons à peine pu reconnaître sur les surfaces intestinales les piqûres dont elles avaient été le siége. Leurs fibres, écartées et non divisées, étaient revenues immédiatement sur elles-mêmes après la sortie du troquart à acupuncture, et nul épanchement n'avait eu lieu. L'estomac était énormément distendu ; les intestins grèles égalaient le volume de l'avant-bras à sa naissance, et les gros intestins offraient partout, excepté dans la région des flancs, dans la portion adhérente à ces régions et dépourvue en arrière de péritoire, une distension à laquelle je n'aurais jamais cru si je ne l'avais vue. Cette distention était égale au volume de deux poings d'adultes réunis.

---

en cadeau, mais il ne le dira qu'à vous et il ne le lira pas. Tout se bornera donc à ce bien qu'il vous dira en confidence. Voilà de la franchise de boutique ; mais comme votre compatriote est au fond un homme d'esprit, voici ce qu'il a fait : Il a repris son manuscrit, il l'a précieusement renfermé dans son secrétaire et il a fait des dispositions pour que son ouvrage naisse quand *l'auteur sera mort* ; et, afin qu'il ne lui coûte rien, par son testament il a obligé ses héritiers de le publier à 3,000 exemplaires quatre mois après son décès. Ce monsieur n'a oublié aucune précaution pour que son legs n'ait pas le sort de celui de feu Bidault de Villiers, qui légua sa bibliothèque, si riche en livres anglais, à la Faculté de Paris, sous la condition de publier ses manuscrits. On assure qu'il a été imprimé un volume in-8° (*OEuvres posthumes*), mais tiré, sans doute à un petit nombre, puisque plusieurs libraires ne le connaissent pas. Itard, mort le 5 juillet 1838, n'a-t-il pas laissé à l'Académie royale de médecine, un prix de 10,000 francs, à la condition qu'elle publierait une seconde édition de son *Traeté des maladies de l'oreille*. L'Académie est en possession depuis long-temps du legs, mais elle n'a pas encore publié le livre. Je voudrais, de vous, monsieur Lyrac, un mot qui pût rappeler à cette docte assemblée que les dernières volontés des morts doivent être exécutées, surtout quand les mors payent pour cela et d'avance. On ne doit pas les faire attendre. Ce n'est pas seulement la mémoire d'Itard qui a à se plaindre, mais encore le public ; car le *Traité des maladies de l'oreille* est un bon livre, qui manque au commerce.

Chronique et Nouvelles.

Le président d'un dispensaire philanthropique s'applaudissait dernièrement dans un discours, de l'accroissement considérable qui s'était manifesté pendant l'année dans le nombre des secours portés par le dispensaire. « Nos médecins, disait-il, ont vu six cents malades de plus que l'année précédente ; nous avons distribué tant de milliers de plus de bons de médicamens ; chaque jour notre œuvre grandit, et ce m'est une douce satisfaction de vous l'apprendre. » Eh ! malheureux, ce sarait, pour les hommes véritablement philanthropes, une bien plus douce satisfaction si vous nous appreniez que votre œuvre décline, que vos médecins se croisent les bras et que vos pharmaciens ont fermé boutique ! Telle est cependant la manière dont la plupart des philanthropes entendent la charité. Toutes leurs vues se dirigent vers les moyens de secourir, mais jamais vers les moyens de prévenir les infirmités. Ajoutons que présidens et directeurs de dispensaires n'ont d'autre tâche à remplir que celle de dire annuellement le bien qui a pu se faire, et que la charité active et secourable, ce sont les médecins seuls qui l'exercent. C'est éternellement l'histoire du *sic vos non vobis*.

— Le traitement *moral* des aliénés vient d'élever une maison de santé en face du Champ-de-Mars. Quelqu'un qui s'étonnait du choix de cette position tumultueuse et d'où l'on n'entend que coups de fusil et coups de canon, reçut la réponse suivante : « Ce choix est précisément celui qui convenait au traitement moral, ne voyez vous pas que lorsque la douche et autres douceurs auront été insuffisantes, on pourra menacer l'aliéné de la fusillade ? »

— Il est vrai que le traitement *musical* qui fait partie du traitement *moral* pourra souffrir du bruit de la petite guerre : aussi songe-t on à le remplacer par le traitement *dansant*.

— On peut lire dans les journaux l'annonce suivante : les eaux de Vichy guériront cette année la goutte, les rhumatismes, la gravelle et la pierre, depuis le 1er mai jusqu'au 15 septembre.

— Le grand conseil des *Bernardins* s'est assemblé pour aviser aux moyens de nous empêcher de rire de leurs *henrosseries*. Ils en auraient un excellent, c'est celui de n'en plus faire ; mais ils sont trop *Bonnardins* pour cela.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

QUINZIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui vendredi 22, M. Robert a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés au numéro 14 de la salle des femmes et au numéro 25 de la salle des hommes à l'hôpital dit de l'École (service de M. J. Cloquet).

La prochaine séance, qui terminera cette première épreuve clinique, aura lieu lundi prochain 25. L'examen des malades se fera à l'hôpital de la Charité, à 4 heures. — A cinq heures, séance publique.

Concours du Bureau central pour deux places de chirurgien.

Aujourd'hui vendredi 22, ce concours a été ouvert à midi. Le jury est composé de la manière suivante : MM. Baudelocque, Magendie, Lisfranc, Manec, Lenoir, Guersant fils, Thévenot de Saint-Blaise ; suppléans : MM. Rostan et Danyau.

Les concurrens sont MM. Boivet, Lucien Boyer, Cullerier, Debrou, Desprès, Dufresse-Chassaigne, Giraldès, Laborie, Lacroix, Loir, Marjolin, Mercier, Alph. Sanson, Stevenet, Voillemier.

La première épreuve (question par écrit) a eu lieu aujourd'hui. Le sujet de la composition a été : *De l'hydropisie du genou.* — Les concurrens ont eu quatre heures pour traiter cette question.

Cours public sur les maladies mentales. — M. Baillarger, médecin de la Salpêtrière, commencera ce cours le lundi 25 avril, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Dans la région du flanc, la distension intestinale était infiniment moindre. L'intestin, par suite de ses adhérences, semblait là comme étranglé.

Le refoulement du diaphragme était si considérable, qu'en ouvrant la poitrine avant l'abdomen, nous avons trouvé cette cloison remontée au-dessus du téton gauche; elle fut piquée involontairement par le scalpel, et un épanchement de matières fécales, liquides et jaunâtres, se fit dans la poitrine. Le gros intestin avait été lésé. Ce gros intestin était en contact immédiat avec le diaphragme. L'arc du colon avait disparu; cet intestin se dirigeait obliquement de bas en haut, et de la fosse iliaque droite vers le téton du côté gauche, en passant au-dessus de l'estomac. Un tel changement de rapport doit être noté par les praticiens; il explique pourquoi, durant la vie, on reconnaît, dans certaine tympanite, des bosselures ou saillies intestinales dans des régions où naturellement elle ne devrait pas se rencontrer. Ce déplacement explique fort bien comment Littre, dans un cas cité plus haut, crut avoir ouvert l'intestin grêle, tandis qu'il avait porté son scalpel sur le gros intestin.

A douze centimètres de l'anus, l'intestin offrait une altération étendue de quinze centimètres qui, pour la forme, la densité et la grosseur, ressemblait parfaitement au fruit du bananier, ou bien encore à un bout de boudin; il présentait aux deux extrémités de cette espèce de banane, un renflement analogue à un col de matrice, et au centre de ce col siégeait une ouverture ulcérée, étroite, pouvant admettre au plus une une plume à écrire. Cette ouverture conduisait à un canal à bande frangée, ulcérée, contenant des mucosités purulentes, et dont le diamètre égalait celui d'une grosse algalie. Divisée selon sa longueur, cette anse intestinale offrait un tissu lardacé; et tout me porte à croire que si j'avais pratiqué l'opération de l'anus artificiel, comme j'en avais l'intention, toutes les chances de succès auraient été en ma faveur.

Il n'existait aucune autre altération pathologique.

Pour résumer en peu de mots ce que nous avons exposé dans nos leçons sur l'anus normal :

Nous pensons :

1° Que chez les enfans nouveau-nés il faut choisir la région iliaque.

2° Que chez les adultes la région lombaire doit être préférée, et que dans tous les cas il faut opérer du côté droit.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 3 mars 1842.

A deux heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Moret occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Charles Masson.* J'ai donné, conjointement avec M. Fouquier, des soins à un des membres de notre Société, à mon ami le docteur Lefebvre : sa maladie a présenté quelques phénomènes qui me paraissent dignes de vos méditations.

Depuis une quinzaine d'années, notre confrère ressent fréquemment des douleurs qui se portent rapidement de l'épine dorsale aux membres thoraciques et pelviens. Une suite de commotions comme électriques fait tressaillir plusieurs fois en une minute les muscles affectés, et la douleur est si vive qu'elle arrache parfois au malade des plaintes et des cris. Cet état peut durer quelques heures ou plusieurs jours, et l'expérience lui a fait connaître à des signes certains si son martyre doit être de longue ou de courte durée : si les douleurs suivent la partie externe des membres, il sera bientôt délivré ; mais il souffrira longtemps et fortement si elles affectent les parties internes.

Il était en proie à une attaque de ce genre, et pour la faire cesser il prit dans une potion de très fortes doses d'hydrochlorate de morphine. La maladie parut cesser en effet, mais des vomissemens de bile survinrent, la respiration s'embarrassa, la poitrine se dilatait, et il semblait au malade que l'air n'arrivait pas jusqu'eux poumons.

Mandé près de lui, je reconnus bien vite les phénomènes dus à une métastase, à une sorte de goutte remontée, car quarante-huit heures s'étaient déjà écoulées depuis l'injection de la potion, et on ne pouvait regarder ces accidens comme provoqués par le narcotisme. Je fis donner de la glace, appliquer des sinapismes aux extrémités, et le calme se rétablit pour un instant; mais le lendemain à six heures du matin, le malade prit une soupe au lait, et les symptômes reparurent plus violens encore. Le soir, j'appris chez un de ses cliens auprès duquel je le remplaçai, qu'il était fort mal, que M. Fouquier l'avait visité deux fois; j'y courus et le trouvai en proie aux mêmes accidens, qui, cette fois, avaient résisté aux moyens déjà employés, et aux prescriptions nouvelles. On descendait chercher de nouvelles potions, de l'éther, des vésicatoires prescrits par notre honorable président ; mais voyant notre confrère vomir, suffoquer, l'entendant m'implorer, je prescrivis la pommade de Gondret en frictions sur le rachis, dans le cas où les accidens persévéreraient durant la nuit. Mais à ce moment les traits se grippèrent, le pouls s'affaiblit : malgré les fenêtres ouvertes la suffocation me parut si imminente que je me décidai à faire immédiatement des frictions sur la colonne vertébrale ; je les exécutai avec un tampon de laine chargé d'eau de savon. En quelques secondes la peau rougit, devint saignante : aussitôt les douleurs, la suffocation, les vomissemens disparurent pour ne plus revenir.

M. Parent déclare s'être bien trouvé des frictions sur le rachis, dans une maladie des voies digestives à laquelle il était depuis longtemps en proie, et qui avait été combattue inutilement par d'autres moyens.

M. Ch. Masson fait observer que c'est lui qui a indiqué ce moyen à son confrère, lorsqu'au nom de la Société il fut chargé de le visiter; il ajoute que c'est depuis l'épidémie de 1832, qu'il a signalé l'avantage des vésicatoires et des rubéfians employés sur le trajet du rachis.

M. Sorlin. Si ce moyen réussit, il n'est pas nouveau; c'est la méthode de M. Petit. J'ai guéri, par ce moyen, du choléra la femme d'un couvreur de mon quartier.

M. Ch. Masson. Lorsqu'un homme obscur émet une idée neuve, on sourit de pitié : mais lorsqu'on reconnaît ensuite qu'elle a de la portée et de l'avenir, on s'écrie qu'elle n'est pas nouvelle ; c'est la marche ordinaire, il faut s'y résigner. Je n'ai emprunté à personne cette opinion que dans les premières heures du choléra la moelle épinière et les nerfs du grand sympathique fussent *seuls* compromis. Le 6 avril 1832, en voyant un cholérique éprouver dans tous les membres des secousses tétaniques semblables à celles que produit la strychnine en agissant sur la moelle épinière, j'ai conclu naturellement que ce cordon nerveux était lésé.

Je n'ai pu croire que l'inflammation fût la cause du mal : la mort arrivait parfois si promptement, qu'il fallait chercher une autre cause. Le malade offrait tous les signes de l'empoisonnement, à tel point que dans tous les pays on y a cru. C'est que effectivement un venin subtil répandu dans l'air agissait sur le système nerveux, et que le malade succombait comme s'il eût été mordu par un serpent ou blessé par la flèche empoisonnée du sauvage.

Dans cette croyance, j'ai imaginé d'employer les réactifs le plus près possible du gros tronc nerveux, dont les rameaux distribuent aux membres et aux viscères le mouvement et la vie.

Ce sont ces idées que je consignais au mois d'avril 1832, au plus fort de l'épidémie, dans une lettre imprimée adressée à M. Fouquier (1), et que je développai plus tard dans un mémoire manuscrit que je vous présentai à l'effet d'obtenir mon admission dans la Société.

M. Belhomme. Un médecin de Lyon, M. Imbert, a parlé dans un ouvrage sur les maladies des femmes, de la coïncidence des affections de la moelle épinière avec celles des organes du bas-ventre : il promenait le doigt sur l'épine, et là où se manifestait de la douleur, il pensait qu'il y avait communication avec la partie intérieure malade. Il combattait la maladie en appliquant sur le point douloureux des sangsues, des vésicatoires, ou en y pratiquant des frictions.

M. Ch. Masson. On conçoit que préoccupé des succès obtenus par l'emploi des vésicatoires rachidiens dans le choléra, j'ai dû essayer de leur application dans bien d'autres affections. Souvent je n'en ai retiré aucun avantage, mais j'ai eu fréquemment à me louer de son efficacité dans l'hypochondrie, dans celle qui tient à l'altération du système nerveux *sous-cérébral*. J'ai remis à M. le secrétaire général plusieurs observations d'hypochondries anciennes survenues chez des ouvriers et guéries par ce procédé aux consultations gratuites de la Société.

— *M. Duperthuis* annonce la mort d'un malade qu'il a présenté à la Société. Ce malheureux avait perdu successivement la vue, l'odorat, l'ouïe; il n'allait plus à la garderobe qu'en prenant des décoctions de séné; il s'est éteint doucement, les bronches se sont engorgées, il a succombé. La famille n'a point permis qu'on ouvrît le corps.

Notre confrère raconte ensuite qu'il a été appelé auprès d'un homme de cinquante-deux ans, ancien militaire, bien constitué, et qui a succombé en quelques heures à un vomissement de sang artériel et veineux. On avait eu à peine le temps de lui faire prendre un peu de glace et d'en appliquer sur l'épigastre. Cet homme, chargé d'inspecter des ouvriers, mangeait peu, mais buvait beaucoup de vin. A l'ouverture du corps, on trouva le cœur flasque, ramolli et vide de sang; les poumons étaient sains; celui du côté droit présentait les traces d'une congestion sanguine récente; la muqueuse de l'estomac était rougie; les intestins grêles, très dilatés, étaient gorgés de sang et ressemblaient à des boudins; les gros intestins au contraire étaient très rétrécis, contenaient à peine quelques matières durcies et du mucus. Cet homme n'allait à la garderobe que tous les douze ou quinze jours.

— *M. Puzin* cite deux cas d'hémorrhagies traitées heureusement par lui. Le premier malade, homme d'une soixantaine d'années, saigné déjà deux fois pour une pneumonie, crachait du sang à pleins pots; la maladie a cédé à l'usage de l'eau distillée de goudron et de bourgeons de sapin.

Chez le second malade, peu avancé en âge, le sang venait du poumon; la saignée et l'émétique à haute dose n'avaient amené aucune amélioration : le malade a guéri en prenant de trois heures en trois heures une cuillerée à bouche d'un mélange de décoction de quinquina, d'eau de rhubarbe et de ratanhia.

Notre confrère prétend avoir aussi traité heureusement, à l'aide de l'eau résineuse, un colonel atteint d'un anévrisme du cœur et d'une pneumonie récente; les crachats sanguins ressemblaient à du jus de pruneaux.

M. Sorlin fait observer que pour bien apprécier l'action d'un remède il faudrait l'administrer isolément ; que les malades de M. Puzin ont été saignés, qu'on a appliqué de l'eau froide, etc.; qu'on ne peut donc accorder en conscience à l'eau de goudron l'honneur de la cure, qu'une portion doit revenir peut-être à un des moyens employés concurremment avec cette eau.

M. Puzin prétend que chez le colonel surtout, le rétablissement du cours du sang à travers le poumon et l'amélioration des crachats ont été si immédiats qu'il ne lui reste aucun doute sur l'efficacité de cette eau en cette occasion.

M. Perthus vante l'efficacité de l'eau hémostatique de Tisserand; il l'a employée avec grand avantage sur un de nos confrères, le docteur Rimel, qui a succombé à une cyrrhose du foie. Les vomissemens ont été toujours calmés par l'administration de cette eau; les potions contenant de l'eau de Rabel et de l'extrait de ratanhia étaient bues avec plus de plaisir par le malade, mais il les vomissait bientôt, tandis qu'il gardait cette eau hémostatique qu'il prenait cependant avec répugnance.

— *M. Sorlin* a soigné, avec M. Amussat, une jeune femme-de-chambre qui était tombée d'une fenêtre élevée de dix mètres sur un espace dallé; les pieds, chaussés de sabots légers, ont touché le sol, puis le corps s'est renversé. Des deux sabots, le premier a été broyé, et un éclat s'est introduit sous le pied en dedans près du gros orteil, et a mis à nu le tissu fibreux; l'autre sabot n'a point été brisé, mais il y a eu luxation de l'astragale. On a pratiqué une saignée, réduit l'astragale et arrosé pendant trente jours les pieds d'eau froide. Il est survenu un peu de serrement des mâchoires, mais le mal s'est arrêté là et n'a point dépassé les masséters; peut-être, ajoute notre confrère, avait-on prolongé beaucoup trop les irrigations d'eau froide : des applications d'une dissolution d'acétate de morphine ont mis fin à ces accidens redoutables.

La séance est levée à quatre heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

(1) Lettre sur le choléra à M. le professeur Fouquier, par Charles Masson, docteur-médecin. — Chez Ladvocat. 1832.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Moyen de préciser exactement la dose de quinine nécessaire pour guérir la fièvre intermittente.

M. le docteur Hille, médecin de l'armée néerlandaise, à Surinam, a observé dans une longue pratique que les préparations de quinquina n'agissent bien et d'une manière durable dans les affections intermittentes qui prédominent dans ce pays, que lorsqu'on les prescrit à fortes doses, par exemple, de soixante centigrammes à deux grammes (douze à quarante grains) par jour. Un signe certain, suivant lui, que la dose de ces préparations est suffisante, c'est l'apparition d'un tintement d'oreilles dont les malades ne manquent jamais de se plaindre. Lorsque ce signe s'est présenté, on peut, dit-il, cesser hardiment l'usage du médicament, sans avoir à craindre de récidive, ou du moins cet accident ne se montre que d'une manière tout à fait exceptionnelle. Si, au contraire, la fièvre cède sans que ce bruit se soit produit, on a la presque certitude qu'une rechute aura lieu.

(*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*; 1842, n° 6.)

Pastilles de lactate de fer.

Pr.	Protolactate de fer,	25	grammes.
	Sucre Raguenet,	500	id.
	Huile volatile de mente poivrée,	1	id.
	Hydrolat de menthe poivrée,	Q. S.	

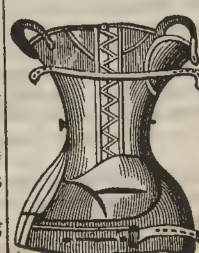
M. et F. S. A. des pastilles à la goutte du poids de 50 centigram. (10 grains) environ.

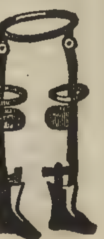
Cette préparation, qui est très bonne, est indiquée spécialement dans les cas de chlorose, et peut suffire à remplir toutes les indications qui se présenteraient dans cette affection et à combattre tous les accidens si variés qui peuvent en être la conséquence.

On fait prendre de six à douze de ces pastilles dans le courant de 24 heures.

On a cherché à remplacer ces pastilles par des biscuits et des petits pains au lactate de fer; on les prépare en ajoutant 5 décigrammes (10 grains) du sel ferrugineux à la pâte de chaque biscuit ou petit pain.

Quant au chocolat, dont on s'est servi également comme excipient, en y incorporant 25 centigrammes (5 grains) de lactate par chaque 30 grammes (1 once) de pâte de chocolat, il ne fournit qu'un médicament défectueux, parce que le lactate de fer est décomposé par l'acide tannique qui se trouve contenu dans le cacao.





PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 26 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 50. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 5 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. VOISIN.

Relevé des malades admis dans le service de M. Voisin pendant l'année 1841; par M. L. DE CROZANT, interne des hôpitaux.

Dans un article bibliographique publié dernièrement dans la *Gazette médicale* sur un relevé des malades de l'hospice de Schleswig, l'auteur, en rapportant les chiffres de mortalité et de guérison donnés par M. Jessen, les croit plus avantageux que les résultats obtenus en France, et demande la cause de cette différence. J'espère que ce relevé prouvera que nous sommes au moins aussi heureux à Bicêtre qu'à Schleswig, et on nous saura gré, je pense, de montrer que nous n'avons rien à envier aux autres en fait d'aliénation mentale.

Le nombre total des entrées est de 304, qui ont été ainsi réparties :

Epilepsie,	26
Idiotie, imbécillité,	18
Paralysie, démence,	80
Délire alcoolique,	29
Manie,	84
Monomanie,	12
Hypochondrie,	5
Lypémanie,	[illegible]4
Démence aiguë,	2
Non aliénés,	5
Morts en arrivant,	3
	203

Si nous retirons de la masse générale les idiots, les épileptiques, ceux non aliénés, il nous restera 255 aliénés à examiner. On voit de suite combien varie la proportion suivant les différentes formes que peut affecter l'aliénation mentale, mais celle dont le chiffre élevé doit le plus étonner, c'est la paralysie générale : le chiffre est presque aussi fort que celui de la manie, 80 sur 255 malades, c'est-à-dire 1 sur 3. Les chiffres donnés jusqu'à ce jour sont loin d'être aussi élevés : Esquirol donnait 1 sur 11 pour Charenton, et 1 sur 7 pour la Salpêtrière.

L'admission de tous les malades a eu lieu :

En janvier,	44	—	En juillet,	32
Février,	22	—	Août,	28
Mars,	23	—	Septembre,	25
Avril,	26	—	Octobre,	24
Mai,	30	—	Novembre,	20
Juin,	27	—	Décembre,	33

Les six mois les plus chauds, avril, mai, juin, juillet, août, et septembre ont fourni 168 malades.

Le semestre d'hiver, 136

La différence en plus dans la saison chaude est donc de 32 pour 304 entrées, c'est-à-dire 1/9,9.

Esquirol, d'après un relevé fait à la Salpêtrière pendant cinq années et portant sur 2,508 malades, donne 1188 pour le semestre d'hiver et 1.400 pour celui d'été, ce qui présente en faveur de la dernière saison une différence de 292 malades ou 1 sur 8 1/2. La proportion est plus forte que celle que nous avons obtenue. Dans son relevé comme ici, le plus grand nombre d'entrées sont portées aux mois de juillet et de mai.

J'ai pris l'âge de 251 de ces malades, et j'ai eu pour moyenne 40 ans. — 3 avaient moins de 20 ans,— 52 avaient de 20 à 35, — 116 avaient de 35 à 50, — 36 avaient de 50 à 65 ans, — 14 avaient dépassé 65 ans.

On voit que c'est entre 35 et 50 ans que l'on compte le plus grand nombre d'aliénés, à cet âge de la vie où les passions les plus cruelles et les plus tenaces viennent s'emparer du cœur de l'homme, et aussi lorsque les inquiétudes, les soucis viennent l'assaillir. C'est dans cette deuxième période de la vie de l'homme que l'on trouve la moitié de nos malades entrés cette année (1). Le premier âge renferme seulement 1/4 des malades.

La passion qui tourmente le plus le cœur du jeune homme; l'amour, produit rarement la folie, du moins à Bicêtre, qui est le refuge de la classe pauvre : c'est à peine si dans cet hospice on trouve cette cause signalée 3 ou 4 fois dans une année; la plupart des très jeunes gens qui nous ont été amenés cette année sont devenus fous à la suite d'excès en tout genre, d'habitudes de masturbation qui peuplent les asiles d'aliénés et où l'on a toutes les peines du monde à les faire cesser : c'est en vain qu'on emploie les remontrances, les reproches, les punitions ; c'est en vain qu'on attache ces malheureux et qu'on les emprisonne dans de grandes culottes qui leur montent jusqu'au cou ; ils trouvent toujours moyen d'échapper à la surveillance la plus active et de continuer leurs funestes pratiques jusqu'à ce qu'ils tombent dans un état d'hébètement et de démence complètes.

Esquirol (*Dict. des Sc. méd.*) donne aussi l'âge de 30 à 40 ans comme celui où la folie se remarque le plus souvent. Seulement sa proportion est moins forte que la nôtre ; 380 malades sur 1203, ce qui fait 1/3 à peu près. Dans le même article, il dit que la manie est l'affection du jeune âge. C'est le résultat inverse que nous avons obtenu ; en effet, pour les maniaques de 20 à 35, la proportion est seulement de 1 sur 3, et donne, comme nous le dirons tout à l'heure en parlant des différentes formes de la folie que nous avons observées, et qu'elle est, au contraire, de 1 sur 2 et demi pour les lypémaniaques du même âge, d'où résulterait que, parmi les jeunes gens, la lypémanie est plus fréquente que la manie. Il me semble que notre résultat cadre mieux avec l'histoire physiologique des passions. C'est, en effet, à l'âge de la puberté que l'homme se trouve souvent pris d'un accès de tristesse, de misanthropie, de dégoût de la vie, espèce de mélancolie qui doit suivre naturellement nos premiers désirs et nos premiers mécomptes dans ce monde, mais dont l'excès peut aussi conduire facilement à la lypémanie.

(1) Ce relevé ne porte que sur les malades entrés pendant l'année.

Si, de nos 255 aliénés, nous retranchons 80 paralytiques dont l'incurabilité certaine ne permet pas de les mettre en ligne de compte, nous aurons 175 malades qui nous ont offert 68 guérisons, c'est-à-dire 1 sur 2 et demi, chiffre plus avantageux que celui du médecin de Schleswig, qui nous est offert comme modèle, mais qui est moins heureux que celui d'Esquirol, qui depuis long-temps a donné la proportion de 1/3, comme l'expression presque constante de la guérison dans les différens établissemens d'aliénés de France. Nous devons dire de suite que nous avons compris dans nos calculs les délires alcooliques qui presque toujours ont une issue heureuse, puisque, comme on le verra tout à l'heure, sur 29 affections de ce genre, 24 guérisons ont été obtenues après une trentaine de jours de résidence à l'hôpital, et presque sans traitement ; mais j'ai dû imiter tous les auteurs, qui les ont fait toujours entrer en ligne de compte dans l'expression de leurs succès et de la bonté de leur méthode de traitement. Tous ces malades ont été soumis à un traitement physique et moral, M. Voisin usant de ces deux méthodes suivant les indications individuelles, la nature de la maladie, et plus souvent les associant toutes les deux pour la même affection ; employant le traitement moral à assurer, à consolider la guérison quand une fois il a porté remède aux désordres physiques qui, presque constamment, produisent le trouble de l'intelligence et des facultés affectives.

Nous avons perdu 13 de nos malades, 6 d'affections étrangères à l'aliénation mentale, entérite, etc. Il reste donc 7 morts sur 175 aliénés, abstraction faite des paralysies et des pertes qu'elles nous ont occasionnées. L'expression de la mortalité est donc 1/25, qui se trouve être précisément la même que celle donnée par Esquirol. Celle donnée par Pinel est un peu moins belle, 1/23. Tenon, qui publia un relevé, fait en 1786, des aliénés morts à l'Hôtel-Dieu, donne 1/11. La fraction change considérablement de valeur, si nous faisons entrer les paralysies en ligne de compte, nous avons 1/7. Du reste, de quelque manière qu'on retourne les chiffres, on voit que la mortalité est, chez nous, beaucoup moins considérable qu'à Schleswig, où elle est exprimée par la fraction 1/5.

Quant aux formes extérieures des aliénés, je n'ai rien de spécial et de positif à en dire ; tout le monde sait qu'il sont, pour la plupart, tous vigoureux, d'une bonne santé générale. J'ai noté la couleur de leurs cheveux et de leurs yeux, et j'ai obtenu le même résultat que celui signalé dans les relevés de Charenton ; c'est-à-dire que plus des deux tiers des aliénés ont les yeux et les cheveux de couleur foncée.

Paralysie générale.

Nous avons dit que le nombre des paralysies reçues cette année seulement, s'était élevé à 80 sur 255 aliénés, et présentait l'effroyable proportion de 1 sur trois et demi. On n'est pas moins épouvanté du chiffre qui exprime la mortalité parmi ces malheureux entrés dans le courant de l'année. 23 d'entre eux sont déjà morts; 1/3 est donc mort en moins d'une année ; 12 sont sortis un peu soulagés, et dans cet état de stupeur, d'engourdissement, prélude de la démence qui suit ordinairement les périodes d'exaltation, et permet aux parens des malades de les reprendre avec eux. Les 45 autres, plus ou moins avancés dans leur triste maladie, attendent, à Bicêtre, une fin qui n'est que trop prévue, et dont eux seuls n'ont heureusement pas la moindre idée. Loin de là, à les en croire

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Monsieur,

Décidément nous sommes en plein âge d'or. Tout va être doré, grâce à M. Ruolz, lequel est, sans que vous vous en doutiez, un étudiant en médecine, auteur d'une musique chantée au grand Opéra, laquelle n'a pu faire la moindre parcelle d'or. Les médecins doraient leurs pilules, tandis que les chirurgiens ne doraient pas leurs instrumens ; ce qui est une des causes de l'aversion qu'ils inspirent généralement, et ce qui a fait, peut-être, que la chirurgie n'a pas tout le lustre que ses immenses services lui ont mérité. Mais aujourd'hui vous trouverez plus d'instrumens dorés, chez M. Charrière, que vous ne rencontrerez de pilules ornées du même métal chez feu Planche, le plus doré des apothicaires de la Chaussée-d'Antin.

Vous savez que c'est par le galvanisme qu'on dore maintenant. Cet art n'est donc plus confié seulement à de malheureux ouvriers qui, exposés à absorber le mercure, abandonnant l'amalgame, contractaient les maladies les plus graves. Maintenant, avec l'appareil de Volta, soit par le moyen de *l'auge*, soit par les *tasses à couronne*, vous pouvez tout dorer avec peu d'or ; tout comme les Parisiens s'étaient mis à daguerréotyper, ils se sont adonnés à la dorure. Dans une bonne maison de Paris, vous ne trouveriez pas, à l'heure qui sonne, une lame de couteau ayant la couleur de l'acier ; le jaune domine plus que jamais. C'est la maîtresse de la maison qui se livre ordinairement à cette opération de contrebande, comme elle se livrait à la tapisserie avant que la femme de l'épicier eût déconsidéré cette toute spirituelle occupation. Quand la *batterie* est forte, il paraît que la dorure s'opère avec une grande rapidité. Ici est la place naturelle d'une anecdote : Si vous avez parcouru quelquefois le quartier de [illegible], vous avez sans doute aperçu juché sur un tilbury et attaché à un mètre de ruban rouge (donné par le Pape moyennant la somme de...) un beau et très décoré médecin ; il est peu Français, professe le plus grand mépris pour la science, ne va à aucune Académie, ne lit aucun compte-rendu. Il ne savait donc rien de la découverte du carabin sus-nommé ; et cependant il ne phlébotomisait qu'à cinquante francs, et avec des lancettes non dorées ! Une belle dame soupirait depuis long-temps après une saignée ; elle finit par l'obtenir quand les nombreuses occupations de ce médecin trop occupé purent le lui permettre. Après la saignée, la femme-de-chambre emporta le verre dans lequel la lancette avait été plongée. L'opérateur allait réclamer son instrument, quand madame lui dit qu'il pouvait se confier à cette demoiselle qui savait parfaitement essuyer les instrumens, puisqu'elle avait servi chez un chirurgien. La malade fit un signe à la femme-de-chambre, qui d'ailleurs avait déjà le mot. A peine le phlébotomiste eut essuyé et parfumé ses mains, que la lancette lui fut rendue, non avec la couleur vulgaire de l'acier, mais parfaitement dorée. L'étonnement de l'élégant médecin fut énorme, et son désappointement ne fut pas médiocre. Demandant alors la raison de cette espèce de miracle, la servante lui dit : Vous ne connaissiez donc pas les lancettes dorées ? — Non, mademoiselle ; mais je connais parfaitement la *maison dorée*, beau restaurant, ma foi, où je dîne les vendredis pour ne pas faire maigre chez moi. — Vous ignorez donc la découverte de M. Ruolz ? — Je ne connais que son opéra, que j'ai sifflé. — D'ailleurs, qu'a de commun ce monsieur avec la prompte et riche transformation que vient de subir mon instrument ? — Alors la soubrette se mit à faire au médecin une leçon de physique amusante que je ne vous rapporterai pas ici, parce que je suppose que vous connaissez le galvanisme et ses nouvelles applications. D'ailleurs, vous savez comment on blanchit les épingles ; eh bien ! tout le secret était là, et si M. Ruolz n'avait pas un peu appartenu à notre corps, il ne me serait pas difficile de lui enlever son procédé en faveur de l'épinglier.

Ainsi, voilà un prodige qui vient de la Faculté de médecine. Il est probable que si M. Ruolz avait été moins assidu aux cours de chimie, nos lancettes et nos bistouris auraient encore la couleur de l'acier. Mais ce ne sont pas seulement des doreurs qui naissent dans le sein de cette Faculté, qui fait toutes sortes d'artistes excepté des médecins : il y pousse aussi des ténors, et si tous n'ont pas la franche audace de Delahaye pour aborder les planches de l'Opéra, ils n'en sont pas moins ténors aussi bien que lui et peut-être plus que lui. L'histoire des ténors de la Faculté serait fort curieuse si elle pouvait être écrite en son entier. Depuis que Duprez a crié le fameux *Suivez-moi*, tous ceux qui ont pu le vociférer aussi fort que lui se sont considérés comme ténors. Peu s'en est fallu que M. Vatout ne demandât un début au directeur de l'Opéra, et on sait toutes les violences que les amis d'un professeur ont été obligés d'employer pour l'empêcher de contracter un engagement de 30,000 francs pendant qu'il n'était qu'agrégé. D'ailleurs Esculape et son père Apollon ne se doivent à peu près rien : ils se volent mutuellement des sujets sans trop s'en vouloir. Si Esculape a perdu quelques ténors et quelques compositeurs, il a su ravir à la scène la plus belle basse-taille des temps modernes. D'ailleurs, l'abandon de la muse à laquelle on a d'abord sacrifié n'est jamais complet : ainsi, le ténor dont je vous parlais tout à l'heure et qui eût surtout rempli les emplois de ce qu'on appelle le *ténor léger*, ténor d'opéra comique, ce sujet conserve encore ce caractère, ce type, et il lui arrive un peu trop souvent de chanter quand il croit parler, et même de chanter des motifs passablement comiques dans des réunions qui ne le sont pas du tout. D'un autre côté, Berlioz, autre ex-carabin, est moins renégat qu'on ne pense. Ses compositions, même celles qui ne sont pas mortes, ont quelque chose qui sent le cadavre. Quand il faut accompagner des morts ou les chanter, c'est Berlioz qu'on choisit. Vous vous rappelez cette grande exhumation faite, hélas ! sans Gannal ! cette exhumation des victimes de juillet qu'on mena à la Bastille pour cause ; eh bien ! tous les coups de pioches de cette opération ont été soumis au rhythme Berlioz, et le char colossal, ce grand tombeau ambulant, a été accompagné de la sombre mélodie de notre ex-confrère.

ils n'ont jamais été si forts, si capables, si bien portans, si heureux.

44 de ces paralysés sont entrés dans le semestre d'été, et 36 dans celui d'hiver ; 8 de différence pour 80 malades ; c'est-à-dire 1/10 en faveur de la saison chaude.

Je ne m'arrêterai sur cette affection que pour faire remarquer encore une fois la grande quantité de paralysés que nous avons reçus cette année et demander si l'on peut trouver une explication aux progrès effrayans que cette maladie semble faire de nos jours.

On a remarqué que la folie présenait telle ou telle forme, suivant les époques et la nature des idées régnantes, que la démonomanie était fréquente à l'époque où l'on croyait aux sorciers et où on leur faisait l'honneur de les brûler vifs. Les discussions religieuses ont aussi à de fréquentes époques imprimé un cachet particulier à l'aliénation mentale. La révolution de 93 a fait naître partout des réformateurs, des lypémaniaques ; la gloire militaire du consulat et de l'empire a aussi fait tourner bien des têtes ; aujourd'hui les fous de la plus basse classe ne parlent que d'affaires de bourse, d'actions. M. Voisin nous a plusieurs fois fait remarquer combien de malheureux se laissent éblouir et égarer par les fortunes incroyables de nos artistes et les honneurs dont on les entoure. Tout cela se conçoit, mais où trouver dans le monde moral ou politique une cause à une forme qui réunit en elle toutes les formes de la folie, dans laquelle le délire s'étend sur tout, à une maladie qui consiste dans une exaltation excessive, mais qui ne trahit aucune préoccupation particulière. Il est impossible de chercher dans ces modificateurs habituels de la pensée, la cause plus ou moins éloignée de ces désordres physiques et intellectuels.

Les circonstances extérieures ne se prêtent pas davantage à l'explication de ce problème, aucune modification appréciable n'a eu lieu dans la température ni dans la vie journalière du peuple. Si l'on interroge les causes d'après les renseignemens fournis par les parens des malades on voit chez quelques-uns un vice héréditaire, que beaucoup, avec un caractère habituellement impressionnable et emporté, une imagination vive, un cœur sensible, ont éprouvé de vifs chagrins, de cruelles déceptions ; que d'autres sont tombés peu à peu dans cet état succombant à la débauche la plus effrénée, aux excès les plus inouïs, etc., etc. Pourquoi serait-on plus sensible, plus exalté ou plus ivrogne aujourd'hui qu'il y a dix ou quinze ans ; pourquoi aurait-on plus de chagrins à supporter, plus de peine à dévorer ?

Je crois que rien, parmi les causes prédisposantes ou occasionnelles de cette affection ne peut expliquer sa fréquence, et que cette explication, ce n'est pas chez le malade, mais chez le médecin lui-même qu'il faut la chercher. En effet, il y a peu de maladies dans lesquelles le diagnostic se soit autant perfectionné que dans la paralysie générale, on est arrivé à un degré de précision, de raffinement, si je puis dire, qui étonne toujours les médecins étrangers à ces études spéciales. Le tremblottement le plus léger de la lèvre, l'embarras le moins significatif en apparence de la langue suffit aujourd'hui pour annoncer avec certitude l'existence d'une paralysie générale commençante, et combien de fois ai-je vu M. Voisin, que sa grande expérience rend si habile en pareille matière, d'après ces faibles indices vouer à une mort prochaine un individu qui, avec les dehors d'une santé générale parfaite, ne nous paraissait atteint que d'une légère manie ambitieuse.

Grâce à la perfection de ce moyen d'investigation, on voit mieux, et par conséquent on trouve plus de ces affections qu'on n'en trouvait à une époque où elle était mal connue ou connue seulement du petit nombre. Je crois que c'est là la véritable cause de ce grand nombre de paralysies que nous signalons : ce n'est pas le nombre des maladies qui a augmenté, c'est le médecin qui est plus habile à les reconnaître. En effet, en parcourant les auteurs non pas anciens, mais même ceux du commencement de ce siècle, on trouve plusieurs passages qui indiquent manifestement qu'ils confondaient bien des paralysies avec des cas de manie simples. Georget, par exemple, dans son ouvrage et dans un article inséré dans le Dict. en 18 volumes, dit : Qu'on est étonné du nombre prodigieux d'aliénés qui meurent la première année de leur admission, et il cherche à l'expliquer en disant que les malades envoyés dans les Asyles sont mal examinés, et qu'on y envoie beaucoup d'affections étrangères à l'aliénation mentale. Ces erreurs sont peu fréquentes ; ainsi cette année sur 304 entrées nous n'avons eu que 5 individus qui n'étaient pas aliénés. Ce qui augmentait le chiffre de la mortalité, c'étaient certainement des paralysies non diagnostiquées et qui étaient portées comme manies aiguës, et lorsqu'on se rappellera que le chiffre de la mortalité des entrans de la manie est d'un tiers pour les paralysés, on comprendra facilement pourquoi on devait trouver une si effrayante mortalité parmi les malades nouvellement entrés.

Le même auteur dit, quelques lignes plus bas, en parlant de l'affaiblissement intellectuel, terminaison si fréquente de la folie, qu'il finit chez la plupart des aliénés, par être accompagné de paralysie musculaire. Evidemment encore ici la paralysie a été méconnue à son origine dans la majorité des cas, et n'a été appréciée que lorsqu'elle a présenté les signes les plus manifestes. Aujourd'hui, en effet, on voit beaucoup moins de ces paralysies tardives, et je citerai prochainement dans un mémoire spécial des faits pour prouver que la démence n'est, au bout du compte qu'une paralysie intellectuelle qui doit arriver et qui arrive, en effet, en même temps que la paralysie musculaire.

Ce qui prouve encore que cette affection était souvent méconnue, c'est le peu de manie des grandeurs *simples* que l'on rencontre aujourd'hui, comparativement aux anciens relevés. En effet, il est constant que la plupart des malades possédés de ce genre de manie sont en même temps atteints de paralysie générale, et il est probable que les malades marqués dans les relevés comme monomaniaques ambitieux avaient aussi un commencement de paralysie, qu'on ne pouvait pas reconnaître à cette époque parce que le diagnostic en était moins facile qu'aujourd'hui. Cette coïncidence de la monomanie des grandeurs et de la paralysie est une vérité que je ne comprends pas qu'on ait pu contester. Dernièrement encore un médecin de Montpellier prétend, d'après le rapport fait sur son mémoire par M. Olivier (d'Angers), que rien n'est moins fréquent que de voir le délire des grandeurs accompagner la paralysie. Je ne sais pas comment sont les paralytiques de Montpellier, que tous les auteurs s'accordent à dire être excessivement rares, mais je puis certifier qu'il n'y a pas à Bicêtre un seul paralytique (j'ai en ce moment leurs observations sous les yeux), qui ne soit atteint de la manie ambitieuse, pourvu toutefois qu'on les interroge convenablement et qu'on ne se tienne pas pour éclairé quand il auront dit qu'ils ne sont ni riches ni puissans.

J'ai promené un jour dans Bicêtre un médecin qui s'occupe d'aliénation mentale et auquel je demandai, à l'appui de son opinion, de me montrer un seul de nos paralysés qui ne fût point atteint de ce genre de manie. Après bien des recherches il m'en conduisit un avec un air de triomphe et lui demanda, devant moi, s'il était riche, s'il était prince, s'il était digne de l'être et s'il n'espérait pas le devenir. Le malade répondit fort sagement qu'il était tailleur, qu'il gagnait à peine de quoi vivre lui et sa famille, et qu'il n'avait d'autres soucis que de bien faire son état. Toute sa conversation fut très raisonnable, et pour qui s'en fût tenu là ce malade devait faire exception. Je ne tardai pas à montrer à la personne qui était avec moi qu'il n'en était rien. En l'interrogeant, en effet, sur son état et sur la manière dont il l'exerçait nous vîmes bientôt que nous avions affaire au tailleur le plus éminent, le plus distingué, le plus habile qui existât jamais, au tailleur le plus vaniteux, le plus superbe qu'on puisse interroger. Mon adversaire avoua son tort en cette occasion ou pour cet hôpital, et n'eut pas la maladresse de soutenir qu'il n'y avait ni ambition, ni grandeur a avouer qu'on est tailleur ou cordonnier, sans argent ou sans crédit. Non, d'accord ; mais il y en a à un tailleur, à un cordonnier de se regarder comme le premier homme de son état. Tel individu place son ambition à arriver aux honneurs, à la gloire, à la fortune, tel autre à être regardé comme le plus honnête homme de son quartier, et tous deux pourront pousser cette idée, ce désir, jusqu'à la passion, jusqu'à la folie.

Du reste, comme je l'ai déjà dit, les paralysés portent cette présomption, cette suffisance sur toute leur personne ; leur beauté, leur santé, leur talent, leur force musculaire, tout chez les uns ou les autres est successivement vanté et prôné dans le style le plus pompeux, le plus riche d'images et d'épithètes.

Manie.

Nous avons reçu 84 maniaques, leur affection étant, soit aiguë, soit chronique ; les réceptions se sont ainsi réparties :

Janvier,	7	Avril,	7	Juillet,	14	Octobre,	11
Février,	7	Mai,	8	Août,	7	Novembre,	2
Mars,	4	Juin,	7	Septemre,	4	Décembre,	6

On voit que c'est le mois de juillet qui, comme dans le relevé général, donne le plus d'entrées, et ici ce nombre est très considérable, le double de presque chacun des autres mois ; ce qui nous indique que nous trouverons une différence en moins dans les autres genres de folie.

Le semestre d'été donne 46
Le semestre d'hiver 37

La différence est de 9 sur 84.

Ce qui donne la proportion 1/8 en faveur du semestre d'été, proportion plus forte que celle du relevé général.

La moyenne de l'âge est 40 ans pour tous les malades. Nous en avons reçu au-dessous de 20 ans. De 20 à 35, 23 ou 1/3,5 ; de 35 à 50, 41 ou 1/2 ; de 50 à 65, 15 ou 1/5,4, et 1 au-dessus de 65. Nous voyons que la moitié des malades ont de 35 à 50 ans. La manie peut donc être appelée la maladie mentale de l'âge viril en voyant ce résultat semblable du reste (quant aux âges des maniaques comparés entre eux) à ce que les auteurs ont obtenu. La manie trouve, en effet, la plupart de ses causes morales dans les passions, les chagrins de l'homme fait ; ce sont les chagrins domestiques, et surtout les disputes conjugales, les revers de fortune, l'amour du gain, l'ambition, puis les tourmens et la fureur qui suivent tant d'espérances déçues, tant de fortunes bouleversées.

Nous avons eu aussi parmi les entrans 20 rechutes ; il nous a été impossible de constater par le dépouillement des anciens registres la loi d'Esquirol, qui veut que les rechutes arrivent à l'époque de l'année où la folie s'est manifestée pour la première fois. Sur ces 84 malades, nous avons eu :

Sortis non guéris,	8
Morts,	10
Guéris,	30
Restent à l'hospice,	36

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Métro-péritonite, suites de couches, avec d'albuminurie et de légers symptômes de pleuro-pneumonie. Gangrène des parties externes de la génération. Mort au bout de 36 *jours de maladie. Collection purulente considérable dans le péritoine. Etat sain de l'utérus. Petits points disséminés d'hépatisation rouge dans les poumons.*

Au nº 27 de la salle Saint-Bernard, est couchée une jeune femme âgée de dix-neuf ans, forte, bien constituée et jouissant habituellement d'une bonne santé. Cette femme, habitant Paris depuis deux mois seulement, avait, à cette époque, cessé de voir ses règles depuis cinq mois ; dans l'intervalle, un peu de sang avait paru une seule fois par les organes génitaux. Cette femme affirmait n'être point enceinte. Entrée depuis deux jours à l'Hôtel-Dieu, elle y avait mis au monde un enfant mort du volume d'un enfant à terme.

Le lendemain elle n'offrait rien de particulier qu'un peu de bouffissure à la face et de l'œdème aux membres inférieurs. Son urine était troublée par l'acide nitrique ; il existait une albuminurie dont la durée probable remontait à un mois ou six semaines. Il n'y avait d'ailleurs point de fièvre, et cette femme éprouvait même un certain bien-être.

Le deuxième jour, cette femme a présenté des conditions tout autres ; elle était couchée en supination, dans un état complet de prostration et dans une grande anxiété ; elle éprouvait des douleurs dans les parties sexuelles, qui l'obligeaient à tenir ses cuisses écartées ; le ventre était douloureux et la malade se livrait à de grands efforts de vomissemens. Le pouls, de 70, s'était élevé à 120 pulsations. La veille au soir, cette malade avait eu un violent frisson avec claquement de dents. A l'heure de la visite, le pouls était à 175, le ventre excessivement sensible à la pression, les parties externes de la génération étaient le siége de douleurs très vives ; à la partie supérieure de la cuisse gauche on trouvait une vésicule avec un soulèvement de l'épiderme dans une grande étendue ; les grandes lèvres étaient tuméfiées, écartées, et sur la face interne de la grande lèvre gauche existait un point sphacélé noirâtre avec accumulation de sérosité sous l'épiderme. La lèvre droite était également tuméfiée, mais sans eschare. Il y avait enfin un écoulement de sérosité par le vagin. L'examen de l'utérus était rendu difficile à cause de l'œdème et de la tuméfaction considérable des grandes lèvres ; cependant, en les comprimant légèrement, on a pu parvenir à les écarter assez pour introduire le doigt dans le vagin et le porter jusque sur le col utérin. Le museau de tanche était entr'ouvert, mais non tuméfié, il s'en écoulait un peu de sang, les liquides dont le doigt était imprégné lorsqu'on le retirait du vagin n'avaient point d'odeur morbide. Le col était, par conséquent, dans un état parfaitement normal ; mais la fréquence du pouls, dont les battemens s'élèvent à 175, et l'irruption subite de ces phénomènes morbides

---

De son côté, Delahaye, quoique ténor, n'a pas abandonné complètement la médecine : seulement, il la pratique d'une manière beaucoup plus agréable pour lui et pour ses cliens. Ce ténor a une voix de poitrine qui est allée au cœur et aux nerfs des financières, qui ont quitté les pilules de M. Double, les globules d'Hahnemann et ceux qu'elles recevaient par le télégraphe de Montpellier, pour se livrer aux accens de Delahaye. Le médecin aux lézards commence même à redouter le ténor. Et quand on songe que tout ce bonheur vient de la mauvaise humeur d'un agrégé qui fut sévère un jour dans un examen !

Après le succès d'un étudiant sur la scène de l'Opéra, constatons le succès du cheval à l'Académie de médecine. C'est ici comme dans mon arrondissement : si un cheval tombe, on ne rit pas, on le plaint même : s'il arrive le même malheur à un homme, on rit. Ainsi, le cheval a dans sa nature quelque chose qui sympathise avec l'homme plus que l'homme lui-même. Dans beaucoup de nos campagnes le paysan néglige souvent de demander le médecin quand sa femme est malade ; mais qu'il soupçonne la moindre colique à son cheval, vite le vétérinaire est appelé au secours du quadrupède ! Jetez dans l'Académie une question qui intéresse directement la santé de l'homme, question hygiénique médicale ou chirurgicale, vous serez peu écouté et bientôt arrêté dans les développemens de votre question. Mais qu'un vétérinaire plaide pour le cheval arabe, qu'un médecin se fasse l'avocat du cheval anglais, il s'établit un silence religieux : la question, d'abord hippiatrique, devient nationale, c'est-à-dire plus qu'humanitaire. M. Double même daigne rompre son silence : le procès-verbal est rédigé, et au lieu d'être inhumé dans un bulletin obscur, il va avec force recommandations tout droit au ministère, qui en fera ses délices.

Comme beaucoup de chirugiens conduisent leurs opérés (avec succès) à l'Académie, on verra bientôt MM. Bouley, Dupuy et autres vétérinaires célèbres amener leurs opérés pour les montrer à cette docte compagnie.

Un pareil succès du cheval devait faire naître des prétentions chez les vétérinaires. Déjà ces messieurs se plaignaient du rang que leur assigne la hiérarchie militaire. Ils ne voulaient plus être assimilés aux bottiers du régiment et désiraient se rapprocher davantage des officiers de santé, avoir même leurs galons si c'était possible. On a trouvé cela tout naturel ; on a dit : 1º qu'il est des vétérinaires très instruits, ce qui est vrai, et la discussion de l'Académie l'a prouvé ; 2º on a prétendu que les études d'anatomie faites par les vétérinaires pourraient rendre les plus grands services aux études médicales, ce qui est très juste ; 3º on a oublié de dire que tous les élèves vétérinaires étaient obligés d'être internes, c'est-à-dire de faire des études pratiques, tandis que les étudians en médecine n'en font pas autant, ce qui fait qu'il y a plus de bons vétérinaires que de bons médecins.

Mais dans les comparaisons, dans les prétentions, dans ces feuilletons que le cheval a fait naître on n'a oublié qu'une chose, c'est que dans le cheval il n'y a qu'un cheval, et que dans l'homme il y a deux hommes, l'homme physique, l'homme moral. Hé bien ! la profession qui s'occupera de ce dernier doit être au-dessus de toutes les autres. Placez, si vous voulez, les vétérinaires au-dessus des bottiers ; donnez-leur même la place de l'officier de santé, telle que vous l'avez faite ; mais alors élevez notre profession dans une sphère digne du noble objet dont elle s'occupe. Vous avez dit que les vétérinaires pouvaient rendre de vrais services aux médecins ; mais les mécaniciens et les couteliers en rendent d'immenses. Croyez-vous que les jambes artificielles de MM. Mille et consorts n'ont pas rendu un service énorme à la médecine opératoire en nous permettant d'amputer la partie inférieure de la jambe au lieu de faire l'amputation de la partie supérieure du même membre ? Hé bien ! pourquoi ne pas assimiler aux médecins ces deux artisans ? pourquoi ne pas les faire passer de leurs boutiques aux académies ?

Il y a un mot écrit dans un journal de médecine qui résume parfaitement l'idée qu'on se fait de l'homme dans un certain monde : les vétérinaires qui suivent la cavalerie, ne se trouvant pas assez flattés et honorés, se livrent à la *pratique civile* !!!

Dr EYRAC.

immédiatement après l'accouchement, sont des signes si graves qu'il y a tout lieu de craindre que cette femme ne succombe en peu de temps, bien que la figure ne soit point décomposée, que la tête soit libre et qu'il n'existe seulement qu'un peu de céphalalgie. Cette jeune fille se trouve, en effet, dans des conditions qui sont de nature à rendre le pronostic extrêmement grave ; une affection qui survient après l'accouchement est toujours d'une très grande gravité, surtout lorsque, comme chez cette jeune fille, des chagrins vifs et prolongés ont traversé tout le cours de la grossesse. Mais si ces conditions suffisent à elles seules pour motiver notre pronostic, il est extrêmement difficile, dans ce cas ci, d'indiquer les altérations anatomiques auxquelles on puisse rapporter les caractères si graves de la maladie. Dans les péritonites puerpérales les plus ordinaires, on se rend compte le plus souvent des symptômes par de grands désordres anatomiques ; mais il est d'autres circonstances où l'autopsie ne révèle aucune lésion essentielle. Les exemples n'en sont même pas rares à la clinique d'accouchemens. Ici les seules lésions appréciables, sont l'œdème des grandes lèvres, l'œdème des membres abdominaux et l'affection de Bright.

L'œdème des membres ne serait à tout prendre qu'un état normal, mais il n'en est pas de même de l'œdème des grandes lèvres qui s'accompagne de signes de décomposition ; l'affection de Bright qui complique cet état, n'est point sans gravité ; enfin, le ventre présente de la sensibilité et un grand développement. Il n'y a, dans tout cela, aucune altération qui soit par elle-même suffisante pour expliquer les symptômes qui paraissent résulter de l'ensemble de ces altérations diverses. Il pourrait bien se faire que la malade venant à succomber, on ne trouvât pas en effet d'autres altérations que celles que l'on aperçoit actuellement.

Que faire en pareil cas? Le traitement offre quelques difficultés. L'état œdémateux des membres et des parties génitales, l'extrême fréquence et la petitesse du pouls nous faisaient craindre de recourir aux évacuations sanguines ; cependant, à raison des symptômes inflammatoires, on a dû prescrire une petite saignée de deux palettes. La saignée sera répétée le soir, s'il y a lieu ; on fera des lotions émollientes, et on mettra la malade dans un bain. Mais il peut se faire que d'ici là il survienne une grande prostration, qui ne permettrait pas d'insister sur les évacuations sanguines et les antiphlogistiques. On sera obligé de s'en tenir à ces simples moyens, bien que peu énergiques relativement au péril, à raison de la petitesse du pouls et de l'affaissement des forces, qui contre-indiquent les saignées plus abondantes. Quant aux vésicatoires, auxquels on aurait recours dans des circonstances analogues, l'infiltration des membres, l'œdème et les eschares des grandes lèvres s'y opposent. Les petites saignées sont donc le seul moyen actif auquel il soit permis d'avoir recours.

Les jours suivans il y a eu un peu de mieux ; l'état de la physionomie est plus satisfaisant ; mais l'écoulement leucorrhéique est devenu plus abondant ; les phlyctènes sur les grandes lèvres sont également mieux. On voit une nouvelle tache de gangrène à la fourchette, ce qui donne lieu de craindre, par la suite, une perforation qui communique avec la cavité abdominale. La diarrhée est très fréquente et presque continuelle, au point qu'on ne peut compter le nombre des selles. La matière des selles est très liquide et presque séreuse. Le pouls est un peu diminué de fréquence : il est à 144. L'état de la malade, quoique un peu amélioré, est, comme on le voit, encore fort grave.

Le huitième jour, l'état de la malade est sensiblement amélioré sous le rapport des lésions locales ; mais l'état général a, au contraire, empiré. Le pouls est devenu plus fréquent (150), ainsi que la respiration. La malade ressent une douleur aiguë au côté gauche de la poitrine, ce qui est un signe grave. A l'auscultation on reconnaît que la respiration est pure, mais faible. La gêne de la respiration paraît causée par le peu d'énergie avec laquelle se contractent les muscles de la poitrine. La percussion donne lieu à un son qui n'est pas clair, surtout à gauche, côté où siége la douleur. Ces signes ne sont pourtant pas suffisans pour qu'on en puisse conclure à l'existence d'un épanchement pleurétique. Depuis quelques jours l'ensemble des symptômes fait craindre le développement d'une phlébite, car il existe toujours une grande sensibilité à la région hypogastrique, dans les organes du bassin et surtout sur le siége de la matrice. La phlébite aurait probablement son point de départ dans quelques-uns des vaisseaux veineux de l'utérus, d'où elle s'irradierait aux autres organes plus ou moins éloignés qui paraissent affectés. Pourtant, il n'y pas encore eu de nouveaux frissons depuis le frisson d'invasion ; ces craintes n'en sont pas moins légitimes : il n'est pas impossible que la douleur de côté qu'accuse la malade soit produite par une phlogose de la partie supérieure et latérale droite du péritoine, quoique les symptômes locaux soient presque nuls. L'écoulement vaginal est toujours fétide, mais moins abondant. Depuis quelques jours les traits de la face qui jusque-là étaient restés naturels commencent à s'altérer ; la figure, quoique encore assez calme, porte pourtant l'empreinte de la fatigue et de la souffrance. La diarrhée est moins abondante. Les eschares des grandes et des petites lèvres se sont limitées, elles ont une couleur grisâtre, une consistance molle, et donnent au doigt la sensation que produirait la peau minée par le pus. Le ventre est toujours tendu çà et là. M. Chomel pense qu'il ne reste presque plus de chances de guérison. Il a ordonné l'application de vésicatoires aux jambes à raison de l'urgence et malgré la contre-indication de l'œdème, la continuation des frictions mercurielles sur l'abdomen qui avaient été prescrites les jours précédens, et l'usage de tisanes légèrement astringentes pour combattre le dévoiement. Il est remarquable que depuis plusieurs jours qu'on fait usage des frictions mercurielles, il n'est point survenu de salivation. M. Chomel considère cette circonstance comme un signe de mauvais augure, car, suivant lui, les malades qui, dans des circonstances semblables, n'éprouvent point de salivation après plusieurs jours d'usage des frictions mercurielles, sont voues à une mort certaine : c'est du moins ce que lui a démontré l'expérience.

La malade est restée huit ou dix jours environ dans le même état, l'amaigrissement et l'affaissement général augmentant graduellement. Pourtant au rapport de la mère de la salle, la malade n'aurait pas eu de délire ; sa parole est très lente, embarrassée et difficile : elle répond cependant avec assez de justesse aux questions qu'on lui adresse. On examine aujourd'hui les anciennes eschares des grandes lèvres, qui sont en voie de cicatrisation. La partie inférieure de l'abdomen donne un son obscur. La malade est couchée sur le flanc droit, position qu'elle affecte à cause des eschares du sacrum ; sans la déranger de cette position, on peut examiner le côté gauche de la poitrine, et l'on trouve un son un peu obscur sous l'aisselle, dans les deux tiers inférieurs. Le bruit respiratoire est très faible et s'accompagne d'un peu de craquement humide çà et là. Le pouls est extrêmement grêle et fréquent ; la peau pourtant un peu mois chaude. Il n'y a plus de diarrhée : la dernière selle a été moulée et même assez dure.

Le vingtième jour. — Depuis quelques jours l'excoriation des fesses et du sacrum s'est changée en une eschare qui paraît avoir une grande profondeur, ce qui oblige la malade à se tenir couchée sur le côté gauche et un peu sur le ventre. Les symptômes de la pneumonie commençante semblent d'minuer, mais le pouls est toujours très fréquent. La diarrhée continue ; la malade est très irritable, et se prête mal à l'exploration des organes génitaux qui, au dire des filles de salle, paraissent aller mieux. Il y a quelques rêvasseries dans la nuit et une grande prostration.

Les symptômes d'adynamie et de prostration ayant graduellement augmenté les jours suivans, cette malade a succombé le trente-cinquième ou trente-sixième jour environ de la maladie. Voici ce que l'on a trouvé à l'ouverture ;

Autopsie. L'utérus avait son volume normal, et ne présentait aucune modification sensible dans sa texture ; il n'existait aucune trace d'inflammation dans les veines utérines. On a trouvé dans le bassin et dans la région hypogastrique, une collection purulente que l'on pouvait évaluer à deux litres environ ; cette collection remontait du côté droit et arrivait jusqu'au péritoine sus hépatique, où l'on trouvait une seconde collection semblable à la première, et communiquant avec elle par un trajet étroit le long du côté droit de l'abdomen. Les ovaires étaient à l'état sain.

Dans la plèvre gauche il y avait environ un verre de sérosité épanchée, et l'on trouvait quelques brides formant des adhérences qui paraissaient d'une date ancienne. Le poumon n'offrait que quelques petits points d'hépatisation rouge çà et là. (On se rappelle que la grande fréquence du pouls chez cette malade, dès le commencement et pendant tout le cours de la maladie, avait fait porter l'attention du côté des organes respiratoires.)

Les urines, soumises aux réactifs, ont déposé une grande quantité d'albumine.

On n'a rien trouvé du côté du cerveau et de la moelle épinière.

MAISON DE SANTE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 8, près les Champs-Élysées.

Jeune homme de vingt-quatre ans. — Calculs multiples d'oxalate de chaux, les plus durs peut-être qui aient été broyés. — Dix-sept séances de lithotritie. — Engagement fréquent des fragmens dans la partie prostatique de l'urètre. — Accidens graves. — Guérison ; par M. Amussat.

Le 2 du mois d'août dernier, est entré à la Maison de Médecine opératoire, un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament nerveux - lymphatique. Ce malade donne sur l'affection qui l'amène à Paris, les renseignemens suivans ;

A l'âge de quatre ans, il a éprouvé de la difficulté pour uriner et de fortes douleurs en satisfaisant à cette fonction. Dès cette époque, il a rendu du sang ; des alternatives de bien et de mal se sont déclarées jusqu'à six ans ; alors les souffrances cessèrent, et furent remplacées par une incontinence qui avait lieu la nuit seulement, et qui dura trois ans pendant six années. A compter de ce moment, tous ces phénomènes ont disparu. Le malade fit, dans cet intervalle, une course très fatigante à pied et à cheval, et le lendemain il fut pris d'une hématurie. Tout le trajet du canal devint douloureux ; les besoins d'uriner se firent sentir fréquemment, étaient précédés, accompagnés et suivis d'élancemens dans la vessie, ainsi qu'au bout de la verge. Les reins ont toujours été indolents ; jamais de pesanteur sur le fondement, d'émission de sable ni de graviers. Le liquide urinaire était quelquefois trouble, puis devenait clair tout à coup : le sommeil a toujours été excellent. A la disparition des différens symptômes vésicaux dont je viens de parler, ont succédé des maux d'estomac, et de la constipation. Rien à noter dans l'alimentation ; seulement je dirai que le malade a toujours bu de l'eau de puits sans mélange de vin. Lorsque le malade prenait du café noir, il a remarqué que ses urines devenaient limpides, et qu'il ne souffrait pour ainsi dire plus. Les désirs vénériens ont été presque nuls chez lui. Il n'existe pas de calculeux dans la famille ; le père et la mère sont doués d'une vigoureuse constitution.

Etat actuel. — Santé parfaitement conservée, système musculaire très développé, chairs fermes, embonpoint assez fort, organes digestifs en parfait état, cerveau très sain ; toutes les fonctions s'exécutent en général d'une manière régulière. L'appareil génito-urinaire ne paraît pas non plus très malade ; les besoins d'uriner reviennent à intervalles assez éloignés sans douleurs notables, et les mucosités sont peu abondantes. En un mot, le malade semble au premier abord un sujet très favorable pour la lithotritie ; mais la suite fera voir qu'il en était tout autrement.

M. Amussat parvint à délivrer ce malade de sa pierre à l'aide de dix-sept séances.

Nous ne relaterons pas ici jour par jour tout ce qui s'est passé pendant ce temps ; nous dirons seulement que pendant tout le temps qu'a duré la lithotritie, les fragmens sont toujours demeurés engagés dans la partie prostatique de l'urètre très dilatée chez ce jeune homme. A plusieurs reprises je les ai repoussés dans la vessie à l'aide des bougies en cire d'abord, puis des sondes en gomme élastique et en argent, en ayant soin de faire des injections coup sur coup en même temps que je refoulais les graviers ; mais ceux-ci, chassés par les contractions vésicales, venaient un moment après se loger à la place qu'ils occupaient primitivement.

La première séance s'est bien passée ; mais la seconde, la troisième et la quatrième ont été suivies de phénomènes alarmans. Le malade urinait goutte à goutte, et demandait la cystotomie avec instance ; mais M. Amussat persista dans sa résolution, et le succès lui prouva qu'il avait raison. Notons que le malade n'a jamais éprouvé de mouvement fébrile dans ses instans d'exacerbation. Voyant que les accidens augmentaient d'intensité par suite des manœuvres auxquelles je me livrais dans le but de désobstruer le canal, je fis des applications de nombreuses sangsues et des frictions de belladone au périnée et à l'hypogastre, ainsi que de petites injections narcotiques dans la vessie. A dater de ce moment, ce viscère perdit de sa contractilité, et le col ne se resserra plus spasmodiquement sur les graviers qui y séjournaient.

Les autres séances n'ont plus été accompagnées de circonstances pathologiques dignes d'être rapportées ; seulement je dirai qu'à chaque fois M. Amussat s'est trouvé dans le plus grand embarras, à cause de la dureté extraordinaire des calculs, dans la crainte de briser son instrument : ainsi, après avoir réduit, par la percussion, un fragment de plusieurs lignes, de douze à neuf et de treize à huit lignes, il était contraint de le lâcher pour le reprendre dans un autre sens ; enfin, M. Amussat s'est montré, dans cette circonstance surtout homme de beaucoup de prudence et de sang-froid. Voici quatre ans que nous voyons mettre en usage la lithotritie sur un nombre considérable de calculeux qui se rendent journellement à la maison de médecine opératoire ; jamais nous n'avons été à même d'observer un cas qui nous ait frappé davantage que celui-là ; c'est, du reste, l'opinion des nombreux praticiens qui en ont été les témoins, parmi lesquels nous citerons MM. Textor de Wourtzbourg, Gilbert, chirurgien en chef de la marine à Brest, Delaporte, Lucien Boyer, Dagron, Levaillant, Lallemand, de Montpellier, et Thibault, de Versailles.

X...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'acide benzoïque contre les calculs urinaires et la diathèse urique.

Comme nous l'avons dit dans l'une de nos revues thérapeutiques des derniers mois de 1841, M. le docteur Ure a fait la remarque importante que l'urine rendue deux heures après l'ingestion d'acide benzoïque ou d'un benzoate soluble subit une notable modification ; l'acide urique disparaît, il est remplacé par l'acide hippurique. Le point important pour la pratique médicale que présente ce résultat, c'est que ce nouvel acide forme avec les bases ordinaires des fluides organiques, comme le sont la potasse et l'ammoniaque, des sels extrêmement solubles. L'application pratique de ces données, dit M. Bouchardat, a eu de grands avantages chez les sujets calculeux ou goutteux par l'emploi fait à propos de l'acide benzoïque ou d'un benzoate. On peut prescrire la mixture benzoïque suivante :

Pr. Acide benzoïque,	1	gramme.
Phosphate de soude,	10	id.
Eau distillée,	100	id.
Sirop de sucre,	30	id.

F. S. A.

On doit administrer cette mixture en trois fois, dans le courant de la journée. Le phosphate de soude qu'elle contient est ajouté dans le but de faciliter la solution de l'acide benzoïque.

M. le docteur Leroy-d'Etiolles a déjà fait une fois avec succès l'application de l'acide benzoïque chez un malade dont l'urine charriait des sables d'acide urique. Après deux jours de traitement, l'acide urique avait disparu et se trouvait remplacé par l'acide hippurique.

M. de Bouys a constaté le fait de la transformation de l'acide urique en acide hippurique, sous l'influence de l'acide benzoïque ; il rappelle que dix parties d'eau dissolvent une partie d'hippurate de chaux, tandis qu'il en faudrait quatre cent quarante pour dissoudre une partie d'urate de chaux. Deux essais faits sur ces principes, dans le service de M. le docteur Rayer, à la Charité, ont déjà produit quelques résultats.

M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, était extrêmement désireux de répéter les observations du docteur Ure ; en effet, si la transformation annoncée se reproduit toujours, l'acide benzoïque constituerait en réalité le meilleur de tous les agens lithontriptiques qui ont été proposés jusqu'à ce jour.

En conséquence, il fit sur un malade de la salle Sainte-Jeanne, atteint de rhumatisme aigu, et dont les urines déposaient abondamment de l'acide urique, l'expérience suivante : Un gramme (vingt grains) d'acide benzoïque fut donné en solution dans un litre d'eau sucrée, et, le lendemain, les urines furent examinées ; quoique très colorées, elles ne déposaient plus spontanément ; elles se troublèrent fortement par l'addition d'un dixième de leur volume d'acide chlorhydrique, et elles laissèrent précipiter non pas de l'acide hippurique, mais bien de l'acide urique. La même expérience, répétée pendant trois jours de suite, donna constamment les mêmes résultats. Si, dans ce cas, la conversion annoncée par M. Ure n'a pas été vérifiée, du moins les urines ont cessé de fournir le dépôt spontané d'acide urique qu'elles présentaient auparavant. (*Journ. des Conn. méd.*, janvier 1842.)

Sur la nicotine ou principe alcaloïde du tabac.

La nicotine, découverte par Vauquelin en 1809, a été peu étudiée. Elle constitue un alcali puissant qui est surtout remarquable parce qu'il se présente à l'état liquide, qu'il ne compte pas l'oxigène au nombre de ses élémens, qu'il a un équivalent très faible, et conséquemment une capacité de saturation très considérable comparativement aux autres alcaloïdes végétaux. Cette substance est en outre un des poisons connus qui, même à faible dose, agit avec le plus d'énergie, car elle tue presque avec la rapidité de l'éclair.

M. V. Ortigosa l'obtient par le procédé suivant : Il met la poudre de tabac en macération pendant 24 heures avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique ; il exprime la liqueur, l'évapore à la consistance sirupeuse, et la distille avec des quantités convenables de potasse ; il ajoute de temps en temps de l'eau dans la cornue pour éviter que la trop grande concentration de la potasse ne décompose la nicotine. Il obtient alors à la distillation un mélange de nicotine et d'ammoniaque qu'il neutralise par l'acide oxalique. Il évapore à siccité ; il traite à la chaleur de l'ébullition les deux oxalates par l'alcool absolu qui dissout l'oxalate de nicotine et le sépare ainsi de l'oxalate ammoniacal. Il chauffe alors l'oxalate de nicotine avec une dissolution de potasse, et puis il reprend par l'éther qui dissout la nicotine. Le mélange d'éther et de nicotine soumis à la distillation, donne de la nicotine que l'auteur ne considère pas comme pure ; il pense qu'elle retient encore de l'eau et de l'alcool.

M. Barral, ancien élève de l'école polytechnique, qui s'est de son côté, occupé aussi de cet alcali organique, en communiquant à l'Académie des sciences les résultats qu'il a déjà obtenus sur ce sujet, a annoncé qu'il expliquera dans son travail la formation de la nicotine dans le tabac. (*Journ. de pharm. et de chim.*, fév. 1842.)

Macération aromatique amère.

Pr.	Ecorce de pin,	10 grammes.
	Racine de rhubarbe,	4 id.
	Racine de colombo,	4 id.
	Semence d'anis,	4 id.
	Feuilles d'absinthe,	2 id.
	Magnésie pure,	150 centigrammes.
	Eau com. froide	1 kilogramme.

On concasse l'écorce et les racines, on incise les feuilles et on fait macérer le tout pendant 12 heures ; au bout de ce temps, on passe avec forte expression, et on filtre au papier Joseph.

Cette préparation, dont la formule est due à M. le docteur Plisson, offre un médicament à la fois agréable et d'une grande efficacité dans les cas d'oligotrophie des voies digestives. On l'emploie contre la dyspepsie et l'anorexie dépendant d'un état de faiblesse et de langueur du canal digestif, spécialement de l'estomac.

On en fait prendre un plein verre à vin de Bordeaux, deux fois par jour, avant le déjeûner et le dîner, immédiatement avant de commencer à manger.

Chronique et Nouvelles.

Un candidat du présent concours a eu à discourir sur un malade du service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu, présentant un rétrécissement fibreux du rectum. A propos du traitement, ce candidat, sans rejeter absolument l'opération dans des cas analogues, s'est prononcé en faveur du traitement palliatif, et aurait employé, dans le cas actuel, la méthode qui consiste à introduire des corps graduellement dilatans.

A sa visite du lendemain, M. Breschet, juge du concours, a voulu donner au candidat, qui n'a pas ses sympathies, une leçon de sa façon, et corroboré, dit-on, par les conseils de M. Récamier, il a opéré le malade. Le soir, à onze heures il était mort.

Le lendemain, M. Récamier, qui ne s'attendait pas à une opération si prompte, arrive muni de tous ses instrumens de ligature, et apprend le fatal accident. « Dieu l'a voulu ! » s'est-il écrié. Exclamation peu neuve et fort peu consolante.

— La Faculté de médecine de Montpellier a eu sa petite insurrection. Il paraît que les élèves n'aiment pas l'homœopathie, et qu'ils ont traité M. Risueno d'Amador à dose de sifflets fort peu homœopatique. Ils avaient un moyen plus spirituel et moins compromettant pour eux de faire cesser le scandale donné par le professeur de pathologie générale, c'était d'assister à ses leçons à dose infinitésimale.

— M. Lorenzino Giordano, Calabrais, vient de nous faire part d'une découverte admirable et sans égale, que notre amour pour l'humanité nous fait un devoir de faire connaître. Voici un aperçu des capacités de l'auteur ; il guérit :

La phthisie ordinaire,	en 8 jours.
La phthisie du 1er au 2e degré,	20
Idem du 3e degré,	30
L'épilepsie,	30
La teigne, sans enlever un cheveu,	15
L'asthme le plus invétéré,	15
La folie la plus dévergondée,	8
Les tumeurs quelconques,	30
Les inflammations des yeux,	1
Les hémorrhoïdes externes,	1 heure.
Idem internes,	10
Les douleurs de tête,	1 minute.
Le rhume,	1 heure.
La gangrène,	1 jour.
La goutte,	1
Les cancers,	15
Les fistules,	15
Les palpitations de cœur,	15 Minutes.
L'apoplexie sans rupture des artères,	6 heures.

Il nous reste à faire savoir le domicile de l'Esculape calabrais. M. Lorenzino Giordano demeure rue St-Honoré, 91, à Paris. Il a offert de laisser déposé au bureau un exemplaire de son portrait, *édité* par le saint collége de Rome, et certifié conforme pour *cause de reconnaissance*. Nous nous sommes empressés d'envoyer l'original et la copie à M. Dantan ; c'est un type à conserver.

— La Société phrénologique de Paris, sous la présidence de M. Bouillaud, entendra, dans sa séance du mercredi 27 avril, une analyse du buste de Chérubini, par M. Ch. Place, et une réfutation d'un article publié par M. James, par M. Fossati.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

SEIZIÈME SÉANCE. — *Première épreuve clinique.*

Aujourd'hui lundi 25, M. Boyer a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés l'un au numéro 20 de la salle des hommes, l'autre au numéro 2 de la salle des femmes à l'hôpital dit de l'Ecole (service de M. J. Cloquet). Cette leçon a terminé la première épreuve clinique.

La seconde épreuve clinique commencera mercredi prochain 27. L'examen des malades se fera à l'hôpital de la Charité, à 4 heures. — A cinq heures, séance publique.

Guérison d'une hernie inguinale congénitale, par le bandage de M. le docteur ALEX. PÉTURET.

Le nommé Lefèvre, âgé de vingt-huit ans, garçon, était affecté d'une hernie congéniale droite, contre laquelle il n'avait jamais employé de moyens contentifs.

Voici les caractères physiques de la tumeur : Mesurée dans le sens vertical, à partir de l'anneau externe du canal inguinal à la base de la tumeur, elle présentait 14 pouces ou 40 centimètres de hauteur et 21 pouces ou 60 centimètres de circonférence.

Le malade n'avait jamais éprouvé d'autres phénomènes morbides que la gêne occasionnée par le poids et le volume excessif de la tumeur.

Avant de faire aucune espèce de tentatives sur elle, je voulus m'assurer si le malade avait déjà consulté quelques chirurgiens : sur sa réponse affirmative que de tous les chirurgiens, bandagistes, etc., etc., auxquels il s'était tour-à-tour adressé, aucun n'avait même osé procéder au taxis, plus hardi, j'osai tenter de réduire la tumeur et j'eus la satisfaction d'y parvenir sans beaucoup ce difficulté et surtout sans occasionner le moindre accident au malade. Cependant je promis au malade, non pas une guérison radicale, mais bien une immense amélioration dans sa position. En effet, je fis dès-lors construire un appareil d'une telle puissance qu'aucun de mes confrères en chirurgie n'en avait encore employé de pareil. La hernie étant parfaitement réduite, je fis immédiatement l'application de mon bandage qui remplit tous mes souhaits en ne permettant pas à l'énorme tumeur d'abandonner la cavité abdominale.

Quinze mois s'écoulèrent sans que le malade vînt me rendre une seule visite. Je le vis enfin ; mais, de maigre et chétif qu'il était quand je lui fis la première application du bandage herniaire, il présentait un embonpoint qui tenait presque de l'obésité ; bref, j'eus alors le bonheur de me convaincre que j'avais eu raison de bien augurer du puissant moyen auquel j'avais eu recours : seulement je reconnus alors un bubonocèle, ou mieux une hernie intra-inguinale gauche ; ce qui m'obligeait de remplacer mon bandage primitif par un bandage double français à 2 1/2 corps, ayant soin d'employer une puissance beaucoup plus forte à droite qu'à gauche.

Le malade m'assura que depuis la première application que je lui fis de son bandage il ne s'était jamais dérangé, et qu'il ne lui était survenu aucune espèce d'accidens, bien qu'il fût forcé de se livrer aux travaux les plus pénibles. (Conducteur de brouettes aux carrières de Montmartre ; transport des farines aux Invalides.)

Depuis 1836 jusqu'à 1841, tous les bandages fournis par moi au malade ont constamment, et sans interruption, maintenu parfaitement ses hernies jusqu'au mois de novembre ou décembre 1841, où il fut pris d'une douleur de tête suivie d'une parotite chronique, pour laquelle le sujet est sujet est encore en traitement dans le service de M. A. Bérard, chirurgien de l'hôpital Necker.

Le malade ayant subi une déperdition considérable d'embonpoint, le même bandage n'est plus suffisant maintenant à cause du nouvel amaigrissement, et nécessite son remplacement par un autre mieux approprié. ALEX. PÉTURET.

1er avril 1842.

La *Gazette des Hôpitaux* a souvent parlé à ses lecteurs de la Laiterie de M. Poinsot. L'un de ses rédacteurs qui l'avait visitée avec le plus grand soin, faisait ressortir, dans notre numéro du 9 mars 1840, toutes les utilités précieuses de cet établissement si habilement dirigé. En effet, des étables peuplées de vaches et d'ânesses des meilleures races, et incessamment assainies à l'aide de ventilateurs et de courans d'eau, une nourriture choisie et bien réglée, l'application bien entendue de toutes les règles de l'hygiène réclamées en pareil cas, tout en un mot a été mis en œuvre par M. Poinsot pour faire de sa Laiterie un établissement modèle.

M. Poinsot vient encore de faire à sa maison une amélioration qui mérite toute la sollicitude de la presse médicale, et qu'il suffira d'indiquer pour en faire sentir la haute importance. Se plaçant au point de vue de ce fait physiologique inconteste, qu'une bonne alimentation est la cause première d'un bon lait, et ayant, d'autre part, remarqué qu'en hiver ses animaux ne digéraient pas toujours bien les légumes crus dont à défaut d'herbages on est obligé de les nourrir, M. Poinsot eut l'heureuse idée de les faire cuire : ce qui les rend d'une digestion plus facile. A cet effet, il a construit un vaste appareil à vapeur dans lequel il fait cuire jusqu'à mille kilos à la fois d'un triple mélange de carottes, de betteraves et de pommes de terre dont ses animaux se montrent très friands. Depuis qu'ils sont soumis à cette alimentation, les animaux de M. Poinsot jouissent d'une santé parfaite, et le dédommagent de ses soins et de ses dépenses en lui donnant un lait d'une qualité égale à celui que peuvent donner les meilleurs herbages. Nous dirons mieux : l'analyse comparée est en faveur du lait résultant de l'alimentation par les légumes cuits, car il donne 14 pour 0/0 de crême, tandis que le lait par les herbages donnés dans les étables ne fournit que 10 pour 0/0.

Ce fait nous a paru assez important pour être signalé à l'attention de nos confrères.

Si M. Poinsot ne recule devant aucun sacrifice pour mériter la confiance des médecins, nous pouvons lui prédire que cette confiance ne lui fera pas défaut, surtout de la part de ceux de nos confrères qui, comme nous, auront visité son établissement.

Du reste, les louables efforts de M. Poinsot ont déjà reçu une flatteuse récompense ; car, si nous avons bonne mémoire, l'Académie de médecine lui a donné plusieurs fois des éloges pour les soins éclairés avec lesquels il dirige son établissement.

Nous avons eu occasion de voir les appareils orthopédiques de M. Béchard, et ce n'est que leur rendre justice en avouant qu'il est impossible d'atteindre à un plus haut point le degré de perfection et de commodité dont sont pourvus ces appareils. Ils sont employés sans qu'il en résulte la moindre gêne pour les enfans et les personnes déjà âgées qui en font usage.

M. Béchard joint à son établissement un magasin de bandages herniaires, de suspensoirs, etc. — Nous recommandons particulièrement ses jambes artificielles. — Rue de Tournon, 15.

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 28 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 51. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Empoisonnement miasmatique. Fièvre intermittente. Cachexie. Hypertrophie de la rate. Hémorrhagies diverses. Emploi de la quinine et de la cinchonine brutes et des préparations martiales. Amélioration. Pneumonie aiguë. Mort.

Hier nous avons procédé à l'autopsie d'une jeune fille de vingt mois, qui était morte au berceau n° 5 de la salle Sainte-Thérèse. Cette enfant avait été envoyée en nourrice à la campagne, et vers l'âge de dix mois elle avait été prise d'une maladie à laquelle on avait donné le nom de *fièvre rouge*, et qui probablement était la scarlatine, puisque, peu de temps après, il survint une anasarque générale. L'enfant avait-elle été malade auparavant, quelle affection avait-elle éprouvée; c'est ce qu'il est impossible de dire; nous savons seulement que la santé de la petite fille paraissait gravement compromise; sa nourrice la renvoya à Paris, dans sa famille, dans l'état le plus déplorable. La petite malade était pâle, infiltrée; elle toussait, avait de la diarrhée; le ventre était volumineux. Tous ces accidens, à cela près de la toux, persistèrent jusqu'au moment où nous pûmes observer la malade. Nous constatons les symptômes suivans:

Infiltration générale peu prononcée, anémie profonde, oppression habituelle, un peu de toux, vomissemens presque continuels, diarrhée verdâtre, muqueuse, abondante; tuméfaction considérable du ventre; le foie déborde les côtes de trois travers de doigt; la rate a un volume énorme, elle occupe presque la moitié de l'abdomen. Il y avait un peu de fièvre qui revenait chaque jour dans l'après-midi. Sur divers points de la peau on observait de petites taches produites par des épanchemens de sang dans l'épaisseur du derme. Ces taches confluentes dans certains points, étaient beaucoup plus discrètes ailleurs; elles se dissipaient après plusieurs jours, pour céder la place à d'autres, et, jusqu'à la mort, on a pu les observer.

Il nous importait d'analyser les urines pour savoir si elles ne contenaient pas de l'albumine; mais il nous fut impossible d'en recueillir la moindre quantité, l'enfant urinait toujours dans ses langes.

L'auscultation de la poitrine permit de constater que nulle part il n'y avait de matité; on entendait du râle muqueux dans divers points du thorax.

Ce cas, Messieurs, était des plus graves, et quoiqu'il ne ne nous fût pas permis d'abandonner cette petite malade sans traitement, nous ne pouvions nous dissimuler que la thérapeutique serait probablement impuissante.

Discutons un instant les indications qui se présentaient chez notre petite malade, et voyons de quelle manière nous pouvions les remplir, quels obstacles se présentaient à nous.

La rate était énorme; il y avait chaque jour, dans l'après-midi, un accès de fièvre assez nettement prononcé. Il fallait donner le quinquina.

La cachexie était profonde, le sang était profondément dissous, des pétéchies nombreuses avaient envahi les tégumens. Nous devions employer des préparations ferrugineuses.

Mais comment remplir ces deux indications? Les vomissemens, la diarrhée, expression symptômatique d'une phlegmasie gastro-intestinale, ne permettaient d'administrer ni le quinquina ni le fer. Il fallait avant tout mettre le canal intestinal en état de supporter ces médicamens.

Nous crûmes donc devoir administrer à l'enfant des potions dans la composition desquelles nous faisions entrer un centigramme de nitrate d'argent cristallisé. Ce moyen thérapeutique très innocent et très héroïque pourtant, modifia rapidement les accidens gastriques: les vomissemens cessèrent presque entièrement et la diarrhée diminua beaucoup. Nous pûmes alors donner des alimens et nous prescrivîmes du quinquina.

La préparation de quinquina n'est pas indifférente chez les enfans. La poudre de quinquina est encore plus difficile à administrer chez eux que chez les adultes; le bois, la teinture, le vin, les extraits sont d'une amertume telle, et doivent d'ailleurs être donnés en telle quantité, qu'on est forcé de ne pas les prescrire. Reste le sulfate de quinine. Mais ce sel ne peut être donné aux enfans en pilules; on ne peut le faire prendre que dissous dans de l'eau, incorporé à des confitures ou à du miel, ou bien encore en lavemens. Mais les lavemens ne sont pas, en général, conservés par les enfans, encore moins les lavemens irritans; il est fort difficile, et souvent impossible, de faire avaler aux petits malades une solution de sulfate de quinine, ou une mixture qui en contienne, à cause de l'extrême amertume de ce sel.

Ces considérations m'ont engagé depuis long-temps à substituer, chez les enfans, la quinine brute au sulfate de quinine. La quinine brute, comme vous le savez, Messieurs, est le résidu du produit de la distillation de l'alcool dont on s'est servi pour reprendre la quinine et la cinchonine précipitées par la chaux dans la préparation du sulfate. Cette quinine brute, ou plutôt ce mélange de quinine et de cinchonine brute, a un aspect résineux, une grande consistance, et lorsqu'on la malaxe entre les doigts, elle se ramollit comme de la cire, et peut prendre toutes les formes qu'on veut lui donner. Il en résulte qu'en l'allongeant sous forme de cylindres extrêmement minces et très allongés, on peut faire aisément des pilules plus petites que des têtes d'épingles, sans l'intervention d'aucune substance étrangère.

L'extrême petitesse de ces pilules serait déjà une condition importante, comme nous le dirons tout à l'heure; mais c'est là le moindre des avantages que présente la quinine brute.

Cette substance est insipide; elle est à peu près *insoluble dans la salive*, dans les alimens ordinaires de l'enfant. Or, en la mettant dans la bouillie, dans les potages, au moment de les faire prendre au petit malade, il les avale sans que l'amertume du médicament le puisse prévenir, et la petitesse des pilules dont le volume n'excède pas celui des grains de semoule, permet à peine que l'enfant les sente dans sa bouche; aussi cette manière d'administrer le médicament fébrifuge a-t-elle une extrême valeur, non-seulement chez les enfans à la mamelle, mais aussi chez ceux qui, plus avancés en âge, opposent au médecin une résistance qu'il est souvent presque impossible de vaincre.

Je ne saurais donc trop engager mes confrères à demander aux pharmaciens de la quinine brute, médicament qui, moins coûteux que le sulfate de quinine, a tout autant d'énergie que ce sel, et a le grand avantage de l'insipidité.

L'insolubilité de la quinine brute ne préjuge rien sur l'insolubilité dans les sens de l'estomac. Vous savez, en effet, Messieurs, que l'estomac de l'homme contient toujours un acide libre, l'acide lactique, chlorhydrique ou acétique; or, la quinine et la cinchonine brutes se dissolvent avec la plus grande facilité dans ces acides, qui les convertissent immédiatement en sels plus solubles même que le sulfate de quinine.

Revenons à notre petit malade. Sous l'influence de la quinine brute qu'il prit pendant plusieurs jours à la dose de 20 centigrammes, la fièvre parut céder complètement, et le volume de la rate diminua un peu.

Nous donnons concurremment, dans un julep, quelques gouttes de teinture de mars tartarisée, des bains avec une dissolution de sulfate de fer, et sous l'influence combinée de cette préparation martiale et de quinine, nous constatons un amendement assez notable: l'œdème diminuait un peu, la gaîté de l'enfant revenait, il recommençait à verser des larmes quand il avait quelque chagrin, ce qu'il n'avait pas fait depuis assez long-temps, et nous commencions à concevoir des espérances. Mais la diarrhée reparaît en même temps qu'un peu de fièvre. Il survient un peu de toux: le lendemain la toux augmente, il y a de la dyspnée, on entend du râle muqueux dans toute la

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Troisième lettre. — *Suite de la précédente.*

Lorsqu'on lit au point de vue médical ces admirables livres de Moïse, il est difficile de ne pas être frappé d'étonnement de la sagesse et de la profondeur des préceptes du législateur en matière d'hygiène. Pour assurer l'assainissement des camps, des cités, des maisons, de la table, des vêtemens, aucun detail ne lui paraît puéril; tout est prévu, tout est réglé; la moindre contravention est punie; et si le peuple fut si souvent en proie à des épidémies effrayantes, la faute n'en est pas aux prévisions du législateur. Je n'en veux citer qu'un exemple, qui ne sera pas sans intérêt pour la chirurgie militaire.

« Tu auras, hors du camp, un lieu pour les besoins de la nature, et tu porteras avec toi une pique suspendue à la ceinture. Et quand tu te seras accroupi, tu creuseras avec cette pique la terre d'alentour, et tu recouvriras les matières dont tu te seras soulagé. »

Voilà, d'après mes connaissances en hébreu, le véritable sens de ce passage; et M. de Genoude, qui veut que l'on creuse tout d'abord un trou que l'on recouvrira ensuite de terre, me paraît n'avoir pas bien saisi le sens. Quoi qu'il en soit, ce précepte de Moïse, ou même celui de M. de Genoude, n'en est pas moins d'une immense utilité pour une armée nombreuse qui bivouaque un certain temps dans le même lieu; et, s'il faut le dire, nos armées modernes ne sont pas aussi bien réglementées sous ce rapport, que les armées juives. Sans doute, dans les plaines et sous le soleil ardent de l'Arabie, la précaution était plus urgente encore; et de cette urgence on serait tenté de conclure qu'elle est toute naturelle, et qu'il y a peu de mérite à l'avoir trouvée. Mais nous savons de reste que les idées les plus simples ne sont pas les plus faciles à découvrir; et cette idée si simple, et si nettement développée trois mille trois cents ans avant nous, n'a pas pu, depuis ce temps, être saisie par les tribus errantes des mêmes déserts. Vous pouvez lire, dans le récit de Fatalla Sayeghir, publié à la suite du *Voyage en Orient*, de M. de Lamartine, qu'une réunion de tribus équivalant à 15,000 guerriers, ayant campé sept à huit jours dans le même lieu, la présence d'un si grand nombre d'hommes et de troupeaux *avait couvert la terre d'immondices et rendu le séjour intolérable.*

Mais il y a une grande différence entre l'hygiène et la médecine, entre l'art d'assurer la santé publique et même la santé des individus, et l'art de traiter les maladies. Ceux qui ont pris Moïse pour un médecin ont surtout allégué ce qu'il a écrit de la lèpre; lui-même l'avait eue, sa sœur Marie en fut frappée aussi; tous deux par la volonté de Dieu. Quant à Moïse, il fut guéri tout aussitôt, et dès-lors il n'y eut lieu d'appliquer aucun traitement; mais la lèpre de Marie fut plus grave, et toutefois elle ne fut pas traitée davantage; et Moïse ne sut que s'adresser à Dieu, qui ne consentit à guérir la malade de sa lèpre qu'après une quarantaine de sept jours. Y a-t-il là, je le demande, la moindre trace d'une médecine quelconque?

Mais poursuivons. Si les premiers de la nation avaient ainsi la lèpre, on peut croire qu'elle était assez commune sur le reste. Du moins fallait-il éviter la contagion, et pour cela séquestrer les lépreux; mais, pour cette séquestration, il était essentiel de ne pas confondre la lèpre avec toute autre maladie. Tout un long chapitre du Lévitique (ch. XIII) est consacré à ce diagnostic différentiel; et ce sont les sacrificateurs qui en sont chargés. La maladie reconnue, le lépreux était renvoyé hors du camp, et plus tard hors des portes des villes; et l'on ne s'en occupait plus, à moins qu'il ne fût guéri par hazard. Alors il faisait appeler le sacrificateur, qui l'examinait de nouveau; et si la cure était complète, le guéri rentrait dans le camp. C'était un ministère de police médicale, mais non de médecine proprement dite; et c'est ainsi que les sacrificateurs avaient également droit de visite et de police pour ce qu'on appelait la lèpre des maisons.

Nous avons la preuve qu'à une époque bien postérieure il en était encore ainsi. Samarie étant assiégée par les Syriens; tout à coup une terreur panique s'empare de l'armée assiégeante; elle abandonne son camp; quatre lépreux qui étaient à la porte de la ville s'en aperçoivent, et ils n'entrent pas même dans la ville pour en donner avis: *ils crient aux portiers* cette grande nouvelle. Ozias, roi de Juda environ 150 avant Asa, veut porter la main sur l'encensoir; il est frappé de la lèpre, séquestré dans une maison isolée, privé du gouvernement, et il meurt dans cet état d'abandon et de détresse; incurable, parce qu'il avait offensé Dieu qui seul pouvait le guérir.

Voilà pour ce qui regarde la lèpre; mais prenez-moi toutes les maladies épidémiques ou sporadiques dont il est question dans le Pentateuque, et vous arriverez au même résultat. Bien plus, quand j'ai dit qu'il n'y avait pas de thérapeutiqae pour les maladies internes, j'aurais dû dire pour toutes les affections qui ne sont pas purement traumatiques; et même certaines plaies, lorsqu'elles étaient envoyées par la colère divine, réclamaient encore l'assistance divine; comme les morsures des serpens venimeux dans le désert, qui ne furent guéries que par l'érection du serpent d'airain. Cela réduit beaucoup, comme on le voit, le domaine de la chirurgie proprement dite, et il n'est peut-être pas inutile d'indiquer ici quelles étaient les notions pathologiques de Moïse, afin que l'on puisse juger combien d'affections qui relèvent aujourd'hui de la pathologie chirurgicale, restaient alors dans celui des maladies spontanées ou divines, dont Dieu seul se réservait la guérison.

D'abord, en fait d'épidémies, il faut mettre au premier rang celle dont Moïse frappa les Egyqtiens. Le texte hébreu a fourni aux divers traducteurs: *des plaies qui produisaient des enflures*; — *des inflammations amenant des pustules*, — *des ulcères bourgeonnant en pustules*, etc. Vous êtes parfaitement libre de choisir, et même de ne pas choisir, et d'imaginer quelque autre chose, le texte s'y prêtera fort bien. M. de Genoude a soupçonné qu'il s'agissait ici de bubons de peste; et de fait il paraît que le mot de pest se trouve dans le même chapitre. Cela me sourit assez; et, comme par une exception toute spéciale, et qui n'avait pas été remarquée, cette épidémie est le seul fléau auquel Moïse n'ait point mis de terme, il se pourrait fort bien que ce fût là l'origine tant cherchée de la peste moderne, et que les fellahs de l'Egypte actuelle fussent encore punis pour l'entêtement fatal du vieux Pharaon. Mais de ceci je vous préviens que je n'ai pas d'autre preuve; et comme disent quelques raconteurs du moyen-âge, voue en croirez ce que vous voudrez.

Il y a moins de détails encore sur les épidémies dont Dieu affligea son peuple: mais nous en trouvons davantage dans le terrible et magnifique chapitre du Deutéronome, où le Seigneur proclame contre les infracteurs de sa loi et ses menaces et ses vengeances.

« L'Eternel te frappera de langueur, de fièvre, d'inflammation, de chaleur brûlante... Il te frappera de l'ulcère d'Egypte, d'hémorrhoïdes, de gale sèche et de dartres vives, et tu ne pourras en guérir... Il te frappera d'un ulcère malin aux genoux et aux cuisses (selon d'autres *aux cuisses et aux jambes*, selon d'autres *aux jambes et aux genoux*) dont tu ne pourras guérir; il t'en frappera de la plante des pieds au sommet de la tête... Il accumulera sur toi toutes les maladies grandes et opiniâtres, toutes les infirmités les plus fâcheuses et les plus chroniques..... et enfin toutes les langueurs et toutes les maladies dont le nom ne se trouve pas dans ce livre. »

Je vous donne cette version non pas assurément comme exacte, mais comme la résultante probable de la collation de toutes les versions. Nonobstant cette réserve, il y a une chose dont vous avez été certainement frappé. La pathologie avait déjà des dénominations spéciales et précises pour les maladies externes et dont les caractères tombaient sous les sens: la lèpre, la gale sèche, les dartres vives, etc.; au contraire pour les affections internes, c'est la terminologie la plus vague qui soit au monde: langueur, fièvre, chaleur brûlante, etc. C'est sans doute ainsi qu'a dû procéder partout la pathologie, dénommant par les phénomènes les plus généraux ces lésions organiques profondes, dont le siége et la nature ne pouvaient se révéler qu'à une observation plus avancée, et avec le secours de l'anatomie pathologique. En conséquence

poitrine, du râle sous-crépitant dans quelques points ; on constate un peu d'obscurité du son en arrière. Il nous est impossible de méconnaître une pneumonie aiguë. Le lendemain, les accidens locaux et généraux s'aggravent : l'enfant meurt dans la soirée.

A l'autopsie, nous constatons : une profonde dissolution du sang . qui ressemblait à du vin peu chargé en couleur, un engorgement énorme de la rate qui était dure et fort consistante et avait à peu près l'aspect du foie. Les deux poumons sont envahis dans presque toute leur étendue par une pneumonie lobulaire disséminée ; dans quelques points les lobules enflammés se sont réunis et forment une masse très considérable qui simule une pneumonie lobaire, mais qui doit être rangée dans la catégorie des pneumonies pseudo-lobaires. Çà et là on voit dans le poumon des taches sanguines, véritables ecchymoses analogues à celles que nous voyons à la peau. Dans certains points, de petites masses blanches ressemblent à des tubercules ; en les examinant de près, on voit que ce ne sont que des ampoules bronchiques contenant du pus ou du mucus puriforme.

Les reins sont le siége d'une altération fort extraordinaire ; les bassinets et les calices sont exactement remplis par un caillot de sang dur et fibrineux. Un peu d'urine légèrement albumineuse est contenue dans la vessie

L'enfant, Messieurs, a évidemment succombé à une pneumonie aiguë, qui, ainsi que cela a lieu invariablement chez les enfans à la mamelle a eu le caractère lobulaire. J'ai à vous expliquer ici les motifs qui m'ont engagé à m'abstenir de toute médication pour combattre la phlegmasie aiguë, tandis que, dans d'autres circonstances, vous me voyez instituer une thérapeutique si énergique.

Vous savez que chez les enfans, et même chez les enfans à la mamelle, je n'hésite jamais à ouvrir la veine du bras une et deux fois au début d'une pneumonie aiguë, en même temps que je donne plusieurs jours de suite du tartre stibié à dose vomitive. Vous m'avez vu plusieurs fois conjurer rapidement des fluxions de poitrine fort graves. Ici que pouvais-je faire? La profonde cachexie de l'enfant ne permettait pas la phlébotomie, et le mauvais état des viscères gastriques rendait périlleux l'emploi du tartre émétique. D'ailleurs, la vitalité de l'enfant était presque éteinte et la rapidité de la mort l'a prouvé surabondamment. Nulle médication, j'en suis convaincu, ne pouvait prévaloir contre l'intensité d'une phlegmasie développée chez un malade placé dans de si déplorables conditions.

Je n'ai pas besoin d'appeler votre attention sur un fait clinique d'une grande importance, je veux parler de l'extrême acuité d'une inflammation chez un malade dont le sang est en quelque sorte converti en sérosité rougeâtre ; ce fait vous prouve l'inanité de la saignée comme moyen préventif de l'inflammation ; il vous prouve encore que les pertes de sang, si utiles dans certaines phlegmasies parenchymateuses, agissent probablement moins par la spoliation du cruor et de la fibrine, que par une modification toute dynamique dont les effets bien plutôt que la cause nous sont expérimentalement démontrés.

Remarquez encore combien la cacochymie, c'est-à-dire la dissolution du sang, dispose aux diverses hémorrhagies. Ainsi, chez cet enfant, nous constatons des hémorrhagies cutanées, pulmonaires, rénales. Il semblerait, à voir le peu de richesse du sang, que ce liquide ne peut fournir les matériaux d'une hémorrhagie ; mais l'expérience clinique démontre surabondamment que les hémorrhagies sont d'autant plus faciles et quelquefois aussi d'autant plus imminentes que le sang est plus dissous.

Ainsi les hémorrhagies sont d'autant plus communes après les grandes opérations chez les individus cacochymiques que chez ceux dont le sang est riche et plastique ; les piqûres de sangsues sont plus faciles à arrêter lors d'une première application qu'à la seconde ou à la troisième. Les pertes utérines se manifestent plus grandes et plus rebelles chez les femmes pâles et presque anémiques que chez celles qui sont dans un état opposé.

Il nous resterait, Messieurs, à étudier ici l'influence du miasme producteur de la fièvre intermittente, sur l'hypertrophie de la rate et sur la cachexie ; j'aurai, dans la prochaine conférence, l'occasion d'y revenir, en vous parlant de la femme qui est couchée salle Sainte-Anne, n° 14, dans notre service des maladies chroniques, et qui, à la suiae de fièvres intermittentes répétées a une énorme hypertrophie de la rate et une profonde cacochymie.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Utilité du diagnostic en médecine. (1re leçon.)

Déjà plusieurs fois nous avons eu occasion de parler de l'utilité du diagnostic en médecine ; c'est, pour nous, la pierre angulaire de tout l'édifice médical ; toutes les autres branches de la médecine clinique tomberaient sans un bon diagnostic. Le traitement ne serait, sans cette condition, qu'incertain, fluctuant, et souvent irrationnel. Cette proposition est si claire, si simple, qu'elle semblerait n'avoir pas besoin de démonstration pour être généralement admise. Il n'en est cependant pas ainsi ; on a fait des objections nombreuses à cette thèse, et elles ont été faites par des médecins dont l'opinion a eu le plus grand poids. Nous allons tâcher de les exposer sommairement. Broussais (pour ne pas nous occuper des anciens), ayant établi comme loi de sa doctrine que toutes les maladies, en général, étaient des irritations, il résultait de sa manière de voir qu'il était à peu près inutile de s'occuper du siége précis et de l'étendue des maladies, leur traitement reposant sur une base commune ; à savoir, l'indication des antiphlogistiques. Ainsi, comme à cette époque nous nous occupions des maladies du cerveau, et nous cherchions à distinguer entre elles les différentes affections de cet organe, ce médecin nous objectait l'inutilité de nos efforts.

Mais aujourd'hui qu'il est généralement admis que tous les organes peuvent être affectés de maladies différentes et par leur nature et par le genre de traitement qu'elles exigent, depuis surtout que la médecine dite physiologique a été réduite à sa juste valeur, cette objection du chef de cette école tombe d'elle-même.

Un autre médecin, Laënnec, qui a tant fait pour la science, voulait démontrer l'inutilité du diagnostic. Il suffit, disait-il, pour voir que bien souvent le diagnostic est inutile, de considérer que les maladies que l'on guérit le mieux et d'une manière presque infaillible, sont justement celles qu'on connaît le moins, c'est-à-dire celles dont la nature intime nous échappe ; de même qu'on ignore la nature et le mode d'action véritable des médicamens qu'on emploie contre ces maladies. Ainsi, par exemple, disait-il, la nature de la fièvre intermittente n'est pas connue, et pourtant on la guérit parfaitement par les préparations de quinquina ; sait-on quelque chose sur la manière dont ce moyen thérapeutique agit pour combattre les fièvres périodiques? Le mercure est employé d'une manière tout à fait empirique dans le traitement des maladies syphilitiques ; et pourtant quel meilleur moyen que celui-là pour combattre ce genre d'affections, sans que personne sache comment il agit? Ainsi, ajoute M. Rostan, on nous cite deux ou trois cas dans lesquels, il est vrai, l'empirisme plutôt que le raisonnement semble nous guider dans le traitement des maladies ; mais à côté de ces deux ou trois cas, combien n'en avons-nous pas où, sans un diagnostic sûr et précis, nous ne pourrions pas nous guider, et où nous serions à chaque instant exposés à faire une mauvaise médecine ! C'est là une de ces vérités les plus palpables, et il semble vraiment extraordinaire qu'un homme tel que Laënnec ait pu tomber dans une pareille erreur. Et puis sur quoi vous guiderez-vous, quelle espèce de médecine ferez-vous au lit des malades? Nous ferons, répondent nos aversaires, la médecine des symptômes. — La médecine des symptômes est bien la plus irrationnelle et la plus anti-logique qui ait jamais existé. Nous pourrions le prouver par une foule d'exemples pratiques ; citons-en quelques-uns au hasard ; prenons, par exemple, la paralysie : c'est un point que nous connaissons maintenant ; nous savons que la paralysie n'est pas une maladie essentielle, mais le symptôme d'une maladie ; avant nous cependant on la regardait généralement comme une maladie réelle et on la traitait par les excitans extérieurs, par des moyens internes, tels que la noix vomique et autres agens analogues.

Voilà la médecine qu'on faisait contre ce symptôme de maladie. Or, pour nous, quand il s'agit de paralysie, notre premier soin est de chercher à en connaître la cause, laquelle peut être très différente et exiger par conséquent des traitemens aussi très variés. Déjà M. Rochoux, en 1811, avait écrit que la paralysie succède souvent à l'apoplexie, que par conséquent les lésions cérébrales peuvent la produire ; nos recherches ultérieures faites sur une grande échelle, nous conduisirent à admettre que la paralysie accompagne toujours une lésion des centres nerveux ; et dès-lors pourquoi, disions-nous, se borner à frictionner les membres paralysés, à chercher par toutes sortes d'excitations à reveiller la contractilité et la sensibilité dans les membres, quand la maladie véritable n'est pas dans le membre, mais dans le cerveau ou dans la moelle? Nous savons bien malheureusement que dans ces affections organiques des centres nerveux il n'y a pas souvent grand'chose à faire, mais au moins nous abstenons-nous d'une médecine empirique qui pourrait nuire plutôt qu'elle ne serait utile. Voilà la différence capitale qui existe entre ces deux manières d'agir, entre l'empirisme aveugle et le rationalisme et l'avantage de celui-ci.

Prenons un autre exemple, l'anasarque. C'était là aussi une maladie essentielle pour les médecins qui nous ont précédé et pour quelques-uns même des médecins actuels, et ils la traitaient en conséquence par les hydragogues, les diurétiques, etc. ; mais pour nous ce n'est autre chose qu'un symptôme qui peut appartenir à une foule de maladies dont le siége et la nature sont différens, et qui exigent aussi des traitemens différens. Ainsi, le foie, le système nerveux abdominal, le cœur, peuvent être le siége d'une maladie qui produit l'anasarque.

Continuons. Un malade ne peut pas avaler : combien de causes ne peuvent-elles pas produire cet obstacle à la déglutition? Et comment y remédierez-vous, si vous n'avez pas fait un bon et précis diagnostic de la cause morbide qui produit ce phénomène? Irez vous ordonner au hasard un traitement qui peut-être augmentera l'intensité du mal?

Un sujet a de la constipation : vous savez que pour les anciens médecins c'était une véritable maladie qu'il fallait traiter par les purgatifs drastiques, sans s'inquiéter des causes multipliées qui pouvaient la produire. Aujourd'hui, quoiqu'on soit généralement revenu de ces idées empiriques, et que tout le monde s'efforce de remonter à la cause des phénomènes morbides considérés comme de simples symptômes, il y a pourtant encore des médecins qui tiennent aux idées anciennes. Je fus appelé il y a quelque temps en consultation près d'une femme qui était affectée d'une constipation très opiniâtre et

---

plus on recule dans l'histoire de la médecine, plus on trouve de maladies générales et indéterminées ; et vous voyez que Moïse, par exemple, pourrait compter parmi les partisans des fièvres essentielles.

Parcourons rapidement le reste de son cadre nosologique. Une infirmité très redoutée dès lors et aujourd'hui encore dans l'Orient était la stérilité : tantôt naturelle, comme chez Rebecca et Rachel ; tantôt envoyée de Dieu en guise de punition, et frappant à la fois l'un et l'autre sexe, témoin le roi de Gérar, Abimelec, qui fut frappé de stérilité avec toutes ses femmes pour avoir ravi Sara. Dans tous les cas, il n'y a de recours qu'en Dieu, et Dieu seul restitue la fécondité.

Une affection plus curieuse est celle dont fut affecté Jacob dans sa lutte avec l'Ange. Jacob venait de traverser un torrent à gué : la nuit suivante, il lutta jusqu'à l'aurore contre un envoyé divin, lequel lui toucha la hanche de façon à dessécher le nerf ou le muscle qui est en cet endroit ; le nerf se retira ou se paralysa, et ainsi la hanche fut démise ; tout cela est dans le texte. Ce qui est certain, c'est que Jacob se trouva boiteux le lendemain, et par suite toute sa vie. Le diagnostic est ici singulièrement obscur. S'agit-il d'une coxalgie, d'une rétraction musculaire, d'une sciatique ? Il y a une note qui aurait pu l'éclairer : *C'est pourquoi jusqu'à ce jour*, dit le texte, *les enfans d'Israël ne mangent pas le tendon qui se trouve à l'emboiture de la hanche*, parce que l'ange avait touché à ce tendon. Je me sers ici de la traduction de M. Cahen, qui, étant juif, semblait mieux que personne en position de nous dire quel est le tendon que les juifs ne mangent pas ; mais il a oublié de consulter son rabbin sur ce point essentiel, et il perd son temps à rechercher si Moïse a voulu parler du tendon d'Achille ou d'un autre. Le tendon d'Achille n'a rien à faire avec l'articulation de la hanche.

On sait qu'il est fait mention au Lévitique d'un *flux* chez l'homme qui le rendait impur, et que, du reste, on abandonnait à la nature. Les commentateurs paraissent d'accord pour que ce soit la blennorrhagie. Vous trouverez enfin une dernière liste de maladies qui rendaient les enfans d'Aaron incapables d'approcher du sanctuaire ; ainsi était rejeté quiconque avait un défaut corporel : — les aveugles, — les boiteux, — *les gens ayant*, dit M. de Genoude, *le nez trop petit, trop grand, ou de travers* ; mais Martin parle seulement des *nez camus*, et M. Cahen des *nez mutilés*; le texte hébreu ajoute *un membre trop court ou trop long* ; les Septante, *les oreilles coupées*; la version syriaque, *les oreilles* seulement *découpées*. Poursuivons les causes d'exclusion : c'était encore *le pied ou la main cassée*; probablement il s'agit du pied-bot ou de quelque mutilation accidentelle ; le Seigneur ne voulait point non plus des bossus, ni même des gens qui avaient la taille trop mince (je lirais volontiers *trop petite*); ni des yeux chassieux ou couverts de taies ; ni galeux, ni dartreux ; enfin la plupart des traducteurs ont trouvé là aussi une mention des hernies, mais d'autres estiment qu'il s'agit de l'écrasement des testicules : vous pouvez choisir. Ce sont là toutes les affections notées par Moïse, à part les lésions traumatiques ; on a vu par le passage cité du Deutéronome qu'il paraissait en connaître davantage ; quoi qu'il en soit, pour aucune d'elles il n'est question nulle part de thérapeutique, et c'est la conclusion à laquelle on arrive de tous les côtés.

Il serait facile d'augmenter de beaucoup cette énumération, en glanant dans les livres bibliques postérieurs tout ce qui se rattache à la pathologie : mais ce travail manquerait d'intérêt et ne nous apprendrait pas grand'chose de neuf. Peut-être pourtant convient-il de noter la maladie du saint homme Job, que bon nombre de commentateurs ont estimée être la vérole. Comme elle fut infligée par Satan, il est assez piquant en effet de faire tomber le choix du diable sur une affection aussi compromettante pour un homme pieux tel qu'était Job ; et d'un autre côté je n'approuve pas moins l'idée des commentateurs, s'ils ont voulu faire entendre que la vérole est une invention diabolique.

Résumons-nous et reprenons haleine. Il est donc bien démontré que Moïse, grand pathologiste et grand hygiéniste si l'on veut, n'était nullement et ne pouvait pas être médecin ; que les preceptes transmis par lui aux sacrificateurs ne touchaient en rien à la médecine proprement dite ; et en définitive qu'il n'existe aucune trace ni de médecine ni de médecins dans l'Ecriture-Sainte jusqu'au temps d'Asa et du prophète Elie, c'est-à-dire environ l'an 900 avant J.-C. Notez bien cette époque, car c'est vers ce même temps qu'on fait fleurir Homère, et comme Homère ne parle pas non plus de médecins, mais uniquement de chirurgiens, nous arrivons légitimement à cette conséquence que la médecine interne n'a pris naissance que dans le cours du dixième siècle avant J.-C. Ainsi donc, ô médecins et chirurgiens, voilà jugé définitivement et historiquement le grand procès de la priorité de l'un ou de l'autre métier, je ne dis pas encore de l'une ou de l'autre science ; je viens d'assigner à la médecine sa date précise, et je lui défends de remonter au-delà.

Mais, diront les Voltairiens, voilà qui est bien pour ce méchant peuple juif, petite peuplade d'abord, chassée de l'Egypte, errant quarante ans dans les déserts, et enfin confinée dans ses maigres montagnes de la Palestine. où elle est comme un point entre trois puissans empires. Mais l'Egypte, mère de toutes les sciences? Mais l'Assyrie, qui finit par conquérir et la Judée et l'Egypte? Mais la Phénicie? Mais Hérodote, et Diodore de Sicile, et Clément d'Alexandrie, puis sans doute aussi Leclerc, et Schulz, et K. Sprengel?

Laissons-là, s'il vous plaît, Hérodote et Diodore, et les autres : il faut d'abord qu'ils aient le temps de naître, et avant que le premier de tous soit sorti du ventre de sa mère, il s'écoulera un peu plus de 400 ans. Si nous arrivons jusqu'à eux, nous dirons ce qu'il y a de vrai ou du moins de vraisemblable dans leurs histoires ; pour l'époque où nous sommes encore, ni les uns ni les autres n'ont rien su de ce qui s'y passait ; et toute faible et limitée que fût cette petite nation juive, elle seule nous a conservé quelques notions sur ces grands empires qui l'étreignaient de toutes parts ; elle seule, enfin opprimée par la force, est restée reine du monde antique par l'intelligence.

En ce qui concerne les Egyptiens, il est évident que si chez eux il y eût de vrais médecins à l'époque de Moïse, Moïse en eût su quelque chose ; je vais plus loin, au temps de la vieillesse de Salomon, dans le commencement du dixième siècle avant l'ère chrétienne, il est difficile de croire que Salomon, épousant une fille d'Egypte et se souciant fort peu du vrai Dieu, n'eût point fait venir à sa cour quelques médecins, si alors il en avait existé ; or, l'intervention d'un médecin dans le palais des rois, signalée comme un scandale par les prophètes, n'eût lieu que cent années après.

Les Assyriens, à en juger par ce qui reste de leur histoire, sont toujours restés fort en arrière de l'Égypte ; et quant aux Phéniciens, qui ne sont autres que les Philistins de la Bible, nous avons un exemple remarquable de leur manière de combattre les épidémies ; c'est une étude de mœurs des plus curieuses, et qui vaut la peine d'être rapportée dans tous ses détails.

La chose se passait vers la fin du douzième siècle avant J.-C., une cinquantaine d'années après la prise de Troie. Les Philistins, vainqueurs des Israélites, s'étaient emparés de l'arche sainte et l'avaient conduite à Azot, dans le temple de leur dieu Dagon. Jéhovah, irrité, *appesantit sa main* sur les gens d'Azot, et les frappa *in secretiori parte natium.* Il est à remarquer que ces affections de l'anus jouaient un grand rôle dans la pathologie de la Bible. Quoiqu'il en soit, il survint une mortalité effrayante, et en même temps des milliers de rats pullulaient dans le pays. On tint conseil, et la présence de l'arche étant suspecte à bon droit, on arrêta de la transporter dans une autre ville. Mais partout où elle s'arrêtait, *la main de Dieu* continuait à frapper sans distinction de sexe ni d'âge, et toujours dans la même partie ; et les intestins sortaient et se purifiaient au dehors ; ce qui semble attester une épidémie de dysenterie avec issue de la muqueuse rectale. Il y a ici dans la Vulgate un passage fort curieux qui manque dans le texte hébreu : les habitans de Geth, ne sachant comment échapper à l'épidémie, imaginèrent de fabriquer des siéges en cuir, *sedes pelliceas* ; en sorte que les coussins en cuir en usage parmi les gens de bureau pour préserver, dit-on, des hémorrhoïdes, ont tout l'air de remonter en droite ligne jusqu'aux Philistins.

On comprend que les siéges de cuir n'enrayèrent pas beaucoup les progrès de l'épidémie. Enfin, après sept mois écoulés, les Philistins se résolvent à renvoyer l'arche ; ils consultent sur ce point leurs prêtres et leurs devins qui répondent à peu près comme Calchas : Si vous renvoyez l'arche, gardez-vous de la renvoyer vide ; mais joignez-y une

qui déjà avait reçu en vain les soins de plusieurs médecins : l'un d'entre eux, croyant avoir affaire à une affection inflammatoire de l'intestin, avait prescrit des saignées, mais sans succès ; un autre ordonna des purgatifs, qui ne produisirent également aucun effet. J'examinai la malade : je pratiquai le toucher vaginal et rectal, et je crus découvrir l'existence d'une tumeur qui comprimait le rectum et qui s'opposait par conséquent à l'issue des matières fécales ; saisissant cette indication, nous tâchâmes d'éloigner mécaniquement cette tumeur, qui était douée d'une certaine mobilité, nous fîmes donner un lavement, et des garderobes abondantes furent le résultat de ces moyens très simples. Plus tard cette tumeur s'ouvrit, elle donna issue à une multitude d'hydatides, et la malade guérit. Comment peut-on ici méconnaître l'utilité du diagnostic ?

Enfin, prenons l'aménorrhée : Les anciens, et quelques-uns des médecins modernes encore la considèrent comme une maladie essentielle et la traitent généralement par les emménagogues, c'est-à-dire par des remèdes propres, selon eux, à rappeler l'écoulement menstruel. Mais de combien de causes toutes différentes l'aménorrhée ne peut-elle pas dépendre ? Nous savons qu'elle peut être l'effet d'une inflammation, d'un état pléthorique, comme d'un état diamétralement opposé, d'une anémie ou de toute autre cause. Il faudra donc encore appliquer un traitement différent selon les circonstances.

Je crois avoir assez clairement démontré l'utilité, l'importance du diagnostic en général, et surtout du diagnostic local, pour le traitement rationnel des maladies ; c'est, il faut le dire, une conquête moderne que la précision du diagnostic, tel que nous parvenons à l'obtenir aujourd'hui ; mais nous avouons que ce n'est pas là le dernier mot de la science. Il y a certainement bien autre chose à faire pour le rendre plus exact encore, et lui donner, pour ainsi dire, un degré de certitude presque mathématique. Nous avons confiance, à cet égard, dans l'avenir et dans les travaux progressifs de l'esprit humain. Nos successeurs arriveront sans doute à trouver l'essence des causes qui produisent les différens états morbides ; mais, pour nous, dans l'état actuel des connaissances, c'est un pas immense que d'être parvenu à distinguer les phénomènes morbides de leurs causes, et d'avoir appris à remonter à ces causes mêmes, à déterminer l'altération locale qui se traduit par les mêmes phénomènes morbides, et à en apprécier l'étendue et le degré. C'est un pas immense pour une bonne et rationnelle thérapeutique ; mais, je le répète, il nous manque une connaissance essentielle pour achever de donner à la médecine le degré de certitude qu'elle est susceptible d'acquérir ; c'est celle de la nature même des causes morbides. Ainsi, si nous jetons les yeux sur les maladies de la peau, nous reconnaissons bien que cette multitude de lésions si variées et si bigarrées qu'elles présentent doivent avoir des causes différentes ; nous les admettons ; mais ces causes nous échappent pour la plupart, du moins dans leur véritable nature ; cependant, en sachant bien distinguer les différens effets de ces causes, nous pouvons encore arriver à faire une médecine rationnelle. Les physiciens connaissent-ils l'essence intime de l'électricité, du magnétisme, de la lumière ? Non ; mais ils connaissent leurs effets, ils les apprécient exactement, et de cette connaissance ils remontent à leurs causes, et ils déduisent les lois selon lesquelles ces causes agissent, bien que leur nature reste toujours inconnue. Nous procédons de même pour les causes des maladies cutanées, comme pour toutes les maladies du corps humain.

Le diagnostic ensuite ne consiste pas seulement dans la connaissance de la lésion organique ou de l'altération fonctionnelle d'un organe, il s'occupe aussi de la différence que la maladie peut présenter sous le rapport thérapeutique, selon les différences de l'âge, du tempérament et des autres circonstances particulières relatives au sujet malade. De même le médecin n'oublie pas, dans ses investigations, les signes qui se déduisent de l'état du pouls, ainsi que de tous les phénomènes dits sympathiques ; car ceux-ci ne sont que le retentissement, l'écho de la maladie ou de la lésion locale sur laquelle, d'abord et principalement, est portée l'attention du praticien.

Voilà les principaux argumens qui démontrent l'utilité du diagnostic. Il faut bien se familiariser avec ces idées, qui sont la base de toute bonne médecine, et se garantir contre les objections spécieuses de certains médecins empiriques. Il faut le répéter souvent, que sans diagnostic il n'y a pas de thérapeutique rationnelle possible : or, sans thérapeutique, que ferait le médecin au lit des malades ?

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 avril. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie par M. Orfila, dans laquelle l'auteur dit qu'il résulte d'un grand nombre d'expériences qu'il a faites : 1° que les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique et oxalique, étendus d'eau sont absorbés et qu'ils peuvent être décelés dans l'urine ; 2° que les mêmes acides dans leur plus grand état de concentration sont également absorbés parce qu'ils s'affaiblissent à la faveur des sucs dont ils déterminent l'exhalation, dès qu'ils sont en contact avec l'intérieur du canal digestif ; 3° que l'absorption des sels de plomb, de bismuth, d'étain, de zinc, d'or et d'argent, ne saurait être contestée, puisqu'on trouve dans le foie et dans l'urine des chiens empoisonnés par ces toxiques, les métaux qui entrent dans leur composition. Tous ces métaux peuvent être facilement extraits par un même procédé, la carbonisation des viscères par l'acide azotique et le traitement du charbon par l'eau régale ou par l'acide nitrique ; 4° que les sels de mercure sont également absorbés et portés par le sang dans tous les organes ; qu'il ne s'agit, pour mettre ce fait hors de doute, que de dissoudre dans l'eau régale les viscères d'un animal empoisonné par un sel mercuriel, et de faire passer à travers la dissolution un courant de chlore gazeux, ou, ce qui vaut encore beaucoup mieux, de carboniser ces viscères par un acide fort à vases clos, et de traiter le charbon par l'eau régale bouillante ; 5° qu'il a également trouvé dans les viscères et notamment dans le foie, ainsi que dans l'urine une partie de l'iode, du foie de soufre, de l'azotate de potasse, de l'alun, de l'ammoniaque, du sel ammoniacal et de l'eau de javelle avec lesquels il avait tué les animaux soumis à ses expériences.

M. Orfila termine en disant que ces travaux complètent ses recherches sur l'absorption des poisons tirés du règne minéral, et établissent l'exactitude des prévisions qu'il avait consignées dans de précédens mémoires.

— *M. le président* tire au sort les membres qui doivent se rendre aux Tuileries le 1er mai. Ce sont : MM. Renaudin, Dubois (Frédéric), Martin-Solon, Chomel, Villermé, Lecanu, Macartan, Andral (père), Pelletier, Cannet, Poirson, Derosnes.

M. Villermé demande qu'on s'occupe de dresser la liste des membres correspondans décédés, pour pouvoir faire de nouvelles élections.

M. Mérat répond qu'il est difficile d'obtenir des renseignemens précis à cet égard ; il prie ses collègues de donner des renseignemens sur ce point.

M. Double dépose sur le bureau de M. le président un livre important de M. Cazeneuve, médecin à l'Isle.

M. Gaultier de Claubry est appelé à la tribune pour lire les conclusions de son rapport sur les vaccinations de 1840.

Première conclusion. — « La vaccine, régulièrement développée, préserve de la variole. Néanmoins cette préservation n'est pas absolue pour tous les vaccinés. Un petit nombre de ces derniers reste exposé à une éruption communément désignée sous le nom de varioloïde. »

M. Double demande à M. le rapporteur s'il est dans l'intention de la commission d'assimiler la varioloïde à la variole sous le rapport de la nature de ces deux affections. Pour lui, il leur trouve des différences essentielles qui ont été d'ailleurs fort bien appréciées par Rhazès et par plusieurs autres auteurs.

M. Gaultier de Claubry répond que, dans l'opinion de la commission, la variole et la varioloïde sont de même nature, et qu'elles ne présentent de différences que dans le degré d'intensité.

MM. Piorry et *Rayer* parlent dans le même sens.

La première conclusion est adoptée.

Deuxième conclusion. — « Cette éruption, quoique de nature varioleuse, est en général légère et sans danger ; elle n'a fait périr qu'un seul malade sur cent un, tandis que la variole a fait une victime sur huit et demi. » (Adopté.)

Troisième conclusion. — « Une première vaccine détruit l'aptitude à une seconde vaccine, comme à la variole ; cependant il est quelques sujets en qui cette aptitude se reproduit après un temps plus ou moins long. Il est pareillement des sujets variolés chez lesquels la vaccine se développe d'une manière régulière, sans que l'on puisse conclure de cette double réussite que ces divers sujets étaient aptes à contracter la variole. » (Adopté.)

Quatrième conclusion. — « La réussite la plus complète de la revaccination n'est pas non plus une garantie pour tous les sujets indistinctement contre les chances d'une varioloïde ultérieure. » (Adopté.)

Cinquième conclusion. — « En général, la variole n'atteint qu'une seule fois la même personne. Cependant il est quelques sujets qui ne sont pas à l'abri d'une seconde variole, et cette seconde variole a la même gravité que la première. » (Adopté.)

M. le président met aux voix l'ensemble de ces conclusions. (Adopté.)

— *M. Prus*, candidat à la place vacante dans le sein de l'Académie, est appelé pour une lecture. MM. Delens et Nacquart observent que le rapport de la commission devant être lu dans la prochaine séance, et par conséquent les collègues de M. Prus ne pouvant pas être entendus avant la lecture de ce rapport, ce serait un privilége pour ce médecin. Une discussion s'engage sur ce sujet.

Il est cinq heures, la séance est levée sans que l'Académie ait pris aucune décision.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 avril 1842. — Présidence de M. Poncelet.

MM. Girardin et Presser, professeurs de chimie à Rouen, envoient une note sur « l'examen chimique de l'huile de foie de raie. » On sait que les praticiens belges et hollandais font un grand usage de l'huile de foie de morue et qu'ils n'emploient l'huile de foie de raie que quand la première manque. On sait aussi que l'huile de foie de morue doit ses propriétés à l'iode qu'elle renferme. Les chimistes de Rouen ont voulu chercher la différence qui existe entre ces deux huiles, et ils ont trouvé que c'est précisément l'huile de foie de raie qui contient le plus d'iode, qui s'y trouve à l'état d'iodure de potassium. L'huile de foie de raie donne 18 centigrammes par litre de cet iodure, l'huile de foie de morue n'en donne que 15 centigr.

— *M. de Romané* lit un mémoire « sur la substance grasse du lait, » sur les modifications qu'elle subit et sur le rôle qu'elle joue dans la » nutrition. » En voici les conclusions qui s'éloignent singulièrement des idées reçues :

1° Au moment de l'émission du lait, les globules de dimensions diverses que le microscope fait voir clairement dans le lait, et qui tendent plus ou moins, en raison de leur pesanteur spécifique, à s'élever vers la partie supérieure, contiennent du beurre à l'état parfait.

2° Ces globules contiennent tous du beurre et ne contiennent que du beurre.

3° Cette substance s'y trouve sous forme de pulpe enveloppée d'une pellicule blanche, translucide, mince, élastique et résistante.

4° L'action du barattage n'est autre que l'atténuation par le frottement, la rupture mécanique de ces pellicules qui enveloppent la pulpe butireuse, et la mise à nu de cette pulpe.

5° Le beurre se forme presque tout d'un coup après un certain temps de barattage, parce que cette action mécanique s'exerçant de la même manière et à peu près pendant le même laps de temps sur tous les globules que peut atteindre l'instrument de percussion, et les pellicules ayant toutes à peu près le même degré de consistance, leur déchirure doit s'opérer à des instans très rapprochés les uns des autres.

6° Ce sont les débris de ces pellicules qui troublent et blanchissent le liquide qu'on nomme le lait de beurre, ainsi que les eaux dans lesquelles on lave le beurre qui vient d'être réuni.

7° Enfin l'acidité qui se manifeste constamment dans le lait de beurre à l'instant où le beurre se forme, quelque fraîche et alcaline qu'ait été la crême lorsqu'on l'a mise dans la baratte, est due au contact immédiat du beurre et des principes acides dont M. Chevreul a

---

offrande pour votre péché, et alors vous serez guéris, ou bien vous connaîtrez la cause de la colère du Dieu d'Israël.

Mais, dit le peuple, quelle devra être cette offrande ? — Les prêtres répondirent :

« Selon le nombre de vos province, vous ferez faire cinq anus d'or (M. de Genoude traduit délicatement *cinq statues*) et cinq rats d'or, en mémoire du fléau qui vous a frappés vous et vos princes, et vous offrirez ces cinq images de vos anus, avec les images des rats qui ont ravagé votre terre, et vous rendrez gloire au Dieu d'Israël, s'il veut bien retirer sa main de dessus vous, de vos Dieux et de votre pays..... Prenez donc un char neuf, et attachez-y deux vaches qui nourrissent leur veau et qui n'ayent jamais porté le joug ; et renfermez leurs veaux dans l'étable ; puis vous prendrez l'arche du Dieu, vous la mettrez sur le char, et à côté d'elle, dans une cassette, les images d'or que vous aurez offertes pour le péché, et alors laissez-la aller. Mais vous regarderez ; si elle monte par le chemin de son pays du côté de Bethsamès, c'est le Dieu qui nous a fait ce mal terrible ; si non, vous saurez que ce n'est pas sa main qui nous a frappés, mais que le tout est l'œuvre du hasard. »

Voilà, si vous le voulez, une consultation admirable pour des devins et des prêtres, mais où il serait difficile de reconnaître l'intervention des médecins.

Mais enfin, comme tout est mobile et changeant dans ce monde, il arriva donc, vers les dernières années du dixième siècle avant notre ère, qu'un des meilleurs et des plus pieux rois de Juda, Asa, étant tourmenté d'une violente douleur des pieds, *ne s'adressa point au Seigneur, et se confia davantage dans l'art des médecins.* Les médecins lui servirent de peu ; car deux ans après il *s'endormit avec ses pères ;* mais cette apparition des médecins est notée d'un tel air d'aigreur par l'historien sacré, que Bossuet en fait encore un reproche au pauvre roi dans son Discours sur l'Histoire universelle.

D'où venaient ces médecins, et où la médecine avait-elle eu enfin son origine ? Peut être avait-elle pris naissance en Egypte, et j'exposerai ailleurs les motifs de cette conjecture ; Asa aurait pu, dans ce cas, avoir recueilli quelques médecins dans le buttin immense qu'il avait fait sur les Ethiopiens. Peut-être aussi la civilisation des Hébreux, aussi avancée pour le moins que celle de leurs anciens maîtres, avait seule donné naissance à ce produit nouveau, et, en effet, déjà quelque temps avant Asa, mais surtout après lui, il se fit de notables changemens dans la constitution de la pathologie théologique que Moïse avait léguée à ses successeurs.

Quelles furent les causes de ces changemens ? Il est possible jusqu'à un certain point de les entrevoir. Le peuple Juif en particulier, et les peuples voisins en général, n'ayant pas l'idée d'une vie future, et rattachant toutes leurs craintes et leurs espérances à la vie présente, la médecine, si pauvre qu'elle fût encore, devint nécessairement un immense moyen d'influence et de gouvernement. Tant que les sacrificateurs avaient été juges ou chefs du peuple, ils avaient réuni entre leurs mains les deux grands leviers du pouvoir, les punitions légales infligées en leur nom, et les punitions extra-légales infligées au nom de Dieu, parmi lesquelles comptaient surtout les maladies. Mais lorsqu'ils furent remplacés par les rois, et qu'ils eurent ainsi perdu la moitié de leur puissance, il fallut bien chercher à agrandir l'autre, et ne plus se borner aux simples ressources du diagnostic et des mesures hygiéniques. Le premier pas qu'ils firent fut de s'emparer du pronostic, le plus puissant moyen peut-être d'agir sur la crédulité populaire, pronostic d'ailleurs purement théurgique encore, comme était l'étiologie. Mais les sacrificateurs ordinaires n'ayant jamais eu la vue de l'avenir, il fallait des ministres d'un autre ordre et sous un autre nom ; ou bien peut-être cet autre nom leur vint-il de ce nouveau pouvoir qui paraissait plus éclatant que tous les autres : ce furent les prophètes ; et comme, au moyen-âge, le clergé ordinaire ne suffisant plus aux besoins de l'Eglise, on avait créé les congrégations religieuses, de même il y eut sous les rois juifs des congrégations très nombreuses de prophètes qui parcouraient tout le pays, et dont l'influence se montra quelquefois supérieure à celle des rois eux-mêmes.

Le premier exemple que je trouve d'un pronostic de ce genre, remonte jusqu'au règne de David. Le grand roi avait eu un fils de Bethsabée dont il avait fait périr le mari ; le prophète Nathan vient, lui reproche son crime, et lui prédit que l'enfant mourra. En effet, l'enfant tomba malade et mourut ; ici le pronostic a devancé la maladie même ; mais vous allez le voir se régulariser, et prendre le caractère un peu plus médical.

Le fils de Jéroboam était tombé malade. Jéroboam envoya sa femme déguisée consulter le prophète *Ahija ;* mais Dieu prévinit le prophète qui la reconnut, et lui dit fort durement que l'enfant allait mourir. Il paraît, du reste, que les prêtres des idoles voisines ne voulurent point rester en arrière, et s'emparèrent aussi du pronostic ; de là une rivalité vigoureusement soutenue par les prophètes, et dont l'histoire d'Ochosias présente un fier exemple.

Ochosias était tombé du haut d'un étage élevé, et était assez gravement malade. — « Il envoya des messagers, disant : Allez ; consultez Beelzebub, le dieu d'Accaron, pour savoir si je relèverai de cette maladie. Mais l'ange du Seigneur parla à Elie de Thesbé, disant : Lève-toi et monte à la rencontre des messagers du roi de Samarie, et leur dis : Est-ce qu'il n'y a pas de Dieu dans Israël, que vous alliez consulter Beelzebub, le dieu d'Accaron ? C'est pourquoi voici ce que dit le Seigneur : Tu ne descendras point du lit sur lequel tu es monté ; mais tu mourras de mort. »

C'est là, certes, un moyen violent de défendre sa clientelle ; et de fait Elie ne permit pas aux messagers de poursuivre leur chemin, mais il les renvoya à leur prince avec ce pronostic grave qui ne tarda pas à se réaliser.

On peut donc comprendre avec quel mécontentement les prophètes virent arriver la nouvelle concurrence dont les menaçait les médecins ; mais ils ne reculèrent pas un instant, et, combattant l'ennemi sur son propre terrain, ils avaient déjà réuni le pronostic au diagnostic ; ils y joignirent la thérapeutique ; et comme pour se prémunir à l'avenir contre de nouveaux adversaires, ils ne se contentèrent pas de guérir les malades, ils se mirent à ressusciter les morts. A part même ces miracles que les médecins n'ont jamais su faire, il eût suffi assurément de la thérapeutique toute théurgique des prophètes, pour l'emporter de beaucoup dans les imaginations populaires ; et il est assez curieux que le nom des médecins ne reparaît plus dans la Bible. On dirait qu'ils ont été écrasés par cette redoutable rivalité ; et tout au plus aurons-nous à signaler quelques emprunts de moyens hygiéniques ou médicaux que les prophètes firent plus tard à la médecine humaine.

Chronique et Nouvelles.

La Faculté vient de prendre une délibération qui peut avoir des conséquences graves et qui est d'ailleurs en contradiction formelle avec un article du réglement des concours. — Aujourd'hui l'entrée de l'hôpital de la Charité a été fermée au public pendant l'examen des malades sur lesquels M. Aug. Bérard a fait sa leçon. Chacun de MM. les candidats avait reçu une lettre de *laissez passer*. Dans le prochain numéro nous entrerons dans quelques détails sur cette innovation.

— Deux juges du concours actuellement ouvert à la Faculté de médecine, MM. Moreau et Cruveilhier, ont décliné leurs fonctions. MM. Bouillaud et Piorry, de suppléans qu'ils étaient, deviennent juges.

Nous n'avons pas à rechercher les motifs de la retraite des deux professeurs que nous venons de nommer. Nous dirons seulement que ces retraites ne sont que trop fréquentes dans les concours, et qu'il y a là une organisation vicieuse contre laquelle nous nous sommes souvent élevés, et qui ne peut manquer de frapper tous les yeux. — Le citoyen que le sort désigne comme membre du jury dans une session d'assises, encourt une pénalité sévère quand, sans motifs plausibles, il manque à son mandat, et un juge de concours peut librement, quelquefois même sous le prétexte le plus frivole, faillir à ses fonctions élevées. Il faut vivre à l'époque d'indifférence dans laquelle nous sommes, pour que de pareils abus ne frappent pas davantage la conscience publique. — Il n'y a, du reste, dans ces remarques, rien de personnel pour MM. Moreau et Cruveilhier. Nous sommes même persuadés que ces deux professeurs en approuveront la justesse.

signalé la présence dans cette substance, contact dont le liquide se trouvait préservé tant que les particules de beurre étaient renfermées dans leurs enveloppes.

— *M. Bourgery* présente un mémoire avec planches sur la structure intime de la rate. Il résulte du travail de cet anatomiste, que la rate se compose de deux appareils, l'un vésiculaire, l'autre glanduleux, scindés par de petits organules et partout juxta-posés, élément à élément, dans toute l'étendue de ce viscère. Le volume de la rate, étant supposé divisé en 6 portions, l'appareil vésiculaire semble y figurer comme 3, et l'appareil glanduleux comme 2, les vaisseaux composant à peu près le 6e.

Néanmoins, si l'appareil vésiculaire a plus d'étendue, l'autre est plus compacte et plus ramassé ; en sorte que l'on peut considérer leurs masses organiques fonctionnelles comme étant à peu près égales.

Les appareils vésiculaires et glanduleux se ressemblent en ce point que chacun d'eux est formé par une chaîne sans fin des élémens qui le composent, continus entre eux dans toute l'étendue de la rate. — L'appareil vésiculaire ou la succession des vésicules, continues entre elles par leurs orifices de communication, comprend, outre les veines spléniques, qui peuvent être assimilées au chapelet vésiculaire, les glandules et le champ granulo-capillaire. C'est, si l'on veut, une vaste poche milléloculaire, ou mieux un long canal incessamment replié sur lui-même qui aurait été divisé, ou par des étranglemens vasculaires en myriades de petites cavités pour augmenter leurs surfaces. La texture des vésicules et la nature du liquide qu'elles renferment permettent de les considérer comme un appareil *d'élaboration sanguine*. — L'appareil glanduleux se compose de glandes et de vaisseaux, que l'auteur a reconnus pour appartenir au système lymphatique.

On peut définir la rate une vaste glande lymphatique sanguine, et les glandes lymphatiques de la circulation générale peuvent être considérées comme un chapelet de petites rates répandues sur divers points de l'appareil circulatoire lymphatico-sanguin.

—*M. Andral* a commencé la lecture d'un mémoire intitulé : « Recherches sur la composition du sang chez les animaux domestiques en état de santé et de maladie. » Nous en parlerons quand cette lecture sera finie.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Cas de delirium tremens *guéri par l'emploi des alcooliques* ; par M. le docteur SCHUBERT, médecin à Dramburg.

Un paysan, âgé d'une trentaine d'années et très adonné à l'eau-de-vie, fut déposé dans une maison d'arrêt, où par suite d'une privation de boissons spiritueuses prolongée pendant deux jours, il fut affecté de *delirium tremens*.

Le délire n'avait point d'objet fixe ; toutefois, au milieu des idées variées qui passaient par le tête du malade, revenait surtout celle d'une bouteille d'eau-de-vie qu'il croyait voir et toucher partout. Lorsque M. Schubert le vit pour la première fois, il l'aperçut courant çà et là dans la chambre où il était renfermé, pour saisir cette bouteille qu'il voyait voltiger dans l'air. Ses mains étaient incessamment agitées par un fort tremblement ; sa figure était rouge, sa langue un peu chargée, son ventre tendu et dur ; il n'y avait pas eu d'évacuations alvines depuis quelques jours.

On administra d'abord du sulfate de soude à dose purgative, puis du chlorhydrate d'ammoniaque et de petites doses de tartrate de potasse antimonié. Après l'emploi de ces divers agens, la langue se nettoya, l'abdomen devint souple et les selles régulières. Néanmoins, le delirium continuait toujours avec la même intensité, et le malade n'avait pas dormi depuis sept jours. Pour amener l'état de repos qui était tant à désirer, on eut recours à l'opium, qui fut donné par prises de cinq à dix centigrammes (un à deux grains) jusqu'à concurrence de soixante centigrammes (douze grains) dans les vingt-quatre heures ; mais cette médication n'obtint pas le moindre succès.

M. Schubert se rappelant alors le conseil donné par M. le docteur Blake, dans l'*Edinburgh medical and surgical journal* (octobre 1825), se décida à recourir à l'administration des spiritueux, et prescrivit *l'eau-de-vie d'orange* (teinture alcoolique d'écorce d'orange?) par trente grammes (une once). Dès la seconde dose, le délire commença à perdre de sa violence, et il y eut un peu de sommeil : enfin, après l'ingestion de cinq centigrammes (une livre) de cette liqueur, le rétablissement fut complet.

(*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde* ; 1842, n° 14.)

Sur l'existence de l'urée dans le sang.

M. J.-F. Simon assure qu'il n'a jamais manqué de rencontrer l'urée dans le sang des individus qui ont succombé à la dégénérescence granuleuse des reins.

Il a constaté aussi la présence de ce principe dans le sang d'une femme morte avec tous les symptômes du choléra, et il l'y a même trouvé en quantité assez forte pour pouvoir s'obtenir à l'état de pureté et sous forme de cristaux configurés en très longs prismes quadrilatères, qu'il lui fut possible de distinguer même à l'œil nu. Ce même sang contenait une notable proportion de *biliverdine* et de *biline*, à tel point qu'il en avait contracté une saveur fortement amère.

Ce même chimiste a récemment prouvé que, dans l'état de santé, le sang renferme également une très petite quantité d'urée. En traitant avec beaucoup de soin et par un procédé d'une grande longueur environ huit kilogrammes (seize livres) de sang de veau, il en a obtenu des cristaux bien distincts de nitrate d'urée, mais sans la moindre trace de matière biliaire.

(*Mueller's Archiv.* 1831.)

Note sur la taraxacine.

La taraxacine est une matière cristalline qui a été extraite, par M. Pollex, du suc laiteux obtenu par expression du pissenlit *(Leontodon taraxacum,* L.)

Le procédé à l'aide duquel on peut retirer ce principe immédiat est le suivant. Après avoir fait bouillir le suc laiteux préalablement étendu d'eau distillée, afin d'en séparer l'albumine qui entraîne de la matière grasse et du caoutchouc, on filtre le liquide concentré, puis on le dépose dans un lieu chaud, et on l'abandonne à l'évaporation spontanée. La taraxacine cristallise pendant cette évaporation ; on la purifie par de nouvelles cristallisations dans l'eau ou dans l'alcool.

Les cristaux se présentent sous la forme d'arborescences ou d'étoiles. Une légère chaleur les fait entrer en fusion, mais ils ne sont pas volatils. L'eau froide agit faiblement sur eux, mais ils sont facilement solubles dans l'eau bouillante, dans l'alcool, dans l'éther, et même dans les acides concentrés qui ne les décomposent pas. Leur saveur est amère et légèrement âcre.

Cette nouvelle substance doit être rangée parmi les principes immédiats neutres ; elle ne renferme pas d'azote.

(*Rapport de M. Berzélius sur les progrès des sciences.*)

Sirop antiphlogistique.

Pr. Fleurs de coquelicot, 100 gram.

Faire infuser dans suffisante quantité d'eau pour obtenir 200 grammes de colature ; alors faire dissoudre dans ce liquide

Extrait aqueux d'opium, 2 gram.
Extrait alcoolique d'ipécacuanha, 4 id.

Filtrer, et verser le produit de la filtration dans

Sirop de sucre bouillant, 4 kilogram.

Faire cuire en consistance sirupeuse épaisse ; puis, lorsque le sirop est entièrement refroidi, ajouter

Alcool de fleurs d'oranger, 8 gram.

Mêler exactement par agitation.

Ce sirop, dont la formule est due à M. Bouchardat, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, peut remplacer avec avantage les médicamens secrets prônés sous le nom de *Sirop antiphlogistique*. Il convient parfaitement dans les bronchites et autres affections phlegmasiques de la poitrine.

La dose à laquelle on peut le prescrire varie, suivant les cas, de deux à trois cuillerées à bouche par jour, que l'on administre, soit à l'état de pureté, soit dans une tisane appropriée.

Topique excitant résolutif. (Pharmacie vétérinaire.)

On emploie avec avantage, dans quelques localités de la Normandie, une préparation onguentacée dont la composition est tenue secrète, et qui, appliquée avec circonspection comme topique, paraît d'un usage réellement avantageux pour combattre et faire fondre les tumeurs indolentes sur les chevaux.

Cette préparation, de couleur brunâtre, a l'aspect et la consistance de l'onguent vésicatoire ; son odeur graisseuse a quelque chose de nauséabond qui rappelle un peu celle des cantharides. Etendue sur un morceau de papier, on y distingue même à l'œil nu une grande quantité de points brunâtres, irréguliers, mélangés de points d'un beau vert et comme cuivrés, tels que ceux qu'on aperçoit dans l'onguent vésicatoire. Le papier sur lequel on fait cet examen se trouve bientôt taché et rendu demi-transparent par une partie de graisse absorbée.

M. Lecoq, secrétaire de la Société vétérinaire du Calvados, en ayant fait remettre une petite quantité à M. le professeur Lassaigne, cet habile chimiste en fit l'analyse et trouva que la composition était la suivante :

Pr. Axonge, 65 grammes.
Poudre de cantharides, 29 id.
Pommade mercurielle, 6 id.
M. S. A.

(*Journ. de chim. méd.*, fév. 1842.)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

DIX-SEPTIÈME SÉANCE. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui mercredi 27, M. A. Bérard a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés aux numéros 2 et 22 de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau).

La prochaine séance aura lieu vendredi, 29. L'examen des malades se fera à l'Hôtel-Dieu, à quatre heures. A cinq heures, séance publique.

Après-demain vendredi 29, aura lieu l'épreuve de médecine opératoire dans le concours du Bureau central. On sait que les concurrens sont au nombre de quinze. Une dizaine d'entre eux traversaient aujourd'hui la rue de l'Ecole-de-Médecine pour se rendre aux cabinets de dissection.— Où allez-vous, leur dit un de leurs compétiteurs ?— Nous préparer à l'épreuve de demain. — Vous faites bien ; mais je crois mieux faire en allant faire visite à deux de nos juges qui ne sont pas tout à fait disposés pour moi. (Morale des concours !)





Imprimerie de BÉTHUNE et PL
rue de Vaugirard, 36

SAMEDI 30 AVRIL 1842. (15e ANNÉE.) N° 39. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Revue du service de M. Lisfranc (salle Saint-Augustin).

Maladies de l'utérus. — Fractures. — Gangrène de la face, autoplastie.

Les salles de M. Lisfranc offrent dans ce moment un grand nombre de cas intéressans et dignes, sous différens points de vue, de fixer l'attention des observateurs et des praticiens. Nous ferons à raison du grand nombre de faits et de leur diversité une revue rapide du service, nous réservant de revenir sur quelques-uns des malades dont l'histoire présentera assez d'intérêt pour la reproduire dans tous ses détails.

Nous commencerons cette revue par l'examen de la salle des femmes (Saint-Augustin); les malades des salles Saint-Louis et Saint-Antoine seront l'objet d'un second article.

La salle Saint-Augustin contient toujours un grand nombre de femmes affectées de maladies de la matrice. Ce service est, sous ce rapport, une des plus fécondes sources d'enseignement clinique que renferment les hôpitaux de Paris. On doit à cette réunion de maladies de même nature et d'une commune origine non seulement la facilité de comparer leurs caractères, leurs symptômes et les effets des diverses méthodes thérapeutiques mises en usage, mais encore la possibilité de saisir les rapports communs qu'elles peuvent avoir avec les influences extérieures. Nous en trouverons un exemple frappant dans un fait que nous venons d'observer tout récemment.

Il n'est aucun des médecins et des élèves qui suivent la clinique de M. Lisfranc, qui n'ait été frappé, lors de l'une des dernières visites, de la remarquable coïncidence des plaintes des malades qui, presque toutes, accusaient depuis la veille de plus vives douleurs que de coutume et un accroissement sensible des symptômes généraux et sympathiques de leur affection utérine, bien qu'elles fussent pour la plupart en voie de guérison ou au moins dans un état d'amélioration réelle et notable.

Ce fait, que M. Lisfranc ne perd jamais l'occasion de faire remarquer, se reproduit souvent, et nous avons tout récemment encore eu l'occasion de le signaler dans un de nos derniers comptes-rendus; — il coïncide constamment avec un changement brusque de température ou une variation dans l'état hygrométrique de l'atmosphère : que ce soit la constitution froide et humide qui succède à la constitution chaude et sèche, ou au contraire le passage d'une mauvaise température à une température plus douce et plus salutaire, le changement n'en exerce pas moins son influence sur l'économie de manière à retentir sur les organes les plus susceptibles et le plus habituellement souffrans. C'est précisément ce qui a lieu dans ce moment-ci où les premiers rayonnemens du printemps succédant à une température maintenue constamment abaissée depuis un temps fort long, paraissent avoir agi sur l'innervation si mobile et si impressionnable de ces femmes, absolument comme le font dans d'autres circonstances les vicissitudes et les perturbations les plus brusques de l'atmosphère.

Nous signalerons en passant, et à cette occasion, une autre influence de même nature mais plus spéciale, qui ne manque jamais de se faire ressentir dans les salles de chirurgie à la naissance de la saison où nous sommes, nous voulons parler de la complication érysipélateuse des plaies et des opérations. Nous en avons déjà remarqué quelques exemples dans les salles de M. Lisfranc, sur lesquelles nous reviendrons s'il y a lieu. Revenons aux malades de la salle Saint-Augustin.

Bien que les modifications imprimées par les changemens atmosphériques à l'état des malades ne soient en général que passagères, qu'elles portent spécialement sur le système nerveux, et qu'elles aillent rarement jusqu'à atteindre l'état organique de l'utérus, et que le plus souvent il n'en résulte d'autre indication thérapeutique que l'observation plus rigoureuse du repos et des mesures hygiéniques en usage, il est cependant quelquefois nécessaire d'agir même avec une certaine énergie contre les effets de ces impressions atmosphériques; témoin le cas présent qui nous occupe. Le seul changement en question dans l'état de l'atmosphère a suffi pour produire chez ces malades un état d'irritabilité telle, du côté de la matrice, qu'il a été nécessaire de prescrire à celles d'entre elles chez lesquelles l'exaspération des symptômes s'est montrée le plus intense, de petites saignées révulsives du bras. Que l'extrême impressionnabilité nerveuse de ces femmes, surexcitée par les changemens atmosphériques soit la cause de l'exaspération de leurs douleurs et celles-ci l'occasion d'un mouvement fluxionnaire vers la matrice, ce serait là une explication admissible peut-être; mais que sous l'influence atmosphérique, l'état d'irritabilité de l'utérus s'accroisse, que des congestions imminentes se déclarent, que des congestions déjà existantes se reproduisent avec plus de violence, que ces phénomènes accidentels acquièrent assez d'intensité quelquefois pour nécessiter l'intervention d'une thérapeutique active, c'est là le fait clinique qu'il est important de faire saillir et que l'observation des faits isolés, tels qu'on les rencontre dans la pratique, n'eût que difficilement mis en évidence.

M. Lisfranc a, disons-nous, en conséquence prescrit une petite saignée révulsive du bras, de 90 gram. pour les moins fortes, de 120 à 180 gram. pour les plus robustes, dans le but de prévenir ou de combattre les congestions utérines. Nous reviendrons sur les effets de ces saignées, sur leur action spécialement révulsive et sur la manière de les doser suivant le résultat que l'on en veut obtenir, à l'occasion des leçons que M. Lisfranc consacrera spécialement au traitement des maladies de matrice.

Parmi les autres malades qui sont couchées dans la salle Saint-Augustin, nous signalerons plus particulièrement les suivantes :

Le n° 9 et le 10 présentent deux exemples de maladies de l'utérus méconnues, et prises par plusieurs médecins pour des affections d'une toute autre nature.

La première de ces malades est entrée à l'hôpital se plaignant de douleurs aux seins; elle disait n'avoir point autre chose, et depuis long-temps qu'elle se plaignait de ces douleurs, elle avait subi sans aucun succès différens traitemens, tous dirigés contre une prétendue névralgie des seins. Cette circonstance ayant éveillé l'attention de M. Lisfranc, il a examiné l'utérus et trouvé un engorgement chronique simple, sans aucune complication fâcheuse. Le traitement a été dirigé contre l'engorgement de l'utérus; en peu de temps cet engorgement a disparu, et avec lui ont disparu également les douleurs des seins.

La seconde malade, celle du n° 10, avait été traitée jusqu'à présent pour une incontinence d'urine dont on n'avait point recherché la cause. Soupçonnant que cet état pouvait dépendre, ainsi qu'il l'avait déjà vu, d'un état pathologique de l'utérus, M. Lisfranc examina cette malade et trouva cet organe fortement engorgé, et il reconnut en même temps une fistule urétro-vaginale produite à la suite d'un accouchement; l'état de la vessie était d'ailleurs parfaitement sain. Cette femme est actuellement soumise au traitement que réclame l'état d'engorgement de l'utérus; on aura recours plus tard aux moyens propres à obtenir la cicatrisation de cette fistule.

Voilà deux exemples assez remarquables de ces erreurs de diagnostic auxquelles on est si souvent exposé dans les affections de l'utérus, et dont M. Lisfranc a fait l'objet d'une leçon spéciale dans le commencement de son cours.

A côté de ces deux malades, nous en placerons une troisième qui nous donnera encore un exemple des erreurs que l'on pourrait commettre en ne s'en rapportant qu'à l'état général des malades, pour juger du degré de gravité d'une maladie de matrice.

La malade qui est couchée au n° 18 porte un engorgement très considérable du col et du corps de l'utérus; le corps est en partie rongé par une ulcération carcinomateuse, il est le siége d'un bourbier cancéreux fort étendu. Eh bien! cette femme, avec une maladie aussi grave et aussi avancée, conserve toutes les apparences d'une bonne santé et les attributs d'une constitution excellente, au point qu'en la voyant on ne la croirait pas même malade. Sa maladie est cependant au-dessus de toutes les ressources de l'art, le cancer remontant trop haut sur le corps de la matrice pour qu'on puisse tenter la résection. Il y a tout lieu de craindre que, malgré cette apparence de santé, la maladie faisant incessamment des progrès, l'économie ne vienne à fléchir tout à coup, et que cette femme ne succombe, quoi que l'on puisse faire pour la soutenir.

Au n° 19 est couchée une femme qui avait, en entrant à l'hôpital, un engorgement de l'utérus avec des ulcérations au col, dont elle a été guérie; mais il lui est resté à la suite une descente de matrice qui a exigé l'usage d'un pessaire. L'application du pessaire a occasionné dès les premiers jours une grande gêne et de très vives douleurs; malgré cela, s'étant assuré qu'il n'existait plus ni engorgement, ni sub-inflammation de la matrice, on a insisté; les douleurs n'ont pas tardé à se dissiper, et la malade supporte très bien son pessaire qui achèvera la guérison.

M. Lisfranc, à l'occasion de cette malade, a posé dans les termes suivans les indications et les contre-indications du pessaire dans les cas dont il s'agit :

FEUILLETON.

CANDIDATURES ACADÉMIQUES.

L'enfantement académique se divise en deux périodes qu'il est important de connaître pour bien se rendre compte des phénomènes divers que présente cette sorte de parturition. Nous passons sous silence les phénomènes de conception et de gestation; de conception, qui s'opère au moment même où la mort vient de rayer de la liste le troisième académicien; car, à la rue de Poitiers, jusqu'à ce que le nombre des honorables se soit réduit au chiffre très raisonnable de cent, il faut trois décès pour une naissance, ce qui fait que le nouveau né doit avoir de l'esprit comme quatre, pour les trois défunts d'abord, et ensuite pour lui-même; de gestation, qui est cet état de douce anxiété pendant lequel on se demande : Sera-ce une fille ou un garçon? c'est-à-dire dans quelle section y a-t-il lieu à nommer. Nous ne nous occuperons pas de tous ces actes divers, parce qu'ils sont consommés et que d'ailleurs à l'heure qu'il est l'Académie est en travail, les douleurs ont commencé.

Ce travail donc présente deux temps également intéressans pour les candidats qui hasardent les chances de l'élection. Dans le premier il s'agit de se faire admettre dans la liste des six, et, à moins d'avoir passé par là ou bien d'avoir reçu la confidence de quelque intéressé, il est difficile de se faire une idée de la besogne des candidats à ce sujet. Il ne s'agit à la vérité que d'avoir affaire à une section composée au plus de huit ou dix membres; oui, mais il faut lutter contre quinze ou vingt concurrens, faire prévaloir ses titres sur ceux de tous les autres, les devancer de vitesse et intéresser à sa supplique des juges fatigués obsédés par vingt autres suppliques semblables, sans compter celles des protecteurs, des amis, sans compter surtout les sollicitations des adversaires mille fois plus obsédantes encore.

Pour l'élection actuelle, ce premier temps est aussi passé, les candidats sont libérés des efforts qu'il faut faire pour le mener à bout, et la fameuse liste des six est connue. Il reste bien, il est vrai, à la faire passer sous les fourches caudines du comité secret, mais quelque orageux qu'on le suppose, et tout fait croire qu'il le sera beaucoup, il est rare que l'Académie modifie ce que la section propose. Il y aura force bruit, force tapage, peut-être même renouvellera-t-on — car il ne faut pas que les bonnes traditions se perdent — les aménités académiques à la Gerdy; mais tout cela, on peut le prédire, ne changera en rien la liste présentée; car le réglement s'y oppose.

Cette liste, à vrai dire, n'offre pas matière à objections sérieuses. Quand sur six noms la part des affections, de la camaraderie et de l'intrigue entre pour si peu, on doit se trouver satisfait et féliciter l'Académie de ses progrès.

Nous convenons bien, avec le public, qu'il serait fort difficile de motiver la préférence qui a fait surgir tel nom au lieu de tel autre, et d'expliquer, par exemple, pourquoi des hommes d'esprit et d'instruction, ont été sacrifiés à d'autres dont on pourrait contester la prééminence. Nous dirons volontiers, avec l'opinion publique, que l'ordre dans lequel la commission a placé ces six noms paraît plus bizarre que légitime, et qu'il serait fort possible que la parabole de l'Evangile se réalisât ici avec cette légère variante : *les seconds deviendront les premiers*, etc.; mais, en dernier résultat, il en faut revenir à notre thème et se dire avec joie que, si l'Académie commettait autrefois de gros péchés, elle n'en est plus aujourd'hui qu'aux peccadilles, ce qui promet beaucoup pour son salut.

Ne parlons donc plus de ce premier temps de l'élection et passons immédiatement au second, bien autrement chanceux, difficile, hérissé d'obstacles pour les pauvres candidats, vague et tout rempli de mystérieuses obscurités pour celui qui, comme nous, cherche à deviner ce qui se trouvera au fond de l'urne académique.

Nous le dirons d'abord très volontiers, — et pour qui nous connaît cette phrase ne sera pas une banalité complimenteuse, — l'Académie, à part la réserve que nous avons exprimée, ne peut pas faire un mauvais choix. Il y a là cinq noms honorables, connus, hommes faits ou hommes d'avenir, qui ne peuvent que donner plus d'éclat et de vivacité au rayon lumineux qui émane du foyer académique. Maintenant, parmi ces cinq noms, y en a-t-il un que l'opinion publique élève au-dessus des autres et qui offre des titres réellement plus marqués et plus éclatans? Comme nous déclinons la mission de soutenir quelque candidature que ce soit, nous ne nous livrerons pas à une appréciation des titres scientifiques des candidats, car toute impartiale que nous pourrions la faire, on ne manquerait pas d'y voir ce qui est fort loin de notre pensée. Ces titres sont d'ailleurs connus de tous aujourd'hui, et ce n'est pas par ignorance que pécheraient ceux qui les mettraient dans l'ombre.

Il arrive cependant que l'une de ces candidatures est très chaudement disputée. Nous ne rapporterons pas toutes les objections qu'on élève contre elle, celles surtout qui appartiennent à un ordre d'idées que la discussion ne peut pas aborder, et dont d'ailleurs M. J. Guérin, mieux que tout autre, a fait déjà ou fera probablement justice. Nous ne comprenons même pas comment l'Académie peut avoir à discuter autre chose que des titres scientifiques. Ouvrir la porte aux discussions qui touchent à l'homme moral, c'est l'ouvrir aux abus les plus graves qu'un corps savant puisse présenter. Remarquez en effet que l'Académie s'arrogerait un droit immense et redoutable, un droit que l'équité d'accord avec toutes les lois de la justice humaine condamne et réprouve, celui de juger les gens sans les entendre. Il suffirait qu'un candidat eût dans le sein de l'Académie un ennemi adroit et malhonnête homme qui portât avec audace une accusation calomnieuse pour qu'une sorte de flétrissure morale fût infligée à qui ne la mériterait pas. Sans attaquer la composition présente de cette compagnie, il suffit que ce scandale soit possible pour que nous attirions sur ce sujet l'attention des hommes calmes et justes. L'Académie, dans le comité secret relatif aux candidatures, ne peut, ne doit souffrir qu'une seule discussion, la seule qui soit possible et convenable, la discussion du mérite scien-

Les pessaires, que quelques médecins rejettent d'une manière absolue, tandis que d'autres veulent qu'on les applique toujours, demandent dans leur emploi une grande circonspection. Toutes les fois qu'il y a de la sub-inflammation et des douleurs un peu prononcées, le pessaire irrite et accroît la maladie ; il agit sur l'organe malade à la manière d'une compression : or, de même que nous rejetons la compression dans le traitement des tumeurs lorsqu'il existe de l'inflammation et des douleurs, nous rejetons aussi le pessaire dans ces cas-là. Si après quelques jours d'application, le pessaire continue à déterminer de la douleur et de l'irritation, il faut le retirer ; s'il ne donne lieu qu'à un sentiment de pesanteur et à de légers tiraillemens, on peut le laisser en place, car on doit à voir disparaître peu à peu ce sentiment de gène. Il faut, toutefois, admettre quelques exceptions à ce précepte. Chez les femmes très nerveuses, par exemple, bien que le pessaire donne lieu à des douleurs quelquefois assez vives, il n'en est pas moins bien supporté. La douleur ne constitue point dans ce cas une véritable contre-indication, pourvu qu'on s'assure qu'il n'existe point d'engorgement ni de sub-inflammation. Dans quelques cas où ces douleurs sont assez vives pour exciter les plaintes des malades, il suffit d'administrer quelques narcotiques, de prescrire le repos, ou même de pratiquer une petite saignée révulsive du bras pour faire cesser aussitôt cet accident. Il est remarquable, au contraire, que dans quelques cas, alors même que les malades n'accusent aucune douleur, le pessaire ne peut être long-temps supporté sans qu'il en résulte des accidens plus ou moins graves, des sub-inflammations d'autant plus fâcheuses même qu'elles ne se révèlent point par de la douleur, et qu'elles affectent une marche sourde et chronique qui les fait méconnaître. La conclusion que l'on doit tirer de ces faits, c'est qu'il faut d'abord obéir aux indications que nous venons de poser pour l'application des pessaires, et dans tous les cas en surveiller avec le plus grand soin les effets.

La malade du n° 28 porte un cancer utérin incurable. Il survient de temps à autre chez cette femme, des pertes rouges légères. Nous savons qu'en général ces pertes, en dégageant l'utérus, amendent les symptômes et procurent du soulagement aux malades ; aussi professons-nous que dans ces cas-là il ne faut point arrêter ces pertes. Telle est la règle. — Mais cette malade constitue un cas d'exception ; ces petites pertes l'irritent, elles augmentent les douleurs en même temps qu'elles diminuent les forces : il faut donc ici obéir à une indication spéciale exceptionnelle en arrêtant ces pertes.

Au n° 31, est une femme portant également un cancer utérin avec un engorgement considérable de la matrice, et que l'on a considérée dès son entrée à l'hôpital comme incurable. La matrice s'élevait presque jusqu'à l'ombilic ; il existait une perte abondante qui diminuait de jour en jour sensiblement les forces de la malade. Cette perte cessa tout à coup après peu de temps de séjour de la malade dans les salles, et la santé de cette femme semblait se rétablir. L'écoulement reparut plus tard, et inspira de nouvelles craintes ; il s'est arrêté de nouveau, et la malade a repris pour la seconde fois toutes les apparences d'une bonne santé. La matrice a considérablement diminué de volume ; elle s'étend au plus aujourd'hui jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La femme couchée au n° 35 de la même salle, présente une fracture non consolidée de l'humérus, d'une date fort ancienne ; il existe autour des fragmens, et dans toute l'épaisseur du bras un engorgement blanc non inflammatoire et indolore. Cette femme est soumise à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, des frictions d'iodure de plomb sur le membre, et de la compression. Nous ferons connaître le résultat de cette médication.

Au n° 2 de la salle Saint-Augustin est couchée une petite fille âgée de quatorze ans, qui est entrée à l'hôpital avec une perte de substance considérable de la face, résultant d'une gangrène survenue à la suite d'une fièvre grave. Cette perte de substance comprenait près de la moitié de la joue gauche, la moitié de la lèvre supérieure et un quart environ de la lèvre inférieure ; du côté droit il existe une perte de substance beaucoup moins étendue, consistant en un prolongement de la commissure des lèvres qui s'étend jusque vers le milieu de la joue. Il y a un mois environ, M. Lisfranc tenta une réparation par un procédé autoplastique ; mais quelques jours après l'opération, le lambeau fut pris d'érysipèle et frappé consécutivement de gangrène. Il en résulta une dénudation des gencives plus étendue encore qu'auparavant. Dans cet état, les choses furent livrées à elles-mêmes. Qu'en est-il résulté ? C'est que, il s'est fait un travail de cicatrisation qui a marché avec une telle rapidité que la perte de substance est déjà en grande partie réparée, et les gencives, qui avaient été mises largement à découvert, sont presque complétement recouvertes par le tissu de nouvelle formation qui s'étend déjà jusque près du point correspondant à la commissure des lèvres. Il se sera fait ainsi sous l'influence de l'avivement de la plaie, et par les seuls efforts de la nature, une réparation telle qu'on s'était proposé de l'obtenir par les ressources de l'art. Quant au côté droit, on n'y a pas touché, et les choses sont toujours dans le même état.

Enfin, M. Lisfranc a présenté à ses élèves une femme dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, et qui présente un des plus beaux cas de guérison d'une métrorrhagie symptômatique d'un polype de l'utérus. Cette femme, lorsqu'elle entra à l'hôpital, était en proie depuis six mois à une hémorrhagie extrêmement abondante par le vagin, revenant à des époques très rapprochées. Chose inouie ; elle avait été soignée pendant tout ce temps là par des médecins, sans qu'aucun d'eux ait eu l'idée d'explorer l'état de la matrice ; ils combattaient la perte du sang comme une hémorrhagie essentielle, sans avoir cherché à se rendre compte de la cause organique qui pouvait produire cette hémorrhagie. Un médecin de province élevé à l'école de M. Lisfranc, aussitôt qu'il fut appelé auprès de cette femme, pratiqua le toucher et reconnut l'existence d'un polype fibreux adhérent au col, et ayant le volume d'une poire d'Angleterre. Il envoya immédiatement cette femme à Paris, et l'adressa à M. Lisfranc, qui la trouva dans l'état suivant : elle était dans un état de faiblesse extrême, d'une pâleur livide, exsangue ; son pouls était presque insensible, les extrémités froides ; le sang, qui coulait incessamment par le vagin, était séreux, d'une couleur rosée ; l'estomac était vivement irrité, et se soulevait à chaque instant. Cette femme était, en un mot, dans un état voisin de l'agonie. Plusieurs médecins appelés à voir cette femme, avaient décidé qu'il fallait pratiquer une opération pour la débarrasser du polype qui était le point de départ de cette hémorrhagie. M. Lisfranc, pensant que, vu l'extrême état de faiblesse et de prostration où était cette femme, la perte de sang qui pouvait résulter de l'opération, si petite qu'elle fût, les dérangemens qu'elle devait nécessiter, le froid auquel la malade serait exposée, pouvaient devenir immédiatement funestes, ne partagea point l'avis proposé ; il insista d'autant plus sur l'inopportunité d'une opération, qu'il croyait avoir entre les mains un moyen propre à arrêter la perte du sang, cause unique et immédiate de tous ces graves accidens. L'événement justifia ses prévisions. La malade transportée à la Pitié, on pratiqua immédiatement une cautérisation profonde avec le nitrate d'argent sur toute la surface du polype. J'étais, dit M. Lisfranc, presque certain du succès de cette cautérisation, parce que j'ai remarqué que presque toujours les polypes de la matrice sont enveloppés d'un lassis vasculaire qui fournit l'exhalation sanguine, tandis que le corps même du polype ne contient point ou presque point de vaisseaux sanguins. La preuve que l'hémorrhagie est fournie par les vaisseaux superficiels qui forment l'enveloppe du polype, c'est que toutes les fois que j'ai trouvé un polype situé assez bas pour pouvoir être saisi avec les doigts et dépouillé de cette enveloppe vasculaire en l'arrachant avec les ongles, comme on ferait d'un fruit dont on enlèverait la pelure, j'ai constamment vu l'hémorrhagie s'arrêter aussitôt et ne plus se reproduire. Mais lorsque le polype est situé trop haut pour pouvoir ainsi être dépouillé avec les doigts de son enveloppe vasculaire, la cautérisation par le nitrate d'argent a constamment produit le même résultat. En conséquence, je cautérisai immédiatement toute la surface du polype ; l'hémorrhagie cessa aussitôt. La cautérisation fut répétée le lendemain par pure précaution, et l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Dans des cas analogues à celui-ci, il suffit d'arrêter la perte pour qu'on voie, au bout de quelques jours, les forces se relever et la santé se rétablir ; on peut alors opérer avec toute sûreté. Mais ici la perte de sang avait été si considérable, la malade était dans un tel état d'affaiblissement, que toute opération était impossible. Qu'on se rappelle, en effet, qu'elle fut apportée mourante dans nos salles, ayant l'estomac dans un tel état d'irritation, que les vomissemens se répétaient avec une violence et une fréquence vraiment effrayantes, à l'occasion du moindre mouvement. Aussi la réparation devait-elle être lente et difficile, et le rétablissement se faire attendre long-temps. Je craignais, surtout pour cette femme, l'influence fâcheuse de l'air de l'hôpital ; je la laissai pendant plusieurs jours dans le repos le plus absolu, et à raison de l'état de l'estomac, on se borna à des légères boissons très peu chargées de substances nutritives. Lorsque les forces parurent se relever un peu, et que le pouls eût pris un peu de consistance, je fis appliquer six sangsues sur la région épigastrique ; la malade fut soumise à la diète et à l'usage de boissons émollientes. L'état de l'estomac s'améliorant sensiblement, on donna une alimentation légère d'abord, puis de plus en plus nourrissante, et de ce moment les forces se relevèrent de plus en plus, et la santé se rétablit graduellement. Mais j'oubliais de dire que quinze jours après la première cautérisation, les forces n'étant pas encore sensiblement relevées, la malade paraissant persister dans cet état de prostration et de malaise auquel elle était réduite, au moment où j'arrêtai les principaux accidens, je touchai et je trouvai la partie inférieure du polype ramollie et comme pultacée. Ce n'était là évidemment que l'effet de la cautérisation ; je me demandai cependant si ce commencement de putridité du polype n'était pas la cause qui entretenait l'état de délabrement de cette malade. Les considérations qui m'avaient éloigné de pratiquer l'excision du polype, me faisaient encore hésiter à recourir actuellement à ce moyen. J'inclinais pour la ligature ; mais n'y avait-il point à craindre que la putréfaction de la tumeur sur place ne devînt l'occasion de nouveaux accidens qui pouvaient avoir de graves conséquences ? D'ailleurs, le polype étant presque complétement dépouillé de sa tunique vasculaire, l'hémorrhagie n'était plus possible, ou du moins elle ne pouvait pas être abondante. Je me décidai, en conséquence, à extirper le polype, ce qui fut fait sans aucun accident. A partir de ce moment, l'état de cette femme s'est de plus en plus amélioré, et elle jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Teissier.

Maladies régnantes. Grippe ; ses caractères particuliers ; forme nerveuse. Complication grave des maladies intercurrentes.

A la fin du semestre dernier, nous avions déjà remarqué un caractère épidémique et une irrégularité particulière dans la marche des maladies, sous l'influence de l'irrégularité des saisons. Ces variations dans l'état de l'atmosphère, ces alternatives de froid et de chaud, de sécheresse et d'humidité, s'étant montrées jusque dans ces derniers jours, nous observons encore les effets de cette même influence se manifestant par un grand nombre de rhumatismes, de névralgies et de grippe avec des caractères particuliers.

Entrons dans le détail de quelques faits : on observe chez la plupart des malades un état nerveux général, des spasmes, des crampes ; des névralgies, celles-ci offrant des caractères insolites, n'ayant point le caractère franchement périodique des névralgies ordinaires. Chez quelques malades, ces états nerveux vont jusqu'à produire un affaiblissement notable, et même une perte momentanément complète de la sensibilité et du mouvement.

En analysant en en rapprochant ensuite tous les phénomènes en apparence si variés, il est aisé de se convaincre qu'ils ont tous une origine commune, qu'ils ne sont que des manifestations plus ou moins différentes d'un même état morbide, de la grippe. Cette variété de symptôme, cette mobilité dans les formes de la maladie n'avaient point été observées dans la grippe de 1837. L'épidémie de cette année se rapproche davantage, sous ce rapport, de celle de 1836.

---

tifique. Hors de là, et elle peut sur ce point consulter ses souvenirs, il n'y a pour elle que scandale et déconsidération.

Mais ce n'est pas dans cet ordre d'idées seulement que les adversaires de M. Guérin vont chercher leurs armes. Il est beaucoup d'autres argumens qu'on fait valoir pour nuire à sa candidature, argumens qui trahissent tous leur origine suspecte et intéressée. Nous ne voulons nous arrêter que sur un seul de ces argumens, parce qu'il touche à d'autres intérêts qu'aux intérêts propres d'un candidat, parce que ce serait de notre part une impardonnable faiblesse de laisser passer sans protestation des opinions aussi contraires aux idées généralement reçues. Qui pourrait le penser ? Une fraction, très minime il est vrai, de l'Académie fait valoir contre M. Guérin, son titre de journaliste ! C'est-à-dire que par cela même que votre position de critique vous aura donné une plus complète connaissance des hommes et des choses, que par cela même que vous aurez été forcé de vous livrer tous les jours à un travail d'appréciation, que vous aurez été en rapport nécessaire avec tous les producteurs d'idées, qu'il vous aura été imposé de porter un jugement rapide et sûr à propos de tous les faits scientifiques qui surgissent, que vous aurez été mêlé à toutes les questions de pratique et de dogme, d'organisation et de réforme, en un mot parce que vous aurez vécu de la vie la plus intellectuellement laborieuse qui se puisse imaginer, vous n'êtes pas propre à vous asseoir sur les banquettes académiques et à prendre part aux sublimes élucubrations auxquelles se livrent les corps savans ! Plaisante argumentation, direz-vous ! très plaisante, en effet, et qui ne peut avoir été produite que par cette portion de l'Académie *libérale et éclairée* qui refuse aux journalistes l'entrée du secrétariat, la communication de la correspondance, et qui préfère voir mutiler, défigurer le compte-rendu de ses séances plutôt que, dans l'intérêt bien entendu de sa considération et de l'honneur de ses correspondans, d'ouvrir le plus largement possible ses portes à la publicité.

Nous n'aurions pas d'autres motifs de désirer le succès de la candidature de M. Guérin, que nous ferions des vœux pour lui à cause même de cette répugnance qu'il inspire comme journaliste à quelques hommes fort injustement prévenus contre la presse. Depuis douze ans M. Guérin dirige avec succès un journal honorable et estimé, et pour nous, qui connaissons la vie de journaliste et les travaux qu'elle impose, cette condition à défaut de toute autre nous paraîtrait suffisante pour lui faire ouvrir à deux battans les portes académiques. — Cette opinion est assurément de notre part fort désintéressée ; personne ne peut nous supposer l'envie, nous qui ne pouvons envisager avec la même importance que d'autres le sénat de la rue de Poitiers, de briguer les honneurs du scrutin ; cette envie ne nous prendra jamais, à coup sûr ; on ne nous verra pas traître à nos promesses et à nos amitiés, trafiquer de notre vote pour nous assurer un suffrage académique, briguer un bout de ruban par de tels moyens, qu'il nous paraisse urgent de le garder un an dans la poche, et aspirer, en saltimbanque, aux honneurs de la députation par une double et menteuse profession de foi. Ce soin revient de droit à ce faux *apôtre de la vertu* qui déjà rêvait un décanat parce qu'une fois en sa vie il avait fait acte d'opposition haineuse et intéressée, qui croyait avoir posé en tribun, quand il n'avait posé qu'en Jocrisse, et qui s'était imaginé, parce que nous lui avions sauvé l'affront d'un déshonneur public, que nous, tribun de vingt ans, nous allions nous traîner à sa suite, brûler une cassolette d'encens devant sa jalouse médiocrité et dissimuler le mépris que nous a toujours inspiré sa lâche et cupide ambition. Mais en revanche, et dans toutes les occasions, nous n'en soutiendrons pas moins la légitimité des prétentions que peuvent et que doivent élever les hommes de la presse aux honneurs académiques. Les devoirs, les occupations du journaliste ne sont incompatibles avec aucune exigence de la profession. Les études philosophiques de la science, les applications pratiques de l'art s'allient on ne peut mieux aux vives allures et tant soit peu militantes du journalisme. Il y a mieux, l'académicien — nous entendons les plus parleurs — n'est académicien qu'une fois la semaine ; le journaliste l'est tous les jours, car tous les jours c'est un nouveau rapport à faire, une appréciation nouvelle à exprimer, un jugement équitable à porter, et cela devant un auditoire autrement nombreux, autrement exigeant qu'un auditoire académique, devant le public juge souverain des journalistes et des académies.

En fait comme en droit, en justice comme en sens commun, la candidature de M. Guérin nous paraît sérieuse et légitime. La *Gazette des Hôpitaux* s'associe très volontiers aux vœux que forment ses amis, bien différente en cela de quelques intrus de la presse périodique qui ne trouvent sous leur plume qu'injures et mensonges envers leurs confrères en journalisme ; esprits haineux et jaloux que leur nullité désespère, que leur impuissance rend furieux, et qui, semblables à ces enfans colères et mutins, se frapperont eux-mêmes quand ils ne pourront plus frapper personne. Nous ne sommes ni en communauté de vues, ni en communauté d'intérêts avec le journal que dirige M. Guérin, journal avec lequel nous avons eu d'ailleurs plus d'une fois maille à rompre ; mais nos dissidences, quelques graves qu'elles puissent être, n'étouffent pas en nous la justice et ne nous permettent de donner accès dans notre cœur à aucun sentiment d'envie ou de rivalité.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Dix-huitième séance. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui vendredi 29, M. Robert a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu (salle des femmes).

La prochaine séance aura lieu lundi, 2 mai. L'examen des malades se fera à l'hôpital dit de l'Ecole, à quatre heures. A cinq heures, séance publique.

Nous avons vu dans les salles un jeune homme qui offrait, avec les symptômes communs de la grippe, une flexion des poignets et des avant-bras, produite par une contracture des muscles fléchisseurs, laquelle avait été précédée de crampes et de douleurs dans les membres, avec un peu de paralysie.

Au n° 34, est couché un autre malade qui est entré à l'hôpital avec des crampes extrêmement violentes, des spasmes, des douleurs vives dans la région lombaire, à la suite desquelles il est survenu une paralysie presque complète du membre abdominal droit.

Des symptômes absolument semblables ont été observés chez un troisième malade.

Une femme entrée tout récemment, nous a offert l'état suivant : elle avait des douleurs de tête très violentes, douleurs qui n'avaient point le caractère des céphalalgies ordinaires, mais plutôt celui d'une véritable névralgie de la tête. Cette névralgie s'était graduellement étendue à la face, puis aux membres.

La malade a éprouvé à la suite de ces douleurs une grande faiblesse ; au moment de son entrée à l'hôpital elle avait une paralysie des mouvemens complète dans le membre supérieur gauche, moins prononcée dans le membre abdominal du même côté ; paralysie complète du sentiment dans tout le côté gauche. Elle n'avait point de céphalalgie proprement dite, point de symptômes de congestion du côté du cerveau, aucune douleur dans le côté droit de la tête, mais bien une douleur au côté gauche, douleur ayant, comme nous l'avons dit plus haut, le caractère de la névralgie faciale ou dentaire. On observait, en outre, chez cette femme, une douleur rachialgique le long des épines du cou, avec un peu de sensibilité à la pression. Joignez à cela un pouls très dur, une coloration vive de la face, une chaleur un peu élevée, peu d'accélération du pouls, de quelques degrés seulement, connaissance et facultés intellectuelles parfaitement intactes ; tel est l'état que nous a offert cette malade.

Devions-nous considérer cette femme comme étant sous le coup de l'épidémie régnante, ou bien voir là un commencement de ramollissement cérébral ou une hystérie ? C'est une question assez difficile à résoudre ; ce qui est certain, toutefois, c'est que cette femme, qui a en même temps présenté les symptômes ordinaires de la grippe, est positivement sous l'influence de l'épidémie.

Quant à l'existence d'une lésion matérielle du cerveau ou de la moelle, il peut exister des doutes ; mais nous n'hésitons pas, quoi qu'il en soit, quant à la nature même de cette affection, à considérer les phénomènes névralgiques et paralytiques, comme une dépendance de la maladie épidémique régnante.

Un autre caractère propre à cette épidémie, c'est de rendre, en général, la convalescence des maladies intercurrentes très grave, et d'enrayer souvent la marche naturelle de ces maladies. Vous avons vu un malade succomber pendant la convalescence d'une méningite, et offrir à l'autopsie les traces d'une pneumonie suppurante qui ne s'était développée que pendant les derniers jours, et qui avait marché avec une rapidité extrême. Nous avons vu également plusieurs malades succomber pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde peu intense, et alors qu'ils semblaient être en pleine voie de guérison. Plusieurs fois nous avons vu survenir des érysipèles pendant le cours d'une pneumonie, et imprimer de suite à cette maladie un caractère funeste. Ce qui caractérise, en un mot, l'influence qu'exerce sur l'état des malades la constitution épidémique dont il s'agit, c'est l'extrême fréquence des complications qui viennent modifier la physionomie de toutes les maladies intercurrentes, et leur imprimer un caractère très grave.

Syphilis constitutionnelle. Eruption papuleuse. Phénomènes paraplégiques et douleurs lombaires simulant une maladie de Pott. Traitement antiphlogistique. Guérison. Réapparition de l'éruption papuleuse un an après, sans phénomènes paralytiques.

Au n° 12 de la salle des hommes est un malade qui présente les symptômes d'une syphilis papuleuse. C'est une des formes sous lesquelles se présente assez souvent la syphilis constitutionnelle. Ainsi qu'il arrive très fréquemment, elle semble s'être réveillée chez ce sujet à l'approche du printemps. Ce malade avait présenté précédemment un cas très intéressant. Il y a un an, lorsqu'il entra pour la première fois à l'hôpital, il avait une paraplégie du mouvement avec des douleurs très vives dans la région lombaire. Il n'y avait point de déformation dans le rachis. Il n'en faudrait point conclure pour cela que ces phénomènes ne pussent dépendre d'une affection tuberculeuse de la colonne, car l'on sait que le rachis peut conserver pendant très long-temps sa rectitude, bien que les vertèbres soient le siége d'un travail de tuberculisation. On crut remarquer à cette époque une sensation très obscure de fluctuation dans l'abdomen et dans la région correspondante des lombes. Nous n'avons pu toutefois constater jamais d'une manière positive un abcès par congestion. Le malade est demeuré toujours dans le même état depuis lors, de sorte qu'on reste à cet égard dans la même incertitude. Ce malade offrait à cette époque une éruption papuleuse syphilitique semblable à celle qu'on observe aujourd'hui. Nous ne traitâmes point alors la maladie de Pott présumée, nous crûmes devoir traiter de préférence la maladie vénérienne, comme offrant l'indication la plus pressante et la plus positive. Mais avant de soumettre le malade au traitement approprié, nous essayâmes préalablement le galvanisme dans le but de ranimer la myotilité dans les membres. Le résultat des premières galvanisations fut la restitution partielle des mouvemens. Le malade fut mis ensuite au traitement anti-syphilitique, consistant dans l'usage des pilules de Dupuytren. Pendant tout le temps que dura ce traitement, l'application du galvanisme fut suspendue : on en reprit l'usage après que le traitement mercuriel fut jugé suffisant, et que les symptômes actuels de la syphilis furent dissipés. Sous l'influence de ces nouvelles applications du galvanisme, il y eut un retour graduel des mouvemens, la contractilité musculaire devint de plus en plus énergique, et au bout de quelque temps, le malade fut en état de marcher et sortit de l'hôpital. Il paraissait être complètement guéri, lorsqu'en dernier lieu il est rentré dans nos salles avec une nouvelle éruption papuleuse qui révèle la persistance de la maladie vénérienne. Toutefois, les symptômes paralytiques ne se sont pas reproduits.

L'état qu'offrait ce malade lors de son premier séjour à l'hôpital soulève une question de diagnostic importante, et dont la solution ne laissait pas que d'être difficile. La paraplégie dont il était affecté était-elle tuberculeuse ou syphilitique, les phénomènes de compression de la moelle étaient-ils dus à l'altération tuberculeuse des vertèbres, ou bien à une exostose ou une périostose des mêmes parties ? C'est ce qu'il était très difficile de déterminer. La dernière de ces hypothèses nous paraîtrait plus probable, mais rien à cet égard n'est positif. Nous savions seulement que quelle que fût la nature de la lésion qui donnait lieu aux phénomènes paraplégiques, elle était probablement sous la dépendance de la syphilis : aussi crûmes nous devoir employer concurremment les anti-syphilitiques et les excitans nerveux, car pour réveiller la contractilité éteinte dans les muscles, il faut provoquer les mouvemens ; or, les mouvemens spontanés étant impossibles, on se trouve placé dans un cercle vicieux qui ne peut être rompu que par l'excitation artificielle, le galvanisme.

C'est là un cas très intéressant de syphilis simulant le mal de Pott. Le diagnostic que nous avions porté dans le principe en considérant cette affection comme principalement dépendante de l'infection syphilitique, a été pleinement vérifié par le succès du traitement.

La réapparition de nouveaux symptômes syphilitiques nous obligera à recourir à un nouveau traitement antivénérien.

Phénomènes nerveux accompagnés de congestions cérébrales, exaspérés par les saignées abondantes. Accès épileptiforme. Contractures musculaires et paralysie. Application du galvanisme. Guérison en dix séances.

Un autre malade placé dans le même service offre un cas plus curieux encore. Ce malade est dans un état nerveux qui n'est ni l'hystérie ni l'hypocondrie : c'est ce que dans le monde on appelle communément des maux de nerfs. Il éprouve à la suite de ces sensations nerveuses difficiles à décrire, et qui se présentent sous la forme d'accès, de la raideur dans les membres inférieurs, avec une grande sensibilité dans les muscles. Ce malade est en outre sujet à de fréquentes congestions cérébrales : le sang a une telle facilité à se porter vers la tête, qu'en moins d'un mois et demi on a pratiqué de quinze à dix-huit saignées de 5 à 6 palettes chaque. A mesure qu'on retirait du sang, les accidens ne faisaient que s'accroître ; le malade était pris de raideur tétanique et d'accès épileptiformes. Ces accès étaient suivis d'une grande prostration, mais avec persistance de la contracture et de la paralysie. Arrivé dans cet état à l'hôpital, ce malade a été soumis à l'application du galvanisme. Au bout de dix séances les accidens avaient disparu ; les accès ne se sont plus reproduits, et le malade se promène actuellement dans les salles, en état de convalescence. C'est encore là un exemple des succès remarquables que l'on obtient par les excitations galvaniques, qui paraissent rendre aux muscles leur contractilité, comme le ferait l'exercice physiologique.

Paralysie présumée syphilitique. Traitement hydro-sudopathique. Un mot sur l'hydro-sudopathie et l'entraînement.

Nous avons deux autres malades affectés d'une paralysie dont les causes sont inconnues, mais que nous avons lieu de soupçonner être de nature syphilitique. L'un de ces deux malades, couché au n° 32, offre un type de la constitution nerveuse ; il éprouve des accidens nerveux analogues à ceux qui ont été observés chez le malade précédent. Ce malade a été soumis au traitement hydro-sudopathique. Le second malade présente des phénomènes que nous n'avions pu, jusqu'à présent, rattacher à aucune cause spéciale. On a remarqué aujourd'hui qu'il portait une petite ulcération au méat urinaire. Nous avons pris occasion de cette circonstance pour prescrire le traitement anti-syphilitique.

Le traitement hydro sudopathique essayé chez le premier malade, consistant dans l'administration de boissons froides à grande dose, et de bains froids joints à une alimentation substantielle et à l'exercice, a eu pour effet de produire une réaction générale très intense, avec un mouvement fébrile assez prononcé. L'hydro-sudopathie imprime une modification très puissante à l'économie. On voit sous son influence, indépendamment des signes d'une réaction fébrile générale, se former des éruptions à la peau, indice d'une action très énergique. Nous devons toutefois, dans l'appréciation des effets de cette méthode, tenir compte de la difficulté de l'exécuter d'une manière complète dans un hôpital, où l'on manque des moyens auxiliaires indispensables, tels qu'une bonne alimentation et l'exercice en plein air. Malgré ces circonstances défavorables, nous espérons placer ce malade dans de meilleures conditions, et le mettre à même d'aller prendre pendant la belle saison des bains de mer qui achèveront probablement sa guérison.

Ce serait le cas, si de pareilles expériences étaient possibles dans un hôpital, de mettre en parallèle la méthode hydro-sudopathique avec celle qui fixe actuellement l'attention des médecins, nous voulons parler de l'entraînement. L'entraînement, mis en usage chez les chevaux, consiste à faire en quelque sorte user la graisse par l'administration combinée des purgatifs et des sudorifiques, auxquels on substitue ensuite une nourriture succulente et l'action musculaire. Cette méthode n'est point exclusivement appliquée aux chevaux ; on en a fait, dans quelques circonstances, l'application à l'homme. C'est par ce moyen que les coureurs acquièrent un degré d'agilité remarquable. Tout porte à croire que si l'on appliquait, suivant des indications bien déterminées, la méthode de Priesnitz et la méthode de l'entraînement, on en retirerait, dans un certain nombre de cas, de très grands avantages.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'élixir acide de Haller employé à l'extérieur ; par M. le docteur WARNECKE, médecin à Cologne.

Marie-Anne Becker, âgée de vingt-quatre ans, après avoir été jusque-là toujours bien portante et menstruée bien régulièrement, sentit vers l'époque de Noël, en 1839, un sentiment particulier d'engourdissement dans la jambe droite, à partir du genou jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. Comme il n'en résulta d'abord aucun empêchement pour son travail, elle n'y fit pas grande attention ; mais, plus tard, le mal empirant et le genou commençant à se gonfler, elle s'en inquiéta, et eut recours aux conseils de l'art, après avoir toutefois essayé sans le moindre succès divers remèdes domestiques. D'ailleurs, elle ne fut pas plus heureuse avec les praticiens auxquels elle s'adressa successivement ; car les ventouses scarifiées, les sangsues, les vésicatoires, les frictions avec la pommade mercurielle, l'huile volatile de térébenthine, l'ammoniaque caustique liquide, le vinaigre scillitique, etc., et toutes les autres médications qui furent prescrites, n'amenèrent aucun bon résultat : loin de là, la maladie fit des progrès, et la tuméfaction du genou devint si forte que la malade ne put continuer de se livrer à ses occupations habituelles qu'avec la plus grande difficulté.

Au mois de mai 1841, plus d'un an après le début du mal, la malade, dont l'affection présentait alors tous les caractères d'une hydropisie du genou, vint réclamer les soins de M. Warnecke. L'articulation était fortement gonflée à la partie antérieure, et la rotule soulevée et élastique ; il y avait de la fluctuation tout autour de la surface tuméfiée : du reste, il n'y avait pas de douleur, même à la plus forte pression. Le genou malade présentait six centimètres (deux pouces) de plus que le sain, sous le rapport de la circonférence. Lorsque la malade avait reposé sa jambe dans la position assise ou couchée, et qu'elle voulait se lever, l'articulation était extraordinairement raide, et il fallait une succession de mouvemens avant qu'il ne fût possible de placer le pied par terre et de s'appuyer dessus. Du reste, la santé générale était bonne, et on cherchait vainement à découvrir la cause occasionnelle des accidens éprouvés.

Dans ces circonstances, M. Warnecke crut devoir prescrire les frictions sur le point gonflé avec l'élixir acide de Haller, déjà recommandé en pareil cas par M. le docteur Brach ; et, après avoir continué pendant trois semaines environ ce mode de traitement, il eut la satisfaction de voir le mal disparaître sans laisser aucune trace. Six mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

(*Medicinische Zeitung* ; 1842, n° 13.)

Moyen de reconnaître l'addition de cervelle dans le lait.

Nous avons signalé dans notre journal une nouvelle falsification du lait, consistant dans l'addition au lait d'une certaine quantité de cervelle de veau ou de mouton, dans le but de rendre à ce liquide sa consistance et son aspect primitifs. On a conseillé l'usage du microscope pour déceler cette fraude ; mais les résultats obtenus à l'aide de cet instrument ne sont pas toujours bien nets, et d'ailleurs, les illusions si fréquentes que présente le microscope à ceux qui ne sont pas très familiarisés avec son emploi peuvent induire les observateurs en erreur. Pour parer à ces divers inconvéniens, MM. Soubeiran et O Henry proposent de recourir exclusivement au moyen suivant, qui est fondé sur la propriété que possède l'acide oléo-phosphorique, découvert par M. Frémy, et dont ce savant a constaté l'existence dans la matière cérébrale, de se changer, sous l'influence de l'eau acidulée, en oléine et en acide phosphorique.

On prend la partie crémeuse qui s'est formée à la surface du lait, on la traite par l'éther sulfurique très pur à une douce chaleur. L'éther décanté, filtré et évaporé laisse un résidu de matières grasses qu'il faut faire bouillir dans de l'eau distillée, aiguisée par quelques gouttes d'acide sulfurique pur. La solution refroidie et filtrée donne, à l'aide des réactifs (eau de chaux, eau de baryte, nitrate d'argent, etc., sels de magnésie et ammoniaque), tous les caractères de l'acide phosphorique. Le lait normal ne produit rien de semblable.

(*Jour. de Pharm. et de Chim.*, mars 1842.)

Solution emménagogue.

Pr. Chloro-aurate d'ammoniaque,	50 centigrammes.
Eau distillée,	300 grammes.
Alcool à 36 degrés,	300 id.

Faites dissoudre et renfermez dans une bouteille bien bouchée.

Cette solution est employée avec le plus grand avantage contre l'aménorrhée et la dysménorrhée provenant d'une cause atonique, et l'emporte de beaucoup sur les autres préparations d'or qui ont été préconisées en pareil cas, telles entre autres que le cyanure de ce métal.

On la fait prendre matin et soir, à la dose d'une cuillerée à café, que l'on administre dans une tasse d'un véhicule aqueux (l'eau pure est préférable à tout autre liquide) convenablement édulcoré avec un sirop approprié.

Pour obtenir le chloro-aurate d'ammoniaque, il suffit de faire dissoudre une partie en poids de perchlorure d'or sec avec deux parties également en poids de chlorhydrate d'ammoniaque dans une quantité suffisante d'eau distillée, en favorisant la solution par l'addition de quelques goutes d'acide chloro-azotique (eau régale) faible : il ne reste plus ensuite qu'à dessécher le sel double à l'aide d'une chaleur très-modérée. (Bouchardat ; *Annuaire de Thérapeutique.*)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Deuxième épreuve. — Première leçon clinique.

S'il fallait adopter l'opinion de quelques écrivains, il semblerait qu'on n'a pas encore une idée bien nette de la clinique, et même que cette partie si importante de l'enseignement est encore un problème à résoudre. Nous sommes loin de partager une semblable illusion : nous sommes même persuadés que les règles de la clinique sont parfaitement comprises tout aussi bien par le candidat qui fait une excellente leçon de ce genre, que par celui qui en fait une très mauvaise. Cela est si vrai, qu'immédiatemsnt après une leçon, les jugemens (nous entendons les jugemens sans prévention, abstraction faite des sympathies pour les personnes !) sont presque constamment unanimes sur la valeur de cette leçon. Mais, dira-t-on, s'il en est ainsi, d'où vient qu'une bonne leçon clinique est rare dans un concours ? Oh ! ici les raisons abondent, et elles sont de plusieurs ordres.

Il faut d'abord tenir compte aux candidats de l'émotion plus ou moins grande à laquelle ils sont naturellement en proie en pareille circonstance, émotion qui peut être surtout dangereuse pendant l'examen des malades. D'un autre côté, une demi-heure seulement est accordée pour cet examen. Sans doute, il est des cas pour lesquels ce temps

est suffisant ; mais qui ne comprend aussi qu'il doit être et qu'il est en effet souvent trop court. Toutefois, hâtons-nous de le dire, là n'est pas le véritable point de vue sous lequel la question qui nous occupe doit être examinée.

Pour être un bon clinicien, il faut avoir observé beaucoup et bien observé ; il faut être doué d'un esprit droit et d'un jugement solide. Les travaux de cabinet peuvent suffire pour traiter des questions générales de pathologie : en pareil cas, avec de la mémoire et seulement de la mémoire, on peut mériter les applaudissemens d'un nombreux auditoire. Mais il faut plus que cela dans une leçon clinique : c'est ici un travail d'application qui ne peut devenir facile que par le contact fréquent des malades. Il y aurait bien des pages à écrire sur ce sujet, mais comme nous ne dirions après tout que ce que tous les praticiens savent, nous n'insisterons pas.

Prise dans son ensemble, l'épreuve qui vient d'être terminée et dont nous avons à rendre compte n'a pas été complètement satisfaisante. Il est vrai que quelques-uns des concurrens n'ont pas fait défaut ; mais, disons-le par avance, les leçons du plus grand nombre n'ont pas entièrement répondu à l'attente générale. Nous sommes convaincus que nous sortirons avec une toute autre impression de la seconde épreuve. C'est pourquoi nous serons brefs dans le compte-rendu de celle-ci. Nous nous bornerons à une appréciation générale.

M. Chrestien.

Ce concurrent a eu pour premier malade un homme, âgé de vingt-neuf ans, affecté d'une tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale droite. On sait que des recherches nombreuses et récentes ont été faites sur ce sujet et que actuellement l'histoire de ces affections a complètement changé de face. Il est à regretter que ce candidat n'ait pas assez pris en considération tous ces travaux et qu'il ne se soit pas efforcé d'en faire l'application à son malade. M. Chrestien a traité ce sujet avec verve, mais comme on l'aurait fait il y a dix ans.

Le second malade était atteint d'une ophthalmie. — Le candidat a semblé vouloir saisir cette circonstance pour faire le procès à l'Ecole de Paris qui, suivant lui, s'attache trop aux caractères locaux des maladies. Nous n'avons pas à examiner ici jusqu'à quel point ce reproche est fondé ; nous dirons seulement qu'il y a danger dans les deux extrêmes, et M. Chrestien s'est chargé lui-même de nous en fournir la preuve. Il a été chercher l'origine de l'ophthalmie de son malade dans la cavité crânienne, et n'a pas parlé d'un large ulcère qui existait sur la cornée.

En descendant de la chaire, M. Chrestien aura sans doute compris que l'auditoire attendait mieux de lui.

M. Vidal (de Cassis).

Le premier malade portait deux tumeurs fluctuantes situées l'une au niveau de la crête iliaque gauche, l'autre vers la région inguinale du même côté. Le candidat s'est emparé de ce fait, l'a examiné sous toutes ses faces, et a su captiver l'attention sans faire aucune excursion inutile dans le domaine de la pathologie générale.

Le second malade était affecté d'une tumeur lacrymale du côté gauche. Il ne restait que fort peu de temps au candidat pour faire l'histoire de ce fait ; cependant rien d'essentiel n'a été omis, et ici encore M. Vidal s'est montré avec tous ses avantages.

Somme toute, cette leçon est une des meilleures de cette épreuve. Elle ne sera point perdue pour M. Vidal ; telle est du moins l'opinion des hommes compétens et impartiaux !

M. Thierry.

Le premier malade était affecté d'un albugo sur les deux yeux. Ce cas, comme on le comprend très bien, n'offrait pas un grand intérêt. Aussi M. Thierry a-t-il dit en peu de mots tout ce qu'il y avait à dire, et s'est hâté d'arriver à son second malade.

Il s'agissait ici d'un homme qui portait une tumeur du volume d'un œuf de poule située derrière le ligament latéral externe de l'articulation du genou, près le tendon du muscle biceps. Le candidat a présenté sur ce fait des considérations pratiques très judicieuses.

M. Thierry s'est montré bon chirurgien dans cette épreuve. Nous serions plus réservés dans nos éloges si nous avions à considérer cette leçon sous le point de vue du professorat.

M. Huguier.

Le premier malade porte un peu au-dessous de l'épaule droite deux ouvertures fistuleuses situées l'une en avant, l'autre en arrière, avec engorgement des parties voisines. Ce cas était difficile sous plus d'un rapport ; cependant M. Huguier a su surmonter la majeure partie de ces difficultés. — Ce candidat insiste trop sur des considérations d'une importance secondaire. Quand on n'a qu'une heure pour faire l'histoire de deux malades, on doit être plus réservé, surtout lorsqu'on est en mesure, comme l'est M. Huguier, de dire de fort bonnes choses.

Le second malade était une femme affectée d'une fistule vésico-vaginale. M. Huguier ne s'était réservé que quelques minutes pour en présenter l'histoire : c'est assez dire qu'elle a dû être très incomplète.

Cette leçon a été écoutée avec attention : c'était justice.

M. Malgaigne.

Le premier malade est un homme qui se dit affecté d'hémorrhoïdes, et chez lequel M. Malgaigne a porté le diagnostic suivant : Irritation chronique du rectum et hémorrhoïdes internes peu développées, avec une forte tendance aux hémorrhagies. Ce malade est en outre affecté d'une sciatique.

Le second malade portait sur la pommette gauche une plaie fistuleuse avec altération de l'os.

M. Malgaigne, avant de commencer sa leçon, a cru devoir déclarer que le sort ne l'avait pas favorisé, et qu'il était tombé sur des affections assez insignifiantes, sur *deux pauvres malades*, comme les appelait Dupuytren. M. Malgaigne nous permettra de ne pas être de son avis sur ce point. Cependant, ce concurrent a traité son sujet avec son habileté ordinaire. Il est à regretter seulement que M. Malgaigne ait été dominé par cette idée, car avec ses connaissances profondes et variées, il aurait été certainement à même de dire des choses fort intéressantes. Espérons que dans la prochaine épreuve ce candidat se défiera moins de son sujet.

M. Laugier.

Le premier malade avait une plaie de tête avec érysipèle du cuir chevelu commençant à envahir la face. C'est là un de ces cas qui doivent faire la fortune d'un concurrent qui n'est pas à ses premières armes. Hé bien ! M. Laugier a sans doute dit de fort bonnes choses, mais ces bonnes choses ont été dites sans ordre, sans méthode. Souvent ce candidat a laissé de côté son malade pour s'égarer dans des généralités qui ne trouvaient pas leur application dans le cas actuel.

Le second malade était affecté d'une orchite blennorrhagique du côté droit. Ici le candidat s'est un peu mieux maintenu dans son sujet, et il nous a été plus facile de le suivre.

Somme toute, on a lieu d'être étonné que M. Laugier n'ait pas su mieux profiter des faveurs du sort.

M. Aug. Bérard.

Le premier malade était affecté d'une luxation de l'articulation fémoro-tibiale avec épanchement dans la cavité synoviale et autres lésions de l'article.

Le second malade portait un rétrécissement du rectum avec accumulation de matières fécales derrière l'obstacle.

Ces deux cas se prêtaient à une foule de considérations intéressantes, Hé bien ! M. Bérard n'en a omis aucune. Tout a été bien dit, et dit à propos dans cette leçon, qui a réuni à un degré supérieur toutes les qualités d'une excellente conférence clinique. Si ce candidat reste à cette hauteur dans sa prochaine épreuve, il aura acquis le droit de compter sur le succès.

M. Robert.

Le premier malade est une femme qui, à la suite d'une chute sur les lombes, a vu se manifester une déformation des vertèbres sur ce point avec gonflement des parties voisines, et de plus une paraplégie des membres inférieurs.

Le second malade est un homme qui porte sur la face plantaire du talon du côté gauche une tumeur ulcérée. Il existe en outre du même côté une tumeur dans le jarret et une au pli de l'aine.

Nous aurions plusieurs remarques sérieuses à faire sur cette leçon ; mais pour en démontrer la justesse nous serions obligés d'entrer dans des développemens qui nous entraîneraient au-delà des limites que nous nous sommes imposées dans le compte-rendu de cette épreuve. Disons seulement que M. Robert peut beaucoup mieux faire, et espérons qu'il reprendra son rang dans la prochaine leçon.

M. Boyer.

Ce candidat a fait en premier lieu l'histoire d'une femme qui porte sur l'angle orbitaire externe du côté droit une plaie contuse, avec fracture et dénudation de l'os. Il existe en outre diverses contusions sur d'autres parties.

Le second malade est un enfant affecté d'une division complète du voile du palais.

Cette leçon n'a pas été sans intérêt.

— Nous n'avons rien à dire de M. Chassaignac, qui, d'après les raisons que nous déjà indiquées, n'a pas pu faire sa leçon.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 3 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 53. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. VOISIN.

Relevé des malades admis dans le service de M. Voisin pendant l'année 1841; par M. L. DE CROZANT, interne des hôpitaux.

(Suite du numéro 50.)

Ces 10 décès ont eu lieu après une moyenne de 64 jours à l'hospice, mais tous n'ont pas succombé à l'affection pour laquelle ils étaient entrés. 3 sont morts d'affections intestinales, 1 chronique et 2 aiguës. Ces trois malades ont succombé à une entérite qu'ils avaient gagnée en mangeant dans les cours tout ce qui pouvait tomber sous leurs mains, les vivres des malades et les ordures les plus infectes.

1 a succombé à une phthisie pulmonaire, les 6 autres ont succombé à la manie, et ont présenté à l'autopsie : 3 les traces évidentes d'une méningite cérébrale, tous trois ayant des fausses membranes sur l'arachnoïde et des adhérences en différens points, injection manifeste de la substance corticale. Chez un d'eux, un peu de ramollissement ; chez 2 autres, ces signes étaient moins évidens ; on a trouvé seulement le cerveau un peu mou et pointillé dans toutes ses parties. 1 ne nous a présenté aucune lésion bien appréciable.

Ce ne sont pas là les seules malades que nous ayons perdu dans l'année, ces décès ne portant que parmi ceux qui sont entrés dans l'année même.

Nous avons eu à peu près un tiers de guérisons, 1/2,8, chiffre à peu près semblable à celui du relevé général. Nous aurions une plus belle proportion si nous avions retiré du nombre 54 les maniaques épileptiques dont l'incurabilité est certaine. Les guérisons ont été obtenues au bout de 71 jours chaque. Cette moyenne est de beaucoup trop élevée, et indique non pas la durée de la maladie, mais le séjour des malades à l'hospice. (Les malades restent long-temps en convalescence, en travaillant à la ferme-modèle de Sainte-Anne, créée avec tant de succès par M. Ferrus, et où le travail manuel se trouve si heureusement organisé, que ces malades, qui, dans les murs de Bicêtre, ne rêvent que liberté et fuite, courent et travaillent dans les champs, 25 sous la garde d'un seul homme, sans qu'on ait jamais à signaler une évasion.

Les malades restent long-temps après leur guérison, pour qu'elle soit plus sûre ; d'autres sont employés dans la maison, et comptent toujours sur le mouvement ; c'est ainsi que Blatier est resté presque inaperçu quatre mois complètement guéri.

Les 36 qui sont restés à Bicêtre y resteront probablement toujours : 6 sont atteints d'accès épileptiques et par suite frappés d'incurabilité ; 16 sont entrés comme rechute, et l'on sait aussi toute la gravité du pronostic dans ce cas de manie intermittente.

Parmi les cas les plus remarquables de guérison, je citerai :

1° Le n° 8780 du registre. H..., vieillard de soixante-sept ans, d'une vie régulière, de mœurs douces, et qui fut pris tout-à-coup, sans cause connue, d'un accès de manie aiguë. Il s'éveilla une nuit en sursaut, cria au voleur, battit sa pauvre femme avec laquelle il faisait bon ménage depuis trente ans, et s'échappa en courant dans la rue. Saisi par la garde, il nous fut amené dans un état d'agitation extrême, criant, gesticulant, voulant frapper tout le monde. Pendant la nuit, délire continuel : il appelle les infirmiers, se fâche, puis s'apaise pour recommencer bientôt. Le pouls est à 80. On lui applique des ventouses à la nuque, saignée, lavemens purgatifs. La nuit fut plus tranquille. On renouvelle les ventouses et le lavement. Le lendemain le mieux avait continué, les yeux sont un peu jaunes, la langue sale. On lui fait prendre 10 centigr. de tartre stibié en lavage. Après des selles abondantes et quelques vomissemens qui ont éteint ces signes d'embarras intestinal, le malade est tranquille, redemande sa femme en pleurant, et regrette tout ce qu'il a fait pendant le rêve dont il sort ; il reste une huitaine de jours avec un peu de stupeur ; on l'occupe dans la maison, et il sort parfaitement guéri 37 jours après celui de son entrée.

2° Le 8704. D..., quarante-sept ans. Cet homme, d'un caractère habituellement triste, de relations douces, mais peu liant, et surtout peu causeur, à changé tout à coup de manières à la suite d'une affection intestinale causée, disent ses parens, par des excès de café qu'il faisait dans ces derniers temps. Cet homme est devenu aussi bavard qu'il l'était peu ; c'est le bel esprit, le joli cœur de Bicêtre. Chaque matin il a quelque chose à nous apprendre, des vers à nous réciter, un trait d'esprit (dit-il) à nous lancer ; c'est le boute-en-train de la maison ; il se bat avec les infirmiers, se peint les yeux avec du charbon et de la terre rouge, pour nous faire croire qu'il a été assommé la nuit, demande justice et se repose toujours sur notre bienveillance, notre impartialité, notre humanité, etc. Or, cet homme, qui ne manque ni d'esprit, ni d'éducation, encouragé par le plaisir qu'on avait à l'entendre, est devenu insupportable ; dans le courant du traitement il a eu quatre applications de ventouses, a reçu plusieurs douches pour modérer son verbiage ; il a également été purgé à plusieurs reprises. Son état s'est amélioré peu à peu sous l'influence de cette médication, tantôt physique, tantôt morale, et il a pu bientôt revenir à ses anciennes habitudes et sortir de l'hospice. Je l'ai rencontré depuis ; sa guérison s'est parfaitement maintenue, et il est aujourd'hui maître d'études dans une pension.

3° N° 8734. C..., dont j'ai donné l'observation dans la *Gazette des Hôpitaux* en octobre 1841.

4° N° 8712. V... G..., maniaque avec tendance à la démence. Sorti après 78 jours de traitement.

5° N° 8432. Blot, maniaque, ayant les hallucinations les plus bizarres, qui fut également guéri en un mois de temps, etc.

Lypémanie.

Nous avons reçu 34 lypémaniaques qui se trouvent répartis à peu près uniformément pour tous les mois de l'année. Du reste, leur nombre n'est pas assez considérable pour présenter quelque importance. Ainsi le semestre d'hiver donne 18 malades et celui d'été 16, ce qui se trouve être le contraire de ce que nous avons vu dans le relevé général, et pour chacune des formes séparément, c'est toujours le semestre d'été qui présente ordinairement le plus de malades. Du reste, comme je viens de le dire, ce résultat est de peu de valeur à cause du petit nombre de malades, et l'on conçoit, à la rigueur, que la lypémanie soit de toutes les affections mentales la moins influencée par les saisons, la température ; en effet, cette espèce de folie revêt moins souvent que les autres la forme aiguë, et s'accompagne moins souvent que la manie d'une vive excitation, de cette exaltation sur laquelle on conçoit qu'un froid rigoureux ou une grande chaleur agisse comme cause prédisposante.

Sur les 34 entrés, nous en avons eu 13 ayant de 20 à 35 ans, 1 sur 2,6 ; 18 ayant de 35 à 50 ou 1 sur 1,8, et 2 seulement de 50 à 65, et 1 ayant plus de 65 ans. C'est ici comme dans la manie, comme dans toutes les autres formes, entre 35 et 50 que se trouvent le plus d'aliénés ; mais en comparant aux maniaques on voit que pour le premier âge la proportion est plus forte ici puisque nous avons 1/2,6, et que pour la manie nous avons 1/3,5 ; la différence est même bien considérable. C'est en effet, comme je le disais, l'âge des passions tristes, du découragement, de l'ennui de la vie, des chagrins imaginaires ou qui ne reposent que sur une grande susceptibilité dont la lypémanie n'est qu'une exagération. La moyenne de l'âge, 37 ans.

Ces 34 malades sont ainsi répartis :

Mort,	1.
Guéris,	14.
Portés non guéris,	3.

FEUILLETON.

LE CONCOURS ET SES ACCIDENS.

Monsieur.

J'aime toujours le concours, même tel qu'on l'a fait aujourd'hui, même après un certain tort qu'il s'est donné il n'y a pas long-temps. Un principe, une institution ne périssent pas par une faute, mais c'est une raison pour veiller à leur conservation. La presse médicale est tout à fait dans son droit, elle fait son devoir quand elle assiste à ces luttes scientifiques et quand, par ses comptes-rendus, elle agrandit le cercle des spectateurs. Ceux qui considèrent vos articles *Concours* comme des indiscrétions inutiles ou nuisibles ont probablement leurs raisons pour cela : mais, méfiez-vous de ces raisons. Quand un acte est déclare public, il n'y a pas de limites à imposer à la publicité ; or si la presse est exclue de cet acte, elle perd son caractère de publicité absolue, ce n'est plus qu'un acte passé devant des témoins dont le nombre est matériellement fixé par les murs d'un amphithéâtre que vous pourriez réduire à des proportions convenables à vos craintes pour le grand jour. Quant à moi, si j'avais un reproche à adresser à la presse, ce serait un reproche contraire : je trouve qu'elle est aujourd'hui d'une trop grande discrétion sur les concours, qu'elle se tait sur des faits qu'il serait bon de porter à la connaissance d'un public moins restreint que celui de l'amphithéâtre. D'ailleurs même ce public qui assiste aux séances ne connaît pas toutes les circonstances d'un concours, ce qui quelquefois le rend injuste envers certains candidats, et ne lui donne pas une juste idée de certains juges. Permettez à un vieux compagnon de plume de suppléer quelque peu à votre silence. Mon âge, mon expérience, mon éloignement pour tout ce qui est ambition, mes loisirs même me donnent ici un grand avantage : je puis causer tout à mon aise et même beaucoup sans qu'on puisse penser que je parle pour moi ou contre quelqu'un.

Le concours pour la chaire de Sanson a présenté des incidens, des accidens qui doivent avoir leur moralité ;

1° Addition d'une épreuve écrite ;

2° Refus d'un candidat de se présenter devant un jury dans lequel se trouvait un homme dont il semble suspecter la justice ;

3° Fuite de deux juges ;

4° Candidat ne faisant qu'un quart d'épreuve ;

5° Suppression d'une partie de la publicité des épreuves, etc.

Voilà bien matières à gloser : je n'épuiserai pas mon sujet, je vous le promets.

1° Le concours qui valut Sanson à la Faculté se composait de deux épreuves purement cliniques et d'une thèse. L'homme d'expérience, le chirurgien vieilli dans la pratique, pouvait aborder un pareil concours sans crainte pour ses cheveux blancs, car, pour remplir le programme, le bon sens, l'expérience, servaient plus que la mémoire. Sanson sortit donc vainqueur de ces trois épreuves. Mais la Faculté n'avait jamais beaucoup aimé Sanson, et l'agrandissement rapide de sa clientelle après sa nomination causa quelque chagrin à des professeurs moins heureux sous ce rapport. On voyait arriver de loin MM. Bégin, Lallemand, Jobert ; on savait la nature de leur talent, qui était éminemment clinique ; on savait que, parmi eux, il était très facile de trouver un digne successeur de Sanson. Mais comme il s'agissait surtout d'une chaire de clinique et du remplacement du praticien, on chercha à les éloigner par un moyen bien simple : on ajouta *l'épreuve écrite.* Cette épreuve pouvait rouler sur tout sujet ayant quelque rapport avec la chaire mise au concours. Or, comme toutes les questions des sciences médicales peuvent être liées à la clinique chirurgicale, depuis la description du nerf grand sympathique jusqu'aux plus transcendantes considérations sur les fonctions du système nerveux, le champ devenait vaste, les dangers nombreux pour ces praticiens, tandis que les chances doublaient pour de bons écoliers bien dressés, bien *immémoriés.*

MM. Lallemand, Bégin et Jobert voyant venir la question écrite, font un demi-tour. Le premier retourne à Montpellier; les deux autres à l'Académie, qui les a nommés juges d'un concours où ils n'ont pas voulu se présenter comme candidats. Ces habiles et profonds philosophes n'ont pas le moins du monde murmuré; et comme de la vraie force naît la justice et l'indulgence, ils seront surtout justes et indulgens pour ceux auxquels ils ont été sacrifiés. C'est peut-être pour cela qu'ils ont été nommés juges, car la même puissance qui les a éloignés de la candidature les a placés dans le jury.

2° Vous avez déjà parlé de M. Lenoir qui, après s'être fait inscrire pour le concours Sanson, s'est retiré au moment où les épreuves allaient commencer. Vous aviez promis des éclaircissemens sur ce fait ; il paraît que les lumières que vous désiriez ne vous sont pas arrivées, ce que je conçois facilement, car il est des faits autour desquels il n'y a que ténèbres. Tout ce que je sais, c'est que M. Gerdy, actuellement juge du concours Sanson, faisait partie du jury du concours pour la place de chef des travaux anatomiques vivement ambitionnée par M. Lenoir, et qu'il croyait mériser, croyance partagée, dit-on, par M. Gerdy et par beaucoup d'autres. Vous voyez que j'entre dans les *on dit*, ce qui est facile; mais pour en sortir convenablement, il ne faudrait pas avoir affaire à deux hommes aussi vertueux que MM. Lenoir et Gerdy (1). On suppose que M. Gerdy avait promis sa voix à M. Lenoir, en présence d'un critique dont la position et le talent auraient été utiles au savant professeur; on suppose que cette même voix a été donnée au gendre d'un membre de l'Institut qui n'avait pas été, mais qui pouvait être utile au vertueux professeur. Je ne vois là qu'un événement très ordinaire, et qui rentrerait dans la classe des actes d'une des deux vertus que Hume a si bien caractérisées. M. Gerdy n'aurait pas préféré M.

(1) *L'Ecole des Vertueux* existait réellement : elle est depuis peu en déconfiture, et on pourrait à peine maintenant leur appliquait ce cers :

« Il en est jusqu'à trois que je pourrais compter. »

Restants, 16.

34.

6 de ces malades ont eu des idées de suicide. Nous avons eu 1 mort à regretter, sur lequel je ne peux donner aucun renseignement. 16 de ces malades sont encore aujourd'hui à Bicêtre dans un état plus ou moins grave ; 3 d'entre eux sont entrés cette année par rechute et doivent par conséquent laisser peu d'espoir ; 4 sont tombés dans la démence et par conséquent devenus incurables.

Ces malades présentent 2 types bien différens : ceux qui sont véritablement lypémaniaques et ceux qui ne sont le devenus qu'à la suite d'hallucinations plus ou moins bizarres. Nous en avons eu 8 chez lesquels la maladie avait ce dernier caractère.

M. Lelut insiste avec raison, je trouve (dans ses observations de folie sensoriale à la suite de l'histoire de Socrate), sur la grande différence qu'on doit établir entre ces deux états physiologiques pour lesquels il admet deux espèces de folie ; l'une avec association vicieuse des idées, c'est la folie simple ; l'autre avec transformation des idées, et c'est de cette habitude de transformer et de dénaturer toutes les sensations extérieures qu'il fait naître les hallucinations qui seront par conséquent le comble de la folie et par conséquent devraient offrir les caractères les plus graves.

Ceci est vrai quand les hallucinations viennent compliquer la folie, nul doute que la maladie ne revête alors un nouveau cachet de gravité en proportion de cette bizarre dépravation de la raison qui permet de croire à un bruit, à une image qui n'existent pas ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois, en effet, les hallucinations et les illusions ont une marche toute différente et se montrent au début de la folie.

Le malade croit entendre une voix ou voir une image, mais il croit à peine à la réalité de cette impression ; elle se répète ; il y ajoute alors un peu plus de foi et finit par être convaincu de la vérité de ses rêves, et on voit la folie naître et croître sous l'influence de cette croyance. La manie ou la mélancolie s'empare de ce malheureux suivant son caractère habituel et suivant la nature des hallucinations. Dans ce cas au contraire loin d'ajouter à la gravité du pronostic, je crois qu'elles doivent le mitiger ; car le malade est moins fou dans ce cas, puisque la folie est en quelque sorte légitimée par les erreurs sensoriales et perceptives qui, une fois enlevées, permettent à l'aliéné de recouvrer la raison si toutefois ces hallucinations n'ont pas duré assez long-temps pour la troubler complétement. C'est cette particularité qui explique, je crois, les effets du traitement que j'ai vu employer par M. Voisin contre la lypémanie pendant cette année, et les bons résultats qui ont été obtenus. Ainsi, sur 34 lypémaniques parmi lesquels nous comptions 8 lypémaniaques hallucinés au début de la maladie, nous avons obtenu 14 guérisons, dont 8 hallucinés. Nous avons eu seulement 2 hallucinés non guéris ; et je dois ajouter qu'à l'époque où j'ai clos mes observations, les 2 non guéris étaient à Bicêtre, l'un depuis trois semaines et l'autre depuis deux mois, et qu'on peut encore, par conséquent, largement compter sur leur guérison.

Le nombre des guérisons sur le total des lypémaniaques est aussi très avantageux ; il donne 1 sur 2,4. C'est un très beau résultat ; aussi m'engage-t-il à dire quelques mots du traitement employé.

Ce traitement, dont j'ai déjà parlé l'année dernière dans la *Gazette des Hôpitaux*, page 571, en rapportant une observation de lypémanie, convient surtout à ces cas dans lesquels le lypémaniaque est malade depuis long-temps, dans lesquels les idées fausses ont élu chez lui droit de domicile par leur ténacité et leur durée, dans lesquels l'attention du malade a toujours été dominée et accaparée toute entière par des bruits mensongers, des images chimériques, des hallucinations, des illusions de toute sorte qui ont perverti son jugement, égaré sa raison, détruit ses sentimens qui commandent aujourd'hui à tous ses actes, dirigent toutes ses manifestations, l'obligent à résister aux incitations les plus pressantes de ses instincts animaux. Combien de ces malheureux refusent plusieurs jours de suite de prendre leur nourriture, parce qu'une voix mystérieuse leur a dit que les alimens seraient empoisonnés pendant la journée! Cointier reste trois jours immobile à son lit, sans vouloir proférer une seule parole; harcelé, poussé à bout, forcé d'expliquer son silence, il m'avoue tout bas, les larmes aux yeux, qu'une voix inconnue lui a répété tous les jours : *Trop gratter cuit, trop parler nuit.*

Après avoir préalablement combattu les désordres qui peuvent se présenter du côté de la tête ou des voies digestives, quelle est l'indication qui se présente ici? Le traitement physique simple (purgatifs, saignées, ventouses, etc.) pourra bien modifier un peu la fréquence et la violence des hallucinations ; aussi faudra-t-il dans ce but ne pas les négliger. Mais quel sera leur effet sur l'impression produite, sur la bienveillante attention avec laquelle le malade écoute et caresse ses rêves? Nul, sans aucun doute. Ce qu'il faut, c'est détourner l'attention du malade du point sur lequel elle est constamment concentrée ; c'est arracher ce malheureux à cette contemplation dans laquelle il est sans cesse plongé, l'obliger malgré lui à s'occuper d'autres choses, le fixer, l'attacher pendant quelque temps, lui créer une occupation, un plaisir, une peine qui le captive et lui fasse perdre de vue ses chagrins, ses tourmens qui devront disparaître facilement, puisqu'ils ne sont qu'imaginaires.

Parmi les agens purement moraux, c'est-à-dire ceux qui s'adressent directement à l'intelligence ou aux sentimens, en trouverons-nous qui puissent réunir les conditions nécessaires à la réussite, qui sont la vigueur dans l'impression et la durée dans l'action ; car il faut que le malade soit vivement impressionné et que cette impression continue de manière à conserver constamment toute sa valeur.

Les reproches, les menaces, les punitions, douches, affusions et toutes les secousses morales qui agissent en effrayant les malades, n'ont qu'un effet momentané, le malade conserve toutes ses idées; seulement il profite quelquefois de la leçon pour ne les plus communiquer, et devient si discret, si réservé qu'il faut un hasard ou une patience excessive pour faire découvrir que sa guérison n'est qu'apparente. Nous en avons eu un exemple curieux à Bicêtre, chez un monomaniaque religieux, nommé Fouchaux, qui, rasé et douché, avoua toutes ses erreurs, abjura toutes ses hérésies, reconnut qu'il avait été fou, et au bout de quinze jours de feinte et de dissimulation, il exprima le désir de conférer quelques instans avec M. l'aumonier de Bicêtre et de rentrer dans le monde. Nous ne tardâmes pas à savoir que pendant ces quinze jours le malheureux n'avait fait que mûrir les projets les plus bizarres, et, entre autres, celui qu'il affectionnait entre tous, qui devait consister à ériger sur le pont Louis XV, en face de la Chambre des Députés, la statue équestre de Notre Seigneur Jésus-Christ.

Vous adresserez-vous à la raison de cet homme malade, et chercherez-vous par des conseils, par des raisonnemens à modifier ses idées, à le persuader qu'il est dans l'erreur, il ne vous écoutera pas, il ne vous croira pas ; s'il était capable de le faire, il ne serait pas malade : ce serait vouloir forcer à avaler un filet de bœuf, un malade qu'une gastrite empêcherait de digérer les préparations les plus légères. Si vous parveniez à le lui faire digérer et à lui rendre ainsi toutes ses fonctions, il ne serait plus malade certainement; mais une pareille médication n'est jamais venue, je pense, à l'esprit de personne.

Essayerez-vous par des distractions, des occupations intéressantes, des voyages, des spectacles, des plaisirs de toutes sortes, de captiver son esprit, on y parviendra quelquefois, mais bien rarement, car il sera bien difficile de trouver un objet qui fixe long-temps votre malade et chasse de son esprit ses rêveries habituelles. Il faudrait de la part du médecin qui emploierait cette méthode un grand fond de courage et de patience, la résolution de ne pas quitter un instant son patient, de le surveiller, de l'occuper sans cesse; et je crois que indépendamment de toutes les difficultés qu'on éprouve à captiver seulement pour quelques instans l'attention d'un lypémaniaque, que l'emploi de cette thérapeutique rendrait le médecin fou avant de guérir l'aliéné. Il y a pourtant un moyen par lequel on peut saisir directement l'esprit du fou : c'est en éveillant dans son cœur des idées qui y avaient de profondes racines, et que le temps ou la maladie ont momentanément endormies ; ainsi, la religion, et surtout chez la femme, naturellement sensible et impressionnable, et dans l'esprit de laquelle ces idées ont germé avec plus de force et de succès. Je crois parfaitement que M. Falret qui dirige, je crois, dans ce sens son traitement moral à l'hôpital de la Salpêtrière, en obtienne d'heureux résultats.

Le traitement que j'ai vu employer à M. Voisin et dont j'ai pu constamment apprécier les heureux effets, consiste tout bonnement à appliquer aux jambes un ou deux vésicatoires que l'on renouvelle quand la douleur s'éteint avant d'avoir produit son effet. Ce remède physique agit évidemment comme agent moral en détournant d'une manière certaine et constante l'attention du malade. Il est rare, en effet, que le lendemain de l'application du remède, il s'occupe d'autre chose que de son action. Si vous le suivez des yeux, vous le verrez ne songeant qu'à se gratter et à se plaindre du mal qu'on lui fait souffrir inutilement. Pour la première fois il est occupé d'une souffrance réelle qui lui fait oublier ses rêves ; et lorsque la douleur physique se dissipe peu à peu, il recouvre la sérénité, et ne songe plus aux chimères qui l'obsédaient et empoisonnaient tous ses instans.

Il ne reste plus alors qu'à soutenir la guérison par une hygiène physique et morale bien entendue.

Je pourrais, à l'appui de ce que j'avance, rapporter plusieurs observations. Outre celles publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*, je me contenterai de citer :

1° Celle de V..., n° 8676 du registre. Lypémaniaque halluciné, en proie au chagrin le plus noir, à la tristesse la plus profonde. Cet homme, plein de probité et de mœurs fort régulières, a été valet-de-chambre dans plusieurs maisons à Paris, et partout on n'a eu qu'à se louer de lui ; comme l'attestent les certificats dont il est porteur. Ce malheureux, depuis trois semaines, entend des voix qui le réveillent la nuit, qui à chaque instant de la journée l'accablent des injures les plus grossières et les plus pénibles, lui reprochent les actes les plus infâmes, les habitudes les plus honteuses, les goûts les plus dépravés.

La souffrance continuelle qu'il éprouve a creusé ses yeux, ridé son front, altéré toute sa physionomie ; avec la tranquillité de l'esprit il a perdu la santé, il a maigri beaucoup, est devenu sombre et rêveur, ne peut goûter aucun repos. Quand on lui parle, il répond à peine et cherche toujours à se laver des accusations dont il est la victime.

M. Voisin lui fait appliquer un vésicatoire à chaque jambe, et le lendemain, cet homme, qui ne bougeait pas de sa chaise, se plaint que sa douleur l'empêche de se promener et de prendre l'air. Les plaies, légèrement excitées par un peu de pommade épispastique, l'occupent vivement et le tourmentent pendant trois jours. Durant ce temps, il n'a pas parlé une seule fois de ses hallucinations. On lui rend l'usage de ses jambes qu'il demande avec instance. Le sommeil revient, l'appétit renaît et la guérison s'est maintenue.

2° C..., n° 8730, a été un peu plus long temps à guérir : il a fallu revenir deux fois aux vésicatoires, combattre en même temps un peu de congestion cérébrale et un embarras gastrique par des ventouses à la nuque et du tartre stibié; c'est ce malade qui prétendait que : « Trop gratter cuit et trop parler nuit. » Il a souvent aussi, dans la rue, entendu des voix, sans pouvoir découvrir ceux qui les prononçaient, lui crier à l'oreille que sa femme le trompait, que ses enfans n'étaient pas de lui, et il en conçut une mélancolie des plus profondes que trahissent sa démarche, sa physionomie morose, les paroles rares et brèves. La mort lui semble le seul remède à ses souffrances : il refuse de manger pendant trois jours, la peur seule de la douche parvient à lui faire prendre quelques alimens. Quelques jours après il se renferme dans un silence absolu qu'on a toutes les peines imaginables à lui faire rompre. Sous l'influence du traitement que j'ai signalé plus haut, son état s'est amélioré peu à peu, et un mois après son entrée à l'hôpital, il en est sorti complètement guéri, bien convaincu de la vertu de sa femme, et parlant sans craindre d'avoir à le regretter un jour. Sa maladie datait de deux mois.

Denonvilliers à M. Lenoir; il aurait tout simplement préféré un membre de l'Institut qui peut le faire son collègue, à un journaliste dont il était déjà le confrère. Mais si M. Lenoir, se méfiant de ses talens, avait fait agir ce journaliste puissant et, avec lui, un membre de l'Institut d'une grande influence, alors M. Gerdy, qui a voté pour le candidat seulement appuyé par le membre de l'Institut, a fait un acte qui appartient à une espèce de vertu qui a pu être définie par Hume et prêchée par notre sainte religion, mais qui n'avait pas encore été pratiquée, que je sache. De sorte qu'ici encore M. Gerdy resterait le maître. C'est une raison de plus pour me faire maudire l'opiniâtre obscurité répandue sur un fait qui mériterait le prix Montyon, celui que Moessard, comédien bien moins vertueux que M. Gerdy, a su mériter un jour.

Tout cela ne devait pas éloigner M. Lenoir du concours de Sanson; car il est réellement triste que celui qui a remplacé avec distinction ce professeur pendant deux ans, ne vienne pas prouver publiquement qu'il était réellement digne du choix que la Faculté avait fait pour remplir cet intérim important. Il est vrai qu'avec un peu moins de vertu et un peu plus de délicatesse, M. Gerdy ne se serait pas obstiné à vouloir juger un homme dont il connaissait les dispositions, d'un homme qui était prêt à arrêter complétement sa carrière plutôt que de comparaître devant un juge qui lui était antipathique.

Un praticien *répandu* comme M. Gerdy, n'aurait rien perdu en perdant les jetons d'un concours, tandis qu'il n'en est pas de même d'un candidat qui manque à l'appel, quand il s'agit d'une pareille lutte. D'autres candidats ont été plus courageux. Ils savent très bien (il y a de bonnes raisons pour cela) que parmi les juges sont assis des hommes qui ne sympathiseront jamais avec leur talent et leur caractère; ils n'ignorent pas, les malheureux! que dans un plateau de la balance sera un grief, un mot; et que si ce grief, surtout s'il est mérité; ce ce mot, surtout s'il est bon, feront pencher fortement le plateau. Les talens seront dans l'autre plateau, et plus il y en aura, plus le premier plateau pèsera. Les candidats qui, sachant cela, se présentent devant de pareils juges qui le savent aussi, méritent un nom que je ne puis leur donner aujourd'hui, parce qu'il faudrait aussi en donner un aux juges, ce qui n'est possible qu'après le jugement. On va me dire que tout candidat a son droit de récusation (sauf l'approbation du conseil de l'instruction publique) ; mais est-ce que tous les motifs de récusation peuvent être articulés? est-ce qu'on peut donner à tous ces motifs un caractère officiel? Ce serait souvent un scandale qui nuirait d abord au candidat et qui ne ferait pas retirer les juges ayant bonne envie de juger. Ceci fait que dans ce concours il est des candidats qui, à l'égard de certains juges, ne sont pas des *candidats* mais des *prévenus*, je ne veux pas dire des *coupables*.

3° Après les juges qui veulent absolument juger, viennent ceux qui s'en abstiennent trop facilement. MM. Moreau et Cruveilhier ont quitté leur poste. Ils ont été *empêchés* de remplir une des fonctions les plus importantes du professeur, celle qui consiste à choisir un collègue dans l'intérêt du corps auquel ils appartiennent. Ce n'est pas à moi à décider si un accouchement, quelleque soit son importance sociale, doit empêcher un professeur d'une Faculté de continuer un concours aussi important que celui qui a lieu dans ce moment-ci; je n'aurai pas l'impertinence de prétendre qu'un accoucheur peut être remplacé par un autre accoucheur et même par une sage-femme : ces choses-là d'ailleurs, on ne les écrit pas. Il y a deux raisons qui font regretter M. Cruveilhier ; je ne dirai ni l'une ni l'autre, car je m'aperçois que j'en ai trop dit pour aujourd'hui. Dans un prochain numéro, je traiterai les deux derniers points de ma mercuriale.

Nemo medical.

— M. le maire du 7e arrondissement fut informé, il y a quelques jours, qu'un individu d'un extérieur distingué se présentait chez ses administrés, et, à l'aide de belles paroles, recueillait des souscriptions destinées, disait-il, à l'établissement d'une vacherie-modèle dans l'intérêt de la vaccine, et il en donna avis au commissaire de police du quartier Sainte-Avoie. Cet homme était porteur d'un registre, sur lequel M. le maire lui-même et plusieurs personnes notables de l'arrondissement, figuraient pour des donations assez généreuses.

Les agens de police se mirent aussitôt à sa recherche, et, d'après les renseignemens qu'ils obtinrent, ils furent bientôt sur sa piste, et l'arrêtèrent au moment il parvenait à convaincre de l'utilité de son établissement un négociant de la rue de la Verrerie. Conduit au bureau du commissaire, notre philantrope a été reconnu pour un escroc très adroit, signalé par différens tours de ce genre. On a trouvé sur son registre les noms de plus de trois cents souscripteurs qu'il a dupés, parmi lesquels figure celui du colonel de la 7e légion.

— M. le docteur Bégin, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, vient d'être élevé au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

— *Générosité d'un médecin.* — Dans une séance de l'Association médicale d'Irlande, M. Carmichael ayant été élu président, fit don à la Société d'une somme de 12,500 francs pour servir à obtenir la réforme médicale, but principal de l'Association.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

DIX-NEUVIÈME SÉANCE. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui lundi 2, M. Huguier a fait sa leçon clinique sur deux malades de l'hôpital dit de l'École (service de M. J. Cloquet).

La prochaine séance aura lieu vendredi, 4. L'examen des malades se fera à l'hôpital de la Charité, à quatre heures. A cinq heures, séance publique.

Je pourrais citer d'autres cas de guérison, ceux d'Emig, Saint-Georges, que l'on a obtenues par le même traitement.

Il est des cas de lypémanie dans lesquels cette médication serait tout à fait impuissante : c'est lorsque le délire est accompagné de fièvre, de rougeur de la face et des conjonctives, d'embarras intestinal, de désordres physiques qui commandent les troubles intellectuels; lorsque la maladie présente des symptômes d'acuité qui exigent des antiphlogistiques. Dans ces cas, la pratique de M. Voisin est toute autre, comme on peut le voir par l'observation suivante.

R..., n° 8664, âgé de cinquante-deux ans, cordonnier, caractère assez triste ordinairement, tempérament lymphatique, maigre, cheveux chatains gris; figure pâle, expression de tristesse profonde.

La mère du malade a été, à un âge assez avancé, enfermée à la Salpêtrière, après avoir essayé de se détruire.

Malade depuis le 17 mai 1841, ayant joui jusqu'alors d'une bonne santé, et avec des habitudes de sobriété et de bonne conduite. Le 17 mai, en revenant de la noce d'un de ses neveux où il mangea et but fort peu, et où il fut, assure-t-on, traité avec tous les égards convenables, il se coucha tranquille. Au milieu de la nuit, il réveilla sa femme pour lui dire qu'il avait été maltraité, méprisé par tous les convives, qu'il leur avait servi de jouet, et qu'il ne savait à quoi attribuer cette malveillance; depuis, la crainte d'avoir perdu la considération dans son quartier alla en augmentant, il redoutait la présence de tous ses voisins, croyait les entendre partout lui reprochant une foule de mauvaises actions qu'il convient lui être imputées à tort. Le premier juin il parut un peu plus malade, et souffleta un voisin qu'il croyait mal disposé à son égard.

Conduit le lendemain chez M. Blanche, il prit plusieurs bains et eut un séton à la nuque, se trouva mieux au bout d'une huitaine de jours, et il rentra dans sa famille, où il se conduisit bien, travaillant à son état et oubliant tous ses rêves. Il y a huit jours, il retomba sans cause appréciable, avec perte d'appétit et de sommeil. Entré le 15 juillet à l'hôpital, il présente une apparence maladive, est triste, parle peu; et semble toujours préoccupé de l'idée que sa réputation est perdue. Du reste, il est tranquille; pouls modéré; on lui fait prendre quelques bains; une fois de l'eau de Sedlitz; du chiendent nitré.

Quatre jours après on est obligé de lui mettre la camisolle. Le malade est agité, le pouls développé, fréquent, la face rouge, les yeux enfoncés et abattus. Il refuse de manger : on ne parvient à le nourrir que par la persécution et la patience la plus opiniâtre. Il croit qu'on va l'empoisonner et voit dans les soins qu'on lui prodigue autant d'embûches qui lui sont dressées : il demande qu'on les lui évite et qu'on le tue de suite. Cette période de surexcitation dure jusqu'au 23 juillet : il eût pendant ce temps deux fois des ventouses à la nuque, deux saignées, un purgatif, des sinapismes, et pour tisane du chiendent nitré. Des différens symptômes de la maladie, la stupeur persista seule quelque temps encore.

Le 4 août, il est sombre, mélancolique, mais tranquille, répondant bien aux questions qu'on lui adresse, sensible aux larmes de son fils, auquel on a permis de le voir. On lui fait appliquer un vésicatoire; depuis cette époque l'état de R... s'est amélioré peu à peu, les hallucinations de l'ouïe ont cessé en premier; la manie du suicide a continué quelque temps après; puis, enfin il n'est plus resté qu'une habitude mélancolique que nos conseils et nos reproches ont fait disparaître. R... est sorti parfaitement guéri.

Nous avons reçu peu de malades franchement monomanes, en prenant ce mot dans son acception rigoureuse et en ne le donnant qu'aux aliénés dont le délire roule sur un seul objet et qui sur tout autre point ne présentent aucune idée déraisonnable. Ces cas sont très rares, les 6 monomaniaques religieux que nous avons reçus en offrent seuls des exemples réels, et je crois que les 6 autres malades que j'ai rangés dans cette catégorie ne devraien pas y être si je suivais le pied de la lettre et la signification exacte du mot. Mais comme leur délir roule consamment dans la même série d'idées, que leur folie ne se manifeste habituellement que sur un sujet, qu'il fallait chercher et fouiller dans leur esprit pour les trouver en défaut ailleurs, je les ai conservés dans la classe des monomaniaques, d'autant que dans la science, comme dans le monde, on donne ce nom à des maniaques dont la maladie se trahit le plus souvent par tel ou tel travers.

Nous avons donc eu sur 12 entrées, 6 monomaniaques religieux et 6 autres dont 2 monomaniaques suicidés, 2 monomaniaques vaniteux, 1 monomaniaque jaloux et 1 monomaniaque érotique.

Des 2 suicidés, l'un est mort le deuxième jour de son entrée, l'autre est sorti guéri au bout de 41 jours. Ce malheureux, après la perte d'une quarantaine de francs qui la laissa dans le plus grand dénuement, fit des tentatives de suicide qu'il renouvela plusieurs fois à Bicêtre, sans nous donner jamais une autre explication à son dégoût de la vie; sa raison était saine d'ailleurs. Il est sorti en nous asurant qu'il avait complètement renoncé à son projet. Malheureusement il va se trouver encore sous l'influence de la cause qui avait déterminé sa maladie, la misère, qui probablement fera renaître encore chez lui les mêmes idées.

Le jaloux, G..., est encore à Bicêtre, offrant quelquefois des accès de manie aiguë, mais continuellement animé d'un sentiment de haine et de jalousie contre les femmes, dont il n'a jamais voulu nous dire le motif. Il ne peut résister, quand il voit une femme, surtout si elle est jolie, au désir de l'assommer : ce qui lui est arrivé déjà plusieurs fois de prouver. Les femmes de service, dont il est très connu, ont soin de ne pas s'exposer à ses caresses.

L'amoureux est sorti non guéri.

Les 2 monomaniaques vaniteux sont encore à Bicêtre, tout aussi antichés de leurs talens imaginaires, voulant toujours être les premiers à l'école, au chant, ne voulant recevoir de leçons de personne, ne sachant par conséquent rien et fatiguant tout le monde de leur mérite. Images de bien des gens qu'on rencontre dans la société, qui par amour-propre ne veulent rien apprendre de personne et parlent avec assurance des questions capitales d'une science dont ils ignorent les premiers élémens.

(*La fin à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Tumeur blanche du genou droit. Amputation de la cuisse. Inflammation des méninges survenue pendant le cours de la cicatrisation. Mort. Considérations générales sur les tumeurs blanches des articulations.

Une jeune fille est entrée à l'hôpital, portant une tumeur blanche du genou droit, ancienne et à un degré tellement avancé, que l'amputation fut jugée immédiatement indispensable. On a, en conséquence, pratiqué l'amputation de la cuisse. L'opération n'a présenté aucune circonstance qui mérite d'être signalée. Voici l'état qu'a présenté par la suite cette malade : L'opération avait été pratiquée le 9 avril. Le 12, la malade allait bien; on avait enlevé l'appareil vingt-quatre heures après l'opération, ainsi que le pratique habituellement M. Blandin. C'est, dit-il, un système que nous avons adopté depuis plusieurs années, et dont nous reconnaissons de plus en plus l'avantage. Aujourd'hui on a enlevé de l'intérieur de la plaie du moignon une quantité considérable de sérosité sanguinolente qui faisait boursouffler le moignon, lequel, à son tour, était étranglé par les bandelettes agglutinatives. Sans cette précaution, et si cet étranglement eût duré plus long-temps, ainsi qu'il arrive quelquefois lorsqu'on attend trois ou quatre jours avant d'ôter le premier appareil, on aurait eu probablement des accidens inflammatoires très fâcheux à combattre, des abcès, des érysipèles. Avec le système qui consiste à enlever l'appareil vingt-quatre heures après l'amputation on prévient tous ces accidens.

18. Notre petite malade est dans un état inquiétant. Depuis quelques jours elle faisait voir une grande émotion, une inquiétude extraordinaire le matin, lorsqu'on s'approchait d'elle pour lui donner les soins nécessaires; elle criait au moindre attouchement, et même avant qu'on l'eût touchée. Les pansemens, quoique faits avec tous les ménagemens possibles, lui arrachaient des cris très aigus, et la jetaient dans une grande agitation. Il y a eu une réaction vive du côté du cerveau et de l'estomac, au point que la malade vomissait toujours après chaque pansement; c'étaient des vomissemens nerveux produits par la vive émotion qu'elle éprouvait pendant qu'on la pansait; car ces vomissemens cessaient pendant tout le reste de la journée. Cette jeune fille a été fortement ébranlée pendant l'opération, et cet ébranlement du système nerveux semble avoir continué sans interruption. Depuis avant-hier dans la nuit, elle est dans un délire calme qui ne se traduit que par quelques cris lorsqu'on la touche; elle est souvent plongée dans un état d'assoupissement.

Ces phénomènes ont débuté par une grande agitation qui commença dans la nuit d'avant-hier; elle s'agitait tellement dans son lit qu'elle fut sur le point de se jeter par terre. Il survint, à la suite de ces secousses, une hémorrhagie du moignon, hémorrhagie légère, à en juger par les taches de sang imprimées sur le linge. Il ne paraît y avoir eu qu'un simple suintement sanguin des vaisseaux capillaires.

Nous sommes portés à croire que cette malade est en proie à une irritation des méninges, et peut-être à une légère arachnitis commençante, car elle présente les symptômes propres de cette affection; elle a, en un mot, un commencement d'hydrocéphale aiguë.

Nous avons fait appliquer de la glace sur le front, la tête étant découverte; on a mis un vésicatoire à la cuisse saine et des boules d'eau chaudes au pied. C'est tout ce que nous croyons devoir faire dans ces circonstances; car ce n'est pas le cas d'employer les émissions sanguines, qui pourraient jeter la malade dans une faiblesse et une prostration plus dangereuses encore que l'état où elle est.

Le même état a duré jusqu'au 20, jour où la malade a succombé.

Autopsie. On a trouvé dans les ventricules du cerveau un épanchement considérable de sérosité demi transparente, tenant en suspension quelques flocons albumineux semblables à ceux qu'on trouve dans l'hydrocéphale aigu. La cavité externe de l'arachnoïde ne contenait pas de liquide, on trouvait seulement à la base une petite quantité de liquide visqueux au toucher. Rien dans les autres organes.

M. Blandin avait fait, à l'occasion de cette malade, le jour de l'opération, les réflexions cliniques suivantes sur la maladie qui avait nécessité l'amputation.

Il y a plusieurs espèces de tumeurs blanches : il y a des tumeurs blanches de nature tuberculeuse (ce sont celles qui débutent dans les os mêmes); il en est d'autres de nature scrofuleuse et de nature rhumatismale : les tumeurs de ces deux dernières espèces siégent plus spécialement dans les parties extérieures de l'articulation, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les tégumens. Quelquefois pourtant l'affection se propage des tissus superficiels aux tissus profonds, elle finit par envahir l'intérieur de l'articulation et attaque plus tard les os eux-mêmes. Ainsi, toutes ces diverses espèces de tumeurs peuvent différer entre elles à leur début et par la cause qui les produit, mais en dernière analyse lorsque la maladie est avancée, elles présentent toutes à peu près les mêmes caractères et les mêmes altérations organiques. Nous pensons, quoique plusieurs auteurs soient d'un avis contraire qu'elles sont ordinairement le résultat d'une inflammation. Cette inflammation, négligée à l'état aigu, entretenue en même temps par cet état général spécial qui prédispose souvent les malades à ces sortes de maladies, cette inflammation devenue chronique affecte une marche très lente : c'est là un des caractères particuliers de ces tumeurs. Dans cette maladie, le membre affecté est toujours un peu en contraction : c'est un effet naturel de toute affection profonde de l'articulation. Le genou commence à se fléchir un peu, et cette flexion va ordinairement en augmentant tous les jours à cause de la contracture de plus en plus forte des puissances musculaires qui entourent l'articulation. Nous avons vu de ces flexions tellement prononcées que la jambe était collée à la partie postérieure de la cuisse. Il en résulte que lorsque la guérison de ces maladies a lieu par ankylose, cette soudure se fait quelquefois d'une manière très défavorable à l'exercice et aux mouvemens du membre. C'est le propre de toutes ces dégénérescences profondes de disposer les parties articulées aux luxations spontanées, ainsi désignées par une dénomination peu heureuse, car ces luxations ne sont pas plus spontanées que celles qui ont lieu d'une toute autre manière.

La tumeur blanche qui existe chez le sujet dont il s'agit ici appartient à la classe de celles qui débutent par les parties externes pour envahir plus tard les parties internes. L'inflammation dans ces cas débute souvent par le peloton graisseux qui entoure l'articulation, puis elle s'étend aux ligamens croisés et de là aux os. Telle est la marche que paraît avoir suivie l'affection chez cette jeune fille. On trouvait aussi un abcès dans le creux poplité qui communiquait avec l'intérieur de l'articulation : cette communication était récente, car la synoviale ne présentait aucune altération morbide; les ligamens étaient également sains, de même que les cartilages diarthrodiaux. Il n'en eût pas été ainsi si les surfaces articulaires eussent été depuis long-temps en rapport avec du pus. L'abcès a donc commencé à se former au dehors de l'articulation, et il n'a pénétré dans l'intérieur de l'article qu'en dernier lieu.

On peut rapprocher ce cas de celui d'un homme entré récemment pour une tumeur blanche de même nature et qui a été amputé ces jours derniers. Chez ce dernier malade on observait une marche en quelque sorte inverse : la tumeur avait commencé par les os, car avant que l'articulation fût entièrement prise, il y avait une dépression correspondante à une destruction partielle produite par la carie; les cartilages diarthrodiaux étaient altérés, les surfaces articulaires rugueuses et corrodées dans quelques points.

HOPITAUX ALLEMANDS.

Paralysie des muscles d'un côté de la face, traitée à l'aide de la section des muscles opposés; par M. DIEFFENBACH.

Il s'agit de deux individus atteints de paralysie des muscles d'un côté de la face, que M. Dieffenbach avait traités d'abord, il y a quelques années, en excisant une portion de peau du côté paralysé, et en réunissant les bords de la plaie à l'aide d'une suture; la difformité avait disparu en partie, mais l'auteur n'était pas très satisfait du résultat. Ayant observé ensuite que dans cette paralysie il y avait un muscle rigidement contracté du côté sain, comme dans le pied-bot paralytique, il a pensé qu'on pouvait le couper par la section sous-cutanée. M. Dieffenbach a appliqué ce projet d'abord dans un cas de paralysie de l'orbiculaire des paupières; il a divisé le releveur de la paupière supérieure à l'aide d'un bistouri très fin qu'il a glissé sous la peau de cette paupière, et dont le tranchant, dirigé en bas, a divisé le muscle soutenu par un morceau de bois placé entre l'œil et la paupière. Le résultat a été frappant; la paupière s'est fermée sur le champ et s'est r'ouverte ensuite; elle s'est fermée parce que la paralysie n'était pas complète; elle s'est rouverte parce que le muscle n'avait pas été divisé complètemect, et cela avait été fait à dessein et avec préméditation, afin d'en voir les effets. Dans trois autres cas, le résultat a été également remarquable et heureux; dans aucun il n'en est résulté de mal; mais dans un cinquième la paupière s'est enflammée vivement, s'est ulcérée, s'est perforée, et a exigé une opération d'autoplastie pour remédier à ce mal. Dans plusieurs cas de paralysie de la face, M. Dieffenbach a depuis lors divisé tous les muscles du côté opposé, comme ceux des autres régions qui sont contractés spasmodiquement, et dans la majorité d'entre eux il a obtenu d'heureux résultats. Les muscles contractés par manque d'antagonisme suffisant étant énervés par l'opération, ceux du côté opposé ont commencé à agir, et la difformité a disparu. Même dans des cas très anciens, où la joue paralysée était aprophiée, l'opération a procuré une amélioration très notable.

(*Medicinische zeitung.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. CORNAC. — Séance du 2 mars 1842.

La membrane interne des vaisseaux sanguins est-elle vasculaire? — *M. Mojon* a la parole pour exposer quelques vues nouvelles sur la non vascularité de la membrane interne du système sanguin. Presque tous les pathologistes modernes croient que, dans l'inflammation des vaisseaux sanguins c'est principalement leur membrane interne qui est le siége de la phlogose. Leur opinion paraît être spécialement basée sur la rougeur intense que présente alors cette membrane. D'après Rasori, cette rougeur ne serait due qu'à l'hématosine qui s'y dépose et y adhère, car la membrane n'étant pas suivant lui vasculaire, ne saurait être atteinte par la phlegmasie. M. Mojon rappelle que cette question a donné lieu dans le dernier congrès scientifique d'Italie à une discussion à laquelle ont pris part MM. Calderini (de Milan), Panizza (de Pavie), Rossi et Freschi (de Parme). Il paraîtrait, en effet, d'après les observations et les expériences de ces anatomistes que la membrane dont il s'agit n'est nullement vasculaire, ce qui avait été soupçonné depuis long-temps par Sœmmering et Bichat.

Voulant m'assurer de ce fait anatomique, continue M. Mojon, je me suis procuré, à l'aide de la macération et de l'ébullition, plusieurs lambeaux assez étendus de la membrane interne de plusieurs gros vaisseaux (aorte, veine cave) et j'ai pu me convaincre que dans l'état

normal, les artérioles et les veinules (*vasa vasorum*) des parois des vaisseaux sanguins n'arrivent pas jusqu'à leur tunique interne, et que la teinte rouge qu'elle présente dans les cas de phlébite et d'artérite, n'est que le résultat d'une imbibition ou de sa diaphanéité, qui permet d'apercevoir la vive rougeur morbide de la membrane à laquelle elle adhère.

M. Maigne dit que dans les maladies inflammatoires de l'abdomen, et surtout dans les métro-péritonites puerpérales, il a trouvé des portions de la veine cave et d'autres gros troncs enflammés. Ces points malades n'occupaient pas tout le pourtour du vaisseau : ils présentaient tous les signes de l'inflammation. Chaussier, qui avait fait de nombreuses recherches sur ce sujet, affirmait que la membrane interne des vaisseaux avait les caractères des muqueuses, et que, comme ces dernières, elle était susceptible de s'enflammer. Chaussier avait constaté l'épaississement de cette tunique interne.

M. Giraldès fait observer que la membrane externe de la cornée, les membranes synoviales sans vaisseaux apparens, à l'état normal, s'injectent quand elles sont enflammées. Le même fait a lieu pour les cartilages. Ne pourrait-il pas en être ainsi pour la membrane interne des vaisseaux ?

M. Barth fait observer que la rougeur simple ne suffit pas pour faire affirmer qu'il y a phlegmasie : il faut de plus que cette rougeur soit arborisée. Or, sous cette forme elle existe rarement à la surface interne des artères et des veines. Quand on la trouve on est fondé à penser qu'il y a inflammation, mais ce signe ne laisse aucun doute s'il est uni à la présence de produits anormaux, tels que les pellicules qui ont beaucoup d'analogie avec les fausses membranes. La rougeur simple peut s'expliquer par la présence du coagulum : elle peut être le résultat de l'imbibition et de la transsudation.

M. Velpeau rappelle qu'il a, un des premiers en France, soutenu la non vascularité de la membrane interne des vaisseaux, et qu'il a consigné dans son Anatomie chirurgicale ses motifs en faveur de cette opinion. La coloration rouge n'est le plus souvent qu'une simple teinture. C'est à tort que, dans la variole, on a voulu attribuer la mort à une angite. L'aspect violacé de la membrane interne n'est point un caractère d'inflammation. Les expériences que j'ai faites, ajoute M. Velpeau, m'ont démontré que cette membrane devait être comparée à un épiderme : l'inflammation peut l'atteindre mais seulement d'une manière consécutive, comme cela a lieu dans les blessures.

Variété anatomique du nerf dentaire inférieur. — *M. Giraldès* communique à la Société ses recherches sur une variété du nerf dentaire inférieur. Le nerf dentaire offre chez le fœtus et chez les enfans nouveau-nés une branche transitoire destinée à la membrane gengivale. Les auteurs d'anatomie n'en ont pas fait mention. Ce rameau se détache du tronc dentaire principal, après son entrée dans le canal dentaire, il se dirige en dehors dans l'épaisseur de l'os pour venir se rendre à la membrane de la gencive. Dans son trajet il passe derrière la grosse molaire, gagne la gencive et se perd dans cette membrane en se divisant à la manière ordinaire, s'étendant jusqu'à la partie antérieure et donnant des anastomoses avec les branches gengivales décrites. Ce rameau est bien plus volumineux que celui qui se rend dans la pulpe dentaire. A mesure que l'enfant avance en âge, ce rameau diminue de volume et s'atrophie. On conçoit, d'après sa distribution, que ses rameaux doivent être pressés, comprimés par les couronnes dentaires au moment où elles pressent contre les gencives pour se frayer une route à travers cette membrane. Cette compression détermine une irritation qui, étant transmise à la moelle épinière, réagit sur le système musculaire et donne lieu à des convulsions et à tous les phénomènes névralgiques qu'on observe dans le jeune âge.

M. Giraldès propose d'appeler ce rameau : *Rameau gengival transitoire.*

M. Bourjot pense que l'incision cruciale qu'on pratique sur la gencive dans l'intention d'opérer le débridement, agit probablement en coupant cette branche.

M. Forget lit un rapport sur un travail de M. Faivre, ayant pour titre : *Des caractères anatomiques de la syphilis.* Ses conclusions sont l'admission de cet honorable confrère. On passe au scrutin secret, M. Faivre est nommé membre résident de la Société.

Séance levée à dix heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nous trouvons dans le *compte-rendu de quelques observations médicales* adressées aux *Annales de la Société des Sciences médicales de Bruxelles*, par M. J.-B. Debourge, de Rollot, les formules suivantes, dont ce médecin prétend avoir tiré de grands avantages :

1° Contre l'ascite. — *Pilules hydragogues*, n° 1.

Pr. Scammonée d'Alep, 5 gram. 21 centigr.
Calomel préparé à la vapeur, 4 grammes.
Pour trente pilules.

Pilules hydragogues, n° 2.

Pr. Scammonée d'Alep, 8 grammes.
Calomel préparé à la vapeur, 8 grammes.
Pour trente-six pilules.

Névralgies faciales.

Parmi les nombreux moyens employés contre ces névralgies, l'extrait de belladone et la pommade de céruse ne sont pas les moins vantés. Il résulte de mon observation, que ces moyens employés isolément, sont loin d'avoir l'efficacité qu'ils ont acquise entre mes mains, depuis qu'il m'est venu dans la pensée de les réunir. Depuis dix ans que j'emploie la pommade suivante, contre ces maladies, elle m'a constamment procuré de prompts et d'inespérés succès :

Pr. Cérat de Galien, 16 grammes.
Sous-carbonate de plomb, 12 id.
Extrait de belladone, 4 id.
P. S. L. une pommade.

Les frictions doivent être faites sur toute la partie douloureuse avec quantité suffisante de cette pommade, et commencées trois heures avant le moment de l'apparition de l'accès : on les réitère d'heure en heure, et on les fait durer dix minutes chaque fois. Avant l'invasion de l'accès suivant, on enlève la pommade employée la veille, soit avec de l'eau de son, soit avec de l'eau de savon, et l'on recommence les frictions avec une nouvelle dose de pommade.

Ulcères atoniques des jambes.

Deux de ces ulcères qui avaient résisté à une foule de moyens, viennent de se cicatriser d'une manière si prompte, sous l'influence de pansemens avec la pommade de tannate de plomb, placée sur des plumasseaux de ouate, de coton, que je crois devoir le noter ici. Cette pommade deviendra peut-être un moyen précieux contre ces ulcères parfois si rebelles. Voici la formule que j'ai employée :

Pr. Axonge, 31 grammes.
Tannate de plomb desséchée, 8 id.
P. S. L.

Ecorce de racine de grenadier contre le tœnia.

Dans les trois cas où j'ai administré cette racine comme tænifuge, j'ai joint à ce médicament l'huile de palma christi, et je considère cette addition comme fort avantageuse ; elle a été indispensable, du moins, dans ces trois cas, pour l'entière expulsion de ces entozoaires.

Voici la formule que j'ai employée :

	1er cas.	2e cas.	3e cas.
Ecorce de racine de grenadier sauvage,	75	95	224 gramm.
Faites macérer pendant vingt-quatre heures dans eau,		1 kilog.	

Faites bouillir à très petit feu pendant deux heures. Abandonnez ensuite cette décoction dans un appartement un peu chaud, pendant quatre jours. Passez alors à travers un linge. Divisez en trois doses que vous administrerez à une demi-heure d'intervalle, et si, une heure après la dernière dose, le tænia n'est point rendu en entier, administrez alors 75 ou 95 grammes d'huile de ricin. Je crois inutile de joindre mes observations à cet exposé. Je dirai seulement que mes malades ont fait diète la veille de ce traitement, et que le soir ils ont pris seulement une légère panade.

Note sur le magistère de bismuth.

On croit généralement que le magistère de bismuth (*oxyde de bismuth, sous-nitrate de bismuth*) devient gris à la lumière ; c'est pour cette raison que les traités de pharmacie recommandent de le sécher à l'ombre et de le sécher dans un lieu obscur. Claproth croyait que cela arrivait quand le bismuth contenait de l'argent. Wittstein s'est assuré que le bismuth du commerce ne contient pas d'argent, et qu'en outre, quand bien même cela serait, l'argent ne pourrait faire partie du précipité. Son expérience lui a appris que le magistère de bismuth est inaltérable à la lumière. En été, il le fait sécher au soleil sans le moindre inconvénient, et le conserve exposé au contact de la lumière sans qu'il perde rien de sa blancheur ; mais il recommande expressément la précaution suivante : le filtre déplié, sur lequel se trouve le précipité humide, doit être mis à sécher tranquillement sans le tourner ; car la surface qui a eu le contact du papier devient d'un violet grisâtre sous l'influence de la lumière, comme si elle était recouverte d'une couche mince de chlorure d'argent : c'est évidemment l'effet de la substance organique du papier sur le magistère de bismuth.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, février 1842.)

Préparation des acides bromhydrique et iodhydrique.

M. Millon, pour obtenir le premier de ces deux acides, introduit, dans un petit ballon, quinze grammes de bromure de potassium et un peu d'eau, puis il ajoute vingt-cinq grammes de brome et deux grammes de phosphore divisé en petits fragmens ; enfin il adapte au col du ballon un tube de dégagement. Quelques instans après, la réaction commence ; elle peut devenir assez vive pour qu'on soit obligé de tenir le ballon dans l'eau froide. Lorsque le dégagement se ralentit, on chauffe légèrement à la flamme de la lampe à alcool ; le résidu est composé d'un mélange de bromure non attaqué et de phosphate de potasse. Le gaz vient de deux sources différentes ; il résulte de la formation d'un bromure de phosphore que l'eau décompose en acide bromhydrique et en acide phosphorique, et, en second lieu, de l'action phosphorique ainsi formé sur le bromure de potassium.

Lorsque l'on remplace le brome par l'iode et le bromure alcalin par l'iodure, on obtient un dégagement régulier et abondant d'acide iodhydrique ; il faut seulement élever un peu la température.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, avril 1842.)

Guérison de la carie dentaire par les charançons.

M. Crescentini dit s'être bien trouvé de la formule suivante : Prenez douze ou quinze de ces insectes, écrasez-les entre le pouce et l'index, puis touchez la dent malade avec le doigt humide du liquide que fournit cette opération préalable. Il faut, autant que possible, mettre le bout du doigt en contact avec l'excavation creusée par la carie. La douleur s'apaise presque immédiatement, et après trois ou quatre applications semblables faites dans l'espace de huit ou dix minutes, elle cesse tout à fait. (*Journ. de chim. méd.*, mai 1842.)

— M. Edouard Robin commencera un nouveau cours de physique le 6 mai, à trois heures et demie.

M. Coste commencera, au Collége de France, ses leçons sur le développement de l'espèce humaine, le mercredi 4 mai prochain, à une heure précise. Nous invitons les médecins que cette importante question ne peut manquer d'intéresser, à assister à ce cours.

Quinze Jours au Sinaï, — *Jacques Ortis*, — *Gaule et France*, tels sont les titres de trois ouvrages que M. Charles Gosselin vient de publier, et qui font partie de la *Bibliothèque d'élite*. — Tous trois sont de M. Alex. Dumas. — *Jacques Ortis*, ou Jacoppo Ortis, est une traduction libre du chef-d'œuvre d'Ugo Foccolo, ce poète dont la renommée s'est répandue de l'Italie en France et en Allemagne. A cette traduction nouvelle, l'éditeur a eu l'heureuse idée de joindre un essai sur la vie et les écrits d'Ugo Foscolo, et une traduction inédite en vers et en prose de ses œuvres choisies. — *Quinze Jours au Sinaï* est un livre des plus gracieux qui aient été écrits depuis bien long-temps. C'est une description de voyage, ou plutôt une admirable peinture comme Alex Dumas était seul capable d'en offrir le modèle. — *Gaule et France*, qui doit servir d'introduction aux *Scènes historiques*, est une des plus heureuses tentatives que l'on ait faites dans le but de poétiser notre prosaïque histoire. — Ces trois ouvrages de genres divers, comme l'on voit, ne feront qu'ajouter à la gloire de leur auteur et au mérite de l'entreprise si heureusement commencée par M. Ch. Gosselin.

Unique et ancienne Clientelle de médecin dans un canton, d'un produit de 6 à 7000 francs, à céder de suite. — A 7 millimètres de la capitale.

S'adresser à madame Hildebrand, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, janvier et avril 1842.

Les deux derniers cahiers des Annales d'hygiène publique contiennent plusieurs articles intéressans. Voici l'analyse des principaux de ces articles.

I. *Considérations générales sur l'hygiène et Mémoire sur les accidens qui peuvent succéder à l'ingestion des boissons froides lorsque le corps est échauffé*; par M. GUÉRARD.

Dans tous les temps et dans tous les pays on a signalé les fâcheux effets qui succèdent souvent à l'usage des boissons froides, lorsque le corps est échauffé par un exercice violent ou par toute autre cause. Le système nerveux, les appareils digestifs et respiratoires sont les organes sur lesquels réagissent les boissons froides avec le plus de violence. Certaines douleurs locales, le trismus, divers phénomènes spasmodiques, la mort instantanée même, qui peuvent avoir lieu en pareille circonstance, sont le résultat d'un trouble de l'innervation. L'apparition subite d'une phlegmasie aiguë des organes digestifs ou respiratoires aussitôt après l'ingestion de la boisson froide ne permet pas de méconnaître le rapport qui existe entre la maladie et la cause en question ; la relation est plus difficile à saisir quand la phlegmasie apparaît tardivement ou qu'elle suit une marche subaiguë, ainsi qu'on l'observe dans certaines ascites : cependant il est des cas où cette relation ne saurait être révoquée en doute.

M. Guérard s'applique dans son mémoire à établir, par des observations authentiques tirées des autres médecins, tant anciens que modernes, et de sa propre pratique, les trois ordres d'accidens qu'il croit devoir rapporter à l'ingestion des boissons froides. Sur sept exemples de mort instantanée produite par cette cause, M. Guérard n'en trouva pas un seul où la boisson froide parût devoir être à la température de zéro ou au dessous. Il pense que dans tous ces cas la température de ces boissons pouvait marquer 12° centigrades environ. M. Guérard cite d'autres faits pour prouver les inconvéniens des glaces, qui sont capables de produire le trismus, des céphalalgies et des phénomènes nerveux du même genre. Les organes digestifs et respiratoires sont susceptibles de subir des influences non moins fâcheuses de l'ingestion des boissons froides. Une série de faits allégués par l'auteur du mémoire font foi qu'elles peuvent décider, suivant le genre de leurs effets, ici des coliques, des dysenteries, des symptômes cholériques, des péritonites ; ailleurs des pleurésies et des pneumonies.

La gravité de ces accidens, quelles qu'en soient les espèces, est liée aux quatre conditions suivantes : 1° échauffement préalable du corps ; 2° vacuité actuelle de l'estomac ; 3° grande quantité de la boisson ingérée dans un temps donné ; 4° basse température de la boisson. La dernière condition n'est que secondaire tout influente qu'elle est, puisqu'on a vu que de l'eau, de la bière, du vin à 11 ou 12° pouvaient produire la mort instantanée, ce qui n'a jamais eu lieu avec les glaces. La lenteur avec laquelle les glaces parviennent à l'estomac suffit pour rendre raison de leur innocuité relative ; ce qui prouve qu'il est possible de prévenir les conséquences fâcheuses d'un liquide froid en ne l'avalant que par petites portions et à des intervalles plus ou moins éloignés, suivant la température.

Les conditions exigées pour observer les mauvais effets de l'ingestion des boissons froides servent de guide au médecin hygiéniste pour prévenir ces effets dangereux ; car, outre le soin de ne prendre ces boissons que par gorgées, en les retenant dans la bouche assez long temps pour les mettre en équilibre de température avec les organes internes, on peut aller au devant des inconvéniens dont il s'agit en faisant précéder l'usage de la boisson froide de l'ingestion d'une petite quantité de pain, de sucre, de chocolat ou autre substance solide ; enfin, si par la négligence de ces précautions on commence à sentir, après la boisson froide, quelques symptômes relatifs aux accidens précédens, il faut aussitôt se livrer à un exercice, tel que la course, en la prolongeant assez long-temps pour provoquer une abondante transpiration. Quand on ne se trouve pas en position de recourir à un semblable moyen, on y peut suppléer par l'ingestion immédiate d'une boisson chaude, excitante ou simplement aromatique. Aussi M. Guérard conseille-t-il à la fin des bals pendant lesquels on a fait usage de fréquens rafraîchissans de prendre, à titre de neutralisans de leurs mauvais effets, quelques boissons chaudes et légèrement stimulantes, comme du punch, du thé ou du café.

II. *De la consommation de la viande et de l'organisation du commerce de la boucherie dans Paris*; par M. DE KERGORLAY.

Dans ce mémoire M. de Kergorlay se propose l'examen des deux questions suivantes : Quels sont les moyens d'augmenter la consommation de la viande dans la population de Paris et d'abaisser les prix de cette denrée, qui, depuis quelques années, ont subi une hausse considérable ? M. de Kergorlay s'élève à cette occasion contre les conclusions du rapport de la commission du Conseil municipal de Paris relatif à ces deux questions.

Le premier fait établi par cette commission est l'augmentation du prix de la viande sur les marchés d'approvisionnement de Paris ; la commission pense que le prix normal de la viande de bœuf s'est élevé par une gradation constante depuis vingt ans ; en sorte que le prix des basses viandes, qui était alors à l'étal de 35 à 40 cent., est aujourd'hui de 50 à 55 cent., et que tout ce qui est au-dessus des basses viandes, et qui coûtait alors 55 à 60 ccent., est payé aujourd'hui 70 à 75 cent. Avant de prouver combien cette assertion est inexacte, M. de Kergorlay fait une distinction capitale entre les prix de vente des bestiaux sur les marchés d'approvisionnement et les prix de vente à l'étal des bouchers ; ceux-ci ne sont jamais, ainsi que cela devrait être, la représentation exacte de ceux-là avec la différence résultant des droits d'entrée dans Paris, droits d'abattoir, etc., et du profit légitime du boucher. En effet, depuis deux mois le prix de la viande de bœuf de deuxième qualité a varié sur pied de 52 à 54 cent. le demi-kilog. ; or tout le monde sait que les produits du cuir, du suif et des abats excède les divers droits d'octroi, d'abattoir, etc., d'environ 6 cent. par demi-kilog. ; de sorte que la viande payée sur pied 52 à 54 cent. le demi kilog. revient au boucher à l'étal de 46 à 48 cent. D'un autre côté, il est reconnu que la viande de première qualité est véritablement de la viande de luxe, et que celle de deuxième est parfaitement bonne pour le consommateur délicat. Le prix net de cette viande est donc depuis deux mois de 46 à 48 cent. Si les bouchers suivaient dans leurs prix de vente les prix réels des marchés d'approvisionnement, nous aurions trouvé que le riche aurait pu acheter des morceaux de choix à 65 cent. le demi-kilog., et le pauvre se procurer des basses viandes à 55 cent. le demi-kilog. D'où vient que les choses ne se sont pas passées ainsi ? c'est que les bouchers s'écartent beaucoup trop des prix réels de marchés.

M. de Kergorlay prouve ensuite, contre l'assertion de la commission du conseil municipal, que le prix des viandes est loin d'avoir constamment et progressivement augmenté depuis quarante ans. Il démontre ce fait en comparant les prix moyens d'une certaine période avec les prix moyens d'une période égale. Qu'on compare, dit-il, le prix moyen d'adjudication des hôpitaux de Paris de 1803 à 1841 inclusivement, et l'on trouvera, en mettant en regard le prix moyen des cinq années dernières 1841-1837 avec le prix moyen des cinq années 1803-1807, que le dernier s'élève à 105 c. 87, et le premier à 99 c. 83 le kilog. Qu'on prenne, continue-t-il, les dix premières années de 1803 à 1812 et les dix dernières de 1832 à 1841, et l'on trouvera encore le prix moyens des premières à 92 c. 87 et celui des dernières à 91 cent. 93 le kilog. M. de Kergorlay établit ainsi par cet ensemble de faits qu'il est inexact de prétendre que le prix normal de la viande de bœuf se soit progressivement élevé. Reste à savoir si les mesures proposées par la commission pour obvier à la réduction réelle de la consommation de cette viande atteignent le but indiqué.

Le rapporteur, après un savant rapport sur l'organisation du commerce de la boucherie de Paris, conclut en demandant que ce commerce soit organisé en corporation avec un syndicat fortement constitué ; il croit remédier à tous les inconvéniens à l'aide de cette organisation. M. de Kergorlay nie l'un après l'autre tous les avantages du nouveau projet ; il signale à ce sujet les innombrables abus de commerce de la boucherie de Paris de 1803 à 1824 dans le temps du monopole de ce commerce, et il en conclut que la réintégration de la corporation des bouchers ne ferait autre chose que de rendre ces abus et plus nombreux et plus crians. Dans son opinion, la liberté illimitée dans le nombre des bouchers est parfaitement compatible avec une surveillance efficace et suffisante si un corps riche, puissant, ayant des intérêts également opposés à ceux des producteurs et des consommateurs vient se placer entre eux, devient maître du marché, fixe les prix de manière à faire des bénéfices considérables sur les uns et sur les autres. Les producteurs, vendant moins cher, sentent leur zèle se ralentir ; les consommateurs, payant plus cher, achètent moins ; par conséquent le marché est moins approvisionné. L'examen des statistiques officielles met hors de doute que, à l'exception des momens de crise où les mercuriales sont extrêmement élevées, il y a toujours entre les prix des pays de production et les prix du débit à l'étal dans Paris une différence bien supérieure à celle qui devait exister. Or, ce fait bien avéré ne peut être effacé que par une concurrence loyale, complète, solidement établie : la concurrence est la seule puissance qui réalise le bon marché. La diminution des droits d'octroi compléterait, suivant M. de Kergorlay, le système des moyens propres à favoriser la consommation de la viande dans Paris.

III. *Falsification du lait*; par M. QUEVENNE. — *Falsification du lait par la matière cérébrale*; par M. GAULTHIER DE CLAUBRY.

Nous réunissons dans un seul article l'analyse de ces deux articles parce qu'ils n'ont l'un et l'autre qu'un seul et même objet. Le travail de M. Quevenne est la suite d'un mémoire où ce chimiste traite des diverses falsifications du lait. La partie de ce mémoire comprise dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène* s'occupe principalement de l'espèce de falsification qui s'effectue avec la matière cérébrale. M. Quevenne s'est livré à une discussion très approfondie sur ce sujet, en y employant toutes les ressources à la disposition de la chimie, sans négliger, bien entendu, les plus décisives : nous voulons parler des expériences. De cette discussion lumineuse il est résulté un résumé parfaitement net des caractères comparatifs du lait additionné de cervelle de mouton et du lait pur. Voici ce résumé. Le lait additionné de cervelle présente un aspect microscopique variable ; on peut découvrir, surtout dans la crème isolée, des amas grésillés, formés par un mélange de petits points noirs et de globules amoncelés ; quelques-uns de ces globules peuvent être plus ou moins déformés. Le lait étant abandonné au repos dans le crêmomètre, il se sépare dans un espace d'une demi-heure à trois heures une couche crêmeuse très considérable. Après vingt-quatre heures, cette couche de crême est réduite de 15 à 18° à 10 ou 12°. Cette crême, mélangée de cervelle, est, en général, plus fluide que la crême séparée du lait pur dans le même temps, ou, si elle a eu le temps de s'épaissir, elle offre un aspect grumeleux et est dépourvu de liant. La cervelle qu'on ajoute dans le lait n'affaiblissant pas sa densité, elle ne peut non plus l'augmenter en se séparant, et le faible degré que celui-ci gagne alors est dû au peu de vraie crême restante. En comparant donc le volume de la crême séparée avec la densité du lait avant et après l'écrémage, on est conduit par la discordance observée à soupçonner la falsification. Tout lait qui, offrant la densité du lait pur avant l'écrémage, laisse séparer dix ou douze volumes de crême et n'augmente pas en même temps au moins de trois degrés au lacto-densimètre, doit être considéré comme suspect. Quand un échantillon de lait sera soupçonné de contenir de la cervelle, on procédera pour s'en assurer à la recherche de l'acide phosphorique après la combustion de la matière grasse, isolée de la crême au moyen de l'éther, 0,50 de matière grasse, limpide, provenant d'un lait additionné de cervelle, étant chauffés dans une petite capsule de platine, noircissent fortement dès le commencement de la combustion. Lorsque celle-ci est terminée, et après avoir laissé la capsule rougie parfaitement dans toute son étendue pendant environ une demi minute, on trouve tout l'espace, d'abord occupé par la matière grasse, tapissé par une légère couche noire pulvérulente. En lavant la capsule avec trois gouttes d'eau, celle-ci acquiert la propriété de rougir d'une manière très prononcée le papier de tournesol très sensible. En opérant la combustion d'une seconde portion de matière grasse, on peut constater dans le liquide aqueux la propriété de former avec le nitrate d'argent un précipité blanc soluble dans l'acide nitrique.

M. Gauthier de Claubry a traité de son côté la question de la falsification du lait par la matière cérébrale. Les procédés employés par cet habile chimiste diffèrent à quelques égards de ceux pratiqués par M. Quevenne. Du reste, ils tendent au même but, celui de découvrir la présence de cette matière et de prévenir la fraude. Ces deux chimistes s'accordent encore pour reconnaître que si ce genre de falsification se rencontre il est beaucoup plus rare qu'on ne paraît le croire.

IV. *Sur l'application du système de ventilation des magnaneries à l'assainissement des hôpitaux*; par M. D'ARCET.

La théorie de la ventilation forcée repose sur des principes de physique usuelle très simples et très peu nombreux ; malheureusement il n'en est pas de même pour la mise en pratique de ces principes, car presque toutes les applications qu'on en peut faire sont des cas particuliers qui exigent une grande variété de dispositions dans les appareils et une grande intelligence pour le choix des moyens à employer. Dans le projet de ventilation forcée de l'hôpital Necker, étudié l'année dernière par M. d'Arcet, l'air arrivait jusqu'en dessous de chaque lit symétriquement et sans vitesse sensible ; il y avait en outre à la tête de chaque lit une table de nuit fixe servant de chaise percée, et où le pot de chambre était soumis à une ventilation continuelle qui emportait l'odeur au dehors tout en contribuant à l'assainissement de la salle ; mais pour l'exécution de tous ces projets de ventilation, il faut se faire aider non-seulement par toutes les ressources de la science, mais encore par la connaissance spéciale d'un ingénieur habile. Telles sont les bases sur lesquelles doivent porter les applications du principe de la construction des magnaneries salubres à l'assainissement des hôpitaux, applications déjà essayées à Lyon par M. Delahante, président de l'administration des hôpitaux de cette ville.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. (Avril 1842.)

Lettre sur le ganglion; par M. MARCHAL (de Calvi).

L'auteur commence par se demander ce que c'est que le ganglion, et montre dans une courte revue historique qu'il règne sur ce point quelque confusion parmi les auteurs. De là le besoin d'une définition précise. Cette définition, il la déduit de l'anatomie. Il existe, dit-il, deux grandes classes de bourses muqueuses : 1° bourses synoviales tendineuses ; 2° bourses synoviales sous-cutanées. Toutes les fois qu'une tumeur plus ou moins filante, très rarement limpide, s'accumulera dans une poche sous-cutanée normale ou accidentelle, la tumeur sera un *hygroma*. Lorsque la même humeur s'accumulera dans une bourse tendineuse, elle constituera le *ganglion*. On doit donc entendre par ganglion : « Une tumeur formée aux dépens d'une synoviale *tendineuse* par l'accumulation d'un liquide plus ou moins analogue à la synovie. »

Le dos du poignet et de la main, le coude-pied semblent être le siége de prédilection de cette espèce de tumeur. On en a cependant rencontré sur une foule d'autres régions qui se trouvent relatées dans ce travail. M. Marchal prévient toutefois qu'il ne parlera pas dans cette lettre du ganglion qui a pour siége la capsule commune des fléchisseurs des doigts et qui s'observe au-devant du carpe.

Les causes du ganglion se rapportent toutes à des froissemens, à des contusions, à des mouvemens brusques qui ont pour effet la distension instantanée de la toile synoviale, ou à des mouvemens répétés qui en produisent le relâchement.

Quant au mécanisme intime de la formation de la tumeur, se produit-elle par suite d'une rupture de la gaîne et le passage de l'humeur synoviale dans le tissu cellulaire environnant, plus tard et insensiblement converti en poche, à l'instar de ce qui arrive pour l'anévrisme faux circonscrit ? Ou y a-t-il simplement relâchement atonique de la gaîne tendineuse dans un point donné, et consécutivement accumulation du liquide, la membrane étant incapable de réagir sur lui pour le faire progresser ? Cette dernière explication paraît à M. Marchal la seule acceptable.

Les symptômes du ganglion sont les suivans : Tumeur arrondie ou oblongue, développée sur le trajet d'un tendon, sans douleur à la pression, mobile, pouvant offrir quelque irrégularité par suite de la présence de quelques fibres accidentelles qui la brident sur un ou plusieurs points. La peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur ; ce dernier caractère indiqué comme absolu par les auteurs, ne l'est cependant pas ; M. Marchal en cite un exemple. Quoique la tumeur semble se former assez promptement ou même subitement, il est probable que le plus souvent elle existe depuis un certain temps, sous un petit volume avant de fixer l'attention. Son volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un petit œuf de poule. Une tumeur de ce genre observée à l'ischion par M. J. Cloquet égalait la tête d'un fœtus. En général le ganglion ne cause qu'une incommodité plus ou moins marquée. Cependant on a quelquefois observé un sentiment de fatigue dans la partie.

Le ganglion n'a en soi aucune espèce de gravité. Il est des personnes qui en portent pendant de longues années et même toute leur vie sans en être incommodées en aucune façon. On l'a vu plusieurs fois disparaître spontanément. La tumeur peut s'affaisser par excès de distension et rupture du sac ; mais il est supposable aussi que le même phénomène peut se produire par l'absorption du liquide.

Traitement. — M. Marchal divise les moyens recommandés contre le ganglion en moyens topiques et en moyens chirurgicaux.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'exposé qu'il fait de ces différens moyens : nous nous bornerons à rappeler ici l'appréciation qu'il en donne.

« En somme, dit-il, voici ce que je pense sur ces divers moyens : Les topiques ne doivent être employés que dans le cas où l'on aurait affaire à un sujet très pusillanime qui ne voudrait se soumettre à aucune espèce d'opération, pas même à l'écrasement avec les pouces. Des frictions mercurielles pourraient être essayées, mais je n'en espérerais pas grand'chose. Si un emplâtre émétisé, conseillé par M A. Thierry, n'avait pas pour effet de laisser des traces assez persistantes, je le préférerais. Peut-être des frictions avec la pommade au nitrate d'argent, de M. Jobert de Lamballe, produiraient-elles de bons effets sans avoir le même inconvénient, puisque l'éruption que détermine cette pommade disparaît sans laisser de marques.

» Le *vésicatoire* établit la transition entre les moyens topiques et les moyens chirurgicaux proprement dits. Je ne doute pas qu'il n'ait réussi souvent. Aux faits qui appartiennent en propre à M. Velpeau, je pourrais en ajouter d'autres, et principalement un de M. Roux, relaté dans les Archives de médecine par M. Velpeau, alors chef de clinique de ce professeur. Dans ce dernier cas, le vésicatoire suppura; mais c'est un moyen assez lent, et de plus il laisse une marque qui tarde à s'effacer. . . .

» Le meilleur moyen sera celui qui agira vite, sans danger, sans laisser de traces, et définitivement. Voilà pour ainsi dire le *criterium* d'après lequel nous pouvons juger les procédés divers proposés contre le ganglion.

» Il ne peut être question des *caustiques*. Les *percussions répétées* seraient applicables sur une personne craintive, préférablement aux topiques : d'une manière absolue, elles constituent un moyen trop lent. Je ne parle pas du *séton*. Les *injections irritantes* me paraissent dangereuses, surtout si on laissait une partie du liquide dans la poche. C'est d'ailleurs un moyen d'une certaine complication. J'ai dit que l'*incision* pouvait, par suite du contact de l'air, donner lieu à des phénomènes inflammatoires, et j'ai fait sentir que l'introduction de boulettes de charpie dans l'intérieur de la poche n'était pas propre à diminuer les chances d'inflammation. J'ajoute que l'incision laisserait une cicatrice. Enfin ce ne serait pas un moyen prompt ou du moins aussi prompt que plusieurs autres. L'*extirpation* est d'abord une opération assez douloureuse; secondement elle offre des dangers; en dernier lieu elle laisse une cicatrice. La *ponction* simple et sous-cutanée ne me paraît pas offrir des chances suffisantes d'une guérison radicale. Restent donc l'*écrasement*, l'*incision sous-cutanée* et la *compression*

» On doit toujours essayer l'*écrasement* avec les pouces. Il faut y procéder avec mesure, et si le kyste a déjà été écrasé une ou plusieurs fois, ne pas insister sur les tentatives, attendu que probablement il est devenu trop dur pour se laisser rompre. Les autres procédés d'écrasement me paraissent empreints de violence et devoir céder la place à l'incision sous-cutanée. Si l'écrasement réussit, trois des conditions sont remplies : la promptitude, la sécurité, l'absence de traces extérieures. Il n'y a que la récidive qui n'est pas sûrement prévenue.

» L'*incision sous-cutanée*, si l'écrasement ne peut-être obtenu, doit être préférée à tous les autres moyens, parce qu'elle remplit autant que possible les quatre conditions énoncées dans ce que j'ai appelé le *criterium*. En effet, la petite opération est terminée en quelques secondes : toutes chances d'introduction de l'air dans la poche séreuse et d'inflammation sont annulées; il n'y a aucune trace du passage de l'instrument, attendu que la piqûre est imperceptible; enfin il y a fortement à penser que la récidive est prévenue quand le kyste est divisé dans toute son étendue, et, à proprement parler, fendu en deux.

» Quant à la *compression*, elle est indispensable, mais secondaire. C'est à elle d'assurer, continuée pendant trois ou quatre jours, le succès de l'opération soit que le ganglion ait été écrasé, soit qu'on l'ait fendu sous la peau. »

ANNALES D'OBSTÉTRIQUE, DES MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS; avril 1842.

I. *Compte rendu de la clinique d'accouchement de l'école de médecine de Rennes pour l'année* 1840; par M. GODEFROY, professeur d'accouchement.

Du 1er janvier 1840 au 31 décembre de la même année, 103 femmes ont été admises dans la clinique. De ces femmes, 61 étaient primipares et 42 déjà mères. Il y a eu une couche double, ce qui a produit 104 enfans, dont 49 garçons et 55 filles. La proportion des filles aux garçons n'a pas été la même dans les deux classes de femmes (primipares et déjà mères). Elle a été en faveur des filles pour celles qui étaient déjà mères, 25 filles pour 17 garçons; et en faveur des garçons chez les primipares, 30 filles pour 32 garçons.

L'accouchement a eu lieu 97 fois à 9 mois et 6 fois avant terme. Il y a eu 5 enfans mort-nés, 3 étaient en putréfaction. La durée du travail a donné pour les deux extrêmes de 3/4 d'heure à 96 heures.

Les présentations du fœtus ont été celles-ci :

1° La tête s'est présentée 98 fois. *A*. 96 fois par le sommet; en occipito cotyloïdienne gauche, 75 fois; en occipito-cotyloïdienne droite, 14 fois; en occipito-symphysienne droite, 6 fois, en occipito-symphysienne gauche, 1 fois. *B*. 2 fois par la face; en mento-iliaque droite, 1 fois; en mento-iliaque gauche, 1 fois.

2° L'extrémité pelvienne s'est présentée 5 fois. *A*. 4 fois par le siége; en sacro cotyloïdienne gauche, 2 fois; en sacro-symphysienne gauche, 2 fois. *B*. 1 fois par les pieds; en calcaneo-symphysienne gauche.

3° Le tronc s'est présenté 1 fois, en deuxième position de l'épaule droite.

On a observé quatre fois un changement de position : deux positions occipito symphysienne droite se sont converties en occipito-cotyloïdienne droite, une calcaneo-symphysienne gauche en calcaneo-cotyloïdienne gauche. Enfin, une occipito-cotyloïdienne gauche s'est convertie, au moment de la sortie des épaules, en occipito-cotyloïdienne droite.

Le temps qui s'est écoulé entre l'accouchement et la délivrance naturelle a été noté 92 fois, et a donné pour extrêmes de 5 minutes à 5 heures. Quatre fois des adhérences partielles se compliquant d'hémorrhagie ont obligé de porter la main dans l'utérus pour opérer la délivrance; les autres cas n'ont pas été notés.

Dans le courant de cette année, aucun cas n'a nécessité l'emploi du forceps M. Godefroy croit pouvoir expliquer cette circonstance par l'emploi judicieux des bains et surtout du seigle ergoté, dont il n'a jamais eu à se plaindre, mais toujours à se louer depuis qu'il en fait usage.

Deux fois M. Godefroy a été dans la nécessité de pratiquer la version podalique. Il donne le sommaire de ces deux observations.

II. *Clinique de M. Lisfranc. Excès de sensibilité des organes de la génération. Des excoriations et des ulcérations de la vulve et de l'orifice inférieur du vagin.*

Cet article n'est que le résumé de deux articles que nous avons récemment publiés dans ce journal. (Voir les numéros des 3 février et 12 mai dernier)

III. *Clinique de M. Velpeau. Corps fibreux de la matrice*

Nous ferons récemment connaître les idées émises sur ce sujet par le professeur de l'hôpital de la Charité.

IV. *Nouveau moyen de remédier à la suppression et au dérangement des regles*, par M. ANDRIEUX (de Brioude).

Ce moyen consiste à appliquer sur le col de l'utérus un instrument imaginé par l'auteur et désigné sous le nom de *spéculum-pompe* ou de *ventouse utérine*. Cette dénomination indique assez le mode d'action de cet instrument et nous dispense d'entrer dans des détails. L'auteur dit en avoir obtenu d'excellens résultats dans plusieurs cas qui s'étaient montrés rebelles aux autres moyens généralement employés.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.
(Avril 1842.)

I. *Etudes statisques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris*; par M. MALGAIGNE.

De la mortalité après les amputations. — Sous le titre de prolégomènes, l'auteur passe en revue les différentes statistiques qui ont été données sur cette mortalité par les chirurgiens militaires et par les chirurgiens civils. Nous n'entrerons dans aucun détail à cet égard, car, comme le dit avec raison M. Malgaigne, il règne dans ces statistiques une confusion telle, qu'il serait presque impossible de résoudre la question avec ces seuls élémens. Bornons-nous à mentionner le relevé qu'a fait l'auteur des amputations qui ont été pratiquées dans les hôpitaux de Paris pendant cinq ans.

« Depuis le 1er janvier 1836, dit-il, jusqu'au 1er janvier 1841, il a été rendu compte au conseil des hôpitaux de 852 amputations des membres, sans y comprendre les résections. Il y avait : 1 désarticulation coxo-fémorale : 201 amputations des cuisses; 5 désarticulations du genou : 192 amputations de jambes; 38 amputations partielles du pied; 8 amputations de métatarsiens; 83 d'orteils ou phalanges d'orteils; — total, 528 pour le membre inférieur. — 14 désarticulations de l'épaule; 91 amputations du bras; 28 amputations de l'avant-bras; 16 désarticulations du poignet; 9 amputations de métacarpiens; de 166 doigts ou phalanges; — total, 324 pour le membre supérieur. — La mortalité générale a été de 332, ou environ 3 sur 5, répartie de cette sorte : 255 pour le membre inférieur, ou près de moitié; 77 pour le membre supérieur, ou environ le quart. »

Après ces généralités, M. Malgaigne passe à l'étude de chaque amputation en particulier.

A. *Amputations de cuisse.* — La seule désarticulation coxo-fémorale s'est terminée par la mort. Sur les 201 amputations de la cuisse, il y a eu 125 morts. Quant à la distinction à faire suivant que l'amputation a été pratiquée pour cause traumatique ou par suite de maladies organiques, il résulte de la réunion des chiffres; « 1° Que, malgré les assertions de Percy et Dupuytren, les amputations pour cause traumatique sont beaucoup plus périlleuses que les autres; 2° que les amputations dites de complaisance n'ont pas toujours le danger qu'on leur attribue généralement ». Le sexe ne paraît pas exercer une influence marquée sur les résultats. Il ne paraît pas en être de même pour les âges; les amputations par cause organique, de 5 à 15 ans, ont donné des résultats beaucoup plus satisfaisants qu'à une époque plus avancée de la vie; mais ces résultats changent pour les amputations par cause traumatique : 4 amputations de cuisse sur des sujets de 4 à 15 ans, ont donné 4 morts.

B. *Désarticulation du genou.* — Les chiffres rendent cette opération plus redoutable que l'amputation de la cuisse. Depuis 1838, elle a en quelque sorte disparu de nos hôpitaux.

C. *Amputations de la jambe.* — Sur 192 amputations, il y a eu 106 morts; donc un 9e de moins que pour les amputations de cuisse. Pour ce qui concerne les âges, les chiffres groupés par M. Malgaigne donnent encore une mortalité énorme pour les amputations traumatiques.

D. *Amputations partielles du pied.* — Sur 38 amputations, il y a 9 morts. Les chiffres donnent aussi une proportion de mortalité plus grande pour les amputations traumatiques que pour les autres.

E. *Désarticulation scapulo-humorale.* — M. Malgaigne, après avoir rapporté les nombreux succès mentionnés par M. Velpeau dans la médecine opératoire (2e édit., tome 2, page 464), arrive à ces chiffres qui sont moins consolants. Sur 13 de ces désarticulations, il y a eu 10 morts. « Six fois l'opération fut faite pour des lésions organiques; 4 fois chez des hommes, de 15 à 41 ans; le jeune homme de 15 ans guérit, les autres moururent. Deux fois, sur des femmes de 19 à 40 ans; les deux opérations réussirent. Pour causes traumatiques, il y eut 7 opérés, tous hommes, de 27 à 65 ans; il y eut 7 morts. »

F. *Amputation du bras.* — Pratiquée 91 fois, cette opération a donné 41 morts. — Pour lésions organiques 61, et 24 morts. — Pour causes traumatiques 30, et 17 morts.

G. *Amputation de l'avant-bras.* — Sur 28 amputations de ce genre, il y a eu 8 morts. — Pour lésions organiques 17, et 3 morts. — Pour lesions traumatiques 11, et 5 morts.

H. *Amputation du poignet.* — Pratiquée 16 fois, cette opération n'a procuré que des guérisons. M. Malgaigne note avec raison que c'est là un *hasard* favorable.

I. *Amputation des métatarsiens.* — « Sur 8 opérations, 7 ont porté sur des hommes de 8 à 41 ans; une seule sur une femme de 45 ans. — 6 furent pratiquées pour des lésions organiques; 2 pour causes traumatiques; 1 seule mort eut lieu dans un de ces derniers cas, c'était sur un homme de 41 ans. »

J. *Amputation des métacarpiens.* — Il y a eu 9 amputations toutes bornées à un seul os du métacarpe; 4 sur des hommes de 22 à 52 ans, 5 sur des femmes de 18 à 72 ans. 1 pour cause traumatique, guérison; 8 pour lésions organiques, 1 mort.

K. *Amputation des orteils.* — 1° *du gros orteil.* — Sur 43 opérations de ce genre, il y a eu 7 morts. 29 pour causes pathologiques, 3 morts; 14 pour causes traumatiques, 4 morts. — 2° *de l'un des orteils.* — Pratiquée sur 26 sujets, 12 fois pour causes traumatiques, cette opération n'a donné qu'une seule mort. — 3° *de plusieurs orteils à la fois.* — Sur 7 cas, il y a eu 1 mort. — 4° *des phalanges.* — Pratiquée 9 fois, et toujours avec succès.

L. *Amputation des doigts.* — 1° *du pouce.* — Sur 9 cas, 3 morts. — 2° *de l'un des doigts.* — Sur 119, il y a eu 109 guérisons et 10 morts. — 3° *de plusieurs doigts à la fois.* — Il y a eu 13 amputations de ce genre, 7 de 2 doigts, 4 de 3 doigts, 1 de 4 doigts, enfin, 1 autre de 4 doigts, mais pris sur les deux mains; sur ce total, il n'y a eu qu'une seule mort. — 4° *des phalanges.* — Sur 24 cas, il n'y a eu qu'une seule mort.

(*La suite à un prochain compte-rendu*).

II. *Histoire de l'épidémie de croup qui a régné en* 1840 *et au commencement de* 1841, *à l'hôpital des Enfants de Paris*; par ERNEST BOUDET, interne.

Pendant les cinq premiers mois de 1841, le croup a continué sa marche; il s'est manifesté toujours en même temps que la diphthérite pharyngienne. Jamais il n'a débuté d'emblée, comme cela est arrivé les mois précédens. Les autres maladies, pendant cette période, ont été rares. En mai, l'épidémie prend un caractère grangréneux qui envahit toutes les parties dénudées de la peau. Le pharynx se revêt en même temps de pseudo-membranes, et les amygdales se sphacèlent. Pendant cette période, le croup ne s'est montré que deux fois.

L'auteur rattache à deux divisions tous les croups qu'il a observés pendant cette épidémie.

1° Croup primitifs; 2° croups consécutifs ou compliqués.

Symptomatologie. — Rarement la voix a eu le caractère du cri du coq. Dans un cas où la pseudo-membrane débute par la trachée, la voix ne présenta pendant plusieurs jours aucune altération appréciable du timbre, ce qui distingue le croup laryngien du croup trachéal ou bronchique. Dans tous les cas, respiration faible et ronchus grave. Dans quelques cas, il y a eu expulsion de fausses membranes caractérisées par l'empreinte des anneaux cartilagineux des bronches grosses ou moyennes de la trachée. Leur rejet dans presque tous les cas n'a été suivi d'aucune amélioration. Douleurs au pharynx et gêne de la déglutition dans la région simple ou couenneuse; gonflement des ganglions sous-maxillaires et des amygdales nul dans tous les cas. Dans tous, vers la fin, gonflement du cou et renversement de la tête en arrière causés par l'asphyxie imminente.

Symptômes généraux. Pouls fréquent; chaleur élevée de la peau; sueurs froides dans certains cas, dans les angoisses de la suffocation; frisson initial très-rare. Dans un cas, une éruption cutanée coïncide avec une amélioration; dans un autre, une scarlatine a semblé avoir avancé le terme fatal. Vomissemens rares. Les urines n'ont rien présenté de remarquable. Ni délire ni convulsions. L'état de faiblesse était un symptôme grave.

Complications. La pneumonie a été une complication fréquente. Les angines simples ont été moins fréquentes que les pseudo-membraneuses. Dans aucun cas, l'auteur n'a observé de couennes blanchâtres à l'anus, à la vulve, dans le conduit auditif.

Lésions cadavériques. La sécrétion pseudo-membraneuse a eu une tendance marquée à se développer sur l'arbre bronchichique. La pseudo-membrane était tubulée régulièrement, ou bien elle présentait l'aspect de plaques isolées, ou bien c'était une couche couenneuse pelliculaire. L'auteur a observé un cas dans lequel la pseudo-membrane avait une organisation évidente. La muqueuse sous-jacente était ordinairement rouge, pointillée, sans ramollissement ni épaississement. Dans deux cas on a rencontré des ulcérations. Dans les cas où le croup avait duré plusieurs jours, on trouvait de l'emphysème pulmonaire. Hémorrhagie pulmonaire, une fois. Le cœur et les vaisseaux se trouvaient dans l'état que détermine l'asphyxie. Les amygdales ont présenté quelquefois de petits foyers de suppuration.

Etiologie. Influence incontestable des exanthèmes; influence de l'humidité dans certaines salles de l'hôpital; influence douteuse des vicissitudes atmosphériques, etc.

Traitement. Chlorure de chaux peu énergique; l'acide nitrique a modifié dans un cas l'état des parties malades. L'acide chlorhydrique, pur ou mitigé, n'a eu aucun succès. Les sangsues ont apporté du soulagement dans un cas. Frictions avec quelques gouttes d'huile de croton sur les parties latérales du cou, suivies d'une amélioration passagère chez un sujet. L'émétique (5 centigrammes à 2 décigrammes) a réussi plusieurs fois. Le calomel (de 2 à 6 décigrammes en 24 heures) a paru agir une fois comme altérant. Les révulsifs employés généralement comme dernière ressource ont été inutiles. Dans aucun cas du reste le traitement n'a été commencé en temps opportun. La trachéotomie a été pratiquée cinq fois, sans succès. L'auteur dit, en finissant, qu'elle paraît avoir contribué à la production de la pneumonie, à l'ulcération et à l'épaississement de la trachée.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, avril 1842.

I. *De quelques désordres de l'intelligence qui peuvent être efficacement combattus sous la condition de l'isolement.*

L'étude des maladies mentales prend de nos jours une direction heureuse. Il y plus de philosophie dans cette étude et les différens modes de traitement reposent sur des bases plus rationnelles : malheureusement, les médecins ne s'occupent pas assez de ces maladies. Cependant, comme le dit fort bien l'auteur anonyme de cet article, « elles se présentent souvent à leur observation, et s'ils en saisissent le caractère dès leur origine, il suffira quelquefois de l'emploi méthodique de moyens bien simples pour prévenir l'accroissement d'un mal contre lequel les médications les plus rationnelles, les plus puissantes et les plus longues viendront peut-être ensuite complètement échouer. »

Il est, sans contredit, des cas dans lesquels l'isolement, la séquestration est nécessaire. Mais il en est d'autres aussi dans lesquels une pareille conduite aurait des conséquences fâcheuses. Ainisi, il est certains troubles de l'intelligence dans lesquels la volonté, considérée comme faculté générale, est si loin d'être pervertie, que les malades protestent eux-mêmes, en quelque sorte, contre les désordres de leur intelligence, dont ils ont la conscience, et qui ne deviennent lypemanes que par la tristesse

profonde que leur inspire leur état. Eh bien ! en pareille circonstance, les avantages de l'isolement sont loin d'être démontrés ; tout porte même à croire qu'une séquestration serait nuisible. L'auteur de cet article rapporte plusieurs faits qui montrent que c'est par des moyens autres que celui-là qu'il faut agir. C'est alors à l'intelligence des malades qu'il faut s'adresser, et il serait absurde de poursuivre dans le cerveau une lésion matérielle fort problématique.

Nous croyons inutile d'entrer dans plus de développemens. Ces quelques lignes suffiront sans doute pour faire comprendre l'esprit dans lequel cet article est rédigé.

II. *De l'emploi des affusions froides dans le cas de délire essentiel.*

On sait que M. Récamier a beaucoup insisté sur les avantages de ce mode de traitement dans une foule de maladies diverses.

« Parmi les nombreuses maladies auxquelles cette méthode convient, il n'en est peut être pas où elle se montre plus efficace que dans quelques cas de délire chronique. Nous avons eu occasion de la pratiquer nous-mêmes sur un sujet menacé de monomanie suicide, et les effets ont complètement répondu aux avantages qu'elle promettait. Toutefois, ce n'est pas sans restriction qu'on peut recourir à son usage dans le délire chronique ; il est des cas en effet où l'on nuirait, à l'aide de ce moyen, au lieu d'être utile : c'est assez dire qu'il importe de bien déterminer les circonstances pathologiques dans lesquels il était indiqué. « Pour fixer la valeur de ces circonstances et les manières diverses dont ce traitement doit être employé, l'auteur anonyme de cet article rapporte deux faits dont nous allons donner un résumé.

1er *fait*. Un homme, âgé de 44 ans, fort au-dessus de ses affaires, se croit un beau jour ruiné, et s'imagine à chaque instant avoir à ses trousses les gardes du commerce. Raisonnemens, preuves, rien ne peut le détourner de cette idée fixe. Appelé auprès de cet homme, M. Esquirol craignit un commencement de monomanie avec lésion de l'encéphale, monomanie qui pouvait aboutir au suicide. Cependant, l'auteur de cet article ne crut pas devoir porter un pronostic aussi grave. Le malade fut soumis d'abord à une application de 20 sangsues à l'anus, et le lendemain il prit une bouteille d'eau de Sedlitz Il fut ensuite soumis à des affusions froides sur la tête pendant qu'il plongeait les pieds dans un bain très chaud.

« Cette méthode thérapeutique obtint promptement l'effet attendu de son efficacité bien constatée ; car après la troisième affusion le délire se montra déjà et moins durable et moins opiniâtre, jusqu'à ce qu'après la cinquième le malade revint complètement à la raison. » Trois ans se sont écoulés depuis, et la guérison s'est soutenue.

2e *fait*. Une jeune fille, ayant le délire, était confiée aux soins de M. Esquirol. On n'observait pas chez elle des caractères de fixité qui pussent faire soupçonner l'existence d'une méningite. M. Récamier diagnostiqua une affection nerveuse non jugée, et ordonna des affusions froides à 20 degrés d'abord et pendant cinq minutes, puis à 18, à 16 degrés, et ainsi de suite jusqu'à 10 degrés pendant dix minutes ; aucun résultat. Portées à 4 degrés, ces affusions déterminèrent chez la malade un mouvement tétanique et une perte de connaissance. Immédiatement placée dans un lit chaud, elle revint à elle et put écrire une lettre qui dénotait une parfaite lucidité dans les idées. Peu de jours après, la guérison était complète.

« On emploiera avec confiance les affusions froides, lorsque les affections cérébrales seront sans fièvre ou que la fièvre sera très-légère ; dans celles où l'on n'apercevait plus de symptômes de congestion ; on pourra même les employer dans les affections des centres nerveux primitivement liées à une lésion matérielle, mais dont un traitement préliminaire assorti à leur nature a effacé ou réduit notablement l'expression. »

III. *De l'efficacité du tartre stibié à haute dose dans le traitement des hydarthroses ;* par M. Lafargue (de Saint-Emilion).

Après avoir indiqué les préceptes formulés par M. Gimelle sur l'emploi de cette méthode de traitement, l'auteur rapporte avec détails un succès remarquable qu'il a obtenu à l'aide de cette médication.

IV. *Du traitement de la hernie ombilicale chez les enfans par la ligature ;* par M. Bouchacourt, de Lyon.

Un enfant âgé de huit mois porte une hernie ombilicale qui a été constatée quelques jours après sa naissance. Des bandages appropriés n'ont pas amené la plus légère amélioration.

« La hernie, dit M. Bouchacourt, se reproduisait facilement devant moi et figurait un doigt de gant de près de 6 centimètres de longueur et de 5 centimètres de diamètre à sa base, qui était plus rétrécie que la portion libre. Cette tumeur s'érige dans les mouvemens de l'enfant, devient dure, tendue ; elle rentre quand on le fait coucher sur le dos, en rapprochant les cuisses du bassin et du ventre, et l'aidant d'une légère pression des doigts. Il est facile de reconnaître alors le pourtour lisse et régulier de l'anneau, non oblitéré ; le doigt s'y engage facilement, on ne sent pas d'artère battre dans le voisinage. La peau qui recouvre la hernie reste flasque et ne revient pas sur elle-même lors de cette réduction ; elle se montre sous forme d'un appendice mou, dans lequel est renfermé probablement aussi le sac péritonéal. »

Dans cet état de choses, M. Bouchacourt résolut l'opération et la pratique de la manière suivante : « L'enfant est tenu à la renverse sur les genoux de sa nourrice, qui lui maintient les bras et relève en même temps les membres inférieurs sur le ventre, il est facile alors de réduire complètement la hernie. Je m'assure à plusieurs reprises, en frottant les parois du sac l'une contre l'autre, contre le pouce et l'indicateur de chaque main, qu'aucune portion d'intestin ni d'un autre viscère ne se présente à travers l'anneau. Continuant à presser les enveloppes extérieures de la tumeur, je fais glisser mes doigts jusqu'à la naissance de l'anneau et même au-delà, laissant entre mes deux pouces un petit intervalle dans lequel mon aide fait passer une forte aiguille droite entraînant après elle un fil ciré double ; il ne fallait pas un grand effort pour lui faire parcourir ce trajet singulièrement diminué par la pression. Séparant alors les fils, nous serrâmes chacun d'eux isolément sur la moitié du pédicule correspondant, et nous entourâmes le tout d'un troisième fil ciré, que l'on serra avec force. Nous n'employâmes d'autre appareil de pansement qu'un linge appliqué sur la tumeur. »

Huit jours après l'opération, la tumeur est gonflée, noire, dure, et répand une odeur fétide ; il y a de l'engorgement autour. Quinze jours après, la tumeur s'était détachée et avait fait place à un ulcère qui deux mois après était réduit à la surface de l'étendue d'une lentille, donnant un suintement léger et collant à peine les linges. L'anneau paraît oblitéré, et bien que l'engorgement sous-jacent soit beaucoup moins marqué, la hernie ne se reproduit plus. Depuis le jour où la ligature a été appliquée jusqu'à présent, la tumeur ne s'est pas montrée une seule fois, quels que fussent les efforts et les cris de l'enfant.

Examinateur médical ; 17 avril 1842.

Exostose pédiculée du fémur enlevée par une méthode particulière ; par M. Maunoury, interne à l'Hôtel-Dieu.

Cette opération a été pratiquée par M. Roux dans son service à l'Hôtel-Dieu. Un jeune homme, âgé de 17 ans, porte depuis dix-huit mois, à la région interne et inférieure de la cuisse, une tumeur indolente, ayant actuellement le volume d'une grosse noix ; elle est dure, mate, arrondie, pédiculée, adhérente à l'os. Elle est située au-devant du muscle couturier, et recouverte par la portion interne du triceps ; lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse elle paraît plus saillante, et l'on voit qu'elle est implantée à dix centimètres de l'extrémité inférieure du fémur. Cette tumeur fait des progrès sensibles ; elle rend la jambe gauche plus faible dans la marche, et le malade veut en être débarrassé.

La conformation pédiculée de cette tumeur est très avantageuse pour la résection ; mais la synoviale du genou peut s'élever jusqu'au pédicule. Si on incise cette synoviale et si l'air y pénètre, on doit s'attendre à des accidens terribles : il fallait donc trouver le moyen de passer entre le pédicule et la synoviale une lame de scie très étroite. Pour arriver à ce but, M. Roux employa le procédé suivant :

« La jambe étant dans la demi-flexion, deux incisions longitudinales parallèles furent faites, l'une en avant, l'autre en arrière de la tumeur ; une grande aiguille à large courbure et armée d'un fil fut introduite par une de ces incisions pour ressortir par la seconde ouverture : de cette manière, le chirurgien fit traverser la scie à chaînettes en rasant le pédicule inférieurement ; puis il la monta sur un arbre de scie ordinaire, idée heureuse, puisqu'elle permettait de relâcher et de tendre cette scie à volonté, et qu'on agissait dans un espace très rétréci. La prudence était fortement indiquée, car on ne devait pas être éloigné de la membrane séreuse articulaire. La tumeur fut sciée en rasant le fémur sans aucun obstacle ; sa mobilité et son défaut d'adhérence au milieu des muscles qui la recouvraient permirent de l'extraire avec la plus grande facilité par l'incision antérieure au moyen d'une pince à polype. Réunion par première intention. » La guérison a été complète.

La clinique des hôpitaux des enfans ; avril 1842.

I. *Hémorrhagies encéphaliques ;* par le docteur Becquerel.

Les hémorrhagies des méninges ou de la substance cérébrale sont si rares chez les enfans qu'on a même été jusqu'à les nier complétement. Cependant des faits de ce genre ont été bien constatés, et il est utile de les étudier avec soin. C'est ce que s'est proposé de faire l'auteur de ce travail.

L'épanchement de sang peut avoir deux siéges bien distincts : 1° les enveloppes du cerveau (hémorrhagies des méninges) ; 2° la substance cérébrale (hémorrhagies cérébrales).

A. *Hémorrhagies des méninges.* — Il est probable qu'il n'est pas plus possible chez les enfans que chez les adultes que le sang s'épanche dans le tissu qui sépare la dure-mère de l'arachnoïde ; tout au plus peut-on observer quelques petites ecchymoses de ce tissu.

2° *Hémorrhagies de la grande cavité de l'arachnoïde.* — La quantité de sang qui peut s'épancher dans la cavité de l'arachnoïde est variable, mais jamais considérable. L'autopsie a démontré que les lésions produites par ces hémorrhagies sont à peu près semblables à celles qu'on trouve dans les hémorrhagies méningés chez les adultes et les vieillards ; seulement, chez eux, on n'a pas vu, comme chez les enfans, une organisation de plus en plus avancée des kystes, et on n'a pas vu aussi ces kystes devenir assez volumineux pour agrandir la capacité du crâne en amincissant les os, et déterminer ainsi une espèce particulière d'hydrocéphale chronique.

Quelquefois les causes des hémorrhagies méningées chez les enfans sont tout à fait inconnues. Les seules que M. Becquerel admet sont : 1° les coups ou bien une chute sur la tête ; 2° l'existence d'une diathèse hémorrhagique sous l'influence de l'altération particulière du sang qui la constitue. « En dehors de ces deux circonstances, dit-il, on ne peut rien préciser sur les causes de cette maladie. »

Le nombre de faits d'hémorrhagie méningée chez les enfans n'est point encore suffisant pour tracer un tableau général des symptômes de cette maladie. Sur deux malades observés par M. Becquerel, il a été constaté chez l'un un état comateux, faiblesse, régularité dans le pouls, qui donnait cent seize pulsations par minute, et chez l'autre des convulsions générales. On ne peut donc point encore établir d'une manière positive le diagnostic d'une hémorrhagie méningée chez un enfant.

Cette maladie n'est pas immédiatement et nécessairement mortelle, puisque les kystes hémorrhagiques peuvent se développer et déterminer l'ampliation des os du crâne, et la mort n'arrive que par une maladie accidentelle.

Le traitement est le même que pour les affections aiguës du cerveau : sangsues à la base du crâne, purgatifs, vésicatoires, etc., etc.

3° *Hémorrhagies dans le tissu sous-arachnoïdien* (pie-mère). — Les hémorrhagies se montrent quelquefois dans le tissu de la pie-mère ; elles produisent alors une exagération de la congestion de cette membrane. Dans plusieurs cas de méningo-céphalite avec congestion encéphalique, j'ai trouvé une petite quantité de sang infiltré dans les mailles de la pie-mère. Il en a été de même dans plusieurs cas d'affections pseudo-membraneuses et gangréneuses terminées par la mort ; un état comateux avait marqué pendant les dernières heures de la vie le développement de cette infiltration sanguine, qui, dans ce dernier cas, s'était produite sous l'influence d'une diathèse hémorrhagique. »

B. *Hémorrhagies cérébrales.* — Les unes sont *simples*, les autres sont liées à des lésions tuberculeuses du cerveau ou des parties voisines. Cette distinction est importante.

1° *Hémorrhagies simples.* — Très fréquentes chez les vieillards, elles sont excessivement rares chez les enfans. Pendant trois années d'observations et sur plus de quatre cents autopsies qu'il a pratiquées, M. Becquerel n'en a rencontré aucune récente. Il en cite cependant un cas qui lui a été communiqué par M. le docteur Dobigny. « Dans cette observation, dit il, les hémorrhagies ont été annoncées par l'état comateux ; des convulsions ont indiqué l'instant où le sang s'est répandu dans les ventricules et dans le canal arachnoïdien de la maille. »

2° *Hémorrhagies compliquant des lésions tuberculeuses de la pie-mère et du cerveau.* — Moins rare que la précédente, cette espèce d'hémorrhagie se produit en général au milieu du ramollissement qui vient quelquefois compliquer ces productions tuberculeuses. L'auteur cite quatre faits dans lesquels la cause des hémorrhagies a été évidemment le développement d'une induration tuberculeuse aiguë ou chronique de la pie-mère, et la production d'un ramollissement dans la partie en contact avec elle. Quant à la symptomatologie de ces hémorrhagies, il faut faire une distinction. « Lorsqu'elles compliquent une méningite tuberculeuse aiguë, les symptômes des maladies se confondent, et on ne peut diagnostiquer l'hémorrhagie.... Lorsque l'hémorrhagie complique une méningite tuberculeuse chronique, elle donne naissance à des symptômes cérébraux qui peuvent être appréciés, mais qui ne sont pas assez nets ni assez tranchés pour permettre le diagnostic de la maladie. »

Cette maladie est au-dessus des ressources de l'art.

II. *Du rachitisme. Leçons cliniques de M. Trousseau,* recueillies par M. Lhommeau.

Cette leçon est l'exposé, le commentaire des idées de M. J. Guérin sur le rachitisme. « Avant les expériences et les travaux de ce chirurgien, dit M. Trousseau, cette maladie était vraiment inconnue. »

La texture des os frappés de rachitisme subit des changemens qui ont été divisés par M. J. Guérin en trois périodes : 1° période d'*afflux sanguin ou de congestion ;* 2° période de *reformation de l'os ;* 3° période d'*éburnation.*

Première période. — Gonflement des portions spongieuses ou épiphysaires des os longs, augmentation de volume dans leurs diaphyses ; même altération dans les os plats et courts. Un épanchement d'un liquide sanguinolent occupe et distend toutes les cellules du tissu spongieux. Du sang est également infiltré dans les lames du tissu compacte de l'os. Un travail semblable s'opère entre les os et les périostes interne et externe, qui sont aussi plus épais et plus vasculaires.

Deuxième période. — Le liquide épanché dans les mailles, entre les lames du tissu osseux, d'un rouge brun et séreux d'abord, prend plus de consistance ; il se transforme en une matière gélatiniforme qui s'organise à la façon des fausses membranes, et plus tard se transforme en un tissu spongieux qui s'infiltre de plus en plus de sucs terreux, etc.

Troisième période. — Elle coïncide avec la résolution de la maladie. L'os s'infiltre de sucs terreux ; l'intervalle des lames est graduellement comblé par du tissu compacte ; l'os devient solide et se transforme peu à peu en tissu *éburné ;* il a tout à fait l'aspect, la solidité, la pesanteur de l'ivoire : cette transformation est moins marquée dans les os plats et courts.

A la première ou à la seconde période, on peut faire quelque chose pour arrêter la maladie, pour redresser les difformités qu'elle a produites et pour obtenir une consolidation dans une direction convenable ; mais, à la troisième période, l'art est impuissant.

Étiologie. On a dit que le rachitisme était produit par l'usage d'une alimentation trop généreuse, par le lait, les potages maigres, etc., et l'on a conseillé pour le guérir la viande et les aliments azotés ; mais cette manière de voir est erronée. Des expériences nombreuses et faites avec le plus grand soin par M, J. Guérin l'ont démontré « Ces expériences conduisent à un résultat thérapeutique de la plus haute importance. Si à 7 ou 8 mois on voit paraître les premiers signes du rachitisme, le ballottement du ventre, les sueurs, la diarrhée, le gonflement des extrémités inférieures, etc., on doit chercher une nourrice meilleure, insister sur le lait, sur les potages maigres, défendre la viande, en un mot proportionner la force de l'alimentation à celle du sujet jusqu'à ce qu'il ait des dents, qui sont une indication donnée par la nature et à laquelle on doit obéir. »

Journal de Médecine pratique de Bordeaux, mars 1842.

I. *Quelques mots sur le seigle ergoté ; utilité de son emploi dans trois cas de paraplégie ;* par M. P.-S. Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

L'auteur commence par rappeler qu'il a publié récemment une brochure dans laquelle il a consigné les recherches auxquelles il s'est livré relativement à l'action thérapeutique du seigle ergoté, et quelques applications manuelles qu'il a faites de cette substance.

« C'est ainsi, dit-il, que j'ai cherché à prouver qu'on avait tort de considérer le seigle ergoté comme un agent simplement excitateur de la contractilité utérine ; que les faits démontraient que le seigle ergoté agissait sur la vessie, le rectum et les membres inférieurs, lorsque ces parties sont dans certaines conditions asthéniques, de la même manière que sur la matrice dans les cas d'inertie utérine ; et que, ne pouvant plus attribuer raisonnablement à cet agent thérapeutique des effets spécifiques sur des parties du corps si différentes, il y avait nécessité de faire remonter plus haut son action, et de la rapporter à quelque organe qui eût la vertu de l'étendre par réaction sur ces mêmes parties à la fois. J'en venais ensuite peu à peu, et d'une manière démonstrative, à conclure que l'organe qu'il fallait regarder comme primitivement activé par l'ergot de seigle, administré à dose convenable, était la moelle épinière, qui irradiait ensuite cette action par les nombreux nerfs qu'elle fournit aux organes qui fonctionnent sous l'influence de son innervation, savoir à la matrice, aux membres pelviens, à la vessie, et même à l'intestin rectum ».

Cette donnée bien établie, il devenait évident qu'on devra recourir à l'ergot de seigle dans les paraplégies et les affaiblissemens des extrémités inférieures, provenant de causes qui ont paralysé ou suspendu l'action de cet organe sans en avoir altéré la texture ; dans certaines rétentions d'urine ; dans certaines paralysies du rectum ; dans les diverses affections provenant d'un état d'inertie ou d'asthénie de la matrice.

M. Payan avait déjà fait connaître plusieurs faits qui constatent

les bons résultats de cette médication dans les cas que nous venons d'indiquer; à ces faits il joint aujourd'hui les trois suivans :

Première observation. Le nommé Augier, âgée d'une quarantaine d'années, fit une chute sur le périnée. Cet accident donna lieu à des phénomènes paraplégiques et à des fistules urinaires. Après un traitement énergique suivi à l'Hôtel-Dieu de Marseille, les symptômes paraplégiques disparurent ainsi que les fistules urinaires. Pendant un voyage qu'Augier fit à Aix, ces accidens reparurent et il entra à l'Hôtel Dieu de cette ville. On employa des linimens opiacés, des vésicatoires, des bains, et les fistules furent traitées par des moyens appropriés. Cependant rien ne réussit; le malade ne marchait qu'à l'aide de béquilles, lorsque M. Payan prit le service. Le seigle ergoté est ordonné à la dose de 1 gramme, en une fois le matin. Dès la seconde nuit qui suivit la première prise du médicament, des soubresauts musculaires agitèrent à plusieurs reprises le membre paralysé; ces agitations spasmodiques se renouvelèrent, et chaque jour le membre recouvrait de la force. Six jours après, le malade avait pu quitter une de ses béquilles et se promener pendant tou e la journée avec l'autre, Pendant quatorze jours le seigle ergot fut continué et la dose avait graduellement été augmentée jusqu'à deux grammes par jour; à cette époque, comme les progrès vers la guérison avaient été peu marqués depuis quelques jours, et que d'ailleurs il était survenu un peu d'embarras gastrique, le traitement fut suspendu. Un mois après, l'amélioration que nous avons notée persistait, mais le malade voulut sortir de l'hôpital, et M. Payan ne l'a plus revu.

Deuxième observation. Un homme âgé de 30 ans, était affecté depuis vingt mois d'une paraplégie complète, dont toutes les médications conseillées en pareille circonstance n'avaient pu triompher. Voici quel était son état, lorsqu'il fut soumis à l'observation de M. Payan :

« Les deux membres inférieurs le supportent assez bien pour lui permettre d'aller seul; mais il ne peut se promener longtemps sans être obligé de s'asseoir; sans cette précaution, les facultés défail i aient sous lui. Des deux extrémités inférieures, la droite e t la plus forte, la plus solide; mais en même temps elle est d une insensibilité presque complète..... L'autre membre a conservé ou plutôt recouvré sa sensibilité, mais, en revanche, il est plus faible, moins bien nourri... La vessie est également un peu dérangée dans ses fonctions..... » Un gramme de seigle ergoté, récemment pulverisé, à prendre chaque matin dans deux doigts d'eau vineuse. Quatre jours après le remède est porté à 15 décigrammes, puis à 2 grammes. En même temps, frictions avec le liniment de Rosen, le long de la colonne vertébrale, et avec un liniment ammoniacal sur le membre droit. Après dix-huit jours de ce traitement, les jambes étaient déjà bien solides, il pouvait sauter à plusieurs reprises sur le pied gauche; enfin il existait une amélioration très-notable, et vingt jours après, cet homme, content de son état, crut pouvoir retourner dans son pays.

Troisième observation. Ce troisième cas a été communiqué à M. Payan par M. Brengues, chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Un ouvrier, par suite d'une affection saturnine grave, avait conservé une paraplégie très-avancée, qui, traitée inutilement par divers moyens, céda complètement à l'usage du seigle ergoté.

« De ces trois faits, dit M. Payan, ressort encore l'innocuité complète de ce médicament que nous avons ordonné, sans remarquer le plus léger accident, pendant un mois et demi de suite; que cette année encore nous avons fait prendre, pendant quinze jours consécutifs, aux doses de 40 à 80 centigrammes, à une jeune fille, âgée seulement de 5 ans, sans qu'elle en ait été aucunement incommodée ».

JOURNAUX ÉTRANGERS.

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

I. *Note sur l'utilité de l'acide oxalique dans les inflammations de la bouche, de l'arrière-bouche et du tube gastro-intestinal;* par M. le docteur G.-D. NARDO.

L'observation faite par l'auteur des bons effets que produisent dans les inflammations de la gorge les feuilles de la joubarbe des toits, soit sous forme de masticatoire, soit à l'état de suc exprimé avalé lentement ou employé en gargarisme, l'a conduit à chercher un succédané de cette plante qui pût offrir au praticien l'avantage d'être plus facile à trouver et à doser qu'elle ne l'est.

Ce fut avec les acides végétaux qu'il tenta de remplacer la joubarbe, et après de nombreux essais avec ces divers composés, il arrêta définitivement son choix sur l'acide oxalique qui, dans tous les cas où son emploi fut prescrit, amena un soulagement presque instantané, et souvent une amélioration très remarquable dans l'état des sujets.

Les cas principaux dans lesquels cet acide a été mis en usage sont :

1° Les maladies aiguës ou chroniques de la gorge que l'on comprend sous le nom générique d'angine;

2° Les inflammations de la langue, des gencives, des parotides ou des autres glandes salivaires, les gastrites et les gastro-entérites;

3° La stomacace, le muguet et les aphthes des enfans.

Les formules que M. Nardo a le plus employées sont les suivantes :

Pr.	Acide oxalique,	50 à 80 centigramm.
	Soluté aqueux de gomme arab.,	90 grammes.
	Sirop de groseilles,	30 id.

Mêlez exactement.

A prendre par cuillerées à bouche à de courts intervalles, en ayant soin de retenir le plus long-temps possible le liquide dans la bouche pour baigner les parties malades, puis de l'avaler lentement.

Cette mixture est surtout indiquée dans les angines et contre les aphthes des enfans. Quelquefois M. Nardo la rend plus active en y ajoutant quinze grammes (une demi-once) d'eau distillée de menthe poivrée, dont l'huile volatile en s'évaporant donne lieu à la soustraction d'une certaine quantité de calorique, et produit par suite un agréable sentiment de fraîcheur qui soulage les malades. Dans les circonstances où il est besoin de recourir à l'emploi d'un collutoire, il substitue la décoction d'orge à la solution aqueuse de gomme, et porte alors la dose de l'acide depuis un gramme jusqu'à trois pour un demi-litre de liquide.

Lorsqu'après les premiers jours de traitement, l'état inflammatoire a cédé, ou lorsqu'il s'agit d'ulcères sordides contre lesquels les astringens légers ne sont pas moins bien indiqués que les sédatifs et les detersifs, il fait dissoudre dans le soluté gommeux ou dans le decocté d'orge une petite dose de tannin pour communiquer au médicament une propriété légèrement astringente et tonique.

Dans le cas de gastrite, il prescrit souvent comme véhicule de l'acide la décoction faible d'amidon ou de gruau, ou même l'eau pure, avec ou sans addition de sirop, suivant le goût du malade. Dans les entérites et dans les irritations gastriques accompagnées de douleurs et de diarrhée, il obtient de bons résultats en associant à l'acide, après quelques jours de son administration, soit un peu de tannin, soit une certaine quantité de sirop diacode. Dans d'autres circonstances, il emploie, suivant le besoin, l'émulsion de semences froides ou celle de semence de pavot.

Les phénomènes que produit l'acide oxalique dans les inflammations de la bouche sont les suivans : Une salivation plus ou moins abondante et un prompt sentiment de rafraîchissement et de cuisson passagère; c'est pour modérer le dernier de ces effets qu'on associe l'acide à la solution gommeuse et au sirop. Plus tard, la sécrétion urinaire est augmentée, et les sujets tombent dans un état de débilitation très marquée, mais qui n'est jamais portée jusqu'au point de devenir inquiétante.

Cet acide est toujours pris sans répugnance par les malades, et il est bien rare qu'il détermine des nausées lorsqu'il n'est administré qu'à petites doses et à des intervalles plus ou moins éloignés. On peut sans aucun inconvénient en porter graduellement la dose jusqu'à douze grammes (trois gros) environ. Du reste, il n'est pas besoin d'ajouter qu'on ne doit prescrire ce médicament qu'avec la plus grande réserve chez les individus qui sont sujets à l'acidité des premières voies.

Après avoir fait observer que les résultats auxquels il est arrivé doivent à l'avenir dissiper les craintes que certains médecins conservent encore sur les effets de cette substance, et engagé les praticiens à s'en servir plus fréquemment et à des doses plus élevées qu'on ne l'a fait jusqu'à lui, M. Nardo examine comparativement l'action physiologique de cet acide et celle de l'hydrolat cohobé de laurier-cerise. Suivant lui, le premier de ces deux médicamens l'emporte sur le second, non-seulement sous le rapport de la rapidité et de la force de son action, mais encore sous le point de vue de la propriété sédative spéciale qu'il possède et de la constance de ses effets. Aussi conseille-t-il comme un moyen à la fois antiphlogistique et excellent expectorant, dans les phlegmasies pulmonaires avec difficulté très grande d'expectoration, une émulsion de gomme arabique aiguisée d'une petite quantité d'acide oxalique et convenablement édulcorée avec le sirop de guimauve. Il regarde cet acide comme capable d'enrayer le travail de la tuberculisation pulmonaire et de coopérer puissamment dans quelques circonstances à la résolution des tubercules déjà développés.

M. Nardo termine en indiquant la formule suivante pour remplacer les tablettes d'acide oxalique associées à l'huile de cèdre :

Pr.	Acide oxalique porphyrisé,	5 grammes.
	Sucre blanc porphyrisé,	100 id.
	Huile volatile de menthe poivrée	12 gouttes.
	Mucilage de gomme arabique,	Q. S.

M. et F. S. A. des tablettes du poids de soixante centigram. (douze grains).

Ces tablettes, qui sont indiquées dans les angines chroniques, peuvent être prises au nombre de six à douze dans les vingt-quatre heures.

II. *Cas d'empoisonnement de douze individus par le suc d'aconit napel.*

Le 11 juin 1840, douze individus affectés de pellagre ou de scorbut, avalèrent, au lieu du suc exprimé de cochléaria qu'ils croyaient prendre, chacun environ cent gram. (trois onces) de suc exprimé d'aconit napel.

Le premier d'entre eux chez lequel il se manifesta des accidens fut un vieillard âgé de soixante ans. La respiration devint d'abord embarrassée, puis il survint des vomissemens. Un médecin ayant été appelé, il crut reconnaître dans ces symptômes les caractères d'un accès d'asthme, et prescrivit de mettre le malade dans un bain, puis de lui administrer une dose d'huile de ricin, et enfin d'appliquer un large vésicatoire sur la région sternale. Ces divers moyens furent mis en usage, mais sans qu'il en résultât la moindre amélioration : les accidens n'en persistèrent pas moins, allèrent en augmentant; le vieillard expira le même jour dans l'espace de quelques heures.

Deux femmes, âgées de cinquante-cinq ans et atteintes de scorbut, éprouvèrent, bientôt après l'ingestion du liquide toxique, des inquiétudes, puis des mouvemens convulsifs, enfin un sentiment de prostration extrême et comme une sorte de paralysie. Deux heures plus tard, la mort arriva.

Les neuf autres individus se trouvèrent tous également affectés plus ou moins fortement; et il est très probable que sans l'intervention des moyens appropriés qui leur furent conseillés par M. le docteur Rolardini, ils auraient succombé comme les trois précédens.

Tous ces malades éprouvèrent dès l'abord une faiblesse excessive de tout le corps et en même temps un affaissement moral des plus prononcés. La face était d'une pâleur extrême, et la physionomie fortement altérée; les yeux, qui avaient perdu toute leur vivacité, étaient cernés par un cercle d'une teinte bleuâtre, et les pupilles étaient énormément dilatées; il existait des vertiges; une vive céphalalgie se faisait sentir, surtout vers la partie postérieure de la tête; l'abdomen était tendu et très douloureux; il y avait des vomissemens de matières verdâtres, et chez quelques-uns des sujets des évacuations alvines diarrhéiques de même couleur. On observait en outre de l'oppression et de l'anxiété, une sensation générale de froid qui s'accroissait rapidement, avec lividité des ongles, des crampes dans les extrémités inférieures; enfin le pouls était petit, déprimé et à peine perceptible.

L'ensemble et la nature de ces divers symptômes permirent bien de constater l'existence d'un empoisonnement par une substance de la classe des narcotico-âcres, mais sans qu'il fût possible d'en préciser l'espèce, car on n'avait point encore découvert cette fatale substitution du suc d'aconit au suc de cochlearia.

Dans cette incertitude, le tartre stibié fut administré pour provoquer des vomissemens et déterminer ainsi l'expulsion du restant du poison qui pouvait se trouver encore dans les premières voies; puis le médecin, guidé par les opinions de l'école du contro stimulisme, combattit l'état d'abattement général par des toniques diffusibles, tels que l'alcoole de cannelle, l'éther sulfurique alcoolisé, le vin généreux, l'absinthe et le rhum étendus d'eau, donnés à dose suffisante pour produire l'ivresse; en même temps les extrémités thoraciques et pelviennes furent soumises à l'action de liquides alcooliques appliqués en frictions.

Sous l'influence de cette médication énergique, dit le praticien italien, la chaleur et le pouls se relevèrent promptement, ainsi que les forces; la physionomie reprit son aspect normal, et peu d'heures suffirent pour que tous ces malades revinssent complètement à la santé.

Les cadavres des trois sujets qui avaient succombé à l'action du poison furent ouverts et examinés avec soin.

L'habitude extérieure ne présentait rien qui méritât d'être noté.

A l'ouverture du crâne, on trouva la pie-mère et l'arachnoïde fortement injectées, et une assez grande quantité de liquide séreuxà la base du crâne et sous l'arachnoïde cérébrale. Du reste, il n'existait point d'épanchement dans la cavité des ventricules.

Les poumons étaient fortement engorgés; le cœur, de consistance molle, contenait du sang noir, et les gros vaisseaux se trouvaient distendus par ce même liquide.

Le foie et la rate étaient à l'état normal. L'estomac, fortement gonflé par un amas de gaz, présentait une certaine quantité d'un liquide visqueux, de couleur cendrée; sa membrane muqueuse, notamment vers la grande courbure, était le siége d'une injection pointillée et irrégulière. Le duodénum et les intestins grêles offraient çà et là des taches de couleur rouge, et contenaient le même liquide visqueux cendré qui avait été remarqué dans la cavité de l'estomac.

CASPER'S WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE, 1841.

Cas d'opération césarienne pratiquée avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant.

La femme qui fait le sujet de cette observation était affectée de rachitisme, et cette maladie avait donné lieu à une déformation considérable du bassin. Le diamètre antéro-postérieur avait éprouvé un tel rétrécissement, qu'il ne dépassait pas 7 centimètres (2 pouces et demi environ); le sacrum et les dernières vertèbres lombaires présentèrent une si forte dépression en avant, que la colonne vertébrale formait, à sa partie inférieure et en dehors, une sorte de gouttière profonde bornée, de chaque côté par les bords postérieurs des os des îles.

Le travail de l'accouchement était déjà commencé depuis plusieurs jours, lorsque M. le docteur Koeningsfeld fut appelé, et ce praticien, après avoir constaté, par l'examen attentif de la disposition anatomique indiquée plus haut, l'impossibilité absolue de terminer naturellement la délivrance, se décida aussitôt à recourir à l'hystérotomie. L'opération fut pratiquée dans la ligne blanche et terminée en moins d'un quart d'heure, sans avoir été contrariée par aucun accident Le succès fut tel, qu'au bout d'un mois la mère avait complètement recouvré la santé et allaitait elle même son enfant.

JOURNAL FUER PRACKTISCHE CHEMIE, 1841.

Recherches sur l'huile essentielle de carvi.

L'huile volatile de carvi, d'après M. Schweizer, est composée de deux autres huiles, dont l'une est un hydrogène carboné. Elle paraît se décomposer partiellement lorsqu'on la soumet à la distillation.

Traitée par l'hydrate de potasse, elle donne naissance à un hydrogène carboné particulier, auquel l'auteur a imposé la dénomination de *carvène*, et la potasse retient en combinaison une huile qui a reçu le nom de *carvacrole*. Plusieurs corps peuvent, d'ailleurs, opérer cette même décomposition, entre autres l'acide phosphorique et l'iode.

M. Schweizer pense que le carvène préexiste dans l'huile volatile de carvi et s'y trouve mélangé avec une huile oxygénée. Ce corps, qui se combine avec l'acide chlorhydrique pour donner naissance à un composé cristallin correspondant au camphre artificiel, est isomérique avec les chlorhydrates solides d'huile de citron, de copahu et d'oranger. Il absorbe le chlore avec dégagement d'acide chlorhydrique.

Quant au carvacrole, il paraît être tout à fait neutre, et l'auteur a reconnu que, en contact avec le potassium, il donne, sous l'influence de cet agent, naissance à une résine jaune.

MEDIZIN CORRESPONDENZBLATT BAYERISCHER AERZTE, 1841.

Observation d'un squirrhe de l'utérus guéri par l'usage tant interne qu'externe de l'iode.

Une dame âgée de 45 ans était affectée, depuis un an environ, d'une induration squirrheuse du col de l'utérus, à laquelle était venue se joindre une fièvre hectique. M. le docteur Zimmermann, appelé pour lui donner des soins, lui prescrivit l'usage de la mixture suivante :

Pr. :	Iodure de potassium.	1 gramme;
	Iode	4 décigrammes;
	Eau distillée	30 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

On commença par en prendre huit gouttes, trois fois par jour; puis l'on eut soin d'augmenter, peu à peu et avec beaucoup de précaution, jusqu'à quinze ou dix-huit gouttes par chaque prise.

En même temps, le médecin conseilla l'emploi topique de la pommade suivante :

Pr. :	Axonge,	30 grammes;
	Iodure de potassium,	2 id.
	Huile volatile de romarin,	6 gouttes.

M. S. A.

La malade pratiqua, trois fois par jour, des onctions avec cette pommade, tantôt au périnée, tantôt aux régions inguinales, tantôt enfin, mais alors avec plus grande circonspection, sur la partie squirrheuse même du col de l'utérus; dans ce dernier cas, peu de temps après que l'application avait eu lieu, on faisait quelques injections narcotico-mucilagineuses dans le vagin.

Après quatre mois de ce traitement soutenu sans aucune interruption, la malade se trouva complétement guérie.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 5 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 54. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Mouvement du service pendant les mois de janvier, février et mars 1842.

Nous avons observé pendant le premier trimestre de 1842 133 malades, sur lesquels 95 affectés de maladies chroniques ou sub-aiguës, et 38 affectés de maladies aiguës; 33 de ces malades ont déjà été mentionnés au résumé précédent: les 100 autres sont entrés depuis le 1er janvier.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Malades présens dans les salles au 1er janvier, au nombre de 33.

Première classe: Cas chroniques ou sub-aigus, 25.

Affections organiques du cœur,	4
Tubercules,	5
Laryngo-bronchite,	1
Hémorrhagie cérébrale,	1
Ascites de cause obscure,	3
Affection chronique de la moelle,	1
Squirrhe utérin,	1
Hydro-pneumo-thorax,	1
Ictère,	1
Névralgie faciale,	1
Coliques saturnines,	1
Embarras gastrique,	1
Chlorose,	4
	25

Deuxième classe: Maladies aiguës, au nombre de 8:

1° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Sainte-Madeleine, 9. Entrée le 18 novembre 1841, sortie le 27 janvier 1842.

2° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Entrée le 7 décembre; encore dans le service.

3° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Sainte-Madeleine, 7. Entrée le 21 décembre 1841, sortie le 21 février 1842.

4° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Entré le 30 décembre, sorti le 16 mars 1842.

5° Pleuro-pneumonie au second degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entré le 18 décembre, sorti le 11 janvier 1842.

6° Rhumatisme articulaire. Salle Sainte-Madeleine, 12. Entrée le 28 décembre, sortie le 25 février 1842.

7° et 8° Varioles. Salle Saint-Jean-de-Dieu, n. 1 et 16.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Elle comprend 100 malades, entrés à l'hôpital depuis le 1er janvier jusqu'au 31 mars.

Première classe. Cas chroniques ou sub-aigus, au nombre de 70.

Affections organiques du cœur,	10
Tubercules pulmonaires,	15
Emphysème et bronchite chroniques,	3
Pleurésie chronique,	1
Chlorose et chloro-anémie,	11
Sciatique et douleurs rhumatismales,	3
Hémorrhagie cérébrale,	1
Stomatite chronique,	1
Entéro-colite,	1
Gastralgie et embarras gastrique,	3
Colique saturnine,	1
Zona,	1
Hématurie,	1
Lichen,	1
Ictère,	1
Blennorrhagie,	1
Ectyma syphilitique,	1
Rien de bien caractérisé,	14
Total,	70

Deuxième classe. Composée des maladies aiguës, au nombre de 30, et réparties de la manière suivante:

Entéro-mésentérites typhoïdes, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Un peu d'angine laryngo-pharyngée; entéro-mésentérite typhoïde assez nettement caractérisée. Cas moyen.

Homme de 26 ans, malade depuis quinze jours, surtout depuis huit; entré le 13 mars.

Assez mal caractérisés lors de l'entrée du malade à l'hôpital, ce ne fut que le troisième jour que les phénomènes entéro-mésentériques furent assez tranchés pour que l'on pût porter un diagnostic bien précis. Pour ce motif aussi, et n'en déplaise à ceux qui pensent qu'à la Charité l'on saigne toujours et tout le monde quelle que soit l'affection, le traitement fut à peu près nul tant que l'affection ne fut pas bien décidée. L'on s'était borné aux boissons rafraîchissantes, à l'emploi d'un gargarisme astringent et à la diète, lorsque, le 16 mars, des symptômes graves s'étant montrés, le diagnostic fut porté et la formule mise en usage. Quatre saignées, dont deux locales, furent pratiquées en deux jours (11 palettes 1375 gram.). Le 21 mars la convalescence commençait et le malade prenait du bouillon. A la demie d'alimens depuis le 6 avril: ce malade est encore dans le service.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entéro-mésentérite typhoïde encore à la première période. Cas moyen.

Homme de 20 ans, malade depuis cinq jours, entré le 17 mars. Cinq saignées en trois jours, trois générales et deux locales (15 palettes 1875 gram.). Convalescence le sixième jour. Encore à l'hôpital.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Entéro-mésentérite typhoïde à la fin de la première période, avec bronchite et un peu d'engorgement pneumonique. Cas moyen.

Homme de 27 ans, malade depuis quatre jours, entré le 20 mars. Cinq saignées, dont une locale, en trois jours (15 pal., 1875 gram.). Convalescence le quatrième jour. Sorti le 11 avril.

4° Le dernier cas est relatif à une femme de 24 ans, salle Sainte-Madeleine, 12, affectée d'une fièvre typhoïde sans symptômes abdominaux bien tranchés, sans diarrhée principalement, et à la fin de la première période. Cas assez grave.

Saignée trois fois en deux jours, la malade, chez laquelle la convalescence fut longue à se déclarer, ne commença que le neuvième jour à prendre du bouillon. Le pouls, qui était alors tombé à 88, commença au bout de cinq à six jours à remonter; le 15 mars, il était à 128; la malade, sans cause connue, peut-être avait-elle fait des imprudences, on n'a pu le savoir, fut prise de frissons, d'agitation, de délire; elle rendait dans son lit les urines et les matières fécales. Tous ces symptômes allèrent en augmentant, et le 21 mars elle succomba.

Pleuro-pneumonies, 8 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 4. Pleuro-pneumonie au deuxième degré, affectant le sommet et la partie antérieure du poumon gauche chez une femme chétive. Cas très grave.

Cette femme, dont nous avons donné l'observation détaillée dans un des précédens numéros de ce Journal, eut, en 4 jours, six saignées, dont deux locales (18 pal., 2 kilog. 1/4). Convalescence le huitième jour. Sortie le 10 avril.

2° Salle Sainte-Madeleine, 6. Pleuro-pneumonie puerpérale négligée pendant environ 9 jours, arrivée au second degré au moins, affectant les 4/5e inférieurs postérieurs du poumon droit. Cas très grave.

Cette observation a été également publiée avec détails. Nous rappellerons seulement, pour mémoire, que 4 saignées furent pratiquées dans l'espace de deux jours, quoique le sujet parût dans les plus mauvaises conditions pour l'application de la méthode, et qu'arrivée à l'hôpital le 22 mars, la malade entrait en convalescence le 27, et sortait guérie, depuis plusieurs jours, le 10 avril 1842.

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Troisième lettre. (*Suite.*) — *Etudes chirurgicales sur la Bible. — Pratique des prophètes. — Notions anatomiques. — De la condition des chirurgiens.*

Le pronostic avait été introduit par Nathan, ou, si l'on veut, par Ahija; ce fut Elie qui institua la thérapeutique, en ressuscitant le fils de la veuve de Saropta. Les résurrections n'étant point de notre ressort, nous passerons légèrement sur Elie; mais il faut s'arrêter davantage sur Elisée, son disciple, qui fut, comme nous dirions dans le langage moderne, le plus grand praticien de son temps.

Sa première cure fut purement théurgique. Une bonne femme n'avait point d'enfant, et son mari était fort vieux; Elisée lui promit qu'elle aurait un fils; et plus tard, l'enfant étant mort d'une fièvre cérébrale, il le ressuscita. En ceci il avait été précédé par Elie; mais voici un très beau succès qu'il obtint comme toxicologiste, et que je n'oserais cependant recommander sans quelque réserve à l'imitation des praticiens.

Il était à Guilgal, et il avait commandé une grande marmite de potage pour les fils de prophètes réunis autour de lui. L'un de ces apprentis, fort ignorant, à ce qu'il paraît, en botanique, avait été cueillir dans les champs des coloquintes sauvages, et en ayant rapporté plein sa robe, il les découpa dans la marmite; d'où l'on peut juger quel goût affreux eut le potage. Aussi les premiers auxquels on en servit le rejetèrent avec précipitation, en s'écriant: *Homme de Dieu, la mort est dans la marmite!* Elisée dit: Apportez-moi de la farine. Et la farine apportée, il la jeta dans la marmite. Après, il dit: Servez, et que ce peuple mange. Et en effet, l'amertume du potage se trouva corrigée.

Elisée acquit donc bientôt une immense réputation dans le pays; elle s'étendit même jusqu'en Syrie. Et ici se place la consultation qu'il donna à Naaman, et qui est une esquisse de mœurs admirable.

Naaman, général syrien, avait la lèpre. Il apprit par une esclave juive qu'il y avait à Samarie un prophète capable de le guérir; il partit incontinent, emportant avec lui dix talens d'argent, six mille pièces d'or et dix robes magnifiques, muni d'ailleurs de lettres de recommandation du roi son maître pour le roi d'Israël. Il arrive; il présente au roi d'Israël les lettres susdites, où le roi de Syrie avait écrit tout brutalement: *Lorsque tu auras reçu cette lettre, sache que je t'envoie Naaman mon serviteur, pour que tu le guérisses de la lèpre.* Mais il faut ici laisser parler la Bible.

« Quand le roi d'Israël eut lu les lettres, il déchira ses vêtemens et dit: Suis-je un Dieu, et puis-je faire mourir et revivre, que ce roi m'envoie un homme pour le guérir de sa lèpre? Songez-y, et voyez qu'il ne cherche qu'une occasion contre moi.

» Ce qu'ayant ouï Elisée, l'homme de Dieu, savoir que le roi d'Israël avait déchiré ses vêtemens, il envoya vers lui avec ces mots: Pourquoi as-tu déchiré tes vêtemens? Que cet homme vienne à moi, et qu'il sache qu'il y a un prophète dans Israël. Naaman vint donc avec ses chevaux et ses chars, et s'arrêta à la porte d'Elisée; et Elisée lui envoya un homme avec ces mots: Va, et lave-toi sept fois dans le Jourdain, et ta chair sera guérie et tu seras purifié. Mais Naaman en colère s'en allait, disant: Je croyais qu'il viendrait lui-même, et qu'ayant invoqué le nom de son Dieu, il aurait touché ma lèpre de sa main et m'aurait guéri. N'avons-nous pas à Damas les sources d'Abana et de Pharphar, qui valent mieux que toutes les eaux d'Israël, pour me laver et me purifier?

» Il avait donc tourné le dos et s'en allait en colère, quand ses esclaves s'approchèrent et lui dirent: Père, si le prophète t'avait ordonné une chose difficile, assurément tu aurais dû la faire; et combien plus, quand il te dit seulement: Lave-toi et tu seras purifié? — Ainsi il revint, et se lava sept fois dans le Jourdain selon la parole de l'homme de Dieu; et sa peau devint comme celle d'un jeune enfant, et il fut guéri. »

Naaman, reconnaissant, offrit à Elisée les riches honoraires qu'il avait apportés, et que le prophète refusa noblement. L'esclave d'Elisée comprenait autrement les choses; il courut après Naaman, inventa une histoire, et fit si bien qu'il en tira deux robes et deux talens. Mais son maître irrité, le punit rudement de cette faute; il lui donna la lèpre de Naaman, présent déjà sévère, et il voulut qu'elle passât à sa postérité pour jamais. Malheureusement, lors de la dispersion des tribus, les titres de filiation se perdirent; sans quoi il serait curieux de rechercher, parmi les lépreux de l'hôpital Saint-Louis, s'il n'y aurait pas quelque descendant de Guéhazi.

Telles furent les principales cures d'Elisée; et elles donnèrent une telle opinion de sa puissance, qu'on ne voulut pas croire qu'elle fût entièrement éteinte à sa mort. Il mourut de maladie, et sans avoir rien fait pour se guérir lui-même; et comme un an après on jeta par hasard un cadavre dans son tombeau, le cadavre ayant touché les os du prophète, *se redressa sur ses pieds* et s'en alla plein de vie. Ceci n'était arrivé à aucun prophète avant Elisée, et n'arriva à nul autre après lui; et les Grecs firent un dieu d'Esculape pour de bien moindres miracles.

Le dernier des prophètes qui se soit mêlé de thérapeutique est Isaïe, qui guérit Ezéchias; et il est à remarquer que d'abord il avait porté un pronostic mortel. Ezéchias implora Dieu, qui se laissa fléchir; Isaïe lui fit appliquer sur son ulcère (ou peut-être tout simplement sur le lieu malade) un cataplasme de figues, et le roi guérit et vécut encore quinze ans après.

Voilà, si vous me passez cette expression, la clinique complète des prophètes; et vous voyez ce qu'il faut penser de leurs connaissances en médecine, et s'ils peuvent compter légitimement parmi les médecins. Ne vous y trompez pas toutefois; ils représentent, chez les Juifs, une phase par laquelle devait passer nécessairement la médecine interne, et que vous retrouverez également chez les Grecs, c'est-à-dire la thérapeutique théurgique, corollaire inévitable de l'étiologie théurgique. De telle sorte que dans cette médecine sacrée, l'étiologie, le pronostic et le traitement, tout relevait de Dieu, et que les deux seules créations scientifiques réelles, le diagnostic et l'hygiène, remontent exclusivement à Moïse. et ne reçurent aucun accroissement après lui.

Cependant, comme je vous l'avais annoncé, la pente insensible des choses avait amené les prophètes à faire usage de quelques moyens humains. Pour la lèpre, Elisée ordonne des bains; pour la maladie d'Ezéchias, Isaïe prescrit un cataplasme émollient. Si les prophètes empruntaient aux médecins ordinaires quelques-unes de leurs recettes, on peut hardiment présumer que les médecins, à leur tour, avaient hérité des idées mystiques des prophètes, et qu'à l'administration des remèdes ils ajoutaient des pratiques superstitieuses; de telle sorte qu'ils représentaient également, dans une sphère moins relevée, la médecine théurgique. Ce mélange d'une science en ébauche et d'une superstition enracinée est assez manifeste dans l'histoire de Tobie, à peu près contemporain d'Isaïe. Le jeune Tobie était conduit par un ange, qu'il prenait pour un homme ordinaire. Ayant pris un gros poisson, l'ange dit à Tobie: éventre ce poisson, et mets-en à part le cœur, le fiel et le foie, car ils servent à faire des médicamens fort utiles. Tobie demande quelle est leur vertu; l'ange répond: si l'on fait bruler une partie du cœur ou du foie sur les charbons, la fumée chasse toute espèce de démons; et le fiel est bon pour laver les yeux où il y a une taie. Et de fait, Tobie trouva le moyen d'utiliser ces précieux médicamens contre le démon de sa femme et contre la taie de son père. Les ophthalmologistes sont ravis de retrouver là l'emploi de l'huile de foie de morue. Malheureusement le foie de morue a perdu sa plus belle propriété, et ne chasse plus les démons.

Là s'arrête l'histoire de la médecine interne chez les Juifs. Sur quoi je vous soumettrai deux observations. La première est que, vers l'époque de la captivité de Babylone, l'idée d'une vie future étant venue compléter ou réformer, à votre gré, le dogme religieux de Moïse, Dieu, maître de l'homme dans l'éternité, s'occupa beaucoup moins de le punir sur cette terre: il n'y a plus d'épidémies divines, il n'y a plus de thérapeutes divins, et bientôt même plus de prophètes. Les médecins restèrent en possession de traiter les malades; et à une époque beaucoup plus récente à la vérité, Jésus, fils de Sirach, disait dans l'Ec-

3° Salle Sainte-Madeleine, 7. Pleuro-pneumonie au deuxième degré, affectant les deux tiers inférieurs postérieurs du poumon gauche. Cas grave.

Femme de 16 ans, entrée les 18 mars, malade depuis trois jours ; six saignées en 5 jours (15 pal., 1875 gram.). Convalescence le sixième jour ; sortie le 3 avril.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Pleuro-pneumonie affectant les 3/5e postérieurs externes du poumon et de la plèvre gauches, avec coïncidence d'endocardite.

Homme de 20 ans, entré le 29 mars, malade depuis trois jours. Sept saignées, dont 2 locales, en 5 jours (21 pal., 2125 gram). Convalescence le sixième jour. Encore dans les salles.

5° Salle Sainte-Madeleine, 3. Pleuro-pneumonie occupant particulièrement le sommet du poumon gauche, à signes physiques mal dessinés, chez un sujet faible, cachectique. Cas grave et assez mauvais.

Femme de 60 ans, malade depuis six jours, entrée le 15 mars. Dans ce cas, qui a été rapporté en détail dans un des numéros de ce Journal, deux saignées et un vésicatoire suffirent pour faire justice de l'affection qui, vu l'âge et plus encore la constitution de la malade, inspira à M. Bouillaud de sérieuses inquiétudes. La malade est encore dans les salles.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Pleuro-pneumonie au premier degré, affectant le tiers inférieur et postérieur du poumon gauche, avec quelques phénomènes typhoïdes. Cas moyen.

Homme de 23 ans, malade depuis cinq jours, entré le 5 mars. En trois jours, quatre saignées (13 palettes, 1625 gram.). Vésicatoire. Convalescence le cinquième jour.

Vers le milieu du mois de mars, c'est-à-dire après la guérison parfaite de sa pneumonie, cet homme fut atteint d'une variole discrète, qui n'eut du reste aucune gravité, et le força seulement de prolonger un peu son séjour à l'hôpital. Encore dans le service.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Pleuro-pneumonie au second degré affectant les 4/5e postérieurs inférieurs du poumon gauche, avec complication d'entéro-colite. Cas grave.

Homme de 45 ans, malade depuis trois jours, entré le 17 mars. En quatre jours, sept émissions sanguines, dont deux locales (24 palettes, 6 kilogrammes).

Malgré l'énergie du traitement qui en l'espace de peu de jours avait produit une amélioration notable, le pouls étant tombé de 104 à 88, et le nombre des inspirations de 32 à 24, le malade, qui était d'une indocilité rare, qui se levait nus pieds pour aller au bassin, et que l'on trouvait toujours découvert dans son lit, ne put se relever complétement. Le cœur se prit ; l'affection pulmonaire qui avait diminué fit de nouveaux progrès, et le malade succomba le 23 mars.

8° Salle Sainte-Madeleine, 9. Pleuro-pneumonie affectant particulièrement les 3/5e supérieurs postérieurs du poumon droit, au second degré au moins, chez un sujet chloro-anémique. Cas très grave.

Femme de 28 ans, malade depuis dix jours, entrée le 25 janvier. La durée de la maladie qui datait de dix jours déjà, la constitution chétive et détériorée de la malade, ne permirent pas de mettre en usage la formule des saignées coup sur coup. Chez cette femme, on dut se borner à trois émissions sanguines et à l'application d'un vésicatoire, moyens qui ne suffirent pas pour enrayer l'affection. La mort arriva le 5 mars.

Bronchites aiguës fébriles, 4 cas :

1° Salle Sainte-Madeleine, 3. Bronchite générale avec engorgement pneumonique, surtout au sommet du poumon gauche, etc.

Ce cas ayant été publié en détail dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 21 avril, nous ne le mentionnons que pour mémoire. Femme de 62 ans, entrée le 19 février, sortie guéric le 15 mars.

2° Salle Sainte-Madeleine, 10. Bronchite avec engorgement pneumonique au premier degré à la partie postérieure inférieure du poumon droit. Cas léger.

Femme de 56 ans, malade depuis quinze jours, entrée le 28 mars ; deux saignées ; convalescence le troisième jour ; sortie le 12 avril.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Bronchite avec engorgement pneumonique à la base des deux côtés. Cas moyen.

Homme de 24 ans, malade depuis treize jours, entré le 30 janvier. Trois saignées, un vésicatoire. Convalescence le quatrième jour. Sorti le 7 mars.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9. Bronchite capillaire, avec réaction fébrile.

Homme de 15 ans, malade depuis quatre jours, entré le 31 janvier : une saignée. Convalescence le troisième jour. Sorti le 15 février.

Pleurésie, 2 cas.

Des deux cas de pleurésie qui se sont présentés dans le service dans le courant de ce trimestre, l'un au n° 26, l'autre au n° 2 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, le premier seulement offrit quelque gravité. Quatre saignées en deux jours amenèrent rapidement la convalescence qu'acheva de consolider l'application d'un vésicatoire.

Rhumatisme, 2 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 9.

Femme de 26 ans, affectée d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Quatre saignées, dont deux locales, deux vésicatoires. Entrée le 21 mars ; convalescence le neuvième jour. Encore dans les salles.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26.

Homme de 42 ans, affecté depuis quinze jours environ d'un rhumatisme articulaire aigu médiocrement généralisé, d'intensité moyenne. Cas peu grave.

Quatre saignées, dont une locale. Entré le 14 mars. Convalescence le cinquième jour. Sorti le 14 avril.

— Bien simples en eux-mêmes, ces deux cas ne sembleraient pas devoir nous arrêter un seul instant. Cependant nous saisirons cette occasion pour dire deux mots de la complication de l'endocardite, malheureusement trop fréquente chez les malheureux rhumatisans. Une expérience de près de dix ans, étayée sur des centaines de faits, a mis désormais au rang des vérités les moins contestables, la loi de coïncidence découverte et signalée pour la première fois par le professeur de la Charité, entre les affections rhumatismales aiguës généralisées et l'inflammation de la membrane interne du cœur. Mais nous devons signaler ici la marche suivie par ceux qui se refusent à admettre cette vérité, et mettre ceux qui cherchent à s'instruire en garde contre l'erreur qui pourrait en résulter. Nous avons vu de ces médecins placer l'oreille sur la région précordiale d'un malade affecté d'un rhumatisme articulaire médiocre, chercher le souffle râpeux, l'un des symptômes de l'endocardite, et, manifestant le plus grand étonnement de ne point le rencontrer, déclarer fausse la loi de coïncidence. Dans d'autres cas, faisant la contre-épreuve, et interrogeant des malades atteints d'affections chroniques organiques du cœur, ils faisaient remarquer aux assistans que les malades ne déclaraient pas avoir eu de rhumatismes.

A la première de ces objections, la réponse est facile. On serait dans une étrange erreur si l'on croyait que par cela seul qu'un sujet est affecté de rhumatisme, il doit avoir une endocardite. Il faut tenir compte de l'intensité, de la généralisation, si je puis parler ainsi, de l'affection rhumatismale. Dans certains cas aussi il ne sera pas inutile de tenir compte de la durée de la maladie, de rechercher si l'on a affaire à une première attaque de ce genre, ou si elle a été précédée d'une ou de plusieurs autres de même nature. Du reste, nous ne pouvons mieux faire, pour mettre sous les yeux du lecteur les pièces du procès, que de le renvoyer à la page XII du Traité du rhumatisme articulaire : il trouvera là formulée la loi de coïncidence et la loi de non coïncidence.

« Nous enseignons, dit M. Bouillaud :

» 1° Que dans le rhumatisme articulaire aigu violent et généralisé la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite, ou d'une endo-péricardite est *la règle*, et la non coïncidence *l'exception*.

» 2° Que dans le rhumatisme articulaire aigu léger, partiel, apyrétique, la non coïncidence d'une endocardite, etc., est *la règle*, et la coïncidence *l'exception*. »

On ne devra donc point s'étonner si, dans des cas analogues, par exemple, aux deux que nous avons mentionnés plus haut, on ne trouve pas de phénomènes indiquant l'existence d'une endocardite rhumatismale. Dans ces cas, le rhumatisme était médiocrement généralisé ; d'intensité moyenne, et l'on peut très facilement expliquer l'absence de cette complication.

Quant à la seconde objection, tirée de ce que des sujets affectés de maladies organiques du cœur ne déclareraient pas avoir eu soit un rhumatisme, soit une affection aiguë de la plèvre ou du poumon, nous ferons observer, et ceux qui ont suivi la clinique de la Charité avoueront facilement, que rien ne paraît plus facile au premier abord et n'est souvent plus difficile en réalité que l'interrogation des malades, chez lesquels on a souvent à combattre le mauvais vouloir, ou le défaut de mémoire d'une intelligence peu développée ; qu'il y a peu de services dans les hôpitaux de Paris où les observations soient recueillies avec une attention aussi scrupuleuse et une exactitude aussi rigoureuse que dans celui dont nous rendons compte; que par conséquent l'on ne peut, avec des hypothèses toutes gratuites ou des observations inexactes, renverser des lois établies sur des bases aussi solides que celles sur lesquelles se fonde ce principe ; que si on venait avec une masse imposante de faits bien exactement et authentiquement recueillis, démontrer à M. Bouillaud que depuis dix ans il se trompe, alors, nous n'en doutons nullement, ce professeur, dont la maxime est : « Que les observations ne doivent pas être faites pour les » théories, mais les théories pour et par les observations par- » ticulières ; » alors, disons-nous, il ne manquerait pas d'en appeler de nouveau à l'expérience, à l'observation, sources de toute science positive, et de reconnaître, *s'il y avait lieu*, qu'il était en effet dans l'erreur.

Mais revenons aux malades du service, desquels cette digression nous a un peu trop éloignés.

Rougeoles, 3 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 5. Rougeole avec bronchite. Cas moyen.

Femme de 24 ans, malade depuis cinq jours, entrée le 18 février. Trois saignées dont une locale; deux vésicatoires. Sortie le 3 avril.

2° et 3°. Ces deux cas sont relatifs à deux sujets couchés aux numéros 16 et 20 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Ils n'ont présenté aucune gravité, ni rien de remarquable.

Varioles, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9. Entré le 18 février, sorti le 8 mars.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Entré le 22 janvier, mort le 3 février.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Entré le 6 février, mort le 14.

---

clésiastique : *Honora medicum propter necessitatem.; etenim illum creavit Altissimus.*

La seconde est que ces médecins, enchaînés par le mysticisme de leur temps, ne firent faire aucun progrès à l'art, ne fondèrent aucune école, et n'ont laissé à grand'peine qu'un vague souvenir. A en juger par les rares notions qui nous en restent, ils n'osaient encore employer les remèdes internes, et toute leur thérapeutique se bornait à des topiques ; en sorte que cette médecine primitive n'était qu'une dérivation, une imitation de la chirurgie. La chirurgie, plus active et plus libre, remontait d'ailleurs à une bien autre antiquité ; et maintenant que nous lui avons déblayé le terrain, nous allons essayer d'en tracer l'histoire.

Je rangerai sous quatre chefs ce que j'ai à dire de la chirurgie des Hébreux, et j'examinerai tour à tour les notions qu'ils possédaient sur l'anatomie, sur le pansement des plaies et des fractures, sur les opérations, et enfin sur les accouchemens.

L'anatomie roulait tout entière sur ce que l'immolation des victimes avait pu apprendre aux sacrificateurs. Or, il y a là deux choses assez étranges : d'abord que toutes ces notions sont contenues dans quelques versets de l'un des livres de Moïse, et n'ont reçu, pas plus que l'hygiène et le diagnostic, aucun accroissement de ses successeurs ; et par suite, que la Bible tout entière est d'une pauvreté excessive en détails anatomiques, et demeure à cet égard bien inférieure aux poèmes homériques. Ajoutons même que l'obscurité du texte hébreu ne laisse pas bien voir ce que le législateur a voulu dire.

Lorsqu'on sacrifiait quelque animal, bœuf, mouton ou chèvre, il fallait offrir au Seigneur « la graisse qui couvre les entrailles et toute celle » qui est en dedans. » Probablement il s'agit là de l'épiploon et du mésentère. Plus, « les deux reins avec la graisse qui est dessus jusques » dans les flancs ; et on ôtera avec les reins la membrane qui recou- » vre le foie. » Si la première partie de cette phrase est assez claire, la deuxième en revanche l'est infiniment moins. Qu'est-ce que cette membrane du foie, ou, comme disent élégamment les traducteurs, cette *taie* du foie qu'il faudra faire fumer sur l'autel avec les reins ? D'après l'ensemble, ce doit être quelque partie graisseuse, et nous ne connaissons de membrane du foie que le péritoine et la capsule de Glisson, qui ne sont pas riches en tissu adipeux, et qu'il n'eût pas été facile de décoller. Probablement Moïse a voulu parler de l'épiploon gastro-hépatique, ou du ligament falciforme du foie, où il s'amasse en effet assez de graisse ; mais comment se fait-il que M. Cahen n'ait pas jeté plus de jour sur ces matières ? A la vérité, on ne brûle plus de pareilles offrandes sur l'autel depuis la destruction du temple : mais la contre-partie de cette loi est restée en vigueur jusqu'à ce jour parmi les Juifs : *toute graisse appartient à Jéhovah ;* et il est défendu à perpétuité de manger aucune sorte de graisse. Dès-lors la tradition n'a-t-elle pas dû apprendre aux rabbins et aux bouchers juifs quelles sont les parties de l'abdomen qu'il faut mettre à part ? Ceci me remet en mémoire le fameux tendon de Jacob, que M. Cahen présume être le tendon d'Achille ; et, en vérité, si les Juifs n'ont cessé de manger le tendon d'Achille que depuis l'accident de Jacob, il fallait qu'auparavant ils fussent doués d'une force de mâchoire inconnue au reste des mortels.

Voilà donc tout ce que la Bible nous enseigne de l'anatomie de l'abdomen ; le reste des viscères est dénommé sous le nom général d'*entrailles*. Pour les membres, elle distingue la peau, les chairs et les os; cela a dû être connu dès le commencement du monde. Le révérend David Martin fait bien dire à Job : *Mes artères n'ont point de relâche*, mais ces *artères* sont une pure découverte du traducteur.

Avec de semblables notions, la chirurgie ne pouvait pas être bien brillante ; mais d'abord disons un mot de l'état des chirurgiens.

Nous avons vu que ceux de Joseph étaient esclaves : mais, après la sortie d'Egypte, tout le peuple ayant été de nouveau circoncis, il n'y eut plus d'esclaves que ceux que l'on faisait ou qu'on achetait aux nations étrangères ; et les chirurgiens hébreux se trouvèrent donc naturellement des hommes libres, ce qui est fort satisfaisant. Ce qui ne l'est pas moins, c'est de voir le législateur s'occuper de leurs honoraires.

« Si des hommes se querellent, dit l'Exode, et que l'un ait frappé l'autre avec une pierre ou avec le poing, et que le blessé ne soit point mort, mais qu'il ait été obligé de garder le lit ; si plus tard il se lève et sort et marche avec son bâton, celui qui l'a frappé sera innocent de sa mort, mais il le dédommagera de la perte de son travail et paiera les frais des chirurgiens. »

Je rétablis ici le mot de chirurgiens, au lieu des *médecins* que tous les traducteurs s'obstinent à mettre ; mais ce mot n'est peut-être pas un équivalent suffisamment exact. Qu'ils aient été chargés d'ensevelir les morts, A. Paré en fit autant ; il n'y a donc là rien qui déroge. Mais un autre passage du même chapitre m'a laissé une bien plus grave inquiétude. Si un homme en tue un autre, il sera puni de mort. Voilà qui va bien : les Hébreux connaissaient la pendaison, la lapidation, le bûcher, etc. ; cela ne nous regarde pas encore. Mais si dans la rixe il n'y avait qu'un organe de lésé, la loi est formelle : « Œil pour œil, » dent pour dent, main pour main, pied pour pied, brûlure pour brû- » lure, plaie pour plaie, contusion pour contusion ; » voilà une certaine série d'opérations chirurgicales. Que l'on eût confié à un bourreau ordinaire la mission de crever un œil, cela se conçoit, bien que peut-être cette habitude de crever des yeux n'ait pas été absolument étrangère à l'invention de l'opération de la cataracte ; mais pour arracher une dent, il fallait une certaine dextérité, une certaine habitude, qui exigeait quelque apprentissage : et, de deux choses l'une, ou bien c'étaient nos chirurgiens que l'on en chargeait, et cela me déplaît prodigieusement ; ou bien c'étaient des bourreaux, et alors j'ai grand peur que ces bourreaux, instruits par la pratique, n'aient élevé un peu plus tard boutique contre boutique, et dans un temps où il n'y avait pas de diplômes, ne soient devenus par le fait de véritables chirurgiens. Vous direz : Casser une dent en échange d'une dent cassée, n'est pas une si grande affaire ; mais considérez qu'il n'en faut casser qu'une, ou deux, ou trois, ni plus ni moins ; c'est le marché du juif Shylock : tu prendras ta livre de chair, mais garde toi d'en ôter une once de plus. Et ces amputations du pied, de la main, ces brûlures, ces incisions, ces meurtrissures ; ne voyez-vous pas le bistouri, le couteau, les cautères, tout l'arsenal de la chirurgie entre les mains du bourreau, à moins que ce bourreau ne soit le chirurgien lui-même?

Sur ce point, imposez silence à vos scrupules. Dans la haute antiquité, le bourreau était un personnage très considéré et très considérable ; et de nos jours, il n'a pas encore perdu partout son ancienne gloire. Dans notre Algérie, de jeunes Arabes de bonne maison réclament comme une faveur la mission de décapiter un homme ; c'est un apprentissage de combat et de guerre. J'ai vu moi-même, en Pologne, le bourreau de Varsovie, chargé de décoller un grand seigneur qui avait eu le malheur d'être surpris en flagrante trahison, j'ai vu, dis-je, le bourreau parcourir pompeusement la ville en habit de pourpre et d'or, à la tête d'une nombreuse et brillante cavalcade, manifestement accueilli par la faveur populaire ; sur l'échafaud, qui se dressait dans une plaine immense, mon bourreau se prélassait comme sur son théâtre, distribuant à la foule, avec une affabilité toute royale, des saluts et des sourires de bonne humeur ; puis, quand le moment fut venu, il prit, des mains de son valet, sa grande épée à deux mains, en examina le fil avec la satis- faction d'un amateur, se campa sur ses jarrets, dans une pose académique qui ne manquait pas d'élégance, balança deux fois dans l'air le terrible coutelas, et au troisième coup la tête avait été dérobée, c'est le mot, des épaules du coupable. Alors vous eussiez eu les oreilles assourdies des *vivat* et des battemens de mains : et sans doute quelques acclamations éclataient pour la patrie vengée; mais la plus grande part était pour le bourreau ; et lui-même le comprenait bien ainsi, s'approchant de la rampe, s'inclinant devant son public, prenant enfin tous les airs de cette modestie orgueilleuse d'un acteur que le parterre a rappelé. Dans ce pays, c'est une belle charge que celle de bourreau ; et les simples chirurgiens, les barbiers, les *felschers*, occupent un échelon infiniment inférieur dans la considération publique. Vous voyez donc qu'à tout prendre, il n'y aurait pas trop à s'affliger de la confusion possible des deux métiers chez les Hébreux.

Et après tout, faut-il remonter si loin dans l'histoire pour trouver quelque chose de semblable? Au seizième siècle, par presque toute l'Europe, les bourreaux étaient en même temps rebouteurs. Parce qu'ils

De ces trois cas, nous devons éliminer le dernier, arrivé à une période où il n'était plus possible d'employer d'autre traitement que la médecine expectante.

Entéro-colite, 2 cas.

Sans aucune gravité, ces deux cas guérirent d'une manière très rapide; ils n'ont offert rien de bien notable.

Péritonite, 1 cas.

Salle Sainte-Madeleine, 8. Femme de 23 ans; entrée le 12 mars. Trois émissions sanguines. Convalescence le sixième jour; sortie le 10 avril.

Méningite, 1 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5. Homme de 22 ans, malade depuis 5 jours. Entré le 26 janvier, mort le 30 du même mois.

Ce fait, vu la gravité du cas à l'entrée, et à l'impossibilité où l'on fut d'agir d'une manière convenable, ne doit point être compté parmi ceux traités par la méthode.

Nous avons donc, pour le dernier trimestre, trente cas de maladies aiguës, sur lesquels, mortalité brute, 6 morts. Nous avons prouvé que l'on ne pouvait raisonnablement compter parmi eux une femme atteinte de pleuro-pneumonie, qui ne put être traitée; un homme affecté de variole et le sujet atteint de méningite, tous deux dans le même cas.

Il nous reste donc 27 malades; 3 morts, 1 sur 9.

Joignant ce résultat à celui du résumé précédent, depuis la fin de la clinique de 1841, nous avons, en tout, 88 malades, 10 morts; mortalité brute, 1 sur 8.

De ces 10 morts, nous avons démontré qu'il en était 4 que l'on ne pouvait, sans injustice, faire entrer en ligne de compte, étant entrés à une époque où tout traitement était devenu impossible. Reste donc 84 malades; 6 morts, 1 sur 14; chiffre de mortalité qui est toujours, à bien peu de chose près, le même, ainsi que l'on peut s'en convaincre par les résumés qui sont publiés depuis que M. Bouillaud professe la clinique.

A. F.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

(Suite de la revue du service. — Salle Saint-Antoine.)

Plusieurs cas de syphilis constitutionnelle; traitement par l'iodure de potassium.

Au n° 1 de la salle Saint-Antoine, est un malade qui porte des exostoses syphilitiques sur le tibia et à la partie supérieure du cubitus du côté droit et éprouve des douleurs ostéocopes très intenses. Il y a douze ans que cet homme a contracté une blennorrhagie simple, sans aucun autre symptôme syphilitique; il affirme (et rien n'autorise à suspecter sa bonne foi) qu'il n'a jamais contracté d'autre maladie vénérienne. Ce ne fut que dix ans après l'apparition de cette chaude-pisse, il y a deux ans par conséquent, qu'il éprouva pour la première fois les douleurs ostéocopes, et que les exostoses se développèrent. Les douleurs étaient si violentes, surtout pendant la nuit, que le malade affirme avoir passé ses nuits presque sans sommeil depuis dix-huit mois à deux ans environ. Il a été traité pendant deux ans par un grand nombre de moyens divers, sans aucun succès (il est bon de noter que dans tous les traitemens qu'on a fait subir à ce malade on n'a jamais fait entrer de moyens anti-syphilitiques, aucun des médecins qui l'ont soigné n'ayant cru à l'existence d'une affection vénérienne). M. Lisfranc se basant sur ce que ce malade avait eu une blennorrhagie, que les douleurs qu'il éprouvait, douleurs qui s'exaspéraient pendant la nuit, avaient tous les caractères des douleurs ostéocopes, n'a point hésité à considérer cette affection comme étant de nature syphilitique, et il a, en conséquence, administré l'iodure de potassium qui a donné des succès si remarquables dans les affections syphilitiques consécutives. A peine le malade a-t-il fait usage de ce médicament que ses douleurs ont été considérablement amendées; dès le lendemain même, elles étaient, de son propre aveu, réduites à la moitié de leur intensité habituelle, et dans la nuit qui a suivi l'administration de la première dose de l'iodure de potassium, le malade a eu six heures de sommeil. Le troisième jour les douleurs étaient entièrement dissipées, et les exostoses étaient sensiblement diminuées.

Ce fait est extrêmement remarquable; il tend à mettre hors de doute un fait actuellement en contestation, à savoir, la nature syphilitique de la chaude-pisse, en même temps qu'il démontre l'efficacité de l'iodure de potassium contre les phénomènes consécutifs de la vérole.

Le fait suivant fera mieux ressortir encore les propriétés de ce médicament.

Un vieux soldat polonais, qui est dans les salles de la Pitié depuis deux ou trois ans, est arrivé dans un état d'impotence complète et offrant les symptômes d'une syphilis constitutionnelle des plus prononcées; des plus graves que nous ayons jamais vues. Il était couvert en quelque sorte d'ulcères vénériens. Il en avait à la tête, aux bras, aux jambes; il avait en outre des fistules profondes, des caries des os et des douleurs ostéocopes extrêmement violentes. Cet homme a été soumis pendant plus de deux ans aux traitemens mercuriel et anti-syphilitique sous toutes les formes. Il a été mis long-temps à l'usage des tisanes de Zitman et Feltz, c'est-à-dire au traitement considéré jusqu'à présent comme le plus énergique et le plus efficace contre la syphilis constitutionnelle. Ajoutons qu'à cette époque on ne comptait guère sur l'efficacité de l'iodure de potassium, d'autant qu'il n'existait chez ce malade, qui a conservé d'ailleurs malgré toutes ces circonstances une constitution assez bonne, aucune indication spéciale qui pût faire songer à l'emploi de ce médicament. Cependant depuis quelque temps, dit M. Lisfranc, nous avions entendu parler de quelques succès que l'on disait avoir obtenus par cette médication; nous l'administrâmes en quelque sorte comme en désespoir de cause. Chose incroyable! ce malade, qui depuis long-temps était privé de sommeil, avait reposé dès la première nuit qui suivit l'administration du médicament en question. Le lendemain il se sentait mieux, ses douleurs ostéocopes étaient considérablement diminuées: elles avaient complètement cessé au bout de quarante-huit heures.

Au bout de quelque temps, l'administration de ce médicament ayant paru déterminer quelque irritation dans les voies gastriques, nous crûmes devoir en suspendre l'usage, et afin de ne point perdre le bénéfice de l'amélioration que nous avions obtenue, nous remîmes le malade à l'usage des mercuriaux. La médication mercurielle resta cette fois encore sans effet; les ulcères n'en paraissaient nullement modifiés; les douleurs ostéocopes avaient reparu et le malade se trouvait à peu près dans le même état où il était avant le traitement par l'iodure de potassium. Depuis sept semaines nous sommes revenu à l'administration de ce médicament et cette fois les douleurs ostéocopes ont disparu sans retour, tous les ulcères sont cicatrisés; il ne reste plus qu'un petit point du tibia nécrosé dans une étendue d'une pièce de 50 centimes environ.

Ce malade nous fait observer que toutes les fois qu'il suspend pendant un jour ou deux l'usage des pilules d'iodure de potassium, il se sent aussitôt repris de ses douleurs nocturnes; mais aussitôt qu'il reprend une nouvelle dose, les douleurs cessent comme par enchantement.

Il y a peu de temps encore qu'on a pu voir dans la même salle un autre malade, habitant de la campagne, qui avait plusieurs ulcères vénériens à la jambe. Ces ulcères, dont le fond était grisâtre, les bords renversés, avaient un aspect carcinomateux; il existait un engorgement assez considérable dans les parties voisines; ils avaient long-temps résisté aux topiques de toute espèce qu'on avait appliqués. On administra à ce malade l'iodure de potassium aux mêmes doses (1) qu'aux malades précédens, et on fit sur les ulcères un pansement simple.

En douze jours la cicatrisation des ulcères était complète et l'engorgement à la jambe dissipé; le même traitement fut continué encore pendant trois semaines, au bout duquel temps le malade sortit en parfaite santé.

Cicatrice vicieuse faisant adhérer le menton et la lèvre inférieure à la poitrine; débridement par incisions multiples; redressement de la tête et formation d'une large cicatrice nouvelle.

Au n° 3 de la même salle est couché un malade qui offre, ainsi qu'on va en juger, un cas extrêmement remarquable. Le nommé Nacquart, actuellement âgé d'environ dix-huit ans, eut, étant à la mamelle, une brûlure très étendue de la partie antérieure du cou; par suite de la cicatrisation de la plaie qui en était résultée, le menton s'était trouvé fixé sur la partie antérieure de la poitrine et appliqué sur le sternum, la lèvre inférieure renversée et collée sur la poitrine. Des flots abondans de salive s'écoulaient sans cesse de la bouche; l'enfant était maigre, chétif et dans un état voisin du marasme; par cela même cependant qu'il prenait de l'accroissement, la colonne ne pouvant se développer librement, il en était résulté une déviation consécutive accompagnée de paralysie commençante des membres thoraciques. Je pensai à cette époque, dit M. Lisfranc, que l'on pouvait tenter une opération dans le but de redresser la tête ou de diminuer du moins cette difformité, bien que j'eusse vu cependant plusieurs cas semblables dans lesquels on n'avait rien tenté. Voici de quelle manière je procédai:

Je commençai par détacher la lèvre d'avec la partie antérieure et supérieure de la poitrine, à laquelle elle adhérait; je redressai la tête après avoir rompu toutes les cicatrices et toutes les brides qui la maintenaient fléchie sur le thorax. Il ne fallait point songer ici à recourir aux procédés autoplastiques, car la cicatrice s'étendait en dehors, depuis l'apophyse coracoïde jusqu'à l'aisselle, et en dedans, depuis la lèvre inférieure jusqu'au sternum. Je n'enlevai point, en conséquence, le tissu de la cicatrice, mais je cherchai, après avoir largement débridé, à favoriser le travail d'une nouvelle cicatrisation plus étendue. Il y a treize ans que cette première opération fut pratiquée; à cette époque nous n'avions point de moyens orthopédiques suffisans pour maintenir le redressement que nous avions obtenu; la lèvre resta renversée, et la tête, un peu décollée, n'était que très incomplètement redressée. Le succès était, en un mot, tout à fait incomplet. Sept ans après, nous pratiquâmes une nouvelle opération analogue à la première; nous appliquâmes, cette fois, un appareil mieux confectionné et plus approprié au but que nous nous proposions. Mais une circonstance fortuite nous ayant forcé à négliger ce malade pendant quelque temps, sa tête se renversa de nouveau; il se forma de nouvelles cicatrices vicieuses, des brides épaisses qui replacèrent les choses à peu près dans leur état primitif. L'enfant paraissant fatigué, nous renonçâmes pour le moment à faire de nouvelles tentatives; nous préférions d'ailleurs le laisser se développer. Il y a deux mois que nous avons pour la troisième fois soumis ce sujet à une opération. Voici cette fois comment nous avons procédé: toute l'étendue de la cicatrice a été cernée à l'aide de deux incisions semi-circulaires; nous avons enlevé une partie suffisante de la cicatrice pour permettre d'étendre la tête. La déperdition de substance qui en est résultée ne permettant de mettre les bords de la plaie en contact que dans une très petite étendue, nous avons laissé une large surface à nu, comptant sur la formation d'un nouveau tissu inodulaire. Quant à la lèvre, nous en avons réséqué environ le tiers externe.

La réunion par suture entortillée que nous avions tentée dans une certaine étendue de la plaie, a manqué partout, à l'exception de la lèvre; nous devions nous y attendre, car toutes les fois qu'on cherche à obtenir la réunion immédiate sur une cicatrice ancienne, on est presque certain d'échouer. En présence de ce nouvel accident, nous avons cette fois renversé la tête en arrière en l'inclinant du côté opposé à la plus grande déperdition de substance, laissant ainsi toute la plaie à découvert; on a vu alors se développer sur toute sa surface de nombreux bourgeons charnus. Afin de prévenir de nouvelles adhérences morbides et une nouvelle cicatrisation vicieuse, nous avons cautérisé avec une grande énergie. Depuis le moment de l'opération, c'est-à-dire depuis bientôt deux mois, nous avons touché régulièrement tous les deux jours toute la surface de la plaie avec le nitrate d'argent, nous avons ainsi obtenu aujourd'hui une cicatrice large, unie, lisse et déjà solide. C'est là un beau succès, mais qui exigera que pendant plusieurs mois encore on maintienne la tête légèrement renversée, afin de prévenir le retrait du tissu de nouvelle formation.

J'ai vu souvent, ajoute M. Lisfranc, qu'après la simple section des brides on réussissait aussi bien que si l'on eût enlevé

---

(1) Voici quelle est la formule de M. Lisfranc:

Pr.	Eau distillée de tilleul ou tout autre véhicule,	90 gram.
	Iodure de potassium,	1 id.

A prendre, en 24 heures, en trois doses égales, à intervalles égaux, chacune des doses dans un verre d'eau sucrée.

On augmente graduellement cette dose de 3 décigram. tous les huit ou dix jours.

Pour les enfans:

Pr.	Tilleul,	180 gram.
	Iodure de potassium,	12 décigram.

Par cuillerées à bouche matin et soir.

Augmenter tous les six jours de 3 décigram.

---

cassaient les os des patiens sur la roue, on s'imaginait qu'ils sauraient aussi bien les remettre; et n'avez-vous pas, dans ce moment même, à Paris, des écarrisseurs qui traitent les entorses, les luxations et les fractures, à la barbe du procureur du Roi? Or, les exécuteurs de la loi juive avaient, sur ce point, les mêmes droits à la confiance du peuple que les bourreaux du seizième siècle et les écarrisseurs du dix-neuvième; car le Lévitique, qui complète le code pénal de l'Exode, dit expressément, *fracture pour fracture*, de telle sorte qu'un accident unique donnait au chirurgien, dans notre hypothèse, une triple besogne; le raccoutrement de la première jambe cassée; puis l'opération de la fracture, et le raccoutrement de la jambe du coupable.

Ce qui limitait un peu les bénéfices de la profession, c'est que tout le monde empiétait sur son domaine. Nous verrons qu'il n'y avait pas jusqu'aux femmes qui se mêlaient de la circoncision; et pour une autre opération qui consistait à percer l'oreille aux esclaves, c'était le maître qui s'en chargeait lui-même. Mais je reviendrai plus tard sur ces opérations.

La thérapeutique chirurgicale étant limitée, comme nous l'avons établi, aux lésions purement traumatiques, il semble qu'on devrait trouver surtout développée la chirurgie militaire, et voir un certain ordre de secours préparé aux blessés dans les armées; mais il n'en est rien, même à une époque déjà fort avancée: nous avons trois faits assez positifs qui le démontrent. Vers l'an 892 avant J.-C., il y eut une grande bataille entre le roi de Syrie et les rois de Juda et d'Israël réunis. Achab, roi d'Israël, était allé au combat déguisé; ce fut donc par hasard qu'un Syrien, ayant bandé son arc, le frappa d'une flèche *entre le poumon et l'estomac*; d'autres traduisent: *entre les tassettes et le harnois*, ce qui nous importe peu pour le moment.

« Aussitôt le roi dit à son écuyer: tourne la main et retire-moi de la mêlée, car je suis grièvement blessé. La bataille continua tout le jour, et le roi se tenait sur son char en face des Syriens, et il mourut vers le soir; le sang de la blessure s'écoulait dans le fond du char. »

Voilà donc un roi blessé qui meurt par hémorrhagie; il a près de lui son écuyer, toute son armée en avant, et il n'y a aucun essai de traitement, aucun chirurgien appelé. Les héros grecs du temps d'Homère (Homère était contemporain d'Achab) n'étaient pas aussi tristement abandonnés.

Un peu plus tard Joram, fils d'Achab, continuant la guerre contre les Syriens, fut blessé à Rama, dans une bataille; il revint à Jisrehel pour se faire panser.

Et près de trois siècles après, quelques années seulement avant la captivité de Babylone, Josias, roi de Juda, ayant reçu une flèche dans une bataille contre les Egyptiens; — « le roi dit à ses serviteurs: retirez-moi du combat, car je suis dangereusemnnt blessé. Ils l'enlevèrent donc de son char et le mirent sur un second char qui le suivait, selon la coutume des rois, et ils le menèrent à Jérusalem, où il mourut. » — Ainsi le roi avait sa suite près de lui, et dans sa suite pas un chirurgien.

Du reste, cela n'est pas sans exemple même dans l'histoire moderne; et à part quelques exceptions rares, les barbiers et les chirurgiens du moyen-âge restaient dans les villes, et se gardaient bien d'aller exposer sur le champ de bataille leurs onguens et leurs jours également précieux.

Tâchez de vous former, avec ces rares notions, quelque idée de l'état de ces chirurgiens primitifs; dans une prochaine lettre, j'essaierai de vous faire assister à leur pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mai. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. le secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'intérieur qui demande l'opinion de l'Académie sur diverses questions concernant les cimetières et les inhumations considérés sous le rapport de la santé publique. (Renvoyée à une commission composée de MM. Kéraudren, Lecanu, Orfila, Royer-Collard et Villermé.)

— *M. le président* lit le discours qu'il a prononcé le 1er mai aux Tuileries, et la réponse que le roi a faite à ce discours.

— *M. le président*. Dans la dernière séance, l'Académie n'a pris aucune décision sur les lectures des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne. Aujourd'hui M. Mélier demande à faire une lecture. Je dois en conséquence consulter l'Académie pour savoir quel est le parti qu'elle veut prendre à cet égard.

M. Dubois (d'Amiens). Le rapport sur la candidature actuelle a été lu samedi dernier dans la section, qui m'a chargé de témoigner son désir à l'Académie pour que la lecture en fût faite dans cette séance. La section désire en outre que les mémoires de MM. les candidats soient déposés officiellement sur le bureau. Je propose en conséquence que le rapport soit lu aujourd'hui.

Après une courte discussion, cette proposition est adoptée.

— *M. Renauldin* lit, au nom de MM. Falret, Ferrus et au sien, un rapport sur un travail de M. Beau, ayant pour titre: « Mémoire sur Mahomet considéré comme un aliéné. » (La lecture de ce titre soulève une foule de réclamations.) M. le rapporteur commence par faire un abrégé historique de la vie du prophète musulman, et examine ensuite les raisons sur lesquelles l'auteur a fondé ses conclusions.

Il est quatre heures. Cette lecture est interrompue pour entendre le rapport sur l'élection. Elle sera reprise à la prochaine séance.

L'Académie se constitue en comité secret.

tout le tissu de la cicatrice. Dans les cas d'adhérence des doigts, par exemple, avec la paume de la main, j'ai vu une fois M. Dieffenbach faire la simple section de la cicatrice, et cette opération suffire pour redresser et maintenir le doigt dans sa direction normale. J'ai fait une fois moi-même cette opération devant ce chirurgien et dans les deux cas le résultat a été également heureux. Dans un cas de brûlure de l'avant-bras au quatrième degré, ayant détruit la peau et les tissus sous-cutanés dans une grande étendue, du bord radial au bord cubital, des cautérisations répétées à mesure que les bourgeons charnus se développaient, ont suffi pour prévenir la rétraction des tissus et pour obtenir une cicatrisation large avec conservation de la forme et des mouvemens du membre. Je cite ces faits parce que les partisans exclusifs des procédés autoplastiques donnant, à mon avis, beaucoup trop d'importance à leur méthode, en exagèrent les avantages ainsi que les applications. Ici, par exemple, pouvait-on recourir à l'autoplastie ? C'était évidemment impossible. Fallait-il, à défaut de l'indication de l'emploi de cette méthode, renoncer à toute opération et laisser le malade dans l'état où il était ? La méthode ancienne, que l'on semble vouloir abandonner aujourd'hui pour adopter exclusivement la méthode autoplastique, m'avait déjà donné d'assez beaux résultats pour que je ne dusse pas chercher à l'appliquer dans ce cas. L'évènement justifie assez ce parti.

Extirpation d'un cancer de la mâchoire ; résection des trois quarts du maxillaire et désarticulation ; réunion immédiate ; accidens consécutifs ; érysipèle, etc., n'ayant point arrêté les progrès de la cicatrisation, mort.

Dans la même salle, et à côté du malade précédent, est placé le malade auquel M. Lisfranc a récemment réséqué les trois quarts du maxillaire inférieur, pour une tumeur cancéreuse qui envahissait une grande partie de tissus mous et une portion de cet os. La maladie comprenait une grande partie de la joue et du menton ; elle s'étendait transversalement depuis la commissure gauche des lèvres jusqu'à un pouce en dehors de la commissure droite, et en bas jusqu'au bord de la mâchoire. M. Lisfranc a enlevé d'abord toutes les parties molles affectées, après quoi il a trouvé le maxillaire fracturé horizontalement par la carie vers la symphyse. L'os fut réséqué un peu au-delà de ce point, puis désarticulé ; on fut assez heureux pour pouvoir affronter les bords de la plaie et les réunir immédiatement. Le malade fut plongé aussitôt après l'opération dans un état de stupeur profonde qui donna d'abord quelque inquiétude. Il était dans une innervation extrême, la peau était froide, le pouls insensible ; mais vers trois heures après midi il se prononça une réaction. Le malade reposa tranquillement dans la nuit ; le lendemain il était bien ; il n'avait éprouvé ni frisson, ni fièvre ; cet état dura pendant deux jours.

Le troisième jour, il se déclara un érysipèle à la face envahissant presque tout le côté droit, avec un peu d'œdème autour de la cicatrice commençante. Le le lendemain (quatrième jour) cet érysipèle s'était étendu, et il s'accompagnait d'un état comateux qui donna de très vives inquiétudes. On fit appliquer immédiatement des révulsifs aux jambes ; on administra un demi-lavement purgatif, et des onctions furent faites sur la joue avec de l'axonge. Déjà dès le jour suivant l'érysipèle était considérablement amoindri, le gonflement de la peau avait disparu, la rougeur était limitée et beaucoup moins vive que la veille ; les paupières étaient dégorgées, et l'œil, qui jusque-là avait été maintenu fermé par suite du gonflement des tissus, s'ouvrait aussi facilement que l'autre. La cicatrice était restée intacte ; tous les points de suture étaient restés en place, et le travail de réunion ne paraissait pas avoir été un instant suspendu. Le malade, à qui on avait jusque-là fait observer la diète, est mis à l'usage de petites cuillerées de bouillon d'heure en heure. Trois jours après l'apparition de cet érysipèle tout était parfaitement rentré dans l'ordre, et l'on a tout lieu d'espérer qu'aucun accident nouveau ne viendra troubler le travail de réunion et que le succès sera complet.

N. B. Ce malade était parvenu au quinzième jour, après avoir traversé les accidens nerveux qui s'étaient développés à la suite de l'opération et ceux qui avaient accompagné l'érysipèle de la face. Il paraissait dans des conditions excellentes, il buvait et mangeait des alimens liquides, la cicatrice était presque complétement établie partout et déjà solide ; on n'avait plus observé depuis long-temps le plus léger mouvement fébrile, et le malade éprouvait un état de bien-être général, lorsque, sans qu'aucune imprudence ait été commise, il est survenu dans la journée du 2 mai, à une heure après-midi, un frisson violent suivi d'une prostration subite des forces, et à huit heures du soir le malade avait succombé.

A l'autopsie, on a constaté que toutes les incisions étaient cicatrisées ; il n'existait dans les tissus environnant la cicatrice aucune trace de matière cancéreuse ; les ganglions les plus voisins étaient dans un état parfaitement sain. Il n'y avait aucune apparence de récidive imminente. Mais on a trouvé une vaste collection purulente dans le foie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du tabac en poudre contre l'asphyxie chez un enfant.

Un enfant âgé de cinq semaines étant fortement constipé, on lui fit avaler une cuillerée d'huile d'amandes douces sans lui relever convenablement la tête ; bientôt après, on vit survenir des phénomènes d'asphyxie qui ne tardèrent pas à devenir effrayans.

M. le docteur Pigeaux ayant été appelé et s'étant informé des circonstances de l'accident, dont les parens ne soupçonnaient même pas la cause, il vit bien qu'il provenait de l'inertie des poumons qui ne se contractaient pas pour rejeter l'huile dont leur surface interne était recouverte. L'idée lui vint de faire mettre dans les narines de l'enfant un peu de poudre de tabac. De violens accès de sternutation s'en suivirent, et la respiration, depuis quelque temps insensible, recommença à s'effectuer ; le pouls reparut. Les symptômes d'asphyxie diminuèrent progressivement ; mais comme ils tardèrent à disparaître entièrement, une nouvelle prise de tabac fut encore portée dans le nez, ce qui fut couronné d'un plein succès.

Il n'est peut-être pas inutile de dire qu'on avait déjà vainement essayé de provoquer le vomissement par la titillation de la luette, et que du vinaigre très fort, qu'on avait cherché à faire respirer, était resté impuissant par le fait même de l'inertie des poumons. M. Pigeaux croit qu'en pareille occurrence on ne peut employer un agent plus efficace que la poudre de tabac.

(*Bull. de thérap.*, janvier 1842.)

Potion contre la céphalalgie.

Pr.	Alcoolature de racines d'aconit,	1 gram.
	Sirop de sucre,	30
	Eau commune,	100
	Alcoolat de cannelle,	10

Cette potion, dont la formule est due à M. le docteur Bouchardat, s'administre à la dose d'une cuillerée à bouche d'heure en heure. Elle convient particulièrement dans les céphalalgies de nature rhumatismale.

On peut, suivant les cas, augmenter progressivement, et avec circonspection, la proportion de l'alcoolature d'aconit en ayant égard aux effets produits par les premières doses, et à l'affaiblissement de l'action du médicament par suite de l'accoutumance.

(*Journ. des Conn. méd. prat.*, avril, 1842.)

Action de la strychnine sur l'iris et la pupille de l'homme et des animaux supérieurs ; observation communiquée par le docteur Civinini.

Un homme âgé de quarante-huit ans, le nommé J. Pardini, fut admis à la clinique médicale de l'université de Pise pour une paralysie avec tremblement du membre supérieur droit, affection qui était survenue par suite de la suppression d'une otorrhée. Il fut soumis à l'action de la noix vomique, qui détermina une contraction notable des deux pupilles.

Dans le but d'étudier comparativement l'effet de la strychnine et celui de la belladone, M. le professeur Puccinotti fit pratiquer sur les sourcils de ce malade, une friction avec la pommade de strychnine du côté gauche, et avec la pommade de belladone du côté droit. Deux heures environ après la friction terminée, on put constater que la pupille du côté gauche était fortement contractée ; tandis que celle du côté droit se présentait dans un état de dilatation considérable. Ce fait fut vérifié par tous les élèves qui assistaient en grand nombre à la visite du professeur de clinique.

Bien que l'action de la strychnine sur l'iris soit connue depuis long-temps, et qu'elle ait été largement mise à profit par les chirurgiens oculistes pour exciter la contractilité de cette membrane ; bien que la science n'ait pas besoin de nouveaux faits pour prouver la réalité de cette influence ; néanmoins, l'observation précédente offre un assez haut degré d'intérêt, parce que, en même temps qu'elle vient confirmer ce que l'on savait déjà des propriétés de la noix vomique, elle peut aussi servir à éclairer le mécanisme suivant lequel sont produits les effets de cet agent énergique.

(*Il Raccoglitore medico ;* t. VIII, p. 455.)

Mixture contre les vomissemens des femmes enceintes.

Pr.	Hydrolat de laurier-cerise,	4 grammes.
	Alcoolé de noix vomique,	2 gouttes.

M. le docteur Kroyher, qui recommande l'emploi de cette mixture, en fait prendre matin et soir dix gouttes dans une demi-tasse d'eau sucrée. Il en fait continuer l'usage jusqu'à ce que les envies de vomir aient complètement cessé.

M. le docteur Pigeaux préfère à cette préparation le mélange suivant :

Pr.	Alcool à 32 degrés,	180 gram.
	Hydrolat de laurier-cerise,	16
	Eau commune,	240
	Sucre blanc,	120

Mêler et faire dissoudre S. A.

On en donne une cuillerée à bouche après chaque repas. D'ailleurs, on peut, avec non moins d'avantage, suppléer à l'emploi de cette potion par l'ingestion d'un mélange à parties égales de kirschwasser et de sirop de sucre. (*Journ. des conn. méd.-chir.*, avril 1842.)

Le 10 juin prochain, à midi précis, un concours pour une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris, sera ouvert dans l'amphithéâtre des hôpitaux.

Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 24 mai à trois heures après mid.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Vingtième séance. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui mercredi 4, M. Chrestien a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité.

La prochaine séance aura lieu vendredi prochain 6. L'examen des malades se fera à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. A cinq heures, séance publique.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD

SAMEDI 7 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 55. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Du traitement de la fièvre typhoïde. Examen des différentes méthodes et de leur indication.

Les salles de M. Rostan contenant dans ce moment plusieurs malades affectés de fièvre typhoïde grave, ce professeur a saisi cette occasion pour passer en revue les différens modes de traitement qui ont été proposés en ces derniers temps contre cette affection, et pour en discuter la valeur.

La question que nous abordons, a dit le professeur, est sans contredit une des plus graves et des plus importantes de la médecine clinique. Tout le monde connaît la gravité et les dangers de l'affection typhoïde, qui fait journellement de nombreuses victimes en ville et dans les hôpitaux. Malheureusement les praticiens ne sont pas encore d'accord entre eux sur les moyens les plus efficaces pour la combattre. On pense généralement qu'il n'y a pas de traitement véritablement spécifique contre cette maladie, ou plutôt que tous les traitemens peuvent réussir comme ils peuvent tous échouer, parce que l'expérience prouve, dit-on, que quel que soit le traitement employé, on arrive en définitive aux mêmes résultats; c'est-à-dire que sur un certain nombre de sujets, on a un chiffre de guérisons et de morts à peu près équivalent. En est-il bien réellement ainsi, se demande M. Rostan? Cette assertion est fausse absolument parlant; sans doute, avec la manière dont on a expérimenté, en ne faisant aucun choix des malades, en ne distinguant pas les différentes formes que peut revêtir la fièvre typhoïde, on doit arriver toujours au même résultat, quelle que soit la méthode de traitement mise en usage, surtout si on a expérimenté sur une quantité considérable de malades. C'est même là le vice qu'à juste titre on peut reprocher à toutes les statistiques médicales; car dans toutes celles que l'on a faites jusqu'à présent, on n'a jamais suffisamment tenu compte des variétés de formes des maladies, et des indications spéciales que chacune de ces formes réclame. Mais les choses seraient bien différentes, si l'on avait le soin de distinguer les diverses formes que présente la fièvre typhoïde; le siége qu'elle affecte principalement, ou pour mieux dire les organes, ou systèmes d'organes, qu'elle attaque d'une manière plus particulière, et si l'on appliquait le traitement à raison des indications que ces différences de forme et de siége peuvent réclamer de préférence.

Ainsi, pour nous, cette affection s'accompagne tantôt de symptômes abdominaux, tantôt de symptômes pectoraux ou encéphaliques; les organes contenus dans ces trois cavités sont alternativement affectés d'une manière plus particulière.

Le traitement doit donc varier selon la prédominance de ces accidens: ainsi, si l'on choisit parmi les malades affectés de fièvre typhoïde, ceux qui sont d'un tempérament sanguin, qui présentent des symptômes prédominans du côté de l'appareil respiratoire ou de l'appareil encéphalique, on aura beaucoup plus de chance de les guérir en les traitant par la méthode antiphlogistique employée avec plus ou moins d'énergie, que si on traitait par toute autre méthode, ou si l'on se bornait à l'expectation. Si l'on prend, au contraire, des sujets faibles chez lesquels dominent les phénomènes d'adynamie ou les symptômes abdominaux, on ne pourrait sans danger insister sur les émissions sanguines et sur les autres moyens antiphlogistiques; il faut alors avoir recours à un autre ordre de médication. C'est en partant de ces données que l'on peut établir un traitement vraiment rationnel de cette affection; et montrer en même temps toute la fausseté des statistiques dont nous parlions tout à l'heure.

Entrons maintenant dans l'examen des différentes méthodes employées contre la fièvre typhoïde, lesquelles se réduisent aux suivantes: *Méthodes antiphlogistique, expectante, purgative, révulsive et tonique.*

Du traitement par les antiphlogistiques. — Les antiphlogistiques sont employés avec plus ou moins d'énergie, selon les idées d'après lesquelles se guident les praticiens. Il en est qui se bornent à une ou deux saignées au début de la maladie, n'osant pas les pousser plus loin, malgré des indications souvent formelles; d'autres, au contraire, portent les émissions sanguines au-delà des bornes légitimes, et cela parce qu'ils se conduisent comme nous le disions à l'instant, d'après des idées et des doctrines particulières. Pour ces médecins, la fièvre typhoïde n'est qu'une inflammation intestinale, devant par conséquent être traitée comme toutes les phlegmasies ordinaires, par les saignées répétées. C'est ici que, selon nous, gît l'erreur. Nous sommes profondément convaincu que dans l'affection typhoïde, il y a bien autre chose qu'une simple phlegmasie; il y a une intoxication générale produite par une cause spécifique, dont la nature nous est inconnue. Les fluides de l'économie en général sont profondément altérés, et cette altération, qui semble peu apparente au commencement de la maladie, lorsqu'au contraire les symptômes inflammatoires sont bien tranchés, se dessine de plus en plus à mesure que la maladie fait des progrès. Ce ne seront certainement pas les antiphlogistiques répétés autant qu'on le voudra, qui enrayeront jamais cette marche progressive. Dans cette maladie, où l'on n'a pas seulement à combattre un état inflammatoire simple, mais un véritable virus, une espèce de *contagium* particulier qui use les ressorts de la vie, on ne laisserait pas impunément ce virus agir long temps sur l'organisme. Cette opinion, d'ailleurs, n'est pas seulement la nôtre, elle est aussi celle de beaucoup de praticiens recommandables. Ainsi, M. Louis, dont les travaux sur cette matière ont une grande autorité, dit qu'il n'a jamais vu la gastro-entérite présenter une pareille gravité. Il affirme n'avoir jamais vu succomber des malades à la suite de cette inflammation intestinale, tandis que le cas de fièvre typhoïde le plus léger peut devenir mortel. C'est peut être là une assertion un peu exagérée, mais il y a cependant du vrai dans cette proposition de M. Louis, et elle mérite, en cela, d'être prise en considération. Gardons-nous donc d'employer les antiphlogistiques contre la fièvre typhoïde dans l'idée de combattre une simple inflammation intestinale. Ayons en vue un fait de toute autre importance, le rétablissement de l'état normal des fluides atteints par une cause toute particulière, que nous désignerons sous le nom de typhoïde. Pratiquons des saignées au début, lorsque les phénomènes de réaction inflammatoire sont prononcés, répétons les saignées quand nous avons affaire à un individu pléthorique et jeune, mais arrêtons-nous à temps, c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes de profond abattement et de prostration des forces. Changeons alors de traitement selon les indications qui se présentent; faisons, si l'on veut, ce que l'on appelle la médecine des symptômes, mais en la subordonnant à une analyse raisonnée et philosophique. De cette manière nous ne nous exposerons pas à de fâcheux mécomptes, et nous agirons d'une manière rationnelle.

Méthode expectante. — Si l'on écoutait certains médecins très haut placés dans la science, il n'y aurait rien de mieux à faire contre la fièvre typhoïde que d'observer la marche des phénomènes, et de laisser le malade livré aux seuls efforts de la nature. Ainsi, M. Andral, dans un mémoire qu'il lut il y a quelques années à l'Académie de médecine sur ce sujet, concluait que par toutes les méthodes on arrivait à un résultat à peu près identique, et que la méthode des délayans, c'est-à-dire l'expectation, était encore celle qui lui paraissait avoir eu les plus heureux effets. Nous ne mettons point en doute l'exactitude des résultats obtenus par M. Andral, mais bien certainement les succès qu'il attribue à la méthode expectante n'ont pu être observés que dans des cas de fièvre typhoïde légère qui pouvaient très bien guérir spontanément. Il s'agit donc de bien distinguer ces cas légers, qui d'ailleurs sont heureusement les plus nombreux, d'avec les cas vraiment graves, et qui se termineraient tous infailliblement par la mort si les malades étaient abandonnés à eux-mêmes. Nous aussi, nous avons guéri beaucoup de thyphoïdes avec la seule expectation, et nous croyons même que dans les cas peu graves il vaut positivement mieux n'employer aucune médication active, et se borner à seconder les efforts de la nature par des boissons émollientes et de la diète; mais toutes les fois que nous

FEUILLETON.

RAPPORT A SON EXCELLENCE LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE EN ALLEMAGNE; par M. le docteur Henry ROGER, médecin du Bureau central des Hôpitaux.

(Suite et fin du n° 43.)

3° *Accoucheurs.*

Ceux-là seuls ont la permission de passer l'examen d'accouchement qui ont déjà le diplôme de médecin ou de chirurgien. Les aspirans à ce grade complémentaire doivent en outre avoir fréquenté pendant six mois au moins un établissement d'accouchemens et avoir déjà fait plusieurs accouchemens. Ils ont le droit de se livrer à la pratique dès qu'ils ont prêté serment comme les chirurgiens et les médecins.

4° *Aides de chirurgie.*

Celui qui veut être aide de chirurgie doit avoir passé au moins deux ans en apprentissage chez un chirurgien; il doit avoir aussi exercé pendant deux ans dans le pays ou à l'étranger, ou avoir acquis, par un séjour prolongé dans un grand hôpital, les notions exigées de petite chirurgie.

Muni des certificats nécessaires, il subit un examen devant deux médecins d'état sur les élémens de l'anatomie et de la physiologie. Outre les questions orales, il doit rédiger une composition, en présence d'examinateurs, afin de prouver qu'il *sait écrire*.

Les aides de chirurgie peuvent se livrer à la pratique de la petite chirurgie, mais seulement sous les ordres des chirurgiens supérieurs. Dans aucun cas, ils ne peuvent ni dépasser cette sphère étroite, ni rien changer aux prescriptions, ni donner conseil pour des maladies internes.

Outre les droits que lui confère son titre, l'aide de chirurgie peut, s'il est bourgeois du lieu ou s'il s'établit, exercer la profession de barbier, en tant qu'il ne se met pas en opposition avec les droits et priviléges attachés aux boutiques déjà existantes.

CONCLUSIONS (1).

Je viens, monsieur le ministre, d'essayer le tableau de l'orgenisation médicale en Allemagne: des faits que j'ai recueillis sur ce sujet, et des considérations à l'appui que j'ai exposées, quelles conclusions est-il légitimement permis de tirer?

Laissant de côté les questions accessoires qui ne se rattachent pas directement au but de mes recherches, je ne toucherai dans ces corollaires qu'un seul point de constitution médicale sur lequel Votre Excellence a appelé mon attention, c'est de savoir s'il existait en Allemagne comme en France deux catégories bien distinctes de praticiens, s'il existe des médecins de premier et de second ordre?

1° Il n'est pas un seul Etat d'Allemagne où les formes de la pratique médicale ne soient multiples: Nulle part la loi ne reconnaît une classe unique de praticiens; consacrant parmi les membres du corps médical cette inégalité qui règne ailleurs dans les fortunes et dans les intelligences, elle sanctionne partout l'existence de deux grandes classes très tranchées, dont les divers individus ont des obligations, des devoirs et des droits fort différens. — Et même, il y a plus d'un rameau à ces deux branches principales: ainsi, pour la première catégorie de praticiens, s'il est des pays où un même titre résume tout l'ensemble de l'art médical, tels que la Saxe, la Prusse, la Bavière, le Hanôvre et les quatre villes libres, Hambourg, Francfort, Brême et Lubeck; il en est d'autres où une séparation existe entre la médecine et la chirurgie: tels sont le duché de Bade, le royaume de Wurtemberg, l'Autriche, etc,, où il y a des docteurs en médecine, des docteurs en chirurgie, des docteurs ou maîtres en accouchemens, des maîtres en oculistique, etc.

Il est également plus d'un degré dans les membres de la deuxième catégorie: on y trouve des aides de chirurgie (Bade, Hanovre); des chirurgiens (Francfort, Hambourg, Brême, Lubeck, Darmstadt); puis des chirurgiens de première et de seconde classe (Saxe, Prusse); des chirurgiens de première, seconde et troisième classe (Wurtemberg); des maîtres en chirurgie, des patrons de chirurgie (Autriche), et partout enfin se tiennent au dernier échelon de l'échelle médicale les barbiers ou baigneurs (Bader).

2° Dans tous les pays d'Allemagne, les médecins d'un ordre secondaire sont inférieurs aux véritables docteurs sous le point de vue de l'éducation première et de l'instruction médicale.

Si, en effet, on jette un coup-d'œil général sur les études médicales en Allemagne, on voit que, pour les candidats de la première classe, on exige préalablement les études philosophiques (analogues à celles que comprend notre baccalauréat ès-lettres(dont il faut justifier par le certificat de maturité (Autriche, Prusse, Wurtemberg, etc.).

Les études médicales proprement dites, qui embrassent naturellement les mêmes sciences que l'enseignement de nos facultés, durent tantôt cinq années, soit dans la même unive.sité (Autriche), soit dans des universités différentes, allemandes ou étrangères, dans des hôpitaux ou auprès de praticiens célèbres (Bavière); tantôt leur durée est de quatre ans (Prusse, Wurtemberg), tantôt seulement de trois (Bade, Hanovre, Hesse, Saxe). Des examens de deux espèces couronnent ces études: celui du doctorat avec la thèse, qui ne donne point le droit d'exercer, et celui d'état, *Staats-examen*, qui seul confère le droit de pratique. Le *Staats-examen*, qui est secret, existe partout en Allemagne, excepté en Autriche, parce que, à l'inverse des autres pays de la confédération germanique, où l'élève est libre dans le choix de ses études, l'ordre des cours dans les universités autrichiennes est fixé invariablement pour chaque année, et suivi d'examens semestriels ou annuels qui rendent désormais inutile la double épreuve de l'examen d'état.

Les études des médecins secondaires sont moins longues et moins étendues: dispensés des années de philosophie, et par conséquent du certificat de maturité; dispensés souvent des humanités (beaucoup trop souvent dans un pays où les prescriptious et les formules doivent être écrites en latin), ils sont tenus de consacrer à l'étude de la médecine beaucoup moins de temps que les docteurs. Ainsi, en Autriche, on n'exige des maîtres en chirurgie que quatre années d'école; on en demande trois seulement en Prusse et en Saxe, aux chirurgiens de première et de deuxième classe; les patrons (Autriche) n'étudient que deux années, comme les chirurgiens de seconde classe de Saxe et de Prusse, des villes libres, etc. Il est des pays enfin où il n'y a aucune étude dans une école publique pour les chirurgiens de troisième ordre (Würtemberg), et ceux-ci apprennent leur art chez des chirurgiens de première, deuxième, ou même de troisième classe, et subissent auprès d'eux leurs examens.

Avoir dit que les études durent moins, c'est dire assez qu'elles sont moins fortes et moins profondes: toute la partie théorique ou élevée de la science disparaît: on supprime les sciences accessoires et même la médecine interne, et on n'exige de ces praticiens bâtards que des connaissances chirurgicales élémentaires. Moins d'études entraînent moins d'examens: celui du doctorat, la thèse, ne sont pas nécessaires, non plus que le *staats examen*, pour les praticiens tout à fait infé-

(1) Bien qu'il ne m'ait pas été permis de visiter toute l'Allemagne, j'ai dû, pour ne pas tirer des conclusions erronées, m'assurer positivement qu'il n'y avait pas quelque part une exception qui viendrait contredire mes assertions, et détruire ce que je donnais comme règle générale. Aussi, voulant juger sainement de tout l'ensemble d'une organisation dont les détails sont multipliés en raison du morcellement de l'Allemagne et de la diversité des états, je me suis fait un devoir de puiser aux meilleures sources les renseignemens que je ne pouvais prendre par moi-même, et je me suis adressé aux hommes spéciaux les plus recommandables par leur bonne foi et leur mérite personnel.

avions à traiter des cas graves, et que nous avons voulu essayer de nous en tenir à la médecine expectante, nous avons vu les symptômes s'aggraver rapidement, et une terminaison funeste serait bientôt survenue si nous n'eussions eu recours aussitôt à un traitement actif approprié. Il faut donc se tenir bien en garde contre ce système, d'autant plus dangereux, selon nous, qu'il est défendu par des médecins d'une grande autorité. C'est absolument comme si l'on prétendait guérir une pneumonie en faisant boire des tisanes et sans prescrire aucun moyen actif. Sans doute on en guérirait quelquefois, mais ce serait par exception, et les exceptions ne doivent pas entrer en ligne de compte quand il s'agit de tracer des règles générales de thérapeutique.

Des purgatifs. — Cette méthode a été prônée aussi par plusieurs médecins recommandables. M. Delaroque a publié un traité sur la fièvre typhoïde dans lequel il dit avoir employé exclusivement les purgatifs et en avoir obtenu de grands succès. Il cherche à expliquer les bons effets des purgatifs dans cette affection, d'après une théorie humorale. Pour M. Delaroque, la fièvre typhoïde est une véritable intoxication ; il faut donc, suivant lui, détruire la cause des phénomènes morbides, c'est-à-dire chasser l'humeur peccante ou le principe qui exerce principalement son action sur le tube intestinal ; c'est l'objet que remplissent les purgatifs. M. Delaroque purge toujours, quels que soient le degré et la forme que présente l'affection, parce qu'il croit que tout le mal réside dans l'intestin, et que les purgatifs seuls ont le pouvoir de le détruire. On a cherché, à tort, à jeter du ridicule sur cette théorie renouvelée des anciennes doctrines humorales, car elle a certainement un côté vrai. La manière dont ce médecin envisage la maladie typhoïde n'est pas toutefois à l'abri de nombreuses objections. Est-il probable, par exemple, que cette intoxication dont parle M. Delaroque, et que nous admettons, réside exclusivement dans l'appareil digestif ? Nous ne le pensons pas ; nous croyons au contraire qu'elle intéresse toute l'économie, que le sang et toutes les humeurs sont également altérées par ce *contagium* spécifique.

Dès-lors pourquoi se borner à l'emploi exclusif de purgatifs, pourquoi ne pas recourir à d'autres moyens qui puissent modifier plus profondément l'économie en souffrance ? Nous avons fait aussi à l'hôpital des cliniques des expériences comparatives sur l'effet des purgatifs comme traitement de l'affection typhoïde, et, chose étonnante, chez les treize premiers malades soumis à l'expérimentation, les résultats furent constamment heureux. Nous commençions déjà à être ébranlés dans nos croyances thérapeutiques à cet égard, lorsqu'en continuant nos expériences, nous observâmes bientôt des résultats contraires et nous pûmes nous convaincre que cette méthode, bien qu'utile dans certaines circonstances, ne pouvait néanmoins être considérée comme la meilleure et adoptée à ce titre d'une manière générale.

Les purgatifs peuvent et doivent être employés lorsqu'il y a des indications toutes particulières, par exemple, quand il existe de la constipation ou seulement peu de diarrhée. Ils sont pernicieux, au contraire, dans les cas de diarrhée abondante. Cette médication peut encore être avantageuse lorsqu'il y a prédominance des phénomènes cérébraux, parce qu'elle produit une dérivation utile dans le canal intestinal. C'est dans ces cas-là principalement que nous y avons recours, et ceux des élèves qui ont suivi ou suivent notre visite au lit des malades en ont pu voir, je pense, d'assez heureux résultats.

Méthode révulsive. — Un médecin de mérite et qui a écrit une monographie remarquable sur ces matières, a dit que les vésicatoires sont plutôt dangereux qu'utiles dans le traitement de la fièvre typhoïde, pour deux raisons principales : la première, c'est qu'ils produisent ordinairement une accélération de la circulation, qui, en s'ajoutant à la fièvre déjà existante, constitue un inconvénient grave ; la seconde, parce qu'ils sont suivis souvent d'escarres dangereuses qui laissent après elles des plaies très difficiles à cicatriser et qui, par leur suppuration, contribuent à épuiser de plus en plus les forces des malades déjà considérablement affaiblies par la maladie. Malgré ces assertions d'un homme que nous estimons beaucoup, nous ne pouvons partager entièrement cette opinion, parce que l'expérience nous a conduit à des conclusions différentes. Les vésicatoires sont souvent très-efficaces dans cette maladie quand la prostration des forces et en même temps un appareil fébrile considérable ne nous permettent plus de continuer l'usage des moyens antiphlogistiques ou autres médications énergiques. Il n'est pas exact pour nous que la fièvre idiopatique augmente toujours à la suite des vésicatoires ; nous l'avons vu souvent au contraire diminuer presque immédiatement et tous les symptômes généraux s'amender. Nous avons des malades dans les salles qui pourront vous en fournir des exemples très concluans ; notre expérience sur ce point est faite depuis long-temps. Quant aux escarres gangreneuses qui surviennent à la suite des vésicatoires, elles peuvent, il est vrai, devenir très redoutables, mais le danger, selon nous, ne vient pas des escarres elles-mêmes, mais bien de l'état d'épuisement extrême dans lequel se trouvent les malades, épuisement tel que l'organisme ne peut plus faire, pour ainsi dire, les frais de la cicatrisation. Au reste, nous avons toujours présent à notre mémoire un cas remarquable de guérison que nous avons obtenue sur un malade de la Salpetrière, il y a de cela des années. Ce malade était dans un état presque désespéré, nous lui appliquâmes des vésicatoires qui produisirent des escarres considérables ; la convalescence fut très longue, mais la guérison n'en eut pas moins lieu. Nous obtînmes, étant interne à la Salpêtrière, un semblable succès par le même moyen sur un jeune homme à peine sorti alors du collège, et qui siège maintenant à la chambre législative ; les vésicatoires donnèrent lieu à des escarres qui n'empêchèrent pas le malade de guérir.

Des toniques. — L'usage des toniques dans la fièvre typhoïde a été de tout temps l'objet d'une fort grande dissension parmi les médecins. Sydenham allait jusqu'à dire qu'il fallait *pendre* les médecins qui proposaient les toniques dans la *fièvre maligne*, qui équivaut, comme on le sait, à la fièvre typhoïde de nos jours. Par une de ces réactions que l'on voit souvent dans l'histoire de la médecine, les médecins postérieurs à Sydenham peu effrayés sans doute de cet anathème, administrèrent les toniques, avec une sorte de profusion. Nous-même, dit M. Rostan, élevé à l'école de Pinel, qui faisait un grand usage des toniques chez les malades de la Salpêtrière, nous les administrions à son exemple, lorsque Brouissais s'éleva avec force contre cette méthode qu'il appelait *incendiaire* et tonna contre les médecins qui en faisaient usage et qu'il qualifiait, à cause de cela, d'*assassins*. Ces reproches que le chef de la doctrine physiologique adressait à la méthode tonique, paraîtront aujourd'hui peu fondés, si l'on a égard surtout à l'âge et aux conditions particulières des malades que Pinel et M. Rostan soumettaient à cette médication. Ils traitaient, en effet, des malades âgés chez lesquels dominaient en général les phénomènes adynamiques. M. Rostan publia à cette occasion un mémoire dans lequel il citait des cas de pneumonie chez des vieillards, qu'il avait guéris par les toniques. Il rapporte qu'étant élève interne, il fut désigné en 1815, pour diriger un hôpital consacré aux militaires ; il s'agissait de malades affaiblis par les fatigues, les privations et le découragement. Quelles que fussent en général les maladies dont ces militaires étaient affectés, M. Rostan, tenant compte surtout des conditions dans lesquelles ils se trouvaient, les traita par les toniques, le quinquina, le vin généreux, etc., etc. Cette méthode fit merveille. Sur 1,800 hommes il en perdit 1,100, chiffre certainement peu élevé si l'on tient compte des circonstances graves qui compliquaient les maladies. M. Rostan croit que les antiphlogistiques, loin d'être avantageux dans ces cas-là, eussent été réellement dangereux. Il a en outre employé ces toniques dans d'autres circonstances, soit dans des fièvres typhoïdes, soit dans des pneumonies, alors qu'on pouvait considérer le cas comme désespéré, et il les a vu réussir plusieurs fois. On ne peut pas, sans doute, ajouta-t-il s'attendre à de nombreux succès par l'emploi de cette méthode vu qu'on n'y recourt en général que dans les cas les plus graves et à la dernière extrémité.

M. Rostan pense, en résumé, qu'on a à tort jeté le blâme sur les médecins qui employent cette méthode, et qu'on ne saurait sans injustice en proscrire l'usage, car elle peut être utile et rendre de grands services dans certaines circonstances.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De l'infection purulente. Aperçu historique sur cette maladie. Observation remarquable.

Quoique nouvelle encore parmi nous, la question de l'infection purulente est déjà assez mal comprise, quant à son historique, pour que nous en résumions ici brièvement les différentes phases, d'après quelques leçons cliniques que M. Velpeau a récemment consacrées à ce sujet.

Les faits relatifs à cette terrible maladie sont si nombreux, qu'il se passe peu de semaines sans que nous ayons l'occasion d'en observer quelques cas dans le service chirurgical de la Charité. Il y a peu de jours, un exemple tout particulier, et qui paraît offrir un haut intérêt, est venu fixer notre attention. Ce cas touche à la pathologie interne de tous points, et presque exclusivement ; c'est le premier peut-être de son espèce qui ait été signalé. Tout indique, en effet, que les abcès, les foyers métastatiques qui ont été rencontrés sur le cadavre du sujet de cette observation, et dont nous parlerons plus tard, ont trouvé leur source non plus dans une lésion, dans une suppuration extérieure, mais bien dans les intestins ulcérés par la fièvre typhoïde. Mais avant d'entrer dans les détails de ce fait, résumons brièvement la partie historique de cette question.

On sait qu'il y a vingt ans les doctrines humorales étaient complètement proscrites des écoles médicales françaises. Pinel les avait bannies, et Broussais ne permettait pas d'y songer. Aussi M. Velpeau ne rencontra que des antagonistes quand, simple élève, il osa soutenir, en s'appuyant sur des faits incontestables, que le sang peut être altéré par le pus, et devenir ensuite la source de maladies nombreuses.

C'est en 1821 qu'il commença à émettre cette doctrine dans ses cours publics d'anatomie et de physiologie. Les observations sur lesquelles il s'appuyait à cette époque dataient de 1818, et avaient été recueillies à l'hôpital de Tours sous la direction de M. Bretonneau. En 1823, il les résuma dans sa thèse inaugurale (Thèses de Paris, n° 16, 27 mai 1823), et en fit la base d'un certain nombre de propositions. Les opposans qu'il rencontra partout ne firent qu'exciter son ardeur sous ce rapport. Aussi toutes ses publications tendirent-elles à confirmer ses premières assertions. Nous citerons son mémoire sur la *phlegmasia alba dolens*, lu à l'Académie de médecine, et publié dans les Archives générales de médecine,

---

rieurs qui sont examinés, soit par des membres des colléges de médecine (Würtemberg, Hesse-Darmstadt), soit par des médecins désignés par l'autorité (Francfort, Hambourg, Brême, Lubeck). Ajoutons que les mêmes écoles sont rarement communes aux aspirans au doctorat et aux aspirans aux grades inférieurs : ici, ils sont tolérés à l'université, admis aux cours comme *hospitirende* et non comme *studenten* (Wurtemberg) ; ici ils en sont exclus (Bavière) ; le plus souvent ils étudient dans des établissemens secondaires, universités incomplètes ou lycées (Autriche), écoles de chirurgie (Bavière), ou encore chez des praticiens connus, ou chez des chirurgiens de première ou de deuxième classe.

3° Les frais d'études sont moindres pour les médecins de la seconde catégorie que pour ceux de la première.

Pour ceux-ci, les études sont généralement assez coûteuses. En Autriche, les docteurs paient 312 florins, sans compter les 208 florins exigés pour la pratique à Vienne. En Prusse, les frais d'examen et de doctorat se montent à peu près à 500 fr., et, de plus, les cours qui sont payés aux professeurs peuvent monter à 80 fr. par an. Enfin, le doctorat coûte généralement, en Allemagne, environ 1,000 fr.

C'est beaucoup moins cher pour les individus de la deuxième catégorie. Ainsi, les maîtres en chirurgie d'Autriche ne paient guère que 300 fr. ; les chirurgiens de seconde classe de Prusse et de Wurtemberg, 200 fr. ; ceux de troisième classe de Wurtemberg, 150 fr., et les patrons à peu près 150 fr. La moyenne des frais pour ces praticiens inférieurs tomberait entre 150 et 300 fr. (Il faut excepter les patrons d'Autriche, qui, pour exercer, sont tenus de payer une boutique dont le prix varie de 2,000 à 12,000 fr. dans les capitales et dans les villes importantes, et de 500 à 2,000 fr. dans les petites villes et villages.)

4° Le droit de pratique des médecins secondaires est doublement limité ; parfois matériellement circonscrit dans certains lieux, il est toujours restreint dans sa sphère d'action.

Les docteurs ont le droit d'exercer dans toute l'étendue du royaume ou de l'empire où le diplôme a été obtenu. Si cette pratique est limitée dans les pays où la division entre la médecine et la chirurgie est conservée, et où existent des titres spéciaux (*magistri oculisticæ artis, magistri obstetricæ artis*, d'Autriche), elle embrasse toutes les branches de l'art médical dans ceux où un seul diplôme et un seul titre sont accordés au praticien, et c'est le cas le plus fréquent.

Quant aux médecins secondaires, ils peuvent pareillement exercer partout, si ce n'est en Prusse et en Saxe, où leur pratique est limitée aux lieux dans lesquels ils ont pris leur diplôme, et en Autriche, où la nécessité d'avoir boutique restreint encore davantage la sphère d'action des barbiers. Mais partout aussi leur droit d'exercice ne s'applique pas à toutes les branches de l'art médical : le traitement des maladies internes leur est interdit, ainsi que les opérations difficiles de la chirurgie ; obligés par la loi autrichienne de faire des accouchemens, ils n'y sont autorisés qu'avec réserves et restrictions dans d'autres pays, comme la Prusse, la Saxe, les duchés de Bade et de Hesse-Darmstadt.

Les praticiens inférieurs sont donc tenus de se borner exclusivement (sauf quelques rares exceptions) à l'exercice de la petite chirurgie ; mais on comprend que ces limites sont franchies, avec permission légale dans les cas d'urgence, dans les temps d'épidémies, et dans les localités où il n'y a pas de médecins d'un ordre supérieur ; et, en dépit des lois, dans mille autres circonstances.

Il y a cependant une pénalité destinée à réprimer ces excès de pouvoir, et cette pénalité atteint également les praticiens de la première classe qui ne se bornent pas à la pratique exclusive de la médecine, s'ils sont médecins, et de la chirurgie s'ils n'ont que le diplôme de chirurgien.

Les peines infligées aux praticiens de seconde classe qui outrepassent leurs attributions sont :

1° Une admonestation simple directement donnée par le médecin d'Etat ou par l'autorité locale (Autriche, Prusse, etc.) ;

2° Des amendes qui varient de 30 à 40 fr. (Autriche, Prusse, Bade, Würtemberg), à 250 fr. (Würtemberg, etc.), et même à 300 fr. (Autriche, Prusse, etc.) ;

3° La prison depuis deux jours jusqu'à six mois (Würtemberg) ;

4° La suspension momentanée de la pratique, ou le retrait définitif du droit d'exercice.

Mais celui qui voudra réfléchir un instant à la difficulté d'établir une séparation tranchée entre la médecine interne et la médecine externe (séparation sur laquelle les gens de l'art les plus habiles ne s'entendraient même pas), à la presque impossibilité de tracer une délimitation précise et surtout invariable entre la petite et la grande chirurgie, entre les cas simples et graves, entre les accouchemens faciles et difficiles ; celui-là, dis-je, n'aura pas de peine à concevoir comment le barbier sort si fréquemment, et parfois nécessairement, du cercle de ses attributions, comment les moyens de répression sont impuissans contre des délits le plus souvent insaisissables, comment toutes ces armes enfin restent inutiles aux mains du législateur qui ne sait où il doit frapper.

Résumant les principales considérations qui sont développées dans mon travail, je viens de montrer la constitution de la pratique médicale, telle qu'elle est actuellement en Allemagne ; mais je ne serais pas dans le vrai si je m'arrêtais là, si je ne complétais point les faits, en montrant ce que devrait être l'organisation médicale en Allemagne, et ce qu'elle sera si les gouvernemens des divers pays écoutent les remontrances de l'opinion publique, comme plusieurs y semblent très disposés.

Les vices des institutions médicales, telles qu'elles existent aujourd'hui dans la plus grande partie de l'Allemagne, sont généralement sentis, et il est des états où une réforme est absolument nécessaire.

Les individus qui ont fait en Allemagne une étude particulière de ces questions paraissent s'accorder sur les propositions suivantes :

1° Laisser les formes actuelles de la pratique médicale, que la législation ne renouvellerait plus, s'éteindre d'elles-mêmes graduellement ;

2° Conserver encore deux divisions, mais divisions très inégales : A les docteurs, B les aides de chirurgie.

Les docteurs embrasseraient dans leurs études l'universalité des connaissances médicales, comme l'universalité de la pratique.

Les aides de chirurgie, auxquels on ne demanderait que des connaissances élémentaires de médecine et de chirurgie, n'auraient d'autres fonctions que d'aider le médecin ; ils seraient sous la dépendance immédiate, n'ayant eux-mêmes, *dans les villes*, aucun droit d'exercer, et chargés uniquement de pratiquer les petites opérations prescrites par les docteurs, d'administrer sous leurs ordres les soins médicaux, de faire les pansemens, etc. ; en un mot, ils ne seraient que des infirmiers éclairés.

3° Dans les petites villes et villages un peu importans, établir un docteur instruit qui serait payé par le gouvernement pour faire gratuitement la médecine des pauvres, et pour surveiller les aides de chirurgie : ceux-ci auraient, dans les campagnes, le droit d'administrer les premiers soins et de pratiquer la petite chirurgie, mais toujours sous la surveillance du médecin d'Etat, auquel, pour tous les cas graves, ils devraient en référer immédiatement.

L'établissement d'une semblable organisation ne semble plus impossible depuis que déjà elle existe (à peu de chose près) dans le royaume de Hanovre et dans les quatre villes libres, Hambourg, Francfort, Brême et Lubeck.

Dans ce rapport, que Votre Excellence a bien voulu me demander, elle a pu voir que l'organisation médicale en France est généralement supérieure à celle de l'Allemagne. Permettez-moi, en terminant, monsieur le ministre, d'exprimer le vœu que mon pays ne se laisse pas dépasser dans cette voie de progrès, et que la constitution de la médecine en France, qui a déjà, sous votre ministère, reçu de si notables améliorations, continue, grâce à des réformes successives, à être citée et prise pour modèle par toute l'Europe.

Je prie Votre Excellence de vouloir bien agréer l'hommage de mon profond respect.

Dr HENRY ROGER.

Paris, ce 10 novembre 1841.

— On annonce la mort de M. le docteur Labesque, d'Agen, membre correspondant de l'Académie de médecine ; — du docteur Giuseppe de Belli, doyen et président de la Faculté de médecine de Rome, où il est décédé le 12 avril, à l'âge de 87 ans.

t. VI, p. 220, année 1824; ses recherches sur les maladies cancéreuses, publiées dans la Revue médicale de 1825; un mémoire spécial sur l'oblitération de l'aorte et sur un cas remarquable de maladie cancéreuse; ainsi que plusieurs thèses soutenues par différens élèves.

Mais ce fut principalement en 1826, dans la Revue médicale (t. II, p. 440; t. III, p. 68; t. IV, p. 113, 380, 392), et en 1827, dans le même journal (t. II, p. 216), que M. Velpeau traita en détail la question de l'infection purulente et des foyers métastatiques. Jusqu'alors ses opinions étaient combattues par tous ses confrères; il restait en quelque sorte seul dans cette lutte contre les doctrines du solidisme. Ce ne fut qu'en 1828 que d'autres lui vinrent en aide. C'est alors que parut la thèse de Maréchal. Dans cette thèse, fort bien faite d'ailleurs, l'auteur confirme de tous points ce qui avait été antérieurement avancé par M. Velpeau; il est seulement à regretter que ce chirurgien ne s'y trouve pas cité plus souvent. Les travaux de Dance ne parurent qu'en 1829, et MM. Blandin et Cruveilhier ne sont réellement entrés dans la question de l'infection purulente que depuis 1830.

Ici commence une seconde période; c'est alors que la discussion des faits a été franchement abordée; mais, disons-le tout de suite, cette discussion a pris immédiatement une direction qui a jeté une confusion réelle sur toute la question. En effet, Dance, MM. Blandin et Cruveilhier, forcés d'admettre l'altération du sang par le pus, ont cherché à prouver qu'une phlébite préalable était constamment la cause de cette altération, que les foyers purulens des viscères résultaient toujours d'une phlébite capillaire voisine ou de quelque inflammation disséminée dans les organes. De là est née, dit M. Velpeau, une interprétation singulière de mes travaux. Ainsi, ceux qui se sont rangés du côté de la phlébite, m'ont montré comme partisan exclusif de la résorption purulente et des dépôts purulens en nature; si bien que, me combattant sur ce point, ils m'ont mis en opposition avec tous ceux qui admettent la phlébite comme cause d'infection purulente. Il importe donc que je m'explique de nouveau à cet égard.

A l'époque de mes premières publications, je ne voulais démontrer qu'un fait, l'altération du sang par le pus, et la formation des dépôts multiples dans les viscères sous l'influence de cette altération. Ce fait était pour moi capital; il devait bouleverser toutes les idées de pathologie générale qui dominaient alors. Mais le mécanisme du mélange du pus avec le sang m'importait peu à cette époque. Ce n'était point là que la question importante devait être placée. Admettant que le pus pouvait être repris dans les plaies, dans les foyers purulens, par les veines et par les vaisseaux lymphatiques, je comprenais bien que formé dans les veines il pouvait encore mieux se mêler au sang et être transporté dans les viscères. Seulement alors, pas plus qu'aujourd'hui, je ne regardais la phlébite préalable comme indispensable à l'infection purulente.

A cet égard, nous croyons devoir rappeler ici textuellement quelques passages de la thèse inaugurale de M. Velpeau. Ces citations ne seront pas sans intérêt.

« Toute personne qui forme du pus à la surface de son corps ou dans quelques-uns de ses organes, est plus susceptible d'être atteinte par les différentes causes morbifiques qu'une autre, parce que toute suppuration est une maladie et une cause puissante d'autres maladies.

» Tant que l'action vitale est régulière dans tous les organes, qu'elle n'est sensiblement affaiblie nulle part, la santé se maintient le plus ordinairement, quoiqu'on porte un ulcère, un séton, un moxa, etc.; mais dès que l'équilibre est rompu, la scène change rapidement, les matériaux de la suppuration abandonnent l'organe auquel ils étaient destinés, et les surfaces ulcérées se dessèchent; ce qui constitue les métastases.

» Il n'est pas toujours nécessaire d'admettre une cause étrangère à la suppuration pour expliquer les métastases; le plus souvent c'est le pus lui-même qui en est la cause primitive.

» Aucune de nos parties ne peut être long-temps baignée de pus sans qu'une plus ou moins grande quantité de ce fluide ne soit reprise par les lymphatiques ou les veines, et mêlée aux autres fluides circulatoires. Porté ainsi par la circulation générale dans tous les organes, il tend continuellement à les altérer ou à les détruire, et ses effets seront d'autant plus meurtriers et plus prompts qu'il en sera résorbé une plus grande quantité, et que son action sera portée sur un organe plus essentiel à la vie.

» Non-seulement les matériaux du pus sont absorbés et reportés avec la masse des fluides dans les solides, qu'ils irritent plus ou moins, mais encore le pus lui-même peut être pris tout formé dans les foyers où il se trouve rassemblé en grande quantité, et parcourir ainsi tous les canaux vasculaires pour être déposé par eux dans les tissus des différens organes. »

On voit donc par ces citations que M. Velpeau, dès 1823, n'ignorait point que les veines enflammées fournissent du pus et que l'infection purulente peut tenir à la phlébite comme à la résorption. On peut se convaincre au surplus qu'à cette époque M. Blandin ne tenait aucun compte de l'altération des fluides, en consultant la page 14 de la thèse de ce chirurgien soutenue le 9 novembre 1824. Il est question dans ce passage de masses tuberculeuses qui se développent dans le foie, les poumons, les reins, en peu de jours après les grandes opérations.

« Le tissu qui les entoure, dit M. Blandin, est très rouge, et paraît dans un état de phlegmasie intense. Toujours ces tubercules, lorsqu'ils existent dans le poumon, altèrent plus ou moins la plèvre qui leur correspond; presque toujours ils déterminent ainsi une violente pleurésie qui devient mortelle... J'ai eu occasion d'observer leur mode de développement sur un individu mort à la suite d'une amputation de la cuisse: il y en avait à tous les degrés. Dans certains points, on trouvait une simple infiltration sanguine d'un ou deux lobules pulmonaires; ailleurs l'inflammation, aussi circonscrite, était parvenue à l'état d'hépatisation rouge; dans un autre endroit, c'était une pneumonie lobulaire au troisième degré; enfin, dans quelques lieux on ne trouvait que de la matière tuberculeuse. C'est là le plus bel exemple de tubercules *développés sous l'influence de l'inflammation.* »

Du reste, en dehors des travaux de M. Velpeau, il n'est plus question nulle part des foyers métastatiques jusqu'à la thèse de Maréchal et au mémoire de Dance. Ajoutons que pour ce qui concerne la phlébite, M. Velpeau était si peu disposé à en nier l'influence, que, dans une observation publiée par lui en 1827, deux ans avant les travaux de Dance, par conséquent, il insista, et dans la clinique des hôpitaux et dans les Archives générales de médecine de cette époque, pour montrer que si la phlébite est une maladie très redoutable, ce n'est point du tout à titre d'inflammation, mais bien parce que le pus sécrété par les veines enflammées est versé dans le sang, circule forcément avec lui, et infecte de la sorte toute l'économie.

Nous aurions maintenant à examiner deux points:

1° Si le fait capital, c'est-à-dire l'infection du sang par le pus, est aujourd'hui un fait démontré, et si, sous ce rapport, les auteurs modernes ont encore quelques objections à faire aux assertions primitives de M. Velpeau;

2° Si les descriptions données par Maréchal en 1828, par Dance en 1829, par MM. Blandin, Cruveilhier et d'autres depuis, sur les abcès viscéraux, les épanchemens, les infiltrations de pus à la suite des opérations ou chez les sujets affectés d'une suppuration quelconque, diffèrent autrement que par une perfection plus grande des descriptions qui avaient été données des mêmes faits en 1823, 1825, 1826, 1827, par M. Velpeau. Mais sous ces deux points de vue, le chirurgien de la Charité ne croit pas qu'il y ait matière à discussion: il pense que ses honorables confrères n'ont fait autre chose que confirmer ce qu'il avait avancé.

Reste donc la question relative au mode d'introduction du pus dans le sang. Or, chacun sait que les opinions sont encore aujourd'hui très diverses sur ce point. Trois théories principales sont actuellement en présence.

Les uns, avec Maréchal et Legallois sont en faveur de la résorption pure, et repoussent le besoin de la phlébite;

D'autres, avec Dance, MM. Blandin, Bérard (aîné) et Cruveilhier, persistent à ne point admettre d'infection purulente sans phlébite préalable;

D'autres enfin, à l'exemple de M. Teissier, repoussent à la fois la phlébite comme incapable de verser du pus dans le sang, la résorption comme impossible, et invoquent une sorte de diathèse, de fièvre purulente pour expliquer les faits dont nous nous occupons.

A cet égard, M. Velpeau dit se trouver fort à l'aise, attendu que ses premiers travaux permettent très bien d'admettre la diathèse purulente de M. Tessier, la résorption pure de Legallois et l'infection par phlébite des autres pathologistes. Toutes ces théories, dit-il, je les accepte: en effet, des faits nombreux m'ont prouvé que l'infection purulente et les foyers métastatiques existent en grand nombre chez certains sujets, quoiqu'il ait été impossible de constater chez eux la moindre apparence de phlébite. J'admets aussi que la phlébite une fois établie, l'infection purulente en est une conséquence presque naturelle. Enfin, je conçois qu'une fièvre, qu'une diathèse purulente puisse exister, car j'ai toujours pensé que l'infection du sang était possible par toutes sortes de voies. Et d'ailleurs, ces trois explications je les avais émises le premier, et toute la différence qui existe aujourd'hui entre les chirurgiens que j'ai nommés et moi consiste en ce que je n'adopte aucune opinion d'une manière exclusive, que toutes me paraissent applicables dans certains cas particuliers, tandis que ceux qui ont cru me combattre ne veulent chacun qu'une explication à l'exclusion des autres.

Pour ce qui est de l'explication des épanchemens ou des dépôts purulens, j'avais également établi deux explications dans mes mémoires publiés dans la Revue médicale. Le pus mêlé au sang fait naître les foyers métastatiques de deux façons diverses:

1° Il se dépose par parcelles dans les parenchymes viscéraux, où il se trouve peu à peu entraîné comme par une sorte d'attraction chimique;

2° Intimement mêlé aux fluides de la circulation, il dénature les tissus, les rend plus susceptibles de s'enflammer, de suppurer, fait naître çà et là de petits foyers qui ont une tendance extrême à se terminer par suppuration. Une de ces parcelles échappée çà et là dans les organes y devient une sorte d'épine qui forme aussitôt le point de départ du noyau purulent.

Tels sont en réalité, ajoute M. Velpeau, les faits relatifs à la question de l'infection purulente et aux différentes phases historiques qu'elle a parcourues. Il nous reste maintenant à examiner un point nouveau: c'est celui qui concerne l'infection du sang par le pus sous l'influence de certaines maladies internes, et dont nous croyons trouver un exemple remarquable dans le fait que nous allons rapporter. X.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Voisin.

Relevé des malades admis dans le service de M. Voisin pendant l'année 1841; par M. L. de Crozant, interne des hôpitaux.

(Suite et fin du numéro 53.)

Ces deux malades sont les seuls qui, avec des idées d'ambition ou de vanité excessive, ne nous aient pas présenté de signes de paralysie.

L'âge moyen de ces individus a été, pour les suicides, 24 ans, les vaniteux 40 ans, le jaloux 40 ans, l'amoureux 23; pour les monomaniaques religieux, l'âge moyen a été de 46 ans. Parmi ces derniers, nous avons eu deux guérisons: ce sont nos deux plus jeunes malades; l'un n'avait que 17 ans, et chez lui la maladie s'est présentée avec quelques signes aigus. Les quatre autres qui restent à Bicêtre ont, excepté un, plus de 50 ans, et présentent tous des signes d'incurabilité presque certains puisés soit dans l'ancienneté de la maladie, soit dans son caractère particulier, qui fait que le faux et le vrai viennent se heurter dans l'esprit sans que le raisonnement puisse établir une sécurité entre ce qu'il faut croire et ce qu'il faut rejeter. C'est aussi de toutes les formes de l'aliénation mentale celle qui semble le moins nécessairement liée à une affection organique, et celle aussi où le traitement moral semble devoir être appliqué avec plus de succès.

De même que certains estomacs habitués depuis long-temps à telle ou telle nourriture deviennent inaptes à digérer d'autres substances plus nutritives, et se trouvent être fonctionnellement malades, sans que pourtant il soit le siége d'une lésion appréciable; de même certains esprits faibles, imbus dès leur jeunesse des idées religieuses les plus exaltées, finissent par divaguer sur cette matière et profitent de ce que la religion ordonne de ne point raisonner ses mystères, pour croire non plus aux dogmes que cette religion nous enseigne, mais à tous les faits qui présentent un caractère merveilleux ou bizarre, à tout ce que leur imagination en délire peut inventer d'extraordinaire et de surnaturel, à se regarder tous comme des élus de Dieu, des prophètes auxquels il fait entendre sa voix, des sectaires, des dieux, etc. Il suffit quelquefois d'une seule hallucination, d'un mot entendu de travers pour leur tourner la tête.

F..., l'un de nos monomaniaques religieux, est fils d'un ministre protestant qui fut atteint de la même maladie que lui. C'est en sortant de chez son père, qui venait de lui raconter la vision dont le ciel l'avait favorisé, que lui-même crut voir le Christ devant lui. Il nous raconte et nous écrit, dans un style tout biblique, son entrevue avec le Seigneur, et les paroles qu'il prononça en disparaissant dans la nue, en 1839; ceci se passait en 1795; il y a, par conséquent, quarante-sept ans. C'est la seule vision que F... ait jamais eue. Depuis ce temps il s'occupa avec soin et intelligence de son état d'instituteur primaire, lorsqu'en 1829, se rappelant tout à coup le rêve de sa jeunesse, il se figure que le temps de sa mission est arrivé, qu'il doit travailler à la régénération de l'espèce humaine; ne s'occupe plus que d'écrire des mémoires, et en 1841 il est arrêté dans les rues de Paris, distribuant sans permission légale des écrits imprimés dans lesquels il proclame que « le gouvernement ne peut exister s'il ne s'appuie sur la religion faite » par Jésus et prêchée par F...; que le monde est régi par » trois raisons, dont il est un des représentans; qu'il faut » ériger la statue équestre de Jésus-Christ sur le pont Louis » XV. » Ce malheureux ne permet pas la discussion de ses dogmes, et restera probablement toute sa vie à Bicêtre, malgré ses énergiques et fréquentes réclamations.

Nous avons eu le bonheur de voir guérir une espèce de pélerin qui avait quitté la Normandie avec une crosse chargée d'images saintes, un fifre, des vêtemens en drap gris, des cheveux longs et un grand chapeau de paille. Il parcourait les villes et les villages, racontant les nombreuses visites que lui avaient faites la sainte Vierge et saint Mathieu, son patron; il imposait les mains partout où il passait, guérissait les écrouelles et les bossus, et vint ainsi jusqu'aux portes de Paris, où il fut arrêté. Il nous dit s'appeler Saint-Mathurin; et comme nous lui répondîmes que, d'après les lois de l'église, pour être saint il fallait être mort et avoir été canonisé, il ne lui répugna pas d'avancer qu'il était mort en effet. M. Voisin, auquel je fis part des réponses de notre saint, lui fit remarquer que s'il était mort il ne devait plus sentir, et qu'il eût à le prouver en recevant une douche. Cette médication eut le plus heureux effet; et, répétée chaque fois que Mathurin était pris causant de ses visions ou avouant sa sainteté, amena peu à peu sa guérison. Quinze jours avant sa sortie de Bicêtre, on lui rendit sa crosse, qu'il refusa sagement, et son fifre, dont il jouait de temps en temps dans la cour, pour se distraire et non plus pour appeler les fidèles.

Délire alcoolique.

29 malades ont été reçus:

En janvier,	2;	avril,	6;	juillet,	4;	octobre,	1.
— février,	0;	mai,	3;	août,	4;	novembre,	2.
— mars,	3;	juin,	2;	septembre,	1;	décembre,	1.

Les six mois d'hiver donnent seulement 8 malades, et les six mois d'été 21, presque trois fois autant. Il est difficile de nier l'influence de la chaleur sur la production de la folie à la suite d'abus alcooliques, en voyant un pareil résultat. Du reste, chacun sait qu'on est beaucoup plus excitable pendant la saison chaude, et que l'on voit quelquefois des personnes très raisonnables dérangées à la suite d'un dîner, lorsque la température est très élevée; et tous les ivrognes que nous avons reçus m'ont tous dit qu'ils étaient beaucoup plus vaillans en hiver qu'en été.

C'est le mois d'avril qui nous a donné le plus de malades; c'est aussi le mois de l'année où les premiers rayons du soleil viennent éveiller la soif de l'ivrogne, produisent dans l'économie, et surtout du côté du cerveau, une effervescence, un besoin d'action, une excitation qui le conduisent toujours au cabaret, exagèrent ses capacités et le rendent souvent malade; c'est aussi le mois que MM. les secrétaires perpétuels de l'Académie des Sciences ont remarqué être le plus fécond en mémoires sur la quadrature du cercle, le mouvement perpétuel, en preuves nouvelles sur la rotation évidente du soleil autour de la terre, etc.

L'âge moyen de ces individus a été de 41 ans. Nous en avons eu un qui n'avait pas 20 ans, 6 de 20 à 35 ans, 17 de 35 à 50 ans, et 3 de 50 à 65 ans.

Sur 29 malades nous en avons eu 24 guéris, qui sont sortis

de l'hospice après 51 jours de séjour. Cette moyenne est loin d'indiquer le nombre de jours qu'a duré la maladie ; car, en consultant mes observations, je vois que tous ont été guéris au bout de dix, quinze, vingt jours au plus.

Des cinq autres, un est mort paralysé 51 jours après son entrée ; un autre a également, après une trentaine de jours, présenté des signes non équivoques de paralysie générale ; un troisième est menacé de la même affection ; le quatrième, après son agitation, a présenté des signes de démence qui ne laissent aucun espoir ; le cinquième, qui est à l'hospice depuis six mois, est continuellement agité et n'a pas quitté la salle des furieux.

Parmi ces malades, nous n'avons que trois rechutes à signaler.

Tous ces malades ont été en proie au délire le plus furieux, et ont exigé la surveillance la plus active. Chez six seulement, le tremblement caractéristique du délire alcoolique a été observé. Chez tous, la maladie a fini par des sueurs on ne peut plus abondantes ; les lits, les oreillers, les gilets de force de ces malheureux étaient complétement mouillés. A cette crise heureuse succédait un état de stupeur dans lequel le malade restait quatre à six jours, et la guérison était ensuite assurée.

Ces aliénés sont d'autant plus dangereux que l'alcool développe chez plusieurs d'entre eux, et à un degré extraordinaire, l'énergie et la puissance du système musculaire. J'ai vu l'un d'entre eux, le nommé Seveyrac, saisir par la partie la plus inférieure de son pied une chaise sur laquelle il faisait asseoir un homme, la lever à bras tendus et la placer sur une table. J'ai vu le nommé Guibout, de force et de stature très ordinaires, saisir et terrasser un maniaque furieux d'une taille et d'une force athlétique, qui avait brisé ses liens, mis en fuite tous les gardiens de la salle, cassait les bancs, les bois de lit, armait ses voisins et les appelait à la révolte ; ce Guibout le prit par derrière à bras le corps, le colla sur son ventre, le coucha sur un lit, et là, étreignant vigoureusement son adversaire dans ses bras, il le tint en respect jusqu'à ce qu'on arriva pour le débarrasser de son fardeau, dont il paraissait fort peu gêné.

Leur traitement a été presque nul, M. Voisin se contentant de leur faire mettre de l'eau dans leur vin, en les forçant à boire quatre à cinq litres d'eau par jour, et l'on a vu que nos guérisons, avec cette thérapeutique simple et facile, ont été promptes et nombreuses. Aussi faut-il toujours se défier d'une guérison d'aliénation mentale en faveur de tel ou tel traitement, lorsque dans l'observation on verra que la maladie a été causée par l'alcool ; car, dans ces cas, quelque terribles que soient les symptômes, on peut être à peu près sûr de la guérison. Du reste, une observation prise au hasard en donnera la preuve.

M...., âgé de 48 ans, fort de la halle, d'un caractère assez emporté, violent. Tempérament sanguin. Adonné depuis longtemps à la boisson, il est sujet, après ses libations extraordinaires, à des hallucinations bizarres, à un tremblement analogue à celui qu'il présente aujourd'hui. Marié en 1833, il battit sa femme le lendemain de ses noces qu'il fêta dignement, ce qui décida celle-ci à se retirer chez sa mère avec laquelle M.... continua des relations avec le désir de reprendre sa femme. La même année, dans une partie de plaisir que lui proposèrent ses camarades pour le distraire, il donna un coup de couteau à l'un de ses compagnons, qui mourut trois jours après. Déclaré innocent par le jury, il reprit sa femme avec lui. N'ayant plus sa place, exagérant sa misère et poursuivi par la douleur de ne pouvoir être utile à sa famille, il attenta à ses jours. Sa femme, en entrant dans sa chambre, le trouva pendu ; elle appela du secours et il fut rappelé à la vie. Chargé par le commissaire de police de détruire à la halle les chiens non muselés, il se trouva en butte à la haine de tous les forts de la halle dont il devait par état poursuivre les chiens ; l'un d'eux, il y a six semaines, lui passa une corde autour du col et le pendit à ses épaules : on accourut pour le secourir ; il présentait tous les symptômes de l'asphyxie, et resta plusieurs jours malade. Depuis cet événement il a paru inquiet, hagard, regardant sans cesse derrière lui, se défiant de tout le monde.

Le vendredi 23 juillet il rentra ivre, et quelques instans après se livra aux plus grands accès de fureur, poursuivant sa femme avec un couteau, criant qu'il voyait partout, sur sa table, sa commode, des bohémiens, des sorciers, des chiens qui le poursuivaient de tous côtés. Il avait alors, dit-on, l'aspect le plus épouvantable, les cheveux dressés sur la tête, la bouche écumante, les yeux égarés, et tremblant de tous ses membres. Huit jours avant cette scène, il a été mordu par un chien que l'on soupçonnait être enragé.

Pour tout traitement, de l'eau en abondance.

Le samedi 30, il est très tranquille, conservant encore un peu de tremblement.

Le lundi 2 août, il est parfaitement, rend bien compte de sa situation ; plus de tremblement. Par précaution on a cautérisé la plaie avec du nitrate acide de mercure.

Le malade a continué à se bien porter, et le 13 août il était en convalescence à Sainte-Anne, d'où il est sorti pour aller reprendre sa femme. Cet homme, que j'ai eu l'occasion de revoir depuis, s'est toujours bien porté.

— Cette analyse de nos malades, qui isolée ne présente peut-être pas grand intérêt, acquerra plus de valeur si chaque année on fait un relevé semblable, et c'est ce qui serait à désirer. Les registres des entrées restent bien dans les hôpitaux, mais il faut un grand courage pour aller feuilleter les matrices de cinq ou six ans et y chercher l'histoire fort incomplète des malades : c'est à peine si l'on y trouve bien notés l'âge et la maladie des entrans. C'est à la fin de l'année, lorsque les souvenirs sont encore frais, qu'on a encore une partie des malades sous les yeux et qu'on connaît ceux qui n'y sont plus, qu'il faut tenter une pareille tâche qui exige un peu d'abnégation ; car, outre qu'elle est pénible et longue, elle ne laisse pas la douce consolation de séduire et d'attacher le lecteur : il ne faut même pas compter sur l'intérêt du moment, car il ne pourra exister que quand les points de comparaison seront nombreux, et je compte pour cela sur mes successeurs pour lesquels du reste le travail sera, comme pour moi, facile et agréable s'ils ont le même chef de service que moi.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Injection anti-blennorrhagique.

Pr.	Bichlorure de mercure,	40 centigram.
	Chlorhydrate d'ammoniaque,	40 id.

On fait dissoudre ces deux sels (on peut, à volonté, remplacer le second par le chlorure de potassium en égale quantité), par trituration, dans un mortier de verre ou de porcelaine, avec une suffisante quantité d'alcool absolu ; puis on ajoute au soluté

Eau distillée,	500 grammes.
Laudanum de Sydenham,	15 id.

On mêle par agitation et on introduit dans une bouteille que l'on a soin d'étiqueter : *Liqueur pour injections.*

Cette préparation, dont M. le docteur F.-E. Plisson fait depuis longtemps un très fréquent usage dans sa pratique, réussit toujours bien toutes les fois qu'il n'existe pas de coarctations organiques. Elle est douée d'une activité facile à graduer, et sans aucun danger de métastase ni de rétrécissemens, danger que l'on reproche aux autres injections stimulantes ; elle a de plus l'avantage très précieux de donner lieu à moins de récidives que les autres.

M. Plisson recommande toujours de faire les premières injections en affaiblissant cette liqueur avec le double ou le triple de son poids d'eau commune ; puis il fait réduire peu à peu la quantité d'eau ajoutée, jusqu'à ce qu'on arrive à l'injecter sans mélange. En général, on reconnaît qu'elle est appropriée à l'état du malade à qui on en prescrit l'usage, lorsque, par un séjour de quelques secondes dans le canal de l'urètre, elle y détermine une légère cuisson.

(*Journ. des connais. méd. prat.*, avril 1842.)

Extraits alcooliques.

M. Girolamo Ferrari admet, d'après des expériences qui lui sont propres, que les plantes vireuses, telles que l'aconit, la ciguë, la jusquiame, le stramonium, donnent des extraits d'une énergie très supérieure aux extraits aqueux ordinaires, lorsque, dans leur préparation, on remplace l'eau par le vinaigre distillé.

M. Ferrari a obtenu des extraits plus actifs encore en traitant ces plantes avec de l'alcool à 36 degrés, auquel il avait ajouté un vingt-troisième de son poids d'acide acétique retiré du bois. Toutes ces préparations sont acides, ce qui ne peut être un inconvénient, attendu la faible dose à laquelle ces divers médicamens sont ordinairement prescrits et administrés.

M. le professeur Soubeiran se demande si cet effet serait commun à tous les extraits des plantes qui doivent leurs principales propriétés thérapeutiques à des principes alcooliques végétaux ?

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, mars 1842.)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

VINGT-UNIÈME SÉANCE. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui vendredi 6, M. Chassaignac a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. Breschet, à l'Hôtel-Dieu.

La prochaine séance aura lieu lundi prochain 9. L'examen des malades se fera à quatre heures, à l'hôpital dit de l'Ecole. A cinq heures, séance publique.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 10 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 56. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Maladie organique du cœur compliquée de pneumonie légère et d'hypertrophie du foie, développée à la suite d'une affection rhumatismale.

Au n° 6 est couché un homme âgé de quarante-huit ans, entré le 26 février, présentant les symptômes d'une affection organique du cœur. Cet homme, exerçant la profession de maréchal-ferrant, assez fortement constitué, et jouissant auparavant d'une bonne santé, fut pris, il y a cinq ans pour la première fois, de douleurs rhumatismales très intenses. Ces douleurs commencèrent par les pieds; de là elles se portèrent sur les genoux, puis aux hanches, parcourant ainsi successivement toutes les articulations des membres inférieurs. Interrogé sur les antécédens de cette affection rhumatismale :

« J'avais, dit cet homme, été jusque-là bien portant, lorsqu'il y a cinq ans environ, un de mes voisins affecté de fièvre cérébrale, s'étant jeté dans un puits dans un moment de délire, je sortis immédiatement de ma forge pour accourir à son secours; je descendis dans le puits; j'arrivai à atteindre le malheureux, mais en même temps un sceau plein d'eau remontait, et laissait tomber de l'eau sur mon corps, sur ma tête, comme si j'eusse pris une douche froide, tandis que j'avais les jambes plongées dans l'eau jusqu'au-dessus des genoux. J'étais en sueur au moment où je descendis dans le puits, et l'impression de l'eau froide me donna des frissons; pourtant, étant sorti du puits, et ayant changé d'habits, je repris mon travail ordinaire sans rien ressentir pendant un mois; ce ne fut qu'au bout de ce temps que le rhumatisme se développa avec une telle violence, qu'il m'obligea à me mettre au lit pendant six semaines. On me pratiqua, à cette époque, des saignées locales et générales, on m'appliqua des vésicatoires, et je ne pus reprendre mes travaux habituels qu'au bout de cinq mois. »

Cet homme assure, du reste, n'avoir rien souffert du côté du cœur; il n'a jamais ressenti de palpitations ni avant, ni pendant cette maladie.

Ainsi, refroidissement subit étant en sueur; continuation du bien-être habituel pendant un mois, et puis invasion subite d'un rhumatisme général; tels ont été, au rapport de cet homme, l'origine et le développement de sa maladie. Le froid humide dont ce malade a ressenti l'impression dans le puits, a-t-il été une des causes productrices de l'affection rhumatismale? M. Chomel ne le croit pas; car il lui semble par trop extraordinaire de penser qu'une cause reste un mois sans agir, surtout pour une maladie de cette nature, où l'on ne peut admettre, comme pour les maladies contagieuses, un travail d'incubation. Tommasini lui-même qui a beaucoup exalté l'influence du froid et de l'humidité sur le développement des affections rhumatismales, n'admet point que les symptômes du rhumatisme puissent se manifester au-delà de quinze jours. Il ne semble pas non plus que la maladie organique du cœur actuelle ait eu son point de départ dans l'affection rhumatismale dont cet homme a été atteint; car en multipliant les questions à ce sujet auprès du malade, on apprend de lui que ni avant, ni après le refroidissement, ni pendant le cours du mois qui précéda l'invasion du rhumatisme, ni même pendant la durée de cette longue maladie, il n'éprouva jamais aucun battement du cœur; seulement, ajoute-t-il, il a toujours eu l'haleine un peu courte, et il se rappelle que dans son enfance il se sentait facilement essoufflé lorsqu'il se livrait à la course et aux jeux de son âge.

Mais est-ce assez pour constituer une véritable affection organique du cœur. Ce serait mal interpréter les faits, et en étendre la portée au delà de ce qu'on en peut raisonnablement déduire.

Je n'ai jamais nié, dit M. Chomel, que l'affection rhumatismale pût avoir quelque influence sur les affections du cœur, et déjà depuis bien long-temps cela est admis et connu par les bons praticiens. Ainsi, Testa, en Italie, et d'autres médecins après lui, ont admis une fréquente coïncidence entre ces deux affections. Mais ce n'est pas à dire que cela doive avoir lieu aussi fréquemment et d'une manière aussi constante qu'on a voulu le soutenir dans ces derniers temps.

Cinq mois donc après le début du rhumatisme, cet homme reprit ses occupations, mais il s'apercevait qu'il travaillait avec moins d'énergie, et quinze jours après la reprise de ses travaux il commença à éprouver quelques palpitations qu'il n'avait jamais ressenties auparavant. Par conséquent il reste quinze jours, après sa maladie, sans rien ressentir au cœur, et pourtant, dit M. Chomel, si le rhumatisme avait opéré quelqu'altération dans cet organe, c'eût été justement lorsque le malade sortait de sa maladie, que tout faible encore il se livrait au travail, qu'il eût dû en ressentir les premiers effets. Du reste, ces palpitations ne le tourmentaient pas beaucoup, et ne l'empêchaient pas de vaquer à ses travaux, lorsqu'un an après leur début il reçut un coup de pied de cheval dans la région de l'hypocondre droit: cet accident exaspéra les symptômes du côté du cœur et l'obligea à suspendre le travail, qu'il reprit encore un mois après comme à l'ordinaire. Cependant les palpitations augmentant toujours il dut, il y a quatre mois, renoncer définitivement à ses occupations.

Il est bon de noter encore que cet homme a eu dans le temps quelques hémopthisies, phénomène qui n'est pas rare dans les affections du cœur; mais ce qui est bien plus rare et qui mérite particulièrement de fixer l'attention, c'est que dans les derniers quinze jours qui précédèrent l'entrée de ce malade à l'hôpital, il eut un pissement de sang qui dura deux jours; l'urine était déjà rouge quelques jours avant et continua à l'être pendant les quelques jours qui suivirent cet écoulement de sang par l'urètre. Ayant été long-temps rhumatisant, ce malade rentre un peu dans la classe des goutteux, et il ne serait pas impossible qu'il eût une affection des reins; il affirme cependant n'avoir jamais rendu de graviers et avoir toujours uriné sans obstacle, de sorte qu'il faut éloigner cette idée d'une affection calculeuse comme cause probable du pissement sanguinolent, et nous restons toujours dans la même incertitude à l'égard de ce phénomène.

L'œdème des membres inférieurs commença à se montrer, il y a quatre mois, et il s'étendit des pieds aux cuisses et envahit ensuite le ventre. Cette cavité contient sensiblement du liquide épanché, on en constate la présence par la palpation. En faisant coucher le malade sur le flanc gauche et en comprimant le paroi abdominale à droite en arrière directement sur le foie débarrassé de la couche liquide qui lui était superposée, on trouve cet organe considérablement augmenté de volume, débordant les fausses côtes et s'étendant jusqu'à la région épigastrique. C'est là une des conséquences assez communes des maladies organiques du cœur. Le malade dit bien qu'à la suite du coup de pied de cheval qu'il reçut dans le temps, le côté droit s'enfla un peu, mais il n'eut point de jaunisse ni aucun des accidens consécutifs qui puissent faire supposer alors l'existence d'une affection du foie. Les battemens du cœur et des carotides sont très-forts, sensibles même à la vue; en plaçant la main sur la région précordiale, on la sent se soulever avec force. En percutant sur cette région, on trouve une matité considérable, de 6 à 7 pouces de haut en bas, et de 4 environ transversalement. En supposant que le lobe gauche du foie hypertrophié puisse contribuer un peu à cette matité, du moins dans le sens de la longueur, il y aurait toujours une grande matité dans la direction transversale qui ne pourrait être mise sur le compte du développement du foie. Cette matité serait-elle due à un hydro-péricarde? La

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde), un fort volume in-8° (Paris, 1841; chez J.-B. Baillière); par M. C. FORGET, professeur de clinique à la Faculté de Strasbourg, etc.

Relativement à la théorie des fièvres en général et de la fièvre typhoïde en particulier, plusieurs opinions se divisent aujourd'hui le monde médical, opinions qui toutes peuvent réunir en leur faveur un faisceau de témoignages imposans et de preuves plus ou moins péremptoires. Que si quelques hommes de talent s'emparaient de chacun de ces points de vue pour l'approfondir isolément, il pourrait surgir de leurs travaux comparés un résultat favorable à l'un d'eux ou même à plusieurs d'entre eux car, en définitive, tous peuvent renfermer une part de vérité. Or, voici venir un auteur favorablement placé pour l'observation, un professeur de clinique, lequel prenant la question des fièvres dites essentielles au point de vue des lésions intestinales, prétend les réduire à l'entérite folliculeuse, comme lésion le plus souvent primitive et génératrice de l'appareil morbide général.

Dans un historique étendu, où l'on ne peut méconnaître une richesse réelle d'érudition et de fine critique, M. Forget cherche à démontrer que, dès la plus haute antiquité, les bons obervateurs ont entrevu les lésions intestinales, proclamé leur nature inflammatoire et pressenti l'identité des fièvres essentielles tant morcelées par les nosographes. On a nié la valeur de telles recherches, prétendant que les anciens, étrangers aux méthodes rigoureuses d'observation, n'ont pu transmettre que des faits incomplets, douteux, et partant sans valeur. Mais remarquons qu'il s'agit précisément ici de faits anatomiques, et disons, en passant, que la polémique actuelle a de singuliers procédés. Lorsqu'il s'agit de critiquer les œuvres modernes on en appelle aux anciens, et d'autre part, lorsqu'un auteur invoque les anciens pour appuyer quelque vue moderne, on décline la compétence de l'antiquité, faisant ainsi de l'histoire une arme à deux tranchans.

Aux articles Synonymie et Définition, l'auteur fait victorieusement ressortir les vices des mots fièvre typhoïde, comme désignant une maladie dans laquelle peuvent manquer et la fièvre et l'appareil typhoïde. Il voudrait qu'ici, comme pour les autres maladies, on déduisît la nomenclature de la lésion anatomique, et qu'on voulût bien dire entérite folliculeuse typhoïde, comme on dit pneumonie, érysipèle typhoïde, etc. Personne ne contesterait les convenances de cette réforme, si la primitivité de l'entérite folliculeuse était aussi bien démontrée que celle des autres phlegmasies; or, c'est là précisément le point en litige.

L'anatomie pathologique, exposée avec beaucoup de détails, offre un tableau complet de nos notions sur la matière. L'auteur admet sept formes de lésions folliculeuses : les formes granulée (borentérie), pointillée, réticulée, gaufrée, pustuleuse, gangréneuse et ulcéreuse. Il en détermine les phases et les évolutions avec d'autant plus de soin que, pour lui, ces lésions sont pour ainsi dire le corps de la maladie.

Les symptômes sont étudiés par ordre d'appareils, en commençant par ceux de l'appareil digestif, lesquels existent parfois seuls et précèdent souvent tous les autres. On remarque dans ce chapitre une savante dissertation sur les éruptions cutanées déjà très bien décrites par Hippocrate. En étudiant les formes et les divisions nombreuses des fièvres essentielles, l'auteur les ramène avec adresse à son entérité folliculeuse qui seule est immuable au milieu des aspects extérieurs si variés.

Nous passons sur plusieurs chapitres (Marche, Durée, Terminaison, Complications) pour appeler l'attention sur celui, très abrégé selon nous, des Rapports des lésions avec les symptômes, thèse difficile, où l'auteur paraît à la gêne, mais dont il se tire pourtant avec assez de bonheur, en puisant ses principales raisons dans l'histoire des autres maladies. Le chapitre du Diagnostic différentiel présente quelques aperçus nouveaux. Celui du Pronostic et de la Mortalité est terminé par une statistique résumée des guérisons et des morts. Enfin nous arrivons à l'Etiologie.

Dans cette partie de son travail, toutes les causes admises ou possibles sont passées en revue. Aucune n'est récusée; donc aucune ne doit être considérée comme univoque et spécifique. De là résulte, non pas la négation, mais bien la restriction de cette origine miasmatique universalisée par les modernes. Ainsi, quoi qu'on en ait dit, M. Forget ne nie pas l'entérite folliculeuse secondaire par absorption miasmatique, mais il la considère comme exceptionnelle, et alors même qu'il y a miasme absorbé, celui-ci, dit-il, ne constitue pas encore la maladie qui résulte essentiellement de la lésion de l'intestin, lésion qui entraîne la réaction et constitue tout le danger. Cette argumentation paradoxale est présentée sous des formes spécieuses et appuyées d'imposantes aurorités. (*V.* pages 452, 456, 532.) Dans un long travail historique et pratique sur le Sang, l'auteur fait voir que les altérations de ce liquide sont rarement appréciables, et qu'elles sont loin d'être démontrées en tant que lésion primitive.

M. Forget admet la transmissibilité de la maladie (contagion) dans des cas rares, il est vrai; on s'est fait une arme de cet aveu, prétendant que la contagion implique l'altération du sang; mais il a prévu l'objection, et il demande si la dysenterie, qui parfois est contagieuse, n'est pas une maladie locale. D'ailleurs, nous ignorons le mécanisme réel de la contagion, donc nous ne pouvons en faire un argument absolu. Qu'importe, si la primitivité de l'entérite était démontrée? Un fait n'en exclut pas un autre. Mais c'est là la question.

Dans un chapitre à part, l'auteur se résume et cherche à démontrer que la lésion intestinale est fondamentale, qu'elle est de nature inflammatoire, qu'elle est très vraisemblablement primitive, qu'elle ne peut être assimilée à la variole, ce qu'il prouve dans un piquant parallèle en 24 paragraphes; qu'enfin, primitive ou non, cette lésion réclame toute l'attention du praticien qui ne peut rien apercevoir et rien combattre au-delà de cet élément palpable. On voit donc que l'auteur ne présente son opinion que comme très probable, et qu'en définitive s'il s'en fait le défenseur, c'est peut-être encore moins par conviction que pour ramener les praticiens au positif; qu'en un mot c'est le résultat pratique qu'il veut obtenir, comme il l'exprime clairement (p. 547.)

La constance de la lésion paraît un argument capital en faveur de son essentialité, et pourtant on l'a trouvé faible. Cependant c'est l'argument des physiciens qui érigent en loi tout phénomène constant. On a objecté la constance de la lésion de la rate dans la fièvre intermittente et de la peau dans la variole : quant à la rate, il y a quelque chose de plus constant que son hypertrophie, c'est la fièvre qui la produit; quant à la variole, que ferez-vous des *variolæ sine variolis?* Des auteurs d'un certain mérite ont d'ailleurs soutenu la primitivité de ces lésions, et en définitive une maladie n'en est pas une autre : *Omnis claudicat comparatio.* La constance n'est pas le seul argument de l'auteur, qui en trouve de non moins puissans dans l'histoire, dans les lésions anatomiques qui apparaissent dès les quatrième et cinquième jours, dans les symptômes abdominaux qui parfois existent seuls, dans les causes souvent directes, etc., etc.

On a nié le caractère inflammatoire des lésions intestinales : mais alors que signifient la rougeur, la tumeur, l'ulcération, et pendant la vie la douleur, la fièvre, etc.? Que signifient les déclarations explicites de tous les auteurs de quelque poids? Au demeurant, on devine que nous raisonnons dans le sens de notre auteur sans nous faire le défenseur de ses opinions, qu'il défend fort bien lui-même. Mais il est temps d'arriver au traitement.

Trois cents pages du volume sont consacrées à la thérapeutique, qui occupe généralement bien moins de place dans nos livres modernes. Il semblerait que les idées de l'auteur une fois établies, le traitement dût couler de source et se résumer en quelques mots. Il n'en est pas ainsi, car une même maladie peut comporter des indications multiples. M. Forget étudie en six chapitres, dont plusieurs sont de vraies monographies, les médications par les stimulans, les évacuans intestinaux, les spécifiques, les antiphlogistiques, l'expectation et l'éclectisme. On a dit qu'il ne parlait des trois premières que pour les blâmer : il y a là erreur ou mauvaise intention, car il traite au contraire avec beaucoup de soin des indications qui peuvent réclamer ces diverses médications, qu'il considère en effet comme d'application rare, souvent dangereuse;

présence de l'ascite portait à le penser ; mais ordinairement l'épanchement du péricarde est accompagné d'un épanchement pleurétique, il n'existe rien dans la plèvre ; d'ailleurs l'impulsion du cœur est très-forte, ses battemens sont très-vifs, ce qui n'aurait pas lieu si une certaine quantité de sérosité entourait l'organe central de la circulation. Donc, tout en admettant qu'il peut y avoir une petite quantité de sérosité dans le sac péricardiaque, il faut croire que l'affection principale siége dans le cœur lui-même. Cet organe est considérablement augmenté de volume. Est-ce une simple hypertrophie ? Le pouls est irrégulier et inégal, les battemens du cœur présentent aussi les mêmes caractères. Cette inégalité et cette irrégularité dans les pulsations artérielles ne peuvent être que le résultat d'une altération dans les valvules. Quelle est donc cette altération ? Y a-t-il simplement insuffisance ou des indurations ? On peut admettre l'existence simultanée de ces deux lésions. On a prescrit la veille à ce malade l'usage d'une macération de feuilles de digitale, à la dose de 8 grains à prendre en plusieurs fois. Les pulsations des carotides qui étaient à 106 sont tombées aujourd'hui à 60. Quelle est la cause d'un changement aussi rapide et aussi considérable ? Il est bon de noter que les 8 grains de feuilles de digitale qui devaient être administrés en plusieurs doses, ou est pris par inadvertance en une seule fois. Est-ce la digitale qui aurait produit cette diminution si remarquable des pulsations ? On a de la peine à attribuer cela uniquement à l'action du médicament sédatif, car ordinairement les changemens qu'il produit dans le pouls ne dépassent jamais le nombre de 10 pulsations à la fois. Le malade a eu aussi hier quelques crachats rosés, ce qui nous faisait craindre le développement d'une phlegmasie pulmonaire, mais aujourd'hui, il n'y a qu'un peu de craquement fin sous l'épaule gauche. La respiration est bonne dans le reste de la poitrine ; les crachats ont perdu la couleur rouge jaune et sont devenus grisâtres ; il y a lieu par conséquence de croire que l'affection pulmonaire est légère et qu'elle est en voie de résolution. Aujourd'hui le malade éprouve un soulagement notable. Quelle sera la terminaison de cette affection ? Le pronostic malheureusement ne peut être que grave. Par les moyens indiqués dans les circonstances semblables on pourra soulager le malade, relever un peu ses forces et prolonger son existence encore quelque temps ; mais il finira par succomber aux progrès toujours croissans de l'affection du cœur. Ces affections, chez la classe ouvrière surtout, s'amendent souvent pour se reproduire après. On voit fréquemment des individus de cette classe se présenter avec tous les symptômes d'une affection organique du cœur accompagnée de signes d'une altération générale, sortir soulagés au bout de quelques semaines d'un traitement convenable, pour retomber bientôt dans le même état à la suite d'un écart de régime ou de toute autre cause. Mais lorsque l'infiltration se présente chez un individu de la classe aisée, affecté de la même maladie, c'est ordinairement un symptôme fâcheux qui ne se dissipe pas quoi qu'on fasse, et qui indique un danger prochain. Cette différence s'explique par la circonstance suivante : les affections du cœur chez les ouvriers qui n'ont pas le temps de se soigner produisent facilement le phénomène de l'infiltration, sans pour cela que l'infection du cœur ait acquis un haut degré d'intensité. Ce n'est ordinairement que l'infiltration qui les oblige à interrompre leurs travaux et à réclamer des soins. Ces soins font disparaître les symptômes consécutifs de la maladie, et l'ouvrier reprend son travail sauf à tomber sous peu dans le même état. L'homme aisé, au contraire, qui peut se soigner continuellement, qui n'est pas obligé de travailler, reste à l'abri des phénomènes consécutifs et de l'infiltration jusqu'à ce que la maladie ait fait des progrès tels qu'elle n'admet plus de remède et menace de près la vie du malade. Aussi lorsque ce phénomène se présente chez les personnes de cette classe, il est ordinairement d'un fâcheux augure et ne se dissipe que très rarement.

Notre malade n'est infiltré que depuis quinze jours ; il est de la classe ouvrière, pourra-t-il se rétablir ? C'est possible, quoique sa maladie ait déjà dû faire des ravages considérables, à en juger par son ancienneté. Pourtant cette diminution du pouls serait d'un bon augure si elle se soutenait. On ne peut donc se prononcer encore avec certitude sur la durée possible de cette affection dont l'issue, suivant toute apparence, devra être funeste.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Luxation complète du genou, consécutive à une altération chronique de l'articulation. — Ponction de la synoviale ; section du tendon du muscle biceps. Insuccès. — Amputation de la cuisse. Mort.

Le 18 janvier 1842, est entré dans le service de M. Aug. Bérard, une femme âgée de cinquante-un ans, portant une lésion grave de l'articulation fémoro-tibiale droite. Cette femme, grande, forte, d'une bonne constitution, a fait, il y a dix-huit mois, une chute dans un escalier. Cette chute a spécialement porté sur le genou droit. A la suite de cet accident, elle fut prise de douleurs vives dans l'articulation indiquée, avec gonflement considérable et impossibilité de marcher. Elle fut d'abord traitée par les émissions sanguines générales et locales ; 50 ventouses scarifiées furent appliquées sur la peau à différentes reprises. Aux ventouses, on fit succéder les vésicatoires, et on en mit successivement jusqu'à 27. Néanmoins, la maladie continua à faire des progrès ; l'épanchement articulaire devint de plus en plus considérable. Cinq mois après, les surfaces articulaires commencèrent à l'abandonner. La jambe fut entraînée peu à peu en dehors, et la luxation s'opéra sans violence et sans avoir été précédée d'autres désordres que ceux que nous venons de mentionner. Pour rendre au membre la solidité qu'il avait perdue, la malade essaya de faire usage d'une mécanique grossière composée de deux tiges de fer réunies en charnière au niveau du genou ; mais, malgré ce moyen prothétique, la marche devint tout à fait impossible. Plusieurs chirurgiens furent consultés ; tous reconnurent la nécessité de l'amputation ; et c'est avec la résolution bien prononcée d'être opérée, que cette femme vint se confier aux soins de M. Bérard.

Avant de céder au désir de la malade et deprendre le parti extrême, M. Bérard crut devoir faire quelques tentatives pour conserver le membre et lui rendre une bonne conformation. Voici dans quel état se trouvait ce membre :

Le genou est le siége d'une difformité très prononcée. Il offre un volume considérable dû en partie à la présence d'une grande quantité de liquide renfermé dans la capsule synoviale. Les surfaces articulaires ont perdu leurs rapports réguliers ; la jambe est entraînée en dehors, de telle sorte que l'extrémité supérieure du tibia ne répond plus qu'à une petite portion de l'extrémité inférieure du fémur. On sent au côté interne du genou audessous des tégumens le condyle interne du fémur qui forme une saillie au dessus de la jambe. A la partie externe du genou, la tubérosité externe du tibia fait également relief sous les tégumens à la partie inférieure de la cuisse. Les os de la jambe chevauchent sur le fémur, et le membre présente un raccourcissement de 3 à 4 centimètres.

La mobilité de l'articulation est telle que l'on peut sans difficulté imprimer à la jambe des mouvemens fort étendus dans tous les sens ; elle n'offre du reste aucune solidité, et la malade est dans l'impossibilité la plus complète de prendre un appui sur elle soit pour marcher, soit même pour se tenir debout.

En exerçant des tractions sur le pied et en repoussant en sens inverse la jambe et la cuisse, il n'est pas très difficile de rétablir les rapports normaux entre les surfaces articulaires. On sent alors des frottemens âpres et rugueux, exempts de douleurs qui résultent du glissement de ces surfaces les unes sur les autres. Mais à peine cesse-t-on de comprimer que l'on voit la luxation se reproduire immédiatement.

Les détails qui précèdent seront sans doute suffisans pour faire comprendre que la jambe de cette malade était devenue non seulement inutile, mais encore très incommode. On avait en outre à craindre que des désordres plus graves ne vinssent à se manifester. L'amputation pouvait donc rationnellement être prise en considération. Cependant la prudence exigeait qu'on ne prît ce parti qu'à la dernière extrémité. C'est ce que fit M. Bérard, malgré le désir que témoignait la malade qu'on la délivrât de sa jambe le plus promptement possible.

Tout ce qu'on pouvait espérer de plus heureux dans une circonstance semblable, était l'ankylose de l'articulation. Il est évident qu'il n'y avait pas à compter sur un retour des fonctions du genou.

M. Bérard pensa qu'en évacuant la synovie qui distendait l'articulation et en coupant le tendon du muscle biceps, qui était l'agent principal du déplacement de la jambe, il pourrait obtenir une réduction facile de la luxation et une coaptation assez prolongée des surfaces pour en déterminer l'ankylose en ligne droite.

La ponction de l'articulation fut faite d'après les principes de la méthode sous-cutanée. Cette ponction donna issue à environ deux cents grammes de sérosité. Immédiatement après la section du muscle biceps fut pratiquée un peu au-dessus de l'articulation. M. Bérard suivit pour cette section les règles qu'il a tracées dans une des leçons précédentes que nous avons publiées dans ce journal. (*Voir* les numéros du 26 février et du 5 mars).

Après ces deux opérations, la réduction fut faite avec la plus grande facilité, et le membre fut placé dans un appareil. Il ne survint aucune douleur, aucune réaction inflammatoire, preuve nouvelle à ajouter d'ailleurs à beaucoup d'autres, de l'innocuité des opérations pratiquées par la méthode sous-cutanée. Cependant, quoique complètement innocentes, ces opérations ne procurent aucun résultat avantageux. Malgré l'usage varié des moyens contentifs les plus puissans, tels que la machine à extension permanente, le bandage pour les fractures de cuisse, l'application successive de plusieurs appareils inamovibles, la difformité s'est constamment reproduite, et il est devenu évident qu'il n'y avait plus à compter sur de pareils moyens. Abandonner la malade à elle-même, ou la débarrasser de son membre par l'amputation de la cuisse, telle était l'alternative dans laquelle était placé le chirurgien.

La lésion n'étant pas absolument de nature à compromettre la vie de la malade, M. Bérard était bien résolu de faire décider cette femme à renoncer à l'amputation ; mais tout fut inutile ; elle disait ne vouloir plus vivre ainsi ; elle préférait courir les plus grands dangers, ajoutant que si l'on n'accédait pas à son désir, elle trouverait facilement un chirurgien plus complaisant. Il faut le dire, ce sont là des circonstances pénibles ; M. Bérard le comprit ; aussi ce ne fut qu'à son corps défendant, comme il le dit à ses élèves, qu'il se décida à pratiquer l'amputation.

Voici, du reste, comment ce chirurgien se rendit compte

---

mais il produit ses preuves et fonde les préceptes sur des faits, dont il est permis, il est vrai, de contester la valeur. Les antiphlogistiques n'impliquent pas toujours la saignée à l'égard de laquelle l'auteur est assez réservé, car sa moyenne ne va pas au nombre deux : il l'applique en général au premier septenaire, alors que l'ulcération n'est pas encore effectuée. Passé ce temps, c'est l'expectation ou les antiphlogistiques, moins la saignée, qu'il met en usage, « car, dit-il, on ne jugule pas une ulcération. » Néanmoins, c'est l'éclectisme qui lui paraît devoir être la véritable expression finale du traitement, puisqu'aucune médication ne doit être exclue et que toutes peuvent trouver des applications rationnelles, au moins accidentelles et accessoires. Voilà ce que les critiques ont affecté de passer sous silence. Eh bien ! qu'on nous dise à présent en quoi d'essentiel diffère ce traitement de celui formulé par M. Chomel, par exemple, si ce n'est qu'il est plus positif, plus rationnel, basé qu'il est sur les phases de la lésion présumée fondamentale, celle de l'intestin.

On voit donc que le professeur de Strasbourg est moins exclusif qu'on ne s'est efforcé de le faire paraître, et si l'on veut même faire abstraction de l'idée fondamentale, ce long travail est encore plein d'enseignemens utiles. On a eu le courage d'insinuer qu'il se vantait de n'avoir perdu qu'un malade par sa méthode ; procédé perfide qui rendrait suspect de charlatanisme un auteur dont pourtant on proclame la rare franchise. Or, à l'article Mortalité, M. Forget déclare perdre par sa méthode un malade sur sept, et sur un total de 183 malades, il accuse une mortalité brute de 43. Est-ce là de la forfanterie ? C'est qu'il n'est pas sans inconvéniens de faire apprécier un auteur par des spécialités, c'est-à-dire par des rivaux.

En somme, on peut différer d'opinion avec le professeur Forget sur l'essence de la maladie, on peut ne pas approuver entièrement ses procédés thérapeutiques ; mais quelles que soient les idées qu'on professe, on est forcé de convenir que peu d'opinions scientifiques ont été plus heureusement défendues. On trouve en effet, dans son livre, érudition abondante et de bon aloi ; logique serrée, parfois aventureuse, mais toujours séduisante ; esprit d'observation, prévenu peut-être, mais attentif et pénétrant ; enfin style attachant, souvent chaleureux et brillant. On a dit que l'auteur traitait parfois ses adversaires d'une manière peu digne d'un ouvrage scientifique ; sa critique est quelquefois mordante, il est vrai, mais nulle part nous n'avons vu qu'il cherchât un aliment ailleurs que dans la science même.

Finalement, le *Traité de l'entérite folliculeuse*, s'il ne fait pas révolution dans la science, fera du moins sensation chez les hommes impartiaux et réfléchis qui prendront la peine de le lire.

Cours complet de pharmacie; par M. Lecanu, professeur à l'Ecole de Pharmacie. — 1842. — 2 vol. in-8°. J.-B. Baillière.

Tous les jours les sciences médicales s'enrichissent de nouveaux matériaux ; tous les jours aussi, de nouvelles publications viennent réveiller l'attention des praticiens et former l'esprit des élèves. La pharmacologie, trop négligée jusqu'alors, manquait d'un livre *dogmatique*; M. Lecanu vient de le publier, sous le modeste titre de *Cours complet de pharmacie*. Nous recommandons cet ouvrage avec d'autant plus de confiance que l'auteur remplit toutes les exigences de l'enseignement public, qu'il est *issu* d'une bonne école scientifique, et qu'il est doué d'un esprit droit et méthodique, et du désir sincère d'être utile.

Ce Traité de pharmacie, destiné aux médecins et aux pharmaciens, est remarquable par la méthode qui a présidé à sa disposition. L'auteur entre d'abord en matière par quelques considérations préliminaires. Puis après avoir défini la pharmacie, il indique d'une manière sommaire les matières premières qu'elle emploie, les corps simples ou élémentaires, tels que le soufre, le phosphore, le chlore, etc. ; puis les combinaisons inorganiques de ces mêmes corps simples, et enfin les acides, les oxydes, les sulfures, les chlorures, etc. Il aborde l'histoire des substances organiques qui préexistent au sein des végétaux et des animaux, sous le nom de principes immédiats ; le sucre, l'acide tartrique, la quinine pour les végétaux ; la cantharidine, l'urée, le caséum pour les animaux ; les combinaisons définies de ces mêmes principes immédiats, soit entre eux, soit avec des composés minéraux ; acétate de quinine, de morphine ; le tartrate de potasse, les tartrates doubles de potasse et d'antimoine. Les matières auxquelles on a donné le nom de produits immédiats organiques, par comparaison avec les principes immédiats, et qui sont toutes formées dans les êtres organisés, les baumes, les résines, les gommes résines, les huiles fines, l'axonge, la bile, le lait, etc., font partie de ce groupe, ainsi que les matières qui éprouvent des modifications profondes sous l'influence particulière de certaines substances organiques, et qu'on ne peut assimiler ni aux principes, ni aux produits immédiats ; tels sont l'alcool qui tire son origine du sucre, ou l'éther sulfurique qui provient de l'alcool. L'auteur termine par l'étude des végétaux indigènes et exotiques, des animaux entiers, ou de celles de leurs parties qui sont employées dans la thérapeutique. — Telles sont les substances que le pharmacien se procure par la voie du commerce, qu'il récolte, prépare, extrait de leurs combinaisons, de leurs mélanges, ou qu'il produit de toutes pièces.

L'exposé de ces considérations préliminaires devait conduire M. Lecanu à traiter de la récolte des matières minérales, végétales et animales. Le cadre de cette leçon est vaste, et ne ressemble en rien aux articles Récolte que l'on trouve dans les pharmacopées qui l'ont devancée. En effet, l'auteur poursuit les matières minérales jusque dans les terrains qui forment la croûte de notre globe ; et là, soit que les matières de trouvent à l'état natif, à l'état de combinaisons simples ou multiples, à l'état de mélange, toujours est-il qu'elles habitent d'une manière immuable tel terrain de préférence à tel autre, selon les lois naturelles qui leur sont dévolues. L'auteur ne s'est pas borné à les y indiquer ; mais de plus, à l'aide de la carte géognostique de la France, il a circonscrit et mis sous les yeux du lecteur la division des divers terrains qui forment notre sol, et partant les substances minérales qui s'y trouvent renfermées.

La récolte des matières végétales et animales n'y est pas moins bien traitée ; des considérations qui seront d'une grande importance pour le médecin y sont développées avec détails. L'auteur passe successivement en revue toutes les influences qui peuvent modifier les produits, de telle sorte qu'un végétal, selon qu'il a subi l'influence de la culture, du climat, du terrain, de l'âge, de la santé, de la saison, devra éprouver des modifications dans sa constitution, dans sa composition chimique ; et dès-lors le praticien ne pourra les oublier sans s'exposer à tomber dans l'incertitude, si même il n'éprouve de fâcheux accidens. Ne voyons-nous pas tous les jours les insuccès thérapeutiques de certains médicamens signalés par de bons expérimentateurs, tandis que des expérimentateurs non moins recommandables viennent nous en assurer les effets salutaires ? Ne voyons-nous pas l'embarras qu'éprouve le médecin dans les débuts de sa pratique, tremblant de crainte, et confondant fort souvent les mille formules recueillies dans les manuels, les formulaires, les pharmacopées, rédigées presque toutes sans principes, sans ordre et sans méthode.

C'est à ces graves inconvéniens que M. Lecanu a voulu porter remèdes en se pénétrant bien des données qui font la base du travail que nous analysons, le médecin trouvera plus vite le souvenir des substances qu'il doit employer, celui de leur origine, des modifications qu'elles éprouvent, des affinités et des réactions qu'elles peuvent subir sous les formes diverses qu'on leur fait revêtir. Ces particularités premières une fois bien connues, l'action thérapeutique de ces substances sera mieux appréciée, plus certaine ; et c'est ainsi que le praticien pourra marcher avec hardiesse, choisir sans craindre, et substituer au besoin parmi les nombreux médicamens qui s'offraient d'abord à son choix sans règle déterminée. Cette manière d'entendre l'exposition de la science pharmacologique est un véritable progrès, dont nous félicitons sincèrement l'auteur qui ouvre ainsi une ère nouvelle à la thérapeutique médicale, aussi pensons-nous pouvoir prédire au livre de M. Lecanu un succès bien mérité.

B. B.

de cette maladie et des lésions de l'articulation qui ont entraîné la luxation du genou. Par suite de l'irritation dont la capsule synoviale a été le siége, dit-il, il s'est produit un épanchement considérable de synovie qui a eu pour résultat la distension mécanique des parties ligamenteuses qui entourent l'articulation. Probablement par suite de la même irritation les cartilages articulaires ont subi ce genre d'altération qui a été si bien décrit par M. Cruveilhier et qui consiste dans leur usure et leur destruction complète sans que les surfaces qu'ils recouvrent aient été préalablement le siége d'aucun travail pathologique.

Une fois les cartilages détruits, les extrémités articulaires n'étant plus protégées contre le résultat des frottemens, ont été peu à peu usées à leur tour, plus ou moins déformées, tout en restant exemptes de suppuration et de carie. L'observation a même démontré que ces extrémités se recouvraient de lames de tissu osseux beaucoup plus dur que la substance compacte, d'une sorte d'ivoire qui paraît suppléer aux cartilages et prévenir les effets des frottemens. L'examen du genou fait encore reconnaître une autre altération qui se joint aux précédentes et en est la conséquence à peu près constante, je veux parler des modifications accidentelles qui se forment au voisinage des articulations privées de leur cartilage. La rotule offre des dimensions, en largeur, qui sont presque le double de celles d'une rotule saine. Maintenant, que sont devenus les ligamens croisés, les ligamens latéraux, ainsi que les cartilages semi-lunaires? l'étendue du déplacement et l'âpreté des frottemens me portent à supposer qu'ils ont été détruits.

Opération. — Une fois l'opération décidée, restait à savoir si l'on aurait recours à la résection ou à l'amputation. Nous n'hésitons point, dit M. Bérard, à donner la préférence à cette dernière, car la résection du genou est non-seulement environnée de plus de dangers que l'amputation de la cuisse, mais encore elle peut n'être pas suivie de la consolidation des extrémités des os, de telle sorte que, en supposant qu'on fût parvenu à conjurer les dangers, on s'exposerait à voir la malade aussi peu en état de se servir de sa jambe qu'avant l'opération. Nous n'exposerons pas, du reste, ici les détails dans lesquels est entré M. Bérard pour justifier le parti qu'il prit d'amputer.

La cuisse fut amputée par la méthode circulaire. Une quinzaine de jours après l'opération la malade succomba.

Le genou, examiné avec soin, a présenté les lésions suivantes ; elles confirment, comme on va le voir, l'exactitude du diagnostic porté par M. Bérard sur la nature de la maladie.

La capsule synoviale offre des traces non douteuses d'une inflammation chronique ; son tissu est injecté, et plusieurs de ses franges sont hypertrophiées. Il existe une destruction d'une partie du condyle externe du fémur et de la tubérosité interne du tibia. On voit sur le point où les os sont demeurés en contact, une production de substance éburnée.

Les ligamens croisés ont disparu, ainsi que les cartilages semi-lunaires. Outre ces lésions, qui toutes avaient été annoncées pendant la vie, on trouve dans le tendon du muscle droit interne de la cuisse, une sorte d'apophyse longue et grêle qui remplace le tissu tendineux et se prolonge, vers la cuisse, jusqu'au point où le muscle a été divisé par l'instrument tranchant. Mais ce qui offre le plus d'intérêt à examiner sous le rapport de l'anatomie pathologique, est le tendon du biceps, là où la ténotomie avait été pratiquée quelques semaines auparavant. Or, on trouve sur ce point un écartement d'environ trois centimètres entre les deux bouts du tendon divisé. Cet intervalle est rempli par un tissu de nouvelle formation, parfaitement soudé à ses extrémités avec la surface de la coupe du tendon des biceps, de consistance fibreuse, ayant en partie l'aspect d'un tendon, puisqu'il en diffère par une épaisseur moindre, une couleur moins nacrée, moins blanche, et que l'on n'y retrouve pas la disposition fibrillaire qui appartient aux tendons proprement dits. Quoi qu'il en soit, ce tissu avait déjà acquis une résistance extrême et suffisante pour rétablir l'action du muscle biceps, dont la longueur se trouvait accrue de toute celle de la substance nouvelle dont nous venons de parler.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Conférences cliniques.

Cas remarquable d'hémito-pneumonite (pneumonie et sang couenneux) *latente pour les anciens. Diagnostic positif. Guérison.*

Le 6 avril 1842 a été couché, salle Saint-Raphaël, n° 2, un homme âgé de cinquante ans, maçon, robuste, bien constitué, d'une santé ordinairement excellente ; il a contracté il y a quatre mois une ophthalmie blépharite, et cela en travaillant pendant près d'un mois dans une fosse d'aisance ; depuis, le mal d'yeux, pour lequel cet homme est entré dans divers hôpitaux, a constamment persisté.

Il y a cinq jours, sans cause connue, il fut pris le matin, de frisson, puis de chaleur ; en même temps, il eut un point de côté à droite, vers la huitième ou neuvième côte. Ce mal a augmenté jusqu'à hier, et aujourd'hui il est moins fort : il n'y a pas eu de crachats sanglans ni rouillés ; la toux était légère et arrêtée par la douleur. La palpation du côté droit n'apprend rien, il n'est pas douloureux ; l'état fébrile est presque nul, le pouls est à 85 à peu près, il y a peu de chaleur.

Or, dit M. Piorry, qu'auraient pensé les anciens dans une semblable maladie, et que penseraient encore ceux qui n'emploieraient pas les moyens de diagnostic des modernes ? Ils diraient que c'est une pleurodynie, un point de côté, et leur thérapeutique serait nulle ! Voyons ce que vont nous apprendre et la plessimétrie et la stéthoscopie.

La percussion en avant fait trouver moins de son à droite qu'à gauche. Cette différence est encore plus marquée en arrière qu'en avant ; c'est vers l'angle inférieur de l'omoplate qu'elle est surtout marquée. Il n'y a pas d'hydropleurite, car on trouve en bas une sonoréité nomale ; il y a donc au moins pneumohémie, car ce ne sont pas des tubercules, puisque la maladie date seulement de cinq jours. Il n'y a pas de crachats, il est vrai, mais combien de fois des signes physiques ne révèlent-ils pas une pneumonite, alors que le malade ne rend pas les mucosités bronchiques ou pulmonaires ! L'auscultation vient encore à l'appui de l'existence d'une pneumonite, car on trouve une faiblesse plus marquée de la respiration à droite et en arrière ; une respiration bronchique vers l'angle inférieur du scapulum, et un ronchus excessivement fin et assez sec sur ce dernier point.

Les anciens se seraient donc trompés, leur thérapeutique eût été irrationnelle ; ils n'auraient rien fait, peut-être le malade eût-il guéri ; mais aussi peut-être que des lésions organiques eussent été les conséquences de leur mauvais traitement. On ne peut faire de thérapeutique qu'en se fondant sur le diagnostic, et toute médication qui ne repose pas sur ce diagnostic n'est point digne de la science, et ne peut en rien être calculée.

Considérant l'état de panhypérémie (pléthore sanguine) du malade, considérant la pneumonite existante et devenue évidente par les signes physiques, on aura recours à une saignée générale et l'on trouvera probablement le sang couenneux (hémite) ; on la réitérera au besoin. Quatre pots de tisane seront donnés. La plessimétrie faisant trouver en abondance des matières dans l'intestin, on aura recours à un lavement avec les follicules de séné et le sirop de nerprun. La diète absolue pour aujourd'hui. La pleurite, qui a dû exister (puisqu'il y a un point de côté assez violent), paraît actuellement en voie de guérison, car il n'y a pas d'hydropleurite. On s'abstiendra donc pour le moment d'un vésicatoire.

Le 8 avril, la saignée a été pratiquée et réitérée : le sang est très couenneux, il n'y a pas de granulations dans la couenne, qui a deux lignes d'épaisseur et présente une teinte jaunâtre ; le caillot est peu consistant et noirâtre. Hier il y a eu des crachats semblables à ceux d'aujourd'hui, qui sont muqueux, filans, un peu adhérens, et parmi lesquels il y en a un de rouillé et un autre qui contient une strie de sang. Une seconde saignée a été faite. Une bouteille d'eau de Sedlitz a été donnée, parce qu'il y avait encore beaucoup de matières dans l'intestin, il y a eu trois selles abondantes et assez liquides.

Le malade se trouve parfaitement bien, les forces sont revenues, le poumon est beaucoup plus sonore en avant, et la respiration n'y est pas bronchique. En arrière à droite la respiration est plus pure, quoiqu'un peu bronchique ; en haut existe le ronchus crépitant de retour, partout quelques ronchus sonores et éloignés. Le poumon en arrière est aussi beaucoup moins mât et plus élastique. Les gros intestins contiennent encore beaucoup de matières, comme le prouve la plessimétrie.

La pneumonite étant en voie de résolution, continuation seulement des tisanes et du loock. Le gros intestin contient des matières : un lavement purgatif. Le malade a faim. Une portion.

Le 11 avril, tous les accidens sont dissipés ; le malade dit être aussi bien que si jamais il n'avait été malade. Il a eu deux portions le 10 ; hier, trois ; aujourd'hui on lui en donne quatre, et il sortira demain.

Réflexions. — Dans ce fait, le diagnostic anatomique, privé d'abord de l'appareil des symptômes fonctionnels, a seul conduit à la thérapeutique, et cette thérapeutique a été heureuse.

Hémato-pneumonite ; affection aiguë du foie. Appréciation de l'état de celui-ci par la plessimétrie. Guérison.

Le 5 avril 1842, a été couchée, salle Sainte-Geneviève, n° 3, une femme âgée de quarante-quatre ans, d'une faible constitution, qui était au neuvième jour d'une pleuro-pneumonite existant à droite. Depuis hier, le ronchus crépitant de retour a reparu, et la respiration bronchique a diminué. La matité est moins marquée que les jours précédens. C'est en arrière, dans toute l'étendue du poumon, que le mal a son siége, et il est encore porté à un très haut degré dans le lobe supérieur et le lobe moyen. Le sang que l'on a recueilli était recouvert d'une couenne épaisse qui avait une teinte très jaune. On a donné depuis hier, du tartre stibié à la dose de 25 centigrammes. Mais dès la veille il y avait de l'amélioration ; aujourd'hui elle continue, et ce qu'il y a de remarquable chez cette femme, c'est la teinte jaune qu'elle présente, et qui existait dès les premiers jours du mal.

Le foie présente près de huit pouces au moins du mamelon, et un pouce de plus au niveau de l'aisselle ; il s'étend peu à gauche de l'épigastre. La portion de poumon qui est au-devant de la face convexe du foie est saine, comme l'auscultation et la percussion le démontrent. Du reste, tous les points qui correspondent au lieu où la plessimétrie permet de dessiner le foie, sont très douloureux. La vésicule du fiel n'est pas distendue.

Réflexions. — Voilà un cas de pneumonite bilieuse des auteurs ; évidemment il n'est autre qu'une complication d'hépatite, d'obstacle au cours de la bile dans le foie, et de pleuro-pneumonite. C'est presque toujours à droite qu'existent ces prétendues pneumonites bilieuses. Evidemment ce n'est pas la bile qui cause ici l'inflammation des poumons, c'est une coïncidence de deux états organo pathologiques. Il est bien vrai que le tartrite antimonié réussit dans de tels cas ; mais il est non moins avantageux dans des pneumonites non compliquées de cholémie, et on en continuera l'emploi sur cette femme, soit pour remédier à l'état du poumon, soit pour s'opposer à celui du foie.

— Aujourd'hui 7 avril, la respiration a pris un caractère moins bronchique que les jours précédens ; on entend un ronchus muqueux un peu plus large que le râle crépitant de retour ; la sonoréité est en grande partie revenue. Le foie est notablement diminué de volume ; la teinte jaune est moins prononcée. On a continué l'emploi du tartrite antimonié de potasse. Les évacuations ont été bilieuses et très abondantes. L'état de cette malade est excellent. Une portion. On suspend l'emploi du tartre stibié.

Le 9, bien qu'on ait suspendu l'emploi du tartre stibié, il y a eu des selles extrêmement nombreuses (huit à dix par jour), quelques vomissemens, et depuis ce matin il n'y a plus d'évacuations, le pouls est assez faible. Il y a encore de la matité dans l'abdomen, mais seulement au niveau de l'S iliaque et un peu dans l'intestin grêle. L'état du poumon est singulièrement amélioré, beaucoup de son est revenu ; c'est sur un espace très circonscrit que se trouve encore de la matité. La respiration est en très grande partie vésiculaire, on entend un ronchus crépitant de retour très faible. Le teint de la malade n'est plus jaune ; son état est excellent.

Reflexions. — Voici un de ces nombreux cas qui prouve que le tartrite antimonié de potasse n'agit pas dans l'hémo-pneumonite par une action spéciale, mais bien par les nombreuses pertes de liquide qu'il fait éprouver. Certes, il n'y a pas eu ici de tolérance, et cependant il est rare que l'on obtienne des effets aussi prompts et aussi tranchés ; en revanche, il y a eu de nombreuses évacuations, et il faut même maintenant chercher à les arrêter.

Décoction blanche de Sydenham avec addition de 30 grammes, pour un litre de sirop diacode ; lavemens avec l'eau de graines de lin. Deux potages.

11 avril. Depuis avant-hier il n'y a eu qu'une selle. Les potages que la malade a pris n'ont causé aucun accident. La sonoréité du poumon revient en grande partie ; la respiration est vésiculaire. La malade est bien sous tous les rapports. Deux portions.

Le 14, l'amélioration est complète. Trois portions.

Le 16, la malade est tout à fait bien.

Réflexions. — Ce remarquable cas prouve, d'une part, la très grande utilité, comme thérapeutique, de tenir compte de l'état du foie dans la pneumonite, et combien il est utile d'avoir recours dans des cas pareils à l'examen plessimétrique de cet organe.

Point de côté fort obscur quant à son caractère. Névralgie intercostale. Névro-splénalgie. Fièvre d'accès. Guérison.

7 avril 1842. Salle Sainte-Geneviève, n° 6. Céleste, âgée de vingt-trois ans, d'une assez bonne constitution, réglée à treize ans, a commencé à souffrir de fièvre et de point de côté, tantôt à droite, tantôt à gauche, vers la hauteur des hypochondres. Ces douleurs, qui durent parfois quinze jours de suite, sont portées au point d'empêcher la malade de dormir ; ce sont des élancemens qu'elle éprouve, et, lorsqu'ils ont lieu, l'appétit se perd. Ces douleurs sont continuelles, mais sont plus fortes la nuit. Il y a de temps en temps quelques accès de fièvre, dont le retour n'a rien de régulier. Malgré ce rapport de la malade, l'interne, M. Veyne, a observé qu'à l'époque de l'entrée, il y a huit jours, la douleur existait à gauche, surtout dans la peau, et se manifestait par la percussion de la rate qui était hypertrophiée. Alors existaient des accès revenant tous les jours avec des frissons, mais d'une manière irrégulière. On donna du sulfate de quinine à la dose d'un gramme pendant trois jours ; la rate diminua, la fièvre disparut, et il ne resta plus que la douleur cutanée, qui fut traitée par un vésicatoire qui est encore appliqué.

Depuis, il n'y a d'autre douleur que celle qui est produite par le vésicatoire ; il n'y a pas non plus de symptômes fébriles. Les règles coulent depuis trois jours ; l'amélioration de la maladie est antérieure à l'apparition des règles, et on ne trouve vers l'utérus aucun symptôme de malaeie. Plus tard, on fera l'examen de cet organe.

Réflexions. — Voici un cas des plus remarquables de névralgie intercostale (car le mal existait sur le trajet des nerfs intercostaux et augmentait par la pression de ces nerfs) et de névro-splénalgie. Il est maintenant prouvé par de très nombreuses observations, que dans les cas où une névralgie de cette sorte correspond à gauche à la hauteur de la rate, presque toujours cet organe devient douloureux, même lorsqu'il n'y a pas d'hypersplénotrophie ; alors encore, il y a constamment une fièvre intermittente qui seulement est moins tranchée et moins régulière que celle qui est en rapport avec l'augmentation de volume. Le sulfate de quinine réussit encore dans de semblables cas, à la dose d'un gramme ou davantage par jour ; mais le mal revient fréquemment parce que la cause organique subsiste, et que celle-ci est presque constamment, d'après M. Piorry, quelque lésion des ovaires ou de l'utérus.

X...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des fissures à l'anus par l'extrait de ratanhia.

On sait que, dans un grand nombre de cas, les fissures à l'anus reconnaissent pour cause évidente la constipation ; on sait de même que la constipation est encore un des plus grands obstacles à leur guérison. Or, cet état s'accompagne souvent d'un changement dans la dernière portion du rectum, qui se dilate, puis se rétrécit de nouveau au niveau de l'angle sacro-vertébral. Dans ce point, les matières s'accumulent de telle façon que, chaque fois que le malade va à la garde-robe, l'excrétion est vraiment comparable à une sorte d'enfantement. Cette disposition, dont on a attribué la découverte à M. Bretonneau, mais qui avait déjà été signalée, il y a une quinzaine d'années, par M. le professeur Rostan, et à laquelle ce praticien remédiait à l'aide des lavemens astringens, est très bien combattue par l'injection d'une solution aqueuse d'extrait de ratanhia dans le rectum. Ce qui appartient en propre au médecin de Tours, c'est la remarque bien avérée que sous l'influence de cette médication styptique, constipation et fissures se trouvent bientôt guéries complètement. M. Bretonneau a été plus loin : sans avoir égard à la constipation, qui manque dans certaines

fissures, il a cru devoir essayer l'extrait de ratanhia de la même manière, et ces essais ont été couronnés de succès.

L'emploi du ratanhia n'est guère rationnel dans le cas dont il s'agit, dit M. Bouchardat (Annuaire de thérapeutique) ; car, comme on le sait, la constriction spasmodique du sphincter joue un rôle important dans cette maladie, et le ratanhia injecté dans le rectum est *à priori* un de ces médicamens le plus propre à exagérer cette constriction.

Quoi qu'il en soit de la justesse de cette opinion en tant que basée sur la théorie, l'expérience a pleinement répondu en sens inverse ; et, que les fissures de l'anus reconnaissent ou non pour cause la constipation, qu'elles en soient compliquées ou non, elles n'en cèdent pas moins à l'emploi tonique de l'extrait de ratanhia. Depuis trois ou quatre ans plusieurs malades ont été traités, tant en France qu'à l'étranger, par ce moyen, et leur guérison en a démontré toute la puissance. Le mode d'application est le suivant.

Pr. Extrait aqueux de ratanhia,	1	gram.
Alcool,	1	id.
Eau commune,	125	id.

F. diss. S. A.

Cette solution est donnée en lavement et doit être retenue par le malade le plus long-temps qu'il lui est possible.

On renouvelle chaque jour l'emploi de ce moyen, et l'on a soin, chaque fois, de commencer par l'administration d'un lavement émollient entier ; c'est seulement après que celui-ci a été rendu qu'il convient de pratiquer l'injection astringente.

Nouveau contre-poison du sublimé corrosif.

M. le docteur Buckler, à la suite d'expériences sur les animaux, a proposé, comme contre-poison du sublimé corrosif, la limaille de fer et la poudre d'or, qui revivifient le mercure à l'état métallique et le précipitent à l'état d'amalgame. Le mérite de ce procédé est basé sur la propriété que le fer possède de réduire le mercure à l'état de mercure doux : d'un autre côté, le contact de l'or avec le fer vient hâter la décomposition et la rendre plus complète en déterminant la révivification de la totalité du mercure et sa transformation en un amalgame inoffensif. Pour que la réaction se fasse bien, il faut qu'un liquide enveloppe les deux métaux. Pour cela, il faut qu'ils soient assez divisés pour rester quelque temps en suspension dans les fluides de l'estomac. On peut se procurer facilement de l'or en poudre fine, mais il est plus difficile d'avoir de la poudre de fer impalpable. M. le docteur Buckler conseille de réduire de l'acier en limaille au moyen d'une lime très fine, et pour obvier à ce qui lui manque de finesse, il conseille de le tenir en suspension avec un peu de mucilage ; mais celui-ci épaissit les liquides, ce qui est déjà un inconvénient, et en outre, si le fer ne reste pas mêlé à l'or, il agit pour former du calomel qui se réduit plus difficilement que le sublimé.

M. John Barry rapporte que, pour constater la valeur du procédé, il fit dissoudre 50 centigrammes (10 grains) de sublimé corrosif dans 250 grammes (8 onces) d'eau tiède. Après avoir ajouté six gouttes d'acide sulfurique dilué à la mixture d'or et de fer, il la mélangea au poison, et jeta le tout sur un filtre. Les premières gouttes qui passèrent, et cela une minute après que le mélange avait été fait, ne contenaient plus du tout de mercure.

M. le docteur Buckler fait mélanger l'or et le fer à parties égales : il conseille d'administrer 2 grammes (4 grains) de chacun des métaux ; si le malade les rejète, il en faut de suite administrer une autre dose pareille.

M. Barry conseille de faire le mélange des deux métaux à l'avance (en le conservant dans un peu d'eau de chaux pour préserver le fer de l'oxidation) pour être administré au moment du besoin, après qu'on l'aurait un peu acidulé; il ajoute que les particules de fer doivent être dans un tel état de division qu'elles puissent rester en suspension pendant une à deux minutes dans le liquide.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, mars 1842.)

Sur la rétraction musculaire syphilitique et son traitement.

Il est une affection extrêmement rare et signalée depuis quelque temps seulement, sur laquelle il est important d'appeler l'attention des hommes de l'art; c'est la rétraction musculaire syphilitique. Cette affection a le plus ordinairement son siége dans les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, si l'on en juge du moins par plusieurs cas consécutifs de ce genre qui ont été observés dans ces derniers temps, à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. le docteur Ricord.

Trois malades couchés dans les salles de ce chirurgien, qui ont présenté cette altération curieuse, étaient arrivés à cette période de l'infection constitutionnelle caractérisée par les symptômes auxquels on a donné le nom d'accidens tertiaires. Chez tous trois, la rétraction a eu une similitude parfaite ; elle a eu pour siége les fléchisseurs de l'avant-bras. Les muscles de cette partie paraissaient raccourcis sous l'influence de la contraction permanente qui ne permettait pas d'étendre le bras ; mais leurs tissus, quoique durs et raides, ne présentaient pas la moindre altération appréciable. Un symptôme important à noter, c'est la douleur particulière qui existe dans la partie contractée ; cette douleur s'exaspère la nuit, et est tout à fait comparable aux douleurs ostéocopes. Chez un de ces malades, la rétraction coïncidait avec des ulcérations tertiaires de la gorge, et chez un autre, avec une hyperostose du tibia. Ces malades ont été soumis au traitement par l'iodure de potassium, auquel M. Ricord et les praticiens qui ont suivi ses indications ont dû des guérisons si remarquables. Le succès a été ici aussi prompt et aussi facile à obtenir que pour tout autre symptôme tertiaire. Les douleurs ont cessé, chez tous les malades, avant le cinquième ou le sixième jour; les mouvemens du membre ont suivi une amélioration progressive, et bientôt sont devenus parfaits.

(*Bullet. de Thérap.*, janvier 1842.)

Traitement des engelures.

M. le docteur Stoeber, après avoir expérimenté un grand nombre de remèdes, donne la préférence aux suivans ; qui sont à peu près ceux indiqués par M. le professeur Rust, et qui lui ont paru réussir le mieux.

Lorsque l'engelure est récente, il fait envelopper, pendant trois à quatre nuits consécutives, la partie affectée d'un cataplasme arrosé avec de l'extrait de saturne.

Si elle est plus ancienne, prête à s'ulcérer, il applique au moyen de la barbe d'une plume, une fois par jour de la teinture d'iode ou un mélange d'acide azotique étendu et d'eau distillée de cannelle. L'épiderme se ride et au bout de quelques jours il se détache par morceaux.

Dans le cas d'engelure ulcérée, il fait usage de l'oxyde rouge de mercure phosphorisé et incorporé dans de l'axonge.

Suivant M. le docteur F.-E. Plisson, l'application de cataplasme qui fait partie de ce traitement est de trop, car elle ne peut avoir pour résultat que de relâcher le tissu cutané qu'il s'agit au contraire de raffermir. L'espèce d'inflammation qui constitue les engelures est évidemment de nature passive, et cède à tous les astringens et toniques irritans, bien loin de réclamer l'emploi d'un cataplasme. Il est vrai que celui dont il s'agit ici est arrosé d'extrait de saturne, qui est un fort bon remède, mais dont la pâte du cataplasme ne peut qu'amoindrir ou même annihiler complétement l'action.

(*Journ. des Connaiss. méd. prat.*, avril 1842.)

A la suite du déplorable événement arrivé dimanche, sur le chemin de fer de Versailles, un assez grand nombre de blessés ont été reçus dans les hôpitaux.

— Ce soir, le bruit court que M. Dumont-d'Urville est au nombre des victimes.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

VINGT-DEUXIÈME SÉANCE. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui lundi 9, M. Vidal (de Cassis) a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. J. Cloquet, à l'hôpital dit de l'Ecole.

La prochaine séance aura lieu mercredi prochain 11. L'examen des malades se fera à quatre heures, à l'hôpital de la Charité. A cinq heures, séance publique.

Errata. Quelques erreurs se sont glissées dans les deux articles qui précèdent le dernier article du Mémoire sur le service de M. Voisin (*voir* le dernier n°). — A la première addition (n° 50), il faut ajouter : aliénés dont la maladie n'a pas été inscrite, 6, et on aura le nombre 304. — Plus bas, au lieu de janvier 44, lisez janvier 14. — Quelques lignes plus loin, en donnant la moyenne des entrées pour l'une et l'autre saison, c'est 179,5, au lieu de 175,9 qui se trouve imprimé.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 12 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 57. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

COLLÉGE DE FRANCE. — M. MAGENDIE.

ACCIDENT ARRIVÉ SUR LE CHEMIN DE FER DE VERSAILLES (Rive gauche.)

Extrait d'une leçon faite le mercredi 11 *au Collége de France par* M. Magendie, *sur l'état que présentaient les organes des victimes de l'incendie.*

On sait que M. Magendie a consacré le semestre de cette année à étudier l'influence de la chaleur sur l'économie animale : à la dernière leçon (vendredi 6), le professeur, tout en manifestant le désir de constater les effets que produirait sur des animaux une température aussi élevée que celle que l'on peut obtenir par les machines à vapeur, exprimait hautement sa répugnance à soumettre des animaux à une si cruelle expérience ; et voilà que, par le plus horrible malheur qui soit peut-être jamais arrivé, cette effroyable expérience vient de se réaliser sur 60 à 70 personnes, qui se sont trouvées tout à coup plongées dans un cratère non moins dévorant que celui du Vésuve.

Cette catastrophe a fourni à M. Magendie la bien triste confirmation d'une partie des résultats auxquels il était arrivé en soumettant les animaux, dans des étuves sèches ou dans de la vapeur, à une température 100 à 120°. Ce savant professeur est allé lui-même recueillir au cimetière Mont-Parnasse quelques-uns des débris charbonnés des malheureuses victimes pour les mettre sous les yeux de ses auditeurs. Pendant toute la leçon, le professeur et l'auditoire étaient agités par une émotion visible, qui se communiquait des uns aux autres, et qui n'a pas permis à M. Magendie de reprendre la suite de ses recherches après avoir exposé les horribles effets de ce désastre.

Pour donner une idée de la mutilation que le feu avait fait subir aux cadavres, il suffira de dire qu'un chirurgien, en les voyant amoncelés, réclamait vivement de ce qu'on avait osé confondre des cadavres d'animaux avec ceux des hommes; mais un examen plus attentif lui démontra qu'il n'en était rien, et que la flamme avait ainsi fait disparaître toute apparence humaine.

Sur 31 cadavres 2 seulement avaient conservé leurs membres inférieurs, et sur ces individus, la peau de la plante des pieds se soulevait en une vaste ampoule qui se détachait d'une seule pièce. Déjà M. Magendie avait vu cet effet se produire sur les pattes et sur la langue des animaux soumis à une température de 110°.

Sur ces 31 cadavres, deux seulement avaient conservé leurs crânes, de ce nombre était l'infortuné Dumont-d'Urville ; la table externe de son crâne était seule calcinée ; le diploé et la lame interne étaient intacts ; et une chose à remarquer, c'est la prodigieuse dureté du crâne de cet illustre navigateur.

Dans toutes les autres têtes le crâne n'existait plus, la duremère présentait un phénomène des plus remarquables ; elle était rétractée, racornie, appliquée sur la base du crâne, la masse cérébrale réduite en un mamelon à peine de la grosseur du poing.

La peau offrait le même phénomène ; partout où elle n'avait pas été calcinée, elle était également rétractée, racornie, et comprimait étroitement les organes. Les parois abdominales, éclatées par la force de la tension, laissaient échapper au-dehors tous les organes digestifs ; les parois thoraciques enlevées, chez la plupart des individus, laissaient également à nu les poumons et le cœur, qui se trouvaient ainsi en contact direct avec la flamme.

Le corps d'une femme d'une magnifique stature, autant qu'on a pu juger par les débris informes qui en restaient, était serré dans sa peau comme jamais corset n'aurait pu le faire.

La peau qui avait reçu l'action immédiate de la chaleur, était noircie et résonnait comme le tissu osseux. M. Magendie a fait cette remarque, que toutes les parties recouvertes de flanelle ne présentaient presqu'aucune trace de brûlure ; seulement elles étaient durcies.

Parmi les femmes, trois étaient enceintes, mais de très peu de jours ; trois autres étaient à l'époque menstruelle ; on l'a reconnu par la quantité de sang qui obstruait les tissus utérins.

Tous les cadavres ont présenté cette particularité : savoir, que leur mâchoire inférieure était exactement carbonisée ; la mâchoire supérieure avait beaucoup moins souffert, les dents étaient, pour la plupart, brulées seulement en avant l'émail était, en général, bien mieux conservé que la racine.

La langue avait été un peu protégée par son enveloppe fibreuse rétractée ; par suite de cette rétraction, cet organe était réduit à un petit tubercule ramassé au fond de la bouche : il organe était complétement cuit à l'intérieur.

C'est à peine si on a retrouvé quelques fragmens reconnaissables des os des membres. L'extrémité d'un fémur a été rapportée par M. Magendie ; sa surface articulaire était intacte, et la diaphyse de l'os avait été séparée comme par un travail artificiel, de cette tête articulaire.

Les organes intérieurs, suivant qu'ils avaient été en contact immédiat ou médiat avec la flamme, étaient carbonisés ou cuits.

Un morceau de poumon calciné, présenté par le professeur, était noir, dur comme du bois ; un morceau d'un autre poumon, cuit seulement par l'action médiate de la chaleur, était tout ratatiné et ressemblait au tissu du foie, sauf la couleur rouge qui tenait à du sang épanché dans les cellules, comme on a pu le constater par le microscope.

Sur tous ces cadavres, les poumons étaient étroitement appliqués avec le cœur sur la paroi postérieure de la poitrine, par suite de la rétraction de la plèvre et de la membrane propre de ces organes.

Le cœur était cuit, réduit à un très petit volume, et rempli d'un sang non coagulé, mais véritablement cuit comme il l'est dans le boudin ; la couleur de ce sang et de celui qui avait été recueilli dans les vaisseaux était la même que celle du poumon.

Le foie offrait une couche externe sèche, dure et résonnante ; l'intérieur était cuit, on y distinguait les deux espèces de granulations. Les parois des intestins racornis étaient appliquées l'une contre l'autre ; toute la masse intestinale était réduite à un très petit volume. Chez quelques sujets, les intestins contenaient des matières excrémentitielles intactes.

Le cerveau était de tous les organes celui qui avait perdu le moins de son humidité.

Le peu qu'on a retrouvé de la chair musculaire était en partie réduit en filamens minces comme du chanvre et isolés par la disparition du tissu cellulaire, en partie calciné et presque méconnaissable. Les cartilages inter-articulaires étaient racornis, ratatinés et secs.

M. Magendie présente un tendon d'Achille attaché par la partie supérieure à des lambeaux musculaires ; en haut il avait encore une certaine grosseur, en bas il était réduit à la dimension d'une plume de corbeau, offrait une apparence de gélatine transparente et renfermée dans une sorte de gaîne très large.

Chez presque tous les hommes les parties génitales avaient si complètement disparu, qu'il a fallu les recherches les plus minutieuses à MM. Amussat et Magendie pour déterminer les sexes. Sur quelques cadavres on a retrouvé le pénis et les testicules ; ces derniers, comme tous les organes revêtus d'une membrane fibreuse, étaient cuits seulement à l'intérieur, racornis et ratatinés par la rétraction de leur enveloppe extérieure ; il en était de même du pénis. Le sang des corps caverneux avait conservé sa couleur rutilante ; les vésicules séminales étaient vides ; la prostate cuite. Chez les femmes, au contraire, protégé par le bassin, l'utérus avait conservé son apparence naturelle.

Ainsi tous ces désordres se réduisent à deux chefs principaux qui constituent une sorte d'anatomie pathologique générale de ces divers tissus soumis à une chaleur excessive, savoir : 1° rétraction des membranes fibreuses, racornisse-

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. Malgaigne.

Cinquième lettre. — *Etudes chirurgicales sur la Bible. — Du pansement des plaies et des fractures. — Médecine opératoire. — De la nature des instrumens.*

Quand j'ai promis de vous faire assister à la pratique de *Réphaïm* juif, peut-être trouverez-vous que c'était un engagement un peu téméraire. D'abord les documens sont rares, ainsi qu'on pouvait s'y attendre ; et encore est-il difficile, pour le peu qu'on en possède, de saisir le sens certain, en vertu de cette difficulté de l'hébreu dont je vous ai déjà fourni quelques preuves. Tâchons donc de ne nous engager dans ce *pétrin hébraïque, in hujus linguæ pistrinum*, dit S. Jérôme, qu'avec toute la réserve possible ; et toutefois la rareté même des renseignements nous fait une loi de n'en négliger aucun.

En ce qui concerne le traitement des blessures, la Bible demeure muette pour tout le temps qui a précédé les prophètes. Je vois bien, à l'époque du patriarche Jacob, des marchands Ismaélites importer en Egypte *des aromates, de la gomme, de l'ambre*; ou bien, suivant une autre version, *des drogues, du baume et de la myrrhe;* Jacob luimême envoya en présent à son fils Joseph quelques produits du même genre ; mais l'incertitude du sens nous arrête à propos dans les conjectures que nous aurions pu faire sur les usages de ces aromates ou de ces drogues. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que dès lors, on avait assez bien observé la marche de la fièvre traumatique ; et pour mieux accabler les gens de Sichem, qui s'étaient laissé persuader de se circoncire, les enfans de Jacob attendirent le troisième jour après l'opération, *quando gravissimus vulnerum dolor est*, dit la Vulgate.

Ce n'est donc que beaucoup plus tard, dans les deux derniers siècles qui précèdent la captivité, qu'enfin on peut saisir quelques traces de la chirurgie pratique dans les écrits des prophètes ; et il est d'autant plus essentiel de distinguer les temps, que le mode de pansement indiqué par Isaïe, par exemple, n'est pas le même que celui qu'on trouve dans Jérémie, plus vieux que lui de deux cents ans. Isaïe déplore le triste état de son peuple :

« De la plante des pieds jusqu'à la tête, il n'y a pas une seule partie épargnée : tout est plaie et bosse (*vulnus et vibex*, selon la traduction de Michaëlis ; la Vulgate dit : *vulnus et livor et plaga tumens*) ; tout est comme une plaie vive qui n'a été ni exprimée, ni bandée, ni adoucie avec de l'huile. »

J'ai à dessein dépouillé le texte de sa poésie pour en donner cette traduction plate, mais à peu près exacte ; je dis à peu près, car le sens de Michaëlis que j'ai suivi diffère du sens de la Vulgate ; et Michaëlis lui-même n'a pas peu accru mon embarras en indiquant deux sens à la fois.

Par une rencontre fort singulière, un mot essentiel à l'histoire de la chirurgie antique, un mot qui renferme à lui seul une partie capitale du traitement, ce mot ne se trouve qu'une seule fois dans l'hébreu de la Bible, une seule fois également dans le grec des poèmes homériques ; et dans l'un et l'autre livre il y a incertitude sur le sens. Michaëlis dit bien que la plaie devait être *exprimée, expressa* ; mais ailleurs il hésite, et semble croire qu'il s'agissait de la comprimer seulement, *compressa* ; et la Vulgate, abondant dans ce dernier sens, traduit tout nettement : *Non est circumligata, nec curata medamine, neque fota oleo.* Dans l'endroit parallèle de l'Iliade, on reste indécis sur la question de savoir si le mot grec parle de l'*expression* ou de la *succion* de la plaie. Vous voyez aussi que les médicamens de la Vulgate ont disparu de la version de Michaëlis ; et s'il vous plaît, quand nous aurons ainsi épluché et épuré le sens de chaque mot, que nous restera-t-il de certain ? Or, c'est ici que la véritable érudition triomphe ; il nous reste un mot qui nous sauve : tout le monde est d'accord touchant les applications huileuses ; et si vous vous rappelez le cataplasme de figues, il semble qu'Isaïe était de quelque école antiphlogistique, et employait volontiers les émolliens.

Jérémie serait alors d'une autre école, car il ne parle ni d'huiles, ni de cataplasmes.

« Ils ont pansé, s'écrie-t-il, la plaie de la fille de mon peuple d'une façon honteuse... N'y a-t-il point de résine (ou de baume) en Galaad ? Pas de chirurgien pour cicatriser la plaie de la fille de mon peuple ? »

Vous voyez qu'ici il est question de balsamiques. Il est vrai que, si vous êtes éclectique, vous répondrez qu'Isaïe parlait d'une plaie récente et enflammée, où les émolliens sont nécessaires, tandis que Jérémie avait à traiter une plaie ancienne et mal pansée jusques là, qui avait besoin d'excitans pour arriver à cicatrisation. En quoi vous pourriez fort bien avoir raison, et Isaïe et Jérémie aussi ; et cela prouverait seulement une science assez avancée des indications dans la chirurgie hébraïque. Pour moi, n'ayant pas d'autres documens à vous offrir, je déclare mon incompétence, et je m'abstiens.

Ce qui est certain, c'est que toute plaie était recouverte par un bandage ; Isaïe, Osée, Jérémie, Ezéchiel, sont unanimes à cet égard. Le dernier nous apprend aussi que les fractures étaient traitées avec des bandes :

« J'ai rompu le bras de Pharaon, et il n'a point été bandé pour être mené à guérison ; ni enveloppé de linges, ni entouré de bandes pour recouvrer sa force et pouvoir saisir son glaive. »

Michaëlis ne semble avoir vu là que l'emploi de la bande ; mais la Vulgate y ajoute assez clairement des compresses. Dans tous les cas, souvenez-vous qu'Ezéchiel écrivait au temps même de la captivité, 600 ans avant l'ère chrétienne, et que les méthodes alors en vigueur pourraient fort bien différer des méthodes en usage au temps de Moïse, lequel vivait neuf siècles auparavant.

Mais il nous faut reculer jusqu'à Moïse et même jusqu'à Abraham, pour retrouver les origines de la médecine opératoire ; et elle était déjà assez riche, ainsi que vous allez voir.

La première opération connue est la circoncision ; le premier opérateur fut Abraham. A l'âge de quatre-vingt-dix-neuf ans, de sa propre main, il se circoncit lui-même, lui, son fils Ismaël et tous ses esclaves.

Toutefois il n'a pas joui toujours d'une priorité incontestée. Au dixhuitième siècle, Voltaire, jugeant qu'il y allait d'un grand intérêt pour sa cause d'enlever aux Juifs cette petite gloire, fit tout ce qu'il put pour démontrer qu'ils l'avaient dérobée aux Egyptiens ; et Dieu sait combien il usa d'esprit et d'encre pour embrouiller la question la plus claire du monde.

Tout se réduit, en effet, à un rapprochement de dates ; or, Abraham avait pratiqué la circoncision dix-neuf siècles avant notre ère ; la première mention de la circoncision des Egyptiens se trouve dans Hérodote, qui écrivait 1400 ans après. Discutez ensuite sur la date plus ou moins reculée du Pentateuque, sur l'antiquité tout à fait conjecturale du rit Egyptien ; vous ne réduirez jamais assez l'intervalle immense qui sépare Abraham d'Hérodote pour qu'il reste de l'incertitude à cet égard. Mais, direz-vous, parce que les Egyptiens n'en ont rien écrit, ou peut-être encore parce que leurs livres ont été perdus, on ne sait pas s'ils n'auraient pas connu la circoncision avant les Juifs, qui auraient bien pu la leur emprunter. J'approuve infiniment cette façon de parler : *on ne sait pas* ; elle est tout à fait propre à dissiper l'obscurité, s'il en restait encore ; car si vous ne savez pas, c'est la meilleure raison du monde pour vous abstenir et vous taire. Et plût au Ciel que toutes les discussions de priorité chirurgicale fussent aussi faciles à résoudre !

Je ne saurais ici omettre une circonstance capitale, qui est tout à fait propre à relever l'antiquité, la dignité, la supériorité de la chirurgie ; c'est qu'Abraham ne fut véritablement que l'exécuteur, et que l'idée de l'opération remonte à Dieu lui-même. Ce ne sont pas ici, notezle bien, de frivoles imaginations comme celles de Leclerc et de Schulz ; le texte est positif ; et je m'étonne seulement que dans les graves querelles de la Faculté de médecine et des chirurgiens de Saint-Côme, ceux-ci n'aient pas songé à faire valoir un argument aussi triomphant.

Après la circoncision vient une autre opération presque aussi ancienne, et qui cette fois ne saurait se prévaloir d'une si haute origine; permis à vous, si vous voulez, de conjecturer qu'elle eut pour inventeur Satan lui-même ; je veux parler de la castration. Déjà dans l'his-

ment, ratatinement et en même temps protection des organes qui y étaient inclus ; 2° carbonisation des parties en contact immédiat avec la flamme, cuisson et dessèchement complet des parties profondes.

On peut assurer que jamais d'aussi affreuses lésions n'avaient été produites si instantanément et sur une aussi vaste échelle ; les incendies les plus horribles, tous les buchers de l'antiquité et des temps modernes n'offrent pas d'exemple analogue.

Comme témoin oculaire, nous ajouterons à touts ces épouvantables détails, donnés par le professeur, qu'on suivait en quelque sorte les divers degrés d'angoisses par lesquels ont passé ces victimes, sur ces divers degrés d'altérations pathogiques que présentaient leurs organes, et sur les effroyables positions que leurs membres avaient prises chez ceux qui les conservaient encore.

— M. Magendie se propose d'étudier les lésions qu'on pourra constater chez les individus qui sont encore à la Morgue et qu'on présume avoir été asphyxiés, et aussi celles que présentent les individus encore vivans qui ont été soumis aux effets de la chaleur sèche ou humide. Nous publierons ces intéressantes leçons.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Clinique des maladies chroniques.

Névralgies périodiques, fièvre intermittente pendant plusieurs années. Hypertrophie considérable de la rate. Cacochymie. Emploi de l'arsenic, du fer, du quinquina. Considérations thérapeutiques.

Dans une de nos dernières conférences, je vous parlais, Messieurs, d'une petite fille de vingt mois chez laquelle se présentaient tous les accidens qui suivent les fièvres intermittentes prolongées. En même temps, dans la salle consacrée plus spécialement aux maladies chroniques, nous recevions une femme de quarante-cinq ans, qui éait dans des conditions analogues à celles où se trouvait notre petite fille.

Cette femme est née dans le département de la Creuse. Vers l'âge de vingt ans elle devint sujette à ce qu'elle appelle des douleurs de dents. Ces douleurs durèrent pendant vingt ans. Les dents étaient peu cariées, et les douleurs revenaient par paroxysmes le plus souvent périodiques. L'odontalgie avait cela de singulier, qu'elle durait quelquefois plusieurs mois de suite, pour cesser peu de temps et revenir ensuite. Jamais il n'y avait eu de fièvre ; cependant la santé s'était assez gravement altérée.

Tout à coup, il y a quatre ans, l'odontalgie disparut pour toujours, et depuis cette époque il se développa une fièvre intermittente qui affecte les types double tierce, tierce, quarte.

La malade, fort pauvre, ne put jamais acheter de quinquina ; aussi garda-t-elle la fièvre presque continuellement pendant quatre ans. Quelquefois les accidens cédaient pendant huit ou quinze jours ; mais ils se reproduisaient peu après.

Cependant cette femme partit pour Paris au commencement de 1842, pour rejoindre son mari, qui était venu chercher du travail dans la capitale ; elle avait la fièvre, la maladie durait encore lorsqu'elle arriva à Paris, et elle se décida à entrer à l'hôpital.

La malade était d'une pâleur anémique ; les jambes étaient un peu infiltrées ; le développement du ventre était tel qu'on l'observe ordinairement chez une femme enceinte de sept ou huit mois.

Ce développement tenait à une accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine et surtout à l'énorme hypertrophie de la rate. Ce viscère desendait jusques dans la fosse iliaque gauche, et son bord s'avançait jusqu'au voisinage de l'ombilic. Comme les parois du ventre étaient souples et minces, on pouvait sentir avec la plus grande facilité les bords inégaux de la rate.

Les fonctions des appareils digestif, sensitif, locomoteur, génito-urinaire, n'offraient aucune modification maladive un peu importante.

Cependant la fièvre tierce durait toujours ; je résolus d'attendre quelque temps avant de donner les fébrifuges, afin de de savoir si la fièvre cesserait spontanément.

Quand il fut bien constaté que la fièvre ne cédait pas spontanément, nous commençâmes l'usage des préparations arsenicales. Le premier jour, la malade prit 5 milligrammes (un dixième de grain) d'acide arsénieux ; le lendemain, 7 milligrammes et demi (3 vingtièmes de grain) ; le troisième jour, 1 centigramme (un cinquième de grain). Le premier soir, il n'y eut aucune modification ; le second jour, la fièvre fut presque nulle ; le troisième jour, la fièvre céda totalement, pour ne plus revenir pendant un mois que la malade passa encore à l'hôpital. L'arsenic fut continué pendant quelques jours après la cessation de la fièvre, et nous recourûmes ensuite à d'autres moyens.

La cachexie profonde de cette malade nous faisait un devoir de donner des préparations ferrugineuses ; le vin chalybé fut administré tous les jours, à la dose de 50 grammes (une once et demie) ; en même temps on prescrivit une alimentation abondante et généreuse, et bientôt nous vîmes disparaître l'œdème, la pâleur, et la coloration du teint, celle des mains, la tuméfaction des veines des mains indiquèrent bientôt que le sang recouvrait ses qualités normales.

Cependant il devenait essentiel de modifier l'état de la rate, dont le gonflement avait peut-être diminué, mais d'une manière si peu notable, qu'il ne nous était pas permis d'en tenir compte.

L'administration du quinquina a été regardée par M. Bally comme le meilleur moyen à opposer aux engorgemens de la rate ; et les recherches ultérieures de MM. Piorry et Nonat ont établi qu'en effet les préparations de quinquina, et surtout le sulfate de quinine, diminuaient rapidement l'intumescence de la rate, surtout quand cette intumescence était survenue à la suite de fièvres intermittentes prolongées. Le sulfate de quinine fut donc administré à la dose de 2 grammes par jour, plusieurs jours de suite, et quoique le médicament produisît des étourdissemens, des vertiges, de la surdité, nous n'observâmes aucune diminution dans le volume de la rate, et nous n'eûmes d'autre effet que des douleurs assez vives dans l'hypochondre gauche, lesquelles survenaient un quart d'heure ou une demi-heure après l'administration du sulfate de quinine, et duraient à peu près deux heures.

Notre malade vit tous les jours sa santé s'améliorer, et vous l'avez vue sortir dans un état fort satisfaisant, à cela près de l'hypertrophie de la rate.

Ce fait, Messieurs, est fécond en observations cliniques, et, à propos de cette malade, je crois devoir entrer dans des considérations pathologiques et thérapeutiques plus étendues que ne semblerait le comporter un cas en apparence fort simple et peu digne d'intérêt. Mais l'intérêt d'une maladie ne se juge pas toujours d'après le danger qu'elle fait courir au patient. Vous êtes très accoutumés, Messieurs, à donner votre attention presque exclusive à ce que vous appelez de grands malades, c'est-à-dire des persennes atteintes de maladies du cerveau ordinairement incurables, à des phthisiques offrant quelque signe stéthoscopique curieux, à des gens pris de pneumonie, de péritonite, de rhumatisme articulaire, de dothinentérie, sans songer que la thérapeutique de ces maladies est ou nulle, ou bien déterminée ; mais des affections chroniques qui demandent une attention soutenue et dont les formes, si difficiles à bien saisir, devraient être sans cesse étudiées par vous, et qui d'ailleurs nécessitent une intervention thérapeutique variée et fort difficile, ces affections chroniques, dis-je, n'appellent pas votre attention, à moins toutefois que l'autopsie ne doive se faire ; comme si l'examen anatomique devait être la fin de la médecine; comme si la guérison ou le soulagement des malades n'était pas l'invariable but que nous devons nous proposer. Je reviens à ma malade.

La profonde cachexie de cette femme a dû vous frapper, surtout quand vous pouviez voir en même temps dans la salle Sainte-Thérèse, l'enfant dont je vous ai entretenu l'autre jour, et qui s'offrait à nous avec une cacochymie profonde, des pétéchies, des hémorrhagies, et une énorme hypertrophie de la rate.

Nos deux malades avaient des lésions analogues et presque identiques; mais, tandis que chez l'enfant une diarrhée chronique, un catarrhe pulmonaire durant depuis assez long-temps, une lésion des reins, suffisent pour rendre compte de la cachexie, chez l'autre, l'appétit s'était bien soutenu, nul trouble fonctionnel un peu grave, à cela près de la fièvre et de la névralgie, ne s'était présenté, et, bien qu'à tout prendre, un état maladif aussi long-temps prolongé puisse expliquer en partie la pâleur extrême et l'appauvrissement du sang; ces accidens étaient plus prononcés qu'ils ne le sont dans les maladies chroniques auxquelles ne se joint pas une diathèse.

M. Bretonneau, de Tours, paraît être le premier qui ait bien nettemen- apprécié l'influence du miasme, producteur de la fièvre, sur la composition du sang. Il a montré que les individus qui viennent habiter un pays marécageux se décolorent, lors même qu'ils n'ont pas encore eu d'accès fébriles, et que les fonctions ne semblent encore avoir subi aucune modification; mais cette décoloration du sang marche avec une extrême rapidité lorsque la fièvre a commencé; à ce point qu'après six semaines ou deux mois, la pâleur est souvent aussi prononcée que chez une femme chlorotique; et tandis que, dans les maladies fébriles ordinaires, la coloration des tissus se rétablit lorsque la santé est revenue, à la suite des fièvres intermittentes, au contraire, le sang reste dissous, riche en sérum et singulièrement pauvre en globules rouges; et cet état singulier, qui d'ailleurs a tant de rapports avec la chlorose, peut persister pendant plusieurs années. Il ne répugne pas à admettre que le miasme agit à la manière de certains poisons, tels que l'arsenic, le mercure, qui produisent des cachexies si tenaces et souvent si graves.

L'expérience a démontré que les récidives de la fièvre étaient imminentes tant que la cachexie ne s'était pas dissipée, et qu'il fallait toujours s'attendre à voir se manifester, sinon la fièvre simple et légitime, du moins ces formes bizarres connues sous les dénominations diverses de fièvres larvées.

Cette cachexie, si bien indiquée par les auteurs des deux derniers siècles et qui occupe si peu la plupart de nos cliniciens d'aujourd'hui, était combattue par les martiaux, et vous les voyez insister sur la nécessité de corroborer l'économie à l'aide de composés ferrugineux, après des fièvres intermittentes un peu prolongées. Cette pratique était surtout conseillée par Sydenham et par Stoll, et, de nos jours, un médecin qui a hérité de leur génie, M. Bretonneau, regarde le fer comme le plus héroïque moyen de lutter contre la débilité et la pâleur qui suivent la fièvre.

L'engorgement de la rate coïncide presque toujours avec la

---

toire de Joseph, Putiphar, le grand panetier, et le grand échanson de Pharaon sont appelés eunuques ; mais les commentateurs ont estimé que c'était là un titre purement honorifique, et sans les charges de l'emploi. Ce qui est certain, c'est que la Bible les appelle eunuques, et qu'il existait dès lors de véritables eunuques. On distingue même deux méthodes de castration fort distinctes et qui se sont conservées durant toute l'antiquité ; la méthode par attrition ou écrasement des testicules, décrite encore avec détail par Paul d'Egine, et l'amputation des testicules

« L'eunuque par attrition ou par amputation des testicules n'entrera point dans l'église du Seigneur. »

D'après cette défense, la castration devait rester en dehors de la pratique des hébreux, et très probablement il faut en faire honneur à la chirurgie égyptienne.

Les deux autres opérations qui suivent avaient peut-être une semblable origine, ou peut-être encore étaient-elles en usage parmi les Phéniciens (Philistins) et les autres peuples voisins de la Judée.

« Vous ne ferez point d'incisions en votre chair pour un mort, dit le Lévitique, et vous n'y imprimerez point de figures ou de stigmates. » La dernière partie de ce verset paraît bien s'appliquer au tatouage, et c'est ainsi que l'ont entendu tous les traducteurs. Quant aux incisions, on les retrouve beaucoup plus tard pratiquées comme rite religieux par les prêtres de Baal, qui se servaient à cet effet de couteaux et de lancettes.

Jusques là, à part la castration, toutes ces opérations pourraient se classer dans la petite chirurgie ; vous pouvez encore y en rattacher une autre qui a dû être imaginée de fort bonne heure par la coquetterie des femmes, mais qui prend dans la législation de Moïse un caractère plus grave et en quelque sorte solennel. Quand était venu le temps d'affranchir un esclave, si l'esclave préférait rester avec son maître, celui ci le conduisait devant les juges; là il lui faisait approcher l'oreille près de la porte ou d'un poteau, et lui perforait l'oreille avec un poinçon. Le manuel opératoire est assez bien décrit, et à peine y avons-nous changé quelque chose.

Mais, outre les deux procédés de castration, la grande chirurgie réclame assurément toutes les opérations qu'infligeait la loi pénale, et dont j'ai déjà dit quelques mots. On a vu dans quels cas devait se pratiquer l'amputation du pied ou de la main ; celle-ci se faisait encore dans une autre circonstance :

« Si une femme, prenant parti pour son mari dans une rixe, porte la main sur l'adversaire et le saisit par les parties honteuses, tu lui couperas la main et tu n'auras aucune pitié pour elle. »

On ne trouve pas dans la Bible d'exemple de ces amputations par autorité de justice, et nous ignorons absolument comment on procédait. Quelquefois on exerçait des mutilations semblables sur les ennemis captifs ; ainsi, Judas et Siméon, successeurs de Josué, ayant pris Adonibésec, roi de Canann, lui coupèrent les bouts des pieds et des mains ; ou, suivant d'autres, les deux pouces et les deux gros orteils. Cet Adonibesec avait coutume de faire subir le même traitement à ses prisonniers; et, quand il l'eût souffert à son tour, sa fierté ne faiblit point, et la Bible nous a conservé son chant de mort, qui, pour l'intrépidité sauvage, ne le cède guère à celui de Regner Lodbrog :

« Soixante et dix rois à qui j'avais coupé les mains et les pieds ra-
» massaient les miettes de ma table; ainsi que j'ai fait, Dieu m'a
» fait. »

Il fut conduit à Jérusalem, et mourut des suites de ses blessures. On peut encore présumer que les amputations ne se bornaient pas toujours aux mains et aux pieds; car Dieu, faisant entendre ses menaces au grand sacrificateur Hélie, lui dit : « Les jours viennent ou je te couperai le bras, et où je couperai le bras de la maison de ton père. » C'est là une métaphore, sans doute, mais qui paraît bien prise dans un ordre d'idées réelles et pratiques.

Au reste, en repassant l'une après l'autre toutes ces opérations, on arrive à cette conclusion très singulière, que la plupart ont été inventées pour torturer les hommes, et pas une seule pour les guérir. En réalité donc, elles ne se rattachent pas à la chirurgie, ou, pour mieux dire, à la thérapeutique chirurgicale; et cependant qui voudrait dire qu'elles n'y ont aucun rapport? Si je les ai recherchées avec soin, si je me suis complu à les mettre en lumière, c'était afin de montrer dans leur pureté native toutes les origines de l'art; et je regarde comme très vraisemblable que ces premières opérations, imaginées pour satisfaire tantôt l'instinct religieux, tantôt des passions jalouses ou féroces, donnèrent enfin aux opérateurs l'idée et le courage d'entreprendre quelque chose de semblable dans des vues plus humaines. Ainsi que de nos jours, les expériences sur les animaux, qui ont bien aussi leur cruauté, ont agrandi parfois le domaine de la chirurgie ; ainsi ces vivisections sur l'homme, ces sortes d'expériences sans but, ont trouvé enfin leur utilité, et ont servi de premiers jalons à la science. Il n'est pas non plus sans intérêt de constater que jusqu'au sixième siècle avant notre ère, en Egypte et dans la haute Asie, il n'y a pas de traces de médecine opératoire dans la juste acception des termes, et qu'on ne trouve même aucune mention de la saignée. Nous pouvons dire par avance que pour l'Europe et l'Asie mineure, l'étude des poëmes homériques conduit à un un semblable résultat.

Enfin il se présente une dernière question à élucider. Nous ne pouvons que faire des conjectures sur le manuel opératoire suivi pour tous ces cas; et je présume bien que les procédés de Chopart et de M. Lisfranc n'avaient pas encore été découverts. Mais il est curieux de rechercher quelle était la matière et la forme des instrumens qui figuraient dans l'arsenal d'un opérateur égyptien, phénicien ou hébreu, à partir du dix-neuvième siècle du monde; c'était alors surtout que l'invention d'un instrument était une conquête, tandis que de notre temps ce n'est plus guère qu'un amusement de coutelier.

Pour la circoncision d'abord, Dujardin pense qu'on se servait d'une pierre tranchante; d'autant plus, ajoute-t-il, « qu'alors le fer n'était pas plus connu que l'airain pour en faire des instrumens tranchans. » Cette dernière assertion est une pure hypothèse, que nous examinerons dans un moment; mais il paraît très probable qu'en effet les premières opérations furent faites avec des couteaux de pierre. Si la Bible se tait sur la nature des instrumens d'Abraham, nous trouvons plus tard que Séphora, femme de Moïse, pour circoncire son enfant, se servit d'une pierre tranchante ; et Dieu, enjoignant à Josué de circoncire le peuple, lui dit tout d'abord : « fais-toi des couteaux de pierre. » Quelque traducteurs n'ont vu dans le texte que des couteaux bien tranchans; mais la majorité est pour des couteaux de pierre, et je ne demande pas mieux que de m'y ranger. Mais c'est une autre question que de savoir si même alors il n'y avait pas d'instrumens tranchans métalliques; et pour le temps de Josué, cela ne me paraît pas un moment douteux. Je ne veux point remonter jusqu'à Abraham, bien que je pusse faire valoir l'énorme coutelas que les peintres lui mettent à la main pour sacrifier son fils Isaac. M. Cahen réduit ce coutelas aux proportions d'un simple couteau; ce couteau était-il de pierre ou de métal? C'est ce qu'il est et sera à jamais impossible de dire. Vous pouvez également admettre ou nier que les flèches d'Esaü fussent armées de pointes de pierre; je n'ai nulle opinion à cet égard. Mais je commence à en avoir une, quand je vois les fils de Jacob tomber sur les Sichimites à coups d'épée, au dire de tous mes traducteurs; et j'ai quelque peine à me figurer des épées de pierre. Le fer était d'ailleurs connu depuis longtemps; Tubalcaïn l'avait travaillé dès avant le déluge; Moïse appelle l'Egypte *une fournaise de fer*, et le fer revient aussi souvent dans les métaphores du Pentateuque que l'airain dans celles de l'Iliade. Quand le législateur veut vanter aux Juifs la terre promise, il leur dit que *ses pierres sont de fer*; dans le butin fait sur les Madiamites, on trouve mentionnés le cuivre et le fer; les gens de Canaan avaient des chars *de fer* ou *armés de fer*, ou même, selon certaines versions, *armés de faulx de fer*. Mais quoi, lorsque Moïse parle des blessures faites par la pierre, le bois ou le fer, entend-il parler simplement d'instrumens contondans? Quand il défend de mettre *la faucille* dans les blés du prochain, s'agirait-il, à votre avis, d'une faucille de pierre? Que répondrez-vous à cet autre passage :

« Si un homme va dans la forêt couper du bois avec son voisin, et que le fer de sa hache (ou de sa cognée) échappe du manche et aille frapper mortellement son voisin, etc. ; » voilà bien le fer, le fer d'un instrument destiné à couper du bois. Le fer était aussi employé à tailler la pierre; et il est dit expressément que Josué éleva un autel sur la mon-

cachexie et procède de la même cause. Or, avant que M. Bally n'eût imaginé de combattre ces engorgemens avec le sulfate de quinine à haute dose, l'autorité de près de dix-huit siècles avait déposé en faveur des martiaux employés précisément dans ce cas : Dioscoride, Celse, Cœlius Aurelianus, Oribase, Aétius, Alexandre de Tralles, Paul d'Egine, Avicenne, Wedel, Mercatus, Forestier, Rivière, et tant d'autres, ont constaté que l'engorgement de la rate qui accompagne, comme chacun sait, la cachexie que l'on observe à la suite des fièvres intermittentes, cède à l'usage long-temps continué des martiaux, en même temps que le sang et les tissus reprennent leur couleur normale.

Aussi, Messieurs, avons-nous, auprès de cette femme, rempli cette importante indication, et avons-nous vu sous l'influence du fer le teint reprendre rapidement un peu d'animation. Nous avons dû regretter que notre malade ne fît pas à l'hôpital un plus long séjour : il nous eût été permis de juger de l'influence heureuse du fer dans le cas qui était soumis à votre observation.

Mais si nous n'avions pas assez de temps pour juger complètement l'influence du fer sur l'hypertrophie de la rate, il n'en était pas de même pour le sulfate de quinine.

Suivant MM. Bally, Piorry, Nonat, l'action du sulfate de quinine à haute dose est immédiate à ce point que dans l'espace de 24 ou 48 heures, on peut constater une diminution considérable dans la rate. M. Piorry va plus loin : il prétend que dix minutes après l'administration d'une dose un peu forte de sulfate de quinine, 50 centigrammes, par exemple, on peut déjà, par la percussion, constater une diminution qui peut aller jusqu'à un centimètre de diamètre ; sans discuter sur cette dernière opinion qui ne se fonde sur aucune autre observation, que personne autre que M. Piorry ait jamais pu constater, et qui a pris naissance probablement dans une préoccupation qui n'a rien que de très naturel, nous admettons très volontiers, parce que les faits sont très nombreux et très évidens, que l'engorgement de la rate diminue dans l'espace de peu de jours sous l'influence de fortes doses de sulfate de quinine. MM. Bally, Piorry et Nonat ont un peu trop généralisé un résultat, qui malheureusement souffre d'assez nombreuses exceptions. — Nous en avons eu précisément la preuve chez notre malade. Le quinquina, le sulfate de quinine lui ont été administrés à des doses telles qu'elle a eu de la surdité, des vertiges, en un mot tous les accidens que l'on éprouve d'ordinaire après l'emploi de la quinine à doses très élevées. — Or, le volume de la rate, constaté chaque jour de la manière la plus précise, n'a pas subi la plus légère modification ; aussi on n'a pu observer qu'un phénomène assez singulier, savoir, une douleur vive dans la région de la rate, douleur qui commençait à se manifester quinze ou vingt minutes après l'administration du médicament, et qui persistait pendant plusieurs heures.

Il me reste à vous entretenir maintenant, Messieurs, de l'emploi de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. Vous avez vu, chez notre malade, atteinte bien certainement d'une fièvre intermittente légitime, l'heureux effet de l'acide arsénieux. Peu de jours ont suffi pour dissiper entièrement l'état fébrile. Vous comprenez, Messieurs, qu'un fait de ce genre ne suffit pas pour m'engager à employer l'arsenic de préférence au sulfate de quinine ; mais il me fournit l'occasion d'appeler votre attention sur un médicament trop calomnié, mal apprécié, qui déjà a rendu de grands services à la thérapeutique et est appelé à en rendre encore davantage.

L'usage de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes remonte à une époque assez ancienne ; les frères Plenciz, Pearson, Fowler, Harles, et plus récemment, M. Ebers (de Bordeaux), M. Gendrin, et surtout M. Boudin (de Marseille), ont constaté, dans un grand nombre de cas très authentiques et très bien observés, l'heureuse influence des préparations arsenicales dans le traitement de la fièvre d'accès. L'ouvrage de M. Boudin (de Marseille), au milieu de théories et de doctrines que nous sommes loin de partager complétement, expose plusieurs séries d'observations, desquelles il résulte que la fièvre intermittente légitime a été plus souvent et plus sûrement combattue par l'arsenic que par la quinine.

M. Nonat, qui a également expérimenté l'arsenic, et qui en a constaté les effets fébrifuges a admis qu'il avait immédiatement presque autant d'efficacité que le sulfate de quinine; mais que par ce médicament le volume de la rate n'était nullement modifié ; tandis que la quinine avait sur ce viscère une influence considérable. Or, M. Nonat admet, à tort suivant moi, que, tant que la rate est tuméfiée, la récidive de la fièvre est immédiate. M. Boudin s'est fort peu préoccupé de l'état de la rate, et je crois qu'il a eu raison, et il n'en a pas moins prouvé par les relevés cliniques qu'il a publiés, que la récidive était moins fréquente après l'emploi de l'arsenic qu'après celui de la quinine.

Il ne m'appartient pas, Messieurs, de mettre ici mon autorité dans la balance ; j'ai eu peu d'occasions de donner l'arsenic dans les fièvres intermittentes, et par conséquent je ne puis que me borner à parler des travaux et des opinions des autres.

Mais lorsque tant de témoignages concourent à faire admettre l'arsenic au rang des agens fébrifuges les plus énergiques, il est du devoir du médecin d'employer ce médicament ; et les occasions de le mettre en usage ne manquent malheureusement pas. Dans nos hôpitaux, où les substances médicamenteuses sont mises à notre disposition avec tant de libéralité ; dans la clientelle aisée où le prix élevé des médicamens n'effraie ni le médecin ni le malade, il serait imprudent de laisser de côté le quinquina pour adopter un agent thérapeutique dont les propriétés sont contestées et peut-être contestables. Mais chez les pauvres de la ville, chez les gens de la campagne, qui trouvent à peine dans un travail pénible les moyens de procurer du pain à eux ou à leur famille, et qui d'ailleurs, par cela même qu'ils sont malades, sont moins en position d'acheter à grand prix des secours médicamenteux, il est important d'avoir à sa disposition une substance active *dont la valeur vénale est nulle* ; de sorte que, si pour guérir efficacement une fièvre tierce il faut 15 grammes de sulfate de quinine qui coûtent au moins 30 francs, il suffira de 5,01 ou 15 centigrammes d'acide arsénieux, qui ne coûtent que 5 centimes. C'est là, Messieurs, une grave considération, grave au point de vue de l'humanité, grave au point de vue de l'économie politique ; mais sans entrer ici dans des considérations étrangères à une conférence médicale, essayons de détruire la seule objection sérieuse qui se présente.

L'usage intérieur de l'arsenic est-il dangereux ? Oui, à coup sûr, si les doses sont peu mesurées ; non, absolument non, si le médecin donne l'arsenic comme un praticien expérimenté peut le donner. Quelques-uns de vous, Messieurs, suivent ma clinique depuis près de deux ans, et vous m'avez vu, vous me voyez encore donner pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, l'acide arsénieux aux femmes les plus frêles à la dose de 2,5 milligrammes (1/25 1/10 de grain) trois et quatre fois par jour, au moment des repas ; vous voyez des malades en prendre jusqu'à 4 et 5 centigrammes (4/5 de grain, 1 grain). Ce médicament que je donne, vous le savez, à tant de femmes atteintes d'affections organiques, n'a jamais, *une seule fois*, produit le plus léger accident. Il a pu donner lieu chez certaines malades à quelques nausées, à un peu de coliques et de diarrhée ; mais jamais, vous le savez, ces legers troubles fonctionnels n'ont eu de suites fâcheuses. — On peut donc *donner l'arsenic sans danger* à la dose de 2 milligrammes à 2 centigrammes (1/25 de grain à 2/5 de grain) par jour pendant plusieurs mois ; à plus forte raison pendant huit ou quinze jours, temps qui suffit à la curation de la plupart des fièvres intermittentes.

C'est donc un appel que nous faisons à nos confrères de province, à ceux surtout qui, exerçant dans les campagnes, sont chaque jour spectateurs oisifs d'une maladie qui fait tant de victimes, ôte à l'agriculture tant de bras, enléve à tant de familles leur plus vigoureux soutien. — Ils pourront, ils devront donner gratuitement un médicament *sans valeur vénale*, dissous dans de l'eau en telle proportion qu'une ou deux cuillerées à bouche de la solution réponde à la dose que le praticien voudra prescrire ; ils le pourront sans danger pour les malades, et ils éclaireront ainsi une question thérapeutique immense, en même temps qu'ils rendront au pays un service important.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. le président* annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre l'un de ses membres dans la personne de M. Renoult.

— *M. Philippe Boyer*, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, écrit à l'Académie qu'il a en ce moment, dans son service, un malade qui, à la suite d'une blessure qu'il s'est faite aux doigts en équarissant un cheval, a vu se développer sur diverses parties de son corps des abcès offrant une très grande analogie avec ceux que présentent les personnes affectées de la morve. M. Boyer désirerait que ce malade fût examiné officiellement par quelques membres de l'Académie. (MM. Bouley et Jobert sont désignés pour rendre compte de l'état de ce malade.)

ÉLECTION D'UN MEMBRE DANS LA SECTION DE PATHOLOGIE MÉDICALE

Premier scrutin.

M. le secrétaire procède à l'appel nominal.

121 membres inscrits. — 121 bulletins. — Majorité 61.

MM. Jules Guérin a obtenu	43 voix.
Mélier,	24
Prus,	21
Casimir Broussais,	14
Gibert,	10
Nonat.	7
Billets nuls,	2

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin.

Second scrutin.

M. le secrétaire perpétuel procède à l'appel nominal.

122 membres inscrits. — 120 bulletins. — Majorité 61.

MM. Jules Guérin a obtenu	53 voix.
Mélier,	35
Prus,	19
C. Broussais,	9
Gibert,	2
Nonat,	1
Billet nul,	1

Aucun candidat n'ayant encore obtenu la majorité, on procède à un troisième tour de scrutin.

Troisième scrutin. — Ballottage entre M. J. Guérin et M. Mélier.

M. le secrétaire perpétuel procède à l'appel nominal.

122 membres inscrits. — 118 bulletins. — Majorité 60.

MM. Jules Guérin a obtenu	63 voix.
Mélier,	54
Billet nul,	1

En conséquence, M. Jules Guerin est nommé membre de l'Académie.

Il est quatre heures et demie, la séance est levée.

tagne d'Hébal, avec des pierres entières et non taillées par le fer. A mesure qu'on avance, les témoignages débordent ; au temps de Samuel, les Philistins avaient emmené tous les forgerons d'Israël *pour empêcher les Hébreux de forger des épées et des lances*, et quand ils avaient à aiguiser leurs socs, leurs coutres, leurs haches, ou bien ils les aiguisaient à la lime, ou bien il leur fallait aller chez les Philistins. Et enfin, car il faut s'arrêter, lorsque l'écrivain sacré rapporte avec admiration la grandeur et le poids des armes défensives de Goliath qui étaient d'airain, il ajoute que le fer de sa lance pesait *six cents sicles de fer*.

Remarquez, je vous prie, cette abondance et cet emploi multiplié du fer parmi les Hébreux et les Phéniciens, comparé à sa rareté dans l'Asie mineure et dans la Grèce. Au siége de Troie, à peu près vers le temps de Samuel, Homère fait à peine mention une ou deux fois d'armes de fer ; et comme il écrivait environ trois siècles plus tard et avec les notions de son temps, on peut présumer qu'alors même le fer était d'un usage très rare parmi les Grecs.

Avant de quitter ce sujet, il faut dire un mot des renseignemens qu'on aurait pu espérer de trouver dans les hiéroglyphes de l'antique Egypte, tant illustrés par Champollion. Hélas ! les hiéroglyphes de l'Egypte sont une autre sorte d'hébreu plus difficile encore que l'hébreu lui-même, et que je n'entends pas plus que Champollion et les autres, qui ne les entendent guères. Les tombeaux égyptiens ont conservé jusqu'à nos jours quelque chose de plus clair et de plus précieux que leurs hiéroglyphes : des instrumens, des outils, des armes. J'ai vu en effet, dans *l'Egypte ancienne* de M. Champollion-Figeac, décrits et figurés des flèches, des lances, des sabres droits et recourbés ; il n'y manque qu'une petite chose, c'est la date de tous ces objets.

Ainsi donc, en admettant dans l'origine des bistouris de silex pour la circoncision, il me paraît infiniment probable que l'on ne tarda pas à les faire en métal, et en fer préférablement au cuivre. Mais y avait-il d'autres instrumens ?

Moïse parle en divers endroits des cheveux et de la barbe, et de la façon dont il faut les raser ou ne point les raser. Il est dit dans un chapitre des *Nombres : Il ne fera point passer la lame sur sa tête* ; ce que la majeure partie des traducteurs ont entendu d'un rasoir. Quelques-uns y ont vu des ciseaux, mais probablement sans y avoir bien réfléchi. Des ciseaux ! l'un des produits les plus simples et les plus étonnans, l'instrument qui fait peut-être le plus d'honneur à l'intelligence humaine ! On ignore, et j'en suis honteux pour l'humanité, le nom de l'homme de génie qui a inventé les ciseaux ; comme on ignore le nom de l'homme qui a enseigné à faire le pain. Mais l'invention des ciseaux ne saurait remonter jusqu'au temps de Moïse ; il a fallu, certes, plus de trois mille ans à la race d'Adam pour trouver les ciseaux ; je ne sais pas même s'ils étaient connus du temps d'Hippocrate. En conséquence, et vu ces considérations lumineuses, je me décide pour le rasoir.

Nous avons vu que pour la perforation de l'oreille, nos Juifs avaient le poinçon. La hache était tout ce qu'il fallait pour les amputations en usage ; et enfin, outre leurs couteaux, les prêtres de Baal du temps d'Elie avaient des lancettes, *lanceolæ*, pour leurs petites incisions. Si c'étaient des lancettes comme les nôtres, la saignée n'était pas loin ; mais j'ai dit qu'elle n'était pas trouvée encore. Autre conséquence, la lancette, autant que peut porter la vue de l'histoire, serait donc un instrument phénicien.

Ici finit ce qui regarde la chirurgie proprement dite. Nous n'avons plus que quelques mots à ajouter pour ce qui concerne l'art des accouchemens.

Chronique et Nouvelles.

Les premiers secours qui ont été donnés aux blessés du malheureux événement du chemin de fer, ont été dirigés par un jeune médecin, M. le docteur Vongeheur, qui faisait partie du convoi, et qui était renfermé dans le huitième wagon, d'où il put se dégager sans accident. C'est à ce jeune confrère que l'on doit d'avoir fait régner quelqu'ordre et quelqu'organisation dans l'emploi des premiers secours et dans les premiers momens de confusion et d'effroi qu'inspirait la catastrophe. Il dirigea le dévouement des personnes étrangères à l'art, soit pour transporter les blessés, soit pour rassembler et confectionner les appareils provisoires de pansement. A son appel, des échelles, des civières étaient amenées sur le lieu du sinistre ; les coussins des voitures servaient à y coucher les blessés ; les personnes les plus intelligentes supportaient, pendant le transport, les membres fracturés ; les habitations voisines s'ouvraient pour recueillir les victimes ; deux maisons et un jardin étaient convertis en ambulances ; de toutes parts on y apportait du linge, de la charpie, des lattes pour servir d'attelles, et bientôt des soins plus réguliers purent être administrés aux blessés qu'on amenait à mesure.

Parmi ces derniers, un certain nombre s'étaient traînés çà et là, à quelque distance : il fallut aller à leur recherche. Plusieurs d'entre eux refusaient d'abord toute espèce de secours, soit par un effet de l'épouvante, soit par la crainte d'être dépouillés.

M. Vongeheur n'a quitté son poste qu'à onze heures du soir, alors que les médecins, venus de tous côtés, ont permis à notre honorable confrère de prendre un peu de repos.

— Parmi les médecins qui ont été appelés ou se sont trouvés près du lieu du désastre, on cite MM. les docteurs Fouquier, Lisfranc, Amussat, Ricord, Husson, Lucien Boyer, Obeuf, maire de Meudon, Obeuf fils, Vellard, Esnaux, Al. Dupuis, Piron, Pigarche, de Saint-Cloud, Deramond, de Bellevue. Tous les journaux s'accordent pour donner des éloges au zèle et à l'activité qu'ils ont déployés dans les soins donnés aux blessés, ainsi que les élèves Labat, Tacher, Demeaux, interne à l'Hôtel-Dieu, Cloquet, interne à la Clinique, Carot.

— Les lésions les plus nombreuses se composaient de fractures soit simples, soit comminutives, plus ou moins graves. Beaucoup de blessés portaient aussi des brûlures plus ou moins étendues.

— Un jeune homme a eu les tégumens de la région hypogastrique complètement arrachés ; il est mort une heure après l'accident.

— On a pu voir sur un grand nombre de cadavres carbonisés déposés au cimetière du Mont-Parnasse, que le crâne avait dû être écrasé ou enlevé avant l'incendie des wagons qui les renfermaient. Ceux-là n'auront pas dû subir l'atroce supplice d'être brulés vivans.

— C'est une chose horrible à voir que ces débris informes et carbonisés des malheureuses victimes de l'incendie. Les dents seules sont restées intactes sur plusieurs cadavres et contrastent par leur blancheur avec la couleur charbonneuse de ces résidus ; elles seules peuvent indiquer souvent la place où fut la tête, et c'est à la proéminence des deux incisives supérieures de madame Dumont-d'Urville qu'on a dû de reconnaître son cadavre. Un de ces malheureux a le membre inférieur droit presque intact ; aux proportions de ce membre on a jugé que sa taille devait être de cinq pieds cinq pouces ; son tronc et sa tête sont réduits à un peu plus d'un pied de longueur.

— Sur un autre, on observe ce phénomène singulier : la langue est sortie de la bouche, toutes les parties musculeuses sont carbonisées et tombées en poussière, le tissu vasculaire seul subsiste et donne à l'organe l'apparence d'une fine dentelle.

— Nous garantissons le chiffre suivant des blessés reçus aux divers hôpitaux de Paris.

Hôpital Necker,	10
Parmi lesquels, dit-on, un étudiant en droit, parent de M. le professeur Bouillaud.	
A la Charité,	2
Deux jeunes sœurs.	
Aux Enfans malades,	1
A la Pitié,	1
A la Clinique,	1
A l'Hôtel-Dieu,	5

Quelques-uns de ces malades sont déjà morts.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Deuxième épreuve clinique.

M. Aug. Bérard.

Le premier malade est un maçon âgé de dix-huit ans, qui porte sur la face interne de la lèvre inférieure gauche une tumeur fluctuante, offrant le volume d'une noisette, indolente, bleuâtre, et datant d'environ quatre ans. L'analyse détaillée des caractères de cette tumeur a porté M. Bérard à diagnostiquer un kyste renfermant un liquide plus ou moins transparent. Nous ne pouvons point exposer ici les détails essentiellement cliniques dans lesquels il est entré à cet égard. Bornons-nous à dire que l'histoire de ce fait a été complète, et que les considérations dont M. Bérard a su l'entourer ont constamment captivé l'attention.

Le second malade est un homme âgé de trente-huit ans, affecté d'une maladie de l'articulation fémoro-tibiale gauche, et portant sur la face dorsale du poignet droit une tumeur fluctuante du volume d'un marron. L'histoire de ce malade a été tout aussi complète, tout aussi judicieuse que la précédente.

Dans cette seconde épreuve clinique, M. Bérard a fait preuve des mêmes qualités que nous lui avons déjà reconnues.

M. Robert.

Le premier malade est une femme, âgée de vingt-neuf ans, affectée d'une fracture de la rotule; le second est une autre femme, âgée de quarante-sept ans, affectée d'un cancer du sein.

M. Robert a fait sur ces deux malades une bonne leçon pratique. Toutes les particularités qui se rattachent à la question des fractures de la rotule, ont été étudiées avec le plus grand soin. Il nous semble cependant qu'il y aurait eu avantage à moins insister sur la description de certains bandages qui, comme l'a du reste fort bien dit M. Robert, ne sont plus employés de nos jours. Le temps que ce candidat a employé à faire ces descriptions, lui auraient été très utile pour les développemens qu'aurait exigés le diagnostic différentiel de l'affection de son second malade.

M. Huguier.

Le premier malade est une jeune fille, âgée de quinze ans, qui porte à la fesse gauche, au niveau du bord inférieur du grand fessier, une tumeur du volume d'une grosse noix. Ce cas était difficile sous le point de vue du diagnostic, et, comme dans la précédente leçon, M. Huguier a su triompher de ces difficultés. Les détails dans lesquels il est entré à cet égard ont été écoutés avec un vif intérêt.

Le second malade est un maréchal ferrant, âgé de vingt-cinq ans, dont l'œil gauche a été atteint par une parcelle de fer qui a déterminé une plaie sur la cornée et diverses autres lésions dans les parties contenues dans le globe oculaire. L'histoire de ce malade a été rapportée dans ses plus minutieux détails. Quoique M. Huguier n'ait rien dit qui puisse être caractérisé comme hors d'œuvre, nous ne saurions trop l'engager d'être, dans une pareille circonstance, un peu plus sobre de certaines particularités qui ne doivent occuper qu'une place secondaire dans une leçon de ce genre.

Somme toute, la leçon de ce candidat a été très satisfaisante sous plusieurs rapports.

M. Chrestien.

Le premier malade est un tailleur âgé de seize ans, qui porte au niveau des vertèbres cervicales supérieures une tumeur assez volumineuse. Le second malade est un enfant à la mamelle affecté d'un fongus hématode sur le côté de la poitrine.

La leçon faite par M. Chrestien sur ces deux malades a été écoutée avec intérêt. Dans le premier cas, il a beaucoup insisté sur l'influence rhumatismale dans le développement de la tumeur, et a présenté à cet égard des considérations dont on ne tient peut être pas assez généralement compte.

Dans l'examen qu'il a fait de son second malade, rien d'essentiel n'a été omis: les différentes méthodes ont surtout été étudiées avec soin.

M. Chassaignac.

Le premier malade est un homme âgé de trente-sept ans, qui porte sur la face une vaste ulcération cancéreuse. — Le second malade porte dans l'aine gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule.

M. Chassaignac a donné une bonne description de ces deux malades, et a présenté plusieurs considérations pratiques qui ont été écoutées avec intérêt.

M. Vidal (de Cassis).

Le premier malade est un homme âgé de quarante-trois ans, infecté d'une vérole constitutionnelle caractérisée par des nécroses de plusieurs os de la face. Cet homme n'a jamais eu de chancre, ni de bubons; du moins il n'en reste aucune trace. Il a été affecté dans sa jeunesse de plusieurs blennorrhagies, dont une a été accompagnée d'orchite.

L'étude de ce malade faite par M. Vidal a été complète. La question des inoculations appliquées à l'étude des maladies vénériennes a été examinée dans son ensemble, et M. Vidal n'a pas balancé pour prescrire ces sortes d'expériences. Le temps et les circonstances ne lui ont sans doute pas permis de donner à son opinion tous les développemens qu'elle aurait réclamés. Toujours est-il que le peu qu'il a dit mérite d'être pris en sérieuse considération.

Le second malade est un homme affecté d'une amaurose. L'étude de ce malade ne l'a cédé en rien à celle du précédent. M. Vidal a dit de fort bonnes choses sur le diagnostic différentiel de l'amaurose et de la cataracte, surtout lorsque ces deux affections sont à leur début.

M. Vidal a donné dans cette leçon des preuves d'un esprit distingué, qui ne se borne pas à examiner un fait, mais qui cherche surtout à s'en rendre compte. Lorsqu'à cette qualité on joint une connaissance approfondie des principes de l'art, on peut compter avec confiance sur l'avenir.

— Jamais peut-être candidature académique n'a été plus longuement et plus chaudement disputée que celle dont la dernière scène s'est passée mardi dernier. La justice, le bon sens et le bon goût ont triomphé malgré les obstacles, et 63 voix contre 50 ont donné la victoire à M. Jules Guérin. Nous nous félicitons de ce résultat, auquel nous avons contribué autant qu'il était en nous, et cela pour l'honneur de la presse médicale, qui trouve dans l'Académie, on ne sait trop pourquoi, une opposition aussi injuste que maladroite. Nous espérons que M. Jules Guérin se souviendra, sur les banquettes de la rue de Poitiers, de son origine et de ses antécédens, et qu'il emploiera son influence à soutenir les modifications que nous avons demandées en faveur des journalistes et du public qui les lit.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Vingt-troisième séance. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui mercredi 11, M. Ph. Boyer a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité.

La prochaine séance aura lieu vendredi prochain 13. L'examen des malades se fera à quatre heures à l'Hôtel-Dieu. A cinq heures, séance publique.

Nouveau moyen de préparer les eaux minérales froides ou thermales au lit des malades.

La thérapeutique vient de s'enrichir d'une nouvelle préparation dont les praticiens ont déjà fait une application des plus utiles, ce sont des dragées minérales qui contiennent chacune les principes fixes et gazeux d'un verre d'eau minérale, de sorte qu'en mettant une d'elles dans un verre d'eau simple, elle la minéralise en laissant dissoudre les principes fixes et en dégageant les corps gazeux qui se dissolvent à la pression ordinaire comme à la source; on fait ainsi à volonté avec de l'eau froide ou chaude des eaux froides ou thermales. Tous les médecins apprécieront l'importance de ces conditions, car ils savent bien que l'eau minérale en bouteilles est souvent en partie décomposée, que la proportion de ses principes actifs va en décroissant à mesure que l'eau diminue dans la bouteille, alors qu'elle est soumise à une moindre pression et qu'elle a le contact de l'air, que l'eau surchargée d'acide carbonique est très irritante et a occasionné des commencemens d'asphyxie, qu'enfin une température élevée seconde merveilleusement l'absorption et les effets d'un médicament sans fatiguer l'estomac. C'est un phénomène qu'on remarque facilement aux sources d'eaux chaudes et que la plupart des médecins ont constatées avec les eaux artificielles thermales préparées à l'aide des dragées minérales.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 14 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 58. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

ACCIDENT ARRIVÉ SUR LE CHEMIN DE FER DE VERSAILLES (Rive gauche.)

Considérations générales sur les diverses espèces de blessures qui ont été la conséquence de cet accident.

Avant de vous entretenir en particulier de chacun des malades auxquels nous avons donné des soins, dit M. A. Bérard, je pense qu'il ne sera pas sans intérêt de faire quelques remarques générales sur les diverses espèces de blessures qui ont été la conséquence de l'accident désastreux survenu le 8 mai sur le chemin de fer de Versailles. Ces lésions, en effet, sont loin de se ressembler toutes : nous les diviserons en plusieurs ordres.

1° Quelques individus placés sur l'impériale des wagons se sont précipités du haut de la voiture à terre, et dans cette chute, faite sans précaution, ont éprouvé des lésions plus ou moins graves des membres inférieurs. C'est ainsi que nous avons vu à Bellevue un jeune homme qui avait une fracture complète des os de la jambe. C'est de la même manière que M. B..., couché au n° 10 de la salle Saint-Pierre, s'est fracturé le péroné de la jambe droite au-dessus de la malléole.

De tous ces individus, celui qui nous offre la lésion la plus grave est un nommé Martin, couché au n° 9 de la même salle. Cet individu, jeune et vigoureux, est atteint d'une déchirure des ligamens latéraux internes de l'articulation du genou gauche. Un épanchement intra articulaire joint à un gonflement énorme de la jambe et du bas de la cuisse, avec une mobilité insolite de l'articulation du genou dans le sens transversal, sont la conséquence de cette violente entorse..

2° Les personnes placées dans l'intérieur des voitures et soumises à un mouvement de locomotion des plus rapides (1), trouvant un arrêt subit dans la marche, en ont ressenti une commotion générale dont les effets ont été appréciables sur un grand nombre d'entre elles. Sans parler de la perte de connaissance plus ou moins prolongée qu'elles ont éprouvée, et qui est telle pour la plupart qu'il leur est impossible de rendre compte des événemens qui ont suivi la catastrophe, quelques-unes ont offert des symptômes assez bizarres. Le plus singulier a été une envie pressante d'uriner avec impossibilité de satisfaire à ce besoin. J'ai vu, au débarcadère de la barrière du Maine, un des blessés qui ont été de suite ramenés à Paris dans des wagons : à peine l'avait-on déposé dans la salle d'attente, qu'il se plaignit vivement du besoin de rendre les urines, souffrance dont il gémissait le plus, et cependant cet homme, que j'ai fait transporter à l'hôpital Necker est atteint de fracture de la mâchoire inférieure, huit ou dix dents de devant sont arrachées, plusieurs côtes sont brisées, la jambe droite est fracturée comminutivement avec plaie au niveau de la fracture, et enfin la cuisse, la jambe, le pied gauche, la fesse du même côté sont le siége d'une brûlure offrant tous les degrés depuis le premier jusqu'au quatrième. Cette même sensation s'est également fait sentir sur plusieurs autres blessés. Je vous citerai encore comme exemple deux sœurs qui ont été reçues dans la salle Sainte-Marie : chez l'une d'elles le besoin était tellement pressant qu'elle supplia M. Nelaton de recourir à la sonde pour lui procurer le soulagement dont elle avait besoin. Cependant le cathétérisme ne donna issue qu'à quelques gouttes d'urine.

Une autre conséquence de cette commotion est l'air de stupeur qui a persisté chez plusieurs individus pendant un jour ou deux et qui a beaucoup de ressemblance avec celui qu'on observe à la suite des plaies d'armes à feu. Chez ces mêmes individus il s'est déclaré, au bout de 24 ou 36 heures des vomissemens de matières bilieuses qui ont cessé après un temps assez court. Enfin, je pense que c'est encore à la même cause qu'il faut attribuer l'endolorissement général, le malaise accusé par quelques blessés, bien qu'il n'y eût aucune lésion apparente dans les parties où se faisait sentir la douleur.

La commotion a probablement été assez violente pour déterminer la mort immédiate d'un certain nombre de personnes; mais comme ces dernières sont sans doute devenues la proie des flammes, on n'a pas constaté la cause première de leur mort. Cependant j'ai vu, au débarcadère, le cadavre d'un homme athlétique, et sur lequel je n'ai trouvé aucune lésion apparente à la surface du corps.

3° Mais l'impulsion transmise au corps n'a pas eu pour résultat unique l'ébranlement général dont je parle. Beaucoup d'individus lancés avec violence, soit contre ceux qui étaient assis en face d'eux, soit contre les compartimens de la voiture, ont été atteints de blessures plus ou moins profondes dans les parties du corps qui ont subi le choc. La plupart de ces blessures ont atteint la partie antérieure du tronc et du visage : ainsi nous avons vu des contusions et excoriations du nez, des plaies ou bosses au front, des excoriations au-devant de la poitrine; mais l'accident le plus commun nous a paru consister dans la fracture de la mâchoire inférieure. Ainsi, sur les dix blessés que nous avons reçus, il y en a deux qui ont la mâchoire inférieure brisée; j'en ai vu un troisième à Bellevue. Dans ces divers cas, le corps de l'os pressé d'avant en arrière a été refoulé dans ce dernier sens, et le menton est devenu moins saillant.

4° Là ne se bornèrent point les désordres physiques occasionnés par le fatal accident. Les premiers wagons arrêtés par la locomotive, et pressés par ceux qui leur faisaient suite, ont subi un aplatissement antéro-postérieur extrêmement remarquable. Il semblait, selon la comparaison d'un de nos malades, que l'intérieur du wagon se fermait comme un portefeuille; de telle sorte que les places opposées venant à se rapprocher, bientôt les banquettes de devant arrivaient à toucher celles de derrière, moins l'épaisseur des membres des voyageurs interposés entre elles : ainsi se trouvaient pris ces malheureux, subissant le supplice de la torture, en attendant celui du feu auquel ils ne pouvaient se soustraire, retenus qu'ils étaient comme dans un piége, par les membres inférieurs. C'est à cette pression violente que nous devons attribuer un certain nombre de blessures dont nous avons été témoin. C'est ainsi qu'a été produite la plaie contuse transversale que présente la partie postérieure de la jambe droite de la femme couchée au n° 15 de la salle Sainte-Marie; la fracture comminutive avec plaie de la jambe droite, du n° 37 de la salle Saint-Pierre, etc.

On comprend aisément que les blessures dont je viens de parler ont dû être plus nombreuses et plus profondes chez les personnes qui occupaient les premiers wagons qui suivaient de près les locomotives, que celles qui occupaient le milieu et la fin du convoi, et que l'on aurait eu occasion d'en observer de beaucoup de formes, si les individus qui en étaient atteints n'avaient péri par les flammes. Cependant quelques-unes ont survécu, d'autres ont pu être retirées avant l'incendie, et ont offert le spectacle des désordres les plus horribles qui se puissent imaginer. A celui-ci, l'humérus a traversé les chairs de l'épaule et est sorti de toute sa longueur, de telle sorte que le coude touche à l'épaule; à celui-là, la poitrine présente une ouverture qui admettrait une tête d'enfant; sur un troisième, le crâne est ouvert en plusieurs éclats, etc.

5° A ces désordres, dont les chutes d'un lieu élevé peuvent donner une idée, vint immédiatement se joindre une nouvelle cause de destruction bien autrement puissante et épouvantable; les premiers wagons, entassés les uns sur les autres, et arrêtés sur le foyer de la première locomotive prirent feu avec une prodigieuse rapidité, et bientôt les flammes eurent consumé les malheureux, sains ou blessés, qui se trouvaient retenus dans les voitures. Je ne m'arrêterai point à vous décaire les altérations qui furent produites par cette combustion. Imaginez ce que deviendrait un cadavre placé dans le centre d'un foyer ardent, et vous aurez une idée de l'état auquel furent bientôt réduits les corps de la plupart des voyageurs. La chaleur du bûcher était tellement ardente, que les verres des portières et l'argent des voyageurs ont été fondus; un de mes élèves, M. Bouchu, qui s'est rendu le lundi matin sur le lieu du désastre, m'a montré des masses de verre fondu, et des lingots d'argent d'un assez gros volume, qui ont été recueillis dans les parties déclives du sol, où ces substances avaient coulé pendant qu'elles étaient réduites à l'état liquide. Aussi, bien peu ont dû échapper à cet incendie. Pour mon compte, je n'en ai pas vu un seul, et tous les blessés que j'ai secourus, tous ceux qui ont été admis à l'hôpital ont été brulés par la vapeur d'eau, et non par les flammes.

6° Ce n'était point encore assez de ces commotions, de ces blessures profondes produites par la violence des chocs, de cette fournaise ardente où périssaient tant de victimes, une nouvelle cause de mort devait s'ajouter à toutes les autres et atteindre ceux que les premières avaient épargné. La chaudière de la première locomotive, arrêtée comme elle par suite de la rupture de l'essieu, avait été entr'ouverte par le passage au-dessus d'elle de la seconde machine; la vapeur d'eau bouillante trouvant une issue nouvelle, fut projetée avec une grande violence à l'intérieur des wagons, et atteignit un assez grand nombre de personnes; de là résultèrent des brûlures plus ou moins profondes, et probablement l'asphyxie de quelques in-

(1) C'est par erreur qu'on a dit que le convoi s'était arrêté à Bellevue : le convoi était direct, et je tiens de plusieurs personnes qui ont eu le bonheur de sortir saines et sauves de ce voyage, que le transport s'accomplissait avec une effrayante rapidité.

FEUILLETON.

INCIDENS DU CONCOURS. (Suite.)

L'insertion de ma première lettre dans votre feuilleton est une nouvelle preuve de votre indépendance. Il était bon d'enregistrer deux faits qui appartiennent à l'histoire du concours : on saura maintenant que le nombre, la nature des épreuves d'un concours peuvent être modifiés, non seulement selon l'espèce de chaire vacante, mais en considération des candidats qu'on désire y placer, ou plutôt contre ceux qu'on ne veut pas y placer. Il n'était pas inutile aussi de faire connaître les juges qui s'abstiennent trop facilement de juger, et surtout ceux qui ne savent pas assez s'abstenir.

Ma lettre a paru mécontenter quelques intéressés, ce qui vous touche peu probablement, et ce qui ne m'empêchera pas le moins du monde de traiter mes deux derniers points. Mais tout d'abord, je dois détruire un argument sérieux qui a été présenté par des personnes qu'on doit réfuter sérieusement. On a dit : « Il est vrai que si les concurrens étaient tous agrégés, chirurgiens des hôpitaux, ou s'ils appartenaient à cette élite du corps médical de Paris dont les antécédens sont parfaitement connus, la précaution d'une épreuve écrite dont la nature est complètement imprévue serait une superfluité. Mais il peut se présenter des réputations de province non suffisamment justifiées. Pour connaître l'étendue de leurs connaissances et pour savoir l'éducation médicale qu'elles ont faites, il est bon d'avoir en réserve l'*épreuve écrite*, qui n'est autre chose que l'article 14 de la charte universitaire, ou bien le *post-scriptum* des thèses de docteur (*le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*). »

Vous savez que ce *post-scriptum* vient au secours des interrogateurs de la Faculté d'un esprit assez peu fertile pour se trouver au dépourvu dans une argumentation de moins d'un quart d'heure, qui porte cependant sur une thèse renfermant des questions 1° médicales, 2° chirurgicales, 3° anatomiques et physiologiques, 4° chimiques, physiques, etc.

Je commence par répondre : Si tous les concurrens étaient agrégés, chirurgiens des hôpitaux ou s'ils appartenaient à l'élite du corps médical dont *tous les antécédens sont parfaitement connus*, le concours serait presque inutile. J'ajoute que, pour avoir une idée de l'étendue des connaissances d'un chirurgien, il n'est pas nécessaire de le soumettre à une épreuve complètement improvisée; il est inutile de lui dire : « Tel jour et à tel moment, votre mémoire vous dictera, pendant cinq heures, et votre main pourra écrire assez rapidement et assez nettement pour qu'à la lecture vous ne soyez compromis ni par le mauvais état de votre manuscrit, ni par les mesquines proportions de votre copie. » Je prétends que de pareilles surprises ne sont pas nécessaires pour connaître l'étendue des connaissances d'un candidat et la base de son éducation médicale. Dans les épreuves purement cliniques, dans les leçons pratiques, dans la thèse même, il n'est pas difficile de connaître le chirurgien qui n'a qu'effleuré la science, qui ne l'a pas fermement assise sur des bases anatomiques. Est-il possible aujourd'hui de parler sur les hernies, sur les anévrismes, sur les luxations, sans laisser percer l'ignorance dans laquelle on peut se trouver à l'endroit anatomique de ces questions? Ainsi donc le seul argument sérieux en faveur d'une épreuve dont la nature peut être complètement inconnue avant le concours, épreuve qui peut être supprimée ou ajoutée selon le bon plaisir de je ne sais qui, cet argument étant détruit par les considérations que je viens de présenter, je passe au véritable objet de cette lettre.

1° Un candidat ne fait qu'une partie de l'éprenve.

2° Suppression d'une partie de la publicité d'une épreuve.

M. Chassaignac est mis en présence de deux malades, il les soumet à une investigation minutieuse; il part pour la Faculté, monte en chaire, on lui accorde la parole, il ne parle que pour dire qu'il se trouve trop mal pour faire cette épreuve. Ce candidat gagne son domicile, et le jury rentre dans la salle des conférences pour délibérer sur cet incident. Je me permets des détails sur cet incident parce qu'il a plus de gravité qu'on ne pense, car il crée un antécédent duquel il pourrait sortir un jour bien des embarras.

M. Chassaignac doit-il être exclu ou non du concours? Voilà la question que le jury s'est d'abord posée. La difficulté était de la résoudre. Le réglement n'a rien prévu de semblable. On fait appeler le candidat qui avait accompagné M. Chassaignac, pour savoir si celui-ci avait déclaré se retirer du concours. On pouvait prévoir la réponse d'un bon camarade. Elle fut négative. M. Vidal dit que M. Chassaignac lui paraissait fort malade. Voilà la question de personne qui commence à dominer la question de principe. Le jury voyant un rival s'intéresser à un rival, s'intéresse à M. Chassaignac. Il sait parfaitement que si tous les concurrens étaient interrogés sur la question de savoir si M. Chassaignac doit continuer les épreuves, ils répondraient généreusement oui. Alors, l'imagination venant en aide au cœur du jury, il imagine de décider que M. Chassaignac a fait son épreuve. Or, cette épreuve, *c'est une leçon d'une heure* que M. Chassaignac n'a pas faite. Supposez que ce concurrent soit tout autre, ayant, je ne dis pas plus de *droits*, mais plus de *voix* dans ce concours; il pourrait encore être nommé, et cela après avoir omis une épreuve! Comme amateur de concours, je suis fâché et en même temps fort aise de cette décision. J'en suis fâché, parce que je vois que le concours n'est pas pris assez au sérieux par le jury; j'en suis bien aise ensuite, car je pourrai entendre encore M. Chassaignac, un des concurrens qu'on écoute avec le plus de plaisir. Ceci n'est donc pas écrit contre M. Chassaignac, qui sera le premier à le reconnaître.

Voici la dernière question à traiter :

On sait que les candidats sont soumis à deux séries d'épreuves cliniques. La première série fut complétement publique. Les spectateurs pouvaient aller dans les hôpitaux où se trouvent les malades qui de-

dividus.

Quoique de tout temps l'on ait été exposé à être brûlé par la vapeur d'eau, néanmoins ce n'est que depuis que l'on a utilisé cette force que l'on a eu des occasions de bien observer les désordres que peut produire l'eau réduite en vapeur. On doit même dire que ces occasions sont rares, parce que le plus souvent les machines qui recèlent la vapeur font explosion au lieu de se fendre plus ou moins largement. Cependant on possède déjà quelques exemples des effets désastreux que peut produire la vapeur, et il n'y a pas bien long-temps qu'une vingtaine de personnes ont péri, à Ancenis, à la suite de l'introduction de la vapeur dans un des salons d'un bateau à vapeur. Plusieurs périrent asphyxiés, d'autres éprouvèrent une inflammation des voies aériennes, le plus grand nombre fut brûlé et périt par suite des lésions dont la surface du corps avait été le siége.

Avant de parler des brûlures que nous avons à soigner, il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup-d'œil sur les circonstances qui distinguent les brûlures faites par la vapeur. On sait que, toutes choses égales d'ailleurs, les brûlures sont plus profondes quand elles sont faites par un corps en ignition que quand elles résultent de l'action d'un corps qui est simplement chargé de calorique. Sous ce rapport, les brûlures faites par la vapeur doivent être moins graves que celles faites par le feu, les vêtemens embrasés, etc. On sait encore que les corps denses, doués de la propriété d'être bons conducteurs du calorique, produisent des désordres plus graves que ceux qui résultent de substances légères ou qui retiennent le calorique. Sous ce double rapport la vapeur d'eau, ainsi que les gaz, occupent le dernier rang parmi les corps qui font les brûlures. D'après ces remarques, il semblerait que la vapeur d'eau ne devrait occasionner que de simples irritations, ou tout au plus des vésications de la surface du derme ; mais il n'en est rien, et voici les circonstances qui rendent l'action de la vapeur parfois très énergique. D'abord le degré de température auquel elle est élevée et qui dépasse toujours 100 degrés, puisque autrement elle serait immédiatement ramenée à l'état liquide. Secondement, s'il est vrai de dire que la vapeur n'a qu'une faible densité, et que par conséquent il n'y a qu'un petit nombre de molécules échauffées qui touchent à la fois la surface du corps, il faut remarquer qu'en raison de la projection incessante de la vapeur, il y a un renouvellement continuel de molécules comburantes, et pour peu que cette action se prolonge quelques secondes, il en résulte, au bout du compte, une somme de contact analogue à celui qui proviendrait de l'application d'un corps solide, et tandis que celui-ci va se refroidissant, la vapeur, au contraire, conserve la même température pendant tout le temps qu'elle s'échappe de la chaudière qui la recèle. A cette première cause d'action, il en faut joindre une autre que la vapeur partage avec les corps liquides, c'est qu'elle s'applique exactement sur toutes les parties du corps qu'elle touche ; saillies, enfoncemens, inégalités, tout est également brûlé : plus pénétrante encore que l'eau, elle s'insinue dans les cavités de la bouche ou du nez et va produire, jusque dans les voies aériennes, des désordres redoutables. Une de nos malades, dont la face est profondément brûlée par la vapeur, et qui probablement poussait des cris d'effroi et ouvrait largement la bouche a reçu dans la gorge des colonnes de vapeur qui ont produit de légères escharres sur la langue et le pharynx, et les douleurs vives qu'elle accuse le long de la trachée ne nous permettent pas de douter que ce conduit n'ait beaucoup souffert de la pénétration de la vapeur jusqu'au-dedans de la poitrine.

Une dernière circonstance donne à ce genre de blessure une haute gravité. Quelqu'étroite que soit l'ouverture par laquelle la vapeur s'échappe, elle ne tarde pas à s'ouvrir dans l'air en prenant la forme d'un cône dont la base est dans l'atmosphère et le sommet à l'orifice de la chaudière. Or, la base de ce cône offre assez d'étendue pour embrasser la surface du corps; non-seulement d'une, mais de plusieurs personnes à la fois, de telle sorte que la brûlure qui en résulte offrira une grande étendue, et vous savez, Messieurs, qu'une brûlure, même légère et au premier degré, suffit pour donner la mort si elle s'étend à la plus grande partie de la surface de la peau. Les brûlures faites par la vapeur peuvent donc offrir une haute gravité: les exemples que nous avons maintenant sous les yeux en sont pour nous la preuve.

Il résulte des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, que les parties du corps principalement exposées à l'action de la vapeur sont celles qui sont découvertes. En effet, tous nos brûlés ont la figure et les mains plus ou moins endommagées. Pour que l'action se fasse sentir sur les parties du corps que protègent les vêtemens, il faut que cette action soit prolongée ; alors la vapeur, pénétrant peu à peu les tissus, finit par agir avec autant d'énergie sur les parties couvertes d'habits que sur les autres. Vous avez pu voir des brûlures de plusieurs degrés, depuis le premier jusqu'au quatrième inclusivement sur les tégumens de la cuisse et de la jambe du n° 37. Les vêtemens, au bout d'un certain temps, finissent par être imprégnés comme si on avait versé à leur surface de l'eau bouillante.

Les caractères anatomiques des brûlures faites par la vapeur d'eau ont la plus grande ressemblance avec ceux que détermine ce même corps à l'état liquide, surtout lorsqu'il approche de l'ébullition.

Quant à la gravité des accidens qui en résultent, elle est proportionnée à l'étendue et au degré de la brûlure ; elle peut être telle, que la mort en soit la conséquence très prompte. Nous avons pratiqué mardi, sous vos yeux, l'autopsie d'une femme dont la totalité du corps avait été atteinte par la vapeur. En quelques points, au cou, sur les cuisses, la brûlure atteignait toute l'épaisseur du derme ; dans d'autres, la superficie de cette membrane seule était affectée ; dans la plus grande partie, la brûlure n'était qu'au second et au premier degré : cependant cette malheureuse n'a survécu que quelques heures à sa blessure. Un autre malade dont les membres inférieurs, le bas du tronc, une petite partie du cou, du visage et des mains étaient atteints, et seulement aux premier et deuxième degrés dans la plus grande surface, a également succombé 48 heures après l'accident, dans un état de coma profond.

Après avoir jeté ce coup-d'œil général sur l'ensemble des blessures occasionnées par l'accident du 8 mai, nous vous entretiendrons de quelques-uns des cas les plus importans que nous avons actuellement sous les yeux.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Des conditions dans lesquelles les chancres sont suivis de phénomènes syphilitiques consécutifs.

Quelles sont les conditions dans lesquelles les chancres sont suivis de phénomènes consécutifs ? Telle est la question à laquelle M. Ricord a consacré une de ses dernières leçons cliniques, question tout à fait à l'ordre du jour et dont la solution est des plus importantes au point de vue pratique, car elle comprend à la fois les élémens du traitement des symptômes syphilitiques primitifs et de la prophylaxie des symptômes secondaires.

C'est, dit M. Ricord, une loi que nous avons établie par des expériences et des observations répétées, quoique presque tous les syphiliographes enseignent le contraire, que le chancre est positivement une affection locale, et comme telle restant sans influence sur l'ensemble de l'économie, si l'on sait employer dès le début le traitement qui lui convient. Bien qu'il semble que tous les médecins doivent s'entendre sur ce qu'il convient d'appeler les accidens primitifs et les accidens consécutifs de la vérole, il n'en est cependant pas ainsi : il existe à cet égard entre la plupart des syphiliographes et nous une divergence dont il importe de faire connaître les motifs. Cullerier, et d'après lui une infinité d'autres considéraient comme consécutifs tous les phénomènes qui se développaient d'une manière quelconque à la suite d'un chancre, quel que court que fût l'intervalle qui séparât l'apparition de ces deux ordres d'accidens. Nous ne partageons pas cette manière de voir : pour nous, toutes les fois qu'un accident succède à l'apparition d'un chancre d'une manière immédiate et comme par une sorte d'infection produite de proche en proche sans solution de continuité, c'est encore un accident primitif ; nous considérons comme accidens consécutifs ceux qui se produisent après un intervalle plus ou moins considérable, et qui se propagent par voie d'absorption : tels sont la lymphite, l'adénite ou bubon. Il importe beaucoup d'établir jusqu'à quel point les accidens primitifs peuvent donner lieu aux accidens consécutifs et à l'infection générale, et dans quelles conditions se réalise cette infection.

On peut établir comme principe général que tous les chancres peuvent être suivis de bubons. Il faut cependant distinguer dans les chancres leurs différentes formes et leurs caractères extérieurs; car, à raison de ces différences, il en est qui exposent aux phénomènes successifs beaucoup plus facilement que les autres. Ainsi, le chancre diphthérique ou phagédénique bien caractérisé donne lieu aux phénomènes consécutifs plus facilement que le chancre simple. Le chancre induré expose d'une manière presque infaillible à l'infection générale, tandis que le chancre phagédénique gangréné expose à la gangrène franche, bien qu'il soit excessivement grave comme maladie locale, puisque souvent tout le gland, tout le pénis même peut être détruit ; ce chancre, dis-je, est de tous celui qui expose le moins aux phénomènes consécutifs ; c'est, en quelque sorte, comme une heureuse compensation aux dangers locaux auxquels il expose les malades qui en sont atteints.

Entrons maintenant dans d'autres détails: *Le siége* du chancre a une influence très importante sur le développement des accidens consécutifs et sur la nature de ces accidens ; ainsi pour la verge, 80 fois sur 100 les bubons sont produits par un chancre du frein. C'est là une chose très importante à savoir. Ce que nous disons des hommes peut également être appliqué aux femmes ; chez elles, les ulcérations des environs du méat urinaire et de l'orifice vulvaire produisent le même phénomène, et il ne faut pas croire que les choses se passent ainsi plus particulièrement chez les femmes du peuple, comme étant soumises à une vie dure, à des marches fatigantes, etc., car on observe ce fait au moins aussi fréquemment chez les femmes d'une position élevée, vivant dans l'aisance et qui, pour la plus petite égratignure, gardent le repos et observent les soins les plus minutieux. Cette facilité qu'ont les chancres situés dans ces régions à donner lieu au développement du bubon, est simplement un effet de la propagation de l'affection par continuité de tissus. L'influence du siége est si grande, en effet, que si l'on connaissait mieux que nous ne les connaissons les rapports anatomiques existant entre le point de départ de la maladie et les points sur lesquels les accidens consécutifs se développent, on pourrait certainement pronostiquer avec beaucoup plus de précision la possibilité du développement de ces accidens. Ainsi, par exemple, dans le très grand nombre d'expériences que nous avons faites sur l'inoculation du virus des chancres, jamais nous n'avons vu le bubon succéder à cette inoculation. Pourquoi cela ? Le voici : c'est que nous avons toujours le soin d'inoculer le pus chancreux à la partie supérieure des cuisses, là où il n'y a point de rapports anatomiques bien étroits entre les vaisseaux et les ganglions de l'aine où les bubons se développent. Il y a donc réellement un rapport anatomique essentiel entre la cause première et l'effet successif.

Étendue de l'affection primitive du chancre. — Au premier abord, on serait porté à croire que la circonstance de la plus ou moins grande étendue du chancre dût avoir une grande influence sur l'apparition des phénomènes successifs, car si ceux-ci se développent à la suite de l'absorption du pus virulent, leur développement devrait être d'autant plus certain et plus rapide, que la surface absorbante serait plus étendue; pourtant l'expérience et l'observation de tous les jours prouvent qu'il n'en est pas ainsi. Nous voyons journellement des chancres d'une très petite dimension, de la grandeur d'une lentille, par exemple, produire l'infection générale, tandis que des chancres d'une beaucoup plus grande étendue ne la produisent pas. L'étendue de l'ulcération primitive n'est donc d'aucune importance par rapport à l'infection.

On peut en dire autant de la voie par laquelle la maladie a été contractée, que ce soit par la verge ou par le doigt, ou des baisers impurs, sur quelque partie que le chancre se soit montré, l'infection consécutive se fait de la même manière, ni plus, ni moins que si le coït en eût été le véhicule.

Durée. — Les praticiens, nos adversaires, pensent généralement que plus un chancre met de temps à se cicatriser, moins on a à craindre les phénomènes consécutifs ; car, disent-ils, le virus, par le fait de la suppuration, est chassé au dehors comme par une espèce d'émonctoire naturel. Nous professons une opinion tout à fait opposée. Pour nous, le danger de l'infection virulente augmente en proportion même de la durée de l'affection locale primitive, et la raison en est simple : loin que le virus soit chassé au dehors par la sécrétion purulente, comme on le pense, il est, au contraire, incessamment soumis à l'absorption ; par conséquent, le danger de l'infection est en raison de la durée de la maladie locale et du virus, pendant lequel le virus reste en contact avec la surface absorbante.

Le *traitement* est un élément d'une très grande valeur dans la question qui nous occupe, et d'abord voyons ce qu'il en est du traitement local.

Nous admettons que les accidens consécutifs se développeront en raison directe de l'irritabilité des ulcérations primitives, irritabilité causée le plus souvent et entretenue par un traitement mal dirigé et irrationnel. Mais quand on nous dira que ces accidens consécutifs sont aussi les résultats de la cautérisation directe locale des chancres, nous répondrons que c'est là une assertion radicalement fausse, car telle est notre conviction profonde, conviction acquise par une expérience et une observation attentive de dix années ; nous soutiendrons toujours, et de toutes nos forces, qu'au contraire la cautéri-

---

vaient faire le sujet de la leçon ; ils pouvaient assister à leur examen, et retourner ensuite avec le candidat à la Faculté, pour entendre la leçon dont ils connaissaient en partie les élémens. La presse pouvait avoir aussi ses représentans à cette première épreuve, et se tromper ainsi un peu moins sur ses appréciations.

Mais, au commencement de la deuxième série des épreuves cliniques, voilà qu'un ordre arrive pour interdire au public l'entrée des hôpitaux. Dorénavant les candidats seuls seront admis sur la présentation d'une carte ! Il est certain qu'ici on a été mu par un motif louable, et on ne manquera pas surtout de faire valoir l'intérêt des malades. On dira que la présence du public, dans les salles, pouvait incommoder les malheureux qui y viennent pour recevoir des soins et non pour y être un sujet de leçon. Je réponds que cet argument est surtout dirigé contre les vrais exercices cliniques ceux qui se font tous les matins, quand les élèves eux-mêmes sont appelés à explorer, à palper, à interroger, etc., tandis que pour le concours de clinique, c'est un seul candidat qui examine, qui interroge, qui touche. Mais il faut que le public assiste à cette partie de l'épreuve qui est fort importante, surtout pour le jury, puisque seule elle lui a fait permettre à un candidat *qui n'a pas fait de leçon*, de continuer le concours.

L'examen du malade est, en effet, une partie capitale de l'épreuve ; c'est même, par elle, qu'elle prend un caractère clinique ; car comment juger de la précision du diagnostic porté en chaire, si on n'a pas la moindre idée du sujet de la leçon ? Or, on sait que cette épreuve roule surtout sur le diagnostic. Il y a plus ; c'est que quand le public assiste à l'examen du malade, le candidat peut se dispenser d'une foule de détails fort ennuyeux et qu'il est obligé de porter en chaire, s'il n'a pas eu de spectateurs pendant qu'il opérait. Ces détails portent surtout sur les signes négatifs. Exemple : le candidat parle d'une tumeur, il en indique les principaux caractères, ceux qui sont essentiels ; mais il omet de faire mention des pulsations, des bruits qu'elle ne présente pas. Ceux qui ont vu opérer, savent que le candidat n'a pas manqué de pratiquer l'auscultation, la percussion ; ils ne considèrent donc pas comme une omission, le silence gardé sur les signes fournis par ces deux moyens d'exploration. Au lieu donc d'en faire un sujet de reproche, ils savent gré au candidat d'avoir omis l'accessoire pour insister sur le principal.

En terminant je dirai : Il s'agissait *d'un concours public pour une chaire de clinique chirurgicale*. Eh bien ! ou ce concours n'est pas public, ou ce n'est pas un concours de clinique. Si vous persistez à dire qu'il est public, je répondrai qu'il n'est pas alors de *clinique chirurgicale*, qu'il est de *pathologie externe*, parce que le public n'assiste maintenant qu'à la partie théorique des épreuves, et, dans ce cas, M. Chassaignac n'ayant pas fait son épreuve théorique ne peut rester dans le concours. Si vous vous obstinez à considérer ce concours comme un concours de clinique, alors il a cessé d'être public le jour où à la porte des hôpitaux on a délivré des cartes aux candidats qui ont seuls le droit d'entrer. Je sais que ces dilemmes sont un peu embarrassans, surtout pour ceux qui ne se piquent pas de logique ; mais comme je pourrai un peu plus tard en proposer de plus incommodes, on fera bien de s'y faire.

Nemo médical.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Vingt-quatrième séance. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui vendredi 13, M. Thierry a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. Breschet à l'Hôtel-Dieu.

La prochaine séance aura lieu lundi prochain 16. L'examen des malades se fera à quatre heures, à l'hôpital dit de l'Ecole. — A cinq heures, séance publique.

Depuis deux séances, M. Bégin, juge de ce concours, n'assiste plus aux épreuves. Cette retraite rend M. Villeneuve juge titulaire.

sation bien faite, et pratiquée dans le temps convenable, est le traitement le plus rationnel du chancre primitif, celui qui met le plus sûrement à l'abri des phénomènes successifs; car par cette cautérisation on tarit immédiatement, pour ainsi dire, la source du mal, et dès-lors on n'a plus à craindre les conséquences de l'infection. L'éternel argument que nous opposent nos adversaires est celui qu'ils déduisent des observations de Ch. Bell, observations qui sembleraient en effet prouver contre notre thèse. Mais que sont ces observations? Ce sont vingt cas (si je ne me trompe) jetés là sans choix, sans indications d'espèce ni de durée de la maladie, sans aucun des caractères qui doivent accompagner toute observation pour la rendre concluante; c'est au point qu'on a de la peine à croire que ces observations soient sorties de la plume d'un homme aussi recommandable que Ch. Bell; il suffit de les lire pour voir qu'elles ne peuvent pas soutenir une analyse un peu rigoureuse. Le traitement, nous le répétons, qui détruit le plus vite l'ulcération, qui lui enlève sa spécificité, qui réduit le chancre vénérien à une plaie simple ordinaire, c'est la cautérisation. Toutes les fois que cette cautérisation sera appliquée d'une manière convenable, et en temps opportun, on pourra prédire avec assurance qu'il ne surviendra aucun phénomène consécutif.

Traitement général. — Le traitement général n'est d'aucune utilité toutes les fois qu'on aura bien dirigé le traitement local. Est-ce à dire pour cela que ce traitement général en lui-même, et indépendamment du traitement local, soit vicieux et doive être repoussé? Non, certes; car nous savons au contraire qu'il guérit aussi à lui seul les phénomènes primitifs, ainsi que nous en avons vu une foule d'exemples dans notre service, mais il est dans les circonstances en question au moins inutile.

Nous arrivons au second point de la question; à l'infection constitutionnelle. C'est ici qu'il faudrait avoir des principes fixes, des règles invariables pour pouvoir prononcer un jugement fondé, car une responsabilité immense pèse sur le médecin; non-seulement l'individu malade, mais les enfans, mais des générations entières nous rendent en quelque sorte responsables des conséquences du traitement que nous avons employé; et pourtant, quel vague, quelle incertitude ne trouvons-nous pas dans les livres classiques sur la matière! Ainsi, les uns vous disent qu'il suffit des rapports avec une personne infectée, ne se fût-il développé aucun symptôme local à la suite de ces rapports, pour que l'infection générale ait lieu. Vous embrassez une femme qui a des ulcères syphilitiques aux lèvres, aucun effet ne suit cet embrassement; malgré cela selon ces médecins, vous êtes sous le coup d'une infection générale. Bien allait encore plus loin; il soutenait qu'il suffisait du contact d'une personne infectée pour qu'on eût à craindre de voir le développement des accidens syphilitiques constitutionnels. Vous concevez que de ce pas on ne pourrait plus s'arrêter; l'incertitude du diagnostic serait immense. Il faut des bornes, et nous croyons qu'on peut les fixer. Pour nous, il n'y aura jamais d'infection consécutive tant qu'il n'y aura pas eu de symptômes primitifs bien caractérisés; car l'une est nécessairement l'effet de l'autre.

Dans le système que nous combattons, les formes de l'affection locale ne signifient rien par rapport à l'infection; les phénomènes consécutifs arrivent, dit-on, quelle que soit la forme sous laquelle se présentent les symptômes primitifs. C'est encore une erreur. Il suffit de jeter un coup-d'œil sur les malades de notre service pour reconnaître l'influence énorme que les formes de la syphilis exercent sur le développement de cette infection, et pour se convaincre de la confusion dans laquelle sont tombés à cet égard les partisans de la doctrine contraire. La forme de l'affection locale est donc d'une importance extrême à considérer; car il est du plus haut intérêt de ne pas laisser les malades sous l'idée d'un danger toujours imminent, et dans la triste persuasion qu'un traitement mercuriel serait toujours nécessaire, alors que nous serions convaincus du contraire.

Le chancre simple, chancre type, bien étudié, reste peut-être 90 fois sur 100 affection locale, et l'on peut regarder l'infection constitutionnelle succédant à ce chancre, comme une exception. L'infection peut bien se développer à la suite de ces chancres, mais dans certaines conditions qui devront faire l'objet d'une attention spéciale. Le chancre phagédénique gangrené, à gangrène franche, limitée et bien circonscrite, ne donne pas lieu à des accidens consécutifs. En Angleterre, on a établi cette doctrine, basée sur un grand nombre d'observations; mais il y a une condition d'une valeur très grande pour les praticiens, c'est l'induration. Il importe donc d'établir une distinction entre les chancres indurés et les chancres non indurés; car ces derniers n'exposent, on peut dire jamais, à l'infection. L'induration est pour nous le premier signe, et comme le symptôme infaillible d'une infection commençante ou imminente, et l'on peut affirmer, sans crainte de se tromper, que les sujets présentant cette induration sont en proie à une diathèse syphilitique. Il y a dix ans que nous observons des faits de cette nature dans notre service, et chacun de ceux qui le suivent en a pu observer des exemples; mais il faut bien prendre garde de ne point confondre avec cette induration spécifique l'œdème des tissus, l'empâtement que l'on observe souvent autour des chancres simples, car on s'exposerait à porter un diagnostic fautif.

Ainsi donc, pour nous résumer, la forme de la maladie locale dans la question qui nous occupe, est de la plus haute importance; son étendue, au contraire, n'a aucune espèce de valeur, car nous voyons tous les jours que l'infection n'est pas en raison de la quantité de pus qui peut être absorbé. Souvent on la voit survenir à la suite d'un seul chancre d'une très petite étendue; tandis que plusieurs chancres d'une grande étendue peuvent ne pas la produire, quoi qu'en disent nos adversaires. Au reste, les raisonnemens de ces derniers nous paraissent manifestement contradictoires; en même temps qu'ils vous disent que l'étendue de la surface ulcérée et suppurante est une condition favorable au développement des phénomènes de l'infection, ils font observer que l'abondance de la suppuration est en elle-même une circonstance favorable, à cause de l'élimination du virus qu'elle entraîne au dehors. On ne saurait être plus inconséquent. Quant à nous, nous pensons que l'abondance de la suppuration n'est pour rien dans la production des phénomènes syphilitiques consécutifs.

La durée de la maladie locale n'a pas non plus une influence notable, pourvu toutefois que l'induration du chancre n'ait pas donné lieu de soupçonner l'existence d'une syphilis en quelque sorte constitutionnelle dès son début.

Enfin le traitement est de toutes les conditions certainement la plus importante à considérer dans la question qui nous occupe. Le traitement local, ainsi que nous l'avons déjà dit, fait en temps convenable, du moment qu'il détruit les phénomènes primitifs, met, selon nous, à l'abri de toute infection virulente; mais il faut que l'affection locale soit traitée dès le début. Ainsi la doctrine de ceux qui pensent qu'il faut laisser suppurer le chancre, considérant cette suppuration comme une sorte d'émonctoire que la nature entretient pour l'expulsion du virus, est une doctrine funeste, pour ne rien dire de plus, car elle peut faire d'innombrables victimes.

Le traitement général, appliqué aux phénomènes locaux primitifs, a sans contredit une grande influence comme moyen de prévenir l'explosion des phénomènes consécutifs, mais au début il est inutile. Nous n'avons pas besoin de dire que les préparations mercurielles sont de tous les agens thérapeutiques ceux auxquels nous donnons toujours la préférence dans le traitement général.

Supposons maintenant qu'un individu ayant eu une affection locale primitive, vienne nous consulter pour savoir s'il a lieu de craindre l'invasion des symptômes consécutifs. Quelles seront dans ce cas les bases de notre pronostic? — Il faudra bien s'enquérir d'abord de la manière dont l'affection primitive a cessé. A-t-elle cessé spontanément ou à l'aide de simples moyens hygiéniques, ou bien à la suite d'un traitement plus ou moins convenablement dirigé? Cette distinction est très importante, car dans le premier cas vous pouvez prononcer avec assurance qu'il sera à l'abri de tout symptôme consécutif, s'il n'en est pas survenu au bout de sept ou huit mois. Nous ne connaissons pas de cas bien authentiquement établi de syphilis constitutionnelle survenue à une époque plus éloignée; on pourra toujours bien avoir 999 chances sur 1000 de ne pas se tromper; mais s'il a été fait un traitement quelconque, si ce traitement a été incomplet, mal dirigé, vous n'aurez plus de règle pour votre pronostic. Qu'est-ce qui nous assurera qu'une maladie consécutive ne se développera pas au bout de dix, quinze ou vingt ans; car ce traitement incomplet peut bien avoir enrayé un peu la marche de la maladie, mais non l'avoir détruite; vous serez par conséquent dans une grande incertitude, et dans ce cas on ne devrait pas hésiter à prescrire un traitement convenable.

HOPITAUX DE LONDRES.

Cas grave de plaie à la tête accompagnée de fracture et de circonstances remarquables; par M. ORR.

Michel Neal, âgé de vingt-cinq ans, très musclé, a été reçu à l'hôpital le 8 février, une demi-heure après avoir été blessé. Occupé avec trois de ses camarades à soulever une pierre du poids d'un *tan* (mesure de 40 pieds cubiques), l'une des cordes s'étant rompue, il a été frappé à la tête par l'autre corde qui a roulé rapidement. A l'examen on a trouvé l'état suivant: une portion du pariétal gauche, de la largeur d'une couronne (monnaie) est déprimée dans le crâne; vers le bord du frontal est une plaie de 27 millimètres de largeur; un stylet enfoncé sur ce point fait reconnaître une fracture dirigée presque parallèlement à la fracture coronale. Une hémorrhagie très abondante avait eu lieu de ce côté. Une large ecchymose existe sur l'os temporal droit, une autre à la partie postérieure de l'os déprimé. Un écoulement très abondant de sérum sanguinolent a lieu par l'oreille gauche. Le malade est complètement insensible depuis l'accident; face pâle, extrémités froides, pupilles irrégulièrement dilatées, la pupille gauche plus dilatée que la droite, insensibles à la lumière, respiration stertoreuse, pouls 48, petit et compressible; pas de paralysie ni de convulsions.

On l'a couché, on lui a appliqué aux pieds des bouteilles chaudes; on lui a rasé la tête et on y a appliqué des fomentations froides et continues; cinq grains de calomel à répéter de trois heures en trois heures. Vers midi le pouls a acquis de la force et de la fréquence, face animée, respiration plus stertoreuse et plus accélérée; le pouls gauche est plus fréquent que le droit de dix pulsations par minutes, et en même temps plus mou et plus plein. Lorsque la respiration était interrompue, le pouls droit disparaissait avec la respiration, tandis que le pouls gauche devenait plus fréquent. Le malade est resté jusqu'à onze heures du soir dans cet état, puis il est mort.

A l'autopsie, on trouve une extravasation énorme de sang au-dessous du muscle occipito-frontal. La portion du crâne qui était déprimée était formée de trois ou quatre fragmens. La fracture qu'on avait découverte près du frontal se prolongeait presque parallèlement à la suture coronale à travers les deux os pariétaux. A gauche, la fracture se continuait dans la portion pierreuse de l'os temporal, qui était brisé en plusieurs morceaux; la membrane du tympan était déchirée. Une petite lacération a été observée à la dure-mère à l'endroit correspondant à la plaie externe. Au-dessous de la dure-mère existait une extravasation considérable de sang, occupant une grande étendue de la surface du cerveau; mais cet organe n'offrait aucune lésion appréciable. Le crâne était remarquablement mince.

Cette pièce pathologique ayant été présentée par l'auteur à la Société chirurgicale d'Irlande, conjointement aux détails de l'observation, a donné lieu à une discussion pratique intéressante.

M. Orr a fait remarquer que la direction de la fracture, dans ce cas, paraît confirmer l'opinion de M. Brodie, qui veut que l'hémorrhagie auriculaire, dans les plaies de la tête, se rattache à une lésion du sinus latéral, qui marche sur la portion pierreuse du temporal. La lacération du tympan a facilité l'écoulement du sang par l'oreille, lequel a été excessivement abondant.

M. O'Beirne a demandé si le malade avait rendu involontairement les urines et les fécès, et si les membres étaient froids.

M. Orr répond que les membres étaient froids, mais que le malade n'a rendu ni urines, ni fécès.

M. Porter demande si la carotide interne n'était pas rompue; car, d'après ses observations, les hémorrhagies abondantes par l'oreille se rattachent quelquefois à la lésion de cette artère.

M. Orr répond que la carotide n'avait pas été examinée, l'autopsie ayant été faite pendant la nuit, mais que l'hémorrhagie n'était pas artérielle.

M. Kennedy désire mieux connaître les conditions des pupilles et du pouls.

M. Orr répète que les pupilles étaient toutes les deux dilatées, mais la droite plus que la gauche. Le pouls battait à 48 d'abord, était régulier; il s'est élevé de 20 pulsations ensuite; le pouls droit excédait le gauche d'environ 8 pulsations, et il a aussi présenté de l'intermittence pendant plusieurs heures avant la mort.

M. Porter considère le choc que l'individu avait éprouvé comme la cause de la mort. Les symptômes pourraient faire croire que le malade est mort par la compression, mais la quantité de sang trouvée à la surface du cerveau ne paraît pas suffisante pour produire une compression mortelle. Une circonstance remarquable est fournie par l'étendue considérable de la fracture dans le rocher par contre-coup.

M. O'Beirne appelle l'attention sur la grande importance du traitement mercuriel dans les lésions traumatiques de la tête, traitement employé pour la première fois par M. Carmichaël. Dans un cas excessivement grave de fracture du pariétal, que M. O'Beirne a eu dernièrement à traiter, les membranes du cerveau étant déjà enflammées, l'usage du mercure, poussé jusqu'à la salivation abondante, a promptement dissipé l'orage comme par enchantement, et l'individu a été sauvé.

(*Dublin. med. Press.*, 2 mars 1842.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du 3 et du 9 mai 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Lémery envoie une traduction des mémoires de Jenner avec demande que le prix proposé sur la vaccine par l'Académie soit retiré, le problème lui paraissant insoluble.

— *M. le docteur Petit* écrit pour récriminer contre les opinions de M. Pelouze, tendant à faire admettre que l'usage des eaux alcalines peut entraîner la formation de calculs vésicaux.

M. Pelouze répond qu'il n'a émis cette opinion qu'avec beaucoup de réserve.

— *M. Andral* achève la lecture du travail entrepris avec MM. Gavaret et Delafond sur la composition du sang chez les animaux domestiques. Ce travail se termine par les conclusions suivantes:

1° Dans les différentes espèces d'animaux, le sang, identique quant à la nature des principes qui le composent, peut varier quant à la proportion relative ou absolue de ces principes.

2° La moyenne de la fibrine, des globules, de l'albumine et de l'eau ne sont pas les mêmes dans le sang des différentes espèces.

3° La fibrine du sang, ses globules et son albumine n'augmentent pas ou ne diminuent pas nécessairement d'une manière simultanée dans les différentes espèces: il y a des animaux dont le sang est riche en fibrine et pauvre en globules; il y en a d'autres dont le sang est riche en globules et pauvre en fibrine.

4° Cette loi d'indépendance de la fibrine, des globules et de l'albumine se maintient chez toutes les espèces dans l'état de maladie.

5° La fibrine a présenté ses moyennes les plus élevées chez des animaux herbivores; elle a offert la moyenne la plus basse chez des carnivores.

6° La moyenne de fibrine qui représente dans une espèce l'état physiologique peut devenir, transportée dans une autre espèce, la représentation d'un état pathologique; de telle sorte qu'une certaine composition du sang, normale pour une espèce, sera anormale pour une autre.

7° L'énergie de la constitution n'a pas une influence constante sur l'élévation du chiffre de la fibrine.

8° Chez les animaux dont nous avons examiné le sang pendant les premières 24 heures qui ont suivi leur naissance, la fibrine a été remarquable par sa petite quantité.

9° Pendant les derniers temps de la gestation, la fibrine s'abaisse au-dessous de la moyenne; peu après la parturition et pendant la durée des accidens qui caractérisent la fièvre de lait, le chiffre de la fibrine s'élève: il atteint ou dépasse même un peu la limite supérieure de l'état physiologique. Le degré de cette élévation est en rapport avec l'intensité des accidens puerpéraux.

10° Dans toutes les espèces l'élévation du chiffre de la fibrine au-dessus de la limite supérieure de l'état physiologique a constamment coïncidé avec l'existence de l'état phlegmasique.

11° Dans la cachexie aqueuse des moutons, la fibrine a conservé son chiffre normal, quel que fût d'ailleurs l'appauvrissement du sang. Ce chiffre s'est élevé lorsque l'anémie s'est compliquée d'un état phlegmasique.

12° Les globules ont présenté leur moyenne la plus élevée chez des animaux carnivores, et la plus basse chez des herbivores.

13° Chez les différens individus d'une même espèce, l'élévation du chiffre des globules a été en rapport constant avec l'énergie de la constitution.

14° L'amélioration des races ovines, fruit de leur croisement, s'est marquée dans le sang par une augmentation du chiffre des globules.

15° Pendant les premières 24 heures de la naissance, les globules ont été très abondans relativement à la fibrine.

16° Pendant le dernier temps de la gestation, les globules ont diminué; ils ont augmenté après la parturition, pendant la durée de la fièvre de lait.

17° Chez aucun animal les globules n'ont été directement influen-

cés par l'état phlegmasique ; jamais en pareil cas ils ne se sont élevés au-dessus de la limite supérieure de l'état physiologique ; mais on les trouvait diminués si, lors de la première saignée, les animaux étaient déjà dans un état d'anémie, ou si plusieurs saignées étaient déjà pratiquées.

18° Dans la cachexie aqueuse des moutons, les globules ont constamment subi une diminution considérable.

19° L'albumine du sérum a présenté, comme les principes précédens, des moyennes différentes suivant les diverses espèces.

20° Cette albumine a diminué de quantité chez les moutons qui, atteints de cachexie aqueuse, avaient en même temps des douves dans le foie.

21° L'eau du sang a présenté la moyenne la plus basse chez les carnivores, et la plus élevée chez les herbivores.

22° Elle s'est accrue considérablement dans la cachexie aqueuse des moutons.

23° La maladie des moutons, connue sous le nom de cachexie aqueuse, est une anémie qui se lie à deux sortes d'altérations différentes dans la composition du sang; d'où deux sortes d'hydroémie chez les moutons, l'une qui est le résultat du seul fait de la diminution des globules, l'autre qui est le produit d'une diminution simultanée des globules et de l'albumine. La première sorte se montre comme un effet commun de toutes les causes qui ont pu affaiblir les animaux et appauvrir leur sang; la seconde sorte coïncide avec une altération spéciale, savoir, la présence de douves dans le foie.

24° L'hydropisie ne survient, comme suite d'une altération de composition du sang, que lorsque le sang s'est dépouillé d'une certaine quantité de son albumine. La diminution seule des globules, quel que soit l'abaissement qu'ait subi leur chiffre, ne la détermine pas. Voilà pourquoi l'hydropisie manque dans la chlorose de l'homme, et existe, au contraire, soit chez l'homme lorsque l'albumine de son sang s'échappe à travers les reins, soit chez les moutons lorsque leur foie se remplit de douves.

— *M. Sandras* lit un mémoire sur la digestion, qui lui est commun avec M. Bouchardat. En voici les principaux faits:

Dans la digestion, la fonction de l'estomac consiste, pour la fibrine, albumine, caséum, gluten, à les dissoudre au moyen de l'acide chlorhydrique. Cet acide suffit, quand il est dilué au demi-millième, pour la dissolution des matières précitées, tant qu'elles sont crues; si elles ont subi la coction, l'acide chlorhydrique dilué ne les dissout plus dans les appareils de verre, et, puisqu'on les trouve dissoutes dans l'estomac vivant, les auteurs en concluent qu'il se passe alors dans l'estomac vivant autre chose qu'une simple dissolution par l'acide chlorhydrique dilué; seulement, la présence de l'acide chlorhydrique paraît toujours indispensable.

Pour les matières albumineuses, la digestion et l'absorption se font presque exclusivement dans l'estomac, le reste de l'intestin n'offrant presque plus de cette dissolution dont l'abondance dans l'estomac est constatée. C'est aussi dans l'estomac que se fait la dissolution de la fécule; ce principe ne semble pas, dans l'état ordinaire, se transformer en sucre. Il n'est pas suffisamment démontré qu'il passe à l'état d'amidon soluble; toutefois, les auteurs ont constaté sa transformation en acide lactique.

L'absorption de cette partie des alimens a semblé moins exclusivement bornée à l'estomac que celle de l'absorption des matières albumineuses, ce qui serait d'accord avec les dispositions particulières des intestins chez les animaux non carnivores. La graisse n'est point attaquée dans l'estomac, elle passe dans le duodénum à l'état d'émulsion, au moyen des alcalis fournis par le foie et le pancréas. Cette émulsion se trouve en abondance dans tout le reste de l'intestin.

Enfin le chyle a paru un peu moins abondant, mais semblable chez des animaux tués à jeûn et chez ceux qui ont été nourris de matières albumineuses ou de fécule. Il n'a présenté de différences marquées que chez ceux qu'on avait nourris de graisse; ce principe immédiat s'y est trouvé en proportion considérable.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Solubilité de la fibrine et de l'albumine coagulée dans l'eau.

L. Gmelin a observé, il y a long-temps déjà, que l'albumine coagulée est susceptible de se dissoudre en totalité dans l'eau à la faveur d'une température de 200 degrés centigrades environ. Depuis, MM. Woehler et J. Vogel ont entrepris, sur ce même sujet, une série d'expériences qui leur ont prouvé que cette dissolution peut même s'opérer à 150 degrés centigrades. En effet, ces derniers chimistes ayant introduit des fragmens de blanc d'œuf, avec une quantité d'eau proportionnellement faible, dans de forts tubes de verre qui ont été ensuite fermés à la lampe, puis chauffés pendant deux à trois heures au bain d'huile porté à cette température (en prenant toutes les précautions nécessaires pour prévenir les explosions), la dissolution s'est opérée en entier. Il est vrai de dire que le résultat est beaucoup plus promptement obtenu lorsqu'on chauffe jusqu'à 200 degrés, mais aussi on observe alors qu'il se forme des produits pyrogénés.

L'albumine coagulée, puis dissoute ainsi dans l'eau, a semblé dans les essais préliminaires de réaction auxquels elle a été soumise par ces expérimentateurs, avoir conservé tous ses caractères chimiques et n'avoir éprouvé d'autre modification que la perte de la coagulation.

En soumettant à l'ébullition avec de l'eau de la fibrine du sang et des fibres musculaires, les mêmes phénomènes ont lieu; ces substances se dissolvent presque en entier et ne laissent que très peu de résidu. Le soluté ainsi obtenu fournit un précipité abondant par l'addition des acides, même par l'acide azotique fortement étendu. Le précipité auquel l'acide acétique donne naissance est aisément redissous par un excès de ce réactif.

(*Annalen der Chemie und Pharmacie*; février 1842.)

Note sur la préparation du sirop de violettes.

La dernière édition de notre *Codex* recommande, pour la préparation du sirop de violettes, le lavage des pétales avant de les soumettre à l'infusion. Ce mode d'opérer, sinon nuisible, car il peut contribuer à enlever une portion de l'arome des fleurs, paraît, suivant M. Blondeau, au moins complètement inutile, et ce pharmacien croit qu'il peut être avantageusement remplacé par une simple précaution préliminaire qui est en pratique dans son officine depuis vingt-deux ans, et à l'aide de laquelle il a constamment obtenu un sirop d'une belle couleur et réunissant toutes les qualités que l'on doit rechercher dans cette préparation pharmaceutique destinée aussi à servir de réactif. Voici en quoi consiste cette préparation:

Les violettes simples sont ordinairement livrées aux pharmaciens de Paris mondées; aussitôt leur réception, M. Blondeau les soumet, par petites portions, à un criblage au travers d'un crible fin. Cette opération leur enlève une quantité notable (qui peut être évaluée à quinze ou vingt grammes par cinq cents grammes) de débris de calices, de portions d'onglets, de terre et surtout d'étamines. Ce produit d'une couleur jaune-verdâtre, doit sans contredit nuire à la beauté du médicament, et sa séparation si facile paraît devoir tenir lieu du lavage proposé. (*Journ. de Pharm. et de Chim.*, mars 1842.)

Modification nouvelle de l'appareil de Marsh.

M. Morton a imaginé de substituer à l'appareil de Marsh un appareil de son invention qui a beaucoup d'analogie avec le briquet à gaz hydrogène que l'on doit à Doebereiner: il est composé d'un vase cylindrique ouvert à son sommet, et dans lequel s'engage un récipient en forme de cône renversé, de manière à recueillir des gaz et à les laisser ensuite sortir à volonté par un robinet.

Deux fils de platine pénètrent dans le premier vase; l'un d'eux, qui se relève sous l'orifice du récipient, est en rapport avec le pôle négatif d'une pile galvanique; tandis que l'autre, maintenue au dehors des parois, se trouve en communication avec le pôle positif de la même pile.

Quand on doit opérer, on verse le liquide suspect dans le vase cylindrique, et dans le récipient qui doit en être tout à fait rempli, et on met la pile en activité. Aussitôt, la décomposition de l'eau commence; on laisse dégager le gaz oxygène; mais l'hydrogène, à mesure qu'il est mis en liberté, se combine avec l'arsenic et s'amasse dans la capacité du récipient. Il ne reste plus ensuite qu'à le soumettre aux épreuves ordinaires.

L'avantage principal que présente cet appareil, c'est de dispenser de se servir de l'acide sulfurique et du zinc qui sont souvent arsénifères.

(*Pharmaceutical journal*, 1842.)

Chronique et Nouvelles.

Hier 12, à neuf heures du soir, Dumont-d'Urville, sa femme et son fils ont été placés dans une cercueil de plomb et transportés à leur domicile, rue de Madame. Les corps seront exposés lundi de neuf à onze heures dans la cour de la maison, où l'on doit dresser un catafalque. Nous ajouterons que Dumont-d'Urville a été reconnu à ses dents qui étaient remarquablement petites, et à la conformation particulière de son crâne, dont les éminences étaient très prononcées.

— Une particularité digne de remarque, c'est que tous les cadavres sont privés des membres inférieurs (deux exceptés). En effet, chez presque tous, les cuisses sont coupées vers leur partie moyenne; au niveau de la section, on aperçoit des lambeaux irréguliers de chairs noires et carbonisées, au centre desquelles on voit saillir un fémur rompu, noirci et à demi-consumé.

— Les journaux nous fournissent de nouveaux noms à ajouter à tous ceux que nous avons déjà signalés; ce sont, entre autres, ceux de MM. les docteurs A. Bérard et Daremberg, arrivés les premiers au débarcadère de la chaussée du Maine. D'abord presque seuls, puis mal secondés à cause du trouble général, ils ont dû, tout à la fois, aider à tirer des wagons les victimes qu'on avait pu ramener à Paris, improviser une ambulance et panser les blessures les plus graves, avec l'aide des premiers étudians.

M. Bérard est ensuite parti à Meudon avec M. le préfet de police, qui laissa à Paris MM. Daremberg et Foyer, chirurgien de la garde municipale, pour recevoir les blessés et les morts qu'on allait évacuer. Nul autre médecin n'a porté de secours, au débarcadère, que ceux que nous venons de mentionner.

— Il était curieux, mardi dernier, de suivre sur la physionomie des académiciens les diverses phases de l'élection. Pendant le premier tiers du scrutin de ballotage, les chances se sont suivies avec une égalité parfaite, et chaque nom proclamé donnait lieu à des exclamations parties tantôt d'un côté tantôt de l'autre. Bientôt M. Mélier semble prendre l'avantage, et cinquante figures se colorent, s'animent, s'épanouissent à chaque bulletin nouveau qui se tire de l'urne. A une époque ce candidat eut jusqu'à cinq voix de plus que son compétiteur et l'on vit le moment où la joie allait faire une véritable explosion. Mais la chance tourne aussitôt et voilà soixante autres figures qui s'illuminent à leur tour, pendant que sur les autres on pouvait suivre pas à pas, ou pour mieux dire bulletin par bulletin, la dégradation successive et rapide de la teinte rayonnante et lumineuse qui les fit passer jusqu'au sombre et même au noir, emblème de la tristesse et du chagrin.

— En récapitulant les petites confidences que nous avons reçues des divers candidats ou de leurs amis, nous sommes arrivés à ce total singulier que nous nous empressons de faire connaître pour l'édification des candidats futurs:

MM.	Jules Guérin,	voix promises,	85
	Mélier,	id.	82
	Prus,	id.	70
	C. Broussais,	id.	60
	Gibert,	id.	54
	Nonat,	id.	48
		Total des voix promises,	399

Or, l'Académie ne compte que 130 membres!

O promesses académiques, que vous êtes décevantes!

— Ce que nous pouvons affirmer c'est que quatre candidats au moins étaient certains de leur nomination, et que les deux autres avaient la conviction d'arriver au ballotage.

— On en cite même un qui avait déjà arrêté un cuisinier fameux pour son grand dîner d'intronisation. Que de remods..... d'estomac va susciter cette nouvelle.

— Dans le compte-rendu du concours (n° du 12 mai), leçon de M. Vidal, 2e alinéa, 3e ligne, *au lieu de* prescrire, *lisez* proscrire.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 17 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 59. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Tumeur blanche du genou. Amputation. Phlébite. Résorption purulente. Mort. — Réflexions sur les causes de la résorption purulente et sur les moyens de la prévenir.

Josselin (Stanislas), âgé de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'ayant jamais eu d'engorgement glandulaire, point sujet aux rhumes ni aux affections rhumatismales, n'ayant jamais craché le sang ni offert aucun des signes de la constitution tuberculeuse, élevé à la campagne, où il a fait le service de valet-de-chambre depuis l'âge de quinze ans, fut à vingt-deux ans affecté de rougeole. Pendant la convalescence de cette maladie il vit son genou se tuméfier et devenir douloureux. Cet état du genou l'ayant mis dans l'impossibilité de continuer un service actif, Josselin se trouva forcé de quitter la maison où il était, et d'embrasser la profession de tisserand, qui était celle de son père, et qu'il pensait devoir être mieux en rapport avec son impotence actuelle; mais malheureusement cette nouvelle profession l'obligea à habiter un rez-de-chaussée humide et à coucher auprès d'une cour extrêmement mal saine.

A partir de cette époque le malade contracta des habitudes sédentaires et cessa de marcher; mais il n'en alla pas mieux pour cela. Les membres inférieurs, qu'il eût été important de maintenir dans un repos absolu, étaient justement les parties du corps qui fatiguaient le plus, car il se servait journellement de ses membres inférieurs, ainsi que le font les tisserands, pour faire aller son métier; de plus, il se trouvait placé dans des conditions d'existence d'autant plus désavantageuses que depuis long-temps il avait vécu dans une maison riche au milieu de toutes les aisances de la vie.

Si j'insiste, dit M. Blandin, sur toutes ces circonstances, c'est afin de faire ressortir l'influence même qu'elles paraissent avoir exercée sur ce sujet qui, bien que né de parens sains et doué lui-même d'une bonne constitution primitive, présente maintenant une affection que plusieurs praticiens considèrent comme étant de nature tuberculeuse.

Avant que ce malade n'entrât à l'hôpital, on a traité l'état du genou par des applications de moxas autour de l'articulation tibio-fémorale, ainsi qu'on le peut voir par les traces qu'ils ont laissées.

Lors de son entrée dans le service de M. Blandin, il offrait l'état suivant : Le genou était tuméfié, volumineux; on n'y sentait que peu de fluctuation; cette fluctuation était plus appréciable au dessus du genou où l'on trouvait une ouverture fistuleuse, qu'à sa partie supérieure. En introduisant un stylet par cette ouverture fistuleuse on arrivait jusqu'au tibia, que l'on sentait en partie dénudé et même carié. Il ne paraissait y avoir aucune communication du moins directe entre cette fistule et l'intérieur de l'articulation. Le genou offrait un peu de mobilité dans le sens latéral; mais en imprimant des mouvemens à l'articulation on ne percevait point encore de crépitation d'une manière sensible.

En s'en tenant à ces symptômes on crut pouvoir diagnostiquer une simple carie du tibia, pensant que l'articulation était encore intacte. On conçut dès ce moment l'espoir de conserver le membre au malade, au moyen d'un traitement convenable.

Voici ce qui fut fait dans ce but : l'ouverture fistuleuse fut agrandie par une incision, de manière à mettre à découvert le point malade du tibia, sur lequel on appliqua un bouton de feu. On espérait, par cette cautérisation, modifier assez profondément le tissu malade, pour transformer la carie en une nécrose. Il y avait à cela un avantage : tout le monde sait que la carie a une tendance à s'étendre indéfiniment en détruisant peu à peu toutes les parties qu'elle envahit; tandis qu'un des caractères de la nécrose au contraire est de se limiter promptement et de ne jamais franchir les limites qu'elle s'est une fois tracées. C'était donc un avantage réel que de substituer une nécrose à la carie; car, à la faveur de cette modification il n'eût pas été difficile de placer ensuite la maladie locale dans des conditions favorables à sa guérison. Malheureusement cette espérance ne put se réaliser; la cautérisation, loin d'avoir l'heureux résultat qu'on en attendait, a produit l'explosion d'une inflammation vive dans les parties environnantes. Il est survenu un gonflement considérable dans tout le pourtour du genou. On trouve actuellement une mobilité beaucoup plus considérable des surfaces articulaires, et pendant qu'on imprime des mouvemens à l'articulation, on éprouve la sensation de deux corps rugueux inégaux frottant l'un sur l'autre, caractère auquel on ne peut méconnaître une altération déjà avancée des surfaces articulaires.

Que faire dans cette circonstance? Fallait-il essayer encore de recourir à des moyens thérapeutiques locaux avant d'en venir au moyen extrême, à l'amputation? Telle n'était pas l'opinion de M. Blandin, se fondant en cela sur ce que le malade avait déjà eu quelques frissons, et qu'il avait éprouvé quelques symptômes dénotant un état général de l'organisme qui eût été très-probablement influencé d'une manière fâcheuse par les désordres actuellement existans. Jusque-là cependant, l'état du malade s'était assez bien soutenu, mais il y avait tout lieu de craindre qu'il ne s'altérât rapidement si l'on attendait encore quelque temps. M. Blandin se prononça en conséquence pour l'amputation. On nous demandera maintenant, ajoutait-il, s'il ne serait point préférable de tenter la résection de la tête du tibia et de tâcher de sauver ainsi le membre. Nous ne sommes point partisan de cette opération pour l'articulation dont il s'agit; la resection du genou est une opération, sinon difficile, du moins excessivement grave et beaucoup plus grave que l'amputation de la cuisse. Nous avons toujours présente à l'esprit la résection d'un tibia faite par M. Roux à la Charité, lorsque nous étions élève dans son service, résection qui fut suivie d'une mort presque immédiate; l'opération avait été exécutée cependant avec cette habileté que tout le monde reconnaît à ce

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques; par M. F. BARRIER, D.-M. — Tome Ier. — In-8°. — Paris et Lyon.

Les travaux sur les maladies de l'enfance sont décidément à l'ordre du jour. Depuis deux ans à peine, quatre traités ont vu le jour ou sont en train de publication. En voici un cinquième, qui sera bientôt suivi, je vous le prédis, de deux autres qu'on voit poindre déjà sur l'horizon de la librairie. Nous serons bientôt, sur ce point, dans l'embarras des richesses; car, il faut le reconnaître, les ouvrages récemment publiés présentent, en général, un mérite incontestable et laissent loin derrière eux, tout ce qui avait été écrit avant Billard. J'ajoute que le public accueille avec plaisir et faveur les ouvrages de cette nature, et que c'est un motif péremptoire pour que le nombre s'en multiplie. Il est bien vrai aussi que ces ouvrages répondent à un besoin réel; car comme l'a dit Hufeland, dans ce passage que l'auteur a pris pour épigraphe. : « Les maladies des enfans sont, pour la pratique, un objet de la plus haute importance, et qui exige une étude spéciale; car le tiers de tous les malades sont des enfans, et les affections dont ils sont atteints présentent une physionomie particulière. On peut être à la fois très bon médecin pour les adultes et mauvais pour les enfans. En effet, il ne suffit pas, comme quelques-uns le croient, de diminuer simplement les doses des médicamens, mais la séméïotique est différente, la pathologie et la thérapeutique sont modifiées; en un mot, les maladies ont un autre caractère. »

Le volume que j'ai sous les yeux est consacré à l'exposition des maladies de poitrine chez les enfans. Il y est traité de la pneumonie, de la pleurésie, des perforations pulmonaires, du catarrhe, de la coqueluche, des angines, des tubercules pulmonaires, etc. Ces divers chapitres sont précédés d'une introduction et de considérations générales sur l'influence de l'âge sur les maladies des enfans.

Un traité général tel que le publie M. Barrier, doit nécessairement renfermer bien des choses connues, et forcément répéter ce qui a été déjà dit. Mais aussi, pour peu que l'auteur ait fait une étude spéciale de son sujet, on doit trouver dans son œuvre quelques observations nouvelles, quelques points de vue nouveaux, peut-être encore quelques objections à des opinions reçues, et c'est par là seulement que toute nouvelle publication peut intéresser le public et la critique. Sous ces rapports, ce volume est, à juste titre, d'une haute considération, ainsi que le lecteur en jugera par l'exposition succincte que je vais lui offrir des opinions de M. Barrier sur quelques points de la pathologie de l'enfance.

L'*introduction* est un morceau de philosophie médicale aussi bien pensé que bien écrit. Elle est consacrée au développement de ces deux propositions : L'enfance, comparée aux âges suivans, présente un excès de vie, ou bien une vie plus active, une vitesse plus grande dans tous les mouvemens vitaux; un état imparfait des organes et une régularité moindre des fonctions; proposition d'où M. Barrier a fait découler des principes très importans de thérapeutique et de prophylaxie des maladies de l'enfance envisagées soit d'une manière générale, soit d'après les différens appareils organiques.

Viennent ensuite des considérations générales sur l'influence de l'âge sur les maladies des enfans, considérations déduites des faits observés par l'auteur à l'hôpital des Enfans malades de Paris, faits au nombre de 412 qui représentent le mouvement des malades dans les salles où il remplissait les fonctions d'interne pendant le semestre d'avril à octobre 1838. Ces faits sont d'ailleurs tous relatifs au sexe masculin. Ce chiffre est-il assez élevé pour qu'il puisse servir de support à des considérations générales qui restent dans la science? Je ne le pense pas, et l'auteur lui-même, qui s'est montré très circonspect dans l'emploi de la statistique et très réservé sur les résultats qu'elle peut donner, ne pourra me faire un reproche de ne pas accepter cette partie de son livre comme un document qui fixe un point de la science, et de ne la considérer que comme renfermant des matériaux utiles à consulter à l'occasion, et dont la mise en œuvre sera possible alors que de bons observateurs comme lui auront imité son exemple. Entrons donc immédiatement dans les détails.

Pneumonie. — MM. Guerhard et Rufz avaient dit que la pneumonie lobulaire ne se rencontrait que dans les premières années de l'enfance. Le tableau suivant, des observations de M. Barrier, prouve que si l'affection est, en effet, beaucoup plus fréquente à cette époque, elle ne s'y circonscrit pas d'une manière absolue; sur 61 observations, on trouve :

De 2 à 3 ans, 25 cas; de 3 à 4, 10; de 4 à 5, 10; de 5 à 6, 6; de 6 à 7, 3; de 8 à 9, 1; de 9 à 10, 1; de 10 à 11, 1; de 14 à 15, 3; de 15 à 16, 1.

Il y a plus, ce n'est pas positivement dans la première enfance qu'on rencontre le plus fréquemment la pneumonie lobulaire, car sur un relevé de 139 cas de pneumonie observés par M. Valleix sur des enfans nouveau-nés, il n'en a trouvé que trente-un de pneumonie lobulaire. Le maximum de fréquence de cette forme de la pneumonie paraît être dans la période de un à six ans.

Parmi les causes prochaines de la pneumonie lobulaire, Delaberge et Burnet ont fait jouer un grand rôle au catarrhe des petites bronches. M. Barrier s'est emparé de cette opinion, récemment combattue par MM. Rilliet et Barthez, et l'a étayée d'un appareil de preuves qui laissent peu de place à l'objection. Pour l'auteur, la pneumonie lobulaire n'est pas une inflammation simple du parenchyme pulmonaire. Au point de vue anatomique, étiologique et symptomatologique, rien ne lui paraît plus évident que la nature complexe de cette maladie, qui résulte d'un élément bronchique avec un élément pulmonaire, et de la connexion intime d'une inflammation catarrhale avec une inflammation parenchymateuse. Il fait voir que la maladie ne peut pas plus être réduite à l'un de ces deux élémens qu'à l'autre, et qu'on ne peut l'assimiler ni au catarrhe bronchique simple, ni à la pneumonie franche. Elle emprunte de ces deux élémens, comme d'une source double, les caractères propres aux inflammations catarrhales d'une part, et ceux qui appartiennent aux inflammations parenchymateuses ou phlegmoneuses, d'autre part; c'est-à-dire la durée, la persistance d'un côté et, de l'autre, l'acuité et l'influence réactionnaire. Il insiste avec raison sur la nécessité d'arriver par un diagnostic exact à la détermination de la nature complexe de la maladie, car il en découle des conséquences importantes pour le pronostic et pour le traitement. J'ajoute que nulle part je n'ai trouvé des indications plus précises pour le diagnostic fort difficile de certaines variétés de la pneumonie lobulaire.

Les chapitres consacrés à la *pneumonie lobulaire*, à la *pleurésie*, aux *perforations pulmonaires*, ne m'ont offert rien de nouveau à remarquer. C'est une exposition bien faite et tout à fait au niveau des recherches les plus récentes.

Dans l'article consacré à la *bronchite*, on lira avec intérêt la distribution établie par l'auteur entre l'élément phlegmasique de la maladie et l'élément catarrhal, distinction bien ancienne et si complétement négligée des modernes, que M. Barrier a pu l'établir avec les apparences de la nouveauté. Mais, ce que n'auraient pas fait les bons observateurs anciens, et ce que j'ai regret de reprocher à M. Barrier, c'est d'avoir assimilé la *grippe* au catarrhe bronchique, la grippe, qui s'en sépare par des traits si marqués, qu'à part la toux et l'altération de la voix, on ne peut établir aucune similitude entre ces deux maladies.

Coqueluche. L'opinion de l'auteur sur la nature de la coqueluche se rapproche de celle énoncée par M. Blache, à savoir que c'est une névrose, mais elle en diffère en ce qu'il regarde le catarrhe bronchique comme plus essentiel que ne le fait cet auteur, et qu'il met en doute l'existence de la coqueluche avec absence complète d'un certain degré de catarrhe bronchique. Cette opinion lui vient de dix autopsies qu'il a eu occasion de faire à la suite de la coqueluche et dans lesquelles il a trouvé l'élément bronchique prédominant.

Croup, pseudo-croup, œdème de la glotte. — Très bons chapitres dans lesquels si l'on n'observe rien d'absolument nouveau, on trouve une appréciation bien faite des opinions régnantes et une critique fort judicieuse. Peut-être reprochera-t-on à l'auteur d'avoir embrassé avec

professeur ; mais presque aussitôt après l'opération il survint des accidens inflammatoires excessivement graves auxquels le malade succomba. Il faut donc se tenir en garde contre certaines idées purement théoriques à l'aide desquelles on cherche à faire prévaloir ce genre d'opération. D'ailleurs, quand bien même on réussirait à conjurer tous les accidens qui surviennent ordinairement à la suite de cette opération, quel est le résultat qu'on en pourrait attendre? Le plus souvent il ne restera au malade qu'un membre désormais inhabile à remplir ses fonctions et on sera forcé de recourir à l'usage d'un membre artificiel. Il vaut donc beaucoup mieux pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse, opération plus simple, moins grave et qui, par ses résultats, ne place pas le malade dans une position beaucoup plus défavorable que la résection.

L'amputation a été pratiquée deux jours après, le 9 avril ; l'opération, faite par la méthode circulaire, n'a présenté dans son exécution rien de remarquable, si ce n'est que le malade a perdu une assez grande quantité de sang. La réunion a été faite de manière à avoir une cicatrice transversale. A l'examen du membre on a trouvé une altération profonde des divers élémens de l'articulation. Le pus en avait envahi l'intérieur; c'était une tumeur blanche tuberculeuse, de l'espèce de celles qui commencent par le tissu osseux. Voici ce qui s'est passé les jours suivans :

Le 10 avril, l'état du malade est peu satisfaisant ; il a eu la veille un frisson auquel ont succédé de la chaleur et une sueur abondante. Aujourd'hui, on lui trouve la figure abattue et couverte d'une sueur visqueuse. M. Blandin craint l'invasion d'une phlébite et d'une infection purulente consécutive.

Le 14, le frisson et la sueur abondante que le malade avait eus le lendemain de l'amputation, avaient inspiré des craintes trop légitimes sur l'invasion d'une infection purulente ; cependant, ces fâcheux symptômes ne se sont pas reproduits et sous ce rapport, on a des raisons pour être plus rassuré sur l'état de cet amputé. Mais d'un autre côté, il se présente d'autres symptômes qui ne permettent pas encore de rester dans une entière sécurité à son égard. Depuis deux jours, il arrive une douleur à l'articulation scapulo-humérale. Ce symptôme se manifeste souvent à la suite de l'invasion d'une phlébite et de l'infection purulente. A la rigueur, il se pourrait que cette douleur fût de nature purement rhumatismale; mais, eu égard à la situation actuelle du malade, et à l'ensemble des circonstances graves dans lesquelles il se trouve, nos craintes ne sont que trop fondées. La suppuration du moignon est abondante, il est vrai, ce qui est un assez bon signe, car ordinairement, dès l'invasion d'une phlobite, la suppuration diminue sur les plaies suppurantes en même temps qu'il survient une diarrhée colliquative. L'ensemble de ces phénomènes semblerait diminuer un peu la gravité du pronostic.

Le 18, le malade est dans un état très alarmant. Il s'était présenté la veille une circonstance accidentelle qui peut bien avoir contribué pour sa part à empirer l'état des choses. Les gens de service, en voulant changer de linge au malade déplacèrent son moignon et le mirent dans une position trop déclive, au point que l'extrémité du fémur pressait contre la lèvre supérieure de la plaie, ce qui aurait pu produire une mortification des tissus, sans les secours qui ont été promptement apportés ; le pansement fut entièrement renouvelé, et le moignon replacé dans une position plus convenable. Quoi qu'il en soit, M. Blandin considère le malade comme hors de tout espoir ; il est convaincu que ce malheureux est déjà sous l'influence d'une infection purulente. Depuis deux jours surtout, il éprouve des frissons qui se renouvellent de temps en temps ; il a une douleur vague à l'épaule gauche ; le moignon est aussi, depuis la même époque, devenu douloureux, principalement vers sa base, c'est-à-dire du côté de l'origine des gros vaisseaux ; la suppuration, qui s'était maintenue abondante, a beaucoup diminué, quoiqu'elle soit encore de bonne nature ; enfin le malade éprouve des sueurs abondantes et prolongées succédant aux frissons. Ce sont là justement les symptômes principaux et caractéristiques de l'infection purulente.

On fera, dit M. Blandin, tout ce qu'on pourra pour arrêter la marche de la phlébite ; car, d'après les idées que nous professons, c'est la phlébite qui donne lieu à l'infection purulente; c'est le pus formé dans les veines qui, transporté de là dans le torrent circulatoire, produit cette terrible maladie. Si donc on arrivait à arrêter les progrès de la phlébite, on préviendrait par là la formation d'une nouvelle quantité de pus, et on empêcherait conséquemment que l'infection purulente ne prît un caractère plus grave. Le pus qui circule maintenant serait rejeté par les émonctoires ordinaires, par les sueurs, les urines, etc., et à l'aide de ces efforts de la nature, le malade pourrait encore être sauvé. Effectivement, l'expérience démontre que les sueurs sont quelquefois un moyen de guérison. On remarque que l'odeur de la transpiration, a, chez les malades atteints d'infection purulente, quelque chose de l'odeur du pus; les urines aussi sont dans ce cas ; elles sont plus chargées qu'à l'ordinaire, et offrent une odeur nauséabonde toute particulière, comme si du pus s'y trouvait en dissolution, ce qui est, du reste, très probable. Mais si la phlébite continuait à marcher, les efforts de la nature pour expulser au-dehors le poison, seraient insuffisans, et la mort deviendrait inévitable, ainsi qu'il arrive malheureusement dans le plus grand nombre des cas. Quelques praticiens ont conseillé, dans ces circonstances, d'inciser au-dessus du point où la veine est enflammée, afin d'aller diviser ce vaisseau. Nous considérons cette opération comme tout à fait rationnelle ; nous l'avons nous-même pratiquée une fois, mais, il faut le dire, sans succès. Elle est d'ailleurs actuellement impraticable chez ce malade.

Nous avons depuis long-temps, soit seul, soit de concert avec M. Marjolin, essayé toute espèce de moyens thérapeutiques contre ces accidens, mais sans presque aucun résultat. Nous avons employé les préparations de quinquina et les préparations sudorifiques (nitrate de potasse, carbonate d'ammoniaque, salsepareille, squine, etc.) sous mille formes, en partant de l'idée que nous avons émise tout à l'heure, d'après l'observation que la sueur est un émonctoire dont la nature se sert dans de pareilles circonstances, mais ça été presque toujours sans succès; seulement, chez une femme gravement malade, l'emploi de l'eau de *Luce*, qui est un des plus puissans sudorifiques connus, a été très efficace, et la maladie a été domptée.

Dans un autre cas, nous avons obtenu de ce médicament des effets qui sont de nature à nous faire espérer qu'en l'employant à temps on en pourrait retirer de très grands avantages.

Nous avions à traiter un malade chez lequel la phlébite était évidente et bien caractérisée ; nous lui administrâmes l'eau de Luce; les frissons qu'il éprouvait avant l'usage de ce moyen, cessèrent bientôt ; les autres symptômes s'amendèrent aussi d'une manière sensible ; mais quelques jours après il survint sur le ventre, la poitrine et dans d'autres points du corps, une multitude de petits abcès ; c'étaient de véritables abcès improprement dits métastatiques. Le malade ne tarda pas à succomber à l'abondance de la suppuration, contre laquelle ne purent plus lutter les forces déjà affaiblies de l'organisme. A l'autopsie on ne trouva aucune trace d'abcès dans aucun des viscères, ni dans le poumon, ni dans le foie, ni dans la rate.

Ne semblerait-il pas que ces abcès superficiels ont été formés par le pus qui se trouvait répandu dans tout le système circulatoire, et que l'action des sudorifiques avait porté vers la périphérie du corps. N'est-on pas autorisé à penser que si le malade n'avait pas été déjà aussi affaibli par une suppuration abondante, il aurait pu être peu à peu débarrassé par l'émonctoire cutané de tout le pus qui infectait l'économie et guérir?

Ce moyen, du reste, bien qu'il ait échoué dans un grand nombre de cas, nous paraît devoir être plus utile que la plupart de ceux qu'on a employés jusqu'à présent.

Ce matin nous avons ordonné à notre malade des frictions avec l'onguent mercuriel à très haute dose, et des boissons émollientes à l'intérieur. Nous désirerions qu'il survînt de la salivation à la suite de ces frictions ; elle ne pourrait qu'être utile. Hier on avait appliqué des sangsues qui ont saigné très abondamment, ce qui nous engage à suspendre aujourd'hui les moyens antiphlogistiques ; d'ailleurs, nous savons que les saignées sont plutôt nuisibles qu'utiles lorsque la maladie est déjà avancée.

Le 22 et les jours suivans, l'état du malade a été de plus en plus grave; on a continué pendant tout ce temps l'usage des frictions mercurielles à haute dose sur la cuisse et dans la région inguinale.

Le 25, les symptômes ont considérablement empiré ; il y a eu la veille un délire continuel ; le malade a succombé dans le courant de la journée.

Autopsie. — Les plèvres renferment une quantité considérable de sérosité jaunâtre qu'on peut évaluer à plusieurs verres. On y remarque quelques fausses membranes qui font adhérer les plèvres aux poumons. Les poumons renferment des abcès métastatiques, dont quelques-uns font saillie au-dehors. Ces abcès sont en très grand nombre ; ils occupent plus particulièrement la partie postérieure et la base des poumons. Le poumon droit en contient un plus grand nombre que le poumon gauche. Quelques-uns de ces abcès sont encore durs et entourés d'une auréole rouge inflammatoire ; d'autres, plus ramollis, constituent de véritables collections de pus liquide.

Les enveloppes du cerveau sont injectées ; il s'écoule une assez grande quantité de sérosité de la cavité arachnoïdienne. La substance cérébrale est saine ; elle est ferme et ne contient aucun abcès. On trouve dans le ventricule droit un caillot fibrineux résistant. Ce caillot fibrineux est entouré d'une petite quantité de sang à peine coagulé, presque liquide et peu coloré. Le ventricule gauche est vide et n'offre aucune altération.

On ne trouve point d'abcès dans le foie.

La rate présente quelques points tachetés d'un rouge plus vif qu'à l'ordinaire, et un peu ramollis. La muqueuse intestinale est rouge, un peu enflammée, surtout dans la portion inférieure du gros intestin ; on n'y rencontre point de pus.

Examen du moignon. — L'artère fémorale est oblitérée par un petit caillot en forme de bouchon, plus petit vers son extrémité libre, ayant près de deux centimètres de longueur. Les parois de l'artère sont considérablement épaissies, depuis le point oblitéré jusqu'aux environs de l'arcade crurale. Cet épaississement est d'autant plus marqué que l'on s'approche davantage de l'extrémité du moignon. L'artère, ainsi que ses divisions ne renferment point de pus ; on n'y aperçoit pas non plus de traces d'inflammation. La veine fémorale de même que l'artère a son calibre très rétréci. Ses parois s'épaississent et sa lumière se restreint de plus en plus à mesure que l'on se rapproche de la surface du moignon. La veine est, vers son extrémité inférieure, adhérente aux parties voisines ; elle est libre de toute adhérence et saine au-dessus de l'arcade crurale et une fois franchi cet anneau, mais jusque seulement au point où elle reçoit la veine saphène. Immédiatement au-dessus de cette embouchure il existe un caillot sanguin fibrineux

---

trop de chaleur la défense de la trachéotomie sans préciser d'une manière suffisamment rigoureuse les indications réelles de cette opération. Peut-être aussi n'a-t il pas suffisamment motivé la défaveur qu'il jette sur l'emploi de l'émétique.

Maladies tuberculeuses et tubercules du thorax. — Ce chapitre est à mon sens le meilleur de l'ouvrage et aussi un des plus étendus. Dans un premier article l'auteur examine les rapports qu'ont entre elles les affections tuberculeuses et scrofuleuses, et il développe les propositions suivantes :

1° Il existe certaines altérations d'organes dites scrofuleuses, complètement étrangères à la présence de la matière tuberculeuse ;

2° Il existe beaucoup de maladies tuberculeuses, chez des sujets qui ne présentent aucunes lésions scrofuleuses proprement dites;

3° Dans la plupart des cas, cependant, ces deux espèces de lésions coïncident en plus ou moins grand nombre chez les mêmes sujets ;

4° Les unes et les autres sont évidemment les effets secondaires d'un état cachectique inconnu encore dans la nature;

5° Dans l'état actuel de la science, il n'est pas facile de déterminer si l'état cachectique scrofuleux est identique à l'état cachectique tuberculeux. Mais ces deux cachexies ont tant de rapports entre elles par leur nature présumée, par la plupart de leurs effets secondaires et par leurs causes, qu'il n'y a aucun avantage à les étudier séparément, comme deux maladies essentiellement différentes ;

6° S'il y a identité entre ces deux maladies, il faut admettre que la cachexie unique, qui est le point de départ de toutes les lésions locales, n'aboutit pas nécessairement au dépôt de la matière tuberculeuse dans tous les organes dont elle trouble l'état normal, et que cette différence tient peut-être moins au degré auquel la cachexie existe qu'à la nature des tissus sur lesquels elle concentre son action et au mode de vitalité propre à ces tissus suivant les époques diverses de la vie.

Sans dépasser de beaucoup les limites qui me sont imposées, je ne peux pas même énumérer les excellentes choses que renferme cette partie du livre de M. Barrier. Ce qui distingue surtout cette production, à part les idées originales qu'on y rencontre, c'est l'appréciation, la critique des idées des autres, qualités dont l'absence est si regrettable dans tant d'ouvrages modernes. Je n'hésite pas à dire que l'ouvrage de M. Barrier est fort remarquable sous ce point de vue et qu'il dénote un médecin aussi instruit que bon observateur. On voit aussi en lisant certains passages de son livre que l'auteur fait tous ses efforts pour échapper à cette localisation mesquine et étroite qui a si long-temps tyrannisé les élèves de l'école de Paris. Sa philosophie médicale tend à s'asseoir sur des bases plus larges : le fait organique matériel ne constitue pas pour lui toute la maladie, il sait en chercher d'autres élémens soit dans les liquides, soit dans l'état dynamique, et cette tendance est en effet la seule qui puisse faire sortir la pathologie de l'étroite ornière qu'elle parcourt depuis si long-temps.

Du reste, et je crois qu'il faut sur ce point prévenir le lecteur, tous les traités publiés depuis quelque temps sur les maladies de l'enfance portent peut-être un titre ambitieux. On ne peut, on ne doit les considérer que comme des matériaux infiniment utiles qui serviront plus tard à une généralisation fertile. Le nombre de faits que chaque observateur peut recueillir est en effet trop petit pour qu'il en puisse découler des principes généraux bien arrêtés. Ce ne sera que lorsque l'exemple donné par MM. Barrier, Valleix, Becquerel, Berton et quelques autres se sera multiplié, qu'il pourra être possible de fertiliser tous ces résultats par une généralisation basée sur de grands nombres.

En attendant, les praticiens liront avec beaucoup de fruit et un vif intérêt les recherches propres à M. Barrier, qu'il doit compléter par la prochaine publication d'un second volume.

Lois physiologiques par B. MOJON, traduites de l'italien, avec des additions et des notes par M. le baron MICHEL. 2e édition, 1 vol. in-8°, Paris, Fortin et Masson.

Cet ouvrage est classique en Italie, où il a eu un grand nombre d'éditions. La traduction française, que nous devons à M. le baron Michel, a été entreprise en 1806, et l'on conçoit que, plus d'un tiers de siècle s'étant écoulé depuis, des additions soient devenues nécessaires. Ces additions, M. Mojon les a faites, et son traducteur a eu l'inestimable avantage de les recevoir de l'auteur lui-même et de les traduire sous ses yeux ; aussi cet ouvrage est-il aujourd'hui au courant des découvertes et des expériences les plus récentes.

Le but de M. Mojon a été de grouper d'une manière concise tous les faits physiologiques bien évidens et d'éloguer les détails inutiles ainsi que les hypothèses. De sorte que dans un cadre rétréci et sous une forme aphoristique, cet ouvrage présente tout ce qu'il importe de savoir et de retenir en physiologie. Par sa forme cet ouvrage échappe à l'analyse, car il n'est lui-même que l'analyse, ou si l'on aime mieux, l'extrait des nombreuses publications que la physiologie a produites, tableau bien fait, intéressant et utile à ceux surtout qui ne peuvent se livrer aux immenses recherches que la composition de cet ouvrage a dû nécessiter. En le fesant passer dans notre langue, M. Michel a bien mérité de la science, et les notes qu'il y a ajoutées émanent d'un homme aussi instruit que judicieux.

Muséum d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris, ou Musée Dupuytren, publié au nom de la Faculté. — 2 vol. in-8° et atlas.

Nous approuverions sans réserve l'idée de publier un catalogue des collections que renferme la Faculté de médecine de Paris, si l'exécution en était satisfaisante : mais loin de là, la Faculté, à en juger par les deux volumes qu'elle vient de publier sur le Musée Dupuytren, ne nous semble pas avoir compris le seul but d'utilité que les publications de ce genre puissent avoir, celui de réunir sous un format commode et portatif les indications sommaires des objets divers qui composent ses collections. Ces deux volumes ne contiennent que les maladies des os, et quoique les notices soient en général bien faites et suffisamment étendues, il est certain que l'arrangement typographique qui a été adopté enlève à cet ouvrage l'utilité qu'il peut avoir. Un seul volume aurait dû suffire pour cataloguer le Musée Dupuytren ; il en faudra cinq ou six. Le moyen d'aller parcourir ce musée avec cette masse de volumes !

Au lieu de se borner à faire un catalogue, la Faculté a eu l'idée de publier un ouvrage d'anatomie pathologique ; sous ce point de vue encore l'ouvrage est insuffisant. De sorte qu'en définitive cette publication n'est ni un catalogue, ni un ouvrage sérieux, qu'on ne sait trop de quelle utilité il pourra être, et qu'il est regrettable de voir ainsi dépenser une somme considérable sans aucun profit.

Puisque la Faculté est en train de catalogues, nous lui recommandons celui de sa bibliothèque depuis bien long-temps promis et jamais exécuté. Nous croyons que celui-là serait plus urgent que celui de l'anatomie pathologique, et cette entreprise doit tenter le zèle et l'activité bien connus de MM. les bibliothécaires.

B. B.

— Sont nommés dans l'Ordre de la Légion d'Honneur :

Officiers,

Herpin, médecin-principal à l'hospice de Montpellier.
Bégin, chirurgien-principal, 1er professeur à l'hôp. de perfectionnement.
Gimelle, chirurgien-major à l'Hôtel des Invalides.

Chevaliers,

MM. Ferrus,	méd.-ordinaire	en Algérie.
Boudin,	*id.*	à l'hospice de Marseille
Aulagnier,	*id.*	à l'hôpital du Gros-Caillou.
Ballard,	chirurgien-major	à l'hôpital de Bourbonne.
Petronelli,	*id.*	en Algérie
Dany,	*id.*	au 1er de ligne.
Dussy,	*id.*	au 26e *id.*
Hardy,	*id.*	au 65e *id.*
Lapère,	*id.*	au 3e léger d'Afrique.
Froment,	*id.*	au 1er lanciers.
Tourtelle,	*id.*	au train des équipages.
Henry,	pharmacien-major	à Marseille.

(*Ordonnance du 24 avril.*)

plutôt formé de pus concret, et qui adhère aux parois de la veine dans toute sa circonférence et dans la longueur de 2 ou 3 centimètres. Ces adhérences sont assez solides pour empêcher le pus qui remplit le calibre de la veine dans toute l'étendue de ce vaisseau situé au-dessous de ce caillot de gagner la partie supérieure et de passer dans le torrent circulatoire. Au-dessous de ce caillot, le tube de la veine est élargi et distendu par du pus d'une couleur jaune citrin et de bonne nature qui remplit la veine dans l'étendue de 5 à 6 centimètres. On trouve encore un peu de pus dans les veines fémorales profondes, mais dans une petite étendue. La veine iliaque externe est dans un état normal.

En résumé, la veine fémorale d'abord béante à la surface du moignon, renferme du pus dans l'étendue de 5 à 6 centimètres environ; au-dessus de ce point existe un caillot sanguin de 2 à 3 centimètres d'étendue, puis la veine est de nouveau remplie de pus jusqu'à la hauteur de 6 ou 7 centimètres; puis enfin on trouve un second caillot de pus concret de 2 centimètres d'étendue et se terminant à l'embouchure de la veine saphène. La veine fémorale présente des traces d'inflammation d'autant plus considérables qu'on l'examine plus près de la surface du moignon. La plaie du moignon est cicatrisée à l'exception de la partie occupée par l'extrémité du fémur et par les vaisseaux fémoraux. L'extrémité de l'os est recouverte de bourgeons charnus.

M. Blandin a fait suivre l'histoire de ce malade des réflexions suivantes.

Avant les travaux modernes, Dupuytren, Boyer et autres maîtres de l'art attribuaient les abcès qu'ils trouvaient dans les poumons des sujets morts à la suite d'une infection purulente à des tubercules préexistant à la maladie qui les avait fait succomber, tubercules dont le ramollissement aurait été hâté par cette même maladie. D'après ces explications purement théoriques, ces grands chirurgiens se consolaient de la terminaison fatale qu'ils voyaient survenir chez leurs opérés malgré tous les secours de l'art; car, disaient-ils, ces malheureux étaient déjà voués à la mort par leur vicieuse organisation. Quant à nous, avec les médecins qui se sont spécialement occupés de cette grave question, nous envisageons ces phénomènes d'une manière toute différente : nous regardons ces abcès pulmonaires comme de véritables collections de pus produites par l'infection purulente elle-même et qui n'auraient jamais eu lieu sans cette cause.

Les caillots sanguins contenus dans le cœur étaient aussi, suivant les chirurgiens que nous venons de citer, le résultat d'une altération profonde toute particulière subie par le sang mêlé à du pus dans les ventricules du cœur. L'organisation de ces caillots est bien différente de celle des caillots sanguins qu'on rencontre à la suite de certaines affections organiques du cœur ou même de maladies générales.

Chez le sujet en question, la veine fémorale contenait un caillot grisâtre imprégné de pus. C'est ici que M. Tessier triompherait en raisonnant d'après ses idées : On voit bien, dirait-il, que ce caillot a servi de bouchon au pus sécrété au-dessus de lui, et qu'il l'a empêché de passer outre et de se porter dans le torrent circulatoire. Mais la chose est très facile à expliquer d'après nos principes. Ce caillot d'abord n'empêchait pas entièrement le passage du pus, parce qu'il était lui-même imprégné de ce liquide, et il devait nécessairement aussi en laisser passer une certaine quantité; ensuite, pour soutenir, et cela avec une extrême conviction, que la phlébite simple sans formation de caillot a précédé la formation même de ce caillot, dès-lors il est clair que le pus a pu librement être transporté dans le torrent circulatoire et produire l'infection purulente avant qu'il ait été arrêté dans sa marche par le caillot consécutivement formé. Nous sommes tellement persuadé de l'exactitude de ce raisonnement que nous croyons que le traitement auquel nous avons eu recours, lorsque les symptômes de phlébite se sont déclarés, a contribué à limiter jusqu'à un certain point cette phlébite, et à retarder la formation du caillot au point que nous avons cru un moment à la possibilité d'arrêter la maladie dans sa marche, tant elle semblait être ralentie. Malheureusement l'infection était déjà produite, et rien n'a pu l'empêcher de donner lieu à ses effets funestes.

Nous nous étions prononcé pendant la vie du malade sur l'existence d'une phlébite fémorale. Personne n'en pourra douter, maintenant, d'après le résultat de l'examen cadavérique. Le pus sécrété par la veine a été absorbé petit à petit, et porté au fur et à mesure dans le torrent circulatoire; on ne saurait douter que ce pus n'ait été le produit d'une inflammation locale. En effet, on se rappelle que pendant la vie de ce malheureux la pression exercée le long du trajet du vaisseau était douloureuse; nous en avons fait plusieurs fois l'expérience. Il y avait en outre tous les symptômes d'une véritable phlébite. Aussitôt cette inflammation reconnue et diagnostiquée, nous avons ajouté que l'infection purulente ne tarderait pas à se déclarer, et peu de temps après nous en avons, en effet, constaté l'existence d'une manière bien positive. Effectivement, n'avions-nous pas tous les symptômes caractéristiques de cette terrible maladie : frissons, douleurs vagues dans les articulations, diarrhée, délire, expectoration purulente, etc. En dernier lieu enfin, l'autopsie est venue nous montrer toutes les lésions et altérations pathologiques que produit ordinairement cette maladie. Mais nous pourrions ici nous poser cette question : Comment ces accidens ont-ils marché? Nous ne doutons pas un instant que la phlébite ne fût la cause première de l'infection purulente. Ceux même qui pensent que cette dernière est l'effet de l'absorption du pus qui s'est fixé çà et là dans les différens organes de l'économie, ne nient pas que la phlébite puisse y contribuer. M. Tessier est le seul à soutenir que dans la phlébite il y a toujours formation de caillots qui, fermant la lumière du vaisseau, empêchent le pus de fuser, et s'opposent, par conséquent, à la production de l'infection purulente.

Quelques personnes pourraient bien soutenir que le caillot que nous avons rencontré dans la veine fémorale de cet homme, a été postérieur au développement de la phlébite, et par conséquent à l'invasion de l'infection purulente, le pus de la phlébite ayant pu passer dans le torrent circulatoire avant l'obstacle opposé par le caillot. D'ailleurs, nous avons des cas devant nous dans lesquels la phlébite a eu lieu sans caillot. Les phlébites très aiguës et très intenses sont dans ce cas; alors les accidens marchent avec une telle rapidité, la mort survient si vite, que le caillot n'a pas le temps de s'organiser. Ces raisons nous semblent suffisantes pour détruire les argumens de M. Tessier.

On comprend donc facilement comment le pus porté dans le torrent circulatoire a pu produire çà et là dans les organes, des inflammations capillaires, une véritable pneumonie qu'on appelle lobulaire, et des collections purulentes telles que celles que nous avons observées. Chez notre malade, il y a eu une véritable pneumonie grise; car les points du poumon en suppuration étaient entourés de parties dures, rougeâtres et vraiment enflammées.

La dénomination d'abcès métastatiques, employée pour désigner ces collections purulentes, n'est pas exacte; elle exprime une de ces idées de l'ancienne doctrine humorale que nous ne devons plus admettre; la dénomination de pneumonie lobulaire suppurée serait bien plus rationnelle et plus physiologique. Il fut un temps où je croyais, et je l'ai professé dans ma thèse inaugurale, que les abcès dits métastatiques du poumon n'étaient autre chose que des tubercules pulmonaires rapidement développés, et ramollis sous l'influence d'une inflammation suppurative. C'était une idée qui découlait de la doctrine médicale alors dominante, doctrine que nous avions embrassée avec ardeur, et que nous professons toujours, sauf les modifications que les progrès de la science ont dû lui faire subir. Nous modifions maintenant notre opinion à cet égard; car ce ne sont point, en réalité, des tubercules formés de toutes pièces sous l'influence de l'infection purulente, ainsi que nous le disions. L'explication véritable de la formation des abcès est encore à donner. Les globules du pus sont, dit-on, plus volumineux que ceux du sang; s'en suivrait-il, alors, qu'arrêtés dans les vaisseaux capillaires, ils y déterminent de l'irritation, de l'inflammation et consécutivement des abcès? C'est là l'hypothèse la plus vraisemblable qui ait été suivie jusqu'ici.

Pour nous résumer sur ce sujet, nous dirons donc qu'il y a eu ici d'abord une phlébite suivie d'une infection purulente, puis un moment d'arrêt produit probablement par le traitement mis en usage, puis une recrudescence des symptômes et une progression de la maladie jusqu'à la mort. Eût-il été possible d'arrêter les progrès de la maladie en agissant plus tôt; c'est une réflexion à laquelle nous nous sommes déjà arrêtés, et qui nous conduira à employer un traitement plus précoce à la prochaine occasion. Nous nous proposons dorénavant de prévenir, autant qu'il sera possible, les accidens de l'infection purulente, en nous y prenant dès la manifestation des premiers symptômes : ainsi, toutes les fois qu'à la suite d'une amputation de cuisse se développera une inflammation traumatique un peu vive, nous appliquerons des topiques émolliens le long de la veine fémorale, et même une quantité suffisante de sangsues pour amender les symptômes inflammatoires. La théorie nous indique cette pratique comme devant être utile; l'expérience en décidera.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Cornac. — Séance du 6 avril 1842.

De l'hystérie. — *M. Chailly* a la parole pour un rapport sur un travail manuscrit de M. le docteur Varlet, qui sollicite le tire de membre correspondant. Il traite de l'hystérie, qu'il range avec raison, dit M. le rapporteur, parmi les névroses qui ne peuvent s'expliquer par aucune lésion anatomique. Les conclusions du rapport sont en faveur de l'admission.

M. Forget regrette de voir M. Chailly paraître adopter l'opinion de l'auteur relativement à l'absence de toute lésion anatomique coïncidant avec l'existence de l'hystérie et pouvant la produire. Il ne nie pas l'essentialité de cette maladie dans beaucoup de cas, mais il en est un grand nombre d'autres dans lesquels une lésion de l'utérus semble avoir qrécédé son développement.

M. Brierre de Boismont, qui a suivi pendant plusieurs années la clinique du professeur Lisfranc, fait remarquer que ce praticien considère également les deux opinions comme trop exclusives; suivant lui, la maladie est tantôt nerveuse, tantôt inflammatoire, mais jamais exclusivement l'une ou l'autre. M. Lisfranc a touché et très souvent, presque toujours il a trouvé la matrice dans un état de sensibilité, de turgescence, d'hypertrophie simple au col surtout, comme si la femme était enceinte de deux mois. Chez trois femmes qui étaient depuis long-temps affectées d'hystérie et qui succombèrent à des apoplexies, il constata l'inflammation de la matrice. C'est d'après cette idée qu'il a beaucoup plus insisté qu'on ne le fait ordinairement sur le traitement antiphlogistique; mais, ajoute-t-il, il faut agir ici long-temps, persévérer pendant des mois entiers. Aux émissions sanguines, il fait succéder les narcotiques et quelquefois la cautérisation transcurrente sur l'hypogastre.

A cette occasion une discussion s'engage sur le siége de hystérie. M. Nonat argumente en faveur de l'opinion de Georget, qui place la cause de l'hystérie dans le cerveau. C'est dans les centres nerveux, dit-il, et non dans l'utérus, qu'il faut aller chercher la raison de ces attaques d'hystérie que présentent successivement et par imitation plusieurs femmes réunies dans le même lieu.

M. Brierre de Boismont croit que l'utérus est le siége de l'hystérie; l'élément nerveux complique les symptômes, mais il n'en est pas la cause première (nous ne parlons ici que du cerveau). Si l'on examine avec soin les femmes qui sont atteintes de ce mal, on observe que c'est aux approches de la première menstruation que l'hystérie se montre de préférence; ses accès sont communs pendant la période utérine, et ils redoublent d'intensité lors de la cessation. Parcourez les salles des femmes, vous serez frappé de la proportion considérable de celles qui sont hystériques entre ces deux époques. Lorsqu'on explore chez ces malades la région hypogastrique, on sent qu'elle est tuméfiée, et l'on détermine souvent des spasmes. Un grand nombre de maladies de l'utérus donnent lieu à des symptômes hystériques. Lorsque le temps critique est passé, on voit ces spasmes s'affaiblir, disparaître, et s'ils troublent parfois le repos des femmes qui ont cessé d'être réglées, c'est que des causes d'excitation agissant sur l'utérus viennent réveiller sa sensibilité. Mais si l'utérus est le siége de l'hystérie, il faut aussi reconnaître que le système nerveux a une grande influence dans la production de la maladie et qu'il se manifeste d'une manière sensible dans les symptômes. L'argument qu'on a voulu établir contre la guérison de l'hystérie par le mariage est une preuve de cette influence. En effet, si au lieu de s'en tenir à l'effet on remonte à la cause, on acquiert la certitude que les femmes restées hystériques après le mariage, n'y avaient point trouvé le bonheur. Ces spasmes ne se montrent presque jamais dans les unions bien assorties; si le contraire a lieu quelquefois, c'est qu'il y a dans ce cas une maladie de l'utérus ou du système nerveux.

M. Adorne cite l'exemple d'une femme qu'il faisait tomber en hystérie toutes les fois qu'il cautérisait chez elle une ulcération du col. Les médecins qui ont suivi la clinique de M. Lisfranc ont pu faire plusieurs fois cette remarque.

M. Caffe pense que la plus forte objection que l'on puisse faire à l'opinion de Georget consiste à remarquer l'âge des hystériques : c'est précisément celui où la femme est réglée. Rare avant l'âge de 15 ans, l'hystérie le devient plus encore après la cessation définitive des menstrues. M. Caffe ne trouve pas toutes les preuves désirables d'authenticité dans les faits d'hystérie attribués à l'homme. A l'appui de son opinion sur l'influence directe exercée par l'utérus dans la production de l'hystérie, ce praticien cite deux cas d'injection intra-utérine suivie d'accès hystériques.

M. Lacorbière fait observer que Gall avait indiqué la relation entre le développement du cervelet et la fréquence de l'hystérie chez les femmes lascives, adonnées aux excès, aux plaisirs génériques. Ce fait tend à confirmer la justesse de la doctrine du célèbre physiologiste.

MM. Giraldès et Barth admettent l'influence utérine sur le développement de l'hystérie. Ne voit-on pas la moindre déviation de cet organe s'accompagner souvent de phénomènes nerveux très remarquables. M. Barth pense que le grand sympathique joue un rôle actif dans l'hystérie; c'est par lui que l'utérus entre en sympathie avec les centres nerveux, qui, à leur tour, réagissent sur l'ensemble de l'économie; il insiste sur les phénomènes offerts par certains appareils de la vie organique pour établir l'action du grand sympathique. Il croit que l'irritation devrait gagner toutes les femmes, si le point de départ venait des centres nerveux; il y a pour lui une condition utérine particulière qu'il faut bien admettre.

M. Forget raconte qu'étant interne dans le service de M. Lisfranc il vit une femme prise d'une attaque d'hystérie après l'examen au spéculum. A l'instant même, plusieurs femmes, toutes affectées de maladies utérines, tombaient en attaque et cela successivement.

M. H. Larrey cite comme exemple des symptômes éveillés et mis en jeu par les lésions organiques, l'exemple d'une femme qu'il observe actuellement dans son service, et qui, à la suite d'une contusion sur le sein, présente à plusieurs reprises des phénomènes hystériques, il existe chez elle une névralgie de la glande mammaire.

La clôture de la discussion est suivie du vote sur les conclusions du rapport; M. le docteur Varlet est nommé membre correspondant.

Revaccination. — *M. Gilette* annonce qu'il a fait cinquante revaccinations; huit ont été suivies de succès. En ce moment encore, il voit une dame de 37 ans, affectée de la variole à l'âge de 7 ans, et qu'il a vaccinée dernièrement. Chez elle, la marche du vaccin a été très régulière. Dès le huitième jour, le produit de sécrétion était déjà trouble; cette dame a eu pendant trois jours une fièvre intense, les ganglions axillaires se sont engorgés.

Ophthalmie purulente. — *M. Bourjot*, dans le but d'éclairer le diagnostic différentiel de l'ophthalmie catarrhale simple ou de l'ophthalmie purulente et spécifique, cite le fait suivant : une femme enceinte de plusieurs mois subit les approches de son mari, affecté d'une gonorrhée. Pendant le dernier mois de sa grossesse, elle ne s'aperçut d'aucun changement qui pût faire présumer une infection des organes génitaux. Son enfant, six jours après l'accouchement, fut atteint d'une ophthalmie purulente. Traitée par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, cette maladie résista pour céder à l'emploi de l'onguent mercuriel. M. Bourjot se demande si l'application de l'onguent napolitain ne serait pas le criterium décisif pour juger la nature de l'affection; il a remarqué que généralement les ophthalmies purulentes simples sont promptement enrayées par le nitrate d'argent; celles qui sont le produit d'une cause spécifique opposent à cet agent une ténacité dont il a peine à triompher.

M. Nonat pense que la condition atmosphérique, certaines influences d'époques, de circonstances antérieures président au développement des ophthalmies des nouveau-nés, bien plutôt qu'un agent spécifique enté sur les organes génitaux de la mère. Il a été conduit à cette manière de voir par la fréquence de ces ophthalmies pendant un certain temps, et leur extrême rareté pendant un laps de temps non moins considérable; il lui semble impossible d'admettre que les conditions d'infection maternelle cessent ainsi subitement, le champ de ses observations restant le même. On sait, dit-il, qu'au bureau des nourrices, dont je suis médecin, la population des malades est toujours à peu près composée des mêmes élémens.

La séance est levée à 10 heures,

Correspondance.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Monsieur,

Je viens de lire dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, un article de la clinique de M. Trousseau, que je ne puis laisser passer sous silence. En vérité, je ne comprends pas qu'un médecin d'une aussi haute valeur s'élève contre des faits qui sont devenus de notoriété publique.

Il s'agit de la dénégation formelle du fait le plus incontestable de la thérapeutique, je veux parler de la promptitude avec laquelle le sulfate de quinine diminue le volume de la rate.

Nous n'avons pas eu ici de préoccupations d'esprit; il est inutile de récriminer et de dire que beaucoup d'auteurs en ont plus que nous. C'est depuis dix ans que nous avons constaté ce fait en question; c'est avec plus de huit cents observations que nous pouvons le prouver; c'est à chaque instant qu'il nous est possible de le démontrer. Notre clinique a bien aussi quelques auditeurs. Eh bien ! jamais depuis cinq ans nous n'administrons de sulfate de quinine dans des cas d'hypersplénotrophie sans que plusieurs médecins français et étrangers qui nous font l'honneur de nous suivre, sans qu'un grand nombre d'élèves constatent cette prompte diminution.

Aucune objection ne s'est jamais élevée devant nous, sur l'exactiude de ces résulats. Nos internes et nos élèves l'ont constaté en notre absence. MM. les docteurs Bassereau, Renaud, Lubansky, Chenest, Wawinsky, etc.; MM. Lassenne, Macarthy, Veyne, Malespine, Maillot, Blanchet, etc., un très grand nombre de médecins français, quelques centaines d'élèves, et jusqu'à l'honorable et consciencieux professeur Dumas, ont jugé par eux-mêmes qu'en quelques momens la rate diminue, non pas d'un centimètre seulement; mais parfois de plus d'un pouce. A Angoulème, à Bordeaux, etc., le fait a été vérifié par les hommes les plus habiles. Il n'y avait pas de la part de ces messieurs de *préoccupation d'esprit*, mais de la bonne foi, ce qu'on est si heureux de trouver dans le temps où nous vivons.

Personne n'a dit que la rate diminue dans tous les cas sous l'influence du sulfate de quinine. Certes, il n'en est point ainsi : quand il existe un épaississement de la membrane fibreuse de cet organe, lorsqu'il y a des tubercules spléniques, etc., nous avons observé plusieurs faits de ce genre, et celui que cite M. Trousseau rentre dans

cette catégorie. On observe cette inefficacité du sulfate de quinine dans les cas où la rate a depuis fort long-temps acquis un énorme volume. C'était déjà ce qu'avait dit un de nos plus consciencieux thérapeutistes, l'honorable M. Bally. Mais ce sont là des exceptions à la règle générale, et qui sont en rapport avec des raisons anatomiques toutes spéciales.

Si nous avions tort ici nous aurions toujours tort comme plessimétrie, et cependant il n'est pas d'ouverture de cadavre qui ne démontre que ce moyen de diagnostic est presque toujours certain. Je m'étonne que M. Trousseau choisisse ce moment pour attaquer le positivisme d'une méthode d'exploration que lui-même emploie habituellement avec beaucoup de bonne foi.

Quand ce professeur se sera occupé pendant quatorze ans comme nous l'avons fait de la plessimétrie, il arrivera à trouver des faits identiques avec les miens, parce que la vérité est une et que les faits bien observés sont les mêmes pour tous.

Nous nous offrons, sur le premier malade atteint d'une hypersplénotrophie simple qui se présentera, de faire voir à notre collègue la réalité du fait que nous avançons. Quand il l'aura constaté une fois, nous comptons assez sur sa sincérité pour croire qu'il fera connaître publiquement les résultats qu'il aura obtenus.

Agréez, etc. PIORRY.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur la préparation des extraits pharmaceutiques.

M. Th. Redwood a rappelé récemment le procédé de Barry pour l'évaporation des extraits dans le vide. Il consiste dans la distillation du liquide, du vase qui le contient dans un vaste récipient où l'on a fait le vide au moyen de la vapeur d'eau ; on condense à mesure la vapeur qui se forme en versant de l'eau froide sur la surface du récipient. L'ébullition se fait à une température basse par suite de la diminution de pression à la surface du liquide, mais les difficutés que l'on trouve dans ce procédé proviennent de la lenteur de la condensation de la vapeur dans le récipient : les vases étant bientôt remplis de vapeur, elle pèse sur le liquide et retarde l'ébullition ; il en résulte que l'évaporation est très lente, et c'est certainement ce qui a empêché que ce procédé ne fût généralement adopté.

Bien convaincu de l'excellence de la méthode d'évaporation dans le vide, M. Redwood a modifié le procédé de Barry en y appliquant, avec quelques modifications, les procédés employés dans les raffineries de sucre. La différence avec le système d'evaporation de Barry consiste en ceci, qu'une pompe est tenue en mouvement pendant tout le temps que dure l'évaporation, de manière à enlever l'air atmosphérique et aussi la vapeur à mesure qu'elle se forme. L'évaporation devient alors plus rapide avec une température de quarante à cinquante degés qu'elle ne le serait à l'ébullition dans le procédé ordinaire. Dans un appareil qui contient soixante-neuf litres, M. Redwood amène l'extrait en consistance convenable en six heures. La qualité des extraits ainsi obtenus est excellente ; la cigue et le pissenlit ont fourni des extraits qui représentaient exactement les jus épaissis de ces plantes ; quand on les divisait dans l'eau, ils reproduisaient exactement la couleur, l'odeur et la saveur des sucs qui avaient servi à les préparer.

Beaucoup d'extraits n'éprouvent pas d'altération par le contact de l'air ; mais il n'en est pas de même de beaucoup d'autres. Un des plus remarquables, sous ce dernier rapport, est l'extrait de pissenlit, qu'il ait été préparé à l'air ou dans le vide. Il se remplit promptement d'une multitude d'animalcules qui ressemblent à la mite du fromage. M. Redwood préserve ces extraits en les mettant dans de petits pots de faïence qu'il remplit tout à fait jusqu'aux bords ; puis il recouvre l'extrait d'une feuille d'étain qui a exactement la grandeur du pot, et il la scelle avec soin sur les bords, au moyen de cire à cacheter : de cette manière, l'air est complètement exclu, et l'extrait de pissenlit lui même peut être conservé pendant plusieurs années sans éprouver aucune altération.

M. le professeur Soubeiran conserve parfaitement ces mêmes extraits en les introduisant dans des pots de faïence qui ont la forme d'un flacon à large ouverture, que l'on bouche avec un bouchon de liége et que l'on recouvre ensuite d'un mastic résineux.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*; mars 1842.)

Préparations sulfureuses artificielles pour le traitement des maladies de la peau.

Sous le nom expressif d'extrait de Barèges, M. le docteur Quesneville prépare une substance saline à proportions définies et constamment identiques, dont les propriétés ne sauraient varier. Il n'y a que la dose qui varie. Au moyen de ce principe salin, qu'on emploie à l'état cristallisé, on compose des bains sulfureux semblables à ceux de Barèges, moins la repoussante odeur de soufre, c'est-à-dire qu'ils sont presque inodores. Ainsi, pour premier avantage, l'extrait de Barèges n'a point de fétidité ; en second lieu, il ne met point le linge et les baignoires hors de tout autre usage, ainsi que le feraient les bains factices vulgaires ; en troisième lieu, ce sel ou cet extrait de Barèges est tellement connu dans ses élémens, si maniable, si facile à doser selon les cas, qu'il est toujours loisible d'assortir la puissance d'un bain, soit à l'âge, soit à l'énergie et au tempérament des malades, ainsi qu'à la nature des maux qui rendent de pareils bains nécessaires ; quatrième avantage, substance soluble et cristalline qui se fond dans l'eau sans résidu, l'extrait de Barèges ne peut jamais donner lieu à ces accidens mortels que les autres bains factices, préparés par voie de liquides additionnels, ont plus d'une fois fait déplorer.

Voilà donc un produit (l'extrait de Barèges) au moyen duquel on peut prendre des bains sulfureux sous son propre toit, sans affecter péniblement l'odorat, sans mettre baignoire et linge hors d'emploi, sans révéler à son voisinage ni à ses familiers le secret de ses maux par la seule odeur du remède employé, sans courir le risque d'un empoisonnement par distraction de l'esprit ou par confusion d'étiquette, enfin sans émigrer vers les Pyrénées, à deux cents lieues de ses relations et de ses affaires, et surtout sans s'obérer par un voyage si lointain et si dispendieux.

Ces préparations connues déjà depuis long-temps et employées avec succès par les médecins, ces bains aimés du public, qui les préfère aux bains de sulfure de potasse, se trouvent toujours à la pharmacie Quesneville, rue Jacob, 30. (*Gazette de Santé.*)

NOUVELLES.

— M. le baron Larrey, membre du conseil supérieur de santé, accompagné de M. le docteur Hippolyte Larrey, son fils, est parti hier, 18 mai, pour inspecter le service médical en Afrique.

— A la suite du concours qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, pour l'emploi de médecin professeur d'hygiène de l'homme de guerre et de médecine légale, vacant à l'hôpital de Lille, le jury a décidé, à la majorité de 6 voix contre 3, qu'il n'y avait pas lieu de désigner un candidat pour cet emploi.

— Un ordre du jour de M. le gouverneur général, publié à Alger le 14 avril dernier, contient ce qui suit :

« J'ai à vous signaler un fait héroïque qui, à mes yeux, égale au moins celui de Mazagran... Vingt-deux hommes, porteurs de la correspondance, sont assaillis en plaine, entre Bouffarick et Méred, par deux à trois cents cavaliers arabes...

» Je compte parmi les blessés le chirurgien sous-aide auxiliaire Ducrot, qui, revenant de congé, rejoignait son poste avec la correspondance. Il a saisi le fusil d'un blessé et a combattu jusqu'à ce que son bras ait été brisé. »

M. Ducrot a été amputé.

— Un emploi de chirurgien professeur d'anatomie descriptive est vacant à l'hôpital d'instruction de Metz.

— M. Bonnet, pharmacien major à l'hôpital de Toulouse, est décédé.

— M. le docteur Furnari a été nommé par le roi de Naples chevalier de l'ordre royal du mérite civil de François Ier.

— On annonce la mort du célèbre physiologiste anglais *Charle Bell.*

— Le médecin qui a donné ses soins à l'infortuné Guillaud, n'ayant pas voulu recevoir d'honoraires, le général commandant de l'École Polytechnique lui a fait don de l'épée que portait cet élève au moment du désastre.

— M. le professeur Roux est de retour de son voyage en Italie.

M. Bérard nous prie de dire que MM. Arnaud, Gerardin (Joseph-Sebastien), Aladane de Lalibarde, Diligence, Damas, pharmacien, et un sixième dont il regrette d'oublier le nom, ont secouru les blessés avec lui au débarcadère d'abord, et ensuite à Bellevue.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

VINGT-CINQUIÈME SÉANCE. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui, lundi 16, M. Malgaigne a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. J. Cloquet à l'hôpital dit de l'École.

La prochaine séance aura lieu mercredi prochain, 18. L'examen des malades se fera à l'hôpital de la Charité à quatre heures. — A cinq heures séance publique.

Extrait d'un catalogue, publié par M. Charrière, fabricant d'instrumens de chirurgie.

Le besoin d'un catalogue de tous les instrumens de chirurgie employés de nos jours est assez généralement senti pour qu'on ait lieu d'être étonné qu'un travail complet de ce genre n'ait point encore été fait. Il est vrai de dire qu'on a déjà publié quelques extraits ; mais évidemment ces extraits sont loin d'être suffisans. Ce que les jeunes docteurs, qui quittent les écoles pour se livrer à la pratique, demandent, c'est une nomenclature méthodique, par ordre d'opérations, de tous les instrumens dont ils peuvent avoir besoin. Eh bien ! ce travail n'a pas encore été fait, et nous ne craignons pas d'avancer que le fabricant qui remplira convenablement cette lacune aura rendu un grand service à la jeunesse chirurgicale. Ajoutons que ce même fabricant aura encore travaillé à l'agrandissement de sa clientelle. Ce sont là, ce nous semble, deux motifs plus que suffisans pour exciter le zèle.

M. Charrière dit dans l'avant propos de l'extrait que nous annonçons, qu'il travaille depuis assez long-temps à une publication de ce genre. Nous désirons ardemment pour nos jeunes confrères et pour M. Charrière lui-même, que l'apparition de ce catalogue ne se fasse pas long-temps attendre. Ce fabricant est on ne peut mieux placé pour rendre ce nouveau service aux jeunes praticiens ; espérons que leur désir sera bientôt satisfait.

Nous n'avons que peu de choses à dire sur l'extrait que M. Charrière a fait déposer dans nos bureaux, car la majeure partie des objets qui y sont mentionnés ne se rapportent pas directement à la chirurgie. Nous nous bornerons à signaler une modification ingénieuse qu'il a fait subir aux pistons des différens corps de pompe, modification qu'il a heureusement appliquée à l'appareil à ventouses, qui fonctionne maintenant avec une régularité parfaite.

Nous signalerons en outre une modification très utile qu'il a fait subir aux scarificateurs à ressort qui, comme chacun sait, se dérangeaient et se détérioraient avec la plus grande facilité.

Chacun sait qu'il est extrêmement difficile, lorsqu'on n'est pas sur les lieux, de se procurer divers bandages, appareils ou membres artificiels dont on peut avoir besoin. M. Charrière a fait disparaître cette difficulté en indiquant avec le plus grand soin de quelle manière les diverses mesures doivent être prises et lui être communiquées. Il est entré à ce sujet dans des détails qui ont sans contredit leur utilité.

Nous nous bornons pour le moment à ces simples remarques. Nous serons moins brefs quand nous aurons à annoncer un catalogue général des instrumens de chirurgie.

SUPPLÉMENT

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Mai 1842.

I. *Ophthalmie purulente des nouveau-nés;* par M. TROUSSEAU.

La gravité de cette espèce d'ophthalmie est maintenant assez bien appréciée pour que nous croyions pouvoir nous dispenser de rapporter ici ce qu'en dit M. Trousseau. Nous nous bornerons à mentionner les indications thérapeutiques qu'il signale dans cette note.

« Si l'ophthalmie consiste seulement dans un gonflement léger des paupières, avec sécrétion mucoso-puriforme peu abondante, sans photophobie, sans rougeur vive de la conjonctive, il suffira, dans le plus grand nombre des cas, de faire des lotions fréquentes avec de l'infusion *très-chaude* de mélilot ou de cerfeuil, d'instiller dans l'œil, une ou deux fois par jour, quelques gouttes d'un collyre fait avec de l'eau distillée à la dose de 100 grammes, dans laquelle on aura fait dissoudre 5 centigrammes seulement de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent.

» Mais si l'ophthalmie semble prendre quelque intensité, il faut sans plus attendre, recourir à la médication la plus héroïque que nous connaissions dans cette occurrence. Il faut faire pré arer une solution très-concentrée de nitrate d'argent; cinq grammes de sel pour 25 à 30 grammes d'eau distillée; et à l'aide d'un pinceau imbibé de cette solution, toucher vigoureusement la conjonctive et même la cornée, deux fois le premier jour, une fois les deux jours suivans : il est rare que, après trois jours de cette énergique médication, il n'y ait pas un tel amendement dans les symptômes que la maladie soit désormais sans danger; cependant il est raisonnable de recommencer, dans le cas où la suppuration continuerait encore avec quelque violence; et si, lorsque le mal semble à peu près guéri, on voit persister encore la rougeur légère de la conjonctive, il convient d'enduire le soir les paupières fermées de l'enfant avec un peu de la pommade suivante : bi-oxyde de mercure, 1 gramme, axonge, 15 grammes. »

II. *Du strabisme et de son traitement, précédé de quelques recherches anatomiques et phy iologiques sur les muscles de l'œil;* par M. BOINET.

Ce mémoire offre un tableau complet et bien fait de la question que l'auteur s'était proposé de traiter. Mais cette question a été assez longuement agitée dans ce journal pour que nous croyions pouvoir nous dispenser de l'exposer ici. Ce sujet a du reste été traité avec tous les développemens qu'il mérite, dans le *Dictionnaire des dictionnaires*. Cependant M. Boinet a terminé son travail par un relevé de deux cents opérations qu'il a pratiquées, et dont il a recueilli les observations avec soin; et nous pensons devoir donner ici un abrégé de ce relevé qui est digne, à plusieurs titres, de fixer l'attention.

Causes. — 102 affections cérébrales et convulsions; 49 faux jours; objets brillans au-dessus de la tête de l'enfant; 16 naissances; 11 imitation, mauvaise habitude; 15 inflammations, suite d'ophthalmies; 1 apoplexie; 5 causes inconnues; 5 causes traumatiques.

M. Boinet ajoute qu'actuellement, on peut ranger dans la première catégorie les sujets devenus louches par un faux jour, les strabiques de naissance, par imitation ou par causes inconnues, ce qui porterait à conclure que sur les 200 louches, 184 devaient leur difformité à des convulsions ou affections cérébrales.

Age. — Entre 7 et 8 ans, 53 malades : 5 hommes, 29 femmes. — Entre 15 et 25 ans, 107 malades : 39 hommes, 68 femmes. — Entre 25 et 40 ans, 19 malades : 7 hommes, 12 femmes. — Entre 40 et 68 ans, 12 malades : 3 hommes, 9 femmes.

Sexe. — 119 femmes et 81 hommes.

Siége. — Les 200 sujets ont présenté 215 strabismes. Nous ne mentionnons ici que les strabismes doubles qui ont été opérés des deux côtés par M. Boinet, car l'auteur a noté 157 individus qui louchaient des deux côtés, mais à des degrés tels, qu'une seule opération lui a suffi sur 142. — OEil droit, 121; œil gauche, 94.

Direction. — 190 strabismes convergens : 21 en haut et en dedans, 164 en dedans, 5 en dedans et en bas. — 21 strabismes divergens : 4 en dehors et en haut, 16 en dehors, 1 en dehors et en bas. — 4 strabismes en haut.

Résultat de l'opération. — Sur les 200 malades, le nombre des opérations a été de 232, réparties de la manière suivante : 185 opérés d'un seul œil; 15 opérés des deux yeux; 13 opérés pour récidives; 2 opérés trois fois du même œil. — Les résultats *immédiats* de l'opération ont donné le redressement complet de l'œil 203 fois, le redressement est resté incomplet 29 fois. Parmi ces 29 malades redressés incomplètement, 14 étaient atteints de strabisme divergent.

Le résultat *définitif* ne porte que sur 179 malades qui ont fourni 209 opérations. Sur ces 209 opérations, 134 ont été suivies de succès, et 75 ont été suivies d'insuccès.

III. *Observation sur l'efficacité du seigle ergoté dans un cas de môle hydatidique ou vésiculaire;* par M. CABARET.

Dans les derniers jours de juin 1835, une femme, âgée de 21 ans, mariée depuis 18 mois, éprouve une suppression menstruelle. Deux mois après, son ventre avait acquis un volume considérable; elle se crut enceinte. Le 25 septembre, elle ressentit quelques douleurs dans la région lombaire et vers la partie inférieure de l'hypogastre; ces douleurs furent accompagnées d'une hémorrhagie utérine assez abondante. Appelé auprès de cette femme, M. Cabaret pratiqua le toucher, elle doigt indicateur lui donne la sensation d'un corps mollasse, membraneux, situé dans la cavité utérine. Cette circonstance et la rapidité avec laquelle l'abdomen s'était développé, le portent à diagnostiquer une môle. Il fallut dès lors songer à procurer l'expulsion de ce corps étranger.

Un bain de siége, des injections et des fomentations émollientes sont administrés sans succès. Le lendemain, M. Cabaret pratique des injections dans la cavité utérine, avec de l'eau de mer à laquelle il ajoute une petite quantité de vinaigre, sans amener aucun résultat favorable. Il a dès lors recours au seigle ergoté, et en administre 1 gramme en poudre dans un demi verre d'eau sucrée. Un quart d'heure après l'ingestion de ce médicament, les douleurs deviennent plus fortes et plus expulsives, et la malade « expulsa une énorme môle hydatidique, pesant trois kilogrammes, et composé d'une tige centrale, dont les ramifications, croisées un nombre de fois incalculable, produisaient une trame aréolaire, formée de plusieurs couches superposées et réunies à une seule masse centrale, d'un tissu mou, jaunâtre et facile à déchirer. Ces ramifications filamenteuses, qui semblaient avoir la même organisation que les vésicules et qui étaient d'une ténuité excessive, les attachaient les unes aux autres. La masse des hydatides offrait un assemblage de vésicules à parois diaphanes, très-minces, fragiles et remplies d'un liquide limpide et légèrement albumineuses. Cette masse, abandonnée à elle-même, s'affaissa, s'aplatit et s'étala irrégulièrement. »

Immédiatement après l'expulsion de cette môle, tous les accidens disparurent et la malade se rétablit promptement. Quinze jours après, tout était rentré dans l'ordre.

IV. *Chorée générale. — Traitement par le camphre. — Guérison;* par M. J. THIBAUD (de Nantes).

Après avoir relaté un cas de chorée des plus caractérisés, envahissant tout le système musculaire soumis à la volonté, et guéri au moyen du camphre, l'auteur entre dans quelques considérations générales sur cette maladie. Nous nous bornerons à signaler les deux points principaux.

M. Thibaud range la chorée parmi les convulsions, c'est-à-dire qu'il la regarde comme dépendant d'une exagération de vitalité des centres nerveux. « Elle est, dit-il, aux fonctions musculaires, ce qu'est aux fonctions de l'intellect le *delirium tremens* et certaines formes d'aliénation mentale, ce qu'est à certains muscles l'irritation des cordons nerveux qui s'y distribuent, comme dans le tic de la face, ce qu'est, en un mot, à certains organes de la vie intérieure les nombreuses affections morales dont nous les voyons si souvent atteints. »

L'auteur n'a pas eu à se louer, dans l'observation qu'il rapporte, de la méthode débilitante directe à laquelle il a eu recours de prime abord; les remèdes anti-spasmodiques et toniques lui ont été au contraire d'un grand secours. Mais c'est à l'emploi du camphre qu'il a dû la guérison qui a été dans ce cas extrêmement rapide. Ce médicament a été employé par lui à l'intérieur sous forme de pilules (camphre 10 à 15 décigrammes, extrait gommeux d'opium 1 décigramme : pour 12 pilules. 4 par jour) et en lavemens, et à l'extérieur en linimens (camphre 6 grammes, huile d'olives 30 grammes) sur le trajet rachidien. M. Thibaut croit que ce mode d'administration a été pour beaucoup dans le résultat obtenu.

V. *Appareil inamovible de blanc d'œuf, d'alun et d'étoupe; de sa propriété et de ses avantages sur les autres appareils de ce genre;* par M. CHARDON, médecin, à Chasselay (Rhône).

Il y a plus de quinze ans que l'auteur fait usage de cet appareil; et depuis la première application qu'il en a faite, « il n'a cessé de l'employer *toujours* et avec un succès qui ne s'est *jamais* démenti. »

Il le préfère aux appareils de MM. Larrey, Seutin, Velpeau, Laugier, Mayor, etc., par les raisons suivantes :

« 1° Cet appareil se compose de substances très-communes et à la portée de tout le monde; 2° il est d'une application facile, même pour la main la moins exercée; 3° il forme une sorte de moule qui contient parfaitement les fragmens en rapport, et dont la compression circulaire et aussi régulière que possible permet la circulation libre des fluides, de telle sorte qu'à la levée de l'appareil et après la consolidation de la fracture, le membre reprend très-vite sa force et la liberté de ses mouvements; 4° Enfin, l'alun qui entre dans la composition et auquel on ajoute de l'extrait de saturne et de l'eau de-vie camphrée, si on le juge nécessaire, lui donne une action éminemment astringente et résolutive sous l'influence de laquelle l'engorgement et les accidens inflammatoires avortent. »

M. Chardon applique cette étoupade immédiatement après la réduction de la fracture. Voici comment on dispose l'appareil :

« Il suffit d'un coussin de balles d'avoine incliné du pied au genou ou à la hanche pour les fractures des extrémités inférieures. Sur ce coussin, on place d'abord les lacs, puis les alèzes, et, par dessus le tout, un carré de toile de la grandeur du membre, et découpé dans presque toute sa largeur en bandelettes larges de deux pouces, et assez longues pour se croiser sur le membre comme le bandage de Scultet. Sur cette compresse, on étend deux étoupades l'une sur l'autre; on les fournit suffisamment d'étoupe bien peignée dans le même sens, c'est-à-dire que la longueur de la filasse soit circulaire au membre. On les garnit d'une bonne couche de blanc d'œuf battu avec de l'alun finement pulvérisé, additionné de quelques gouttes d'extrait de saturne. Comme il faut que l'étoupade se croise sur le membre, on la fait un peu moins épaisse à ses bords longitudinaux. »

REVUE MÉDICALE, mai, 1842.

I. *Observations de chirurgie;* par M. BOUCHACOURT, chirurgien en chef délégué de la Charité de Lyon.

A. *De l'extirpation partielle de l'œil dans un cas d'encanthis fongueux.* — Une dame âgée de 67 ans, s'aperçut, au commencement de 1840, qu'une tumeur rouge, grenue, indolente, se développait à l'angle interne de l'œil droit, précisément au niveau de la caroncule lacrymale. Un an après elle avait acquis un développement excessif, elle occupait toute la largeur de la paupière inférieure qu'elle refoulait en bas et derrière elle, se prolongeant en haut et en dehors sur la face antérieure de l'œil qu'elle embrassait dans ses prolongemens. La cornée, devenue opaque, était presque entièrement couverte et notablement élargie. La vue était entièrement perdue de ce côté. Il existe des douleurs vives lancinantes. La surface de la tumeur est parfois saignante. Le moindre contact renouvelle les douleurs et l'écoulement sanguin.

Une opération chirurgicale était indiquée. Mais restait à savoir si on extirperait l'œil en totalité ou en partie. L'état de l'organe porta M. Bouchacourt à prendre ce dernier parti, et voici comment il opéra :

« A l'aide de forts ciseaux courbes, dit-il, je réséquai d'abord toute la portion saillante de la tumeur, après nous être assurés qu'en raison de sa mollesse, elle ne pouvait fournir de point d'appui aux airignes. Il s'écoula un peu de sang en nappe. Je reconnus alors que la paupière inférieure était tout à fait saine à sa face externe, à part une légère ulcération consécutive à la pression de la tumeur et à la présence des liquides irritans qui s'en écoulaient. Il n'en était pas de même près de son bord libre et à sa face interne. J'eus besoin d'une dissection pénible et attentive pour la détacher entièrement. Je constatai l'impossibilité de ménager l'œil et je m'aperçus en même temps qu'en l'attirant à moi, il était possible de distinguer ce qui était sain dans son tissu, de ce qui était malade. En conséquence, j'en fis la résection avec des ciseaux courbes. J'y revins à deux fois pour ne rien laisser et je m'assurai que le reste du moignon oculaire était sain. J'enlevai ensuite et de la même manière quelques portions indurées à l'angle interne; promenant mes doigts tout autour en haut, en bas et sur les côtés de l'orbite, j'examinai avec la plus grande attention s'il restait quelques granulations, et après avoir laissé saigner près d'un quart d'heure, je m'occupai du pansement ». La guérison a été très-prompte et radicale.

M. Bouchacourt ne voudrait pas, sur ce fait, établir un principe chirurgical, ni surtout l'appliquer aux cas qui réclament l'extirpation totale du globe de l'œil; mais il pense qu'il serait bon de s'y conformer dans le cas où le mal s'est étendu des annexes de l'œil au globe de l'œil lui-même.

B. *Observations pour servir à l'histoire des corps étrangers introduits dans les organes. — Corps étrangers de l'œil.* — On connaît toutes les difficultés qu'on éprouve dans les opérations que l'on pratique sur l'œil, pour fixer cet organe. Aujourd'hui ces difficultés ont été vaincues; il suffit pour cela de pincer la conjonctive oculaire, comme dans l'opération du strabisme; à l'aide de ce procédé, il est extrêmement facile de maintenir le globe de l'œil fixe et immobile. M. Bonnet de Lyon en a fait souvent usage, et M. Bouchacourt, qui s'en est servi pour extraire un corps étranger de l'œil d'un tailleur de pierre, dit s'en être très-bien trouvé.

Corps étrangers dans les voies digestives.—M. Bouchacourt conseille de se servir, pour faire l'extraction de ces corps, de l'instrument de Grafe de Berlin, instrument qu'il regrette de ne pas trouver décrit, ni même indiqué dans les traités les plus récents de médecine opératoire.

« Cet instrument consiste en une tige de baleine suffisamment épaisse et flexible, longue de 18 à 20 pouces, portant à l'une de ses extrémités une éponge solidement fixée, qui, au besoin, pourrait repousser le corps étranger si on ne pouvait l'extraire; à l'autre extrémité existe un embout d'argent qui supporte deux anneaux pleins et réunis dans leurs deux tiers inférieurs, à jour supérieurement en bas, et fixés dans une sorte de charnière à l'extrémité de la baleine. Ils donnent lieu par leur réunion à une sorte de cône, dont le sommet tronqué, très-mousse est en bas, et la base large et arrondie regarde en haut et présente dans ce sens un véritable évasement. L'instrument ainsi construit, pénètre avec une grande facilité dans l'œsophage, et s'insinue sans peine, en raison de sa forme, entre les parois de cet organe et le corps étranger. Lorsqu'on le retire, au contraire, une de ses moitiés venant à raser la muqueuse, l'autre dépassant le corps étranger, celui-ci doit nécessairement être enlevé et entraîné. » M. Bouchacourt cite plusieurs faits qui démontrent l'utilité de cet instrument.

En parlant des corps étrangers introduits dans le rectum et qui ne peuvent point être extraits directement, M. Bouchacourt formule le principe suivant :

« Toutes les fois qu'un corps étranger, introduit dans le rectum, donnera lieu, dans les efforts d'extraction, à de vives douleurs, soit par sa direction, soit par son volume, on essaiera de le retourner sur lui-même de manière à présenter à l'orifice inférieur la portion la plus étroite, ou celle qui s'engagerait le plus facilement. Il faut toujours se rappeler, dans des cas de ce genre, la forme de l'intestin, le rétrécissement qui se termine inférieurement et la dilatation ou l'évasement qu'il présente en haut. »

Corps étrangers de la vessie. — M. Bouchacourt rapporte à ce sujet l'observation d'une jeune fille qui s'était introduit un passe-lacet dans la vessie par l'urètre, et dont il fit l'extraction à l'aide du brise-pierre à percussion. Ce fait avait déjà été publié par l'auteur; nous en avons donné nous-même une analyse dans une précédente revue.

C. *Des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement.* — Il résulte des recherches de Dupuytren que ces tumeurs sont tout à fait étrangères aux nerfs; elles sont évidemment constituées par un tissu fibro-celluleux, « homogène, d'un blanc terne, sans vestiges de cavités ni de cloisons, d'une consistance fibreuse, fibro cartilagineuse. Elles paraissent formées de plusieurs couches concentriques, unies entre elles par un tissu cellulaire dense et serré, surtout dans les couches les plus extérieures. L'ongle enfoncé dans l'épaisseur de ce corps fait entendre un léger craquement; il est recouvert d'une enveloppe opaque, dense, fibro celluleuse, véritable kyste qui s'oppose à son développement, et détermine probablement les vives douleurs que ressentent les malades. »

Ces tumeurs ont été plus fréquemment observées chez les femmes que chez les hommes. Tous les observateurs sont d'accord : 1° sur le développement très-lent de ces tumeurs, qui n'acquièrent presque jamais qu'un très petit volume; 2° sur l'intensité des douleurs auxquelles elles donnent lieu; 3° sur l'impossibilité d'une résolution spontanée; 4° sur l'inefficacité des moyens locaux autres que l'opération; 5° sur la cessation complète des accidens obtenus par ce dernier moyen.

Dupuytren pensait que ces tumeurs peuvent, au bout d'un certain temps, se ramollir, s'altérer, éprouver une dégénération cancéreuse. Il est donc urgent de les extirper de bonne heure; on se mettrait ainsi à l'abri des récidives qui sont d'ailleurs très-rares.

Le procédé opératoire, généralement mis en usage par Dupuytren et par ceux qui, depuis lui, ont eu cette opération à pratiquer, consiste tout simplement dans une incision de longueur suffisante, faite au niveau de la tumeur et comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; le chirurgien, alors, accroche la tumeur avec une crique, la fait soulever par un aide, tandis qu'il dissèque sur les côtés et commence à la détacher par en haut, afin, dit M. Velpeau, en séparant le nodus des centres nerveux, d'éteindre les irradiations douloureuses quelquefois insupportables, que l'on causerait sans cela avant d'avoir terminé l'opération. Plusieurs praticiens conseillent d'enlever, par précaution, une couche assez épaisse de tissu cellulaire graisseux avec le névrome. Mais il ne paraît pas que ce précepte soit de rigueur; MM. Syme et Wilmot ne s'y sont point conformés; Dupuytren n'en parle pas; et M. Bouchacourt ne s'y est point conformé dans un cas dont il a donné les détails dans cet article.

D. *Du traitement de la hernie ombilicale chez les enfans, par la ligature.* — Cet article a été publié dans le dernier numero du Bulletin de thérapeutique. Nous en avons donné l'analyse dans notre précédente revue.

II. *Nouvelles observations de calculs salivaires, suivies d'un essai nosographique sur cette espèce de concrétions;* par M. Duparcque. — (Suite et fin. *Voir* notre revue du 16 avril.)

Les calculs salivaires sont plus fréquens chez les hommes que chez les femmes. Sur 60 observations qu'il a recueillies, l'auteur n'en a trouvé que 10 qui appartiennent à ces dernières. L'âge adulte a également fourni les faits les plus nombreux. Quelques faits tendraient à faire croire que la goutte prédisposerait à la concrescibilité de la salive; mais cette circonstance aurait besoin d'être confirmée par de nouveaux faits. — Des corps étrangers, des portions d'alimens pourraient devenir le noyau de calculs dont ils seraient la cause provocatrice, comme on le voit pour les calculs urinaires.

Le volume et la forme des calculs salivaires varient beaucoup. Lorsqu'ils ont un certain volume, il n'en existe le plus ordinairement qu'un seul à la fois. Les calculs urinaires qui ont été analysés ont toujours présenté la même composition. Tous sont d'un blanc crayeux; la coloration jaunâtre ou plus foncée qu'ils présentent est superficielle et due au contact des fluides purulens ou sanguinolens, au milieu desquels ils baignent.

Les calculs salivaires peuvent exister sans déterminer des troubles notables; cependant, dans le plus grand nombre des cas, ils produisent le développement de divers phénomènes. Ainsi obstacle plus ou moins complet, plus ou moins insurmontable au cours normal de la salive, augmentation de la sécrétion de ce liquide, douleurs plus ou moins vives, gonflement, inflammation des parties voisines, etc. Cependant ces phénomènes ne sont pas suffisans pour porter un diagnostic positif sur la maladie. Il faut constater directement la présence de la concrétion; et lorsque le calcul est petit, c'est par le cathétérisme qu'on y parvient.

Lorsque la présence d'un calcul salivaire est bien constatée, son extraction est la seule indication fondamentale qui se présente. Mais les méthodes et les procédés de cette extraction varient suivant les cas.

1° Si le calcul se présente à l'ouverture buccale du conduit salivaire et s'y trouve plus ou moins engagé, on en fait l'extraction soit en exerçant derrière lui une pression pour le refouler au dehors, soit en le laissant par sa partie saillante hors du canal, à l'aide de pinces à pansement ou à ligature.

2° Si le calcul se présente à l'ouverture du conduit excréteur, ou près de là, si celle-ci est trop étroite ou insuffisamment extensible, ou bien si le corps étranger est trop volumineux, ou bien enfin s'il échappe par sa mollesse ou sa friabilité à l'action de la pince, alors on agrandit l'ouverture par une incision pratiquée sur le calcul même, s'il est déjà engagé, ou autrement sur une sonde cannelée préalablement introduite dans le conduit. Si le calcul s'enfonçait trop profondément, ou s'y trouvait refoulé par les tentatives d'extraction, M. Duparcque conseille le procédé suivant imaginé par M. Maisonneuve : on fait, avec un fil de laiton très-mince, une anse que l'on glisse derrière le calcul, et avec laquelle on accroche celui-ci pour l'entraîner au dehors.

3° Lorsque le calcul est profondément situé, que l'ouverture du conduit est occluse, l'incision peut mettre le corps à découvert et l'extraction doit se faire sur le calcul même. Lorsqu'il se trouve dans les conduits de Stenon ou de Warthon, l'incision doit être pratiquée de préférence par l'intérieur de la bouche, à la face interne de la joue, dans le premier cas; sous la langue, dans le second.

4° Le précepte de pratiquer l'incision par l'intérieur de la bouche n'est plus applicable quand le calcul est trop profondément situé ou peu accessible par cette voie, comme quand il occupe les glandes salivaires elles-mêmes. Lorsque le calcul est très-volumineux, ou que la concrétion sous forme de grains de sable forme une masse considérable, l'incision devant être très-étendue, il y aurait moins d'inconvéniens et plus de facilité à la pratiquer extérieurement, que par la bouche. En cas d'hémorrhagie, il serait plus facile d'en voir et d'en tarir la source. Par là aussi l'extraction offrirait moins de difficulté.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales de la société de médecine de Gand, mars 1842.

Considérations sur les vertus thérapeutiques des diverses huiles de poisson; par M. le docteur Stacquez.

Dans ce mémoire, l'auteur rapporte quelques expériences qu'il a faites et qu'il a vu faire avec les huiles de poissons pour combattre les diverses affections contre lesquelles ce médicament a été préconisé. Dans aucun cas, l'auteur n'a obtenu, au moyen de ces huiles le moindre succès, et différens faits qu'il cite le portent à croire que c'est également à tort que certains auteurs ont placé l'usage immodéré de ces huiles au nombre des causes du rachitisme. A ceux qui ont observé l'ostéo-malaxie ou le rachitisme à la suite de l'emploi de ces huiles, il objecte que le rhumatisme seul peut produire les effets que l'on a mis sur le compte de l'agent thérapeutique employé pour le combattre. A ceux qui ont vanté l'usage de ce médicament, il demande si l'embonpoint qu'ils ont remarqué et qu'ils ont attribué à une augmentation d'activité des organes de la digestion, n'était pas la bouffissure, l'infiltration des tissus, et si, ce qu'ils ont pris pour la guérison était autre chose qu'une amélioration momentanée.

Annali universali di medicina, janvier et février 1842.

I. *Trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas d'œdème chronique de la glotte;* par M. Cittadini.

Donato Benvenuti, 25 ans, tempérament grêle, disposé à la phthisie, mais bien portant habituellement, si ce n'est qu'il s'enrhumait de temps en temps, surtout en hiver, a essuyé il y a quelques années des ulcérations syphilitiques à la gorge, mais il paraît qu'il en avait été guéri.

Il habitait le beau climat de Pise, était adonné à des études de science, lorsqu'en mai 1841 il a été saisi d'un de ses rhumes ordinaires, mais avec plus d'intensité que de coutume; il menait une vie assez déréglée, avec des jeunes gens de son âge, ce qui contribuait à rendre ses accès plus intenses; sa respiration devenait de plus en plus gênée.

Juin. Le malade éprouve non seulement de la toux, mais encore un certain picotement douloureux au gosier, qui l'empêche de bien avaler.

Juillet. Le timbre de la voix est altéré; petite toux fréquente et incommode; respiration difficile, chaleur dans l'arrière gorge.

Septembre. Le malade s'expose à des marches forcées, transpire, se refroidit à plusieurs reprises. La repiration devient de plus en plus difficile. Son frère, chirurgien habile, connu parmi nous, lui a fait appliquer des sangsues autour du cou, l'a mis à l'usage des laitages et l'a entouré de toutes les précautions éclairées que réclamait son état; pommade stibiée sur la poitrine, bains de pieds le soir, puis vésicatoires volans. Malgré ces secours, le mal fait des progrès; la voix est rauque, toux violente, dyspnée progressive, sommeils interrompus; orthopnée nocturne, accès de suffocation effrayante pendant deux nuits consécutives, respiration *sibilante*, suspirieuse, forcée, astmatique; tout annonce, en un mot, que le calibre de la glotte est rétréci. Pendant le jour, le malade n'a que quelques heures de repos; il reste couché, la tête penchée en arrière; yeux retirés en haut, muscles de la poitrine, du cou et des bras violemment tendus, face violemment contractée. On s'attendait d'un moment à l'autre qu'il succombât dans un accès dyspnéïque; les efforts d'expectoration sont sans effet; cependant le pouls n'est point fébrile, seulement il est intermittent de temps en temps. Dans cet état de choses, le frère du patient a fait venir M. Cittadini. On pratique une saignée; on administre de l'ipécacuanha; pas de mieux; le malade est mourant. M. Cittadini n'hésite pas à pratiquer la trachéotomie, bien que cette opération n'offre que très-peu de chances favorables. On transporte le malade sur une petite chaise près d'une croisée, le chirurgien incise les tégumens de la région cricoïde; un accès de suffocation se déclare, mouvemens désordonnés; la respiration paraît se suspendre, on attend. Un instant après, M. Cittadini ouvre la membre crico-thyroïdienne, mais l'air ne pénètre pas dans les poumons avec le bruit ordinaire; la respiration cependant est animée un peu. Les chirurgiens présens croient qu'il existe un obstacle au-dessous de l'incision; le petit doigt étant introduit par cette ouverture dans la trachée, fait sentir ce canal obstrué par une substance molle; on introduit une sonde de gomme élastique, jusqu'à la première division des bronches, et aussitôt l'air s'est précipité dans les poumons avec violence. Le malade est passé instantanément de la mort à la vie; on le couche, on place une canule en permanence dans la plaie, mais comme les efforts de la toux et de la respiration la déplaçaient à chaque instant, on l'a enlevée. Les accès orthopnéiques ne sont pas revenus, mais la dyspnée existe toujours. Une réaction fébrile, de caractère catharrale, s'est déclarée; la respiration paraît aller mieux depuis la fièvre. Traitement antiphlogistique énergique (quatre saignées, assa fétida, jusquiame, purgatifs, etc.).

Quinze jours après, mieux très-prononcé et progressif; respiration assez libre, même lorsque l'ouverture artificielle est bouchée; sommeil paisible et réparateur, retour de l'appétit, expectoration abondante par la bouche et par la plaie pendant quelque temps. Trois mois après, on a fermé l'ouverture après avoir cautérisé les bords avec le nitrate d'argent; la voix a repris son timbre naturel et le malade a pu reprendre ses études, en s'entourant de toutes les précautions réclamées par sa délicate constitution.

II. *Considérations thérapeutiques sur les remèdes épispastiques;* par M. P. Bini.

Partisan de la médecine de Rasori et de Giacomini, l'auteur développe dans ce travail toutes les idées connues des contro-stimulistes concernant la médication dite révulsive et les médicamens épispastiques qui en forment la base.

Il attaque la doctrine de la révulsion comme fausse; suivant lui, et n'attribue aux médicamens dits révulsifs que l'action qui résulte de l'absorption de leurs élémens, action qui n'est autre que celle que les Italiens appellent hyposthénisante ou affaiblissante. Il tient compte cependant en même temps de l'effet local de ces remèdes et qui est purement chimique; cet effet n'offre pas à ses yeux l'importance qu'on lui attribue dans les écoles. Le vésicatoire, considéré sous divers points de vue, sert d'exemple et de point de mire dans cette longue discussion; selon lui, toute la vertu de ce remède se réduit à l'évacuation d'une certaine quantité de sérum, dont l'effet affaiblissant permet de le considérer comme un excellent contro stimulant ou antiphlogistique; l'action générale du vésicatoire serait donc indirecte, selon l'auteur, tout l'effet primitif étant borné à la localité et n'ayant rien de révulsif par lui-même. L'auteur combat énergiquement l'opinion qui regarde le vésicatoire comme un stimulant général; ce sujet est discuté avec beaucoup de discernement et de logique. Il suit de ces considérations : 1° que le vésicatoire n'est indiqué que dans les inflammations locales; 2° qu'il est contre-indiqué dans les affections hyposthéniques et même dans les phlogoses dépendant d'une diathèse générale.

III. *Deux cas de fracture de crâne, accompagnée de compression cérébrale chez de jeunes enfans;* par M. Contini.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant âgé de 7 ans qui, étant tombé d'un pont, s'est frappé la tête contre une poutre. Il a pu retourner seul chez lui, mais aussitôt rentré il est tombé par terre, sans connaissance, a présenté des mouvemens convulsifs, puis de la paralysie au côté gauche du corps et des vomissemens. Il existait deux larges plaies à la région temporale droite. M. Contini y a trouvé fracture avec une dépression de deux fragmens. Il a essayé de les relever, mais il n'a pu en venir à bout; il s'est proposé de pratiquer la trépanation le lendemain, et en attendant il a prescrit des sangsues à la base du crâne, des fomentations d'eau froide à la tête, et intérieurement une potion stibiée. Le lendemain, le malade était mieux, les deux fragmens ont pu être relevés, puis ils se sont exfoliés et le malade guérit sous très-peu, ce qui confirme la pratique moderne qui prescrit de ne pas trop se hâter à trépaner.

Le second fait est intéressant surtout à cause du jeune âge du sujet. Il s'agit d'un enfant âgé de 2 ans qui, étant tombé sur la tête d'une hauteur de 12 pieds, est resté comme mort sur le sol; on ne voyait qu'une énorme ecchymose sur le lieu frappé du péricrâne; il y avait perte de sentiment au côté droit du corps, des vomissemens répétés, mouvemens convulsifs. Le même traitement que dans le cas précédent a triomphé, l'enfant ayant fini par guérir complètement.

London medical Gazette.

I. *Difformité articulaire guérie à l'aide d'une opération;* par M. Henry Symes.

Le 2 décembre dernier, j'ai été consulté par une jeune femme âgée de vingt-quatre ans, pour une infirmité dont elle m'a fait le récit suivant. Pendant l'été de 1834, elle fut sujette à un rhumatisme goutteux : depuis lors sa santé a été altérée. Le mal commença dans les phalanges des gros orteils, puis il s'est étendu aux grandes articulations. Le traitement suivi n'a pu empêcher la maladie de continuer sa marche, et au bout de dix-huit mois les articulations des coudes étaient déjà ankylosées, fixes, et celles des genoux raides et rétractées de manière à l'obliger de faire usage d'un bâton pour marcher; ensuite la démarche est devenue impossible.

A l'examen, j'ai trouvé les articulations des épaules saines, les coudes complètement ankylosés à angle droit, les genoux fléchis dans un angle de 45 degrés, un peu gonflés et presque pas mobiles, les muscles des deux jambes atrophiés, ces membres n'offraient que la peau et les os; les jointures du carpe et du tarse élargies et presque sans mouvement. J'ai pensé qu'on aurait pu appliquer à ce cas la section sous-cutanée.

Le 7 décembre, assisté de mon confrère, M. Parker, j'ai donc pratiqué l'opération : j'ai divisé d'abord les demi membraneux et tendineux de la jambe gauche, qui étaient les plus résistans, ensuite le biceps. La même opération a été répétée sur l'autre membre.

Deux jours après, les petites plaies étaient cicatrisées; nous avons appliqué l'appareil extensif.

Le 25, c'est-à-dire dix-huit jours après, les deux membres étaient déjà droits, et la malade a pu marcher sans appareil. Les suites ont été heureuses. (Suivent les détails.) Guérison.

L'auteur ne dit point s'il se propose de pratiquer la même opération aux membres supérieurs. Ce fait n'offre rien de neuf pour nous, mais il confirme une pratique heureuse qu'on doit s'empresser d'imiter et de généraliser.

II. *Cas d'anévrisme des artères mésentérique supérieure, de la cœliaque et de l'aorte;* par M. Douglas.

John Pife, âgé de quarante trois ans, portier, a été reçu à l'infirmerie de Glascow le 20 décembre, se plaignant de faiblesse générale et d'inhabileté à l'exercice : s'il essaie de marcher ou de faire de l'exercice aussitôt après avoir pris des alimens, il vomit ce qu'il a mangé. La compression ne produit aucune douleur, le malade se plaint de gêne à la respiration; cependant la respiration paraît libre, l'action du cœur est fréquente, presque violente, se faisant entendre aux deux côtés du dos, ses contractions s'accompagnent d'un bruit de soufflet. Pouls 100, respiration 28, langue blanche, ventre libre, sueurs abondantes.

On lui prescrit une saignée de 180 grammes (6 onces) et de la digitale dans le but de réprimer l'action du cœur. Une semaine après son entrée, le malade a été saisi d'anasarque aux jambes, puis à tout le corps. On lui a ordonné les remèdes recommandés en pareils cas.

Le 2 mars, voyant que les symptômes s'aggravaient et que le malade succomberait, M. Douglas a cru devoir le soumettre à un examen rigoureux, afin de voir ensuite à l'autopsie jusqu'à quel point son diagnostic avait été exact. Il a noté l'état suivant.

Action du cœur irrégulière. Pouls 60. Impulsions du cœur très fortes, soulevant la tête appliquée sur la poitrine dans l'espace de 9 centimètres carrés (3 pouces). Le premier son est prolongé et accompagné de bruit de soufflet, le second bruit est à peine perceptible. Les bruits sont graves et les impulsions très grandes sous les cartilages des côtes et sous le sternum; ils s'entendent distinctement même aux deux côtés du dos. Les carotides battent visiblement jusqu'aux angles des mâchoires. On diagnostique une hypertrophie du ventricule gauche avec dilatation considérable.

Dans la soirée du 4 mars le malade est tombé dans un cabinet d'aisance, et l'on a eu à peine le temps de le transporter dans son lit, il a expiré aussitôt.

Autopsie. — On enlève la dure-mère, on trouve une quantité considérable de sang épanché dans l'hémisphère droit du cerveau. Le ventricule latéral gauche est rempli de sang coagulé; mais on ne peut découvrir aucune rupture vasculaire.

Le cœur est très légèrement ou pas du tout hypertrophié. Immédiatement derrière le cœur est un gros anévrisme émanant de la face postérieure de l'aorte thoracique.

Le sac de cet anévrisme offre 13 centimètres (4 pouces 1/2) de long et 10 centimètres (3 pouces 1/2), s'étendant depuis la septième jusqu'à la onzième vertèbre dorsale, et communiqué avec l'aorte à l'aide d'une ouverture circulaire de 27 millimètres de diamètre (1 pouce) et d'une épaisseur remarquable; cette ouverture est en contact avec le corps des huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales. L'intérieur est rempli d'un coagulum laminé.

Au-dessous du sac, l'aorte qui passe au-devant est contractée, et un peu plus bas, immédiatement au-dessous du diaphragme, elle donne naissance à un petit sac anévrismal, globuleux, de 40 millimètres (1 pouce 1[2] de diamètre par un orifice deux fois plus grand que celui du tuyau d'une plume : c'était un anévrisme vrai formé par la dilatation de tout l'axe de l'artère cœliaque ; il contenait aussi un coagulum qui le remplissait en partie.

A l'origine de la mésentérique supérieure il existe encore un autre petit anévrisme globulaire, du volume d'une noix, formé pareillement par la dilatation de toutes les tuniques.

Aucun symptôme n'avait pendant la vie décélé ni même fait soupçonn r l'existence de ces petits anévrismes.

La pièce pathologique a été déposée au muséum de Glascow. On ne connaît, comme on sait, que très peu d'exemples d'anévrisme de ces dernières artères.

III. *Remarques sur le diagnostic de certains anévrismes thoraciques ;* par M. WATSON.

Nous extrayons d'une excellente leçon que l'auteur vient de publier les remarques suivantes, dont quelques détails se rapportent à un cas que M. Watson a fait observer à Londres à notre célèbre Sanson.

« Lorsqu'un anévrisme se forme à la naissance de l'aorte, ainsi que cela arrive souvent, ou dans une artère coronaire, le diagnostic peut souvent défier impunément le praticien le plus habile. Je ne connais pour ma part aucun signe à l'aide duquel on puisse le reconnaître ou même le soupçonner sur le vivant : tout ce que je sais, c'est que cette maladie produit une mort subite, et si l'on ouvre le cadavre on trouve le péricarde rempli de sang ; l'examen fait reconnaître la petite poche anévrismale rompue dans l'intérieur du péricarde...

» Lorsque l'anévrisme occupe un point plus élevé de l'aorte ascendante, un peu plus éloigné du cœur, ou même de la crosse, son volume peut devenir considérable ; son existence peut être déduite de certains symptômes dépendant de la compression qu'elle exerce sur les parties environnantes. Ces symptômes cependant sont souvent obscurs jusqu'à ce que les pulsations de la tumeur se manifestent au dehors, ou qu'une expulsion instantanée de sang par la bouche décèle son existence. Nous disons dans ces occurrences qu'il existe un anévrisme sur l'arc de l'aorte, s'il y a des signes de compression de la trachée et de gêne de la respiration, ou des symptômes de compression des nerfs récurrens, et par conséquent de laryngite *stridulante* ou avec voix *mimique* (mimicry). On a pratiqué plus d'une fois la trachéotomie pour soulager de la prétendue inflammation du larynx, alors qu'il ne s'agissait que de symptômes produits par un anévrisme de la crosse de l'aorte Ces erreurs sont sans doute discréditantes, mais enfin les leçons qu'elles fournissent ne devraient point être perdues pour l'art. Toutes les fois que nous trouvons une dyspnée sifflante formée par degrés, sans maladie apparente de nature à l'expliquer, et que le malade accuse un sentiment de pulsation dans la poitrine, nous sommes autorisés à soupçonner l'existence d'un anévrisme.

» L'action absorbante que la tumeur exerce sur les tissus environnans est digne de considération. On sait que les os euxmêmes sont détruits par cette action avant que l'anévrisme fasse de grands progrès. Très souvent la trachée et quelques grosses branches sont d'abord aplatis, puis perforés ; l'anévrisme se rompt dans le canal de l'air, et le patient, inondé par un torrent de sang dans les poumons, périt en quelques instans. La tumeur contracte quelquefois des adhérences avec le tissu pulmonaire, le détruit petit à petit et détermine des hémoptysies ; ces cas ne sont pas toujours funestes d'un seul coup.

» Par suite de sa situation et de son étendue, un anévrisme de l'aorte thoracique peut comprimer l'œsophage et déterminer des symptômes propres au rétrécissement de ce canal. L'affection cardiaque, accompagnée de pulsations dans la poitrine et ensuite de rétrécissemens de l'œsophage, telles sont dans ce cas les idées présomptives de l'existence de l'anévrisme. L'œsophage finit par être ulcéré, et une hémorrhagie mortelle s'ensuit; l'hématémèse a lieu dans ce cas non de l'estomac, mais de l'œsophage. Un malade de l'hôpital de Midlesex présentait des symptômes de rétrécissement de l'œsophage : un jour il expulse de la gorge une masse rouge qu'il croyait être une bouchée de l'aliment qu'il mangeait en ce moment; c'était le caillot d'un anévrisme ; il a été suivi d'un ruisseau de sang et de la mort.

» Quelquefois l'anévrisme thoracique comprime et obstrue par sa juxta-position la veine cave supérieure ; il peut même l'oblitérer tout à fait et donner à une hydropisie, ainsi que j'en ai vu un exemple. Ce malade appartient à M. Hawkins, il présentait le spectacle le plus extraordinaire : sa face, son cou, ses bras étaient tuméfiés et anasarcotiques à un degré énorme, tandis qu'il n'offrait pas le moindre œdème ou gonflement au dessous des côtes ; on aurait dit que sa moitié supérieure avait été rembourrée (stuffed), et, à part la maladie, cette apparence était extrêmement comique. Son teint était livide, ses yeux semblaient sortir de leurs orbites ; le tissu sous-conjonctival luimême était œdemateux ; les tégumens du cou et de la poitrine étaient tout à fait charnus, et les bras tellement gonflés qu'ils projetaient des deux côtés. La surface du thorax en avant était sillonnée par des veines nombreuses, gorgées de sang, et couvertes d'ecchymoses par-ci, par-là. On se formera très facilement une idée de la congestion mécanique de la peau, si je dis qu'ayant appliqué une ventouse scarifiée ordinaire, elle a donné issue à plus d'un demi-kilo de sang (20 onces) dans l'espace de deux minutes. Les veines épigastriques étaient visibles et tortueuses, et s'anastomosaient largement avec les veines inguinales et mammaires. On sentait un bruit de soufflet qui allait en augmentant de gravité et d'âpreté depuis la racine de l'aorte jusqu'au sommet du sternum. Le patient est mort subitement. A l'autopsie on a trouvé un gros anévrisme appliqué contre le sternum : la veine cave était oblitérée non loin de l'oreillette droite. J'ai vu deux cas analogues depuis, mais la veine cave supérieure était encore perméable, bien que son canal fût étroitement rétréci par la compression de l'anévrisme.

» Mais l'anévrisme de l'aorte thoracique peut exercer sa compression dans une autre direction, atteindre les vertèbres, causer de la douleur dans le dos et déterminer enfin la paralysie des parties sous-jacentes. Dans ce cas, la douleur dorsale jointe au sentiment de pulsation peut faire soupçonner la nature de la maladie. Je me rappelle avoir entendu le docteur Farre nous raconter un cas de ce genre et insister beaucoup sur l'importance du signe tiré de la sensation éprouvée par le malade. Un homme est venu me consulter après avoir été vu par un autre médecin qui lui avait dit que son mal n'était rien ou qu'imaginaire ; il se plaignait d'une douleur dans le dos et avait la langue blanche. La blancheur de la langue a disparu par l'usage de quelques médicamens, mais la douleur a persisté. Le docteur Farre a interrogé le patient minutieusement à chaque visite jusqu'à ce que, s'impatientant, il a répondu avec pétulance et colère : « Je sais que si vous me fendez la taille en deux, j'ai un son au côté droit et une maladie au côté gauche. » Peu de temps après on l'a trouvé mort dans son lit. Ce qu'il avait dit était parfaitement vrai : il y avait un anévrisme qui comprimait les vertèbres dorsales du côté gauche.

» Une autre conséquence du développement de certains anévrismes thoraciques résulte de la compression qu'il exerce sur le conduit thoracique, d'où il résulte un engorgement des vaisseaux lactés et l'inanition.

» Un signe de l'anévrisme de l'arc de l'aorte que j'ai plusieurs fois vérifié consiste dans une différence dans la force du pouls aux deux artères radiales. Le pouls d'un côté est extrêmement faible ou même disparaît : cela a lieu lorsque l'anévrisme se dirige sur l'artère innominée ou sur la sous-clavière gauche ; la compression oblitère quelquefois ces deux artères. Bien que ce symptôme de l'inégalité du pouls puisse dépendre d'autres causes, cependant lorsqu'il existe il peut mettre sur la voie du diagnostic...

» Si l'anévrisme s'est formé dans l'aorte ascendante, la tumeur pulsatile se montre sur le côté droit du sternum. S'il a pris naissance dans la partie antérieure de l'arc aortique, le gonflement se montre aux extrémités sternales des côtes supérieures du même côté. S'il émane du sommet de l'arc, la tumeur fait saillie au-dessus du sternum et aux extrémités sternales de la clavicule ; et lorsqu'il occupe la portion descendante de l'aorte thoracique, il détruit quelquefois les côtes et les corps des vertèbres et se manifeste vers la partie inférieure de l'omoplate gauche, ou bien en avant au dessous de la clavicule gauche...

» Les pulsations de la tumeur sont très souvent accompagnées d'un bruit de soufflet âpre. Quelques personnes basent sur cela le caractère distinctif de la tumeur pulsatile, et prétendent que le bruit de soufflet accompagne constamment l'anévrisme, au point que si ce bruit n'existe pas elles ne regardent pas la tumeur comme anévrismale. C'est là une erreur. Nous avons observé à l'hôpital de Middlesex, il y a six mois, deux exemples de tumeur pulsatile à la partie antérieure du thorax dans lesquels il n'existait aucune trace de bruit de soufflet, et pourtant elles étaient bien anévrismales, ainsi que la nécropsie l'a démontré. J'en dirai autant du bruit de susurrus...

» Un homme de petite stature, bien constitué, âgé de quarante ans, cocher dans une maison bourgeoise, a été reçu le 8 septembre 1836, se plaignant de sensibilité et de douleur autour et au-dessous de la mamelle droite. Cette douleur augmentait par l'inspiration, et lorsque le malade se couchait sur le côté opposé, il se sentait comme serré dans la partie douloureuse. Il était dans cet état depuis un mois. Sa maladie avait commencé par des frissons intenses, de la fièvre, douleur dans le côté. On l'avait saigné trois fois, et il en avait éprouvé beaucoup de soulagement. Il attribue sa maladie à l'influence d'un endroit humide où il avait couché sur le côté droit. On distinguait à peine quelque saillie à l'endroit de la sensibilité et de la douleur. L'examen soigneux et répété a appris que sur le côté droit du thorax on n'entendait aucun bruit vésiculaire, mais la percussion donnait un son mat partout. A gauche la percussion donnait un son clair, bruit respiratoire clair et fort. Dans l'endroit sensible, à 40 millimètres (1 pouce 1[2) au-dessus de la mamelle droite, on sentait une forte pulsation avec deux sons très distincts, dont l'un était synchronique avec le pouls ; mais pas de bruit de soufflet.

Sanson, le célèbre chirurgien français, qui se trouvait ici en ce moment, et ayant visité l'hôpital, a observé ce malade avec toute son attention et son habileté ordinaire ; il m'a dit qu'il ne pensait pas qu'il s'agît d'anévrisme, attendu que les pulsations n'étaient pas accompagnées du bruit de soufflet ; il a ajouté que le cœur pouvait se trouver déplacé à droite, et donner lieu à ces pulsations. Cependant il était évident pour moi que cela ne pouvait pas être attendu que la respiration était défectueuse non à gauche, mais à droite, et que d'ailleurs on pouvait sentir parfaitement les pulsations de la pointe du cœur dans leur région naturelle à gauche...

Progrès de la maladie. Le bruit de soufflet se manifeste plus tard. Mort subite le 19 octobre. L'autopsie a fait découvrir une dilatation anévrismale de l'artère aortique depuis le sommet du péricarde jusqu'à la sous-clavière gauche ; le cœur était sain et dans sa position normale. Le sac anévrismal comprime et adhère à la face externe de l'artère innominée, ce qui explique pourquoi le pouls radial droit avait été plus faible que le gauche. (Suivent d'autres détails.)

V. *Bâton de 12 centimètres de long* (*4 pouces*) *introduit dans l'intestin rectum. Mort. Autopsie*; par M. PHILLIPS.

Un homme, âgé de 73 ans, a été reçu à l'infirmerie de Sainte-Marylebone dans un état d'incohérence d'idées et de délire. Il a déclaré qu'il avait un bâton dans le rectum. Questionné sur les motifs et le but de cette introduction, il n'a donné aucun détail. On porte un doigt dans le rectum, mais on ne sent aucun corps étranger, seulement la prostate est très-saillante ; le rectum est sain. On a conclu que cette idée d'un bâton dans le rectum était imaginaire et suggérée pendant le délire par la sensation produite par la prostate. On sonde la vessie, l'urine est fort colorée ; pouls petit et fréquent, langue sèche et noire, abdomen naturel au toucher. On prescrit : boisson d'eau vineuse, un bain, huile de ricin, 15 grammes. Le lendemain le malade est mieux, mais il se plaint toujours de l'existence d'un bâton dans le rectum. M Phillips prescrit un lavement, et, pour apaiser l'imagination du malade, il s'entend avec l'infirmier pour faire trouver dans le bassin de la garde-robe un petit morceau de bâton, ce qui a été fait. — Peu de temps après, le malade est mort.

A l'autopsie, on a trouvé, à 18 centimèt de l'anus (6 pouces), l'extrémité inférieure d'un bâton de la grosseur d'un doigt indicateur, couvert de son écorce et soigneusement arrondi à ses extrémités. Son extrémité supérieure passait à travers la flexion sigmoïde du colon dans la cavité péritonéale, dans l'étendue de 12 centimèt. (4 pouces). Le péritoine était très-enflammé dans toute son étendue et un peu épaissi aux environs du point perforé. Aucune maladie n'existait dans le rectum.

GIORNALE DI VENEZIA.

Quelques remarques sur le traitement des tumeurs dites lymphatiques ; par M. CAPPELLETTI, de Trieste.

Les tumeurs dont il s'agit dans ce travail, sont celles qu'on appelle *abcès froids* dans le langage de la chirurgie française ; ces abcès ne doivent point être confondus avec ceux qui dépendent de la maturation de ganglions lymphatiques hypertrophiés. Le mot *lymphatiques* leur est par conséquent mal appliqué. L'auteur discute d'abord la question de savoir si les abcès froids ont une membrane pyogénique ; il la résout affirmativement, et s'appuyant sur ses propres dissections, il soutient que dans ces abcès cette membrane est un véritable sac sans ouverture dont la structure intérieure paraît très-analogue à celle des membranes séreuses ; dans un cas d'abcès froid aux lombes, du volume d'une orange, il a pu sur le cadavre l'enlever en totalité sans évacuer la matière puriforme, la membrane qui l'enveloppait était une véritable pellicule séreuse transparente.

Passant ensuite au mode de traitement de ces tumeurs, M. Cappelletti rappelle brièvement la pratique des grands maîtres de différentes écoles; cet exposé n'est pas sans un intérêt réel. Callisen excisait la paroi antérieure de la tumeur et appliquait ensuite des escharrotiques dans le fond de l'abcès. Mursinna pratiquait une simple ponction avec une lancette et vidait la matière un peu chaque jour, en ayant la précaution de boucher exactement l'ouverture avec un emplâtre adhésif. Aberne hy, craignant l'entrée de l'air, se servait d'un trocart ou de la pointe d'une lancette, et fermait scrupuleusement l'ouverture avec de la toile collante ; lorsque le foyer était rempli de nouveau, il répétait la ponction avec les mêmes précautions et maintenait toujours la tumeur comprimée. Cette méthode a été aussi suivie par Flajani, par Monteggia, par S. Cowper et par Lawrence. Le professeur Volpi, de Pavie, ouvrait d'abord l'abcès par une petite ouverture, il appliquait ensuite des fomentations avec du vin aromatique ; quatre jours après il r'ouvrait l'ouverture et y introduisait une tente de charpie ; huit jours plus tard il ouvrait largement le foyer et irritait l'intérieur avec des escharrotiques. Zang ouvrait largement la tumeur et en remplissait le foyer de charpie imbibée d'une solution de potasse caustique. Latta et Bell pratiquaient deux ponctions sur deux points de la tumeur et y passaient un séton qu'on laissait jusqu'à l'oblitération du foyer. Walther emploie, lui, un séton ; mais il ne le laisse en place que quatre jours, et le remplace alors par une compression égale et progressive ; le but de cette conduite est de déterminer une inflammation adhésive. Langenbeck passe un séton à travers la tumeur et en noue les extrémités, qu'il serre tous les jours jusqu'à couper complètement la paroi antérieure de l'abcès. Petit, de Lyon, dit avoir guéri plusieurs abcès froids en y appliquant une ventouse après la ponction avec la lancette, et en vidant ainsi à plusieurs reprises le foyer. Boyer se bornait à vider plusieurs fois la tumeur avec un bistouri étroit, avec la précaution de boucher chaque fois l'ouverture à l'aide de la toile de diachylon dans le but d'empêcher l'entrée de l'air. Delpech a suivi la même pratique. Langenbeck a vu, pendant son séjour à Londres, deux cas de cette espèce, guéris par Birch à l'aide de l'électricité. Sir A. Cooper suivait une pratique analogue à celle de Boyer ; M. Charles Bell, ainsi que M. Liston, se sont attachés aux mêmes principes. M. Roux ouvre la tumeur avec un trocart, et répète l'opération jusqu'à ce que la tumeur se resserre au point de permettre de l'ouvrir largement sans inconvénient.

M. Lisfranc, ne craignant pas l'action de l'air sur le foyer, ouvre largement celui-ci, et le recouvre pour en prévenir l'inflammation. M. Velpeau assure avoir réussi dans plusieurs cas en couvrant la tumeur de vésicatoires répétés. Vanky dit en avoir guéri plusieurs moyennant l'application d'un emplâtre résolutif, et Stanke à l'aide de frictions d'une pommade d'hydriodate de potasse. Celse, M. A. Severin, Bertrand employaient le cautère actuel contre ces tumeurs. Ce moyen a été renouvelé par M. Larrey et Rust. D'autres, tels que Vering, Sabatier, Chelius, Langenbek, préfèrent la potasse caustique (1).

Les injections dans la poche morbide ont trouvé aussi des partisans, et ont donné d'excellents résultats ; Rust employa avec succès l'eau bouillante, Dupuytren et Schaak le vin rouge, Nasse le nitrate acide de mercure, Nedenus une solution de Salmiac, Kluge la liqueur de Belloste. Jacopi, après avoir vidé l'abcès, appliquait des fomentations astringentes et la compression. Le professeur Kluge (de Berlin), présumant que le liquide de l'abcès dépendait de la rupture d'un vaisseau lymphatique, conseille de rechercher celui-ci, et de le cautériser avec la pierre infernale. Chelius, au contraire, enseigne que la meilleure méthode d'ouvrir ces abcès consiste à les préparer d'abord avec des cataplasmes émolliens, afin de prévenir la réaction inflammatoire, il attribue les accidens à la trop grande irritation artificielle qu'on a employée.

A la suite de cet exposé, M. Cappelletti fait connaître la méthode qu'il a suivie avec succès dans le traitement des abcès froids. Il y trouve deux indications essentielles : 1° modifier la surface secrétante ; 2° détruire la cavité de l'abcès.

« Pour remplir la première de ces indications, il n'y a rien de mieux, dit-il, que les injections capables de provoquer au travail inflammatoire assez élevé pour donner lieu à une suppuration de bonne nature, et convertir ainsi l'abcès chronique en abcès aigu.

» Après avoir essayé inutilement l'injection vineuse qui a été toujours suivie de réaction trop intense générale et locale, et celle d'hydriodate de potasse, je me suis déterminé à essayer celle de nitrate d'argent dissous dans l'eau.

» Pour remplir la seconde indication, il faut vider à plusieurs reprises la tumeur, et la comprimer également dans tous ses points, et continuellement. Voici un fait qui donne une idée précise de la méthode que je recommande.

Jeune homme, vingt six ans, abcès chronique aux lombes, du volume de la tête d'un enfant à terme ; constitution scrofuleuse.. « J'ai pratiqué au centre une ponction avec un trois-quarts, qui a donné issue à deux livres d'humeur particulière et filante comme on en rencontre dans ces tumeurs. J'ai bouché l'ouverture avec du diachylon. Cinq jours après la tumeur était remplie de nouveau, mais n'offrait encore que la moitié de volume. J'ai pratiqué une seconde ponction avec un trois-quarts ; après l'évacuation de l'humeur j'ai injecté par la canule une solution d'une demi-drachme de nitrate d'argent dans deux livres d'eau. Après cinq minutes, j'ai laissé sortir le liquide et fermé l'ouverture

(1) Cette pratique est aussi celle de M. Roux, comme on sait. (*N. du Trad.*)

avec du sparadrap, et j'ai comprimé, en l'affaissant, la paroi externe de l'abcès à l'aide de compresses et d'une bande. Le lendemain la tumeur était sensible au toucher, un peu rouge. Huit jours plus tard la tumeur offre le tiers du volume primitif; nouvelle ponction et injection *ut suprà*, contenant deux scrupules de nitrate d'argent. Déjà l'humeur retirée avait changé de nature; elle était d'un rouge obscur. Six jours après la troisième injection avec une drachme de nitrate d'argent; le liquide évacué n'était plus sanguinolent; il était citrin et contenait des flocons de pus pur. Six jours plus tard, la tumeur n'était pas plus grosse qu'un œuf; j'ai introduit un stylet par la piqûre du trois-quarts, et j'ai donné issue à du pus véritable et de bonne nature. J'ai continué la compression et les injections en rouvrant la piqûre avec un stylet. Guérison parfaite en 45 jours. »

A ce traitement local, l'auteur a joint des remèdes généraux appropriés à l'état de la constitution. Dans un second cas il s'agit d'une femme âgée de 56 ans. Abcès lombaire très volumineux, depuis six mois, s'étendant jusqu'à la fesse. La première injection a donné issue à 48 livres de pus. Cinq injections ont amené la guérison; la dose du nitrate d'argent a été portée à deux drachmes par livre d'eau. L'auteur ne dit point en combien de jours cette guérison a eu lieu. (Suivent d'autres observations pareilles.)

L'auteur pense que l'injection de nitrate d'argent ne doit être employée qu'à la seconde ponction et pas à la première, s'il s'agit d'une tumeur très volumineuse, et que la dose du sel doit être élevée par degrés (le maximum est de huit grammes par demi-kilogramme d'eau); la compression doit être toujours employée après l'injection.

I. *Cas de métastase purulente à la parotide; guérison;* par M. Facen.

Un jeune homme, trente ans, maçon, robuste, s'est toujours bien porté jusqu'au mois de mars 1841, lorsqu'il a été pris de pleuro-pneumonie dont il a été traité et guéri. Des causes morales tristes et des écarts de régime lui ont donné dans le mois d'août suivant une gastro-hépatite grave. L'état de faiblesse dans lequel il se trouvait n'ayant pas permis de pousser le traitement antiphlogistique aussi loin que le mal le réclamait, la phlogose du foie s'est terminée par suppuration; petite fièvre continue, visage d'un jaune terreux, tristesse invincible, douleur obtuse dans l'hypochondre droit et dans l'épaule correspondante, maigreur générale, écoulement de sang oléagineux et fétide par l'anus; tels sont les symptômes qui ont fait présumer l'existence d'un travail suppurant sourd dans le foie. La vie du malade paraissait en danger, lorsque la parotide droite s'est gonflée: à mesure que ce gonflement faisait des progrès, les souffrances du foie diminuaient, ainsi que la teinte ictérique. Topiques émolliens sur la parotide. Bientôt après un flux de matière purulente et sanguine a lieu dans la bouche à travers le conduit de Sténon: soulagement remarquable; le malade est passé presque comme instantanément de la mort à la vie. Guérison.

II. *Mémoire sur quelques applications de l'électricité en médecine*, lu devant la dernière réunion des savans en Italie, par M. Namias.

Ce travail a pour base deux faits propres à l'auteur. Dans le premier, il s'agit d'un ingénieur âgé de trente ans, atteint de douleurs rhumatismales à l'épaule droite d'abord, puis aux jambes. Ces douleurs se sont fixées dans ces parties et se sont terminées par la paralysie. La vessie laissait échapper les urines involontairement. La paraplégie n'affectait que le mouvement, le malade ne pouvait marcher qu'en s'appuyant sur les bras de deux personnes.

Une foule de remèdes avaient été employés: évacuations sanguines, belladone, salsepareille, aconit, mercuriaux, purgatifs, sinapismes, baume opodeldoch, cautères, etc., le tout sans avantage. Enfin, les membres étaient devenus tout à fait comme morts, surtout le gauche, mais la sensibilité existait. Cathétérisme tous les jours. Le malade est obligé de rester immobile sur un fauteuil, il se plaint d'un serrement à la poitrine; la compression le long de l'épine ne fait sentir de douleur nulle part; pas de fièvre.

Le 29 juin, M. Namias a soumis le malade aux secousses galvaniques. La pile dont il s'est servi était composée de cinquante paires de plaques plongées dans des verres; les conducteurs ont été appliqués aux pieds et aux mains. Deux cents secousses ont été données d'abord, le pôle positif étant toujours aux mains, le négatif aux pieds; après les cinquante premières secousses, on a laissé reposer le malade pendant quelques minutes. La surface des plaques était plongée dans l'eau de mer avec addition d'hydrochlorate de soude, dans l'étendue de 5 centimètres carrés.

Les jours suivans, les secousses ont été portées à sept cents à chaque séance, et le nombre de paires de plaques à 72: l'un des conducteurs a été aussi dirigé à l'épine, à l'anus, au périnée, à l'hypogastre, le pôle positif étant toujours aux mains. Toutes les fois qu'on fermait le cercle, le malade éprouvait une secousse aux membres inférieurs, surtout à la jambe droite, bien qu'elle fût plus paralysée que l'autre.

Le 4 juillet, le malade avait reçu en tout 2750 secousses, et il commençait déjà à pouvoir remuer les orteils et les pieds, il ressentait aux jambes des contractions involontaires; la sensibilité était tellement augmentée à l'épine qu'on ne pouvait plus employer que cinq paires de plaques pour donner des secousses. Les urines ont commencé à couler volontairement. Amélioration progressive; guérison après trois mois de traitement. On a terminé la cure par l'usage de la noix vomique.

Dans la seconde observation, il est question d'un homme âgé de soixante ans, également paraplégique. La paralysie, chez lui, était attribuée à l'action de la goutte sur la moelle épinière et sur les enveloppes des nerfs. Traitement comme dans le cas précédent. Amélioration dès le treizième jour. On ajoute l'usage de la noix vomique. L'électricité est continuée pendant deux mois; 30,000 secousses environ en tout. A cette époque le malade marche déjà et est en pleine voie de guérison. L'auteur ne dit point depuis combien de temps la paralysie existait lorsqu'il a commencé l'emploi de l'électricité.

— En rapprochant ces résultats de ceux obtenus dans ces derniers temps par M. Marianini dans des cas analogues, et en rappelant d'autre part l'impuissance presque constante de nos moyens ordinaires de traitement des paralysies en général, l'auteur conclut en relevant l'importance de l'action de l'électricité et en en conseillant l'usage d'une manière plus générale et plus méthodique qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Il pense qu'une grande partie du succès tient à la force du courant, et qu'il importe par conséquent d'employer des piles très puissantes dont on approprie, bien entendu, l'application au degré de tolérance du malade.

Le reste de ce mémoire est consacré à une discussion théorique sur le mode d'action de l'électricité sur l'économie.

Guy's hospital reports, n° xiv (avril 1842).

Cas rare et remarquable d'absence de l'iris (Irideremia), avec quelques réflexions; par M. John Frédérick France.

Mary Hampton, âgée de 23 ans, reçue en février à l'hôpital Guy, donne les renseignemens suivans:

Aucun membre de sa famille n'a été affecté de maladies d'yeux; mais elle a souvent entendu dire par ses parens encore en vie qu'elle était née avec un vice dans ces organes. Elle ne se souvient pas d'avoir eu la vue meilleure qu'aujourd'hui, et elle n'a jamais éprouvé d'autre inflammation grave ou longue que celle due à un état catarrhal.

Il y a six ou sept ans, sa mère la conduisit à l'hôpital de Moorfield, où lui conseilla l'usage de lunettes; mais elle ne suivit pas cet avis. Elle ne s'occupait que des soins du ménage, et n'a jamais pu apprendre à lire et à écrire.

Voici son état actuel: elle n'a et n'a jamais eu de douleurs dans les yeux; seulement elle ne peut supporter une lumière vive: le soleil lui est pénible, et produit un larmoiement abondant. Elle l'évite donc, préfère l'ombre, où elle voit mieux. Elle ne distingue guère les objets qu'à la distance d'un ou deux pieds.

Les paupières sont habituellement plus qu'à moitié fermées, et par suite de la permanence de cet état qui produit une espèce d'entropion, ainsi que du peu de longueur des cils, on dirait au premier abord qu'une maladie l'a privée de ses paupières, ce qui n'est pas pourtant, car, à l'exception d'une ophthalmie catarrhale, les paupières sont saines.

Le globe de l'œil est affecté d'un mouvement presque incessant d'oscillation horizontale, symptôme qui, joint à la contraction spasmodique du muscle orbiculaire, excitée dès que l'œil est exposé à une forte lumière, rend très-difficile l'exploration des parties profondes. Le pouvoir de diriger l'œil vers un objet, et surtout en bas ou en haut, est très-affaibli.

Chaque cornée est en partie envahie par des taies. A gauche la taie occupe peut-être un huitième de sa superficie; elle est légère. A droite elle est plus dense, traverse la cornée à peu près horizontalement, et obscurcit environ un sixième de sa surface. Ce sont probablement des suites d'une ancienne inflammation.

Les sclérotiques sont à peu près saines, un peu plus bleues pourtant qu'à l'ordinaire; elles sont dans un état de tension ordinaire. En examinant avec soin l'œil droit, et regardant au-dessus et au-delà du nuage de la cornée, on aperçoit une opacité centrale de la capsule antérieure du cristallin de l'étendue d'une forte tête d'épingle; une tache semblable s'aperçoit aussi sur la capsule postérieure, la lentille est parfaitement transparente. Ainsi on obtient une appréciation exacte de l'étendue de l'espace situé entre la capsule et la cornée, et aussi de celui entre les parois antérieure et postérieure de la cavité dans laquelle est contenu le cristallin.

A l'œil gauche, le centre de la capsule antérieure, ou la partie la plus superficielle de la lentille, est opaque; la postérieure, en apparence ridée, est opaque aussi au centre dans le tiers de son étendue environ.

Du reste, l'espace, en apparence en entier à travers chaque cornée, est d'une couleur brune-noirâtre uniforme. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucun vestige d'iris.

Par suite des obstacles que nous avons fait connaître à l'examen de l'œil, l'auteur paraît disposé à attribuer à la couleur noirâtre inaccoutumée de l'iris et à l'extrême dilatation de la pupille ou mydriasis, la non apparence de la membrane en question.

Il regarde toute opération comme inutile, et pense qu'on peut se servir avec avantage de tubes joints ensemble (comme les lorgnettes), de 2 ou 3 pouces de longueur, adaptés d'un côté au bord des orbites; ils excluraient les rayons obliques, et protégeraient en même temps les yeux contre les excès de la lumière.

— Nous reviendrons, dans une prochaine revue, sur cet intéressant recueil.

(Medicinische Zeitung, n° 48).

Cas d'ossification du côté gauche du cœur; par M. le docteur Loewenhardt, de Prenzlau.

Une femme, âgée de 69 ans, d'un caractère gai, et n'ayant jamais eu d'enfans, avait, depuis sa quarante-huitième année, époque à laquelle le flux menstruel s'était supprimé, été affectée de congestions sanguines fréquentes, et tourmentée par de fortes palpitations. A ces accidens étaient venus se joindre plus tard de l'anxiété et des accès de suffocations que la marche augmentait beaucoup.

De petites saignées, des cautères, des purgatifs rafraîchissans, la digitale associée à l'opium, etc., ne procurèrent que des soulagemens très-passagers. Il survint enfin une hydropisie générale, et la malade succomba subitement en allant à la garde-robe.

L'ouverture de la cavité thoracique montra, outre une grande quantité de sérosité épanchée dans les plèvres et dans le péricarde, une ossification de presque tout le côté gauche du cœur et de l'aorte ascendante jusqu'à la crosse de cette artère. On a peine à concevoir que la vie ait pu se maintenir pendant si longtemps avec une pareille lésion.

Provincial medical and surgical journal. 19 février 1842.

I. *Cas remarquable d'hypertrophie de la parotide. Autopsie;* par M. Abraham Duke, chirurgien à l'infirmerie Chichester.

Un enfant, âgé de 9 mois, portait depuis l'âge de 3 semaines une tumeur sur le côté gauche de la face et du cou. Lorsque les parens s'en sont aperçus, la tumeur avait le volume d'un pois, situé au devant et au dessous de l'oreille; la peau qui la couvrait n'était pas changée de couleur, mais sa température était au-dessous de l'état naturel. La tumeur a augmenté rapidement; au bout de deux mois elle était tellement développée, que ses parens s'en sont alarmés. M. Duke a vu l'enfant à l'âge de trois mois, la tumeur occupait alors le côté de la face et du cou; l'enfant paraissait bien portant, bien qu'un peu maigre, jusqu'à l'âge de six mois; alors il a été pris de convulsions, lesquelles se sont répétées par intervalles; dans les intervalles, l'enfant paraissait tout à fait bien; son appétit était très-bon, ses digestions assez régulières. Le 13 janvier 1842 les convulsions ont reparu, et l'enfant est mort promptement.

A l'autopsie on trouve que la tumeur avait acquis des dimensions énormes; elle s'étendait depuis une ligne en dehors de l'angle externe de l'orbite jusqu'aux deux tiers de la longeur du cou (la partie inférieure détachée, pend sur la partie supérieure de la poitrine), en arrière jusqu'à un peu au delà de l'apophyse mastoïde, et occupe les deux tiers de la joue en avant. Sous le menton elle s'avance jusqu'au delà de la ligne médiane, où elle s'arrête brusquement, ainsi qu'en arrière où elle se confond avec un ou deux gros troncs nerveux. En la maniant, la masse semble formée de kystes; elle est sillonnée par des veines larges et tortueuses. On dissèque les tégumens; la veine jugulaire externe est très élargie, excessivement irrégulière dans sa marche, et pénètre profondément dans la tumeur où elle a pu être suivie. Une grosse veine existe dans la direction de la carotide, mais plus superficiellement; on croit que c'est la jugulaire interne. En ouvrant sa gaîne, on trouve qu'elle suit une marche régulière et qu'elle est élargie comme la jugulaire externe. La carotide primitive et la carotide externe ne présentent rien d'anormal; cette dernière a pu être suivie dans la substance de la tumeur et a paru occuper sa place naturelle. En disséquant la tumeur, on lui trouve une structure parfaitement glandulaire et qui paraît résulter d'une véritable hypertrophie de la parotide. Le cerveau n'a pas été examiné. Sur le vivant la tumeur avait été prise pour un anévrisme par anastomose.

II. *Abcès du foie, ouvert dans la cavité thoracique; symptômes trompeurs de phthisie;* par M. Saint John Hudson.

Un fermier, âgé de 38 ans, grand buveur de cidre, était malade depuis plusieurs mois, mais il ne s'est alité que depuis un mois; il a beaucoup maigri; sa physionomie offre plutôt le cachet d'une affection du foie que des poumons; la conjonctive est jaunâtre et les yeux enfoncés; les joues présentent une teinte hectique particulière; langue humide, mais striée de jaune au centre; pouls 110, facilement compressible; urine rare et de couleur du porter, déposant un sédiment épais sur les côtés et au fond du vase; la compression, sur la région de la face, produit un peu de douleur: pas d'apparence de plénitude; pas d'apparence de douleur intense; fèces dures et de couleur olive foncée; sueurs nocturnes très abondantes, respiration courte et fréquente; toux de temps en temps, avec expectoration très-épaisse et de mucosités filantes. En explorant la poitrine par la percussion, on trouve à gauche un son naturel, ainsi qu'aux deux tiers supérieurs du côté droit; mais le tiers inférieur de ce côté offre un son très-mat. En faisant faire une profonde inspiration, le malade éprouve beaucoup de peine dans cette dernière partie; le stéthoscope a donné les mêmes résultats. Le malade avait été traité comme phthisique jusque-là; M. Hudson a diagnostiqué une phlogose chronique de la portion convexe du foie, qui est en contact avec le diaphragme, prête à passer à la suppuration. Pronostic fâcheux.

Une semaine après, le patient expectore une énorme quantité de pus noir mêlé à de la bile; deux jours après, le malade est mort. A l'autopsie on a constaté l'exactitude du diagnostic; une énorme brèche existait au diaphragme, laquelle communiquait d'une part dans le foyer d'un gros abcès du foie, de l'autre dans la cavité des bronches. On connaît quelques faits pareils à celui-ci, mais ils sont en très petit nombre. Le diagnostic était ici de la plus haute importance, surtout dans le principe de la maladie. Il est probable que si une erreur n'eût pas été commise sous ce rapport, il eût été possible de guérir ce malade, ou du moins de le mieux traiter en temps opportun. Nous avons vu, dans un mémoire de M. Bright que nous avons donné il y a quelques mois, que quelquefois l'erreur contraire est commise, une maladie de la poitrine étant prise pour une affection du foie, au grand préjudice de la thérapeutique. On voit par là la grande importance de la méthode d'exploration analytique de la médecine française.

III. *Perforation de l'estomac par un ver; autopsie;* par M. Richard Chambers.

Une petite fille, âgée de 8 ans, s'est trouvée indisposée le 29 janvier. D'après les symptômes rapportés par la mère, on a présumé qu'elle souffrait des vers. On lui a prescrit: calomel, 15 centigrammes (3 grains); poudre de James et poudre aromatique, de chaque 5 centigrammes (1 grain); infusion de séné, 16 grammes (4 gros); sulfate de potasse et sur-carbonate de soude, de chaque 1 gramme (1 scrupule); rhubarbe, 20 centigrammes (4 grains); eau d'anis, 16 grammes (4 gros). Le lendemain, l'enfant a paru beaucoup mieux et il a continué à être bien jusqu'à midi le 30; alors l'enfant se plaint de nouveau; la mère administre le reste des médicamens de la veille, et, en outre, un peu de magnésie et de rhubarbe; vers le soir, l'enfant va de mal en pis; il vomit de grandes quantités de liquide noir, se plaint de soif incessante, l'estomac rejettant ce qu'on y introduit; son état a continué à empirer, et il est mort le lendemain. Cette mort prompte, inattendue, avec des symptômes si extraordinaires, a fait planer des soupçons d'empoisonnement sur la mère; une autopsie juridique a été ordonnée. Extérieurement le cadavre offre les apparences d'un individu qui avait été bien portant jusqu'à la mort; en ouvrant l'abdomen, on trouve les intestins couverts d'une quantité de sérum sanguinolent; on ôte ce sang et l'on rencontre un gros ver (ascaride lombricoïde) placé sur l'épiploon; en examinant soigneusement les viscères, on découvre une ouverture dans la face antérieure de l'estomac, à 34 millimètres (2 pouces) de l'extrémité pylorique; tout le péritoine est profondément injecté d'un rouge très-vif.

Il n'est pas douteux que dans ce cas la perforation n'ait eu lieu durant la vie. Il ne faut pas oublier cependant que dans beaucoup de cas la chose n'a lieu qu'après la mort. Il est rare cependant que les vers intestinaux agissent ainsi sur l'estomac; la perforation s'effectue le plus souvent dans le gros intestin. Dans quelques circonstances plus rares encore, ces entozoaires remontent de l'estomac, perforent l'œsophage et se jettent dans la poitrine. Il existe des faits authentiques à l'appui de ces assertions.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 19 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 60. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

ACCIDENT ARRIVÉ SUR LE CHEMIN DE FER DE VERSAILLES.

(Rive gauche.)

Relevé des blessés placés dans le service de M. Aug. Bérard.

Dans un précédent article (*voir* le numéro du 14 mai) nous avons fait connaître les considérations générales présentées par M. Bérard sur les diverses espèces de blessures qui ont été la conséquence du déplorable accident du 8 mai. Nous allons aujourd'hui donner l'observation de chacun des malades qui ont été confiés aux soins de ce chirurgien dans le service chirurgical de l'hôpital Necker.

Première observation. — *Brûlures nombreuses et étendues.* — *Mort.* — Dans la soirée du 8, fut transporté à l'hôpital le nommé Prévost, âgé de quarante-cinq ans, sous-chef de division à l'administration des hôpitaux. — Brûlure de la face au premier et deuxième degré. — Brûlure des mains et des avant-bras au troisième degré. — Brûlure au deuxième et troisième degré de la cuisse droite, remontant jusqu'à la fesse et vers la région lombaire. — Brûlure peu étendue et au premier degré, entourant le genou gauche. — Le malade est agité et en proie à de fréquentes nausées.

Les brûlures de la face sont pansées avec un linge troué enduit de cérat; celles des membres avec du coton cardé immédiatement appliqué sur les plaies. — Limonade citrique, glace sur la tête.

Le 9, à l'état d'agitation a succédé une prostration considérable. La chaleur de la peau a diminué; le pouls est accéléré et faible. On renouvelle le pansement de la cuisse, que le malade avait dérangé. Dans la journée, surviennent trois vomissemens que l'on fait cesser en employant des opiacés. — Le soir, il se manifeste un peu de réaction; la peau reprend de la chaleur; le pouls est fréquent. Cependant le malade est assoupi et plongé dans un état demi-comateux dont on ne peut le retirer qu'avec peine. Dans la crainte d'une réaction trop vive sur l'encéphale, on fait appliquer des sangsues derrière chaque oreille; cataplasmes chauds sur les jambes.

Le malade a été en s'affaiblissant de plus en plus, et a succombé le 10 à trois heures du matin. — L'autopsie n'a point été faite.

Deuxième observation. — *Gonflement considérable de la jambe gauche et de la partie inférieure de la cuisse du même côté. — Luxation incomplète de la jambe en dedans. — Fracture des deux os de la jambe à leur partie supérieure.* — Dans la soirée du 8, fut transporté à l'hôpital, et couché au n° 9 de la salle Saint-Pierre, le nommé Martin (Denis), cordonnier, âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution. Cet homme déclare qu'il s'est élancé du haut d'un wagon; il ne peut donner aucun renseignement positif sur sa chute. A son entrée dans l'hôpital, on constate l'existence d'un gonflement considérable de la jambe et de la partie inférieure de la cuisse du côté gauche. Cependant, cette tuméfaction n'empêche point de reconnaître que le condyle externe du fémur fait une saillie très-prononcée en dehors, tandis que le condyle interne du tibia proémine en dedans. Il est de toute évidence qu'il existe là une luxation incomplète de la jambe en dedans. L'état général du malade ne présente du reste rien de bien grave. Le membre affecté est placé dans un appareil approprié et recouvert de cataplasmes. Les jours suivans, quelques phlyctènes se déclarent et sont ouvertes aussitôt.

Aujourd'hui 17, le gonflement a notablement diminué; il existe une ecchymose qui remonte jusqu'à la partie supérieure de la cuisse. Il est maintenant facile de constater une mobilité anormale à quatre travers de doigts au-dessous de l'articulation, et malgré l'absence de crépitation, il est démontré qu'il existe en ce point, c'est-à-dire au quart supérieur de la jambe, une fracture du tibia et du péroné. L'état général du malade est du reste satisfaisant. Lorsque le gonflement aura complètement disparu, on placera le membre dans un appareil inamovible.

Le pronostic serait favorable si on n'avait point à craindre, par suite de la rupture des ligamens de l'articulation, ou même du voisinage de la fracture, une raideur plus ou moins prononcée de l'articulation et même une ankylose.

Troisième observation. — *Brûlures.* — Dans la soirée du 8 fut transporté à l'hôpital et couché au n° 8 de la salle Saint-Pierre, le nommé Bouillaud, âgé de vingt-un ans, étudiant en droit. — Brûlures sur la face au premier et deuxième degré. — Brûlures des doigts et des mains au troisième degré. — Brûlures sur la face externe de la cuisse droite au deuxième et troisième degré.

Les brûlures de la face sont pansées avec du linge cératé; celles de la cuisse avec le coton cardé. La suppuration des plaies est de bonne nature. Ce malade est dans un état satisfaisant; on n'a d'ailleurs constaté chez lui aucune espèce d'accident depuis son entrée à l'hôpital.

Quatrième observation. — *Gonflement de l'extrémité inférieure de la jambe et du pied. — Fracture de l'extrémité inférieure du péroné.* — Dans la soirée du 8 fut transporté à l'hôpital et couché au n° 10 de la salle Saint-Pierre, le nommé Badour, âgé de vingt-quatre ans, licencié en droit. Ce jeune homme dit s'être élancé du haut d'un wagon; il ne peut indiquer quelle était la position de ce wagon par rapport aux autres. Toujours est-il qu'il a pu se relever et faire encore quelques pas; mais bientôt une douleur vive l'a empêché de marcher, et on l'a conduit à l'hôpital. Là on a constaté un gonflement considérable de l'extrémité inférieure de la jambe, une déviation marquée de la pointe du pied en dehors, et une fracture de l'extrémité inférieure du péroné.

L'état général de ce malade est d'ailleurs satisfaisant. La jambe a été placée dans un appareil approprié, et tout fait espérer que la guérison sera prompte et complète.

Cinquième observation. — *Brûlures au deuxième degré.* — Dans la soirée du 8 est entré à l'hôpital et a été couché au n° 40 de la salle Saint-Pierre le nommé Douchet (Jean-Baptiste), tailleur, âgé de soixante-cinq ans. — Brûlures au deuxième degré, causées par la vapeur, sur la face, sur le cuir chevelu, sur les mains, sur les deux genoux et sur la partie supérieure des jambes. — Le malade est un peu agité. — Les brûlures de la face sont pansées avec le liniment oléo calcaire; celles qui occupent les autres régions sont recouvertes de coton cardé.

L'état de ce malade, peu grave du reste, s'est amélioré de jour en jour. Aujourd'hui 17, la brûlure de la face est entièrement guérie; les autres plaies sont encore recouvertes de coton cardé. Il a été pris il y a quelques jours d'un dévoiement assez intense qui a nécessité l'emploi des astringens, et auxquels il a cédé complètement. Ce malade est aujourd'hui dans un état tout à fait satisfaisant.

Sixième observation. — *Plaies contuses. — Fracture du maxillaire inférieur. — Brûlures sur les deux jambes.* — Le 10 est entré à l'hôpital et a été couché au n° 30 de la salle Saint-Pierre le nommé Bignon, âgé de vingt-trois ans, maraicher. Cet homme a reçu les premiers secours à Meudon. A son entrée, on constate : 1° une plaie contuse qui occupe le front, la tempe et la partie supérieure de la face du côté droit; 2° une plaie contuse de la partie supérieure de la tête avec décollement considérable du cuir chevelu; une tuméfaction considérable des parties molles au niveau de l'angle du maxil-

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Sixième lettre. — *Etudes chirurgicales sur la Bible* (suite et fin). — *De l'art des accouchemens.*

C'est un des points de l'histoire qui m'ont le plus frappé que le grand développement qu'avait pris l'art des accouchemens dans l'Egypte et les contrées voisines dès les temps les plus reculés, comparé à la pauvreté des ressources qu'il offrait encore plus de mille ans après parmi les peuplades de la Grèce. Je vous raconterai quelque jour, d'après des autorités compétentes, le triste accouchement de Latone, qui eut des couches fort laborieuses. Presque toutes les déesses de l'Olympe étaient là, écoutant les cris de la pauvre femme et ne sachant que faire pour la secourir. Au contraire, les femmes des patriarches, et même celles des simples Hébreux, avaient des sages-femmes en titre et en état de se tirer d'accouchemens assez difficiles.

La première sage-femme dont il soit fait mention est celle qui assista lors de Rachel, son dernier accouchement. Le travail fut très pénible, Rachel était épuisée; la sage-femme la soutenait par de douces paroles : *Rassure-toi, l'enfant viendra à bien.* Elle réussit en effet à sauver l'enfant, mais non la mère; et Rachel mourante appela son enfant Bénoni, nom que Jacob changea en celui de Benjamin.

Les sages-femmes juives qui résistèrent aux ordres de Pharaon ont eu leurs noms justement conservés : elles s'appelaient Séphora et Phua; je reviendrai tout à l'heure sur leur histoire.

Pour arranger dans un ordre un peu méthodique leurs notions tocologiques, il convient de parler d'abord de la stérilité et de la conception. Tout ce qui était alors admis n'a pas été conservé par la science moderne; mais il n'est aucune croyance, si légère qu'elle soit, qui ne soit restée long-temps dans l'art, et n'ait laissé sa trace jusques aux confins de l'époque actuelle; sous le long règne de l'autorité surtout, on en avait fait autant de dogmes presque sacrés; et qui aurait osé douter des dires d'un écrivain dont l'Esprit-Saint avait conduit la plume?

Nous avons vu déjà que la stérilité venait de Dieu, et que Dieu daignait quelquefois y porter remède; croyance consolante qui n'a pas disparu encore, et qui probablement se conservera toujours.

Quant à la conception, tout le monde se rappelle la fameuse expérience de Jacob, qui, pour avoir des agneaux roux et des chevreaux tachetés, mettait sous les yeux des femelles en chaleur des branches de peuplier, de coudrier, de châtaignier, en partie dépouillées de leur écorce. Ce fut sur la foi de cette expérience qu'on professa au moyen-âge et même plus tard qu'une femme blanche pouvait bien mettre au monde un négrillon si elle avait eu sous les yeux un nègre; et le peuple, conservateur opiniâtre de toutes les traditions, n'a pas encore désappris à douter de la puissance du regard.

Je n'ai point parlé des lois religieuses touchant la femme qui a ses règles; je ne ferai également que mentionner les lois sur l'avortement provoqué par des violences extérieures, et celles sur la purification des femmes accouchées; tout cela regarde l'hygiène ou la médecine légale.

Mais une question fort curieuse est celle du procédé suivi pour les accouchemens en général. Tout ce qu'on sait à cet égard repose sur le passage suivant de l'Exode.

« Pharaon donna des ordres en ces termes aux sages-femmes des Hébreux, dont l'une avait nom Séphora et l'autre Phua : Quand vous accoucherez les femmes de votre peuple et que l'enfant sera sorti, si c'est un garçon, tuez-le; mais si c'est une fille, qu'elle vive. Mais les sages-femmes craignirent Dieu, et ne firent point ce que le roi avait commandé; mais elles laissèrent vivre les garçons. Le roi les fit venir et leur dit : Pourquoi m'avez-vous désobéi? Les sages-femmes répondirent : Les femmes des Hébreux ne sont point comme celles des Égyptiens; elles accouchent sans secours, et sont délivrées avant que nous soyons arrivées. »

Avant d'aller plus loin, hâtons-nous de dire que Dieu bénit d'abord les deux sages-femmes; et que le peuple lui-même, qui n'est pas toujours ingrat, leur bâtit des maisons; premier exemple d'une récompense nationale, et peut-être la seule qu'ait jamais valu l'art des accouchemens.

Mais pour revenir à notre sujet, les chirurgiens qui se sont occupés le moins du monde de l'histoire des accouchemens seront fort surpris de ne pas voir figurer dans ce passage la fameuse *chaire à accoucher* qu'ils pensaient bien y être, sur la foi de certains traducteurs. C'est que nulle autre part peut-être la langue hébraïque ne s'est montrée si malléable, si souple, si facile à plier à tous les sens; et c'est en vertu de cette malléabilité que quelques-uns ont traduit : *Quand vous verrez les femmes sur les chaires, super sellas.* Ce contresens, car je ne saurais l'appeler autrement, a eu un succès prodigieux; au commencement du XVIe siècle, quand les Allemands se mirent à lire la Bible, ils admirèrent l'invention des matrones israélites ou égyptiennes, et s'empressèrent de les imiter; de là la chaire figurée dans Roesslin, copiée par A. Paré, et qui, si l'on cherchait bien, se retrouverait peut-être encore à l'heure qu'il est dans quelque coin du globe. Il faut bien dire ce qui a causé l'erreur; c'est que le mot employé par Moïse se retrouve dans Jérémie, où véritablement il signifie un siége à s'asseoir; et moi, qui parle contre l'hébreu, je m'aperçois tout à coup que le même mot a en français de significations tout aussi disparates; *siége* à s'asseoir; *siége*, fondement; *siége* d'une ville, etc. Mes traducteurs auraient donc pris le *siége* de la femme même pour le *siége* sur lequel elle était assise; et cela nous a valu les *siéges* de Roesslin et de Paré. Mais ne se pourrait-il pas qu'ils eussent eu raison, et que le contresens fût de l'autre côté? Car après tout, le texte hébreu n'est pas susceptible que de deux sens, et vous allez voir qu'il en a bien d'autres.

Il faut véritablement qu'en cet endroit je fasse une nouvelle campagne contre tous les traducteurs de la Bible. Je ne les accuse point de ne pas savoir l'hébreu; qui est-ce qui peut se flatter de savoir l'hébreu? Je les accuse tout simplement d'avoir accordé tant d'attention à cet hébreu qu'ils ne pouvaient comprendre, qu'ils en ont perdu le sens commun.

Exemples. Le révérend Martin fait dire à Pharaon : *Quand vous recevrez les enfans des femmes des Hébreux et que vous les verrez sur les siéges;* vous voyez qu'il est question des chaires à accoucher. Mais quand on a reçu l'enfant, il est superflu de dire qu'on verra la femme sur le siége; c'est une inconséquence dans les idées que je ne saurais prêter à un si grand prince.

M. Cahen dit : *Quand vous accoucherez les femmes des Hébreux, vous observerez les siéges;* et de cette manière il a si subtilement éludé la difficulté, qu'on ne sait s'il s'agit du siége de la femme, du siége de l'enfant ou du siége à s'asseoir; l'hébreu lui-même n'est pas plus amphibologique; et cela peut s'appeler rendre exactement son original. Mais voici bien une autre affaire; Vater propose un quatrième sens, et pense qu'il s'agit de bains de pierre dans lesquels on lavait les nouveau-nés. Kimri au lieu de bains de pierre, croit que Pharaon a eu en vue la vulve de la femme, ce qui est quelque peu différent. Alors le Pharaon aurait dit aux sages-femmes : *afin de reconnaître le sexe de l'enfant, vous regarderez la vulve de la mère;* stupidité véritablement plus que royale. M. de Genoude a eu ici une admirable idée de traducteur; il prétend, dans une note, que la Vulgate dit tout autre chose que l'original hébreu, et, comme de raison, dans sa version il a suivi la Vulgate. Mais que dit donc l'original hébreu, de l'avis de M. de Genoude? L'hébreu dit : *Quand vous verrez l'enfant sur l'orifice de la matrice, si c'est un garçon*, etc. Ceci laisse de beaucoup Kimri en arrière. Reconnaître le sexe de l'enfant en explorant la vulve de la mère, c'était sans doute une idée de génie, et que nous avons fait convenablement valoir; mais établir un pareil diagnostic quand on voit l'enfant sur l'orifice utérin, cela dépasse tout ce qu'il est permis d'imaginer en ce genre; et, sans l'intention qui nous sauve, ce serait une véritable diffamation contre l'auteur de l'Exode.

Je maintiens donc ma traduction, d'abord comme la seule raisonnable; mais, de plus, comme très probablement conforme au texte; car c'est la version de la Vulgate, la version de S. Jérôme, qui savait

laire inférieur du côté gauche avec fracture de cet os au niveau de la branche et du corps ; 4° une brûlure au deuxième et troisième degré existant sur la partie moyenne et postérieure des deux jambes.

Ce malade avait déjà été saigné une première fois à Meudon. Cependant, vu le développement et la force du pouls, M. Bérard prescrit une seconde saignée.—Les plaies sont réunies le plus exactement possible à l'aide de bandelettes de diachylon. Les brûlures des jambes sont entourées de coton cardé ; un cataplasme est appliqué sur la mâchoire. — Solution de groseilles. — Potion calmante. — Diète.

Le 11, les plaies paraissent se réunir. Pouls fort, développé, fréquent. — Saignée de 300 grammes. — Même pansement ; même prescription.

Le 12, légère amélioration. Le malade dit beaucoup souffrir de ses brûlures : on renouvelle le coton. Les plaies ont un bon aspect.— Compresses résolutives sur la mâchoire.

Le 13, amélioration notable. Le malade se trouve bien ; il veut se lever et manger. — Lavement émollient. Un bouillon, une soupe.

Le 14, nouvelle amélioration. On renouvelle le coton cardé. On applique un appareil approprié pour maintenir en contact les fragmens du maxillaire inférieur ; mais cet appareil ne peut être supporté par le malade ; on est obligé de l'enlever dans la journée.

Le 16, les plaies sont tout à fait réunies, et les tégumens du crâne recollés. La tuméfaction des parties molles, au niveau de l'angle de la mâchoire, est entièrement dissipée. La mobilité des fragmens de cet os est notable ; leur déplacement persiste. Les deux arcades dentaires ne se correspondent point ; l'inférieure est portée à gauche et en arrière. — A part cette circonstance, le malade est aujourd'hui dans un état tout à fait satisfaisant. Il a pris, dans la journée, deux bouillons et deux soupes.

Septième observation. — *Brûlures de la face, des mains et du membre pelvien gauche. — Fractures de la mâchoire inférieure et de plusieurs côtes. — Fracture comminutive de la partie inférieure de la jambe droite avec plaie.* — Dans la soirée du 8 mai, a été transporté à l'hôpital, et couché au n° 37 de la salle Saint-Pierre, le nomme Drioche (Joseph), âgé de quarante-cinq ans, marchand drapier.—Brûlure au deuxième degré, occupant le nez et les joues. — Les dents, en partie brisées, en partie vacillantes, sont faciles à enlever avec les doigts. — Le maxillaire inférieur est fracturé près de son angle, à gauche, avec chevauchement des fragmens. — Brûlure aux deuxième et troisième degré de tout le membre pelvien gauche. — Fracture comminutive avec plaie existant à la partie inférieure de la jambe droite : cette plaie communique avec l'articulation tibio-tarsienne. — Ses cheveux et ses sourcils sont presque complètement brûlés. — Telles sont les lésions qui ont été constatées chez ce malade au moment de son entrée à l'hôpital.

Peu après l'accident, cet homme a éprouvé de vives envies d'uriner sans pouvoir satisfaire ce besoin. On a pratiqué le cathétérisme, et on s'est convaincu que la vessie ne contenait qu'une très petite quantité d'urine.

Les brûlures de la face sont pansées avec le liniment oléo-calcaire. Le membre pelvien gauche est recouvert de coton cardé. Des compresses graduées et une bande médiocrement serrée assurent l'immobilité du maxillaire inférieur. La jambe droite est placée dans une gouttière en fil de fer, garnie de coton, pour assurer l'immobilité du membre ; la plaie est laissée à découvert et pansée avec un linge troué enduit de cérat, et on applique par dessus des compresses imbibées d'eau froide que l'on renouvelle de temps en temps. Solution gommeuse. Potion calmante. Diète.

Ce malade, dont l'état était désespéré à son arrivée à l'hôpital, a succombé le 11, à une heure du matin. Il ne s'est plaint que le 9 au soir de vives douleurs dans le côté gauche du thorax. Un examen attentif de cette région fit reconnaître qu'il existait des fractures de plusieurs côtes.

Autopsie. — La fracture du maxillaire inférieur n'a pas été examinée. Celle de la jambe a présenté des désordres considérables. Les parties molles étaient broyées ; les deux os de la jambe étaient brisés en plusieurs fragmens. La plaie extérieure communiquait évidemment avec l'articulation tibio-tarsienne. — La quatrième côte du côté gauche présentait une fracture incomplète à sa partie inférieure ; les cinquième, sixième et septième côtes du même côté offaient un arrachement de leur extrémité des cartilages correspondans.

Huitième observation. — *Brûlures étendues sur presque toute la surface du corps. — Mort.* — Dans la soirée du 8, fut transportée et couchée au n° 5 de la salle Sainte-Marie, la nommée Wurmser (Henriette), âgée de vingt-six ans. Le corps de cette malheureuse, à l'exception de quelques points, n'offrait qu'une vaste brûlure, dont les degrés variaient du premier au quatrième. Son état était affreux et tout à fait désespéré ; elle succomba une heure après son entrée à l'hôpital. — A l'autopsie, on a constaté une congestion générale des poumons, une rougeur très prononcée du canal intestinal et les différens caractères anatomiques des brûlures indiqués par Dupuytren.

Neuvième observation. — *Brûlures nombreuses et étendues.* — Dans la soirée du 8, est entrée à l'hôpital et couchée au n° 13 de la salle Sainte-Marie la nommée Becher (Elizabeth), âgée de trente ans, mercière. Elle était placée dans le troisième wagon. Elle présente des brûlures étendues, causées par la vapeur. Ses vêtemens mouillés et non brûlés sont déchirés. Une vaste brûlure au premier et deuxième degré occupe la presque totalité du visage. Les yeux sont intacts. Une autre brûlure au deuxième et troisième degré existe sur les parties postérieure et latérale gauche du cou. Du côté gauche, le bras, l'aisselle, l'avant-bras, la main, le dos, la région lombaire et le membre pelvien jusqu'au pied offrent de vastes et nombreuses brûlures au deuxième et dans quelques points au troisième degré. Il existe sur le front une contusion avec épanchement de sang sous les tégumens. La malade pense que cette contusion a été produite par le choc de la personne en face de laquelle elle était placée.

La malade souffre beaucoup, la langue est sèche, le pouls est faible et petit. Un liniment opiacé est étendu sur la face. Les autres parties brûlées sont entourées de coton cardé. Potion calmante, limonade citrique, diète.

Le 9, les douleurs persistent ; même état du pouls ; envies fréquentes d'uriner. Le coton est soulevé dans quelques points par des phlyctènes. Celles-ci sont ouvertes et le coton est immédiatement appliqué. Même prescription que la veille.

Le 10, le pouls ne s'est pas relevé ; soif vive ; douleurs aiguës. Le coton mouillé par le liquide séro-purulent des brûlures est renouvelé sur plusieurs points. Le visage est couvert de linges enduits de cérat opiacé. Solution de groseille ; quelques morceaux de glace ; potion calmante.

Le 11, les douleurs sont moins vives ; le pouls s'est un peu relevé, il est fréquent ; la soif est toujours vive. L'état général est à peu près le même. Même pansement ; même prescription.

Le 12, même état. La malade n'est pas encore allée à la selle. Lavement émollient.

Le 13, il y a une garde-robe ; la contusion du front a presque entièrement disparu ; les brûlures de la face, en partie recouvertes de croûtes, sont moins douloureuses. Le coton est changé et réappliqué sur plusieurs points ; même prescription ; un bouillon,

Le 14, mêmeéta t; même prescription.

Le 15, faiblesse, prostration marquée ; le pouls est faible et petit ; la malade parle avec peine ; elle dit être très-fatiguée ; elle éprouve une chaleur excessive. Limonade vineuse ; glace ; un bouillon.

Le 16, l'abattement continue ; la malade n'a pas uriné depuis la veille ; on pratique le cathétérisme, qui donne issue à un verre d'urine environ. Même prescription.

Aujourd'hui 17, la malade est dans un état plus satisfaisant,

Dixième observation. — *Brûlures externes et internes. — Fracture de la cuisse gauche. — Plaies contuses.* — Dans la soirée du 8 a été transportée à l'hôpital et couchée au n° 17 de la salle Sainte-Marie, la nommée Durantou (Cécile), âgée de vingt-neuf ans, journalière. Elle était placée dans le deuxième wagon. Elle présente une brûlure au deuxième et troisième degré sur toute la face et la partie antérieure du cou. Cette brûlure a été déterminée par la vapeur qui, ayant pénétré dans la bouche et les voies aériennes, a également brûlé progressivement ces parties. Aussi, la voix est faible et voilée ; la parole difficile et douloureuse ; la déglutition, du reste fort difficile, provoque, chaque fois que la malade boit, une toux fréquente, courte et douloureuse. — Les deux mains et l'avant-bras droit sont brûlés au deuxième et troisième degré.— La cuisse gauche est fracturée vers sa partie moyenne, avec raccourcissement considérable du membre. Le fragment inférieur, porté en haut et en dehors, donne à la cuisse la forme d'un gigot de mouton. Il existe sur la jambe du même côté une contusion profonde. — A la partie postérieure et inférieure de la jambe droite on observe deux plaies contuses dont l'une transversale, avec écartement de ses bords, laisse voir à nu le tendon d'Achille, le nerf et la veine saphène externes. On trouve dans ces plaies des portions de vêtemens.

La malade est agitée. La brûlure de la face est pansée avec le liniment opiacé. Celles des mains et de l'avant-bras sont recouvertes de coton cardé. La fracture est réduite ; un appareil de Scultet est appliqué pour maintenir les fragmens en contact. Les plaies contuses sont débarrassées de leurs corps étrangers et réunies avec des bandelettes de diachylon. — Potion calmante. Lait d'amandes pour boisson. Diète.

Le 9, la malade accuse une soif ardente, et chaque fois qu'elle boit elle est prise d'une toux qui la fait beaucoup souffrir. Le déplacement des fragmens de la cuisse s'étant reproduit, on réapplique l'appareil de Scultet. Le pouls est petit, fréquent, faible, dépressible. — Même pansement ; même prescription.

Le 10, même état que la veille. Un nouveau déplacement des fragmens de la fracture oblige de renouveler une troisième fois le bandage de Scultet. — Même prescription ; même pansement.

Les deux jours suivans l'état de la malade s'est aggravé progressivement, et elle a succombé le 13 à quatre heures du soir.

Autopsie. La bouche, le voile du palais, la partie supérieure du larynx et du pharynx, sont profondément brûlés. Le fémur est fracturé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans ; on trouve une esquille au centre de cette fracture. On constate à la jambe droite un arrachement de la partie superficielle de la tubérosité externe du tibia. — Au niveau des plaies contuses existe un décollement énorme de la peau et de l'aponévrose d'enveloppe.

---

l'hébreu tout aussi bien qu'un autre.

Je dis tout aussi bien, et n'en voudrais pas dire davantage ; car trois lignes plus loin, le même S. Jérôme me semble avoir fait un affreux contresens. Les sages-femmes, suivant lui, répondraient à Pharaon : les femmes des Hébreux ont la science des accouchemens, *obstetricandi habent scientiam.* Les Septante, mieux inspirés, ont traduit : *Que les femmes israélites accouchent aisément et sans presque avoir besoin de secours ;* ce qui est le sens que j'ai suivi. Mais M. de Genoude, examinant cette grave question, regarde le sens des Septante comme *absurde et peu vraisemblable.* Cette dernière épithète est fort logique, peut-être même l'est-elle trop ; il serait difficile qu'une chose absurde fût si peu que ce soit vraisemblable. Mais où M. de Genoude a-t-il pris ses licences en obstétrique ? où a-t-il vu ; grands Dieux ! excepté dans S. Jerôme, qu'une femme qui sait accoucher les autres en accouche plus vite elle-même ? Il n'y a là science qui fasse ; si l'enfant se présente bien, si la matrice se contracte suffisamment ; si la femme est robuste et pousse avec vigueur, si le bassin est large, la plus ignorante accouchera vite ; avec des conditions contraires, madame Lachappelle en personne et pour son propre compte, aurait eu besoin d'un accoucheur. Ainsi c'est le propre sens de M. de Genoude qui est *absurde ;* le sens des Septante est au contraire très beau et très raisonnable, et semble accuser une notion empirique des différences anatomiques des races, bien remarquable pour un temps aussi éloigné de nous. De cette argumentation victorieuse, je suis en droit de conclure, ce me semble, que S. Jérôme et M. l'abbé de Genoude ne sont pas forts en matière d'accouchemens.

Pour finir ce qui regarde l'accouchement naturel, disons tout de suite ce que l'on faisait après la délivrance. Ici je dois vous avertir que mon unique autorité ne répond pas, tant s'en faut, à l'époque de Moïse ; c'est Ezéchiel, qui écrivait durant la captivité de Babylone. Le passage qui va suivre ne s'applique donc qu'à une époque fort éloignée de celle qui nous occupait tout à l'heure. Le défaut d'autres documens nous oblige à cette confusion, que, du reste, je vous signale.

Donc, le Seigneur commande à Ezéchiel de reprocher à Jérusalem ses abominations. « Le jour de ta naissance, dit le prophète, ton nombril ne fut point coupé, tu ne fus point lavée dans l'eau et nettoyée, tu ne fus point salée de sel ni enmaillottée ; aucun œil compatissant ne te prit en pitié pour te faire toutes ces choses, mais tu fus jetée dans un champ parce qu'on avait horreur de toi à ta naissance. »

D'où il suit que, pour les enfans dont on prenait soin, on coupait, comme de droit, le cordon ombilical ; on les lavait et on les nettoyait, puis on les enmaillottait, ainsi qu'on le pourrait faire au dix-neuvième siècle ; mais une cérémonie à laquelle nous avons renoncé, est l'aspersion de sel sur la peau de l'enfant. Et néanmoins cette coutume s'est perpétuée fort long-temps après Ezéchiel ; on retrouve dans Galien un passage où il est dit : *sale medico insperso cutis densior solidiorque redditur ;* et l'on dit qu'elle se conserve encore chez les Arabes modernes. J'emprunte ces deux rapprochemens à Michaëlis. Rendons à César ce qui est à César.

Mais, ô sévère Jean-Jacques, les mères nourrissaient elles leurs enfans ? Je suis forcé de le confesser ; l'institution des nourrices remonte à la plus haute antiquité. Sans doute, quand la mère était morte en couches, une nourrice devenait indispensable ; et c'est probablement ce qui arriva pour Benjamin ; mais il y avait aussi des nourrices du vivant de la mère ; ainsi Rebecca avait eu pour nourrice Debora, bien que sa mère eût assez vécu pour assister à ses fiançailles.

Arrivons aux accouchemens difficiles. Les grossesses doubles ne sont pas rares dans la Bible, et Rebecca, par exemple, eut d'une seule couche ses deux uniques enfans, Ésaü et Jacob. Chose remarquable, elle sut, avant l'accouchement, qu'elle était enceinte de deux jumeaux ; elle en avait eu comme un pressentiment en sentant les deux fœtus s'agiter dans son ventre, et Dieu lui-même daigna lui apprendre ce que cela signifiait. Ésaü vint au monde le premier ; mais on remarqua que Jacob tenait dans sa main le talon de son frère. Ce phénomène, tout à fait excentrique, ne demeura pas perdu pour les accoucheurs allemands du seizième siècle. Roesslin d'abord, figurant deux jumeaux dans l'utérus, fit bravement empoigner à chacun d'eux le pied de l'autre ; Rueff ne fut pas moins orthodoxe ; et il n'est pas jusqu'à notre Ambroise Paré qui n'ait copié cette abominable figure, ne voulant pas faire mentir la Bible pour si peu.

L'observation de Rachel, comme nous dirions en style moderne, ne servit qu'à la théorie de l'art ; mais le fait de Thamar ne fut peut-être pas inutile à la pratique. Thamar était en travail ; elle portait deux jumeaux, et l'un avait sorti le bras par la vulve. La sage-femme passa un lacs d'écarlate sur le bras sorti pour le reconnaître ; mais l'autre jumeau arriva au passage le premier et fit remonter le bras dans la matrice. La précaution de la sage-femme n'avait pour but évident que de reconnaître l'aîné, chose importante à raison des droits de primogéniture ; mais on comprend que ce moyen de diagnostic purement légal, dut facilement être tourné au profit du diagnostic pratique, et nous en usons encore aujourd'hui.

Ma tâche s'arrête ici ; et je ne veux cependant pas finir sans remarquer que les notions les plus positives que nous ayons sur les accouchemens, comme sur la chirurgie et sur le diagnostic médical, se trouvent dans les œuvres de Moïse. Non que l'on n'en rencontre quelques traces dans les livres postérieurs ; nous avons vu déjà Ézéchiel emprunter à l'obstétrique quelques images ; j'aurais pu aussi bien citer Jérémie : *Pourquoi donc ai-je vu tout homme tenant ses mains sur ses reins comme une femme qui enfante ?* Et surtout Ézéchias, qui, menacé par les Assyriens, ne trouve pas d'expression plus propre à rendre ses angoisses que cette métaphore tocologique : *Les enfans sont venus jusqu'à la vulve, et la force manque pour enfanter.* Mais en rassemblant, en pressurant tout le reste de la Bible, on serait bien loin d'en obtenir une masse de connaissances positives qui pût être comparée aux richesses scientifiques du Pentateuque, malgré la différence et le progrès des temps ; Moïse, ici comme ailleurs, est toujours le savant et le praticien par excellence ; et l'on peut répéter au point de vue de la médecine et de la chirurgie, cet éloge que ses successeurs lui rendirent à la fin de son propre ouvrage, que *jamais il n'y eut d'aussi grand prophète que Moïse en Israël.*

NOUVELLES.

M. Ribes, médecin en chef de l'hôpital des Invalides est admis à la retraite.

M. le baron Michel, médecin en chef de l'état-major de la place de Paris, est nommé médecin en chef de l'hôpital des Invalides, en remplacement de M. Ribes.

M. Piron, médecin en chef de l'hospice de Charonne, est nommé médecin en chef de l'état major, en remplacement de M. le baron Michel.

M. Cornac, médecin ordinaire aux Invalides, est nommé médecin en chef et principal à l'hôpital militaire de Charonne.

M. Jourdan, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse, est nommé médecin ordinaire aux Invalides, en remplacement de M. Cornac.

M. Desruelles, professeur au Val-de-Grâce, est nommé médecin principal à Maubeuge.

M. Lacauchie, professeur à l'hôpital de Metz, est nommé professeur au Val-de-Grâce en remplacement de M. Desruelles.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

VINGT-SIXIÈME SÉANCE. — *Deuxième épreuve clinique.*

Aujourd'hui, mercredi 18, M. Laugier a fait sa leçon clinique sur deux malades couchés dans le service de M. J. Cloquet à l'hôpital dit de l'École.

Cette séance a terminé la deuxième épreuve clinique. Il ne reste plus que la composition des thèses et l'argumentation. — Le jour de la distribution des sujets des thèses n'est point encore fixé.

Telle est l'histoire abrégée des blessés qui ont été confiés aux soins de M. A. Bérard, dans son service de l'hôpital Necker. Pour abréger cette revue, nous avons cru pouvoir sans inconvénient nous dispenser de rapporter diverses particularités d'une importance secondaire. Nous croyons en avoir dit assez pour que nos lecteurs puissent avoir une idée des épouvantables conséquences de l'accident du 8 mai.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Amputation du bras chez un jeune sujet de 18 ans, blessé au chemin de fer dans la journée du 8 mai.

Ducerveau (Denis) âgé de 18 ans, est le seul parmi les blessés de la journée du 8 mai qui ait été déposé dans cet hôpital.

S'il faut l'en croire il occupait le troisième wagon. Au premier choc qu'a ressenti le convoi, il a été à l'instant même précipité de la voiture, et dans cette chute le bras gauche a été écrasé sous la roue d'un wagon.

Ducerveau n'a pas perdu connaissance au moment de sa chute ni après. Il n'y a pas eu de commotion proprement dite, mais seulement un moment d'étourdissement. Transporté d'abord au Bas-Meudon, il a été ensuite dirigé à l'hôpital Necker, placé dans le service de M. Guersant, et couché au n° 7 de la salle Saint-Côme. Voici quel était alors son état : il présentait plusieurs plaies de tête, dont une seulement d'une étendue notable, à lambeau et intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu jusqu'au péricrâne exclusivement. Les autres plaies étaient petites et de peu de gravité. L'intelligence était intacte de même que les sens.

Le bras gauche présentait quatre plaies, dont trois n'intéressaient que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'aux muscles exclusivement, qui étaient à découvert. La quatrième siégeant au niveau de l'articulation huméro-cubitale, s'étendait d'un condyle à l'autre de l'humérus : ici, les désordres étaient profonds ; les muscles étaient déchirés, profondément contus, des lambeaux faisaient hernie à travers les lèvres de la plaie, et au milieu d'eux on remarquait le tendon supérieur du biceps arraché de son point d'attache. Les pulsations des artères radiale et cubitale étaient abolies, et cependant au niveau de la plaie rien n'indiquait une déchirure de l'artère brachiale, dont les battemens cependant étaient aussi abolis au-dessus de la plaie. Du reste, les os de l'avant-bras et celui du bras étaient comminutivement fracturés, les parties molles autour de la plaie, profondément contuses, mais rien n'indiquait que la plaie pénétrât dans l'articulation. Le bras était froid, et sa surface livide.

M. Guersant fils aurait voulu procéder à l'amputation sur le champ. Mais, attendu qu'il s'agissait d'un mineur, à l'égard duquel on ne pouvait prendre aucune détermination sans le consentement de ses parens, il fallut se contenter de pratiquer une saignée abondante.

Le lendemain, l'amputation fut pratiquée du consentement des parens. L'opération n'a été accompagnée d'aucun accident ; une heure et demie après l'opération le petit blessé ne souffrait plus. Le soir, il était calme et resta dans cet état une bonne partie de la nuit.

Le lendemain, il y avait de la réaction, qui, ayant semblé dépasser, par son intensité, les limites ordinaires de la fièvre traumatique, devint cause qu'une nouvelle saignée fut pratiquée.

Le surlendemain, on a administré une purgation qui a amené d'abondantes évacuations alvines, qui ont beaucoup soulagé l'opéré. Du reste, pas d'accidens consécutifs.

L'amputation a été pratiquée le 9 mai ; aujourd'hui 16, le malade est sans fièvre ; elle a cessé complètement le 12. Le travail de suppuration du côté du moignon marche avec régularité, et tout fait espérer que la cicatrisation s'effectuera dans le terme ordinaire. Nous ne devons pas oublier de dire que Ducerveau porte aussi une légère brûlure au bras droit. A l'examen du bras, à part les lésions extérieures que nous avons signalées, on a trouvé une oblitération de l'artère brachiale au niveau de la plaie, oblitération occasionnée par la formation d'un caillot étendu en longueur de 3 à 4 lignes, qui commençait à s'organiser. Les parties molles étaient peut-être moins contuses qu'on n'avait été porté à le croire. Les os, ainsi que nous l'avons dit, étaient très comminutivement fracturés ; mais le foyer de la fracture ne communiquait pas avec la plaie. L'articulation du coude était intacte ; pas de déchirures nerveuses.

K...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Vaginite. Injections répétées avec l'infusion de poivre cubèbe. Guérison très prompte.

Une femme âgée de vingt huit ans, entrée le 5 avril 1842, occupe le lit n° 2 de la salle Sainte-Geneviève ; elle est atteinte, depuis neuf mois, d'une urétro-vaginite intense. L'homme qui la lui a communiquée était très malade. L'écoulement a continué depuis, ainsi que la douleur. Cette femme a subi plusieurs traitemens sans succès. Entrée à l'hôpital il y a douze jours, il y avait encore une vive douleur du vagin, et un écoulement abondant par l'urètre et par le vagin. La malade a été soumise à l'emploi d'une injection avec une infusion de trente grammes de poivre cubèbe pour un litre d'eau. Cette injection a été renouvelée six fois par jour. Les règles les ont fait suspendre pendant cinq jours, et cependant il a suffi de ce traitement, fait pendant deux jours, pour modérer de beaucoup l'écoulement et les accidens. L'urétrite continue, bien que moindre, et on a fait prendre, depuis l'entrée de la malade, le poivre cubèbe à l'intérieur, à la dose de trois grammes toutes les heures (à cause de la coïncidence de l'urétrite).

Réflexions. Voici déjà près d'un an que M. Piorry emploie le poivre cubèbe à doses faibles et répétées dans l'urétrite contagieuse de l'homme ; il en a obtenu de remarquables succès. Puisque c'est par l'urine que le médicament est porté sur l'urètre, ainsi que le prouvent beaucoup de faits, il faut que l'urine contienne toujours du poivre cubèbe. Dans quelques cas, le mal s'est dissipé en deux ou trois jours ; dans d'autres il a duré davantage, et ailleurs il n'a en rien cédé. Le nombre des cas de réussite est de beaucoup le plus nombreux. Sur la femme, les injections de poivre cubèbe ont été les seuls moyens que M. Piorry ait vu franchement réussir dans le cas dont il s'agit ; mais pour qu'elles aient de l'efficacité il faut qu'elles soient portées sur le vagin d'une manière très fréquente.

Le 12 avril on a continué les injections, six par jour toutes les deux heures ; il en a été ainsi que de l'usage du poivre cubèbe à l'intérieur. Or, aujourd'hui il n'y a plus d'écoulement ; on examine le col, le vagin et l'urètre, par l'inspection simple ou aidée du spéculum, et l'on ne trouve plus de rougeur ni d'écoulement. Depuis quatre jours la malade est guérie. Portion sortante.

Ainsi, dans un laps de temps très court, les injections répétées avec l'infusion de poivre cubèbe et l'administration intérieure de ce médicament ont guéri une urétro-vaginite datant de neuf mois.

Dermalgie (douleur dans la peau). *Myopathie* (souffrances des muscles) *dans la region du jarret.*

Un homme, âgé de cinquante ans, est couché, le 4 avril, dans la salle Saint-Raphael, n° 3. Il a éprouvé pour toute maladie une douleur dans le jarret du côté droit. Cette douleur existe dans la peau, où elle est éveillée par le pincement et par le contact. Les parties situées plus profondément sont également douloureuses. Le mal augmente par le mouvement ; l'articulation ne souffre pas, car en frappant avec force au-dessous du talon, le membre mis dans l'extension n'éveille aucune douleur dans la jointure ; le genou n'est en rien déformé. La marche et les mouvemens sont douloureux. Cette maladie dure depuis six semaines ; il n'y a eu aucune lésion physique qui ait produit ce mal, aucune névralgie antérieure, point de douleurs dites rhumatismales.

Réflexions. — Les névro-dermalgies sont rares : ici, il en existe une fort évidente, mais elle n'est pas isolée ; les muscles de la partie postérieure de l'articulation participent au mal ; on ne voit pas de cause particulière que l'on puisse attaquer. Il faut donc combattre seulement la douleur.

Application d'un vésicatoire sur le point douloureux, pansement avec un centigramme d'hydrochlorate de morphine matin et soir.

Le 6 avril, le vésicatoire ayant été placé et ayant donné beaucoup de sérosité, il y a un soulagement très marqué : les mouvemens sont beaucoup moins douloureux. Continuation des mêmes moyens.

Le 8 avril, la douleur est nulle. On demande alors si l'hydrochlorate de morphine a été appliqué, et l'on apprend qu'il n'en a pas été ainsi. Ce fait n'est pas le premier de ce genre que nous voyons ; tout en ayant confiance à la méthode endermique, nous sommes persuadé que, dans des cas analogues à celui-ci, c'est bien plus souvent l'action du vésicatoire qui guérit, que l'absorption de l'hydrochlorate de morphine.

Le 11, le malade va tout à fait bien et sort de l'hôpital.

Diaphragmalgie (douleur dans le diaphragme). *Scorenterectasie* (présence des matières dans l'intestin).

Un homme âgé de 27 ans, robuste, occupe, le 4 avril, le n° 3 de la salle Saint Raphaël. Il ne présente aucune lésion des organes profonds ; il se plaint d'éprouver depuis trois semaines une vive douleur dans le côté gauche du thorax, dans la région splénique. Cependant la rate n'est pas hypertrophiée et il n'y a pas de fièvre intermittente. La maladie s'est déclarée à la suite de la fatigue et d'une manière lente ; le malade venait d'avoir un rhume et faisait de grands efforts de toux, le rhume est guéri ; la douleur a son siége immédiatement derrière la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, le mal n'augmente pas par les mouvemens, quelques variés qu'ils soient, mais il s'exaspère par la respiration, par le soupir, et un peu par une toux provoquée artificiellement. Il n'y a aucun signe de pleurite.

Réflexions. Quelle est la cause de cette douleur ? Où a-t-elle son siége ? Évidemment ce ne peut être que dans les muscles. Évidemment aussi le diaphragme est l'organe douloureux. Il y a tout lieu de croire que ce sont les quintes de toux qui ont occasionné cet accident. Rien n'est commun et rien n'a été si mal étudié que les ruptures et les tiraillemens musculaires de la nature de ceux que nous examinons.

Comme on examinait ce malade par la plessimétrie à l'effet de reconnaître la cause de la douleur, on a trouvé que le cœcum et les colons étaient remplis de fèces, la matité qu'on y trouvait ne laissant pas de doute à cet égard.

D'après ces données, le traitement était évident ; d'une part, il fallait combattre la douleur par l'application de quelques sangsues, et d'un vésicatoire, si ces sangsues ne suffisaient pas, et de l'autre, il fallait prescrire un purgatif pour remédier à la scorentérectasie. (Stagnation des matières dans l'intestin).

C'est en effet dans ce sens que le traitement a été dirigé, bien entendu que le malade a dû garder le repos et éviter tous les mouvemens qui ramènent la douleur. Le malade sort guéri le 6 avril.

X...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 14 mai. — Présidence de M. P. DUBOIS.

M. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport très favorable sur le procédé de M. Dupasquier pour l'analyse des eaux minérales sulfureuses. (Remercîmens à l'auteur, inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.)

M. Martin-Solon appuie ces conclusions ; le procédé de M. Dupasquier lui paraît admirablement facile à manier ; il est d'un usage aussi facile que l'instrument de M. Biot pour reconnaître le sucre dans l'urine.

Les conclusions sont adoptées.

M. Henry lit un second rapport sur de nouvelles sources d'eau ferrugineuse iodurée découvertes à Graville, près du Hâvre. M. le rapporteur a constaté dans cette eau la présence de l'iode, et il croit que celui-ci y existe à l'état d'hydriodate d'ammoniaque. Il pense qu'il y a lieu d'accorder à l'auteur de cette découverte l'autorisation de l'exploiter.

M. Fontan, membre correspondant. J'ai eu occasion d'analyser des eaux iodurées. Eh bien ! j'ai constamment trouvé l'iode à l'état d'hydriodate de soude et de potasse ; mais jamais d'ammoniaque. Il est vrai que quand on chauffe ces eaux il se dégage de l'ammoniaque, mais peut-être cela tient-il à ce que l'ammoniaque se forme aux dépens des matières animales. D'ailleurs, ce n'est là qu'un doute de ma part, et je pense que des expériences ultérieures son nécessaires pour éclairer cette question.

M. Henry lit un troisième rapport sur une source d'eau sulfureuse de Convalet (département du Gard). M. le rapporteur pense que cette source pourra rendre d'utiles services.

M. Fontan cherche à établir que les eaux de Barèges et de Luchon, quoique contenant moins de soufre que celles d'Enghien, sont cependant plus actives pour la cure des maladies, et il conclut que ces dernières devraient retomber dans le juste oubli d'où on les a retirées ; en effet, ce sont là des eaux non pas naturelles mais accidentelles, c'est-à-dire dont les principes ne sont fournis que par la décomposition de matières organiques.

M. Henry. M. Fontan prétend que les eaux d'Enghien ne sont que des eaux accidentelles ; mais il est évident que, s'il en était ainsi, ces eaux ne dureraient que peu de temps, et chacun sait qu'elles existent depuis soixante ans ; elles auraient en outre des intermittences ; or, quoi qu'en dise notre honorable confrère, je soutiens que les eaux d'Enghien continuent à être sulfureuses pendant l'hiver. Quant à la distinction des eaux sulfureuses en primitives et secondaires je crois être le premier à l'avoir indiquée. Mais il ne s'ensuit pas de ce que une eau est secondaire qu'on doive renoncer à l'employer en médecine.

M. Fontan. Je ne demande point qu'on abandonne ces eaux, mais je pense qu'il est utile de les distinguer les unes des autres, d'en faire deux classes différentes ; elles sont d'ailleurs géologiquement distinctes : les eaux primitives proviennent des terrains primitifs ; les eaux secondaires des terrains secondaires et tertiaires. Je demande donc qu'il soit consigné dans une note du rapport que c'est une eau sulfureuse secondaire.

M. Henry répond qu'il n'y a aucun inconvénient à ajouter cette note ; cependant il ne voit pas qu'il soit nécessaire de mettre dans un rapport de ce genre ce qui a cours dans la science.

Les conclusions avec l'addition proposée par M. Fontan sont adoptées.

— *M. Henry* lit un quatrième rapport sur deux sources, l'une sulfureuse, l'autre ferrugineuse, du département des Pyrénées-Orientales. Ces sources sont très peu chargées de principes minéralisateurs.

M. Fontan pense que ces eaux ont pu perdre ces principes pendant leur transport à Paris. Il propose de dire qu'on ne s'est pas trouvé dans les circonstances nécessaires pour juger de la qualité des principes que contiennent ces eaux.

Cette proposition est rejetée. Les conclusions de M. Henry sont adoptées.

M. Henry lit un cinquième rapport sur l'analyse des eaux d'Auriol (département de l'Isère). Ces eaux sont alcalines, gazeuses et contiennent quelques traces de fer. (Adopté.)

M. Henry. La commission des eaux minérales a été invitée à analyser des eaux provenant de Bourbon-l'Archambault. D'après une analyse minutieuse, nous avons constaté que ces eaux contiennent des principes minéralisateurs abondans, et qu'elles méritent la réputation qui leur est depuis si long-temps acquise. (Adopté.)

M. Henry termine par la lecture d'un rapport sur la présence des sels de strontiane dans les eaux de Loëches. La commission a analysé ces eaux et y a trouvé des traces non douteuses de chlorure de strontiane, de sulfate et de carbonate de strontiane. (Adopté.)

— *M. Baillarger* lit un mémoire ayant pour titre : « De l'influence du passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille sur la production et la marche des hallucinations. »

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille a une influence positive sur la production des hallucinations chez les sujets prédisposés à la folie, dans le prodrome, au début et dans le cours de cette maladie.

2° Le simple abaissement des paupières suffit chez quelques malades, et pendant la veille, pour produire des hallucinations de la vue.

3° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, pour peu qu'elles persistent, deviennent le plus souvent continues et entraînent le délire.

4° La folie, chez les sujets atteints déjà d'hallucinations au moment du sommeil, est principalement, et dès le début, caractérisée par des hallucinations.

5° Un accès de manie peut suivre immédiatement et dès le premier jour les hallucinations qui se produisent au moment du sommeil et du réveil.

6° Les hallucinations qui ont lieu pendant la veille deviennent souvent plus fortes avant le sommeil et au réveil.

7° Les hallucinations qui ont commencé dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil peuvent, après être devenues continues et avant de se terminer complètement, revenir à leur point de départ.

8° Les hallucinations d'un sens ayant lieu pendant la veille, des hallucinations d'un autre sens peuvent se produire au moment du sommeil.

9° Le passage de la veille au sommeil a beaucoup plus d'influence sur la production des hallucinations que le passage du sommeil à la veille.

10° C'est souvent après la suppression d'une hémorrhagie ayant déterminé des signes de congestion vers la tête que se produisent les hallucinations au moment du sommeil.

11° L'influence du passage de la veille au sommeil sur la production des hallucinations prouve que, dans certains cas au moins, l'hallucination est un phénomène purement physique et qui appelle surtout l'emploi des moyens physiques.

12° Les hallucinations ne doivent pas être comparées au rêves en général, mais seulement aux rêves avec hallucinations.

13° Les hallucinations survenant dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sont souvent, surtout chez les sujets prédisposés à la folie ou qui ont déjà été aliénés, l'indice d'un délire imminent.

14° Les hallucinations qui précèdent le sommeil ou qui suivent le réveil durant quelquefois, et dès le premier jour, pendant plusieurs heures, sont une cause de folie transitoire et pourraient excuser des actes commis la nuit par un sujet qu'on retrouverait le lendemain parfaitement sain d'esprit.

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Castel, Ferrus, et Pariset rapporteur.

Séance du 17 mai. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal des deux précédentes séances est lu et adopté.

M. Renauldin est appelé à la tribune pour terminer la lecture de son rapport sur le travail de M. Beau, qui a pour titre : *Mahomet considéré comme aliéné*. La lecture de ce rapport avait déjà occupé la moitié de l'avant-dernière séance. Une heure de celle-ci lui a encore été consacrée. M. le rapporteur a cru nécessaire de disséquer dans les plus minutieux détails la vie du prophète musulman, de citer même plusieurs passages du Coran, pour prouver, contrairement à l'opinion de M. Beau, que Mahomet n'était ni fou ni épileptique. Nous ferons grâce à nos lecteurs de cette longue et fastidieuse histoire; voici les conclusions de ce rapport : adresser une lettre de remerciemens à M. Beau; déposer son mémoire dans les archives de l'Académie; placer son nom sur la liste des candidats aux places de membres résidens de l'Académie.

La dernière conclusion étant contraire au réglement, est rejetée.

— *M. Drouineau*, médecin de La Rochelle, lit une note sur un mémoire contenant les observations détaillées de diverses opérations de taille et de lithotritie qu'il a pratiquées. Sur dix-sept calculeux, onze ont été opérés par la lithotritie : M. Drouineau compte neuf guérisons et il ajoute que les deux insuccès sont indépendans de l'opération. Les 6 autres malades chez lesquels M. Drouineau a reconnu que le broiement était impossible, ont été taillés par diverses méthodes : cinq, dit-il, ont guéri; un seul est mort au dixième jour de son opération; il était en voie de guérison. Sa mort est due à un écart de régime. Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Jobert, Ségalas et Blandin.

— *M. Prus* commence la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort*. Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

— *M. Amussat* présente à l'Academie une pièce d'anatomie pathologique relative a un enfant du sexe masculin, qui lui avait été adressé par MM. Miquel et Devilliers et qui a succombé quatre jours après sa naissance. Cet enfant, fort et bien constitué du reste, avait une imperforation de l'anus et le rectum se terminait dans la vessie; à raison de cette dernière circonstance, une partie du méconium s'échappant avec l'urine, on pensa d'abord qu'il était bien conformé. Deux jours après la naissance de l'enfant, on s'aperçut que son ventre était volumineux, qu'il vomissait ausitôt après avoir tété et que son teint devenait livide; enfin en l'examinant avec soin, on remarqua qu'il n'existait pas d'ouverture anale. Une opération devenait nécessaire. Elle fut pratiquée le 7 mai 1842, en présence de MM. L. Boyer, Filhos, Grabowski, Boutsoski, Levaillant et Silvestre Duperron. Bien que M. Amussat ne perçût pas dans les régions périnéale et coccygienne une fluctuation indiquant que le rectum distendu se terminait près de la peau, il crut devoir inciser sur le raphé très en arrière, afin d'aller à la recherche de l'intestin qui, d'après sa terminaison probable dans la vessie, semblait devoir être assez facilement atteint par la région coccygienne. L'incision étant faite dans ce point, M. Amussat chercha inutilement l'intestin. Il lui fut impossible d'arriver jusqu'au cul de sac terminal, et cependant l'incision s'étendait à près de cinq ou six centimètres de hauteur; un trois-quarts, introduit profondément dans la direction du rectum, ne produisit aucun résultat.

Un moment on crut avoir atteint la fin de l'intestin; et, en effet, on sentit au fond de la plaie un organe conique qui paraissait être la fin du rectum; il fut incisé, mais aucun liquide ne sortit. Enfin, fatigué d'avoir fait pendant long-temps des recherches inutiles, et voyant que l'enfant perdait beaucoup de sang et qu'il s'affaiblissait, M. Amussat crut devoir, par prudence, arrêter là son opération. On plaça une mèche dans la plaie, et de temps en temps on examina si l'intestin ne viendrait pas de lui-même faire une saillie assez manifeste au fond de la plaie. Dans ce cas, on aurait pu, peut-être, l'attirer jusqu'à la peau et l'ouvrir après l'avoir fixé par quelques points de suture entortillée. L'enfant a succombé deux jours après, sans qu'il ait été possible d'arriver à percevoir aucune sensation de la présence du rectum à la partie inférieure du bassin.

D'après les pièces pathologiques que M. Amussat met sous les yeux de l'académie, on constate que le rectum est très dilaté, et qu'il se termine à droite, dans la vessie, entre les deux uretères, par un pertuis trèsétroit, difficile à découvrir, et par lequel il ne pouvait s'écouler que la partie la plus liquide du méconium. Tout le gros intestin est très distendu, et on voit que le colon lombaire gauche est fixé à la paroi abdominale, et qu'il est dépourvu de péritoine en arrière dans le tiers au moins de son étendue. Il résulte de cette disposition, qui est constante, à quelques exceptions près, chez les enfans aussi bien que chez les adultes, que les colons peuvent être facilement atteints dans la région lombaire sans ouvrir le péritoine; et, pour ne parler que des enfans nouveau-nés, M. Amussat fait remarquer que sur plus de vingt sujets de cette espèce qu'il a examinés avec attention, il n'a trouvé qu'une seule fois le colon fixé par un mésentère dont les deux lames étaient rapprochées l'une de l'autre; mais encore, dans ce cas exceptionnel, l'intestin était vide et contracté. Toujours aussi, chez les enfans, le rein étant placé en dedans du colon lombaire gauche, on a un guide certain pour arriver à la portion du colon dépourvue de péritoine.

Chez les adultes, la position respective des deux organes, du rein et du colon, n'étant pas toujours aussi constante, il en résulte, dit M. Amussat, que l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire est plus difficile que sur les enfans où une sorte de boussole, le rein, ne permet presque aucun doute sur la position du colon, de cette portion de l'intestin qu'on peut ouvrir sans danger d'intéresser le péritoine.

M. Amussat conclut, d'après les pièces qui font l'objet de sa communication, que, dans les cas d'imperforation de l'anus, on ne doit aller à la recherche de l'intestin dans la région périnéale ou coccygienne que lorsqu'on perçoit manifestement la fluctuation à travers la peau de ces régions. Ce signe manquant, on s'expose à faire des opérations inutiles après lesquelles il n'est plus possible de tenter avec des chances de succès d'établir un anus artificiel dans la région lombaire, car les enfans, épuisés par la douleur et par la perte de sang ne suporteraient pas tous impunément une nouvelle opération.

Le rectum se terminant dans la vessie, il faudrait même, dans ce cas particulier, dit M. Amussat, recourir de suite à l'opération dans la région lombaire, si on ne percevait pas de fluctuation vers le plancher du bassin.

Après cette communication, M. Amussat donne quelques détails sur un enfant nouveau-né du sexe masculin, qui lui a été présenté dimanche dernier, n'ayant point rendu de méconium depuis la veille, jour de sa naissance. M. le docteur Garnier, médecin à Charonne, examina cet enfant et le fit apporter chez M. Amussat. Le raphé se prolongeait en arrière jusqu'au dessus du coccyx, et on voyait un tubercule ovoïde à l'endroit où l'anus aurait dû s'ouvrir. En palpant attentivement la région périnéale, pendant les mouvemens d'expiration et lorsque l'enfant criait et s'agitait, M. Amussat perçut une fluctuation assez manifeste. Alors, en présence de MM. L. Boyer, Filhos et Garnier, un bistouri fut plongé de bas en haut et d'arrière en avant à plus de trois centimètres de profondeur; il ne sortit rien; mais en agrandissant l'ouverture, surtout en avant, et en retirant l'instrument, du méconium noir, épais et gluant, s'est échappé sous la forme d'une sangsue. Enfin, une sonde de femme ayant été introduite profondément, un bistouri boutonné guidé par cet instrument servit à agrandir l'ouverture en arrière, et alors du méconium sortit en grande quantité, puis une mèche fut placée dans l'ouverture anale. Depuis l'opération, M. Amussat a revu l'enfant plusieurs fois. Aujourd'hui son état n'était pas très satisfaisant; il était jaune et très faible. On a lieu de craindre que la résorption des matières dans le trajet artificiel ne produise le même résultat que celui qui a eu lieu presque constamment chez les enfans opérés dans la région coccygienne, surtout lorsque l'anus ne se terminait pas très près de la peau.

Enfin, M. Amussat profite de cette occasion pour dire que l'enfant sur lequel il a établi un anus artificiel dans la région lombaire gauche sans ouvrir le péritoine, et qu'il a présenté à l'Académie le 19 avril dernier, continue à jouir d'une bonne santé. Il a maintenant près de quatre mois.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Emploi du sirop de miel contre la constipation.

M. le docteur Roux préconise le sirop de miel de Bretagne comme un des meilleurs moyens de combattre la constipation indépendante d'une affection organique. Selon ce médecin, il paraîtrait que la concentration du miel obtenue par la cuisson, donne à celui-ci une vertu laxative que le miel ordinaire n'a pas; aussi le conseille-t-il aux personnes d'une constitution chaude et sèche, à celles qui ont un tempérament nerveux, aux femmes enceintes, enfin à tous les individus dont le ventre est paresseux.

Le double avantage qu'offre ce médicament, c'est d'avoir un goût très agréable et de pouvoir être pris sans aucune préparation préalable et dans tous les temps. En effet, il suffit ordinairement d'en prendre deux cuillerées dans un verre d'eau, trois ou quatre fois dans la journée, pour obtenir l'effet désiré. Du reste, cette espèce d'hydromel peut être considérée comme une boisson rafraîchissante qui doit remplacer les sirops acidulés si généralement employés dans les temps de chaleur.

Pour confirmer son opinion, M. le docteur Roux cite un bon nombre d'observations intéressantes sur les heureux effets obtenus par le sirop de miel, dans des cas où l'emploi de purgatifs légers n'avait produit aucun effet, et où les purgatifs actifs avaient occasionné de graves accidens inflammatoires. (*Echo du monde savant*; mai 1842.)

Sirop contre la coqueluche.

Pr. Sirop d'éther,	20	grammes.
Sirop d'opium,	20	id.
Sirop de belladone,	20	id.
Sirop de fleurs d'oranger,	20	id.

Mêlez par agitation.

La dose est de dix à vingt grammes par jour, que l'on administre par petites cuillerées à café de temps en temps.

Les quintes, qui diminuent et sous le rapport de l'intensité et sous le rapport de la fréquence, par l'usage de ce mélange, ne tardent pas à reparaître et à réprendre toute leur violence première lorsqu'on suspend l'emploi de la médication.

Quelque avantageux que soit le mélange sirupeux précédent, le sirop d'ipécacuanha, donné seul par petites cuillerées à café tous les quarts d'heure, de manière à produire trois, quatre ou cinq vomissemens, paraît avoir une action plus radicale et plus durable.

(Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique*; 1842.)

— Une ordonnance du roi datée de Neuilly, le 15 mai mai 1842, et contresignée par M. Villemain, ministre de l'instruction publique, contient les dispositions suivantes :

Art. 1er. Les aspirans au doctorat en médecine ou en chirurgie et les aspirans au titre de pharmacien, qui auraient été admis dans le service de santé de la marine comme chirurgiens ou pharmaciens de 3e, de 2e ou de 1re classe, conformément aux dispositions de notre ordonnance du 12 juillet 1835, obtiendront la gratuité des inscriptions nécessaires pour parvenir soit au doctorat devant une faculté de médecine, soit à la maîtrise en pharmacie, sous la condition de se vouer pendant quinze ans au moins au service de santé de la marine.

Cette condition sera garantie au moyen d'un engagement souscrit par le candidat, et dûment accepté par notre ministre secrétaire d'état au département de la marine. Copie certifiée dudit engagement sera transmise au département de l'instruction publique, avec les autres pièces établissant le droit aux dispenses prévues par la présente ordonnance.

Art. 2. Quatre ans de services constatés soit en qualité d'élève interne ou externe, soit en qualité de chirurgion ou de pharmacien dans un des hôpitaux de la marine établis à Brest, Rochefort et Toulon, compteront pour l'obtention des seize inscriptions prescrites dans les facultés de médecine, ou pour les huit années de stage dans une officine, actuellement exigées des élèves en pharmacie.

Art. 3. Tout chirurgien ou pharmacien de la marine qui aura obtenu la concession des inscriptions prescrites pour le doctorat en médecine, ou la dispense des années de stage exigées par la maîtrise en pharmacie, devra, pour être admis aux examens desdits grade et titre devant une faculté de médecine ou une école spéciale de pharmacie, justifier préalablement soit des diplômes de bachelier ès-lettres et ès-sciences presrcits par l'ordonnance du 9 août 1836, pour les étudians en médecine, soit du diplôme de bachelier ès-lettres prescrit par l'ordonnance du 29 septembre 1840 pour les élèves en pharmacie.

Il sera tenu, quant à la réception, d'acquitter seulement le droit de présence des examinateurs, et les frais relatifs aux opérations qui font partie des examens, ainsi qu'à l'impression de la thèse inaugurale.

Art. 4. Le chirurgien ou pharmacien qui renoncerait au service de la marine ou qui serait mis en réforme dans un des trois premiers cas prévus par l'art. 12 de la loi du 19 mai 1834, demeurera débiteur envers le trésor public du prix des inscriptions obtenues à titre d'avance gratuite dans les facultés de médecine ou dans les écoles de pharmacie, et de la partie du prix des examens dont il lui aurait été fait remise dans les écoles de pharmacie.

Art. 5. Les diplômes délivrés aux officiers de santé de la marine relateront la disposition ci-dessus prescrite; il en sera fait également mention sur les registres d'inscription de la faculté de médecine ou de l'école de pharmacie près desquelles l'officier de santé aura pris ses grades; et le département de la marine devra transmettre au département de l'instruction publique avis immédiat de toute cessation de service d'un officier de santé, avant l'accomplissement des quinze années prescrites en l'art. 1er et par une des causes prévues en l'art. 4 de la présente ordonnance.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 21 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 61. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois
Bureaux de Redaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr., un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Fièvre typhoïde avec prédominance de symptômes cérébraux. Mort. Absence de lesions intestinales; traces de méningo-encéphalite. — Un mot sur les altérations anatomiques de la fièvre typhoïde en général.

Au n° 5 de la salle des femmes était couchée une jeune fille dont voici en quelques mots l'histoire. Il y a une quinzaine de jours cette jeune fille tomba malade et fut forcée d'interrompre ses occupations (elle est femme de chambre); son état acquit en peu de jours une telle gravité qu'elle fut obligée de s'aliter. M. Rostan ayant été appelé auprès d'elle en ville, la trouva dans l'état suivant : abattement général, pouls fréquent et fébrile, face injectée, yeux brillans, lèvres et dents sèches, râle muqueux vers la base des poumons, borborygmes, etc. Ces symptômes ayant fait soupçonner une fièvre typhoïde commençante, M. Rostan engagea cette fille à entrer à l'hôpital, où on lui pratiqua immédiatement une saignée du bras. On a insisté pendant deux jours sur les saignées générales et locales. Voici ce qui s'est passé depuis le moment où cette malade est entrée dans les salles.

Dès le lendemain au soir, elle eut un délire assez intense, mais qui n'eut point de suite. Le jour suivant à 6 heures du matin elle fut prise de mouvemens convulsifs, de soubresauts des tendons, de contractions des muscles; la tête était portée dans un mouvement de rotation à droite d'une manière permanente, son regard était fixe; en un mot, elle était dans un véritable état tétaniforme. Ces phénomènes allèrent toujours en s'aggravant. On remarqua qu'il ne s'était point encore formé d'éruption pétéchiale, mais il existait de grandes vésicules noires d'une dimension beaucoup plus grande que les sudamina ordinaires. Les pétéchies parurent peu de temps après et il survint en même temps du dévoiement qui n'avait pas encore eu lieu depuis le début de la maladie. L'état tétanique dura pendant deux jours au bout desquels il cessa complétement; mais les symptômes principaux de l'affection typhoïde prirent un développement et une intensité tellement considérable que la malade succomba en quelques jours.

A l'autopsie, on a trouvé des lésions dont la nature et la gravité étaient parfaitement en rapport avec la forme nerveuse et convulsive particulière que la maladie avait revêtue dès le début, en même temps qu'on a constaté l'absence de quelques-unes des lésions considérées comme essentielles et caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Les intestins étaient sains, pâles, décolorés dans toute leur étendue; on n'y trouvait pas la plus légère trace d'ulcération ni de développement des follicules.

Le cerveau seul offrait des lésions d'une extrême importance. On remarquait d'abord une très belle injection de l'arachnoïde. On voyait au-dessus les circonvolutions cérébrales légèrement granulées, comme sablées; elles avaient contracté dans quelques points des adhérences avec les méninges. A la partie supérieure du cerveau, les glandes de Pacchioni se détachaient avec l'arachnoïde en même temps qu'une petite portion de pulpe cérébrale. Il n'en fallait certainement pas davantage pour caractériser une méningo-encéphalite.

L'un des poumons était très injecté et considérablement engorgé; mais son tissu conservait sa résistance et son élasticité normales; il ne se laissait point déchirer avec cette facilité que l'on remarque dans les cas d'inflammation. Le poumon était le siége d'un simple engouement.

Les autres organes n'offraient rien de particulier.

— En parlant, dans une des dernières séances, de l'affection typhoïde, nous avons admis, contrairement à l'opinion de quelques médecins, une cause spécifique qui imprime à cette maladie un caractère particulier. Nous laisserons aujourd'hui de côté la question de la contagion ou non contagion de l'état typhoïde, bien que ce soit une question d'une haute importance. Nous nous occuperons pour l'instant de la question des altérations pathologiques propres à cette affection.

Pour que l'opinion des médecins qui n'admettent dans la fièvre typhoïde qu'une simple phlegmasie intestinale fût exacte, il faudrait que les lésions anatomiques fussent toujours en rapport avec le degré d'intensité de cette phlegmasie; mais il s'en faut que les lésions que l'on rencontre dans le plus grand nombre des cas répondent à la nature et à la forme de la maladie dont ces médecins supposent l'existence. La lésion principale et caractéristique de l'affection typhoïde est, comme tout le monde le sait, la lésion des glandes de Peyer, des follicules agminés et des glandes de Brunner. Mais ces altérations existent-elles toujours? Quelques médecins considèrent ces altérations comme les caractères essentiels de cette maladie; d'autres ne les regardent au contraire que comme de simples symptômes ou des épiphénomènes. Dernièrement même on a été jusqu'à révoquer en doute l'existence de ces lésions. Quant à nous, nous continuons jusqu'à nouvel informé à considérer ces lésions comme bien réelles et comme constituant un des principaux caractères de la maladie typhoïde. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions admettre que cette affection puisse dépendre jamais d'une simple phlegmasie intestinale. Pour n'en prendre un exemple que dans le fait même dont il vient d'être question, il suffit de voir la pâleur et la décoloration de l'intestin de cette malade pour éloigner toute idée d'inflammation. Voici du reste quelle est en général la marche que suivent dans leur développement les altérations dont il s'agit.

Au début de la maladie les plaques de Peyer se tuméfient, elles deviennent saillantes et ont une apparence gauffrée comme si la muqueuse était soulevée par le produit d'une sécrétion morbide. Les intervalles compris entre les follicules sont un peu plus foncés qu'à l'état normal. Les plaques sont plus pâles, elles ont en général de un à deux pouces d'étendue. Plus tard elles commencent à rougir en même temps qu'elles prennent un plus grand accroissement; elles se ramollissent ensuite au point qu'on peut enlever facilement la membrane muqueuse. Il se forme enfin des ulcérations. Ces ulcérations ont des bords élevés; elles sont d'un rouge foncé, et l'on voit à leur centre le tissu sous-muqueux dénudé; souvent la membrane musculeuse et la membrane péritonéale elle-même sont peu à peu détruites, ce qui donne lieu quelquefois aux perforations intestinales. Ces lésions augmentent ordinairement à mesure qu'on descend vers la valvule iléo-cœcale. On voit aussi en général les follicules de Brunner qui deviennent très développés et qui présentent un aspect granuleux.

Un médecin recommandable, en décrivant ces lésions, a cherché à les rattacher aux différentes évolutions de la maladie. D'après lui, à la première période correspond le développement des glandes de Peyer. Ces glandes commencent à se développer dès le premier jour, leur volume augmente graduellement le second, le troisième jour, ainsi de suite les jours suivans jusqu'à l'ulcération, qui survient ordinairement vers le douzième ou le quinzième jour. Cette théorie peut paraître séduisante, mais elle n'est point exacte; on voit souvent des sujets typhoïdes arriver à une époque avancée de la maladie, jusqu'au vingtième ou trentième jour même, sans qu'il existe encore aucune altération appréciable; tandis qu'au contraire, chez d'autres sujets succombant dès les premiers jours, on trouve des lésions très considérables; de sorte qu'on ne peut établir rigoureusement aucune relation de temps à cet égard. Ainsi, cette évolution des glandes et des plaques de Peyer n'est point dans un rapport exact avec la gravité et l'ancienneté de la maladie.

Les ganglions mésentériques sont en général rouges et évidemment enflammés; ils sont gonflés dès le début et peuvent même finir par devenir suppurans. Broussais s'étayait de cette circonstance pour soutenir l'hypothèse d'une phlegmasie intestinale pure, opinion qui, comme nous l'avons vu, n'est pas soutenable.

FEUILLETON.

Lettre médicale sur la Hollande, adressée à MM. les membres de la Societe de médecine de Gand, par M. Joseph GUISLAIN.

M. le docteur Guislain, auteur de travaux très estimés sur les maladies mentales, a déjà publié un Voyage médical en Italie que, pour mon compte, j'ai lu avec infiniment de plaisir. Cette année, il vient de gratifier les *Annales de la Société de médecine de Gand* d'une lettre medicale sur la Hollande, qui offre plus d'un genre d'intérêt. Comme ce recueil n'est guère connu en France que des journalistes et des societes savantes, nos lecteurs nous sauront gré peut-être de leur présenter, d'après M. Guislain, quelques particularités médicales d'un pays qui rappelle irrésistiblement, à nous Français, le souvenir d'un vers célèbre de Voltaire (1), vengeance spirituelle et mordante d'un esprit irrité.

L'aspect général des lieux est décrit de la manière la plus pittoresque par M. Guislain :

« Et la mer, — toujours la mer, — mais blonde, souvent tumultueuse et menaçante. — Et puis des eaux troubles et noires, et des digues qui les encaissent; de grands fleuves, des rivières qui serpentent à travers les riches pâturages de ce pays; des canaux innombrables qui les transforment comme en un vaste réseau; — et des navires à pleines voiles qui semblent ramper à travers les terres, sur les digues, et apparaissent, comme dans un spectacle magique, derrière un groupe de maisons, un groupe d'arbre, un groupe de noirs moulins aux coiffures rouges... — Qu'elle est agréable à voir cette série de villes avec leurs retraites champêtres, groupées à la suite les unes des autres, et qui réveillent partout des souvenirs précieux. — C'est Dordrecht, la patrie de Beverwyk; Rotterdam, avec son grand fleuve et ses hommes de mer, qui rappelle Erasme; Delft, sépulcre des chefs de l'état, ville hollandaise type, à laquelle se rattachent les noms de Renier, de Graaf et de Leuwenhoek. C'est La Haye, avec son bois magique et sa cour, où naquirent Jean II, Huyghens, Kaan Boerhaave, de Haen et Adrien Helvetius. Voilà Leyde, silencieuse et savante, historique et célèbre par son courageux bourguemestre, qui rappelle Sylvius, Boerhaave et Van Swieten; Gaubius, Dodoens et Albinus; Dimmerbroek, Nuck, Linnée et Sandifort; où professèrent Juste Lipse, Scaliger et Camper. Puis Haarlem, avec son lac agité, son orgue, son souvenir colossal de Laurent Coster. Voici Amsterdam, régulière, grande et belle ville maritime, avec ses nombreux canaux, à laquelle se rattachent les noms de Tulp, de Roonhayzen, de Spinosa, de Vondel et de Bilderdyk. Et Utrecht, cette ville aux belles promenades, qui posséda Oosterdyk Schacht, Jean Heurnius et d'autres. — Que de noms illustres et chers à la médecine hippocratique! »

L'etat spécial de l'atmosphère toujours brumeux, cet air constamment saturé d'humidité, imprime à la complexion physique des Hollandais un cachet particulier et général que l'auteur a parfaitement décrit : « La peau des femmes hollandaises, d'un blanc mat, si belle aux yeux de ceux qui ne consultent point les vues de la science, vous indique déjà un état spécial de l'organisme. Ce n'est pas là la peau blanche des Anglaises, moins encore celle des femmes italiennes, avec sa nuance d'ivoire ou de marbre blanc. C'est un blanc de lait, même un blanc de crème, avec un manque de transparence; ce n'est pas l'aspect opalin. Ces yeux bleus, si fréquens en Hollande, ces cheveux blonds ou bruns-pâles, ces barbes rares parmi les hommes, vous annoncent un état humoral particulier. — Puis ces peaux ternes qui sont le propre de tous les pays où l'air est vicié, dans les vallées, entre les montagnes, dans les endroits ombragés et les terrains paludeux, se retrouvent abondantes et caracteristiques en Hollande. — La conformation des parties solides vous donne à cet égard de fortes conjectures. Voyez les dents, des femmes surtout : l'implantation en est irrégulière; souvent jaunes, même verdâtres, elles se carient vite à un âge où d'autres les conservent encore. La voûte orbitaire déprimee fait avancer l'œil, les tempes sont plutôt saillantes que plates; les articulations sont grossières et souvent noueuses; les mains ont du volume, les pieds, sans creux, sont tournés en dedans, tandis que les genoux se portent en dehors et donnent aux mouvemens corporels quelque chose de vacillant, de balançant, d'essentiellement hollandais, plus prononcé chez les campagnards et les gens de mer que parmi les habitans des villes. En général la pose du corps annonce dans le système musculaire une tendance au repos; peu de mouvemens avec les bras, peu d'activité dans les muscles rotateurs de la tête, peu de vivacite dans la marche : c'est la marche du promeneur, du flâneur; chez la plupart des femmes c'est presque une reptation. Tout cela, sauf les exceptions, est bien évident lorsqu'on procède par comparaison, par exemple avec la nation anglaise, dont la marche est si raide et si rapide; avec la nation française, dont le geste est si souple et si élégant. — Puis les chairs sont généralement flasques, le ventre est saillant, le corps est chargé d'une graisse liquide, indice positif d'une prédominance aqueuse. C'est cette exubérance d'élémens adipeux qui contribue si puissamment a arrondir les joues, à donner au corps, à la poitrine des Hollandaises les contours qui les distinguent, mais qui disparaissent bien vite après le premier affaissement, suite d'un travail utérin... Je disais que l'élément aqueux surabonde dans la constitution de la femme : en Hollande, comme partout où l'air est humide, une qualité atmosphérique est favorable aux attributs féminins, je dirais presque à la prédominance de son caractère sexuel. — Tous les observateurs ont signalé ce fait en Hollande, tous y ont trouvé ces apparences prononcées au physique comme au moral. La fécondité de la femme y est un fait averé; son aptitude génératrice est généralement reconnue. Elle a les hanches saillantes, les menstrues coulent bien, lorsqu'elles n'alternent pas avec des flux muqueux, effet de sa constitution flasque et lymphatique. D'ailleurs, l'usage général des caleçons, et celui des chaufferettes que le bon ton exige que l'on offre aux dames là où elles se présentent, chez les particuliers, à l'église, comme dans les hôtels, peut contribuer à tenir les régions inférieures du torse dans un état d'excitement favorable à l'afflux et à la concentration des fluides nourriciers. »

Dans le chapitre où l'auteur examine la constitution morale et intellectuelle des Hollandais, il ne pouvait pas oublier le contingent fourni par cette nation aux sciences médicales : « Déjà, dès le commencement du seizième siècle, nous voyons Foreest publier toute une série de bons travaux sur les fièvres, les douleurs, les maladies des yeux, les maladies de poitrine, celles de l'estomac, du foie, etc. — En 1583, nous trouvons à Leyde un Belge, Dodoens, celèbre botaniste et grand medecin, qui publia une longue série d'ouvrages, tous remarquables au plus haut point. Tulp donna un recueil d'observations, précieuses encore au moment actuel. Vanderlinden publia la première bibliographie médicale connue. Bontius donna des notions sur la médecine des Indiens et des Égyptiens. Rhynes fit connaître la médecine des Japonais. Lanzwerde, plus tard professeur à Cologne, écrivit sur les mouvemens musculaires, sur les instrumens de chirurgie, sur l'abus des eaux minerales, sur la goutte, etc. Craanen, partisan de l'alchimie, antagoniste des crises, donna plusieurs observations et dissertations intéressantes. Boutekoe mit au jour des travaux philosophiques et médicaux. Sylvius Deleboe, appelé a Leyde, y publia un grand nombre d'ouvrages et occupa le monde de ses doctrines. Blankaart publia un dictionnaire et d'autres travaux, et Ruysch se rendit célèbre par ses injections. Drelincourt, venu de France, acquiert en Hollande une haute renommée par son enseignement et ses ouvrages. Boerhaave, né en 1668, paraît. Ses nombreux écrits sur presque toutes les branches de la médecine étonnent et subjuguent les hommes de l'époque. Gorter publie des œuvres nombreuses et remarquables. Albinus (Weiss), célèbre par ses travaux anatomiques, jette un grand lustre sur l'école de Leyde. Van Swieten, cette tête encyclopédique, marche sur les traces du grand Boerhaave et compose un recueil de toutes les sciences médicales de l'époque, monument d'érudition remarquable. On voit apparaître successivement Kaan Boerhaave, Decker, Vosterdyk Schacht, Kloek-Hof, qui fait connaître le ramollissement du cerveau. Leeuwenhoek, qui examine les tissus au microscope. Musschenbroek, qui jette du jour sur plusieurs questions médicales. Hartsoeker, qui s'adonne également aux recherches micros-

(1) « Adieu canaux, canards, canaille! »

Le foie et la rate sont souvent tuméfiés. Ils changent de couleur, se ramollissent et deviennent friables, ce qui s'observe surtout dans la rate, qui prend une couleur violacée, lie de vin, très prononcée. Mais cette lésion n'est point constante et nécessairement liée à l'état typhoïde.

On a signalé, en dernier lieu, dans les poumons, l'existence d'un râle sibilant que l'on a appelé, à cause de sa coexistence presque constante avec cette affection. *râle typhoïde.* Ce râle ne nous paraît pas impliquer l'existence d'une pneumonie. Notre malade a présenté ce symptôme, et nous avons trouvé, à l'autopsie, un poumon très injecté et considérablement engoué. Cet engouement consiste tout simplement dans une interposition de liquide entre les cellules pulmonaires : ce n'est point là une véritable inflammation.

Nous arrivons au cerveau. Il y vingt ans que je soutiens qu'il ne peut y avoir d'altération fonctionnelle sans lésion d'organes. Ce principe a toujours servi de base à mon enseignement clinique. On trouve cependant encore des médecins qui ne veulent pas admettre cette vérité. En vertu de principe, j'avais été conduit à soupçonner que toutes les fois qu'il y a du délire, il devait exister une lésion cérébrale, soit grave, soit légère ou même fugitive. D'après ces notions, confirmées depuis par un grand nombre d'examens cadavériques, je suis parvenu à démontrer que dans la fièvre typhoïde, toutes les fois qu'il existe du délire, pour peu que ce délire persiste, il existe une altération matérielle de l'encéphale. Il n'est pas, du reste, nécessaire qu'il y ait une lésion profonde pour produire le délire ; il suffit souvent d'une simple injection. En continuant mes recherches sur ce sujet, je suis arrivé à faire voir des lésions très profondes du cerveau, des méningo-encéphalites, dans des cas de fièvre typhoïde. Aujourd'hui les opinions paraissent modifiées à cet égard, et se rapprocher de la nôtre. Le cerveau malade qui a fait l'objet de cette digression confirme en tout point cette doctrine.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Considérations recueillies à la clinique de M. BAUDENS, *sur quelques cas de fracture récemment observés* ; par M. BERTHERAND, chirurgien sous-aide-major.

L'étiologie des divisions osseuses, dont nous allons nous occuper, nous présente généralement comme déterminante l'action d'une cause traumatique : chez les cavaliers, des coups de pied de cheval constituent une violence qui agit presque toujours directement ; ce sont, chez les fantassins, des chutes, des rixes, etc. N'omettons pas de mentionner une circonstance prédisposante en quelque sorte à la fréquence et à la facilité de ces lésions ; elle réside dans les modifications imprimées au tissu osseux par le vice syphilitique, chez les individus qui en sont atteints. J'insiste à dessein sur cette constitution, que nous ont offerte quelques soldats porteurs de fracture. L'effet immédiat est de contrebalancer notablement les conditions heureuses dans lesquelles se trouvent les sujets jeunes et robustes de la classe militaire.

Au point de vue de leur siège, si les fractures offrent *à priori* d'autant plus de chances de prompte guérison qu'elles sont plus éloignées du tronc, que le membre est moins volumineux, que les os sont moins masqués par les chairs, comme à la jambe, par exemple, à l'avant-bras, par contre, il faut tenir compte des complications, du nombre des os brisés, de la position et des fonctions de ces pièces de la charpente humaine. L'immobilité des fragmens, si nécessaires pour leur soudure, n'est pas toujours facile à obtenir. Ainsi, que de difficultés quand on a affaire à une côte fracturée, bien que la lésion soit ici sous-cutanée, pour maintenir un os dont la mobilité s'accommode si peu des moyens de contention et dont les fragmens, d'ailleurs, peuvent porter des atteintes si graves sur les organes de la cavité thoracique ! sous ce point de vue, rien donc d'absolu.

Si nous voulions faire l'histoire complète du sujet qui nous occupe, l'exposé des signes diagnostiques et différentiels se présenterait naturellement ici. Mais l'enseignement clinique diffère en cela surtout de l'enseignement écrit et des cours théoriques, qu'il considère bien plutôt les faits individuels que les lois et les préceptes généraux dans leur institution et leur application. Nous renvoyons donc à l'histoire particulière de chacun des cas qui vont nous appartenir, l'appréciation des phénomènes dont nous aurons besoin pour établir notre diagnostic.

Fractures de jambe, d'avant-bras, de côte, tels sont les faits pratiques desquels nous allons appuyer notre traitement, nos tentatives pour modifier les diverses méthodes usitées jusqu'à ce jour.

Que si nous abordons la thérapeutique, nous voyons deux modes généraux se partager le traitement des solutions de continuité des os. Des appareils à pièces de linge mobiles, simplement appliquées sur les membres, sont garnis et soutenus par des fanons, des attelles ; ou bien, ces mêmes pièces, imprégnées de substances agglutinatives plus ou moins promptement siccatives, constituent autour des parties lésées une enveloppe qui se durcit bientôt, et les contient dans une véritable boîte, dont on ne peut au moins contester la solidité.

La nécessité de renouveler souvent les parties composantes des premiers, la perte de temps, si préjudiciable surtout quand on a affaire à un grand nombre de blessés, la difficulté, l'impossibilité même d'en assurer l'immobilité et la solidité, ont fait avec raison en réserver l'emploi pour des circonstances et des conditions toutes spéciales.

Si l'appareil inamovible dont nous avons parlé n'accuse point ces inconvéniens, il faut convenir aussi que tel qu'il a été appliqué jusqu'à ces derniers temps, il a justifié de nombreux reproches. Ainsi, il est vrai de dire qu'avec lui, les os emprisonnés tout d'abord dans de nombreuses pièces, échappent pendant toute la durée du traitement à la surveillance du chirurgien : il en est de même des parties molles qui les entourent, lesquelles peuvent être lésées aussi, et réclamer l'intervention des topiques, de soins qui, dès-lors, n'y arriveront plus. Ajoutez que : 1° les attelles et fanons qui entrent dans sa composition, ne pouvant jamais par le fait même de leur solidité, se modeler sur les saillies et enfoncemens des surfaces qu'ils avoisinent, il en résulte une compression inégale, douloureuse sur certains points ; la pression générale que l'appareil exerce sur toute la périphérie du membre, en détermine l'atrophie et l'amaigrissement ; 3° la multiplicité des pièces en rend l'assemblage difficile, quelquefois impossible à se procurer, et l'application toujours fort longue ; 4° dans les cas de déviations et de déplacemens des extrémités des os fracturés, ces moyens sont insuffisans pour remplacer les mains des aides, qui ont opéré le redressement en faisant l'extension et la contre-extension. C'est sous ce point de vue surtout que l'appareil de M. Baudens a une incontestable supériorité pour remplacer parfaitement bien la main des aides pendant toute la durée du traitement, et pour prévenir tout déplacement ultérieur.

Ces imperfections dans les appareils journellement usités ont suggéré à quelques chirurgiens d'heureuses modifications reposant sur le principe, excellent d'ailleurs, qui en fait la base, l'immobilité. C'est pour parer autant que possible à ces défauts que M. Mayor, un des chirurgiens auxquels l'art des pansemens est redevable d'une multitude de perfectionnemens les plus ingénieux, a proposé *la planchette.* Cet appareil consiste à placer le membre malade sur une planche garnie de coussinets assez élastiques pour l'adapter à la configuration extérieure des parties. Des lanières, des cravates, servent de moyens de contention, que le praticien modère et dispose à son gré. Ici, comme on le voit, la partie postérieure du membre seule est en contact avec le pansement : tout le reste est à nu. C'est là un progrès dont l'art est redevable au chirurgien de Lausanne. Il va sans dire que la longueur de la planchette peut être augmentée ou diminuée selon toutes les circonstances, de manière à remplacer avantageusement les attelles des autres procédés.

L'appareil dont nous allons parler nous paraît avoir atteint à un haut degré de perfectionnement : il appartient à M. Baudens. C'est en 1831 que ce chirurgien s'en est servi pour la première fois : « Nous étions en marche, harcelés par les Arabes, dit-il, dans sa clinique des plaies d'armes à feu (p. 483), et voici comment je fis un pansement à la hâte. Un appareil simple et ordinaire recouvrit la jambe fracturée, et à défaut d'attelle, je brisai une caisse à biscuits pour me procurer une planche d'une longueur d'un mètre sur 54 centimètres de largeur environ. Après l'avoir matelassée avec du foin, j'y plaçai le membre fracturé de manière à ce que les extrémités de ce plancher solide dépassassent de 10 centimètres le talon et d'autant l'articulation tibio-fémorale. Les deux chefs d'une forte bande ayant été attachés sur la plante du pied, et deux autres chefs sur le genou, ces derniers furent ramenés sur la face postérieure de la planche, et fixés par un nœud avec ceux du pied. De la sorte, les deux extrémités de la planche qui dépassaient le genou et le talon faisant l'office de poulies, il fut aisé, en tirant sur les chefs des bandes, d'opérer une extension et une contre-extension douces, permanentes, parfaitement en équilibre pour remplacer la main des aides, maintenir les bouts de la fracture en rapport et empêcher le chevauchement. Ainsi disposé, ce militaire fit route assis sur un mulet ; il put au besoin saisir la planche à deux mains et porter lui-même sa jambe fracturée. A notre arrivée à Alger, je renouvelai cet appareil, que je conservai ensuite pendant 70 jours, après lesquels la consolidation fut terminée. »

Depuis, cet appareil a été perfectionné : voici comment nous l'avons vu appliquer dans les salles de l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Il se compose d'une caisse à ciel ouvert, dont le plancher, d'un mètre de long sur 36 centimètres de large, est échancrée à son extrémité fémorale pour recevoir la brisure de l'articulation du genou. Les parois de la caisse sont mobiles à l'aide de charnières ; elles peuvent s'abattre au niveau du plancher, se relever et être fixées par des crochets à une planchette qui ferme la boîte à son extrémité digitale. Cette planchette, espèce de chevalet, est également articulée. Les parois de cette boîte sont hautes de 25 centimètres et percées de plusieurs rangées de trous qui donnent passage aux liens destinés à la coaptation des os brisés. Soit maintenant l'appareil à appliquer, par exemple, pour une fracture de jambe : on mettra sur la paroi inférieure un drap plié carrément et dépassant en tous sens d'environ 20 centimètres le plancher de la boîte. Entre les plis de ce drap on dispose une couche de crin épaisse de cinq travers de doigt, et plus abondante dans les points qui doivent correspondre aux dépressions de la face postérieure du membre sous le tendon d'Achille, de telle sorte que le talon n'ait aucun point d'appui. Sur le milieu du drap ainsi rembourré de crin, l'on place un bandage à dix-huit chefs, et par-dessus ce bandage on dispose une compresse longuette, dite talonnière, garnie de crin, destinée à s'emboîter sous le tendon d'Achille sans empiéter sur le calcanéum, et devant s'arrêter au milieu de la jambe. Cette talonnière présente un plan incliné du talon vers le mollet, remplit les dépressions de la face postérieure du membre, qu'elle déborde sur les côtés en lui formant un point d'appui, et prévient les douleurs du talon si souvent intolérables par les appareils ordinaires. Puis on dispose autour du pied et du genou, ainsi qu'il suit, les liens destinés à l'extension et à la contre-extension continues. Pour prévenir l'excoriation et une pression trop forte, il faut avoir soin de matelasser les malléoles avec des gâteaux de ouate que maintiennent quelques jets de bande en forme d'étrier. Deux autres bandes sont fixées par leur partie moyenne à la plante du pied, en continuant l'étrier : ces quatre liens servent à l'extension. On procède de même sur le genou qui est entouré de ouate pour protéger les condyles ; une bande de 2 mètres 50 centimètres est placée déroulée sur l'un et l'autre condyle, et maintenue, à sa partie moyenne à l'aide de liens circulaires. Ces liens sont destinés à la contre-extension.

Le membre ainsi disposé est mis sur l'appareil. Les liens du genou sont réfléchis en haut sur le rebord du plancher qui dépasse le genou de 10 centimètres ; ramenés ensuite à la face postérieure de la boîte, ils viennent se joindre aux liens du pied engagés dans les trous de la paroi digitale. Le membre étant ainsi dans une extension et contre-extension douce, continue et permanente, on panse la plaie s'il en existe, puis on applique le bandage à 18 chefs ; le drap qui déborde sur les côtés de la jambe est roulé à la manière de fanons pour former gouttière, et cette gouttière est soutenue par les parois de la boîte qui sont relevées et maintenues par des crochets. Quand il existe un déplacement selon le diamètre transversal des os on place sous le membre et au point correspondant au déplacement la partie moyenne de deux bouts de bandes dont les chefs sont ramenés en sens opposé dans les trous de l'une et de l'autre paroi de la caisse, de manière qu'ils fassent effort sur la pièce d'os déplacée et la ramènent dans une position normale. Cette puissance opposée d'action, ainsi obtenue par ces liens agit à la manière des doigts du chirurgien, quand, opposant le pouce aux autres doigts de la main, il remet en place les os brisés avec chevauchement latéral. Comme il est aisé de le concevoir, cet appareil à fracture a pour but de

---

copiques. Puis nous voyons Broen, Gaubeins, Ypey, Stalpart Van der Wiel, Horne et Roonhuysen, habile chirurgien. Dehaen met au jour plusieurs travaux, quitte la Hollande et porte ses connaissances en Autriche, où il publie sa *Ratio medendi*. Velthuysen, Groenvelt, Rau, Denys, s'occupent de la taille de la pierre. Vanderhaar publie un grand nombre d'ouvrages pratiques. Mathias van Geuns, Jean van Geuns, se font connaître par d'intéressans travaux. Jager écrit des lettres sur l'Italie. Camper, Sandifort, Bruggemans, van Solingen, qui habita quelque temps la Belgique, viennent clore cette cohorte de noms respectables. »

Si les Hollandais ont conservé par des monumens ou des statues le souvenir de leurs grands hommes politiques et militaires, ils n'ont pas eu la même libéralité envers leurs grands médecins. Engelbert de Nassau, Guillaume-le-Taciturne, Trumper et Ruyter, Erasme et Grotius, ont des mausolées dignes de leur grande renommée. « Mais devinez, dit M. Guislain, ce que l'on a consacré à la mémoire de Herman Boerhaave, dans l'église de Saint-Pierre, à Leyde : Une simple urne funéraire, vase sur lequel on lit : *Salutifero Boerhavii ingenio sacrum*, indigne pot de marbre, sous lequel dort le grand homme dont la gloire et le génie se sont répandus sur toute la surface de la terre : celui-ci méritait au moins une noble statue d'airain, de jaspe ou de porphyre. A quelques pas de là, gît je ne sais plus quel chambellan ; c'est une grande figure en marbre blanc qui rappelle un homme que personne ne connaît plus. Et un peu plus loin, quelques indications pour Sylvius Deleboe, une plaque de marbre pour Camper. »

Pénétrant plus avant dans le domaine de la médecine, l'auteur examine dans le chapitre suivant la constitution médicale de la Hollande. Il fait ressortir l'influence que l'air humide de ces contrées doit avoir sur la physionomie et la thérapeutique des maladies ainsi que sur le développement et la fréquence de certaines affections morbides. Malheureusement, les opinions de M. Guislain ne se sont produites que sous la forme d'assertions et de faits généraux, dont je suis loin de contester l'exactitude et la valeur ; mais on aurait aimé des démonstrations plus péremptoires que l'on peut du reste rarement recueillir dans un voyage.

Les hôpitaux, asiles et autres établissemens de bienfaisance sont, en Hollande, dans un état déplorable d'incurie. Les médecins font leurs visites cliniques un cigare à la bouche. « J'ai vu, dit l'auteur, un médecin, lors d'une visite clinique, entouré de ses élèves et d'une atmosphère de fumée, interroger ses malades et donner ainsi des explications à son auditoire. » Quant aux hôpitaux, voici ce que l'auteur raconte de la division des aliénés à l'hôpital de Buitengasthuis d'Amsterdam : « Pénétrez dans la division des aliénés, et vous y trouverez le comble des misères humaines. — Un mélange, un désordre affreux, difficile à dire. Des furieux entassés pêle-mêle dans des salles de quinze à vingt lits, se livrant à tous les excès, à tous les actes turbulens possibles ; des hommes enchaînés dans leurs lits par les mains et les pieds, et cela depuis plusieurs années ; dans les cours, enchaînés aux murs à peu près comme le sont les singes dans les ménageries. Partout l'imbécillité et la rage dans les traits. Des aliénés nus, accroupis, qui se plaignent de ne pas avoir assez de nourriture ; de la maigreur chez eux et une pâleur cachectique. Et quels horribles cachots ! Il me semble encore voir ces guichets, ces gonds, ces ouvertures rondes, ménagées au-dessus des portes ; ces chaînes, ces portes brunes qui les ferment. Je sens encore cette odeur méphitique qui s'en exhalait au moment de ma visite. Figurez-vous la position de ces malheureux, au nombre de cent cinquante à peu près. — Chacun d'eux coûte environ dix sous par jour à l'administration ; mais celle-ci ne fournit pas les habillemens ; il faut que les malades restent nus quand ceux-là sont usés ou ne sont pas renouvelés par leurs familles. »

L'étendue de mes citations me force à passer sous silence le chapitre consacré aux collections scientifiques disséminées dans la Hollande, collections dont quelques-unes présentent le plus grand intérêt et dont la France est si pauvre pour ce qui concerne les sciences médicales.

Ce travail de M. Guislain est fort remarquable, et dénote non seulement un observateur judicieux et savant, mais encore un médecin charitable et plein de zèle pour les souffrances du pauvre. Imprimé à part, ce voyage serait lu en France avec plaisir, surtout si l'auteur complétait par des documens certains et des observations faites sur une grande échelle, la partie consacrée à la constitution médicale de la Hollande. Là se trouveraient quelques matériaux utiles pour l'édification de cette grande science qui nous fait défaut et qui un jour jettera de vives lumières sur la pathologie tout entière, savoir : la géographie médicale. M. Guislain, plus que tout autre, par les qualités éminentes de son style, ainsi que par ses vastes connaissances, pourrait contribuer à l'édification de ce grand œuvre. Aussi est-ce avec quelque regret que j'ai lu cette phrase, presque la dernière de cet ouvrage : « Décidément, je reprends ma place au foyer domestique ; plus de vie expansive, plus de nouveautés de chaque jour, plus de grandes émotions ; je dépose la malle du voyageur ; je ne voyagerai plus. »

Tant pis, M. Guislain ; tant pis pour vos lecteurs, tant pis surtout pour la science dont je parlais tout à l'heure, qui trouverait en vous un digne et savant interprète.

B. B.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Demain samedi 21, à trois heures et demie, séance publique dans le grand amphithéâtre de la Faculté pour la distribution des sujets de thèses.

remplacer les mains des aides par des liens assez larges placés au pied (extension), au genou (contre-extension) et sur les côtés du membre (coaptation), dont l'action permanente ne peut manquer de maintenir les os dans un rapport parfait et de s'opposer à tout déplacement.

Les attelles, dangereuses, comme nous l'avons dit plus haut, et qui ont le grave inconvénient, dans les fractures compliquées de pousser dans les chairs les esquilles qui ont échappé aux recherches du chirurgien, sont exclues de l'appareil de M. Baudens. Cet appareil a l'immense avantage de permettre au praticien de faire sans aucun aide soit l'application, soit le renouvellement des pièces composantes, ce qui est fort important, comme on le conçoit du reste. Il est exempt d'un des graves reproches mérités par l'appareil inamovible, celui de ne pouvoir être utile dans les divisions osseuses compliquées de plaies ou de déviation des extrémités, et on peut dire qu'en permettant d'examiner la lésion avec une facilité remarquable et à volonté sans imprimer la moindre secousse au membre fracturé, il jouit, sous le rapport de l'immobilité, de l'avantage de l'appareil inamovible, et à la fois de ce que présente de bon l'appareil ordinaire, sans encourir, comme lui, le grave reproche d'ébranler le travail du cal chaque fois qu'on examine la fracture.

La réunion de quatre liens placés aux quatre angles de cet appareil a fourni un moyen de suspension dont on tire les meilleurs résultats surtout dans le traitement des fractures compliquées de plaies. Depuis une douzaine d'années M. Baudens ne traite pas autrement les fractures, on sait quels succès il a obtenu de ce traitement auprès de MM. les ducs de Nemours et de Bordeaux, le premier atteint d'une fracture d'olécrâne, le second d'une fracture du col du fémur. En ce moment, madame Pariset, qui a eu les deux os de la jambe fracturés avec issue des fragmens à travers les tégumens, est soumise à cet appareil et touche à une guérison parfaite.

Première observation. — *Fracture de la jambe gauche.*

M...., maître instructeur au 10ᵉ chasseurs, donnait une leçon à un jeune soldat, lorsqu'il fut frappé au tibia gauche par un coup de pied du cheval de son élève. Violemment maltraité par les ruades de cet animal, le cheval de M.... s'agenouilla aussitôt et jeta son maître à terre. L'instructeur parvint, non sans peine, à se relever; mais dès qu'il fut debout, le péroné gauche, succombant lui-même sous l'énorme poids de tout le corps contre lequel sa grêle structure ne pouvait lutter avantageusement céda et donna lieu à une deuxième fracture. Le diagnostic de ces solutions de continuité osseuse, déterminé par les moyens ordinaires, nous fit connaître que le tibia était divisé obliquement dans son tiers supérieur. Quant au péroné, il était soumis à l'action de deux forces opposées, l'une supérieure, représentée par la pesanteur du corps, l'autre inférieure, offerte par la résistance du sol; la fracture avait atteint cet os vers le milieu de son étendue. Grande mobilité des fragmens du tibia; pied déjeté en dehors; saillie de la malléole externe. La présence de ces extrémités osseuses, au milieu de la masse musculaire de la jambe, avait amené des désordres effrayans. L'engorgement inflammatoire avait revêtu un caractère d'intensité très redoutable, et les nombreuses et vastes ecchymoses qui formaient une large ceinture autour du membre, indiquaient assez que les parties internes étaient le siége d'une hémorrhagie causée par la présence des portions osseuses. A ces accidens graves, ajoutons que la douleur envahissait tout le membre. Néanmoins les déplacemens des os purent être reconnus. L'appareil de M. Baudens fut appliqué, et le membre, énormément tuméfié, chaud, douloureux, fut recouvert de glace comme une bouteille de vin de Champagne. Trois saignées furent faites dans les trente-six heures pour hâter la résolution des hémorrhagies sous dermiques et diminuer l'intensité des souffrances. Une fois la fièvre tombée et tout symptôme de réaction dissipé, la glace fut remplacée par de l'eau froide, puis par des résolutifs, puis par l'onguent mercuriel et des cataplasmes. Bientôt tout engorgement et tout gonflement cessèrent. Les désordres concomitans de la solution de continuité osseuse avaient été terribles, la double fracture des os du membre venait encore la compliquer, et, malgré cela, la réunion ne se fit point attendre. M..... sortit quelques mois après, sa fracture bien consolidée est exempte de tout raccourcissement du membre.

Deuxième observation. — *Fracture complète et oblique de la jambe droite.*

Le lit 12 de la salle 3 est occupé par P..., lancier au 3ᵉ régiment. Il tomba le 15 décembre, étant à cheval, de telle sorte que sa jambe droite se trouva froissée entre le sol et le ventre de ce dernier. Ne pouvant résister à cette énorme pression, et d'un autre côté se trouvant portés contre terre avec autant de violence, le tibia et le péroné se cassèrent obliquement, tous deux au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; à environ deux pouces de la réunion des os du pied à ceux de la jambe, dépression marquée. Impossibilité de se tenir debout; douleurs assez vives. Glace, réfrigérans, résolutifs: du reste, point de graves complications comme dans le cas précédent. Trois saignées de 400 grammes en quarante huit heures; emploi de l'appareil de M. Baudens. Rien de particulier durant son application. On l'enlève le 24 février et on rencontre une parfaite consolidation des fragmens.

Troisième observation. — *Fracture du radius droit.*

B..., du 19ᵉ de ligne, d'une constitution syphilitique, sortait d'une revue le 7 février, lorsque tombant subitement sur la paume de la main droite, il se trouva atteint d'une fracture du radius, à trois pouces environ de l'extrémité carpienne de cet os. Rien de particulier dans le diagnostic de cette solution de continuité osseuse. Une saignée fut pratiquée dès le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, et la boîte à fracture de M. Baudens mise en usage. Un des liens latéraux embrassant le carpe, le forçait à s'incliner du côté de la division osseuse. C'est ici que le traitement de M. Baudens présente une particularité remarquable. Contrairement aux idées reçues, il porte la main en dedans du côté du radius pour faire disparaître une branche du Z que présente la fracture du radius près de l'articulation. Cette branche, qui constitue un coup de hâche au côté cubital de l'articulation radio-carpienne, persiste après le traitement ordinaire et devient même plus prononcée qu'elle ne l'était par le seul fait de la fracture, parce qu'en portant la main en dehors pour écarter du cubitus le fragment inférieur du radius on augmente nécessairement la déviation totale de la main en dehors.

En portant la main en dedans la branche interne du Z, celle qui est représentée par le radius, offre un angle plus aigu, le fragment se rapproche du cubitus. Voici comme M. Baudens y obvie. Une petite attelle de bois, garnie de linge, en forme de coin, est fixée entre les deux os de l'avant-bras par le mécanisme qui suit:

Voulant, avec raison, éviter ce grand nombre de circulaires, de bandes et de compresses qui constituent toujours une gêne et un embarras préjudiciables au pansement, M. Baudens se sert d'un ressort demi-circulaire en forme de pince, dont les deux extrémités libres, renflées en forme d'ovales, correspondent aux faces palmaire et dorsale de l'espace inter-osseux, et peuvent être rapprochées à volonté à l'aide d'une vis de rappel.

Inutile de dire que préalablement, un gantelet a été placé pour prévenir l'engorgement de l'extrémité du membre.

L'appareil, levé le 1ᵉʳ mars, nous a offert une fracture parfaitement guérie: pas d'amaigrissement du membre, pas de difficulté dans le jeu des muscles. Liniment camphré en frictions.

Le 13 mars, les doigts ont repris leur mobilité normale;

Le 14, il reste à peine un peu de raideur dans le poignet. Continuation des frictions avec le liniment camphré.

Le 19, B..... sort de l'hôpital sans déviation aucune.

HOPITAL MILITAIRE DE PICPUS.

POST-SRIPTA *aux lettres écrites du Val-de-Grâce sur les urétrites, les épididymites, les balano-posthites, les adénites et les ulcères vénériens, et sur le traitement qui convient à chacune de ces maladies*; par le docteur DESRUELLES.

Post-scriptum aux 5ᵉ et 6ᵉ lettres. (Urétrites aiguës et chroniques.)

Les observations que nous venons de faire ont toutes prouvé combien est importante et juste la distribution que nous avons établie dans nos 5ᵉ et 6ᵉ lettres. En effet, la pratique confirme chaque jour qu'il existe des urétrites érythémoïdes ou bornées à la surface interne de la membrane muqueuse, comme l'indique le nom que nous leur avons donné, et qu'il y a des urétrites dermoïdes, ou attaquant le derme de cette membrane et les tissus environnans. Il est incontestable aussi que, d'après nos remarques, les urétrites de l'une et l'autre espèce, bien plus souvent les dermoïdes que les érythémoïdes, n'occupent quelquefois qu'un des points du canal où l'irritation est la plus prononcée, plus persistante, plus difficile à détruire, quand surtout l'engorgement des tissus voisins l'accompagne.

Nous affirmons aussi (et tous les praticiens seront de cet avis) que les urétrites sont, de toutes les maladies réputées vénériennes, celles dont le traitement exige, de la part du médecin, le plus de talent, d'études et de soins. La première indication est de se rendre maître de l'inflammation: c'est le plus souvent ce que l'on ne fait pas. Cette faute, commise dans le traitement de l'urétrite érythémoïde, n'a pas les fâcheuses conséquences que l'on observe tous les jours dans l'urétrite dermoïde caractérisée par une inflammation profonde et un engorgement sous-muqueux plus ou moins considérable. Dans cette espèce, qui heureusement se montre rarement générale, l'inflammation, localisée dans certains points du canal, s'y apaise par des moyens ordinaires, mais n'y est pas vaincue. Il reste alors un noyau de la phlegmasie qu'on a calmée et non détruite. Il en résulte que la moindre cause fait renaître la fluxion inflammatoire, et avec elle se rétablit la sécrétion du muco-pus. Ce dernier phénomène, qu'un praticien vulgaire met en première ligne, ne peut disparaître que lorsque sa cause organique est éloignée. Les révulsifs, tels que le copahu, le cubèbe, les injections de quelque nature qu'elles soient, peuvent faire diminuer ou même cesser cette sécrétion; mais elle se renouvelle bientôt; souvent elle revient avec une telle intensité, que les malades croient avoir contracté une nouvelle urétrite.

Nous rappelons ici ces importans faits de pratique qu'on a laissé passer inaperçus, et que nous avons discutés dans notre cinquième lettre; nous rappellerons aussi la distinction diagnostique que nous avons établie entre les urétrites érythémoïdes et les urétrites dermoïdes, afin de faire mieux apprécier les nouvelles ressources thérapeutiques auxquelles nous avons eu recours dans ces derniers temps, et dont nous allons exposer les résultats.

Depuis long-temps nous employions avec avantage, contre les écoulemens urétraux après cessation complète des douleurs et des érections douloureuses, un opiat dont voici la formule:

Poivre cubèbe récemment pulvérisé,	32 gram.
Baume de copahu,	16
Sulfate d'alumine et de potasse,	8
Magnésie,	*q. s.*
Essence de menthe pour aromatiser,	*q. s.*

On triture d'abord le baume de copahu avec huit ou dix gouttes d'acide sulfurique, pour lui faire perdre sa saveur âcre et son odeur désagréable. Cette addition donne d'ailleurs au copahu une qualité astringente qui ne nuit pas à son action spéciale sur la sécrétion urinaire et sur les cryptes muqueux de l'urètre.

Mais cet opiat, bien préférable au copahu pur, toujours désagréable à prendre, et que tous les estomacs ne supportent pas bien, et aussi au poivre cubèbe, dont l'action sur le rectum est quelquefois fâcheuse; cet opiat, disons-nous, réussit bien quand on en élève graduellement la dose jusqu'à cessation de l'écoulement, et qu'ensuite on l'abaisse successivement jusqu'à ce que l'on soit revenu à la première dose; mais il a l'inconvénient, ou de ne pas tarir entièrement l'écoulement du muco-pus, ou de déterminer la diarrhée chez les personnes lymphatiques, ou une constipation opiniâtre avec ténesme, chez celles qui sont d'une constitution sanguine et sujettes aux hémorrhoïdes, inconvénient grave, puisque les praticiens ont remarqué que la liberté modérée du ventre était favorable à la guérison des urétrites.

Il y a trois mois, M. le docteur Cordier, chirurgien sous-aide, me proposa d'employer en injection, contre les écoulemens rebelles, la mixture dont voici la formule:

Collyre de Lanfranc,	8 gramm.
Teinture de quinquina,	4
Teinture aromatique,	2
Teinture thébaïque,	30 goutt.
Eau de roses,	90 gramm.

J'ai modifié cette formule de la manière suivante:

Collyre de Lanfranc,		8 gramm.
Vin de quinquina,		4
Vin aromatique,	} *à â*,	2
Vin d'opium,		
Eau de roses,		120

On fait deux injections dans les vingt-quatre heures, puis trois. Après le deuxième ou le troisième jour, on ajoute aux quantités énoncées 4 grammes du collyre, on laisse telles qu'elles sont celles des autres médicamens, et l'on diminue de 30 grammes les doses d'eau de roses.

Nous désignerons ce médicament externe sous le nom de *mixture*, ou d'*injection cupro-arséniée*, pour éviter des périphrases en la rappelant.

Avant de l'employer, j'annonçai qu'elle réussirait sans doute dans les urétrites érythémoïdes, mais qu'elle serait inefficace dans les urétrites dermoïdes: mes prévisions se sont réalisées.

D'abord elle parut produire des effets, je dirai presque miraculeux (c'est ce qui arrive toujours lorsque l'on change subitement de médications sur des malades habitués à celles que l'on met en usage depuis quelque temps). Prémuni contre cet apparent succès, je restai observateur calme et attentif. Je vis, en effet, des écoulemens urétraux qui avaient résisté aux moyens ordinairement employés, cesser entièrement du quatrième au douzième jour de l'usage de ce moyen.

Nous n'avons pas tardé à connaître la valeur relative de la mixture cupro-arséniée. En effet, chez des hommes qui conservaient encore des douleurs dans le canal en urinant ou en étant en érection, la mixture n'augmenta que momentanément ces douleurs, qui s'apaisèrent ensuite; l'écoulement du muco-pus s'arrêta. Il fallut, pour guérir ceux-ci, un temps plus long que pour ceux qui ne souffraient plus, mais il ne survint aucun surcroît d'irritation. A ceux chez qui l'urétrite commençait à paraître avec des phénomènes inflammatoires, il semblait que l'urétrite perdait chaque jour de son intensité, et que la mixture eût agi comme antiphlogistique ou hyposthénisant.

Mais dans les urétrites dermoïdes, dans celles surtout qui, générales ou partielles, se compliquaient d'engorgemens sous-muqueux, l'injection cupro-arseniée augmentait les phénomènes inflammatoires, quoique l'écoulement du muco-pus semblât diminuer chez quelques hommes, disparaître presque complètement chez quelques autres.

Ce succès n'était qu'éphémère; car aussitôt qu'on cessait les injections l'écoulement reparaissait abondant, épais, d'un jaune verdâtre. Chez plusieurs malades, la mixture cupro-arseniée rappela l'irritation, et l'on dut revenir aux moyens antiphlogistiques, circonstance, du reste, qui ne fut pas défavorable à la guérison.

Toute chose égale d'ailleurs, l'injection cupro-arseniée réussit très bien dans les urétrites érythémoïdes quand la douleur a cessé; elle peut même être avantageuse au début de cette maladie; mais elle échoue dans les urétrites dermoïdes, surtout dans celles qui sont accompagnées d'engorgement sous-muqueux, et plus encore dans les dermoïdes partielles que dans les générales. Utile dans le premier cas, elle ne produit aucun accident, et ne peut faire craindre aucun rétrécissement subséquent, comme les astringens persistans, tels que l'extrait de ratanhia, le sous acétate de plomb dissous dans de l'eau distillée ou de roses.

La mixture cupro-arseniée agit-elle en vertu des sels d'arsenic et de cuivre qui entrent dans la composition du collyre de Lanfranc, ou par la propriété excitante et astringente des teintures ou vins aromatiques ou kinacés qu'on ajoute à ce collyre? Les sels d'arsenic et de cuivre, par leurs propriétés à la fois hyposténisantes et astringentes, donnent-elles à la mixture la vertu que nous lui avons reconnue, de tarir les écoulemens urétraux dans les conditions rappelées plus haut? Une expérimentation qui ne laisse aucun doute à cet égard est tentée par nous depuis peu de temps; elle consiste à nous servir, pour injections, de la mixture dont voici la formule:

Collyre de Lanfranc,	12 gramm.
Eau de roses,	120

Les résultats, encore peu nombreux à la vérité, que nous

avons obtenus en employant cette injection simplifiée, nous portent à croire que, dans cette circonstance, les sels d'arsenic et de cuivre ont les propriétés et les vertus que nous leur avons reconnues.

Avant de quitter ce sujet, qu'il nous soit permis de faire observer aux praticiens qu'ils sont dans l'erreur lorsque, injectant une solution d'opium, ils croient faire cesser la douleur du canal atteint d'inflammation. L'opium, dans ce cas, augmente l'irritation, la douleur et tous les phénomènes inflammatoires. C'est une observation que nous avons faite un grand nombre de fois.

Les faits de pratique que nous avons fait connaître à l'occasion de nos expérimentations avec la mixture cupro-arséniée, nous confirment dans l'opinion que nous avons émise dans nos lettres, savoir : que pour guérir sans retour les urétrites dermoïdes, il faut, après avoir détruit l'irritation sanguine, faire disparaître l'engorgement sous muqueux : que les révulsifs internes, copahu, cubèbe ou autres, sont impuissans pour tarir l'écoulement du muco-pus, et que l'emploi de bougies en cire ou en diachylon laissées dans le canal pendant une ou plusieurs heures, deux ou trois fois dans la journée, est certainement le moyen de traitement qui fait arriver à des résultats plus prompts et plus durables.

Nous avons eu des succès en employant simultanément, dans le traitement des urétrites dermoïdes chroniques, des bougies et des injections cupro-arséniées. En suivant cette méthode, qui s'éloigne de celle généralement adoptée, nous avons guéri des urétrites dermoïdes qui dataient de plusieurs années, et contre lesquelles on avait mis en usage tous les moyens connus.

M. N. nous fut amené par un de ses amis que nous venions de guérir d'une urétrite dermoïde chronique. Il avait depuis 12 ans épuisé tous les moyens de traitement sans obtenir aucun succès. Le canal de l'urètre était le siège d'un engorgement sous-muqueux considérable, principalement fixé dans les portions libre et balanique, avec jet retréci de l'urine, écoulement variable de muco pus, albumineux, blanc, filant, très épais ; mais sans douleur, ni à la pression, ni pendant l'excrétion des urines, ni même pendant l'acte du coït. Nous le mîmes à l'usage des bains de siége d'eau de son tiède, matin et soir, de fumigations d'infusion de fleurs de sureau et de vinaigre, pendant quinze jours. Après ce temps, pendant lequel l'engorgement perdit de sa raideur, il employa simultanément les bougies et les injections cupro-arséniées pendant quinze jours ; puis il reprit les bains de siége et les fumigations pendant huit jours. La reprise des bougies, cette fois composées avec l'emplâtre de diachylon, et l'usage des injections cupro arséniées, prolongées pendant un mois avec une constance égale au désir de se débarrasser d'une infirmité jusqu'ici jugée incurable, furent couronnées d'un plein succès.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les bons effets de l'emploi du goudron uni à la graisse dans les diverses affections de la peau ; par le docteur CHABRELY.

Dans toutes les pharmacopées étrangères, on trouve un long article consacré au goudron considéré comme agent thérapeutique interne ou externe; mais il n'en est pas de même chez nous. Les principales préparations de cette substance, usitées pour la plupart à l'étranger, sont : 1° l'eau de goudron, pour la confectionde laquelle les proportions d'eau et de goudron varient dans toutes les pharmacopées ; 2° le sirop de goudron, composé d'une partie d'eau de rivière, de quatre portions de goudron et de deux parties de sucre ; 3° la teinture de goudron ; cet agent médicamenteux est soluble dans l'alcool. On peut, avec cette préparation, faire de l'eau de goudron qu'on rendra moins désagréable en y ajoutant du sucre et quelques gouttes d'huile de muscade ou même d'éther sulfurique. En voici les proportions : Eau, six cent vingt-cinq grammes (vingt onces) ; teinture de goudron, douze décigrammes (un scrupule) ; 4° l'onguent de goudron, dont la composition varie ; 5° comme topique et sous forme de pâte, en y incorporant de la poix et de la farine de seigle ; c'est la trop fameuse calotte qu'on emploie encore tous les jours chez les teigneux ; 6° le liniment de goudron, improprement nommé ainsi ; car en voici la composition : Farine, quatre parties en poids ; gentiane en poudre, une partie ; goudron, quantité suffisante. Ce topique a été préconisé dans le squirrhe, comme fondant ; 7° les pilules de goudron dans lesquelles on l'associe ordinairement à la poudre d'aunée. Voici une autre formule dont il fait la base et qui a été préconisée contre la phthisie pulmonaire :

Pr. Goudron, 15 grammes.
Baume du Pérou, 15 id.
Iris de Florence, 12 id.

M, et F S. A. une masse pilulaire dont on administre 2 grammes (un demi-grain) par jour.

Suivant M. le docteur Chabrely, on aurait eu tort de borner jusqu'ici l'emploi topique du goudron au traitement des dermatoses chroniques et rebelles ; on l'a cru plus irritant qu'il ne l'est réellement, et tout porte à croire qu'on en retirerait des avantages réels dans l'érysipèle phlegmoneux et dans l'erithème.

La pommade que ce praticien propose dans les cas de ce genre est formée de parties égales de goudron et d'axonge. Il dit qu'elle est très onctueuse, et il la regarde même comme antiphlogistique, dans ce sens, du moins, qu'elle apaise presque instantanément le prurit si incommode qui oblige impérieusement les malades à se gratter quelquefois avec une sorte de fureur.

Dans les cas de gale et de prurigo proprement dit, la pommade que prescrit M. Chabrely est composée d'une partie seulement de goudron sur trois parties de graisse. Il ne la fait employer, d'ailleurs, dans ces deux affections, que pour calmer les cuissons souvent intolérables que détermine l'emploi des préparations mercurielles ou sulfureuses auxquelles il reconnaît qu'il faut avoir recours indépendamment de la pommade goudronnée.

Une propriété précieuse du goudron, sous le point de vue pharmacologique, c'est que la graisse unie à ce corps ne rancit plus, et que la préparation peut se conserver indéfiniment sans éprouver aucune altération. *(Bullet. médic. de Bordeaux;* février 1842.)

Nouveau procédé pour obtenir l'acide benzoïque très-pur et sans odeur empyreumatique.

Un pharmacien de Malines, M. J.-B. Janssens a propsé le moyen suivant pour se procurer de l'acide benzoïque complétement inodore, d'une blancheur éclatante et inaltérable à l'air.

On commence par délayer une partie en poids d'acide benzoïque jaune et odorant dans huit parties d'eau distillée, puis on y ajoute un excès d'ammoniaque liquide, et on traite la dissolution de benzoate d'ammoniaque qui en résulte par le noir animal préalablement lavé à l'eau aiguisée avec l'acide hydro-chlorique.

Alors, on filtre, et, en décomposant la dissolution hydrochlorique, on voit l'acide benzoïque se déposer sous la forme de flocons d'une grande blancheur. Ces flocons jetés sur un filtre et lavés à plusieurs reprises avec de l'eau distillée, sont mis ensuite à égoutter, après quoi on les redissout dans une suffisante quantité d'alcool. Ce soluté alcoolique est lui-même filtré, puis étendu d'eau distillée pour précipiter l'acide benzoïque qui est peu soluble dans ce dernier liquide; par ce moyen, l'huile essentielle à la présence de laquelle les fleurs de benjoin doivent l'odeur particulière qu'elles laissent exhaler, reste dissoute dans la liqueur alcoolique.

Il ne s'agit plus, à cette époque de l'opération, que de faire cristalliser ou sublimer l'acide précipité pour l'amener à un état de pureté et de beauté qui compense, et au-delà, ce qu'il peut y avoir de long dans le mode de préparation. *(Archives de la médecine belge;* 1841.)

Sur l'arsenic et sur un nouveau moyen de constater sa présence dans les substances empoisonnées.

Lors du congrès scientifique tenu dernièrement à Florence, M. le professeur G. Gianelli a exposé quelques faits qu'il a découverts en expérimentant avec l'acide arsénieux sur les animaux. Il résulte des expériences de ce savant que :

1° Le sang, l'urine et les poumons des animaux empoisonnés avec l'acide arsénieux sont eux-mêmes un poison mortel pour les oiseaux auxquels on les fait avaler.

2° Ces substances empoisonnent les oiseaux, soit qu'on les retire des animaux encore vivans, ou morts, ou inhumés depuis plusieurs jours; soit que ces animaux aient été guéris peu au beaucoup de temps après l'empoisonnement ; soit que l'arsenic ait été donné à l'état liquide ou solide.

3° L'action mortifère des matières susdites est moins prompte sur les oiseaux ou ne l'est pas toujours quand l'arsenic qui a servi à empoisonner les animaux était en petite quantité ; cependant, en général, le poison ne manque guère son effet, du moins chez le plus grand nombre des oiseaux.

4° Au contraire, la substance du cerveau et de la moelle épinière des animaux empoisonnés par l'arsenic est tout à fait sans action sur les mêmes oiseaux.

5° Il ne paraît pas également démontré que le sang des animaux empoisonnés avec d'autres substances vénéneuses soit aussi mortel aux oiseaux que le sang de ceux qui ont été empoisonnés avec l'acide arsénieux.

Il suffirait donc, pour s'assurer de la présence de l'arsenic dans les organes, de faire avaler à des oiseaux de l'urine, du sang ou de la substance pulmonaire, et de voir s'ils succomberaient ou non à cette ingestion. Dans le premier cas, on serait *presque* certain que le poison existe.

Toutefois, il est bon de faire observer que l'auteur ne présente pas cette nouvelle méthode comme infaillible pour arriver à la découverte de l'acide arsénieux ; mais il la donne comme pouvant fournir une très grande probabilité et engager ainsi le chimiste à procéder, par tous les autres moyens que la science met entre ses mains, à la recherche de la substance toxique.

(Annali universali di medicina ; t. c., p. 412.)

Chronique et Nouvelles.

La population de la ville de Paris augmente tous les jours d'une manière marquée ; avec elle augmente la misère, qui conduit au vice ou aux infirmités, de sorte qu'à l'heure qu'il est l'administration municipale s'occupe simultanément de la réalisation de deux grands projets, dernier terme où aboutissent pour les classes pauvres, les progrès de la civilisation moderne, l'édification de prisons et d'hôpitaux.

Pour ce dernier projet, l'administration des hôpitaux, de concert avec le conseil municipal, allouerait une somme suffisante pour la construction de deux nouveaux hôpitaux contenant chacun huit cents lits, et dont l'un serait élevé à l'extrémité du faubourg Poissonnière, aux environs de la nouvelle église de Saint-Vincent-de-Paule, et l'autre soit sur les terrains inoccupés de la place Belle-Chasse, soit, suivant d'autres projets, sur les hauteurs de Chaillot.

La construction de nouveaux hôpitaux devient de plus en plus urgente. La plus légère épidémie qui vient à sévir sur la population parisienne remplit les salles dès les premiers jours et un très grand nombre de malades ne trouvent plus d'asile dans ces établissements. Dans l'état actuel des choses on ne peut penser sans effroi aux tristes conditions où se trouverait réduite la classe pauvre si une épidémie intense telle que le choléra, par exemple, venait se répandre parmi nous. Il faut donc se féliciter si l'administration pousse jusqu'au bout le projet qui l'occupe en ce moment.

Puisque l'administration des hôpitaux est en train de constructions et d'améliorations, c'est le moment de lui rappeler une demande qui lui a été souvent adressée et dont l'urgence est aussi fort grande, savoir la fondation d'une maison de convalescence. La plupart des médecins des hôpitaux ont exprimé ce vœu, fondés qu'ils étaient sur ce fait malheureusement hors de doute, qu'un grand nombre de malades, après avoir été sauvés d'une maladie grave, périssent dans la convalescence, soit par écart de régime, soit à cause des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent dans les hôpitaux.

— Le sirop de miel, que préconise M. le docteur Roux, contre la constipation (*voir le dernier numéro*), est fait avec du *miel de Provence* et d'après la formule employée par *M. Aubenas.*

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins, chez M. Beurrey, boulevard Saint-Denis, cité d'Orléans, 1.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 24 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 62. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De l'infection purulente. — Observation remarquable.

(*Voir* le numéro du 7 mai.)

Un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années, à Paris depuis un mois, entre à l'hôpital de la Charité dans les premiers jours d'avril, pour se faire traiter du bégaiement. Déjà opéré à l'hôpital de Rheims pour cette infirmité, qui n'en persiste pas moins à un très haut degré, ce jeune homme réclame l'opération et la demande malgré le peu de fruit que lui en promet M. Velpeau. Elle fut pratiquée par le procédé de ce chirurgien, qui consiste à couper le bord antérieur du muscle génio-glosse d'avant en arrière et de haut en bas. Un suintement sanguin qui continua pendant deux jours à travers les lèvres de la plaie, sans produire d'affaiblissement notable, mit ce jeune homme dans un tel état de frayeur, qu'il en était presque devenu fou. Cependant la plaie se modifia, et au bout de cinq à six jours elle était complétement cicatrisée sans avoir présenté aucune autre particularité; mais le bégaiement se maintint au même degré qu'avant l'opération.

Déjà M. Velpeau parlait de renvoyer ce jeune homme à ses travaux, lorsque celui-ci se plaignit d'un mouvement fébrile, d'anorexie, de faiblesse et de fatigue dans les membres. Comme il était très pusillanime et facile à épouvanter, on ne fit pas d'abord grande attention à ces premiers symptômes. Cependant, comme ils allèrent en augmentant, que la langue devint rouge à la pointe, acuminée, et que de la diarrhée et des nausées survinrent, on ne tarda pas à se demander si ce jeune homme n'en était pas au début d'une fièvre typhoïde. On ne se trompa point. Des frissons, des tremblemens même étant revenus plusieurs jours de suite, portèrent à prescrire le sulfate de quinine. Bientôt une douleur avec gonflement se montra dans le poignet gauche et l'avant-bras du même côté. Après être restée trois jours dans ces régions, elle gagna le coude, puis l'épaule; peu après on la vit envahir la jambe gauche, et dès-lors l'on eut presque tous les symptômes d'un rhumatisme aigu. Bientôt, sans abandonner les parties que nous venons d'indiquer, la douleur gagna le côté droit de la poitrine, et produisit une anxiété, des angoisses inexprimables qui se terminèrent au bout de trois jours par la mort. Dans les deux derniers jours de la vie, une hémorrhagie par l'anus s'effectua à deux reprises différentes.

A l'autopsie, on constata : 1° Un épanchement de plus d'un litre de sérum purulent dans la plèvre droite et dans le péritoine; 2° dans les poumons et dans le foie, des abcès métastatiques avec tous les caractères qui les distinguent; 3° une infiltration et des épanchemens purulens dans tous les points des membres qui avaient été le siége de la douleur et du gonflement; une dothinentérie des mieux conditionnées dans le tube digestif, c'est-à-dire qu'il y avait là une éruption sous forme de granulations dures et non ulcérées, depuis le duodénum jusqu'au cœcum; de nombreux ulcères disséminés entre ces granulations, principalement dans l'iléum, de larges plaques de Peyer réduites en putrilage également ulcérées dans le jéjunum et près du cœcum. Deux de ces plaques, larges de trois centimètres environ, semblaient plus particulièrement avoir fait naître par leur destruction l'hémorrhagie dont nous avons parlé précédemment; car leur fond était encore rempli de caillots adhérens; 5° les ganglions mésentériques, gonflés et rouges, commençaient à s'infiltrer de pus dans divers points. Un fait en apparence si étrange exigeait qu'on en cherchât l'interprétation. Trois suppositions se présentèrent d'abord à M. Velpeau : 1° l'infection purulente pouvait dépendre de la plaie buccale résultant de l'opération du bégaiement; 2° l'infection purulente pouvait être rapportée aux ulcérations intestinales; 3° en avalant le pus et le sang qui avaient suinté de la plaie de la bouche pendant quelques jours, il avait pu en résulter un empoisonnement.

Voici les réflexions présentées par M. Velpeau sur ces trois suppositions.

1° *L'infection purulente dépendait-elle de la plaie buccale?* — La plaie n'ayant jamais été accompagnée de suppuration abondante, d'inflammation vive, de gonflement dans la bouche ou dans la région sus-hyoïdienne, étant d'ailleurs cicatrisée depuis plusieurs jours quand les premiers symptômes se sont montrés, ne permettait guères d'expliquer par elle les abcès viscéraux. Toutefois, M. Velpeau porta les investigations de ce côté avec tout le soin imaginable. Les parties nétoyées, lavées, étaient parfaitement cicatrisées sous la langue. Nulle induration, nul épaississement des tissus, ne purent être constatés au-dessus du larynx entre la bouche et la peau. Une dissection soignée des veines et des artères fut faite par les internes du service et démontra que ces vaisseaux n'avaient subi aucune sorte d'altération. Les plus petites comme les plus grosses veines de toute cette région et du cou avaient la perméabilité, la souplesse, la coloration de l'état parfaitement normal. On ne put constater aucune trace de phlébite à leur intérieur, ni du côté de l'ancienne plaie, ni dans leur longueur du côté des jugulaires. En conséquence, il ne semble pas possible à M. Velpeau d'admettre que l'infection purulente dont le malade a offert un exemple si remarquable puisse avoir eu pour point de départ la plaie de la bouche.

2° *L'infection purulente peut-elle être rapportée aux ulcérations intestinales?* — Si la plaie de la bouche ne rend pas compte d'une manière satisfaisante de l'empoisonnement du sujet par le pus, en trouvera-t-on du moins l'explication dans l'état des intestins? Ici M. Velpeau ne croit pas rencontrer de véritables difficultés. Des ulcères nombreux criblaient la membrane muqueuse du tube digestif; de larges plaques gangrenées occupaient la place des gauffres de Peyer; une éruption granulée existait dans tout le canal intestinal. Il y avait donc là tous les caractères anatomiques d'une fièvre typhoïde, d'une dothinentérie. Or, on ne peut nier que pendant la vie du pus ait été formé à la surface de ces ulcères, que toutes les matières intestinales aient été long-temps en contact avec toutes ces surfaces, et qu'il y a eu là une réunion de conditions très favorables à l'infection purulente.

Cette infection purulente dans les cas de fièvre typhoïde est d'ailleurs un fait qui a fixé dès long-temps l'attention de M. Velpeau. Ce chirurgien cherchait en effet à la faire ressortir dès l'année 1824. Un de ses élèves, M. Delange, fit sa thèse sous la direction de ce chirurgien, dans l'unique but de montrer comment on entendait la dothinentérie dans l'école de M. Bretonneau. Dans cette thèse (Paris, 1826, n° 97), où la fièvre typhoïde est traitée dans tous ses détails, on trouve les passages suivans extraits des leçons et des conférences de M. Velpeau : « . . . La sécheresse et l'aspect terreux de la peau (il s'agit des phénomènes produits par la fièvre typhoïde), la prostration, la couleur noire et l'état croûteux de la langue, etc., se lient en grande partie au transport de matières décomposées dans la circulation générale, soit que ces matériaux agissent en enflammant la tunique interne des vaisseaux, soit au contraire qu'ils altèrent la composition du sang. En effet, il est certain que l'état adynamique dans cette maladie ne se montre presque jamais avant l'époque de la formation d'un certain nombre d'ulcères. (Page 71.) » Et plus loin : « L'adynamie ou putridité des anciens est surtout sous la dépendance d'ulcérations à la surface desquelles les bouches ouvertes des veines et des lymphatiques puisent des fluides dénaturés qui sont portés ensuite dans le torrent circulatoire (Page 72.) »

Cette manière de voir, formulée de nouveau par M. Velpeau à titre de conclusion dans un mémoire publié dans la Revue médicale (t. II, année 1827), n'avait point été jusque là corroborée par des exemples détaillés d'abcès métastatiques distincts, de foyers purulens analogues à ceux qui succèdent si souvent aux blessures, aux grandes opérations.

Si le fait que nous venons d'exposer est effectivement une dépendance des ulcérations intestinales, la question va se trouver ainsi jugée. C'est aux médecins, dit M. Velpeau, à la reprendre sous ce point de vue, à voir si on ne rencontre pas quelquefois des abcès métastatiques dans les poumons, dans le foie, des épanchemens dans les jointures, dans les cavités séreuses, de l'infiltration purulente dans les membres ou dans d'autres parties du corps, sur le cadavre des sujets morts à la suite de la fièvre typhoïde.

3° *L'infection purulente peut-elle dépendre d'un empoisonnement produit par des matières purulentes avalées?* — En supposant que le malade eût avalé du sang, du pus, des matières putrilagineuses, M. Velpeau ne pense pas qu'on puisse en conclure autre chose que ceci : savoir, que ces matières, parcourant le tube digestif, seraient devenues la cause de l'éruption, des ulcérations que présentant l'intestin. Cela pourrait bien expliquer la dothinentérie, mais elle ne rendrait point compte primitivement de l'infection purulente. M. Velpeau pense qu'il est dès lors inutile de s'arrêter au rôle que les matières avalées ont pu jouer dans le cas qui nous occupe.

Si l'on persistait à rapporter les abcès viscéraux qui ont été trouvés chez ce jeune homme à la blessure de la bouche, ce fait deviendrait dès-lors un exemple incontestable d'infection purulente sans phlébite, car jamais cadavre n'a été examiné avec plus de soin, et jamais il n'a été mieux démontré que toutes les veines du voisinage de la plaie étaient parfaitement saines.

En admettant que l'infection ait trouvé sa source dans les intestins, il est moins facile de mettre la phlébite hors de cause. M. Velpeau ajoute, néanmoins, en montrant les pièces pathologiques, que parmi les veines mésaraïques qu'on a pu conserver et examiner, il n'en est aucune qui soit altérée; cependant il convient que de ce côté la dissection n'a pas été assez soignée pour autoriser une conclusion rigoureuse.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Paris, 23 mai 1842.

Mon cher confrère,

Vous le verrez, vous avez eu tort de vous plaindre de mon *trop long silence*. Ce reproche, flatteur pour moi, pourrait bien causer de l'ennui aux lecteurs qui ne prendront pas ceci pour un avertissement sincère, car je suis triste et j'ai de bien tristes choses à vous écrire. Je profite de cette disposition d'esprit pour dire mon mot sur l'incendie du chemin de fer.

Les victimes étaient encore fumantes, et le puff se jetait déjà sur ce malheureux événement pour l'exploiter! A peu près toutes les classes de la société se sont distinguées dans cette occasion, mais par des procédés différens, car le puff est une grande methode qui a ses procédés; il n'opère pas toujours de la même manière, lisez plutôt :

1° L'intendant de la liste civile prononce des paroles à des malheureux rôtis ou sous l'influence d'une commotion qui ne laisse l'usage d'aucun sens. Les grands journaux impriment le lendemain que les nobles paroles de l'intendant ont relevé le courage des victimes, qui n'ont rien pu entendre! Premier miracle par un procédé qui n'était pas connu (des mortels bien entendu).

2° Un jeune marquis, assez lion, qui excelle à lancer un char dans la carrière, qui fume presque autant de cigarres que le professeur d'hygiène de la faculté de Paris, ce marquis (assuré contre l'incendie par son oncle) allume, avec un des combustibles déjà cités, son pantalon, court après trois malheureux qui couraient eux-mêmes en voyant l'incendie à cent pas de distance et un homme en feu qui les poursuivait. Ils sont atteints par ce marquis, qui ne les brûle pas; au contraire, il leur donne la somme de vingt francs. Le lendemain, il paraît dans les journaux une lettre des sauvés, qui disent que les vingt francs sont à la disposition du marquis quand il voudra se faire connaître, à Paris, comme il l'est par tout Meudon. On dit que les vingt francs ont été réclamés. Ce procédé n'est pas complétement ancien, il est seulement un peu régence.

3° Je préfère celui-ci : (En fait de procédés les opérateurs excellent toujours). Un opérateur donc, n'avait pas été cité dans un journal comme sauveur et comme guérisseur des victimes. Il écrivit alors à ce journal pour qu'il ait soin de signaler à la reconnaissance publique les étudians C., Y., X., Z., qui ont fait des merveilles *avec lui* au chemin de fer de la rive gauche. Et son nom paraît le lendemain dans le susdit journal (succès complet). Ceci est un *procédé indirect* encore peu connu dans le monde.

Ainsi, vous le voyez, mon cher confrère, nous ne sommes jamais en reste toutes les fois qu'il s'agit d'avoir du génie.

4° Je ne sais vraiment pas encore si je mettrai au-dessus du précédent le procédé de ce digne curé qui, cité comme ayant béni le premier les victimes, réclame en faveur d'autres curés.

Tout cela est bien triste, voilà pourquoi je tardais tant de vous l'écrire. On a compté les victimes de cet effroyable événement; elles sont heureusement bien au-dessous du chiffre des sauveurs, puisqu'il est dit que ceux-ci sont au nombre de six cents indiqués au ministère de l'intérieur pour avoir la croix. Comptez maintenant ceux qui ont été réellement sauvés! Encore, les hommes du lendemain de cet événement ne m'inspirent que de la pitié. Il en est dans les événemens de juillet qui m'inspiraient de l'horreur. En effet, ceux du chemin de fer se présentent au ministère comme *sauveurs*. En supposant qu'ils n'aient sauvé que leur personne ou que quelques-uns se soient fait sauver par les victimes même, le titre qu'ils se donnent est beau, et son usurpation a quelque chose de triste, voilà tout. Mais quand on se présentait comme *tueur*, quand, pour avoir une place de sous-préfet, il fallait avoir tué dix Suisses, et qu'on s'en flattait même quand on n'avait pas eu cette espèce de courage; alors on inspirait autre chose que le sentiment que j'éprouve aujourd'hui, qui est celui d'une profonde tristesse. Cette tristesse, mon cher confrère, vient surtout de ce que le puff n'a pas épargné notre profession. J'aurais voulu laisser les avocats chercher des causes dans ces charbons humains afin d'avoir à plaider sur quelque chose. Mais la science elle-même, dans son sanctuaire le plus élevé, n'a pu se voiler d'un crèpe ce jour-là et se taire!!!! On a fait du diagnostic chirurgical où il ne pouvait pas y avoir maladie! On a dit avoir reconnu une des plus nobles victimes à une ulcération!!! La phrénologie aussi n'a pas fait défaut au puff car la phrénologie est reconnaissante.

Passons à un sujet moins lugubre, mais bien triste encore quoiqu'il porte sur la rate. Vous savez, car votre journal en parle assez, que cette malheureuse rate, qui autrefois était le siége des passions gaies, est devenue un champ de bataille, une pomme de discorde. Un professeur prétend la désopiler (sans rire) en un instant indivisible. Vous avez une rate qui du diaphragme va jusqu'à la fosse iliaque; ce professeur (toujours sans vous faire rire) ne fait que passer, la rate n'est déja plus. Or, un autre professeur prétend que la chose est un peu forte, et qu'un engorgement pareil de la rate a besoin (surtout si on ne rit pas) d'un certain temps pour passer à l'état atomistique. Ici vous voyez déjà l'embarras des élèves qui vont de temps en temps à la Pitié et plus souvent à Necker. A la Pitié, on répond qu'il y a vraiment lieu de s'étonner qu'un homme *d'une grande valeur* (médicale) ne reconnaisse pas tout le *positivisme* de ce qui a été dit sur la disparition instantanée de la rate, et on établit, ce qui est de *notoriété publique*, ce qui a été constaté par M. Dumas, homme encore d'une *grande valeur* (en chimie), que la rate, sous l'influence d'une parcelle de kinine, fond plus rapidement qu'une boule de neige jetée dans le foyer d'une locomotive. On est porté à croire que si, à Necker, on percutait encore pendant *quatorze ans*, comme on l'a fait à la Pitié, on donnerait raison à la Pitié. Or, comme à Necker le plus jeune mé-

Quoi qu'il en soit, et de quelque manière qu'on l'interprète, ce fait montre que l'infection purulente peut être le résultat d'une fièvre typhoïde, ou bien qu'elle peut survenir à la suite d'une opération, même quand la plaie de cette opération est complètement cicatrisée et guérie depuis plusieurs jours. Dans le premier cas, ce fait soulève une vaste question de pathologie générale qui établit un nouveau point de contact entre la médecine et la chirurgie ; dans le second, il démontre sans réplique que la phlébite n'est pas *indispensable* à l'infection purulente. X.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. ALQUIER.

Observations de phlegmasies pulmonaires compliquées de phlegmasie de l'appareil digestif.—Reflexions.—Par M. ÉDOUARD BONINO, chirurgien sous-aide.

Première observation. — Rocher, sous-officier vétéran, âgé de quarante-six ans, entra à l'hôpital le 1er avril. La veille, à 3 heures du matin, se trouvant en faction, il fut atteint, à la suite d'un refroidissement, de diarrhée et de vomissement bilieux ; en même temps, il se sentit pris d'oppression et de toux.

Examiné à la visite du 2 avril, ce malade présenta les symptômes suivans : abattement, faiblesse générale, pouls plein et fréquent, peau chaude et sèche, céphalalgie, oppression, douleur dans le côté droit de la poitrine, toux fréquente et pénible, expectoration de crachats rouillés et adhérens au vase, matité à la base du poumon droit, absence complète du bruit d'expansion vésiculaire, souffle tuber au même niveau, langue couverte d'un enduit muqueux, rouge à sa pointe et à ses bords, nausées, anorexie, soif vive, teinte ictérique de la peau ; le ventre et l'épigastre sont douloureux à la pression ; il y a toujours des vomissemens bilieux et des selles en diarrhée : le malade en eut trois le jour qui précéda son entrée à l'hôpital. On diagnostiqua une pneumonie droite compliquée de gastro-colite.

Une saignée de trois palettes fut prescrite, en même temps que six ventouses scarifiées sur le côté douloureux et quinze sangsues à l'anus ; le malade fut mis à la diète et à l'usage des boissons gommées. Le lendemain, on remarqua déjà quelque amendement : un peu moins d'oppression et de fréquence dans la toux.

Nouvelle prescription d'une saignée de deux palettes, application d'un vésicatoire sur le point douloureux, et le 4, il y eut un mieux prononcé. Les crachats ont perdu leur teinte rouillée ; le malade ne souffre plus de son point de côté, le ventre est bien moins douloureux ; plus de nausées, langue moins rouge, de deux à trois selles en diarrhée dans les vingt quatre heures.

La maladie étant en voie de résolution, on se contenta de prescrire des boissons adoucissantes ; le 5, le mieux continue, la matité est moindre, on entend le râle crépitant de retour à la base du poumon droit, le pouls encore assez plein a perdu sa fréquence ; plus de soif, plus de vomissemens bilieux, retour de l'appétit et du sommeil, dont le malade avait été privé les jours précédens ; les selles reprirent bientôt leur consistance normale, les bruits respiratoires se firent entendre, la teinte ictérique disparut entièrement, et, le 17 avril, le malade, parfaitement guéri, sortit de l'hôpital.

Deuxième observation. — Dornat, soldat au 3e régiment de lanciers, entra à l'hôpital le 7 avril, atteint d'une pleuro-pneumonie droite compliquée de gastro-entérite. Il rapportait sa double maladie à un refroidissement qu'il avait gagné le jour auparavant en portant à dîner à ses camarades pendant qu'il pleuvait. Ayant été échauffé par la marche, et ayant conservé ses vêtemens mouillés, il fut pris d'un frisson et de douleur générale dans le ventre et dans la poitrine, avec diarrhée, toux et oppression. Ce militaire avait déjà eu, à ce qu'il nous dit, plusieurs fluxions de poitrine depuis quelques années.

Le 8, à la visite du matin, on constata une fièvre intense, une toux sèche et pénible, des crachats mêlés d'une grande quantité de sang ; douleur vive et matité à droite et en bas de la poitrine ; égophonie, respiration bronchique ; teinte ictérique de la peau ; ventre douloureux ; langue sèche et rouge à ses bords, nausées, diarrhée, perte de l'appétit, soif vive.

Une saignée avait été prescrite la veille au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 8, une nouvelle saignée fut pratiquée au matin, et huit ventouses scarifiées furent appliquées sur le côté. Le soir il y eut une exacerbation, et une troisième saignée fut aussitôt pratiquée. Le sang de ces différentes saignées présenta un caillot dense et recouvert d'une couenne bien moins prononcée dans la troisième que dans les deux précédentes. On enveloppa en même temps les jambes du malade dans des cataplasmes sinapisés, et le 9 il y avait une amélioration évidente. Un peu de sommeil pendant la nuit, crachats moins ferrugineux, moins d'oppression ; diminution de la fièvre ; le point de côté existe toujours, mais on commence à percevoir la respiration, qui se fait entendre, il est vrai, dans l'éloignement et avec une légère crépitation ; application d'un vésicatoire sur le point où l'on observe ces phénomènes.

Le mieux se continue le lendemain : les symptômes abdominaux avaient pris un peu d'intensité ; ils cédèrent à l'application de vingt-cinq sangsues à l'épigastre. Dès lors, la résolution de la maladie alla toujours progressivement et sans obstacle ; l'épanchement pleurétique se dissipa, la respiration devint normale. La diarrhée et la douleur de ventre se calmèrent ; la teinte ictérique s'effaça, l'appétit reparut. Le malade put prendre des alimens et se promener dans la salle. Il fut bientôt en état de sortir de l'hôpital, mais il fut retenu par une légère tuméfaction qui se manifesta à la partie moyenne du dos, au niveau postérieur du foie, et qui fit craindre un instant qu'un abcès ne se formât en ce point ; mais des moyens simples dissipèrent bientôt cette légère tumeur, et le malade, qui se trouve dans l'état le plus satisfaisant, ira bientôt reprendre son service à son régiment.

Troisième observation. — Simon, soldat au 59e régiment de ligne, âgé de vingt-quatre ans, entra à l'hôpital le lundi 24 janvier, malade depuis sept jours. S'étant refroidi en descendant la garde, il avait été pris d'un frisson prolongé, et peu de temps après, se manifestèrent la fièvre, la toux, l'oppression, de la diarrhée, de l'inappétence, de la douleur dans la poitrine et dans le ventre.

Le jour de son entrée, il présenta tous les signes d'une broncho-pneumonie gauche avec complication de gastro-entérite et de phénomènes typhoïdes ; pouls plein et fréquent, peau sèche et ardente, râle muqueux à grosses bulles, absence complète de sonoréité et de bruit d'expansion vésiculaire à la base du poumon gauche, râle crépitant au sommet, respiration puérile à droite ; toux douloureuse, crachats visqueux et très rouillés ; bouche desséchée, soif vive, langue rouge ; teinte ictérique de tout le corps ; quelques selles ou diarrhée ; urines rares et rouges ; ventre douloureux à la pression ; céphalalgie ; prostration, abattement général.

Dans les quatre premiers jours que le malade passa à l'hôpital, on lui ouvrit quatre fois la veine, on lui appliqua vingt-quatre ventouses scarifiées, tant sur l'abdomen que sur le côté douloureux. Comme il arrive souvent, le sang de la première saignée ne présenta aucun vestige de couenne ; le caillot des trois autres, au contraire, était couvert d'une couenne épaisse et résistante, bien moins considérable cependant pour la dernière.

Sous l'emploi de cette médication énergique, la céphalalgie et le délire qui s'étaient montrés la première nuit, disparurent entièrement ; la toux diminua, les crachats furent moins rouillés ; l'inappétence fut moindre ; la diarrhée cessa complètement pour faire place à une constipation opiniâtre. Mais la fièvre, la prostration et tous les autres symptômes persistèrent. Le ventre devint tendu et tuméfié. Alors, dans le double but de faire cesser la constipation ou de déterminer une dérivation sur la partie antérieure du tube digestif, on prescrivit au malade des lavemens purgatifs et de l'eau de Sedlitz. On lui procura ainsi quelques selles peu abondantes ; mais on n'obtint aucune amélioration du côté de la poitrine ; les symptômes persistèrent en ce point avec opiniâtreté, et ceux de la phlegmasie intestinale ne perdirent rien de leur intensité.

Le malade étant affaibli par la maladie, par le sang qu'on lui avait tiré, de plus la prostration durant toujours, une nouvelle saignée ne parut point indiquée, et l'on eut recours au succédanée de la saignée, au tartre stibié. Le malade en prit, dans l'espace de trois jours, du 31 janvier au 2 février, 16 décigrammes en trois potions. La tolérance s'établit sur le champ, et l'on vit bientôt les symptômes s'améliorer ; le râle muqueux ne s'étend plus que dans des limites restreintes ; la respiration est redevenue normale là où l'on entendait de la crépitation ; mais il y a toujours un point imperméable à l'air. Les crachats, abondans, sont blancs, spumeux et nagent dans une grande quantité de mucosités. Les phénomènes, du côté de l'appareil digestif sont amendés en proportion ; la langue dérougit ; le ventre est plus souple ; l'appétit est revenu ; la prostration est bien diminuée ; mais la chaleur halitueuse de la peau et la plénitude du pouls persistent encore.

Pour calmer cette suractivité de l'appareil circulatoire, on se décida à prescrire encore une petite saignée d'une palette et demie, et on mit le malade à l'usage de la teinture de digitale, administrée en potion et en lavement, ou mêlée avec l'opium, pour tempérer son action topique sur la membrane muqueuse. Un vésicatoire fut appliqué en arrière et en bas du côté gauche de la poitrine, et bientôt les derniers symptômes disparurent ; le malade ne conserva plus qu'une grande faiblesse, suite inévitable d'une maladie violente et opiniâtre. Il demeura encore un mois à l'hôpital pour consolider sa guérison et réparer ses forces. Il sortit parfaitement guéri le 23 avril.

Réflexions. — Ces trois observations, qui ont beaucoup de similitude présentent ceci de particulier, que, dans toutes les trois, les symptômes de phlegmasie des voies digestives se sont manifestés en même temps que les symptômes de phlegmasie pulmonaire. Des auteurs qui se sont beaucoup occupés de cette complication, pensaient que l'affection de l'appareil digestif était toujours consécutive à celle de l'appareil respiratoire. Cependant il faut bien admettre des exceptions à cette règle, et dans les cas que nous avons cités il serait difficile de reconnaître une succession dans l'apparition des deux ordres de phénomènes. Du reste, on explique sans peine comment ils peuvent naître ensemble sous l'influence de causes qui peuvent les faire naître séparément. Néanmoins il est digne de remarque que l'affection abdominale est sous la dépendance de l'affection pulmonaire, non point comme un effet est sous la dépendance de sa cause, mais quant à son développement et à sa terminaison. La phlegmasie de l'appareil respiratoire est prédominante ; l'autre est en quelque sorte secondaire, et nous trouvons ici une vérification de cette loi qui dit que, dans l'organisme, il ne peut se faire deux travaux morbides en même temps et avec la même puissance.

Il faut donc diriger les ressources de la thérapeutique contre la phlegmasie pulmonaire ; car, celle-là modifiée, l'autre se modifiera de même. C'est ainsi que chez les trois militaires dont nous rapportons l'observation, nous avons toujours vu les deux ordres de symptômes marcher de front, et les uns s'amender en raison directe de l'amendement des autres. Aussi dans les cas analogues ne faut il pas trop se préoccuper des phénomènes dépendans de l'appareil digestif, et, sans les négliger entièrement, il faut surtout s'attacher à combattre la phlegmasie pulmonaire, qui est le premier et le véritable élément de la maladie.

Un fait met la vérité de cette proposition dans tout son jour, c'est l'administration du tartre stibié à Simon, le sujet de notre troisième observation. Chez ce malade, en effet, l'affection gastro-intestinale était intense, et cependant la tolérance s'est établie sur le champ. De plus, bien loin que l'émétique laissât des traces de son passage sur le tube digestif, les phénomènes abdominaux furent heureusement modifiés ainsi que la pneumonie. Mais il ne faut pas oublier que l'on ne peut compter sur des résultats pareils qu'autant que la phlegmasie intestinale a pris naissance en même temps que la phlegmasie pulmonaire ; si elle lui était antérieure ou postérieure, alors elle aurait en quelque sorte une existence indépendante, et l'on aurait à redouter de graves accidens en administrant les antimoniaux. Ces observations, faites d'abord par Laënnec, peuvent être vérifiées tous les jours.

Puisque nous parlons du tartre stibié, nous devons dire que M. Alquier l'emploie très souvent dans le traitement de la pneumonie. Au début de la maladie, les émissions sanguines sont pratiquées hardiment, mais cependant avec mesure ; car elles dépassent rarement le nombre de quatre ou de cinq. Quand le malade commence à s'affaiblir, et que les symptômes persistent encore, au moins en partie, alors l'émétique est administré en potion, et donné comme devant produire dans l'économie une modification spéciale. Il n'est point considéré comme un simple excitant diffusible ou comme un moyen thérapeutique n'agissant qu'au même titre que les purgatifs et les vomitifs ordinaires, par une dérivation, ainsi que l'admettaient Broussais et Dance, et que l'admettent encore aujourd'hui des praticiens distingués ; et, pour formuler en un mot la pensée qui dirige dans son emploi, nous dirons que son action est regardée comme d'autant plus efficace qu'il produit moins de vomissemens.

Si nous revenons aux observations précédentes, nous y trouvons un symptôme commun, c'est la teinte ictérique. On admet généralement que cette teinte se manifeste quand la pneumonie occupe la base du poumon droit, et l'on explique, en disant que l'inflammation se communique du poumon au foie par proximité de tissus. Mais, d'une part, il est difficile de comprendre comment cette irritation peut ainsi se transmettre d'un organe à un autre, à travers des tissus de nature différente, et sans que ces tissus soient affectés ; car on ne retrouve aux autopsies aucune trace d'altération dans la plèvre, le diaphragme, le péritoine ; d'autre part, cette teinte ictérique se rencontre dans d'autres pneumonies que dans celles de la base du poumon droit ; car des recherches cadavériques tendraient, au contraire, à prouver qu'elle est à son maximum dans les pneumonies du sommet, et à son minimum dans celles de la

---

decin a au moins cinquante ans, lesquels, avec l'addition des quatorze d'apprentissage feraient un âge qui donne une oreille passablement dure ; on a renoncé à avoir une plus grande valeur pour reconnaître cette si brusque disparition de la rate.

Autre embarras des élèves. Dans un examen la question se présente et voilà qu'un examinateur est partisan de la disparition (sans rire), tandis que l'autre veut rire. Alors s'ouvre une scène dont la peinture ne peut être faite, même dans un feuilleton. D'ailleurs, à la fin, on se mesure des pieds à la tête, et, sans la présence imposante d'un élève de première année, deux professeurs en robe, dont l'un est des plus éminens, deux professeurs, dis-je, allaient se livrer (sans plessimètre) à des percussions fort immodérées sur une région dont les offenses sont ordinairement suivies d'une rencontre au bois de Boulogne ou à tout autre bois où on ne se bat plus. Je ne sais comment vous prendrez tout cela. Pour moi, je le considère comme passablement triste. Il a existé des écoles, des sectes ennemies qui se battaient pour une idée, un principe, une religion ; cela se conçoit, et il y avait dans ces luttes des excuses, une certaine dignité ; car les idées, les principes, les religions, on ne les touche pas ou on ne les palpe pas ; on peut donc être à leur égard d'un avis différent et se passionner pour eux. Mais une rate, surtout quand elle est comme un pain de munition, peut se toucher, être percutée, et cependant trois professeurs de la même école ne sont pas d'accord sur les grandes évolutions de la rate.

O vanité de l'école anatomique ! O vanité du positivisme (de la Pitié) ! Montpellier qui est enté, comme vous le savez, sur Hippocrate et sur M. Amador ; cette école doit bien rire dans ce moment-ci. Heureusement il y a entre Necker et la Pitié un grand hôpital, une clinique, où le positivisme médical est un peu plus positif et surtout plus sensé.

Troisième sujet de tristesse. Vous me paraissez épris d'un amour extrême pour le grec. Vous entrez dans le néologisme sans peut-être vous en apercevoir. Vous redoutez d'être compris. Je vous avais connu des habitudes, un goût contraires, et souvent j'aurais voulu vous blâmer d'être trop compris. Vous allez me répondre que quand vous avez dit *dermalgie*, vous ajoutez, entre deux parenthèses, *douleur dans la peau* ; mais alors vous ajoutez du mauvais français à du mauvais grec. Mieux vaut, croyez-le bien, un bonne phrase française ; elle tient beaucoup moins de place, ce qui est un grand avantage pour un journal comme le vôtre, qui a tant de bonnes choses à dire. Cependant, je l'avoue, je me montre ici un peu ingrat à l'égard du grec et de l'écrivain qui en fait sans le savoir peut-être. Ainsi, monsieur, il y a une tumeur de l'abdomen que je ne savais comment appeler dans le monde un peu parfumé. Je me suis servi du mot *scorenterectasie* que j'ai lu dans votre journal. Ce mot si simple a eu un succès de fou rire, ce qui a produit une *diaphragmalgie* ; de là complication de la *scorenterectasie*, d'où une prolongation de la maladie. Et vous savez que pour un médecin qui n'a qu'un malade, c'est une bonne fortune qu'une complication.

Je ne sais si vous avez remarqué quels sont les esprits qui ont pris part à la bouffonne question soulevée à l'Académie de médecine par M. Beau. Il s'agissait de prouver la folie de Mahomet. M. Beau a eu pour rapporteur M. Rinauldin, et les orateurs qui ont parlé sur le rapport ont été MM. Castel, Rochoux et Gerdy. Si Mahomet avait pu entendre le pour et le contre, il se serait trouvé singulièrement vengé. M. Castel a cependant dit une chose fort sensée : Messieurs, s'est écrié cet honorable académicien, les grands hommes, les grands génies sont bien malheureux ; pendant leur vie on les persécute, et, après leur mort, on les fait passer pour des fous ; *c'est fort décourageant*. Alors tous les académiciens se sont regardés avec un air *fort découragé*.

Après avoir cru au grec, il ne vous manquerait plus que de croire aux nouveaux hôpitaux que l'Administration promet depuis de si nombreuses années.

Dr LYRAC.

base, et cela dans les deux poumons.

M. Gendrin a professé le premier que la teinte ictérique est un symptôme propre à l'inflammation pulmonaire, et qu'elle est constante dans cette affection. Seulement elle occupe une surface plus ou moins étendue; bornée quelquefois à la face, elle gagne d'autres fois le col, la poitrine et même le corps entier. Pour vérifier cette assertion, il suffit de regarder tous les malades atteints de pneumonie qui se trouvent en si grand nombre pendant l'hiver dans les salles des hôpitaux. Quand cette teinte est bornée à la face, il faut prendre garde de la confondre avec la coloration jaune paille qui annonce la suppuration pulmonaire. Celle-ci n'existe pas dans les conjonctives, et elle s'accompagne ordinairement d'une couche muqueuse sur la cornée transparente.

Mais maintenant, comment expliquer la production de cette teinte ictérique? Il est probable que la cause qui détermine l'inflammation du poumon, agit en même temps sur le foie, pour y faire naître une légère irritation, laquelle occasionne à son tour l'ictère que l'on observe. Si l'on voit une même cause donner lieu à une phlegmasie du poumon et à une phlegmasie du tube intestinal, comme nous en avons donné des exemples, à plus forte raison peut-on croire qu'elle donne lieu à une irritation du foie, puisque cet organe se rapproche beaucoup, par ses fonctions et par sa texture (1), du poumon; puisque, comme lui, c'est un organe d'hématose (2), et que d'aucuns l'ont appelé avec raison poumon abdominal. Enfin, ce qui tendrait à appuyer notre théorie, c'est que la teinte ictérique est d'autant plus foncée que l'inflammatian pulmonaire est plus intense; coïncidence dont on se rend facilement compte, en admettant qu'elles sont toutes deux les effets simultanés d'une même cause, qui, par conséquent, agit avec une puissance égale pour la production de l'une et de l'autre.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HUGUIER.

Affection croupale. Mort. Autopsie.

Le 8 mars dernier, M. Huguier présenta à l'Académie de médecine le larynx et la trachée d'une femme qui avait succombé à une affection croupale. Nous annonçâmes dans le compte-rendu de cette séance que nous publierions ce fait avec les détails. Voici cette observation.

Le 7 décembre 1841, la nommée Attin Louise, âgée de vingt-un ans, d'une constitution nerveuse, exerçant la profession de couturière, entra à l'hôpital de Lourcine pour une affection syphilitique caractérisée par des tubercules muqueux et un écoulement. Enceinte de huit mois, on s'abstint de toute médication générale, et l'on se contenta de cautériser les tubercules. Dans le courant de décembre, un abcès se manifesta dans le sein gauche, une incision faite en bas et en dedans et la compression méthodiquement appliquée par M. Chassaignac en amena rapidement la guérison. Le 3 janvier, la malade fut transférée à la salle d'accouchement de l'hôpital, et le soir elle mit au monde un garçon vivant et bien portant. Sous l'influence de la fièvre laiteuse, de nouveaux symptômes inflammatoires se manifestèrent dans le sein droit, et bientôt un foyer devint évident. On fit alors remonter la malade à la salle Saint Alexis, n° 38, et dès le lendemain, 13 janvier, M. Huguier pratiqua deux ouvertures de quatre à cinq lignes d'étendue, l'une à la partie supérieure de la mamelle, l'autre à la partie externe et inférieure. Le stilet introduit par cette dernière s'engageait profondément sous la glande mammaire, entre cette glande et le grand pectoral; du pus bien lié, crémeux, sortit de chacune de ces ouvertures. Au bout de dix jours, le 19 janvier, un autre point fluctueux se montra à la partie interne du mamelon et dut être ouvert, il en sortit également une matière crémeuse, de bonne nature, mais le stilet ne paraissait arriver que dans la partie la plus superficielle de la glande. Enfin, les cicatrices s'établirent, le volume du sein diminua d'une manière notable, et la guérison fut complète. Sous le rapport de son affection syphilitique, la malade allait aussi très bien, il ne restait des tubercules muqueux qu'une légère trace, et déjà elle songeait à quitter l'hôpital, lorsque le 24 elle se plaignit de céphalalgie et de douleurs de gorge. Les yeux étaient larmoyans, la face rouge, le pouls un peu élevé, les amygdales tuméfiées, rouges uniformément; un peu de courbature générale. Tous ces symptômes joints au voisinage d'une variolique et à l'existence de cette affection dans l'hôpital, firent penser à une fièvre éruptive; des bains de pieds sinapisés, de la tisane de mauve et la diète furent prescrits par M. Huguier.

Le dimanche 27, le même état persistant sans qu'aucune éruption se soit manifestée, et ayant de plus observé un ou deux petits points blancs sur les amygdales, je fis appliquer dix sangsues de chaque côté de la gorge. La malade se trouva soulagée dans la journée; cependant la fièvre persistait; 96 à 100 pulsations environ; un peu de toux s'était ajoutée dans la soirée aux autres symptômes. La langue rouge et sèche; la rougeur de l'isthme du gosier toujours assez vive; plus de points blancs sur les amygdales; les selles nulles depuis deux jours: un lavement laxatif fut ordonné le soir même.

Le 28 au matin la malade est à peu près dans le même état; la gorge, très douloureuse; les amygdales, presque en contact par leur partie supérieure, ne laissent inférieurement qu'une petite ouverture triangulaire; la luette est repoussée en avant. On renouvelle l'application de dix sangsues de chaque côté. Appelé près de la malade à quatre heures, je la trouvai dans un état de suffocation très grande; la respiration saccadée sifflante, à chaque instant, arrêtée par une toux rauque. La voix, qui jusqu'alors n'avait subi que très peu de modification, était entièrement éteinte. La malade essayait en vain d'articuler des sons; elle n'obtenait qu'un cri rauque. A l'examen de la gorge je trouvai les amygdales couvertes d'une fausse membrane jaunâtre, épaisse et qui semblait se continuer jusque dans le pharynx. Le pouls était à 108; la face violacée. Une potion avec deux grains d'émétique fut administrée immédiatement; des sinapismes appliqués aux membres inférieurs et huit sangsues de chaque côté du larynx une demi heure après la potion.

Sous l'influence de cette médication, la malade obtint un soulagement notable; la toux ne fut plus aussi fréquente et elle put reposer un peu dans la nuit.

Le 1er mars, à la visite, la malade se trouvait mieux; seulement très faible encore; quelques pseudo-membranes sur les amygdales; le pouls petit, faible, dépressible; la face pâle et tirée, souffrant un peu d'oppression; mais pas assez forte pour que la malade s'en plaignît. On ordonne un éméto-cathartique et un bain de pied sinapisé.

Le soir je fus appelé auprès d'elle pour une syncope qu'elle venait d'avoir. Lorsque j'arrivai elle avait repris connaissance, et ne se plaignait que d'un peu de douleur derrière le sternum. La voix était voilée, mais n'offrait aucun des caractères que l'on a donnée à la voix de croup. Ayant trouvé quelques intermittences dans le pouls, j'auscultai le cœur et je reconnus un bruit de souffle au premier temps. Pensant à la formation d'un caillot, j'ordonnai un sinapisme sur la région précordiale, et je laissai la malade assez calme. Il n'y avait pas un quart d'heure que je l'avais quittée, que l'on revint en toute hâte me chercher parce que, disait-on, elle allait mourir. J'y allai de suite, mais il était trop tard; elle venait de rendre le dernier soupir en essayant de parler, et sans avoir éprouvé le moindre accès de suffocation. Il était huit heures du soir.

A l'autopsie, faite le 3 mars, à sept heures du matin, on trouva:

Aucune lividité sur la surface du corps; un peu de raideur dans les membres. Les amygdales étaient recouvertes d'une pseudo-membrane épaisse, adhérente, jaunâtre, couvrant également les piliers du voile du palais.

Poitrine. La plèvre ne renfermait qu'une once de sérosité citrine, transparente. Poumons légèrement emphysémateux, surtout à la superficie, ne présentant aucune trace de tubercules; point d'engorgement dans aucun des lobes.

Larynx et trachée recouverts d'une fausse membrane jaunâtre d'une ligne d'épaisseur, tapissant tout l'intérieur du larynx, se continuant, d'une part, avec les fausses membranes des amygdales; d'une autre part, avec la fausse membrane qui double tout l'intérieur de la trachée, se prolonge dans les bronches et suit tout leur trajet jusque dans les secondes bifurcations de celles-ci, où elle cesse presque subitement, ne laissant dans les autres divisions secondaires qu'un peu de rougeur. La glotte était peu rétrécie par la pseudo-membrane, qui avait peu d'épaisseur en ce point. Aucune trace de fausse membrane dans le pharynx ni dans l'œsophage, qui sont sains. Le cœur présente un peu d'hypertrophie du ventricule gauche.

Le ventricule droit renferme un caillot fibreux qui paraît s'être formé pendant la vie, et qui s'engageant dans l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant, remplit l'oreillette droite; il est très adhérent à la surface interne du ventricule, un peu moins à celle de l'oreillette; il présente autant de prolongemens ou d'appendices que ces cavités cardiaques présentent de dépressions et d'anfractuosités. Cette concrétion fibrineuse, ferme, résistante et d'un blanc rosé, se prolonge dans l'artère pulmonaire et dans la veine cave supérieure.

L'abdomen ne fut pas ouvert.

Le cerveau ne présentait qu'une très légère injection pointillée dans la substance blanche.

HOPITAUX DE LONDRES.

Cas singulier d'absence de la moitié inférieure du sacrum et du coccyx; par M. James OZWIN.

Madame J... est accouchée d'une fille le 15 août 1841; le travail a été naturel. A l'examen de l'enfant, j'ai trouvé une fissure aux tégumens de la portion inférieure de la colonne spinale; en écartant les bords de cette fissure, j'aperçois une pellicule mince et transparente comme si elle eût été faite par un vésicatoire. Le lendemain, cette vésicule s'est crevée sur un point et j'ai pu la déchirer pour m'assurer des parties sous-jacentes. En glissant le bout de mon doigt au fond, je me suis trouvé sous les tégumens où je pouvais le mouvoir comme dans une poche; en pressant contre le pelvis je n'ai senti aucune résistance osseuse. En portant l'autre doigt le long de la colonne vertébrale, je me suis assuré que celle-ci se terminait au bord supérieur de la fissure, précisément sur un point qui répondait à la partie moyenne du sacrum; de sorte que la moitié inférieure de cet os et le coccyx manquaient complétement. La poche qui répondait à la fissure tenait la place de la moitié inférieure du sacrum et du coccyx, elle servait de jonction entre le bassin et la moitié supérieure du sacrum. Cette poche était formée par des membranes résistantes et de couleur bleue; en la comprimant elle donnait la sensation obscure d'un fluide renfermé au-dessous d'elle, ce qui répondait à l'intestin rectum. Lorsque l'enfant criait la poche se gonflait. Afin de m'assurer de ses liaisons avec le rectum, j'ai passé une sonde de femme dans cet intestin, laquelle a donné issue à un liquide féculent: la poche s'est affaissée. En tournant le bout de la sonde dans le rectum contre la fissure, j'ai pu le sentir à travers celle-ci, couvert par les membranes de l'intestin, de sorte que le fond de la poche répondait à la membrane externe du rectum. L'enfant était bien conformé d'ailleurs; ses membres inférieurs n'étaient point paralysés, ce qui faisait penser que la lésion osseuse n'avait pas de liaison avec la moelle ni avec les nerfs. Les fonctions du rectum et de la vessie s'exécutaient parfaitement.

J'ai fait voir cet enfant à plusieurs confrères qui ont trouvé le cas très singulier; aucun n'avait jamais rien trouvé de pareil ni dans la pratique ni dans les ouvrages. Nous sommes convenus que ce n'était pas là un *sipna bifida*; dans le spina bifida il n'y a d'autre lésion que l'absence des cerceaux postérieurs des vertèbres, tandis qu'ici l'os manquait en totalité. En d'autres termes, il y avait absence de la dernière portion inférieure de la tige rachidienne. Heureusement ce défaut existait au-dessous de cette portion de la colonne qui s'appuie sur les os innominés, de sorte que la colonne se trouvait à la rigueur supportée par les membres inférieurs. Il m'est impossible d'assigner une cause raisonnable à cette bizarrerie qu'on appelle *arrêt de développement*.

Aucune opération n'a été tentée, je craignais cependant que la membrane qui couvre le rectum ne se gangrenât et ne donnât lieu à un anus contre-nature. Rien de pareil cependant n'est arrivé; le fond de la poche s'est dermifié et induré, a acquis des adhérences avec les parties voisines, de sorte que cette partie du pelvis offre aujourd'hui beaucoup de résistance. La fissure externe néanmoins persiste toujours; les tégumens n'ont pas contracté d'adhérence avec le fond, la poche persiste en conséquence et offre de la ressemblance avec la poche des marsupiaux.

L'enfant est aujourd'hui âgé de six mois, fort et bien portant. On pourra plus tard tenter l'oblitération de la poche à l'aide de la cautérisation.

FORCEPS ASSEMBLÉ DE M. LE Dr CAMILLE BERNARD (1).

Septième observation. — Vingt-huit ans; primitare; quatre jours de travail; rétrécissement du diamètre sacro-pubien; position occipito-antérieure gauche. Application suprà-pelvienne oblique. Enfant mort depuis deux jours. Phlegmasie alba dolens consécutive. Mort.

Le 15 avril 1840, nous sommes appelé à Bonnieux par notre confrère M. Jaumard, à l'effet de donner notre avis dans un accouchement laborieux. La femme, primipare, âgée de vingt-huit ans, de bonne constitution, a ressenti les premières douleurs il y a quatre jours. La sage-femme qui l'assiste nous rapporte que la dilatation s'est faite lentement, et que depuis qu'elle a été complète le tête n'avait pas même commencé de plonger dans l'excavation pelvienne, malgré d'énergiques contractions. M. Jaumard, demandé alors, ayant reconnu par le toucher un vice de conformation du bassin, nous avait fait appeler à l'instant.

L'obstacle qui s'oppose à la progression de la tête consiste dans le rétrécissement du diamètre sacro-pubien, réduit à trois pouces, selon l'evaluation de notre main. Depuis deux jours l'enfant ne donne plus signe de vie. L'indication à l'emploi du forceps étant de la dernière évidence nous procédons immédiatement à son application.

La femme est mise au bord du lit; mais le lit, composé d'une seule paillasse, se trouve fort bas. Néanmoins, nous commençons l'opération, nous proposant de relever le bassin à l'aide de coussins.

Le toucher nous ayant fait reconnaître une position occipito-antérieure gauche, c'est sur la main que nous introduisons le forceps *ouvert*. Cette main, parvenue au détroit supérieur, soulève la tête qui repose sur l'angle sacro-vertebral et facilite l'entrée du forceps, dont les deux cuillers viennent d'être décroisées, pour qu'elles fuient l'angle pelvien. Retirant alors la main qui a conduit l'instrument, et qui a diminué un peu l'obliquité de la tête, nous la faisons servir au déploiement des cuillers.

En même temps que les cuillers se ferment, les manches du forceps sont fortement abaissés vers le périnée, afin que les cuillers répondent bien au centre du détroit superieur, dont l'axe est ramené très en avant, par suite de la proéminence de l'angle sacro-vertébral, puis, nous étant bien assuré d'avance que nous avions parfaitement évité l'insertion utéro-vaginale, nous faisons cheminer l'instrument encore deux pouces dans l'utérus. Cette manœuvre, exécutée lentement, dure une minute.

La tête, saisie obliquement, donne un diamètre de trois pouces quatre lignes sur le céphalomètre. La cuiller droite répond à la symphyse sacro-ischiatique gauche, et la gauche au trou ovale droit. L'instrument est fermé, puis fixé, et nous procédons à l'extraction.

Après quelques tentatives, la tête ne s'engage point. Jugeant alors qu'il est indispensable que le bassin de la femme soit plus élevé, afin que nous puissions faire plus librement des tractions dans le sens perpendiculaire, parallèle à l'axe du détroit supérieur, nous exhaussons le siége, et nous continuons les tentatives. La force qu'il faut déployer est très considérable; enfin, après dix minutes de travail, à partir de la prise de la tête, l'extraction de l'enfant a lieu. L'enlèvement de l'épiderme nous prouve que nous avions bien jugé de la mort de l'enfant.

Dès cet instant, nous perdons l'accouchée de vue; plusieurs fois, néanmoins, nous recevons de ses nouvelles. Tout se passe comme dans l'accouchement le plus heureux. La malade, au bout d'une semaine, se lève. Mais, du douzième au quinzième jour, elle est prise d'une douleur à la jambe gauche; la phlegmasie *alba dolens* se déclare et la femme succombe trente-cinq jours après l'accouchement, à cet accident consécutif, attribué par notre confrère à l'impression de l'air pendant les jours que la femme s'est levée.

Huitième observation. — Trente-neuf ans; primipare; un jour de travail; langeur de l'utérus; position occipito-antérieure gauche; application intra-pelvienne oblique; enfant bien portant; couches naturelles.

Madame Brissac, primipare, âgée de trente-neuf ans, affectée d'une déviation du rachis, ressent le petit mal dans la nuit du 20 au 21 février 1841. A huit heures du matin, nous sommes demandé. L'ouverture de l'orifice a acquis la largeur de 18 lignes environ; les douleurs se succèdent; peu à peu elles prennent de l'énergie. A midi la dilatation est très avancée. La poche bien formée, crève spontanément. La tête plonge en position occipito-antérieure gauche; mais au moment où l'occiput devrait se fléchir pour faire son mouvement de rotation, et venir se placer derrière la symphyse pubienne, les douleurs perdent de leur force. D'une heure à quatre le travail languit de plus en plus. Les contractions s'affaiblissent et s'éloignent. Cependant la longueur du travail, l'écoulement complet des eaux pouvant amener du danger pour l'enfant, nous nous décidons à appliquer le forceps, dont l'emploi doit être dans ce cas de la plus grande facilité.

Pour épargner à madame B... l'appareil ordinairement effrayant de l'opération, nous la laissons dans la situation que nous lui avons donnée une demi-heure avant. Elle est assise sur son mari, les pieds appuyés sur deux tabourets.

Sans relever les vêtemens, ayant seulement le soin de faire tenir les cuisses écartées, nous introduisons le forceps assemblé un peu obliquement de droite à gauche, par rapport à nous; à l'instant la tête est saisie, et les tentatives pour extraire commencent. Secondées par une contraction utérine réveillée par l'instrument, elles nous promettent un résultat immédiat. La tête achève de décrire son mouvement

(1) M. Lambron a démontré cette similitude de structure, par une série de travaux intéressans, dont il a exposé le résumé à l'Académie des sciences, le 11 mai 1840.

(2) Tout le monde n'adopte sans doute pas encore cette opinion; mais on peut citer un grand nombre de preuves concluantes en faveur de sa justesse.

(1) *Voir* la *Gazette des Hôpitaux* des années précédentes.

de rotation. En quelques minutes la délivrance est complète. L'enfant, qui ne porte aucune empreinte du forceps, jouit de la meilleure santé, et la femme ne se serait pas doutée de l'emploi de l'instrument, si nous ne l'avions pas avertie de la circonstance qui l'indiquait.

Neuvième observation. — Trente-quatre ans; multipare; un jour de travail; position occipito-antérieure gauche; application intra-pelvienne oblique; enfant bien portant; couches naturelles.

Françoise Gèse, rentière à la campagne de M. Trémolière (Apt), ayant accouché deux fois heureusement, arrive au terme de la grossesse dans un état de débilité générale. C'est à la suite d'une maladie dont elle a été atteinte l'an dernier que cette femme se trouve dans un mauvais état dynamique.

Le 19 octobre 1841, les *mouches* se déclarent dans le courant de la journée. Le mal faisant des progrès, nous sommes demandé à quatre heures. A notre arrivée les douleurs ne sont ni régulières, ni intenses; néanmoins le col est souple, mince, et l'orifice a acquis environ 2 pouces (52 millimètres) de largeur; nous reconnaissons une présentation antérieure gauche de l'occiput. De quatre à cinq heures et demie l'orifice gagne quelque chose en largeur, malgré la longueur du travail. Pour activer celui-ci, nous crevons la poche des eaux, qui fait saillie dans le vagin.

De cinq et demie à sept heures, la dilatation devient complète, mais la tête ne chemine point. Les contractions languissent; elles deviennent de plus en plus faibles et éloignées. Le moment arrive où nous jugeons qu'il faut ou administrer le seigle ergoté ou appliquer le forceps.

Les organes de la génération se laissant très aisément dilater, et l'état de l'enfant nous paraissant demander le moyen le plus sûr et le plus prompt de délivrance, nous procédons à l'application du forceps assemblé.

Elle a lieu comme dans le cas précédent. La femme est assise sur son mari, assis lui-même sur une chaise. Nous fixons *le maximum de développement* sur quatre pouces moins un quart à cause du peu d'espace qui existe entre la tête et le bassin.

Après l'évolution des deux cuillers que nous avons opérée avec lenteur, le diamètre de la tête dépasse de beaucoup l'espace qui sépare les deux cuillers. Lâchant une des vis pour donner la liberté au crochet sur le régulateur, les cuillers achèvent aussitôt leur évolution, et nous pouvons fermer l'instrument. La tête est comprimée au point convenable; puis nous procédons à l'extraction.

Ce temps de l'opération n'offre rien de remarquable. En quelques minutes la femme est délivrée.

L'enfant porte à chaque tempe, à des endroits parfaitement correspondans, deux légères traces du forceps, dues à un peu de saillie du bord des cuillers.

Le lendemain cette empreinte rouge a disparu. Les tissus ont repris leur état normal.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Pilules de ciguë composées.

Pr. Extrait de ciguë,	8	grammes.
Poudre de ciguë,	8	
Gomme résine ammonium,	8	
Résine de Gayac,	8	
Résine de jalap,	2	
Soufre doré d'antimoine,	4	
Sirop de gomme,	*q. s.*	

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée en pilules du poids de dix centigrammes, mêlées dans la poudre d'iris de Florence ou de lycopode.

M. le docteur Bernstein, qui a proposé l'emploi de cette préparation, dit en avoir obtenu des effets très avantageux dans le traitement des squirrhes et des indurations chroniques des viscères.

La dose à laquelle on doit administrer ces pilules est de huit le matin et autant à midi et le soir. Suivant les résultats obtenus, on en augmente progressivement la quantité jusqu'à ce que l'on soit arrivé à en faire ingérer seize par chaque prise.

Traitement de l'aphonie et de l'enrouement chronique par les moyens topiques.

M. le docteur Hirtz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, assure avoir obtenu les résultats les plus satisfaisans, dans des cas d'aphonie dont le symptôme principal, et pour ainsi dire unique, est un enrouement, une raucité de la voix plus ou moins intense, par des insufflations d'une substance irritante dans le larynx, et par les révulsifs cutanés.

Après avoir donné plusieurs observations de succès, ce praticien résume son traitement, quand un malade est atteint d'une extinction de voix peu ancienne et peu intense, à lui faire pratiquer des aspirations ammoniacales ou des fumigations benzoïques; si l'affection tarde à s'amender, ou bien si, dans le principe on la juge opiniâtre, à avoir recours aux insufflations d'alun en poudre très ténue, avec une canule recourbée; enfin à provoquer l'éruption stibiée à des degrés plus ou moins forts, si l'affection est très rebelle.

(*Echo du monde savant*; mai 1842.)

Chronique et Nouvelles.

Les Anglais ont accueilli avec plus de faveur que nous une idée qui, née en France, est allée germer et grandir en Angleterre. On sait qu'il y a cinq ou six ans l'établissement de la *société sanitaire* succomba sous les coups de la désapprobation et du ridicule. Il n'en a pas été de même en Angleterre où, depuis deux ans, s'est formée une société d'assurances contre les chances de maladie, société qui a trouvé dès le principe un grand nombre de souscripteurs et qui devient de plus en plus florissante. Moyennant une prime annuelle de 12 francs 50 centimes, le souscripteur malade reçoit les soins d'un ou de plusieurs médecins selon les cas; reçoit gratuitement tous les médicamens nécessaires dans le cas d'isolement, est pourvu d'une garde-malade ainsi que de lits, et même, tous les ustensiles convenables.

La société est, dit-on, en bénéfice, bien qu'elle remplisse ses engagemens avec la plus grande exactitude.

— M. O. Henry, membre de l'Académie de médecine, ex-sous-chef de la pharmacie centrale, et M. Buignet, bachelier ès-sciences, ont été nommés agrégés près l'Ecole de pharmacie de Paris.

— M. Davallon, pharmacien, a été nommé professeur-adjoint de pharmacie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

VINGT-SEPTIÈME SÉANCE. — *Distribution des sujets de thèses.*

Aujourd'hui lundi 23, a eu lieu la distribution des sujets de thèses.
Voici comment ces sujets ont été répartis par le sort :

M. Chrestien : De la percussion et de l'auscultation dans les maladies chirurgicales.
M. Laugier : Des varices et de leur traitement.
M. Huguier : Diagnostic différentiel des maladies du coude.
M. Chassaignac : Des lésions traumatiques du crâne et des parties qu'il contient.
M. Robert : Des anévrismes de la région sus-claviculaire.
M. Thierry : Quels sont les cas où la lithotomie doit être préférée à la lithotritie et réciproquement.
M. Malgaigne : Des irrigations dans le traitement des maladies chirurgicales.
M. Vidal : Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer.
M. Ph. Boyer : Des pansemens des plaies.
M. A. Bérard : Diagnostic différentiel des tumeurs du sein.

Cinq exemplaires au moins de chacune de ces thèses devront être remises à la Faculté le mardi 7 juin à quatre heures. Dans la séance publique de ce jour, on tirera au sort le nom du candidat qui devra être augmenté le premier. Cette première argumentation aura lieu le vendredi 10 juin.

Guérison de la morve par l'Eau Brocchieri.

L'Académie des sciences a entendu dans une de ses dernières séances un rapport sur le traitement de la morve au moyen de l'*Eau Brocchieri*. L'Académie fut vivement frappée de l'importance des faits constatés dans ce rapport. Un extrait de la lettre adressée à M. Brocchieri par M. Galy, directeur de l'infirmerie vétérinaire militaire de l'Amirault, donne lieu d'espérer qu'un remède efficace a été enfin trouvé contre cette terrible maladie restée incurable jusqu'à ce jour.

« . . . J'avais un cheval entier, l'Epervier, que je m'étais procuré comme étalon pour tenter des expériences sur l'hérédité de la morve, expériences qui avaient été autorisées par M. le ministre de la guerre et la commission de surveillance. L'Epervier, au 20 juin 1840, présentait l'état suivant : Fortement glandé du côté gauche, jetant abondamment du même côté et présentant de nombreuses ulcérations sur la membrane nasale du côté gauche.

» Le 2 septembre, lorsque je commençai les expériences, l'Epervier se trouvait dans le même état que ci-dessus. J'administrai trois fois par jour 124 grammes de l'Eau Brocchieri à l'intérieur, j'en injectai autant trois fois par jour dans les fosses nasales, et je fis frictionner les glandes, aussi trois fois par jour, pendant dix minutes chaque fois. Ce traitement fut exactement suivi jusqu'au 23 septembre, époque à laquelle les symptômes avaient déjà beaucoup diminué : les glandes avaient perdu de leur volume, le jetage était presque nul, les ulcérations sur la muqueuse nasale avaient en grande partie disparu. Depuis lors, on l'a observé chaque jour : son état s'est graduellement amélioré, et aujourd'hui l'Epervier ne présente plus le moindre symptôme de morve. Je crois donc que cette guérison, obtenue par le seul emploi de l'Eau Brocchieri, peut être considérée comme radicale.

» . . . L'Epervier n'est pas le seul sujet sur lequel j'ai administré votre Eau hémostatique : j'en ai injecté dans les veines de deux chevaux, entre autres un cheval nommé Tybule, dont les symptômes de morve aiguë passaient à l'état chronique et qui avait du farcin. J'en ai injecté dans ses veines un décalitre chaque fois, et cette expérience a été répétée deux fois. Depuis ces injections, son état s'est beaucoup amélioré. . . . »

Nous souhaitons vivement que l'on donne suite à ces expériences. Nous connaissons dans les hôpitaux plusieurs cas de morve communiquée à l'homme : ne pourrait-on pas essayer l'emploi de ce nouveau médicament, et rendre public le résultat que l'on aura obtenu?

Médecine hydro-thérapique.

Le docteur Wertheim, qui a dirigé jusqu'à présent le traitement hydro-thérapique à l'hôpital Saint-Louis (services de MM. les docteurs Gibert et Devergie) a l'honneur d'informer MM. ses confrères qu'il vient de faire disposer les appareils nécessaires pour ce traitement à l'établissement des bains de Tivoli, et qu'il offre le concours de son expérience à MM. les médecins qui ne pourront donner eux-mêmes tout le temps et tous les soins qu'exige cette médication à laquelle il s'est voué spécialement.

Le docteur Wertheim se trouve le matin à Tivoli et de 3 à 5 heures à sa demeure, 19, rue du Faubourg-Poissonnière.

Il n'est pas permis, à Paris, de partir pour la campagne sans emporter, pour ses amis ou pour soi, une provision de ces amusans petits livres connus sous le nom de *Physiologies-Aubert*. La collection vient d'être close par la publication du Flaneur, écrit par Ch. Philippon, un des auteurs de cette excellente galerie du Robert-Macaire. Ainsi, la petite bibliothèque des *Physiologies-Aubert* se compose des 25 meilleures physiologies, et moyennant la somme très-modique de 25 fr, on a tout ce qu'il faut pour amuser 25 personnes à la campagne, pendant les jours de mauvais temps, où l'on ne sait comment divertir ses amis.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 26 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 63. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole de Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr., un an, 40 fr.
Etranger, un an 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Suppression des règles. Hémorrhagie consécutive.

Une femme de vingt-deux ans, domestique, est entrée le 20 février dans le service de M. Andral. Cette femme, d'une constitution assez délicate, ayant la peau blanche et fine, a été réglée à l'âge de dix-sept ans, et l'a toujours été sans accident depuis cette époque. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle ne toussait pas et sa respiration était facile et longue.

Il y a trois semaines, à la nouvelle inattendue de la mort de son frère, elle eut un saisissement qui coïncida avec l'époque de ses règles. Celles-ci ne durèrent qu'une demi journée au lieu de continuer pendant trois ou quatre jours comme à l'ordinaire. Quatre jours après l'accident, elle ressentit un point de côté au-dessous du sein gauche. Il ne survint pas alors de toux ni de frisson; mais elle fut prise de céphalalgie; elle eut en même temps quelques épistaxis et elle vomit des caillots de sang. Depuis lors elle a été obligée de garder le lit, et à plusieurs reprises elle a rendu du sang par la bouche.

Etat actuel le 21 février: Anxiété, oppression, grande inquiétude, coloration vive des joues, lèvres fendillées et écroûtées, langue humide, large, naturelle; gencives saignantes et gonflées; la pression avec le doigt en fait sortir du sang; déglutition douloureuse, on ne voit rien en examinant la gorge. Eructations fréquentes. Epigastre douloureux à la pression. Endolorissement dans toute la région sternale. Le ventre et l'hypogastre sont indolens. La douleur occupe exclusivement les parties sus-ombilicales. Pas de diarrhée; pas de sang dans les garde robes. Respiration accélérée, douloureuse, saccadée; on ne peut la compter. Cet état s'explique plutôt par l'anxiété de la malade que par l'état morbide. Cependant le point de côté est très fort. La percussion du thorax est douloureuse en arrière à gauche, où l'on ne trouve pas de matité; le son est naturel en avant des deux côtés. Le souffle respiratoire est vésiculaire en arrière des deux côtés. A gauche, en avant, la respiration a quelque chose de convulsif. La douleur fait avorter chaque mouvement respiratoire. Il y a à peine un peu de toux; voix éteinte depuis quelques jours. On compte 72 pulsations (Quatre ventouses scarifiées sur la partie latérale gauche de la poitrine au-dessous du sein gauche Sinapismes aux extrémités inférieures. Orge. Deux bouillons.)

22 février. On a appliqué sept ventouses au dessous du sein gauche. Moins de céphalalgie et de douleur de côté. La malade se plaint d'un peu de douleur dans la poitrine ainsi que dans les bras, jusque dans les doigts. Quelques étourdissemens; pas d'épistaxis. Un peu de toux accompagnée de quelques crachats écumeux, sanguinolens, qui semblent venir de la trachée et des premières bronches. Au moment de la visite, elle rend un crachat écumeux mêlé de sang, qui accuse une véritable hémoptysie. On juge d'après cette exhalation sanguine que la maladie fait des progrès vers les divisions bronchiques. Rien à l'auscultation, Les gencives sont saignantes. L'haleine est très fétide comme dans la stomatite et la gingivite. Peu de soif. Pas de selles hier. (Saignée du bras de trois palettes. Orge, diète.) La saignée n'a point fourni de couenne; le caillot en était mou.

Le lendemain, les crachats sanguinolens continuent et proviennent des bronches et de la muqueuse bucco-pharyngienne. Peu de toux. Les gencives sont saignantes comme dans le scorbut. La douleur de côté a diminué. Faiblesse générale sans fièvre. Peu de céphalalgie. (Limonade citrique.)

Le 24, céphalalgie violente, étourdissemens, vertiges, sifflemens et bourdonnemens dans les oreilles. Face colorée, yeux brillans. Pas d'épistaxis. Crachats d'hémoptysie. Le sang paraît provenir de plus en plus des parties profondes. 60 à 64 respirations. 88 pulsations. Battemens de cœur. Pas de souffle dans les carotides. Rien à l'auscultation. Langue toujours naturelle. Soif; anorexie; fétidité extrême de l'haleine. Douleur au creux de l'estomac et au dessous du sein droit. (Hyperesthésie de la peau.) A gauche la douleur a cessé. En pressant la région dorsale moyenne, on détermine de la douleur à la région épigastrique. (Limonade 2 pots, 2 tasses de lait.)

Le lendemain, malgré la céphalalgie, les vertiges et les bourdonnemens, le facies est meilleur. Il y a eu une épistaxis. La malade a de temps en temps des nausées. 80 pulsations (Limonade citrique; 20 sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses.) A la suite de l'application de ces sangsues, qui ont coulé modérément, les crachats hémoptoïques et la toux ont diminué. La malade éprouve dans son état une amélioration qui consiste, dit-elle, en ce que la respiration est moins gênée. La douleur au-dessus du sein gauche a disparu complètement. Celle du côté droit existe encore, mais elle est vague et erratique. Pas de nouvelle épistaxis. Sentiment de courbature dans les membres. Pas de sommeil. Cependant la figure est calme et reposée; la coloration en est naturelle. Les yeux sont encore un peu injectés. Meilleur état des gencives, qui saignent encore à la pression. Langue humide, un peu rouge. Pas de soif. Quelques nausées. Douleur au creux de l'estomac. Les battemens du cœur ont cessé. 84 pulsations; 64 respirations. (Lim.; saignée de 3 palettes; diète.)

Le 28, le nombre des respirations est descendu à 52. L'haleine est toujours fétide et la langue toujours belle et nette. Le potage et la tisane sont vomis; dégoût pour tout aliment. Encore quelques douleurs erratiques dans la poitrine en avant. Douleur dans le dos, entre les deux épaules, augmentant par la toux. Crachement de sang après la toux, sans efforts. (Limonade citrique; deux sinapismes autour des jambes; dix sangsues à l'anus; diète.)

1er mars. Les sangsues ont bien coulé. La malade a eu un peu de sommeil la nuit. Moins de céphalalgie. Apyrexie complète. Gencives moins gonflées et moins saignantes et haleine beaucoup moins fétide. 80 pulsations; 24 respirations. La malade est beaucoup mieux; mais le 2 mars elle se trouve moins bien. Les douleurs de tête, les bourdonnemens d'oreilles, lui ont ôté tout sommeil. L'haleine continue d'être moins fétide, mais les crachats, encore sanguinolens, ont une odeur nauséabonde. La langue est toujours naturelle. Une légère pression suffit pour produire de la douleur à la région épigastrique, ce qui fait penser que cette douleur est musculaire. Pas de selles; le nombre des respirations est remonté à 60; le pouls est à 84. Rien à l'auscultation ni à la percussion dans aucune partie de la poitrine. (Huile de ricin, 30 grammes dans du bouillon aux herbes; diète.)

Le 3 mars, la malade dit que depuis quelques jours elle était obligée, la nuit, de s'asseoir sur son lit pour respirer plus librement. Elle a vomi une partie de l'huile de ricin après l'ingestion de celle-ci. Deux selles. Elle ne crache plus qu'une très petite quantité de sang.

Elle sort le 3 mars, sans être complètement guérie, mais dans un état voisin de la guérison.

Réflexions. Cette observation pourrait donner lieu à de nombreuses réflexions cliniques. Nous nous bornerons à rappeler celles qui furent faites sous l'impression des phénomènes observés au lit de la malade. On dut croire d'abord que les caillots vomis par la malade étaient constitués par du sang qu'elle aurait avalé. Les épistaxis autorisaient cette explication. On reconnaissait évidemment chez cette malade une tendance très prononcée aux hémorrhagies des muqueuses de la bouche et des voies aériennes; hémorrhagies supplémentaires de l'écoulement des règles supprimées. Par suite de cette suppression, le sang destiné aux parties inférieures, détourné de sa direction, refluait vers les parties supérieures et les avait envahies.

Quel nom fallait-il alors donner à ces hémorrhagies par la bouche? Même au 1er mars, M. Andral disait lui-même qu'il ne savait quel nom donner à la maladie. Mais, ce qu'on n'avait

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Septième lettre. — *Histoire de Jean de Troyes.* — 1411 à 1414.

Nous allons, s'il vous plaît, laissant là l'antiquité et la théologie, arriver en plein moyen-âge et descendre à la biographie.

Depuis les Lettres de M. Thierry sur l'histoire de France, il est vrai de dire qu'une nouvelle ère historique a commencé, et que le peuple, long-temps opprimé par les historiens comme par les seigneurs, a été tiré de l'oubli et a fait plus souvent apparition dans les récits de nos annales. Je crains cependant que cette réforme ne soit restée encore trop à la surface; les écrivains modernes, marchant dans la voie tracée, ont bien pris en général quelque intérêt aux bourgeois des villes luttant pour l'établissement des communes, et aux serfs des campagnes accablés par toutes les misères réunies; mais quand les serfs à bout de patience se révoltent, les atrocités commises par cette race inculte et barbare nuisent considérablement dans l'esprit du narrateur, à la justice de leur cause, et c'est avec une certaine satisfaction qu'on lance enfin de bons escadrons de gentilshommes tout bardés de fer, à la poursuite de ces va-nus-pieds. Dans une sphère plus élevée, lorsque cette grande commune de Paris, en qui déjà l'esprit français commençait à se personnifier quand il n'y avait pas encore de France, lorsque le peuple de Paris, lassé des concussions, des dilapidations, des trahisons des seigneurs et de la cour, essaye de prendre en main la cause de la France et même de la monarchie: comme il n'obéit alors qu'à ses chefs élus, vilains, roturiers, vile canaille, et que, mal affermi dans ce rude sentier des révolutions, il finit toujours par être écrasé, je ne sais quelle pudeur saisit alors nos historiens les plus modernes et les plus amis de la cause populaire; mais ils n'osent se prononcer en faveur d'un mouvement dirigé par des bouchers et des écorcheurs; la nausée les prend à la seule idée d'un héros qui sera *le fils d'une tripière;* et enfin il n'y a pas jusqu'au nom de ces vilains qui ne devienne une cause de mépris et de ridicule, s'ils ont le malheur de s'appeler *Caboche;* est-il possible, en effet, de soutenir un seul instant le parti des *Cabochiens?*

Lorsque j'écrivais mon *Introduction* à l'A. Paré, j'avais été frappé de cette injustice des historiens envers des hommes qui, les premiers dans des siècles abâtardis, avaient osé lever, au péril de leur fortune et de leur vie, le drapeau de la liberté et du patriotisme. Tous ces hommes ont mal fini: martyrs de leur croyance et de leurs efforts, proscrits, torturés, pendus, decapités, ils n'avaient pas même l'espoir d'échapper dans l'avenir à une flétrissure éternelle; le parti vainqueur tenait la plume aussi bien que l'epée, et toutes ces émeutes populaires étaient racontées par des écrivains royalistes. Et cependant, telle est la grandeur de quelques-unes de ces figures de bourgeois entraînés dans le mouvement politique, qu'elle a frappé leurs ennemis même; le narrateur qui les couvre de blâme et d'injures devient involontairement leur apologiste dans son récit; et ni M. de Sismondi, ni M. Michelet ne sont aussi équitables envers l'insurrection de 1413 que le religieux de Saint-Denis. Il y a là surtout un homme qui nous appartient, Jean de Troyes, chirurgien de S. Côme, qui joue le principal rôle; et comme je n'avais pu alors lui faire une réhabilitation aussi éclatante que je le désirais, j'exprimais tout mon regret par ces paroles qu'on me permettra de reproduire.

« J'aurais voulu moi-même, et cet épisode n'eût pas été déplacé peut-être dans une histoire de la chirurgie française, montrer ce magnanime vieillard, ce courageux orateur, ce grand citoyen, élu d'abord le premier des échevins de Paris, quand l'élection fut restituée au peuple; défendant la cause du peuple contre les nobles qui pressuraient et trahissaient le royaume; on l'aurait vu, quand la Bastille, surprise par une créature du dauphin, frappait les Parisiens de terreur, rassurer les courages, rassembler vingt mille hommes, attaquer et prendre la Bastille; puis, par une démarche plus hardie encore, présenter au prince irrité les vœux du peuple, faire saisir à ses côtés les courtisans suspects de trahison, imposer au pouvoir l'acceptation d'une charte populaire; et pour prix de son dévouement, bientôt abandonné des siens, proscrit, fugitif, arrêté, payer de sa tête le crime d'avoir tout sacrifié à son pays. Mais si la rapidité de mon récit m'entraîne, je ne renonce pas, dans une occasion meilleure, à réparer envers ce noble et malheureux champion de la cause populaire l'injuste oubli de ses contemporains et de la postérité, et à restituer à ce Mirabeau du moyen-âge la place équitable qu'il a droit d'occuper dans la mémoire des hommes. »

Cette tâche, que je me réservais alors, je vais essayer de la remplir aujourd'hui; et sans prétendre réparer toutes les lacunes de nos historiens dans le récit d'une révolution qui, quatre siècles à l'avance, semble comme une image et un pressentiment de la grande révolution française, je me bornerai aux détails qui jetteront le plus de jour sur la mission que s'imposa notre chirurgien.

Lors de l'insurrection des Maillotins, en 1382, Paris avait été traité comme une ville prise d'assaut; après les exécutions étaient venues les concussions; et enfin le roi ôta aux bourgeois le droit d'élire leur prévôt et leurs échevins, ce qui était anéantir les droits de commune. Depuis lors, les années s'étaient écoulées; le roi était devenu fou; le duc d'Orléans, gouvernant à sa place, n'avait pas su ou n'avait pas voulu repousser les Anglais; les impôts qu'il levait d'autorité sur tout le royaume étaient dissipés en fêtes et en libéralités, sans profit pour la guerre nationale; et enfin il refusait de rendre à Paris ses priviléges; triple cause d'impopularité. Le duc de Bourgogne le fit assassiner; mais le peuple a peu de pitié pour ceux qu'il regarde en ennemis; et le duc de Bourgogne ayant poussé assez vivement la guerre, promettant des réformes dans l'état, et enfin ayant fait rendre aux bourgeois de Paris le droit d'élire leur prévôt et leurs échevins, ne pouvait manquer de devenir très-populaire.

Ce fut sous l'influence de ces bonnes dispositions à l'égard du duc de Bourgogne que se firent les élections en 1411. Néanmoins, un intérêt beaucoup plus puissant animait les électeurs; et, après près de trente années d'interruption, le premier exercice qu'ils firent de leur privilége fut empreint d'une gravité et d'une solennité inaccoutumée. « Ils jurèrent, dit le chroniqueur contemporain, ils jurèrent tous en particulier de ne donner leurs suffrages qu'à des gens dignes d'un si grand honneur. Plusieurs sujets d'un mérite et d'une fidélité éprouvés furent mis en avant; on discuta longuement sur les titres de chacun d'eux; et enfin, les voix étant recueillies, on proclama échevins Jean de Troyes, Jean de l'Olive, Jean de Saint-Yon et Robert de Belloy. »

Jean de Troyes, ainsi élevé à la dignité de premier échevin par le vœu populaire, était chirurgien de Saint-Côme, juré et concierge du Châtelet. Il était fils probablement d'un autre Jean de Troyes, qui avait été prévôt de la communauté en 1355; mais il avait depuis long-temps succédé à son père, et nous le trouvons chirurgien juré du roi au Châtelet dès 1396. C'était, disent les chroniques, un beau vieillard fameux dans sa profession, expert et subtil en affaires, et sachant habilement manier la parole. Il ne tarda pas à obtenir un grand ascendant sur ses collègues et les autres officiers de la commune; et c'étaient ses conseils qui prévalaient ordinairement dans toutes les entreprises. Outre les échevins, on avait rétabli les cinquanteniers et les dizainiers, image de la garde nationale moderne, soumis au capitaine de la ville; mais les bourgeois montrant peu d'empressement à reprendre ce service, le comte de Saint-Pol institua une milice urbaine spéciale; c'était un corps de cinq cents hommes dont il donna le commandement à trois bourgeois de haut renom, tous trois fils d'un boucher du roi, ayant suivi la même profession, comme il était d'usage; on les appelait les frères Legoix. Comme le comte de Saint-Pol leur avait laissé le choix des hommes, ils se recrutèrent naturellement dans leur confrérie, et la milice se trouva composée de cinq cents compagnons bouchers, dont quelques-uns s'appelaient plus spécialement *écorcheurs*.

Quelque effroi que ces noms de bouchers et d'écorcheurs aient fait à tous les historiens de France, il est certain du moins que Paris respira

pu que soupçonner les premiers jours, on en eut plus tard la certitude. Le sang provenait en grande partie de la poitrine ; exhalation sanguine qui avait son siége dans toute l'étendue de la muqueuse de la bouche et du pharynx, des fosses nasales, du larynx et des bronches.

Quant aux douleurs vagues et erratiques ressenties par la malade, c'était évidemment de la pleurodynie.

En présence de ces deux principales données, M. Andral déclare que l'important est d'abord d'enlever le point de côté. Ce moyen sera plus efficace pour obtenir le retour des menstrues, que ne le serait l'application immédiate de sangsues aux cuisses. Il ne fallait pas d'abord s'occuper des règles, mais bien attaquer les symptômes généraux pour en venir ensuite aux moyens locaux d'abord négligés. Pour combattre les symptômes généraux, la saignée générale était contre-indiquée par l'état du pouls (il n'y avait que 72 pulsations) et par la suppression des menstrues elle-même, que la saignée générale eût maintenue. Nous devons toutefois noter que des saignées du bras furent faites un peu plus tard, et qu'alors les accidens généraux parurent s'aggraver.

Les moyens locaux appliqués vers l'utérus ne devaient même avoir tout leur effet qu'autant que déjà l'on aurait combattu les symptômes généraux. C'était là en effet l'indication que l'on voulait suivre, lorsque, le 28 février, alors que les accidens généraux avaient diminué et que le nombre des respirations était passé de 64 et plus à 52, pour tomber le lendemain jusqu'à 24, l'application de dix sangsues faite au siége fut suivie d'une amélioration franche, tandis que les précédentes applications n'avaient produit que peu d'effet, les accidens généraux étant alors en pleine activité.

Il y avait chez cette malade un état nerveux et d'éréthisme général que trahissait l'état du pouls comparé à celui de la respiration. Le nombre des respirations a varié en quelque sorte au gré de cet état nerveux, s'élevant au point de ne pouvoir être compté, puis tout à coup descendant à cinquante-deux, puis à vingt-quatre, pour remonter au-delà de cinquante, tandis que le pouls est resté le même à peu près invariablement. Aussi, la percussion et l'auscultation ne fournissant aucun signe, a-t-on toujours regardé le pouls chez cette malade, comme étant hors de cause.

M. Andral, en ne cherchant pas d'abord à rappeler les règles a agi contrairement au précepte : *sublatâ causâ tollitur effectus ;* mais la fin a justifié les moyens. V...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Ulcères atoniques de la jambe. Emploi de l'iodure de potassium.

Revue des malades du service (suite)

Aux numéros 10, 18 et 38, sont trois malades qui portent aux jambes des ulcères dits atoniques. Chez le malade du n° 10, l'ulcère comprenait la moitié de la circonférence de la jambe, et il avait trois pouces d'étendue suivant le diamètre longitudinal ; il avait en outre une profondeur considérable ; les muscles de la jambe étaient en partie dénudés. Cet ulcère était depuis très long-temps stationnaire : on avait employé jusque-là, en vain, tous les moyens ordinaires. Le malade a été mis à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, aux doses habituelles, c'est-à-dire vingt grains dans trois onces de véhicule pour trois doses dans la journée. A partir de la première administration l'ulcère est sensiblement amendé. Le médicament ayant un peu fatigué les organes digestifs, on a dû en suspendre l'usage, ce qui nous a fourni l'occasion de remarquer que les progrès de l'ulcère vers la guérison s'étaient arrêtés aussitôt. Le médicament a été repris ; la cicatrisation s'est de nouveau effectuée avec une grande rapidité ; mais actuellement que la plaie se trouve réduite à un dixième environ de l'étendue qu'elle avait, la marche de la cicatrisation se ralentit et semble devoir s'arrêter.

Le malade du n° 18 était dans des conditions analogues ; l'ulcère qu'il portait à la jambe avait même une plus grande étendue ; il comprenait les deux tiers de la circonférence de la jambe, et avait, suivant son diamètre longitudinal, environ quatre pouces et demi. Ce malade n'est pas guéri non plus ; mais, sous l'influence du même médicament, dont les doses sont augmentées de huit en huit jours de six grains, les neuf dixièmes environ de la plaie se sont cicatrisés ; ce qui reste à nu est dans de bonnes conditions qui permettent d'espérer une cicatrisation complète en peu de temps.

Quant au malade du n° 38, il portait six ou huit ulcères profonds sur la jambe droite, et sur la jambe gauche ; ces ulcères étaient si nombreux et avaient une telle étendue qu'ils envahissaient presque toute la jambe, et n'étaient séparés les uns des autres que par de petites îles de peau restée intacte. Ce malade a été soumis à la même médication, et en quelques jours nous avons vu une amélioration considérable. La marche, d'abord très rapide, de ces ulcères vers la guérison, s'est un peu ralentie au bout de quelques jours, mais la cicatrisation a bientôt repris son cours avec une rapidité remarquable, et beaucoup plus grande que dans les cas précédens, au point que, actuellement, après six semaines environ de traitement, ces ulcères sont complètement guéris. Ce n'est que pour voir se consolider le tissu de la cicatrice que le malade reste encore dans l'hôpital.

Il est bon d'insister sur cette circonstance, que les trois malades dont il vient d'être question portent tous trois des ulcères atoniques anciens d'une grande étendue, ne présentent aucun caractère de constitution scrofuleuse, ni aucune trace d'affection syphilitique. Or, on connaissait déjà l'efficacité de ce moyen contre les ulcères scrofuleux ou d'origine vénérienne, mais personne n'avait songé encore à l'employer dans les cas d'ulcères atoniques simples. Une remarque que nous ajouterons encore à celle-ci, c'est que, dès le début même du traitement, la cicatrice de ces ulcères présente de suite de bonnes conditions et un aspect presque semblable à celui des plaies récentes. Ce résultat, que l'on ne peut attribuer qu'à l'influence de la médication mise en usage, est surtout remarquable chez le dernier de ces malades.

Abcès fistuleux et carie à l'avant-bras. Injections de chlorure de chaux.

Au n° 14, est un malade chez lequel, à la suite d'une entorse du poignet, il survint des abcès à l'avant-bras, et, consécutivement des fistules avec une dénudation et une carie du radius dans l'étendue de plus d'un pouce. Dès le moment où le malade est entré à l'hôpital nous avons fait pratiquer dans le trajet fistuleux des injections avec une solution de chlorure de sodium à trois degrés d'abord, à quatre et puis à cinq degrés. Il est survenu dans le foyer une inflammation assez vive, accompagnée d'une suppuration abondante ; on a fait usage d'un pansement simple ; la suppuration a diminué peu à peu et au bout de quelques jours les parties paraissaient s'être recollées au point que les injections ne pouvaient plus pénétrer. Il était cependant resté une fistule qui s'ouvrait et se refermait alternativement. A quatre reprises différentes cette fistule que l'on avait cru cicatrisée, s'était rouverte à peu de jours d'intervalle ; elle s'est enfin définitivement fermée, et la cicatrice se maintient depuis aujourd'hui vingt et un jours.

Ces fistules se rouvriront-elles de nouveau ? La guérison sera-t-elle définitive ? On n'oserait se prononcer encore d'une manière absolue à cet égard. Sans compter définitivement sur une guérison complète on est du moins autorisé à la considérer comme très probable. Cette observation importante, au point de vue de la thérapeutique, n'offre pas moins d'intérêt sous le rapport de l'anatomie pathologique en ce que les os de l'avant-bras ne se sont point nécrosés, bien qu'il soient restés long-temps à nu dans une assez grande étendue.

Dénudations osseuses, injections de chlorure de sodium et iodure de potassium à l'intérieur.

N° 26. Un malade est entré avec une dénudation du fémur dans une étendue considérable que l'on ne peut préciser d'une manière exacte. Le membre était tuméfié, douloureux ; on avait appliqué des moxas autour de la tumeur ulcérée : nous avons fait cicatriser les petites ulcérations que ces moxas avaient produites, et nous avons appliqué sur la même région des sangsues. Nous avons fait pratiquer des injections de chlorure de sodium dans le foyer et administré à l'intérieur l'iodure de potassium. Il y avait une énorme suppuration ; on pouvait évaluer à la valeur d'un verre à peu près la quantité de pus qui sortait dans un jour par la plaie. Au bout de quelques jours de traitement la suppuration était tarie, les parties molles avaient changé d'aspect, et la partie dénudée du fémur était recouverte de bourgeons charnus.

Nous pourrions citer à côté de ce fait d'autres cas tout récens encore ; celui, par exemple, d'un vieillard cacochyme qui avait une dénudation de tout le col du fémur et dont nous avons obtenu la guérison par les mêmes moyens.

Ce sont des faits qu'il est important de faire connaître, car la plupart des chirurgiens eussent vu là l'indication d'une amputation. Tous les praticiens sont, en effet, unanimes pour considérer ces grandes dénudations comme incurables : ils ne voient d'autres moyens à leur opposer que l'amputation, lorsqu'elle est possible, et dans le cas contraire, ces malades sont voués à une mort à peu près certaine.

Vaste abcès du bassin. Injections froides de guimauve.

Au n° 28 est un malade portant un vaste abcès à la partie postérieure du bassin ; cet abcès a laissé à sa suite une large ouverture par laquelle se fait jour une grande quantité de pus. On a fait pratiquer dans ce foyer des injections d'eau de guimauve un peu froide ; on n'a point fait pénétrer de mèche afin de ménager les brides cellulo-vasculaires qui unissent encore les parois du foyer entre elles. Des sangsues en grand nombre ont été appliquées autour de ce foyer ; le malade a été immédiatement soulagé. La fièvre à laquelle il était en proie est tombée, la suppuration est considérablement diminuée, de sorte que nous pouvons espérer une prompte cicatrisation.

Affections syphilitiques du rectum.

Deux malades ont une affection du rectum, affection que l'on croit être de nature syphilitique. Il entre chaque année à l'hôpital environ une vingtaine de malades avec de semblables maladies du rectum. M. Lisfranc considère les neuf-dixièmes au moins de ces maladies, que la plupart du temps on prend pour des cancers, comme produits par l'infection syphilitique. Il en a d'ailleurs acquis la preuve par les résultats thérapeutiques. Chez la plupart de ces sujets la maladie cède au traitement antivénérien. C'est ce qui est arrivé chez les deux malades en question, dont l'un, couché au n° 22, est actuellement

---

sous ses nouveaux chefs, et que durant deux années il n'y eut plus dans ses rues de ces assassinats insolens tentés par les grands ou les petits seigneurs. La commune se renfermait dans le cercle de ses attributions, veillant aux intérêts de la ville, résistant aussi bien au duc de Bourgogne qu'au dauphin ; jouissant d'ailleurs d'une telle considération, que, l'un des frères Legoix étant mort, on lui fit, dit Juvénal des Ursins, *moult honorables obsèques, autant que si c'eût été un grand comte ;* et que le duc de Bourgogne assista au convoi en personne ; et d'une autre part, les princes ayant fait un semblant de paix à Auxerre, en 1412, le prévôt et les échevins de Paris furent invités à assister au traité.

Mais de graves circonstances allaient les jeter sur une scène plus vaste et plus périlleuse. En 1412, le comte d'Armagnac, beau-père du nouveau duc d'Orléans, avait signé avec les Anglais un traité qui démembrait et leur livrait la France. La cour et les princes du sang étaient à Paris près du jeune dauphin ; mais on disait que ces princes avaient participé au traité. Le dauphin ne pouvait être suspect de ce côté ; mais tout occupé de ses plaisirs, livré à ses courtisans, il oubliait dans de longues orgies la misère du royaume ; et, ce qui indignait surtout le peuple, c'était de voir dissiper en folles débauches l'argent qui aurait dû servir à chasser les Anglais. On tenta d'assembler les états généraux au commencement de 1413 ; les députés insistèrent surtout sur la nécessité de recouvrer les deniers détournés et ne voulurent pas voter d'autres impôts. Tandis que la haine générale accusait la cour du dauphin, le dauphin à son tour supportait impatiemment les résistances de la bourgeoisie et surtout de celle de Paris. On s'observait avec méfiance ; tous les esprits étaient dans cet état d'excitation où il ne faut qu'une étincelle pour déterminer l'explosion, et, comme il arrive d'ordinaire, ce fut le parti de la cour qui donna le signal.

Le duc de Bourgogne avait fait nommer prévôt de Paris, Pierre Désessarts, une de ses créatures, mais qui n'avait pas tardé à se vendre au parti de la cour. On découvrit que Désessarts livrait au dauphin l'argent destiné à d'autres usages ; tout Paris s'en émut ; l'Université dénonça au roi le coupable, et celui-ci se sauva en avouant ses dilapidations, mais en rejetant la responsabilité sur le duc de Bourgogne.

Un mois s'était passé ; tout à coup, le 28 avril, le bruit se répand que Désessarts, au nom du dauphin, a forcé le poste de Charenton et s'est emparé de la Bastille. Le peuple s'émeut ; mais il fallait un chef : Jean de Troyes décida de lui en servir. Il réunit les quatre chefs de la milice, savoir : les deux frères Legoix, Denis de Chaumont et Simon Caboche ; avec eux il parcourut la ville, appelant le peuple aux armes, et suivi d'une grande multitude il arriva à l'Hôtel-de-Ville, où il obligea le prévôt à leur donner l'étendard de la ville et à délivrer un ordre pour convoquer toute la bourgeoisie en armes sur la place de Grève, sous la conduite des dizainiers et des cinquanteniers. Le clerc de l'Hôtel-de-Ville refusa de contresigner l'ordre, et l'émeute échoua pour ce jour-là.

Le lendemain on avait préparé un nouvel obstacle. Les cinquanteniers, peu jaloux d'un service de guerre, et les bourgeois les plus considérables, effrayés du nom du dauphin, s'étaient réunis à l'Hôtel-de-Ville et avaient délibéré de se tenir en repos. Mais l'emeute revint menaçante, et ses chefs n'avaient pas fait tant de chemin pour reculer. Trois mille hommes étaient déjà sur la place de Grève. « En vain, criaient-ils, nous avons fait entendre au roi, à son conseil et aux grands » du royaume, soit en secret soit en public, les maux insupportables » que causent certains traîtres et mauvais Français ; puisqu'ils ont né» gligé d'y porter remède, c'est à nous de le faire ; nous le pouvons » avec justice, et tout présentement nous nous vengerons ! »

Du reste, il fut bientôt évident que la prudente circonspection des cinquanteniers ne représentait pas l'irritation populaire. Jean de Troyes et ses collègues étaient partis pour la Bastille à la tête de trois mille hommes. Arrivés sous la forteresse ils en avaient vingt mille. Désessarts s'effraya ; il demanda grâce, et montra des lettres du duc de Guyenne, scellées de son sceau, qui lui donnaient le commandement de la place. Ainsi la rumeur publique avait deviné juste ; le prévôt, dénoncé par l'Université, le dilapidateur des deniers publics, le concussionnaire avoué, c'était celui-là même que la cour avait choisi pour le mettre en une place d'où il opprimerait bien plus sûrement la ville.

A la vue de ces lettres, il se fit un grand murmure, et la foule cria qu'il fallait aller à l'hôtel du dauphin. Je ne sais ici ce qu'il faut le plus admirer, ou de la modération et de la discipline de cette armée improvisée, ou de la sagesse et de l'autorité des chefs. Mais presque aussitôt la résolution fut prise et exécutée ; une troupe suffisante fut laissée pour cerner la Bastille, et tout le reste, avec ses échevins et l'étendard de la ville en tête, se porta à l'hôtel du dauphin, qu'ils investirent de tous côtés.

Alors les courtisans, comme toujours, prirent peur et se repentirent. Aucun homme du peuple cependant n'avait pénétré dans l'hôtel ; mais dix mille voix appelaient le dauphin pour lui adresser leurs plaintes. Le jeune duc, tout tremblant, se mit à la fenêtre, offrant de les entendre, et promettant par avance de tout accorder. Ici prend place une des plus grandes scènes de l'histoire, et j'en reproduirai au moins le commencement, sans changer un seul mot à la traduction naïve du chroniqueur latin :

« Aussitôt maître Jean de Troyes, qu'on avait chargé de la parole, ayant fait faire silence, tant par signes que de vive voix : Tout ce que vous voyez ici de bourgeois et de vos sujets, très excellent prince, lui dit-il, se recommande humblement à vos bonnes grâces, et n'a de dessein que pour le bien de l'état et pour votre service. Ne vous étonnez pas de les voir en armes, ce n'est que pour vous montrer qu'ils ne craindraient pas d'exposer leur vie pour votre défense, comme ils l'ont déjà fait et comme vous l'avez déjà expérimenté. Tout leur déplaisir est de voir que la fleur de votre royale jeunesse n'éclate pas comme celle de vos ancêtres, et que vous soyez détourné de suivre leurs traces par le conseil de certains traîtres qui vous obsèdent à toutes heures et à tous momens, et qui se sont donnés la liberté de vous gouverner. Personne du royaume n'ignore combien ils prennent à tâche de corrompre vos bonnes mœurs et de vous jeter dans le déréglement. Notre bonne reine, votre mère, en est fort mal contente ; tous les princes du sang compâtissent à sa juste douleur, et ils craignent que quand vous serez en âge de régner, vous ne vous en soyez rendu indigne par la mauvaise éducation que vous aurez reçue. La juste aversion que nous avons conçue contre des personnes si dignes de tous les châtimens du ciel et des lois, nous a fait assez de fois solliciter auprès des premiers du conseil du roi, qu'on les ôtât de votre service ; et comme, jusqu'à présent, ils n'ont pas fait semblant d'y vouloir seulement penser, nous sommes résolus de prendre vengeance de leurs trahisons, et nous vous demandons que vous nous les mettiez entre les mains. »

Le peuple applaudit à grands cris ; le prince essaya d'abord de les apaiser par des belles paroles ; mais son chancelier ayant eu l'imprudence de dire qu'on nommât ceux qui avaient manqué à leur foi, afin qu'ils fussent punis ; Jean de Troyes le prit au mot, et lui remit une longue liste comprenant près de cinquante grands seigneurs ou gentilshommes de la maison du prince, avec le nom du chancelier même en tête de la liste, et il l'obligea de la lire tout haut et d'une voix intelligible. Le jeune dauphin, outré de colère, se retira sans plus vouloir répondre, avec des larmes et des cris ; les insurgés forcèrent les portes, se saisirent de quinze des courtisans portés sur la liste, et les conduisirent à l'hôtel du duc de Bourgogne. Deux serviteurs du duc de Berry, qu'on disait avoir traité avec les Anglais, furent tués, et un secrétaire du roi, accusé d'avoir communiqué avec les princes rebelles pendant la guerre, fut jeté à la Seine le même soir.

A part ces premiers excès de la fureur populaire, la révolution s'acheva avec une modération qu'on regrette de n'avoir pas toujours vu imitée. La Bastille était toujours cernée ; le lendemain le duc de Bourgogne vint la sommer de se rendre, et son pâle commandant fut conduit sain et sauf au grand Châtelet, pour y être jugé. Ce fut Henri de Troyes, fils de Jean, et chirurgien comme lui, qui eut le commandement de la citadelle.

(La suite à un prochain numéro.)

guéri, et l'autre (n° 35) dans un état d'amélioration très prononcé. Voilà des cas que l'on considère le plus ordinairement comme incurables. Lors même que ces tumeurs du rectum offriraient toutes les apparences du cancer, si leur existence paraît liée à la présence du virus vénérien, M. Lisfranc les soumet au traitement mercuriel, et il obtient par cette méthode des succès sinon constans, du moins très fréquens.

Orchite blennorrhagique. Antisyphilitiques. Guérison prompte.

N° 24. Un homme arrive à l'hôpital avec une simple chaude-pisse, et n'offrant pas la plus légère trace d'ulcération syphilitique. A la suite de cette chaude-pisse survient un gonflement énorme de l'un des testicules. Des sangsues en très grand nombre sont appliquées sur la tumeur, que l'on enveloppe ensuite de cataplasmes émolliens et laudanisés. Malgré ce traitement actif, le testicule reste stationnaire ; on donne les mercuriaux et les sudorifiques ; quarante-huit heures après le testicule est diminué de plus d'un quart ; au bout de quelques jours il était revenu à son volume normal. Le malade est actuellement guéri. Ce fait doit être placé à côté de celui que nous avons rapporté plus haut. (Salle Saint-Antoine, n° 1.)

Plaies de tête. Antiphlogistiques énergiques.

Deux malades tombés en même temps dans une carrière ont été apportés à l'hôpital dans l'état suivant : le premier porte deux larges plaies à la tête, l'une située au-dessus du front, l'autre au-dessus de la paupière ; il était dans un état complet d'anéantissement et de perte de connaissance. La réaction a eu lieu à la suite d'une saignée de douze onces pratiquée la veille, peu de temps après son entrée à l'hôpital. La chaleur et le pouls se sont maintenus depuis à un degré assez élevé. Qu'y a-t-il à craindre chez ce malade ? Une inflammation du cerveau et de ses enveloppes, ou bien un épanchement intrà-crânien. Afin de prévenir l'un de ces accidens et les conséquences funestes qui en résulteraient, on a recours à un traitement antiphlogistique et révulsif énergique.

Une nouvelle saignée devra être pratiquée immédiatement, une autre le soir ; on donnera un lavement purgatif, de larges cataplasmes seront appliqués sur les jambes et seront fixés à demeure pendant vingt-quatre heures, ayant la précaution de les maintenir toujours a une température élevée, afin de favoriser leur fermentation et d'assurer par là la continuité de leur action révulsive.

— Le second malade présente une paraplégie, chez celui-ci la connaissance est en partie conservée ; il y a également chez lui quelques plaies latérales et de nombreuses contusions au tronc. Les membres sont frappés d'immobilité et d'insensibilité complète. Dans des cas pareils, où l'on a pu faire des autopsies, on a trouvé tantôt des déchirures ou des sections plus ou moins complètes de la moelle épinière, d'autres fois des inflammations, des ramollissemens de la moelle, des épanchemens dans le canal vertébral avec des paralysies graduellement ascendantes, des luxations plus ou moins complètes, des fractures plus ou moins étendues, des ecchymoses, etc., etc. Que faut-il faire encore ici ? Exciter, comme le font la plupart des médecins, nous nous en garderions bien ; car, à moins qu'il n'y ait une destruction partielle ou une section complète de la moelle, quelle que soit celle des autres lésions qui puisse exister, l'indication capitale est de prévenir l'inflammation secondaire. C'est ce que l'on fera par les saignées répétées et abondantes. On sait quels beaux résultats M. Lisfranc obtient par cette méthode énergique dans les cas d'inflammations traumatiques graves.

Hydrocèle. Ponction suivie de suppuration. Incision. Guérison.

Au n° 9 est un malade affecté d'hydrocèle, chez lequel nous avons pratiqué une ponction palliative. Il survint à la suite de cette ponction une inflammation absolument comme si l'on eût traité par l'injection. M. Lisfranc fit appliquer autour du testicule des compresses imbibées d'une décoction de roses de Provins, croyant que l'inflammation, qui jusque-là n'offrait rien de particulier, allait affecter la marche simple et rapide qu'elle suit ordinairement après l'injection ; mais au bout de quelques jours le testicule n'avait point diminué de volume ; il avait conservé la dureté, la rougeur et la chaleur qu'il avait le premier jour. Le malade avait un peu de fièvre ; il sortait par la piqûre un peu de pus, ce que voyant, M. Lisfranc incisa largement, comme s'il pratiquait l'opération de l'hydrocèle par incision. La tunique vaginale, remplie de pus, se vide aussitôt, et, à partir de ce moment, la plaie a marché vers une prompte cicatrisation ; le malade est actuellement complètement guéri. Le testicule a repris son volume normal.

Le malade qui est couché au n° 17, nous a offert un cas tout-à-fait analogue. Celui-ci avait été traité par ponction et injection. L'inflammation, au lieu d'être simple et purement adhésive comme dans les cas ordinaires, s'était terminée par suppuration ; M. Lisfranc incisa, l'incision donna issue à une grande quantité de pus et peu de temps après le malade sortit également guéri.

Fractures compliquées, traitement sans appareils.

Il y a actuellement dans les salles six malades : numéros 4, 8, 12, 13, 18 de la salle Saint-Antoine et 7 de la salle Saint-Louis, qui ont des fractures des membres inférieurs toutes obliques, toutes compliquées d'étranglement et d'inflammation. M. Lisfranc adopte pour méthode dans ces cas-là, ainsi que le faisaient les anciens chirurgiens, de ne point appliquer d'appareil. On a fait à tous ces malades des saignées copieuses. Chez tous, à l'exception d'un seul, la fracture était au bout de cinq ou six jours réduite à l'état le plus simple, sauf, bien entendu, l'obliquité. On a appliqué les appareils, et ils sont aujourd'hui guéris ou en voie de guérison. Chez tous, la guérison a été obtenue sans raccourcissement. Chez quelques-uns seulement il reste un peu de saillie au point fracturé. Chez le malade que nous avons signalé comme faisant exception à l'état des cinq autres, on n'a pu parvenir à faire avorter l'inflammation dès son origine, de sorte qu'il est survenu des phlegmons diffus qui ont retardé jusqu'à présent l'application de l'appareil. L'état de ce malade sera indiqué plus tard.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Du pansement des plaies favorable à la réunion immédiate et de la levée du premier appareil; par M. Ed. Demarquay, interne des hôpitaux.

Depuis quelques années M. Blandin s'occupe d'une façon toute spéciale du pansement des plaies et des moyens propres à en favoriser la réunion immédiate, qu'il est si souvent important d'obtenir. Sa méthode a quelquefois été partiellement exposée dans ce Journal ; nous pensons bien faire en l'exposant tout entière.

Notre travail devant être fait au point de vue clinique, nous exposerons successivement les divers moyens employés par ce professeur pour obtenir une prompte guérison dans les cas de plaies, sans toutefois remonter à l'origine de ces moyens.

Les conditions des parties organiques favorables à la réunion par première intention, sont exposées dans tous les ouvrages classiques et même dans quelques ouvrages spéciaux ; il serait inutile de les rappeler ici. Nous supposerons une plaie susceptible de cette réunion, et nous exposerons aussi clairement que possible la série d'agens thérapeutiques mis en usage par ce professeur pour l'obtenir.

Et pour plus de clarté, supposons une ablation de sein : toutes les parties malades ont été complétement enlevées ; les bords de la plaie sont bien linéaires et susceptibles d'être affrontées. Dans un cas de ce genre, M. Blandin, après avoir fait toutes les ligatures et s'être bien assuré que tout écoulement sanguin a cessé et qu'il ne peut plus se reproduire, au moins par les artères, coupe tous les fils au ras des nœuds. Cette pratique est des plus importantes pour la question qui nous occupe. Les fils, en traversant la plaie, tiennent les lèvres écartées et sont une cause d'insuccès. Mais que deviennent ces nœuds, comment se comportent-ils au fond de la plaie lorsque la réunion a lieu ? C'est là ce qui nous occupera plus tard. Disons maintenant que depuis trois ans que M. Blandin agit de la sorte, aucun fait n'est encore venu contre-indiquer cette méthode.

Cela fait, on affronte les deux lèvres de la plaie, ces deux lèvres, ainsi affrontées, sont maintenues avec des bandelettes de diachylon ; mais pour peu que la plaie soit profonde, que la perte de substance ait été considérable, M. Blandin préfère appliquer un certain nombre de points de sutures qui produisent un rapprochement plus considérable et plus intime que le diachylon ; quelquefois il combine ces deux moyens. On pourrait croire que l'emploi de la suture soit une cause d'irritation vive des bords de la plaie, et une cause même d'érysipèle. Ce n'est cependant pas ce qui a lieu, bien loin de là, car la suture est infiniment préférable aux bandelettes de diachylon chez les personnes qui ont la peau fine, et chez lesquelles enfin l'érysipèle a une tendance à se produire.

La suture n'est point extrêmement douloureuse ; elle se fait au moyen d'un stilet aiguillé, dont la pointe est en platine et dont l'autre extrémité est munie d'un fil. Avec cet instrument on peut faire cette petite opération en un instant et la réitérer avec facilité autant de fois qu'on le juge convenable. Nous le répétons, ce n'est point seulement dans les amputations du sein que ce chirurgien a recours à la suture, mais encore dans toutes celles où les bandelettes agglutinatives ne paraissent point suffisantes pour obtenir une union intime des deux lèvres de la plaie.

Quand cette dernière est profonde, que la perte de substance est considérable, il faut de plus placer des compresses graduées près de ses bords, afin que le bandage, en pressant doucement sur ces compresses tienne aussi exactement que possible les parties profondes en contact les unes avec les autres, et prévienne le tiraillement douloureux de la partie superficielle de la plaie. Toutes ces manœuvres doivent être faites avec douceur, afin de ne point irriter les parties que l'on touche. Toutes ces choses une fois terminées, on panse le malade simplemement, avec un linge fin et bien cératé, et on a soin de ne point trop presser avec les différentes pièces de l'appareil sur la partie amputée.

Vingt-quatre heures après l'opération le premier appareil doit être enlevé, afin d'examiner les parties. Cette pratique a pour avantage de faire connaître l'état des lèvres de la plaie, les progrès de la réunion, et de changer les pièces de l'appareil plus ou moins salies par la sérosité sanguinolente qui s'écoule toujours par la plaie. Une chose sur laquelle M. Blandin porte le plus son attention, c'est à reconnaître si une certaine quantité de fluide ne se serait point accumulée au fond de la plaie, ce qui a presque toujours lieu. Dans ce cas, il introduit l'extrémité d'une pince à pansement dans la partie la plus déclive de l'incision ; il en écarte alors les deux branches et, par de douces pressions, il fait écouler le liquide qui faisait obstacle à la réunion des parties plus profondes. On peut alors introduire une petite mèche à travers les bords de la plaie ainsi écartés, afin de favoriser l'écoulement ultérieur des fluides qui seraient exhalés au fond de la plaie. Dès que cette petite opération est finie, on panse simplement comme la veille, et chaque jour, jusqu'à complète guérison, on répète le même pansement (1).

La levée du premier appareil, après vingt-quatre heures, est une chose si importante pour la réunion immédiate des plaies, que nous n'hésiterons point à la placer en première ligne des moyens qui peuvent conduire à ce but, surtout si on a soin de provoquer l'issue des fluides qui ne manquent presque jamais de s'accumuler au fond de la plaie. Si, lors de la levée du premier appareil, les parties environnant les points de suture étaient vivement enflammées, il faudrait dans ce cas faire des onctions avec du cérat bien frais ; de cette sorte on préviendra les inflammations érysipélateuses, qui sont une des complications les plus graves des plaies, et qui s'opposent si souvent à leur prompte guérison.

Nous avons vu plusieurs fois des malades se plaindre vivement de fièvre, de malaise général et de douleur dans la partie amputée, accuser un mieux notable, dormir même d'un sommeil paisible aussitôt après le premier pansement.

Quant aux points de suture, M. Blandin les enlève toujours du troisième au cinquième jour : cela varie suivant l'opération et suivant l'état des parties.

Cette pratique si simple, et qui demande néanmoins beaucoup de soin de la part du chirurgien, a pour avantage de prévenir l'érysipèle qui a toujours une tendance à se produire dans nos hôpitaux. Si cette affection survient vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, il faut recourir à une forte application de sangsues sur les ganglions où se rendent les lymphatiques de la partie qui a subi l'opération. Cette application de sangsues qui peut être plusieurs fois répétée, ne manque point d'amener la guérison de cet érysipèle, surtout s'il ne se lie à aucune cause générale préexistante à l'opération. On peut favoriser l'effet de ces saignées locales en les aidant de révulsifs sur le canal intestinal, et en faisant sur la partie enflammée des onctions avec du cérat bien frais. Tels sont en résumé les moyens divers à l'aide desquels M. Blandin a obtenu de si bons effets, non-seulement à l'hôpital, mais encore dans sa clientelle.

(1) Moins l'introduction du bout de la pince à pansement dans l'intérieur de la plaie. Cette opération doit cesser dès que cesse l'accumulation du liquide séreux ou purulent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mai. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président annonce à l'Académie qu'il y a lieu à décider dans quelle section se fera la prochaine élection. La commission est en conséquence convoquée à cet effet (1).

M. Bousquet demande la parole au sujet des lectures des candidats. Après avoir essayé de faire ressortir les avantages de ces lectures sous différens rapports, il propose à l'Académie de laisser trois mois d'intervalle entre l'annonce d'une élection et la lecture du rapport général. Pendant ces trois mois, MM. les candidats pourront faire leurs lectures, et les mémoires lus seront renvoyés à la section dans laquelle l'élection devra se faire.

MM. Adelon et Mérat sont étonnés que M. Bousquet, membre du conseil d'administration de l'Académie, n'ait pas communiqué préalablement sa proposition à ce comité. Cette proposition, si elle était adoptée, entraînerait une modification du réglement sur les élections, modification à laquelle on ne doit se décider qu'après y avoir mûrement réfléchi. D'ailleurs, il y a encore actuellement cinq nominations à faire, et ce que propose M. Bousquet entraînerait nécessairement une perte de temps considérable. Ils demandent en conséquence qu'on passe à l'ordre du jour sur cette proposition.

M. Double ne partage point l'opinion de M. Bousquet ; mais il est loin de penser que cet honorable membre fût obligé de communiquer sa proposition au conseil avant de la formuler devant l'Académie.

M. Villeneuve demande que la proposition de M. Bousquet soit renvoyée au conseil d'administration.

Plusieurs membres demandent l'ordre du jour. — L'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

— *M. Emery* lit un rapport officiel sur un mémoire de M. H....., qui prétend guérir les anévrismes et le cancer, les premiers à l'aide de l'eau froide, les seconds au moyen de la sauge. — Inutile de dire que les conclusions de ce rapport sont tout-à-fait défavorables.

M. Lagneau. Il est fâcheux que l'Académie soit obligée de faire des rapports sur des sujets si ridicules, pour ne rien dire de plus. Quoique les conclusions soient tout-à-fait défavorables, le charlatanisme sait encore en tirer parti. Ainsi, on ne dit pas dans les affiches que l'Académie approuve le remède, mais on annonce qu'un rapport de l'Académie a été fait sur ce remède, et le public, qui n'y regarde pas de si près, se laisse prendre à ce subterfuge. Je désirerais en conséquence que dorénavant, en pareil cas, on se bornât à répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu à faire un rapport. — Cette proposition est appuyée par plusieurs membres.

M. Husson dit que la proposition de M. Lagneau n'atteindrait pas le mal dans sa racine. On se bornerait à annoncer, dit-il, que M. le ministre a communiqué le remède à l'Académie, et on ne perdrait peut-être rien à cette réclame. C'est là un abus qu'il n'est guère possible de faire complètement disparaître.

M. Adelon. L'Académie ne peut point refuser un rapport à M. le ministre lorsque celui-ci le lui demande. C'est au procureur du roi à mettre un terme à ce genre de charlatanisme. Je propose en conséquence d'écrire au ministre pour que celui-ci attire l'attention du pouvoir judiciaire à cet égard. (Appuyé.)

M. Royer-Collard. Pour mettre un terme aux abus dont on se plaint avec beaucoup de raison, il y a un moyen très simple : c'est que l'Académie signale elle-même à M. le ministre les charlatans de cette espèce. On peut être certain que s'il en était ainsi nous n'aurions plus à nous occuper de rapports sur les remèdes secrets. Je propose en conséquence qu'une commission soit constituée à cet effet.

Cette proposition est généralement appuyée.

M. Villeneuve. J'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Royer-Collard ; mais je ne saurais laisser cette circonstance sans dire qu'il est quelques membres de cette assemblée qui ont donné une approbation écrite à certains de ces remèdes. Il me semble qu'avant tout nous devrions prêcher d'exemple.

M. Desportes. De mon côté, je signalerai à l'Académie que plusieurs de ses membres correspondans ne se font pas un scrupule de mettre leur nom sur les affiches de remèdes secrets.

M. Royer-Collard. Ce que viennent de dire MM. Villeneuve et Desportes n'est malheureusement que trop vrai. Mais soyez persuadés que si vous adoptez ma proposition tous ces abus disparaîtront.

M. Adelon demande que la proposition de M. Royer-Collard soit renvoyée au conseil d'administration. — Adopté.

M. Villeneuve lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

M. Bouvier lit un rapport favorable sur six observations de chirurrurgie adressées à l'Académie par M. Dieulafoy, professeur à l'Ecole secondaire de Toulouse. (Adresser une lettre de remercîmens à l'auteur ; — déposer son travail aux archives de l'Académie ; — inscrire

(1) A la fin de la séance nous avons appris que la commission avait décidé pendant la séance que cette élection aurait lieu dans la section d'anatomie et de physiologie.

le nom de M. Dieulafoy sur la liste de présentation aux titres de membre correspondant.) Adopté.

M. Prus est appelé à la tribune pour terminer la lecture de son mémoire sur *l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort.* — L'importance de ce travail nous engage à en donner aujourd'hui un résumé.

M. Prus commence par rappeler que Laënnec a signalé l'emphysème pulmonaire comme une des maladies qui exigeaient le plus impérieusement de nouvelles recherches. Il cite MM. Piedagnel, Leroy d'Etiolles, Stokes de Dublin et M. Louis, comme ayant répondu à cet appel. Il insiste sur deux des conclusions du travail de ce dernier, qui sont : 1° que l'emphysème pulmonaire, une fois existant, persiste et se développe tantôt lentement, tantôt avec rapidité; 2° que l'emphysème pulmonaire présente généralement une étendue en rapport avec sa durée.

Malgré ces travaux, le sujet est loin d'être épuisé.

M. Prus pose les principales questions qu'il serait important de résoudre; mais en ce moment il ne s'occupe que d'une seule, celle de savoir si l'emphysème pulmonaire peut entraîner la mort.

Laënnec et M. Louis declarent formellement que l'emphysème pulmonaire n'est jamais mortel.

MM. Magendie, Breschet, Piedagnel, Leroy d'Etiolles, Ollivier d'Angers, Devergie et Bouvier sont dans une conviction toute contraire.

Les faits seuls doivent faire cesser cette dissidence. La science possède déjà des observations nombreuses établissant que l'emphysème pulmonaire peut exister pendant plus ou moins long-temps sans abréger beaucoup la vie. Mais ces faits négatifs ne peuvent détruire les faits positifs qui prouvent que, dans certains cas, l'emphysème pulmonaire peut amener une mort plus ou moins prompte. Ces derniers faits sont encore très peu nombreux. Ils se réduisent, en effet, à une observation recueillie par M. Magendie et publiée par M. Breschet dans son article Emphysème du grand Dictionnaire des sciences médicales et à une autre recueillie et publiée par M. Ollivier d'Angers. M. Prus a pu recueillir à Bicêtre et à la Salpêtrière huit nouveaux faits du même genre qui doivent avoir une grande influence sur la solution d'une question importante pour la pathologie, plus importante encore pour la médecine légale.

Si l'emphysème pulmonaire, quel que soit son développement, quelle que soit la rapidité avec laquelle il est survenu, ne peut jamais determiner la mort, il faut que les médecins légistes tiennent compte de cette lésion sans lui attribuer des effets qu'elle ne saurait produire.

Si au contraire cette affection peut entraîner une mort prompte et même subite, le médecin chargé d'une ouverture juridique, devra, dans l'occasion, signaler cette cause de mort, ou ne pas permettre qu'on attribue à un crime les effets naturels d'une maladie encore trop peu connue.

M. Prus saisit l'Académie de cette question. Il est temps, dit-il, que son jugement prévienne les inconvéniens de plus d'un genre qui résultent de l'incertitude des esprits à cet égard.

Il rapporte l'histoire d'un individu trouvé mort sur une grand'route, et chez lequel le médecin chargé de l'autopsie ne constata d'autres lésions qu'un emphysème pulmonaire considérable. Ne voulant pas juger la question par lui-même, ne trouvant pas dans les auteurs de médecine légale de faits propres à dissiper ses doutes, ce médecin écrivit à un de ses amis de Paris pour savoir si la science avait prononcé sur ce point. La réponse fut ou dut être négative.

M. Prus espère que les faits contenus dans son mémoire contribueront à faire triompher enfin la verité; mais avant de les exposer, il croit nécessaire de déterminer le siége véritable de l'emphysème pulmonaire.

Laënnec et M. Louis admettent deux espèces d'emphysème pulmonaire, l'une, beaucoup plus fréquente, consistant dans la dilatation des vésicules, l'autre, assez rare, due au passage de l'air dans le tissu cellulaire interlobulaire et sous-pleural.

M. Prus établit d'après l'anatomie, la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique qu'on ne doit donner le nom d'emphysème pulmonaire qu'à la présence de l'air dans les tissus cellulaire intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural, ce sont trois degrés d'une même maladie. La dilatation des vésicules pulmonaires, si elle existe, est certainement beaucoup plus rare et surtout beaucoup moins considérable qu'on l'a dit et répété, sans un examen suffisant, depuis les travaux de Laënnec.

Viennent ici les dix observations sur lesquelles repose le travail de M. Prus; elles sont beaucoup trop longues pour que l'auteur ait cru devoir en donner lecture à l'Académie. Il s'est borné à exposer les réflexions que ces faits lui ont suggerées et les conclusions qu'il en a déduites.

Après avoir établi qu'il faut maintenir soigneusement la distinction qui existe entre l'asthme proprement dit et l'emphysème pulmonaire qui en est une suite fréquente mais qui peut exister sans lui, M. Prus présente le tableau complet des symptômes et des lésions qu'on observe chez les sujets atteints d'emphysème pulmonaire à un degré pouvant entraîner la mort.

Dans la discussion des faits qui lui appartiennent, il insiste sur ce point qui n'a pas encore été signalé, c'est que les individus qui succombent à un emphysème pulmonaire ont le sang dans des conditions particulières. Le sang est constamment liquide, noirâtre et comme huileux, ce qui d'ailleurs s'accorde parfaitement avec le genre de mort de ces malades qui sont asphyxiés.

M. Prus présente et réfute les objections qui lui semblent pouvoir être faites à la doctrine qu'il soutient et qui, pour lui, est résultée des faits qu'il a eus sous les yeux.

M. Prus cite Floyer et M. Dupuy, pour prouver que l'emphysème pulmonaire, qu'on rencontre souvent chez les chevaux poussifs, est en tout point pareil à l'emphysème pulmonaire de l'homme. Chez l'un et chez l'autre le siége et la gravité de la maladie sont les mêmes.

Il termine son mémoire en rapportant et discutant des observations d'emphysème pulmonaire dues à Morgagni, Ruysch, Wan Swieten, Floyer, Stork; il montre que ces trois derniers avaient une connaissance exacte du siége et du danger de cette altération pathologique. Stork admettait avec raison une phlegmasie aérienne, *phtisis seu consumptio aerea.*

Voici les principales conclusions de ce travail :

Le siége de l'emphysème pulmonaire est dans le tissu cellulaire intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural.

L'emphysème pulmonaire peut amener une mort lente et qu'il est facile de prévoir long-temps à l'avance. C'est la phthisie aérienne de Stork.

L'emphysème pulmonaire peut déterminer une mort prompte et même subite. Ce sont ces cas qui appellent toute l'attention des médecins légistes.

Cette lecture a été écoutée avec une attention soutenue, et c'était justice.

Le travail de M. Prus est renvoyé à une commission composée de MM. Husson, Bouley jeune, Bouillaud et Adelon.

Il est cinq heures; la séance est levée.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Deuxième épreuve clinique. (Suite, voir le numéro du 30 avril.)

M. PHILIP. BOYER.

Le premier malade est un maçon, âgé de vingt-huit ans, qui présente, à la suite d'une violente contusion sur la partie supérieure de la jambe gauche, une affection dont le diagnostic précis est entouré de nombreuses difficultés. Le second malade est un berger âgé de cinquante-trois ans, affecté d'un bouton cancéreux sur la lèvre inférieure.

Dans cette seconde épreuve, M. Boyer s'est montré, comme dans la précédente, observateur exact et judicieux.

M. THIERRY.

Le premier malade est un jeune homme âgé de dix-huit ans, atteint d'une affection scrofuleuse caractérisée par des tumeurs, des abcès et des ulcérations sur divers points. L'histoire de ce malade ne pouvait point offrir un grand intérêt, le candidat a dit tout ce qu'il pouvait en dire, et s'est hâté, avec raison, de passer au second, qui présentait un cas très intéressant. Il s'agissait d'un homme de 22 ans qui reçut, il y a déjà quelque temps, un coup de pistolet sur la partie antérieure de la poitrine. La balle, après avoir labouré les parties molles extérieures, vint sortir près du creux de l'aisselle. M. Thierry a dit de fort bonnes choses sur ce fait; il a donné de nouvelles preuves de son talent d'observation; il a été complet. Sa leçon a été écoutée avec un vif intérêt.

M. MALGAIGNE.

Une couturière âgée de vingt ans, porte dans l'aine droite une tumeur de sept centimètres environ de diamètre, d'une consistance molle. Interrogée sur le point de départ de cette tumeur, elle en explique le développement par un coup de pied qu'elle dit avoir reçu dans cette région il y a environ un mois. M. Malgaigne s'est laissé prendre à ce piége, et a cru pouvoir diagnostiquer une inflammation simple des ganglions lymphatiques superficiels de l'aine. Si ce candidat avait porté son investigation vers les parties génitales, il aurait aperçu deux chancres dans le vagin, et il aurait sans doute été bien vite mis sur la voie de la nature du mal. Ce sont là de ces erreurs que l'on ne peut en réalité attribuer qu'à la préoccupation d'une leçon de concours; et nous, qui connaissons M. Malgaigne, nous le croyions au-dessus d'une pareille préoccupation.

La seconde malade est une femme âgée de quarante-huit ans, affectée d'une fistule lacrymale. L'histoire de cette malade a offert tout l'intérêt qu'on pouvait en attendre. Dans cette seconde partie de la leçon, M. Malgaigne s'est montré avec toutes les qualités professorales qui le distinguent.

M. LAUGIER.

Le premier malade est une femme âgée de trente ans, affectée d'amaurose.

Le second malade est un homme âgé de soixante-un ans, qui porte sur le menton et à la grande commissure des paupières de l'œil droit deux ulcérations produites, d'après le candidat, par l'affection connue sous le nom de lupus. L'histoire de ces deux malades a été complète, et le candidat a su s'entourer de considérations pratiques très judicieuses. Mais nous devons ajouter, pour rester dans le vrai, que M. Laugier s'est montré avec les mêmes défauts que dans sa précédente conférence sous le point de vue du professorat.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'utilité dans quelques cas de l'administration du mercure à dose rapidement croissante.

Tous les praticiens savent qu'il est un certain nombre d'ulcérations syphilitiques, phagédéniques, dont on ne peut venir à bout d'obtenir la cicatrisation, ni par les mercuriaux, ni par toute autre méthode. Ces cas sont assez rares dans la pratique particulière; mais dans les hôpitaux, il est commun de voir un certain nombre de malades séjourner dans les salles pendant six mois, un an et davantage, et, malgré la thérapeutique la plus active, ne pas être beaucoup plus avancés qu'à leur entrée.

L'insuccès des mercuriaux, même long-temps continués d'après la méthode ordinaire, tient-il, dans ces cas, à ce qu'arrêtés par les diarrhées et les phénomènes de stomatite qui se développent, les médecins n'ont pas osé passer outre, et ont trop redouté la perturbation portée par le mercure, et sur le canal intestinal, et sur la bouche? Il serait possible qu'il en fût ainsi, si l'on en croit la série d'expériences curieuses auxquelles s'est livré M. le docteur Ricord dans son service à l'hôpital du Midi. Loin de craindre la salivation et la diarrhée dans ces cas rebelles, ce chirurgien les appelle par l'administration rapidement croissante du mercure. Dix malades ont été soumis par lui à cette méthode perturbatrice, et, chez tous, il a eu à s'en louer, car la maladie, stationnaire depuis huit mois, un an, dix-huit mois, a saisi une modification rapidement avantageuse, et plusieurs ont été complétement guéris en douze ou quinze jours.

C'est le proto-iodure de mercure qui est employé dans les cas de ce genre, et voici de quelle manière. Le premier jour, M. Ricord donne une pilule de cinq centigrammes (un grain) de proto-iodure; le second jour, deux pilules ou dix centigrammes (deux grains) du médicament; le troisième jour, trois pilules; le quatrième jour, quatre, et ainsi de suite. Dans un cas, il a dû porter la dose du proto-iodure de mercure jusqu'à cinquante-cinq centigrammes (onze grains) par jour, avant d'amener le mouvement curatif. Mais, le plus souvent, les effets thérapeutiques deviennent notables avant le septième jour. Bientôt, vers le troisième ou le quatrième jour, suivant les idiosyncrasies, des symptômes de stomatite, de ptyalisme se manifestent; il survient aussi une forte diarrhée, et, presque en même temps l'action thérapeutique se montre sur les ulcérations avec une énergie qui est en rapport avec celle des accidens mercuriels produits. Dès que la maladie que l'on voulait combattre se trouve franchement modifiée, et quelquefois vingt-quatre heures suffisent pour cela, lorsqu'on est arrivé à la dose de cinq ou six pilules par jour, on suspend l'usage du mercure, et quelques jours de régime et un certain nombre de cautérisations des gencives ou des ulcérations de la bouche avec de l'acide chlorydrique, font disparaître les accidens de mercurialisme. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que sous l'influence de l'impression profonde et rapide de ce traitement, sûr lequel, du reste, M. le docteur Dzondi avait déjà donné des indications, plusieurs formes de symptômes primitifs de la syphilis, qui paraissaient s'aggraver par l'emploi du mercure, d'après les méthodes ordinaires, ont paru rentrer tout à fait sous l'empire de son action. (*Bullet. de thérapeutique;* janvier 1842.)

Emploi de l'hydrocyanate de fer contre l'épilepsie.

Le blanc de Prusse a été vanté à plusieurs reprises contre l'épilepsie; mais les essais tentés à cet égard dans les hospices spéciaux ont échoué. Quoi qu'il en soit, M. le docteur Jonsion prétend que, sous l'influence de ce moyen, on voit arriver la cessation des accès.

L'hydrocyanate de fer est administré à la dose de quinze milligrammes (un peu plus d'un tiers de grain), le matin et le soir, en augmentant progressivement de dix milligrammes (un cinquième de grain) tous les trois jours, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à dix centigrammes (deux grains) deux fois par jour.

Pendant tout le temps que dure l'administration de cet agent, le malade fait usage à l'intérieur d'une infusion de valériane.

Ce traitement, que l'on doit continuer jusqu'à ce que les attaques épileptiques aient complètement cédé, doit ensuite être repris tous les trois mois, pendant cinq à six ans, afin de prévenir les rechutes.

NOUVELLES.

Un concours sera ouvert, le 11 juillet prochain, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour cinq places d'agrégés. Les concurrens nommés entreront de suite en exercice.

— Les juges du concours qui va s'ouvrir pour les quatre places de médecins du bureau central sont : MM. Delaroque, Nonat, Baffos, Pariset, Honoré, Bérard aîné et Auvity; suppléans : MM. Chomel et Ricord.

— Le conseil municipal de Toulouse vient de donner le nom de Delpech à une des rues de cette ville. C'est un hommage qu'elle rend à la mémoire du célèbre chirurgien qui naquit dans ses murs et devint une des gloires de la France.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 28 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 64. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Entéro-mésentérite typhoïde arrivée au deuxième degré, chez un sujet d'une constitution chétive et d'un tempérament scrofuleux. Guérison rapide sous l'influence des saignées répétées. (Observation recueillie par le docteur LEMAIRE, chef de clinique.)

Parmi les cas si variés et si pleins d'intérêt que j'ai eu occasion d'observer depuis l'ouverture de la clinique de M. le professeur Bouillaud, il en est que je crois devoir soumettre aux méditations de ceux qui recherchent avant tout la vérité et contribuent pour leur part au progrès scientifique. L'observation d'entéro-mésentérite typhoïde, que je publie aujourd'hui, fera naître, je l'espère, de sérieuses réflexions, et modifiera sans doute les idées systématiques de ceux qui ont combattu jusqu'à ce jour l'efficacité des émissions sanguines dans l'affection improprement désignée sous le nom de fièvre typhoïde.

Mon seul regret est de ne pouvoir insérer dans un même article quatre autres cas du même ordre qui n'auraient fait qu'ajouter plus de force encore à celui qu'on va lire.

Observation. — Le nommé Laurent (Jean), âgé de vingt ans, maçon, fut reçu le 6 avril 1842 et couché au n° 1 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Sa constitution est des plus chétive et son tempérament lymphatique. A la visite du soir je constatai l'état suivant.

Le malade, dont les réponses sont très lentes, sans aucune suite, et le plus souvent contradictoires, est plongé dans un profond assoupissement. Toutefois, pressé de questions, il raconte qu'il eut dans sa jeunesse des humeurs froides, dont il porte en effet les stigmates indélébiles sur les parties latérales du col. Il fait d'abord remonter sa maladie à dix jours, puis, un instant après, il se dit malade depuis trois semaines, retombe bientôt dans le même assoupissement, et ne répond plus qu'en marmottant aux questions qu'on lui adresse. Le visage, qui porte l'empreinte de la stupeur la mieux caractérisée, est assez pâle et d'un jaune un peu foncé dans son ovale inférieur. Narines, lèvres et dents sèches, ces dernières un peu fuligineuses; langue rouge, rude et sèche, sans croûtes, haleine des plus fétide, typhoïde par excellence. Le malade dit avoir une soif très vive. Le ventre généralement ballonné, surtout dans la région sous-ombilicale, très douloureux à la pression. Gargouillement très prononcé dans le flanc droit. Il existe à la partie supérieure de l'abdomen deux petites taches rosées, lenticulaires, s'effaçant sous la pression et reparaissant quand on la cesse. Pouls à 104-108, mou, petit, faible, non redoublé. Peau chaude et sèche. Rien de notable pour le cœur; fonctions et bruits respiratoires normaux.

Saignée 360 gram. (3 pal.)

7 avril. Il dit se sentir soulagé; cependant ses réponses sont aussi difficiles que la veille et aussi contradictoires. Il paraîtrait toutefois que malade depuis trois semaines, il ne s'est alité que six jours avant l'entrée. Ce matin, céphalalgie moins forte, stupeur moins prononcée, haleine toujours fétide. Les taches ont disparu. Quant aux différens phénomènes qui appartiennent au tube digestif, ils sont restés à peu près ce qu'ils étaient la veille. Pas de selles depuis l'entrée. Pouls à 96, mou, médiocrement développé, non redoublé. Le malade se met difficilement à son séant, en raison de sa grande faiblesse. Dans la nuit il y a eu de l'agitation et du délire. Pas d'épistaxis. Le malade n'avait pas uriné depuis l'entrée. La vessie étant distendue, on pratique le cathétérisme, qui donne issue à près de trois quarts de litre d'une urine jaune-foncé, acide.

Caillot de la saignée médiocrement contracté, entouré d'une sérosité légèrement opaline. Pas de couenne. Le caillot se rompt à la moindre pression.

Traitement. Saignée 2 pal. (240 gram.) Vent. scar. dans la région sous-ombilicale 360 gram. (3 pal.) Sol. sir. gros. 1 p. Sol. sir. gom. 3 p., additionné de 15 gout. de chlorure de sodium. Cat. chlor.; aspers. chlor. Lav. émoll. D.

8 avril. Le malade dit se trouver assez bien. Haleine typhoïde bien caractérisée. Les dents et les lèvres toujours sèches; pas de selles depuis la veille. La nuit paraît s'être passée sans délire. Le malade a uriné à trois reprises; urine claire, d'un jaune foncé, avec un léger nuage, sans mauvaise odeur. Température abdominale à 36. Le malade accuse une grande faiblesse. Ni taches, ni sudamina. Ventre moins développé que la veille, souple; pas d'autres douleurs que celles produites par les ventouses. Pouls à 100, à peu près comme la veille pour la violence et la force, non redoublé. Le malade s'étant placé avec peine sur son séant a éprouvé quelques tournoiemens de tête. Toujours de la stupeur et de la prostration.

Caillot de la saignée détaché des parois du vase, sans couenne, de médiocre consistance.

Sérosité des ventouses rougie, rondelles en magma, mollasses.

Ventouses scar. rég. sous-ombil. 240 gram. Le reste, *ut suprà*.

9 avril. Il se trouve assez bien ce matin. Pouls à 92, plus ferme, plus développé, sensiblement redoublé. Lèvres sèches, croûteuses. Dents assez humides; langue moins rouge, sèche, un peu râpeuse. Soif vive. Haleine moins fétide, mais d'une odeur caractéristique. Pas de selles. Les urines sont libres, ventre assez souple. Il n'existe de gargouillement que dans le flanc gauche. Le malade dit n'éprouver ni céphalalgie, ni lourdeur de tête: les réponses plus justes, plus promptes. La prostration et l'abattement moins marqués. Il se met à son séant d'une manière plus rapide et plus assurée que la veille. Sérosité des ventouses moins rouge. Rondelles prises en masse glutineuse.

Saignée, 2 pal. et demie (300 gram.); sol. sir. gom. 3 p., avec addition de 15 gouttes de chlorure de soldium.; sol. sir. gros. 1 p. Cat. chlorur. Lav. émol. D.

10 avril. Il se trouve bien, et n'éprouve de douleur nulle part. Pouls à 84, bien redoublé. Visage plus réveillé; langue moins sèche; soif moins vive; haleine fétide; ventre affaissé. Une seule selle pour le lavement qu'il a rendu volontairement, ainsi que les urines. Un peu de gargouillement dans le flanc droit. Sommeil assez bon.

Caillot plus rétracté que les précédens, à cassure nette, de consistance moyenne; sérosité opaline.

Sol. sir. gom., addit. de 15 gouttes de chlor. de soude, 3 p., sol. sir. gros., catap. et aspersions chlorurées. Lav. émol. D.

12. Le malade a passé une bonne nuit; il a dormi plusieurs heures de suite. Ventre souple, tout-à-fait indolent. Pouls à 76 - 80, bien relevé, assez résistant; pas de céphalalgie. Expression du visage de plus en plus naturelle. L'haleine a entièrement perdu son caractère typhoïde. Une selle après le lavement: envie inutile d'y aller ce matin. Le malade raconte toutes ces circonstances avec netteté, et sa mémoire est évidemment bien meilleure.

Même traitement. D.

13. Deux selles dans la journée, dont une pour le lavement. Pouls, 72-77; pas de gargouillement. Sentiment de faiblesse bien moins prononcé. Désir d'alimens.

Même traitement. Un bouillon.

14. Il a pris son bouillon avec plaisir. Pouls à 68-72. Pas de selles.

Deux bouillons. Sol. sir. gros. 3. p.

16. Pouls à 60; une selle après le lavement; sentiment de faiblesse beaucoup moindre; langue humide, pâle; ventre souple, affaissé, sans gargouillement; sommeil et appétit bons.

2 bouillons; crème de riz.

18. Il va très bien. Pouls à 52-56. Les forces reviennent. Bon sommeil.

2 bouillons; 2 soupes; 1 œuf.

A partir de ce moment le malade continue à très bien aller.

FEUILLETON.

Mémoire sur un nouvel instrument destiné à faciliter l'application des speculum uteri, ou tige spéculo-ductrice;

Par Armand JOBERT, D.-M.-P.

Depuis quelque temps la *Gazette des Hôpitaux* recueille sur les maladies de l'utérus, les leçons des professeurs les plus distingués des hôpitaux de Paris: nous croyons opportun d'insérer dans ce Journal un travail que, sans les circonstances actuelles, nous n'eussions pas encore livré à la connaissance des praticiens. Ce travail consiste dans l'appréciation d'un nouvel instrument que j'appelle, à cause de ses propriétés, tige spéculo-ductrice (1).

D'un autre côté, MM. Henry Blatin et Nivet viennent de mettre au jour un ouvrage spécial sur le même sujet. Dans les uns comme dans les autres de ces travaux, la question relative à l'emploi des spéculum uteri y est soigneusement traitée. M. Legrand aussi a écrit, dans la *Gazette des Hôpitaux* (2), un article particulier intitulé: *Du meilleur spéculum.* C'était, sans doute, pour compléter toute étude sur cette matière! Cependant, ici comme ailleurs, on n'a rien enseigné de nouveau touchant le mode d'application de ces instrumens. Essayons de combler cette lacune. Mais, sans anticiper sur ce que nous avons à dire, établissons d'abord un fait, que l'idée qui a présidé à l'invention de notre instrument est, sous le point de vue de la simplicité, en raison inverse de l'utilité qu'il présente. Cette proposition se vérifiera au fur et à mesure que nous avancerons dans le développement de ce mémoire.

On se sert de spéculum pour l'exploration des organes génitaux de la femme. Il y en a de diverses sortes: les uns, qu'on nomme pleins, sont de grosseurs différentes; les autres sont à valves libres et contiguës, de manière à en permettre l'évasement pour mettre à découvert les parties que l'on se propose d'examiner.

Le spéculum bi-valve, introduit comme il est représenté sur les belles planches iconographiques de M. Ricord, s'adapte aussi à notre tige spéculo-ductrice. Il faut que l'une des valves soit en haut et l'autre en bas, de façon que les parois vaginales trouvent plus d'obstacles à se précipiter dans le vide de l'instrument. Cette disposition en valves s'ajuste à la partie convexe de la tige qui embrasse le col utérin; et c'est comme si on se servait d'un speculum plein. Je ne fais cette observation que pour ce spéculum à valves séparées. Les spéculums qui présentent leur cylindre brisé et à développement rentrent dans la catégorie des spéculums pleins, si on les considère relativement à leur emploi au moyen de notre tige conductrice.

Le but que nous nous sommes proposé nous interdit d'entrer dans plus de détails à l'égard de certains de ces instrumens inventés pour mettre à nu chez la femme les parties internes de la génération. Nous avons hâte seulement de poser en principe que leur confection est basée en général sur les considérations suivantes, savoir: facilité de leur introduction, peu ou point de manœuvres douloureuses dans le but d'atteindre au col de la matrice; puis agrandissement proportionné du champ de la vision, afin que l'œil de l'observateur plonge largement dans la cavité vaginale. C'est d'après ces conditions qu'on a voulu que les spéculums s'ouvrissent grandement par leur extrémité postérieure ou utérine, sans s'écarter sensiblement à leur extrémité antérieure ou vulvaire.

L'embout de Mme Boivin est destiné à faciliter l'introduction de l'instrument. Mais j'ai vu qu'on s'en servait moins qu'on ne le disait; et, pour mon propre compte, j'ai toujours réussi sans lui à faire pénétrer le spéculum, lors même qu'il existait un spasme de l'orifice vaginal. Dans ce cas, je combattais l'état d'éréthisme, soit en détournant l'attention de la malade, soit en ordonnant un bain, soit en frictionnant avec de la pommade de belladone les bords de l'orifice et en les écartant peu à peu. Au reste, bien qu'au premier aspect l'embout de Mme Boivin semble un obstacle à l'emploi de notre tige conductrice, je puis affirmer que si on tenait à se servir de cet ajoutage, rien ne serait plus facile que de le faire conjointement avec notre instrument. Une simple modification, que j'ose à peine indiquer parce qu'elle se laisse pour ainsi dire elle-même deviner, suffirait pour obtenir ce résultat. Ce serait, en effet, de pratiquer sur un des sommets de l'embout une rainure assez large et assez profonde afin de recevoir la branche de la tige conductrice et de lui permettre de glisser tout le long de son étendue. Mais, je le répète, on peut se passer de cet embout, car ce serait inutilement compliquer le detail des manœuvres à exécuter.

Occupons-nous maintenant des circonstances qui peuvent rendre plus ou moins difficile l'application des spéculums.

Il n'est personne, ayant voulu appliquer de ces instrumens, qui n'ait compris toutes les difficultés de l'opération!

On a pour but de montrer aux yeux le fond des parois vaginales et surtout le col de l'utérus. Eh bien! supposons d'abord l'état normal, et nous exposerons ensuite la règle principale que les auteurs ont donnée pour guide aux praticiens. Nous verrons qu'elle est encore insuffisante, surtout pour celui qui a peu d'expérience. Nous comprendrons, par conséquent, qu'il faut recourir, s'il est possible, à des moyens plus certains. Il y va de la santé de la femme, et, sous ce point de vue, on conviendra qu'on ne saurait donner trop d'attention à cette pratique de la chirurgie.

On admet généralement que si on introduit deux fois de suite un spéculum dans le vagin, il devient plus facile de l'introduire la seconde fois que la première. Cette proposition est loin d'avoir pour elle toute l'exactitude désirable. Qu'on y prenne garde! La délicatesse des organes génitaux chez la femme, surtout lorsqu'il y a état morbide ou tendance à un état morbide, rend tellement susceptibles les parties sexuelles, qu'il est à peu près impossible de ne pas y déterminer une exaltation qui empêche souvent de revenir aussitôt une seconde fois à des mouvemens exécutés déjà avec douleur une première. C'est ce qui m'oblige à n'admettre qu'avec beaucoup de réserve l'assertion que je viens de citer et qu'on a voulu faire passer pour une proposition absolue en chirurgie pratique.

Les femmes qui ont eu des enfans offrent plus de difficultés pour diriger le spéculum selon l'axe du vagin et le conduire ainsi au col de l'utérus, que celles qui n'en ont point eu ou qui ne sont encore que primipares. Les parois vaginales affectent dans le premier cas une rigidité qu'elles n'ont pas dans le second, et cette rigidité est la cause que le spéculum ne dévie pas à proprement parler de la ligne centrale du vagin.

Après avoir placé la femme, comme nous le dirons bientôt, et si on a surmonté la résistance de l'anneau vulvaire, les auteurs conseillent, pour s'écarter le moins possible du chemin qui doit mener le spéculum au col utérin lui-même, de suivre fidèlement une ligne qui du centre du vagin s'élèverait à l'angle sacro-vertébral. On échappe d'autant moins à cette direction, qu'on ne perd pas de vue, à l'extrémité profonde de l'instrument, le point central d'une rosace formée par les replis froncés du vagin, et que repousse toujours devant soi le spéculum enfoncé dans la profondeur des parties.

Il est plus difficile de se fourvoyer avec cette indication, que si on n'en tenait aucun compte; et sans doute qu'à défaut d'autre méthode, celle-là est encore la meilleure. Mais tant s'en faut pourtant qu'elle soit infaillible! Il y a plus, c'est que quand on est arrivé à une certaine profondeur dans les organes, on est souvent induit en erreur par la rosace dont nous venons de parler; car on est exposé à la prendre pour le col uterin lui-même, surtout si on a affaire à une de ces maladies qui en ait dénaturé la forme. Et, je le demande, au milieu de ces difficultés, que devient le jeune chirurgien qui la plupart du temps n'a de sa vie appliqué un speculum utéri! Dans quelle perplexité ne se trouve-t-il pas! Et que sera-ce encore, s'il doit soumettre à l'application de cet instrument une femme dont l'utérus ait subi une de ces lésions de

(1) On trouve la tige spéculo-ductrice parfaitement confectionnée, chez Capron, fabricant d'instrumens de chirurgie, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 10.

(2) Numéro du 5 février 1842.

Il descend au jardin le 2 mai et sort le 15 du même mois, ayant repris de l'embonpoint.

— D'après l'exposé des différens symptômes qui ont été notés jour par jour chez notre malade, il ne saurait exister la moindre incertitude sur le véritable caractère de la maladie et son degré de gravité ; aussi n'est-ce point une question de séméiologie que je veux traiter ici. Le point sur lequel je désire principalement fixer l'attention, celui qui me paraît dominer tous les autres dans cette observation, c'est le résultat si remarquable obtenu sous l'influence des émissions sanguines formulées d'après la méthode de M. Bouillaud, dans un cas qui, aux yeux de la majorité des praticiens, devrait être une contre-indication formelle à leur emploi.

Rappelons-nous, en effet, que trois saignées générales et deux locales (en tout 1500 grammes de sang), ont été pratiquées chez un jeune homme de vingt ans, d'une constitution on ne peut plus chétive, d'un tempérament éminemment scrofuleux, et chez lequel existait, à l'entrée, un état de stupeur et de prostration des plus marqués ; que, grâce à cette méthode, nous avons vu vu chaque jour un amendement graduel s'opérer dans les symptômes, amendement tel, que vers la fin du premier septenaire, la convalescence était pleinement confirmée. Vainement aurait-on recours ici à quelque sophisme pour rattacher à une cause qui nous échappe cette disparition si rapide des phénomènes morbides. N'est-il pas évident, et tous les observateurs consciencieux seront unanimes sur ce point, que si, dans un cas semblable, les saignées, quelle qu'ait été d'ailleurs leur manière d'agir, ne constituaient pas une médication toute puissante, elles devraient presque immédiatement engendrer dans l'économie les désordres les plus graves, produire les effets les plus funestes. Or, qu'avons-nous observé dans le cas qui nous occupe ? A cette adynamie si redoutée des anciens, et non moins des modernes, à cette stupeur si profonde, ont succédé une expression calme sur la physionomie, des réponses plus promptes et plus nettes, des mouvemens plus assurés, de telle sorte qu'il est impossible de ne pas admettre ici un rapport manifeste de cause à effet, une liaison intime entre le modificateur et les changemens qu'il fait naître dans l'organisme malade. Il n'est pas jusqu'au sang qui ne soit venu déposer en faveur d'une semblable thérapeutique. En effet, son altération s'est d'abord traduite à nous par la mollesse extrême du caillot des premières saignées, et le mélange intime de la matière colorante du sang avec la sérosité des ventouses. Mais à mesure que la phlegmasie intestinale, source première de l'empoisonnement du fluide sanguin, était avantageusement combattue par les émissions sanguines locales, le sang des deux dernières saignées présentait déjà une modification des plus remarquable. D'une part, les rondelles prises en masse glutineuse, leur sérosité moins rougie, et de l'autre le caillot de la saignée plus rétracté, à cassure plus nette et d'assez bonne consistance, étaient, pour nous, l'indice d'une réparation nouvelle dans les principes constituans du sang.

M. Bouillaud est un de ceux qui ont décrit avec le plus de soin cette altération du sang dans la fièvre dite typhoïde ; il a même consacré plusieurs passages de son excellent ouvrage (La Clinique) à l'examen de cette importante question ; et, depuis près de dix ans qu'il est chargé de l'enseignement, il n'est pas un seul cas d'entéro-mésentérite typhoïde admis dans son service, dont le sang n'ait été analysé avec la plus scrupuleuse attention, et soumis en même temps aux différens réactifs chimiques. Chaque jour il insiste, dans ses leçons, sur les caractères différentiels que présente le sang inflammatoire de la pneumonie, du rhumatisme, etc., et celui de la fièvre typhoïde, caractères tellement tranchés, qu'on pourrait, à la rigueur, porter le diagnostic de la maladie à la simple inspection du caillot. Ainsi donc, M. Bouillaud n'a jamais nié, comme on semble le croire, l'intoxication du sang dans les cas d'entéro-mésentérite typhoïde, et l'inflammation intestinale est loin de constituer, à ses yeux, la maladie toute entière.

Je me résume, et je dis que malgré la constitution chétive des sujets atteints d'entéro-mésentérite typhoïde, leur état de stupeur et de prostration, pourvu toutefois que la maladie ne soit point arrivée à la troisième période, la formule des saignées coup sur coup sagement modifiée, comme dans ce cas-ci, est incontestablement celle qui fournit les résultats les plus satisfaisans, comme le démontrera d'une manière péremptoire le prochain compte-rendu de la clinique.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Introduction d'un haricot dans la trachée-artère. Extraction par la trachéotomie au bout de dix-huit jours. Guérison complète au bout de vingt jours.

Bourdin, enfant de quatre ans, d'une bonne constitution, a été admis dans le service (salle Saint-Côme, n° 9) le vendredi 4 mars ; ayant, disait on, quatorze jours avant, avalé un haricot cru qui avait passé dans les voies respiratoires. Les parens n'ont fourni que des renseignemens vagues, souvent contradictoires, d'où il résultait des commémoratifs insignifians et beaucoup d'obscurité pour le diagnostic actuel.

Quoi qu'il en soit, immédiatement après l'introduction du corps étranger, l'enfant aurait éprouvé un accès de suffocation qui se serait prolongé pendant une demi-heure ; mais depuis lors il n'aurait cessé, pendant quarante-huit heures, d'éprouver le calme le plus parfait, au point de pouvoir reprendre ses jeux habituels. Alors un second accès de suffocation serait survenu, bientôt suivi d'autres, et alternant avec une toux opiniâtre. Après quelques jours, et cet état persistant, la toux aurait pris un caractère de violence extraordinaire avec menace de suffocation de plus en plus alarmante. Alors le médecin de l'endroit (à vingt-cinq lieues de Paris) aurait proposé aux parens l'opération de la trachéotomie, proposition qui n'avait pas été agréée. Depuis, les parens ne voyant aucun mieux dans l'état de l'enfant, se sont décidé à le transporter à Paris, où, présenté à l'hôpital des Enfans, il fut immédiatement admis.

A cette époque la figure était altérée, la toux revenait fréquemment par quintes convulsives et avec suffocation. L'auscultation ne fit constater que l'existence de quelques râles muqueux à gauche. On ne remarquait aucune altération de la voix.

Le lendemain on apprit que l'enfant avait eu toute la nuit une toux suffocante ; le râle muqueux persistait à gauche. M. Guersant eut un instant la pensée d'opérer sur le champ ; mais le cas étant grave et rare en même temps, ce chirurgien ne voulut rien entreprendre sans avoir auparavant entendu l'avis de ses confrères de l'hôpital.

Une question grave se présentait d'abord, savoir si le corps étranger existait encore dans la trachée, ou bien si ayant été expulsé par les efforts de toux, il ne resterait plus actuellement que le retentissement de son séjour passé dans la trachée, consistant presque exclusivement en une toux convulsive opiniâtre. Cette opinion paraissait d'autant plus admissible que le corps étranger, par suite de sa nature hygrométrique, ayant d'abord perdu sa consistance, puis sa cohésion, aurait pu être expulsé par parcelles, ainsi que cela arriva dans le cas analogue de M. Lasserre, d'Agen, où le haricot fut expulsé par fragmens. Il faut avouer pourtant que la probabilité de ce fait se trouvait atténuée par suite du trop court séjour du haricot dans les voies respiratoires ; insuffisant pour permettre un degré de macération assez avancée, capable d'entraîner sa réduction en fragmens. Remarquons en effet que dans le fait de M. Lasserre cette circonstance heureuse n'arriva qu'au quarantième jour ; tandis que dans le cas actuel, le haricot ne séjournait dans la trachée que depuis quatorze ou quinze jours seulement.

MM. Guersant père et Baudelocque, qui furent appelés, reconnurent une grande obscurité dans le diagnostic : aucun bruit stéthoscopique particulier n'annonçait d'une manière probante l'existence d'un corps mobile dans la trachée, éprouvant sous l'influence de l'inspiration et de l'expiration des mouvemens alternatifs d'ascension vers le larynx et de rechute vers la bifurcation originaire des bronches. Nous devons dire cependant que le petit enfant interrogé à ce sujet, affirmait sentir le haricot dans *le cou*, sur un point correspondant de la trachée sur lequel il portait le doigt. Mais encore, cette donnée était-elle suffisante pour déterminer l'opération de la trachéotomie, et ne pouvait-elle pas être attribuée à une sensation qui persistait, après l'expulsion du corps étranger, sur le point du tube aérien qu'il avait le plus long-temps occupé ? Du reste, puisque ce phénomène se prêtait à une double interprétation, et que dans l'opinion de MM. Guersant père et Baudelocque, il n'était rien laissé par cela même à l'incertitude du diagnostic ; il ne restait plus qu'à expliquer la persistance de la toux quinteuse, qui semble pouvoir être attribuée à une bronchite consécutive. Quant au caractère convulsif de cette toux, qui aurait présenté une valeur incontestablement plus positive chez un adulte, il devenait ambigu dans ce cas par cela même qu'il s'agissait d'un enfant ; et que, chez les enfans, la toux prend assez souvent le caractère convulsif.

Une circonstance qui contribuait encore à corroborer ces raisonnemens de MM. Guersant père et Baudelocque, et qui ouvrait la voie à un système d'ajournement pour l'opération, et de thérapeutique médicale proprement dite pour combattre la bronchite existante, c'est que le petit malade n'avait jamais éprouvé de ces accès de suffocation imminente, de ces menaces d'asphyxie même auxquels sont sujets les individus chez lesquels un corps étranger est parvenu à s'engager dans la trachée, ou, ayant continué à y rester mobile, éprouve, par suite des efforts de toux, un mouvement d'ascension qui, s'opposant successivement à la cavité du larynx et à l'ouverture de la glotte, gêne alors plus ou moins le passage de l'air.

Somme toute, MM. Guersant père et Baudelocque, considérant que les données étaient trop faibles, trop vagues, trop incertaines, pour être opposées aux chances toujours très graves de la trachéotomie, quand même on ne l'applique pas au croup ; croyant d'ailleurs, quant à présent, qu'il n'y avait pas de péril apparent à la demeure, et qu'il serait toujours temps de prendre un parti extrême, ces praticiens furent d'avis qu'il fallait, pour le moment, non-seulement combattre la bronchite existante, mais de plus traiter préventivement la pneumonie qui pouvait se développer consécutivement, et qui présente tant de gravité, comme l'on sait, parmi les jeunes malades des Enfans.

Partant, une saignée fut pratiquée, qui fournit un sang couenneux ; ensuite l'émétique, selon la méthode rasorienne, fut donné pendant trois jours de suite, à la dose successivement croissante de 25 à 40 centigrammes par jour. Mais malgré tous ces moyens, les accidens persistèrent avec le même caractère de gravité.

M. Guersant fils revint alors à sa première détermination, de pratiquer la trachéotomie ; mais ne voulant pas y procéder

situation telle, que l'organe soit renversé en arrière, en avant ou sur les côtes!

Dans ces circonstances, le museau de tanche est presque toujours placé en raison directe de la déviation du corps de la matrice. Si le fond de l'organe est en avant, le museau de tanche se trouve en arrière ; s'il est en bas, celui-ci est en haut ; et enfin, s'il est à droite ou à gauche, c'est encore à des directions analogues, mais sans cesse opposées que le col obéit, à moins toutefois de conditions pathologiques spéciales qu'il n'est pas de notre sujet d'indiquer.

Il y a aussi une sorte de conformation qui permet souvent au col utérin d'échapper à l'ouverture du spéculum ; c'est celle qui consiste en un museau de tanche allongé, effilé et très proéminent dans le vagin. L'instrument passe à côté sans qu'on s'en aperçoive. Ce cas assez commun, a lieu principalement chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans..

On le voit, il existe des difficultés réelles dans l'application du spéculum utéri par le procédé ordinaire, et cela à l'état normal comme à l'état anormal des organes de la génération. Il s'agit actuellement de savoir si nous serons plus heureux avec notre tige métallique : c'est ce qui va nous conduire à en faire connaître et la forme et l'usage.

1° *Forme.* — La tige spéculo-ductrice doit être inflexible. Elle est en maillechort ou en argent. Elle porte 32 centimètres de long sur 1 centimètre de large dans sa portion aplatie. Les extrémités et les contours en sont mousses et arrondis. L'épaisseur est de 1 millimètre.

Je la divise en corps et en branche.

Le corps consiste en une moitié de surface de cylindre droit à base circulaire. Le diamètre de la base de ce corps est de 2 centimètres et la hauteur de 3 centimètres, comptée jusqu'au point ou la surface cylindrique finit par se confondre avec la branche. La partie libre du cylindre est coupée perpendiculairement à son axe : celle opposée tient à la branche avec laquelle, ainsi que nous venons de le dire, elle finit par se confondre insensiblement.

La branche est de 29 centimètres. Elle est aplatie, et sur une de ses faces est gravé un trait qui indique le sens selon lequel l'instrument est placé.

Il existe dans le sens de l'extension et sur la moitié de la longueur de la tige une charnière armée d'un verroux. Cette brisure permet à la tige d'être pliée sur elle-même et de faire ainsi partie des grandes trousses, à moins pourtant qu'on ne prenne le parti de la fourrer dans l'intérieur d'un spéculum comme dans une sorte d'étui.

2° *Usage.* — Cette tige conductrice peut être ajustée à tous les spéculums utéri ; mais elle l'est de préférence aux spéculums pleins. Or, c'est de ceux-ci dont nous allons nous servir pour la démonstration des usages auxquels nous la destinons (1).

La femme dont on veut examiner les organes internes de la génération, doit être placée sur le bord d'un lit très dur, de manière que le bassin soit fortement relevé, les jambes et les cuisses fléchies et appuyées sur des supports. Dans ma pratique, je remplace le lit par un fauteuil mécanique que j'ai fait heureusement approprier à l'examen des maladies de l'utérus.

La position de la femme étant donnée de la façon que nous venons de dire, le chirurgien se place à la droite de la malade, s'il se sert de la main droite, et à gauche dans le cas contraire. A l'aide du doigt indicateur introduit dans le vagin, il reconnaît l'état des parties génitales; il s'assure que la femme est normalement constituée ; puis il circonscrit le museau de tanche, et enfin il procède à l'introduction de la tige spéculo-ductrice (2). Mais auparavant il est deux précautions à prendre : 1° élever au degré de température des organes génitaux la tige conductrice et le speculum ; 2° enduire l'un et l'autre d'un corps gras.

Cela fait, le chirurgien, placé entre les cuisses de la malade, replonge le doigt indicateur dans les parties de la femme. Il s'assure encore du museau de tanche, puis, de la main opposée, il introduit la tige conductrice en en présentant le corps à la vulve et en suivant le chemin tracé par le doigt indicateur, fixé dans les organes. La concavité de l'instrument s'applique sur la convexité du doigt. Le corps de la tige glisse sur toute la longueur de l'indicateur, et selon le besoin on lui fait décrire autour de la circonférence du doigt quelques demi-tours de spirale. Pendant que l'instrument progresse ainsi, le doigt demeure toujours fixé sur le museau de tanche.

Le vagin forme un cul-de-sac assez profond dessous la lèvre postérieure du col. C'est là que le doigt attend le corps de la tige conductrice. C'est dans ce cul-de-sac que va plonger l'instrument pour y embrasser le museau de tanche par sa face inférieure. Une fois qu'il y est arrivé, il faut l'y placer en le retournant sur lui-même si par hasard il présentait sa convexité à celle du museau de tanche ; et l'y tenir fermement appliqué en pressant dessus d'avant en arrière, afin qu'il ne soit pas repoussé par le refoulement des parois vaginales.

On pourrait sans doute porter le corps de la tige sur la surface supérieure du col de l'utérus, mais il serait moins bien fixé là qu'en dessous, parce qu'en cet endroit le cul-de-sac dont nous venons de parler n'existe pas, et que, par conséquent, l'instrument aurait peu de prise sur la faible proéminence de la lèvre antérieure.

Toutefois, il peut arriver qu'on ait dessein de l'appliquer en dessus du col. Dans ce cas, il ne serait pas nécessaire, après que le corps de l'instrument aurait glissé sur la surface du doigt indicateur, comme nous l'avons enseigné plus haut, de le retourner sur lui-même pour faire embrasser à sa concavité la convexité du museau de tanche. Il suffirait qu'il suivît le bord radial et la face dorsale du doigt pour que de la il passât naturellement jusques sur la lèvre antérieure. C'est ainsi qu'on pourrait faire s'il s'agissait d'une rétroversion de l'utérus. Cependant je crois qu'il serait peut-être plus à propos de coucher la femme sur le ventre, comme je le dirai plus loin, et, dans cette position, d'appliquer la tige conductrice par la lèvre postérieure.

Enfin, quelle que soit la méthode que l'on ait adoptée, je ne saurais trop répéter qu'il faut invariablement fixer le corps de l'instrument dans les sinus formés par la réunion du vagin et du col de l'utérus. On devra presser davantage contre le sinus supérieur que contre le sinus inférieur, attendu que celui-ci est beaucoup plus profond que l'autre.

Quand on applique la tige conductrice par la lèvre postérieure, on peut éviter les demi-tours de spirale dont j'ai parlé, en dirigeant le corps de l'instrument par le bord radial et la face palmaire du doigt, de telle sorte que, comme pour la lèvre antérieure, il passe sans effort du doigt conducteur au col de la matrice.

Le chirurgien étant assuré que le museau de tanche est parfaitement embrassé par la concavité du corps de la tige conductrice, retire le doigt indicateur des parties de la femme, puis il vient maintenir l'instrument par sa branche, afin de ne pas en déranger la position. Pendant ces manœuvres, la femme demeurera presque immobile, car, bien exécutées, elles ne seront en aucune façon douloureuses.

La tige conductrice ainsi appliquée, on saisit le spéculum pour le tenir d'une main par la grosse extrémité, de manière que le dessous du cylindre repose sur la face dorsale de l'annulaire et du petit doigt, tandis que la face palmaire du médius s'applique, en s'arrondissant, sur le dessus de l'instrument. L'indicateur et le pouce de la même main s'emparent de la branche de la tige conductrice, dont le bout passe à travers le spéculum, et ils la maintiennent invariablement fixée. La main opposée, en écartant les grandes et les petites lèvres, présente à l'orifice vaginal, la petite extrémité du spéculum ; elle en facilite l'introduction qui se fait d'avant en arrière dans une direction parallèle à l'axe de cet orifice, et quand de cette façon l'instrument a pénétré, on relâche les grandes et les petites lèvres afin de laisser au vagin tous ses moyens d'ampliation. A un pouce environ du conduit vaginal, on imprime au spéculum un petit mouvement de bascule pour le diriger

(1) Nous avons choisi le n° 1 des spéculums pleins comme étant du plus petit diamètre, afin que le corps de la tige, passant sans difficultés à travers le cylindre, puisse à plus forte raison être adaptée à des numéros plus élevés.

(2) Quand le col utérin est placé si haut dans le vagin qu'il ne peut être atteint facilement par le doigt, on cherche à abaisser la matrice en pressant assez fortement sur la région hypogastrique avec la main opposée demeurée libre.

sans que son opinion fût partagée par un autre chirurgien, et désirant prendre de nouveau l'avis de MM. Guersant père et Baudelocque, une nouvelle consultation eut lieu entre ces messieurs, M. Bérard, de l'hospice Necker, et M. Guersant fils, dans laquelle il fut décidé que la trachéotomie serait pratiquée.

Cette opération fut faite le 8 mars, dix-huit jours après l'introduction du corps étranger. Aussitôt après l'incision de la trachée-artère, le haricot s'échappa par l'ouverture de la plaie, chassé par l'air.

Immédiatement après l'opération, le râle muqueux attribué à une bronchite a cessé ; les quintes de toux sont devenues de plus en plus rares et ont perdu leur caractère convulsif.

Le lendemain au soir (9 mars), le petit malade avait un peu de fièvre (95 pulsations), et la respiration était un peu fréquente (32 respirations). Prévoyant que ces phénomènes pouvaient être les premiers signes d'une pneumonie, et ne voulant d'ailleurs pas affaiblir davantage le malade, on se borna à recouvrir la poitrine d'un large morceau de sparadrap. Mais ces phénomènes n'étaient que les prodromes d'une légère scarlatine concommittante, qui s'est terminée d'une manière promptement heureuse,

La plaie était entièrement fermée le 27 mars; savoir, vingt jours après l'opération.

L'enfant est sorti parfaitement bien portant, et ne conservant aucun accident qui fût de nature à faire présumer que la présence trop prolongée du corps étranger dans la trachée était devenue la cause d'altérations profondes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 16 et 23 mai 1842.— Présidence de M. Poncelet.

M. Fourcault lit un mémoire intitulé : « De l'influence du climat de Rome sur le développement des fièvres intermittentes, simples et pernicieuses. » M. Fourcault attribue surtout ces fièvres aux vicissitudes atmosphériques produites par les vents du sud, au travail excessif des habitans et à leurs mauvaises habitudes hygiéniques. On a dit que le voisinage du Tibre n'est pas étranger à leur production, à cause de la décomposition des matières organiques qu'il dépose sur ses bords : mais des personnes vivant loin de ce fleuve, au milieu de champs vastes et fertiles, n'en contractent pas moins la fièvre intermittente. Leur fréquence paraît donc être en raison directe de l'état hygrométrique de l'air, et de la température.

Pour prévenir le développement de la maladie, la première condition est d'abandonner les lieux bas et humides, surtout à l'époque de l'année où ils deviennent insalubres ; il faut aussi porter des vêtemens chauds, et exciter par tous les moyens connus les fonctions de la peau.

(Commissaires : MM. Magendie, Serres et Double.)

M. Tanchou lit un mémoire sur le cancer. Il envisage cette maladie tout à fait sous le point de vue scientifique. Frappé de ce que la plupart des médecins recommandent de ne rien faire du tout et que tous les chirurgiens recommandent d'opérer, bien que tous les hommes de l'art conviennent qu'on ne réussit presque jamais, il s'est demandé si on ne pouvait réellement rien tenter contre cette terrible affection. Il croit que la thérapeutique n'est peut-être pas aussi pauvre qu'on le dit généralement sur ce point, et pense que les affections cancéreuses, comme toute autre, sont susceptibles d'un résultat prévu, combiné, sollicité d'avance.

Dans son mémoire, M. Tanchou examine la contagion du cancer : question, dit-il, résolue négativement depuis long-temps; mais personne n'avait appuyé cette solution de preuves suffisantes : il cite les essais de Dupuytren et de M. Breschet qui, chacun de leur côté, ont injecté des matières purulentes dans les veines et dans les cavités splanchniques; il cite l'expérience d'Alibert, qui s'est inoculé le cancer lui-même sans résultat affirmatif; enfin, il décrit des expériences assez nombreuses qu'il a faites pour démontrer la non-contagion du cancer. Cependant, dit M. Tanchou, ayant remarqué que le pus du cancer, aussi bien qu'un autre mais pas plus qu'un autre, quand il avait vieilli, c'est-à-dire quand il s'était altéré, déterminait de l'inflammation et même de la suppuration aux parties sous la peau desquelles il l'avait déposé; il n'oserait, dit-il, affirmer que ces sortes d'inoculations sont absolument sans effets secondaires ou tertiaires sur l'économie.

M. Tanchou conclut dans ce premier mémoire : 1° que le cancer ne dépend pas d'une humeur âcre, d'un sang vicié comme on l'a cru long-temps; 2° que ce n'est pas par conséquent dans les antidotes qu'on doit en chercher le remède, mais bien dans les agens capables de modifier l'organisation et surtout le système nerveux ou sanguin, qui lui semble être le point de départ de cette maladie.

Une commission composée de MM. Double, Serres et Breschet est chargée de rendre compte à l'Académie de ce mémoire, qui sera suivi de plusieurs autres sur la fréquence, l'hérédité, les divers traitemens de cette maladie, etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 7 avril 1842.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Guillon présente à la Société un homme qui, après avoir subi déjà plusieurs traitemens pour deux rétrécissemens du canal de l'urètre, était si peu guéri, que la vessie remplie d'urine montait jusque vers l'ombilic, et qu'il éprouva beaucoup de peine à introduire dans cet organe une sonde presque filiforme. Il parvint néanmoins plus tard, par de petites incisions intérieures pratiquées au moyen de l'instrument dont il est l'inventeur, à détruire les deux obstacles calleux qui, placés l'un au méat et l'autre à onze centimètres de profondeur, faisaient obstacle au cours des urines. Ce malade, ajoute notre confrère, a déjà été examiné par l'Académie, et c'est une preuve nouvelle de la possibilité de guérir les rétrécissemens calleux de l'urètre, contrairement à l'opinion émise dans son dernier ouvrage par M. Cruveilhier.

— *M. Belhomme* rend compte d'un ouvrage intitulé : « Recherches statistiques sur l'aliénation mentale faites à l'hospice de Bicêtre, » et offert à la Société par les auteurs, MM. Aubanel et Thore, anciens internes des hôpitaux.

Les auteurs, dit le rapporteur, dans des considérations préliminaires sur l'établissement de Bicêtre, qui, de réunion de gueux et de prétendus sorciers, devint château royal, puis enfin hospice destiné aux indigens et aux aliénés hommes, ont trouvé le moyen de tracer un tableau rapide et fidèle des changemens survenus dans la façon de traiter les fous. On voit des malheureux jetés dans des cachots humides, garottés et mourant presque de faim jusqu'à l'arrivée de Pinel. Mais ce médecin philosophe brisa leurs fers et ne cessa d'améliorer leur sort. Le premier il conçut la pensée de les faire travailler, de leur donner une sorte d'éducation morale; pensée qu'ont si bien fécondée M. Ferrus et ses successeurs.

Si, depuis 1801, on trouve que le nombre des admissions s'est accru, il faut, disent les auteurs, en voir la cause, d'une part, dans l'augmentation de la population, de l'autre, dans la crainte moins grande qu'inspirent les hôpitaux aux malheureux.

Les chiffres leur ont aussi démontré que, de tous les genres de folie, la manie était la plus répandue, que les récidives étaient fréquentes, mais qu'on devait moins les redouter à mesure que l'on s'éloignait du terme de la guérison.

MM. Aubanel et Thore, contrairement à l'opinion émise par d'autres auteurs et appuyée par des chiffres, ne pensent pas que la jeunesse, âge des passions et des excès, soit favorable à la production de la folie; si on rencontre, disent-ils, beaucoup d'aliénés de vingt à trente ans, c'est parce que la population renferme un grand nombre d'individus de cet âge. La vieillesse, plus sensuelle et moins résistante, leur paraît plus disposée aux affections cérébrales.

Les mois les plus chauds de l'année sont ceux où on compte le plus d'admissions, mais les auteurs n'ont pu opérer sur un assez grand nombre de chiffres pour reconnaître à quel genre d'aliénation telle saison était plus ou moins favorable.

Il semblerait, d'après ce qui vient d'être dit, que les aliénés devraient se montrer plus nombreux sous les latitudes où la température est plus élevée : le contraire a lieu. Et, pour prendre les extrêmes, à Londres et à Paris, on compte 1 aliéné sur 200 ou 220 habitans; au Caire, 1 seul sur 30,174 individus.

Y a-t-il plus d'aliénés parmi les célibataires ou les gens mariés? Les professions exercent-elles une grande influence? Les statistiques ne s'accordent pas entre elles, peut-être parce qu'il n'est pas facile de connaître le nombre d'individus de telle ou telle profession.

L'influence de l'hérédité est bien une chose démontrée, mais on ne peut établir mathématiquement le chiffre de cette influence.

Les chagrins domestiques, la misère, le libertinage, l'abus des boissons alcooliques, la privation d'alimens, la réclusion, les congestions et les hémorrhagies cérébrales, sont, suivant MM. Aubanel et Thore, les causes physiques et morales qui amènent plus fréquemment la folie.

Dans une des séances prochaines, ajoute M. Belhomme, je continuerai à rendre compte de cet ouvrage intéressant.

— *M. Guillon* fait passer sous les yeux de la Société une pièce anatomique préparée en carton pâte, représentant la vessie et le canal de l'urètre fendus dans leur longueur ; des bougies introduites dans les tissus figurés indiquent cinq fausses routes pratiquées durant la vie du malade. Notre confrère, appelé par le médecin qui avait sondé inutilement, s'engagea dans deux fausses routes, résultat des tentatives antérieures; il ne voulut pas faire pénétrer sa sonde dans la vessie par l'une des fausses routes. Un troisième praticien arriva dans la vessie; mais la malade, transportée à la maison de santé succomba un mois après son admission, suivant l'interne qui a procédé à l'autopsie, aux suites d'une pneumonie, et, d'après M. Guillon, aux désordres causés par les épanchemens d'urine et les décollemens que présente la pièce anatomique en devant et en arrière de la vessie.

M. Guersant demande si l'on s'était servi de grosses ou de petites sondes.

M. Guillon dit que dans la persuasion où il était qu'il avait affaire à un rétrécissement, il s'était servi d'une sonde fort mince qui lui offrait plus de chances pour le traverser ; mais que se trouvant engagé dans de fausses routes, et ne trouvant pas l'orifice du rétrécissement, il avait préféré s'abstenir qu'augmenter le mal.

M. Tanchou pense que le plus urgent, dans le cas dont il s'agit, était de faire pisser le malade ; que la mort doit être attribuée à la pneumonie plutôt qu'aux fausses routes. Ces sortes d'accidens, ajoute-t-il sont plus rarement mortels qu'on ne croit et heureusement, car ils sont bien fréquens.

M. Guillon. Mon intention, en produisant cette pièce d'anatomie pathologique a été de démontrer qu'il était quelquefois très difficile de rencontrer le col vésical lorsqu'il est dévié. Quant aux sondes de gros calibre je sais qu'on peut, dans certains cas, avec elles pénétrer de vive force dans la vessie, mais souvent au prix de quels désordres? Chacun peut se rappeler le malade sondé par M. Mayor sous les yeux de M. Jules Cloquet, l'urine jaillit et les élèves d'applaudir, mais la sonde, une fois retirée, elle cessa de couler. Le malade succomba quelques jours après, et à l'autopsie on reconnut une fausse route de sept centimètres de longueur. traversant le bas-fond de la vessie.

M. Duperthuis fait observer que chez les vieillards, la prostate étant fort grosse, on les sonde difficilement. Voici comment s'y prenait le professeur Sanson : Il se servait de grosses sondes en gomme élastique, et dès qu'il éprouvait de la résistance, il retirait le mandrin et la sonde offrait assez de fermeté pour pénétrer dans la vessie.

M. Guersant. A Bicêtre on sonde tous les vieillards avec une grosse sonde sans mandrin.

Il est une autre question dont je veux vous entretenir. On s'est demandé si chez les enfans on devait pratiquer la taille ou broyer la pierre. Mon avis est qu'il faut agir suivant les circonstances. J'ai opéré dernièrement par la taille bi-latérale un enfant de dix ans chez lequel on avait fait, plusieurs années auparavant, deux tentatives de lithotritie, rendues inutiles une fois par le mauvais vouloir des parens, et la seconde par des nécroses qui survinrent aux os du bras et de l'épaule. Deux fois les séances furent suspendues.

La sonde m'avait fait reconnaître un nombre infini de calculs ; je fus obligé d'introduire trente fois les tenettes dans la vessie et d'y porter six fois la curette ; je retirai 32 grammes de calculs. Il ne survint pas d'hémorrhagie ; l'enfant fut baigné, mis au bouillon : quatre jours après, il mangeait une côtelette.

D'autre part on m'amène un enfant de trois ans et demi, qui ne pouvait plus pisser. La sonde me fit reconnaître un calcul à l'orifice du col ; je le repoussai dans la vessie et, en deux séances, je brisai et expulsai le calcul.

La séance est levée à cinq heures.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi extérieur de la chélidoine dans l'aménorrhée.

L'une des affections les plus communes, et souvent l'une des plus difficiles à combattre, est sans contredit l'aménorrhée. Le grand nombre de causes qui la produisent, les complications si variées dont elle est si fréquemment accompagnée, expliquent pourquoi elle se montre, dans certains cas, si rebelle à toutes les médications qu'on lui oppose. Ce sont ces raisons qui ont engagé M. le docteur H. Séguin, médecin à Alby, à faire connaître les deux cas suivans d'aménorrhée dans lesquels un traitement assez peu usité, et cependant fort simple, a eu les plus heureux résultats.

Première observation. — Une jeune femme, qui avait constamment joui d'une parfaite santé, vit, à la suite de violens chagrins, ses menstrues cesser de paraître. Cet état dura pendant six mois, et donna lieu à des accidens pléthoriques contre lesquels on employa inutilement les pédiluves sinapisés, et les emménagogues, mis ordinairement en usage dans les cas de ce genre. Le médecin ordinaire de la malade, se rappelant alors les observations publiées par M. le docteur Rey, l'engagea à garnir ses bas de feuilles de chélidoine fraîches et bien hachées, à les conserver nuit et jour, et à vaquer à ses occupations accoutumées. Tout autre traitement fut, d'ailleurs, suspendu. Au bout de quarante-huit heures, les règles reparurent, et, depuis lors, la menstruation a suivi sa marche naturelle.

Deuxième observation. — Mademoiselle R..., fille d'un médecin, était atteinte depuis plusieurs mois d'une aménorrhée complète, survenue à la suite de refroidissemens. Plusieurs moyens avaient aussi été inutilement mis en usage pour la faire cesser, lorsqu'elle se soumit au même traitement, qui produisit le même effet.

Y a-t-il eu simple coïncidence entre l'apparition des règles et l'époque du traitement, se demande M. Séguin? On pourrait se permettre ce doute si ces deux observations étaient isolées dans la science, et si elles n'étaient pas confirmées par celles que M. le docteur Rey a communiquées à la Société de médecine de Toulouse. Ce traitement devra sans doute échouer dans beaucoup de circonstances, mais il est si innocent en lui-même et si facile dans son application, qu'on pourra en tenter l'usage avec quelques chances de succès. Le sujet de la première observation était placé dans des conditions morales telles qu'un traitement purement physique, en apparence aussi peu énergique que celui-là, semblait nécessairement devoir échouer. La chélidoine ainsi administrée a-t-elle réellement plus de vertu que toute autre plante aromatique ou stimulante également appliquée sur la peau des membres inférieurs? C'est une question qui reste encore à résoudre.

(*Bulletin génér. de thérap.*, mars 1842.)

Sur la théobromine ; par M. A. Woskresensky.

Guidé par l'identité de la caféine et de la théine, identité signalée par MM. Mudler et Jobst en 1837, M. Woskrensky a pensé que ce principe pourrait bien se rencontrer également dans l'amande du cacaoyer dont la saveur amère rappelle l'amertume de la caféine, et qui possède d'ailleurs une action stimulante analogue à celle du café.

Pour reconnaître si son opinion était réellement fondée, il a soumis du cacao du commerce à l'action de l'eau distillée, d'abord à froid, puis

---

ensuite d'avant en arrière et un peu de bas en haut, suivant la ligne que j'ai déjà indiquée.

Mais la main qui soutenait le spéculum et la branche de la tige conductrice, s'appliquе seule au maintien invariable de la tige ; l'autre continue à pousser le cylindre dans la profondeur des parties. C'est dans ce moment que le spéculum glisse pour ainsi dire sur la branche; il ne la quitte plus, et bientôt il est arrivé à reprendre la place du corps de la tige conductrice. Pendant ce temps, l'œil du chirurgien n'a pas cessé d'observer à travers le cylindre la marche de l'instrument. Une fois qu'il est assuré que les choses se sont bien passées, il retire la tige de l'intérieur du spéculum qui se trouve, de la sorte, définitivement appliqué (1).

J'ai déjà fait pressentir qu'on pouvait, dans le cas de déviation du col de l'uterus, se servir avantageusement de notre tige métallique pour remuer cet organe selon la direction de l'axe vaginal. Nous allons voir, en effet, comment il est possible d'arriver à ce résultat.

On lit dans les leçons de M. Lisfranc, qu'un médecin de province, pour atteindre ce but, introduisait dans l'ouverture même du museau de tanche, une tige en bois dont il se servait comme d'un levier. Il est inutile, je pense, de dire les inconvéniens graves attachés à cette pratique; il suffit de la signaler pour en détourner qui que ce soit. Il n'en est pas de même avec notre nouvel instrument, ainsi qu'on va pouvoir s'en assurer.

Si le col de l'utérus est tourné en haut, on l'abaisse à l'aide de la tige introduite d'après les principes que nous avons exposés ; s'il est en bas, on le relève, et s'il penche fortement sur les côtés, on le ramène encore dans la direction de la ligne centrale du vagin, sans avoir aucun danger à redouter pour l'organe dévié. On ne sera pas sujet à léser les bords de l'orifice du col en en forçant l'ouverture; car on se contente d'appuyer sur les contours extérieurs du museau de tanche. C'est ce qui fait la supériorité de notre méthode, et la différence fondamentale qui la sépare à jamais de celle citée par M. Lisfranc.

Notre tige métallique, considérée comme un levier, doit être rangée parmi les leviers du premier genre. La résistance est au col de la matrice, la puissance et le point d'appui sont à la main de l'opérateur. Le point d'appui peut exister aussi sous l'arcade des pubis ou sur la commissure postérieure de la vulve. Dans le premier cas on aurait à agir contre une rétroversion de l'utérus, et dans le second contre une antéversion.

Pour explorer cette dernière déviation, on est dans l'habitude de coucher la femme sur le dos; mais pour l'autre, il y a long-temps déjà que je fais placer la malade sur le ventre, et que, s'il y a lieu, j'ai recours au toucher rectal afin d'obvier le plus avantageusement possible à la direction vicieuse de l'utérus. C'est dans cette position que j'applique et la tige conductrice et le spéculum utéri. Je suis heureux que mes idées à cet égard se soient trouvées pleinement justifiées par la pratique du célèbre chirurgien de la Pitié.

Tels sont en définitive et le mode d'application et les avantages multipliés que nous avons toujours retirés de l'emploi de notre tige conductrice. Mais, bien que nous ayons singulièrement aplani les difficultés, nous recommandons cependant d'user encore de beaucoup de précautions dans toutes les manœuvres à exécuter, afin d'éviter à la femme des douleurs qui pourraient devenir un obstacle sérieux à l'exploration qu'on se propose. On sait toute l'importance qu'on doit attacher à l'examen des organes génitaux de la femme. Le traitement de la maladie dépend entièrement du diagnostic que l'on porte, et le diagnostic lui-même ne peut être exact, qu'à la condition expresse de pouvoir confirmer par la vue, les indications fournies par le toucher.

Et faut-il nous étonner maintenant que des médecins, M. Gibert, entre autres, aient déclamé contre l'emploi du spéculum utéri ! Les difficultés qu'on a rencontrées jusqu'à ce jour dans l'application de cet instrument, ont été la cause des manœuvres dangereuses exécutées dans les parties de la femme par des mains inhabiles. Ainsi on a jeté sur l'emploi du spéculum, ce qui ne devait être attribué, en fait, qu'à l'inexpérience des chirurgiens.

Notre tige conductrice est destinée à lever les obstacles. Que l'on se conforme aux instructions que nous avons données dans ce mémoire, et on se convaincra que le chirurgien le moins exercé peut désormais se livrer sans danger à l'application de cet instrument. Si nous avons atteint le but que nous nous sommes proposé, nous nous estimerons heureux et suffisamment encouragé à poursuivre l'objet des travaux pratiques que nous avons entrepris.

(1) Quoique j'aie donné ma manière d'introduire le spéculum, parce qu'elle me semble la plus convenable, néanmoins elle n'a rien d'absolu, et si le praticien juge à propos de modifier le manuel opératoire, il le peut sans inconvénient.

Un congrès scientifique doit avoir lieu cette année à Strasbourg, et déjà se font avec activité les travaux préparatoires. L'ouverture de la session a été fixée au 28 septembre, afin de permettre aux savans étrangers de se rendre à Strasbourg à l'issue du congrès allemand de Mayence. La médecine locale y sera représentée par M. le profeseur Forget et par M. le docteur Stœber. Divers médecins étrangers à l'Alsace ont manifesté l'intention de s'y rendre ; on compte parmi eux M. Guépin, professeur à Rennes; M. le professeur Leupalt, d'Erlangen ; M. Florent-Cunier, de Bruxelles ; M. Vleminckx, président de l'Académie de médecine de cette ville.

à la chaleur du bain-marie, après quoi il a passé la liqueur au travers d'une étamine. Cette liqueur, additionnée avec précaution d'une quantité suffisante de soluté aqueux d'acétate plombique, fournit un abondant précipité ; elle fut ensuite filtrée, puis débarrassée de l'excès de plomb, filtrée de nouveau, et enfin évaporée. Elle donna pour résidu une matière blanche, encore salie par une petite proportion de matière colorante, dont il fut facile de la priver par la simple dissolution, à plusieurs reprises, dans l'alcool bouillant et la filtration à chaud. L'alcool, en se refroidissant, laissa déposer une poudre cristalline, blanche, d'une saveur amère, analogue à celles de la fève de cacao et de la caféine mais légère et ne se dissolvant que lentement en raison du peu de solubilité de la substance.

La théobromine n'éprouve aucune altération de la part de l'air ; chauffée à plus de 250 degrés centigrades, elle se sublime en petits cristaux et elle laisse pour résidu une petite quantité de charbon. Elle est peu soluble dans l'eau, dans l'alcool et dans l'éther, surtout à froid. Elle ne se combine ni avec les acides, ni avec les alcalis; le tannin forme seul une exception, car il forme avec elle une combinaison qui se trouve être soluble dans un excès de cet acide, dans l'alcool et même dans l'eau bouillante. Le soluté aqueux de théobromine fournit, par son mélange avec un soluté aqueux très étendu de bichlorure de mercure, un précipité cristallin, de couleur blanche et qui se dissout en petite quantité dans l'eau et dans l'alcool.

La théobromine est, de tous les principes immédiats végétaux, celui qui renferme la plus forte proportion d'azote.

(*Annalen der Chemie und Pharmacie*; t. XLI, p. 125.)

Liniment stimulant opiacé.

P. Huile animale de Dippel,	25 grammes.	
Huile volatile d'origan,	25	id.
Huile d'olives,	25	id.
Alcoolé d'opium,	25	id.

M. S. A.

Ce liniment, dont la formule est due à M. le docteur Sahnytock, est indiqué dans les douleurs qui accompagnent les rhumatismes musculaires et fibreux.

Le mode d'administration est le suivant : On en fait chauffer une cuillerée dans un flacon bouché, au bain-marie, puis on l'étend sur toute la surface où la douleur se fait sentir et on a soin de recouvrir le lieu d'application avec une flanelle bien chaude et repliée une ou deux fois sur elle-même.

Les applications doivent être répétées toutes les vingt minutes, jusqu'à ce que la douleur ait été calmée ; mais il faut, chaque fois, avoir soin d'agiter fortement la bouteille avant de verser la cuillerée du liniment.

Modification des principes immédiats du sang sous l'influence des climats intertropicaux; par M. le docteur J. HILLE.

Le sang tiré de la veine d'un nègre de Surinam se recouvre rarement ou même ne se recouvre jamais d'une couenne inflammatoire, même lorsque la saignée est nécessitée par les symptômes inflammatoires les plus intenses et lorsque le résultat avantageux de la déplétion vasculaire vient prouver qu'il existait bien réellement une phlegmasie. Le sérum forme plus de la moitié du sang, et le cruor, nageant pour ainsi dire dans le liquide séreux, est ordinairement d'une couleur rouge foncée. Le sérum, au contraire, est d'une teinte plus claire que celui des Européens.

Les Européens nouvellement arrivés, lors de leurs premières maladies, qui retiennent encore un peu du caractère phlegmasique de nos contrées, fournissent un sang qui se recouvre d'une couenne inflammatoire très apparente ; mais, plus tard, ce caractère disparaît aussi chez eux, leur sang devient comme celui des nègres, avec cette seule différence qu'il renferme moins de sérum et qu'il contient un cruor plus ferme.

Le sang des créoles est entièrement semblable à celui des nègres.

(*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*, 1842, n° 6.)

Mixture térébenthinée opiacée.

Pr. Emulsion d'amandes douces,	64 grammes.
Essence de térébenthine,	36 gouttes.
Sirop diacode,	24 grammes.

M. S. A.

M. le docteur Rayer, qui recommande l'usage de cette préparation, l'emploie constamment avec un avantage marqué dans le traitement de la névralgie sciatique.

La proportion de l'huile essentielle de térébenthine peut être augmentée graduellement, suivant les effets produits, et être ainsi portée progressivement jusqu'à 4 grammes (1 gros), sans rien changer à la dose des deux autres substances qui entrent dans la composition de la mixture. (Bouchardat, *Ann. de Thérap.*, 1842.)

Sucre hélicié.

Cette préparation, dont la formule est due à M. J. Mouchon, pharmacien à Lyon, est employée comme émolliente et pectorale dans les catarrhes bronchiques aigus, dans la phthisie, dans la toux nerveuse, etc. On l'obtient de la manière suivante :

Pr. Chair de limaçons,	300 grammes.
Eau commune,	800 id.

On bat vivement, pendant un quart d'heure, à l'aide d'un petit balai d'osier ; on passe la liqueur avec expression à travers un linge clair ; on ajoute au mussilage obtenu comme il vient d'être dit,

Sucre blanc, 800 grammes.

On mêle, on fait dissoudre, puis on évapore à une douce chaleur jusqu'à siccité en remuant constamment.

Le sucre, ainsi préparé, représente à peu près deux limaçons par chaque trente grammes (une once).

On le prend en le faisant dissoudre extemporanément dans suffisante quantité d'un véhicule aqueux approprié (eau, lait, infusion théiforme, etc.) (*Journ. de Chim. médic.*, mai 1842.)

Chronique.

Il est rare qu'un concours se passe tout à fait régulièrement à l'Ecole ; soit de la part des juges, soit de la part des concurrens, nous avons eu à signaler bien des irrégularités, à enregistrer bien des plaintes. Le concours actuel ne fera pas exception; depuis quelques jours des bruits vagues nous étaient arrivés, nous avons attendu des renseignemens plus positifs pour en entretenir nos lecteurs. Aujourd'hui que nous croyons être bien informés, voici ce dont il s'agit.

Le lundi 16 mai, jour de la leçon de M. Malgaigne, M. Gerdy, l'un des juges, n'est arrivé à l'hôpital dit de l'Ecole où les malades devaient être examinés, au lieu de quatre heures, qu'à quatre heures trois quarts; on a été obligé d'aller le prévenir chez lui, et quand il est arrivé, le concurrent procédait déjà à l'examen du second malade. Ce retard fut l'objet d'une discussion animée parmi les juges, lorsque l'on vit qu'il en était question dans le procès-verbal. Il fut néanmoins décidé, sur l'insistance de M. Gerdy lui-même, que l'on passerait outre, qu'il demeurerait juge, et que l'on effacerait seulement, dit-on, la mention de cet incident dans le procès-verbal.

Quoi qu'il en soit, de justes craintes s'étant élevées sur cette irrégularité de forme, M. Orfila crut, afin d'éviter les réclamations, devoir convoquer les concurrens, et les engager à signer une déclaration par laquelle ils renonceraient à toute réclamation sur ce point. La plupart des concurrens signèrent sans difficulté; MM. Chrestien et Laugier seuls s'y refusèrent. Voilà les faits tels qu'ils se sont passés.

Nous serons sobres de réflexions sur une circonstance peu importante en elle-même, et qui ne pourrait acquérir quelque gravité que par suite d'un rigorisme extrême ou d'une maladresse insigne. Il est évident que le retard de M. Gerdy ne peut en aucune manière influer sur son jugement, et ne doit pas en conscience lui enlever le droit de donner son vote, puisqu'il a pu examiner le malade et porter son diagnostic. Et pourtant il y a ici irrégularité, violation des termes du réglement; M. Adelon y verrait peut-être un délit, nous n'y voyons qu'une faute. Cependant, pour dire toute notre pensée, M. Gerdy aurait dû, selon nous, se retirer. Il avait manqué aux termes du réglement, et sa présence pouvait et peut encore devenir un motif de cassation. Ne fût-ce que pour éviter plus tard toute interprétation défavorable et ne pas accepter la solidarité morale du trouble qui peut survenir, nous le répétons, M. Gerdy eut bien fait de se retirer.

Mais ce que nous avons de la peine à comprendre, c'est la démarche de M. le doyen. Il a été mu évidemment par la crainte de voir casser un concours presque terminé ; c'est une crainte que tous les gens sensés doivent partager. Mais pourquoi aller au-devant de la volonté des concurrens; pourquoi avant la fin d'un concours et quand ils sont placés sous l'empire du vote prochain, leur demander un abandon de leurs droits? Comment M. Orfila n'a-t-il pas vu que sa conduite pourrait être mal interprétée? Comment n'a-t-il pas prévu qu'il suffirait du refus de signer d'un seul concurrent pour annuler le résultat de la délibération qu'il leur demandait? Ce qu'il était facile de prévoir est arrivé; deux concurrens ont résisté à ce qu'ils ont regardé peut-être comme une injonction, et, à notre avis, lors même qu'ils n'auraient pas l'intention d'attaquer plus tard la validité du concours, ils ont bien fait de conserver leur libre arbitre.

M. Orfila aurait dû, ce nous semble, demeurer parfaitement étranger à cette affaire ; il ne fait point partie du jury ; il avait été décidé que le concours suivrait son cours, que M. Gerdy n'avait pas à se retirer ; personne ne protestait. Son empressement n'a donc aucun motif raisonnable ; il y a dans cette circonstance une ancienne habitude gouvernementale, une tendance à *l'intimidation*, qu'il devrait perdre, s'il ne veut pas de nouveau s'exposer aux attaques fondées de la presse qui se respecte, qui n'injurie pas gratuitement, qui ne fait de l'opposition que quand les circonstances l'exigent, mais qui, dans aucun temps et sous aucun prétexte, ne saurait se taire quand elle doit parler.

S'il est vrai que M. Orfila ait en cette occasion, comme on le prétend, une tendance prononcée pour un des candidats, nous, qui avons été justes envers ce chirurgien et qui n'avons dissimulé aucun de ses avantages, nous dirons que son amitié l'a égaré et pourrait même être préjudiciable à son protégé.

Nous ne terminerons pas sans demander aux juges l'exactitude et l'attention dans l'exercice des graves fonctions dont ils sont chargés. Ils y mettent parfois un laisser-aller, une négligence coupables; M. Gerdy n'est pas le seul qui soit arrivé tard, et nous pourrions citer bien d'autres exemples de ce genre. Il ne faut pas vouloir juger quand même, mais il ne faut pas non plus, par des motifs non impérieux, esquiver un devoir et manquer aux exigences honorables de sa position.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 31 MAI 1842. (15e ANNÉE.) N° 65. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Redaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL COCHIN. — M. BLACHE.

OBSERVATIONS DE FIÈVRES TYPHOÏDES TRAITÉES PAR LE SULFATE DE QUININE A HAUTE DOSE. Par M. MAUNOURY, interne.

La fièvre typhoïde menace de faire une nouvelle irruption au sein de l'Académie de médecine. Depuis la discussion mémorable de 1837, chaque médecin qui avait vanté à la tribune les résultats de sa pratique, a remporté ses convictions sans les faire partager aux autres; et si la discussion a été chaude, intéressante, instructive, elle a peu modifié les opinions reçues: on a purgé à Necker, on a saigné à la Charité, et à l'Hôtel-Dieu on a employé toute sorte de traitemens. Il est donc indispensable de remettre sur le tapis cette vaste question de la fièvre typhoïde pour tâcher de s'entendre sur sa nature et ses rapports plus ou moins intimes avec le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes pernicieuses, enfin avec des maladies qui ont régné épidémiquement en France depuis plusieurs années.

Il y a deux ans, la fièvre typhoïde sévit avec beaucoup d'intensité dans quelques provinces méridionales, en particulier dans le département du Gers; M. Broqua, médecin de Plaisance, soit d'après une théorie ancienne de la fièvre, soit d'après des vues simplement empiriques, administra chez tous ses malades le sulfate de quinine à haute dose en pilules ou en potion; la méthode jusqu'ici n'a rien d'extraordinaire; bien d'autres avant lui ont donné le sulfate de quinine à haute dose; mais la formule qui lui appartient, c'est qu'à chaque heure du jour et de la nuit, 10, 15 et jusqu'à 20 centigrammes, c'est-à-dire 2, 3, 4 grammes en vingt-quatre heures sont administrés. M. Broqua dit avoir obtenu des résultats merveilleux; il a envoyé un mémoire à l'Académie; un rapport a été fait par M. Jadelot; plusieurs objections sérieuses ont été produites; on a été jusqu'à regarder comme erronés les faits avancés dans le mémoire.

Cet accueil avait donc été peu favorable; cependant l'épidémie sévissant toujours, de nouvelles observations ont été recueillies, de nouveaux résultats *merveilleux* ont été obtenus, et aujourd'hui M. Broqua vient soumettre un second mémoire au jugement de l'Académie: M. Louis est nommé rapporteur, ce qui promet une discussion intéressante.

Déjà plusieurs praticiens ont expérimenté la méthode du médecin de Mirande; MM. Rilliet et Barthez ont rapporté quelques observations prises dans le service de M. Jadelot, à l'hôpital des Enfans malades. M. Blache a voulu essayer ce traitement à l'hôpital Cochin: dans trois cas, il a administré le sulfate de quinine avec toute l'exactitude prescrite par la formule; ces observations sont intéressantes sous plusieurs rapports: je les relaterai dans tous leurs détails afin que chaque médecin puisse à son tour les analyser et les commenter.

Première observation. — *Fièvre typhoïde avec méningite, sans symptômes bien prononcés du côté du tube digestif. Antiphlogistiques au début. Sulfate de quinine à haute dose. Rémission dans les symptômes. Guérison.*

Ponchin, boulanger, vingt-huit ans, constitution vigoureuse, à Paris depuis un an, est entré à l'hôpital le 18 avril.

Il éprouvait depuis huit jours de la céphalalgie, courbature, anorexie, légère douleur de ventre avec diarrhée pendant deux jours. Il quitta son travail trois jours avant son entrée.

La figure est rouge, les yeux brillans, la céphalalgie opiniâtre, la marche presque impossible; il était titubant comme un homme ivre. Pas de toux, la peau est chaude, le pouls plein et fréquent, la langue rouge et sèche, le ventre souple, peu douloureux, pas de diarrhée.

Saignée de 4 palettes; eau de Sedlitz.

Le 19, l'état était le même; il avait eu du délire dans la nuit; plusieurs selles provoquées par le purgatif.

Le 20 et 21, même état de prostration suivie d'exacerbation, de fièvre la nuit; le 21 au soir, saignée de 4 palettes.

Le délire était apparu vers trois heures de l'après-midi, la fièvre était vive, le malade répondait en divaguant; la langue sèche et couverte d'un enduit croûteux.

22. Absence de couenne sur le caillot qui n'est pas diffluent; le facies est injecté, la soif vive, le ventre est souple, indolent, sans gargouillement, une selle liquide peu abondante; le pouls est facilement dépressible; l'agitation et les révasseries sont continuelles.

Vingt sangsues aux apophyses mastoïdes; deux vésicatoires aux jambes; linges mouillés sur le front.

Le délire a continué dans la journée et la nuit; la fièvre était intense, le pouls à 90.

Le 23, même état; mais le 24, la prostration est plus considérable, le délire a été interrompu par de la somnolence; les pupilles sont dilatées, la figure est inquiète, rire hébété; les lèvres sont encroûtées d'un mucus visqueux, ainsi que la langue; léger gargouillement à la fosse iliaque droite sans météorisme de l'abdomen; il existe un léger râle muqueux à la base des deux poumons; la peau est chaude, le pouls à 80.

Jusqu'ici les symptômes cérébraux caractérisaient la maladie; les fonctions intestinales étaient peu dérangées; cependant l'état de la langue et des forces prouvait qu'il existait autre chose qu'une cérébrite simple; pour peu que les symptômes du côté de l'abdomen eussent été un peu plus prononcés, on n'aurait pas hésité à dire: Fièvre typhoïde avec complication de méningite; le mot fièvre typhoïde impliquerait l'idée d'entérite folliculeuse. Mais qu'avons-nous besoin de ces phénomènes abdominaux? Depuis quel temps la symptomatologie doit-elle remplacer la séméiologie dans les classifications nosologiques? Il y a chez notre malade: 1° un état morbide général, une fièvre typhoïde; 2° un état morbide local, une méningite avec exacerbations le soir, lesquelles nous indiquent un type intermittent irrégulier, peu tranché. On porte donc pour diagnostic: Fièvre typhoïde avec méningite sans entérite folliculeuse.

D'après la méthode de M. Broqua, M. Blache prescrit vingt-quatre paquets de sulfate de quinine de 15 centigrammes chaque, à prendre d'heure en heure. Lavement purgatif.

Tous les paquets ont été administrés: il en rejeta quelques centigrammes par l'expuition.

Le 25, le délire a persisté la nuit; les muscles de la mâchoire sont contractés, la langue est légèrement humide, les gencives et les lèvres moins croûteuses; le ventre n'est pas ballonné, pas de taches papuleuses, léger gargouillement à la fosse iliaque droite sans douleur de l'abdomen, une selle liquide, urines involontaires; la vessie n'est pas distendue; le pouls est plein et régulier.

Vingt pilules de sulfate de quinine de 15 centigrammes; une pilule d'heure en heure.

Le soir le pouls est tombé à 68; l'assoupissement est continuel.

Le 26, la figure a son expression presque naturelle; la langue est légèrement humide et enduite d'une couche blanchâtre; le pouls à 68, chaleur de la peau naturelle, plus de céphalalgie; il a encore eu quelques rêvasseries dans la deuxième partie de la nuit.

Même prescription que la veille.

Le 27, l'amélioration générale constatée la veille a disparu, la physionomie est inquiète; la nuit le malade a été agité, il s'est levé deux fois de son lit. Il entend assez difficilement. La langue est sèche à la pointe, très saburrale à la base et au milieu; les gencives sont tuméfiées, pas de douleur à l'épigastre; le ventre n'est point ballonné; léger gargouillement à la fosse iliaque droite, qui est indolente; une selle liquide involontaire; la peau assez moite; le pouls à 64.

Même prescription.

Le 28, même état. Le soir, après la visite de ses parens, sa figure est animée, le pouls est à 72, la peau est chaude et sèche; pas de douleur à la pression de l'abdomen, ni météorisme; selle liquide et urines involontaires.

Même prescription.

Le 29, prostration; il n'a pas été à la selle; vomissement

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouvelle dermatologie, ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale, suivi d'un exposé de principes généraux pouvant servir de guide dans le choix des eaux minérales naturelles applicables dans le traitement de ces maladies, suivi d'un formulaire spécial et planches coloriées; par P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon. — Tome Ier, 1 vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière; Lyon, Ch. Savy jeune.

M. Baumès a cent fois raison, l'étude des maladies de la peau, telle qu'elle est généralement faite et conseillée, est une étude semée de difficultés presque insurmontables, et cependant incomplète et souvent stérile. Difficile, car les plus habiles se perdent dans cette confusion d'espèces, de genres, de variétés, qui surchargent la nomenclature; incomplète, car à peu d'exceptions près les maladies de la peau ne sont envisagées que sous leur rapport graphique et pittoresque, sous leur point de vue local, alors qu'une saine philosophie exige que tous les efforts tendent à les rattacher à une cause générale, organique, médicale; stérile, qui ne sait combien il y en a de rebelles aux moyens généralement employés? Cette critique est juste et fondée et nous voyons avec plaisir un nouveau dermatologue faire des efforts pour asseoir la pathologie cutanée sur des bases plus larges et plus médicales que celles sur lesquelles elle repose actuellement.

M. Baumès a entrepris cette tâche; y réussira-t-il? Nous osons l'espérer après avoir attentivement lu le premier volume de l'ouvrage qu'il publie et dont nos lecteurs verront avec intérêt l'aperçu suivant:

Pour M. Baumès le point capital de la pathologie cutanée, celui qui doit d'abord frapper l'attention est de savoir si la maladie de la peau qui s'offre actuellement à l'observateur est le résultat d'un travail propre à la peau, n'ayant aucun retentissement sur le reste de l'organisme, ou bien si elle est le résultat de circonstances morbides de diverse nature, qui se sont développées dans l'intérieur même de l'organisation. Les circonstances extérieures de cette maladie, telles que son aspect, sa forme, sa physionomie pittoresque en un mot, ne doivent être placés qu'en seconde ligne. En d'autres termes, et pour employer les expressions mêmes de M. Baumès, il faut d'abord faire la *dermatologie* avant d'en venir à la *dermatographie* des maladies cutanées. C'est ce double travail que tente l'auteur.

Toute maladie de la peau, à part certaines affections rentrant dans l'ordre des vices anatomiques et des difformités, n'est et ne peut être que le résultat d'un travail actif, aigu ou chronique, qui s'effectue à la peau, travail dont la nature ou l'essence est inconnue, qui varie dans ses résultats physiques, dans le formes qu'il affecte, selon les tissus et les parties de l'organisation de la peau dans lesquels il s'effectue. Ce travail, l'auteur l'appelle *fluxion*, en ne voyant dans ce mot que la représentation d'un exercice vicieux des forces de la vie.

Cette fluxion s'exerce de plusieurs manières:

1° Par cause externe; c'est la *fluxion par cause externe.*

2° Sous l'influence directe d'un travail morbide connu qui s'effectue dans un organe interne, c'est la *fluxion réfléchie.*

3° Par déplacement d'un mouvement fluxionnaire d'une autre partie qui en était continuellement ou périodiquement ou intermittemment le siége; c'est la *fluxion déplacée.*

4° Par l'effet d'une réation s'effectuant à la peau à la suite d'une cause de trouble qui a agi de prime abord sur l'ensemble de l'organisation; c'est la *fluxion excentrique.*

5° Sous l'influence exercee sur l'économie par une diathèse scrofuleuse, cancéreuse, syphilitique, etc., c'est la *fluxion par diathèse.*

6° Par un développement spontané, par une disposition acquise ou innée, héréditaire ou non; c'est la fluxion *idiopathique.*

7° Enfin, sous l'influence de plusieurs des causes précitées; c'est la *fluxion complexe.*

C'est au développement de ces sept chefs de considération que M. Baumès donne le nom de Dermatologie, c'est-à-dire connaissance médicale des causes sous l'influence desquelles naissent les maladies de la peau.

Quant à la dermatographie ou description topographique des maladies, M. Baumès a aussi tenté quelques réformes dans les classifications généralement adoptées. Ces réformes sont en général heureuses et faites au point de vue de faciliter cette étude abstraite. Nous regrettons de ne pouvoir les exposer, mais cela nous mènerait trop loin.

Cet ouvrage de M. Baumès contient donc une critique, une doctrine et une classification. C'est l'œuvre d'un esprit élevé, d'un praticien consommé, qui a laissé mûrir par l'expérience et par l'observation des opinions scientifiques d'une grande valeur. L'école moderne s'est presque entièrement absorbée dans la contemplation des formes physiques des maladies de la peau, et aussi a-t-elle fait faire à la science sous ce rapport des progrès qu'il serait injuste de méconnaître. Mais la valeur médicale des dermatoses, leur étiologie et leur pathogénie ont été, il faut l'avouer, singulièrement négligées; M. Baumès a voulu ramener l'observation vers ce point capital en analysant avec plus de profondeur les élémens multiples que les dermatoses offrent à considérer. La tâche était belle, difficile et périlleuse: nous n'oserions pas affirmer qu'il ait toujours évité l'écueil, mais nous n'en devons pas moins reconnaître que son livre sort des routes ordinaires, et qu'il ouvre une voie presque nouvelle aujourd'hui et qui doit conduire à un but extrêmement utile.

B. B.

Traité pratique de l'Art des Accouchemens; par M. CHAILLY (Honoré), D.-M., ex-chef de clinique d'accouchemens de la Faculté de Paris, etc.

La première chose qui nous a frappé en ouvrant ce livre, c'est le grand nombre de figures qui sont intercallées dans le texte et qui en couvrent les pages. Cette collection de figures explique le texte; elle le traduit aux yeux. Au moment du besoin, le praticien n'aura pas à relire ce livre à la hâte; il lui suffira de regarder les figures, et en un clin-d'œil la description tout entière se trouvera remise en mémoire. C'est là une innovation aussi utile qu'ingénieuse dans un traité qui a pour objet un art où il s'agit surtout de choses qu'il faut voir et toucher. M. Chailly doit être loué d'avoir le premier compris qu'en pareille matière ce n'est pas assez de parler à l'intelligence par la description, mais qu'il fallait aussi parler aux yeux. L'auteur nous fait ainsi assister aux leçons que, comme professeur, il a toujours su rendre si claires pour les élèves au moyen de ces dessins tracés au tableau. Sous le rapport de la méthode d'exposition, ce livre est donc le plus avancé et partant, comme traité élémentaire, le choix n'en saurait être douteux pour les élèves auxquels il manquait. Il n'est point d'ailleurs élémentaire à l'exclusion de la science; il résume et représente celle-ci sous la forme classique, et M. Chailly peut se donner le témoignage d'avoir rendu service tout à la fois aux élèves et aux accoucheurs; en un mot, il facilite la pratique aussi bien que l'étude. Il n'a point cherché à se faire la réputation d'une vaste érudition, il ne fait point étalage de recherches curieuses; mais son livre est celui d'un accoucheur expérimenté et parfaitement au courant de la science. Dans le plan de son traité qu'il appelle à juste titre pratique, il s'est affranchi de cet esprit de divisions théoriques en quelque sorte factices qui ne ressortent pas immédiatement de la pratique elle-même. Il ne divise point, par exemple, les accidens en genre et en espèce de manière à former un mélange confus de ceux de la grossesse, de ceux de l'accouchement, de ceux des suites de couches; mais il les envisage, relativement à chacune de ces trois phases, dans l'ordre de leur succession naturelle. Cette division lui a été suggérée par l'habitude de l'application et de l'enseignement; aussi le force-t-elle à ne jamais sortir de l'enceinte des faits cliniques. Il a remplacé les considérations scientifiques inutiles aux praticiens par une foule de détails pratiques

de matières bilieuses peu abondantes ; la langue est sèche et couverte d'un enduit jaunâtre assez épais.

Continuation du même traitement ; bouteille de Sedlitz.

Il a été pris immédiatement après de colique et d'une diarrhée très abondante ; la langue est sèche et croûteuse ; il n'a pas eu de délire ; le pouls est plein à 100 ; surdité incomplète ; le ventre n'est pas ballonné ; il n'a plus vomi ; mais ce qu'il y a de remarquable, et ce sur quoi notre attention n'avait pas été excitée, les vésicatoires qu'on avait appliqués aux jambes il y a six jours, et sur lesquels on avait mis simplement un cataplasme sans rompre la pellicule épidermique, ont été abandonnés à eux-mêmes, la pellicule s'est desséchée, et audessous il s'est formé une couche de liquide purulent et sanieux ; la surface saigne au moindre contact ; cet état existe aux deux jambes : mais du côté gauche, au-dessus du coude-pied, il existe de larges vésicules remplies de sérosité noirâtre. Cinq jours avant on avait appliqué des sinapismes : c'est à cette cause qu'est due la production de ces phlyctènes.

Pansement avec du cérat saupoudré de quinquina et arrosé de chlorure.

Le 30, la nuit a été calme, plus de céphalalgie, la langue est toujours blanchâtre, légèrement humide, pas de selle, les vésicatoires ne saignent plus, la suppuration est de bonne nature.

Nouveau pansement avec poudre de quinquina.

Le pouls est à 56, la chaleur de la peau naturelle. Prescription de la même dose de sulfate de quinine. Il y avait une grande amélioration qui s'est continuée les jours suivans avec des alternatives de réaction fébrile. Ainsi, le 1er mai, on donne la moitié de la dose ; le 2 mai, la figure était beaucoup plus animée, la langue très saburrale ; on revint aux 15 centigrammes chaque heure.

Le 3 mai, le pouls tomba à 48 ; le facies devint calme ; sommeil la nuit.

Les jours suivans, l'amélioration fit de grands progrès. On diminua la dose du sel fébrifuge à 50, puis à 20 centigrammes, jusqu'à ce que la langue fût complétement nétoyée.

La convalescence de ce malade ne fut pas longue, malgré l'épuisement des forces ; la surdité disparut avec l'emploi du sulfate de quinine.

Le malade sortit de l'hôpital le 25 mai ; son pouls était revenu de 68 à 72, avec rhythme normal.

— L'expérimentation du sulfate de quinine donné à dose élevée, répétée régulièrement, nécessitait les détails minutieux dans lesquels nous sommes entré ; il s'agissait, en effet, de comparer du jour au lendemain les effets de ce traitement sur la maladie, et de s'enquérir avec soin des modifications apportées dans les fonctions.

Ce malade, qui souffrait depuis huit jours, arriva à l'hôpital avec une fièvre typhoïde ataxique très prononcée ; des saignées, un purgatif, 20 sangsues aux apophyses mastoïdes, et les révulsifs aux extrémités, n'amenèrent aucune amélioration dans les symptômes cérébraux. Six jours s'étaient déjà écoulés depuis son entrée ; la maladie semblait à son apogée. C'est alors qu'on administra le sulfate de quinine le 24 avril. Le 25, agitation. Le 26, amélioration. Dans la nuit du 26 au 27, agitation à laquelle a succédé un état de calme le 28. Le 29, agitation. Enfin le 30, le calme revient ; il continue le 1er mai. Légère exacerbation le 2 mai ; le pouls était à 64. C'est le 3 que la convalescence a commencé ; le pouls est descendu à 48.

Nous avions noté chaque jour les plus légers détails de l'observation, et c'est en la relisant que nous avons remarqué ces alternatives irrégulières de calme et d'agitation à dater de l'emploi du sulfate de quinine. L'action encore inconnue de ce sel serait-elle assez puissante pour imprimer à la fièvre typhoïde continue un caractère rémittent ou intermittent ? Ou bien, serait-ce à la condition essentielle de la rémittence que le sulfate de quinine à haute dose triompherait de la fièvre typhoïde ? Des faits nombreux et observés à chaque instant de la journée nous donneraient la solution de ce fait thérapeutique.

Quant au pouls, il a été modifié rapidement ; loin de subir une exacerbation, il se ralentit peu à peu, et est descendu en dix jours de 90 à 48. Au moment des paroxysmes, il y eut une accélération passagère, mais elle fut légère.

Lors de la sortie de ce malade de l'hôpital, c'est-à-dire lorsqu'il était revenu en bonne santé, le pouls marqua, les quatre derniers jours, le matin et le soir, 68 à 72 pulsations. Cet examen posthume serait indispensable pour tous les malades lorsqu'on veut avoir un point de comparaison entre l'état maladif, l'état thérapeutique et l'état physiologique.

Chez notre jeune homme, le sulfate de quinine a donc ralenti les mouvemens du cœur.

Une autre remarque assez constante, c'est son action immédiate et passagère sur l'organe de l'ouïe. Ce malade n'entendait plus le tic-tac d'une montre, et il fallait parler à voix forte pour avoir une réponse, ce qui n'avait pas lieu les premiers jours de son entrée ; ses oreilles bourdonnaient continuellement.

L'effet général du sulfate de quinine sur la marche de la maladie n'a pas été instantané, et même il n'a pas été sensible les quatre premiers jours. Beaucoup de médecins, après la troisième administration, l'auraient abandonné dédaigneusement, et maintenant nous comprenons l'anathème de M. Forget de Strasbourg contre ce médicament, qu'il a employé à des doses minimes et en temps peu opportun. Il fallut à M. Blache beaucoup de confiance en son efficacité pour persister pendant ces quatre jours sans amélioration notable, alors que l'escharrification des vésicatoires et les phlyctènes du pied gauche dénotaient une altération profonde, et que la prostration était considérable ; ce n'est qu'au huitième jour qu'on put s'applaudir, et espérer une guérison jusque-là très douteuse.

Dans l'observation suivante, la maladie a été si bénigne malgré son apparence de gravité au début, l'état typhoïde a été si léger, qu'on l'a admis avec doute ; cependant le sulfate de quinine à haute dose ayant été administré comme dans le cas précédent, nous ne devons pas le passer sous silence.

Deuxième observation. — *Méningite compliquée d'un état typhoïde léger. Antiphlogistiques. Sulfate de quinine à haute dose. Guérison rapide.*

Molban, vingt-trois ans, boucher, constitution vigoureuse, tempérament sanguin, muscles bien développés, n'avait eu dans sa jeunesse que la variole dont il présente des traces assez prononcées.

Quinze jours avant le début de sa maladie, il avait une diarrhée assez intense, sans anorexie ni douleur de ventre ; il continuait à travailler comme à l'ordinaire.

Il y a huit jours, après avoir porté sur la tête un fardeau assez lourd, il est pris d'une courbature subite qui le force à s'aliter : céphalalgie, perte d'appétit, soif vive, et quelques douleurs vagues dans l'abdomen ; à la diarrhée avait succédé la constipation. Il resta chez lui couché pendant deux jours, prit un bain général et fit diète.

A son entrée à l'hôpital le 20 avril 1842, prostration générale, injection de la face, décubitus dorsal, la langue un peu sèche et rouge, le ventre peu douloureux, céphalalgie très intense ; le pouls développé, fréquent ; la peau très chaude.

Saignée de 4 palettes.

Le lendemain, l'agitation avait diminué, peu de fièvre ; pas de douleurs au ventre, mais la diarrhée était revenue et avait amené une grande faiblesse. Les deux jours suivans, le délire n'avait pas cessé la nuit, ainsi que la diarrhée.

15 sangsues à l'anus ; épistaxis assez abondante, céphalalgie très vive.

24. Agitation plus intense que la veille, et à la visite, il existe encore dans ses membres une grande inquiétude ; cependant il répond bien aux questions qu'on lui adresse. La céphalalgie est toujours intense, c'est la seule douleur qu'il accuse continuellement ; il porte sans cesse la main à la tête, et il a la sensation de coups de marteau à la région frontale. Les pupilles ne sont pas dilatées ; éblouissement, tintement dans les oreilles, douleur à la région lombaire, pandiculations et baillement : tel est le tableau que nous présentent les organes des sensations et de la locomotion. La langue, non fendillée, se sèche avec facilité ; il éprouve une soif continuelle. Le ventre n'est pas ballonné, peu douloureux. Urine facile, fréquente, bien claire. Pas de toux. La peau est chaude ; le pouls à 84.

Sulfate de quinine, 2 grammes en 24 pilules données d'heure en heure.

25. Il n'a pas été agité dans la nuit, la céphalalgie a toujours persité avec moins d'opiniâtreté. La face est moins animée ; le pouls est lent, régulier, à 72 ; la langue n'est plus sèche, encore couverte d'un enduit jaunâtre ; pas de selles ; le ventre est souple ; légère insensibilité dans l'ouïe depuis l'administration du sulfate de quinine.

26. Figure naturelle ; la céphalalgie a beaucoup diminué ; le pouls est à 60 ; moiteur de la peau ; la langue est encore enduite d'une couche blanchâtre. Ventre souple, indolent. Une selle liquide. Point de vomissemens ni de douleur épigastrique.

27. Epistaxis peu abondante. Convalescence : il sort trois jours après.

— Cas léger ; aussi ce malade n'est-il resté que dix jours à l'hôpital. Ce sont encore les symptômes d'une méningite commençante qui dominaient toute l'affection. Ici l'état typhoïde est moins prononcé, et la cause occasionnelle de la maladie paraît avoir agi directement sur l'encéphale.

Quoi qu'il en soit, c'est surtout après l'administration des 4 grammes de sulfate de quinine, précédés d'antiphlogistiques, qu'il survint une amélioration subite et une guérison rapide.

Nous avons observé, comme dans le cas précédent, un ralentissement marqué des mouvemens du cœur ; le pouls, de 84 est descendu à 72 et à 60.

La surdité a été manifeste pendant trois jours.

Le fait suivant va nous offrir une des observations les plus remarquables de fièvre typhoïde compliquée de chlorose, et un exemple bien tranché de guérison par le sulfate de quinine à haute dose.

Troisième observation. — *Fièvre typhoïde chlorotique. Sulfate de quinine à haute dose. Guérison.*

Renem, âgée de seize ans, muscles assez forts et assez développés pour son âge et sexe, s'est toujours bien portée dans son enfance ; elle a été réglée à quatorze ans ; la menstruation a été périodique, abondante, et sans cause elle s'est arrêtée il y a quatre mois ; depuis cette époque, il est survenu une leucorrhée assez abondante.

Malgré le désordre de cette fonction principale, cette jeune fille continua à se bien porter ; elle ne ressentit aucun des symptômes qui surviennent pendant l'aménorrhée.

Depuis huit jours céphalalgie assez intense, courbature,

---

dont l'oubli nous jette tous, au début de notre carrière, dans des difficultés inattendues.

Nous ne nous sommes point proposé de faire l'analyse de ce livre ; la méthode et les procédés d'exposition en font un ensemble si continu et si substantiel, qu'il se refuse à toute réduction. Parcourons-le rapidement, et notons en passant les avantages spéciaux que présente à l'étude ce livre remarquable. Six figures sont employées à démontrer la conformation régulière du bassin en général, et celle des détroits en particulier. Il en est une qui représente les divers axes du bassin. Les diverses parties des organes de la génération et leurs rapports sont rendus visibles au moyen de dessins linéaires multipliés. Quelques lignes sur la conception ; c'est une simple mention de la part de l'auteur, Il se hâte de passer à la question pratique de la grossesse normale. Les modifications de l'utérus et du produit de la conception sont rendues plus sensibles au moyen de trois ou quatre figures.

Diagnostic de la grossesse. Parmi les signes de présomption, se trouvent les modifications survenues dans le sein, auxquelles l'auteur a consacré deux figures. Viennent les signes de probabilité : on y voit plusieurs figures indiquant l'état du col, l'ouverture successivement croissante qu'il présente à l'introduction du doigt et la situation de l'utérus à diverses époques. Dans cette question importante du diagnostic, aussi bien que dans quelques autres l'auteur a fait preuve des connaissances les plus étendues. Lui, ordinairement si sobre d'érudition, abonde alors en détails, parce qu'alors il n'en est pas d'inutiles. Des figures indiquent, pour l'auscultation, les points qu'occupent les diverses parties du fœtus relativement au détroit supérieur. Toutes les positions du fœtus sont de même indiquées jusqu'au neuvième mois. Le lecteur rencontre alors un grand tableau synoptique où se trouvent résumés les signes à l'aide desquels on peut constater l'époque de la grossesse. L'auteur a figuré sous plusieurs formes les divers états du placenta. Nous en aurions désiré une qui indiquât les dispositions relatives des membranes de l'œuf.

Une tête de fœtus à terme est représentée avec des lignes qui en indiquent tous les diamètres. L'attitude du fœtus à terme est décrite et figurée. L'examen des fonctions du fœtus conduit l'auteur à l'étude de la circulation fœtale. Celle-ci est exposée aux yeux du lecteur au moyen d'une préparation en regard de laquelle se trouve un tableau dont la disposition a pour effet de préciser nettement, par ordre parallèle et successif les diverses parties de cette étude.

Après la grossesse composée, l'auteur traite de la grossesse extrà-utérine, puis de la fausse grossese, enfin des maladies qui peuvent survenir pendant le cours de la gestation. Toute cette partie est traitée avec de précieux détails. Nous y avons remarqué, à l'article des vices de conformation, des figures destinées à fixer dans l'esprit le sens des mots, souvent mal compris par les élèves, d'*antéversion*, de *rétroversion* de l'utérus. Il y a une série de figures pour les vices de conformation du bassin. L'auteur indique, pour le diagnostic de ces déformations, des moyens qui sont trop généralement ignorés. Les indications qui découlent de la connaissance de ces déformations ont reçu, de la part de l'auteur, tous les développemens que nécessitait une question aussi pratique. Le diagnostic de l'avortement et les moyens de l'arrêter constituent une grave question dont l'auteur s'est spécialement occupé depuis plusieurs années. Aussi l'a-t-il traitée avec tout l'aplomb d'une solide expérience.

La marche adoptée par l'auteur lui a permis d'exposer, sans tomber dans les fréquentes redites de la marche ordinaire, les obstacles et les accidens relatifs au travail de l'accouchement dans les diverses présentations et positions du fœtus dans l'ordre suivant lequel ils peuvent se manifester depuis le début du travail jusqu'à sa terminaison. En tête de ce chapitre se présente, en tableau, la classification des présentations et des positions du fœtus. C'est surtout ici que le système des figures intercallées était indispensable. Chaque présentation et chaque position a la sienne. Ces dessins, par leur simplicité même, vous font voir, comme à travers la transparence des parties, tous les mouvemens du fœtus à travers la filière du bassin. Chacun de ces dessins vous le représente de plus en plus avancé dans l'excavation, et vous le suivez ainsi de l'œil jusqu'à sa sortie du bassin.

Une des parties le plus amplement traitée est celle qui concerne les soins à donner à la femme et à l'enfant, soit pendant, soit après l'accouchement. Au milieu des détails descriptifs des accidens capables de retarder ou d'empêcher l'accouchement, on remarque des figures qui représentent les obliquités de l'utérus. A l'article des accidens qui peuvent devenir mortels, nous avons remarqué un tableau synoptique du traitement de l'hémorrhagie, un autre pour le traitement des convulsions pendant le travail. Nous avons lu avec intérêt le chapitre consacré aux anomalies dans le mécanisme de l'accouchement, celui des obstacles mécaniques, où des planches viennent lever pour le lecteur toutes les difficultés de la description. Une vingtaine de planches démontrent l'application du forceps dans toutes les circonstances possibles. Elles sont si nombreuses et si habilement exécutées que l'on croit assister aux leçons du professeur exécutant toutes les manœuvres obstétricales. Autre galerie de tableaux pour le manuel de la version. Vous avez pu suivre de l'œil le forceps dans toutes ses applications, vous suivez de même la main de l'accoucheur partout où elle se porte selon les nécessités du mécanisme de la version. Vingt-six figures démontrent les présentations de la face ; d'autres celles de l'extrémité pelvienne, ainsi que les accidens qui peuvent compliquer cette présentation. De même pour les présentations du tronc. Celles de l'épaule, si difficiles à décrire, sont représentées avec une grande vérité d'expression par des planches qui font tous les frais de la démonstration.

Les accidens des suites de couches, les soins à donner à l'enfant, que l'auteur suit pendant les six premières semaines de son existence, sont traités avec beaucoup de soin par M. Chailly.

Nous n'avons point cherché à faire ressortir dans ce coup-d'œil rapide toutes les qualités de l'ouvrage que nous analysons. Nous n'avons d'espace que pour insister sur le caractère qui le distingue des autres traités de l'art des accouchemens. Quant aux opinions de l'auteur, qu'il nous suffise de faire remarquer qu'il ne pouvait s'égarer en prenant pour guide les opinions du professeur Dubois, l'un des maîtres de la science, parmi lesquels M. Chailly a marqué sa place en faisant un aussi bon livre que celui dont nous venons d'esquisser l'analyse.

Dr VANIER.

Chronique.

Nouvelle tentative pour la création d'un conseil de discipline.

Nous avons récemment (1) appelé l'attention du public sur une petite conspiration qui tendait à transformer l'*Association de prévoyance* des médecins de Paris en une sorte de conseil de discipline chargé de veiller sur ce qu'on désigne sous le mot de moralité de la profession. Nous avons quelques raisons de croire que, grâce à nos réflexions, cette conspiration a échoué. Tous les esprits sages et prudens ont reculé devant l'idée d'investir une fraction minime de notre corporation du droit redoutable d'examen et de censure. Comme nous ils ont dit que la question des conseils disciplinaires était la plus ardue et la plus complexe des questions ; que pour la résoudre il fallait nécessairement consulter le vœu de la majorité de nos confrères ; que ce n'était pas d'une manière incidente et subreptice qu'elle devait entrer dans nos institutions, mais ouvertement, au grand jour de la discussion, et alors seulement que chacun de nous pourrait librement exprimer son opinion. Il serait étrange, en effet, que dans nos mœurs, dans nos institutions actuelles tendant toutes à imposer aux minorités la loi du plus grand nombre, notre corporation seule eût la déplorable faiblesse d'abdiquer une prérogative si nécessaire à nos libertés et fondée d'ailleurs sur la justice et la raison. Ainsi ne l'entendent pas le plus grand nombre des membres de l'Association de prévoyance, qui n'ont pas voulu s'associer à un projet dont nous avons fait voir le danger et l'illégalité. Tout fait croire qu'à l'avenir l'Association se renfermera dans les limites que ses statuts lui tracent, et que ses actes intérieurs n'auront ni la portée, ni la signification qu'on aurait voulu leur donner.

Mais il est des esprits tenaces qui n'abandonnent pas facilement

(1) *Voir* notre numéro du 31 mars dernier.

anorexie ; elle fut obligée de s'aliter ; elle n'avait pas d'épistaxis, pas de bourdonnemens dans les oreilles, pas de diarrhée, pas de douleurs abdominales, pas de palpitations, de sorte qu'avant son entrée à l'hôpital, le 10 avril, la maladie n'était pas bien caractérisée, il n'existait encore que des prodrômes d'invasion.

Le 11, la figure était très injectée ; prostration, douleur de tête ; ventre bien souple, non ballonné, non douloureux ; fièvre, toux légère, bruits du cœur normaux ; souffle simple dans les carotides, sans susurrus.

Le lendemain même état, qui était attribué à l'aménorrhée : 15 sangsues à la partie supérieure des cuisses.

Le 12, la prostration était beaucoup plus marquée ; à la coloration avait succédé la pâleur de la face ; douleur assez vive à la région iliaque droite, sans ballonnement du ventre, sans selles. La céphalalgie était toujours intense. Alors on fut indécis dans le diagnostic précis de la maladie entre une chlorose aiguë ou une fièvre typhoïde à son début. Traitement émollient.

Le 13, la prostration a augmenté ; la nuit un peu d'agitation et quelques selles liquides : comme la veille une légère épistaxis.

Le 14, abattement extrême ; la toux est assez fréquente et humide ; les crachats sont gommeux et aérés ; l'auscultation fait entendre un râle sifflant des deux côtés de la poitrine ; rien du côté du cœur ; souffle des carotides ; soif vive, nausées ; diarrhée sans douleur du ventre. 20 sangsues à l'anus.

Le 15, les piqûres des sangsues ont beaucoup saigné ; la face est légèrement grippée ; regard hébété, yeux cernés d'un cercle jaunâtre ; prostration considérable ; la langue est pâle et humide, sans état saburral ; nausées et vomissemens de matières glaireuses ; le ventre n'est pas tuméfié ni douloureux à la fosse iliaque droite. Le pouls est faible, fréquent, à 116 ; la peau est chaude et sèche.

Le 16, le 17 et le 18 même état ; il est survenu un léger frisson ; le ventre est souple, indolent ; le râle bronchique est très étendu. Vésicatoires aux cuisses ; frictions d'huile de croton sur la poitrine. Potion avec 40 centigrammes de limaille de fer.

Le 20, l'abattement est toujours considérable ; soif très vive, délire dans la nuit ; épistaxis. Même traitement ferrugineux.

Le 21, la respiration est accélérée ; les crachats sont verdâtres et épais ; pas de matité ; râle sibilant et muqueux dans toute l'étendue de la poitrine ; la toux est très fréquente. La peau sèche et pâle, le pouls petit, fréquent ; le ventre ballonné, sans gargouillement ; sur la peau, papules lenticulaires légèrement rosées, disséminées, au nombre de 12 à 15. Deux selles assez abondantes, d'une couleur noirâtre, due à l'administration du fer. Urines claires, faciles. Les traits de la face sont tirés ; elle répond bien aux questions qu'on lui adresse. Sensibilité et mobilité générales bien conservées. Ce qui frappe aujourd'hui, c'est la gêne de la respiration, la présence des papules, le ballonnement du ventre, l'épistaxis, de sorte qu'on a un tableau des symptômes principaux de la fièvre typhoïde.

Même traitement, qui a été continué jusqu'au 24 avril sans amélioration.

24. La prostration est plus marquée, la physionomie est plus hébétée, les lèvres et la langue sont sèches ; aphthe étendue et profonde sur le bord gauche de cet organe. Le ventre est légèrement météorisé, indolent à la pression ; soif vive, éruption de sudamina à la région ombilicale, chaleur de la peau, pouls plein, à 110 ; toux fréquente et humide, expectoration nulle. A l'auscultation, râle sibilant ; en arrière, râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine. L'affaissement est très prononcé, et la malade répond difficilement aux questions.

Sulfate de quinine, 2 grammes dissous dans 375 grammes d'eau ; prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Elle a eu deux selles qui, de noires qu'elles étaient pendant l'administration du fer, ont pris la teinte jaunâtre ; pas de vomissemens à la suite de la potion ; délire loquace dans la première partie de la nuit.

25. Depuis la veille, il est survenu une surdité incomplète, mais bien manifeste ; la figure est moins grippée ; pupilles plus contractées ; intelligence bien conservée ; la langue est légèrement humide, enduite d'une couche blanchâtre ; éruption de sudamina plus prononcée que les jours précédens, et pourtant il y a une chaleur et une sécheresse de la peau assez intenses ; la soif est moins vive ; le ventre est souple ; point de gargouillement ni de douleur à la région iliaque droite ; le pouls est médiocre, régulier, à 100 ; toux fréquente, sans crachats ; râle bronchique très étendu.

Pot. gomm. ; 15 décigr. de sulfate de quinine dans une potion de 375 grammes.

26. Elle n'a pris que les deux tiers de la potion ; car elle ne pouvait plus la supporter. Nausées, vomissemens. Même état que la veille. Pouls à 100.

28. Même état.

29. Amélioration. Il y a un peu plus de force ; le pouls à 100.

Jusqu'au 5 mai elle a continué à prendre des pilules, dont le nombre a été diminué de jour en jour, de 15 à 5, à raison de l'amélioration. Cependant le pouls est resté fréquent, à 100, sans être développé ; la figure est toujours pâle, mais les yeux sont plus vifs ; l'abattement n'existe plus, la surdité a disparu à mesure que l'on a diminué la dose de sulfate de quinine. On peut considérer cette malade comme convalescente ; cependant elle conserve toujours une pâleur générale marquée ; le pouls à 100 ; la toux et le râle bronchique ont disparu rapidement. On entend un bruit de souffle aux carotides, sans susurrus.

Pour lui donner des forces et remédier à cet état chlorotique dans lequel elle se trouvait, on lui administra 120 grammes de vin chalybé, et un régime nutritif. Elle se promenait tous les jours. Elle sortit de l'hôpital complètement guérie le 26 mai. La menstruation n'avait pas reparu quatre jours avant sa sortie. J'ai compté le pouls matin et soir avant les repas, il m'a constamment donné de 96 à 104, chiffre qui paraît normal chez elle.

L'état chlorotique de cette jeune malade, l'invasion et la marche lente de la fièvre typhoïde dans les premiers jours, l'apparition simultanée des symptômes céphaliques, abdominaux et surtout thoraciques ; et, comme phénomènes dominans, une fièvre intense et la prostration générale des forces, tout cet ensemble donne à cette observation de fièvre typhoïde un grand intérêt.

Les premiers jours, je dois le dire, il y eut indécision de la part de M. Briquet entre l'existence d'une chlorose aiguë ou d'une fièvre typhoïde ; aussi le traitement s'en ressentit un peu. On combattit des symptômes ; on voulut déterminer la menstruation, ou la suppléer par une évacuation sanguine artificielle. Peut-être les saignées, soit locales, soit générales, employées d'après la méthode de M. Bouillaud, eussent-elles amené un résultat avantageux ; mais la petitesse du pouls, l'état chlorotique, la prostration, empêchèrent de recourir à cette médication. M. Blache, qui reprit le service le 18 août, chercha à combattre ces phénomènes principaux par deux vésicatoires aux cuisses, une friction d'huile de croton sur la poitrine, et une potion ferrugineuse, traitement qui ne produisit aucune modification favorable.

Le 14 avril, c'est-à-dire quatorze jours depuis l'entrée de la malade, et le vingt-deuxième jour de la maladie, on employa le sulfate de quinine à haute dose (deux grammes dans une potion). Je dois dire qu'il a fallu encore une certaine croyance dans la vertu thérapeutique du remède ; car pendant cinq jours l'état fut presque le même. Le deuxième jour il y eut des vomissemens produits par la potion ; loin de se laisser intimider par ce léger accident, on l'administra en pilules à la dose de trois grammes par jour. C'est le sixième jour que l'amélioration fut bien tranchée : la convalescence fut rapide.

Malgré la gravité des symptômes au moment de l'emploi du sel fébrifuge, comme la maladie était déjà à son vingt-deuxième jour, on peut contester au médicament tout le mérite de la guérison ; sans doute ; comme je ne suis ni apologiste, ni défenseur du sulfate de quinine, mais simple narrateur de ses effets dans des cas de fièvre typhoïde plus ou moins bien caractérisée, je dirai qu'on a eu pendant quelques jours des craintes sur la vie de cette jeune fille, et qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître l'efficacité de ce médicament à dose répétée.

Voyons ses effets spéciaux sur certains organes. L'audition a été troublée immédiatement ; dès le premier jour il y eut une surdité bien sensible, surdité qui a disparu après la cessation du médicament.

La circulation n'a pas été ralentie ; le pouls a conservé son même rhythme pendant et après la maladie (100 à 104 puls.).

On n'a pas remarqué l'intermittence de certains symptômes, comme dans la deuxième observation ; un délire loquace existait bien pendant la nuit ; mais cet état arrive dans plusieurs maladies aiguës, et à la suite de ce paroxysme il ne survenait pas de sueurs.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Des conditions dans lesquelles les chancres sont suivis de phénomènes syphilitiques consécutifs (suite.)

L'article de clinique que nous avons publié dans notre numéro du 12 mai dernier ayant provoqué de la part de M. Ricord des considérations générales et des distinctions qui nous paraissent nécessaires pour l'intelligence d'une leçon qui pourrait être dès lors mal comprise, nous les donnerons ici comme complément.

M. Ricord rappelle les observations et les expériences à l'aide desquelles il a prouvé que le chancre primitif de la syphilis est toujours, à son début, une affection purement locale, et qui peut guérir sans enflammer l'organisme d'une manière générale et spécifique.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le chancre, au lieu de borner ses ravages aux parties primitivement affectées, peut donner lieu à des accidens consécutifs. Cette dénomination générale comprend deux ordres de symptômes qu'il est très important de ne pas confondre : les successifs et les constitutionnels.

Les premiers sont caractérisés par les résultats du transport du pus virulent et la production à distance, ou de proche en proche, d'un ulcère semblable à l'ulcère primitif, avec la seule différence due aux conditions de siége et de tissus. Les abcès virulens, suite de l'action de proche en proche du pus inoculable dans les tissus, les bubons qui résultent, dans les mêmes conditions, de l'absorption directe par les lymphatiques, appartiennent donc aux accidens consécutifs au chancre : ordre des successifs.

Le second ordre, des consécutifs, caractérisé par les symptômes constitutionnels, renferme tous les accidens qui résul-

---

leurs idées favorites. Quelques médecins ont pris tellement à cœur la création de conseils de discipline, qu'en toute occasion, ouvertement ou par des moyens détournés, ils y reviennent sans cesse et alors qu'on s'y attend le moins. La mèche ayant été éventée dans les mines de l'Association de prévoyance, ils ont cherché à s'établir ailleurs : et, en effet, mardi dernier ils ont tenté une trouée dans le sein de l'Académie de médecine qui, prise à l'improviste, s'est laissé surprendre un vote dont les conséquences sont heureusement réparables.

Comment cela est-il advenu ? Oh ! mon Dieu ! d'une manière bien simple. Il s'agissait d'un de ces éternels rapports sur quelque remède secret, envoyé par le ministre, tellement absurde, que le rapporteur s'indignait d'avoir à occuper l'Académie d'une semblable niaiserie. L'Académie elle-même paraissait assez disposée à s'indigner à son tour et à répondre au ministre qu'il n'y avait pas lieu à faire un rapport, quand M. Adelon, l'académicien de France et de Navarre qui connaît le mieux son réglement, a démontré que l'Académie était forcée de répondre et de donner son avis, qu'une des conditions de son institution avait été précisément d'éclairer le pouvoir sur la valeur des médicamens secrets pour lesquels on demandait l'autorisation de vente, et qu'il était impossible de se soustraire par une fin de non-recevoir à l'obligation que ses statuts imposent à l'Académie.

Convenons au moins, s'est écrié un des indignés, qu'il est fort pénible pour l'Académie de voir son autorité morale à tout instant compromise par ces avides industriels qui, quoi que nous fassions, trouvent moyen de s'abriter sous son manteau. Improuvons-nous de la manière la plus formelle leurs remèdes secrets ? les trouvons-nous absurdes, dangereux, inutiles ? Rien n'y fait ; il suffit que nous nous soyons occupés d'eux pour que le prospectus et la réclame en tirent parti : c'est le remède *envoyé* à l'Académie, ou bien *présenté*, ou encore *discuté*, et tant d'autres formules qui trompent le public. Il serait bien temps de mettre fin à ce scandale et de trouver le moyen de.....

Rien n'est plus simple, s'est empressé de dire M. Royer-Collard : L'Académie n'a, une fois pour toutes, qu'à se constituer en une sorte de conseil de discipline chargé de censurer les actes blâmables, de dénoncer les infractions aux lois et de flétrir les atteintes portées à la dignité de notre profession. J'en fais l'objet d'une proposition formelle, et je prie l'Académie de la prendre en considération.

L'Académie a été, il faut le dire, comme abasourdie de cette pétulance, et sur le champ elle a voté le renvoi de la proposition à son conseil d'administration.

N'en déplaise à nos honorables, ils ont fait là un acte d'étourdis. La proposition de M. Royer-Collard étant tout-à-fait contraire au réglement et complètement subversive des statuts de l'Académie, devait être purement et simplement rejetée, sans examen ni discussion. Le conseil d'administration ne peut pas faire d'autre réponse, car il ne peut pas admettre que l'Académie puisse à son gré changer sa nature, sa destination ; car il sait bien que l'Académie, fondée par ordonnance royale dans un but et pour des occupations déterminées, est complètement impuissante à modifier un seul article de son règlement sans l'intervention du pouvoir.

Il est néanmoins fort curieux de suivre les tentatives des partisans des conseils de discipline, et leurs efforts pour altérer à leur profit la nature de toutes les institutions médicales. C'était, il y a quelques jours, une société de bienfaisance et de secours que l'on voulait transformer en une sorte de tribunal médical, sans se soucier le moins du monde si cette transformation serait acceptée et consentie par la majorité de nos confrères. Aujourd'hui c'est un corps savant, une Académie dont on veut faire une succursale de la préfecture de police, et toujours avec la plus parfaite indifférence sur les vœux et les désirs généraux. Comme la première, cette tentative échouera certainement, et s'il était possible que le conseil d'administration la prît en considération, le bon sens de la majorité académique en ferait promptement justice. La plupart des argumens sérieux que nous avons fait valoir contre la première sont applicables à la seconde, mais avec un degré de gravité emprunté à la gravité même de l'institution à laquelle on s'adresse. Un de nos confrères l'a très bien senti, et nous avons vu avec plaisir que *la Gazette médicale* a repris nos objections en leur donnant une nouvelle force et en les appuyant de son autorité. La proposition de M. Royer-Collard est en effet extrêmement grave, et quoique, comme on l'a dit, elle ne soit encore qu'à l'état *de projet d'un projet*, elle doit attirer toute notre attention. Aujourd'hui l'espace nous manque pour exposer convenablement les nombreuses objections qui se présentent à notre esprit, et nous les renvoyons à un numéro très prochain, à moins que d'ici-là l'Académie n'ait elle-même battu en brèche l'œuvre de M. Royer-Collard, ou que, mieux inspiré, celui-ci ne retire une proposition qui, de quelque côté qu'on l'envisage, ne soulève que divisions, orages, impossibilités.

— La médecine, ou plutôt les médecins, fournissent un large contingent aux entreprises industrielles et économiques. En voici quelques exemples :

Si vous jouissez de l'extrême avantage d'avoir toujours dans votre appartement une eau claire et limpide, c'est à un médecin que vous le devez ; les filtres *Ducommun* sont de l'invention d'un confrère.

Dans l'hiver, après vos courses urbaines, quand vous trouvez votre cabinet bien chaud et que vos pieds humides n'ont pas besoin de s'étendre dans la profondeur de ces foyers antiques, mais attirent doucement un foyer mobile et à tiroir, rappelez-vous, s'il vous plaît, que c'est aux élucubrations d'un confrère que vous devez ces douceurs qui s'appellent les appareils *Millet*.

Dans l'été, quand vous éteignez les chaleurs de la journée par un flacon de ces boissons gazeuses si douces au palais, n'oubliez pas que cet ingénieux flacon d'où le liquide jaillit sous la pression du doigt a été trouvé par un confrère, et que les vases syphoïdes ou le syphon *Douillet* c'est tout un.

En toute saison, quand vous jetez la nuit sur le papier vos savantes pensées à la clarté constante d'une lampe, veuillez vous souvenir que vous devez à un confrère cette égale et blanche lumière émanée de la lampe *Carreau*.

Mais celle-ci est menacée d'une chute imminente, car un autre confrère vient d'en inventer une bien autrement curieuse et importante ; à savoir, une lampe à *hydrogène liquide* qui incessamment va être livrée au commerce. La lampe *Guyot* éclairera bientôt le monde entier.

A ce même confrère on devra le télégraphie de nuit, dont un premier essai fort satisfaisant a été fait mercredi dernier au télégraphe de Montmartre.

— On mande de Munich, 27 avril, que, d'après une décision ministérielle du 15 avril, les traitemens homœopathiques sont défendus, non-seulement dans les maisons des condamnés aux travaux forcés, mais aussi dans les institutions publiques pour les malades et les pauvres, jusqu'à ce qu'on ait rassemblé de nouveau des renseignemens satisfaisans sur ces moyens de guérison.

— Nous apprenons avec un vif intérêt qu'après une interruption de plusieurs années, la Société de médecine du Gard vient de reprendre ses travaux.

C'est surtout au zèle de ses honorables président et secrétaire, MM. les docteurs Boileau de Castelneau et Pleindoux père, qu'est due cette réorganisation. Le savoir et l'indépendance qui les distinguent nous font bien présumer des travaux de cette Société, que nous nous empresserons de faire connaître à nos lecteurs dès que la communication nous en sera adressée.

tent du passage du principe spécifique dans le sang, et de l'infection de l'économie : vérole générale, syphilis confirmée des auteurs.

Il est donc bien important de ne pas confondre ces dénominations, basées sur des distinctions naturelles ; car, indifféremment appliquées, elles impliqueraient contradiction dans les formules énoncées.

Ainsi, le siége du chancre peut avoir la plus grande influence sur la production des accidens successifs, tandis qu'il ne saurait établir la moindre différence par rapport aux chancres des accidens constitutionnels ou de l'infection générale. C'est d'après ces considérations qu'après avoir énuméré la fréquence des accidens successifs sous ce point de vue, M. Ricord a pu dire que si l'on connaissait mieux les rapports anatomiques existans entre le point de départ de la maladie et les points sur lesquels les accidens consécutifs se développent, on pourrait pronostiquer avec beaucoup plus de précision la possibilité du développement de ces accidens : il s'agit ici de l'ordre des successifs.

L'influence de la forme de l'ulcère primitif sur les deux ordres des accidens consécutifs, doit être appréciée en tenant compte des mêmes distinctions que nous avons indiquées.

Ainsi, par exemple, le chancre simple et le chancre induré peuvent, dans certaines conditions, exposer presque également à la production des accidens successifs, tandis que la différence entre ces deux formes de l'ulcère primitif, pour les chancres des accidens constitutionnels, est telle que l'infection générale, après le chancre induré, peut être considéré comme la règle, tandis qu'elle serait l'exception à la suite du chancre simple.

A part les conditions de siége, il est facile de comprendre que les chancres de la production des accidens successifs peuvent se trouver en rapport proportionnel avec l'étendue de l'ulcère primitif; mais l'expérience et l'observation nous apprennent qu'il est impossible d'établir la même corrélation entre l'étendue ou le nombre des chancres, et les chances de l'infection constitutionnelle. Ainsi, comme nous l'avons dit, on voit journellement des chancres d'une très petite dimension, de la grandeur d'une lentille, par exemple, produire l'infection générale, tandis que des chancres d'une beaucoup plus grande étendue ne la produisent pas.

En ce qui a rapport à la voie par laquelle l'ulcère primitif a été contracté, qu'il soit le résultat du coït ou de tout autre mode d'infection, il n'existe aucune différence pour la production ou la gravité des accidens consécutifs. Il faut alors seulement tenir compte des considérations relatives à l'influence du siége, influence aussi puissante à l'égard des accidens successifs, qu'elle est nulle lorsqu'il s'agit de l'infection constitutionnelle.

Nous avons dit, d'une manière générale, que plus tôt on guérissait le chancre, plus tôt on mettait le malade à l'abri des accidens dont il peut être la source, et que cette certitude était d'autant plus grande que la guérison se trouvait voisine du début du mal, époque à laquelle il n'est encore que local. Toutefois par rapport à l'influence de sa durée ultérieure, voici ce que l'observation nous permet d'affirmer, à part ce qui a trait aux variations de la forme, l'action de l'ulcère primitif, comme cause des accidens consécutifs persiste tant qu'il n'est pas cicatrisé ; mais pour l'infection générale on ne peut rien conclure de sa durée, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Du reste, si l'expérience a pu déterminer qu'en détruisant le chancre avant les cinq ou six premiers jours de son existence on met l'économie à l'abri de l'infection générale, il est probable que plus tard on pourra déterminer l'époque après laquelle cette infection ne se fait plus bien que l'ulcère persiste.

Enfin, il n'existe pas dans la science une seule observation concluante à l'aide de laquelle on puisse établir que la durée du chancre augmente ou diminue la gravité des accidens constitutionnels.

D'après les considérations qui précèdent il est facile de comprendre combien peut être grande l'influence du traitement dans la question qui nous occupe.

En ce qui regarde le traitement local, puisque nous avons établi que les accidens successifs se montrent le plus souvent en raison directe de l'irritation de l'ulcère primitif, il demeure évident qu'un traitement mal dirigé peut être aussi nuisible pour l'ulcère en lui-même, qu'il favorisera la production des accidens successifs. Par la même raison, plus la médication sera convenablement dirigée, plus elle garantira des accidens. Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit des avantages de la cautérisation du chancre ; mais nous croyons devoir ajouter que lorsqu'elle est méthodiquement appliquée, jamais elle ne produit dans l'état de l'ulcère une irritation favorable à la production des accidens successifs.

Les observations de Benj. Bell, que l'on a voulu nous opposer, ne peuvent, ainsi que nous l'avons prouvé, soutenir une sérieuse analyse, et la seule induction qu'il serait possible d'en tirer en les acceptant, c'est que la cautérisation mal appliquée peut être nuisible. Toujours est-il que si quelques faits mal observés ont pu faire considérer la cautérisation comme favorable à la production de certains accidens successifs, une expérience de dix ans nous permet d'affirmer que jamais elle ne peut être accusée de favoriser l'infection générale.

En résumé, nous pouvons répéter que le traitement qui détruit le plus vite l'ulcère primitif, qui lui enlève sa spécificité et le réduit à l'état d'une plaie simple, c'est la cautérisation.

Toutes les fois donc que cette cautérisation sera appliquée d'une manière convenable, et en temps opportun, on pourra prédire avec assurance qu'il ne surviendra aucun phénomène consécutif.

Pour apprécier la valeur du traitement général par rapport à l'ulcère primitif, il faut tenir compte, avant tout, de l'état du mal auquel on s'oppose. Ainsi, toutes les fois qu'un traitement local bien dirigé aura fait disparaître le chancre dès son début, ou tout au moins avant les cinq ou six premiers jours de la durée, comme aussi lorsque l'ulcère ne se sera pas induré, le traitement général est pour le moins inutile; car, selon toutes le probabilités, l'infection n'a pas eu lieu. Mais il ne faut pas oublier aussi, à part son utilité comme action directe contre certaines formes, que lorsque la méthode abortive n'a pu être employée, on n'a pas réussi. Ce même traitement peut avoir la plus grande influence comme moyen de prévenir l'explosion des accidens de l'infection constitutionnelle sur laquelle il agit d'autant mieux qu'elle est plus voisine de son début.

Les observations que nous venons de présenter, une fois bien comprises, puisque nous avons prouvé du reste qu'il n'y a jamais d'infection générale qu'à la suite du chancre, on ne peut tenir compte des prétendus dangers du contact d'une personne infectée d'accidens primitifs, lorsqu'aucun effet n'aura suivi ce contact; et encore moins, ainsi que nous l'avons dit, de l'opinion rappelée par Biett, qui admettait la possibilité de contracter la maladie en touchant seulement une personne infectée, mais qui pourtant ne présente aucun symptôme actuel de cette infection.

Enfin, pour ce qui a trait au pronostic à porter lorsqu'on est consulté après la disparition du chancre, sur les chances de la production des accidens constitutionnels, à part les inductions que nous avons tirées de la marche de l'ulcère, de sa forme, de sa durée, de la guérison par les simples soins hygiéniques, de la valeur relative d'un traitement régulier ou non, il est important de bien se rappeler que lorsqu'il n'a pas été fait de traitement général et que six, huit mois ou plus se sont écoulés depuis la guérison du chancre sans qu'il se soit manifesté des symptômes secondaires, on peut, presque d'une manière absolue déclarer qu'il ne s'en manifestera pas.

Enfin lorsqu'un traitement a été fait, on n'a pas de certitude sur une guérison qui peut être absolue ou seulement apparente ; mais ce doute ne saurait suffire pour justifier la prescription d'un nouveau traitement.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Nouveau mode de préparation du sirop antiscorbutique.

Le sirop antiscorbutique ordinaire des pharmaciens est une préparation d'une saveur et d'une odeur détestables, repoussantes même. Aussi les personnes qui se sont trouvées dans la nécessité d'en faire usage ne se le rappellent-elles qu'avec un sentiment de dégoût, et beaucoup de médecins ne le prescrivent plus pour cette raison. C'est là sans doute un inconvénient grave et que la plupart des pharmacologistes ont senti.

M. Dorvault, dans le but d'obvier à ces inconvéniens, propose le procédé suivant :

Pr.	Racines de raifort,	500	grammes.
	Feuilles fraîches de cochléaria,	500	id.
	Feuilles fraîches de cresson,	500	id.
	Feuilles fraîches de trèfle d'eau,	500	id.
	Oranges amères,	500	id.
	Vin antiscorbutique,	500	id.
	Cannelle,	15	id.
	Sucre,	Q. S.	

On monde les plantes fraîches, le raifort excepté, des parties altérées et de la terre qui peut les souiller ; on les pile ensuite dans un mortier de bois et on soumet à la presse. On filtre le suc à couvert.

On reprend le tourteau végétal ; on le pile dans le même mortier d'abord seul, afin de mieux diviser ce qui aurait pu échapper la première fois à l'action du pilon, ensuite en y ajoutant peu à peu la moitié du vin prescrit, et dans la totalité duquel on a d'abord fait macérer la cannelle ; on soumet le magma à la presse, et on recommence l'opération une dernière fois, en ajoutant le reste du vin ; on filtre l'œnolé à couvert.

L'autre part, on prend le raifort, on le coupe en petites tranches, on le met dans le mortier, on lui ajoute deux fois son poids de sucre, on recouvre le mortier du couvercle en peau ordinaire, et on pile jusqu'à parfaite division. Pour obtenir ce résultat, il est bien de n'opérer que sur de petites parties. En outre, chaque fraction pilée doit être mise aussitôt dans un vase couvert, par exemple dans un grand matras à large ouverture.

Le suc aqueux et l'œnolé étant filtrés, on les mélange, on les pèse, et on les verse sur la saccharure de raifort ; on fait dissoudre par agitation La dissolution opérée, on passe promptement avec expression; on remet le liquide dans le matras avec la quantité de sucre qu'il faut pour parfaire en poids le double de celui du suc, et l'on fait un sirop au bain-marie ou même à froid ; enfin, on passe au blanchet et à couvert.

A l'aide de ce procédé, dit l'auteur, on obtient un sirop d'une belle couleur ambrée, d'une odeur et d'une saveur antiscorbutiques franches, prononcées, et qui ne sont pas désagréables.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, avril 1842.)

Efficacité de l'acupuncture dans le traitement des hydropisies sous cutanées.

M. le docteur Dupau a publié une observation d'anasarque dans laquelle le liquide séreux épanché fut évacué au moyen de nombreuses piqûres sous-cutanées. Cette observation a pour sujet une jeune dame d'une santé assez délicate, qui, après avoir éprouvé divers accidens du côté de l'organe central de la circulation, finit par présenter un œdème considérable des extrémités inférieures. La peau, d'une grande ténuité, était excessivement distendue ; aussi le médecin conçut-il la crainte qu'en bornant la médication à l'emploi des préparations diurétiques, elle ne vînt à s'ulcérer dans quelques-uns de ses points. D'un autre côté, des mouchetures pratiquées avec la pointe de la lancette offraient un inconvénient non moins redoutable, celui de pouvoir donner lieu à la formation d'eschares plus ou moins étendues.

Dads cette alternative peu rassurante, M. Dupau crut devoir recourir à un moyen terme; et, après avoir pris la résolution de procéder par voie d'acupuncture, il pratiqua huit piqûres à chaque cuisse, quatre à chaque jambe, et un pareil nombre sur les malléoles et sur la face dorsale des pieds. Il ne s'écoula d'abord que peu de liquide; mais l'opération ayant été répétée, l'écoulement de serosité devint abondant à ce point que le lit en fut imbibé. On recommença à plusieurs reprises, en aidant le moyen par l'administration des diurétiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et dans l'espace de quelques jours on vit l'infiltration disparaître complètement. Quelques précautions dans le régime hygiénique suffirent ensuite pour rendre la malade à la santé.

(*Journ. de Méd. de Toulouse*, 1841.)

Pilules calmantes résolutives.

Pr. Poudre de racine de belladone,	3	décigrammes.
Oxyde de bismuth,	2	grammes.
Poudre de rhubarbe,	9	
Extrait de pissenlit, extrait de réglisse, de chaque,	Q. S.	

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée ensuite en pilules du poids de dix centigrammes (deux grains) et argentées.

Ces pilules, dont la formule est indiquée par M. le docteur Hauff, sont spécialement recommandées contre les cardialgies opiniâtres, et dans les cas d'induration commençante du pylore ou du pancréas.

On en fait prendre une le matin, une à midi et une le soir.

Pendant tout le temps que dure l'emploi de cette préparation, il convient d'appliquer un morceau de taffetas ciré ou de sparadrap simple sur la région épigastrique, afin de garantir cette partie de tout refroidissement.

Découverte d'un chlorure d'argent dans le sédiment de l'urine.

Un jeune homme, élève en pharmacie chez M. Landerer, était affecté d'épilepsie, et fut soumis au traitement par le nitrate d'argent. A la suite de l'emploi de cette substance, il remarqua que son urine, dont la teinte était à peine ambrée au moment de l'émission, perdait de sa transparence dans un assez court espace de temps et finissait par laisser déposer un sédiment abondant et volumineux qui ne tardait pas à prendre une couleur noirâtre : du reste, ce phénomène de coloration ne se produisait que sous l'influence de la lumière, et, lorsque l'urine était placée dans un lieu obscur, il n'avait plus lieu.

M. Landerer, pour s'assurer de la nature du principe auquel cet effet devait être rapporté, recueillit le sédiment au moment même de sa formation, le mit en contact avec de l'ammoniaque, puis filtra après une digestion suffisamment prolongée. La liqueur résultant de la filtration fut alors soumise à l'action de divers réactifs, et il fut facile d'y constater la présence du chlorure d'argent.

(*Repertorium fuer die Pharmacie*, t. XXIV, p. 233.)

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 2 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 63. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Histoire de l'une des victimes de l'événement du 8 mai, suivie de considérations sur la commotion cérébrale et sur les altérations viscérales qui résultent des grandes brûlures.

Au n° 37 de la salle des hommes était couchée une des malheureuses victimes du désastre du 8 mai. Cet homme présentait sur plusieurs parties du corps un ensemble de fractures et de brûlures à différens degrés qui rendaient sa situation fort grave. Il avait une fracture de la jambe gauche, une fracture de l'humérus et de la clavicule du même côté. Ces fractures étaient toutes compliquées de déchirure et de broiement des parties molles; la fracture de l'humérus s'accompagnait de douleurs très vives, au point que malgré l'état de stupeur dans lequel ce malheureux était plongé lors de son entrée à l'hôpital, il donnait des signes d'une très vive souffrance toutes les fois que, soit pour l'explorer, soit pour le panser, on imprimait quelque mouvement à son membre. Ce malade avait de nombreuses brûlures sur différentes parties du corps, et notamment une large brûlure à la partie postérieure s'étendant depuis les extrémités inférieures jusque vers la moitié du dos. Cette brûlure était au troisième degré dans une grande étendue des membres, et au quatrième dans le pied, dont quelques doigts étaient entièrement carbonisés. Il était aussi, au moment de son entrée à l'hôpital, plongé dans un collapsus profond et continu, suivi, au bout de quelques jours, d'un délire tranquille qui dura jusqu'au moment où ce malheureux succomba à l'ensemble de ces lésions. Il mourut huit ou dix jours environ après l'événement.

Voici ce que l'ouverture du cadavre a révélé, et les réflexions que ces altérations pathologiques nous ont suscitées.

Fractures. — On a trouvé, ainsi qu'on l'avait reconnu pendant la vie, une fracture incomplète de la jambe, intéressant seulement le tibia à la partie moyenne; cette fracture avait lieu avec esquilles et mâchure des parties molles environnantes. La fracture de l'humérus avait lieu à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs; l'os était également brisé en esquilles, les parties molles déchirées et en partie broyées. On a remarqué que le nerf radial était passé entre les fragmens où il avait été pressé, contus et en partie déchiré, ce qui explique les douleurs vives que ressentait le blessé, surtout lorsqu'on imprimait au membre quelque mouvement ou la plus légère secousse, qui avaient probablement pour effet de produire des pressions, des tiraillemens sur le nerf, ou d'accroître la déchirure. Cette circonstance n'est pas sans intérêt, et elle mérite que nous nous y arrêtions un instant. Les accidens de ce genre doivent arriver assez souvent dans les cas de fracture avec esquilles de la nature de celle-ci, bien que les auteurs des traités classiques de chirurgie n'en fassent pas la moindre mention. Il faudrait, par conséquent, dans le premier pansement des fractures de cette espèce, apporter les plus grands ménagemens, afin de prévenir autant que possible les douleurs très aiguës auxquelles ils peuvent donner lieu. On devrait, en outre essayer si les douleurs se manifestent malgré ces précautions, de dégager le nerf radial du milieu des fragmens entre lesquels il est pincé. Nous avouons que cela ne nous paraît pas une chose facile: car on ne peut guère se faire d'avance une idée nette de la manière dont ce nerf se trouve serré entre les fragmens osseux. La fracture de la clavicule était accompagnée de déchirure des parties molles environnantes.

Brûlures. — On trouvait enfin les traces des brûlures que l'on avait reconnues pendant la vie, lesquelles siégeaient principalement aux membres inférieurs, à la partie postérieure de ceux-ci et du tronc: les pieds surtout présentaient des brûlures profondes à leur partie externe; le petit orteil était presque entièrement carbonisé. Les mains, la face et le dos offraient aussi des brûlures plus ou moins graves. Dans les pieds, principalement aux orteils, les chairs étaient comme ratatinées et contractées sur les os; mais il n'y avait pas l'ombre de retrait dans le sens de la longueur des parties. Ce retrait est d'ailleurs physiologiquement impossible. Les os, lors même qu'ils sont carbonisés et réduits en phosphate calcaire, conservent toujours, à très peu de chose près, leurs dimensions naturelles. Ainsi, tous ces bruits que l'on a répandu en dernier lieu sur le raccourcissement extraordinaire que présentaient les corps des brûlés, bien que vrais au fond comme fait, sont faux et inexacts quant à l'interprétation qu'on a voulu donner. Si l'on a trouvé les corps de ces malheureux raccourcis et comme ramassés sur eux-mêmes, c'est que la plupart ayant été soumis à l'action d'un feu très vif, avaient eu leurs membres inférieurs réduits en cendres ou complètement détachés du tronc; mais tous ceux qui avaient l'intégrité de leurs membres, conservaient leur longueur naturelle, et il ne pouvait pas en être autrement. Seulement, je le répète, les chairs et toutes les parties molles étaient sèches, ratatinées et comme collées sur les os.

Cavité abdominale. — Dans la cavité abdominale, nous n'avons trouvé aucun engorgement, ni du foie, ni de la rate; nous n'avons pas trouvé non plus cette siccité du péritoine que les auteurs modernes, et parmi eux, Dupuytren le premier, ont signalée comme une lésion particulière que l'on rencontre souvent sur les cadavres des brûlés. Notre malade a probablement survécu trop long-temps à ses brûlures, pour qu'on ait pu observer chez lui cette altération.

Poitrine. — Les poumons étaient à peu près à l'état normal, à cela près d'un peu de rougeur dans les br[illegible]. Le cœur ne présentait non plus aucune lésion; il n'y avait point d'endocardite, ainsi qu'on l'observe cependant assez souvent dans des circonstances semblables.

Les membranes séreuses de la cavité thoracique, les plèvres et le péricarde étaient dans un état de sécheresse remarquable, ce qui est aussi un caractère propre à ce genre de mort; car dans presque tous les cas de mort violente, chez les suppliciés, par exemple, les séreuses conservent toujours un certain degré d'humidité.

Crâne. — On se rappelle que ce sujet fut dès le moment de son entrée à l'hôpital, plongé dans un collapsus continu, suivi dans les derniers jours d'un délire tranquille qui dura jusqu'à la mort. Nous avions prédit alors (et ce pronostic n'é-

---

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Septième lettre. — *Histoire de Jean de Troyes* (fin). — 1411 *à* 1414.

Ce n'est pas seulement le duc de Bourgogne qui marchait ainsi en tête de l'émeute: toute la bourgeoisie, l'université, le parlement s'y étaient associés. Il était resté près du dauphin plusieurs des courtisans suspects qu'il n'avait voulu ni renvoyer, ni livrer; le 12 mai, dix mille hommes se présentèrent en armes à l'hôtel Saint Pol, et Eustache de Pavilly, docteur en théologie, fit au dauphin, au nom de l'université, un très beau sermon que le prince écouta sans répondre. Jean de Troyes s'avança alors, et prenant la parole:

« Tous ces gens que vous voyez ici, très excellent prince, demandent qu'on leur livre encore pour les mettre en prison un certain reste de traîtres de cour qui, par leurs conseils pernicieux, vous portent à toutes sortes de vices. »

Le dauphin répondit qu'il n'avait jamais eu près de lui que des serviteurs fidèles et gens de bien; mais Jean de Troyes:

« Tout ce monde que vous voyez, reprit-il, sait si bien la vérité de ce que je dis, que c'est par l'ordre d'eux tous que je demande que l'on arrache ces mauvaises herbes, afin qu'elles n'empêchent point la fleur de votre jeunesse de produire les agréables fruits qu'on en doit espérer. »

A ces mots, Hélion de Jacqueville, capitaine du peuple, monta dans la salle où se tenait le prince, et saisit à ses côtés son premier chambellan, ainsi que d'autres seigneurs, parmi lesquels se trouvait le duc de Bar, oncle du jeune prince et frère de la reine. Tous furent mis en prison sous bonne garde, mais sans aucune injure, ni sang répandu.

La victoire du peuple était complète; mais il fallait la marquer d'un signe qui servît au besoin de ralliement et de drapeau. Un demi-siècle auparavant, les bourgeois avaient porté des chaperons rouges et bleus; ils prirent cette fois des chaperons blancs; et des deux premières révolutions de Marcel et de Jean de Troyes semblent être sorties les trois couleurs des deux dernières révolutions françaises. Le 18 mai, le roi revenu pour quelques jours à son bon sens reçut le chaperon blanc des mains de Jean de Troyes; et après le roi, les chefs de l'université et du parlement, et les notabilités de la bourgeoisie se firent honneur de le porter.

Mais un soin bien autrement important était d'assurer pour l'avenir les fruits de ce triomphe, et de faire consacrer par le monarque les droits du peuple toujours foulés aux pieds. L'infatigable vieillard ne perdit point de temps; le 24 mai, le roi tenait son conseil; Jean de Troyes se présenta à la tête de la bourgeoisie, et commença ainsi:

« Nous étant plaints depuis quelque temps, prince très excellent, du peu de soin et d'affection qu'on apporte au gouvernement du royaume, comme aussi de la dissipation de vos finances par certains traîtres officiers, et des pensions excessives qui se prennent tous les ans sur vos revenus, on nous répondit doucement que Votre Majesté avait fait choix de personnes d'honneur et de probité pour examiner de point en point les ordonnances des anciens rois et pour, selon icelles, réformer les abus qui se sont glissés en l'administration présente. Nous savons qu'ils en ont fait des extraits, qu'ils en ont même composé un beau traité, et qu'ils ont partagé lesdites ordonnances en plusieurs chapitres. C'est pourquoi nous vous supplions instamment, sire, qu'il soit lu et publié cette semaine ici au Palais-Royal, et afin que la vérification s'en fasse avec plus de pompe et de solennité, nous désirerions que Votre Majesté y fut présente comme tenant son lit de justice, suivant la coutume de vos pères et prédécesseurs. »

Le chancelier ayant répondu que le roi agréait cette proposition, l'orateur demanda que tous ceux qui étaient en prison fussent pour jamais chassés de la cour, et qu'on en nommât d'autres (1) qui fussent favorables au peuple. Le chancelier les ayant invités à présenter au roi leurs candidats, on lui en remit à l'instant une liste; après quoi l'orateur supplia le roi de témoigner par des lettres-patentes scellées du grand sceau qu'il approuvait tout ce qui avait été fait.

Enfin, il restait une quatrième demande, tendant à ce que tous les revenus casuels, au lieu de passer aux mains des courtisans, fussent appliqués aux services publics; et que le roi habitât avec ses enfans et la reine, pour n'avoir qu'une seule maison royale à desservir. Mais à ce coup le chancelier, déjà fort irrité par les autres réclamations, ne se put contenir; et sans nier que la réforme demandée fût importante, il leur signifia qu'elle n'était pas de leur ressort, et qu'aux grands du royaume et aux princes du sang seuls il appartenait d'en dire leur avis.

Ils sortirent donc fort mal satisfaits, et résolus à renverser le chancelier. Cependant leurs représentations avaient porté leurs fruits; le roi fit rédiger une longue ordonnence qui devait être observée à l'avenir comme la loi fondamentale du royaume; et il se rendit à cet effet au Parlement le 26 mai, avec les ducs de Guyenne, de Berri et de Bourgogne, tous en chaperons blancs. Tous, princes et prélats, jurèrent d'y obéir; deux jours après, Jean Courtecuisse, aumonier du roi, fit voir dans un sermon qu'il prêcha à l'hôtel Saint-Pol, combien elle était avantageuse au public, *et c'est bien mon sentiment aussi*, dit le bon religieux qui nous a conservé les détails de cette histoire.

Ce fut là la deuxième charte concédée par les rois, ou plutôt arrachée par le peuple; charte à peine mentionnée par nos historiens, qui n'ont guère vu dans cette affaire que Caboche et les écorcheurs; charte trop tôt violée, et qui cependant obtint les regrets de Juvénal des Ursins lui-même. M. Michelet, qui du moins en a reconnu toute l'importance, a admiré l'esprit qui y règne; il l'appelle le *Code administratif* de la vieille France, comme l'ordonnance de 1357 avait été sa charte *législative et politique;* et si c'était ici le lieu, il serait facile de faire voir que cette constitution nouvelle obtenue par l'échevin Jean de Troyes, était bien supérieure à celle du prévôt Marcel.

Les choses ainsi réglées au dedans pour le présent et pour l'avenir, l'extérieur appela toute l'attention de nos réformateurs. Là se dressaient toujours ces deux grandes et périlleuses questions, qui avaient renversé le duc d'Orléans, qui avaient ruiné la popularité du dauphin, et menaçaient déjà celle du duc de Bourgogne: la nécessité de chasser les Anglais de France, et le manque d'argent pour y parvenir. Par leur alliance avec le comte d'Armagnac et les princes, les Anglais étaient maîtres de la campagne en Guienne. Le sire de Heilly représenta au conseil de la commune combien il était important d'arrêter leurs progrès. Pour cela il fallait de l'argent; mais on n'hésita point. Le trésor public était désormais à l'abri; les principaux dilapidateurs étaient en prison; le chancelier du roi, convaincu d'avoir abusé de sa charge pour enrichir sa famille, venait d'être déposé. Il fut arrêté que dans ces circonstances rien ne pouvait empêcher Paris d'aller au secours de la France. Sans hésiter, on établit, sous forme d'emprunt, une taxe sur tous les bourgeois, selon leurs revenus; la taxe que sir R. Peel impose en ce moment même à la bourgeoisie d'Angleterre; et, pour en faire une juste répartition, on nomma, dit notre chroniqueur, *quatre personnes d'esprit et de conduite*, qui furent Guillaume Legoix, Simon Caboche, Denis de Chaumont et Henry de Troyes.

Ces vigoureux champions du peuple ne faillirent point à leur mission. Il s'agissait de la guerre sainte, d'une guerre vraiment nationale; ils n'admirent pas que personne pût en décliner les charges. Le peuple les soutint avec énergie: ce fut plus haut que se rencontrèrent les résistances. Tous les privilégiés jetèrent les hauts cris; les réclamations pleuvaient de toutes parts. Sans s'en inquiéter, ils marchèrent à leur but avec une fermeté inébranlable. Il est curieux d'entendre ici les lamentations de l'historien contemporain:

« Ils procédèrent avec tant de rigueur, dit-il, qu'ils n'épargnèrent pas même les avocats et officiers du roi, dont ils emprisonnèrent quelques-uns pour avoir refusé la taxe ou demandé diminution. Ils traitè-

(1) *Des roturiers et de la canaille comme eux*, s'écrie en cet endroit l'historien contemporain; et cela marque pourtant un certain progrès de l'urbanité française. Quand les nobles, dans Froissard, parlent des vilains, ils les appellent tout crûment *de la mordaille.*

tait certainement pas difficile) le développement d'une inflammation cérébrale. L'inspection cadavérique a confirmé nos prévisions. Il y a eu ici, à ne pas en douter, une commotion cérébrale vive; on a assez rarement l'occasion de faire des autopsies immédiatement après la commotion, car le plus souvent les malades survivent quelque temps à cet accident morbide ou même n'y succombent pas; de sorte que l'on est généralement peu fixé sur la nature des lésions que cette commotion peut produire dans les centres nerveux.

Littre a cité une observation dans laquelle il dit qu'ayant fait l'autopsie d'un criminel qui s'était tué en se brisant le crâne contre le mur de sa prison, il ne trouva aucune lésion notable, si ce n'est un affaissement de la substance cérébrale porté au point de laisser un espace vide entre le crâne et le cerveau, lequel présentait une densité beaucoup plus grande qu'à l'état normal. La plupart des auteurs ont vaguement reproduit la même assertion depuis le fait cité par Littre. Cependant les chirurgiens qui ont observé avec soin n'ont rien vu de semblable, et je suis très disposé à croire que cet auteur, quoique très recommandable d'ailleurs, s'est fait complètement illusion et qu'il a mal observé. Il suffit, pour s'en convaincre, d'analyser un instant l'observation qu'il rapporte. Ainsi, il dit que la masse cérébrale était plus dense, plus dure qu'à l'état normal; mais cela est évidemment impossible. La raison seule indique qu'un cerveau qui a été aussi fortement secoué par une commotion, doit être ramolli et comme diffluent. Sabatier dit aussi avoir vu la même chose, mais sans citer d'observations particulières. L'autorité de ce praticien est certainement fort grave; mais son assertion est exprimée d'une manière si vague, elle est tellement dénuée de preuves, que nous devons nous croire autorisé d'ailleurs, avec l'immense majorité des praticiens modernes, à n'y point adhérer. Nous croyons savoir, au contraire, que toutes les fois qu'on a ouvert les individus morts à la suite d'une forte commotion cérébrale, on n'a rien trouvé de semblable à ce que Littre dit avoir vu. On a toujours vu le cerveau, dans ce cas, remplissant plus ou moins exactement la boîte crânienne, et l'on n'a point observé que sa substance fût endurcie. Tel est aussi l'état dans lequel nous avons trouvé les choses chez le sujet de notre observation.

Les méninges étaient très injectées; les ventricules contenaient une petite quantité de sérosité. Il y avait déjà un commencement d'inflammation des enveloppes du cerveau, et si la vie de ce malheureux se fût prolongée encore de quelques jours, nous eussions très probablement trouvé les traces d'une phlegmasie confirmée.

Le cerveau avait sa consistance normale; il n'était ni plus dur ni plus mou que d'ordinaire. Après y avoir fait des coupes horizontales nous avons remarqué une foule de points d'un rouge noirâtre, formés par de petits épanchemens sanguins autour desquels la substance cérébrale avait une teinte jaunâtre. On observait ici absolument les mêmes caractères que l'on trouve dans les ecchymoses de la surface cutanée à la suite d'une contusion un peu forte; ces nuances variaient du violet au jaune-verdâtre. Ces petits épanchemens ont été évidemment produits au moment où ce malheureux a été lancé, soit hors de la voiture, soit contre le ciel de la voiture même, ou contre les voyageurs placés en face de lui. Ce n'a pu être par suite d'un écrasement de la tête opéré par la voiture ou par tout autre corps, car il y aurait eu dans ce cas des effets de cet écrasement sur les parois du crâne, tels que fractures ou contusions des tégumens du crâne; ce que nous n'avons point observé. Je suis convaincu du reste que les phénomènes que nous observons chez ce sujet ont lieu ordinairement dans tous les cas de commotion cérébrale, seulement ces épanchemens sanguins sont quelquefois plus petits et en moindre quantité. Je pense que ces épanchemens, lorsqu'ils sont peu considérables, traités à temps et par les moyens convenables peuvent très bien être résorbés et que les malades peuvent guérir en prévenant le développement de phénomènes inflammatoires. Il n'y a donc pas de différence essentielle entre la commotion et la contusion cérébrale, ainsi que les traités dogmatiques de chirurgie nous l'enseignent; ce ne sont que deux degrés différens d'un même état pathologique: la commotion n'est pour ainsi dire que le premier degré de la contusion, et elle peut à ce titre en entraîner facilement les conséquences funestes. Chez notre malade on peut dire qu'il n'y a eu que commotion, mais elle a été très grave à cause des nombreux épanchemens sanguins qui se sont formés; elle a été grave et fatale à cause des autres lésions très nombreuses qui l'ont compliquée; elle a été fatale enfin à cause de la secousse profonde qui a été imprimée à tout le système nerveux et qui a produit les phénomènes dont nous avons tracé l'histoire en commençant.

Il y avait donc ici plus de causes qu'il n'en fallait pour amener une terminaison funeste. C'est là un très bel exemple de commotion cérébrale à un haut degré. On peut facilement par la pensée se faire une idée des différens degrés de cet état pathologique. Si les symptômes que nous avons exposés avaient pu persister encore quelque temps, nous aurions très probablement vu survenir de nombreux abcès disséminés çà et là dans toute la masse cérébrale, comme on l'observe ordinairement dans ces circonstances; car les épanchemens sanguins dans le cerveau agissent à la manière de corps étrangers, et lorsqu'ils ne sont point résorbés ils altèrent autour d'eux la substance cérébrale dans une étendue plus ou moins considérable.

Pour compléter cet examen, nous ajouterons que nous n'avons pas trouvé les foyers sanguins répartis avec une égale proportion dans les différentes régions de la masse cérébrale; ainsi il n'y en avait point dans le bulbe rachidien ou au commencement de la moelle épinière, ni dans la protubérance annulaire; il y en avait peu à la base du cerveau, taudis qu'ils étaient en très grand nombre dans la partie supérieure du cerveau, et plus nombreux encore dans le cervelet, qui en contenait à lui seul à peu près autant que le reste de l'encéphale.

Cette circonstance nous met sur la voie pour expliquer la manière dont se forment ces épanchemens. D'abord nul doute qu'ils ne soient le résultat de la rupture des petits vaisseaux sanguins qui sillonnent la masse encéphalique. Eh bien! là où ces vaisseaux pourront offrir plus de résistance, ils se rompront plus dificilement qu'en tout autre point, et les épanchemens seront moins à craindre. C'est pour cela qu'à la base du cerveau, où les vaiseaux sont soutenus et appuyés sur des plans osseux, les épanchemens ne se sont formés qu'en petit nombre; mais dans la partie supérieure du cerveau où les vaisseaux offrent peu de résistance à cause de la mollesse des tissus qui les environnent, dans le cervelet, dont la consistance est moindre encore et où les vaisseaux ne trouvent aucun soutien, ils ont dû se déchirer avec une très grande facilité et donner lieu à de nombreux épanchemens. Telle est, suivant nous, la véritable explication du fait que nous signalions tout à l'heure.

En résumé, les altérations principales étaient en quelque sorte concentrées dans l'encéphale. Nous n'avons pas trouvé d'autres lésions dans le système nerveux. L'intestin ne présentait qu'un peu de rougeur; il n'y avait rien dans le foie ni dans la vessie. Dupuytren croyait, d'après de nombreuses observations, que chez les individus brûlés, l'inflammation gastro-intestinale était en raison de l'étendue de la surface brûlée plutôt que de la profondeur de la brûlure. L'état dans lequel nous avons trouvé l'intestin de ce sujet ne répondrait aucunement à cette loi.

En concluant donc nous dirons que le sujet dont nous venons de nous entretenir est mort des suites d'une commotion cérébrale compliquée de phénomènes nerveux graves survenus à la suite des nombreuses lésions que ce malheureux a subies. On ne doit pas oublier non plus la circonstance du nerf radial que nous avons trouvé pincé et déchiré en grande partie par les fragmens de l'humérus; circonstance qui très probablement n'a pas été sans influence sur le développement des accidens nerveux signalés.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Cancer du maxillaire inférieur. Résection. Guérison.

Le 17 mars, entra dans le service de M. Bérard, et fut couché au n° 31 de la salle Saint-Pierre, le nommé Dellay, cultivateur, âgé de 57 ans. Cet homme dit avoir toujours joui d'une santé parfaite; il n'a jamais été affecté de maladie vénérienne ni d'affection cutanée d'aucune espèce. Il y a dix-huit mois, il vit apparaître sur sa lèvre inférieure un bouton qui persista environ six semaines, et disparut sans aucun traitement. Trois mois après, sans cause appréciable, il ressentit dans le menton quelques élancemens sourds auxquels il fit d'abord peu d'attention; mais bientôt ces douleurs devinrent plus vives, plus fréquentes, et le menton augmenta de volume. Cependant ce n'est guère que depuis environ six mois qu'il s'est aperçu d'une saillie notable de l'os maxillaire inférieur, dont l'accroissement, depuis cette époque, a été assez rapide. Le malade affirme que, dans le principe, la peau du menton, des parties voisines et les gencives, étaient parfaitement saines.

Lorsque Dellay est entré à l'hôpital, voici dans quel état nous avons trouvé la région malade: le menton fait une saillie qui égale le volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur, dure, résistante, non douloureuse à la pression, est le siége d'élancemens vifs, mais peu fréquens. La peau, adhérente à l'os vers le centre, est rouge, et présente deux point croûteux. Cette altération de la peau, peu étendue du reste, aurait commencé il y a deux mois, au dire du malade. Examiné à l'intérieur de la bouche, le maxillaire ne paraît pas avoir augmenté de volume de ce côté. La muqueuse labiale paraît saine; mais les gencives, boursoufflées, rougeâtres, offrent çà et là quelques points fongueux, mollasses; cette altération s'étend à gauche jusque vers le pilier antérieur. Il n'existe presque plus de dents de ce côté; mais le malade affirme qu'elles sont tombées avant qu'il ait éprouvé les premières douleurs. On aperçoit quelques végétations fongueuses s'élever des dépressions alvéolaires. Les mouvemens du maxillaire inférieur ne sont, du reste, nullement gênés. La mastication s'exécute encore facilement, et toutes les autres fonctions paraissent être dans l'état le plus satisfaisant.

Dellay était évidemment affecté d'un cancer du maxillaire inférieur dont il ne pouvait être débarrassé que par une opération qui, vu l'état général du malade, se présentait avec toutes les chances de succès. Le malade fut prévenu de sa position, et M. Bérard n'eut pas de peine à le décider; l'opération fut fixée au 23 mars.

La tumeur pouvait être enlevée par plusieurs procédés: M. Bérard choisit celui qu'a préconisé M. Velpeau. Ce procédé lui permettait de laisser intact le bord libre de la lèvre inférieure qui se trouvait à l'état sain. Voici comment il opéra: il fit une

---

rent de même les prélats, les ecclésiastiques, et toutes autres personnes qu'ils surent avoir en dépôt les biens des églises et des orphelins; ils voulurent soumettre au même joug les suppôts de l'université; et, parce que Jean Gerson, chancelier de l'église de Paris, qu'ils tenaient publiquement pour l'un des fauteurs du parti des Armagnacs, ne voulait pas payer, ils furent avec furie dans sa maison et la pillèrent entièrement. »

Ils réussirent de cette façon à faire rentrer 80 000 écus d'or. Or, les impôts ordinaires de Paris, suivant le religieux qui nous sert de guide, n'allaient pas, en tout, à 115,000 francs d'or. Mais ce fut là peut-être la cause de leur perte. Ces avocats, ces ecclésiastiques, ces membres de l'université, fort amis des réformes qui ne leur coûtaient rien, en devinrent les ennemis acharnés dès qu'il fallut y contribuer pour quelque chose. Le succès, qui justifie tout, parut même alors abandonner la cause nationale. Le sire de Heilly, avec l'argent des Parisiens, avait levé des troupes et marche en Guyenne. Il y trouva les Anglais renforcés par le comte d'Armagnac, qui portait sur ses armes la cotte rouge anglaise, et il fut battu et fait prisonnier.

C'était comme un grand concert de trahisons. Le roi avait envoyé à Rome une ambassade, et l'Université y avait joint des députés, pour supplier le pape de soulager l'église gallicane des charges imposées par la cour de Rome: les députés trahirent leur mission pour s'occuper de leurs propres intérêts.

La colère du peuple retombait plus furieuse sur les traîtres détenus dans les prisons. Cependant il n'y eut point de massacres; tous les coupables passèrent en jugement. L'un de ceux que l'on détestait le plus était ce Désessarts, ce preneur de la Bastille, ce prevôt qui avait trompé leur choix. On l'accusait d'une foule de crimes, et il passa pour constant qu'après sa condamnation il avait demandé comme grâce unique qu'on lui épargnât la honte de les entendre, et qu'on ne fît lecture de la sentence qu'après l'exécution. Notre chroniqueur semble avoir un peu plus de regret de la condamnation d'un certain Jean de la Rivière, *gentilhomme accompli*, mais qui avait eu le malheur d'être convaincu *par ses propres lettres* de trahison envers le roi et le dauphin.

Cette attitude imposante et fière de la population parisienne, ce dévouement au bien public, cette guerre ouverte à tous les traîtres effrayèrent les princes.

Il était grave de laisser ainsi le peuple se gouverner lui-même; ils essayèrent donc de le séduire par de belles propositions de paix, et la paix, en effet, était si nécessaire à la France, que l'annonce en fut reçue avec une folle joie à l'Hôtel-de-Ville. En vain Jacqueville, Chaumont, Caboche, voulurent ouvrir les yeux aux bourgeois; en vain ce dernier leur prédit que cette paix cachait un piége, et que les princes ne s'accordaient que pour désarmer le peuple et lui ravir des privilèges si laborieusement acquis; en vain, dans un discours admirable, il en appela à leur intérêt et à leur bonneur; on n'osa pas, dans l'assemblée générale, résister à cette éloquence entraînante qui exaltait la partie la plus pauvre du conseil; mais le même jour les quarteniers et les cinquanteniers s'assemblèrent secrètement, et la paix fut acceptée.

Dès lors le parti de la noblesse releva la tête; les dames et les seigneurs de la cour, arrêtés par le parti populaire, furent mis en liberté sans jugement; seulement Jean de Troyes s'opposa à ce qu'on délivrât de la même manière les ducs de Bavière et de Bar. Mais le vent populaire avait tourné; et comme, dans la paix proposée à Pontoise, les princes s'engageaient par serment sur la vraie croix et sur les saints Évangiles à ne porter aucune mauvaise volonté ni dommage à la ville de Paris, Robert de Belloy lui-même, lun des échevins, se déclara pour la paix, et ce vœu devint général. Henri de Troyes voulut encore s'y opposer; il cria, comme avait fait Caboche, que c'était *une paix fourrée de peaux de renard;* il alla jusqu'à provoquer ses adversaires, répétant à haute voix: *Il y en a ici qui ont trop de sang; ils ont besoin qu'on leur en tire.* La violence est l'arme la plus mauvaise pour les partis vaincus; il ne put même obtenir que la délibération fût remise à un autre jour.

Le roi se laissa facilement entraîner au flot populaire. Dès le lendemain il envoya demander à Henri de Troyes les clés de la Bastille, dont celui-ci s'était attribué la garde, et il déposa Jean de Troyes de sa charge de concierge du palais.

Alors se presenta une de ces scènes si fréquentes dans les révolutions populaires, et qui ne faillit pas à se répéter au 9 thermidor. La bourgeoisie fit des feux dans toutes les rues et passa la nuit sous les armes. D'un autre côté, Simon Caboche avec quatre cents de ses adhérens et une nombreuse suite d'arbalétiers s'empara cette nuit même de l'Hôtel-de-Ville. Le duc de Bourgogne alla conférer avec eux le lendemain, mais découragé et prêt à s'arranger avec le dauphin; aussi la défection se mit rapidement dans cette petite troupe, et il n'y resta guère qu'une centaine d'hommes décidés à tenir ferme. Mais quand ils virent la bourgeoisie armée entourer le jeune prince à qui elle formait une armée de trente-trois mille hommes, sans compter les troupes réglées, ils perdirent courage et s'échappèrent comme ils purent.

La réaction ne se monta pas d'abord aussi effrayante qu'elle devait le devenir; le dauphin se contenta de remplacer trois échevins, parmi lesquels étaient Jean de Troyes et Robert de Belloy lui-même, et de mettre aussi dans les autres charges toutes ses créatures. Mais au bout de quelques jours commencèrent les arrestations, puis les exécutions, et le duc de Bourgogne lui-même crut prudent de se sauver. Toutes les ordonnances provoquées par le parti populaire furent révoquées, *combien qu'il y eust de bonnes choses,* dit Juvénal des Ursins; puis les chefs de la sédition furent bannis et leurs biens confisqués.

Juvénal des Ursins donne un peu plus de détails sur les dernières journées du parti populaire. D'après lui, le 1er août 1413, le projet de traité ayant été soumis au roi, Jean de Troyes et les autres chefs se rendirent au palais pour en réclamer communication, afin de consulter ceux de la ville. Le roi fit répondre qu'ils en entendraient la lecture, si bon leur semblait, mais qu'ils n'en auraient point copie. Le lendemain, une nombreuse assemblée se tint à l'Hôtel-de-Ville; plus de mille bourgeois étaient présens, et Jean Rapiot, avocat au Parlement, un de ces avocats sans doute qui avaient sur le cœur leur contribution de guerre, Jean Rapiot donc opina pour la paix. Jean de Troyes voulait d'abord donner lecture du traité, dont il avait une copie à la main; montrer que les princes rebelles y étaient trop avantageusement traités, et réclamer sur plusieurs articles. Mais un bourgeois du parti contraire demanda que cette lecture fût faite dans les assemblées de quartier, et non dans l'assemblée générale; et malgré les efforts de Jean de Troyes, cet avis prévalut.

Le 3 août, donc, Jean de Troyes luttant jusqu'au bout, réunit les quarteniers de la cité au Cloître-Saint-Eloy, et il commençait à exposer les griefs que le peuple avait contre les princes, lorsque Juvénal des Ursins arrivant, s'écria que ces récriminations n'étaient bonnes qu'à empêcher la paix, et qu'il fallait mettre en oubli le passé. L'assemblée se mit à crier *la paix! la paix!* On arracha le papier des mains de Jean de Troyes; et il put voir alors combien peu il faut compter sur la faveur populaire.

En effet, la contre-révolution marchait à grands pas. Le duc de Berri avait délivré les prisonniers; on attendait, le 4 août, le duc de Guyenne; et le prévôt avec les échevins, les archers et les arbalétriers de la ville, au nombre de 1000 à 1200 hommes, étaient en bataille sur la place de Grève, craignant d'être attaqués et disposés à se défendre. Mais on semblait les avoir oubliés; le dauphin marchait tranquillement vers le Louvre, et leur indécision croissait d'instant en instant. Alors vint à passer Juvénal, lui sixième, auquel Laurent Callot, neveu de Jean de Troyes, demanda ce qu'ils avaient à faire. Suivre monseigneur le dauphin, dit l'autre; et en effet, ils se mirent à la suite du cortége. Mais quand Jean de Troyes arriva près de Saint-Germain-l'Auxerrois, un certain Gervaisot Dyonnis, tapissier, qui lui en voulait personnellement, tira son épée et tomba dessus en s'écriant: *Ribaud traître, à ce coup je t'aurai!* Alors Jean de Troyes et les siens prirent la fuite.

Il erra quelque temps de province en province, toujours poursuivi; et il paraît certain qu'il ne tarda pas à être repris, et à payer de sa vie son courage et son dévouement. Je vois d'abord une ordonnance qui bannit les principaux chefs du peuple de Paris, au nombre de près de 40, parmi lesquels sont nommés au premier rang Jean de Troyes et ses fils, Laurent Callot son neveu, et ce fameux *Caboche*, que le religieux de Saint-Denis nous montre tantôt comme *un malheureux va-*

première incision qui, partant de l'angle gauche du maxillaire, vint se terminer à la première molaire droite, en suivant la courbe du bord inférieur de l'os. Une seconde incision, à convexité supérieure, partant de la terminaison de la précédente et passant à un centimètre environ au-dessous du bord libre de la lèvre inférieure, vint se terminer vers le bord antérieur du masséter gauche en rejoignant le point de départ de la première. Par ces deux incisions, la tumeur et la portion de peau adhérente à l'os et altérée furent largement circonscrites. L'os fut ensuite mis à nu par une dissection convenable. Dans le cours de ces manœuvres, M. Bérard fut obligé de pratiquer la ligature de l'artère faciale et la torsion de plusieurs autres petits vaisseaux qui donnaient du sang.

Cela fait, la portion malade de l'os fut divisée avec la scie à chaîne. Mais avant de séparer les parties molles de la face postérieure de l'os, M. Bérard pensa qu'il était prudent de fixer la langue dans la crainte que cet organe ne se précipitât dans l'arrière-gorge lorsqu'il ne serait plus retenu en avant : à cet effet, il passa, à l'aide d'une longue aiguille courbe, un fil ciré à travers la langue à 2 centimètres au-delà de sa pointe. Ayant pris cette précaution, il sépara dès lors complètement l'os des parties molles et l'enleva. Pendant ce temps de l'opération, la division de l'artère linguale nécessita sa ligature. Dès que la portion osseuse fut extraite, on put voir qu'une portion de la glande sous-maxillaire était altérée, et que plusieurs points de la face interne de la joue, du pilier antérieur et de la partie externe du voile du palais étaient également le siége d'altérations suspectes : aussi procéda-t-on immédiatement à l'extirpation de toutes les parties affectées.

Tout l'intérieur de la plaie étant convenablement lavé, M. Bérard procéda immédiatement à la réunion de ses bords, réunion qui s'opéra exactement sans qu'on fût obligé d'exercer de tiraillemens sur les tissus. Pour maintenir les lèvres de la plaie parfaitement en contact, on fit usage d'épingles fines et bien effilées autour desquelles furent entortillés des fils cirés. Quelques boulettes de charpie furent introduites dans la bouche pour que la cicatrisation s'opérât des parties profondes vers les parties superficielles. Le fil préalablement passé dans la langue fut laissé pendant au dehors. Il n'avait été d'aucun usage.

Le malade est transporté dans son lit : on lui prescrit un silence complet. Potion calmante ; deux pots de tilleul orangé. Les boissons sont prises avec une tasse à bec très allongé, que l'on a soin d'introduire profondément dans la bouche pour éviter autant que possible les mouvemens de la langue.

Dans la soirée, le pouls a pris une certaine fréquence ; cependant il n'y a pas de fièvre. Le malade boit difficilement. Il n'y a point eu d'hémorrhagie ; point de retrait de la langue en arrière ; les lèvres ne pouvant être rapprochées, la salive s'écoule, abondamment mêlée à une certaine quantité de matières sanieuses.

Le lendemain le malade se trouve bien ; il dit avoir passé une bonne nuit ; il n'existe point de rougeur autour des points de suture. La salive s'écoule toujours avec abondance ; elle est moins sanguinolente. Le pouls est toujours fréquent et s'est un peu développé.

Le 26 mars, l'état du malade est satisfaisant. On enlève le fil qui traversait la langue ; les lèvres de la plaie paraissent réunies ; les bandelettes de charpie sont enlevées et, avant d'en placer de nouvelles, M. Bérard fait deux injections détersives avec l'eau de guimauve et le miel rosat. — Deux bouillons.

Les jours suivans on enlève les points de suture ; on renouvelle successivement les boulettes, et à chaque pansement on fait usage des injections détersives.

Dans les premiers jours d'avril, deux points des lèvres de la plaie s'entrouvrirent, l'un au niveau du menton, l'autre près de la joue, restèrent fistuleux pendant plus d'un mois, et nécessitèrent un assez grand nombre de cautérisations avec le nitrate d'argent avant de se cicatriser complètement.

Le 17 mai le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri. La déglutition est facile ; il parle distinctement ; et, en tenant compte de la portion considérable du maxillaire qui a été enlevée, la difformité n'est pas très prononcée.

Les résections du maxillaire inférieur ou supérieur ne constituent plus aujourd'hui des faits rares. Si nous avons rapporté celui ci, c'est à cause du procédé opératoire qui a été mis en usage ; procédé qui nous paraît offrir des avantages réels dans les cas de ce genre.

HOPITAL MILITAIRE DE PICPUS.

POST-SCRIPTA *aux lettres écrites du Val-de-Grâce sur les urétrites, les épididymites, les balano-posthites, les adénites et les ulcères vénériens, et sur le traitement qui convient à chacune de ces maladies;* par M. le docteur DESRUELLES.

(Suite du numéro 61.)

Nous venons de guérir, chez un soldat, une urétrite dermoïde générale chronique avec engorgement sous-muqueux datant de dix-huit mois, en employant simultanément les bougies en cire et les bains de siége. Nous ne nous rappelons pas avoir jamais observé un engorgement aussi général avec un écoulement aussi abondant de muco-pus que nous a présentés ce militaire. Chose remarquable! sous l'influence des bougies et des bains de siége, l'engorgement s'est dissipé, l'écoulement a diminué et a cessé complètement. En moins d'un mois cette maladie, qui avait résisté à une foule de moyens de traitement, a complètement cédé.

Les urétrites dermoïdes, quand elles sont générales et d'une intensité considérable, peuvent guérir par les antiphlogistiques seulement et alors les bougies deviennent inutiles. Mais ce n'est que de loin en loin qu'on observe, aujourd'hui surtout, des urétrites dermoïdes générales à la plus haute période d'intensité. Le plus souvent elles marchent avec quelque lenteur, malgré une apparente violence ; et pendant la stase inflammatoire les tissus s'infiltrent d'une lymphe plastique qui constitue cet engorgement sous-muqueux si important à distinguer ; l'irritation des points correspondans de la membrane muqueuse reste à l'état latent ; ce tissu s'hypertrophie et devient la source de la sécrétion, si facilement rappelée, du muco-pus, et si opiniâtre à tarir par les moyens ordinaires du traitement connu. C'est aussi la cause des rétrécissemens organiques et pathologiques de l'urètre.

On va juger, par l'observation suivante, combien est rapide le développement des urétrites dermoïdes générales sur-aiguës, et combien le traitement doit être actif pour abattre en peu de temps les phénomènes inflammatoires.

Le nommé D..., soldat au 63e régiment de ligne, entra à l'hôpital militaire de Picpus le 9 octobre 1841. Il y fut apporté sur un brancard, en proie à d'horribles douleurs qui lui faisaient jeter des cris aigus. Depuis six jours il était atteint d'une urétrite qui avait paru huit heures après avoir cohabité avec une femme suspecte. D'abord la douleur avait été vive et étendue à tout le canal ; l'écoulement étant établi, elle avait paru diminuer et se rapprocher davantage des portions bulbeuse et songieuse de l'urètre. Quelques jours s'étaient passés avec aggravation supportable des douleurs; chaque jour le malade voyait diminuer le volume du jet d'urine, et il éprouvait plus de difficulté à les expulser.

Le 8 octobre, après quelques heures de fatigue, les douleurs devinrent tellement fortes et l'excrétion de l'urine si difficile, que D... fut obligé de se déclarer malade. Le lendemain, avant l'heure de la visite, il fut dirigé sur Picpus, après avoir passé toute la nuit dans de cruelles angoisses ; car il n'avait pu uriner, et les érections étaient continuelles, avec courbure au bas du pénis, dureté considérable et rougeur intense du gland.

C'est dans cet état que nous le vîmes le 9, à sept heures du matin. Il n'avait pas uriné depuis douze heures; les douleurs du canal de l'urètre ne lui laissaient aucun moment de repos. L'ouverture du méat paraissait bouchée par le gonflement de la membrane muqueuse. Le sonder semblait nécessaire ; mais il y aurait eu de grandes difficultés et même danger à faire cette opération qui, du reste, eût provoqué d'atroces douleurs et accru sans doute les phénomènes inflammatoires. Peut-être même la déchirure si facile des tissus enflammés eût amené une hémorrhagie considérable. J'ai vu des déchirures de l'urètre faire perdre en une nuit à quelques malades plus d'un litre de sang.

La première médication qui se présentait était de vaincre le plus tôt possible l'inflammation du canal qui, malgré son intensité n'avait pas encore produit une forte réaction sur l'organisme. La saignée générale ne nous parut pas indispensable ; nous préférâmes opérer une large saignée locale et la rendre permanente. On appliqua de suite 40 sangsues au périnée et 20 au pubis ; après leur chute, le malade fut mis dans un bain chaud où il resta quatre heures ; le chirurgien de garde l'observa toute la journée. Vers le soir, on réappliqua 20 autres sangsues au périnée et aux aines. Le pénis, le scrotum, les aines et le pubis furent enveloppés dans un large cataplasme émollient.

Le malade fut soulagé après cette seconde application de sangsues ; il urina. Le jet fut très délié.

Le 10, la nuit fut assez calme en comparaison de la précédente ; mais au moment de la visite les douleurs reprenaient une nouvelle intensité. 25 sangsues furent encore mises au périnée et au scrotum et 15 au pubis. Après leur chute, le malade fut porté dans un bain, où il resta six heures. Pendant ce bain, il urina abondamment et presque sans douleur.

Le lendemain, 11, l'écoulement reparut ; il était séro-sanguinolent. Un bain de deux heures fut donné. Même prescription fut faite les 12, 13 et 14. L'écoulement disparut complètement. Aussi, à partir du 15, les urines coulèrent abondamment sans faire ressentir aucune sensation désagréable au malade.

Pendant les premiers jours, il ne prit que fort peu de tisane de lin émulsionnée. Quand les phénomènes inflammatoires furent calmés, il lui fut permis de calmer la soif qui le dévorait. Peu à peu les alimens lui furent rendus, et le 22 octobre, parfaitement guéri, il est sorti de l'hôpital après y avoir séjourné pendant douze jours.

D'après nos remarques pratiques, le seigle ergoté ne tardera pas à être généralement employé dans certains cas d'urétrite. Depuis long-temps la pratique civile est venu nous révéler les avantages que l'ergot de seigle peut procurer à un praticien observateur.

Dans les *prostaturites* et les *membranurites* (urétrites siégeant dans les portions prostatique et membraneuse de l'urètre), le seigle ergoté calme les envies fréquentes d'uriner, les chaleurs du col de la vessie et les érections.

Aux bols de camphre, de nitre et de jusquiame dont nous avons introduit l'usage au Val-de-Grâce, nous avons ajouté du seigle ergoté dans la proportion de 1 décigramme par chaque bol. On donne de trois à huit bols dans les vingt-quatre heures.

En ville nous donnons des bols faits d'après la formule suivante :

Seigle ergoté pulvérisé,	de 6 à 8 ou 12 décigr.
Extrait de jusquiame,	5 centigr.
Nitrate de potasse,	1 gramme.
Camphre pulvérisé,	15 centigr.

F. 40 bols, à prendre par 2 ou 4 toutes les deux heures, suivant la dose du seigle ergoté.

Nous avons remarqué chez un homme de quarante ans atteint de membranurite érythémoïde, avec érections souvent renouvelées, envies très fréquentes d'uriner et douleurs mordicantes au col de la vessie répondant à l'hypogastre, que les bols continués pendant huit jours ont produit la cessation de ces phénomènes et de l'écoulement urétral. Mais nous devons faire observer que toutes les personnes ne supportent pas aussi bien l'action du seigle ergoté, et n'en retirent pas le même avantage.

Dans une prostaturite qui avait résisté à une foule de moyens, l'usage des bols, de petits lavemens froids avec addition de 1 à 2 décigrammes d'extrait de belladone, précédé d'une application de ventouses scarifiées au sacrum et d'un emplâtre belladoné, ont produit la prompte guérison de cette maladie, qui durait depuis six mois. L'écoulement qui en était la suite a également disparu.

Dans les autres espèces d'urétrites dermoïdes partielles ou localisées, les bols de seigle ergoté calment les érections. Il n'est pas toujours nécessaire d'en administrer de grandes doses pour faire cesser, ou du moins éloigner les érections, diminuer leur durée et les envies d'uriner.

Le seigle ergoté donne au vin, et surtout à l'alcool dans lequel on le fait macérer, une huile essentielle toxique dont l'action, qui ne saurait être encore bien appréciée par nous, est nuisible : il convient mieux en nature. C'est un point de thérapeutique qui doit être soigneusement examiné. Pour être bon, le seigle ergoté doit être friable, et sa poudre d'un bleu cendré.

En injection dans le vagin et dans le canal de l'urètre, dans les cas de vaginite et d'urétrite érithénoïde, l'usage du seigle ergoté suivant la formule :

Seigle ergoté,	15 grammes.
Eau bouillante,	258 id.

a produit de bons effets.

Dans les balanurites aiguës (urétrites de la portion de l'urètre qui traverse le gland), et dans les pénisurites et les bulbosurites (*voyez* pour ces espèces nos 5e et 6e lettres), il ne nous a pas paru avoir d'efficacité, si ce n'est contre les érections. Une infusion de seigle ergoté peut être employée en bains locaux et en fomentations autour du pénis et du gland. Il nous a été utile dans quelques cas.

Nos observations sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions indiquer des règles sûres dans l'administration du seigle ergoté contre les urétrites aiguës; mais en attendant que nous présentions des faits concluans en faveur de ce médicament, les praticiens pourront l'employer pour calmer les érections, éloigner les envies d'uriner, apaiser les ardeurs du col de la vessie et même tarir les écoulemens urétraux et vaginaux. Dans deux cas de prostaturites avec engorgement de la prostate que nous observons actuellement, nous remarquons des effets avantageux, nous en parlerons plus tard.

Nous avons noté quelques accidens légers pendant l'usage du seigle ergoté. Nous ne mettons pas au nombre de ces accidens le ralentissement du pouls, ce qui prouverait que l'ergot du seigle n'est pas irritant comme on le dit, mais qu'il est hyposthénisant. C'est, du reste, l'opinion des médecins italiens, opinion que nous partageons, non seulement sur l'action de l'ergot du seigle, mais aussi sur les effets de plusieurs autres médicamens.

Pendant l'administration du seigle ergoté, nous avons remarqué une douleur de tête dans un point fixe, des étourdissemens légers, la vue de bleuettes, un trouble passager dans la vision.

Quand de nouvelles observations viendront confirmer ou infirmer les résultats de nos épreuves, nous les présenterons à nos confrères. Nous pensons que la thérapeutique des maladies vénériennes trouvera dans le seigle ergoté un excellent moyen contre les accidens si graves et si persistans dont s'accompagnent les prostaturites et les membranurites, surtout celles qui sont dermoïdes et aiguës.

Il y a long-temps que nous cherchons le moyen d'empêcher le contact des parois de l'urètre, particulièrement dans les balanurites aiguës. Nous avons toujours cru que ce contact était une cause incessante qui entretenait l'irritation. Nous

---

let de boucherie qui gagnait sa vie à écorcher des bêtes, tantôt comme *une personne d'esprit et de conduite*; au reste son vrai nom n'était point Caboche, mais *Simon le Coustellier*. Lefevre de Saint-Remi dit que Jean de Troyes s'en alla en Bourgogne avec le duc, mais qu'ayant été repris, avec les deux neveux Caboche, ils furent tous trois *exécutez, traisnez et pendus*. Juvénal des Ursins dit aussi qu'il fut pris, mis au Châtelet, et qu'il confessa tous les crimes de la faction ; pour lesquels *il eut le col couppé aux Halles*. Il met cette exécution en 1413 ; et en effet lors de la paix de 1414, le roi commandant au duc de Bourgogne de chasser de ses états le reste des proscrits, le nom de Jean de Troyes ne s'y retrouve pas.

Ainsi finit une des révolutions les plus pures de sang et de crimes qui aient jamais soulevé un peuple contre ses oppresseurs ; et ainsi succomba l'un des plus nobles martyrs de la cause populaire. Ainsi que je l'ai dit, les bourgeois de Paris ne furent pas long-temps sans payer la peine de leur ingratitude et sans apprendre ce que vaut une restauration. Ils eurent à subir, et sans contrepoids, la tyrannie du dauphin et de ses oncles, puis la tyrannie du comte d'Armagnac, toutes les misères de la guerre étrangère et de la guerre civile, jusqu'à ce qu'enfin pour dernière misère ils se virent forcés d'ouvrir leurs portes à un roi anglais.

Henry de Troyes, plus heureux que son père, put venir reprendre sa profession à Paris ; il faisait partie de la confrérie de Saint-Côme en 1424, et était juré du Châtelet en 1425. Il y eut un autre Jean de Troyes, qui avait abandonné la chirurgie pour le greffe, et auquel on attribue une chronique assez intéressante. Peut-être était-il fils de Henry de Troyes, et comme il avait trente-cinq ans en 1460, époque où il commença à écrire, il serait né en 1425, l'année où son père fut nommé chirurgien juré du roi d'Angleterre et de France au Châtelet.

Statistique des naissances à la Maternité de Vienne en Autriche.

De 1789 à 1822, en prenant 23 ans sur cette période de 33 ans, on a calculé qu'il y avait eu à la Maternité de Vienne en Autriche, savoir :

Naissances d'enfans uniques,	29,891
Jumeaux,	392
Trijumeaux,	6
Présentation de la face,	258
Id. des fesses,	519
Id. des pieds,	250
Versions,	151
Emploi des instrumens,	119
Perforations du crâne,	51

croyons avoir trouvé ce moyen : il consiste à introduire un appendice cœcal préparé, et à le laisser à demeure dans la portion du canal où l'on veut empêcher le contact. Le temps nous a manqué pour expérimenter en grand ce nouveau moyen. Nous en parlerons plus tard.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mai. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. Bayle, Malgaigne et Poiseuille écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

— *M. Nacquart* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Dans la précédente séance, dit-il, l'Académie a passé à l'ordre du jour sur la proposition de M. Bousquet. Je n'ai pas à revenir sur cette décision : seulement je serais fâché, et tous mes honorables confrères le seraient sans doute comme moi, que MM. les candidats aux places vacantes pussent voir dans cet ordre du jour une désapprobation de l'Académie pour les lectures qu'ils désirent faire aux approches des élections. Je demande en conséquence qu'il soit bien entendu que cet ordre du jour ne s'applique qu'au mode réglementaire proposé par M. Bousquet. (Appuyé.)

— *M. Royer-Collard* développe la proposition qu'il a faite dans la précédente séance. Après avoir rappelé ce qui a été dit et fait sur les projets de loi touchant l'exercice de la médecine, il mentionne quelques cas spéciaux sur lesquels l'Académie ne saurait garder plus longtemps le silence. En première ligne se trouve l'annonce de médicamens, instrumens, etc., que l'on dit approuvés par l'Académie, quoique un rapport complètement défavorable ait été fait dans cette assemblée. C'est là une diffamation réelle et permanente à laquelle il est de toute nécessité de mettre un terme. — Quant aux crimes, aux délits dont les médecins peuvent se rendre coupables dans l'exercice de leur art, l'Académie doit encore intervenir. Les objections qu'on lui a faites sur ce point ne sont pas sérieuses. Je renouvelle en conséquence la proposition que j'ai faite dans la précédente séance, proposition qui consiste à nommer une commission permanente chargée de signaler à l'Académie les diverses infractions légales que je viens de signaler, infranctions qui seront ensuite officiellement désignées à l'autorité supérieure, s'il y a lieu. Les membres de cette commission seront soumis chaque année à une élection. — Mais si nous devons nous montrer sévères sous ce rapport, il ne faut pas oublier non plus qu'il est de notre devoir de laisser une liberté entière, illimitée, aux opinions scientifiques.

M. Boulaly appuie la proposition de M. Royer-Collard, mais il pense que pour atteindre le but que l'on désire, il est nécessaire d'ajouter quelques articles à la loi existante.

M. Chervin pense que l'Académie doit intervenir dans sa propre cause, c'est-à-dire quand on abuse de son nom ; mais pour tout le reste, c'est au ministre de la justice à prendre l'initiative.

M. Dupuy. J'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Royer-Collard ; mais cette proposition ne peut pas être discutée en ce moment : elle demande de sérieuses réflexions. Je propose en conséquence son renvoi soit au conseil d'administration, soit à une commission nommée directement. (Appuyé.)

La proposition de M. Royer-Collard est renvoyée au conseil d'administration.

— *M. Jaubert* (de Lamballe) lit, au nom de M. Aug. Bérard et au sien un rapport sur une observation d'urétroplastie communiquée à l'Académie, il y a bientôt deux ans, par M. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens. Nous ne reviendrons pas sur les détails de cette observation dont nous avons déjà publié un résumé assez étendu. Nous nous bornerons à rapporter les conclusions du rapport.

Ces conclusions sont :

« 1° Que généralement il a suffi pour obtenir la réussite des réparations de l'urètre, de conduire l'urine au dehors à l'aide d'une sonde introduite plusieurs fois par jour ou placée à demeure dans la vessie, dans le cas où le canal était libre.

» 2° Que la boutonnière n'a été employée sur aucun des malades d'A. Cooper, d'Alliat, d'Earle, et que cependant ils ont guéri de leur grave infirmité.

» 3° Que le fait de M. Ricord démontre que la boutonnière n'est pas sans inconvénient, puisqu'elle a été suivie d'une épididymite, d'un abcès, et que dans d'autres circonstances elle a été accompagnée de spasme de la vessie, d'inflammation grave de cet organe, d'écoulemens de sang qui ont quelquefois présenté le caractère hémorrhagique, et de fistules.

» 4° Que le détournement des urines de leur voie habituelle par l'introduction d'une sonde au périnée pourrait être une complication de plus ajoutée à la réparation que l'on doit pratiquer, excepté dans les cas où il existe un chemin tout formé par la nature, comme dans les observations de Ledran et de notre collègue M. Ségalas.

» 5° Que l'ouverture artificielle de l'urètre avec ou sans division du col de la vessie ne nous paraît admissible que dans trois cas : 1° lorsque l'urètre est oblitéré comme dans un fait rapporté par Chopart ; 2° lorsqu'il n'est pas possible de pratiquer le cathétérisme, de dilater le canal sans le dégorgement préalable du scrotum ; 3° enfin lorsqu'on aura eu recours sans succès aux sondes à demeure, à la suture, à l'autoplastie, etc.

» En résumé, nous croyons que la communication faite par M. Ricord mérite toute l'attention de l'Académie, et nous proposons d'adresser à ce chirurgien des remercîmens et de faire insérer son travail parmi les mémoires de l'Académie. »

M. Breschet. L'observation sur laquelle M. Jobert vient de lire un rapport, a déjà été publiée ; elle fait partie de la troisième livraison de la *Clinique iconographique* de M. Ricord. On ne pouvait plus, en conséquence, faire un rapport sur ce fait.

M. Jobert répond qu'il ignorait la publication entière de cette observation ; il n'avait eu connaissance que de quelques fragmens détachés.

M. Roux cite deux cas de perte de substance de l'urètre située au-devant du scrotum, qu'il a guéri en créant un canal artificiel aux dépens des tissus profonds de la verge.

M. Ségalas. Je demande à faire remarquer que le procédé d'urétroplastie mis en usage par moi a pour caractère l'établissement d'une *sonde syphon* au périnée, et que par-là il se distingue des procédés qui consistent dans la simple incision du périnée, et par conséquent de tous les procédés employés précédemment. Cette sonde-siphon a pour effet de faire sortir toute l'urine par le périnée, et d'empêcher ainsi toute influence fâcheuse de ce liquide sur les lèvres de l'ouverture que l'on désire fermer.

M. Gerdy n'est pas très partisan de l'urétroplastie et de l'urétroraphie, il a observé plusieurs cas de perte de substance considérable qui ont parfaitement guéri sans qu'on ait été obligé d'avoir recours à ces opérations. Quant à la boutonnière, c'est une opération difficile, dangereuse, à laquelle il préfère la ponction sus-pubienne.

M. Ségalas. Ma première urétroplastie a eu lieu sans aucun accident. Dans la seconde, où l'ouverture du périnée a été faite avec le bistouri, où j'ai par conséquent pratiqué la boutonnière, il n'y a pas eu seulement de fièvre, pas le moindre mouvement fébrile.

Chez l'un et chez l'autre malades, le retrait de la sonde que j'avais placée au périnée a été bientôt suivi de l'occlusion de l'ouverture qui lui livrait passage. Dans le premier cas, la cicatrisation complète a été obtenue en une douzaine de jours, à l'aide de quelques applications de nitrate d'argent ; dans le second, huit jours et une seule application de nitrate d'argent ont suffi pour amener le même résultat.

Dans ma première urétroplastie, j'ai introduit dans l'urètre, non sans peine, d'abord une bougie, puis une sonde, par une ouverture fistuleuse du périnée ; dans une seconde urétroplastie, je suis parvenu au canal sans aucune difficulté, à l'aide d'un catheter, et j'y ai établi une sonde tout aussitôt.

Du reste, après ce qui vient d'être dit de la possibilité d'obtenir la guérison de certaines fistules urinaires avec perte de substance, sans urétroplastie et même sans urétroraphie, je pense devoir rappeler que chez mon second malade, opéré à l'âge de trente ans, la fistule datait de l'enfance, et que mon premier malade, venu de la Martinique à Paris pour se faire traiter, avait passé ici, à Paris, par les mains de sept chirurgiens avant d'arriver aux miennes ; que plusieurs de ces chirurgiens sont membres de l'Académie, et que les différens moyens employés par eux avaient tous échoué.

M. Jobert pense que l'opération de la boutonnière ne présente des difficultés que quand il n'est pas possible d'introduire un cathéter dans l'urètre.

M. Blandin. Je suis loin de désapprouver les opérations d'urétroplastie ou d'urétrographie. La science possède maintenant plusieurs faits qui en démontrent les avantages. Mais avant d'avoir recours à ces opérations, qui ne sont pas sans danger, la prudence chirurgicale exige qu'on mette à contribution des moyens plus simples. Pour moi, je déclare que je ne pratiquerai ces opérations que lorsque tous les autres moyens rationnels auraient complètement échoué, et qu'il me serait parfaitement démontré que la nature est définitivement impuissante à combler la perte de substance du canal. Qu'on ne l'oublie point, il n'est peut-être jamais trop tard pour pratiquer ces opérations, et on pourrait les pratiquer trop tôt. Quant à la boutonnière destinée à détourner accidentellement l'urine du contact de la plaie primitive, c'est là une idée ingénieuse ; car je suis convaincu que sans cette précaution il est bien difficile, pour ne rien dire de plus, d'empêcher quelques gouttes d'urine d'imbiber la plaie, et chacun sait que c'est là le grand obstacle à sa cicatrisation. Pour ce qui concerne la boutonnière dans les cas de rétrécissement, je pense que c'est une opération grave, et qu'alors, lorsqu'il devient nécessaire de vider la vessie, on doit préférer à cette opération la ponction sus-pubienne. Toutefois j'ajouterai que ces cas sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement.

M. Ségalas. M. Dieffenbach n'a jamais pratiqué la boutonnière dans le but dont il s'agit ; jamais il ne l'a conseillée. L'idée de cette opération, il l'a eue un instant ; mais il l'a bientôt rejetée dans la crainte, dit-il, de donner lieu à une seconde fistule, difficile à guérir. Je suis le premier qui ai établi une sonde-syphon au périnée dans l'intention formelle de détourner l'urine des bords de l'ouverture antérieure et d'assurer ainsi le succès de l'urétroplastie.

Je partage d'ailleurs l'opinion de mes honorables collégues sur les difficultés et les inconvéniens de la boutonnière dans les cas de rétrécissemens extrêmes de l'urètre, je lui préfère la ponction de la vessie par l'hypogastre.

Quant à cette dernière opération, je ne l'ai faite qu'une seule fois depuis bientôt vingt ans que je m'occupe spécialement des maladies des organes génito-urinaires ; et encore alors c'est forcé, contraint pour ainsi dire par le médecin ordinaire, que je l'ai pratiquée. Le malade a succombé, non sans doute à la ponction qui, ainsi que tout le monde sait, a réussi tant de fois dans les mains de divers chirurgiens, mais bien aux désordres produits par une rétention d'urine prolongée et par plusieurs tentatives vaines de cathétérisme.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Poiseuille* lit une note sur une modification qu'il a fait subir aux seringues pour les injections anatomiques.

Déviation latérale du rachis ; présentation par M. Bouvier. — Un soldat âgé de vingt-trois ans, mort au Val-de-Grâce d'une maladie aiguë, s'est trouvé porteur d'une déviation latérale du rachis méconnue pendant la vie ou jugée trop légère pour être un cas de réforme. Le torse, que M. Bouvier place sous les yeux de l'Académie, offre une courbure principale dorso-lombaire, à convexité droite, de 25 millim. de flèche en avant et de 1 centim. en arrière. Elle est surmontée d'une courbure dorsale moyenne à gauche, beaucoup moins prononcée, et d'une courbure supérieure à droite, encore plus faiblement indiquée, qui correspond exactement, pour son siège, à la courbure latérale normale, que M. Bouvier appelle *courbure aortique*.

Ce torse, placé dans une machine à extension et à inclinaison latérale, et soumis à l'action d'un treuil et d'une vis exerçant un effort bien supérieur à celui qu'on pourrait employer pendant la vie, se redresse en partie. La courbure principale diminue de plus de moitié en avant, et s'efface presque en arrière. La tension de la corde est alors telle qu'elle devient, pour ainsi dire, inflexible. En recherchant comment l'arc qui subsiste fait équilibre à une force aussi considérable, M. Bouvier en trouve la cause dans la coupe oblique du corps des vertèbres et dans la résistance des ligamens intervertébraux, dont la tension est extrême. Les muscles, conservés sur cette pièce, restent, d'après lui, *relâchés* et ne font point *corde* du côté concave de la courbure, comme il arrive aux membres affectés de contracture musculaire. M. Bouvier voit dans ce fait une nouvelle preuve à l'appui de ses opinions touchant l'absence de contracture des muscles du dos dans les déviations latérales de l'épine, et l'inutilité de la myotomie appliquée au traitement de ces déviations ; méthode qu'il déclare irrationnelle et mal fondée en théorie, illusoire et même nuisible en pratique.

M. J. Guérin conteste la valeur de cette pièce pathologique et les conséquences pratiques que M. Bouvier cherche à en déduire. Il s'attache à démontrer que l'interprétation de son collègue n'est nullement fondée, et qu'avant de contredire avec autant de persistance ses opinions sur ce point, M. Bouvier aurait dû au moins s'en faire une idée nette et précise. Du reste, M. Guérin se propose de faire prochainement une lecture sur cette importante question, et ce sera alors, dit-il, qu'une discussion sérieuse pourra être entamée.

Il est cinq heures. La séance est levée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur la bile des sujets morts de fièvre intermittente pernicieuse.

D'après M. X. Landerer, c'est dans la rate, le foie et la bile que l'on rencontre les principales altérations sur les cadavres des individus qui succombent à la fièvre intermittente marécageuse. Des changemens notables existent dans la bile, tant sous le rapport de la couleur que sous celui de la consistance : ce liquide présente en effet une teinte brune tout à fait foncée et une densité considérable ; sa pesanteur spécifique varie entre 1,060 et 1,086.

Quant à sa composition, cette bile contient une énorme proportion de cholestérine. Dans certains cas, l'auteur a observé que, par une simple exposition à l'air, même de peu de durée, il y avait production de paillettes micacées dont la quantité s'élevait rapidement jusqu'au point de transformer le liquide en une véritable masse pultacée, et alors il devenait facile de séparer la petite portion restée liquide et de constater, après avoir exprimé fortement les paillettes entre des feuilles de papier joseph, qu'elles étaient entièrement formées de cholestérine.

(*Repertorium fuer die Pharmacie*, t. XXIV, p. 233.)

Sur la préparation du chlorate de potasse.

M. le professeur Graham indique le procédé suivant pour la préparation de ce sel.

On prend un équivalent de carbonate de potasse et un équivalent de chaux hydratée sèche ; on mêle bien intimement, et on soumet ce mélange à l'action d'un courant de chlore gazeux : le gaz est absorbé avec une très grande énergie ; la température s'élève au-dessus de 100 degrés centigrades, et il y a un dégagement de vapeur d'eau. Lorsque la saturation est arrivée à son point de perfection, on chauffe modérément pour détruire complétement la très petite proportion d'hypochlorite qui a pu se former ; le produit alors se trouve constitué par un mélange de carbonate de chaux, de chlorate de potasse et de chlorure de potassium.

Si on traite ce mélange par l'eau, on obtient en solution les deux derniers sels, et le soluté, qui ne possède aucun pouvoir décolorant, est entièrement neutre et parfaitement exempt de chaux. Alors il ne s'agit plus que de faire cristalliser le chlorate potassique comme on le fait ordinairement.

Lorsqu'on soumet à l'action du chlore gazeux le carbonate de potasse humide, sans adjonction d'hydrate de chaux, le gaz est rapidement absorbé, et l'opération réussit beaucoup mieux qu'en se servant d'un soluté aqueux concentré de carbonate potassique ; mais dès qu'il s'est produit une certaine proportion de bicarbonate de potasse, on observe que l'absorption se ralentit, et que, par suite, il se forme une grande quantité d'hypochlorite potassique.

En agissant comme le recommande M. Graham, on obtient donc l'avantage très grand de prévenir cette production d'hypochlorite.

(*London pharmaceutical transactions*, 1842.)

Errata. — Numéro de mardi 31 mai. Hôpital des Vénériens : ligne 10, enflammer, *lisez* infecter. — Paragraphe 7, lig. 4 : chancres des, *lisez* chances des. — Par. 9, lig. 4 : chancres des, *lisez* chances des. — Par. 10, lig. 2 : chancres des, *lisez* chances des. — Par. 10, lig. 6 : chancres des, *lisez* chances des. — Par. 20, lig. 11 : on n'a pas réussi, *lisez* ou n'a pas réussi.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales de la chirurgie française et étrangère. (Mai 1842).

Du siége de l'étranglement dans les hernies; par M. le professeur Sédillot.

Ce mémoire est divisé en deux parties. La première partie est consacrée à l'examen des discussions récentes soulevées par M. Malgaigne sur le siége de l'étranglement. Ces controverses ont été assez longuement agitées dans ce journal pour que nous puissions nous dispenser d'entrer dans des détails à ce sujet. Nous dirons, cependant, que dans cet examen M. Sédillot s'est montré bon logicien et, ce qui n'est jamais à dédaigner, homme d'esprit.

Dans la seconde partie, M. Sédillot rapporte quatre observations recueillies et rédigées, dans son service à Strasbourg, par M. Villemin, son aide de clinique. Nous ne dirons rien des trois premières, car elle n'auraient pas une grande valeur aux yeux de M. Malgaigne, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie; mais la quatrième nous paraît importante sous tous les points de vue, et c'est pour acela que nous croyons devoir la rapporter ici avec tous ses détails.

« Kayser (Caroline), âgée de 23 ans, idiote de naissance et demeurant à la Robersau, est affectée d'un pied-bot varus du côté droit. Elle est cependant assez grande et bien développée; son tempérament est lymphatico-sanguin; elle a beaucoup d'embonpoint. Cette jeune fille toussait depuis quelque temps et s'était plaint de coliques, lorsqu'elle fut prise, le 23 mars, de vomissemens et accusa en même temps de la douleur dans la cuisse droite et dans les reins. Le 24, même état. Le 25, M. le docteur François, appelé, reconnut à l'aine droite la présence d'une tumeur globuleuse pédiculée, très douloureuse au toucher, qu'il diagnostica une hernie crurale, et ne put obtenir des parens ni de la malade aucun détail sur l'origine, la date et la cause de cet accident. La langue était sèche, les vomissemens fréquens, la constipation opiniâtre depuis le début des accidens. La réduction ne put être obtenue par le taxis; trente grammes d'huile de ricin furent immédiatement vomis; des lavemens de toute sorte et en dernier lieu de tabac, administrés le 26, restèrent sans résultat; le 27, l'état de la malade n'ayant pas changé, et les parens se refusant à l'opération, ont fit une application de sangsues suivie d'un bain, et trois décigrammes de calomel furent pris et vomis. Depuis la veille, cette fille répandait une odeur urineuse des plus fétides, mais elle se plaignait peu et avait chaque nuit un peu de sommeil.

» Le 28 mars, les vomissemens qui avaient été jusque-là bilieux, offrirent un liquide brunâtre, ayant tout à fait l'odeur des matières stercorales, et le ventre commença à se balonner. C'est dans cet état qu'elle fut transportée à la clinique, six jours après ce début des accidens. On constate au dessus du milieu de l'aine droite une tumeur molle, aplatie, large, nullement pédiculée. Cette tumeur n'est pas douloureuse au toucher; le ventre est très-sensible, mais la malade est sans fièvre, ne se plaint pas, et continue à vomir de véritables matières stercorales.

» M. Sédillot ayant immédiatement décidé l'opération, la peau fut fendue crucialement, sans que la malade ait paru s'en occuper; il divisa ensuite le fascia superficiel, une couche graisseuse, épaisse, puis quelques lamelles subjacentes, et ouvrit une poche lisse à sa surface, remplie d'un liquide jaune blanchâtre, d'une odeur stercorale bien caractérisée. Dans cette poche, qui fut prise pour le sac herniaire, était une tumeur d'un rouge brun livide, parfaitement lisse, qui présentait à son côté externe une plaque noirâtre d'un centimètre carré, plus molle que les tissus avec lesquels elle se continuait. On crut avoir sous les yeux une anse intestinale, et on chercha modérément à l'attirer au dehors, sans réussir à la déplacer; le doigt porté à l'orifice du sac avait rencontré un étranglement très serré qui permettait à peine à l'ongle de l'indicateur d'y être introduit. Un premier débridement fut alors opéré avec beaucoup de peine en haut et en dehors, sur l'arcade crurale qui était parfaitement distincte et à nu. Un bistouri convexe dût être porté sur une sonde cannelée, dans l'impossibilité où l'on fut de faire glisser un bistouri boutonné sur l'ongle de l'indicateur. Un craquement distinct fut entendu, mais la constriction était encore trop considérable pour le passage de l'extrémité du doigt.

» Un second débridement fut donc porté un peu plus en dedans et toujours en haut, et un troisième atteignit le ligament de Gimbernat. Le doigt put alors être porté dans l'orifice de la hernie; mais ne tombant pas dans l'abdomen et rencontrant de toutes parts une membrane que l'on séparait, M. Sédillot s'aperçut qu'il était en dehors du péritoine et que le sac herniaire n'avait pas été ouvert. Ce dernier, soulevé avec des pinces, se rompit dans le point gangrené pendant des mouvemens violens que fit la malade en accusant de vives douleurs abdominales, et il en sortit aussitôt un liquide jaune, mais manifestement formé de matières intestinales, qui s'écoula à flots dès que la poche du sac eut été fendue. Le doigt engagé dans le sac sentit seulement l'extrémité d'une anse intestinale qui semblait appliquée contre l'anneau; et dans la crainte d'aggraver encore la position de la malade, qui parut désespérée, on se borna à maintenir ouvert le sac herniaire.

» Reportée à son lit, l'opérée continua à se montrer comme indifférente à tout ce qui se passait, se plaignit à peine, eut quelques mouvemens convulsifs et expira une heure après.

» L'examen anatomique était du plus haut intérêt pour la question du siége des étranglemens, puisque le collet du sac herniaire était resté intact, et que, par une circonstance involontaire, le débridement n'avait porté que sur les tissus fibreux de l'anneau.

» Les parois abdominales incisées et renversées sur les cuisses, on trouva la portion inférieure droite de l'abdomen remplie du même liquide stercoral qui s'était écoulé par le sac. Les intestins étaient unis entre eux par de fausses membranes assez fortes qui avaient limité l'épanchement. L'anse intestinale herniée était réduite et appliquée en arrière de l'ouverture du canal crural, soit qu'elle eût été entraînée après le débridement par le poids du bout supérieur de l'intestin énormément distendu par l'accumulation de matières bilieuses et couché dans le fond du petit bassin, soit qu'elle ait été repoussée du sac herniaire pendant les manœuvres de l'opération. Cette anse intestinale avait vingt-quatre millimètres de hauteur; elle était frappée de gangrène et perforée à son extrémité dans une étendue de 12 millimètres. Un sillon circulaire, indiquant le point où avait porté l'étranglement, avait tellement rétréci le diamètre intestinal, que l'extrémité du doigt ne pouvait y être engagée. Deux autres perforations de 8 millimètres de largeur se rencontraient également dans le trajet du sillon. Tout le bout supérieur de l'intestin, dans une longueur de 3 décimètres, était d'une coloration noirâtre et livide, et comme gangréneux.

» Toute la masse intestinale ayant été enlevée de l'intérieur de l'abdomen, on constata que trois doigts au moins pouvaient être facilement introduits dans le collet du sac herniaire, soit de dedans en dehors de l'abdomen, soit de dehors en dedans. On ne sentait aucune constriction, aucune résistance particulière, sur un point ou sur un autre. Toute la portion du péritoine environnant l'anneau était blanche et sans altération. La portion appartenant au collet du sac, ou plutôt à l'orifice herniaire, était lisse dans la plus grande partie de son contour, doublée au côté interne d'un bourrelet mou et légèrement saillant, et plissée particulièrement du côté externe. Ces plis disparaissaient quand on distendait l'orifice du sac, dont ils contribuaient à l'ampliation. Poursuivant la dissection, on rechercha par quel point la hernie était sortie au dehors, et l'on observa qu'elle s'était fait jour immédiatement au dessous de l'arcade crurale à deux centimetres au dessus de la terminaison de la veine saphène. Cette veine s'ouvrait dans la fémorale, à la manière ordinaire, en traversant le feuillet superficiel du fascia-lata. Ce fascia fut aisément disséqué jusqu'au bord inférieur de la hernie. Il était rempli de gros ganglions lymphatiques et criblé d'assez larges ouvertures; l'orifice externe de la hernie était très-large sans aucun étranglement, et le fascia ne paraissait avoir fait éprouver aucune constriction aux parties herniées. Les enveloppes du sac herniaire avaient beaucoup d'épaisseur et furent séparées l'une de l'autre. Il importait d'examiner dans quel état se trouvait exactement le péritoine, et pour cela, on le sépara doucement de la face interne de l'abdomen jusqu'à l'orifice de l'anneau. Dans ce point, il était doublé en dedans d'un tissu cellulaire graisseux et rougeâtre, dont il fut possible de le détacher. On répéta la même préparation en dehors, et, poursuivant cette dissection, on enleva tout le sac qu'on put déployer alors entièrement sans lui trouver ni épaississement, ni induration, ni plissement permanent, ni doublure sous forme de bride circulaire; seulement, dans la portion du sac herniaire extérieure à l'anneau, le péritoine resta doublé d'une partie de son fascia-propria, qui était rougeâtre et que l'on n'avait aucun intérêt à enlever. Il était ainsi bien évident que le péritoine n'avait pas été ouvert en débridant l'anneau. Les feuillets confondus des aponévroses qui doublent le sac herniaire étaient très-épais et parsemés d'un assez grand nombre de ganglions lymphatiques. Une autre masse de ces derniers se trouvait au dessous de la hernie; toutes ces parties étaient rougeâtres et tuméfiées. L'arcade crurale ayant été mise à nu, en séparant l'aponévrose du grand oblique, et la renversant de haut en bas et d'arrière en avant, on trouva les deux incisions qui y avaient été faites dans le débridement, et elles présentèrent chacune cinq à six millimètres de hauteur. La troisième incision avait porté un peu plus profondément sur le ligament de Gimbernat. Les vaisseaux cruraux ayant été mis à découvert, en renversant le tissu cellulo graisseux qui les entourait, on trouva, en portant un doigt dans l'orifice herniaire et un autre le long de la veine fémorale, que les tissus intermédiaires à ces deux parties étaient très-denses, et on en évalua approximativement l'épaisseur à 3 ou 4 millimètres. L'artère épigastrique naissait à plus de 8 millimètres du bord externe de l'orifice herniaire, et n'aurait pu être atteinte dans le débridement que par une incision de plus d'un centimètre de longueur. L'artère obturatrice provenait normalement de l'hypogastrique. Cette pièce est conservée au Muséum de la faculté. »

Les détails minutieux de cette observation nous dispensent de toute réflexion.

« Nous nous croyons parfaitement autorisé, dit M. Sédillot en terminant son mémoire, à conclure que l'étranglement herniaire par les anneaux est une doctrine vraie, justement fondée sur l'expérience et l'observation de tous les temps. Si cette doctrine a paru un moment ébranlée, c'est qu'avec du style et de l'imagination on parvient souvent à jeter du doute sur l'évidence même. »

Archives générales de médecine. (Mai 1842).

I. *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées ou symptomatiques du fémur;* par M. J. Parise, interne des hôpitaux de Paris.

Le genre d'affection que l'auteur s'est proposé d'étudier dans ce mémoire, a fixé depuis long-temps l'attention des pathologistes; cependant son histoire est encore fort incomplète, et offre de nombreux problèmes dont on n'a pas encore pu donner une solution tout à fait satisfaisante. Ayant observé dans les hôpitaux un grand nombre d'affections de la hanche, M. Parise a spécialement étudié les deux points suivans, qui sont les plus litigieux de l'histoire de ces affections : 1° l'influence de l'hydropisie articulaire dans la production de la luxation symptomatique ou spontanée; 2° les causes des changemens de longueur du membre malade.

Voici l'ordre que l'auteur a suivi dans ce travail : 1° exposé des opinions des auteurs sur la luxation spontanée du fémur; 2° réfutation des objections faites à la doctrine de J.-L. Petit, réfutation basée sur des considérations anatomiques et physiologiques, sur l'expérimentation, et, enfin, sur des observations d'anatomie pathologique; 3° théorie du mécanisme de la luxation; 4° application de cette théorie aux luxations congéniales.

1° *Exposé des opinions des auteurs, sur la luxation spontanée du fémur.* — Après un exposé historique très-détaillé, l'auteur dit, en se résumant, qu'on peut rattacher ces opinions à trois théories principales : 1° dans l'une, la luxation est due à l'accumulation d'un liquide qui, repoussant le fémur, le livre à l'action musculaire. C'est la théorie de J.-L. Petit, que l'on trouve d'ailleurs indiquée dans Hippocrate, Galien, Paul d'Egine, les Arabes, les deux Fabrice, etc., et qu'ont admise Heister, Morgagni, Van Swieten, Platner, Brodie, M. Lesauvage, M. A. Bérard, etc.; 2° la seconde, aussi fort ancienne, puisqu'elle remonte à Asclépiade de Bithynie, attribue la luxation au développement d'une tumeur qui remplissant la cavité cotyloïde, en chasse le fémur. Quant au siége et à la nature de cette tumeur, il y a dissidence : pour les uns, c'est une exostose, un cal; pour d'autres, c'est un gonflement inflammatoire des cartilages; pour d'autres encore, c'est un gonflement du tissu adipeux du fond de la cavité cotyloïde; pour M. Rust, enfin, c'est la tête du fémur elle même qui, se développant outre mesure, ne peut plus être contenue dans le cotyle; 3° la troisième théorie, plus moderne, soutenue et admise par presque tous les chirurgiens de cette époque, ne voit dans la luxation que le résultat de la carie des os, soit des bords de la cavité, soit de la tête du fémur, soit enfin de l'une et de l'autre.

2° *Réfutation des objections faites à la théorie de J. L. Petit.* — Cette théorie a été combattue par Boyer, dont l'argumentation peut se réduire aux trois objections suivantes : 1° l'accumulation de sérosité dans la capsule iléo-fémorale, loin de chasser le fémur, tendra plutôt à l'appliquer plus fortement dans sa cavité; 2° elle sera incapable de distendre une capsule fibreuse aussi forte et des muscles aussi puissans qui maintiennent l'articulation de la hanche; 3° enfin l'observation n'a pas démontré cette accumulation de fluide. Avant d'examiner la valeur de chacune de ces objections, M. Parise étudie l'influence de la pression de l'air sur l'articulation de la hanche et les effets des injections liquides dans sa cavité. Sur le premier point, après avoir cité des expériences nombreuses de plusieurs chirurgiens, l'auteur conclut que la pression atmosphérique est la cause essentielle qui maintient en contact les surfaces articulaires et que l'action musculaire n'a qu'une influence accessoire. Quant aux injections faites dans les articulations, l'auteur les a répétées plusieurs fois et de toutes les manières, et il s'est convaincu que, contrairement à l'assertion de Boyer, toute accumulation de liquide dans l'articulation de la hanche, loin d'appliquer le fémur dans la cavité cotyloïde, tend à l'expulser de cette cavité. La première objection se trouve ainsi annulée.

La seconde objection est plus facile à détruire. Il suffit pour cela d'étudier ce qui se passe dans les autres articulations lorsqu'il s'y accumule une quantité considérable de liquide. Les surfaces articulaires s'éloignent, et par conséquent les ligamens et les muscles doivent nécessairement se prêter à cet allongement. L'articulation du genou en particulier a assez souvent offert des exemples de ce genre, pour qu'il ne soit plus permis de conserver le moindre doute à cet égard.

La troisième objection n'est guère mieux fondée; car aujourd'hui on possède plusieurs faits qui démontrent qu'il peut se développer dans l'articulation de la hanche, comme dans toutes les autres articulations pourvues d'une membrane synoviale, une accumulation de liquide plus ou moins abondante. M. Parise rapporte, entre autres, trois observations de ce genre, une qu'il emprunte à M. Lesauvage (*Archives générales de médecine*, novembre 1833), l'autre à Brodie, et la troisième recueillie par lui à l'Hôpital des Enfans malades, en 1838.

Voici, du reste, les conclusions qu'il déduit de cette première partie de son travail :

« En résumant ce qui précède, dit-il, nous pouvons établir les propositions suivantes :

» 1° Deux forces maintiennent le fémur dans la cavité cotyloïde : 1° la pression atmosphérique; 2° la résistance des ligamens et celle des muscles.

» 2° La présence seule d'un liquide dans l'article rend nulle la première de ces forces en l'équilibrant.

» 3° La réplétion sans ampliation de la capsule repousse le fémur en dehors, loin de l'appliquer avec plus de force contre l'os iliaque.

» 4° Dès lors qu'un liquide s'accumule outre mesure dans la jointure, il surmonte la résistance des ligamens et des muscles, ce que nous avons prouvé par l'analogie et les observations pathologiques.

» 5° L'existence des luxations fémorales symptomatiques d'une hydartrose est démontrée par l'anatomie pathologique.

» Cette cause de luxation étant démontrée, cherchons à en comprendre le mécanisme. »

(*La suite au prochain numéro des Archives*).

II. *Mémoire sur le ramollissement du cerveau;* par M. Max. Durand-Fardel. — Troisième et dernier article. — (*Voir* les Supplémens du 15 janvier et du 15 février 1842).

Dans cet article, l'auteur mentionne plusieurs faits d'anatomie pathologique qui viennent à l'appui de ses idées. Nous ne le suivrons pas dans ces détails. Nous nous bornerons à rapporter les conclusions.

« 1° Le ramollissement cérébral se développe toujours à la suite d'une congestion sanguine, et s'accompagne de rougeur dans sa période aiguë, sauf des exceptions infiniment rares.

» 2° Lorsqu'il passe à l'état chronique, cette rougeur disparaît et fait place habituellement à une couleur jaune, trace du sang infiltré dans le principe, et surtout commune et prononcée dans la substance corticale.

» 3° Le ramollissement chronique s'annonce d'abord par une simple diminution de consistance pulpeuse, sans rougeur.

» 4° Plus tard, il revêt, dans la substance corticale des circonvolutions, la forme de lames membraniformes, jaunes, mollasses, *plaques jaunes des circonvolutions*.

» 5° En même temps, dans la substance médullaire et la substance grise centrale, la pulpe nerveuse se liquéfie, se transforme en un liquide trouble, grumeleux, lait de chaux qui s'infiltre dans les intervalles des brides celluleuses, qui ne sont autre chose que le tissu cellulaire du cerveau mis à nu par la liquéfaction de la pulpe nerveuse, *infiltration celluleuse*.

» 6° A une époque plus avancée encore, les parties ramollies et ainsi transformées disparaissent, et il en résulte ou des ulcérations à la superficie du cerveau, ou des cavités circonscrites, ou des vastes *pertes de substance*.

» 7° Le ramollissement paraît susceptible de s'arrêter indéfiniment à chacune des périodes de son état chronique, et subir ainsi une sorte de *guérison*, analogue à celle des foyers hémor-

rhagiques, c'est-à-dire que les symptômes qu'il avait déterminés disparaissent et que les fonctions lésées recouvrent, sinon toute leur intégrité, au moins une liberté aussi complète que peut le permettre l'existence d'une désorganisation partielle et irremédiable d'un point circonscrit de l'encéphale. »

III. *Études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris*; par M. Malgaigne. — (Suite. *Voir* le Supplément du 3 mai.)

Des causes qui influent sur la mortalité après les amputations en général. — M. Malgaigne a étudié dans cet article; 1° l'influence de la cause déterminante pathologique ou traumatique; 2° l'influence du sexe; 3° celle des âges; 4° celle des saisons; 5° et enfin, l'influence des hôpitaux sur la mortalité.

Première question. — Quelles sont les plus graves des amputations pour causes morbides ou des amputations traumatiques? — Voici ce que répondent à cet égard les chiffres groupés par M. Malgaigne : 789 amputations ont été réparties de la manière suivante :

524 amputations pathologiques, 193 morts.— 38 pour 100.
265 id. traumatiques, 130 morts.— 49 pour 100.

Cela pouvait déjà suffire, dit l'auteur; mais pour mettre plus de précision dans mes calculs, j'ai additionné d'une part toutes les grandes amputations, et d'autre part toutes les petites; et j'ai vu que pour les grandes opérations pathologiques, la mortalité est de 48 sur 100; pour les traumatiques, de 64 sur 100; pour les petites amputations pathologiques, de 7 1/2 sur 100, et pour les traumatiques de plus de 15 sur 100; de telle sorte que l'influence de la cause traumatique semble peser plus sur les petites que sur les grandes amputations.

Vient ensuite la question des amputations traumatiques primitives ou secondaires. Ici M. Malgaigne avoue qu'il ne possède pas d'élémens suffisans pour les traiter à fond. Il est parvenu cependant à classer 26 amputations de cuisse et 45 de la jambe. Sur les 26 amputations de cuisse, 16 étaient immédiates et 10 secondaires; les premières avaient donné 12 morts et les autres seulement 6. Mais, en tenant compte de l'âge des sujets, on voit que la différence est moins considérable, quoique les amputations secondaires conservent encore, en réalité, un léger avantage. Cependant, cet avantage disparaît quand on considère les amputations de jambe. Sur 45 cas à examiner, il y avait 35 amputations immédiates avec 22 morts; et 10 secondaires avec 7 morts. Au dessous de 20 ans, 5 amputations immédiates avaient donné 4 morts; 2 amputations secondaires, 1 mort. Mais, au-dessus de 20 ans, il reste 28 amputations immédiates avec 18 morts seulement; tandis que les amputations secondaires ont compté 6 morts pour 8 opérations. M. Malgaigne ajoute, avec raison, qu'il se garderait de rien conclure de ces chiffres, sinon que la question demande à être de nouveau examinée.

Deuxième question. — Si le sexe a quelque influence sur le résultat des amputations. — En réunissant d'une part toutes les grandes amputations, et de l'autre toutes les petites, on trouve :

Pour les hommes

	opérés.	morts.
Grandes amputations pathologiques :	280	138
Petites id. id.	106	9
Grandes amputations traumatiques :	165	107
Petites id. id.	75	13

Pour les femmes

	opérés.	morts.
Grandes amputations pathologiques :	98	44
Petites id. id.	40	2
Grandes amputations traumatiques :	17	12
Petites id. id.	10	0

Il résulterait que les femmes résistent mieux aux amputations que les hommes, et cette résistance est surtout marquée pour les petites amputations.

Troisième question — De l'influence de l'âge sur les résultats des amputations. — En groupant les chiffres, M. Malgaigne est arrivé à une conclusion contraire à l'opinion généralement reçue; cette conclusion consiste à établir que; de 2 à 15 ans ou de 5 à 15 ans, les amputations sont beaucoup plus graves que dans les autres périodes de la vie. Il en serait de même pour l'opération de la hernie.

Quatrième question. — De l'influence des saisons sur le résultat des amputations. — Les chiffres de M. Malgaigne tendraient encore à renverser l'opinion généralement reçue, savoir que l'époque la plus favorable pour les opérations n'est pas le printemps, mais l'hiver; c'est-à-dire les mois de décembre, janvier et février. Cependant ce chirurgien convient que ces chiffres ne sont ni assez nombreux, ni assez décisifs pour entraîner sa conviction bien entière.

« Seulement, dit-il, ce qui résulte de clair et de certain pour moi, dans tout ceci, c'est que l'ancienne doctrine, touchant l'influence des saisons, était purement hypothétique, qu'elle est rendue plus que douteuse par ce premier examen, et qu'elle est toute entière à revoir. »

Cinquième question. — De l'influence comparative des hôpitaux de Paris sur la mortalité après les amputations. — Les calculs de M. Malgaigne ont porté sur les neuf hôpitaux suivans : l'Hôtel-Dieu, la Pitié, la Charité, Beaujon, Neker, St-Antoine, Cochin et l'hôpital des Cliniques. Mais ce chirurgien a reculé devant la publication du résultat obtenu, ne voulant pas offrir cet appas illégitime à la médisance et au scandale, ni troubler dans leurs illusions demi-volontaires des vanités inoffensives pour la science. Cette dernière question ne se trouve en conséquence traitée que d'une manière incomplète et insuffisante.

M. Malgaigne termine son travail par le paragraphe suivant que nous croyons devoir rapporter :

« L'impression que j'ai reçue moi-même de mon travail a été fort triste. Les progrès de la chirurgie moderne paraissent bien moins brillans, mesurés à cette échelle effroyable de mortalité. Encore, cependant, ai-je enlevé aux chiffres un peu de leur rigueur; ainsi, j'ai compté comme guéris tous les amputés qui n'étaient pas morts, et il s'en faut que ces guérisons prétendues puissent toutes être comptées parmi les succès de l'art; plus d'une amputation n'est point arrivée à la cicatrisation complète; plus d'un malade sorti prématurément est rentré plus tard dans le même hôpital ou dans un autre, pour y subir de nouvelles opérations et souvent y mourir. Je ne devais pas omettre ce dernier trait d'un si lugubre tableau; il fallait dévoiler en entier cette plaie profonde et non soupçonnée de notre chirurgie; maintenant les maîtres sont avertis et mis en demeure d'y pourvoir : *Caveant consules ne quid respublica detrimenti capiat.* »

Bulletin général de Thérapeutique. Mai 1842.

I. *De l'emploi de la belladone dans le traitement de l'épilepsie*; par M. Debreyne, docteur médecin, à la Grande Trappe (Orne).

« Depuis près de 25 ans, dit l'auteur, nous avons successivement essayé, chez un grand nombre d'épileptiques, la valériane, les feuilles d'oranger, l'oxyde blanc ou fleurs de zinc, le narcisse des prés, le sulfate de cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, les pilules de Méglin ou leur équivalent, le cyanure de potassium, le croton-tiglium, non comme drastique, mais comme anti-épiltpique, récemment proposé à ce titre, etc. Ces divers agens thérapeutiques ont généralement produit peu d'effet, quoique administrés à haute dose. L'oxyde de zinc, le nitrate d'argent et la valériane étaient encore les moins inefficaces. Cependant nous avons fini par les abandonner, comme tous les autres ci-dessus mentionnés, pour recourir à l'extrait de belladone, qui, depuis longues années est le principal, pour ne pas dire l'unique remède que nous administrions contre l'épilepsie. »

Si, à cette citation, nous ajoutons que M. Debreyne dit avoir employé depuis 20 à 25 ans ce médicament sur peut-être plus de 200 sujets, et que sur ce grand nombre d'épileptiques, il ne lui est peut-être pas arrivé une seule fois de prescrire la belladone sans en retirer quelque effet avantageux; on ne sera point étonné que l'auteur donne à ce médicament le titre de remède anti-épileptique le plus efficace de la matière médicale. Il ne pense pas cependant que ce soit là un vrai spécifique contre cette terrible maladie. La belladone ne réussit pas toujours complètement. Quant aux essais qui ont été faits sur ce médicament à Bicêtre, dans le service de M. Ferrus, il y a quelques années, mais qui sembleraient contredire l'efficacité de la belladone contre l'épilepsie, M. Debreyne les explique par une préparation vicieuse de l'extrait de belladone, et par les doses différentes qui ont été administrées. En un mot, ces essais manquent, suivant lui, des conditions qui peuvent entraîner la conviction; et il persiste à accorder toute sa confiance à ce mode de traitement.

Ce n'est, du reste, que contre l'épilepsie, qui lui paraît essentielle, c'est-à-dire qui est indépendante de toute cause matérielle appréciable, qu'il prescrit la belladone. Cependant, si dans l'épilepsie symptomatique, après la destruction de la cause, les accès persistaient encore par une sorte d'habitude nerveuse, on les combattrait, dit-il, avec avantage par la belladone; et surtout, à son défaut ou à son insuffisance, par le quinquina seul ou associé à la valériane.

Voici la formule employée par l'auteur :

Prenez : Extrait de belladone (par simple décoction aqueuse), 4 gram. (1 gros).
Poudre de gomme arabique, 2 id. (1/2 gros.
Poudre inerte, quantité suffisante, 120 pilules.

Mode d'administration. — « On prend une pilule le premier jour, deux le second, et on augmente d'une chaque jour jusqu'à six en vingt-quatre heures, deux matin, midi et soir, et une ou deux heures avant les repas. On continue ainsi, si l'on n'éprouve point un trouble notable dans la vue. Si ce trouble se manifeste on diminue la dose, ou on cesse tout à fait pendant quelques jours. Si l'on n'observe aucune altération dans la vue ni autres effets fâcheux, on pourra porter la dose à huit ou neuf pilules, ce qui fera 30 centigrammes (6 grains) d'extrait de belladone, par jour. Voici enfin la formule de la décoction de valériane que nous avons employée quelquefois seule ou conjointement avec la belladone, reconnue inefficace ou insuffisante : Racine de valériane, 500 grammes (1 livre). Partagez en quinze paquets égaux; à chaque paquet on ajoutera une pincée de feuilles sèches d'oranger; on fera bouillir à vaisseau clos pendant une minute dans un litre d'eau, et on laissera infuser pendant une demi heure. A prendre en 48 heures, un fort verre, matin, midi et soir, et une heure avant les repas. Nous avons remplacé quelquefois la décoction par la poudre, à la dose de quinze grammes (demi-once) par jour, sans guère plus de succès. »

II. *Recherches sur l'emploi des purgatifs répétés dans le traitement de la fièvre typhoïde*; par M. le docteur A. Becquerel.

Ce travail est basé sur 47 observations de fièvres typhoïdes traitées par l'emploi fréquemment répété des purgatifs, recueillies dans le service de M. Andral, à l'hôpital de la Charité dans le cours de l'année 1839. Les sujets de ces observations ont été tous pris au hasard et au fur et à mesure de leur entrée, c'est-à-dire quels que fussent le degré de la maladie, son intensité et ses symptômes. L'auteur prévient qu'il ne prétend juger, dans cet article, aucune méthode, aucun résultat.

Ces 47 cas de fièvre typhoïde sont divisés en trois séries. La première série comprend les fièvres typhoïdes dites *légères* : elle contient 12 malades. La seconde série comprend les cas de fièvres typhoïdes dites de *médiocre intensité* : 21 malades y sont compris. Enfin la troisième série comprend les cas graves : elles contient 14 individus, dont 6 ont succombé.

Les 47 malades, sans aucune exception, ont été soumis au même traitement, posé sur les mêmes bases que voici :

« Le lendemain de l'entrée, que la maladie fût grave ou légère et quelle que fût sa forme, on prescrivait un décigramme de tartre stibié.

Ce médicament produisait, en général, plusieurs selles et plusieurs vomissemens; le lendemain et ensuite les jours suivans, sans aucun intervalle, on prescrivait des purgatifs et on les continuait tant que la fièvre et les accidens persistaient.

On doit toutefois noter un fait important, c'est qu'on n'a jamais dépassé 16, 17 ou 18 purgatifs, parce que lorsqu'on arrivait à ce nombre, que les malades fussent guéris ou non, on cessait leur emploi. Les purgatifs employés presque exclusivement furent l'eau de Sedlitz; on en donnait une bouteille par jour; elle contenait 50 grammes (8 gros) de sulfate de magnésie; ce n'était que vers la fin, et lorsque ce médicament semblait ne plus produire d'effet qu'on le prescrivait à 45 grammes. Quelquefois, mais seulement pour varier, lorsque les malades étaient trop dégoûtés, on prescrivait 60 grammes d'huile de ricin, ou bien quelquefois 6 décigrammes de calomel en deux ou trois doses, et une heure après la dernière dose, un verre d'eau de Sedlitz. Dans quelques cas enfin, on prescrivait une potion purgative ainsi composée : 8 grammes de follicules de séné dans 125 grammes d'eau bouillante; on ajoutait : sulfate de soude 15 grammes, et sirop de nerprun 30 grammes. Ainsi, comme on le voit, ce furent toujours de légers purgatifs, mais jamais des purgatifs drastiques.

Le tableau suivant donnera une idée assez exacte de la médication.

Durée moyenne de la période fébrile totale 1re série, 12 jours 1/2.
2e série, 17 jours.
3e série, 8 guérisons, 26 jours 1/2,
6 morts, 19 jours.

Durée moyenne de la période fébrile pendant le séjour à l'hôpital. . . . . . . 1re série, 5 jours 1/2.
2e série, 10 jours.
3e série, 6 morts, 19 jours.
8 guérisons, 20 jours.

Nombre de purgatifs employés (moyenne). 1re série, 4 purgatifs 1/2,
2e série, 8 purgatifs.
3e série, 6 morts, 10 purgatifs.
8 guérisons, 15 purgatifs.

On a donc eu comme résultat général 1 mort sur 8 malades à peu près, et cela, dit M. Bequerel, dans des cas de fièvre typhoïde bien caractérisée, et dont le diagnostic ne pouvait être mis en doute. C'est là un résultat favorable sur lequel on peut d'autant plus compter que les malades ont été pris au hasard.

M. Becquerel examine ensuite les trois questions suivantes :

1° *Quelle a été l'influence des purgatifs répétés sur les symptômes.* — La médication a paru plutôt améliorer et diminuer l'intensité des symptômes abdominaux, que d'avoir agi dans le sens contraire. Quant aux symptômes de la poitrine, cette influence n'a pas été marquée. La fièvre n'a jamais augmenté d'intensité; elle est restée souvent ce qu'elle était avant, mais quelquefois aussi elle a notablement diminué. Cette influence a été aussi en général peu sensible sur les symptômes nerveux.

2° *Quelle a été l'influence des purgatifs sur l'état général des malades; ou la somme des symptômes qu'ils présentaient?* — Dans les cas très-graves, elle a été nulle; dans les cas un peu moins graves, quoique très fâcheux cependant, et dans les cas de médiocre intensité, il a semblé s'améliorer, et la somme des symptômes a paru diminuer d'intensité à mesure qu'on répétait les purgatifs.

3° *Quelle est l'influence sur la durée?* Il suffit d'examiner les résultats statistiques mentionnés plus haut pour se convaincre que la durée de la maladie n'a pas été sensiblement abrégée par cette médication.

« Pour résumer ce travail, dit M. Becquerel, je poserai une seule conclusion portant sur les quarante-sept cas que j'ai observés : l'emploi des purgatifs doux et fréquemment répétés n'a pas abrégé la durée de la fièvre typhoïde, mais en général il a diminué l'intensité et l'acuité des symptômes, rendu la maladie moins grave, ce qui cependant n'a pas lieu dans tous les cas; mais dans ces derniers cependant, jamais ils n'augmentèrent les accidents, et n'en déterminèrent de nouveaux : leur influence fut alors seulement nulle. »

III. *De la méthode ectroctique ou abortive appliquée au traitement des ophthalmies en général et des ophthalmies purulentes en particulier*, par M. Bernard, D.-M. à Champeaux (Seine-et-Marne.)

Ce travail ne renferme rien de nouveau : c'est une confirmation des principes que nous avons bien souvent exposés dans la Gazette des hôpitaux. Dans la majorité des cas, l'auteur préfère l'application du caustique par l'intermédiaire d'un pinceau fin; ce moyen lui paraît plus doux et parfaitement innocent. Voici comment il conseille de procéder à cette application : « On trempe le pinceau dans la solution de nitrate d'argent (cette solution est pour M. Bernard la même dans tous les cas : nitrate d'argent fondu 1 gramme; eau distilée de roses 8 grammes), en ayant soin de ne l'imprégner que modérément, à l'exemple d'un peintre qui voudrait étendre également et avec précision une couche de couleur dans un espace circonscrit. On commence par retourner la paupière supérieure, et pour cela on saisit les cils en tirant en bas avec une main, comme pour allonger la paupière, tandis qu'avec l'autre on applique un petit corps rond comme un crayon sur la dite paupière; puis, par un mouvement léger de bascule, on ramène celle-ci sur le crayon, et le renversement s'effectue aussitôt avec la plus grande facilité. On fait maintenir la paupière supérieure ainsi retournée par un aide intelligent, en faisant saillir autant que possible la muqueuse; puis l'opérateur abaisse lui-même de la main gauche la paupière inférieure, en invitant le malade à regarder en bas. Alors il étend une couche du caustique liquide sur toute la surface conjonctivienne qui blanchit à l'instant. Il passe avec la plus grande facilité la pointe du pinceau derrière le rebord du fibro-cartilage, sur tous les replis, même les plus profonds, qu'il est si difficile d'atteindre isolément et sans danger par tout autre moyen. Immédiatement après, un autre pinceau de soies de porc, plus résistant, imbibé d'huile d'olive, est passé à son tour sur la partie cautérisée, et il sert en même temps, pendant qu'on le retire, à repousser le rebord adhérent du fibro-cartilage, de manière à replacer la paupière dans sa position naturelle. Aussitôt on lotionne l'œil avec de l'eau fraîche. »

IV. *Note sur un mode particulier de traitement des fractures*;

Cette note a été prise dans le service de M. Jobert (de Lamballe) à l'hôpital Saint-Louis; elle n'est que la reproduction d'un article que nous avons publié dans ce journal. (voir le n° du 31 mars dernier.)

V. *Réduction d'une hernie étranglée à la suite de lavemens de tabac.* — *Céphalée guérie par les immersions de la tête dans l'eau froide.* — *Délire suspendu par l'effet de l'opium.* — *Dysphagie opiniâtre guérie par le massage*, par H. Seguin, D.-M. à Albi (Tarn.)

A. *Hernie.* Une femme, âgée de trente-cinq ans, éprouvait depuis trois jours tous les symptômes d'un étranglement herniaire dans l'aine droite. Le taxis, les émolliens, les bains, les sangsues avaient complètement échoué. L'opération paraissait la seule ressource; elle était même urgente, lorsqu'on se décida à administrer un lavement avec quatre grammes de feuilles de tabac. La réduction s'opéra presque immédiatement, et les accidents disparurent. Trois mois après l'étranglement se renouvela, et dura vingt-quatre heures; il fut encore dissipé par la même médication.

B. *Céphalée.* Une femme, affectée depuis plusieurs années d'une céphalée constante, avait été mise, sans en retirer aucune espèce d'avantage, à l'emploi de la saignée, des sangsues, des vésicatoires, et de tous les narcotiques et antispasmodiques les plus puissants. Le père de M. Séguin conseille les immersions dans l'eau froide, la tête étant préalablement rasée, et au bout

de quelques jours la guérison était complète. On constata depuis quelques récidives; mais elles cédèrent au même traitement.

C. Délire. Un homme est atteint d'une espèce de démence qu'on pourrait appeler *raisonnante.* Il présente quelques symptômes de paralysie. Dans le but de dissiper l'insomnie, on prescrit quelques pilules d'opium; et le délire cesse pendant vingt-quatre heures pour reparaître ensuite. Depuis, on a plusieurs fois essayé de lui donner le même médicament; dès qu'il l'a pris, le même effet se reproduit. C'est un exemple assez remarquable d'un délire suspendu par l'effet de l'opium.

D. *Dysphagie.* Il s'agit d'un prêtre qui, à la suite d'une angine tonsillaire, fut pris pendant sa convalescence d'une dysphagie complète qui menaçait de le faire périr d'inanition, lorsque le père de M. Séguin eut l'idée d'avoir recours au massage. Le spasme du pharynx et de l'œsophage cédèrent comme par enchantement. L'auteur ajoute que son père est parvenu à faire disparaître, à l'aide de cette médication partiquée pendant cinq à six minutes durant un mois, un goître d'un volume considérable qui existait depuis plusieurs années, et sur lequel les préparations iodurées n'avaient eu aucune action.

VI. *Polype des fosses nasales qui a nécessité l'incision du nez pour son extraction.*

Une femme, âgée de trente ans, couchée dans le service de M. Lenoir à l'hôpital de la Pitié, porte dans la narine droite un polype d'un volume considérable qui a fortement repoussé la cloison du nez et oblitéré ainsi par sa pression la fosse nasale gauche. L'os du nez du côté droit est disjoint et séparé de l'apophyse montante de l'os maxillaire par un intervalle de plusieurs millimètres. Le nez est fortement entraîné à droite, et le sillon qui le sépare de la joue est effacé.

Ce polype faisant tous les jours de notables progrès, M. Lenoir pratique l'opération de la manière suivante :

« La malade étant assise, et la tête maintenue par un aide, une incision est faite le long de la côte du nez, à droite de l'angle antérieur de l'ouverture de la narine jusqu'au fond de l'espace qui sépare l'os du nez de la mâchoire supérieure. Les deux bords de cette incision étant écartés, le doigt est introduit de haut en bas dans la fosse nasale, et le polype est enlevé avec la plus grande facilité. Il reste alors une cavité considérable formée par le sinus maxillaire, dont la paroi interne est détruite, et par la fosse nasale énormément distendue... Les deux lèvres de l'incision sont réunies par cinq points de suture séparés; on couvre le nez de compresses imbibées d'eau fraîche. » Dix jours après la cicatrisation était complète; la malade était guérie.

GAZETTE MÉDICALE. Avril, mai 1842. N° 15, 16, 17, 19, 20. *Relation de l'épidémie de méningite encéphalo-rachidienne, observée à la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, en* 1841; par M. le professeur FORGET.

Étiologie. — Cette épidémie a frappé presque exclusivement la population pauvre, sans qu'on ait pu découvrir aucune cause particulière.

Symptomatologie. — Bien qu'on ait insisté sur l'instantanéité du début comme caractère de cette épidémie, il y a eu une période de prodrômes : frissons passagers, un peu de lassitude, de céphalalgie, d'anorexie, etc.

Au début, vive céphalalgie au front, aux tempes, à l'occiput; douleur tensive, comprimante, pulsative, lancinante, térébrante, dilacérante, continue ou rémittente. Lorsque la maladie se prolonge, la céphalalgie fait le plus souvent place au délire ou au coma. Elle est accompagnée de vertiges, obscurcissement des idées, hallucinations de la vision et de l'ouïe. La rachialgie constituait un phénomène pathognomonique de cette épidémie. La douleur à la nuque était plus fréquente qu'aux lombes. L'endolorissement était tel que quelquefois le malade restait couché sur le dos, dans une immobilité complète par la crainte de réveiller la douleur. L'opisthotonos se liait souvent à la rachialgie, quelquefois trismus. Corrugation du front, fixité des yeux, rire sardonique. Ordinairement faiblesse, courbature, endolorissement des membres; quelquefois agitation générale ou partielle; soubresauts des tendons dans l'état avancé de la maladie. Une fois on a observé le tremblement des membres comme dans le *delirium tremens.* Convulsions cloniques dans quelques cas; dans un cas, accès épileptiformes. Délire, quelquefois même dès le début. Le coma sans stupeur a quelquefois accompagné ou suivi le délire. La paralysie a été rare.

Toubles de l'appareil de la vision : rarement injection des conjonctives; rarement déviation du globe oculaire; pupilles tantôt naturelles, tantôt dilatées ou rétrécies. Quelquefois hallucinations, obscurcissement de la vue, jamais de cécité complète. Bruissemens, tintemens d'oreille, dûreté de l'ouïe, une fois surdi-mutité complète. Pâleur du visage et des tégumens, plus fréquente que la rougeur et la turgescence de la face. Rarement chaleur brûlante des tégumens, si ce n'est au front. Les extrémités étaient froides, aux approches de la mort. Fréquemment l'*herpés labialis* a envahi une grande partie de la face, autour des lèvres. On n'a pu lui assigner aucun caractère critique.

Langue ordinairement humide et blanchâtre au début, et plus tard sèche, rouge, brunâtre avec un certain appareil typhoïde. Besoin de manger, soit imaginaire, soit réel, après l'amendement de graves symptômes cérébraux. Soif en général peu prononcée. Vomissement initial remarquable par sa constance et sa gravité. Constipation, le plus souvent suivie de diarrhée. Douleur abdominale à la pression, soit à l'épigastre, soit dans les flancs, plus particulièrement du côté droit. Dans la période avancée, quelquefois tension et météorisme.

Dans beaucoup de cas, lenteur du pouls, contrastant avec l'acuité des autres symptômes. Irrégularité des pulsations. Dans quelques cas, il y a eu paralysie de la vessie.

Marche de la maladie, ses *terminaisons*, ses *formes :* — Chez ceux qui ne succombèrent pas dès la période initiale, la céphalalgie faisait place au délire, et bientôt survenait le coma. Les vomissemens cessaient; la douleur et la raideur du rachis persistaient. A cette période d'état, la maladie quelquefois restait stationnaire, on espérait la guérison. Mais l'épuisement graduel, le coma, le délire nocturne, la diarrhée, des vomissemens rebelles venaient inspirer des craintes que l'événement justifiait.

Caractères anatomo-pathologiques. — Les sinus du cerveau étaient gorgés d'une quantité de sang plus grande qu'à l'ordinaire. Enduits séro-albumineux de l'arachnoïde pariétale, lorsque la cavité séreuse contenait du liquide. Presque toujours, notable quantité de liquide séro-purulent dans le canal rachidien, vers son extrémité inférieure. Pie-mère constamment injectée à la surface de l'encéphale et dans les anfractuosités. Injection qui se prolongeait jusqu'à la moelle épinière, dans une étendue plus ou moins considérable de cet organe. Au niveau du *calamus scriptorius*, le feuillet arachnoïdien était fréquemment soulevé par une certaine quantité de sérosité trouble. Produits sécrétés, tantôt ressemblant à de l'albumine concrète, tantôt ressemblant à de la gélatine, tantôt à un véritable pus opaque, jaunâtre, de consistance très-variable; matière disposée tantôt par plaques, tantôt en nappe continue autour du cerveau; toujours primitivement situés sous l'arachnoïde, existant de préférence dans la direction des grandes scissures et des gros vaisseaux; à la base de l'encéphale, au niveau du chiasma des nerfs optiques, à la naissance de la moelle épinière dont elle occupait de préférence les parties supérieure et inférieure. Le microscope a fait trouver dans cette matière les globules caractéristiques du pus phlegmoneux. Substance cérébrale ordinairement pointillée ou sablée. Le ramollissement a été rarement trouvé dans quelque partie des centres nerveux. L'auteur conclut des altérations trouvées, que le nom de la maladie devrait être celui de *pie-mérite cérébro-spinale.*

Lorsque la mort était arrivée à une époque tardive, l'encéphale apparaissait comme turgescent, les circonvolutions étaient aplaties, indépendamment de la distension des ventricules qui était très-rare (hypertrophie de la membrane cérébrale).

Les divers degrés de l'inflammation, dans cette méningite, sont réduits par l'auteur aux trois formes suivantes : congestionnelle, inflammatoire, suppurative.

Dans le cas de mort à une période avancée, la muqueuse gastrique était un peu ramollie ou amincie. Dans les autres points du tube intestinal, on a trouvé plus fréquemment des traces d'hyperhémie. État pointillé ou réticulé des plaques de Peyer, ou état granuleux des follicules de Brunner, ou ces divers états combinés.

Le sang des saignées était plastique, fibrineux; quelquefois couvert d'une couenne légère, jamais épaisse.

Sous le rapport des symptômes, comme sous celui des lésions anatomiques, cette épidémie n'a rien offert qui puisse la faire considérer comme une affection spécifique, c'est-à-dire essentiellement différente de la méningite sporadique.

Thérapeutique. — 1° Antiphlogistiques : la saignée générale a presque toujours été employée surtout quand les malades arrivaient à une époque voisine du début (une ou deux saignées par jour de 300 grammes environ, et le nombre en était porté à deux, trois ou quatre, à époques rapprochées, dans l'espace de deux ou trois jours. Les saignées locales répétées ont paru avoir un effet plus avantageux que la phlébotomie. Sangsues et ventouses scarifiées. Sangsues au début, autour de la base du crâne, aux tempes, aux apophyses mastoïdes. Ventouses plus usitées dans l'état avancé, en raison de leurs propriétés rubéfiantes, dérivatives, en même temps qu'évacuantes, placées, en général, à la nuque, le long du rachis, aux membres. Sangsues et ventouses parfois appliquées sur l'abdomen pour combattre les complications intestinales. Saignées locales, plutôt répétées que copieuses, pour obtenir un écoulement continu; jusqu'à cinq, dix applications de 20, 30, 40 sangsues, en deux, trois ou quatre applications successives de 10 chacune, le même jour.

D'après le résumé statistique de l'emploi des sangsues générales et locales, les malades guéris ont perdu plus de sang que ceux qui sont morts. C'est déjà une présomption en faveur des saignées appliquées au traitement de cette épidémie, comme adjuvant des saignées, tisanes émollientes ou tempérantes, lavemens émolliens. Topiques émolliens pour l'abdomen, dans le cas de complications gastro-intestinales. Rarement M. Forget a employé les bains tièdes, dans la crainte des complications pulmonaires et à cause de l'utilité très-accessoire de ce moyen dans la maladie dont il s'agit; le même motif a empêché d'user des affusions froides associées au bain tiède. Chez la plupart des malades, tête rasée et enduite d'onguent napolitain (4 grammes de deux heures en deux heures); résultats peu favorables de l'emploi de ce topique; presque toujours fomentations froides sur la tête, frictionnée ou non d'onguent mercuriel.

2° Evacuans intestinaux : le tartre stibié, essayé à haute dose pour produire une révulsion, une perturbation favorable, ne donna aucun résultat avantageux. Parmi les purgatifs, les praticiens employaient de préférence le calomel. Employé par M. Forget, à doses fractionnées de 0,05 à 0,10 de deux en deux heures, ses effets ont été désastreux. Ce médicament, l'auteur l'appelle une déplorable panacée, un abominable remède, qui ne lui a procuré, dans sa pratique, que des stomatites désespérantes, des coliques et des diarrhées rebelles. Pour combattre la constipation, il donnait des lavemens laxatifs avec le lait et le miel, l'huile, le sel de cuisine, le séné, le sulfate de soude.

3° Dérivatifs cutanés : ils ont été souvent mis en usage conjointement avec les saignées, lorsque la réaction n'était pas trop vive : ventouses sèches, sinapismes, frictions avec le tartre stibié, vésicatoires. Vésicatoire à la nuque, lorsque la raideur du cou survivait à la douleur aiguë; aux membres inférieurs, lorsque la tête restait prise, après le large emploi des saignées.

4° Toniques fébrifuges : cinq fois M. Forget a administré le sulfate de quinine. Il fut obligé d'y renoncer.

5° Excitans, antispasmodiques : cette médication n'a pas eu de succès.

6° Narcotiques, sédatifs : après la chute de la réaction par les antiphlogistiques, certains troubles nerveux persistans avec exaltation, M. Forget administrait l'opium avec beaucoup de succès.

CLINIQUE DES HOPITAUX DES ENFANS. Mai 1842.

Des différentes espèces d'hydropisies chez les enfans ; par M. le docteur A. BECQUEREL.

Les hydropisies, soit idiopathiques, soit symptomatiques, sont très-fréquentes chez les enfans; elles peuvent avoir pour siége les membranes séreuses et le tissu cellulaire; elles peuvent aussi atteindre les organes parenchymateux. L'auteur les divise en 6 classes : 1° hydropisies par suite d'inflammation des membranes séreuses; 2° hydropisies par suite de la suppression d'une autre sécrétion; 3° hydropisies par altération du sang, démontrée ou par anémie (diminution de la proportion des globules, et de l'albumine du sérum); 4° hydropisies par causes spécifiques et également probablement dues à une altération du sang, mais inconnue dans sa nature (une des espèces d'hydropisies suites de scarlatine); 5° hydropisies passives proprement dites; 6° hydropisies par obstacle mécanique à la circulation veineuse. »

1° *Hydropisies par suite d'inflammation des membranes séreuses.* — Il s'agit, dans ces cas, d'un épanchement de sérosité louche, trouble, qui passe quelquefois à l'état de véritable pus. Or, comme ce n'est pas là une véritable hydropisie, M. Becquerel ne s'en occupe point.

2° *Hydropisies par suite d'une suppression de sécrétion.* — Pour admettre cette classe d'hydropisie, M. Becquerel se fonde sur le fait d'une jeune fille qui, étant en sueur, tomba dans un courant d'eau froide, et fut prise le soir même de cet accident d'un commencement d'anasarque qui augmenta rapidement, résista à toute médication et fit succomber la jeune enfant deux mois après.

3° *Hydropisies par altération du sang démontrée ou par anémie.* — Ce sont celles que l'on observe le plus fréquemment chez les enfans. L'altération du sang consiste dans une dimution de la proportion de ses globules, et dans une diminution de la proportion de l'albumine du sérum.

Elles reconnaissent pour causes, les mauvaises conditions hygiéniques, l'épuisement par maladies antérieures, les évacuations trop abondantes, soit que ces évacuations soient un des effets de la maladie, soit quelles soient déterminées par un traitement antiphlogistique trop actif, ou la répétition trop fréquente des purgatifs, des diurétiques. On peut encore ranger parmi ces causes, les tubercules dans la poitrine ou l'abdomen, l'affection scrofuleuse (maladie des os) et les affections gangréneuses se prolongeant et durant long-temps.

L'altération siégant dans le sang, il est facile de comprendre pourquoi ces hydropisies n'ont aucune tendance à se localiser. Leur pronostic est d'ailleurs subordonné à la cause qui leur a donné naissance.

« Quant à celles qui constituent toute la maladie, elles déterminent certainement la mort, surtout si on laisse les enfans exposés aux mêmes causes qui les ont déterminées, ou encore si la maladie est fort avancée; mais combattues à une époque encore peu éloignée du début, on peut espérer de les guérir. »

Attaquer la maladie qui est le point de départ de l'axemie et par conséquent de l'hydropisie, s'attacher à connaître la cause qui a pu produire cette anemie, et à la combattre, diriger des moyens appropriés contre l'altération du sang (alimens réparateurs, préparations ferrugineuses, le quinquina, le ratanhia), telles sont les principales indications qui constituent la base de la thérapeutique.

« Quant à combattre l'hydropisie elle-même, cette indication qui est une des premières et des plus importantes à remplir dans les autres espèces, l'est ici beaucoup moins. »

4° *Hydropisies par cause spécifique et également probablement due à une altération du sang, mais inconnue dans sa nature.* — Il n'y a qu'une seule espèce d'hydropisie qui peut être rangée dans cette classe, c'est celle qui survient quelquefois à la suite de la scarlatine. Les purgatifs et les diurétiques réussissent généralement bien en pareil cas.

5° *Hydropisies passives proprement dites.* — Les anciens avaient rangé dans cette classe toutes les hydropisies par anémie. M. Becquerel n'en admet qu'une seule espèce, c'est celle qui survient dans les membres paralysés.

« Chez les enfans, dit-il, la paraplégie est une conséquence assez fréquente des maladies de la moelle, soit simples, soit dues à une carie vertébrale. Au commencement de sa production la paraplégie est le seul phénomène; mais à mesure qu'elle se prolonge, qu'elle devient plus complète, et sans qu'il existe d'ailleurs d'etat anémique bien caractérisé, les membres s'infiltrent peu à peu de sérosité, la distension devient même énorme; peu à peu l'hydropisie fait des progrès, le péritoine se remplit de sérosité et quelquefois même les plèvres. »

6° *Hydropisies par obstacle mécanique à la circulation veineuse.* — Elles sont liées aux maladies organiques qui leur ont donné naissance. Les maladies du cœur, la cirrhose du foie, quoique rares chez les enfans, ont été cependant observés et M. Becquerel les vues donner naissance à des hydropisies. Il en est de même du développement de tubercules qui peuvent comprimer les gros vaisseaux veineux. L'histoire de ces affections ne peut être exposé ici.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES, tome 2, année 1841.

I. *Observation sur un cas d'accouchement compliqué d'hémorrhagie par suite de la rupture des vaisseaux ombilicaux qui offraient une insertion anormale ;* par M. le docteur DE MEYER.

Une dame, âgée de 45 ans, d'un tempérament bilio-sanguin et jouissant de la meilleure santé, était parvenue sans accidens à terme d'une septième grossesse, lorsque, assise sur un canapé, elle sentit dans tout son corps un bruit de déchirure sans éprouver la moindre douleur. Immédiatement elle éprouve la sensation d'un liquide qui coule entre ses cuisses; elle était inondée de sang. M. de Meyer est aussitôt appelé, et le toucher lui fait découvrir : « la chute du cordon ombilical hors de la vulve; un écoulement de sang ainsi qu'une masse de caillots dans le vagin; le col utérin mou, dilatable et offrant une ouverture de la grandeur d'une pièce de cinq francs; la tête de l'enfant dans la première position. » En appliquant la main sur l'abdomen, il ne sent aucun mouvement de l'enfant, et le cordon ombilical, exploré avec une scrupuleuse attention, ne fait apercevoir aucun battement artériel.

M. de Meyer se demande quelle était la conduite à tenir en pareil cas. L'abandon du travail aux forces de la nature, le refoulement du cordon ombilical dans la matrice, l'emploi du forceps, l'administration du seigle ergoté ne lui paraissait pas convenir dans cette circonstance, et il en donne en peu de mots les motifs. La version de l'enfant est à ses yeux la seule ressource pour sauver la mère et peut être aussi l'enfant.

La femme est aussitôt délivrée, mais l'enfant était mort. L'expulsion du placenta eut lieu en temps ordinaire, la matrice se contracta, et le rétablissement de la femme ne rencontra aucun obstacle.

Le placenta fut examiné avec soin, et voici le résultat de cet examen :

« Le cordon ombilical se terminait brusquement sur la périphérie des membranes, à sept millimètres du bord libre du placenta, par une espèce de bourrelet qui donnait naissance à trois troncs principaux, un moyen et deux latéraux, l'un gauche et l'autre droit. Le tronc moyen qui était la veine ombilicale, après

avoir parcouru un trajet de quinze millimètres, se divisait en deux branches, lesquelles se dirigeaient vers la face fœtale du placenta, sur laquelle elles se divisaient à l'infini. Le tronc latéral gauche, qui était l'une des artères ombilicales, parcourait une étendue de dix millimètres; là il se divisait en deux branches, dont l'une externe, se subdivisait et se perdait en entier sur le sac membraneux, tandis que l'autre, interne, se dirigeait vers le placenta sur lequel elle se divisait et se perdait. Ce tronc latéral, à 6 millimètres de sa naissance, offrait une rupture complète, dont les deux extrémités se remarquaient sur les bords des membranes déchirées. Le tronc latéral droit, qui était l'autre artère ombilicale, se rendait, sans se diviser, aux membranes : parvenu à 85 millimètres de son origine, il offre également une rupture, dont les extrémités se voient sur les bords de la déchirure que le sac membraneux a subie lors de sa rupture avant l'accouchement. »

II. *Observation de tétanos traumatique, guéri par l'ablation de la partie primitivement lésée;* par M. le docteur P. Buys.

Le 1er juillet 1836, un soldat, âgé de 25 ans, tombe de cheval et se fait une plaie transversale à la face palmaire du pouce de la main droite, à la partie correspondante à l'articulation phalango phalangettienne, de l'étendue de six lignes. Un traitement approprié est mis en usage, et, le 14 du même mois, tous les symptômes inflammatoires ont disparu; la petite plaie est entièrement cicatrisée. Mais, dans la nuit de ce jour, cet homme est pris d'un serrement convulsif des mâchoires; un état tétanique se déclare, et les jours suivans cette affection morbide acquiert une très grande intensité. Le 16, dans un effort qu'il fait pour se cramponner à la planche de son lit, il se luxe le pouce malade à l'articulation carpo métacarpienne. On fait des tentatives inutiles de réduction. Le 25, dans le renouvellement de ces tentatives, la cicatrice de la plaie est déchirée. Les jours suivans l'articulat on se tuméfie. Cependant le tétanos persiste pendant tout ce temps. Des saignées nombreuses et abondantes sont pratiquées; 170 sangsues sont appliquées à différens intervalles. Les préparations opiacées sont également employées à des doses variées, enfin, toute la série des médicamens préconisés contre cette cruelle maladie sont mis en usage et restent impuissans. Cet état durait depuis quatorze jours et on n'avait obtenu que des améliorations momentanées; la maladie avait enfin acquis une gravité extrême, lorsque M. Buys pensa, qu'à l'exemple de M. Larrey, on pourrait peut-être triompher du mal en sacrifiant le pouce malade. Cette amputation fut pratiquée le 28 du même mois, c'est-à-dire quatorze jours après les premiers symptômes du tétanos; « et, dit l'auteur, elle ne fut pas plutôt faite, que nous fûmes réduits au rôle de spectateur, et que nous vîmes le pénible cortége des symptômes tétaniques se dissiper comme par enchantement. »

Cette observation est intéressante à plus d'un titre; c'est pourquoi nous avons cru devoir la faire connaître.

III. *Deux observations de fistules à l'anus, guéries par la ligature;* par M. le docteur Delhaye.

Première observation. Un homme âgé de 45 ans, porte, depuis dix-huit mois, à l'anus, une fistule avec callosités et grande dénudation intestinale, fistule déjà traitée sans succès par différens moyens. Ces homme préférait renoncer à la guérison de son infirmité plutôt que de se soumettre à l'instrument tranchant. M. Delhaye proposa la ligature; elle fut acceptée. Voici comment il procéda à cette opération : le malade est placé sur une table garnie d'oreillers, un stylet boutonné est introduit dans le trajet fistuleux, mais il ne peut pénétrer jusque dans les intestins, il est arrêté à la paroi externe de cet organe. On introduit alors à la place du stylet le bout arrondi d'une corde en ré de violon. Le reste de cette corde, au dehors, est enveloppé d'un linge et fixé par une emplâtre agglutinative et un bandage en T; lavemens d'eau tiède pour faciliter la rentrée de cette corde dans l'intestin. Trois jours après, la perforation intestinale a lieu; elle existe à plus de deux pouces de hauteur. Le bout interne de la corde à boyau est ramené au dehors par la cavité de l'intestin. Les deux bouts de cette corde sont alors liés ensemble et médiocrement serrés sur une compresse. Chaque jour on augmente la constriction du lien. Trente jours après, il ne reste plus qu'une mince bride de peau ra atinée, que l'on coupe d'un seul coup. Cette petite plaie s'est promptement cicatrisée, et la guérison ne s'est jamais démentie.

Deuxième observation. Un homme, âgé de 30 ans, porte depuis six mois une fistule qu'il refuse à se faire opérer par l'instrument tranchant. M. Delhaye employa chez ce malade le même procédé que précédemment, et la guérison radicale fut obtenue dans une vingtaine de jours.

En reproduisant ici ces deux faits, nous n'avons nullement l'intention de préconiser la ligature aux dépens de l'incision. Mais comme il est des cas où cette dernière ne peut point être employée, le procédé de Richter mis en pratique par M. Delhaye, nous paraît devoir mériter la préférence sur tous les autres procédés de ligature; et c'est pourquoi nous avons rapporté les deux observations qui précèdent.

IV. *De la blennorrhée des nouveau-nés et du pannus;* par A. Schrey-Vorstman.

A. *Blennorrhée des nouveau-nes.* Nous ne mentionnerons que ce que dit l'auteur sur le traitement de cette affection parvenue au deuxième et troisième degré (phlegmatorrhée, pyorrhée.)

D'après mes observations pratiques, dit il, j'établirai les règles de conduite suivantes :

« 1° Le nitrate d'argent est un moyen reconnu par l'expérience comme propre à combattre les ophthalmies purulentes en général.

» 2° La blennorrhée des nouveau-nés, appartenant aux ophthalmies purulentes, cet agent y trouve son application, non pas à l'état solide, mais dissous.

» 3° Quoiqu'on ait recours au nitrate même à l'état solide, dès le début même des ophthalmies purulentes, en général, il me semble qu'eu égard à la cause la plus commune de la blennorrhée des nouveau-nés, c'est-à-dire l'impression du froid, qu'il faut d'abord tenter les moyens simples et entretenir la propreté. Et si, malgré ceux ci, la phlegmatorrhée ne diminue pas ou menace de passer à l'état de pyorrhée, qu'alors l'usage d'une solution de sel d'argent sera indiquée; car la cautérisation me semble un moyen hasardé, considérant que la délicatesse des organes de la vision à cette époque de la vie exige de la prudence.

» 4° Cependant, lorsque l'on reconnaît l'existence des causes spécifiques, surtout d'une complication syphilitique, on aura recours à la solution de nitrate d'argent, aussitôt que la blennorrhée se déclare, parce que je crois que les matières sécrétées ne sont pas identiques.

» 5° Lorsqu'il n'existe pas de diascrasie ou que des causes spécifiques ne sont pas en jeu, en un mot, dans les phlegmatorrhées bénignes, on pourra tour à tour et simultanément, en observant les soins déjà décrits de propreté, se servir d'une application des topiques, comme le laudanum liquide de Sydenham étendu, la solution de sublimé (la liqueur de Conradi), le chlorure de soude liquide, l'onguent de précipité rouge de mercure, etc.

» 6° Quand on est appelé dans le cas où le degré de pyorrhée existe déjà, je pense qu'une solution de nitrate d'argent se trouve indiquée, sans avoir égard aux causes qui ont développé l'ophthalmie. Enfin, je crois devoir appeler l'attention sur le danger qu'il y a de toucher la cornée transparente avec la pierre infernale, motif de plus pour s'en abstenir dans l'ophthalmie des nouveau-nés, puisque la cornée, à cette époque de la vie, constitue une si grande partie du globe oculaire. »

B. *Du pannus.* Cette affection consiste, suivant l'auteur, dans un état hypertrophique des vaisseaux de la muqueuse scléroticale et de celle de la cornée : pour le prouver, il puise ses argumens dans les principes généraux de l'anatomie pathologique. Comme le pannus a été souvent confondu avec le ptérigion, M. Schrey Vorstman cherche à établir la différence qui existe entre ces deux affections. Ces différences se déduisent de la symptomatologie, de l'étiologie, du pronostic et du traitement de ces deux états morbides.

Archives de la médecine Belge.

(Septembre, octobre, novembre et décembre 1841. — Janvier et février 1842.)

I. *Observations de médecine pratique sur l'expulsion du tœnia par la racine de fougère mâle;* par M. le docteur Daumerie.

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé d'appeler l'attention des praticiens sur l'efficacité de la racine de fougère mâle contre le tœnia; efficacité anciennement constatée, mais qui paraissait tombée dans l'oubli depuis que l'écorce de racine de grenadier sauvage a été proclamée le spécifique par excellence pour provoquer l'expulsion de ce ver. M. Daumerie s'est proposé, en outre, de démontrer que les vers intestinaux, le tœnia surtout, sont souvent la cause de maladies plus ou moins graves.

A l'appui de la première proposition, il rapporte quatre observations, tirées de sa pratique, relatives à des sujets atteints du tœnia et qui en ont été débarrassés par l'administration de la poudre de fougère mâle, selon la méthode de Nouffer. Dans un cas, la tête du ver n'a pas été trouvée; mais dans les trois autres, cette partie du ver a été distinctement reconnue parmi les matières évacuées.

M. Daumerie pense que ces quatre observations, les trois dernières surtout, prouvent beaucoup en faveur des propriétés tœnifuges de la racine de fougère mâle, et il conclut qu'il n'y a pas de motifs suffisans pour lui préférer exclusivement l'écorce de la racine de grenadier, qui, dit-il, irrite fortement les viscères digestifs, provoque de la cardialgie, des angoisses, des nausées, des vomissemens, des coliques violentes et excite le système cérébro-spinal. Le prix élevé de l'écorce de la racine de grenadier, comparé à celui de la fougère mâle, qui est peu coûteuse, dont le goût n'est pas désagréable, qui peut être administrée sous un petit volume, quand on choisit l'extrait raisineux, qui n'occasionne enfin aucun désordre appréciable, lui paraît aussi devoir être pris en sérieuse considération. Pour justifier ces assertions, M. Daumerie ne se contente pas des résultats qu'il a lui-même obtenus, il expose encore les observations pratiques de plusieurs autres auteurs, relatives à l'emploi de la fougère mâle et de l'écorce de grenadier sauvage. Les effets comparatifs de l'un et de l'autre de ces médicamens sont à l'avantage de la racine de fougère mâle, quant à leur action sur l'économie animale. En conséquence, sans proscrire l'usage de l'écorce de la racine de grenadier sauvage, M. Daumerie proteste contre l'abandon injuste de la fougère mâle, qui, selon lui, doit tout au moins rester sur la même ligne que la première.

Quant à la seconde proposition de son mémoire, proposition que l'expérience a d'ailleurs rendue incontestable, M. Daumerie s'appuye sur des faits empruntés à J. Frank, Ferrus, Esquirol, etc.

II. *Exostose et carie de la dixième et onzième côte, à la suite de leur fracture; résection; guérison;* par M. G.-J. Jacquet.

Cette observation étant intéressante à plus d'un titre, nous croyons devoir en rapporter ici les principaux détails. Pierre Vilain, journalier actuellement âgé de 48 ans, avait reçu, il y a trente cinq ans, un coup de fourche au côté droit du thorax; deux côtes avaient été fracturées; à l'aide d'un traitement approprié, il fut assez promptement rétabli; mais, il conserva à l'endroit de la fracture une tumeur qu'il évalue à la grosseur d'un œuf de pigeon, et assez fréquemment il se trouvait atteint de dyspnée plus ou moins incommode.

La vie dure des champs ne lui permit point d'attacher de l'importance à ces résultats de sa blessure, et jusqu'en 1840 il n'avait eu recours à aucun médecin. Pendant la longue période d'années qui s'était écoulée, la tumeur avait pris, mais lentement, un extrême accroissement; elle était venue à égaler le volume du poing, et puis la dyspnée devenait de plus en plus fréquente; enfin l'inflammation se développa dans cette tumeur, et malgré l'emploi des cataplasmes, cinq fistules s'établirent et permirent de constater que ces dixième et onzième côtes considérablement hypertrophiées, étaient en même temps affectées de carie.

La constitution du malade se détériorait de plus en plus, le marasme faisait des progrès rapides. C'est en présence de ces accidens, qui acquéraient une gravité de plus en plus grande, et persuadé, après un examen attentif de l'état sain du parenchyme pulmonaire, que M. Jacquet proposa la résection des deux côtes malades. Cette opération fut pratiquée le 7 avril 1841; après avoir mis les os à découvert, ce chirurgien en fit la résection avec une pince. La plèvre fut ouverte; néanmoins; aucun accident important ne vint entraver la guérison, qui fut complète au bout de deux mois.

III. *De l'emploi de l'assa fœtida dans la coqueluche;* par M. le docteur Rieken.

Tous les médecins de l'époque actuelle n'attribuent pas la même efficacité à l'assa-fœtida dans le traitement de la coqueluche. M. Rieken n'hésite point à s'associer au nombre de ceux qui apprécient les vertus médicatrices de cette substance. Il a fait des expériences sur une grande échelle, lors de l'apparition d'une épidémie de coqueluche qui eut lieu dans son district pendant les années de 1829 à 1852, laquelle n'avait pas encore cessé en 1834; et ces expériences se sont également confirmées dans plusieurs cas de la même maladie qu'il a eu à traiter à Bruxelles. Cependant nous devons ajouter que M. Rieken est loin de regarder l'assa-fœtida comme une panacée ou comme un spécifique contre la coqueluche; mais il considère ce médicament comme un des meilleurs que possède la matière médicale contre cette affection. Il affirme que jamais il n'a eu à déplorer la perte d'aucun enfant atteint de la coqueluche, sur lequel il a été à même de faire usage de l'assa-fœtida; jamais aussi il n'a vu survenir des maladies secondaires par suite de l'emploi de ce médicament, bien qu'il ait été administré par lui d'une manière assez hardie et à des doses assez fortes.

D'après M. Rieken, l'assa-fœtida doit être employé avec persévérance, si on veut en obtenir de bons résultats, et le donner à des époques appropriées à son usage. Ce médicament a paru produire les meilleurs effets, lorsque l'époque fébrile est passée, que la maladie est arrivée à sa période, et qu'elle n'est pas accompagnée de bronchite ou d'autres symptômes inflammatoires. C'est sur les enfans scrofuleux ou rachitiques que l'heureuse influence de ce traitement est la plus marquée.

On sait toutes les difficultés qu'on éprouve pour faire prendre l'assa-fœtida aux enfans. La forme pilulaire est une des plus mauvaises que l'on puisse employer en pareil cas. C'est en lavement que l'auteur l'administre. Sa formule consiste en deux scrupules d'assa fœtida mêlés à une quantité suffisante de jaune d'œuf, le tout dissous dans quatre à huit onces d'eau. On prépare avec ce mélange de 10 à 12 lavemens pour les enfans de 9 à 12 mois; on en fait 4 à 6 pour ceux qui sont âgés de 3 ans, et on n'en fait que 2 ou 3 pour les enfans plus âgés. Il suffit, dit l'auteur, d'administrer ordinairement dans les cinq ou sept premiers jours de la maladie, deux lavemens par jour, quoique dans plusieurs cas, il me soit arrivé d'en faire prendre au début de l'affection trois et même quatre par jour. Ce temps écoulé, on peut se borner à un seul lavement par jour; alors M. Rieken conseille de l'administrer entre huit et dix heures du soir, parce qu'il contribue, dit il, à calmer les accès de toux de la nuit. S'il survient de la diarrhée, on l'arrête en augmentant la quantité de jaune d'œuf et en y ajoutant de l'amidon et de la gomme arabique; s'il y a du ténesme, on fait faire des injections avec de l'huile d'olive ou on la fait entrer dans la composition des lavemens. Le praticien est d'ailleurs chargé, comme toujours, de prendre en considération les diverses complications qui pourraient survenir.

Quoique M. Rieken préfère employer l'assa-fœtida en lavemens, il dit avoir fait quelque fois usage de ce médicament à l'extérieur sous forme de pommade ou de liniment : un drachme par once d'axonge et d'huile. Il fait faire, deux fois par jour, avec cette pommade des frictions sur le ventre, sur la poitrine, sur la colonne vertébrale ou à la plante des pieds. Quelques encore, il a eu recours à la teinture de cette substance appliquée au moyen de compresses, sur le creux de l'estomac ou à la nuque. Mais, nous le répétons, c'est aux lavemens qu'il accorde la préférence.

L'auteur termine son mémoire en faisant observer que ni l'assa-fœtida ni aucun autre anti-spasmodique employé seul, ne paraît développer de grandes vertus médicatrices dans la coqueluche, lorsque celle-ci est parvenue à la troisième période et lorsque la toux a déjà perdu en partie sa forme caractéristique.

Dans ce cas, tout en continuant l'usage de l'assa-fœtida, il est utile et même nécessaire de lui associer les toniques pour faire disparaître les derniers symptômes de la maladie. La gélatine de mousse d'Islande, le quinquina, le sulfate de quinine, la douce-amère, le chardon bénit, etc., sont les médicamens qui conviennent alors le plus souvent.

IV. *Observations d'othorrée cérébrale;* par M. le docteur Goossens.

Après avoir fait ressortir en peu de mots l'intérêt qu'offrent les maladies de l'organe de l'ouïe, l'auteur rapporte l'observation détaillée d'un sujet lymphatique, âgé de 25 ans, qui, à la suite d'un coup reçu sur l'oreille droite, à l'âge de 10 ans, fut pendant quinze ans en proie à des douleurs de tête; enfin, une encéphalite survint et emporta le malade au bout de quelques jours. L'autopsie fit découvrir, outre les signes d'une congestion cérébrale, une désorganisation très étendue, un vaste abcès enkysté dans l'hémisphère droit et une carie du rocher. M. Goossens pense que la violence du coup reçu dans la jeunesse a pu produire, surtout chez un lymphatique, d'abord la carie de l'apophyse mastoïde et plus tard celle de l'os pétreux, que l'abcès du cerveau s'est développé d'une manière lente et progressive; ces altérations ayant, selon lui, marché isolément. Il rapporte l'affection à celles où l'inflammation commence simultanément dans l'oreille et dans le cerveau. L'auteur mentionne ensuite deux autres cas d'otorrhée cérébrale suivis d'autopsie, qui, avec la première observation, semblent venir confirmer les classifications admises par le docteur Albert de Bonn, en otorrhées cérébrales primitives (la suppuration se propage du cerveau à l'oreille), en otorrhées cérébrales consécutives (la suppuration se propage de l'oreille au cerveau), enfin en otorrhées cérébrales mixtes (l'oreille et le cerveau sont pris en même temps, et il est impossible d'indiquer avec certitude l'organe primitivement affecté).

V. *Thérapeutique de la coqueluche;* par M. le docteur Jourdain.

Dans ce travail qui n'est pour ainsi dire qu'une nomenclature des divers médicamens préconisés à différentes époques contre la coqueluche, l'auteur établit les conclusions suivantes :

« Les vomitifs, coup sur coup d'abord, puis à des intervalles peu éloignés, le sirop de séné et de violette, le sirop diacode, la pommade de belladone et les ferrugineux, sont les moyens les plus efficaces à opposer à la coqueluche. — Le changement d'air, ou du moins la désinfection de l'air ambiant, par les chlorures, sont des précautions hygiéniques qu'il ne faut point négliger. »

VI. *Thérapeutique de la dysenterie;* par le même médecin.

Dans ce travail, qui est conçu dans le même esprit que le précédent, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

« Dans les cas graves : eau stibiée à doses émétocathartiques; vésicatoires, eau fraîche. Dans les cas légers : sirop de séné et de violette; acétate de morphine avec le tartre stibié ou le calomel. »

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 4 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 67. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Clinique des maladies chroniques.

Accouchement récent. Flaccidité des parois abdominales. Distension gazeuze du ventre. Coliques violentes et continuelles. Compression. Guérison. Quelques mots sur la compression.

Au numéro 2 de la salle Sainte-Thérèse, consacrée au traitement des nourrices et des enfans à la mamelle, était couchée une femme qui sort aujourd'hui parfaitement guérie.

Vous vous rappelez l'histoire de cette malade ; elle est accouchée, pour la troisième fois, six semaines avant d'entrer dans notre service. Presque immédiatement après la délivrance, à l'époque où régnait dans les hospices d'accouchemens une épidémie de fièvre puerpérale dont nous avons eu tant et de si tristes exemples dans nos salles, notre malade commença à éprouver dans le ventre des douleurs très vives, du malaise, de l'anorexie. Les digestions devinrent d'abord difficiles, puis impossibles ; et bientôt, ne pouvant plus s'occuper des soins de sa famille et de sa maison, elle fut conduite à l'hôpital Necker avec son enfant.

Un examen attentif nous permit de constater les phénomènes suivans : météorisme considérable, douleurs très aiguës dans tout le ventre, augmentant par la palpation ou par la percussion. Partout la percussion donne un son tympanique. L'écoulement lochial continue. La sécrétion du lait est peu abondante. Peu de fièvre. Anorexie. Violente gastralgie; peu de soif.

Le diagnostic était assez embarrassant. Dans le cours d'une épidémie de fièvre puerpérale, lorsque nous recevions toutes les semaines, dans nos salles, des femmes atteintes par la maladie régnante, notre idée devait être immédiatement dirigée de ce côté. L'invasion de ces accidens presque aussitôt après l'accouchement, l'extrême vivacité des douleurs, la diminution de la sécrétion du lait, faisaient croire à la péritonite ; mais la fièvre était peu vive ; la peau n'était pas sèche ; l'épanchement dans le péritoine était nul ou presque nul. Or, il était difficile de comprendre qu'une péritonite aussi activement douloureuse eût duré un mois sans amener d'épanchement, sans apporter dans la constitution une altération profonde.

Excluant donc l'idée d'une péritonite, il me parut probable que tous ces accidens dépendaient de la flaccidité des parois abdominales.

Ce diagnostic étant devenu la base de ma thérapeutique, et d'une thérapeutique qui a réussi rapidement, je dois entrer dans quelques explications qui, peut-être, lui ôteront ce qu'il peut avoir de singulier.

Lorsque, par une cause quelconque, les parois abdominales ont été long temps et violemment distendues, et que tout à coup cette cause vient à ne plus agir, il en résulte une flaccidité considérable, et d'autant plus prononcée que l'on est plus voisin de l'époque où la distension a cessé. Peu à peu cette flaccidité diminue, et chez certains individus, les parois musculaires, et plus rarement la peau, recouvrent l'énergie et la tonicité qu'ils avaient auparavant. Le retour à l'état normal ou presque normal se fait assez promptement ; mais chez les femmes qui ont eu plusieurs gestations, ou des grossesses doubles, les muscles abdominaux ou ne reprennent jamais, ou ne reprennent que très lentement leur tonicité ; les parois du ventre restent constamment relâchées.

Les effets de cette flaccidité sont intéressans à considérer. Ils peuvent être immédiats ou médiats.

Pour bien comprendre ces effets, il est important d'indiquer ici d'une manière sommaire, le rôle que jouent les muscles de l'abdomen dans quelques manifestations de l'état de santé.

Les parois abdominales, par leurs mouvemens alternatifs, agitent les viscères gastriques et aident certainement à l'action que les intestins, par exemple, exercent sur la masse alimentaire. Quelle est leur influence sur le passage de la bile de la vésicule dans l'intestin, c'est une chose peu déterminée jusqu'ici ; cependant il est raisonnable de penser que cette influence n'est pas tout à fait nulle.

C'est là la moindre part des muscles et des aponévroses de l'abdomen. Par leur rigidité, ils doivent être considérés comme un appareil contentif, et la situation du diaphragme, du foie, de l'utérus est jusqu'à un certain point sous leur dépendance.

Mais ils agissent de la manière la plus puissante sur l'expansion des gaz contenus dans le canal alimentaire. Le gaz acide carbonique entre autres, est sécrété en grande proportion dans l'estomac et dans les intestins, et une partie est tenue en dissolution dans les liquides. Il est bien évident que cette dissolution est rendue d'autant plus complète et plus facile que la pression sera plus considérable. Que si, par une influence quelconque, cette pression vient à cesser ou à diminuer, à l'instant même l'expansion du gaz se manifeste par le dégagement de bulles nombreuses : c'est le fait grossier que nous observons tous les jours quand nous débouchons une bouteille de vin mousseux et d'eau de Seltz. Il en résulte une accumulation de gaz dans l'estomac et dans les intestins, et, par conséquent, un véritable météorisme.

Ce n'est pas là, messieurs, une vue de l'esprit ; lorsque l'on fait la paracenthèse dans un cas d'hydropisie ascite, lorsqu'une femme vient d'accoucher, on constate presque immédiatement un développement tympanique du ventre qui ne peut tenir à une autre cause qu'à celle que que je viens d'indiquer.

Constatons donc ce premier fait, et formulons-le de la manière suivante : lorsque les intestins sont comprimés par une tumeur, par l'utérus développé, par un épanchement dans le péritoine, par la résistance des parois du ventre, le gaz acide carbonique est dissous en grande proportion dans les liquides de l'intestin, et, si la compression vient à cesser le gaz cesse d'être dissous et se dégage immédiatement.

Si, comme cela arrive le plus souvent, à la suite de l'accouchement, les parois abdominales reprennent leur tonicité normale, le météorisme diminue tous les jours et finit par disparaître.

Mais si, au contraire, la peau et les muscles de l'abdomen restent flasques le météorisme continue et même il tend sans cesse à augmenter par le mécanisme suivant :

La distension des intestins par les gaz a sur le mouvement péristaltique une influence fâcheuse, et l'on conçoit que ce mouvement sera d'autant plus difficile que les tissus musculaires de l'intestin seront plus allongés. La digestion devient alors plus difficile, et la sécrétion gazeuse d'autant plus abondante. Le malade tourne donc dans un cercle vicieux ; car tandis que l'abondance plus grande de l'acide carbonique à l'état de gaz trouble la digestion par suite de la distension forcée de l'intestin, le trouble de la digestion facilite le développement d'une quantité de gaz plus considérable.

Le tube digestif ne réagit plus sur la masse alimentaire comme il le faisait auparavant ; de là imparfaite assimilation, et, comme conséquence, viciation de la matière alimentaire, qui devenant un stimulus anormal pour l'intestin, l'irrite à la longue, et finit par engendrer l'anorexie, les gastro-entérites chroniques, les gastralgies et les entéralgies. La distension gazeuse peut occasionner en outre des coliques continuelles, et rendre l'exercice à pied et même en voiture, sinon impossible, du moins très difficile.

Dans la série d'accidens qui peuvent être causés par la flaccidité des parois abdominales, il ne faut point oublier la constipation. Non pas, Messieurs, que j'admette dans ce cas une sécrétion moins abondante de sucs intestinaux ; mais la défécation, comme vous le savez, est très puissamment aidée par les muscles de l'abdomen, et l'on comprend que, lorsque ceux-ci ont perdu leur ressort, ils ne puissent plus venir en aide à l'intestin dont la contraction est presque impuissante à produire l'évacuation du bol excrémentitiel. Il en résulte une accumulation de matière stercorale dans l'S iliaque du colon, dans le rectum lui-même ; accumulation qui n'est certes pas

---

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EMPLOYER LE NITRATE D'ARGENT DANS QUELQUES OPHTHALMIES;

Par M. le docteur DESMARRES.

(Suite du numéro 21. — 17 février.)

§ VI. *Cas particuliers dans lesquels le collyre de nitrate d'argent peut être employé selon notre méthode. Quelques mots sur ceux où il est contre indiqué.*

1° CONJONCTIVITES.

A. *Conjonctivite simple.*

A son début, c'est-à-dire au moment où l'inflammation est dans sa marche ascendante, on pourrait sans doute, et avec certitude de succès, employer de la manière indiquée le collyre de nitrate d'argent. Mais lorsque la conjonctive est simple, il n'y a aucune injection dans la sclérotique ; la pupille est mobile, normalement ouverte ; en un mot, il n'y a point de photophobie. Il est donc, jusque-là, plus rationnel de s'en tenir aux moyens généraux, tels que des purgatifs salins, des bains de pieds, etc., et de passer plus tard à de légers collyres astringens.

Malheureusement, l'inflammation de la conjonctive tend souvent à passer aux membranes internes, et celles-ci présentent alors tous les signes d'une congestion plus ou moins vive et des phénomènes d'autant plus importans à reconnaître, que si on les néglige, l'œil peut être gravement compromis. Ainsi, la sclérotique, saine jusque-là, se couvre de vaisseaux, l'iris perd plus ou moins de sa mobilité normale, sans que sa coloration cependant soit aucunement altérée ; la pupille se resserre un peu, la photophobie et l'épiphora surviennent ; enfin on voit tous les symptômes d'une hypérémie oculaire active. Il n'y a pas à hésiter alors ; le collyre de nitrate d'argent, employé de la manière indiquée, fera bientôt tout disparaître. Mais si au lieu d'une simple hypérémie il existe un commencement d'inflammation des membranes internes, il faut se hâter de recourir à une médication antiphlogistique décidée.

B. *Conjonctivite catarrhale.*

Elle rentre tout à fait dans le cas de la précédente. Au début, on doit se comporter comme si la conjonctivite était simple. Lorsqu'on a à craindre un chémosis inflammatoire ou séreux, il faut se hâter d'avoir recours au nitrate d'argent selon notre méthode, pour arrêter le gonflement dans sa marche, avant que l'inflammation n'ait atteint les membranes internes, et avant que des épanchemens interlamellaires plus ou moins larges et profonds ne se soient formés dans la cornée. Hâtons-nous de dire cependant que ces épanchemens, lorsqu'ils sont circonscrits et superficiels, ne sont point une contre-indication à l'emploi du collyre.

Lorsque la maladie, sans complication de chémosis, en est à sa deuxième période, c'est-à-dire à l'écoulement plus ou moins abondant de matière jaunâtre, quelques applications journalières de sulfate de cuivre en crayon sur les conjonctives palpébrales, aidées de collyres astringens, tels que ceux de plomb, de zinc, de cuivre, etc., suffisent toujours pour ramener les tissus à des conditions normales.

Si la maladie, passée à l'état chronique, s'est compliquée de granulations sur les conjonctives (cas applicable aussi aux conjonctivites purulentes), ce n'est nullement une indication de recourir au nitrate d'argent en collyre, surtout si ce collyre est faible, les conjonctives granulées prenant rapidement la couleur noirâtre indélébile dont nous avons parlé plus haut. (V. § III.) Il faut alors pratiquer l'excision des granulations combinée à la cautérisation, ou la cautérisation seule, selon le cas.

C. *Conjonctivite des nouveau-nés. — Conjonctivite purulente. — Conjonctivite blennorrhagique.*

Il serait oiseux de répéter ici que le nitrate d'argent a rendu d'immences services dans ces maladies, surtout avant que la cornée ne fût atteinte profondément. Graëfe le premier, ainsi qu'on l'a vu dans le § II, avait déjà recommandé ce moyen dès l'année 1824. Néanmoins, si l'on étudie les résultats publiés de tous côtés, on ne tarde pas à reconnaître que l'emploi du nitrate a souvent échoué même dans les mains les plus habiles, très probablement ; entre autres circonstances, parce qu'il était prescrit à dose ou trop forte, ou trop faible, et surtout, dans ce dernier cas, parce que les instillations répétées à trop grande distance permettaient à la réaction de survenir. Employé de la manière que nous avons indiquée, le nitrate nous a été du plus grand secours dans les affections dont nous nous occupons, et nous ajouterons même que dans ces cas il ne nous est pas arrivé de résultats fâcheux en réalité.

Nous avons observé, en effet, que le nitrate d'argent employé selon notre méthode, met l'œil malade à l'abri du gonflement énorme qui ne manque pas de survenir par le fait même de la maladie, et que ce gonflement augmente soit après les cautérisations avec le crayon, soit à la suite de l'usage des solutions à dose très concentrée. Par ces deux derniers moyens, il est vrai, on arrête souvent l'écoulement purulent, mais le gonflement, sous-jacent à l'escharre de la muqueuse, détermine par la compression des lésions de la cornée qu'on aurait pu éviter.

Un autre inconvénient de ces cautérisations c'est que, pour agir de nouveau, il faut attendre la chute des parties détruites qui, pendant tout le temps qu'elles restent en place, mettent les tissus qu'elles recouvrent à l'abri des collyres qu'on pourrait avoir prescrits, circonstance à considérer dans une affection dont la marche est si rapide. Nous croyons donc qu'il est souvent très fâcheux pour le malade atteint d'ophthalmie purulente, d'employer un moyen qui, par son application, augmente, ou souvent même provoque le gonflement qui accompagne toujours cette maladie, et qui, d'un autre côté, n'agit pas d'une manière continue sur les parties malades.

Par notre méthode, au contraire, on prévient le gonflement ou on l'arrête s'il existe, sans l'augmenter d'abord, et l'on agit sur l'œil d'une manière incessante, sans risque d'aucun inconvénient. Cependant nous devons nous hâter de dire qu'un autre moyen moins douloureux pour les malades, nous a également bien réussi dans les ophthalmies purulentes déclarées. Nous voulons parler des instillations presque continues pendant vingt-quatre heures et plus, d'un simple collyre de borax ou autre astringent faible entre les paupières au moyen d'une petite seringue, s'il y a beaucoup de gonflement. Ces instillations sont aidées de l'application d'une sangsue au-devant de chaque oreille chez les nouveau-nés, d'une ou plusieurs larges saignées chez les adultes, et surtout, dans tous les cas, de la cautérisation des quatre paupières avec le sulfate de cuivre répétée plusieurs jours de suite.

Je viens encore d'employer ce moyen, dans le courant de janvier, sur cinq individus atteints d'ophthalmie purulente, parmi lesquels se trouvait le garçon des pavillons de l'Ecole pratique et sa petite fille, âgée de deux ans seulement. Cette enfant avait communiqué la maladie à son père. Chez ces cinq malades, ce traitement a parfaitement bien réussi à ramener, dans l'espace de quatre à cinq jours, l'ophthalmie purulente à l'état de simple conjonctivite catarrhale, bien qu'elle se fût montrée sous la forme la plus aiguë (1).

(1) Parmi ces cinq malades, un enfant de trois ans et demi, dont nous avons publié l'observation dans les Annales d'oculistique de février 1842, a présenté un phénomène bien remarquable que nous n'avons vu signalé nulle part comme complication d'ophthalmie purulente. Il s'est développé sous nos yeux un épicanthus accidentel des plus étendue que nous ayons vus et qui a fini par disparaître entièrement vers le vingtième jour après l'invasion de l'ophthalmie. Nous pensons que l'érythème, l'érysipèle, les croûtes eczémateuses du grand angle de l'œil et des parties voisines jouent le principal rôle dans l'étiologie de cette affection. Il est donc nécessaire, d'après ce fait, de diviser les épicanthus en congénitaux et accidentels, et de subdiviser ces derniers eux-mêmes en permanens et en temporaires, ce qu'on n'a pas fait jusqu'ici.

sans inconvéniens.

Je viens, Messieurs, de vous tracer le tableau des accidens nombreux que peut causer la flaccidité trop grande de la peau, des muscles et des aponévroses de l'abdomen. Ces accidens s'observaient tous chez notre malade; mais le plus souvent ils ne se trouvent pas ainsi réunis, et ils se présentent ordinairement par groupes moins nombreux.

J'espère, Messieurs, que vous me pardonnerez cette longue discussion en faveur de son importance pratique; elle était d'ailleurs nécessaire pour justifier la thérapeutique que j'avais suivie.

Quelles étaient en effet les indications? Pour moi elles se résumaient en une seule: « Faire à l'abdomen une paroi artificielle et ferme qui suppléât aux parois affaiblies. » La compression méthodique me semblait devoir atteindre ce but.

J'ordonnai donc l'application d'un bandage de corps bien exactement serré et embrassant tout le ventre. On appliqua un bandage, et vous vous rappelez que, pendant les deux jours qui suivirent, les douleurs loin de diminuer avaient plutôt augmenté. Examinant alors l'appareil, nous nous aperçûmes qu'il consistait en un simple bandage de corps qui s'était roulé et qui ne comprimait qu'une zône du ventre. Nous fîmes alors appliquer une espèce de corset en coutil et sans baleines, qui se laçait du haut en bas. Ce corset passait derrière le bassin, sur les hanches, et couvrait également la base de la poitrine. Il procura un peu d'amendement dans les douleurs. Il fallait une compression encore plus énergique, mais les régions que le bandage entourait en haut et en bas étaient inflexibles, et le ventre ne pouvait être suffisamment comprimé. Nous fîmes alors placer entre la paroi du ventre et le corset une grande masse de compresses qui aplatissaient l'abdomen sans agir sur le thorax ni sur le bassin. Dès que cette modification eut été introduite, la guérison suivit immédiatement. Les coliques cessèrent ainsi que les douleurs d'estomac, la digestion, la défécation devinrent faciles, l'appétit se prononça au bout de deux jours; et aujourd'hui, Messieurs, ainsi que vous avez pu le constater, il ne reste rien de tout cet appareil de symptômes en apparence si graves.

Le traitement que j'ai fait ici est-il curatif? est-il seulement palliatif?

Le premier jour, il n'est évidemment que palliatif; il guérit tous ces accidens au même titre qu'un bandage herniaire, en contenant l'intestin et l'épiploon, fait cesser les vomissemens, les coliques, les tiraillemens d'estomac causés par le pincement dans l'anneau inguinal ou crural; mais notre traitement est curatif en ce sens que les parois de l'intestin dilaté reprennent presque immédiatement leur tonicité et leur aptitude fonctionnelle, et que les fibres des muscles abdominaux, qui ne sont pas distendus par les intestins météorisés, reviennent peu à peu sur elles-mêmes, et reprennent, après un temps plus ou moins long, sinon toute l'énergie de leur contractilité, du moins assez de vigueur pour remplir les fonctions qui leur sont départies.

Que si pourtant il y a une véritable éventration, des déchirures des aponévroses, l'application du bandage sera toujours nécessaire, comme elle l'est dans presque toutes les hernies.

J'ai dû, Messieurs, insister sur ce fait, parce que vous aurez souvent dans la pratique l'occasion d'en rencontrer de semblables, et que bien rarement, dans les autres services cliniques, où d'ailleurs vous puisez de si excellentes leçons, on appelle votre attention sur des affections de ce genre, si souvent inconnues dans leurs causes.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. H. LARREY.

1° Spina-ventosa du deuxième métacarpien. Amputation par la méthode ovalaire. 2° Carie des phalanges du doigt médius de la main droite. Désarticulation par la même méthode. Considérations générales sur ces affections.

Au n° 10 et au n° 6 de la salle des hommes, sont couchés deux malades affectés, l'un de spina-ventosa siégeant au métacarpe, l'autre de carie occupant tout un doigt.

Le malade du n° 10 est entré le 16 janvier dernier; il est âgé de vingt ans, étudiant en droit. Ce jeune homme s'aperçut, il y a environ deux ans, qu'il portait à la main droite, sur l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt, une rougeur permanente dont alors il ne tint pas compte. Mais peu de temps après, ayant voulu apprendre l'escrime, il fut bientôt forcé de renoncer à cet exercice à cause de la douleur que lui faisait éprouver dans ce point la compression résultant de la préhension de l'arme. Bientôt aussi cette douleur devint presque permanente, s'exaspérant au froid ou à une chaleur un peu vive; puis survint un gonflement qui augmenta progressivement.

Le malade consulta un médecin, qui lui fit appliquer un vésicatoire sur la partie affectée. La suppuration s'établit convenablement sans qu'aucune amélioration se fît apercevoir; il se forma, au contraire, un abcès qui fut suivi d'une fistule par laquelle on injecta une dissolution d'iodure de potassium sans obtenir aucun bon résultat.

Voici l'état du malade lors de son entrée à l'hôpital: il porte au bord interne de la main droite, dans la direction du cinquième métacarpien, une tumeur cylindroïde, sans fluctuation distincte, et présentant à son extrémité inférieure une petite ulcération à bords épais et fongueux, communiquant avec son foyer. En introduisant un stilet par cette fistule, il est facile de se convaincre que la tuméfaction est formée par l'os, dont le tissu est d'ailleurs assez ramolli dans ce point pour permettre à l'instrument de le traverser. Cet os est en outre le siége de douleurs permanentes assez vives. On prescrit des frictions mercurielles.

A tous ces caractères, on ne peut méconnaître un spina-ventosa, et la maladie est trop avancée pour qu'il soit possible d'essayer de la guérir autrement que par l'ablation des parties affectées.

Prise au début, cette affection cède quelquefois aux antiphlogistiques, aux topiques émolliens, que l'on seconde par un traitement général dirigé contre la cause probable du mal. Cette cause est le plus ordinairement le vice scrofuleux, et alors c'est presque toujours aux doigts que siége la maladie. Quelques auteurs ont nié cependant son existence dans ce cas, et n'ont vu dans le gonflement scrofuleux des doigts, qu'une ostéite simple se terminant par carie ou par nécrose. Mais n'est-ce point être trop exclusif, et ne peut-on admettre que la même cause puisse produire ces deux maladies de genre différent? Le spina-ventosa se montre presque toujours aux environs des articulations. C'est ainsi qu'on l'observe à la partie inférieure du fémur, à la partie supérieure du tibia, à l'humérus près de l'articulation scapulo-humérale.

Mais, il faut en convenir, l'étiologie de cette affection est encore fort obscure, et il arrive fréquemment qu'on ne sait à quoi rapporter son développement. Le malade qui nous occupe nous en offre un exemple: ainsi, ce jeune homme est de bonne constitution; il n'a jamais eu de scrofule, jamais de rhumatisme, jamais de syphilis. Il n'a jamais été soumis aux influences fâcheuses résultant d'une habitation humide, d'un mauvais régime alimentaire, etc. Il dit bien qu'étant enfant il aimait beaucoup à jouer avec la neige, et qu'il saisissait toutes les occasions de le faire; mais serait-il bien rationnel d'aller chercher si loin la cause d'une affection si récente? Il ne se rappelle point d'ailleurs avoir reçu de coup sur la partie affectée.

Le 19 janvier, l'opération fut pratiquée par la méthode ovalaire. Deux incisions, partant chacune du bord interne du métacarpien au-dessous de la tête pour venir se rencontrer entre le quatrième et le cinquième doigt, détachèrent les parties molles et l'articulation des quatrième et cinquième métacarpiens, puis on scia l'os; son extrémité supérieure fut conservée, non-seulement parce que l'affection ne l'avait point encore gagnée, mais encore pour n'avoir pas à ouvrir une seconde articulation et éviter ainsi autant que possible les accidens de réaction, les abcès, les fusées purulentes qui auraient pu s'ensuivre.

Il résulta de cette opération une plaie à bords écartés que l'on rapprocha au moyen de bandelettes agglutinatives, sans cependant pouvoir obtenir une adhérence complète. Cet écartement tenait à la tuméfaction des tégumens avoisinant la plaie, tuméfaction qui leur ôtait leur mobilité naturelle. Ces tégumens présentaient, en outre, quelques petites ulcérations. Mais il était à croire que, la cause du mal étant enlevée, la suppuration et la détersion de la plaie venant à se faire, ces désordres locaux cesseraient graduellement et permettraient plus tard l'adhérence qu'on ne pouvait obtenir alors. C'est ce qui arriva en effet.

Dans la journée qui suivit l'opération, le malade présenta quelques symptômes généraux de réaction qui s'apaisèrent après une saignée de 150 grammes.

Cinq jours après, on leva l'appareil: la plaie était un peu grisâtre, saignant au moindre contact; cependant des bourgeons charnus commençaient à paraître. Les pansemens furent renouvelés depuis tous les deux jours.

Ce malade, dit M. Larrey, a présenté ceci de remarquable que, pendant tout le temps que nous l'avons eu sous les yeux, nous avons pu observer chez lui une grande disposition aux hémorrhagies, sans pouvoir trouver, soit dans sa constitution, soit dans des phénomènes locaux, l'explication de ce fait. Ainsi, il avait de fréquentes épistaxis, et la plaie de la main, bien que suivant une marche régulière, saigna pendant longtemps chaque fois qu'on en renouvelait le pansement.

Le 30 janvier, la suppuration était abondante et louable; la tête du métacarpien conservée se recouvrait convenablement et était mobile sur le carpe; les bords de la plaie étaient assez rapprochés pour permettre de supprimer les bandelettes. Il y avait un peu de raideur dans le poignet, mais ceci ne présentait rien d'inquiétant et provenait sans doute de l'immobilité forcée de cette articulation.

Le 7 février, les bourgeons charnus avaient pris un développement assez considérable pour que l'on fût obligé de les réprimer.

Tout allait bien, lorsque le 10 de nouveaux accidens se manifestèrent. Le malade fut pris d'une céphalalgie intense; le pouls était fréquent, la soif vive; on pratiqua une saignée de 200 grammes. Le lendemain il y eut une épistaxis: les symptômes généraux s'étaient un peu amendés; la plaie était devenue grisâtre et sécrétait peu de pus.

Enfin, le 15 février une éruption varioloïde se déclara; elle était accompagnée d'une légère inflammation de gorge qui se dissipa bientôt sous l'influence de gargarismes émolliens.

Le 18, cette éruption commençait sa période de dessiccation. La plaie avait repris un bel aspect; les bords tendaient de plus en plus à se rapprocher et n'étaient séparés que par une ligne de bourgeons cellulo-vasculaires de bonne nature, qui

---

D. *Conjonctivite lymphatique, scrofuleuse, appelée aussi conjonctivite angulaire, partielle, avec ou sans pustules ou papules.*

Cette maladie, bornée à une partie seulement de la conjonctive bulbaire, doit être attaquée plutôt par un traitement général que local. La rougeur cède le plus souvent très vite à des purgatifs, au calomel à l'intérieur, aux iodures, aux préparations antimoniales, etc., mais s'aggrave rapidement sous l'influence des topiques astringens faibles, ainsi que nous l'avons dit plus haut, § III, et peut dégénérer bientôt, si l'on emploie ce moyen, en une ophthalmie rebelle avec photophobie opniâtre. Il n'est pas nécessaire, pour cette conjonctivite, de recourir à l'emploi du nitrate d'argent selon notre méthode. Nous avons exprimé notre opinion sur la cautérisation avec le crayon de nitrate, des pustules qui apparaissent sur la conjonctive dans cette maladie, nous n'y reviendrons pas ici.

2° KÉRATTIES. — PANNUS.

L'inflammation de la cornée se présente sous deux aspects différens selon qu'elle est primitive ou secondaire, c'est-à-dire selon qu'elle frappe d'emblée cette membrane ou qu'elle s'y propage par continuité de tissu. Dans le premier cas, la membrane transparente se dépolit en partie ou dans son ensemble sans que la conjonctive ait été préalablement malade; dans le second, au contraire, cette dernière s'est enflammée, et l'inflammation a gagné la cornée. Les kératites primitives n'amènent pas d'ordinaire d'inflammation de la conjonctive, du moins au début, mais se compliquent très fréquemment d'une ophthalmie interne, à marche très lente, qui finit par produire à la longue des adhérences entre l'iris et la capsule (synéchies postérieures) et des dépôts fibro-albumineux sur cette membrane. Cette inflammation interne de l'œil est parfois si insaisissable et toujours si insidieuse, qu'on en reconnaît l'existence, sinon le passage, par ses résultats plutôt que par les symptômes qui la décèlent. Les kératites secondaires, au contraire, qui sont vasculaires pour la plupart, s'accompagnent souvent, pour ne pas dire toujours, dès leur début, de tous les signes d'une vive congestion iridienne, scléroticale et rétinienne avec grande photophobie, symptômes qui peuvent être rapidement suivis d'une ophthalmie interne très franche, surtout si l'inflammation naissante n'a pas été jugulée par des moyens convenables.

Maintenant que nous sommes fixés sur les mots, étudions, sous le point de vue de l'emploi du nitrate d'argent, les diverses kératites et les lésions qu'elles entraînent après elles, c'est-à-dire les épanchemens intrà-lamellaires, les ulcérations, les pannus, etc.

1° *Kératites primitives.* — Elles ne sont précédées ni accompagnées de conjonctivite et ne réclament pas l'emploi du nitrate d'argent.

La *kératite pointillée*, par exemple, qui sera de notre part l'objet d'un mémoire spécial et qui est dans ce cas, disparaît quelquefois sous la double influence de cet agent et d'un traitement interne approprié, ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater plusieurs fois; mais comme elle est le plus souvent compliquée d'ophthalmie interne très latente qui commence par la membrane de l'humeur aqueuse, que dans ces cas les topiques sont contre-indiqués, le nitrate d'argent me semble devoir être mis hors de cause.

La *kératite primitive ou non vasculaire* ne me semble être qu'un degré plus avancé de la précédente, et je me fonde sur ce que les caractères physiques de l'une et de l'autre, à l'intensité près, ont beaucoup d'analogie, et en outre sur ce fait que toutes deux s'accompagnent bien souvent d'adhérences entre la cristalloïde et l'iris, et sont très rebelles. Ce que j'ai dit à propos de la kératite pointillée sur l'emploi du nitrate d'argent, est donc applicable à la kératite primitive ou non vasculaire, à laquelle MM. Mackensie et Velpeau donnent pour principal caractère une teinte vert de mer uniformément répandue sur la cornée.

2° *Kératites secondaires.* — Pendant la durée d'une conjonctivite aiguë avec irritation des membranes internes, il peut arriver, soit que des vaisseaux en plus ou moins grand nombre apparaissent sur la cornée, (kératites vasculaires), soit qu'un ou plusieurs épanchemens de lymphe plastique se forment d'emblée entre les lamelles de cette membrane. Etudions d'abord les *kératites vasculaires* que nous diviserons en SUPERFICIELLES, *partielles* ou *générales*, *aiguës* et *chroniques*, et en KÉRATITES PROFONDES, *partielles* ou *générales*. Ensuite, nous dirons quelques mots des épanchemens interlamellaires et des ulcères de la cornée.

A. *Kératites vasculaires,* SUPERFICIELLES, *partielles ou générales, aiguës et chroniques.*

Ces kératites, qu'elles soient aiguës ou chroniques, présentent des caractères généraux auxquels le médecin ne peut se tromper. Les vaisseaux qui les forment convergent par leurs sommets vers le centre de la cornée, et rayonnent par leur base dans la conjonctive bulbaire. Ils ne se cachent pas profondément dans les tissus auprès de l'insertion de la cornée sur la sclérotique, phénomène qui existe dans les kératites profondes, et l'observateur peut les suivre facilement dans leur trajet de la cornée sur la conjonctive scléroticale; d'ailleurs, si on regarde l'œil obliquement, on reconnaît aisément que ces vaisseaux rampent dans la conjonctive cornéenne ou tout au plus à la surface de la lamelle externe de la membrane transparente.

Maintenant, un autre caractère distingue les kératites superficielles aiguës des chroniques, c'est l'injection rayonnante de la sclérotique, l'hypérémie irritative oculaire générale, la vive photophobie qui existent dans les premières, et l'absence de ces symptômes dans les secondes.

Les kératites vasculaires *aiguës superficielles*, partielles ou générales, même lorsqu'elles sont compliquées d'un ou plusieurs épanchemens ou ulcères superficiels, disparaissent d'une manière vraiment remarquable sous l'influence du nitrate d'argent employé selon notre méthode. C'est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, surtout dans les ophthalmies scrofuleuses dans lesquelles la photophobie persiste pendant des mois, des années entières, en faisant de temps à autre de courtes rémissions, que l'on retire les plus grands avantages de ce moyen. La photophobie la plus rebelle cède toujours dans l'espace de 24 à 48 heures, temps après lequel les vaisseaux diminuent d'ordinaire et dans leur nombre et dans leur diamètre. Les malades commencent alors à mieux supporter la lumière, et l'ophthalmie arrêtée dans sa marche, ne tarde pas à faire place à un état de choses plus satisfaisant, et bientôt après, au moyen d'un traitement général convenable, à une guérison complète. Dans quelques cas exceptionnels, après 24 heures d'instillations de nitrate d'argent faites comme nous l'avons indiqué, la photophobie persiste encore à un assez haut degré; mais si l'on a bien fait attention à l'état anatomique de l'organe au moment de la prescription du collyre, il sera facile de voir que la cornée, si elle n'est pas déjà dans un état meilleur, est au moins très loin de présenter une injection aussi vive que la veille. C'est alors le cas de continuer les instillations en augmentant la force du topique en raison directe de l'intensité de l'inflammation même, mais jusqu'aux limites que nous avons posées.

Les kératites vasculaires *chroniques superficielles*, partielles ou générales cèdent aussi, mais beaucoup moins rapidement, aux mêmes moyens. Après 24 heures d'instillations répétées de demi-heure en demi-heure, la réaction n'est plus à craindre, on peut les continuer alors, mais un peu plus fortes, d'heure en heure pendant le jour seulement. Elles seront aidées de quelques purgatifs et de vésicatoires volans derrière les oreilles et à la nuque. J'emploie rarement, au reste, le nitrate d'argent dans ces cas.

B. *Kératites vasculaires* PROFONDES, *partielles ou générales.*

Elles sont rarement compliquées de photophobie, et sont presque toujours consécutives à une ophthalmie passée à l'état chronique. Les vaisseaux qui les forment, dilatés, tortueux, d'ordinaire de couleur rouge brun ou violacée, rampent dans les lamelles profondes de la cornée, convergent par leurs sommets vers le centre de cette membrane, et forment souvent à cet endroit des épanchemens de lymphe plastique plus ou moins larges et opaques. Si l'on se place de côté, il est facile de voir que ces vaisseaux occupent un plan postérieur par rapport aux lames antérieures de la cornée qui ont conservé leur transparence. On reconnaît encore qu'il en est ainsi à ce que leur base vers la circonférence de la cornée disparaît, pour se montrer plus loin dans le tissu cellulaire sous-conjonctival même, ou dans la sclérotique, tan-

devaient plus tard former une cicatrice complète et durable.

Depuis cette époque le malade a toujours été de mieux en mieux, et il est maintenant guéri et sorti de l'hôpital.

L'examen du métacarpien enlevé est venu confirmer de tout point le diagnostic. En effet, cet os a considérablement augmenté de volume; il est à peu près de la grosseur du pouce. Près de son extrémité inférieure et sur tous les côtés existent de larges perforations qui ont empiété sur la surface articulaire et qui communiquent avec le canal médullaire, qui lui-même est considérablement dilaté dans les deux tiers inférieurs de son étendue. Le tissu propre de l'os dans les points perforés est remplacé par un tissu cartilagineux, friable. Le canal médullaire est rempli par une matière pultacée, fétide, purulente, qui remplace la membrane médullaire dont on ne retrouve plus de trace. Après avoir enlevé cette matière, on peut voir que le canal ne s'est point agrandi seulement par dilatation mais aussi par la destruction de ses parois et du tissu spongieux de l'os. Quant au tissu compacte qui forme la surface extérieure de cet os, il a aussi changé de nature: au lieu de l'aspect lisse qu'il devrait présenter, on le trouve rugueux et criblé d'une multitude de petites aréoles.

— Nous ne dirons que peu de mots du malade couché au n° 6, et qui ne présente d'ailleurs qu'un médiocre intérêt. Le 18 décembre dernier cet homme s'implanta dans le doigt médius de la main droite, au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange, une petite parcelle de fer très mince et très aiguë. Trois jours après il se blessa encore à l'extrémité de ce même doigt avec un clou rouillé. Cette dernière piqûre ne donna que peu de sang, et le lendemain le poignet était le siége d'une inflammation qui, malgré l'application de cataplasmes, gagna la main et s'étendit même jusqu'au bras. Le gonflement du doigt était tel que le 27 décembre on fut obligé d'y pratiquer trois incisions, l'une sur la face palmaire, les deux autres sur les côtés.

Le lendemain un petit abcès, résultant de la première piqûre, s'ouvrit et laissa écouler du pus. Le malade fut voir les sœurs Saint-Thomas, qui lui donnèrent un onguent dont il ne peut dire la composition.

La confiance du peuple, dit M. Larrey, est grande dans les sœurs Saint-Thomas; mais si par les remèdes qu'elles donnent aux malheureux elles soulagent quelquefois leur misère, il faut convenir aussi qu'elles aggravent souvent leurs maux par des soins intempestifs et peu éclairés. Souvent nous voyons dans nos salles des sujets affectés d'ulcères devenus très graves par suite de l'application d'onguens probablement irritans donnés par ces sœurs, ulcères qui, au récit que nous font les malades, sont presque toujours simples au début et guériraient facilement par l'emploi d'un traitement convenable. Mais arrêtons-nous, nous ne voulons pas qu'on nous accuse de faire le procès à ces saintes filles; nous avons voulu seulement signaler, si cela peut se dire, les inconvéniens de leur charité. Reprenons maintenant l'histoire de notre malade.

De nouvelles émissions durent être faites quelques jours après, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. La suppuration devint abondante dans toutes ces plaies. La tuméfaction du bras et de la main disparut; mais le tendon du fléchisseur s'exfolia.

Ce ne fut que le 5 février dernier que ce malade entra à l'hôpital. Voici quel était alors son état.

Le doigt est considérablement tuméfié, et son aspect ne peut laisser de doute sur la carie des phalanges osseuses. En effet, les chairs sont pâles et blafardes. Trois ulcérations existent à la face palmaire dans le trajet du doigt et du troisième métacarpien. La première, au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges, permet de constater la destruction des ligamens de cette articulation. La seconde se trouve sur le trajet de la première phalange; enfin la troisième, située dans la main, s'est formée consécutivement à un petit clapier résultant de la suppuration profonde fournie par les os. L'aspect fongueux de ces ulcérations, la sanie qui s'en écoule, sont autant de caractères propres à la carie. De plus, un stylet introduit par ces ouvertures rencontre l'os et peut être enfoncé dans sa substance ramollie.

Tous ces désordres ne permettaient pas d'espérer la guérison autrement que par l'amputation qui, quelques jours plus tard, fut pratiquée dans l'article par la méthode ovalaire. On pansa avec des bandelettes de diachylon pour rapprocher les bords de la plaie. Cinq jours après l'opération, ce premier appareil fut levé. On trouva les bords de la plaie bien en rapport, la suppuration bien établie. Il n'y eut ni accidens locaux, ni accidens généraux.

Depuis lors les pansemens furent renouvelés tous les deux jours, et le malade marcha constamment vers la guérison; il fallut seulement une fois réprimer les bourgeons vasculaires développés à la surface de la plaie.

L'examen du doigt enlevé fut fait avec soin, et c'est là que se trouve tout l'intérêt de l'observation, surtout si on la rapproche de celle de spina-ventosa. Les parties molles dégénérées forment, autour des os auxquels elles adhèrent, une couche lardacée, dure, blanchâtre. Le périoste n'existe plus. De tous les ligamens articulaires, il ne reste que quelques vestiges des ligamens latéraux de la première phalange avec la phalange moyenne. La phalange onguéale est complètement détachée. Ces petits os ont aussi subi une dégénérescence, mais qui n'est point identique dans tous les points. Ainsi, à la face dorsale des deux premières phalanges, l'altération semble bornée au tissu compacte de l'os, qui d'ailleurs n'est pas complètement détruit. La superficie seule est ramollie et s'enlève facilement avec le scalpel; mais on trouve au-dessous un tissu qui a conservé encore toute sa dureté.

A la face palmaire, au contraire, la maladie paraît avoir débuté par des couches plus profondes. En effet, dans la phalange moyenne c'est le tissu spongieux qui manque, et le vide formé par cette perte de substance est recouvert d'une lamelle très mince de tissu compacte qui paraît être exfolié par sa face interne, tandis que sa superficie est restée intacte. Dans la phalange métacarpienne, on ne trouve plus du tout de tissu compacte, et le tissu spongieux est considérablement ramolli.

La face palmaire de la phalange onguéale est seule attaquée; elle présente, ainsi que toutes les articulations des deux autres phalanges, cette sorte d'érosion que l'on a comparée, avec beaucoup de justesse, à l'action de la dent d'un animal rongeur.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Emploi des acides végétaux contre la coqueluche; par M. le docteur SCHMITT, d'Hengersberg.

Geigel, dans son livre Sur le Génie des maladies, dit qu'il donne, depuis quatre ans déjà, avec un succès constant dans la coqueluche, les tamarins, l'acide citrique et la limonade en abondance. C'est au hasard qu'il rapporte la découverte de l'efficacité de cette médication. Un enfant ayant pris une double dose d'acide fut guéri presque instantanément de sa coqueluche.

M. Schmitt, qui a employé également le traitement de M. Geigel, rapporte en outre que neuf enfans d'une même famille ont été guéris de cette maladie par l'usage du suc exprimé de pommes sauvages additionné d'une pareille quantité en poids de sucre candi, étant en consistance de miel. On administrait, matin et soir, à chaque petit malade une pleine cuillerée à bouche et même plus de cette préparation.

Ce même praticien dit avoir fait préparer dans le même but, du sirop de suc de berbéris; il avait choisi ce fruit parce qu'il contient surtout de l'acide malique et presque pas d'acide citrique, et que, par conséquent, il se rapproche beaucoup de la composition chimique des pommes sauvages. (*Medicinisches Correspondenz.*)

Emploi de la suie contre les brûlures graves.

Dans un cas de brûlure très grave de l'avant-bras, M. le docteur Ebers, ne pouvant parvenir à maîtriser la suppuration, qui menaçait d'enlever le sujet, eut l'idée de recourir, en désespoir de cause, à l'emploi d'une forte décoction de suie préparée d'après la formule suivante:

Pr. Suie de cheminée, une poignée.
Eau commune, un litre.

Faire bouillir jusqu'à réduction d'un tiers et passer.

M. Ebers imbiba avec ce décocté des gâteaux de charpie dont il recouvrit ensuite toute la surface suppurante.

Cette application, qui d'abord fit à peine éprouver un léger picotement, amena d'ailleurs des résultats tout à fait inespérés. En effet, le lendemain, au lieu d'un lac de pus, on trouva l'appareil sec et la plaie dans un état excellent. L'amélioration fit des progrès rapides dans les jours qui suivirent; la fièvre, qui avait existé jusque-là, disparut complètement, et enfin le malade ne tarda pas à recouvrer la santé.

(Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique*, 1842.)

FAITS DIVERS.

Observations d'hydarthroses du genou, traitées avec succès.

Première observation. — Une femme âgée de vingt-un ans, d'une constitution robuste, était affectée depuis huit mois d'une hydarthrose considérable. Pendant ce temps elle avait consulté plusieurs médecins, et s'était soumise sans le moindre résultat avantageux à divers modes de traitement. Ce fut alors qu'elle eut recours à M. le docteur Mueller, qui lui passer un séton au travers de la tumeur articulaire. Ce séton fut entretenu pendant trois semaines pour donner à la phlegmasie adhésive le temps de se développer; mais aussitôt que ce travail inflammatoire commença à se manifester, l'exutoire fut remplacé par une compression méthodique. Sous l'influence de cette médication tout à fait rationnelle, la guérison ne tarda pas à être obtenue.

Le même praticien rapporte qu'il a déjà employé neuf fois ce mode de traitement dans des cas pareils, et toujours avec un égal succès. Il ajoute que, dans les huit premiers jours de l'ouverture du séton, les sujets doivent rester dans un repos absolu; sans cette précaution, on aurait à craindre une inflammation trop violente.

Deuxième observation. — M. le docteur Burdach, de Finsterwalde, raconte qu'un villageois robuste, atteint d'une hydarthrose enkystée du genou gauche, qui avait acquis un développement véritablement extraordinaire, vint le consulter. Mais ce malade ne voulut pas se soumettre à l'opération qui lui fut proposée, et il appliqua, de son propre chef, de l'acide sulfurique concentré, comme caustique, sur la surface malade. Par suite de cette application, la plus grande partie de la face antérieure du kyste se trouva détruite, et son contenu s'écoula; mais il en résulta une suppuration si abondante qu'au bout de quinze jours environ, le malade se trouva dans l'obligation de réclamer l'assistance de M. Burdach. Ce praticien recourut alors à l'emploi d'une compression graduée, et, à l'aide de ce simple moyen, la cavité de la plaie se recouvrit bientôt de bonnes granulations. Enfin, dans le court espace de quinze jours, la guérison fut complète.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 17.)

Extraction d'un noyau de cerise resté pendant quinze ans dans l'oreille; par M. le docteur LOUIS KOCH, médecin de la cour de Munich.

Une jeune fille, de onze ans, en jouant avec une de ses camarades, eut un noyau de cerise introduit dans l'oreille droite. Par insouciance ou par crainte de réprimandes, elle ne s'en plaignit pas, et aucune tentative ne fut pratiquée pour retirer ce corps étranger. Néanmoins, à des époques différentes, dans le courant des quinze années qui suivirent on essaya à plusieurs reprises, mais sans aucun succès, de retirer ce noyau.

Ces essais furent provoqués par l'apparition successive de plusieurs symptômes fâcheux. En effet, l'ouïe était entièrement perdue du côté droit, et il était même survenu peu à peu une dysœcie du côté gauche. La fille, bien portante d'ailleurs, sentait presque continuellement des douleurs dans l'oreille droite; le méat auditif externe de ce côté était rouge, tuméfié, rétréci et baigné par une abondante sécrétion de nature muqueuse.

dis que les vaisseaux des kératites superficielles se continuent sans interruption de la conjonctive sur la cornée. Que peut faire dans ces cas un collyre? Agira-t-il sur les vaisseaux dilatés? Le crayon de nitrate d'argent lui-même porté directement sur l'œil, les atteindra-t-il à travers les tissus sains interposés? L'excision partielle plus ou moins étendue de la muqueuse, réussira-t-elle mieux si les vaisseaux sont situés plus loin que le tissu cellulaire sous-conjonctival? Il est évident que dans de pareils cas, c'est à une médication antiphlogistique sage, appropriée à la constitution du sujet, aux saignées, aux applications de sangsues, aux purgatifs, et plus tard aux révulsifs cutanés plus ou moins énergiques qu'on devra avoir recours, et que tous les autres moyens dont nous venons de parler, le nitrate d'argent comme les autres, sont contre-indiqués d'une manière absolue.

C. *Kératites vasculaires panniformes. Pannus.*

Les vaisseaux qui forment, par leur réunion, les kératites vasculaires superficielles, peuvent être plus ou moins nombreux, c'est-à-dire qu'ils laissent sur la cornée des interstices triangulaires transparens variant d'étendue. Lorsque ces espaces transparens sont très étroits, on nomme l'affection *kératite vasculaire panniforme*, et *pannus* lorsque la partie vascularisée de la cornée est entièrement opaque. Dans le principe, et lorsqu'elle est à l'état le plus simple, la maladie siége dans la conjonctive cornéenne, qui ne paraît nullement élevée au-dessus de la surface de la membrane transparente. Mais lorsqu'elle prend un certain caractère de gravité, ce qui arrive souvent quand on n'a pas pu s'en rendre maître de bonne heure, la conjonctive cornéenne se vascularise davantage, se gonfle, et prend bientôt l'aspect d'une sorte de végétation rougeâtre ou grisâtre sale, qui tend à s'élever de plus en plus au-dessus du niveau du reste de la cornée. Reste alors une question à décider: il faut reconnaître si la conjonctive cornéenne seule est malade, ou si les lames profondes de la cornée sont vascularisées; car de ce diagnostic dépend le succès des topiques si on les emploie. En effet, les applications directes de nitrate d'argent sur le pannus, s'il est superficiel et borné à la cornée, sans que la conjonctive bulbaire soit malade, pourront être d'un grand secours, mais ne détruiront pas la maladie si elle est très profonde. Si les vaisseaux qui troublent la cornée viennent de la conjonctive scléroticale, la cautérisation simple, ou la cautérisation annulaire, l'excision, seront indiquées, surtout si on les aide de moyens généraux convenables. Mais si, dans ce cas comme dans l'autre, la maladie est invétérée et profonde, que pourra faire le collyre de nitrate d'argent, quelle que soit la dose à laquelle on l'emploie, lorsque la cautérisation, l'excision isolées ou combinées échoueront elles-mêmes? Et pourtant, que de pannus sont traités de cette manière! Peut-on dire raisonnablement alors, que le collyre de nitrate d'argent est un agent des plus infidèles?

Il est une autre *kératite vasculaire panniforme* qui occupe toujours la partie supérieure de la cornée, et dans laquelle l'injection prend une forme quelquefois semi-lunaire, et le plus souvent triangulaire. C'est cette maladie dont M. Sichel a, selon moi, parfaitement bien expliqué la formation par le frottement répété sur la cornée de granulations siégeant sous la paupière supérieure. Cet auteur ne dit pas, comme tend à le faire supposer un passage de l'ouvrage de M. Jeanselme (Manuel pratique des maladies des yeux d'après les leçons cliniques de M. Velpeau, 1840, p. 162), que toute espèce de pannus reconnaît toujours et absolument pour cause les granulations de la paupière supérieure, mais que le pannus dont il est question ici se dessine par « une injection qui se limite quelquefois dans la partie supérieure de la cornée, revêt un aspect particulier qui fait reconnaître au premier coup-d'œil la spécialité de l'affection... Qu'il n'y a qu'à renverser chez ces malades la paupière supérieure pour trouver la conjonctive couverte de granulations qui prennent toutes les formes, etc. » (Sichel, Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, p. 230.)

Or, qu'y a-t-il à faire ici, sinon à détruire d'abord les granulations par des moyens appropriés? De quel secours peut encore être dans ce cas le nitrate d'argent en collyre?

ÉPANCHEMENS INTERLAMELLAIRES; ABCÈS DE LA CORNÉE.

Nous avons dit plus haut que les *kératites secondaires* sont le plus souvent vasculaires et compliquées d'épanchement, mais que très fréquemment ceci apparaissent d'emblée après une vive congestion iridienne et scléroticale consécutive à une conjonctivite aiguë qu'on n'a pas enrayée dans sa marche. Considérés en général, ces épanchemens, formés par un dépôt de lymphe plastique ou de pus dans les mailles du tissu cellulaire intra-lamellaire de la cornée sont divisés en superficiels et en profonds selon qu'ils sont éloignés ou non de la lamelle externe de la cornée. On leur donne le nom d'*épanchemens* quand la matière qui les compose est peu abondante, tandis qu'on leur réserve celui d'*abcès* dans le cas contraire. Ils sont toujours accompagnés d'une photophobie d'autant plus vive qu'on se rapproche davantage du moment de leur formation. Tantôt isolés, tantôt multiples, on les voit apparaître sur un ou plusieurs points de la cornée sous forme d'une petite tache blanc-jaunâtre sale plus opaque à son centre qu'à ses bords. Cette tache reste limitée quelquefois et n'acquiert alors que 2 ou 3 millimètres de diamètre; mais dans des circonstances plus fâcheuses, elle s'étend avec une effrayante rapidité et envahit toute la cornée ou au moins la plus grande partie de cette membrane. La cause de la production de la matière épanchée venant à cesser, on conçoit que les épanchemens pourront se résorber et disparaître même sans laisser de traces; mais que d'un autre côté cette cause agissant d'une manière continue, soit parce qu'on ne l'aura pas combattue par des moyens convenables, soit parce que les choses auront marché si rapidement qu'on n'aura pas pu y porter remède, il puisse arriver que la matière épanchée soulève peu à peu les lamelles de la cornée au-delà de leur extensibilité, et que ces lamelles ramollies par la triple cause de l'inflammation, de la compression et du séjour du pus, finissent par se rompre dans une plus ou moins grande étendue. Alors, de deux choses l'une: ou l'épanchement est superficiel, et dans ce cas il se fraiera une route à travers la lamelle externe de la cornée; ou il est profond, et il y aura rupture et de la lamelle postérieure, et même de la membrane de l'humeur aqueuse. Dans le premier cas on aura un ulcère, dans le second un hypopyon; le premier devra être traité comme un ulcère superficiel, le deuxième comme une ophthalmie interne dont il s'accompagne si fréquemment. Il est donc de la plus grande importance, lorsqu'on croit devoir employer le nitrate d'argent selon notre méthode de reconnaître la profondeur à laquelle est située l'opacité. Toujours, lorsque l'épanchement est superficiel, de formation récente, et accompagnée d'une photophobie des plus grandes, nous enrayons dans l'espace de 24 à 36 heures tous ces fâcheux symptômes dans leur marche ascendante par l'emploi du nitrate, mais nous nous gardons de le prescrire lorsque la période sur-aiguë est passée et quand la collection de lymphe plastique est considérable et pousse en arrière les lamelles de la cornée, de manière à faire supposer une rupture imminente. C'est dans ce cas que la saignée, les mercuriaux, tous les moyens qui pourront hâter la résorption devront être énergiquement employés de préférence à l'ouverture de la cornée avec l'instrument tranchant, méthode que nous avons presque toujours vue suivie des résultats les plus fâcheux. Que les épanchemens interlamellaires superficiels soient isolés ou non, nous n'avons jamais hésité à employer le collyre, et les succès dans ce cas sont aujourd'hui devenus si certains, que les nombreux médecins qui nous entourent, tant à la clinique de M. Sichel qu'à la nôtre, ne prennent même plus la peine de les enregistrer pour suivre les malades.

4° ULCÈRES DE LA CORNÉE.

Les ulcères présentent des caractères très différens sous le point de vue étiologique, en ce sens du moins qu'ils succèdent à une phlyctène, à une pustule ou à un ramollissement plus ou moins large des lames de la cornée. Les uns, particulièrement ceux qui atteignent les sujets scrofuleux, prennent la forme d'une cupule transparente, et souvent celle d'un infundibulum à base antérieure en forme d'escalier circulaire dont les marches seraient représentées par les lamelles corrodées; les autres, au contraire, inégaux, plus larges, plus rapprochés que les premiers du bord de la sclérotique, sont le plus souvent recouverts de matière jaunâtre, puriforme, et se montrent de préférence dans la pre-

Ce fut dans cet état que cette jeune fille, alors âgée de vingt-six ans, vint réclamer les soins de M. le docteur L. Koch. Ce praticien, après s'être convaincu par la sonde de la présence réelle d'un corps étranger, fit préalablement instiller pendant quelques jours de l'huile d'amandes douces, pour agir à la fois comme émollient et comme antialgique sur les parois du conduit auditif externe, dont la sensibilité était développée à un haut degré. Lorsque ce double but eut été atteint, M. Koch parvint, en se servant de la curette de Daviel, à retirer le noyau de cerise qui se trouvait profondément et solidement enclavé dans le conduit. Ce noyau était d'un volume assez considérable et d'une teinte noire dans tous ses points.

La malade éprouva aussitôt un soulagement marqué. Tous les symptômes indiqués plus haut diminuèrent progressivement; l'ouïe revint du côté gauche, et plus tard aussi du côté droit.

La dysœcie du côté gauche, qui a existé dans ce cas, paraît fort curieuse comme effet de sympathie.

(*Medicinisches Correspondenz.—Blatt bayerischer Aerzte*, 1841.)

Déviation latérale du rachis; présentation par M. Bouvier. — Le manque d'espace ne nous a pas permis de reproduire dans notre précédent compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine, la réponse de M. Jules Guérin à M. Bouvier. On se rappelle que M. Bouvier avait terminé son exposé en disant que ce fait était pour lui une nouvelle preuve à l'appui de ses opinions touchant l'absence de contracture des muscles du dos dans les déviations latérales de l'épine et l'inutilité de la myotomie appliquée au traitement de ces déviations.

Voici la réponse :

M. J. Guérin. Je demande à M. Bouvier la permission de présenter quelques observations sur sa pièce avant qu'il ne procède à sa dissection. Premièrement j'appellerai l'attention de l'Académie sur un fait, pour moi fort important, et que M. Bouvier me paraît avoir méconnu. C'est l'existence très évidente d'une courbure placée au-dessous de celle qu'il a prise pour la courbure principale. Celle que je signale à son attention est on ne peut plus manifeste : elle occupe les dernières vertèbres lombaires et le commencement du sacrum; sa concavité est tournée à droite et sa convexité à gauche, c'est-à-dire en sens précisément inverse à celui de la courbure la plus apparente. Cette courbure lombo-sacrée, ou, en d'autres termes, celle qui est la première à partir de la base de la colonne sacro-vertébrale, est également caractérisée par un affaissement des vertèbres et des disques inter-vertébraux du côté de sa concavité. Je l'appelle la *courbure inclinée*, la *courbure mère*, et c'est elle qui, pour moi, est le point de départ de la déviation chez ce sujet; les courbures qui lui sont superposées n'étant, comme je crois l'avoir établi ailleurs, et malgré leur développement en apparence plus considérable, que des courbures de balancement, consécutives à la première, et destinées à rétablir l'équilibre troublé par l'inclinaison primitive de la colonne, inclinaison causée par la première courbure.

Secondement, je ferai remarquer sur cette pièce que les muscles du côté droit, ou ceux qui correspondent à la convexité de la courbure dorso-lombaire donnée comme la principale, mais regardée par moi comme consécutive à la courbure mère, que ces muscles, dis-je, sont évidemment plus courts et plus tendus que ceux du côté opposé. Je prie l'Académie de vouloir bien constater ce fait, dont l'évidence vient d'être signalée tout à l'heure par M. Capuron. Or, la tension et le raccourcissement plus considérable de ces muscles après le redressement de la colonne est un fait directement en rapport avec ma doctrine, et prouve par conséquent le contraire de ce qu'on a voulu lui faire prouver. En effet, à supposer que les muscles ne se fussent raccourcis que d'une manière passive et consécutivement à la formation de la courbure, ils devraient l'être plus sensiblement du côté de la concavité de la courbure principale. Et cependant, qu'on veuille bien le remarquer, ce fait n'a pas lieu; au contraire, la masse musculaire ascendante du côté droit est notablement plus courte et plus tendue. Ce phénomène est donc en concordance parfaite avec l'origine que j'assigne à cette difformité.

Pour moi, la déviation chez ce sujet a donc été produite par la rétraction d'une portion des muscles sacro-lombaire et long dorsal, du côté droit, laquelle a commencé par incliner et courber la colonne à droite. Puis sont venues les courbures superposées, destinées à balancer la première; ce qui explique parfaitement le défaut de tension des muscles du côté gauche. La démonstration qu'on a prétendu établir sur cette pièce pèche donc par la base, puisqu'elle prouve précisément ce que je voulais prouver.

Chronique et Nouvelles.

Le concours joue de malheur plus que jamais. Dans l'avant-dernier numéro nous avons signalé quelque irrégularité dans celui de l'Ecole : les deux concours du Bureau central ne se termineront pas non plus sans encombre.

Dans le concours de médecine, le jury aurait annulé à tort, dit-on, un commencement d'épreuve pour remédier à une erreur de numéro de lit; et le concours de chirurgie excite de toutes parts les plus vives réclamations. Un des concurrens aurait, dit-on, si injustement favorisé par une influence de parenté qui réagit sur le nombre *des points* qu'on lui donne, que les autres concurrens se sont réunis avec l'intention de se retirer du concours et de protester. Cette résolution a été entravée par le refus de deux concurrens.

Y aurait-il encore sous jeu quelque intrigue pour rebuter les hommes loyaux du concours et revenir à la nomination directe! La faveur toute crue est plus commode, les médiocrités et les protecteurs s'en trouvent mieux; ils sont à l'aise et en sont quittes pour quelques articles un peu contrarians, mais sans action rétroactive de la *mauvaise presse*. Nous y veillerons.

— On écrit d'Alger, le 25 mai :

« M. le baron Larrey est arrivé par le dernier courrier. Hier, il a commencé son inspection générale dans les hôpitaux. Le corps des médecins et chirurgiens lui a rendu sa visite d'honneur, et continuera à faire, pendant son séjour, son service revêtu de l'uniforme de grande tenue. Nos médecins se montrent flattés de cette visite, et la population entière y applaudit, car on attend de grandes améliorations dans le régime des hôpitaux. »

— La ville et les hospices de Lyon viennent de demander à M. le ministre de l'intérieur l'autorisation nécessaire pour accepter un legs évalué à la somme de 310,000 francs fait à ces établissemens publics par M. Eynard, qui a voulu que toute la fortune qu'il laisse fut employée au soulagement des pauvres, dont il était le bienfaiteur pendant sa vie.

— Le préfet de la Seine vient de publier un avis qui invite les médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans Paris et la banlieue, à déposer avant le 25 juin courant, à la mairie ou à la sous-préfecture de leur domicile, un bulletin revêtu de leur signature indiquant leurs nom et prénoms, leur qualité d'après le titre de réception, leur domicile, la date de leur réception, et par qui la réception a été faite. Cette disposition a pour but de dresser la liste générale et nominative du corps exerçant légalement la médecine dans le ressort du département de la Seine. Cet avis porte que ceux des médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes qui n'auront pas satisfait à la présente invitation dans le délai fixé ci-dessus, seront considérés comme ayant renoncé à leur exercice dans le département de la Seine.

— Un concours sera ouvert le 2 août prochain pour l'admission des chirurgiens élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg, Lille, et à l'hôpital de perfectionnement de Paris. Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat dera se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné dans les bureaux de l'intendance militaire communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré dans le *Journal militaire*.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences (30 mai), M. Forbes, d'Edimbourg, a été nommé membre correspondant dans la section de physique.

— M. Boussingault, retiré à la campagne, a failli être victime de la foudre qui est tombée sur sa maison.

— Quatorze blessés du chemin de fer sont encore en traitement dans les hôpitaux de Paris.

Hôpital de l'Ecole. — M. Bichon (Guillaume), étudiant en médecine, âgé de 23 ans.

Hôpital des Enfans. — M. Ducerveau (Denis), âgé de 18 ans; c'est l'amputé du bras dont nous avons publié l'observation.

Hôpital de la Charité. — Les deux sœurs Duchesne, en voie de guérison.

Hôpital Necker. — MM. Bouillaud (G.-M.), étudiant en droit; Badoue (J.-F.), avocat; Lingchet (J.-F.), âgé de 65 ans; Bignon (Constant); Martin (Denis), âgé de 26 ans; madame Becker, âgée de 30 ans.

Hôtel-Dieu. — M. Bavoil, âgé de 21 ans; M. et Mme Exer, imprimeur, et M. Créty (Clovis), étudiant en droit.

mière période des ophthalmies catarrhales et purulentes. Les premiers, de même que les épanchemens auxquels ils succèdent, sont le plus souvent accompagnés d'un paquet vasculaire en forme de triangle, venant de la conjonctive scléroticale; les seconds, au contraire, n'en présentent que rarement. Quoi qu'il en soit, tous ces ulcères, s'ils sont peu profonds, et accompagnés d'une photophobie telle que les malades puissent à peine supporter l'examen de l'organe, seront enrayés sur-le-champ si on les traite par le nitrate d'argent en collyre d'après la méthode indiquée. La cautérisation directe recommandée par Sanson, M. Velpeau, et avant eux par Scarpa, a bien aussi ses avantages, et je suis loin de les contester : elle met à l'abri de l'action de l'air, ou du frottement de la paupière supérieure la surface de l'ulcère; le malade, après une heure ou deux, plus ou moins, ouvre les yeux; mais une rechute survient bientôt quand l'escharre tombe; et il faut revenir à l'attouchement jusqu'à ce que des granulations se soient élevées jusqu'au niveau de la surface de la membrane. C'est un moyen que j'emploie souvent, non pas dans les ulcères sur-aigus, au moment même pour ainsi dire de leur formation, mais dans ces ulcères à marche lente, à fond transparent, qui, après avoir sommeillé, se réveillent de temps à autre. La méthode que nous mettons en pratique a sur la cautérisation l'avantage de combattre non-seulement l'ulcère, mais encore de resserrer les vaisseaux qui s'y rendent, c'est-à-dire de s'adresser directement à la cause, secondaire bien entendu, dans bien des cas, de l'ulcération elle-même. M. Velpeau recommande, lorsque les vaisseaux sont profondément situés, de toucher largement l'ulcération avec précaution, dans la crainte de perforer la cornée, et considère ce moyen comme le seul remède efficace, l'excision n'étant plus possible. (Jeanselme, *loc. cit*, p. 244.) Bien des fois nous avons suivi ce conseil, et souvent nous avons échoué, probablement parce que l'ulcération n'est ici qu'un épiphénomène et qu'avant tout il faut arrêter l'ophthalmie dans sa marche. Dans de telles circonstances, la cautérisation et l'emploi du collyre de nitrate d'argent combinés nous ont rendu les services les plus signalés, surtout lorsqu'ayant affaire à des malades énergiques, nous avons pu toucher lentement et sûrement l'ulcère dans toute sa surface, petite opération assez souvent impraticable à cause de la photophobie et par la rotation du globe en haut sous la paupière supérieure. Il ne résulte pas de ce que nous venons de dire que notre méthode puisse s'appliquer à toute espèce d'ulcère de la cornée : loin de là; les ulcères en infundibulum ou autres ulcères étroits, s'ils sont placés dans le champ de la pupille et menacent de perforer la dernière lamelle, doivent, selon nous, être touchés très légèrement à leur base avec le crayon de nitrate, mais nullement à leur sommet; les conséquences en sont trop faciles à déduire pour que nous nous y arrêtions. En même temps, on doit avant tout ordonner au malade de se coucher sur le dos dans l'immobilité la plus complète, appliquer sur l'œil des compresses trempées dans une solution d'extrait de belladone concentrée et glacée, en même temps qu'on en laissera tomber de minute en minute entre les paupières jusqu'à dilatation complète de la pupille, pour éviter la procidence de l'iris. Ce moyen peut réussir même lorsque la hernie iridienne est presque complète et récemment formée, et dans un cas analogue nous en avons obtenu le résultat le plus heureux. (*Voy.* Gazette médicale de Paris, n° 10, 5 mars 1842, t. X, pag. 159 et 160.)

Dans le cas d'ulcération en coup d'ongle, c'est encore à la cautérisation directe qu'on doit recourir en la combinant aux antiphlogistiques mesurés sur la constitution du malade et sur l'acuité de l'affection.

En commençant ce travail, nous pensions pouvoir publier, comme pièces à l'appui, un grand nombre d'observations sous forme d'extraits, mais la place qui nous est réservée étant très restreinte, nous sommes malheureusement forcé de nous en abstenir.

— *P.-S.* La deuxième partie de ce mémoire avait paru lorsque nous avons reçu de M. F. Cunier, rédacteur en chef des Annales d'oculistique, une lettre dans laquelle il nous dit entre autres choses : « J'ai lu dans la *Gazette des Hôpitaux*, votre article sur l'emploi du » nitrate d'argent..... Un point que vous avez négligé, c'est d'insister » sur l'énorme différence qu'il y a entre le nitrate fondu et le nitrate » acide employé en solution. Votre article m'a beaucoup plu, tellement plu, que je le reproduis; seulement, j'aurais voulu quelque » chose de plus complet. ... »

A cela je ne puis répondre que trois choses : 1° Lorsque M. Cunier a lu la première partie de mon travail, il lui était assez difficile de connaître la seconde et la troisième; 2° je n'ai jamais employé le nitrate d'argent fondu en solution, mais bien le nitrate d'argent cristallisé (voy. *Gazette des Hôpitaux*, 15 mars 1842, feuilleton, 3e colonne, ligne 43); quant à la différence qui existe entre ces deux sels, je pense qu'il n'y en a pas d'autre, l'ouvrage de M. Thénard à la main, que celle-ci, savoir : que le premier par la fusion est anhydre et neutre, et que le second, qui est acide, contient de l'eau de cristallisation; 3° enfin, je suis très heureux de la reproduction de mon travail offerte par M. F. Cunier, et je l'en remercie bien sincèrement en le priant de me réserver dans son estimable journal la place nécessaire à la publication de mes observations sur le sujet de ce mémoire.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 7 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 68. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Cas d'ictère déterminé par une impression morale. Réflexions sur les causes de l'ictère en général

Au n° 2 de la salle des femmes est couchée une malade âgée de vingt-six ans, très forte et bien constituée. Cette femme a un caractère violent et très irascible; elle a déjà eu plusieurs fois des accès de colère à la suite desquels elle a été pendant plusieurs jours malade. Six ou huit jours avant sa maladie actuelle, étant en état de menstruation, elle a éprouvé une contrariété qui a mis son irascibilité ordinaire à l'épreuve. Le cours de ses règles en a été troublé; elles n'ont pas été supprimées complètement, mais elles ont coulé avec beaucoup moins d'abondance. Les jours suivans il lui est survenu une douleur à l'hypochondre droit, laquelle s'étendait jusque vers la région épigastrique. Deux jours après l'invasion de cette douleur, elle s'aperçut d'une légère teinte jaunâtre au visage et sur la poitrine. Cet ictère alla en augmentant le jours d'après, et la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Lors de la première visite que nous lui avons faite, nous avons trouvé une coloration manifestement jaune autour du nez, aux tempes, sur la sclérotique et sur le devant de la poitrine. Aujourd'hui (quatrième jour), l'ictère est généralement très prononcé. La malade a de l'inappétence, de la soif; la langue est un peu rouge sur ses bords, mais il n'y a rien du côté des intestins: point de constipation ni de diarrhée; pas de douleurs; les fèces sont grisâtres, les urines fortement colorées en jaune. La peau n'est point chaude; le pouls donne 52 pulsations par minute; il est, par conséquent, au-dessous de son type normal. (Nous reviendrons tout à l'heure sur la valeur de ce symptôme.) Rien de remarquable du côté du cerveau ni de la poitrine.

Le diagnostic ne pouvait pas être douteux; il s'agit évidemment d'un ictère; mais cette dénomination d'ictère est très peu rigoureuse et très insignifiante; elle n'exprime, pour nous, qu'un symptôme, et non pas une maladie. L'ictère indique que le foie est plus ou moins malade et troublé dans ses fonctions; la jaunisse n'est qu'un effet de ce trouble fonctionnel du foie.

Comment cette maladie, ou plutôt son symptôme principal, l'ictère, se produit-il? Les chimistes ont depuis long-temps démontré l'existence de la bile dans le sang des ictériques; plus récemment, M. Chevreul, qui s'est occupé de cette question, a vérifié l'exactitude de ce fait. Selon quelques auteurs, ce phénomène a lieu toutes les fois que les vaisseaux conducteurs et excréteurs de la bile, venant à être obstrués par une cause quelconque, la bile, sécrétée par le foie, est absorbée par les vaisseaux sanguins de cet organe, et transportée dans le torrent circulatoire, d'où elle se répand dans tous les tissus, et principalement dans la peau, qu'elle teint en jaune. MM. Prevost et Dumas, dans leurs belles expériences sur les animaux, relatives aux phénomènes de la génération, ont vu qu'en détachant les testicules d'un crapaud, et en arrosant les œufs d'une femelle avec le sang extrait des vaisseaux capillaires de ces testicules, la fécondation avait lieu, et ils en ont conclu que le liquide spermatique était résorbé et porté dans le torrent circulatoire, puisque le sang du testicule suffisait pour féconder les œufs. Ces idées, qui nous paraissent très rationnelles, peuvent être appliquées à la question qui nous occupe. Nous sommes de l'avis de ceux qui admettent qu'il y a dans l'ictère obstruction des vaisseaux biliféres, quelle que soit la cause qui la produit; car elle peut être simplement spasmodique, et par conséquent passagère.

Dès le commencement de nos études médicales, ayant réfléchi sur les causes et la nature des maladies, nous en étions venu à soupçonner que l'ictère n'était autre chose qu'un symptôme d'une maladie du foie, contrairement à l'opinion des maîtres d'alors. Cette présomption se changea bientôt en une certitude, ou plutôt en une conviction, et nous admîmes dès-lors une cause organique de l'ictère. Cela ne nous empêcha pas d'admettre, comme nous le disions tout à l'heure, un ictère spasmodique produit par une simple constriction des conduits biliféres; nous fûmes surtout conduit à admettre cette cause lorsque, dans nos dissections anatomo-pathologiques, nous parvînmes à découvrir dans les parois de ces petits conduits une couche véritablement musculeuse. S'il y a des muscles dans ces canaux, pourquoi ne pas admettre la possibilité d'une contraction musculaire spasmodique, capable d'obstruer momentanément la lumière de ces conduits. Ainsi, pour nous, il existe un ictère spasmodique sur le développement duquel l'innervation a une très grande influence, et peut être même une action déterminante. C'est cette espèce d'ictère qui survient brusquement à la suite d'une contrariété, d'un accès de colère, d'une émotion vive, et qui se dissipe spontanément au bout de quelques jours, lorsque l'influence nerveuse a cessé d'agir. Mais si l'ictère se prolonge jusqu'à douze, quinze jours, si les symptômes que nous avons exposés ne s'amendent pas, il faut alors nécessairement admettre une cause organique; c'est dans ce cas que l'on reconnaît le plus ordinairement une phlegmasie du foie. Mais comment, dira-t-on, expliquer cette phlegmasie du foie avec l'apyrexie qui accompagne presque constamment l'ictère? Nous croyons que l'explication en est assez simple. La bile absorbée et portée dans le sang doit agir d'une manière telle sur l'innervation du cœur, que les fonctions de cet organe en soient ralenties, et par suite la circulation. L'influence de la bile sur le cœur, dans ce cas, est analogue à celle de la digitale. On ne pourrait pas davantage arguer contre l'admission d'un état inflammatoire du foie, de l'absence de la douleur dans la région hypochondriaque droite; car tout le monde sait que la douleur est subordonnée au degré de sensibilité normale ou physiologique des organes, au point que dans certaines parties l'inflammation ne développe qu'une douleur très légère et quelquefois même nulle. Or, c'est ce qui arrive pour le foie, organe qui n'est pourvu que d'une très petite quantité de nerfs, et par suite doué de très peu de sensibilité.

Que doit-on penser de certains auteurs qui écrivent que les ictériques voient quelquefois les objets en jaune? Cette opinion est-elle fondée? nous ne le pensons pas. Nous croyons que les malades qui croient voir en jaune se font illusion, ou bien que souvent ils répondent ainsi affirmativement, parce que les médecins qui les interrogent surprennent pour ainsi dire cette réponse par la manière même dont ils adressent leur question. Pour notre compte, nous n'avons jamais trouvé aucun malade affecté d'ictère qui nous ait dit, de lui-même et avec conscience qu'il vît les objets colorés en jaune. C'est, du reste, une opinion que nous ne prétendons imposer à personne.

Epilepsie, accès violens et réitérés. De la valeur des lésions anatomiques dans l'épilepsie.

Au n° 21 de la salle des hommes, dans le service de la clinique était couché un malade épileptique entré depuis peu de jours. Cet homme, doué d'une forte constitution, avait des attaques d'épilepsie très violentes et très fréquentes. On avait prescrit, ainsi qu'on le fait en pareille circonstance, l'application de réfrigérans sur la tête et de révulsifs aux extrémités inférieures dans le but de modérer les attaques; mais, malgré l'usage de ces moyens, ce malade a succombé à une série d'attaques réitérées et très rapprochées.

L'autopsie a révélé chez ce sujet les lésions suivantes: Les membranes du cerveau étaient très consistantes et fortement injectées. Vers la partie postérieure du lobe gauche du cerveau ces membranes étaient évidemment adhérentes au cerveau; en cherchant à les soulever on enlevait avec elles une partie de la substance cérébrale. Le cerveau lui-même était sablé et offrait des traces d'une congestion évidente. Il était

FEUILLETON.

FRAGMENT D'ÉTUDE SUR LE TRAITÉ DES AIRS, DES EAUX ET DES LIEUX, D'HIPPOCRATE.

Dans le cours de cette fièvre d'innovation qui porte la génération actuelle à vivre dans le mépris du passé et l'insouciance de l'avenir, les esprits justes et sensés voyaient avec plaisir le corps médical, bien que divisé sous tant de rapports, se réunir cependant dans un sentiment commun: un respect pour la mémoire des hommes qui ont jeté les fondemens de l'art et surtout une admiration soutenue pour les écrits qui nous ont trans mis le fruit de leur expérience.

Mais ce respect, par malheur, devait avoir un terme et cette admiration céder aux exigences du scepticisme sous le joug duquel tant de gens aujourd'hui croient qu'il est du bon ton de courber humblement la tête. Les voix qui avaient traité Socrate de fou, Aristote de conteur, Platon de visionnaire, Racine enfin d'imbécille et Voltaire de crétin, ont trouvé de l'écho dans le sein même de l'Académie royale de médecine, qui a entendu (1) avec un imperturbable sang-froid deux de ses membres, et certes des mieux placés, l'un démontrer que Galien n'avait pas toujours dédaigné les moyens extra-scientifiques, ou, en termes plus clairs, avait parfois été *charlatan*, l'autre chercher à prouver que quelques-uns des écrits d'Hippocrate n'étaient qu'un amas de niaiseries, de sentences, dont la *trivialité* devait être évidente pour l'époque même où ils ont paru.

Cinq mois se sont écoulés depuis cette manifestation réactionnaire, véritable apostasie du corps médical représenté par ses élites, et pas une voix ne s'est élevée pour soutenir tant de croyances attaquées; non, pas une voix n'est sortie du sein de cette assemblée qui naguère s'extasiait devant le génie des anciens, peut-être pour n'avoir point à louer les modernes, et qui, dans son enthousiasme, croyait n'avoir rien de mieux à faire que de déifier Hippocrate. Aurions-nous donc été dupes de quelques-unes de ces illusions qui, transmises de génération en génération, seraient devenues les symboles d'une foi que le temps seul aurait rendue obligatoire, et le moment de chasser enfin les faux dieux du temple serait-il donc arrivé? Telle est la question que bien des gens ont dû se poser, que je me suis faite moi-même, et dont j'ai cherché la solution dans une nouvelle étude du livre incriminé d'Hippocrate, que nous avons si souvent appele son immortel traité *des Airs, des Eaux et des Lieux*, laissant à qui s'est cru blessé le soin de rechercher l'occasion d'une justification personnelle dans la réhabilitation de Galien pris en flagrant délit de savoir-faire.

(1) Séance du 4 janvier; voy. la *Gazette des Hôpitaux* du 6.

Hé bien! j'en demande pardon à l'honorable académicien qui s'est fait le dépréciateur d'Hippocrate, et à tous ceux qui ont prêté à ses paroles l'appui de leur silence, mais plus j'ai lu le livre attaqué et plus je suis resté convaincu que nul écrit en médecine ne méritait mieux d'être loué et d'être recommandé à l'attention des jeunes médecins, parce que nul ne portait tout à la fois l'empreinte d'un esprit généralisateur plus élevé, le cachet d'une perspicacité plus pénétrante et les marques d'un jugement plus sévère et plus philosophique; parce que nul enfin n'était plus capable de révéler aux élèves l'étendue, l'importance, et partant la dignité de l'art.

Pour apprécier convenablement le traité *des Airs, des Eaux et des Lieux*. il faut non pas l'examiner dans ce qui tient pour ainsi dire au mécanisme de l'art, et qu'on pourra toujours juger différemment suivant les théories régnantes; mais il faut se faire une idée exacte du problème qu'Hippocrate cherchait à résoudre. Il voulait savoir « pourquoi les hommes, malgré l'identité incontestable de leur espèce, diffèrent cependant entre eux par des nuances graduées et successives. de manière qu'en partant d'un point quelconque du globe et en parcourant soit en longitude, soit en latitude, le cercle pour revenir au même point, on rencontre, à des distances plus ou moins éloignées, des peuples qui ont une physionomie, un tempérament, des maladies, des mœurs et des usages différens de ceux de leurs voisins. » (1). Pour un homme qui écrivait il y a près de deux mille trois cents ans, dépourvu de toutes les ressources que les sciences et les arts fournissent aux observateurs de notre époque, que de patience n'a-t-il pas fallu pour faire les recherches, et les observations multipliées qui pouvaient fournir les élémens nécessaires à la solution d'un pareil problème, et que de sagacité surtout pour distinguer dans l'homme ce qui est l'ouvrage immédiat de la nature de ce qui n'est que l'effet des causes morales toutes accidentelles au milieu desquelles il peut se trouver momentanément placé.

Procédant, précisément comme nous le ferions aujourd'hui, du simple au composé, du connu à l'inconnu, suivant en un mot la marche toute philosophique dont les modernes se glorifient tant, Hippocrate se rendit d'abord un compte exact de l'influence que chaque saison exerce sur la constitution physique et le caractère moral de l'homme, dans le pays même qu'il habitait, et, reconnaissant que les climats sont surtout caractérisés par la persistance d'une temperature donnée, il en conclut que les peuples qui vivent sous tel ou tel climat doivent nécessairement avoir pour caractère habituel et dominant les facultés tant morales que physiques qui sont l'apanage de la saison dont la température lui correspond. Il assimila par conséquent l'influence des pays chauds à celle de l'été et les effets des climats froids aux résultats de l'hiver; et telles sont la justesse et la précision des conséquences pratiques qu'il déduit des influences multipliées que reçoit l'homme des saisons et des climats, que ce que les modernes ont publié sur les constitutions médicales n'est la plupart du temps que la confirmation exacte des données qu'il a établies à ce sujet. Qu'on dise en effet de bonne foi si les écrits de Sydenham, de Pringle, de Stoll, d'Huxham renferment sur la corrélation des saisons et de certaines dispositions maladives quelque chose de bien plus précis que cela:

« Si l'hiver est sec et froid (*boreios*), le printemps pluvieux et chaud (*notion*), nécessairement l'été causera des fièvres et des ophthalmies; parce que quand une chaleur suffocante arrive tout à coup, la terre étant humectée par les pluies du printemps et par les vents du midi, nécessairement l'action d'un soleil brûlant sur une terre abreuvée d'humidité et chaude, produit une chaleur très forte... de sorte que les fièvres seront généralement très aiguës, surtout chez les phlegmatiques; et les femmes auront probablement des dyseuteries, ainsi que les sujets d'une constitution très humide... Mais si l'été est pluvieux et chaud, ainsi que l'automne, nécessairement l'hiver causera des maladies. Chez les phlegmatiques, ainsi que chez les personnes âgées de plus de quarante ans, il causera probablement des fièvres ardentes, et chez les bilieux des pleurésies et des péripneumonies. » Sauf quelques expressions, qui n'ont peut-être pas un sens assez arrêté, ne croirait-on pas lire un résumé de la constitution médicale qui suit dans nos climats le règne des hivers froids et secs ou des étés chauds et pluvieux, dont nous avons depuis quelque temps à supporter les pernicieuv effets?

Il en est de même pour l'influence du climat proprement dit, quiconque prétendrait en trouver, tant dans les auteurs anciens que dans les modernes, une appréciation qui fût en même temps aussi profonde et aussi nettement exprimée que celle que renferment ce peu de mots, serait certainement embarrassé d'en fournir la preuve: « Je dis donc que l'Asie diffère beaucoup de l'Europe en toutes choses, non-seulement en ce qui concerne les hommes, mais aussi dans toutes les productions de la terre; car celles-ci sont toutes plus grandes et plus belles dans l'Asie, le climat y est plus tempéré, et les habitans y sont plus doux et plus dociles... Les productions de la terre doivent y être abondantes, soit celles que l'on sème, soit celles que la terre produit d'elle-même, soit enfin les fruits que les hommes transplantent pour leurs besoins, et qui deviennent doux de sauvages qu'ils étaient... La température d'un tel pays doit, par sa nature, être presque semblable à celle du printemps. Les hommes ne peuvent y être ni courageux, ni vifs, ni portés au travail, ni propres à supporter la fatigue, etc... »

Sans doute quand on compare froidement le laconisme des préceptes que donne Hippocrate pour l'étude des influences variées que reçoit l'homme des lieux qu'il habite, à la multiplicité des données sur lesquelles on est convenu que doit reposer aujourd'hui une bonne topo-

(1) Traduction de Coray.

ramolli en quelques points et notamment dans la partie qui avait contracté des adhérences avec les méninges.

La moelle épinière présentait une très légère injection, beaucoup moins prononcée que celle que l'on observait au cerveau ; elle conservait du reste sa consistance normale. Les enveloppes de la moelle n'offraient rien de particulier.

Il y a long-temps, dit M. Rostan à l'occasion de ce malade, que nous avons enseigné et écrit que l'épilepsie est une névrose, c'est-à-dire une de ces maladies caractérisées par des symptômes très intenses, ne s'accompagnant ni de fièvre, ni de lésions anatomiques appréciables, et se manifestant par accès, de manière à laisser entre ces accès des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels la santé peut rester ou paraître parfaite. Telle est pour nous l'épilepsie. Est-ce à dire, pour cela, que cette maladie, que j'appelle une névrose, ne s'accompagne jamais d'altérations organiques, et qu'elle ne produise aucune modification matérielle, sinon constante, au moins passagère, dans le cerveau ? Certainement non. Nous avons toujours professé, et nous professons, d'après nos principes d'organicisme, que tous les actes de l'économie, même les actes physiologiques les plus simples, dépendant de la volonté, doivent produire dans le cerveau une modification correspondante, modification qui doit durer aussi long-temps que l'acte même. Ainsi, pour nous, le mouvement volontaire d'un bras ou de tout autre membre, est accompagné d'un changement moléculaire quelconque dans la substance cérébrale, qui préside à ce mouvement; changement moléculaire qui disparaîtra aussitôt que le membre, mis en mouvement, rentrera dans le repos. On ne conçoit pas, en effet, qu'il puisse en être autrement. Quant aux caractères que nous assignons aux névroses et à l'épilepsie en particulier, peut-être nous objectera-t-on que, puisque l'épilepsie est une névrose, elle ne doit point s'accompagner de lésion organique appréciable du cerveau, tandis qu'il est démontré qu'on rencontre quelquefois dans le cerveau des épileptiques des altérations anatomiques plus ou moins considérables, telles que des congestions cérébrales, des cancers, des tumeurs fongueuses, des tubercules, etc.

Nous répondrons qu'on ne peut prendre de ce fait argument contre cette doctrine, car les lésions que l'on a rencontrées dans les autopsies des sujets épileptiques n'étaient que des altérations purement coïncidentes et ne constituaient ni les causes, ni l'effet de l'épilepsie. Si ces congestions cérébrales, ces cancers, ces tubercules ou tumeurs quelconques, que que l'on a trouvés dans le cerveau des épileptiques étaient en effet la cause de l'épilepsie, ces lésions devraient la produire toutes les fois qu'elles existent, tandis que l'expérience nous démontre, au contraire, que ces lésions existent très souvent sans donner lieu à aucun phénomène épileptique, et qu'elles produisent ordinairement des symptômes qui en diffèrent essentiellement, tels que des paralysies à divers degrés de l'un ou de l'autre côté du corps, etc. D'un autre côté, l'épilepsie a lieu le plus souvent sans laisser après elle de traces d'aucune des altérations en question. Pour nous, qui avons dirigé pendant dix ans un service dans lequel les cas d'épilepsie se trouvaient réunis en très grand nombre, et qui avons ouvert un grand nombre de cadavres de sujets épileptiques, nous pouvons affirmer n'avoir trouvé que très rarement dans leur cerveau des altérations organiques profondes. Nous soutenons donc que l'épilepsie produit une altération ou modification matérielle dans le cerveau, mais que cette altération ou modification est moléculaire, insaisissable, inappréciable du moins jusqu'ici, par nos moyens d'investigation ; car nous ne désespérons pas que plus tard on n'arrive à pouvoir apprécier ces changemens, ainsi que tous ceux qui surviennent dans toutes les autres névroses.

Il faut, toutefois, tenir compte, dans l'appréciation de ces altérations, de l'influence que peuvent avoir la marche et l'intensité de la maladie, et les phénomènes auxquels peuvent consécutivement donner lieu des accès fréquemment répétés; car lorsque ces attaques se reproduisent à des intervalles très rapprochés, se répétant plusieurs fois dans la journée, comme chez le malade dont il s'agit ici, il peut survenir, par le seul fait de la répétition fréquente des accès, une véritable congestion cérébrale qui finisse par devenir permanente, par passer à l'état inflammatoire et amener la mort.

Quant au malade qui est l'objet de ces réflexions, dira-t-on que cette altération du cerveau était la véritable cause de l'affection dont il était atteint? Non, certainement. Ce sujet a dû, très probablement, éprouver pendant la vie des symptômes en rapport avec la nature de ces lésions; mais on n'a pu les constater, le malade ayant été apporté à l'hôpital dans un état de perte complète de connaissance, et l'on n'a pu avoir aucun renseignement sur le début et la marche de sa maladie. Nous avons trouvé ici une altération générale des membranes, une congestion sablée du cerveau avec ramollissement de la substance cérébrale dans quelques points. Toutes ces lésions sont certainement liées à un tout autre ordre de phénomènes morbides qu'à l'épilepsie.

Il y a vingt-cinq ans qu'on avait trouvé des plaques cartilagineuses sur les membranes de la moelle, et on avait voulu rattacher cette lésion à l'existence de l'épilepsie; nous combattîmes alors cette opinion et nous en démontrâmes la fausseté le scalpel à la main ; nous fîmes voir que ces plaques pouvaient se rencontrer chez des sujets morts d'une affection autre que l'épilepsie, et que, d'un autre côté, elles manquaient le plus souvent chez les sujets qui avaient été épileptiques. Au reste, ces plaques cartilagineuses, dont on fit tant de bruit à cette époque, ne sont plus considérées justement aujourd'hui que comme une altération de peu d'importance. Nous répéterons donc, pour nous résumer, que la cause de l'épilepsie est fugace, non persistante, comme la cause de toutes les névroses, et comme le sont les attaques épileptiques elles-mêmes.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Tumeur synoviale du genou. Ponction. Applications résolutives et compression. Considérations sur ces tumeurs.

Au n° 22 ou 23 de la salle des femmes est couchée une jeune fille qui porte à la partie antérieure de la rotule une tumeur s'étendant un peu sur les parties latérales du genou. Cette tumeur, à l'époque où la malade est entrée à l'hôpital, était très molle et fluctuante. Quoiqu'il n'y eût point de véritable inflammation, la pression exercée sur cette partie déterminait des douleurs très vives. Il y avait surtout au centre de la tumeur un point où l'on sentait une fluctuation plus prononcée et où la pression était plus douloureuse que partout ailleurs. Nous croyons que nous avons affaire ici à un *hygroma*, ou tumeur synoviale au niveau de la rotule, de la nature de celles qui se développent au niveau du carpe, du coude, etc., partout en un mot où il y a des bourses synoviales. Ces tumeurs ont été bien étudiées, surtout dans ces derniers temps. Elles contiennent un liquide séreux ordinairement incolore. On a voulu à tort les distinguer des ganglions proprement dits que certains auteurs appellent tumeurs synoviales, et qui se développent ordinairement sur le trajet et dans l'intérieur des tendons. Ce sont là des distinctions purement scolastiques et sans fondement, car pour nous ce sont des tumeurs absolument identiques, si ce n'est que les ganglions affectent les tendons, tandis que les hygroma occupent principalement les points saillans des articulations, là où à cause des frottemens répétés il se développe de petites bourses synoviales. C'est pour cela que ces tumeurs se rencontrent le plus souvent chez les sujets exerçant certains métiers qui les obligent à se servir beaucoup des genoux et des coudes. Notre malade n'est pas dans ce cas pourtant, et c'est sous ce rapport-là une exception. Dans ces poches synoviales nous avons trouvé des corps particuliers qui sont tantôt libres, tantôt adhérens à la poche même par un petit pédicule; de même qu'on rencontre souvent dans les membranes synoviales des corps étrangers sessiles, c'est-à-dire libres de toute adhérence par un pédicule, et d'autres fois des corps pédiculés. Quelques chirurgiens paraissent croire que, dans le principe, les premiers de ces corps sont pourvus d'un pédicule qui les tient attachés à la poche ; mais qu'avec le temps ils deviennent libres par l'usure graduelle de ce pédicule. C'est une erreur, car très souvent ces corps sont fort nombreux, et il serait difficile de concevoir comment ils pourraient avoir eu chacun un pédicule distinct qui les tînt unis à la synoviale. Ces corps paraissent être constitués par une matière concrescible contenue dans la synovie et qui s'y serait déposée. M. Velpeau les croit formés de caillots sanguins résultant d'un petit épanchement de sang dans l'intérieur de la synoviale et qui subissent à la longue une transformation particulière. M. Blandin ne partage point cette opinion.

La tumeur qui existe chez cette malade a été ponctionnée; on a ensuite appliqué des compresses imbibées de muriate d'ammoniaque, résolutif très énergique, et l'on a fait la compression sur la tumeur même. Ces moyens ont suffi pour déterminer la résolution. Il faut continuer long-temps la compression et les applications résolutives sur ces espèces de tumeurs, sans quoi la synovie de la bourse muqueuse qu'on veut oblitérer se reproduit facilement, et avec elle la tumeur. Chez cette malade il y a aussi un corps étranger dans la tumeur qui rendra la guérison plus difficile et plus longue. Il est possible que la malade, après être sortie, revienne dans quelque temps pour la même cause. Dans ce cas il faudrait songer à extraire le corps étranger en prenant les précautions nécessaires pour ne pas compromettre l'articulation.

Cette observation peut être rapprochée de la suivante, recueillie dans le même service :

Tumeur fibreuse du volume du poing au-devant du genou, contenant du pus. Dégénérescence de la membrane synoviale. Extirpation.

Il s'agit d'un homme placé au n° 9 de la salle Saint-Jean, âgé de vingt-quatre à vingt-six ans, d'un tempérament très robuste, bien musclé, et qui est affecté d'une tumeur au genou droit. L'ayant examiné hier (6 avril) on a reconnu une tuméfaction du volume du poing siégeant à la partie antérieure du genou, et s'étendant aussi un peu sur les côtés ; on ne sentait rien en arrière dans le creux poplité. Cette tumeur était compacte, élastique, douée d'une certaine mobilité, de sorte que nous avons pu nous convaincre que l'articulation y était entièrement étrangère, car en pressant sur les côtés on arrivait à la synoviale qui s'affaissait sous la pression, et les douleurs qui se développaient dans ces manœuvres affectaient plutôt les tissus extérieurs à l'articulation que l'articulation elle-même. Cette tumeur était rouge, et dans un point un peu plus ramollie que les autres elle présentait une petite ouverture d'où suintait de la matière purulente; cette ouverture existait depuis trois ou quatre jours. Cette circonstance nous a engagé à faire une incision cruciale, en agrandissant ainsi le foyer purulent présumé. Nous n'étions pas encore bien ins-

---

graphie médicale, on est tenté d'accuser Hippocrate d'une foule d'omissions essentielles ; mais quand on apprécie la véritable portée de chacun de ces préceptes, et l'étendue des développemens dont chaque mot, pour ainsi dire, qui les compose peut devenir le sujet, on reconnaît bien vite que la brièveté dans la constatation des faits et la forme aphoristique dans l'établissement des axiômes sont des moyens que choisissent à dessein les esprits supérieurs pour embrasser un plus vaste horizon et satisfaire plus aisément à la généralité des cas. Il ne nous resterait même du traité *des Airs, des Eaux et des Lieux*, que cette vérité fondamentale qui le termine et qui en forme le résumé : « Toutes les productions de la terre sont subordonnées à la nature du sol qui les voit naître, et l'homme ne déroge point à cette loi commune », que nous serions déjà forcés de reconnaître que ce livre devait être une œuvre de génie. Ce que les médecins ne savent peut-être pas assez, et ce que les gens du monde semblent ignorer complètement, c'est que l'idée que renferme cette phrase est devenue le véritable thème, disons plus, le fondement unique de l'un des ouvrages qui ont le plus contribué à la gloire littéraire et philosophique du dix-huitième siècle, *l'Esprit des Lois*, dont l'auteur n'eût certainement rien perdu de son propre mérite s'il eût fait honneur au médecin grec du principe fécond qui devint la base de son admirable travail.

Quel fut effectivement, en définitive, le principal but de Montesquieu ? N'était-ce pas de démontrer que les lois doivent avoir pour base la forme gouvernementale républicaine, monarchique ou despotique, de la nation qu'elles régissent, et que cette forme est le plus ordinairement la conséquence forcée de la nature particulière du climat. Or, c'est ce qu'avait parfaitement établi Hippocrate, et qu'il résume si bien par ce parallèle du caractère des peuples de l'Asie et de ceux de l'Europe : « Pour ce qui concerne la lâcheté, si les Asiatiques sont moins belliqueux et plus doux de mœurs que les Européens, il faut surtout en rechercher la cause dans les saisons qui n'éprouvent pas de grands changemens ni de chaud, ni de froid, mais qui se ressemblent presque entre elles. L'esprit n'éprouve pas de ces grandes secousses, ni le corps de ces transitions brusques qui rendent les passions farouches et donnent à l'homme un caractère plus intraitable et plus fougueux que s'il vivait toujours dans la même température; car les changemens qui ne s'opèrent que d'un extrême à l'autre, sont ceux qui éveillent l'esprit des hommes et ne les laissent pas dans un état fixe. »

Montesquieu a-t-il fait autre chose que développer cette idée et lui donner le cachet d'une vérité incontestable, par des citations puisées tant dans l'histoire moderne que dans l'histoire ancienne ? Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'il n'a pas même jugé convenable de prendre des exemples ailleurs que dans la comparaison des peuples de l'Asie et de l'Europe, invoquée par son prédécesseur, ainsi que l'attestent ces quelques phrases extraites du dix-septième livre de *l'Esprit des Lois*, intitulé : *Comment les lois de la servitude politique ont du rapport avec la nature du climat.* « L'Asie a été subjuguée treize fois.... En Europe, au contraire, nous ne connaissons depuis l'établissement des colonies grecques et phéniciennes que quatre grands changemens, et si l'on examine bien ceci, on trouve dans ces changemens mêmes une force générale répandue dans toutes les parties de l'Europe. On sait la difficulté que les Romains trouvèrent à conquérir en Europe et la facilité qu'ils eurent à envahir l'Asie. »

Et qu'on ne croie pas que dans la détermination des causes sous l'empire desquelles se forment la constitution physique et le caractère moral de l'homme, Hippocrate n'ait vu que le climat ou la température ; il reconnaît, au contraire et déclare en termes on ne peut plus explicites, que les résultats de ces deux causes fondamentales peuvent être puissamment modifiées par une foule d'autres causes ; qu'ils changent, par exemple, suivant que le lieu qu'on étudie est bas ou élevé, ombragé ou découvert. « Il existe en Europe, dit-il, des peuples qui diffèrent les uns des autres par la grandeur, par la forme et par le courage. Les causes de ces différences sont les mêmes que celles que j'ai exposées (le climat) ; je vais encore ajouter quelques éclaircissemens. Ceux donc qui habitent un pays montueux, inégal, élevé et pourvu d'eau, et qui éprouvent des changemens de saison considérables, doivent être d'une grande stature, propres au travail et courageux, et avoir surtout un naturel sauvage et féroce. Ceux qui habitent des pays enfoncés, couverts de prairies, suffocans plus exposés aux vents chauds qu'aux froids, ne doivent être ni bien grands ni bien proportionnés, mais seront plutôt trapus et charnus ; ils ne seront naturellement ni courageux ni portés au travail, etc. »

Quelques-uns des commentateurs de Montesquieu, ceux surtout qui ont voulu lui conserver sans partage la gloire de son travail, s'appuyant sur le titre même du livre d'Hippocrate, ont cru pouvoir trancher la question en avançant que si le médecin grec avait saisi et expliqué l'action sur l'homme des causes purement physiques au milieu desquelles il vit, le publiciste français n'avait eu d'autre but que d'apprécier et de développer la nature des causes essentiellement morales dont les hommes réunis en société reçoivent l'influence. Mais cette assertion est évidemment une erreur, car le climat, si souvent invoqué dans *l'Esprit des Lois*, est bien certainement une cause éminemment physique ; or Montesquieu, comme nous l'avons vu, attache une telle importance au climat, comme cause déterminante des dispositions morales des peuples, que ses admirateurs se sont crus obligés de le justifier du reproche que lui ont adressé quelques critiques d'attribuer tout au froid ou à la chaleur (1). » Admettons encore qu'il n'aurait eu d'autre but que de prouver que les lois peuvent complètement changer la nature primitive ou constitutionnelle des peuples, et d'autre moyen que de démontrer que ces lois sont toujours subordonnées à la forme du gouvernement, il n'aurait encore que développé une idée d'Hippocrate qui reconnaît que par de bonnes lois, les hommes peuvent avantageusement lutter contre l'influence pernicieuse de certains climats ; témoin cette phrase : « Ces peuples ne sont naturellement ni courageux ni portés au travail ; mais ils le deviendraient si les lois les y portaient. »

Telle est même la puissance qu'Hippocrate reconnaît aux lois, comme moyen de modification profonde de l'économie humaine, que nous défions de trouver dans Montesquieu une phrase où cette influence soit signalée en termes plus précis et plus énergiques que ceux-ci : « Pour moi, je pense que les peuples asiatiques sont pusillanimes, non seulement à cause de ces changemens (de température), mais en outre à cause de leurs lois. En effet, la plus grande partie de l'Asie est gouvernée par des rois : or, dans le pays où les hommes ne sont pas maîtres de leurs personnes ni régis par leurs propres lois, mais soumis à des despotes, ils ne se soucient pas de s'exercer au maniement des armes ; ils cherchent au contraire à ne pas paraître belliqueux, parce que les périls n'ont pas le même but. Ils sont en effet forcés de se battre, de travailler et même de mourir pour des despotes, loin de leurs femmes, de leurs enfans et de leurs amis. Tout le fruit de leur courage et de leurs travaux ne sert qu'à augmenter et à étendre la puissance de leur maître, et ils ne recueillent pour fruit que les dangers et la mort... Tandis que dans l'Asie même, les Grecs et les barbares, qui ne vivent pas sous le joug des despotes, se gouvernent par leurs propres lois et travaillent pour eux-mêmes, sont les plus belliqueux de tous. Cela vient de ce qu'ils ne s'exposent que dans leur propre intérêt, et reçoivent également le prix de leur courage et la peine de leur lâcheté. » Ne croirait-on pas en vérité entendre une boutade de Mirabeau ou lire un passage du Contrat social ?

Reconnaissons donc que si d'Alembert, en acceptant pour épigraphe de *l'Esprit des lois* le *prolem sine matre creatam* d'Ovide, a voulu prétendre que Montesquieu ne devait à personne cette idée-mère de son travail, savoir : l'action du climat sur le caractère moral de l'homme et l'influence que peuvent exercer de mauvaises ou de bonnes lois sur la détérioration ou le perfectionnement de ce caractère, il a non-seulement commis une erreur, mais encore consacré une injustice.

Irions-nous maintenant, pour juger le traité *des Airs, des Eaux et des Lieux* d'Hippocrate, rechercher, dans quelques expressions de détail, dont le sens peut d'ailleurs avoir été dénaturé par les traducteurs, s'il a penché plutôt pour le solidisme que pour l'humorisme (s'il n'a pas sacrifié à un préjugé en affirmant que l'usage de l'eau de pluie, de neige et de glace *occasionne la pierre*; s'il a donné de la formation des brouillards une explication bien rationnelle en avançant qu'ils résultent de la séparation des parties *troubles et opaques* de l'air de ce

(1) D'Alembert ; *Analyse de l'Esprit des Lois.*

truits sur la nature de cette tumeur ; mais l'incision cruciale était indiquée, ne fût-ce d'ailleurs que comme moyen de nous éclairer dans le diagnostic. Aujourd'hui, après un examen plus approfondi de la tumeur, nous avons cru pouvoir la déclarer comme étant de nature fibreuse. Il y a déjà quelque temps qu'elle a dû commencer à paraître ; elle s'est développée dans la bourse muqueuse qui se trouve au-devant de la rotule, et s'est irritée et enflammée à plusieurs reprises à la suite des frottemens auxquels cette partie est sans cesse exposée. Il s'agit donc d'une tumeur qui n'est aucunement dangereuse ; mais il faut l'enlever sans retard, car sa présence est une cause continuelle d'irritation ; tandis que, aussitôt enlevée, la peau se cicatrisera parfaitement et le genou reprendra tout à fait sa forme normale.

L'opération a été immédiatement pratiquée.

La tumeur contenait de la matière purulente dans son centre ; elle formait une sorte de poche à parois dures, cartilagineuses. Il y avait un commencement de dégénérescence de la membrane synoviale, qui s'était convertie en une substance fibro-cartilagineuse, dégénérescence qui a été favorisée par la marche et par les exercices habituels du membre. C'est une dégénérescence semblable à celle qui survient quelquefois dans la tunique vaginale à la suite des hydrocèles chroniques, lesquelles tuniques présentent souvent une épaisseur de quatre ou cinq lignes. Dans ce cas, on est obligé d'exciser la tunique même, si l'on veut obtenir une guérison complète et définitive. Notre malade était dans une circonstance à peu près semblable ; il a donc fallu exciser cette partie dégénérée, et qui eût été un obstacle perpétuel au rétablissement des fonctions de l'articulation. On n'a pas eu de ligature à faire, malgré l'étendue considérable de la plaie qu'on a dû produire pour emporter la tumeur en totalité. C'est avec intention qu'on n'a point tenté d'obtenir la cicatrisation par première intention ; on a également évité d'introduire des corps étrangers dans l'intérieur de la plaie ; on a même appliqué des bandelettes agglutinatives, afin de prévenir toute espèce d'irritation et, par suite, le développement de quelque érysipèle. On a réuni les bords de la plaie, ou les quatre lambeaux, par une bande de la largeur d'un pouce environ, passée en croix autour du genou. Cette bande sert à soutenir les lambeaux de peau et à les affronter sans les irriter.

Le 8, la plaie suppure, mais elle n'est pas enflammée comme auparavant. L'état général est excellent ; la malade se trouve parfaitement. On place la jambe dans une gouttière de fer-blanc, afin d'empêcher toute espèce de mouvement dans le genou.

Le 12, la suppuration est plus abondante, mais de bonne nature ; les lambeaux semblent déjà, en grande partie, recollés leurs bords sont d'une couleur rosée, et tout fait croire que la cicatrisation ne se fera pas long temps attendre. L'état général du malade est parfait.

Le 15, la suppuration a trempé toutes les pièces de l'appareil. On s'aperçoit que les lambeaux sont en partie décollés, surtout du côté externe du membre, où l'on trouve un décollement des tissus dans l'étendue de six à huit pouces. On fait alors à l'extrémité du décollement une contre-ouverture pour donner issue au pus qui pourrait y filtrer.

Le malade a eu aussi un peu de dévoiement hier. Malgré ces accidens, on pense que la cicatrisation ne sera point empêchée ; elle pourra seulement être retardée.

Le 18, la suppuration est beaucoup moindre ; le recollement des lambeaux s'est opéré, et les bords de la plaie ont un bon aspect. Pas de dévoiement depuis avant-hier.

Le 22, le malade va bien ; plus d'accidens du côté du tube digestif. La suppuration est de bonne nature et va en diminuant au genou ; elle est encore peu un abondante, à la plaie résultant de la contre-ouverture, mais cette plaie conserve un bon aspect, et tout fait espérer une prompte cicatrisation.

NOTE SUR LE CLINKER.

Nouvel agent thérapeutique ; par M. CONWAY J. EDWARDS.

« Ce nouvel agent, sur lequel je désirerais attirer l'attention des hommes de l'art, dit M. Conway, est d'une nature si simple que les praticiens seront portés à douter de ses propriétés physiologiques plutôt qu'à admettre en lui la puissance de produire des effets à la fois remarquables et avantageux dans certaines affections qui résistent fréquemment aux médications les mieux appropriées et les plus méthodiques. Néanmoins je ne balance pas à déclarer que le *Clinker* (c'est le nom sous lequel je propose de l'inscrire au catalogue déjà très étendu des substances médicamenteuses employées de nos jours) possède à un haut degré la propriété corroborante et l'action chromopoïétique (*colorific*), et cette assertion est basée sur l'expérience de M. le docteur Watson, médecin à Bath, qui, le premier, a été initié au mystère de sa préparation, et le premier aussi en a sanctionné l'usage. »

Le *Clinker* n'est autre chose que le résidu de la forge des serruriers, des forgerons, etc., ou plutôt cette portion de la houille qui résiste à la combustion. Il diffère des cendres ordinaires et du coke, tant sous le rapport de son poids spécifique et de ses élémens constitutifs que sous celui de son aspect extérieur. Comme médicament indiqué contre les maladies cachectiques, spécialement chez les femmes, il a d'abord figuré pendant plusieurs années dans la médecine populaire de certains districts manufacturiers, et les succès qui ont couronné son emploi, surtout dans les affections chlorotiques, sont tels qu'ils lui ont mérité la qualification de *spécifique*.

La manière de le préparer est la suivante : On détache des masses de *Clinker* les portions les plus bleues et les plus pesantes, puis on les réduit en poudre impalpable (opération qui n'est pas sans difficulté, en raison de la nature métalloïde de ce produit). Alors, on mêle intimement une certaine portion de la poudre obtenue avec suffisante quantité de thériaque, de manière à l'amener à l'état de pâte ferme, et, par chaque deux cent-cinquante grammes (huit onces) du mélange, on y incorpore quinze grammes (quatre gros) de magnésie et autant de gingembre pulvérisé. Le médicament ainsi préparé n'offre à l'œil rien de séduisant ; mais on peut lui donner une apparence moins répugnante en remplaçant la thériaque par le miel et y ajoutant deux grammes (un demi-gros) de peroxyde de fer.

Le mode d'administration est aussi simple que la préparation ; il consiste à en faire prendre matin et soir pendant trois jours, puis à laisser trois jours de repos au malade, après quoi on recommence en suivant constamment la même marche jusqu'à ce que l'on ait obtenu l'effet désiré. La dose est d'une cuillerée à thé. Quelque absurde que puisse paraître ce mode d'administration, il n'est cependant pas aussi ridicule qu'il le semble au premier abord, car l'expérience a prouvé qu'il survient une irritation générale si l'on néglige d'intercaller les intervalles de repos comme ils ont été indiqués pendant l'usage de ce moyen.

Voici dans quelles circonstances M. Conway eut connaissance de ce médicament :

Une jeune dame était affectée, depuis plusieurs années, de lésions internes d'un diagnostic difficile. La circulation s'opérait à peine dans les dernières extrémités des vaisseaux sanguins, et le fluide qui parcourait les gros vaisseaux était trouble et de couleur brune, au lieu de présenter la riche couleur qui est propre au sang. Plusieurs médecins furent consultés successivement, et de nombreux moyens furent employés sans aucun résultat véritablement avantageux ; les préparations de fer parurent seules apporter quelque amélioration, et, parmi elles, l'iodure de ce métal spécialement. Cependant le mal empirait, la constitution allait en se détériorant de plus en plus ; il survint de l'œdème aux extrémités inférieures, puis une céphalalgie des plus violentes qui résista également à toutes les médications que l'on dirigea contre elle. Enfin, la malade paraissait perdue sans ressources, lorsqu'une autre jeune dame qui s'était trouvée elle-même en proie à des accidens analogues, conseilla de recourir au moyen qui seul avait pu la rendre à la santé. Cette proposition fut adoptée, et M. le docteur Watson, qui suivait alors la malade, y ayant consenti, l'essai du *Clinker* commença.

Les résultats de ce nouveau traitement surpassèrent toutes les prévisions. Dans l'espace de deux mois tous les symptômes morbides disparurent, à l'exception d'un excès de sécrétion utérine. Cet heureux changement surprit les médecins qui en furent témoins.

A la suite de cette guérison, M. Conway s'empressa d'essayer le même moyen chez plusieurs autres malades, dont l'aspect anémique et l'affaiblissement de la fibre musculaire indiquaient le haut degré d'altération qu'avaient éprouvé déjà les fonctions du tube digestif et de l'utérus. Dans l'espace d'un mois, à partir de la première dose de *Clinker*, une amélioration frappante se fit remarquer dans l'habitude extérieure de tous ses sujets, et, avant la fin du second mois, tous les symptômes fâcheux disparurent. Un de ces cas en particulier a offert plus d'intérêt encore que les autres, parce qu'il s'agissait d'une jeune fille scrofuleuse chez laquelle les glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées et l'une d'elles ulcérées depuis quelques années ; cet état, qui avait résisté à tous les moyens précédemment mis en usage pour le combattre, céda à l'emploi de la nouvelle médication.

Le *Clinker* paraît aussi réussir dans les cas de simple indigestion (*dyspepsie ?*), de petites doses de cette substance suffisent pour faire disparaître les symptômes les plus alarmans. Il convient surtout dans cet état spécial de supersécrétion intestinale que l'on considère comme favorisant le développement ou la propagation des vers, et deux observations ont fait foi de cette efficacité ; dans l'un de ces cas, il a paru agir mécaniquement ; dans l'autre, par ses propriétés toniques. Cette propriété anthelmintique a été reconnue par hasard, dans le cours de son emploi contre un écoulement leucorrhéique.

Lorsque ce médicament est pris pour la première fois, il détermine souvent une série de symptômes qui pourraient le faire regarder comme dangereux par un médecin non encore initié à son mode d'action. Une grande pesanteur est éprouvée à la région épigastrique, et s'accompagne d'un sentiment de brûlure ; il survient ensuite un sentiment de malaise suivi de défaillances, mais que soulage bientôt l'arrivée d'éructations et de gaz. Quelques sujets se plaignent de douleurs dans les membres, et surtout aux articulations ; d'autres, d'un resserrement de la partie antérieure de la tête, avec des vertiges ; tous, d'ailleurs, ressentent une grande chaleur, de la sécheresse de la bouche et une soif très vive. A la seconde prise, les symptômes sont moins prononcés, et la troisième dose est prise, en général, sans qu'il en résulte aucun trouble (*with impunity*). Lorsque l'usage a été soutenu pendant quelque temps, des effets tout différens commencent à se produire : tels sont un grand appétit et un sentiment de bien-être et de vigueur que les sujets n'ont peut-être pas éprouvés depuis plusieurs années. Alors, ordinairement, la peau se revêt d'une coloration rouge, la fibre musculaire prend de la fermeté et de l'ampleur. Après la première dose, les matières fécales présentent l'aspect de la poix, l'urine est généralement incolore et abondante ; s'il existait antérieurement de la constipation, elle cède et les selles deviennent régulières ; le pouls acquiert de la plénitude et la peau de la souplesse.

En résumé on peut établir que le *Clinker*, sous le rapport des propriétés médicinales, est tonique, stimulant, anthelmintique et chromoporétique ; qu'il convient généralement aux sujets leuco-phlegmatiques ; mais que, dans les cas de dyspepsie, de chlorose, d'affections scrofuleuses, il est contre-indiqué s'il existe des signes de diathèse inflammatoire.

La quantité de métal que le *Clinker* contient varie considérablement. Le meilleur est fourni par la forge des ouvriers forgerons, et le plus pesant, le plus riche en apparence métallique est le seul qui doive être employé ; celui qui est léger et d'une teinte ardoisée est tout à fait inerte.

M. Conway, par rapport à l'addition de magnésie et de gingembre pour la préparation de l'électuaire indiqué plus haut, fait observer que si la seconde de ces substances est laissée de côté, l'ingestion du médicament détermine de violentes coliques. Il ajoute qu'après un usage prolongé pendant quelques semaines, si l'on donne des doses de l'électuaire plus répétées que dans le principe, il n'en résulte aucun inconvénient.

(*Provincial medical and surgical journal*, février 1842.)

REVUE THERAPEUTIQUE.

Sirop d'huile de foie de morue.

Pr.	Huile de foie de morue,	250	grammes.
	Poudre de gomme arabique,	156	
	Eau commune,	375	
	Sirop de sucre,	125	
	Sucre blanc,	750	

M. et F. S. A. un sirop de consistance convenable.

Ce sirop, dont la formule est due à M. Duclos, peut être prescrit avec avantage dans tous les cas où l'huile de foie de morue pure est elle-même indiquée ; c'est-à-dire, dans le rachitisme à toutes ses périodes, mais surtout à l'époque la plus rapprochée qu'il est possible du début de la maladie ; dans les maladies scrofuleuses, spécialement dans celles qui affectent de préférence les systèmes osseux et fibreux ; enfin, dans les cas de paraplégies douloureuses, de névralgie sciatique et de rhumatismes articulaires ou fibreux chroniques.

La dose à laquelle il convient de le prescrire en commençant est de quinze à trente grammes (quatre gros à une once) par jour, que l'on donne à l'état pur, ou mieux délayé dans une infusion aromatique très chargée et coupée avec une égale quantité de vin rouge vieux.

(Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique*, 1842.)

Emploi thérapeutique du sulfure de fer.

M. le docteur Cazenave administre souvent le sulfure de fer dans la diathèse scrofuleuse, et particulièrement contre les maladies cutanées dont l'existence est liée à celle de cette affection. Cet agent, trop peu employé jusqu'ici, lui paraît plus avantageux dans ce cas que les préparations iodurées elles-mêmes, surtout parce qu'il est moins irritant qu'elles, et qu'il expose moins à provoquer la fonte purulente des engorgemens strumeux.

Il l'administre spécialement à l'état de suspension dans un sirop approprié, et la formule à laquelle il a généralement recours est la suivante :

Pr. Sulfure de fer, 2 grammes.

Réduisez-le en poudre impalpable à l'aide de la pulvérisation au mortier d'abord, puis de la porphyrisation, et, lorsqu'il a été amené à un état de ténuité suffisante, étendez-le dans

Sirop de saponaire, 125 grammes.

Mêlez exactement par agitation.

La dose est d'une cuillerée à bouche le matin et autant le soir, soit pur, soit délayé dans une tasse d'une infusion amère.

Avant de verser chaque cuillerée, il est indispensable de remuer fortement la bouteille pour mêler uniformément à la masse totale du liquide la portion de poudre qui, par le repos, s'est précipitée sous forme d'un dépôt noirâtre.

Mixture diurétique.

Pr. Racine de raifort fraîche, 10 grammes.

On ratisse cette racine, on la coupe par tranches minces, puis on verse dessus

Eau bouillante, 130 grammes.

On fait infuser en vase clos jusqu'à refroidissement ; alors on passe et on ajoute, S. A., à la colature :

Alcoolé de cantharides,	8	gouttes.
Laudanum de Sydenham,	12	
Sirop de sucre,	15	grammes.

Mêlez.

Cette mixture, qui est conseillée par M. le docteur Rayer dans les cas d'hydropisie consécutive à la néphrite albumineuse chronique, doit être administrée en trois doses égales dans le courant des vingt-quatre heures.

La dose de l'alcoolé de cantharides peut être portée graduellement jusqu'à 36 gouttes ; la dose du laudanum peut de même être élevée progressivement jusqu'à 18 gouttes ; mais ces augmentations ne doivent être conseillées qu'avec beaucoup de circonspection, et dans tous les cas il est indispensable de les subordonner aux effets produits par l'ingestion du médicament.

FAITS DIVERS.

Cas de phthiriase guérie par la créosote.

Un paysan, d'une constitution lymphatique, après avoir souffert beaucoup, durant sa jeunesse, de transpiration fétide aux pieds et d'ulcères superficiels aux extrémités, jouit enfin d'une excellente santé pendant un grand nombre d'années, malgré de fréquens excès vénériens et de boissons alcooliques. Mais vers l'âge de quarante-neuf ans, il éprouva sur tout le corps, et principalement au dos, un prurit désagréable et un sentiment de brûlure assez fort qui le forcèrent à se gratter continuellement et finirent même par l'empêcher de dormir. Au bout de quelques mois, il alla consulter M. le docteur Jeitteles, de Prague, qui, en examinant attentivement et de près la surface douloureuse, remarqua sur toute la peau, couverte d'écailles, de petits boutons et des vésicules, et des poux dans leurs intervalles. Plus tard, on vit ces insectes parasites sortir surtout en très grande quantité des ulcères superficiels qui s'ouvrirent çà et là, et spécialement aux points de la peau qui se trouvaient garnis d'une plus forte épaisseur de tissu adipeux et sur lesquels les pustules s'étaient déchirées : ces ulcères fournirent une sécrétion qui exhalait une odeur fétide analogue à celle de la transpiration des pieds. D'ailleurs, à l'anorexie et à l'insomnie près, dont le malade était continuellement tourmenté, toutes les fonctions s'exerçaient sans présenter rien d'anormal.

M. Jetteles ayant prescrit successivement, et sans en obtenir le moindre succès, une foule de moyens préconisés en pareille occurrence, tels que les mercuriaux, les antimoniaux, les cathartiques, les toniques, les bains de sel, de tabac, de bi-chlorure de mercure, etc., se détermina à tenter l'application de l'eau créosotée.

Après avoir appliqué préalablement des ventouses sur les diverses régions du corps où il existe beaucoup de tissu cellulaire, il fit lotionner chaque jour les parties affectées avec un soluté aqueux de créosote ; et de plus, il y fit pratiquer, matin et soir, une douche avec le même liquide bien chaud, afin de donner lieu à une vive réaction. Ce traitement, soutenu pendant un espace de cinq semaines, fut suiv

---

qu'il contient de *subtil et de léger* ; lui reprocherons-nous enfin d'avoir porté l'hétérodoxie anatomique au point de croire, par exemple, que le produit des coryzas et des enrouemens, qui sont si fréquens dans les printemps secs et froids qui suivent les hivers pluvieux et chauds, provient *du cerveau qui se détend et se purge ?* Non sans doute. C'est dans son ensemble qu'il faut considérer cet ouvrage, et c'est sous le point de vue purement philosophique qu'il faut l'apprécier. Il me semble alors qu'on doit être embarrassé de savoir ce qu'on doit admirer le plus du nombre et de la justesse de ses observations, de la hardiesse et de la puissance de sa logique, ou de la solidité de ses préceptes, préceptes dont le moraliste et le législateur ne peuvent pas moins faire leur profit que le médecin.

Quant aux choses purement médicales qu'il contient, tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'il est aussi étonnant qu'Hippocrate ait tant fait avec si peu de moyens, qu'il doit être surprenant que nous ayons si peu fait depuis lui avec tant de ressources. C. LACHAISE.

Correspondance.

Lausanne, ce 1er juin 1842.

Monsieur le Rédacteur.

Veuillez, je vous prie, accueillir les explications suivantes :

M. Guillon, dans votre feuille du 28 du mois dernier, dit, à l'occasion de l'usage des sondes de gros calibre :

« Je sais qu'on peut, dans certains cas, avec elles pénétrer de vive » force dans la vessie, mais souvent au prix de quels désordres ! Chacun peut se rappeler le malade sondé par M. Mayor, sous les yeux » de M. J. Cloquet : l'urine jaillit, et les élèves d'applaudir ! mais la » sonde une fois retirée, elle cessa de couler. Le malade succomba » quelques jours après, et, à l'autopsie, on reconnut une fausse route » de 7 centimètres de longueur, traversant le bas-fond de la vessie. »

Ces assertions, pour ce qui me concerne et le malade en question, sont tout à fait fausses, soit que les renseignemens reçus par M. Guillon aient été puisés à une source peu sûre, soit que sa mémoire ait été plus infidèle encore. J'en appelle du reste au témoignage de M. Cloquet lui-même et de M. Fontan, son digne interne. Ce dernier, du moins, s'est laissé si peu intimider par cette prétendue catastrophe, qu'il n'a cessé d'être un des heureux champions du nouveau système.

Mais, croyez-le bien, je n'en veux nullement à M. Guillon pour sa manière d'argumenter dans une question aussi grave ; elle est conforme en tous points à ce qui a lieu journellement et presque partout, chaque fois qu'il s'agit de *principes*.

Agréez, etc., Mathias MAYOR, prof.

d'une réussite complète : la peau, sur laquelle le contact de l'eau créosotée avait déterminé la formation d'un enduit blanchâtre, se desquama, et les poux disparurent tout à fait ainsi que les boutons et les vésicules ; les ulcères se cicatrisèrent peu à peu en se recouvrant, il est vrai, d'un épiderme bien peu résistant, mais offrant d'ailleurs tous les caractères qu'il présente à l'état normal ; enfin le sujet recouvra l'appétit, le sommeil et les forces. Plus tard, on crut devoir recourir à l'usage des bains froids astringens, pour rendre à la peau restée très lâche, la fermeté qu'elle doit posséder.

(*Vesterreichische medicinische Wochenschrift*, 1841.)

Cas d'empoisonnement par les semences de jusquiame ; observation communiquée par par M. le docteur SCHUBERT, de Dramburg.

Deux petites filles, âgées l'une de six et l'autre de huit ans, ayant ouvert, dans le courant de l'automne dernier, une grande quantité de capsules de jusquiame noire, avalèrent des semenses mures de cette plante ; mais une femme qui survint les empêcha de continuer.

Quatre heures environ après cet accident, M. Schubert vit les deux enfans et les trouva dans l'état suivant :

Chez la petite fille de six ans, la figure était pâle, la tête froide, les pupilles fortement dilatées, le pouls petit et un peu accéléré, les battemens du cœur très forts, les pieds et les mains froids ; les extrémités étaient agitées de convulsions légères ; il y avait du strabisme, des grincemens de dents, des défaillances.

Chez la petite fille de huit ans, la tête était chaude et la température de tout le corps plus élevée que dans l'état normal ; la face était vultueuse et tuméfiée ; le pouls plein, mais sans accélération ; les battemens du cœur forts et irréguliers ; les yeux un peu proéminens ; la conjonctive fortement injectée ; les pupilles largement dilatées. Il y avait en outre un délire des plus gais, qui s'annonçait par des chants et des paroles incessantes très rapides, mais peu distinctes ; d'ailleurs en lui parlant à très haute voix ou en la touchant, on excite chez elle une vive irritation et des mouvemens désordonnés. Plusieurs des assistens pensaient qu'elle avait bu de l'eau-de-vie et que c'était à cette boisson qu'il fallait rapporter les accidens développés.

Après l'administration des moyens appropriés, les deux enfans rendirent par le vomissement une grande quantité de semences de jusquiame, pour la plupart entières. Après leur avoir fait de fréquentes affusions d'eau froide sur la tête et après leur avoir fait prendre des boissons vinaigrées, les deux malades revinrent graduellement à la santé.

(*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde* ; 1842, n° 14.)

Programme des prix proposés par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, pour le concours de 1842.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 2 mai 1842, a mis au concours les questions suivantes :

« 1° Déterminer, d'après l'état actuel des sciences physiques, l'influence de la période diurne et de la période nocturne sur les maladies, en insistant particulièrement sur les influences électriques et magnétiques. »

Le prix consistera en une medaille d'or de 300 fr.

« 2° Décrire les symptômes du rhumatisme ; dire quelle analogie il a avec la goutte et en établir le diagnostic différentiel ; démontrer son influence sur les affections des parties principales du système circulatoire sanguin et sur la production des divers vices organiques ; préciser sa nature, signaler ses causes prédisposantes et occasionnelles, et indiquer son traitement prophylactique et curatif, en discutant judicieusement la valeur des moyens thérapeutiques conseillés jusqu'à ce jour pour combattre cette maladie. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 300 fr.

3° La Société décernera en outre une médaille de la valeur d'au moins 100 fr., au meilleur mémoire qui lui parviendra sur une question quelconque, au choix des concurrens, pourvu qu'elle se rattache aux sciences médicales ou naturelles.

— Les membres titulaires et les membres honoraires sont seuls exclus du concours.

Les mémoires en réponse aux questions proposées devont être écrits lisiblement en langue française ou latine, et remis (*francs de port*) et dans les formes ordinaires au secrétariat de la Société, avant le 1er juillet 1843.

Le secrétaire de la Société, J.-R. MARINUS, D.-M., 3, rue de l'Infirmerie.

Chronique et Nouvelles.

L'Académie de médecine se plaint de ce que les travaux les plus importans sont soumis au jugement de l'Académie des sciences, et elle voit d'un œil jaloux la préférence qu'on accorde généralement à l'Institut. Cette préférence est toute naturelle, c'est elle qui l'a provoquée, c'est elle qui l'entretient incessamment, c'est donc à elle seule qu'elle doit s'en prendre d'un état de choses qui s'aggrave tous les jours. Quel attrait voulez-vous que présente cette société savante aux travailleurs lorsqu'ils savent qu'ils n'obtiendront leur tour de parole pour leurs communications que huit, dix mois, un an même après leur inscription ? que le rapport n'en sera fait — s'il est fait — qu'après un temps plus long peut-être ? que dans tous les cas ils n'obtiendront qu'une publicité restreinte et illusoire, et que toujours aussi ils perdront les circonstances d'à-propos et d'actualité qui, par le temps qui court, ne sont pas indifférentes ? Les ennemis de cette institution ne pourraient mieux faire que de lui conseiller la marche qu'elle suit s'ils voulaient la perdre dans l'estime et la considération publiques. Nous qu'elle traite fort mal et dont les avis l'irritent, nous ne cesserons cependant de la rappeler à plus d'activité, à plus de zèle et à des façons d'agir moins mesquines et plus libérales.

— M. Benech veut être député, cela ne nous regarde pas ; mais M. Benech promet de faire boire du vin de Cahors à ses malades, et d'accroître ainsi, dit l'*Impartial du Lot*, la consommation des produits de son pays, ceci nous regarde un peu plus. Le vin généreux peut être utile dans certains cas, aussi bien que les cotelettes, mais il ne faut pas en abuser au point de se faire un titre de leur consommation, sans quoi nous finirions par n'avoir pour députés que des marchands de vin et des bouchers ; et nous ne pensons pas que les malades eussent à en tirer profit. Il est plus *innocent* de leur offrir des tracés de chemins de fer.

— M. le ministre de l'instruction publique a fait recueillir les informations les plus exactes sur le dévouement et le zèle qui ont signalé plusieurs élèves de la Faculté de médecine de Paris au milieu de l'affreux accident du 8 mai. D'après ces renseignemens, et de l'avis du conseil royal de l'instruction publique, dans sa séance du 3 juin, le ministre a décidé qu'il était fait remise à ces étudians de tous les frais d'inscriptions, d'examen et de diplôme qu'ils avaient encore à acquitter pour parvenir au doctorat. Quelques-uns d'entre eux ayant déjà droit aux remises comme élèves lauréats de la Faculté ou comme fils de professeur il leur est offert par le ministre, au nom de l'Université de France, le don de plusieurs ouvrages importans de médecine ou d'histoire naturelle.

Voici les noms des élèves auxquels ces diverses récompenses ont été décernées :

MM. Bailly, interne à l'hôpital des Enfans ; Bourdon, interne à l'Hôtel-Dieu ; Caron, interne à la Salpétrière ; Cloquet, interne à l'hôpital des Cliniques ; d'Astros, interne à l'hôpital Necker ; Demeaux, aide-d'anatomie à la Faculté, interne à l'Hôtel-Dieu ; Guignard, interne à l'hôpital Necker ; Labat, externe à la Pitié ; Lhommeau, interne à l'hôpital Necker ; Vongeheur, officier de santé, aspirant au doctorat.

— Instruite de la perte que la Société médicale de Hambourg a faite de sa bibliothèque dans l'incendie de cette ville, l'Académie royale de médecine de Paris a fait à cette société, par l'intermédiaire de la légation des villes Anséatiques, hommage d'un exemplaire de ses Mémoires et d'un exemplaire de ses Bulletins.

Puisse cet exemple être imité par toutes les Sociétés savantes de l'Europe, et par tous les écrivains qui ont publié des traités médicaux ! L'hôtel de la légation est rue Trudon, n. 6.

— M. le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera mercredi prochain (8 juin), un cours sur les maladies de la peau, à la Faculté de médecine (amphithéâtre de chimie), à une heure, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

BREVET D'INVENTION.

Traitement (nouvelle découverte) *des affections de l'utérus et de ses déplacemens.*

Peu de découvertes en matière chirurgicale auront offert autant d'intérêt et rendu d'aussi importans services à l'humanité que celle que M. Bergeron, chirurgien orthopédiste, vient de faire ; car nous avons maintenant la certitude d'apporter un soulagement spontané et une guérison certaine à une maladie jusqu'à présent presque sans remède.

En effet, les affections de l'utérus, si nombreuses aujourd'hui et si difficiles à guérir dans tous les cas de déplacement par l'absence totale de moyens contentifs, base essentielle de leur traitement, mettent les personnes qui en sont atteintes dans l'impossibilité d'obtenir aucun soulagement ; l'appareil inventé par M. Bergeron, qu'il nomme obturateur utérin vaginal, est appelé à faire une révolution éminemment importante dans cette spécialité de la chirurgie, qui a pour objet le traitement de l'utérus et de ses annexes.

Jusqu'à présent ces organes n'ont été contenus que par des appareils appelés pessaires, auxquels on a donné toutes les formes imaginables, que l'on a composés de toutes espèces de matières, sans jamais obtenir de résultats satisfaisans. Ces instrumens, toujours obligés de tenir par eux-mêmes, en prenant leurs points d'appui sur des tissus presque toujours malades et excessivement délicats, exercent une compression aussi douloureuse que nuisible, sont constamment repoussés au dehors par les contractions vaginales ou le propre poids de l'organe qu'ils sont appelés à soutenir, sans pouvoir jamais le retenir à la place qu'il doit occuper ; très souvent aussi ils se retournent et présentent leurs bords au lieu de leur face. Pour parer à ce dernier inconvénient, on en a fait à queue, dits bilboquets, qui sont retenus à l'aide de cordons ou de bandages en toile, et comme les autres toujours repoussés par en bas, reçoivent chaque fois que le malade s'assied ou se lève un mouvement de répulsion et d'abaissement toujours fort douloureux, et sont une cause d'irritation permanente par le frottement qu'ils exercent. Si l'orifice externe a une dilatation proportionnée à la place que doit occuper le pessaire, il faut mettre ce dernier d'un volume assez fort pour qu'il ne puisse tomber, et il produit alors une compression intolérable ; si, au contraire, cet orifice est plus étroit que le volume que doit avoir l'appareil, il y a alors une introduction et une extraction excessivement douloureuses.

Tous ces instrumens, faits de matières corruptibles et spongieuses, deviennent, par les mucosités dont ils s'imprègnent et l'odeur insupportable qu'ils contractent de suite, une nouvelle cause d'irritation qui s'oppose constamment à la guérison en entravant toujours le traitement ; il est à remarquer aussi que, par tous ces motifs, beaucoup de malades ne peuvent supporter aucun de ces instrumens, et sont condamnées à un repos absolu sans pouvoir espérer de soulagement.

L'appareil inventé par M. Bergeron offre tous les avantages désirables, sans avoir aucun des inconvéniens que nous venons de signaler ; réduit aux justes proportions qui lui sont nécessaires pour les organes qu'il doit contenir, et toujours plus petit que l'orifice externe, on peut le mettre et l'ôter avec la plus grande facilité ; fixé à l'aide d'un support externe d'une manière invariable dans la direction convenable au cas qui se présente, sans qu'aucun mouvement du corps puisse le déranger, il peut contenir ensemble ou séparément les parois antérieures, postérieures ou latérales du vagin suivant le besoin ; ou la matrice seulement en maintenant l'appareil tout à fait isolé au milieu du canal, sans qu'aucune espèce de frottement ni compression ait lieu, ni que l'organe puisse éprouver le plus léger mouvement en n'astreignant la malade à aucune espèce de précaution pendant toutes les fonctions de la vie ordinaire. L'obturateur, fait d'argent fin parfaitement poli, glisse sur les chairs molles d'une manière si parfaite, pour peu qu'il les touche, que le malade n'éprouve pas même le sentiment de sa présence.

Il est important de dire aussi que cet appareil n'a jamais besoin d'être réparé ni renouvelé, quel que soit le temps dont le malade ait à s'en servir ; enfin, déjà plus de vingt personnes atteintes de déplacemens les plus graves, dont beaucoup, alitées depuis six mois, un an et deux ans, avaient été obligées de renoncer à tous les moyens connus, ont été remises sur pied en peu de jours par ce nouveau procédé, et ont éprouvé de suite le soulagement le plus complet.

Pour qu'il ne puisse s'élever aucun doute sur les résultats de cette nouvelle découverte, l'auteur prévient qu'il ne reçoit aucune espèce d'honoraires, même pour les cas les plus graves, qu'après avoir remis les malades dans l'état normal le plus parfait et en position de remplir toutes les fonctions de la vie ordinaire, quelles qu'elles soient.

P. S. S'adresser chez l'auteur, au Cabinet encyclopédique d'orthopédie, passage du Grand-Cerf, 44. — *Affranchir.*

Dans le compte-rendu de la séance de la Société de médecine pratique du 4 février 1841, nous avons dit comment M. le docteur Sterlin était parvenu à arrêter, à l'aide de l'Eau Brocchieri, une hémorrhagie des plus graves et des plus rebelles chez une femme atteinte d'un cancer utérin. Voici maintenant une métrorrhagie et une perte des plus violentes guéries par l'emploi du même remède.

M. le docteur Philipeaux fut appelé pour donner des soins à madame M... (rue Mouffetard, 200), âgée de cinquante-quatre ans, d'un tempérament sanguin, affectée, depuis deux ans et demi, d'une métrorrhagie survenue à la suite d'un violent chagrin, maladie qui n'avait pu céder à aucun des moyens employés dans cette affection, et qui cessa après l'usage de l'*Eau Brocchieri*, prise, pure, en injection et par la bouche, à la dose d'un flacon par jour ; enfin, en application sur le basventre et sur les aines. Aucun accident ne s'est renouvelé depuis, et maintenant cette dame jouit d'une parfaite santé.

Une autre malade, demeurant rue des Boulangers, 24, enceinte de huit mois, fut surprise d'une perte violente à la suite d'un coup reçu sur les parties génitales externes. M. Philippeaux fut appelé, et fit l'application de l'Eau Brocchieri, comme dans le cas ci-dessus énoncé, mais à des doses plus considérables. La perte cessa instantanément ; sept jours après la fausse couche eut lieu sans aucun accident, et aujourd'hui la malade est entièrement rétablie.

Nous appelons l'attention la plus vive de nos confrères sur les résultats obtenus par l'Eau hémostatique Brocchieri. Nous pourrions citer, parmi les médecins qui l'ont expérimentée, les praticiens les plus distingués et les noms les plus honorables. X.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 9 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 69. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr ; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Kyste hydatique du foie. Deux applications de caustique; ponction; vésicatoires. Suppuration. Sortie des hydatides. Mort.

Emile-Jacques Borens, âgé de vingt-cinq ans, peintre en bâtimens, petit, pusillanime, d'une constitution faible, portant des traces d'anciens engorgemens scrofuleux, entra à l'hôpital de la Charité en mai 1841, pour une tumeur dans la région du foie. Il y resta un mois, et se sentant assez fort pour reprendre son travail, il en sortit : aucun traitement spécial n'avait été dirigé contre la tumeur. Cinq ans avant il avait été traité pour une pneumonie survenue à la suite d'excès de tous genres. Vers le commencement de janvier 1842, Borens revint dans le même service, ainsi qu'il l'avait promis en sortant. Il y avait huit mois environ que la tumeur avait été reconnue. De grosse comme un œuf qu'elle était à cette époque, elle était devenue volumineuse au point qu'elle occupait tout l'hypochondre droit. M. Cruveilhier avait reconnu de la fluctuation et diagnostiqué un kyste hydatique. La main, appliquée sur la tumeur, ne percevait aucun bruissement. L'état général du malade était mauvais ; les forces nulles, point d'appétit ; dyspnée. Il était rentré à l'hôpital parce qu'il lui était impossible de continuer à travailler. Il n'existait aucune trace d'ictère.

Le 9 janvier, on applique un mélange de potasse caustique et de chaux vive (pâte de Vienne) sur une étendue de la grandeur d'une pièce de deux francs, au niveau de l'ombilic, trois pouces en dehors.

Le 11, une douleur très vive se développe autour de l'escharre.

Le 12, la douleur est plus vive encore; on redoute l'invasion d'une péritonite.

Le 13, la douleur est beaucoup diminuée ; toute crainte d'inflammation du péritoine a disparu.

Les jours suivans l'escharre s'isole et tombe le 17 sans ouvrir le kyste.

Le 20, nouvelle application de caustique sur le même point. Formation et marche d'une nouvelle escharre sans aucun accident.

Le 26, l'escharre est tombée et n'a pas encore ouvert le kyste. On y enfonce un trocart ; il sort environ trois litres d'une sérosité claire, limpide, un peu citrine, sans acéphalocystes. M. Cruveilhier pense avoir ouvert une acéphalocyste solitaire. Le trocart est laissé à demeure dans l'ouverture.

Le 27, un peu de fièvre, soif vive ; le malade avait eu l'imprudence d'enlever le trocart.

Le 28, état assez satisfaisant. Le malade dit qu'il est dégagé. On continue à boucher l'ouverture pour s'opposer à l'entrée de l'air dans la cavité. La dyspnée a tout à fait disparu.

Le 1er février, à la visite, M. Cruveilhier annonce que très probablement la poche se remplira de nouveau. Le malade ne veut plus rester à l'hôpital, et sort dans les premiers jours du mois, promettant de rentrer si de nouveaux accidens surviennent.

Le 9 mars, Borens demande à rentrer à l'hôpital ; la tumeur a repris son volume. Le malade se plaint d'éprouver en marchant un choc insupportable dans la région du foie. La dyspnée a reparu ; le pouls est fébrile ; la langue rouge à la pointe et sur ses bords. Borens ne peut marcher qu'en soutenant la tumeur de ses deux mains. Anorexie. Large vésicatoire sur la région du foie.

Le 20, un second vésicatoire. La suppuration des exutoires est bientôt extrêmement abondante. La diarrhée s'empare du malade, qui s'affaiblit.

Le 13 avril, un trocart est enfoncé dans la tumeur ; il en sort environ un litre de pus de bonne nature, sans aucune odeur. L'ouverture est immédiatement fermée avec soin ; elle se cicatrise quelques jours après.

Le 24 du même mois, cette cicatrice s'entr'ouvre spontanément ; du pus et des débris d'hydatides sont rejetés au dehors pour la première fois. On fait tousser le malade, et ces débris se présentent sous la forme de longs morceaux d'une matière tremblottante, ressemblant parfaitement, pour la consistance, la transparence et la couleur, à de la gelée de viande ; ils s'engagent dans l'ouverture spontanée, et sont attirés par le malade lui-même ou les assistans.

Le dévoiement continue, mais peu intense ; deux ou trois selles par jour. Décoction blanche.

Les jours suivans, des débris d'hydatides continuent à se présenter à l'ouverture qui se rétrécit de plus en plus.

Le 27 mai, M. Cruveilhier veut l'agrandir avec le bistouri; mais le malade s'y refuse absolument.

Le 28, on introduit un morceau d'éponge parfaitement sèche et de grosseur suffisante pour boucher l'ouverture hermétiquement.

Le 29, en retirant l'éponge il s'écoule un litre de pus très légèrement fétide, et six acéphalocystes entières de la grosseur d'une petite noisette ; un morceau de corde à boyau est substitué à l'éponge, et l'on fixe son extrémité extérieure avec du diachylum.

Le 30, sortie d'un verre de pus ; l'ouverture a été très dilatée par la corde à boyau que l'humidité a fait gonfler. Le malade se soulève difficilement ; le dévoiement continue ; le pus a de l'odeur. Décoction blanche ; une pilule de cinq centigr. d'extr. gom. d'opium.)

Le 31, nouvel écoulement purulent; même état; dévoiement. Même médication.

Le 1er juin, l'odeur du pus augmente.

Le 2 juin le malade dort les yeux à moitié ouverts pendant la visite ; l'ouverture de la plaie est très dilatée ; elle pourrait permettre l'introduction d'une grosse plume à écrire. On a substitué à la corde à boyau un bouchon en racine de gentiane. Il sort un verre et demi de pus d'une odeur horriblement fétide, plus épais qu'il ne l'a encore été ; une hydatide se présente et intercepte le jet. Le malade se plaint de ne pas dormir. Trois selles liquides pendant la nuit. Injection d'eau pure dans le kyste ; décoction blanche ; une pilule de cinq centigrammes d'opium.

Le 3 juin il sort encore un demi-verre de pus très fétide, avec des débris d'acéphalocystes. Coliques légères. Injection d'eau ; décoction opiacée.

Le 4 juin, mort à deux heures du matin en vomissant. Les vomissemens avaient commencé vers six heures du soir, et ont duré jusqu'à la mort.

Autopsie. Deux ou trois verres de sérosité dans l'abdomen. La portion droite du foie est énorme : le lobe gauche est sain. L'épiploon en bas, et le poumon droit en haut, sont fortement adhérens au kyste. La partie postérieure de la tumeur est incisée ; il s'en échappe un flot de pus dans lequel nage une très grande quantité de débris d'hydatides qui se présentent sous l'aspect de membranes transparentes, vertes et tremblotantes. On s'aperçoit seulement alors qu'il existe un autre kyste plus petit, ne communiquant pas avec celui qu'on a ouvert, et placé en arrière et au-dessus de lui. Ce second kyste est complètement rempli de membranes hydatiques semblables à celles du premier. La plus volumineuse des deux tumeurs pourrait presque contenir une tête d'adulte ; la plus petite une tête de fœtus. Une seule hydatide, parfaitement intacte et avec tous les caractères qu'on assigne à ces sortes de productions, a été trouvée dans le petit kyste ; elle avait la grosseur d'une noix. Les parois des deux kystes ont environ un centimètre et demi d'épaisseur ; ils sont tapissés d'une membrane ardoisée, parsemée de grains blancs comme plâtreux. L'ouverture faite par le trocart avait pénétré dans le plus grand kyste ; le second n'avait pu être même soupçonné. Les poumons étaient emphysémateux. Les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

— Primitivement, a-t-on eu affaire à un kyste simplement

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Huitième lettre. — *Histoire d'Hippolyte d'Autreppe*. 1515.

Vous trouvez que mes histoires sont trop sérieuses, et que le feuilleton entre mes mains tourne à la tragédie. Nous allons donc tâcher de le dérider quelque peu : après l'histoire du chirurgien révolutionnaire, je veux vous raconter celle d'un barbier devenu docteur ; la petite pièce après la grande. Franchissons, si vous le voulez bien, un peger intervalle d'un siècle ; nous voilà en 1515 : nous venons de passer les Alpes, nous avons pris Pavie, et nous venons de gagner sur les Suisses la rude bataille de Marignan.

Hélas! hélas! ces campagnes d'Italie qui commençaient si bien, avaient toujours une fin désastreuse. Charles VIII y gagna la petite vérole, en attendant que son armée en rapportât la grosse ; Louis XII ne fut guère plus heureux ; François Ier enfin finit par y perdre tout, fors l'honneur. La ruse italienne, quelque peu aidée d'ailleurs, il est vrai, triomphait à la longue de la valeur française ; et à peine se rencontre-t-il à cette époque quelque manœuvre diplomatique où la France n'ait toujours été prise pour dupe. Ces graves réflexions ne s'éloignent pas autant que vous le croiriez de notre affaire ; car il ne s'agit de rien moins que d'une petite revanche dans laquelle un médecin et un barbier de France mystifièrent pleinement un collége de vingt-deux docteurs italiens. Vous êtes curieux sans doute de connaître les noms de ces deux champions à jamais célèbres : le premier s'appelait Symphorien Champier, docteur médecin de l'illustre faculté de Montpellier, seigneur de la Faverge, premier médecin de Monsieur le duc de Lorraine et de Bar, et qui avait été armé chevalier par le prince le jour même de la bataille de Marignan ; l'autre s'intitulait Hippolyte d'Autreppe, Picard de nation, barbier de profession, pour le moment chirurgien de Monseigneur le duc de Guise, frère du duc de Lorraine. Pour dire la vérité, il faut sans doute louer bien haut le talent et l'esprit de ces deux personnages : cependant j'incline à croire qu'ils eussent trouvé leur besogne moins facile, sans l'intervention préalable du roi François Ier et de sa victoire de Marignan.

Donc, après cette fameuse journée, les Suisses défaits, l'Italie ouverte et frappée de terreur, et le duché de Milan occupé encore une fois par les armes françaises, chacun s'empressait de faire sa cour aux vainqueurs ; et l'Université de Pavie imagina qu'elle se rendrait particulièrement agréable au duc de Lorraine, et qu'elle aurait du moins un protecteur près du prince, si elle s'attachait par quelque lien notre ami Symphorien Champier. Il s'agissait de trouver une faveur qui, sans coûter bien cher à l'Université, pût passer cependant pour rare et singulière ; et voici de quoi les docteurs de Pavie s'avisèrent. Ils formaient entre eux un collége dont l'entrée était défendue par des réglemens sévères : nul ne pouvait être reçu docteur régent s'il n'était natif de Pavie, ingénieuse précaution pour défendre leur clientelle contre toute invasion étrangère ; et les Milanais même, eussent-ils reçu le bonnet dans la docte Université, ne pouvaient être agrégés au collége que de loin, *tanquam forenses et extranei*. Mais en conférant à un Français les priviléges de l'agrégation intime, si rigoureusement refusés aux gens du pays, il n'y avait nul danger à craindre : jamais le premier médecin du duc de Lorraine ne songerait à s'installer à Pavie. Et cependant comme on ferait sonner haut cet honneur incomparable! Jamais pareille chose ne s'était faite pour un étranger ; pour lui seul, Symphorien, l'incorruptible collége consentait à enfreindre ses statuts et à faire fléchir ses répugnances ; mais que ne méritait pas un si grand homme ? Tout bien considéré, le bonnet de docteur régent fut offert en grande pompe à messire Symphorien, qui le reçut avec une juste reconnaissance ; et l'Université crut que la comédie était jouée. Il y manquait le dernier acte.

Le titre de docteur régent de Pavie avait assez peu d'importance pour un docteur de Montpellier ; mais les honneurs du doctorat agitaient vivement une autre cervelle, qui n'était autre que celle de maître Hippolyte d'Autreppe, le chirurgien du duc de Guise. Je vous ai appris ailleurs ce que c'était que ces barbiers : vous les avez suivis dans leur apprentissage ; je vous ai fait assister à leurs examens, qui commençaient généralement par faire une barbe et forger une lancette; et avec ceux qui, comme maître Hippolyte, avaient suivi le cours de chirurgie de la Faculté de Montpellier, je vous ai introduit dans l'amphithéâtre où l'illustre Jean Falcon commentait d'une façon si originale le chapitre singulier de Guy de Chauliac (1). De grec ni de latin, pas un mot; de philosophie, pas même l'ombre; et qu'est-ce que ces dignes compagnons y auraient compris ? Aussi étaient-ils petitement regardés au royaume de France ; les chirurgiens de Paris les tenaient comme fort au-dessous d'eux ; quant aux docteurs-médecins, ils en demeuraient séparés par une distance incommensurable. Or, ainsi ruminait Hippolyte le barbier : s'il pouvait se faire recevoir docteur en chirurgie dans quelque Université italienne (car, en Italie, le doctorat chirurgical n'était pas encore perdu) ; quel relief cela ne lui donnerait-il pas à son retour ! Etre docteur, porter le bonnet et la robe longue, marcher de pair avec les chirurgiens de Saint-Côme ; que dis-je, de pair ? les écraser de ce titre de docteur universitaire, que ces orgueilleux ambitionnaient depuis si long-temps sans jamais avoir pu l'obtenir. Vous jugez si ces idées et bien d'autres laissaient quelque repos à notre homme ; d'autant plus qu'entre ses désirs et leur satisfaction il y avait un abîme. Il fallait soutenir un examen public en latin ; et hors le français qu'il écorchait à grand'peine, il n'avait de sa vie compris que le patois picard. Lui ferait-on grâce seulement de la philosophie ? Et la philosophie était pour lui une langue aussi rebelle que le latin. Jamais pourtant plus belle occasion ne s'était offerte. Pour messire Symphorien Champier, on venait de transgresser des statuts aussi vieux que l'Université elle-même; et pourquoi pas pour un autre ? Le premier était déjà docteur, il est vrai ; mais manifestement ce n'était point son seul mérite qui avait séduit ces vieux bonnets fourrés, c'était sa position près du prince ; et lui, Hippolyte, n'était-il pas aussi favorablement traité de son seigneur? Bref, il se résolut à confier son ambition à Symphorien, qui n'y trouva rien à dire, et jugea plaisant au contraire de jouer ce tour à l'Université qui venait de l'adopter. Tout candidat devait avoir deux parrains ; Symphorien prit soin de s'assurer en secret et à l'avance du concours d'Antonius Rusticus, un de ces associés étrangers que le collége tenait si fort à distance, et, toutes choses mûrement pensées et prévues, il adressa à la Faculté de Pavie la requête de son candidat.

La Faculté n'aperçut là aucune difficulté ; et, désireuse de complaire à un homme aussi considérable, elle s'assembla au jour et à l'heure dits dans l'église Saint-Thomas, où se passaient les examens de chirurgie. Ils étaient là vingt-deux docteurs, en robe fourrée et bonnet carré, ne s'attendant guère à l'aventure. Le candidat et son premier parrain étant introduits, Champier prit la parole en latin, selon la règle.

Il exposa à l'illustrissime college comment la coutume de France, concernant l'enseignement chirurgical, différait de la coutume italienne. En Italie, chose qu'on ne pouvait assez louer, on ne transmettait les sciences que dans la langue savante, et tout chirurgien parlait latin. Mais par toutes les écoles de France, et spécialement dans la célèbre université de Montpellier, l'usage s'était introduit de faire les cours de chirurgie en langue vulgaire; par cette raison péremptoire, que le commun des chirurgiens français tenaient boutique de barberie, et qu'il est rare que les barbiers sachent le latin. Du reste, l'Université avait soin de choisir, pour leur faire des lectures, l'un de ses membres les plus doctes. Ainsi, il y avait vingt-cinq ans que la chaire avait été occupée par le chancelier de l'Université lui-même, le célèbre Griffins. Après lui était venu Jean Falcon, dont les leçons avaient joui par toute la France d'une si juste renommée. A Jean Falcon, avait enfin succédé Dionysius, non moins habile que les deux autres; mais Hippolyte d'Autreppe avait particulièrement suivi les leçons des deux premiers, en français toujours, car il n'entendait que le français ; et à ces fins, lui,

(1) Voyez mon *Introduction aux OEuvres d'A. Paré.*

séreux, ou à un kyste dans lequel existaient déjà des hydatides. Si la tumeur était un kyste hydatique, d'où vient qu'aucune acéphalocyste ne se soit montrée après la première ponction ? Si le kyste était purement séreux, comment se fait-il qu'après la seconde ponction des hydatides ont été rejetées au dehors.

Pour M. Cruveilhier, les hydatides ont existé certainement avant la première ponction ; seulement, comme ces corps étaient intacts à cette époque, que l'ouverture pratiquée était fort étroite, et que le liquide était aussi limpide que de l'eau ; la grosseur et la forme sphéroïdale des acéphalocystes les empêchant de s'engager, en tout ou en partie, dans le canal, la sérosité s'est écoulée avec facilité, et les hydatides n'ont pu donner aucun signe de leur existence ; mais l'évacuation du liquide effectuée, et la sérosité ayant été remplacée par du pus, le plus grand nombre des acéphalocistes n'a pas tardé à périr ; leurs débris nombreux pouvant alors facilement s'engager dans la seconde ouverture, se sont présentés à l'extérieur. C. P.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Cancer éburné incurable. Contre-indications de l'opération. Réflexions à ce sujet.

Dans la salle des femmes, on a reçu hier une malade affectée d'un cancer de la mamelle droite, et qui sort aujourd'hui pour les raisons que nous allons exposer tout à l'heure. Cette malade offrait un cas très intéressant, mais malheureusement au-dessus des ressources de l'art. La mamelle droite est dure comme une pierre, au point qu'au toucher on ne distingue plus rien de sa texture ; tous les tissus sont confondus en une masse homogène, ce qui n'est pas ordinaire, car le plus souvent, dans les seins affectés de cancers, on distingue toujours quelques-uns des élémens de cet organe restés intacts. C'est une tumeur, en un mot, qui embrasse toute la glande : cette tumeur est immobile ; elle est d'une dureté considérable qui nous fait diagnostiquer l'espèce de cancer que le professeur Alibert appelle *cancer éburné*. Le mamelon est fortement rentré dans la glande à cause du boursoufflement des tissus environnans, ainsi qu'il arrive dans tous les engorgemens un peu considérables de la mamelle. Il y a aussi des taches rouges éparses çà et là sur la peau de la mamelle et dans les environs de cet organe ; ces taches sembleraient au premier abord superficielles, mais en les examinant avec attention on s'aperçoit bientôt qu'elles sont dures, épaisses, et qu'elles ne sont autre chose que des tubercules cancéreux. Enfin, on trouve aussi les ganglions sous-axillaires du même côté engorgés et indurés. C'est un très bel exemple de cancer éburné, mais qui malheureusement n'a pu être signalé à l'attention des élèves qu'à ce seul titre, car il ne laisse absolument aucune chance de succès à aucune méthode thérapeutique, ni à point de opération. M. Blandin, considérant la maladie comme incurable, et toute opération comme inutile, s'est simplement borné à conseiller à cette femme de retourner dans son pays, après lui avoir prescrit l'observation d'une règle de conduite hygiénique et l'usage de moyens palliatifs. Il a ensuite accompagné l'exposé de ce cas des réflexions suivantes :

Supposons maintenant que l'affection cancéreuse dont il s'agit fût bornée à la mamelle, qu'il n'y eût pas de tubercules, ni de ganglions sous-axillaires compromis, pourrait-on hasarder une opération ? Il faut à cet égard faire une distinction ; de deux choses l'une : ou la mamelle cancéreuse est mobile sur le muscle pectoral, ou elle ne l'est pas. Et pour être bien sûr de la mobilité de la tumeur, il ne faut pas se borner à lui imprimer des mouvemens pendant que le bras est rapproché du corps comme on le fait ordinairement, car on se ferait facilement illusion : mais il faut faire élever et étendre fortement le bras, placer par conséquent les muscles pectoraux dans leur plus grande extension possible ; puis en embrassant à pleines mains la tumeur, lui faire exécuter des mouvemens latéraux. Si, dans cette position, la mamelle est encore mobile, on peut en inférer que les muscles pectoraux sont étrangers à l'affection cancéreuse. Dans le cas contraire, pourvu que le bras soit maintenu élevé et bien fixé dans cette position par un aide, la mamelle ne bougera pas, elle semblera en quelque sorte clouée sur les côtes.

On acquiert par ce caractère la certitude que l'affection n'est point limitée à la mamelle, mais qu'elle a gagné dans une plus ou moins grande étendue les tissus voisins. Cette manœuvre est de la plus haute importance pour le pronostic de la maladie. C'est, dit M. Blandin, parce qu'on ne la met pas généralement en usage, qu'on s'est quelquefois exposé à enlever des seins cancéreux en pure perte ; car, dans le cas que nous venons de supposer, la reproduction de la maladie est inévitable.

Tout le monde sait, en effet, que le cancer a de la tendance à envahir tous les interstices celluleux des fibres musculaires ; ainsi le cancer de la mamelle, après avoir altéré toute la glande mammaire et le tissu cellulaire qui l'environne, tend à pénétrer les interstices des fibres musculaires des pectoraux ; en outre, ceux qui connaissent l'anatomie, savent aussi que le long du trajet des artères intercostales et de la mammaire interne, il existe une série de petits ganglions lymphatiques qui ont de larges communications avec les vaisseaux lymphatiques des mamelles. Or, si l'affection cancéreuse a envahi non-seulement la glande mammaire, mais une partie des muscles pectoraux, rien ne pourra l'empêcher d'arriver jusqu'aux ganglions en question, et d'étendre ainsi ses ravages et de miner la vie. C'est même une conséquence des dispositions que nous venons de signaler. Il ne suffit donc pas, dans de semblables circonstances, d'enlever toute la tumeur cancéreuse qui paraît au dehors, car on a tout lieu de craindre que le cancer ait déjà envahi les interstices celluleux des muscles pectoraux et les vaisseaux et ganglions lymphatiques que nous venons de désigner ; par conséquent il est tout à fait rationnel de s'abstenir de toute opération dans des circonstances semblables.

Notre malade est malheureusement dans ce cas ; c'est pour cela que nous nous sommes décidé à ne pas l'opérer, et à la renvoyer chez elle. Elle est, à notre avis, vouée à une mort certaine ; il serait inutile de la tourmenter sans espoir de succès.

HOPITAL COCHIN. — M. Briquet.

Fistule entéro-vésicale.

Le 20 juillet 1840, est entré à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 12, dans le service de M. le docteur Briquet, le nommé Saure, âgé de soixante-trois ans, ciseleur, jouissant habituellement d'une bonne santé : il n'a pas eu de parens morts d'affections cancéreuses. Sa vie a toujours été consacrée tout entière à sa profession, qui le force à rester constamment assis. Il n'a jamais eu beaucoup d'embonpoint, son teint a toujours été un peu pâle ; ses garderobes, dans l'état de santé, sont habituellement régulières et normales (flux de sang à seize ans) ; sujet depuis cinq à six ans à des hémorrhoïdes survenues spontanément. Le flux hémorrhoïdal ne se déclarait que tous les cinq à six mois ; il durait de six à quinze jours. Les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes n'ont jamais été volumineuses ni douloureuses, excepté une seule fois, où une application de sangsues a tout fait cesser à l'instant.

Ce n'est que depuis dix-huit mois qu'il a commencé à sentir des douleurs à l'anus, lancinantes et brûlantes. Ces douleurs étaient très fréquentes, augmentant la nuit et lors du passage des matières fécales. Depuis cette époque elles ont été graduellement en augmentant, mais ne se sont jamais fait sentir dans l'excavation du bassin. Peu à peu les garderobes sont devenues plus difficiles ; et, pour les rendre plus faciles il fallait avoir recours aux laxatifs. De temps en temps il y avait de la constipation durant plusieurs semaines, puis après survenaient des évacuations abondantes. L'appétit a toujours été conservé. L'amaigrissement a surtout fait de notables progrès depuis deux mois.

Depuis quinze jours l'évacuation des urines est un peu difficile ; le malade est obligé de presser l'hypogastre pour en faciliter l'évacuation. Aucune cause appréciable ne peut expliquer le développement de la maladie du rectum.

Lors de son entrée dans nos salles, il se trouve dans l'état suivant : amaigrissement assez prononcé ; teinte jaune paille de la face ; point de décoloration anormale des sclérotiques. Au pourtour de l'anus existaient quelques hémorrhoïdes flétries et de la couleur de la peau, complètement indolentes. Le pourtour de l'anus et le rectum, dans l'étendue d'au moins six à sept centimètres, sont à l'état normal ; au-dessus se rencontre, par le toucher, une tuméfaction en forme de champignon qui semble faire saillie dans la partie inférieure du rectum, de telle sorte que dans les trois quarts antérieurs de la circonférence de cet intestin, on peut promener l'index entre lui et ses parois, qui paraissent, dans ce point, à l'état normal. Abdomen assez souple, indolent dans sa partie supérieure. Dans la région iliaque gauche, on sent un amas de duretés arrondies, formant une masse du volume du poing, à peine douloureuse au toucher ; au-dessus du pubis on sent une tuméfaction arrondie, souple, peu sonore et indolente. Douleurs existant seulement au pourtour de l'anus. L'excrétion des matières fécales n'est point douloureuse ; leur forme est pultacée et colorée en vert. Deux ou trois selles par jour. Appétit très prononcé. La digestion se fait très facilement. Il y a deux mois qu'il n'a paru de débâcle. Intelligence normale ; peau fraîche ; point d'accélération du pouls.

24. Depuis deux ou trois jours évacuation assez abondante de matières fécales, formant des cylindres d'un à deux pouces de diamètre. Diminution très notable de la tuméfaction de la fosse iliaque. Injection d'une décoction de graines de lin.

25. Le malade a eu une débâcle pendant la nuit. Il avait eu dans la journée de fréquentes coliques. Les matières étaient molles. Douleurs très vives à la partie inférieure de l'abdomen. Ce matin, prostration, sensibilité de la partie inférieure gauche de l'abdomen. On y sent encore profondément une tumeur dure, moins volumineuse que les jours précédens.

4 août. Depuis quelques jours, bon état ; point de coliques ; un peu de diarrhée. Hier un peu de sang dans les garderobes. De temps en temps quelques cuissons à l'anus. Autour du méat urinaire existe une petite escarre brunâtre, avec tuméfaction œdémateuse du prépuce. Point d'envies fréquentes d'uriner ; cuisson au gland lors de l'expulsion des urines.

6 août. Depuis deux ou trois jours le malade rend, mélangée avec des urines, une sorte de bouillie noirâtre, et s'aperçoit aussi à la fin de l'excrétion urinaire, de l'issue par l'urètre de plusieurs bulles de gaz, tantôt inodores, tantôt très fétides. L'escarre de l'orifice du méat urinaire commence à se détacher. Le malade a observé que le fluide gazeux sortait de l'urètre surtout quand il urinait en allant à la selle.

7. Les urines offrent, par l'acide nitrique, quelques flocons albumineux qui se divisent en petits filamens plus nom-

---

Symphorien, suppliait le collége de vouloir bien interroger ledit Hippolyte en français.

Dès le commencement de ce discours saugrenu, l'auditoire avait successivement passé d'une vive attention à un profond étonnement, puis à la stupéfaction, puis à la colère. L'orateur avait été plus d'une fois interrompu par de violens murmures, et quand il eut fini, l'un des docteurs les plus considérables, Matthæus Curtius se leva, et, oubliant tout à fait la placidité de l'école italienne, il dit d'une voix altérée : Messire Champier, tous tant que nous sommes de membres de cette université, nous avons sujet de nous étonner que vous nous ayez convoqués en si grand nombre pour nous présenter un homme tout à fait illettré et qui n'entend même pas le latin. Il semble que ce soit un jeu et une moquerie que vous voulez faire, et c'est assez mal reconnaître l'insigne honneur que nous vous avons fait, par un privilége dont jusqu'à présent il n'y avait pas eu d'exemple dans cette université.

Champier écouta cette mercuriale en silence, les yeux baissés, de l'air le plus contrit et le plus humble qu'il put prendre ; puis, quand Curtius eut fini :

Monsieur mon frère et mon collègue, lui dit-il d'un ton de voix pénétré, je suis vivement peiné de ces reproches ; mais avant que me condamner, souffrez que je vous supplie d'une chose ; c'est de me permettre de vous adresser une seule petite question, et de me favoriser si fort que de daigner y répondre. Je pose le cas que Galien et Avicenne, ou Isaac le juif, ou Albucasis, de Bagdad, fussent encore de ce monde ; et que Galien, attiré par la réputation et l'excellence de votre université, vînt à Pavie pour y prendre la couronne de laurier et les degrés de docteur ; et non pas seulement Galien, mais qu'Avicenne vînt avec lui d'Arabie, Isaac de la Judée, Albucasis de la Mésopotamie ; veuillez me dire si messieurs de l'Université les admettraient aux examens, et consentiraient à leur délivrer le bonnet doctoral.

Sans doute, dit Curtius ; mais quel rapport de tels personnages ont-ils avec votre barbier ?

Attendez, dit Champier en relevant la tête ; Galien était d'Asie, parlait le grec comme sa langue maternelle, et n'avait jamais su le latin. Avicenne était arabe, et ne l'entendait pas davantage ; et pour Isaac le Juif, et Albucasis le Persan, où auraient-ils pu l'apprendre ? C'étaient là pourtant, comme nous le savons tous, de très illustres et très savans médecins, malgré leur ignorance de la langue latine ; ce qui prouve bien que la langue ne fait pas la science, et que la science peut s'apprendre en toutes sortes de langues. C'est ainsi que je vous ai présenté ce candidat, Hippolyte d'Autreppe, qui est Français comme Galien était Grec, et ne sait pas plus de latin qu'Isaac et Avicenne ; mais d'abord il est de Picardie, province renommée par les savans qu'elle a fournis, et parmi lesquels je citerais pour le présent ces grands auteurs Jacobus Faber et Carolus Bovilus, si renommés par leurs ouvrages ; secondement, il a étudié plusieurs années en l'Université de Montpellier, sous les plus savans maîtres ; et enfin, après avoir pratiqué plus de vingt années dans diverses provinces, il est arrivé à ce degré d'honneur et de réputation, qu'il a été choisi pour chirurgien par monseigneur le duc de Guise, qui le tient en grande estime et considération toute particulière.

Ce discours fort subtil avait ramené une sorte de sérénité sur les visages ; et la mention du prince, soigneusement réservée pour la fin, fit disparaître jusqu'aux derniers vestiges du mécontentement. Champier sentit son avantage, et habile à en profiter :

Je dis donc, poursuivit-il, que si Avicenne se présentait à vous avec son langage arabe, il faudrait bien, pour l'examiner, vous servir de truchement et d'interprète ; or, posez le cas que notre Hippolyte soit Avicenne ; interrogez-le hardiment sur la chirurgie tant pratique que théorique ; s'il manque à vous répondre, et si vous n'en êtes pas satisfaits, vous le repousserez et le renverrez à l'école ; car, avant tout, qu'il soit latin ou français, le chirurgien doit savoir la chirurgie.

Il était difficile de se tirer de là ; Matthæus Curtius garda le silence. A sa place se leva Franciscus Bobius, qui tenait alors la première chaire de médecin avec quatre cents ducats d'appointemens, et qui dit en latin à l'orateur : S'il est ainsi que vous le dites, et qu'il soit capable de répondre, nous le recevrons sans aucun doute ; mais il faut donc, seigneur Champier, que vous nous serviez à lui et à nous d'interprète et de truchement. — Champier fit une inclinaison profonde, commença par remercier tous les doctes membres de leur bienveillance, et protesta qu'il était à leurs ordres en tout ce qui pourrait leur être agréable ; passa de là à l'éloge de la chirurgie, qui lui permit de revenir sur le mérite de son candidat, et, pour finir par une péroraison vigoureuse, il adressa au barbier, qui jusqu'alors n'avait rien compris de toutes ces harangues, cette triomphante apostrophe, à laquelle je serais désolé de changer un seul mot :

« Lève-toi, Hippolyte, et remercie messieurs de leur bon vouloir, et te prépare à te bien défendre ; car, oncques, Hector ne se défendit mieux d'Achille, ni le noble Bayard, à Naples, de l'Espagnol Alonze, qu'il faut te défendre à cette heure ! car eux n'avaient à se défendre corporellement que d'un homme ; mais à cette fois te faut défendre spirituellement et par science acquise de plus de vingt Achilles ! »

Ce dernier trait ayant enfin ramené la bonne humeur sur les visages les plus sombres, l'examen commença, et Rusticus, qui était dans le secret, adressa d'abord en latin diverses questions de chirurgie que Champier transmit en français au barbier, et auxquelles le barbier répondit d'une façon satisfaisante. Rusticus revint à la charge, ne put mettre le candidat en faute et se déclara très satisfait. Mais Franciscus Bobius prit à son tour la parole, et tenant à cœur l'honneur de l'Université, chercha à embarrasser son homme en lui adressant des questions de haute philosophie. Jusque-là le rôle de Champier avait été assez simple, et il s'était borné à peu près à traduire les demandes et les réponses. Mais à la première attaque de Bobius, le barbier fut tout à fait déconcerté, et il en parut quelque chose sur sa figure. Heureusement aucun des interrogateurs ne savait le français ; Champier eut donc beau jeu pour répéter la question, pour feindre de l'expliquer et de la développer dans toutes ses faces, et souffler ainsi à son triste client une réponse telle quelle. D'Autreppe se remit en effet, répondit ce qu'il put ou ce qu'il voulut ; car sur ce point notre historien, qui n'est autre que Champier lui-même, garde un prudent silence ; mais il est certain que la réponse traduite en latin par le consciencieux interprète était tellement brillante qu'elle faillit tout gâter. Bobius se récria et dit fort haut : Seigneur Champier, il est impossible que le candidat ait répondu de la façon que vous nous donnez à entendre, et cela suppose des connaissances en latin et en philosophie qu'il n'a pas, de votre aveu même.

Mais Champier ne le laissa pas continuer ; et, prenant un air de conviction profonde : Seigneur Bobius, dit-il, vous vous étonnez à tort ; les druides, qui sont nos plus anciens philosophes français, desquels parle César au sixième livre de ses commentaires, ne savaient pas le latin, et argumentaient avec tous les autres, de quelque nation qu'ils fussent. Hippocrate, qui n'avait pas étudié la logique, soutint parfaitement la discussion avec les abdéritains et ce grand philosophe, Démocrite. Pourquoi voulez-vous que mon candidat, qui est Picard, ne sache pas philosopher ?

Que répondre à de pareils argumens, dans la bouche du premier médecin de l'un des chefs de l'armée conquérante ? Bobius ne trouva plus rien à dire. Tous les docteurs prirent leur part de l'argumentation, et, comme vous comprenez, s'en déclarèrent plus satisfaits les uns que les autres ; jusqu'à ce qu'enfin Matthæus Curtius, parlant le dernier, ne put s'empêcher de dire : « Seigneur Champier, tu dois bien aimer cette université et ce collége, car tu en as obtenu deux choses qui n'avaient jamais eu d'exemple, et surtout de nous faire recevoir docteur en chirurgie un homme qui n'a pas même ouvert un rudiment ! » — Champier fit le modeste, protesta de son éternelle gratitude ; après quoi il pria ouvertement Rusticus de servir de deuxième parrain, et Hippolyte d'Autreppe fut reçu docteur avec toutes les cérémonies d'usage. Champier ajoute que l'Université fit écrire dans les registres la manière dont les choses s'étaient passées et les motifs qui avaient justifié une réception aussi étrange ; il ne dit pas, mais on peut le soupçonner sans témérité, je pense, que les médecins de Pavie gardèrent un long souvenir de la cruelle comédie où ils avaient joué un pareil rôle ; et jurèrent bien, comme le corbeau de la fable, qu'on ne les y prendrait plus.

breux ; la teinte purpurine y est très prononcée.

8. Il s'est détaché une escarre de la longueur de quatre à cinq pouces, occupant toute cette étendue de l'urètre.

17. Émission de gaz par l'urètre.

21. Depuis cinq ou six jours le malade rend continuellement et involontairement ses matières fécales. Mort.

Autopsie. Tête et thorax n'offrant rien de particulier.

Abdomen. L'S iliaque est entièrement adhérente, par sa face postérieure, à une masse encéphaloïde et squirrheuse, ramollie, dont nous parlerons tout à l'heure ; ses moyens d'adhérence ont une médiocre résistance ; ils consistent en des pseudo-membranes de formation en apparence récente. Toujours est-il qu'on peut facilement les détacher et alors on rencontre à la face postérieure de l'extrémité inférieure de l'S iliaque, une perforation ovalaire dont le grand diamètre, qui est parallèle à la longueur de l'intestin, peut avoir 3 centimètres. Ses bords sont déchiquetés et présentent sous le jet d'eau un chevelu très prononcé. A l'aide de cette perforation l'S iliaque communiquait avec une masse encéphalique et squirrheuse, ramollie, située en arrière et à gauche du rectum.

Cette masse, qui occupait une grande partie de l'excavation du bassin, aux parois duquel elle était adhérente, était réduite en détritus noirâtre dans certains points, comme si elle s'était trouvée depuis long-temps en contact avec des substances capables de l'altérer (les matières fécales, l'urine, par exemple). En avant, cette dégénérescence pathologique adhérait intimement à la paroi postérieure de la vessie.

Vue par la face interne, la vessie présente une perforation située à sa face postérieure, de la largeur d'une pièce de dix sous, qui la fait communiquer à l'aide du détritus précédemment indiqué avec l'S iliaque. La face interne de la vessie est à l'état normal, excepté une injection prononcée que présente son bas-fond. Les bords de l'ouverture paraissent cicatrisés et aussi nets que s'ils avaient été faits par un instrument tranchant. (Hypertrophie des bords latéraux de la prostate et de la luette périnéale.) Urètre de dimension normale, sans rétrécissemens. Dans son tiers antérieur la muqueuse est fortement injectée, comme fongueuse.

Uretère gauche comprimé par la masse située dans le bassin et dilaté notablement au-dessous.

Rectum. Présente vers son orifice anal une petite dilatation dont la peau forme les parois. Sain dans les deux pouces inférieurs. Au-dessus anneau squirrheux, ramolli, occupant toute son étendue, mais plus développé dans les trois quarts antérieurs. Calibre de l'intestin rétréci à peu près du tiers ; au-dessus, légère dilatation ; l'intestin reprend ses caractères normaux. La muqueuse ne paraît pas en général altérée. Les parois externes du rectum adhèrent aux masses encéphaloïdes et squirrheuses du bassin. Aucune perforation n'existe dans ce point.

Reins. Injectés, présentant des points noirâtres assez étendus à leur surface. Au centre de quelques-uns d'entre eux on trouve un commencement de suppuration. Pyélite très prononcée.

Le point de départ de la double perforation paraît se trouver évidemment dans les progrès incessans du cancer pelvien qui a déterminé une inflammation ulcérative du colon d'une part, et d'une autre part de la vessie. La tumeur nous a paru plus récente ; de telle sorte que ce n'était pas, comme nous l'avions pensé tout d'abord, du rectum et de la vessie que la communication s'effectuait, mais bien de l'S iliaque médiatement à travers un détritus pathologique jusqu'à la vésicule urinaire. Ce trajet compliqué nous rend compte sans doute du peu de matières fécales et de gaz rendus. Est-ce à la présence et au passage de ceux-ci à travers l'urètre qu'il faut rapporter la violente urétrite qui s'est manifestée dans les derniers temps ?

— Ce fait particulier ne ressort donc point comme expression pathologique des autres faits analogues. Tout le monde sait en effet qu'une des complications du cancer du rectum, c'est la perforation de la vessie, soit vers le trigone vésical, soit vers son bas-fond, et la sortie des gaz par l'urètre, phénomène qu'on avait d'abord signalé sans l'attribuer à sa véritable cause. Dans ce cas, il existe donc une fistule recto-vaginale, comparable jusqu'à un certain point à celle qui parfois persistait long-temps encore lorsqu'on mettait en usage la taille recto-vésicale. Mais dans la pièce pathologique que j'ai convenablement examinée avec mon maître, M. Briquet, la communication de la vessie avait lieu avec la portion d'intestin placée au-dessus du rectum, circonstance qu'il n'aurait guère été possible d'établir pendant la vie.

Existe-t-il quelque rapport entre la masse encéphaloïde du bassin et l'anneau squirrheux du rectum, ou bien ces deux maladies se sont-elles développées simultanément et isolément? Je crois qu'il n'est pas tout à fait irrationnel d'admettre que le point de départ de l'affection se trouvant être dans le rectum, les ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques de la portion pelvienne du rectum ont dû s'engorger consécutivement, et consécutivement aussi donner naissance à une dégénérescence d'une nature semblable à celle qui avait été le point de départ, la cause primitive de leur engorgement simple d'abord. Cette complication de la maladie première aurait elle-même donné naissance à une autre complication, la perforation intestinale d'une part, vésicale de l'autre, d'où l'établissement d'une fistule entéro-vésicale.

Si l'on consulte maintenant les ressources de l'art contre une pareille affection, on ne tarde pas à reconnaître son impuissance radicale, car l'affection squirrheuse du rectum, qu'on pouvait constater par le toucher, remontait trop haut pour qu'on pût même songer à l'extirpation de la partie inférieure de cet intestin, et l'âge du malade, son état de cachexie cancéreuse déjà bien dessinée, eussent été des circonstances par trop défavorables aux procédés d'anus artificiels de Callisen et de M. Amussat. Il fallait donc se borner à soulager les derniers instans de ce malheureux vieillard : c'est ce que M. Briquet s'est contenté de faire.

Fl. TAVIGNOT.

FORCEPS ASSEMBLÉ DE M. LE Dr CAMILLE BERNARD.

(Suite du n° 62.)

Dixième observation. — Vingt-six ans ; primipare ; trois jours de travail ; inertie de l'utérus ; position occipito-antérieure gauche ; application supra-pelvienne directe du forceps assemblé ; enfant bien portant ; couches naturelles.

Madame de B..., femme d'un commandant d'infanterie au service de don Carlos réfugié à Apt, parvient heureusement au terme de la grossesse. Le 12 janvier 1842, de légères douleurs se font sentir ; le 13 elles persistent et prennent un peu d'accroissement. Le soir de ce jour, demandé en consultation, le toucher nous fait constater une dilatation de l'orifice parvenue seulement à la largeur d'un pouce.

Dans la matinée du 14, nous revoyons madame de B..., quoique les douleurs soient revenues régulièrement, à des intervalles assez rapprochés ; la dilatation est fort peu avancée : à peine a-t-elle acquis 6 lignes de plus. Le pouls, très débile la veille, s'est relevé sous l'influence d'une potion tonique. La journée s'écoule encore au milieu d'un travail incessant, mais qui n'amène aucun résultat avantageux pour l'expulsion du fœtus, dont la tête se laisse parfaitement reconnaître à travers les membranes.

A quatre heures du soir, espérant activer le travail, nous ouvrons la poche des eaux qui commence à faire saillie.

A cinq heures, ce que nous avons gagné est inappréciable, et madame de B... devient de plus en plus languissante et découragée.

A six heures, administration par cuillerée d'une potion renfermant 1 gramme de seigle ergoté, sans que les douleurs deviennent plus actives. L'ergot ne provoque de la part de l'utérus que quelques contractions irrégulières qui n'aident point à la dilatation. Enfin, l'abattement physique et moral allant toujours croissant, nous nous décidons à aider la nature en appliquant le forceps, malgré la grande hauteur à laquelle la tête se trouve placée.

Nous introduisons avec beaucoup de ménagement la main gauche dans le vagin, pendant une contraction ; puis, quand celle-ci a cessé, nous tentons de pénétrer dans l'utérus à l'aide d'un doigt, puis de deux ; enfin en soutenant nos efforts, après quelques instans de travail, nous avons préparé suffisamment la voie au forceps.

Nous procédons immédiatement à son application. La femme est amenée au bord du lit : nous recommandons à la sage-femme qui assistait madame de B... de relever le bassin le plus possible ; puis nous introduisons le forceps comme dans les positions directes, c'est-à-dire bi-latéralement. L'application ne nous donne pas la moindre peine, malgré la grande hauteur de la tête et le resserrement des parties ; elle a lieu instantanément. Mais il n'en est pas ainsi de l'extraction ; nous mettons environ dix minutes à faire cheminer la tête dans l'excavation du bassin. Arrivé au détroit inférieur, nous éprouvons encore une vive résistance. Enfin, la délivrance a lieu après des tractions en sens divers.

L'enfant crie vigoureusement, et la femme est replacée dans son lit.

Les couches ne se compliquent d'aucun accident. Les lochies coulent comme à l'ordinaire. Nous nous bornons à faire appliquer des cataplasmes pour combattre la tuméfaction des grandes lèvres, et du cérat pour faciliter la cicatrisation de la déchirure de la fourchette, et de légères escharres de la muqueuse qui recouvre les petites lèvres.

Madame de B... se lève la première semaine. Elle allaite son enfant avec succès.

L'enfant porte sur le front une légère empreinte due à la cause signalée dans l'observation précédente.

Les difficultés de l'extraction tiennent dans ce cas à la prise oblique de la tête. Nous l'avons saisie selon le diamètre occipito-frontal, d'après la méthode des Allemands. Une cuiller a répondu à la bosse frontale gauche, et l'autre à la région occipitale droite. Prise de cette manière, la tête résiste mieux aux tractions que lorsque les cuillers portent sur les tempes ; mais l'application est double. D'après le conseil des accoucheurs, il convient de prendre la tête bi-latéralement avant de lui faire franchir le détroit inférieur ; le peu de volume du diamètre marqué par le céphalomètre (3 pouces 4 lignes), nous a fait extraire la tête ainsi qu'elle avait été primitivement saisie. Nous pensons cependant que dans un cas semblable nous rendrions l'extraction plus facile en replaçant le forceps sur chaque tempe avant de lui faire franchir le détroit inférieur. Dans la septième observation que nous avons rapportée, l'application a été oblique dès le principe par rapport au bassin, et régulièrement bi-pariétale.

Réflexions. — De ces quatre applications, deux appartiennent au détroit supérieur, septième et dixième ; les deux autres au détroit inférieur, huitième et neuvième.

Les premières ont eu lieu dans des circonstances ordinairement remplies de difficultés quant à l'application de la seconde branche du forceps disjoint. En effet, c'est lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin, ou que l'orifice de l'utérus est à peine assez dilaté pour que la main conductrice pénètre dans son intérieur, qu'on éprouve ces fréquens déplacemens qui forcent à recommencer plusieurs fois l'opération, et quelquefois même à l'abandonner.

A l'aide de l'introduction simultanée des deux branches réunies, sans recourir à aucun aide et sans rencontrer le moindre obstacle, nous avons appliqué l'instrument en quelques instans. Voilà les cas où les avantages du nouveau principe se montrent dans tout leur jour.

Ce principe est fondé sur l'imitation de la main, introduite dans l'utérus, ramassée le plus possible, et se déployant sous la tête qu'elle amènerait, si les doigts avaient assez de longueur pour la saisir convenablement ; ainsi se comporte *le forceps assemblé*. Il décrit sous la tête une courbe plus ou moins étendue, et vient s'appliquer sur chaque côté de la tête.

La théorie avait fait espérer d'avance le succès des applications au détroit supérieur, alors que la tête mobile et presque libre laisse de l'espace entre elle et le bassin ; mais elle pouvait faire craindre qu'il n'en fût point ainsi dans les positions intra-pelviennes, quand la tête est pressée dans tous les sens. Mais sans vouloir en rien combattre la contre-indication que nous avons fondée sur une trop grande pression de la tête dans la cavité pelvienne, nous pouvons dire que jusqu'ici nos applications ont eu lieu avec un égal succès, soit au détroit supérieur, soit au détroit inférieur.

Quant à celles-ci, nous n'aurions *pas cherché sans doute* à appliquer le forceps d'après de nouveaux principes, si l'accoucheur ne devait jamais dépasser l'intérieur du bassin ; *le forceps assemblé* nous paraît destiné à rendre des services surtout dans les applications supra-pelviennes. Cependant quand la tête est dans la cavité osseuse, l'introduction d'une seule main et l'avantage d'être dispensé du secours d'un aide, constituent une supériorité à laquelle nous attachons du prix. Pour les cas simples, nous avons un petit forceps assemblé, de douze pouces de longueur en totalité, et dont les cuillers n'ont que douze lignes de largeur.

Nous ne terminerons pas sans dire que jusqu'ici, dans aucun cas, le forceps assemblé n'a lâché prise ; et qu'aucune circonstance autre que celles prévues par la théorie dans notre mémoire adressé à l'Académie royale de médecine, ne nous a fait recourir à la disjonction des branches, qui est facultative dans notre forceps.

Dr C. BERNARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. Belhomme, Foville, Huguier, Leuret, Nonat, Richelot et Voisin, écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

— *M. Caron* écrit à M. le président pour le prier de donner lecture à l'Académie d'un paquet cacheté qu'il a déposé il y a quelque temps. Il s'agit de l'infection purulente. — Après avoir lu quelques lignes, M. le secrétaere annuel déclare que l'écriture de M. Caron est tellement indéchiffrable, qu'il lui est absolument impossible de poursuivre cette lecture. Dans la prochaine séance, il se sera mis en mesure pour faire connaître à l'Académie le contenu de cette communication.

M. Adelon fait observer que, pour qu'il puisse en être ainsi, M. le président doit parapher immédiatement chaque page de l'écrit de M. Caron. (Adopté.)

— *M. le président* annonce que le conseil d'administration a pris en considération la proposition de M. Royer-Collard, relative à la répression du charlatanisme, et qu'il a été décidé qu'une commission serait nommée pour examiner cette question et faire un rapport à l'Académie. — Cette commission est composée de MM. Gueneau de Mussy, Double, Royer-Collard, Adelon, Paul Dubois, Boullay et Bouley jeune.

— *M. Velpeau* lit un rapport sur deux observations communiquées à l'Académie par M. Delavacherie, professeur de clinique externe à l'université de Liége. — Ce sont deux exemples curieux de destruction très étendue du cuir chevelu.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fille de vingt-cinq ans, dont les cheveux, accrochés par une machine en mouvement, et violemment tiraillés, emportèrent avec eux la totalité du cuir chevelu. L'hémorrhagie qui succéda à cette vaste plaie fut légère et céda à un pansement simple, aidé d'une compression modérée. Il s'établit une suppuration très abondante, à la suite de laquelle les surfaces osseuses s'exfolièrent. Cet état dura pendant plus de trois mois, sans déterminer aucun accident grave du côté des méninges et du cerveau. Cependant la malade succomba six mois après l'accident. On ne put point faire l'autopsie.

Le sujet de la seconde observation est un homme âgé de trente-trois ans, qui, à la suite de violences exercées sur le crâne, vit une grande partie de son cuir chevelu tomber en lambeaux. La plaie fournit pendant long-temps une suppuration très abondante, sans que la santé générale parût en ressentir une atteinte marquée. On n'eut recours qu'à des pansemens simples, et au bout de six mois la guérison était complète.

M. Delavacherie demande si, dans ces deux cas, les ressources de l'autoplastie n'auraient pas pu être mises à contribution avec avantage.

M. Velpeau rejette cette idée, et dit que loin d'offrir quelque utilité en pareille circonstance, l'autoplastie aurait probablement hâté la mort de la jeune fille, et aurait peut-être été un obstacle au succès obtenu chez le second malade. Quoi qu'il en soit, ce sont là deux faits qui offrent un grand intérêt et qui méritent d'être portés à la connaissance des praticiens. M. Velpeau propose en conséquence de renvoyer le travail de M. Delavacherie au comité de publication et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membres correspondans de l'Académie. (Adopté.)

— *M. Bousquet* lit un rapport sur un travail adressé à l'académie par M. Boulos, médecin du roi des Grecs, à Athènes, professeur de la Faculté de médecine de cette ville. Ce travail a pour titre : « Quelques mots sur l'état actuel de la médecine en Grèce. » Remercîmens à l'auteur ; inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membres correspondans. (Adopté.)

— *M. Mellier* lit un mémoire ayant pour titre : « Des affections intermittentes à courte période. » — Commissaires, MM. Virey et Martin-Solon.

— *M. Gibert* lit un travail ayant pour titre : « Considérations générales sur les maladies de la peau. » — Commisssaires, MM. Guersant et Rayer.

Nous ferons connaître le fond de ces deux lectures quand on en aura fait le rapport.

— *M. Souberbielle* met sous les yeux de l'Académie plusieurs calculs volumineux qu'il a extraits par la taille sus-pubienne.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Pilules d'iodure de fer.

Pr. Proto-iodure de fer,	Quantité indéterminée.
Extrait de gentiane,	Quantité suffisante.

M. et F. S. A une masse parfaitement homogène qui devra être divisée en un nombre de pilules tel que chacune d'elles contienne vingt centigrammes (quatre grains) de l'iodure employé.

Ces pilules, qui doivent être roulées dans une poudre inerte, puis conservées dans un flacon parfaitement bouché, sont recommandées et employées avec un très grand succès par M. le docteur Piedagnel, dans les cas d'exostose et de périostose.

Ce praticien les dose et les administre de la manière suivante. Il commence d'abord par faire prendre deux pilules, il augmente successivement ce nombre de deux par jour, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à celui de trente pilules dans les vingt-quatre heures. Alors, il en suspend l'administration pendant une quinzaine, puis il recommence de nouveau par deux, quatre, six, etc., jusqu'à trente, comme il a fait la première fois. Le plus ordinairement ces deux traitemens suffisent our obtenir la guérison.

Pendant tout le temps que dure l'emploi de ces pilules, M. Piedagnel prescrit l'eau iodée pour boisson, et il fait pratiquer concurremment des frictions avec la pommade hydriodatée sur les points qui sont le siége du mal.

Potion diurétique sédative.

Pr. Feuilles de digitale pourprée,	8 grammes.
Eau bouillante,	220 id.

Faire infuser en vase clos, jusqu'à refroidissement ; passer au travers d'un linge avec expression, puis ajouter à la colature,

Azotate de potasse,	8 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise,	12 id.
Sirop de guimauve,	32 id.

Mêlez par agitation.

Cette potion, dont la formule est due à M. le docteur Krauz, est recommandée et employée avec succès par ce praticien dans les cas de cardite idiopathique aiguë, lorsque les symptômes les plus alarmans ont été préalablement combattus par les moyens appropriés.

On la prescrit aussi avec un avantage marqué dans le traitement de l'ischurie spasmodique.

La dose à laquelle il convient de la faire prendre est d'une pleine cuillerée à bouche toutes les deux heures. On a soin d'ailleurs d'éloigner ou au contraire de rapprocher les prises suivant la nature des effets auxquels l'administration de cette préparation donne lieu.

FAITS DIVERS.

Examen cadavérique d'un sujet mort de diabète ; communiqué par M. le docteur HILSENBERG.

Un sous-officier du 29e régiment de ligne, Prussien, affecté de diabète insipide depuis le mois d'octobre 1840, maladie contre laquelle on mit inutilement en usage tous les moyens recommandés d'une manière spéciale, tels que la créosote, le cuivre ammoniacal, le sulfate de quinine associé à la teinture d'opium et à la teinture de protochlorure de fer, ainsi que le régime diabétique purement animal, finit par succomber le 4 juillet 1841.

Bien que la quantité d'urine excrétée journellement eût été assez considérable, cependant les forces du malade s'étaient soutenues assez

ong-temps ; mais dans le courant de la maladie, un sédiment purulent se montra dans l'urine ; en même temps il se développa un mouvement fébrile lent qui, joint à l'augmentation progressive du pus de l'urine, ne tarda pas à amener la mort.

A l'ouverture du cadavre, on trouva toutes les parties à l'état normal, à l'exception des organes uropoiétiques. Les deux reins offraient l'apparence de grands sacs larges et flasques, d'un volume plus que double de celui qu'ils ont d'habitude ; la substance rénale était entièrement détruite, à quelques portions de la substance corticale près, qui étaient très dures, tuberculeuses et entourées de beaucoup de mucosités. Les uretères étaient dilatés, leur membrane muqueuse ulcérée et même totalement détruite en quelques points. La vessie avait une capacité plus considérable que de coutume ; ses parois étaient ramollies, de sorte que, par une légère pression avec le manche du scalpel, il était facile de les déchirer : la face interne de la membrane muqueuse était ulcérée dans toute son étendue. La prostate était dure et plus volumineuse que dans l'état normal.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, nº 12.)

Quinine retrouvée dans le sédiment de l'urine et dans le sérum du sang.

En examinant le sédiment formé dans l'urine d'un malade à qui l'on avait administré du sulfate de quinine pour combattre des douleurs névralgiques revenant par accès périodiques, M. X. Landerer a trouvé, outre du phosphate, de l'urate de chaux et du carbonate ammonique, une petite quantité de quinine à l'état libre ; l'urine elle-même renfermait du carbonate d'ammoniaque, du sulfate et de l'hydrochlorate, et de plus aussi des traces de quinine.

Chez deux autres sujets, qui, depuis trois ans, étaient affectés de fièvres rémittentes pour lesquelles on les avait soumis de temps en temps à l'action des préparations de quinine, M. Landerer eut l'idée de rechercher ce principe alcaloïde dans le sang.

L'un des deux fut saigné à l'occasion d'une pleurésie qui lui survint : le sang était très inflammatoire et couvert d'une couenne épaisse. Au moment où il sortit du vaisseau et tant qu'il conserva encore sa chaleur, il n'offrait qu'une saveur très faiblement amère ; mais après son entier refroidissement et lorsque la formation du caillot se fut opérée, l'amertume devint bien plus prononcée. Il fut alors facile de reconnaître une différence de saveur bien sensible entre la portion coagulée et la partie restée liquide ou sérum ; l'amertume, très faible dans la première, était parfaitement tranchée dans la seconde ; aussi, fut-il possible de retirer la quinine de celle-ci en faisant évaporer, puis mettant le résidu en digestion avec de l'eau acidulée, filtrant et précipitant enfin par l'ammoniaque. Les excrémens de ce même sujet fournirent aussi de la quinine à l'analyse.

Chez le second malade, l'examen analytique du sérum donna des résultats exactement semblables à ceux qui viennent d'être indiqués.

(*Repertorium fuer die Pharmacie*, t. XXIV, p. 233.)

Chronique et Nouvelles.

Dans la décision prise par le ministre de l'instruction publique à l'égard des élèves en médecine qui se sont signalés par leur zèle dans l'accident du chemin de fer, nous avons vu avec surprise que *les fils de professeur avaient droit aux remises de tous les frais d'inscription, d'examen et de diplôme ;* nous ignorions cette particularité. Est-ce depuis long-temps ou dans ces derniers temps que cette faveur a été accordée ? A qui faut-il rapporter ce nouvel acte de népotisme qui a pour principal inconvénient d'être établi en faveur des jeunes gens qui ont le moins besoin de *facilités pécuniaires?*

— Par ordonnance du 30 mai, le roi de Prusse a établi une nouvelle classe de l'ordre du Mérite fondé sous Frédéric II, pour les services militaires. Cette nouvelle classe est destinée à récompenser le mérite civil et comprendra trente membres allemands, et autant d'étrangers distingués dans les sciences et les arts.

M. de Humbold a été nommé chancelier de l'ordre, et parmi les membres étrangers, nous distinguons, MM. Gay-Lussac et Arago, nommés chevaliers.

Les insignes consistent en un écusson d'or en forme de croix sur fond bleu émaillé sur lequel on voit le chiffre doublement couronné de Frédéric II, et au milieu duquel se détache l'aigle de Prusse. La croix, surmontée d'une couronne atttachée à un ruban noir avec bordure d'argent, est portée en sautoir.

— Ce qu'on pourrait appeler l'histoire secrète du concours de clinique chirurgicale ressemble à celle de tous les concours passés. Intrigues croisées, promesses trompeuses, engagemens qui ne seront pas remplis, votes connus d'avance, nomination prévue et bien connue, déceptions nombreuses, voilà ce que nous aurions à dire cette fois comme toujours ; et en vérité nous sommes las de répéter toujours la même chose. Sans être grand prophète — et cette fois-ci d'ailleurs nous de serions pas prophète de malheur — nous prédisons, avec la même certitude qu'un astronome peut prédire une éclipse, la nomination de M. Bérard. Nous prédisons encore qu'il n'y aura que deux tours ne scrutin ; qu'au premier tour M. Bérard aura cinq voix, et que les sept autres s'éparpilleront par politesse et par affection sur divers candidats que nous ne voulons pas nommer, et à chacun desquels il nous serait facile de fixer le budget du scrutin ; qu'au deuxième tour, M. Bérard sera nommé par huit et peut-être neuf juges. Nous prédisons surtout que la nomination de M. Bérard sera fort bien accueillie, et que, ce faisant, le jury fera justice.

Nous savons bien que dans un certain hôtel d'un certain intendant d'une certaine liste civile, on ne pense pas tout à fait ainsi ; mais ce sont là, pour ainsi dire, des affaires de cuisine, dont nous ne voulons pas nous mêler.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

VINGT-HUITIÈME SÉANCE. — *Déposition des thèses.*

Avant-hier, mardi 7, MM. les candidats ont déposé leur tèse à la Faculté.

Les argumentations auront lieu dans l'ordre suivant :

1º M. Thierry, 2º M. Ph. Boyer, 3º M. Chassaignac, 4º M. Robert, 5º M. Chrestien, 6º M. Vidal, 7º M. Bérard, 8º M. Laugier, 9º M. Huguier, 10º M. Malgaigne.

Vendredi prochain 10, M. Thierry soutiendra sa thèse, qui a pour titre : « Quels sont les cas où la lithotomie doit être préférée à la lithotritie et réciproquement ? » Il sera argumenté par MM. Boyer, Chassaignac, Robert et Vidal.

EAUX THERMALES ARTIFICIELLES.

L'heureuse influence d'une température élevée comme agent thérapeutique n'est certainement pas un fait ignoré. Depuis long-temps on sait bien que les eaux thermales sont absorbées à des doses très élevées par des estomacs délicats et incapables de supporter une faible quantité du même liquide à la température ordinaire. Les anciens ont expliqué ce fait en les entourant d'un voile mystique, refuge ordinaire de leur ignorance. Depuis, les siècles ont passé en s'inclinant devant cette explication, et on a admis que la chaleur qui se trouve dans les diverses couches du globe était sous l'empire de lois différentes de celles qui régissent celles qu'on développe à sa surface ; rien de moins fondé pourtant : nous avons vu dans les expériences que nous avons faites avec MM. Monod, Réveillé-Parise, etc., que les sels de fer, les carbonates alcalins, etc., quand ils sont dissous et pris dans de l'eau à 30º cent., sont supportés à des doses très considérables par des individus dont l'estomac se soulève de douleur au contact d'une faible dose ingérée à température ordinaire. Nous avons trouvé la preuve irréfragable de cette assertion dans les *Eaux thermales artificielles :* celles-ci, par le concours de la chaleur, du gaz carbonique et des sels qu'elles contiennent, se comportent avec les fleurs fanées comme les eaux chaudes naturelles : comme elles, leur activité est plus grande, et elles peuvent être données à des doses énormes à des individus très délicats. D'après les résultats constatés par un grand nombre d'expériences, il nous a semblé qu'en donnant un moyen de préparer des eaux thermales artificielles, nous remplissions une lacune dans la thérapeutique, et que le médecin pourrait en tirer un parti très avantageux. L'heureux emploi qu'en font la plupart des praticiens, nous prouve que nous ne nous sommes pas trompés. On les prépare comme les eaux froides, verre par verre, au lit du malade, seulement au lieu de mettre la dragée minérale qui contient les élémens de l'eau médicale dans l'eau froide, on la jette dans l'eau chaude ; les sels se dissolvent et les gaz se dégagent en jet continu et un peu plus rapide que dans l'eau qui est à la température ordinaire.

(*Extrait de la notice de M. Mège*, rue des Martyrs, 42.)

L'expérience a démontré d'une manière trop évidente les bons effets du *Vermouth de Turin*, distillé par la maison Pravas et compagnie (1), pour que nous puissions nous empêcher de signaler aujourd'hui les résultats brillans obtenus à l'aide de ce vin-liqueur.

Le *Vermouth de Turin*, doué de propriétés stomachiques et apéritives très prononcées, exerce une influence des plus favorables sur tout l'ensemble de l'appareil digestif, et constitue une boisson à la fois agréable et salutaire. Il remplace avec le plus grand avantage l'*absinthe*, le *biter* et le *schlouston von London ;* car il n'a aucun des inconvéniens de toutes les liqueurs alcooliques ; son principe actif réside dans le suc de plantes très variées. Aussi ne sommes-nous pas étonnés d'apprendre qu'une foule de personnes qui ont voulu essayer l'usage du *Vermouth* en ont retiré de si bons effets, qu'elles ne peuvent plus se resoudre à s'en déshabituer. Utile aux gens qui veulent conserver leur santé, comme aux convalescens, ce vin-liqueur mérite encore réellement le titre de spécifique contre les *inappétences*, les *langueurs d'estomac*, les *mauvaises digestions*, *l'état bilieux*, les *affections vermineuses* et les *fièvres intermittentes*. Mais les succès les plus brillans et les plus inattendus, sont ceux qu'a procurés son emploi dans le but de combattre les tempéramens *lymphatique* et *scrofuleux*, la *chlorose*, l'*aménorrhée* et les *flueurs blanches*. Plusieurs jeunes malades qui étaient dans un état de dépérissement complet sont revenues en peu de temps, et par le seul secours de cette médication si simple, à la santé la plus parfaite et la plus florissante. La composition essentiellement tonique et amère de cet agent thérapeutique permet d'ailleurs de se rendre très bien compte de ces résultats ; aussi le *Vermouth*, qui se recommande encore au consommateur par son prix modéré, est-il de jour en jour plus justement et plus généralement apprécié.

(1) Le dépôt spécial se trouve, en bouteilles et demi-bouteilles, chez M. Rey, passage Brady, escalier P, faubourg Saint-Denis ; l'entrepôt général, rue Beaurepaire, 10.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 11 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 70. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'École de Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Depart., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

CHAMBRE DES PAIRS. — DISCUSSION SUR L'ENSEIGNEMENT.

Une discussion importante sur l'enseignement ayant eu lieu à la Chambre des Pairs (séance du 8 juin), nous croyons devoir en extraire ce qui interesse les médecins.

M. le comte Beugnot. Messieurs, j'éprouve autant que personne le désir de ne pas prolonger vos délibérations : mais puisque nous ne pouvons, sur le budget, qu'émettre de simples vœux, je crois que l'ajournement à deux années de la réalisation de ceux que je vais avoir l'honneur d'exprimer devant vous, ne serait pas sans inconvéniens pour le progrès des études sérieuses en France. Il fallait, messieurs, cette considération pour me décider à réclamer la parole dans cette circonstance.

Toutefois, ne croyez pas que je vienne ici réclamer la liberté de l'enseignement : je laisse au spirituel champion de cette thèse le soin de la rajeunir. Je veux au contraire remercier le gouvernement des entraves qu'il a cru devoir apporter à la trop grande diffusion de certaines parties de l'enseignement public, et l'engager à persevérer dans la voie où sa sagesse lui a conseillé d'entrer.

Messieurs, de tous les travers de notre époque, il n'en est pas, à mon avis, de plus dangereux que celui qui porte un si grand nombre de pères de familles à vouloir faire sortir leurs enfans de la classe où eux-mêmes ils sont nés, où ils ont vécu, et où, le plus souvent ils ont été heureux. Ils croient agir sagement en jetant dans de jeunes cœurs les germes d'une ambition que la charte autorise, j'en conviens, mais que la société est impuissante à satisfaire.

Il est difficile que vous ne soyez pas inquiets lorsque vous voyez surgir de tous côtés une foule innombrable d'aspirans, soit aux emplois publics, soit aux professions libérales ; car vous savez que si quelques-uns d'entre eux voient se réaliser le rêve de leurs espérances, le plus grand nombre ne recueille de tous leurs efforts que les plus amères déceptions, et qu'ils s'en prennent d'ordinaire à un ordre de société dont les maximes n'ont que trop nourri leurs illusions.

Le gouvernement peut, je ne dirai pas, guérir cette sorte de maladie morale, mais en restreindre beaucoup les effets ; et je viens le remercier des mesures qu'il a prises pour diminuer le nombre des étudians dans les écoles de droit et de médecine.

M. le ministre de l'instruction publique. Je demande la parole.

M. le comte Beugnot. Et l'encourager à compléter cette œuvre qui est restée malheureusement inachevée.

Je demande la permission à la chambre de lui donner, sur ce point, quelques éclaircissemens que je crois nécessaires et dignes d'exciter son intérêt.

La faculté de médecine de Paris, par la richesse de son enseignement, par la sévérité de ses études, autant que par l'illustration de ses professeurs, se trouve placée au premier rang de tous les établissemens de ce genre qui existent en Europe : c'est là un honneur que personne ne lui conteste. Il n'est donc pas étonnant que le nombre des étudians de cette faculté ait considérablement grandi, qu'il ait grandi de telle façon que le nombre des places naturellement vacantes dans la profession médicale ne se soit plus trouvé en rapport avec le nombre de ceux qui se présentaient pour les remplir.

En 1836, le ministre qui dirigeait le département de l'instruction publique fut frappé d'un inconvénient qui devait porter préjudice, d'abord à la profession médicale elle-même, car une semblable concurrence allait évidemment la faire décheoir ; ensuite aux individus, car ils ne pouvaient se flatter de trouver dans l'exercice de cette honorable profession les moyens de s'assurer une existence convenable.

Des mesures très sages furent prises pour faire diminuer cette dommageable concurrence. Le ministre dont je parle proposa le 9 août 1836 à l'approbation de S. M. une ordonnance qui a pour but d'exiger de tous les élèves qui désireraient prendre leur première inscription dans les facultés de médecine la présentation d'un diplôme de bachelier ès-lettres, condition antérieurement prescrite, mais qui était tombée en désuétude ; et ensuite d'un diplôme de bachelier ès-sciences, lorsqu'ils voudraient passer leur premier examen. Il fut en outre recommandé aux professeurs des facultés des lettres et des facultés des sciences d'apporter une beaucoup plus grande sévérité dans les examens.

Enfin, par une autre ordonnance, en date du 3 octobre 1841, il a été décidé que nul élève ne pourrait être admis au grade de docteur s'il n'avait suivi pendant un an au moins le service d'un hôpital.

J'avoue que quand je vis le gouvernement prendre ces diverses mesures, j'en attends peu de profit. Je pensais que les élèves seraient désormais plus savans, plus habiles, mais pas moins nombreux. Je me trompais, et je le proclame sans aucun regret.

Dans l'année 1836, 612 élèves prirent leur première inscription dans la faculté de médecine de Paris ; en 1837, époque où les mesures dont je viens d'entretenir la chambre reçurent leur application, il n'y en eut plus que 392. En 1838, le nombre augmenta, il est vrai, et remonta à 430 ; mais plus tard ce nombre redescendit, et aujourd'hui il paraît fixé entre 260 et 266.

Il en est de même en province. A l'école secondaire de Dijon, où l'on compte 12 professeurs, il n'y a que 14 élèves ; à Marseille et à Reims il y en a 16.

Ainsi, vous le voyez, messieurs, les mesures prises à diverses époques par le ministère de l'instruction publique ont produit leur effet, de sorte que l'année dernière on ne comptait plus dans toute la France que 3,375 étudians en médecine. Il n'en est pas moins vrai qu'il sort chaque année des diverses facultés et des écoles secondaires 845 personnes qui se présentent pour entrer dans les rangs de la profession médicale. Ce nombre n'est peut-être pas trop considérable ; cependant je le crois suffisant, surtout quand je réfléchis qu'à Paris, à l'heure où je parle, on compte 1,360 docteurs en médecine et 155 officiers de santé. Je prie donc M. le ministre d'avoir l'œil ouvert sur les registres d'inscription des facultés de médecine, et lorsqu'il verra le chiffre des étudians augmenter d'une manière sensible, de prendre des mesures plus sévères encore pour rétablir l'équilibre entre le nombre des concurrens et le nombre probable des places vacantes dans le service médical.

Permettez-moi maintenant de dire quelques mots sur les écoles de droit.

L'affluence dans les écoles de droit est plus grande encore. On n'y compte aujourd'hui guère moins de 6,000 élèves. En 1835 et 1835, le chiffre de ceux qui suivaient les cours de la faculté de droit de Paris, s'élevait à 3,454. Quelques circonstances y apportèrent une diminution très faible, et cette année il est encore de 2,872.

En 1841, il est sorti de cette école 684 licenciés, habiles désormais à remplir les fonctions qui exigent la connaissance des lois ; et comme il existe une sorte d'égalité entre les écoles de province réunies et celle de Paris, il s'ensuit que, chaque année, 1,368 personnes environ sont munies du diplôme de docteur ou de celui de licencié en droit. Ce nombre est trop grand, messieurs ; il dépasse toutes les proportions. Par là on crée des existences inquiètes, malheureuses, et quelquefois redoutables. Je ne veux pas insister sur ce point ; il est aisé de me comprendre.

On répondra sans doute que l'étude du droit conduit à un plus grand nombre de professions que celle des sciences médicales. J'en conviens. Cependant, il ne faut pas exagérer la portée de cette objection.

Le nombre des fonctions où les connaissances que l'on acquiert dans les écoles de droit sont requises est très restreint. Je n'en connais que quatre : la magistrature, l'enseignement du droit, le barreau et la profession d'avoué, et encore, pour cette dernière, l'étude complète de droit n'est pas, à vrai dire, nécessaire.

M. le ministre de l'instruction publique. On exige des avoués une année de capacité.

M. le comte Beugnot. Oui, je veux bien les compter ; mais je ne comprends pas, et ceci accuse l'imperfection, la mollesse, l'insouciance de nos lois ; je ne comprends pas que ces connaissances ne soient requises ni des notaires, ni des autres officiers ministériels, ni des employés de l'enregistrement, espèce de jurisconsultes qui souvent ont à prononcer sur les questions de droit les plus difficiles ; ni même, ce qui est plus fort, des administrateurs.

Le gouvernement a fondé dans différentes facultés des chaires de droit administratif, et vous savez, messieurs, que l'un de nos plus savans et de nos plus vénérables collègues, occupe, aux applaudissemens universels, une chaire de ce genre dans la faculté de Paris. Eh bien, la connaissance du droit administratif n'est exigée ni des préfets, ni des sous-préfets, ni des conseillers de préfecture.

J'espère que sous peu de temps un tel état de choses pourra être réformé ; car je ne sais, en vérité, comment l'expliquer.

Vous le voyez, messieurs, s'il sort de l'école de droit de Paris 684 aspirans aux quatre professions que je viens d'indiquer, il doit y avoir, dans ces professions, une concurrence désordonnée, et pour montrer que je ne qualifie pas cette concurrence d'une manière empreinte d'exagération, je citerai la profession dont, de nos jours, on parle et qui parle le plus (on rit), celle du barreau. Je prends l'exemple du barreau de Paris.

Le parlement de Paris avait un ressort six fois plus étendu que la cour royale actuelle ; il s'étendait au sud jusqu'à Lyon. De plus, lors de la réforme introduite par l'assemblée constituante dans notre législation civile, et plus particulièrement par la suppression des matières féodales et bénéficiaires, le nombre des procès a été diminué de plus de moitié. Ainsi, en raisonnant d'après ces faits, on devrait conclure que le nombre des avocats est, de nos jours, moitié moins grand qu'il n'était à Paris en 1789. Ici j'irai au-devant d'une objection qui consiste à dire que l'influence que possède aujourd'hui le barreau de Paris et les ambitions qui espèrent trouver une issue par cette voie, ont dû faire augmenter le nombre des avocats. Je l'admets, mais j'arrive à cette conclusion : que le nombre des avocats ne doit pas être plus grand aujourd'hui qu'il n'était en 89 sous l'ancien parlement ; voici les chiffres exacts : En 1789, il y avait 536 avocats à Paris, ce qui paraissait excessif, et plusieurs d'entre vous, messieurs, doivent se rappeler les épigrammes qui circulaient à ce sujet. Eh bien, aujourd'hui on compte 872 avocats inscrits au barreau de Paris. Qu'a-t-on fait pour restreindre ce nombre, car il est impossible qu'une telle quantité d'avocats trouvent le moyen d'employer leur zèle et leurs connaissances ?

Je ne connais pas d'autre mesure prise à cet égard par M. le ministre, que d'avoir recommandé aux examinateurs une plus grande sévérité.

Evidemment un tel moyen est insuffisant. Il faut, par des mesures réellement efficaces, diminuer le nombre des étudians en droit comme on a diminué celui des étudians en médecine. Et je me fie à la sagesse de M. le ministre pour les trouver et les appliquer.

Mais, messieurs, cette diminution des étudians dans l'une et l'autre faculté ne peut s'opérer qu'à une condition qui est de rendre les élèves que l'on conservera plus instruits et plus habiles, pour qu'il ne résulte pas des entraves mises à l'enseignement un privilège en faveur de quelques-uns sans aucun profit pour la société. Il faut donc examiner si, dans les facultés de médecine et dans les facultés de droit l'enseignement est aussi fort et aussi étendu qu'il doit et qu'il peut l'être.

Je faisais, il n'y a qu'un instant, l'éloge de la faculté de médecine de Paris, je ne rétracterai rien de ce que j'ai dit ; je demanderai seulement à expliquer la nature de cet éloge. La faculté de médecine de Paris se distingue par un luxe d'enseignement véritablement admirable ; elle compte 18 cours et 26 professeurs. La faculté de Montpellier présente 17 cours et 19 professeurs ; celle de Strasbourg, 12 cours et 12 professeurs. Je ne parlerai pas de tous les moyens matériels d'instruction qui sont mis à la disposition des élèves ; ces instrumens de travail sont le produit de la plus noble munificence, et cependant j'adresserai un reproche à cet enseignement. Et, pour vous en faire comprendre la gravité, il me suffira, messieurs, de l'énoncer, je veux dire que dans les facultés de médecine l'enseignement est purement pratique. Or, faut-il rappeler que quand la science se traîne péniblement dans les sentiers de l'application, de la pratique matérielle, elle tend évidemment à se rabaisser et à devenir, il faut dire le mot puisqu'il est exact, à devenir un métier. On doit élever la science très haut, parce que l'homme, dans l'application, est toujours porté à la rabaisser trop bas. Voilà ce qu'on ne doit point oublier. Il suffit de jeter les yeux sur le programme des matières enseignées pour se convaincre qu'il n'y a aucune philosophie dans cet enseignement, dont le but paraît être de former des praticiens habiles, experts, ingénieux, mais qui finira, en définitive, par détourner la science de son but véritable.

Je dirai de plus, c'est encore un regret que j'exprime, que l'enseignement médical n'est nullement historique. L'état récent d'une science est le produit, comme vous le savez, de toutes les révolutions successives qu'elle a subies, et il est impossible de se rendre compte de son état définitif, si on n'a pas une connaissance quelconque des vicissitudes qu'elle a éprouvées. Cependant on ne donne dans nos écoles de médecine aucune notion sérieuse de l'histoire de la science. Les fondemens de cette science ont été jetés il y a 2300 ans par un homme doué d'un admirable génie, et dont les écrits sont encore aujourd'hui étudiés, commentés et réimprimés, phénomène qui ne se présente que dans cette seule science ; phénomène que quelques hommes ont regardé comme un indice de la vanité de cette science, et que je déclare, moi, une preuve de la grandeur de l'esprit humain, ces précieux écrits peuvent-ils être connus des élèves, quand personne dans nos facultés n'est chargé de les leur expliquer ?

Récemment, messieurs, une plainte touchante sortait du sein de la faculté de médecine de Paris. On s'écriait : « Les vieilles vérités n'ont pas d'échos dans nos écoles ; les anciens ne sauraient y retrouver leurs titres à l'immortalité. » Cette noble prière ne sera-t-elle entendue par personne ?

Il n'en est pas ainsi dans la docte Allemagne, et M. le ministre qui, l'année dernière, a envoyé un jeune et savant docteur étudier le système des institutions médicales de ce pays, sait bien que dans les cinq universités du royaume de Prusse, l'histoire de la médecine fait partie du cours de première année. Il doit en être ainsi en France ; et je demande à M. le ministre de compléter un enseignement qui déjà est un des titres de gloire de notre pays.

On a dirigé contre l'école de droit de Paris un reproche semblable à celui que je viens d'exprimer contre la faculté de médecine ; mais cette accusation me paraît peu fondée, le droit y est enseigné sous ses trois aspects : philosophique, historique et pratique, et les élèves de cette école n'ont, à mon avis, que de la reconnaissance à exprimer, soit à l'université, soit à leurs savans professeurs, pour les soins qu'ils prennent de leur instruction.

En ce qui concerne les facultés de droit de province, on pourrait peut-être désirer un enseignement plus étendu. A la vérité, on ne compte à Caen que 149 élèves, et à Strasbourg que 92, et il n'y a rien à demander pour un si petit nombre d'étudians ; mais à Toulouse où il y en a 555, on a lieu de s'étonner que l'enseignement n'y soit pas plus étendu qu'à Strasbourg, où il n'existe que six cours et huit professeurs. J'ajoute que les cours y sont purement pratiques, et nullement historiques ni philosophiques. C'est là un défaut que je signale à l'attention de M. le ministre. Je crois, de plus, que les étudians de la faculté de Toulouse ont des droits particuliers à la bienveillance du gouvernement.

Lors des troubles qui affligèrent cette ville à l'époque du recensement, les étudians de la faculté de droit de Toulouse ont résisté avec courage et loyauté à toutes les insinuations des agens du désordre ; ils demandent en témoignage de satisfaction, non des récompenses, non des faveurs, mais qu'on veuille bien étendre le cercle de leur enseignement. Une telle demande fait trop leur éloge pour qu'elle leur soit refusée.

Je ne sais, messieurs, si je n'ai pas abusé de l'attention bienveillante de la chambre ; mais, ayant l'honneur de parler devant une assemblée qui s'est montrée toujours fière et heureuse de la suprématie intellectuelle de la France, et devant un ministre qui est le témoignage vivant de cette suprématie, il m'eût été difficile d'éviter la faute que j'ai commise et dont je prie la chambre de m'excuser.

M. Villemain, ministre de l'instruction publique. L'honorable et savant préopinant a porté l'attention de la chambre sur un objet digne de tout son intérêt. Il a considéré deux branches importantes des hautes études, et il a présenté à cet égard des observations sérieuses et des vues utiles.

Je pense toutefois que, sur quelques points, son opinion n'est pas aussi exacte que sincère et animée par le zèle du bien public.

Ainsi M. le comte Beugnot a pensé que les élèves des écoles de droit et de médecine étaient trop nombreux, et que l'enseignement qu'on leur donne n'était pas assez philosophique et assez élevé. Je vais répondre brièvement à ces deux objections.

Messieurs, cette opinion sur la diffusion trop grande des études spéciales, et sur le trop grand nombre de candidats aux professions savantes, se présente naturellement à l'esprit ; elle est inspirée par la vue de quelques situations méconnues, de quelques talens qui n'ont pas trouvé leur emploi. Mais, dans la réalité, si vous considérez cette grande société française, si vous cherchez que d'hommes lui sont nécessaires dans les professions savantes de la médecine et du droit, et dans toutes celles qui se rattachent à l'étude des lois en général, vous trouverez que l'activité suffit à peine au recrutement régulier de cette portion de notre état-major civil.

Je n'accepte donc pas le reproche que l'enseignement supérieur fasse trop d'élèves, ni le conseil d'en diminuer le nombre ; je crois que les mesures utiles ont été prises pour mieux répartir ces élèves, pour ne pas les accumuler sur un seul point, pour rendre l'enseignement plus efficace dans tous les lieux où il existe. Et, sous ce rapport, ce qui a été fait me paraît admettre une autre interprétation que celle de l'honorable préopinant, et mériter, par d'autres motifs, les mêmes éloges.

Non, messieurs, l'enseignement médical ne compte pas aujourd'hui trop d'élèves ; et si on examine bien l'état de la société, on trouvera même que tout ce que la haute civilisation et l'humanité de la France prescrivaient à cet égard n'est pas encore satisfait. Il y avait des mesures à prendre pour ajouter encore à l'enseignement médical, pour en varier la destination et en multiplier les annexes, sans affaiblir les grands centres où cet enseignement se développe avec tant d'éclat. Cette amélioration est commencée par l'organisation récente des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, créées avec le concours et les sacrifices spontanés des villes.

Oui, sans doute, lorsqu'en 1836, sur l'avis du conseil royal de l'université, gardien de toutes les bonnes traductions et provocateur naturel de toutes les améliorations, un ministre soumit à la signature du roi une ordonnance pour exiger des élèves en médecine non pas le baccalauréat ès-lettres, obligatoire dans tous les temps, mais le baccalauréat ès-sciences, supprimé depuis quelques années, il fit une chose utile ; mais cette chose utile n'avait pas pour but immédiat de diminuer le nombre des élèves en médecine, mais d'élever le niveau de l'enseignement. Ce but direct a été atteint ; mais il restait un autre soin à prendre : c'était de faire en sorte qu'indépendamment des trois grands foyers d'instruction médicale il fût créé d'autres centres d'études, où, sans abandon de sa famille, sans sacrifices souvent onéreux, le jeune homme pût recevoir une instruction médicale presque complète. C'est là le résultat que nous avons assuré par la création successive d'un

grand nombre d'écoles préparatoires, dont le principe, déposé dans une ordonnance antérieure, a été réalisé par nous.

Ces dispositions n'auront pas pour effet de diminuer le nombre des praticiens médicaux; mais elles introduisent la possibilité de diviser l'enseignement médical en deux classes, et de faire qu'à côté d'un enseignement à la fois technique et très développé sous le rapport de la philosophie médicale, qui n'est pas négligée comme le dit l'honorable préopinant, il y ait un enseignement exclusivement technique, supérieur à celui qui trop souvent amenait devant les jurys médicaux des candidats sans expérience et sans études régulières.

Il y a là le germe d'une réforme utile que l'honorable préopinant n'avait pas appréciée, et qui promet pour l'avenir, dans les parties de la France les plus pauvres et les plus reculées, de nouveaux secours à la santé publique.

Je crois donc que, dans l'état présent, le nombre des élèves docteurs sortant chaque année des facultés de médecine n'est pas supérieur aux besoins, et que cette institution même doit être aidée par une autre création subsidiaire, dont les élémens sont déjà réunis, et qu'il importe de perfectionner.

Quant aux objections de l'honorable préopinant contre le caractère même de l'enseignement dans nos facultés, et spécialement dans les facultés de médecine, je crois qu'on peut les révoquer en doute. J'ai entendu plusieurs fois des savans étrangers, des praticiens illustres d'Angleterre et d'Allemagne, citer avec éloge la belle et savante organisation de l'école de médecine de Paris, ses vingt-six professeurs parcourant toutes les grandes applications de l'enseignement, cette étude approfondie des parties essentielles de l'art de guérir, et ce développement simultané des sciences accessoires qui s'y rattachent.

Mais, dit l'honorable préopinant, il n'existe pas là un enseignement historique et philosophique de la médecine; il n'y a pas de chaire spéciale pour expliquer Hippocrate. Si l'honorable orateur veut parcourir le programme de l'enseignement de l'école de médecine de Paris, il jugera que, sous les divers titres qui forment cet enseignement, un savant professeur peut placer sans peine cette érudition et cette philosophie que demande l'honorable orateur. Dans chaque cours bien fait il se trouve une part de l'histoire générale de la médecine.

On avait essayé d'une autre méthode. A la faculté de Paris, il a existé pendant quelque temps une chaire de bibliographie médicale. C'était l'expression la plus réservée, la plus modeste de cet enseignement historique de la médecine que l'honorable préopinant voudrait voir organisé d'une manière complète.

De graves, de sages esprits, et je pourrais en citer parmi nous, ont cru qu'il était de la nature d'une science éminemment soumise à l'expérience et à la pratique, de ne pas devenir une science historique, de ne pas constituer un enseignement historique spécial, mais, dans chaque partie embrassée par elle, de choisir et de classer les souvenirs et les traditions, pour ne les enseigner qu'en les appréciant et en les jugeant. (Approbation.)

Eh bien, cette opinion de M. Cuvier a conservé une grande autorité. Je ne prétends pas que cette opinion soit exclusive; mais je le indique comment les hommes éclairés qui m'ont précédé dans la direction du ministère de l'instruction publique n'ont pas encore pensé à réaliser le vœu de l'honorable orateur.

M. le comte de Saint-Priest prononce un discours sur la liberté de l'enseignement.

M. le marquis de Barthélemy. Messieurs, je n'abuserai pas des momens de la chambre, je me bornerai à répondre quelques mots à un petit nombre d'assertions de l'honorable orateur.

Il a commencé par dire que jamais la liberté de l'enseignement n'avait donné lieu à une discussion un peu prolongée, un peu sérieuse dans cette assemblée. Je rappellerai à la chambre que dans plusieurs occasions elle s'est occupée avec maturité de l'examen des pétitions qui demandaient la liberté de l'enseignement...

Je finis en faisant des vœux pour que nous ayons enfin une bonne loi sur la liberté de l'enseignement. Si j'avais, à ce sujet, un désir à exprimer, je demanderais que M. le ministre de l'instruction publique apportât cette loi à cette chambre au commencement de la session prochaine. La discussion d'un projet aussi grave demande du calme et de l'expérience, de la prudence; c'est une loi à faire en dehors de toutes les passions; je vois ici un grand nombre de pairs qui pourraient s'en occuper très utilement.

M. le comte de Montalembert. Je ne dirai que quelques mots sur les paroles que M. le ministre de l'instruction publique vient de prononcer, et je demanderai ensuite à la chambre la permission de réclamer de lui une explication sur d'autres paroles qu'il a aussi prononcées dans une autre enceinte, mais sur la même question.

Ce qui est certain et ce que M. le ministre ne peut nier en fait, quand bien même il le nierait en droit, c'est que l'enseignement universitaire inspire une vive défiance à une portion notable de citoyens français, à celle qui est plus particulièrement préoccupée des intérêts religieux. Pour moi, je ne m'en étonne nullement, et je n'en ferais pas même une crime à l'université, quoique je partage au plus haut point ces craintes et ces défiances; je ne lui en ferai pas, dis-je, un crime, si l'université n'exerçait un monopole.

Jamais on n'a demandé la liberté de l'enseignement absolue, sans mesure et sans frein, ni dans cette chambre, ni dans l'autre; jamais on n'a entendu exclure le gouvernement du droit de surveiller, du droit d'intervenir dans une certaine mesure, dans un objet aussi important pour la prospérité publique et la sécurité de l'ordre social. Jamais non plus, et c'est un fantôme qu'on a évoqué, jamais le clergé n'a demandé l'abolition de l'université et n'a prétendu se substituer à elle.

Il est fort commode, messieurs, de se créer des fantômes en guise d'adversaires pour les combattre à son aise; il est très facile de les pourfendre; mais derrière ces fantômes, quand on les a pourfendus, il reste la justice et la vérité debout hors de votre atteinte; et ce sont elles dont je veux plaider la cause devant vous.

Messieurs, je ferai encore un autre aveu, une autre concession. La liberté d'enseignement, nous a-t-on dit comme un reproche, et je l'accepte comme une vérité, la liberté d'enseignement n'est autre chose que l'éducation religieuse; elle n'est réclamée que par ceux qui croient qu'en France la religion n'exerce pas une influence suffisante dans l'éducation de la jeunesse, et qui veulent revendiquer ce droit pour elle. Oui, messieurs, cela est vrai: ce droit, quand bien même il ne serait pas écrit dans la charte, il lui appartiendrait; car on ne conçoit pas une religion qui en serait dépouillée; mais heureusement il se trouve dans la constitution à laquelle nous avons tous prêté serment, et qui est le lien social du pays, un droit triple, en vertu duquel la religion catholique peut intervenir dans l'éducation publique: d'abord en vertu de sa qualité de religion de la majorité, puis en vertu de la liberté religieuse garantie par la charte, et qui serait dérisoire sans liberté d'enseignement; et enfin, en vertu de la promesse solennelle de cette dernière liberté qui couronne cette même charte. C'est donc à l'abri d'un triple droit que la religion réclame cette liberté. Elle n'en exclut personne; mais elle avoue volontiers que c'est elle qui en profitera avec le plus d'avantage et de puissance.

Et voilà pourquoi on voit cet acharnement général contre cette cause, de la part des hommes qui attaquent avec plus ou moins d'énergie, plus ou moins de franchise, l'ancienne religion de ce pays; voilà pourquoi on voit enrégimentés sous la même bannière, je ne dirai pas de l'université, mais de son monopole, ces champions qui doivent embarrasser quelquefois, ce me semble, les chefs du gouvernement et de l'université elle-même; car, quand on voit les organes du parti républicain, les ennemis systématiques de l'établissement monarchique, déployer le plus grand zèle pour défendre ce monopole, il me semble que cela devrait donner à réfléchir aux hommes politiques, aux ministres du roi, qui, dans un tout autre intérêt, défendent aussi ce monopole et ses funestes conséquences.

M. le ministre a été plus loin encore, messieurs, dans la discussion à laquelle je fais allusion; il a cherché à détourner la question de son véritable terrain pour la porter sur celui des dangers hypothétiques de la spéculation; il a parlé deux fois dans un sens propre à faire croire que, selon lui, c'était principalement la spéculation qui réclamait la liberté de l'enseignement. Eh bien, j'éprouve le besoin de m'élever avec toute l'énergie dont je suis capable contre cette assertion. Non, messieurs, il ne s'agit pas ici de spéculation, elle est complètement en dehors des rangs de ceux qui réclament la liberté de l'enseignement.

La spéculation, savez-vous, messieurs, où elle se trouve, puisque M. le ministre de l'instruction publique a mis en avant ce mot et cette idée? Elle se trouve, sachez-le bien, dans l'université elle-même, dans cet esprit fiscal qui lutte avec tant d'acharnement contre la liberté. A Dieu ne plaise que je prétende que ce soit l'intérêt pécuniaire seul qui anime M. le ministre de l'instruction publique et ses subordonnés dans la lutte qu'ils soutiennent contre les partisans de la liberté d'enseignement; mais je dis que la spéculation est considérablement intéressée à la défense du monopole; je dis que c'est en grande partie dans les pensions qui existent au sein de l'université, qui sont autorisées par elle, qui peuplent ses colléges de leurs enfans, que c'est dans ces œuvres de spéculation privée que réside surtout l'inimitié la plus acharnée, l'hostilité la plus violente contre la liberté de l'enseignement. Qu'on ne vienne donc plus nous imputer une tendance qui n'existe que dans le camp qui nous est opposé.

Je ne veux pas continuer plus long-temps, puisque, après tout, ce n'est ici qu'une discussion incidente; je ne veux pas continuer à fatiguer votre attention; je dirai seulement que je ne prétends pas faire de la liberté de l'enseignement, et de l'éducation religieuse, ce qui est tout un à mes yeux, un remède souverain et infaillible pour les maux de notre société, je dis seulement que c'est un remède puissant; je dis que l'éducation religieuse, distribuée dans la mesure que je crois avoir suffisamment expliquée à la chambre, sans aucun envahissement, sans empiétement quelconque sur la liberté des citoyens et le droit de l'Etat, distribuée par ceux dont c'est la mission spéciale depuis dix-huit siècles, pourra tempérer le mal qui existe si abondamment en France, et fortifier les élémens du bien qui y existent aussi.......

M. le ministre de l'instruction publique. Je ne me plains pas de l'insistance de l'honorable M. de Montalembert: je ne crois pas pouvoir dissiper les préventions injustes et calculées, mais j'accepte volontiers l'occasion de les combattre et d'y répondre. L'honorable M. de Montalembert, dans sa grave discussion terminée par une allusion politique, a cherché à établir que l'instruction donnée dans les écoles de l'Etat inspirait beaucoup de défiance à une portion considérable de pères de famille. Cette défiance, non-seulement il la partage, mais il la trouve inévitable. A ses yeux, il est impossible que des écoles publiques dirigées par l'Etat, et généralement confiées à des laïques, produisent autre chose qu'un enseignement suspect et dangereux. Il admet cette nécessité, et même ne s'en fâcherait pas. Je le crois bien qu'il ne s'en fâche pas, car il en fait une arme pour sa discussion. Il se borne à demander qu'à côté de ces écoles qu'il déclare sceptiques, irréligieuses, et ayant le droit de l'être parce que l'Etat qui les a fondées est irréligieux lui-même, on établisse un enseignement religieux.

C'est là, dit-il, la transaction qu'il propose: le maintien des écoles de l'Etat déclarées suspectes de scepticisme et d'indifférence, et l'existence collatérale d'écoles exclusivement religieuses.

Maintenant est-il vrai que l'enseignement des colléges ait donné prise aux reproches qui naissent pour l'honorable préopinant, de la position seule des maîtres laïques? J'attendrai des faits et des exemples. Je ne dirai pas que, si quelques expressions douteuses ou blâmables ont été prononcées dans un cours qui, comme le remarquait l'honorable comte de Saint-Priest, s'adressait non à des enfans, mais à des hommes, tout l'enseignement universitaire doive en être responsable; mais je demanderai quels sont les reproches directs que peut produire l'honorable préopinant, et s'il est juste, lorsqu'il existe une classe d'hommes dévoués à l'enseignement de la jeunesse, s'y consacrant avec un désintéressement incontestable, animée d'un zèle modeste et pur, de poursuivre ces hommes d'un reproche indéterminé, que ne justifient ni leurs intentions ni leurs actes.

Cette difficulté cessera, me dit-on, quand vous apporterez une loi sur la liberté de l'enseignement. La question est complexe, messieurs; est-ce la liberté de l'enseignement sous toutes les formes et à tous les degrés? est-ce la liberté de tous les enseignemens? Je ne crois pas que la chambre soit disposée à vouloir que l'enseignement de la médecine, par exemple, cet enseignement qui tient de si près à l'hygiène, à la sûreté, à la décence publique, soit tout à coup laissé à la concurrence universelle. Est-ce l'enseignement du droit? Je ne pense pas que cet enseignement, à la fois si important et si difficile, puisse être également laissé à la spéculation individuelle, sans leçons régulières et obligatoires.

C'est donc la liberté de l'instruction secondaire dont il s'agit maintenant. Eh bien, je dirai ici, avec tout le respect que j'ai gardé et que je garderai toujours envers les vénérables contradicteurs que M. le comte de Montalembert a invoqués dans ses souvenirs, et auxquels il aurait voulu communiquer son ardeur polémique, je dirai qu'un projet de loi avait été présenté pour réaliser le principe de la libre concurrence dans l'enseignement secondaire, sous la seule condition de l'égalité des épreuves: et encore cette égalité, elle ne devait pas être immédiate; un délai de plusieurs années était proposé; l'égalité des conditions n'était que dans l'avenir, et la liberté était immédiate. Eh bien, cela même a paru excessif (je ne m'en étonne ni ne m'en offense) et a provoqué des objections très vives.

On a dit: Cette liberté que vous annoncez, vous voulez la faire acquérir par des conditions d'égalité qui nous paraissent pénibles, ou même impraticables. Pourquoi imposer aux écoles secondaires ecclésiastiques une entrave pour prix du droit qu'elles n'ont pas eu jusqu'à ce jour? A quoi bon, sous ce rapport, changer un état de choses qui, à tout prendre, est tolérable? Cette dernière parole s'est trouvée sous une plume savante et respectée. La question n'est donc pas aussi simple que paraît supposer l'honorable préopinant. Ce n'est pas la liberté seulement qu'on veut, ce n'est pas la liberté sous des conditions égales, on veut des exceptions autres que des délais. Il suffit d'indiquer de pareilles difficultés pour expliquer le retard que de plus habiles que moi ont apporté à la solution de cette grande question.

Il y a donc autre chose qu'un monopole à défendre; il y a une question sociale à résoudre: et cette question touche à des intérêts si compliqués et si divers, qu'on ne saurait les examiner avec trop de prudence et d'attention, pour juger ce qui peut être équitablement consenti et ce qui doit être fermement refusé. A mes yeux, ce qui doit être refusé, c'est l'abandon, c'est l'affaiblissement, c'est la mise en suspicion des écoles publiques établies par l'Etat.

Mais, M. de Montalembert croit-il que, si l'autorité de l'Etat disparaissait de la direction de l'Enseignement, nulle influence dangereuse, seulement systématique ne tenterait de s'y substituer? croit-il que la liberté n'agirait que dans le sens qui lui paraît salutaire? Ce matin même, je lisais dans une publication nouvelle qu'il fallait que l'éducation fût nationale, mais non pas comme celle de l'université, qui respecte les traditions; qu'il fallait à cette éducation une morale et une métaphysique qui ne fussent pas la morale et la métaphysique chrétiennes. Et croyez-vous, messieurs, que de pareilles prétentions, de pareilles espérances manqueraient d'hommes pour les mettre à exécution, si un jour l'exploitation de l'enseignement public était libre, sans la prépondérance universitaire, sans contrôle, sans garanties? (Marques nombreuses d'approbation.)

M. le comte de Montalembert. Messieurs, en réponse à ce que vient de dire en dernier lieu M. le ministre de l'instruction publique, je dirai que ce sont précisément les auteurs de ces audacieuses théories, qu'il signale, qui défendent avec le plus d'ardeur le monopole de l'université, parce qu'ils ont tous l'espoir de s'emparer un jour de ce monopole, et de s'en servir pour faire prévaloir leurs théories.

Je ne sais pas dans quelle publication M. le ministre a lu ce qu'il nous a dit; mais il ne niera pas que le rêve principal de tous ces novateurs est de mettre la main sur l'éducation publique. Eh bien, cet espoir leur fait défendre le monopole de l'université; car ils sentent qu'ils seront, grâce au monopole, maîtres d'enseigner cette morale, cette religion nouvelle dont on a parlé! tandis que si vous dotiez la France de la liberté de l'enseignement, ils redouteraient d'y trouver un moyen prolongé de lutter contre eux, contre leurs théories.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Ovarite droite, suite de couches. Traitement antiphlogistique au début, suivi de l'emploi des résolutifs, frictions mercurielles et purgatifs. Guérison par résolution.

Au nº 5 de la salle Sainte-Anne, était couchée une femme âgée de vingt-six ans, entrée à l'hôpital pour une affection puerpérale qui a offert quelque intérêt. Voici en quelques mots son histoire.

Cette femme, habituellement bien portante et toujours bien réglée, était accouchée pour la deuxième fois, depuis dix-huit jours, à la Clinique d'accouchemens, lorsqu'elle entra à la Charité. Ses couches avaient été heureuses, la fièvre de lait avait eu lieu à l'époque ordinaire et avec sa bénignité habituelle. Mais au bout de huit jours la malade se leva, et ressentit pour la première fois une légère douleur dans la région hypogastrique. Malgré l'invasion de cette douleur, les symptômes n'ayant pas, à ce qu'il paraît, acquis de suite une très grande intensité, elle quitta l'hôpital de la clinique huit jours après.

Elle ne fût pas plus tôt sortie qu'elle se sentit saisie par le froid, et que la douleur hypogastrique se fit ressentir d'une manière beaucoup plus vive. Elle éprouva aussitôt après quelques alternatives de frissons et de chaleur, auxquelles succéda bientôt une chaleur continue; elle continua à perdre encore un peu de sang, et par instans cette perte de sang alternait avec un peu d'écoulement blanc. Les seins se dégonflèrent, et aux coliques abdominales s'adjoignit une diarrhée assez abondante. Là-dessus la malade se décida à entrer à la Charité, et elle offrit à la visite l'état suivant:

La malade était couchée sur le dos; elle avait la face rouge, la peau chaude, le pouls développé et un peu fréquent; l'hypogastre était douloureux dans toute son étendue, mais la douleur se faisait plus spécialement sentir, et d'une manière beaucoup plus vive, dans le flanc droit, la fosse iliaque et le petit bassin du côté droit; cette douleur augmentait à la pression, et l'on sentait une espèce de rénitence vague ou d'empâtement étendu dans toute la région hypogastrique et iliaque droite. La percussion sur cette région donnait un son mat. Toutes les autres parties de l'abdomen étaient souples et indolentes, et offraient à la percussion une résonnance normale. Langue blanche, inappétence, point de vomissemens ni de vomituritions, selles liquides. La malade toussait un peu; mais à l'examen de la poitrine on reconnaissait une résonnance normale et une expansion vésiculaire parfaite, sans râle.

On fit appliquer vingt sangsues sur la région iliaque droite, des cataplasmes émolliens, des demi-lavemens adoucissans, tisane d'orge. Le jour suivant la fièvre persiste, ainsi que la douleur. Quinze sangsues à la région inguinale.

Le troisième jour du traitement (dixième de la maladie), chaleur humide à la peau. La face est toujours rouge et animée; langue assez naturelle, un peu blanchâtre. La douleur de l'abdomen est amoindrie; il y a moins de tension dans la région inguinale droite. Lavement laxatif; trois bouillons.

Le quatrième jour la fièvre diminue.

Le cinquième il n'y a plus de douleur, mais la région inguinale et iliaque est toujours tendue et rénitente. Eau de Sedlitz.

Sixième jour. L'empâtement de l'abdomen et de la région iliaque ayant diminué, on sent actuellement dans cette région une tumeur dure, oblongue, dirigée transversalement, et occupant tout le côté droit de la région hypogastrique et de la région inguinale correspondante. La pression sur cette tumeur n'est point ou presque point douloureuse; il s'y manifeste seulement un peu de sensibilité pendant les efforts de la toux. La percussion sur cette région donne un son mat. Lavement purgatif, cataplasme et eau de Sedlitz.

Septième jour. La tumeur hypogastrique persiste; elle est toujours indolente. Frictions mercurielles; eau de Sedlitz.

Huitième jour. La tumeur commence à diminuer de volume; elle continue à diminuer graduellement et d'une manière sensible d'un jour à l'autre, sous l'influence des mêmes moyens (frictions mercurielles et purgatifs).

Au bout de douze jours environ, c'est-à-dire le vingtième jour, la tumeur était presque complètement résolue; la malade n'éprouvait plus que quelques légères douleurs produites par la constipation. Vingt jours après environ, après quarante-huit jours de maladie et quarante jours de traitement, elle sortit de l'hôpital complètement guérie.

Dans le principe de la maladie on pouvait croire avoir affaire à une métro-péritonite proprement dite, d'autant plus que cette femme, venant récemment d'accoucher, était naturellement dans les conditions qui prédisposent le plus aux phlegmasies de l'utérus. Cependant il ne fut pas difficile, par la prédominance de certains symptômes, notamment par le siége plus spécial de la douleur dans un des côtés du bassin, et surtout par le début, le développement et la marche de la maladie, de se convaincre que le point de départ et le siége de la phlegmasie étaient l'ovaire droit. Tel fut le diagnostic que prononça M. Fouquier dès le premier jour. Il est rare, en effet, de voir survenir la métro-péritonite aussi long-temps après l'accouchement, tandis que l'ovarite par suite de couches se développe au contraire, en général, beaucoup plus

tardivement et n'éclate jamais avec la même violence que la phlegmasie utérine. D'un autre côté, les symptômes étaient tout à fait caractéristiques : douleur à la région iliaque, accompagnée de gonflement et de rénitence dans la même région ; symptômes fébriles généraux moins intenses que ceux qui accompagnent habituellement la métro-péritonite ; phénomènes de prostration beaucoup moins prononcés. L'utérus a bien pu participer dans le début à un certain degré de phlegmasie, mais cette inflammation n'était que d'une médiocre intensité ; ce qui le prouve, c'est la persistance des lochies dont l'écoulement n'a point été interrompu, tandis qu'elles sont presque toujours complètement supprimées lorsque la phlegmasie de la matrice acquiert un certain degré d'intensité. Enfin, l'inflammation, qui est ordinairement si aiguë et si rapide lorsqu'elle siége dans la matrice, a eu plutôt ici une marche lente et sourde, ainsi qu'on l'observe dans presque tous les cas d'ovarite. C'est au point qu'on voit souvent des femmes affectées depuis quelque temps de cette maladie, n'en être gênées que par une sensation de pesanteur dans l'aine qui rend la marche pénible, et ne se présenter que très tard à un hôpital pour y réclamer des soins. Les phénomènes inflammatoires et les symptômes généraux de réaction qu'ils ont déterminés, ont été, chez cette malade, beaucoup plus intenses que dans les cas dont il vient d'être parlé, mais ils n'ont pas acquis, comme on a pu le voir, le degré de gravité qui caractérise la métro-péritonite.

Le traitement devrait être ici exclusivement antiphlogistique d'abord ; c'est la première indication à laquelle on a obéi par des applications réitérées de sangsues sur la région iliaque, les cataplasmes émolliens, les lavemens et les boissons émollientes.

On doit, en effet, faire tous ses efforts pour atteindre la résolution de cette phlegmasie, car si on ne parvient pas à la résoudre dès son début ou pendant le cours de sa période d'acuité, on a tout lieu de craindre qu'il ne se fasse un travail de suppuration qui pourra amener des accidens très graves. Le pus élaboré dans les ligamens larges ou l'ovaire peut se frayer une voie à travers ces organes, s'épancher dans la cavité péritonéale et donner lieu à une mort certaine, ou bien pénétrer dans le bassin et déterminer consécutivement des désordres plus ou moins considérables. On a bien vu quelques cas dans lesquels ces abcès ont pu se faire jour au-dehors, soit par le rectum, par le vagin, ou même par les tégumens du bas-ventre et se terminer d'une manière heureuse ; mais le plus souvent ces ouvertures spontanées n'ont pas lieu sans produire des désordres graves dans les organes que le pus traverse. Quelquefois on a pu, en pratiquant le toucher, sentir une tumeur fluctuante dans un des points de la circonférence du vagin et profiter de cette circonstance pour pratiquer une ponction en ce point et prévenir par ce moyen les altérations qu'aurait pu produire l'issue spontanée du pus à travers ces mêmes parties. M. Récamier compte plusieurs succès obtenus par cette opération ; mais on ne peut se dissimuler que ce ne soit une opération grave et sur les résultats de laquelle on ne sera pas toujours autorisé à compter.

Il est donc de la plus grande importance de tout tenter pour prévenir ce mode de terminaison, et d'insister avec énergie sur le traitement antiphlogistique dès le début et pendant toute la durée de la période aiguë. C'est ce qui a été fait dans ce cas avec un plein succès. Après avoir combattu les symptômes inflammatoires par les moyens antiphlogistiques simples, on a recouru aux résolutifs, aux frictions mercurielles aidées de l'action des purgatifs légers et répétés pour résoudre la tumeur, et on a été assez heureux pour atteindre ce résultat.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. BAUDENS.

De la méthode mixte dans les amputations. Observations d'une amputation de cuisse et d'avant-bras ; recueillies par M. E. BERTHERAND, chirurgien sous-aide-major.

Le choix des procédés auxquels le chirurgien recourt pour l'ablation des membres en totalité ou en partie, n'est pas indiqué seulement par l'état pathologique des tissus près desquels le couteau doit porter son action, il l'est encore par les dispositions anatomiques qui doivent donner à l'opération, soit plus de facilité dans son exécution, soit plus de chances pour obtenir de beaux résultats. L'importance de toutes ces considérations a souvent faibli en présence des avantages reconnus à telle ou telle manière de faire ; et les chirurgiens, cessant de baser exclusivement leurs méthodes opératoires sur la forme et la nature des parties altérées qui les nécessitaient, les ont toutes réduites à des chefs principaux, constituant autant de méthodes opératoires dites circulaire, à lambeaux, et ovalaire.

Il arrive souvent que l'on s'obstine à faire triompher l'une de ces méthodes à l'exclusion des autres. C'est une erreur dont on ne tarde pas à revenir dans la pratique et principalement sur le champ de bataille, à cause de la grande variété des lésions qui exigent l'amputation. Il faut, dans ces cas, prendre pour guide la disposition des parties altérées, donner la préférence à la méthode qui paraît s'accommoder le mieux au cas spécial, en ne perdant pas de vue le précepte de conserver aux membres le plus de longueur, sauf de rares exceptions. De même que ces trois méthodes, loin de se repousser, doivent se prêter un secours mutuel, de même aussi tous les procédés opératoires qui en découlent, quelque défectueux qu'ils semblent d'abord, peuvent dans la pratique trouver leur application. De là la nécessité pour les jeunes praticiens de se livrer aux manœuvres des amputations à l'amphithéâtre en se préoccupant de cette vérité ; et pour eux aussi le besoin de répéter tous les procédés opératoires, afin d'être familiarisés avec eux, de pouvoir s'en servir à l'occasion, d'être prêts à toute éventualité, et de n'être jamais pris au dépourvu.

M. Baudens, pendant les dix années qu'il a passées à la tête des ambulances de l'Algérie, a pu souvent se convaincre de l'importance de ces préceptes. Il n'a point tardé à voir que les trois méthodes précitées et leurs procédés opératoires, laissent souvent encore, malgré leurs variétés, une lacune assez grande, et ne sauraient suffire à toutes les indications. C'est d'après ces considérations qu'il a imaginé une quatrième méthode opératoire appelée par lui *méthode mixte*. Cette méthode, comme il le dit, est de fort bonne composition : elle n'est ni exclusive, ni hautaine. Toujours prête à s'assimiler le progrès de quelque côté qu'il vienne, elle s'accommode avec une grâce infinie à tout perfectionnement. Empruntant aux autres méthodes les temps opératoires les plus utiles et repoussant ceux qui sont défectueux, elle procède par voie d'éclectisme, et compose un tout dont les matériaux, quoique hétérogènes, s'harmonisent de la manière la plus heureuse.

Ce n'est pas seulement aux matériaux de choix empruntés à chacune des méthodes opératoires pour la constituer de toutes pièces, que la méthode mixte de M. Baudens doit son nom : elle est mixte à un autre titre encore. M. Baudens a créé plusieurs amputations qui participent à la fois des amputations dans la continuité et des amputations dans la contiguïté ; notamment l'amputation tibio-tarsienne, désarticulation du pied en totalité avec résection des saillies malléolaires (1), et plusieurs autres amputations partielles du pied où la désarticulation et la section osseuse concourent à la même opération. Dans cette nouvelle manière de faire, dictée par le désir de conserver toujours aux membres le plus de longueur possible, M. Baudens a obtenu des succès qui ont été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, et ne laissent plus de doute sur les avantages qu'elle présente.

Quoique la méthode mixte soit formée de toutes pièces, néanmoins celles-ci sont liées entre elles par un cachet particulier qui lui donne une physionomie à part, une origine spéciale, un critérium qui toujours permet de la reconnaître. Ainsi, lorsqu'il doit pratiquer une amputation, M. Baudens ne manque jamais de poser une question préalable, à savoir : quelle sera la position du moignon quand l'amputé sera placé dans son lit ? Pour le membre pelvien, cette position est constamment la même ; le malade affecte le décubitus dorsal, et conséquemment le membre repose sur la face postérieure.

Or, dit M. Baudens, si l'appendice appuie sur sa face postérieure, il est évident qu'il y a avantage à conserver à la région antérieure une plus forte quantité de tégumens qu'au côté opposé, parce que cet excès de tégumens, tombant de lui-même par son propre poids, viendra naturellement masquer la surface traumatique. Aussi, depuis les amputations partielles du pied jusqu'à la désarticulation coxo-fémorale, M. Baudens forme-t-il toujours un lambeau tégumentaire plus abondant antérieurement que postérieurement. L'avantage de ce lambeau est des plus satisfaisans : au pied, par exemple, au lieu de faire comme M. Lisfranc ou Chopart, des lambeaux plantaires dont l'épaisseur se prête mal pour masquer les surfaces osseuses, et qui, ramenés d'arrière en avant, tendent sans cesse à se déplacer et à tomber à cause de leur propre poids, retiennent les humidités et la suppuration, en un mot sont dans de très mauvaises conditions pour la réunion par première intention ; M. Baudens forme sur la face dorsale du pied un lambeau composé de toutes les parties molles, y compris l'artère tibiale antérieure. Ce lambeau mince tombe de lui-même, laisse fuir le pus, et se trouve dans de parfaites conditions pour la cicatrisation.

A l'avant-bras et au bras, les tégumens sont également conservés plus amples dans le point correspondant à la face supérieure du membre examiné dans le repos et placé dans la position qu'il affectera après l'amputation. Afin de donner à ces lambeaux une précision exacte et mathématique, M. Baudens trace préalablement avec une plume le contour que devra décrire le couteau : peu importe ensuite quand l'aide opère sur la racine des membres une traction nécessaire pour tendre les parties molles, que le cercle indiqué par la plume de l'opérateur se dévie ; l'instrument tranchant suivra le tracé à l'encre, et, quels que soient les changemens de direction qu'il ait à subir, les tégumens n'en offriront pas moins une division régulière parfaitement harmonisée avec la surface traumatique qu'ils doivent recouvrir.

Un précepte qui a été posé par ce chirurgien d'une manière absolue, et auquel jamais il ne déroge, consiste à conserver des tégumens beaucoup plus abondans qu'on n'a l'habitude de le faire. Cette règle est établie en vue de la réunion immédiate des lèvres de la plaie, réunion dont la possibilité est controversée par un grand nombre de praticiens, et a été niée surtout par Dupuytren. D'après M. Baudens, le défaut de tégumens suffisamment amples s'oppose seul à ce résultat d'ailleurs si désirable. En effet, dit il, on cherche à former des lèvres tégumentaires ni trop longues, ni trop courtes ; on ne se préoccupe que du moment, et pourvu que les lèvres se mettent en rapport à l'aide d'un effort léger et d'agglutinatifs, on se montre satisfait. Il faut se préoccuper du gonflement consécutif et de la tuméfaction du moignon qui amèneront l'écartement des lèvres de la plaie, déchireront le travail de réunion par première intention, et ne permettront d'obtenir qu'une cicatrisation secondaire de toutes pièces. Il importe qu'il y ait un excès de tégumens, dont l'avantage sera de se prêter à la tuméfaction du moignon sans faire effort sur la cicatrice, et la réunion immédiate sera obtenue comme on le verra sur le deuxième amputé dont nous parlerons plus bas.

N'ayant point l'intention d'examiner en détails, pour chaque cas particulier, la méthode de M. Baudens, nous nous contenterons de parler de deux amputations pratiquées récemment sous nos yeux, l'une à la cuisse et l'autre à l'avant-bras.

(1) Un mémoire servant d'introduction à la nouvelle méthode pour les amputations de M. Baudens, avec trois planches représentant l'amputation du pied en totalité, est en ce moment en vente chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine.

Première observation. — *Hydarthrose du genou gauche. Amputation de la cuisse par la méthode mixte.*

C'est dans la structure anatomique des articulations et la nature des fonctions qui leur sont dévolues, qu'il faut chercher l'explication de la gravité des maladies dont elles sont le siége. Pour faire ressortir tout le vrai de cette considération, prenons l'articulation fémoro-tibiale pour exemple. Le chirurgien y rencontre une abondance de tissus fibreux, des surfaces articulaires très larges, une vascularité remarquablement développée dans la couche externe de la synoviale elle-même fort étendue, une capsule fibreuse dont la grande extensibilité permet à une hyperdiacrisie de s'établir avec facilité et développement, etc. Voilà déjà des élémens suffisans pour expliquer la gravité de l'inflammation qui surgit dans cette jointure, l'intensité des symptômes dont elle est accompagnée, et la facilité avec laquelle cet état de phlogose peut se compliquer d'étranglement. Enfin, si nous considérons la quantité d'humeur exhalée par la membrane synoviale, et le grand développement que cette abondance de liquide peut acquérir dans certains cas ; si nous tenons compte de la fréquence des mouvemens que le genou est constamment appelé à fournir, des conséquences de cette grande motilité qui tend à provoquer l'irritation et la phlogose, et du nombre si varié de circonstances où par suite de ses fonctions l'articulation fémoro tibiale se trouve soumise à l'action d'une foule de causes traumatiques, nous n'aurons plus à nous étonner de la gravité des lésions qui intéressent ce ginglyme angulaire.

Cependant ces arthropathies ne sont réellement graves qu'autant qu'elles se compliquent d'accidens inflammatoires intenses et opiniâtres, qu'elles restent rebelles à une sage thérapeutique, et que surtout les malades sont atteints d'une constitution lymphatique, scrofuleuse. En effet, on conçoit facilement que l'organisation d'un individu puisse être assez faible pour que ses tissus, s'opposant moins à l'intervention et au développement d'un travail morbide, deviennent par cela même une véritable cause pathologique. Ainsi, nous en avons eu des exemples parmi quelques-uns des sujets chez lesquels l'hydarthrose s'est manifestée ; le vice scrofuleux prédominait et constituait une condition organique prédisposante.

C..., fusilier au 19e de ligne, âgé de vingt-deux ans, entra à l'hôpital le 9 janvier dernier. Constitution scrofuleuse bien prononcée. Etant de garde, il se heurta le genou gauche, et bientôt, à la suite de cette simple contusion, apparurent une douleur locale intolérable, de la chaleur et du gonflement dans la partie ; en un mot, tous les symptômes d'une synovite. La tuméfaction prit de l'accroissement ; l'extension du membre ne tarda pas à devenir impossible, et la jambe dut rester à demi fléchie. La tumeur était molle, fluctuante, très prononcée aux régions antérieure et latérale du genou, et formée par deux saillies que séparait la rotule. Comprimée d'avant en arrière, elle cédait avec facilité, donnant lieu à un choc assez léger (résultant du contact des condyles et de la rotule), et refoulant le liquide qu'elle contenait sur les parois latérales, dont le volume augmentait aussitôt. L'hydarthrose n'était plus méconnaissable ; ce fut contre elle que la thérapeutique fut dirigée, quoique la constitution de C... ne laissât pas que de beaucoup aggraver l'affection articulaire, et de donner peu de chances de guérison. La phlegmasie ne cessa point de se développer, s'empara de toute la jointure, résistant ainsi aux traitemens antiphlogistiques énergiques employés. Vainement eût-on recours, dès le début, aux émissions sanguines, puis aux vésicatoires, aux frictions mercurielles, aux fomentations émollientes, aux sudorifiques, etc. ; rien ne put empêcher l'arthropathie de passer à l'état chronique, en laissant dans l'articulation des lésions désormais incurables. A l'inflammation de la synoviale avait succédé son ramollissement, et peut-être son ulcération. Les ligamens étaient engorgés, et l'érosion des surfaces cartilagineuses ne paraissait nullement problématique. Une consultation eut lieu entre les officiers de santé en chef et l'amputation fut décidée.

M. Baudens rappelle en peu de mots que c'est précisément à l'occasion d'une amputation de cuisse qu'il a été amené à modifier la méthode opératoire ordinaire.

J'avais affaire, dit-il, à un voltigeur d'une forte constitution, d'un système musculaire très développé. Il avait eu la cuisse brisée par un biscaïen depuis vingt-quatre heures ; la tuméfaction du membre était grande ; la peau fortement tendue et privée d'élasticité. Je fis l'amputation circulaire à la partie moyenne du membre ; les tégumens une fois divisés, il me fut impossible de les faire remonter : ils avaient cédé sous l'influence du gonflement consécutif à la lésion, ils avaient ainsi perdu toute élasticité ; et la forme même de la cuisse, qui est celle d'un cône à base supérieure, rend compte des difficultés que j'ai dû rencontrer. J'opérai un débridement de plusieurs pouces sur les angles des tégumens, et j'arrivai ainsi à conserver des lambeaux d'une longueur suffisante. Ces conditions se rencontrent assez rarement dans nos hôpitaux ; le contraire se présente même presque toujours. On ampute pour des lésions chroniques des membres flétris, atrophiés, dont les tégumens sont flasques et avec excès. En se plaçant à ce point de vue, on conçoit que le chirurgien se soit peu préoccupé de la disposition conique de la cuisse, et des difficultés que maintes fois nous avons éprouvées en campagne. Voilà pourquoi des praticiens, dont le nom fait d'ailleurs autorité, n'ont pas craint de recommander l'amputation circulaire de la cuisse à l'exclusion de tout autre mode opératoire.

Dupuytren allait lui-même plus loin, puisqu'il conseillait l'amputation circulaire en deux temps ; division de la peau et des muscles d'abord, section du cône musculaire, puis de l'os. Cette pratique, excellente pour les sujets flétris dont nous avons parlé, ne saurait être suivie sans de graves mécomptes lorsqu'il s'agit d'amputer pour une lésion récente.

Long temps M. Baudens a combiné, dans ces cas, l'amputation à lambeaux avec la méthode circulaire ; il commençait par tailler deux lambeaux composés de la peau et de la cou-

che musculaire superficielle, formait ensuite le cône musculaire circulairement, puis sciait l'os.

Sans rejeter cette méthode, il a recours beaucoup plus souvent aujourd'hui à un autre mode opératoire qui résulte de la combinaison de la méthode ovalaire et de la méthode circulaire. Dans le premier temps, il décrit à l'aide du couteau un ovale tégumentaire dont la pointe descend le plus bas possible vers le genou ; puis il dissèque cette dernière, ainsi que ses côtés, jusqu'à ce que, renversée sur sa base, elle permette au bourrelet circulaire, qu'elle décrit par cette manœuvre, de correspondre à la division cutanée de la face postérieure du membre, représentent l'autre extrémité de l'ovale. L'incision des muscles s'opère circulairement en inclinant le couteau vers la racine du membre ; et si le cône n'est point assez prononcé, on peut en former un second en coupant de nouveau les muscles dans le même sens. Ici la section ovalaire de la peau a un double avantage :

1° Celui de permettre de disséquer les tégumens à une grande hauteur, quand même la lésion serait récente, la cuisse volumineuse et le membre tuméfié ;

2° Celui d'avoir un excès de tégumens antérieurement ; ceux-ci tombant d'eux-mêmes se prêtent aisément à la cicatrisation de la plaie, qui, placée en arrière, s'opposera à la saillie de l'os.

Le 8 avril l'amputation fut faite en moins d'une minute d'après ces préceptes. Une fois les artères fémorale, musculaires superficielle et profonde liées, une bande appliquée autour du moignon prévient toute rétraction musculaire. M. Baudens rapprocha les lèvres de la plaie au moyen de trois points de suture, et compléta le pansement en se servant de larges couches de ouate au lieu de compresses. La ouate est séparée de la plaie par une compresse fenêtrée enduite de cérat, et par un léger gâteau de charpie destiné à absorber les humidités.

M. Baudens se sert depuis long-temps de la ouate, cette matière se prêtant merveilleusement autour du moignon, étant d'un contact excessivement doux, et entretenant une chaleur bien salutaire aux sujets épuisés. On sait du reste que M. Baudens emploie les réfrigérans sur le moignon des malades qui ont été amputés par cause violente, et cela parce que les conditions sont totalement opposées dans l'un et l'autre cas : dans le premier, il y a défaut de vitalisme ; dans le second, il y a excès de ce vitalisme. C'est pour n'avoir point tenu compte de ces dispositions particulières, que tant de chirurgiens se proclament enthousiastes de l'appareil calorifère de M. Guyot, tandis que beaucoup d'autres le rejettent pour recourir aux réfrigérans.

Revenons à notre amputé. Tout alla bien jusqu'au 16 avril; à cette époque il y eut un accès fébrile et d'abondantes sueurs, dues sans doute à la résorption des humidités qui baignaient la surface du moignon. Pansement, rien de particulier ; commencement de réunion linéaire. Décoction de quinquina pour boisson ; une pilule d'opium pour la nuit.

Les accès fébriles reparaissent à la fin du mois et nécessitent l'emploi de sulfate de quinine. Une agitation générale accompagne la suppuration des surfaces de la plaie, dont la réunion ne tend plus à s'opérer aussi bien que les premiers pansemens l'annonçaient. Les glandes sous-maxillaires s'engorgent ; le genou du côté droit devient douloureux et se trouve menacé de la terrible affection dont l'articulation fémoro tibiale avait été le siége. Le malade est sous l'influence d'une diathèse scrofuleuse des plus prononcées et qui arrêtent le travail de cicatrisation. Le moignon se flétrit, il est presque réduit au cylindre osseux, que les muscles atrophiés ne peuvent plus protéger, et qui bientôt perfore la peau en arrière de la cicatrice des lèvres de la plaie. La suppuration n'est pas très abondante, mais l'embonpoint ne reparaît point. Outre la toux, qui est assez prononcée, il y a expectoration de crachats purulens, et tout porte à croire que ce militaire tombera dans un marasme profond dont il ne pourra se relever.

Quant aux lésions que l'articulation malade nous a offertes, nous avons trouvé la membrane synoviale convertie en matière purulente fétide et grisâtre; la capsule rougeâtre et épaissie ; les cartilages ulcérés (le gauche presque entièrement éliminé) : des foyers purulens énormes. On voit d'après cela que la ponction, conseillée par quelques auteurs comme dernière ressource, aurait été sans succès dans cette circonstance. C'est du reste le sort auquel elle sera toujours destinée, tant que l'on ne sera point parvenu à déterminer dans quel état se trouvent les tissus internes de l'articulation pendant que l'affection qui l'occupe parcourt ses terribles périodes.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Pilules napolitaines.

Pr. Onguent mercuriel,	5 grammes.
Extrait de ciguë,	3 id.
Extrait d'opium,	2 id.
Savon amygdalin,	Quantité suffisante.
Poudre de ciguë,	Idem.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée en cent pilules bien égales et roulées dans la poudre de lycopode.

Cette formule, qui ressemble beaucoup à celle des *pilules de Sédillot*, est due à M. le docteur Martin-Solon Ce praticien s'en sert avec un avantage marqué dans les cas de syphilis constitutionnelle et dans le traitement des maladies dartreuses invétérées et rebelles à toutes les autres médications.

Ces pilules, dont chacune contient quarante-cinq milligrammes (environ un grain) d'onguent mercuriel, sont administrées, suivant les indications et l'intensité des accidens morbides, à la dose de deux à huit dans les vingt-quatre heures.

Poudre camphrée antimoniée.

Pr. Poudre de camphre,	2 grammes.
Poudre d'ipecacuanha,	65 centigrammes.
Soufre doré d'antimoine,	65 id.
Sucre blanc,	24 grammes.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène, qui devra être divisée en douze doses bien égales.

Cette poudre, dont la formule est due à M. le docteur Mursinna, est employée avec un avantage marqué dans les cas de pneumonie asthénique, et encore dans les affections catarrhales pulmonaires chroniques, lorsque les bronches se trouvent engouées par une grande quantité de mucus épais et visqueux dont l'expectoration ne peut se faire qu'avec une extrême difficulté.

On en fait prendre une dose toutes les deux heures, soit en la délayant dans une petite quantité d'un liquide approprié, soit en l'enveloppant dans un morceau de pain azyme légèrement humecté d'eau.

FAITS DIVERS.

Réunion d'une partie de la face complètement séparée; par M. ODEPH, D.-M. à Luxeuil (Haute-Saône).

Voici une observation qui étonnera plus d'un praticien. Nous croyons devoir la rapporter textuellement. Si nous ne nous trompons, M. Odeph aura dit le dernier mot sur la réunion de parties complètement séparées.

« La nommée Mourey, âgée de cinquante ans, résidant à Brenche (Haute-Saône), reçut un coup de corne de vache, qui pénétra par la bouche, puis décrivant un demi-cercle d'avant en arrière et de bas en haut en passant derrière les fosses nasales, vint ressortir au-dessus de la racine du nez, et par un mouvement de traction *arracha d'une seule pièce* tous les os et les parties molles qui concourent à la construction du nez, des fosses nasales, de la voûte palatine, du maxillaire supérieur, de la paroi interne des deux orbites, etc. Je vis la malade deux heures après son accident. Je fis enlever le linge qui recouvrait sa figure ; immédiatement après, je vis aussi se détacher de la figure cette masse décrite ci-dessus, ne tenant plus que par un *très léger lambeau de quelques millimètres* d'épaisseur formé par la peau de la commissure droite des deux lèvres, et laissant à découvert par une vaste ouverture toute la bouche, l'arrière-bouche, le côté externe des fosses nasales, la surface interne du globe de l'œil droit, une partie de la base du crâne, etc. A la vue de dégâts aussi étendus et aussi graves, je crus à l'impossibilité de sauver la malade. Cependant, pour ne point inquiéter cette pauvre femme qui conservait tout son calme et ses facultés morales, ainsi que pour l'acquit de ma conscience et en désespoir de cause, je tentai un *replâtrage* (passez-moi l'expression) de la manière suivante. Je mis cette masse charnue et osseuse dans un vase qui contenait de l'eau ; je la lavai, toutefois en prenant toutes les précautions nécessaires pour ne pas déchirer le petit lambeau qui l'unissait encore aux parties saines, puis je la replaçai le mieux possible; je la maintins dans sa place naturelle au moyen de quelques points de suture et d'un grand nombre de bandelettes agglutinatives ; j'engageai la femme à tenir continuellement la bouche fermée, de manière à comprimer le maxillaire supérieur avec la mâchoire inférieure ; une mentonnière fut placée pour obliger le maxillaire inférieur à ne pas cesser cette importante fonction.

» Je laissai cette femme, convaincu que j'étais qu'une hémorrhagie ou des accidens cérébraux se manifesteraient, et que la masse divisée tomberait gangrenée ; mais non, aucun des accidens ne s'est manifesté, la cicatrisation des parties molles était faite entièrement le dixième jour de son accident ; quant aux parties dures, deux mois ont été nécessaires pour la consolidation complète.

» Deux ans bientôt se sont passé depuis cet accident, la femme n'a pas d'altérations notables dans la forme de la figure. »

(*Journ. des connais. méd.-chir.*, juin 1842.)

Une pareille observation n'a pas besoin de commentaires.

Guérison d'un enrouement chronique par l'iode ; observation communiquée par M. le docteur STEINBECK.

Une femme, âgée de soixante-trois ans, était affectée depuis huit ans d'un enrouement qui avait opiniâtrement résisté à tous les moyens employés. Cet enrouement avait été précédé et s'était toujours accompagné depuis d'un état catarrhal et d'angine tonsillaire qui, dans les derniers accès, avaient persisté beaucoup plus long-temps que dans le principe de la maladie.

Les dérivatifs, et spécialement la pommade émétisée, ayant été mis en usage avec une grande persévérance, sans qu'il en fût résulté le moindre avantage, M. Steinbeck, au moment où il commença à donner des soins à la malade, crut devoir agir surtout contre la phlegmasie chronique de la membrane muqueuse du larynx et de ses glandes, parce que ces dernières étaient tuméfiées et que la membrane muqueuse paraissait injectée et sèche. Il prescrivit donc l'iode, qui fait ordinairement merveille dans les cas de ce genre : ce fut à l'état d'odure de potassium qu'il administra cette substance. Il avait l'intention d'employer plus tard les applications iodées à l'extérieur pour hâter la marche du traitement : mais cet emploi topique de l'iode fut inutile ; car, dès le commencement de la médication, l'enrouement diminua, et au bout de dix jours la guérison était complète, la voix était revenue à son timbre normal.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 20.)

— La séance de l'Académie des sciences de lundi 6 juin n'a présenté qu'une seule lecture qui ait des rapports avec la médecine : c'est la suite du mémoire de M. Bourgery sur l'anatomie microscopique de la rate ; nous en donnerons un extrait dans le prochain numéro.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

VINGT-NEUVIÈME SÉANCE. — *Argumentation.*

Aujourd'hui, vendredi 10, M. Thierry a soutenu sa thèse : il a été argumenté par MM. Phil. Boyer, Robert, Cgassaignac et Chrestien.

Lundi prochain, 13, M. Ph. Boyer sera argumenté par MM. Robert, Chassaignac, Chrestien et Vidal.

PARIS, IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 14 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 71. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Redaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

MALADIES RÉGNANTES. — CONSTITUTION ÉRYSIPÉLATEUSE.

Erysipèles compliquant les maladies chirurgicales observées dans le service.

Nous avions déjà signalé, il y a quelque temps, l'existence de quelques érysipèles compliquant les plaies et les opérations, érysipèles qui paraissaient se développer sous l'influence d'une constitution épidémique naissante, telle qu'on en observe à peu près tous les ans vers le début du printemps ou de l'été. Nous en avons même cité un cas assez remarquable que nous avions observé dans le service de M. Lisfranc. Cette constitution érysipélateuse s'est de plus en plus prononcée depuis lors, et l'on peut voir actuellement de ces érysipèles dans plusieurs hôpitaux de Paris. C'est surtout à l'Hôtel-Dieu, et dans les services de MM. Roux et Blandin que nous en avons observé le plus grand nombre. M. Blandin a pris occasion de cette circonstance pour signaler à ses élèves l'influence que peuvent avoir ces épidémies annuelles sur la marche et la terminaison des maladies chirurgicales, et la nécessité de les surveiller avec soin, et de modifier les traitemens en raison de cette complication. Il en a fait le sujet d'une leçon clinique dont nous reproduisons les termes :

Depuis quelque temps, nous avons dans nos salles plusieurs malades affectés d'érysipèles, et d'autres chez lesquels l'érysipèle n'est pas encore déclaré, mais qui en éprouvent tous les prodromes. Assez habituellement, au début du printemps et de l'été, il se manifeste sous le climat de Paris une tendance aux affections érysipélateuses. Il serait intéressant de rechercher ce qui se passe à ces époques dans la constitution atmosphérique, et quel peut être le genre de déviation de l'air qui dispose les malades à cette affection. Mais tous les efforts que l'on a tentés jusqu'à présent pour saisir cette influence sont restés sans résultat, et nous sommes encore à cet égard dans la plus complète ignorance. Il semble qu'il existe à cette époque de l'année une sorte de miasme érysipélateux (qu'on nous passe cette expression qui, quoique très inexacte sans doute, peut le mieux rendre notre pensée), lequel miasme exerce son action non-seulement sur les malades des hôpitaux, mais même sur ceux de la ville. C'est toutefois dans les hôpitaux que cette influence se fait ressentir ordinairement avec le plus d'énergie. Est-ce parce que l'air de cette saison est plus vital que dans les autres saisons, et qu'à cause de cela les fonctions organiques s'exercent avec plus d'énergie, surtout du côté de la peau? Nous ne saurions le dire. Toujours est-il que ces érysipèles se présentent presque constamment aux mêmes époques et dans les mêmes circonstances, et qu'ils offrent toujours des caractères particuliers qui les distinguent des érysipèles ordinaires, de l'érysipèle traumatique des chirurgiens. C'est avec ces caractères particuliers que se montrent les érysipèles que l'on observe actuellement dans nos salles.

Chacun sait que les érysipèles reconnaissent tantôt des causes internes générales, tantôt des causes externes ou locales. L'érysipèle dont nous nous entretenons dans ce moment appartient à la première de ces catégories. Cet érysipèle ne peut pas, en effet, être attribué à l'action des topiques que l'on applique sur les plaies ou toute autre partie malade, car il n'y aurait pas de raison pour que ces topiques produisissent cet effet dans cette saison plutôt que dans toute autre où on les emploie également. Il faut donc admettre de toute nécessité une cause générale, cause épidémique qui exerce également son action sur tous les malades. Voici quels sont les prodromes, le début et la marche de ces érysipèles.

Les malades éprouvent d'abord des frissons, des nausées, des envies de vomir et même des vomissemens. Ces symptômes précurseurs durent pendant quelques jours, plus ou moins, sans qu'aucun phénomène local se manifeste; puis la rougeur érysipélateuse apparaît dans le voisinage de la partie malade, se traduisant d'abord sous la forme de lignes ou de traînées rouges qui suivent la direction des vaisseaux lymphatiques (véritable angioleucite); plus tard survient une rougeur générale plus ou moins étendue avec tous les caractères de l'érysipèle, de sorte que nous retrouvons ici joints à des élémens nouveaux tous les élémens de l'érysipèle ordinaire. Citons un exemple.

Le malade couché au n° 4 de la salle des hommes, et qui est entré pour un écrasement des phalanges des doigts, a présenté d'abord des lignes rouges se dirigeant de la main vers l'aisselle, puis une rougeur générale et uniforme a envahi toute cette région. Remarquez que cet érysipèle s'est déclaré chez ce sujet, malgré le traitement antiphlogistique énergique que nous avons employé aussitôt que les premiers signes de l'angioleucite (les traînées rouges) ont été reconnus. Il y a donc deux périodes bien tranchées dans la marche de cette affection :

1° L'angioleucite simple, caractérisée par des traînées rouges suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques, avec sensibilité et douleur à la pression.

2° L'érysipèle proprement dit, avec tous ses caractères ordinaires : rougeur générale et uniforme, gonflement, chaleur, sensibilité au toucher, etc. Cette affection, si elle est livrée à elle-même, si dès le début on ne cherche à la dompter par un traitement convenable et énergique, tend à revêtir souvent un caractère typhoïde qui peut amener une terminaison funeste. Nous en avons eu un fâcheux exemple chez une vieille femme à laquelle nous venions d'enlever une petite tumeur de la paupière. L'érysipèle se déclara peu de jours après l'opération, et elle succomba à cette fatale complication.

Nous pensons que le traitement antiphlogistique bien dirigé est, en général, celui qui convient le mieux contre cette maladie (1). Nous sommes souvent parvenu, par cette méthode, à faire avorter l'érysipèle même déclaré. Mais il faut convenir aussi que cette méthode thérapeutique, si utile dans l'érysipèle traumatique simple, a moins d'efficacité contre l'érysipèle épidémique auquel nous avons affaire, à cause de cet élément miasmatique qui en constitue en quelque sorte le caractère particulier. Il faudrait, en effet, pouvoir recourir à un moyen propre à neutraliser cet élément miasmatique; mais jusqu'ici nous n'en connaissons aucuns, pas plus que nous ne connaissons les neutralisans de toutes les causes inconnues d'épidémie et de contagion.

Nous avons dit qu'il y avait en même temps dans les salles des malades qui présentaient seulement les prodromes de la maladie en question. Effectivement, au n° 20 de la salle Saint-Paul, est couchée une vieille femme entrée à l'hôpital pour une fracture du fémur, et qui éprouve actuellement un malaise général, des frissons, des vomissemens qui se répètent plusieurs fois dans la même journée; en un mot, tous les phénomènes initiaux que nous avons observés chez les malades qui ont été pris d'érysipèle. On remarque le même ensemble de symptômes chez une autre malade placée au n° 19, et qui est affectée d'un abcès à la fosse iliaque droite. Tous ces malades sont dans le même état que ceux qui ont tous les symptômes généraux de la variole sans avoir l'éruption varioleuse, ou de la rougeole sans éruption rubéoleuse; qui éprouvent, en un mot, tous les symptômes précurseurs de la maladie sans avoir la maladie même.

Nous demandera-t-on maintenant pourquoi tous les malades d'une même salle ne contractent pas la même maladie, dès que nous admettons qu'ils sont tous placés sous une influence commune? La réponse est fort simple. Toutes les fois qu'il règne une maladie épidémique ou contagieuse, ne voyons-

(1) Le traitement consiste principalement dans l'application de sangsues dès le début de l'angioleucite, à la racine des membres affectés; chez quelques-uns les évacuations sanguines locales ont été aidées par une saignée générale. La saignée générale était seule pratiquée lorsque le siége de l'affection ne permettait pas d'appliquer des sangsues.

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC;

Par M. de Cormenin (1).

La chimie et la toxicologie ont eu leur temps de vertige; à peine sorties des langes de l'enfance, elles voulaient régner en despotes, prononcer en dernier ressort sur la vie et l'honneur des hommes, et, dédaignant pour ainsi dire les luttes académiques, se plaisaient à transporter leurs *axiômes* variables sur la place publique, prenaient les parquets des Cours d'assises pour leur théâtre, et voulaient s'imposer de vive force aux juges, aux jurés, aux magistrats chargés de la vindicte publique.

L'intérêt des accusés nous émut, les prétentions des princes de la science nous parurent coupables et dangereuses, nous les combattîmes à toutes armes, et quelque chaudes et fréquentes qu'aient été nos attaques, nous ne sommes encore à en regretter ni la répétition, ni même la violence.

L'opinion publique nous vint en aide : des savans nous secondèrent de leur plume, de leur logique, et deux procès célèbres (Dijon et Tulle) suffirent pour faire entrer le doute dans tous les esprits et détrôner pour toujours l'outrecuidance des prétentions chimico-légales.

Dès lors la lutte changea de scène : elle devint ce qu'elle aurait dû toujours être, académique; nous n'eûmes plus à nous servir d'autres armes que de celles de l'impartialité. Aucun intérêt égoïste ne nous avait guidé; nous avions arrêté à bras tendus des envahissemens funestes; calmes et justes, il nous restait à nous défier des exagérations de la cupidité, des mauvaises pensées de la haine ou d'une ambition hypocrite; là aussi les hommes du lendemain ne manquèrent pas : nous les repoussâmes avec fermeté, nous les empêchâmes de se poser en triomphateurs, et leur dîmes : « Vous n'irez pas plus loin. »

Ils n'allèrent pas plus loin, en effet : bientôt démasqués, on les a jaugés à fond, on a apprécié la valeur des intrigans qui parlent toujours honneur et délicatesse, comme les catins parlent vertu, et il ne leur est resté que le ridicule de leurs mensonges et la preuve flagrante de leur mauvaise foi. Aujourd'hui, comme il y a un an, nous leur disons : Où sont donc ces millimètres de ruban, ces milliers d'ouvrages placés, ces faveurs qui nous auraient amolli, où sont-ils? Cherchez bien, cherchez : mais si vous voulez les trouver, regardez à vos boutonnières, fouillez dans vos correspondances, souvenez-vous de vos platitudes de salon, de vos courbettes d'antichambre, et rougissez s'il vous est encore donné de rougir!

Passons à un sujet plus grave; faisons-nous un argumentateur plus loyal et plus éclairé. Un légiste célèbre, un écrivain de premier ordre a jugé comme nous la question de l'empoisonnement. M. de Cormenin vient d'adresser à l'Académie des sciences un mémoire destiné à faire une vive impression; en voici le début :

« Il y a un crime qui se cache dans l'ombre, qui rampe au foyer de la famille, qui épouvante la société, qui défie par les artifices de son emploi et la subtilité de ses effets, les appareils et les analyses de la science, qui intimide par ses doutes la conscience des jurés, et qui se multiplie, d'année en année, avec une progression effrayante. Ce crime est l'empoisonnement; cet empoisonnement est l'arsenic. »

Par les relevés officiels qu'il a fait faire à la Chancellerie, M. de Cormenin a trouvé en dix ans, de 1830 à 1839, 335 crimes d'empoisonnement, dont 271 commis par un seul accusé, 53 par deux, et 11 par trois et plus.

Les départemens les plus féconds en crimes de ce genre ont été : Isère, 13; Gers, 12; Maine-et-Loire, 10; Haute-Garonne, 9; Lot, Puy-de-Dôme, 8, etc. Les seuls départemens d'Ile-et-Vilaine, des Ardennes et du Doubs ont offert une heureuse exception, et aucun empoisonnement n'y a été découvert; le département de la Seine n'en a offert que 4 exemples.

Et Paris cependant, dit M. de Cormenin, « renferme une population double et triple de celle des autres départemens, et plus des dix-neuf vingtièmes peut-être de l'arsenic qui existe en France. D'où vient donc le petit nombre comparatif des empoisonnemens à Paris? De ce que les pharmaciens y sont plus instruits et plus retenus qu'ailleurs; de ce que les empoisonnés pourraient, à l'instant même, appeler un médecin ou des pharmaciens à leur aide; de ce que la population y est pressée; de ce que les yeux y sont ouverts de tous côtés; de ce que l'empoisonnement est un crime caché et solitaire; de ce que les symptômes du mal y éclateraient trop vite et trop visiblement; et enfin de ce que tous les sens, la vue, l'odorat, le goût et le toucher, y sont sans cesse et trop délicatement exercés pour s'y méprendre sur la saveur, l'odeur et la couleur extraordinaires et dénaturées des boissons et des mets.

Dans un deuxième tableau, l'auteur a trouvé, de 1830 à 1839 inclusivement, 414 accusés, dont 196 acquittés, 27 condamnés à mort et exécutés, 26 dont la peine a été commuée, 102 condamnés aux travaux forcés à perpétuité, 11 aux travaux forcés à temps, 10 à la réclusion et 12 à l'emprisonnement.

« D'après ce tableau, le nombre des acquittemens est presque égal à celui des accusations. Cela vient de ce que le crime dont il s'agit échappe facilement, par sa nature, à la démonstration; de ce que n'admettant guère de circonstances atténuantes, il emporte la peine de mort, peine que le jury répugne à prononcer, et de ce que dans les doutes ténébreux de l'incrimination, on n'y voit pas assez clair pour condamner. »…….

« En somme, le nombre des accusés est aujourd'hui presque du double de ce qu'il était il y a dix ans. »…….

Relativement au sexe sur les 414 accusés, il y a eu 227 hommes et 187 femmes.

« Il y a donc eu moins d'empoisonneuses que d'empoisonneurs. Cela ne viendrait-il pas de ce qu'il est plus facile aux hommes de se procurer du poison, et surtout de l'arsenic? Ils sont chefs de famille et maîtres de maison. Ils ont plus de prétextes et de hardiesse pour en demander, et il y a des pharmaciens qui refusent d'en vendre à quelques femmes que ce soit.

» Toutefois, la proportion des femmes dans la masse de tous les crimes, est plus grande relativement aux empoisonnemens que relativement aux autres attentats. »

L'influence du degré d'instruction sur le nombre des empoisonnemens est fort remarquable. Sur les 414 accusés, 253 ne savaient ni lire ni écrire, et 14 seulement avaient reçu une instruction régulière.

Les motifs du crime ont été sur 367 : chez 116 la cupidité; l'adultère et les dissensions domestiques ont causé la plupart des autres.

Les empoisonnemens des maris par les femmes sont plus nombreux que ceux des femmes par les maris. C'est que l'empoisonnement, dit l'auteur, est surtout le crime des lâches et des faibles.

« L'ascendance du crime, au surplus, est effrayante, selon M. de Cormenin; car de 3, en 1830, elle est parvenue à 15 en 1839. L'attentat féminin a quintuplé. »

Les crimes ont eu pour résultat la mort des victimes 187 fois, des indispositions ou aucun effet, 205 fois. Les personnes mortes de l'arsenic sont aujourd'hui du double de ce qu'elles étaient il y dix ans.

L'arsenic est du reste la substance le plus communément employée. Sur 221 empoisonnemens, 149 ont été commis à l'aide de l'arsenic, 72 seulement par d'autres substances.

Poursuivant encore son examen, l'auteur trouve que sur le nombre des accusés pendant les cinq dernières années, on compte 118 cultivateurs ou domestiques de ferme, d'où il conclut que l'empoisonnement arsenical est surtout un crime de campagne.

A ces nombres il faut ajouter de 1830 à 1839, 200 crimes d'empoisonnement restés impoursuivis, parce que les auteurs sont restés inconnus, proportion effrayante d'impunité qu'on est loin de retrouver à la suite des autres formes de l'assassinat.

Après avoir exposé les causes de la fréquence de ces empoisonnemens dans les compagnes, qu'il attribue surtout à la facilité de se procurer le poison, et au relâchement de la morale, l'auteur décrit avec

(1) Chez Pagnerre, éditeur, rue de Seine, 14 bis.

ous pas souvent beaucoup de personnes qui, bien que se trouvant dans la même atmosphère que les sujets affectée, et constamment en rapport avec eux, ne contractent pas la maladie, tandis que d'autres individus, qui se tiennent à l'écart, prenant toutes les précautions imaginables pour échaper à l'influence morbide, deviennent souvent victimes de l'épidémie. Il faut donc admettre dans ces cas la nécessité d'une prédisposition organique qui rend les sujets plus ou moins aptes à ressentir les effets de cette influence épidémique. Sans cette prédisposition on peut braver la peste et les maladies les plus éminemment contagieuses ; c'est ce dont l'histoire nous fournit des exemples à chaque instant. Ainsi, si parmi nos malades tous également soumis à l'influence de la constitution érysipélateuse, il en est beaucoup qui n'ont point contracté l'érysipèle, c'est qu'ils se trouvent heureusement placés en dehors des conditions qui constituent la prédisposition dont nous parlons.

Un dernier mot enfin sur la différence capitale qui existe entre l'érysipèle taumatique simple, sporadique, et l'érysipèle épidémique, différence sur laquelle M. Blandin a spécialement appelé l'attention de son auditoire à raison de son importance au point de vue pratique. L'érysipèle sporadique (traumatique) est toujours local et disparaît souvent sans que l'état général de l'organisme en ait été nullement ébranlé. L'érysipèle épidémique que nous observons actuellement au contraire, reconnaît une cause générale agissant sur tout l'organisme et ne se traduisant par la rougeur locale et les phénomènes propres de l'érysipèle, qu'après avoir produit des symptômes généraux plus ou moins intenses ; de sorte que la lésion locale, l'érysipèle, qui ne paraît qu'en second lieu, semble être plutôt un retentissement, un effet consécutif du trouble général de l'économie, que la maladie elle-même. Aussi ne suffit-il pas toujours de combattre l'érysipèle localement et de l'avoir fait disparaître du siége qu'il occupe, pour être assuré d'avoir dompté entièrement la maladie, car on pourrait le voir bientôt reparaître dans un ou plusieurs autres points de la périphérie du corps, jusqu'à ce que la cause générale ait cessé d'agir.

Avant de terminer cet article nous exprimerons le regret que M. Blandin qui, avec son excellent esprit d'observation et son sens pratique justement apprécié, n'a rien omis sur la marche et les caractères de cette affection, n'ait pas insisté davantage sur le traitement et les considérations thérapeutiques importantes auxquelles ce sujet aurait pu donner lieu. Bien que les évacuations sanguines à peu près exclusivement mises en usage ayent été parfaitement indiquées et qu'elles aient été suivies de résultats généralement heureux, nous eussions désiré voir employer soit concurremment, soit parallèlement la méthode évacuante et en particulier le tartre stibié, dont on obtient en général de si remarquables effets dans les érysipèles sporadiques, et plus particulièrement encore dans les érysipèles épidémiques. Il ne faut pas se dissimuler toutefois, que dans les affections épidémiques les indications changent souvent d'une épidémie à l'autre, bien que la maladie semble au fond être parfaitement la même, et que tel moyen qui aura réussi à une époque pourra n'avoir plus d'aussi bons effets à une autre époque ; mais ce n'est en général que par des tâtonnemens et des essais comparatifs qu'on arrive à bien apprécier ces différences. Ce serait peut-être le cas ici de comparer ces deux méthodes si l'épidémie que nous venons de signaler continuait à faire des progrès (1).

Nous aurions à indiquer aussi l'influence que la constitution actuelle exerce sur les maladies internes, et à faire ressortir les traits de ressemblance qu'elles pourraient offrir entre elles et avec la maladie dont ent d'être question. Ce sera l'objet, s'il y lieu, d'un autre article.

(1) Nous apprenons, au moment où nous terminons cet article, que les cas d'érysipèle qui ont eu lieu dans le service de M. Roux ont été traités par les évacuans émétiques, et qu'on a eu lieu jusqu'à ce moment de se louer du résultat qu'on en a obtenu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Trois cas d'albuminurie terminée par la mort.

Premier cas. — Le 4 mars 1842, est entré à la Charité le nommé Warsnez (Louis), garde moulin, âgé de trente-trois ans. Cet homme a eu la variole dans son enfance, et à la suite il a perdu l'ouïe ; il a, de plus, été traité il y a douze ans pour une pleuro-pneumonie dont il a guéri parfaitement. Il y a six ans environ qu'il fut pris de douleurs dans les reins, avec coliques et constipation. Le médecin qu'il fit appeler le saigna trois ou quatre fois ; des sangsues furent appliquées à l'épigastre ; on lui administra des lavemens purgatifs, et après quinze jours de traitement la guérison fut complète.

Il y a deux ans, les mêmes accidens se renouvelèrent ; seulement les douleurs dans les reins furent plus vives que la première fois ; les cuisses devinrent douloureuses, et tout le membre inférieur se tuméfia. Après trois semaines, la maladie céda aux fumigations, aux bains et aux applications de sable chaud sur la région des reins ; mais cette fois le malade fut obligé de marcher avec des béquilles plusieurs jours encore après que les douleurs eurent cessé. L'année dernière, au mois d'août, Warsnez fut atteint d'éblouissemens tels, qu'il ne pouvait distinguer les objets à la portée de sa main. Enfin il y a deux mois environ il lui devint impossible de faire le moindre exercice sans être excessivement essoufflé ; il fut obligé de cesser ses travaux. Ayant contracté une bronchite, il entra à la Pitié, où il resta huit jours. Quelque temps après sa sortie les membres inférieurs commencèrent à s'infiltrer ; la région parotidienne se gonfla et devint bientôt énorme, surtout du côté droit. C'est dans cet état qu'il est admis à la Charité. Les poumons examinés ne présentent rien autre chose qu'un reste de bronchite ; les battemens du cœur sont un peu sourds, un peu irréguliers ; point de souffle. Le malade se plaint de vives douleurs dans les reins. Pas de fièvre.

Le 6 mars les urines sont examinées. En soufflant avec une paille on ne détermine presque pas de bulles, et ces bulles restent peu à la surface ; pourtant de nombreux flocons albumineux sont rendus sensibles par l'acide nitrique et le calorique. Sirop antiscorbutique ; sirop de quinquina ; décoction de raifort sauvage.

Les jours suivans aucun changement. Le 15 la quantité d'albumine a notablement diminué. Même médication ; deux portions.

Le 19, le gonflement des parotides a disparu ; l'urine contient encore moins d'albumine ; le malade se trouve bien et veut sortir de l'hôpital. On lui représente qu'il n'est pas guéri ; il insiste et sort ce même jour. Nous avons appris que ce malade était rentré le 27 mars, plus souffrant, dans un autre service, où il est mort le 30 au matin, à la suite d'une péritonite.

Deuxième cas. — Le nommé Alabédonche (André), âgé de trente-quatre ans, commis, est entré à la Charité le 21 mai 1841. Ce malade avait ressenti à diverses reprises des douleurs assez vives dans la région lombaire. Cinq mois avant son entrée à l'hôpital il s'aperçut que les jambes se tuméfiaient. Il se fit traiter chez lui ; on lui administra un grand nombre de purgatifs, et entre autres celui connu sous le nom de *remède Leroy*. L'infiltration n'en continua pas moins à faire des progrès. Lorsqu'il fut soumis pour la première fois à notre observation, nous trouvâmes les membres inférieurs, la verge, le scrotum, considérablement infiltrés, le ventre tuméfié. Il n'y a pas de fièvre ; les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, présentent une grande quantité d'albumine. Depuis l'emploi des purgatifs, le malade a continué à avoir trois ou quatre selles chaque jour. Ces selles sont tout à fait liquides et noirâtres. Le 26 mai elles augmentent sans que l'infiltration diminue. Le pouls est normal. Diascordium, 8 grammes ; sous-carbonate de fer, 4 grammes ; sirop des cinq racines, 16 grammes, une demi-cuillerée trois ou quatre fois par jour. Décoction blanche.

Le 28 les selles sont encore augmentées ; l'infiltration semble faire des progrès : le visage n'est pas bouffi ; il n'y a toujours pas de fièvre. Même prescription.

Le 30, cinq selles noirâtres ; sueurs, urines très albumineuses. Diascordium ; sirop des cinq racines ; fumigations sulfureuses.

Le 31. La veille, de une heure à quatre heures de l'après-midi, le malade a ressenti des frissons, le ventre est devenu douloureux, la face est grippée, terreuse ; le malade n'est nullement inquiet sur son état ; soif vive ; quatre ou cinq selles pendant la nuit ; fièvre, coliques faibles avant les selles, plus vives ce matin ; dyspnée. Douze sangsues sur l'hypogastre ; cataplasme ; deux vésicatoires à la partie interne des cuisses.

A quatre heures de l'après-midi les symptômes s'aggravent. A neuf heures du soir cet homme était mort.

Autopsie. Le cadavre est éminemment infiltré ; le ventre est balloné ; les extrémités inférieures sont doublées de volume, la face et les membres supérieurs n'offrent rien de particulier. Le cœur et les poumons sont sains. En plongeant le scalpel dans l'abdomen, il s'écoule environ un litre de sérosité limpide et roussâtre. Les parties les plus profondes de la cavité abdominale sont remplies d'une sérosité crêmeuse plus trouble, plus épaisse et de la couleur du pus. Le foie est ratatiné, jaune pâle et parsemé de noyaux jaunâtres, irréguliers, de la grosseur du pouce, et ressemblant à de la matière tuberculeuse ; il est un peu ramolli, et se déchire avec la plus grande facilité. L'estomac est sain, la muqueuse intestinale est blafarde et piquetée de points noirs, surtout dans le gros intestin. Les reins ne sont point hypertrophiés : ils paraissent plus pâles qu'à l'état ordinaire ; incisés selon leur longueur, ils présentent, dans la substance corticale, d'assez nombreuses rougeurs disséminées qui ne disparaissent point après le lavage. On y voit aussi quelques points jaunâtres et ramollis. La substance tubuleuse est d'un rouge brun.

Troisième cas. — Le 17 mai est entré à la Charité le nommé Mentres (Charles), âgé de vingt-un ans, charcutier, depuis six semaines à Paris. Quelques jours avant son entrée, ce malade ressentit des douleurs dans les reins, douleurs qu'augmentait la pression. Le premier jour qu'il s'alita, il eut deux vomissemens et une épistaxis assez intense. La deuxième nuit il s'aperçut bientôt d'une tumeur dans l'aine droite, puis d'une seconde de l'autre côté. Le lendemain les genoux se gonflèrent, puis successivement les chevilles, les mollets, les cuisses, le scrotum et la verge, se tuméfièrent. Quelques jours après son entrée le ventre se tuméfia et l'infiltration envahit les joues et les paupières. Les urines furent d'abord excrétées en quantité ordinaire, puis elles diminuèrent pour augmenter ensuite. Le malade est sans fièvre ; il y a un peu de diarrhée séreuse. L'urine, traitée par l'acide nitrique, présente des flocons albumineux.

Le 26 mai, eau de Pulna, tisane de chiendent.

Le 30, diminution sensible de l'infiltration ; état général satisfaisant ; appétit. Décoction de raifort sauvage ; trois portions.

Le 31, l'albumine est aussi abondante que le premier jour,

---

une éloquente vérité les inconvéniens des recherches cadavériques :

« Quand la victime est morte, dit-il, s'il y a soupçon, on déterre le cadavre ; on jette ses viscères, son estomac et ses os, sur des brasiers de feu ; on épouvante les imaginations ; on livre des innocens aux commentaires absurdes ou odieux de la malignité publique ; on offre pour consolation aux familles les fonctionnemens ingénieux de l'appareil de Marsh ; on empaquette le cadavre coupé par morceaux, on le met en fiole et on le livre aux analyses des chimistes et des médecins, *dont les uns disent oui, et les autres non* ; et puis, dans le doute du crime, les jurés absolvent ; dans la certitude, ils font grâce de la vie ; c'est-à-dire que dans le premier cas, on encourage le crime, et que, dans le second cas, on fausse la logique des peines. »

Les précautions de la police paraissent à l'auteur insuffisantes pour les campagnes surtout où les voisins et les autorités n'osent pas dénoncer, où les registres des épiciers et des droguistes sont souvent mal tenus. La peine de 3,000 fr., prononcée par la loi du 21 germinal an X, pour contravention aux règlemens, lui paraît trop forte, et celle de 5 fr. au maximum, prononcée par l'article 471 du Code pénal, trop faible.

Quant à la constatation du crime, elle paraît à M. de Cormenin extrêment difficile, parce que le coupable se voile de la pudeur même du foyer, prend son temps, épie l'occasion, guette jour et nuit sa victime, et prémédite son forfait soit pour le commettre, soit pour en effacer les vestiges ; parce que d'autres substances vénéneuses et même des maladies naturelles, produisent aux yeux du vulgaire les mêmes effets et altèrent les organes de la même manière ; parce qu'il faut presque toujours procéder à des exhumations, et qu'après un certain temps de séjour des corps dans la terre, les traces visibles d'un empoisonnement lentement perpétré, disparaissent tout à fait ; parce que, outre le frémissement du spectacle pour la vue, l'ouïe et l'âme des spectateurs, la torréfaction du cadavre n'amène que des résultats fort incertains, et que des disputes entre les chimistes, *plus académiques que concluantes.* »

Les mesures prescrites par l'Académie, l'Ecole de pharmacie, le conseil de salubrité, etc., lui paraissent également insuffisantes.

« La simple coloration résisterait-elle soit à l'ébullition des soupes et tisanes, soit à la solution de l'arsenic dans l'eau pure, mélangée ensuite avec les alimens ou boissons ?

» Quant à la saveur âcre d'un corps étranger, ou cette saveur aurait peu d'amertume, alors elle serait sans avertissement pour l'homme ; ou elle aurait beaucoup d'amertume, alors elle écarterait plutôt qu'elle n'attirerait les animaux nuisibles.

» Il ne faut pas d'ailleurs perdre de vue que des colorations bleues, jaunes, vertes, rouges, se pourraient assimiler aux alimens épais et aux boissons troubles et fortement acidulées des campagnards ;

» Que leur goût est plus âpre, et en quelque sorte plus salé, plus épicé que celui des citadins ;

» Que, lorsqu'ils sont malades, ils prennent leurs boissons dans des chambres basses, reculées, à peine éclairées le jour par un rayon de lumière et la nuit par la lueur d'une chandelle, et quelquefois seulement par les charbons du foyer ;

» Que leurs lits sont entourés de rideaux d'une serge épaisse ; qu'ils ne reçoivent leur nourriture et leurs remèdes que de la main du coupable qui a bien soin d'écarter les parens, voisins et autres témoins ;

» Que c'est un préjugé généralement répandu dans les campagnes que tout remède doit être amer et désagréable au goût, à tel point que souvent il est arrivé que l'empoisonneur a redoublé les infusions du poison à mesure que la victime se plaignait davantage, et comme si c'était là l'action nécessaire et inséparable d'un remède salutaire !

» Que les coliques les plus violentes, les plus significatives, les plus dénonciatrices, sont attribuées par les suggestions du criminel, et par l'aveuglement, par le préjugé fatal et entretenu de la victime elle-même, à la nature particulière du mal et à son effet propre ;

» Enfin, que celui ou celle qui administre le poison recueille d'habitude les déjections, nettoie les vases, lave les planchers, et fait disparaître à l'instant toute trace matérielle et apparente du crime ;

» Que le criminel peut, étant seul, ingurgiter le poison dans la bouche du mourant, ou sous une autre forme, coloré même, mais non moins actif, non moins destructeur ;

» Enfin, que les ravages du poison seraient peut-être d'autant plus redoutables et d'autant plus multipliés que le déguisement de la coloration en rendrait la demande par l'empoisonneur moins suspecte, et la livraison par le pharmacien plus facile.

» ..... Reste l'emploi de l'arsenic qui entre dans les préparations industrielles et d'art pour plus de 95 centièmes de sa masse, et qu'aucun mélange ou coloration préparatoire ne doit altérer.

» Mais sous cette forme et pour cet usage, il se vend en gros, et les sages précautions indiquées au gouvernement par les jurys médicaux paraissent suffisantes.

» Cette interdiction qui, dans les villes, ne serait le sujet d'aucune réclamation ni de la part des pharmaciens, ni de la part des particuliers, aurait dans les campagnes, des conséquences d'une immense portée. »

L'auteur arrive donc à la proscription absolue de la vente au détail de l'arsenic. La médecine, selon lui, n'en a obtenu que des avantages incertains ; les propriétaires de fermes, maisons ou bâtimens en seraient quittes pour réparer et boucher avec plus de soin les trous de leurs murs, etc., et pour détruire les animaux nuisibles avec la noix vomique ou le sulfate de baryte. Voici le résumé de ses propositions :

1° Interdire à toute personne, et particulièrement à tous pharmaciens, épiciers et droguistes, de vendre en détail de l'arsenic aux particuliers, sous quelque prétexte que ce soit ; le tout sous les peines portées par l'art. 471, n° 15 du code pénal.

2° Ne permettre la vente de l'arsenic en gros qu'à des fabricans patentés et connus, et sous l'observation des conditions indiquées ci-dessus (c'est-à-dire certificat du maire et déclaration écrite.)

L'auteur pense qu'une ordonnance royale suffit pour changer l'état des choses ; qu'il n'est pas besoin d'une loi, puisqu'on pourrait se dispenser de modifier la pénalité.

En effet, dit-il, « si l'acide prussique, ce poison foudroyant, était aussi commun et à aussi bas prix que l'arsenic, laisserait-on tous marchands et épiciers en débiter ?

» Si l'opium empoisonnait nos artisans à la façon des Chinois, n'aurait-on pas raison d'écarter le prétexte de la liberté commerciale, et d'interdire la vente de l'opium ?

» Quels que soient les prétextes de l'achat et du débit, il n'est pas permis de vendre des canons, des fusils de munition et des pistolets de combat.

» Quelques soient les précautions qu'on dise prendre, il n'est pas permis, dans les grandes cités, de tenir à la laisse et de montrer devant la foule, des ours, des hyènes, des tigres démuselés.

» Quels que considérations que fassent valoir les propriétaires et les fabricans, il n'est pas permis d'établir au milieu des rues et des populations pressées de nos villes, des forges d'un feu ardent et expansif, ou des manufactures à bruit assourdissant ou à odeur pestilentielle.

» L'objection du gain perdu ne vaut pas qu'on s'y arrête. D'ailleurs, si les pharmaciens vendent moins d'arsenic, ils vendront nécessairement plus de noix vomique ou de sulfate de baryte, ou d'autres substances déjà trouvées ou à trouver pour la destruction des animaux nuisibles.

» Reste la dernière objection, celle que le crime saurait bien toujours, malgré tous les obstacles, se frayer une voie.

» Que des mains artificieuses et criminelles ne puissent jamais se procurer d'arsenic, si bien caché qu'il soit, je ne le nie pas. Je ne prétends donc point qu'il ne se fera plus d'empoisonnemens, si l'on adopte ma proposition ; mais je dis, mais j'affirme qu'il s'en fera moins, beaucoup moins, presque pas.

» Les habitans de la campagne n'iront pas chez les fabricans en gros qui ne peuvent vendre en détail. Comment et par où y mettraient-ils les pieds ? à quel titre ? sous quel prétexte ? Oseraient-ils même demander leur adresse ? Les fabricans, malgré les inhibitions de l'autorité, livreraient-ils un seul gramme d'arsenic, et ne doit-on pas s'en rapporter à leur respect pour la loi, à leur défaut d'intérêt pécuniaire, à leur prévoyance, à leur responsabilité pénale ? »

Les urines sont chargées de matières colorantes ; elles sont rouges et ressemblent exactement à de la lavûre de chair quand on les examine en petite quantité. Le malade a bu un peu de vin hier ; il se plaint de douleur dans les reins. Pas de fièvre. Ventouses scarifiées qui déterminent une émission sanguine de 180 grammes ; raifort sauvage ; lait pour toute nourriture.

Le 1er juin, mêmes urines ; épistaxis ; fièvre légère ; plus de douleur dans les reins. Gomme édulcorée, émulsion ; lavement avec miel mercuriel, 60 grammes ; bouillon.

Le 2, urines extrêmement chargées de matière colorante du sang, grande quantité d'albumine, épistaxis, vomissement, trois selles ; abdomen un peu douloureux. Le malade n'a pas dormi ; fièvre. (Une saignée, émulsion nitrée édulcorée, looch blanc, bain de siége, lavement émollient.)

Le 3, le malade n'est plus reconnaissable : face hippocratique, douleurs très vives dans l'abdomen, tous les symptômes d'une péritonite intense. Le poids du cataplasme ne peut être supporté. Le sérum de la saignée est trouble et lactescent ; l'urine est plus rouge que les jours précédens ; huit selles pendant la nuit et douze ce matin. Vers cinq heures du matin, hoquet, vomissemens glaireux ; le malade peut à peine parler. Les douleurs paraissent atroces. (20 sangsues disséminées sur l'abdomen, deux vésicatoires à la partie interne des cuisses ; potion (*illico*) avec 1 décigramme d'opium ; promener des sinapismes sur les membres inférieurs.)

Le 4, mieux sensible, face meilleure quoique très pâle, douleurs beaucoup diminuées. 30 sangsues ont encore été appliquées hier à six heures du soir. Encore un peu de hoquet, mais moindre ; les urines sont toujours aussi rouges ; le pouls est petit et fréquent. Le malade n'a pas dormi. Quatre selles comme de l'eau jaunâtre. (Saignée de 250 grammes, émulsion nitrée, sinapismes, saignée locale s'il y a lieu.)

Le 5, Mentres n'a pas dormi, il divague ; face cadavéreuse, râle, vomissemens, hoquet, délire pendant la nuit ; il est allé à la selle et a uriné dans son lit ; le sérum de la saignée est laiteux. (Vésicatoire sur l'abdomen, frictions avec l'onguent napolitain, potion avec 5 centigrammes d'opium.)

Mort à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. Organes thoraciques parfaitement sains. Sérosité dans l'abdomen en tout semblable à celle du cas précédent. Le foie est mou, de couleur normale, plus friable qu'à l'état ordinaire. Les reins sont extrêmement ramollis, rouges ; la substance corticale est de la même couleur que le foie, la membrane propre est très adhérente au parenchyme ; la substance tuberculeuse est gorgée de sang. La vessie présente quelques ecchymoses légères.

— Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces observations, c'est la terminaison complètement inattendue par la péritonite. Les auteurs qui se sont le plus occupés de la néphrite albumineuse, MM. Rayer et Martin Solon, ne font pas mention de cette sorte de terminaison de la maladie : « Le plus ordinairement, disent-ils, la mort arrive par le développement rapide de symptômes cérébraux, ou par une dyspnée symptomatique d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie ou d'une péricardite. (Rayer, Martin-Solon, *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, art. *Reins.*) Il faut tenir compte, comme l'a fait remarquer M. Cruveilhier, d'une circonstance particulière, à savoir que pendant le séjour des deux derniers malades à la salle Sainte-Vierge, il régnait une sorte de constitution médicale favorisant pour ainsi dire le développement de la péritonite, car trois autres malades atteints d'affections diverses, furent emportés par cette maladie, survenue sans cause appréciable, débutant sous une forme toute bénigne, par de légères coliques, puis prenant en quelques heures les caractères les plus alarmans, et ne laissant pas vivre les malades, malgré le traitement le plus vigoureux, au-delà de 24 à 48 heures.

Dr C. P.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. BAUDENS.

De la méthode mixte dans les amputations. Observations d'une amputation de cuisse et d'avant-bras ; recueillies par M. E. BERTHERAND, chirurgien sous-aide-major.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Deuxième observation. — *Entorse chronique du poignet droit. Amputation à l'avant-bras, par la méthode mixte, dans le tiers inférieur.*

« C'est le siége et l'étendue de la maladie qui doivent régler le lieu de l'amputation de l'avant-bras », a dit Sabatier. Cette règle a été ponctuellement suivie dans le cas que nous rapportons.

Les procédés opératoires décrits pour l'ablation de l'avant-bras, comprennent :

1° La méthode *circulaire* (Dupuytren, J. Cloquet), généralement adoptée jusqu'ici, et peut-être moins promptement exécutable que les autres. M. Baudens a démontré, dans sa Clinique des plaies d'armes à feu (page 564), que cette manière de faire était peu commode au tiers moyen du membre, à cause de la forme conique de ce dernier, ce qui empêche de rétracter avec facilité les tégumens cutanés.

2° La méthode *à lambeaux* (Graëfe et Verduin, Guthrie et Hermen, plus grave et plus douloureuse (Boyer), ayant l'inconvénient d'exposer à la saillie des os par les angles de la plaie (Velpeau) et à la lésion des artères radiale et cubitale (Guthrie) quand on la pratique au tiers inférieur.

3° La méthode *mixte* (combinaison de la méthode ovalaire et à lambeaux) de M. Baudens, laquelle revendique les avantages que nous lui avons reconnus dans nos généralités préliminaires.

M...., fusilier au 2e léger, constitution lymphatique, fut reçu dans nos salles le 31 décembre. A la suite d'une entorse chronique du poignet droit, dont les phénomènes inflammatoires concomitans avaient laissé dans les tissus articulaires des germes de phlegmasie qui se réveillèrent plus tard, il vit l'articulation radio-carpienne droite devenir le siége d'une tuméfaction toujours croissante et de douleurs intolérables. A ces symptômes, subitement développés, s'étaient ajoutés de la soif, de la chaleur à la peau, de la fièvre, ce qui l'avait engagé à entrer à l'hôpital. Les mouvemens de l'arthrodie sont déjà plus faibles. Quoique restreints à un très petit nombre, ils ne s'exécutent qu'avec d'atroces souffrances. La face dorsale du poignet est surmontée d'une tumeur assez volumineuse, et la main prend de la tendance à se rapprocher de l'avant-bras. Malgré le traitement énergique dont on usa pour combattre cette arthrite chronique, la phlogose gagna successivement les tissus de l'articulation. Les ligamens se ramollirent, l'inflammation envahit avec violence les tissus fibreux, et cet orage de symptômes se compliqua bientôt des désordres les plus affreux.

Rebelle aux pansemens assidus et méthodiques, la phlegmasie continua sa marche ascendante, donna naissance à de vastes foyers purulens communiquant avec les parties internes de la jointure, et venant par deux ouvertures fistuleuses inonder les linges et la charpie de flots intarissables d'un pus infect. Les cartilages et les surfaces osseuses s'étaient évidemment gonflés, et le stylet, introduit par la plaie supérieure, mettait la dénudation de ces parties hors de doute. La matière purulente, dont la synoviale était le point de départ, cherchait à fuser dans l'avant-bras en suivant le trajet des tendons et des aponévroses. L'état général du malade, qui s'était jusque-là soutenu, commençait à se ressentir de l'influence de ces graves altérations. Du reste, M..... demandait l'opération, pensant bien qu'elle était devenue urgente.

L'amputation fut pratiquée le 7 mai. L'avant-bras, placé entre la pronation et la supination, les aides convenablement disposés, l'opérateur, se trouvant au côté externe du bras droit, coupa la peau en forme d'ovale dont le sommet tégumentaire descendait le plus près possible du poignet, la disséqua jusqu'à la hauteur de trois travers de doigt, puis divisa les muscles de manière à former deux petits lambeaux taillés vers le coude et destinés à former un coussinet doux et avantageux pour le moignon. Ces lambeaux obtenus, en les détachant des os par ponction, furent relevés ; le couteau décrivit le 8 de chiffre et les os furent sciés. Le résultat de ces manœuvres fut un cône musculaire creux, dont le sommet était occupé par les cylidres osseux, et une plaie située au tiers inférieur de la surface du moignon par suite du plus de longueur accordée au lambeau antérieur.

Dès que la ligature des artères radiale, interosseuses et cubitale fut pratiquée, on réunit la plaie dans une direction telle que ses angles se rappochassent un peu l'un du radius, l'autre du cubitus, c'est-à-dire légèrement obliquement. Même pansement que celui que nous avons indiqué au sujet de l'autre amputation.

Chose remarquable, le malade n'avait pas exprimé la moindre plainte pendant l'opération ; les lambeaux musculaires étaient un peu décolorés parce qu'évidemment il avaient été en contact avec le plus. Cette circonstance n'avait pas arrêté M. Baudens, qui, sans cela, aurait dû amputer quatre à cinq travers de doigt plus haut. Durant l'opération, M. Baudens nous dit que l'expérience lui avait appris que la flétrissure des muscles n'apporterait aucun obstacle à une réunion par première intention. La suite de cette amputation a prouvé qu'il avait raison. Dès le septième jour, la cicatrisation linéaire était obtenue sans que la fièvre se fût développée d'une manière sérieuse, et, à partir de ce jour, M..... se leva pour se promener dans les cours de l'hôpital.

Les altérations rencontrées dans le membre séparé et dans l'articulation malade étaient identiquesà celles que nous avons trouvées dans le cas précédent ; seulement les cartilages étaient entièrement détruits ; les parties molles adjacentes fongueses et lardacées ; la synoviale presque désorganisée en entier ; les extrémités articulaires des os, ramollies et de couleur brunâtre, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. CORNAC. — Séance du 4 mai 1842.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Percussion plessimétrique et digitale. — *M. Piedagnel* a la parole pour un rapport sur travail de M. Lubanski intitulé : « Recherches pratiques sur les déplacemens du foie. » Ce médecin, tout en reconnaissant les avantages de la méthode plessimétrique, fait observer qu'il existe cependant une différence bien grande dans l'emploi du doigt et du plessimètre, et c'est ce qui les rend tous deux indispensables suivant la circonstance. Cette différence tient à la composition des parois de la cavité dont on veut tirer un son. Le but du plessimètre est d'interposer un corps solide et fixe entre l'objet percuté et les doigts qui frappent : aussi doit-il avoir la préférence pour la percussion abdominale, celle des membres et de toute autre partie molle ; les doigts, dans ces cas, ne limitent pas exactement la partie soumise à l'investigation, car tandis que l'extrémité de l'appendice digitale se termine brusquement par un plan limité, le reste de son étendue fuit insensiblement la paroi percutée, et ne peut donner, qu'on me passe cette expression, qu'un son fuyant et non limité.

Lorsqu'on percute le thorax, les choses ne se passent pas de même : on frappe sur un corps solide, sur des os ; il devient inutile de chercher à limiter le point que l'on percute : ce sont les côtes qui sont chargées de ce soin ; la force du choc seul peut modifier le son que l'on veut obtenir ; la nature du corps intermédiaire devient indifférente, il suffit de s'y habituer. Dès-lors le doigt est manifestement meilleur que tout autre corps, puisqu'il est mou, souple, qu'il s'adapte mieux à la forme de la partie que l'on percute, aux saillies, aux enfoncemens déterminés par les espaces intercostaux ; enfin il fatigue moins les malades, et il a d'ailleurs sur le plessimètre un très grand avantage, celui d'être doué de sensibilité et d'apprécier la nature du corps sur lequel l'exploration s'opère : ainsi il donne une sensation différente suivant qu'il agit sur une masse tuberculeuse, sur un poumon hépatisé, sur un épanchement thoracique, et à plus forte raison quand il existe un pneumo-thorax. De ces considérations pratiques, qu'il oppose à la faveur un peu trop exclusive que l'auteur du mémoire accorde au plessimètre, M. Piedagnel conclut à l'utilité de l'une et l'autre méthode suivant les circonstances.

Revenant à la percussion appliquée au diagnostic des maladies de l'abdomen et des déplacemens du foie en particulier, le rapporteur fait remarquer que, dans certains cas, elle ne donne que des renseignemens incomplets. — Un enfant tuberculeux qui avait eu plusieurs fois, pendant son séjour à l'hôpital, des douleurs pleurétiques : il présentait une tumeur étendue depuis la sixième côte jusqu'à 6 ou 7 centimètres au-dessous de la base du thorax qu'elle faisait saillir d'une manière considérable. La position de cette tumeur indiquait une augmentation de volume du foie. A l'autopsie on constata un épanchement circonscrit entre la base du poumon et le diaphragme. Probablement que si, à l'époque où existèrent les points pleurétiques, on eût ausculté le malade, l'égophonie eût été reconnue. Ainsi, le diagnostic du déplacement du foie eût acquis au point de vue étiologique une valeur que la percussion seule ne pouvait lui donner.

Parmi les faits qui démontrent que la percussion peut être insuffisante pour éclairer la nature des maladies du bas-ventre, M. Piedagnel rapporte l'observation d'un jeune enfant de douze ans, tuberculeux, chez lequel il existait une hypertrophie avec cyrrhose du foie qui avait 13 pouces de long ; malgré l'examen le plus minutieux, on ne put reconnaître l'organe malade.

M. Piedagnel résume le travail de M. Lubanski, et conclut à l'admission de ce candidat.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Belhomme, Cherest et Adorne, sur quelques points du rapport, on procède à la nomination de M. Lubanski.

Le candidat, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre résidant de la Société.

— *M. Larrey* fait un rapport sur un travail manuscrit adressé à la Société par un chirurgien anglais, M. Nottingham, de Liverpool, pour obtenir le titre de membre correspondant. A nombre des faits que contient ce mémoire, nous donnerons un extrait du suivant. Un enfant de douze ans était affecté depuis l'âge d'un an, et sans cause appréciable, d'une contraction permanente du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté droit. La ténotomie, pratiquée de dedans en dehors (un peu au-dessous du niveau où le muscle omo-hyoïdien croise le sterno-mastoïdien) n'offrit rien de remarquable comme opération : elle fut immédiatement suivie du redressement de la tête, redressement que l'opérateur ne crut pas suffisant ; aussi fit-il une seconde section du muscle vers son attache supérieure. Cette fois, il glissa le bistouri sous la peau et coupa de dehors en dedans sur la partie mastoïdienne de l'os temporal.

Cinq semaines après l'opération, les mouvemens de la tête s'exécutaient librement de chaque côté, et la difformité était singulièrement diminuée, bien que les vertèbres fussent assez déviées pour nécessiter l'emploi secondaire d'un appareil orthopédique. Mais enfin, au bout de deux ans, tout appareil mécanique fut supprimé.

M. Piedagnel demande si la section du muscle sterno-mastoïdien guérit le torticolis.

M. Larrey ne croit pas pouvoir donner de réponse affirmative.

M. Cherest dit qu'il a vu dans le service de M. J. Guérin un individu affecté de torticolis auquel l'opération avait été pratiquée, et qui sortit parfaitement guéri deux mois après.

M. Nottingham, de Liverpool, est nommé membre correspondant.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du nitrate de potasse contre le rhumatisme articulaire aigu.

On a employé depuis quelques années le nitrate de potasse à hautes doses dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Cette médication a été essayée à plusieurs reprises dans divers services de l'Hôtel-Dieu ; mais, soit que les médecins de cet établissement ne l'aient pas reconnue plus efficace que la simple expectation, soit qu'ils aient redouté l'action d'un agent trop énergique, les essais tentés n'ont pas été longuement suivis. Quoi qu'il en soit, voici un résumé d'un mémoire intéressant de M. le docteur Aran sur cet objet.

1° Douze cas de rhumatisme aigu (dont trois avec endocardite ou péricardite rhumatismale) se sont terminés par la guérison dans un terme moyen de huit jours, à partir du traitement, et de quatorze à partir de l'invasion.

2° La quantité moyenne de nitrate de potasse administrée dans les vingt-quatre heures a été de trente-deux grammes (une once) divisés dans trois litres de tisane.

3° La quantité moyenne de nitrate de potasse administrée pendant la maladie a été de trois cent soixante-quatorze grammes (environ douze onces).

Ce sel, employé contre le rhumatisme articulaire aigu, n'a aucun effet toxique. En général, son administration provoque de nombreuses et abondantes transpirations, quelquefois des évacuations alvines copieuses, moins souvent des évacuations urinaires abondantes. Sous son influence, le pouls perd rapidement de sa fréquence, l'impulsion du cœur devient moins vive, et les mouvemens artériels perdent de leur dureté. Le plus souvent cette amélioration se fait sentir du jour au lendemain. Cette modification des fonctions circulatoires a été, comme l'augmentation considérable de la transpiration cutanée, observée chez le plus grand nombre des rhumatisans soumis à ce traitement.

Emploi de la solution de sel marin contre l'ophthalmie.

Un praticien américain, M. le docteur Hays, recommande, dans le traitement de l'ophthalmie chronique granuleuse, l'usage de lotions avec l'eau commune complètement saturée de chlorure de sodium.

Ce médecin, après avoir affirmé qu'il a eu mille fois l'occasion de constater l'efficacité de cette médication si simple et si peu dispendieuse, ajoute que les cas dans lesquels on en retire les avantages les plus prononcés sont ceux où l'irritabilité (la photophobie ?) de l'œil est portée au plus haut degré, où la conjonctive offre l'injection la plus forte, où la sécrétion des larmes s'opère avec le plus d'abondance.

Les cas de ce genre se rencontrent malheureusement assez fréquemment dans la pratique pour qu'il soit facile aux chirurgiens français de vérifier l'exactitude de l'annonce faite par M. Hays, et nous apprendre à quel point le degré thérapeutique qu'il propose peut mériter la confiance des praticiens. (*The american journ.*)

Emploi chirurgical de l'aimant.

On vient d'établir dans les ateliers de Fairbairne (Belgique), un aimant artificiel d'une grande puissance, placé à la hauteur de l'œil. A chaque instant, on voit accourir vers cet aimant, soit un tourneur, soit un ajusteur qui a reçu quelque parcelle de fer dans l'œil, l'aimant s'en retire aussitôt que les paupières sont écartées.

On conçoit qu'un aimant capable de soulever mille kilogrammes puisse arracher même un morceau de fer implanté dans les chairs et incrusté dans les os.

Tous les ateliers où l'on travaille le fer devraient se pourvoir d'un appareil aussi utile.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Baume hydriodaté.

Depuis quelques années, on emploie à Lausanne, sous le nom de *gelée pour le goître*, un médicament dont la formule, qui n'a encore été publiée dans aucun ouvrage de pharmacie, mérite cependant d'être connue. Cette gelée se prépare de la manière suivante :

Pr. Iodure de potassium, 16 grammes.
" Alcool à 20 degrés, 64
F. dissoudre. D'autre part,
Pr. Savon blanc, 24 grammes.
Alcool à 20 degrés, 64

F. dissoudre à l'aide d'une douce chaleur; mêler ce soluté encore chaud avec le précédent, puis aromatiser le mélange avec quelques gouttes d'essence de roses ou de lavande, et le distribuer dans des flacons à large ouverture qui devront être ensuite bouchés avec grand soin.

On obtient ainsi une gelée qui se conserve long-temps sans que l'iodure de potassium éprouve d'altération, comme on le voit ordinairement arriver dans les pommades dont ce sel fait partie.

Cette gelée, dans la composition de laquelle on peut faire augmenter ou diminuer à volonté la proportion de l'iodure de potassium, selon les indications, s'emploie en frictions sur le goître et les parties voisines, à la dose d'un à deux grames (vingt à quarante grains) et plus, une ou deux fois par jour.

Il va sans dire qu'on peut, en outre, en étendre l'emploi à tous les cas pathologiques où l'iodure potassique est appliqué par voie de frictions.

J'ai préparé successivement, dit M. F. Boudet, deux doses de ce médicament, l'une avec du savon blanc de Marseille, l'autre avec du savon animal. La première est restée complètement liquide; la seconde, au contraire, s'est bientôt prise en une gelée de bonne consistance et analogue au baume opodeldoch. Cette gelée, qu'il est plus convenable de désigner par la dénomination de *baume hydriodaté*, s'applique avec facilité sur la peau dont la chaleur suffit pour la liquéfier promptement: elle paraît devoir être, en général, d'un emploi plus commode, et peut être aussi plus efficace que la pommade hydriodatée du *Codex*. On peut ajouter cinq grammes d'iode au soluté alcoolique d'iodure de potassium, et préparer ainsi un *baume ioduré* correspondant à la pommade iodurée du *Codex*. Dans ce cas surtout, il importe d'employer du savon qui ne contienne pas un excès d'alcali.

(*Journ. de Pharm. et de Chimie*, avril 1842.)

Eau diurétique gazeuse.

Pr. Sulfate de magnésie, 4 grammes.
Vinaigre colchique, 5 id.
Eau commune, 125 id.

On fait dissoudre le sel dans le mélange des deux liquides, puis on filtre. On verse ensuite le produit de la filtration dans une bouteille à eau minérale; enfin on achève de remplir cette bouteille avec de l'eau chargée d'acide carbonique, et l'on bouche hermétiquement, en ayant soin de fixer le bouchon par deux ficelles disposées en croix.

Cette préparation, dont la formule est due à un pharmacien distingué, M. Deschamps, d'Avallon, est employée avec avantage dans le traitement des affections arthritiques et rhumatismales, tant pour combattre les accidens qui constituent les accès de ces maladies que pour en prévenir le retour.

On l'administre à la dose d'une à trois demi-tasses et plus dans le courant des 24 heures, en ayant soin de proportionner la quantité qu'on en fait prendre à la nature des effets qui résulteraient de son ingestion.

FAITS DIVERS.

Empoisonnement par l'ingestion de carottes pourries; observation communiquée par M. le docteur LIEBER, de Berlin.

Une petite fille âgée de huit ans, que l'on avait couchée dans un état parfait de santé et très gaie, se réveilla le lendemain matin en se plaignant de douleurs de tête; des vomissemens survinrent bientôt, et cédèrent à l'administration d'une infusion de camomille. Mais il ne tarda pas à se manifester des mouvemens convulsifs qui persistèrent et allèrent en augmentant; et on alla, vers le milieu de la journée, réclamer l'assistance de M. Lieber, qui ne put venir près de la malade que sur les trois heures. Il la trouva couchée sur le dos et tout à fait privée de connaissance, la respiration était faible, la face un peu tuméfiée, le pouls plein et régulier. Comme il n'y avait pas eu d'évacuations alvines depuis le début des accidens, on prescrivit un lavement, et à la suite une application de sangsues derrière les oreilles, mais l'enfant succomba avant qu'on eût pu exécuter cette ordonnance.

Les parens ne pouvaient attribuer cette maladie à d'autre cause qu'à l'ingestion d'une grande quantité de carottes à moitié pourries, qui avaient été jetées dans la cour de la maison: ce qui venait à l'appui de cette opinion, c'est qu'un petit garçon du voisinage, qui avait aussi mangé de ces carottes, en avait été également incommodé; mais chez ce dernier, le rétablissement eut lieu après des vomissemens et des garde-robes diarrhéiques qui survinrent spontanément.

L'autopsie fut pratiquée 28 heures après la mort. On trouva les membranes du cerveau injectées de sang; les sinus en étaient aussi gorgés; quant au cerveau lui-même, dont la consistance était normale, il contenait beaucoup moins de sang. Il n'existait pas de liquide épanché dans les ventricules; les plexus choroïdaux étaient même un peu plus pâles qu'à l'état normal.

La cavité thoracique ne présentait rien d'extraordinaire.

L'estomac n'offrait aucune particularité remarquable à sa face externe; mais à l'intérieur, particulièrement vers sa grande courbure, on remarquait différens points, d'une étendue plus ou moins grande, qui étaient d'une couleur rouge foncé, et dans lesquels on voyait distinctement les arborisations vasculaires les plus fines, sans qu'il fût possible de les faire disparaître par des ablutions répétées.

Les intestins présentaient çà et là des taches bleuâtres, qui paraissaient d'ailleurs n'exister que dans la tunique péritonéale; du moins on ne pouvait reconnaître aucun caractère phlegmasique dans les points correspondans de la membrane muqueuse. (*Med. zeit.*, 1842, n° 19.)

Cas de fracture congéniale non consolidée.

Un enfant, âgé de dix ans, portait depuis sa naissance une fracture non consolidée des deux os de la jambe droite, au tiers inférieur du membre; de plus, il existait du même côté une forte rétraction du tendon d'Achille. La jambe de cet enfant était comme roulée en arrière sur elle-même, et il lui était impossible de marcher autrement qu'avec des béquilles.

Ce jeune sujet étant entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, l'habile chirurgien a cherché de la manière suivante à remédier à de si graves difformités. Il a commencé par pratiquer la section du tendon d'Achille; cela fait, par des tractions opérées à l'aide d'appareils orthopédiques, il s'est efforcé d'obtenir lentement l'allongement des muscles, et de pouvoir ainsi réduire la fracture des deux os de la jambe. Ces tentatives ont eu un plein succès, quoique l'état du malade se fût compliqué d'abcès par suite de la section du tendon. Le membre étant redressé, et les extrémités des os fracturés ayant été mises bout à bout, fallait-il aller plus loin, et tenter d'obtenir la consolidation de la fracture congéniale par un des moyens chirurgicaux employés en pareil cas? M. Lisfranc ne l'a pas pensé, car l'enfant était faible et lymphatique, et n'aurait pas pu supporter l'opération. En conséquence, l'habile chirurgien s'est borné à faire fabriquer un appareil composé de tiges métalliques et de courroies, qui, maintenant les os en contact, et prenant son point d'appui sur le bassin, permet à l'enfant de marcher librement et sans appui, tout comme s'il n'avait pas la jambe cassée. (*Bullet. de Thérapeutique*, 1842.)

Anatomie microscopique de la rate.

Voici les conclusions du mémoire de M. Bourgery sur l'anatomie microscopique de la rate dans l'homme et les mammifères.

D'après la structure anatomique de la rate, et l'aspect microscopique du liquide contenu dans ses vésicules, on peut établir, sur les fonctions de ce viscère, les propositions suivantes, qui, sans préciser positivement les fonctions de la rate, mettent néanmoins sur la voie de cette détermination, et marquent le but auquel doit atteindre, mais qu'on ne doit pas franchir un travail d'anatomie microscopique, c'est-à-dire le point de transition intermédiaire de l'anatomie à la physiologie.

1° La rate paraît être un organe d'élaboration sanguine, fractionné en deux parties.

A. Un *appareil sécrétoire vésiculaire* opérant directement sur le sang artériel, mais dont le produit, absorbé par les veines, ne serait que préparatoire à une autre élaboration. Celle-ci aurait son siége dans le foie, où le liquide splénique est porté avec le sang veineux des organes digestifs.

B. Un *appareil lymphatique*, travaillant d'une part sur le sang qui lui est fourni par les nombreuses artérioles glandulaires; d'autre part, sur les résidus liquides de l'élaboration de l'appareil vésiculaire, qui lui sont apportés par les lymphatiques.

2° Ces deux appareils ne semblent liés anatomiquement et juxtaposés, organule à organule, que dans le but d'exercer une fonction commune; les résidus veineux des deux appareils se rendent également dans le foie, tandis que le seul résidu des glandes lymphatiques est transporté dans l'appareil du même nom.

3° L'analogie de texture entre la rate et les glandes lymphatiques ne donne pas la preuve évidente, mais fait naître le soupçon légitime que ces deux germes d'organes puissent jusqu'à un certain point se suppléer, ce qui expliquerait l'apparente innocuité de l'extirpation de la rate.

NOUVELLES.

— La médecine vient de faire une perte qui sera vivement sentie; M. Double est mort dimanche soir à onze heures. La maladie avait débuté mardi par une syncope complète.

M. Double, qui a voulu jusqu'à la fin se traiter lui-même, n'a consenti que dimanche matin à une saignée qui déjà était trop tardive.

M. Double n'était âgé que de 64 ans.

— Voici un fait analogue à l'ordonnance du roi de Prusse, dont nous avons parlé dans un de nos derniers numéros. Le *Diario di Roma* annonce que le Saint Père, voulant faire revivre la splendeur de l'ancien ordre de Constantin, fondé par le pape Sylvestre, a décrété que cet ordre servira à récompenser le mérite scientifique et littéraire. M. Raoul-Rochette, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles lettres de France, est au nombre des nouveaux chevaliers nommés.

— Une mission scientifique se prépare en ce moment à Toulon pour aller explorer quelques parties importantes de l'Asie mineure.

— Nous avons reçu une lettre de M. le docteur Guillon en réponse à la réclamation de M. Mayor, de Lausanne. Nous la publierons prochainement.

Nous avons annoncé dans notre avant-dernier numéro la reprise de la publication de la *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens*, par M. RICORD. Cette publication va se poursuivre avec une incessante rapidité. Le libraire, M. Just-Rouvier, s'est mis en mesure, de ne lui laisser éprouver à l'avenir aucun retard. Il paraît régulièrement tous les mois une livraison contenant trois planches coloriées, exécutées avec soin.

Nous rendrons compte de cet important ouvrage.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TRENTIÈME SÉANCE. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui, lundi 13, M. Phil. Boyer a soutenu sa thèse.

La prochaine séance aura lieu mercredi. M. Chassaignac sera argumenté par MM. Robert, Chrestien, Vidal et Bérard.

Note sur une pompe à injection, donnant une pression connue et constante, inventée par M. le docteur Poiseuille. (*V.* le compte rendu de l'Académie de médecine, séance du 31 mai.)

Comme tout tube à parois flexibles offre un diamètre en rapport avec la pression sous laquelle se fait l'écoulement du liquide qui s'y meut, il était indispensable, pour avoir le calibre des vaisseaux sur le cadavre, que le liquide employé à leur injection fût porté par le piston de la seringue de manière à obtenir une pression tout à fait la même que celle du cœur droit, pour les capillaires du poumon, et tout à fait semblable à celle du cœur gauche pour les capillaires des autres parties du corps.

Or la circonstance principale qui fait varier la pression du liquide injecté, c'est l'étendue de la surface du piston. Ainsi si les deux corps de seringue sont de diamètres inégaux, et que le même effort soit employé à pousser le piston, le liquide sera injecté sous des pressions qui pourront être fort différentes: tel est l'inconvénient des seringues ordinaires qui agissent sans force régulatrice et compensatrice. La pompe que M. Poiseuille a inventée et qu'il a fait parfois fonctionner au Collége de France, satisfait à toutes les conditions de la question, c'est-à-dire qu'elle donne une pression constante et déterminée, indépendamment du diamètre du piston et de son frottement contre le corps de pompe. Cette découverte se rattache à celle de l'*hémodynamomètre*, qui a déjà rendu tant de services à la physiologie, entre les mains de M. Poiseuille. Le mécanisme de sa nouvelle pompe est bien simple et très ingénieux; il nous suffira de dire ici qu'il a en quelque sorte substitué un cœur métallique à un cœur musculeux et vivant.

Cette pompe n'offre pas seulement l'avantage de donner la dimension normale des vaisseaux; avec elle on n'a nullement à craindre les ruptures des vaisseaux injectés. L'usage de cet instrument est indispensable dans les recherches anatomiques délicates; ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, quelques anatomistes allemands, d'une grande autorité, pensent que l'artère rénale, qui communique d'ailleurs par ses capillaires avec les veines des reins, communique en outre directement avec les conduits excréteurs de cet organe. Ils appuient leur opinion sur ce qu'en injectant l'artère, ils ont trouvé la matière injectée dans les conduits de Ferrin et dans les bassinets. Or, dans l'injection partielle des reins on se sert d'une seringue dont le piston est d'un petit diamètre; alors la pression peut être, même sous un faible effort, huit ou dix fois plus grande que celle qui meut le sang dans le système artériel: dans ce cas, la rupture des vaisseaux n'est-elle pas inévitable?

On voit de quelle importance est cette découverte, et nous tenions à la signaler dans tous ses détails pour faire comprendre combien elle sera utile à l'anatomie et à la physiologie; d'ailleurs, M. Poiseuille lui-même l'a appliquée depuis plusieurs mois à des recherches les plus minutieuses et les plus intéressantes. Nous en rendrons compte aussitôt qu'elles auront reçu la publicité. X...

Nous avons eu occasion de voir les appareils orthopédiques de M. Béchard, et ce n'est que leur rendre justice en avouant qu'il est impossible d'atteindre à un plus haut point le degré de perfection et de commodité dont sont pourvus ces appareils. Ils sont employés sans qu'il en résulte la moindre gêne pour les enfans et les personnes déjà âgées qui en font usage.

M. Béchard joint à son établissement un magasin de bandages herniaires, de suspensoirs, etc. — Nous recommandons particulièrement ses jambes artificielles. — Rue de Tournon, 15.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 16 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 72. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Maladie organique du foie et de l'estomac. Difficultés du diagnostic des tumeurs et des affections organiques de l'estomac.

Au n° 6 de la salle des femmes, est couchée une malade âgée de soixante-sept ans. Cette femme, d'une constitution médiocre, un peu faible, pâle et maigre, offre toutes les apparences d'une santé détériorée par un mauvais régime et des privations. Elle est malade depuis environ deux ans; à cette époque ses digestions devinrent difficiles, et elle éprouva une douleur à l'épigastre comparable à la sensation d'une barre ou d'un corps pesant qui eût pressé sur cette région. La persistance de ces symptômes déterminèrent cette femme à entrer à l'hôpital, où elle nous a offert l'état suivant : La langue est à peu près à l'état normal; il y a peu d'appétit; dans l'intervalle des digestions, elle éprouve des éructations, des envies de vomir et même des vomissemens de matières glaireuses, filantes, mais elle ne vomit jamais les alimens. On dirait que l'estomac fait, parmi les matières qu'il renferme, un choix de celles qu'il doit rejeter. Il y a de la constipation; le pouls est petit, irrégulier, mais sans fréquence; il n'y a point de fièvre. On ne trouve rien du côté des organes respiratoires. A l'épigastre, on remarque une voussure considérable formée par une tumeur évidente qui s'étend de cette région jusque vers le bas-ventre.

En présence de ces symptômes il s'offre des questions importantes à résoudre, et que nous allons examiner. D'abord, quel est le siége précis de cette tumeur, et quelle est sa nature? Le diagnostic des maladies de l'estomac, quoi qu'en disent et qu'en aient écrit certains médecins, est souvent très difficile quand on veut arriver à une certaine précision. Je rapporterai à cette occasion l'histoire d'un fait qui ne manque pas d'à-propos, et que Portal avait l'habitude de raconter dans ses cours de clinique. Il rapportait que plusieurs médecins des plus famés ayant été appelés auprès d'un malade d'une grande maison de Paris, afin de donner leur avis sur le siége et la nature d'une tumeur apparente au ventre, les avis furent tous différens; l'un plaçait le siége de la tumeur à l'estomac, l'autre dans le foie, un autre dans le gros intestin, sans qu'aucun d'eux pensât à mettre en cause le pancréas. Or, il arriva que le malade ayant succombé, l'autopsie fit voir que l'organe malade était précisément le pancréas.

Chez notre malade, nous pensons que l'organe affecté est le foie, et nous sommes arrivé à ce diagnostic par voie d'exclusion. Si l'estomac, par exemple, était vraiment le siége de cette tumeur, les symptômes, les troubles du côté de ce viscère seraient beaucoup plus prononcés qu'ils ne l'ont été jusqu'à présent. Il ne faudrait pas non plus en conclure que l'estomac soit entièrement étranger à cette affection; mais nous croyons que le point de départ de la maladie et son siége principal sont dans le foie, et que l'estomac n'y a participé que secondairement. Il ne manque pas d'exemples à l'appui de cette opinion; il n'y a pas long temps encore que nous avons eu un cas de cette espèce à l'hôpital. — Ainsi cette femme a, selon nous, une tumeur au foie qui s'étend jusqu'à l'estomac; elle a probablement encore une affection organique du cœur, mais nous n'avons pas à nous en occuper dans ce moment.

Maintenant, quelle est la nature de cette tumeur? C'est là une chose extrêmement difficile à déterminer. Rien n'est plus difficile à diagnostiquer que les tumeurs abdominales, et les affections organiques des viscères contenus dans l'abdomen, ainsi qu'on en jugera par les exemples et les considérations qui suivent. Examinons en particulier les symptômes et les caractères qui appartiennent aux différentes espèces de tumeurs et d'affections organiques de l'estomac, par exemple.

Les tumeurs de l'estomac, pour peu qu'elles soient avancées, se traduisent ordinairement par une voussure à la région épigastrique, une douleur plus ou moins vive, souvent lancinante, et par des vomissemens de matières d'abord glaireuses, grisâtres, puis fuligineuses, couleur de marc de café, lorsqu'il y a (ce qui arrive malheureusement souvent) cancer véritable. Quelquefois les malades vomissent des matières glaireuses particulières et point d'alimens, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer tout à l'heure; de sorte qu'il y a une partie des substances contenues dans l'estomac qui est vomie, tandis qu'une autre partie est gardée. Ces trois signes peuvent se manifester, sans pourtant qu'il existe un cancer et *vice versâ*; le cancer peut exister, bien que ces signes manquent plus ou moins. Il n'est pas difficile de le prouver, et par le raisonnement et par des exemples; combien de fois ne voit-on pas des individus vomir des matières glaireuses ou alimentaires, et cela pendant des mois entiers, et n'avoir pas d'affection cancéreuse. Nous savons, d'un autre côté, que plusieurs affections de l'estomac, une simple névralgie, par exemple, peuvent produire ce symptôme. Or, dans ce dernier cas surtout, tout le monde sait qu'on ne trouve pas la moindre altération organique. Les vomissemens ne constituent donc pas un signe suffisant pour autoriser à se prononcer sur le diagnostic d'un cancer. On en peut dire autant de la douleur. Ne voit-on pas souvent paraître et persister une douleur très vive à l'épigastre, sans qu'il y ait pour cela aucune raison de croire à l'existence d'une affection organique? Combien d'individus qui presque tous les jours, à l'époque surtout du travail de la digestion, et pour la cause la plus légère, éprouvent des douleurs poignantes qui disparaissent au bout d'un certain temps sans troubler aucunement la santé générale!

Quant à l'existence d'une tumeur circonscrite dans cette région, elle est un signe assez probant de l'existence d'une affection organique, quoique pourtant elle puisse dans quelques circonstances induire le médecin en erreur. Lorsque, jeune encore, j'étais à la Salpétrière, à l'école de Pinel, j'ai vu

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Neuvième lettre. — *Sur les Asclépiades et les Asclépions.*

Mais, dites-vous, à quel propos faire ainsi de grandes enjambées à travers les siècles, et pourquoi ne pas continuer tranquillement le sillon commencé? Passer des Juifs anciens aux barbiers modernes, sans préparation, sans liaison aucune, c'est une allure par trop désordonnée; et avec deux autres pas de cette étendue, nous arriverons à l'âge moderne sans avoir appris grand'chose des temps passés.

Ce reproche m'est singulièrement agréable, puisqu'il semble prouver que, pour vous au moins, l'étude assez ingrate des origines de l'art chez les Hébreux n'a pas été tout à fait fastidieuse, et qu'ainsi en arrivant à des époques plus heureuses, on peut espérer d'exciter quelque intérêt. C'est bien : je mettrai quelque jour cette bonne volonté à l'épreuve; mais cependant écoutez ceci. A Dieu ne plaise que je veuille traîner de feuilleton en feuilleton une longue et lourde et interminable histoire de la chirurgie : je sais un peu mieux choisir le temps et le lieu. Si j'éveille seulement votre attention, si j'attire quelques esprits sérieux vers ces études trop négligées, si à la faveur de quelque anecdote sans but apparent je puis faire digérer quelque discussion de sérieuse critique à quelques lecteurs qui n'en ont pas l'habitude, mon objet sera rempli; l'histoire se fera promptement dès qu'elle trouvera un public disposé à l'entendre.

Je veux pour le moment vous faire faire un pas gigantesque en arrière, et parler un peu de ces Asclépiades auxquels j'ai annoncé une rude guerre dans ma première lettre. Il est temps véritablement d'en débarrasser l'histoire de la chirurgie aussi bien que celle de la médecine, et de les faire rentrer dans l'oubli d'où ils n'auraient jamais dû sortir.

Disons d'abord qu'il y a deux sortes d'Asclépiades : les uns véritables descendans d'Esculape, portant ce titre comme un nom de famille; les autres simples prêtres du dieu et desservans de ses temples; différence à peu près à celle que vous pourriez mettre entre les barons et les bourgeois de Montmorency.

Les premiers, enfans d'Esculape, compteraient parmi eux des hommes très recommandables, et seraient de la lignée d'Hippocrate; première difficulté historique à débrouiller. Est-il vrai qu'Hippocrate fût descendant d'Esculape? On appuie ceci sur un mot échappé à Platon, sur le consentement de Galien, plus sur deux généalogies. Les dires de Galien, venu cinq ou six cents ans après, n'ont aucune valeur réelle. Platon, presque contemporain d'Hippocrate, pourrait avoir été mieux instruit; mais je doute fort qu'un pareil témoignage, ainsi jeté au hasard, parût suffisant dans nos tribunaux pour établir une filiation quelconque; et quant aux généalogies, on peut se demander si elles ont été établies pour justifier l'assertion si vague de Platon, ou si Platon aurait ainsi parlé d'après quelques notions confuses de ces généalogies. Voyons d'abord ce que l'on a raconté des aventures des premiers enfans d'Esculape.

Homère nous apprend qu'Esculape eut pour fils Machaon et Podalire. Or, suivant des récits bien posterieurs, les deux frères, revenant en Grèce, après la prise de Troie, furent séparés par une tempête, et Podalire fut jeté sur les côtes de Carie, où il aborda sain et sauf. Précisément Syrna, fille de Damétas, roi du pays, était tombée du haut d'un toit, et en grand péril de mort. Un berger, nommé Bybassus, qui avait donné l'hospitalité à Podalire, le conduisit au roi. Podalire saigna la malade, la sauva, l'épousa, et fonda dans le pays même deux villes auxquelles il donna les noms de sa femme et du berger qui l'avait reçu.

Malheureusement cette tradition qui donne à la saignée une si antique origine, est d'une date si récente qu'enfin, pour cette fois, la crédulité de nos historiens s'est révoltée, et qu'ils l'ont rejetée comme apocryphe; d'ailleurs elle se trouvait en contradiction avec deux ou trois autres, dont l'une fait faire à Podalire la conquête de l'île de Cos.

Celle-ci s'accorde du moins avec les généalogies d'Hippocrate. En effet, suivant Taetzis, Hippocrate était descendant d'Esculape à la seizième génération, et suivant Soranus à la dix-huitième. Goulin avait déjà dit que depuis Podalire jusqu'à la naissance d'Hippocrate il s'était écoulé 759 ans, ce qui, à 33 ans par génération, aurait exigé 22 générations. M. Littré reprenant ces calculs a montré que 16 générations, à 33 ans pour chacune, feraient 528 ans, qui ajoutés à 460, époque de la naissance d'Hippocrate, donneraient pour la prise de Troie ou l'époque de Podalire 988 ans avant J.-C., et les 18 générations de Soranus donneraient tout au plus 1054 ans. Or, dans l'une et l'autre hypothèse la prise de Troie serait bien plus récente qu'on ne l'admet généralement. Bossuet la fixe à 130 années plus haut que le dernier chiffre; et Larcher à 216 ans. Mais ce n'est pas tout; car de ces 16 ou 18 générations, il faut bien ôter les 33 ans attribués à Hippocrate, puisqu'on s'arrête à sa naissance, et les 33 ans attribués à Podalire, puisqu'on ne remonte pas plus haut que la prise de Troie, vers laquelle il devait bien avoir cet âge. L'erreur chronologique arrive ainsi à 200 ans pour le moins. Il ne tient donc qu'à vous de regarder Hippocrate comme un descendant d'Esculape, ce qui n'a pas grande importance; mais il faut déjà vous résigner à ignorer d'où et comment, et surtout rayer de vos systèmes ces noms d'Hippocrate Ier, Hippocrate II, etc., lesquels n'ont été crus que d'après des généalogies prises en flagrant délit d'anachronisme et de mensonge.

Mais laissant là Podalire et sa descendance très problématique, voyons ce qu'était devenu Machaon. Au lieu de retourner dans sa Thessalie, il passa le reste de ses jours, dit-on, en Messénie, près de Nestor. Il eut cinq fils, tous médecins; l'un, Alexanor, éleva un temple à Esculape à Titane près de Sicyone; un second, Sphyrus, éleva un temple semblable à Argos; le troisième, Polémocrates, eut par la suite un temple pour lui-même à Eva; les deux autres, Gorgasus et Nicomaque, eurent le leur aussi, mais en commun, à Phères; et enfin Machaon ne resta pas oublié, et il eut à son tour son temple à Gérémiem. Tout cela est raconté par Pausanias, qui vivait au deuxième siècle de l'ère chrétienne; et quand Sprengel a accepté comme le premier temple d'Esculape celui de Titane, il n'a pas fait attention que Pausanias en citait un autre, à Amyclée, qui aurait été dédié par Hercule, ce qui ferait remonter le culte d'Esculape du vivant même de cet illustre personnage, c'est-à-dire avant la guerre de Troie.

Or, tout cela n'est pas seulement un tissu d'imaginations sans fondement réel; mais c'est un ramas de grossières invraisemblances. Homère, que l'on place trois siècles au moins après la prise de Troie, ne parle d'Esculape que comme d'un médecin célèbre; Hésiode, postérieur encore à Homère, ne mentionne point Esculape parmi ses dieux. Le culte d'Esculape est donc très probablement d'une date plus récente; et s'il était permis d'ajouter une hypothèse à tant d'autres sur une question à jamais insoluble, j'inclinerais à croire que les Grecs, ayant emprunté soit aux Egyptiens, soit aux Phéniciens, un Dieu médecin du nom d'Esculape, le confondirent avec le père de Podalire et de Machaon; confusion déjà signalée pour Hercule.

Mais revenons aux temples d'Esculape; et quelle que soit l'époque de leur fondation, recherchons ce qui s'y faisait, et si, comme l'ont pensé les modernes, il faut y chercher véritablement une des sources de la médecine grecque.

Mais enfin, direz-vous, en laissant de côté les anachronismes et les invraisemblances, ne pourrait-on sauver le fragile système de nos historiens à l'aide de quelques hypothèses un peu mieux combinées? Nous tenons déjà un Esculape terrestre, avec ses deux successeurs médecins comme lui; qui empêche que les traditions médicales conservées dans la famille des Asclépiades n'aient été ensuite transmises aux prêtres du même nom, quand ensuite on fit un dieu de l'homme et qu'on lui éleva des temples et des autels? Alors nous aurons toujours ces conséquences si chères; la médecine enfermée dans des temples, dont Hippocrate seul la fait sortir; les prénotions écrites en aphorismes sur les piliers du temple de Cos et publiées par Hippocrate, et une tradition non interrompue qui remontera toujours à Escu-

ce célèbre professeur examiner une femme qui portait une tumeur à la région épigastrique : la tumeur était bien circonscrite et accompagnée de douleurs. Pinel diagnostiqua un cancer de l'estomac. Après la visite, n'étant pas bien convaincu de ce diagnostic, je revins à l'examen de la malade, qui était une pauvre femme âgée, et en l'interrogeant sur les antécédens de cette maladie, j'appris qu'elle n'avait jamais été malade, et que la tumeur actuelle n'était apparue que depuis quelques jours ; que, jusques-là, elle se portait parfaitement bien, à cela près d'une constipation opiniâtre qui durait depuis long-temps. D'après ces renseignemens, mes doutes à l'égard du diagnostic prononcé ne firent qu'augmenter. D'après l'indication de la constipation constante, je crus devoir, en l'absence du professeur, ordonner un purgatif : ce moyen produisit plusieurs évacuations, et la tumeur épigastrique disparut complètement, à la grande surprise de Pinel. Il s'agissait tout simplement dans ce cas d'un amas de matières fécales qui s'étaient entassées dans le colon transverse, et qui simulait une tumeur de l'estomac. Si un médecin tel que Pinel a pu se tromper ainsi, que n'arrive-t-il pas journellement à la foule des médecins ?

Autre exemple. Ici, c'est moi-même qui me suis trompé. Dans le service de M. L. Beauvais, à la Salpêtrière, était une vieille femme chez laquelle j'avais diagnostiqué une tumeur cancéreuse de l'estomac, d'après les signes rationnels que nous trouvons ici réunis, et qui m'avaient déterminé à ce jugement. M. Falret était alors aussi élève chez M. Beauvais, et avait examiné comme moi la malade ; nous étions tous deux d'accord sur le diagnostic. La vieille femme resta long-temps sans être soumise à un nouvel examen. Au bout d'un an, on l'examina encore une fois, et nous éprouvâmes la surprise de ne plus trouver la tumeur. Quelque temps après, cette femme étant morte, on concevra avec quel empressement nous procédâmes à l'autopsie. Voici ce que nous trouvâmes : l'estomac et les organes environnans étaient parfaitement sains, tandis que les poumons contenaient des tubercules dont l'existence avait été méconnue, et qui, suivant toute apparence, avaient déterminé la mort de cette femme. En disséquant les parois abdominales, nous trouvâmes entre les deux muscles droits de l'abdomen, au point où l'on avait constaté l'existence d'une tumeur pendant la vie, un kyste aplati, ne contenant plus qu'une petite quantité d'un liquide gélatineux, épais, qui n'était sans doute que le résidu d'une plus grande quantité de liquide que cette poche avait dû renfermer, et qui avait été peu à peu résorbée presque en totalité. C'était là ce que nous avions pris pour une tumeur développée dans les parois stomacales.

Il nous sera encore facile de démontrer la proposition contraire à celle que nous venons de développer, à savoir que le cancer peut exister sans donner lieu à aucun signe apparent qui le caractérise. On voit en effet quelquefois des individus affectés de cancer qui ne vomissent pas. C'est ce qui arrive lorsque la maladie ayant rongé et détruit le pylore, les matières alimentaires peuvent passer facilement dans le duodénum et de là dans le reste de l'intestin ; alors naturellement il n'y a pas de vomissement.

J'ai vu à la Salpêtrière une pauvre fille affectée de cancer à l'estomac, qui avait de fréquens vomissemens au début ; mais ces vomissemens cessèrent, et pendant vingt-cinq ans elle ne vomit plus du tout. L'autopsie nous fit voir le pylore entièrement corrodé par l'ulcère cancéreux, ce qui avait permis aux alimens de passer librement dans l'intestin.

Le même phénomène peut avoir lieu encore lorsque les parois de l'estomac lui-même sont le siége de la maladie. Tous les physiologistes savent que pour que le vomissement ait lieu, il faut que les parois stomacales se contractent ; or, comment cette contraction pourrait-elle avoir lieu quand ces parois sont aussi profondément altérées ? Dans ce cas, le vomissement est le plus souvent impossible. Donc, le vomissement peut manquer malgré l'existence de la maladie dont il s'agit.

J'en dirai autant pour la douleur ; il n'est pas rare de la voir manquer, et même lorsque la maladie a fait des progrès considérables ; c'est alors surtout qu'elle devient indolente. Enfin la tumeur elle-même peut manquer, ou, pour parler plus exactement, échapper aux moyens d'investigation que l'art nous fournit, bien que la maladie existe à un très-haut degré. Supposez que la maladie ait son siége à l'extrémité cardiaque de l'estomac ou au pylore, et qu'en même temps, ainsi que cela peut arriver facilement, elle soit cachée par les organes environnants, par le foie par exemple, comment pourra-t on alors la découvrir ? L'absence apparente de ce signe ne suffit donc pas pour se prononcer sur l'absence de la maladie qu'il représente.

Comment enfin (et c'est la dernière question qui nous occupera), comment déterminer le siége précis de la maladie ? Les médecins ont adopté généralement la division de la cavité abdominale en neuf parties ou régions, trois supérieures, trois moyennes et trois inférieures ; en haut et à la partie majeure, l'épigastre ; les hypochondres sur les côtes ; au milieu de la région ombilicale et les deux flancs ; en bas enfin, l'hypogastre à la partie majeure et les deux régions iliaques sur les côtés. D'après cette division qui est assez rationnelle et physiologique, ils placent les organes malades dans la région anatomique correspondante, de sorte que quand, par exemple, une tumeur répond à la région iliaque droite, on croit pouvoir l'attribuer aux organes qui s'y trouvent contenus, au cœcum, par exemple. Pourtant il est bien facile de s'y méprendre, parce que souvent les organes changent de place, soit par le fait d'une disposition anormale, ou même dans des conditions physiologiques particulières. Ainsi combien de fois n'a-t-on pas vu l'estomac défendre par une de ses extrémités jusqu'à l'ombilic et aux flancs ! Je pourrais vous citer ici à l'appui de ce que je viens de dire plus d'un exemple ; je me bornerai au suivant : Un malade se présente à l'hôpital, affecté d'une tumeur de la région iliaque droite ; on l'examine attentivement, et on diagnostique une tumeur cancéreuse du cœcum ; les apparences étaient en faveur de ce diagnostic ; le malade, après un certain temps, succombe, et l'on reconnaît que l'organe malade était la portion pylorique de l'estomac et le pylore lui-même ; cet organe dépendait presque de la fosse iliaque.

Toutes les fois qu'une tumeur (et généralement elle est de nature cancéreuse) affecte un organe de l'abdomen, on a l'habitude de prédire une terminaison funeste ; le plus souvent, malheureusement cette prédiction se réalise. Mais si les faits prouvaient que dans quelques cas, quoique très-rares, la guérison a pu avoir lieu, pourquoi ne s'attacherait-on pas à saisir cette chance ? J'ai eu la satisfaction de voir deux cas terminés heureusement. Il y a vingt-cinq ans, j'avais dans mon service à la Salpêtrière une fille rachitique, présentant tous les symptômes rationnels et sensibles d'un cancer de l'estomac ; je la présentais tous les ans à mes cours de clinique comme un type de cette maladie, lorsque je traitais spécialement ce sujet dans mes leçons. Tout le monde reconnaissait la maladie à n'en pas douter. Au bout de dix ans la tumeur epigastrique diminua, et les vomissements devinrent de moins en moins fréquens ; cette amélioration nous étonna tous, et l'on peut concevoir que je ne perdis pas la malade de vue (depuis longtemps elle était sortie de l'hôpital). L'année suivante je la fis revenir à mon cours, et après un examen minutieux, nous ne trouvâmes plus de tumeur ; les vomissemens avaient complétement cessé ; cette fille était parfaitement guérie. Enfin le hasard a voulu qu'elle vînt mourir dans notre service au bout de quelque temps, d'une pneumonie. Je n'ai pas besoin de dire avec quel empressement nous fîmes l'autopsie. Eh bien ! nous trouvâmes dans les parois de l'estomac, à l'endroit où siégeait la tumeur, une belle cicatrice blanche bien organisée, avec absence partielle de la muqueuse. Ainsi voilà un cancer ulcéré qui avait spontanément guéri. Comment cette guérison s'est-elle opérée ?

Quel procédé, quels moyens la nature a-t-elle employés ? heureux si l'on avait pu la surprendre dans un semblable travail réparateur ! Un exemple analogue à celui que nous venons de citer, nous fut offert sur la personne d'un professeur célèbre qui mourut des suites d'une méningo-ancéphalite. A l'autopsie on trouva sur la muqueuse de son estomac une belle cicatrice indiquant une ancienne perte de substance qui avait dû être assez considérable. Qui oserait après de pareils faits mettre des bornes aux ressources de la nature médicatrice !

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

HOPITAL D'AIX. — M. G. GOYRAND.

Hydarthrose volumineuse du genou guérie par l'incision sous-cutanée suivie de la compression.

J'ait fait, il y a bientôt deux ans, la première application de la méthode sous cutanée à l'extraction des corps étrangers articulaires. Vous avez, à cette époque, donné une analyse de mon travail, qui avait été insérée dans le premier numéro des Annales de la chirurgie française et étrangère. Je pratiquai mon opération deux fois en quinze jours, chez le même sujet et sur la même articulation. Quand je fis ma seconde opération, la synoviale, irritée par le corps étranger qui était resté plusieurs jours entre les surfaces articulaires, contenait une quantité notable de synovie épanchée. Je n'attendis pas, pour pratiquer mon opération, que l'irritation de l'article et l'épanchement se fussent dissipés, tant la méthode sous-cutanée me semblait inoffensive. Je prévoyais « que l'incision de la synoviale donnerait issue au liquide, qui s'infiltrerait dans le tissu cellulaire, et dont je ne trouverais plus de trace le lendemain. » Voilà ce que j'écrivais à cette époque (1), et l'événement a justifié mes prévisions. C'était bien là une première application de la méthode sous-cutanée aux épanchemens articulaires, et j'étais, dès-lors, décidé à traiter par ce procédé le premier cas d'hydarthrose qui s'offrirait à moi. J'en ai enfin rencontré un que j'ai guéri avec une merveilleuse facilité par cette méthode. Voici l'observation :

J. Augier, cultivateur, âgé de cinquante ans, a le genou droit mal conformé. L'axe de la jambe n'est pas dans la direction de celui de la cuisse. Ces deux sections du membre abdominal se rencontrent sous un angle fortement saillant en dedans et rentrant en dehors.

Au mois de septembre dernier, Augier fit une chute dans laquelle il porta sur le genou cagneux. L'articulation fut douloureuse pendant quelques jours, et quand la douleur se dissipa il resta du gonflement, de la gêne dans les mouvemens. Cependant, cet homme put reprendre ses travaux habituels ; mais comme, loin de se dissiper, la tuméfaction devenait toujours plus considérable, il entra à l'hôpital d'Aix le 27 décembre 1841.

A cette époque, le genou avait acquis un volume considérable ; la tuméfaction était due à un épanchement dans la syno-

(1) Annales, tome 1er, page 70.

---

lape, créateur et patron de la médecine.

Certes, avec des hypothèses, on parvient toujours à quelque chose ; mais encore faut-il que ces hypothèses ne choquent pas des notions un peu mieux établies. Il est étrange que tous ces écrivaiens qui règlent à leur gré les affaires médicales du temps de la guerre de Troie et même auparavant, oublient de consulter précisément le seul témoignage qui ait quelque valeur pour cette époque reculée. Relisez l'Iliade et l'Odyssée, cette grande encyclopédie de la Grèce antique, et vous verrez ce que pèsent vos hypothèses.

D'abord Esculape n'a rien créé ; il avait appris un peu de chirurgie de Chiron ; il la transmit à ses deux fils ; mais Chiron lui-même avait formé d'autres élèves, Achille, par exemple ; Achille avait instruit Patrocle, et déjà vous voyez que la science échappait dès sa première origine à la famille des Asclépiades.

Deuxièmement, Chiron lui-même, n'était guère qu'un chef d'école, et il y avait des chirurgiens avant lui et qui n'avaient eu aucun rapport avec lui. Vers l'époque du siége de Troie, il y en avait en Crète, il y en avait à Ithaque, il y en avait dans le camp des Grecs. J'essaierai quelque jour de démêler l'histoire de ces écoles primitives, et de dire en quoi consistèrent les nouvelles pratiques enseignées par Chiron.

Troisièmement, Esculape ne sut jamais et ne pratiqua jamais la médecine ; et, à la façon dont parle Homère, il paraît certain qu'il n'existait pas même de thérapeutique médicale trois ou quatre cents ans après.

Quatrièmement ; et c'est là surtout la question que je veux examiner ici, à quelque époque que l'on place l'érection du temple d'Esculape, jamais ils ne servirent en aucune façon à la science ; ils constituaient même un obstacle à la science, et un obstacle contre lequel l'école d'Hippocrate s'éleva avec une remarquable vigueur. En un mot, les prêtres d'Esculape prétendaient guérir par la toute-puissance de Dieu, de même que les prophètes juifs dans un autre ordre d'idées, de même que les moines du moyen-âge avec leurs reliques ; et je n'ai pas oui dire que la médecine et la chirurgie italiennes aient jamais gagné grand chose aux ex-voto, aux tableaux de maladies, aux récits de guérisons miraculeuses appendus dans l'église de Notre-Dame de Lorette.

Ce n'est pas là, j'en conviens, l'idée qu'on vous avait donnée jusqu'ici de ces vénérables personnages, et vous allez m'opposer les panégyriques qu'en ont fait tous nos historiens. Je vais donc examiner les raisons décisives qui leur ont fait délivrer par Leclerc, Sprengel et d'autres, ces certificats de pratique et de science ; je ne me servirai pas d'autres faits que ceux qui ont déjà été rapportés. J'en ai bien quelques autres, mais que je réserve pour l'histoire réelle : il ne s'agit ici que du misérable roman que je veux effacer.

D'abord on a cherché à démêler des intentions médicales dans les lieux mêmes choisis pour l'érection des temples, et il est curieux de suivre à cet égard l'argumentation de Sprengel. « On en élevait, dit-il, sur le sommet des plus hautes montagnes, où l'expérience avait appris que l'air est infiniment plus sain que dans les vallées. » Voilà qui va bien. Toutefois, il cite plus bas celui de Clitoris, en Arcadie, dans une vaste plaine bordée de collines ; mais il y trouve l'avantage d'un *endroit isolé*. A merveille encore ; mais d'autres étaient au bord des fleuves. C'était, dit Sprengel, *à cause de la bonne qualité des eaux*. Enfin, il y en a deux, parmi le grand nombre de ceux qu'on cite, qui paraissent avoir eu des sources d'eau chaude ; Sprengel conclut qu'*on recherchait avec soin les eaux thermales pour établir des temples dans leur voisinage.* On comprend qu'avec cette façon de voir les choses, il n'y a rien qu'on ne puisse louer, et, à entendre les historiens, il semblerait que les prêtres d'Esculape avaient résolu ce grand problème, qui n'est pas même résolu pour nous encore ? Des lieux les plus propices au séjour d'un grand nombre de malades ; on dirait aussi que leurs malades devaient y séjourner assez long-temps pour obtenir la guérison par le séjour même : toutes choses en contradiction flagrante avec les faits connus.

Je sais bien que tous ces beaux raisonnemens ne sont pas de l'invention des modernes, et que l'on en trouve de semblables dans Pausanias et Plutarque, six cents ans environ avant Hippocrate, quand il était de mode d'expliquer et d'allégoriser tout le vieux bagage mythologique. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que ni les peuples ni les prêtres ne songeaient, en élevant des temples, à de pareilles indications. Les Romains élevèrent un temple à Esculape dans une île du Tibre, à peu près vers le temps d'Hippocrate : voici comment la tradition raconte la chose. La peste était à Rome : on envoya une députation à Epidaure pour supplier Esculape. Comme les députés admiraient la statue du dieu, on vit apparaître dans le temple un serpent qui prit paisiblement sa ville par la route, se rendit au vaisseau des Romains, et dans la chambre même de l'un des députés. Ceux-ci enchantés mirent à la voile ; mais quand ils remontèrent le Tibre, arrivés près de l'île en question, le serpent gagna la terre. On lui bâtit un temple sur le lieu même, et la peste cessa.

A la bonne heure, voilà qui explique à merveille le choix de l'emplacement. Quant à ce que sont venus dire des siècles après de risibles commentateurs, cela est bon cependant encore à conserver comme caractère d'une autre phase de l'esprit humain. On édifia le temple au milieu du Tibre, dit Festus, par allusion à la coutume des médecins qui font boire de l'eau à leurs malades. C'était au contraire, dit Pline, pour ne pas recevoir le dieu dans la ville même, tant était grand l'éloignement des Romains pour la médecine ! Plutarque, le plus sage des trois, allègue la raison de salubrité.

Mais ce dont on a fait bien plus grand bruit encore, ce sont les colonnes, les tableaux, les tables votives que l'on conservait dans ces temples, et où l'on pouvait lire l'histoire des malades guéris par le dieu. On a même été jusqu'à dire qu'Hippocrate avait pillé les tableaux du temple de Cos, après quoi il avait mis le feu au temple ; et M. Littré n'est pas très éloigné de penser que les Prénotions Coaques seraient un recueil de notes écrites par les prêtres de Cos. Cela pourrait se soutenir si nous n'avions pas quelques échantillons des tables conservées dans ces temples. Pausanias raconte que de son temps on voyait encore dans le temple d'Épidaure six colonnes chargées d'histoires de malades guéris. Il se tait sur les inscriptions même ; mais, à part de ces six colonnes, il y en avait une plus ancienne où on lisait qu'*Hippolyte avait offert vingt chevaux à Esculape pour l'avoir rendu à la vie.* Il ne s'agit pas là, notez-le bien, de la guérison d'un malade : l'Hippolyte en question est le fils de Thésée dont Racine vous a raconté la mort, et qui fut ressuscité par Esculape ; mais vous m'accorderez sans discussion, je pense, que ce ne fut pas Hippolyte lui-même qui érigea cette colonne dans le temple d'Épidaure.

Enfin, un hasard assez heureux a fait retrouver l'une des tables votives appartenant à l'Asclépion de l'île du Tibre. Il y a quatre récits de guérison ; j'en donnerai deux seulement qui se rattachent de plus près à la chirurgie, et qui feront voir où en était la science des prêtres d'Esculape tant de siècles après Hippocrate.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juin. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Double.

M. Amussat lit une notice sur la maladie de M. Double. (*Voir* plus haut.

Sur la proposition de MM. Nacquart et Cornac, l'Académie décide que, pour honorer la mémoire de M. Double, elle fera trève aujourd'hui à ses occupations.

Il est trois heures et un quart ; la séance est levée.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TRENTE-UNIÈME SÉANCE. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui, mercredi 15, M. Chassaignac a soutenu sa thèse.

Vendredi prochain 17, M. Robert sera argumenté par MM. Chrestien, Vidal, Bérard et Laugier.

viale, qui soulevait la rotule, les expansions aponévrotiques qui s'insèrent aux bords de cet os, et la partie inférieure du muscle triceps. En pressant sur la rotule, je la mettais en contact avec le trochlée du fémur. Si, pendant que j'avais une main sur la rotule, je pressais de l'autre main sur la partie supérieure de la tumeur, la rotule et la main étaient soulevées par le liquide refoulé. L'articulation n'était pas douloureuse, mais ses mouvemens étaient bornés ; la flexion surtout était incomplète.

Le diagnostic était clair : nous avions affaire à un épanchement articulaire, et cet épanchement n'était plus susceptible de résorption, comme les épanchemens synovio-sanguinolens qui se forment immédiatement après qu'un article a subi une contusion. Dans le cas présent, la contusion avait déterminé une vraie hydrarthrose.

Je connaissais par expérience l'inefficacité du traitement médical et le danger de la ponction directe dans cette maladie, et je résolus de vider l'articulation par une incision sous-cutanée, et de tâcher ensuite de prévenir, par une compression soutenue, la reproduction de l'épanchement. Le 29 décembre j'opérai de la manière suivante :

Placé à gauche du malade, je soulève la peau de la cuisse au-dessus de la partie supérieure externe de la tumeur, en un large pli transversal que je donne à tenir à un aide ; et, pressant de la main gauche sur la rotule et la partie inférieure de la tumeur, pour distendre sa partie supérieure, je plonge à travers le feuillet supérieur du pli cutané un bistouri à lame très étroite, tranchante dans une longueur de trois centimètres, et émoussée par la lime de ce point au talon de l'instrument. Glissant mon bistouri sous la peau, je vais inciser à plein tranchant l'aponévrose, les portions externes et moyenne du triceps, et le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale. L'articulation ainsi ouverte sous la peau, je fais exécuter à mon bistouri un mouvement de semi-rotation sur son axe, qui dirige le tranchant en avant, et je débride de la cavité articulaire vers la peau toutes les parties profondes, de manière à donner à l'incision une étendue de quinze à dix-huit millimètres. Je retire ensuite le bistouri, et fais lâcher le pli de la peau. La piqûre de cette membrane remonte à quatre centimètres au-dessus de l'incision profonde ; elle n'a guère que deux millimètres d'étendue. Quelques bulles d'air ont pénétré sous la peau et se trouvent entre la piqûre de cette membrane et l'incision profonde ; une légère pression exercée sur la tumeur fait sortir un peu de synovie qui les entraîne. Je ne cherche pas à vider la synoviale ; le liquide épanché s'infiltrera dans le tissu cellulaire de la cuisse et sera bientôt absorbé. Un petit emplâtre de diachylon est appliqué sur la piqûre. Repos complet au lit.

Le 30, plus de liquide dans la synoviale. La synovie s'est infiltrée dans le tissu cellulaire lâche qui sépare la partie inférieure du triceps fémoral et de la synoviale, et forme là une tumeur qui a à peu près la forme de l'hydarthrose, mais qui n'est pas fluctuante. La rotule est maintenant en contact avec la trochlée du fémur. Les pressions exercées sur la tumeur ne déplacent plus cet os ; il n'y a pas la plus légère douleur. Compression exercée sur le genou au moyen de bandelettes imbriquées ; bandage roulé sur le pied, la jambe, le genou et la partie inférieure de la cuisse.

Le 31 décembre la piqûre est cicatrisée.

Le 3 janvier, l'articulation a un aspect tout à fait normal. Les bandelettes emplastiques ont irrité la peau ; nous les supprimons. Compression avec le bandage roulé.

Le 8, état parfait de l'articulation. Il n'y a jamais eu la plus légère douleur. Le malade marche sans la moindre gêne, et paraît être parfaitement guéri.

La compression est continuée jusqu'au 15. Ce jour-là le malade, qui se croit guéri depuis long-temps, veut sortir de l'hôpital. On lui fait promettre de revenir si son hydrarthrose se reproduit. Il n'a pas reparu. (1er juin 1842.)

— Voilà, je crois, la première application qui a été faite de la méthode sous-cutanée aux hydropisies articulaires. J'ai ouvert la synoviale à sa partie supérieure externe, parce que, en attaquant en ce point l'articulation, je faisais passer la synovie dans des couches celluleuses étendues et lâches, d'où l'absorption devait la faire disparaître promptement. Ces couches celluleuses sont celles qui séparent la partie inférieure du muscle triceps de la synoviale et du fémur, celle qui se trouve entre les portions moyennes et externes du triceps, et enfin, les couches celluleuses sous-aponévrotique et sous-cutanée de la cuisse. Si j'eusse ouvert la synoviale vers l'interligne articulaire, j'aurais eu moins de partie à diviser ; mais l'infiltration de la synovie eût été bien moins facile.

L'incision que j'ai pratiquée dans ce cas est absolument semblable à celle par laquelle je déloge les corps étrangers de la même articulation. Reprochera-t-on encore à mon procédé de faire à l'articulation *une plaie par piqûre*, plaie qui, suivant certains chirurgiens, serait bien plus dangereuse qu'une incision? (1)

Je répondrai que dans mes deux opérations il n'y a de piqué que la peau ; encore l'est-elle par une pointe très acérée, ce qui fait de cette ponction une vraie incision, et la fait différer essentiellement de la piqûre faite par la baïonnette et autres armes de guerre ; que les tissus profonds, depuis l'aponévrose jusqu'à la synoviale, sont incisés à plein tranchant.

Au reste, mon opéré, ainsi que celui auquel j'ai enlevé les corps étrangers articulaires, n'a pas été menacé du moindre accident, et ce résultat heureux je l'avais prévu, j'y comptais. Les chirurgiens qui font la ponction ou l'incision directe réussissent-ils ordinairement aussi bien ?

(1) Annales de la chirurgie française et étrangère, tome Ier, page 74.

NOTICE SUR LA MALADIE DE M. DOUBLE,

Lue par M. AMUSSAT à l'Académie de médecine, séance du 14 juin 1842.

Messieurs,

Notre savant confrère, M. Double, a succombé dimanche soir, à 11 heures, à la gravité d'une maladie de quelques jours de durée seulement, pour laquelle il a voulu jusqu'au dernier moment être à lui-même son seul médecin.

Profondément affligé de l'immense perte que nous venons de faire, et ayant pu voir notre regrettable collègue plus qu'aucun autre pendant cette courte maladie, j'éprouve le besoin de vous faire part de tout ce que j'ai pu observer.

M. Double, déjà fatigué mardi matin, affligé de la maladie de son beau-frère, avait déjeûné sans appétit et n'avait véritablement presque rien pris. Cependant, il assista, comme vous le savez, à notre dernière séance ; et, emporté par son activité, il tint encore à voir plusieurs malades en sortant.

Avant le dîner, assis dans le jardin du maréchal Soult, entre lui et madame la maréchale, il ressentit un malaise qui un instant lui donna l'idée de se retirer ; mais habitué à se vaincre, il voulut rester, et quelques minutes après, tomba sur le sable, en perte complète de connaissance.

Relevé et entouré des soins les plus empressés, il refusa de voir le médecin qui était accouru à la nouvelle de cet accident, et fut transporté chez lui. Il s'opposa formellement à ce que l'on prévînt ses enfans, qui étaient à la campagne, ni aucun médecin.

Ignorant complètement tout ce qui s'était passé la veille, je fus le voir mercredi, et le trouvai au lit dans une chambre peu éclairée, tranquille et sans inquiétude. Il me raconta lui-même tout ce que je viens de dire, ajoutant que son état était peu grave, et qu'il espérait en triompher facilement en provoquant, soit par les urines, soit par les sueurs, une crise qui, dans ses idées, devait être prochaine et salutaire. En vain, lui représentant que l'on ne peut être juge dans sa propre cause, je l'engageai à consulter le médecin qui, deux ans avant, l'avait traité d'une pneumonie grave, en vain je lui citai l'exemple de deux malades, que j'avais vus la veille même, atteints de congestion pulmonaire, et dont l'état s'était rapidement amélioré sous l'influence d'une saignée pratiquée immédiatement, il persista dans l'intention de ne suivre aucun conseil.

Le jeudi, je me présentai pour voir M. Double, il ne recevait personne. J'appris, par son fils, que les sueurs et les urines étaient abondantes ; qu'il avait rendu des crachats sanglans auxquels il avait fait peu d'attention, les présumant venir de l'arrière-bouche, et qu'il était sans inquiétude.

Le vendredi, je ne pus le voir encore, mais apprenant que son état était le même, j'insistai auprès de son fils pour que l'on fît une consultation ; mais celui-ci ne crut pas avoir assez d'ascendant sur son père pour pouvoir l'y déterminer.

Le samedi matin, vers dix heures et demie, je fus reçu dans son salon ; il était couché sur un canapé, entouré de sa famille ; il était excité, la parole était rapide et brève, le pouls fréquent, le visage altéré. On me montra un crachat noir, rendu par expectoration, et composé évidemment de sang presque pur. Il témoigna la volonté d'être saigné le lendemain, seulement si son état n'était pas amendé. Je le pressai d'y consentir aussitôt, mais il refusa.. M. Roux, arrivé sur ces entrefaites, pensa comme moi, que le sang venait du parenchyme pulmonaire ; mais toutes nos instances pour lui pratiquer cette saignée que nous jugions tous deux nécessaires furent vaines ; il persistait dans sa manière de voir, et après avoir voulu que nous examinassions l'urine, qui était effectivement très copieuse : « Amussat, me dit-il, je vous attends demain à huit heures pour me saigner si je ne vais pas mieux. »

Je le revis à deux heures de l'après-midi le même jour ; je trouvai le pouls fréquent, la face altérée, la parole mal articulée, la langue déjà âpre et sèche, je renouvelai mes instances pour que M. Andral fût averti aussitôt. Le fils et la fille de M. Double se joignirent inutilement à moi, nous n'obtînmes qu'un refus : il persistait dans ses idées.

Le soir, à dix heures, les crachats étaient muqueux ; ils ne contenaient point de sang ; l'état physique et moral était à peu près le même.

Dimanche matin, M. Double, ai-je dit, m'avait assigné rendez-vous pour huit heures. A sept heures il m'envoyait chercher ; j'étais chez lui à sept heures et demi. Il éprouvait une oppression assez forte, mais n'accusait aucun point de côté ; le pouls était large, développé, battait 94 fois à la minute. M. Double voulait être saigné, et de préférence du bras gauche. Je le suppliai d'appeler M. Andral ; je voulais qu'une consultation eût lieu pour déterminer le diagnostic et régler le traitement avant de rien faire. Son refus fut complet et positif. Examinez vous-même, me dit-il. La percussion et l'auscultation ne m'apprirent rien de particulier. La respiration et la circulation me parurent embarrassées sans me fournir aucun signe caractéristique. Je pratiquai la saignée conseillée la veille inutilement par M. Roux et moi. A mesure que le sang s'écoulait il en résultait un peu de soulagement, et une teinte verdâtre se montrait déjà à la surface du liquide avant la fin de l'opération.

En me retirant, je témoignai néanmoins toutes mes craintes à la famille, et malgré les refus si souvent réitérés du malade, je déclarai que je ne pouvais continuer à exécuter ses volontés. J'obtins de ses enfans de faire venir M. Andral. Je fus moi-même le chercher à l'hôpital de la Charité. M. Andral entra seul, et fit croire à M. Double qu'il venait par hasard, ayant appris son indisposition à l'hôpital, et en ami plutôt qu'en médecin. M. Double lui répondit : Je reçois l'ami et le médecin.

M. Andral examina donc le malade. Il approuva la saignée (le sang était couvert d'une couenne épaisse). Il ne fit aucune prescription nouvelle ; seulement il insista sur l'administration d'un lavement laxatif que j'avais conseillé. Il convint de revoir M. Double le soir, et nous prîmes ensemble rendez-vous pour lundi matin.

Peu de temps après son départ, M. Double se leva, se transporta de lui-même dans la salle à manger pour prendre part au déjeûner de ses enfans. Il mangea un demi-bol à peu près de semoule au lait préparée par son ordre, et se retira bientôt dans sa chambre, disant à ses enfans de continuer leur repas et qu'il allait se coucher.

Lorsqu'ils revinrent auprès de lui sans inquiétude, ils furent frappés d'un changement subit ; ils remarquèrent une altération profonde des traits et reconnurent du dérangement dans ses idées, du trouble dans ses souvenirs.

Cependant le malade, tourmenté par la soif, buvait abondamment ; les envies d'uriner étaient très fréquentes, et toutes les demi-heures il continuait à se lever de son lit, à sortir de sa chambre et à se rendre seul dans un cabinet éloigné pour satisfaire à ce besoin.

A une heure et demie, je trouvai une aggravation très grande ; les yeux étaient fixes, la bouche déformée, la parole difficile, les réponses lentes. Seulement alors, moitié par persuasion, moitié par contrainte, nous obtînmes, son fils et moi, qu'il satisfît à son besoin d'uriner debout à côté de son lit, et ses forces n'étant plus suffisantes, nous dûmes l'y replacer nous-mêmes.

Je proposai de nouveau un lavement purgatif et des sinapismes ; il refusa positivement de se laisser appliquer les sinapismes qui étaient préparés, et consentit au lavement qui cependant fut mal pris. Il témoigna lui-même le désir d'en reprendre un second le soir. Resté auprès de lui jusqu'à quatre heures, je fus témoin d'une aggravation progressive, et déjà la respiration devenait bruyante, l'expectoration difficile. Cependant il refusait obstinément de se laisser soulever la tête sur un oreiller, et je ne pus y parvenir que par subterfuge sans qu'il s'en aperçût.

Je retournai chercher M. Andral, qui me fit donner rendez-vous pour huit heures et demie. A sept heures, appelé de nouveau en hâte par la famille, il était auprès du malade auquel il fit appliquer des sinapismes, deux vésicatoires aux cuisses, et prescrivit une potion antispasmodique.

J'arrivai moi-même à huit heures et demie ; je trouvai auprès de M. Double M. Danyau fils, qui lui donnait ses soins.

L'intelligence était encore libre par momens ; mais la respiration beaucoup plus embarrassée, la déglutition difficile, le ventre ballonné. Un second lavement purgatif fut donné et rendu involontairement en partie quelques instans après.

MM. Andral, Chomel et Fouquier arrivèrent successivement. Le malade ne les reconnaît point. Nous prescrivîmes une potion stibiée qu'on n'eut pas le temps d'administrer. L'agonie, qui commençait à se déclarer, ne permettait plus dès l'arrivée de ces messieurs qu'un examen incomplet ; et M. Double expira sous nos yeux, à onze heures du soir, immédiatement après la consultation, ayant conservé presque jusqu'au dernier moment la force de volonté qui le caractérisait.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi médicinal des huiles de poisson.

Il résulte de nombreuses observations recueillies depuis plusieurs années par M. Vingtrinier, vice-président de la Société d'émulation de Rouen, que ces huiles méritent la confiance que leur accordent les praticiens du Nord.

C'est spécialement dans les affections du système lymphatique que l'huile de foie de raie ou de morue paraîtrait agir énergiquement : M. Vingtrinier dit l'avoir vue guérir des engorgemens considérables, des ganglions mésentériques, les tubercules pulmonaires au premier degré de leur développement, des indurations de la glande mammaire, et aussi des maladies des os.

Voici les formules employées au dépôt dit de *la Cambre*, près Bruxelles.

1°	Pr.	Huile de poisson,	60 grammes.
		Poudre de gomme arabique,	15 id.
		Eau commune,	60 id.
		Essence de menthe poivrée,	2 gouttes.
		Sirop simple,	45 grammes.

M. et F. S. A. une potion émulsive.

Cette potion, dont les doses sont appropriées à la force des adultes, est administrée par cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

2°	Pr.	Décoction de salep,	125 grammes.
		Sirop simple,	30 id.
		Huile de poisson,	68 id.

M. S. A.

Cette mixture se prend, comme la potion précédente, par cuillerées à bouche dans la journée.

On emploie aussi l'huile de poisson à l'extérieur, en frictions.

Préparation et emploi thérapeutique de l'iodure double d'arsenic et de mercure.

M. Donovan a proposé d'employer contre la lèpre, le lupus, le psoriasis, la combinaison d'iodure de mercure et d'iodure d'arsenic, obtenue comme il suit :

Solution d'iodo-arsénite de mercure.

Pr.	Arsenic métallique,	158 milligrammes.
	Mercure métallique,	400
	Iode,	1305

On triture l'arsenic pulvérisé avec le mercure et l'iode et un peu d'alcool ; on continue la trituration jusqu'à ce que la masse soit desséchée. On délaie dans cent grammes d'eau distillée. Après avoir trituré un moment, on ajoute l'acide iodhydrique préparé par l'acidification de treize centigrammes d'iode, et l'on fait bouillir quelques instans ; on ajoute, après le refroidissement, assez d'eau distillée pour que la solution froide soit exactement de cent grammes.

M. Soubeiran a prouvé que le composé qui était en dissolution résultait de l'union du biiodure de mercure (iodure mercurique) avec l'iodide arsénieux, et il a, d'après cela, proposé la modification suivante au procédé de M. Donovan.

Pr.	Iodide arsénieux,	1 gramme.
	Iodure mercurique,	1
	Eau distillée,	98

Après avoir délayé les deux iodures dans un peu d'eau, on verse dessus de l'eau bouillante qui les dissout ; on filtre et on ajoute quantité suffisante d'eau pour obtenir cent grammes de liqueur.

Potion de Donovan.

Pr.	Solution d'iodo-arsénite mercurique,	4 grammes.
	Eau distillée,	80
	Sirop de gingembre,	16

M. et F. S. A.

Cette potion contient quatre centigrammes (quatre cinquièmes de grain) de chacun des iodures ; elle se prescrit à la dose de trois ou quatre cuillerées par jour.

La solution d'iodo-arsénite mercurique a été essayée contre les affections syphilitiques à l'hôpital des Vénériens de Paris. M. Bouchardat pense que l'iodo-arsénite de potassium mériterait de lui être préféré.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Moyen de constater la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue.

M. Stein indique le moyen suivant :

On traite au moins cent vingt-cinq grammes (quatre onces) de l'huile à examiner par un excès de solution de potasse moyennement étendue, et on chauffe jusqu'à ce que la totalité du liquide ait été évaporée, mais en ayant soin toutefois de ne pas élever la température au point de porter le mélange à l'ébullition. On recueille ensuite le résidu de cette évaporation, on le jette par portions dans un grand creuset, et on procède à sa carbonisation, en prenant la précaution, vers la fin de l'opération, de placer sur le creuset un couvercle qui s'y adapte bien exactement, afin de prévenir la volatilisation de la combinaison d'iode formée. Alors, on fait bouillir à plusieurs reprises le résidu charbonneux avec de l'alcool, après quoi on réunit les décoctés et on les fait évaporer jusqu'à siccité. On fait dissoudre le nouveau résidu dans une très petite quantité d'eau distillée ; on sursature la dissolution par une légère dose d'acide sulfurique, et l'on y ajoute alors ou du carbure de soufre, ou bien un peu d'empois récent avec une goutte d'une solution de chlorure de chaux. De cette manière, on découvre la moindre trace d'iode, et l'on s'assure qu'en effet l'huile de foie de morue pure en contient toujours une trace.

Pilules de Blaud.

Un des plus habiles pharmaciens-chimistes de notre époque, M. Baissenot fils, de Châlons-sur-Saône, a apporté une modification dans la préparation des pilules ferrugineuses dites de Blaud ; il les prépare d'après la formule suivante :

Pr. Carbonate de potasse, 15 grammes.
Sulfate de fer cristallisé, 15 id.
Poudre de gomme adragante, 2 id.

On pulvérise le carbonate de potasse en y ajoutant la poudre de gomme adragante ; lorsque la poudre de fer est bien préparée, on y mêle le sulfate de fer pulvérisé séparément, et on convertit le mélange bien intime des trois substances à l'aide d'une suffisante quantité de sirop simple, en une masse parfaitement homogène, de consistance convenable, que l'on divise ensuite en pilules. Cette masse doit, selon M. le docteur Blaud, être divisée en quarante-huit pilules, et en quatre-vingt-seize d'après M. le professeur Soubeiran, les pilules faites d'après la formule de Blaud étant beaucoup trop grosses.

Dans ce mélange, la gomme adragante agit à la manière d'un vernis et préserve le sel ferreux de toute oxidation. En effet, des pilules préparées depuis long-temps en suivant ce procédé ont présenté à l'examen le fer à l'état de proto-carbonate.

Obsèques de M. Double.

Les obsèques de M. Double ont eu lieu aujourd'hui dans l'église Saint-Thomas-d'Aquin, d'où le cortége s'est dirigé vers le cimetière du Père Lachaise, au milieu d'une affluence considérable de médecins et de personnages de distinction.

Plusieurs officiers généraux, parmi lesquels nous avons remarqué M. le général Excelmans, suivaient le cortége, où se trouvaient aussi M. le colonel Naudet, chef du cabinet du ministre de la guerre, et M. Girod de l'Ain. L'illustre maréchal Soult était représenté par son aide-de-camp, M. le lieutenant-colonel de Tinan. Parmi les savans ou médecins, nous avons remarqué MM. Arago, Andral, Bousquet, Brierre de Boismont, Civiale, Al. Dupuis, Dubois, Ferrus, Gauthier de Claubry, Leroy-d'Etiolles, Lisfranc, Magendie, Pariset, Piorry, Rayer, Serres, etc., etc.

M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine, M. Roux, au nom de l'Académie des sciences, et M. Jules Guérin ont prononcé chacun un discours sur sa tombe.

M. Double était membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences, membre de la Légion d'Honneur, etc., auteur d'un Traité de Séméïotique estimé, et s'était fait distinguer dans les discussions par la sagesse et la dignité de ses paroles. Il était *académique* dans la bonne acception du mot. On sait qu'il avait refusé la pairie à cause de la condition qu'on avait cru devoir lui imposer d'abandonner l'exercice de sa profession. Rapporteur du projet de loi sur l'enseignement de la médecine, il résista avec énergie aux envahissemens de l'École, et fit preuve, en cette occasion, de fermeté et d'indépendance.

M. Double avait un caractère froid, mais il était obligeant et juste. Un grand nombre de ses confrères et plusieurs chirurgiens militaires ont été fort heureux de l'avoir pour protecteur.

Un incident qui a produit une sensation assez vive, s'est passé à l'église. Le malheureux fils de M. Double, qui est capitaine d'artillerie, et dont on avait remarqué la vive affliction, s'est trouvé mal, et c'est avec peine qu'il a pu continuer à remplir son pieux et pénible devoir.

Chronique.

— *Une razzia chez les pharmaciens.* Il y a quinze jours environ, le jury médical, assisté comme d'habitude d'un agent de police, s'est transporté dans les officines de Marseille, où il a fait main-basse sur les ordonnances formulées d'après l'ancien système ; et, sans égard pour l'âge des médecins, sans aucun avertissement préalable, on les a livrées entre les mains du procureur du roi. Dix-neuf médecins ont ainsi été pris d'un seul coup de filet, et huit d'entre eux ont déjà comparu devant la police municipale. On cite avantageusement les noms de quelques pharmaciens qui auraient opposé à cet acte une résistance honorable.

Les deux sociétés de médecine royale et académique se sont émues à l'annonce de ce fait, et, dans leur impuissance, elles ont laissé au corps médical le soin de se suffire à lui-même. Les médecins et pharmaciens se sont réunis en grand nombre ; M. Th. Beullac a été nommé président ; des commissions ont été nommées pour la défense des intérêts médicaux, et un jugement a été rendu, par lequel les ordonnances des médecins ayant été considérées comme un dépôt sacré contenant sur les maladies des familles des confidences qu'il ne devait pas être permis de livrer au public, les poursuites ont été annulées.

Le ministère public a dès lors suspendu la poursuite des faits analogues, et en a, dit-on, appelé devant la Cour de cassation.

Il en est résulté, ajoute-t-on, une ligue *offensive* et *défensive* de la majorité des médecins et pharmaciens ; *défensive*, contre les *razzias* de cette espèce qui ne devraient être tolérées que contre les *Beni-Salem* ou autres ; *offensive*, pour attaquer la légalité du jury lui-même.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de cette affaire.

— M. Double était aussi réservé dans ses paroles que ferme dans ses opinions ; aussi devait-il être et a-t-il été récemment injurié par l'honnête et anonyme calomniateur de profession et son porte-plume imbécile.

Correspondance.

Description d'un état particulier du col de la vessie, très difficile rendant l'introduction des sondes Fausses routes. Dangers du cathétérisme forcé.

Monsieur le Rédacteur,

Puisque M. Mayor a oublié, ainsi que le constate sa lettre insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 de ce mois, ce qui s'est passé il y a quelques années, je vais le lui rappeler, et je vous prie de donner une place à cette réponse dans votre prochain numéro. Je vous demanderai en même temps la permission de compléter la communication qui a si vivement courroucé notre confrère de Lausanne.

Lorsque je montrai à la Société de médecine pratique la pièce d'anatomie pathologique dont il est question dans la *Gazette des Hopitaux* du 28 mai, j'appelai l'attention de nos confrères sur cinq déchirures profondes qu'on remarquait dans l'urètre : les unes pénétrant dans la vessie, les autres dans une cavité située entre le rectum et le réservoir de l'urine, cavité assez grande pour admettre un gros œuf d'oie.

Je fis remarquer sur cette pièce que je conserve : 1° que le col de la vessie offre une de ces dispositions qui rendent le cathétérisme extrêmement difficile, même pour ceux qui ont l'habitude de pratiquer ces opérations. Par suite de l'inflammation dont il a été le siége pendant long-temps, il forme dans la prostatique de l'urètre devenue plus large qu'elle ne l'est ordinairement un bourrelet très saillant au centre duquel se trouve placé l'orifice vésical.

2° Que les lobes latéraux de la prostate sont triplés de volume, tandis que le lobe est réduit à environ un centimètre d'épaisseur.

3° Que les deux premières fausses routes avaient été faites avec une sonde-Mayor n° 4 : l'une à la paroi supérieure de la portion prostatique de l'urètre, pénétrant entre la vessie et le pubis ; l'autre à la paroi inférieure de l'urètre dans la même région, pénétrant entre le réservoir de l'urine et le rectum.

Quoique dans l'espace de quinze ans j'eusse traité et guéri environ douze cents malades atteints d'affections qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile, je me voyais pour la première fois dans l'impossibilité de faire pénétrer une sonde dans la vessie. Après avoir bien constaté l'état des choses et ne pouvant, malgré les instances qui m'étaient faites, me décider à prolonger l'une des fausses routes jusque dans la vessie, je demandai qu'un autre chirurgien me fût adjoint pour examiner de nouveau le malade.

Les deux premières fausses-routes qui avaient été faites avec un cathéter d'étain, étaient tellement larges que le troisième confrère, M. C., y engagea sa sonde sans s'en apercevoir, en niant leur existence; et malgré mes observations, il prolongea jusque dans la vessie la fausse route postérieure. Ne voulant pas laisser de sonde à demeure, après avoir donné issue à une grande quantité d'urine et de sang, il retira la sonde dont il s'était servi ; et le lendemain, en ma présence, il la fit pénétrer de nouveau dans la vessie par la fausse route antérieure ; je m'en aperçus en suivant de l'œil la direction du pavillon de sa sonde, et je l'en avertis.

La terminaison funeste de la maladie et l'autopsie ont prouvé que le diagnostic et le pronostic portés par moi étaient plus justes que ceux du troisième chirurgien, qui prétendait qu'il n'y avait pas de fausse route dans l'urètre, et que le malade aurait recouvré la santé au bout de huit jours.

Un confrère ayant dit, quand je fis cette communication à la Société de Médecine Pratique, qu'on attribuait trop de gravité aux fausses routes, qu'elles sont beaucoup moins dangereuses qu'on ne le croit, je fus naturellement amené à rappeler les deux faits dont j'avais parlé en 1835 à cette Société, et au sujet desquels M. Mayor ne crut pas devoir réclamer à cette époque. Je répondis que les fausses routes entraînaient très souvent des accidens graves ; que par le cathétérisme forcé, lorsque les rétrécissemens offraient une certaine résistance, il était arrivé que, sans le savoir, le chirurgien avait déchiré l'urètre et fait pénétrer sa sonde dans la vessie. J'ajoutai que, deux fois à ma connaissance, un semblable accident était arrivé à M. Mayor lui-même : la première fois dans mon cabinet, en juin 1835, sur un capitaine hollandais, M. Roeps, qui désirait essayer du cathétérisme forcé, et que m'avait adressé M. Alquié, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou. M. Mayor m'avait assuré formellement, malgré les doutes que j'avais exprimé « qu'il franchirait avec l'une de ses sondes d'étain tout » espèce de rétrécissement, et en deux ou trois minutes. » Cependant, après une demi-heure de souffrances atroces pour le malade, ses tentatives n'eurent pour résultat qu'une fausse route d'environ deux centimètres de longueur et qui fut suivie d'accidens inflammatoires tels, qu'il fallut avoir recours aux antiphlogistiques et à tous les moyens appropriés.

Je parlai ensuite du second malade, le nommé Portat, à l'autopsie duquel j'avais assisté, et je racontai ce que j'avais entendu dire à M. Cloquet, et ce que M. Mayor aurait entendu comme moi, s'il avait voulu m'accompagner à l'hospice clinique, ainsi que je le lui proposai, en le quittant, une heure avant l'ouverture du cadavre.

Par conséquent, lorsque j'ai dit que M. Mayor avait fait une fausse route d'environ sept centimètres de long, et pénétré dans la vessie par le bas-fond, j'ai simplement répété ce que M. Cloquet avait dit devant moi, en présence d'un grand nombre d'élèves. Il ajouta même, et ce sont ses expressions textuelles, « que cette fausse route expliquait pourquoi le malade n'urinait pas mieux lorsque M. Mayor eut retiré la sonde qu'avant son introduction. » Ces explications suffisent, j'espère, pour prouver que mes assertions ne sont pas fausses, et que j'ai puisé mes renseignemens à une source sûre ; je n'ai *rapporté que ce que j'ai vu et entendu*. Si l'un de nous manque de mémoire dans cette circonstance, c'est assurément lui. Je lui ferai observer en terminant, qu'il est d'une susceptibilité plus grande aujourd'hui qu'il ne l'était en 1835, lorsque je parlai la première fois de ces faits à la Société de médecine pratique. Il ne réclama pas à cette époque, ainsi que je l'ai dit plus haut, et il agit sagement.

Je ne releverai pas ce que M. Mayor dit de ses prinsipes sur le cathétérisme ; *le cathétérisme avec des sondes d'autant plus volumineuses que le rétrécissement est plus difficile à franchir*, est apprécié maintenant comme il mérite de l'être. Tous les chirurgiens savaient avant qu'il le dit que dans certains cas une grosse sonde pénètre plus facilement qu'une petite ; mais dans ces cas on ne doit pas user de violence. Si l'on emploie une bougie de métal, c'est autant le poids de l'instrument que la main du chirurgien qui doit la faire arriver dans la vessie.

Agréez, etc.

GUILLON, D.-M.-P.,
Chirurgien consultant du roi.

Paris, le 11 juin 1842.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'OBSTÉTRIQUE, DES MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS. Mai 1842.

I. *Mémoire sur la péritonite essentielle chez les jeunes filles;* par M. le docteur DUPARCQUE.

On admet généralement qu'il n'existe pas de péritonite essentielle, surtout chez les jeunes sujets. Tous les faits publiés ont trait à des péritonites secondaires ou consécutives. M. Duparcque, dans ce travail s'est efforcé de détruire cette opinion et d'établir que la péritonite aiguë, essentielle ou idiopathique, peut exister et sévir particulièrement dans le jeune âge. C'est dans l'observation qu'il a trouvé la solution de cette question. Mais avant d'exposer les résultats de sa pratique, il signale en peu de mots les causes qui ont pu induire les praticiens dans l'erreur; ces causes, il les résume dans l'absence de faits typiques, dans la rareté absolue ou relative des cas, dans les signes communs ou trompeurs, et dans la privation des moyens propres à éclairer positivement le diagnostic.

« Si je n'apporte à l'appui de mon opinion; dit-il, que cinq faits, c'est que j'ai voulu ne prendre dans un plus grand nombre que j'ai observé, que ceux qui offrent des garanties : 1° pour trois d'entre eux, de présenter la sanction de l'examen cadavérique ; 2° pour les deux autres où la guérison a pu être obtenue, de présenter une analogie des plus incontestables avec les précédens sous tous les rapports, et à part seulement la terminaison funeste ; 3° pour tous, d'avoir été recueillis et notés avec la plus scrupuleuse exactitude. Ils suffiront pour prouver que la péritonite essentielle et idiopathique peut exister chez les enfans, que chez eux, cette maladie peut se montrer avec les caractères d'invasion brusque, de symptômes intenses, de marche rapide, de terminaison funeste et de désordres locaux et profonds que l'on observe dans les péritonites, suites de couche ou de perforation. Ils prouveront aussi qu'on peut espérer par un traitement convenable de prévenir l'issue, autrement inévitablement funeste, de cette grave maladie. »

Le numéro des *annales* que nous avons sous les yeux ne renfermant encore que deux observations, nous renvoyons à une prochaine revue l'exposé général de tous les faits.

II. *Bec de lèvre latéral gauche. Opération, trente heures après la naissance. Guérison*, par M. GODEFROY, (de Rennes).

On est loin d'être d'accord sur l'âge auquel on doit opérer le bec de lièvre : les uns avec Garengeot, Dionis, Richeraud, conseillent d'attendre que l'enfant ait de trois à cinq ans; les autres avec Ledran, Roonhuisen, M. Richard de Nancy, conseillent au contraire d'opérer de très bonne heure. Ce n'est pas ici le moment d'exposer les motifs qu'on a fait valoir à l'appui de chacune de ces opinions. Disons seulement que M. Godefroy s'est décidé à opérer de si bonne heure, parce que la lèvre était divisée dans toute sa hauteur et la narine gauche était aplatie; difformité assez désagréable et qui répugnait à la mère, et qui de plus était un obstacle à la succion du mamelon; d'un autre côté, parce que l'enfant serait plus tranquille et plus facile à nourrir à la cuiller les premiers jours de sa naissance que quelques semaines plus tard.

Sept jours après l'opération, la réunion était parfaite, et deux jours après, l'enfant put exécuter fort bien la succion. — La semaine suivante, la lèvre jouissait de tous ses mouvemens. Notons, que pendant le traitement, lorsque l'enfant criait, sa garde avait le soin de lui prendre les joues entre l'indicateur et le pouce, afin de faire froncer les lèvres et de contrebalancer ainsi la tension produite par les cris.

« Le résultat que j'ai obtenu en agissant ainsi, dit M. Godefroy, m'engage à conseiller la même conduite, tant par la crainte de la difformité et de l'allaitement artificiel, que pour eviter aux mères le chagrin que leur cause la vue de leur enfant et les sots propos des commères. »

III. *Plaie pénétrante de l'abdomen intéressant l'utérus sur une femme enceinte de huit mois et demi;* par M. Avenel (de Rouen).

Une couturière âgée de vingt ans, arrivée à huit mois et demi de sa première grossesse, fut blessée par le tranchet d'un cordonnier. M. Avenel, après l'examen de la plaie et de l'instrument, pensa que celui-ci avait pénétré dans l'abdomen à la profondeur de sept centimètres.

« La plaie, située à onze millimètres en dehors et un peu au-dessous de l'ombilic, avait deux centimètres un quart d'étendue; elle était obliquement dirigée de bas en haut, suivant la direction des dernières fibres du muscle grand oblique, d'avant en arrière et de dedans en dehors, sur le côté droit de la ligne blanche avec l'axe de laquelle elle formait un angle d'environ 15 degrés. L'instrument avait divisé de dehors en dedans, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les rameaux de l'épigastrique qui le tapissent, les branches vasculaires et nerveuses sus-aponévrotiques de la même origine, l'aponévrose, toute l'épaisseur du muscle sterno-pubien droit, le péritoine et l'utérus immédiatement placé derrière lui pendant la gestation dans les derniers mois; l'extrémité supérieure de la solution de continuité se trouvait donc à un peu moins de trois centimètres du tronc de l'artère hypogastrique. »

Lorsque M. Avenel fut appelé, il constata les phénomènes suivants : pâleur de la face, lipothymie, vomissement, tremblement nerveux, traces abondantes de sang sur les linges, douleurs très-vives dans l'abdomen. Le ventre était très distendu, et la plaie donnait issue à une hernie du volume d'un gros œuf de poule, constituée par l'épiploon et une anse intestinale exempte de toute lésion. Cette hernie augmentait à chaque mouvement d'inspiration quelque faible qu'il fût. L'utérus qui, avant l'accident était, au dire de la malade, en avant et un peu à droite, s'était depuis logé dans l'hypochondre et la fausse iliaque gauches.

M. Avenel s'est fondé pour admettre l'existence de la lésion de la matrice, sur la position de cet organe avant la blessure, sur son déplacement instantané, sur les mouvements désordonnés du fœtus, sur les douleurs utérines, lombaires, iliaques, sur le poids existant sur le siége, et plus encore sur l'écoulement sanguin abondant qui eut lieu par les parties sexuelles.

Les parties herniées furent aussitôt réduites; mais cette réduction ne put être complète; et M. Avenel fut obligé de retrancher une portion de l'épiploon qu'il ne put parvenir à faire rentrer dans le ventre. La plaie fut dès lors exactement réunie. (Saignée du bras, deux applications de vingt sangsues.)

Un pareil accident devait avoir pour conséquence l'accouchement prématuré. C'est en effet ce qui arriva le lendemain de l'accident. Il fallut recourir à l'application du forceps. Le fœtus avait échappé à l'action de l'instrument tranchant. — A l'époque de la fièvre de lait parurent quelques symptômes de mètrite et la suppression de l'écoulement. — Dix jours après l'accident, la femme était parfaitement guérie.

IV. *Grossesse extra-utérine.— Fœtus resté au moins trente ans dans le ventre de la mère.*

Une femme âgée de soixante-dix ans, est reçue dans le service de M. Blache, portant dans la fosse iliaque gauche une tumeur volumineuse qui date de trente ans. Depuis quelques mois, les douleurs sont très vives, l'abdomen tendu, très douloureux au toucher, fluctuant, les membres inférieurs sont œdématiés. Cette malade n'a eu qu'un enfant à l'âge de vingt sept ans; l'apparition de la tumeur a eu lieu, dit elle, à quarante ans, et la cessation des règles à cinquante. La mort a eu lieu le 25 septembre, due à une péritonite. On avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire; à l'ouverture du cadavre, on trouva que la tumeur était composée des débris du fœtus. Presque tous les os étaient encore réunis par des ligamens, et le squelette était enroulé sur lui-même; le bassin et les membres abdominaux occupaient la partie postérieure de la tumeur, l'occiput, la partie antérieure; la tête constituait la plus grande partie de la masse.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS; numéros du 28 mai et du 4 juin 1842.

I. *Note sur la phthisie dans le nord de l'Afrique;* par M. GUYON, membre de la commission scientifique de l'Algérie.

La phthisie n'est pas très répandue dans le nord de l'Afrique. D'après les observations qu'il a faites, M. Guyon pense que le climat de ce pays n'est pas favorable au développement de cette maladie, et, par contre, qu'il pourrait être utile aux phthisiques au moins au même titre que les climats de Nice, d'Hyères et de Montpellier.

Les habitans du nord de l'Afrique pensent, que l'usage de l'eau de citerne pourrait donner lieu à la phthisie; aussi, font-ils un usage exclusif de l'eau de fontaine qui pourtant est toujours plus ou moins trouble pour peu qu'il pleuve, tandis que celle de citerne est constamment d'une limpidité remarquable.

Les indigènes croient à l'efficacité de plusieurs plantes; mais M. Guyon n'en a trouvé aucune qui jouisse réellement de quelque action appréciable. Comme applications locales usitées en pareil cas, M. Guyon mentionne la cautérisation actuelle et l'usage d'une sorte d'emplâtre dans lequel entre, comme partie active, la poudre de canelle.

« Dans les contrées où croît le *pistacia alantica*, cellés du sud, aux limites du désert, on expose les malades à la chaleur produite par le feu fait avec les jeunes pousses de cet arbre, dont toutes les parties contiennent un principe aromatique très développé. Ailleurs, chez les Biskris, par exemple, on met les malades dans des trous pratiqués dans le sable, et qui ont été préalablement chauffés; on y laisse les malades plus ou moins de temps, de manière à les y faire suer abondamment; après quoi, ils sont enveloppés de couvertures de laine qui entretiennent, pendant quelque temps, la transpiration qui a été provoquée dans les trous. »

Dans le nord de l'Afrique, on croit à la contagion de la phthisie; aussi a-t-on l'habitude de brûler les vêtemens et autres objets qui ont appartenu aux malades.

Cette note est terminée par une statistique des phthisiques morts à Alger, dans la population civile, pendant les années 1838, 1839, 1840, 1841. M. Guyon prévient, que les chiffres qui établissent cette statistique que nous allons reproduire, doivent être au-dessous de la vérité, du moins pour la population indigène.

Année 1838. — Maures, 13; Juifs, 7; Européens, 23. Total, 43.—La mortalité générale de la ville a été de 1,112 individus; savoir : Maures, 571; Juifs, 137; Européens, 404, dont 158 Français

Année 1839. — Maures, 17; Juifs, 1; Européens, 35 Total, 53.—La mortalité générale de la ville a été de 1,915 individus; savoir : Maures, 818; Juifs, 172; Européens, 920, dont 580 Français.

Année 1840. — Maures, 14; Juifs, 4; Européens, 23. Total, 41.—La mortalité générale de la ville a été de 1,707 individus; savoir : Maures, 857; Juifs, 172; Européens, 678, dont 593 Français.

Année 1841. — Maures, 34, Juifs, 7; Européens, 56. Total, 97. — La mortalité générale de la ville a été de 1,944 individus; savoir : Maures, 931; Juifs, 221; Européens, 792, dont 402 Français.

II. *Cas extraordinaire de catalepsie, avec transport des sens, observé à Caen; communiqué par le docteur Duvard.*

Ce fait est remarquable à plus d'un titre. Nous avons la conviction que nos lecteurs nous sauront gré de l'exposer avec quelques détails.

Mademoiselle Mélanie, âgée d'environ vingt-deux ans, était en proie depuis quelque temps à des accès d'hystérie qui alternaient avec des attaques de catalepsie, lorsqu'elle donna des signes non équivoques de somnambulisme naturel. « Quelques jours après les premiers accès de somnambulisme, je trouvai, dit M. Duvard, mademoiselle Mélanie, dans l'état cataleptique, et ayant alors porté la main à la région épigastrique, j'observai que son visage prenait une expression de douleur. J'appuyai alors la bouche sur le creux de l'estomac, et j'adressai à la malade plusieurs questions auxquelles elle me répondit juste, à ma grande surprise; car, bien que j'eusse lu la plupart des faits de ce genre consignés dans les annales de la science, je n'y avais pas ajouté foi, et j'avais supposé que les auteurs qui les avaient racontés, s'étaient laissé tromper ou avaient voulu en imposer. » Si, à cette déclaration du médecin nous ajoutons, que mademoiselle Mélanie ne pouvait avoir l'intention d'en imposer, (« c'était une jeune personne très pieuse qui, avant sa maladie, n'avait jamais entendu parler de catalepsie ni de magnétisme animal, et qui, quand on lui a parlé de ce dernier agent comme d'un moyen propre à la guérir, en lui expliquant ce que c'était, a toujours dit que c'était de la *bêtise*, ») les faits que nous allons relater ne peuvent manquer d'inspirer de la confiance.

M. Duvard s'étant donc entouré de toutes les précautions capables de constater l'authenticité de ses observations, fit une série d'expériences qu'il relate dans son travail Ce sont les résultats de ces expériences que nous allons faire connaître.

La sensibilité était nulle dans les téguments et les parties sous-jacentes, pour toutes les parties du corps, excepté le creux de l'estomac, la paume des mains et la plante des pieds. Ainsi, on pouvait pincer la peau, y enfoncer des épingles, arracher des cheveux, presser la racine des ongles, titiller les ailes du nez, les lèvres et les oreilles, etc., sans que la malade indiquât par aucun signe qu'elle sentait ce qu'on faisait. Si, au contraire, on touchait même avec les barbes d'une plume, le creux de l'estomac, la paume des mains ou la plante des pieds, la malade retirait aussitôt cet objet, et son visage indiquait que cela lui déplaisait. Si l'on plaçait le bouton d'une bouteille de Leyde chargée sur les parties sensitives, la malade faisait un violent saut, et quelquefois elle se réveillait momentanément, mais elle restait immobile quand on déchargeait la bouteille sur toute autre partie du corps.

Le sens de l'ouïe paraissait nul quand on cherchait à exciter l'oreille; mais si l'on agitait une sonnette sur une des régions sensitives, le visage de la malade indiquait qu'elle entendait ce bruit, si on lui parlait même assez bas en posant les lèvres sur une de ces parties, elle entendait tout ce qu'on lui disait et répondait avec justesse. Il n'était pas nécessaire, pour que la malade entendît ce qu'on lui disait, qu'il y eût contact immédiat entre les lèvres de la personne qui lui parlait et la région sensitive à laquelle cette personne s'adressait : « Souvent, dit M. Duvard, j'ai fait usage d'un long bâton, d'une verge de fer, placés comme conducteur du son entre ma bouche et le pied de la malade, qui m'entendait très bien, quoique je parlasse souvent tellement bas, que les personnes situées entre la tête de la malade et moi, ne pouvaient entendre ce que je disais. De même, si, tenant une de ses mains dans une des miennes, de manière à ce que la paume d'une main fût en contact avec celle de l'autre, je lui parlais en appuyant la bouche sur mon bras, elle entendait ce que je disais; mais elle ne m'entendait pas quand je répétais l'expérience en appuyant les lèvres sur le bras du côté opposé de mon corps. La même chose avait lieu quand c'était une autre personne qui lui parlait en posant les lèvres alternativement sur chacun de mes bras..... Jamais aucune des réponses de mademoiselle Mélanie n'a indiqué qu'elle eût cette clairvoyance que quelques magnétiseurs attribuent à leurs compères somnambules. »

Le goût et l'odorat étaient nuls quand on cherchait à stimuler les organes au milieu desquels ces deux sens s'exercent habituellement; mais ils étaient très développés dans les régions sensitives que nous avons deja indiquées. Ainsi, on pouvait placer sur la langue des objets d'un goût agréable ou désagréable sans que rien indiquât que la malade en éprouvait la moindre sensation; il en était de même si on remplissait les narines de tabac, d'asa fatida, si on plaçait sous le nez un flacon d'éther, de vinaigre radical, d'ammoniaque concentré. Mais si on plaçait sur une des régions sensitives une petite quantité d'un corps sapide, la malade en percevait la saveur presque immédiatement, et son visage indiquait si c'était de son goût ou non.

« Lorsqu'on la questionnait sur la nature du corps ainsi soumis à son examen, elle le nommait si elle le connaissait, et disait, que c'était bon ou mauvais; si elle ne le connaissait pas, elle indiquait l'effet produit sur les organes du goût. Ainsi, lui ayant mis plusieurs fois dans la main des pastilles de gingembre qu'elle ne connaissait point, elle me dit toujours que c'était mauvais, que cela lui brûlait la langue et la gorge, ce qui la faisait tousser. Dans la même séance, elle a reconnu successivement et nommé des sirops diacode, de vinaigre, de gomme et de capillaire, du vin, de l'eau, de l'eau sucrée, de l'eau de fleurs d'oranger, de l'eau de Sedlitz, une potion éthérée, de la gelée de groseilles, etc., bien que, pour chaque expérience, je ne misse qu'une ou deux gouttes de chaque liquide dans le creux de sa main. Elle reconnaissait de même au goût les corps solides, surtout quand ils étaient légèrement mouillés, et elle semblait les savourer avec plaisir quand ils étaient de son goût, tandis qu'elle faisait la grimace lorsqu'il en était autrement. — Si l'on plaçait quelques grains de tabac sur la plante du pied ou dans la main, elle éternuait presque aussitôt; elle distinguait fort bien de cette manière le tabac de la régie du tabac anglais, bien qu'elle eût rarement senti l'un ou l'autre. Lorsqu'on plaçait contre la plante du pied le goulot d'un flacon d'ammoniaque, elle se plaignait de la mauvaise odeur qui, presque aussitôt, la faisait tousser, tandis qu'elle restait immobile si l'on versait quelques gouttes du liquide sur la jambe, même quand on l'y laissait assez long-temps pour produire la vésication de la peau.

» Bien que les résultats de mes premières expériences m'eussent porté à croire qu'il y avait chez mademoiselle Mélanie transport de la vision aussi bien que des autres sens, je me suis ensuite convaincu qu'il n'en était pas ainsi, et que, ce que j'avais d'abord considéré comme l'effet de la vision, n'était que le résultat d'une sensibilité tactile excessivement développée.

» Lorsqu'on écartait les paupières et qu'on touchait le globe oculaire, les paupières cherchaient à se rapprocher, et si, pendant qu'elles étaient écartées, on approchait une lumière de l'œil, l'iris se contractait légèrement. Cependant rien n'indiquait que la malade vît ce qui l'entourait, et l'on pouvait menacer de frapper l'œil avec un instrument quelconque sans déterminer

aucun mouvement. Dans les accès avec roideur tétanique, les paupières et l'iris restaient immobiles, même quand on approchait de l'œil une vive lumière. — Si l'on plaçait un objet quelconque sur une des régions sensitives et qu'on demandât à la malade si elle voyait cet objet, elle répondait que oui, et presque toujours elle nommait cet objet quand elle le connaissait, ou bien elle le décrivait assez exactement quand elle ne le connaissait pas. Ainsi, elle reconnaissait toujours une montre placée au creux de l'estomac ou dans la main; elle disait, sans jamais se tromper, si cette montre était d'or ou d'argent, si elle marchait ou si elle était arrêtée. Quand on lui demandait quelle heure il était à cette montre, elle répondait assez juste, quant à l'heure de la journée qu'elle savait toujours, même quand elle était dans l'état cataleptique depuis plusieurs heures; mais elle se trompait toujours quand on dérangeait les aiguilles de la montre, de manière à ce qu'elles ne marquassent pas l'heure de la journée. Elle reconnaissait et nommait toutes les pièces de monnaie qu'on plaçait dans sa main; mais elle ne pouvait dire au règne de quel souverain appartenaient ces pièces. Elle distinguait un morceau de soie d'un morceau de drap; mais elle ne pouvait indiquer la couleur de ces tissus. Dans la seconde séance de mes expériences, elle réussit, après s'être long temps plaint que cela la fatiguait de lire, à épeler le mot *commerce*, écrit en gros caractères et placé au creux de l'estomac; mais dans les expériences suivantes, elle ne put jamais distinguer les lettres de l'alphabet écrites séparément et placées successivement sur une des régions sensitives. — Si on lui demandait combien de personnes il y avait dans la chambre, elle répondait juste, et nommait ces personnes si elle les connaissait, même lorsque plusieurs d'elles étaient arrivées depuis le début de l'accès; mais elle se trompait souvent quand on lui disait d'indiquer la position et l'occupation de chacune de ces personnes. Toutes les fois que je lui ai demandé si elle voyait le siége de son mal, si elle pouvait le décrire et indiquer ce qu'il fallait faire pour la guérir, elle m'a répondu que non, et que c'était mon affaire et non la sienne, que je devais mieux connaître qu'elle la nature de sa maladie, etc. »

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Juin 1842.

I. *Quelques observations d'asthme intermittent disparaissant rapidement sous l'influence du sulfate de quinine;* par M. MAXIME SIMON.

Les faits rapportés par l'auteur se sont présentés à son observation dans un temps où il existait un assez grand nombre de fièvres intermittentes.

Première observation. M. l'abbé P..., d'une constitution éminemment nerveuse, après quelques jours d'un malaise général, se sent pris d'oppression, d'abord légère; cette oppression prend de l'intensité, s'accompagne d'un violent mal de tête, et persiste pendant plusieurs heures; puis, tout cesse et le malade repose tranquillement. Les nuits suivantes, exactement à la même heure, les mêmes accidens se renouvellent avec des degrés divers d'intensité et disparaissent de la même manière. M. P... eut ainsi quinze ou vingt accès de suffocation, sans qu'il opposât à ces accidens rien autre chose que le datura stramonium fumé et quelques bains de pieds synapisés. « Considérant, dit M. Simon, d'une part, la régularité des accès de suffocation, d'une autre, les circonstances endémiques au milieu desquelles celle-ci était survenue, nous nous crûmes suffisamment autorisé à conseiller au malade le sulfate de quinine, que nous prescrivîmes à doses assez élevées. » La nuit qui suivit la première administration du médicament, l'accès d'asthme fut et plus court, et moins intense. Le lendemain, l'accès manqua à peu près complètement. Cependant, le sulfate de quinine fut encore administré pendant huit jours, et aucun accident ne vint troubler le repos de la nuit.

Deuxième observation. Une femme, âgée de soixante-dix ans, est prise sans symptômes antécédens d'une certaine difficulté de respirer qui se transforme bientôt en une oppression réelle. Cet état s'était répété régulièrement, à la même heure, pendant huit jours, à divers degrés d'intensité, lorsque M. Simon fut appelé. L'examen de la poitrine de la malade, permit de constater une respiration petite avec quelques râles sibilans disséminés çà et là dans la poitrine. Il existait en même temps une anxiété précordiale marquée: toute la cage thoracique se soulevait avec un effort pénible; la face était pâle et anxieuse. Ces accidens duraient quatre ou cinq heures avec des rémissions plus ou moins fréquentes, puis, tout rentrait dans l'ordre. — Le sulfate de quinine fut administré comme dans le cas précédent. Dès la troisième prise, toute la dyspnée disparut.

Troisième observation. Une jeune femme est prise au quatrième mois de sa grossesse d'une gêne de la respiration qui ne tarde pas d'aboutir à une véritable suffocation. Cet accident arrive chaque nuit à une heure fixe, et dure plusieurs heures presque sans rémission. Craignant qu'une suffocation aussi violente et souvent répétée ne finît par exercer une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, M. Simon eut recours au sulfate de quinine associé à l'opium, « en prescrivant ensemble une pilule de sel de quinine et une pilule de cynoglosse: deux centigrammes d'extrait gommeux d'opium dans celle-ci, et deux décigrammes de sulfate de quinine dans celle-là. » Dès la nuit suivante, le sommeil fut bon, et on ne constata aucune dyspnée.

A ces trois faits, M. Simon en ajoute un autre qui se trouve consigné dans Strack (*obs. de febrib. intermittentibus*, obs. 54), et qui est en tout conforme à ceux qui précèdent. « Un homme, âgé de trente-six ans, fut pris, le 15 mai 1752, d'une grande difficulté de respirer, avec anxiété considérable et astriction de la région précordiale: pouls petit et fréquent. On lui pratique une saignée et il boit abondamment d'une boisson apéritive. Le jour suivant, calme, respiration normale. Le troisième jour, l'asthme paraît de nouveau, ainsi que le cinquième, des intervalles égaux séparant les accès. » Le sulfate de quinine est administré, et l'asthme avait cessé après quelques jours de l'emploi de ce médicament.

II. *Des cancers superficiels qu'on croyait profonds.*

Cet article est textuellement extrait du premier volume de la *Clinique chirurgicale* de M. Lisfranc.

III. *Transmission héréditaire d'un vice de conformation des mains et des pieds par diminution du nombre des doigts, d'un bec de lièvre double avec division de la voûte et du voile du palais, et enfin d'un ectropion de la paupière supérieure des deux yeux;* par M. le docteur M. J. PICARD.

Dans les premiers jours du mois de juin 1839, le nommé Duchatel amena à la consultation de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, pour le faire opérer d'un bec de lièvre, son fils, âgé de trois mois, qui porte de nombreuses anomalies de conformation en tout semblables à celle de son père.

Duchatel a eu cinq frères ou sœurs qui ne présentent aucun vice de conformation.

Son père et sa mère en étaient aussi exempts, et il n'en connaît aucun exemple dans sa famille.

A l'âge de dix ans, Duchatel fut opéré par M. Roux d'un bec de lièvre double, qu'il dit avoir été absolument semblable à celui de son fils.

« Duchatel a, depuis sa naissance, un ectropion peu considérable de la paupière supérieure des deux yeux; son fils a hérité de cette difformité.

» Duchatel a, à l'une et à l'autre main, un pouce libre et peu difforme; il a aussi des deux côtés un annulaire et un auriculaire, mais ils sont soudés; à droite, on sent en arrière, entre les os de ces deux doigts une rainure assez profonde; à gauche, on ne sent de rainure qu'aux extrémités du double doigt; au milieu, leur soudure est complète. A droite, les articulations de ces deux doigts jouissent de tous leurs mouvemens; à gauche, l'articulation métacarpo-phalangienne seule est mobile. Tous les métacarpiens de la main droite existent séparés; la tête du deuxième est saillante; on sent à peine celle du troisième. Les tendons extenseurs de l'index et du médius semblent exister, mais réduits à un très petit volume. Les deuxième et troisième métacarpiens de la main gauche semblent confondus et soudés; ils se terminent par une légère saillie: le premier, le quatrième et le cinquième sont libres et distincts. On sent également bien les battemens des artères radiales et cubitales des deux côtés.... .

» Les mains de l'enfant sont un peu moins mal conformées que celles du père; il y a très peu de différence entre la droite et la gauche; un seul doigt ne s'est point développé; c'est le médius; encore existe-t-il des deux côtés un rudiment de la première phalange de ce doigt; cette phalange avortée a une forme conique et est soudée avec la première phalange de l'annulaire. Des deux côtés, le pouce et l'index sont soudés; une rainure assez profonde sépare en avant et en arrière les os de ces deux doigts, mais on ne peut les mouvoir isolément; pour s'accommoder à la longueur du pouce, l'index est courbé sur lui même: des deux côtés aussi l'annulaire et l'auriculaire sont unis; à droite, cette union a lieu seulement par l'intermédiaire des parties molles, les phalanges des deux doigts restant distinctes, tandis qu'à gauche les os sont soudés et seulement séparés en avant et en arrière par une rainure. Ces quatre doigts ainsi accouplés, sont mobiles; il est inutile de dire que tous les métacarpiens existent. L'état des artères n'a point été examiné. En comparant les mains du père et celles de l'enfant, on ne peut s'empêcher de remarquer que, chez ce dernier, tout en se perfectionnant, elles conservent entre elles les mêmes rapports que celles du père.

» Duchatel père n'a au pied droit que deux orteils, le premier et le dernier; les extrémités de ces deux orteils se rapprochent et forment comme une sorte de pince; la première phalange du gros orteil semble être articulée avec les deux premiers métatarsiens soudés entre eux, on ne sent pas le troisième métatarsien, le quatrième est petit, sa tête fait une légère saillie sur la peau; le cinquième supporte le petit orteil dont les phalanges sont fortement fléchies et incarnées en dedans. Au pied gauche, il n'y a aussi que deux orteils, le premier et le dernier; le petit orteil, plus volumineux que celui du pied droit, est comme lui fléchi et incarné en dedans; le gros orteil présente une disposition curieuse: cet orteil est évidemment double: on sent sur son milieu une rainure qui indique la fusion des os: il y a deux ongles: on sent enfin la saillie de deux tendons extenseurs; l'extrémité de l'orteil est régulièrement arrondie, et ses deux moitiés sont égales et semblables.......

» Le pied droit de l'enfant n'a que le premier et le dernier orteil; à gauche, le premier, le quatrième et le cinquième existent. Les phalanges de ces deux derniers sont soudées. Il semble que tous les métatarsiens existent aux deux pieds. »

L'EXAMINATEUR MÉDICAL, — nº du 29 mai 1842.

I. *Note sur un cas remarquable de rétention d'urine, pour servir à l'histoire anatomique des rétrécissemens de l'urètre, et de la ponction hypogastrique de la vessie;* observation recueillie dans le service de M. PÉTREQUIN, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Un vieillard, âgé de 63 ans, est admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour des douleurs de ventre. On reconnait qu'il n'urine pas. Le cathétérisme tenté à plusieurs reprises reste sans résultat, et ne fait qu'augmenter les douleurs du malade. Constatant que la région hypogastrique était le siége d'une vive douleur et d'une sensibilité morbide extrême; que le ventre était développé, légèrement tendu, et très douloureux à la moindre pression, M. Pétrequin porta son attention; 1º sur l'urètre; 2º sur la vessie. Nous devons ajouter que le malade était affecté d'une hydrocèle du côté gauche, d'une date ancienne, qui gênait l'introduction du cathéter.

On commence par dilater un rétrécissement qui existe au méat. Ce premier obstacle étant surmonté, toutes les autres tentatives de cathétérisme n'aboutissent qu'à faire pénétrer le bec de l'instrument jusqu'au dessous du pubis. On constate sur ce point un rétrécissement « qui s'annonce comme devant être considérable, et son orifice très fin, si toutefois il n'est pas presque oblitéré. »

La vessie est examinée avec soin d'abord par l'hypogastre; et quoique cette région soit développée et que la percussion y dénote de la matité jusqu'à trois pouces environ (8 centimètres) de l'ombilic, on ne rencontre point au dessus de la symphyse cette saillie, ce relief qui caractérisent les distensions morbides du réservoir urinaire. M. Pétrequin se livra ensuite à des explorations par le rectum. De nouvelles tentatives de cathétérisme furent faites; mais ce fut en vain, on ne put point parvenir dans la vessie. On se proposait de recourir à la ponction par la méthode recto-vésicale, lorsque des accidens généraux survinrent, et firent périr le malade trois jours après son entrée dans l'hôpital.

Autopsie. — Hydrocèle. — La tunique vaginale renferme un liquide séreux, assez limpide, dans lequel nage un corps parfaitement isolé, obrond, de la grosseur d'un pois, et d'une structure cartilagineuse. Le testicule est évidemment à demi atrophié.

Région hypogastrique. Le péritoine descend à six ou sept lignes (1 centimètre) du pubis. Le tissu cellulaire sous-pariétal est considérablement épaissi, et conserve des traces évidentes d'inflammation. L'épaisseur de ce tissu s'élève à près de trois pouces au-dessus de la symphyse. On y constatait encore de la matité.

La vessie est profondément enfoncée dans le petit bassin; elle contient un peu de liquide. Elle ne forme qu'un relief étroit, peu sensible du côté du rectum. Sa gravité régulièrement rétrécie égale, au plus, le volume de deux noix; ses parois sont fortement épaissies; on y constate des traces manifestes d'une cystite chronique.

L'urètre présente une coloration foncée de la muqueuse; en avant du ligament de Carcassone, sous les pubis, existe un rétrécissement considérable qui n'aurait pu admettre une bougie d'un diamètre d'une demi ligne (1 millimètre): sa longueur est d'environ quatre à cinq lignes (10 millimètres); il offre deux brides situées à la partie inférieure. La muqueuse est épaissie, ainsi que le tissu cellulaire sous-muqueux, le rétrécissement a une consistance comme fibreuse, très dense. — En avant existe une fausse route dans le bulbe, dont le cul-de-sac est déchiré. Cette fausse route avait été diagnostiquée sur le vivant. Au delà du rétrécissement, le canal n'était pas sensiblement développé, ce qui fit penser que l'urine devait être sécrétée en petite quantité, ou qu'elle devait être retenue par quelque obstacle placé plus haut.

Dans les réflexions qui se trouvent à la suite de cette observation, M. Pétrequin s'occupe; 1º du point où il convient d'enfoncer le trocart dans la ponction sus-pubienne de la vessie; 2º du siége des rétrécissemens de l'urètre. Sur la première question, il propose d'introduire le trocart courbe de frère Come, presque immédiatement au dessus des os pubiens, sans quoi l'on s'expose à léser le repli du péritoine, qui descend ordinairement assez bas, et l'on craint toutes les chances défavorables d'une plaie pénétrante de l'abdomen, et cela sans avantage réel, sans motif suffisant. — Quant au siége des rétrécissemens, c'est à peu près neuf fois sur dix qu'on les rencontre à quatre pouces et demi (0, 12); et d'après les mesures prises par l'auteur sur le cadavre, c'est à l'extrémité du bulbe que correspond alors la sonde.

» Ajoutons, dit M. Pétrequin en terminant, que l'observation qui précède paraît peu favorable à l'appréciation de la méthode de Ducamp. Cet homme avait eu le canal cautérisé à plusieurs reprises, et bien qu'il ait été momentanément guéri, on voit que les parois de l'urètre avaient passé à l'état fibreux, et s'étaient de nouveau rétrécies de manière à produire la rétention d'urine, et ne permettre l'introduction d'aucune sonde. »

II. *Asile des aliénés de Marseille. — Service de* MM. GIRAUD et AUBANEL.

Première observation. — Lypémanie, hallucinations, craintes imaginaires; déchirure spontanée de l'estomac. Mort subite. — Une femme, agée de cinquante deux ans, devient triste et mélancolique à la suite du départ d'un de ses enfans pour l'armée. Bientôt des symptômes de folie se déclarent; des craintes imaginaires la poursuivent jour et nuit; cependant peu de mois après son admission à l'hôpital, on constata une amélioration telle, qu'on jugea convenable de la faire sortir. Mais à peine rentrée chez elle, les extravagances recommencèrent avec une nouvelle intensité; et peu de temps après, « elle fut prise subitement, un quart d'heure après avoir mangé, d'une douleur extrêmement aiguë vers la région épigastrique; elle se tordait, se roulait sur le sol criant: *Oh! mon ventre! mon ventre me fait mal.* Au même instant survinrent des vomissemens très abondans, suivis de fortes déjections alvines; les traits du visage bientôt se décomposèrent, le pouls devint imperceptible: une sueur froide s'empara de tout le corps, et en moins d'une heure la malade avait cessé de vivre. »

A l'autopsie, le cerveau fut trouvé à l'état normal, et ne put en aucune manière expliquer l'état de folie de cette femme. — L'estomac, revenu sur lui-même, offre sur sa face extérieure, tout près du grand cul de sac, une rupture elliptique qui a au moins deux pouces de circonférence; les bords en sont nets, parfaitement réguliers; la membrane péritonéale vient s'y terminer d'une manière manifeste. La muqueuse est sensiblement ramollie dans tout le pourtour de l'ouverture et de plus en ce point, et dans l'étendue de trois pouces, elle est le siége d'une forte coloration. Du reste, aucune ulcération, aucune trace de lésion organique.

Deuxième observation. — *Idiotie et épilepsie, rumination, carreau, entérite, mort.* — Joseph Coche, âgé de vingt sept ans, entre dans l'Asile, le 6 mars 1835. Cet homme à la fois idiot et épileptique, n'a d'humain que la structure organique, et encore manque-t-elle de régularité par rapport à la tête qui était aplatie en arrière et sur les côtés; rien de plus stupide que l'expression de ses traits. Il n'avait jamais parlé; quand on s'approchait de lui, il reculait, portait ses bras en avant, faisait entendre un sourd murmure, puis un grincement de dents, et exprimait aussi le sentiment de la peur. Rien n'était plus dégoûtant que sa voracité; il mangeait, ou plutôt il dévorait tout ce qui tombait sous sa main, terre, bois, savon, matières fécales, etc. Il avalait sa nourriture sans mâcher; mais quelques instans après il portait sa main sur la région épigastrique, la pressait fortement, et par ce moyen ramenait une seconde fois les alimens dans sa bouche, il les mâchait, et exerçait ainsi une sorte de *rumination*. Dans les premiers jours de cette année, ce malheureux commença à maigrir, il restait blotti dans un coin, et refusait toute nourriture. Il mourut le 10 mars.

Autopsie. — « *Tête:* volume ordinaire, mais épaisseur considérable des os du crâne, et principalement du frontal. *Cerveau:* grosseur moyenne; défaut de symétrie remarquable entre les deux hémisphères, le gauche offre un plus grand développement que le droit, surtout dans sa partie postérieure; les circonvolutions n'ont pas un volume moindre qu'à l'état normal, elles sont parfaitement égales des deux côtés; mais les anfractuosités ont à peine un demi-pouce de profondeur; la couleur et la consistance de la pulpe cérébrale n'ont subi aucune modification. Les ventricules sont étroits. » Nous passons sous silence l'examen qui a été fait des autres organes. — « Les résultats de cette autopsie, disent MM. Giraud et Aubanel, sont assez satisfaisans pour nous expliquer l'état d'idiotie porté chez Coche jusqu'à la dégradation la plus complète; mais nous ne sommes pas aussi heureux pour l'épilepsie, et l'exploration du

cerveau et de ses membranes, quoique faite avec le plus grand soin, ne nous a rien découvert sur la nature si obscure de cette cruelle affection. Ce n'est pas la première fois, même lorsque l'individu succombe au milieu des attaques, que nous ne trouvons aucune lésion appréciable dans le cerveau et ses dépendances.

Revue médicale, juin 1842.

I. *Note pour servir à l'histoire des hallucinations*; par M. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire.

Des faits et considérations qui sont exposés dans cette note, l'auteur conclut : « 1° qu'une hallucination est une perception sans cause externe, et que la définition qu'en a donnée M. Esquirol est encore la meilleure; 2° que la nature est toute spirituelle, et qu'elle est absolument étrangère aux appareils sensitifs, dont l'action est nulle dans sa production; 3° que l'imagination en est la cause principale, et qu'elle la produit tantôt seule, comme lorsqu'il s'agit d'objets chimériques, et tantôt aidée de la mémoire lorsqu'elle se compose d'objets déjà perçus; 4° enfin qu'elle ne saurait être une transformation de la pensée, puisque la pensée, immatérielle par sa nature, n'a point de forme, et ne peut, par conséquent, se transformer, et devenir matérielle comme la sensation considérée dans l'impulsion qui la produit. »

II. *De la mastication et du choix des aliments dans les dyspepsies (digestion lente et pénible)*; par M.-A. Lagasquie.

Ce travail ne renferme rien de nouveau. L'auteur prévient lui-même que les remarques qu'il présente ont été consignées pour la plupart dans divers écrits, et qu'elles n'ont probablement pas manqué de s'offrir aux hommes de l'art dans leur pratique particulière. Cela étant, nous croyons pouvoir nous borner à rapporter ici quelques propositions formulées par M. Lagasquie à la fin de son travail.

« 1° Facilité de bien triturer les alimens dans les dispepsies de tout genre, et particulièrement dans la gastralgie. 2° Le précepte d'exploration ou de tâtonnement avec les diverses substances alimentaires, pour prouver leur digestibilité capricieuse, avant de se résigner à une diète presque toujours nuisible ou dangereuse dans la dyspepsie. 3° La sobriété de pain, et, pour les gastralgiques débilités, l'usage graduellement augmenté de beaucoup de viande combinée avec l'exercice au grand air et une boisson tonique. 4° Le besoin de redoubler d'attention pour établir le diagnostic des gastralgies qui succèdent aux gastrites, et changer aussitôt le régime alimentaire. « Le reste du traitement hygiénique et pharmaceutique de la dyspepsie, se trouve exclu par les termes précis de ce mémoire.

Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires. Volume, 51me année 1841.

Communication de la gale du cheval à l'homme; note envoyée au conseil de santé des armées; par M. le docteur Segond, chirurgien-major du 15me régiment d'artillerie.

« Nous avons eu, dans le régiment, quatre cas de gale, transmise par contagion du cheval à l'homme. Ces militaires avaient été employés, pendant huit jours, au pansage des chevaux galeux, en traitement à l'infirmerie. Deux de ces malades furent dirigés sur l'hôpital militaire pour faire constater l'identité avec la gale ordinaire, et furent soumis au même traitement employé pour ce genre de maladie. L'un fut guéri dans l'espace de quinze jours, et le second après un traitement de douze jours. Les deux autres cas furent traités à l'infirmerie régimentaire par les mêmes moyens thérapeutiques dont nous nous servons pour les gales simples, tels que lotions savonneuses, puis sulfureuses, et frictions avec la pommade antipsorique des hôpitaux militaires. L'un et l'autre en furent complètement débarrassés au bout de douze jours...... J'ose ajouter qu'il n'y a eu aucune méprise de ma part sur la nature de la maladie en question, et que les hommes qui font l'objet de ces quatre observations, m'ont déclaré n'avoir eu aucun bouton, n'avoir senti aucune démangeaison avant leur entrée au service de l'infirmerie, et que ce ne fut que deux ou trois jours après leur sortie qu'ils commencèrent à éprouver des démangeaisons et apercevoir des boutons sur différentes parties de leur corps. D'après cet aperçu, je pense qu'on ne peut attribuer la naissance de ces gales qu'à l'acarus du cheval. »

Exposé des travaux de la société de médecine de Toulouse.

Cas de cancer gélatineux guéri par l'extirpation; par M. le docteur Dieulafoi.

Cette maladie existait depuis long-temps. Lent et gradué dans son principe, son développement avait rapidement marché dans les derniers jours, et avait acquis un volume considérable malgré l'emploi de tous les moyens indiqués dans les circonstances analogues. Le malade, en réclamant les secours de M. Dieulafoi, présentait l'état suivant : constitution générale bonne; tumeur volumineuse ressemblant à un melon ordinaire, gênante plutôt que douloureuse, placée à la partie supérieure de la cuisse gauche. Sa forme, grossièrement arrondie, offrait quelques bosselures; elle était dure, résistante, et s'étendait, d'une part, de 8 centimètres (3 pouces) au-dessus du grand trochanter jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; et de l'autre, de la face interne à la face externe du membre. Libre d'adhérences avec les téguments et les parties sous-jacentes, elle était recouverte par une peau fine, tendue, blanchâtre, que parcouraient dans tous les sens de nombreuses veines variqueuses.

L'ablation seule de cette tumeur pouvait à la fois conjurer ses ravages locaux et sauver la vie au malade. Elle fut faite avec le soin de décrire un lambeau de peau dont l'excédant aurait singulièrement embarrassé; et sans respecter une partie des muscles et de l'aponévrose, sa dissection, quelquefois profonde, n'eut lieu jamais que sur des parties saines. La ligature des artères, la réunion immédiate par la suture sèche et sanglante, le repos absolu du membre, rien ne fut négligé pour amener une guérison rapide, et, le trentième jour après l'opération, la cicatrisation était complètement achevée.

L'examen de la pièce pathologique fit connaître la nature de la tumeur, qu'on n'avait pu encore exactement établir. C'était un cancer gélatineux, formé de plusieurs masses de matière colloïde, tremblante, d'une teinte rose pâle, un peu plus foncée dans quelques points, et d'une consistance plus forte. Ces masses étaient séparées les unes des autres par des espèces de cloisons fibreuses, blanchâtres, et ressemblant assez bien à des aponévroses.

Gazette médicale de Montpellier. 11 Juin 1842.

I. *Note sur un rein à l'état complet d'ossification.*

Un malade, couché au numéro 12, salle Saint-Vincent, succombe aux suites d'une fluxion de poitrine (cachéthès). Le 26 mai, l'autopsie a lieu : un des poumons est complètement hépatisé avec une couleur gris-rouge; en examinant les viscères abdominaux, nous sommes frappés par le volume considérable du rein droit, il est au moins deux fois plus volumineux qu'un rein ordinaire; il nous présente en même temps un état général d'hyperémie.

Le rein gauche paraît d'abord, à la vue, plus petit que de coutume; il est enchatonné, comme à l'état normal, dans une grande quantité de tissu cellulaire et adipeux; voici ce qu'il nous offre de remarquable :

Au toucher, on dirait un véritable kyste osseux; cependant la forme du rein est assez conservée; sa face antérieure présente quelques petites bosselures; la postérieure est assez lisse; sa circonférence nous présente en dedans, dans le point correspondant à la scissure, l'uretère plus rapproché pourtant de son extrémité inférieure que de la supérieure; l'intérieur est une véritable cavité, tapissée par une membrane lisse, mince, qu'on peut détacher en certains points, et qui semble se continuer avec la muqueuse de l'uretère; cette cavité présente une couleur d'un jaune blanchâtre : de l'eau versée dans cette poche passe à travers l'uretère. La substance du rein a complétement disparu : on ne retrouve plus ni substance corticale, ni substance tubuleuse et mamelonnée; on ne peut plus reconnaître ni calices, ni bassinet. Trois parties constituent cette espèce de kyste : à l'extérieur, une membrane de nature fibreuse et qui est l'enveloppe ordinaire du rein; à l'intérieur, une membrane de nature muqueuse; entre-deux, des plaques calcaires tout à fait semblables à celles qui envahissent l'aorte des vieillards : ce gros vaisseau est couché, comme d'habitude, sur le côté gauche de la colonne vertébrale, et ne présente aucune altération; on peut en voir sortir l'artère rénale qui est assez petite. La vessie ne présente rien de particulier.

Cet homme est entré à l'hôpital pour une fluxion de poitrine : interrogé, questionné sur les maladies qu'il avait déjà eues antérieurement, il n'a jamais parlé de douleurs du côté de la région lombaire, de coliques néphrétiques, etc.; pendant son séjour à l'Hôtel Dieu, il ne s'est plaint que de la poitrine, et n'a présenté rien de particulier dans les urines. Peut-on attribuer cette lésion à une inflammation antérieure? Dans tous les cas, elle aurait été bien obscure; et la manière dont la substance du rein aurait pu ainsi disparaître, me semble encore un point aussi obscur : mieux vaut avouer son ignorance, reconnaître que nos organes sont susceptibles de subir une foule de transformations dont les causes sont encore à expliquer. Ce qu'on explique beaucoup mieux, c'est l'hypertrophie de l'autre rein : ces deux organes sont solidaires l'un de l'autre; le gauche ne fonctionnant plus, il fallait bien que le droit y pût suppléer, sécréter la quantité d'urine ordinaire; mais son volume naturel n'aurait pas suffi; aussi, voyons nous que, forcé de fonctionner davantage, il a acquis nécessairement un volume en rapport avec la fonction qu'il avait à remplir. J. B.

II. *Opération traumatique de cataracte sur l'œil droit à la suite d'une chute sur la tête; amblyopie consécutive de l'œil gauche*; par M. Le Calvé.

M. D..., riche propiétaire, habitant une campagne aux environs d'Aix, en Provence, a toujours joui d'une excellente santé. Il est âgé de 31 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1841, il revenait d'Aix, dans son cabriolet, lorsque, arrivé à une lieue de sa campagne, son cheval, effrayé, ayant pris le mors aux dents, M. D... s'élança de sa voiture et tomba sur la partie antérieure et droite de la tête. La chute qu'il fit fut si forte, qu'il resta pendant quelques minutes sans connaissance et sans pouvoir se relever. Lorsqu'il revint à lui, il ressentit une douleur vive et lancinante à la partie droite du front, immédiatement au-dessus de l'orbite.

En arrivant chez lui, M. D... se mit au lit et fit appeler un médecin qui pratiqua une large saignée du bras, ordonna des sinapismes aux pieds, une potion calmante et des lotions résolutives sur la partie douloureuse de la tête qui était le siége d'une forte contusion. Le malade ne put dormir pendant toute la nuit, et, le lendemain, l'œil droit était très enflammé, ne pouvant supporter la lumière, et la vue tout à fait nulle.

On prescrivit l'application de 30 sangsues autour de l'orbite, et des lotions émollientes sur l'œil droit. L'inflammation de cet œil persista pendant plusieurs mois, malgré les moyens énergiques que l'on employa, tels que vésicatoire, séton à la nuque, etc., et ce ne fut que dans le mois d'avril qu'elle céda entièrement; mais la vue n'étant pas revenue, et celle de l'œil gauche s'affaiblissant aussi, M. D... se rendit à Marseille, et réunit en consultation les praticiens les plus distingués de cette ville. Ils crurent reconnaître une amaurose traumatique de l'œil droit, et une amblyopie consécutive commençante de l'œil gauche. En conséquence, ils prescrivirent quelques applications de sangsues et quelques purgatifs salins; plus tard, des vésicatoires volans sur le front, un séton à la nuque, etc.

M. D... fut soumis à ce traitement pendant deux mois, sans amélioration aucune pour l'œil droit, et la vue de l'œil gauche diminuait toujours. Le malade vint alors à Montpellier, où il consulta plusieurs des célébrités médicales et chirurgicales. Les avis furent partagés : les uns crurent à l'existence d'une amaurose; les autres crurent reconnaître une cataracte commençante, avec complication d'amaurose. Le premier avis l'emporta, et le malade fut de nouveau soumis à un traitement révulsif très énergique dont il ne retira aucun bénéfice. Enfin, on finit par lui persuader qu'il avait une cataracte commençante; qu'il fallait attendre qu'elle fût complète, et qu'à cette époque, on aurait recours à l'opération de la cataracte. M. D... se disposait à partir pour retourner chez lui, lorsqu'on lui conseilla de venir me consulter. Voici ce que j'observai : les paupières sont dans l'état normal; les yeux sont proéminens et de couleur foncée; il n'existe aucune injection ni de la conjonctive, ni de la sclérotique. Au toucher, l'œil droit me semble un peu moins dur et moins résistant que l'œil gauche; les deux pupilles sont mobiles, la droite est plus dilatée et un peu moins mobile que la gauche; le fond des yeux ne présente rien d'anormal au premier aspect et à l'œil nu. Une bougie présentée en face des pupilles donne trois images pour l'œil gauche, et deux pour le droit; une antérieure droite, l'autre renversée et située plus profondément. Ayant ensuite examiné à la loupe l'œil droit, je vis flotter dans la chambre postérieure quelque chose qui ressemblait beaucoup aux débris de la capsule antérieure : un examen plus attentif me confirma dans cette opinion. Me rappelant alors la chute que M. D... fit quelques mois auparavant, je fus convaincu que la forte commotion qu'il en éprouva avait déterminé la rupture de la capsule antérieure; que le cristallin s'était abaissé dans le fond de l'œil où il avait sans doute été résorbé. A l'instant, je fis une expérience qui confirma le diagnostic que je viens de porter.

Ayant appliqué au-devant de l'œil droit une lentille bi-convexe, M. D..., qui ne pouvait distinguer qu'à peine de cet œil les plus gros objets, fut très surpris de reconnaître tous les objets de petite dimension que je lui présentai. Il lut avec facilité les plus petits caractères. M. D... fut tellement enchanté, qu'il voulut absolument garder la lunette qui lui avait rendu la vue d'une manière aussi inespérée qu'inattendue pour lui.

Il restait à faire disparaître l'amblyopie de l'œil gauche qui était congestive. Quelques applications de sangsues, des purgatifs, des boissons tempérantes et un régime hygiénique convenable, suffirent pour obtenir une guérison parfaite.

M. D... quitta Montpellier, la vue de l'œil gauche parfaitement rétablie, et voyant très bien de l'œil droit avec une lentille bi-convexe.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales et bulletin de la société de médecine de Gand. Avril 1842.

Observation d'une hypertrophie considérable du rein chez un enfant; par le docteur B. de Brabant.

Un enfant, âgé de huit ans, reçu à l'hôpital des Enfans le 5 avril 1841 présentait un gonflement énorme de l'abdomen qui pouvait faire croire de prime abord à une ascite considérable; rien à cette époque n'annonçait une maladie profonde. Neuf mois auparavant, cet enfant avait commencé à se plaindre de quelques légères douleurs dans l'abdomen auxquelles succéda bientôt une fièvre assez vive. Plus tard on remarqua un peu de distension dans l'abdomen. Le médecin appelé croit à une hydropisie du péritoine et fait un traitement approprié. Cependant le volume du ventre augmente de jour en jour; et l'enfant est conduit à l'hôpital. A sa première visite, M. de Brabant constate un développement considérable de la cavité abdominale, uniformément distendue et sillonnée de veines comme chez les hydropiques. Il n'existe aucune espèce de fluctuation; le ventre est dur; point de raisonnance; point d'œdème, point de trouble dans la circulation; point de dérangement apparent dans la sécrétion urinaire; l'appétit est bon. — Le diagnostic était difficile : cependant M. de Brabant jugea qu'il n'y avait pas d'hydropisie; il était porté à penser que probablement on avait affaire à un engorgement du foie. — Frictions d'onguent mercuriel sur l'abdomen, emploi régulier de quelques purgatifs, remplacés ensuite par les extraits amers. Cependant la santé de l'enfant s'altéra; le ventre changea de forme, et la percussion fit sentir une fluctuation légère, mais profonde et peu appréciable. Les urines restaient parfaitement saines. Enfin la fièvre hectique se déclara, et le malade succomba trois mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — « A l'ouverture de l'abdomen, il ne s'échappe aucune goutte de liquide : les intestins refoulés vers la côté gauche sont recouverts d'une couche assez régulière de matière purulente; leurs circonvolutions adhèrent entre elles par de fausses membranes bien organisées. Du côté droit, nous trouvons une énorme tumeur, du volume d'une tête d'adulte, d'une couleur rouge et uniformément distendue. — Nous constatâmes que cette tumeur n'était autre que le rein droit hypertrophié. Le péritoine qui le recouvre était épaissi et couvert de larges plaques purulentes : par quelques points de sa surface, cette tumeur adhérait au paquet intestinal. Le rein, divisé dans toute sa longueur, donna issue à environ une pinte de pus extrêmement fétide; la cavité qui la contenait n'était point tapissée d'une membrane, et ne communiquait point au dehors; les parois de cette cavité étaient d'une épaisseur de trois pouces; le tissu du rein était profondément désorganisé; la substance corticale se confondait partout avec la tuberculeuse : les cavaux et les cellules étaient détruits; le bassinet, très dilaté, était rempli de pus, l'urètre aplati ne donnait passage à aucun liquide. Dans ce qui regarde le rein gauche, qui se trouvait dans son état normal, il ne présentait aucune dilatation de son uretère. — Le foie, par la pression continuelle du rein malade, était réduit à la moitié de son volume ordinaire. »

Cette observation est remarquable par l'extrême jeunesse du sujet, par l'étendue de la lésion, et surtout par l'absence des troubles fonctionnels qui auraient pu faire soupçonner l'existence de cette lésion.

Annales de gynécologie et de pédiatrique. Mai 1842.

I. *Mon opinion sur les effets du moral de la mère sur le développement du fœtus*; par le docteur Schoenfeld.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développemens qu'il donne à son travail; nous nous bornerons à mentionner les conclusions qu'il en déduit :

1° Comme le sperme et l'ovule portent en eux les élémens des qualités physiques des organismes dont ils se séparent, nous devons conclure qu'ils doivent avoir acquis ces mêmes qualités par l'influence nerveuse qu'ont exercée sur eux les organismes dont ils faisaient partie;

2° Le fœtus fait partie de la mère; il en est un organe passager. Les connexions sanguine, lymphatique et nerveuse entre ces deux organismes, sont des faits acquis à la science;

3° L'existence des organes qui lient le fœtus à la mère étant admise, il s'ensuit qu'il doit y avoir une relation entre ces deux

organismes. (Cette relation doit être même plus étroite que le rapport consensuel que nous remarquons entre l'utérus et l'estomac, entre les testicules et le larynx;)

4° Il est admis que la source des sucs alimentaires pour le fœtus vient de la mère, soit que l'enfant se nourrisse par l'absorption de la liqueur amniotique fournie par l'uterus, soit que ce soit par le fluide apporté par le cordon ombilical;

5° La mère qui peut transmettre par les voies de rapport une predisposition pathologique quelconque au fœtus, peut également lui communiquer les élémens d'une déviation organique;

6° Les causes de l'ordre moral agissant sur la mère, peuvent avoir les mêmes effets que les causes de l'ordre physique, c'est-à-dire ceux de troubler la matière nerveuse et la circulation fœtales;

7° La difformité congéniale peut donc être le résultat d'une perversion de la puissance morale de la mère, dont l'effet a modifié la végétation animale, soit en l'exaltant, soit en l'affaiblissant, soit enfin en la troublant d'une manière quelconque;

8° La difformité, effet de la sensation maternelle, ne rend pas toujours l'image de l'objet qui a produit la commotion sensoriale ou morale de la mère;

9° Les cas où l'on croit avoir rencontré sur le corps de l'enfant l'image de l'objet qui a causé la sensation chez sa mère, doivent être rangés parmi les circonstances particulières de la grossesse, circonstances que l'on rencontre seulement chez quelques femmes. On doit faire sur ces cas la même remarque que sur les femmes qui ne sont réglées périodiquement que pendant la grossesse;

10° On a exagéré de beaucoup l'influence sur la production des anomalies fœtales, des caprices et des désirs non satisfaits des femmes enceintes. Nous ne pensons pas qu'il existe des faits authentiques où l'image de l'objet qui a produit la sensation sur la mère se soit répétée sur le corps du fruit; mais nous admettons qu'un désir non contenté puisse déterminer un trouble dans la végétation animale du fœtus, trouble causé par la perversion des facultés sensoriales ou morales de la mère;

11° Il n'est pas presumable que les secousses morales de la mère puissent exercer un effet immédiat sur des organes déjà parfaitement développés et y déterminer des difformités; mais ces secousses peuvent facilement déterminer des positions vicieuses du fœtus, positions qui, à leur tour, peuvent occasionner des anomalies des formes fœtales, soit par des rétractions musculaires, soit par des adhérences ou par des circonvolutions irrégulières du cordon ombilical;

12° Toutes les difformités congéniales ne sont point le résultat d'un trouble moral ou sensorial de la mère. Ces difformités peuvent provenir de causes externes, d'une disposition pathologique du système sexuel interne de la mère, ou dépendre d'élémens héréditaires des parens.

GIORNALE DELL' J.-R. ISTITUTO LOMBARDO; Fascicolo 5°.

Histoire d'un monstre humain anencéphale qui a vécu pendant dix huit heures.

M. le docteur B. Panizza, professeur à l'Université de Pavie, rapporte : qu'une femme, âgée de trente-quatre ans, robuste, bien portante, et arrivée au terme d'une quatrième grossesse, accoucha le 12 juin 1840, d'un enfant mâle, bien développé et dans un état d'apoplexie légère. Un quart d'heure après, eut lieu la sortie d'un second fœtus du même sexe que le premier, vivant, un peu asphyxié et anencéphale. Les secours de l'art parvinrent à établir la respiration chez ce dernier. Examiné avec soin, il présenta tous les caractères d'un enfant à terme : le tronc, les extrémités, la face et les organes extérieurs des sens étaient parfaitement développés, et l'on ne découvrait aucun autre vice de conformation que l'anenéphalie, par suite de laquelle, la tête immédiatement au dessus des yeux, se terminait brusquement en un plan incliné dirigé vers la nuque; la portion verticale du coronal, des temporaux et de l'occipital manquait totalement, et il n'existait pas la moindre trace des pariétaux. Sur toute cette région, la peau allait en s'amincissant, par degrés, de la periphérie jusqu'au centre où elle se trouvait enfin transformée en une pellicule molle, rougeâtre, entièrement privée de cheveux : ce point central, correspondant à la base du crâne, était légèrement relevé en saillie et formait une sorte de petite tumeur inégale, d'une étendue de trois à quatre centimètres environ (dix-huit lignes) dans son diamètre antero-posterieur, et de vingt six millimètres, à peu près (treize lignes) dans le sens transversal.

Les manifestations vitales consistaient dans les actes suivans : la respiration était régulière et troublée seulement par quelques secousses de hoquet revenant à de longs intervalles; il y avait aphonie; les bruits du cœur et de la circulation étaient normaux; la succion s'exécutait avec facilité, soit que l'on introduisît l'extrémité du petit doigt dans la bouche, soit que l'on donnât le sein à l'enfant, la déglutition était prompte et libre, ainsi que les fonctions du rectum et de la vessie; les paupières offraient des mouvemens lents mais reguliers, les yeux restaient immobiles, on remarquait un mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement à la partie postérieure de la tumeur sincipitale : le premier correspondant à l'expiration, et le second à l'inspiration; le tact était parfait; les mouvemens musculaires de tout le corps étaient forts et réguliers, mais de temps en temps on observait quelques contractions convulsives passagères, particulièrement dans les muscles de la région cervicale postérieure.

Deux heures après la naissance, on fit les expériences suivantes :

1° On détacha une branche de géranium odorant (*Pelargonium tomentosum*), et le suc âcre-amer fourni par la déchirure de ce végétal fut introduit dans la bouche du nouveau-né. Ce dernier le rejeta aussitôt, et, pendant quelque temps à la suite, on put juger aux mouvemens de sa langue et de sa bouche, et aux contorsions manifestes de son visage, qu'il éprouvait un dégoût prononcé;

2° Une bougie allumée ayant été approchée à peu de distance de l'enfant, les yeux suivirent lentement la direction de côté que l'on donnait à la lumière. Par le jet subit d'un rayon lumineux provenant d'une lampe à réflecteur, on vit les paupières se fermer promptement.

3° En pinçant la peau du visage, ou encore, en la touchant légèrement avec une clef, on détermina dans les muscles de la face des mouvemens prononcés et presque convulsifs, et la physionomie prit une expression évidente de déplaisir;

4° Enfin, il fut facile de reconnaître que les sons forts, le bruit excitaient des mouvemens subits chez cet enfant, tandis qu'en sifflant à son oreille, il demeurait tout à fait immobile.

Tous les moyens que l'on put mettre en usage pour lui conserver la vie, restèrent sans succès. Sur les dix heures, c'est-à-dire, deux heures après sa naissance, il suça une certaine quantité de lait, et se maintint en bon état jusqu'au milieu de la nuit; alors, il commença à présenter des signes d'apoplexie. Dans la matinée du 13, il était un peu mieux, et il avala un peu de lait sur les dix heures; mais à midi, les symptômes apoplectiques reparurent avec plus d'intensité, et sur les trois heures, après dix huit heures d'existence, la vie s'éteignit au milieu de quelques légers mouvemens convulsifs.

A l'ouverture du cadavre, les cavités thoracique et abdominale offrirent des organes tels qu'ils doivent se rencontrer chez un nouveau né à terme, et parfaitement développé; seulement, on trouva deux capsules surrénales et un seul rein, et par conséquent une seule artère rénale et un seul uretère. Tout le système nerveux ganglionnaire du thorax et de l'abdomen était à l'état normal : les poumons présentaient les caractères que leur imprime l'exercice de la fonction respiratoire.

L'examen du crâne, dont la base seule existait, comme on l'a vu plus haut, fit voir une petite tumeur molle, rougeâtre, couverte par la peau amincie, et comme divisée en deux lobes latéraux et un median. Après avoir enlevé l'enveloppe générale, qui n'était autre que la continuation de la peau atténuée et confondue pour ainsi dire avec le péricrâne et la dure-mère, on aperçut une substance molle, d'un tissu spongieux cellulo-vasculaire, ayant à l'intérieur des élévations membraneuses de diverses grandeurs, plus où moins remplies de sang, et qui n'étaient que des replis de la pie-mère. On ne découvrit aucune trace de substance cérébrale, puisque les hémisphères cérébraux et le cervelet manquaient tout à fait : mais il n'en était pas de même de la moëlle allongée. Ce dernier organe était conformé autrement qu'il ne l'est ordinairement; à sa partie supérieure, qui était libre, il avait la figure d'une olive, et il se continuait inferieurement avec la moëlle épinière, qui n'offrait rien d'anormal. Cette même moëlle allongée ne présentait pas la plus légère apparence ni du nœud du même nom, ni du point de separation indiquant la naissance de cette portion qu'on appelle la queue de la moëlle allongée, ni de sillons médians ou latéraux, pas plus que d'éminences pyramidales ou olivaires, antérieures ou postérieures, et de corps restiforme; toute sa surface, en un mot, était parfaitement uniforme. Cependant, il n'est pas douteux que cette masse nerveuse devait être considérée comme représentant la moëlle allongée et sa queue, car non seulement elle en occupait la place, mais encore on en voyait partir bien distinctement toutes les paires de nerfs qui y correspondent, c'est-à-dire toutes les paires cérébrales depuis la cinquième jusqu'à la douzième. Tous ces nerfs, tant sous le rapport de leur origine que sous celui de leur direction, étaient comme ils ont l'habitude d'être chez les fœtus à terme; il en était de même à l'égard de leur distribution: ceux de la moelle spinale ne présentaient non plus aucune anomalie sous ce triple rapport.

Quant aux autres nerfs cérébraux, depuis la première jusqu'à la cinquième paire : voici les résultats des recherches faites par M. Panizza. Le nerf olfactif manquait. Les nerfs optiques, séparés entre eux et situés l'un à droite, l'autre à gauche de la selle turcique, se terminaient par une extrémité frangée, atrophiée et libre dans les replis membraneux de la base du crâne, leur atrophie était considérable, mais toutefois moins prononcée dans le voisinage des yeux. Il fut impossible de trouver aucune trace de la troisième et de la quatrième paires dans le crâne; il existait seulement dans les environs des orbites et dans les orbites eux-mêmes, quelques très petits ramaux de la troisième.

Les yeux étaient bien développés, tant pour la forme que pour la grandeur et pour leur structure interne; leurs parties accessoires étaient à l'état normal, à l'exception d'un peu d'atrophie des muscles droits supérieur, interne, inférieur et grand oblique. Les nerfs ciliaires et le ganglion lenticulaire existaient; celui-ci, néanmoins, était un peu plus petit que de coutume. La bouche, la langue, le pharynx et le larynx étaient parfaitement conformés, et la dixième paire de nerfs très développée. Le système sanguin ne différait de l'état normal qu'à la tête seulement, où les carotides internes étaient très petites, à ce point que, dans le voisinage du crâne, elles pouvaient à peine donner passage à une épingle ordinaire; les carotides externes, au contraire, étaient assez développées : les deux artères vertébrales, petites mais régulières, formaient la basilaire et allaient se distribuer à la moelle allongée et aux replis membraneux de la base du crâne. Les veines jugulaires internes étaient un peu volumineuses.

MEDICINISCHE ZEITUNG. 1842, n° 17.

Observation de prosopalgie datant de plusieurs années, guérie par l'arsenic; par M. le docteur KŒNIGSFELD, de Dueren en Prusse.

Une jeune demoiselle, âgée de dix huit ans, qui toujours s'était bien portée et avait été bien réglée, éprouva un refroidissement très grand pendant une promenade dans un lieu élevé et exposé à l'action du vent : il en résulta une forte douleur lancinante dans tout le côté gauche du cœur. Les diaphorétiques et les sinapismes maîtrisèrent assez aisément cet état général; mais il resta une sensibilité douloureuse du côté gauche de la face, sensibilité qui augmenta par le contact accidentel des corps extérieurs ou sous l'influence du vent, jusqu'à devenir une douleur des plus fortes, et qui finit même par se transformer en une prosopalgie bien caractérisée et revenant par accès.

L'application topique des narcotiques, l'usage interne de la quinine, de la belladone, et plus tard du carbonate de fer à doses progressives, ainsi que d'autres médicamens conseillés par divers praticiens, n'amenèrent aucun résultat avantageux. Les accès se reproduisirent plusieurs jours de suite, en s'accompagnant de crampes générales violentes, et ces paroxismes qui duraient souvent une ou même plusieurs heures, firent craindre sérieusement pour la vie de la malade.

Dans cette occurrence fâcheuse, M. le docteur Kœnigsfeld se décida à recourir à l'emploi de l'arsénite de potasse, qu'il fit prendre sous forme de poudre à la dose d'un milligramme, environ (un quarantième de grain), répétée toutes les deux heures, en commençant l'ingestion huit heures avant le moment présumé du retour de l'accès.

Dès la troisième prise, la malade se sentit considérablement soulagée.

Une légère sensation de brûlure dans le creux de l'estomac qui céda peu à l'usage des mucilagineux, fut le seul effet auquel donna lieu l'ingestion du médicament arsénical.

Peu de jours après tout était rentré dans l'ordre.

II. *Emploi du sulfhydrate de chaux contre la teigne maligne.*

Un jeune garçon âgé de sept ans et une demoiselle de onze ans, tous deux atteints depuis plus d'un an d'une teigne maligne qui leur avait été communiquée par une bonne d'enfant, furent confiés aux soins de M. le docteur Duesterberg, de Lippstadt. L'éruption faveuse occupait déjà plus de la moitié du cuir chevelu; les croûtes avaient une couleur blanche brillante, et à l'aide d'une loupe il était facile de distinguer une dépression au centre de chaque favus. Plusieurs places étaient dégarnies de leurs cheveux, et ces derniers, séparés des croûtes, présentaient une racine morbidement tuméfiée.

Un grand nombre de remèdes avait déjà été employés sans aucun succès. Les parens se refusèrent à l'avulsion des cheveux par tous les moyens connus. L'état général des malades paraissait ne se ressentir encore que très peu de l'affection locale, bien que plusieurs des ganglions cervicaux fussent gonflés.

M. Duesterberg, qui, dans des circonstances analogues, avait eu déjà plusieurs fois l'occasion de constater l'action épilatoire du sulfhydrate de chaux, recommandé comme tel par M. le docteur Rudolphe Boettcher, de Francfort-sur-le-Mein, se décida à faire usage de ce topique, mais à titre d'essai seulement. Les deux enfens furent d'abord purgés par le calomélas et le jalap; les cheveux furent coupés avec soin, puis quelques-unes des places malades les plus larges furent enduites de beurre frais, et la tête recouverte d'une vessie.

Au bout de quelques jours, les croûtes s'étant trouvées ramollies furent détachées et entraînées au moyen de lotions savonneuses; alors on appliqua sur les points malades du sulfhydrate de chaux à l'état de bouillie claire, et dans une épaisseur d'un à deux millimètres (une demi-ligne à une ligne) environ; le premier effet de cette application fut une douleur vive, mais elle cessa bientôt.

Huit jours après, la couche hydrosulfurée s'était endurcie : elle fut lavée avec de l'eau de savon; après cette opération on observa que déjà il se trouvait en plusieurs endroits une surface sèche, lisse, et d'un rouge violet; dans d'autres points il existait encore des saillies verruqueuses, coniques, et d'un rouge foncé, desquelles on voyait suinter une lymphe transparente qui se transformait promptement en une exsudation muqueuse. Ces dernières places reçurent une nouvelle application du médicament, et après quelques jours, on leur fit subir une seconde lotion savonneuse. On continua ainsi jusqu'à ce que le cuir chevelu eût revêtu dans tous les points primitivement occupés par le mal les caractères propres à son état normal. Trois semaines du traitement suffirent pour obtenir ce résultat chez le garçon, il en fallut cinq chez la jeune demoiselle. On vit ensuite les points privés de cheveux se recouvrir peu à peu de petits poils fins et laineux. Il n'y eut point de récidive.

M. Duesterberg fait remarquer qu'après l'entière guérison de ces sujets il continua encore pendant quelques mois l'usage des purgatifs et un régime diététique lacté.

SILLIMAN'S JOURNAL.

Observation de phénomènes électriques développés chez une jeune dame.

M. le docteur Hasford, d'Oxford (New-Hampshire), rapporte l'histoire d'une dame chez laquelle, dans la soirée du 23 janvier 1837, tandis que le ciel presentait le magnifique spectacle d'une belle aurore boréale, il se manifesta tout à coup une puissance électrique extraordinaire. Ayant, par hasard, appuyé la main sur un de ses frères, de vives étincelles électriques partirent aussitôt des extrémités de ses doigts, et ce phénomène se répéta avec tous les autres assistans, au nombre desquels se trouvait l'auteur de cette observation.

La faculté électrique ainsi développée chez cette dame persista et alla même en croissant jusqu'à la fin de février; puis à partir de cette époque elle diminua graduellement jusqu'à la fin de mai où elle cessa complètement d'exister.

La quantité de fluide électrique fut variable, pendant tout ce temps, en raison des jours et des circonstances; mais, de la fin de janvier au commencement d'avril, il n'y eut pas un seul instant pendant lequel, sous l'influence de circonstances favorables, on ne vît les phénomènes électriques se reproduire. Les étincelles apparaissaient toutes les fois que quelque corps conducteur se trouvait placé dans la sphère de son activité électrique, et il suffisait qu'elle touchât quelque objet métallique pour qu'aussitôt il s'échappât de ses doigts un courant électrique incessamment accompagné d'une sensation douloureuse; si ensuite elle plaçait son doigt à la distance de deux millimètres (un seizième de pouce environ) du métal, alors il en sortait à chaque seconde une petite étincelle qui, non-seulement était sentie par elle, mais qui pouvait en outre être entendue et aperçue par toutes les personnes présentes. Le même phénomène avait lieu aussi par les pieds, lorsque ces derniers étaient mis en contact avec un métal, malgré les bas et les souliers qui servaient de corps isolans. Lorsqu'elle approchait son doigt d'un globe de laiton, en ayant soin de se placer dans des circonstances favorables, il en partait en un instant une étincelle de cinq centimètres (un pouce et demi) à peu près de longueur. Les étincelles, en général, étaient assez vives et de couleur rutilante, et elles pouvaient se propager jusqu'à un globe métallique en traversant une chaîne composée de quatre personnes.

La dame qui fait le sujet de cette observation avait environ 30 ans; elle était d'une complexion délicate, d'un tempérament nerveux, d'un caractère enjoué; son existence était habituellement sédentaire. Depuis deux ans, elle avait éprouvé de temps en temps des douleurs rhumatismales passagères; et, dans l'automne et l'hiver précédens, elle avait été prise d'une névralgie erratique, qui avait successivement envahi toutes les parties du corps. De temps en temps, elle ressentait une sensation tout à fait semblable à celle qui aurait résulté d'une affusion faite sur le dos avec de l'eau bien chaude. Tous les divers moyens auxquels on eut recours contre cette affection furent employés sans succès, jusqu'au moment où, l'état électrique ayant cédé, le retour du printemps et les forces de la nature dissipèrent un peu la névralgie et l'autre affection. Au mois de novembre 1837, la santé du sujet était meilleure qu'elle n'avait été depuis longues années.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 18 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 72. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. JOBERT (de Lamballe).

Varices traitées par la cautérisation pratiquée avec le caustique de Vienne. Phlébite. Symptômes d'infection purulente. Traitement par l'opium à haute dose. Guérison.

Dans les premiers jours du mois de mai de cette année, est entré dans la salle Saint-Augustin, n° 55, le nommé Girault, âgé de vingt-sept ans, garde moulin. Cet homme, d'une assez chétive constitution, présentait une dilatation variqueuse considérable de la veine saphène interne dans tout son trajet sur la face interne de la jambe gauche. Des rameaux voisins, tous venant se rendre vers cette veine principale, étaient également le siége d'une dilatation considérable.

Cette affection, si peu grave en apparence, devenait pour le malade une telle source d'infirmité, qu'il était désireux, par quelque moyen que ce fût, de s'en voir débarrassé. Voici, en effet, ce qu'il éprouvait :

Après peu d'instans de marche il ressentait de l'engourdissement dans la partie inférieure de la jambe, et il survenait un gonflement considérable par suite de la gêne qu'éprouvait la circulation veineuse. En outre, les œdèmes fréquens, en tendant la peau, y avaient déterminé une espèce de dartre squammeuse qui tourmentait beaucoup le malade. En vain avait-on appliqué un bas lacé; il n'avait déterminé que de la gêne sans aucun bénéfice. M. Jobert, après avoir conseillé en vain tous les moyens palliatifs, céda enfin aux instances de cet homme, et se décida à attaquer la veine malade à l'aide du caustique de Vienne.

Ce fut le 20 mars qu'il pratiqua l'opération; il porta le caustique sur trois points, suivant le trajet de la veine : 1° un peu au-dessous du genou ; 2° vers le milieu de la jambe; et 3° enfin à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole. Le caustique fut maintenu en contact avec la peau pendant vingt-quatre heures et détermina la formation de trois escarres noirâtres, dures au toucher, sèches, et qui ne furent éliminées que lentement. Lorsque le 10 avril elles furent complètement détachées, on vit qu'elles comprenaient dans leur épaisseur la veine contre laquelle était dirigé le traitement. On voyait, en effet, au fond des plaies, les sections pratiquées à la veine.

Dans toute l'étendue de la jambe et à la cuisse jusqu'à sa partie moyenne, la veine paraissait oblitérée; elle était dure au toucher et indolore.

Mais le 11 avril, apparurent des symptômes qui durent fixer l'attention du chirurgien; le trajet de la veine était marqué dans toute son étendue par une rougeur manifeste; au toucher on développait de la douleur; il y avait de la fièvre. M. Jobert prescrivit immédiatement vingt sangsues sur le trajet de la veine au niveau du genou; en même temps il fit appliquer des cataplasmes émolliens sur tout le membre. Un abcès se forma au point où furent appliquées les sangsues; et le 16, en l'ouvrant, M. Jobert donna issue à du pus phlegmoneux de bonne nature.

Tous les accidens semblaient complètement enrayés à la suite de cette espèce de terminaison critique; lorsque, le 22 avril, sans cause connue, l'inflammation se montra de nouveau; la douleur et la rougeur gaguèrent toute la veine saphène interne jusqu'au milieu de la cuisse, et en même temps se montrèrent des symptômes généraux caractéristiques. Le malade eut une nuit agitée, et il éprouva un violent frisson suivi de sueur.

Le 23 au matin, survint un nouveau frisson, suivant de quelques heures seulement le précédent. A la visite, le pouls marquait 120 pulsations; tout le trajet de la veine était dessiné par une ligne rouge livide, et déjà la peau de la face présentait une teinte jaune paille. Vingt-cinq sangsues sur le trajet de la veine. M. Jobert prescrivit en outre le sulfate de quinine, et malgré cette médication, les 25, 26 et 27 avril, de nouveaux frissons survinrent, le pouls était continuellement élevé, la langue était sèche, couverte d'un enduit muqueux; la peau avait pris partout la teinte jaune paille que nous avons déjà signalée sur la face. Le malade présentant une constipation opiniâtre, on prescrivit soixante-quatre grammes d'huile de ricin le 27 avril.

Ce purgatif amena de la diarrée. Le 28 il y eut encore un frisson. Notons que jamais cet accident ne prit un type régulier d'intermittence; le malade était abattu, il avait la face altérée, la voix rauque; la sclérotique était jaune; du reste, aucun organe splanchnique ne paraissait malade. Les plaies des jambes étant comme desséchées, la suppuration paraissait tarie.

M. Jobert, dans ce cas désespéré, et malgré l'abattement du malade, eut recours à une médication dont il avait, dans des cas analogues, obtenu de bons résultats; il prescrivit 2 décigr. d'opium en six pilules, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Dès le 29, le frisson perdit de sa force. Le malade conserva de l'accablement; la diarrhée persistait. (Sinapisme sur la jambe saine; 25 centigr. d'opium; bouillon.

Le 30, pas de frisson, sueur abondante; la diarrhée n'existe plus; les plaies de la jambe restaient grisâtres, mais plus humides.

Jusqu'au 6 mai, la même dose d'opium fut administrée chaque jour, et successivement on vit tous les accidens disparaître, les plaies reprirent un bon aspect, et le 6 un petit accès phlegmoneux situé au-devant de la malléole fut ouvert, et il s'en écoula un pus de bonne nature.

Le 7 mai la face était bonne; la teinte jaune persistait; les forces renaissaient; on put réduire la dose d'opium à un décigramme. Une portion d'alimens solides.

Les jours suivans, les membres supérieurs se couvrirent de plaques d'eczéma, éruption à laquelle le malade a été sujet autrefois; en même temps un point douloureux se montra à la fesse gauche, un abcès s'y forma. Le 11 mai, M. Jobert l'ouvrit, et il en sortit un demi-verre de pus phlegmoneux.

Le 16 mai, toutes les plaies de la jambe étaient cicatrisées; l'abcès de la fesse n'était pas encore guéri. Le malade se leva pour la première fois. (Tous les détails de la maladie ont été recueillis jour par jour par M. Vaussin, interne du service.) Si l'on examine la veine saphène, on voit que jusqu'au milieu de la cuisse elle est oblitérée; on sent qu'elle est réduite en une corde dure, comme fibreuse, roulant sous les doigts. La coloration de la peau sur son trajet reste brune, comme crasseuse. Les varices semblent avoir disparu sur la face interne de la jambe. L'affection dartreuse que nous avons signalée comme siégeant au bas de la jambe, n'a laissé aucune trace.

Le 22 mai, on signe la sortie du malade : la plaie de la fesse est cicatrisée. Ce même jour, M. Jobert recommande au malade de marcher pendant deux heures avant la visite, et voici ce que nous constatons. Le membre ne présente aucun empâtement; aucune des varices se rendent vers la saphène interne ne reparaissent; mais en dehors, au-dessous de la malléole externe, apparaît un paquet de petits rameaux veineux variqueux qui, suivant toute probabilité, devront acquérir plus de volume. Empêcheront-ils le malade de jouir du bénéfice de l'opération qu'il a supportée? C'est ce que la suite démontrera. M. Jobert, qui a examiné dans un travail consciencieusement écrit, la valeur des opérations chirurgicales tentées pour obtenir la cure radicale des varices, craint une récidive qui peut-être déterminera des accidens analogues à ceux que le malade éprouvait, si l'on ne se hâte, comme il l'a conseillé, de soutenir à l'aide d'une compression continue et méthodiquement faite, les vaisseaux veineux superficiels de cette jambe.

FEUILLETON.

Considérations générales sur l'intoxication des marais. et son traitement par les preparations arsénicales; par M. BOUDIN, médecin militaire à Marseille.

La *Gazette des Hôpitaux* du 12 mai dernier a rendu compte d'une leçon pleine d'intérêt faite à l'hôpital Necker par M. Trousseau, et ayant pour objet spécial le traitement des fièvres intermittentes par l'acide arsénieux.

Ce n'est qu'à de longs intervalles que la grande question de la pathologie des marais obtient à l'Ecole de Paris la faveur d'une mention. Ce silence se comprend si l'on considère que, grâce au pavage, les fièvres marécageuses de l'ancienne Lutèce, observées autrefois sur la plus large échelle, et signalées encore sous la *forme pernicieuse* par Baillou en 1573, ont depuis long-temps fait place à la tuberculisation pulmonaire, ainsi qu'à la fièvre typhoïde.

Ces deux dernières affections, beaucoup moins fréquentes autrefois sur les rives de la Seine, comme elles le sont encore aujourd'hui dans les localités marécageuses de la Hollande, de Bresse, de la Corse, de l'Algérie et de l'Inde, absorbent en grande partie à Paris l'attention des hommes de science, de même qu'elles y occupent plus particulièrement le praticien.

La rareté des maladies de marais à Paris, à Londres, à Berlin, explique donc, si elle ne justifie complètement, le peu d'intérêt accordé généralement, dans ces trois métropoles de la civilisation médicale, à une question pathologique dont on ne saisira bien toute l'importance que du jour où l'on aura reconnu cette grande vérité, que l'immense majorité des maladies des pays chauds ne sont autre chose que les expressions variées de l'intoxication des marais.

Une observation superficielle a seule pu faire attribuer à de simples vicissitudes de température les fièvres d'Afrique et de Morée, affections qui, pour avoir été quelquefois observées dans des lieux dépourvus de miasmes, n'en reconnaissaient pas moins constamment une infection contractée sur la partie marécageuse du littoral où s'opérait le débarquement des troupes. On voit à Marseille tous les régimens venant d'Afrique ne produire, long-temps après leur rentrée en France, que des pyrexies périodiques, et se montrer réfractaires à un haut degré aux phlegmasies de poitrine, ainsi qu'à la fièvre typhoïde qui frappent le reste de la garnison. Comment justifier ici la production d'une pathologie exotique sans admettre la théorie de l'intoxication? Disons-le une fois pour toutes : « Quelle que soit la latitude géographique d'un » lieu, il lui faut autre chose que du chaud et du froid pour produire » des *endémies* de fièvres périodiques. » J'insiste sur le mot *endémies*, car certains vents peuvent importer des miasmes dans des localités habituellement saines : il suffit de se rappeler l'*épidémie* de fièvres intermittentes qui, en 1826, se communiqua par les vents d'est de la côte occidentale de la Hollande à la côte orientale de l'Angleterre.

Au milieu de l'indifférence générale de l'Ecole de Paris pour la pathologie des marais, félicitons-nous de voir un esprit aussi distingué que M. Trousseau, nourri d'ailleurs des bonnes traditions médicales à l'école de M. Bretonneau, accorder une attention particulière dans ses leçons à une classe de maladies auxquelles plus de cent mille de nos soldats ont succombé depuis quelques années sur le seul territoire de l'Algérie.

Mais, puisque M. Trousseau a bien voulu me faire l'honneur d'invoquer le témoignage de ma faible autorité, qu'il me soit permis de revenir très succinctement sur divers points sur lesquels je regrette, à mon tour, de ne point partager complètement l'opinion du professeur de la Faculté.

Tout en faisant aux médecins l'appel auquel on ne saurait trop applaudir, de donner gratuitement l'acide arsénieux aux malades indigens, M. Trousseau ne veut pas de la substitution de ce médicament à la quinine, ni dans la pratique des hôpitaux, ni dans la clientelle aisée.

Si l'acide arsénieux, ainsi qu'on ne saurait plus en douter, constitue un agent aussi efficace que dépourvu d'inconvéniens, l'exclusion de son emploi dans les deux circonstances précitées ne me paraît point justifiée. D'une part, il est des fièvres rebelles à la quinine et qui cèdent à l'arsenic; d'autre part, si, comme l'avance M. Trousseau, la guérison radicale d'une fièvre tierce exige une dépense moyenne de *trente francs* en sulfate de quinine, de quel droit le médecin imposera-t-il une telle dépense, si facile à éviter, soit à l'Etat, soit à un client même aisé?

Il est d'ailleurs permis de croire que l'usage des preparations arsénicales n'obtiendra la confiance entière de la classe indigente que du jour où cette dernière verra le médicament administré aux classes élevées. Il y a plus : qu'une épidémie vienne à se déclarer tout-à-coup parmi le peuple après qu'il aura joui du monopole arsénical, et des accusations d'empoisonnement surgiront infailliblement de la foule. Ces diverses considérations me semblent de nature à militer en faveur de l'administration de l'arsenic à tous les malades, sans distinction de rang ni de caste.

Depuis long-temps déjà j'ai substitué d'une manière complète l'acide arsénieux au sulfate de quinine, auquel je n'ai recours que dans certains cas très rares d'insuccès. Plus de mille malades, officiers ou soldats, ont subi ce traitement à l'hôpital de Marseille, sans qu'il en soit jamais résulté le plus léger inconvénient. M. le docteur Cardailbac a traité d'après les mêmes principes plusieurs centaines de fiévreux; enfin plusieurs chirurgiens militaires ayant adopté ce traitement ont pu conserver au corps des malades que le prix élevé de la quinine les obligeait antérieurement d'envoyer à l'hôpital. Que l'on juge d'après cela des économies déjà réalisées!

Selon M. Trousseau, l'emploi de l'arsenic aurait été suivi quelquefois de nausées, de diarrhée, de coliques. Quelque passagers qu'aient été ces accidens, il est permis de les attribuer à la dose d'un dixième de grain donné trois à quatre fois par jour. Or, je puis affirmer que jamais je n'éprouve de tels inconvéniens, différence qui milite fortement en faveur de la nouvelle posologie dont j'ai indiqué les bases dans mon *Traité des Fièvres*. D'une part, je ne donne jamais plus de 1 à 2 *demi-milligrammes* (1 à 2 centièmes de grain); d'autre part, je fais prendre le médicament en ma présence, procédé qui rend impossible les accidens si fréquens dans l'administration des médicamens les plus usités.

On m'a assuré que M. le docteur Guillot, agrégé à la Faculté, avait expérimenté l'arsenic à l'Hôtel-Dieu même de Paris, d'après les bases que je viens d'indiquer, et qu'il s'en était fort bien trouvé. Or, si l'acide arsénieux réussit à la dose de 1 à 2 centièmes de grain, pourquoi ne pas rompre avec l'ancienne posologie, dont les inconvéniens ont constitué de tout temps le plus grand obstacle à la popularisation de ce médicament?

En ce qui concerne les indications thérapeutiques des préparations arsénicales, il y aurait une grave erreur à en borner l'emploi au type *intermittent*, erreur qui a pesé si long-temps sur le sulfate de quinine. La *rémittence*, voire même la *continuité*, s'accommodent très bien de l'arsenic, pourvu que les pyrexies soient de nature marécageuse. Pour la quinine, cette vérité est devenue triviale à l'armée d'Afrique, où le mot de Lancisi se trouve pleinement confirmé au mois d'août de chaque année : *Adaucto vero œstu, febres continuœ urgent*.

La continuité du type de certaines pyrexies ayant même nature que les fièvres périodiques est un fait incontestable, et qui, à lui seul, démontre combien est fausse la dénomination générale de fièvres intermittentes que la routine s'obstine à conserver à l'*ensemble* des maladies de marais, qui peuvent n'être ni fébriles, ni intermittentes. Les fièvres continues des marais, appelées *continentes* par les anciens, ont été constatées par des hommes de premier ordre, et tour à tour signalées par Hippocrate, Sydenham, Lancisi, Strack et Pagnet. Ce fait important a besoin de rentrer dans l'enseignement de nos écoles. C'est en m'appuyant de cette variété de types et de formes des maladies de marais, que j'avais proposé de leur adapter la dénomination générale *d'intoxication des marais* ou *d'affections limnhémiques* (de *limnè*, marais).

Il me resterait à parler encore de l'action du froid considéré à tort par les pathologistes comme se bornant à condenser le miasme qui souvent a déjà pénétré dans l'économie; du mécanisme de l'engorgement splénique envisagé à tort tantôt comme cause, tantôt comme ef-

On remarquera avec intérêt le succès obtenu au milieu de phénomènes si graves, par l'emploi de l'opium administré à haute dose et d'une manière continue. Ce médicament, qui entre les mains de M. Jobert a déjà plusieurs fois donné d'excellens résultats, mérite à tous égards d'être signalé aux praticiens.

Contusion de l'œil. Déchirure de l'iris.

Le 2 mai au matin, est entré dans la salle Saint-Augustin un jeune garçon de quatorze ans, nommé Normand (Auguste).

Le 1er mai, placé le soir auprès du premier bassin de la place de la Concorde près de la rivière, il reçut une baguette du feu d'artifice qui vint tomber sur son œil droit ; la paupière se ferma assez à temps pour protéger en partie le globe oculaire.

La douleur fut si vive que Normand tomba ; il assure qu'il perdit beaucoup de sang par la plaie que le coup détermina à la paupière. Ce ne fut que le lendemain de l'accident qu'il vint réclamer les secours de la chirurgie.

Le bord libre de la paupière supérieure était déchiré verticalement, vers son milieu, dans l'étendue d'un centimètre environ ; la section était assez nette. La vive inflammation qui s'était emparée de l'œil ne permit pas de faire une suture ; on ne pouvait écarter les paupières. Compresses imbibées d'eau de guimauve froide sur l'œil ; vingt sangsues derrière l'oreille.

L'inflammation céda, mais lentement, et quinze jours après le malade pouvait ouvrir l'œil ; dès lors, voici ce qu'on put remarquer.

La plaie que nous avons signalée sur la paupière est cicatrisée ; les deux bords se sont agglutinés assez régulièrement ; le globe de l'œil est indolore, sans gonflement ; la conjonctive est à peine injectée ; la cornée a conservé toute sa transparence. La chambre antérieure de l'œil paraît bien nette ; mais l'iris est le siége de lésions remarquables.

Cet organe présente trois ouvertures irrégulières à bords frangés. Deux sont en haut allongées, se terminant sur la ligne médiane tout à fait en haut en communiquant entre elles ; elles présentent, au point où elles ont le plus de largeur, de 4 à 5 millimètres.

La troisième ouverture, qui nous a paru être la véritable pupille, est située au-dessous des deux autres et un peu en dedans, se terminant par une queue qui règne presque jusqu'à la terminaison de l'iris en dedans.

C'est la seule de ces trois pupilles qui paraisse livrer passage aux rayons lumineux, car c'est seulement dans cette direction que le malade voit un peu la lumière. Du reste, aucune de ces ouvertures ne présente de contraction sous l'influence d'une lumière vive. A travers les deux autres ouvertures, il semblerait que l'on aperçoit le cristallin rendu opaque. Ce malade restera quelque temps dans la salle de M. Jobert ; nous aurons occasion d'en reparler. Aussi nous contentons-nous de signaler le résultat curieux de cette contusion violente qui, agissant sur l'œil à travers la paupière, paraît avoir surtout et presqu'exclusivement porté son action sur l'iris.

S'il y a réellement une cataracte traumatique, la chirurgie pourra rendre au malade l'œil qu'il a presque complétement perdu ; dans le cas contraire, il s'agira d'étudier la disposition des pupilles artificielles qui sont le fait de la contusion, et d'en agrandir une dans le sens qui paraîtra le plus convenable.

De l'emploi de la pommade au nitrate d'argent dans le traitement de l'erysipele.

Depuis quelques années seulement la thérapeutique a su tirer d'importantes ressources de l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement des inflammations. C'est surtout dans les ophthalmies les plus graves, les plus rebelles que cet agent a paru jouir d'une propriété tellement puissante, qu'elle a pu être considérée comme spécifique.

M. Jobert mettant à profit cette action remarquable, a eu recours, dans un grand nombre de cas, à l'emploi d'une pommade dans laquelle il fait entrer à diverses doses le nitrate d'argent. C'est surtout dans les cas d'engorgemens articulaires qu'il a retiré de bons effets de cette médication. Il a fait formuler trois mixtures, qu'il désigne sous les titres n° 1, n° 2, n° 3. La quantité d'axonge étant de 32 grammes, la pommade n° 1 contient 0,2 décigr. de nitrate d'argent, la pommade n° 2 0,4 décigr., et la pommade n° 3 0,6 décigr. Il est à remarquer que cette pommade produit sur la peau une petite éruption superficielle qui ne laisse aucune trace, et qu'elle ne donne lieu à aucune réaction ni sur le tube digestif, ni sur aucun autre appareil ; et en cela, elle pourra avantageusement remplacer les pommades contenant ou de l'émétique, ou de l'huile de croton, qui laissent après elles des traces indélébiles et qui souvent produisent de violens effets d'intoxication.

Nous signalerons un nouvel emploi que M. Jobert a fait de sa pommade dans le traitement de l'érysipèle. Il l'a essayé sur une femme âgée de soixante-un ans, encore couchée au n° 71 de la salle Saint-Augustin. Cette malade, à la suite d'un abcès ouvert sur le bras, présenta un érysipèle. Ce ne fut qu'au troisième jour que M. Jobert prescrivit des frictions avec la pommade n° 2 ; le résultat en fut des plus heureux, car dès le lendemain l'érysipèle fut borné et il guérit rapidement.

Nous ne faisons que citer brièvement ce fait qui, sans être concluant, devra néanmoins engager les chirurgiens à se servir d'un médicament qui, sans entraîner aucun inconvénient, a été maintes fois employé avec succès dans le traitement des inflammations. E. L.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Situation du bras en travers de l'orifice utérin et de la main au-devant de la tête, en imposant pour une présentation de l'épaule. Décollement des membranes, refoulement de la main ; rupture des membranes suivie de l'engagement de la tête. Accouchement naturel.

Une femme, couchée au n° 14, se présenta à la clinique d'accouchemens, à terme et éprouvant les premières douleurs de l'enfantement. La sage-femme de service l'ayant examinée, crut reconnaître qu'une main se présentait à l'orifice ; mais comme cette main était recouverte par les membranes, on ne pouvait que présumer par ce seul fait une présentation de l'épaule (dont l'introduction de la main dans le vagin n'était, comme on le sait, qu'une conséquence), sans pouvoir déterminer dans quelle position cette présentation avait lieu.

L'orifice utérin étant assez dilaté, M. Dubois introduisit deux doigts dans l'utérus et constata aussi la présence de la main à l'orifice. On dut croire un instant à la nécessité de faire la version. Cependant M. Dubois ne précipita rien : il commença par décoller tout doucement les membranes, afin de donner plus de jeu à l'exploration et de faciliter au besoin les manœuvres, et il reconnut alors que le bras était situé en travers de l'orifice et que la main était placée au-devant de la tête. Avec la main se présentait en outre une portion du cordon. La main et le cordon furent en même temps repoussés, après quoi les membranes furent rompues, ce qui eut pour effet de faire engager la tête. Grâce à cette simple manœuvre les choses allaient marcher naturellement. Cependant la marche de l'accouchement fut un moment arrêtée. L'utérus, fatigué par ces manœuvres, cessa de se contracter d'une manière régulière ; il survint par suite un étranglement circulaire au niveau de l'orifice supérieur, au dessus duquel la tête était maintenue. On s'abstint de toute nouvelle manœuvre, et on laissa la femme en repos, attendant que de nouvelles contractions régulières et énergiques vinssent terminer le travail. C'est ce qui ne tarda pas, en effet, d'arriver. Au bout d'une heure environ les contractions se régularisèrent et l'accouchement se termina naturellement.

On voit de quelle importance il est, dans des cas de ce genre, de ne se point trop hâter de faire la version. La version eût été certainement difficile et peut-être dangereuse, à en juger par l'effet qu'ont produit sur l'utérus les simples manœuvres exercées, tandis que, grâce à une temporisation prudente, cet accouchement, qui paraissait s'annoncer dès le début du travail comme devant présenter d'assez graves difficultés, s'est terminé de la manière la plus heureuse.

Quatre accouchemens avant terme, ayant eu lieu successivement chez la même femme et présumés produits par des contractions prématurées de l'utérus, sans cause déterminante.

Une négresse, couchée au n° 24 ou 25, récemment accouchée avant terme, a eu successivement quatre grossesses, terminées toutes quatre par un accouchement prématuré. Il était intéressant de rechercher quelle pouvait être la cause qui s'opposait à ce que la grossesse arrivât chaque fois à son terme.

Tout le monde sait qu'un grand nombre de causes différentes, les unes provenant du fœtus, les autres de la mère, d'autres purement accidentelles, peuvent donner lieu à l'accouchement prématuré : ce sont des vices de conformation, des monstruosités du fœtus qui sollicitent les contractions de l'utérus, ou bien des hémorrhagies, divers états morbides de la mère ; d'autres fois les contractions sont déterminées par la rupture prématurée accidentelle des membranes, par quelque lésion traumatique, ou bien sous l'influence d'une action organique accidentelle, telle qu'une impression morale vive, etc. ; aucune de ces circonstances n'a eu lieu chez cette femme. Elle n'a éprouvé pendant tout le cours de chacune de ses grossesses aucun accident morbide, aucune lésion traumatique, aucune commotion morale qui puisse avoir influé sur la production d'un accouchement prématuré. Il faut donc admettre ici une cause organique spéciale, une disposition particulière inhérente à l'utérus, qui fait que cet organe se contracte avant le temps sans y être sollicité ou provoqué par aucune autre cause. Telle est certainement la condition dans laquelle se trouve cette femme. Il est important de faire cette distinction, car les moyens à l'aide desquels on peut espérer prévenir l'avortement diffèrent essentiellement suivant la nature des causes qui le provoquent. Est-il possible de prévenir ces contractions prématurées et de remédier à cet état particulier de l'utérus en vertu duquel ces contractions surviennent ? Oui. L'art conserve quelque puissance dans des circonstances semblables. On a quelquefois combattu avec succès cette disposition anormale de l'utérus par le repos, des saignées, par l'administration des opiacés, le laudanum à haute dose, de 6 à 8, 10, 12 gouttes répétées d'heure en heure jusqu'à concurrence de phénomènes généraux, soit pendant le cours de la grossesse, soit à l'époque où d'après les précédens on peut présumer que l'avortement est imminent. Tels sont les moyens que l'on devrait mettre en usage pour prévenir ou arrêter ce genre d'avortement, celui de tous qui est le moins fâcheux.

Rupture des membranes devenant cause d'avortement.

Ce fait a eu lieu une fois chez la négresse dont nous venons de parler et chez deux autres femmes actuellement dans le service. Le fait de la rupture des membranes dans le premier

---

fet de l'intermittence, alors qu'il résulte tout simplement de la spécialité de l'agent toxique absorbé ; j'aurais à aborder encore la grande question de la nature du miasme, considéré plutôt par tradition que par réflexion comme résultant de la décomposition *putride* de la matière organique, alors que des faits déjà très nombreux tendent à le rapporter à la *spécialité* du règne organique des contrées marécageuses. Je me réserve de traiter ces divers sujets dans un autre article, dans lequel j'aborderai aussi la question si intéressante de la *rareté* relative de certaines affections dans les pays de marais : je veux parler de la *phthisie pulmonaire* et de la *fièvre typhoïde*.

Recherches statistiques sur les ampulations, pour servir à l'étude du pronostic (analyse d'une thèse soutenue par M. MAUNOURY, interne).

> La statistique des résultats donnés par les grandes amputations est l'un des fondemens les plus solides de la pratique générale.
> (M. Malgaigne, *Archives*, avril et mai 1842.)

Pendant que M. Malgaigne publiait ses recherches statistiques sur les causes qui influent dans les hôpitaux de Paris sur la mortalité après les amputations en général (*voir* les supplémens de la *Gazette des Hôpitaux* du 3 mai et du 2 juin), M. Maunoury, interne, présentait une thèse sur le même sujet.

Dans une statistique plus restreinte, puisqu'il n'embrasse que les grandes amputations pratiquées à l'Hôtel-Dieu depuis 1836, étudiant sur 178 faits, dont 104 morts, les causes générales, telles que l'âge, la température, les saisons, il est arrivé aux mêmes résultats que M. Malgaigne, seulement à l'Hôtel-Dieu, en automne, la mortalite a été moindre que dans les autres saisons, ce qui s'explique par le petit nombre d'amputations de cuisse pratiquées dans les trois derniers mois de l'année, relativement aux autres mois.

Quant à la rapidité de la mort après l'opération, tandis que dans les hernies, le trépan, les tailles, c'est dans le premier septenaire que le plus grand nombre des malades succombent, dans les amputations au contraire, c'est dans le second et le troisième que la mortalité est la plus grande. Ainsi sur 103 morts, 25 ont succombé du premier au cinquième jour, c'est-à-dire avant la levée du premier appareil ; 40, du cinquième au quinzième jour, c'est-à-dire dans la période de suppuration ; enfin 38, du seizième jour à deux ou trois mois.

Dans cette première partie, M. Maunoury n'a pu donner que des conclusions générales déduites de ses chiffres ; il n'a pas voulu entrer dans l'examen des causes soit traumatiques soit morbides, car sur ce point il s'est aperçu dans plusieurs circonstances de l'inexactitude des registres de l'administration, ce qui l'aurait nécessairement conduit à bon nombre d'erreurs.

M. Malgaigne a senti cet écueil, il l'a cependant abordé, mais il a eu le bon esprit de ne rien conclure ; il s'est borné à demander un nouvel examen de la question, ou plutôt des faits bien observés, des élémens complets pour la décider.

Dans la deuxième partie de sa thèse, M. Maunoury, un des internes de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, pendant les années 1840 et 1841, a noté exactement toutes les amputations pratiquées par M. Roux : le nombre, avec l'adjonction de deux faites en ville, s'élève à 37, ainsi réparties :

Cuisse,	17,	9 morts,	7 guérisons.
Jambe (lieu d'élection),	7,	3 morts,	4 guérisons.
Jambe (sus-malléolaire),	5,	2 morts,	3 guérisons.
Bras,	4,	2 morts,	2 guérisons.
Avant-bras,	4,	0 morts,	4 guérisons.

12 ont été pratiquées pour des lésions traumatiques : 9 morts, 3 guérisons, dont 1 du bras faite en ville et 2 d'avant-bras.

25, pour des lésions chroniques ou organiques : 7 morts, 17 guéris.

Des 12 amputés pour cause traumatique, aucun n'a subi l'opération immédiate ; l'amputation a été pratiquée du sixième au douzième jour après l'accident. A l'Hôtel-Dieu tous ces amputés de cuisse, de jambe, de bras sont morts.

M. Maunoury a cherché ensuite, dans les douze séries, à apprécier la valeur des circonstances diverses et surtout des conditions dans lesquelles se trouvaient les parties malades avant l'amputation.

5 ont été pratiquées à la suite d'érysipèles phlegmoneux traumatiques et d'infiltration purulente, les 5 ont succombé ; 4 à la continuation de la phlegmasie dans le tissu cellulaire du moignon.

5 ont été pratiquées pour des fractures comminutives, 4 sont morts, 1 aux suites de l'érysipèle, 3 aux suites de l'infection purulente.

Quant aux résultats pour les lésions chroniques ou organiques ; ils viennent confirmer cet axiôme chirurgical, que dans les amputations comme dans les maladies internes, l'excès de force ou de plethore entrave la terminaison heureuse ; un certain dégré d'affaiblissement la favorise.

La nature de cet article ne nous permet pas dentrer dans l'analyse des vingt observations consignées dans cette thèse, nous dirons seulement, pour terminer, que M. Maunoury a passé en revue l'état moral chez les amputés, les différentes espèces d'hémorrhagie qui accompagnent ou suivent l'opération ; l'infection purulente qui a causé la mort chez sept individus ; les phlegmons du moignon, et enfin l'exfoliation de l'extrémité de l'os.

Ces observations, analysées avec un soin scrupuleux, servent à confirmer et à augmenter les résultats obtenus par la dernière statistique publiée par M. Malgaigne ; elles deviendront utiles aux chirurgiens qui, avec raison, ne veulent plus accepter les faits que sous bénéfice d'inventaire.

FAITS DIVERS.

Cas d'aphonie périodique.

Une fille âgée de trente-huit ans, jouissant d'une bonne santé, perdit, dans le courant de six à sept années, au moins dix fois, la faculté d'émettre les sons vocaux. Cet accident, qui arrive inopinément, souvent au milieu de la conversation la plus posée, sans trace de mouvemens spasmodiques ni d'émotion quelconque et sans être accompagné de la moindre douleur, persiste ordinairement d'un à trois jours. Pendant ce temps, la malade se livre, comme de coutume, à toutes ses occupations habituelles. Lorsque l'aphonie touche à sa fin, elle disparaît aussi brusquement qu'elle est survenue.

M. le docteur Seidel, de Breslau, qui donna des soins à cette fille, se demande si cette affection n'est pas analogue à l'accès cataleptique borné aux organes de la phonation ?

De tous les moyens employés, celui qui a paru abréger le plus les accès, c'est le chlorure de zinc dissous dans l'éther chlorhydrique alcoolisé. (*Medicinische Zeitung* ; 1842, n° 5.)

Cas de paralysie des organes de la phonation.

Une jeune fille de dix-sept ans, à la suite d'un rixe dans laquelle la partie antérieure du cou fut fortement comprimée, perdit complètement connaissance, et lorsqu'elle revint à elle, elle se trouva privée de la voix. Les divers moyens qui furent employés pendant les quinze premiers jours qui suivirent cet accident, n'amenèrent aucun résultat heureux ; loin de là, l'état parut empirer de jour en jour ; les forces tombèrent de plus en plus, et, avec elles, l'espoir du rétablissement.

A cette époque de la maladie, M. le docteur Loewenhardt, de Prenzlau, essaya l'emploi de la strychnine par la méthode endermique. Sous l'influence de cette médication, la déglutition et la parole se rétablirent parfaitement. (*Ibid.*)

Ecole pratique — M. le docteur Souberbielle, élève de frère Côme, ouvrira ses Conférences orales et critiques sur la lithotritie et la lithotomie, en établissant les parallèles des avantages et des inconvéniens qui résultent de ces deux manières d'extraire la pierre de la vessie, et des différentes methodes détaillées entre elles.

Les conférences commenceront le mardi 21 de ce mois, de une heure à deux, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'école pratique de la Faculté, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 15 ; elles se continueront les mardi et jeudi de chaque semaine à la même heure.

cas, ne détruit pas la valeur des observations que nous avons faites relativement à la cause présumée des quatre avortemens successifs qu'a offerts cette femme. La rupture des membranes n'a pas été dans ce cas la cause des contractions utérines, mais bien l'effet de ces contractions. Les contractions ont d'abord eu lieu sans douleur et sans que la femme en ait eu conscience; puis plus tard elles sont devenues douloureuses; ce sont ces premières douleurs qui ont déterminé la rupture des membranes.

Les choses ne se passent pas ainsi dans la plupart des cas : la rupture des membranes précède les contractions utérines, et elle est le plus ordinairement le résultat de violences antérieures, de coups, de chutes, de secousses violentes, etc. Ainsi, chez l'une des femmes dont il s'agit, la rupture a été occasionnée par une chute sur le siége; chez la seconde, elle est survenue par le fait d'un choc violent ayant retenti sur les organes du bassin. Dans l'un et l'autre cas les contractions ne se sont déclarées qu'à la suite de cette rupture. La rupture des membranes reconnaît encore d'autres causes, telles qu'un état morbide particulier ayant produit l'amincissement de ces membranes. D'autres fois c'est la rupture des varices de l'utérus que l'on observe chez quelques femmes grosses qui donne lieu à la rupture des membranes. Il importe de connaître toutes ces circonstances, afin de savoir dans quels cas on peut prévenir et prévoir un accouchement prématuré, et quels sont les moyens prophylactiques auxquels on peut avoir recours.

Difficultés du diagnostic de la grossesse.

Deux femmes, l'une couchée au n° 1, l'autre au n° 13, toutes deux dans un état probablement avancé de la grossesse, n'ont pu déclarer, ni l'une, ni l'autre, l'époque de la cessation de leurs règles, ni donner aucun renseignement commémoratif sur l'époque présumable de la conception. En l'absence de ces renseignemens, nous leur avons demandé si elles avaient éprouvé quelques phénomènes morbides particuliers qui pussent faire présumer le début de leur grossesse : elles ont répondu négativement. Nous n'avons pas insisté sur la question relative à l'époque à laquelle elles ont ressenti les mouvemens de l'enfant, car c'est là un renseignement de peu d'importance, ces mouvemens ayant lieu à des époques très variables, depuis trois mois jusqu'à quatre, quatre et demi et même cinq mois, et ces mouvemens n'étant pas d'ailleurs toujours faciles à apprécier. Manquant des lumières principales, nous avons été réduit à chercher si nous pourrions déterminer l'époque de la grossesse par des signes physiques qui au premier abord paraissent devoir être probans, comme le développement du ventre et les modifications qu'a subies l'utérus. Mais il s'en faut que ces signes soient aussi certains qu'ils sembleraient l'être d'après la plupart des traités d'accouchemens. Nous n'avons pu arriver, en effet, à l'aide de ces signes, qu'à une approximation encore très incertaine.

Et d'abord nous avons examiné la situation du fond de l'utérus. Mais la hauteur à laquelle s'élève cet organe aux diverses époques de la grossesse est variable : elle est plus ou moins considérable suivant le degré de laxité des parois abdominales. Ces deux femmes offrent à cet égard de grandes différences : l'une d'elles, ayant déjà accouché, a le ventre très bas; l'autre, au contraire, qui est primipare, le porte très haut.

Notre examen a ensuite porté sur les modifications que présente chez ces deux femmes le col de l'utérus. On a attaché à ce signe une très grande importance, et, il faut le dire, on a beaucoup exagéré sa valeur. La diminution de longueur du col et son développement que l'on a considérés comme des signes d'une grossesse avancée, n'offrent non plus rien de constant. J'ai vu des femmes qui avaient le col très long au moment où on les a examinées, et qui ont accouché très peu de jours après cet examen. Chez d'autres, j'ai constaté le fait inverse, c'est-à-dire que l'accouchement n'a eu lieu que très long-temps après que l'on avait constaté l'effacement du col. Ces faits peuvent, il est vrai, être considérés comme exceptionnels, mais ils se présentent encore assez souvent pour qu'on doive se tenir en garde contre l'erreur dans laquelle ils pourraient entraîner. Ces signes sont d'ailleurs assez difficiles à bien apprécier, la vue n'étant pas là pour rectifier le toucher, et le doigt ne pouvant évaluer la longueur du col avec précision et établir des proportions rigoureuses. Chez l'une de ces femmes (celle du n° 13), le col présente encore un peu de longueur, il a un pouce et demi environ. A s'en rapporter à ce signe, on devrait pouvoir évaluer le terme de la grossesse à dix ou douze jours. Mais, je le répète, loin que ce signe nous donne une certitude à cet égard, nous garderons sur ce pronostic la plus grande réserve, car, en définitive, il n'existe aucun signe positif propre à faire reconnaître l'époque précise de la grossesse.

HOPITAL MILITAIRE DE PICPUS.

POST-SCRIPTA *aux lettres écrites du Val-de-Grâce sur les urétrites, les épididymites, les balano-posthites, les adénites et les ulcères vénériens, et sur le traitement qui convient à chacune de ces maladies;* par M. le docteur DESRUELLES.

(Suite du n° 66.)

Post-scriptum à la dixième lettre. — DES ADÉNITES (bubons).

Nous avons essayé le chlorure d'étain à l'intérieur et à l'extérieur, contre les engorgemens non inflammatoires des ganglions lymphatiques des aines.

La boisson est une décoction d'orge dans chaque litre de laquelle on fait dissoudre de 1 à 5 centigrammes de chlorure d'étain. Une pommade, faite avec 30 grammes d'axonge et 15 à 30 centigrammes de chlorure d'étain, sert à frictionner la partie malade.

Le chlorure d'étain, pris à l'intérieur, a paru n'avoir aucune action. Les malades, interrogés sur ce qu'ils éprouvaient, n'ont accusé ni douleurs ni coliques. La dose est-elle trop minime? Un médicament doit-il produire des phénomènes appréciables dans l'organisme pour agir en bien ou en mal dans le traitement d'une maladie?

Il nous a paru qu'en frictions, le chlorure d'étain hâtait la suppuration des adénites indolentes, si longues à résoudre ou à faire suppurer. Sous ce rapport, il paraît avoir quelque avantage.

Dans quelques cas, les frictions avec le chlorure d'étain ont procuré la résolution des adénites; il est certainement plus avantageux que les iodures et le sous-carbonate de soude.

Nous ne saurions conclure pour ou contre le chlorure d'étain : nous attendrons de nouvelles recherches pour nous prononcer sur l'action de ce nouveau médicament. Peut être les doses que nous avons employées étaient-elles trop minimes? Cela est possible; mais la prudence nous commandait cette réserve.

Post-scriptum à la septième lettre. — Des épididymites.

Les épididymites sont très fréquentes; elles exigent un traitement antiphlogistique et résolutif qui est aujourd'hui généralement employé. Après avoir fait disparaître les phénomènes inflammatoires et non durant leur manifestation comme on l'a recommandé, *la coque de sparadrap de diachylon* laissée à demeure pendant plusieurs jours entretient la partie dans une sorte de bain local, produit de la transpiration non évaporée, la toile de diachylon étant imperméable à l'air. Cette coque procure la résolution des fluides épanchés dans l'organe séminal et dans ses enveloppes. C'est un moyen fort commode qui suspend le testicule et manque rarement son effet.

Dans quelques cas, des fomentations faites avec une solution composée de 60 grammes de sous-carbonate de soude et de 180 d'eau distillée, donne aussi d'avantageux résultats que nous avons déjà signalés.

Nous avons depuis long-temps renoncé aux cataplasmes émolliens; ils entretiennent la partie malade dans un état fluxionnaire assez fâcheux; ils ne conviennent guères qu'après les applications de sangsues, et encore, pour être utiles, on doit ou les couvrir de 30 ou 40 gouttes de laudanum, ou y étendre 5 décigrammes à 1 gramme d'extrait de belladone.

Depuis long-temps nous cherchions le moyen de combattre l'inflammation, la douleur et l'engorgement, en évitant les applications de sangsues et l'emploi de cataplasmes. C'était dans la vue de ne pas affaiblir les malades et de procurer une notable économie à l'administration.

La pâte dont nous allons donner la formule, nous a été très utile : elle est composée de 120 grammes de farine de graines de lin et de poudre de tormentille, passés au tamis, de 30 grammes d'onguent mercuriel, de 4 grammes d'extrait de belladone et d'une quantité suffisante d'huile de chenevis; souvent à cette pâte nous ajoutons 4 ou 8 grammes de sulfate de fer.

Comme il importe de ne pas tacher le linge de nos hôpitaux d'une manière indélébile, et de suivre le système d'économie que nous avons introduit dans le traitement des maladies vénériennes, nous avons retranché (pour l'hôpital) l'onguent mercuriel et le sulfate de fer.

On étend cette pâte sur un morceau de toile dont on enveloppe le testicule malade; on le renouvelle trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et chaque matin on fait prendre un bain de siége avec de l'eau de savon noir.

La douleur s'apaise presque immédiatement, la rougeur tombe et le gonflement diminue. Quand il ne reste plus qu'une augmentation de volume, on emploie la coque de diachylon.

Cette pâte ne conviendrait pas pour les véritables orchites, qui exigent des moyens antiphlogistiques très actifs.

Post-scriptum à la huitième lettre. — Des balano-posthites.

Les balano-posthites (inflammation simultanée du gland et du prépuce), chez les hommes qui découvrent facilement le gland, cèdent en peu de jours à l'action d'une forte solution de nitrate d'argent (un gramme de ce sel cristallisé dissous dans trente grammes d'eau distillée), dont on imbibe de petites bandelettes de linge dont on entoure le gland, sur lequel on ramène et on laisse le prépuce.

Mais cette solution ne peut être employée, même en injection, lorsqu'il y a phymosis accidentel. Dans ces cas, où l'on est réduit à des injections d'eau froide simple, ou animée avec du sulfate d'alumine, l'injection cupro-arseniée peut être mise en usage avec de grands avantages. Il faut alors augmenter la dose du collyre de Lanfranc, répéter les injections cinq ou six fois dans la journée. Après trois ou quatre jours le gland peut être découvert, et l'inflammation a disparu.

Dans le cas où le gland peut être facilement découvert, la mixture cupro-arseniée (moins les vins aromatique, de quinquina et d'opium) réussit aussi bien que la solution de nitrate d'argent, et n'a pas, comme cette dernière, l'inconvénient de laisser de traces de son action.

Quand des ulcères sont compliqués de balano posthite avec impossibilité de découvrir le gland, les injections cupro-arseniées ont un effet avantageux.

Ce nouveau moyen est d'une application facile et a des avantages que n'ont point eus jusqu'à présent toutes les médications connues.

Post-scriptum à la douzième lettre. — Maladies vénériennes consécutives.

Dans les syphilides de la peau, principalement dans les pustules ulcérées ou croûteuses, dans les douleurs des os, dans les exostoses, nous avons, avec un succès remarquable, administré l'iodure de potassium. Nous le donnons d'abord à la dose de 5 décigrammes, que nous augmentons chaque jour de la même quantité jusqu'à ce que nous ayons élevé la dose de ce médicament à celle de 6, 8 ou 10 grammes. Ce corps a une fixité remarquable, il ne se décompose pas, même dans une boisson amère ou dépurative.

Quand la modification s'est opérée, on descend tous les jours la dose de l'iodure de cinq décigrammes; on administre en même temps des boissons amères et dépuratives; on permet une nourriture substantielle, mais on doit s'abstenir de vin et de toute boisson fermentée ou alcoolique.

Dans un cas d'ulcère phagédénique au gland et au prépuce, l'iodure nous a été d'un grand secours pour obtenir la guérison. L'emploi du bi-chlorure de mercure avait exaspéré les douleurs; et, loin de diminuer et de se déterger, l'ulcère s'agrandissait chaque jour, et se recouvrait d'une fausse membrane gris noirâtre; les douleurs étaient atroces, malgré l'usage des opiacés à l'intérieur et à l'extérieur.

Voyant les accidens s'accroître, on cessa l'usage de bichlorure dont le malade avait déjà pris 2 décigrammes; on lui administra l'iodure de potassium, et dès le jour même tous les accidens cessèrent. Arrivé à la dose de 3 grammes d'iodure de potassium, l'ulcère était en voie de guérison. Nous reviendrons plus tard sur cette intéressante observation et sur plusieurs autres observations que nous venons de faire touchant l'efficacité de l'iodure de potassium dans les maladies vénériennes primitives.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 12 mai 1842.

A trois heures, M. Moret occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. le secrétaire général* s'étonne d'avoir lu, à la suite du compte-rendu imprimé dans la *Gazette des Hôpitaux*, deux observations qui n'avaient point été consignées dans le procès-verbal. Il invite, au nom de la Société, M. le secrétaire annuel à se conformer à ce que prescrit le réglement, et à résister aux instances qui pourraient lui être faites.

M le secrétaire annuel reconnaît, en droit, la justesse de ces observations; il a invoqué plusieurs fois lui-même la sévérité de la Société, demandant à être protégé contre certaines exigences. Il prend acte de cet incident comme étant de la plus haute importance pour lui et ses successeurs. Le secrétaire annuel, ajoute-t-il, est la plume de la Société; il doit, pour justifier la confiance dont il est honoré, faire tout pour elle; son devoir est de tenir sa balance égale et de ne rien accorder à l'amitié ou à l'importunité. Il doit se maintenir seul juge et maître de sa rédaction, et n'accorder qu'à la Société *réunie* le droit de lui imposer des additions ou des modifications qui changeraient la physionomie des séances.

Mais en fait, continue M. le secrétaire annuel, je décline tout reproche, et je puis facilement expliquer comment ces deux observations ont été annexées après coup au procès-verbal. A la fin d'une de nos dernières séances, un rendez-vous me fit sortir quelques minutes avant la fin; notre confrère M. Guillon commençait une communication verbale; je le priai de me transmettre des notes, mais il le fit tardivement, après la lecture du procès-verbal, et au moment même où je l'envoyais au journal. Je pensai qu'il n'était pas juste que mon confrère souffrît de mon absence : ces deux observations furent ajoutées.

— *M. Guillon* présente une jeune fille âgée de neuf ans, affectée, il y a six semaines encore, de deux courbures de la colonne vertébrale, l'une dorsale et l'autre lombaire; par un mode de suspension qu'il nomme axillaire et qui diffère de la suspension par les mains, déjà employée, il est parvenu à faire disparaître chez cette enfant la déviation lombaire. S'il est assez heureux pour rendre la cure complète, comme d'autres succès le lui font espérer, il ramènera cette jeune fille et attirera de nouveau sur elle l'attention de ses confrères.

Telle simple que soit une machine, il est bien difficile d'en donner une idée nette et précise sans joindre une figure à la description. Je dirai seulement que, monté sur un tabouret, l'enfant engage les aisselles dans deux étriers formés d'une corde et d'une traverse en bois; ces étriers se réunissent à une autre corde qui décrit une courbe, et passe sur deux poulies fixées solidement au-dessus d'une porte

Le tabouret étant repoussé, l'enfant suspendu, le poids du corps, dit M. Guillon, abaisse l'étrier correspondant à la convexité de l'arc osseux décrit par les régions dorsale et lombaire; ensuite, par des mouvemens rapides du bras du côté opposé, il développe la force des muscles qui de l'humérus s'attachent au thorax. Les jambes de l'enfant étant maintenues croisées et rapprochées l'une de l'autre, les mouvemens de suspension augmentent l'action de tous les muscles placés dans les gouttières vertébrales, font disparaître promptement certaines saillies qu'on remarque sur la convexité de la déviation lombaire, et souvent, ainsi que l'a expérimenté M. Guillon, l'enfant a grandi de plusieurs centimètres en quinze jours.

M. Léger. Peut-on accorder foi pleine et entière à ces sortes d'exhibitions? On vient nous dire : il existait deux courbures, j'en ai fait disparaître une; reste celle que vous voyez. Mais c'est précisément l'autre dont il aurait fallu faire constater l'existence.

M. Guillon répond qu'il est peu de malades qui consentent à se donner ainsi en spectacle; qu'il n'agit pas de malades autrement que ne le font ses confrères qui viennent tous les jours raconter les cures qu'ils ont faites et décrire des symptômes de maladies, sans que personne ait le droit d'établir des doutes sur leur véracité.

Cet incident et la présentation d'un malade par M. Puzin amènent une autre question. Notre confrère M. Léger ne trouve pas convenable que des malades soient introduits au commencement de la séance, et surtout qu'ils soient exposés à entendre toutes les opinions contradictoires qui s'émettent à leur sujet. Il demande que ces présentations soient remises à la fin des séances. La Société, consultée sur cette question, répond affirmativement en ce sens.

— *M. Puzin* fait introduire un jeune homme de vingt-trois ans, offrant toutes les apparences d'une constitution forte et vigoureuse. Cet homme prit, il y a deux ans, de la poudre de cantharides; une grande surexcitation survint dans les organes génitaux; mais une fois passée, elle laissa après elle un état d'anaphrodisie pour lequel le malade vint consulter notre confrère, décidé, s'il ne guérissait point, à embrasser l'état ecclésiastique. Voici à peu près en quels termes M. Puzin décrit la maladie; mais nous croyons convenable de traduire en latin ce qui n'a été dit que pour des oreilles médicales :

« Sponte suâ quidem, penis paulo intumessit, et fœdâ adjuvante » manu, non sine quâdam voluptate, semen immittitur. Sed si mulier » aut virgo etiam formosissima accesserit, è thalamo intemerata recedens, etenim sub ipso limine penis mollitur imbellis, et ab eo virilis » vigor totus evanescit. »

J'ai, continue M. Puzin, essayé des bains froids, des pilules camphrées nitrées, des antispasmodiques; et, voyant que je n'obtenais aucun résultat avantageux de ces moyens, j'ai pensé qu'il fallait suivre une route contraire. J'ai donné une potion dans laquelle je faisais ajouter cinq gouttes de teinture de cantharides; j'ai appliqué un vésicatoire sur le sacrum et les dernières vertèbres lombaires; je n'ai obtenu qu'une amélioration passagère.

Plusieurs membres indiquent les médications dont on pourrait en-

core essayer. M. Sterlin tenterait la cautérisation légère du canal de l'urètre et celle du col de la vessie. M. Serrurier pense qu'il serait plus sage de s'abstenir; M. Guillon est d'avis qu'il faudrait, avant tout, explorer le canal de l'urètre pour voir s'il ne serait pas le siége de l'impuissance; M. E. Rousseau aurait confiance en l'emploi du phosphore; M. Egnisier essaierait du galvanisme et de l'électricité.

M. *Léger*, dans la pensée que, chez cet homme, les corps caverneux ne se laissent pas aborder par une quantité suffisante de sang, demande si ce ne serait pas le cas d'essayer de cette sorte de ventouse au moyen de laquelle le docteur Mondon prétendait rendre à un organe trop peu développé une dimension suffisante à l'exercice de ses fonctions.

M. Tanchou attribue cette maladie au défaut d'innervation, et soupçonne que les muscles n'ont pas le développement convenable. Il pense qu'il faut s'abstenir de toute excitation physique ou morale, et que ce que le malade aurait de mieux à faire, serait de voyager ou de se faire soldat.

Cette opinion, partagée par M. Léger, est repoussée par M. Puzin, qui demande s'il serait sage de condamner au repos une jambe déjà mauvaise.

M. Charles Masson. Je crois aussi qu'il serait bon de laisser reposer le corps et l'âme. M. Puzin nous a dit que, désespéré de son malheur, ce jeune homme voulait prononcer des vœux, se faire prêtre. Je n'examine pas ici si l'offrande d'un être impartait peut être agréable à Dieu, et si les statuts ecclésiastiques ne la repoussent pas; mais je pense que s'il prononçait ce vœu de chasteté et qu'il eût assez de foi et d'empire sur lui-même pour l'observer, il serait guéri, et si bien, qu'il se plaindrait peut être bientôt d'être tourmenté par ce démon de la chair qui poursuivait les solitaires ju que dans les sables de la Thébaïde.

M. Chrétien a vu un jeune homme de vingt-six ans tombé dans cet état d'impuissance à la suite d'habitudes vicieuses, revenir à la santé après avoir essayé successivement de plusieurs moyens divers tels que les bains tièdes ou froids, les bains russes, l'éloignement de tout ce qui pouvait exciter l'imagination, les frictions sur la colonne vertébrale avec le liniment opiacé de Rouen, la cautérisation de l'urètre.

M. Sterlin a guéri un aphrodisiaque eu lui défendant expressément de faire sa maîtresse de la femme dont il partageait le lit. Pendant long-temps la défense du docteur fut respectée; mais cette défense même devint un aiguillon si pressant que le malade était guéri depuis bien des jours, lorsqu'il osa avouer à notre confrère qui s'applaudit de sa désobéissance, l'époque où il avait mis ses conseils en oubli.

— *M. Chrestien* lit quelques fragmens extraits de l'ouvrage du docteur Chrestien son oncle. On y vante la méthode iatraleptique qu'on met au-dessus de l'endermique, et on cite plusieurs exemples qui semblent prouver que l'opium surtout introduit en frictions dans l'économie, agit plus efficacement qu'avalé ou déposé à la surface de la peau. Cette opinion trouve quelques contradicteurs dans la Société, et donne lieu à une discussion assez animée.

La séance est levée à cinq heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Poncelet annonce la mort de M. Double.

— *M. Leblanc* termine la lecture de ses « Recherches sur la composition de l'air comprimé. » (Commission : MM. Dumas, Boussingault et Regnault.)

— *Mémoire sur l'empoisonnement par l'antimoine et les complications que la présence de ce corps peut apporter dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic*; par MM. Danger et Flandin. Voici les conclusions de la mémoire :

1° Il est facile de déceler l'antimoine uni à faibles proportions aux matières animales. Nous sommes arrivés à le recueillir avec la même précision que l'arsenic.

2° Le procédé qui nous a donné les meilleurs résultats est le suivant : désorganiser les matières animales par l'acide sulfurique, au moment de la liquéfaction et après refroidissement, ajouter de l'azotate de soude, terminer la carbonisation et reprendre le charbon desséché par l'eau aiguisée d'acide tartrique. Le liquide est soumis aux investigations ultérieures propres à caractériser l'antimoine.

3° Dans le cas d'empoisonnement par l'arsenic compliqué par la présence de l'antimoine, l'appareil que nous avons proposé pour la recherche de l'arsenic nous a paru simplifier et faciliter les opérations propres à séparer les deux corps.

4° Contrairement à l'arsenic, l'antimoine est facilement éliminé par la sécrétion rénale. Dans les cas d'empoisonnement par les préparations antimoniales, c'est dans le foie qu'on retrouve plus spécialement l'antimoine. On ne le retrouve pas dans les poumons, non plus que dans les systèmes nerveux, musculeux et osseux.

5° Ce fait de la localisation des poisons est une donnée précieuse pour résoudre certaines questions de médecine légale, les questions d'empoisonnemens simulés par exemple.

Ce fait nous paraît devoir ouvrir une nouvelle voie aux recherches physiologiques et thérapeutiques.

(Commissaires: MM. Dumas, Regnault et Pelouze).

Mémoire sur le seigle ergoté. — M. Bonjean adresse un travail intéressant sur le seigle ergoté; il dit qu'il renferme deux principes actifs bien distincts, un remède et un poison. Le premier est un extrait mou, rouge, brun, très soluble dans l'eau froide, et qui possède au plus haut degré les précieuses propriétés obstétricales et hémostatiques qu'on a depuis si long-temps reconnues à l'ergot. L'autre est une huile fixe, incolore dans sa nature, très soluble dans l'éther froid, insoluble dans l'alcool bouillant, et en qui seule résident toutes les vertus toxiques du seigle ergoté.

La nature différente de ces deux produits permet de les séparer facilement et d'obtenir le remède entièrement isolé du poison.

(Commissaires: MM. Magendie, Dumas et Pelouze).

Prix de statistique. — Deux prix égaux sont accordés pour des travaux étrangers à la médecine, à MM. Dufau et Sirrell. Une mention honorable a été accordée à M. Lachèze, médecin à Angers, pour *sa Statistique des Conseils de révision* dans le département de Maine-et-Loire.

Un prix de 6000 fr. a été accordé à M. de Ruolz, pour la découverte et l'application de moyens propres à dorer, argenter, platiner les métaux; un prix de 3000 fr. à M. de la Rive, pour avoir appliqué la force électrique à la dorure des métaux; et un prix de 6000 fr. à M. Elkington pour son procédé de dorure par la voie humide, et pour ses procédés relatifs à la dorure galvanique et à l'application de l'argent sur les métaux.

— M. de Haldat, à Nancy, est ensuite nommé correspondant dans la section de physique. Ses concurrens étaient MM. Anicci à Florence, Erman à Berlin, Matteuci à Pise, Webev à Gœttingue.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sachet fondant.

Pr. Iodure de potassium,	10 grammes.	
Chlorhydrate d'ammoniaque,	80	

Mêlez par trituration ces sels bien desséchés et pulvérisés séparément. Enfermez le mélange dans un sachet de linge.

Cette préparation a été recommandée par M. le docteur Breslau, premier médecin du roi de Bavière, comme l'un des moyens à la fois les plus simples et les plus efficaces que l'on puisse mettre en usage pour procurer la résolution du goître et des tumeurs indolentes. Ce praticien, qui s'en est souvent servi avec un très grand avantage dans sa pratique, fait appliquer le sachet sur les parties malades, et l'y laisse à demeure pendant long-temps.

Pommade de M. le docteur Bertet, de Cercoux, contre les gerçures du sein.

M. Bertet dit avoir guéri en peu de jours un grand nombre de femmes qui souffraient des douleurs atroces par suite de gerçures au sein, avec la pommade suivante :

Pr. Oxyde de zinc,	2 grammes.
Laudanum de Sydenham,	1
Axonge récent,	30

Mêlez exactement.

Cette pommade s'emploie en onctions sur le mamelon et son aréole; un linge fin est appliqué par dessus. Chaque fois que l'enfant veut téter, on lave avec soin, et sitôt qu'il a fini, on fait une nouvelle onction, et ainsi de suite jusqu'à parfaite guérison.

NOUVELLES.

— Les examens annuels dans les hôpitaux militaires d'instruction auront lieu le 8 août prochain, et le concours à l'hôpital de perfectionnement, pour le grade de chirurgien sous-aide, le 11 du même mois.

— M. Lepelletier, chirurgien-major au 19e léger, a été tué au combat du 3 mai dernier, en Afrique, en faisant un pansement sous le feu de l'ennemi.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TRENTE-DEUXIÈME SÉANCE. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui, vendredi 17, M. Robert a soutenu sa thèse.

Lundi prochain 20, M. Chrestien sera argumenté par MM. Vidal, Bérard, Laugier et Huguier.

Sous le titre de *Mémoire sur la grossesse considérée sous le rapport physiologico-pathologique*, M. le docteur Aurèle Finizio vient de publier une brochure qui sera lue avec intérêt. Ce travail se distingue surtout par une exposition claire et facile à saisir. L'auteur divise la grossesse en trois périodes: 1° période de formation; 2° période d'accroissement; 3° période de terminaison. Il s'est attaché à en faire ressortir les différences, et en a étudié les causes, les phases et les caractères d'une manière tout à fait satisfaisante. On voit que ce jeune médecin italien a puisé aux bonnes sources, et que, de plus, il a cherché à se rendre compte de ses études. C'est là un résultat que nous nous plaisons à constater.

AVIS. — MM. les élèves sont prévenus qu'il y aura tous les jours, à partir du lundi 20 juin, au cabinet littéraire de M. Veret, rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 3, des conférences anatomiques pour préparer au deuxième examen.

Ces conférences sont gratuites, et seulement pour MM. les abonnés de ce cabinet.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Beurrey, cité d'Orléans, 1.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 74. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL COCHIN. — M. BLACHE.

Emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement des fièvres typhoïdes; par M. MAUNOURY, interne.

Aux trois observations déjà rapportées (*voir* le n° du 31 mai) nous pouvons en ajouter quatre autres non moins intéressantes, puisqu'elles donnent de la valeur aux premières, et nous permettent déjà de constater certains effets thérapeutiques presque constans.

1re OBS. — *Entéro-colite. Etat typhoïde léger. Sulfate de quinine, 2 grammes par jour. Guérison rapide.*

Un jeune homme de dix-sept ans, tempérament sanguin, terrassier aux fortifications, avait une diarrhée très intense depuis quatre jours. La veille de son entrée à l'hôpital, le 25 mai, il fut obligé de s'aliter à cause de sa faiblesse et d'une céphalalgie assez opiniâtre.

On constate plutôt une entéro-colite simple qu'une entérite folliculeuse. Le sulfate de quinine est administré le 25 au soir, à la dose de 2 grammes et continué pendant trois jours à cette dose, et le quatrième jour à un gramme seulement dans une potion gommeuse de 120 grammes. Le troisième jour, il survint un vomissement de matières bilieuses; la diarrhée diminua d'abord, puis disparut complétement. Le quatrième jour, le pouls descendit rapidement de 76 à 60 pulsations. Il est survenu dès la première nuit du bourdonnement dans les oreilles, dû évidemment à l'action du sulfate de quinine. Le malade est sorti guéri cinq jours après son entrée à l'hôpital.

2e OBS.—*Fièvre typhoïde. Type rémittent. Cas léger. Sulfate de quinine à haute dose. Guérison rapide.*

Vingt-cinq ans, cheveux blonds, muscles peu développés, terrassier aux fortifications, à Paris depuis trois mois; depuis quinze jours, courbature, diarrhée, céphalalgie, quelques nausées sans vomissement; il avait cessé son travail depuis le début de la courbature; il dit avoir eu tous les jours des frissons irréguliers suivis de chaleur et de sueur.

Entré le 27 mai à l'hôpital. Abattement, hébétude de la physionomie; langue couverte d'un enduit blanchâtre; pas de douleur à l'épigastre; anorexie; éruption nombreuse de sudamina sur le ventre; cinq taches papuleuses au niveau de l'hypochondre gauche; diarrhée; l'abdomen assez souple et indolent; la peau chaude; le pouls à 80-84. Potion gommeuse avec sulfate de quinine, 2 grammes.

Le 28, le pouls était descendu à 60 pulsations; une seule selle dans la nuit. On continua la même potion le 28 et le 29; le 30, on la réduisit à un gramme. Le 31, le malade était en pleine convalescence; se sentant assez fort, il voulut sortir, parce qu'on ne lui donnait que deux portions. Pendant son séjour à l'hôpital, on n'aperçut aucun accès de fièvre intermittente; il n'y eut pas, comme chez les précédens, de trouble dans l'organe de l'ouïe.

3e OBS. — *Fièvre continue. Colique saturnine antérieure. Cas léger. Sulfate de quinine à haute dose. Guérison.*

Chalet, vingt ans, assez robuste. Depuis dix ans qu'il a commencé l'état de peintre, il a été atteint trois fois de colique saturnine; la dernière fois, il y a trois mois, au moyen de quelques purgatifs, il en a été guéri rapidement, et même il n'a pas cessé de travailler.

Le 2 juin, il est pris de céphalalgie, courbature, nausées, douleur au côté droit de l'abdomen augmentant à la pression, indolence du côté gauche, constipation.

Le 3, il est survenu vers midi un frisson suivi de chaleur et de sueur; cet accès a duré jusqu'au lendemain matin, et immédiatement après la disparition de la sueur, le frisson est revenu vers les dix heures. C'est alors que le malade entra à l'hôpital.

Décubitus dorsal; facies légèrement hébété; prostration, épistaxis dans la matinée; langue sèche et rouge à la pointe, couverte d'un enduit jaunâtre: ventre non ballonné, douloureux à la fosse iliaque droite; constipation depuis trois jours; pas de gargouillement; pouls à 92; pas de toux.

Les 4, 5, 6 et 7 juin, potion gommeuse avec addition de 2 grammes de sulfate de quinine, à prendre une cuillerée d'heure en heure. Le pouls reste toujours à 92; ce n'est que le 7 qu'il tombe à 80, puis à 70. Il n'y eut pas de vomissemens; les bourdonnemens d'oreilles apparurent les premiers jours, sous l'influence du sulfate de quinine.

Le 8 juin, l'amélioration était manifeste; plusieurs selles après un lavement purgatif; la peau est moite. Une portion d'alimens.

Il sortit de l'hôpital complétement guéri, le 14 juin.

— A quoi bon, nous dira-t-on, employer le sulfate de quinine à haute dose pour des cas aussi légers? Ainsi le premier n'avait qu'une simple entéro colite; le second, si les symptômes de la fièvre typhoïde étaient manifestes, devait être rangé dans les cas légers; enfin, le troisième avait bien une fièvre continue, mais il était encore sous l'influence probable de l'intoxication saturnine: tout traitement aurait réussi avec la même facilité chez ces trois sujets. A la suite de délayans et de quelques lavemens, le premier aurait été quitte de sa diarrhée; le même traitement, plus une saignée, auraient fait disparaître la fièvre typhoïde chez le second; enfin, la méthode purgative, chez le troisième, aurait peut-être triomphé plus rapidement de la fièvre et des douleurs abdominales.

Nous sommes loin de nier ces objections; mais comme ces trois malades avaient un état fébrile marqué, que les deux premiers travaillaient aux terrassemens, qu'il y avait prostration générale, et que, jusqu'à cette époque, le sulfate de quinine avait donné des résultats heureux, M. Blache a voulu continuer son administration, et on peut juger par les observations, s'il s'en est bien trouvé: le premier malade est resté cinq jours à l'hôpital; le second, quatre jours; le troisième, douze jours.

Chez les deux premiers le sulfate de quinine, loin d'accélérer le pouls, le ralentit rapidement; il y eut un trouble manifeste dans l'organe de l'ouïe, chez le premier et le troisième.

Le premier prit 7 grammes de sulfate de quinine en quatre jours; le second, 5 grammes en trois jours; le troisième, 9 grammes en cinq jours.

Le premier seul éprouva un vomissement de matière bilieuse au troisième jour.

La seule conclusion que nous voulons tirer aujourd'hui de ces faits, c'est la tolérance et l'innocuité du sulfate de quinine à haute dose, la diminution de l'état fébrile, nous dirons même la disparition des symptômes typhoïdes. Le sulfate de quinine à haute dose pris en potion n'est donc pas un irritant du tube digestif ni des autres organes.

Témoin de ces effets obtenus sur ces malades, j'ai voulu m'assurer sur moi-même de son action physiologique, comme topique sur le derme à nu, ou sur les muqueuses comme médicament interne par l'ingestion d'un gramme et demi dans l'estomac. Je dirai dans une observation quelle circonstance m'a conduit à faire ces diverses expériences.

Pour avoir un point de comparaison, j'ai pris quantité égale de farine de froment et de sulfate de quinine préparé à la pharmacie centrale.

Première expérience. — Appliquant 10 centigrammes de sulfate de quinine sur ma langue, je n'éprouvai qu'une saveur franchement amère, sans le moindre accident.

Deuxième expérience. — M. Aubry, interne, m'a ensuite appliqué entre la paupière inférieure et le globe de chaque œil, partie égale de sulfate de quinine pour l'œil droit, de farine pour l'œil gauche. Comme les molécules du sel fébri-

---

FEUILLETON.

Correspondance.

HIPPOCRATE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

11 juin 1842.

Monsieur et cher confrère,

L'Académie de médecine a écouté avec trop d'intérêt les discussions hippocratiques suscitées par les deux mémoires de M. Hamon, pour ne pas accorder, le cas échéant, une égale attention à ce qui pourrait être dit en faveur d'Hippocrate, ne fût-ce que par égard pour l'étymologie d'un nom que le membre le plus huppé du *Jockey's Club* pourrait bien ne pas être digne de porter. En attendant, cette société peut déjà être facilement justifiée d'une partie des reproches que lui adresse M. Lachaise (1). D'abord, M. Double a défendu Hippocrate avec cette prudente réserve et ces convenances académiques qu'il possède à un si haut degré (2). A mon tour et sans faire tant de façons, j'ai hardiment placé au-dessus d'Aristote, cet Hippocrate (3) que Cuvier a osé abaisser au-dessous même de Galien (4). Voici quels étaient les motifs de mon jugement.

Hippocrate dont les œuvres légitimes se réduisent incontestablement 1° aux Aphorismes, 2° aux Prénotions, 3° aux 1er et 3e livres des Epidémies, 4° au Traité de l'air, des eaux et des lieux (5), a su, par une force de tête bien rare, surtout chez les médecins, se garantir de toute idée systématique préconçue. Il a pu dès lors parvenir à poser les bases de la médecine clinique ou expérimentale, appuyant ses vues scientifiques, d'observations particulières qui, sans être de tout point irréprochables, valent mieux que les trois quarts de celles qui se publient de nos jours. Quant à Galien, à part les quelques faits de détail dont on lui doit la connaissance, il s'est contenté, dans ses momens lucides, de commenter Hippocrate, mais bien plus souvent il s'est perdu dans le bourbier de l'Aristotélisme, d'où il est parvenu à tirer ce dégoûtant système qui, sous le nom de Galénisme, a si longtemps régné despotiquement sur les écoles. Or, Hippocrate qui a tracé d'une main si sûre la voie dont la médecine ne peut s'écarter sans déchoir, qui n'a même pas accordé l'honneur d'une mention à des chimères analogues à celles que Galien a adoptées, a caressées, a propagées avec un déplorable succès, Hippocrate plane bien au-dessus du continuateur d'Aristote et d'Aristote lui-même, fondateur désastreux de cette philosophie scholastique contre laquelle on ne pourra jamais réunir assez de sifflets.

C'est après avoir pris, à peu près en ces termes, parti pour Hippocrate, que me supposant, à l'exemple de Falconnet, dans la nécessité de réduire ma bibliothèque à trois ouvrages seulement (1), j'ajoutai que même alors on y verrait les œuvres d'Hippocrate, après celles d'Epicure, bien entendu. Avec une pareille manière de voir, je n'aurais assurément pas hésité à prendre la défense du Traité de l'air, des eaux et des lieux, si étourdiment ridiculisé par un médecin qui a dit ne l'avoir parcouru que quelques jours avant. Mais l'Académie n'a pas voulu me laisser parler, jugeant apparemment l'attaque sans conséquence. Comme tout le monde pourrait bien ne pas être de cet avis, la lettre de M. Lachaise le prouve de reste, je vais vous dire comment je m'y serais pris pour défendre un de ces rares ouvrages qui font la gloire de l'esprit humain.

Arrivez, aurais-je dit au spirituel critique; soyez muni du meilleur ouvrage moderne sur la *climatologie*, j'apporterai avec moi le bouquin de si petite valeur à vos yeux, et nous ferons le triage suivant. Nous dépouillerons d'abord l'auteur moderne de ce qui se trouve déjà dans Hippocrate; nous lui ôterons ensuite tout ce qu'il aura emprunté à ses autres devanciers, et je vous assure que l'écrivain de votre choix, réduit à ses seules œuvres, figurera devant Hippocrate, comme Bebé auprès du géant Frion.

Si l'on ne doit pas chercher cette courte défense dans votre compte-rendu qui ne pouvait pas la deviner, mon jugement sur Hippocrate comparé avec Aristote et Galien aurait pu y trouver place, puisqu'il a été réellement prononcé; mais il est à peu près impossible de saisir à la volée tout ce qui se dit dans des séances, la plupart du temps assez bruyantes. C'est ainsi, par exemple, que votre numéro du 9 courant a passé sous silence les réflexions de M. Castel au sujet du rapport de M. Bousquet, et la manière dont celui-ci a relevé le malentendu qui m'avait fait lui attribuer une réprobation de l'éclectisme, à laquelle il était tout à fait étranger. Dans cette circonstance, où le savant secrétaire s'est déclaré éclectique plus que jamais, j'aurais désiré l'avertir des chances auxquelles l'expose son dévouement infiniment trop prolongé pour une sorte de macédoine philosophique complètement passée de mode. Le président, chargé d'économiser les instans si précieux de l'Académie, n'a pas jugé à propos de me laisser répliquer. Vous allez voir qu'il a bien pu réaliser un profit de vingt ou trente secondes de temps moyen. car je me serais borné à dire: « Il n'y a pas » un éclectique au monde en état de citer un seul fait introduit dans la » science par voie d'éclectisme; s'engager à montrer les produits scien- » tifiques de ce système, c'est se mettre dans l'obligation de faire con- » naître la postérité d'un eunuque, et voilà d'où vient ma confiance. » Au reste, mon cher confrère, je dois m'applaudir de toutes ces petites contrariétés, puisqu'elles me procurent, dans la même occasion, le triple plaisir de défendre Hippocrate, de rire de l'éclectisme, et de vous renouveler l'assurance du sincère attachement avec lequel j'aime à me dire, Votre dévoué confrère,

ROCHOUX.

(1) Fragment d'étude sur le Traité des airs, etc. (*Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1842.)

(2) Bull. de l'Acad. de Méd., t. VII, p. 321 et suiv.

(3) *Ops. citato*, p. 377.

(4) Histoire des sciences naturelles.

(5) *Pinel*, Nosographie phil., 3e édition, t. 1er. Méthode d'étudier, p. LXII.

(1) Falconnet qui possédait une si belle bibliothèque, aimait à dire que s'il était forcé de se contenter de trois ouvrages, il garderait la Bible, Homère et Rabelais.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertebrés; par M. FLOURENS. — Deuxième édition. 1 vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière.

Ce volume n'est pas la simple réimpression de celui qui parut sous ce titre en 1824 et qui produisit une si vive sensation en physiologie. M. Flourens l'a considérablement augmenté, soit en ajoutant de nouveaux faits aux faits déjà connus, soit en l'augmentant par les mémoires qu'il a lus depuis à l'Académie des sciences ou qui étaient encore inédits. Un exposé sommaire des sujets traités par M. Flourens suffira pour en faire juger l'importance.

Il prouve expérimentalement qu'il y a trois propriétés essentiellement diverses dans le système nerveux: l'une de *percevoir* et de *vouloir*, l'autre de *sentir*, l'autre enfin de *mouvoir;* que ces trois propriétés diffèrent de siége comme d'effet, et qu'une limite précise sépare les organes de l'une des organes de l'autre; que dans le cervelet réside la propriété qui consiste à *coordonner* les mouvemens voulus par certaines parties du système nerveux, excités par d'autres, et qu'ainsi les diverses parties qui constituent l'ensemble désigné sous le nom de système nerveux ont des fonctions toutes différentes les unes des autres; qu'aux lobes cérébraux sont dévolues les facultés intellectuelles et perceptives, au cervelet la coordination des mouvemens de locomotion, à la moelle épinière et à ses nerfs l'excitation immédiate des contractions musculaires.

A chacun de ces grands faits s'en joignent une multitude d'autre

fuge sont plus dures que celles de la farine, la sensation du corps étranger dans l'œil droit était un peu plus manifeste. Il est survenu dans les deux yeux un léger larmoiement qui a duré une minute, et sept minutes après il n'y avait plus aucune sensation.

Je suis donc en droit de dire que le sulfate de quinine, appliqué en poudre sur une membrane muqueuse, ne détermine pas d'irritation ni d'inflammation, il agit comme tout corps inerte. Mais, dit-on, si l'action irritante ne se produit pas sur une muqueuse non enflammée, elle peut avoir lieu sur la muqueuse enflammée; en effet, il déterminerait une irritation tellement vive qu'on renoncerait chez certains enfans à l'employer non seulement sur le derme dénudé, mais encore sur l'épiderme.

Troisième expérience. — Il me fallait donc réviser ce fait qui m'était inconnu, et pour arriver à sa solution, je me suis appliqué deux vésicatoires, l'un au bras droit, l'autre au bras gauche. Douze heures après la vésicule était produite, M. Griveau, externe du service, mit sur le derme à du du côté droit une petite pincée, 5 centigrammes environ de sulfate de quinine, du côté gauche même quantité de farine, même sensation dans les deux côtés; cependant un peu plus vive du côté droit pendant un moment; la douleur disparut rapidement et je n'éprouvai dans la journée que la sensation déterminée par la présence insolite d'un petit vésicatoire; la croûte formée du côté droit tomba quatre jours après celle du côté gauche. Ainsi le sel fébrifuge produit sur le derme dénudé un peu plus de douleur que le corps le plus doux.

Quatrième expérience. — Maintenant il s'agit de savoir si, chez une personne en bonne santé, pris à haute dose, il détermine quelque modification dans l'état physiologique. J'ai donc fait préparer une potion gommeuse avec addition bien dosée d'un gramme et demi de sulfate de quinine; je l'ai prise dans l'espace de huit heures, de dix heures du soir à six heures du matin, deux cuillerées environ par deux heures.

Avant de prendre la potion, mon pouls battait 60 fois par minute; j'ai pris deux cuillerées environ: sensation d'amertume. A minuit, deux cuillerées; à deux heures, une cuillerée; 72 pulsations, mais pas de céphalalgie, pas de bourdonnement dans les oreilles, pas de douleur dans le ventre; une cuillerée à quatre heures, je me suis endormi jusqu'à six heures. A mon réveil, pouls à 72, assez plein, la peau assez moite; pas de frisson ni de sueur; céphalalgie, surtout à la région postérieure; bourdonnement très marqué dans les oreilles; pas d'éblouissemens ni d'hallucinations; pas de nausées, par de douleur à l'abdomen ni à l'épigastre. Dans la matinée jusqu'à dix heures, léger étourdissement, et la face musculaire médiocrement déprimée.

Ainsi, je puis déjà conclure que le sulfate de quinine pris en potion à la dose de 15 décigrammes en huit heures, ne détermine aucune irritation sur un tube digestif sain, pas plus qu'il n'en produit sur le derme dénudé d'un vésicatoire; son action, qui n'a pas été rapide, semble s'exercer sur le système nerveux; les étourdissemens, la céphalalgie plutôt à la région de la nuque qu'à la région frontale, les bourdonnemens dans les oreilles sans éblouissement des yeux, en sont les phénomènes appréciables.

D'après les faits précédens, peut-on attribuer au sulfate de quinine les désordres trouvés à l'autopsie dans l'observation suivante?

3e Obs. — *Fièvre typhoïde. Forme ataxique. Cas grave. Sulfate de quinine les trois derniers jours. Mort. Ramollissement de la muqueuse de l'estomac.*

Un jeune homme nommé Riolet, vingt deux ans, teneur de livres, entré le 24 mai à l'hôpital Cochin, service de M. Briquet.

La maladie datait de six ou sept jours. A la visite, céphalalgie, face injectée, dyspnée, râle sibilant dans les deux côtés de la poitrine; langue couverte d'un enduit blanchâtre, soif modérée, abdomen non ballonné; pas de gargouillement à la région iléo-cœcale; pas de diarrhée, pouls très fréquent, peu développé. Ce qu'il y a de manifeste, c'est la congestion pulmonaire, les symptômes de la fièvre typhoïde entéro mésentérique n'existaient pas. Saignée de quatre palettes.

Le 25, la réaction fébrile est plus manifeste; agitation continuelle la nuit.

Le 27, prostration très prononcée, injection de la face, tremblement des lèvres, délire toute la nuit, continuant le matin; langue blanche, visqueuse; fuliginosité sur les lèvres; déglutition difficile; pas de vomissement; râle sibilant sur très abondant; pas de diarrhée ni ballonnement du ventre; le pouls très mou, à 100; la peau chaude.

En face d'un état aussi grave, M. Briquet donne, en désespoir de réussite, un gramme et demi en dix pilules; huit seulement ont été prises.

Le 28, délire continu; l'état est plus grave. Même prescription. Le malade ne prit aucune pilule, par suite de la difficulté de la déglutition. On administre la même dose en potion; moins d'agitation et moins de délire; un peu de surdité lors de la visite, langue sèche, tremblottement des lèvres et des membres; le pouls était descendu de 100 à 84-86.

Le 29, potion de deux grammes, continuée le 30.

Mort le 31 au soir, conservant toujours le tremblement général et la parole embarrassée. Il n'eut pas de vomissemens ni de selles les deux derniers jours.

A l'autopsie, légère injection de la pie-mère; rien dans le cerveau; congestion des deux poumons à la partie postérieure dans toute leur hauteur.

Estomac. Muqueuse ramollie dans tous ses points; elle paraît avoir son épaisseur habituelle; on trouve à la face intérieure de cet organe quatre ou cinq sillons noirâtres longs de cinq centimètres; à bords un peu rouges et se déchirant facilement, le fond est formé par le tissu cellulaire sous-muqueux. Couleur rosée de la muqueuse du duodénum.

Vers la fin de l'intestin grêle, quelques plaques de Peyer légèrement tuméfiées; rate volumineuse, foie ramolli, reins congestionnés.

— Après la série d'observations rapportées sur les effets du sulfate de quinine et sur son innocuité sur les tissus, en voici une qui semble donner un démenti aux nôtres, et nous démontrer son inefficacité dans certains cas. En effet, alors qu'il existait déjà un délire commençant, de la fièvre, du tremblement des lèvres, de la difficulté dans la déglutition. On administre le sulfate de quinine en pilules; puis, deux jours après, en potion de deux grammes. En le donnant, il est vrai, en pilules d'abord, on perdit un temps précieux, attendu qu'il était impossible de les faire avaler au malade: il les rejetait au dehors. Le premier jour de l'administration de la potion, une rémission parut s'opérer dans les symptômes, mais elle fut de courte durée; la mort arriva rapidement, et à l'autopsie on trouve pour lésion principale un ramollissement avec destruction dans plusieurs points de la muqueuse gastrique. *Post hoc, ergo propter hoc?* On administre le sulfate de quinine quatre jours avant la mort. Les lésions principales de la maladie existent dans l'estomac; c'est le sulfate de quinine qui les a produites. Cette conclusion, rien moins que fondée, me rappelle un fait curieux que m'a rapporté M. Baron:

Un enfant est mort à la suite d'un ramollissement gélatiniforme avec perforation de l'estomac. M. Orfila avait déjà été appelé; une autopsie judiciaire allait avoir lieu; le médecin qui avait administré une potion gommeuse était déjà accusé par la famille. Fort heureusement M. Baron avait souvent été témoin de ces perforations à la suite du ramollissement gélatiniforme; il vint lever tous les soupçons d'empoisonnement.

Je crois que le sulfate de quinine est aussi innocent de la mort de ce jeune homme, que la potion gommeuse chez le jeune enfant. Je m'appuie, pour cela, des symptômes assez graves qui ont précédé l'administration du sel fébrifuge, et surtout des observations relatées dans l'ouvrage de M. Louis sur la fièvre typhoïde; observations assez nombreuses de ramollissement avec destruction de la muqueuse gastrique, quoique les malades n'eussent pas pris de sulfate de quinine.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Fracture du fémur et de la clavicule. Considérations sur le traitement de ces fractures.

Un étudiant en médecine fut reçu dans le service de M. Blandin, à la suite de l'événement survenu le 8 mai sur le chemin de fer de Versailles. Il avait une fracture du fémur, de la clavicule et plusieurs autres blessures plus légères, telles que des contusions sur la tête et quelques autres parties du corps. La lésion la plus grave et qui appela la première l'attention du chirurgien, ce fut la fracture de la cuisse; il y avait non seulement fracture complète du fémur, mais en outre un gonflement considérable de la cuisse. On appliqua d'abord l'appareil de Scultet, et lorsque plusieurs jours après l'application de cet appareil, le gonflement eut cessé et le membre fut replacé dans la condition d'une fracture simple, M. Blandin se détermina à appliquer, suivant son usage, l'appareil inamovible.

Voici de quelle manière ce bandage fut appliqué: Après avoir laissé le bandage roulé qui enveloppait déjà le membre, on appliqua un second bandage roulé avec une bande imprégnée de dissolution de dextrine, en commençant par la partie inférieure. Une fois arrivé au-dessous du genou, avant d'enrouler la cuisse, on plaça une attelle à la partie inférieure de la cuisse et une autre à sa partie externe, puis on continua les tours de bande par dessus ces attelles avec la bande dextrinée. Le but de ces attelles, dit M. Blandin, qui à l'occasion de ce malade s'est livré à des considérations pratiques importantes sur la thérapeutique des fractures, le but de ces attelles, c'est d'empêcher que les fragmens du fémur se portent en dehors ou en bas, ainsi qu'ils ont naturellement la tendance de le faire sous l'influence de la contraction musculaire.

M. Blandin a en outre l'habitude de placer aussi une attelle à la partie antérieure de la cuisse, par dessus le bandage et de l'y laisser jusqu'à ce que le bandage soit bien sec. Cette attelle n'est par conséquent placée là que provisoirement, comme tuteur; elle a pour objet d'empêcher que les fragmens ne se dérangent pendant que le bandage est encore mouillé. On la retire aussitôt que l'appareil est sec. C'est, ajoute M. Blandin, depuis que j'ai été chargé du rapport sur les appareils inamovibles à l'Académie de médecine, que j'ai reconnu l'utilité de ce tuteur. Je fis connaître à cette époque et je soutins son avantage, et bien qu'au commencement ce moyen trouvât quelque opposition, on finit par l'admettre. M. Seutin, qui à cette époque se trouvait à Paris, ne paraissait pas convaincu de l'utilité de cette attelle, mais je ne doute pas que l'expérience qu'il en a dû faire depuis ne l'ait rangé de notre avis. L'attelle postérieure du fémur est courbée de manière à présenter une concavité en arrière et une convexité en avant qui s'adapte avec la courbure normale du fémur. De cette manière on a lieu de s'attendre à ce que la consolidation soit plus exacte. Cette attelle postérieure paraît d'une telle nécessité à M. Blandin dans ces sortes de fractures, qu'il l'emploie même lorsqu'il fait usage de l'appareil ordinaire, afin de maintenir plus sûrement en place les fragmens qui ont une grande tendance à se porter en arrière, les puissances musculaires agissant surtout dans ce sens sur les fragmens. Lorsqu'on fait abstraction de cette attelle, on peut bien sans son secours lutter pendant quelque temps avec avantage contre la contraction musculaire; mais au bout de quelques jours les muscles des régions antérieure et externe perdant de plus en plus de leur force de contractilité et devenant pour ainsi dire à demi-paralysés par le fait de la compression qu'exerce plus spécialement sur eux le bandage, finissent par ne plus se contracter avec assez d'énergie pour pouvoir déplacer les fragmens et les attelles antérieure et externe n'ont plus alors la même utilité qu'elles avaient au début; mais d'un autre côté les fragmens ne trouvant pas d'obstacle en arrière, se portent dans ce sens avec une plus grande facilité et viennent souvent former un angle saillant de ce côté, résultat de la mauvaise disposition de l'appareil.

C'est vers les derniers temps du traitement surtout que se fait sentir la nécessité de cette attelle, parce que c'est, comme nous le disions tout à l'heure, à cette époque que les fragmens ont le plus de tendance à se porter en arrière si l'on n'y oppose un obstacle. Cette attelle doit être forte et très résistante; elle doit être faite en bois dur, de cœur de chêne, et cela pour plusieurs raisons; d'abord, afin qu'elle puisse opposer un degré de résistance suffisant, sans quoi le but serait manqué; ensuite, pour prévenir que cette attelle ne se gonfle et ne s'imbibe de l'humidité de l'appareil, ce qui ne manquerait pas aussi de compromettre le succès du traitement.

Ce matin (le 25 mai) on a enlevé les tuteurs antérieur et externe que l'on avait provisoirement appliqués sur le membre jusqu'à siccité de l'appareil. On a ensuite fait reposer le membre sur une longue attelle postérieure qui a été suspendue au ciel du lit, de manière à placer le membre sur un plan incliné. Cette position a le double avantage de favoriser la dessiccation complète de l'appareil, et de procurer du soulage-

---

dont l'énoncé seul nous entraînerait beaucoup trop loin et qui indiquent avec toute rigueur le point précis où commencent et finissent l'excitation, la liaison, les volitions, les perceptions et la coordination.

Des expériences de M. Flourens résulte encore ce grand fait, le plus terrible argument dont la phrénologie ait à se garer: c'est que quelque graduée que soit l'ablation des lobes cérébraux, quels que soient le point, la direction, les limites dans lesquels on l'opère, dès qu'une perception est perdue, toutes le sont; dès qu'une faculté disparaît, toutes disparaissent; et conséquemment que toutes ces facultés, toutes ces perceptions, tous ces instincts, ne constituent qu'une faculté essentiellement une, et résidant essentiellement dans un seul organe.

Dans un autre chapitre, M. Flourens cherche à déterminer quelles parties du système nerveux ont un effet *direct*, quelles, au contraire, ont un effet *croisé*. Ses expériences établissent que les lobes cérébraux, les tubercules bijumeaux ou quadrijumeaux et le cervelet, ont seuls un effet croisé, les moelles épinière et allongée seules un effet direct.

Ce n'est là qu'un aperçu fort incomplet des quatre premiers chapitres d'un ouvrage qui en contient trente-deux d'un intérêt puissant, et qu'il serait impossible d'énoncer sans s'exposer à la sécheresse d'une table des matières.

Précis analytique sur le cancer de l'estomac, et sur ses rapports avec la gastrite chronique et les gastralgies; par M. le docteur Barras. — Broch. in-8°. A Paris, chez Béchet jeune et Labé.

M. Barras a eu pour but, dans cette monographie, d'isoler autant que possible le cancer de l'estomac des autres maladies de cet organe. Il n'est pas très rare, en effet, de voir prendre cette affreuse maladie pour une gastrite chronique. L'auteur a été témoin de plusieurs faits de ce genre; aussi a-t-il cherché avec beaucoup de soin à établir un diagnostic différentiel qui puisse faire éviter de telles erreurs. Ses investigations lui font croire que les causes, les symptômes et le traitement de ce cancer fournissent, dans la très grande majorité des cas, des indices assez certains pour qu'on puisse le distinguer des névroses et des inflammations du ventricule. Il insiste surtout sur cette opinion bien consolante que le cancer de l'estomac n'est pas toujours incurable, et que sa guérison devient possible lorsqu'il est reconnu et bien traité avant que la désorganisation ne soit complète.

Le traitement que M. Barras oppose à cette maladie est simple et facile. Il prescrit l'eau de Vichy coupée avec le lait d'ânesse, un emplâtre de Vigo et d'extrait de ciguë *loco dolenti*, une alimentation douce et des plus légères.

Malheureusement, nous devons le dire, cette monographie n'est pas riche en faits concluans. Tout rationnel que soit et que nous paraisse le traitement indiqué par l'auteur, il lui manque un élément puissant de conviction, et nous craignons bien que cet opuscule ne soit une illusion charitable d'un praticien empressé à soulager les maux de ses semblables. Quoi qu'il en soit, cette monographie doit être lue; et en face d'une aussi redoutable maladie, on peut sans crainte essayer le traitement proposé par M. Barras, qui avoue d'ailleurs avec bonne foi en avoir trouvé *passim* l'indication.

B. B.

FAITS DIVERS.

Excision d'un clitoris énorme.

Un clitoris d'un volume énorme a été enlevé avec succès par le Dr Auchinleck; la tumeur pesait *cinq livres*, et avait mis seulement dix-huit mois pour atteindre ce volume; la base était étroite et contractée, de telle sorte que l'on éprouva très peu de difficulté dans l'opération. Sa structure était dense et cartilagineuse; elle était rugueuse et lobulée. (*The provincial Journal.*)

Sortie d'une pierre par le rectum; observation communiquée par M. le docteur Horn, de Berlin.

Une femme âgée d'environ cinquante ans, éprouvait depuis quelque temps la plupart des symptômes qui indiquent l'existence de calculs rénaux; lorsqu'un jour une concrétion volumineuse, configurée comme un œuf de poule, sortit par le rectum et résonna fortement en tombant dans le bassin. Après l'avoir nettoyée et séchée, on en fit la section et on reconnut qu'elle était formée de couches concentriques superposées et avait dû sans aucun doute exiger beaucoup de temps pour atteindre le volume auquel elle était arrivée. Il est à présumer, dit l'auteur, qu'elle s'est d'abord arrêtée dans le cæcum, et, qu'après y avoir fait un séjour plus ou moins long, elle a marché lentement, toujours en s'accroissant, et qu'elle est surtout restée long-temps dans l'S iliaque du colon. (*Medicinische Zeitung*; 1842, n° 19.)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Trente-troisième séance. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui, lundi 20, M. Chrestien a soutenu sa thèse.

Mercredi prochain, 22, M. Vidal sera argumenté par MM. Bérard, Laugier, Huguier et Malgaigne.

ment au malade, qui peut ainsi, sans inconvénient, imprimer de légers mouvemens de totalité à son membre, ce que ne permettait pas l'ancien appareil. C'est là une des améliorations incontestables que l'on doit à M. Mayor, de Lausanne.

Ce malade a, ainsi que nous le disions en commençant, une fracture de la clavicule gauche siégeant à la partie moyenne, à peu près, de l'os. C'est une de ces fractures qui sont, comme tout le monde le sait, plus sujettes que toutes les autres au déplacement des fragmens. La raison en est simple. Lorsque la fracture de la clavicule a lieu à la partie moyenne, en effet, les muscles qui s'insèrent à ses deux extrémités agissant en sens opposé, tendent incessamment à déplacer les fragmens et à les faire chevaucher l'un sur l'autre. L'appareil qu'emploie M. Blandin pour ces fractures est celui de Desault. Cet appareil, dit-il, remplit très bien toutes les indications, et mérite la préférence sur tous les autres. Il a été critiqué, mais à tort, suivant nous, et parce qu'on n'en a pas bien saisi le véritable mécanisme. Il suffit d'examiner un instant l'action de cet appareil pour en apprécier les avantages. Pour qu'un appareil soit vraiment utile dans ces fractures, il faut d'abord qu'il porte le moignon de l'épaule en dehors, afin d'empêcher les fragmens de chevaucher l'un sur l'autre; c'est ce que Desault obtenait en plaçant sous l'aisselle un coussin cunéiforme qui constitue ainsi un levier du second genre très puissant. Il faut, en second lieu, maintenir le coude relevé et appliqué contre la poitrine, et empêcher que l'épaule ne se porte en avant. Desault remplissait parfaitement ces indications par les tours de bandes qu'il faisait passer au-dessous du coude et sur les deux épaules en décrivant des 8 de chiffre autour de la poitrine et du dos. Cet appareil avait bien un inconvénient qui n'a point échappé aux critiques, c'est la facilité avec laquelle il se relâchait et permettait au coude de descendre et à l'épaule de se porter en avant; mais depuis que nous avons rendu cet appareil inamovible à l'aide de la dextrine, cet inconvénient ne subsiste plus.

Il fallait enfin empêcher la dépression du fragment externe et l'élévation du fragment interne; les croisés en 8 de chiffre sur l'épaule imaginés par Desault remplissent parfaitement cette indication, et ne pouvaient certainement pas être remplacés, comme ont voulu le faire quelques chirurgiens par un mouchoir en écharpe jeté sur l'épaule. De cette manière, toutes les parties de l'os fracturé sont maintenues, et le membre ne constitue qu'un seul tout qui ne peut bouger, surtout lorsque cet appareil est consolidé par la dextrine.

A propos du bandage inamovible, que M. Blandin applique habituellement pour la fracture de la clavicule, il rappelle le fait d'un jeune homme de dix-sept ans, couché au nº 37 et qui est entré avec une fracture de la clavicule accompagnée de circonstances toutes particulières. Lorsque le malade entra à l'hôpital, on voyait à la région claviculaire et sur la partie moyenne de la clavicule, une tumeur du volume d'une noix, bien circonscrite, sans aucun autre signe direct de fracture de cet os. Seulement, si l'on imprimait quelques mouvemens en sens inverse aux deux extrémités de la clavicule, on éprouvait la sensation vague d'un peu de mobilité. M. Blandin diagnostiqua toutefois, d'après ces seuls signes, une fracture de la clavicule à sa partie moyenne, là même où siégeait la petite tumeur dont il vient d'être question. Ce chirurgien remarqua à ce sujet que lorsque la fracture de la clavicule se produit, il se fait en même temps une rupture du périoste, c'est là, du moins, ce qui arrive le plus ordinairement, et il y a alors chevauchement du fragment. Mais lorsque cette fracture a lieu sans déchirure du périoste, celui-ci, restant intact, maintient les fragmens en rapport et il n'y a point de déplacement; la clavicule conserve son apparence normale. Ces sortes de fractures, dont les auteurs de pathologie externe n'ont point parlé, que nous sachions, ont lieu assez souvent chez les jeunes sujets et chez les enfans en bas âge, chez lesquels le périoste se détache encore facilement de l'os, et peut n'être point rompu lors de la fracture de celui-ci. Le périoste forme dans ce cas cette espèce de tumeur que l'on remarque chez le malade en question. Chez les sujets adultes, au contraire, le périoste est tellement adhérent aux os, il fait tellement corps avec eux qu'il se rompt toujours avec l'os sons s'en détacher.

On remarquera que le sujet dont nous nous occupons est justement dans l'âge où le périoste est encore assez peu adhérent et assez extensible pour se prêter sans se rompre aux efforts qui déterminent la fracture. J'ai déjà, devers moi, ajoute M. Blandin, plusieurs cas de ce genre; j'en ai vu notamment un exemple bien tranché à l'hôpital Beaujon. M. Marjolin, à qui je le soumis, ne partagea pas d'abord mon avis, mais il put se convaincre plus tard de la réalité de ces faits. D'autres cas se sont présentés depuis à l'Hôtel-Dieu. Il est par conséquent bien établi pour moi maintenant que cette espèce de fracture n'est pas très rare, qu'elle se présente assez souvent chez les jeunes sujets et qu'elle mérite d'autant plus de fixer l'attention des praticiens qu'on a dû souvent la méconnaître. Dans ces cas il faut admettre qu'il y a eu une violence extérieure ou une chute ayant porté sur le point fracturé et développement successif d'une petite tumeur circonscrite sur le lieu de la fracture. Cette tumeur ressemble assez à une périostite; elle est ordinairement douloureuse, presque toujours accompagnée d'une mobilité anormale et même quelquefois d'une crépitation lorsqu'on presse en sens opposé sur les deux extrémités de la clavicule. Tels sont, à peu près les seuls signes auxquels on peut reconnaître cette fracture; encore la crépitation manque-t-elle souvent.

Dans cette espèce de fracture, comme les fragmens sont naturellement maintenus en rapport par le périoste resté intact, il y a tout avantage à apporter dans le traitement beaucoup de ménagement, car on est à peu près certain d'obtenir la consolidation sans aucune difformité consécutive. M. Blandin a obtenu plusieurs guérisons complètes et sans déformation dans des cas de ce genre, et tout autorise à espérer qu'on obtiendra un résultat semblable chez le malade dont il vient d'être question.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Hypersplénotrophie. Fièvre d'accès. Action des miasmes suivie promptement de la lésion de la rate et de la fièvre. Diminution de la rate en quelques minutes sous l'influence du sulfate de quinine.

Locher, âgé de vingt-trois ans, ouvrier en zinc, à Paris depuis quinze mois, d'une constitution robuste, n'a jamais été malade.

Le 10 avril dernier, il travailla hors la barrière à couvrir de zinc une maison. Le soir même, vers dix heures, il eut un frisson qui dura presque jusqu'à six heures, et qui fut accompagné de courbature; alors de la chaleur eut lieu, et la peau fut humide le matin. Ces accidens se renouvelant les jours suivans, le malade entra à l'hôpital, salle Saint Raphael, nº 1.

Le 14 avril, l'accès a été moins fort et a reculé. Il n'y a eu aucune douleur ni dans le côté gauche, ni dans le côté droit.

Le 15 au matin, l'état de toutes les fonctions est excellent, seulement on trouve que la peau est chaude et humide.

Il faut bien se rappeler, dit M. Piorry, que lorsque la peau présente le matin de l'humidité et de la chaleur sur un homme qui paraît peu malade, on doit songer à la possibilité et à la probabilité d'une fièvre intermittente. (Cette remarque appartient à M. Bally.)

Le foie est de volume et de forme normaux. On ne trouve de douleur nulle part. La rate ne déborde en rien le rebord costal, et certes si on n'avait que la palpation pour juger de son volume, on la trouverait petite; mais mesurée par la plessimétrie elle présente environ de 8 centimètres de hauteur sur 15 centimètres de largeur, et la matité est assez marquée pour que l'organe soit fort épais.

L'hypersplénotrophie est ici dans son plus grand état de simplicité, et l'indication est alors tout aussi simple. Le sulfate de quinine guérira très vite ce malade. On va à l'instant même administrer 1 gramme 25 de sulfate de quinine, et dans dix minutes, ajoute M. Piorry, l'image qui vient d'être tracée sur le thorax et qui est celle de la rate malade, sera plus large au moins d'un centimètre que la nouvelle figure que la percussion permettra de limiter autour de la rate diminuée.

Remarquons encore que la cause de la maladie a évidemment agi sur cet homme le jour même de l'invasion. Il n'avait jusqu'alors aucunement travaillé à la campagne, et voici que le soir du seul jour où il y reste exposé aux vapeurs qui s'élevaient d'un jardin dont on remuait la terre, il est pris d'une fièvre d'accès. Cette observation est l'une des plus intéressantes que l'on connaisse sur le temps que les miasmes marécageux mettent à produire soit l'hypertrophie, soit la fièvre.

Cet homme n'a eu que quatre accès de fièvre, et déjà la rate est fort grosse. Il n'est pas douteux pour nous qu'elle était aussi volumineuse dès le premier accès.

Quoi qu'il en soit, depuis l'administration du sulfate de quinine, il n'y a pas eu d'autre accès fébrile, la rate continue à diminuer les jours suivans, et le malade est sorti le 18 avril complètement guéri.

Eructations fréquentes rapportées par plusieurs médecins à une tympanite nerveuse. Durée des accidens pendant trois ans. Guérison.

Un officier, âgé de quarante ans, hypochondriaque, eut, il y a trois ans, à la suite de digestions mauvaises, de très fréquentes éructations qui n'ont jamais cessé depuis. Ces éructations étaient excessivement bruyantes, avaient lieu à chaque instant et d'une manière si répétée qu'il lui était impossible de boire comme une autre personne, parce qu'il rendait alors des flots de gaz. Depuis trois ans il n'a pas pu boire une seule fois à son aise; il en arrive autant hors des repas, et il lui est impossible de rester une minute le matin et le soir sans rendre d'énormes quantités de fluides élastiques.

Ce fut pour remédier à cet état que M. Piorry fut appelé. Beaucoup de médecins préalablement consultés avaient déclaré qu'il s'agissait d'une tympanite nerveuse.

On doit croire que le traitement avait été dirigé en conséquence.

M. Piorry obtint du malade un renseignement important, c'est que la nuit, dans le sommeil, les éructations cessaient entièrement, que le ventre ne grossissait pas, et qu'il n'y avait dans le jour d'augmentation du volume abdominal que dans l'imagination de notre hypochondriaque.

Pendant la lecture d'un long écrit du malade où il parlait de ses innombrables maux, M. Piorry examina avec attention ce qui se passait, et il ne tarda pas à voir que les éructations se composaient de deux temps: dans l'un un peu de bruit était entendu par l'auscultation à distance, il y avait une succession de quelques glouglous; dans l'autre, qui survenait deux secondes après, on entendait un bruit éclatant très violent, et en un seul temps. Du reste, l'estomac, étudié par la plessimétrie, contenait des alimens et des gaz en quantité modérée. Un observait de la matité dans l'intestin grêle, en rapport avec les alimens que le malade avait pris quelques heures auparavant. Tous les organes abdominaux, les poumons, le cœur, étaient sains.

Si l'on portait l'oreille sur la colonne cervicale et dorsale pendant les éructations, on entendait encore les deux secousses précédemment indiquées, mais d'une manière très sourde au niveau des dernières vertèbres dorsales, et très évidente au cou et à la partie supérieure du thorax.

Le malade voulut boire: il y eut bien douze éructations pendant le temps où il avala le quart d'un verre de vin; il voulut manger, et le même fait eut lieu; il voulut parler, et les éructations se multiplièrent. Cet état était presque continuel, il lui était impossible de se livrer à des occupations suivies, et de voir le monde; sa vie était devenue un supplice.

En quoi consistait cette maladie? Certes, ce n'était pas là une tympanite nerveuse; le mal ne venait pas de l'estomac, il s'agissait purement et simplement de l'air atmosphérique et de son évacuation immédiate.

On sait que M. Magendie a étudié avec soin la déglutition de l'air, et que celle-ci est très facile pour certains individus.

L'examen général du malade, l'état de son abdomen, la manière dont le phénomène s'accomplissait, les deux temps que l'on observait, les bruits que l'on auscultait, ne permettaient pas d'établir de doutes sur ce sujet.

Mais que faire? La moindre réflexion anatomique devait apprendre quel était le vrai moyen de guérison.

Il a suffi de porter avec assez de force le larynx en arrière en appuyant sur le cartilage thyroïde, pour empêcher la déglutition de l'air; cette compression n'était pas portée assez loin pour s'opposer à la déglutition des boissons et des alimens. On exécuta cette manœuvre, et le malade enchanté but, mangea, parla, tout comme un autre homme.

C'était évidemment là une habitude qui avait été prise; l'imagination du malade est assez frappée pour qu'on puisse compter sur la continuation d'un traitement aussi simple que celui de la compression du larynx avec les doigts ou avec un bandage.

Il est évident qu'on ne le guérira pas de son hypochondrie par de tels moyens: toutefois, il a affirmé à M. Piorry que la leçon était assez forte pour qu'à l'avenir il s'occupe un peu moins de sa santé et pour qu'il n'emploie plus des moyens de sa façon pour y remédier.

A l'effet de tenter le traitement de l'hypochondrie, on a conseillé la chasse, les distractions, de bons alimens, et un régime tiré en grande partie de substances animales. On a proposé aussi l'usage d'une ceinture abdominale, soit pour céder un peu aux préoccupations d'esprit du malade, soit pour favoriser l'évacuation de quelques gaz qui parfois pourraient être avalés.

Ce malade est revenu ces jours derniers à Paris, débarrassé de sa manie d'avaler de l'air et de faire à chaque instant des éructations. Mais à cette singulière habitude en a succédé une autre qui consiste dans une petite toux volontaire et qui a lieu d'une manière presque aussi fréquente que se déclaraient auparavant les éructations. X.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Danger de l'emploi inconsidéré du sulfate de potasse.

M. A. Chevalier fait observer que le sulfate de potasse, ordonné à la suite des couches chez les femmes, et à des doses de 4, 8 et 16 gram. (1, 2 et 4 gros), ne doit être délivré par le pharmacien qu'avec précaution et sur l'ordonnance d'un médecin, quelques faits paraissant démontrer qu'il peut agir comme poison.

Déjà MM. Merat et Delens, J.-G Greisel, Gardien, Sobaux, ont publié des observations tendant à prouver que le sulfate de potasse peut dans certains cas, même lorsqu'il est donné à faible dose, déterminer des accidens plus ou moins graves et que l'on a vus aller jusqu'a occasionner la mort.

Un fait plus récent, et qui date du mois d'octobre 1841, est la mort de la femme B... Cette femme étant récemment accouchée, on lui prescrivit, à titre de purgatif, 40 grammes (1 once 2 gros) de sulfate de potasse en six doses. Ce médicament détermina la mort de la malade en moins de deux heures. L'analyse qui fut faite des matières extraites du cadavre de la femme B... prouva qu'elles ne contenaient aucun agent toxique autre que ce sel.

On voit par tous ces faits que le pharmacien ne doit délivrer le sulfate de potasse qu'avec circonspection et en se couvrant de la garantie que lui donne une ordonnance de médecin.

(*Journ. de chim. méd.*, juin 1842.)

Sur les moyens d'arrêter les hémorrhagies produites par certains polypes de l'utérus.

M. Lisfranc a remarqué que la plupart des polypes de l'utérus sont blancs et fibreux, que ces polypes ne contiennent qu'un très petit nombre de vaisseaux sanguins dans leur intérieur, mais qu'ils sont recouverts d'une membrane muqueuse très injectée d'une sorte de réseau vasculaire; ce chirurgien s'est convaincu que c'est de cette membrane que vient le sang.

Or, voici le moyen qu'il a imaginé pour arrêter ces hémorrhagies. Si le polype est très bas, il saisit, avec le pouce et l'indicateur, cette espèce de membrane vasculaire, il la pince, il la tire, la déchire, et *pèle* en un mot le polype. Après cette petite opération, l'hémorrhagie s'arrête et ne se reproduit pas. Si le polype est situé trop haut pour qu'il soit possible d'en agir ainsi, il introduit un grand spéculum, accroche le polype avec des érignes, et l'attire; s'il coule trop de sang, il éponge, il pratique des injections avec de l'eau froide ou de l'eau alumineuse; puis il touche, autant que faire se peut, toute l'étendue de ce polype avec le proto-nitrate acide de mercure; à l'instant même l'hémorrhagie s'arrête. (*Bull. de thérap.*, 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Sirop antiscorbutique préparé de manière à être facilement administré aux enfans.

M. Dorvault, pharmacien à Paris, a présenté à la Société de pharmacie une préparation de sirop antiscorbutique préférable à celle qui se trouve formulée dans le Codex et dans la plupart des pharmacopées. Le procédé de ce pharmacien consiste à employer les mêmes substances que le Codex, raifort, cresson, cochléaria, trèfle d'eau, orange amère, cannelle, vin blanc généreux et sucre; à piler d'abord le raifort avec du sucre, ensuite à extraire le suc des autres plantes, c'est-à-dire du cresson, du cochléaria, de la ményanthe, des oranges amères; à prendre le marc de ces plantes, à le piler avec du vin de cannelle pour extraire tous les principes actifs, à faire dissoudre le saccharum de raifort dans les liquides obtenus, et enfin à faire un sirop à froid.

(*La Clinique des hôpitaux des Enfans*, 15 juin 1842.)

Poudre de Sency.

Tout le monde connaît aujourd'hui le médicament secret désigné par le nom de Poudre de Sency, qui a été proposé contre le goître et les scrofules, et dont l'Académie de médecine a constaté, dit-on, il y a une quinzaine d'années, l'efficacité réelle. Quoi qu'il en soit de la réalité des propriétés thérapeutiques attribuées à cet arcane, le plus grand nombre des médecins refusent d'employer des préparations dont la composition reste cachée, et on ne peut qu'applaudir à cette détermination.

Pour remédier à cet inconvénient, M. Bouchardat, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, propose la formule suivante pour obtenir une poudre analogue à celle dont il s'agit ici.

On réduit des éponges fines en poudre, après les avoir torréfiées le moins possible. Il ne faut pas du tout les charbonner, mais tellement ménager le feu que la poudre obtenue conserve la couleur rousse de l'éponge : c'est une condition indispensable pour le succès, car l'éponge torréfiée au noir a perdu son iode et devient inefficace. Alors,

Pr. Poudre d'éponges ainsi calcinées, 20 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque, 1
Charbon végétal, 1
M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

Aux malades âgés de plus de dix ans, on donne trois grammes (soixante grains) par jour de cette poudre; un le matin, un second à midi, et un troisième le soir. Il est nécessaire de porter chaque prise au fond de la bouche avec une cuiller à café, afin que la poudre soit avalée toute sèche, c'est-à-dire sans l'intermédiaire d'aucun liquide, si ce n'est de la salive.

Toutefois, ce mode d'administration pourrait être modifié pour les personnes qui éprouveraient trop de difficulté à avaler des substances pulvérisées; en pareil cas, on mélangerait chaque dose avec un peu de miel, d'un sirop d'agrément ou d'une confiture quelconque, de manière à obtenir une espèce d'électuaire de consistance moyenne qu'il serait facile d'avaler seul ou enveloppé dans un morceau de pain azyme légèrement humecté d'eau.

Pendant la durée de cette administration, il convient de couvrir le goître ou les tumeurs scrofuleuses avec un morceau de flanelle, et de maintenir tout le corps en général dans un état de douce chaleur. Du reste, il n'est besoin de soumettre les sujets à aucun régime particulier: on peut seulement seconder l'action de la poudre par l'ingestion, dans le courant de la journée, de deux ou trois tasses d'une infusion légèrement amère, préparée soit avec le houblon, soit avec la douce-amère ou les fleurs de genêt; on peut encore y adjoindre l'usage de quelques petites purgations avec les sels neutres.

Asphyxie par le gaz d'un ballon.

Dans une ascension faite au nom et pour le compte d'une société dont le but est d'étudier les questions météorologiques, il est arrivé un accident qui pouvait avoir des conséquences fâcheuses. L'ascension a eu lieu vers neuf heures du matin, par un temps magnifique, un air pur, en présence d'un certain nombre de savans et de curieux. Le ballon partait des Batignolles, de l'usine de M. Selligue. L'aérostat était monté par un aéronaute habile, M. Dupuis-Delcourt, qui a déjà fait quinze ascensions. Il devait, dans ce voyage d'essai, rapporter de l'air de différentes hauteurs pour les analyses de M. Dumas, et exécuter quelques expériences fort simples dont on était convenu. Au moment de s'élever, le gaz s'étant trouvé plus lourd encore qu'on ne pensait, l'aéronaute s'est bravement dévoué à sa mission en sacrifiant la plus grande partie de son lest.

Parvenu à une certaine hauteur, il a été asphyxié par le gaz qui s'échappait de l'extrémité inférieure du ballon. Ce gaz, en effet, n'était pas de l'hydrogène pur, mais un mélange de gaz et d'oxyde de carbone dont les propriétés délétères viennent d'être recemment démontrées par les recherches de MM. Leblanc et Dumas. M. Dupuis-Delcourt ne conserva plus dès-lors assez de connaissance pour s'occuper de la marche de son ballon. L'aréostat s'abaissa vers la terre sans que son guide pût se servir des moyens préparés pour ralentir sa descente; mais, par un grand bonheur, le ballon arriva sans violence et sans secousse, et se coucha doucement sur un champ de seigle, sans que l'aéronaute eût éprouvé la moindre commotion.

M. Dupuis-Delcourt commençait à reprendre ses sens; aidé par quelques personnes qui travaillaient dans les champs, il sortit de sa nacelle, mit pied à terre, et il s'occupait à placer ses instrumens en sûreté, lorsque des curieux, attirés par ce spectacle, se mirent inconsidérément à tirailler l'étoffe du ballon. Une large rupture s'étant faite, M. Dupuis-Delcourt se trouva tout-à-coup plongé dans une masse de gaz, et il tomba sur le sol, sans connaissance et sans mouvement. Il est resté dans cet état pendant plusieurs heures, dans une ferme où on l'avait transporté, près de la garenne de Colombe au-dessus de Courbevoie. Les premiers soins lui ont été donnés par le docteur Giraud, de Colombe. Des frictions sur le corps, des sinapismes aux jambes et une large saignée, parvinrent à dissiper tous les acccidens, à calmer la douleur de tête, et à faire cesser les vomissemens qui étaient survenus; à cinq heures, les symptômes d'asphyxie avaient presque entièrement cessé, et l'état du malade ne nous paraissait plus devoir inspirer d'inquiétude.

A côté de ce fait nous croyons devoir faire connaître les résultats sur la composition de l'air confiné, obtenus par M. Leblanc et communiqués à l'Académie des sciences (séance du 6 juin).

Air des serres. — Dans l'air recueilli le soir, les proportions relatives d'oxigène et d'azote étaient les mêmes que dans l'air libre; mais l'acide carbonique avait totalement disparu sous l'influence de la végétation.

Air d'une chambre à coucher. — La cheminée avait été en activité pendant la soirée. Au bout de huit heures de clôture, l'air recueilli a présenté à l'analyse très sensiblement la même composition que l'air normal.

Air des hôpitaux. — Dans la salle du Rosaire, à la Pitié, au bout d'une nuit de clôture, l'air contenait près de 3 millièmes d'acide carbonique, c'est-à-dire cinq fois plus que dans l'air normal; l'oxigène avait éprouvé un affaiblissement à peu près proportionnel.

Dans un dortoir de la Salpêtrière, l'air a fourni jusqu'à 8 millièmes d'acide carbonique. C'est la proportion la plus forte que l'auteur ait rencontrée jusqu'ici dans les hôpitaux.

Air des amphithéâtres de cours publics. — Dans un amphithéâtre de la Sorbonne, au bout d'une heure et demie de leçon, dans un local d'une capacité de 1,000 mètres cubes, où étaient réunis près de neuf cents auditeurs, quoique deux portes fussent restées ouvertes, il avait disparu 1 pour 100 environ d'oxigène, et l'acide carbonique surpassait la proportion de 1 pour 100; ces chiffres montrent assez l'utilité d'un système de ventilation artificielle dans des circonstances semblables.

Air d'une salle d'asile pour l'enfance.— Bien que la porte fût entr'ouverte et qu'il y eût un vasistas béant au plafond, l'analyse a indiqué 3 millièmes d'acide carbonique et une diminution d'oxigène sensiblement proportionnelle.

Air d'une salle d'école primaire. — Cette salle (celle du 11e arrondissement) est ventilée à l'aide des appareils construits par M. René-Duvoir, d'après le système de M. Péclet. Au bout de cinq heures de séjour, et la ventilation étant complète, la quantité d'oxigène disparu a été de 16/10000, la quantité d'acide carbonique s'élevait au plus à 2 millièmes.

Air de la Chambre des députés. — Acide carbonique 25/10000. Il est permis de supposer que dans certaines séances où le nombre des assistans est presque double de celui du jour de l'expérience, la proportion d'acide carbonique doit être plus que doublée.

Air d'une salle de spectacle — A l'Opéra-Comique, un peu avant la fin du spectacle, l'air du parterre contenait 23/10000 d'acide carbonique, et dans la partie la plus élevée de la salle, cette proportion s'élevait à 43/10000.

Air des écuries de l'Ecole militaire.—On a trouvé dans une de ces écuries 1 pour 100 d'acide carbonique, et dans une autre 2 millièmes seulement de ce gaz.

M. Leblanc a ensuite institué des expériences dont il résulte que les animaux peuvent supporter, sans succomber, des doses d'acide carbonique très supérieures à celles que contient un air rendu mortel par la combustion du charbon. La vie ne saurait se prolonger au-delà de quelques instans dans une atmosphère contenant environ 30 pour 100 d'acide carbonique.

NOUVELLES.

— Sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, M. le professeur Cruveilhier vient d'être promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Bonnet Malherbe vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux de Bagnères de Bigorre, en remplacement de M. le docteur Ganderax, nommé inspecteur honoraire.

— Le comte de Nassau a envoyé à M. Dieffenbach, qui l'a traité dans sa dernière maladie un présent de 12,000 thalers (45,000 francs environ). Le roi actuel des Pays-Bas a joint à cet envoi au chirurgien de Berlin, les insignes de l'ordre du Lion-Néerlandais.

— Une médaille d'or a été offerte au docteur Ricord par les nombreux élèves qui suivent les leçons cliniques de l'hôpital des Vénériens. Ce témoignage était dû au zèle et aux laborieux efforts du professeur.

AVIS. — MM. les élèves sont prévenus qu'il y a tous les jours, depuis le lundi 20 juin, au cabinet littéraire de M. Veret, rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 3, des conférences anatomiques pour préparer au deuxième examen.

Ces conférences sont gratuites, et seulement pour MM. les abonnés de ce cabinet.

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

Nous avons eu occasion de voir les appareils orthopédiques de M. Béchard, et ce n'est que leur rendre justice en avouant qu'il est impossible d'atteindre à un plus haut point le degré de perfection et de commodité dont sont pourvus ces appareils. Ils sont employés sans qu'il en résulte la moindre gêne pour les enfans et les personnes déjà âgées qui en font usage.

M. Béchard joint à son établissement un magasin de bandages herniaires, de suspensoirs, etc. — Nous recommandons particulièrement ses jambes artificielles. — Rue de Tournon, 15.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 75. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Opération césarienne.

M. Dubois a pratiqué, il y a quelques jours, à l'hôpital de la Clinique, une opération césarienne chez une petite femme rachitique entrée de l'avant-veille, étant au terme de sa grossesse. L'histoire de cette femme devant être publiée plus tard avec tous les détails qu'elle comporte, nous nous bornerons à rapporter ici les principales circonstances qu'a présentées l'opération, et les considérations auxquelles elle a donné lieu, et dont M. Dubois a fait le sujet de ses deux dernières leçons. Nous dirons seulement que cette femme présentait ce caractère particulier de nanisme rachitique; savoir, que l'extrême petitesse de sa taille était le résultat d'une réduction considérable ayant porté exclusivement sur les membres et sur le bassin, tandis que le tronc et la tête avaient des dimensions presque normales. Le bassin était déformé et réduit de volume à tel point, que son diamètre sacro-pubien avait tout au plus de un pouce à un pouce et demi. La délivrance par les voies naturelles était par conséquent impossible.

Le 16 juin, dans la matinée, cette femme éprouva les premières douleurs. M. Dubois se rendit auprès d'elle et constata le commencement d'un véritable travail. Le col était effacé et largement entr'ouvert. Il fit dès ce moment préparer tout ce qui était nécessaire à l'opération ; mais pendant ces préparatifs les douleurs diminuèrent, puis elles cessèrent tout à fait, de sorte que l'on crut un instant que l'opération pouvait encore être ajournée. Le soir, en effet, il n'y avait plus aucune apparence de travail. MM. Velpeau et Trousseau, virent cette femme le même soir avec M. Dubois, et furent d'avis que le travail n'était pas imminent. M. Dubois, qui partageait leur opinion, quitta la malade dans l'espérance que l'opération pourrait n'être faite que le lendemain matin. Jusque-là on n'avait pu constater la présentation, à raison de l'élévation du fœtus au-dessus du détroit supérieur.

Vers dix heures et demie, cette femme fut revue par M. Dubois; les douleurs avaient reparu, et elles étaient assez vives et assez rapprochées ; le travail avait évidemment recommencé, et cette fois il paraissait devoir être définitif. Le col était dilaté; l'examen fit reconnaître la présentation des pieds. Cette circonstance engagea M. Dubois à hâter l'opération; car il était à craindre, si l'on temporisait plus long-temps, que les membranes ne vinssent à se rompre spontanément, et que les pieds en s'engageant dans l'orifice ne donnassent lieu à l'issue prématurée du cordon et à sa procidence dans le vagin, ce qui pouvait avoir des conséquences funestes pour l'enfant. Or, dans de pareilles circonstances surtout, c'eût été perdre la chance de la moitié du succès, et du succès le plus certain. Aussi M. Dubois se décida-t-il à pratiquer immédiatement l'opération. Il ne rencontra pas chez cette femme autant de difficulté et de résistance qu'il avait prévu : afin de détruire tout ce qui pourrait rester d'hésitation dans son esprit, il affecta devant elle une décision prise avec fermeté, et lui imposa de se soumettre immédiatement à une opération devenue indispensable. Elle se soumit en effet avec résignation à ce qui était exigé d'elle. Cette circonstance n'est pas indifférente, et nous insistons quelque peu sur ces détails, car personne n'ignore l'importance qu'il y a dans ce cas à entretenir chez ces malheureuses des dispositions morales convenables.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : une incision longitudinale fut faite sur la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'au pubis. C'est, dit M. Dubois, le procédé le plus facile et le plus simple ; aussi est-ce celui qui est le plus généralement adopté. Une fois l'aponévrose et le péritoine divisés, l'opération rencontra quelque embarras. Vers l'angle inférieur de la plaie se présentait un paquet de graisse ressemblant à l'épiploon, et derrière lequel pouvait se trouver placée la vessie. Il en pouvait résulter une difficulté telle, qu'au lieu de continuer l'incision dans ce sens, M. Dubois se décida à étendre l'incision en haut, à gauche et au-dessus de l'ombilic. L'incision une fois terminée, une anse intestinale se présenta vers sa partie inférieure : on fut obligé de la repousser dans la cavité abdominale. Ce fut là un nouvel obstacle au prolongement de l'incision en bas. Ces difficultés furent surmontées par le prolongement de l'incision en haut. C'est, du reste, ce que l'on pourrait faire par choix et non par nécessité, mais en observant la précaution de ne dépasser jamais le fond de l'utérus. L'incision de l'utérus n'a rien offert de particulier. Elle a été, comme celle des tégumens, un peu plus prolongée en haut qu'en bas; dans ce dernier sens on n'est point arrivé aussi bas qu'on le fait ordinairement. Le col n'a point été entamé. Au moment où les membranes ont été percées, il est sorti un flot de liquide qui, grâce à la pression qu'un aide exerçait sur les parois latérales de l'abdomen et aux contractions naturelles de l'utérus, s'épancha en entier en dehors sans qu'il en pénétrât dans la cavité abominale. L'enfant fut extrait avec facilité en le soulevant par les aines ; on éprouva seulement un peu de difficulté pour extraire la tête, par suite du retour de la matrice sur elle-même. On a avancé que ce retrait de l'utérus était tel qu'il devenait quelquefois nécessaire de recourir au forceps pour extraire l'enfant. M. Dubois dit pour son compte n'avoir jamais rencontré de cas pareil. L'enfant, sitôt qu'il eût la tête dégagée, poussa un cri ; le cordon fut coupé et lié.

On a procédé ensuite à l'extraction des membranes. Le placenta était inséré à la partie antérieure et supérieure de l'utérus. Le chef de clinique, M. Depaul, avait entendu le souffle utérin dans un autre point, un peu plus à gauche et en bas. Cette circonstance, dit M. Dubois, n'est qu'une confirmation de ce que nous avons vu souvent, que le souffle se fait entendre dans une étendue qui dépasse de beaucoup les limites de l'insertion placentaire.

La plaie a été réunie par suture. On a employé la suture entortillée, ou du bec-de-lièvre, que M. Dubois préfère à la suture enchevillée que les chirurgiens pratiquent dans ce cas; sa préférence est motivée sur ce que cette suture produit une adhésion plus exacte et une réunion plus rapide. Une petite ouverture a été laissée à l'angle inférieur, afin de ménager une issue facile aux liquides qui ne pourraient pas prendre leur cours par le vagin.

Cette opération a été parfaitement bien supportée. L'opérée n'a pas eu de syncope ; elle a conservé pendant toute la durée de l'opération un calme et une présence d'esprit auxquels on devait à peine s'attendre ; elle n'a point été plongée dans un trop grand état de prostration. Cette heureuse disposition a permis de mettre tout le temps et tout le soin convenables au pansement, ce qu'il est en général assez difficile d'obtenir après de pareilles opérations. Le pansement terminé, la malade fut replacée dans son lit ; elle eut quelques efforts de vomissemens provoqués par l'ingestion d'un verre de tisane. Quelques coliques s'étaient fait sentir après l'opération, ainsi qu'un peu de sensibilité dans la plaie. On prescrivit l'administration d'un lavement avec 15 gouttes de laudanum ; les coliques cessèrent ; la nuit fut calme et tranquille.

Le lendemain 17, jour où M. Dubois fit connaître les résultats de cette opération, la malade était dans un état très satisfaisant ; elle souffrait peu, et était dans un calme parfait ; il n'y avait qu'une très légère réaction fébrile. Elle fut trouvée endormie, son pouls battant 84 pulsations par minute ; à son réveil, le pouls descendit à 72. Les conditions paraissaient excellentes ; mais, ajoutait M. Dubois, nous ne nous abusons pas sur ces apparences, nous savons que les accidens et les chances fâcheuses ne se déclarent que plus tard.

Les réserves que faisait M. Dubois en présence du bon état de la malade, n'étaient que trop fondées. Voici, en effet, ce qui est survenu depuis. L'état de bien-être que l'on avait constaté le lendemain de l'opération, s'est prolongé pendant quarante heures.

Le surlendemain (18), de trois heures et demie à quatre heures, la malade ressentit de légères coliques ; on avait donné quelques heures auparavant un lavement ; elle avait attribué à ce lavement les coliques qui étaient survenues, mais, en réalité, le malaise s'était manifesté avant, puisque le lavement avait été donné d'après cette indication, de sorte que ce serait

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Neuvième lettre (suite). — *Sur les Asclépiades et les Asclépions.*

Avant d'aller plus loin, laissez-moi d'abord m'écrier comme Eschine contre Démosthènes : — « O terre! ô soleil! ô vertu! et vous, Intelligence et Science! » — O compositeurs, ennemis nés des auteurs négligens ! Quoi ! pour une fois que je vous abandonne ma copie sans la relire, que je m'endors sur la foi des traités, voilà comment vous m'arrangez ! Vous me créez des noms, vous m'intercalez des phrases proscrites, vous me refoulez six cents ans avant Hippocrate Plutarque et Pausanias que j'avais mis six cents ans après ; n'est-ce donc rien à votre avis qu'une différence de douze siècles ? Et que dirai-je de ce malheureux Tzetzès, privé d'un seul coup de son état civil et littéraire, et à jamais méconnaissable sous votre pseudonyme de Teutzis. O compositeurs, il est dur d'avoir à lutter contre vous. Voici donc le pacte que je vous propose : tâchez de bien lire, et je ferai encore en sorte de vous corriger après.

Revenons maintenant à nos Asclépiades, et aux observations cliniques qu'ils affichaient dans leur temple, pour la plus grande gloire de la médecine grecque.

Première observation.

« Le dieu a rendu, ces jours ici, l'oracle suivant à Caïus, qui était aveugle : Qu'il vînt à l'autel sacré, et qu'ayant fléchi les genoux, il passât de la droite à la gauche. Qu'après cela il mît les cinq doigts sur l'autel ; qu'il levât la main, et qu'il l'appliquât sur ses yeux. Ce qu'ayant fait, il a fort bien vu, tout le peuple étant présent, et témoignant la joie qu'il avait de ce qu'il se faisait de si grands miracles sous notre empereur Antonin. »

Deuxième observation.

« Le dieu a rendu cet oracle à un soldat aveugle nommé Valérius Aper : Qu'il prît du sang d'un coq blanc ; qu'il y mêlât du miel, et qu'il en fît un collyre, dont il mettrait sur ses yeux trois jours consécutifs. Après quoi il a vu, et il est venu rendre grâces au dieu publiquement. »

Je vous ai prévenu que j'omettais les cures médicales : elles ne sont pas moins satisfaisantes. Et maintenant, ô Hippocrate, fais-toi donc accuser de larcin pour aller dérober dans le temple de Cos des observations de ce genre! Brûle le temple, s'il le faut, pour te les approprier, ô toi le plus modeste des hommes ; toi qui n'as pas même pris soin, comme Hérodote, de mettre ton nom en tête de tes livres. Non, croyez-le bien ; Hippocrate n'avait rien pris aux temples ; vous ne trouverez dans ses ouvrages ni le sang d'un coq blanc, ni la génuflexion à l'autel.

Leclerc ajoute un certain nombre de guérisons du même genre, sans oublier celles que rapporte Tacite, et qui furent opérées par Vespasien, à Alexandrie, dans le temple de Sérapis : Un aveugle avait les yeux desséchés et perdus, Sérapis promit la guérison si l'empereur, de sa salive impériale, humectait les joues et le tour des yeux du malade ; un autre avait la main luxée, dit-on, et l'empereur n'avait qu'à lui mettre le pied sur la main. Cela se fit avec succès, et Tacite lui-même paraît à peu près convaincu du miracle. Tout ce qu'il nous est permis d'en conclure, c'est que les prêtres Egyptiens avaient sans doute grand besoin de ranimer la confiance en leur médecine mystique, à qui l'école scientifique faisait une rivalité redoutable, et cela peut expliquer encore pourquoi ils racontèrent à Diodore qu'eux seuls avaient été chargés de la médecine en tout temps.

Elien a rapporté une autre série de miracles : comme ils ont tous rapport à des affections internes, je les passerai sous silence ; mais en voici une où la cure fut, si vous me passez le mot, *hyperchirurgicale*. Son autorité est un certain Hippys, de Rhège :

Une femme avait un tænia, et les plus habiles médecins l'avaient abandonnée. Elle vint à Epidaure, et Esculape étant pour lors absent, les prêtres ne l'en firent pas moins coucher dans le lieu ordinaire, et, procédant à la cure, l'un d'eux lui coupa la tête ; l'autre profita de cette incision pour introduire la main dans le ventre et retirer le ver, après quoi il ne s'agit plus que de remettre la tête en place ; mais, comme le lecteur s'y attend peut-être, ils éprouvèrent dans cette partie de l'opération une insurmontable difficulté. Le dieu étant enfin de retour, blâma vivement ses ministres d'avoir tenté ce qu'ils ne pouvaient accomplir, remit lui-même la tête sur le tronc, et renvoya la femme en parfaite santé.

Et le narrateur enthousiaste s'écrie : *Que votre sagesse est grande, ô roi, ô Esculape, vous qui êtes de tous les Dieux celui qui aime le plus le genre humain !*

Je ne sais de quelle époque est cette histoire ; mais elle témoigne du moins que les médecins et les prêtres d'Esculape etaient alors fort distincts, et que dans la croyance du peuple, le dieu était pour plus que les prêtres dans les cures qui se faisaient dans son temple ; enfin, elle indique la façon dont y étaient reçus les malades, et nous allons entrer à cette occasion dans quelques détails.

Sprengel a réuni un grand nombre de passages de divers auteurs pour expliquer comment les choses se passaient ; mais il a eu tort de grouper ensemble des pratiques qui paraissent propres seulement à certaines localités, et même de rattacher aux temples d'Esculape ce qui se faisait dans des lieux sacrés tout à fait différens. Quelquefois donc il y avait des jeûnes préparatoires ; d'autres fois des bains, puis venaient les prières et les offrandes. Après quoi les malades étaient couchés soit dans le temple, soit dans le lieu voisin, et alors ils avaient des visions ou des songes. Tantôt c'était le dieu lui-même qui apparaissait en personne ; ou bien c'étaient simplement des songes ordinaires, dont les prêtres se réservaient l'interprétation ; ou enfin quand les malades avaient la foi trop faible ou le sommeil trop profond, il y avait des prêtres qui rêvaient pour eux. Ainsi, tout était prévu : l'oracle ne pouvait manquer. Les malades ne pouvant faire un long séjour dans le temple, ou plutôt s'en allant après l'oracle reçu, jamais il n'y avait d'insuccès qu'on fût en droit d'attribuer à Esculape ; et comme cependant tous les malades ne guérissaient pas, il restait toujours la ressource d'attribuer le malheur au défaut de foi ou au défaut d'obéissance.

Mais, du moins, à travers ces jongleries, les prêtres pouvaient-ils parvenir à quelque connaissance de l'art ? En aucune façon, du moins dans les temples, où les malades ne séjournaient pas. Non pas assurément non plus pour la chirurgie active, qui s'accommode fort peu des songes. Mais, dit-on, ils prescrivaient cependant des remèdes. Sans doute, et nos sœurs hospitalières aussi. Il y avait là comme partout ailleurs la médecine populaire, la médecine de recettes ; ainsi, dit-on, la recette d'Eudémus pour les morsures des animaux venimeux était inscrite sur les portes du temple de Cos ; ainsi, un orfèvre avait fait don au temple d'Ephèse *d'un collyre propre à guérir toutes les maladies des yeux réputées incurables.* Voilà qui témoigne de la science des prêtres, et qui devait faire faire des progrès à l'art ! Aussi, quand nous trouvons quelque indice de prescriptions médicales, ou elles sont insignifiantes, ou elles sont effrayantes. L'Esculape de Pergame, celui-là même dont Galien nous raconte sérieusement deux ou trois miracles, avait prescrit à Aristide de se faire tirer en une fois *cent vingt livres de sang.* Heureusement le mortel fut plus sage que le dieu ; il interpréta l'oracle : *Le dieu,* dit-il, *entendait par ces paroles que je ne devais pas me faire tirer trop peu de sang.*

Mais, poursuit Sprengel, ceux qui inventaient des instrumens de chirurgie les déposaient dans ces temples. — Ceci est un nouvel exemple de cette facilité d'hypothèses qu'on donne pour de l'histoire. Il n'y a pas un seul cas d'instrument offert à Esculape. Cœlius Aurelianus rapporte qu'Erasistrate déposa dans le temple de Delphes un *odontagogue* en plomb ; mais à Delphes on ne faisait pas la médecine ;

vers une heure ou deux que les premiers symptômes se seraient manifestés. Ils étaient, du reste, assez peu intenses; le pouls ne dépassait pas 90; la malade conservait assez de calme; il n'y avait encore rien de bien inquiétant.

Appelé à quatre heures et demie, M. Dubois la trouva dans l'état suivant: elle éprouvait des douleurs très vives, la peau était chaude, le pouls fréquent; les coliques étaient accompagnées d'envies de vomir et d'efforts de vomisssemens très douloureux. M. Dubois prescrivit des moyens actifs; il fit pratiquer de suite une saignée du bras. Après que l'on en eut retiré trois palettes, la malade étant sensiblement affaiblie, on ne la poussa pas plus loin. Cependant les symptômes continuant, on fit appliquer 40 sangsues; nouvel affaiblissement, qui obligea à enlever les sangsues et à arrêter l'hémorrhagie au moyen de morceaux d'agaric. Après l'emploi de ces moyens antiphlogistiques, il y eut un peu de mieux, les douleurs étaient amoindries, les efforts de vomissement devinrent moins violens et plus éloignés. Mais ces accidens ne tardèrent pas à reparaître, et vers la fin de la soirée ils avaient acquis presque autant d'intensité que dans la journée. On prescrivit un lavement avec 10 gouttes de laudanum. L'administration de ce lavement fut suivie d'un peu de calme et d'assoupissement. La nuit ne fut pas trop mauvaise.

Le 19, dès son réveil, la malade eut des vomissemens et du malaise. Les matières vomies se composaient des boissons et de mucosités; il n'y avait point de bile. Le pouls était à 100. Le ventre, qui jusque là était resté assez plat, s'était météorisé. Le soir, il fut administré deux lavemens contenant 20 gouttes de laudanum chacun. Il y eut un peu d'assoupissement dans la nuit, mais ce sommeil fut moins complet et moins calme que la veille. Quelques vomissemens eurent lieu pendant la nuit; ils se sont répétés avec plus de fréquence ce matin et sont pour la première fois devenus bilieux. Les nausées sont moins fréquentes: il n'y a pas toutefois d'amélioration réelle. Le pouls est fréquent (120), assez développé et conservant assez de force, quoique la prostration ne soit pas encore très prononcée. M. Dubois juge à propos de ne pas insister davantage sur les évacuations sanguines et s'en tient aux narcotiques.

— Tel était l'état de cette femme le quatrième jour après l'opération. Cet état, sans avoir lieu de surprendre, à raison de l'extrême gravité de cette opération, est d'autant plus affligeant cependant que cette femme se trouvait avant l'opération dans des conditions de santé et des dispositions morales qui permettaient de concevoir quelque espoir. Il y a tout lieu de craindre actuellement une issue funeste qui, selon toute apparence ne se fera pas long-temps attendre. Quoi qu'il en advienne, nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'issue de cette opération.

— M. Dubois, après avoir rendu compte de l'état de la malade, dans la dernière séance, a exposé dans les termes suivans les motifs qui l'avaient déterminé à préférer l'opération césarienne à toute autre.

L'opération césarienne était ici le seul procédé applicable. Il ne peut subsister dans l'esprit de personne aucun doute à cet égard. Le choix n'était point possible; par conséquent la responsabilité de l'opération dans un cas semblable est parfaitement à couvert. Mais il est des cas de vices de conformation du bassin où l'on pourrait avoir des motifs de choix entre les différens procédés opératoires qui ont été proposés ou mis en pratique. Ces procédés sont: 1° la symphyséotomie; 2° la pelviotomie ou section pratiquée sur les os du bassin; 3° la céphalotriptie ou perforation et aplatissement du crâne; 4° l'opération césarienne. Nous allons examiner la valeur de chacun de ces procédés.

1° *Symphyséotomie.* Je déclare d'abord que dans un cas de ce genre la symphyséotomie doit être exclue. Ce procédé consiste, comme vous le savez, à diviser le fibro-cartilage de la symphyse pubienne. Le résultat de cette opération est un élargissement du bassin qui ne peut, dans aucun cas dépasser 9 lignes ou 1 pouce tout au plus, et notez que pour obtenir un élargissement de la cavité du bassin d'un pouce, il faut éloigner les symphyses de 3 à 4 pouces au moins, ce qui est énorme et ne peut être fait sans rompre les articulations sacro-iliaques. Eh bien, dans un cas comme celui-ci, ce résultat serait tout à fait insuffisant, car on n'aurait encore qu'un diamètre sacro-pubien de 2 pouces à 2 pouces et demi, en supposant le maximum d'écartement. Ne pouvant compter rigoureusement que sur un agrandissement de 9 lignes; il faudrait pour que cette opération eût un résultat efficace, que le bassin eût déjà au moins 2 pouces et demi à trois pouces de diamètre sacro-pubien, ce qui donnerait alors près de 4 pouces. Une semblable opération pourrait être pratiquée chez une autre femme rachitique actuellement dans le service, d'une taille beaucoup moins petite que celle-ci et dont le bassin a un diamètre d'environ trois pouces; mais elle était évidemment inapplicable au cas présent.

2° *Pelviotomie.* La pelviotomie ou division de la demi-circonférence antérieure du bassin, consiste à faire de chaque côté une section verticale sur la branche horizontale du pubis et la branche ischio-pubienne correspondante, en passant au-devant et très près de la cavité cotyloïde. Cette opération qui, lors de son invention a été l'objet d'une discussion de priorité entre plusieurs chirurgiens Italiens, fut proposée par Galbiati, à l'Académie de médecine de Naples, sans avoir pu encore être mise à l'épreuve. L'occasion se présenta de l'expérimenter sur le cadavre d'une femme rachitique morte en état de grossesse. On la pratiqua ainsi que nous venons de la décrire; on put introduire la main et entraîner par cette voie un fœtus à terme. Le bassin de cette femme n'avait que 1 pouce et un quart de diamètre antéro-postérieur. Plus tard une femme se présenta dans les mêmes conditions à l'hôpital d'accouchement de Naples; celle-ci avait un bassin de 1 pouce et demi. Ce fut la première fois que l'application du procédé fut faite sur le vivant. Galbiati supposa qu'il suffirait d'enlever une moitié seulement de la demi-circonférence antérieure du bassin, l'autre côté devant recevoir un supplément d'ampliation suffisant pour l'écartement des articulations sacro-iliaque. L'opération pratiquée, on attendit que la fête du fœtus s'engageât d'elle-même, afin que par sa propre action les articulations du bassin restées intactes subissent une disjonction suffisante pour se prêter au passage de l'enfant; mais les douleurs n'étant pas suffisantes, un jour et deux nuits se passèrent sans que l'engagement eût lieu. On pratiqua alors la même opération de l'autre côté, après quoi on attendit encore un nouveau résultat du travail spontané; mais ces espérances furent encore vaines. On appliqua le forceps; la mère et l'enfant succombèrent.

Quelques années après il se présenta une nouvelle occasion d'expérimenter ce procédé. Une femme placée dans les mêmes conditions entra dans le même hôpital. Cette fois on appliqua le procédé tel qu'il avait été pratiqué sur le cadavre. La section des branches pubiennes et ischiatiques fut faite simultanément des deux côtés. On attendit quelques instans, mais voyant que l'engagement ne se faisait pas spontanément, on appliqua le forceps. Le résultat ne fut pas plus heureux cette fois que la première. Il est assez naturel qu'après une pareille expérience rien n'encourage à faire cette opération. A part l'insuccès qui suffit pour la faire juger, il est aisé de se faire une idée des difficultés extrêmes que devait présenter son exécution et des accidens nombreux qui s'en devaient suivre. Dans chacun des cas que nous venons de citer, l'autopsie fit reconnaître, en effet, des contusions, des infiltrations, en un mot des désordres considérables. Il n'en fallait pas davantage pour éloigner complètement de notre esprit l'idée d'une semblable opération.

3° *Céphalotripsie, perforation du crâne, application du céphalotribe.* A l'époque où je fis connaître les résultats des précédentes opérations césariennes pratiquées dans cet hôpital, les critiques ne me furent point épargnées. On chercha à reconnaître s'il y avait eu convenance à pratiquer cette opération. Parmi les objections qui me furent adressées, l'une des plus spécieuses consistait à dire que dans un cas pareil le sacrifice de l'enfant était préférable à la chance que faisait courir à la mère l'opération césarienne, par les motifs qu'on ne sacrifiait ainsi qu'une existence encore incertaine et mal assurée, tandis qu'en s'exposant à sacrifier la mère on prenait sur soi une responsabilité beaucoup plus grave.

On proposait, en conséquence, comme plus convenable, l'application du céphalotribe, opération, ajoutait-on, qui était d'ailleurs d'une exécution beaucoup plus simple et plus facile. Ces argumens ont paru plausibles à quelques personnes. Il faudrait d'abord examiner jusqu'à quel point il serait plus convenable de sacrifier avec certitude la vie de l'enfant, sans que les chances de sauver la mère soient elles-mêmes suffisamment garanties. C'est là une question très délicate que nous ne nous permettrons pas de décider en ce moment. Nous savons qu'en Angleterre elle est résolue affirmativement. Pour nous, nous nous en rapportons à l'opinion généralement admise en France, et qui veut que l'on ménage également, autant que possible, la mère et l'enfant. Mais, supposons un instant la question résolue d'une manière contraire, et examinons quels seraient les résultats de cette opération par rapport à la mère. Au premier abord, il semble que cette opération soit, en effet, simple et facile comme on l'a dit. Rien ne paraît plus aisé que l'introduction d'un instrument qui n'a pas plus d'un pouce de diamètre. D'autre part, il semble aussi facile, en théorie, de réduire la tête à des dimensions telles, qu'elle puisse passer par le bassin le plus étroit; et adapter le plus petit diamètre de cette tête au plus petit diamètre du bassin, ne paraît pas plus difficile. Mais si on laisse de côté les spéculations théoriques pour examiner de près les faits eux-mêmes, voici ce que l'on voit.

D'une part, l'introduction de l'instrument n'est déjà pas aussi aisée qu'on se l'imagine au premier abord. L'angle sacro-vertébral chez les femmes qui ont le bassin déformé forme en avant une saillie considérable qui rend difficile l'introduction de l'instrument, suivant la direction de l'axe vertical du bassin. Cette circonstance s'oppose surtout à ce qu'on puisse saisir aisément la tête avec le céphalotribe; en effet, les branches de cet instrument repoussées en avant par cette saillie osseuse, viennent s'arc-bouter contre les parois abdominales, et ne saisissent le plus souvent que par une petite portion ou par une de ses extrémités la tête située au-dessus du détroit, et qui se trouve ainsi placée au-dessus et en arrière du champ parcouru par l'instrument. Mais je suppose qu'on ait été assez heureux pour saisir la tête convenablement, les pinces du céphalotribe réduisent ses dimensions dans un sens seulement; tandis que la tête, par le fait même de son aplatissement, se trouve élargie dans ses autres diamètres, et l'un des sens dans lesquels elle est élargie correspond précisément au diamètre sacro-pubien qui est ordinairement le plus rétréci. Enfin si la tête peut, comme on l'a dit, être aplatie au point de n'avoir pas plus d'épaisseur qu'une pièce de monnaie, cet aplatissement n'a lieu que dans les points sur lesquels s'appliquent les mors de l'instrument; mais dans les autres points elle n'est jamais as-

---

mais il n'est point dit qu'Erasistrate eût inventé cet instrument; mais il semble même, d'après ce que Cœlius ajoute, qu'Erasistrate voulait indiquer par-là qu'il fallait éviter une trop grande violence dans l'arrachement des dents.

Ce qu'il y avait de plus positif dans ces pratiques religieuses, c'étaient les offrandes. C'étaient des tableaux, des vases, de l'argent monnayé même, ou bien des modèles en ivoire, en or, ou en argent représentant la partie offensée; ainsi que nous avons vu les Philistins offrir des anus d'or au dieu d'Israël.

Ainsi, si la populace avait quelque foi dans les prêtres d'Esculape, dès le temps d'Hippocrate même, les hommes lettrés mettaient une différence capitale entr'eux et les médecins. Relisez le Plutus d'Aristophane, joué, à ce que l'on croit, l'an 389 avant J.-C.; à une époque où déjà la vieille liberté de la comédie avait en grande partie disparu. Chrémyle a rencontré Plutus, le dieu de la richesse, et il veut lui rendre la vue. — Que n'appelez-vous un médecin, lui dit Blepsidème? — Un médecin, répond Chrémyle; y en a-t-il dans une ville où ils sont si mal payés?... Le mieux, comme j'en avais le dessein, sera de le faire coucher dans le temple d'Esculape. (*Acte II, scène* 2.)

Plus loin il appelle son valet: holà, Carion; apporte des couvertures et toutes les autres choses qui sont préparées au logis; amène aussi Plutus, et ne manque pas d'observer les cérémonies accoutumées. (*Ibid.*, *scène* 4.)

Nous allons donc savoir d'un témoin contemporain, ce qui se passait dans l'Asclépion d'Athènes; je prends la traduction de M. Raoul Rochette.

PLUTUS, ACTE III, SCÈNE 2.

CARION, LA FEMME DE CHRÉMYLE.

Carion.

Sitôt que nous sommes arrivés près du dieu, avec Plutus, qui pour lors était le plus misérable du monde, et qui est présentement heureux et fortuné, s'il en est, nous l'avons mené à la mer et nous l'y avons baigné.

La femme de Chrémyle.

Oui vraiment, ce pauvre vieillard est fort heureux, à son âge, d'être baigné dans de l'eau froide.

Carion.

Ensuite nous sommes revenus au temple du dieu, et après avoir consacré sur l'autel les gâteaux et la farine avec la flamme de Vulcain, nous avons couché Plutus sur un petit lit, *selon la coutume;* et chacun de nous s'en est accommodé un pareil.

La femme de Chrémyle.

Y avait-il d'autres gens avec vous qui eussent besoin du secours du dieu?

Carion.

Il y avait un certain Néoclidès, lequel, tout aveugle qu'il est, vole avec beaucoup plus d'adresse que ceux qui voient le mieux. Il y en avait d'autres encore atteints de différentes maladies. Après que le sacrificateur du dieu a eu éteint les lampes, il nous a commandé de dormir, et nous a ordonné que, si quelqu'un entendait du bruit, il ne dît rien. Chacun s'est donc tenu coi; pour moi je ne pouvais dormir; car près du chevet d'une vieille qui n'était pas loin de mon lit, il y avait une poëlonnée de bouillie, près de laquelle j'aurais bien voulu me glisser. Mais je mets le nez hors du lit; j'aperçois le sacrificateur qui prenait, sur la table sacrée, les gâteaux et les figues sèches. Il en a fait autant autour des autels, et il a serré dans un grand sac tout ce qu'il a trouvé de restes de gâteaux. Dès l'instant j'ai cru qu'il n'y avait rien de mieux que de l'imiter, et j'ai sauté sur la poëlonnée de bouillie.

La femme de Chrémyle.

Ah! misérable! n'appréhendais-tu point le dieu?

Carion.

Si fait, par ma foi; j'appréhendais qu'avec ses couronnes il ne fût le premier à la bouillie; car le fait du sacrificateur m'en disait assez. Cependant la vieille, au bruit que j'ai fait, a étendu la main pour attirer son plat, et moi, en sifflant comme le serpent Pareias, je l'ai mordue; aussitôt elle l'a retirée bien vite, et s'est cachée dans sa couverture, en lâchant de peur un vent d'une odeur plus forte que celui d'un chat. Ainsi donc j'ai englouti une bonne partie de la bouillie, et, après m'être bien repu, je me suis recouché.

La femme de Chrémyle.

Le dieu n'était-il pas encore venu à vous?

Carion.

Non, pas encore. Après tout cela je me suis avisé d'une bonne polissonnerie. Comme le dieu venait à nous, je lui ai fait une salve des plus bruyantes, car j'avais le ventre tout enflé!

La femme de Chrémyle.

Sans doute que le dieu a eu horreur d'une pareille infamie?

Carion.

Oh! point du tout; mais la Jaso qui le suivait a rougi, et Panacée s'est détournée en se prenant le nez, car je n'exhale pas de l'encens.

La femme de Chrémyle.

Et le dieu?

Carion.

Par ma foi, il ne s'en est pas embarrassé.

La femme de Chrémyle.

Tu veux donc dire que ce dieu est un grossier?

Carion.

Eh parbleu non; mais c'est un scatophage (un mangeur de ...).

La femme de Chrémyle.

Ah! misérable!

Carion.

J'ai eu pourtant peur, et je me suis enfoncé dans mon lit. Ce dieu, d'un air grand et plein de majesté, a fait la ronde autour de tous les malades, en visitant et en considérant le mal de chacun. Un garçon lui a apporté un mortier en marbre, un pilon et une boîte.

La femme de Chrémyle.

De marbre aussi?

Carion.

Hé! morbleu non! la boîte n'était pas de marbre.

La femme de Chrémyle.

Mais, coquin, comment pouvais-tu voir tout cela, puisque tu t'étais caché dans ton lit?

Carion.

Je voyais tout au travers de mon manteau, car il a d'assez beaux trous. La première chose qu'a fait le dieu, ça été de broyer des drogues pour les yeux de Néoclidès; il a donc pris trois têtes d'ail de Ténos, et il les a pilées dans le mortier, en y mêlant du suc de selfionne et de lentisque; il a arrosé le tout de vinaigre sphettien, puis il lui en a frotté le dedans des paupières, afin que la douleur fût plus cuisante. Néoclidès s'est mis à crier de toute sa force et à vouloir s'enfuir; mais Esculape lui a dit en riant: demeure ici; je veux t'ôter, à l'aide de mes soins, la possibilité d'anéantir par tes sermons les ordonnances du peuple.

sez aplatie pour pouvoir franchir le détruit d'un bassin ainsi réduit et déformé.

Cette opération offre donc des difficultés telles, que dans des cas égaux les résultats ne donnent pas, pour la mère, des chances plus heureuses que l'opération césarienne elle-même. On ne pourrait, toutefois, comparer les résultats de ces deux opérations d'après ceux que l'on a obtenus dans les différentes circonstances où l'on s'est servi du céphalotribe, car la plupart de ces opérations ont été faites dans des conditions beaucoup moins défavorables que celles où nous nous trouvions.

Les partisans de cette opération, et M. Baudelocque lui-même qui l'a le plus préconisée, conviennent d'ailleurs qu'elle ne peut être appliquée qu'aux cas où le bassin n'a pas moins d'un pouce à un pouce et demi de diamètre. Je l'ai vu appliquer à l'Hôtel-Dieu, chez une femme dont le bassin avait deux pouces; les difficultés furent extrêmes. Dans plusieurs des cas rapportés par M. Baudelocque, les dimensions du bassin étaient telles qu'on eût pu employer le forceps. Mais dans un cas semblable à celui auquel nous avions affaire, je n'hésite pas à le dire, cette opération eût eu des chances tout aussi malheureuses que l'opération césarienne. Ainsi, en résumé, le sacrifice de l'enfant est une première considération qui m'a fait rejeter l'usage du céphalotribe; j'ai été arrêté en second lieu par une considération d'un intérêt plus général et unanime, par la considération du salut de la mère elle-même, car j'ai la certitude que chez cette femme l'opération dont il s'agit eût été interminable, et que nous eussions du même coup sacrifié la mère et l'enfant.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons sur les maladies du cerveau. (1re leçon.)

Avant d'entreprendre l'étude des maladies des centres nerveux, et principalement des rapports qui existent entre les altérations matérielles et les troubles fonctionnels, rappelons cette proposition fondamentale, à savoir : que les fonctions du cerveau étant multiples, ont chacune un point de départ différent; qu'ainsi plusieurs lésions concomitantes donnent lieu à des manifestations morbides multiples; qu'ainsi la paralysie, tantôt d'un bras seul, tantôt d'un bras et d'une jambe du même côté ou de côtés différens, reconnaît pour cause l'altération du cerveau en un point unique pour le premier cas, en deux points différens pour le deuxième cas. Il ne pourrait en être autrement, car si la lésion était toujours la même ou avait le même siége, elle se traduirait toujours par le trouble de la même fonction ou du même organe, tandis que nous voyons, par exemple, dans l'hémiplégie, les deux membres paralysés ou l'un d'eux seulement.

De la paralysie. — On désigne ainsi la diminution ou l'abolition des mouvemens ou des sentimens dans une partie plus ou moins étendue de l'organisme. L'abolition du mouvement est l'expression la plus commune de la paralysie. Nous négligerons pour l'instant la paralysie du sentiment qui est plus rare, et qui fera d'ailleurs l'objet d'une leçon particulière. Autrefois on ne rapportait pas aux centres nerveux la paralysie d'un membre; on en cherchait la cause en lui-même. Mais à mesure que l'anatomie pathologique fit des progrès, on débrouilla le champ des maladies nerveuses et on fit de nouveaux essais de classification. La classification la plus vraie et la mieux fondée est celle qui consiste à diviser la paralysie en paralysie sans lésion matérielle et paralysie avec lésion matérielle; c'est aussi celle que nous adopterons.

1° *Paralysie sans lésion matérielle.* — Celle-ci comprend les abolitions de mouvement qui suivent l'action de la foudre, du magnétisme animal, de l'onanisme, des préparations saturnines, etc.; ce sont là autant d'exemples de paralysie générale qui ne peuvent arriver que par une altération ou au moins une modification organique générale des centres nerveux, modification qui, ainsi que je l'ai déjà dit dans d'autres circonstances, reste inaperçue et échappe à notre investigation.

Paralysie avec lésion matérielle. — La paralysie avec lésion matérielle nous offre de graves considérations au point de vue du diagnostic; et d'abord, n'oubliez jamais qu'un membre peut être paralysé de trois manières: par lésion d'une portion du membre lui-même, soit de l'organe qui préside au mouvement (nerf), soit de l'organe qui l'exécute (muscle), ou bien par lésion des centres nerveux; c'est alors la paralysie réelle. Celle-ci doit être étudiée suivant son siége, son étendue, son intensité, sa marche et sa durée. Ces considérations sont du plus haut intérêt. M. Rostan y attache d'autant plus d'importance, que c'est à l'aide de ces considérations, fruit d'un long et pénible travail, qu'il est parvenu à donner un degré de précision vraiment remarquable au diagnostic et au pronostic de ces affections. C'est ainsi que la considération de la marche lente ou rapide de la maladie rend compte de la différence des effets que l'on observe, bien que ces effets résultent de lésions semblables.

En entrant dans les détails des divisions, nous trouvons que la paralysie doit être distinguée en générale et partielle : nous aurons dans le premier cas une paraplégie, une paralysie croisée ou une hémiplégie; et dans le second cas, à une paralysie limitée à un sens, à un muscle, au larynx ou au pharynx, par exemple. Rappelons que chacune de ces lésions fonctionnelles tient à une modification relative dans la lésion organique.

Parmi les maladies aiguës qui peuvent produire la paralysie, nous rangerons la congestion, l'hémorrhagie, la méningite, l'hydrocéphale aiguë, etc.; parmi les maladies chroniques, les tubercules, le cancer du cerveau, et les tumeurs de toute espèce. Quand on a affaire à une paralysie générale et récente, on doit s'attendre à trouver une lésion générale et récente; cependant celle-ci peut n'être pas toujours générale: cette exception, ou contradiction apparente, tient à des conditions que nous allons faire connaître par quelques exemples. Dans un cas de paralysie générale de ce genre, après avoir annoncé quel serait le résultat probable de l'autopsie, je cherchai en vain dans le cerveau une lésion générale ou même locale; je ne trouvai rien, et déjà le silence glacial de mes auditeurs venait ajouter à mon embarras, lorsque, continuant mes recherches, je coupai transversalement la protubérance; un épanchement considérable surgit aux yeux de tous, et cette lésion d'un point central nous rendit compte des accidens d'une manière tout aussi satisfaisante que l'eût fait une lésion générale. Dans d'autres cas, une lésion locale très étendue produit une paralysie générale; il y a alors compression du côté sain par le côté malade.

Paralysie locale. — L'hémiplégie est constamment produite par une lésion du côté opposé. Il est vrai qu'on trouve aujourd'hui dans la science huit à dix observations de paralysie avec lésion directe, ou du même côté. Mais, bien que M. Rostan ait lui-même relaté quelques-uns de ces faits contradictoires, il refuse d'y croire, et les regarde, sans exception, comme douteux, et partant nuls. L'erreur est si facile, la confusion entre les deux côtés de la part de celui qui écrit est si vite faite; à plus forte raison doit-on concevoir de la défiance quand la rapidité des accidens n'a pas donné le temps de prendre l'observation, et qu'on procède à l'autopsie même en présence de nombreux témoins des derniers accidens qui ont marqué la vie du malade. A l'occasion d'une autopsie faite dans des circonstances semblables, M. Rostan, entouré d'un groupe d'élèves qui tous avaient vu le malade, leur demanda de quel côté l'hémiplégie s'était manifestée; les souvenirs étaient si peu précis que les opinions se balancèrent à peu près pour l'un et l'autre côté. Jusqu'à présent, on doit donc rester dans le doute à l'égard de ces prétendus faits exceptionnels. Mais, d'après quelques auteurs, les fibres des portions postérieures du cerveau ne s'entrecroiseraient pas, ce qui pourrait expliquer cette concordance exceptionnelle entre les lésions et les phénomènes paralytiques du même côté. M. Rostan avait d'abord admis ces faits; aujourd'hui il aime mieux douter que de s'en rapporter à cette assertion, qui ne lui paraît pas suffisamment démontrée. Il reste dans la même réserve à l'égard des opinions émises par MM. Foville et Pinel-Grandchamp, qui ont voulu attribuer au corps strié le mouvement des membres inférieurs, bien que rien ne prouve non plus que cette opinion soit fausse. Il préfère appliquer à la paralysie séparée ou simultanée du bras et de la jambe, la proposition fondamentale, à savoir, que deux points séparés du cerveau président aux mouvemens séparés de ces organes, et qu'il faut admettre ici deux lésions distinctes. M. Lallemand, de Montpellier, prétend que la lésion fonctionnelle du membre inférieur seul doit être rapportée à une lésion de la moelle épinière; M. Rostan déplore cette erreur; car, dit-il, en supposant qu'une lésion récente de la moelle produise ce résultat, bientôt la lésion qu'il faut supposer bornée à un petit nombre de faisceaux, s'étendra aux faisceaux voisins, et la paraplégie deviendra complète. Voilà ce qu'apprennent les faits. L'hémiparaplégie dépend d'une lésion cérébrale, de la moelle n'est alors qu'un organe de transmission.

Paralysie croisée. — Nous n'avons rien à en dire de plus en ce moment. Quant aux paralysies partielles du pharynx, du larynx ou d'un seul, elles sont encore inconnues dans leur siége.

Paralysie de la langue. — Pour M. Bouillaud, la paralysie de la langue a son siége dans les lobules antérieurs du cerveau; pour M. Foville, dans la corne d'Ammon. Chacun de ces observateurs s'appuie sur des faits qui lui semblent ne pas permettre le doute. M. Rostan espère pourtant les mettre tous deux d'accord, en leur donnant raison à chacun de la manière suivante : M. Foville parle des mouvemens de la langue, et M. Bouillaud de l'organe des mots; ce sont là en effet deux choses bien différentes, et l'on conçoit dès lors une différence de siége pour deux actions distinctes. Dans le premier cas, l'articulation des mots est difficile ou impossible; il y a, suivant l'expression de M. Serres, claudication de la parole. Dans le second cas, c'est l'organe législateur de la parole qui est malade, la parole elle-même étant possible. M. Rostan a entendu un paralytique de cette espèce qui, en jouant aux cartes, disait en jetant l'as de pique *bonjour*, et cette sorte d'hallucination se répétait chaque fois.

Quand il y a hémiplégie complète, la lésion doit être étendue; des faits actuellement assez nombreux permettent en effet d'établir cette proposition, que le symptôme est en rapport avec l'étendue et l'intensité de la lésion.

Marche. — A l'état chronique, une maladie des centres nerveux peut être latente et donner naissance, à un moment donné, à des symptômes graves et subits, de sorte que si l'on n'est prévenu on croit à l'irruption d'une maladie aiguë. Il est donc bien important d'étudier la marche de ces maladies et de s'efforcer de remonter à leur début à l'aide des commémoratifs. Il n'est pas très rare pourtant de trouver des hémorrhagies et des ramollissemens qui n'ont donné lieu à aucun phénomène précurseur. Dans le ramollissement, la marche est toujours croissante; souvent au contraire, ou presque toujours, la congestion cérébrale donne lieu à des symptômes qui suivent une marche décroissante. C'est là un signe diagnostique tiré tout entier de l'étude comparative de la marche et qui en démontre l'importance.

Le pronostic et la thérapeutique de la paralysie se déduisent naturellement des considérations précédentes. J'ai voulu faire aujourd'hui un exposé sommaire. Dans les prochaines leçons, nous aborderons les détails.

M. Rostan termine cette leçon en montrant le cerveau d'un sujet mort après avoir présenté des symptômes d'hémiplégie. Le cerveau renferme, dans l'un de ses hémisphères, une tumeur cancéreuse amorphe, de consistance assez ferme, non enkystée, et du volume d'une aveline; mais tout le reste de la portion interne de cet hémisphère présente un ramollissement inflammatoire considérable, de la consistance d'une bouillie ou d'une crême épaisse. Les caractères inflammatoires sont surtout marqués à la surface des circonvolutions. M. Rostan fait remarquer que la marche récente et rapide des accidens ne permet pas de la rapporter à l'existence bien antérieure du cancer, mais seulement au ramollissement inflammatoire d'origine récente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— MM. Chassaignac et Denonvilliers écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

— *M. Pariset* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Double.

— *M. Villeneuve* lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets. Les conclusions sont défavorables.

— *M. Gerdy* lit un mémoire ayant pour titre : « Des sensations tactiles et cutanées. »

L'Académie n'a prêté qu'une médiocre attention à cette lecture : c'est à tel point que le bruit des conversations particulières ne nous a pas permis de bien saisir le sens de plusieurs propositions émises par M. Gerdy. Nous dirons seulement que l'idée principale qui nous a paru dominer dans ce travail, c'est que ce n'est pas le cerveau qui est le siége des sensations, mais bien les organes qui se trouvent en contact avec les corps extérieurs. Ainsi, lorsque nous touchons un corps avec la main, c'est la main qui sent ce corps, et non le cerveau. En d'au-

La femme de Chrémyle.

Que ce dieu est juste, et qu'il aime le bien du peuple!

Carion.

Il s'est ensuite assis près de Plutus, et d'abord il lui a tâté la tête; puis il lui a essuyé les yeux avec un linge bien fin, et Panacée lui a couvert la tête et le visage d'un voile de pourpre. En même temps Esculape a sifflé; à ce signal deux serpens d'une grandeur extraordinaire se sont élancés du fond du temple.

La femme de Chrémyle.

Grands Dieux!

Carion.

Ces serpens s'étant glissés tout doucement sous le voile de pourpre, je crois qu'ils ont léché les yeux du malade, et il a recouvré la vue et s'est levé de son lit en moins de temps, maîtresse, que vous n'en seriez à boire dix hémines de vin. Moi, de la joie que j'ai eue de ce miracle, je me suis mis à battre des mains et à réveiller mon maître. Esculape a disparu incontinent, et les serpens s'en sont retournés dans leur retraite. Mais avec quel empressement croyez-vous que tous les gens qui étaient couchés dans le même lieu que Plutus se sont levés pour l'aller embrasser? Ils ont veillé toute la nuit près de lui, en attendant le lever du soleil; et pendant tout ce temps là je n'ai fait que louer le dieu Esculape de ce qu'en si peu de temps il avait rendu la vue à Plutus et augmenté la cécité de Néoclidès.

La femme de Chrémyle

O grand Esculape, quelle puissance n'avez-vous point!

Dans d'autres pièces, nous trouvons des allusions à un médecin d'Athènes, qui était probablement le plus en vogue, car Aristophane ne cite jamais que lui. Ce médecin, comme Hippocrate, était chirurgien; et c'est même pour un cas de chirurgie que le poète en fait mention pour la première fois.

Dans les *Acharniens*, pièce jouée l'an 425, la sixième année de la guerre du Péloponèse, nous voyons, au cinquième acte, arriver tout effaré le valet de Lamachus :

« Où sont, dans cet appartement, les gens de Lamachus? De l'eau, de l'eau! qu'on en fasse vite chauffer dans une petite marmite. Qu'on prépare des linges, du cérat, de la laine non dégraissée, et des bandes pour envelopper la cheville du pied. Le grand homme s'est heurté contre un pieu en sautant un fossé; il s'est luxé la cheville et cassé la tête contre une pierre, etc. »

Arrive Lamachus lui-même, se plaignant de sa jambe et de sa tête, et finissant par dire : *qu'on me porte chez Pittalus, pour me livrer aux mains de la médecine!*

Nous retrouvons le même médecin cité dans *les Guèpes*, comédie jouée trois ans après la précédente :

« Un Sybarite s'était laissé tomber de son char et s'était grièvement blessé à la tête : il n'était pas fort habile dans l'art de diriger les chevaux. Un de ses amis lui dit : Il faut que chacun fasse son métier; maintenant courez à Pittalus. »

Certes, on voit qu'il s'agit là de toute autre chose que d'un prêtre d'Esculape. Ce n'est pas qu'Aristophane ménage toujours les médecins et la médecine; il fait dire à Socrate, dans *les Nuées* : « Tu ne savais donc pas que les nuées nourrissent nombre de sophistes, de devins, de médecins, etc.?» Molière n'aurait pas mieux dit. Et dans *les Oiseaux*, Pisthétérus, déclarant qu'il fera crever les yeux aux hommes par les corbeaux, ajoute : « qu'après cela Apollon, qui se vante d'être médecin, gagne de l'argent à les guérir; aussi bien aime-t-il à en gagner. »

Je reviendrai plus tard sur ces passages; mais avant de revenir à l'histoire des vrais médecins, je dirai par avance que, dans tout ce que j'emprunterai aux auteurs de l'époque, on ne trouve nulle part le nom des prêtres d'Esculape, mais toujours des médecins; que nulle part on ne trouve même un seul mot qui permette de penser que ces prêtres exerçassent hors des temples; et je crains que M. Littré, qui l'a avancé le premier par l'exemple d'Hippocrate, ne soit tombé dans cette erreur de logique qui veut prouver la question par la question.

En résumé, on voit donc que cet Esculape, adopté encore de nos jours comme le patron de la médecine, n'était en réalité que le dieu du plus dégoûtant charlatanisme; et que bien mal inspirés ont été les artistes qui, dans leur dévotion mythologique, ont dressé cette statue d'Esculape sous le portique de notre hôpital des Cliniques. Comme homme, il devrait céder le pas à Chiron; comme dieu, il devrait être repoussé de tout emblème de la médecine; et pour rester dans la réalité, nous remontons à Hippocrate, et point au-delà. Je veux encore ajouter un mot au sujet de ce bambin couvert d'une robe à capuchon qui figure à côté du dieu. Il serait honteux pour vous de ne pouvoir répondre à qui vous demanderait ce que cela signifie; et cependant ceux qui l'y ont mis ne le savent pas eux-mêmes. Spon voulait que ce fût un emblème de la maladie; Patin disait, d'après Pausanias, que c'était une divinité de Pergame : il s'appelait à Pergame Telesphore, Acésius à Epidaure, Evamérion dans la Messénie. Du reste, ce que signifient le bâton et le serpent d'Esculape, on ne le sait pas davantage. Sur diverses médailles, au lieu de serpent, Esculape est accompagné d'un chien, d'un coq, d'une chouette, d'un aigle ou d'un vautour; les commentateurs se sont exercés pour trouver un sens à toutes ces choses; misérables énigmes dont le mot véritable serait bien plutôt, à mon avis, *ignorance et superstition.*

tres termes : à l'organe la sensation, au cerveau la perception de cette sensation.

M. Virey signale quelques lacunes dans le travail de M. Gerdy. Il eût désiré qu'il mentionnât quelques sensations tactiles particulières que présentent les animaux, et qu'il eût étudié les sensations dans différens états morbides qui impriment des modifications essentielles à la sensibilité.

M. Gerdy répond qu'il se propose d'étudier prochainement ces différentes questions : c'est pourquoi il n'a pas cru devoir les mentionner dans ce travail.

M. Rochoux parait enchanté que M. Gerdy soit allé chercher dans Epicure la définition de la solidité des corps.

M. Royer-Collard. Il est à regretter qu'on n'ait pas prêté plus d'attention à la lecture que vient de faire M. Gerdy ; car si j'ai bien saisi le sens de plusieurs propositions que notre collègue vient d'émettre, il en est quelques-unes qui me paraissent complètement erronées, et dont je ne voudrais pas que l'Académie assumât la responsabilité. Pour entamer une discussion sur un travail de ce genre, une simple lecture est évidemment insuffisante. Je demanderais, en conséquence, que cette discussion fût ajournée, pour qu'on pût prendre une connaissance exacte des idées émises par M. Gerdy. (Non! non!)

M. Adelon. L'Académie n'est nullement responsable des lectures que peuvent faire nos collègues, et elle n'est nullement obligée d'avoir une discussion sur ces lectures, et encore moins de se prononcer sur leur valeur.

M. Royer-Collard. Il y a dans le travail de M. Gerdy deux points à considérer : une question de mots et une question de principes. Je ne m'arrêterai pas à la première, car il est permis à chacun d'adopter le langage qui lui paraît le plus convenable, sauf ensuite à être plus ou moins bien compris. Mais la seconde est plus sérieuse : M. Gerdy nous a dit que ce n'est point le cerveau qui sent, mais bien les organes qui se trouvent soumis aux impressions. Or, c'est là une hérésie philosophique qui ne compte plus guère de partisans. Cette hérésie est d'ailleurs si bien reconnue, que je craindrais d'abuser des momens de l'Académie, si je m'arrêtais à la combattre.

M. Bouillaud parle dans le même sens que M. Royer-Collard.

M. Gerdy. S'il est vrai, comme on vient de le dire, que c'est le cerveau qui éprouve les sensations; qu'on me dise alors pourquoi cet organe reste insensible, quoi que l'on fasse dans son tissu ?

M. Royer-Collard. M. Gerdy se fait ici illusion ; il est vrai que le cerveau est insensible à la douleur, mais il a une sensibilité qui lui est propre ; je veux parler de celle des impressions. D'ailleurs, les questions soulevées par M. Gerdy fourniraient matière à une discussion excessivement longue, à la suite de laquelle les opinions de chacun resteraient absolument les mêmes. C'est pourquoi je ne crois pas devoir insister davantage.

M. Ferrus demande à M. Gerdy s'il admet qu'une modification morbide survenue dans un organe sensorial puisse faire que cet organe transmette au cerveau une perception fausse.

M. Gerdy répond affirmativement.

— *M. Souberbielle* met sous les yeux de l'Académie les calculs provenant de deux opérations de taille sus-pubienne pratiquée sur le même sujet, à la distance de quinze années l'une de l'autre.

Par la première opération, on fit l'extraction d'un calcul du poids de 70 grammes, rempli d'aspérités sur toute sa superficie ; il était si étroitement coiffé par la vessie qu'il fut impossible de faire usage de la sonde à dard : il fallut donc ouvrir la vessie sur la pierre même. Le malade guérit sans accidens : de faible, pâle et maigre qu'il était, il reprit des forces et de l'embonpoint, et continua de jouir d'une parfaite santé pendant neuf années consécutives. Au bout de ce temps, il éprouva dans la vessie de nouvelles douleurs qui se sont continuées avec plus ou moins d'intensité, sans qu'il perdît de son embonpoint, ni que sa santé en parût altérée. Cependant ces douleurs devenant insupportables, il se rendit de nouveau à Paris. La présence de la pierre étant reconnue dans la vessie, il fut soumis à l'opération de la taille le 23 mai dernier, pour la seconde fois, en y procédant par le haut appareil. On fit l'extraction de deux calculs d'égale grosseur, pesant ensemble 125 grammes : le premier extrait fut retiré en entier, l'autre se brisa sous la tenette en en faisant l'extraction ; ce fut par le moyen des injections faites par une grosse canule avec la seringue à lavement, en fournissant une forte colonne d'eau poussée avec force, qui, par une espèce de bouillonnement, entraînait les fragmens au dehors ; le reste fut extrait au moyen de la tenette et de la curette.

Aucun accident ne se présenta à la suite de l'opération, que le malade supporta avec un courage exemplaire. Au sixième jour, il fut visité par MM. les docteurs Récamier, Breschet, Amussat et Dubois, qui se trouvaient réunis en consultation pour un autre malade, dans la Maison de Santé et de médecine opératoire, rue Marbœuf, où le calculeux fut opéré : ils le trouvèrent dans les conditions les plus favorables ; ils virent que le syphon faisait si bien son devoir que la charpie et la compresse placées sur la plaie n'étaient point mouillées.

Le bon état du malade se soutint dans cette situation si favorable jusqu'au huitième jour, lorsque, après avoir passé une nuit fort tranquille, il fut saisi tout-à-coup, sans aucun précédent, d'une agitation spasmodique et convulsive, et expira à la minute sans avoir exprimé aucune plainte, ni proféré un seul mot.

L'autopsie fut faite 24 heures après la mort. Le corps ne présentait aucun changement à l'extérieur. A l'ouverture du crâne, il s'écoula de 180 à 200 grammes d'une sérosité limpide, qui se trouvait épanchée entre la pie-mère et l'arachnoïde. Du reste, sauf un peu d'injection, le cerveau était parfaitement intact : point d'épanchement entre ses lobes, ni aucune altération quelconque. A l'ouverture de la poitrine, les poumons furent trouvés sains, sans épanchement ni adhérence, pas plus que dans le péricarde. Il se trouvait seulement du sang caillé dans le cœur et les gros vaisseaux, comme cela se voit toujours. Le foie et la rate étaient parfaitement sains. A l'ouverture du bas-ventre, on ne remarqua point d'épanchement, ni aucune trace inflammatoire dans les intestins. Le péritoine était intact. La vessie ouverte ne fit apercevoir aucune espèce d'altération ; on y voyait seulement à sa paroi intérieure l'incision qui était placée à environ 3 centimètres de son col, sans aucune altération ni infiltration hors de la plaie, qui était en suppuration comme dans l'état ordinaire. Les reins présentaient une teinte de phlegmasie chronique, avec la présence de quelques sables ou graviers; il y avait un petit foyer de suppuration sur l'un d'eux seulement.

Étaient présens à l'opération première, Chaussier, MM. les docteurs Lallemand (de Montpellier), Kapeler, etc. ; et à la seconde opération, MM. les docteurs de Montmahou, Haracque, Payen, Dumas, Th. Sarantis, Archigènes (médecin grec), Grabowski (médecin polonais), Baseilhac et Delarue.

— *M. Bouvier* met sous les yeux de l'Académie un poumon renfermant un kyste hydatique du volume d'une grosse orange.

Il est cinq heures ; la séance est levée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Poudre dépurative.

Pr.	Sulfure d'antimoine,	3	grammes.
	Soufre porphyrisé,	3	id.
	Azotate de potasse,	3	id.
	Iris de Florence,	3	id.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène et d'une grande ténuité, qui devra être divisée en dix doses bien égales.

Cette poudre est recommandée et employée par M. le docteur Jaser dans le traitement des maladies de la peau en général, et spécialement de celles qui datent d'une époque éloignée et qui paraissent liées à l'existence d'un vice de l'économie.

On en fait prendre une dose le matin à jeun, et une seconde le soir au moment du coucher.

Chaque prise est administrée dans un demi-verre d'eau sucrée, ou incorporée dans un peu de miel, ou mieux encore enveloppée dans un morceau de pain azyme légèrement humecté d'eau.

Bière de raifort.

Pr. Racine fraîche de raifort, 30 grammes.

On la râtisse avec soin, puis on la coupe par tranches très minces; et on la fait tremper en vase clos dans

Bière de bonne qualité, 1000 grammes.

Après vingt-quatre heures de macération, on passe avec forte expression, et on filtre à entonnoir couvert ; enfin, on ajoute au produit de la filtration

Sirop de sucre, 30 grammes.

On mêle avec soin, et on renferme dans une bouteille bien bouchée.

Cette bière médicinale, dont la formule est due à M. le docteur Brennecke, est indiquée dans les cas d'aménorrhée, de leucorrhée, etc., lorsque ces affections dépendent d'un état asthénique de l'organisme en général, ou seulement de l'utérus et de ses annexes.

La dose à laquelle il convient de l'administrer varie de 500 à 1000 grammes (1/2 litre à 1 litre), suivant la force des sujets et la résistance de la maladie. On fait prendre cette quantité dans les vingt-quatre heures, par petites tasses de temps en temps.

NOUVELLES.

M. Sarzeau, correspondant de la Société de pharmacie, a été nommé préparateur de physique et de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, en remplacement de M. Choron, appelé à d'autres fonctions.

— M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, passe en la même qualité à l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de M. Mialhe, démissionnaire.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TRENTE-QUATRIÈME SÉANCE. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui mercredi 22, M. Vidal a soutenu sa thèse.

Vendredi prochain 24, M. Bérard sera argumenté par MM. Laugier, Huguier, Malgaigne et Thierry.

Erratum. — Dans la lettre de M. Rochoux (feuilleton du 21 juin), 2[e] ligne, au lieu de discussions *hippocratiques* suscitées par les deux mémoires de M. Hamon ; lisez : *hippiatriques.*

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 76. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — MM. RÉCAMIER et TESSIER.

Six cas de pneumonie traités par des méthodes différentes, et conformément aux indications spéciales de chacune d'elles.

On observe en ce moment dans le service de M. Récamier, un assez grand nombre de cas de pneumonie, dont quelques-uns sont assez graves. La proportion des pneumonies s'est surtout élevée d'une manière sensible depuis la variation assez brusque qui s'est fait sentir dans l'atmosphère. Nous avions remarqué, pendant le courant du dernier mois, alors que la température était sèche et extrêmement élevée, plusieurs cas de fièvre typhoïde très graves, avec le caractère ataxo-adynamique que ces affections présentent plus spécialement dans les climats méridionaux et pendant les étés chauds, au point qu'un instant nous avions cru voir se former une constitution typhoïde. Mais bientôt, à ces quelques cas d'affections typhoïdes, ont succédé les pneumonies dont nous parlons, et qui n'ont rien offert dans leur marche et leurs symptômes, qui puisse faire supposer qu'elles se soient développées sous la même influence que les maladies précédentes; de sorte que dans une très courte période on a pu suivre, sur une petite échelle (car c'est plus spécialement dans ce service que nous avons fait cette remarque), l'influence directe de l'état atmosphérique sur le fond et l'expression des maladies.

Arrivons, après cette petite digression, aux cas de pneumonie sur lesquels M. Tessier a appelé l'attention de son auditoire dans ses dernières conférences.

Pneumonie du côté gauche au deuxième degré. Six saignées en quatre jours; vésicatoire. Résolution le sixième jour. Guérison complète le douzième.

Au n° 17 de la salle Sainte-Madeleine, était couché un homme d'âge moyen: d'une bonne constitution et très vigoureux, entré à l'hôpital le 9 juin au soir, étant au troisième jour d'une pneumonie. Il offrait alors tous les signes d'une hépatisation du poumon gauche (pneumonie au deuxième degré): matité dans presque toute l'étendue de la poitrine à gauche, surtout en arrière; souffle et râle crépitans sur les limites du souffle; crachats sanguinolens; chaleur fébrile très intense; pouls très fort et plein. Ce malade avait déjà été saigné trois fois en ville. On pratiqua immédiatement une saignée du bras de douze onces.

Le lendemain matin (10 juin), saignée du bras de six onces; mauve sucrée; julep émétique; diète. Une nouvelle saignée de six onces est faite le soir.

Le 11, on applique un vésicatoire volant sur le côté gauche du thorax en arrière. Lavement simple.

Le 12 et jours suivans, on s'en tient aux boissons délayantes. Dès ce jour la pneumonie était en voie de résolution complète. Le malade avait eu la veille des sueurs abondantes et quelques évacuations alvines qui avaient jugulé la maladie. Il entrait en convalescence. Le 18 il sortit guéri.

Pneumonie double du sommet au deuxième degré, avec complication de symptômes du côté du foie. Cinq petites saignées dans l'espace de vingt-quatre heures; oxyde blanc d'antimoine; kermès; vésicatoires. Commencement de résolution le troisième jour du traitement; convalescence le douzième jour.

Le même jour (9 juin) était entré dans la même salle un malade âgé de vingt-cinq ans, pris depuis cinq jours de fièvre, de dyspnée et de toux avec expectoration sanguinolente. Le lendemain, à l'heure de la visite, on constata, chez ce malade, l'état suivant: abattement et oppression considérable des forces; fièvre assez intense; chaleur de la peau; pouls petit et déprimé. A l'examen de la poitrine, on trouve une matité complète à gauche dans l'étendue de la moitié supérieure du poumon environ; à droite, matité moins complète au sommet. Le malade n'accusait point de douleur vive dans la poitrine; cependant la perception lui causait une impression pénible. On entendait des deux côtés un souffle très évident avec du râle crépitant sur les limites du souffle. Le malade était dans un tel état de résolution des forces, qu'il éprouvait des demi-lypothimies chaque fois qu'on le plaçait sur son séant. On remarquait en outre chez ce malade une légère teinte ictérique; il éprouvait un peu de douleur du côté du foie et de l'estomac. Ce malade présentait donc une pneumonie double du sommet, d'apparence adynamique, bien qu'en réalité franchement inflammatoire, avec une légère complication des symptômes hépatiques, qui, suivant toute apparence, n'étaient que sympathiques.

Le 10, on pratiqua une petite saignée de six onces, à la suite de laquelle le pouls, qui jusque-là avait été petit et déprimé, s'était sensiblement élevé. Une seconde saignée du bras, de la même dose, fut pratiquée le soir. Deux applications de ventouses scarifiées avaient été faites dans l'intervalle.

Le lendemain 11, au matin, nouvelle saignée du bras de six onces; ce qui fit en tout cinq petites saignées dans un espace de 24 heures. Grâce à ces petites évacuations sanguines ainsi répétées dans un court espace de temps, le pouls s'était relevé et la pneumonie commençait à entrer en voie de résolution. L'état du malade était sensiblement amélioré; cependant la résolution n'était pas encore franchement prononcée; il n'était pas prudent, d'un autre côté, d'insister plus long-temps sur les évacuations sanguines. Il y avait dans cette condition une indication formelle à remplir; c'était de favoriser le travail de résolution commencée par l'administration des préparations antimoniales. Le tartre stibié étant contre indiqué par l'état du foie et de l'estomac, on y a suppléé par l'oxyde blanc d'antimoine qui jouit à peu près des mêmes propriétés résolutives que le tartre stibié, sans produire les mêmes effets irritans. On a prescrit, en conséquence, un julep avec 2 décigrammes d'oxyde blanc d'antimoine; diète.

Le 12, même prescription. La résolution s'annonce franchement.

Le 13, on applique un vésicatoire sur l'épaule gauche pour compléter la résolution. Continuation de l'oxyde blanc d'antimoine.

Le 15, vésicatoire sur l'épaule droite. De ce jour la résolution s'opère à grands pas des deux côtés; le malade entre en convalescence.

Le 16, julep avec kermès, 1 gramme.

Le 17, *idem.*

Le 18 et jours suivans, le kermès est donné à doses décroissantes.

Le 20, application d'un nouveau vésicatoire sur l'épaule gauche.

Le 21, le malade est dans un état très satisfaisant. La résolution est presque complète dans le poumon droit; à gauche on entend encore quelques bulles rares de râle muqueux; la respiration est seulement un peu dure des deux côtés. Le pouls est mou, la peau naturelle, la physionomie bonne; les forces sont relevées. La convalescence est franchement établie, et tout fait espérer une prompte et définitive guérison.

— Ce malade a offert, ainsi qu'on vient de le voir, un cas de pneumonie très grave: grave par la simultanéité de l'inflammation dans les deux poumons, grave surtout par l'intensité de l'inflammation dans l'un des poumons. L'état de faiblesse extrême du malade aurait pu faire croire au premier abord que l'on avait affaire à une de ces formes de pneumonie que l'on nomme adynamique, mais ce n'était là qu'une fausse apparence: il n'y avait qu'*oppression* des forces sous l'influence de l'intensité de la phlegmasie, et non résolution, abolition radicale des forces, distinction extrêmement importante à faire pour le traitement; et dont M. Tessier a su dans ce cas en particulier faire ressortir toute la valeur. En effet, sitôt la première saignée pratiquée, le pouls, qui était petit et déprimé, s'est relevé, et il a semblé grandir à mesure que les évacuations sanguines étaient répétées. Le traitement antiphlo-

FEUILLETON.

UN ACCIDENT HEUREUX. AMAUROSE.

M. Lamy, âgé de trente-six ans, demeurant rue de Buffault, n° 6, d'un tempérament sanguin, est né de parens sains et généralement bien portans. Il n'y a jamais eu dans sa famille aucune circonstance d'hérédité qui mérite d'être mentionnée relativement à l'affection dont il a été atteint. Tous ses parens jouissent en effet d'une vue excellente, sauf sa mère qui est un peu myope. Quant à lui, il n'a jamais eu d'affection oculaire jusqu'à l'âge de six ans.

A cette époque (c'était en 1813) eut lieu une éclipse de soleil visible à La Châtre, son pays natal. Tous les habitans, ainsi que cela se pratique habituellement, examinèrent l'effet de cette éclipse, les uns à l'aide d'un seau d'eau, les autres à l'aide de verres noircis. Le jeune Lamy, ignorant le danger qui pouvait résulter de son imprudence, jugea toute précaution inutile, et se mit, comme tout le monde, à regarder le soleil, mais à l'œil nu, et cela pendant tout le temps que dura l'éclipse; il en fut quitte pour quelques éblouissemens passagers.

Le lendemain, en souvenir de ce qu'il avait fait la veille, il porta un défi à un de ses petits camarades, et une gageure fut faite à qui regarderait plus long-temps le soleil qui, cette fois, était en plein midi, ardent et dans tout son éclat. La lutte fut longue: ils ne cessèrent même ce combat dangereux que d'un commun accord et en même temps, ne voulant ni l'un ni l'autre subir la petite humiliation d'avoir pu supporter moins long-temps la vue du soleil. La victoire resta donc en suspens; mais ce combat d'un nouveau genre eut pour nos deux aiglons manqués le résultat le plus funeste: l'un d'eux, en effet, eut une inflammation oculaire des plus violentes et accompagnée de délire; elle fut suivie d'exophthalmie, et un peu plus tard de la mort. L'autre, plus heureux, n'en fut puni que par une miopie qui succéda à des éblouissemens, à des étourdissemens et à une céphalalgie opiniâtre. C'est celui qui doit faire le sujet de cette observation.

Celui-là donc (M. Lamy) est arrivé jusqu'à l'âge de trente-quatre ans sans éprouver du côté des yeux d'autre accident que celui dont je viens de parler: seulement, il a été sujet à des céphalalgies violentes survenant de loin en loin, et s'accompagnant d'élancemens, de battemens au crâne et de turgescence sanguine à toute la face, particulièrement aux conjonctives. Mais heureusement la nature venait d'elle-même à son secours quand les accidens se montraient trop forts, et une épistaxis spontanée et abondante terminait ordinairement en quelques heures tous les symptômes de congestion cérébrale, symptômes qui, du reste, revenaient d'autant plus vite que la température générale était plus élevée et que le malade se livrait davantage à des travaux de cabinet.

Le 3 janvier 1840, M. Lamy apprend que le directeur d'un journal où toute sa fortune se trouvait engagée vient d'être déclaré en faillite. A cette nouvelle il éprouve instantanément une commotion qu'il compare à une secousse électrique: il est tout ébloui, tout étourdi; sa vue se trouble, et bientôt il est complètement aveugle. Deux heures après, des vertiges nouveaux surviennent: des bluettes alternativement rouges, vertes, jaunes, bleues, semblent voltiger autour de ses yeux, et, selon l'expression du malade, ressemblent à un feu d'artifice. Cependant, au milieu de tous ces symptômes, il peut distinguer encore le jour de la nuit. Le lendemain, 4 janvier, tous ces accidens redoublent et s'accompagnent d'une violente céphalalgie. Le surlendemain, les bluettes rouges diminuent, et celles de couleur bleue et verte dominent; des points noirs les remplacent; le disque du soleil lui-même, qu'il peut cette fois regarder impunément, lui paraît couvert d'une infinité de taches noires; le soir, le globe d'une lampe lui présente les mêmes phénomènes. Enfin, le 6, comme si ces taches agrandies s'étaient jointes et confondues, un voile noir et épais semble couvrir ses yeux: il ne distingue plus le jour de la nuit, et pour la seconde fois en trois jours; il redevient aveugle, mais cette fois complètement et définitivement. Dès ce moment, en effet, plus de vertiges, plus de céphalalgie, plus de bluettes jaunes ou rouges, ces dernières lueurs d'espérance pour les amaurotiques: oui, c'en est fait, plus rien maintenant qui puisse réveiller la rétine paralysée; c'est la mort au milieu de la vie, c'est la nuit toujours et partout.

Cependant de prompts secours lui furent donnés. Appelé près de lui, je lui fis subir un traitement antiphlogistique énergique composé particulièrement d'émissions sanguines générales et locales, de révulsifs, de dérivatifs sur le canal intestinal, d'applications froides sur la tête, etc.; mais malheureusement le résultat fut loin de répondre à mes espérances; la cécité persista. Je ne pensais pas pourtant qu'il fallût perdre tout espoir: la jeunesse et la force du sujet, les symptômes de congestion cérébrale qui avaient précédé l'accident, la rapidité de son développement, tout cela me faisait croire à une sorte d'apoplexie oculaire, à un épanchement effectué soit dans la choroïde, soit (ce qui me paraissait plus probable) dans le chiasma des nerfs optiques, d'où je concluais à la possibilité de la résorption et, partant, de la guérison à une époque plus ou moins éloignée. Loin donc de perdre courage, je me proposais d'agir de nouveau, d'insister sur les antiphlogistiques, puis d'avoir recours à un traitement perturbateur que j'aurais varié selon le résultat, puis enfin à l'électricité et au galvanisme, quand j'aurais atteint l'époque à laquelle il m'aurait été permis de croire à la résorption du sang épanché, car j'étais bien persuadé de la réalité de cette cause: mais on ne me donna pas le temps de mettre mes projets à exécution. L'accident survenu à ce malheureux père de famille qui, jeune encore, avait perdu si fatalement d'un même coup la vue et sa fortune, intéressa vivement tous ceux qui le connaissaient: chacun lui donna son avis et lui offrit ses services. Les commères du quartier s'en mêlèrent; elles jugèrent dans leur haute sagesse que le mal n'était nullement du ressort de la *médecine ordinaire,* et une grande dame le fit confier aux soins de M. Sichel.

L'habile oculiste conseilla d'insister sur les moyens déjà employés, ordonna une saignée du pied, des drastiques, des révulsifs, puis des frictions irritantes, etc. Tous ces moyens ne produisirent aucune amélioration appréciable. M. Sichel déclara alors à la personne qui lui avait recommandé le malade, que son affection était incurable, et se contenta de prescrire quelques moyens insignifians, ne voulant pas, par une inaction complète, lui faire comprendre la triste opinion qu'il avait de lui et l'abandonner ainsi à tout son désespoir.

Après M. Sichel, Sanson fut consulté. Celui-là, selon sa franchise ordinaire, dit, dès la première entrevue, au malade que son affection était absolument incurable, et l'engagea à s'abstenir de tout traitement actif, lui assurant qu'il ne pouvait en résulter pour lui qu'une chance de plus de compromettre sa santé générale, et cela sans espoir aucun d'atténuer sa malheureuse infirmité.

D'autres médecins et chirurgiens furent encore consultés; mais presque tous se rangèrent à l'avis de Sanson, et la cécité persista toujours. Enfin vint le tour de l'homœopathie. Le médecin chargé de l'appliquer, après avoir critiqué tout ce qui avait été fait jusque-là, ainsi que cela se pratique d'habitude, promit de guérir le malade, déclarant seulement que cela serait un peu long, attendu que la médecine allopathique avait trop long-temps laissé le mal prendre racine, et qu'en outre elle l'avait aggravé. Les globules et les petites poudres au sucre de lait allèrent donc leur train pendant des mois entiers, mais le mal s'obstina à ne pas guérir; la santé générale du malade s'altéra même et force fut au docteur infinitésimal, non d'avouer son impuissance, car on ne fait jamais d'aveu pareil en homœopathie, mais du moins d'abandonner le malade, ce qui, du reste, était à peu près l'équivalent.

Voilà donc notre malheureux aveugle délaissé par tout le monde, dépouillé de la dernière espérance et voué à une cécité perpétuelle. Il avait déja passé cinq mois en vains essais, et tout portait à croire que de nouveaux ne seraient pas plus heureux; il prit donc bravement son parti et se décida à ne plus rien tenter. Déjà même il s'apprenait à vivre de résignation et de souvenirs, lorsque le hasard parfois si grand médecin, ou tout au moins si grand dispensateur de célébrité médicale, vint à son secours et lui rendit en quelques instans ce qu'il croyait avoir perdu pour toujours.

gistique, quoique énergiquement employé, n'a pas suffi pour amener la résolution ; cependant on ne pouvait raisonnablement pousser plus loin les saignées : on a obéi à la fois aux indications et aux contre-indications qu'offraient l'état des poumons et la complication des phénomènes hépatiques en administrant l'oxyde blanc d'antimoine et puis le kermès. Les vésicatoires en dernier lieu sont venus achever la résolution commencée. On est ainsi parvenu, en remplissant énergiquement toutes les indications, à enrayer en peu de temps la marche d'une pneumonie grave et qui présentait dès le début des chances nombreuses d'une terminaison fatale.

Pneumonie à droite (deuxième degré commençant). Trois émissions sanguines en douze heures. Léger embarras gastrique. Emétique en lavage. Guérison en deux jours.

Le 14, est entré un jeune homme couché au n° 2, au deuxième jour de la maladie. La pneumonie était tout à fait au début ; elle était caractérisée par un râle crépitant très prononcé, un commencement de souffle à la partie inférieure du poumon, crachats sanguinolens, douleurs dans la poitrine, fièvre. Une saignée est pratiquée le matin, une seconde le soir, douze ventouses scarifiées sur la poitrine dans la journée ; en tout trois émissions sanguines en douze heures. Un emplâtre de diachylon est appliqué sur la poitrine.

Le lendemain 19, le râle a disparu ; on entend seulement quelques bulles isolées ; presque plus de respiration bronchique ; état général bon ; pas de fièvre ; mais il est survenu un peu d'embarras gastrique. On administre 15 centigrammes d'émétique en lavage, qui sont suivis d'évacuations assez abondantes par haut et par bas.

Le 20, le malade est dans un état parfait. La pneumonie a complétement cessé, ainsi que les phénomènes d'embarras gastriques.

Voilà un exemple de pneumonie enrayée dès son début.

Pneumonie à droite survenue pendant la convalescence d'une angine. Marche lente et insidieuse. Deux petites saignées, à quatre jours de distance ; vésicatoire ; tartre stibié. Résolution le septième jour.

Au n° 12 est un enfant de quinze à seize ans, entré le 14 juin. Cet enfant était malade depuis deux jours. A début de la maladie rien de bien caractérisé. Avant d'entrer à l'hôpital, il avait été atteint d'une angine qui avait cédé à une application de sangsues au cou. Ce fut pendant la convalescence de cette affection que se déclarèrent les premiers symptômes de la pneumonie ; très peu caractérisés d'abord, ils ne consistèrent qu'en un peu de toux avec expectoration de matières ressemblant à une solution gommeuse, un peu de râle sous-crépitant ; mais bientôt après la toux devint plus fréquente, la fièvre s'alluma, le pouls devint dur et fréquent, et il survint une douleur de côté ; on constata en même temps un bruit de soufle manifeste en arrière et au sommet du poumon droit avec du râle sous-crépitant s'étendant jusque vers le milieu de l'omoplate.

Le premier jour (14 juin), on pratiqua une seule saignée et on appliqua un vésicatoire au-dessous de l'épaule droite.

Une seconde saignée fut pratiquée le quatrième jour ; la maladie était restée à peu près stationnaire dans l'intervalle. On n'insista pas davantage sur les évacuations sanguines à raison de la marche peu rapide de la maladie. L'âge du sujet, l'état de faiblesse et de maigreur dans lequel l'avait plongé la maladie précédente et dont il était à peine convalescent lors de l'invasion de la pneumonie, étaient autant de circontances qui contre-indiquaient d'ailleurs l'usage de saignées abondantes. On eut en conséquence recours, à dater de ce jour, au tartre stibié administré à la dose de quarante centigrammes. Le lendemain il se manifesta une douleur au côté gauche de la poitrine, mais sans aucun signe stéthoscopique ; cette douleur était purement sympathique.

Le septième jour (21) la pneumonie était presque entièrement résolue. Il n'y a plus qu'un peu de râle muqueux dans les points où s'était fait entendre le souffle. La fièvre est tombée, le pouls est mou et ne bat plus que de 85 à 90 pulsations. — Le tarte stibié a été continué, mais a dose décroissante. Il en a été pris 30 centigr. hier, 20 centigr. seront pris aujourd'hui et 10 centrigr. demain. Tout fait espérer que la maladie se terminera là.

Pneumonie au deuxième degré très prononcée, envahissant presque toute l'étendue du poumon gauche. Phénomènes inflammatoires très intenses. Cinq émissions sanguines en deux jours, dont trois dans les premières vingt-quatre heures. Vésicatoires et tartre stibié. Résolution commencée le sixième jour. Sueurs critiques le septième. Commencement de convalescence.

Au n° 20 est couché un malade âgé de vingt-six ans, entré à l'hôpital le 16 juin au soir. Il était malade depuis une dixaine de jours ; il éprouvait du malaise, de l'anxiété, un léger mouvement fébrile ; mais au milieu de tout cela aucun symptôme caractéristique. Le mercredi 15 juin, après s'être lavé à l'eau froide d'une pompe, il éprouva de violens frissons, ce qui le détermina à entrer à l'hôpital.

Soumis dès le moment de son entrée à l'examen de l'interne du service, il offrait l'état suivant : Le poumon gauche était le siége d'une inflammation très intense dans presque toute son étendue ; on entendait un bruit de souffle s'étendant depuis le sommet jusque vers la base, dans plus des trois quarts de l'étendue du poumon ; dans la portion inférieure et sur les limites du soufle on entendait du râle crépitant. L'expectoration était très abondante ; les crachats étaient épais, fortement adhérens au vase, d'une homogénéité remarquable et ressemblant à une dissolution de sucre d'orge. Le malade éprouvait un malaise et une anxiété très grande et ressentait une douleur au côté ; la fièvre était ardente, le pouls d'une accélération et d'une dureté très considérables ; ce malade présentait, en un mot, tous les signes d'une inflammation extrêmement intense du poumon : on pratiqua le soir même une saignée de huit onces.

Le lendemain, 17, on constate à la visite le même état, à cela près d'un peu de diminution de l'état fébrile, sous l'influence de la saignée pratiquée la veille ; mais il n'y avait aucun changemens dans les phénomènes locaux. Trois saignées de huit onces chacune sont pratiquées dans la journée.

Le 18, le pouls est un peu moins dur, la face pâle. Le malade se plaint d'une douleur très vive à la base de la poitrine. Application de huit ventouses scarifiées.

Le 19, la pneumonie tend à passer du deuxième au premier degré. Le souffle a fait place partout au râle crépitant. Le malade avait pris la veille une bouteille d'eau de Sedlitz. On prescrit : tartre stibié, 40 centigr., et un vésicatoire sur la poitrine. Le jour suivant le tartre stibié ayant déterminé des vomissemens abondans et quelques accidens nerveux, on en a prescrit la même dose avec addition d'une demi-once de sirop diacode. Les accidens ne se sont plus reproduits.

Le 20, septième jour de la maladie, le point de côté a complètement disparu ; lemalade est pris de sueurs abondantes qui jugeront probablement la maladie. Il est faible, mais son état est très satisfaisant, surtout eu égard à l'extrême gravité de la maladie et à la grande résistance inflammatoire qu'elle a présentée. Le tartre stibié et le vésicatoire volant amenèrent à la fin la résolution et la convalescence. Il serait superflu d'insister sur l'extrême gravité de ce cas et sur les heureux résultats des moyens mis en usage.

Pneumonie à gauche au premier degré, très légère. Une saignée du bras; ventouses scarifiées; eau de Sedlitz. Guérison en trois jours.

Le malade couché au n° 47 est un homme âgé de quarante-quatre ans, malade depuis quinze jours, et n'ayant paru, jusque là, offrir autre chose qu'une bronchite avec un peu de dyspnée.

Le 18, jour de son entrée à l'hôpital, en l'examinant, on a trouvé un râle crépitant très fin et parfaitement clair à la base du poumon droit. Ce râle était l'indice d'un simple engorgement du poumon, ou d'une pneumonie imminente, plutôt que d'une pneumonie confirmée. Il n'y avait point de fièvre. Le 19 au matin on a pratiqué une forte saignée du bras ; le soir, application de ventouses scarifiées sur la poitrine.

Le 20, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 21, le râle crépitant, ainsi que la dyspnée, ont complètement disparu ; il n'y avait même plus de traces de la bronchite.

— Ainsi, voilà six cas de pneumonie qui se sont montrés dans l'espace de quelques jours, dont quelques-uns très graves, l'un par sa marche lente et insidieuse, l'autre par une marche rapide et violente ; un troisième par l'inflammation simultanée des deux poumons, et qui sont tous ou guéris ou en voie de se terminer favorablement. Ces pneumonies ont cédé non à un traitement exclusif et uniformément le même pour toutes, mais à des moyens variés et différemment combinés, conformément aux indications spéciales qu'offrait chacun de ces cas en particulier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Farcin communiqué du cheval à l'homme.

Au n° 17 de la salle Saint-Louis, est couché le nommé Gallot (Marie-Honoré), âgé de dix neuf ans, charretier. Le 18 octobre 1841, ce jeune homme entre à l'hôpital, se plaignant de courbature, de céphalalgie, d'inappétence. Il est d'un tempérament lymphatique, porte des engorgemens scrofuleux au cou, mais a été jusque-là d'une bonne santé. Il raconte qu'il couche dans une écurie mal aérée, où se trouve un cheval atteint de farcin depuis près de deux mois, et que c'est lui qui est chargé de le panser. On lui fait prendre quelques bains ; on le met à la diète ; il paraît se rétablir.

Vers le 8 novembre il se plaint d'une douleur vive à la partie supérieure et postérieure de la jambe droite ; les symptômes généraux reprennent un peu d'intensité ; bientôt un abcès se manifeste à l'endroit douloureux ; on l'ouvre, et il en sort un demi-verre de pus. On panse avec du cérat ; la cicatrisation ne se fait pas, et un ulcère de deux centimètres subsiste encore. L'abcès ouvert, le malade se trouve bien ; mais dans les premiers jours de décembre, une douleur semblable à la première se fait sentir vers la moitié externe de la jambe gauche ; un abcès s'y montre escorté de légers symptômes généraux, on l'ouvre et la cicatrisation est obtenue en peu de jours.

Vers la fin de décembre, un nouvel abcès se forme à la partie antérieure et moyenne de la même jambe ; il est plus considérable que les précédens ; la fièvre l'accompagne ; on prati-

---

A la fin du mois de juillet 1840, en effet, M. Lamy était dans sa boutique avec un de ses enfans, âgé de quatre ans : cet enfant voulant monter sur un comptoir se hisse sur une chaise, puis s'élance ; mais au même moment la chaise, mal assurée, se renverse, et il tombe, la tête la première sur le plancher. Le choc avait été violent et pourtant il ne profère pas un seul cri : le père l'appelle et il ne répond pas ; il le croit mort ! il s'effraie, il crie au secours ! il se traîne à tâtons vers lui, le relève, l'appelle encore, mais toujours vainement ; il veut sentir les battemens de son cœur, mais le cœur ne bat plus ; il veut recueillir son souffle, mais la respiration elle-même a cessé ; portant la main sur sa figure, il la retire inondée de sang. C'en est donc fait ! il est mort ! c'est sa seule pensée, et cette pensée le fait évanouir, et il tombe lui-même un instant après que sa femme, accourue à ses cris lui a eu enlevé des bras l'enfant tout ensenglanté et a couru au pharmacien le plus proche pour lui faire administrer les premiers secours.

M. Lamy reste évanoui pendant plus de vingt minutes, après quoi il revient à lui. Mais quel changement ! quel prodige ! quelle métamorphose ! Il n'est plus aveugle ! il voit le jour. Tous les objets, il est vrai, lui paraissent sombres et comme entourés d'un brouillard, mais enfin le voile qui couvrait ses yeux est rompu ; car il voit ; car pour la première fois depuis six mois il peut reconnaître les objets qui l'entourent ; ce n'est donc pas un rève ! Non. Il touche bien réellement à la guérison ! Ce que la médecine n'avait pu faire en six mois, le hasard l'a fait en quelques instans. Un malheur lui avait ôté la vue, un malheur la lui a rendue. Qu'on dise encore que tout n'est pas dans tout et qu'il y a ici bas quelque chose d'absolu !

Enfin, peu à peu la vue s'est améliorée et bientôt le malade a pu se liver à ses occupations ordinaires.

Cependant l'œil droit restait encore très faible ; de loin en loin il devenait le siége de bleuettes tantôt rouges, tantôt bleues, et il distinguait très-difficilement les objets un peu déliés ; mais le hasard est venu encore une fois à son secours, et c'est encore par un malheur qu'il lui a rendu la plénitude des fonctions des deux organes de la vue.

Et, en effet, le 13 août 1841, Lamy fut pris d'une double pneumonie qui s'accompagna vers la fin de phénomènes typhoïdes. Je la combattis vigoureusement par des saignées générales et locales plusieurs fois répétées, par le tartre stibie à hautes doses, puis enfin par des vésicatoires, et des purgatifs salins, etc. Bientôt les symptômes graves cédèrent et la convalescence s'établit. Depuis cette époque l'œil droit s'est graduellement fortifié, et dans ce moment, ses fonctions sont à peu de chose près aussi complètes que celles de l'organe opposé.

— Il y aurait beaucoup de choses à dire sur cette observation à tous égards si intéressante, j'ai presque dit si extraordinaire; mais cela m'entraînerait beaucoup trop loin ; aussi bien toute démonstration claire et précise est impossible. Je ne pourrais donc, relativement à l'opinion que j'ai émise sur la lésion qui a peut-être déterminé l'amaurose dont il vient être question, que me livrer à l'interprétation plus ou moins rationnelle des symptômes observés, si ce n'est à de simples suppositions ; or, je ne veux pas pour si peu fatiguer davantage l'esprit du lecteur.

Quant à la myopie dont notre malade a été affecté depuis le moment où il avait regardé si long-temps le soleil, faut-il la rapporter directement à l'action des rayons solaires ? On serait tenté de le faire, si on songe que cette infirmité a suivi immédiatement le défi de nos deux jeunes imprudens. Mais la mère était aussi myope ; il est donc plus raisonnable de penser que les rayons solaires n'ont agi ici que comme cause occasionnelle, et que, trouvant chez M. Lamy les conditions organiques de la myopie, ils n'auront fait que hâter le développement de cette affection qui plus tard se serait probablement développée d'elle-même et sans l'intervention d'aucune cause directe.

J.-L. ARNAL, D.-M.-P.

CYCLOTOME CRANIEN,

Par M. BERTHERAND, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Souvent frappé des difficultés que l'on éprouve dans les nécroscopies du crâne pratiquées avec nos moyens actuels, réfléchissant d'autre part aux inconvéniens et aux lésions organiques que leur usage accompagne presque toujours, j'ai pensé qu'une modification avantageuse pouvait leur être apportée. Mes recherches ont porté sur l'ensemble des instrumens proposés jusqu'à ce jour pour la section des os du crâne sur le cadavre, et mon attention a eu pour principal objet la configuration même du corps ovoïde sur lequel l'instrument doit porter son action. Je me suis efforcé de procurer à ce dernier une forme telle qu'elle pût s'adapter autant que possible aux diverses courbures de la surface extérieure de la boîte céphalique.

Voici la description de ma scie, que j'appelle *cyclotome crânien* (c'est-à-dire qui coupe circulairement le crâne), expression préférable, je crois, à celle de craniotome, qui sert déjà dans la science chirurgicale à indiquer l'instrument au moyen duquel on divise les parois du crâne du fœtus dont on veut faciliter l'expulsion hors du ventre de sa mère.

Mon but était de donner à ce cyclotome une forme le plus en rapport possible avec celle du crâne, d'empêcher son action de léser les membranes et la substance du cerveau, enfin de lui accorder la plus grande simplicité et une modicité de prix convenable. Mon instrument, qui a été confectionné par M. Blanc, coutelier fournisseur des hôpitaux, se compose d'un arbre de scie ordinaire, mais beaucoup plus long que celui de nos grandes scies à amputation ; cet arbre est porteur à son extrémité supérieure d'une vis qui tend dans les diverses positions voulues une lame de scie *concave d'un côté, convexe de l'autre*, à laquelle est adjacent un *conducteur* en cuivre de *même forme*, un peu plus court que la lame, mais s'insérant aux mêmes points qu'elle au moyen d'une boutonnière. On peut ainsi à volonté, par le jeu de la vis, présenter à la paroi osseuse soit une surface concave, soit une surface en rapport avec une courbure inverse; et de plus la présence de ma lame additionnelle ou conducteur permet de faire pénétrer la lame à la profondeur désirée.

Ce cyclotome crânien à conducteur a donc des avantages marqués, d'abord celui d'opérer avec plus de rapidité, puisqu'un plus grand nombre de dents de scie agissent en même temps, et de respecter les membranes encéphaliques. Ensuite, par la section nette qu'il détermine dans les parois crâniennes, il peut être employé dans les circonstances de nécroscopies où les plus grands soins et les manœuvres les plus délicates sont exigés. Il faut avoir soin dans le jeu de cet instrument de ne point le tirer en ligne droite d'avant en arrière et *vice versâ;* la scie doit, dans ses mouvemens de va-et-vient, être légèrement ou haussée ou baissée, de manière à agir sur le plus de parties osseuses possible. Quant aux courbures concave et convexe qui ne sont bien marquées qu'à la partie moyenne du cyclotome, elles ont été construites d'après une dimension moyenne résultant de la mesure de plusieurs surfaces de crânes. Comme on peut le comprendre, l'instrument est fort simple et très peu dispendieux.

NOUVELLES.

On vient de décorer le Muséum d'histoire naturelle de la statue en pied de Laurent de Jussieu, qui a figuré au Salon de cette année.

— Hier, 23 juin, des prix ont été distribués aux élèves sage-femmes de l'école d'accouchement de Paris.

Le premier prix a été décerné à mademoiselle Favori, élève aux frais du département de la Corrèze. Il lui a été remis une médaille d'or.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées, après mademoiselle Favori, sont : mesdames Alliot, élève aux frais du département de la Seine ; Cafoulin, *id.*, à ses frais ; Traffer, *id.*, aux frais du département de la Corrèze ; Seyriès, *id.*, aux frais du département du Cantal; Déprez, *id.*, aux frais du département de la Seine, Labiouse ; à ses frais ; Walerse, aux frais du département de Seine-et-Marne.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TRENTE-CINQUIÈME SÉANCE. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui vendredi, 24, M. Bérard a soutenu sa thèse.

Lundi prochain 27, M. Laugier sera argumenté par MM. Huguier, Malgaigne, Thierry et Ph. Boyer.

que une incision; le foyer se vide, mais la cicatrisation ne se fait pas, et une ulcération assez étendue subsiste encore.

Au milieu de janvier 1842, il s'en développe encore un immédiatement au-dessus du précédent, mais fort circonscrit, et qui présente l'aspect d'un furoncle; il s'ouvre spontanément, mais la cicatrisation ne peut en être obtenue.

Vers le 26 février, un nouveau foyer se manifeste à la partie interne du poignet gauche; on l'ouvre: il ne se cicatrise pas.

Vers le 15 avril il en survient un nouveau à la partie antérieure et externe de la cuisse, six à sept centimètres au-dessus de la rotule. Et enfin, dans le commencement de mai, un dernier est ouvert à la partie interne et postérieure du bras gauche, à quatre ou cinq centimètres au-dessus de l'épitrochlée, et ne se cicatrise pas.

Entre la production de ces divers abcès, dont le pus fut évacué, il s'en montra trois autres dont on obtint la résolution, et il paraît s'en préparer encore un à la partie antérieure et inférieure de la jambe gauche.

Ces ulcérations affectent, en général, la forme arrondie; la plus considérable, celle de la jambe, est seule rétrécie à son centre, et plus large à ses deux extrémités; depuis quelques jours elle paraît marcher à la cicatrisation, mais fort lentement. L'aspect de ces ulcères est variable; le plus étendu, celui de la jambe, est rouge, saignant, plat, suppurant peu; celui de la cuisse végète et tend à s'élever au-dessus de la peau; il est gris sale; celui du poignet a la plus grande analogie avec la pourriture d'hôpital. Les bords de ces ulcères sont rouges, violacés, calleux, un peu plus élevés que le niveau de la peau; enfin l'on peut dire que tous présentent un mauvais aspect, et que rien ne semble devoir faire présager une cicatrisation prochaine.

Le malade a été et est encore soumis aux préparations toniques (fer et quinquina); les ulcérations sont pansées avec le cérat, abstergées avec une solution chlorurée, et le plus grand soin et la plus grande propreté sont apportés dans ces pansements.

— Il est de toute évidence qu'il y a là autre chose que des ulcérations, qu'il y a un vice général communiqué, très probablement, sous l'influence duquel ces abcès se sont produits d'abord; puis ces ulcérations se sont formées, et l'organisme, toujours sous la dépendance du même vice, n'a pas trouvé les forces suffisantes pour réagir et amener la cicatrisation des foyers, quoique peu étendus. Si l'on étudie ce qui se passe chez le cheval atteint de l'affection connue sous le nom de *farcin*, on verra que les choses marchent presqu'identiquement comme elles l'ont fait chez ce sujet. Aussi, devant les antécédens de ce malade, sa position, n'a-t-on pas hésité à qualifier la maladie du nom de *farcin chronique*.

Épilepsie, suite d'intoxication saturnine.

Le 15 juin, est entré à la Charité le nommé Chatellier (François), âgé de vingt-neuf ans, peintre en bâtimens. Cet homme, d'une constitution assez robuste, avait toujours été d'une santé parfaite jusqu'en 1831, époque à laquelle il fut pris, pour la première fois, de la colique de plomb. Il entra à l'hôpital de Rennes, et en sortit bientôt guéri. En 1832, ayant continué ses travaux, la colique le reprit une seconde fois; puis une troisième en 1833, puis une quatrième en 1834, et enfin une cinquième fois en 1835. Il fut constamment soigné dans le même hôpital, et sortit guéri en 1835. Il partit pour Tours. Jusqu'en 1842, il ne fut atteint, quoique continuant son état, que de coliques extrêmement légères et fugaces, pour lesquelles il se traita lui-même avec quelques lavemens. Enfin, le 2 mai 1842, une nouvelle colique plus intense que les précédentes le força à entrer à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Andral; il fut traité par les purgatifs, et sortit guéri le 14 du même mois.

Il se reposa quelques jours en rentrant chez lui, puis reprit ses travaux.

Le samedi 11 juin, il ressentit, dit-il, des *pointillemens* dans les pieds qui le faisaient souffrir extrêmement; il n'osait poser ses pieds sur le sol, tant la douleur était vive et augmentait par la pression.

Le 12, il alla prendre un bain froid; il n'avait pas dormi la nuit.

Le 13, il éprouva un malaise général, ressentit des coliques sourdes; son ventre était légèrement rétracté; il y avait de la constipation et de la fièvre.

Le 15, il entra à l'hôpital. Le 16, même état. Lavement purgatif; eau d'orge; diète.

Le 17, vers cinq heures du matin, il se réveille en sursaut, il lui semble qu'on l'enlève de force; il est agité de mouvemens convulsifs si violens qu'il tombe hors de son lit, et continue à se débattre sur le parquet. On est obligé de le relever et de l'attacher dans son lit; il a de la mousse aux lèvres, mêlée d'un peu de sang qui provient d'une morsure qu'il s'est faite à la langue. A peine est-il attaché dans son lit que l'accès cesse; il redevient parfaitement calme, reconnaît tout le monde et n'a pas le sentiment de ce qui s'est passé.

Le même jour, vers les trois heures de l'après-midi, au moment où il prend un bouillon, la tasse lui échappe, et il est pris d'une seconde attaque en tout semblable à celle du matin; on le remet dans son lit, et il se calme bientôt. Chaque attaque n'a pas duré plus de cinq minutes.

Le 18, saignée de 360 grammes; lavement purgatif.

Le 19, *idem*.

Le 20 et le 21, les attaques ne se sont pas renouvelées; le malade est calme, ne souffre plus ni du ventre ni des pieds, et tout fait espérer qu'il va sortir bientôt.

— Si cette observation d'encéphalopathie saturnine rentre dans la règle générale des affections de ce genre, elle en sort cependant sous ce point de vue remarquable que, chez ce malade, l'épilepsie n'a été précédée d'aucune espèce de prodrome qui ait pu faire supposer que la maladie allait envahir le cerveau. Déjà cinq fois atteint et gravement de la colique de plomb, Chatellier n'avait jusqu'à ce jour rien éprouvé du côté de la tête ni des membres, et quand pour la première fois il a ressenti les atteintes de l'arthralgie saturnine, en même temps il a été pris d'épilepsie. La constitution de ce sujet, plutôt sanguin et robuste que nerveux et délicat, ajoute une preuve de plus aux observations de M. Tanquerel Desplanches.

Le Dr C. P.

HOPITAL DE LAUSANNE. — M. MAYOR.

Réclamation. Observation de rétrécissement de l'urètre; fistules périnéales. Cathétérisme forcé.

M. Mayor nous adresse l'article et l'observation suivans en réponse à la lettre de M. le docteur Guillon, publiée dans notre numéro du 16 juin.

Citer des noms propres au sein d'une société scientifique, quand il s'agit d'examiner et de discuter des procédés et des moyens thérapeutiques, est sans doute fort commode, mais évidemment fautif. Ce genre, si commun cependant, ne peut convenir qu'à la médecine proprement dite, comme *science d'observation*, et en tant qu'il sert à rappeler l'expérience faite par tel ou tel individu, et que cette expérience est difficile ou impossible à faire dériver d'une loi généralement admise ou d'un principe connu et constant. Mais la chirurgie a une toute autre allure, et ne doit nullement se payer d'exemples, de citations, ni même de faits isolés: il lui faut des *principes* qui soient basés tout à la fois sur l'organisme vivant, sur l'état normal, ainsi que sur les lois de la mécanique appliquée à ce même organisme et au cas pathologique en question. Or, ces principes-là sont si bien connus et si peu contestés, qu'on doit les ranger parmi ceux qui appartiennent aux sciences exactes et *à priori*, et les faire constamment valoir comme tels. Il faut se garder par conséquent, lorsqu'on veut appuyer ou saper un point quelconque de doctrine *chirurgicale*, de s'en rapporter uniquement aux résultats bons ou mauvais obtenus par tel ou tel individu, si haut ou si bas placé qu'on veuille le supposer. Il importe d'autant mieux de se défier de ce genre d'argumentation, que tel homme de l'art peut fausser un excellent principe et avoir un revers à déplorer; tandis que tel autre, plus habile, plus intelligent, plus judicieux, pourra se glorifier d'un succès, malgré l'emploi de moyens et de procédés détestables et en dépit même de tout principe. Cela se voit malheureusement tous les jours, au grand détriment de la science et de l'art.

Si l'on s'obtine à mettre une immense importance à ce que peut ou fait faire un personnage, quel qu'il soit, c'est évidemment vouloir faire dépendre le sort et tout l'avenir des plus heureuses inspirations uniquement de la présence d'un seul homme, de ses aperçus judicieux ou de son impéritie, de son adresse ou de sa gaucherie, de sa conduite logique ou de ses caprices. On m'a donc fait trop d'honneur en associant mon nom à une question toute de principes, et en voulant la faire décider par ce qui s'est passé ou peut se passer encore sous mes doigts. Si l'on doutait, du reste, que celle du cathétérisme ne puisse pas être décidée par des principes, je ne dirais pas: «Voyez donc ce qui a été écrit et démontré à ce sujet;» mais je soutiendrais: « Qu'il faut renoncer à tout jamais à prendre pour guide, en fait de cathétérisme, ce qui existe de plus clair et de mieux fondé, et que nous n'avons rien de mieux à faire qu'à continuer de suivre la voie tracée par la commode routine. »

Je sais bien qu'en s'appuyant sans cesse sur des principes immuables plutôt que sur l'opinion, l'exemple ou le genre favori de certains auteurs ou cliniciens, l'amour-propre, les prétentions et la susceptibilité de quelques-uns d'entre eux, seront plus ou moins froissés; mais le mal ne sera, par bonheur, ni irrémédiable, ni même très grand.

Je regrette beaucoup, du reste, que M. Guillon, lorsqu'il a fait l'exposition de sa pièce *aux cinq fausses routes* n'ait pas dit, tout d'un temps, que les voies artificielles étaient le produit de mes gros cathéters, car je n'aurais certes pas réclamé. Mais son silence, malgré l'interpellation formelle de M. Guersant, a dû me faire supposer qu'aucun de ces tronçons de cancers pathologiques n'était le fait d'un cathéter volumineux, et que les cinq brèches en question résultaient, comme d'ordinaire, de l'action des petites bougies et des fines sondes, si généralement en usage encore. Les principes les plus élémentaires d'accord avec le gros bon sens, sont d'ailleurs là pour expliquer un semblable effet; et je ne crois pas pécher contre eux en affirmant: « Que l'introduction de mes *monstruosités* dans la pratique et dans l'urètre est précisément une garantie contre de pareils accidens, et qu'ils seront de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on restera plus fidèle aux principes qui président au cathétérisme. » Telle est ici la question.

Mais laissons là ce verbiage, ainsi qu'on ne manquera pas de l'appeler, et, pour me le faire pardonner, je suis heureux de pouvoir vous communiquer l'observation suivante, qui, tout en faisant ressortir les principes (et toujours les principes) que j'ai posés sur la matière, aura encore le mérite de l'actualité; elle a été recueillie par M. Zimmer, interne à l'hôpital de Lausanne.

Observation. — Philippe Lenoir, serrurier, âgé de quarante-sept ans et demi, reçut, il y a environ dix-sept ans, un coup au périnée avec une règle de bois, qui lui fit ressentir une vive douleur. Il urinait fort bien jusque là, et une blennorrhagie, qu'il avait eue huit ans auparavant, n'avait porté aucune atteinte aux fonctions urinaires. Quelques jours après le coup, il se forma, à la partie du périnée qui touche aux bourses, une tumeur qui augmenta peu à peu et dans laquelle Lenoir ressentit de l'ardeur en urinant. On y mit sans succès quelques sangsues; elle s'ouvrit spontanément, et il en sortit du pus mêlé d'urine. Dès-lors, et chaque fois que l'urine était lâchée, quelques gouttes sortaient par la fistule, mais la plus grande quantité du liquide s'échappait encore par le canal de l'urètre. Environ deux ans après, il se forma une seconde fistule sur les bourses mêmes, et ce fut alors seulement que le malade chercha à remédier au mal. On ne put introduire une sonde métallique, mais bien une élastique, qui fut laissée à demeure deux ou trois jours. Comme elle irritait le canal notre homme la sortit, mais on fit ensuite de vains efforts pour la replacer, ainsi que d'autres sondes et bougies très fines.

Dès ce moment Lenoir ne voulut plus se soumettre à aucune tentative de cathétérisme et laissa marcher le mal. Il se forma en conséquence et successivement un grand nombre d'abcès qui s'ouvrirent et produisirent de nouvelles fistules. Peu à peu l'urine abandonna son cours naturel et passa presque complètement par les fistules, à peine quelques gouttes sortaient encore par l'urètre, qui se rétrécit de plus en plus. Le malade n'urinait jamais involontairement; mais aussitôt que le besoin se faisait sentir il ne pouvait tarder long-temps à le satisfaire. Sa constitution s'altéra et il s'affaiblit par l'effet probable d'une suppuration assez abondante, fournie par les fistules; sa transpiration avait, dit-il, une odeur urineuse assez marquée; il eut de temps à autre des frissons suivis de chaleur et de sueurs, qui n'avaient pas de type régulier.

Il y a huit ans il se forma à la jambe droite un œdème dur, qui persiste encore. Depuis quelques mois, une nouvelle fistule s'est encore formée à la fesse droite, et depuis six semaines environ, l'état général a considérablement empiré; il s'est développé de l'enflure aux jambes, aux bras, au ventre, à la face; l'appétit s'est perdu; la transpiration s'est supprimée; la diarrhée est survenue, et c'est l'ensemble de ces symptômes qui engagea Lenoir à venir chercher du secours à l'hospice; car les fistules, il les considérait comme au-dessus des ressources de l'art.

A son entrée, le 7 juin dernier, nous le trouvâmes dans l'état suivant:

Une douzaine de trous fistuleux occupent les bourses et le périnée; ils sont en général petits, bordés et surmontés de saillies et de crêtes ressemblant à des condylomes; quelques-unes sont séparées par des brides et des ponts. Le périnée et les bourses sont farcis de ces tubercules qui donnent à ces parties un aspect fort singulier et qu'on ne peut comparer à rien. L'urine ne s'écoule pas en même quantité par tous ces pertuis, et ceux qui sont près des bourses et du périnée en donnent le plus; elle ne s'échappe que goutte à goutte par l'urètre, mais son émission est toujours soumise à la volonté du malade. Ces fistules laissent toutes écouler du pus; mais celles du périnée sont le siége d'une suppuration plus prononcée. Le malade paraît très affaibli; son teint est pâle, cachectique; son pouls à 80, petit, mat; son visage bouffi. Il existe une anasarque générale, qui prédomine surtout aux jambes et au cou. L'appétit manque, la soif est vive, la diarrhée est établie depuis quelque temps, de sorte que s'apercevant qu'on pense à le sonder, le malade supplie qu'on le remonte avant de songer à guérir ses fistules.

M. Mayor, convaincu que cet état cachectique tient à la maladie des voies urinaires, se dispose en effet d'attaquer celle-ci incessamment, et, ne tenant aucun compte de la répugnance du malade pour le cathétérisme, il essaie d'introduire son n° 1; il pénètre lentement jusqu'à un point rétréci, à quatre pouces environ. Après quelques efforts de pression, il le fait suivre du n° 2, pensant qu'il pourrait mieux forcer l'obstacle et recalibrer le canal, au moyen d'une sonde d'un plus gros diamètre. Il pousse donc celle-ci avec une certaine vigueur dans le rétrécissement même, ce qu'il reconnaît à l'espèce d'enclavement où se trouve l'instrument, et à la difficulté de le retirer. Il s'arrête là cependant et recommande de laisser la sonde à demeure pendant dix minutes, afin d'habituer la muqueuse à la présence du corps étranger et d'agir déjà par un certain degré de compression permanente. Cette seconde introduction fut accompagnée d'assez vives douleurs, d'un écoulement de sang abondant et qui persista dans la journée, d'un frisson suivi de chaleur et de sueur, d'un fort accablement, etc. Un bain tiède calma et soulagea.

Le lendemain on laissa le malheureux tranquille, et l'on se contenta de lui inspirer du courage, de le persuader que sa guérison n'est possible qu'au prix du rétablissement du cours naturel des urines, et de lui promettre qu'on en viendrait à bout s'il voulait avoir autant de patience que son chirurgien en aurait besoin.

Le 10, nouvel essai de pression de plus en plus forte, qui n'est suivie que de peu de douleur, d'aucun accident, ni d'aucun résultat définitif.

Enfin, le 11, troisième tentative; le cathéter n° 2, franchit un premier rétrécissement; puis, après quelques efforts soutenus et certains mouvemens avec le bec de la sonde, celle-ci pénètre un second obstacle et arrive tout à coup dans la vessie en produisant une espèce de mouvement saccadé et un petit bruissement sourd; le tout sans grandes douleurs et sans écoulement de sang. On laisse un instant la sonde en place dans la journée; on l'introduit de nouveau assez facilement, lorsque le besoin d'uriner se fait sentir. Le soir, on place une sonde élastique de *deux lignes et demie*, et qu'on laisse à demeure, précaution nécessité par le fréquent besoin d'uriner qu'éprouve le patient, et surtout par la diarrhée qui l'incommode et qui, à chaque selle, peut renouveler l'émission d'un jet d'urine par les fistules.

On prescrit 4 gouttes de laudanum de deux en deux heures, et dès ce moment le chirurgien, le médecin, M. de la Harpe, les nombreux assistans et le malade lui-même n'ont plus aucun doute sur l'heureux résultat de cette opération. On peut même affirmer que le succès était complet, puisque une sonde élastique de deux lignes et demie a pu facilement être introduite, et qu'elle glissait librement dans le canal. Inutile de dire qu'il ne sortit plus une goutte d'urine que par cet instrument, et que la suppuration des fistules, entretenue par le passage et peut-être par la stagnation de l'urine, cessa presque entièrement.

Je n'ai rien à ajouter à cette observation, sinon qu'au bout de trois à quatre jours j'ai fait passer Lenoir dans la division *de médecine.* C'est qu'il est d'usage, entre M. de la Harpe et moi, de nous renvoyer réciproquement les malades qui ne sont pas ou qui cessent d'être de notre ressort. Or, j'envisageai celui-ci, dans l'état actuel, comme presque uniquement passible des secours du médecin. Je le perds cependant si peu de vue, que je lui ai changé sa sonde pour la première fois, ce matin même, et avec la plus grande facilité. Quand nous serons sûrs que son dévoiement ne reparaîtra plus, et que les besoins d'uriner seront moins fréquens, alors nous supprimerons la sonde à demeure, et nous indiquerons à Lenoir comment il devra se sonder avec un n° 3 ou 4 d'étain chaque fois qu'il en sentira la nécessité, ce qui n'offrira pas de difficulté.

Ce cas a quelque analogie avec celui que M. Devergie a publié dans la *Gazette Médicale* du 5 septembre 1835, et que j'ai reproduit à la page 130 du second volume de ma *Chirurgie simplifiée.* — « Bref, quand M. Mayor le vit, il existait » cinq fistules au périnée et deux dans les bourses, par les- » quelles l'urine s'échappait en abondance à chaque émis- » sion..... Le n° 2 arriva dans la vessie en moins de trois mi- » nutes..... Il était à l'hôpital depuis six mois. » — Cette opération eut lieu en présence des élèves du Gros-Caillou, de plusieurs médecins étrangers et de M. le docteur Pinel-Grandchamp.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi d'hydrocyanate de fer dans l'épilepsie; par M. Molas.

M. le docteur J.-J.-D.-A. Molas, de Valderiez, nous écrit qu'il emploie depuis plus de six ans l'hydrocyanate de fer avec succès, dans les épilepsies *non essentielles*, avec la différence qu'au lieu de commencer comme M. le docteur Jansion (*voir* n° du 26 mai), par la dose de 15 milligr., il ne voit aucun inconvénient de commencer par 5 centigr. matin et soir, en substituant à l'infusion de valériane l'infusion concentrée de feuilles d'oranger.

Ce traitement doit être continué pendant douze, quinze mois et plus selon la fréquence des accès, en augmentant progressivement tous les quinze jours ou tous les mois de 2 ou 3 centigrammes, il a ainsi porté la dose à 50 centigrammes par jour. Cette méthode doit être modifiée suivant l'idiosyncrasie des malades. Depuis six ans M. Molas a obtenu, sur treize épileptiques, neuf guérisons radicales et de l'amélioration chez quatre, sans avoir éprouvé jamais aucun accident. En outre, trois malades qu'il traite actuellement et qui avaient des attaques quatre ou cinq fois le jour, n'en ont eu que deux ou trois depuis trois mois. Chez une jeune fille, les accès épileptiques cessaient pendant l'usage de l'hydrocyanate de fer, pour faire place à la manie qui cédait elle-même à la suspension du médicament. Les accès ont fini par disparaître complètement.

Pommade fébrifuge.

Pr. Sulfate de quinine, 4 grammes.

On le fait d'abord dissoudre avec quelques gouttes d'alcool et d'acide sulfurique, puis on ajoute

Axonge, 16 grammes.

On mêle par trituration, de manière à obtenir une pommade d'une homogénéité parfaite.

Cette pommade, dont la formule a été donnée par M. le docteur Boudin, est employée depuis long-temps par les praticiens suisses, qui en ont retiré de bien grands avantages dans tous les cas où le quinquina, ses alcaloïdes et leurs divers composés ne peuvent être introduits dans l'estomac ni portés dans le rectum, soit par suite d'une condition idiosyncrasique, soit en raison de quelque circonstance morbide particulière.

On l'applique sur la région axillaire ou sur la région inguinale que l'on a préalablement eu le soin de bien raser, puis on étend par-dessus un morceau de taffetas gommé, dans le double but de prévenir l'imbibition du corps gras dans les pièces de vêtemens qui se trouvent en contact avec la partie frictionnée, et de faciliter l'absorption du médicament en élevant la température de la peau.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Sucre alcalin digestif.

Ce sucre alcalin se prépare par deux procédés : le premier en saturant une quantité déterminée d'eau avec le bi-carbonate de soude, à la température ordinaire. Lorsque cette dissolution est opérée, on y ajoute du sucre de manière à faire un sirop également saturé. On dispose alors des pains de sucre de un à deux kilogrammes (deux à quatre livres), de manière à pouvoir filtrer le sirop alcalin à travers ces pains.

Le sirop, étant saturé, ne dissout qu'une très petite portion des pains ; ceux-ci retiennent une suffisante quantité de sel alcalin ; il faut alors faire sécher les pains ainsi traités, soit à l'étuve, soit à un courant d'air en été.

On peut, par ce procédé, associer le bicarbonate de soude en plus ou moins grande quantité au sucre ordinaire, en faisant passer la dissolution plusieurs fois au travers des pains ; mais il suffit, pour l'usage ordinaire, de faire une seule opération de ce genre.

Le sucre alcalin ainsi obtenu peut se réduire en poudre ; mais celui-ci peut se préparer par simple mélange, en employant de trois à cinq décigrammes (six à dix grains) de bi-carbonate de soude pour trente grammes (une once) de sucre.

Ce dernier mode de faire, plus simple que le précédent, est le plus convenable, par la raison que l'on est certain de la proportion exacte de bi-carbonate de soude qui se trouve contenu dans le sucre.

Potion diurétique excitante.

Pr. Feuilles de digitale pourprée, 2 grammes.
Ecorce de cascarille concassée, 8
Eau bouillante, 125

Faire infuser, en vase clos, jusqu'à parfait refroidissement; passer avec expression et ajouter à la colature :

Esprit de Mindérérus, 15 grammes.
Sirop de sucre, 15

M. par agitation.

Cette potion est préconisée par M. le docteur Harless, qui dit avoir obtenu d'excellens résultats de son emploi dans le traitement de l'hydrothorax et de l'hydropisie ascite, lorsque ces affections se présentent comme conséquences d'un refroidissement subit et d'une phlegmasie de nature catarrhale.

La dose à laquelle on doit l'administrer varie suivant l'âge et la force des sujets, et encore en raison de l'intensité plus ou moins grande des accidens, d'une demi-cuillerée à une pleine cuillerée à bouche, que l'on réitère trois ou quatre fois dans le courant des vingt-quatre heures.

Tisane de raifort composée.

Pr. Racines fraîches de raifort, 50 grammes.

On les ratisse, on les coupe par tranches minces ; puis, après les avoir contusées dans un mortier de marbre on verse dessus,

Eau bouillante, 1000 grammes.

On renferme le tout dans un vase clos qu'on place sur des cendres chaudes, et après une digestion prolongée pendant vingt-quatre heures, on laisse refroidir. On passe ensuite avec expression, et on ajoute à la colature obtenue :

Le suc d'un citron.
Sirop antiscorbutique, 100 grammes.

On mélange intimement par agitation.

Cette tisane est indiquée dans les cas d'albuminurie.

On doit l'administrer par demi-verre de temps en temps, dans le courant de la journée.

FAITS DIVERS.

Atrisie de la pupille à la suite d'un coup de fleuret; opération; par M. le docteur Robert.

A la fin de la dernière séance de l'Académie de médecine (21 juin), M. Robert a présenté un élève en médecine, âgé de vingt-trois ans, dont l'œil gauche fut blessé, il y a quelques années, par un coup de fleuret, et chez lequel une inflammation étant survenue sympathiquement à l'œil droit, détermina l'atrisie de la pupille de ce côté. La vision était complètement abolie dans l'œil gauche, et dans l'œil droit elle s'était graduellemement affaiblie, au point d'empêcher le malade de se livrer à aucun travail. Il voyait seulement à se conduire ; la pupille droite, très étroite, était occupée par une fausse membrane blanche.

Voici comment M. Robert a procédé à l'opération : une incision de près de 3 lignes ayant été pratiquée à la partie externe de la circonférence de la cornée avec le couteau lancéolé de Beer, la pellicule mince occupant l'espace pupillaire a été saisie à l'aide de pinces fines à crochets, déchirée en partie, entraînée hors du globe de l'œil et excisée. La pupille a paru immédiatement avec sa couleur noire; elle était seulement un peu alongée en travers. Le cristallin était transparent derrière elle : il a été laissé.

Au bout de quatre jours, la plaie de la cornée était cicatrisée, et au bout de huit jours les fonctions de l'œil étaient parfaitement rétablies. Dix-huit mois se sont écoulés depuis cette époque, et l'état de la vision n'a pas changé.

Menstruation chez un singe femelle.

M. le docteur J. Hille, médecin de l'armée néerlandaise à Surinam, rapporte qu'il possède une femelle du genre singe, haute d'environ cinquante centimètres (un pied et demi), qui, à chaque renouvellement de la lune, est sujette à un flux menstruel abondant et dont la durée est de trois jours à peu près. Pendant ce temps, l'animal présente tous les signes d'une excessive lubricité; la vue d'un homme donne lieu à des sensations voluptueuses qui l'excitent à se gratter vivement les mamelons, et le chatouillement de ces organes détermine de véritables accès d'hystérie accompagnés d'une augmentation très marquée de la sécrétion salivaire.

Dans le moment de la menstruation, cette femelle est violemment irritée contre les femmes, particulièrement contre les négresses; et lorsqu'elle peut les atteindre, elle les mord impitoyablement.

(*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*, 1842, n° 6.)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 77. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Spermatorryée chez un sujet présentant des symptômes de paralysie, traitée par le camphre, l'opium et les toniques.

Au n° 29 de la salle Saint-Michel, est couché le nommé Louis M..., âgé de trente ans. Ce malade est entré à la Charité le 20 avril 1842 ; il est assez fortement constitué, et, sauf une migraine qu'il dit lui revenir tous les mois depuis longtemps et plus souvent du côté droit, sa santé était excellente avant l'invasion de la maladie. Il est d'un naturel vif et son intelligence est très développée. Le 24 juin 1841, dit-il, j'éprouvai pour la première fois des picotemens dans la plante des pieds, des fourmillemens incommodes, sans grande douleur pourtant. Cette sensation gagna la jambe et s'arrêta aux mollets. Bientôt la tête devint embarrassée, les céphalalgies augmentèrent d'intensité et les organes des sens me parurent s'affaiblir. A une certaine distance je voyais les objets doubles et triples ; l'ouie avait perdu de sa finesse ; la langue était devenue pâteuse, paresseuse, et moi, qui parlais d'ordinaire avec volubilité, je la sentais se refuser à la parole, hésiter à tourner quand je voulais articuler. Mes lèvres me paraissaient et me paraissent encore tuméfiées ; je ressentais dans les pommettes cet engourdissement qu'on éprouve quand on a été long-temps exposé à un froid vif.

Des fourmillemens semblables à ceux que j'avais dans les pieds m'envahirent bientôt les mains, mais d'abord les trois derniers doigts seulement, c'est-à-dire le médium, l'annulaire et le petit doigt ; le pouce et l'index restèrent à l'état normal. Ces trois doigts me paraissaient constamment froids ; leur sensibilité était obtuse et le mouvement difficile ; il me semblait qu'il y avait sans cesse entre les objets que je touchais et ces doigts un corps cotonneux interposé ; les contours, les arêtes vives des corps me semblaient émoussés. Quelques jours après toute la main, mais toujours plus particulièrement la moitié interne, fut frappée d'engourdissement.

Vers la même époque je commençai à uriner faiblement, je ne sentais pas très bien passer l'urine que je voyais sortir par un jet mou et sans force ; le rectum commença à laisser passer les matières stercorales sans que j'en eusse une conscience aussi nette que dans l'état de santé : plusieurs fois même elles s'échappèrent plus vite que je ne voulais et comme à mon insu. Les parties génitales, le scrotum et la verge devinrent insensibles, et je fus tourmenté par des semi-érections qui duraient fort long-temps. Tous les trois ou quatre jours, et cela dès les premiers symptômes de la maladie, c'est à-dire à dater du 24 juin 1841, j'eus des pertes séminales nocturnes fort abondantes, quelquefois deux dans la même nuit; elles survenaient dans un état d'érection incomplète et presque toujours à la suite de rêves lascifs. Je dois dire que depuis huit mois j'avais fait quelques excès de femme et que je continuais encore même alors que les pertes étaient rapprochées et fort considérables.

Ayant été forcé de parcourir l'Allemagne, et mon état s'aggravant, je fis appeler un médecin du pays, qui me prescrivit un lavement avec du sel commun et des ventouses à la nuque ; je pris ensuite des bains ferrugineux, et n'obtins aucun résultat de ces divers moyens.

Je revins en France et me fis soigner de nouveau. Mon médecin me mit à l'usage de la noix vomique. (Noix vomique, 2 grammes ; conserve de roses, 8 grammes : 36 pilules, 2 à 4 par jour.) Après deux mois et demi de ce traitement, ne ressentant aucune amélioration, je me décidai à entrer à l'hôpital.

Tel est l'historique de ce malade avant son arrivée à la Charité ; il l'a tracé lui-même avec autant d'intelligence que de netteté.

Le 20 avril, voici dans quel état nous le trouvons. Tous les symptômes de paralysie se sont maintenus sans augmenter ; les lèvres, le rectum, les pieds et les parties génitales, paraissent plus particulièrement affectés, sans cependant que la sensibilité ait entièrement disparu, car, même dans les parties les moins sensibles le malade n'a pas perdu complètement le sentiment. Les mouvemens des pieds et des mains s'exécutent avec difficulté ; la démarche est vacillante ; le malade ne peut écrire, la tête est lourde, il y a quelquefois de la céphalalgie, ses lèvres lui paraissent enflées, et bien qu'elles aient leurs dimensions ordinaires, le malade assure qu'elles sont trop grosses pour qu'il puisse siffler. Les pertes séminales reviennent tous les trois ou quatre jours, encore souvent deux fois dans la même nuit. Il n'a pas de fièvre ; l'état général est satisfaisant ; l'appétit est médiocre, mais il a toujours été ainsi ; il va à la garderobe avec un peu de difficulté. (Bains sulfureux ; éthiops martial, 50 centigrammes; trois pilules de camphre de 1 décigramme ; opium, 5 centigrammes ; vin de quinquina; de deux à trois portions ; vin.)

Ce traitement est continué jusqu'au 20 mai. L'état du malade est amélioré; les pertes se sont éloignées; elles ne reviennent que tous les huit ou dix jours. Les érections ont également disparu. On ajoute à la médication ci-dessus, eau d'Enghien.

Le 20 juin, la force et le mouvement sont revenus dans les membres inférieurs; les mains sont encore un peu maladroites, surtout les trois doigts internes; la démarche légèrement vacillante ; les lèvres du malade lui semblent encore enflées, bien qu'il n'en soit rien ; mais les pertes séminales s'éloignent de plus en plus ; la tête est libre, les céphalalgies ont disparu ; il y a un mieux évident, et le malade compte sortir ces jours-ci de l'hôpital.

— Cette observation soulève une question très complexe. La spermatorrhée est-elle survenue sous l'influence de la paralysie, et la paralysie était-elle causée par les excès vénériens, ou les pertes séminales et la paralysie n'ont-elles d'autres rapports qu'une simple coïncidence, et ont-elles été produites toutes deux par cette même cause, l'abus du coït, les excès? Les céphalalgies jouent-elles quelque rôle dans la production de la paralysie ? Ne pourrait-on pas considérer ces deux affections, paralysie et spermatorrhée, comme les symptômes généraux et locaux d'une même et seule affection ? Les troubles de l'innervation représenteraient ces symptômes généraux qu'il n'est pas rare d'observer par suite de l'abus des évacuations spermatiques, et les érections et la spermatorrhée seraient les symptômes locaux d'une irritation dont le siége serait dans les organes génitaux.

Les deux ordres de moyens qui ont été opposés à cette maladie et la réussite du traitement tendrait à prouver ce que nous avançons : d'une part le camphre et l'opium ont été administrés et ont fait disparaître l'irritation locale, nous voulons dire ces érections longues et fatigates qui amenaient les pertes séminales ; d'autre part les ferrugineux, le quinquina, le vin, les toniques enfin, ont été dirigés contre l'affaiblissement général. l'état asthénique dans lequel la cause du mal avait plongé le sujet ; et de ces deux médications qui semblent contradictoires à la première vue, il est résulté pour le malade un mieux qu'aucun traitement jusqu'ici n'avait pu lui faire obtenir.

Dr C. P.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Plaie pénétrante de la poitrine suivie d'une hernie intra-pariétale. Mort. Par M. TAVIGNOT, interne.

Le 3 janvier dernier est entré au n° 18 de la salle St-Pierre le nommé Pierre Laurin, âgé de vingt ans, ouvrier charpentier. C'est un jeune homme fort et vigoureux. Il se trouvait dans un cabaret vers les cinq heures du soir, lorsqu'à la suite d'une discussion assez vive, il reçut dans la partie inférieure gauche de l'abdomen un coup violent porté avec un instrument tranchant, que l'on suppose être un couteau-poignard. Il s'écoula par la plaie une quantité de sang notable, mais que le malade ne peut évaluer, parce qu'il perdit immédiatement connaissance. Un médecin qu'on appela sur-le-champ trouva une anse intestinale qui sortait de 3 à 4 centimètres par la plaie. Les camarades du blessé qui étaient présens m'affirmèrent qu'ils n'ont point remarqué de solution de continuité sur la portion herniée du tube digestif, circonstance qui se trouve encore appuyée par les tentatives de réductions que fit le médecin. Cependant l'étroitesse de la plaie, rendant impossible la rentrée de l'anse intestinale, on fut forcé de débrider la partie supérieure de la plaie. Ce fut alors seulement que la réduction put être obtenue ; la plaie fut réunie à l'aide de deux bandelettes de diachylon disposées en croix et le malade fut dirigé sur l'hôpital Necker, où je le reçus à 9 heures du soir.

Etat actuel. — Plaie à bords réguliers, située à la région inguinale du côté gauche, dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, occupant exactement la partie moyenne d'une ligne oblique partant de l'épine iliaque antéro supérieure pour arriver à l'épine du pubis ; c'est assez dire que cette plaie était parallèle au ligamment de Fallope, et située à un centimètre au-dessus de sa partie moyenne. On aperçoit, sortant à travers la plaie, une anse appartenant à l'intestin grêle ; elle faisait une saillie peu considérable au-dehors ; son aspect est rougeâtre.

Je tente à diverses reprises la réduction ; elle était assez facile ; mais, presque immédiatement après, l'intestin sortait de nouveau, quoique le malade ne fît aucun effort. — Je parvins enfin à le faire rentrer dans la cavité abdominale, et, pour m'assurer que la réduction était bien complète, j'introduisis la moitié de l'index dans la plaie, et crus arriver dans la cavité

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

Le monde médical est devenu électoral et tout à fait politique. Notre conversation a singulièrement changé ; elle n'est cependant guère plus amusante. Dans les réunions, aux dîners des médecins on ne parle ni *solidisme*, ni *humorisme ;* il n'est plus question de *ténotomie ;* on ne coupe plus personne entre la poire et le fromage. *Le droit de visite, le parti anglais, le recensement*, voilà les sujets de conversation. Dans une consultation médicale, il n'est plus question du gris pommelé du docteur J., du pie du docteur R. et des rossinantes de M. M***. On ne dit plus même un mot de la Lorette de M. B.; MM. Guizot et Thiers les ont remplacés. Un mien ami, littérateur, me disait hier : Savez-vous que vos médecins se sont joliment *désemplâtrés*; d'honneur, ils parlent tous comme M. le comte Jaubert, ont des bottes plus vernies que celles de M. de Saint-Georges et des cravattes mieux nouées que celle de Roger de Beauvoir. Cette transformation du monde médical, mon cher confrère, aura des résultats plus importans qu'on ne pense. Mais ne devançons pas les faits. La forme politique était chez nous à l'état latent depuis bien des années. Le député y était chrysalide. Nous filions tout sournoisement notre soie pour former ce réseau politico-médical qui va s'étendre sur la France pour son plus grand bonheur. Mais ce réseau est invisible jusqu'à présent, et les électeurs veulent des titres palpables, des brochures, des garanties, des services rendus à la patrie, etc. Ils en ont demandé. Voici quelques réponses :

Première réponse. « Je m'occupe depuis long-temps du BONHEUR DES PEUPLES ; ce livre n'est pas achevé ; je vous fais parveuir, en attendant, *Le bonheur en chirurgie*, imprimé à Bordeaux, et pour cause. Il est vrai que vous trouverez dans cette petite brochure beaucoup plus de malheurs chirurgicaux que dans trois gros volumes qui ne visent pas au bonheur. Mais comme les malheurs insérés dans mon livre eussent été beaucoup plus nombreux si j'avais emprunté tous les faits à la pratique de mes confrères, vous trouverez, sans doute, qu'un homme né pour le bonheur de la chirurgie peut faire le bonheur du peuple français. Vous me nommerez donc député sans ballotage, ne serait-ce que pour ma logique. »

Deuxième réponse « Mes principales veilles ont été consacrées à l'invention de la *poule au pot du Poitou ;* mais cet œuf de bonheur n'est pas encore éclos. Je vous fais parvenir, en attendant, deux mémoires sur les *anus artificiels*. Il y a plus de rapport que vous ne pensez entre le premier et le second sujet. Il s'agit, dans les deux cas, de digestion. Quand je ferai ma visite électorale, vous pourrez m'interroger sur ce point et je vous éclairerai sur les *anus artificiels*. »

Troisième réponse. « Avant de faire de grands efforts pour votre bonheur, j'ai dû composer un *Traité des bandages* et montrer une méthode pour guérir les hernies. Si vous avez lu le commencement de ma *Physiologie*, je vous défie de lire la fin ; il y a deux causes pour cela : le sommeil en est une ; demandez l'autre à mon libraire. D'ailleurs, si vous lisez une page, vous comprendrez mes efforts ou vous ne les comprendrez pas, ce qui vaudra mieux pour mon élection. »

Quatrième réponse. « Depuis long-temps je me suis aperçu que le Français était malheureux parce qu'il était né malin et avait des yeux trop enfoncés dans l'orbite, trop droits et trop clairvoyans. Alors j'ai pris le parti d'inventer la méthode de Dieffenbach, espèce d'énucléation oculaire qui fait que l'œil se débarrasse de la paupière comme d'un abri inutile ; le globe ainsi désinvolturé n'est plus caché aux trois quarts et brille alors par tous les points et de tout son éclat sur la joue humaine. Ceci donne au Français un air moins malin, moins louche, mais beaucoup plus beau. Tous les jours on cherche à rendre la race chevaline plus belle ; l'Académie de médecine a surtout cette mission depuis quelque temps. Pourquoi n'en ferait-on pas autant pour la race humaine et française? »

Cinquième réponse. « Vous vous trompez sur vos intérêts, chers Bordelais ; vos vignes, vos bestiaux vous préoccupent trop. Lisez *l'histoire de la médecine et de la chirurgie* que j'ai inventée avec quelques-uns de mes confrères aussi forts en imagination que moi ; vous verrez dans cette histoire que le vin est une des principales causes de maladie. Hippocrate seul conseille de se griser, et encore il assigne des intervalles vraiment trop éloignés. Vous n'avez qu'une chose à faire : c'est de me nommer député. Une fois au Palais-Bourbon, il est bien possible que vos vins ne se vendent pas mieux ; mais je passerai à une chaire de la Faculté de médecine, et là je ferai votre bonheur par l'histoire, ce qui ne me produira que dix mille francs de rente de plus. »

Sixième réponse « (Celle-ci je la copie textuellement.) Mes chers camarades du Lot, vous savez qu'elle est ma méthode de traitement. Je ne traite que par le vin et les viandes rôties; j'y mêle quelquefois un peu de pain. Ma clientelle est très nombreuse depuis que tout Paris connaît *la supériorité du traitement naturel, surtout dans les maladies chroniques* telles que la gastrite et autres maladies aiguës. Eh bien, habitans du Lot ! j'ai formé un projet ; je vais établir aux environs de Paris des entrepôts de vos *vins noirs*, de vos *vins de Cahors*, et pas une ordonnance ne sera signée sans porter l'article relatif à l'administration à *haute dose* de ce liquide. Le vin entrera comme véhicule, comme excipient, comme correctif, etc. Jusqu'à présent, j'ai ordonné la côtelette de mouton et le filet de bœuf. Mais ce n'est pas ce bétail qui peuple vos campagnes. Le Lot brille surtout par le porc, l'oie, le dindon. On en a déjà importé beaucoup à Paris. Mais ils manquent en médecine. Je me charge d'augmenter l'importation par ordonnance. »

Voilà, mon cher confrère, quelques-unes des réponses faites par les médecins aux électeurs. Vous voyez par quel côté elles brillent ; il n'est pas nécessaire de vous le faire remarquer. Il y a bien d'autres réponse

abdominale. Craignant la reproduction de la hernie, il me parut convenable de pratiquer plusieurs points de suture pendant qu'un de mes collègues, pressant au-dessus de la plaie, s'opposait à un nouveau déplacement. Un spica maintint fixément les compresses que j'avais disposées de manière à rendre permanente cette compression. Limonade citrique, extrait thébaïque, 10 centigr.

4 janvier. Refroidissement général, horripilations, décoloration de la face et de tout le corps. Le malade n'a pas eu cependant de frisson caractérisé. Pouls large, fort, à 96.

Le soir, le malade accuse quelques coliques avec léger météorisme ; il a eu dans la journée trois vomissemens. M. Bérard lui fait pratiquer une saignée du bras de deux palettes, et appliquer trente sangsues sur l'abdomen, aux environs de la blessure, que l'on supposait être le point de départ d'une péritonite.

5. Douleurs supportables aux environs de la plaie ; le gonflement et la rénitence paraît partir de ce point pour s'irradier dans la région hypogastrique. Pouls petit et fréquent. Une selle sanguinolente.

6. Les vomissemens continuent ; le ballonnement du ventre n'a pas augmenté ; douleurs assez vives à l'épigastre ; pouls petit et filiforme ; peau froide.

7. Mort à sept heures du matin.

Autopsie. Le paquet intestinal est assez fortement distendu par des gaz. Légère injection générale de la membrane péritonéale. Pas la plus légère trace de fausses membranes ni de liquide purulent. Un demi-verre de sang dans l'excoriation du bassin, fut le seul liquide rencontré dans le péritoine. La plaie se présentait encore avec tous les caractères que nous lui avions déjà assignés. Nous constatons la section de l'artère épigastrique non loin de son origine; il existait un caillot dans son bout inférieur. Vaste épanchement sanguin qui, partant de la plaie, s'est infiltré à une assez grande distance dans les interstices musculaires ; inférieurement, le péritoine de la fosse iliaque est complètement décollé et soulevé par un caillot sanguin déjà assez consistant. Mais voici une disposition anatomo-pathologique qui offre bien plus d'intérêt : la lèvre supérieure de la plaie se trouve pour ainsi dire dédoublée, et constituée, en conséquence, par deux feuillets, dont l'un, antérieur, est formé par la peau, le tissu cellulo-graisseux et l'aponévrose du grand oblique, tandis que le petit oblique et le transverse entrent dans la composition du feuillet postérieur. L'espace compris entre ces deux lames a une forme assez irrégulière ; il pourrait loger un œuf ordinaire ; on y rencontre une anse de l'intestin grêle, dont la longueur peut avoir cinq ou six centimètres. Cette anse se trouvait repliée sur elle-même, et incarcérée dans cette cavité anormale. L'orifice abdominal de la plaie n'avait guère plus d'étendue que l'orifice cutané dont nous avons parlé. C'est très vraisemblablement cet orifice interne qui s'opposait surtout à la rentrée dans l'abdomen de la hernie intestinale. L'intestin ne présentait pas de désorganisation notable, il était seulement uniformément rouge et injecté à sa surface.

— Ce fait m'a paru intéressant sous les rapports suivans, qui se rattachent plus directement à la pratique :

1° La hernie intrà-pariétale survenant comme complication des plaies pénétrantes de l'abdomen, est déjà un fait assez peu commun, quoique parfaitement indiqué par les auteurs classiques.

2° Sous quelle influence s'est formée cette cavité anormale creusée dans l'épaisseur des parois abdominales ? Devons-nous la rapporter aux premières tentatives faites par le médecin qui avait donné des soins au malade avant nous ; l'avons-nous produite nous-mêmes dans nos efforts de réduction, ou bien enfin cette hernie intrà-pariétale s'est-elle développée postérieurement à la suture que nous avions pratiquée ? La solution de cette triple question aurait bien son importance, car elle jetterait peut-être quelque jour sur le mode de développement de la variété de hernie que nous étudions.

Si la réduction de l'anse intestinale avait été tout d'abord opérée dans la cavité abdominale, j'avoue que je ne comprendrais pas trop sa nouvelle issue, surtout en tenant compte du rapport du malade qui affirme n'avoir fait, depuis cette réduction, aucune espèce d'effort. J'ajouterai que les grandes difficultés que j'ai éprouvées dans les tentatives de réduction que j'ai faites, viennent encore à l'appui de cette manière de voir ; car rien n'est plus facile généralement que la réduction d'une anse intestinale à travers une plaie de l'abdomen, lorsque l'ouverture qui lui donne passage est convenablement agrandie, et qu'il n'existe point d'adhérences, toutes circonstances où nous nous trouvions en réalité.

En réfléchissant sur ce fait, je me suis mis à douter si, en effet, j'avais moi-même obtenu la réduction complète de l'intestin dans la cavité abdominale ; car toutes les fois que je croyais l'avoir réduit, l'intestin ne tardait pas à reparaître de nouveau entre les lèvres de la plaie. Je connaissais pourtant bien la possibilité du fait qui s'est rencontré, car j'avais cru convenable d'introduire l'index jusque dans l'abdomen pour m'assurer que la réduction avait été complète. L'intestin, aplati contre un des côtés de l'orifice interne de la plaie m'aura probablement échappé.

3° Cependant les choses allaient pour le mieux ; on était seulement en garde contre la péritonite, lorsque survinrent les douleurs abdominales, les vomissemens, etc. Certes il était bien permis, avec cet appareil symptomatologique, de croire à l'inflammation de la séreuse abdominale.

L'erreur a trouvé à l'autopsie sa justification ; tant il est vrai qu'en chirurgie un diagnostic rationnel au lit du malade, a encore besoin d'une démonstration matérielle ; je veux parler de celle que fournit l'examen microscopique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Présidence de M. Lesage.

Dans la séance du 4 janvier 1842, M. Lagasquie lit un travail intitulé : « De la mastication, et du choix des alimens dans la gastralgie et la dyspepsie. » Voici les principales propositions de ce mémoire. Les migraines qui ont un caractère névralgique sont souvent dues à l'ingestion trop prompte des alimens qui n'ont pas été suffisamment triturés : il faut consulter les aptitudes digestives de l'estomac : tel aliment est bien supporté par cet organe, qui est mal digéré par un autre estomac. Le pain tendre est éminemment dangereux dans les cas de gastralgie ; la viande, au contraire, réussit très bien aux estomacs affectés de cette névrose.

— *M. Godefroy* communique une observation de tœnia expulsé avec une extrême facilité par la décoction de racine de grenadier de Portugal. Madame D..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution délicate, bien réglée, a présenté à M. Godefroy un morceau de tœnia de la longueur de 30 centimètres qu'elle avait rendu trois jours auparavant. Cette dame croit que le ver n'existe que depuis huit mois, époque à laquelle commencèrent les symptômes suivans : humeur irascible, appétit extrême pendant plusieurs jours, puis dégoût, et même fréquentes envies de vomir. Le diagnostic n'était plus douteux, M. Godefroy fit prendre d'abord de légères doses de crême de tartre soluble (10 grammes) le matin à jeûn, dans une tasse de thé, pendant cinq jours, puis une tisane d'orge et de chiendent. Le 20 décembre, administration de proto-chlorure (60 centigrammes). Pendant la nuit suivante elle a éprouvé, autour du nombril, de légers mouvemens comparables à ceux d'un enfant dans le ventre de la mère. Le 21 du même mois, la malade prend une bouteille d'eau de Sedlitz à 40 grammes en trois doses. Les selles furent très abondantes. Le 22, potion contenant 32 grammes d'huile de ricin : une partie est rejetée par le vomissement, l'autre a produit quatre selles. Le tœnia est fatigué : il en sort une trentaine de morceaux de un à trois anneaux chacun. Le 23, potion composée de 64 grammes d'écorce de grenadier de Portugal infusée dans un litre d'eau bouillante, réduite à un demi-litre par l'ébullition, pour trois doses à une heure d'intervalle ; la première dose fut prise à huit heures du matin, et à dix heures madame D.... rendait le tœnia ; une partie était sortie et pendante, l'autre restait dans l'intestin ; une nouvelle dose du médicament suffit pour la faire sortir en totalité.

M. Godefroy présente le ver à la Société : il est entier, la tête se terminant en pointe et par des suçoirs, elle est parfaitement distincte. Il pense que le succès est surtout dû à l'emploi réitéré des purgatifs qui ont émoussé la sensibilité des intestins, et ont favorisé l'action plus complète de la racine de grenadier, qui souvent sans ces précautions détermine des accidens, tels que des coliques violentes et des sueurs froides.

— A la séance de février, M. Toirac, à propos de la lecture du procès verbal qui rend compte du mémoire de M. Lagasquie, présente les observations suivantes :

Les dents mauvaises, douloureuses, couvertes de tartre, présentant de nombreuses cavités où séjournent des alimens qui s'y putréfient, et qui en même temps laissent échapper un ichor fetide d'une odeur stercorale, sont la cause, non-seulement dans ce cas, d'une mastication imparfaite, mais encore les alimens se trouvent imprégnés d'une salive abondante, mal élaborée et viciée ; ces conditions ne peuvent qu'agir d'une manière fâcheuse sur l'estomac et produire de mauvaises digestions, ce que M. Toirac a souvent eu occasion d'observer. D'une autre part, ajoute ce médecin, lorsque les organes de la digestion et de la respiration sont affectés de maladies prolongées, les sécrétions buccales deviennent tellement acides que les dents se corrodent près du collet, au point d'y produire des cavités assez profondes pour séparer avec le temps la couronne de la racine ; on arrête les progrès du mal au moyen de lavages répétés et de poudres dentifrices absorbantes et alcalines, telles que le carbonate de chaux combiné avec la magnésie, le bi-carbonate de soude, etc., afin de s'opposer chimiquement à une altération organique.

Séance du 1er mars. — *M. Collomb* fait un rapport sur un mémoire imprimé de M. le docteur Lagasquie ayant pour titre : « Aperçu de thérapeutique générale. » L'auteur traite de la médecine expectante, de la médecine agissante, des sources générales et communes des indications, enfin du degré de certitude de l'expérience et de l'expérimentation en thérapeutique.

M. Collomb examine successivement ces diverses questions de philosophie médicale.

De l'expectation dans les maladies. Il suffit souvent à l'organisme de ses propres forces pour rétablir l'harmonie des fonctions que la maladie avait troublée ; telle est l'idée fondamentale de l'expectation. Rappelons, dit l'auteur, que dans la médecine hippocratique, ces mots, nature, vie ou force vitale, ne doivent jamais être compris comme représentant un être réel et intelligent ; ces termes, tous trois synonymes, sont uniquement employés dans un sens abstrait, comme ceux d'affinité en chimie, de pesanteur en mécanique.

L'expectation est une temporisation prudente et raisonnée ; il faut moderer les symptômes trop predominans, et prévenir les complications redoutables. L'auteur compare le médecin expectant à l'accoucheur qui observe, attend, et n'agit qu'autant que les efforts de l'organisme paraissent mal dirigés ou impuissans.

De la médecine agissante. Pour le partisan de cette méthode, l'organisme, pendant la maladie, est dans un état de trouble et de désordre qui a quelque chose d'aveugle et de fatal. Rien ne serait donc plus irrationnel que de s'en remettre à la nature, force aveugle, du soin de discerner l'opportunité et la mesure des mouvemens de l'organisme que le médecin peut exciter ou ralentir à son gré.

Au premier rang des médecins agissans, se trouvent les systématiques avec leur constante préoccupation d'attaquer directement la cause prochaine des maladies ; l'auteur ne prétend pas que la connaissance des causes prochaines soit inutile, il dit seulement qu'elle est fort imparfaite. Ce qui est le plus dangereux dans les systêmes, c'est qu'ils sont souvent outrés par des disciples enthousiastes.

Sources générales et communes des indications thérapeutiques. L'auteur examine les sources organiques des maladies ; il les cherche dans les altérations connues ou supposées des fluides, le tempérament, les idiosyncrasies, l'âge, le sexe, les circonstances commémoratives, les climats, les saisons, l'état atmosphérique, la nature épidémique désignée sous le nom de constitution médicale ; enfin, il recherche ce qui est utile et nuisible dans les maladies (*à adjuvantibus et lædentibus fit indicatio.*)

Du degré de certitude de l'expérience et de l'expérimentation en thérapeutique. La thérapeutique expérimentale a pour base l'histoire de la marche spontanée des maladies, seul terme de comparaison au moyen duquel on puisse juger de l'influence des méthodes de traitement ; l'expérimentation a un double objet, vérifier et découvrir. Vérifier n'est pas si facile qu'on le croirait d'abord ; il est fort ordinaire qu'on abandonne un moyen thérapeutique loué par d'autres, parce qu'on n'a pas su l'employer à propos, ou que l'essai n'en a pas été réitéré assez souvent, et puis l'on retombe toujours dans la principale difficulté, qui est de rencontrer des cas sinon identiques, au moins tout à fait analogues. Pour découvrir en thérapeutique, il y a deux manières de procéder : 1° comme les dogmatiques, qui partent d'une hypothèse et expérimentent pour la vérifier ; 2° comme les empiriques qui tentent leurs essais d'après l'analogie des symptômes observés, ou d'après l'analogie de composition, d'effets immédiats ou consecutifs des médicamens.

M. Lagasquie donne la préférence à la médecine hippocratique, sans cependant rejeter les documens de la médecine dogmatique.

M. Collomb conclut que le mémoire soit déposé dans les archives de la Société, et vote des remercîmens et des félicitations à l'auteur.

— *M. Felix Legros* présente à la Société un échantillon d'une nouvelle substance végétale qui est propre au tannage, et qui peut être introduit dans la thérapeutique comme astringent. Ce sont des gousses qui proviennent d'une espèce de mimosa, appelé *divi divi* en Colombie ; ces gousses contiennent une matière extractive qui paraît renfermer le principe actif de la plante. Cette sorte de résine est d'une saveur douceâtre, amère et franchement styptique, soluble dans l'eau froide ; elle semble riche en acide gallique, en mucilage et en tannin (33 p. 0/0).

M. Lesage ayant analysé cette substance, l'a trouvée composée de résine, d'extractif, de glycerrhisine, d'une matière colorante rouge, de tannin et de ligneux. La matière extracto-résineuse, détachée du péricarpe, formé en poids un peu plus du tiers du fruit, mise sur la langue, elle fait éprouver une saveur styptique. Examinée au microscope, elle présente l'aspect de fragmens plus ou moins gros et d'une transparence parfaite ; elle est colorée diversement, depuis le citron jusqu'à l'hyacinthe. Mise dans l'alcool, elle ne tarde pas à s'y dissoudre en grande quantité, et lui communique une couleur très foncée qui précipite par l'eau et lui donne un aspect laiteux. Les sels de fer indiquent dans la dissolution la présence du tannin, surtout dans les véhicules aqueux.

Ce médicament nouveau peut être employé en sirop, pilules et pommades.

— *M. Aubert* donne lecture d'un travail sur les populations errantes du littoral de la mer Rouge qu'il a parcouru ; il passe en revue les Arabes du Sinaï, du littoral d'Arabie, et les tribus ethyopiennes d'Afrique ; décrit leur manière de vivre, leurs habillemens, leurs habitations sous le rapport hygiénique et médical. Pour terminer, dit M. Aubert, nous résumerons ainsi nos remarques et observations. Il y a une influence marquée de l'alimentation sur la race, le tempérament et la constitution. Une nourriture pauvre, le laitage développent le tempérament nerveux avec prédominance de l'appareil bilieux ; les hommes sont petits, rabougris. Une nourriture végétale et peu animale développe le temperament nerveux ; les hommes sont de moyenne taille. Une nourriture animale et végétale, un peu de laitage, développent le tempérament sanguin-nerveux ; les hommes sont grands, forts et robustes.

Influence des terrains, de l'alimentation et des eaux sur la santé. Plage basse, humide ; nourriture pauvre, eau saumâtre : mauvaise santé.

Plage basse, humide ; nourriture abondante, eau saumâtre : santé passable.

Littoral haut et sec ; nourriture pauvre, eau saumâtre : santé passable.

Plage basse et humide ; nourriture abondante, eau douce : santé parfaite.

Littoral haut, sec ; nourriture pauvre, eau douce : santé bonne.

Littoral haut, sec ; nourriture abondante, eau douce : excellente santé.

Séance du 5 avril. — *M. Louis* fait un rapport sur l'ouvrage de MM. Blatin et Nivet, intitulé : Traité des maladies des femmes qui

SUPPLÉMENT.

---

que je ne vous fais pas connaître, parce qu'elles sont moins spirituelles et moins patriotiques que celles-ci.

— M. Double n'est plus ! Cette mort a été pour moi, admirateur de ce talent, un vrai sujet d'affliction. Apprendre en même temps la maladie et la mort d'un tel homme, c'est atterant. Mais voici qui est triste (pour moi seul peut-être, car je suis peu fait aux habitudes parisiennes). On fait chez nous l'histoire minutieuse d'un mort avant qu'il soit refroidi. Pourquoi ce détail sur la manière dont le mort a reçu le dernier lavement, et l'indication du nom et presque la demeure de celui qui a eu l'honneur de procéder à cette injection ?

Remarquez que M. Double était surtout l'homme des convenances ! J'étais dans mon arrondissement quand le chirurgien de Bicêtre, quand Murat termina sa laborieuse et honnête carrière. Murat avait été mon maître. Eh bien, j'ai appris avec douleur que le corps de cet infortuné n'était pas encore au Père Lachaise, que sa colonne vertébrale était à la rue de Poitiers, et qu'un chirurgien l'avait extraite pour prouver anatomiquement, publiquement, en pleine académie, que Murat était rachitique ! Les médecins, et surtout des médecins comme Double, Murat et Broussais, ont été assez utiles pendant leur vie, ou à la science ou à leurs confrères, pour qu'ils n'aient rien à demander à leur cadavre. Dès qu'une tombe s'ouvre, si elle est un peu célèbre, des hommes l'entourent pour pleurer plus ou moins éloquemment. M. Roux, ami sincère de M. Double, et d'ailleurs convié officiellement par l'Institut, a rempli le rôle d'orateur avec ce tact, cette sensibilité qu'on lui connaît. On a remarqué un progrès dans ce discours. M. Roux a parlé plus de M. Double que de lui-même. A la fin seulement, l'orateur s'est fait mourir à une époque trop rapprochée selon moi, et cela, selon moi aussi, pour le plaisir de se faire une oraison funèbre ! Comme s'il manquait jamais de flatteurs, de panégyristes, même pendant la vie des hommes qui ont quelque puissance ?

Déjà M. Roux, en revenant d'Italie, et pour sa rentrée à l'Hôtel-Dieu, avait fait une leçon clinique dont tous les élémens avaient été puisés dans son individu. Cet habile professeur a fait l'histoire pathologique de son être avec un soin dans les details, une vivacité dans les couleurs qui ont ému tout l'auditoire. Chaque élève de l'Hôtel-Dieu sait maintenant comment s'est comportée la coqueluche de ce célèbre chirurgien, les premières crampes d'estomac qu'il a éprouvées et les fièvres qui l'ont tourmenté. Mais si, oubliant les paroles du professeur, on regardait la fraîcheur de son teint et surtout la jeunesse de ses manières, on passait de la douleur à l'espérance et on constatait cette vérité toujours plus véritable : « Les hommes qui font le mort sont ceux qui vivent le plus. »

La succession scientifique de M. Double a été ouverte avant que sa tombe ne fût fermée. J'ai rencontré hier trois mylords qui quêtaient déjà des voix (le mylord est un cabriolet à quatre roues, qui va plus lentement que les autres et qui secoue davantage). Ces mylords n'ambitionnaient que l'Académie de médecine ; mais pour l'Institut c'est la calèche qui sort. On parle de trois candidats, trois professeurs de la Faculté ; tous trois très dignes de remplacer M. Double. Deux feront et font de nombreuses démarches et mettront en jeu les ressorts politiques, littéraires, physiologiques et même religieux. La doctrine et la religion seront aux prises : je parie pour la doctrine. Le troisième ne mettra pas même en jeu ses titres. C'est le plus jeune : il paraît qu'il compte sur l'avenir.

Dr Lyrac.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Trente-sixième séance. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui lundi 27, M. Laugier a soutenu sa thèse.

Mercredi prochain 29, M. Huguier sera argumenté par MM. Malgaigne, Thierry, Ph. Boyer et Chassaignac.

déterminent les flueurs blanches, les leucorrhées, ou tout autre écoulement utéro-vaginal non sanguin.

Pour apprécier l'importance et l'étendue de ce sujet, il suffit de se rappeler combien les écoulemens leucorrhéiques en général sont un accident fréquent chez les femmes, combien d'états morbides divers et quelquefois très graves se cachent sous ce symptôme qui frappe seul les malades, et qui trop souvent aussi embarrasse le médecin lui-même! Il faut se rappeler également la confusion qui a régné dans la science jusqu'à ces derniers temps au sujet des écoulemens utéro-vaginaux, confusion à la faveur de laquelle le charlatanisme exploite encore tous les jours, sous nos yeux, ce genre de maladies qui est une de ses mines les plus fécondes. Sous les noms de leucorrhée, de flueurs blanches, de catarrhe utérin ou utéro vaginal, n'avait-on pas réuni des affections de siége et de nature très différens?

L'auteur d'un traité justement estimé sur le catarrhe utérin, qui parut en l'an X. J.-B. Blattin, prédécesseur direct et compatriote de MM. Blattin et Nivet qui lui ont emprunté de nombreuses citations, avait encouru le même reproche, en comprenant sous le titre de son livre, d'ailleurs si riche de faits et d'observations, des maladies organiques de l'utérus dont l'écoulement n'était qu'une simple complication. Depuis, les chirurgiens de notre époque se sont beaucoup occupés et avec succès des affections organiques de la matrice; mais les inflammations simples et les hypersécrétions de la muqueuse utéro-vaginale qui constituent les leucorrhées et les flueurs blanches proprement dites, n'avaient pas encore été suffisamment étudiées, malgré quelques travaux qui ne sont pas dépourvus d'intérêt. MM. Blattin et Nivet ont eu pour but de combler cette lacune, et en même temps de dissiper la confusion dans laquelle étaient enveloppés les flux utéro-vaginaux, en précisant leur siége et leur nature, et en les classant avec méthode.

D'abord, ces Messieurs se sont principalement attachés à exposer les particularités anatomiques et physiologiques des membranes muqueuses utéro-vaginales, dont la connaissance est nécessaire pour l'examen morbide et pour le diagnostic différentiel. Ils ont insisté sur la structure, la forme et la couleur de la vulve, du vagin et de l'utérus, et sur les changemens qui sont l'effet de la menstruation, du mariage et de l'accouchement, enfin sur les anomalies naturelles qu'elles offrent chez certains sujets.

Abordant ensuite l'histoire des écoulemens utéro-vaginaux, ils font voir combien est confuse et peu méthodique la classification des auteurs qui se sont occupés de la matière; les uns n'ayant égard, à l'exemple des anciens, qu'à la couleur et aux qualités apparentes de l'écoulement; les autres à la nature intime qu'ils lui supposaient; ceux-ci à la cause ou au siége présumés de la maladie; ceux-là à la forme; d'autres enfin à diverses circonstances accidentelles ou complications possibles. Deux grandes classes d'écoulemens, les idiopathiques et les symptomatiques: cette distinction capitale est admise par les auteurs.

Les écoulemens idiopathiques sont ceux qui ont leur siége exclusif et primitif de la muqueuse utéro-vaginale sans altération de cette membrane ou des tissus sous-jacens; mais les uns dépendent d'une inflammation catarrhale aiguë ou chronique; les autres sont le produit d'une simple hypersécrétion. Il en résule deux genres distincts

MM. Blattin et Nivet classent de la manière suivante les affections dont il s'agit: Vaginite-métrite catarrhale, métro-vaginite aiguë et chronique. Chacune de ces formes pouvant être simple, ou dépendant d'un principe blennorrhagique, syphilitique, scrofuleux, dartreux ou arthritique, d'où autant de variétés.

Viennent ensuite les écoulemens par hypersécrétion. Ces flux sont désignés sous le nom de *phlegmorrhées*; ils ont actifs, sthéniques et asthéniques.

Dans la seconde partie du livre de MM. Blattin et Nivet, on trouve l'examen des maladies organiques de l'appareil génital de la femme qui déterminent les écoulemens non sanguins. Les auteurs les ont partagés en deux sections; dans la première, ils ont compris toutes les maladies qui sont accompagnées d'un écoulement symptomatique sans que la muqueuse urétro-vaginale soit ulcérée ou détruite.

Dans la seconde section sont rangées les affections dans lesquelles la muqueuse génitale est ulcérée ou en partie détruite, comme les ulcérations superficielles et profondes, les excroissances cancéreuses et fongueuses, les fistules de diverses espèces, etc.

Abordant enfin la question importante du traitement, MM. Blattin et Nivet ont ajouté à la fin de leur livre: 1° Un formulaire contenant les préparations tant internes qu'externes auxquelles les praticiens ont besoin de recourir; 2° Une liste des nombreux auteurs qu'ils ont consultés, afin de faciliter les recherches.

M. Louis, rapporteur, regrette que l'étendue de l'ouvrage de MM. Blattin et Nivet ne lui permette pas d'en donner une plus complète analyse. Les auteurs se sont montrés, ajoute-t-il, sobres d'hypothèses, et prodigues de faits et d'observations. Il propose d'adresser des remercîmens aux auteurs et de conférer à M. Nivet le titre de membre correspondant. — Adopté.

— *M. Belhomme* fait un rapport sur plusieurs brochures de M. Moreau, qui a demandé son admission comme membre résident.

Dans le premier mémoire, M. Moreau, ancien interne de Charenton et actuellement médecin-adjoint de Bicêtre, se livre à des recherches phsychiques sur la folie et conclut que la folie générale et partielle n'est que la suspension et l'anéantissement du moi humain dans tous les actes de l'intelligence. Mais, ajoute M. Belhomme, pourquoi les aliénés dans la forme aiguë de la folie ne perdent-ils jamais la conscience d'eux-mêmes, et racontent-ils après leur guérison ce qu'ils ont fait, ce qu'ils ont dit, et les motifs qui les faisaient agir. Il y a donc autre chose que la suspension du moi, mais bien une diminution, une altération chez l'aliéné de la faculté attentive (comme il la nomme), faculté coordinatrice des idées et des actes à l'état normal.

Dans la seconde brochure, traitant de la folie raisonnante, envisagée sous le point de vue médico-légal, M. Moreau va plus loin qu'Esquirol, Georget et Hoffbauer, relativement à l'appréciation des aliénés qu'une idée fixe, une impulsion irrésistible entraîne au meurtre, leurs facultés morales conservant leur intégrité à tout autre égard. Il pense que le meurtre peut être le résultat très probable du délire alors qu'il est commis par des individus qui, sous tous les rapports, même sous celui des idées et des penchans auxquels ils ont cédé paraissent jouir d'une santé morale parfaite. Je crois, ajoute M. Moreau, qu'il importe surtout de ne pas perdre de vue l'analogie qu'offrent avec le délire, les dispositions d'esprit dans lesquelles certaines actions ont été commises, analogie qui peut être quelquefois poussée assez loin pour diminuer prodigieusement, anéantir même le libre arbitre, et partant toute responsabilité morale.

Dans un rapport sur le crime d'infanticide fait à la Société royale de Londres, le docteur Williams Hunter s'exprime ainsi:

« La tournure la plus charitable qu'on puisse donner à cette action barbare (et Dieu veuille qu'elle soit le plus souvent appuyée par la vraisemblance!) serait de la regarder comme la suite d'une folie accidentelle. »

Devons-nous croire que les vœux de ce médecin philantrope, auxquels on peut encore donner beaucoup plus d'extension, soient enfin exaucés?.. J'en ai, dit M. Moreau, l'heureuse et ferme conviction. Puissé-je la faire passer tout entière dans l'âme du lecteur!

M. Belhomme rappelle la brochure de M. Bonnet, de Bordeaux, qui prétend que la justice n'a pas besoin de plonger dans les abîmes du cœur humain; lorsque le crime est patent, la société en demande la répression. Cette sévérité des lois n'est plus admissible de nos jours. Il faut faire, dit M. Belhomme, la juste part de l'observation qui prouve que la liberté morale peut être plus ou moins pervertie ou anéantie chez certains individus, soit par vice d'organisation primitive, soit par suite d'une perversité morale successive. Les Anglais et les Allemands nous donnent l'exemple de la tolérance qui a été admise dans ces derniers temps par M. Marc: et d'ailleurs, ne peut-on pas enfermer pour la vie un monomane qui a cédé à une irrésistible impulsion maladive, comme cela se pratique chez nos voisins d'outre-mer; mais le rapporteur est loin d'admettre des excuses non légitimes qui nous amèneraient à une indulgence blâmable.

Le troisième mémoire de M. Moreau est intitulé: Des hallucinations traitées par le datura stramonium. Les hallucinations sont sans contredit un des phénomènes les plus fréquens de l'aliénation mentale; elles constituent parfois à elles seules le fait principal du désordre intellectuel, le fait primitif et central auquel viennent se rattacher les conceptions délirantes, les perversions du jugement, de la volonté, des instincts. Une étude approfondie de la nature des hallucinations, de leur mode d'origine, nous apprend, dit M. Moreau, que dans une foule de cas, les liens étroits rattachent le phénomène moral à l'organisme; c'est-à-dire l'effet à la cause, le symptôme à la lésion, au point de les identifier, et en quelque sorte (que l'on me passe l'expression) de matérialiser l'acte mental.

Ainsi vous voyez, ajoute M. Belhomme, que ce médecin, qui tout à l'heure vous a expliqué la folie par les simples phénomènes psychiques, reconnaît l'intimité d'action du physique et du moral; il ne veut pas qu'on sépare, comme je ne cesse de le répéter, l'effet de la cause, le symptôme de la lésion.

M. Moreau, pour atteindre le but qu'il se propose, de combattre les hallucinations par un moyen physique, propose le datura-stramonium qui exerce une action directe sur l'organe lésé. Personne n'ignore la singulière propriété de cette plante de donner des hallucinations et des illusions de toute sorte et de jeter dans le délire. L'auteur est donc entré dans la voie de la méthode substitutive.

M. Moreau donne l'extrait aqueux de datura en pilules, et dissous dans une potion d'eau de menthe:

1° A dose modérée et successivement croissante;
2° A dose élevée;
3° A dose très forte ou perturbatrice.

Il parle aussi de l'emploi du hachich extrait des pistiles du chanvre, dont les Orientaux font usage pour se donner des illusions et un surcroît d'énergie intellectuelle.

Suivant que les hallucinations sont primitives ou simples, isolées ou bien se compliquant de désordres intellectuels, la curation est plus ou moins facile, lorsqu'elles sont la conséquence du délire; alors le médicament agit moins efficacement.

En définitive, M. Moreau, sur dix hallucinés qu'il a traités, sept ont guéri, un ne présente pas toutes les garanties désirables; deux n'ont éprouvé qu'une amélioration passagère. Chez les huit premiers, les hallucinations ont précédé les conceptions délirantes; le contraire avait lieu chez les deux derniers. La maladie durait depuis deux mois, trois mois, six mois, neuf mois, deux ans. Les guérisons ont été obtenues en quatre, sept jours, un mois (par la dose modérée); en cinq, huit et quinze jours (par la dose élevée); en vingt-quatre heures (par la méthode perturbatrice).

M. Belhomme, en terminant cette courte analyse, adresse des éloges à M. Moreau, et conclut à son admission dans la Société. (Adopté.)

— *M. Collomb* lit un travail ayant pour but de prouver que dans les cas de syphilis constitutionnelle, l'emploi de l'iodure de potassium peut avoir de bons effets. Il cite l'observation de M. N..., âgé de soixante ans, jouissant habituellement d'une bonne santé. Il se plaignit, dans le courant de l'été 1840, d'enrouement et d'aphonie, qui furent combattus par des moyens simples. Le 15 novembre 1840, à l'occasion du convoi de Napoléon, il alla aux Champs-Elysées par un froid de 14 à 15 degrés; il rentra frissonnant, se mit au lit et fit appeler M. Collomb le 17. Il était affecté d'une bronchite aiguë sans aucun signe de pleuro-pneumonie; il souffrait de la gorge, ne pouvait ni avaler, ni écarter les mâchoires. Vingt sangsues furent appliquées sur les parties latérales du col; des synapismes furent mis aux jambes; looch que l'on coupait avec moitié d'eau chaude. Le troisième jour, ayant pu écarter les mâchoires, M. Collomb aperçut sur le devant des piliers du voile du palais deux vastes chancres de nature vénérienne. Le malade donna alors au médecin des renseignemens indispensables: il avait, au milieu de 1839, contracté un chancre sur le gland; un charlatan l'avait guéri en moins d'un mois. Quelques mois plus tard, un léger mal de gorge commença, l'enrouement et l'aphonie se déclarèrent comme nous l'avons dit précédemment; le pénis fut examiné, et l'on trouva deux chancres profonds qui siégeaient autour du gland.

Le malade fut mis à l'usage des gargarismes avec le sublimé; les symptôme syphilitiques s'amendèrent par le traitement suivant: liqueur de Van-Swiéten, tisane avec une forte décoction de salsepareille avec addition de sirop de Cuisinier; pansement des chancres avec de l'onguent napolitain.

L'estomac du malade avait toujours supporté difficilement la solution de deuto-chlorure: un quart de grain par jour était la plus forte dose que M. Collomb avait pu prescrire, et plusieurs fois on avait été obligé, à cause du dévoiement, de baisser la dose jusqu'à un seizième de grain.

Le traitement fut continué lentement jusqu'à la fin de septembre, où tous les symptômes ayant cessé, le malade ne voulut plus se soumettre à aucun traitement.

Cependant, au mois de novembre 1841, on aperçut un suintement à droite du gland, là même où l'ancien chancre avait duré si long-temps; un peu de pus était sécrété par une surface blafarde, indolente, allongée, très étroite, plus profonde et de forme irrégulière. Ce n'était plus un véritable chancre: le tour du prépuce, plus qu'engorgé, offrait de l'induration. Au côté gauche des bourses on aperçut une tumeur de la forme d'un furoncle: on appliqua sur cette tumeur de l'onguent basilicum et un cataplasme de farine de graine de lin. Quelques jours après il sortit de cette sorte d'anthrax des fragmens de tissu cellulaire. M. Ricord fut consulté: ce médecin conseilla l'usage de l'iodure de potassium, médicament qu'il emploie dans la syphilis tertiaire. M Chomel a aussi employé ce médicament de la manière suivante:

Dans une tasse d'infusion de tilleul, il fait mettre deux fois par jour une cuillerée de la solution suivante:

Eau distillée,	500 grammes.
Iodure de potassium,	15 centigrammes.

M. Lafargue, de Saint-Emilion, a donné une formule bien plus puissante:

Eau distillée,	90 grammes.
Iodure de potassium,	50 centigrammes.
Sirop de pavots blancs,	30 grammes.

A prendre en trois fois dans la journée, et tous les cinq jours la dose de l'iodure était augmentée de 50 centigrammes.

On voit l'énorme différence qui existe entre cette formule et celle de M. Chomel: la dose de M. Lafargue serait de 1 gramme par jour.

Voici maintenant le traitement suivi par M. N.....: tous les jours, trois verres de décoction de houblon, dans chaque verre une cuillerée d'abord, puis deux de la solution suivante:

Rob de saponaire,	500 grammes.
Iodure de potassium,	16 id.

Chaque cuillerée renfermant 50 centigrammes d'iodure, il s'en suit que le malade a pu en supporter jusqu'à 3 grammes par jour sans inconvénient. Plusieurs fois il a tenté d'en prendre une septième cuillerée, alors il a eu le dévoiement. Il faisait en outre, trois fois par jour, des pansemens sur le scrotum et sur le gland avec de la charpie mise à plat, et imbibée du mélange suivant:

Eau distillée,	200 grammes.
Teinture d'iode,	8 id.
Iodure de potassium,	50 centigrammes.

Il buvait de la bierre et s'abstenait de vin.

De ce qui précède M. Collomb conclut: Que 50 centigrammes d'iodure de potassium étendus dans 125 à 160 grammes (4 ou 5 onces) de véhicule peuvent être administrés sans inconvénient au commencement du traitement, et que cette dose sera graduellement augmentée en appréciant la susceptibilité de l'estomac. Il pense aussi que ce médicament sera très précieux toutes les fois que l'estomac supportera difficilement les préparations mercurielles.

A la suite de cette communication, il s'établit une discussion dans la Société.

M. Vée a vu donner l'iodure de potassium à la dose de 8 grammes par jour, sans aucun inconvénient, ce qui prouve son innocuité.

M. Aubert, au contraire, l'a vu donner à l'hôpital Saint-Louis à la dose d'un demi-gramme par jour jusqu'à un gramme dans un cas de douleur ostéocope.

M. Lesage a vu un homme qui s'est bien trouvé, en pareil cas, de la solution suivante:

Eau,	250 grammes.
Iodure de potassium,	10 id.
Sirop de pavots blancs,	20 id.

Il faisait en même temps usage d'un emplâtre de ciguë avec le proto-iodure de plomb.

M. Gaide a rarement rencontré des estomacs rebelles aux mercuriaux, et croit à l'efficacité des anciennes préparations.

M. Collomb croit aussi à l'efficacité des mercuriaux, mais il pense qu'une substance chimique qui a long-temps été supportée par l'économie animale a besoin d'être remplacée par une autre, lorsqu'on croit son influence pour ainsi dire usée.

M. Lagasquie. On a dit que les accidens consécutifs de la syphilis étaient provoqués par l'abus des mercuriaux: ceci est faux, et j'emploierais ces médicamens contre les phénomènes primitifs et consécutifs de la maladie vénérienne sans réticence. Un médecin qui ne croyait pas à l'effet du mercure a eu le malheur de s'inoculer la syphilis: il emploie actuellement le mercure qu'il proscrivait autrefois de son traitement Un jeune homme, en Orient, n'était qu'une plaie syphilitique: je lui fis prendre de la liqueur de Van-Swiéten, et je l'ai parfaitement guéri par ce moyen.

M. Gaide, pour corroborer l'idée émise par M. Lagasquie, s'étonne qu'on ait pu dire que la syphilis peut être provoquée par les mercuriaux: les ouvriers doreurs, qui touchent habituellement à cette substance n'ont jamais de symptômes analogues à ceux de la maladie vénérienne.

M. Aubert fait observer qu'en Abyssinie il y a trois plateaux qui présentent des températures différentes: les individus qui ont contracté la syphilis se guérissent par le fait même du changement de lieu. La température froide que l'on trouve au plateau supérieur développe les chancres et les bubons; la température chaude des plateaux inférieurs les fait disparaître promptement.

M. Belhomme. On a dit que les mercuriaux déterminent quelquefois la folie: j'ai observé plusieurs faits de ce genre; mais qu'arrive-t-il par l'abus du mercure? que l'on agit sur le système lymphatique. Le cerveau participe à cet effet, et devient plus susceptible d'engorgement et de ramollissement. Tous les individus que j'ai vu devenir fous par le mercure étaient en démence; l'un d'eux est mort assez rapidement d'un ramollissement du cerveau.

BELHOMME, secrétaire général.

DISCOURS PRONONCÉS SUR LA TOMBE DE M. DOUBLE, LE 15 JUIN 1842.

Discours de M. Pariset.

Messieurs,

Que pourraient ajouter mes faibles paroles à l'apologie si naturelle et si vraie que vous venez d'entendre, et qui est tout à la fois pour nous une source de consolation et d'amertume? Qu'un esprit élevé, qu'un cœur droit et généreux rende un hommage solennel aux nobles qualités du confrère que nous avons perdu, quoi de plus propre à tempérer la douleur de cette perte; mais aussi quoi de plus propre à en aigrir le sentiment que des éloges si justes, que des louanges si bien méritées? Oui, Messieurs, tout ce qu'on vient de dire de Double, Double l'a été. En le peignant à vos yeux sous des couleurs si attachantes, M. Roux a été moins inspiré par sa vive amitié pour lui que conduit par la vérité elle-même. La vie de Double, cette vie si pleine et si entière, vous la connaissez maintenant; vous savez quels ont été ses talens et ses travaux; vous savez de quels titres il a été revêtu, et quelles dignités semblait lui réserver l'avenir. Souffrez que dans ce tableau, si parfait d'ailleurs, je jette encore quelques traits peu connus que j'ai eu le bonheur de recueillir, et qui vous feront voir jusqu'où Double a porté la patience, la fermeté, le courage, ainsi que la tendresse et le dévouement pour sa famille. Dès l'enfance, il avait appris de son père à n'avoir comme lui de volonté que pour le bien. Il fut privé de cet excellent père à l'âge de 15 ans, c'est-à-dire à l'époque où la France entrait dans ce torrent de calamités politiques qui ont été l'effroi du monde. Il avait un frère, ecclésiastique, aujourd hui évêque de Tarbes. Ce frère fut jeté dans les prisons. Double s'y fait jeter avec lui. Bientôt les deux frères sont déportés; ils vont en Espagne. Heureux exil! où chaque banni retrouve, pour ainsi dire, toute une patrie dans son frère!

Des temps plus doux rappellent Double en France. Livré à lui-même, il se rend à Toulouse, se loge chez un fabricant de cages, et, dans cette humble demeure, il reprend seul toute son éducation, étudie sans relâche les auteurs latins, suit des cours de médecine, et frappé de l'éclat que jetait alors l'école de Montpellier, il va dans cette ville, se remet dans les mains des plus habiles maîtres, et reçoit à 20 ans les honneurs du doctorat.

L'école qui les lui avait conférés était pour lui l'objet d'une sorte de culte. Mais pour les jeunes cœurs épris des charmes de l'étude, qui ne sait quel est l'invincible attrait de la capitale, de ce sanctuaire des sciences, des lettres, des arts, de ce foyer d'opulence, de ce centre de tous les pouvoirs? Double cède à cet attrait; il vient à Paris; il y vient sans auxiliaire et sur la seule foi de son étoile; je veux dire sur la foi de son énergie, de son savoir, de l'appui de Barthès, et n'ayant de fortune que les modiques épargnes que lui avait ménagées sa pauvre mère, et qui l'avaient soutenu jusque-là. Vous savez le reste, Messieurs. C'est à de si faibles commencemens que remonte une des plus brillantes carrières qu'ait jamais parcourues un homme de notre profession. De même que Linnée en Suède, et Pierre Franck en Allemagne; de même que Dupuytren, Chaussier, Fourcroy, Vauquelin, parmi nous, Double a été dans une profond indigence: il n'en est sorti que par le travail. C'est de son travail, et du travail le plus opiniâtre, qu'il a tout obtenu. Il n'a rien dû au hasard; il n'a rien dû à l'intrigue, ni à la faveur; et n'eût-il laissé qu'un tel exemple à la jeunesse contemporaine, j'ose dire que dans la postérite la plus reculée sa mémoire sera honorée et bénie; elle le sera surtout encore pour l'exemple d'intrépide oubli de soi qu'il donna plus tard, et dans le sein même de sa prospérité, lorsqu'au milieu des désastres du choléra, et chargé

de l'ambulance du Gros-Caillou, il allait chaque jour, et jusque bien avant dans la nuit, porter des soins et des secours à des centaines de malades. Ses amis s'alarmaient de tant de zèle et de fatigue : je suis sur la brèche, leur disait-il, et je dois mourir à mon poste. On admire les ouvrages des grands écrivains ; mais les plus belles actions sont aussi des ouvrages, et des ouvrages plus respectables que les premiers. C'est le plus saint héritage que les générations puissent se léguer l'une à l'autre. Dirai-je enfin, Messieurs, qu'au fort de sa détresse, Double avait rencontré une riche et puissante famille de Pologne qui voulait se l'attacher en qualité de médecin, et lui assurait les plus solides avantages. Mais s'il avait préféré Paris à Montpellier, que pouvait-il préférer à Paris? Et ne trouvait-il pas dans le travail et la liberté l'équivalent de tous les biens imaginables?

Du reste, si c'est au travail qu'il a dû sa fortune, c'est à son caractère, à ce caractère loyal, généreux, désintéressé, bienfaisant et serviable jusqu'à l'excès ; c'est à la sagesse, à la rectitude, à la fermeté de son esprit qu'il a dû l'estime du public, celle de ses confrère des deux Académies, et cet ascendant qu'il obtenait d'une parole sur ses auditeurs attentifs, lesquels, saisis de la justesse de ses idées, soumettaient presque toujours leur raison à la sienne. Pourquoi faut-il que, dans un moment suprême, cette raison l'ait pour ainsi dire abandonné? Frappé du trait qui nous l'a ravi, il ferma l'accès à tous les conseils, et ne voulut suivre que les siens. Peut-être qu'avec trop de foi dans l'art divin qui nous anime, il en avait trop peu dans l'art qu'il exerçait lui-même, et qui souvent, il est vrai, n'est, à l'égard du premier, qu'une dangereuse parodie. Cette préoccupation a entraîné des délais funestes : capables, dans le principe, de réagir contre le mal, les organes essentiels se sont comme lassés de résister et de vivre, et, dans leur défaillance, ils ont fléchi sous le poids qui les surchargeait. Faute déplorable, si pourtant c'en est une, et la seule peut-être que jamais Double ait commise contre lui-même, contre nous, et contre l'Académie, dont il était un des plus précieux ornemens.

Discours de M. Roux au nom de l'Académie des sciences.

Messieurs,

Depuis la perte que l'Académie a faite du jeune naturaliste dont les travaux si utiles, pour l'économie rurale particulièrement, en promettaient tant d'autres, plus utiles encore, l'impitoyable mort avait assez long-temps suspendu parmi nous ses rigueurs. Mais par quel coup nouveau n'est-elle pas venue porter à la fois l'étonnement et l'affliction dans nos âmes! Cette fois, c'est la section de médecine et de chirurgie qui est atteinte : cette fois, la victime a été l'un des représentans de la science qui recherche, qui applique tous les moyens par lesquels l'homme espère conjurer les maux que la nature lui envoie, et travaille à prolonger sa propre vie et celle de ses semblables ; et le collègue dont nous venons déposer ici la dépouille mortelle nous a été enlevé de la manière la plus soudaine comme la plus imprévue, au moment où il paraissait jouir de la santé la plus florissante, alors que, possédant toute la plénitude de ses facultés morales, toute l'activité de son esprit, il pouvait employer encore de longues années à enrichir la science de nouveaux travaux, et faire profiter la société du fruit de sa vaste expérience; et je suis pressé d'ajouter que l'élévation de son âme, la loyauté et la noblesse de son caractère, le sentiment exquis qu'il possédait de ce qui est digne en toutes choses, l'aménité de ses mœurs, et sa conduite toujours noble dans l'espèce de sacerdoce auquel il s'était voué, sa constance en amitié et son dévouement si facile et si généreux, formaient une de ces physionomies morales remarquables en tout temps, plus remarquables encore à certaines époques de nos sociétés humaines, parce qu'elles sont plus rares.

Qu'il m'est doux d'avoir à prononcer ces premiers mots sur la tombe du collègue que nous pleurons aujourd'hui! Combien mon cœur voudrait pouvoir s'épancher encore plus sur les éminentes qualités de M. Double, sur les droits qu'il avait acquis aux regrets de ceux qui savent priser les qualités de l'âme et du cœur jointes à un mérite éminent! Mais combien aussi cette tâche serait poar moi pénible à tous égards! Je n'ai pas même la liberté d'esprit convenable pour retracer brièvement les principales circonstances de sa brillante carrière, et pour parler dignement des travaux par lesquels le nom de M. Double est depuis tant d'années si honorablement inscrit dans les fastes de la science : car, Messieurs, ce n'est pas seulement l'homme d'un savoir éminent, dont la perte, d'autant plus cruelle qu'elle est vraiment prématurée, m'afflige tant aujourd'hui ; ce n'est pas seulement un excellent collègue que je pleure avec vous : c'est un ami de quarante ans, et un ami véritable, qui chérissait ma famille, comme je chérissais la sienne ; qui, m'ayant devancé de quelques années dans la vie, avait pu, aux premiers temps de notre liaison, me guider quelquefois par ses conseils ; que j'ai toujours trouvé près de moi dans les moments heureux de ma vie pour partager mes jouissances, comme dans mes jours néfastes pour tempérer mes peines et mes chagrins par sa haute raison et sa douce philosophie ; qui tant de fois m'a prodigué ses soins, ses services, et dont le dévoûment ne m'a jamais manqué. J'ai donc besoin que vous excusiez la faiblesse de mes paroles, que sais-je, peut-être même le désordre de mes pensées.

M. Double (François Joseph) venait d'entrer dans sa soixante-septième année. Il était né le 6 mars 1776 à Verdun, dans le département de Tarn-et-Garonne. Son père, médecin lui-même, lui avait sans doute de bonne heure inspiré le goût de la science qu'il devait cultiver avec tant d'éclat : éducation d'exemple dont on retrouve les heureux fruits chez beaucoup d'hommes. Son esprit avait été si bien façonné par de bonnes études, et telle était la portée de l'intelligence du jeune Double, qu'il avait pu recevoir le titre de docteur à 22 ans. C'est à l'école de Montpellier, dans un temps où cette école conservait encore tout le prestige attaché à son antique origine, en même temps que la religion des principes qui l'avaient rendue célèbre, que M. Double avait fait toutes ses études médicales ; c'est là qu'il composa pour sa dissertation inaugurale un premier travail, qui fut remarqué, sur l'imminence des maladies en général : c'est là qu'il avait puisé le germe de quelques vues, de quelques opinions un peu systématiques, et d'une certaine manière de philosopher en médecine, en désaccord quelquefois avec la stricte et rigoureuse observation des faits, dont quelques lueurs perçaient toujours dans sa conversation comme dans ses travaux scientifiques, qu'on lui a quelquefois reprochées, et dont en effet on pourrait avoir à craindre les écarts chez des esprits qui n'auraient pas l'élévation et la supériorité du sien. Était-ce de la part de M. Double excès de reconnaissance pour les maîtres qui l'avaient formé? N'était-ce pas plutôt le fait de cette disposition de la plupart des hommes à conserver l'empreinte de leurs premières impressions, empreinte dont on retrouve plus tard comme un reflet dans toutes les productions de leur esprit, non moins que dans leurs habitudes, leurs goûts, leurs penchans et leur caractère?

Quoi qu'il en soit, et après quelques années pendant lesquelles de tristes événemens domestiques, enfantés par les circonstances politiques de cette époque, avaient mis son courage et son dévoûment à une grande épreuve, M. Double fut attiré à Paris par le désir d'y voir, d'y connaître, d'y apprendre ce qu'il n'avait pu ni voir, ni connaître, ni apprendre à Montpellier : c'était en 1803. L'illustre Barthez s'était constitué de loin son protecteur et l'avait recommandé à quelques unes des célébrités médicales du temps, particulièrement à l'excellent M. Sédillot dont il eut bientôt conquis l'amitié, dont il ne tarda pas à partager les occupations, et à la famille duquel il s'attacha en épousant la fille du célèbre chimiste Pelletier, la sœur de notre confrère actuel. Il est probable que le jeune docteur de Montpellier avait un secret pressentiment des succès qui l'attendaient dans la capitale; car on raconte qu'en recevant les embrassemens de sa mère et ceux d'une sœur qu'il chérissait, avec une modique somme d'argent, qui devait lui servir pour un séjour à Paris pendant six mois seulement, il leur dit : Je n'épuiserai pas ce que vous mettez à ma disposition ; je saurai promptement me créer des ressources, et mes enfants, si le ciel doit m'en accorder, seront baptisés sur les bords de la Seine.

Jamais patronage n'a été mieux appliqué ; jamais pressentiment ne s'est mieux réalisé. M. Double ne tarda pas, en effet, à se faire un nom par ses travaux en littérature médicale et par quelques mémoires de médecine pratique. Il les consignait dans le journal que publiait alors M. Sédillot, journal qui, sous les titres successifs de *Recueil périodique de la société de médecine* et de *Journal général de médecine*, a été pendant les vingt-cinq premières années de ce siècle presque le seul, ou du moins le premier des ouvrages périodiques consacrés aux sciences médicales. De simple collaborateur qu'il fut d'abord; il devint plus tard rédacteur principal de ce journal auquel il sut conserver une grande importance. On a peine à concevoir comment un seul homme a pu suffire pendant sept ou huit années à l'analyse raisonnée et toujours piquante de tant d'ouvrages sur des sujets si divers, à des comptes-rendus si substantiels et si réguliers sur la constitution médicale de Paris, à tant de mémoires originaux, alors que la confiance publique commençait à l'environner, et que croissait si rapidement sa réputation comme praticien : c'est que M. Double était doué d'une prodigieuse facilité pour le travail et d'une aptitude singulière à se familiariser avec tout ce qui se faisait dans les sciences; c'est qu'alors comme plus tard, et que plus tard comme alors, sa vie était une vie toute de travail, en même temps que de dévoûment à sa famille et à ses amis. On serait étonné si l'on savait combien peu d'instans pendant toute sa carrière il a donné à la distraction et aux plaisirs ; aussi trouvait-il toujours, au milieu de ses occupations obligées de chaque jour et de ses travaux les plus pressans, le moyen d'étendre son érudition déjà si vaste, et d'ajouter aux ornemens de son esprit, déjà si nourri des beautés de la littérature ancienne et de la littérature moderne.

C'est dans le même temps qu'un concours, ayant été ouvert par Napoléon pour des recherches sur le croup, M. Double, jeune encore, et qui ne semblait pas s'être trouvé dans une position favorable pour recueillir les matériaux propres à élucider l'histoire de cette maladie, ne craignit pas de descendre dans l'arène. Il n'obtint pas le prix, que se partagèrent alors Albert, médecin de Brême, et M. Jurine, de Genève; mais il eut la première mention honorable : c'était encore un assez beau triomphe dans un concours qui avait fixé les regards de toute l'Europe, et dans lequel la récompense empruntait un si grand éclat de celui de l'homme au nom duquel elle était décernée.

A la publication de son ouvrage SUR LE CROUP, M. Double fit succéder celle d'un ouvrage plus étendu, d'un travail de longue haleine, qui, dans une certaine limite, sous un certain rapport, et dans un but déterminé, embrasse toute la médecine, je veux dire touche à toutes les maladies qui sont de son domaine : c'est un traité complet de séméiotique ; c'est l'histoire des phénomènes dans toutes les maladies, envisagés comme bases de diagnostic et comme élémens de pronostic, c'est-à dire comme signes de l'état présent et comme présages d'un état futur : œuvre considérable, fruit de longues méditations, qui ne pouvait être exécutée que par un esprit observateur, et qui confirma la réputation que M. Double s'était déjà acquise comme penseur et comme praticien.

Plus tard, sa coopération comme médecin, et pour confirmer par l'expérience ce que le raisonnement et la théorie firent promptement présumer, vint en aide à M. Pelletier dans les recherches chimiques de ce dernier, et sanctionna tout ce qu'il y avait de beau et d'utile dans la découverte du sulfate de quinine. Ainsi, deux hommes, déjà unis par les liens de famille, et entre lesquels s'est maintenue la plus étroite amitié, avaient réuni leurs efforts pour créer une des innovations les plus heureuses et les plus importantes qui aient été faites depuis des siècles en thérapeutique médicale. M. Pelletier ouvrait la voie dans la découverte des alcalis végétaux, et M. Double, par des observations multipliées, et dans des mémoires pleins d'intérêt, montrait le premier l'efficacité du sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes, et tous les avantages que la médecine devait retirer de la substitution de cette préparation du quinquina au quinquina proprement dit.

L'Académie des sciences méritait bien qu'on lui offrît les prémices de ces beaux travaux, et qu'on les soumît à sa sanction ; c'est ce que firent M. Double et M. Pelletier, dont l'attente ne fut pas trompée. C'était pour l'un comme pour l'autre un acheminement à de plus grandes marques de distinction de la part de l'Académie; je me trompe, et pour M. Double particulièrement, que tant d'autres services déjà rendus à la science, tant d'autres travaux plaçaient si haut dans l'opinion publique, et chez lequel tant et de si beaux rapports faits par lui à l'Académie royale de médecine décélaient un esprit essentiellement académique, ce n'était qu'un droit de plus qu'il acquérait à sa prochaine admission dans le sein de l'Académie des sciences.

Il y remplaça Portal dans la section de médecine et de chirurgie en 1832. A moins qu'on eût voulu, sans motifs raisonnables, oublier les anciennes traditions, adopter de nouveaux erremens, et refuser l'honneur suprême d'appartenir à l'Académie des sciences aux hommes qui, sans perdre de vue les intérêts de la science elle-même, ont acquis une grande renommée comme praticiens, les suffrages de l'Académie ne pouvaient guère alors se partager qu'entre M. Double et l'homme d'un mérite non moins éminent qui venait d'attacher son nom à une nouvelle doctrine médicale, dont le système et les vues avaient excité tant d'enthousiasme et comptaient tant de zélés partisans. La lutte, en effet, ne fut engagée qu'entre Broussais et M. Double. Il ne m'appartient pas de dire si le temps a pleinement justifié le choix qu'avait fait l'Académie ; on pourrait voir dans mon jugement une de ces préventions contre lesquelles l'amitié ne sait pas toujours se défendre : d'ailleurs ce n'est pas en présence des restes inanimés d'un collègue, de celui qui faisait profession d'une grande tolérance, et qui voyait avec une si grande peine les dissentions et les haines enfantées par la diversité des opinions que je proférerai des paroles qui pourraient être mal interprétées (1).

(1) Dans le passage qui précède, j'ai voulu principalement rappeler le vif combat qui, peut-être dans l'Académie, mais plus encore hors de l'Académie, dans l'opinion publique et dans la presse, avait précédé l'élection. Mais la vérité m'oblige aussi à rappeler qu'au moment même de l'élection, une minorité imposante se forma en faveur de M. Breschet, sur qui M. Double ne l'emporta que d'un petit nombre de voix.

On s'est demandé comment M. Double, dont le style, comme écrivain, avait tant d'abondance et d'éclat, qui joignait à une élocution si claire, si facile, parfois même si brillante, une si grande variété de connaissances, de celles surtout qu'on acquiert rarement pour soi seulement, mais presque toujours avec l'intention de les transmettre aux autres, n'avait point aspiré au professorat ; et comment aussi, après avoir recherché et obtenu la confiance publique comme praticien, il n'avait rien fait pour prendre place parmi les médecins de nos hôpitaux, pour exercer son esprit d'observation dans ces vastes asiles des misères humaines, où l'on peut si facilement et en si peu de temps acquérir une vaste expérience. Sans aucun doute, s'il l'eût voulu sérieusement, ces deux voies d'illustrations se seraient ouvertes pour lui sans obstacle, et sur ce double théâtre dont les avenues sont maintenant encombrées, il aurait pu donner à ses facultés un autre essor, un essor plus grand encore. Mais peut-être M. Double était-il de ces hommes trop rares qui, tout en recherchant les succès et travaillant à les obtenir, savent cependant imposer des bornes à leurs désirs. L'honneur d'appartenir à l'Académie des sciences, avant qu'il l'obtînt comme après qu'il l'eut obtenu, suffisait à son ambition. Peut-être aussi M. Double avait-il craint que la pratique journalière dans un hôpital et les labeurs d'un enseignement public ne lui laissassent plus assez de temps disponible pour d'autres études qu'il chérissait. Une fois pourtant, je l'avais fait consentir à ce qu'on songeât à lui pour une place vacante dans notre Faculté de médecine, et peu s'en fallut qu'il ne fût appelé à l'enseignement de l'hygiène, enseignement qui, je le crois, aurait été très conforme à ses goûts et au caractère de son esprit. J'aurais compté au nombre des jours heureux de ma vie celui où mes vœux et mes efforts auraient été couronnés par le succès. La Faculté de médecine se serait honorée par un tel choix. Enfin, si j'ai bien compris quelques-uns de ces demi-secrets qu'on confie à l'ami qui vous interroge, la perte qu'il fit d'une épouse adorée, après quelques années de mariage seulement, sa tendresse pour deux enfans dont il devenait alors le seul guide, le seul appui, éloignèrent de son esprit tout projet, toute pensée qui aurait pu le contrarier dans les soins qu'il voulait prendre pour leur éducation. Au moins, sous ce rapport, ses vœux ont été amplement exaucés ; il a recueilli le fruit des peines qu'il s'est données, des privations qu'il s'est imposées; son orgueil de père a du être tout récemment encore satisfait au-delà même des espérances qu'il pouvait avoir conçues.

J'ai dit par combien de qualités du cœur notre collègue avait conquis l'estime générale, et combien à cause de cela on attachait de prix à son amitié. Deux ou trois traits de sa vie feront connaître à la fois et l'élévation et la force de son caractère. Pendant les orages ds notre première révolution, un de ses frères engagés dans les ordres sacrés, et qui, depuis quelques années, est devenu évêque de Tarbes, fut obligé de s'exiler en Espagne; il n'hésita pas à le suivre et à s'enfermer avec lui dans les prisons de Figuières pour ne pas le laisser seul dans une position aussi critique.

Qui n'a su la raison qu'il fit valoir pour ne point accepter l'honneur auquel on songeait pour lui de l'appeler à faire partie du premier corps de l'état? Il comprenait que la médecine, par l'illustration à laquelle elle conduit quelques hommes, put être représentée à notre chambre des pairs ; mais il ne voulait pas qu'en l'appelant à la pairie on lui imposât l'obligation de renoncer à l'exercice de la profession qui l'aurait conduit à un poste aussi honorable. C'eût été la renier.

Il paraît certain que dans les derniers jours qui ont précédé le fatal événement par lequel M. Double nous a été enlevé, quelques électeurs de son arrondissement sont venus lui offrir la députation dans les élections dont la France va s'occuper. J'accepterais, leur dit-il, si j'étais honoré spontanément des suffrages de la majorité, et je serais flatté d'une si grande marque d'estime ; mais je n'irai point demander les suffrages de mes concitoyens. C'est involontairement vous faire un refus; car cette manière d'agir n'est dans les mœurs, ni de notre époque, ni de la nation.

Un tel homme, Messieurs, une telle intelligence, un tel caractère, doivent laisser de longs souvenirs. Peut-être encore n'ai-je pas dit sur M. Double tout ce qui pouvait faire comprendre l'étendue de la perte que l'Académie vient d'éprouver ; peut-être ai-je parlé de lui avec trop de réserve et trop de froideur : c'est qu'en traçant ce court hommage à sa mémoire, je croyais le voir près de moi ; du moins je me rappelais combien il aimait peu qu'en sa présence on le félicitât sur son talent ou qu'on vantât ses qualités, et je craignais jusqu'aux reproches qu'il ne peut plus m'adresser. Oh! si ma voix parvient jusqu'à vous, cher ami, vous le voyez, je vous ai bien connu. Combien m'étaient précieux nos communs épanchemens du cœur! et quel vide votre mort ne va-t-elle pas laisser dans mon existence! Mais ce ne peut pas être pour un temps bien long que j'ai à ressentir le chagrin de notre séparation.... Encore quelques mois peut-être, que dis-je, peut-être quelques jours, et tout au plus après quelques années nous nous nous retrouverons dans le séjour éternel. Adieu.

Discours de M. Jules Guérin.

Messieurs,

Vous ne vous lasserez pas d'entendre rappeler quel était l'homme, quel était le confrère, quel était l'ami dont nous allons nous séparer à jamais! D'éloquens organes, au nom des deux premiers corps savans de la France, ont salué son ombre pour la dernière fois. Ils ont rendu hommage au grand savoir du médecin philosophe à la sagacité profonde du praticien célèbre, et ils ont ainsi justifié tout à la fois les suffrages et les regrets de l'Académie royale des sciences et l'Académie royale de médecine. Mais, Messieurs, ainsi que vous l'a dit hier avec une émo-

tion si vraie un de nos honorables confrères, la perte de M. Double n'a pas seulement répandu une grande douleur dans les temples de la science, elle a causé aussi une immense sensation parmi les médecins de Paris; tous ont été émus à la nouvelle de la mort de celui qui a si bien honoré la profession, de celui qu'ils regardaient à juste titre comme un des plus dignes, comme un des plus nobles ministres de l'art. Qu'il me soit donc permis de venir, en leur nom, moi qui ne suis sorti que d'hier des rangs plébéiens, déposer sur ce cercueil leurs douloureux hommages et leurs suprêmes adieux.

Avant d'avoir l'honneur de siéger aux Académies des sciences et de médecine, M. Double était simple praticien de Paris. Il n'était ni médecin des hôpitaux, ni professeur à la Faculté de médecine; il n'avait aucun titre qu'on pût regarder comme un acheminement à ces distinctions. Bien plus, parmi les travaux assez nombreux et fort importans qui viennent de vous être rappelés, il n'en existe pas dont le caractère soit propre à justifier complètement, aux yeux du public, la préférence d'un corps savant où l'on n'admet d'ordinaire que les véritables inventions et les découvertes. Et cependant, M. Double y est entré, et il y est entré avec les suffrages des plus grandes illustrations de la science; il y est entré, nous pouvons vous l'attester, avec les suffrages des Dulong, des Poisson, des Savart, des Arago; il y est entré ayant, parmi ses nombreux et redoutables concurrens, le médecin le plus célèbre de l'époque, l'homme qui avait révolutionné la science et répandu son nom d'un bout de l'Europe à l'autre. Je ne crains pas de rappeler cette circonstance, quoiqu'elle ait servi quelquefois de prétexte à la malignité, mais précisément parce qu'elle lui a servi de prétexte; et je la rappelle parce que, là où le vulgaire n'a vu que de petites causes produisant de grands effets, l'observateur plus pénétrant a découvert aisément des causes et des effets égaux en importance. Messieurs, tout ce qui est, doit être; et ce n'est pas à une circonstance fortuite, à un caprice du hasard, à un prodige de l'adresse, qu'il faut attribuer la fortune de notre si regrettable confrère, parti des rangs les plus modestes de la profession, et arrivé au faîte le plus élevé des honneurs scientifiques. Mais qu'est-ce donc? Si notre raison était incapable de pénétrer cette apparence de mystère, nous devrions nous incliner devant l'autorité des faits; à défaut d'explication plausible, nous devrions nous en tenir à constater leur caractère de continuité et de généralité dans toute la carrière de cet homme privilégié. Car, vous le savez tous, depuis vingt ans, M. Double n'a pas triomphé une fois, mais il a triomphé toujours; il n'a pas triomphé à l'Académie des sciences seulement, il avait triomphé à l'Académie de médecine, il avait triomphé dans le monde, dans les épreuves de tous les jours. A l'Académie de médecine on vient de vous le rappeler, il a été élu président un des premiers après la nouvelle organisation de cette compagnie, et nul n'a apporté dans l'exercice de cette honorable et difficile fonction plus d'autorité et dignité. Dans les circonstances les plus importantes, les plus délicates pour la science, l'art et la profession, n'est-ce pas à M. Double que l'Académie a eu unanimement recours? Quand le choléra a menacé la France, c'est lui qu'elle a chargé de faire l'inventaire de nos ressources contre ce redoutable fléau; quand l'autorité judiciaire a demandé à cette compagnie son opinion dans un procès mémorable de responsabilité médicale, c'est M. Double qu'elle a désigné pour rédiger sa réponse; quand le gouvernement a investi l'Académie du soin de lui présenter un plan de réorganisation médicale, c'est encore à lui qu'elle a confié ce difficile et important travail. Et tous les jours, lorsque le nombre et la diversité des avis semblaient menacer de confusions les délibérations de cette docte assemblée, qui est ce qui, d'un seul mot, conciliait tous les esprits, rétablissait la clarté dans l'obscurité, et menait à fin ce qui paraissait interminable? C'était toujours M. Double. A l'Académie des sciences, dans ces concours perpétuels, où la médecine contemporaine doit être appréciée dans ses résultats les plus sûrs et les plus élevés, n'est-ce pas lui qu'on chargeait des rapports les plus nombreux et les plus difficiles? Et dans la clientelle, qui a été honoré, constamment honoré des confiances les plus nobles, les plus élevées et les plus éclairées? Je vous rappelais tout à l'heure les suffrages des hommes éminens qui avaient porté M. Double à l'Académie des sciences. Ces mêmes hommes ne pouvaient laisser croire qu'ils eussent été un instant circonvenus, car la plupart lui avaient confié dès long-temps la santé de leurs familles. Enfin, quand il a été question d'élever un médecin à la pairie, n'est ce pas lui que le corps médical tout entier désignait comme le plus capable, comme le plus digne? M. Double, médecin sans titres, sans position autre que celle qu'il ne devait qu'à lui-même, M. Double que ne recommandaient ni d'éclatantes découvertes, ni de grands travaux scientifiques, avait donc en lui une autre puissance qui l'a constamment fait placer, en tout et pour tout, parmi les hommes les plus importans de la médecine contemporaine. Car ces succès de tous les jours, ces suffrages invariables de ses pairs, de ses émules, de toutes les classes de la société, ne sont pas et ne peuvent pas être le résultat d'une méprise. C'est quelque chose de plus constant, de plus sérieux, de plus certain, de plus fort, et, disons-le, de plus rare aussi. M. Double n'avait pas les mérites ordinaires qui distinguent les savans que nous plaçons au premier rang, mais il en avait un bien plus rare.

Dans une science et une profession où il est si difficile de faire admettre, je ne dis pas par le plus grand nombre, mais par quelques-uns seulement, la vérité la mieux établie, il était parvenu à se concilier toutes les opinions, tous les suffrages. C'est qu'il avait ce qui ne s'acquiert pas seulement par une découverte, par du talent, par de la science, et encore moins par de l'adresse, il avait ce qu'on n'obtient pas en un jour, mais par une vie entière, il avait *une grande consistance*. Oui, Messieurs, vous le savez tous, M. Double était un homme d'une grande consistance, c'est-à-dire qu'à un esprit élevé, à un jugement sûr, à une expérience profonde des choses et des hommes, il joignait une grande noblesse de cœur, une modération supérieure, une grande fermeté de caractère, et un grand amour de l'humanité; tout cela, vu de près comme de loin, attesté, rehaussé tous les jours par un véritable génie de conduite et par une conduite irréprochable. Cette valeur ne se formule pas par un fait, par un principe; elle se sent mieux qu'elle ne s'exprime, mais elle se comprend à merveille par ceux qui ont été à même de l'apprécier. Avec cette réunion de qualités, M. Double a pu être honoré et aimé dans toute sa carrière: il a pu être président de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences, désigné pour la pairie, et l'un des médecins les plus éminens de la capitale, comme il eût été distingué, honoré et aimé parmi les plus distingués, les plus honorés et les plus aimés de toutes les carrières et de toutes les professions.

Au lieu de nous étonner maintenant de cette élévation exceptionnelle, rendons hommage à la cause exceptionnelle qui l'a produite. N'imitons pas ces médecins étroitement systématiques qui ne veulent reconnaître d'efficacité à un remède qu'en raison de telle ou telle propriété, de tel ou tel principe qu'ils lui ont supposé. De même que les substances de la nature ont des propriétés de différentes sortes, l'esprit humain a des supériorités de différens ordres; et quand nous voyons de grands résultats, des résultats certains, produits en l'absence des causes les plus connues, ne nions pas, ne détournons pas la vraie signification de celles que nous n'avons pu comprendre, mais accusons la faiblesse de notre esprit, et le défaut de rigueur de nos analyses.

Et toi, noble ami, devant qui j'ai fait taire un instant ma douleur, pour essayer d'exprimer la cause des regrets de tous; toi qui m'as si souvent prodigué les conseils de ta haute sagesse et de ta profonde expérience; toi que j'ai toujours trouvé le même en te voyant tous les jours; toi que j'ai choisi pour modèle, sans espérer pouvoir jamais t'imiter; toi qui m'avais donné l'amitié d'un père et que j'ai aimé comme un fils, adieu pour la dernière fois.

Analyse des lettres écrites du Val-de-Grâce, par M. le professeur DESRUELLES, *sur les maladies vénériennes et sur le traitement qui leur convient, d'après l'observation et l'expérimentation pratique.* — 1 vol. in 8°; chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 13 bis.

L'art de guérir embrasse un si grand nombre de connaissances que la vie est trop courte, suivant l'expression du vieillard de Cos, pour formuler d'une manière certaine leur fructueuse application à l'homme malade. De là est venue la nécessité de séparer l'histoire des affections internes d'avec l'étude des lésions extérieures, de diviser ainsi le vaste domaine de la pathologie en deux grandes sections, en médecine proprement dite et en chirurgie, et de détacher par la suite plusieurs parties de chacune de ces deux sciences pour les étudier isolément.

L'enseignement actuel de nos écoles, tant civiles que militaires, est si bien combiné que ceux qui en sortent, après avoir satisfait aux exigences des grades qu'ils y ont pris, arrivent dans le monde et dans l'armée avec des connaissances médicales qui les rendent aptes à l'exercice de la pratique dans toutes les conditions pathologiques où l'homme puisse se trouver placé.

Cependant, parmi ces jeunes praticiens, il en est qui ne tardent pas à s'apercevoir qu'ils ne sauraient, avec un égal succès, s'élever dans les hautes régions de la thérapeutique appliquée à tous les cas divers des innombrables maux qui affligent notre espèce. Alors, soit par une propension émanée de leur constitution, de leur caractère, du genre et de l'étendue de leur esprit, soit par un besoin instinctif ou par un désir en quelque sorte inné d'approfondir les objets de leurs études, soit enfin par des occasions favorables que donne l'observation, ils choisissent dans la science générale qu'ils ont étudiée telle ou telle autre partie médicale ou chirurgicale, s'y adonnent particulièrement, et arrivent ainsi, à force de recherches et de méditations, à des résultats heureux dans la science et dans la pratique médicales.

L'auteur des lettres que nous analysons est un des médecins qui, trouvant un vaste champ d'études pour arriver à la connaissance approfondie d'un ordre de maladies, s'y est consacré tout entier avec la supériorité et le succès que peuvent seules donner les fortes études générales. M. Desruelles a depuis long-temps voué sa vie à l'étude spéciale des phénomènes syphilitiques. Il y a environ vingt ans, il avait déjà tourné son attention vers les affections des enfants. Des traités pratiques sur le *carreau*, le *croup*, la *coqueluche* attestent qu'il eût rendu d'éminents services à cette branche de la pathologie s'il avait été placé sur un grand théâtre d'observation. Manquant d'un service d'enfants malades et chargé de la direction du service des vénériens à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en 1825, il dut renoncer aux études qui lui étaient chères.

En 1820, placé momentanément à la tête du service des vénériens au Gros-Caillou, il conçut le projet de réformer toute la thérapeutique des affections syphilitiques, et d'en recommencer l'étude au lit des malades. Ce fut donc au Val-de-Grâce que M. Desruelles commença l'exécution de son projet.

Le courage de ce professeur, constamment au niveau des difficultés, a toujours été au-dessus des critiques souvent malveillantes dirigées contre lui par ceux dont il contrariait les vues théoriques et pratiques.

D'abord il a comparé les résultats de l'ancienne méthode avec les avantages que présentait celle qu'il lui avait substituée. Ces résultats comparés ont fourni la matière de deux volumes imprimés, sur la proposition du conseil de santé des armées, par ordre du ministre de la guerre. Puis, tirant parti des nombreux faits qui s'offraient à son observation, il a généralisé tous les principes qu'il en a déduits dans un traité dogmatique publié en 1836. Enfin, voulant faire connaître de la science pratique tout ce qu'elle lui avait révélé, à lui, observateur consciencieux, praticien expérimenté, il a, dans des lettres écrites du Val-de-Grâce, répandu des détails de pratique qu'il avait dû laisser de côté en publiant un travail où s'agitaient des questions de doctrine du plus haut intérêt.

Ces lettres sont certainement le meilleur ouvrage qui soit sorti de la plume de M. Desruelles : exposition claire et naturelle des faits, appréciation exacte de leur valeur particulière, rapprochements ingénieux et féconds, indications thérapeutiques précises et rationnelles, telles sont les qualités qui recommandent aux praticiens l'ouvrage que nous examinons.

De l'aveu de plusieurs de ceux qui les ont lues, ces lettres sont attachantes par le sujet, par la forme, par l'agrément qu'on y rencontre, et il est des pages qui pourraient être avouées par les littérateurs les plus distingués de notre époque.

Les trois premières lettres forment, à proprement parler, la partie dogmatique de l'ouvrage. Le professeur du Val-de-Grâce examine et résout les questions suivantes par des raisonnements basés sur les faits :

1° *La méthode simple et sans mercure doit-elle être considérée comme la méthode de traitement général des maladies vénériennes?*

2° *Les mercuriaux et les autres modificateurs réputés antisyphilitiques doivent-ils être réservés seulement pour les cas exceptionnels?*

Ces questions, qu'il résout par l'affirmative, l'amenent, d'une part, à examiner comparativement les récidives après l'un et l'autre de ces deux modes de traitement; à examiner, d'autre part, l'objet et le résultat pratique des inoculations.

Dans cette dernière question, on ne saurait combattre des adversaires avec des armes plus puissantes et des convenances plus en harmonie avec l'urbanité française. C'est avec leurs propres faits, leurs propres arguments que l'auteur attaque ses antagonistes. Il prouve que l'inoculation est inutile et pour le diagnostic et pour le traitement. Elle est d'ailleurs, de la part de celui qui la pratique, un acte que la morale désapprouve : M. Desruelles a exprimé cette dure vérité dans des termes qui ne sauraient choquer personne. Il ne croit pas qu'à la première inspection l'on puisse distinguer les maladies vénériennes d'avec les maladies *vénéroïdes.* Suivant lui, en supposant que cette distinction fût possible, elle ne deviendrait pas une indication d'administrer le mercure ou de s'en abstenir. Il prouve, en effet, que les unes et les autres peuvent être victorieusement combattues par la méthode simple; méthode simple qui consiste principalement dans l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux, des révulsifs sur la peau ou sur le canal digestif; dans un régime doux, humectant, peu ou point animalisé.

Dans ces diverses questions, M. Desruelles, ne voulant pas se fier à son expérience seule, rassemble les faits qui en confirment la justesse. Ainsi, il met à contribution les lumières de plusieurs célèbres médecins de Wurtemberg, de Bavière, d'Autriche, de Prusse, de Russie, de Danemarck, de Suède, des Etats-Unis d'Amérique. Il continue, depuis quinze ans, de correspondre avec ces grands praticiens sur la question du nouveau traitement des maladies vénériennes.

Les résultats de l'enquête solennelle qu'a faite, par ordre du roi, le conseil royal de santé de Suède, sont tous à l'avantage des principes du professeur Desruelles. D'après l'ordre du gouvernement, des faits ont été recueillis par les médecins suédois. La comparaison de ces faits, au nombre de 46,687, fut, conformément aux bienveillantes intentions du roi, soumise à l'examen du conseil royal de santé de Suède. Cette statistique, faite pendant quinze années révolues, ne laisse absolument rien à désirer.

Si l'on était disposé à croire qu'un esprit de systématisation haarsdé, une conception *à priori* eût porté le professeur Desruelles à rejeter le mercure du traitement des maladies vénériennes, la question toute de pratique qu'il se pose, après avoir résolu celles que nous venons d'énoncer, prouverait qu'il n'a voulu pour guide dans ses recherches, que les faits et leurs conséquences naturelles.

La voici cette question : *Dans quel cas et dans quelles circonstances est-il nécessaire d'administrer le mercure, pour obtenir la guérison des maux vénériens primitifs?*

La solution d'une aussi haute question de pratique, exige des détails importans. Notre auteur était autant que personne capable de la donner, lui qui a traité plus de 30,000 malades, et qui, pendant l'espace de dix-huit ans, s'est attaché chaque jour à appliquer sa méthode expérimentale, sa raison éclairée et son tact de praticien, aux cas qui nécessitent l'usage du mercure et à ceux dans lesquels l'emploi de ce modificateur est inutile ou nuisible. Aussi n'entreprendrons-nous pas de suivre ce professeur dans toutes les nuances délicates d'appréciation, de forme, de temps, d'invasion, d'incubation, de constitutions individuelles, de saison, de siége, de nature, d'aspect, de marche et de terminaison.

On ne saurait trop louer l'ordre logique que M. Desruelles est obligé de suivre dans ces détails, pour faire partager au lecteur la conviction qu'il a acquise lui-même par l'observation, l'expérimentation et le raisonnement.

La question dont il s'agit, nous devons le dire, est la partie la plus importante des lettres que nous analysons, la mieux traitée du volume; et cependant elle était environnée de tant d'obscurité, de tant d'incertitude, que jusqu'à présent elle avait paru insoluble. Toutefois, nous devons adresser un reproche à M. Desruelles : il insiste trop et trop souvent sur le virus syphilitique dont il nie formellement l'existence, et sur l'inutilité de l'inoculation, inutilité sur laquelle il revient sans cesse.

La troisième lettre est entièrement consacrée à l'exposition de la doctrine du professeur du Val-de-Grâce. J'ai peu de goût pour les théories, même pour les théories nouvelles. Celle de M. Desruelles peut être acceptée, non comme vraie sur tous ses points, mais comme généralement vraisemblable et admissible.

Du reste on voit clairement qu'elle n'a été établie par ce pathologue que pour *harmoniser*, comme il le dit, les faits anciens avec les faits nouveaux, et pour servir de base au mode de traitement qu'il a adopté. Il est impossible de contester raisonnablement les principes de cette théorie; tous sont généraux, tous se déduisent des faits, tous peuvent être appliqués aux divers cas de médecine. A la première vue la doctrine de M. Desruelles paraît singulière et presque inadmissible; mais quand on s'appesantit sur les détails qu'il généralise avec tant de sagacité, on ne peut se refuser à l'évidence.

Elle est remplie, cette doctrine, de ces *ingénieusités* qui charment et entraînent irrésistiblement l'esprit. Si elle n'est pas vraie, elle est vraisemblable. Pour la réfuter, il faudrait la détruire. La déclarer fausse et la rejeter me semble plus facile que d'en fonder une qui présente plus de vraisemblance et de solidité. Ce qu'il y a de positif aujourd'hui, c'est que l'ancienne théorie ne pouvait rester debout, par la seule raison qu'elle ne saurait comprendre les faits nouveaux de la science,

et que la théorie de notre auteur répond aux exigences de tous les faits, tant anciens que modernes. Telle qu'elle est, la la doctrine de ce médecin sert de base solide à la nouvelle thérapeutique et peut donner des règles certaines à la pratique.

J'aurais voulu que M. Desruelles fût plus concis dans l'exposisition. On conçoit que comme chef de doctrine, il ait voulu accumuler les preuves, multiplier les démonstrations, pour ériger un édifice durable ; mais consacrer un si grand nombre de pages à la théorie, c'est nous avoir peut-être ravi autant de pages de détails de pratique, dans lesquels l'auteur se montre toujours supérieur. Il faut cependant en convenir, la lecture de ces pages n'est pas sans intérêt, sans plaisir, la plupart d'entre elles étant écrites de verve et avec un talent que l'on trouve rarement dans nos ouvrages modernes de médecine.

J'arrive à la quatrième lettre. Elle a pour objet le traitement des maladies vénériennes. Il serait impossible de rendre compte ici des indications si bien précisées, des règles si bien établies, des principes si bien appliqués que renferme cette lettre, l'une des meilleures, des plus importantes, des plus instructives du volume. Elle formera, n'en doutons pas, des praticiens habiles, non seulement pour les maladies syphilitiques, mais encore pour toute autre espèce d'affections. C'est à mon avis, un chef-d'œuvre d'exposition, d'ordre, de déduction. On sent en la lisant ; qu'elle a été écrite au lit des malades ; c'est l'inspiration pratique qui l'a dictée. Tout est à sa place, tout est prévu, calculé ; il n'y a pas un cas général ou particulier, qui n'y puisse trouver son application thérapeutique : Tout est rationnel.

M. Desruelles nous semble avoir concentré toute son attention d'observateur et toute sa supériorité de praticien, sur l'histoire de l'uréthrite. La description de cette maladie n'avait point été présentée avec autant de clarté et de vérité. Les cinquième et sixième lettres sont l'expression de la nature prise sur le fait au lit des malades. En effet, que savait-on de l'urétrhite avant M. Desruelles ? Rien ou presque rien. C'est lui qui le premier fait connaître toutes les nuances de cette affection. Depuis qu'il l'a étudiée, il n'y a plus d'uréthrite incurable. On doit le dire, c'est à lui seul qu'il appartient de guérir celles qu'on avait jugées au-dessus des ressources de l'art.

La distinction qu'il a faite entre les uréthrites *érythémoïdes* sans engorgement, et les uréthrites *dermoïdes* avec engorgement du conduit urinaire, est une de ces vérités diagnostiques qui suffiraient amplement pour établir la réputation de médecin. De cette belle distinction s'élèvent des idées de pratique que l'on applique avec succès. Ces deux lettres valent à elles seules un volume. L'auteur nous eût-il donné ces seuls aperçus, qu'il mériterait d'être placé au rang des observateurs les plus distingués et des praticiens les plus dignes de l'estime du monde médical.

A la suite de la sixième lettre, on trouve un petit traité des rétrécissemens de l'urètre. On y trouve aussi l'affection qui succède à l'urétrite chronique du gland, affection que M. Desruelles désigne sous le nom de *balaniurite*. Aucun auteur avant lui, n'en avait fait mention.

M. Desruelles est le premier qui ait admis des urétrites partielles. Pour les spécifier, il a dû *créer* des noms : Nous ne disputerons pas sur les mots qui représentent de bonnes choses. Dans cette sixième lettre, il fait preuve d'un amour sincère pour la science et pour la vérité : Il avait imaginé, il y a quelques années, un instrument appelé porte rape, pour guérir les rétrécissemens de l'urètre. Ayant reconnu des inconvéniens à l'usage de cet instrument, il l'a brisé avec un stoïcisme que l'on trouve rarement chez les inventeurs.

» Le porte-rape, dit-il, peut-être employé jusqu'à 4 pouces ; » au-delà, son usage n'est pas sûr ; il peut même donner lieu » à des accidents graves. Mais ajoute-t-il, c'est assez nous occuper d'une erreur de notre part, rejetons-la. »

La septième lettre est consacrée à quelques maladies qui succèdent aux uréthrites chroniques, et en particulier aux ophthalmies dites blennorrhagiques, aux épididymites, anx orchites et à leur traitement.

Nous passerons légèrement sur cette lettre. Elle renferme toutefois des préceptes précieux sur le traitement de l'orchite chronique, et sur la méthode que l'auteur propose sous le nom de méthode par *balancement d'action vitale*.

La *balanite* (1), la *posthite* (2), la *balano-posthite* (3) et le paraphymosis occupent toutes les pages de la huitième lettre.

La neuvième traite des ulcères vénériens. C'est dans cette lettre que M. Desruelles a le mieux déployé le talent qu'il possède de bien observer et de bien déduire. C'est aussi dans cette lettre qu'il s'est montré praticien consommé. On dirait qu'en l'écrivant il embrassait toute l'histoire de la syphilis. Il prend, en effet, l'ulcère à sa naissance, suit son développement, sa marche, sa terminaison, et examine ses influences sur l'organisme tout entier. Les tableaux qu'il trace sont frappans de vérité. On ne peut lire cette lettre sans trembler pour ceux qui, dans un cas pareil, tombent entre les mains d'un *médicastre*.

Peut-être est-on en droit de reprocher à M. Desruelles d'avoir quelquefois abusé de sa facilité d'écrire : en parlant en général des ulcères vénériens, il *poétise* son sujet, il élève trop son style. Mais, il faut le dire aussi, lorsqu'il décrit, il devient sérieux, grave, sévère. La différence est même si tranchée que l'on croirait la neuvième écrite par deux personnes différentes.

Soit qu'il ait pressenti la valeur du reproche que nous lui faisons, soit qu'après la publication de sa neuvième lettre on le lui ait adressé, ce défaut n'existe pas dans sa dixième lettre, consacrée aux adénites (bubons).

Tout est ici en harmonie : observation fidèle, nouveau diagnostic, description exacte et minutieuse des espèces et des cas divers, appréciation délicate des nuances variées du traitement, raisonnement, déduction, principes, tout s'accorde, jusqu'au style, qui, d'un bout à l'autre, reste sans reproche. Cette lettre est un modèle en tout genre.

Les sujets dont traitent les deux dernières lettres étaient hérissés de difficultés. Dans la onzième, M. Desruelles parle des maladies consécutives et de leur traitement ; dans la douzième, il signale l'abus du mercure et les maux qui en résultent. Les sujets sont parfaitement traités. Le praticien s'y montre encore avec toute sa supériorité.

L'analyse que nous venons de présenter est sans doute très incomplète ; mais comment suivre l'auteur dans tout ce qu'il a accumulé en 500 pages ? C'est avec intérêt et plaisir que l'on lit ces lettres. On suit l'auteur pas à pas et sans fatigue dans les routes qu'il fait parcourir. Cet ouvrage est pensé avec calme, justesse et profondeur, écrit sans pédantisme, d'un style rapide, concis, toujours clair et toujours approprié au sujet. Quelques incorrections échappées à la rapidité prouvent qu'il a été fait d'un seul jet. *Ces lettres resteront dans la littérature médicale et seront appréciées un jour tout ce qu'elles valent réellement.*

En les écrivant du Val-de-Grâce, le professeur Desruelles a honoré cet hôpital militaire. C'est sur le théâtre même de ses observations et de ses succès, dans un établissement où il a péniblement gagné ses grades, que ce praticien distingué a conçu la pensée de faire part au monde médical des résultats de ses études, de ses méditations et de ses veilles.

Paris, 17 juin 1842.

P. GAUBERT, D.-M.-P.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Pilules ferrugineuses iodurées.

Pr. Iode, 80 grammes.
Fer en excès, environ 40 id.
Eau distillée, 100 id.

On mêle ces trois substances, et on laisse réagir a une température de soixante degrés centigrades jusqu'à ce que la liqueur soit décolorée entièrement ; on decante alors, puis on fait évaporer rapidement dans un mortier de fer, et, lorsque l'eau est à peu près dissipée, on ajoute :

Miel, 50 grammes.
Poudre de gomme,
Poudre de guimauve, de chaque, Q. S.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène qui sera ensuite divisée en mille pilules bien égales et que l'on roulera dans une poudre inerte (lycopode, guimauve, réglisse, etc.)

Ces pilules, dans chacune desquelles se trouvent à peu près dix centigrammes (deux grains) de proto-iodure de fer, sont prescrites d'abord au nombre de quatre par jour ; puis on en élève progressivement la quantité, suivant les effets obtenus, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à vingt et même trente pilules dans les vingt-quatre heures.

Cette forme, sous laquelle le proto-iodure de fer est prescrit depuis plus de dix années à l'Hôtel Dieu de Paris pour combattre les accidens syphilitiques anciens et rebelles aux préparations mercurielles, est sans contredit celle qui convient le mieux et offre le plus de commodité pour l'administration de cet héroïque agent. Du reste, il faut remarquer que l'on ne peut arriver à faire supporter les quantités si considérables d'iodure de fer qui viennent d'être indiquées qu'autant que ce sel ne contient point d'iode à l'état de liberté, ainsi que M. Dupasquier l'a déjà démontré. C'est dans ce but que M. Bouchardat propose la formule suivante :

Pr. Proto-iodure de fer, 10 grammes.
Carbonate de potasse sec, 5 id.
Miel, 5 id.
Poudre de gomme,
Poudre de guimauve, de chaque, Q. S.

M. et F. S. A. cent pilules bien égales.

Il se produit ainsi du proto-carbonate de fer et de l'iodure de potassium qui agissent aussi efficacement que l'iodure de fer.

Cigarettes arsenicales.

M. le docteur Boudin, qui s'est beaucoup occupé de l'emploi thérapeutique des divers composés arsenicaux, et qui a puissamment contribué, dans ces derniers temps, à la grande extension de l'usage de ces agens héroïques, mais si redoutables en même temps par l'énergique action qu'ils exercent sur l'économie animale, M. Boudin conseille le mode de préparation suivant pour les cigarettes :

Pr. Acide arsenieux, 1 centigr.

On dépose cet acide pulvérisé sur un morceau de papier ayant juste la dimension voulue pour être roulé en cigarette ; on ajoute l'eau nécessaire pour que le papier s'imbibe de la solution du médicament. Enfin, on fait sécher, on roule le papier et on allume.

Cette préparation est spécialement indiquée dans les cas d'asthme.

Quant au nombre de cigarettes qui peut être prescrit, il doit, de toute nécessité, être proportionné aux résultats avantageux que les malades peuvent retirer de cette sorte de médication, et en même temps à l'intensité plus ou moins grande des accidens qu'il s'agit de combattre.

Correspondance.

Monsieur,

La formule de la poudre de Sency que vous avez publiée dans votre dernier numéro, et qui est extraite de l'Annuaire de thérapeutique de M. Bouchardat, ne représente nullement la composition de notre remède, comme le reconnaît M. Bouchardat lui-même ; en effet, cette formule ne contient que trois substances, et la poudre de Sency en renferme huit. D'ailleurs, l'expérience a démontré, et toutes les commissions de l'Académie de médecine ont reconnu que le mode de préparation et la bonne disposition d'appareils appropriés ont la plus grande influence sur les propriétés du médicament.

Agréez, etc. BAZIERE.

24 juin 1842.

— Un de nos anciens correspondans de Marseille, M. le docteur Bruno Taron, membre de l'ordre royal de François Ier des Deux-Siciles, etc., vient d'être nommé, par le gouvernement turc, médecin du lazaret de Jérusalem et inspecteur de santé de ce département. Il a reçu l'ordre de se rendre immédiatement à son nouveau poste, afin d'y prendre des mesures sévères pour y étouffer la peste et y propager la vaccine.

(1) Irritation du gland. — (2) Irritation du prépuce. — (3) Irritation simultanée du gland et du prépuce.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 JUIN 1842. (15e ANNÉE.) N° 78. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons sur les maladies de la peau.

M. Devergie a commencé ses leçons par des réflexions générales sur la structure de la peau, et par l'exposé de la classification qu'il a adoptée. Nous croyons devoir entrer dans quelques détails sur cette classification.

Une classification pour être bonne, dit M. Devergie, doit remplir deux conditions : 1° être dominée par une idée-mère; 2° embrasser toutes les maladies.

Envisagées sous ces deux points de vue, il n'y a pas de classifications qui soient complétement satisfaisantes. Celle de Willan est la seule qui ait à peu près rempli la première condition pour le plus grand nombre de ses divisions. Elle repose sur la considération de l'état de la maladie à son début et dans sa forme rudimentaire.

La classification de Willan, quoique plus rationnelle que toutes celles qui l'ont précédée, a le défaut de ne pas embrasser toutes les maladies de la peau. Aussi MM. Gibert et Cazenave, tout en l'adoptant, y ont-ils annexé quelques-unes des maladies qui ne pouvaient être comprises dans ses divisions. M. Rayer ne l'a adoptée que pour les dartres proprement dites. La classification qu'il a créée dans son ouvrage embrasse un cadre beaucoup plus étendu et comporte des affections dont on ne trace pas ordinairement l'histoire dans un cours clinique des maladies de la peau.

La première classification d'Alibert a le défaut de prendre pour base les formes des maladies déjà avancées dans leurs développemens, et la seconde ne saurait être adoptée aujourd'hui.

Nous suivrons dans l'étude des maladies de la peau la classification suivante, qui, du reste, n'est autre que celle de Willan modifiée :

1° *Maladies exanthémateuses :* Erythème, roséole, urticaire, et autres exanthèmes.
2° *Vésiculeuses :* Eczéma, herpès, gale.
3° *Bulleuses :* Pemphygus, rupia.
4° *Pustuleuses :* Impetigo, sycosis, ecthyma, acné.
5° *Papuleuses :* Strophulus, lichen, prurigo.
6° *Squammeuses :* Pityriasis, ichthyose, psoriasis, lèpre.
7° *Tuberculeuses :* Lupus, éléphantiasis.
8° *Hemateuses :* Purpura.
9° *Dyschromateuses :* Acromie, taches hépatiques, pityriasis versicolor.
10° *Végétantes :* Favus.
11° *Veneriennes :* Syphilides.
12° *Corps étrangers :* Pediculus, pulex.

Ainsi, les modifications apportées par M. Devergie à la classification de Willan consistent à ne pas admettre avec lui le purpura parmi les exanthèmes à cause de sa forme chronique ; à ajouter à cette classification la classe des affections hémateuses empruntée à Alibert; à y ajouter une classe nouvelle, celle des affections végétantes, parce qu'il résulte des recherches récentes de M. Gruby que le favus n'est pas une affection pustuleuse, mais bien une production morbide végétale. Malgré ces nombreuses divisions, il est des affections qui ne rentrent pas dans cette classification, parce qu'elles ne sont nettement ni papuleuses, ni vésiculeuses, ni pustuleuses, ni squammeuses, etc. Certains auteurs en ont fait à tort des variétés : ce sont en effet des affections à forme rudimentaire composées et qui pourraient être l'objet de divisions particulières. Il faut les considérer comme des dérivations des deux formes. Exemple : l'eczéma impetiginodes est une affection tout à la fois vésiculeuse et pustuleuse ; l'eczéma lichenoïde est une affection tout à la fois papuleuse et vésiculeuse ; l'herpès squammeux dérive de l'herpès proprement dit et du psoriasis.

Nous n'avons pas l'intention de reproduire ici les leçons de M. Devergie dans toute leur étendue. Nous nous bornerons à rapporter ce qui nous paraîtra le moins généralement connu. Nous insisterons surtout sur la thérapeutique.

Nous passons sous silence tout ce qu'a dit M. Devergie sur les maladies *exanthémateuses.*

Affections vésiculeuses.

Les affections vésiculeuses sont au nombre de trois : l'eczéma, la gale et l'herpès. Elles ont pour caractère commun l'état vésiculeux qui se montre à leur début, mais ce caractère est passager pour l'eczéma, en sorte que l'on pourrait être induit en erreur lors du diagnostic de cette affection si on s'attachait d'une manière exclusive à ce phénomène remplacé plus tard par un autre état de la peau sur lequel nous allons appeler l'attention. Aussi pensons-nous que les auteurs lui ont accordé trop d'importance dans la définition qu'ils ont donnée de cette dernière maladie.

1° *Eczéma.* — L'eczéma est une affection non contagieuse, caractérisée, 1° par des vésicules excessivement petites et confluentes à son début ; remplacées plus tard par un état rouge ponctué de la peau ; 2° par une rougeur vive ; 3° une démangeaison excessive et persistante ; 4° une sécrétion de sérosité limpide qui s'échappe soit des vésicules rompues, soit des pertuis qui leur succèdent et qui, à une époque plus avancée de la maladie, se transforme en squammes épidermiques excessivement minces.

Alibert a décrit sous le nom d'herpès les diverses formes d'eczéma, et les divisions qu'il a adoptées doivent être rattachées à plusieurs maladies différentes. Willan, et après lui MM. Gibert et Cazenave, ont admis trois variétés de l'eczéma désignées par les noms de solare, impétiginodes, rubrum ; MM. Rayer, Schedel et Cazenave ont décrit l'eczéma simplex, rubrum, impétiginodes et chronique ; M. Devergie propose la division suivante :

1° *Simplex :* fugax, diffusum, inquinolosum, nummulosum, unisquamosum, rubrum ;
1° *Compositum :* impétiginodes, lichénoïde, psoriasiforme.

Dans l'eczéma simplex, quelle qu'en soit la variété, il survient dans un point quelconque du corps, et quelquefois sur la presque totalité du corps, des groupes de vésicules excessivement fines sur une coloration rosée ou rouge de la peau, dont les unes crèvent, laissent écouler de la sérosité limpide qui se rassemble à la surface de la partie malade sous la forme d'une rosée très fine.

M. Devergie a récemment reconnu que cette sérosité est toujours alcaline ; en même temps une vive démangeaison, allant jusqu'à causer l'insomnie, se manifeste sur toutes les parties affectées. Çà et là la sérosité de quelques vésicules est résorbée ; plus tard la sécrétion devient moins abondante, et le liquide sécrété se transforme en squammes plus ou moins larges. D'un moment à l'autre, et sans cause connue, apparaissent de nouveaux groupes de vésicules et une sécrétion nouvelle. La maladie parcourt ainsi deux, trois ou quatre septenaires ; elle guérit ou passe à l'état chronique. Ses récidives sont on ne peut plus fréquentes.

Dans l'eczéma rubrum, la rougeur est plus foncée et les vésicules sont rassemblées en groupes assez nettement circonscrits ; la peau elle même est épaissie, s'élève au-dessus de son niveau, ce qui n'a pas lieu dans l'eczéma simplex. Les démangeaisons sont plus vives et la maladie plus rebelle. Cette forme de l'affection siége le plus souvent aux jambes.

A l'examen au microscope, M. Devergie a observé que la sérosité n'offrait pas de globules appréciables, tandis que dans l'eczéma impétiginodes on trouve des globules de pus. D'ailleurs, dès l'abord, dans cette dernière forme de l'eczéma, les vésicules sont plus larges ou lactescentes, ce qui n'a jamais lieu dans l'eczéma simplex.

Suivant Biett, le siége anatomique de l'eczéma serait entre l'épiderme et le derme dans la couche superficielle désignée sous le nom de membrane vasculaire d'Eichorn. M. Rayer pense, au contraire, que l'inflammation réside dans les follicules cutanés. L'opinion de Biett paraît à M. Devergie plus rationnelle. Il se demande si, d'après les recherches récentes

FEUILLETON.

De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques ; par M. A. BRIERRE DE BOISMONT, docteur en médecine, etc. ; ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Un volume in-8°, de xvj - 560 pages. — Paris, 1842. Chez Germer Baillière.

Voici un bon livre et un bon exemple. Les faits les plus anciens de notre science, et l'on n'en peut pas trouver de plus vénérables que la menstruation qui date du commencement du genre humain, quoi qu'en dise Roussel, ne sont pas cependant les mieux connus et le plus exactement observés. Quand on y regarde de près, quand un observateur patient, laborieux et sagace veut s'enquérir des preuves sur lesquelles s'appuient tant d'assertions généralement admises, il arrive que ces preuves sont nulles ou insuffisantes ou bien qu'elles prouvent tout le contraire de ce qu'on croit, de sorte que des résultats nouveaux et inattendus surgissent ou que des vérités anciennes trouvées comme d'instinct reçoivent une sanction définitive et scientifique. C'est ce qui est arrivé à M. Brierre de Boismont dans son étude de la menstruation, vaste et important sujet qui n'avait jamais été envisagé d'une manière aussi large et aussi complète, et sur lequel il vient d'écrire un livre on ne peut plus remarquable. Nous nous hâtons d'en présenter l'analyse à nos lecteurs, moins étendue que nous ne l'aurions voulu et qu'il ne le mérite, limités que nous sommes par l'espace et par le temps.

M. Brierre a d'abord cherché à résoudre par la statistique les questions suivantes : A quelle époque la femme est-elle nubile dans nos contrées ? L'est-elle au même âge dans les campagnes, dans les villes et dans les capitales ? Dans ces dernières, l'apparition des règles éprouve-t-elle des modifications selon les diverses conditions sociales des femmes ? De ces recherches fort étendues et faites sur une grande échelle, M. Brierre arrive aux conclusions suivantes : La menstruation est généralement plus tardive dans les campagnes, 14 ans 10 mois ; elle se montre de meilleure heure dans les villes, 14 ans 9 mois ; mais c'est surtout dans les grandes capitales qu'elle atteint son maximum d'apparition, 14 ans 6 mois. Dans les capitales, l'apparition de la menstruation n'est pas la même dans toutes les classes de la société ; les filles pauvres, soumises à un travail pénible, mal logées, mal nourries, sont nubiles fort tard ; les filles que M. Brierre appelle *métis*, sans doute pour éviter le mot *grisettes*, voient la fonction s'accomplir à un âge moins avancé ; enfin les demoiselles de la classe riche voient leurs règles apparaître beaucoup plus tôt. De ces faits, l'auteur est légitimement conduit à admettre que les principales circonstances qui semblent avoir une influence réelle sur la mise en jeu de cette fonction, sont l'habitation, le genre de vie, la misère, la fortune et l'éducation, sans oublier la latitude dont l'action ne saurait être révoquée en doute ; car le chiffre moyen de la puberté est moins élevé à Marseille qu'à Paris, et moins encore dans cette dernière ville qu'à Manchester.

Les modifications exercées sur l'apparition des règles par les tempéramens et la constitution, la taille et la couleur des cheveux fournissent à l'auteur un chapitre intéressant duquel il résulte, et toujours par des chiffres, que dans la classe peu aisée des femmes, le tempérament sanguin et la constitution robuste favorisent le développement de la menstruation qui apparaît plus tard sur les constitutions délicates et chez les tempéramens lymphatico-sanguins, lymphatico-nerveux et surtout lymphatiques. — Quant à la couleur des cheveux, la teinte brune coïncide avec une apparition plus hâtive des règles que la teinte blonde ou châtain — C'est aussi sur les petites femmes que ce phénomène arrive plus rapidement que sur celles de haute taille. — Parmi les femmes de la classe riche, celles à tempérament lymphatico-sanguin et lymphatico-nerveux, mais surtout nerveux, voient leurs règles apparaître plus tôt que les autres.

M. Brierre a voulu connaître quelle était la proportion des femmes dont la première apparition des règles avait lieu avec ou sans symptômes. Sur 645 femmes dont il a recueilli l'observation, « 357 avaient été surprises par l'apparition des règles, les unes debout, les autres dans leur lit ; celles-ci au milieu de leurs travaux, celles-là pendant leurs exercices, leurs plaisirs ; plusieurs avaient été étonnées, effrayées; d'autres croyaient qu'elles étaient blessées. — Mais une proportion considérable, puisque le chiffre s'est élevé à 228, avaient été averties, par des accidens plus ou moins graves, de l'approche des règles. La différence de ce nombre avec la section précédente est d'un peu moins de la moitié. » — Le temps qui s'est écoulé entre les premiers symptômes et l'apparition des règles a varié entre un jour et quatre ans et demi ; sur 70 femmes, la moyenne s'est trouvée de un an à quatre mois. Du reste, chez la plupart de ces femmes la menstruation est arrivée sans médication et par les seuls efforts de la nature ; et la moyenne entre les prodrômes et l'établissement des règles étant d'un an et quelques mois, il en faut conclure que, à moins de nécessité absolue, on doit s'abstenir de chercher à provoquer leur apparition. M. Brierre cite d'ailleurs des exemples dans lesquels on a déterminé des états morbides et retardé l'apparition menstruelle par l'emploi de remèdes judicieux en apparence, mais contraires en réalité.

Du reste, en résumant en quelques mots les différens symptômes présentés par les 228 femmes qui ont offert des prodrômes que M. Brierre a analysés avec beaucoup de soin, on trouve : coliques utérines 82 fois, céphalalgie 48 fois, épistaxis 33 fois, troubles de la digestion 40 fois, faiblesse des extrémités inférieures 46 fois, et des troubles plus ou moins fréquens soit dans l'appareil respiratoire, soit dans l'appareil tégumentaire.

Après avoir passé en revue les opinions diverses sur la quantité de sang perdu à chaque époque menstruelle, opinions contradictoires et complètement dépourvues de preuves, l'auteur pense, et nous sommes entièrement de son avis, que l'étude de ce point physiologique sera toujours environné de difficultés telles qu'il sera impossible d'en avoir la solution.

Dans le chapitre suivant, M. Brierre cherche surtout à apprécier si l'irrégularité de l'hémorrhagie menstruelle pouvait conduire à quelques indices sur l'étiologie des maladies de l'utérus. D'abord, il constate par un tableau concernant 122 femmes que l'irrégularité, après avoir duré un temps fort variable et dont la moyenne varie entre un an et un an et demi, a fini par perdre ce caractère et être remplacé par la régularité due le plus souvent au mariage, à la grossesse, à l'accouchement. De ces faits, il tire cette conséquence pratique que l'irregularité, l'interruption des époques menstruelles, depuis leur première apparition jusqu'à leur établissement définitif, ne doivent pas inspirer d'inquiétude, lorsqu'il n'y a pas d'organe malade. Mais l'irrégularité persistante de la menstruation donne lieu à des accidens variés, quoiqu'il y ait des exceptions à cette règle. Du reste, la menstruation peut persister jusqu'à un âge très avancé, sans que l'utérus et ses annexes présentent de lésion morbide.

Quand la menstruation est définitivement établie, chaque époque menstruelle donne lieu à des accidens divers qu'il était important de connaître : c'est à cette étude qu'est consacré le chapitre cinquième. Les symptômes qui surgissent aux époques de retour sont de deux ordres : locaux et généraux. Pour les symptômes locaux, M. Brierre a analysé les observations de 360 femmes : 278 éprouvaient des coliques, des tranchées ayant ordinairement leur siége dans l'utérus, mais se montrant souvent plus haut et affectant l'intestin, coliques d'ailleurs variant dans leur force, dans leur durée, dans leur apparition, etc., et diminuant dans un assez grand nombre de cas par l'expulsion de caillots. 222 fois il s'est présenté des maux de reins, des douleurs dans la région sacrée et lombaire. — 40 fois pesanteur dans la matrice. — 16 fois douleurs de côté, dans les flancs, dans les aines. — Plus rarement hémorrhagie utérine. — 67 fois tuméfaction du ventre. — Quant à l'état du col de l'utérus à l'époque des règles, M. Brierre a eu de fréquentes occasions de l'observer, et voici ce qu'il en dit : « En général, le col donne au doigt la sensation d'un corps plus gros que d'habitude; il est en effet engorgé, les lèvres du museau de tanche sont quelquefois rapprochées ; nous les avons trouvées écartées. Dans quelques circonstances elles semblent crépiter, et paraissent plus molles. Elles sont

ur la structure de la peau, il y a lieu de mieux préciser le iége de l'eczéma. Ayant égard à la grande quantité de sérosité, on peut être porté à croire que l'appareil blennogène est principalement affecté; mais comment admettre un siége aussi profond pour une maladie aussi superficielle. L'apppareil chromatogène participerait-il à la maladie? Une circonstance porterait à le croire, c'est la coloration souvent noirâtre des linges qui servent de pansement à l'eczéma? Il n'y a que doute à cet égard.

D'après les relevés statistiques de M. Devergie, l'eczéma mpétiginodes serait une maladie plus fréquente qu'on ne le pense généralement; elle se montre plus de trente-cinq fois sur cent.

On a dit que l'eczéma se développait plus souvent chez les maçons, les épiciers et les ouvriers qui travaillent à la lime, les forgerons. Cette assertion n'est vraie que pour l'eczéma des mains; car, d'après les relevés de M. Devergie, cette maladie paraît survenir chez tous les individus quel que soit l'état qu'ils exercent.

Un grand nombre d'individus affectés d'eczéma ont eu la gale; mais M. Devergie fait observer que cette maladie est si commune dans la classe ouvrière, qu'il est difficile d'en tirer quelque induction comme cause prédisposante.

Envisagée sous le rapport de l'âge, c'est de vingt à trente ns et de quarante à cinquante que cette affection s'observe e plus souvent.

Elle affecte notamment les sujets lymphatiques.

Sa forme la plus commune est la forme chronique, ce dont rendent raison les récidives fréquentes de cette affection et a guérison dans quelques cas trop précaire.

La moitié des eczéma affectent une grande partie de la surface du corps, dans la classe des ouvriers.

Arrivons au traitement général de l'eczéma. M. Devergie fait observer que plusieurs considérations doivent diriger dans l'emploi des moyens curatifs: 1° L'état général de l'individu; 2° l'état aigu ou chronique de l'affection; 3° l'étendue de l'affection.

L'état général peut être inflammatoire; de là l'emploi d'une émission sanguine, la saignée de préférence. Il peut être saburral; enfin, se rattacher à une affection chronique gastro-intestinale. Le médecin doit, avant tout, s'attacher à la guérison de l'état général qui entretient presque toujours l'affection.

L'eczéma aigu réclame l'usage des émolliens; mais cette règle souffre des exceptions. Il est bon nombre de ces affections que les bains et les cataplasmes ne font qu'augmenter. L'amidon en poudre sur la partie malade, les lotions d'eau vinaigrée, très légers acidules, enrayent souvent l'affection avec rapidité.

Les bains, quand on les emploie, doivent être gélatineux, amidonnés, ou d'eau de tripe non altérée: une livre à une livre et demie de gélatine ou d'amidon par bain. Il faut toujours les prescrire presque froids.

Lorsque l'inflammation cède, on arrive à des lotions de plus en plus résolutives: l'eau de sureau d'abord, l'eau blanche que M. Devergie n'emploie jamais qu'au 360e de son poids d'extrait de saturne; puis on met en usage les pommades résolutives préconisées contre l'eczéma chronique.

Mais en même temps, M. Devergie emploie autant que possible des dérivatifs sur le canal intestinal; il purge ses malades deux fois la semaine; il les met aussi à un régime alimentaire sain et peu substantiel.

Les boissons varient en raison de l'état de l'affection, de la constitution et du tempérament du sujet. La limonade et autres tisanes rafraîchissantes, ou bien les amers, tels que chicorée sauvage, racine de patience, bardane, fumeterre, etc.

Chez quelques sujets, le houblon, le sirop anti-scorbutique, l'iode.

Dans les eczéma chroniques généraux, M. Devergie emploie avec succès la teinture de cantharides, en commençant par gouttes et augmentant de deux gouttes tous les deux jours, de manière à porter la dose à trente gouttes. Ce médicament est donné dans un julep.

Contre l'eczéma chronique: 1° En lotions, le sublimé étendu de 1500 fois son poids d'eau; en bains, si l'eczéma est général, la même substance, en commençant par 4 grammes par bain et augmentant tous les deux bains de 2 grammes, de manière à arriver à 16 grammes.

2° Pommades contre les démangeaisons qui tourmentent les malades et causent l'insomnie:

Axonge,	30 grammes.
Calomélas,	4 à 6 grammes.
Extrait aqueux d'opium,	20 centigram.

Autre:

Axonge,	30 grammes.
Carbonate de plomb,	4 à 6 grammes.

Cette pommade est résolutive.

Autre:

Axonge,	30 grammes.
Tannin,	4 grammes.

Une pommade préconisée l'année dernière par M. Martin-Solon, est employée avec avantage par M. Devergie.

Axonge,	30 grammes.
Oxyde de zinc,	1 à 2 grammes.

M. Devergie passe rarement cette dose d'oxyde, qui a été indiquée comme pouvant être portée à 4 grammes. Il pense que l'oxyde de zinc obtenu par précipitation doit être préféré à l'oxyde de zinc naturel, parce qu'il est plus divisé.

Lorsqu'il s'agit de l'eczéma rubrum, la thérapeutique doit être basée sur l'état général du malade, sur l'étendue de la maladie. Suivant les indications, l'on emploiera les émissions sanguines ou les vomitifs. Souvent dans les eczéma chroniques, il y a complication d'une irritation chronique gastro-intestinale. Dans ces cas, on conseillera le régime lacté, les viandes blanches, les bains émolliens; saignée, s'il y a lieu.

La chaleur est un symptôme qu'il faut combattre à part. Les émolliens n'ont aucun effet sur elle. M. Devergie a introduit heureusement, dans cette partie de la thérapeutique, les irrigations d'eau froide pendant deux heures le matin et deux heures le soir. Ce moyen de traitement est facilement appliqué dans l'eczéma rubrum, qui est ordinairement circonscrit.

Parmi les pommades qui ont été employées contre l'eczéma chronique, il y a la pommade d'oxyde de mercure (de 2 à 4 grammes pour 30 d'axonge); la pommade légèrement soufrée......; la pommade de goudron qui est très efficace, et dont la composition varie depuis un trentième de grain jusqu'à un quart par 30 grammes d'axonge.

Les pommades de goudron sont bonnes surtout quand il n'y a ni démangeaison, ni inflammation. On doit les employer légères d'abord; elles augmentent l'affection dans les cas contraires.

L'eczéma du cuir chevelu est en général assez facile à guérir, parce que cette partie de la peau a peu de sensibilité. Il peut affecter la forme aiguë et la forme chronique. A l'état aigu, c'est la teigne humide des enfans (croûtes laiteuses) qui envahit quelquefois la face. Cette éruption doit être respectée; si on cherchait à la faire disparaître brusquement, on s'exposerait à produire des accidens vers la tête. On ne doit la traiter que par les émolliens, et ce n'est que chez les adultes qu'on peut se permettre les pommades résolutives.

A l'état chronique, c'est la teigne amiantacée d'Alibert. Pour la combattre chez l'adulte, après avoir employé les émolliens, on peut recourir à la pommade d'oxyde de zinc, ou bien à la suivante:

Carbonate de cuivre,	10 centigram.
Axonge,	30 grammes.

Contre l'eczéma des oreilles, résolutifs, et ensuite dissolution de sublimé au quinze centième.

Contre l'eczéma ordinairement rebelle des sourcils et des lèvres, même traitement.

L'eczéma des mamelles, fréquent chez les nourrices, n'a jamais été observé par M. Rayer chez l'homme. M. Devergie en a vu un cas il y a deux mois: il est moins rare qu'on ne pourrait le croire.

L'eczéma du nombril a la forme circinée et l'aspect syphilitique. Il en est de même de celui des ailes du nez. Il peut induire en erreur.

L'eczéma des parties génitales, aux bourses chez l'homme, et chez la femme aux grandes lèvres d'où il s'étend quelquefois jusqu'au clitoris, produit chez le premier des gerçures, des crevasses, et par suite des hémorrhagies qui peuvent être considérables et qu'entretiennent les habitudes de masturbation que développe chez les deux sexes la démangeaison des parties. La première indication est donc de faire cesser l'état aigu, lorsqu'il a été calmé. M. Devergie emploie d'abord les lotions avec le sublimé au quinze centième; il a aussi recours au nitrate d'argent qu'il n'emploie pas en crayon, à l'exemple d'Alibert, mais en solution au dixième, deux ou trois fois dans le cours de la maladie, lorsque l'état aigu est passé, qu'il n'y a plus de sécrétion, mais épaississement de la peau et squammes.

On pourrait confondre l'eczéma des grandes lèvres avec certaines altérations des follicules sébacés; mais dans le premier cas, la sécrétion est séreuse, tandis que dans le second elle est purulente.

L'eczéma des aisselles est entretenu par la sécrétion des follicules sébacés, et le contact et la chaleur des parties.

L'eczéma variqueux des jambes étant entretenu par les varices, est souvent rebelle, et après qu'on l'a guéri, il faut traiter celles-ci par la compression méthodique, au moyen de bas lacés ou avec des bandes roulées lorsqu'il y a œdème, ou enfin avec des bandelettes de diachylon lorsqu'il y a des ulcères.

D^r V.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Fissure à l'anus. Opération par le débridement. — Appréciation des différentes méthodes de traitement proposées contre cette affection.

Au n° 18 est couchée une femme jeune, d'une assez bonne constitution, n'ayant, à ce qu'elle dit, jamais eu de maladies graves. Elle éprouve depuis quelque temps des douleurs à l'anus. Ces douleurs sont souvent très vives; elles se font surtout ressentir lorsque la malade va à la garderobe; elle compare ces douleurs à celle que produirait le contact d'un fer rouge. Ces douleurs continuent à se faire sentir long-temps encore après la défécation.

Nous avons examiné cette femme, et nous n'avons pas eu de peine à reconnaître l'existence d'une fissure à l'anus. On remarquait à l'extrémité externe de cette fissure une petite tumeur semblable à une tumeur hémorrhoïdale. On trouve assez ordinairement de ces sortes de tumeurs dans le voisinage des

---

généralement plus chaudes, plus tuméfiées à cette époque. Le corps participe également à la tuméfaction, à l'état d'hypérémie, qui est même plus prononcé que dans les organes génitaux externes. Il augmente de volume et s'abaisse au point que son col est plus rapproché de la vulve. — Lorsqu'on examine le col au spéculum, il offre une couleur rouge qui tranche remarquablement avec la couleur normale, qui est pâle ou légèrement violette; on voit sourdre le sang à travers les lèvres. »

Symptômes généraux. Nombre de femmes observées, 334. Céphalalgie 136 fois, migraines 32, étourdissemens 24, phénomènes nerveux divers, sans chiffre. — Eréthisme, tuméfaction, gonflement et picotement des seins, 100 fois. — M. Brierre a eu l'idée d'ausculter le cœur et les carotides pendant la menstruation: sur 104 femmes soumises à cet examen, 76 n'ont rien offert d'anormal, 38 présentaient des anomalies souvent étrangères à l'écoulement menstruel; 14 avaient des battemens très précipités et très distincts. Le premier bruit était comme une forte ondée, un bruit de souffle, un claquement métallique; quatre fois le bruit de souffle se fit entendre dans les deux carotides ou dans l'une des deux. — Les désordres des voies digestives sont nombreux et très divers. Nausées et vomissemens 64 fois. — Lassitude et fatigue dans les jambes 80 fois. — Nous devons faire remarquer que dans cette énumération des symptômes nous ne reproduisons que ceux auxquels M. Brierre a pu fixer un chiffre, et que nous laissons de côté tous ceux que l'auteur a analysés avec beaucoup de soin, mais dont il n'a pu préciser la fréquence avec la même rigueur. Ce chapitre est, du reste parfaitement bien fait, et conduit aux conclusions suivantes: Sur 654 femmes, 496 ont éprouvé des symptômes locaux ou généraux, 360 ont eu des symptômes locaux seuls ou unis aux symptômes généraux, et 136 n'ont présenté que des symptômes généraux; chez 158 femmes, ou un peu plus du quart, la menstruation s'est faite sans douleurs, sans signes précurseurs.

Dans le chapitre sixième, M. Brierre cherche à déterminer quel est le nombre de jours de la période menstruelle. D'après des chiffres assez élevés pour que les résultats doivent inspirer confiance, il conclut: « Chez un grand nombre de femmes, la période menstruelle embrasse un espace de trente jours; les règles se montrent assez souvent d'une manière très régulière, jour pour jour, quantième pour quantième. Le plus ordinairement elles anticipent de plusieurs jours sur l'époque suivante, et dans ce cas il existe encore des différences très grandes entre les intervalles. — Dans des circonstances plus rares, mais cependant appréciables, les règles retardent de plusieurs jours; il est même des femmes chez lesquelles la menstruation n'arrive que toutes les six semaines, et quelquefois plus tard. — La lune n'a point l'influence qu'Aristote et que d'autres, depuis cet auteur, lui avaient attribuée, ce qui est prouvé par l'observation des femmes menstruées chaque jour du mois, et par le défaut de coïncidence entre les diverses phases de la lune et l'apparition des menstrues notée avec soin chez plusieurs femmes. — La séparation des femmes en deux grandes classes (opinion de Gall) dont les unes sont menstruées dans les huit premiers jours de la première quinzaine, et les autres dans les huit premiers jours de la deuxième quinzaine, est plus ingénieuse que vraie, car nos relevés démontrent que les règles apparaissent tous les jours, et qu'elles ne viennent point se ranger au bout d'un ou deux mois dans l'une de ces deux catégories, ainsi que le croyait le médecin allemand.

M. Brierre n'admet aucune des théories émises pour expliquer les causes des règles. Il les combat toutes par des faits concluans que nous regrettons d'être obligés de passer sous silence.

Les règles arrivent-elles plus souvent la nuit que le jour et *vice versâ?* D'après l'observation de 221 femmes, M. Brierre est arrivé à ces résultats; savoir: le retour de l'écoulement, qu'il avance, retarde, ou se montre à jour fixe, ne paraît pas changer d'une manière bien sensible l'instant du jour ou de la nuit auquel viennent les menstrues. — Le jour paraît être l'époque la plus favorable à l'apparition des règles, chez les femmes robustes, ou qui font beaucoup d'exercice; c'est du moins pendant cette période que nous avons constaté le plus grand nombre de menstruations dans cette classe. Ce résultat est évidemment dû à la marche, aux occupations, aux travaux, aux exercices, en un mot à l'activité la plus grande. La conclusion de ces faits est qu'une gymnastique bien ordonnée doit nécessairement faciliter l'arrivée des règles. — Chez les femmes délicates qui font peu d'exercice, chez celles qui sont aisément réglées, la fonction semble s'effectuer plus facilement la nuit; les menstrues qui apparaissent constamment la nuit, sont aussi fréquentes que celles qui se montrent constamment le jour. La recherche de l'époque du jour ou de la nuit à laquelle se fait l'écoulement sanguin, peut conduire à quelques indications thérapeutiques utiles, sous le rapport du moment où il convient d'administrer les remèdes dans le cas de maladies, de suppressions, ou lorsqu'il s'agit de hâter le retour des règles.

La durée et la force des règles occupent l'auteur dans le chapitre suivant. 562 femmes ont fourni les matériaux de ce chapitre; d'où il résulte que la durée ordinaire est comprise entre un jour et huit jours, et que les périodes qui renferment le plus de femmes menstruées sont celles de huit et de trois jours. Quant à la force, elle est généralement plus grande vers le milieu; mais il y a des exceptions nombreuses. Du reste, la durée et la force des règles peuvent être modifiées par l'habitation dans les grandes villes, par le séjour dans les hôpitaux, par le changement de lieu, par les influences du mariage, de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, enfin par la constitution et le tempérament, toutes circonstances étudiées avec beaucoup de soin par l'auteur et dont il tire des conséquences pleines d'intérêt.

Les qualités du sang menstruel, son origine, le but et l'hygiène de la menstruation sont le sujet d'autant de chapitres dont il nous est impossible de présenter l'analyse sans allonger outre-mesure cet article. Les recherches de l'auteur sur l'âge critique présentent surtout le plus haut intérêt pour le statisticien, le philosophe et le médecin-praticien. Celui-ci lira surtout avec fruit le chapitre dans lequel M. Brierre examine les rapports de la leucorrhée avec la menstruation et leurs influences réciproques.

Tous ces sujets importans de recherches sur lesquels M. Brierre a jeté la plus vive lumière, constituent la première partie de son ouvrage, la partie physiologique. La deuxième partie, intitulée pathologie de la menstruation, n'est ni moins importante, ni moins bien traitée: nous regrettons vivement de ne pouvoir qu'en indiquer les principaux traits. Cette partie est divisée en deux sections; dans la première l'auteur traite de l'influence en général des règles sur les maladies, des lésions de la menstruation, de l'influence de la première apparition et de la ménopause sur l'état pathologique, enfin de l'influence des règles sur la marche et la terminaison des affections morbides. Dans la deuxième il traite de l'influence en général des maladies sur les règles, et de celle des affections aiguës et chroniques sur cette fonction.

Nous signalerons, comme fort important, le chapitre consacré à l'aménorrhée, dans lequel M. Brierre a fait preuve d'une érudition fort riche, de très bon aloi, et d'un sens pratique extrêmement remarquable. Par la spécialité de ses études actuelles, M. Brierre a été naturellement entraîné à rechercher quelle était l'influence de l'aménorrhée sur la production de la folie, et, à l'encontre de quelques opinions modernes, il a prouvé que les désordres de la menstruation étaient, dans un certain nombre de cas, l'unique cause que l'on pût assigner à l'aliénation mentale.

On lira avec intérêt à l'article dysménorrhée les particularités observées par l'auteur chez les religieuses cloîtrées, et à l'article chlorose une discussion fort lucide sur la nature de cette affection et sur l'influence des altérations menstruelles sur sa production. Les influences de l'apparition des règles et de la ménopause sur les maladies ont fourni le sujet de chapitres fort importans où cette grave question a été traitée avec tout le soin convenable. Compulsant tous les faits observés par divers auteurs, et mettant à profit les résultats numériques publiés, M. Brierre a déterminé avec plus de rigueur qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, l'influence de la ménopause sur les affections cancéreuses de l'utérus, et la proportion de ces affections sur la mortalité des femmes à l'âge critique. Ce chapitre mérite la plus grande attention soit par les résultats pratiques qui en découlent, soit par les considérations d'hygiène publique auxquelles il peut donner lieu.

L'action des règles sur la marche et la terminaison des maladies

fissures. Celle-ci est creusée dans son centre par une gouttière qui se continue avec la fissure elle même. Lorsqu'on porte le doigt dans l'anus, on sent au toucher une espèce de cordon dur sur les bords de la fissure ; cette sorte de bourrelet est l'effet de l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux, qui prend cette apparence. Si l'on presse sur ce point l'on détermine, en général, une douleur très vive, ce qu'il faut avoir toujours présent à l'esprit dans l'examen de ces maladies ; car c'est un de leurs symptômes caractéristiques. On trouve aussi une constriction considérable du muscle sphyncter, constriction spasmodique qui contribue à rendre la défécation difficile, et fait que les matières s'accumulent dans le rectum. On peut même considérer ce spasme du sphyncter comme l'origine ou la cause première de la maladie ; car c'est à la suite de la constipation à laquelle ce spasme donne lieu, et de la difficulté que les matières stercorales durcies éprouvent au passage, que naissent ces excoriations de la muqueuse, et par suite les fissures. C'est, au moins suivant toute apparence, l'une des causes les plus ordinaires de cette maladie.

On trouve encore chez cette malade, au pourtour de l'anus, de petites ulcérations ; il ne nous paraît point impossible que ces ulcérations soient de nature syphilitique, et il se pourrait bien aussi que la fissure ne fût autre chose que le résultat de l'une de ces ulcérations qui se serait étendue. Quoi qu'il en soit, ce qui importe actuellement, c'est de faire cesser cet état spasmodique qui cause de si vives douleurs, et de rétablir les fonctions de la défécation dans leur état normal. Or, il faut, pour cela, obtenir la cicatrisation de cette fissure.

Quant aux ulcérations, si elles ne sont pas de nature syphilitique, elles guériront facilement après que l'on aura traité et guéri la fissure. Dans le cas contraire, il faudrait, après toutefois que la fissure aurait été guérie, combattre ces ulcérations à l'aide des moyens antisyphilitiques.

Puisque l'occasion s'en présente ici, je dirai qu'il y a des fissures réellement syphilitiques, quoique telle ne soit pas l'opinion de la plupart des praticiens, qui se rangent en cela de l'avis de Boyer. J'ai, pour soutenir mon opinion contre une autorité aussi imposante, des faits d'une valeur incontestable. Il est vrai de dire que le plus souvent les ulcérations syphilitiques de l'anus se développent en dehors du sphyncter ; mais cela n'empêche pas qu'elles puissent envahir la muqueuse du rectum et donner lieu à la fissure. On pourrait se demander si cette fissure est primitive ou bien consécutive à l'ulcération externe.

Nous avons déjà fait observer plus haut qu'il a pu y avoir dans l'origine une constipation opiniâtre, laquelle aurait, à la longue, fini par produire la constriction spasmodique du sphyncter, et que les matières fécales, endurcies par leur passage à travers l'anus ainsi rétréci, ont pu déchirer la muqueuse rectale et donner lieu à la fissure. Chacun sait d'ailleurs que la membrane musculeuse qui constitue le sphyncter est, pour ainsi dire, au service de la muqueuse, et l'on conçoit dès-lors facilement que lorsque les fibres musculaires sont spasmodiquement contractées, la muqueuse, qui en suit pour ainsi dire les mouvemens, devienne beaucoup plus facile à déchirer. Boyer, du reste, avait déjà dit que la constriction spasmodique du sphyncter était une maladie presque aussi grave que la fissure elle-même ; car elle donne lieu à un entassement des fèces qui peut devenir extrêmement douloureux.

Quelle que soit enfin l'origine véritable de cette fissure, comme la première chose est de la guérir, examinons ce qu'il convient le mieux de faire en pareil cas.

On a proposé une foule de moyens différens que nous allons passer en revue. En première ligne se trouvent les narcotiques. Dans cette maladie, en effet, il y a un élément nerveux qui domine plus ou moins, et qui est accusé par la douleur vive qu'éprouvent les malades. Les narcotiques ont été conseillés dans le but de calmer cet état d'orgasme nerveux, de relâcher les tissus spasmodiquement contractés, et de faciliter ainsi la cicatrisation de la fissure. A la vérité, en les employant pendant long-temps, on peut arriver quelquefois à la guérison même de la maladie ; mais malheureusement il arrive assez souvent que l'on se fait illusion sur la durée de la guérison. Alors que la cicatrice semble solide, il suffit du passage des matières fécales pour la déchirer.

J'ai vu assez souvent de pareils résultats pour avoir pu former mon opinion à l'égard de cette méthode. J'ai traité entre autres une personne par les onctions avec la pommade belladonisée ; j'en introduisais dans l'intérieur du sphyncter, et j'en enduisais tout le pourtour de l'anus ; la cicatrisation eut lieu, mais les premiers efforts de défécation rompirent la cicatrice. Je continuai le traitement ; le même accident se reproduisit, et ainsi de suite à plusieurs reprises. J'ai traité de la même manière un des professeurs les plus estimés de la Faculté. Pendant long-temps les narcotiques nous donnèrent des espérances ; mais après avoir plusieurs fois cru toucher à une guérison définitive, les douleurs reparaissaient avec une nouvelle violence, au point que, découragé par ces souffrances continuelles, et prenant l'existence en dégoût, ce professeur se détermina à se faire opérer. Je l'opérai et il guérit parfaitement. C'est d'après ces observations et l'expérience que j'ai acquise sur ce point, que j'ai renoncé à faire usage des narcotiques autrement que comme moyen palliatif, et dans le but seulement de diminuer les douleurs et de soulager les malades.

Quelques médecins, notamment M. Bretonneau à Tours, et M. Trousseau à Paris, ont proposé d'employer un mélange de substances narcotiques et astringentes. Parmi ces dernières, ils préconisent spécialement le ratanhia, qu'ils emploient sous plusieurs formes, soit en lavemens, en pommade ou en suppositoire. J'ai quelquefois eu recours à ce moyen, et je n'en ai pas obtenu plus de succès que par les narcotiques simples. Ces praticiens affirment cependant avoir eu des succès ; mais d'abord il faudrait voir si ces succès ont été durables ; en second lieu, s'il s'agissait bien réellement de fissures véritables ou bien de simples ulcérations, qui guérissent ordinairement avec une grande facilité.

Le seul moyen vraiment efficace et sûr, à notre avis, est le débridement du sphyncter, proposé par Boyer. Boyer dit, dans son ouvrage, qu'il a vu beaucoup de personnes souffrant depuis long-temps de ces fissures, plongées dans un état de malaise indéfinissable, et faisant très mal leurs fonctions, se trouver immédiatement soulagées et comme rappelées à une existence nouvelle par cette opération. La fonction de la défécation, outre son importance par elle-même, a une influence telle, surtout dans l'organisme, elle réagit même à tel point sur le moral, que lorsqu'elle est profondément troublée, ainsi qu'il arrive dans les cas de fissure, il en résulte un état de souffrance et de malaise indéfinissables. Sitôt que le débridement est opéré, cet état de souffrance cesse, et les malades, ainsi que le disait Boyer, renaissent en quelque sorte à une nouvelle existence. Ce débridement s'opère, ainsi que chacun sait, avec un bistouri boutonné introduit à plat dans l'anus, et au moyen d'une incision pratiquée profondément dans toute l'épaisseur du sphyncter et des parties sous-jacentes. Il n'est pas nécessaire de débrider sur le lieu même de la fissure ; car pourvu que le sphyncter soit complètement divisé dans un des points quelconque de sa circonférence, et que le relâchement de cet anneau musculeux ait lieu, la cicatrisation de la fissure s'opère ensuite d'elle-même.

On a conseillé, en dernier lieu, de pratiquer cette section sous la peau, en appliquant ici les principes de la myotomie sous cutanée. Nous avons essayé cette méthode deux ou trois fois, mais nous n'avons pas eu lieu d'en être satisfait. Outre la difficulté que présente l'exécution de cette opération, on n'est jamais sûr d'avoir complètement divisé toutes les fibres musculaires, et alors il faut y revenir à plusieurs fois et par tâtonnemens. J'ai dû plusieurs fois, après avoir voulu essayer d'opérer par cette méthode, y renoncer, voyant que les souffrances ne cessaient pas, et recourir au débridement ordinaire.

La malade dont il a été question au commencement de cet article, a été opérée dans la même séance par le procédé ordinaire. L'opération n'a rien présenté de particulier.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur la préparation et l'emploi thérapeutique de l'anthrakokali.

L'anthrakokali est un nouveau médicament dont l'usage a été proposé et recommandé, il y a deux ans environ, par M. le docteur Polya. On l'obtient de la manière suivante :

Pr. Carbonate de potasse, 180 grammes.
Eau bouillante, 2500

On fait dissoudre, puis on ajoute peu à peu, pour mettre la potasse à nu,

Chaux éteinte, *q. s.*

on filtre, on fait évaporer dans un vase de fer jusqu'à ce que le liquide présente une surface unie comme celle de l'huile, après quoi on ajoute, en agitant toujours,

Charbon de terre porphyrisé, 150 grammes.

Il ne s'agit plus ensuite que de retirer le vase du feu et de continuer de remuer la préparation avec un pilon, jusqu'à ce qu'elle soit convertie en une poudre noire homogène, qui doit être renfermée promptement dans des flacons préalablement chauffés et déposés dans un lieu sec.

Ainsi préparé, l'anthrakokali est dit *simple;* il se présente sous forme d'une poudre noire, attirant l'humidité de l air, et très soluble dans l'eau. Sa dissolution, préparée à froid, est d'un brun foncé ; traitée par un acide minéral, elle précipite des flocons noirs qui se réunissent peu à peu et se prennent en masse.

En mêlant à la quantité de charbon de terre indiquée dans les formules ci-dessus, quinze grammes (quatre gros) de soufre porphyrisé, et en opérant toujours comme il a été dit, on obtient l'anthrakokali *sulfuré*, qui offre tous les caractères du précédent à cette différence près, que sa solution aqueuse est d'un vert noirâtre.

M. Polya dit avoir employé avec un remarquable succès cette nouvelle préparation (dont la seconde est plus active que la première) contre les affections dartreuses, les scrofules, les rhumatismes chroniques, les tumeurs articulaires rhumatismales, les concrétions tophacées arthritiques et les hydarthroses.

Il en fait prendre, trois ou quatre fois par jour, à la dose de dix centigrammes (deux grains), en le mêlant avec vingt-cinq centigrammes (cinq grains) de poudre de réglisse ou de carbonate de magnésie. Parfois, en raison des indications diverses qui se présentent, il l'associe au calomel, au soufre doré d'antimoine, etc.

Plusieurs praticiens en ont tenté l'emploi chez nous, et parmi eux il faut citer en première ligne M. le docteur Gibert, qui, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, l'a prescrit contre certaines affections herpétiques. Mais, n'ayant pas obtenu de son administration à l'intérieur les résultats qu'il en attendait, ce médecin résolut de le prescrire sous forme de pommade, d'après la formule suivante :

Pr. Anthrakokali, 1 gramme.
Axonge, 30

M. f. s. a. une pommade parfaitement homogène.

On s'en sert pour pratiquer soir et matin des onctions sur les parties malades.

Les quatre-vingts individus qui furent les premiers soumis à l'action de ce traitement, éprouvèrent une amélioration manifeste, et plusieurs d'entre eux furent guéris.

L'action de la pommade d'anthrakokali a paru être résolutive, mais sans exciter autant que celle des pommades ammoniacales et iodurées.

Du fuligokali.

C'est une combinaison de suie et de potasse qui se prépare de la manière suivante :

---

aiguës et chroniques a été aussi étudiée par M. Brierre d'une manière complète et toujours en faisant ressortir les applications pratiques qui découlent do cette étuder

Enfin, dans un dernier chapitre, divisé, à cause de son importance, en deux parties, M. Brierre a recherché l'influence que les maladies peuvent avoir sur les règles à l'état aigu et à l'état chronique. Ses observations, au nombre de 85, lui ont fourni les résultats suivans : « Dans les inflammations cérébrales, les règles peuvent être arrêtées au début. Les pneumonies, les pleurésies, ont le même résultat. Dans la plupart des affections de la cavité abdominale, nous avons également observé la diminution des règles ou l'aménorrhée au début, ou bien encore le flux périodique ne paraissait pas à l'époque suivante. Dans quelques cas rares, la maladie régularise les règles. — Les fièvres éruptives suivent la loi commune, mais le trouble fonctionnel n'est pas cependant aussi fréquent que dans les inflammations cérébrales et thoraciques. L'élément ataxo-adynamique exerce une action marquée sur la menstruation, aussi les fièvres typhoïdes offrent-elles presque constamment des dérangemens de cette fonction. — Les règles sont modifiées par les fièvres intermittentes, le rhumatisme et les syphilides aiguës. — L'aménorrhée symptomatique complique la plupart des maladies chroniques. — Dans la phthisie pulmonaire, les hémoptysies affectent quelquefois l'époque des retours, et cette circonstance en a imposé pour des déviations. »

Malgré l'étendue de cet article, il ne nous a pas été possible de présenter un résumé de tous les faits intéressans et utiles que renferme cet ouvrage qui fait le plus grand honneur à M. Brierre de Boismont, et qui restera certainement dans la science comme une des meilleures monographies qui aient été publiées depuis long-temps. Sans doute, un grand nombre de résultats auxquels est arrivé l'auteur étaient déjà entrés dans la science et étaient généralement admis ; mais la méthode rigoureuse qu'il a employée à leur démonstration leur donne une sanction définitive, incontestable et vraiment scientifique. A l'époque sceptique et de démolition où nous vivons, il est utile que les bons observateurs élèvent de temps en temps à la science quelques fortifications d'où elle puisse à son tour faire feu sur cet esprit inquiet et désorganisateur qui remet tout en question et fait table rase du passé. Quand l'observation moderne, plus précise, moins renseignée, plus patiente et surtout mieux approvisionnée, confirme les résultats de l'observation ancienne, nous estimons que c'est là un progrès tout aussi réel qu'une découverte récente, car à une opinion elle substitue une croyance, un fait à une probabilité.

Il était d'ailleurs impossible qu'un travail de la nature de celui-ci n'amenât pas aussi des résultats nouveaux, des conséquences nouvelles et des applications plus rationnelles. Il en fournit en effet un large contingent et si l'auteur a réédifié sur des bases plus solides des vérités anciennes, il a fait crouler aussi d'anciennes erreurs pour leur substituer des vérités nouvelles.

Au résumé, c'est là un bel et grave ouvrage que le critique est heureux de rencontrer sur son chemin et qui le dédommage de tant de livres sans esprit et sans portée, dont il fait hélas ! sa pâture ordinaire.

X....

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Gibert* écrit qu'il a dans son service, à l'hôpital Saint-Louis, un malade affecté de pelagre. Il désirerait que l'Académie désignât un de ses membres pour examiner ce fait qui offre de l'intérêt par sa rareté.

M. le président désigne M. Emery pour procéder à cet examen et en rendre compte à l'Académie.

— *M. Rochoux* a la parole à l'occasion du procès-verbal. Dans la dernière séance, dit-il, j'ai montré qu'on trouve dans Epicure une définition très exacte de la sensibilité tactile et particulièrement de ce qu'on doit entendre par la solidité des corps. J'ajouterai aujourd'hui que je suis en mesure de prouver, si on le désire, que toute la théorie que nous a exposée M. Gerdy se trouve encore dans les écrits d'Epicure. Il est curieux de voir M. Gerdy faire de si larges emprunts, sans le citer, à un philosophe pour lequel il paraît montrer un si grand dédain.

— *M. le président* désigne MM. Husson, Honoré et Bousquet pour assister officiellement au nom de l'Académie à l'anniversaire de la mort d'Itard.

— *M. Bouvier* propose, au nom de la commission des élections, de porter à six le nombre des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. Il y a eu 14 demandes pour cette candidature. (Adopté.)

M. le président prévient MM. les candidats à cette place vacante qu'ils doivent adresser leurs titres à l'Académie sous le plus bref délai.

— *M. Gerdy* lit un travail ayant pour titre : « Du tact attentif ou du toucher » Etudiant la sensibilité dans toute l'échelle animale et dans certains végétaux, il s'attache à faire ressortir les différences qui existent entre le tact et le toucher. Le tact ne donne que des notions vagues, mais le toucher fournit des notions beaucoup plus complètes, beaucoup plus précises.

M. Virey signale quelques omissions faites par M. Gerdy sur la sensibilité propre à certains animaux.

M. Castel. M. Gerdy a eu raison de différencier le tact du toucher : mais chacun sait que les mêmes différences existent pour les autres sens. Ainsi, qui ignore que voir et regarder, entendre et écouter, sentir et flairer, sont des phénomènes fort distincts ? La volonté perfectionne le tact comme tous les autres sens. Chaque organe sensitif donne lieu à des sensations qui lui sont propres. Il y a une sensibilité générale, mais il n'y a pas plus de sensibilité tactile qu'il n'y a de sensibilité auditive.

M. Royer-Collard appuie les propositions émises par M. Castel, et les développe. Pour lui, le tact constitue une action passive, tandis que le toucher est actif. Revenant ensuite sur ce que M. Gerdy appelle la sensation tactile, il s'efforce de démontrer qu'il ne peut y avoir de sensation sans l'impression reçue, la transmission de cette impression et sa perception. Un seul de ces actes ne saurait constituer une sensation ; pour que celle-ci existe, il faut *nécessairement* le concours des trois phénomènes que je viens d'indiquer.

M. Rochoux. M. Royer-Collard vient de dire que le tact est une action passive ; or, c'est là une erreur qui ne peut plus avoir cours en philosophie, quoique Laromiguière se soit efforcé de démontrer qu'il existe des sensations passives. Quant aux sensations considérées d'une manière générale, il est évident qu'elles ne sont toutes que le résultat du toucher modifié suivant les organes des sens.

M. Gerdy répond à chacun de ses adversaires, et cherche à les convaincre qu'il a seul raison contre tous.

Nous avons cru devoir nous borner, dans l'exposé de cette discussion, à mentionner les principales idées qui ont été émises. On comprend que de pareilles questions sont à peu près inépuisables ; et il est facile de deviner tous les développemens qu'on peut donner à une semblable discussion.

— *M. Laugier* présente à l'Académie deux hommes qu'il a guéris de deux anévrismes poplités par la ligature de l'artère fémorale. Ces deux anévrismes étaient spontanés et dataient, l'un de vingt-deux jours, l'autre de vingt-cinq jours. M. Laugier se demande si ces deux faits n'autoriseraient pas à conclure que l'opération présente d'autant plus de chances de succès qu'on la pratique à une période plus récente du mal.

Il est cinq heures, la séance est levée.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Trente-septième séance. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui mercredi, 29, M. Huguier a soutenu sa thèse.

Vendredi prochain, 1er juillet, M. Malgaigne sera argumenté par MM. Thierry, Boyer, Chassaignac et Robert.

Pr. Potasse caustique, 20 grammes.
Suie brillante pulvérisée, 100 id.
Eau distillée, Q. S.

Faites bouillir pendant une heure, laissez refroidir, étendez d'eau pour que la filtration se fasse mieux, filtrez, évaporez, desséchez pour obtenir le fuligokali en écailles ou en poudre, et renfermez dans des flacons secs et chauds.

Pour le fuligokali sulfuré, on prend :

Fuligokali, 60 grammes.
Potasse caustique, 14 id.
Soufre, 4 id.

Chauffez le soufre et la potasse avec un peu d'eau ; après la dissolution du soufre, ajoutez le fuligo ; évaporez, desséchez et renfermez dans des flacons secs et chauds.

Le fuligokali a été employé par M. Gibert sur des malades de l'hôpital Saint-Louis, à l'extérieur et à l'intérieur. Il fait composer avec 30 grammes d'axonge et 1 à 2 de fuligokali, une pommade à laquelle il a reconnu des propriétés résolutives, détersives et légèrement stimulantes.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Poudre ferrugineuse de Meazer.

1° Pr. Sulfate de fer cristallisé, 2 grammes.
Sucre blanc, 6 id.

On pulvérise séparément chaque substance, puis on les mêle bien intimement, et on divise le mélange en douze paquets égaux, que l'on désigne par le n° 1.

2° Pr. Bicarbonate de soude, 2 grammes.
Sucre blanc, 6 id.

On prépare une nouvelle poudre, comme on l'a fait pour la première, et on la divise également en douze prises, que l'on désigne par le n° 2.

Pour l'administration, on divise séparément dans quelques cuillerées d'eau pure ou sucrée, un paquet n° 1 et un paquet n° 2, et on les fait prendre immédiatement.

Il est probable, qu'en raison de la grande siccité de l'une et de l'autre poudre, on pourrait les réunir sans aucun inconvénient. Alors on n'aurait qu'à envelopper le mélange dans un morceau de pain azyme légèrement humecté d'eau, et l'ingestion en deviendrait plus facile. Quant à la réaction, elle s'opérerait dans l'estomac même, et il y aurait avantage réel pour le degré de certitude de la médication.

Essence de douce-amère.

Pr. Tiges de douce-amère coupées et fendues, 2000 grammes.
Eau bouillante, Q. S.

Faites infuser pendant douze heures, puis passez avec forte expression, et réitérez le même traitement à deux reprises, avec une nouvelle quantité d'eau, et en en prolongeant chaque fois le contact pendant un temps égal au premier. Alors, réunissez les trois infusions et faites-les évaporer à la vapeur pour obtenir :

Liqueur concentrée, 1800 grammes.

Ajoutez :

Alcool à 88 degrés centésimaux, 200 id.
Essence de calamus aromaticus, 3 gouttes.

Mêlez et filtrez.

Cette préparation dont la formule est due à M. Deschamps, peut être substituée à toutes les autres formes médicamenteuses sous lesquelles ont est dans l'habitude de prescrire cette plante, car son emploi est des plus commode, et le praticien sait toujours en l'administrant quelle est la quantité bien précise de substance qu'il fait prendre, ce qui ne peut exister avec les autres préparations de douce amère, la décoction, par exemple, parce que les tiges ne sont jamais épuisées régulièrement de tous les principes soluble qu'elles contiennent, dans la préparation ordinaire des tisanes.

FAITS DIVERS.

Cas remarquable d'introduction d'un corps étranger dans le rectum; par M. le docteur Zoellner, d'Aub.

Un homme d'une cinquantaine d'années, habitué à faire des excès de boisson, fut, pendant le cours d'une épidémie de dysenterie, affecté d'une diarrhée très fréquente et très abondante. Fatigué de la nécessité de se lever huit ou dix fois chaque nuit, il imagina de s'introduire, avant de se mettre au lit, un bouchon de liége dans l'anus. Ce moyen n'ayant pas eu tout le succès qu'il en espérait, car le bouchon s'échappait toutes les fois que le besoin d'évacuer se faisait sentir, il eut recours à un bondon de tonneau qu'il fit pénétrer avec beaucoup de difficulté, après l'avoir préalablement enduit d'une épaisse couche de graisse. Cette fois la réussite fut complète, et les évacuations furent supprimées à la grande satisfaction du malade ; mais au bout de quelques jours, le bouchon détermina de la cuisson et de la douleur. Dès lors, il tenta de l'extraire ; mais il ne put y parvenir.

Après être resté huit jours dans cet état, il fut enfin forcé de réclamer les secours de l'art, et ce fut alors qu'il s'adressa à M. Zoellner. Ce praticien, à sa première visite, le trouva dans l'état suivant : il avait beaucoup de fièvre, et sa figure exprimait une vive anxiété ; la poitrine ne se dilatait qu'avec peine ; il y avait quelques envies de vomir ; l'abdomen était excessivement ballonné et très douloureux. Le doigt porté dans le rectum pouvait à peine atteindre l'extrémité inférieure du bondon, tant celui-ci se trouvait profondément situé. Le rectum était brûlant et fortement rétréci, de sorte que le corps étranger était enclavé dans les parties molles qui le recouvraient.

Voici le procédé que M. Zoellner mit en pratique pour extraire ce corps : il se servit d'une pince à polype à branches allongées. Il fit prendre au malade une position penchée en avant, chercha à saisir le bondon avec l'instrument, et, après plusieurs tentatives infructueuses, il y parvint ; alors, en le faisant lentement tourner sur lui-même, on put l'amener à l'orifice, et enfin le retirer tout à fait. On vit avec étonnement que ce corps étranger, en bois de chêne très dur, avait onze à douze centimètres (quatre pouces) de longueur sur quatre centimètres environ (un pouce et demi) de diamètre.

L'injection de quelques lavemens détermina une évacuation copieuse, non diarrhéique, mais consistant en matière pultacée. La fièvre et les anxiétés disparurent promptement ; l'abdomen perdit de sa sensibilité et devint plus souple. La pression exercée par le bondon sur les parois intestinales pendant le travail de l'extraction, avait occasionné une légère hémorrhagie; mais cet accident n'eut pas de suites. Le malade se plaignit aussi de ressentir une vive cuisson dans le rectum ; ce symptôme céda à l'usage d'embrocations huileuses sur les surfaces douloureuses. A l'intérieur, on fit prendre une boisson émulsive. Cinq jours plus tard, le rétablissement était complet.

(*Medicinisches Correspondenz-Blatt bayerischer Aerzte*, 1841.)

Dans la note que M. E. Bertherand nous a communiquée au sujet d'un *cyclotome crânien*, nous avions cru suffisant de nous en tenir à la description de ce dernier, en négligeant la partie du travail où sont énumérés les instrumens proposés jusqu'ici. Cependant M. Bertherand ayant réclamé de nous l'insertion du reste de sa lettre, parce qu'elle indique qu'il n'a sérieusement cherché des modifications à apporter aux *crâniotomes* que lorsque l'attention a été appelée sur eux par un de ses collègues qui s'en occupait depuis long-temps et s'en occupe encore, nous extrayons de sa note les lignes suivantes :

Après avoir examiné les instrumens divers proposés jusqu'ici, tels que 1° la *scie ordinaire, droite*, 2° le *marteau*, 3° la *hachette anatomique*, il décrit ainsi l'instrument de M. Bonnal :

4° M. le docteur Bonnal, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a imaginé au commencement de cette année un *crâniotome*, dont voici l'esquisse en quelques mots. Il se compose : 1° d'une lame en acier que trois vis fixent autour du crâne ; 2° d'un demi-cercle perpendiculaire à la lame précédente, et dont les extrémités prennent point d'appui sur les parois latérales du crâne ; 3° enfin d'une tige qui traverse le milieu de ce demi-cercle, et supporte à sa partie supérieure un mécanisme de rotation, à sa partie inférieure une scie qu'un ressort tient constamment appliquée au crâne pendant la marche de l'instrument sur toutes les parties du crâne

5° La *scie à chaînette*. Après cette invention, un chirurgien militaire a eu l'idée d'appliquer à la section des parois crâniennes, le jeu de la scie à chaînette.

C'est à l'expérience maintenant, dit M. Bertherand, à prouver ce que l'on doit attendre de ces deux derniers instrumens. Les choses en étaient à ce point, lorsque j'ai communiqué mes observations à M. Blanc, coutelier.

Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. — Programme des prix proposés pour le concours de 1843.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 2 mai 1842, a mis au concours les questions suivantes :

I. « Déterminer, d'après l'état actuel des sciences physiques, l'influence de la période diurne et de la période nocturne sur les maladies, en insistant particulièrement sur les influences électriques et magnétiques. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois cents francs.

II. « Décrire les symptômes du rhumatisme ; dire quelle analogie il y a avec la goutte et en établir le diagnostic différentiel ; démontrer son influence sur les affections des parties principales du système circulatoire sanguin et sur la production des divers vices organiques ; préciser sa nature, signaler ses causes prédisposantes et occasionnelles, et indiquer son traitement prophylactique et curatif, en discutant judicieusement la valeur des moyens thérapeutiques conseillés jusqu'à ce jour pour combattre cette maladie. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois cents francs.

La Société décernera en outre une médaille de la valeur d'au moins cent francs au meilleur mémoire qui lui parviendra sur une question quelconque, au choix des concurrents, pourvu qu'elle se rattache aux sciences médicales ou naturelles.

— Les membres titulaires et les membres honoraires sont seuls exclus du concours.

Les mémoires en réponse aux questions proposées devront être écrits lisiblement en langue française ou latine et remis (francs de port) avant le 1er juillet 1843, et dans les formes usitées, à M. J.-R. Marinus, secrétaire de la Société, rue de l'Infirmerie, n° 3, à Bruxelles.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 2 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 79. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Observation de péricardite. — De la péricardite en général.

Au n° 14 de la salle des hommes est couché un malade âgé de vingt-sept ans, garçon boulanger, d'une assez bonne constitution et d'une bonne santé habituelle. Il est à l'hôpital depuis huit jours. Quelques jours auparavant il était plongé dans un tel état de faiblesse, qu'il se vit forcé de suspendre ses travaux. Le jour de son entrée, il accusait une douleur fixe dans le périoine, qu'il disait n'avoir ressentie que la veille pour la première fois ; cette douleur est accompagnée de battemens de cœur ; la face est en même temps pâle et décolorée. (Mais il faut tenir compte ici de la profession, et l'on sait que cet aspect de la face est pour ainsi dire normal chez les boulangers, comme chez presque tous les gens qui, outre les fatigues d'un métier pénible, sont obligés de faire de la nuit le jour.) En interrogeant ce malade sur ses antécédens, nous avons appris qu'il a souffert, il y a sept ans, dans plusieurs jointures ; que depuis cette époque il a été sujet à des douleurs articulaires, sans pour cela qu'il ait été obligé de s'aliter, ni de cesser ses occupations. Il a remarqué que depuis l'origine de cette affection sa respiration est devenue moins libre. Les fonctions générales ne présentent rien de bien important : seulement, la langue est un peu sale, l'appétit diminué et la soif assez vive. Ce signe doit fixer notre attention, car on le retrouve presque constamment, d'après M. Rostan, dans la maladie dont il s'agit. La peau est chaude, le pouls fréquent et surtout très résistant, ce qui semble contraster avec la pâleur de la face. Les fonctions intellectuelles sont normales.

Si maintenant nous passons à l'examen local, voici ce que l'on trouve : la percussion donne à la région précordiale un son mat qui s'étend en longueur depuis la moitié gauche du sternum jusqu'aux attaches du grand pectoral du même côté. Ce muscle, très développé chez ce sujet comme chez tous les gens de sa profession, est par cela même très propre à servir de point de limite ; la matité s'étend en hauteur depuis la cinquième côte jusqu'aux côtes flottantes. Il y a en même temps une voussure de la poitrine facilement appréciable à la vue.

L'auscultation révéla vers le bord libre du grand pectoral gauche l'existence d'un bruit de frottement des plus intense et des plus sonore, se faisant entendre dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Le lendemain ce bruit était remplacé par un craquement ou bruit de cuir neuf, qui n'a pas persisté audelà du troisième jour ; puis le frottement a reparu de nouveau.

On entend encore chez ce malade un bruit de souffle coïncidant avec la diastole ventriculaire ; de sorte qu'il y a tout lieu de croire qu'à une altération des valvules sygmoïdes est venue se joindre une maladie aiguë, une péricardite et peut-être en même temps une endocardite.

Un traitement antiphlogistique énergique a été mis en usage dès les premiers jours ; mais par suite d'une erreur inconcevable de la part de la surveillante et de l'élève qui écrit les prescriptions, ce malade, ayant été changé de lit, a mangé jusqu'à ce jour une portion qui était destinée à un autre, en même temps qu'il subissait jusqu'à trois saignées dans les 24 heures ; enfin, ce matin, M. Rostan étonné de voir la maladie ne faire aucun progrès vers le mieux et en cherchant la cause, a découvert cette erreur, sans laquelle le malade serait peut-être déjà guéri, tandis qu'il est à peu près dans le même état, sauf une plus grande faiblesse résultant du traitement, et qui oblige aujourd'hui à s'en tenir à l'expectation et à une révulsion légère au moyen de vésicatoires.

De la péricardite en général. — Ce n'est que dans ces dernières années que cette maladie a été bien étudiée dans ses symptômes et dans ses lésions ; et cependant nous verrons quels progrès il reste à faire dans son étude, puisque M. Louis a prouvé qu'elle passe le plus souvent inaperçue pendant la vie, et que très fréquemment on trouve dans les autopsies des adhérences, des fausses membranes, des taches blanchâtres, des épaississemens de la séreuse et autres lésions qui accusent l'existence plus ou moins reculée de la péricardite. Il faut donc peu nous étonner qu'à une époque moins avancée de la science Bayle ait déclaré à peu près impossible le diagnostic de cette maladie, et que Corvisart ait considéré le diagnostic comme difficile et très obscur, et le pronostic comme presque toujours funeste.

Dans l'immense majorité des cas, il n'y a pas de douleur précordiale, et comme autrefois on négligeait beaucoup l'étude des signes physiques fournis par l'état du cœur, on rapportait les symptômes généraux aigus à la classe des fièvres. Ainsi où les uns voyaient une fièvre inflammatoire, d'autres plus tard poursuivaient une fièvre typhoïde, ou commettaient toute autre erreur non moins grossière. Mais en examinant le cœur on trouve qu'il est dès le début le siége de battemens insolites quelquefois accompagnés de douleurs locales. Le pouls est fréquent, irrégulier, d'une résistance remarquable ; l'état général et habituel celui de toutes les phlegmasies aiguës viscérales, et cependant on ne trouve rien dans la plèvre ni dans les poumons. Ces phénomènes fonctionnels suffiraient à la rigueur pour établir de suite le diagnostic d'une affection du cœur ; mais à une époque plus avancée de la maladie l'auscultation et la percussion donnent de nouveaux signes directs, tels que la matité, le bruit de craquement et de frottement ; plus tard enfin viendront se joindre à ce signe des phénomènes consécutifs tels que l'effacement des espaces intercostaux et la voussure de la région précordiale. Il ne sera plus possible alors de méconnaître la maladie ainsi isolée et revêtue de tout l'ensemble de ses caractères. Mais la maladie se présente rarement dans cet état de simplicité ; le plus souvent la péricardite coïncide avec la pleurésie ou avec la pneumonie ; quelquefois il n'y a pas de douleur et on n'entend pas le bruit de craquement qui ne se produit d'ailleurs qu'assez rarement. Les bruits de frottement manquent souvent aussi, de sorte que le diagnostic peut réellement offrir parfois une assez grande obscurité.

Quant au pronostic, nous avons rapporté sans commentaires celui de Corvisart. C'est le moment de dire qu'il est infiniment exagéré, et qu'on doit, au contraire, considérer aujourd'hui la péricardite comme une maladie peu grave, puisque la guérison est le cas le plus fréquent. Ce qui légitime encore notre pronostic, c'est, ainsi que nous l'avons déjà dit, la guérison spontanée de cette affection, alors que par l'absence de symptômes pendant la vie, elle était restée méconnue et qu'on n'avait par conséquent dirigé contre elle aucun traitement ; à tel point que la maladie n'est reconnue dans ces cas qu'à l'autopsie par les altérations matérielles qu'elle a laissé subsister.

Autopsie d'une femme morte des suites d'un cancer utérin et chez laquelle on a trouvé, outre la lésion utérine, une altération des reins sans analogue jusqu'à présent dans la science.

Au commencement de la séance M. Rostan a montré une pièce pathologique fort extraordinaire et qu'il estime être la première de cette espèce. Une femme a succombé dans le service à la suite d'un cancer utérin. M. Vigla, chef de clinique, en faisant l'autopsie, reconnut que les uretères étaient fort dilatés, surtout celui du côté droit, côté correspondant au siége du cancer utérin. L'uretère, à son origine, semblait sortir d'une énorme poche formée par le bassinet et les calices. Une incision donna issue à une grande quantité de liquide séro-sanguinolent sur lequel malheureusement on ne porta pas davantage l'attention. Mais après que la poche fut vidée, on chercha long-temps en vain le rein, qu'on sentit enfin être contenu dans cette poche elle-même. L'insision ayant été agrandie, on en fit sortir cet organe qui présentait son volume normal et qui n'offrait qu'une légère altération de texture dans la substance tubuleuse. La surface du rein, ou la substance corticale était pâle, dépolie et finement granulée. Si l'on cherchait à soulever avec une pince ou la pointe du scalpel la membrane propre, on n'enlevait que la substance même du rein ; cette membrane n'existait plus, ou plutôt c'était elle qui constituoit cette sorte de coque fibreuse qui contenait le liquide séro-sanguinolent dans lequel le rein était plongé. Cette membrane présentait à sa face interne des taches noirâtres, des débris de caillots organisés. Il y a donc tout lieu de croire que cette membrane a été peu à peu détachée du rein par une exsudation sanguine ou une hémorrhagie dont la résorption n'a plus laissé que le liquide séro-sanguinolent dont l'examen n'a pu être fait avec une attention suffisante, faute d'avoir été recueilli.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

LEÇON SUR LES KYSTES DES PAUPIÈRES ET LE CANCER DES TESTICULES.

Kystes des paupières. Considérations sur leur traitement.

Avant de vous entretenir du sarcocèle qui fera le sujet principal de cette leçon, je vous dirai quelques mots sur un homme que je vais opérer immédiatement et qui porte plusieurs petites tumeurs à la paupière. Ces tumeurs sont au nombre de trois, deux qu'on ne distingue pas tout d'abord, parce qu'elles sont masquées par la troisième qui est plus volumineuse. Cette dernière est évidemment un kyste rempli de matière liquide ou semi-liquide. Quant aux deux autres, la nature de leur contenu ne peut se diagnostiquer aussi clairement, attendu leur petitesse et l'épaisseur de leurs parois; pourtant, par analogie, on ne peut les supposer remplies d'autre chose que d'une matière liquide ou demi-concrète.

Ces sortes de tumeurs ne sont pas difficiles à guérir par la chirurgie ; mais on peut dire que leur cure par divers traitemens et sans opération est un fait extrêmement rare, dont on a quelques exemples pourtant. Quelquefois même, les personnes affectées de ces kystes les voient disparaître sans traitement et sans opération. Tantôt cela tient à une constitution particulière de l'individu : ainsi, un jeune sujet guérit de cette affection à l'époque de la puberté ; cela peut être encore le résultat d'une maladie intercurrente, ainsi que le prouve l'exemple d'une dame habitant la province, qui portait trois de ces tumeurs à la paupière, et à laquelle j'avais fixé l'époque de l'opération. Cette dame ne vint me trouver que quelques mois plus tard, et elle m'apprit qu'ayant eu une fluxion de poitrine, les tumeurs avaient disparu. Enfin, quelques-uns de ces kystes guérissent aussi par ou pendant le traitement au moyen des pommades résolutives ; mais c'est à peine si l'on peut compter un succès sur cent avec cette méthode, et encore est-elle tout à fait impuissante quand les tumeurs ont atteint un développement un peu considérable. L'emploi des moyens chirurgicaux, au contraire, les guérit toujours ou presque toujours, et cela sans grande douleur, sans danger.

Deux procédés existent pour la guérison de ces tumeurs, l'extirpation et l'incision, ou la fente de la tumeur elle-même. L'extirpation, conseillée par la plupart des chirurgiens, me paraît une opération minutieuse : il faut disséquer avec soin, et, quelque précaution qu'on prenne, si l'on a affaire à un kyste, il se peut qu'on l'ouvre ; on est alors forcé de l'exciser, et si l'on ne cautérise pas exactement, on s'expose à la récidive. Si la tumeur est concrète, l'opération est beaucoup moins délicate. Mais quand il s'agit d'un kyste, je pense que l'incision doit être préférée ; elle est moins douloureuse et d'un succès tout aussi sûr. Quelques personnes, pour pratiquer cette opération, tendent la tumeur avec les doigts ; d'autres placent le manche d'un élévateur entre l'œil et la paupière. Pour moi, je me sers tout simplement de deux pinces ; l'une est tenue par un aide, et je tiens l'autre de telle façon que la paupière se trouve tendue et en même temps écartée du globe de l'œil : j'incise, j'expulse la matière, et je badigeonne la cavité avec le nitrate d'argent.

Il va sans dire qu'il y a une petite inflammation consécutive, que la paupière se gonfle ; mais bientôt il se forme une croûte qui se détache à la manière d'une eschare, et au bout de huit jours la guérison arrive. Un linge imbibé d'eau de saturne, d'eau fraîche ou d'eau salée est, en général, le seul pansement à employer après l'opération.

Je dois dire que, par l'extirpation, la guérison est plus

prompte ; on place sur le lieu une mouche de taffetas, et tout est terminé.

Après ces considérations, l'opération a été pratiquée : M. Velpeau incise d'abord la tumeur placée vers l'angle interne, puis la grosse, puis la plus petite, et cautérise le fond de chaque plaie.

Cancer des testicules. Des procédés divers d'opération.

J'ai à parler maintenant d'un homme couché au nº 25 de la salle Sainte-Vierge, et que je vais opérer tout à l'heure. Cet homme a une trentaine d'années ; il est d'une bonne constitution, d'une santé habituellement excellente ; il affirme n'avoir jamais eu la syphilis. Il y a dix-huit mois environ, il s'aperçut d'un gonflement dans le côté droit du scrotum ; comme il n'avait reçu aucun coup et qu'il ne savait à quelle cause attribuer ce qui lui arrivait, il n'y fit pas d'abord grande attention ; pourtant il consulta le chirurgien du pays, qui fit appliquer des résolutifs. Il y a six ou huit mois, la tumeur ayant un peu augmenté, ce malade consulta M. Bourgeois d'Etampes. Ce chirurgien trouva du liquide épanché ; mais sentant, en outre, une tumeur du testicule, il craignit un hydro-sarcocèle. La ponction et l'injection furent pratiquées ; on en obtint les résultats ordinaires. Mais le malade assure que, depuis, la tumeur augmenta de volume : des résolutifs furent encore prescrits sans aucun résultat. Ce malade me fut adressé par M. Bourgeois. Il vint d'abord pour me consulter seulement, puis s'en retourna ; mais arrivé à Arpajon, je ne sais quelle idée le reprit, il revint et me demanda à entrer à l'hôpital.

Voici ce que j'observai : La tumeur porte sur le testicule droit, elle a le volume du poing, elle présente des bosselures arrondies et une dureté presque ligneuse ; la peau qui la recouvre est mobile et naturelle. Cette tumeur comprend à la fois le testicule, l'épididyme et le canal déférent ; on n'y reconnaît aucune apparence de fluctuation ; elle est lourde et le siége d'élancemens. Le malade est obligé de se courber pour marcher, et au lit même il y a des douleurs lancinantes. Un prolongement de cette tumeur remonte jusqu'à l'anneau inguinal ; du reste, il est des individus chez lesquels les cordons étant très courts, ces tumeurs ne sont pas encore très développées, que déjà elles semblent tendre à passer dans le ventre. Cet individu me paraît être dans ce cas, et que l'on ne pense pas que cette remarque soit sans importance ; car cette condition devra modifier le procédé opératoire. Cet homme ne m'a présenté rien de particulier d'ailleurs, ni dans la fosse iliaque, ni dans le flanc, ni dans le voisinage de la colonne vertébrale ; il n'a non plus aucune trace d'affections viscérales du côté de la poitrine, du ventre, et encore moins du cerveau. L'état général semble satisfaisant. Pourtant, bien qu'aucun organe ne présente de symptômes de maladie, il faut noter avec soin cette teinte jaunâtre de la peau qui se rapproche de la couleur particulière aux sujets chez lesquels s'est développée la cachexie cancéreuse. Est-ce là son état normal ? Je l'ignore ; dans le cas contraire, certes, cela peut inspirer des craintes.

La nature du mal, dans ce cas, n'est donc pas douteuse. Récapitulant ces symptômes, nous arrivons à cette conséquence, que nous n'avons pas affaire à un engorgement par cause externe, ni à un engorgement syphilitique, ni à un testicule tuberculeux dont les symptômes ont une toute autre marche. C'est donc là un testicule cancéreux ; mais de quelle espèce ?

Il n'est pas rare, contrairement à ce qu'on observe dans divers autres cancers, de trouver le cancer des testicules formé à la fois par tous les tissus encéphaloïde, colloïde, mélanique, squirrheux ; pourtant je ne pense pas qu'il en soit ainsi chez cet homme : je présume qu'ici ce qui domine c'est l'élément colloïde à l'état de crudité. Il y a encore un grand vague sur tous ces tissus et de nombreuses dissidences entre les anatomo-pathologistes.

Pour quelques-uns, le tissu colloïde n'est qu'un degré de l'encéphaloïde ; pour d'autres, le tissu colloïde est un tissu primitif qui, à l'état de crudité, ressemble à la substance du navet, pour passer plus tard à l'état qui lui a fait donner son nom. Pour moi, le tissu colloïde diffère de l'encéphaloïde. Quoi qu'il en soit, c'est cette espèce que je m'attends à trouver chez cet homme.

Les recherches sur la nature de ce cancer ne sont point oiseuses, comme on pourrait le croire ; elles sont de la plus haute importance pour poser le pronostic. En effet, que ce soit ici un état tuberculeux, il ne se reproduira pas, toutes les chances sont en faveur de l'opération ; que nous ayons affaire à un cancer mélanique, variété rare et dont je ne connais qu'un ou deux exemples, il y a quelquefois récidive ; que ce soit un cancer squirrheux, il se reproduit assez rarement ; avec l'encéphaloïde, au contraire, il y aura souvent récidive, et il en sera de même si le cancer opéré présente la variété colloïde. Que devons-nous conclure ? Que, puisque nous avons ici un cancer de ces deux dernières espèces, la récidive est à craindre. Cependant, comme il n'y a pas au monde de remèdes à opposer à ces tumeurs, autres que le caustique ou l'instrument ; qu'il est constant pour moi, que ceux qui prétendent en avoir guéri se sont mépris ; comme, d'un autre côté, plus la maladie est ancienne et plus il y a de chances de récidive, je dis qu'il faut opérer le plus tôt possible, c'est-à-dire dès qu'on est certain de la nature du mal, et ne pas imiter la conduite de ces praticiens, qui temporisent et ne se décident que quand il n'est plus temps. Il n'est pas de guérison possible sans l'ablation ; la chance de la récidive existe, il est vrai, mais elle n'est pas inévitable ; si le retour du mal était constant, on ne devrait pas opérer.

Je ne puis établir de proportion exacte entre las cas où cette récidive a eu lieu et ceux où la maladie ne s'est pas reproduite, parce qu'on ne sait pas, la plupart du temps, ce que deviennent les malades ; mais j'ai plusieurs cas dans lesquels la maladie n'a pas reparu, et j'ai rencontré, il y a quelque temps encore, un homme que j'ai opéré il y a une quinzaine d'années, et dont la santé est excellente.

D'un côté donc, il y a l'opération avec la chance de récidive ; mais de l'autre côté il y a la mort. On ne peut pas choisir.

Quant à ce qui touche à la manière de procéder à l'ablation de la tumeur, l'opération du sarcocèle ou la castration fut exécutée dès la plus haute antiquité, et dans toute autre intention. On sait que Sémiramis faisait enlever les testicules à tous les garçons qui ne promettaient pas de devenir forts et vigoureux ; qu'en Orient on avait besoin d'eunuques pour garder les femmes, etc.

Soit que le testicule ait été écrasé et désorganisé, soit que sa désorganisation ait été produite par la suppuration dans une hernie, soit enfin que l'organe ait été envahi par un cancer, la castration est l'opération qu'on doit pratiquer ; mais il faut dire que c'est presque toujours par ce dernier cas qu'elle est sollicitée.

La dégénérescence de l'épididyme, qui reste quelquefois plusieurs années à guérir, et donne lieu à des fistules, à des abcès, arrive pourtant presque toujours à la guérison sans opération ; mais les cancers mélaniques, encéphaloïdes, colloïdes ou squirrheux nécessitent la castration.

Si les enveloppes du testicule sont saines, on peut, sans inconvénient, choisir le procédé par lequel on opérera. Dans le cas contraire, il faudra diriger ses incisions selon le sens le plus convenable pour emporter les parties atteintes.

On peut, dans le premier cas, faire embrasser le cordon par un aide, refouler les tégumens, et, d'un seul coup, enlever la peau et la tumeur, puis lier le cordon. Ce procédé, qui vient de l'hippiatrique, a pour seul avantage la rapidité de son exécution. Mais il s'en faut qu'il joigne à cette qualité la sûreté convenable ; en effet, le cordon peut échapper et forcer à inciser pour en faire la ligature.

On peut encore embrasser la tumeur à pleine main, distendre les tégumens, inciser sur la convexité, isoler le cordon et enlever la tumeur. Ici il y a deux nuances. Quand on ne craint pas de laisser trop de peau, on incise simplement, mais quand la tumeur est volumineuse on fait deux incisions elliptiques ; d'autres font un pli aux tégumens ; ils le coupent en travers, prolongent l'incision, saisissent la tumeur, la dissèquent, l'isolent et l'enlèvent.

Il y a un temps difficile de l'opération, et sur lequel on n'est pas d'accord. D'abord, il faut dire que l'isolement du cordon est plus ou moins aisé, selon que la maladie remonte plus ou moins haut. Des chirurgiens ont dit que quand la tumeur pénétrait dans le canal inguinal il ne fallait pas opérer, parce qu'il faudrait, dans ce cas, aller jusqu'à l'orifice postérieur du canal inguinal, et que d'ailleurs on avait trop alors à craindre la récidive.

Cette assertion me paraît peu rationnelle ; en effet, le principal est de tout enlever, dût-on aller jusque dans le ventre ; d'ailleurs, il n'est pas là d'organes essentiels ; l'épigastrique et la circonflexe sont trop éloignées ; la tégumentaire est de peu d'importance. Quelles lésions redoute-t-on donc ?

Ledran a pratiqué une fois cette opération ; M. Nœgelé deux fois ; il a même ouvert une fois le péritoine, et le malade a guéri. Je l'ai pratiquée déjà quatre fois : deux fois à la Pitié ; les deux malades ont guéri, mais chez l'un il y a eu récidive ; deux fois à la Charité ; les deux malades ont guéri ; j'ignore s'il y a eu récidive, mais je puis dire que dans les cas où j'ai été forcé d'inciser le canal inguinal, je n'ai pas trouvé que l'opération fût beaucoup plus grave.

Revenons au point en discussion dont j'ai parlé. Il s'agit de la manière de lier le cordon. Quand il est isolé, les chirurgiens français, à l'exemple de Bichat, veulent qu'on le lie isolément, d'autres qu'on le lie à mesure qu'on le divise ; quelques-uns qu'on le traverse d'un lien avant d'enlever le testicule ; enfin il en est, et je suis de ce nombre, qui lient le cordon en masse.

Les deux principales méthodes sont la ligature en masse et la ligature des vaisseaux sans le cordon. La ligature en masse, qui est celle que je pratique, me semble la plus sûre. On a dit, je le sais, qu'elle exposait au tétanos ; mais sur quoi se fonde-t-on ? Sur un seul fait rapporté par M. Morand, d'un sujet qui fut pris de tétanos après la ligature en masse. Mais depuis n'y a-t-il pas eu mille cas, et plus peut-être, de castration sans tétanos ; et, d'un autre côté, n'a-t-on pas vu surgir le tétanos chez des sujets auxquels on avait fait la ligature par un autre procédé. Pour mon compte, j'ai vu pratiquer cette opération cent fois au moins par Gouraud, à Tours, Richerand et Bougon, à Paris. Je l'ai faite moi-même souvent, et je n'ai pas observé d'accidens sérieux qui pussent être attribués à la ligature pratiquée de cette manière.

L'opération du sarcocèle, on peut le dire, n'est pas dangereuse ; en général, c'est une des opérations les moins graves parmi les grandes opérations de la chirurgie. Je vais la pratiquer de la manière suivante : j'enlèverai une ellipse de peau, j'isolerai la tumeur en la disséquant avec soin, je fendrai la partie antérieure du canal inguinal et je ferai la ligature en masse, pratique qui, selon moi, empêche de craindre la rétraction du cordon et les hémorrhagies consécutives.

Après cette leçon, l'opération a été pratiquée. Nous en ferons connaître les suites.

Dr C. P.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

QUATRIÈME ÉPREUVE. — *Thèses.* — Argumentation.

Cette épreuve est complexe et beaucoup plus difficile qu'on ne le pense généralement. Il faut : 1º composer en douze jours un mémoire dont le sujet est tiré au sort ; 2º défendre ce travail contre une argumentation qui dure deux heures ; 3º enfin, attaquer les thèses de quatre compétiteurs. Pour soutenir une pareille épreuve d'une manière complète et réellement satisfaisante, *l'instruction* chirurgicale est certainement très nécessaire ; mais *l'éducation* philosophique, une certaine habileté littéraire, sont indispensables ; enfin, pour sortir sans chute, sans blessures graves des diverses luttes qui s'engagent, il faut un bon sens et une certaine finesse d'esprit de critique qui ne peuvent être donnés par les meilleurs livres de chirurgie. Tel candidat peut paraître supérieur quand il parle seul, sans interruptions, qui pâlit singulièrement ou même se fourvoie, si on le dévie un peu de la route qu'il s'était tracée. Cette épreuve a donc une grande importance, surtout aujourd'hui. Cette importance est, du reste, assez généralement sentie pour que nous ne croyons pas devoir insister à cet égard.

Nous ne nous proposons point de donner un grand développement à ce compte-rendu. Quant aux thèses, nous analyserons dans un article spécial celles dont on aura déposé deux exemplaires dans les bureaux du Journal. Nous nous bornerons aujourd'hui à dire quelques mots sur ce que l'argumentation a présenté de plus saillant.

M. THIERRY.

Argumentateurs : MM. Ph. Boyer, Chassaignac, Robert et Chrestien.

La thèse de M. Thierry a pour titre : *Quels sont les cas où l'on doit préférer la lithotomie à la lithotritie et réciproquement.* — Ce travail est écrit avec impartialité et semé de considérations pratiques importantes

M. Boyer a surtout tenté, dans son argumentation, de faire ressortir les avantages de la taille adoptée par son père, qui suivait le principe proclamé par Lecat, défendu par Scarpa et appliqué par Delpech ; savoir : petite incision à la prostate et dilatation de ce corps avec déchirures. — Cette méthode a eu sans doute d'heureux résultats ; mais, comme l'a dit avec raison M. Thierry, ces résultats ne sont certainement pas comparables à ceux que comptent les incisions multiples. — Quant à la lithotritie, M. Boyer penche pour la pression, qui aurait plus de puissance que la percussion ; mais M. Thierry démontre que cette force même peut nuire, car elle a brisé des instrumens, tandis que la percussion produit plus d'effet avec un emploi plus modéré de la force, et l'ébranlement qu'elle produit fait plutôt éclater le calcul que la pression.

M. Chassaignac combat les divisions adoptées par M. Thierry, signale deux chapitres qui sont complètement en dehors de la question que ce candidat avait à traiter, et, après quelques autres argumens sur divers points, il le blâme de n'avoir pas formulé clairement et nettement son opinion sur la valeur des statistiques qu'il a données ; cette appréciation aurait pu avoir une utilité réelle. — M. Thierry répond que pour avoir une opinion arrêtée sur ce point, il faudrait être partout où on fait des opérations de taille et de lithotritie ; il faudrait un peu moins d'ardeur dans les recherches et un peu plus de bonne foi. — Ceci revient à dire que, pour M. Thierry, les élémens de la statistique ne sont pas assez purs pour trouver un emploi statistique réel. — D'ailleurs, dit très sensément M. Thierry, j'ai prouvé deux choses : c'est qu'on perd des malades par la taille et qu'on en perd par la lithotritie. La première a toujours été admise ; tandis que la seconde n'a pas toujours été avouée.

Une grande partie de l'argumentation de M. Robert a roulé sur les places qu'auraient dû occuper certains noms dans la thèse de M. Thierry. Ainsi M. Robert se plaint du manque d'égards qu'on a eu pour Antilus, qui n'aurait pas dû être en si mauvaise compagnie que celle de Collot. — M. Thierry répond que Franco se trouve dans la phrase signalée par M. Robert, et qu'il ne comprend pas les raisons de sa susceptibilité sur cette préséance chirurgicale. — Ici M. Thierry s'est montré historien et historien spirituel un peu aux dépens de son argumentateur. Après quelques autres argumens de peu d'importance, M. Robert se proposait probablement d'entamer les grands moyens, car il s'était entouré d'un grand nombre d'instrumens de lithrotritie, lorsque la parole a été donnée à M. Chrestien.

M. Chrestien aurait désiré que M. Thierry fit un chapitre *diagnostic*, qui aurait été la base de son travail ; comment se décider à adopter telle ou telle méthode opératoire, si on ne prend pas soin de bien préciser les cas. Hors de là, il ne peut y avoir que des préceptes vagues ou de peu de portée. C'est pour avoir négligé cette partie fondamentale de la question que les faits contenus dans le travail de M. Thierry manquent du lien philosophique qui les aurait expliqués. M. Chrestien signale ensuite quelques aphorismes placés à la fin de la thèse et qui sont en contradiction les uns avec les autres. — M. Thierry répond que sa question était surtout une question de médecine opératoire et que le diagnostic ne devait y trouver qu'une place très secondaire ; que les explications étaient d'ailleurs souvent en contradiction avec les faits, et que, le plus souvent, il valait mieux laisser parler ceux-ci seuls. Quant aux aphorismes, M. Thierry a su les placer de manière à expliquer leur contradiction. Ceux qui disent *oui*, ne sont pas de lui, tandis que ceux qui disent *non* lui appartiennent. De telle sorte que M. Thierry a su prouver très ingénieusement que les aphorismes pouvaient se contredire, mais que lui ne se contredisait pas.

En résumé, M. Thierry a fait un travail utile et il a su le défendre.

M. PH. BOYER.

Argumentateurs : MM. Chassaignac, Robert, Chrestien et Vidal.

M. Boyer avait à traiter *Des pansemens des plaies.* — Cette thèse a été écrite sans considération aucune pour les progrès récens de la chirurgie et pour les travaux autres que ceux approuvés par le père du candidat.

M. Chassaignac a ouvert habilement une argumentation qui devait être reproduite par les trois autres concurrens. Il a reproché à M. Boyer de n'avoir su s'éclairer que d'une époque de l'histoire de la chirurgie, et de n'avoir su voir que dans sa pratique.

M. Robert est revenu sur cet argument, et a reproché à M. Boyer de n'avoir parlé que des pansemens nécessaires à la réunion des plaies, tandis qu'il y a des pansemens *divisifs*, des pansemens qui consistent à *dilater*, d'autres à *comprimer*, etc., etc. — M. Boyer se trouvant ainsi placé sur le vrai terrain de la question, n'a pas su convenablement se défendre.

M. Chrestien a trouvé une nouvelle occasion de parler de la réunion immédiate qui, suivant lui, ne réussit pas parce qu'on la fait mal. Alors, dit-il, on accuse le climat, on accuse l'hygiène, etc., tandis que c'est tout simplement parce qu'on ignore la bonne méthode de réunir. M. Chrestien est revenu encore avec succès sur l'indifférence affectée par M. Boyer pour tout ce qui ne découle pas de sa pratique ; mais celui-ci esquivait toujours la question.

M. Vidal a démontré à M. Boyer que sans principe, sans critique, sans étude des travaux d'autrui, il n'y a point d'enseignement. Il peut y avoir des professeurs sans cela, mais l'enseignement n'existe qu'à ces conditions. — M. Boyer a dit que le pansement est l'opération qui consiste à faciliter la cicatrisation. — M. Vidal répond qu'une pareille définition rapetisse la question. Le pansement, selon ce chirurgien, c'est le traitement local des plaies, traitement qui les place dans les conditions les plus favorables à leur guérison, ou l'accomplissement de l'indication qu'on a voulu remplir quand c'est le chirurgien qui a fait la plaie. En développant cette proposition, M. Vidal a montré comment la question devait être traitée. Comme dans la thèse M. Vidal a trouvé des preuves que la pratique de M. Boyer était malheureuse, tandis qu'à l'hôpital Saint-Louis les chirurgiens qui y ont passé et celui qui y tient actuellement le plus haut rang ont été heureux, il ressort de là, comme conséquence naturelle, que M. Boyer, soit dans sa pratique à Saint-Louis, soit dans sa thèse, devait être un peu moins indifférent, un peu moins dédaigneux pour les travaux des autres, lesquels peuvent lui enseigner à faire mieux.

M. CHASSAIGNAC.

Argumentateurs : MM. Robert, Chrestien, Vidal et Bérard.

La thèse de M. Chassaignac traite : *Des lésions traumatiques du*

crâne et des parties qu'il contient. Il suffit d'indiquer ce titre pour montrer que c'était là une des plus belles questions du concours. Mais à côté de cette grandeur du sujet se trouvait son immense étendue, étendue qu'il était évidemment impossible de parcourir d'une manière convenable pendant le peu de temps que le candidat avait à sa disposition. Il fallait donc faire quelques sacrifices! M. Chassaignac passant légèrement sur la partie dogmatique de sa question, partie qu'on trouve d'ailleurs très bien exposée de nos jours dans les traités de chirurgie, a préféré rapprocher un certain nombre de faits, et en déduire des conséquences propres à faire ressortir quelques vérités depuis long-temps acquises et quelques-unes sur lesquelles l'attention ne s'est pas aussi généralement portée. Sous ce point de vue, le travail de ce chirurgien sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent des lésions traumatiques du crâne. Ajoutons que M. Chassaignac s'est assez élevé dans les considérations de son sujet pour montrer indubitablement qu'il en avait senti toute la portée. Et d'ailleurs, il ne faudrait pas exagérer, comme quelques argumentateurs l'ont fait, et prétendre qu'il n'y a dans le travail de ce candidat presque que des observations. A cet égard, nous devons dire que MM. Robert et Chrestien sont allés évidemment trop loin; quoiqu'il soit vrai, comme M. Chassaignac l'a d'ailleurs avoué de très bonne foi, que la partie dogmatique de son travail soit incomplète. — Il fallait donc critiquer les observations.

MM. Vidal et Bérard se sont chargés de ce soin. M. Vidal, après avoir exposé les caractères qui constituent l'authenticité d'une observation, a montré qu'il y en avait quelques-unes dans la thèse que M. Chassaignac aurait pu laisser de côté. Ce sont surtout les produits anglais, dit M. Vidal, dont l'importation doit être faite avec une espèce de méfiance. — M. Bérard a, de son côté, examiné quelques observations recueillies par M. Chassaignac lui-même quand il était élève, et s'est attaché à démontrer qu'elles ne donnaient pas les conclusions indiquées.

A toutes les questions qui lui ont été adressées, M. Chassaignac a répondu avec cette netteté, cette précision, cette bonne foi que chacun lui reconnaît; si quelques attaques ont été puissantes, les réponses n'ont cédé en rien.

M. Robert.

Argumentateurs : MM. Chrestien, Vidal, Bérard et Laugier.

M. Robert avait à traiter *Des anévrismes de la région sus-claviculaire*. — Cette thèse, écrite dans un esprit de sage réserve chirurgicale, avait, comme on le comprend, un sujet très circonscrit. Aussi les reproches d'omissions devaient offrir un caractère de gravité. MM. Chrestien, Bérard et Laugier en ont signalé quelques-unes. M. Chrestien surtout a reproché à M. Robert d'avoir omis des faits très importans; tel est le cas d'anévrisme faux consécutif observé par Delpech et par M. Chrestien lui-même, et dont l'observation a été publiée dans la *Revue médicale*. — M. Robert a contesté la valeur de ce fait dans son application à la question qu'il avait à traiter. Ici l'argumentation a pris un caractère fâcheux. M. Robert, au lieu de passer outre, ce qui n'est jamais de mauvais goût quand on sait beaucoup, a préféré nier et exiger que M. Chrestien fît la lecture de l'observation; mais celui-ci s'y est refusé parce qu'il ne voulait pas perdre du temps. D'ailleurs, le journal contenant le fait est connu; il a été remis à des juges qui ont pu constater la valeur de l'argument de M. Chrestien.

M. Robert avait donné une description de la région sus-claviculaire différente des descriptions classiques. Il avait agrandi cette région; ce qui a fait dire à M. Vidal qu'il fallait plutôt agrandir la question qui se trouve réellement, suivant ce chirurgien, dans des proportions un peu étroites.

M. Robert n'ayant pas de faits d'anévrismes faux primitifs de la région sus-claviculaire, s'est servi de l'analogie, et a pris pour modèle de description le même anévrisme de l'artère axillaire. M. Robert disant ensuite qu'il se servait de l'analogie pour ne pas rester dans le champ des hypothèses, M. Vidal lui a très bien expliqué comment l'analogie ne sauvait pas de l'hypothèse. On est dans les faits ou dans la déduction directe des faits; ou bien on n'a pas de faits et on fait une supposition (ce qui est l'hypothèse), et pour donner une valeur à cette hypothèse on se sert de l'analogie; voilà tout. Mais cette analogie ne détruit pas l'hypothèse; il faudrait pour cela qu'elle lui donnât le caractère de fait, ce qui est impossible. — M. Robert s'est efforcé vainement de sortir de ce dilemme. Ce n'est pas un malheur, dit M. Vidal, d'être dans l'hypothèse; ce qui est un malheur, c'est d'y être sans s'en douter.

M. Chrestien.

Argumentateurs : MM. Vidal, Bérard, Laugier et Huguier

La thèse de M. Chrestien a pour titre : *De l'auscultation et de la percussion dans les maladies chirurgicales*. — Le sort a été ici injuste; et quoiqu'il soit vrai de dire que le candidat a su triompher d'un grand nombre des difficultés de son sujet, il faut reconnaître aussi que la partie chirurgicale a été un peu sacrifiée. Aussi est-ce sur ce point que les argumentateurs ont dirigé leurs attaques. C'est ainsi qu'ils ont démontré que les divers bruits des articulations, ceux des kystes, les différentes crépitations osseuses ont été assez compromis dans la thèse de M. Chrestien. Nous ajouterons cependant que si les différentes omissions qui ont été signalées existent réellement dans le travail du chirurgien de Montpellier, l'argumentation a démontré largement que tous ces faits n'étaient point inconnus à M. Chrestien. Du reste, tous les argumentateurs ont rendu justice à la bonne foi, à la probité littéraire qu'on trouve dans cette thèse.

Somme toute, dans toutes les parties de cette épreuve, M. Chrestien a laissé des souvenirs qui lui font honneur sous tous les rapports. C'est un bon titre pour une lutte future.

M. Vidal (de Cassis).

Argumentateurs : MM. Bérard, Laugier, Huguier et Malgaigne.

La thèse de ce candidat avait pour titre : *Du cancer du rectum, et des opérations qu'il peut réclamer*. — Ce travail sera lu par tous les chirurgiens qui voudront être au courant des hautes questions que renferme une pareille matière. La principale de ces questions, celle qui a le plus d'actualité, est celle de l'anus artificiel. M. Vidal s'est surtout appliqué à faire le parallèle entre la méthode de Littre et celle de Callisen. Et, nous le dirons tout de suite, nous avons été surpris que pas une argumentation n'ait porté sur ce point culminant du travail de M. Vidal.

M. Malgaigne a eu le tort, selon nous, de mettre en scène MM. Amussat et Lisfranc, au lieu d'entrer dans le fond du sujet. Son argumentation visait directement aux personnalités, et M. Vidal n'a pas jugé convenable de suivre M. Malgaigne sur ce terrain. M. Vidal parle dans sa thèse de la percussion du bassin : or, M. Malgaigne a demandé dans quel ouvrage se trouvait formulée une pareille idée; M. Vidal a indiqué l'ouvrage de M. Piorry, et M. Malgaigne s'est montré un peu désappointé sur l'histoire chirurgicale moderne. M. Malgaigne demandait à connaître le *rectum de M. Vidal* pour savoir s'il était *comme le rectum de M. Sanson*. M. Vidal n'a pas répondu. M. Malgaigne continuant l'argumentation sur le même ton, M. Vidal a fait alors une réponse qui a été généralement applaudie. — Nous l'avons dit en commençant cet article, l'instruction chirurgicale ne suffit pas dans de pareilles luttes : si cela suffisait, nous aimons à le reconnaître, M. Malgaigne aurait des avantages incontestables; mais il faut autre chose que cela.

Cette autre chose, M. Malgaigne l'a eue d'autres fois, et M. Laugier la possède à un haut degré. Ce chirurgien est convenu franchement, dès le début, du mérite de la thèse de M. Vidal comme œuvre chirurgicale et comme œuvre littéraire. Puis attaquant la partie qu'il a crue faible, il a cherché à prouver que M. Vidal avait exagéré les difficultés du diagnostic différentiel des rétrécissemens du rectum. Ici M. Vidal a représenté la *Société anatomique de Paris* en présence d'un rétrécissement du rectum, en formulant trois opinions différentes; et cela, dit M. Vidal, après l'autopsie. Que sera-ce donc sur le vivant!

De leur côté, MM. Bérard et Huguier ont argumenté M. Vidal sur différens points, et se sont montrés avec toutes les qualités qui les distinguent.

Au total, cette épreuve est un nouveau titre pour M. Vidal.

M. Bérard.

Argumentateurs : MM. Laugier, Huguier, Malgaigne et Thierry.

M. Bérard avait à traiter *Du diagnostic différentiel des tumeurs du sein*. — Cette thèse porte le cachet de tout ce qui sort de la plume de M. Bérard. Elle est remarquable par le nombre, la variété, l'exactitude des faits, et par une grande lucidité dans le mode d'exposition. Ce candidat, qui connaissait très bien son sujet, a fait une défense calme et pleine de convenance.

M. Malgaigne a adopté ici un système d'argumentation diamétralement opposé à celui qu'il avait suivi dans la précédente séance : il a presque été complimenteur; et M. Huguier a à peu près suivi la même route; ce qui a peut-être plus embarrassé M. Bérard que de bons et forts argumens. Si nous ne connaissions déjà le résultat de ce concours, cette partie de l'argumentation nous l'aurait appris.

MM. Thierry et Laugier, ce dernier surtout, ont eu le courage de rester argumentateurs. M. Laugier a signalé quelques omissions réelles; mais comme les faits sur lesquels elles portaient n'étaient pas publiés, qu'ils étaient consignés dans la mémoire de M. Marjolin qui en avait probablement instruit M. Laugier, M. Bérard a pu se défendre avec avantage.

Nous nous sommes assez expliqué sur la position de M. Bérard dans ce concours pour n'avoir pas besoin de revenir sur les éloges qu'il mérite à tous égards. Nous dirons seulement que sa thèse est une de celles dont nous recommandons la lecture; elle est complètement substantielle et éminemment pratique.

M. Laugier.

Argumentateurs : MM. Huguier, Malgaigne, Thierry et Boyer.

La thèse de M. Laugier a pour titre : *Des varices et de leur traitement*. — Le candidat a décrit les varices en général et en particulier. Il a usé des faits de l'analogie et de tous les moyens qui conduisent à des solutions raisonnables quand elles ne sont pas complètes.

M. Huguier a trouvé quelques contradictions dans le travail de M. Laugier, qui dit que pour que la varice existe, il faut non-seulement une dilatation permanente du vaisseau, mais encore un état morbide des parois de ce vaisseau. Or, dans l'anatomie pathologique, il est question de faits de varices sans état morbide. — M. Laugier répond que c'est là une description empruntée à l'ouvrage de M. Andral, mais M. Huguier pense que M. Laugier se montre solidaire de cette description, puisqu'il l'a donnée sans la critiquer. Dans cette argumentation M. Huguier a souvent été habile dans ses attaques.

M. Malgaigne s'est montré très sévère envers M. Laugier. Il lui a reproché d'appartenir à une école qui, suivant M. Malgaigne, est la cause de toutes les fausses routes que nous faisons en chirurgie. Les caractères vifs et animés avec lesquels il a dépeint cette école ont valu à M. Malgaigne des applaudissemens sur divers bancs de l'amphithéâtre. Cependant M. Malgaigne avait fait de M. Laugier un membre de l'Académie royale de chirurgie. Or, M. Laugier s'est habilement emparé de cette idée et a mis les rieurs de son côté. — Ensuite est venue une discussion sur Hippocrate, sur Celse avec force latin, et sur ce point les deux combattans n'ont pas pu s'entendre. Enfin M. Laugier a répondu très froidement, trop froidement à notre avis, qu'il n'avait pas eu la prétention de faire un ouvrage d'histoire, mais une thèse de clinique chirurgicale. L'amphithéâtre a compris la valeur de cette réponse et a applaudi M. Laugier.

M. Thierry a fait une réflexion juste sous un point de vue. Dans une pareille thèse, il y avait un point important de médecine opératoire à faire ressortir, savoir : l'indication des opérations à pratiquer sur les veines. M. Thierry aurait voulu qu'il fût bien exprimé qu'en général les opérations doivent être bannies, qu'elles doivent constituer l'exception, que les palliatifs et les moyens préservatifs doivent être la règle. — Mais la thèse de M. Laugier étant conçue dans un esprit de modération chirurgicale, l'objection de M. Thierry n'avait qu'une valeur de forme.

L'argumentation de M. Boyer a été toujours convenable et quelquefois bien dirigée.

En définitive, M. Laugier a montré dans son travail et dans son argumentation qu'il possédait très bien son sujet.

M. Huguier.

Argumentateurs : MM. Malgaigne, Thierry, Boyer et Chassaignac.

M. Huguier avait à traiter : *Du diagnostic différentiel des maladies du coude*. — Ce travail est fait dans un bon esprit et sera lu avec fruit.

M. Malgaigne donne des éloges à l'esprit philosophique qui a présidé à la composition de la thèse. Cependant, suivant lui, M. Huguier ne s'est pas assez séparé de l'école contre laquelle il tonne depuis quelques années et qui est la cause qu'une foule d'idées plus ou moins erronées ont pris, pour ainsi dire, droit de domicile dans la science chirurgicale. M. Malgaigne soutient son argumentation en s'appuyant sur plusieurs faits et opinions qui se trouvent formulés dans le travail de M. Huguier. — M. Huguier a fait bonne contenance en face d'une argumentation habilement conduite, et on peut dire que s'il a paru n'avoir pas toujours raison, il a au moins la consolation de voir que ses opinions sont partagées par des hommes qui n'étaient pas, il est vrai, de grands philosophes, mais qui avaient vu beaucoup de malades et qui les avaient bien vus, ce qui doit compter pour quelque chose.

L'argumentation de M. Thierry a principalement roulé sur les divisions de la thèse. Cependant les deux compétiteurs ont fini par s'entendre.

M. Boyer blâme M. Huguier de n'avoir pas distingué les différentes variétés de tumeurs blanches, et signale quelques autres omissions qui, suivant lui, auraient complété la question. — M. Huguier répond que c'est volontairement qu'il n'est point entré dans les considérations signalées par M. Boyer : cela l'aurait évidemment conduit trop loin. Il a cru devoir limiter son sujet à ce que les maladies présentent de réellement spécial dans la région indiquée.

M. Chassaignac aurait désiré que M. Huguier commençât par bien déterminer la région du coude; il lui reproche en outre de n'avoir pas parlé de la douleur qui succède quelquefois à la saignée, douleur qui peut être telle que les fonctions de l'avant-bras soient empêchées. D'un autre côté, il est étonné que M. Huguier ait placé l'entorse parmi les lésions vitales. — M. Huguier s'est convenablement défendu sur ces différens points. Quant au dernier argument, il en a reconnu la valeur, mais il a expliqué comment cette erreur de lieu était tout à fait indépendante de sa volonté.

Au total, M. Huguier a fait un bon travail, et il l'a soutenu d'une manière satisfaisante.

M. Malgaigne.

Argumentateurs : MM. Thierry, Boyer, Chassaignac et Robert.

M. Malgaigne avait à traiter *De l'irrigation dans les maladies chirurgicales*. — Cette thèse, écrite avec verve et conçue sur un plan large, mérite d'être lue.

M. Thierry a débuté par un long compliment qu'il a cru pourtant devoir restreindre, en ajoutant qu'à des qualités réellement précieuses, M. Malgaigne joint un certain penchant pour le paradoxe, penchant qui peut être cause de certaines illusions. Abordant ensuite le fond de la question, il a demandé à M. Malgaigne pourquoi il rejetait les irrigations dans les blessures profondes, et pourquoi il n'avait pas parlé des sutures comme moyens adjuvans de cette méthode de traitement dans certains cas. — Les réponses de M. Malgaigne ont été précises, l'argumentation a eu lieu dans les termes de bons camarades qui se connaissent de longue date.

M. Boyer a été moins doux; il a essayé de relever Percy du discrédit que M. Malgaigne a fait peser sur ce chirurgien; mais M. Malgaigne a maintenu ses dires et a cité un fait à l'appui.

M. Chassaignac a porté la question sur un autre terrain. Dans un préambule qui a fait sensation, ce candidat s'est proposé de renverser l'espèce de piédestal sur lequel s'était placé M. Malgaigne dans les précédentes argumentations, en reprochant continuellement à ses collègues d'appartenir à une école qui ne tient pas assez compte des faits. De nos jours, dit-il, tous les chirurgiens, et surtout tous les chirurgiens de l'école de Paris, placent les faits avant toutes les théories, tous les raisonnemens. M. Malgaigne s'est senti piqué au vif; et, comme on le pense bien, il n'a pas été embarrassé dans sa réponse.

Nous regrettons que le temps nous manque pour entrer dans quelques détails sur cette partie de l'argumentation, qui a valu à M. Chassaignac les honneurs de la séance. — Entr'autres objections, M. Chassaignac a reproché à M. Malgaigne de n'avoir pas parlé de 42 observations très curieuses qui ont trait aux irrigations, et qui se trouvent consignées dans les œuvres chirurgicales d'A. Cooper (trad. franc.). — A part cette omission qui a été immédiatement reconnue, M. Malgaigne s'est défendu sur tous les points avec son habileté ordinaire.

L'argumentation de M. Robert a porté sur divers points de pratique que le temps ne nous permet pas de relater. La discussion a été ici vive et animée des deux côtés, et aucun des deux concurrens n'a voulu céder un pouce de terrain.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Asthme spasmodique guéri par la lobélie renflée; par M. le docteur Fraenckel.

Une femme de soixante-dix ans, était jadis très sujette à la pléthore abdominale et, par suite, à de fréquentes inflammations érysipélateuses. Accablée depuis quelques années par de profonds chagrins, et considérablement affaiblie, elle fut atteinte, il y a un an environ, d'un asthme qui d'abord revint par accès tous les mois, puis tous les quinze jours, et successivement tous les deux ou trois jours, et enfin tous les soirs au moment du coucher. Les attaques étaient accompagnées de perte de la parole, de fortes suffocations, d'inspirations râleuses, de palpitations et d'intermittences à chaque troisième battement du pouls. Malgré divers traitemens, le mal avait augmenté incessamment, et était arrivé à ce point que, même dans la journée, il y avait de la gêne de la respiration, des palpitations et des intermittences du pouls : aussi les médecins diagnostiquaient-ils une hydropisie du péricarde.

Dans cette grave circonstance, M. Fraenckel crut devoir recourir à l'emploi de la *lobelia inflata* qui a été l'objet de si grands éloges de la part du docteur Schlesier, dans les cas de ce genre. Il prescrivit donc une infusion de 8 grammes (2 gros) de cette plante pour 125 grammes (4 onces) d'eau bouillante, dont il fit prendre quatre pleines cuillerées à bouche dans le cours des vingt-quatre heures. Dès la première nuit, l'accès manqua pour ne plus revenir. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le pouls cessa d'être intermittent et redevint normal. La malade alla rapidement de mieux en mieux, reprit des forces, et arriva à obtenir une santé parfaite. M. Fraenckel, en publiant cette observation au bout de dix semaines, a soin d'ajouter qu'il fait continuer encore l'usage du même moyen deux fois par jour pour consolider la guérison.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, nº 21.)

Pilules emménagogues.

Pr.	Gomme ammoniaque,	4 grammes.
	Carbonate de fer,	4 id.
	Aloès succotrin,	1 id.
	Sirop de gomme,	Q. S.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, qui devra être divisée en cinquante pilules bien égales et argentées.

M. le docteur Sichel, à qui l'on doit cette formule, fait prendre de deux à six de ces pilules, deux ou trois fois par jour, en choisissant de préférence pour leur ingestion l'époque qui précède chaque repas, à une heure de distance environ. Il augmente rapidement la dose de chaque prise, s'il y a tolérance de l'estomac.

Suivant ce praticien, dans les cas où la dysménorrhée se trouve compliquée par une constipation opiniâtre, il est rare qu'il soit nécessaire de porter la dose de l'aloès au-delà d'un gramme ou deux (20 ou 40 grains) pour obtenir l'effet désiré.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Tisane de Feltz.

Dans la *Pharmacopée française*, comme dans le *Dispensaire des hôpitaux et hospices* de Paris, on prescrit de soumettre à un lavage préalable à l'eau bouillante le sulfure d'antimoine cru qui entre dans la formule de cette tisane. M. le docteur Rayer a fait observer avec raison à Bouchardat qu'en procédant ainsi on enlève une grande portion de l'arsenic que ce sulfure contient, et il pense qu'il perd par là une partie de son utilité. Mais, comme la proportion d'arsenic tenue en dissolution dans la tisane, lorsqu'on se sert de l'antimoine non lavé, est quelquefois beaucoup trop considérable, M. Rayer prescrit souvent, en remplacement de la tisane de Feltz, la solution suivante :

Pr.	Décoction de salsepareille,	500 grammes.
	Arséniate de soude,	3 milligrammes.

Cette préparation, qui contient ainsi un seizième de grain environ d'arséniate par livre, est administrée par petites demi-tasses, dans le courant de la journée. (Bouchardat, *Annuaire de thérap.*, 1842.)

Sur la préparation des eaux distillées pharmaceutiques.

Lorsqu'on prépare des hydrolats ou eaux distillées de plantes avec les appareils ordinaires de distillation, les premières vapeurs condensées sur les plantes retombent à l'état liquide dans la cucurbite, et cette eau condensée se trouve chargée d'une certaine partie de leur principe extractif. Ce principe extractif, qui est alors soumis à l'action d'une assez forte chaleur, surtout sur les parois de la cucurbite, se transforme plus ou moins en huile pyrogénée volatile qui donne aux produits de la distillation une odeur et une saveur désagréables.

M. Dubois, pharmacien à Nantes, a imaginé un moyen d'obvier à cet inconvénient; il se sert pour cela d'un appareil aussi simple que peu dispendieux, et qui consiste en un petit récipient percé, destiné à contenir les plantes. Ce récipient s'adapte à l'appareil distillatoire ordinaire au bain-marie. L'eau résultant des premières vapeurs condensées, qui est chargée de principes extractifs, comme l'atteste son goût désagréable, retombe dans le récipient, de sorte que le principe extractif ne peut plus alors subir d'altération, puisqu'il ne se trouve plus en contact immédiat avec les parois de la cucurbite.

Le niveau de l'eau dans cette dernière ne doit pas être assez élevé pour atteindre les bords du récipient, et, de plus, la capacité de celui-ci doit être suffisante pour pouvoir recueillir la totalité des vapeurs condensées, afin que, dans aucun cas, le liquide du récipient ne puisse se mêler à celui de la cucurbite. (*Jour. de chim. méd.*, juin 1842.)

FAITS DIVERS.

Cas remarquable de prédisposition à l'hémorrhagie; par M. le docteur CLAUDI, de Budweis.

Un mineur âgé de vingt-un ans, sain et robuste, eut, après l'extraction d'une dent, une hémorrhagie qui persista pendant cinq jours, et qui ne put être réprimée que par l'application topique de l'elixir acide de Haller, mais en laissant toutefois une faiblesse générale qui dura plusieurs semaines.

Ayant reçu, plus tard, un choc qui lui fit une plaie à la tête, une nouvelle hémorrhagie se déclara, et elle devint si forte, malgré l'appareil qui fut appliqué et l'emploi local de la glace, qu'il en résulta une syncope. Il est bon de faire observer que la solution de continuité ne s'étendait pas au-delà de l'épaisseur des tégumens. Les alentours de la plaie, dans le rayon d'environ 8 à 9 centimètres (3 pouces) étaient tuméfiés à ce point de présenter une saillie de 3 centimètres (1 pouce) au moins; ils étaient très douloureux, et en les touchant on détermirait des mouvemens convulsifs. En dilatant la plaie, on trouva ses bords tellement ramollis qu'ils ressemblaient à une éponge imbibée de sang; du reste, on ne put découvrir aucune lésion de vaisseau d'un certain diamètre, ni aucune autre cause qui pût motiver une pareille hemorrhagie.

Malgré l'emploi des moyens les mieux appropriés, les accidens continuèrent: un sang rouge clair, très séreux, s'écoula incessamment, et mit bientôt la vie du malade en danger. Dans cet état de choses, on ne dut pas balancer davantage à recourir au cautère actuel: on appliqua donc sur toute la surface de la plaie un fer rouge à blanc. Sous l'influence de ce moyen puissant l'hémorrhagie s'arrêta enfin, mais pour reparaître au bout de trente six heures. On recourut de nouveau à la cautérisation; dès-lors, le sang cessa définitivement de couler, et la plaie entra en suppuration. Mais comme les bourgeons charnus ne présentaient qu'une apparence peu rassurante, on dut prescrire l'usage du quinquina, du vin et un régime diététique fortifiant.

Cet homme avait perdu six à sept kilogrammes (douze à quatorze livres) de sang dans l'espace de neuf jours. La cause réelle de cette hémorrhagie paraissait dépendre d'une disposition idiosyncrasique du sujet. (*Oesterr. medicin. Wochenschrift*, n° 19)

Cas de transfusion du sang d'un bouc à l'homme.

M. le docteur Blieding, de Kirchbarkau, rapporte qu'un homme âgé de trente-huit ans, d'un habitus phthisique, fut pris tout à coup d'une hémoptysie des plus violentes. Le repos, les révulsifs, les applications froides sur la poitrine, ne purent arrêter l'hémorrhagie. On n'osa pas saigner le malade, tant était grand son état de faiblesse. Cependant, le lendemain, en employant d'une manière continue les réfrigérans à l'extérieur et les acides à l'intérieur, le sang, qui était tout à fait séreux, cessa de couler. La transfusion parut alors le seul moyen de salut: elle fut pratiquée, le cinquième jour après l'accident, avec le sang de bouc. On introduisit une canule dans la veine médiane du bras gauche, et on remplit une seringue, préalablement échauffée, avec du sang extrait de la veine jugulaire de l'animal. On injecta ainsi cent quatre-vingt grammes (six onces) de sang en deux ou trois fois. Aussitôt après le malade éprouva un sentiment d'oppression qui se dissipa bientôt. Le lendemain, il survint une phlébite qui céda en huit jours à des applications froides. On releva ensuite les forces de l'opéré par un régime restaurant, et ce moyen obtint un tel succès qu'au bout de trois mois, le sujet put reprendre ses travaux de journalier.

(*Jour. de Pharm. et de chim.*, mai 1842.)

NOUVELLES.

Souscription pour le monument au professeur Sanson. (Suite.)

M. Déjardins et plusieurs autres médecins du Hâvre, 35 fr. — Plusieurs médecins de Limoges, par l'entremise de M. Codet de St-Junien, 20 fr. — Bouteilloux, 20 fr. — Catinat, 10 fr. — Guillemot, 5 fr. — Buisson, 5 fr. — Tuilier, 10 fr. — Dépêret, 5 fr — Bardinet, 10 fr.

M. Adelon, 50 fr. — M. le professeur Moreau, 100 fr. — M. J. Cloquet, 50 fr. — M. Orfila, 50 fr. — M. Andral, 50 fr.

M. Chartron, 10 fr. — Dr Bisson, 10 fr. — Castro, de Constantinople, 10 fr. — Davenne, 10 fr.

— Il y a aujourd'hui, à l'Institut polytechnique de Londres, une machine électrique qui est probablement la plus forte que l'on connaisse. Le diamètre du plateau en verre est de 2 mètres 33 centimètres, celui du conducteur, 1 mètre 33 centimètres. La résistance du plateau contre les frotteurs est telle, qu'une machine à vapeur est employée à le faire tourner. Quand la machine est fortement chargée, une étincelle perce facilement un livre épais. La puissance de cette machine offre un vaste champ aux expériences de physique.

— Nous apprenons à l'instant que demain, samedi, a lieu l'appréciation des titres antérieurs pour le concours de clinique chirurgicale. La nomination sera faite lundi prochain.

— Dans l'espace de douze ans, de 1826 à 1837 inclusivement, il y a eu dans la monarchie prussienne 6,211,607 naissances.

Sur ce nombre il y a eu:

Accouchemens	d'un seul enfant,	6,057,200.
—	de deux jumeaux,	70,867.
—	de trijumeaux,	871.
—	de quadrijumeaux,	15.

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

TRENTE-HUITIÈME SÉANCE. — *Argumentation des thèses.*

Aujourd'hui vendredi, M. Malgaigne a soutenu sa thèse.

Toutes les épreuves sont terminées. Il ne reste plus que l'examen des titres antérieurs.

EAU BROCCHIERI.

Métrorrhagie et pertes violentes guéries par l'emploi de l'EAU BROCCHIERI.

Dans le compte-rendu de la séance de la Société de médecine pratique du 4 février 1841, nous avons dit comment M. le docteur Sterlin était parvenu à arrêter, à l'aide de l'*Eau Brocchieri*, une hémorrhagie des plus graves et des plus rebelles chez une femme atteinte d'un cancer utérin. Voici maintenant une métrorrhagie et une perte des plus violentes guéries par l'emploi du même remède.

M. le docteur Philippeaux fut appelé pour donner des soins à madame M... (rue Mouffetard, 200), âgée de cinquante-quatre ans, d'un tempérament sanguin, affectée, depuis deux ans et demi, d'une métrorrhagie survenue à la suite d'un violent chagrin, maladie qui n'avait pu céder à aucun des moyens employés dans cette affection, et qui cessa après l'usage de l'*Eau Brocchieri* prise pure, en injection et par la bouche, à la dose d'un flacon par jour; enfin, en application sur le bas-ventre et sur les aines. Aucun accident ne s'est renouvelé depuis, et maintenant cette dame jouit d'une santé parfaite.

Une autre malade, demeurant rue des Boulangers, 24, enceinte de huit mois, fut surprise d'une perte violente à la suite d'un coup reçu sur les parties génitales externes. M. Philippeaux fut appelé, et ordonna l'usage de l'*Eau Brocchieri*, comme dans l'observation précédente, mais à une dose plus élevée. La perte cessa instantanément. Sept jours après, une fausse couche eut lieu sans accident, et aujourd'hui la malade est entièrement rétablie.

— Déjà, dans un précédent article, nous avions vu un crachement de sang opiniâtre, suivi de vomissemens, dont l'*Eau Brocchieri* était parvenue à triompher. Nous avions aussi constaté l'efficacité de cette eau dans le traitement de la morve et du farcin. Tous ces faits ne peuvent que nous engager à appeler la plus vive attention de nos confrères sur les résultats obtenus par l'*Eau Brocchieri*. Nous pourrions citer, parmi les médecins qui l'ont expérimentée, les praticiens les plus distingués et les noms les plus honorables. R.

Nous avons eu occasion de voir les appareils orthopédiques de M. Béchard, et ce n'est que leur rendre justice en avouant qu'il est impossible d'atteindre à un plus haut point le degré de perfection et de commodité dont sont pourvus ces appareils. Ils sont employés sans qu'il en résulte la moindre gêne pour les enfans et les personnes déjà âgées qui en font usage.

M. Béchard joint à son établissement un magasin de bandages herniaires, de suspensoirs, etc — Nous recommandons particulièrement ses jambes artificielles. — Rue de Tournon, 15.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

Ecole préparatoire de médecine, rue de l'Arbalète, 25 bis.—Quinze élèves au plus. Vie de famille, conférences, répétitions. — S'adresser à M. Ratier, D.-M., rue de l'Arbalète, n° 25 bis, près l'Ecole de pharmacie.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. *Quelques mots sur une luxation incomplète de l'extrémité supérieure des radius en avant, commune chez les enfans en bas âge.* Par G. GOYRAND, d'Aix.

Dès 1837, M. Goyrand s'était déjà occupé de ce genre de déplacement, en avait indiqué l'étiologie, les caractères et le moyen de réduction. (*Gazette Médicale* 1837, p. 115.) Voici comment il conseille de procéder à la réduction de cette luxation : « Le chirurgien, dit-il, embrasse de la main gauche le coude malade, appuyant le pouce sur la partie antérieure de la tête du radius ; de la main droite il saisit la main de l'enfant, étend l'avant bras, exerce sur ce membre des tractions un peu fortes qu'il fait porter principalement sur le radius, ramène la main en supination; puis repoussant avec le pouce la tête du radius en arrière, fléchit brusquement le coude. C'est ainsi que j'ai toujours réduit cette luxation incomplète. La manœuvre facile dont on vient de lire la description, m'a toujours réussi à la première tentative. Cette flexion brusque du coude n'est pas indispensable ; mais elle rend la réduction plus facile, en relâchant tout à-coup les muscles dont l'action peut apporter quelque obstacle à la réduction. Dans le dernier temps de la manœuvre, le chirurgien perçoit distinctement le bruit qui résulte du rétablissement des rapports normaux des surfaces articulaires. La réduction opérée, les mouvemens de flexion et d'extension du coude, de pronation et de supination, sont libres et s'exécutent sans douleur ; le petit malade se sert bien de son membre. »

M. Goyrand avait d'abord pensé qu'il serait nécessaire de maintenir l'articulation dans l'immobilité pendant quelques jours, mais il s'est convaincu que cette précaution n'est nullement indispensable ; et il a pris le parti de renoncer à toute espèce de traitement consécutif dans cette affection.

M. Goyrand rapporte en terminant, deux observations qui confirment de tous points les idées émises dans son mémoire.

II. *Remarques sur l'infection purulente*, par M. MARCHAL (de Calvi).

Dans ce travail, M. Marchal s'est proposé surtout d'examiner la théorie proposée récemment par M. Darcet (Felix), (thèse pour le doctorat, mai 1842), sur le mécanisme de l'infection purulente. L'auteur commence par quelques considérations historiques, dans lesquelles il fait successivement la part de MM. Ribes, Velpeau et Bouillaud, qu'il cite textuellement.

Voici la théorie de M. d'Arcet. Ayant observé que du pus, reçu dans un vase, se partageait sous un courant d'oxygène, en deux produits, que M. Marchal, pour faciliter l'exposition désigne sous le nom de *produit globulaire* et de *produit séro-sanieux*, ayant fait des expériences avec chacun de ces produits, M. d'Arcet a vu le premier donner lieu à la formation de collections purulentes multiples, et amener la mort au bout d'un temps qui ne dépassait pas cinquante heures, sans toutefois, avoir produit les accidens de l'adynamie profonde qui est comme le caractère essentiel de l'infection purulente. Le second produit, au contraire, liquide noirâtre, putride, infecte, injecté à son tour dans les veines, détermina ces accidens au plus haut degré, sans donner lieu, généralement, aux collections multiples. M. d'Arcet en a conclu que, dans l'infection purulente, il y avait séparation du pus en deux produits, l'un globulaire, incapable de traverser les capillaires, et déterminant mécaniquement des abcès, l'autre fluide et infect, traversant les capillaires, se mêlant au sang artériel, et empoisonnant l'économie, plongée ainsi dans l'adynamie.

M. Marchal, après avoir exposé cette théorie, se demande si les résultats des deux genres d'expériences pratiquées par M. d'Arcet, diffèrent bien autant que ce dernier semble l'admettre, et il ajoute :

« Mais cette question ne doit pas nous occuper d'avantage. Ce qu'il s'agit expressément de savoir, ce n'est pas si les deux produits donnent lieu à des effets différens d'une manière tranchée, c'est s'il y a bien deux produits, c'est-à-dire s'il se fait dans l'économie une séparation des élémens du pus. Or, il y a des cas de plaies de tête dans lesquels il n'existe d'abcès métastatiques que dans le foie. Qu'est-il arrivé alors? Le pus a été absorbé par les veines crâniennes, et il est parvenu au cœur droit, mêlé au sang veineux ; du cœur droit il a été porté au poumon par l'artère pulmonaire. Là, il a été soumis à l'action de l'oxygène. Pourquoi donc ne s'est-il pas dissocié? Pour que la théorie fût vraie, il l'aurait fallu évidemment. Mais non : il traverse les capillaires du poumon, retourne au cœur par les veines pulmonaires, et ce n'est que dans le foie qu'il va produire ses effets... Mais supposons, ce qui est l'ordinaire d'ailleurs, qu'il existe en même temps des abcès dans le foie et dans le poumon : quel aura été, dans ce cas, le procédé pathogénique, au point de vue de M. d'Arcet? Le pus, peu importe de quelle manière, sera arrivé au poumon, où il aura subi la décomposition indiquée. Le produit globulaire se sera arrêté dans les capillaires du poumon, et le produit sero-sanieux se sera mêlé au sang artérialisé, et sera allé infecter l'économie. Mais les abcès du foie, comment donc se seront-ils développés? Est-ce le produit séro-sanieux qui les aura déterminée? Non, puisque ce produit, d'après la théorie, doit borner son rôle à infecter l'organisme. Avec cette théorie, il n'y a place que pour les abcès métastatiques du poumon. Cela est frappant. »

L'argument, comme le fait remarquer M. Marchal, subsisterait avec toute sa force, alors même qu'on admettrait, d'après l'hypothèse allemande, la circulation de l'oxygène en nature avec le sang, attendu qu'il faudrait toujours que le sang décomposé aboutît aux capillaires du poumon. Enfin, comme dernière objection, M. Marchal dit que si la théorie de M. d'Arcet était fondée, il ne devrait jamais y avoir de pus en nature dans le poumon, et que, d'autre part, la moindre suppuration de cet organe devrait, par une conséquence rigoureuse, être suivie de l'infection purulente. Nous terminerons, comme M. Marchal, en disant que, si la théorie de M. d'Arcet n'est pas susceptible de démonstration, toujours est-il qu'elle méritait de fixer l'attention, et que surtout les faits sur lesquels on a essayé de l'établir, devaient être mis en lumière.

III. *Etranglement herniaire.*

M. Malgaigne, comme nous l'avions prévu, a répondu à la vive attaque de M. Sédillot, et ce n'est ni la verve, ni le bon style qui manquent dans sa réponse, adressée au *rédacteur-gérant* des *Annales*. Celui-ci a cru nécessaire de répondre à son tour et sans vouloir nous mêler davantage à cette polémique, d'ailleurs très-intéressante, nous devons dire que les quelques pages de philosophie chirurgicale écrites à cette occasion par M. Marchal, méritent d'être lues et méditées.

IV. *Tumeurs érectiles.*

Le procédé suivant est indiqué par M. Marchal, dans un article critique sur le traitement des tumeurs érectiles, par le caustique de Vienne (mémoire de M. Bérard). « Si la tumeur était développée, et que l'on pût la soulever, on pourrait mettre en usage un procédé avantageusement employé par M. Velpeau ; dans d'autres cas, il consisterait à passer des fils au-dessous de la tumeur, qui serait enlevée ; après quoi les extrémités des fils seraient nouées, de manière à constituer une suture à points séparés. La plaie serait ainsi immédiatement réunie, et la cicatrice à peine apparente. »

Ce procédé a été inspiré à son auteur par deux observations de tumeurs érectiles, insérées dans les *Annales*, et dans lesquelles on voit que la tumeur ayant été enlevée avec le bistouri, le chirurgien, pour arrêter l'hémorrhagie, recourut à la suture entortillée.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Juin 1842.)

I. *Observations d'inflammation de veines du foie : 1° de la veine-porte, produite par une arète de poisson ; 2° des veines sus-hépatiques, due au voisinage d'un abcès métastatique; suivies de quelques réflexions;* par Ernest LAMBRON, interne des hôpitaux, membre titulaire de la société anatomique.

L'auteur rapporte deux observations bien détaillées de phlébite du foie, l'une, phlébite de la veine-porte, développée sous l'influence d'une cause mécanique, une arète de poisson qui, après avoir perforé et traversé l'extrémité pylorique de l'estomac et la tête du pancréas, vint s'implanter dans le tronc de la mésentérique supérieure; l'autre, phlébite d'une veine sus-hépatique due au voisinage d'un abcès métastatique ouvert dans le tronc même de cette veine, abcès survenu par suite d'un coup reçu sur le crâne. Ces deux observations sont accompagnées d'autopsie décrite avec le plus grand détail.

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur s'efforce d'assigner les caractères à l'aide desquels, selon lui, il serait possible de diagnostiquer une phlébite hépatique ; il se demande, en outre, s'il est possible de distinguer une phlébite de la veine-porte d'avec une inflammation des veines sus-hépatiques, et il arrive à cette conclusion, que cela est impossible dans l'état actuel de la science ; mais pourtant que lorsque le malade éprouve une douleur plus particulièrement dans la région de cette veine, on peut avoir quelques présomptions que l'inflammation s'est plus spécialement emparée de celle-là.

Après quelques considérations sur la manière dont la circulation abdominale a dû être modifiée dans le premier cas, M. Lambron passe à la seconde observation ; il avoue ne pas avoir trouvé la phlébite qui a produit les abcès métastatiques du foie ; mais il ajoute qu'il n'est pas douteux pour lui que ces abcès ne fussent réellement de cette nature et non pas le résultat d'hépatites circonscrites. Il termine en faisant remarquer combien il est bizarre que deux faits aussi rares et aussi curieux se soient montrés dans la même salle et presque dans le même temps.

II. *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées ou symptomatiques du fémur;* par M. J. PARISE, interne des hôpitaux. (Suite et fin. — Voir le supplément du 2 juin.)

Passant à l'explication du mécanisme de la luxation spontanée du fémur, M. Parise expose dans cette troisième partie de son mémoire que si beaucoup de chirurgiens ont rejeté la doctrine de J.-L. Petit, c'est parce qu'il ne se sont pas rendu compte du mode d'action de l'accumulation de la synovie dans l'article. Le déplacement du fémur par un fluide amassé dans l'articulation est un effet mécanique d'une cause mécanique et qu'on peut expliquer par les lois physiques. La production de la luxation spontanée se divise en deux périodes distinctes et décisives. Selon M. Parise, dans la première, le fémur est chassé *en dehors* et *en bas* ; dans la seconde, il est porté *en haut* et *en arrière* ; dans la première il obéit à l'action du liquide, dans la seconde à l'action des muscles.

L'auteur étudie les résistances qui s'opposent au déplacement, puis les forces qui tendent à le produire ; il demontre et établit ensuite les propositions suivantes :

1° Les liquides à peu près incompressibles pressent avec une égale force dans tous les sens.

2° Les pressions sont proportionnelles aux surfaces pressées.

3° Si l'on injecte un fluide dans une vessie allongée, elle tendra à prendre la forme sphérique.

4° On peut considérer la cavité de l'article comme une vessie ou une poche ostéo-fibreuse, de forme obronde, en faisant par la pensée abstraction de la tête et du col du fémur.

Après avoir assigné à la cavité de l'article, ainsi envisagée, differens diamètres et avoir fixé leur dimension, l'auteur examine ce qui se passera si l'on vient à injecter un liquide dans cette cavité. Il fait l'expérience et arrive à ces résultats :

1° Toute la portion du femur libre dans la capsule, lorsqu'elle est enveloppée de toutes parts par le liquide, agit exactement comme un volume égal de liquide.

2° Le liquide amassé dans cette cavité exerce une pression excentrique, laquelle est proportionnelle à l'étendue des surfaces pressées.

3° Quand l'articulation est injectée, elle prend une forme qui lui permet de contenir le plus de liquide possible.

4° Ces principes, qui s'appliquent à l'injection artificielle de l'articulation, s'appliquent aussi à son hydropisie.

5° Si l'on injecte l'article le bassin fixé, les parties molles étant enlevées, on voit le grand trochanter s'écarter et le membre s'allonger, mais sans quitter le plan horizontal.

Après avoir examiné comment, dès que le premier temps de la luxation est produit, les diamètres s'agrandissent suffisamment pour que la tête sorte du cotyle; comment le ligament rond pourra être allongé d'un centimètre au moins ou rompu ; comment enfin le fémur sera ramené dans l'adduction sur le bassin, l'auteur s'applique à démontrer que le changement de position du membre nécessaire à la production de la luxation résulte du mode de dilatation de la capsule, de l'action des muscles pelvi-femoraux, de la position que prend le malade. Se basant sur une démonstration de M. Gerdy, il explique l'allongement du ligament rond par l'enroulement, et la tension qu'il éprouve en supportant toute l'action des muscles qui entraînent le fémur en haut.

M. Parise affirme encore que, même alors que la maladie a commencé par la carie des os, l'accumulation du liquide dans l'article joue encore le principal rôle dans la production de la luxation spontanée; il ajoute que sa théorie explique tous les phénomènes de la maladie, à savoir : 1° l'abduction du membre et l'abaissement du bassin au début; 2° l'allongement apparent dépendant de l'abduction ; 3° l'allongement réel dû à la répulsion de la tête du fémur, 4° la saillie du grand trochanter ; 5° le changement de position que le membre éprouve par le mouvement de bascule, l'adduction et le raccourcissement apparent qui en résulte; 6° l'absence de luxation dans certains cas ; 7° la fréquence plus grande de la luxation chez les enfans.

Enfin, après avoir exposé que cette théorie peut parfaitement s'appliquer aux luxations congénitales, qui ne sont elles-mêmes que des luxations *symptomatiques* survenues pendant la vie *intra-utérine*, l'auteur termine en formulant huit propositions qui résument sa théorie de la luxation spontanée.

III. *Observation pour servir à l'histoire de l'application du trépan dans les plaies de tête, avec fracture du crâne et abcès du cerveau,* suivie de quelques réflexions; par F.-A. ARAN, interne lauréat des hôpitaux.

M. Aran rapporte l'histoire d'une fille qui, dans une rixe, reçut plusieurs coup de bouteille sur la tête qui donnèrent lieu à une plaie contuse dans la région fronto-pariétale droite. Cette plaie, dont les bords étaient profondément mâchés, se détergea bientôt ; mais il resta un trajet fistuleux qui conduisait sur une portion dénudée des os du crâne. La malade étant dans un état de souffrance continuelle, avec une céphalalgie frontale très circonscrite, des vomissemens et des nausées presque continuels, sans aucune lésion pourtant ni d intelligence, ni de sensibilité, ni de motilité, M. Blandin appliqua le trépan, mais il n'incisa pas la dure-mère, attendant que l'abcès vînt faire saillie, ce qui arriva; on fit une ponction, mais sans resultat; aucun liquide ne sortit. L'état de la malade s'améliora d'abord, puis s'aggrava ; il survint un érysipèle, une eschare énorme au sacrum, et la malade mourut trois mois après l'accident.

L'examen du cadavre eut lieu trente six heures après la mort. On trouva, dit M. Aran, « à la partie antérieure du lobule droit du cerveau une collection purulente s'étendant de la voûte à la base, et qui pouvait présenter le volume d'un œuf de dinde. »

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur appelle l'attention sur ce point, qu'un abcès aussi considérable a pu exister sans donner lieu à aucun symptôme de paralysie, à aucune perturbation dans l'intelligence, la sensibilité ou la motilité ; il demande ce que devient devant un tel fait la théorie qui rapporte à la lésion du lobe antérieur la perte de la parole, ce que deviennent les brillantes hypothèses des localisateurs.

M. Aran termine son mémoire en posant comme conclusions les propositions suivantes :

1° Qu'il peut exister un travail inflammatoire dans le lobe antérieur du cerveau, et même un abcès sans lésion de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence autres que la douleur et quelques phénomènes sympathiques.

2° Que lorsque, après une fracture du crâne, il reste au niveau de la plaie une douleur vive parfaitement circonscrite, on est autorisé, après les moyens ordinaires, à recourir au trépan, à l'incision de la dure-mère, et peut-être même à l'incision du cerveau.

3° Que l'opération du trépan n'ajoute rien aux dangers de la maladie.

4° Que c'est se flatter d'une espérance chimérique que d'attendre, après le trépan, que le pus triomphe de la résistance de la dure-mère et vienne sortir par l'ouverture artificielle.

IV. *Note sur un moyen très simple d'arrêter les hémorrhagies nasales ;* par le docteur NÉGRIER, médecin à Angers.

M. le docteur Négrier a recueilli dix faits d'où il résulte qu'il suffirait, pour arrêter instantanément les hémorragies nasales inquiétantes, *de faire relever le bras des sujets perpendiculairement et de comprimer les narines.* Si l'épistaxis n'avait lieu, comme cela arrive le plus ordinairement, que d'un seul côté, il suffirait de relever le bras correspondant. L'auteur fait suivre l'exposé de son moyen d'une explication physiologique à laquelle il parait lui-même attacher peu d'importance ; mais il affirme que depuis trois ans qu'il fait usage de son procédé, l'élévation des bras a *toujours* produit le même résultat.

V. *De la présence de la fibrine dans la sérosité extraite du péritoine ;* par M. J. DELAHARPE, médecin en chef de l'hôpital de Lauzanne.

L'auteur de ce mémoire déclare devoir à une circonstance imprévue d'avoir découvert de la fibrine dans la sérosité sécrétée par le péritoine. Indiquant les précautions à prendre pour recueillir cette fibrine, ce praticien cite plusieurs cas de ponc-

tions pratiquées sur des individus atteints d'ascite et d'hydrothorax; il donne l'analyse detaillée des differens liquides recueillis et les diverses réactions obtenues au moyen de l'acide nitrique, des chlorures de mercure et de baryum, de la solution de potasse caustique, de la chaleur, etc. La sérosité a été également examinée au microscope et ses globules décrits avec soin. M. Delaharpe résume son mémoire en disant que les faits principaux qui résultent de ses observations sont les suivans :

La naissance d'un caillot dans la sérosité n'est point un phénomène de refroidissement de ce liquide. Il se montre en même temps dans un grand et dans un petit vase, dans un vase de verre, de métal ou de bois. Il apparaît au même instant dans une éprouvette dont le liquide a une température très rapprochée de celle de l'air ambiant (14 à 18°), et dans un grand vase de bois lorsque la sérosité est encore à peine refroidie.

La masse de la sérosité n'a aucune influence sur la naissance de la fibrine renfermée dans son sein.

La fibrine n'est point en proportion de l'albumine qui l'accompagne dans la sérosité.

M. Delaharpe termine en disant qu'il y a tout lieu de croire que la fibrine ne se développe pas dans la sérosité lorsque cette sérosité est sécrétée par une séreuse irritée, et surtout si cette irritation est moins une véritable irritation qu'une simple excitation de fonction.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE. (Juin 1842.)

I. *De l'influence curative de la grossesse sur les engorgemens de la rate que laissent à leur suite un certain nombre de fièvres intermittentes.*

« Un des phénomènes qu'on observe le plus constamment chez les femmes dans l'état de grossesse, c'est une pléthore générale, tendant à se localiser, tantôt dans un point, tantôt dans un autre; cette pléthore résulte du surcroît d'énergie que prennent à la fois la digestion et l'hématose. » La nutrition est également accrue, la sensibilité augmentée; il n'est point jusqu'au moral qui ne ressente le contre-coup de la révolution qu'a subie l'économie toute entière. N'est-il pas incontestable que des conditions générales si puissantes doivent exercer de l'influence sur les maladies, que des phénomènes physiologiques si nouveaux doivent imprimer certaines modifications aux divers états morbides coexistans? Déjà un grand nombre d'observateurs ont reconnu que la marche des affections cancéreuses, et celle de la phthisie surtout, sont, en général, suspendues pendant la grossesse pour reprendre après l'accouchement un plus haut degré d'intensité et de rapidité; ils ont noté également que très souvent les femmes enceintes étaient à l'abri des maladies contagieuses; enfin ils ont vu des cas de chlorose, d'affections cutanées, de ramollissement des os, de céphalalgie chronique, d'hystérie, d'épilepsie, guérir par le seul fait de la grossesse. Nous avons eu nous-même occasion d'observer un certain nombre de cas d'engorgemens de la rate consécutifs à des fièvres intermittentes de différens types, et dont le développement de la grossesse a amené la complète et définitive résolution. On a cité également des cas de fièvre intermittente rebelle qu'a fait cesser l'état de grossesse. Il est vraisemblable que dans ces cas la durée du mal avait produit l'engorgement de la rate, et que la grossesse, en le faisant disparaître, a mis fin à la fièvre; les faits suivans tendent du moins à appuyer cette idée.

Madame S...., âgée de quarante-et-un ans, ayant eu plusieurs enfans et jouissant d'une bonne santé, est prise à la fin de l'hiver de 1839 d'une fièvre tierce qu'on supprime plusieurs fois avec le sulfate de quinine; mais dès que l'on cesse le médicament, la fièvre reparaît. Après cinq ou six de ces rémissions, la rate avait acquis un volume considérable. Le sulfate de quinine est de nouveau prescrit à haute dose; quelques purgatifs et des frictions avec l'onguent napolitain, et la fièvre est irrévocablement supprimée; mais la tumeur persiste. Mme S... devient grosse, et à mesure que l'utérus se développe, sa santé se consolide, l'anémie disparaît, et la tumeur de l'hypochondre diminue sensiblement. L'accouchement se fait sans aucun accident; et quand la matrice, abaissée, permet d'explorer la région de la rate, tout engorgement a disparu.

Dans un second cas, les choses se passèrent absolument de même.

Il serait difficile de méconnaître ici un rapport de causalité entre le développement de la grossesse et la disparition de l'engorgement chronique de la rate. Du reste, quelques faits pathologiques tendent à expliquer ce mode d'influence curative. Prosper Alpin rapporte que, pendant une fièvre quarte, il vomit environ six livres de sang, et que la fièvre cessa pour toujours. M. Latour, d'Orléans, dans son *Traité des hémorrhagies*, cite plusieurs cas d'engorgemens de la rate et de fièvres intermittentes guéris par des hématémèses.

L'état de grossesse faisant que l'utérus appelle à lui une grande quantité de sang, ce qui se passe alors n'a-t-il pas une grande analogie avec les observations précédentes?

Dans deux autres cas d'engorgement de la rate, la grossesse procura encore une guérison entière; mais dans le second de ces deux derniers, la tumeur avait déjà notablement diminué par le sulfate de quinine, quand la malade devint enceinte.

Il y a certainement dans ces cures par la grossesse une opération essentiellement vitale; mais il serait possible aussi que la compression exercée par l'utérus sur l'organe tuméfié fût pour quelque chose dans la guérison. Un fait digne de remarque, c'est que la grossesse, survenue au milieu d'une fièvre intermittente, n'en a pas moins été des plus régulières; que les accouchemens dans ces quatre cas ont été heureux, et que les produits ont offert tous les signes habituels de la santé. Il paraît donc établi que la grossesse peut exercer la plus salutaire influence sur les engorgemens viscéraux.

II. *Considérations sur quelques pleuro pneumonies graves observées à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Fouquier, et sur leur traitement.*

S'il est quelques circonstances qui rendent alarmantes les lésions du poumon ou de la plèvre, déjà graves en elles-mêmes, c'est à coup sûr quand elles sont entées sur une lésion chronique des organes respiratoires. Bien qu'on rencontre dans la pratique des affections fort graves accompagnées de toutes les apparences de la faiblesse, et qui exigent cependant l'emploi des émissions sanguines, la pleuro pneumonie, chez un sujet usé et toussant déjà depuis six mois, ne saurait, que par de très rares exceptions, se trouver dans une pareille condition; l'emploi de la méthode antiphlogistique, dans ce cas, nous semble diamétralement opposée aux exigences de la maladie. Ne doit il pas résulter de la persévérance en cette méthode l'épuisement progressif du malade et la soustraction du peu d'énergie qui lui reste pour aider à la résolution de l'engorgement de la poitrine?

Une ou deux saignées très faibles au début, les adoucissans et les pectoraux; puis, les symptômes urgens une fois maîtrisés par cette pratique, recourir aux épispastiques, ou peut être à un exutoire à la poitrine ou au bras; au régime lacté, à une nourriture légère; puis, à la sortie de l'hôpital, recommander une nourriture plus solide, l'air de la campagne, tels étaient les moyens qui nous auraient semblé propres à amener la guérison et à la consolider.

Dans un cas d'asthme existant depuis plusieurs années chez un sujet affaibli, maigre, chétif, et chez lequel s'est développée une affection aiguë ayant les caractères d'une pleuro-pneumonie, la maladie aiguë a été traitée par une saignée, précédée de l'application de ventouses scarifiées; elle a cédé, mais l'affection chronique a persisté. Il nous semble qu'on n'a employé ici que la moitié du traitement propre à la maladie: après l'émission sanguine, ne fallait-il pas administrer un émétique?

La fièvre était peu vive dans ce cas, les symptômes thoraciques peu prononcés, et de plus les affections régnant à cette époque offraient tous les signes des affections catarrhales-gastriques, deux élémens morbides fort susceptibles de céder à un éméto-cathartique.

Dans un autre cas de pleuro-pneumonie catarrhale bilieuse, on fit pratiquer une copieuse saignée d'abord, après quoi on eut recours à 20 centigrammes d'oxyde d'antimoine à titre de résolutif seulement. Stoll, Finke et tous les grands praticiens ne prouvent-ils pas par leurs expériences qu'il fallait, le diagnostic posé, administrer résolument un éméto-cathartique? Il est vrai que l'état du sujet et l'exaspération des symptômes ne comportaient pas l'administration immédiate du vomitif; mais ne suggeraient-ils pas l'idée des délayans pendant vingt-quatre heures, ou une saignée générale, puis aussitôt après l'émétique? Qu'est-il arrivé du traitement ci dessus, c'est que la nature a transformé heureusement le prétendu résolutif en éméto-cathartique, et qu'après des évacuations abondantes par haut et par bas la pleuro-pneumonie a été guérie. Est-ce donc une chose nouvelle que la guérison presque intantanée des affections aiguës de la poitrine à la suite de ce puissant remède? Il serait aisé d'en citer des milliers d'exemples; pourquoi donc certains praticiens apportent ils tant de réserve dans l'administration des éméto-cathartiques?

III. *Considérations sur la curabilité et le traitement du ramollissement cérébral*; par M. Max. DURAND-FARDEL.

Le ramollissement a passé jusqu'ici pour une affection tout à fait incurable; c'est là une grave erreur.

Deux opinions sont en présence touchant le ramollissement cérébral; la première considérant cette altération comme inflammatoire; la seconde regardant le ramollissement tantôt comme inflammatoire, tantôt d'une autre nature, soit anémique, gangréneuse, scorbutique *sui generis*, etc. Les auteurs qui font autorité en cette matière disent tous: « Le ramollissement est tantôt inflammatoire, tantôt d'une autre nature; » mais aucun n'indique les caractères de l'une et de l'autre de ces altérations.

La première, la seule condition pour arriver à quelque chose de précis sur la nature du ramollissement, c'est de l'étudier à son début, puis de le suivre à travers toutes les transformations que le temps lui fait subir. En suivant cette méthode naturelle, on trouvera que le ramollissement cérébral débute constamment par une congestion sanguine générale ou locale du cerveau.

Le ramollissement peut guérir à deux époques différentes; soit tout à fait à son début, soit à une période plus ou moins avancée de son développement. On doit comprendre l'importance de cette distinction des époques où arrive la guérison; car, dans le premier cas, il peut y avoir disparition complète de l'altération et des symptômes; dans le second, il y a persistance d'une lésion et souvent d'un certain degré d'altération dans les fonctions encéphaliques.

L'auteur rapporte quelques faits à l'appui; nous nous bornerons à mentionner le suivant.

Une dame, âgée de quarante huit ans, maigre, d'apparence chétive, a eu quatre enfans, et assure s'être toujours assez bien portée. Cette femme est prise de migraines, qui diminuent, puis reparaissent et augmentent d'intensité, il y a un an; elle éprouve successivement des étourdissemens, des pertes passagères de connaissance; puis une hémiplégie droite apparaît et devient graduellement complète; troubles de l'intelligence, de la parole; douleurs vives dans les membres, sensation de froid profond, sous l'influence du traitement suivant, commencé le 17 janvier 1842, quinze sangsues sous l'oreille droite, sinapismes, compresses imbibées d'oxycrat sur la tête, limonade, bouillon.

Le 18, lavement avec trois gouttes d'huile de croton.

Le 20, vésicatoire derrière le cou, 15 grammes de sulfate de soude à prendre le matin pendant quatre jours.

Le 26, huit sangsues sous l'oreille droite, sinapismes aux poignets, faire des frictions sur le membre supérieur gauche avec un liniment ammoniacal.

Le 4 février, elle a supprimé son vésicatoire; on lui en remet un le 8.

Le 20 mars, la malade fait plus d'une lieue à pied. Les doigts n'ont pas toute leur force; mais elle noue une rosette assez facilement. Plus de douleurs ni de fourmillemens; jamais de céphalalgie. Intégrité de l'intelligence et de la parole. État général satisfaisant.

M. Durand Fardel cite deux autres cas presque semblables dont la guérison fut obtenue d'une manière à peu près complète, et il termine son mémoire en disant que la guérison du ramollissement peut être facilement démontrée, non-seulement comme un fait possible, mais encore comme un fait ordinaire, et par l'anatomie pathologique, et par l'analyse de certaines observations.

IV. *Du traitement des grands emphysèmes traumatiques*; par M. MALGAIGNE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

La question que j'aborde dans ce mémoire, dit M. Malgaigne, est un nouvel exemple de la facilité avec laquelle se sont fondées les doctrines chirurgicales au dix-huitième siècle et de la facilité non moins étrange avec laquelle elles sont encore acceptées et professées aujourd'hui. Parmi les principes établis sur la question dont il s'agit ici, il en est qui ne seraient guère moins meurtrières que ces doctrines collatérales du trépan et des hernies engouées que j'ai démasquées et combattues; car il ne s'agissait rien moins que d'ouvrir la poitrine comme on ouvrait l'abdomen et le crâne pour des indications dont je conteste la réalité.

Boyer dit que lorsque l'emphysème, produit par une cause traumatique, à la suite d'une fracture de côtes, d'une plaie de poitrine, d'un effort de toux, d'une simple contusion extérieure, est léger et circonscrit, on l'abandonne à la nature; « mais lorsqu'il est considérable, qu'il continue à faire des progrès, qu'il menace de devenir universel ou qu'il s'est étendu à presque toutes les parties du corps, les secours de l'art deviennent absolument nécessaires. »

Ces secours consistent, pour Boyer, « à donner issue à l'air qui est répandu dans la poitrine, et dont la présence est la cause de l'oppression violente que le malade éprouve et de la suffocation qui peut le faire périr; » et cela en pratiquant une incision « qui soit assez profonde pour s'étendre jusqu'au lieu par où l'air sort de la poitrine; » il ajoute « que cette théorie est parfaitement d'accord avec l'expérience, et que l'incision, faite à temps, dans un lieu convenable et à une profondeur suffisante, a eu un plein succès. »

Après avoir dit que cette doctrine était générale et l'est encore, que Delpech et Dupuytren la professaient, que Sabatier, Richerand, M. Velpeau, sont pour l'incision; que Bromfield, B. Bell, Abernethy, J. Bell, Ch. Bell, Sam. Cooper, et plus récemment M. Lonsdale, recommandent l'opération; M. Malgaigne déclare que son attention sur cette doctrine a été éveillée par deux faits qui se présentèrent dans sa pratique.

Il s'agissait dans le premier cas d'un emphysème extérieur, assez notable déjà, circonscrit toutefois à un côté de la poitrine, et succédant à une fracture de côtes. Il n'y avait pas plus d'oppression que dans une fracture ordinaire, et le bandage de corps suffit pour la dissiper.

L'auteur fut frappé de la rareté de l'emphysème coïncidant avec une fracture de côtes (c'est la seule fois qu'il ait rencontré dans un nombre très considérable de ces fractures qu'il a obtenues), et du peu d'extension et de gravité de cet emphysème.

L'an dernier, M. Malgaigne eut à traiter un malade atteint d'un emphysème extérieur plus considérable, auquel il ne fit ni incision pour évacuer l'air, ni fomentation *pour rétablir le ton des solides*, et qui n'en guérit pas moins très bien.

Après avoir cité les observations d'emphysèmes rapportées par A. Paré, Méry, Littré, W. Hunter, Russel, W. Hewson; qui, le premier préconisa, comme plus expéditive et plus sûre, cette nouvelle méthode qui consiste à ouvrir la poitrine, et qui se basait, pour proposer cette grave opération, sur un fait déjà publié par Cheston et sur une observation qui lui était propre; après avoir cité toutes ces observations, M. Malgaigne fait remarquer qu'en ajoutant à ces deux faits, dont l'un est peu concluant, quelques expériences sur les animaux où l'auteur ne put produire le résultat qu'il cherchait, et une citation de Riolan, qui dit avoir vu pratiquer plusieurs fois à Paris, avec un grand soulagement pour les malades, la paracenthèse du thorax, on aura réuni toutes les preuves d'une doctrine qui peut compter parmi les plus fabuleuses du dix-huitième siècle.

L'auteur ajoute que, malgré l'assertion de Boyer, l'opération de Hewson n'a été pratiquée qu'une seule fois et que la malade a succombé; d'où il tire cette conséquence qu'un précepte chirurgical et une opération des plus graves ont été recommandés sans être appuyés d'aucun fait pertinent, et bien que la seule malade qui ait souffert cette opération soit morte trente six heures après. Il cherche ensuite à prouver que l'ouverture de la poitrine, dans ces cas, est en opposition avec les lois les plus positives de la physiologie expérimentale, et conclut en disant: 1° que quand une plaie pénétrante a divisé la plèvre et le poumon sans notable hémorrhagie, on doit fermer la plaie extérieure; 2° que l'emphysème intra-pleural ne paraît nullement grave par lui-même, et ne peut jamais nécessiter l'ouverture de la poitrine; mais que cependant il existe un emphysème thoracique interne, occupant les médiastins qui offrent un péril réel, et dont la connaissance est utile pour éclairer le diagnostic et le pronostic. Il cite deux observations à l'appui, une de Dupuytren et une recueillie par Hicks, d'où il résulterait que l'emphysème du médiastin serait la conséquence de l'emphysème général, mais non la conséquence constante. 3° Que les incisions faites à la peau sont des plus utiles, mais qu'elles doivent être fort petites; que des piqûres de lancette peuvent suffire, et que peut-être même les piqûres de trocart seraient préférables comme moins sujettes à suppurer; mais qu'il pourrait y avoir quelque danger à égarer la pointe de l'instrument dans un cas d'emphysème peu considérable. 4° Que si l'emphysème s'accompagne de quelque engorgement du poumon la saignée en fera justice, et qu'enfin il est des emphysèmes fort considérables et dans toutes les conditions qui, selon Boyer, exigent impérieusement l'intervention de l'art, il est de ces emphysèmes qui disparaissent sans autre médication que la diète.

V. *De l'arrachement des polypes muqueux des fosses nasales et des moyens d'empêcher la récidive.*

A la suite de quelques considérations sur les polypes celluloso-muqueux, l'auteur de cette note passe au manuel opératoire; il indique quelques précautions à prendre pour le choix de l'instrument, dont le volume doit toujours être le plus petit possible. Déterminant le siége le plus ordinaire de ces productions, il rappelle que le méat inférieur, rarement occupé par les polypes, présente un renflement qui peut donner lieu à une erreur de diagnostic des plus fâcheuses. Selon l'auteur, les pinces à préférer pour l'opération sont celles que M. Lisfranc a fait modifier, et dont les branches, très finement évidées, se croisent quand l'instrument se ferme, si bien que, ouvert au degré convenable, elles se rencontrent mutuellement, et que l'on obtient ainsi l'écartement nécessaire sans qu'il en existe le moindre entre les branches. Une remarque importante, c'est que le temps de l'opération le plus difficile est celui où le chirurgien fait pénétrer le doigt dans l'orifice postérieur des fosses nasales, en raison de la contraction spasmodique des péristaphylins, qui tendent le voile du palais et l'appliquent avec énergie contre l'ouverture des fosses nasales. L'auteur recommande de ne pas brusquer l'obstacle, mais d'attendre que la contraction ait cessé pour faire franchir au doigt l'orifice, momentanément inaccessible. Enfin, après avoir été mis en garde contre l'erreur souvent causée par le boursouflement de la muqueuse produit par les efforts de l'opérateur, et qui fait croire à de nouveaux polypes alors que tous ont été extraits, on trouve indiqués quelques moyens propres à s'opposer à la récidive. Ces moyens consistent surtout en fomentations émollientes, injections d'eau de guimauve, applications de sangsues derrière les oreilles pendant

la réaction inflammatoire, auxquelles on fait succéder une solution concentrée d'alun, ou mieux une solution de nitrate d'argent, 4 décigrammes pour 30 grammes d'eau.

VI. *Un mot de rectification au sujet de l'emploi des purgatifs dans le traitement de la fièvre typhoïde*; par M. DELARROQUE, médecin de l'hôpital Necker.

M. de Larroque combat comme assertions générales les propositions contenues dans un travail de M. Becquerel, et dont nous avons rendu compte dans le supplément du 2 juin. Ce médecin avance que M. Becquerel est particulièrement dans l'erreur quand il avance :

« 1º Que la fièvre n'est pas abrégée dans sa durée par l'influence des purgatifs et des émeto cathartiques.

» 2º Que ce n'est que dans un petit nombre de cas que le pouls *semble* diminuer de fréquence durant l'emploi de ces médicamens.

» 3º Qu'il en est de même de la chaleur de la peau, dont les variétés sont égales à celle du pouls.

» 4º Que les symptômes nerveux sont, en général, peu modifiés par les mêmes agens thérapeutiques, et que ce n'est que *quelquefois* qu'ils diminuent d'intensité.

» 5º Que dans les cas très graves les effets des purgatifs sont entièrement *nuls* sur la somme totale des symptômes.

» 6º Que, dans les cas de médiocre intensité, l'état général a *semblé* s'améliorer par l'effet des évacuans. »

M. De Larroque a vu lui, au contraire, que les émeto cathartiques et les purgatifs exerçaient une influence évidemment salutaire sur la *somme totale des symptômes*; mais il ajoute que dans certains cas, heureusement fort rares, on est obligé d'employer, en même temps que les purgatifs, des frictions et des lavemens camphrés, par la raison que les troubles de l'innervation montrent une opiniâtreté extrême; et que cet agent les modère presque toujours ou les fait cesser complétement.

VII. *Carie de l'os de la pommette, de l'os unguis, du sphénoïde du maxilla re droit et des dents de ce côté par suite d'un polype de la fosse nasale droite*; par M. A. TARDIEU, D. M. à Saugues (Haute-Loire).

Le nommé Martin Teissèdre, d'une constitution athlétique, portait depuis plusieurs mois une fistule à la joue droite, une sonde ordinaire, introduite dans le point fistuleux traversait l'os de la pommette, les unguis, le sphénoïde, le maxillaire, et venait paraître dans la bouche. Une dent molaire totalement nécrosée fut prise d'abord pour le point de départ de la maladie; elle fut extraite, et un fer incandescent fut introduit dans la fistule au moyen de la canule du grand trocart à ponction; peu d'amélioration suivit ce traitement. Au bout de plusieurs mois, on s'aperçut avec surprise qu'un énorme polype existait dans la narine droite; on procéda à son arrachement; une hémorrhagie considérable en fut la suite : elle fut arrêtée. Pendant six mois ce polype, muqueux et très vivace, se reproduisit malgré de fortes cautérisations au nitrate d'argent. Le malade se cautérisa ensuite lui-même tous les deux ou trois jours; enfin l'introduction d'un cylindre incandescent fut pratiquée plusieurs fois, et cette opération, secondée par un traitement dont l'iode était la base, amena l'élimination d'un séquestre osseux par la bouche. Un an après la première opération, le malade était guéri.

VIII. *Sur un cas remarquable d'épilepsie durant depuis cinq ans et guéri par l'expulsion de vers intestinaux*; par M. A. MICHEL, docteur-médecin à Barbentane (Bouches du Rhône).

Marie Imbert, âgée de dix ans, avait depuis cinq ans des attaques d'épilepsie; les accès revenaient deux à trois fois par mois. Après deux accès très-rapprochés, pendant lesquels on avait employé entre autres moyens l'opium, la belladone, les sinapismes, on se décida à administrer l'indigo, proposé par Ideler de Berlin. On continua à l'administrer pendant plusieurs jours, et, dans les selles bleuâtres et copieuses qu'il procura se montrèrent, chaque fois, cinq à six ascarides lombricoïdes; on continua le médicament, puis on administra 30 centigrammes de calomel, et deux jours après deux gouttes d'huile de crotontiglium dans 30 grammes d'huile de ricin; plusieurs pelotons de vers furent expulsés, et depuis cinq mois il n'y a pas eu d'attaque d'épilepsie.

IX. *Un mot sur le traitement chirurgical des kystes qui simulent ou accompagnent le goître*.

Au numéro 35 de la salle Saint-Augustin, à la Pitié, était une fem ne portant un goître volumineux, dans l'épaisseur duquel un kyste s'était développé. M. Lisfranc plongea un trocart pour reconnaître la nature de la tumeur; puis, le diagnostic établi, le kyste fut ouvert au point le plus déclive : on le vida par la pression; 30 ou 40 sangsues furent appliquées à la partie supérieure du cou et aux apophyses mastoïdes. Deux ou trois fois par jour, on fit des injections émollientes dans le foyer, et on appliqua à l'extérieur des cataplasmes de farine de lin. Quand le pus se forma, on lui ménagea une issue; au bout de huit ou quinze jours, il y avait affaissement du kyste; quand la santé se fut améliorée, on engagea dans le foyer une mèche qu'on enduisit avec l'onguent suivant la durété des parois du kyste mettant obstacle à l'adhérence :

Onguent digestif simple. . . .	4 grammes.
Potasse caustique.	1 gramme 20 centig.,

et, pour terminer la cure, on badigeonna l'intérieur du foyer avec le nitrate d'argent.

X. *Sur un kyste bleuâtre ne contenant qu'une matière diaphane.*

Il est des tumeurs qui en imposent facilement à des praticiens peu exercés qui n'en rapportent qu'à la couleur pour en déterminer la nature. Un jeune homme, couché au numéro 20 de la salle Sainte-Vierge, à la Charité, dans le service de M. Velpeau, portait en dedans du genou une tumeur bosselée, du volume d'une grosse noix indolore, datant de quinze ans. On avait cru à une tumeur érectile veineuse. Plusieurs juges du concours actuel, voulant en faire le sujet d'une leçon, l'explorèrent et s'arrêtèrent à l'idée d'un kyste muqueux étranger au système vasculaire. Le candidat, au contraire, diagnostiqua un kyste purement séreux et contenant de la sérosité diaphane. A l'opération, M. Velpeau a trouvé une matière ressemblant au méconium, et les parois constituées par d'énormes bosselures veineuses, complétement oblitérées en avant et en arrière.

CLINIQUE DES HÔPITAUX DES ENFANS; juin 1842.

I. *Leçons de clinique sur les maladies des enfans par M. Trousseau*; recueillies par M. LHOMMEAU, interne des hôpitaux. (Hôpital Necker; enfans à la mamelle.)

Du muguet.

M. Trousseau conserve la division qui a été établie du muguet en idiopathique et en symptomatique. Il considère cette distinction comme importante sous le point de vue thérapeutique, bien que les symptômes soient les mêmes dans les deux cas.

La symptomatologie du muguet précisée, il cite un cas d'éruption du muguet trouvée dans l'œsophage, formant un canal parfaitement continu, épais de deux millimètres, composé de matière caséuse d'un blanc gris, et libre de toute adhérence.

Y a-t-il érosion de la muqueuse? l'épiderme est-il soulevé, ou bien la membrane est-elle intacte? telles sont les questions que pose et que résoud affirmativement M. Trousseau.

Établissant la division du muguet en symptomatique ou en idiopathique, selon l'intensité ou l'absence des symptômes généraux, le professeur fait remarquer que le muguet symptomatique coïncide le plus souvent avec une lésion du tube digestif; que le muguet idiopathique, presque inconnu à l'hôpital des nouveau-nés, n'est jamais grave comme le précédent, qui le devient non par lui-même, mais en raison de la lésion qu'il accompagne.

Le traitement est le même dans les deux espèces : les lotions avec le miel rosat, un collutoire avec acide hydrochlorique, un gramme, et miel dix grammes, le font disparaître en quelques jours. Le professeur recommande l'emploi d'un collutoire alcalin, miel et borate de soude parties égales, qui a le grand avantage de pouvoir être avalé sans danger. Il dit avoir usé avec succès d'une solution de nitrate d'argent, et enfin il conseille de varier les médicamens quand ils ne réussissent pas, de ne pas suspendre brusquement l'emploi de celui qui aura réussi, et de le reprendre à la moindre apparence de récidive.

II. *Hydrocéphale ventriculaire ou encéphalique*; observation communiquée par M. F.-L. TAVIGNOT, ex-interne de l'hôpital des Enfans malades (service de M. Guersant fils).

Le sujet de cette observation est un enfant de deux ans et demi qui, jusqu'à quatre mois, eut toutes les apparences de la santé; il tétait bien, n'eut pas de convulsions; il fit une chute à cette époque sur le côté gauche de la tête, avec plaie. A son entrée à l'hôpital, le 17 juillet 1840, cet enfant présentait une contracture des muscles de la partie postérieure de la tête, de la raideur dans les membres; la sensibilité est conservée, les pupilles sont contractiles. Il est pris de temps en temps de suffocation et de hoquets; il mange avec voracité. Depuis son entrée jusqu'à sa mort, il a maigri au point de présenter un aspect squelettiforme; des eschares se sont formées au sacrum et au trochanter; les dents sont tombées. les pupilles de plus en plus dilatées, et les yeux toujours portés sous la paupière supérieure; tous les fléchisseurs des membres sont contractés, et l'extension est presque impossible; la sensibilité diminue. Il meurt le 2 avril.

L'autopsie fut faite. Le crâne ouvert laisse écouler un litre et demi de sérosité transparente; ce liquide paraît contenu dans une membrane propre. En incisant la partie supérieure de cette poche on pénètre dans les ventricules énormément dilatés, les trois quarts antérieurs et supérieurs des circonvolutions, ainsi que le corps calleux et le septum lucidum manquant en totalité. Les corps striés sont d'un volume exagéré, les couches optiques atrophiées; le reste est intact; seulement, toutes les parties sont macérées par la sérosité, tout en conservant leur consistance normale. Le canal rachidien contenait quelque peu de sérosité.

M. Tavignot termine son observation par quelques considérations sur l'hydrocéphalie ventriculaire chronique, et il discute la question de savoir si dans ce cas l'hydrocéphalie fut congéniale ou postérieure à la naissance.

III. *De la valeur de certains procédés conseillés dans la version pelvienne*; par M. le docteur Chailly (Honoré), ex-chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Paris.

Dans cette note, M. le docteur Chailly s'élève avec force contre certaines recommandations, dont le moindre inconvénient est d'être inutiles, et que conseillent cependant certains ouvrages d'accouchemens. Ainsi, il demande qu'on ajoute à cette règle : « *La main qui doit être introduite dans la présentation du sommet est celle dont la face palmaire regardera la face antérieure du produit*, » cette correction de M. Nægelé : « *Si la poche des eaux n'est pas encore rompue, le choix de la main est peu important. Si l'on a du doute sur la position de l'enfant, si les eaux ne sont pas écoulées, on se sert de la main qui est la plus exercée.*

M. Chailly combat encore ce précepte : « *Que la main pénétrant dans le col doit refouler la partie qui se présente, puisqu'elle doit être glissée sur le plan postérieur du fœtus, chemin plus long mais plus sûr pour ne pas être exposé à rencontrer les mains et à empêcher la confusion.* » Il démontre, et victorieusement, que rien ne doit être refoulé, mais qu'on doit glisser la main avec précaution et sans aucune violence sur les côtés de la tête; de plus, que ce n'est que dans le cas où le fœtus est mobile et l'utérus non rétracté que la main pourra parcourir la partie dorsale du produit; mais que, pour peu que l'utérus soit rétracté, l'opération deviendra douloureuse, difficile et impossible même si la rétraction est énergique; tandis qu'en passant la main à la partie antérieure de l'enfant on rencontrera les genoux ou les pieds à très peu de distance de la tête. C'est toujours ainsi qu'a opéré M. Paul Dubois.

L'auteur de la note s'élève encore contre ce précepte qu'ont donné quelques auteurs, *d'aller chercher le second pied quand on n'a saisi que le membre qui regarde la paroi postérieure du bassin*. On n'est que très rarement dans l'obligation d'aller chercher le second pied quand on en a saisi un, quel qu'il soit, dit-il; et M. le docteur Maigne, dans une pratique étendue et de plus de trente ans ne s'est jamais vu obligé d'aller chercher le second pied parce qu'il n'avait pu saisir que le postérieur. M. Paul Dubois n'est pas de cette opinion que professe M. Nægelé.

M. Chailly s'attache encore à démontrer qu'il est sage et prudent de tous points de suivre le précepte de Mme Lachapelle dans le cas où les bras se sont relevés sur les côtés de la tête, et même où l'un des deux est passé sous l'occiput et se trouve pris entre cette partie et la symphyse des pubis. Il prouve que pour dégager la tête lorsqu'elle résiste après l'issue du tronc, si l'on suit le conseil « *de placer deux doigts sur les côtés du nez et deux autres sur l'occiput, puis de pousser avec les doigts placés sur l'occiput et de tirer avec ceux placés sur les côtés du nez.* » il faudra que cette tête résiste bien peu pour que cette manœuvre réussisse, et que toutes les fois, au contraire, que cette tête sera solidement fixée, on sera obligé de placer deux doigts dans la bouche sur la mâchoire inférieure pour fléchir la tête, pendant qu'avec deux autres doigts, fixés sur les épaules, on exercera des tractions sur le tronc et dans un sens convenable.

COMPTE-RENDU DE LA SÉANCE PUBLIQUE DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE.

Exposé des travaux de la société, depuis le 15 mai 1841 jusqu'au 8 mai 1842.

Parmi les observations intéressantes et les mémoires ou communications que renferme ce compte-rendu, on remarque principalement :

1º Un cas de ligature de la sous-clavière, et par suite du tronc brachio-céphalique. Cette observation a été publiée dans le numéro de janvier dernier des *Annales de la chirurgie* et nous en avons donné un résumé dans notre supplément du 1er février.

2º L'observation communiquée par M. Larrey d'une femme de chambre qui sous l'influence d'une frayeur vive, avala une grosse épingle. Pour rassurer cette fille, M. Larrey lui persuada qu'il avait un moyen infaillible de dissoudre ces sortes de corps dans l'estomac; on lui administra une potion calmante. Trois jours après elle ressentit quelques légères coliques qui cédèrent à des lavements émollients. Pendant cinq mois la santé de cette fille ne fut nullement altérée; au bout de ce temps, elle éprouva une douleur sourde avec une sorte d'engourdissement à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche. Elle commença à marcher difficilement. Une huitaine de jours après les douleurs devinrent plus vives, elle garda le lit et un gonflement avec inflammation de la peau apparut au-dessous du grand trochanter, dans l'étendue de cinq centimètres environ. Des cataplasmes, le repos et la diète furent prescrits. Le lendemain la fluctuation devint évidente; on plaça un emplâtre maturatif; le lendemain un point bleu se fit voir au milieu de la tumeur, et l'on distingua au centre un corps noirâtre. Ce corps, saisi avec des pinces à pansement, n'était autre que l'épingle avalée six mois auparavant. La guérison s'opéra promptement.

3º Un fait communiqué par M. Benoît. Il s'agit d'une luxation iliaque, datant de huit jours, et contre laquelle on avait vainement essayé l'extension et la contre extension ordinaire. Le déplacement avait lieu en haut et en dehors; la tête du fémur était par conséquent portée sur la fosse iliaque externe. On pratiqua une saignée de 420 grammes, on essaya trois nouvelles tentatives énergiques d'extension et contre extension qui n'eurent aucun succès. On eut alors recours à la flexion de la manière suivante :

Le matelas sur lequel repose le malade est mis à terre. « Un aide enjambe le corps du patient et s'accroupit de manière à peser fortement sur le bassin, dont il embrasse les deux os à pleines mains pour le rendre immobile. Placé debout et du côté interne, le chirurgien saisit le membre luxé et après avoir fléchi la jambe sur la cuisse et celle ci sur le tronc, il applique la main gauche sur le jarret et la droite sur le cou-de-pied. Ses mouvements de réduction ont alors pour but : 1º de pousser la cuisse sur le bassin pour forcer un peu la flexion; 2º de tirer la cuisse en haut et, pour cela, tandis que la main gauche cherche à l'élever directement, la main droite pèse au contraire sur le coude-pied, ce qui transforme la jambe en un levier du premier genre; 3º de porter le pied dans l'adduction afin d'imprimer un mouvement de rotation en avant et en dedans à la tête du fémur. Ces manœuvres simultanément exécutées eurent un succès complet. La réduction fut presque instantanée et produite sans exaspération; une secousse brusque, sans bruit de claquement, mais parfaitement sentie par l'aide et par l'opérateur, annonça le retour de l'os dans sa cavité. Au bout de quatorze jours la progression fut facile. »

4º La description d'une tumeur congéniale du cerveau (encéphalocèle), avec laquelle le malade vécut jusqu'à l'âge de vingt-cinq ou vingt-six ans, époque à laquelle il succomba à la suite d'une pleuro-pneumonie. M. Popis, qui rapporte cette observation, fait remarquer que le malade raisonnait assez bien, pouvait courir sans tomber et digérait parfaitement. Le même praticien communique encore l'histoire d'un militaire âgé de 56 ans, qui reçut plusieurs blessures à la tête, entre autres un coup par instrument piquant. Cet homme rentra au quartier, passa gaîment trente-six heures à la salle de police, et ce ne fut que deux jours après l'accident qu'il se plaignit d'un léger mal de tête; transporté à l'hôpital, on le saigne, il tombe dans le coma, et meurt le lendemain dans la matinée. On trouve à l'autopsie du pus entre le péricrâne et l'aponévrose occipito-frontale; un caillot de sang sur la face externe de la dure-mère dans le point correspondant à la plaie, une couche de pus louable dans la cavité de l'arachnoïde et recouvrant toute la partie antérieure du lobe gauche du cerveau. La substance cérébrale de ce lobe est en partie infiltrée, ramollie.

5º Deux observations de M. Molas, tendant à prouver qu'un coup reçu sur l'abdomen, sans intéresser ses parois, peut occasionner la perforation des intestins.

6º Une communication de M. Carré, constatant les bons effets qu'il a retirés dans sa pratique de l'usage du chlorure de chaux pour apporter des modifications salutaires à la marche d'ulcérations rebelles ou gangreneuses.

7º Un cas d'anévrisme poplité opéré par la ligature de la crurale, d'après le procédé de Scarpa, et guéri au bout de vingt-quatre jours par M. Pichausel.

8º L'histoire d'une épidémie de péri pneumonies qui a régné à Grisolles et dans les communes environnantes, en 1838, 1839 et 1840, traitées par M. Jassus, par l'oxide blanc d'antimoine porté parfois jusqu'à la dose de 16 grammes en vingt-quatre heures; et quatre observations de pneumonies compliquées de rémittence arrêtées dans leur marche par l'administration du sulfate de quinine.

9º Plusieurs observations d'accès de fièvres intermittentes, guéries par l'inoculation de la variole.

10º Une observation d'hydrocèle énorme traitée par cinq

ponctions successives, remplacées par un hématocèle. A la cinquième ponction il n'en sortit que du sang; la suppuration s'empara de la tumeur, une eschare gangréneuse donna issue au pus. M. Ducos, secrétaire général de la société, et qui donnait ses soins au malade, agrandit l'ouverture par une incision de 20 centimètres : une quantité énorme de débris cellulaires sortit pendant six jours, et trois mois après le malade était guéri.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER, 21 juin 1842.

I. *Maladies des testicules.*

A propos d'un soldat jeune et robuste, atteint d'engorgement des deux testicules, par cause métastatique, et qui avait été pris, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, de fièvre, de céphalalgie, préludes d'une tumeur parotidienne qui se déclara le lendemain, qui céda à l'application de cataplasmes, et à la suite de la disparition de laquelle les testicules s'affectèrent, M. Serres attira l'attention sur l'engorgement parotidien, de nature catarrhale, et qui occupait moins la glande que le tissu cellulaire environnant. Cet état, dit-il, se déclare ordinairement à la suite d'un dérangement de la transpiration cutanée; la tendance à se déplacer est un des caractères de cette maladie, et c'est ordinairement sur les testicules chez l'homme, sur les glandes mammaires et les grandes lèvres chez la femme, que la métastase a lieu; d'où il faut conclure qu'on doit être avare de saignées, et ne recourir à ce moyen que quand l'engorgement est un obstacle à la circulation du côté de la tête, car il se peut que la métastase ait lieu sur le cerveau. Hamilton appliquait sur la région parotidienne un vésicatoire qui réussissait parfaitement.

Chez un autre sujet, le diagnostic était plus difficile : celui-ci avait vu son testicule droit se tuméfier sans cause connue, il était devenu très-engorgé, dur, sensible à la pression; la peau des bourses offrait, sur un point, une tension qui indiquait la présence d'un peu de sérosité; une ponction la fit disparaître. Puis on eut recours aux anti-phlogistiques, mais ils n'amenèrent aucune amélioration. On sût que le malade avait eu des chancres et une blennorhagie; on le soumit alors à un traitement anti-syphilitique. Il fut bientôt en voie de guérison.

Quand les engorgemens testiculaires aigus résultent d'une cause externe, il est évident que la saignée générale est de la plus grande efficacité, mais les engorgemens testiculaires aigus sont loin d'être tous inflammatoires.

L'engorgement pour cause externe se différencie complétement de l'engorgement métastatique, mais ce dernier a quelque analogie avec celui qui suit la suppression de la blennorrhagie.

Quant aux engorgemens chroniques, ils ont tous, du moins dans le principe, des caractères communs, qui jettent la plus grande confusion dans le diagnostic. Ici toutes les circonstances anamnestiques, l'âge, le tempérament, doivent être pris en considération.

Engorgement scrofuleux. — L'âge de la puberté et le tempérament lymphatique y prédisposent. Le testicule se présente sous la forme d'une tumeur indolente, offrant des bosselures. Quelques symptômes obscurs d'inflammation se déclarent, la peau du scrotum s'ulcère, du pus séreux, une matière caséeuse de débris de tubercules sortent. Il n'y a plus aucun doute sur l'affection. Le traitement offre quelque chance de succès.

Engorgement cancéreux. — Tumeur bosselée, mais plus dure, plus dense que la précédente. On y trouve les caractères des cancers. La physionomie du malade est altérée, etc.

Engorgement syphilitique. — Se développant d'une manière lente chez des sujets qui ont eu des symptômes de syphilis (chancres, bubons, blennorrhagies). Rarement les deux testicules sont affectés, quelquefois la maladie disparaît, puis revient ou se porte sur l'autre testicule. Enfin l'augmentation des douleurs pendant la nuit et l'accroissement de l'épididyme sont deux caractères qu'on rencontre encore assez ordinairement dans les cas de cette espèce.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES' Année 1842.

I. *Noyaux osseux dans l'articulation femoro-tibiale. Extraction, guérison prompte;* par le docteur Buys.

Le nommé Kaincoux, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, entré à l'hôpital le 26 mars dernier, pour une douleur vive au genou droit. En 1838, ce malade, après avoir sauté un fossé, fut pris d'une inflammation à cette partie; des sangsues et des cataplasmes apaisèrent les accidents, mais la douleur se réveilla fréquemment depuis cette époque. Kaincoux s'aperçut bientôt qu'il portait un corps très-mobile autour de l'articulation. Ce ne fut que quelques jours après son entrée que le malade put nous faire sentir ce corps, qui était logé à la partie antérieure du condyle interne du fémur. L'extraction en fut faite le 4 avril. Un corps de la forme d'une amande fut retiré. La plaie fut réunie par première intention; des applications continues d'eau froide, diète et repos absolu, tel fut le traitement. Après huit jours la cicatrice était solide et le malade put se lever. Quelques jours plus tard un autre noyau vînt occuper la même place où s'était le montré le premier, on eut recours à la même opération, aux mêmes soins consécutifs, et le 15 mai le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

II. *Cordon ombilical noué. Mort du fœtus;* par A. Woets, docteur en médecine, à Dixmude.

La femme Pierre Q..., mère de quatre enfants, était en travail de son cinquième, la nuit du 30 mai 1841. Les commencements de l'accouchement furent réguliers, l'enfant présentait le sommet; après que des contractions énergiques eurent poussé la tête dans l'excavation, le travail se ralentit, cessa, et la femme parut fatiguée. Après un temps assez long, et les moyens usités en pareil cas ayant été employés sans succès, l'accoucheur appliqua le forceps; les premières tractions, faites avec prudence, amenèrent, à la grande surprise de l'opérateur, la tête séparée du tronc et dans un état de décomposition avancée. L'accoucheur chercha alors à pratiquer la version; le développement énorme du ventre du fœtus s'opposa à l'extraction; il dégagea alors les bras en désespoir de cause, mais les bras cédèrent et se détachèrent du corps. On implanta en dernière ressource un crochet aigu dans le thorax du produit, et on amena enfin le tronc d'un fœtus à terme putréfié, et le ventre énormément balonné. Le cordon ombilical n'avait pas plus de quatorze pouces, il était également dans un état de décomposition avancée et présentait vers le milieu de sa longueur un nœud fortement serré, cause évidente et matérielle de la mort du fœtus.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA. Mai 1842.

Nous avons déjà publié un cas d'empoisonnement par la viande d'un animal mort de charbon, extrait du même journal, et que l'on rapprochera avec intérêt de ceux-ci (V. Supplément du 15 janvier 1842.

I. *Sur quelques cas de maladie charbonneuse développée à la suite de l'ingestion de la chair d'un bœuf mort d'un anthrax malin de la langue;* par M. le docteur Odoard Turchetti.

Dans le courant de l'année 1841, plusieurs parties du grand-duché de Toscane furent ravagées par une épizootie de charbon de la langue, qui sévit particulièrement sur l'espèce bovine. La chair d'un bœuf qui avait succombé à cette affection ayant été apportée à Fucecchio, y fut vendue sur la place publique; la modicité du prix auquel elle fut débitée, bien que, pouvant en faire suspecter l'origine et la qualité, la fit au contraire vendre très promptement; et d'ailleurs son aspect n'offrait rien de particulier qui pût éveiller les soupçons des acheteurs.

Chez quelques-uns de ces derniers, vingt-quatre heures après l'ingestion de cette viande; chez d'autres, au bout de quarante-huit heures, et chez certains, enfin, après un espace de trois jours seulement, on vit apparaître de petits tubercules obscurs, très douloureux, entourés d'un petit cercle de couleur rouge, ou bien de petites pustules blanchâtres avec une rougeur pourpre ou violacée concentrique. Ces tubercules et pustules, qui occupaient la face, les lèvres, le col ou les bras, augmentèrent graduellement de volume, devinrent le siége d'une douleur de plus en plus intense; en même temps, ils revêtirent la teinte caractéristique du charbon, et ils s'entourèrent d'un cercle rouge très étendu accompagné d'un gonflement plus ou moins considérable de la partie affectée.

Dans presque tous les cas, il s'opéra, dans l'espace d'un septenaire, un travail inflammatoire d'élimination, par suite duquel l'eschare charbonneuse se détacha et laissa à nu une surface ulcérée d'un aspect plus ou moins beau, et dont les applications détersives et émollientes suffirent pour procurer en peu de temps la cicatrisation.

Mais, chez les individus plus maltraités et chez lesquels les pustules, au lieu d'être en très petit nombre, se montrèrent en quelque sorte à l'état d'agmination, la phlegmasie charbonneuse s'étendit à la manière d'un érysipèle, avec énorme gonflement de la partie envahie, et les tégumens présentèrent une nuance livide autour de l'eschare qui, chez ces malades, ne se détacha qu'après deux septenaires, en laissant un ulcère de mauvais aspect avec complication de troubles gastro-intestinaux plus ou moins graves, de nature nerveuse surtout, et qui furent constamment les plus tenaces des divers symptômes observés et les derniers à disparaître.

Chez un certain Marraddi, jeune homme de dix-huit ans environ, qui avait mangé de cette viande sans la toucher avec les mains, soit avant, soit après la cuisson, il se développa, au bout de vingt-huit heures, à la paupière supérieure de l'œil gauche, une pustule charbonneuse qui détermina la gangrène de toute la face, du col et d'une partie de la poitrine. Le traitement antiphlogistique le plus énergique put seul permettre de maîtriser les accidens : l'eschare ne tomba que le quatorzième jour, en laissant à découvert la plus grande partie du côté gauche de la figure, et cette ulcération, qui fournit une suppuration très abondante, n'arriva que lentement et difficilement à cicatrisation.

Chez deux autres sujets, plus avancés en âge, la maladie atteignit un degré plus grand encore d'intensité, et se termina par la mort. L'un d'eux, nommé Ferri, quarante heures après l'ingestion de la viande dont il s'agit, commença à sentir de l'embarras dans les voies digestives, des envies de vomir, du trouble dans les idées, de l'insomnie, des douleurs abdominales et un malaise inexprimable accompagné, suivant son expression, d'une défaillance d'estomac.

Cet homme, âgé de soixante-dix ans, maigre et d'une constitution faible, ne pouvant plus vaquer à ses travaux habituels, fut contraint de s'aliter; mais cette précaution, à laquelle il joignit l'usage d'un flacon d'eau de Tettucio, ne suffit pas pour faire disparaître l'indisposition; loin de là, aux symptômes déjà indiqués vinrent bientôt se joindre un sentiment de froid prolongé, puis de la fièvre, et en même temps la langue et les lèvres commencèrent à se tuméfier. On eut recours à la saignée, aux purgatifs et à tous les autres moyens qui sont indiqués en pareille circonstance, mais sans aucun succès. On tira du sang une seconde fois (ce fluide, pour le dire en passant, n'offrit d'autre particularité qu'une très légère couche couenneuse), et l'on parvint ainsi à calmer l'orgasme général, mais non à réprimer la tuméfaction de la langue et des lèvres, qui alla toujours en augmentant de plus en plus. Au troisième jour seulement, l'extrémité de la langue et les lèvres devinrent sèches et fendillées, et présentèrent l'apparence charbonneuse. Au quatrième jour, le travail éliminatoire commença; dès lors la tuméfaction baissa à vue d'œil, et déjà la langue pouvait être contenue dans la cavité buccale, lorsqu'il se manifesta du délire, des soubresauts des tendons, du froid aux extrémités, de la pâleur de la face, de la difficulté de respirer; enfin, des selles sanguinolentes eurent lieu, et le malade succomba.

Les symptômes qui se montrèrent généralement chez les sujets affectés de cette maladie charbonneuse furent les suivans : diarrhée, vomissement, météorisme, borborygmes, anorexie, fièvre intense, subdelirium, prostration des forces, douleurs abdominales, insomnie, tendance aux épanchemens séreux, épistaxis, décoloration du visage, etc. Les éméto-cathartiques et les hypo-sthénisans les plus actifs furent les moyens thérapeutiques dont on obtint les meilleurs résultats. Du reste, la convalescence fut très longue, en raison de l'imperfection de la nutrition et de la lenteur avec laquelle cette fonction revint à son état nomal.

Tous ceux qui mangèrent de cette viande altérée ne furent pas malades; mais ce qui est hors de doute, c'est que tous ceux chez lesquels l'éruption charbonneuse ou les dérangemens gastro-intestinaux se montrèrent en avaient fait usage. On remarque que, abstraction faite de la quantité de viande ingérée et toutes les autres conditions étant pareilles, les personnes jeunes, robustes et douées d'une grande puissance digestive n'éprouvèrent aucun accident; tandis que les sujets faibles, les cachectiques, les enfans au-dessous de six ans et les vieillards en urent tous plus ou moins gravement affectés.

Pour prouver que le développement des charbons ne peut être considéré comme la suite de l'absorption du principe charbonneux par l'intermédiaire des tégumens cutanés, et qu'il doit être uniquement rapporté à l'introduction de la matière vénéneuse par la voie de l'assimilation, M. Turchetti a soin de faire observer qu'aucun de ceux qui furent affectés n'avait eu l'occasion de toucher une viande pareille, soit crue, soit cuite, et il ajoute de plus en terminant que ceux qui vendirent la viande dont il s'agit ici, qui la manièrent, la portèrent, la divisèrent et la mirent en paquets, n'en ressentirent aucun inconvénient.

II. *Observations anatomico-physiologiques sur la corde du tympan;* par M. le docteur L. Guarini, de Milan.

L'auteur, après avoir détaillé les diverses expériences qu'il a entreprises dans le but d'arriver à découvrir d'une manière bien exacte l'origine, la marche, la terminaison et l'usage de la corde du tympan, établit comme démontré par ces expériences :

1° Que le nerf hypoglosse n'est pas le seul nerf moteur de la langue;

2° Que la corde du tympan préside aussi, bien que pour une faible part, à l'exécution de quelques-uns des mouvemens de cet organe;

3° Enfin, que l'on doit admettre deux mouvemens distincts dans la langue; l'un, clair, évident, de totalité, dépendant de l'action du premier de ces deux nerfs; l'autre, obscur, interstitiel, limité à la seule contraction du nerf lingual, et qui se trouve soumis à l'influence de la corde du tympan.

Il n'est pas facile, dit M. Guarini, d'établir quel usage peut avoir le mouvement du muscle lingual. Les fibres de ce muscle ont une de leurs extrémités attachée au fibro-cartilage médian de l'organe, tandis que l'autre est comme libre à la périphérie : si elles se contractent toutes simultanément, elles diminuent naturellement le volume de la langue, et cette dernière devient effilée et pointue; si, au contraire, la contraction s'opère seulement dans les fibres verticales, l'organe s'aplatit, tandis que dans le cas où les fibres transversales se contractent seules, il paraît plus épais que dans son état ordinaire; enfin, lorsque les deux ordres de fibres se contractent alternativement, on voit se manifester une sorte de mouvement péristaltique et antipéristaltique qu'il est facile d'observer chez ceux qui allongent fortement la langue et cherchent à la tenir ferme dans cette position. De tout cela, l'auteur conclut que le muscle lingual a pour usage, en déterminant ces modifications infinies que peut offrir la figure et la langue, de servir à la formation de la parole, ou pour le moins à la modification de la voix qui passe par la bouche.

THE MEDICO-CHIRUGICAL REVIEW; 1842.

Empoisonnement par l'inspiration du gaz hydrogène arséniqué; observation communiquée par M. le docteur O'Reilly.

Le 23 octobre dernier, un chimiste anglais, M. Brittain, âgé de 31 ans, inspira, en deux fois, environ 2975 centimètres cubes (150 pouces cubes) de gaz hydrogène impur qu'il pensait être à l'état de pureté et que, comme tel, il jugeait incapable de faire du mal. Mais, immédiatement après la seconde inspiration, survinrent des étourdissemens avec syncope, puis des tournoiemens de tête, et bientôt une évacuation alvine involontaire qui fut accompagnée de l'excretion, sans douleur, de 60 grammes (2 onces) de sang par le canal de l'urètre. Après ces accidens, il se manifesta de la douleur dans les membres pelviens, et un engourdissement avec battemens dans les membres thoraciques, symptômes qui persistèrent pendant deux heures, après quoi il y eut des douleurs dans la région des reins et des vomissemens qui durèrent ainsi pendant un espace de deux heures.

A l'arrivée de M. O'Reilly, l'expression de la physionomie ne présentait rien de remarquable : M. Brittain avait une grande faiblesse et de l'amertume dans la bouche; la peau était froide; la voix se faisait à peine entendre; le pouls donnait 90 pulsations par minutes; il existait une douleur sourde à la région epigastrique. On prescrivit l'administration d'une dose d'ammoniaque liquide et de laudanum à prendre de trois en trois heures, et on y adjoignit un pédiluve et des lavemens émolliens. Dans la soirée, vers les dix heures, une application de huit sangues fut faite à l'épigastre, et on ordonna l'injection, toutes les deux heures, de quatre gouttes de black drops et de 15 centigrammes (3 grains) de blue-pills.

Le lendemain, après une nuit pendant laquelle les vomissemens ont continué et la suppression d'urine a persisté, bien que les lavemens aient produit leur effet, la face est de teinte cuivrée et le corps verdâtre; le pouls est fort et donne 80 pulsations par minute; l'épigastre est toujours sensible; il existe un hoquet très fatigant. Les moyens déjà indiqués sont continues, et on y ajoute l'usage des boissons délayantes.

Le 26, la teinte ictérique commence à disparaître; abondantes évacuations alvines mêlées de bile; quelques vomissemens, les urines sont toujours supprimées. Eau saline chargée d'acide carbonique, eau de poulet, eau vineuse pour boissons.

Le 28, la langue présente une coloration jaune verdâtre irrégulière; la respiration est toujours ammoniacale; la vessie, explorée par le cathéter, ne se trouve pas contenir d'urine. A la suite du cathétérisme, tous les accidens vont croissans, et le malade succombe dans la soirée du 29.

A l'ouverture du cadavre, 36 heures après la mort, on observa une anasarque générale. Les tégumens abdominaux étaient d'une couleur verdâtre, et la cavité abdominale distendue par des gaz. Les poumons affaissés mais sans aucune lésion appréciable, contenaient peu d'air; les plèvres renfermaient deux litres environ d'un liquide inodore et de couleur brune rougeâtre. Le cœur pâle, flasque et vide de sang, ne presentait pas la plus légère altération. Le foie, sans augmentation de volume, était coloré en bleu indigo foncé; la vésicule était distendue par une forte quantité de bile. Les reins, offrant la même coloration que le foie dans toute leur étendue, présentait une grande analogie de texture avec la rate; du reste, celui du côté droit était plus volumineux et d'un tissu plus ferme que le gauche.

L'estomac, dans un état de vacuité complète, offrait dans sa grande courbure, deux taches inflammatoires bien distinctes; sa membrane muqueuse se détachait sans difficulté de la tunique sous-jacente. La vessie ne contenait pas une goutte de liquide. La dure-mère était à l'état normal; l'arachnoïde était injectée, et au-dessous d'elle, on apercevait quelques bulles de gaz; la substance cérébrale était exsangue, et les ventricules cérébraux ne renfermaient pas de liquide.

Il aurait été curieux de rechercher, par la carbonisation et l'appareil de Marsh, la présence de l'arsénic dans les divers tissus de ce cadavre.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 5 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 80, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J. J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Pleuro-pneumonie grave traitée par les saignées coup sur coup.

Le 30 mai fut admis à la Charité le nommé Battier (Pierre), âgé de dix-sept ans, garçon de salle. Il fut couché au n° 3 de la salle Saint-Ferdinand. Ce garçon, d'une constitution assez robuste, raconta qu'à la suite de travaux pénibles il fut pris, le 27, d'un mal de tête violent, après avoir été trois jours dans un état de malaise qui alla en augmentant, et qui s'accompagna d'un point de côté. Le même jour il s'aperçut qu'il crachait du sang ; il resta encore deux jours chez lui, puis se décida à entrer à l'hôpital.

A l'examen, ce malade présente de la matité dans la plus grande partie de la cavité thoracique ; du côté droit, on perçoit la voix tubaire, l'égophonie et tous les signes rationnels d'un épanchement, de la crépitation dans certains points. Fièvre violente, dyspnée. Une saignée de trois palettes ; une seconde saignée plus faible le soir ; 60 grammes de manne ; tisane pectorale édulcorée ; looch blanc ; diète.

Le 31, même état. Une saignée.

Le 1er juin, le malade a dormi ; il se plaint du point de côté; la dyspnée est encore considérable, la fièvre est fort intense. Quoique très sanguinolens, les crachats le sont un peu moins que la veille ; le sang des saignées est couenneux ; caillots en champignons. Une saignée ; looch avec deux décigrammes de tartre stibié, une cuillerée toutes les deux heures; diète.

Le 2, le mouvement fébrile est arrêté, les crachats sont beaucoup moins teints de sang, plus jaunes; l'épanchement est presque entièrement résorbé. Le tartre stibié a fait vomir trois fois le malade, et a procuré une selle liquide. La crépitation s'entend encore à la base. Somme toute, le mieux est très sensible. Pect. édulc. ; looch blanc.

Le 3, crachats jaunes à peine sanguinolens. La matité a beaucoup diminué ; il y a encore de la crépitation. Une saignée de deux palettes.

Le 4, il n'y a plus de traces de sang dans les crachats ; absence de fièvre ; on entend la crépitation de retour. Le sang de la dernière saignée est encore couenneux. 60 grammes de manne.

Le 5, le malade se trouve très bien ; la respiration donne le bruit de taffetas ; la dyspnée a tout à fait disparu ; pas de fièvre. Bouillon ; lait ; looch blanc.

Le 6, plus de crachats; le côté est encore un peu douloureux ; le mieux continue. Vésicatoire ; gom. édulc. ; bouillon, vermicelle, pruneaux.

Le 7, convalescence. Une portion. Le 10, trois portions. Sorti le 15 parfaitement guéri.

Pneumonie soupçonnée cédant aux saignées coup sur coup.

Le 30 mai, même date que le précédent, est entré le nommé Hoffstaler (Ignace), journalier, âgé de trente-six ans, homme d'une constitution robuste ; il se plaint de ne pouvoir pas respirer ; il ne se rappelle pas s'être exposé au froid étant en sueur, et dit positivement qu'il n'a pas craché de sang. Ce malade a la voix très éteinte ; il paraît dans un abattement, une prostration considérable; et qui ne sont pas en rapport avec son état ; il y a de la fièvre ; on perçoit du râle muqueux dans toute l'étendue du poumon droit. M. Cruveilhier soupçonne une pneumonie latente. Tisane de bourrache édulcorée ; une saignée du bras.

Le 1er juin, un peu de crépitation très légère à la base du poumon droit ; la langue est très sèche ; le malade ne se plaint pourtant pas de la soif ; il dit qu'il ne soufre pas, quand il ne fait aucun mouvement ; pas de sang dans les crachats ; la prostration continue ; fièvre. Une saignée de 360 grammes ; tisane pector. édulc. ; looch blanc ; diète.

Le 2, il se plaint de ne pas dormir ; les crachats ne sont composés que de matières catarrhales, la crépitation devient manifeste à la base ; la voix est toujours extrêmement voilée, l'abattement ne diminue pas ; le pouls donne 110 à 112 pulsations. Saignée du bras, pect. édulc., looch, diète.

Le 3, l'abattement semble augmenter : c'est à peine si le malade répond aux questions ; le sang de la dernière saignée est couenneux ; les symptômes généraux, sauf la prostration, sont amendés. Pect. édulc., 60 grammes d'huile de ricin.

Le 4, un peu de mieux. Quelques cuillerées de bouillon.

Le 5, la voix est toujours faible, éteinte ; l'abattement extrême, pourtant il se dit un peu mieux. Looch, bouillon.

Le 6, il y a encore de la crépitation, pourtant la résolution s'effectue, mais il reste de la pneumonie au premier degré ; la voix et l'abattement sont les mêmes ; le malade dit être bien. Pect., looch, bouillon.

Le 7, la respiration devient plus normale à la base ; c'est à peine si l'on entend un peu de crepitation ; l'état général est meilleur ; pas de fièvre. Vermicelle, bouillon.

Le 10, tous les symptômes de la pneumonie ont disparu ; le malade est beaucoup moins abattu ; il demande à manger. Pect. looch, une potion.

Les forces reviennent et le malade sort guéri vers le vingt juin.

Entérite folliculeuse légère. Aggravation rapide de tous les symptômes. Mort.

Le nommé Gangnot (Jacques), âgé de trente ans, boulanger, est depuis quatre ans à Paris ; c'est un sujet bien musclé, brun, et qui n'a jamais été sérieusement malade. Il entre à l'hopital le 2 juin, et se plaint d'éprouver depuis huit jours des maux de tête, des douleurs et de la fatigue dans tous les membres ; il est légèrement abattu, son pouls n'a que 80 pulsations. Il dit avoir pris chez lui une bouteille d'eau de Sedlitz. On diagnostique le début d'une entérite folliculeuse.

Le 3 juin, les symptômes ont un peu augmenté d'intensité ; le pouls est plus fort, plus tendu. Une saignée.

Le 4, la céphalalgie a diminué ; le malade se sent mieux. Lavement émollient ; diète.

Le 5, tous les symptômes ont encore diminué d'intensité. Le malade est moins abattu, et dit qu'il va bien. Le thorax exploré, laisse entendre dans toute son étendue un râle muqueux à grosses bulles.

Le 6, la fièvre a repris de l'intensité ; la langue est très chargée, le mal de tête est peu considérable ; il est survenu un aphthe considérable au côté droit de la base de la langue ; quelques pétéchies se voient sur l'abdomen. Il y a eu trois selles liquides la nuit. Quinze sangsues sur la fosse iliaque droite qui est douloureuse, lavement émollient, gom. édulc., looch blanc, diète.

Le 7, le nombre des taches a augmenté sur l'abdomen. Le malade a eu du délire pendant la nuit, il a fallu l'attacher. Il est parfaitement calme à la visite. La prostration n'est même pas très considérable. La respiration paraît embarrassée ; pouls petit. Deux vésicatoires volans aux jambes, lavement émollient, diète.

Le 9, le malade laisse aller sous lui les matières stercorales ; le délire a duré presque toute la nuit ; les pétéchies sont en grand nombre sur le ventre ; la respiration est très catarrhale. 6 décigrammes d'extrait résineux de quinquina ; diète.

Le 10, délire pendant la nuit; face hippocratique ; les bronches sont presque complétement obstruées ; la sueur ruisselle sur sa face et sur son corps ; la dyspnée est des plus intenses ; l'œil est terne ; il y a menace imminente de suffocation. Un vésicatoire de 12 à 13 centimètres ; potion avec extrait résineux de quinquina ; 6 décigrammes de camphre ; diète.

Mort à onze heures du soir.

Sujet atteint pour la huitième fois de tremblement mercuriel.

Le 8 juin 1842 est entré à la Charité le nommé Aubry (François-Joseph), âgé de 53 ans, miroitier. Cet homme fut atteint pour la première fois, en 1826, de la maladie qui nécessite son admission à l'hôpital ; il y avait trois ans qu'il avait commencé à exercer sa profession, lorsqu'il s'aperçut qu'il tremblait, il s'obstina à continuer à travailler ; mais il lui devint bientôt impossible de marcher : tout le côté gauche fut menacé de paralysie ; il se décida à entrer chez M. Rayer ; on le mit à l'usage des bains sulfureux ; il en voulut sortir, quoique mal guéri, tremblant encore, accusant de la faiblesse dans tout le côté gauche, mais cependant se sentant mieux qu'à son entrée. Il partit pour l'Amérique, quelque temps après, prit des bains de mer pendant la traversée, acheva de se rétablir complètement, et revint en France en parfaite santé.

En 1833, il reprit son métier de miroitier, et, six mois après s'être mis au travail, il fut pris de tremblement, mais moins intense que le premier, ayant cessé tout travail dès le début de la maladie. Il ne ressentit rien de particulier dans les membres du côté gauche. Il entra de nouveau chez M. Rayer et en sortit après deux mois de séjour, pendant lesquels on le mit aux bains sulfureux comme la première fois : il s'en alla parfaitement guéri. En 1835, après cinq mois de travail seulement, le tremblement le reprit. Il entra dans le même service pendant six semaines, suivit le même traitement et guérit. En 1838, après quatre mois de travail, il fit un séjour de deux

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis ; par L.-P.-Auguste GAUTHIER, D.-M.-P. — Broch. in-8° de ij-66 pages. Paris, J.-B. Baillière.

Cette histoire de la syphilis sera éternellement le rocher de Sisyphe, toujours fait et toujours a recommencer, et nous admirons, sans la comprendre, la magnanime patience de tant d'auteurs qui encore de nos jours cherchent, mais infructueusement, à pousser plus haut le rocher des Sisyphes passés. J'avoue très humblement pour mon compte qu'après avoir lu la plus grande partie des ouvrages que cette histoire a fait naître, après avoir médité sur les innombrables opinions qui ont été défendues avec un grand talent de part et d'autre, j'en suis arrivé à la période de confusion et d'incohérence, assommé, bourré d'une érudition contradictoire et cherchant un esprit assez puissant à qui je puisse dire : *fiat lux.*

M. Gauthier partisan des anciennes doctrines, c'est-à-dire de celles qu'Astruc, Girtanner, Bosquillon, etc., avaient déjà soutenues, professe que la syphilis n'a point existé chez les Grecs et chez les Romains, et qu'elle n'a point non plus été connue au moyen-âge avant la fin du quinzième siècle. Aux preuves que ces auteurs ont données, il croit en avoir ajouté de nouvelles qui détruisent les assertions d'un grand nombre de syphiliographes modernes français et étrangers.

Parmi les adversaires de cette opinion, il en est un, M. Rosembaum, qui, dans un ouvrage récemment publié à Halle sur l'histoire de la syphilis dans l'antiquité, a cherché par un luxe d'érudition immense à prouver que les affections vénériennes des parties génitales se développèrent chez tous les peuples anciens quand il exista des circonstances favorables. Il s'appuie surtout de nombreuses citations empruntées aux poètes, aux moralistes, aux écrivains érotiques de l'antiquité, citations qui forment un traité complet sur la débauche antique, sujet sur lequel M. Virey avait deja écrit un long article dans le *Dictionnaire des Sciences médicales.* M. Gauthier a puisé aux mêmes sources pour combattre l'opinion du medecin allemand, et nous avouons que le passage suivant, fort curieux assurément, nous semble devoir être pris en considération :

« Si les Grecs et les Romains en avaient eu connaissance (de la syphilis), ils en auraient certainement fait mention dans les nombreux ouvrages qu ils nous ont laissés ; mais il est surtout deux classes d'écrivains dont le silence sur cette maladie est plus digne de remarque, parce que, par la nature des sujets qu'ils ont traités, ils auraient dû en parler plus que tous les autres : ce sont les médecins et les auteurs qui ont écrit sur l'amour et sur les courtisanes. Athénée, le plus érudit des écrivains grecs, a consacré tout le treizième livre de son *Banquet des sophistes* à rassembler tout ce qu'il a trouvé, dans les poètes et les prosateurs qui l'ont précédé, sur l'amour et sur les courtisanes de la Grèce. Il a réuni tous les passages dans lesquels les poètes comiques d'Athènes, dont la licence sur la scène était si grande, parlent des courtisanes de leur temps. Tout ce qu'ils ont dit sur leurs mœurs, sur leurs usages, sur leurs vices, sur leurs ruses envers leurs amans, sur la manière dont elles savaient cacher les défauts de leurs corps, s'y trouve réuni. On n'y a omis aucune anecdote sur leur compte. Athénée nous donne une liste complète de toutes celles qui ont eu quelque célébrité, et des personnages illustres qu'elles ont eus pour amans. Il nous entretient de leurs folles dépenses, du prix auquel elles vendaient leurs charmes. Il les accuse bien de ruiner ceux qui tombaient dans leurs filets, mais il ne dit nulle part qu'elles leur donnaient des maladies contagieuses. Athénée cite entre autres un long passage dans lequel le poète comique Anaxylas accumule toutes les injures contre les courtisanes. Il les compare aux hydres, aux vipères, aux harpies, au sphynx, à Carybde, à Scylla, etc.; il énumère avec complaisance tout le mal qu'elles font. Je le demande, ce poète aurait-il omis de dire qu'elles ruinaient la santé de ceux qui les fréquentaient, en leur communiquant une maladie honteuse ? J'ai lu avec la plus grande attention tout le treizième livre d'Athénée ; j'ai trouvé un si grand nombre d'endroits dans lesquels les auteurs qu'il cite auraient dû faire mention de la syphilis, que le silence seul de cet écrivain est pour moi une preuve convaincante qu'elle n'existait pas dans la Grèce.

« Athénée n'est pas le seul auteur ancien qui ait traité des sujets dont nous parlons. Le spirituel et satirique Lucien nous a laissé des dialogues de courtisanes. C'est un tableau de la vie intime et familière de ces femmes. Elles s'y entretiennent, soit entre elles, soit avec leurs matrones, soit avec leurs amans. Quand une d'elles veut supplanter sa rivale, elle lui reproche tous les défauts corporels qu'elle peut avoir. Parmi tous ces défauts, aurait-elle pu oublier celui d'être atteinte d'une affection contagieuse comme la syphilis? Alciphron et Aristenète ont écrit des lettres de courtisanes, dans lesquelles on devrait également trouver quelques détails sur la maladie qui nous occupe. Le septième livre de l'anthologie grecque, recueillie par Planude, est consacré à de petites pièces de vers sur des sujets érotiques. Dans l'Anthologie de Constantin Céphalas, plus récemment découverte, on trouve un livre entier qui ne renferme que des morceaux de poésies sur une passion infâme, devenue heureusement rare de nos jours. Je le demande : les auteurs de tant d'écrits licencieux eussent-ils pu ne pas parler de la syphilis, si elle eût existé de leur temps ? Astruc, Girtanner, Bosquillon même, et les autres médecins qui ont soutenu avant nous que la syphilis n'était pas connue des anciens, n'ont pas songé au parti qu'ils auraient pu tirer, pour défendre leur cause, du silence d'Athénée et des écrivains érotiques que nous venons de citer. Un de nos plus savans adversaires, M. Rosenbaum, dit qu'il s'est surtout étayé de témoignages d'auteurs non médecins. Nous venons de voir que ceux qui auraient dû plus que tous les autres parler de la syphilis, n'en disaient pas un mot. M. Rosenbaum cite surtout en faveur de son opinion un grand nombre d'épigrammes de Martial ; mais dans ces pièces de vers, le poète ne fait qu'accumuler des railleries mordantes contre

mois dans le même service, et sortit de nouveau guéri.

En 1829, après deux mois et demi de travail, il fut pris d'un tremblement plus violent que tous ceux qui avaient précédé; il lui devint impossible de marcher; il ne pouvait rien porter à sa bouche. Il fut admis à Saint-Louis; on lui administra des bains de vapeur, des fumigations, et il sortit au bout deux mois et demi, excessivement maigre et affaibli.

En 1840, après six semaines passées dans l'exercice de son métier, il eut un tremblement faible, mais il cessa tout travail sur le champ, et vint à la Charité, dans le service de M. Cruveilhier. Après un mois de bains sulfureux il sortit guéri.

Il rentra de nouveau en 1842, le 4 mars, avec un tremblement très intense. Bains sulfureux; purgatifs.

Sorti guéri le 4 avril.

Enfin, ayant repris ses travaux, il fut forcé de rentrer une huitième fois, le 8 juin dernier. Aujourd'hui il marche avec difficulté, en vacillant, tremble au point de ne pouvoir porter une cuiller à sa bouche; il ne ressent aucune douleur, si ce n'est dans la tête, où il se plaint d'embarras.

Le 9, bain de vapeur; laurus sassafras.

Les 10 et 11, même médication.

Le 12 jusqu'au 17, fumigations et bains sulfureux.

Du 13 au 20, bains sulfureux seulement.

Le 23, diminution notable du tremblement; le malade marche et mange seul avec facilité. Bains sulfureux.

Le 25, le mieux va en augmentant; diminution presque totale du tremblement des jambes; les mains sont encore un peu vacillantes. Appétit; état général satifaisant.

Le 26, il ne tremble plus que très peu; très bon appétit; il va à la garderobe avec facilité.

Le 28, raideur au genou, au coude pied; il va toujours de mieux en mieux, et sortira cette semaine.

— De ces quatre observations, la dernière surtout nous semble offrir un grand intérêt. Il est curieux d'observer la gradation par laquelle a passé cet homme pour être atteint de tremblement après quelques jours seulement de travail dans sa profession de miroitier. Il est d'abord trois ans sans ressentir aucune atteinte de l'action délétère du mercure, bien qu'il y soit constamment exposé. A peine a-t-il été pris une fois de tremblement, qu'il ne peut plus travailler que six mois sans trembler de nouveau; la troisième fois il ne lui faut plus que cinq mois pour être repris de la même affection; la quatrième fois quatre mois suffisent; la cinquième, c'est après deux mois et demi, et ces récidives paraissent devoir être d'autant plus rapprochées, que les tremblemens deviendront plus nombreux. Il semblerait, en conséquence, que dans les maladies mercurielles, par cela seul que l'économie a été troublée un grand nombre de fois par l'absorption du mercure, elle est plus apte à être influencée par cet agent.

HOPITAL DES ENFANS. — M. J. GUÉRIN.

Deux exemples de luxations de la rotule réduites par des procédés différens. — Considérations sur l'étiologie de ces luxations.

Le service des difformités, à l'hôpital des Enfans, offre, indépendamment de l'intérêt particulier qui s'attache aux faits spéciaux des difformités et à leur traitement, un grand nombre de faits d'un intérêt plus général, soit par l'origine des difformités et les complications morbides qu'elles présentent, soit par les points de médecine ou de chirurgie que quelques-uns d'entre eux sont destinés à éclairer; soit enfin par les applications nombreuses et les heureux résultats de la méthode des opérations sous-cutanées. Nous passerons de temps en temps en revue quelques-uns des faits qui n'intéressent pas moins les médecins et les chirurgiens que les hommes spéciaux.

Luxation incomplète de la rotule gauche en dehors produite par la rétraction de la portion externe du triceps fémoral (vaste externe). — Section sous-cutanée de ce muscle. — Réduction de la rotule. — Guérison.

Ad. Baleroy, âgée de dix-sept ans, se présenta à la consultation du 18 décembre dernier, se plaignant d'éprouver de la gêne et de la douleur dans le genou gauche pendant la marche, gêne et douleur déterminées par un déplacement latéral de la rotule en dehors, qui se produisait à chaque pas, et qui était souvent suivi de la chute de la malade. Cette disposition est attribuée par cette jeune fille à un faux pas et à une chute qu'elle a faite, il y a quelques mois, en descendant un escalier : mais l'état de réduction légère du volume du membre, la faiblesse plus grande que le sujet dit y avoir toujours remarquée, et les circonstances que nous ferons connaître tout à l'heure, font présumer que cette difformité date d'une époque plus ancienne, et qu'elle dépend d'autres causes dont l'accident en question n'aura fait que rendre sans doute les effets plus manifestes.

Quoi qu'il en soit, voici l'état dans lequel était le genou de cette malade lorsqu'elle vint pour la première fois à la consultation. La jambe était habituellement maintenue dans un très léger degré de flexion sur la cuisse, et la cuisse également un peu fléchie sur le bassin. Dans cette position, la rotule n'occupait pas exactement la partie moyenne du genou, mais elle était légèrement déviée en dehors, et située un peu plus haut que la rotule du côté opposé. Elle jouissait d'une très grande mobilité; on pouvait sans une grande difficulté la faire glisser en dedans et la replacer dans sa situation normale, on la faisait glisser en dehors dans une étendue beaucoup plus grande que de coutume, et l'on sentait dans ce sens un défaut de résistance évident. La jambe pouvait être librement fléchie et étendue sur la cuisse. Voici ce que l'on observait pendant les divers mouvemens : disons d'abord quelle était l'étendue des mouvemens eux-mêmes. Les mouvemens de la cuisse sur le bassin étaient libres et pouvaient s'exécuter sans obstacle dans toute leur étendue normale. La jambe pouvait être étendue complètement dans toutes les conditions, soit que la cuisse fût fléchie ou étendue. Quant à la flexion, elle pouvait également être effectuée d'une manière complète, lorsque la cuisse elle-même était fléchie; mais si la cuisse était étendue, on ne pouvait plus fléchir la jambe que dans les trois quarts environ de l'étendue physiologique de ce mouvement. On sentait avant d'arriver à cette limite une résistance manifeste dont la cause sera indiquée tout à l'heure, et l'on observait en même temps que la rotule obéissait à une force de traction qui l'attirait légèrement en haut. Pendant l'exécution de ces mouvemens, la rotule subissait des déplacemens qu'il importe de faire connaître. Occupant à très peu de chose près sa situation normale pendant la plus grande flexion du membre, la rotule glissait en dehors à mesure que le sujet étendait la jambe; ce déplacement devenait tout à coup très sensible au delà du point où la jambe formait avec la cuisse un angle de 150 degrés; et enfin lorsque la jambe était complètement étendue, la rotule se luxait entièrement en dehors et venait se placer au-devant du condyle externe du fémur qu'elle débordait même sensiblement en dehors. La rotule reprenait graduellement sa situation première pendant le mouvement de flexion.

Quelle était la cause de ces déplacemens temporaires de la rotule, et quelle indication devait-on suivre pour le traitement? — Telles étaient les questions qui se présentaient et dont une exploration attentive donna bientôt la solution. D'une part les mouvemens de latéralité de la rotule étaient facilités par un très grand degré de laxité de la capsule fibreuse rotulienne et par le défaut de résistance qu'offrait le condyle externe du fémur dont le rebord saillant était entièrement effacé, et dont la face antérieure présentait un plan uni et légèrement incliné en dehors, par suite des frottemens répétés entre cette surface et la face postérieure de la rotule. Mais ce n'étaient là que des conditions accessoires qui favorisaient la production de la luxation et qui résultaient elles-mêmes d'une autre cause principale. Celle-ci était la rétraction de l'une des portions du triceps fémoral qui concourent à former le ligament rotulien supérieur. On reconnaissait, en effet, cette rétraction aux caractères suivans : Dans quelque position du membre que l'on explorât les muscles de la région antérieure de la cuisse on sentait toujours une tension et une dureté relatives plus considérables dans la portion externe du triceps que dans les autres portions du même muscle. Lorsque les trois chefs de ce muscle entraient en même temps en contraction pour étendre la jambe on voyait à mesure qu'elle s'étendait, la rotule attirée en haut et en dehors sous l'influence de la contraction du vaste externe. Si au contraire la jambe était maintenue mécaniquement fléchie sur la cuisse, pendant que le sujet faisait effort de contraction pour étendre la jambe, on sentait une tension et une dureté beaucoup plus grande dans le vaste externe que dans les autres chefs du triceps. Enfin, lorsque la cuisse étant étendue, on cherchait à fléchir la jambe, on éprouvait, avant que cette flexion ne fût arrivée à la dernière limite, une résistance manifeste à la flexion complète de la jambe produite par une tension très prononcée du chef externe, tandis que les chefs moyen et interne étaient dans un état de tension médiocre. — A ces caractères on ne pouvait méconnaître une rétraction partielle du triceps, bornée à son chef externe.

Dès lors l'indication principale se présentait d'elle-même. Diviser les faisceaux musculaires rétractés afin de leur restituer une longueur égale à celle des autres chefs musculaires et donner par là au ligament rotulien le suplément de longueur nécessaire pour maintenir la rotule dans la situation normale, tel devait être le premier moyen à mettre en œuvre. Mais la section du vaste externe suffirait-elle, ne serait-on pas obligé de recourir par la suite à la section du muscle tout entier? enfin ce muscle étant divisé, ne pourrait-on pas encore se trouver dans la nécessité de pratiquer une nouvelle opération destinée à emprisonner la rotule dans des limites artificielles, afin de borner le champ de ses oscillations et de prévenir une récidive de la difformité? Ce fut avec ces réserves que M. Guérin se détermina à pratiquer la section du muscle vaste externe. Cette opération fut faite de la manière suivante :

Le sujet couché sur le dos, on lui prescrivit d'étendre fortement la jambe afin de faire contracter le triceps et de reconnaître par leur plus grande tension et leur relief plus prononcé les fibres rétractées qu'il fallait diviser. Les limites de la rétraction une fois bien constatées, on isola le muscle à diviser d'avec les fibres voisines, à l'aide d'une aiguille à acupuncture introduite entre le vaste moyen et le vaste externe. Cela fait, la section de ce dernier muscle fut faite avec un petit ténotome à lame convexe introduit par une petite ponction faite à la base d'un large pli de la peau, à un pouce et demi ou deux pouces environ au-dessus et un peu en dehors du bord supérieur de la rotule. Le muscle divisé des parties superficielles aux parties profondes, par simple pression, ses deux bouts s'écartèrent aussitôt, laissant entre eux un intervalle vide de plus d'un demi pouce.

La petite plaie exérieure fut entourée d'un petit emplâtre de diachylon. On appliqua, à la partie externe du genou, quelques compresses graduées, maintenues par des tours de bande, afin d'empêcher le déplacement de la rotule et de maintenir le genou immobile. Le membre fut laissé dans l'extension. Cette opération fut pratiquée le 5 janvier.

Le 8, on constate que la petite plaie extérieure est cicatrisée, sans aucune trace de suppuration, ni de travail inflammatoire soit intérieur, soit extérieur. Le petit espace vide qui était résulté de la séparation des deux bouts musculaires, est comblé par un tissu mou, de nouvelle formation, non encore consolidé. Point d'épanchement sanguin, de tumeur, ni même d'empâtement autour des parties divisées. On appliqua un petit appareil simple destiné à prévenir les mouvemens et à maintenir la rotule dans sa situation normale.

Le 12, l'état encore trop récent de la cicatrice musculaire ne permet pas qu'on se livre à des explorations dans le but de s'assurer si la rotule conserve encore de la mobilité. On commence à faire exécuter à la jambe de très légers mouvemens de flexion, peu étendue, afin d'allonger un peu la cicatrice. Dans le même but on maintient la jambe à demi-fléchie, et l'on applique une petite attelle brisée, anguleuse, à la partie externe du membre, en continuant à exercer une compression modérée sur la rotule de dehors en dedans.

Le 26, la cicatrice musculaire est parfaitement consolidée. Le muscle vaste externe n'offre plus actuellement qu'une tension égale à celle des autres chefs du triceps. La rotule conserve sa situation normale dans le repos. On n'explore encore

---

des gens perdus de débauche. »

Nous avons cité ce passage, quoiqu'un peu long, d'abord parce qu'il offre de l'intérêt, et ensuite parce qu'il est la partie la plus *nouvelle* des nouvelles recherches de M. Gauthier. Son opuscule n'en est pas moins remarquable comme résumé de toutes les opinions que ce sujet a engendrées, et surtout comme écrit avec une grande bonne foi et sans intérêt en faveur de tel ou tel dogme de thérapeutique. Cette brochure n'est d'ailleurs que le prodrome d'un ouvrage plus étendu annoncé par l'auteur.

Du Diagnostic de la Grossesse par l'examen de l'urine; par M. EGUISIER, D.-M. — Brochure in-8° de 79 pages. — A Paris, chez J.-J. Baillière.

M. le docteur Nauche est, parmi nos contemporains, celui qui a de nouveau attiré l'attention des médecins sur les caractères de l'urine des femmes enceintes, sujet qui avait occupé un certain nombre d'observateurs des temps passés, sans parler des rêveries uroscopiques dont tous les partisans ne sont pas encore éteints. Il y a quelques années, M. Nauche annonça à la Société de médecine pratique qu'il avait découvert dans l'urine des femmes enceintes une matière qu'il croyait de nature particulière, et qu'il nommait kyestéine. Dans ce journal même, M. le docteur Eguisier exposa quelque temps après le résultat de ses propres recherches confirmatives de celles de M. Nauche, et il publie aujourd'hui un travail plus étendu appuyé de 24 faits, dans lequel il fait connaître ce que lui ont appris ses recherches physiologiques, pathologiques, chimiques et microscopiques sur l'urine des femmes enceintes. Les conclusions de ce travail fait avec soin et exactitude, sont assez importantes pour que nous en exposions quelques-unes à nos lecteurs.

L'urine des femmes enceintes présente, en bonne santé, des caractères qu'elle n'a pas hors l'état de grossesse :

1° A sa sortie, elle est un peu louche, laiteuse, d'une odeur fade;

2° Abandonnée à elle-même, au contact de l'air, il s'y développe, pendant les premières heures, des flocons blancs qui se précipitent et forment un dépôt blanc, épais, caséiforme;

3° Du premier au troisième jour, l'aspect laiteux qui lui est propre devient plus prononcé. Une pellicule pseudo-membraneuse blanche, mate, unie, se montre à sa surface, se détruisit spontanément au bout de 24, 36 ou 48 heures, et ses débris gagnent le fond du vase où ils forment un nouveau sédiment également caséiforme. Cette première pellicule est remplacée à proportion qu'elle disparaît, par une seconde moins blanche, granulée, parsemée de points brillans;

4° Habituellement ces caractères persistent pendant six, huit, dix jours et plus; il reste même sur les parois et au fond du vase, après l'entière évaporation de l'urine, une matière blanchâtre assez abondante; mais, en général, ils se confondent, à partir du huitième au dixième jour, avec ceux que la putréfaction engendre dans l'urine ordinaire;

5° Ils sont le résultat d'une matière particulière qui se trouve en partie suspendue, en partie dissoute dans l'urine et qui s'en sépare, dans le premier cas par le repos et le refroidissement, dans le second par un commencement de décomposition : cette matière est la kyestéine;

6° La kyestéine est de nature organique; elle n'a pas les propriétés du mucus, ni celles du pus, du caséum, de l'albumine pure, de la graisse, de la crème;

7° Examinée au microscope, elle paraît uniquement formée de petits globules sphéroïdes, transparens, d'un éclat cristallin, qui, immobiles et réunis en couche dans le principe, acquièrent, par l'effet de la décomposition un mouvement manifeste;

8° La kyesteïne offre beaucoup d'analogie, dans les propriétés physiques et chimiques, avec la matière caséiforme que l'eau de l'amnios contient en si grande quantité.

Précis de matière médicale et de thérapeutique expérimentales, au niveau de la science, d'après la nouvelle doctrine médicale du professeur Giacomini, mis à la portée de tout le monde; par N. X. GIVAUDAN, médecin. — Un vol. in-8°, de XIX - 228 pages. — Lyon, Charles Savy.

Si le professeur Giacomini n'avait pas eu parmi nous des interprètes moins laconiques et moins concis que M. Givaudan, nous aurions couru grand risque de ne pas connaître les doctrines du professeur de Padoue; car j'avoue à ma honte que bien que ce précis ait été mis à *la portée de tout le monde*, je n'ai pu y comprendre grand'chose.

Et, par exemple, je ne comprends pas du tout que M. Giacomini appelle description *exacte* des maladies, comme le fait M. Givaudan, des propositions comme celle-ci : « Fièvre érysipélateuse : Toutes les parties du corps, et surtout le visage, sont enflées, douloureuses et très rouges » (page 131); qu'il range la jaunisse dans les maladies générales, ainsi que l'hydropisie (p. 154); que la vérole soit ceci : « Lorsque le virus, ou par une longue gonorrhée, ou pour avoir usé mal à propos des astringens, a infecté la masse du sang, le malade a la vérole » (p. 160); qu'il ait, dans la paralysie, jamais prescrit le traitement : « Le malade prendra six fois, de deux jours l'un, deux scrupules de pilules cochées mineures; ensuite il prendra trois fois par jour, durant un mois, deux drachmes d'électuaire anti-scorbutique, et par dessus il avalera six cuillerées d'eau anti-scorbutique » (p. 168); Que le chien enragé soit une maladie de la tête (pag. 179), et autres choses tout autant excentriques qui se trouvent à chaque page de ce livre, que l'auteur n'a pu écrire sérieusement. On y trouve entre autres formules, celles d'un *julep perlé*, d'un *looch incrassant* dans lequel le malade doit tremper un bâton de réglisse qu'il sucera, si mieux il n'aime le looch *plus incrassant*, et l'*emplâtre hystérique* composé de *gomme tamahaca* qui doit être appliqué sur le nombril.

les mouvemens qu'avec réserve ; on reconnaît cependant que le déplacement latéral n'a plus lieu que dans une beaucoup moins grande étendue qu'avant le traitement. On ne constate rien de nouveau jusqu'au mois de mars suivant.

Le 16 mars, la rotule est maintenue dans sa situation normale. La jeune personne marche avec facilité, elle n'éprouve plus en marchant la gêne et la douleur qui résultaient du déplacement de la rotule ; elle sent que son membre a acquis plus de force et de solidité, et elle n'a plus fait de chute depuis l'opération. En faisant exécuter au membre des mouvemens alternatifs de flexion et d'extension, mouvemens qui s'exécutent actuellement dans leurs limites naturelles, on reconnaît qu'il se fait encore un très léger déplacement de la rotule pendant l'extension. On imprime encore aussi à la rotule de légères oscillations ; mais elles dépassent à peine l'étendue des oscillations de la rotule du côté gauche. Cette persistance d'un certain degré de la mobilité de la rotule tient, du reste, au relâchement consécutif de la capsule et des parties fibreuses externes qui n'opposent pas une résistance suffisante aux mouvemens que l'on imprime à la rotule. On prescrit l'application d'un bandage lacé à demeure, ou genouillère, et l'usage de douches d'eau salée sur la partie externe du genou, dans le but de raffermir les tissus fibreux et ligamenteux.

Le 13 avril. Depuis trois mois la rotule est constamment restée réduite, bien que la malade ait depuis deux mois environ repris ses occupations habituelles et qu'elle marche comme à l'ordinaire. Les parties fibreuses et ligamenteuses externes paraissent avoir repris presque toute leur fermeté et leur solidité premières. Les oscillations de la rotule ont, à très peu de chose près, la même étendue des deux côtés. On continue le traitement consécutif afin de prévenir les chances d'une récidive qui serait imminente encore, si le sujet venait à faire une chute ou à recevoir un coup sur le genou.

Le 8 juin (cinquième mois), la guérison est confirmée. La rotule est parfaitement à sa place ; elle ne subit plus aucun déplacement soit pendant la flexion, soit pendant l'extension du membre. La personne marche sans douleur, sans gêne et sans que la rotule éprouve le moindre déplacement ; elle se sert avec autant de facilité de son membre droit que du membre gauche, et n'est plus exposée à faire des chutes et des faux pas comme elle en faisait fréquemment avant le traitement. On ne remarque plus qu'une très légère différence dans le degré de mobilité des deux rotules ; la rotule droite a encore une étendue d'oscillations un peu plus grande que la rotule gauche. C'est la seule trace persistante de la difformité dont cette jeune fille était affectée.

— La luxation de la rotule en dehors n'est point un fait rare ; mais ce qui est beaucoup moins connu que le fait même, ce sont les causes qui produisent et entretiennent ces déplacemens de la rotule. Après les lésions traumatiques qui peuvent donner lieu à cette luxation, les causes les plus communes, bien qu'elles ne soient pas mentionnées dans les auteurs, sont le rachitisme et les rétractions musculaires et ligamenteuses qui produisent les déviations des genoux.

Nous avons vu dans ce service un assez grand nombre de luxations de la rotule liées à l'existence des déviations des genoux, soit rachitiques, soit essentielles. La luxation, dans ce cas, est rarement complète ; c'est plutôt une véritable luxation qu'une sub-luxation résultant de l'entraînement de la rotule en dessous, par l'action des muscles qui s'y insèrent, par suite de la disposition qu'affectent ces muscles à se rapprocher des concavités des courbures ou des angles des déviations. Dans quelques cas cependant cette luxation a pu être complète. Nous rapporterons sommairement à cette occasion un cas dans lequel une luxation complète de la rotule en dessous, liée à l'existence d'une déviation considérable du genou en dedans, a pu être réduite par le seul fait du redressement de la jambe.

Luxation complète de la rotule en dehors, liée à une déviation considérable du genou en dedans, résultant de la combinaison du rachitisme et de la rétraction des muscles et ligamens de la région externe du genou. Section du ligament latéral externe et du biceps. Redressement de la jambe. Réduction de la rotule.

Un jeune garçon de dix ans avait une déviation du genou droit en dedans, très considérable, procédant à la fois du rachitisme et de la rétraction musculaire et ligamenteuse. La jambe était fortement fléchie sur la cuisse en dehors ; elle était en même temps fléchie et portée dans la rotation en dehors ; on sentait une tension et une résistance caractéristiques du tendon du biceps et du ligament latéral externe de l'articulation ; la jambe était en outre légèrement courbée, les condyles du fémur et du tibia, inégalement développés, volumineux et saillans en dedans, réduits de volume et comme écrasés en dehors. La rotule était complètement luxée en dehors, placée au-devant du rebord saillant du condyle externe, presque dans le sinus de l'angle formé par l'union de la jambe avec la cuisse. La rotule restait ainsi déplacée dans toutes les positions, et pendant tous les mouvemens de la jambe. Les muscles des régions antérieure, externe et postérieure de la cuisse, tendaient tous à se porter en dehors, du côté de l'angle rentrant du genou. Le droit antérieur, notamment à partir de son insertion inférieure jusque vers la partie moyenne, formait une corde qui bridait cet angle : ce muscle toutefois n'était point rétracté.

M. Guérin pratiqua la section du ligament latéral externe du genou et du tendon biceps, dans le but de redresser la jambe, se réservant plus tard, s'il y avait lieu, de pratiquer une opération spéciale pour réduire et maintenir la rotule dans sa situation normale. La section de ce muscle et de ce ligament, aidée de l'action prolongée d'un appareil mécanique approprié, suffit pour opérer, au bout de quelque temps, un redressement presque complet de la jambe ; et, par le seul fait de ce redressement, la rotule se trouva replacée à très peu près dans ses rapports normaux.

Voilà un exemple des plus saillans de ces luxations de la rotule consécutives, qui se réduisent en quelque sorte d'elles-mêmes sous l'influence de la disparition des accidens essentiels de la difformité.

Mais les causes dont nous venons de parler ne sont pas les seules qui produisent cette luxation. Il en est une qui a été méconnue jusqu'à présent, c'est la rétraction musculaire. Telle est, en effet, la nature de la luxation dont nous avons tracé plus haut l'histoire. On voit, en effet, chez ce sujet, d'une part, les caractères directs de la rétraction du chef externe du triceps crural ; d'autre part, l'absence du concours de toute autre cause et de toute autre difformité concomitante du même membre. Cette étiologie est enfin et surtout confirmée par le résultat même de l'opération.

En résumé, ce fait nous a paru devoir offrir quelque intérêt, et comme exemple d'un genre de luxation de la rotule resté jusqu'à présent méconnu, et sous le double point de vue de son étiologie et de son traitement ; traitement qui n'a pu être conçu que d'après les données étiologiques, et exécuté à la faveur de l'innocuité de la méthode sous-cutanée.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

ACCIDENT ARRIVÉ SUR LE CHEMIN DE FER DE VERSAILLES. (Rive gauche.)

Amputation du bras. Guérison. Réflexions sur l'opportunité et les avantages respectifs des amputations immédiates et des amputations consécutives.

Le jeune Ducerveau, dont nous avons rapporté l'observation dans le n° du 19 mai, qui est au nombre des blessés du chemin de fer, et qui a dû subir l'amputation immédiate du bras, peut être considéré actuellement comme guéri. La plaie s'est réunie dans presque toute son étendue par première intention. Toutes les ligatures étaient tombées le dix-septième jour. La réaction a été tellement peu prononcée à la suite de l'amputation, que dès le lendemain de cette opération on a pu accorder du bouillon au malade, et le surlendemain des alimens solides en petite quantité.

A l'occasion de ce fait, M. Guersant a présenté quelques réflexions sur un sujet de la plus haute importance, et sur lequel l'opinion des chirurgiens est encore partagée, savoir l'opportunité ou la non opportunité des amputations immédiates dans les cas de désordres profonds dans les membres. Nous allons résumer l'opinion de ce chirurgien sur ce point.

Disons tout d'abord que M. Guersant se prononce pour l'amputation immédiate, et que ce praticien puise dans des faits qui se sont passés sous ses yeux, ou dans d'autres tirés de sa pratique, les argumens qui lui ont fait donner la préférence à cette manière d'agir.

Pour ce qui est des faits qui se sont passés sous ses yeux, M. Guersant se rappelle avoir vu, pendant son internat sous Dupuytren, cinq blessés se refuser péremptoirement à l'amputation, et sur ce nombre un seul échapper à la mort. Celui-ci eut bientôt à regretter d'avoir conservé son membre, tant il lui était inutile et cause d'incessantes douleurs. Les quatre autres succombèrent, un le lendemain, du tétanos ; deux autres, plus ou moins tard, de résorption purulente ; et le quatrième, épuisé par l'abondance de la suppuration.

J'ajouterai un sixième fait qui m'est personnel, dit M. Guersant, et qui a pour sujet un étudiant en médecine blessé en duel d'un coup de pistolet à la hanche, avec fracture du grand trochanter, mais sans pénétration dans l'article. La balle était restée dans la plaie, avec la bourre et des lambeaux de vêtemens. Sanson, M. Bérard jeune et moi, pensions qu'il fallait désarticuler la hanche ; M. Larrey, se fondant sur la possibilité d'extraire la balle et les autres corps étrangers renfermés dans la plaie, opina pour la temporisation. On échoua dans les tentatives d'extraction de la balle. Le jeune homme était à l'hôpital Necker, dont le service de chirurgie m'était alors confié momentanément.

Une nouvelle consultation eut lieu, à laquelle assistèrent MM. Velpeau et Vidal (de Cassis), qui se prononcèrent pour la désarticulation de la hanche. Mais c'était déjà trop tard : le blessé était affaibli, et le lendemain de l'opération il succomba. C'est là encore un fait qui proteste contre les amputations consécutives.

Depuis, l'occasion s'est présentée huit fois à M. Guersant d'amputer immédiatement. Quatre de ces amputations ont porté sur la jambe, et quatre sur le bras.

Au nombre des quatre premiers était une femme âgée de soixante-quatorze ans ; deux autres étaient de jeunes sujets tombés de lieux élevés, et ayant des fractures compliquées ; le quatrième était un enfant à qui un éboulement de bois dans un chantier avait comminutivement fracturé la jambe, et ouvert l'articulation tibio-astragalienne avec issue de l'astragale. Ce dernier est le seul qui ait succombé, et encore faut-il noter qu'à la suite de l'amputation il avait eu une hémorrhagie abondante. Dans tous ces cas, l'amputation a été pratiquée sept, huit et au plus tard douze heures après l'accident, deux fois à l'hôpital Saint-Antoine, une à l'hôpital Saint-Louis, et une à l'hôpital des Enfans.

Pour ce qui est des quatre blessés amputés du membre supérieur, le premier était un couvreur qui, dans une chute, s'était comminutivement fracturé l'avant-bras et le coude, avec plaies et issue des fragmens ; il a été amputé à Saint-Louis ; deux autres ont été amputés à Saint-Antoine, un je ne me souviens pas à la suite de quel accident ; c'était une femme ; l'autre ayant eu le bras pris dans les rouages d'une machine à vapeur ; celui-ci a eu le bras pris dans les rouages d'une machine à vapeur ; celui-ci a eu l'épaule désarticulée ; enfin le quatrième est le jeune Ducerveau, le blessé du chemin de fer, que nous avons amputé ces jours derniers devant vous.

Tous ces blessés, amputés dans les heures qui ont suivi l'accident, sont parfaitement guéris.

A présent, continue M. Guersant, il ne me reste plus qu'à vous dire deux mots des amputations que j'ai pratiquées consécutivement. Elles sont au nombre de quatre, et toutes nécessitées du septième au dix-septième jour pour des fractures avec plaies. Deux de ces amputations je les ai pratiquées à l'hôpital Saint-Louis, les deux autres à l'hôpital Saint-Antoine. Sur ces quatre blessés, amputés consécutivement, trois ont succombé ; un seul a échappé à la mort ; c'était celui qui avait été amputé le plus tardivement. Il ne l'avait été qu'au dix-septième jour.

Je terminerai en vous rapportant un fait qui démontre encore que l'on s'expose à de graves mécomptes en chirurgie, lorsqu'on tente trop dans l'intérêt de la conservation. Il s'agit d'un individu blessé depuis près de quinze mois ; il était question ici d'une fracture comminutive de la jambe avec issue de l'astragale. MM. Marjolin et Lisfranc étaient d'avis qu'il fallait amputer sur le champ. Telle ne fut pas l'opinion d'un troisième chirurgien, qui du reste prévalut. La conservation du membre fut donc tentée. Qu'en est-il résulté ? le membre n'a pas été amputé, à la vérité ; mais aujourd'hui son sacrifice, dans la conviction de tout le monde, eût été le parti le plus sage. Non seulement ce membre est devenu pour le blessé un fardeau aussi insupportable qu'inutile, mais en outre la persistance actuelle de plusieurs fistules entretient ce jeune homme dans un état continuel de maladie.

Nous nous en tiendrons là sur ce sujet ; car le simple exposé des faits qui précèdent agira mieux sur votre esprit que tous les commentaires dont on pourrait l'accompagner.

K.....

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juillet 1842. — Présidence de M. Poncelet.

MM. Andral et *Bourgery* écrivent qu'ils se mettent sur les rangs pour une place dans la section de médecine vacante par la mort de M. Double.

— L'Académie vote au scrutin la nomination d'un membre correspondant dans la section de chimie. Sur 33 votans, M. Liebig obtient 28 suffrages, M. Henri Rose 4, M. Laurent, 1. En conséqence, M. Liebig est proclamé membre correspondant.

— *M. Amussat* lit un mémoire intitulé : « Moyen de pratiquer une ouverture au gros intestin sans pénétrer dans le péritoine. » Aux faits que l'auteur a déjà communiqués à l'Académie, il en joint trois autres qui ont été publiés dans ce journal. Il termine par des considérations sur l'anatomie chirurgicale et pathologique de la région lombaire, et par quelques conclusions dont les principales sont : que l'opération de l'anus artificiel peut être pratiquée à droite comme à gauche, mais qu'il vaut mieux la pratiquer à gauche toutes les fois que c'est possible, et surtout chez les enfans, où la prédominance du foie à droite peut entraver l'opération : que l'incision transversale et cruciale, proposée et pratiquée par M. Amussat est la plus commode et la plus exempte de dangers ; que toutes circonstances étant égales d'ailleurs, l'opération est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte ; enfin que l'infirmité qui résulte de cette opération est moins grande qu'on ne l'imagine communément, et qu'elle n'a rien à comparer avec l'infirmité qui résulte d'une fistule de l'intestin grêle.

Ce mémoire est renvoyé à la commission déjà nommée.

—*M. Seigneur Jean*, docteur-médecin à Amiens, envoie un mémoire intitulé : « De la petite-vérole, de ses causes et des moyens d'en arrêter les développemens quand elle est déclarée. » L'auteur prétend que la petite-vérole est due à la présence d'un insecte qu'il n'a pas vu, il est vrai, mais dont il conclut l'existence par le mode d'évolution de la variole, et surtout par le traitement efficace qu'il lui oppose. Ce moyen consiste à frictionner les parties envahies avec une pommade mercurielle composée de calomel et d'axonge, et par l'administration du mercure à l'intérieur. L'auteur assure que ce moyen lui a toujours réussi pour arrêter les varioles les plus intenses et pour empêcher les cicatrices.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Magendie, Serres, Breschet et Milne-Edwards.)

M. Serres, à cette occasion, expose que l'idée de la présence d'un insecte dans les pustules de la variole n'est pas nouvelle, et que lui-même s'est livré à quelques recherches infructueuses sur ce sujet.

Quant au traitement employé par l'auteur, il en revendique la propriété ; car après avoir conseillé, en 1825, la cautérisation des pustules par le nitrate d'argent, moyen très efficace, mais qui entraîne quelques inconvéniens, il a préconisé les onctions mercurielles et l'emploi de l'emplâtre de Vigo, moyens qui ont été mis en usage par un grand nombre de praticiens. M. Serres fait aussi remarquer que la privation d'air et de lumière, a la plus grande influence sur l'avortement des pustules, et que les malades placés dans des salles bien aérées et bien éclairées guérissent beaucoup moins vite et ont des varioles plus intenses que ceux qui sont placés dans des conditions contraires. Enfin il expose que sur près de 1800 varioleux qu'il a observés, il a vu aussi souvent la variole se développer sur des sujets qui l'avaient pour la seconde fois que sur ceux qui avaient été vacciné.

— *M. Coste* adresse une lettre pour demander un tour de faveur pour une lecture qu'il se propose de faire dans la prochaine séance sur la Gestation de l'espèce humaine. D'avance il annonce être arrivé à ce résultat, savoir : que la membrane caduque, loin d'être un produit d'exhalation nouveau, n'est qu'une exfoliation de l'intérieur de la matrice.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Accidens arrivés à la suite de l'administration de l'ergot de seigle ; observations communiquées par M. le docteur Delmas.

Première observation. — Une femme, âgée de vingt ans, bien constituée, primipare, avait eu une grossesse heureuse. Les premières douleurs se manifestèrent dans les conditions les plus favorables. Le travail, qui durait depuis huit heures, avait amené la dilatation presque complète de l'orifice du col utérin et la rupture de la poche des eaux. Tout annonçait une terminaison heureuse, lorsque, pour activer la descente de l'enfant et sa sortie de l'utérus, la personne qui assistait à l'accouchement, émerveillée de ce qu'on lui avait appris sur le seigle ergoté, administra cette substance en poudre à la dose d'un gramme (vingt grains) en quatre prises, à cinq minutes d'intervalle. Les contractions utérines ne tardèrent pas à redoubler, mais le résultat fut loin d'être celui qu'on désirait, car la tête, au lieu de descendre, remonta dans l'excavation. Le médecin, troublé à la vue de ces phénomènes insolites, fit appeler M. Delmas. Ce praticien trouva la malade dans un état d'anxiété extrême, éprouvant sans cesse des défaillances et des vomituritions. La présence d'une tumeur arrondie, facile à sentir à la partie inférieure gauche de l'abdomen, lui fit craindre que l'utérus n'eût été rompu. En effet, en exerçant une traction sur les pieds de l'enfant

afin de l'extraire, M. Delmas sentit la tumeur disparaître ; ce n'était autre chose que la tête qui, après avoir pénétré dans la cavité du péritoine, était rentrée dans l'utérus à la suite des tractions exercées sur les pieds. Trois jours après, la pauvre malade avait succombé à une péritonite.

Deuxième observation. — Une femme, âgée de vingt-quatre ans, enceinte pour la troisième fois, arrive à terme après une grossesse pénible. Le travail durait depuis dix heures, lorsque la personne chargée de l'accouchement crut nécessaire d'en activer la marche, et prescrivit un gramme d'ergot de seigle en poudre, à prendre en quatre doses. A la troisième prise surviennent des vomissemens et une anxiété excessive. M. Delmas, appelé, reconnaît que la vessie est pleine d'urine, et qu'une tumeur, qu'il croit être formée par les pieds du fœtus, se fait sentir à l'hypogastre. Aussitôt, il termine l'accouchement après avoir pratiqué le cathétérisme, mais il acquiert la conviction que l'utérus a éprouvé une solution de continuité. En effet, la malade meurt au bout de soixante heures.

Ces deux observations sont bien de nature à faire réfléchir mûrement les praticiens avant l'administration de l'ergot pendant le travail de l'accouchement. On ne doit jamais perdre de vue que le seul cas où ce médicament est indiqué est celui où l'utérus est frappé d'inertie, et que toutes les fois que cet organe musculeux entre en contraction naturellement, on court le risque très grave, en venant encore stimuler son action, de déterminer sa rupture. Ce terrible accident arrivera même bien plus sûrement s'il existe quelque obstacle invincible au passage de l'enfant ; si, par exemple, comme dans la dernière des deux observations qu'on vient de rapporter, la distension de la vessie par l'accumulation de l'urine s'oppose à la descente du fœtus. En pareille circonstance, ainsi qu'il est facile de le prévoir, l'organe s'épuise en vains efforts qui peuvent avoir une déchirure pour résultat.

(*Journal de médecine de Montpellier*, 1842.)

Nouveaux sels de quinine. Des avantages de leur emploi.

Le prince Lucien Bonaparte a présenté à l'une des séances du congrès scientifique tenu l'an dernier à Florence, du lactate et du valérianate de quinine préparés par lui, et dont il a fait essayer l'administration par différens médecins dans plusieurs cas de maladies diverses, toutes caractérisées par le type intermittent, spécialement dans les fièvres d'accès, et en particulier dans les fièvres quartes qui règnent dans les campagnes des environs de Rome.

Suivant lui, le lactate de quinine produit d'excellens effets dans les cas où l'action du sulfate est trop forte et se fait sentir trop vivement par les organes. Sa prompte solubilité le rend plus facilement assimilable, et il a, dit-il, l'avantage d'attirer beaucoup moins l'humidité que le sulfate. Le valérianate de quinine, qui résulte de la combinaison chimique de l'acide valérianique et de cet alcaloïde, constitue un sel très soluble dans l'eau, moins désagréable au goût, moins amer, moins coûteux que le lactate et le sulfate, et dont il serait avantageux de propager l'usage, surtout dans la pratique des médecins qui exercent à la campagne et dans celle des médecins qui voient particulièrement les malades pauvres des villes.

Le même observateur cite, comme devant être employée avec autant de confiance et dans les cas pathologiques de même nature, un principe immédiat végétal neutre et soluble, connu depuis quelques années seulement, la phloridzine. Il en a préparé qui a été donné dans plusieurs cas de pyrexies périodiques avec autant de succès que les sels dont il a été question plus haut. La phloridzine se recommande d'ailleurs aux médecins par la facilité de sa préparation et par la faible dépense qu'elle entraîne.

(*Annali universali di medicina*, t. c., p. 400.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Sirop laxatif fondant.

Pr. Racine de jalap en poudre,	12	grammes.
Rhubarbe de Moscovie en poudre,	12	
Eau bouillante,	150	

On fait infuser en vase clos jusqu'à parfait refroidissement, puis on passe avec expression, on filtre et on ajoute au produit de la filtration,

Sucre blanc, 260 grammes.

On fait dissoudre à une douce chaleur, et on aromatise ensuite avec

Alcoolé d'écorce d'orange, 50 grammes.

On mêle exactement par agitation.

Ce sirop, dont la formule est due à M. Fauconneau-Dufresne, est indiqué dans les cas de calculs biliaires.

L'auteur, qui dit s'être bien trouvé de son emploi dans sa pratique, le fait prendre à la dose d'une pleine cuillerée à bouche tous les matins, soit pur, soit étendu dans une tasse d'une infusion légèrement amère, celle de chicorée sauvage, par exemple.

Elixir de gentiane.

Pr. Racine de gentiane pulvérisée,	80	grammes.
Carbonate d'ammoniaque pulvérisée,	16	id.
Alcool à 82 degrés centigrammes,	528	id.
Eau commune,	1056	id.

On introduit le tout dans un flacon que l'on bouche hermétiquement, et, après huit jours de contact, pendant lesquels on a eu soin d'agiter le mélange de temps en temps, on passe avec forte expression. Alors,

Pr. Liqueur obtenue,	1000	grammes.
Sucre blanc,	500	id.

On laisse fondre, on filtre et on conserve le produit de la filtration dans des bouteilles bien bouchées.

Cet élixir, dont la formule est due à M. Deschamps, se prescrit dans les circonstances où l'élixir de Peyrilhe est indiqué ; il se donne aux mêmes doses que ce dernier, c'est-à-dire de 8 à 30 grammes (2 gros à 1 once), soit pur, soit étendu, et il a sur lui l'avantage, bien précieux dans la médecine des enfans, d'être d'une administration beaucoup plus facile.

FAITS DIVERS.

Sur l'insalubrité de l'air dans les Maremmes.

M. le docteur Paul Savi, professeur à l'université de Pise, s'est livré aux investigations les plus actives pour arriver à découvrir les causes réelles de l'insalubrité qui afflige une portion du territoire du grand duché de Toscane. Il lui paraît prouvé, dit-il, que les localités exposées à ressentir les effets de la *mal aria*, sont :

1° Des terrains renfermant des amas d'eaux stagnantes et salées, ou les terrains non immergés, mais qui renferment des matières salines et des substances organiques, lorsque les pluies d'été viennent à les humecter.

2° Les terrains recevant les eaux minérales chargées de sulfates et de chlorures, et qui séjournent sur des matières organiques en décomposition.

3° Les plages où s'accumulent des monceaux de vases, qui sont ensuite baignés par des eaux douces ou par un mélange d'eaux douces et d'eaux salées.

D'ailleurs, M. Savi se croit autorisé à déduire des faits observés jusqu'ici cette conséquence importante, et qui vient à l'appui d'une opinion déjà émise par un observateur anglais, M. Daniel, savoir : que les gaz sulfhydrique et hydrogène carboné, contribuent au moins au développement de la *mal aria*, si toutefois même ils n'en sont pas en réalité les agens directs. (*Annales de chimie et de physique*, 1842.)

Observation d'une opération de lithotritie pratiquée au quinzième siècle.

Ce document historique a été trouvé par M. Van Meerbeek dans l'ouvrage d'Antonio Benivieni, intitulé : « Antonii Benivieni florentini, me-» dici ac philosophi, de additis nonnullis ac mirandis morborum et s-» nationum causis liber. » Il est relatif à une dame qui était affectée, depuis plusieurs jours, d'une rétention d'urine, « propterea quod ipsius » *urinæ iter* calculo obstrueretur. » La maladie n'ayant cédé à l'emploi d'aucun moyen, l'auteur rapporte qu'il prit un parti insolite, mais bien indiqué ; il pratiqua une opération décrite en ces termes : « Un-» cum calculo injicio, ne scilicet concussus iterum *in vesicam revol-» veretur*. Tum ferramento priore parte retuso calculum ipsum percu-» tio, donec sæpius ictus in frusta comminuitur. » Aussitôt que les fragmens de pierre eurent été entraînés par l'excrétion de l'urine, la maladie se trouva guérie. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers.*)

CONCOURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Nomination.

Aujourd'hui lundi, 4 juillet, à quatre heures, M. Aug. Bérard a été nommé professeur de clinique chirurgicale.

Un seul tour de scrutin a eu lieu ; les voix se sont réparties de la manière suivante :

MM. A. Bérard,	8 voix.
Vidal,	2
Laugier,	1
Robert,	1

Cette nomination a été accueillie par *des applaudissemens unanimes.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 81. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Depart., 3 mois, 10 fr ; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Quelques cas de pleuro-pneumonies traitées par les émissions sanguines coup sur coup. Pneumonies bilieuses. Reflexions.

Parmi les cas de pneumonie qui ont passé sous nos yeux depuis le commencement de la clinique jusqu'au 1er juin, il s'en est offert de fort remarquables, soit par leur gravité, soit par les phénomènes accessoires qu'ils ont présentés. Les cas qui feront le sujet de cet article sont : deux cas de pneumonies dites *bilieuses*, et deux cas de pleuro-pneumonies extrêmement graves, dont l'une s'est compliquée d'endocardite. Toutes les quatre, traitées par la nouvelle formule, ont guéri dans un court espace de temps, comme on pourra s'en convaincre par les observations suivantes.

— Au n° 25 de la salle Saint Jean-de-Dieu est couché le nommé Giroux, trente-un ans, journalier, du département de la Mayenne, malade depuis cinq jours, entré le 14 mai 1842.

Constitution assez faible, tempérament lymphatico-nerveux, non vacciné, variolé, à Paris depuis trois semaines, habituellement bien portant.

Il y a cinq jours, il fut pris vers quatre heures du matin d'une douleur vive dans le côté gauche, sans gêne de la respiration, avec peu de toux, suivie d'expectoration de crachats rouillés. En même temps, fièvre assez intense, sommeil agité. Ces phénomènes persistèrent jusqu'aujourd'hui. Pour tout traitement, une solution de sirop de gomme; pour toute nourriture, un peu de bouillon chaque jour, et un peu de vin chaud le premier jour. Il est resté continuellement alité. Il ignore la cause de sa maladie : cependant, il dit être souvent exposé au froid quand il a chaud.

Etat du malade à la visite du soir. — Visage couvert de sueur, assez animé aux pommettes; le fond est un peu jaunâtre. Même teinte jaune des sclérotiques et de la peau de la partie antérieure du thorax. Langue humide, assez nette. Bouche mauvaise. Pas de soif, pas d'appétit. Ni nausées, ni vomissemens. Pas de mal de gorge. Rien du côté du ventre. Pouls à 100-104, fort, développé, résistant, non redoublé. Température abdominale à 37. Matité du cœur normale. Bruits un peu sourds; un peu de souffle au premier temps. Respiration à 32 par minute. Pas de gêne de la respiration. Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés. En arrière à droite, résonnance et respiration bonnes; à gauche, résonnance bonne au sommet. Matité complète depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas. Respiration assez bonne au sommet, commençant à devenir soufflante vers la partie de l'omoplate. Dans toute la partie du poumon correspondante à la matité, la respiration est remplacée par un très beau souffle bronchique. Çà et là quelques bordées de râle crépitant. Bronchophonie des mieux caractésées quand le malade parle. La matité de la partie postérieure se prolonge dans toute la région latérale gauche, où la respiration est également très faible, sans souffle bien notable. Pas d'expectoration. Saignée de 4 palettes.

15 mai. Pas de soulagement notable. On remarque sur le tronc, le visage et les membres, une teinte jaune ictérique très marquée. La douleur de côté est moins vive. Crachats visqueux, aérés, blancs, quelques-uns fortement rouillés. Chaleur et moiteur de la peau; pouls à 96, assez développé, plutôt mou que dur; respiration à 24; sentiment d'oppression médiocre; résonnance bonne en avant des deux côtés. La matité précordiale se continue en dehors avec celle qui est due à la maladie principale; en dedans et en bas, avec celle due à l'estomac plein et à la portion voisine du foie. Battemens du cœur sans modification notable. Bruits légèrement voilés, sans souffle en ce moment. Respiration bonne en avant des deux côtés, avec une crépitation distincte en dehors et au-dessous du sein gauche. En arrière, matité, comme la veille, dans les trois quarts inférieurs du côté gauche; résonnance bonne à droite. Souffle bronchique double dans la fosse sous-épineuse, diminuant à mesure qu'on descend vers la base, où l'on n'entend qu'une crépitation fine pendant l'inspiration seulement.

Bronchophonie sans chevrottement de la voix. Langue blanchâtre. Langue légèrement saburrale à son centre, un peu rouge, soif, bouche mauvaise; anorexie; pas de selles; pas de vomissemens. Sentiment de faiblesse modéré; peu de sommeil; pas de céphalalgie.

Les urines sont d'une couleur jaune orangé, se troublent par un excès d'acide nitrique. Caillot fortement rétracté, recouvert d'une couenne en cupule, d'un jaune safrané. Sérosité jaune.

Diagnostic. Pleuro pneumonie au premier degré affectant les quatre cinquièmes postérieurs inférieurs externes du côté gauche de la poitrine, compliquée d'ictère. Cas moyen. Saignée de 3 palettes le matin, 3 palettes le soir. Ventouses scarifiées à la région postérieure externe gauche du thorax, 3 palettes. Guimauve, sirop de gomme, 3 pots, julep, diète.

16 mai. Il dit se trouver mieux; pas de douleur de côté. Bon sommeil. Crachats demi-liquides albumineux, offrant dans quelques points une teinte rouillée faible (50 à 60 grammes environ). Chaleur modérée de la peau. Un peu de sueur au visage seulement. Pouls à 76, assez résistant, médiocrement développé, non redoublé. Respiration à 16-20. Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés. Résonnance meilleure en bas et en dehors de la région précordiale, où la respiration vésiculaire bien distincte n'est accompagnée à la fin de l'inspiration que d'une crépitation fine et peu abondante. Résonnance meilleure en arrière à gauche, où l'on constate encore un peu de matité. Respiration vésiculaire mêlée de crépitation humide, remplaçant partout le souffle bronchique; la crépitation, à bulles fines et abondantes, peut véritablement être considérée comme type. Les urines, traitées hier par l'acide nitrique, ont pris une teinte d'un vert pistache. La teinte ictérique est moins marquée que la veille. Urines de ce matin troubles, d'un jaune rougeâtre, faiblement acides; précipité de médiocre abondance par l'acide nitrique, prenant bientôt une couleur verdâtre. Les caillots des deux saignées, rétractés, recouverts d'une couenne mince, jaune, ferme. Caillot de bonne consistance.

Rondelles glutineuses prises en une seule masse. La sérosité offre une teinte verdâtre bien marquée. Saignée de trois palettes; vésicatoire à la région postérieure gauche du thorax. Diète.

17 mai. Le malade se trouve bien. Sommeil paisible; teinte jaune de la peau moins marquée que la veille : quelques crachats visqueux, aérés, un peu rouillés; pouls 76; crépitation moins abondante que la veille. Douleur nulle; pas de souffle. Convalescence commençante. Un bouillon coupé.

18 mai. Il va bien. Crachats blancs, spumeux; sommeil assez bon; pouls à 72-76; respiration libre. Une teinte jaune de plus en plus faible, mais encore marquée. Résonnance et respiration bonnes partout. Deux bouillons.

Du 20 au 29 mai, le malade va de mieux en mieux; il mange la moitié d'alimens, et le 29 il demande sa sortie.

— Au n° 21 de la salle Saint-Jean de-Dieu, est couché le nommé J. Cousin, quarante ans, boulanger, né dans le département de l'Allier, malade depuis huit jours, entré le 15 juin 1842.

D'une constitution moyenne, tempérament lymphatique, non vacciné, variolé, à Paris depuis vingt ans. Il dit avoir eu trois fluxions de poitrine dans l'espace de dix-neuf ans. Les deux premières, datant, l'une de 1823, et l'autre de 1826, auraient été traitées chacune par une saignée du bras et une application de vingt sangsues sur le côté droit. La dernière, caracterisée, comme les premières, par une douleur de côté avec gêne de la respiration et crachats sanglans, fut traitée, il y a un an, au moyen d'une saignée seulement. Il fut bien rétabli au bout de huit jours environ.

Il y a huit jours, il fut pris d'un frisson suivi de chaleur et de sueurs. En même temps douleur dans le côté droit, avec toux et expectoration de crachats sanguinolens; perte d'appétit, soif très vive; mouvement fébrile assez intense; insomnie à peu près complète. Ces phénomènes, auxquels s'est ajoutée avant-hier une gêne plus considérable de la respiration, ont toujours été en augmentant jusqu'au moment de l'entrée. Alité depuis le début. Traitement nul; pour tisane, de l'eau rougie. Le régime alimentaire a consisté en un bouillon chaque jour. Il attribue sa maladie à ce qu'il appelle une sueur rentrée. Venu à pied à l'hôpital.

Etat du malade à l'entrée. Visage peu animé, assez calme; pouls à 92, médiocrement développé, régulier, peu résistant. Matité et bruit du cœur normaux. Persistance d'une douleur assez vive à la partie supérieure externe de la poitrine du côté droit, douleur augmentant par la toux et dans les fortes inspirations. Respiration à 24-28. Résonnance et respiration bonnes à gauche en avant; à droite la résonnance est évidemment plus faible depuis le second espace intercostal jusqu'au niveau du mamelon. Résonnance également faible dans la région axillaire. La respiration, qui s'entend difficilement dans les différens points où existe la matité, est mélangée, pendant les fortes inspirations et les efforts de la toux, de quelques bulles de râle crépitant, plus nombreuses et plus rapprochées dans la région axillaire. Toux assez rare; deux ou trois crachats offrant une teinte fauve bien marquée, visqueux, adhérens au vase. Rien de bien notable pour les fonctions digestives. Langue à sa pointe, assez humide. Inappétence; soif peu vive. Une selle normale ce matin. Céphalalgie; pas de bruit de diable dans les artères du cou. Saignée de 3 palettes.

16 juin. Le malade dit se sentir mieux que la veille. Respiration toujours un peu gênée. Persistance de la douleur de côté, mais un peu moins forte. Pouls à 96-100, bien développé, régulier. Respiration à 24. Résonnance et respiration bonnes à gauche, en avant; à droite, résonnance plus faible dans l'étendue indiquée la veille. Quelques bulles de râle crépitant au sommet du poumon; résonnance faible dans la région axillaire droite, où l'on entend une crépitation bien distincte, sans souffle. Résonnance et respiration bonnes en arrière des deux côtés. Pas de céphalalgie. Sentiment de faiblesse très modéré. Langue humide, un peu saburrale; quelques nausées, sans vomissemens; teinte jaune de l'ovale inférieur du visage. Soif vive; inappétence. (Les crachats ayant été jetés par erreur, avant la visite, n'ont pu être examinés.)

Diagnostic. — Pleuro-pneumonie au premier degré occupant le sommet du poumon droit. Cas moyen. (Forme bilieuse des auteurs.) Saignée, 3 palettes; ventouses scarifiées à la partie antérieure moyenne droite du thorax, 3 palettes; guimauve, sirop gommé, 3 pots; diète.

17 juin. Le malade dit se trouver bien. Pas de douleur, ni de gêne de la respiration. Pouls à 80, assez développé, régulier, assez résistant. Bruits du cœur anormaux. Résonnance meilleure à droite au sommet en avant. Encore un peu de matité dans l'espace de trois travers de doigts au-dessus du sein. Dans le point correspondant, la respiration est mélangée de quelques bulles fines, rares, de crépitation. Un peu d'obscurité de la résonnance dans la région axillaire où l'on distingue encore quelques bulles de râle crépitant. Langue blanche, humide, rouge à la pointe; soif assez vive; inappétence. Hier, après la visite, le malade a eu trois ou quatre vomissemens bilieux, verdâtres; il a été pris d'un état de malaise général qui a empêché de pratiquer la saignée. Pas de toux; quelques crachats séro-muqueux, sans traces de sang. Sérosité des ventouses non rougie; rondelles prises en un caillot, de bonne consistance. Ventouses scarifiées *eodem loco*, 3 palettes. *Ut suprà.*

18 juin. Le malade dit se sentir très bien. Aucune douleur. Pas de gêne de la respiration. Sommeil bon. Pouls à 76-80, assez développé, régulier. Résonnance et respiration bonnes à gauche. A droite, résonnance à peu près normale; la respiration est bien revenue. Langue humide, rosée. Sentiment de faiblesse modéré. Le malade dit avoir de l'appétit. Crachats muqueux. Convalescence commençante. Sérosité des ventouses non rougie; rondelles prises en une masse de bonne consistance, faciles à soulever. Mêmes boissons; deux bouillons.

19 juin. Trois vomissemens hier dans la journée. Cependant il dit se trouver assez bien, et ne se plaint que de faiblesse. Pouls à 72-76, régulier, assez développé. Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés; le râle crépitant a tout à fait disparu. Langue humide, saburrale, jaunâtre au milieu. Soif modérée. Anorexie. Quelques crachats muqueux dont l'expectoration est suivie de nausées. Le malade s'est levé hier, et a ressenti du froid. *Idem.* Deux bouillons.

20 juin. Respiration et résonnance normales partout. Crachats muqueux, jaunâtres. Trois ou quatre vomissemens d'un liquide verdâtre. Pouls à 76, régulier. Chaleur modérée de la peau. Une selle depuis hier. Deux bouillons; crème de riz.

28 juin. Deux portions. (Demie.)

30 juin. Il demande sa sortie.

— A la vue des deux faits qui précèdent, que dire de ces auteurs qui prétendent que la pneumonie dite bilieuse, c'est-à-dire celle qui s'accompagne de symptômes bilieux ou gastriques, de vomissemens et de nausées, de teinte jaune de la peau et même quelquefois des conjonctives, assez prononcée pour constituer un véritable ictère, qui prétendent, dis je, que la pneumonie bilieuse est une maladie particulière qui, par conséquent, réclame un traitement spécial et essentiellement différent de celui de la pneumonie franche? Stoll, que l'on pourrait presque, à vrai dire, considérer comme l'inventeur de la pneumonie bilieuse, lui appliquait un traitement particulier, et, suivant son exemple, un grand nombre de praticiens, je ne dirai pas seulement de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, mais même de notre époque, ont coutume de diriger le traitement, non contre la maladie primitive et principale, contre l'inflammation pulmonaire, cause des accidens que l'on observe, mais contre les symptômes secondaires et sans gravité qui se montrent du côté du tube digestif. Combien n'y en a-t-il pas encore maintenant qui croiraient faire un crime de lèse-thérapeutique et exposer les jours de leur malade aux plus grands dangers, si, dans cette forme de la maladie, ils n'administraient l'émétique ou l'ipécacuanha. Et cependant la nature de la pneumonie bilieuse est absolument et identiquement la même que celle de la pleuro-pneumonie pure et simple, comme le prouve l'efficacité du traitement mis en usage dans ces deux maladies.

(*Naturam morborum ostendunt curationes.*) — Chez le premier des malades dont nous avons raconté l'histoire, on a pratiqué en trois jours cinq saignées, qui ont fourni deux kilogrammes de sang; la convalescence s'était déclarée le quatrième

jour. Chez le second, quatre saignées en trois jours, 1500 grammes : convalescence le quatrième jour également. Chez aucun des deux l'on n'administra d'émétique ni d'ipécacuanha, et l'on vit avec quelle rapidité l'on se rendit maître de l'affection, dont la marche n'offrit rien de plus singulier, que si l'on avait eu affaire à une inflammation sans complication. Les phénomènes locaux et généraux se dissipèrent absolument de la même manière sous l'influence de ce traitement énergique.

C'est qu'en effet la pleuro-pneumonie, lorsqu'elle s'accompagne des symptômes qui lui ont fait donner le nom de *bilieuse*, n'est autre chose qu'une inflammation franche ou sans complication bien importante. La maladie qui occupe le parenchyme pulmonaire s'est propagée par voie de contiguité d'une séreuse à une autre, les membranes de cette nature étant, on le sait, celles qui s'enflamment avec le plus de facilité. Or, la plèvre et le péritoine ne sont séparés que par une couche musculaire de très peu d'épaisseur, et qu'y a-t-il d'étonnant que la tunique péritonéale du foie s'enflammant, les couches superficielles du tissu de l'organe lui-même participent à la phlegmasie? Une preuve de plus que c'est par ce mécanisme que sont produits ces phénomènes, c'est que dans la plupart des cas de ce genre la pleuro-pneumonie occupe le côté droit de la poitrine.

Il arrive cependant quelquefois que la pneumonie occupe le côté gauche ; dans ce cas c'est par la portion gauche du foie qui se trouve en rapport avec la portion gauche et moyenne du diaphragme que l'inflammation s'est propagée aux organes abdominaux. L'anatomie pathologique prouve chaque jour de la manière la plus évidente la participation du foie à l'inflammation pulmonaire. Il est fréquent, en effet, lorsque l'on trouve des adhérences un peu fortes et étendues entre les deux feuillets de la plèvre droite, surtout en bas, d'en rencontrer entre le diaphragme et le foie, comme il est fréquent pour le côté gauche d'en rencontrer entre la rate et le diaphragme.

En même temps que les phénomènes inflammatoires du côté du poumon cédaient aux émissions sanguines, les phénomènes bilieux et gastriques se dissipaient également chez les deux sujets dont nous avons rapporté l'histoire. Le cinquième jour ils étaient en pleine convalescence, et aucune rechute ne vint entraver la marche. Entré le 14 mai, le premier demanda sa sortie le 29 du même mois, quinze jours après son arrivée. Le second, entré le 15 juin, mange la demie d'alimens depuis plusieurs jours, et vient de demander sa sortie au moment où nous écrivons ces lignes (30 juin).

Que l'on nous cite, je le répète, une autre méthode qui, dans des cas de cette gravité, enraie aussi sûrement la marche d'une inflammation parenchymateuse de cette gravité et dissipe toujours en moins d'un septenaire les derniers symptômes de la maladie dont elle a fait prompte et rapide justice.

A. F.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Suite de l'observation de l'opération césarienne. — Mort. Autopsie. (*V.* n° du 23 juin.)

La petite femme rachitique à laquelle M. Dubois a pratiqué l'opération césarienne, a succombé six jours après cette opération. Ce résultat n'avait été que trop prévu ; rien n'a pu le prévenir, malgré les soins assidus dont cette femme a été l'objet depuis le moment de l'opération, et surtout à partir de l'instant où se sont déclarés les premiers accidens. Voici, du reste, en peu de mots, ce qui s'est passé depuis le jour où nous avons cessé d'en parler.

Le 19 juin, disions-nous, l'état de prostration de la malade avait engagé M. Dubois à cesser l'usage des évacuations sanguines, et à s'en tenir exclusivement aux narcotiques et aux laxatifs, Les deux jours suivans (le 20 et le 21), les nausées et les vomissemens n'ont pas cessé, et l'on n'a pu, même par l'emploi de l'opium à haute dose, procurer à cette malheureuse un seul instant de repos, ni le jour, ni la nuit. Les lavemens laxatifs n'ont produit aucun effet. Les matières vomies, qui jusque-là avaient été simplement muqueuses, sont devenues bilieuses. La malade est dans un état d'anxiété extrême.

On prescrit, le 22 au matin, l'application d'un large vésicatoire sur l'épigastre, que l'on se proposait de panser avec la morphine. La malade a succombé ce jour même dans l'après-midi, sans avoir rien présenté de particulier que la persistance des vomissemens jusqu'à l'agonie.

Autopsie. — Le 23, on a procédé à l'autopsie. Voici ce que l'on y a constaté ; on a trouvé d'abord un ballonnement excessif de l'abdomen, qui s'est accru prodigieusement depuis la mort, et à tel point que la plaie, dont les bords étaient en partie réunis, est presqu'entièrement ouverte, et qu'une portion des intestins s'est fait jour à travers cette ouverture. Une incision circulaire de la paroi abdominale antérieure est pratiquée ; elle laisse écouler une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. En soulevant cette paroi de haut en bas, on trouve à sa face interne une injection peu marquée, et l'on rompt facilement quelques faibles adhérences qui l'unissaient au grand épiploon. On s'aperçoit alors que l'estomac, le gros intestin et une petite portion de l'intestin grêle, sont seuls distendus par une énorme quantité de gaz. M. Dubois s'attendait à trouver dans le péritoine plus d'injection, et surtout plus de liquide qu'on n'y en a trouvé. La face antérieure de l'utérus est adhérente à la paroi abdominale correspondante.

Au moment de l'opération toutes les parties incisées ne formaient qu'une seule plaie dont les bords et les extrémités se correspondaient parfaitement ; mais après que le produit de la conception a été retiré, l'utérus est revenu sur lui-même, et la plaie de cet organe ne s'est plus trouvée en rapport avec la plaie abdominale. Celle-ci s'élève maintenant au dessus de la face supérieure de l'utérus, et ne correspond à la plaie utérine que par sa partie inférieure seulement.

La plaie de l'utérus n'était pas fermée ; ses bords n'étaient pas agglutinés, mais simplement contigus, rouges et déjà recouverts par quelques bourgeons charnus. Au-dessus de la plaie de cet organe, entre lui et la paroi abdominale, était interposée une sorte de bande formée par le grand épiploon, et de chaque côté de celui-ci, une anse d'intestin grêle séparait également la face antérieure de l'utérus de la paroi de l'abdomen. Ces trois parties interposées adhéraient à la paroi utérine en arrière et en avant à la paroi abdominale. Cette dernière appuyait en outre directement à droite sur les côtés de la plaie utérine, et lui était seulement contiguë. Du côté gauche de cette même plaie, mêmes rapports directs, avec agglutination des surfaces. Il est alors facile de concevoir l'impossibilité d'un épanchement dans le péritoine, puisque des adhérences plus ou moins avancées avaient circonscrit de toutes parts la plaie utérine et avaient laissé libres seulement les rapports avec la plaie abdominale. On n'a trouvé, en effet, aucun épanchement appréciable, ni d'un côté, ni de l'autre, et nous avons noté déjà que M. Dubois avait vu avec étonnement une très petite quantité de liquide s'écouler immédiatement après l'ouverture du ventre. L'intestin interposé entre les parois utérine et abdominale, était phlogosé à l'extérieur. M. Dubois avait indiqué comme lésion possible une interruption plus ou moins complète, ou seulement une diminution de calibre du canal intestinal, suffisante pour arrêter le cours des matières. La persistance des vomissemens, bien qu'ils n'aient pas contenu de matières fécales, rendait cette recherche intéressante.

L'autopsie n'a rien révélé de particulier à cet égard. M. Dubois a vérifié que le diamètre sacro pubien du détroit supérieur du bassin n'avait que deux pouces moins un quart, ainsi qu'il l'avait diagnostiqué pendant la vie, en se servant du doigt indicateur porté sur l'angle sacro-vertébral et relevé sous l'arcade pubienne, en déduisant deux lignes environ pour l'épaisseur des parties molles, et quatre lignes pour la différence résultant de la hauteur du pubis au niveau de l'arcade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Gimelle*, membre du jury du concours de clinique chirurgicale annonce à l'Académie la nomination de M. Aug Bérard.

— *M. Bousquet* propose, au nom du comité de publication, de composer le dixième volume des mémoires de l'Académie avec les travaux suivans : *Partie historique* : 1° Eloge de M. Huzard, par M. Pariset, 2° Fragmens d'un travail inédit sur la personne et les écrits de Galien, par M. Dubois (d'Amiens). — *Mémoires* : 1° Etudes sur les subsistances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et avec la mortalité, par M. Mélier ; 2° Sur les tempéramens considérés d'une manière générale et dans leurs rapports avec la santé, par M. Royer-Collard ; 3° Sur les caractères microscopiques que présentent les différentes especes de lait, par M. Devergie ; 4° De l'amputation sus-malléolaire de la jambe, comparée à l'amputation au lieu d'élection, par MM. Arnal et Martin ; 5° Des hémorrhagies consécutives à l'opération de la taille, par M. Bégin ; 6° Sur les plaies de tête, par M. Poisier. — Adopté.

M. Gauthier de Claubry demande que la lettre de M. Double à M. Dubois (d'Amiens) soit placée à la suite du fragment historique sur Galien.

M. Bousquet répond que, suivant une décision de l'Académie, cette lettre a été insérée dans le Bulletin.

— *M. Chrestien* lit un mémoire sur les préparations d'or et leur efficacité. Voici un extrait de ce travail.

« L'efficacité des préparations d'or n'est donc plus un problème à résoudre. Elle repose sur un nombre de faits trop considérables, exposés trop clairement, puisés à des sources trop estimées et recueillis dans des climats trop différens pour qu'on puisse la révoquer en doute. Elle est encore prouvée par la divergence d'opinions qui existe entre la commission de l'Académie des ssiences, déclarant en 1817 que les préparations d'or, très utiles dans les véroles constitutionnelles, ne conviennent nullement aux maladies syphilitiques récentes et aiguës qui par cet emploi sont exaspérées et compliquées d'accidens nouveaux et très graves, et les médecins de l'hôpital de New-York qui, à la même époque, tirèrent de leurs expériences la preuve irréfragable de l'efficacité de l'or, égale à celle du mercure, et de sa supériorité même dans quelques cas, lorsqu'il s'agit de la syphilis primitive, tandis qu'ils crurent ne pouvoir pas compter sur l'or pour une cure radicale lorsqu'il s'agit des symptômes secondaires (1). Je pourrais faire intervenir aussi contre la commission de l'Académie des sciences, Cullerier qui, en 1819, publia dans le Dictionnaire des Sciences médicales, des résultats analogues à ceux des médecins de New-York ; mais le chirurgien en chef de l'hôpital des Vénériens de Paris a été trop victorieusement combattu par M. Legrand (2), pour que je ne passe pas outre ; d'ailleurs il me suffit d'avoir indiqué l'existence de deux camps, dont l'un est pour l'efficacité de l'or contre la syphilis primitive et l'autre contre la syphilis constitutionnelle, la conclusion naturelle de la différence des résultats me paraît être la preuve la plus péremptoire de l'efficacité de l'or autant dans la syphilis primitive que dans la syphilis consécutive.

» Comment expliquer cette différence de résultats ? Je crois en avoir trouvé la clef dans les conférences que j'ai eues avec un assez grand nombre de médecins soit à l'étranger, soit dans différens hôpitaux et dans des remarques que m'a fournies leur pratique.

» Tout en admettant la spécificité de l'inflammation syphilitique, il ne faut pas oublier que celle-ci a, comme toutes les autres, quatre élémens communs qui sont : 1° l'éréthisme nerveux, 2° le mouvement fluxionnaire, 3° l'état de congestion, 4° la phlogose ; de plus elle a quelque chose que nous ne savons pas, que nous ne pouvons pas apprécier au juste et que nous appelons pour cela *spécifique*. Or, ceux qui se contentent de combattre ce cinquième élément commettent une erreur tout aussi grossière que ceux qui, le méconnaissant, ne combattent que l'état de congestion et la phlogose. C'est pour avoir administré les préparations d'or beaucoup trop tôt, alors que l'inflammation était trop aiguë, que plusieurs médecins ont vu échouer les préparations d'or dans le traitement des symptômes syphilitiques primitifs ; ils ont transgressé un précepte de pathologie générale qu'ils suivent partout dans toutes les autres maladies. L'auteur de la méthode iatraleptique a-t-il prétendu que l'emploi de ses préparations suffit pour la guérison des maladies syphilitiques ? Il a enrichi la matière médicale de nouvelles préparations mais il n'a pas dit qu'elles fussent exemptes dans leur emploi de l'application des règles de l'art. Il a dit au contraire formellement à la page 342 que « dans les véroles récentes et lorsque les symptômes annoncent la période inflammatoire, ceux-ci s'exaspèrent par l'action du nitrate d'or, donné même avec prudence, et il a été obligé de le répéter dans sa lettre à M. Magendie (pag. 17).

» L'inflammation n'est pas la seule complication qui rende la syphilis réfractaire au traitement le plus méthodique et le mieux approprié ; mais il serait trop long d'insister sur toutes les complications qui peuvent se présenter. Il est presque superflu de dire qu'il faut chercher à les découvrir pour leur opposer les moyens curatifs qu'elles exigent. Cependant, je ne saurais passer sous silence la *fièvre bilieuse* ou *gastrique* dont quelques théoriciens modernes veulent méconnaître l'existence, et qui, sous le climat de Montpellier, est une des complications les plus fréquentes de la syphilis. J'ai souvent vu dans les hôpitaux des maladies vénériennes dont la guérison était déjà avancée s'arrêter tout-à-coup, et suivre même une marche rétrograde : il a suffi la plupart du temps d'augmenter la dose des substances purgatives qui entrent dans la composition de la tisane de Vigarous, usitée à l'hôpital Saint-Eloi. Feu le professeur Fages nous disait souvent, dans ses savantes leçons, avoir vu les symptômes les plus dégoûtans des véroles les plus invétérées, ne céder au traitement antivénérien que lorsque la fièvre bilieuse avait été combattue. La suspension du traitement aurifique et l'emploi des émétiques ou des purgatifs, suivant que les uns ou les autres méritaient la préférence, ont rendu, en détruisant la gastricité, à la préparation aurifique, dont j'avais repris l'usage, toute son action bienfaisante, dit le docteur J.-A. Chrestien dans sa lettre à M. Magendie (p. 25).

» C'est donc parce qu'on a négligé les avis du docteur J.-A. Chrestien que les préparations d'or ont échoué dans les mains des uns contre les symptômes syphilitiques primitifs. Je vais expliquer pourquoi elles ont échoué dans les mains des autres contre les symptômes consécutifs.

» Parce qu'une substance combat victorieusement une maladie sans que nous sachions le comment ; parce que cette substance est dite spécifique, il n'est pas à dire que nous ne puissions constater dans cette substance une propriété générale. Ainsi, quoique l'opium soit dit sédatif, parce qu'il a en lui une vertu dormitive, nous constatons en outre chaque jour que c'est un stimulant, et qu'il favorise les congestions sanguines vers l'encéphale. Quoique le quinquina soit dit le spécifique contre la périodicité, nous savons en outre qu'il est tonique, et son emploi comme tel dans des maladies autres que les fièvres, remplit souvent les vues du médecin. Il en est de même des préparations d'or : en outre de leur propriété antisyphilitique, elles ont une propriété excitante très active, comme l'indique le professeur Percy dans son rapport à l'Académie des sciences : « Elles agissent, dit-il, évidemment sur l'économie et sur l'organisme ; elles y produisent des mouvemens de perturbation faciles à constater ; elles provoquent des évacuations et des dépurations sensibles. » Voilà le mode d'action des préparations d'or. Ce n'est pas seulement par leur spécificité qu'elles guérissent ; ou mieux, leur spécifité réside dans cette faculté de produire des mouvemens de perturbation, de provoquer des évacuations, des dépurations.

» Or, c'est pour n'avoir pas su apprécier ces mouvemens critiques que plusieurs médecins n'ont pas pu guérir la vérole constitutionnelle au moyen des préparations d'or. Mais provoquer ces mouvemens de perturbation, les diriger, les modifier, les suspendre, les arrêter, réclament des connaissances séméiotiques généralement peu cultivées aujourd'hui.

» Il faut donc, pour le succès des préparations d'or contre la syphilis soit primitive, soit constitutionnelle, aussi bien que pour le succès de toute préparation pharmaceutique, qu'elles soient administrées avec discernement par un homme de l'art. Elles n'appartiennent pas plus à l'empirisme que le quinquina. Il n'est pas de paysan qui n'ait une recette pour guérir les accès de fièvre : chacun dit la sienne infaillible, chacun compte ses succès et oublie les revers (1). Mais le médecin seul peut se promettre la guérison, parce que seul il sait varier les préparations, les doses, l'opportunité de l'administration. Il en est de même des préparations d'or. Quelques médecins ont cru sans doute que leur inventeur les avait jetées dans la *matière médicale* du peuple, et c'est sans doute cette prévention mal fondée qui a valu quelques ennemis à la *doctrine chrétienne*, pour me servir du jeu de mots de M. Percy. Mais que ces praticiens jaloux de leur clientelle se rassurent. Le docteur J.-A. Chrestien avait déjà, en 1811, signalé les funestes effets qui pourraient résulter d'une administration mal dirigée de ses préparations. « En poussant la dose trop loin, disait-il à la page 399 de sa *méthode iatraleptique*, je courrais le risque de déterminer un eréthisme général, l'inflammation même de tel ou tel autre organe, suivant la disposition du sujet. » Il a répété ce même passage dans sa lettre à M. Magendie, parce que ce médecin, dans son formulaire, tronque la note à laquelle il appartient ; et de plus, cette même lettre du docteur J.-A. Chrestien à M. Magendie contient deux observations qui viennent à l'appui de sa remarque. »

Ce travail a été renvoyé à une commission composée de MM. Baron, Lagneau et Guibourt.

— *M. Delafond*, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, lit un mémoire ayant pour titre ; « La sécrétion urinaire est-elle modifiée à la suite de l'empoisonnement par l'acide arsénieux ? »

On se rappelle que M. Orfila avait établi que les animaux empoisonnés par l'arsenic d'une manière aiguë urinaient constamment, même lorsqu'on ne leur donnait aucune boisson, et qu'on pouvait leur faire rendre des quantités considérables d'urine, quand on leur administrait des boissons aqueuses et diurétiques. M. Orfila avait fondé ces assertions sur un grand nombre d'expériences faites sur les chiens.

On sait en outre que plus tard MM. Flandin et Danger annoncèrent que dans l'empoisonnement aigu par les composés arsénicaux, les chiens n'urinaient pas.

Tel est le point en litige que M. Delafond s'est proposé d'éclaircir par un grand nombre d'expériences sur des chevaux et sur des chiens. Ces expériences, que nous ne pouvons point relater ici avec leurs détails, viennent à l'appui des faits avancés par M. Orfila. Après avoir déterminé quelle est la quantité d'urine rendue pendant vingt-quatre heures par ces animaux à l'état normal, alors qu'aucune boisson ne leur avait été administrée, le professeur d'Alfort a empoisonné avec de l'acide arsénieux des chevaux et des chiens, qu'il a également privés de toute boisson, et il s'est assuré que ces animaux urinaient constamment. M. Delafond a cité, entre autres faits, l'expérience faite sur un cheval empoisonné avec 30 grammes d'acide arsénieux, et qui, après avoir vécu quarante-trois heures et demie, avait rendu 3 litres 45 centilitres d'urine arsénicale ; et celle qui fut tentée sur un chien qui avait pris 5 grammes d'acide arsénieux et avait succombé au bout de huit heures. La vessie de ce dernier animal contenait six centilitres d'urine également arsénicale.

En somme, il résulte des travaux de M. Delafond que le maximum de la quantité d'urine rendue par les chevaux empoisonnés d'une manière aiguë s'élève à deux septièmes de celles qu'ils rendent dans l'état normal, tandis que pour les chiens cette proportion n'est que d'un sixième environ.

La conclusion de ce travail, c'est que, contrairement à l'assertion de MM. Flandin et Danger, il n'y a pas suppression de la sécrétion urinaire dans l'empoisonnement par les composés arsénieux.

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Ollivier (d'Angers), Chevalier et Lecanu.

— *M. Voisin* lit un travail ayant pour titre ; *De la conscience, sentiment du juste et de l'injuste.* (Commissaires : MM. Virey, Villermé et Dubois (d'Amiens.)

(1) *Voy.* pour plus de détails : New-York médical repository, t. XIX, pag. 180.

(2) De l'or et du mercure dans le traitement de la syphilis, par A. Legrand, d'Amiens, p. 151 et suivantes.

(1) Le curé d'un village voisin de Montpellier, malgré son instruction, n'est pas moins entêté que bien des paysans, et n'a pas une confiance moins aveugle dans des pastilles fébrifuges qu'il distribue à ses paroissiens.

— *M. Prosper Hullin*, docteur-médecin à Mortagne (Vendée), communique à l'Académie un procédé et instrumens nouveaux pour lier les polypes profondément situés dans les cavités de l'utérus, du vagin ou du rectum.

« L'appareil que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie, dit-il, est composé de trois pièces, savoir : deux aiguilles servant de porte-nœud, et une troisième pièce formant le serre-nœud. Les deux aiguilles sont en acier aplati, de 25 centimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur : l'une est fort mince et présente deux ouvertures, je l'appelle *aiguille à double ouverture* ; l'autre aiguille, plus épaisse, n'a qu'une ouverture, et je l'appelle *aiguille conductrice*, parce qu'elle est chargée de former le nœud autour du pédicule. Le serre-nœud que je propose est fait sur le modèle de celui de devant, mais il en diffère par son mécanisme : il consiste en une tige métallique aplatie, de 30 centimètres de hauteur ; cette tige, plus large inférieurement, va toujours en se rétrécissant jusqu'à son extrémité supérieure qui se termine brusquement par une tête ronde déprimée de haut en bas et percée d'un trou vertical assez large pour donner passage aux aiguilles réunies. L'extrémité inférieure de la tige se termine par une ouverture rectangulaire traversée de droite à gauche par une pièce trouée sur son milieu, et que j'appelle *arbre mobile* ; l'extrémité droite de cette pièce est aplatie et sert à la faire mouvoir ; à son extrémité gauche existe un crochet où vient s'adapter un ressort formant un encliquetage. Tel est le mécanisme des trois pièces formant mon appareil ; voici maintenant la manière de l'appliquer.

» L'opérateur commencera par donner aux aiguilles la courbure nécessaire pour recevoir la convexité du polype ; cette courbure doit exister dans leur moitié supérieure ; puis il les enfilera d'un fil convenablement long, en observant les précautions suivantes : L'un des chefs, tenu de la main droite, sera passé dans le chas de l'aiguille conductrice dont la convexité regarde le chirurgien ; le même chef sera pareillement introduit dans le trou supérieur de l'autre aiguille, dont également la convexité est tournée vers lui ; il ramènera ensuite ce même bout jusqu'à ce qu'il passe par le trou inférieur de cette même aiguille. L'autre chef, conservé un peu plus long, doit rester libre. Ainsi enfilés, leur concavité tournée en bas, il placera l'aiguille conductrice sur l'autre aiguille, et elles seront liées ensemble au moyen des deux chefs qui, rassemblés et tendus, serviront à faire quelques tours vers l'extrémité inférieure des aiguilles, sans les fixer par un nœud. L'opérateur alors les tenant de la main droite, leur concavité regardant le polype, introduira simultanément leur extrémité supérieure dans le vagin où il aura préalablement placé deux doigts de la main gauche qui serviront de conducteurs aux aiguilles, et les fera parvenir sur les points du pédicule à lier ; retirant les doigts introduits, il les portera au-dessus de la main droite pour maintenir les aiguilles, tandis que de cette main droite il déroulera les chefs qui les rassemblaient. Séparant ensuite l'aiguille à double ouverture de l'aiguille conductrice, il confiera la première à un aide qui, sans la faire bouger de place, lui conservera la même position dans le vagin ; introduisant de nouveau l'indicateur gauche sur l'aiguille conductrice, le chirurgien, s'aidant de ses deux mains, fera, en allant de gauche à droite, décrire un cercle à l'extrémité supérieure de cette aiguille qui, au fur et à mesure qu'elle cheminera autour du pédicule, laissera derrière elle une ligature formée aux dépens du chef libre ; l'aiguille conductrice arrivée à son point de départ, aura entouré le pédicule d'une anse de fil qui, au moyen du serre-nœud, doit en opérer la section.

» Pour appliquer cette pièce, l'opérateur commence par dégager le chef passé dans le trou inférieur de l'aiguille à double ouverture, et après les avoir réunies, il les maintient de la main gauche, le pouce appliqué en dessus et les autres doigts en dessous. Saisissant ensuite de la main droite l'extrémité inférieure du serre-nœud courbé dans la moitié supérieure comme les aiguilles, il engage ces dernières dans le trou supérieur du serre-nœud, et fait glisser la tête de l'instrument jusque sur l'index et le pouce de la main gauche ; arrivé là, le chirurgien abaisse le pouce en face du doigt médius pour laisser passer cette tête qui parvient ainsi sur le pédicule. S'il arrivait que le chas des aiguilles ne pût traverser simultanément l'ouverture du serre-nœud, il faudrait les retirer les unes après les autres, et chacune d'elles amènera alors le chef qui lui correspond. Pour serrer le nœud, le chirurgien engagera l'un des bouts de la ligature dans le trou de l'arbre, lui fera traverser ce trou, et le ramènera d'arrière en avant pour le lier avec l'autre chef au moyen de deux nœuds assez fortement serrés ; si l'on juge le pédicule suffisamment comprimé, il fixe l'instrument sur la cuisse qui l'en rapproche le plus ; sinon il serre le nœud en faisant tourner l'arbre, qui tend de plus en plus la ligature. Tel est l'appareil et le procédé à l'aide desquels nous sommes parvenus, le confrère Sallé et moi, à délivrer une femme d'un polype utérin énorme qu'elle portait depuis dix-sept ans, et qu'il nous fut impossible de lier avec les instrumens ordinaires. Mes conclusions, basées sur les faits expliqués dans mon ouvrage, sont :

» 1° Que les instrumens, tels que je les propose pour lier les polypes de l'utérus, du vagin ou du rectum, sont plus simples, d'une application plus commode et plus avantageuse que ceux inventés jusqu'à ce jour.

» 2° Que ces instrumens, d'une fabrication facile, seront dans toutes circonstances possibles, à la disposition du médecin de campagne comme du médecin de ville.

» 3° Que, quel que soit le procédé qu'on adopte, ligature ou excision, du polype, ces instrumens y trouvent place de la manière la plus avantageuse, soit pour l'abaisser, soit pour prévenir l'hémorrhagie consécutive à l'excision.

4° Que l'arbre mobile rend la compression du pédicule plus forte et plus facile ; compression que peuvent maintenant exécuter les personnes étrangères à l'art. » (Commissaires, MM. Blandin et Bégin.)

— *M. Belhomme* lit la note suivante : *Tuméfaction des oreilles chez les aliénés en démence.*

« On observe assez souvent chez les aliénés en démence et affectés de paralysie générale, un gonflement assez extraordinaire des tégumens de l'oreille.

» Ces tuméfactions ont quelquefois un volume variable, depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'une noix.

» Ces tuméfactions sont rénitentes, non douloureuses, accompagnées d'une chaleur locale ; la peau qui les recouvre est rouge, quelquefois violette, et toujours fortement tendue.

» En faisant une ponction, il en sort un liquide séro-sanguinolent ; quelquefois c'est du sang caillé pur. Ces poches se forment dans le tissu cellulaire environnant le cartilage et toujours à la partie externe.

» L'ouverture pratiquée à ces poches se ferme ordinairement assez promptement. Un nouveau liquide est exhalé et lorsque par une nouvelle ponction on le fait sortir, ce n'est plus du sang pur sans odeur, mais un liquide séreux qui a une odeur forte et nauséabonde.

» Quelles sont les causes organiques et physiques de ces tumeurs ? La paralysie des aliénés frappant en même temps toutes les fonctions du système nerveux de la vie animale, celles-ci sont enrayées plus ou moins ; la circulation participe elle-même à cet effet, et les parties excentriques sont celles qui souffrent le plus de cette différence dans la circulation normale ; il en résulte que les mains, les pieds, le nez et les oreilles ne reçoivent plus dans un temps donné un sang aussi rapide et aussi riche peut-être ; de là vient que chez les aliénés en général on est frappé du froid qui s'empare des membres et des extrémités ; avec cette altération dans la calorification, supposez un coup, un choc quelconque ayant lieu aux oreilles ; un épanchement sanguin surtout, celui-ci augmente par le fait même d'une exhalation augmentée et une absorption diminuée ; on explique par là la rapidité de la formation d'une tumeur de ce genre ; vient ensuite une légère inflammation qui donne lieu à la manifestation de la chaleur extérieure.

» M. Ferrus, à qui je communiquai un jour mes observations à ce sujet, me répondit que l'on pouvait craindre que les gens de service dans les hôpitaux, pour se rendre maîtres plus facilement des aliénés, ne les saisissent par les oreilles, ce qui pouvait déterminer ces tuméfactions ; je crois, pour mon compte, qu'un simple choc provoqué par le malade lui-même peut produire les mêmes effets. Il peut bien arriver aussi que ces tumeurs surviennent sans cause extérieure chez des individus qui se trouvent dans les conditions pathologiques dont je viens de parler tout à l'heure. Peu ou point de faits de ce genre ont été signalés par les pathologistes. Cependant il paraît qu'un auteur anglais, dont je n'ai pu savoir le nom, en a rapporté plusieurs.

» J'ai pensé qu'il était convenable en France de faire connaître l'observation suivante :

» M....., d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une forte constitution, très brun de cheveux, était d'un caractère très vif et emporté. Entrepreneur de maçonnerie, il se livrait à des travaux pénibles. A la suite d'une affection morale vive, il devint hypochondriaque et enfin aliéné, avec tous les symptômes de la démence et de la paralysie qui se prononça par une difficulté dans la parole.

» Placé sous ma surveillance, je jugeai la maladie grave et même incurable. En effet, elle faisait chaque mois des progrès si alarmans, que la paralysie s'empara successivement des membres de M. D....

» Il y a six mois qu'on s'aperçut d'une tuméfaction qui se développa successivement aux deux oreilles. Ce fut l'oreille gauche qui débuta. Une tumeur fut observée en dehors du pavillon de cette oreille ; elle avait le volume d'une noix ; la peau, tendue, était rouge, gonflée et un peu chaude ; point de douleur à la pression. (Il est bon de dire qu'en général les aliénés dans l'état de démence avancée sont presque insensibles.) Je pratiquai une ponction exploratrice avec une lancette, à la partie inférieure et la plus déclive de la tumeur ; il en sortit de la sérosité sanguinolente, mais en faisant une forte pression je fis sortir du sang pur et caillé. Dès le lendemain la plaie était fermée, et trois jours après une nouvelle incision, plus large cette fois, donna issue à un liquide séreux et rougeâtre. La tumeur s'affaissa en laissant échapper par de nouvelles pressions de la sérosité d'une odeur désagréable.

» A quinze jours de distance, l'oreille droite présenta une tuméfaction un peu moins considérable : même opération, même résultat ; deux et trois fois même on fut obligé de recourir à de nouvelles ponctions.

La tuméfaction générale des oreilles qui avait donné aux pavillons un développement remarquable, persista chaque fois au moins trois semaines ; après ce temps écoulé, il s'est fait une sorte de flétrissure et de plissement ; plus tard la peau sembla s'épaissir et comme se ratatiner ; les pavillons des oreilles étaient gros sous le doigt, et ses anfractuosités avaient en partie disparu.

» Le malade mourut le 15 juin : il était curieux d'examiner anatomiquement les oreilles. La gauche était surtout remarquable ; la dissection étant faite, le tissu cellulaire extérieur est dense et épaissi ; on le sépare difficilement du cartilage. Celui-ci est considérablement épaissi et comme hypertrophié ; ce n'est plus ce croquant souple qui forme le cornet acoustique, c'est un vrai fibro-cartilage informe qui devait gêner l'audition. L'oreille droite est moins déformée, et présente encore les rudimens des anfractuosités normales du pavillon, aussi avait-elle présenté pendant la vie une tuméfaction moins considérable, suite d'un travail inflammatoire moins étendu.

» Dans le fait dont il s'agit, l'inflammation s'était terminée par l'induration du tissu cellulaire, et le cartilage participait lui-même à cette dureté générale des tissus. »

— *M. Bonald* met sous les yeux de l'Académie un nouveau modèle de craniotome.

— *M. Robert*, chirurgien de l'hôpital Beaujon, présente une femme âgée de vingt-six ans, à laquelle il a pratiqué la résection du coude droit. La maladie qui a nécessité cette opération est une carie de l'articulation huméro-cubitale, survenue à la suite d'une chute sur le coude. Plusieurs fistules s'ouvraient sur les tégumens de l'olécrâne ; au pli du bras se trouvaient deux trajets étroits, mais profonds, et pénétrant dans l'articulation elle-même. Les parties molles environnantes n'étaient que médiocrement engorgées.

La peau correspondante à l'olécrâne a été cernée et emportée. L'humérus a été scié immédiatement au-dessus des tubérosités inférieures, le cubitus au-dessous de l'apophyse coronoïde, et le radius à 1 centimètre environ au-dessous de son extrémité articulaire ; de telle sorte que les os ont subi une perte de substance de quatre travers de doigt au moins. Le procédé opératoire a été, à peu de chose près, celui que M. Velpeau décrit dans son traité d'opérations.

La résection terminée, le membre a été placé dans l'appareil à incubation de M. le docteur J. Guyot. Il n'y a pas eu de réaction traumatique, et, chose remarquable, la fièvre et l'insomnie qui minaient la malade avant l'opération, ont cessé immédiatement. Toutefois la suppuration a duré fort long-temps, il a été impossible de rapprocher les surfaces des os réséqués, et la plaie n'a été complètement cicatrisée qu'au bout de dix-huit mois. Aujourd'hui, deux ans et trois mois se sont écoulés depuis l'opération : il est très intéressant d'observer la manière dont s'exécutent les fonctions de l'avant-bras et de la main.

Le membre a recouvré un volume presque égal à celui du côté opposé. Lorsqu'il est en repos et pendant sur les côtés du thorax, on sent, entre l'extrémité de l'humérus et celle de l'avant-bras, un écartement de trois travers de doigt, occupé par un tissu dense, mais très flexible, et permettant à l'avant-bras une grande mobilité dans tous les sens. A voir le membre dans cette attitude, on le dirait impotent et paralysé ; mais si la malade fait un effort pour fléchir l'avant-bras, on voit aussitôt l'espace compris entre les os du bras et de l'avant-bras s'effacer presque entièrement par l'ascension de l'avant-bras, dont les os viennent chercher un appui contre la surface inférieure de l'os du bras, et le mouvement de flexion a lieu. Ce mouvement est assez étendu pour que l'avant-bras puisse former un angle droit avec le bras. La malade porte facilement la main à la tête et sur l'épaule opposée ; elle peut soulever des corps assez pesans, une chaise, par exemple. Les mouvemens de pronation de la main existent à un degré assez marqué. Les mouvemens des doigts sont parfaitement libres. La malade peut serrer assez fortement des corps placés dans sa main, et tenir des objets d'un très petit volume. Depuis quelques mois, elle a repris son état de couturière : elle s'est habituée à manier l'aiguille avec la main gauche, et de la droite elle tient et fixe son ouvrage. Pour éviter la fatigue qui résulterait pour elle d'une flexion long-temps prolongée de l'avant-bras sur le bras, elle porte, quand elle travaille, un petit appareil composé de deux gouttières en cuir, embrassant l'une le bras, l'autre l'avant-bras, et articulées au niveau de la brisure du membre.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur les préparations de persil et leur emploi en médecine ; par M. le docteur E. PÉRAIRE.

L'auteur considère le persil comme un agent spécial, anti-périodique et fébrifuge, qui doit prendre place à côté du quinquina, car il règne, suivant lui, l'analogie d'action la plus parfaite entre ces deux végétaux. Dans l'un comme dans l'autre, on rencontre un principe gommo-résineux et un principe amer, mais qui est moindre toutefois dans le persil que dans l'écorce du Pérou : or, M. le docteur Montfalcon a avancé, et son observation se trouve d'accord avec l'expérience, que les médicamens doués d'un tel principe ont des propriétés non équivoques.

M. Péraire, qui administre ce végétal depuis long-temps, indique de la manière suivante les formes variées sous lesquelles il en a fait l'application à la pathologie interne.

1° *Poudre de persil.* — Cette poudre, obtenue par la pulvérisation des feuilles desséchées avec soin, est administrée à la dose de deux grammes (un demi-gros) par jour.

2° *Suc exprimé de persil.* — Ce suc est prescrit à la dose de cent à cent vingt cinq grammes (trois à quatre onces) par jour.

3° *Hydrolat de persil.* — Cette eau distillée est employée à la même dose que le suc exprimé, comme excipient de potions appropriées.

4° *Alcoolé de suc de persil.* — Cette teinture, que l'on obtient en mêlant exactement dans un vase bouché, deux parties en poids de suc récemment préparé et une partie d'alcool à 33 degrés, puis en filtrant au bout de quelques jours, est donné à la dose de quatre grammes (un gros) par jour : on l'administre en potion ou sur un morceau de sucre.

5° *Sirop de persil.* — Ce sirop, préparé avec le suc récemment obtenu et le sucre dans les proportions convenables, est employé pur à la dose de trois ou quatre cuillerées à café par jour pour les enfans, ou de quatre cuillerées à bouche pour les adultes, ou bien encore étendu dans une potion.

6° *Vin de persil.* — On l'obtient en mélangeant six parties en poids d'alcoolé de suc de persil et trente trois parties de vin blanc de Grave. On en fait prendre trois ou quatre petites verrées par jour.

7° *Huile de persil par coction.* — On la prépare en chauffant à une douce chaleur cinq cents grammes (une livre) de feuilles récentes dans un litre d'huile blanche, jusqu'à consomption totale de l'humidité, puis coulant et filtrant. On l'emploie en lavemens, à la dose de trente à quarante-cinq grammes (une once à une once et demie) dans une décoction de laitue, ou bien associée à l'extrait d'opium et étendue dans un liquide approprié.

8° *Extrait de persil.* — Cet extrait, que l'on obtient en faisant évaporer à une douce chaleur et au bain-marie le suc récent de persil, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à une consistance convenable, est administré ordinairement sous forme pilulaire, à la dose de soixante centigrammes à un gramme (douze à vingt grains) par jour.

9° *Pilules fébrifuges de persil.* — Elles sont formées de dix centigrammes (deux grains) d'extrait avec suffisante quantité de poudre pour donner la consistance convenable. En associant à l'extrait moitié son poids de thridace, on a les *pilules fébrifuges sédatives.*

10° *Potion fébrifuge.* — Elle se compose de cent grammes (trois onces) d'hydrolat de persil, de six décigrammes (douze grains) d'extrait de persil, et de trente grammes (une once) de sirop d'absinthe. On la prend en trois fois.

M. Péraire en emploie encore une autre composée avec hydrolat de mélisse soixante grammes (deux onces), hydrolat de menthe trente grammes (une once), extrait de persil un gramme (vingt grains), et sirop de persil trente grammes (une once). Il l'administre de la même manière que la précédente.

11° *Gelée de persil.* — On l'obtient en mêlant une partie en poids de suc de persil et deux parties de sucre, plaçant le tout sur le feu et chauffant ensuite jusqu'à porter le mélange à l'ébullition. On coule à travers un blanchet, et, par le refroidissement, le solutum tout entier se prend en une gelée d'une belle transparence et d'un goût fort agréable.

C'est dans les fièvres intermittentes causées par une prédominance des organes abdominaux que ces diverses préparations ont été le plus souvent employées. L'extrait de persil, administré dans ces circonstances, paraît diminuer la sécrétion des fluides muqueux de l'estomac augmentés par l'excitation spécique du mouvement fébrile. M. Péraire a aussi observé que, comme le sulfate de quinine, il augmentait celle de l'intestin grêle, en modifiant en même temps les liquides sécrétés par la muqueuse intestinale ; mais cette modification n'a pas d'analogie avec celle qu'occasionne le sulfate quinique qui développe dans les tissus avec lesquels il est en contact, une augmentation de chaleur et de sensibilité. Le persil n'irrite jamais la membrane muqueuse de l'estomac, ne provoque point de vomissement, et ne cause pas aux malades le dégoût insurmontable des préparations de quinquina ; et dans les cas où son emploi resterait sans effet, on aurait du moins l'avantage d'avoir évité l'exaspération qui succède à l'ingestion du sel de quinine, ainsi que les accidens qui peuvent résulter de l'emploi prolongé de ce médicament.

Les bons effets obtenus de l'emploi des préparations de persil, dont les doses peu variables ont rarement dépassé 1 gramme à 12 décigrammes (18 à 24 grains) par jour, permettent à M. Péraire d'établir que les fièvres quartes résistent rarement à ce moyen après le dixième ou le douzième accès, et que les fièvres tierces et quotidiennes cèdent ordinairement après le troisième.

Quant au moment le plus convenable pour l'administration du médicament, il paraît indifférent de le donner long-temps ou peu de temps avant les accès, parce que le persil agit sans aggraver ces derniers, et par conséquent sans éveiller la susceptibilité de l'estomac comme le font presque toujours les sels de quinine.

Enfin, M. Péraire donne à l'appui de ses assertions sur la vertu anti-périodique des préparations de persil trente et quelques observations recueillies tant par lui que par quelques-uns de ses confrères.

(*Bull. méd. de Bordeaux*, 1841 et 1842.)

Emploi de la vératrine dans les névralgies faciales.

Employée d'abord sans succès par divers médecins, puis avec avantages par quelques autres, la vératrine paraît avoir réussi à M. le docteur Calvé contre les névralgies faciales de nature rhumatismale. Ce médecin cite, à l'appui de cette efficacité anti-névralgique de la vératrine, trois observations, dont une recueillie dans le service de M. Broussonnet fils, à l'hôpital général de Montpellier.

Ce remède s'administre en frictions, une fois par jour, sur le lieu malade, à la dose de cinq centigrammes (un grain) pour quatre grammes (un gros) d'axonge. On a soin d'augmenter progressivement et suivant les effets produits, la dose de l'alcaloïde jusqu'à dix centigr. (deux grains), pour la même quantité d'excipient graisseux.

Chaque friction doit durer environ dix minutes. Le calme survient ordinairement après les premières frictions ; mais il importe beaucoup de ne pas forcer les doses du médicament, car les accidens érysipélateux pourraient être la conséquence de cette pratique.

(*Gazette médicale de Montpellier*, mai 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Nouveau procédé pour obtenir la résine de jalap pure et parfaitement blanche ; par M. AD. NATIVELLE.

On coupe chaque racine de jalap en deux ou trois morceaux, et on verse dessus de l'eau bouillante afin de gonfler les racines qui, sans cela, seraient trop dures pour se laisser d'abord diviser facilement. Après vingt-quatre heures de contact, c'est-à-dire lorsqu'elles ont repris à peu près le volume qu'elles pouvaient avoir à l'état récent, on les coupe à l'aide du couteau à racines, en tranches aussi minces que possible ; on met de nouvelle eau sur les morceaux, et on fait bouillir dans un bassin de cuivre, pendant environ cinq minutes, en remuant de temps en temps ; cela fait, on verse le tout, liquides et racines, dans le seau percé d'une presse ; la liqueur très colorée s'écoule et on soumet le résidu à une forte pression. On fait encore deux décoctions semblables, et toujours en pressant chaque fois ; cette précaution est indispensable pour enlever toute la matière colorante extractive retenue dans le tissu spongieux des veines. Les liqueurs de ces décoctions sont rejetées comme inutiles, mais elles pourraient servir à préparer un extrait aqueux de jalap. Après ces trois traitemens, l'eau sort tout à fait sans couleur ; il ne reste plus que la résine pure fixée à la partie ligneuse.

On traite alors par l'alcool ; pour cela on place les racines épuisées, telles qu'elles sortent de la presse dans le bain marie d'un alembic ; on verse dessus une quantité suffisante d'alcool à 65 degrés centésimaux. L'alcool à 85 degres centésimaux, qui avait d'abord été indiqué, avait l'inconvénient de racornir les racines en s'emparant du peu d'eau qu'elles retenaient, et par cela même rendait difficile la dissolution de la résine fixée à l'interieur des tranches ligneuses. On recouvre le bain-marie de son chapiteau ; on fait bouillir dix minutes ; puis, lorsque le tout est à peu près refroidi, on le soumet à la presse de la même manière qu'il a ete dit pour les décoctions aqueuses. On fait encore deux traitemens semblables, après quoi les racines sont entièrement épuisées. Alors on réunit toutes les liqueurs alcooliques : le mélange qui en résulte a une teinte à peine ombrée qui disparaît bientôt par l'agitation avec une petite quantité de charbon animal divisé ; on filtre, puis on distille au bain-marie jusqu'à ce qu'il ne passe plus rien. La résine reste fluide au fond du bain-marie, surnagée par l'eau de l'alcoole; il ne reste plus qu'a la sécher. Si, au lieu d'opérer dans un bain-marie en étain, on operait dans un bain-marie en cuivre non étamé, la résine aurait une apparence noirâtre due à une matière insoluble qui lui serait interposée. Cette matière, qui paraît être une combinaison de la résine avec le cuivre du bain-marie, n'existe qu'en très petite quantité ; cependant, quelque minime qu elle soit, il est nécessaire de l'enlever pour que la resine paraisse blanche; et, comme elle n'est qu'interposée, il suffit, pour la séparer de la masse, de dissoudre la résine dans deux ou trois fois son volume d'alcool à 65 degrés centésimaux, d'ajouter une très petite quantité de noir animal et de filtrer. L'alcool passe sans couleur, on l'évapore dans une capsule placée sur l'eau en ébullition ; à mesure que l'alcool se volatilise, la résine se précipite sous forme d'une térébenthine épaisse et incolore ; on sépare l'eau qui la surnage ; on étale la résine aux parois de la capsule, et on continue de chauffer jusqu'à complète dessiccation. Arrivée à ce point, la résine est assez friable pour qu'on puisse facilement la réduire en poudre fine. Cette poudre est aussi blanche que l'amidon : chaque kilogramme de jalap de bonne qualité donne cent grammes de résidu pur, résultat qui s'accorde bien avec les données fournies par l'analyse quantitative.

Cette résine a été essayée et trouvée aussi active que celle que l'on obtient par les autres procédés qui ne la fournissent point blanche. Trois décigrammes de résine, suspendus dans un demi-verre de lait d'amandes, purgent fortement. A la dose même de deux décigrammes, son action est presque aussi énergique.

Réduite en poudre et mise en contact avec de l'eau froide, elle offre pour caractère particulier de se réunir en masse transparente demi-fluide comme si elle avait ete fondue ; elle a la même apparence que la résine qui vient d'être précipitée par l'eau de sa solution alcoolique. Sous cette forme, elle semblerait reconstituer un hydrate en reprenant l'eau qu'elle aurait perdue par la dessiccation. Quoi qu'il en soit, ce caractere pourrait servir, jusqu'à un certain point, à reconnaître la résine de jalap et à la distinguer des autres résines, lorsqu'elles restent pulvérulentes durant leur contact avec l'eau. Cependant, si l'on mêle une certaine quantité de colophane à de la résine de jalap en poudre, et qu'on traite par l'eau, toute la masse se réunit, mais avec une apparence opaque occasionnée par la colophane qui, ne pouvant former corps avec l'eau, reste interposée au milieu de la masse. Malgré cela, ce caractère ne serait pas exact pour déceler une petite quatité de résine étrangère mise dans le but de frauder la résine pure.

On pourrait extraire, par un moyen analogue, les autres résines qui, comme celles de jalap, sont entièrement insolubles dans l'eau.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, mars 1842.)

Emplâtre et pommade d'huile de croton.

L'huile de croton tiglium est ordinairement prescrite pure ou mélangée avec deux à quatre fois son poids d'huile d'amandes douces. Ce moyen d'administration est incommode; car l'acide crotonique, principe actif de l'huile, est volatil et se dissipe souvent sans produire d'effet, ou bien cause une inflammation à la peau des doigts qui ont opéré la friction.

Pour éviter ces inconvéniens, on a pensé à préparer un *emplâtre de croton*, et déjà des essais ont eu lieu dans cette direction. Comme aucune formule de cette préparation n'avait encore été indiquée, M. Bouchardat, après divers essais, y est parvenu en incorporant dans une masse emplastique un cinquième d'huile de croton, et il a obtenu ainsi un emplâtre capable de déterminer dans l'espace de vingt-quatre heures une vive inflammation vésiculeuse. Voici d'ailleurs le mode de préparation auquel il eut recours : il fit liquefier à une très douce chaleur quatre-vingts grammes (deux onces et demie) d'emplâtre diachylon gommé, puis il ajouta à cet emplâtre demi-liquide vingt grammes (cinq gros) d'huile de croton, et on agita fortement de manière à obtenir un mélange bien exact des deux substances. La masse emplastique résultant de cette opération fut alors étendue en couche épaisse sur une bande de calicot, et forma ainsi un *sparadrap de croton* très adhésif.

M. Caventou ne conteste pas l'efficacité du mélange dont il vient d'être question ; mais il aimerait mieux lui voir substituer l'emploi d'un mélange de graisse et d'huile de croton, préparé dans les mêmes proportions que celles de l'emplâtre. Ce mélange, dit-il, pourrait être rendu plus consistant par l'addition d'un peu de cire, et, comme il serait fait à froid, il conserverait toute son énergie.

Cette pommade rubéfiante pourrait être faite dans les proportions suivantes :

Pr.	Axonge,	5 grammes.
	Cire,	1
	Huile de croton,	2

On ferait fondre la cire dans l'axonge à une douce chaleur, on laisserait refroidir, puis on ratisserait par couches minces, et enfin on incorporerait à froid l'huile de croton.

Plus affaiblie, cette même pommade pourrait servir à l'entretien des vésicatoires, et n'aurait pas l'inconvénient des cantharides.

(*Bulletin génér. de thérapeut.*, 1842.)

FAITS DIVERS.

Observation d'une plaie intestinale guérie spontanément.

M. le docteur Beyer, de Soest, rapporte le cas suivant. Un enfant de cinq ans paraissait présenter tous les signes qui caractérisent un état atrophique très avancé ; l'abdomen etait très gonflé, mais sans aucune fluctuation ; tout le corps offrait un amaigrissement tel qu'il ressemblait presque à un squelette ; le facies était hippocratique, et la diarrhée colliquative semblait devoir entraîner une mort prochaine. Tout à coup, après des applications soutenues pendant quelques jours, de cataplasmes sur le bas-ventre, dans l'intention de calmer les douleurs qu'éprouvait le petit malade, il se fit par l'ombilic un écoulement d'une quantité considérable de pus jaunâtre, et en même temps l'abdomen s'affaissa. Au bout de quelques jours, on vit sortir, par la petite plaie qui existait à l'ombilic, des alimens non encore digérés ou à moitié digérés, accident qui, joint à l'abondance de la suppuration, rendait l'état de l'enfant encore plus désespéré, et faisait avec raison douter de la possibilité de son rétablissement.

Néanmoins, les choses se passèrent mieux qu'on ne pouvait l'augurer, la nature médicatrice ferma d'abord la plaie intestinale, puis vint le tour de la plaie de l'ombilic, et enfin le sujet recouvra pleinement la santé. (*Wochenschrift fuer die gesamte Heilkunde*, n° 5.)

Cas d'abcès urineux.

M. le docteur Sadler, de Saint-Pétersbourg, rapporte qu'un homme âgé de quarante ans, qui, autant qu'il pouvait se le rappeler, avait toujours éprouvé quelque gêne dans l'emission de l'urine, se fit, en montant à cheval, une contusion au perinée par le choc de cette partie contre le pommeau de la selle. Cette contusion devint le siege d'une douleur assez vive, mais qui ne tarda pas à disparaître : peu à peu il se forma, à droite et au-dessous de l'arcade du pubis, le long du scrotum en arrière de cet organe, une tumeur oblongue, cylindroïde, dure comme une pierre, et qui se termina par un abcès urineux.

Tout le traitement consista en cataplasmes émolliens, petites incisions pratiquées aussitôt qu'il se manifesta de la fluctuation en quelque point, et introduction de bougies dilatantes. Après trois mois de ce traitement, des sondes d'un calibre assez fort purent enfin être placées ; la tumeur se trouva alors réduite au huitième environ de son volume primitif, et les urines reprirent leur cours par la voie normale.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin*, t. XIV.)

Chronique et Nouvelles.

Le scrutin du concours de clinique chirurgicale n'a pas décelé beaucoup de défections. Tout s'est borné à quelques mystifications auxquelles les hautes influences ont eu la plus grande part. On ne parle rien moins que de trois grandes puissances qui n'auraient pas dédaigné de mêler un peu de chirurgie au mouvement électoral. Si les bruits qui nous sont parvenus sont exacts, et nous avons quelques raisons pour y croire, M. Vidal aurait eu les votes de MM. Blandin et Velpeau ; M. Breschet aurait voté pour M. Robert, et M. Marjolin pour M. Laugier. Il y a eu dans un de ces votes un sentiment de délicatesse mêlé de justice qui a fait sensation. Ceux qui sont au courant des polémiques scientifiques dont les colonnes de ce journal ont été le théâtre nous comprendront.

— M. le docteur L. Baudelocque nous adresse quelques réflexions sur les inconvéniens attribués à la céphalotripsie par M. P. Dubois. Nous en extrayons le passage suivant :

« M. P. Dubois attribue à la cephalotripsie un inconvénient qu'elle n'a pas. Il prétend que le céphalotribe, quand il est appliqué, augmente le diamètre de la tête, sur lequel il n'agit pas : c'est là une erreur grave. En effet, toutes les fois qu'on applique le céphalotribe, déjà la tête est ramollie au point que le cuir chevelu se déchire sous la pression de l'instrument et laisse écouler la matière cérébrale. D'ailleurs quand la tête est broyée, elle est tellement molle et flexible, qu'elle peut passer facilement à travers un bassin qui aurait deux pouces de largeur. J'ai souvent répété cette expérience devant les élèves qui suivaient autrefois mes cours, et j'ai mis cette vérité hors de doute sur des femmes en travail, en présence de beaucoup de confrères; et récemment encore, sous les yeux de MM. Noble, Maurin, Pénard, Leroy et quelques autres qui m'avaient envoyé chercher pour accoucher une femme habitant Versailles, et dont le bassin avait tout au plus deux pouces et demi. Quant aux autres inconvéniens attribués au céphalotribe par M. P. Dubois, je ne les discuterai pas; il est trop difficile de faire revenir certains hommes de leurs erreurs. . . . . .

» En définitive, M. P. Dubois paraît avoir de l'antipathie pour toute innovation dans les accouchemens, et notamment pour la céphalotripsie. Mais n'y aurait-il pas convenance, dans sa position et de sa part, de cesser de blâmer des travaux qui prouvent au moins que leur auteur a fait des efforts pour être compté parmi les hommes laborieux ; et de tels efforts ne sont-ils pas toujours recommandables?

» L. Baudelocque. »

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 82. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Redaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Clinique des maladies de l'enfance.

De la coqueluche. De sa forme. De son traitement. Considérations générales.

Au n° 6 de la salle Sainte-Julie et au n° 3 de la même salle sont deux enfans atteints de coqueluche. Le premier a été pris brusquement; l'autre, après un catarrhe convulsif qui avait duré près d'un mois, avait eu les premières quintes convulsives.

L'histoire du premier de ces enfans est assez curieuse : il avait huit mois, et il fut amené à l'hôpital avec sa mère, qui était un peu souffrante. Comme il n'avait pas été vacciné, nous inoculâmes dès le lendemain le virus vaccin, qui se développa régulièrement et ne présenta que quelques épiphénomènes sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir dans l'une de nos prochaines conférences.

Huit jours après son arrivée, le surlendemain du jour qu'il avait été vacciné, il fut pris d'un rhume qui, dès la seconde nuit, s'accompagna de quintes tout à fait semblables à celles de la coqueluche; le catarrhe convulsif devint de plus en plus violent, et le septième jour de l'invasion, neuvième jour de la vaccination, il avait acquis une telle intensité, que l'enfant, dans le courant de vingt quatre heures, eut 34 quintes de coqueluche très violentes. Ce jour-là, je fis donner une potion vomitive dans laquelle on fit dissoudre 5 centigrammes de tartre stibié, et qui fut donnée de dix en dix minutes par cuillerées à bouche, jusqu'à ce qu'il fût survenu quatre vomissemens.

L'enfant vomit assez abondamment, et depuis l'instant où il eût commencé à vomir jusqu'au lendemain matin, il n'eut que deux quintes de toux convulsive.

A la visite, nous pouvions constater cette amélioration extraordinaire dans la toux, et en même temps nous trouvions la peau chaude, le pouls fréquent, l'auréole inflammatoire des pustules vaccinales très rouge et très douloureuse, et un érythème qui, très confluent aux pieds et aux mains, s'étendait sur tout le corps à la manière d'une rougeole très discrète. C'était l'exanthème secondaire de la vaccine que nous observons si souvent, et qui n'a pas assez appelé l'attention des praticiens. Nous y reviendrons plus tard, pour ne pas perdre de vue notre coqueluche.

Les jours suivans, les quintes devinrent un peu plus fréquentes et restèrent fixées à 4 ou 5 par vingt-quatre heures. Cependant l'inflammation vaccinale proprement dite, la fièvre et l'exanthème qui l'accompagnaient, s'étaient graduellement dissipés. Nous donnâmes alors un second vomitif composé de la même manière que le premier. Il y eut plusieurs vomissemens, et l'enfant n'eut qu'une quinte. Le lendemain, il n'en eut plus.

Ainsi, la coqueluche avait duré onze jours, bien que l'extrême vivacité du début ne dût pas faire prévoir un semblable résultat. Rappelez-vous pourtant, que dès le premier jour, je vous annonçais que, suivant toute apparence, la coqueluche de ce petit malade durerait peu de temps. Comme ce pronostic s'est vérifié, et qu'il vous a paru assez extraordinaire quand je l'ai porté, je vous dois compte des motifs qui m'avaient conduit. Ces motifs sont purement empiriques. Depuis plus de deux ans que, dans notre service, nous étudions la coqueluche sur les enfans qui nous sont amenés, nous observons, sans pouvoir nous rendre compte des causes de ce fait, que plus les prodrômes de la coqueluche ont été courts, moins long-temps dure la maladie; que plus rapide a été la marche du catarrhe convulsif, plus prompte aussi est sa marche rétrograde. De sorte que, bien que cette règle souffre d'assez nombreuses exceptions, on peut, d'après la marche de la coqueluche à son début, juger jusqu'à un certain point de l'allure qu'elle doit prendre ultérieurement.

Pour rester au même point de vue, voyez ce jeune enfant du n° 3 de la même salle, qui, suivant toute apparence, a communiqué la coqueluche à celui dont je viens de vous entretenir : il a eu un catarrhe prodromique pendant un mois, et quoique la coqueluche ait été toujours très bénigne et qu'elle ne se soit jamais accompagnée de plus de 6 ou 8 quintes en vingt-quatre heures, elle a duré beaucoup plus long-temps que l'autre.

Les quintes, chez cet enfant, restaient toujours aussi nombreuses, et je n'avais opposé à cette affection fort simple aucune médication. Je jugeai convenable alors de donner de l'extrait de belladone à la dose de 2 centigrammes. Les quintes, dès le premier jour, furent réduites à 2 dans l'espace de vingt-quatre heures, et dix jours plus tard, la toux cessa d'être convulsive et devint seulement catarrhale.

Il est difficile de se refuser à croire que la maladie a été heureusement influencée, dans le premier cas par le vomitif, dans le second par la belladone.

Déjà la presque unanimité des médecins s'est prononcée sur l'heureuse influence de ces moyens thérapeutiques dans le traitement de la coqueluche; aussi n'essaierai-je pas de jeter du doute sur ce point; mais je ne voudrais pas, Messieurs, que vous regardassiez comme types les deux observations que vous venez de prendre, et que, désormais vous crussiez qu'armés d'émétique et de belladone, vous feriez cesser en douze ou trente jours les coqueluches que vous auriez à traiter. Cette opinion, il est vrai, aurait pu se former dans votre esprit d'autant plus facilement que depuis huit ou dix mois vous voyez la toux convulsive suivre dans notre hôpital une marche fort simple et obéir vite et facilement aux remèdes que nous lui opposons. A Dieu ne plaise que je veuille me faire honneur d'un résultat auquel la nature a plus de droits que moi, et si vous me voyez quelquefois décliner la responsabilité d'un malheur arrivé dans nos salles, vous me rendrez cette justice que je sais avec la même franchise, et peut-être avec plus de vérité, faire à la nature médicatrice une part fort large, lorsque je suis assez heureux pour voir les malades guérir vite et bien dans mes salles.

Au commencement de l'année 1841, la coqueluche sévit dans notre hôpital et presque tous nos berceaux furent atteints par l'épidémie qui dura avec violence jusqu'au mois de mai.

Vers le mois de septembre la maladie reparut dans nos salles et elle régna presque sans interruption jusqu'à présent, n'atteignant pourtant que très peu d'enfans à la fois.

L'épidémie qui commença en février 1841 et qui se termina en mai fut remarquable par son extrême intensité, un de nos petits malades eut jusqu'à 70 quintes en 24 heures; presque tous en avaient plus de 20.

Les émétiques, les purgatifs, les révulsifs, les stupéfians furent successivement tentés sans que leur influence pût être évidente. Le mal marchait malgré tous nos efforts et durait long-temps, si ce n'est dans quelques cas sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Cependant à la fin d'août 1841 nous n'avions plus de malades, et un médecin qui suivait notre clinique le déplorait, car il possédait un sirop de sa composition qui ne permettait pas aux coqueluches de durer au delà de deux septenaires; il avait eu l'intention de nous proposer d'essayer son remède dans notre dernière épidémie, et n'en avait été détourné que par la crainte d'essuyer un refus désobligeant. Il aurait dû savoir pourtant que j'accueille bien volontiers les remèdes réputés empiriques pourvu qu'ils guérissent. Je répondis donc à notre confrère que je mettrais sans doute sa bonne volonté à profit dans peu de temps.

Le hasard nous servit. Au commencement de septembre 1841, la coqueluche reparut. Cinq ou six enfans furent atteints dans le courant du mois. Les deux premiers furent traités par le sirop, et, à notre grande surprise, la maladie se termina chez l'un dans l'espace de moins de quinze jours, et chez l'autre, parut tellement atténuée, qu'il n'y eut pas plus de 3 quin-

FEUILLETON.

Solution du problème de la population et de la subsistance, soumise à un médecin dans une série de lettres; par Charles LOUDON, D.-M., ex-commissaire de S. M. Britannique, chargé de l'inspection des enfans employs dans les manufactures d'Angleterre. — Un vol. in-8° de 336 pages. Paris, Girard frères.

« Croissez, multipliez et remplissez la terre. » Dans quel sens faut-il prendre ces paroles émanées de Dieu même dès les commencemens du monde? Cette question est une des plus belles et aussi des plus ardues qui puisse occuper le philosophe, et quoique depuis un demi-siècle elle ait vivement agité les esprits, il s'en faut de beaucoup qu'elle ait reçu une solution généralement acceptée, et que ceux qui gouvernent les peuples aient paru en avoir compris toute l'importance pour le bonheur futur du genre humain. La procréation indéfinie et illimitée de l'homme est-elle dans les desseins de la providence? Peut-il jamais arriver que, selon l'ordre qu'il en a reçu de Dieu, l'homme remplisse la terre? Et, dans le cas de l'affirmative, les moyens de subsistance suivront-ils la même progression que la multiplication de l'espèce? Tels sont les redoutables problèmes qu'après Malthus, Godwin et la plupart des économistes modernes, M. Loudon a osé aborder et auxquels il croit avoir trouvé une solution satisfaisante. Quoique ce travail s'éloigne un peu de nos publications habituelles, je crois que le lecteur ne verra pas sans intérêt un aperçu des idées de notre confrère de Londres, idées qui se rattachent d'ailleurs, comme on le verra, à des questions élevées de physiologie philosophique dont, il y a bientôt cent ans, un médecin français, le célèbre Quesnay, avait déjà fait pressentir la haute gravité.

Il est généralement reconnu que tous les êtres doués de vie ont une tendance naturelle à s'accroître sans terme ni limite, de telle sorte que si une seule espèce ne trouvait aucun obstacle à son développement, elle aurait bientôt couvert la terre ou rempli le milieu dans lequel cette espèce peut vivre. M. Salder a prouvé par le calcul que la quantité de froment produit par un seul acre de terre, suffirait, si le tout était toujours ensemence, pour couvrir en quatorze années la surface entière du globe. La production du hareng peut s'élever à 20,000 par individu, et Burdach pense que la fécondité possible d'un couple de lapins ferait monter leur reproduction dans l'espace de quatre ans, si rien ne venait la troubler et l'interrompre, à 1,264,848. L'espèce humaine ne fait pas exception à cette loi générale. Considérée abstractivement et indépendamment des causes qui peuvent arrêter son développement, il est certain qu'elle présente cette même tendance à la reproduction illimitée. L'Irlande, malgré ses affreux malheurs et son affreuse misère, ses massacres, ses guerres, ses émigrations, son effrayante mortalité, est huit fois plus populeuse qu'elle ne l'était il y a cent quarante-sept ans, et en supposant la continuité d'une augmentation pareille, dans deux cents ans l'Irlande posséderait une population de 128 millions d'habitans, ce qui, avec la contenance de cette île, ne donnerait environ que la sixième partie d'un acre par individu; et dans quatre cents ans 2 milliards d'habitans, c'est-à-dire deux fois plus que n'en contient en ce moment le globe, avec la division de la centième partie d'un acre de terre par individu. Malthus a calculé qu'en doublant seulement un couple tous les quarts de siècle depuis la mort du Christ, l'accroissement de la population atteindrait un chiffre qui, malgré son exactitude, ferait crier à l'absurde, tant il serait élevé et incroyable; et si les besoins de la vie avaient pu être satisfaits sans limites, il serait provenu de ce même couple un nombre d'hommes suffisant, non-seulement pour couvrir la terre d'habitans, mais même pour qu'il y en eût quatre par mètre carré; et enfin si nul obstacle ne s'était opposé au développement, l'espèce humaine aurait pu remplir toutes les planètes de notre système solaire et toutes celles qui se meuvent autour des étoiles visibles à l'œil nu, et cela même en supposant chacune de ces étoiles un véritable soleil ayant des satellites en nombre égal à ceux que possède notre soleil. D'après la table de Wallace un couple de l'espèce humaine doublant géométriquement chaque 33 ans, donne à la dix-neuvième génération, c'est-à-dire après 633 ans, 1,572,864 individus, et après la trente-septième génération ou 1233 ans, 412 milliards 316 millions 860 mille 416 individus.

L'état actuel du genre humain prouve suffisamment que cet accroissement n'a jamais pu se produire et que l'ordre de Dieu a été restreint d'une manière effroyable dès le commencement du monde par des influences ou des agens destructeurs nombreux ou variés. Cependant le fait est possible, M. Loudon le regarde même comme providentiel, et, d'après les observations prises sur tous les points du globe, d'après des renseignemens historiques ou contemporains, il considère le doublement géométrique des populations chaque quart de siècle comme un fait constant et bien propre à fixer l'attention des gouvernemens.

En effet, adoptant les principes de l'ecole de Malthus, il démontre que si l'accroissement de la population suit une progression géométrique qu'on peut représenter par cette figure 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, etc.; l'accroissement des subsistances ne peut se faire que dans une progression arithmétique représentée par cette figure 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, etc., de sorte que cent acres de terre suffisant aujourd'hui à la subsistance de cent habitans, ne pourraient pas être mis en état de rapporter plus que douze fois la quantité d'alimens actuellement produite en 300 ans, tandis que dans ce même espace de temps, si l'accroissement géométrique recevait tout son développement, 409,600 individus descendans de cette première souche de cent habitans, devraient pouvoir, chose impossible, y trouver leur subsistance. En d'autres termes, les disciples de Malthus disent que la nourriture est une quantité *définie* dont l'accroissement est lent, et que la procréation est une quantité *indéfinie* dont l'accroissement est rapide. Frappés des dangers qu'un tel état de choses doit amener dans les sociétés, les économistes ont cherché les moyens de les prévenir. Malthus a préconisé la contrainte morale, c'est-à-dire les mariages tardifs; d'autres, bien moins humains, ont osé proposer l'abandon, la mort même de chaque troisième ou quatrième nouveau-né; quelques-uns enfin, plus barbares encore, n'ont pas craint de conseiller la castration d'un certain nombre d'enfans mâles. Nous verrons tout à l'heure que notre confrère propose des moyens plus doux et que, tout en respectant les ordres de la divinité et en voulant qu'on s'y soumette, il croit avoir trouvé les moyens de concilier les desseins de la Providence avec ce qu'on doit à l'humanité et à l'avenir des peuples.

Les opinions de Malthus et de son école, si elles ont eu des sectateurs ardens ont trouvé aussi des contradicteurs énergiques. Des discussions animées, que M. Loudon reproduit avec une fidélité scrupuleuse, ont eu lieu de part et d'autre, et, tout en adoptant comme irréfragables les calculs et les principes des malthusiens, l'auteur en rejette les conséquences directes ou indirectes qu'ils en ont tirées ou plutôt qu'on en a tirées pour eux. Ces conséquences sont, en effet, à reculer d'effroi. Voyez, a-t-on dit, sur tous les points de la terre habitée, une population entassée, pressée par les besoins de la nature, arracher ses moyens de subsistance à un sol avare qui les refuse tous les jours avec plus de rigueur. Que parlez-vous de civilisation? Plus elle marche, plus la stérilité de la terre augmente; le vice et la misère suivent la même proportion, et leur masse énorme devient la seule barrière qui puisse arrêter dans son cours la population devenue trop nombreuse pour le globe destiné à la nourrir. N'est-ce pas engager les hommes à donner une protection spéciale, un encouragement philantropique au vice et à la misère, qui, détruisant l'espèce humaine et arrêtant la population dans ses progrès, deviennent ainsi les véritables bienfaiteurs du monde? Qu'on ne parle plus de coloniser les régions lointaines, de favoriser les mariages, de perfectionner la vie spéciale et d'améliorer le sort des pauvres! Malthus, armé de son double argument, prouve d'une manière incontestable, que si le genre humain fait un pas de plus dans la voie de la perfectibilité, un abîme sans fond va s'ouvrir sous lui. Ne vaudrait-il pas mieux, en effet, que l'humanité retombât tout à coup dans la barbarie que d'avancer dans la civilisation? Car chaque progrès dans les sciences, l'hygiène publique, la morale et le reste n'a-t-il pas pour résultat d'allonger la vie moyenne de l'homme et de favoriser la multiplication de l'espèce?

Il est incontestable que ces conséquences sont implicitement renfer-

tes en vingt-quatre heures. Ce résultat me surprit d'autant plus que nous étions à peu près dans les mêmes conditions que que cinq mois auparavant. La température était déjà aussi froide qu'elle avait été dans le mois de mars ; nous observions le maladie dans le même hôpital, sur des enfans du même âge. La coqueluche, dans sa forme primitive ne différait pas d'une manière appréciable de celle que nous avions vue au printemps. En apparence il n'y avait qu'une chose de changée, la médication, et l'issue était tellement différente qu'on ne pouvait n'être pas un peu ébranlé.

Le médecin au sirop triomphait ; les élèves qui suivaient la visite ne doutaient pas, et moi-même j'étais incertain ; mais je me souvenais des pages de Sydenham et de Stoll sur le génie épidémique, sur les mutations rapides que subissent les constitutions médicales, et je résolus d'élucider immédiatement la question, en laissant sans traitement les autres enfans qui étaient amenés dans nos salles avec la coqueluche. L'expérience fut des plus probantes ; deux autres enfans, abandonnés aux soins de la nature allèrent aussi rapidement mieux que les deux premiers, et chez un autre, dont la maladie était un peu plus vive, en essayant alternativement le sirop spécifique et du sirop simple, nous n'observions aucune influence appréciable.

Depuis le mois de septembre 1841 jusqu'à ce moment (juillet 1842) la coqueluche a toujours eu un caractère d'extrême bénignité, et les deux faits que j'ai successivement rapportés au commencement de cette conférence ont pu vous donner une idée de la forme que l'affection avait eue dans la généralité des cas.

N'êtes-vous pas frappés, Messieurs, d'abord de cette grande vérité, si hautement, si universellement proclamée par nos devanciers, savoir : que les maladies que nous désignons par la même appellation, sont bien peu semblables à elles-mêmes, quelquefois le même jour, à la même heure ; mais à plus forte raison lorsqu'on les observe dans des constitutions médicales différentes. Voyez la coqueluche du premier semestre de 184 ? ses formes violentes, son intensité, ses complications ; comparez-la à celle du deuxième semestre, et jugez si les deux maladies sont identiques.

Et maintenant, si vous vouliez faire de la statistique, dans quelles déplorables erreurs ne resteriez-vous pas? Essayez des moyennes dans votre première épidémie ; comparez les aux moyennes de la deuxième, et voyez à quel stupide résultat vous arriverez. Les gens à statistique ne se souviennent pas assez de l'immense erreur de l'Hippocrate des temps modernes, du grand Sydenham. Ce praticien, auquel on ne peut reprocher que d'avoir un peu trop mis de côté les travaux de ses devanciers, était arrivé à la fin d'une longue carrière, sans avoir vu de graves épidémies de scarlatine, et il disait de cette redoutable pyrexie : « *Vix nomen morbi meretur.* » C'était le résultat de sa pratique. Et peu d'années après qu'il eût fermé les yeux, on signalait dans la Grande Bretagne des épidémies de scarlatine plus graves que la peste, et qui dépeuplaient des pays entiers. Et les faiseurs de statistique ne voient pas que ces faits se renouvellent tous les jours; tandis que dans leurs hôpitaux de Paris ils comptent minutieusement les jours de durée d'une maladie, et que, après deux années, et souvent après six mois d'observations, ils établissent ce qu'ils appellent une LOI : voici que, dans un département de la France, la *loi* n'est déjà plus applicable ; la mortalité qui, dans la fièvre dite *typhoïde ou putride*, n'étant que d'un cinquième ou d'un quart, frappe la moitié des malades, et ailleurs en épargne les dix-neuf vingtièmes. Et des faits semblables se passent à Paris, sous leurs yeux, dans leurs hôpitaux ; mais ils refusent de voir. Ils traitent deux ans de suite cent fièvres puerpérales si légères qu'elles cèdent avec une facilité merveilleuse aux évacuans, à la diète ; et voilà que tout à coup la maladie revêt les formes les plus terribles : des phlegmons, des phlébites de l'utérus, des phlegmasies du péritoine, de la plèvre, de l'arachnoïde, de l'ovaire, du tissu cellulaire du bassin, des vaisseaux lymphatiques, des articulations, viennent se jeter au travers de nos moyens thérapeutiques qui échouent misérablement. Et pourtant c'est la fièvre puerpérale d'hier, comme la scarlatine des élèves de Sydenham était la scarlatine de Sydenham lui-même ; mais des complications nouvelles ont surgi, qui ont pesé dans la balance et renversé vos prétendues *lois* auxquelles il manque la sanction de la nature.

Revenons à notre coqueluche, Messieurs, et à l'influence du traitement, et voyez encore de combien de difficultés s'entoure l'appréciation d'un fait thérapeutique.

Quelques prières des prêtres d'Esculape guérissaient jadis les malades ; une influence sidérale était capitale dans le développement, dans la curation d'une maladie ; le poil de la barbe de Mahomet, conservé religieusement dans un temple de la capitale du Kachmyr, fait de merveilleuses cures dans tout le pays ; un verset de l'Alcoran écrit sur un morceau de faïence et jeté dans un pot rempli d'eau, devient en Algérie, dans le Maroc, un remède puissant contre mille maux. Et nous, qui rions et qui prenons en pitié les pauvres gens que leur ignorance, que leur fanatisme abusent, n'avons-nous pas vu l'homœopathie en possession de guérir ; l'homœopathie, cette bizarre mystification, qui, dans un siècle, semblera une bouffonnerie plus ridicule encore que ne nous semblent aujourd'hui les miracles du diacre Pâris, qui ont tant guéri de malades à l'époque où ils étaient encore de mode?

Je vous le demande, Messieurs, supposez un instant un homœopathe venant chez nous, au mois de septembre dernier, donner ses globules à nos petits malades atteints de coqueluche. Qu'eussent pu répondre nos faiseurs de moyennes et de statistique à l'homœopathe qui leur eût dit : « Avec vos sangsues, vos évacuans, vos stupéfians, vos révulsifs, vous avez laissé durer la coqueluche *deux mois en moyenne;* vos enfans ont eu douze quintes par jour *en moyenne;* il en est mort un sur trois *en moyenne.* — Et moi, par mes globules, j'ai fait durer la coqueluche trois semaines *en moyenne;* mes malades ont eu quatre quintes par jour, *en moyenne;* et il en est mort un sur huit *en moyenne.* »

Conséquens avec eux-mêmes, ils eussent baissé la tête devant LE CHIFFRE, leur idole, leur dieu, et l'homœopathe eût eu gain de cause, comme notre médecin au sirop spécifique semblait avoir gain de cause ; mais nous nous sommes abstenus de toute intervention thérapeutique active, nos coqueluches se sont rapidement modifiées ; et au lieu d'élever des autels à l'homœopathie, nous avons remercié cette bienfaisante nature qui maintenant nous ménage sa colère, et contre laquelle nous luttions quelques mois auparavant avec tant de désavantage, lorsqu'elle s'appesantissait sur nos pauvres malades avec trop de sévérité.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Rétrécissement de l'urètre. Appréciation des modes d'exploration et des moyens de traitement des rétrécissemens urétraux.

Au n° 27 de la salle Saint-Jean, est couché un homme affecté d'un rétrécissement de l'urètre. A son arrivée à l'hôpital, il se plaignait d'éprouver de la difficulté à uriner, signe qui pouvait d'ailleurs se rapporter à toute autre maladie ; mais la sonde ne rencontre dans la vessie aucun corps étranger. En explorant le canal extérieurement, on ne trouve aucune tumeur sur son trajet ; il n'y a dans les bourses, ni sarcocèle, ni hydrocèle. Rappelons ici à cette occasion que ces tumeurs du scrotum gênent l'émission des urines plutôt en tiraillant, en contournant la verge, qu'en diminuant directement le calibre de l'urètre. La difficulté d'uriner ne dépend donc, chez ce malade, ni d'un calcul dans la vessie, ni de la présence d'une tumeur sur le trajet du canal. Mais à la réunion du bulbe et de la portion membraneuse de l'urètre, la sonde est arrêtée par un obstacle que l'on reconnaît être un corps mou, charnu, et non un corps dur comme serait un calcul. C'est là le siége de la maladie.

Nous préférons en général, dit M. Blandin, pour cette première exploration, une bougie d'un calibre moyen, tel que le n° 8. Si une sonde de ce calibre passe, c'est un signe certain qu'il n'y a pas de rétrécissement, et il faut alors chercher dans la vessie ou en dehors du canal l'obstacle au passage des urines. Ce numéro suffira d'ailleurs pour surmonter les obstacles dûs aux tumeurs extérieures, ou bien à cet état particulier du canal que les Anglais ont désigné sous le nom de *stricture* de l'urètre. Nous avons cherché le même jour, mais inutilement, à introduire une bougie plus fine et effilée à son extrémité, n. 2 ou 3. Autrefois on aurait usé de violence pour pénétrer dans la vessie, puis on aurait laissé le corps pénétrant en contact avec le point rétréci. Mais il ne faut pas oublier que la muqueuse urétrale est douée d'une extrême sensibilité, et que des accidens très graves et quelquefois même mortels peuvent suivre des manœuvres intempestives ou violentes. L'introduction d'une bougie, même lorsqu'elle est faite avec lenteur et sans effort, peut déterminer un écoulement de sang, une déchirure, une inflammation ou tout autre accident plus ou moins grave. On a vu la présence, quoique peu prolongée, d'une bougie très molle d'ailleurs, causer parfois des accès de fièvre intermittente. Il est donc très important de ne point employer de violence sur l'urètre ; aussi verra-t-on que, fidèle à ce principe, nous ne luttons jamais contre ces obstacles. Dans le cas dont il s'agit, par exemple, nous avons chaque matin essayé d'introduire la bougie n° 2.

Le quatrième jour, n'obtenant aucun résultat de ces tentatives modérées, nous avons laissé l'instrument à demeure, recommandant au malade d'agir par une pression douce et continue, en évitant toutefois de plier la bougie ; mais la faible intelligence de cet homme s'est opposée au succès de cette manœuvre. Nous sommes enfin parvenu dans la vessie, et au bout de trois jours on a substitué une bougie plus forte qu'on a laissée seulement pendant trois ou quatre heures dans le canal, de peur de déterminer des accidens. Cette dilatation momentanée est mise en usage chaque jour. Aujourd'hui on a pu voir que la sonde entrait bien, mais elle a été arrêtée un instant dans la partie spongieuse du gland, près de sa base, son bec portant sur la paroi supérieure du canal. Existe-t-il dans ce point un rétrécissement ? — Non ; mais il y a des orifices folliculaires ou lacunes de Morgagni dilatées dont le fond est dirigé en arrière et le goulot béant regarde en avant. On conçoit donc que l'extrémité d'une bougie fine venant à s'introduire dans une de ces lacunes est bientôt arrêtée. Il est facile du reste d'éviter une semblable méprise : on constate que l'obstacle a été rencontré sur telle paroi ; on savait déjà qu'il n'y avait pas de rétrécissement dans ce point ; il suffit d'ailleurs de retirer la bougie devers soi de 1 ou 2 centimètres, puis de suivre avec le bec la paroi opposée, pour éviter une seconde fois cet obstacle. Si, négligeant cette précaution, on pousse au contraire sur l'obstacle, on s'expose à faire fausse route, car la muqueuse qui tapisse le fond de ces follicules est fort mince et très facile à déchirer. C'est de cette manière, et dans les points qui viennent d'être signalés, qu'ont lieu presque toutes les fausses routes.

Pour le dire en passant, presque tout ce qui a été écrit sur le rétrécissement valvulaire se rapporte à ces follicules qui, une fois dilatés, représentent assez bien la forme de paniers à pigeons ou des valvules veineuses. Il faut admirer en cela cette heureuse disposition qui semble avoir pour but d'empêcher qu'aucun liquide sortant de l'économie puisse s'arrêter et séjourner dans ces goulots. C'est surtout dans les cas d'inflammation de la muqueuse que ces lacunes se dilatent, et c'est là un motif d'employer quelquefois les grosses sondes. Telle est probablement l'idée d'après laquelle M. Mayor a rejeté presque complètement les sondes de petit calibre et préconisé l'usage des sondes qui portent son nom. M. Blandin rejette ces sondes pour la majorité des cas à cause des violences qu'elles peuvent et doivent exercer sur les parois de l'urètre. Il les reconnaît cependant utiles et applicables dans quelques circonstances, dans les cas de stricture du canal, par exemple.

Chez le malade en question la muqueuse paraît embarrassée par quelques fongosités. Ces fongosités seront cautérisées, ainsi que le point rétréci, au moyen du porte-caustique. Ce moyen, en modifiant la vitalité des tissus, hâte la résolution des inflammations chroniques et favorise la cicatrisation. Cette thérapeutique n'est pas nouvelle, et déjà Hunter avait observé qu'une phlegmasie chronique ramenée à l'état aigu guérit plus vite. Aussi conseillait-il de traiter les rétrécissemens par la cautérisation.

Ce malade présente en outre une coaptation du canal ou rapprochement de ses parois avec un refoulement ou boursoufflement de la muqueuse présentant de l'inflammation et de l'induration du tissu cellulaire sous-jacent. Ces lésions, comprenant toute la circonférence de la muqueuse urétrale en un point seulement, constitue un rétrécissement annulaire ; mais on sent encore en avant un rétrécissement assez étendu de la paroi inférieure ; c'est là le siége des fongosités dont nous venons de parler.

On s'étonnera peut-être de ce que nous n'avons point eu recours à un moyen de diagnostic qui a pendant quelque

---

mées dans les principes des malthusiens, et si ces principes sont vrais, savoir, l'accroissement géométrique de la population et l'accroissement arithmétique des subsistances, il est urgent que les gouvernemens prennent des mesures pour arrêter ou diriger un état de choses qui mènerait aux plus effroyables catastrophes. Il m'est impossible même de passer en revue les nombreuses objections faites à Malthus. Je suis d'ailleurs de l'avis d'un homme éminent de l'Angleterre, de sir Francis Burdett, qui disait : « Comment argumenter sur l'ouvrage de Malthus? Il faudrait un millier d'années pour répondre à cela. » D'ailleurs, que l'on adopte ou non les idées du célèbre économiste anglais, les opinions de M. le docteur Loudon n'en mériteront pas moins l'attention ; car, quel que soit le résultat final de la procréation de notre espèce, elles ne tendent qu'à son amélioration physique, morale et intellectuelle.

M. Loudon propose d'abord les mariages précoces, c'est-à-dire depuis le moment de la puberté jusqu'à vingt-un ans. A ces époques, en effet, les tables statistiques dressées en plusieurs pays accusent toutes une égalité des sexes à peu près parfaite, égalité qui prouve que la monogamie est l'état naturel de l'espèce humaine. Dans les mariages précoces, l'auteur trouve des avantages nombreux ; ils donnent expansion et développement aux facultés affectives si énergiques à cet âge ; ils fixent et concentrent les passions dans un amour réciproque et l'attachement au foyer domestique ; ils préviennent la prostitution, les naissances illégitimes.

Il veut aussi que, comme dans l'Ancien-Testament, et comme cela règne encore dans plusieurs pays le mariage soit précédé des fiançailles. L'union conjugale en acquérait une garantie de moralité par l'ancienneté d'une affection commencée dans la jeunesse, et qui préserverait les fiancées des périls auxquels leur âge les expose.

Il préconise surtout l'allaitement triennal, sujet auquel il a donné les plus grands développemens, et qu'il a considéré sous les points de vue de la physiologie et de l'hygiène publique. L'allaitement triennal est, selon l'auteur, indispensable à l'enfant. Celui qu'on y soustrait par un sevrage précoce, est comparable à l'enfant né avant la période naturelle de la gestation ; il est, en effet, aussi naturel de nourrir du lait de la mère un enfant pendant trente-six mois, qu'il l'est de le porter neuf mois dans l'utérus. La santé publique est éminemment intéressée à s'occuper de ce sujet. C'est l'allaitement incomplet ou vicieux, en effet, qui est la source du plus grand nombre des maladies de l'enfance ; c'est lui qui moissonne des milliers d'enfans dans tous les pays; c'est lui, qui par contre, donne lieu à une exubérance de population, en multipliant, contre toutes les lois naturelles, les époques de nouvelles conceptions.

« L'allaitement triennal, dit l'auteur, rendrait le plus grand service à ces pauvres femmes dont la position sociale exige qu'elles contribuent, pour leur part, aux moyens de soutenir une famille. La discontinuation prématurée de l'allaitement est habituellement suivie d'une autre gestation. La naissance d'un enfant chaque année, ou tous les vingt mois, diminue les profits du travail de l'individu en ajoutant aux dépenses du ménage. Les frais indispensables au moment de la parturition, et ceux qu'entraîne l'entretien de plusieurs enfans incapables de rien gagner, précipitent les classes ouvrières dans les abîmes de l'indigence ; tandis que souvent, faute de donner à l'enfant précédemment né les soins qui lui sont dûs, une grossesse annuelle amène la maladie et la mort de l'un des enfans ou des deux à la fois. Avec l'attention et l'affection concentrées sur un seul enfant, les crises seraient moins fréquentes, puisque l'allaitement naturel conserverait bien mieux leur santé. Les préparatifs de l'accouchement n'étant nécessaires que tous les quatre ans, si l'enfant précédent vit encore, les épargnes auraient le temps de s'accumuler, et les parens seraient moins gênés pour cet événement qui fait époque dans leur vie. D'ailleurs, des grossesses fréquentes ne sont pas seulement une source de misère et de pauvreté dans les classes industrielles ; mais la promptitude avec laquelle se succèdent les naissances inspire de l'effroi à bien des pauvres mères, qui, indépendamment des douleurs de l'accouchement, redoutent les difficultés de pourvoir à la subsistance de leurs futurs enfans. »

Toutes ces opinions de M. le docteur Loudon sont développées avec un grand luxe de preuves empruntées aux traditions historiques, à l'histoire naturelle, à l'observation directe. Ce sujet de recherches est assurément rempli d'intérêt, et notre confrère l'a traité d'une manière remarquable. Je n'oserais assurer que ses vues soient toujours justes et à l'abri de toute contestation fondée ; mais, ce qu'il faut reconnaître, c'est que ce livre a été dicté par un sincère amour du bien public, par un désir ardent d'améliorer le sort des classes pauvres et souffrantes, et qu'il console de cette cruelle indifférence dans laquelle s'endort la richesse, à qui M. Loudon voudrait épargner le terrible réveil que lui prépare son égoïsme.

Cet ouvrage écrit en français par un Anglais est un hommage rendu à notre belle langue si claire et si souple, et dont M. Loudon est excusable de n'avoir pas connu toutes les ressources.

NOUVELLES.

Le conseil municipal vient de voter une somme de 64,000 fr. pour réparations à faire dans divers hôpitaux, tels que l'Hôtel-Dieu, la Pitié et Beaujon.

— Un journal de Cadix annonce que la peste (*bubon*) vient d'apparaître en Portugal. La junte sanitaire de Séville prend des mesures en conséquence.

temps été en faveur ; je veux parler de la bougie de cire à empreinte. Je ne l'ai point employée, ajoute M. Blandin, parce que ce mode d'exploration ne sert absolument à rien. J'ai fait sur le cadavre et sur le vivant de nombreux essais qui m'ont démontré que les urètres sains donnent des empreintes tout à fait semblables à celles qu'on obtient sur des urètres malades. Il faut en outre attribuer à cette méthode ces cautérisations inutiles et dangereuses qui souvent ont donné naissance à des abcès, à des fistules et autres accidens graves. Tout le monde sait d'ailleurs que l'urètre n'est point un canal droit, qu'il présente au contraire deux courbures dont l'une est très considérable et qu'une sonde droite ne peut le traverser qu'en exerçant sur lui une certaine violence, même quand on prend la précaution de relever le canal. Nous avons en conséquence adopté l'habitude d'imprimer aux bougies une légère courbure au moment de leur introduction ; elles s'accommodent mieux ainsi aux courbures naturelles de l'urètre qui, maintenu fixe par le ligament de Carcassonne, surtout inférieurement, n'est effaçable que par une certaine violence, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Voici, dans cette circonstance ce qui se passe : Lorsqu'on cherche à redresser le canal, on tire la verge dans le sens postéro-antérieur, et il se forme au niveau de son point fixe, c'est-à-dire de l'aponévrose moyenne du périnée un léger cul-de-sac par suite du relâchement de la paroi inférieure et de la tension de la supérieure qui supporte seule la traction ; dans cette situation des parties, la bougie à empreinte étant introduite, la cire se moule sur le cul-de-sac et sur le point rétréci qui nécessairement lui succède en arrière ; c'est ainsi que l'on obtient sur un homme sain un résultat d'exploration qui est fait pour abuser.

Le traitement des rétrécissemens par la dilatation est fort ancien, puisque déjà Loiseau avait guéri le roi Henri IV par cette méthode. Elle consistait, pour Ducamp et ses partisans, à cautériser d'abord et à dilater ensuite ; tandis que pour nous, la cautérisation n'est qu'un moyen secondaire destiné seulement à réprimer les fongosités, à modifier la vitalité de la muqueuse urétrale, et hâter la cicatrisation. Aussi, du temps de Desault et de Boyer, le traitement des rétrécissemens était bien plus rationnel que par la méthode de Ducamp, qui fit faire un pas vraiment rétrograde à la thérapeutique des affections qui nous occupent. Les premiers employaient seulement les sondes dilatantes ; il faut ajouter cependant que dans des cas pareils à celui dont il s'agit ici, c'est-à-dire lorsqu'il y avait urgence de vider la vessie, on se servait encore de la sonde conique ou de la sonde à dard qui pénétrait violemment dans le réservoir urinaire en transperçant tous les obstacles. Il y a à peine vingt-cinq ans, que M. Blandin était encore témoin des ravages produits par ce redoutable instrument ; aussi tous les services de chirurgie présentaient à cette époque des exemples d'infiltrations urineuses, de gangrènes des parties génitales, qui heureusement sont devenues très rares aujourd'hui, à tel point, dit en terminant M. Blandin, que depuis le commencement de l'année, je n'ai pu vous offrir un pareil sujet d'études.

HOPITAL MILITAIRE DE PICPUS.

POST-SCRIPTA *aux lettres écrites du Val-de-Grâce sur les urétrites, les épididymites, les balano-posthites, les adénites et les ulcères vénériens, et sur le traitement qui convient à chacune de ces maladies;* par M. le docteur DESRUELLES.

(Suite du n° 73.)

Post-Scriptum à la neuvième lettre. — Des ulcères vénériens.

Les ulcères vénériens, quand l'irritation qui les accompagne est apaisée, sont assez promptement modifiés par l'emploi de la mixture cupro-arséniée, mais il faut que la dose du collyre soit assez élevée.

Quand les ulcères sont blafards et mous, on les touche avec une solution de bi-chlorure de mercure (20 grains dissous dans une once d'eau distillée), puis, avec le collyre de Lanfranc, lorsque la détersion commence à se faire, on les panse avec la mixture, et enfin on les touche avec une forte solution de nitrate d'argent pour hâter leur cicatrisation.

L'arsenic et les sels de ce métal ont été employés par nous à l'intérieur sur des malades de la ville : l'acide arsénieux à la dose de 1/150e de grain d'abord, l'arseniate de soude à celle de 1/20e de grain jusqu'à un 1/6e, et l'arseniate de cuivre depuis 1/40 de grain jusqu'à un 1/12.

L'acide arsénieux nous a été très utile dans le cas suivant : M. B.... âgé de vingt-cinq ans, avait eu de petits ulcères au pénis, qu'un médecin s'était hâté de cautériser. Un mois après leur disparition il survint aux deux jambes des ulcères profonds, à bords épais, rouges. Le bi-chlorure de mercure fut employé ; le malade en prit 24 grains en quatre mois ; les ulcères résistèrent et s'agrandirent. On tenta l'emploi des sudorifiques sans succès, puis du proto-iodure de mercure, et en dernier lieu de l'iodure de potassium. Tous ces moyens fatiguèrent le malade sans aucun résultat heureux sur les ulcères, qui, au contraire, devinrent plus profonds et prirent un caractère plus grave. M. B... vint me consulter. Après l'avoir préparé par un régime lacté et végétal, des boissons émollientes, un purgatif et des bains tièdes, je lui fis administrer l'acide arsénieux de la manière suivante :

Acide arsénieux,	5 centigr.
Sucre de lait,	30 gram.

Divisé en 150 paquets.

Un paquet dissous dans un verre d'eau sucrée fut donné d'abord ; on augmenta d'un paquet tous les deux jours. A la fin de cette première dose de 5 centigrammes, une nouvelle dose fut prise de la même manière. Pendant l'usage de ce médicament et après la troisième dose d'acide arsénieux, les ulcères se détergèrent et furent bientôt cicatrisés.

Cette remarquable observation me revint à l'esprit quand je mis en usage, à l'extérieur, la solution cupro-arséniée ; mais dans la statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, publiée par M. le baron Michel, médecin principal d'armée, on lit, page 149, ce qui suit :

« En 1809 et 1810, on a observé à l'hôpital de Pavie, où un médecin employait l'acide arsénieux..., qu'à mesure que les salles où étaient les malades atteints de fièvres intermittentes se désemplissaient, celles des chroniques augmentaient. »

Cette remarque et des recherches que j'ai faites depuis sur l'action de l'arsenic à l'intérieur, m'arrêtèrent, et je ne crus pas devoir tenter cette expérimentation sans en avoir, au préalable, puisé l'autorisation dans la sagesse de MM. les membres du conseil de santé des armées : j'attends leur réponse.

Cependant, en usant de beaucoup de précautions, l'acide arsénieux, administré à doses minimes et croissantes, pourrait, selon moi, avoir des avantages inappréciables dans le traitement curatif des ulcères vénériens.

Nous nous trouvons toujours très bien du bandage inamovible que nous appliquons sur le pénis avec des bandelettes de sparadrap et de diachylon, pour le traitement des ulcères, dans le cas où le prépuce peut, sans gêne, être maintenu derrière la couronne du gland. (*V.* nos 4e et 9e lettres.)

Ce bandage, qui reste appliqué sur les ulcères pendant huit ou dix jours, les modifie parfaitement bien, et opère en peu de temps leur guérison. Il convient surtout pour ceux qui ont une base dure, des bords saillans et épais.

Dans nos hôpitaux, le bandage inamovible a le précieux avantage d'empêcher les malades de se panser aussi souvent qu'ils le font ordinairement ; il préserve les ulcères du contact de l'air, des vêtemens, et il entretient dans la partie une transpiration continuelle. C'est un moyen excellent, dont nous devons l'idée au bandage inamovible employé, dans les cas de fractures, depuis tant d'années et avec de si grands succès, par M. le baron Larrey.

Résumé statistique du service des vénériens de l'hôpital militaire de Picpus pendant le 1er trimestre 1842.

Il restait, le 31 décembre 1841,	110 malades.
Il en est entré	276
Il en est sorti	257
Il en a été évacué sur d'autres services,	10
Il en restait le 31 mars 1842,	119
La durée moyenne du traitement pour tous les malades guéris par les diverses méthodes, a été de	36 j. 1
Le nombre de malades guéris par la méthode simple, a été de	219
Le nombre de malades guéris par la méthode mercurielle a été de	38
La durée moyenne du traitement simple a été de	34 j. 1/4.

D'après les relevés faits depuis 18 ans, la moyenne varie de 31 à 32 jours. On l'a vu s'élever à 34 et même 35, pendant la saison d'hiver ; en été elle varie de 28 à 29 jours.

La durée moyenne du traitement mercuriel a été de 59 jours 14/19.

Cette élévation de la durée du traitement mercuriel provient de deux causes, savoir : de la gravité plus grande ces affections, et de quelques accidens qu'entraîne l'emploi de la méthode mercurielle pendant l'hiver. En été, la moyenne descend à 45 jours.

Parmi les malades traités pendant ce trimestre :

262 avaient la syphilis	pour la 1re fois	68 sur 100
109	pour la 2e fois	28 sur 100
40	pour la 3e fois	10 sur 100
4	pour la 4e fois	
2	pour la 5e fois	

Ceux de la 1re catégorie ont guéri plus vite que ceux de la 2e. Ceux des autres catégories n'ont offert aucune remarque semblable. Nous n'avons observé ni diathèse vénérienne, ni diathèse mercurielle.

Les hommes qui nous ont présenté un phimosis, ont été, à ceux qui découvraient facilement le gland, comme 1 est à 4. Les derniers, dans tous les cas, ont été plus rapidement guéris que les premiers.

L'hypospadias du gland s'est offert deux fois à notre observation. Une fois nous avons observé un hypospadias à quatre lèvres.

Nous avons pratiqué deux fois seulement l'opération du phimosis en haut. Dans dix autres cas, cette opération aurait été faite si nous n'avions pas employé la mixture cupro-arséniée. Les phymosis dont nous avons parlé n'étaient pas naturels ; presque tous, au contraire, étaient accidentels.

Chez un malade atteint d'une balano-posthite chronique, le prépuce était adhérent au gland, excepté près du méat urinaire. Nous avons détaché ce replis par une dissection longue et minutieuse. La guérison s'est opérée assez rapidement, et le prepuce est devenu mobile sur le gland, à peu près comme il l'est dans l'état naturel.

Contrairement à toutes les observations que nous avons faites jusqu'à ce jour, les adénites se sont montrées aussi fréquentes du côté droit que du côté gauche.

Les adénites en suppuration, à celles qui n'étaient pas encore parvenues à cet état, ont été dans la proportion de 3 à 4.

Les adénites d'emblée ont été, aux adénites secondaires, dans la proportion de 10 à 63, proportion que nous n'avons jamais remarquée aussi considérable depuis dix huit ans que nous avons dirigé le service des vénériens au Val-de-Grâce.

Nous avons observé l'adénite du côté opposé à l'adénite du même côté des ulcères au pénis, dans la proportion de 1 sur 25, ce qui prouve que l'infection peut avoir lieu isolément, et que ce n'est pas l'ulcère qui produit l'adénite, même quand ces deux affections siégent du même côté.

Quinze hommes nous ont présenté des adénites secondaires à la suite de cautérisations d'ulcères, ce qui prouve que la méthode qui consiste à cautériser immédiatement les ulcères vénériens, est certainement nuisible, et que presque toujours elle étend l'infection syphilitique.

L'adénite que nous nommons sous-aponévrotique ne s'est montrée qu'une seule fois : une ponction, des injections avec de l'eau froide et des fomentations d'eau blanche, l'ont guérie en peu de jours. Il y a long-temps que nous obtenons de grands succès de cette pratique. L'espèce d'adénite dont nous venons de parler est plus fréquente en été qu'en hiver.

L'application de la pâte de Vienne a été faite chez les malades atteints d'adénites dans la proportion de 1 sur 6. Chez les autres malades, de simples ponctions ont suffi. Chez l'un de ceux-ci, les ponctions multiples n'ont pas réussi. En général, il y a eu beaucoup d'adénites indolentes difficiles à résoudre ou à faire passer à la suppuration. Dans cette espèce, la compression, faite au moyen du bandage herniaire franc-comtois de M. Pernet, a été très favorable. (*V.* notre 4e lettre.)

Les hommes atteints d'adénite inguinale des deux côtés nous ont rarement présenté des ulcères au pénis ; rarement aussi ces doubles adénites ont suppuré. Les adénites doubles inguinales d'emblée ont été, moyenne proportionnelle, plus fréquentes que les adénites d'emblée d'un seul côté.

Un seul homme nous a offert une épididymite traumatique. Dans ce cas, nous avons souvent observé des abcès du testicule qui, ouverts, restaient fistuleux, terminaison extrêmement rare dans les épididymites vénériennes, où l'on observe plus fréquemment un épanchement séreux dans la tunique vaginale.

Vingt-six hommes étaient atteints d'urétrites érythémoïdes et d'épididymites, dont 9 du côté gauche et 14 du côté droit : c'est la proportion ordinaire.

Huit hommes ont été atteints d'urétrites dermoïdes et d'épididymites, dont 3 du côté gauche et 5 du côté droit.

Avant nos recherches sur les diverses espèces d'urétrites et sur le traitement qui convient à chacune d'elles, nous avions annoncé que les urétrites légères, plus souvent que les urétrites intenses et graves, étaient suivies d'épididymites : les faits sont venus confirmer nos prévisions.

Chez un homme atteint d'urétrite dermoïde, il est survenu un abcès considérable près du frein, et chez un autre, dans le même cas, un abcès s'est formé sur le trajet du canal. Ces abcès, ouverts, ont guéri en peu de jours, et la cure de l'urétrite en a été avancée.

Chez un homme atteint de paraphymosis, la gangrène s'est emparée du prépuce et l'a entièrement dévoré.

Chez un autre, atteint d'ulcères et de balano-posthite, la gangrène du prépuce a perforé ce repli dans un point, vers la base du gland ; l'opération du phymosis a été achevée. Nous avons trouvé un ulcère gangreneux qui avait enlevé les trois quarts du gland. Le traitement simple a triomphé de ce désordre en soixante-deux jours.

Chez 21 hommes atteints de pustules, eczema, végétations, fissures à l'anus, angine, et d'ulcères au voile du palais et aux amygdales :

3 n'avaient fait aucun traitement ;
7 avaient guéri par le traitement simple ;
11 par les mercuriaux.

Les végétations au pénis ont succédé à des balano-posthites mal traitées ;

Les végétations à l'anus, à des ulcères traités par la méthode simple ;

L'eczéma au scrotum, à une urétrite non traitée ;

Les fissures à l'anus, l'angine chronique, à des urétrites non traitées ;

Les ulcères au voile du palais et aux amygdales, quelques végétations à l'anus, et les pustules sont survenues à la suite d'ulcères au pénis traités par les mercuriaux.

De ces 21 hommes, 11 ont subi un traitement mercuriel, 3 ont été guéris au moyen de l'iodure de potassium (pustules croûteuses), et 7 ont fait un traitement simple.

On doit faire remarquer que dans le nombre de ces 21 hommes, il ne s'en est trouvé que 3 qui avaient été traités à Picpus ; et sur ces 3, deux y avaient fait usage de pilules de proto-iodure.

J'ai rassemblé un grand nombre d'observations sur différentes affections vénériennes compliquées ; je les publierai prochainement.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Moyens de remédier à quelques altérations du lait chez les nourrices; par M. le docteur CHABRELY.

Une nourrice avait son lait très clair et peu abondant ; elle ne le sentait pas *monter*. Le moyen suivant, employé par M. Chabrely, a réussi en deux jours à corriger la mauvaise qualité du lait et à augmenter de beaucoup sa sécrétion.

Pr.	Magnésie anglaise,	10 grammes.
	Poudre d'écorce d'orange,	3 id.
	Sucre blanc,	65 id.

M. et F. S. A. une poudre d'une parfaite homogénéité.

La nourrice a pris trois fois par jour, dans une tasse d'infusion de tilleul légère et convenablement sucrée, une cuillerée de ce mélange. Sous l'influence de ce moyen, son appétit, qui était nul auparavant, est devenu excellent, et, grâce à cette circonstance et à l'effet direct du médicament, son lait a acquis dans l'espace de deux à trois jours toutes les qualités nécessaires pour suffire à l'alimentation de l'enfant.

Madame Armand R... avait, depuis trois mois, une galactorrhée qui la minait. L'enfant, quoique au sein de l'abondance, éprouvait véritablement l'effet de la disette, et il dépérissait à vue d'œil. Dans ce second cas, le praticien eut recours au saccharure suivant :

Pr.	Bicarbonate de soude,	4 grammes.
	Poudre d'écorce d'orange,	4 id.
	Sucre blanc,	80 id.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

Madame Armand en prit, trois fois par jour, une cuillerée délayée dans une tasse d'infusion légère d'aya-pana édulcorée, et, sous l'influence de ce moyen, elle recouvra entièrement son appétit qui avait disparu depuis le commencement de la galactorrhée. Deux doses pareilles à celle indiquée suffirent pour corriger le lait et en suspendre l'écoulement incessant. Dès lors, cette dame put continuer avec succès l'allaitement de son enfant pour le plus grand bien de tous les deux, car ils prirent l'un et l'autre en peu de jours un embonpoint normal.

(*Bulletin médical de Bordeaux*, mars 1842.)

Remarques pratiques sur l'emploi des cataplasmes dans les cas de maladie cutanée.

M. le docteur Baumès a fait de judicieuses remarques relativement à l'application des cataplasmes en général sur les éruptions cutanées. Ces moyens, dit-il, ne conviennent pas toujours, quoiqu'ils paraissent indiqués par l'état d'inflammation ou l'état crustacé, squammeux de ces éruptions. Ainsi, d'abord, lorsqu'il y a de fortes démangeaisons, la chaleur humide des cataplasmes ne fait ordinairement, du moins dans le plus grand nombre des cas, que les augmenter; ensuite, lorsque les vaisseaux de la partie affectée sont relâchés, quand il existe une tendance facile à l'engorgement, à la congestion des tissus de cette partie, ces dispositions organiques défavorables sont presque toujours aussi aggravées par l'application de la chaleur plus ou moins humide des cataplasmes.

En outre, on rencontre des individus chez lesquels cette application détermine constamment, sur la surface affectée ou autour de cette surface, l'apparition soit d'une éruption érythémateuse, soit de vésicules ou de papules. On en voit d'autres chez lesquels cette même application suffit pour faire naître ou pour raviver des cuissons, des douleurs locales. Enfin, tel sujet se trouve fort bien de l'application d'un cataplasme, tandis que tel autre, pour le même genre d'éruption, et dans des circonstances pathologiques en apparence tout à fait semblables, s'en trouve généralement fort mal.

Il est donc impossible d'établir aucune règle positive à cet égard. Aussi chaque praticien doit-il, avant tout, consulter les susceptibilités, les idiosyncrasies, les antécédents du malade; encore ne peut-il savoir, le plus souvent, à quoi s'en tenir, qu'après avoir prescrit les premières applications et observé les effets auxquels elles donnent lieu.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Sur la solidification du baume de copahu et de la térébenthine; par M. THIERRY.

Le baume de copahu est un médicament dont l'odeur et la saveur répugnent tellement aux malades, que l'on a depuis long-temps cherché les moyens de les déguiser. C'est à M. Mialhe que l'on est redevable de la première solidification de ce baume par la magnésie, mais ce procédé est bien lent dans la pratique. M. Robin, élève en pharmacie, a proposé de substituer la chaux hydratée à la magnésie, et d'opérer à l'aide du froid; mais ce procédé est plus lent encore que le premier. M. Thierry a cherché à trouver un mode opératoire plus expéditif pour arriver au même résultat, et il y est arrivé de la manière suivante:

Pr. Baume de copahu, 15 parties;
Chaux hydratée, 1 id.

On mêle ces deux substances avec soin dans un mortier de marbre; on met le mélange dans un vase au bain-marie, et on remue de temps en temps jusqu'à ce que la chaux ait disparu. Après avoir entretenu le feu pendant quatre heures, on essaie si le baume a la consistance pilulaire en en jetant une petite portion dans l'eau froide, de la même manière qu'on le pratique pour la térébenthine cuite.

La forme du vase qui doit servir à cette opération n'est pas indifférente: ainsi, on doit donner la préférence à celui dont l'ouverture présente le moins de surface, afin de perdre le moins possible d'huile volatile.

Deux conditions sont surtout essentielles pour la réussite de cette opération: la première, c'est que la chaux hydratée vienne d'être préparée au moment même où l'on veut s'en servir; à cet effet, on prend un morceau de chaux que l'on a fait rougir au feu; lorsque la chaux est devenue presque froide, on la plonge un instant dans l'eau, on la place sur une assiette, et lorsqu'elle est bien divisée et pulvérulente, on en prend la quantité prescrite, que l'on triture bien dans un mortier avant d'y verser le baume. La seconde condition est d'opérer à vase ouvert; car en vase clos le baume acquiert une consistance molle que le temps ne peut plus lui faire perdre.

L'analogie qui existe entre la térébenthine et le baume de copahu a suggéré à M. Thierry l'idée de solidifier la première de ces deux substances de la même manière que la seconde. Après plusieurs essais, il a reconnu qu'avec un trente-deuxième de chaux hydratée, et en deux heures de temps, on obtient une térébenthine presque cassante, ayant l'aspect d'une résine transparente et contenant la presque totalité de son huile essentielle, ce qui donne à la pratique médicale un médicament précieux dans beaucoup de circonstances, et en même temps très facile à présenter aux malades.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, avril 1842.)

Lait solidifié; par M. ARRAULT.

M. H. Arrault avait obtenu, en 1838, pour la confection de ce lait solidifié, un brevet d'invention qui est expiré aujourd'hui: sa formule est donc dans le domaine public.

Pr. Lait de vache frais, 2 kilogrammes.

On verse le lait dans un vase à grande surface, et on chauffe à l'aide de la vapeur. Lorsque la concentration est arrivée à un degré suffisant, on ajoute:

Gomme arabique en poudre, 250 grammes.
Sucre blanc pulvérisé, 250

On mêle bien exactement, et on amène ensuite la totalité du mélange à siccité, en la soumettant à la température d'une étuve modérément chauffée.

Une modification apportée à la composition de cette substance alimentaire, consiste dans une addition de

Cacao caraque pulvérisé, 250 grammes.

Et, comme on se sert, dans cette dernière préparation, de lait d'ânesse au lieu de lait de vache, l'auteur a imposé à ce produit la dénomination de *chocolat au lait d'ânesse solidifié*.

FAITS DIVERS.

Deux cas d'empoisonnement par le bi-oxalate de potasse (sel d'oseille).

Première observation. — Le 26 novembre 1841, la femme d'un capitaine d'état-major récemment accouchée, envoie chercher, sur l'ordonnance d'un médecin, 30 grammes de *tartrate de potasse*, dans une pharmacie d'Alger. Le pharmacien, par suite d'une fatale erreur, dont un de ses confrères est la cause première, remet 30 grammes de *bi-oxalate de potasse* divisés en deux paquets égaux. L'un de ces paquets est délayé dans un verre d'eau tiède et pris par la dame, malgré la saveur désagréable qu'elle avait éprouvée en le goûtant. A peine l'ingestion en a-t-elle eu lieu, que la malade, saisie d'abord de violentes douleurs d'estomac, est bientôt agitée par d'horribles convulsions, et meurt en moins de dix minutes. Elle ne put articuler que quelques paroles: « Ça me brûle, je suis morte, je suis empoisonnée. » Il fut impossible d'administrer aucun contre-poison.

A l'autopsie, 22 heures après la mort, putréfaction commençante des parties déclives de l'abdomen. La bouche, le pharynx et l'œsophage sont dans l'état naturel. Les orifices de l'estomac sont hermétiquement fermés par suite de la contraction violente des faisceaux charnus qui les entourent. La muqueuse gastrique est vivement enflammée. Le duodénum et l'intestin grêle offrent la même altération. Le sang est liquide dans le cœur et dans les vaisseaux.

Deuxième observation. — La femme L..., âgée de vingt-huit ans, voulant faire passer son lait, se procura du sel dont on lui recommanda de prendre, chaque matin, une cuillerée à café. Le premier jour, peu après avoir avalé le médicament prescrit, elle éprouva des vomissemens assez abondans, que les commères du quartier ne manquèrent pas d'attribuer à la révolution du lait. Le lendemain, après une seconde dose, les symptômes devinrent plus alarmans; les vomissemens étaient sanguinolens, noirâtres et beaucoup plus abondans que la veille; la région épigastrique était le siége de vives douleurs. Le troisième jour, à cinq heures du matin, nouvelle dose de sel: alors cette femme perd la raison, elle devient comme folle; elle va à la fontaine chercher de l'eau dans des vases déjà remplis, puis les vomissemens surviennent, et la mort arrive si promptement que le médecin appelé ne trouve plus qu'un cadavre. La femme L... était morte à six heures du matin.

On examina le sel qu'avait avalé la malade, et on constata que c'était de l'oxalate acide de potasse. La cuiller à café dont elle s'était servie pouvait en contenir 5 grammes; par conséquent, elle en avait pris 15 grammes en tout.

Les matières vomies avant la mort ayant été analysées, on reconnut qu'elles contenaient une grande proportion de sel d'oseille, car on put en extraire 2 grammes environ d'acide oxalique parfaitement cristallisé.

(*Journ. de pharm. et de chim*, juin 1842.)

— Il résulte d'une communication faite au gouvernement par le consul belge à Tunis, que le conseil supérieur de santé de cette régence a reçu l'avis, de l'un de ses agens sur la côte, qu'une maladie contagieuse s'est déclarée à Tripoli de Barbarie, et qu'elle y montre un caractère extrêmement pernicieux. A la date de la lettre du consul (6 mai), le nombre des victimes n'était pas encore fort considérable, mais peu de personnes atteintes en échappaient.

Le conseil de santé de Tunis s'est empressé de s'entendre avec le bey pour arrêter les mesures propres à préserver le pays de l'atteinte du fléau.

Provisoirement toutes les communications avec Tripoli étaient interdites, tant par mer que par terre.

M. DELESTRE commencera le vendredi 15 juillet un nouveau cours clinique, théorique et pratique des affections des dents. Tous les jours un grand nombre de sujets sont à la disposition des élèves.

Les leçons ont lieu de dix à onze heures, excepté les jeudis et dimanches, quai Conti, n° 5.

Ecole préparatoire de médecine, rue de l'Arbalète, 25 bis.—Quinze élèves au plus. Vie de famille, conférences, répétitions. — S'adresser à M. Ratier, D.-M., rue de l'Arbalète, n° 25 bis, près l'Ecole de pharmacie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 12 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 83. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De l'hypertrophie des amygdales; de ses causes, de son traitement, des opérations qu'elle nécessite et des instrumens les plus convenables pour pratiquer ces opérations.

L'hypertrophie des amygdales est très fréquente dans l'enfance et chez l'adulte ; il ne faudrait pas croire pourtant que les vieillards n'en sont jamais atteints, bien qu'elle soit beaucoup plus rare chez eux, ils en offrent cependant quelques exemples. Il faut dire néanmoins que c'est dans l'enfance principalement que s'observe cette hypertrophie ; et si alors le chirurgien n'est pas le plus souvent appelé à pratiquer l'opération, c'est que, chez les jeunes sujets, la maladie reste ordinairement ignorée ; les enfans ne se plaignent pas parce qu'ils n'éprouvent aucune douleur, et personne ne songe à attribuer à l'hypertrophie des amygdales la difficulté légère qui résulte de leur volume, pour l'accomplissement de la aespiration ; mais dans l'âge adulte, de quinze à trente ans, les sujets s'aperçoivent alors de la difficulté qu'ils éprouvent à respirer ; ils dorment la bouche ouverte et se réveillent la langue et la gorge sèches ; ils ne peuvent chanter ; enfin ils sentent parfaitement qu'ils ont un obstacle à la libre sortie de l'air. Il résulte de ces considérations que la fréquence de l'hypertrophie ne peut guère être classée selon les âges, puisqu'il arrive que la maladie existe souvent depuis long-temps le jour où elle est reconnue.

Autrefois on ne décrivait pas la maladie comme on le fait aujourd'hui, ce qui fait qu'on ne peut recueillir que des renseignemens peu clairs sur la question de la fréquence selon les âges. On donnait à tous les engorgemens des tonsilles le nom de squirrhe de l'amygdale ; de même que l'on appliquait le nom de squirrhe, avant le siècle actuel, à toutes les tumeurs dures, grises ou blanchâtres et non ulcérées ; mais depuis que les travaux des anatomo-pathologistes ont fait du squirrhe une espèce de tumeur à part, et dont les caractères laissent peu d'équivoque, personne ne songe plus à appeler de ce nom l'hypertrophie des amygdales. Les ouvrages des anciens n'apprennent donc rien sur cette hypertrophie, mais le squirrhe y est traité longuement ; aujourd'hui on est tombé dans une erreur inverse ; on est passé d'une extrémité à l'autre ; on a nié l'existence des squirrhes des amygdales. Il faut avouer que c'est là une maladie peu commune ; cependant on en a observé quelquefois.

Les causes, ou plutôt toutes les causes de cette hypertrophie, ne sont pas encore parfaitement connues. La plus ordinaire, celle dont on s'explique le mieux le mode d'action, et qu'on est le plus souvent à même de constater, c'est, sans contredit, l'inflammation répétée. La plus grande partie des individus qui se présentent avec une hypertrophie des amygdales ont eu un assez grand nombre d'angines aiguës ; mais on est obligé de reconnaître que la maladie se produit encore sous l'influence d'autres causes ; car il est beaucoup de sujets qui ont les amygdales hypertrophiées et qui n'ont cependant jamais eu de mal de gorge d'aucune espèce.

On est donc nécessairement obligé de rechercher d'autres causes. Chez les jeunes sujets, on sait que le tissu muqueux est extrêmement vasculaire, que le tissu sous-muqueux est très souple, très raréfiable ; on n'ignore pas, d'autre part, que la tête et toutes les parties supérieures sont, chez l'enfant, le siége plus spécial de l'afflux des divers liquides ; que ces parties, dans le jeune âge, se congestionnent avec plus de facilité qu'elles ne le feront dans l'âge adulte. Si l'on considère à combien de stimulations habituelles le gosier est exposé, le passage des alimens, des liquides, de l'air pour la respiration, la parole, le chant, etc., ne trouvera-t-on pas dans toutes ces causes réunies des raisons suffisantes pour expliquer comment les amygdales restent le siége d'une nutrition exagérée. Quoi qu'il en soit d'ailleurs des explications, c'est un fait qu'il y a des amygdales hypertrophiées sans avoir jamais été le siége d'inflammation aiguë.

Quant à la maladie en elle-même, on peut dire que c'est plutôt une infirmité qu'une maladie véritable. Jamais ou presque jamais elle ne compromet la vie ; ce tissu hypertrophié n'est pas susceptible de transformation, de dégénérescence ; il reste constamment tissu normal hypertrophié. Il y a donc seulement gêne mécanique légère, quelquefois assez sérieuse pour que les malades s'en plaignent vivement. Ce ne sont donc, en général, chez les adultes, que de légers embarras qu'occasionne l'hypertrophie des amygdales : il est loin d'en être ainsi chez les jeunes sujets. Cette maladie, chez les enfans, empêchant que l'air puisse passer avec liberté, la poitrine doit nécessairement s'en remplir moins complètement ; la colonne d'air étant moins volumineuse, la respiration est imparfaite, le thorax et les poumons surtout se développent moins, et c'est ainsi que l'hypertrophie des amygdales engendre ce qu'on appelle des poitrines délicates : on voit que dans ces cas la maladie, chez un enfant, a des suites sérieuses. Ce n'est pas tout, ces amygdales hypertrophiées peuvent arriver à refouler le bord du pharynx en haut et en arrière ; la trompe d'Eustache peut être pressée, aplatie par l'amygdale, d'où une espèce de surdité qu'on observe quelquefois chez les jeunes sujets porteurs de l'affection dont il s'agit.

Voilà donc deux inconvéniens sérieux ; mais il en est un troisième qu'il faut également signaler ; celui-là est relatif aux irritations permanentes que la présence de ces glandes hypertrophiées entretient dans les parties voisines ; elles sont une cause perpétuelle d'inflammation, et l'on voit les personnes qui les portent prises très souvent d'angines aiguës fort douloureuses. Il est donc permis de penser que l'angine n'est pas plutôt la cause de l'hypertrophie, que l'hypertrophie n'est la cause de l'angine ; les deux faits sont alternativement effet et cause. Si l'on joint aux trois conséquences graves signalées, les inconvéniens de ne pouvoir dormir sans produire un bruit incommode, sans avoir la bouche ouverte, et par conséquent la langue et la gorge sèches, on verra qu'il y a là des motifs suffisans pour nécessiter l'opération.

Si l'on étudie maintenant la manière dont s'établit cette hypertrophie, voyant qu'il est à peu près indifférent, quant au résultat, qu'elle arrive par excès de nutrition ou soit la suite d'inflammation, il vaut mieux examiner ce qui se passe dans l'hypertrophie par suite d'inflammation, les phénomènes étant plus facilement saisissables.

Dans l'inflammation, la phlegmasie peut porter d'abord seulement sur la muqueuse ; elle est légère alors, et tend peu à hypertrophier les amygdales ; la phlegmasie peut s'être emparée du tissu cellulaire sous-muqueux, ce qu'on appelle ordinairement angine phlegmoneuse ; elle s'accompagne de gonflement, de symptômes généraux, et se termine quelquefois par des abcès qui ont même une certaine tendance à se porter le long du col, ce qui complique singulièrement l'affection ; enfin la phlegmasie peut avoir envahi le parenchyme même des amygdales, il survient un gonflement rapide considérable, avec douleur, difficulté extrême d'avaler, symptômes généraux, c'est là l'angine la plus commune ; c'est cette espèce aussi qui engendre particulièrement l'hypertrophie. En effet, on comprend qu'il y a eu là un afflux considérable, les liquides qui s'y sont portés se sont combinés avec les tissus ; quand l'inflammation cesse, cet afflux ne disparaît qu'incomplètement ; une portion des matériaux se résorbe, à la vérité, mais il en reste cependant une certaine quantité dans le parenchyme, d'où l'amygdale acquiert et conserve un volume plus considérable qu'à l'état normal, nouvelle source d'inflammation qui reproduira les mêmes phénomènes, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'hypertrophie soit considérable et que l'opération vienne délivrer le malade.

Cette hypertrophie est, du reste, une maladie qui a occupé

FEUILLETON.

CRITIQUE CHIRURGICALE.

Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face, selon la méthode par déplacement, ou méthode française; par M. SERRE, professeur de clinique chirurgicale à Montpellier, etc.

Il se passe un singulier phénomène en littérature chirurgicale : plus elle produit, plus la critique se tait. Ce silence est-il cause ou effet de cette fértilité ? Cette question est quelque peu dangereuse à traiter, car probablement sa solution mettrait contre moi auteurs et critiques. J'en ai suffisamment des auteurs qui d'ailleurs ne m'en voudront pas long-temps, quand ils auront la certitude que dans cette partie du feuilleton ils trouveront *justice*. Quels sont les résultats de la critique *admirative*, la seule à peu près qui se pratique aujourd'hui ? Elle a produit l'indifférence pour ses jugemens, réduits à l'importance des conclusions d'un rapport académique. Quand la critique en est venue là, la critique n'est plus. Grand malheur ! diront quelques-uns. Plus grand qu'on ne pense pour les lecteurs et même pour les auteurs, car la critique, qui peut tuer des livres médiocres et rendre en cela un immense service aux élèves et aux praticiens, peut aussi donner la viabilité à des livres utiles dont le jugement a besoin d'être préparé pour qu'ils soient acceptés du public. Mais il y a beaucoup de manières de juger les ouvrages, surtout les ouvrages de chirurgie : il y a une infinité de critiques. Si on demandait quelle sera la mienne, je répondrais qu'elle ne sera pas *admira- tive*, parce que c'est la pire de toutes les critiques. Voilà ce que cette critique ne sera pas. Les exemples diront bientôt ce qu'elle sera.

En voici un : Le livre sur les *Difformités de la face* complète nécessairement un ouvrage publié par M. Serre sur la reunion immédiate, dont le succès n'a été en rapport ni avec son mérite, ni avec les espérances que l'auteur pouvait se permettre. Le succès de ce premier ouvrage tenait à plusieurs circonstances que la critique eût pu rendre favorables à l'auteur si la critique eût existé pour lui.

Le nouvel ouvrage du professeur de Montpellier est composé de deux sections principales : la première a trait surtout aux généralités ; la seconde contient des faits qui se rapportent à la restauration de presque toutes les parties de la face. J'examinerai les divers points de ces sections ; je m'occuperai même de la forme, car c'est ici en même temps une œuvre chirurgicale et littéraire.

En parcourant le livre de M. Serre, on est frappé de l'emploi abusif de l'épigraphe. J'en compte cinq que je vais vous faire connaître :

1° « La méthode italienne et la méthode indienne doivent désormais faire place à la méthode française. (*Serre.*) »

2° « Medicina non humani ingenii partus, sed temporis filia. (*Baglivi.*) »

3° « On a nié trop long-temps, et en cela on a beaucoup nui aux progrès de l'art, car l'homme ne tente guère ce qu'on lui fait considérer comme impossible. *(Percy.)* »

4° « Des plus petits détails dépend souvent le succès d'une grande opération. *(Delpech.)* »

5° « L'habileté du chirurgien consiste autant dans le choix de la méthode que dans l'exécution. (*Morand.*) »

Total, cinq citations, dont une latine et quatre à peu près françaises.

Le livre est évidemment un développement de la première sentence, celle qui appartient à l'auteur. C'est partout, ou à peu près partout, un plaidoyer et un plaidoyer souvent habile en faveur de l'autoplastie par la méthode française. Les autres épigraphes sont un peu de luxe.

Un mot pour fixer le principe de chaque méthode autoplastique : je prendrai pour exemple une perte de substance du nez. On peut combler la brèche par un emprunt fait au membre supérieur (méthode italienne) ; par un emprunt fait au front (méthode indienne) ; ou bien on rafraîchit les bords de la solution de continuité, on détache, on *mobilise*, on étend la peau des deux côtés, et on réunit : on comble la brèche sans emprunt nulle part. C'est là la méthode française, que M. Serre appelle aussi par déplacement, et que je préférerais nommer *par extension*, car on a seulement soumis à une plus grande extension certaines parties de la peau et les tissus qui la doublent immédiatement. L'origine de la méthode française est un point de littérature chirurgicale qui a un certain intérêt. Commençons par dire que cette dénomination est toute moderne. M. Serre, à la page 22, écrit : « J'ai cru pouvoir lui donner le nom de *méthode française*. Puis viennent, en note, MM. Velpeau et Vidal, qui avaient consacré cette dénomination bien avant M. Serre. Ce professeur n'a donc pas inventé le nom, puisqu'il était déjà classique. C'est toujours un avantage de se servir d'un nom déjà usité ; pourquoi M. Serre n'a-t-il pas voulu se donner complètement cet avantage ?

A propos de l'origine de la méthode française, qui se trouve en germe, mais en germe confus dans Celse, et que l'on trouve très développée dans Franco, M. Serre porte contre les auteurs une accusation qui me paraît d'une criante injustice ; elle prouverait, contrairement à l'opinion de l'auteur, que Franco n'est pas complètement connu à Montpellier. Après avoir cité le cas très remarquable d'autoplastie faciale rapporté par le chirurgien provençal, M. Serre ajoute : « Si j'ai cité ce passage de Franço d'une manière littérale, c'est que je me suis aperçu que les auteurs qui en ont parlé s'étaient copié les uns les autres et n'avaient *ni lu ni même vu* l'ouvrage où il en est fait mention. »

Je répondrai à M. Serre : D'où était donc venue l'idée de la méthode française si bien comprise et si bien développée par les auteurs qui n'ont ni vu ni lu l'ouvrage de Franco ? Elle a donc été inventée par ces auteurs ? Non certes. Ces auteurs, un peu plus érudits que ne le pense M. Serre, ont *bien lu et bien vu* Franco. Mais voici pour l'édification des lecteurs sur le compte de M. Serre, ce qui existe : Il existe deux éditions de l'ouvrage de Franco ; une qui a pour titre : *Petit traité contenant les parties principales de la chirurgie, laquelle les chirurgiens herniaires exercent* ; c'est là l'édition que possède M. Serre ; le volume est très petit, il n'a que 144 pages. L'autre édition a pour titre : *Traité des hernies*, etc., et c'est bien au chapitre CXXII, et à la page 462, que se trouve la description de l'opération remarquable faite sur le nommé Janot. C'est là que les auteurs ont *copié* leur description. M. Serre dit que Franco n'a jamais traité *ex professo* des hernies. C'est vrai ; ce qui ne l'a pas empêché d'intituler son livre : *Traité des hernies*. Montaigne n'en eût pas fait d'autres. D'ailleurs le livre de Franco a un long titre qui, après avoir indiqué les hernies, indique parfaitement les autres points de la chirurgie qu'il doit élucider. Aussi une érudition un peu plus complète aurait épargné à M. Serre le désagrément de porter une injuste accusation contre les auteurs de manquer d'érudition ou d'en avoir une de mauvais aloi.

Après cet acte de justice littéraire, dont M. Serre ne se plaindra pas, voyons comment l'auteur expose et justifie sa préférence pour la méthode française. Il passe en revue chaque méthode, en commençant par l'*italienne*, et dit : « Comment, en effet, songer à aller emprunter un lambeau à la face antérieure du bras, alors qu'il semble au premier aspect si naturel de le prendre sur la partie moyenne du front ? Aussi quelle différence dans les résultats ! Et d'abord n'allez pas croire qu'il soit indifférent de choisir les tégumens de l'une ou l'autre de ces deux régions pour restaurer un nez : leur texture anatomique n'est pas la même. D'un autre côté, peut-on comparer la gêne presque insupportable qu'éprouve inévitablement le malade dans la rhinoplastie selon la méthode italienne, et celle si légère qu'entraîne la méthode indienne ?

» Que l'on ne parle pas des changemens que M. Graëfe a fait subir à la méthode par transplantation, et qui lui ont valu de la part de quelques écrivains le nom de *méthode allemande*. Outre que l'idée première de ces modifications est due à Tagliacozzi, et qu'elle a été ensuite reproduite par Reneaulme de la Garanne, je suis loin d'y attacher toute l'importance que certains auteurs ont bien voulu lui accorder : c'est parce que j'ai vu mettre cette méthode en usage, que je me crois en droit de parler ainsi. Les inconvéniens qu'elle présente sont un peu moindres, il est vrai, que ceux de la méthode italienne pure, mais le vice en est toujours le même. A quoi bon aller chercher sur la peau du bras, c'est-à-dire loin et très loin de la difformité, ce qu'il est si aisé de trouver dans le voisinage même ? Aussi la méthode par

eaucoup les thérapeutistes. Une foule de traitemens ont été préconisés ; il est impossible ici de les passer tous en revue, mais on peut les diviser par groupes pour en apprécier la valeur.

D'abord, viennent tous les traitemens étrangers à la médecine opératoire. Quelques médecins ont conseillé les moyens généraux, d'autres les moyens locaux. Parmi les premiers doivent être rangés les traitemens généraux par l'iode, employés par des praticiens qui regardaient, à tort sans doute, l'hypertrophie des tonsilles comme un symptôme de scrofule, et qui, par conséquent, faisaient usage de l'iode en nature, de la teinture d'iode, de l'iodure de potassium et de toutes les préparations d'iode possibles; il faut encore comprendre dans ces traitemens généraux le traitement par les toniques, les antiscorbutiques, le quinquina, les amers, administrés dans le but de modifier la constitution et d'amener, par suite, la guérison de la maladie.

Il faut l'avouer, ces traitemens sont tout à fait insignifians; s'ils ont guéri, c'est qu'il est certain que chez quelques enfans l'hypertrophie des amygdales disparaît avec l'âge.

Les traitemens locaux comprennent les topiques directs et les topiques indirects. Ainsi on a conseillé les applications de sangsues, les résolutifs de tous genres, l'iodure de plomb, l'iodure de potassium, les gargarismes adoucissans, le miel rosat, l'eau de guimauve, l'eau de figues, etc. ; mais ces moyens ne sont employés et ne peuvent l'être contre la maladie qui nous occupe que par les médecins qui n'ont pas l'habitude de se servir des instrumens, car ils sont des plus infidèles en général. Il est certaines autres médications qui ont quelque valeur ; ce sont les styptiques, le gargarisme avec les feuilles de noyer dans lequel on ajoute du sous-borate de soude, les acides, l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique , les styptiques en poudre, l'alun, les caustiques en crayon , le nitrate d'argent , le sulfate de cuivre, mais surtout le nitrate d'argent. Ce sont là des moyens à l'aide desquels on parvient parfois à réprimer les amygdales hypertrophiées, quand l'hypertrophie n'est pas fort ancienne ; mais avec eux on ne réussit que quelquefois , toujours au bout d'un temps très considérable, et souvent même on échoue complétement. On ne doit donc tenter ces remèdes qu'alors qu'il est interdit d'opérer ; ainsi, chez les jeunes enfans qu'on ne peut contenir suffisamment , chez les adultes comme il s'en trouve, si pusillanimes qu'il est impossible, de quelque manière qu'on s'y prenne, de les décider à se laisser pratiquer l'opération. On pourra, dans ces cas, commencer par l'emploi des moyens ci-dessus ; mais le chirurgien ne devra le faire pour ainsi dire qu'à son corps défendant.

Il est un grand nombre d'opérations opposées à l'hypertrophie des amygdales; Louis, dans un mémoire à l'Académie de chirurgie, en a rassemblé toutes les espèces qu'il porte à un nombre assez élevé. En effet, autrefois on pratiquait contre cette maladie la ligature, la cautérisation avec le fer rouge, variées, quant au procédé, d'une foule de manières différentes. La cautérisation, de quelque manière qu'on la fît , n'eut jamais une grande vogue ; mais la ligature trouva de nombreux partisans. Tous les procédés pour la ligature des polypes des fosses nasales, pour les polypes utérins furent successivement vantés dans l'hypertrophie des amygdales ; et à Londres et en Amérique, quelques chirurgiens pratiquent encore cette opération pour laquelle ont été inventés encore des procédés nouveaux.

En examinant cette opération , il est pourtant facile de se convaincre qu'elle est fort rarement applicable à l'hypertrophie des amygdales. Il n'en est pas ici comme d'un polype , qui présente presque constamment un pédicule beaucoup plus étroit que le corps. Les amygdales , au contraire , sont plus larges à leur racine , et d'ailleurs rien peut-il être comparé à l'inconvénient pour le malade d'avoir des fils qui lui pendent hors de la bouche. Cette méthode doit donc être rejetée. Il n'est, à vrai dire, actuellement qu'une seule opération vraiment efficace, et qui réunit la sûreté à la rapidité : c'est l'opération par l'instrument tranchant ; mais s'il n'est qu'une seule opération, il y a un grand nombre de variétés dans l'opération elle-même. La déchirure de l'amygdale se présente d'abord avec deux nuances : ou bien on l'accroche avec des pinces, une érigne, et on la déchire ; ou bien avec le bistouri ou le pharyngotôme, on va la larder de coups de pointe tranchante. M. Bérard dit avoir obtenu quelques succès par cette méthode.

Les scarifications ont été aussi employées par M. Girardin dans les pensionnats de Paris sur un assez grand nombre de jeunes personnes. Sans doute on peut réussir par ces deux moyens, puisque deux praticiens dignes de foi l'attestent, mais il n'en faut pas moins dire que ce sont là de mauvais procédés, si on les compare à la méthode par excision si brève, si sûre, si facile. Les lambeaux qui suivent les opérations précédentes se mortifieront et le malade sera guéri, il est vrai , mais cela est beaucoup plus long, infiniment plus fatiguant et tout aussi douloureux que l'opération par excision. La meilleure méthode est donc cette dernière. On discuta long-temps dans le siècle dernier (Mémoire de Louis) pour savoir ce qu'il fallait préférer, de l'excision ou de l'extirpation. Un passage de Celse dans lequel il se servait du mot *eradicare*, voulut dire pour pour les uns *exciser*, pour les autres *extirper*. On ne s'entendit pas. Quoi qu'il en soit, il est évident que l'on peut extirper ou exciser, et que cela dépend des cas. L'amygdale est-elle marronnée, globuleuse, on l'extirpe ; est-elle profondément cachée, on se contente d'exciser la portion qui proémine dans le gosier ; il y aurait danger à agir autrement.

Quant aux instrumens dont on se sert pour l'opération, leur nombre est immense ; chacun a pour ainsi dire inventé le sien. On a employé d'abord la pince de Muzeux pour saisir la tumeur , puis , la tenant solidement , les uns se sont servis de ciseaux , lés autres du bistouri ; les uns ont voulu des ciseaux simples , puis courbes sur le plat , puis courbes sur le bord ; on en a fait de tranchans , de courbes en anneaux ; d'autres ont préféré le tonsilitôme de Desault ; enfin sont venus les instrumens nouveaux. Les bistouris n'ont pas offert moins de variétés que les ciseaux, chaque chirurgien a inventé le sien , et nous avons eu les bistouris de Louis , de Blandin , de Ricord, d'Amussat, etc., etc.

Aujourd'hui on n'emploie plus les pinces de Muzeux , mais on a inventé des érignes de toute espèce , des érignes à une, deux , trois, quatre, cinq et six branches ; à une tige, à deux tiges ; à crochet, à pique ; enfin jusqu'à M. Marjolin qui a inventé la sienne.

Tous ces instrumens sont parfaitement inutiles. Quand on ne veut pas se servir d'instrument spécial , l'érigne simple ou double et le bistouri à extrémité mousse ordinaire valent mieux que tous les précédens. Ils occupent peu de place, sont faciles à manier ; en général, ils suffisent constamment, et l'opération est des plus simples avec eux.

Ces instrumens ne peuvent être un peu embarrassans que quand le malade est difficile à contenir. La plupart des chirurgiens prennent des précautions pour tenir la bouche ouverte et la langue abaissée , des instrumens ont même été inventés pour cet usage , un bouchon de liége échancré et glissé entre les molaires est le moyen que l'on doit préférer ; quant à la langue, un aide l'abaisse avec une spatule ; il n'est pas besoin d'autres précautions. Dès que l'amygdale est accrochée , on fait ouvrir la bouche du malade à volonté ; il suffit de tirer légèrement et il est forcé à ouvrir la bouche par le même mécanisme qu'un chien auquel on tire la langue est empêché de mordre et contraint à ouvrir la gueule. En effet, en tirant l'amygdale on élève l'os hyoïde et l'on détruit ainsi le point d'appui de plusieurs muscles de la mâchoire ; on peut donc opérer très facilement.

Quelques personnes enveloppent le bistouri avec un linge , outre qu'on en fabrique dont une partie de la lame est seule tranchante ; la bandelette de linge est inutile même avec le bistouri ordinaire, il n'y a aucun organe qu'on puisse blesser.

Il existe de plus un instrument qui est la propriété de plusieurs chirurgiens aujourd'hui, puisqu'ils y ont tour à tour apporté chacun une amélioration ; cet instrument se compose principalement d'un anneau placé à l'extrémité des deux tiges qui se joignent en une seule , une lame joue dans l'anneau , au moyen d'un ressort ; l'amygdale est saisie dans l'anneau ; on la fait proéminer et on la retranche en faisant saillir la lame. Cet instrument est très commode parce qu'il permet d'opérer les malades presque malgré eux , car on peut toujours introduire l'anneau dans la bouche, et le reste de l'opération est extrêmement facile, mais il faut des amygdales globuleuses ; des amygdales étendues en plaques ne seraient qu'ébarbées par cet instrument. Si l'on ne peut faire proéminer l'amygdale dans l'anneau, l'instrument ne vaut donc rien, et le bistouri doit être préféré.

En résumé, les amygdales hypertrophiées peuvent toujours être excisées avec l'érigne et le bistouri ; mais il est des cas où cet instrument convient on ne peut mieux et facilite encore l'opération.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Troubles de l'estomac chez un sujet portant une fistule thoracique.

Le 24 juin est entré à la Charité, et a été couché au n° 28, le nommé Périmon (Alexandre), âgé de vingt-deux ans, tailleur.

Etant à Grenoble, il y a six mois, ce jeune homme tomba du haut d'un arbre sur une pièce de bois, et se fit une blessure à la poitrine, d'où il sortit du sang pendant cinq jours. Après l'accident, il fut quatre jours sans reprendre connaissance, On le saigna ; il ne cracha pas de sang. Quand il reprit ses sens, il se plaignit vivement d'une douleur dans le côté droit , côté opposé à celui sur lequel il était tombé ; il fut pris d'un frisson qui dura quatre à cinq heures, puis d'une fièvre très violente. Cependant les accidens se calmèrent par l'emploi de moyens appropriés ; mais la blessure ne se ferma pas et se convertit en une fistule située à deux centimètres en dehors du sein gauche. L'ouverture de cette fistule pourrait permettre l'introduction d'une grosse plume à écrire. Ce malade entra à l'hôpital se plaignant de malaise, et éprouvant des vomissemens assez fréquens.

Au premier examen on constate l'existence de la fistule ; on trouve de la matité en arrière, bien que la respiration s'entende partout, mais médiocrement dans les points qui présentent la matité. Quand le malade respire, l'air sort par la fistule avec un bruit semblable à celui qu'il fait en rentrant sous un récipient d'une machine pneumatique.

Cette fistule, quelque temps après la chute, commença à donner du pus en assez grande quantité d'abord, puis fort peu. Le malade remarqua que l'odeur et l'abondance de la suppuration subissaient constamment l'influence des changemens atmosphériques, et que, selon le plus ou moins d'humidité de l'air, la couleur en était également modifiée. Du reste, il assure qu'avant ces derniers jours il ne souffrait nullement, mangeait de bon appétit, pouvait courir, monter et se livrer à

---

transplantation n'est-elle plus admissible , et si de nos jours on a pu encore la mettre quelquefois en pratique, ce n'a été que d'une manière très exceptionnelle, ou lorsque le mauvais état de la peau des parties voisines n'avait pas permis de l'utiliser. Tel est le cas de génoplastie dans lequel le professeur Roux eut l'idée à la fois heureuse et hardie d'emprunter un lambeau à la lèvre inférieure pour le faire adhérer à la lèvre supérieure , et de le déplacer ensuite secondairement pour le transporter plus loin et le faire servir à oblitérer une perte de substance de la joue et du nez. Ce mode opératoire, que M. Blandin a si heureusement désigné sous le nom *d'autoplastie par migration successive du lambeau* , ne prouve-t-il pas toute l'étendue des ressources qu'offre la chirurgie plastique ?

» *Méthode indienne.* J'admets volontiers, avec presque tous les auteurs, qu'elle l'emporte de beaucoup sur la méthode italienne, et qu'il est certaines difformités auxquelles on ne saurait remedier que par ce moyen ; toutefois il ne faut pas perdre de vue que cette méthode a toujours le grand inconvénient de substituer une nouvelle plaie à la difformité déjà existante , et de faire subir aux tégumens un mouvement de torsion qui gêne la circulation lymphatique et sanguine , et expose le lambeau à la gangrène.

» Ce qui montre combien ce double reproche que j'adresse à la méthode indienne est fondé, c'est qu'il est des praticiens recommandables, tels que MM. Lisfranc et Lallemand qui se sont attachés , l'un pour la rhinoplastie, l'autre pour la cheiloplastie , a disposer les incisions de manière a réduire de moitié la torsion que l'on imprime au pédicule. Ont-ils atteint complètement le but qu'ils s'étaient proposé ? Je ne le pense pas ; je suis même en mesure de le démontrer. Au surplus , les efforts auxquels ils se sont livrés pour y arriver, témoignent assez hautement de l'utilité et des avantages que présente le mode opératoire que je cherche à faire prévaloir, je veux parler de la méthode par déplacement (par extension) ou méthode française.

» *Méthode fançaise.* Celle-ci se distingue parmi toutes les autres , en ce que d'abord elle est plus simple et plus rapide dans l'exécution, qu'en outre elle ne laisse aucune nouvelle plaie à fermer, et qu'enfin elle n'expose que très rarement le lambeau à se mortifier par cela seul qu'il ne subit pas la plus légère torsion. Tous les auteurs, ceux même qui ne la croient applicable qu'à un très petit nombre de cas , sont d'accord sur ces divers points. Cette méthode , dit le professeur Burhgraëve , est incontestablement celle qui présente le plus d'avantages ; car on taille le lambeau sur le côté de la solution de continuité, sur laquelle on le ramène par glissement. Son apposition est directe et ne présente aucun des inconvéniens du renversement. Chaque fois donc que la partie sur laquelle on opère le permet, il convient de lui donner la préférence. »

Cette partie du travail de M. Serre est remarquable. Je l'ai déjà dit, c'est un habile plaidoyer en faveur de la méthode française ; mais, comme tout plaidoyer, celui-ci sent un peu la chicane. Il faut donc prévenir le lecteur qu'en exagérant les avantages de la méthode française. on peut la faire adopter dans des cas où elle n'est pas applicable , et alors on verra cette méthode être suivie des inconveniens, des accidens qu'on reproche aux autres. Ainsi, dans des cas de très larges brèches, quand dans les environs la peau se mobilise difficilement , si on détend trop, non-seulement la difformité n'est pas complètement réparée, mais la gangrène pourra s'emparer de la peau trop décollée, trop tiraillée ; de plus, des inflammations vives, extensives pourront naître de cette violence faite à la peau destinée à combler la brèche.

M. Serre traite dans des chapitres séparés, de la chéiloplastie, de la stomatoplastie, de la rhinoplastie, de la génoplastie, de la blépharoplastie, de la restauration du sac lacrymal.

Le chapitre de la chéiloplastie étant le plus développé, le plus important, je vais m'en occuper. La restauration des lèvres est *d'ailleurs* l'autoplastie la plus fréquente ; c'est la plus simple, la plus avancée, celle que M. Serre a le mieux exécutée et perfectionnée sur certains points. On connaît le procédé de M. Roux de Saint-Maximin, de Chopart et de Morgan : supposez une destruction de toute la lèvre inférieure ; il y a impossibilité de réunir les bords qui correspondent au bas des joues pour recouvrir la partie antérieure de la mâchoire. Par la chéiloplastie, on détache la peau du menton et de la partie supérieure du cou ; cette peau, ainsi mobilisée, est tirée en haut vers la lèvre supérieure. Mais sa face postérieure n'est pas tapissée par la membrane muqueuse, et le bord supérieur de ce lambeau ainsi remonté n'est pas bordé par la muqueuse de manière à représenter une véritable lèvre ; ce qui fait que toujours, selon M. Serre, ce lambeau se *recoquille*, rentre en dedans, et l'effet de l'opération est manqué ou très imparfait. Pour éviter cet inconvénient, le professeur de Montpellier propose, dans les cas de cancer de la lèvre, de conserver la muqueuse quand on procède à l'extirpation de la dégénérescence. Ainsi, supposez cette dégénérescence étendue sur toute la lèvre inférieure : on commence par deux incisions sur chaque côté ; mais au lieu de couper toute l'épaisseur de la lèvre, on s'arrête à la muqueuse. On détache avec soin cette membrane : on a alors, en avant, le cancer qu'on enlève par une section transversale, et en arrière, c'est-à-dire contre la mâchoire, un lambeau de muqueuse qu'on conserve. On dissèque ensuite la peau du côté du menton et vers le cou, pour la mobiliser et la transporter en haut vers la lèvre supérieure. Ce lambeau de peau se trouve alors doublé par la muqueuse conservée, laquelle, repliée sur le bord supérieur de ce même lambeau, lui fait une bordure que l'on fixe avec des points de suture.

On trouvera, dans l'ouvrage de M. Serre, l'observation n° 1 et la planche 2, qui renferment des détails très intéressans sur cette modification de la chéiloplastie. M. Serre, qui se pose un peu en victime quand il pourrait se représenter tout autrement et avec plus d'avantage, se plaint avec amertume de deux choses : 1° Sanson a dit à l'Académie que ce procédé appartenait à Dieffenbach. Si Sanson l'a dit , je crains bien que ce soit vrai. 2° Les auteurs n'auraient pas daigné parler de ce procédé. Or , M. Serre cite un livre classique qui en fait mention, et nous pourrions lui en indiquer un autre qui a été tout aussi injuste à l'égard de Dieffenbach ; mais nous voulons donner à M. Serre la peine de chercher ce livre et le plaisir de le lire.

Mettons ces petites questions de côté , et abordons la grande question. On prévoit déjà les objections faites ou à faire. Il faut, pour conserver la muqueuse, que cette membrane soit saine ; or, quand une dégénérescence de la lèvre est assez considérable pour nécessiter une chéiloplastie après son extirpation, on peut supposer que toute l'épaisseur de la lèvre est atteinte et que la muqueuse participe plus ou moins au mal. Il est vrai que cette participation n'est pas constante ; mais on conviendra qu'elle est très fréquente. Donc la modification de M. Serre n'est pas applicable à tous les cas ; c'est convenu. Il est des cas où ce dédoublement préalable de la lèvre serait presque physiquement impossible, tellement le cancer a changé le mode de connexion des élémens qui constituent la lèvre. Mais en supposant la possibilité de procéder d'une manière convenable et facile à ce dédoublement, en admettant que tous les temps de l'opération de M. Serre soient parfaitement exécutables, doit-on la préférer à l'opération telle que la pratiquait Chopart ? Je conviens très volontiers que la modification de M. Serre est ingénieuse ; je crois avec lui, mais un peu moins que lui, au recoquillement du lambeau de Chopart, et, selon moi, la *bordure* de la nouvelle lèvre par la muqueuse me paraît un vrai perfectionnement. Ainsi, quant aux résultats physiques, quant à ce qui a trait au rétablissement des formes primitives, le procédé de M. Serre doit être consideré comme très supérieur, et je pense que ces résultats valent bien quelques douleurs, quelques difficultés de plus ; car dans d'autres mains que celles de M. Serre , ce procédé sera d'une exécution plus difficile, plus longue que celle du procédé de Chopart. Mais une crainte qui m'arrêterait, c'est celle de la récidive qu'on peut supposer plus fréquente alors. Je sais bien tout ce qu'on a dit, dans ces derniers temps, sur les cancers superficiels, sur la possibilité de les enlever sans sacrifier les organes ou la plus grande partie des organes qu'ils envahissent. Mais tout cela ne me rassure pas extraordinairement , et quand je serai en présence d'une lèvre cancéreuse , je ne sais si j'oserai la diviser en deux feuillets pour n'en enlever qu'un. Est-il bien facile, bien possible même de fixer exactement les limites du mal ? Je sais que le toucher, quand il est bien exercé, apprécie des différences très légères de consistance qui indiquent assez bien où cesse le mal. Mais il peut déjà y avoir dans un tissu des germes d'un mal, sans que tous les caractères de ce mal soient palpables ; la muqueuse labiale peut donc déjà être

tout exercice sans être nullement incommodé par cette fistule ; seulement, il y a quelques jours, il fut pris de vomissemens et de fièvre. Effrayé, et craignant qu'il n'y eût quelque rapport entre la lésion qu'il portait et cette indisposition, il entra à l'hôpital.

Le 26, on lui prescrivit une pilule d'opium et la diète.

Le 27, les vomissemens avaient complètement cessé; il se plaignit de soif, bien qu'il n'eût pas de fièvre, et eut plusieurs épistaxis dans la journée. Deux soupes.

Le 29, les épistaxis ont continué ; le malade est sans fièvre, mais un peu abattu ; la fistule, qui est recouverte de sparadrap, ne donne pas une goutte de pus depuis quelques jours. Une portion.

Le 1er juillet, le malade se dit très bien ; il demande à sortir ; il est d'une grande pâleur ; pas de fièvre ; toutes les fonctions se font bien. Une portion.

Le 3, les épistaxis ont cessé, la coloration naturelle de la face a reparu; appétit. Deux portions.

Le 4, *exeat.*

Congestion cérébrale. Hémorrhagie périodique chez un homme de vingt-trois ans. Vertiges. Perte de connaissance.

Bezault (Louis-Félix), ouvrier des ports, a été apporté la nuit du 8 au 9 juin. Il a perdu connaissance; le sang a jailli par le nez, la bouche et les oreilles; il a la face très rouge, très animée: il a repris ses sens après cette perte de sang. Il raconte que depuis cinq ou six ans, tous les mois il arrive une époque où des étourdissements très violens le prennent, il lui semble que tout tourne autour de lui ; alors il tombe, et il reste quelquefois six heures sans connaissance, puis il lui survient une hémorrhagie par le nez, la bouche et les oreilles, et les jours qui suivent il se sent bien jusqu'au mois d'après. Du reste, il n'a jamais éprouvé d'engourdissement dans les membres; il dort bien la nuit, et fait toutes ses fonctions avec régularité.

Examiné le 9 avec soin, cet homme présente en effet des traces de sang dans le nez et *dans le canal auditif;* son pouls ne donne que 38 à 40 pulsations par minute. Lavement purgatif.

Le 10, il se sent bien. On examine sa bouche pour s'assurer s'il n'y a pas de traces de morsures, il n'y en a aucune; il affirme qu'il n'écume pas. Il veut sortir, on l'en dissuade; mais deux ou trois jours après, il le veut absolument. On lui recommande de rentrer dès qu'il sentira les vertiges qui lui annoncent des accidens prochains.

Hypertrophie du cœur. Dyspnée extrême. Infiltration. Mort.

Le 11 juin, est entré le nommé Mouchy (Jean-Baptiste-Nicolas), âgé de quarante-cinq ans, manœuvre. Cet homme, maigre, d'une constitution débile, prit un rhume il y a environ six mois. Il s'aperçut dans le même temps qu'il avait des palpitations légères d'abord, mais qui acquirent en peu de temps un degré de violence telle qu'il ne put bientôt plus se livrer à aucun exercice; il lui était complétement impossible de monter un escalier.

A son entrée, nous trouvons une dyspnée considérable ; le visage est terreux, les lèvres un peu violettes. Les extrémités supérieures, la main droite surtout, sont considérablement infiltrées; la face dorsale de cette main présente une élévation de trois à quatre centimètres. Les membres inférieurs, le ventre sont dans le même état. On entend au cœur un bruit de souffle très fort, accompagné par moment d'un bruit particulier, d'une sorte de piaulement; les deux temps semblent confondus pendant un instant; puis les battemens, qui sont sourds, se font entendre irrégulièrement et à de longs intervalles. Teinture de digitale, 30 gouttes ; infusion de tilleul.

Le 18, à peu près dans le même état ; seulement la dyspnée semble augmenter. Même traitement.

Le 26, le malade ne peut plus respirer qu'assis et les bras portés en arrière. La dyspnée est extrême, l'infiltration reste stationnaire ; mais il n'y a pas de sommeil, il ne peut dormir qu'assis et la tête rejetée en arrière en se soutenant sur ses deux mains.

Les jours suivans, la dyspnée et l'engourdissement augmentent.

Le 1er juillet, l'engourdissement est au comble. Le malade est dans un état de stupeur dont on a peine à le tirer ; il se tient constamment assis, menacé de suffocation. Continuation de la digitale.

Le 2 juillet, mort dans la nuit.

On a trouvé à l'autopsie, une hypertrophie considérable avec altération des valvules.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Note de M. le docteur Cuissard *sur deux épidémies de fièvres éruptives au Brésil;* rédigée par le docteur Hermel.

M. le docteur Cuissart, ayant exercé pendant de longues années au Brésil, a été amené par M. Récamier aux conférences, pour donner à ceux qui les suivent des renseignemens précieux sur les maladies qu'on y observe plus particulièrement, et sur la manière dont se comportent quelques-unes de celles qui lui sont communes avec l'Europe.

La phthisie a été le sujet de ses recherches ; mais n'ayant pas avec lui les documens nécessaires pour donner des faits bien précisés, il préfère s'abstenir momentanément sur ces communications, s'engageant de parole à faire connaître les points capitaux d'un travail qu'il doit publier sur cette maladie. En attendant, il veut bien nous faire part d'une épidémie de variole à laquelle il a assisté.

Nous allons répéter aussi textuellement que possible ses paroles.

En 1837, lorsque s'agitaient en France les questions de l'utilité de la vaccine comme moyen préservatif temporaire ou absolu de la variole, de la nécessité ou de l'inutilité des revaccinations, une épidémie de variole apparut et vint ravager la Guyane et Rio-Janeiro. Elle s'annonça d'abord avec les symptômes les plus bénins, et elle attaqua particulièrement les individus vaccinés. Tous ceux qui en furent atteints, quoique vaccinés, eurent des varioloïdes dont la marche et la terminaison favorables ne donnèrent aucune crainte de ce fléau. Mais bientôt cette bénignité disparut pour être remplacée par un ensemble de symptômes formidables. Dès le troisième jour, il survenait du délire, la langue devenait sèche, le ventre se météorisait, des convulsions des membres supérieurs apparaissaient. Du sixième au septième jour, la face se tuméfiait; la desquammation s'opérait du douzième au seizième. Malgré l'indication fournie par le délire, la sécheresse de la langue et la fièvre violente, tous ceux qui furent saignés, soit par la lancette, soit par les sangsues, périrent. Au contraire, ceux qui ne furent traités que par des moyens généraux ou peu actifs guérirent presque tous.

La gravité de cette épidémie ne fut cependant pas générale : bénigne sur les sujets qui n'avaient point été vaccinés, elle fut toujours mortelle pour ceux qui avaient déjà eu la variole, même la variole confluente dont ils portaient des traces irrécusables. Elle ne détermina jamais que des varioloïdes chez les vaccinés et se termina heureusement.

La marche de ces varioles était exactement celle que Sydenham a décrite pour cette maladie. Pour M. Cuissart, il est hors de doute que cette épidémie ne fût contagieuse, et il cite un fait à l'appui.

Un nègre qui n'avait point eu la petite vérole, et qui n'avait point été vacciné, est atteint de l'épidémie. On l'apporte au milieu d'une famille dont tous les enfans avaient été vaccinés par lui-même et chez lesquels il avait constaté la réussite du vaccin. Quelques jours après tous avaient la varioloïde, même l'un d'eux qui dès le premier jour avait été soustrait au contact du nègre affecté. Celui-là, porté dans une autre famille et sur lequel la varioloïde se développa en même temps que sur ses frères et sœurs, communiqua dans son habitation nouvelle la varioloïde à ceux qui étaient vaccinés, la variole à ceux qui ne l'étaient pas, qui tous guérirent ; mais un noir, déjà défiguré par une variole confluente, la contracta de nouveau et y succomba. Cette épidémie dura un an.

M. Cuissart conclut en disant que, pour lui, la vaccine est une espèce de variole plus préservative que la variole elle-même.

Il a fait aussi des expériences sur la température et l'hygrométrie de Rio Janéiro, comparativement à l'hygrométrie et à la température de la France.

L'élévation de la température du Brésil est une erreur trop accréditée. Le thermomètre ne monte jamais à plus de 26 degrés et demi (Réaumur); mais l'hygrométrie marque un degré quatre fois plus humide qu'il ne l'indique à Paris dans les plus grands brouillards de l'automne ou de l'hiver, et du jour à la nuit il n'y a aucune variation.

Immédiatement après l'épidémie variolique il en vint une autre de scarlatine où la contagion fut encore plus manifeste. Elle débuta à Montévidéo. Un homme qui en était convalescent, parti dans la période de desquammation, mit vingt-sept jours pour venir à Rio-Janéiro, et alla s'installer avec ses malles et son bagage dans une des maisons éloignées d'un faubourg. Quelque temps après on observa des scarlatines dans les maisons voisines ; peu à peu le nombre en augmenta et la maladie gagna de proche en proche le centre de la ville. Là elle arriva à une rue large, séparant presque la ville en deux moitiés et traversée dans sa longueur par un ruisseau. Ce fut temporairement pour l'épidémie un cordon sanitaire. Les habitans évitaient les relations avec la partie frappée par le fléau, et lui-même se circonscrivit ainsi pendant un an. Les communications cependant ne furent pas absolument interrompues, car un enfant qui était allé jouer de l'autre côté du ruisseau fut atteint de scarlatine, mais personne ne la contracta pour le moment. Un an après la maladie affligea l'autre partie de la ville, quoique avant cessé complètement dans la première, où elle ne reparut plus.

Voici quelques-uns des caractères qu'offrait cette maladie : Souvent dès le début l'éruption se faisait mal ; elle était pâle, jaune, se compliquait bientôt de convulsions, de diarrhées et de méningites. Malgré ces symptômes très intenses d'inflammation, les saignées, loin de réussir, semblaient au contraire aggraver l'état des malades. Les bains chauds, les boissons chaudes, les diaphorétiques n'avaient pas plus de succès pour exciter une bonne éruption. Alors il essaya les bains froids ou des fumigations de feuilles de saule en faisant prendre à l'intérieur seulement de l'eau fraîche.

Sous l'influence de cette médication l'éruption eut lieu, les crises arrivèrent et les malades guérirent presque tous.

Dans la période de desquammation il fallait se prémunir contre d'autres accidens, c'étaient l'ascite et les hydropisies. Lorsque le mouvement fébrile continuait à cette époque, la saignée réussissait très bien.

---

compromise sans que son tissu soit altéré au point d'empêcher la dissection proposée par M. Serre. Comment supposer que la peau et la muqueuse de la lèvre, si étroitement liées par les mêmes nerfs, les mêmes vaisseaux, ne soient pas solidairement affectées quand un mal si profond que le cancer affecte une de ces parties du système tégumentaire? Voilà mes craintes. Des faits contraires et nombreux pourraient les dissiper, surtout si ces faits se produisaient un peu loin de Montpellier, un peu loin de la source du procédé opératoire. Ce que je dis ici n'implique pas le moindre soupçon de mauvaise foi de la part de qui que ce soit, encore moins de M. Serre, dont je connais la probité scientifique. Mais un regard vers l'histoire des procédés opératoires montrera qu'il n'y a que les meilleurs qui aient pu passer sans péril de la pratique de leur inventeur à celle des autres chirurgiens.

Le procédé de M. Serre, qui pourrait à la rigueur être rejeté dans les cas de cancer de la lèvre, pourrait être conservé, quant à son principe, pour d'autres cas de restauration de la face. Ainsi, il y aura toujours un avantage réel à faire à la peau qui représentera une lèvre une bordure avec la muqueuse ; et quand il faudra agrandir la bouche, cette modification sera de toute nécessité pour la réussite.

Ainsi, le principe reste : il sera probablement plus fécond en applications que je ne puis le prévoir maintenant. Seulement je pense que dans le cas de cancer on devra se méfier du procédé tel que l'indique M. Serre, et lui préférer ceux de Chopart et de M. Roux de Saint-Maximin, même en l'exposant au recouvrement dont parle le professeur de Montpellier, et que je crois moins fréquent, moins prononcé que lui.

Les autres chapitres du livre de M. Serre sont moins étendus, mais traités avec le même soin. Ce livre contient d'ailleurs 38 observations ; il est accompagné d'un atlas de 30 planches représentant 120 figures. Si le crayon de M. Alquié n'a pas toujours la correction voulue, il est quelquefois d'une complaisance qui pourra le faire rechercher par plus d'un opérateur moins habile que M. Serre. Quoi qu'il en soit, cet atlas est indispensable pour saisir le plan des opérations si minutieuses, si détaillées que M. Serre a décrites dans son livre. Si je ne craignais d'être mal compris, je dirais ici le contraire de ce qui peut être dit des ouvrages avec atlas. Chez la plupart, les planches sont un pur luxe et un moyen d'augmenter le prix du livre dont le texte suffirait. Ici les planches suffiraient presque, ce qui prouve que l'auteur n'est pas étranger à leur confection. Tout ceci a déjà fait pressentir mon opinion sur le livre de M. Serre : ce sont les détails qui en font le mérite principal. Or, la pratique vivant de détails, c'est donc ici un livre à recommander aux praticiens. Je sais que M. Serre a une autre prétention : celle de former un corps de doctrine, de faire, pour ainsi dire, une chirurgie autoplastique. Voilà l'erreur, voilà la déception. Le corps de doctrine, s'il existe, existe dans la thèse de M. Blandin. Je m'empresse de déclarer que M. Serre le reconnaît lui-même. Dans ce travail du professeur de Paris, on ne trouve pas seulement l'autoplastie de la face, mais l'autoplastie dans sa plus grande généralisation et élevée à la hauteur d'une vraie doctrine. Ainsi je crois que la thèse de M. Blandin, qui a été faite en douze jours (*non temporis filia*) peut très bien être placée au-dessus de l'ouvrage de M. Serre, *qui est le fruit de huit années de recherches et de pratique.* Seulement, je le répète, pour les détails relatifs à l'autoplastie de la face, celui de M. Serre aura une vraie valeur au point de vue pratique, et c'est déjà beaucoup. Mais après avoir cité le travail du professeur de Paris, le professeur de Montpellier aurait pu se dispenser d'écrire ceci : « Ce que l'on ne voit nulle part, ce que du moins j'ai vainement cherché jusqu'ici, c'est le lien à la faveur duquel on puisse embrasser tous les faits, et en déduire une série de corollaires qui servent de guide aux praticiens. » Hé bien, M. Serre, cela se voit dans des livres et dans une thèse qui vous ont été très utiles à des degrés différens.

M. Serre, quoique *plein d'estime* pour M. Velpeau, n'approuve pas ce passage de la *Médecine opératoire* dans lequel il est dit que l'opération qui consiste à restaurer les lèvres ne peut guère être soumise à des *règles de détail*, et qu'il faut la modifier presque aussi souvent qu'on la pratique. « Quant à moi, dit M. Serre, il me semble au contraire que quelque insolite que paraisse au premier abord la chéiloplastie, cette opération est néanmoins susceptible d'être réduite à un certain nombre de principes qui en facilitent beaucoup l'exécution. » (P. vii.) Mais, messieurs les professeurs, vous êtes parfaitement d'accord : ne discutez donc pas : car vous, M. Velpeau, vous dites que *les règles de détail* sont impossibles, ce qui est prouvé par le livre de M. Serre ; et vous, M. Serre, vous dites qu'il y a *un certain nombre de principes* qui facilitent l'exécution, ce qui est prouvé par le livre de M. Velpeau, qui lui-même donne précisément ces principes, mais des principes généraux et non des règles de détail, pour toutes les éventualités, pour l'imprévu, ce qui est impossible.

Autant M. Serre est heureux quand il faut tracer un plan d'opération, tirer des lignes élégantes sur la face, autant il est malheureux quand il touche à la critique. C'est là un instrument qui exige quelque exercice. Il serait bon, quand on commence à le manier, de choisir des sujets d'une dissection littéraire plus facile. M. Serre, pour cette fois, aurait dû se contenter de M. Zeis. Ici l'amour-propre national a inspiré le professeur de Montpellier, et souvent M. Zeis aura à se repentir, en lisant M. Serre, d'avoir soutenu la prééminence de l'Allemagne en fait d'autoplastie faciale. Il faudrait, en fin de compte, qu'un sentiment analogue à celui dont parle M. Serre, ne vînt plus répandre de temps en temps dans les productions de l'école de Montpellier ce petit ton de douce aigreur qui ne va jamais bien, même aux vainqueurs.

Une réflexion m'a frappé en lisant le livre de M. Serre. Depuis bien des années ce chirurgien, avant d'être professeur, s'occupait d'un livre sur la *réunion immédiate* ; depuis huit ans il travaille à celui que j'analyse ; depuis que l'auteur occupe la chaire de Delpech « *il ne s'est presque pas écoulé de jour sans qu'il en ait fait le texte de ses leçons* », (pag. x). On sait que Delpech appliquait surtout toutes les forces de son immense génie à faire prévaloir la *réunion immédiate*. Or, tous ces travaux, tous ces efforts du maître et de l'élève, ont des tendances locales, c'est la conviction du pouvoir de la chirurgie que j'appellerai *topique* qui soutient et dirige tous ces travaux. Or remarquez que M. Serre et Delpech représentent, surtout en chirurgie, l'école de Montpellier, cette école qui, à tort ou à raison, a toujours affecté un si grand dédain pour ce qui est local, pour ce qui est *mesquinement* borné à une région, cette école qui se vante de tenir de très près à celle de Cos, qui adore tout ce qui est généralisation soit en maladie soit en doctrine ! Maintenant tournez vos regards du côté de l'école de Paris, qu'on accuse de ne voir qu'un petit coin du mal. Eh bien, voyez-vous cette école dans un grand travail ne tendant à rien moins qu'à donner des bases solides à l'humorisme ! *L'infection purulente, les altérations du sang, celles des autres humeurs*, voilà les questions soulevées surtout par les chirurgiens à la tête desquels sont MM. Velpeau et Blandin. Depuis que ces chirurgiens ont remplacé les Dubois, les Dupuytren, les Boyer, ils font autre chose, comme on le voit, que de prendre pour texte *tous les jours* une restauration de la face.

Pour me résumer et conclure, je dirai que le livre de M. Serre sera utile aux praticiens, car il contient d'excellens détails sur les restaurations de la face. Sa partie historique et critique est faible et quelquefois injuste. Ce livre ne peut avoir qu'une importance secondaire en littérature chirurgicale, car il ne s'occupe que d'une question très secondaire. Je ne dis rien du style ; seulement j'inviterai l'auteur à faire un abus un peu moins royal du *que*. Il y en a 8 à la première page ; elle n'a que 12 lignes.

C.

— Quelques marins de la corvette de charge *l'Aube*, mouillée à Port-Jackson (Nouvelle-Zélande), et commandée par M. Levaud, capitaine de vaisseau, ayant mangé d'un fruit vénéneux du pays, ont été sauvés par les soins assidus et éclairés de M. Raoul (Etienne-Louis), chirurgien-major de la corvette, et de M. Williams Davies, chirurgien anglais résidant dans le pays, qui a refusé tout honoraire. Sur treize hommes atteints d'affreuses convulsions un seul est mort. Sur la proposition de M. Duperré, ministre de la marine, une médaille d'or a été décernée au chirurgien anglais, et l'expression d'une haute satisfaction transmise à M. Raoul.

Dans les cas graves de l'épidémie variolique dont nous avons parlé, ces derniers moyens furent aussi très favorables.

Ici M. Récamier fait remarquer, en résumant les idées précédentes, que chaque individu a ses susceptibilités, que toutes les maladies ne se jugent pas par les mêmes efforts, et que dans la convalescence il y a souvent des crises complémentaires. Puis, il se demande : pourquoi la saignée a-t-elle paru manquer à ces indications apparentes de l'inflammation ? C'est qu'il n'y avait pas réellement inflammation, c'étaient des phénomènes nerveux. Les affusions froides substituaient un phénomène fébrile factice à la crise qui devait s'opérer et tous ces symptômes effrayans causés par un effort inutile cédaient avec l'obstacle. Il conseille de commencer ces affusions à deux tiers de la température où l'on est, puis à moitié, enfin de descendre à l'égalité de la température de l'eau et de l'air.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juillet 1842. —Présidence de M. PONCELET.

MM. Rayer, J. Guérin et *Fourcault* écrivent pour se mettre sur les rangs pour la place que la mort de M. Double a laissé vacante.

— *M. Coste* lit un mémoire sur la gestation dans l'espèce humaine.

— M. *Bourgery* lit un travail intitulé : Recherches sur la structure intimes des poumons chez l'homme et chez les mammifères.

La continuation de la lecture des mémoires de MM. Coste et Bourgerie est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Lemasurier.*, D.-M. du collége royal de Versailles adresse le résultat de ses expérience sur la revaccination. 109 élèves du collége ont été revaccinés ; 27 ont éprouvé tous les phénomènes de la vaccine vraie ; 25 ont éprouvé ceux de la vaccine fausse ; les autres n'ont présenté aucun phénomène.

— *M. Mandl* adresse un travail sur la terminaison des nerfs, dont voici les principales conclusions : 1° tous les nerfs se terminent en anse ; chez les nouveaux nés, les nerfs sont privés de névrilème.

— *M. Pinet* adresse des malades affectés de déviations de la taille, et prie l'Académie de nommer une commission chargée d'examiner l'état de ces malades avant le traitement qu'il se propose de leur faire subir.

Commissaires : MM. Roux, Serres et Duméril.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des frictions de lard fumé contre la phthisie pulmonaire; par M. le docteur KOLLER, de Freystadt.

Les frictions avec le lard fumé, recommandées par M. Spilsbury contre la phthisie pulmonaire, méritent, dit M. Koller, plus d'attention que les praticiens ne leur en ont accordé jusqu'à ce jour. Si elles n'ont pas en réalité la puissance de guérir la phthisie tuberculeuse, du moins, dans les différens cas où elles ont été employées d'une manière soutenue, elles ont offert au thérapeutiste un moyen palliatif véritablement précieux, et, dans les cas de colliquation, où la digitale, la phellandre aquatique, l'opium et toute la série des agens médicinaux prétendus *antiphthisiques* ont été prescrits sans le moindre résultat avantageux, ces frictions ont fréquemment rendu des services remarquables.

D'après les essais tentés jusqu'à ce jour, les frictions de lard fumé sont spécialement indiquées pour réprimer les sueurs profuses et les autres colliquations qui menacent activement la vie des malades. Si, dans les cas de ce genre, on emploie convenablement ces frictions, la fièvre et les sueurs nocturnes disparaissent d'abord ; puis, on voit diminuer peu à peu la toux et l'expectoration : le malade éprouve un bien-être inaccoutumé ; ses forces augmentent, et M. Koller a même vu, chez un de ses clients, le corps fortement émacié reprendre un peu d'embonpoint.

Du reste, ce n'est pas seulement contre les sueurs colliquatives des phthisiques que les frictions de lard ont été recommandées : on assure aussi qu'elles ont été usitées avec succès chez des sujets affectés de fièvre hectique et dont la peau n'offait pas un accroissement de ses fonctions normales. On s'en est encore servi avantageusemet chez plusieurs asthmatiques.

Quand au mode d'administration, il est des plus simple. M. Spilsbury fait frictionner la poitrine, le dos, ou toute autre surface très étendue du corps, pendant une demi-heure, et il prescrit de réitérer ces frictions trois fois par jour, dans les cas où la maladie a fait de grands progrès. La quantité de lard pour chaque application est déterminée, car on doit en employer autant que la peau peut en absorber pendant tout le temps que dure la friction. D'ailleurs, les symptômes qui se présentent doivent être combattus par les différens moyens appropriés à l'indication, quelle qu'elle soit.

M. Koller fait suivre ces généralités de deux observations empruntées à sa pratique, dans lesquelles non-seulement les sueurs colliquatives ont été réprimées victorieusement, mais encore les autres symptômes de la maladie ont été enrayés.

(*Medicinisches Correspondenz-Blatt bayerischer Aerzte.*)

De l'acupuncture et de son emploi dans les névralgies ; par M. le docteur HUBERT-RODRIGUES.

L'auteur, après avoir rappelé l'origine chinoise de cette opération et le nom du chirurgien hollandais, Then-Rhyne, qui révéla pour la première fois, en 1693, l'acupuncture aux Européens, dit que, préconisée d'abord en France par Sarlandière, elle y eut quelques instans de vogue, grâce à l'emploi multiplié et quotidien qu'en fit alors M. le docteur J. Cloquet, tant dans sa pratique particulière que dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Mais elle ne tarda pas à être laissée de côté et à tomber à peu près dans l'oubli, en raison de quelques accidens qui suivirent l'emploi mal raisonné qu'en firent certains médecins.

Toutefois, dit M. Hubert-Rodrigues, si l'expérience nous a appris que l'acupuncture reste sans effet dans les cas de douleurs rhumatismales, elle nous a du moins démontré qu'elle réussit très bien contre les névralgies : cependant il faut reconnaître que, même dans ce dernier cas, les récidives ne sont pas très rares.

(*Gazette médic. de Montpellier*, mai 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Potion avec le sulfate de quinine tartarisé.

Pr. Sulfate de quinine,	100	centigrammes.
Acide tartarique,	130	id.
Eau distillée,	12000	id.
Sirop de menthe poivrée,	6000	id.

M. et F. diss. S. A.

M. Lacava fait les plus grands éloges de l'association du sulfate de quinine et de l'acide tartrique et en particulier de la formule précédente qui a été préconisée par M. Righini.

Cette potion, qui est indiquée dans tous les cas où le sulfate de quinine est indiqué lui-même comme antipériodique, s'administre en trois fois, à une heure de distance environ les unes des autres. La première prise doit être donnée au début de l'apyrexie, c'est-à-dire le plus loin possible de l'invasion du prochain accès.

Note sur la gélatinisation de la teinture alcoolique de kino.

M. Redwood, à la suite d'expériences nombreuses, a été conduit, par les résultats qu'il a obtenus, à penser que la matière gélatineuse qui se forme dans la teinture de kino, n'est autre chose que de l'acide ulmique, ou s'en rapproche beaucoup. Dans tous les cas, il conseille aux pharmaciens de préparer cette teinture par déplacement, afin de charger ainsi l'alcool des principes que la gomme kino peut lui céder, sans prolonger le contact de la dissolution avec le résidu insoluble. Ce résidu, qu'il a examiné avec soin, lui a paru identique avec la matière gélatineuse, et il lui attribue la propriété de transformer le tannin du kino en cette même matière, en agissant sur lui comme un véritable ferment Il recommande aussi de conserver la teinture de kino dans de petits flacons entièrement remplis.

Quoi qu'il en soit de ces diverses opinions, M. F. Boudet a observé la formation de matières gélatineuses, non seulement dans une teinture alcoolique de gomme kino, substance presque entièrement formée de tannin, comme Vauquelin l'a démontré, mais aussi dans la teinture de racine de ratanhia. Par conséquent, la transformation du tannin de ces matières astringentes en un produit gélatineux, ne saurait donc être mise en doute. Il reste seulement à expliquer convenablement ce phénomène, car les deux explications qu'on en a données jusqu'ici laissent l'une et l'autre beaucoup trop encore à désirer.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, avril 1842.)

FAITS DIVERS.

Déchirure du vagin, avec passage de l'enfant dans la cavité abdominale ; par M. le docteur BLENKINSOP.

Une femme était en travail depuis vingt-quatre heures de son sixième enfant ; les eaux étaient sorties ; on sentait avec le doigt la tête du fœtus. Les douleurs expulsives avaient été jusque-là peu énergiques, quand il en survint deux plus intenses que les autres, dont la seconde fut accompagnée d'un bruit particulier, comme celui d'une chose qui éclate ou se déchire. Aussitôt la malade, portant les mains à la partie inférieure de l'abdomen, cria à la sage-femme de la soulever, et avec son aide descendit du lit, accusant une douleur affreuse dans l'abdomen. Un médecin appelé fit des tentatives inutiles pour opérer la délivrance ; il put saisir l'enfant par les pieds sans pouvoir s'assurer de sa position réelle. Quand M. Blenkinsop arriva, cinq heures environ après l'accident, la femme venait d'expirer. La main placée sur l'abdomen pouvait circonscrire le corps de l'enfant. Une incision des parois permit de constater qu'il était couché obliquement dans la cavité abdominale, derrière le grand épiploon, la tête du côté de l'hypochondre droit, les jambes vers la région iliaque gauche. L'utérus n'offrait aucune espèce de lésion ; il était revenu sur lui-même comme on le trouve d'ordinaire quelques heures après l'accouchement. La main, introduite dans le vagin par les voies naturelles, pénétra sans obstacle dans l'abdomen, entre l'utérus et le rectum, et l'on reconnut une large déchirure des parois vaginales à leur partie supérieure et postérieure. On ne découvrit aucune ulcération ni cicatrice dans le vagin ; mais s'il en eût existé, le désordre des parties n'eût sans doute pas permis de le reconnaître. Aucun instrument n'avait été employé, et on n'avait exercé aucune manœuvre violente.

(*Dublin. Med. Press.*)

Cas de monstruosité remarquable ; par M. le docteur FRIESE, de Goldapp.

Madame A..., âgée de vingt-sept ans, d'une forte constitution, bien conformée et déjà mère de trois enfans également bien conformés, accoucha le 26 août dernier, d'un enfant monstrueux qui mourut au bout d'une demi-heure.

Cet enfant, né à terme, pesant trois kilogrammes (6 livres) et long de cinquante centimètres (18 pouces), manquait des parties génitales extérieures. A la place que ces organes auraient dû occuper, il existait une tumeur formée de peau qui recouvrait le périnée et s'étendait jusqu'à l'anus : ce dernier était ouvert et contenait un peu de méconium.

Au bras droit, le cubitus et le radius allaient en s'éloignant peu à peu l'un de l'autre, à partir de l'articulation huméro-cubitale, de telle sorte qu'à leur extrémité carpienne ils étaient séparés par une distance d'environ douze centimètres (4 pouces). Ces deux os étaient recouverts et réunis par une pellicule mince et tendue, transparente et d'une couleur blanc-jaunâtre, sur laquelle on ne distinguait aucune trace de fibre musculaire. L'os pisiforme était le seul des os du carpe qui existât ; la main manquait aussi, et l'avant-bras présentait une forme en quelque sorte analogue à celle de l'aile d'une chauve-souris.

Les autres parties du corps et les viscères, à l'exception des parties génitales internes, offraient une conformation normale. Derrière chaque anneau inguinal, il se trouvait une petite vésicule du volume d'un pois, qui était réunie à un prolongement du péritoine ; à leur ouverture, il s'en écoula un liquide presque aqueux et limpide ; leur enveloppe consistait en un tissu membraneux transparent. On ne put apercevoir aucun indice des testicules, de l'épididyme, des vésicules séminales, ni des canaux déférens.

La vessie, grande comme un œuf de pigeon, ne contenait aucun liquide : sa structure ne présentait rien d'anormal ; on y reconnaissait le commencement du canal de l'urètre, qui avait presque deux millimètres (une ligne) de diamètre ; mais dans le restant de son étendue, il était oblitéré à ce point de ne pas permettre l'introduction de la sonde même la plus déliée.

Il n'y avait pas de prostate.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

NOUVELLES.

Le concours pour deux places de chirurgien au bureau central d'admission aux hôpitaux et hospices de Paris est terminé ; les nominations ont été faites samedi.

MM. Cullerier et Marjolin fils ont été nommés.

— Par arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Goyrand vient d'être nommé inspecteur-adjoint des eaux thermales d'Aix (Bouches du Rhône).

— Les barraques qui forment les camps de la banlieue de Paris sont si déplorablement bâties, qu'en hiver les soldats y sont glacés par l'eau et le vent, et en été rôtis par la chaleur, et de plus dévorés par les puces et par les punaises qui pullulent dans les cloisons de planches.

Ce sont ces affreux logemens qui déciment les régimens que l'on condamne à y demeurer, et qui encombrent de malades les hôpitaux. Tous les soldats disent qu'ils préféreraient coucher en plein air.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 84. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Quelques cas de pleuro-pneumonies traitées par les émissions sanguines coup sur coup. Pneumonies bilieuses. Reflexions.

(Suite et fin du n° 81.)

Au n° 17 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Victor Froment, âgé de quarante ans, marinier, né à Isy (Aisne), malade depuis cinq jours, entré le 14 avril 1842.

Constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin, variolé, non vacciné, à Paris depuis cinq ans et demi; habituellement bien portant. Il y a cinq jours, il fut pris pendant la nuit d'une douleur de côté, qu'il rapporta ensuite au flanc gauche. En même temps, chaleur fébrile très intense, courbature générale; gêne extrême de la respiration, toux et expectoration de crachats sanguinolens. Ces symptômes s'amendèrent un peu le second et le troisième jour, et le malade, se sentant mieux, s'est levé pendant plusieurs heures. Dans la soirée de ce troisième jour, la fièvre reparut avec céphalalgie, gêne de la respiration, et nouvelle expectoration de crachats sanglans; sommeil à peu près nul. Pour tout traitement, tisane de réglisse; deux ou trois bouillons, un peu de lait et une chopine de vin chaud ont constitué son régime depuis le commencement de la maladie. Il est venu à pied à l'hôpital. Il attribue sa maladie à un refroidissement subit après avoir eu chaud.

Etat du malade à l'entrée: Visage un peu animé aux pommettes, n'exprimant pas, du reste, de souffrance bien prononcée. Langue humide, blanchâtre. Soif vive. Ni nausées, ni vomissemens. Ventre un peu sensible à la pression dans le flanc droit, sans développement anormal. Pas de selles depuis quatre jours. Pouls à 88, peu développé. Respiration à 32-36. Peau chaude, sèche. Matité du cœur normale. Les bruits n'offrent rien de bien particulier, peut-être un peu voilés. Résonnance et respiration bonnes en avant. En arrière à droite, résonnance assez bonne ainsi que la respiration, si ce n'est dans la moitié inférieure où celle-ci est mélangée d'un peu de crépitation. A gauche, résonnance faible dans la moitié supérieure, le devenant de plus en plus à mesure qu'on descend vers la base du poumon; la respiration, quoique faible, s'entend encore jusque vers l'épine de l'omoplate. A partir de ce point, on constate un souffle bronchique dont le maximum d'intensité existe à la partie inférieure, avec mélange de râle crépitant à grosses bulles, et retentissement de la voix. Le souffle est également très prononcé vers la partie latérale et supérieure du même côté, surtout en remontant vers l'aisselle. Matité évidente dans toute cette région. Dyspnée peu marquée dans ce moment. Toux peu fréquente. Deux crachats muqueux, blanchâtres, un peu visqueux, sans traces de sang. Saignée, 3 palettes.

15 avril. Pas de soulagement notable. Crachats visqueux, filans, rouillés, 60 grammes environ. Persistance de la douleur au côté gauche. Respiration à 36; pouls à 92, tendu, développé, résistant. Peau chaude, sans sueur dans ce moment. Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés. Rien de notable au cœur. En arrière à droite, résonnance faible depuis le milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'en bas, presque mate. Souffle bronchique vers le bord postérieur de l'omoplate, pendant l'expiration surtout. Retentissement bronchophonique de la voix. A gauche, résonnance encore plus faible depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. Souffle bronchique double dans toute l'étendue de la matité. Retentissement éclatant de la voix. Pas de crépitation. Décubitus dorsal. Caillot adhérent, quelques traces d'une couenne mince. Caillot glutineux (le sang a mal coulé).

Diagnostic. — Pleuro pneumonie double affectant les quatre cinquièmes postérieurs inférieurs du côté gauche et les trois cinquièmes du côté droit, au second degré, bien caractérisée, surtout à gauche. Cas très grave. Saignée, 5 palettes le matin; saignée, 4 palettes le soir; ventouses scarifiées sur la région postérieure du thorax, 4 palettes; guimauve, sirop gommé, 3 pots; diète.

16 avril. Mieux que la veille. Sommeil passable, moins d'oppression. Toux moins fréquente. Douleur de côté moins forte. Quelques crachats encore rouillés, tremblottans, gélatiniformes (80 grammes environ). Respiration à 32. Pouls à 88-92. Résonnance et respiration bonnes en avant. Cœur normal. Résonnance comme la veille en arrière, un peu meilleure en bas. Le souffle du coté gauche bien distinct, quoique plus faible vers le bord postérieur de l'omoplate, cesse vers le bord inférieur où il est remplacé par quelques craquemens secs. A droite et vers le bord postérieur de l'omoplate, on entend ces mêmes craquemens. Le souffle du côté droit a disparu en partie. Bronchophonie très marquée dans la fosse sous-épineuse gauche. Les deux caillots rétractés, couenneux, fermes, supportant leur poids; les rondelles des ventouses prises en une masse glutineuse. Sérosité limpide, non rougie. Saignée de 4 palettes; ventouses scarifiées *eodem loco*, 4 palettes; mêmes boissons; diète.

17 avril. Le malade dit se sentir encore beaucoup mieux que la veille. La respiration n'est plus gênée; crachats albumineux, sans trace de sang; chaleur modérée de la peau; pouls à 68-72; respiration à 20-24, douce, profonde. En arrière, à gauche, encore un léger souffle avec un peu de crépitation clairsemée, plus distincte après quelques efforts de toux; pas de souffle à droite, où la respiration vésiculaire revient. Même état du sang que les jours précédens. Saignée de 3 palettes; vésicatoire à la partie postérieure gauche, 0,18 m. Le reste *ut suprà;* diète.

18 avril. Le malade se trouve tout à fait bien, et ne se plaint que de faiblesse. A part la douleur locale, le vésicatoire n'a rien fait ressentir au malade. Crachats blancs muqueux; chaleur douce de la peau; moiteur; pouls à 68; respiration à 24, tout à fait libre, au dire du malade. Résonnance et respiration bonnes en avant; bruits du cœur bien frappés, sans souffle. En arrière à gauche, la respiration se fait entendre partout avec quelques bulles de crépitation clairsemées, un peu plus bruyante vers l'épine de l'omoplate. Convalescence commençante. Mêmes boissons; un bouillon coupé.

19 avril. Quelques crachats blancs muqueux; pas de gêne de la respiration ni de douleur; peau de chaleur modérée; pouls à 72; visage bon; appétit *idem;* deux bouillons.

21 avril. Le malade va très bien. Crachats muqueux blancs; pouls à 68, régulier; respiration à 16-20; résonnance et respiration revenues partout, sans souffle; température à 34 1/2. Quart d'alimens.

30 avril. Trois quarts.

Le 8 mai le malade demande sa sortie (vingt-quatre jours après son entrée).

— Au n° 25 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Brisebourg, âgé de vingt ans, commis, malade depuis trois jours, entré le 29 mars.

Constitution moyenne, tempérament lymphatico sanguin, vacciné, non variolé, à Paris depuis un an, habituellement bien portant. Il y a trois jours, il fut pris de céphalalgie, lourdeur de tête, sentiment de courbature générale, frissons suivis de chaleur; toux accompagnée d'une douleur vive sous le sein gauche; alité depuis le premier jour jusqu'à ce moment; peu de sommeil; trois ou quatre vomissemens bilieux dans la journée d'hier; quelques crachats d'une teinte jaunâtre; persistance des phénomènes indiqués et augmentation de la toux et du point de côté. Pas de traitement. Pour toute nourriture, un peu de lait depuis avant-hier. Il attribue sa maladie à un refroidissement subit après avoir eu chaud. Il est venu à pied à l'hôpital, malgré un sentiment de faiblesse assez prononcé.

Etat du malade à l'entrée:

Visage animé, jaunâtre dans son ovale inférieur; anorexie; soif assez vive; l'épigastre indolent; ventre plat, indolent; un peu de gargouillement dans le flanc droit seulement; peau chaude, moite, pouls à 96, développé, résistant; bruits du cœur plus sourds qu'à l'état normal, surtout le premier, qui est même accompagné, dans la région de l'orifice aortique

---

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Dixième lettre. — *Plaidoyer* pro domo suâ. — *De l'influence de Descartes sur la chirurgie du dix-huitième siècle, et de la direction philosophique de J.-L. Petit et de l'Académie royale de chirurgie.*

Tandis que nous nous promenions, sans songer à mal, dans les doctes sentiers de l'antiquité et du moyen-âge, une subite agression nous force à descendre rapidement au dix-huitième siècle. Un professeur inopiné d'histoire et de philosophie chirurgicales, probablement quelque arrière-cousin des Asclépiades, pour faire une diversion utile, est entré les armes à la main sur mon petit territoire, massacrant les faits, saccageant les idées, déterminé à ne pas laisser pierre sur pierre de l'humble édifice que j'avais si laborieusement construit, m'assurant au surplus de sa protection et de sa bienveillance. C'est pourquoi je porte plainte devant le public des dégâts qu'il a commis, des dommages qu'il a causés, désirant faire voir à tous que c'est à tort et sans raison qu'il a fait à mes dépens le Tamerlan et le Vandale, et demandant en forme de légitime réparation desdits dommages, qu'il soit tenu d'en faire amende honorable, sans dépens.

Cet adversaire redoutable commence par m'entreprendre sur le chapitre de la philosophie; et d'abord il déclare que *ce grand mot de philosophie aurait bien besoin d'être défini.* Il a lu dernièrement, dans une préface écrite par l'un des esprits les plus distingués de notre temps, au-devant des *Fragmens de l'Ecossais Hamilton*, que *la philosophie est une science qui n'a pas encore déterminé son objet, c'est-à-dire qu'elle n'est pas une science.* Hélas! je vois bien, en effet, qu'il aurait grand besoin d'être édifié sur le sens du mot philosophie. Ne trouvera-t-il pas quelqu'un qui lui apprenne la petite différence qui existe entre la philosophie spéculative et la philosophie pratique? N'a-t-il jamais ouï parler de la philosophie de Bâcon, ou seulement en ouvrant les Œuvres de Voltaire, n'a-t-il pas lu le titre de je ne sais plus quel Essai sur la philosophie de Newton? Toutes choses qui n'ont pas grand rapport avec les Fragmens de l'Ecossais Hamilton, lequel, en effet, s'occupe d'une philosophie qui n'a pas encore bien déterminé son objet, et qui ne nous regarde en aucune manière.

Mais en supposant la philosophie définie, *il faudrait encore la définir dans son application aux differens corps de science, et se demander, pour ce qui nous touche, ce que c'est que la philosophie de la chirurgie.*

Que de difficultés, et comment parvenir à les vaincre! Il est probable que nous aurons tenté une chose inouïe en recherchant, en effet, quels étaient les fondemens et le critérium de la chirurgie, et que nous aurons donné aux autres sciences un signal qu'elles n'attendaient peut-être pas de nous. Mais quand ces fiers chirurgiens voudront-ils donc comprendre qu'ils sont les derniers venus dans la voie philosophique et scientifique, qu'ils ont toujours été traînés à la remorque, et qu'en ce moment encore ils sont en arrière de cinquante années? Toute science digne de ce nom, a senti le besoin de s'approprier, de plier à son usage les principes de la philosophie générale; des esprits éminens de notre époque ont écrit sur la philosophie naturelle, sur la philosophie chimique, sur la philosophie médicale; et nos chirurgiens, qui ne s'en doutent pas, qui semblent encore enfermés dans la boutique de barbier qu'ils occupaient hier, se tiennent les bras croisés, et, comme M. Jourdan, se demandent. *Qu'est-ce qu'elle chante cette philosophie!* Et, de fait, de quoi pourrait-elle leur servir? Ils n'ont pas, du moins certains d'entre eux, ils n'ont pas la prétention de cultiver une science; ils aiment mieux parler de leur *métier*. Pour eux la grande affaire est d'appliquer un bon petit cataplasme, de couper un bon petit bras, d'adresser une bonne petite note à un bon petit malade; tout comme du temps de J.-L. Petit ils étaient tout contens de faire une bonne petite barbe, et se récriaient contre ce brouillon qui avait donné le mauvais exemple de fermer sa boutique.

Nous ne savons pas bien poursuit mon critique, *si la philosophie en chirurgie consisterait dans un certain nombre de principes capables de diriger le chirurgien dans l'exercice de son art et dans l'exposition de ses connaissances.* Il n'en sait donc rien, ou quasi rien; mais cependant *à vrai dire* il n'a *guères* fondé son journal *que pour le soutien de ces principes* C'est à mon tour à être embarrassé, et je m'estimerais le plus heureux homme du monde si mon philosophe daignait me dire, en commençant par le commencement, quels sont ces principes qu'il soutient? Exhibez-nous-en un ou deux, de grâce, afin que nous puissions juger de quelle école chirurgicale vous les avez reçus, d'A Paré, de Petit ou de Hunter, et par suite, de quelle école philosophique ils relèvent, de l'ancienne Sorbonne, ou de Bâcon ou de Descartes. Peut-être aussi les aurez-vous créés et forgés de toutes pièces; mais il serait alors souverainement injuste et périlleux pour votre gloire de nous les cacher plus long-temps.

Pour moi, que vous accusez malicieusement d'avoir inventé la philosophie de la chirurgie, j'ai exposé au grand jour les principes que je n'avais point inventés (tant d'honneur ne m'est point dû), mais que j'avais jugés les meilleurs par les fruits qu'ils avaient déjà portés, et que je voulais appliquer à l'édification de la chirurgie. Cependant, ajoute mon interlocuteur, *il y a une chose que M. Malgaigne a inventée en fait de philosophie chirurgicale; c'est que Descartes a engendré J.-L. Petit, lequel était peut-être bien éloigné de s'attendre à une semblable paternité.*

Peut-être est un mot très sage, et qui a été employé là fort à propos. Je crois bien, à la vérité, que si J.-L. Petit n'eût suivi que les cours de Saint-Côme, il aurait bien pu méconnaître l'idée philosophique qui le poussait en avant; mais le rapport, pour être méconnu, n'en eût pas moins existé. *Peut-être* bien notre professeur ne se doute pas qu'il fait lui-même du cartesianisme tout pur en chirurgie, ce qui n'empêche pas qu'il en soit ainsi et de lui et de bien d'autres. Mais si J.-L. Petit n'est pas fils de Descartes, de qui donc est-il? Question fort embarrassante. Car de supposer que tout d'un coup, sans précédens, sans maîtres, J.-L. Petit se soit élevé à cette manière originale de considérer la chirurgie, ce serait quasi admettre un effet sans cause. — Mais c'était un homme de génie! — Oui, homme de génie, et de plus de génie que vous ne soupçonnez, je vous l'affirme. Mais pourquoi A. Paré, au seizième siècle, n'a-t-il pas fait l'œuvre de J.-L. Petit? Et pourquoi, au dix-huitième siècle, J.-L. Petit n'a-t-il pas recommencé l'œuvre de Paré? Pourquoi cette différence dans les deux époques? Je vous en prie, mon maître; soyez assez bon pour nous le dire.

Non, J.-L. Petit n'ignorait point l'origine et la portée de la philosophie de son temps; on s'était chargé de le lui apprendre. En 1666, quand la Faculté de Paris à une majorité de 92 voix vota le libre usage de l'émétique, ni la majorité, ni la minorité n'ignoraient la signification de la lutte et de la victoire. L'émétique était le mot de ralliement, de même qu'au temps de Brissot la saignée du bras correspondant à la pleurésie. Saigner du bras gauche quand Avicenne saignait du bras droit, c'était renverser les doctrines arabistes; donner l'émétique dont Hippocrate n'avait point parlé, c'était se mettre en pleine révolte contre l'Hippocratisme, et combattre au profit de la philosophie nouvelle. Ouvrez un peu les livres de votre secte, et vous y verrez à chaque page ce que je vous annonce. Cette même année 1666, l'Académie des Sciences fut définitivement fondée; lisez sa profession de foi, vous y trouverez le nom de Descartes. J.-L. Petit, qui fut membre de l'Académie des Sciences, n'en aurait il pu entendre dire un mot par ses collègues? Mais nous n'en sommes point réduits à de pareilles conjectures; rassurez-vous. On va vous montrer que J.-L. Petit apprit la chirurgie dans un livre tout empreint de la philosophie de Descartes; que J.-L. Petit y lut dès les premières pages que la chirurgie ancienne était remplie d'erreurs, et devait être à l'avenir remplacée par la chirurgie cartesienne; et comme l'un des caractères de la chirurgie de J.-L. Petit est de rompre entièrement avec le passé, on peut en induire qu'il avait profité des leçons de ses maîtres. Je m'en vais donc, ô illustre critique, vous donner une idée de ce fameux livre, qui devrait occupe

d'un souffle court, bien distinct. Pas de bruit de diable dans les artères du cou. Toux peu fréquente pendant l'examen, suivie de l'expectoration de quelques crachats visqueux, adhérens, gélatiniformes, légèrement safranés. Respiration à 24. Douleur sous le sein gauche, augmentant par la toux et les inspirations profondes; résonnance et respiration bonnes en avant à droite, un peu plus faibles, l'une et l'autre, à la partie inférieure et externe du côté gauche, sans souffle ni râle d'aucune espèce. Rien de notable à droite en arrière. A gauche, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, résonnance sensiblement plus faible. La respiration, bonne dans la fosse sus-épineuse, accompagnée jusqu'en bas d'une crépitation fine, disséminée, bien qu'assez abondante, pendant l'inspiration seulement. Vers l'épine de l'omoplate seulement, souffle bronchique encore peu intense, bien distinct, avec retentissement un peu exagéré de la voix. Céphalalgie, pesanteur de tête, étourdissemens, sentiment de faiblesse assez marqué. Saignée de 3 palettes.

30 mars. Le malade se trouve à peu près dans le même état. La douleur de côté diminue; crachats albumineux, quelques-uns rouillés. Peau chaude, un peu moite; pouls à 104, souple, non redoublé; respiration à 28; résonnance bonne en avant; la matité de la région précordiale s'étend en dehors et en bas, bien au-delà de la pointe du cœur. Les battemens du cœur forts; le premier bruit mêlé d'un souffle rude, râpeux, plus filé que la veille. Le maximum d'intensité se fait sentir vers l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Respiration bonne en avant; en arrière à gauche, résonnance faible depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas; résonnance bonne à droite; à gauche, souffle bronchique bien caractérisé, pas très fort dans la région de la fosse sous-épineuse, plus fort pendant l'expiration, avec quelques bordées de crépitation fine et humide vers le bord antérieur de l'omoplate. Tout à fait en bas, respiration bruyante, sifflante, sans crépitation. En dehors, frottement pleural se rapprochant du bruit de cuir neuf dans le point où le malade rapporte la douleur. Teinte jaune de l'ovale inférieur du visage. Soif vive; anorexie.

Caillot médiocrement rétracté; couenne peu épaisse, organisée, supportant le poids du caillot.

Diagnostic. Pleuro-pneumonie affectant les trois cinquièmes postérieurs et externes du poumon et de la plèvre gauches, du premier au second degré; coïncidence d'endocardite. Cas assez grave. Saignée de 3 palettes le matin, et 3 palettes le soir; ventouses scarifiées sur la région postérieure inférieure gauche, 3 palettes; catapl.; guimauve, sirop gommeux, 4 pots; diète.

31 mars. Le malade dit se sentir beaucoup mieux sous tous les rapports. La douleur, qui avait disparu hier presque tout-à fait, n'existe plus que très faiblement ce matin. Respiration libre. La douleur de l'hypochondre gauche se montre vers l'épaule. Sueur pendant la nuit; peau halitueuse; teinte jaune de l'ovale inférieur du visage; pouls à 100-104, médiocrement développé, régulier, non redoublé; respiration à 28. La matité de la région externe et antérieure gauche a tout à fait disparu; la résonnance est claire, et contraste d'une manière frappante avec la matité de la veille. La respiration vésiculaire bonne en avant des deux côtés; le souffle du premier temps moins marqué que la veille, existant cependant encore; son maximum d'intensité est dans la région auriculo-ventriculaire.

En arrière, à gauche, la matité a diminué bien évidemment. Le souffle bronchique a fait place à une crépitation fine, humide. Résonnance et respiration bonnes à droite. Crachats albumineux, en partie rouillés.

Caillots recouverts d'une couenne ferme, jaune, organisée, plus fermes pour la première saignée que pour la seconde. Rondelles formant une masse glutineuse; sérosité non rougie. Saignée de 3 palettes; ventouses scarifiées sur la région antérieure externe du thorax, 3 palettes; mêmes boissons; diète.

1er avril. Le malade dit se trouver beaucoup mieux encore. Crachats blancs, spumeux; respiration à 28; pouls à 100, assez développé; chaleur modérée; résonnance bonne en dehors à gauche; respiration pure, abondante; encore un peu de souffle au premier temps, court, rude. En arrière, à gauche, résonnance bonne partout, un peu faible en bas; pas de souffle; belle crépitation, disséminée en quelques points seulement; caillot fortement rétracté, couenneux; rondelles prises en un seul caillot glutineux. Vésicatoire sur la partie postérieure du thorax, 0,15 m.; mêmes boissons, diète.

2 avril. Assez bien; ni douleur de côté, ni sentiment d'oppression; pouls à 100-104, développé; résonnance et respiration bonnes en avant et en dehors; les battemens du cœur forts, durs; les deux bruits rudes, le premier toujours accompagné d'un peu de souffle râpeux. En arrière, crépitation bien marquée en dehors; crachats albumineux; quelques-uns sont rouillés. Saignée de 3 palettes; le reste *ut suprà*.

3 avril. Pouls à 92, peu développé. Ce matin un vomissement bilieux verdâtre. Caillot rétracté, couenneux, ferme, jaune, résistant, Convalescence commençante. Mêmes boissons; un bouillon.

4 avril. Pouls à 84, un peu flasque; résonnance et respiration bonnes partout, même en arrière à gauche, où la crépitation a disparu complètement. La matité précordiale normale; le souffle du premier temps à peine marqué. *Idem;* deux bouillons.

9 avril. Pouls à 72, un peu redoublé; résonnance et respiration bonnes en avant; les bruits du cœur bien clairs, sans souffle; un peu d'angine; rougeur et gonflement de la muqueuse pharyngienne. Deux bouillons; deux potages.

12 avril. Tout à fait guéri. Le quart.

Le 5 mai il demande sa sortie.

— Les deux observations précédentes offrent deux admirables exemples de la puissance des émissions sanguines employées selon la formule de la Charité dans le traitement des maladies aiguës. Nous voyons, dans l'un de ces cas, un homme entrer à l'hôpital au cinquième jour d'une pleuro-pneumonie double au second degré, occupant les quatre cinquièmes de chaque poumon. Le cas parut tellement grave à M. Bouillaud, que le pronostic fut porté *casus gravissimus*, pronostic dont on est très sobre dans ce service, et que l'on ne réserve presque que pour les cas désespérés. Cependant le sujet étant fort, d'une bonne constitution, docile et disposé à se prêter à tout ce que l'on jugerait à propos de mettre en usage, on se décida à agir, malgré la gravité du cas. Sept saignées en quatre jours, 27 palettes de sang (6 livres et demie). Le cinquième jour la convalescence était déclarée, et le sixième le malade prenait deux bouillons. Ce cas est un des plus beaux qu'il ait été donné d'observer, je ne dirai pas seulement depuis le commencement de la clinique, mais depuis plusieurs années. Ce n'est pas que je veuille dire que ces cas soient extrêmement rares; il ne se passe pas d'années où l'on n'observe plusieurs faits de cette importance et de cette gravité; et, habitués que nous sommes à les voir par nous-mêmes, et à suivre chaque jour la marche de la maladie sous l'influence du traitement employé, nous nous étonnons à peine de ces résultats, qui paraissent tellement extraordinaires à ceux qui n'en ont pas été témoins, qu'ils les regardent comme impossibles et se refusent à y croire. Quelle est la méthode autre que celle-ci qui pourrait citer des succès aussi complets, aussi rapides? Nous disons aussi rapides; car après une perte de six livres et demie de sang dans l'espace de quatre jours, le malade, en pleine convalescence le sixième jour, sortait le 8 mai, vingt-quatre jours après son entrée, parfaitement guéri et mangeant la demi d'alimens depuis plusieurs jours.

Le second fait n'est pas moins digne d'attention que le premier; il est relatif à un sujet d'une constitution de force moyenne, qui était affecté d'une pleuro-pneumonie gauche au deuxième degré, avec cette coïncidence d'endocardite dont M. Bouillaud a démontré l'existence fréquente dans des cas pareils.

Dans l'espace de quatre jours sept saignées furent faites; mais le cas était moins grave que le précédent, la quantité de sang retiré fut moins considérable; on n'enleva au malade que 21 palettes (quatre livres un quart) de sang. Le sixième jour la convalescence était déclarée, et le malade sortait, parfaitement guéri depuis long-temps, le 5 mai, trente-six jours après son entrée à l'hôpital. On voit à quoi s'en tenir sur le compte de ceux qui prétendent que la convalescence, dans les maladies aiguës traitéee par la formule de M. Bouillaud, se prolonge indéfiniment, et que l'on a les plus grands peines à tirer les malades de l'état d'anémie et d'épuisement dans lequel les ont jetés les émissions sanguines. L'expérience et l'observation ont prouvé depuis long-temps que l'anémie produite par les émissions sanguines bien dirigées et pratiquées dans un court espace de temps, est beaucoup moins dangereuse et plus facile à guérir que celle produite par la maladie abandonnée à elle-même.

A. F.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. TANCHOU.

De quelques affections peu connues des organes sexuels de la femme.

Névroses de la vulve.

Dans les grandes villes, on est souvent consulté par des femmes sur l'âge de retour, qui accusent des douleurs rongeantes ou lancinantes dans la vulve, douleurs dont l'opiniâtreté et le siége affectent beaucoup leur moral et qu'elles attribuent généralement à l'existence d'une affection cancéreuse. On examine la vulve, et on la trouve dans un état d'intégrité parfaite; mais en promenant le doigt à sa surface, on y développe en certains endroits une douleur qui arrache une plainte à la malade.

D'autres fois, une femme d'un âge moins avancé, affectée d'une maladie de matrice, accuse une douleur aiguë au passage du doigt sur la vulve, ou à celui du spéculum: cependant la vulve est saine. Ce phénomène n'attire pas d'abord l'attention, mais il se renouvelle à chaque examen. Serait-il occasionné par le contact froid du métal, par le volume de l'instrument ou par sa forme? On plonge celui-ci dans l'eau chaude avant de l'introduire, on se sert d'un plus petit et d'une autre forme, et cependant la malade continue à se plaindre.

Enfin, on rencontre des femmes qui se plaignent d'une douleur cuisante au passage de l'urine sur la vulve; on examine celle-ci attentivement, et on n'y trouve rien d'anormal.

Dans ces diverses circonstances, les malades vous diront qu'elles souffrent dans les relations sexuelles, quelquefois même à la simple introduction de l'olive de la seringue qui sert à leurs injections.

C'est à cet état de souffrances observé sans doute par beaucoup de médecins, car il est assez commun, et dont M. Lisfranc a dit quelques mots dans ses cliniques, que M. Tanchou donne le nom de névrose de la vulve.

Les nerfs de la vulve peuvent être le siége d'une lésion *primitive*, *secondaire* ou *essentielle* de la sensibilité: *primitive*,

---

une place capitale dans l'histoire de la chirurgie; et que nos Cartésiens, trop fidèles à leur mépris pour les traditions, ont eu l'ingratitude de laisser dans le plus profond oubli.

Et d'abord écoutez la préface.

« C'est une chose étonnante, dit l'auteur, que la chirurgie soit demeurée si imparfaite dans un temps où la philosophie moderne a fait tant de progrès depuis quelques années. Mais l'on n'en sera plus surpris si l'on considère que les principes qui ont toujours servi de fondement à la chirurgie sont obscurs, embarrassés et très faux; c'est pourquoi tout ce que l'on a dit depuis tant de siècles sur ces fondemens tombe en ruine. »

Comme vous voyez, notre cartésien n'y va pas de main morte; tout à l'heure, au reste, vous aurez la preuve qu'il ne se pose point en réformateur: il ne veut qu'appliquer des idées déjà fort en vogue.

« Il y a long-temps, poursuit-il, qu'Hippocrate a dit que la médecine et la chirurgie sont inséparables de la philosophie: en effet, la médecine et la chirurgie séparées de la philosophie ne peuvent non plus recevoir d'accroissement qu'une branche d'arbre séparée du tronc. La philosophie dont on parle n'est pas celle d'Aristote, que l'on enseigne encore dans la poussière des écoles, car elle est toute remplie d'erreurs grossières; mais la philosophie qu'il faut étudier est celle dont le célèbre monsieur Descartes nous a découvert les véritables principes. »

C'est donc en suivant ces principes *certains et indubitables*, qu'il est *venu à bout de donner une pathologie de chirurgie où l'on n'avance rien qui ne soit appuyé de bonnes raisons.*

Je pourrais m'arrêter là, en vous donnant le nom de l'auteur, la date et le titre du livre: mais ce serait vous faire tort, et vous serez charmés de savoir comment ces cartésiens de la première école comprenaient la pathologie.

« Toute la théorie des maladies que l'on explique dans cette pathologie n'est fondée que sur une seule hypothèse, qui consiste dans le changement des tuyaux et des liqueurs des parties de notre corps; car afin qu'il n'arrive point de changement dans les tuyaux et les vésicules qui composent la substance des parties solides, il faut que leurs ouvertures soient égales partout; il faut que ces canaux ne soient point rompus, qu'ils soient toujours flexibles pour laisser couler librement les liqueurs; qu'ils aient assez de force pour résister à leur mouvement; enfin il est nécessaire que tous ces petits tubes aient du ressort pour chasser les liqueurs nourricières, car sans cela il n'y aurait point de circulation. »

On comprend que si ces conditions manquent dans les vaisseaux, ce sera déjà une cause de maladie. Quant aux liqueurs elles-mêmes,

« On remarque d'abord qu'elles sont quelquefois en petite quantité, et qu'elles deviennent souvent âcres. Elles peuvent encore perdre leur mouvement par la dissipation de leurs particules spiritueuses; ce qui est cause qu'elles s'épaississent. »

Vous n'auriez avec ceci qu'une idée bien incomplète de la théorie; aussi ne sont-ce que de pures généralités, et pour le détail l'auteur nous renvoie avec raison à son livre même. Suivons-le donc dans son ouvrage, et, pour commencer par le commencement, étudions son chapitre premier, où il traite *du phlegmon et de l'inflammation*.

L'inflammation est « une tumeur qui arrive aux parties charneuses, accompagnée de rougeur et de douleur, produite par le croupissement du sang et des autres liqueurs arrêtées dans leurs tuyaux, ou extravasées hors de ces mêmes tuyaux. Lorsque dans les inflammations les particules les plus subtiles des liqueurs qui se trouvent arrêtées se sont évaporées, et qu'il n'y a plus d'esprits ni de sels volatils, les autres particules grossières se joignant ensuite de plus près, composent une masse que l'on appelle du pus. »

Vous voilà déjà quelque peu renseignés sur la nature de l'inflammation et de la suppuration. Je suis obligé, à mon très grand regret, de passer sous silence les variétés des abcès, dans lesquels on trouve quelquefois *comme de la boue toute fourmillante de vers, d'araignées, de lézards, de grenouilles et de crapauds; ce sont toutes choses de fait que l'on peut voir dans les journaux de France et d'Allemagne*; et l'auteur promet d'expliquer plus tard la génération de ces insectes. Ceci a été reporté au chapitre des abcès dans les éditions suivantes; mais ce qui est resté ici, c'est la haute étiologie du phlegmon.

« Les causes du phlegmon sont internes et externes. Celles du dehors sont comme les contusions, les fractures, les piqûres, les plaies, etc... Par exemple, qu'une partie soit meurtrie, les fibres sont comprimées, elles se serrent en s'approchant les unes auprès des autres; le sang et les autres liqueurs nourricières sont chassées de leurs tuyaux, elles se répandent dans l'interstice des fibres. Dans cette forte expression du sang et des autres liqueurs, la situation et l'arrangement de leurs particules n'étant plus les mêmes, les pores des particules alcalines par où la matière subtile avait auparavant un cours libre, changent de figure, deviennent obliques ou plus étroits dans leur milieu qu'à la superficie; ou bien ces pores sont occupés par les sels acides qui ont rompu leurs liens. La matière éthérée qui coule sans interruption par tous les pores de nos parties trouvant ces chemins rétrécis, elle entre avec effort dans les pores des particules alcalines du sang; mais trouvant d'abord un obstacle qu'elle ne peut surmonter, elle est réfléchie sur ses pas, et de là repoussée dans le sang qu'elle agite d'un mouvement fort rapide; et ce mouvement inégal et irrégulier dure autant de temps que la matière du premier élément trouve des obstacles qui l'empêchent de continuer son mouvement en ligne droite, aussi vite que son agitation le demande; c'est-à-dire que ce mouvement dure tant que les acides sont engagés dans les pores des alcalis; ainsi, il faut, afin qu'il cesse, que les particules alcalines soient brisées, ou que les acides soient chassés de leurs pores. Lorsque les alcalis et les acides se sont mêlés ensemble, les soufres qui étaient joints avec les alcalis se trouvent seuls dans la sérosité; c'est pourquoi le phlegme les pressant de tous côtés, joint ensemble tous leurs petits rameaux, ce qui compose ensuite des grumeaux, lesquels étant poussés dans l'ouverture des tuyaux les bouchent, en sorte que le sang et les autres liqueurs n'y peuvent couler. Cette coagulation dure jusqu'à ce que les alcalis se soient dégagés des acides, et qu'ils se soient remêlés de nouveau avec les soufres, en développant et en étendant toutes leurs branches. »

Ce morceau a été long à transcrire, et ne sera pas moins long à lire pour les lecteurs du jour; mais vous voilà du moins bien convaincus *que ce n'est pas seulement le sang ou la bile qui cause le phlegmon, comme les anciens l'ont dit;* et vous n'hésiterez pas à rendre à l'auteur cette justice qu'il réclame, que, dans sa *Pathologie de chirurgie*, les chirurgiens *apprendront plusieurs vérités qui leur auroient été inconnues.* Du reste, son but n'était point caché: il voulait remplacer entre les mains des chirurgiens les œuvres ou du moins les abrégés plus ou moins fidèles de Guy de Chauliac, *dont la théorie et la pratique sont fausses; car toute sa chirurgie,* ajoute-t-il, *n'est fondée que sur la doctrine de Galien, qui était un sectateur d'Aristote, lequel a avancé plusieurs erreurs pour s'être éloigné dans son temps du plus savant philosophe de l'antiquité, je veux dire Epicure..*

Ceci est un trait d'ignorance bien propre à montrer combien déjà, sous l'influence des idées nouvelles, l'étude de l'antiquité était négligée parmi les médecins; car il est temps de vous le déclarer, les chirurgiens d'alors auraient été incapables de concevoir et d'écrire d'aussi belles choses; et pour doter la chirurgie parisienne de ce trésor inestimable, il avait fallu que l'un d'eux, Laurent Verduc, poussât son fils Jean-Baptiste jusqu'aux honneurs du doctorat médical, et que celui-ci, bien au courant des doctrines modernes, eût conçu l'idée d'en faire jouir la chirurgie. Sa *Pathologie de chirurgie*, le premier ouvrage qui ait porté ce titre, parut en 1693, J.-L. Petit ayant alors dix-neuf ans, et se trouvant presque réduit à cet unique ouvrage pour l'apprentissage de la chirurgie.

Mais enfin, demandera quelqu'un, ces théories extravagantes, étalées comme des principes certains et indubitables, ce verbiage intolérable était-il bien réellement adopté dans les écoles de médecine? A cela je n'ai qu'un mot à répondre: le livre parut en 1693, orné d'une approbation de Bourdelot, attestant que la pathologie y est *fondée sur les principes de la meilleure physique;* d'une approbation de la Faculté de Paris, qui déclare que ladite Pathologie *mérite la louange du public, les raisonnemens en étant très ingénieux et accommodés à la mécanique.* Mais les chirurgiens ne montrèrent-ils pas quelque répugnance à adopter de pareils principes? Beissier, l'une des colonnes de la confrérie de Saint-Côme, nommé par le chancelier pour en porter

lorsqu'elle résulte d'une cause agissant directement sur la vulve elle-même ou sur les nerfs qui l'animent, telles que les violences d'un premier rapprochement, une inflammation, une ulcération, etc.; *secondaire* ou sympathique, quand elle succède à l'influence d'une affection étrangère à la vulve : telle est celle qui accompagne quelquefois les ulcérations du col; *essentielle*, lorsqu'elle survient spontanément, sans cause locale ou éloignée appréciable; les névroses vulvaires dont les femmes sont tourmentées à l'âge de retour nous en fournissent souvent des exemples. Il importe de distinguer ces trois variétés, puisque chacune d'elles porte en quelque sorte son indication.

1° *Névrose primitive*. Commençons par citer un fait.

Mademoiselle C. D., trente-huit ans, sans enfans, tempérament sanguin, forte constitution, fut exposée, il y a deux ans, aux violences d'un homme qui, pour la posséder sans défense, l'avait d'abord plongée dans l'ivresse en lui faisant boire du vin de champagne mêlé de liqueur. Tel est du moins le récit qu'elle nous fit. Elle ajouta que c'était l'unique fois qu'elle eût subi les approches d'un homme; la conformation des organes sexuels venait en effet à l'appui de son assertion. Elle était restée sans connaissance; lorsqu'elle reprit ses sens, elle se trouva ensanglantée; la vulve portait des traces de déchirure. Les jours suivans, des démangeaisons, de la chaleur, des cuissons se développèrent; il survint un écoulement crémeux, et les déchirures se transformèrent en ulcérations : celles-ci se cicatrisèrent plus tard à l'aide de quelques cautérisations pratiquées par un médecin qu'elle avait consulté à ce sujet. L'inflammation et l'écoulement se dissipèrent peu de temps après, mais les douleurs qu'elle avait éprouvées dès les premiers jours de son accident s'accrurent au lieu de disparaître. M. Marjolin, consulté à ce sujet, lui donna ses soins pendant six mois sans amélioration positive. C'est alors qu'elle se présenta au Dispensaire, le 26 novembre 1841. Les souffrances consistaient dans une cuisson brûlante à l'orifice vulvaire, se propageant au sphyncter de l'anus, sans augmentation au passage de l'urine; il y avait de plus la sensation continuelle d'une tumeur située entre les couches du plancher périnéal. La vulve, examinée avec une attention minutieuse, n'offrait absolument rien d'insolite, si ce n'est un pertuis étroit dans la rainure des grandes et des petites lèvres, pertuis pouvant à peine recevoir un petit stylet, et allant se terminer en cul-de-sac du côté du rectum. L'absence de toute autre cause plus explicite put faire regarder cette fistule borgne comme la source des souffrances : elle fut incisée dans toute son étendue; on pansa la plaie comme une fistule ordinaire, et ses bords ne tardèrent pas à se cicatriser. Mais les douleurs, momentanément calmées, reprirent bientôt leur caractère habituel. Depuis cette époque jusqu'au mois de mai 1842, on a successivement essayé sur cette malade les lotions d'eau froide, les solutions de bichromate de potasse, d'acétate de plomb, de laurier-cerise, les pilules d'asa-fœtida, les fumigations de phosphore, la valériane, la ciguë, la quinine, etc., et tout cela sans succès durable. Toutefois l'aconit, à un centigr. par jour, paraît lui mieux réussir actuellement.

Les douleurs vulvaires de cette femme sont-elles nerveuses et ont-elles succédé aux violences qu'elle a supportées? Il ne semble pas qu'on puisse élever le moindre doute à ce sujet. Sans doute il a fallu des prédispositions particulières pour qu'une phlegmasie de cette nature se transformât si promptement en névrose. Ces prédispositions étaient, chez notre malade, l'approche de l'âge critique, époque éminemment propre aux aberrations fonctionnelles, la force de la constitution et l'abstinence des fonctions que la nature a destinées à ces organes.

L'opiniâtreté de la vaginite est connue; ce n'est même que depuis quelques années, depuis l'emploi de la cautérisation et des pansemens astringens qu'on parvient à en triompher. Aussi n'est-il pas rare de rencontrer des vaginites datant de plusieurs années. Nous avons actuellement une malade dont la vaginite remonte à 25 ou 30 ans. — Il y a toujours coexistence de vaginite et de vulvite, et il arrive quelquefois, dans ces sortes de cas, que la tuméfaction, la rougeur et la supersécrétion inflammatoires, après avoir régné long-temps sur la vulve, perdent peu à peu de leur intensité; les tissus reprennent leur apparence normale, quelquefois même ils se décolorent, et cela sans rien perdre de la sensibilité morbide qu'ils avaient lorsque l'inflammation existait avec tous ses caractères. Il semble que la phlogose abandonne les capillaires sanguins et les glandules pour se concentrer sur les fibrilles nerveuses. N'est-ce pas ce qui a eu lieu dans le fait cité plus haut?

La même chose s'observe pour les gastrites prolongées : si vous ouvrez les malades qui ont long-temps souffert de cette affection, vous trouvez la muqueuse stomacale pâle, décolorée.

J'aurais pu joindre à l'observation précédente le fait d'une malade qui avait été soumise à des cautérisations répétées de la vulve pour une inflammation chronique de cette partie. L'inflammation se dissipa, mais la vulve conserva une sensibilité anormale. On peut aussi rapprocher ce cas de ce qui est arrivé sur des personnes à qui on avait laissé trop long-temps des sinapismes aux jambes? J'ai vu deux malades qui portaient une névrose cutanée de la jambe, consécutive à une application de ce genre.

2° *Névroses secondaires*. On a lieu de considérer les névroses de la vulve comme secondaires, lorsqu'elles se sont développées à la suite d'une affection de l'ovaire, de l'utérus ou du rectum, qu'elles en suivent les phases d'accroissement ou de déclin, et qu'elles persistent ou qu'elles disparaissent avec elle.

M. Tanchou donnait des soins à une malade qui se plaignait de douleurs aiguës à l'orifice vulvaire. Au toucher, rien n'indiquait que la matrice fût malade, mais en examinant au spéculum on voyait que le col portait à son orifice une érosion vive et superficielle; elle se cicatrisa à la suite de quelques cautérisations au nitrate d'argent et les douleurs de la vulve disparurent; peu de temps après elle revint et les douleurs vulvaires avec elle; je cautérisai de nouveau et j'obtins encore simultanément la guérison de l'érosion et des douleurs. Nous en avons actuellement un autre exemple sous les yeux, c'est celui de la dame L..., qui est traitée depuis quelque temps par les pansemens astringens, pour une ulcération du museau de tanche avec engorgement du col. Elle se plaint assez vivement toutes les fois que le spéculum franchit l'orifice vulvaire. La douleur n'est pas occasionnée par le volume de l'instrument, car la vulve en recevrait facilement un plus volumineux, et d'ailleurs on a eu recours à des spéculums plus petits, pleins et bivalves, sans qu'il en soit résulté aucune diminution dans la sensibilité des parties. Le contact seul de l'instrument et même celui du doigt suffisent pour développer la même douleur. La dame L... redoute beaucoup les relations sexuelles à cause des souffrances qu'elles font naître en cet endroit. L'amélioration obtenue dans l'état du col s'est déjà répétée dans la vulve, ce qui vient confirmer l'opinion émise sur la nature de ces douleurs. L'utérus n'est pas le seul organe qui soit susceptible d'occasionner des névroses sympathiques dans la vulve; le rectum, les ovaires surtout, jouissent de la même prédilection.

3° *Névroses essentielles*. M. Tanchou place dans cette catégorie les douleurs vulvaires qu'on observe si fréquemment à l'époque de la cessation des règles, indépendamment de toute lésion matérielle des organes voisins et de la vulve elle-même. En voici un cas :

Madame G..., rue Royale, n° 16, âgée de quarante-huit ans, d'un tempérament sanguin, se présenta au Dispensaire le 14 avril 1841. Point d'enfans ni de maladie antérieure qu'on puisse rattacher à l'affection existante. Les règles ont cessé à l'âge de 46 ans; c'est depuis qu'elle a commencé à sentir des cuissons et des élancemens à la vulve.

Etat actuel. Chaleur cuisante à l'orifice vulvaire, augmentée par la fatigue, le passage de l'urine, les froissemens, et généralement par toutes les causes excitantes générales ou locales. La douleur se transmet parfois au rectum. Il n'y a pas d'écoulement; la vulve a sa couleur ordinaire; elle ne porte d'ailleurs aucune trace de lésion. Le vagin et l'utérus sont sains.

Peut-être ne serait-il pas tout à fait exact de donner l'observation précédente comme exemple de névrose essentielle; car la malade a éprouvé plus tard, dans la profondeur de l'hypogastre, des douleurs dont l'origine est restée inconnue, mais qui pouvaient bien être, de même que celles de la vulve, le résultat d'une affection péritonéale partielle ou de toute autre lésion développée près de la sortie des nerfs sacrés.

Les névroses survenues à l'époque critique ont parfois cela de particulier, que le genre de sensibilité qui les accompagne est plutôt calmé qu'accru par le toucher, ce qui fait naître chez les malades un besoin irrésistible d'attouchemens, dont les manœuvres répétées amènent insensiblement l'habitude de l'onanisme; elles se créent ainsi une sorte de tempérament érotique que M. Tanchou regarde, dans la plupart des cas, comme un premier degré de maladie. Ces névroses peuvent être considérées comme une déviation du travail menstruel; l'excitation fonctionnelle qui avait son siége dans les nerfs de l'ovaire et de l'utérus, se transporte sur ceux de la vulve.

On sait que la plupart des névroses sont rebelles à l'action des médicamens; celles de la vulve ne font pas exception. On peut les calmer, mais il est bien difficile d'en obtenir la guérison radicale. Le temps est le meilleur remède des névroses primitives et essentielles. Les premières s'effacent, en effet, à proportion qu'on s'éloigne de la cause qui les a produites, et les secondes s'amortissent peu à peu sous l'influence de la vieillesse. Quant aux névroses secondaires, elles se dissipent avec les maladies qui les tiennent sous leur dépendance. Mais les malades goûtent rarement ce genre de consolation, et le médecin ne peut guère résister à leurs sollicitations; il est d'ailleurs de son devoir de chercher à adoucir, sinon à guérir entièrement, leurs souffrances. Les moyens dont M. Tanchou a retiré le plus de fruits dans ces sortes de cas, sont la valériane, l'assa-fœtida, les lotions et pansemens astringens, les douches et les bains froids, les bains de mer, la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent, les plantes narcotiques localement et à l'intérieur, etc.

M. E.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Cornac renouvelle la proposition qu'il a déjà faite plusieurs fois sur un nouveau mode d'élection des membres de l'Académie qui doivent faire partie du jury des concours à la Faculté de médecine, et demande que sa proposition soit renvoyée au conseil d'administration. (Adopté.)

En ce moment M. Bouillaud entre dans la salle des séances et ses nombreux amis se pressent autour de lui pour le féliciter sur sa nomination à la députation. (*Voir* la Chronique.)

— *M. Villeneuve* lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

— *M. Bricheteau* lit, au nom de M. Gauthier de Claubry et au sien, un rapport sur un travail de M. Miquel, docteur-médecin à Amboise (Indre-et-Loire), ayant pour titre : De la toux stomacale. Quoique la commission ne partage pas sur quelques points les opinions émises par l'auteur, elle n'en rend pas moins justice à son talent d'observation et à son bon esprit. Elle propose en conséquence d'inscrire le nom de M. Miquel sur la liste des candidats au titre de membres correspondans de l'Académie. (Adopté.)

— *M. Bricheteau* lit, au nom de M. Rayer et au sien, un second rapport sur un travail de M. Galy sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné l'année dernière dans le département de la Dordogne. — Divers médecins ont déjà adressé à l'Académie des mémoires sur cette épidémie, mémoires qui ont été l'objet d'un rapport; c'est pourquoi, pour éviter des redites, M. Bricheteau croit pouvoir se dispenser d'entrer dans de grands développemens sur le travail de M. Galy. Ce médecin soutient que la suette miliaire qui a ravagé son département est une maladie du système nerveux, et que la médecine expectante est ce qu'il y a de mieux à faire en pareil cas. — Remercîmens à l'auteur, déposer son mémoire dans les Archives.

— *M. Bégin* lit un rapport très favorable sur un travail de M. Foville, ayant pour titre : *Mécanisme de l'entrecroisement nerveux.* M. le rapporteur félicite l'auteur sur son bon esprit et son talent d'observation; ses recherches pourront donner un jour l'explication de plusieurs phénomènes qui sont encore entourés d'une obscurité plus ou moins complète. — Renvoyer le travail de M. Foville au comité de publication. — Adopté.

M. Blandin. Je m'associe complétement à ce que vient de dire M. Bégin; et je me permettrai de dire à l'Académie que je regrette de ne pas trouver le nom de M. Foville sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie (1).

M. le président. Je ferai observer à M. Blandin que la liste de présentation à laquelle il fait allusion en ce moment n'est pas encore officielle.

— *M. Ménière* lit un travail ayant pour titre : *Recherches sur l'anatomie pathologique de la surdi-mutité*. (Commissaires : MM. Gueneau de Mussy, Ribes et Jules Guérin.)

— *M. Bourguignon* lit l'observation très détaillée d'un homme âgé d'environ trente ans, qui, à la suite de plusieurs maladies vénériennes, a vu tous les poils de son corps tomber, les testicules, la verge et autres parties de son corps s'atrophier à des degrés différens. Le malade a ensuite été mis sous les yeux de l'Académie.

Il est cinq heures, la séance est levée.

(1) Voici la liste de présentation qu'on nous a communiquée : 1° Poiseuille, 2° Longet, 3° Leuret, 4° Manec, 5° Nonat, 6° Denonvilliers.

---

son jugement, résume toute sa pensée dans ce seul mot : *C'est un chef-d'œuvre.*

Mais du moins le public fut-il du même avis que la Faculté; et les praticiens et les élèves eurent-ils bien le courage de prendre un pareil livre pour guide? Celui qui en douterait connaîtrait bien peu l'esprit de l'époque, et l'influence des médecins sur les chirurgiens dans ces hautes matières scientifiques. La Pathologie de Chirurgie avait paru en 1693; elle fut réimprimée en 1701 et 1703, avec les Opérations; puis le Cours d'Opérations de Dionis qui fut publié en 1707 ayant nui à la vogue des Opérations de Verduc, celles-ci furent abandonnées; mais la Pathologie, poursuivant son triomphe, eut une quatrième édition à Paris en 1710, revue et augmentée par un maître chirurgien de Saint-Côme; une cinquième à Amsterdam, en 1714; une sixième à Paris, en 1717; et enfin une septième et dernière à Amsterdam, en 1739.

Ainsi, remarquez-le, mon maître, et voyez comme je pousse loin la modestie; je n'ai rien inventé de tout ce que vous m'accordez, je n'ai eu que la peine d'étudier les faits; et s'il y a quelque invention en tout ceci, elle est vraiment de votre côté, et je vous rends à cet égard un complet hommage.

Mais après tout, dites-vous, Descartes ne professait pas pour les faits l'insouciance qu'on lui reproche. « La preuve qu'il aime les faits, c'est qu'il étudie l'anatomie. Nous avons trouvé à cet égard un détail bibliographique fort curieux. Il s'agit d'un article du Journal des Savans, dans lequel on annonce un livre d'anatomie, composé, est-il dit, d'après les anatomistes les plus célèbres, au nombre desquels on cite M. Descartes. »

Il pouvait y avoir là une remarque à faire, mais non pas sur l'intérêt de ce *détail* bibliographique. Descartes avait vivement combattu en faveur de la circulation du sang; il avait écrit de plus un volume d'anatomie qui eut quatre éditions, bien qu'il soit détestable; et la chose vraiment curieuse, c'est de voir à quel point la renommée philosophique de Descartes servait à exhausser tout ce qui sortait de sa plume, puisque le livre eut quatre éditions, et que l'auteur fut décoré du nom de célèbre anatomiste. A quoi j'ajouterai que le plus mauvais tour que l'on pût jouer à Descartes pour démontrer son amour des faits, était bien de citer cette malheureuse anatomie.

Il resterait à savoir si l'Académie de chirurgie, la fille et l'héritière de J.-L. Petit, conserva les principes de Descartes et les idées pathologiques qui en découlaient. Je reviendrai quelque jour plus au long sur ces questions, qui sont toutes neuves dans notre histoire et que j'ai soulevées le premier; mais quant aux principes philosophiques, je vous renverrai au quatrième volume des Mémoires de cette compagnie célèbre, où son historien, vingt années après que la philosophie de Bâcon avait déjà pénétré en France, écrivait encore d'enthousiasme : *Le père de la philosophie renaissante, le grand Descartes*, etc. Quant aux idées pathologiques, relisez, je vous prie, tout ce que la docte Académie a publié sur les vices des humeurs, sur l'inflammation, la suppuration, le cancer, théories qui étaient déjà si arriérées qu'elles suscitèrent dans la Faculté de Paris un immense éclat de rire. Quant au dédain de l'histoire, je vous rappellerai seulement la fameuse Histoire de la chirurgie française, lue par Quesnay à l'Académie, adoptée avec acclamation, et où il n'y a pas une page qui ne trahisse la plus crasse ignorance; histoire, pour le dire en passant, qui m'a coûté deux années de ma vie à refaire. Quant au dédain des faits, je ne vous citerai qu'un seul passage, écrit par Lecat, concourant pour les prix de l'Académie, et déjà surchargé de couronnes :

« D'ailleurs quand l'Académie recommande les observations, ce n'est pas qu'elle statue sans réserve sur ce fond; *elle sçait le cas qu'elle doit faire des observations qui ne seraient pas éclairées de principes, ou qui y seraient contraires.* Elle ne les souhaite *que pour venir à l'appui des raisonnemens, comme par surabondance de droit*, et pour garantir ceux-ci du vague systématique. Elle sçait trop bien que la nature, les symptômes d'une maladie proposée étant reconnus et avérés par la pratique, et la méthode de les traiter étant fondée sur des principes solides, *les observations n'ajoutent rien à la sûreté de cette méthode, et y deviennent même souvent inutiles.* Elles y sont inutiles pour la nature et les symptômes de la maladie, puisque la connaissance en est comme triviale; elles le sont pour la méthode, *puisque les principes d'un art, d'une science, doivent être au-dessus des observations même*, qu'ils en sont les pierres de touche, et que c'est par eux qu'on juge ces observations exactes ou apocryphes. » (*Prix de l'Acad.*, t. II, pag. 232.)

Devant une pareille profession de foi, que pensez-vous que fit l'Académie? Elle couronna le mémoire; elle le publia dans ses Prix, et elle finit par prier l'auteur de ne plus concourir, afin de ne pas décourager les autres compétiteurs.

O vous, graves aristarques, profonds philosophes, savans historiens, qui dissertez avec tant d'assurance sur J.-L. Petit et l'Académie royale de chirurgie, pour Dieu! avant d'en parler, commencez donc par les étudier et les lire!

— M. le Dr Souberbielle, en terminant ses conférences sur la lithotomie et la lithotritie à l'Ecole Pratique de la Faculté, a pratiqué l'opération de la taille sur le cadavre, par les méthodes latérale, périnéale et sus-pubienne, en présence de nombreux spectateurs. Il part demain, malgré ses 89 ans, pour aller assister aux fêtes de la ville de Liége pour l'inauguration de la statue de l'illustre Grétry, dont il avait extrait et embaumé le cœur.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'administration des préparations de quinine chez les enfans; par M. le docteur Trousseau.

L'administration des préparations de quinine offre quelques difficultés chez les très jeunes enfans ; ainsi on ne peut leur donner du sulfate de quinine en poudre à cause de son extrême amertume ; les potions offriraient le même obstacle et encore à un degré plus marqué ; les pilules ne sont pas avalées ; les lavemens sont rejetés immédiatement, avant que l'absorption ait pu s'opérer. La méthode endermique n'est pas plus applicable, car elle est fort douloureuse, et elle peut déterminer la formation d'escharres. Mais il reste la quinine brute, qui contient de la cinchonine ; elle est insoluble dans la salive, peu sapide, moins chère, plus active que le sulfate de quinine, car sur cent parties elle contient soixante-cinq de quinine, trente de cinchonine et seulement cinq d'eau, tandis que sur cent de sulfate de quinine, il y a trente d'eau : elle est soluble dans l'acide lactique et se transforme promptement en sels solubles dans l'estomac au moyen des acides que contient ce viscère : aussi offret-elle déja des avantages très grands sous ces divers rapports.

Quant au mode d'administration, sa consistance résineuse permet de la ramollir sous les doigts, et de la réduire en une sorte de saucisson très allongé, qu'on peut diviser en fragmens presque à l'infini, et donner soit dans un potage, comme la semoule, par exemple, qui ne se compose elle-même que de milliers de pilules, soit dans quelque autre véhicule, comme les confitures, en ayant soin de ne point choisir celles qui sont acides et qui pourraient immédiatement donner naissance à des sels solubles et amers.

La quinine brute est donc la seule préparation de quinine qui convienne aux très jeunes enfans.

(*La Clinique des hôpitaux des enfans*, mai 1842.)

Des bains de vapeur sous le point de vue des maladies de la peau.

Les bains de vapeur sont, d'après M. le docteur Baumès, extrêmement utiles et souvent indispensables dans le traitement des affections cutanées chroniques, lorsqu'il n'existe pas d'ailleurs quelque autre indication puisée dans l'état d'irritation de la membrane muqueuse du conduit gastro-intestinal, dans un état de pléthore prononcée, dans une tendance bien marquée aux congestions cérébrales, aux maladies du cœur, etc.

Ces bains peuvent vonsister, soit en eapeurs sèches pour les individus à tempérament lymphatique, à fibre molle, à sucs abondans, à dispositions rhumatismales, dans les pays où la température est continuellement basse et l'atmosphère chargée d'humidité, etc.; soit en vapeurs humides, de nature émolliente s'il faut adoucir l'éruption de la peau ; aromatique s'il faut l'exciter, sulfureuse s'il s'agit d'une éruption chronique sans irritation vive et sans excoriations chez un sujet ayant eu plusieurs fois ou pendant long-temps une gale mal traitée ou mal guerie ; cinabrée enfin si l'on a affaire à des syphilides.

La quantité de soufre ou de cinabre pour un bain de vapeur est ordinairement de deux à huit grammes (demi-gros à deux gros) suivant l'âge des individus, la susceptibilité de la peau, l'ancienneté de la maladie, etc.

M. Baumès fait composer de la même manière les douches de vapeur et les applique dans les mêmes cas que les bains de vapeur. Une de ces fumigations qu'il emploie très fréquemment et avec grand avantage, à l'hospice de l'Antiquaille, contre les éruptions vésiculeuses ou puro-vésiculeuses agglomérées (eczéma et impetigo), surtout lorsqu'il y a de la tension, de l'irritation à la peau, et quand il existe une tendance prompte à l'état crustacé, est composée avec la décoction de parties égales de feuilles de mauve et de feuilles de ciguë.

Chronique et Nouvelles.

D'après le résultat des élections connues, trois nouveaux médecins entreront cette année à la Chambre des Députés. Ce sont M. le professeur Bouillaud, dont la nomination a été accueillie avec une satisfaction générale ; M. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, et M. le docteur Terme, maire de Lyon.

La candidature de M. Gerdy a échoué dans deux colléges.

La nomination de M. Bouillaud excite chez nous de vives sympathies. Arrivé à l'Ecole en conservant sa ligne bien nette d'opposition, M. Bouillaud, dont la juste ambition est satisfaite, peut être d'une grande utilité dans la discussion du projet de loi sur l'organisation et l'exercice de la médecine (qui un jour, il faut l'espérer du moins, sera présenté aux chambres après avoir été si long-temps attendu), et dans toutes les matières ayant des rapports avec l'instruction publique.

M. Bouillaud est un homme de talent et de cœur qui ne renie pas ses amis, ne dédaigne pas la presse par laquelle il s'est elevé, et manifeste avec franchise ses opinions. Il n'a rien à attendre du pouvoir, et son influence contrebalancera avec avantage les influences occultes ou ostensibles qui tendent à neutraliser les mesures utiles ; il servira de contre-poids à l'empiétement du népotisme, et, quoique faisant partie de l'autocratique Ecole, votera, nous en sommes certains, pour la liberté de l'enseignement, que la marche des événemens peut nous mettre bientôt en mesure de demander avec quelque espoir de succès.

Si cette occasion favorable se présente, M. Bouillaud peut compter sur naus comme nous comptons sur lui. L'enseignement libre et le concours ont toujours été nos drapeaux ; nous avons obtenu le concours en 1830, après quatre ans de lutte ; nous ajouterons dix ans s'il le faut à ceux que nous venons de passer pour obtenir la liberté de l'enseignement. Espérons que, comme nous, M. Bouillaud ne verra aucun inconvénient à faire de l'Ecole un Collége de France, et à en distraire les examens.

Ce sont des questions sur lesquelles nous reviendrons, du reste, en temps opportun.

— On observe en ce moment à Paris, nous n'osons pas dire une épidémie, mais une augmentation considérable de fièvres typhoïdes. Dans tous les services des hôpitaux il s'en trouve un très grand nombre, et les praticiens de la ville sont unatimes pour reconnaître qu'elle est dans ce moment la maladie régnante. Depuis long-temps cette terrible maladie n'avait pas sévi à Paris avec autant d'intensité. Nous donnerons dans un prochain numéro les renseignemens que nous recueillons dans les hôpitaux et en ville. Disons par avance qu'à l'hôpital Cochin, service de M. Blache, toutes les fievres typhoïdes traitées par le sulfate de quinine à haute dose (16 grammes dans une potion gommeuse de 120 grammes a prendre en vingt-quatre heures), ont été guéries.

— Le fauteuil de M. Double à l'Academie des sciences, convoité par un très grand nombre de compétiteurs, ne sera guère mis au scrutin que vers le mois d'octobre. La commission est du reste divisée sur ce point ; les uns voudraient que la nomination eût lieu immédiatement ; les autres voudraient la retarder jusqu'au retour de M. Larrey, qui est en Afrique. Tout fait croire que l'Académie, qui est d'ailleurs dans ce moment très peu nombreuse, se décidera en faveur de la dernière opinion. Quand tous les candidats seront connus, nous nous occuperons de ce sujet.

Sous le titre de *Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies de la peau* (1), M. Giraudeau vient de publier un nouveau traité de ces maladies, qui fait suite, pour ainsi dire, au traité qu'il a publié en 1839 sur les affections syphilitiques, et dont les journaux de médecine dirent quelque bien, tout en blâmant la partialité de l'auteur contre l'emploi des mercuriaux.

En parlant de la structure de la peau, M, Giraudeau passe en revue les divers états maladifs que peuvent présenter les parties élémentaires de ce tissu. S'il s'agit du derme, par exemple, il fait voir que le réseau vasculaire, les papilles offrent, dans un état pathologique donné, des phénomènes constamment les mêmes. Il en est ainsi de la couche albide, du pigment, et enfin de l'épiderme. On comprend que ces choses n'ont pas été indiquées sans une intention arrêtée. L'auteur cherche, en quelque sorte tacitement, le secret de cette classification d'autant plus près de la vérité qu'on ne l'aura pas rêvée au milieu des abstractions ; mais en prenant incessamment un à un tous les phénomènes morbides à leur point de départ, c'est-à-dire sur les diverses parties rudimentaires de l'enveloppe cutanée.

Nous nous contenterons de recommander à l'attention du lecteur ce que l'auteur dit des vaisseaux absorbans.

Avant d'arriver à la partie didactique de l'ouvrage, l'auteur expose dans une préface le plan qu'il a adopté. Les quatre chapitres qui suivent, sous forme de prolégomènes, ont pour sujet : les doctrines médicales, la texture et les fonctions de la peau, le précis historique des maladies de la peau, l'exposé des diverses classifications adoptées jusqu'à nos jours.

M. Giraudeau a suivi la nomenclature de Willan, modifiée par MM, Cazenave et Schedel. Tous les médecins sont à cette heure d'un commun accord sur la classification de Willan, jusqu'à présent la moins défectueuse. Sous forme d'appendice se trouve, a la fin du livre, l'histoire abrégée des maladies qui, semblables à ces produits amorphes, ne se rapportent à aucun ordre, et se placent pour ainsi dire à toutes les issues de la classification.

Les syphilides terminent l'appendice dont nous parlons.

Une lecture attentive démontre que l'auteur a mis en présence les plus habiles dermatologistes. L'histoire particulière de chaque maladie cutanée devient le motif d'une discussion nettement abordée sur tout ce qui est contestable.

D'après les exigences de la classification de Willan, on trouve, au nombre des maladies de la peau, la scarlatine, la rougeole, la variole, l'érysipèle, etc... jusqu'à la vaccine! M. Giraudeau s'exprime ainsi sur le vice radical de toutes les classifications :

« Il n'est aucune classe de maladies qu'il soit plus difficile d'assujétir à une classification exacte et définitive, que les affections cutanées. »

Le Guide pratique pour le traitement des maladies de la peau n'est que l'abrégé d'un traité beaucoup plus étendu, et réduit volontairement aux modestes proportions d'un manuel. On peut le comparer au manuel que Baudelocque a composé pour les sage-femmes, qui n'était que l'extrait d'un grand ouvrage sur la même matière.

Quoi qu'il en soit, il est évident que nous donnons seulement ici un simple aperçu du Gide pratique pour l'étude et le traitement des maladies de la peau.

Le livre de M. Giraudeau, paraissant après tant d'ouvrages distingués, peut obtenir le succès qui advient souvent à un homme au milieu de ses rivaux : dire aussi bien que celui qui a le mieux dit.

R.

(1) Un vol. in-8° de 700 pages avec portrait, et 5 planches représentant 32 sujets coloriés et gravés sur acier. Prix, 6 fr. — Chez G. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13, à Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 16 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 85. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr ; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL COCHIN. — M. BLACHE.

Epidémie de méningite encéphalo-rachidienne avec état typhoïde.

Parmi les épidémies qui ont régné depuis trois années en France, il en est une surtout qui a fait de grands ravages et qui ne semble pas encore arrivée à son terme, je veux parler de l'épidémie de méningite rachidienne.

En 1839 elle sévissait sur les militaires en garnison à Versailles, à Chartres, à Châteaudun et dans le bagne de Rochefort. Alors, émigrant de l'ouest à l'est, sans qu'on pût en reconnaître la liaison directe, elle décima les soldats des villes de Metz et de Strasbourg.

La population civile avait été épargnée dans ces villes, excepté à Strasbourg, et M. Forget vient de publier un mémoire dans lequel il raporte que sur 40 malades de la classe ouvrière il y eut 22 morts.

Paris semble avoir été soustrait à l'influence épidémique, cependant on a relaté des faits isolés qui offrent une analogie complète avec ceux observés à Strasbourg ; ces faits se sont multipliés de jour en jour, et si dans ce moment les hôpitaux sont encombrés de malades atteints de fièvre typhoïde grave, c'est surtout la forme ataxique qui prédomine.

A l'hôpital Saint Antoine, cinq malades sont entrés dans l'espace d'une semaine avec des symptômes de méningite, et la rapidité de la mort chez quatre malades a frappé détonnement les médecins de cet hôpital. La mortalité est la même à l'Hôtel-Dieu, et le nombre des malades atteints de fièvre typhoïde ataxique est si grand aujourd'hui, qu'on peut considérer cette maladie comme épidemique. Je vais en raporter un des faits les plus remarquables, observé à l'hôpital Cochin.

OBS. *Fièvre typhoïde avec méningite encéphalo-rachidienne. Mort au quarante-cinquième jour de la maladie. Pus dans les quatre ventricules de l'encéphale et dans le canal rachidien.*

Lamotte, âgé de dix-huit ans, muscles très développés, à Paris depuis un an, après avoir travaillé aux fortifications, était entré depuis trois jours dans une fabrique de noir animal, lorsque le mardi soir, 22 mars, il fut pris d'une courbature générale ; céphalalgie très vive, sans diarrhée ni vomissemens ; il fut obligé de s'aliter immédiatement ; les symptômes ont augmenté ; il est survenu alors quelques vomissemens de matières bilieuses, de l'anorexie ; soif vive ; des bourdonnemens dans les oreilles, des éblouissemens continuels, de la raideur dans les muscles de la région postérieure du cou et du tronc ; il put cependant encore venir à pied à l'hôpital Cochin, où il fut reçu le 26 mars.

Décubitus dorsal, face injectée, céphalalgie générale très intense; les bourdonnemens et les éblouissemens continuent. Pas d'épistaxis ; la courbature est telle qu'il lève difficilement les membres ; la sensibilité est normale ; à la nuque, la douleur est très vive ; absence de délire ; l'intelligence est saine.

Pas de taches pustuleuses sur le ventre ni sudamina ; la langue est un peu sèche, couverte d'un enduit visqueux ; les gencives sont tuméfiées ; gonflement des amygdales ; difficulté de la déglutition ; douleur à l'épigastre et à la région iliaque droite, endolorissement des autres parties du ventre sans météorisme ; soif vive, anorexie, constipation, absence de symptômes du côté de la poitrine. Le pouls à 100, plein : la peau est sèche et brûlante. Saignée de quatre palettes ; purgatif avec 30 grammes de sulfate de soude.

Le 27, même état : saignée de trois palettes ; le soir 25 sangsues à la nuque.

Le 28, l'abattement est le même ainsi que la céphalalgie et la fièvre : saignée de quatre palettes.

Dans la journée, diarrhée assez abondante. Le soir, épistaxis, coliques très vives avec douleur existant surtout au niveau de la région iliaque droite ; sur les lèvres, éruption de vésicules d'herpès ; la langue est couverte d'un enduit poisseux : 25 sangsues à la région iliaque droite.

Le même nombre de sangsues fut appliqué le lendemain.

Le 2 avril, l'abdomen est couvert de plusieurs pustules ; constipation ; la raideur du cou est toujours très intense.

Jusqu'au 9 avril, l'état fut le même ; c'est alors qu'apparurent des vomissemens très opiniâtres.

A partir du 12 avril jusqu'à la mort, ce malade eut continuellement la fièvre avec redoublement le soir, sans frisson ; l'affaiblissement était graduel ainsi que l'amaigrissement.

Il n'a jamais eu de délire ; il répondit bien à toutes les questions ; ses regards étaient fixes ; les pupilles dilatées ; les traits altérés et la contracture permanente de la lèvre supérieure donnaient à la physionomie une expression de souffrance; l'attitude assise était douloureuse et difficile ; il remuait facilement les membres supérieurs ; les membres inférieurs étaient plus raides : ils n'avaient pas perdu leur sensibilité.

La langue a toujours été rouge à la pointe, plutôt sèche qu'humide ; les vomissemens furent continuels à la moindre ingurgitation de liquide. Le ventre ne fut plus douloureux ; constipation qu'on fut obligé de vaincre par l'administration fréquente des purgatifs.

Quatre jours avant la mort, il se fit une éruption de pseudo-membrane sur la langue comme dans la phthisie et dans d'autres maladies très longues. Ces éruptions, dites *pseudomembraneuses*, ont été examinées par M Gryby, célèbre micrographe ; elles seraient analogues aux végétations du muguet; et, d'après ses observations, ce sont des plantes cryptogames qui se forment à la surface de la langue, de même que la teigne n'est qu'une production végétale sur le cuir chevelu.

Autopsie (7 *mai*), 30 *heures après la mort*.

Dernier degré de maigreur ; eschares à la région sacrée et aux trochanters.

Tête. Pas d'inflammation de la convexité du cerveau ; la substance cérébrale, coupée par tranches, est blanche, d'une consistance normale; les ventricules sont remplis d'un pus blanc, verdâtre, floconneux. Le pus avait pénétré du quatrième ventricule dans le canal rachidien ; il s'étendait jusqu'à son extrémité inférieure.

La moelle épinière était tapissée en avant et en arrière par une couche de pus concret qui se partageait jusqu'aux trous de conjugaison ; il existait aussi une pseudo-membrane purulente entre les deux pédoncules cérébraux.

Tube digestif. La langue présente une couche d'un enduit très épais pseudo-membraneux.

L'estomac est sain ; sa muqueuse ne présente aucune trace de ramollissement ni de rougeur.

L'intestin grêle présente à son extrémité inférieure les traces des plaques de Peyer, qui sont blanchâtres, non tuméfiées; on sent au doigt qu'elles sont dures et présentent des lignes régulières comme les papilles de la main. Il n'existe aucune cicatrisation ; quelques-unes de ces plaques sont entourées d'arborisations vasculaires.

La muqueuse du gros intestin n'est pas injectée ; pas de gonflement des follicules de Brunner.

Les ganglions mésentériques ne sont pas engorgés.

Rien de remarquable dans les autres organes.

— Ainsi, les lésions anatomiques existaient surtout du côté de la céreuse encéphalo-rachidienne, le produit de la sécrétion était purulent ; il n'y avait pas de tuméfaction des plaques de Peyer, ni d'ulcération, ni de trace de cicatrisation.

Cette absence de lésion du canal intestinal nous a beaucoup surpris ; car nous avions trouvé, au début et dans la marche de la maladie, des symptômes qui annonçaient une altération de l'intestin, tels que la diarrhée, la douleur dans la fosse iliaque droite.

Il est vrai, dans la persuasion où nous étions qu'il existait une fièvre typhoïde, et dans la persuasion plus intime encore que toute fièvre typhoïde a pour caractère pathognomonique une inflammation des plaques de Peyer, le moindre symptôme abdominal venait corroborer notre préoccupation, et nous avions bien soin de le noter.

FEUILLETON.

PARIS ET MONTPELLIER. — LES MÉDECINS D'AUTREFOIS.

Les plus anciens témoignages historiques que nous ayons sur l'Ecole de médecine de Montpellier ne remontent que vers le milieu du douzième siècle. Saint Bernard, qui écrivait en l'an 1113, raconte que l'archevêque de Lyon, allant en pèlerinage à Saint-Gilles, devint malade pendant son voyage et se fit porter à la ville la plus voisine, qui était Montpellier, où, dit-il, il dépensa avec les médecins ce qu'il avait et ce qu'il n'avait pas : *Cum medicis expendit quod habebat, et quod non habebat*. (Epist. 307.) Il y avait donc à cette époque des médecins à Montpellier. Un autre témoignage historique de la même époque ne laisse aucun doute sur l'existence d'une Ecole de médecine, et quoique ce témoignage soit peu en faveur des maîtres et des élèves de cette école et de ce temps, il n'en est pas moins curieux par son ancienneté (1140), ainsi que par le caractère du témoin, qui est *Jean de Sarisbury*, évêque de Chartres :

« Ceux, dit-il, qui connaissent leur propre ignorance en philosophie s'en vont à *Salerne* ou à *Montpellier*, et là se rendent esclaves des médecins, pour devenir en un instant aussi savans médecins qu'ils étaient savans philosophes. A peine ont-ils appris quelques recettes trompeuses et dangereuses, qu'ils s'en retournent bien vite pour pratiquer soigneusement ce qu'ils ont appris. Ils font parade d'*Hippocrate* et de *Galien*, jargonnent des mots inouïs. A tout propos ils allèguent leurs aphorismes, et avec des paroles étranges, ils étourdissent tellement les esprits, qu'on les dirait soufflés par le tonnerre (*velut afflatus tonitruis*). On croit qu'ils peuvent tout, parce qu'ils se vantent de tout faire et promettent toutes choses. J'ai remarqué qu'ils ont fort bien retenu deux choses qu'ils pratiquent souvent, l'une est un texte d'*Hippocrate* qu'ils accommodent à leur sens : « Où il y a indigence et famine, il ne faut pas travailler..... » L'autre aphorisme n'est point tiré d'*Hippocrate* mais les médecins diligens et ardens au gain ne manquent pas de s'en servir : « Pendant que le malade souffre, prenez (*dum dolet, accipe*). » Il est vrai qu'il n'y a pas de plus belle occasion d'exiger que lorsque la douleur bourrèle le malade, et que l'avarice du médecin et la cruauté du mal coopèrent ensemble, l'un pour donner, et l'autre pour escroquer. » (Metalogici, lib., 1, cap. 4.)

Montaigne, Molière, Rousseau et tous les détracteurs de la médecine et des médecins n'ont guère été plus véhémens, comme on le voit, que ce pieux archevêque du douzième siècle, qui fut du reste un homme fort éminent, ayant parcouru pour les affaires de l'église la plupart des écoles publiques connues de son temps en Europe.

Quant au reproche de cupidité adressé aux médecins de Montpellier, on en trouve une autre accusation, vers la même époque, dans un livre long-temps célèbre sur les *miracles*, par *Cæsarius*. Cet auteur raconte qu'il y avait à Montpellier une image de la vierge Marie qui faisait des miracles pour la guérison des malades, en dépit des médecins du lieu, lesquels par dérision refusaient de donner conseil aux pauvres qui n'avaient pas d'argent, les renvoyant à l'image de la Vierge, qui les guérissait, ajoute Cæsarius.

Petrus Egidius, chanoine de Paris et médecin du roi Philippe second, a composé un poème *de urinis*, dans lequel les médecins de Montpellier sont aussi fort mal traités :

« Nec tecum moveat contraria secta duellum,
» Dyscholus et mordax, vehemens, clamosus, inanis,
» Quem sterili lolio pascit farragine cruda,
» Inflat et infatuat *Mons pessulanicus* error.»

« En l'an 1163, dit Riolan, les médecins de Paris enseignoient avec un tel ravissement et contentement des auditeurs, que les religieux sortoient de leurs couvens pour venir entendre ces leçons ; ce qui obligea le pape Alexandre III, en un concile tenu à Tours, de commander aux religieux, sur peine d'excommunication, de se retirer dans leurs monastères, avec défense de ne plus aller aux leçons des *physiciens*, ainsi appelloient-ils les médecins. Cela se vérifie par les *Décrétales*. » (Curieuses recherches, etc., p. 94.)

Ce même Petrus Egidius de Corbeil, qui a été si sévère envers Montpellier, n'a pas au contraire de couleurs assez brillantes pour peindre les medecins de Paris :

« Ipse novo faveat operi, nec Parisianas
» Æstimet indignam physicam resonare Camœnas,
» Nam logices ubi fons scaturit, ubi plenius artis
» Excolitur ratio, sibi physica figere pedem
» Gaudet, et ancillis non dedignatur adesse. »

Mais le tableau le plus flatteur et aussi le plus flatté qui ait jamais été tracé de l'Ecole de Paris l'a été par le célèbre Jean Riolan :

« C'est une compagnie d'un temps immémorial, composée de gens vertueux, pieux et charitables, amateurs du bien public, qui se sont volontairement assemblez, pour former un college ou Eschole sous une mesme discipline et doctrine, vivans comme des religieux, pour servir au public, pour lors n'estant point mariez : nous ne pouvons pas limiter au vray le temps de sa naissance et de son establissement, dautant que nous avons perdu nos anciens registres, qui vont devant l'année 1300. où commencent ceux qui nous restent, qui font mention de cinq gros volumes perdus des affaires de nostre Eschole, qui est pour nous une grande perte. Neantmoins par la lecture des anciens livres, nous pouvons donner donner des marques de plus de 600 ans.

» Nostre Eschole a esté fondée et entretenuë aux despens des medecins particuliers, qui ont contribué pour la bastir : elle n'a pas eu pour fondateurs, ny les rois de *France*, ny la ville de *Paris*, desquels elle n'a jamais receu aucune gratification en argent pour la bastir, doter, et entretenir ; en quoy elle ressemble de tant mieux à la vertu, dans *Claudian*, laquelle est,

« Divitiis animosa suis. »

La lésion intestinale rejetée, il nous reste une altération manifeste du côté de l'encéphale, qui nous explique facilement les phénomènes principaux observés dans le cours de la maladie. Ainsi, la céphalalgie très opiniâtre, la prostration, les bourdonnemens d'oreille, les éblouissemens, la douleur vive à la nuque et la contraction des muscles postérieurs du cou, indiquent une méningite de la base du cerveau; mais comment expliquer, dans la marche de la maladie, les vomissemens continuels, les épistaxis, l'anorexie, la soif vive, la douleur à la région iliaque droite, l'apparition sur le ventre de papules, dont quelques-unes ont passé à l'état de pustules, sans lésion du tube digestif? Et si, dans la fièvre typhoïde entéro folliculeuse, il peut exister des symptômes de réaction du côté du cerveau sans lésion matérielle appréciable, pourquoi, dans la fièvre typhoïde encéphalo-rachidienne, n'existerait il pas des symptômes réactionnels du côté du tube digestif sans altération des plaques de Peyer?

La cause occasionnelle de cette maladie semble directe et bien évidente. Ce jeune homme, qui avait travaillé en plein air aux fortifications, entre bien portant dans une fabrique de noir animal; il s'y trouve plongé au milieu d'émanations putrides, et c'est trois jours après qu'il éprouve de la céphalalgie et de la courbature. Chose singulière; cette arachnitis si étendue et si intense n'a déterminé aucun symptôme ni dans la sensibilité, ni dans la motilité des membres. Ce jeune homme n'a jamais eu de convulsions; il ne s'est plaint qu'une seule fois de douleurs aux lombes, et l'intelligence a été saine à toutes les époques; il est vrai, la substance grise du cerveau était intacte, et l'inflammation n'avait pas envahi l'arachnoïde de la convexité.

Je ferai remarquer qu'une éruption d'herpès labialis est survenue au sixième jour de la maladie. Loin d'être un signe favorable, il arrivait à l'époque de l'apogée de la maladie, ce qui prouve qu'il ne faut pas se laisser entraîner à un pronostic favorable par l'apparition de ces vésicules.

Quant au traitement, on voit qu'il a été énergique dans les quatre premiers jours; on fit deux saignées de 4 palettes et une de 3; on appliqua 75 sangsues, 25 à la nuque et 50 à la région iliaque droite; cependant il n'y eût pas d'amélioration.

Dans ces cas, M. Forget, de Strasbourg, s'est bien trouvé des opiacés. M. Broqué, qui a observé des faits semblables, a obtenu des succes inespérés de l'administration du sulfate de quinine à haute dose; je ne sais si, dans l'épidémie actuellement régnante à Paris, les essais confirmeront ces résultats thérapeutiques. De l'aveu des internes des différens hôpitaux que j'ai consultés à ce sujet, elle est tellement rebelle aux moyens de traitement employés jusqu'à ce moment, qu'il serait peut-être bon d'y recourir.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

LEÇONS SUR LES MALADIES DU CERVEAU.

Des altérations de l'intelligence considérées comme signes des affections cérébrales.

Dans une précédente leçon consacrée aux généralités, nous avons dit que le principe de l'intelligence n'était, dans notre esprit, nullement en opposition avec les principes d'organisme que nous professons. L'âme étant un principe immatériel, ne peut être malade; mais le cerveau qui n'est que l'instrument de l'âme, étant susceptible d'être affecté d'altérations diverses, ses actes ou ses fonctions doivent présenter des troubles en rapport avec ces altérations. Les termes de la question étant ainsi posés, et nos réserves prises contre le reproche de matérialisme qui nous fut autrefois adressé, nous pouvons maintenant nous demander quel est le siége de l'intelligence. On verra de suite que déplacée en apparence dans cette enceinte, cette question est pour nous au contraire d'un intérêt de premier ordre.

J'admets que l'intelligence a un siége autre que celui des mouvemens: j'en trouve la preuve dans les faits pathologiques qui nous présentent d'une manière presque constante cette coïncidence de la perte ou de la perturbation de l'intelligence avec la conservation des mouvemens, et réciproquement de la perte des mouvemens avec la conservation de l'intelligence.

Les faits cliniques ont également conduit MM. Foville et Delestre à admettre deux instrumens pour ces deux ordres distincts de fonctions. Ils ont constaté que le délire siége toujours dans la substance corticale, qui présente alors de l'injection, du boursoufflement, du ramollissement, et la paralysie au contraire dans la substance blanche ou centrale du cerveau. Ce sont là des données de diagnostic que nous avons utilisées et vérifiées un grand nombre de fois au lit du malade; c'est ainsi que nous avons été conduits à reconnaître chez une malade de la salle des femmes, couchée au n° 4; d'abord l'existence d'une méningite, puis celle d'une encéphalite. Dans un autre cas, je vous ai fait constater au doigt et à l'œil une congestion cérébrale accompagnée de paralysie, et, bientôt après, le développement d'une méningo-encéphalite avec délire. Ce malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie un ramollissement inflammatoire.

M. Lallemand dit que le délire se manifeste spécialement dans l'inflammation des méninges. Cette proposition n'est vraie que dans un certain nombre de cas: on pouvait déjà *à priori* la restreindre à quelques circonstances particulières, car il est évident que, dans ces cas, la substance grise des circonvolutions que ces méninges recouvrent, est également affectée. On possède d'ailleurs des observations de délire sans méningites, et d'autres dans lesquelles des méningites même suppurées ont eu lieu sans causer aucun trouble de l'intelligence.

On a signalé aussi l'existence d'une méningo-encéphalite de la base sans délire. M. Rostan dit en avoir vu un exemple chez un enfant de dix ans qui conserva toute son intelligence jusqu'à la mort: la pie-mère présentait un point assez considérable en pleine suppuration. Je ne veux point, ajoute-t-il, faire aujourd'hui une étude particulière complète de ce sujet: cependant, pour en finir avec le siége de la lésion intellectuelle, je rapprocherai le fait suivant de ceux que je viens de citer.

Au n° 33 de la salle des femmes est couchée depuis peu de jours une jeune fille de vingt ans, sur laquelle nous n'avons encore aucun renseignement, et qui est dans un état de délire continuel et général; la face est colorée, les yeux sont brillans, les lèvres et les dents sèches, la peau est chaude, le pouls bat 128 fois par minute, le ventre est souple, il n'y a ni dévoiement, ni borborygmes; rien dans le cœur ni dans les autres organes de la poitrine. La maladie a donc son siége non évidemment dans les viscères de la vie organique, mais dans le cerveau, et elle est à l'état aigu.

Mais de quelle nature est cette affection? Avons-nous affaire à une aliénation ou à une phlegmasie? Pour éclaircir complètement cette question, il faudrait connaître les antécédens de la malade et ceux de ses parens; mais ces renseignemens nous manquent: nous en sommes donc réduits à juger d'après le caractère même des symptômes que nous observons. Quoique le délire ressemble ici à l'aliénation, nous penchons à admettre une méningo encéphalite. Cependant, il pourrait se faire qu'un état aigu momentané fût intervenu lorsque déjà il existait une aliénation: nous attendrons quelques renseignemens avant de nous prononcer définitivement sur ce point. Je dois prévenir toutefois une objection qui, d'ailleurs, m'a déjà été faite: c'est que le délire peut ne pas se manifester, quoiqu'il existe une altération de la substance grise du cerveau. Ainsi, on m'a cité ces jours-ci un malade qui est placé dans un service de chirurgie, et qui conserve sa raison parfaitement intacte, bien qu'on lui ait enlevé déjà plusieurs tranches de substance grise sur l'un des hémisphères. D'autres faits pourraient encore être cités à l'appui de celui-là. Je les connais et les considère tous comme des exceptions, pour l'explication desquelles je hasarde l'hypothèse suivante: le cerveau est double, et l'une des deux moitiés suffit pour l'exercice de la fonction, à la condition toutefois que la lésion n'envahisse pas en même temps une portion notable des deux hémisphères, ou ne siége pas sur un point central, tel que la protubérance; à la condition, enfin, que l'une des moitiés du cerveau reste parfaitement intacte. Buffon n'a-t-il pas prouvé, d'ailleurs, qu'entre la vue exercée avec les deux yeux et celle qui n'a lieu qu'avec un seul œil, il n'y a dans le degré de la vision qu'une différence d'un treizième; et tous les jours, ne voyons-nous pas l'un des organes doubles des sens tenir lieu des deux. Il est vrai qu'il faut tenir compte de l'habitude et des perfectionnemens qu'elle apporte dans l'exercice de la fonction. Gall, de son côté, a vu des gens qui prétendent sentir, apprécier leur délire, et il n'a pas manqué de noter ces faits si favorables à la théorie de la pluralité des organes fonctionnels dans le cerveau; dans ces cas, dit-il, *l'hémisphère sain juge l'hémisphère malade.*

Lésions de l'intelligence. — Je n'aborderai que quelques points de ce vaste sujet. Tout le monde sait que l'intelligence peut être exaltée, diminuée, abolie ou pervertie. La diminution de l'intelligence mérite surtout de fixer notre attention, parce qu'elle est difficile à apprécier et parce qu'elle constitue le principal signe distinctif entre l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement. Dans le premier cas, l'intelligence est conservée; dans le deuxième cas, elle est diminuée, il y a stupeur. D'autres médecins ont dit précisément tout le contraire; les faits abondent, on jugera.

Le délire est idiopathique ou sympathique. Le premier dépend d'une lésion directe du cerveau; mais il peut persister, lorsque déjà la lésion n'existe plus. Cependant, dans la majorité des cas, on trouve la raison déterminante de cette altération fonctionnelle. Quand on ne trouve rien, le délire est dit nerveux ou sympathique, et souvent on a pu lier son existence à des maladies de la muqueuse intestinale ou de tout autre organe. M. Rostan admet encore, dans ces cas, une lésion organique du cerveau qu'on ne peut saisir; il appuie son opinion sur les progrès qu'on a déjà faits dans cette voie depuis vingt-cinq ans, et en particulier sur les recherches récentes de M. Piedagnel, qui est arrivé à constater que le délire qui accompagne la fièvre typhoïde est lié à une encéphalite superficielle circonscrite.

On a pu voir pendant deux jours, dans le service, au n° 29 *bis*, une femme âgée de soixante ans, qui était arrivée à la dernière période d'un cancer utérin, auquel elle a succombé. Elle fut prise tout à coup (il y a de cela plus d'une année), d'une hémiplégie caractérisée par une perte subite et complète du mouvement du côté gauche. La paralysie suivit une marche décroissante, et les membres du côté affecté étaient devenus depuis quelques mois aussi libres que ceux du côté sain. Il y a donc eu ici une maladie qui a pu disparaître comme son symptôme. Etait-ce une congestion, un coup de sang? Mais ces congestions se dissipent ordinairement avec une grande rapidité, et les accidens auxquels elles donnent lieu cessent en peu de jours. Or, nous avons vu que dans ce cas les accidens n'avaient disparu que d'une manière lente et graduelle. Nous étions, en conséquence, plutôt portés à croire que cette femme avait eu une hémorrhagie cérébrale peu considérable du côté droit. C'était du moins ce qu'il était naturel de conclure de la marche et de la durée des symptômes dont cette femme nous a fait un récit fort claire, et que nous n'avions aucun motif de suspecter d'inexactitude. En proie à d'affreuses souffrances utérines, cette femme ressentit, il y a quinze jours, des douleurs assez vives dans le côté droit de la tête, douleurs qui furent rapidement suivies d'un engourdissement des membres du côté opposé, avec diminution de la motilité. Du reste, son état général était complétement sous l'influence de la cachexie cancéreuse; c'est dans cet état que nous l'avons reçue dans le service, où elle est morte au bout de trois jours. Nous avions diagnostiqué un nouveau travail dans l'hémisphère droit, que nous supposions devoir être un ramollissement consécutif à l'hémorrhagie précédente. Or, à l'autopsie, nous n'avons rien trouvé qui ait pu nous rendre compte ni des premiers, ni des derniers accidens. Nous sommes donc réduits à considérer ces derniers comme des phénomènes sympathiques dépendant de l'affection utérine. Quant aux premiers, nous n'éprouvons point, à vrai dire, un grand embarras pour nous en rendre compte, tout en ne conservant aucun doute sur l'exactitude du récit que nous avait fait cette pauvre femme. Et d'abord, les faits de ce genre ne sont pas très rares; j'en vais citer un exemple analogue:

Un homme fut atteint d'une hémorrhagie cérébrale, et il en guérit. Trois ans plus tard il éprouva de nouveau une congestion qui se traduisit par une hémoplégie nouvelle, et il succomba. A l'autopsie on trouva des lésions correspondantes aux premiers accidens, mais on ne trouva aucune trace des derniers.

Il est probable que dans cette circonstance la cause avait agi également et avec la même intensité sur les deux hémisphères; mais l'hémisphère qui avait été précédemment affecté était resté plus susceptible de devenir de nouveau malade, et devait répondre à la cause morbide qui agissait d'une manière commune sur les deux hémisphères par une perturbation beaucoup plus grande dans ses fonctions. Mais chez la femme dont il était question tout à l'heure, on n'a même pas trouvé de traces de la première hémorrhagie. Ce résultat doit peu surprendre cependant, car il arrive parfois que la cicatrice qui suit les désordres produits par une hémorrhagie est si parfaitement organisée, qu'elle échappe même à l'œil le plus exercé, et qu'elle n'est plus appréciable que par la résistance plus grande qu'offre à la section la portion de pulpe cérébrale qui en est le siége. Il faut donc tenir compte des difficultés que présente l'exploration de ces sortes de lésions, et ne point se hâter de conclure des résultats négatifs de ces recherches. Ces résultats négatifs étaient très communs il n'y a encore qu'une quinzaine d'années, alors qu'on était beaucoup moins exercé qu'aujourd'hui aux recherches de ce genre. De nos jours, ils deviennent de plus en plus rares, et lorsqu'on rencontre encore de ces cas en apparence négatifs, il ne faut point dire affirmativement qu'il n'existe point de lésion, mais constater tout simplement qu'on n'a rien trouvé.

» Elle n'a rien demandé aux rois, ny à la ville de *Paris*. Cette compagnie n'est point demeurée oisive, mais continuellement a travaillé, soit en estudiant pour se rendre capable de servir le public, soit en enseignant pour former des successeurs, tant pour la ville de *Paris*, que pour le royaume de France, ne refusant pas d'enseigner toutes les nations de la terre, qui venoient à *Paris* pour apprendre la médecine. Cette Eschole a tousjours suivy le conseil de *Platon, in Clitophonte*, qui requiert aux medecins deux choses, qui sont *de bien pratiquer la medecine, et l'enseigner fidelement*, pour former d'autres successeurs. Ils ont enseigné la medecine gratuitement, à leurs despens. Ils entretiennent quatre professeurs en medecine, qu'ils changent de deux ans en deux ans, pour monstrer aux escholiers toutes les parties de la médecine, sans interdire aux autres medecins d'enseigner volontairement comme il y en a ordinairement quelqu'un qui prend à gré cet exercice très-louable et très-profitable. ce que les quatre font par obligation. La pieté des medecins de *Paris* paroist és fondations qu'ils ont faites des colleges pour les estudians en medecine et en theologie, en l'Université de *Paris*. Cette docte et vénerable *Sorbonne* a esté premierement bastie par un *medecin de la reine Blanche, mere de saint Louys*, et son argent de 1500 livres n'estant pas suffisant, le secretaire de la dite reine, nommé *Robert de Sorbonne*, a augmenté la fondation, et a fait bastir le college qui a retenu jusques à present son nom. Les medecins ont fait dans la chapelle de leurs Escholes, des fondations d'obits pour le salut de leurs ames. De plus, ils entretiennent depuis 400 ans et davantage le service de *Nostre-Dame* en toutes les festes de l'année, tant la veille que le jour de la feste. Le jour de *Saint Luc* et le lendemain, deux grands services s'y font pour les ames de leurs confreres trespassez. Il ne meurt pas un medecin de nostre compagnie, qui n'aye un service solemnel, pour le salut de son ame, où se doivent trouver tous les medecins; et de fait, la pluspart s'y trouvent ordinairement. De plus, ils ont tousjours refusé leurs degrez à ceux qui n'étoient de la religion catholique, apostolique et romaine, s'ils en ont receu quelques-uns (dont le nombre est fort petit), ça esté par la violence des temps, par la force du magistrat, ou par surprise et dissimulation des bacheliers, qui ne se sont declarez huguenots qu'après le doctorat. » (*Recherches curieuses sur les escholes de médecine*, p. 28. Paris, 1651.)

Cette exposition naïvement pieuse des bons sentimens religieux des médecins de Paris est certainement fort édifiante. On ne peut s'empêcher néanmoins de regretter que le panégyriste n'ait pas aussi nettement caractérisé l'Ecole de Paris sous le point de vue scientifique qu'il l'a fait sous le point de vue de l'orthodoxie.

— On pourrait recommander aux auteurs dramatiques le fait historique bien connu de Louis de Bourges, médecin de François premier, qu'il suivit pendant sa captivité en Espagne. Il feignit que le roi était attaqué d'une maladie de langueur qui l'emporterait bientôt. Charles-Quint, qui aimait mieux l'argent que la personne du roi, accorda la rançon, par crainte de voir mourir François premier.

— Pline raconte que pour refréner la grande avarice des médecins de Rome, qui faisaient métier et marchandise des malades, à qui ils promettaient de retarder leur mort par des secrets qu'ils leur vendaient fort cher, les magistrats ne trouvèrent pas de meilleurs moyens de remédier à ces inconvéniens que d'ouvrir la porte à tous les charlatans, non pas pour faire honte aux médecins, mais pour diminuer le prix excessif des guérisons, mettant la jalousie entre eux: « Per quæ effectum est, ut nihil magis prodesse videretur, quam multitudo grassantium; neque enim pudor, sed æmuli prætia summittuntur. »

On voit que, parmi nous, les traditions de la sagesse antique ne se sont pas toutes perdues.

Aux noms que nous avons donnés dans notre dernier numéro des médecins nouvellement nommés à la députation, nous devons ajouter celui de M. le docteur *Richond des Brus*, élu député *au Puy* (Haute-Loire), ancien élève de l'Ecole physiologique, connu par un Traité des maladies vénériennes; et celui de *Delaveau*, jeune médecin, élu à *La Châtre*, dont on s'accorde à louer l'esprit d'indépendance et les idées de progrès.

Fièvre typhoïde grave, ayant simulé au début une affection cérébrale. Cessation des phénomènes cérébraux au bout du premier septénaire. Accroissement des symptômes typhoïdes. Circonstances qui font prononcer un pronostic grave.

Il me reste à vous parler d'une malade qui offre quelque intérêt en ce qu'elle a présenté au début de sa maladie des symptômes bien propres à faire tomber un observateur peu sévère dans une erreur de diagnostic, et à lui faire prendre une fièvre typhoïde grave pour une affection cérébrale.

Une femme âgée de vingt-neuf ans, grande, bien développée, d'une constitution qui paraît robuste, ayant les chairs fermes et colorées, habite Paris depuis trois ans; logeant avec son frère, avec lequel elle a de fréquentes querelles. A la suite d'une scène violente, pendant laquelle son frère lui porta des coups sur tout les corps et notamment sur la tête, cette fille tomba malade, et, après dix jours passés dans sa chambre sans secours, son mal empirant, elle se décida à se faire transporter à l'hôpital, où elle est depuis deux jours.

Lorsque nous l'avons vue pour la première fois, elle se plaignait d'une céphalalgie très intense; le pouls était fréquent (108) avec des redoublemens de fièvre très marqués le soir et le matin; il y avait de la soif, mais rien de remarquable du côté de la langue, des lèvres et des dents; le ventre, sans douleur, était pourtant un peu développé; il y avait peu de dévoiement; stupeur manifeste; une ou deux taches lenticulaires. Nous portâmes le diagnostic suivant: Légère hypérémie cérébrale, phénomènes fébriles intermittens et quelques signes de fièvre typhoïde. On prescrit une saignée et une application de sangsues derrière le col.

Aujourd'hui (deuxième jour), la fièvre typhoïde se dessine complètement et elle marche avec une rapidité et une intensité telles que nous portons un pronostic grave. L'immobilité et la stupeur sont complètes; les réponses sont justes, mais d'une lenteur extrême. Il y a eu depuis hier six selles, dont plusieurs involontaires; les pétéchies sont nombreuses et disséminées sur le ventre et sur la poitrine. Nous avions donc eu tort de présumer que la céphalalgie excessive qui a duré au-delà du premier septenaire, dépendît d'une lésion locale et directe des méninges, à la suite des coups reçus et des violens accès de colère auxquels la malade avoue s'être livrée depuis la querelle en question. On pratique une nouvelle saignée; boissons émollientes; lavement; diète.

Le quatrième jour (9 juillet), l'état de la malade est toujours aussi fâcheux, bien que nous ayons noté ce matin quelques signes d'amélioration apparente, tels que la diminution des selles, un peu d'humidité à la langue, et une diminution de la fréquence du pouls qui de 108 est tombé à 98; il y a aussi un peu moins de stupeur, mais la prostration est considérable.

Ce qui nous porte à maintenir le pronostic grave que nous avons prononcé dès le premier jour, c'est que depuis hier, la peau de cette malade, notamment celle du visage et des sillons qu'il présente, a revêtu une teinte ictérique, semblable à celle qu'on remarque dans les pneumonies graves. Cet état de la peau résulte-t-il d'une suffusion de la bile dans le sang? Je ne le pense pas; je le considère plutôt comme révélant un état particulier du sang qui devient peut-être trop liquide, et dont les élémens se désagrègent en même temps qu'ils pénètrent plus intimement les tissus; je tiens, du reste, fort peu à cette explication, et ce que je désire seulement constater, c'est cette perturbation profonde de l'hématose, qui rend le pronostic très fâcheux. — Quant à la céphalalgie, elle a presque complètement cédé à la première saignée; la malade ne s'en est plus plaint depuis cette époque.

Méningite traumatique. Erysipèle phlegmoneux survenu à la suite d'une saignée. Marche inverse des deux affections concomitantes. Guérison prompte de la méningite. Marche rapidement croissante de l'érysipèle.

Au n° 38 de la même salle est couchée une jeune fille, qui a aussi eu de fortes émotions et reçu des coups. Elle présentait, à son entrée, une méningite traumatique qui se traduisait par une céphalalgie intense, du délire et une forte fièvre. Nous portâmes de suite un pronostic favorable; car il est d'observation, que les phlegmasies viscérales par cause externe guérissent plus facilement et surtout plus rapidement que celles qui se développent par cause interne. Cette femme avait été saignée chez elle, avant son entrée à l'hôpital. Voici pourquoi je vous la signale en ce moment: nous trouvâmes les lèvres de la petite plaie de la saignée béantes, rouges, gonflées et douloureuses, ainsi que le trajet de la médiane céphalique et la peau environnante; je pensai que nous avions affaire non pas à une phlébite, mais à un phlegmon simple. A la visite du lendemain, les phénomènes cérébraux avaient considérablement diminué, et ceux du côté du bras étaient fort augmentés; il y avait un érysipèle phlegmoneux envahissant déjà une partie du bras et de l'avant-bras, sur lequel nous fîmes appliquer des cataplasmes émolliens. Depuis ce jour, le cerveau s'est dégagé de plus en plus, et ne présente plus rien à noter aujourd'hui; mais l'érysipèle a envahi successivement l'épaule, le creux de l'aisselle et les deux mamelles. Nous avons vainement essayé d'entraver sa marche par les vésicatoires et les frictions mercurielles; il est vrai de dire que nous comptions fort peu sur ces moyens dont nous avons constaté souvent l'inefficacité, mais nous ne pouvions plus recourir aux antiphlogistiques que nous avions largement employés dans les premiers jours contre l'affection cérébrale. Aujourd'hui, cependant, malgré la marche incessante de l'érysipèle, la malade se trouve mieux; la langue s'humecte, la soif diminue, le pouls est moins fréquent. Faut-il attribuer cette amélioration de l'état général aux frictions mercurielles et au vésicatoire? En présence de l'état local qui persiste et s'étend encore, nous ne le pensons pas, et la nature, avec les ressources qu'elle trouve chez un sujet jeune et bien constitué, nous paraît en avoir fait à elle seule tous les frais.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Trois exemples d'anhématosie par l'écume bronchique. Précautions à prendre pour en prévenir les fâcheuses conséquences; par M. L. MAILLIOT.

Au n° 14 de la salle Sainte-Geneviève, est couchée mademoiselle Elisa Bleuet, couturière, âgée de vingt ans, d'une forte constitution. Elle habite depuis trois mois une chambre, petite, mal aérée.

La veille de son entrée à l'hôpital (13 mai), elle se plaignait déjà de constipation qu'elle essaya de combattre par deux lavemens simples pris dans la même journée, mais inutilement; la constipation continua, et le 15 du même mois on constata l'état suivant:

Le rebord supérieur du foie était à 8 centimètres de la clavicule, à 4 centimètres au-dessus du mamelon.

Le cœur était à 6 centimètres de la clavicule; ses cavités droites présentaient 4 centimètres, et le ventricule gauche 9; en tout 13 centimètres de la base au sommet.

La malade éprouvait depuis quelques jours de la céphalalgie et des coliques assez violentes, jointes à une grande gêne dans la respiration.

Le ventre était volumineux, distendu par des gaz, douloureux à la pression; des matières remplissaient le colon ascendant; il n'y avait pas eu de selles depuis trois jours.

Des cataplasmes furent appliqués sur le ventre, des lavemens de farine de graine de lin furent administrés trois jours de suite (16, 17, 18); trois saignées furent pratiquées dans le même intervalle pour remédier aux accidens de la poly-hypérhémie (pléthore); des boissons à haute dose furent données dans le but de combattre la septicohémie (fièvre typhoïde), qu'on avait lieu de soupçonner, et malgré l'énergie de ce traitement, on percevait à distance (le 19 mai) des ronchus muqueux très abondans, et l'auscultation médiate les fit constater dans toute la poitrine. En haut et en avant, à l'origine des grosses bronches, il existait un râle absolument semblable à celui des mourans.

Il y avait en même temps de l'écume salivaire sur les lèvres, dont la membrane muqueuse était bleuâtre; la face était pâle et décolorée; il y avait, en un mot, menace d'anhématosie par l'écume bronchique.

L'expectoration ne se faisait point, et la malade, excessivement faible, n'osait prendre sur elle la force de se débarrasser des mucosités qui gênaient considérablement l'abord de l'air atmosphérique dans les voies aériennes. M. Piorry jugea dès lors qu'il était nécessaire d'agir sur son moral, et il la fit asseoir sur son séant, en lui faisant pencher la tête sur la poitrine; cela fait, il ne s'agit plus que de stimuler la malade, que de l'exciter vivement à tousser et à cracher ensuite, tout en exagérant sa position et en lui représentant que si elle ne se prêtait à ce qu'on voulait obtenir d'elle, sa vie pouvait bien en dépendre, ou pour le moins s'en trouver compromise.

Les instances réitérées du médecin, les efforts de la malade, ajoutés l'un à l'autre, amenèrent bientôt l'effet qu'on désirait produire, et le soulagement fut instantané; la malade respira mieux à l'aise; la coloration bleuâtre de la face disparut peu à peu; le bien-être venait de remplacer une respiration pénible, haletante.

Cependant la guérison n'était pas complète, car il existait encore des mucus dans les bronches et partout des ronchus. On eut recours au tartrate antimonié de potasse qu'on administra trois jours de suite (19, 20, 21), et sous son influence les bronches furent débarrassées. Cependant, le 22 mai, à la suite du traitement qu'on vient de lire, la malade se trouvait plongée dans un grand état de faiblesse, et il suffisait de lui faire placer la tête haute pour qu'elle fût aussitôt menacée d'anencéphalohémie (syncope des auteurs).

A cette époque, en comparant la mesure du cœur à celle qu'on avait reconnue lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouva en moins, dans sa hauteur, une différence de 5 centimètres et demi. Il ne fut donc pas difficile de se rendre compte de la diminution des forces; combien, à plus forte raison, ne put-on pas mieux l'expliquer, quand on se souvint des effets successifs du tartre stibié qui avait produit des selles alvines abondantes!

Cette dernière circonstance fit que l'hématose devint presque normale, d'autant mieux que le foie, descendu au niveau du mamelon et le cœur abaissé de plus de 2 centimètres, concoururent chacun pour leur part à l'agrandissement de la cage osseuse.

Le 22 mai, il y avait donc un état d'anhémie (défaut de sang) très prononcé, et l'on avait lieu de redouter encore l'influence de l'antimoine; c'est pour ce motif que, pour pallier les effets de ce dernier dans le cas où il agirait encore, quatre pots de tisane furent ordonnés; c'est pour remédier à l'anhémie que l'on permit l'usage des boissons.

— Cette observation est, à juste titre, remarquable sous plusieurs rapports; mais nous voulons nous appesantir particulièrement sur l'expectoration des crachats, que nous regardons comme capitale dans ce cas particulier: c'est pourquoi, comme des faits de ce genre méritent la plus grande attention, en ce qu'ils sont on ne peut plus pratiques, nous croyons devoir en reproduire deux autres qui se sont présentés à M. Piorry dans un court espace de temps.

Première observation. Lors de l'épidémie du choléra, Petit, l'un des employés de la Salpétrière, homme jeune, robuste et plétorique, après avoir éprouvé quelques symptômes gastro-intestinaux qui avaient présenté quelques-uns des caractères de l'épidémie régnante, sans qu'il ait eu cependant de grandes pertes de liquide, fut pris presque subitement d'une extrême difficulté de respirer; en même temps une toux grasse avait lieu; elle n'était point suivie d'expectoration; on entendait encore un râle trachéal très bruyant et à très grosses bulles, et il semblait que des crachats se trouvant en abondance à l'ouverture de la glotte, gênaient le passage de l'air. La face était d'un rouge violacé, tuméfié, les lèvres livides; le poumon, en arrière, donnait lieu, par la percussion, à une matité remarquable avec peu de résistance au doigt. On entendait à peine la respiration, qui d'ailleurs n'était point accompagnée de râles bronchiques ou vésiculaires; le cœur était gros; le foie volumineux; le pouls dur; les artères larges; les veines pleines; la suffocation paraissait imminente et la mort prochaine.

Tous ces désordres furent attribués à la présence de crachats obstruant une partie de la glotte. Il était évident que ces efforts d'expiration étaient insuffisans pour les faire rejeter. Alors Petit fut placé sur son séant et soutenu par plusieurs élèves; la tête fut fortement fléchie sur la poitrine; on exhorta le malade à faire de nouveaux efforts et à employer à cette opération toutes les forces dont il était capable et toute l'énergie de sa volonté.

Ce conseil fut exécuté, et aussitôt trois crachats visqueux, transparens, contenant de grosses bulles d'air remplissant le fond du crachoir, furent rendus en quelques secondes. A l'instant la respiration se rétablit et les râles trachéaux cessèrent. Tous les accidens qui mettaient actuellement la vie du malade en péril se dissipèrent. Une saignée fut pratiquée pour remédier à la congestion du cœur, des poumons et du foie; elle fut portée très loin parce que les forces du malade le permirent. Pendant qu'on la pratiquait, le son du thorax et la respiration revinrent à leur type normal, le cœur et le foie diminuèrent de volume, et la convalescence fut si prompte, que Petit passa presque subitement de la maladie à la santé.

Deuxième observation. Laloi, boulanger, âgé de trente-cinq ans, robuste et pléthorique, entra le 18 mai à la clinique de la Pitié. Une pleuro-pneumonie existant des deux côtés en arrière, mais plus marquée à droite, présentant d'ailleurs tous les signes anatomiques et physiologiques de l'inflammation aiguë des poumons, est traitée par deux saignées d'une livre et demie chacune, par trente sangsues et un vésicatoire sur le côté, sans que les forces tombent. Bientôt diminution dans la matité et dans l'aspect sanguinolent des crachats. Des boissons sont données à haute dose. Les crachats sont expectorés avec peine; ils paraissent écumeux et les bulles de cette écume sont petites. Le soir de la dernière saignée, le cinquième jour de la maladie, huit grams de tartrite antimonié de potasse sont donnés dans une petite quantité d'eau et à doses fractionnées; mais en même temps on continue l'usage des boissons.

Le lendemain vingt selles, et l'on n'a pris cependant que les deux tiers de la potion stibiée. Nuit agitée, moins de matité dans le thorax, mais partout du râle muqueux dans le thorax et du râle trachéal bruyant; toux continuelle sans expectoration, face livide, pouls faible et déprimé, lèvres violacées, volume augmenté des cavités droites du cœur. Pendant la visite on a recours aux mêmes moyens que pour Petit, et cela avec le même succès. Des crachats très nombreux et très couenneux sont rendus par suite de la position assise et de la flexion de la tête en avant, et les élèves ainsi que l'infirmier qui y mirent beaucoup de zèle, parvinrent à en faire rendre dans la journée de grandes quantités.

Pour arrêter le flux de liquide dans la trachée et les intestins, privation complète de boissons, vésicatoire de six pouces (16 centimètres) sur la poitrine.

Le septième jour de la maladie, il y a encore un grand nombre de selles; la matité du thorax diminue; la respiration fait entendre quelques râles.

Amélioration successive et graduée pendant les deux jours suivans et convalescence rapide, car une semaine après ces graves accidens, le malade mangeait les trois quarts.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde; par M. BROQUA.

Monsieur,

Dans les numéros des 31 mai et 21 juin derniers de la *Gazette des Hôpitaux*, vous avez publié quelques observations de fièvres typhoïdes traitées par le sulfate de quinine à haute dose, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Blache; et dans le numéro du 14 courant, vous appelez l'attention des médecins sur l'augmentation considérable de ces maladies, que l'on observe en ce moment dans les hôpitaux de Paris.

Vous me permettrez, Monsieur, de relever une erreur qui s'est glissée dans votre dernier article, en fixant « à 16 grammes (1) la dose de » sulfate de quinine dans une potion gommeuse de 120 grammes, à » prendre en vingt-quatre heures, » et de vous signaler en même temps le mode de traitement qui est suivi aujourd'hui avec succès à l'hôpital Cochin, où M. le Dr Blache fait depuis plusieurs mois l'application d'une méthode que je dois à seize années d'expérience et d'observations. Voici donc en substance le mode de traitement:

La dose de sulfate de quinine à employer dans les vingt-quatre heures doit être, suivant la gravité des cas et leur physionomie, de 2, 3, 4 et même 6 grammes chez les adultes, et de 40 centigrammes à 1 gramme et quelques centigrammes chez les enfans au-dessous de douze ans. Cette dose est administrée d'une manière fractionnée, en potions ou en pilules, toutes les heures, sans interruption, afin que le malade soit constamment sous l'influence de la médication.

Dans quelques circonstances graves, il faut aussi en même temps employer le sulfate de quinine en lavemens, et par la méthode endermique ou iatraleptique; et si la déglutition était impossible, on ne devrait pas négliger ces derniers modes d'administration.

Quoique le sulfate de quinine soit la base du traitement, on doit, dans certains cas, sans en suspendre l'usage, recourir à la saignée générale ou locale, mais avec modération et seulement lorsque la congestion dans l'une des trois cavités inspirerait des craintes, et ne pas négliger aussi les autres moyens thérapeutiques s'il se présente quelque indication particulière à remplir.

Pendant toute la durée de la maladie, il faut donner du sulfate de quinine dont les doses ne seront diminuées et éloignées que lorsqu'elle aura réellement perdu de sa gravité. Si l'amélioration du malade ne se soutenait pas après la diminution de la dose, on devrait l'augmenter aussitôt.

Lorsque le sulfate de quinine est employé dès le début de la maladie, la guérison est très souvent prompte et rapide; si au contraire on ne l'administre qu'à une période assez avancée, on n'obtient pas toujours immédiatement ce résultat.

(1) Le manuscrit portait de 1 à 6 *gram.*, on a imprimé 16 *grammes*.

Il est à remarquer que, malgré l'application exacte de la médication, il peut survenir des symptômes insolites qui ne doivent pas faire abandonner le traitement.

La convalescence est assez rapide, si l'on n'abandonne pas tout à fait le sulfate de quinine pendant son cours.

Au moment où les fièvres typhoïdes se déclarent à Paris, j'ai cru devoir vous adresser cette rectification, bien persuadé que vous l'accueilleriez avec la faveur que vous accordez à tout ce qui tend à seconder les recherches que vous ne cessez de faire dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

Veuillez agréer, etc. T. BROQUA, D.-M.-P.

Paris, le 15 juillet 1842.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du choix des résolutifs chez les enfans.

M. le docteur Chabrely fut appelé le 1er janvier dernier pour donner des soins à un petit garçon né depuis douze jours. Cet enfant présentait, au moment de sa naissance, deux tumeurs sanguines sans changement de couleur à la peau : l'une, petite, située à droite, du volume d'une noix, occupant la partie supérieure du pariétal, près du sommet de la tête, et l'autre, énorme, s'étendant à presque tout le pariétal gauche et contenant plusieurs onces de liquide. Ces tumeurs étaient proéminentes, molles, indolores à la pression ; la plus grosse communiquait avec la dure-mère, autant qu'il était possible d'en juger par les symptômes qu'amenait la compression. En effet, tandis qu'on diminuait la tumeur de volume l'enfant s'assoupissait ; il s'agitait moins, mais il ne criait pas.

L'enfant, d'ailleurs, dépérissait ; il tettait difficilement, prenait, quittait et reprenait le mamelon d'une manière tout à fait automatique. Il fallait donc agir de suite, et, dans ces circonstances, les auteurs allemands disent qu'il convient de recourir soit à la compression méthodique, soit aux résolutifs liquides camphrés, soit au caustique, soit au séton, ou bien enfin à la ponction à l'aide du bistouri.

Comme on a cité plusieurs cas de guérison par de simples résolutifs, c'est par eux que M. Chabrely crut devoir débuter. Mais les résolutifs liquides, tels que l'eau-de-vie camphrée, l'éther, etc., ont l'inconvénient d'enrhumer les petits malades, de couler dans leurs yeux, d'y occasionner une vive inflammation, enfin d'excorier le cuir chevelu qui est très tendre à cette époque de la vie. Au contraire, la poudre d'amidon camphrée, préparée avec quatre grammes de camphre pour quarante grammes d'amidon, a tous les avantages des résolutifs liquides, sans avoir aucun des inconvéniens qu'ils présentent. On saupoudre du coton en rame avec le résolutif sec ; on en fait aussi une inspersion sur le cuir chevelu, et un bonnet maintient le tout en position. La chaleur, qui est le fondant par excellence, concourt par ce procédé à la diminution de l'engorgement que l'on veut combattre.

Ce fut donc là le moyen qui fut employé dans le cas dont il s'agit ici, et, à l'aide de cette simple médication, il n'a fallu que quinze jours pour arriver à la résolution complète des deux céphalématomes. Après la disparition de ces tumeurs, l'enfant a commencé à tetter sans difficulté et à profiter en proportion de la nourriture reçue.

(*Bullet. méd. de Bordeaux*, mars 1842.)

Pommade de goudron camphrée ; son emploi thérapeutique.

Pr. Axonge,	30 grammes.
Goudron,	4
Camphre,	50 centigrammes.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Nota. — On peut, suivant les circonstances, porter les doses du goudron et du camphre au double de celles indiquées. On peut également, dans certains cas, ajouter au mélange, pour en augmenter l'effet résolutif, un à deux grammes (vingt à quarante grains) et même plus de sous-acétate de plomb liquide.

Cette pommade, dont on se servait déjà dans le milieu du siècle dernier et dont on a renouvelé l'application dans ces derniers temps, est aujourd'hui d'un usage très général et montre une grande efficacité. M. le docteur Baumès, entre autres praticiens, l'emploie avec beaucoup de succès, notamment contre les éruptions vésiculeuses ou puro-vésiculeuses, papulo-prurigineuses et squammeuses. Elle calme d'une manière très remarquable les démangeaisons, et elle convient même lorsqu'il y a encore de l'irritation, de l'inflammation dans l'éruption cutanée.

Le mode d'application consiste à en prendre une quantité suffisante pour frictionner, deux ou trois fois par jour, les surfaces affectées. Mais pour en retirer tous les avantages qu'elle est susceptible de produire, il est indispensable de faire baigner souvent les malades pendant tout le temps que l'on prolonge l'emploi de cette composition.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Liniment dessicatif calmant.

Pr. Huile de belladone,	30 grammes.
Eau de chaux,	60

M. exactement par agitation prolongée, puis ajouter S. A. :

Cérat de Galien,	8 grammes.
Chlorhydrate de morphine,	3 décigrammes.

M. de manière à obtenir un composé parfaitement homogène.

Ce liniment est employé avec succès par M. le docteur Baumès, contre les éruptions vésiculeuses ou puro-vésiculeuses qui s'accompagnent de quelque irritation.

Le mode d'administration consiste à toucher, plusieurs fois par jour, avec ce mélange, les surfaces malades.

Lorsque, par suite de l'habitude, l'effet calmant n'est plus produit d'une manière aussi marquée que dans le principe, il convient de remplacer le chlorhydrate de morphine par un autre sel de cette base, par exemple, l'acétate ou mieux encore le sulfate.

Thé de groseilles.

Le thé de groseilles est fort en usage en Russie depuis quelques années : il y est regardé comme légèrement sudorifique et anti-fiévreux. Cette boisson, d'ailleurs, est très agréable au goût, et les individus sujets à la goutte se trouvent parfaitement bien de son emploi.

On obtient très facilement le thé de groseilles : on met sécher des groseilles rouges ou blanches (la rouge a plus de parfum), placées sur des feuilles de papier, dans un four faiblement chauffé, ou dans celui d'une cuisinière dont la grande chaleur a disparu.

Les groseilles, après leur dessiccation convenable, sont conservées dans des boîtes de bois ou de fer-blanc qu'on prend soin de déposer dans un lieu bien sec.

Pour préparer la boisson, il suffit de faire infuser une pincée de groseilles ainsi desséchées, comme on en agit à l'égard du thé ordinaire, avec cette seule différence que l'infusion doit être prolongée un peu plus long-temps.

Observation remarquable de troisième dentition.

M. le docteur G. Podrana, qui a déjà eu l'occasion d'observer une dentition extraordinaire chez un vieillard de quatre-vingts ans, et qui a écrit sur ce fait intéressant un mémoire publié dans le *Giornale per servire ai progressi*, etc. (1835), en rapporte un autre plus récent, offert par la nommée Dapel, âgée de quatre-vingt-dix ans, ancienne religieuse du couvent de Saint-Zacharie, à Venise. La première dentition avait commencé chez cette personne entre le huitième et le douzième mois, et, bien qu'un peu difficile, elle avait marché d'une manière normale. La seconde dentition avait été plus facile et d'un développement plus régulier que la première ; mais on ne sait pas si les dents de lait tombèrent d'elles-mêmes, ou si leur extraction nécessita l'intervention d'un dentiste.

Cette femme qui avait les gencives en très bon état, ne prit jamais aucun soin de ses dents ; elle commença à en perdre quelques-unes vers sa quarante-cinquième année, après quoi elle les vit toutes tomber en un court espace de temps, ou par atrophie et destruction de leur émail, ou par carie et altération profonde de leur tissu. Depuis cette époque jusqu'à quatre-vingt-dix ans, la mastication ne s'effectuait qu'imparfaitement à l'aide des gencives dont le tissu s'était endurci graduellement ; et, lorsque les alimens ingérés étaient de difficile digestion, ils étaient régurgités en partie par une sorte de rumination, et, après avoir été triturés une seconde fois, ils étaient avalés de nouveau.

Au commencement de 1839, cette femme commença à éprouver un prurit incommode aux gencives, qui présentèrent bientôt une couleur rouge et tous les autres signes d'une légère inflammation ; la sécrétion salivaire augmenta, et il survint en même temps un flux diarrhéique fatigant. Sous l'influence de cette irritation de la membrane muqueuse stomo-gastro-intestinale, et par suite de l'excitation locale résultant de l'afflux du sang, il se forma des germes de nouvelles dents dont l'évolution s'opéra peu à peu jusqu'à leur parfait développement.

Ces dents, qui toutes parurent à la mâchoire inférieure, étaient au nombre de six, quatre incisives et deux canines, conformées normalement et revêtues d'un émail très blanc, mais un peu plus petites en général qu'elles ne le sont ordinairement. Quelques alvéoles voisines à la même mâchoire et bon nombre de celles de la mâchoire supérieure étaient remplies d'autant de capsules isolées et pleines d'un fluide gélatineux (portion molle des dents), et il est possible que si cette femme n'avait pas succombé à l'âge de quatre-vingt-treize ans et demi, à une attaque d'apoplexie foudroyante, elle aurait vu apparaître d'autres dents.

Le restant des alvéoles était occupé par une substance de nature phosphato-calcaire, transsudée et déposée dans les parois épaissies de ces mêmes cavités.

(*Giornale per servire ai progressi della patologia*, etc., 1841.)

MM. les docteurs Pasquier père et fils, assistés de chirurgiens et médecins de leur choix, ont procédé aujourd'hui à l'autopsie et à l'embaumement du corps du prince royal. L'opération a commencé ce matin à sept heures ; elle ne devait être terminée que dans la soirée.

SUPPLÉMENT.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'OBSTÉTRIQUE. Juin 1842.

I. *Mémoire sur la péritonite essentielle chez les jeunes filles ;* par M. le docteur DUPARCQUE. (Suite ; voir le supplément du 16 juin.)

Après avoir rapporté avec tous leurs détails cinq observations très intéressantes, M. Duparcque termine son travail par des considérations générales sur les causes, les symptômes, la mar che, la terminaison et le traitement de la maladie.

Causes. Il résulterait des observations recueillies par l'auteur que c'est dans l'intervalle de huit à onze ans, après la seconde dentition et bien avant la puberté, que la péritonite aiguë se montrerait chez les jeunes filles. Chez toutes, la maladie est survenue au milieu du plus parfait état de santé. Etudes assidues dans des classes renfermant beaucoup d'enfants, récréations et exercices actifs en plein air, telles étaient les conditions hygiéniques où se trouvaient toutes ces jeunes filles, ce qui pourrait faire attribuer la maladie, soit à des suppressions de transpiration, soit à des secousses violentes. «Toutefois, ajoute M. Duparcque, force est d'admettre, non seulement une certaine pré disposition produite par l'âge, mais encore une prédisposition particulière individuelle, puisque, sur une réunion d'un nombre plus ou moins considérable de jeunes sujets placés dans les mêmes conditions et soumis aux mêmes influences, un très petit nombre a été frappé de cette maladie. »

Prodromes. Vomissement chez quelques enfans ; chez d'autres, douleur aiguë limitée ou étendue dans l'abdomen ; perte de l'appétit, de la gaîté et du sommeil ; des frissons vagues, etc.; tels sont les symptômes présentés deux ou trois jours avant l'invasion réelle caractéristique de la maladie.

Symptômes. L'invasion s'annonce par des douleurs aiguës dans l'abdomen, accompagnées de frisson, de froid général ordinairement très intense, de vomissemens soit spontanés, soit provoqués par des boissons ; bientôt l'épanchement se déclare. En un mot, cette péritonite présente une grande analogie avec celle qui suit l'accouchement sous les rapports de l'intensité, de la violence des symptômes et de leur marche.

Pronostic. Très grave.

Traitement. En première ligne et tout d'abord les émissions sanguines larges et répétées. On ne doit pas craindre d'affaiblir les jeunes sujets. Il ne faudrait pas cependant pousser trop loin ce mode de traitement. « Si du cinquième au sixième jour, et malgré les pertes de sang, l'affaiblissement consécutif du pouls, la décoloration des tissus, les symptômes locaux persistent au même degré ou continuent leur marche progressive, ainsi que cela a lieu le plus ordinairement, on doit alors changer de batterie, et c'est alors que se place la médication mercurielle, dont un grand nombre de faits ont constaté les succès dans ces sortes de phlegmasies, succès que j'ai moi-même constaté un grand nombre de fois. » Quant aux accidents mercuriels, dont les dangers et la gravité sont incontestables, surtout chez les enfans, on ne saurait en vérité les comparer à ceux de la maladie qui nous occupe. Il est presque inutile d'ajouter qu'on aidera l'action des émissions sanguines et des mercuriaux par les boissons rafraîchissantes et délayantes, par des lavemens émolliens, des fomentations et par une diète absolue. M. Duparcque a renoncé à l'usage des bains, soit entiers, soit de fauteuil. Lorsque, dans les dernières périodes de la maladie, le météorisme est dominant, on peut recourir avec avantage à l'application de la glace sur l'abdomen.

Pour ramener et entretenir la chaleur des extrémités, y maintenir la circulation et y exciter une diaphorèse favorable, M. Duparcque enveloppe les pieds et les jambes dans des bottes de coton ou de laine, qu'il recouvre hermétiquement de taffetas gommé ; il fait une application semblable aux membres supérieurs. « Ce moyen, puissamment dérivatif, dit-il, convient principalement dans le jeune âge, où les synapismes, détermi nant si facilement des irritations nerveuses, produisent souvent des résultats contraires à ceux que l'on veut obtenir de leur emploi. »

II. *Réflexions sur le traitement de la rougeole et de la scarlatine ;* par M. le docteur HAMEL (de Lannion).

Après s'être élevé contre la méthode thérapeutique généralement employée contre ces deux affections, méthode qui, suivant lui, est le plus souvent fatale aux petits malades, pour peu qu'une surexcitation se manifeste, M. Hamel conseille la méthode suivante : « Dès le début, dit-il, il faut placer le malade dans un appartement bien aéré, à une douce température en hiver; pendant l'été, elle doit être fraîche; la tête nue, le corps peu couvert, les pieds tièdes; tout ce qui pourrait irriter la peau en sera écarté avec soin. Les boissons adoucissantes et les plus simples possibles seront administrées toujours froides et acidulées pendant la force de la fièvre, sans qu'il y ait à redouter, comme on se l'imagine, aucun effet nuisible de leur emploi, sans qu'une légère transpiration, si elle survient, en soit amoindrie. L'enfant dévoré par une soif ardente, que la chaleur et de funestes précautions ne sauraient éteindre, s'en trouvera bientôt soulagé, et se jetera avec avidité sur un liquide froid que son instinct le porte à desirer, car il a seul le pouvoir, par sa basse température, de soustraire au sang, à la peau, aux organes, la trop grande quantité de calorique que renouvelle sans cesse l'inflammation et qui embrasse toute l'économie, et d'arrêter ou d'atténuer les congestions locales ou viscérales si faciles aux premières époques de la vie. L'on joindra à ces moyens des lavemens émolliens presque froids et une diète absolue, en ayant soin de couvrir de topiques mucilagineux les parties du derme les plus phlogosées pour en diminuer la tension, la sensibilité et la rougeur. Si l'on redoute quelque engorgement vers la tête ou le thorax, la plus légère annonce d'une bronchite, une affection gastro-intestinale, des saignées locales, nombreuses, permanentes, répétées jusqu'à l'affaissement du pouls, jusqu'à la décoloration complète de la peau, sont necessaires, urgentes pour ramener le calme et eviter à un jeune enfant toute sécrétion muqueuse bronchique à laquelle il ne résiste pas. Avec une médication aussi rationnelle et aussi énergique, l'on a rarement à déplorer la perte d'un malade; tandis qu'avec de demi-moyens il succombe presque infailliblement. »

M. Hamel ajoute plus loin qu'avec ce traitement l'emploi des révulsifs est rarement indiqué. Cependant, si cette indication existait, il conseille de les diriger vers les membres abdominaux.

LA CLINIQUE DE MONTPELLIER, nos du 1er et du 15 juin.

I. *Observation sur quelques désordres produits par la cachexie scrofuleuse ; par* E. JALLAGUIER, *interne à l'Hôpital-Général de Montpellier.*

Après quelques mots sur l'insuffisance des ouvrages publiés sur les scrofoules, l'auteur rapporte un fait que nous trouvons analysé de la manière suivante dans la Gazette médicale de Montpellier: Un enfant âgé de quinze ans, et qui avait joui jusqu'à sept ans d'une belle santé, se plaignit, à cette époque, de douleur à l'aine gauche, suivie bientôt de claudication. On reconnut une luxation spontanée commençante ; plus tard, rien ne put s'opposer au deplacement qui eut lieu en haut et en dehors. Deux ans après, et malgré l'emploi continu des anti-scrofuleux, douleurs dans les lombes, station impossible et difformité de la colonne vertébrale. La masturbation fut considerée comme la cause probable de l'exacerbation de cette affection. Une surveillance de tous les instans, des anti-scrofuleux à l'intérieur, et des cautères sur le rachis, amenèrent une notable amelioration dans l'etat du sujet. Six ans apiès, développement du carreau. Le pénis examiné, il fut évident que la masturbation avait été poussée de nouveau à l'excès. Pour cette fois tout devint inutile : des eschares gangreneuses se formèrent sur les regions du corps servant au cubitus ; la partie interne du genou droit s'ouvrit ; et malgré que l'intérieur de l'articulation fût à nu, aucune inflammation ne s'y développa, tant le malade était affaibli.

Enfin, la consomption s'établit et ce jeune homme [illegible] — L'autopsie montra notamment de nombreux tuber[illegible] les poumons et le ventre ; la cavité cotyloïde gauche [illegible] une dépression de forme triangulaire, et remplie d'une [illegible] tuberculeuse et d'un tissu graisseux abondant. La nouvelle [illegible]culation s'était établie au niveau de l'épine iliaque antérieu[re et] inférieure. Enfin, l'articulation du genou droit avait perdu la synoviale dans la moitié interne, et cela sans trace d'inflammation aucune, ou de toute autre lésion dans les parties qui la forment.

II. *Emploi des injections balsamiques dans le traitement du catarrhe chronique de la vessie ;* par M. A. COURTY.

Suivant l'auteur, il est maintenant démontré que le baume de copahu, administre en injections dans la vessie, est d'une grande utilité dans les cas de ce genre, très-souvent rebelles à toutes les autres méthodes de traitement. M. Courty cite à l'appui deux faits qui se sont présentés à la clynique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu-Saint-Eloi. Le premier concerne une femme, âgée de quarante-deux ans, qui, sans cause bien connue, se trouva prise d'un catarrhe chronique de la vessie : divers traitemens, même la cautérisation pratiquée par M. Lallemand, ayant échoué, M. Serre en vint aux injections de copahu, dans la proportion de 8 grammes de cette substance sur 60 grammes d'eau miellée. On laissa séjourner d'abord l'injection pendant cinq minutes seulement ; le lendemain et les jours suivans, pendant huit minutes. De l'inflammation étant survenue, des anti-phlogistiques furent employés. Ce traitement continué pendant un mois environ, excepté aux époques menstruelles, amena la guerison radicale du sujet.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un cultivateur, âgé de trent un an, d'un tempéramment lymphatique et s'étant frequemment exposé à l'humidité. Jusqu'à l'âge de quinze ans, il eut peine à retenir ses urines. Plus tard, le coït causant de l'irritation à la vessie, il eut recours à la masturbation, et des pertes séminales survinrent. Le catarrhe vésical s'étant aggravé, il vint à l'hôpital Saint Eloi. M. Lallemand le cautérisa jusqu'à quatre fois, lui plaça des cautères sur l'hypogastre, et lui fit enfin subir un traitement anti-syphilitique, le tout sans succès. M. Serre ayant pris ce service, appliqua à ce sujet la méthode précédemment indiquée, et, après une quinzaine de jours, la guérison en fut la conséquence.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS ; 2 juillet 1842.

I. *Recherches sur les lésions anatomiques du système nerveux à la suite du tétanos chez l'homme et le cheval ;* par M. IMBERT GOURBEYRE, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Après l'exposé très détaillé d'une observation recueillie dans le service de M. Breschet, et le résumé des recherches anatomo-pathologiques qui ont été faites dans ces derniers temps par par MM. Leblanc et Gellé sur le tétanos du cheval, M. Imbert Gourbeyre mentionne encore divers mémoires, et termine en se demandant ce qu'il faut conclure de ces observations. « Ne tendent-elles pas toutes, dit-il, à prouver l'existence de lésions véritables dans le tétanos? Peut-être serions-nous portés à croire que l'examen cadavérique n'a pas été fait avec tout le soin possible dans les cas, d'ailleurs peu nombreux et surtout peu détaillés, où l'on prétend avoir trouvé une absence totale d'altérations?... En résumé, nous pouvons réduire les lésions observées à la suite du tétanos aux faits suivans : Ramollissement de l'axe cérébro-spinal, ramollissement portant surtout sur la moelle, et principalement ses faisceaux et racines antérieurs ; épanchement d'un liquide sanguinolent dans le canal rachidien ; comme troisième lésion, nous devrions encore ajouter les lésions inflammatoires des nerfs qui se distribuent aux surfaces blessées et aux muscles pris de rigidité tétanique, lésions caracterisees par les injections capillaires, les ecchymoses l'aspect terne et le ramollissement du nerf. »

D'après ces recherches, ajoute l'auteur, tous les médecins s'accorderont à localiser le tétanos dans le système nerveux. Quant à la nature de la maladie, c'est là un problème dont la solution ne peut pasencore être donnée d'une manière tout à fait satisfaisante.

II. *Note sur quelques points d'auscultation ;* par M. A. NETTER, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce.

Dans cette note, l'auteur livre à l'appréciation du public médical les faits suivans, dont les uns, dit-il, se trouvent incomplètement indiqués dans les livres, et dont les autres me paraissent nouveaux.

1° La voix, auscultée dans les différentes régions de la poitrine, s'accompagne d'une résonnance plus ou moins grande qui renforce en quelque sorte la paroie ; mais en lui ôtant de sa netteté, la voix perd de son caractère de voix articulée, les mots sont ainsi rendus moins *compréhensibles*.

2° Cette resonnance de la voix est toujours en raison du frémissement vibratoire que perçoit la main appliquée sur la poitrine d'une personne qui parle.

3° Dans les cas d'épanchement pleurétique, il y a à la fois absence de frémissement vibratoire à la main et de résonnance vocale ; de plus, la voix s'entend plus nettement articulée du côté de l'épanchement que du côté sain. (Pour vérifier ces faits, il faut avoir grand soin de se boucher l'oreille qui n'est pas appliquée sur la poitrine pendant que l'on ausculte de l'autre.)

4° Le murmure respiratoire produit par l'expiration, quand il se prolonge et qu'il devient, comme on dit, rude, est souvent entendu en même temps que la voix, mais ne semble pas imprimer à la voix une modification nouvelle.

5° Le souffle bronchique qu'on entend souvent dans les épanchemens pleurétiques est beaucoup moins éclatant que celui de la pneumonie : il est perçu ordinairement pendant l'expiration.

6° Chaque fois que ce souffle existe, l'égophonie se produit en même temps.

7° L'égophonie est d'autant plus marquée que le souffle est moins prononcé.

8° L'égophonie se rapproche d'autant plus de la broncho-[illegible] que le souffle bronchique devient plus intense.

9° Jamais je n'ai pu constater l'égophonie dans les cas où le souffle bronchique n'existait pas.

10° La coexistence constante de l'égophonie et du souffle bronchique dans l'expiration, le mécanisme de la formation des bruits analogues, voix de jeton, de chèvre, etc., l'auscultation elle-même pratiquée avec soin, me permettent d'affirmer que l'égophonie n'est autre chose que la voix elle-même mélangée d'un souffle fin.

III. *Note sur un nouveau procédé pour le traitement de l'asphyxie ;* par le docteur CLIET.

« L'asphyxié sera placé sur une espèce de lit de camp peu élevé et assez étroit pour permettre une libre circulation sur ses deux côtés. Son abdomen, sur lequel des frictions sèches auront été exactement et rapidement opérées, *si l'asphyxie a lieu par submersion*, sera recouvert d'une large plaque agglutinative. Cette plaque faite en cuir, à bords souples et flexibles dans quelques centimètres de sa circonference, et par conséquent plus épaisse à son centre, où seront superposées graduellement quelques rondelles de cuir, sera munie d'une poignée au milieu de sa face externe, et sa surface interne sera enduite d'une couche de glu ou de poix de résine, etc. Dans les cas où la substance qui formerait l'enduit de la plaque serait de nature résineuse, il y aurait alors nécessité de la soumettre préalablement à l'action d'une douce chaleur pour la rendre suffisamment agglutinative. Au moyen de la poignée de cette plaque, placée, comme je viens de le dire, sur les tégumens du ventre, l'on se hâtera d'exécuter, avec assez de force et de rapidité des mouvemens alternatifs de pression de dehors en dedans et de bas en haut, et de traction en sens contraire. Deux plaques du même genre pourraient être également appliquées avec quelque avantage et dans le même but sur les parties latérales et antérieures du thorax.

« Ce procédé, qui n'exclut aucun des autres moyens consacrés par l'expérience ou indiqués dans chaque cas particulier, permettrait au besoin, et à defaut de plaques thoraciques, l'emploi simultané de l'ingénieux bandage proposé en 1826 et 1829 par M. Leroy-d'Etioles. Seulement je dirai ici en passant que ce bandage ne pouvant produire la dilatation des parois sur lesquelles il est appliqué, ne saurait par conséquent donner lieu qu'à de très obscurs mouvemens inspiratoires. »

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE. Juin 1842.

I. *Observation de fracture et luxation de la colonne vertébrale ; rupture de la moelle épinière ; mort cinq semaines après l'accident ;* par le docteur RAGAINE, médecin de l'Hôtel-Dieu de Mortagne.

Le 27 septembre 1841, le nommé Massot, âgé de vingt-et-un ans, meunier, tomba sous la roue de son moulin, qui s'arrêta sur son corps. Après un travail qui ne dura pas moins d'un quart d'heure, on retira ce malheureux qui n'avait pas perdu connaissance ; il était dans l'état suivant : Paralysie des membres inférieurs, de la vessie, et du rectum ; gibbosité très prononcée dans la région lombaire. Le malade entra à l'hôpital le 6 octobre. On vida la vessie, qui formait une tumeur fort volumineuse au-dessus des pubis. Vers la douzième vertèbre dorsale, on remarquait une eschare sur la gibbosité ; il y avait de l'écartement entre les apophyses épineuses. Nul sentiment dans les membres pelviens ; eschares aux grands trochanters ; facultés intellectuelles intactes ; peu de douleurs ; sommeil assez tranquille ; appétit bon ; digestions faciles. Deux moxas autour de la gibbosité.

Les dix jours qui suivirent n'amenèrent d'autres changemens que l'agrandissement des eschares, l'urine était epaisse, albu-

mineuse ; trois ou quatre jours avant la mort il ne sortit plus par l'urètre que du pus sanguinolent. Le malade mourut le 30. On constata à l'autopsie qu'il y avait luxation de la première vertèbre lombaire sur la seconde ; que le corps de cette vertèbre était fracturé et réduit en petites esquilles, et que ces vertèbres ainsi placées formaient presque un angle droit ; désordre qui avait amené la rupture de la moelle. Au niveau de la fracture s'étaient formés des foyers purulens, et la muqueuse vésicale était en partie détruite par la suppuration.

II. *Considérations générales sur la variole et sur son traitement ;* par le professeur FOUQUIER.

Cet article n'est que la reproduction littérale de celui que nous avons publié dans le numéro du 12 mars dernier de la *Gazette des Hôpitaux.*

III. *Sur le traitement de la fièvre typhoïde ;* par M. le baron MICHEL, médecin en chef du Gros Caillou.

Nous avons publié ce traitement dans notre numéro du 25 janvier dernier.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Juillet 1842.

I. *Des feux de dents. — Des gourmes, par M. le professeur* TROUSSEAU.

L'auteur commence par présenter quelques considérations sur l'efficacité des bains de sublimé contre les maladies de la peau en général et principalement contre l'eczema et l'impetigo chroniques. Ces bains sont administrés selon la formule suivante : Sublimé 15 grammes ; sel ammoniaque 15 grammes ; pulvérisez, mêlez, faites dissoudre dans suffisante quantité d'eau pour un grand bain. Un bain tous les jours ou tous les deux jours. M. Trousseau dit avoir presque toujours traité ainsi, dans son service à l'hôpital Necker, les enfans et les femmes atteints de maladies de la peau, et affirme « qu'il est rare qu'il n'ait pas ou guéri, ou tout au moins singulièrement soulagé. »

C'est également par ces moyens qu'il traite ce qu'on appelle, chez les enfans, les feux de dents et les gourmes. « Pour les feux de dents, dit-il, qui se manifestent le plus ordinairement sous forme d'eczéma chronique, les pommades faites avec le précipité rouge ou le calomel, dans la proportion de 1/10 à 1/15, modifient rapidement l'état local et amènent presque toujours une guérison rapide.

» Dans les gourmes en croûtes de lait qui occupent la face et le cuir chevelu, et qui se manifestent ordinairement par des pustules et des ulcérations impétigineuses, le traitement doit être un peu modifié. Après avoir, à l'aide de cataplasmes, ramolli et enlevé les croûtes, après avoir coupé les cheveux aussi près que possible, on enduit la partie malade avec la pommade mercurielle, et on en continue l'emploi aussi long-temps que la maladie cutanée tend à se reproduire. »

M. Trousseau examine ensuite la question de savoir si la guérison doit être tentée, et s'il ne faut pas respecter le préjugé populaire qui interdit toute intervention médicale dans le traitement des feux de dents et des gourmes, et qui se borne à conseiller des soins de propreté. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails de cet examen. Voici comment il se résume : « Il ne faut pas s'opposer, dit-il, à la manifestation aiguë des fièvres éruptives et des gourmes chez les enfans. Il faut s'opposer aux accidens chroniques qui apparaissent du côté de la peau, à la suite de l'éruption des gourmes, et des fièvres exanthématiques. Il y a dans l'éruption et dans la manifestation des gourmes, deux temps bien distincts : le premier est consacré à ce que je puis appeler l'éruption primitive : c'est ou l'eczema, ou l'impétigo, ou le simple érythème. Le second comprend l'époque où l'éruption primitive prend la forme chronique et se complique en outre de formes accessoires. Dans le premier temps, il n'y a en général qu'à modifier l'intensité des phénomènes de réaction soit locale, soit générale ; mais lorsque la maladie devient chronique, qu'elle s'étend et qu'elle revêt des formes accessoires, le processus de la maladie demande une attention toute spéciale. »

II. *Note sur un cas remarquable d'œdème de la glotte survenu chez un enfant atteint d'hydropisie à la suite de scarlatine ; par M. le docteur* F. BARRIER.

Bayle a donné à cette maladie un caractère d'essentialité qui a trouvé beaucoup de contradicteurs. L'école de Broussais surtout a fait jouer à l'inflammation le rôle principal dans la production de cette hydropisie. C'est là, il est vrai, le point de départ le plus fréquent de l'affection qui nous occupe, cependant quelques faits semblent prouver que l'inflammation n'est point nécessaire pour la production de cet œdème. « L'observation que nous présentons, dit M. Barrier, est un exemple de ces cas rares et exceptionnels qui semblent avoir été rejetés par ceux qui ont écrit le plus récemment sur l'œdème de la glotte ; nous y voyons une hydropisie active se faire dans le larynx, sans qu'aucune phlegmasie existe, soit antérieurement, soit simultanément dans cet organe ; et de plus nous y trouvons l'œdème, non point borné aux replis aryténo-épiglottiques, comme cela arrive dans la plupart des cas, mais étendu à toute la couche celluleuse sous-muqueuse du larynx. »

Cette citation suffit pour faire saisir le point scientifique qui ressort de cette note, c'est pourquoi nous croyons pouvoir passer sous silence les détails de l'observation.

III. *Note pour servir à l'histoire pathologique des bourses muqueuses sous-cutanées du membre inférieur ;* par M. PÉTREQUIN.

Cette note renferme le résumé d'un choix d'observations recueillies par l'auteur qui prévient qu'il « a pris soin de choisir celles où l'on peut suivre les phases de l'évolution morbide depuis la simple hydropisie, la subinflammation, l'hématocèle, jusqu'à l'abcès, l'ulcération, l'induration chronique, etc., de ces capsules séreuses que le caprice de l'usage veut à tort qu'on nomme muqueuses. »

A. Bourse muqueuse trochantérienne. Cette capsule joue souvent le principal rôle dans la carie du grand trochanter ; et chacun sait que les affections de cette portion du fémur sont beaucoup moins rares depuis qu'on s'est appliqué à bien distinguer ces sortes de lésions de celles qui ont leur siége dans l'articulation de la hanche. Cette remarque doit suffire pour faire sentir toute l'importance qu'il y a ici à bien préciser le diagnostic, pour adopter une thérapeutique rationnelle.

B. Bourse muqueuse prérotulienne. — C'est celle qui se trouve le plus souvent affectée. Sa position suffit pour expliquer cette fréquence. Dans un cas d'hygroma, M. Petrequin a traversé la tumeur avec un séton métallique, moyen préféré par Sanson ; il ajoute avoir vu MM. Marjolin et Laugier, à l'hôpital Beaujon, traiter ces tumeurs avec succès à l'aide de la ponction, de l'injection et d'une compression méthodique.

L'hématocèle arrive après l'hygroma, suivant l'ordre de fréquence. Son origine est en général traumatique. M. Petrequin cite une guérison obtenue en quelques jours à l'aide d'une injection iodée. Ces hématocèles ont souvent été confondues avec les loupes. Au début on peut les guérir par la compression, par l'écrasement, par la ponction suivie ou non de l'injection d'un liquide irritant. Ces tumeurs sont la cause originelle des produits qu'on nomme *corps étrangers*, spontanés, amphi-articulaires. On peut les résoudre à l'aide du muriate d'ammoniaque et de la compression, et parfois en les couvrant de vésicatoires volants. Plus tard, quand ces moyens échouent, la ponction, si la matière est fluide, l'incision, si elle est demi-solide ; puis l'injection stimulante, ou au moins l'inflammation adhésive artificielle du kyste, amènent l'oblitération de la cavité, et par là même la guérison. Dans quelques circonstances, il arrive que la capsule muqueuse s'enflamme, et que, distendue par la suppuration, elle se rompt en divers points ; le pus s'infiltre à droite et à gauche dans le tissu cellulaire environnant ; et la maladie offre plus d'une analogie avec le phlegmon diffus ; ou bien, à un degré avancé, l'articulation du genou présente une tuméfaction telle, qu'on pourrait prendre la maladie pour une inflammation avec épanchement dans la cavité articulaire tibio-fémoriale. Lorsqu'il survient une récidive après la guérison, il n'y a pas alors reproduction de la maladie existante ; mais il se forme une autre bourse muqueuse, qui peut s'affecter comme la première.

C. Bourse muqueuse malléolaire. M. Pétrequin en cite deux cas. Chez un malade, la bourse muqueuse de la malléole interne était ulcérée ; l'autre portait un abcès et une ulcération de celle de la malléole externe.

D. Bourse muqueuse calcanéenne. Son anatomie est toute nouvelle, et sa pathologie n'a pas encore été décrite. M. Petrequin en mentionne un cas d'ulcération calleuse.

E. Bourse muqueuse sous métatarso-phalangienne du gros orteil. M. Petrequin l'a vue une fois s'ulcérer. On a rencontré une maladie analogue sous le talon, et l'auteur dit l'avoir également observée sous le cinquième orteil.

F. Bourse muqueuse métatarso-phalangienne latérale du gros orteil. Elle est exposée à de nombreuses causes morbides. La pression des chaussures en provoque souvent le développement. Elle paraît être plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, par suite de l'habitude où la coquetterie les tient de serrer leurs pieds outre mesure ; de là une maladie vulgairement désignée sous le nom d'*ognons*. La marche avec des souliers trop étroits, les contusions, les froissements répétés en amènent tôt ou tard la formation à un degré plus ou moins prononcé. La maladie passe par plusieurs phases : c'est d'abord un épanchement de sérosité ou de sang ; la coagulation d'une partie des liquides laisse le volume de la tête osseuse plus grand que de coutume ; parfois, à une deuxième période, les fatigues de l'exercice et la persistance des mêmes causes produisent l'explosion d'une inflammation ; ce n'est plus du sang ou du sérum que contient la poche ; elle se transforme en un kyste suppuré qui peut présenter la même série de phénomènes que les abcès. Dans une troisième période, les parois de la capsule, en proie à des agents d'irritation continue, et par-là même à une phlegmasie sub-aiguë qui se prolonge, passent à un état d'induration chronique ; c'est alors le dernier terme de la tumeur qui constitue l'*ognon*. En subissant cette évolution morbide, elle reste souvent indolente ; l'épaisseur de ses parois lui donne alors tous les caractères d'une masse dure et compacte qui ne renferme aucun liquide dans son intérieur, et qu'on a prise pour une hypertrophie de la tête métatarsienne. M. Petrequin connaît une famille où cette disposition est héréditaire, et dans tous les membres, parvenus à l'âge adulte, présentent des ognons prononcés. Brodie paraît avoir observé un exemple analogue.

IV. *Guérison d'un cas de phthisie pulmonaire ;* par M. ITARD, médecin aux Mées.

Un homme, âgé de quarante-cinq ans, vient consulter M. Itard. Il présente les symptômes suivans : « Figure pâle et maigre, pommettes saillantes, yeux caves et brillans, essoufflement considérable, toux fréquente. Le malade m'apprend, comme commémoratifs, que son frère a succombé à la phthisie pulmonaire à l'âge de vingt deux ans, que son père et sa mère sont morts dans un âge peu avancé ; il ignore de quelle maladie. Pour lui, jusqu'à l'hiver dernier il avait toujours joui d'un bonne santé, sauf un rhume qu'il gagnait tous les hivers en chassant. Mais depuis trois mois son catarrhe n'avait point diminué d'intensité, malgré les tisanes mucilagineuses, le régime doux et lacté qu'on lui avait prescrit. Depuis cette époque, il avait considérablement maigri ; ses forces s'en allaient tous les jours ; l'expectoration était plus abondante, épaisse grisâtre, quelquefois tirant sur le jaune ou le blanc, d'une odeur fétide. Il perdait le sommeil, transpirait abondamment la nuit, avait la diarrhée depuis quinze jours et la fièvre depuis plus d'un mois.

L'examen de la poitrine donne les signes suivans : son obscur sous la clavicule droite, clair et normal dans les autres parties ; bruit de gargouillement sous la clavicule gauche et dans le creux de l'aisselle ; râle crépitant derrière le sein et un peu au-dessous ; bruit respiratoire obscur à la partie postérieure de la poitrine. Ce sont bien là, ajoute M. Itard, les principaux symptômes généraux et locaux de la phthisie pulmonaire arrivée à un degré où on la regarde comme incurable. Cependant la terminaison a été des plus heureuses pour le malade. »

Le traitement employé a consisté en : lait d'ânesse, tisane de colombo édulcorée de sirop de quinquina, lavemens avec acétate de plomb et laudanum, cautères avec la poudre de Vienne, emplâtre de Bourgogne saupoudré d'émétique.

JOURNAL DE MÉDECINE-PRATIQUE, OU RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. Mai 1842.

I. *De l'épilepsie sanguine ;* par M. E. COMBES.

« L'épilepsie, dit M. Esquirol, est non-seulement une maladie épouvantable par la violence de ses symptômes, désespérante par son incurabilité, elle l'est encore par ses effets funestes sur le physique et le moral de ceux qui en sont atteints. » Van Swieten dit avoir observé plusieurs fous, et il assure que beaucoup avaient été épileptiques. M. Fabre (Dict. des dict., p. 635, tom. III), dit qu'il est rare que la succession de ces différentes attaques n'occasionne pas une altération des facultés intellectuelles.

Après avoir cité les auteurs qui ont traité de l'influence de l'épilepsie sur l'intelligence, et avoir établi le rapport entre les épileptiques et les fous, M. Combes rapporte une observation qui lui est propre.

Il s'agit d'une petite fille de quatre ans, née de parens pléthoriques, remarquable par sa vivacité et la coloration de son visage, qui avait six, huit et jusqu'à neuf attaques par jour, et trois ou quatre toutes les nuits au milieu de son sommeil. Les impressions morales influaient sur ces attaques. Elles avaient commencé par de légers mouvemens convulsifs de la face et du cou, et avaient même laissé un strabisme convergent qui dure encore.

Toutes les fonctions se faisaient bien, seulement le pouls était plein et dur.

Dans les accès, il n'y avait pas de bave écumeuse, pas de roncus stertoreux, pas de *facies* épileptique ; ils étaient caractérisés par des spasmes convulsifs, un mouvement rapide en arrière, un éclat de rire, le tout durait quelques minutes.

L'auteur prescrivit une diète légère et végétale, une saignée de 120 grammes et le repos d'esprit.

La saignée fut répétée quatre fois en six jours, et les accès devinrent rares : on avait aussi administré le calomel, et l'enfant avait rendu un lombric.

Un mois après, la maladie faisait de nouveaux progrès, l'enfant ayant été rendu à ses anciennes habitudes. On recommença les saignées, des applications d'eau froide, un régime sévère ; un mois plus tard, la petite malade avait été huit jours sans avoir d'attaque, et cinq mois après l'épilepsie n'avait pas reparu.

L'auteur de l'observation, dans une longue discussion qui suit le fait rapporté, explique comme quoi il a été conduit à l'emploi de la méthode des saignées *coup sur coup*, et s'étaie des opinions d'Esquirol, d'Underwood et de Broussais pour expliquer le traitement énergique qui lui a réussi.

II. *Sarcome médullaire du volume de la tête d'un adulte, situé dans la région fessière droite. — Opération. — Mort au dix-neuvième jour ;* par M. CHAUMET, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André.

Jean Deram, âgé de vingt-quatre ans, lymphatique, porte depuis huit ans une tumeur au milieu de la fesse droite, d'une marche indolente et qui a atteint la grosseur de la tête. L'opération fut reconnue indispensable. Après une ponction préalable, au moyen du trois-quarts au bas de la tumeur, deux incisions elliptiques mirent celle-ci à nu ; on reconnut sa position sous musculaire, et, après une dissection longue et pénible, on l'énucléa, sans qu'il s'écoulât beaucoup de sang ; le tronc de la fessière fut seul lié : on pansa, et des irrigations d'eau froide furent faites pendant deux jours.

La tumeur pesait, moins le liquide, deux kilogrammes. Le tissu en était dur, élastique, criant sous le scalpel.

Le soir de l'opération, le malade eut une fièvre nerveuse très-forte ; jusqu'au huitième jour pourtant il alla de mieux en mieux ; puis il éprouva des frissons, les forces tombèrent, la plaie prit une teinte violacée, et, malgré le quinquina et les toniques, les symptômes adynamiques devinrent extrêmes. Le malade mourut.

Autopsie.—Abcès sous le pectoral gauche ; pas de pus dans la veine cave ; le foie est volumineux, sans abcès ; un peu de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau ; tous les autres organes sont sains. Le nerf sciatique offre un aspect rubané dans une étendue de 10 centimètres. Les organes intra-pelviens n'ont nullement souffert du voisinage du foyer.

III. *Observation d'une tumeur fongueuse du col de l'utérus faisant saillie au dehors, et prise pour un renversement complet de la matrice ;* par M. E.-J. PEREYRA, médecin titulaire de l'hôpital Saint-André.

Il s'agit d'une femme âgée de cinquante ans, petite, pâle, anémique, présentant la cachexie cancéreuse, ayant eu cinq enfans. A quarante-cinq ans elle a cessé d'être réglée, et un an après sont survenues des hémorrhagies très-intenses qui ont augmenté depuis six mois. Cinq semaines après son entrée à l'hôpital de Bordeaux, en voulant remonter dans son lit elle sentit un corps faire saillie hors du vagin ; on tenta de le faire rentrer, tout fut inutile. On pensa d'abord à une opération, mais l'état général du sujet la contre-indiquant formellement, on donna des palliatifs : six jours après la malade mourut.

A l'autopsie, on reconnut une erreur complète de diagnostic. Cette tumeur, qui avait été prise pour l'utérus, n'était que le développement fongueux de toute la membrane qui recouvre l'extrémité libre du museau de tanche ; la matrice était en place et parfaitement saine.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. Mai 1842.

Essai toxicologique sur l'action des sels de cuivre solubles ; par M. le professeur MITSCHERLICH.

Voici quelques uns des faits principaux qui sont contenus dans ce travail :

1° Une dissolution aqueuse d'un sel de cuivre appliquée sur l'épiderme entier et sain n'exerce pas d'action sensible, parce que les sels de cuivre ne se combinent pas avec les principes de ce tissu.

2° Sur des plaies, et surtout là où il y a absence d'épiderme, la place touchée avec le sel cuivrique se colore légèrement en vert bleuâtre, sans que l'on puisse enlever la coloration par un lavage avec de l'eau ; car le sel a formé une combinaison chimique avec l'albumine du liquide séreux, en causant en même

temps de l'irritation, de la douleur et une cautérisation. Par le lavage de la surface avec le vinaigre, l'eau de savon ou une solution alcaline, on peut faire disparaître la coloration, parce que les combinaisons organiques cuivriques sont solubles dans ces liquides.

5° Dans le conduit gastro-intestinal, et en général sur tous les organes recouverts par une membrane muqueuse, l'action est analogue à celle qui s'observe sur le tissu cellulaire. Après l'ingestion d'une assez grande dose de sulfate de cuivre, une partie de ce sel se combine avec les matières contenues dans l'estomac, et l'autre partie se combine avec les principes de l'épithélium et des membranes.

Pour étudier l'application à l'intérieur du sulfate de cuivre, M. Mitscherlich a donné la préférence aux lapins, parce qu'ils ne vomissent pas. Il résulte, de ses expériences sur ces animaux, que le sulfate cuivrique exerce une action chimique sur le canal alimentaire, et qu'il est mortel à des doses assez fortes pour corroder l'estomac et les intestins; il coagule le sang, et, arrivant en même temps à l'état de combinaison avec des matières organiques dans des organes plus éloignés, il hâte l'action mortelle.

Par des observations microscopiques, on s'est convaincu que la décomposition chimico-organique, à laquelle M. Mitscherlich donne le nom de *cautérisation*, ne doit pas être regardée comme une corrosion ou une dissolution, comme par exemple celle que déterminent les alcalis, car les cellules de l'épithélium, les globules du sang, les fibres musculaires, etc., étaient peu ou presque point altérés : or, la vie peut être détruite localement par ce moyen, ce que l'on peut déduire de la destruction du mouvement péristaltique et de la coloration des membranes fibreuses. Par là, on peut aussi expliquer l'action salutaire des sels solubles de cuivre dans leur application topique sur les abcès cancéreux, sur ceux de l'anus, sur les membranes muqueuses et sur le tissu cellulaire.

4° Il y a des médecins qui prescrivent le sulfate de cuivre à l'intérieur à petites doses, d'un à cinq centig. (un cinquième de grain à un grain) deux à trois fois par jour, ou, ayant en vue une action émétique, de dix à quinze centigrammes (deux à trois grains) toutes les dix minutes, sans donner lieu par cette médication aux symptômes dangereux de l'empoisonnement : on en a même fait prendre trois à cinq décigrammes (six à dix grains) sans autre effet que des vomissements, de fortes douleurs à la région de l'estomac et des syncopes. M. le docteur Schubarth rapporte qu'un chien, après avoir pris deux grammes (un demi-gros) de ce sel, n'éprouva que des vomissements, du frisson, de la faiblesse, et qu'il se rétablit ensuite : dans ce cas la rapidité du vomissement a certainement prévenu la réaction mortelle.

5° Quatre grammes (un gros) de sulfate de cuivre pulvérisé ayant été saupoudré sur une plaie faite dans le tissu cellulaire de la jambe de derrière d'un lapin, la respiration et la circulation furent activées d'abord, puis la faiblesse vint et alla en augmentant peu à peu, après quoi l'insensibilité lui succéda; enfin, deux heures plus tard, la mort eut lieu sans convulsions.

A l'ouverture du corps, on reconnut qu'une petite portion seulement du sel cuivrique avait été absorbée; les diverses parties de la jambe, les muscles de l'abdomen, etc., étaient colorés en vert bleuâtre clair, mais les vaisseaux avaient pris une teinte brune, parce que le sulfate qui les avait pénétrés avait communiqué cette nuance au sang décomposé et coagulé.

6° L'acétate cuivrique ressemble beaucoup au sulfate, relativement à son action sur les matières organiques. Des empoisonnemens ont été observés, et, dans tous les cas, on a trouvé l'estomac et les intestins grêles corrodés, enflammés, même une fois rongés, etc.

Le nombre des empoisonnemens par l'acétate de cuivre, qui ont eu une terminaison heureuse, est assez grand; si on provoque de bonne heure un vomissement suffisant, et si l'on recourt ensuite à l'emploi des remèdes convenables, tels que l'eau albumineuse tiède, ou le lait en grande quantité, on est presque toujours assez heureux pour sauver les malades.

7° Par l'application de l'acétate de cuivre à l'extérieur sur une blessure, MM Orfila et Smith n'ont pas observé d'effet mortel; mais M. Mitscherlich a observé le contraire, car un lapin est mort quatre heures après l'application de quatre grammes (un gros) d'acétate de cuivre en poudre fine sur une blessure du tissu cellulaire d'une jambe de derrière, etc. — La dissection, faite immédiatement après la mort, offrait les mêmes changemens, moins étendus toutefois qu'avec le sulfate de cuivre.

8. De petites doses d'un sel soluble de cuivre, employées à l'intérieur, se combinent à l'instant et en totalité, avec les matières organiques du chyme; mais, par une application continuée pendant long-temps, elles donnent lieu à la production d'autres phénomènes pendant la vie, et elles déterminent des modifications organiques et des lésions cadavériques autres que celles qui sont produites par les grandes doses de ce sel.

Plus l'estomac est rempli d'aliments, plus la réaction est faible. Les combinaisons du cuivre avec les matières de l'estomac sont en partie solubles dans l'eau et dans les acides libres du suc gastrique, et en partie insolubles. Celles de ces combinaisons qui sont insolubles colorent les excréments solides en vert bleuâtre, et sont expulsées par cette voie, sans agir dangereusement; tandis que les combinaisons solubles peuvent être absorbées et entrent dans le sang qu'elles décomposent.

Une altération dans la composition du sang est donc la réaction la plus prochaine et la plus importante que les sels solubles de cuivre produisent en dehors du canal gastro-intestinal; mais cette altération du sang n'est suffisamment démontrée ni par des recherches microscopiques, ni par des analyses chimiques. Les globules, du moins suivant M. Mitscherlich, ne sont pas altérés dans leur forme, et il en conclut que l'altération doit être cherchée dans le sérum du sang.

M. Buchner ajoute qu'il est sûr que les globules sanguins ont souffert une altération, une modification que l'on reconnaît au changement de couleur et à la coagulation du sang. Outre cela, M. Wibmer a démontré la présence du cuivre dans le foie d'un chien empoisonné par l'acétate de cuivre : mais on ne peut retrouver ce métal dans le sang qu'en opérant la destruction complète de ce dernier, soit par la voie sèche, soit par la voie humide. Chaque globule du sang doit être considéré comme vivant d'une vie qui lui est propre et qui est dépendante de celle de l'organisme entier autant que la vie elle-même de celui-ci est dépendante de lois de la matière. Une quantité inappréciable d'un sel de cuivre est en état de faire mourir une foule de globules, sans que leur forme soit assez altérée pour qu'on s'en aperçoive; mais, s'il arrive une quantité plus considérable de cuivre dans le sang, la mortification peut s'étendre à ce point que le reste des globules encore vivants ne soit plus suffisant pour exciter le cerveau et le système nerveux autant qu'il est nécessaire pour la conservation de l'organisme entier dans son état de vie.

Revue médicale. Juin 1842.

I. *De la valeur des signes fournis par l'auscultation dans le diagnostic des présentations et positions du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement*; par MM. les docteurs Devilliers fils et Chailly (Honoré).

L'auscultation, considérée comme moyen propre à parvenir au diagnostic des présentations et positions du fœtus dans la matrice est un point de pratique sur lequel les accoucheurs sont loin de s'entendre. MM. Devilliers et Chailly montrent par des citations que la majorité des auteurs ne lui accordent qu'une confiance douteuse et timide, et ils pensent que le très petit nombre de ceux qui lui attribuent un jugement infaillible ont exagéré beaucoup ses avantages.

Les expériences faites par MM. Devilliers et Chailly ont porté sur 192 femmes enceintes; chez 148 desquelles seulement la terminaison de l'accouchement a pu être constatée : en conséquence, chez 45, le diagnostic n'a pas pu être vérifié. En général, cet examen a été pratiqué quinze, huit, deux jours, quelques heures, et même quelques instans avant l'accouchement. Dans quelques cas rares cependant, il ne l'a été que cinq à six semaines avant.

Parmi les 148 femmes sur l'accouchement desquelles on a recueilli des renseignemens complets, le diagnostic a concordé avec la terminaison 225 fois, tandis qu'il s'est trouvé en opposition avec elle dans 68 cas, c'est-à-dire dans plus du quart. Les présentations ne sont comprises que pour six cas dans cette somme considérable d'erreurs, tandis que la part des positions a été vraiment effrayante. MM Devilliers et Chailly expliquent cette énorme différence par la difficulté et souvent l'impossibilité de discerner exactement les présentations antérieures des postérieures, et la facilité avec laquelle les premières se convertissent en secondes dans certains cas.

Pour estimer d'une manière plus précise la valeur de l'auscultation MM. Devilliers et Chailly étudient ensuite chaque présentation et chaque position en particulier.

Ce travail ne devant être terminé que dans le prochain numéro de la Revue médicale, nous en présenterons l'ensemble dans le supplément du 15 août.

II. *Note sur l'éclampsie*; par M. Danyau, chirurgien et professeur adjoint à l'hospice de la Maternité.

Cette note renferme trois observations qui méritent d'être rapportées avec quelques détails.

Première observation. — Éclampsie au début du travail, mortelle peu de temps après l'accouchement. — Madame D...., âgée de dix-sept ans, blonde, sanguine et d'une force au dessus de son âge, était heureusement arrivée au terme de sa première grossesse, lorsque tout à coup elle éprouve un trouble notable de la vue presque sans céphalalgie. Une large saignée est aussitôt pratiquée et n'amène que peu d'amélioration. Dans la soirée le travail se déclara; mais à quatre heures du matin elle fut prise tout à coup d'une attaque éclamptique d'une violence extrême, au point que sa mère crut qu'elle allait succomber. Les attaques se renouvelèrent, et dans les intervalles la malade était plongée dans un coma profond. M. Thor, médecin de la famille, trouvant le pouls faible et la figure pâle, ne voulut pas faire tirer du sang. Bain, potion antispasmodique.

Peu après M. Danyau arriva et trouva la malade dans un accès convulsif très prononcé. Son premier soin fut de constater l'état de l'orifice utérin; il le trouva mince, dilaté de huit à dix lignes environ, dilatable de quelques lignes, mais au-delà ferme et résistant. Les membranes étaient entières; la tête, qui se présentait par le sommet, était médiocrement engagée. L'enfant avait cessé de vivre. Saignée d'une livre; quart de lavement avec un demi gros de camphre, un demi gros d'assa-fœtida et douze grains de musc, dont les deux tiers environ furent retenus. Compresses froides sur la tête.

Cependant, pendant une heure et demie, les accès ne cessèrent de se succéder avec une intensité et une rapidité effrayantes. Enfin il eut un peu de calme. Néanmoins, comme quelques heures après (onze heures et demie) les douleurs n'avaient pas opéré une dilatation plus considérable du col, M Danyau fit pulvériser et partager en trois paquets deux grammes de seigle ergoté. Un premier tiers, délayé dans l'eau, fut avalé sans beaucoup de peine par petites gorgées. Les contractions devinrent plus fortes, et la dilatation du col fit quelques progrès. Vers midi un quart, un accès violent eut lieu; et comme le travail paraissait se ralentir, on administra une seconde dose de seigle ergoté. Les douleurs se réveillèrent, et M. Danyau rompit les membranes. Cependant, malgré l'évacuation des eaux, les accès se renouvelèrent si forts et s'accompagnèrent d'une telle congestion vers la tête, que l'on crut de nouveau devoir recourir à la saignée. A deux heures moins un quart, la tête n'avait pas franchi l'orifice; cependant la dilatation était assez avancée pour qu'on pût faire usage du forceps, et la malade ne put être délivrée qu'après une opération laborieuse. Placée dans son lit, elle fut couverte de linges chauds, et on lui administra quelques cuillerées de vin et d'eau-de-vie étendue d'eau. Ranimée de cet état alarmant, elle passa à un état comateux prolongé, interrompu par des accès fréquens, mais plus faibles, et qui se termina par la mort, à sept heures du soir. L'autopsie n'a point été faite.

Deuxième observation. — Éclampsie chez une primipare dont l'enfant présentait la face en première position. Mort deux heures après le premier accès. — Catherine Grenier, âgée de vingt-sept ans, blonde, forte, avait joui d'une santé parfaite jusqu'à l'époque de son accouchement. Le 30 décembre 1840, à onze heures du matin, elle ressentit des douleurs lombaires et de la pesanteur dans le bassin. Elle avait été admise quinze jours auparavant à l'hospice de la Maternité. L'orifice est dilaté de dix lignes, mais il est encore épais et ferme, et l'on reconnaît à travers les membranes, entières et flasques, une présentation de la face mento-iliaque droite postérieure. Le lendemain, à sept heures du matin, le travail était plus franchement déclaré; mais vers huit heures du soir, un violent accès d'éclampsie, précédé d'un peu de céphalalgie, se déclara et se renouvela plusieurs fois. On fit diverses tentatives avec le forceps pour retirer l'enfant, mais ce fut en vain.

Lorsque M. Danyau approcha du lit de la malade; elle était en proie à un cinquième accès très violent. La face était pâle, couverte de sueur; le pouls petit, fréquent, par momens imperceptible; la sensibilité complètement abolie. « La délivrer, dit M. Danyau, me parut un devoir plutôt qu'une ressource. L'enfant avait succombé depuis quelque temps, et je n'avais plus à le ménager. Je perforai le crâne au-dessus de la racine du nez avec les ciseaux de Smellie; j'évacuai par des injections répétées la masse cérébrale; puis, à l'aide d'un crochet mousse porté à l'intérieur du crâne par la perforation que j'avais faite, je fis exécuter à la tête un mouvement de rotation qui ramena le menton en avant dans l'arcade des pubis. L'extraction de la tête n'offrit ensuite aucune difficulté. Il n'en fut pas de même du tronc, et pour l'attirer en dehors il me fallut placer un crochet-mousse dans le creux de l'aisselle qui était en arrière. » Deux nouveaux accès survinrent et la malade succomba à neuf heures trois quarts.

Troisième observation. — Trois accès d'éclampsie à la fin du quatrième jour des couches, chez une femme qui n'avait éprouvé aucun accident de cette espèce, ni les jours précédens, ni pendant le travail, ni pendant sa grossesse. — J.-M. Pierson, âgée de dix-neuf ans, blonde, pâle, avait toujours joui d'une bonne santé, et était parvenue heureusement au terme de sa première grossesse. Jamais, à aucune époque de sa vie, elle n'avait éprouvé d'attaque convulsive, épileptique, histérique ou autre. Le 23 octobre 1840, après un travail naturel de trente heures et demie, elle mit au monde, à la Clinique d'accouchement, une fille forte, de six livres, qui se présentait en première position du sommet, et dont la sortie fut promptement suivie de l'expulsion spontanée du délivre.

Tout s'était bien passé jusque vers la fin du quatrième jour, lorsque le 27 octobre, à neuf heures du soir, tout à coup, sans colique, sans refroidissement, sans émotion morale, sans suppression des lochies, sans aucune cause appréciable en un mot, Pierson fut prise d'un accès d'éclampsie qui dura deux minutes et demie; un autre accès eut lieu à neuf heures et demie, et un troisième à onze heures, tous trois suivis de coma; tous trois, même les deux derniers, suivis d'un retour parfait des facultés intellectuelles et des fonctions sensoriales. Saignée, sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement purgatif, sinapismes aux pieds.

Après onze heures, les accès ne se renouvelèrent plus. Le lendemain, M. Danyau trouva la malade dans un très bon état. Il prescrivit ce jour et le suivant un quart de lavement avec assa-fœtida, deux grammes, et la diète. Le 4 novembre, la malade sortit de la Clinique parfaitement guérie.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales d'oculistique. Juin 1842.

De l'ophthalmie granuleuse dans une contrée où n'a jamais existé la blépharophthalmie catarrhale des armées; par le docteur A. Guépin.

Les faits qui se trouvent consignés dans ce travail et qui en constituent la base ont été recueillis dans une partie de l'Ouest de la France, et surtout dans le département de la Loire-Inférieure. Il est particulièrement question dans ce mémoire des granulations rétro-tarsiennes, et principalement de celles qui occupent le pli oculo-palpébral. L'examen de toutes les observations nous conduirait beaucoup trop loin; nous nous bornerons à rapporter les conséquences que l'auteur a déduites de tous les faits qui ont passé sous ses yeux.

« L'ophthalmie avec bande granuleuse rétro tarsienne, allant d'un angle de l'œil à l'autre, cède toujours avec facilité quand elle est récente. Quand elle est plus ancienne, le traitement est le même, mais plus long; il faut encore recourir au nitrate d'argent et à l'oxyde rouge. Nous avons vu bon nombre d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés depuis dix ans, et nous avons toujours guéri sans peine celles qui n'étaient pas vénériennes. Nous avons remarqué assez souvent l'ophthalmie purulente chez des enfans habitant des lieux peu éclairés, peu aérés, et vivant au milieu d'une atmosphère appauvrie d'oxygène et viciée dans sa composition par suite d'encombrement. Nous avons vu l'ophthalmie purulente compliquer quelquefois, quoique rarement, l'ophthalmie scrofuleuse. Nous l'avons vue se présenter trois fois à Nantes dans la même caserne, et chaque fois de manière à coïncider avec l'encombrement. Nous avons pu vérifier qu'aucun marin, revenant de la côte d'Afrique, n'avait introduit à Nantes la blépharophthalmie contagieuse, et nous avons constaté chez ceux qui en avaient été atteints en voyage les accidens les plus graves.

» L'espèce d'épidémie d'ophthalmie purulente qui s'est montrée à Nantes depuis quinze jours environ chez une vingtaine de personnes s'est développée dans un quartier bas et humide, celui des ponts, chez des pêcheurs, des marins et généralement chez des personnes exposées aux variations brusques de l'atmosphère sous l'influence d'un vent d'Est très froid suivi de journées très chaudes. Les hommes ont été plus violemment atteints que les femmes, les femmes que leurs enfans, ce qui prouve que la maladie a été tout à fait subordonnée aux conditions atmosphériques auxquelles les hommes étaient plus exposés que les femmes, les femmes que les enfans. Chez ces derniers, la maladie était très légère, quoique de la même nature que chez leurs parens.

» Nous avons pu remarquer que le chemosis, dans l'ophthalmie granuleuse non vénérienne et non purulente, présentait, lorsqu'il était ancien, l'aspect et l'organisation du squirrhe. De toutes les émissions sanguines, celles que produisent des ventouses à pompe sur le cou nous ont seules donné des résultats constans que nous attribuons plutôt à la dérivation qu'à la perte sanguine. Dans les cas les plus graves, nous avons toujours considéré les cautérisations directes avec le nitrate d'argent comme le remède héroïque. Depuis peu, mais une seule fois, nous les avons remplacées avec succès, dans une ophthalmie purulente vénérienne, par cinq introductions en une seule journée, entre les paupières et le globe de l'œil, d'une pommade très fortement chargée de nitrate d'argent. Le calomel, l'oxyde rouge de mercure, le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc nous ont paru d'un bon emploi dans les périodes de décroissement lorsqu'il ne s'agissait plus, qu'on nous passe cette expression, que de continuer l'œuvre du nitrate d'argent. Nous proscrivons l'emploi des collyres liquides, dont nous ne faisons plus usage depuis plusieurs années, que comme d'un moyen plutôt hygiénique que médicamenteux. »

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Dans le nº 13 du journal anglais intitulé *Guy's hospital reports*, nous trouvons cinq obserations d'anévrismes traités par la ligature. La première observation a trait à un anévrisme de la sous clavière gauche, developpé chez un batelier, à la suite d'efforts violens et assez long temps continués dans l'exercice de son état. La tumeur, attribuée d'abord à une affection rhumatismale, fut traitée par des embrocations stimulantes.

La douleur et le gonflement augmentèrent tellement que, trois semaines après la première atteinte du mal, l'individu fut obligé de quitter ses occupations, et après quinze jours de repos chez lui il entra à l hôpital dans l'état suivant : La clavicule est deviée de telle sorte que son extrémite sternale est abaissée et portée en avant, tandis que l'extrémité acromiale est trés-élevee. La tumeur qui a ainsi déplacé la clavicule fait une forte saillie en arrière, elle se prolonge dans le cou, elle a à peu près le volume d'un œuf de dinde, et elle présente, soit à l'œil, soit au doigt, au-dessus et en arrière de la clavicule, des pulsations très évidentes. Il existe une forte douleur près du scapulum et de l'aisselle, et en même temps de l'engourdissement dans tout le bras gauche.

La ligature de la sous-clavière fut pratiquée au-dessous de la tumeur, à la partie externe du scalène.

Dès le lendemain des accidens se développèrent du côté de la poitrine; diminués d'abord par plusieurs saignées, ils reparurent avec plus d'intensité et le malade succomba quinze jours après l'opération.

L'autopsie ne fut pas faite.

— Viennent ensuite trois observations d'anévrisme de la poplitée, dont la guérison fut obtenue par la ligature de l'artère crurale. Enfin, le même numéro contient une observation d'anévrisme de la carotide primitive, dont nous allons rendre compte.

M..., natif des Barbades, adonné à la chasse, avait toujours, quoiqu'il ne fût pas gaucher, appuyé en tirant la crosse du fusil contre l'épaule gauche. Un jour, pendant qu'il se rasait, un de ses amis aperçut un petit gonflement au côté de la face, et que le sujet de l'observation n'avait jamais remarqué et dont il ne prit nul souci. Quelque temps apres cette tumeur fut remarquée par un chirurgien, le docteur Thomas qui, d'après plus ample examen, declara que c'était un anévrisme et tenta, à la demande du malade, une compression que la douleur força d'abandonner. Le malade fut alors envoyé à Londres et adressé à sir Astley Cooper, qui le trouva dans l'état suivant :

La tumeur avait presque la grosseur d'une noix, elle était placée assez profondement entre la substance de la glande parotide, près du col du condyle de la mâchoire, au point de division de la carotide externe ou temporale et maxillaire interne. Les pulsations étaient très-sensibles au doigt, mais pas aussi aisément visibles parce que la tumeur était couverte par la parotide. L'oreille appliquée dessus saisissait parfaitement ce bruit particulier caractéristique de l'anevrisme. En pressant sur la carotide, non seulement les pulsations cessaient, mais encore la tumeur disparaissait; tandis que tout redevenait dans le premier état aussitôt qu'on cessait la compression.

La ligature de l'artère carotide ne présenta rien de particulier. L'artère fut mise à decouvert sans aucun empêchement, le fil fut passé à l'aide d'une aiguille à anevrisme, et la guérison eut lieu sans aucune complication.

DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Rupture d'un anévrisme de la carotide primitive et guérison par la ligature.

Nous croyons devoir rapprocher des cas précédens et rapporter en détail l'observation suivante que nous devons au docteur Argyle Robertson, d'Edimbourg, et qui est consignée dans le journal de médecine de Dublin.

Le major M... étant à la chasse, dans le mois d'avril 1836, son cheval s'abattit sous lui, il fut jeté à terre avec une grande violence; il reçut une blessure assez étendue à la région pariétale gauche, laquelle saigna assez abondamment et pendant quelque temps il resta étourdi et dans un état d'insensibilité. Depuis ce moment il ressentit de la raideur et même une douleur au côte droit du cou, avec des élancemens dans tout ce côté de la tête, et de temps en temps des vertiges. Un léger strabisme se manifesta, il en résulta une diplopie qui arriva à un dégré tel qu'il fut forcé de renoncer à la chasse, son amusement favori. Dans le mois de décembre de la même annee il commença à éprouuver de l'engourdissement et du froid dans le bras et la la jambe gauche.

C'est alors qu'il réclama les soins des professeurs Clison et Robertson qui, d'après les symptômes, croyant le malade frappé d'apoplexie, le mirent à un régime assez sévère. Ils prescrivirent des purgations frequentes, chaque deux ou trois jours des sangsues furent appliquées aux tempes ou derrière les oreilles, on eut encore recours deux ou trois fois aux ventouses. La tête fut rasée, épongée de temps en temps avec de l'eau froide, le malade ne fit que peu d'exercice sous l'influence de ce traitement; la santé s'améliora, et la vision se retablit parfaitement.

Vers le milieu de janvier suivant le malade decouvrit une tumeur au côte droit du cou, en même temps développement des amygdales, douleur légère au cou et difficulté d'avaler. Cette tumeur fut attribuée alors à une glande engorgée et on n'y fit pas attention. Des sangsues furent prescrites de temps à autre.

Le 20 mars, sans aucun symptôme précurseur, à dix heures du soir, le malade fut pris d'une hemorrhagie par la bouche, le sang était rendu par gorgées qui se succédaient coup sur coup. Cette hémorrhagie cessa spontanément, après que le malade eût rendu près d'une demi-cuvette de sang. Il fut replaça dans son lit et dormit profondément la nuit entière.

Le lendemain matin il se leva à huit heures, mais il avait à peine gagné son cabinet de toilette que l'hémorrhagie se reproduisit, et suivant l'expression du malade, le sang était rendu à flot; il perdit bientôt connaissance et tomba sur le parquet. Près de cinquante onces de sang furent rendues par la bouche, mais une quantité assez considerable dut passer par l'estomac, d'après les selles de sang grumeux et coagule qui suivirent. On évalua que ces deux hemorrhagies avaient donné près de cent onces de sang. Bientôt l'hémorrhagie cessa d'elle-même et le malade reprit connaissance. Il se rappela que dans le moment même de la perte de sang il ressentit un frisson violent. Ayant pris un laxatif, il eut besoin pendant la nuit d'aller a la selle, il y fut conduit par son domestique, et après une forte évacuation il perdit de nouveau connaissance. Il se rappela avoir éprouvé le même frisson que dans l'hémorrhagie précédente. Il fut mis au lit, des bouteilles d'eau chaude furent appliquées à ses pieds. Le docteur Intyre de Muthill, ayant été appelé, arriva à dix heures et trouva le major dans un véritable état d'épuisement, les extrémités froides; le pouls à peine sensible et donnant 44 pulsations à la minute. Le docteur Intyre voyant la gravité de la maladie, eut recours au professeur Robertson qui, arrivé à minuit, trouva le malade dans le même état que ci-dessus.

En examinant le cou, il trouva une tumeur s'étendant de l'angle de la mâchoire à environ un pouce du sternum, et ayant près de trois pouces latéralément. Sa surface était lisse, unie et on pouvait sentir une légère pulsation; jugeant d'après l'état de la circulation et surtout de ce qu'il n'y avait pas eu le plus léger écoulement de sang depuis huit heures du matin, que le danger n'etait pas immédiat, le docteur Robertson crut pouvoir attendre le jour, et envoya chercher à Stating le docteur Fonest, pour avoir son avis et son assistance dans un cas aussi important.

Comme l'anévrisme était placé très-bas au cou, l'incision externe fut étendue depuis le sternum jusqu'à un peu plus d'un pouce supérieurement, en suivant la direction du sterno-mastoïdien.

En divisant transversalement le muscle sterno-thyroïdien et quelques fibres du sterno hyoïdien, une légère saillie de la tumeur anévrismale eut lieu entre l'artère et la trachée, et si étroite que le docteur Robertson pensa d'abord que c'était l'artère un peu dilatée et qu'il passa l'aiguille anévrismale autour. Elle avait cependant près du double de la grosseur de l'artère, et les parois paraissaiént plus minces que dans l état normal. En examinant les parties avec plus d'attention, il découvrit la carotide déplacée latéralement par la prolongation du sac

Les pulsations étaient faibles, quoique parfaitement distinctes, la carotide était découverte à peu près à la hauteur d'un doigt de son origine du tronc innominé, et immédiatement au dessus de ce point elle se gonflait pour former la poche anévrismale. La ligature fut toutefois appliquée à un demi pouce de l'origine de l'artère. Durant l'operation ni veine ni nerf ne furent mis à découvert. L'opération fut à la verite lente et difficile à cause du peu d'étendue de l'incision externe, de la profonde situation, du déplacement anormal de l'artère, et surtout à cause de l'importance des organes qui l'environnaient

Le chirurgien pensa un instant qu'il serait nécessaire de couper l'attache sternale du sterno-mastoïdien; mais il l'évita en relâchant le muscle et en le tirant en dehors. L'artère ne fut séparée des parties voisines qu'autant que cela était nécessaire pour le passage de l'aiguille. En serrant la ligature toute pulsation cessa dans la tumeur et elle fut réduite à près d'un tiers de son volume. Aucune sensation ne fut ressentie par le malade qui supporta l'opération avec le plus grand courage.

Il fut replacé dans son lit, la tête elevée pour mettre les parties dans le relâchement, les bords de la plaie furent réunis par une suture soutenue par un emplâtre agglutinatif. Un régime sévère, le repos le plus absolu furent prescrits, quelques légers purgatifs furent donnés, la plaie se couvrit de granulations, d'abord le pus était clair et légèrement teint de sang, mais peu à peu il devint de bonne nature.

Vers le dix-septième jour la ligature tomba, et la plaie fut promptement cicatrisée. La tumeur anévrismale disparut promptement et ne laissa même aucune trace de son existence. Du moment que la ligature fut appliquée jusqu'à la parfaite guerison, il ne survint aucun symptôme fâcheux. Le deuxième jour de l'opération les pulsations étaient distinctes dans les branches de la carotide externe. Pendant la troisième semaine quelques gouttes de sang furent rendues par la nariné droite.

Six mois après l'opération, époque à laquelle le docteur Robertson relate cette observation, le major est dans un état parfait de santé.

Ce cas d'anévrisme de la carotide peut être regardé comme un des plus remarquables sous le point de vue médical et chirurgical; son origine parût due à une torsion soudaine du cou, occasionnée par une chute sur le côté opposé; la tumeur se présenta dans le trou de la carotide primitive, à quelque distance au-dessous de la division, endroit où l'anévrisme se développe rarement. Les symptômes les plus saillans furent ceux qui indiquaient une maladie de cerveau, et ils étaient probablement dus au trouble de la circulation. Quant aux symptômes locaux, ils furent si légers qu'ils ne fixèrent nullement l'attention; ce qui prouve la necessité d'un examen minutieux pour toute tumeur placée au voisinage des grandes artères. Les différentes observations rapportées par Vesale, Dehaen, Palfin-Harder, Warner, Scarpa, Richerand, Dupuytren, etc.; dans lesquelles l'anévrisme de la carotide a ete méconnu, pris pour une glande en suppuration et si largement ouverts qu'à l'instant il en est résulte une hemorrhagie mortelle.

Ces observations, disons-nous, fournissent des leçons frappantes, et nous indiquent combien il faut de prudence tous les cas qui sont tant soit peu douteux.

La difficulté de l'opération provenait du volume de la tumeur qui limitait l'étendue de l'incision et forçait d'appliquer la ligature plus près du cœur qu'on ne l'eût fait là où l'artère est profondément située, environnée par des parties importantes; mais le danger de mort immediate à laquelle le malade etait exposé par la rupture de la poche anevrismale, nous montre qu'il n'y avait pas à hésiter.

Il est à présumer que les saignées antérieures, le traitement antiphlogistique et la grande quantité de sang perdue immédiatement avant l'opération, contribuèrent à son heureux résultat. Quoi qu'il en soit, le cas en question est le seul où la ligature sur une artère aussi rapprochée du cœur, ait été suivi d'une parfaite guérison.

WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE;
1842, nos 9 et 17.

I. *Cas remarquable de fongus médullaire*; observation recueillie par M. le docteur WINCKEL.

Une demoiselle, affectée d'un mal de sein carcinomateux, en fut delivrée par une operation dans le cours de l'année 1835, et, à la suite, elle resta bien portante jusqu'à l'eté de 1838, époque à laquelle elle fut prise d'une douleur dans la région lombaire gauche et dans la cuisse du même côté, douleur qui revêtit un caractère intermittent et affecta une marche graduellement croissante. Bientôt survint une fièvre lente qui fit périr la malade, au commencement de 1839; à l'autopsie, on trouva les particularités suivantes :

La cavité abdominale renfermait une assez grande quantité d'un liquide laiteux un peu rougeâtre.

L'utérus, dont le volume n'offrait rien d'anormal, présentait à sa face postérieure une excroissance de la grosseur d'une noix, de couleur blanchâtre, de configuration inégalement obronde, et pouvant être détachée de la substance de l'organe. Cette excroissance, dont la résistance égalait celle de l'os, consistait en un grand nombre de petites nodosités divisées en cellules fermées; sa couleur était blanche intérieurement comme extérieurement.

Au point d'insertion de la partie superieure des fibres musculaires du psoas gauche, on voyait une tumeur qui partait des vertèbres lombaires, et s'étendait en haut sous la rate, entre les attaches du diaphragme jusque dans la cavité thoracique; elle avait l'aspect d'un fungus médullaire.

Le cœur était déjeté vers le côté droit, et, à la place qu'il occupe ordinairement, existait un corps à surface inégale, dur au toucher, d'une couleur blanche rougeâtre, et attaché à la dernière vertèbre dorsale; il s'étendait en bas jusque sur le diaphragme, à gauche jusqu'aux côtes, et partout il se trouvait adhérer avec tant de force, qu'après l'avoir arraché, les os paraissaient rudes et inégaux : cetté dernière circonstance démontra qu'il tirait son origine du péritoine. Ce corps, retiré du thorax, offrit le volume de la tête d'un enfant, et son poids, joint à celui de la tumeur du muscle psoas, était de 1,250 grammes (2 livres 8 onces). A l'extérieur, il était revêtu d'une membrane qui semblait être un feuillet de la plèvre : il contenait, dans plusieurs cellules plus ou moins grandes et à parois traversées par un grand nombre de vaissaux, tantôt une substance blanche encéphaloïde, tantôt une substance lardacée, tantôt un liquide puriforme, tantôt enfin, dans quelques cavités plus grandes que les précédentes, des masses, de couleur foncée, sanguines, et qui les remplissaient à la manière d'éponges.

II. *Squirrhe de la glande mammaire, guéri par l'iodure de potassium;* par M. le docteur FRIESE, de Goldapp, en Prusse.

Madame S... ayant toujours joui d'une bonne santé, vit apparaître, à l'âge de quarante cinq ans, époque où ses menstrues s'arrêtèrent définitivement, dans la mamelle droite, une tumeur squirrheuse très dure, qui acquit en peu de temps le volume du poing. Néanmoins le teint restait toujours rosé, et la malade ne perdait rien de son embonpoint.

Le squirrhe, dont la surface était bosselée et recouverte d'une peau amincie, bleuâtre, adhérente, poussa un prolongement en forme de chapelet jusque dans la cavité de l'aisselle.

Comme dans cette circonstance rien ne semblait encore indiquer l'existence d'une cachexie cancereuse, l'extirpation paraissait être le meilleur moyen à employer pour combattre sûrement l'affection; mais la malade ne voulut point s'y soumettre, et le médecin se vit forcé de tenter l'administration de l'iodure de potassium. Il prescrivit l'application topique de cet agent sous forme de pommade, selon la formule de la pharmacopée de Prusse, et en même temps il donna à l'intérieur la potion suivante :

Pr. : Hydrolat de mélisse,	60	grammes;
Iodure de potassium,	4	id.
Elixir d'orange composé,	15	id.

M. et F. diss. S. A.
A prendre par cuillerées à bouche.

Au bout de six mois, le squirrhe se trouva guéri complétement. La malade avait employé, pendant ce laps de temps, environ quatre cents grammes (treize onces) d'iodure de potassium.

CASPER'S WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMENTE HEILKUNDE;
1842, nº 24.

Examen microscopique du tissu cellulaire induré; par M. le docteur HAYN, professeur à l'Université de Kœnigsberg.

L'enfant qui fait l'objet de cette observation était un jumeau venu avant terme; il mourut de l'induration du tissu cellulaire, vingt-quatre heures au plus après l'invasion de la maladie.

L'autopsie, faite par M. le docteur Burow, montra que la maladie avait son siége dans le système musculaire. Les muscles affectés étaient transformés en une substance dure, solide, d'aspect vitré et presque transparent, et qui, à la section, faisait entendre un bruit analogue à celui que produit le tissu squirrheux : toutes ces parties avaient une consistance si considérable qu'elles pouvaient être coupées en tranches lamelleuses comme un navet, et tous les muscles atteints étaient contractés simultanément.

Examinés au microscope, les muscles présentaient un changement complet dans leur structure. Ils étaient formés de fibres longitudinales, fines et parallèles, qui possédaient une telle extensibilité que, par leur compression sur le porte-objet, quelques-unes d'entre elles étaient séparées du faisceau primitif, et donnaient au tout une disposition pénicilliforme.

Presque aucun des muscles affectés ne l'était dans toute son étendue, car on trouvait encore çà et là des portions restées à l'état sain.

Les muscles qui étaient particulièrement envahis étaient les suivans : les droits abdominaux les grands pectoraux (particulièrement à leur bord inférieur), le biceps, une grande partie des muscles brachial et coraco brachial, et presque tous les fléchisseurs de la jambe et de la cuisse. Tous ces muscles étaient en même temps raccourcis dans le sens de leur axe longitudinal, de telle sorte que les articulations correspondantes étaient flechies; et la resistance qu'elles opposaient à l'extension était si forte qu'on n'aurait pu leur faire exécuter ce mouvement sans déterminer une rupture de la substance des muscles.

Dans les organes internes, il ne fut pas possible de découvrir de lésions pathologiques perceptibles a l'œil nu.

Derrière l'angle postérieur de la mâchoire, de chaque côté, dans la région où se trouve ordinairement la parotide, on trouva une masse graisseuse de forme regulière, qui avait tout à fait l'apparence d'un kyste, et dont la partie interne, vue au microscope, parut formée de vesicules graisseuses qui avaient complétement la grandeur et l'aspect des vésicules adipeuses normales.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 19 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 86. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

AUTOPSIE DU PRINCE ROYAL.

On nous communique les détails suivans auxquels on peut ajouter la plus entière confiance. On verra que le prince est mort d'un *écrasement* de la tête. Dupuytren appelait ainsi, dans ses leçons cliniques, les lésions physiques les plus graves et les plus compliquées.

En effet, cette lésion comprend la contusion, la déchirure, la rupture, la fracture. On peut ajouter ici la luxation, c'est-à-dire l'écartement des sutures. Le prince a donc offert toutes les lésions physiques possibles de la tête.

Ces écrasemens sans division de la peau sont ordinairement produits par le choc d'une poutre, d'une grosse pierre, par le passage sur la tête d'une roue de voiture très lourdement chargée, des trains et des caissons d'artillerie, par la chute des chevaux sur leurs cavaliers, et surtout par les boulets de canon qui frappent obliquement la tête. Les chutes produisent aussi de pareils désordres quand elles sont faites d'un lieu très élevé et qu'elles portent d'abord sur la tête. Or, la voiture du prince était très basse; il a donc fallu qu'une très énergique impulsion lui ait été imprimée, car le poids seul du corps tombant de cette hauteur ne peut donner la raison de tant de fractures, d'un si complet écrasement. Il faut même que les deux forces aient été dirigées de manière à faire supporter à la tête la presque totalité du choc; ou bien il faudrait supposer une fragilité extrême des os, comme celle qui a été offerte par le crâne du malheureux Bennati.

OUVERTURE DU CORPS, 40 HEURES APRÈS LA MORT.

Aspect extérieur. — Commencement de putréfaction, surtout sur la région abdominale et à la partie postérieure du tronc. — Rigidité cadavérique des membres. — Traces de contusion sur la joue droite, sur le sourcil du même côté et sur le côté droit du front. — Tumeur sanguine à large base sur la partie postérieure et droite du crâne. — Traces de contusion à la partie antérieure des genoux, à la main gauche, à la région trochantérienne gauche. — Marques des nombreuses sangsues qui ont été appliquées derrière les oreilles. — Piqûre de la veine médiane céphalique droite, résultat de la saignée. — Marques nombreuses de ventouses scarifiées sur le tronc et sur les membres. — Marques des sinapismes.

Infiltration sanguine des parties molles qui recouvrent les régions supérieure, postérieure et latérales du crâne; cette infiltration est plus prononcée à droite et en arrière que partout ailleurs.

Désunion de la suture lambdoïde, des sutures écailleuse et mastoïdienne gauches, de la suture sphénoïdale et des deux sutures sphéno-pétrées.

Fractures nombreuses qui peuvent être divisées en trois séries:

1° *Côté droit du crâne.* Une de ces fractures part du côté droit de la suture lambdoïde, passe un peu au-dessus de l'angle postérieur et inférieur du pariétal, sur la portion écailleuse du temporal, s'étend dans la fosse temporale, et vient se terminer sur la grande aile du sphénoïde.

2° *Côté gauche du crâne.* Une autre fracture partant du côté gauche de la suture lambdoïde divise le pariétal d'arrière en avant dans la moitié de son étendue, sépare d'arrière en avant la portion écailleuse du temporal du reste de cet os. (La suture écailleuse étant désunie, comme nous l'avons dit plus haut, cette partie du temporal ne tient qu'aux parties molles.)

3° Une troisième fracture divise transversalement le sphénoïde au niveau de la selle turcique.

L'ensemble des fractures et des déchirures articulaires que nous venons de mentionner établit une division du crâne en deux parties:

Une partie antérieure et supérieure qui comprend d'arrière en avant les parties les plus élevées des pariétaux, la portion écailleuse des temporaux, le coronal, l'ethmoïde et la presque totalité du sphénoïde.

Une partie postérieure et inférieure qui comprend l'occipital, les parties inférieures des temporaux et des pariétaux, et la partie la plus postérieure du sphénoïde.

Cette division permet d'imprimer aux deux parties du crâne que nous venons d'indiquer des mouvemens de déduction l'une sur l'autre.

Le cerveau est très volumineux; sa portion antérieure et et inférieure jusqu'au niveau des scissures de Sylvius est réduite en un détritus rougeâtre jusqu'au fond des anfractuosités. Une altération semblable, mais beaucoup plus circonscrite, existe en arrière et à droite. — Dans la cavité de l'arachnoïde existe un épanchement sanguin considérable. — Le tissu sous-arachnoïdien est le siége d'une infiltration sanguine très prononcée. — On trouve dans les ventricules quelques gouttes de sérosité sanguinolente. — La moelle et la colonne vertébrale ne sont le siége d'aucune lésion.

Epanchement de sang dans les plèvres. — Les poumons sont gorgés de sang, mais entièrement libres d'adhérence. Le cœur et le péricarde sont à l'état normal.

Les viscères abdominaux sont entièrement sains.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Hypertrophies considérables de la rate à la suite de fièvres intermittentes traitées avec succès par le sulfate de quinine.

Première observation. — *Hypertrophie considérable du foie et de la rate. Ictère existant depuis deux ans.*

Au n° 4 de la salle Saint-Michel, est couché le nommé Boulanger (Nicolas), âgé de trente-deux ans, maçon. Ce malade, fortement constitué, est entré à la Charité le 5 juin dernier. Né à Marvilliers, département de l'Aube, où les fièvres intermittentes sont endémiques, il en fut atteint dès l'âge de douze ans; puis deux fois encore, jusqu'au moment où il partit soldat en Afrique. Pendant les sept ans qu'il passa au service, il ne fut point malade; il revint dans son pays, reprit son métier, et tomba, il y a environ deux ans, d'un échafaudage de la hauteur de huit à dix mètres. Sa chute eut lieu sur les pieds; il resta quelques jours sans travailler, et, ne se sentant pas autrement malade, il reprit ses occupations. Mais bientôt il commença à jaunir; il éprouva un peu de douleur dans le côté droit (région du foie).

Ayant consulté un médecin, on lui fit appliquer des sangsues qui diminuèrent la douleur; l'appétit était toujours bon; il ne souffrait plus, mais il continuait à jaunir. Il eut de nouveau la fièvre au commencement de l'hiver de 1841-1842; cette fièvre était quotidienne, et bien que les diverses périodes de froid, chaleur et sueur, ne paraissent pas avoir été bien marquées, il est positif pourtant qu'il eut la fièvre chaque matin pendant plusieurs heures, et que cette fièvre le quittait et le reprenait ensuite.

Examiné le 5 juin, ce malade présente une coloration jaune tellement intense que, jointe à la couleur brune que le soleil a communiqué à la peau, elle lui donne l'aspect d'un mulâtre d'une teinte très foncée; les conjonctives sont d'un jaune safran. La respiration est normale; la langue est naturelle; les digestions se font bien. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée; mais les matières stercorales sont grises, décolorées. Les urines sont foncées et présentent une coloration verdâtre. Le foie offre une augmentation de volume considérable, il descend de trois à quatre travers de doigt au-dessous du rebord des côtes; la pression n'y développe aucune douleur. La rate occupe une grande partie de l'hypochondre gauche, et descend jusque près de la fosse iliaque du même côté; elle est également tout à fait indolente. Le ventre est, du reste, assez souple. L'appétit se soutient. Il n'y a pas de fièvre. Le malade assure ne souffrir en aucune façon. Sulfate de quinine, 120 centigrammes; bain; deux portions.

9 juin. Même état. Même traitement.

10. Le malade se plaint de bourdonnemens d'oreilles et d'un peu de surdité.

15. Même état. Même médication.

20. La coloration jaune a augmenté, mais le malade est moins noir.

Le 23, même état. 8 ventouses scarifiées sur la région de la rate; sulfate de quinine; 2 portions.

Le 25, diminution de l'appétit et des forces; le malade se plaint de grande faiblesse dans les jambes.

Le 28, diminution très marquée dans la coloration. Les conjonctives sont encore fort jaunes, mais la teinte générale s'est éclaircie; les matières stercorales sont un peu plus colorées; l'appétit est revenu; une ou deux selles par jour. Sulfate de quinine; un bain.

Le 4 juillet la rate a diminué de volume; le foie est à peu près dans le même état qu'à l'entrée du malade; les matières fécales se colorent de plus en plus; l'état général est satisfaisant, quoique le sujet ait maigri. Même traitement.

Le 6 juillet l'ictère va toujours en diminuant d'intensité; le volume de la rate est moindre de deux travers de doigt environ.

Le 7, peu de changement; le quinquina a été suspendu.

Le 9, le malade prend des bains tous les jours. Huile de ricin.

Le 12, les selles redeviennent grises; l'état général est toujours bon; l'ictère est stationnaire. Suspension du sulfate de quinine; 3 portions.

Le 16, la couleur ne change plus; le malade est d'un jaune beaucoup moins intense qu'à son entrée, mais il l'est encore beaucoup; la rate ne diminue plus; on le laisse reposer.

Deuxième observation. — *Hypertrophie énorme de la rate, suite de fièvre intermittente.*

Le 21 juin est entré à la Charité, et a été couché au n° 23 de la salle Saint-Michel, le nommé Moulin (Jean-François), âgé de vingt-trois ans, terrassier, d'une constitution peu vigoureuse, presque aveugle par suite de taies sur la cornée. Cet homme eut la fièvre intermittente à l'âge de sept ou huit ans; elle se passa seule, dit-il, et il se porta bien jusqu'au 8 septembre 1841, époque à laquelle il fut pris de nouveau, étant à Caen, d'une fièvre quotidienne dont les accès commençaient à deux heures de l'après-midi; il prétend qu'il tremblait quatre ou cinq heures; que la chaleur commençait sur les six à sept heures du soir, et que la sueur durait jusqu'à trois et quatre heures du matin. Cet état persista ainsi jusque vers le 15 janvier. Il avait pris vers la fin de septembre un vomitif et un purgatif qui n'avaient produit aucun résultat.

Pendant les quatre mois et demi que dura cette fièvre, le malade perdit l'appétit; les alimens acides étaient les seuls qu'il mangeât avec quelque plaisir; il allait, du reste, régulièrement à la selle; et, sauf le temps que durait l'accès, il ne se sentait pas souffrant. Cependant il fut tourmenté par une toux violente dans les premiers temps que la fièvre le prit, et il cracha énormément.

Les accès avaient cessé depuis quinze jours à peine, quand ils revinrent de nouveau, mais sous un type différent. A la fin de janvier donc il eut une fièvre tierce qui dura jusqu'au 20 mars.

Il quitta le pays, la fièvre disparut; mais étant retourné le 24 ou le 25 avril dans la ville où il l'avait contractée la première fois, elle reparut immédiatement et revint tous les trois jours.

Entre le 20 mars et le 25 avril, le malade remarqua qu'il avait un appétit d'une voracité extraordinaire, et comme jamais encore il n'en avait eu de semblable. Cette dernière fois le malade entra à l'hôpital de Mantes, où on lui administra du sulfate de quinine, et il en sortit guéri vers le 15 mai. Il vint à Paris, et il y était à peine depuis un mois, que la fièvre reparut de nouveau avec le type tierce.

Voici ce que nous observons à l'entrée de ce malade: la coloration de la peau est d'un jaune uniforme; la nutrition a peu souffert; il assure n'avoir jamais été plus gras. La rate, explorée et limitée, se présente à nous occupant tous l'hypochondre gauche, descendant, d'une part, dans la fosse iliaque gauche *jusqu'à l'arcade crurale*, d'autre part refoulant le diaphragme et apportant obstacle à la respiration; la région qu'occupe normalement cet organe est seul le siége de quelques douleurs sourdes. 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 25, même état. La fièvre est revenue malgré l'administration continue du médicament pendant les trois jours précédents. (1 gramme de sulfate de quinine.)

Le 28, la fièvre n'a pas reparu. (On continue l'usage du médicament.)

Le 30, la fièvre a cessé et l'engorgement de la rate a évidemment diminué, l'appétit revient, la peau est moins jaune. (Même médication.)

Le 4 juillet, la fièvre n'a pas reparu, il y a une diminution *énorme* dans le volume de la rate, elle a perdu presque les *deux tiers* de ses dimensions: son bord inférieur ne descend pas tout à fait au niveau de l'ombilic; la coloration de la peau est revenue complètement; le malade a très bon appétit, mais il a un peu de dévoiement. (On suspend le médicament.)

Le 6, le dévoiement est arrêté, le malade se sent très bien. (60 centigrammes de sulfate de quinine, 3 portions.)

Le 9, la rate continue à diminuer. Même médication.

Le 13, on suspend le médicament, le malade se plaignant vivement de coliques et de diarrhée: il s'est présenté jusqu'à vingt fois à la garde-robe pendant la nuit, la plupart du temps avec des efforts inutiles pour aller à la selle. (5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.)

Le 15, diminution de la diarrhée, peu d'appétit, une ou deux selles liquides par jour; la rate a son volume normal; état général assez bon. (Soupe et bouillon, 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.)

Le 16, le malade se dit bien, et compte dans quelques jours sortir de l'hôpital.

— Ces deux observations offrent de l'intérêt. Ces deux hommes ont été traités par la méthode de MM. Bally et Piorry. Chez le dernier, l'affection a cédé avec rapidité à l'administration du sulfate de quinine: la rate a diminué énormément dès les premiers jours de l'emploi du médicament; et sans des troubles de l'estomac et des intestins, que nous croyons pouvoir attribuer à ce que ce malade mangeait trop, Moulin serait sorti depuis quelque temps déjà. Quant à Nicolas Boulanger, il a ressenti, lui, peu d'amélioration de la même méthode; il paraîtrait, il est vrai, que la maladie de la rate n'était chez ce malade que consécutive à une hypertrophie du foie. Cependant, bien qu'on ait eu beaucoup de peine à sa-

voir au juste si ce malade a eu des accès de fièvre intermittente, il paraît probable qu'habitant un pays où elles sont endémiques, les fièvres dont il fut atteint eurent le caractère intermittent, et alors le sulfate de quinine devait avoir prise sur cette hypertrophie; mais, d'un autre côté, M. Rayer fait remarquer que ce n'est guère que sur les hypertrophies récentes que le sulfate de quinine jouit de toute son efficacité, et que, au contraire, on le voit échouer souvent, ou procurer du moins fort peu d'amélioration dans les cas où l'engorgement est ancien, bien qu'il soit le résultat d'accès de fièvre intermittente.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Traitement du chancre.

On peut diviser le traitement du chancre en prophylactique, abortif et curatif.

Le traitement prophylactique est relatif aux personnes qui peuvent transmettre la maladie, ou à celles qui peuvent la contracter.

Les premières devraient toujours être examinées avec soin, et sous ce rapport, les filles publiques, foyers permanens d'infection, nécessiteraient des visites bien plus fréquentes que celles prescrites par la police; car souvent, dès le second jour d'un coït infectant, des accidens contagieux se sont déjà développés. Il faudrait aussi, que les personnes malades et assez coupables pour ne pas s'abstenir de rapports, prissent au moins certaines précautions et se soumissent à de grands soins de propreté. Des lotions avec des substances capables d'altérer et de décomposer le pus virulent: des eaux savonneuses, alcalines, chlorurées; la cautérisation préalable des surfaces suspectes empêcheraient souvent la transmission du mal.

Quant aux personnes qui auraient à s'exposer, un examen des organes avant l'acte, devrait aussi leur donner la certitude de l'intégrité de leurs tissus. Pour elles, les soins de propreté pourraient être souvent nuisibles en privant les surfaces de leur enduit de protection (smegma ou mucus), et en les mettant alors dans les conditions les plus favorables à la contagion. Cependant, pour les gens qui *courent*, comme on le dit, et qui s'exposent souvent, l'usage habituel des lotions astringentes avec l'eau blanche, le vin, le tannin, donne une certaine garantie. L'application de corps gras au moment où on s'expose, ne met pas toujours à l'abri. Il en est de même des rapports qu'on pourrait appeler *médiats*. La cloison qu'on interpose aux organes n'est pas toujours solide, elle est parfois poreuse et a déjà servi. Dans tous les cas, comme elle laisse beaucoup de parties à découvert, ce n'est qu'à la blennorrhagie qu'elle s'oppose le plus sûrement.

Comme question d'hygiène générale, mais surtout sous le point de vue prophylactique des maladies vénériennes, les rapports sexuels ne devraient jamais être volontairement prolongés.

Quoi qu'il en soit, après tout acte suspect, le conseil vulgaire d'une prompte émission d'urine, préserve fréquemment l'urètre de la contagion. Pour les autres parties, les soins d'une propreté minutieuse deviennent indispensables, et les meilleurs moyens à employer sont encore ici ceux que nous avons dit qui pouvaient altérer et décomposer le pus virulent avant qu'il n'ait eu le temps de pénétrer et de contaminer les tissus. A cela il faut ajouter la nécessité de *cautériser immédiatement* toute surface suspecte, toute écorchure, toute solution de continuité.

Le traitement abortif consiste tout entier dans l'extinction des accidens morbides dès leur début. Selon le degré de développement qu'auront pris ces accidens, il faudra avoir recours à des moyens plus ou moins énergiques. Toutes les fois, dit M. Ricord, que nous avons cautérisé avec la pâte de Vienne des chancres dont l'inoculation datait de moins de quatre jours ou de quatre jours au plus, nous avons constamment vu, à la chute de l'eschare, une cicatrisation complète ou une plaie simple et de bonne nature. Au-delà de ce terme, le caustique peut échouer et le chancre repulluler.

Le nitrate d'argent ne convient que dans les premiers jours seulement. Hunter a proposé dans le même but l'excision. L'excision pourra remplacer la cautérisation toutes les fois qu'elle pourra porter dans des tissus placés au delà de la sphère d'action du virus. Toutes choses égales d'ailleurs, on aura plus de chances cependant d'échapper à une nouvelle inoculation, en préférant la cautérisation à l'excision, lorsqu'on ne pourra pas être assuré par ce dernier moyen d'atteindre la totalité des parties affectées.

Le mercure est tout à fait nul comme moyen prophylactique ou abortif: il ne prévient pas les inoculations par contact du pus avec les parties voisines. Si le sublimé paraît avoir quelque action dans ce cas, ce n'est pas en tant que mercure, mais bien plutôt comme caustique.

Traitement curatif du chancre. — Il faut, autant que possible, que le chancre soit à découvert ou libre de tout contact avec les parties voisines. Mais il ne faudrait pas cependant, dans cet unique but, faire une opération, ni même prescrire au malade, quand le chancre siége sur le gland, de le maintenir toujours découvert, si le prépuce est étroit; car on serait exposé à voir survenir un paraphymosis avec étranglement du gland. Or, tout le monde sait que c'est là un des accidens les plus graves qui puissent compliquer le chancre. Si la cautérisation n'a pu agir comme moyen abortif, on l'emploiera encore avec succès comme modificateur, pourvu qu'il n'y ait point trop d'inflammation. On ramènera ainsi plus promptement la période de progrès à la période de réparation. Dans cette dernière il ne faut plus faire usage du nitrate d'argent que pour réprimer les bourgeons exubérans.

Une troisième période est constituée par le moment où la réparation est complète, mais alors que l'épiderme manque encore. Il faut alors employer la cautérisation en nappe et un pansement superficiel. Les pansemens doivent être d'autant plus fréquemment répétés dans la période de progrès que le pus est plus abondant, car il faut éviter l'action de cette cause incessante de contagion nouvelle. Le pansement avec la pommade mercurielle ne doit être fait qu'exceptionnellement; il faut lui préférer le pansement avec le vin aromatique qui enlève au pus, en le dénaturant, ses propriétés contagieuses. Ce topique agit en outre comme léger astringent à cause de la proportion assez considérable de tannin qui y est contenue; on devra seulement veiller à ce qu'il n'irrite pas trop. Mais il est des circonstances dans lesquelles l'ulcère est sec et stationnaire: il faudra dans ce cas renoncer à ce moyen. On devra encore faire attention à ce que la charpie que l'on applique sur le chancre ne soit ni trop ni trop peu imprégnée de liquide. Si la charpie était trop imbibée, il en résulterait une espèce de macération des tissus, qu'il faut éviter, tout en évitant aussi, en même temps, que la surface dénudée ne soit tenue trop sèche; car, dans ce dernier cas, elle adhère facilement après la charpie, et il en résulte un saignement douloureux à l'occasion de chaque pansement. Ce ne serait pas encore là le seul inconvénient: la guérison serait retardée par des déchirures incessamment renouvelées, et de nouvelles inoculations seraient à craindre.

Du moment que la cicatrice du chancre est complète, on peut permettre le coït; car, lors même que pendant cette opération il se ferait une déchirure de la cicatrice, il n'y aurait jamais à craindre de récidive, pourvu que les accidens primitifs aient été bien guéris et la cicatrisation bien complète. Mais qu'on y fasse bien attention, dans quelques cas, rares il est vrai, le foyer purulent persiste au-dessous des tégumens cicatrisés, et alors, pendant un des efforts du coït, la cicatrice se rompt, le foyer s'ouvre et laisse échapper du pus inoculable.

Lorsque les chancres occupent le canal de l'urètre, s'il y a une blennorrhagie avec de l'inflammation en même temps, il faut d'abord combattre celle-ci par les émolliens, les antiphlogistiques et par les calmans à l'intérieur (camphre uni à l'opium, suivant notre méthode). Si le chancre est accessible à l'œil et s'il peut être atteint, il faut le cautériser avec le porte-caustique de M. Lallemand. Les injections avec le nitrate d'argent, dissous selon notre formule, et les pansemens avec la charpie sèche suffisent ordinairement pour cautériser les chancres superficiels. Dans les cas où les chancres seraient compliqués de phymosis, pourvu qu'ils restent dans de certaines limites et qu'ils ne paraissent point avoir de tendance à s'étendre et à envahir profondément les parties, il ne faut point débrider, afin d'éviter d'accroître d'autant la surface ulcérée. Les moyens adoucissans d'abord, puis les injections caustiques suffiront dans la plupart des cas.

Les chancres de l'utérus et du vagin exigeraient qu'on les mît également à découvert à l'aide du spéculum. On leur applique d'ailleurs le même traitement qu'aux chancres de l'homme.

Dans les chancres de l'anus et du rectum, le grand précepte est de tenir le ventre libre, car sans cette précaution les matières stercorales déchirant chaque jour par leur passage les tissus de nouvelle formation destinés à former la cicatrice, entretiendraient indéfiniment l'ulcère. Dans quelques cas ils donnent lieu à des constrictions spasmodiques très rebelles qui mettent dans la nécessité de débrider le sphincter. C'est une opération grave, puisqu'elle substitue à un chancre très limité un chancre d'une plus grande étendue; mais elle est indispensable pour mettre fin à des douleurs qui sont quelquefois atroces.

Le chancre *phagédénique gangreneux* doit être traité par les antiphlogistiques d'une manière énergique; l'inflammation étant ici le phénomène le plus important, il faut le combattre avant tout, oubliant en quelque sorte pour un moment que l'on a affaire à un malade atteint d'accident syphilitique primitif. Le même précepte s'applique aux autres épiphénomènes qui peuvent compliquer les chancres. Il faut cependant bien prendre garde de tomber, à cet égard, dans une exagération, et d'insister trop long-temps sur les moyens exclusivement antiphlogistiques; car alors on pourrait bien se placer dans les conditions les plus favorables aux progrès de la gangrène. C'est surtout chez les gens adonnés à l'ivrognerie qu'il faut appréhender ce fâcheux résultat. Il devient quelquefois nécessaire, dans ce cas, de passer rapidement des antiphlogistiques aux préparations camphrées et opiacées, au vin aromatique, aux lotions chlorurées.

Chancres phagédéniques diphthéritiques. — Ces chancres constituent les cas les plus difficiles de la pratique. Il faudrait remonter à l'origine de ces chancres pour savoir dans quelles conditions ils étaient lorsqu'ils ont changé de nature; et c'est là, le plus souvent, une chose impossible à faire. Sans doute quand la scrofule, le scorbut ou des dispositions herpétiques se traduisent d'une manière franche chez les sujets qui sont affectés de cette espèce de chancre, on pourra saisir facilement les indications qui en ressortent pour le traitement; mais en l'absence de ces données, les indications seront souvent fort difficiles à saisir. Cependant l'expérience a démontré que, de quelque nature que soit la complication de ces chancres, la cautérisation est un des moyens les plus puissans qu'on leur puisse opposer; c'est aussi celui sur lequel les praticiens sont le plus généralement d'accord. Mais il faut l'employer le plus promptement possible, si on veut en retirer tout le succès qu'il est permis d'en attendre; car plus on attendra, moins ce moyen sera sûr, et il peut arriver qu'à la chute de l'eschare le chancre, au lieu d'être détruit, ait gagné en surface toute l'étendue même de cette eschare. Cet insuccès tient surtout aux cas dans lesquels la situation des parties ne permet pas de faire une cautérisation assez profonde pour attaquer suffisamment toute l'étendue du mal.

Le cautère actuel serait très convenable dans ces cas-là; mais il a souvent l'inconvénient de ne pouvoir pas être appliqué assez profondément à cause des parties que l'on peut avoir à ménager.

Le nitrate acide de mercure donne lieu à de trop vives douleurs.

La pâte de Vienne est le caustique que nous employons de préférence toutes les fois que le chancre est dans des conditions favorables de situation, d'étendue et de profondeur, parce qu'on limite à volonté son action dans tous les sens.

La teinture concentrée d'iode nous a donné aussi de bons résultats; nous l'avons expérimentée avec quelques avantages.

L'ablation, à moins qu'on ne puisse enlever une grande étendue de tissu autour des limites du foyer, est un moyen qui doit être rejeté pour le chancre phagédénique diphthéritique, car nul autre n'expose autant à la récidive.

Nous avons obtenu d'assez bons effets de l'éther sulfurique dans des cas où il y avait beaucoup de vibrions ou animalcules dans le pus, en vertu de la propriété qu'a cet agent de tuer avec une grande rapidité ces petits animaux.

L'usage des onguens digestifs alterné avec les chlorures, le vin aromatique ou la teinture concentrée d'iode, nous a procuré quelquefois des succès que l'on aurait attendus en vain de l'usage de chacun de ces agens pris isolément, et cela sans qu'on puisse s'en rendre compte.

On a guéri des ulcérations rebelles en les remplissant de cire fondue, ou bien par l'usage de la potasse caustique, de la poudre de sublimé corrosif.

Des pansemens mercuriels ont guéri parfois ces ulcères comme par enchantement. Entre autres préparations, le cyanure de mercure à la dose de 10 centigrammes pour 30 grammes de cérat opiacé, a agi très efficacement sur certains ulcères, bien que sur d'autres il soit resté sans action.

Un mode de pansement qui est bien souvent avantageux, tant que le fond des ulcérations reste couvert de la couche diphthéritique, consiste à appliquer trois heures par jour seulement la pommade, et puis à la remplacer le reste du temps par de la charpie sèche. Il est beaucoup de malades qui ne supportent la pommade qu'à la dose de 2 centigrammes pour 30 grammes de cérat opiacé. Au-delà de ces proportions, elle est trop irritante, ou même caustique.

On en peut dire autant des préparations arsénicales, soit à l'intérieur, soit en lotion (liqueur de Fowler). On donne d'abord cette liqueur à la dose de 10 gouttes par jour dans une potion, et on peut quelquefois aller jusqu'à 24 gouttes.

La solution d'opium comme pansement a quelquefois réussi dans les ulcérations rebelles. Les cataplasmes de carottes ont joui, il y a quelques années, d'une certaine vogue; mais ce moyen apprécié à sa juste valeur, est bientôt tombé dans le discrédit. La compression à l'aide de bandelettes de diachylon, échoue neuf fois sur dix, malgré les éloges donnés à ce moyen dans un mémoire fort connu de M. Carmichaël, homonyme du célèbre professeur. On ne peut cependant pas nier qu'elle n'ait réussi dans quelques cas très rares. M. Ricord cite ici le cas d'un officier de marine affecté d'un ulcère syphilitique durant depuis sept ans, et qui, après avoir résisté à un grand nombre de moyens rationnels, guérit par l'usage des plaques de plomb employées d'abord dans le but de diminuer la suppuration et l'étendue de la plaie, puis comme moyen compressif. Du reste, dans ces cas si difficiles et si rebelles, il faut savoir insister sur les remèdes qui amènent de l'amélioration, bien qu'elle puisse être faible et lente; comme aussi on doit promptement renoncer aux moyens qui, en apparence bien indiqués, restent sans action, ou tendent à aggraver le mal. C'est en tâtonnant, c'est en tenant compte des moindres circonstances, en sachant quitter et reprendre à propos les agens thérapeutiques, qu'on finit par arriver à la guérison.

(La suite à un prochain numéro.)

MAISON DE SANTÉ

DE M. LE DOCTEUR A. BRIERRE DE BOISMONT.

OBSERVATION. — *Démence depuis deux ans et demi. Lésion de la parole. Attaque d'apoplexie. Paralysie du bras gauche. — Autopsie. Epanchement sanguin considérable en dehors de la couche optique et du corps strié gauches, s'étendant au-dessous de ces corps et ayant dilacéré la plus grande partie du lobe moyen du même côté. Point de lésions propres à la folie et à la perte de la parole.*

Les faits exceptionnels ne sauraient être rejetés, parce qu'ils ne se prêtent point aux théories, ou qu'ils sont contraires aux connaissances de l'époque. Il faut les considérer comme des sentinelles perdues qui pourront un jour être ralliées au corps de la science. D'ailleurs, les lois de l'organisation sont peu connues; la structure intime des tissus échappe aux plus habiles recherches. Le cerveau lui-même, qui depuis plusieurs années a été l'objet de tant de travaux, n'a livré au scalpel des anatomistes qu'une bien faible partie de ses secrets; sans doute l'entrecroisement de ses fibres et par suite la paralysie du côté opposé au siége de l'hémorrhagie sont généralement admis, et cependant des hommes dignes de foi, parmi lesquels nous citerons MM. Cruveilhier, Leuret, Dechambre, Copeland, ont cité des faits opposés à cette doctrine.

L'observation suivante nous paraît devoir augmenter le nombre de celles qu'on a déjà publiées sur ce sujet.

Vers la fin d'octobre 1838, M. D..., âgé de soixante-douze ans, sanguin, grand, d'une forte constitution, fut amené dans mon établissement. Il était depuis deux ans dans un état de démence, qui avait été déterminé et entretenu par quatre attaques d'apoplexie. Cet affaiblissement de ses facultés intellectuelles ne l'avait point empêché de rester chez lui, lorsqu'un mois avant son entrée, il donna des signes d'une vive excitation. Sans motif, il se mettait en fureur, menaçait de tuer, et

sortait toujours armé de deux pistolets chargés, couchant en joue les personnes qu'il rencontrait.

Lorsque je le vis, il était sous cette influence; parlait-il? c'était avec emportement. Ses discours étaient incohérens; mais au milieu de ses divagations, dominait l'idée d'être poursuivi par des assassins, d'être arrivé à son dernier jour. Ses enfans et les personnes qui l'avaient amené, étaient l'objet de sa haine. La mémoire des choses passées était exacte; mais tout en désignant convenablement ce qu'il voulait dire, le plus ordinairement il ne pouvait trouver le mot propre; alors il s'emportait, frappait du pied, et ses traits exprimaient la violente contrariété qu'il éprouvait. L'idée qu'il avait d'être entouré d'assassins, lui suggéra la détermination de ne point prendre d'alimens. Ainsi, pour échapper à un genre de mort imaginaire, il se condamnait au supplice de la faim; inconséquence dont nous avons mille exemples dans la conduite des hommes dits raisonnables.

Cette lutte dura huit jours, malgré tous les moyens qui furent mis en usage. Pendant cette abstinence, il se contenta d'avaler des feuilles qu'il arrachait aux arbres du jardin.

Le neuvième jour, comme son agitation ne se calmait pas, je lui pratiquai une petite saignée de pied. Le pouls était alors petit, lent; l'haleine fétide, gastrique; la langue blanchâtre, les traits tirés, la figure amaigrie, les urines rares et rouges; la peau était ridée, flasque, et par momens couverte d'une sueur visqueuse.

La saignée calma l'agitation, ce que les émissions sanguines n'avaient pu faire au début; dans l'après midi, il demanda à manger, disant que s'il avait été aussi long-temps sans rien prendre, c'est qu'il s'était imaginé que les personnes qui l'environnaient voulaient l'empoisonner. Son esprit, quoiqu'affaibli, concevait beaucoup mieux les questions, et quoiqu'il eût encore de la difficulté à trouver les mots propres, il s'exprimait avec plus de facilité.

Nous n'avons point ici l'intention de nous arrêter sur ces tentatives de suicide qui sont si communes chez les aliénés; c'est un sujet qui mérite que nous lui consacrions un article spécial; mais nous devons toutefois faire observer que rien n'est plus ordinaire que de voir les maniaques, les monomaniaques, les démens, les imbéciles même, refuser toute nourriture à leur arrivée dans nos établissemens. Lorsqu'on n'est point encore éclairé par l'expérience, on s'effraie de cette obstination, on cherche à la vaincre par les moyens en usage; presque toujours on échoue, heureux encore quand on n'aggrave pas la maladie. Aujourd'hui nous abandonnons les aliénés à la nature, et cette médication expectante suffit pour rétablir l'instinct égaré. La durée de cette abstinence a été portée à six, huit, dix et douze jours, sans que les individus aient succombé. Quelques gorgées d'eau suffiraient pour les soutenir. Dans un cas, la cessation de l'isolement fut le seul remède. La personne qui fait le sujet de cette observation était un homme d'environ trente six ans, dément, paralytique, dont on ne pouvait comprendre les idées. A peine se vit-il séquestré qu'il entra dans une fureur extrême et refusa de rien prendre. Au bout de six jours il était réduit au dernier degré de marasme. Convaincu que la vue de ses parens et la promesse de sa liberté le feraient changer d'idée, je m'empressai de les faire revenir. A peine les eût il aperçus qu'il manifesta la plus grande joie: il consentit à prendre un bouillon, marcha jusqu'à la voiture; on aurait dit que la force lui revenait à mesure qu'il s'éloignait.

M. D... ne resta pas long temps tranquille; l'agitation qu'il avait montrée en arrivant reparut, et pendant cinq mois il ne cessa de vociférer, de crier à l'assassin! de marcher avec précipitation, frappant les personnes qui l'approchaient. Malgré cette exaltation, il ne renouvela plus ses tentatives de suicide. Il s'était pris d'amitié pour un maniaque impotent, d'un caractère très emporté, et pendant toute sa vie il ne cessa de lui prodiguer les marques de la plus tendre sollicitude. Lorsqu'on l'interrogeait sur ce singulier attachement, il répondait que c'était son esclave. Malgré son état de démence, M. D..., conservait la perception d'un grand nombre de choses; il entendait la plupart des questions qu'on lui adressait, mais il éprouvait une extrême difficulté à trouver le mot propre, hésitait, frappait du pied; souvent il lui était impossible de le dire; on voyait qu'il en avait l'image dans son cerveau, mais qu'il avait perdu le signe parlé.

Cet ensemble de phénomènes persista jusqu'au 28 mars 1839. Pendant deux jours il fut plus calme, mais le 30 au matin il perdit la parole. On l'examinant, je m'aperçus que les yeux étaient agités de mouvemens convulsifs; les membres étaient dans la résolution. A droite, la sensibilité était conservée dans le bras et la jambe; elle était presque complètement abolie à gauche. Soulevait-on le bras et le membre abdominal droits; ils exécutaient divers mouvemens avant de reprendre leur première position; les membres gauches, au contraire, retombaient dès qu'on les abandonnait à eux-mêmes; la bouche était sans déviation; le pouls plein, fréquent, la peau chaude; le malade ne répondait point aux questions, ne paraissait point les comprendre. Je lui pratiquai deux fortes saignées dans l'espace de quatre heures; des sinapismes furent placés aux jambes et on lui administra 6 grains de calomel et 2 grains d'émétique. — L'assoupissement cessait par momens; M. D... disait alors: Je vais mieux; puis il se parlait à lui-même, à voix basse; quelquefois même il répondait brièvement aux questions.

Pendant toute la journée, il ne cessa d'agiter le bras droit, qu'il portait continuellement au-dessus de sa tête; le bras gauche restait immobile à son côté. — Deux ou trois fois la nuit il sortit de son assoupissement, en disant qu'il se trouvait mieux.

Le troisième jour de l'attaque, le malade présentait les symptômes suivans: la sensibilité et la motilité étaient conservées dans le côté droit. Lui perçait-on la peau, à l'instant même le membre éprouvait un tressaillement; voulait-on lui prendre la main, il cherchait à la dégager avec une force assez marquée; le membre inférieur était dans les mêmes conditions. A gauche, les symptômes étaient très différens: le bras, en résolution complète était placé le long du corps, insensible aux pincemens les plus forts; le soulevait-on, il retombait à l'instant comme une masse inerte. La jambe de ce côté avait en partie recouvré ses propriétés. A chaque instant le bras droit était agité de mouvemens convulsifs. Le malade était couché sur le côté gauche, position qu'il affecta pendant toute la durée de sa vie. Sa respiration était lente et facile, les yeux fermés, la bouche sans déviation et calme, la face légèrement jaunâtre; le malade laissait aller sous lui. (Vésicatoires aux cuisses, aux mollets, tartre stibié 6 grains en potion; large vésicatoire sur le sternum pour un catarrhe qui lui était survenu.) Il se déclare une transpiration très abondante qui dure toute la nuit. Vers le soir, accélération du pouls, chaleur, rougeur de la face, accélération des mouvemens respiratoires. Le quatrième jour, les symptômes s'étaient aggravés; les mouvemens convulsifs du bras droit continuaient, la respiration était fréquente et bruyante, la langue déviait à gauche, la face était terreuse, le pouls petit. Dans l'après-dîner la respiration s'embarrassa de plus en plus, la figure devint vultueuse, elle se tuméfia, ainsi que le cou. Des mucosités écumantes sortirent par la bouche et le nez. A trois heures du matin le malade expira en rendant beaucoup de mucus sanguinolent.

Autopsie. — L'examen cadavérique du corps de M. D... présentait beaucoup d'intérêt. Depuis deux ans il avait eu quatre attaques apoplectiformes: à la suite de l'une d'elles, ses mains étaient restées impotentes; les quatre derniers doigts s'étaient à demi repliés sur eux-mêmes; aussi se servait-il de son pouce et de ses doigts réunis pour saisir les objets. Le bras droit était celui qu'il employait de préférence. Dès la première attaque, il avait donné des signes d'aliénation, et à partir de ce moment sa raison avait été constamment dérangée. Lorsqu'il avait été admis dans mon établissement, il présentait des symptômes de démence avec accès de fureur et prédominance d'une idée fixe. Pendant son séjour il avait offert une altération spéciale de la parole, et selon toutes les probabilités il avait succombé à une apoplexie qui avait d'abord déterminé une hémiplégie gauche, limitée ensuite au bras du même côté.

La tête était bien conformée; le front plutôt bas que haut; l'expression de la figure pendant la vie annonçait la résolution et une certaine capacité. La circonférence de la tête, mesurée des bosses frontales à la protubérance occipitale, était de 20 centimètres; les parties postérieures et latérales étaient fortement développées. La demi-circonférence d'un conduit auditif à l'autre était de 11 centimètres; celle de la racine du nez à la protubérance occipitale offrait la même dimension. Les os du crâne étaient un peu moins durs que nous les avons trouvés chez d'autres vieillards; ils n'adhéraient point à la dure-mère.

La masse céphalique mise dans une balance pesait 1 kilo 34,375 déc., 15,625 gr. (2 livres 2 onces 4 gros); le cervelet détaché pesait 15.625 déc., 15.625 gr. (5 onces 4 gros) sans la protubérance annulaire, et 15,625, déc., 23,438 gr. (5 onces 6 gros); avec cette protubérance. Il y avait à la base du crâne 6 déc. 250 gr. (2 onces) de sang épanché.

Les membranes étaient injectées, mais sans traces d'épaississement, de friabilité ou d'opacité; elles n'avaient contracté aucune adhérence avec la substance corticale. Les circonvolutions n'étaient ni aplaties, ni diminuées de volume, ni ramollies. On ne distinguait à la surface aucun vestige d'injection. Coupée par tranches, la substance grise n'offrait point d'altération; la substance blanche, comme la précédente, n'était point injectée, ramollie, indurée ou colorée anormalement. En continuant la dissection, j'arrivai dans le ventricule gauche, bien persuadé que le siége de la dernière maladie était à droite. Mon étonnement fut extrême de trouver en dehors du corps strié et de la couche optique un caillot sanguin considérable, qui paraissait se prolonger en-dessous; en soulevant ces organes avec le manche du scalpel, j'aperçus une quantité considérable de caillots noirâtres qui occupaient la plus grande partie du lobe moyen et dont le poids pouvait être évalué à 9,375 (3 onces). La substance cérébrale déchirée était très ramollie autour de ce foyer sanguin. L'intérieur du corps strié et de la couche optique ne présentait aucune lésion. L'hémisphère droit fut disséqué à son tour: le ventricule droit ne contenait ni sérosité ni sang. En divisant le corps strié et la couche optique de ce côté, je découvris dans leur intérieur cinq petits points rouges lie de vin ou jaunâtres: les uns avaient la grosseur d'un grain de chenevis, les autres étaient linéaires, tous étaient entourés d'une petite bande jaunâtre. Il y avait, en outre, dans la couche optique un petit point ramolli de la grosseur d'une tête d'épingle. Les autres portions du cerveau étaient à l'état normal.

L'observation que nous venons de relater offre plusieurs particularités sur lesquelles nous croyons devoir appeler votre attention. M. D... se retire à cinquante ans à la campagne pour y mener une vie tranquille. De bonne heure il éprouve des symptômes de congestion, mais sa raison reste intacte jusqu'à l'âge de soixante-dix ans. A cette époque, il a une première attaque d'apoplexie; il devient singulier et abandonne ses habitudes de vingt ans. Une seconde attaque a lieu un an après; sa raison est alors manifestement altérée; il s'emporte, tient des discours incohérens Une troisième et une quatrième attaques se succèdent peu de temps avant son entrée dans mon établissement; il est alors furieux, menace de tuer tout le monde, et on est obligé de prendre contre lui des mesures coercitives. A son arrivée, il présente les caractères de la démence avec prédominance d'une idée fixe. La mémoire du passé est bien conservée, celle du présent est confuse; ses discours sont incohérens, sa parole est lésée; le malade a la conscience d'un grand nombre de choses qu'il veut dire, et il ne peut trouver les mots propres; il s'impatiente, se met en colère. Cherche-t-en à aider sa mémoire sans y parvenir; il s'écrie: *ce n'est pas cà, non ce n'est pas cà;* est on assez heureux pour deviner sa pensée, il dit *c'est çà, merci;* puis il rit, se frotte les mains. Cette expérience est répétée chaque jour; car la difficulté continue pendant tout son séjour. L'anatomie pathologique ne donne aucune explication de ce fait, la région dans laquelle on place le siége de la parole est intacte. Torturez le fait, il n'en est pas moins constant que les lobes antérieurs et les membranes qui les recouvrent, ne présentent en haut, en avant, en dessous, sur les parties latérales et même à l'intérieur, aucune trace d'altération.

La démence dont, au dire des auteurs, les caractères morbides sont si nettement dessinés, ne se révèle ici par aucun signe. Les membranes, les substances grise et blanche dans leur coloration, leur texture, leur volume n'offrent aucun changement. Il n'y a point d'atrophie des circonvolutions, de production de liquide; en un mot, aucune de ces altériations, qu'on a considérées dans ces derniers temps comme propres à la démence. L'injection des membranes est un phénomène cadavérique, ou plutôt le résultat de l'afflux du sang déterminé par l'effort hémorrhagique. Le cerveau n'offre pas d'autres désordres que ceux qu'on constate dans l'apoplexie. Notons que le trouble des facultés intellectuelles a duré deux ans; que quand bien même on trouverait quelques-unes des lésions signalées, elles s'expliqueraient beaucoup mieux par l'inaction du cerveau, ou du moins le dérangement de ses fonctions, que comme causes génériques, et cependant, chez M. D..., il n'y avait rien de tout cela.

Mais ce que cette observation présente surtout de remarquable, c'est l'épanchement sanguin siégeant du même côté que la paralysie. Il faudrait, en effet, un ardent désir de faire passer tous les faits sous le joug des théories pour rattacher la paralysie du bras aux cinq petits foyers anciens du corps strié et de la couche optique droite. La logique ne procède point ainsi. Les faits relatés par les auteurs, maintenant au nombre de dix-huit à dix-neuf, n'ont pas, certes, tous la même valeur, mais il en est plusieurs qui ne permettent pas de douter que l'hémorrhagie cérébrale ne puisse avoir lieu du même côté que la paralysie.

Dans l'observation de M. D..., l'épanchement était considérable. comprimait le corps strié et la couche optique; si jamais le mot apoplexie foudroyante a convenu, c'est évidemment dans cette circonstance; eh bien, le bras seul fut paralysé, car le mouvement se rétablit presqu'incontinent dans la jambe; l'intelligence ne fut point complètement abolie, puisque le malade se parlait à lui-même pendant les deux premiers jours, répondait à quelques brèves questions qui lui étaient adressées, et que le troisième jour il prononça distinctement ces deux phrases, *cela n'est qu'un accident,* et une heure après, *cela va bientôt finir.*

En résumé, l'anatomie pathologique, si utile dans un grand nombre de cas, n'a fourni ici aucun renseignement sur le siége de la parole, sur la cause de la démence, et a montré que l'hémorrhagie cérébrale pouvait avoir lieu du même côté que la paralysie.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi de certaines pâtes caustiques dans le traitement des maladies cutanées; par le docteur BAUMÈS.

Pour se servir avantageusement des pâtes de chlorure de zinc et de la pâte caustique de Vienne dans le traitement des affections de la peau, il est bon, suivant M. le docteur Baumès, de mettre d'abord le derme à nu.

Lorsqu'on les met en usage contre une éruption cutanée, contre une dartre dont on veut ainsi détruire, renouveler la surface, il faut que ces éruptions s'accompagnent généralement de quelque épaississement, de quelque hypertrophie de la peau; car, dans les autres cas, il vaut mieux avoir recours à d'autres caustiques, tels que le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, etc. C'est surtout dans les cas de végétations, de tubercules volumineux, de tumeurs cutanées, de dartres rongeantes avec hypertrophie, que ces pâtes sont indiquées.

Les surfaces malades étant d'abord dénudées ou dépouillées de pus, de la sanie qui les recouvre, on y applique, avec une spatule une couche légère de ces pâtes, surtout de celles préparées avec le chlorure de zinc. Il vaut mieux revenir plusieurs fois à la même application, à mesure que les couches mortifiées se détachent, que d'en appliquer une trop forte épaisseur. M. Baumès, en suivant cette marche, a bien des fois appliqué avec grand succès ces sortes de pâtes au traitement des affections cutanées indiquées plus haut. Mais il a soin de faire observer que tous ces moyens ne guérissent radicalement les maladies de la peau qu'autant que celles-ci appartiennent ou ont été préalablement amenées à appartenir seulement à la categorie des affections cutanées par fluxion idiopathique.

Guérison des engelures chez les enfans.

Pour débarrasser les enfans de cette incommodité très gênante et quelquefois très douloureuse, M. le docteur V. Stoeber, professeur-agrégé à la Faculté de medecine de Strasbourg, emploie, lorsque l'engelure est récente, d'un rouge vif, non ulcérée, des cataplasmes de farine de graine de lin ou de mie de pain, arrosés d'extrait de saturne. Aux pieds, on maintient le cataplasme durant la nuit; on l'enlève le matin en prenant un pédiluve. Sous l'influence de ce traitement si simple, les engelures sont souvent dissipées au bout de trois ou quatre nuits.

Lorsque les engelures sont d'ancienne date et qu'elles menacent de s'ulcérer, M. Stoeber fait enduire les parties affectées avec de l'alcoolé d'iode, une fois par vingt-quatre heures, et cela pendant plusieurs jours de suite; ou bien encore il fait pratiquer une semblable onction avec un mélange à parties égales d'acide nitrique dilué et d'eau distillée de cannelle, qu'on applique une fois par jour à l'aide d'une barbe de plume.

Quant aux engelures ulcérées, M. Stoeber, pour en hâter la cicatrisation, a recours aux stimulans et, de préférence, au bioxide de mercure (précipité rouge) incorporé à l'axonge.

(*La Clinique des hôpitaux des enfans;* juin 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Nouveau mode de préparation du chlorure de zinc.

M. Righini vient de proposer le procédé suivant pour préparer le chlorure zincique.

Pr. Chlorure de baryum pur et cristallisé, 80 grammes.
Sulfate de zinc pur, 986 décigrammes.
Eau distillée, 1500 grammes.

On partage l'eau en deux portions, et, après avoir fait dissoudre le chlorure dans l'une d'elles et le sulfate dans l'autre, on introduit les deux solutés dans un même matras, et on active la double décomposition qui résulte de leur mélange en soumettant le tout à la chaleur du bain-marie pendant quelques minutes seulement. On filtre ensuite, puis on fait évaporer à la température du bain-marie jusqu'à ce que la liqueur soit concentrée à ce point de ne plus peser que soixante grammes (deux onces) environ. Alors, on fait subir à ce produit une nouvelle filtration au travers d'un papier sur lequel on a disposé du charbon animal mêlé de quelques centigrammes de chlorure de baryum en poudre. Lorsque la totalité du liquide a traversé le filtre, on fait évaporer jusqu'à ce que le produit, abandonné à lui-même, se présente sous la forme de flocons cristallins d'une blancheur éclatante, que l'on dessèche avec soin et que l'on renferme enfin dans un flacon qui bouche hermétiquement.

Nouveau mode de conservation de diverses substances organiques officinales.

Un pharmacien de Novare, M. Coppa, vient de faire connaître un nouveau moyen, ou plutôt une nouvelle application d'un moyen déjà connu, pour préserver de la fermentation et de la vermoulure plusieurs substances organiques officinales facilement altérables.

Ce moyen consiste à enflammer une mèche soufrée dans la boîte, le vase ou le flacon destinés à renfermer ces substances; elles peuvent alors y être conservées en bon état pendant long-temps, même en les déposant dans un lieu humide. Pour les mettre indéfiniment à l'abri de toute altération, il suffit ensuite de réitérer cette sulfuration de temps à autre. (*Giornale delle scienze medic.*)

FAITS DIVERS.

Cas d'empoisonnement par la scille; par M. le Dr Wolfring.

Un manœuvre, âgé de cinquante-huit ans, affecté d'une hernie et affaibli tant par une mauvaise alimentation que par beaucoup de chagrins et de fatigues, devint hydropique sans qu'on pût rapporter la maladie à l'existence d'une cause interne quelconque. Les pieds, l'abdomen et le scrotum devinrent le siége d'une tuméfaction considérable; du reste, la cavité thoracique ne présenta point d'épanchement séreux. Le médecin conseilla, pour boisson ordinaire, une forte infusion diurétique, et prescrivit en outre à l'intérieur des extraits amers associés à l'acétate de potasse. Sous l'influence de cette médication, l'hydropisie disparut.

Au bout de quelques mois, pendant le cours de travaux très pénibles, en plein air et par un temps humide, les pieds recommencèrent de nouveau à se gonfler. Cette réapparition des accidens rendit le sujet morose, et, comme il n'avait pu obtenu une guérison solide en suivant les conseils de l'art, il eut recours cette fois à une commère qui lui promit un rétablissement complet. Cette femme lui indiqua l'usage d'une teinture vineuse de scille, et le malheureux ne suivit que trop ponctuellement cette indication. Il se procura de la scille coupée en petits morceaux qu'il fit digérer pendant quarante-huit heures dans environ 280 grammes (9 onces) de vin blanc. Il prit d'un seul coup la moitié de cette teinture, et comme il éprouva bientôt après de violentes tranchées, il pensa qu'il était nécessaire d'augmenter la dose pour produire l'effet attendu; il en prit donc encore quelques cuillerées. De fortes nausées et des coliques de plus en plus fortes furent la suite immédiate de cette nouvelle ingestion. Toutefois, le malade attendit avec patience l'effet salutaire du médicament, mais sans en prendre davantage.

Au bout de vingt-quatre heures, pendant la durée desquelles les douleurs et les nausées n'avaient pas cédé un seul instant, sans cependant donner lieu au vomissement, le médecin fut appelé. Il trouva le visage du malade rouge et brûlant; mais les pieds et les mains presque froids. Le pouls était petit et contracté; le ventre était sensible à tel point que la couverture la plus légère ne pouvait être supportée.

Comme les nausées persistaient toujours, un vomitif fut administré, mais sans le moindre succès. Des préparations mucilagineuses et huileuses furent données en grande quantité et sans aucune interruption; mais tous ces moyens restèrent sans effets. Le malade succomba le second jour, lorsque déjà les douleurs avaient entièrement cessé, peu de temps avant sa mort. L'autopsie ne fut pas permise.

L'examen chimique fit reconnaître que la teinture vineuse de scille agent de l'intoxication dont il s'agit, contenait un gramme d'extrait de scille pour chaque 30 grammes du liquide. Le malade avait donc pris environ cinq grammes de cet extrait dans l'espace d'une heure.

(*Medicin. Corresp.-Blatt bayerischer Aertzte*, 1842, no 5.)

Autopsie d'un soldat mort sans maladie, à l'âge de cent deux ans; par M. le Dr Berger, de Brandebourg.

Cet homme, qui avait fait un grand nombre de campagnes et n'avait jamais été malade, avait conservé ses forces jusqu'à l'âge de cent ans. Quinze mois avant sa mort, il fut reçu à l'hôpital militaire de Brandebourg, à cause de sa décrépitude et de l'altération qu'avaient éprouvée ses fonctions intellectuelles. Sa mort survint inopinément et sans avoir été annoncée à l'avance par aucun signe précurseur. L'autopsie fut faite au bout de trente-six heures.

Le corps, long de cinq pieds cinq pouces (mesure prussienne), était dans un assez bon état d'embonpoint et d'une conformation régulière; la tête, configurée normalement, n'était garnie que de quelques cheveux argentés; les bords alvéolaires, entièrement dégarnis de dents, étaient fortement usés; la bouche avait subi un affaissement considérable. L'ouverture du crâne ne pût être faite qu'avec beaucoup de difficulté en raison de l'épaisseur considérable des os et de l'adhérence qu'avait contractée avec ces derniers la dure-mère, dont la texture était très résistantes et de nature tendineuse. Le cerveau s'était maintenu à l'état normal, à l'exception toutefois de ses grandes artères, qui toutes étaient fortement ossifiées; la glande pinéale renfermait une grande quantité de petits corps sablonneux; les deux plexus choroïdiques présentaient un nombre très considérable d'hydatides du volume d'un pois. Le larynx était, ainsi que les carotides, complètement ossifié. Le thorax, large et bien bombé, contenait des poumons parfaitement sains et sans aucune trace de tubercules ni d'adhérences. Le cœur, normalement constitué, avait les valvules extraordinairement ossifiées; il en était de même des grands vaisseaux, qui formaient, pour ainsi dire, de longs tuyaux osseux. Les cartilages costaux étaient aussi presque entièrement ossifiés.

Dans la cavité abdominale, les organes parenchymateux étaient dans un état de ramollissement et même de véritable fonte qui ne pouvait être attribué à la putréfaction, mais plutôt être considéré comme conséquence de l'affaiblissement de la force vitale. Les reins n'avaient plus aucun rapport avec la consistance ordinaire de ces organes, et se trouvaient transformés en une sorte de masse granulée semi-liquide; cependant, la vessie contenait encore une urine qui ne différait pas sensiblement de celle que l'on excrète dans l'état de santé.

Le foie n'avait d'autre particularité remarquable que son degré de ramollissement; la vésicule biliaire, énormément dilatée, était farcie de plus de cinq cents concrétions de grandeurs diverses; elle se déchira par le toucher, de sorte qu'une partie des pierres tomba dans l'abdomen; les plus fortes de ces concrétions (deux) avaient la circonférence d'une balle de mousquet, et les plus petites celle d'un grain de millet. Du reste, jamais le sujet dont il s'agit ici n'avait présenté de symptômes qui pussent faire présager une pareille quantité de calculs biliaires. (*Medicinische Zeitung*, 1842, no 15.)

NOUVELLES.

L'autopsie du prince a été faite par M. le dr Pasquier, premier chirurgien du prince royal, assisté de M. Pasquier, premier chirurgien du Roi, et de MM. Fouquier, Auvity, Moreau, Blandin, Blache, Destouches, Sauvé et Séguin, en présence de M. le lieutenant-général baron Athalin, aide-de-camp de S. M., délégué par le Roi. (*Voir* plus haut, les détails de l'autopsie.)

Après l'autopsie, on a procédé à l'embaumement par la méthode égyptienne.

— M. le ministre de la guerre vient de revêtir de son approbation le bail de location de l'hôpital militaire de Saint-Lazare, à Marseille, pour trois années consécutives, à dater du 1er octobre prochain.

— Les concours annuels ci-après auront lieu à l'hôpital de perfectionnement, savoir: Concours pour le grade de pharmacien aide-major, le 26 août prochain. — Concours pour le grade de chirurgien sous-aide, le 2 septembre.

— Sont décédés, MM. Sornay, médecin ordinaire en Algérie, Marie, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulon, et Messier, adjudant d'administration en 2e à l'hôpital de Calvi.

— M. le docteur Huguier, agrégé en exercice à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de l'Ourcine, a pris lundi, 18 juillet, le service chirurgical de M. le professeur J. Cloquet, à l'hôpital des cliniques.

Les visites ont lieu à neuf heures moins un quart du matin, et les leçons cliniques à neuf heures et demie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 87. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAUX.

Maladies régnantes. — Epidémie de fièvres typhoïdes.

On ne peut plus hésiter aujourd'hui sur le caractère de l'augmentation dans le nombre des fièvres typhoïdes; c'est bien une épidémie qui, commencée il y a environ trois septenaires, en est encore à sa période ascendante. En ville et dans les hôpitaux, on n'avait peut-être jamais observé un aussi grand nombre de ces maladies. On en voit non seulement dans les salles de médecine, mais encore dans les salles de chirurgie où cette maladie a fait invasion sur plusieurs blessés ou opérés. La fièvre typhoïde n'est pas la seule maladie régnante; il existe aussi un grand nombre de fièvres éruptives telles que la rougeole, la roséole, la scarlatine et la variole.

Dans quelles conditions météorologiques peut-on trouver la cause de cette épidémie? Depuis plus de deux mois les chaleurs à Paris ont pris une intensité inaccoutumée; le thermomètre s'est presque constamment tenu au-dessus de 25°. et plusieurs fois il s'est élevé à 32°, 33° et même 34°. Quelques légers orages ont à peine deux ou trois fois rafraîchi l'atmosphère, mais bientôt la chaleur revenait plus intense et plus étouffante. Le vent du sud-est a presque constamment régné, et souvent il a soufflé avec une assez grande violence. Tels sont les phénomènes météorologiques les plus saillans observés depuis deux mois qu'il faut se borner à constater, sans qu'il soit légitime d'en tirer aucune déduction de causalité pour l'épidémie régnante.

Il nous a été impossible aussi de rien constater jusqu'à ce moment qui puisse faire admettre la contagion. Nous avons interrogé un grand nombre de malades, et tous ceux qui jouissaient d'assez de liberté d'esprit pour qu'on pût accueillir leurs réponses avec sécurité, nous ont dit n'avoir rien observé de semblable à leur maladie chez leurs parens ou chez les personnes avec lesquelles ils avaient des relations. Dans les hôpitaux, la présence des malades affectés de fièvre typhoïde ne paraît pas jusqu'à présent avoir eu de l'influence sur les autres malades des mêmes salles, et, à part une ou deux exceptions, la maladie ne s'y est montrée que sur des sujets apportés du dehors.

Ce sont tous en général des sujets jeunes, de professions diverses, des hommes en plus grand nombre que des femmes, adonnés presque tous à des travaux fatigans, de complexion et de tempérament très variables, les uns forts et robustes, d'autres faibles et maigres, un très grand nombre étrangers à Paris, mais l'habitant depuis un temps plus ou moins long, se nourrissant comme la plupart des ouvriers, c'est-à-dire mal, faisant des écarts de régime plus ou moins fréquens. sans qu'il soit possible de trouver dans aucune de ces conditions, d'ailleurs fort variables et présentant de nombreuses exceptions, aucun caractère général qui puisse faire remonter de l'effet à la cause.

Généralement, nous nous hâtons de le dire, la maladie n'est pas intense, c'est-à-dire que le nombre des cas légers l'emporte de beaucoup sur celui des cas graves.

La marche, la durée, les symptômes et l'anatomie pathologique de la maladie offrent peu de particularités à noter. La maladie est épidémiquement ce que tout le monde la connaît dans son état sporadique et présente le même cortége de phénomènes si souvent décrits. Voici ce que nous avons observé de plus particulier.

A l'Hôtel Dieu, services de MM. Honoré et Chomel, à la Charité, service M. Fouquier, nous avons vu quelques malades présentant au plus haut degré les symptômes d'une complication cérébrale intense. Un délire violent, des convulsions, suivies bientôt d'un coma profond, de l'agonie et de la mort; à l'autopsie, outre les altérations propres à la fièvre typhoïde, des désordres considérables dans les méninges, en un mot des altérations analogues à celles trouvées dans les épidémies de Versailles et de Strasbourg, mais de plus les caractères anatomiques spéciaux à la fièvre typhoïde.

Dans plusieurs services, et notamment chez M. Rayer à la Charité, nous avons vu de larges éruptions lenticulaires, d'un rouge livide, et comparables, au dire de M. Rayer qui les a observées, aux éruptions qui se manifestaient pendant le typhus de 1814.

L'épidémie n'est pas assez avancée pour qu'il soit possible de donner des résultats positifs sur l'influence des divers traitemens employés par les médecins des hôpitaux. L'impression la plus générale qui nous soit restée, c'est que dans tous les services, quelle que soit la médication employée, tous les cas légers guérissent, et que la mortalité, pour les cas graves, est à peu près la même partout, quelle que soit aussi la thérapeutique dont on fasse usage. A part deux ou trois services, où l'on a adopté une médication générale s'adaptant à peu près à tous les cas, sauf les doses, l'immense majorité des praticiens des hôpitaux emploie une thérapeutique mixte variant selon les cas et les indications. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu, M. Chomel emploie tantôt les saignées seules, tantôt les toniques, souvent les chlorures; M. Honoré, plus volontiers les purgatifs d'après la méthode de M. de Larroque, qu'il a modifiée; à la Charité, M. Fouquier les émissions sanguines à dose plus ou moins forte; MM. Andral et Rayer, une thérapeutique presque expectante, tandis qu'à côté d'eux M. Bouillaud préconise avec la chaleur et la conviction qu'on lui connaît, sa formule des saignées coup sur coup.

Nous le répétons, les résultats de ces diverses méthodes thérapeutiques ne sont pas encore assez complets et assez nombreux pour qu'on puisse établir son opinion sur leur valeur respective. C'est sans doute un déplorable spectacle, que cette diversité de sentimens et de manières d'agir en face d'une maladie si redoutable. Combien serait-il à désirer que des faits suffisamment nombreux eussent établi sur des bases solides la prééminence soit des saignées, soit des purgatifs, soit du sulfate de quinine, dont M. Blache, à l'hôpital Cochin, raconte des merveilles! Mais, il faut le dire, rien de semblable n'existe encore; le vague le plus complet règne toujours sur la nature et le traitement de la fièvre typhoïde; et, sans rien présumer, nous craignons que l'épidémie présente ne puisse nous aider à pénétrer ces importans mystères.

Quoi qu'il en soit, nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui surviendra, en ayant soin d'éloigner de nous toute prévention pour raconter les faits dans toute leur vérité.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

(M. BARTH, suppléant.)

Abcès par congestion. Ouverture spontanée. Formation d'un second abcès. Fièvre hectique. Réflexions.

Le 27 juin a été couché au n° 1er de la salle Saint-Ferdinand, le nommé Lebret (Jean-Baptiste), âgé de quarante-sept ans, conducteur de bestiaux. Cet homme attribue sa maladie à une marche forcée qu'il fit chargé d'une ceinture dans laquelle il portait 10,000 fr., et aux fatigues excessives qu'entraîne nécessairement son métier. Il assure avoir fait, en conduisant des bœufs jusqu'à cent quarante-cinq lieues en onze jours. Après la fatigue considérable qu'il éprouva pour avoir transporté cet argent, il commença à ressentir des douleurs dans les reins et dans la hanche gauche. L'époque de l'apparition de ses premières douleurs peut être fixée au mois de septembre 1839; elles durèrent près de deux ans, laissant quelque repos au malade, puis reparaissant avec une nouvelle intensité; elles étaient même parfois si vives qu'il était obligé de quitter tout travail et de garder le lit. On leur opposa successivement des vésicatoires, des cataplasmes, des onguens, des baumes, des bains, etc., etc.; leur acuité diminuait à peine sous l'influence de ces moyens; enfin elles se propagèrent à tout le membre droit et jusque dans le pied et devinrent presque continuelles. Du reste, le malade conserva de l'appétit. Dès que la douleur cessait, il était parfaitement bien portant; toutes les fonctions s'accomplissaient avec régularité.

Deux ans après la marche qui lui avait amené ses premières douleurs, il remarqua qu'il se formait une grosseur au flanc, au-dessus de la crête iliaque; elle prit d'abord peu d'accroissement; cependant le malade souffrant toujours entra à l'Hôtel-Dieu. On appliqua sur la tumeur un emplâtre de Vigo, et elle devint, dit-il, en fort peu de jours, du volume d'une tête d'adulte. La nature de la tumeur fut reconnue, on se garda de l'ouvrir; elle s'abcéda spontanément, et il en sortit environ trois livres d'un pus sans mauvaise odeur.

Depuis trois mois et demi que se fit cette ouverture spontanée jusqu'à présent, du pus continua à couler; il s'établit là une fistule qui suppure encore. Rentré chez lui après que la première tumeur se fut vidée, il fut pris pendant trois semaines d'une fièvre violente qui revenait le soir. Des sueurs se montrèrent, et il sentit ses forces diminuer rapidement.

Bientôt il s'aperçut qu'une nouvelle *grosseur* paraissait à la cuisse gauche, vers la partie interne, et les douleurs s'emparèrent du membre gauche comme elles s'étaient emparées du membre droit; les accidens généraux continuèrent, sans cependant s'aggraver beaucoup.

Aujourd'hui ce malade est dans l'état suivant: L'aspect est celui d'un homme qui a été très vigoureusement organisé, mais épuisé par la maladie; il est fortement musclé; la coloration de la peau du corps est d'un jaune clair; la face est jaune, terreuse par plaques; l'haleine est horriblement fétide; le malade tout entier exhale une odeur nauséabonde, bien qu'il soit propre et que son linge et celui du lit soient parfaitement blancs; il dit ne pas souffrir beaucoup, tout ce dont il se plaint c'est d'être devenu délicat; autrefois il pouvait tout manger impunément, aujourd'hui beaucoup d'alimens lui répugnent: il mangeait constamment de la viande, il ne désire maintenant que des choses acides; depuis quinze jours un dévoiement considérable l'a beaucoup affaibli; il se calme un peu depuis deux ou trois jours seulement; bien qu'il ne tousse point présentement, il avoue qu'il s'enrhume facilement l'hiver et qu'il a toussé depuis le commencement du dernier jusqu'à sa première entrée à l'hôpital.

La fistule qui est restée à la suite de l'ouverture spontanée de la première tumeur, est située en arrière, à la hauteur de la première vertèbre lombaire; il se passe quelquefois deux ou trois jours sans qu'il sorte de pus, puis il est rejeté en quantité considérable. Ce malade a toujours des sueurs la nuit, un peu de fièvre le soir. La seconde tumeur est peu considérable encore, la fluctuation s'y fait sentir; cette tumeur est étendue en nappe, et on la fait diminuer en la pressant de bas en haut.

On administre à cet homme l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes dans 250 de sirop, une cuillerée matin et soir. Les douleurs dans la cuisse gauche continuent; la seconde collection augmente, bien que le malade ressente à peine de la douleur par la pression exercée dans la région lombaire.

Après douze jours de séjour à l'hôpital, ce malade sort, se trouvant trop mal nourri.

— L'absence de douleur provoquée par la pression exercée le long de l'épine dorsale pouvait jeter quelque doute sur le point osseux envahi par la maladie; aucune déformation ne se faisait remarquer à la région lombaire, ni à la région dorsale. Ce n'était donc guère que par le siége des abcès eux-mêmes qu'on pouvait arriver à diagnostiquer le lieu précis de la lésion; mais ici encore surgissait une difficulté nouvelle: il y avait deux abcès, tous deux considérables, et chacun d'eux non-seulement dans des parties toutes différentes, mais encore dans un côté opposé. La première collection purulente semblait indiquer, par son siége, que les premières vertèbres lombaires ou les dernières dorsales étaient seules dénudées ou cariées; mais, d'un autre côté, le second abcès, considéré isolément, ne pouvait-il pas faire supposer que la maladie s'était emparée d'une autre région?

Mais bien que les deux abcès symptomatiques occupent des lieux essentiellement différens, il paraît certain qu'ils ont tous deux la même cause, et la même cause agissant sur la même partie. Il est probable que la maladie a d'abord débuté par le côté droit des vertèbres lombo-dorsales, et s'est étendue peu à peu aux faces antérieures et latérales du corps de ces os; ce qui expliquerait comment le pus, après s'être frayé un passage à droite, aurait changé de route pour se montrer à la cuisse gauche quand le mal aurait envahi la face latérale gauche des vertèbres. Ce qui tend à donner du poids à cette opinion, c'est que les lieux d'élection, pour ainsi dire, du pus provenant de la dénudation, de la carie des vertèbres de la région lombo-dorsale sont précisément les deux points occupés par les abcès; c'est-à-dire, ou la région lombaire quand le pus est arrêté au-dessus de la cavité pelvienne, ou la région interne et supérieure de la cuisse quand le pus a franchi l'excavation du bassin.

Il est encore intéressant de remarquer que ce ne fut que plus de deux ans après l'apparition des premières douleurs lombaires que se montra le premier abcès; on sait que la venue des abcès symptomatiques est ordinairement plus prompte, et que l'on peut fixer à un an le temps moyen après lequel apparaissent ces sortes de tumeurs.

Le diagnostic éclairci, quel sera le pronostic de cette affection? Il est certainement des plus graves. Si la fièvre hectique n'emporte pas le malade avant l'ouverture du second abcès, nul doute que la réaction qui suivra cette ouverture ne lui soit funeste. Néanmoins, on trouve dans cette observation un nouvel exemple de cette vérité signalée depuis long-temps, que l'ouverture spontanée de sortes de foyers est, toutes choses égales d'ailleurs, infiniment moins dangereuse que leur ouverture artificielle.

Tumeur de l'ovaire. Maladie du cœur. Ascite symptômatique. Infiltration. Diminution rapide des accidens sous l'influence de la digitale.

Le 20 juin est entrée à la Charité la nommée Denise Baux, âgée de quarante-deux ans, ouvrière. D'une constitution moyenne, cette femme se plaint d'essoufflement au moindre exercice depuis plus de quinze ans.

Dès le commencement de la maladie, il y eut quelques troubles du côté du cerveau; elle fut tourmentée de l'idée de devenir folle; elle eut des sortes d'hallucinations; bref, tout cela se calma bientôt, la maladie de cœur resta seule; on la mit de temps en temps à l'usage de la digitale, et elle conti-

nua à se livrer à ses occupations. Sans être parfaitement bien portante, son état était supportable.

Cet état dura jusqu'en 1840. A cette époque, elle s'aperçut que son ventre commençait à grossir (elle n'avait jamais eu d'enfans), et elle remarqua qu'il se tuméfiait beaucoup plus à droite qu'à gauche. Il est à remarquer que cette tuméfaction du ventre avait succédé à une chute que fit cette femme. Elle était tombée de sa hauteur, et de telle sorte que l'abdomen avait supporté le choc, bien que son ventre acquît alors un développement évidemment plus considérable, elle déclare cependant qu'elle a toujours eu le ventre gros depuis qu'elle se connaît. Quoi qu'il en soit, à la fin de l'hiver dernier, elle fit une nouvelle chute; l'abdomen, à cette époque, n'avait ni augmenté, ni diminué, et elle tomba si malheureusement que le ventre fut encore froissé. Pourtant, aucune augmentation de volume ne se manifesta après cette seconde chute, mais il y a trois mois son ventre recommença à grossir; les palpitations devinrent extrêmement violentes; les jambes s'infiltrèrent, et deux mois après environ, ni la marche, ni la station ne furent plus possibles, il fallut que la malade gardât constamment le lit.

Pourtant, au milieu de ces désordres, l'état général ne parut point altéré; l'appétit resta bon, les selles demeurèrent régulières et normales; il n'y eut jamais de fièvre, mais bientôt la respiration devint difficile, et des élancemens accompagnés d'une douleur que la malade dit lui causer le sentiment d'une brûlure, se firent sentir dans la tumeur du côté droit.

Cette femme examinée à son entrée, on trouve l'extérieur ne présentant rien de particulier; pas de bouffissure de la face; les extrémités sont infiltrées, le volume du ventre est considérable, mais uniforme; on y reconnaît la présence d'un liquide par la percussion; mais à droite on sent manifestement une tumeur volumineuse occupant la région latérale et antérieure de l'abdomen, et que l'on peut, jusqu'à un certain point, isoler par la palpation et circonscrire des deux mains.

Cette tumeur est le plus souvent indolente. Seulement, il y a deux jours qu'elle est le siége des élancemens dont on a parlé. L'auscultation signale les anomalies suivantes : Le premier bruit est très prolongé, il absorbe le second; il y a un bruit de souffle très marqué, la respiration est difficile. Quant à l'état général, il est assez satisfaisant : il y a un peu d'appétit, la malade urine facilement, va à la garderobe, mais avec un peu de difficulté cependant.— Teinture éthérée de digitale, chiendent, queues de cerises, nitre.

Le 25, le ventre est plus mou et un peu moins gros, la malade se plaint de mal de tête, les urines ont augmenté.— Même médication.

Le 28, urines toujours très abondantes, le ventre a encore diminué, les palpitations sont beaucoup moins violentes, la dyspnée a disparu, il y a un mieux sensible. — Même médication.

Le 1er juillet, la malade se plaint de ne pas très bien dormir. La diminution du ventre permet de bien apprécier la tumeur. — Frictions sur l'abdomen avec teinture de digitale, macération de digitale à l'intérieur, sirop des cinq racines, chiendent, queues de cerises, nitre, une portion.

Le 8 juillet, le cœur est tout à fait calme, le ventre ne contient presque plus de liquide. Il ne reste pour ainsi dire que la tumeur.

Le 15, le mieux se soutient toujours; seulement les règles ne sont pas venues, et il y a quelques élancemens dans la tumeur; mais l'état général est très bon. Cette malade sortira bientôt.

— Dans ce cas, n'était-il pas permis de se demander tout d'abord si l'hydropisie ne reconnaissait pas deux causes : premièrement la maladie du cœur, secondement la présence de cette énorme tumeur situé au côté droit de l'abdomen, soit que cette tumeur fît obstacle par son poids à la circulation veineuse, soit qu'elle irritât sourdement par sa présence la séreuse de l'abdomen. Mais, ainsi qu'il arrive souvent, c'est le traitement qui est venu en aide au diagnostic, le cœur calmé les palpitations passées, le liquide évacué au moyen de la médication diurétique, ce liquide ne se reproduisant pas, bien que la tumeur ne puisse en rien avoir été modifiée, tout ce que ce cas présentait d'obscur devient clair : il y avait là deux affections toutes différentes, indépendantes complètement l'une de l'autre; l'une est presque guérie; reste l'autre qui malheureusement n'est pas de nature à faire promettre la guérison.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur érectile veineuse à la partie latérale et inférieure du cou. — Difficulté du diagnostic. — Réflexions. — Ponction exploratrice. — Opération.

La malade couchée au n° 6 de la salle Sainte-Catherine est une jeune fille âgée de neuf ans, arrivée depuis quatre à cinq jours à l'hôpital. Cette enfant présente à la partie inférieure et droite du cou une tumeur indolente, légèrement bosselée, du volume d'un gros œuf. Quand on tend cette tumeur, on la voit revêtir une teinte bleuâtre très manifeste. Bien que son volume apparent soit celui d'un œuf, il est facile de se convaincre que ce volume est plus considérable qu'il ne le paraît. En effet, la tumeur n'est pas tout entière où on la voit : on peut s'assurer qu'elle se prolonge derrière la clavicule; une portion passe au-devant de la double insertion du sterno-cléido-mastoïdien, et en la comprimant des deux côtés on s'aperçoit qu'il y a une seconde portion derrière ce muscle, et qu'elle est comme divisée en deux parties. Du reste, cette tumeur n'est pas dure, ou n'y sent point de nodosités concrètes; cependant, en la pressant entre les doigts, on a le sentiment de pelotons, et l'on comprend que la totalité de la masse offre des parties de densité fort inégale. Cette tumeur est survenue sans cause appréciable, elle date des premières années de l'enfant, peut-être même de sa naissance, car tant qu'elle n'a pas eu pris un certain développement, elle a probablement échappé aux regards, et comme aucune souffrance ne la décelait, ce fut le hasard seul qui la fit découvrir.

Une opération a déjà été pratiquée sur cette tumeur, car on remarque une cicatrice sur un de ces points : mais il paraît que les chirurgiens qui ont entrepris cette opération n'ont pu l'enlever, et que lors de l'introduction de l'instrument du sang seul est sorti. Cette tumeur, il faut le dire, est d'un caractère assez embarrassant. Dans la région qu'elle occupe, il y a possibilité de rencontrer un nombre infini de tumeurs de nature diverse : ainsi des abcès chauds, des abcès froids, idiopathiques, symptomatiques, des hernies même, et qui offrent quelques-uns des caractères que présente la tumeur qui nous occupe; on va jusqu'à dire avoir observé là une tumeur intestinale, le colon transverse qui, ayant passé dans la poitrine par une ouverture du diaphragme, serait venu faire hernie sur ce point. Il est vrai que c'est là un fait dont il est permis de douter, mais il est irrécusable que des hernies du poumon peuvent se montrer dans la région sus-claviculaire : ainsi, dans le cas d'un emphysème considérable du sommet de cet organe, on comprend parfaitement que la plèvre soit refoulée et que le poumon vienne proéminer dans cet endroit (un cas s'en est d'ailleurs présenté à l'Hôtel Dieu), et la nature de la tumeur qui résulterait de cette hernie aurait quelque ressemblance avec celle de cette jeune fille : mais il y aurait nécessairement expansion et affaissement alternatif durant l'inspiration et l'expiration, et l'on n'observe ici rien de semblable; elle disparaîtrait par la compression, et c'est ce qui n'arrive pas. En supposant là une anse intestinale, la tumeur ne serait pas concrète, la percussion ne donnerait pas un son mat; il y aurait bien des bosselures, mais la tumeur diminuerait et mollirait tour à tour, il y aurait des gaz, etc. Il n'est donc pas possible de s'arrêter à l'idée d'une hernie.

Croira-t-on davantage à un abcès? mais cette tumeur est venue pour ainsi dire avec l'enfant, jamais il n'y a eu la moindre douleur; il n'y a donc pas lieu de croire à une suppuration. On ne peut pas davantage penser qu'il s'agisse ici d'une tumeur lymphatique, de ganglions lymphatiques engorgés : bien que ce lieu soit un de ceux où l'on rencontre principalement ces sortes de tumeurs, elles ont des caractères qui ne permettent pas de les confondre avec d'autres; il est vrai qu'elles offrent des bosselures, des inégalités comme il y en a ici, mais ces tumeurs sont d'abord dures; puis, quand elles se ramollissent, il existe autour d'elles de l'empâtement, de la rougeur. Or, notre tumeur ne nous présente rien de semblable.

Il peut encore se rencontrer dans cette région des tumeurs cancéreuses, mais elles sont très rares chez les jeunes sujets. En outre, le squirrhe est dur, résistant; le tissu encéphalique mou, sans consistance, et la mélanose, comme la dégénérescence colloïde, beaucoup trop rares pour qu'il soit permis d'y penser ici. Reste encore à supposer un lipôme; et, il faut y prendre garde, le lipôme trompe souvent dans de pareils cas, quand il ne repose pas sur des substances très dures; ainsi, une femme qui en portait un, donna lieu, de la part des personnes qui l'examinèrent, aux opinions les plus diverses, et ce ne fut qu'en embrassant des deux mains fortement la tumeur, qu'on put parvenir à un diagnostic exact. Ici, en saisissant la tumeur de cette sorte, on a le sentiment de nodosités et de fluctuation; ce n'est donc pas un lipôme.

Il n'y a pas à songer au tissu fibreux. Les athérômes, les stéathômes, n'ont nullement ces caractères. Le méliceris n'a jamais une fluctuation aussi complète; et d'ailleurs, les tumeurs de cette espèce sont régulières, sans nodosités, et ne se laissant pas aplatir.

Les kystes séreux, mucilagineux, hématiques, peuvent se former de toutes pièces, et les kystes séreux et hématiques surtout, ne sont pas très rares dans cette région; ils viennent ordinairement de la thyroïde.

En 1829, dans le service de M. Rayer, une femme se présenta avec une tumeur plus grosse que celle-ci; on en fit la ponction; il en sortit un liquide couleur chocolat. Trois à quatre mois après cette femme mourut; on fit l'ouverture, et l'on trouva un kyste hématique qui s'étendait dans la poitrine jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Les kystes hématiques sont donc possibles; mais, en supposant que la tumeur de cette jeune fille soit dépendante du système vasculaire, il n'est pas présumable que ce soit un kyste, parce qu'elle présente des bosselures et des nodosités assez dures, et beaucoup de mollesse dans d'autres points.

Du reste, la ponction qui a été pratiquée ce matin n'a donné qu'un liquide sanguinolent; il est donc certain que l'on a affaire ici à une tumeur hématique. Tout portant à croire qu'il ne s'agit pas d'un kyste, reste à décider si cette tumeur est de nature artérielle ou veineuse. Il est vrai que les tumeurs anévrysmales sont on ne peut plus communes dans cette région, le nombre de vaisseaux importans qui la traversent ou l'avoisinent l'expliquent assez; mais toutes ces tumeurs sont susceptibles de s'aplatir considérablement quand on les presse; on y observe des battemens, des bruissemens, des bruits de souffle, rien de tout cela ne se remarque ici; il est donc démontré que ce n'est pas là une tumeur artérielle.

Comme il n'y a aucun des caractères qui appartiennent aux tumeurs érectiles artérielles, ou avec dégénérescence, ce ne peut donc être qu'une tumeur érectile veineuse. Il y a cependant encore une difficulté; ces sortes de tumeurs, quand le malade est droit, s'affaissent d'ordinaire, et diminuent de volume; quand le malade se place la tête en bas, au contraire, elles augmentent et deviennent même quelquefois énormes. Ici la position ne change rien, et on ne peut la faire disparaître en la pressant; car, bien qu'on observe une sorte de diminution en la soumettant à une pression quelconque, si l'on examine attentivement, on reconnaît bientôt qu'on ne la fait nullement diminuer, mais que le changement qui s'opère est dû seulement au déplacement qu'on provoque ainsi. De plus, il y a sur un certain point des bosselures très grosses et complètement fluctuantes. Se pourrait-il qu'il y eût derrière cette tumeur un kyste (et dans ce cas il existerait véritablement deux maladies l'une sur l'autre), et que sur ce kyste, peut-être même à cause de ce kyste, il se soit formé là de larges dilatations veineuses; et l'on peut dire à cause de ce kyste, parce qu'il est supposable que cette dilatation veineuse, ces véritables varices, aient reconnu pour cause la pression exercée par la tumeur première, le kyste? La ponction détourne de cette opinion; car il n'est sorti que du sang veineux, et il a été facile de sentir que l'instrument pénétrait dans un tissu composé de mailles. Toutes les probabilités se réunissent donc pour permettre d'avancer que cette tumeur est de nature veineuse; cependant, on doit le répéter, il se pourrait qu'il se trouvât un kyste derrière elle.

Qu'arriverait-il se l'on n'opérait pas?

En abandonnant cette tumeur à elle-même, comme elle est de la nature de celles qui ne guérissent jamais seules, elle s'accroîtra nécessairement, finira par se rompre, et entraînera la mort tôt ou tard.

L'opération est donc impérieusement indiquée. Mais, pour opérer cette tumeur, s'il est un grand nombre de moyens, beaucoup sont inefficaces, et quelques-uns dangereux. Il est facile de comprendre les différentes raisons pour lesquelles on ne peut songer ici ni à la cautérisation, ni au tatouage, ni à l'extirpation; il n'est pas plus difficile de comprendre l'inefficacité des topiques, des vésicatoires et de la lacération.

Deux procédés seuls sont donc applicables : 1° les fils passés en sétons dans la tumeur; 2° l'injection. Quant au second moyen, il ne serait praticable que dans le cas où se rencontrerait un très large kyste; il est certain qu'à l'aide de l'injection iodée on pourrait espérer alors le recollement des parois. D'ailleurs, cette opération n'a aucun danger; le pis qu'il puisse arriver, c'est qu'elle ne réussisse pas; mais ayant trouvé à la ponction un tissu lamellé, cloisonné, il est peu probable que ce moyen puisse être employé. Les fils en forme de sétons, au contraire, offrent des chances non douteuses de succès : c'est même pour ainsi dire pour ces sortes de cas qu'ils doivent être réservés. On passe deux, trois, cinq, dix fils, sous forme de sétons : la tumeur s'enflamme et suppure; ou bien on l'étrangle sur plusieurs points. Ce moyen, que M. Velpeau avait conseillé dans son Traité de médecine opératoire sans l'avoir expérimenté, fut mis en usage par lui quelques mois plus tard dans un cas semblable à celui qui nous occupe. La tumeur siégeait dans la même région, seulement elle était placée plus bas; les fils furent placés, liés, la tumeur étranglée de toutes parts; l'enfant guérit parfaitement, sans qu'il restât aucune trace de tumeur.

Cette méthode est donc celle qui doit être employée ici. Pourtant, en pratiquant cette opération, on ne laisse pas que d'être assailli de beaucoup de craintes : le lieu où est la tumeur est redoutable, il est probable qu'elle vient de la jugulaire interne, il est possible même que la jugulaire interne et peut-être la sous-clavière fassent partie de la tumeur; et quand on sait combien est à craindre l'inflammation des veines, et combien, si près du cœur, elle est rapidement mortelle, il y a lieu d'hésiter. Peut être même faudrait-il renoncer à cette opération si l'expérience n'avait démontré suffisamment que pratiquée sur des tumeurs veineuses, elle n'est presque jamais suivie d'infection purulente; il n'y a peut-être d'exemple du contraire que cet homme auquel on appliqua les pinces de M. Breschet.

Quoi qu'il en soit, si la tumeur pouvait guérir seule, il ne faudrait pas pratiquer l'opération.

M. Velpeau a procédé à cette opération de la manière suivante :

Une injection a été préparée pour être poussée sur-le-champ dans la bosselure la plus fluctuante, dans le cas où il sortirait autre chose que du sang. La tumeur a été traversée en cinq ou six points, et, aussitôt les fils passés, ils ont été noués, puis repassés un même nombre de fois pour être serrés. Du sang est seul sorti de la tumeur. M. Velpeau n'a pas eu recours à l'injection.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juillet. — Présidence de M. Paul Dubois.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui prévient l'Académie que jeudi 21, à midi, le roi recevra aux Tuileries une députation de ses membres à l'occasion de la mort du prince royal. — On ne prononcera pas de discours.

Les membres désignés par le sort sont : MM. Gauthier de Claubry, Cruveilhier, Boutron-Charlard, Soubeiran, Cornac, Espiaud, Boudet, Bourdon, Delens, Moreau, Capuron et Desportes. — A cette réunion se joindront tous les membres du bureau d'administration, et ceux de MM. les académiciens qui désireraient faire partie de la députation. — On se réunira à onze heures et demie, dans les bureaux de l'Académie.

— *M. Huzard* lit, au nom de MM. Henry, Guibourt et au sien, un rapport sur un travail de M. Deherens, ayant pour titre : Quelques considérations sur les moyens de conserver les sangsues.

L'auteur conclut, après de nombreuses expériences, que le meilleur moyen, parmi tous ceux qui ont été préconisés, consiste à opérer par la compression un dégorgement mécanique des annélides. Ce procédé n'a pas seulement l'avantage de conserver les sangsues et de les rendre plus aptes à un nouvel usage, il met aussi à l'abri des dangers qui pourraient résulter de la précédente succion d'un sang vicié. — Renvoi au comité de publication; inscrire le nom de M. Deherens sur la liste de présentation des candidats au titre de membres correspondans de l'Académie.

M. Caventou demande que le rapport de M. Huzard soit publié à la suite du travail de M. Deherens.

M. Delens. Le sujet qu'on vient de traiter comprend une question médicale importante; il serait donc utile que ce travail fût préalablement soumis à quelques membres de la section de médecine.

M. Rochoux. Le rapport que vient de lire M. Huzard ne fait point mention d'un très bon travail sur le sujet qui nous occupe, publié par

M. Bouchardat, et qui a été soumis à une commission de l'Académie. C'est cependant là un mémoire qui est digne d'être consulté. J'ajouterai que les sangsues deviendront de plus en plus rares, vu l'emploi fréquent qu'on fait actuellement des ventouses.

M. Chevallier. Je ne sais pas la faveur qui est destinée à l'usage des ventouses; tout ce que je peux dire à l'Académie, c'est qu'actuellement les sangsues sont plus rares que jamais.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Ripault* ayant obtenu un tour de faveur, lit deux observations intéressantes: Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui portait une tumeur volumineuse de la prostate qui donnait aux hommes de l'art tous les signes rationnels d'un calcul, et qui porta à pratiquer la taille; dans le second cas, il s'agit d'une hématémèse qui fit périr le malade en quelques heures. — La première observation est renvoyée à l'examen de MM. Velpeau et Ségalas; la seconde à MM. Louis et Bricheteau.

— *M. Brierre de Boismont* lit un mémoire *Sur le délire aigu* qu'on observe dans les établissemens d'aliénés. Entrevu par les anciens, qui lui ont donné le nom de frénésie, ce délire n'a été l'objet d'aucun travail particulier. La plupart des auteurs modernes la considèrent comme une méningite ou une méningo-céphalite. Le délire aigu a quelques-uns des symptômes propres à l'aliénation mentale, mais il en diffère par la rapidité de sa marche et les symptômes qui lui sont propres. Ainsi les malades ont la fièvre; ils sont furieux ou mornes; leur attention ne peut presque jamais être momentanément fixée comme dans la manie; ils ont le plus souvent une répugnance invincible pour les liquides, et quelques-uns meurent sans avoir rien avalé pendant dix à douze jours. Les mâchoires et l'œsophage sont fréquemment le siége d'une constriction, d'un resserrement très prononcés. Plusieurs ont des illusions et des hallucinations. Les yeux ont une expression sinistre, comme lorsqu'on veut faire un mauvais coup: vers la fin de la maladie et quelquefois même dès le début, ils sont remplis par une mucosité puriforme fort abondante. La fétidité de l'haleine et de la transpiration quelquefois est telle qu'il faut tenir les portes et les croisées ouvertes.

Le délire aigu diffère de la méningite par l'absence de la céphalalgie, des manies, des vomissemens et surtout parce qu'il ne se termine presque jamais par la paralysie.

L'anatomie pathologique ne révèle, dans un certain nombre de cas, aucune altération; dans d'autres, elle ne laisse apercevoir qu'une simple injection, ou quelques-unes des lésions de la paralysie générale.

Les causes du délire aigu ont la plus grande analogie avec celles de l'aliénation.

Le traitement varie selon les cas. Les émissions sanguines exigent beaucoup de prudence. Les bains prolongés pendant huit, dix, douze heures, associés aux affusions froides sont un des meilleurs moyens. Les dérivatifs, les révulsifs, conviennent dans quelques cas. Il en est de même du musc, du camphre et du quinquina. Plusieurs malades guérissent en étant complètement abandonnés à eux-mêmes.

Ces points principaux discutés, M. Brierre de Boismont résume son mémoire par les conclusions suivantes:

1° Le délire aigu n'est ni la méningite, ni l'encéphalite, et l'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic ne laissent aucun doute à cet égard.

2° On doit le considérer comme un désordre purement nerveux, semblable à celui des ivrognes, des opérés. Il existe sans doute une modification organique cérébrale, mais elle n'est pas plus connue que celle de ces différens délires et de beaucoup d'autres maladies nerveuses.

3° Les lésions anatomiques que l'on rencontre dans un certain nombre de faits ne sont que des épiphénomènes ou des complications d'autres maladies. Peut-être même sont-elles les caractères anatomiques des troubles de la motilité. (Nous croyons pouvoir démontrer que ces lésions ne sont, dans le délire aigu comme dans l'aliénation mentale, que les caractères anatomiques des désordres de la motilité.)

4° Les limites qui séparent le délire aigu de la manie aiguë, de la méningite, et de la méningo-céphalite, ne sont pas toujours faciles à établir; aussi peut-on dire que dans quelques circonstances ces maladies se confondent par des nuances insensibles. Ce sont ces difficultés qui ont induit plusieurs médecins en erreur et leur ont fait dire que le délire aigu était une méningite.

5° Les causes qui produisent le délire aigu ont le plus grand rapport avec celles qui engendrent l'aliénation mentale. L'influence des causes morales est également fort sensible.

6° Le délire aigu diffère, sans aucun doute, de l'aliénation par sa symptomatologie, sa marche, sa durée; mais il s'en rapproche tellement dans quelques cas, qu'on est alors tenté de le considérer comme une manie aiguë.

7° L'isolement nous paraît une mesure convenable, 1° en raison des dangers auxquels les malades sont exposés chez eux; 2° à cause des guérisons obtenues dans les établissemens spéciaux, surtout dans la première espèce de délire aigu.

8° Le traitement doit varier selon les cas et les individus; aussi commettrait-on une erreur très préjudiciable, si, trompé par l'état fébrile et l'exaltation, on avait exclusivement recours aux moyens antiphlogistiques. Dans quelques cas on s'est bien trouvé d'abandonner le malade à lui-même.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Honoré et Martin-Solon.)

— *M. Malgaigne* lit un travail ayant pour titre: *Etudes sur l'anatomie et la physiologie d'Homère;* qui est écouté avec beaucoup d'intérêt.

— *M. le docteur Délasiauve* lit un travail intitulé: *Expériences sur les conjonctives avec la solution de nitrate d'argent à haute dose.* Voici les circonstances auxquelles les faits contenus dans ce travail doivent leur origine. Dans le numéro de mai 1842, du Journal des Connaissances médico-chirurgicales, M. le professeur Trousseau a publié une note sur une observation d'ophthalmie purulente grave chez un enfant à la mamelle, où l'application de la solution concentrée de nitrate d'argent (5 grammes de sel pour 25 grammes d'eau distillée) fut mise en usage. L'état de l'enfant était déjà très grave au moment de l'emploi de ce médicament, bien que les accidens ne datassent que de la veille. Les conjonctives étaient très rouges, excessivement boursoufflées; la cornée avait, en grande partie, perdu sa transparence; de plus, les yeux étaient le siége d'un écoulement puriforme très abondant. Trois applications seulement furent faites, deux le premier jour et une le second; mais dès le lendemain les yeux étaient perdus et quelques jours après leur fonte purulente avait eu lieu.

Malgré ce revers, qu'il attribue à l'excès et à la malignité de la maladie, M. Trousseau persiste à considérer le nitrate d'argent employé sous la forme et à la dose indiquée, comme le moyen le plus efficace pour arrêter les progrès de l'inflammation purulente, et il conseille cette médication, comme celle par l'acide chlorhydrique, pour prévenir le croup dans les angines purulentes et couenneuses.

M. Delasiauve, ayant eu l'occasion de rendre compte du travail de M. Trousseau dans la Revue médicale, a cru devoir exprimer quelques doutes, d'une part sur la gravité du mal, et de l'autre sur l'innocuité du remède. Il lui a semblé qu'il n'y avait aucune comparaison à établir entre la cautérisation de la gorge, tout-à-fait exempte de dangers, et celle de l'œil, partie si délicate, que peuvent et doivent souvent accompagner de graves accidens. D'ailleurs, le fait isolé de M. Trousseau n'est rien moins que rassurant, et ceux que citent les ouvrages français et étrangers n'offrent pas de garanties certaines d'authenticité. On conçoit néanmoins, lorsqu'il s'agit d'un organe aussi précieux que celui de la vue, combien, pour tous les praticiens qui pourraient suivre sur parole les préceptes de M. Trousseau, il serait important de savoir à quoi s'en tenir à l'égard de pareils faits.

L'expérience seule, et dirigée dans un esprit tout autre qu'elle ne l'a été jusqu'ici, est sans doute capable de fournir des lumières certaines. Toutefois M. Delasiauve a pensé que des expériences directes sur les animaux pourraient aussi jeter quelque jour sur la question, et ce sont celles qu'il a tentées, dont il vient d'entretenir l'Académie.

Il a opéré sur trois jeunes lapins d'environ deux mois. Le premier jour, 29 mai, avec la solution indiquée plus haut (5 grammes de nitrate d'argent dans 25 grammes d'eau distillée), il toucha très légèrement avec un pinceau de charpie effilé, imbibé de cette liqueur, les conjonctives oculaire et palpébrale et la cornée transparente d'un des yeux de ces lapins. La sensibilité se montra très exaltée; il survint une subite rougeur, et le lendemain, malgré l'obscurité où l'on avait tenu ces animaux pour les préserver du contact irritant de la lumière, et des lotions d'eau froide, tous les symptômes de la plus grave phlegmasie s'étaient déclarés, les paupières étaient énormément soulevées, leurs bords adhéraient avec force et en les contractant il s'en écoula une telle quantité de matière puriforme qu'on eut à craindre la destruction de l'œil.

Une seconde application fut faite le 30, plus légère que la première. Les choses avaient empiré encore le jour suivant, et chez l'un des lapins le gonflement des conjonctives était si grand que la cornée ne put être découverte pour une troisième cautérisation, qui ne le fut que sur deux seulement. Pendant plusieurs jours la phlegmasie se maintint au même degré; elle céda cependant après la huitaine, et voici ce qui existait alors. Les conjonctives étaient encore le siége de granulations charnues, rouges et suintantes. Les cornées n'étaient qu'imparfaitement découvertes; elles se présentaient comme une surface flétrie, grisâtre, informe et voilée par des exsudations ridées pseudo-membraneuses; les endroits où les concrétions ne se présentaient pas n'en avaient pas plus de lucidité. En un mot, les yeux semblaient perdus au dehors et au dedans.

M. Delasiauve fit une absence forcée d'un mois, et à son retour la guérison était opérée, mais non sans les inconvéniens suivans: leucoma épais, opacité de la chambre antérieure, avancement de la conjonctive sur la circonférence de la cornée, où elle adhère. Aujourd'hui ces leucoma ont un peu diminué d'épaisseur, mais les lapins n'en sont pas moins borgnes et resteront probablement toujours en cet état.

M. Delasiauve convient qu'on ne peut pas toujours conclure des animaux à l'homme, et surtout de l'état sain à l'état malade. Toutefois ici, où l'agent médicamenteux agit plus chimiquement que vitalement, les résultats ne sauraient varier d'une manière sensible. Ceci étant, et le remède pouvant être considéré comme aussi dangereux que le mal lui-même, M. Delasiauve se demande s'il ne vaudrait pas mieux s'en abstenir, ou du moins borner son emploi à des cas exceptionnels et bien définis. L'auteur laisse à la sagesse de l'Académie à décider ce point important de thérapeutique.

(Commissaires: MM. Velpeau et Bérard.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juillet 1842. — Présidence de M. Poncelet.

MM. Poiseuille et Ribes père écrivent qu'ils se portent candidats à la place laissée vacante par la mort de M. Double.

— *M. Lesauvage,* de Caen, réclame la priorité des opinions émises par M. Coste sur la membrane caduque. L'auteur de la lettre aurait fait connaître le résultat de ses recherches, qui sont identiques à celles de M. Coste, dans un mémoire présenté en 1833 à l'Académie des sciences.

— *M. Brossini* lit un mémoire sur un nouvel alcali trouvé par lui dans le quinquina, et qu'il nomme *cinchovine.*

— *M. Rayer* commence la lecture d'un mémoire «Sur la phthisie pulmonaire considérée chez l'homme et chez les animaux.» La fin de cette lecture est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Bourgery* termine la lecture de son mémoire sur la structure intime des poumons dans l'homme et les mammifères. Voici un extrait de ce mémoire:

« Il y a six ans (16 mai 1836), j'annonçai, dans ma lettre à l'Académie des sciences, une nouvelle théorie de la structure intime des poumons. En me présentant après six années dans cette enceinte pour soumettre les résultats de mes recherches à l'investigation des haut-justiciers de la science, il semble que je doive trouver accumulées contre moi les préventions les plus défavorables. Sous l'impression d'une réserve aussi prolongée, ne doit-il pas sembler à tout homme non prévenu que ma confiance première est pour le moins ébranlée, et que je doute moi-même de la certitude des faits que j'avais annoncés? Il n'en est rien pourtant: d'autres causes motivaient mon silence. . . .

Je viens donc aujourd'hui reproduire à l'Académie des sciences les faits et les assertions que j'avais énoncés il y a six ans. Loin de récuser aucune des propositions que j'avais émises alors, fortifié par un grand nombre d'observations journalières, toujours univoques, non-seulement je maintiens toutes ces propositions, mais j'en ajoute quelques autres qui confirment et achèvent de compléter l'ensemble de la théorie. . . . »

Première partie: *Opinions des auteurs originaux sur la structure intime des poumons.* — 1° D'après Malpighi, le premier qui ait découvert la texture membrano-caverneuse des poumons, « la masse de ces organes soutenue par les vaisseaux qui la parcourent, est une agglomération de petites membranes très déliées qui forment un nombre presque infini de vésicules orbiculaires et sinueuses. » Ces vésicules, qui toutes communiquent entre elles, « paraissent formées, sous le microscope, par la continuation amincie de la membrane de la trachée, dilatée à son extrémité directe, et sur les côtés, en *ampoules sinueuses.* au-delà desquelles elle se terminent par des vésicules inégales qui *offrent l'aspect d'une éponge.*

2° Selon Willis, des derniers canaux bronchiques émanent des rejetons ou prolongemens, étranglés à de courts intervalles, par des *fibres ligamenteuses,* qui les partagent en cellules vésiculaires analogues à celles de l'intestin colon des rats. Parvenus sous la plèvre, ils s'y terminent par une extrémité cœcale ou un fond, mais percé de pores qui laissent bientôt filtrer le mercure. Dans leur trajet, ces prolongemens vésiculaires, serrés les uns contre les autres, et par conséquent à peu près parallèles, sont néanmoins indépendans et sans autre communication que par l'intermédiaire de la bronchiole, qui forme leur origine commune. De leur assemblage par juxta-position résultent de petites grappes, qui composent les lobules.

Dans cet exposé, se trouve évidemment en entier la théorie qui a compté le plus de partisans, celle dite improprement de Reisseisen, et comme telle couronnée en 1808 par l'Académie de Berlin, professée partout, et soutenue naguère par un grand nombre d'habiles anatomistes, MM. Bazin, Burggræve (de Gand), Duvernoy, Lereboullet et Pascal (de Strasbourg). Après l'énoncé de l'opinion de Willis, il est impossible, en effet, de reconnaître rien d'original dans cette description donnée par Reisseisen, de « l'aspect si agréable des prolongemens extrêmes des bronches, montrant des rameaux profonds, transparens, cylindriques, divisés à la manière d'un arbre et terminés par une extrémité aveugle, sans aucune dilatation en sac ou en ampoule, mais faisant saillie à la surface »

Pour Reisseisen, ce sont ces culs-de-sac sous la plèvre qui constituent les vésicules, et par conséquent il ne les reconnaît qu'à la surface du poumon; tandis que dans la théorie de Willis, comme dans les deux autres, elles existent partout dans sa profondeur.

3° Enfin, dans la théorie d'Helvétius, que M. Bazin fait remonter à Duverney, le lobule pulmonaire est formé par des aréoles ou cellules, communiquant toutes les unes avec les autres, mais formées par un tissu cellulaire spongieux, différent de celui des canaux bronchiques d'origine. Cette opinion, sauf de légères variantes sur la nature du tissu aréolaire, a été soutenue par un grand nombre d'anatomistes, Haller, Sœmmering, J.-F. Meckel, M. Cruveilhier.

Telles étaient les opinions émises sur les formes de l'appareil capillaire aérien du poumon lorsque je commençai mon travail.

Deuxième partie: *Théorie nouvelle de la structure intime des poumons d'après mes observations personnelles.* — Une question préjudicielle, d'une grande importance, est celle qui a rapport au mode de préparation des poumons.

Malpighi et Helvétius ont surtout étudié le poumon insufflé.

Willis, Reisseisen et ses continuateurs ont principalement mis en usage l'injection avec le mercure.

Ces deux modes exclusifs de préparation expliquent la différence des théories par celles des aspects qui ont frappé les observateurs. Je n'hésite pas à dire que c'est parce qu'ils ont examiné le poumon rempli d'air que Malpighi, Helvétius et d'autres ont reconnu partout les communications des capillaires aériens; et c'est parce que le poumon était rempli avec une substance opaque que Willis, Reisseisen et ses partisans ont nié les anastomoses qu'ils n'avaient pu voir.

J'ai fait usage de tous les modes de préparation. Le meilleur, d'après ce que je viens de dire, est incontestablement l'insufflation; car, outre qu'il est la condition normale des canaux aériens, ce moyen offre surtout l'inappréciable avantage de laisser voir partout, dans les profondeurs, les canaux restés diaphanes, tandis que ces canaux sont masqués par les injections opaques, qui ne permettent de voir que la surface du premier plan. Néanmoins j'ai aussi fait usage des diverses injections opaques, soit résineuses, soit avec le mercure ou l'alliage fusible, non seulement comme moyen de vérification, ou de contrôle, mais aussi pour changer l'aspect et obtenir en cylindres pleins les canaux que l'insufflation offre en cylindres creux.

Ceci posé, je vais parcourir succinctement dans leur histoire anatomique: 1° l'appareil capillaire aérien; 2° l'appareil capillaire sanguin; 3° les cloisons intercanaliculaires, à la fois moyen d'union et d'isolement des deux appareils; 4° enfin, la structure étant établie, je démontrerai l'accord physiologique des trois élemens anatomiques pour la double fonction circulatoire et respiratoire des poumons.

1° *Appareil capillaire aérien.* Si l'on coupe une légère tranche d'un poumon séché à l'état d'insufflation, et qu'on l'examine sous le microscope à un grossissement de 20 à 50 diamètres, on voit la surface entière parsemée de petites cavités irrégulièrement circulaires, séparées par des cloisons plus ou moins épaisses qui renferment les vaisseaux. Si on les observe attentivement, on voit avec évidence que celles de ces cavités dont l'orifice vient s'offrir à l'œil perpendiculairement. ont une profondeur considérable, et qui est environ de 4 à 6 décimètres, de l'orifice lui-même. Ici ce n'est donc point une sphère creuse, ou vésicule, que l'on a sous les yeux, mais une cavité cylindrique, ou un canal.

L'aspect de ces canaux est le même, quelle que soit, par rapport aux surfaces pleurétiques, l'inclinaison de la coupe parallèle, perpendiculaire ou oblique. Tous sont également variés de direction; les uns, en plus grand nombre, plus ou moins perpendiculaires aux surfaces, ou obliques, à section conique, et çà et là, quelques autres, parallèles ou horizontaux, coupés en travers, suivant leur longueur, et qui se présentent en forme de gouttière.

Tous ces canaux sont très flexueux et s'abouchent aux extrémités et sur leur contour, les uns dans les autres, par un grand nombre d'orifices. Ce double caractère, qui saisit d'abord par les gouttières, par un examen attentif, devient très évident pour les canaux perpendiculaires ou obliques. En descendant avec la lentille dans les espèces de puits dont elle donne l'image, on les voit s'incurver, se bifurquer, et l'œil plongé sur les parois dans les galeries latérales formées par les canaux qui viennent s'y ouvrir. Ces flexuosités si nombreuses sont le résultat nécessaire de l'intrication des canaux à directions croisées ou obliques, qui se contournent les uns vers les autres à tous les plans.

Aucun canal ne donne l'idée d'un cul-de-sac ou cœcum. Il n'en est pas qui ne s'abouche dans les plus voisins, au moins par les deux bouts, mais toujours en faisant un coude. Presque tous reçoivent en outre, sur leur trajet, une ou plusieurs embouchures de canaux semblables. J'en ai compté jusqu'à sept sur une seule paroi ou sur le fond d'une gouttière horizontale. Ainsi donc, quels que soient la surface et le point que l'on observe, partout des canaux flexueux anastomosés à tous les plans, nulle part des canaux directs sans anastomoses, ni des vésicules.

Tels sont, dans leurs généralités, les véritables capillaires aériens des poumons, non-seulement dans l'homme, mais dans les mammifères. Ces canaux, contournés sous toutes les inclinaisons, circonscrivant entre leurs anses des trajets sinueux que parcourent les vaisseaux, et s'abouchant tous les uns dans les autres, donnent l'idée d'un espace tout divisé, à milliers d'embranchemens tortueux, incessamment continu avec lui-même, et où il n'y a rien de terminal que l'orifice d'entrée où se trouve également ramenée la sortie; c'est, en un mot, l'image d'un véritable *labyrinthe* à trois dimensions, ce qui m'a engagé à nommer ces conduits *canaux labyrinthiques aérifères,* pour les distinguer des *canaux ramifiés* qui forment la terminaison de l'arbre bronchique. D'après cette définition, il est clair que le lobule, avec son unique orifice aérien, ne fait que reproduire en petit les poumons eux-mêmes, dont la trachée est également le canal d'entrée et de sortie; c'est, en un mot, un petit poumon.

Je viens de donner l'aspect du poumon insufflé des mammifères, tel qu'il se présente immédiatement à l'observation directe, et comme chacun, à défaut de poumon d'homme, peut le vérifier à l'instant sur le premier fragment venu de poumon de veau ou de mouton. Mais pour comprendre la succession décroissante des canaux aériens, il faut étudier méthodiquement la composition du lobule.

Chaque lobule reçoit ordinairement un seul rameau bronchique central, qui forme l'arbre commun de ses divisions aériennes. Si le lobule est d'un grand volume, il peut y entrer deux ou même trois de ces rameaux, de longueur inégale; les plus faibles se perdent latéralement de la manière qui sera dite plus loin; un seul, qui continue le canal d'origine, atteint la base périphérique du lobule, et la contourne, en se ramifiant, jusque vers l'un de ses angles qui forme le sommet terminal. A partir de cet arbre central décroissant naissent, en succession alterne et rayonnant en étoile dans toutes les directions, des ramuscules secondaires que j'ai nommés *canaux ramifiés bronchiques,* expansion dernière de l'arbre trachéal au-delà de laquelle commence l'appareil labyrinthique.

Le mode de terminaison de ces canaux est celui-ci: le capillaire bronchique, dans son trajet, s'ouvre d'abord, sur ses parois, dans un ou plusieurs canaux labyrinthiques, dont les orifices sont perpendiculaires à la direction. Au-delà, il se termine par un petit renflement irrégulier, sinueux, allongé, unique, bifide ou trifide, criblé dans chaque compartiment par un ou plusieurs orifices labyrinthiques, et s'abouchant au fond avec l'un d'eux qui fait suite au canal d'origine. Ce sont bien là les ampoules sinueuses indiquées par Malpighi comme intermédiaires de la trachée aux vésicules.

Une fois entré dans le système labyrinthique, comme je l'ai dit plus haut, l'aspect est partout le même. J'aurais voulu pouvoir montrer ces canaux sinueux, étranglés d'espace en espace, suivant la remarque de Willis, non, comme il le dit, par des fibres ligamenteuses, mais par des vaisseaux annulaires, circonscrivant dans leurs intervalles des locules au fond desquelles sont les orifices d'autres canaux labyrinthiques; la succession de ces locules elles-mêmes nous aurait expliqué

par leur aspect la croyance à des chaînes de cellules sans fin, qui est le fondement des théories de Malpighi et d'Helvétius. Enfin, j'aurais fait voir comment il semble exister deux sortes de canaux, les plus grands permanens, les petits en quelque sorte temporaires, puisqu'ils paraissent se développer dans l'enfance en vue de la respiration virile, et qu'ils disparaissent peu à peu chez le vieillard, comme le premier degré de l'emphysème sénile. J'aurais suivi ces différens canaux dans leur développement, leurs formes, leurs dimensions et leurs rapports, en indiquant les différences légères qu'ils présentent de l'homme aux divers animaux, etc... Mais, pour tous ces détails, je suis contraint de renvoyer au mémoire original.

Tel est, en sommaire, l'exposé de mes recherches sur la structure intime de l'appareil capillaire aérien des poumons des mammifères.

Cette théorie offre des analogies avec les trois autres; elle ressemble à celles de Malpighi et d'Helvétius en ce que les capillaires aériens communiquent partout les uns avec les autres, cette communication à la périphérie étant circonscrite par lobules dans l'homme et ceux des animaux qui offrent cette disposition. Mais elle en diffère en ce que les capillaires aériens ne sont pas des vésicules, mais des canaux.

Elle ressemble à celle de Willis et Reisseissen par cette même raison que les capillaires aériens y figurent des canaux et non des vésicules; mais elle en diffère très essentiellement par la forme, le nombre, l'intrication et la destination de ces canaux; le tissu pulmonaire fonctionnel, dans la théorie ancienne, était représenté par des canaux qui font suite à ceux des bronches, de manière à traverser directement le poumon de part en part, rayonnés du centre à la périphérie, sans aucune anastomose entre eux, et terminés en cul-de-sac; tandis que, dans la mienne, la partie fonctionnelle de l'organe constitue un appareil particulier de canaux dirigés dans tous les plans, sinueux, perpendiculairement anastomosés, un seul avec plusieurs, et dont ceux qui arrivent sous la plèvre, et qui sembleraient devoir faire des culs-de-sacs, se coudent au contraire et se recourbent en dedans pour rentrer dans le lobule et s'aboucher dans un canal plus profond. C'est, en un mot, un espace sans fin, ou, comme je l'ai dit, un véritable labyrinthe.

C'est donc une quatrième théorie que je présente, quant à l'appareil capillaire aérien. Je constate d'abord qu'elle est autre que celles qui ont précédé. Les partisans de Reisseissen ne s'y sont pas trompés; j'invoque en preuve la vive improbation dont ils l'ont frappée tout d'abord à son apparition, et qui n'allait pas moins qu'à nier la possibilité des faits sur lesquels elle est établie. Quant à la conformité qu'on lui a trouvée avec ce qui existe chez les oiseaux, j'en prends acte comme d'une preuve analogue fournie par la science, à laquelle je n'avais pas songé, ayant formulé ma théorie d'après l'observation directe du poumon de l'homme d'abord, puis des mammifères, qui devaient être naturellement les sujets essentiels de mes recherches.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Carminatif de Dalby; son emploi thérapeutique.

Pr.	Alcoolé d'opium,	18 grammes.
	Alcoole d'asa-fœtida,	10
	Huile volatile de carvi,	4
	Huile volatile de menthe poivrée,	8
	Alcoole de castoreum,	26
	Alcool rectifié,	24

M. S. A. — Lorsque le mélange est bien intime, on le divise en doses de 8 grammes que l'on introduit dans autant de petits flacons de la contenance de 30 à 40 grammes environ, dans chacun desquels on a préalablement introduit

Magnésie décarbonatée pulvérisée, 4 grammes.

On finit ensuite de remplir les flacons avec du sirop simple et une petite quantité d'alcool rectifié, et l'on agite fortement pour bien mêler le tout.

Ce médicament est l'un des arcanes les plus anciens, et en même temps les plus en vogue de la Grande-Bretagne, où il est conseillé contre les vents, les tranchées, les convulsions, etc., chez les enfans; dans les cas de goutte anomale, dans le flux de sang et les coliques très intenses des adultes; il est spécialement regardé comme pouvant rendre d'immenses services dans les diverses maladies intestinales auxquelles les gens de mer sont très sujets.

On en donne aux enfans de deux à trois jours et très faibles, cinq ou six gouttes dans une petite cuillerée d'eau chaude sucrée; si cette dose n'amène pas le résultat désiré dans l'espace de six à huit minutes, on le réitère. On a soin d'élever la dose en proportion de l'âge des petits malades et de l'intensité des accidens qu'il s'agit de combattre. Deux doses, ou trois au plus, par jour, sont suffisantes ordinairement, même dans les cas où le mal offre le plus de ténacité.

Aux enfans de l'âge d'un à deux ans, on en donne une pleine cuillerée à café, ou même plus, si les symptômes sont violens; aux enfans qui ont atteint leur septième année, on en prescrit trois cuillerées à café.

Chez les adultes, on en fait prendre la moitié ou les deux tiers du flacon pour une dose, soit à l'état de pureté, soit en l'étendant de la quantité d'eau chaude nécessaire pour l'amener à une température douce.

Dans tous les cas, il est indispensable d'agiter le flacon avant de verser la dose qui doit être administrée.

On a observé que, chez les individus sujets à la constipation ou à des vomissemens de matières acides, il était très avantageux d'associer à l'usage du carminatif de Dalby celui de la magnésie.

Note sur un mode de traitement à très bon marché de la gonorrhée; par le Dr A. Berton, chirurgien-major au 12e de ligne.

M. Berton avait déjà conseillé comme traitement actif des écoulemens, l'emploi à fortes doses (4 à 8 grammes par jour) de l'opiat balsamique suivant :

Baume de copahu, Poivre cubèbe pulv.	*aa*,	40 gram.
Opium gommeux,		4 décigr.
Alun porphyrisé,		20 gram.

M. S. A.

Cette préparation réussit en effet fort bien, mais il en est une foule d'autres à peu près analogues que l'on prescrit également avec avantage; et dans ces temps le luxe des compositions a été poussé très loin, jusqu'à la recherche même la plus exquise : car des capsules gélatineuses on est passé aux bonbons, aux dragées, aux pralines, etc.

En considération des petites bourses, le problème qu'il ne serait peut-être pas sans importance de résoudre maintenant, serait de guérir également, *mais à bon marché*.

Voici, en résumé, dit M. Berton, ce que je propose, et ce que quelques essais heureux me porteraient à considérer comme propre à atteindre le but indiqué.

D'abord, et comme dans les méthodes précédentes, antiphlogistiques s'il y a trop d'inflammation, puis immédiatement de 2 à 4 grammes par jour du mélange suivant administré en bols ou pilules.

	Goudron,	*aa*,	p. ég.
(Alun)	Sulfate acide d'alumine et de potasse,		
	Poudre de réglisse ou de lycopode,		q. s.

F. S. A. des bols de 3 décigrammes.

Ajouter au besoin quelques grains d'opium ou de camphre, pour diminuer la sensibilité du canal intestinal et s'opposer aux érections nocturnes.

La dose de ces bols peut être même doublée sans inconvénient.

Amidon de carottes.

M. Forosiewicz a observé que la proportion de l'amidon contenu dans la racine du *Daucus carota* diminue sous l'influence du temps pluvieux, et qu'elle augmente au contraire dans les temps secs. Il a obtenu, par exemple, dans l'année 1840, qui fut très pluvieuse, seulement 144 grammes d'amidon de 50 kilogrammes de ces racines; tandis qu'en 1841, où l'été fut très chaud, la même quantité de racines lui a fourni, au mois de juillet, 282 grammes d'amidon; mais après quelques jours de pluie, la proportion de ce principe était déja réduite à 224 grammes.

Une autre fois, dans le courant d'un été très sec, il a retiré, toujours de la même quantité de carottes, 436 grammes d'amidon.

M. Forosiewicz, dit M. Soubeiran, recommande cet amidon, soit pur, soit en combinaison avec l'albumine de la plante, comme un remède très actif contre la toux.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, mai 1842.)

Correspondance.

Mon cher confrère,

Chargé pendant long-temps du service des autopsies chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, il m'a été donné de constater la plupart des lésions possibles du crâne, depuis celles qui atteignent l'homme tombant de sa hauteur, jusqu'à celles succédant à des chutes d'un lieu très élevé.

Je ne me rappelle pas cependant avoir vu des désordres semblables à ceux qui ont été observés chez le prince royal, désordres tout à fait disproportionnés avec les *causes déterminantes* signalées par les journaux.

Il y a là, sans doute, une rectification à faire; elle est logiquement indiquée par l'autopsie, qui a démontré :

1° Contusion à la joue droite, au sourcil et au front du même côté. Contusion à la partie antérieure des genoux;

2° Large tumeur sanguine à la partie postérieure et droite du crâne. Fracture des principaux os de cette région, en avant de la suture lambdoïde, etc.

Je ne sais si je me trompe, mais il me semble voir là, 1° chute sur la face; 2° passage d'un corps lourd et contondant sur la partie postérieure de la tête...... puis encore, une horrible fatalité!

Agréez, etc.

Dr Félix Legros,
Ancien chef de la clinique Dupuytren.

NOUVELLES.

M. le baron Larrey, qui avait été chargé de l'inspection des hôpitaux militaires en Algérie, est arrivé à Toulon. Ce vétéran de la chirurgie est, dit-on, sérieusement indisposé.

— On écrit de Gand (Belgique) :

« Une femme est accouchée hier au soir, rue du Temple, de quatre enfans jumeaux. L'un n'a vécu que quelques instans; les autres sont fortement constitués et se trouvent, ainsi que la mère, dans le meilleur état de santé.

— C'est M. le docteur Boucher qui a pratiqué au collége royal de Versailles, les revaccinations dont nous avons parlé dans notre compte-rendu de la séance du 11 de ce mois de l'Académie des Sciences.

— On doit bientôt mettre en vente l'une des plus belles bibliothèques d'agriculture et d'art vétérinaire, ou d'économie rurale, avec les sciences naturelles et médicales qui s'y rapportent : c'est celle de feu J.-B. Huzard, inspecteur général des Écoles vétérinaires, membre de l'Institut, etc. Le seul catalogue se compose de *trois volumes* in-8° : il contient plus de dix mille articles.

Huzard faisait de sa bibliothèque l'objet de son culte de tous les jours; il l'augmentait sans cesse; aussi peut-on la regarder comme unique en son genre. Il y a joint fréquemment des notices manuscrites ou des indications bibliographiques très curieuses sur des éditions rares ou renfermant des sujets particuliers et inconnus.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 23 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 88. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr ; 6 mois, 20 fr., un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE LA PEAU.

Etiologie, diagnostic et traitement de la gale.

Il n'est pas d'affection cutanée plus commune que la gale : il n'en est pas non plus dont le diagnostic offre plus d'incertitude pour le médecin dans un assez grand nombre de cas. Aussi que d'erreurs commises à cet égard par les médecins peu habitués à observer des maladies cutanées. S'agit-il d'un ouvrier ? on est porté à diagnostiquer l'existence de la gale ; s'agit-il d'un homme du monde ? on en est éloigné par la position même de la personne malade. Lichen, prurigo, eczema lichenoïde, herpès, telles sont les maladies qui simulent cette affection. C'est qu'en effet elle peut se présenter et sous la forme vésiculeuse et sous la forme pustuleuse. Alibert, ce peintre si fidèle, cet observateur si parfait, n'hésite pas à appeler toute l'attention des médecins sur les dangers pour les familles d'un diagnostic souvent trop hasardé, et les auteurs qui ont écrit après lui se sont efforcés de mettre en garde tout esprit superficiel contre des erreurs de ce genre. C'est aux consultations de Saint-Louis qu'on peut acquérir la certitude de cette assertion. Les élèves les plus habitués à observer cette maladie y sont les plus réservés.

La gale est de deux espèces : d'une part, miliaire, canine ou sèche ; d'une autre part, grosse gale, pustuleuse ou humide.

Alibert a décrit la gale légitime, la gale bâtarde et la gale pécorine, ou des animaux, car les chevaux, les chiens, etc., en sont atteints, comme les moutons.

Willan et Bateman l'ont distinguée en *papuliformis* ou terrible, *lymphatica* ou aqueuse, *purulenta* ou vérolique, *cachectica* ou scorbutique.

Ces divisions ne sont pas entièrement fondées, en ce sens que deux de ces formes, *lymphatica* et *purulenta*, sont toujours liées entre elles, et que celle dite *cachectica* ne reçoit de modification que de la part de la constitution du sujet qui en est atteint.

C'est une maladie essentiellement contagieuse. La question du mode de contagion doit être encore l'objet de nombreuses recherches. Tout le monde admet aujourd'hui l'existence d'un acarus dans la gale depuis que M. Raspail en a donné une description très nette, et telle qu'il n'est plus possible de confondre cet insecte avec aucun autre. Mais, est-ce l'insecte qui vient engendrer la gale en se transportant d'un individu à un autre, est-ce le liquide des vésicules qui opère l'infection, sont-ce seulement des œufs d'acarus qui la produisent, ou enfin la vésicule engendre-t-elle l'insecte ?

Si la transmission de la gale ne s'effectue que par l'intermédiaire d'un insecte, qui serait seul la cause déterminante de la maladie, pourquoi cette maladie a-t-elle un lieu d'élection presque toujours constant, et le même chez tous les individus où elle se montre, les mains chez l'adulte, les fesses chez les enfans ? Faut-il admettre que l'acarus qui se sera rendu de la main d'un individu à la région lombaire d'un autre individu voisin, ne pénétrera pas sous l'épiderme dans ce point, mais qu'il viendra directement gagner l'interstice des doigts, pour y creuser un sillon, comme l'a dit Galès, et y faire une ou plusieurs vésicules ? Comment, si la gale reconnaît pour cause un insecte, cette affection disparaît-elle sous l'influence d'une maladie générale de l'économie, une fièvre grave, par exemple, pour reparaître au bout de trente ou quarante jours avec tous ses caractères. Que sont devenus pendant ce laps de temps les acarus ?

Y aurait il, au contraire, comme l'ont avancé Fabrice de Hilden, Rivière et Pringle, des gales spontanées et critiques ? L'insecte ne serait-il que le produit de la maladie ? Si l'acarus est une cause, pourquoi ne le retrouve-t-on presque jamais dans les vésicules du ventre et surtout dans celles des aisselles ? D'où vient que les sillons et les galeries surtout ne se rencontrent presque jamais qu'entre les doigts et aux poignets ? Quels sont les caractères distinctifs des acarus mâles et des acarus femelles ? Où déposent ils leurs œufs ? Comment s'opère l'incubation ? Car nous ne saurions regarder comme vrai tout ce qui a été écrit par Galès à cet égard, non plus que les dessins qu'il nous en a laissés.

Voilà de nombreux sujets de recherches qui méritent de fixer toute l'attention du médecin.

L'infection des animaux à l'homme peut-elle avoir lieu ? Les opinions sont encore partagées à cet égard. M. Rayer en doute. Biett était porté à le croire, et Alibert y croyait. Il cite à cet égard dix employés du Muséum d'histoire naturelle, qui contractèrent en même temps la gale de chameaux récemment amenés d'Afrique. En opposition avec ce fait, M. Leblanc cite le cas d'un homme qui ne contracta pas la gale en frictionnant des chiens galeux ; tandis que cette maladie se développa sur des chiens qui couchèrent sur la même paille que les animaux en traitement.

La gale se développe principalement à la partie interne et au pli des membres, sur la poitrine et sur le ventre. Le visage en est toujours excepté, disent la généralité des auteurs ; circonstance importante en ce que le prurigo, le lichen, etc., envahissent souvent la face : en sorte que le diagnostic tire, dans les cas douteux, de cette circonstance, une donnée très importante et très précieuse. Il ne faut cependant pas perdre de vue le fait cité par Alibert, d'un enfant qui contracta la gale au visage en embrassant fréquemment sa nourrice ; mais c'est la seule observation que la science possède.

Elle se montre d'abord entre les doigts et au poignet, par de petites élevures légèrement rosées ou incolores, acuminées et terminées par une petite vésicule sur un des points de la circonférence de laquelle on aperçoit une petite strie brunâtre, transversale. Ces élevures sont précédées et accompagnées d'une démangeaison qui conduit le malade à se gratter, et ce frottement produit une sensation agréable. Plus tard, de l'un des points de la circonférence de la vésicule, celui où existe la strie ombrée, part un soulèvement de l'épiderme plus ou moins long et arqué ; c'est une galerie que l'acarus a creusée en sortant de la vésicule, et c'est à l'extrémité libre de cette galerie que se trouve cet insecte : il suffit d'ouvrir l'épiderme dans ce point avec la tête d'une épingle pour enlever l'acarus.

Chez d'autres sujets, et notamment les sujets lymphatiques, les vésicules sont beaucoup plus larges et se rapprochent, pour le volume, de l'herpès phlycténoïde. Quelques vésicules deviennent alors purulentes et donnent naissance à la gale pustuleuse, que l'on a quelquefois confondue avec les pustules d'ecthyma.

Parfois, notamment chez les jeunes gens et chez les très jeunes enfans, les vésicules sont à peine apparentes, et peuvent être confondues avec le lichen ou même avec le strophulus. Le lichen simplex diffusus est une nouvelle source d'erreur chez l'adulte, car cette affection a fréquemment son siége à la partie interne des membres. Le prurigo offre en général moins d'incertitude, parce qu'il occupe leur partie externe et le dos.

Mais dans le lichen il n'y a que des papules sans vésicules, et le plus souvent les papules sont groupées, ce qui n'a lieu pour les vésicules de la gale que dans les interstices des doigts. Les papules du prurigo, outre qu'elles siégent en dehors des membres et qu'elles ne sont jamais vésiculeuses, sont presque toujours excoriées par les malades ; elles deviennent alors saignantes, et se recouvrent d'une petite plaque de sang concret qui les enveloppe en grande partie. Dans l'herpès, il n'existe jamais que des vésicules assez larges et uniformément volumineuses ; tandis que dans la gale pustuleuse, outre les vésicules séreuses ou séro-purulentes assez volumineuses, il existe des vésicules de gale très petites qui présentent le cachet de la gale miliaire.

Là où le diagnostic est le plus incertain, c'est dans les gales anciennes ; la gale est alors associée à du lichen, quelquefois du prurigo, de l'eczéma lichénoïde. La peau ressemble à une râpe ; elle est malade tant en dehors qu'en dedans des membres.

Dans le doute du diagnostic à l'égard d'une gale révente, on s'abstiendra de tout traitement spécifique. On prescrira des bains émolliens, traitement simple qui permettra à la gale de se développer ; et alors on la reconnaîtra facilement.

Traitement de la gale. Cette affection est une des maladies dont la guérison s'obtient le plus facilement. Les moyens employés jusqu'alors sont excessivement nombreux. Nous allons en présenter un aperçu sommaire.

On a employé la clématite viorne, vulgairement appelée herbe aux gueux, mêlée avec de l'huile. Cette préparation réussit très bien dans la Provence, où elle guérit la gale en trois ou quatre jours. Il en est de même de la racine de dentelaire pilée ; il suffit de trois à quatre frictions par jour. Lalouette, Hallé, Jeanroy, ont confirmé ce résultat par des essais.

M. Ranque, d'Orléans, a proposé la décoction suivante :

Graine de staphysaigre,	15 gramm.
Extrait de navet,	8
Eau,	1 litre.

Faites bouillir pendant trois quarts d'heure.

Des essais faits à Saint-Louis ont démontré qu'il en résultait des éruptions de lichen, d'érythème, etc., très considérables.

Boerhaave a obtenu des succès de l'emploi d'une solution aqueuse ou vineuse des feuilles de tabac ; mais l'usage de ce médicament donne lieu à de nombreuses éruptions secondaires.

Parmi les plantes qui ont été préconisées, M. Devergie rappelle l'anémone, la scabieuse, le poivre de Guinée, la racine de pyrèthre, de jonc odorant, de cornouiller, de figuier, de curage.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

Ma lettre sur les médecins qui briguent la députation a fait dire ceci à un *feuilleton* sérieux :

« Nous ne sommes pas de ceux qui ne voient dans la candidature de dix ou douze médecins aux prochaines élections, qu'une bouffonnerie de plus à ajouter à toutes celles dont nous nous régalons mutuellement dans notre république médicale. »

Pour continuer à être sérieux, le même *feuilleton* ajoute :

« C'est un axiôme aujourd'hui que, par le temps qui court, un homme n'est rien, ou presque rien, s'il n'est député. il suit, par conséquent de-là, qu'il faut que les médecins *se fassent députés s'ils veulent être quelque chose.* »

Je dirai a mon tour : Il suit, par conséquent de-là, que M. Double, qui était tant de choses, selon mon honorable confrère, n'était pas quelque chose, puisqu'il n'était pas député. Quant a Broussais, il était encore moins que rien. « Ce raisonnement est sans réplique », ajoute notre sérieux confrère. Voici en partie le développement de cette sérieuse pensée :

« Nous ne pouvons donc qu'admirer la sagacité de ces intelligens confrères, qui se sont mis en avant les premiers pour attacher le grelo ; leur entreprise est d'autant plus méritoire qu'ils doivent s'attendre a peu près tous, à moins qu'ils n'aient perdu l'esprit, à n'être pas nommés. Mais ils auront rompu la glace, les journaux politiques retentiront de leurs noms, prénoms et qualités ; et le monde saura enfin qu'il y a dans le corps médical beaucoup d'hommes payant 500 fr. d'impôts, ce qui ne peut manquer de réhabiliter immédiatement la profession dans l'estime publique. C'est là le premier avantage que nous promettent les candidatures, abstraction faite de leur résultat. Nous voilà posés socialement ; cela suffit pour le moment.

« Que si, par un surcroît de bonne fortune, une demi-douzaine de ces candidatures arrivaient à bien, la plus riante perspective s'ouvrirait aussitôt devant nous. Il y a lieu d'espérer, en effet, que nos honorables, après avoir fait, comme de juste, leurs affaires propres et celles de leurs commettans, voudront bien se considérer comme représentans de la médecine. »

On le voit, cela est plus sérieux et plus moral que ce que j'écris ordinairement. Aussi, après ce beau discours, vient la recommandation aux électeurs de M. Cremieux, l'avocat qui, dans une affaire célèbre, a bien mérité de l'humanité et de la médecine en conseillant deux confrères que vous savez.

—Avant la salle des séances de l'Académie de médecine est une petite pièce qui vient après les bureaux : là flânent quelques ambitieux, quelques beaux esprits, des médecins des eaux et de vrais flâneurs. Plus d'un Académicien quitte son fauteuil et vient souvent se mêler à ce groupe, afin de savoir quelque chose, ne serait-ce que des nouvelles de l'Académie, lesquelles se débitent et se font quelquefois plutôt là qu'ailleurs. L'individualité la plus remarquable de ce groupe, c'est le médecin des eaux. Heureusement pour ceux qui aiment à prendre la parole de temps en temps, le médecin des eaux n'est que passager ; car sa spécialité l'obligeant à une grande universalité de connaissances, il devise sur tout et très souvent. Le médecin des eaux sait un peu de géologie, un peu de physique, un peu de botanique, pas mal de chimie ; il ne lui est même pas interdit de savoir un peu de médecine. Deux mots sur chacun de ces chapitres, forment un long discours qu'il faut subir, car le médecin des eaux a vu le grand monde, il est poli, aimable : ne voulant pas l'être moins que lui, on ne l'interrompt pas. Un espoir reste à celui qui veut prendre la parole, sans désobliger une nymphe ; c'est l'arrivée d'une autre nymphe. Ainsi, que le représentant de Bagnères-de-Luchon discoure trop long-temps (ce qui n'est pas impossible), ne l'interrompez pas ; ce serait peine inutile ; priez plutôt votre Dame-de-Bon-Secours de vous envoyer le représentant des eaux de Plombières. A son aspect il se fait un agréable silence, à la faveur duquel vous pouvez glisser votre anecdote. Rien ne fait taire les nayades de Vichy (y compris M. Prunelle) comme une apparition de Néris. Je suis resté long-temps à chercher, à comprendre cet effet de neutralisation. Un moraliste, qui est chimiste en même temps, a cru me l'expliquer ; mais l'explication ne peut être donnée ici : Vichy serait une nymphe alcaline qui absorberait Néris, nymphe acidule, etc.

Vous voyez où on irait de là si à cette chimie on mêlait la morale des eaux.

Le médecin des bains a beaucoup de flacons dans sa poche. Ils contiennent la Gravelle, le Calcul, la Goutte, le Rhumatisme en dissolution. Celui de Vichy a de plus de petits paniers vides (dans sa poche) ; ils contenaient d'énormes calculs que Souberbielle n'aurait pu extraire en ouvrant largement le ventre. Ces calculs sont tombés dans l'eau pendant que les paniers étaient dans l'eau (de Vichy), soit après une dissolution véritable, soit après un choc qu'un baigneur mal ou bien avisé a donné auxdits panniers. La première opinion, celle de la dissolution, m'appartient ; elle est adoptée par M. Petit. L'opinion de la chute du calcul, sans dissolution préalable, appartient, je crois, à un lithotriteur; elle est partagée par quelques baigneurs de Vichy.

J'ai parlé tantôt de l'affinité neutralisante qui existe entre les médecins des eaux. Un effet contraire existe entre ces médecins et les lithotriteurs, les lithotomistes. Rien ne met plus en verve un lithotriteur que la présence d'un médecin des eaux, et si le premier médit de la nymphe (ce qui n'est pas impossible), celle-ci le lui rend bien. Si vous voulez savoir combien de vessies ont été perforées par le litholabe ou le lithoclaste, adressez-vous aux eaux. Si vous désirez savoir combien d'estomacs ont été abîmés par les eaux et combien peu elles font disparaître de gravelles, adressez-vous à la lithotritie. De cette manière vous pourriez obtenir une statistique dont le total vous obligerait (si vous croyez à la statistique) de garder dans votre vessie le corps étran-

Vaidy a obtenu de nombreuses guérisons avec le liniment suivant :

Camphre,	8 gramm.
Huile,	60

Peyrilhe employait avec succès un liniment dont M. Galès a constaté les bons effets à l'hôpital Saint Louis.

On a fait avantageusement des lotions avec la solution suivante :

Arsenic,	60 centigr.
Eau,	1000 gramm.

Mais il est survenu quelquefois des accidens d'empoisonnement.

M. Devergie mentionne les œufs d'or de l'abbé Quiret.

Biett a essayé sans succès l'onguent citrin, qui a l'inconvénient de produire la salivation.

La pommade de Werlhof :

Proto-chlorure de mercure,	1 partie.
Axonge,	8

à la dose d'un gros par jour en frictions, produit, dit-on, la guérison en trois jours.

Pringle obtenait la guérison de la gale au moyen de frictions faites avec le mélange suivant :

Soufre,	30 gramm.
Ellébore blanc, sel ammoniaque, *aa*,	8
Axonge,	75

Pour faire quatre frictions.

Biett a essayé d'un mélange de :

Ellébore en poudre,	1 partie.
Axonge,	7

Et a obtenu de bons résultats après treize jours de traitement.

Louis Valentin :

Soufre natif et chaux vive, parties égales.

Huile d'olive, quantité suffisante pour faire un liniment.

Guérison en douze jours.

Guérison en seize jours, par les onctions faites avec soufre et axonge.

Pommade d'Helmérick.

Soufre,	2 parties.
Potasse,	1
Axonge,	8

Alibert exploitait cette pommade quinze ans avant Helmérick.

Biett, au moyen de cette pommade, a obtenu des guérisons en treize jours, et a remarqué que son application ne développe pas, comme d'autres, des éruptions secondaires.

M. Burdin substitue l'hydrochlorate d'ammoniaque à la potasse.

M. Devergie emploie de préférence la solution de

Foie de soufre,	1 partie.
Eau commune,	7

Pour les deux premiers jours.

Elle remplace avantageusement la pommade d'Helmérick, qui a l'inconvénient de noircir le linge, et les taches noires qu'elle produit ne disparaissent pas à la lessive.

Les jours suivans, M. Devergie prescrit une solution au douzième.

Poudre de Pihorel.

Sulfure de chaux, broyé dans la main avec de l'huile, demi gros.

Pour faire des frictions.

Biett l'a employée avec succès.

Solution d'Alibert.

Sulfure de potasse,	30 à 60 grammes.
Eau,	500 id.
Acide sulf.,	8 à 16 id.

On emploie un verre à liqueur de cette solution pour une cuvette d'eau bouillante.

Dupuytren et Percy :

Eau commune,	750 grammes.
Sulfate de potasse,	120 id.
Ac. sulf.,	15 id.

Préparez en plein air, et mettez en bouteille.

Un malade peut en consommer une bouteille.

Percy obtenait ainsi des guérisons en deux, trois, quatre, six et huit jours.

M. Cazenave a encore employé les eaux distillées aromatiques et des solutions iodurées. Ces dernières préparations paraissent être suivies de succès.

Quant à M. Devergie, sa méthode de traitement consiste en lotions soir et matin avec la solution de Dupuytren ou avec la sienne, qu'il fait précéder de l'emploi d'un bain alcalin.

Après quatre ou cinq lotions, la gale ne peut plus se communiquer, et la guérison a lieu au bout de douze jours.

M. Devergie prescrit en même temps des bains d'eau ou des bains sulfureux, à la dose de 60 à 90 grammes pour les hommes et de 40 à 60 grammes seulement pour les femmes et les enfans.

Le traitement doit, en général, être dirigé de la manière suivante :

1° Un bain alcalin, comme bain de propreté ;

2° Frictions légères soir et matin avec la lotion ou la pommade dont on a fait choix ;

3° Tous les deux jours un bain sulfureux, si c'est une personne à peau irritable, et un bain d'eau dans le cas contraire.

4° S'il survient pendant le cours des frictions une éruption secondaire, recommander aux malades de cesser toute friction sur la partie où l'éruption s'est montrée, et, en général, diminuer pour les autres parties la force de l'agent thérapeutique employé.

5° Lorsque toute vésicule de gale a disparu, faire prendre au malade deux ou trois bains tièdes, un chaque jour, afin de s'assurer de la guérison de l'affection.

Les éruptions secondaires peuvent persister pendant six à huit jours après la guérison. Les émolliens les guérissent, en général, très facilement.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. J. CLOQUET.

Suppléant, M. H. LARREY.

Observations de plaies de tête.

Si la tête est de toutes les régions du corps celle qui nous offre le plus de lésions traumatiques, la cause en est dans la fréquence des chocs, dans sa forme sphérique, et enfin dans la disposition anatomique des parties qui la composent.

Il serait, je pense, superflu de démontrer le premier point. Quant au second, supposons un coup porté avec une certaine force : si c'est sur un membre formé de muscles épais comme la cuisse, ou sur une cage élastique comme le thorax, la force se trouve en partie décomposée, détruite, et au lieu d'une plaie, on n'a qu'une contusion qui attire à peine l'attention du médecin. Si c'est sur la tête, les tégumens de cette région se trouvant fortement pressés entre le corps contondant et les os du crâne, il n'y a aucune perte de force dans cette circonstance, et les parties molles sont divisées ; ou bien il y a des complications dont la plus grave est alors une fracture du crâne.

La tête, par sa forme à peu près sphérique, ne se trouve jamais en contact avec le corps contondant que par une surface peu étendue, qui doit supporter seule tout l'effort du coup ; dans les autres régions, au contraire, les chocs rencontrant des surfaces planes ou peu résistantes, la quantité de mouvement se trouvant répartie sur un grand nombre de points, perd en intensité ce qu'elle gagne en étendue, et devient insuffisante pour produire sur chacun d'eux une solution de continuité.

Malgré la fréquence des plaies de tête et les travaux publiés sur ce sujet, si les observations qui vont suivre présentent quelques particularités intéressantes, elles peuvent jusqu'à un certain point me faire répéter les paroles de Bichat : « Que de doutes à lever, que d'incertitudes à dissiper, et dans le diagnostic, et dans le pronostic, et dans le traitement des plaies de tête ! »

Première observation. — Gruzelier, âgé de soixante-onze ans, d'une bonne constitution.

En 1839, en tombant dans un escalier, il se fit au sommet de la tête, un peu à droite, une plaie contuse à lambeau assez étendu. Entré à l'Hôtel-Dieu, on chercha à obtenir une réunion immédiate ; mais au bout de peu de jours la gangrène s'empara du lambeau ; deux fois le cuir chevelu fut envahi par une inflammation érysipélateuse assez violente, et le malade ne sortit guéri qu'au bout de quatre mois ; des bourgeons charnus s'étaient développés et avaient formé une cicatrice solide ; les os n'avaient subi aucune altération.

Le 3 août 1841, par la même cause, l'ancienne cicatrice se trouva déchirée, et le pariétal dénudé dans une assez grande étendue.

La chute fut assez violente : cependant, il put se relever et vaquer même pendant deux jours à ses occupations sans ressentir aucune douleur de la plaie qu'il avait recouverte de compresses imbibées d'eau de sureau.

Le 5, étant entré à l'hôpital, il présentait du côté droit de la tête, à peu près vers le milieu du pariétal, une plaie contuse horizontale, à bords sinueux irrégulièrement découpés, détachés du crâne dans une étendue de 4 à 5 lignes, et favorisant de cette manière la stagnation du pus. Le pariétal droit, largement dénudé, ne présentait aucune trace de fracture.

La tête fut rasée dans les environs de la plaie, le lambeau soutenu à sa base par une compresse graduée et rapprochée modérément de la lèvre supérieure au moyen de bandelettes agglutinatives ; le tout fut recouvert d'un pansement simple.

L'état général était loin d'être en rapport avec l'étendue de la blessure : le malade n'offrait aucune réaction et paraissait entièrement étranger à ce qui lui était arrivé.

Pour prévenir les accidens qui auraient pu survenir, on le soumit à un régime sévère pendant quelques jours.

Le 13, la plaie ne présente ni gonflement, ni rougeur, la suppuration est assez abondante, la portion d'os dénudée ne se recouvre pas. Le lambeau s'est rétracté vers sa base, malgré tout le soin qu'on avait pris à le maintenir.

Le 31, le pus ne peut facilement s'écouler : il est retenu entre les os du crâne et les tégumens ; une contre ouverture fut faite à la base du lambeau, et maintenue béante quelques jours au moyen d'une petite mèche.

11 septembre. Pansement tous les trois ou quatre jours ; les bourgeons se rapprochent du centre de la dénudation, mais ils ne contractent aucune adhérence avec les os ; on peut facilement les soulever avec un stylet.

1[er] octobre. On s'aperçut que la portion dénudée était mobile dans toute son étendue.

4. Après avoir incisé latéralement les bourgeons charnus jusqu'au point où s'étendait la nécrose, M. Larrey put saisir avec des pinces la portion d'os malade qui n'adhérait plus que par quelques filamens cellulaires, et en faire l'extraction. L'esquille était formée par la table externe du pariétal dans une étendue de deux pouces carrés, présentant à peu près une épaisseur de trois ou quatre millimètres, si ce n'est dans le point qui avait été constamment exposé au contact de l'air ; là le diploé était nécrosé dans toute son épaisseur.

Au dessous, l'os était recouvert de bourgeons charnus de bonne nature. La plaie fut pansée simplement.

Le lendemain, à la partie antérieure de la plaie, M. Larrey trouvant une autre dénudation, fit un léger débridement et retira une esquille d'un pouce carré, intéressant non-seulement la table externe et le diploé, mais encore la table interne, dans une très petite étendue, il est vrai.

Ces deux opérations ne furent suivies d'aucun accident ; la plaie qui en résultait fut pansée simplement et à intervalles assez éloignés. La cicatrisation se fit régulièrement, et le malade sortit parfaitement guéri le 22 novembre.

— Cette observation présente plusieurs particularités dignes d'intérêt :

1° Une lésion très étendue, et qui devait faire craindre de graves accidens, a passé presque inaperçue pour le blessé, et n'a pas même amené de réaction.

2° Le peu de tendance de la plaie vers la cicatrisation, malgré les pansemens méthodiques employés par M. H. Larrey : en considérant les circonstances dans lesquelles se trouvait le blessé, on peut facilement s'en rendre compte ; son âge avancé, la contusion des lèvres de la plaie et son siége sur une ancienne cicatrice qui ne s'était fermée qu'avec peine, ne pouvaient avoir d'autre effet que de diminuer la vitalité des tissus et la tendance à la réunion.

3° Les os exposés au contact de l'air, contus par la chute et dépouillés de leur périoste, se sont nécrosés largement et dans une épaisseur assez considérable, sans que le cerveau, si voisin de la lésion, en ait ressenti aucune influence.

Deuxième observation. — Delaunay, âgée de soixante-onze ans, marchande, d'une bonne constitution, présentant un peu d'aliénation mentale.

Le 2 janvier 1841, frappée à la tête dans une rixe, par un pot d'étain lancé avec force, elle fut renversée, mais sans perdre connaissance.

Transportée chez elle, elle garda la chambre deux à trois jours, et put encore vaquer à ses occupations, en éprouvant cependant un peu de pesanteur de tête.

Le 5 janvier elle entre à la Clinique, et M. H. Larrey put constater, au fond d'une plaie transversalement étendue au-dessus du sourcil droit, une fracture comminutive du frontal avec enfoncement de la table externe.

Le pouls était fréquent, les réponses sans suite et souvent contradictoires ; il n'y avait pas de paralysie.

Cinq fortes saignées furent pratiquées en peu de jours ; 15 sangsues furent appliquées derrière les oreilles ; la malade fut tenue à un régime sévère, et une légère dérivation entretenue sur le canal intestinal. Sous l'influence de cet énergique traitement les accidens se calmèrent, et la malade sortit le 28 février, déjà guérie depuis quelque temps. Son grand âge et son état mental lui ont fait obtenir une place à la Salpêtrière.

— Cette observation est remarquable par la gravité des accidens cérébraux qui ont quelque temps menacé les jours de

ger qu'elle possède ou de vous soumettre à la taille.

— Voici un moyen très ingénieux de terminer très rapidement un cours d'anatomie qui vous fatigue : Vous commencez vos leçons au gros de l'été ; un de vos amis avertit le préfet de police que votre amphithéâtre est un foyer d'infection ; le préfet de police fait fermer votre amphithâtre et vous allez vous promener à la campagne pour respirer le bon air. Mais, prenez-y garde, vous pourriez être mystifié par M. Gannal, qui embaume des sujets, fait ouvrir un cours d'anatomie par un élève des hôpitaux, qui lance la réclame dans tous les journaux, où on lit : « M. X. ne peut faire son cours à cause de l'infection produite par les cadavres, tandis que M. Z. ouvre son cours parce que les cadavres ne répandent aucune infection. »

— Avez-vous constaté le singulier phénomène que voici : Quand la Société instituée pour les pauvres médecins de Paris voulut prendre des airs et commettre des actes de police médicale, j'eus l'audace de trouver cela mauvais, parce que je ne comprenais pas qu'une minorité sans autorité, sans mission spéciale, pût faire du pouvoir. J'ajoutai que si elle faisait un jour du pouvoir, ce ne serait que contre les petits ; qu'elle n'était pas assez considérable pour réformer les grands, qui en avaient bien besoin cependant. Je dis enfin que cette petite société ne pouvait pas, n'oserait pas procéder de haut en bas. On écrivit alors un beau feuilleton pour prouver que j'avais tort. Aujourd'hui M. Royer-Collard veut investir l'Académie de cette question. Or, l'Académie est un corps autrement fort, autrement imposant que la Société des médecins ; les idées de M. Royer sont autrement larges, autrement conçues que celles qui ont dirigé la conduite de la Société des médecins de Paris. Eh bien, on n'en veut pas ! Ceci doit faire réfléchir.

Quant à moi, je ne suis pour aucune police, pas plus pour celle de la Société des médecins de Paris que pour celle de l'Académie. Cependant j'aurai toujours la plus grande sympathie pour une proposition qui dit : Le mal est grand ; mais il n'est pas seulement hors de nous, il est aussi en nous ; commençons par nous réformer avant de réformer les autres. M. Royer-Collard a dit cela à l'Académie, et il l'a dit en bon et intelligible français. S'il était vrai qu'une Société renfermant les premiers germes de démoralisation médicale, fournissant les étiquettes aux pots de pommade, aux bouteilles, aux flacons des charlatans, rédigeant des brochures industrielles, des réclames menteuses ; s'il était vrai qu'une pareille Société voulût un jour régenter le monde médical, je pense qu'elle songerait avant à se réformer un peu. L'Académie n'a pas tous ces torts, du moins nous ne les connaissons pas ; mais elle peut en avoir d'après le dire de M. Royer.

— Il y a un médecin de la Maison royale de Santé qui a des goûts chirurgicaux qu'on fera bien de modérer. Quand la place de chirurgien de cet établissement fut vacante, ce médecin la demanda ; il fallut alors les efforts réunis de tous les chirurgiens du Bureau central et des hôpitaux de Paris pour empêcher cette violation de la loi des concours. On avait à lutter contre les efforts d'une ambition très active et contre l'influence de M. Dupin aîné ! Le concours qui vient de se terminer place M. Bérard à la Pitié. Le service chirurgical de l'hôpital Necker est donc vacant. La justice veut que ce soit un chirurgien des hôpitaux ou du Bureau central qui remplace M. Bérard. Mais M. H. veut, lui, remplacer ce chirurgien, n'ayant cependant aucune qualité légalement reconnue pour cela. Deux projets ont été formés par M. H. et ses protecteurs : ravir tout le service Necker aux ayant-droit ; ou bien diviser le service, en donner une portion à ceux-là et l'autre à l'intrus. Je me rappelle un mot qu'un jeune chirurgien répondit à un ministre qui prenait les intérêts de M. H. Le confrère disait que les places de chirurgien étant données au concours, on ne devait pas les accorder à ceux qui n'ont pas concouru. — Mais, dit le ministre, comment voulez-vous que ce pauvre M. H. concoure, puisqu'il est bègue ? — C'est vrai, monsieur le ministre, c'est là une raison pour ne pas concourir ; mais ce n'est pas une raison pour avoir deux places. On a donné une place à ce confrère parce qu'il était bègue ; si vous lui en donnez deux à cause de la même infirmité, vous attachez une prime au bégaiement qui pourrait bien nuire à l'éloquence médico-chirurgicale. — Le ministre *en rit beaucoup, et n'accorda pas la place.*

LYRAC.

la malade ; par les émissions sanguines répétées que fit pratiquer M. Larrey, émissions sanguines dont la quantité s'éleva à près de quatre livres, chiffre énorme, si l'on tient compte de l'âge avancé de la malade ; enfin par le succès inespéré dont fut suivi cet énergique traitement.

Troisième observation. — Jouby, âgée de soixante-trois ans, journalière.

Le 5 juillet 1840, en descendant dans une cave, elle fit une chute, et, glissant de la hauteur de dix marches, vint se heurter le front contre une bouteille placée au pied de l'escalier. La commotion fut peu intense, elle ne perdit pas connaissance, cependant elle ne put se relever seule.

Apportée immédiatement à la Clinique, elle présentait au-dessus du sourcil gauche une plaie verticale de 2 pouces de longueur, intéressant les parties molles dans toute leur épaisseur ; le frontal était dénudé et rugueux. La malade paraissait encore un peu étourdie de sa chute.

Le lendemain, voici dans quel état la trouva M. Larrey : les lèvres de la plaie sont en partie réunies et empêchent le pus de s'écouler. Un examen plus attentif fait voir qu'il y a non-seulement dénudation des os, mais encore fracture avec enfoncement de la table externe dans une étendue de 7 à 8 lignes ; la malade, dans un état comateux, répond à peine aux questions ; le pouls est fréquent et fort. Saignée de 2 palettes : on écarte modérément les lèvres de la plaie en plaçant dans l'angle inférieur une petite une mèche de charpie.

7. Même état ; il y a toujours un peu d'engourdissement dans les bras, le pouls conserve sa fréquence. Nouvelle saignée, eau de Sedlitz, sinapismes aux extrémités.

8. Erysipèle de la face et de tout le côté gauche du cuir chevelu, coma profond, pas de réponses aux questions qu'on lui adresse, immobilité des pupilles, selles involontaires.

Morte le 9 au matin.

Autopsie. Infiltration purulente dans toute la partie envahie par l'érysipèle, enfoncement léger de la table externe du frontal dans l'étendue de 7 à 8 lignes, petite fissure à la table interne dans la même étendue.

Aucune trace de collection sanguine ou purulente dans le cerveau ou entre ses enveloppes ; un peu d'injection de la substance cérébrale. Rien dans les autres organes.

Quatrième observation. — Motel, âgée de cinquante ans, tempérament sanguin, sujette aux étourdissemens. Le 24 avril 1841, étant dans la rue, elle est prise de vertiges, marche pendant quelque temps sans savoir où elle allait, tombe sur le trottoir et perd connaissance. Apportée dans cet état à la Clinique, les effets de la commotion ne se dissipèrent que quelques heures après ; une saignée de 4 palettes fut pratiquée, des sinapismes furent mis aux extrémités.

Le lendemain le pouls était plein, fréquent ; la céphalalgie très intense ; la face rouge. A la partie supérieure du front, presque sur la ligne médiane, existait une plaie verticale de 1 pouce de longueur, intéressant toute l'épaisseur des tégumens ; le front était dénudé dans une petite étendue, sans fracture. Saignée d'une palette ; bains de pieds sinapisés ; diète.

26. La céphalalgie persiste aussi intense ; le pouls est un peu moins fréquent ; la plaie est pansée simplement ; les lèvres modérément rapprochées ; une vessie remplie de glace est placée en permanence sur la tête. Bains de pieds sinapisés.

28. Sous l'influence du traitement indiqué, et continué pendant deux jours, la céphalalgie a un peu diminué ; le pouls a encore un peu de fréquence ; la langue saburrale. Un grain d'émétique dans un pot de bouillon de veau.

29. Les vomissemens l'ont beaucoup fatiguée ; la céphalalgie a reparu très intense et a motivé une nouvelle application de glace.

30. Les douleurs sont moins vives : elles ont abandonné la partie antérieure de la tête pour se porter à la nuque. Vésicatoire sur le point douloureux.

1er mai. La face présente un peu d'inflammation érysipélateuse ; la plaie est en bonne voie de cicatrisation ; on ne retrouve plus la dénudation.

4. L'érysipèle a disparu.

8. Sortie guérie.

Cinquième observation. — X., marchand brocanteur, d'une bonne constitution.

Le 28 novembre, étant ivre, il est tombé, et n'a repris connaissance qu'au bout de quelques heures, après avoir perdu une assez grande quantité de sang.

Conduit à la Clinique, il passa la nuit sans agitation. Le lendemain, l'état d'ivresse était complétement dissipé ; l'écoulement de sang avait cessé. Il présentait à la partie supérieure de la tête une plaie de 18 lignes de longueur, linéaire, comme si elle eût été produite par un instrument tranchant. Les parties molles seules étaient intéressées. Le pouls était plein. Il ne souffrait pas.

Pour prévenir les accidens qui auraient pu se manifester, M. Larrey fit pratiquer une saignée du bras de 2 palettes, et réunit immédiatement les lèvres de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives.

Le lendemain, il n'était pas survenu de douleur : on laissa le pansement en place.

Le 3 décembre, c'est-à-dire quatre jours après l'accident, la plaie était parfaitement cicatrisée, et le malade put quitter l'hôpital.

Sixième observation. — Le 20 novembre 1841, Meigner, âgé de soixante-quatre ans, marchand, étant monté sur une chaise, tombe à la renverse sur le carreau, et reste pendant une demi-heure sans connaissance ; ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il put se relever. Une plaie qui existait à la partie postérieure de la tête, avait fourni environ sept verres de sang. Un peu de pesanteur de tête, d'étourdissement furent les seuls symptômes qu'il éprouva le reste de la journée. La nuit, le blessé put dormir ; il ne souffrait pas.

Le lendemain, des douleurs assez vives partant de la plaie s'irradiaient dans tout le côté gauche de la tête ; il y avait un peu de céphalalgie et de tendance à l'assoupissement.

Entré le 24 décembre, il n'avait fait aucun traitement. Les mêmes symptômes persistaient, mais moins intenses. Sur la partie latérale gauche et un peu postérieure du pariétal, existait une plaie oblique de haut en bas et d'avant en arrière, intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu, avec un peu de décollement en haut et en bas.

Pour prévenir toute fusée purulente sous les tégumens, les environs de la plaie ayant été rasés, M. Larrey fit à la partie inférieure un débridement assez étendu ; les lambeaux furent modérément rapprochés et soutenus avec des compresses graduées.

26. La suppuration est abondante ; il souffre toujours un peu dans la plaie, qui ne paraît pas vouloir se cicatriser.

29. La plaie se rétrécit. On continue le même mode de pansement.

6 décembre. La cautérisation est presque complète.

20. Sorti guéri : après la cicatrisation, il s'est encore plaint pendant quelques jours de douleurs dans la plaie ; ces douleurs ont aujourd'hui disparu.

— Les malades qui font le sujet des observations 5e et 6e, se trouvant en même temps dans les salles, les personnes qui suivent la clinique de M. Larrey ont pu voir le résultat du traitement différent employé chez les deux blessés.

Chez le premier, réunion immédiate. En effet, la plaie était linéaire, sans décollement, récente, et tout devait faire espérer une prompte cicatrisation. Chez le second, au contraire, les lambeaux étaient contus, irréguliers, séparés des os, et si, sans discernement, on eût employé pour lui le même traitement, des fusées purulentes, un érysipèle phlegmoneux seraient peut-être venus menacer les jours du blessé ou du moins retarder considérablement la guérison.

A. SICARD.

DISSOLUTION DES CALCULS ; INSUCCÈS DES EAUX MINÉRALES ALCALINES.

Nous avons reçu il y a quelques semaines une lettre de M. Leroy-d'Etiolles que son étendue et l'abondance des matières ne nous ont pas permis d'insérer *in extenso.* Nous allons en donner un extrait. Cette lettre répond à celles de M. Petit au sujet du rapport de MM. Gay-Lussac et Pelouze.

« Il y a trois ans, M. Petit, prétendant pouvoir dissoudre les calculs urinaires en administrant l'eau de Vichy à plus grande dose que ses prédécesseurs n'avaient osé le faire, provoqua la nomination d'une commission dans le sein de l'Académie de médecine : il fut mis en demeure de prouver ses assertions par des faits, mais il n'en put fournir de concluans. Aussi le rapport adopté par ce corps savant se termina-t-il par ces paroles : « Il » n'est pas prouvé que des concrétions urinaires assez consi- » dérables pour constituer de véritables calculs aient été entiè- » rement guéries par les eaux thermales de Vichy. »

» De mon côté, j'avais porté la question devant l'Académie des sciences, et deux de nos premiers chimistes furent chargés par elle de l'examiner : prenant en considération vingt-deux exemples d'insuccès des alcalis que je leur ai fournis, les exemples beaucoup plus nombreux relatés dans les auteurs anciens, les expériences de laboratoire qu'ils ont suivies pendant deux ans, celles qu'ils ont fait faire à Vichy, les documens que leur a fournis M. Petit verbalement, par lettres et par ses livres ; ces messieurs ont été conduits à exprimer l'opinion suivante : « Sans nier absolument la possibilité d'obtenir quelques » guérisons, on peut dire, en thèse générale, que si la pierre » n'est pas très petite, elle ne sera pas détruite par les réactifs » agissant d'une manière indirecte, c'est-à-dire pris en bois- » son et en bains. » Et ailleurs : « L'action des réactifs est tou- » jours très lente, même en dehors de la vitalité. » Ainsi l'Académie de médecine déclare *que la dissolution des calculs urinaires n'est pas prouvée;* et l'Académie des sciences ajoute *qu'elle n'est pas probable.*

» Voilà le point le plus important de la question. La conséquence de ce double jugement c'est que les opérations chirurgicales restant, quant à présent, le seul moyen certain de guérison de la pierre, et le retard étant préjudiciable à leur succès, il est dangereux de prolonger long-temps l'essai des dissolvans. »

Suit une dissertation sur les modifications apportées par le traitement alcalin dans les sécrétions, son influence dans la précipitation des phosphates terreux, du carbonate de chaux, de l'acide urique même ; l'indication des circonstances dans lesquelles ces dépôts peuvent donner lieu à des concrétions nouvelles.

Entre autres faits, M. Leroy-d'Etiolles raconte les deux suivans

« Un malade, M. P..., est débarrassé en 1839 d'un gros calcul d'acide urique ; aucun signe de reproduction pendant quinze mois ; une exploration attentive faite par précaution au mois d'avril 1841 démontre l'absence de pierre. Au mois de juin, contre mon avis, il part pour Contrexeville, et après 25 jours il en revient avec un catarrhe de vessie et un calcul formé de phosphate et de carbonate de chaux, ainsi que M. Pelouze, qui a reçu les débris des mains du malade, a pu s'en assurer.

» Un autre, M. G.... est opéré de la pierre en 1837 : elle était, d'après l'analyse de M. Peligot, formée d'acide urique et de phosphate de chaux : usage de bi-carbonate de soude. En 1838, nouvelle pierre formée de très peu d'acide urique, de phosphate de chaux, de carbonate de chaux, et de beaucoup de mucus : rétablissement complet. En 1839, séjour à Vichy, pendant quarante jours, un bain et dix verres d'eau chaque jour : le quarante unième, douleurs de reins ; retour pénible à Paris ; catarrhe de vessie ; extraction de graviers formés, d'après l'analyse de M. Bourdon, de phosphate et de carbonate de chaux ; dépôt quotidien dans l'urine d'un sable bleu de même nature pendant trois mois. Santé très bonne jusqu'en 1841. D'après l'avis d'un médecin et malgré ma défense, usage de bi carbonate de soude à la dose de 8 grammes par jour ; après un mois, douleurs de reins, catarrhe vésical, extraction en présence de M. Pelouze d'une pierre formée de phosphate et de carbonate de chaux. De bonne foi, n'est-il pas bien permis de voir dans des faits semblables l'influence du traitement ? »

Après avoir tiré de divers passages des publications de M. Petit des argumens en faveur de son opinion, M. Leroy-d'Etiolles continue :

« Ce n'est pas là, au surplus, tout ce qu'enseignent les livres de M. Petit : il serait bien surpris si je lui disais que d'après ses expériences on peut établir qu'il faudrait *dix années* pour dissoudre par l'eau de Vichy un calcul de 24 millimètres de diamètre (onze lignes) ; je vais essayer de le lui montrer, et c'est par ce petit exercice que je terminerai ma lettre.

» Dans sa brochure de 1837, il donne les figures de huit pierres qu'il a tenues plongées dans la source de la grande grille. La durée de l'immersion a été de 18, 18, 20, 20, 25, 30, 30, 30 jours, moyenne 24. La perte, mesurée après l'immersion, sur le plus grand diamètre a été de 2, 13, 6, 6, 4, 13, 6, 8 millimètres : total, 58 ; moyenne, 7 mill. 25 cent. mais au lieu d'agir sur des calculs entiers, M. Petit avait pris des fragmens de pierre, ce qui devait rendre l'action de l'eau minérale plus rapide. Pour ce, je diminuerai seulement un sixième de 7 mill. 25 cent., et il restera 6 mill. 05 cent.

» 2° Il serait absurde de prétendre que pendant le traitement la totalité du bi-carbonate de soude de l'eau de Vichy passe dans l'urine, nous savons au contraire que sur beaucoup de personnes dix à douze grammes chaque jour ne parviennent pas à rendre l'urine alcaline après plusieurs semaines. Je pense donc être libéral en portant à un gramme par litre la quantité de carbonate dont l'urine se charge. Or, comme l'eau de Vichy contient 5 grammes de sel, nous avons à déduire les 4 cinquièmes de l'effet ; au lieu de 6 mill. 05, nous n'aurons plus que 1,21.

» 3° On sait combien la chaleur favorise l'action des dissolvans ; or, la température de la source est de 45°, celle de la vessie de 38° ; différence, 1/6e à retrancher de 1.21 ; reste 1.01.

» 4° L'effervescence continuelle produite dans la source de la grande grille par le dégagement du gaz acide carbonique, augmente beaucoup l'action ; nous pouvons apprécier exactement la part de cette effervescence en comparant avec les expériences de M. Petit celles de M. Henry, faites avec de l'eau de Vichy en repos, expériences dont les résultats sont consignés dans le rapport à l'Académie de médecine ; dans celles-ci la durée de l'immersion a été double, et la perte moitié moindre que dans les expériences faites à Vichy même ; c'est donc une différence des 3/4. Retranchons de 1,01 les 3/4, ou 75 centièmes, il nous reste 0,26 centièmes de millimètre.

» Faisons maintenant l'application de ce résultat.

» Si dans vingt quatre jours la diminution est de 26 centièmes de millimètre, combien faudra-t-il de jours pour dissoudre une pierre de 24 millimètres (11 lignes) ? Réponse : 2215 jours, ou 6 ans et 25 jours.

» Mais ce n'est pas tout, l'on ne peut supposer que, pendant six ans, il soit possible de faire boire sans interruption de l'eau de Vichy aux malades ; ce n'est pas trop de donner un repos d'une semaine sur trois. Voilà donc encore 739 jours, ou deux ans et 9 jours, à ajouter, ce qui donne 8 ans et 34 jours.

» Dira-t-on que, dans la vessie, il y a des conditions qui favorisent et accélèrent la dissolution ? Mais il me semble que c'est tout le contraire. Ainsi, dans le réservoir urinaire l'immersion est rarement complète ; les calculeux, on le sait, urinent souvent ; une bonne partie du temps le calcul se trouvera donc à sec ou à peu près ; et puis les sels de l'urine, le mucus vésical qui se déposent et retardent la dissolution ! ! ! Il me serait permis, pour tous ces motifs, d'ajouter une année à la durée du traitement : ci 9 ans et 1 mois. Il est impossible que pendant ces 9 ans le malade n'ait pas quelque rhume, quelque gastrite, quelque diarrhée ou toute autre indisposition, ou même quelque voyage, quelque affaire qui fasse perdre un mois chaque année ; nous arrivons alors à la durée de 10 ans que j'ai annoncée. Je ne parle pas de l'inflammation des organes urinaires que produit le traitement long-temps prolongé, laquelle rendrait impossible sa continuation.

» Je n'ai certainement pas la pensée de présenter ces calculs comme rigoureux. Je conviens que sur plusieurs points ils sont arbitraires ; cependant je défie bien que l'on en fasse sortir la démonstration de la prompte et facile dissolution de la pierre par les eaux minérales alcalines.

» De ce que j'ai combattu avec persévérance la dangereuse exagération des dissolutistes, et de M. Petit en particulier, l'on n'a pas manqué de me représenter comme un antagoniste systématique et absolu des eaux alcalines ; et pourtant cette année, comme les années précédentes, Vichy, Contrexeville, Pougue, Eviens verront plusieurs de mes malades affectés de gravelle, et d'autres auxquels j'ai enlevé des pierres d'acide urique dont je veux prévenir la reproduction.

» Je ne me lasserai pas de le répéter, les eaux minérales alcalines sont une précieuse ressource dans les affections calculeuses ; seulement on ne peut pas leur appliquer ce dicton si cher aux gardes-malades et aux commères : *Si ça ne fait pas de bien, cela ne peut pas faire de mal.* L'intervention de la médecine est indispensable pour surveiller leurs effets, particulièrement les modifications parfois très différentes et inattendues qu'elles apportent dans les sécrétions. Comme on le voit, mes efforts tendent à faire plus belle la part du médecin, puisque je substitue son importance personnelle et son intelligence, à l'action empirique des eaux, dans laquelle le public est déjà trop enclin à mettre aveuglément sa confiance ; j'avais espéré pour cela recevoir des remerciemens de M. Petit ; il est difficile de manquer plus complètement son but.

LEROY-D'ETIOLLES. »

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau mode de traitement de la coqueluche.

M. le docteur Geigel prétend, dans son traité sur le *Génie des maladies*, avoir très promptement guéri cette affection au moyen d'un mélange médicamenteux formé de tannin et d'acide benzoïque et administré dans la période convulsive de la coqueluche, la période fébrile ayant été préalablement combattue par d'autres agens thérapeutiques appropriés, spécialement par des décoctés de tamarins aiguisés d'acide citrique et de chlorhydrate d'ammoniaque, par la limonade prise en grande quantité, et enfin par le calomel qu'il convient surtout de prescrire lorsqu'il existe de la constipation.

M. Geigel fait prendre, toutes les deux heures, aux enfans âgés de six mois environ, une poudre composée de 10 à 25 milligrammes de tannin et d'une égale quantité d'acide benzoïque. Pour les enfans âgés d'un an à deux ans, la dose est portée à 5 centigrammes de chacune des deux substances, et pour ceux qui sont plus âgés, on l'élève même parfois jusqu'à dix centigrammes.

L'auteur affirme qu'à l'aide de cette médication si simple, la toux perd immédiatement toute sa violence, et que les quintes ne reparaissent plus qu'à des intervalles éloignés, ce qu'on observe particulièrement pendant le cours de la journée. Il assure de plus qu'ordinairement la toux cède tout à fait dans l'espace de cinq à huit jours, ou même dans un laps de temps encore plus court, et qu'il ne reste plus alors d'autre trace de la maladie qu'un rhume très léger qui, lui-même, finit bientôt par disparaître à son tour.

Emploi des pilules mercurielles cicutées.

Pr. Calomel préparé à la vapeur, 2 gramm.
Poudre récente de ciguë, 2
Savon médicinal, q. s.

M et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en 40 pilules bien égales et roulées dans une poudre inerte (lycopode, réglisse, guimauve, etc.).

Ces pilules sont employées avec avantage par M. le docteur Baumès, dans le traitement de certaines affections invétérées de la peau. Il en fait prendre d'abord une le matin et une le soir, puis il augmente le nombre d'une tous les jours, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à provoquer de deux à quatre garde-robes diarrhéiques dans les vingt-quatre heures. Il fait boire en même temps du bouillon de veau.

Il faut d'ailleurs, pour faire usage de cette préparation, que les voies digestives soient à l'état sain ou aient été préalablement amenées à cet état; il faut, de plus, surveiller avec attention l'action des pilules, afin de la faire porter plutôt sur le tube gastro-intestinal que sur la bouche; et pour cela il convient d'administrer, si le besoin s'en fait sentir, tous les trois ou quatre jours une potion purgative avec l'huile de ricin, le jalap ou un sel neutre.

Recherches sur le lactucarium.

Lorsqu'on pratique des incisions aux tiges de laitue montée, on sait qu'il s'en écoule un suc laiteux amer comparé à celui des pavots.

Introduit à l'état d'extrait dans la pratique médicale, à la fin du siècle dernier, par le docteur Coxe, de Philadelphie; préconisé plus tard sous le nom de *lactucarium* par Duncan et Bidault de Villiers, puis sous celui de *Thridace* par M. François, ce produit a bientôt été remplacé par l'extrait de tiges de laitue, qui figure seul dans la pharmacopée légale.

Cette substitution, déterminée par les difficultés d'une culture méthodique du *lactuca sativa* et de la récolte de son suc laiteux, a si imparfaitement reproduit le médicament primitif, qu'elle a entièrement ébranlé la confiance des médecins dans ses propriétés calmantes.

M. Aubergier a adressé dernièrement à l'Académie un travail qui a eu pour objet principal de réhabiliter le lactucarium; et, dans ce but, il s'est d'abord occupé d'établir la culture de la plante qui le fournit sur des bases assez larges et assez sûres pour en obtenir des quantités considérables et pour pouvoir le soumettre à des expériences chimiques et thérapeutiques.

Les premières l'ont conduit à reconnaître au lactucarium la composition suivante :

1° Une matière amère cristallisable; 2° de la mannite; 3° de l'asparamide; 4° un acide libre; 5° une matière colorante brune; 6° une substance de nature résineuse; 7° de la cérine; 8° de la myricine; 9° de l'albumine; 10° de la gomme; 11° de l'azotate de potasse; 12° du chlorure de potassium; 13° du phosphate de chaux; 14° du phosphate de magnésie.

M. Aubergier considère la matière amère cristalline comme le principe actif du *lactucarium*. Cette matière est douée d'une grande amertume, sans action sur les réactifs colorés, insoluble dans l'éther, très peu soluble dans l'eau froide; elle se dissout au contraire avec facilité dans l'eau bouillante et dans l'alcool, et brûle sans laisser de résidu.

Sous le point de vue thérapeutique, les propriétés de son *lactucarium* ont été constatées par M. le docteur Bertrand fils, inspecteur-adjoint des eaux minérales du Mont-d'Or, dont les expériences ont confirmé l'action sédative et l'innocuité que les médecins écossais avaient attribuées à ce médicament. (*Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1842.)

Correspondance.

Mon cher confrère,

Je vous serai fort obligé de vouloir bien insérer dans votre prochain numéro les courtes réflexions que m'a suggérées l'article publié en tête de votre dernier numéro. Mon principal objet, en vous l'adressant, c'est de montrer la nécessité d'organiser des commissions d'enquête pour toutes les graves questions de thérapeutique. Votre journal aurait de nouveaux droits à la reconnaissance publique, s'il prêtait son appui à cette mesure (1).

Votre dévoué, BOUILLAUD.

Dans un article intitulé : *Épidémie de fièvres typhoïdes*, publié en tête de votre dernier numéro, on indique les divers traitemens employés contre l'épidémie, et l'on affirme, *sans aucune espèce de preuves positives*, que la mortalité, pour les cas graves, est à peu près la même partout, quelle que soit la thérapeutique dont on fasse usage. L'auteur de l'article s'exprime dans les termes suivans, relativement à la méthode que j'emploie : « A côté de MM. Andral et Rayer, qui emploient une thérapeutique presque expectante, *M. Bouillaud préconise avec la chaleur et la conviction qu'on lui connaît, sa formule des saignées coup sur coup.* »

C'est fort peu de chose que de préconiser une méthode quelconque, mais cette chose est bien facile. Ce n'est pas ainsi que nous procédons en *clinique exacte* : on ne se borne pas à des assertions sans preuves, on *démontre* ce que l'on affirme. Or, pour *démontrer* dans une matière aussi délicate et aussi difficile que celle dont il s'agit ici, ce n'est pas la *chaleur* qu'il faut, ce sont des observations recueillies avec la plus sévère exactitude, catégorisées d'après une méthode rigoureuse, et assez nombreuses pour entraîner la *conviction* des personnes qui ont été témoins des résultats obtenus. C'est ainsi que je procède depuis bientôt onze ans que je suis chargé d'un enseignement clinique.

Votre journal a bien voulu insérer depuis plusieurs années les résumés de ma clinique, et ceux de vos lecteurs qui ne les ont pas oubliés savent que, dans la *fièvre typhoïde*, comme dans les autres maladies aiguës les plus ordinaires, la *nouvelle formule* des émissions sanguines, *accommodée aux divers degrés de la maladie, aux circonstances individuelles, aux complications, etc., à de très rares exceptions près, sauve tous les malades chez lesquels elle a été employée à temps, c'est-à-dire dans le premier septénaire de la maladie*. Ce que nous avons *constamment* obtenu les années précédentes, nous l'avons encore obtenu cette année, et notamment dans l'*épidémie de fièvres typhoïdes actuellement régnante*, ainsi que l'apprendra aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* un prochain résumé des cas nouveaux admis dans notre service depuis le mois de mai (le résumé des mois d'avril et de mai a déjà été inséré dans ce Journal).

En vous adressant ces courtes réflexions, je n'ai point pour but de critiquer les méthodes des autres ni de préconiser la mienne. Je laisse désormais aux nombreux témoins des résultats que j'obtiens, comparés avec ceux obtenus par d'autres confrères, la pénible mais honorable tâche de porter la conviction dans les esprits. J'espère qu'ils seront plus heureux que je ne l'ai été. Tout ce que je désire (et ce n'est pas la première fois que j'exprime ce vœu), c'est que *l'administration des hôpitaux organise* CONVENABLEMENT *une ou plusieurs commissions d'enquête clinique*, et j'ose prédire qu'il sera facile alors de *démontrer* quelles sont les meilleures méthodes de traitement.

J. BOUILLAUD.

(1) Nous sommes prêts à appuyer de nos vœux et de nos efforts la mesure que propose M. Bouillaud. Une commission clinique d'enquête pourrait rendre d'immenses services, et nous nous proposons d'examiner sous peu de quels élémens elle pourrait être formée et quelles pourraient être ses attributions réelles et ses moyens d'exécution.

NOUVELLES.

La pharmacie française vient de faire une grande perte. M. J. Pelletier, sous-directeur de l'Ecole de pharmacie, membre libre de l'Académie des sciences et membre de l'Académie de médecine, est mort à Paris. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui, 22 juillet, en l'église de St-Germain-des-Prés, à dix heures, au milieu d'une affluence considérable de médecins et de pharmaciens.

Le nom de M. J. Pelletier se rattache aux travaux importans qui ont imprimé une impulsion puissante à la chimie organique dans ces dernières années.

Ses recherches sur les alcalis végétaux, sa découverte du sulfate de quinine ont ouvert une voie nouvelle à la science en même temps qu'elles ont donné à l'art de guérir de précieux médicamens.

— Le roi a reçu aujourd'hui aux Tuileries, entre autres corps constitués, à l'occasion de la mort du duc d'Orléans, les députations de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 26 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 89. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois
Bureaux de Redaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Depart., 3 mois, 10 fr; 6 mois, 20 fr., un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Névralgie sus-orbitaire. Trois accès en six ans. Emploi des pilules de Meglin et de l'extrait de belladone. Guérison.

Le 1er juillet est entré à la Charité le nommé Bouvier (Aimé), charcutier, âgé de vingt-six ans, et a été couché au n° 29 de la salle Saint-Louis. Ce malade est d'une constitution peu vigoureuse, blanc, très blond, lymphatique, mais pourtant d'une assez bonne santé, et n'ayant jamais eu de maladie grave. Il ressentit, il y a six ans environ, une douleur de tête fixée à droite. Cette douleur, vague d'abord, cessant par intervalle, s'accrut graduellement, et finit par acquérir un grand degré d'intensité. Elle semblait, au dire du malade, sortir de dessous le sourcil à son côté interne, et s'irradiait dans le front pour aller se perdre dans le cuir chevelu; après douze ou treize jours de souffrances les accès se calmèrent, s'éloignèrent; et il se crut guéri. Pendant trois ans il ne ressentit aucune nouvelle atteinte; mais dans le courant d'octobre dernier, la douleur reparut avec tous les caractères qu'elle avait la première fois, et cet homme fut pendant une quinzaine de jours en proie à des souffrances extrêmement vives; il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. Des sinapismes aux pieds et des vésicatoires volans *loco dolenti*, firent disparaître en peu de temps tous les symptômes.

Pendant sept à huit mois la maladie ne reparut point; mais le 28 juin, la douleur revint avec une violence qu'elle n'avait point encore eue; le malade entra deux jours après à l'hôpital.

Si l'on fait tracer avec le doigt le chemin que suit la douleur, on voit qu'elle part du trou sus-orbitaire, et suit le trajet que parcourent les rameaux ascendans du frontal externe; cette douleur est souvent caractérisée par des élancemens; elle a des intermittences complètes.

Le 4 juillet, même état. Infusion de mauve; trois pilules de Méglin.

Le 6, douleurs très vives dans la journée. Quatre pilules de Méglin; extrait de belladone, 4 grammes. Le malade se frottera trois fois par jour le sourcil et le front avec une cuillerée à café de cet extrait.

Le 9, les douleurs ont diminué de violence et reviennent aussi moins souvent. Même médication.

Le 11, plus de douleurs. On continue les pilules et la belladone.

Le malade sort guéri vers le 15.

— La thérapeutique des névralgies est tellement étendue et peu certaine qu'il est permis de se demander, dans ce cas, si la médication a eu ici autant de part à la guérison qu'on serait porté à le croire tout d'abord. Le premier accès de névralgie dont il a été atteint n'avait pas été traité, et il n'en guerit pas moins en une quinzaine de jours, toujours en suivant la même marche; c'est-à-dire que les accès s'éloignèrent, diminuèrent d'intensité, puis disparurent. Nous n'avons pas vu ici que la durée de l'affection ait été diminuée par le traitement, pourtant assez actif, qui a été employé. Le malade est entré le 1er juillet et en est sorti vers le 15. Il n'est pas permis de révoquer en doute l'action présumée du traitement sur les accès; mais peut-être est-il moins facile de se convaincre que la cessation totale de la maladie est due à l'action du médicament. Il est bon de remarquer que, dans ce cas, le malade ne conservait aucune douleur après l'accès; que ces accès n'étaient pas réguliers, comme on l'observe ordinairement dans cette espèce de névralgie; qu'ainsi ils survenaient le matin, le soir, la nuit, indifféremment. Du reste, la douleur ne s'accompagnait d'aucune fièvre, quoique le malade assure souffrir beaucoup.

Colique de plomb compliquée d'état inflammatoire. Cessation des accidens, suivie d'un état anémique et d'une prostration extrêmes.

Le nommé Vaugeois (Jean-Marie), âgé de quarante-sept ans, a été couché, le 4 juin dernier, au n° 1 de la salle Saint-Louis. Cet homme travaille au plomb depuis dix mois, mais jamais il n'a pu, sans se sentir malade, travailler au-delà de six semaines à deux mois. Il cessait alors et reprenait ensuite son métier. Déjà deux fois avant d'entrer à la Charité, il avait été traité à Beaujon pour la colique saturnine. La seconde de ces coliques ne remonte qu'à deux mois; celle qui l'a forcé d'entrer à l'hôpital a commencé le 31 mai. Cet homme est, du reste, d'une constitution moyenne: la poitrine est en bon état; il ne tousse pas et est ordinairement d'une assez bonne santé.

Voici ce qu'on observe à son entrée: l'extérieur est celui des sujets soumis à l'intoxication par le plomb; les gencives sont ardoisées; il se plaint de soif très vive; l'appétit est complètement nul; la constipation est opiniâtre; il existe un cercle douloureux au-dessus du bassin; la douleur est vive au-dessous de l'ombilic, et cette douleur est un peu augmentée par la pression. Les symptômes ont suivi, chez cet homme, la même marche. Toutes les fois que la maladie est revenue, l'appétit a diminué d'abord, a bientôt manqué tout à fait; la constipation est survenue, et peu après les coliques se sont fait sentir. Le pouls a plus de fréquence qu'à l'état normal: il présente 84 pulsations; 12 respirations seulement; les artères ne présentent aucun souffle. Saignée de trois palettes; lavement avec 60 grammes de miel mercurial.

Le 6 juin le malade n'a pas été à la selle, malgré le lavement; il est plus jaune qu'à son entrée; il a vomi le bouillon aux herbes qu'on lui a donné la veille; l'abdomen n'est pas rétracté, la pression y développe une vive douleur; la langue est naturelle; la fréquence du pouls a beaucoup augmenté; 112 pulsations, 12 respirations. Eau d'orge; saignée de 3 palettes; 30 grammes d'huile de ricin.

Le 7 il y a eu trois selles; il se plaint d'une grande faiblesse; le pouls est à 96, mais le ventre est toujours douloureux. 30 sangsues à l'hypogastre; tilleul édulcoré.

Le 9, tous les symptômes ont diminué d'intensité; la douleur abdominale a disparu.

Le 11, la langue et le pouls sont naturels, mais l'appétit ne revient pas; le malade est d'une grande pâleur et d'une grande faiblesse; pourtant il ne souffre pas et se dit guéri.

Du 4 au 22, même état; seulement la pâleur est devenue extrême; toutes les muqueuses sont décolorées; il mange un peu mieux, mais les forces sont tout à fait nulles; bruit de souffle aux carotides; tous les signes de l'anémie la plus complète. Préparations ferrugineuses.

Le 1er juillet le mieux est encore peu prononcé. Continuation du même traitement, auquel on ajoute bains sulfureux.

Le 6 juillet les forces reviennent; la muqueuse des lèvres se colore légèrement; tout fait penser que ce malade sera bientôt complètement guéri.

— Il n'est pas commun d'observer la colique saturnine revêtant une forme inflammatoire. Dans le grand nombre de peintres et d'ouvriers travaillant le plomb, reçus le mois dernier à la Charité, cet homme est le seul qui ait présenté des symptômes d'inflammation. Il est aussi peu ordinaire de voir, dans la colique de plomb, une anémie portée aussi loin, et une prostration sans douleurs dans les membres persévérer plus de quinze jours après que tous les accidens d'intoxication avaient cessé. Ce cas nous a paru tout à fait exceptionnel.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des tumeurs des grandes lèvres. De leur nature. De leur marche. De leur terminaison et de leur traitement.

Une femme de trente-sept ans, qui semble d'une bonne constitution et d'une excellente santé, porte dans la grande lèvre du côté gauche une tumeur du volume d'un petit œuf.

FEUILLETON.

UN VAUDEVILLE À BICÊTRE (20 juillet).

Au seul nom de Bicêtre se réveillent dans l'esprit les plus lugubres images: Bicêtre, redoutable sejour des fous, apparaît comme un lieu de douleur et de supplices; aussi, après la crainte de perdre la raison, il n'en est guère de plus terrible que celle d'être enfermé dans cette triste demeure. Autrefois, il est vrai, les fous de toute espèce y etaient soumis à un traitement barbare, ils portaient sur leurs corps les traces du fouet et des chaînes. Mais le savant et vénerable Pinel commença l'attaque contre ce système à la fois réprouvé par la morale, la religion et la medecine; à ces cruels moyens qui n'avaient d'autres résultats que de hâter la mort ou d'entretenir la fureur des aliénés, il substitua des moyens moraux contre lesquels on s'éleva d'abord, tant la routine est aveugle, mais qui furent bientôt généralement adoptés. Esquirol, de vertueuse mémoire, suivit la voie ouverte par son maître; M. Leuret, s'appuyant sur les travaux de ses devanciers et sur sa propre experience, s'occupe avec un grand succès à reduire en un corps complet de doctrine cette thérapeutique morale fondée sur l'empire de la douceur, sur la puissance d'une volonté ferme et sur l'heureuse influence de distractions sans cesse renaissantes. En tête de ces salutaires distractions se trouvait de plein droit la musique: la musique, placée si haut dans l'esprit des anciens qui la croyaient un charme pour toutes les maladies (*incantatio morborum*); la musique, si utilement employée par les modernes contre les passions et les maladies nerveuses, qui ne sont que l'avant-scène de la folie.

S'associant à la pensée généreuse de l'auteur du *Traitement moral de la folie*, un jeune artiste, M. Florimond Rouger, est allé ensevelir les plus belles années de sa jeunesse au milieu des fous et des épileptiques.... Il a consacré son talent musical à ces infortunés que la société repousse; il a rallié autour d'eux toutes ses affections; il les instruit, il les aime, il en a fait des *musiciens*, des *acteurs*, des littérateurs; il les a arrachés à la sombre tristesse qui laisse sur leurs visages une si profonde empreinte; ces figures inquiètes et contractées, il les fait s'épanouir, ces yeux fixes et brillans, il les rend mobiles et calmes. Certes, il ne fallait pas avoir moins d'énergie que de noblesse de sentimens pour se vouer à une tâche si pénible, pour accepter une position si modeste; une telle philantropie, ou plutôt une charité si exquise, mérite de la part de l'administration les plus grands encouragemens.

Hier donc c'était grande fête à Bicêtre: des aliénés allaient jouer *l'Ours et le Pacha* devant leurs confrères aliénés comme eux, et devant quelques personnes lucides invitées à cet étrange spectacle.

Ce théâtre avait été très convenablement improvisé à l'aide de paravents, de débris d'alcôve et de vieux lambris diversement coloriés. La toile était un rideau bleu à moitié usé par un long service. L'orchestre, dirigé par M. Florimont, se composait de vieillards infirmes, d'aveugles et d'anciens menetriers.

A neuf heures, la toile se lève au milieu d'un profond silence; tous les yeux, tous les esprits sont diriges sur le théâtre. Un homme de lettres (M. Duclos), complètement aliéné et qui a conservé la manie de faire des vers, s'avance gravement sur la scène, fait avec grâce le triple salut d'usage, se balance, se pose et lit pour prologue une pièce de sa composition. Il debite avec un a-plomb, un naturel qu'on demanderait en vain à bien des hommes en plein exercice de leur raison. Dans cette poésie, il y a sans doute du vague, du désordre, et quel poète n'en a pas? mais elle renferme quelques passages assez heureux, entre autres le suivant.

Après avoir essayé d'indiquer le caractère actuel du théâtre français, l'auteur continue:

Nos modernes Thespis de leurs jeux égrillards
Ont partout déployé les joyeux étendards.
Sur mille objets divers s'exercera leur muse.
Le sérieux, badin, et l'intrigue et la ruse
Aux ressorts des théâtres ont servi d'alimens,
Et c'est là qu'ont brillé les plus nobles talens.
J'en atteste, ô Racine, ô Regnard, ô Molière,
Votre esprit si subtil, sublime en l'art de plaire:
Votre muse à Thalie a, prodiguant les fleurs,
D'un parterre nombreux fait palpiter les cœurs.
Euripide, Corneille, et vous, divin Sophocle,
Shakespeare que l'Angleterre élevant sur un *socle*
Met au-dessus de tous: vos drames immortels
A vos noms ont valu le culte des autels.

Notre aliéné expose ensuite le sujet du vaudeville et fait, en terminant un vœu, qui n'est pas celui d'un fou, c'est de voir enfin la comédie servir à former les mœurs.

Mais le spectacle commence: le *Pacha* est un lypémaniaque, et *Roxelane* un jeune épileptique, qui fut pris d'un accès immédiatement avant que d'entrer en scène, ce qui ne lui a rien fait perdre ni de sa mémoire ni de son jeu. *Lajingeole* est un aliené; *Tristapatte*, un épileptique également aliene, le favori du sultan, un aliéné; les figurans sont tous aliénés ou epileptiques.

Nous avons surtout remarqué Tristapatte; son action et son excellent débit ne démériteraient pas sur d'autres théâtres; aussi a-t-il enlevé à maintes reprises les vifs applaudissemens de ses joyeux confrères. Le pacha a conservé dans son rôle un phlegme vraiment oriental, qu'il trouvait tout naturellement dans son genre d'aliénation. Une fois son rôle actif rempli, on le voyait reprendre le cours habituel de ses idées, sans s'apercevoir de ce qui se faisait autour de lui, et cependant sans jamais manquer de reprendre la parole à son tour.

Quant aux costumes, assez bien appropriés à la circonstance, ils étaient presque entièrement composés aux dépens de la lingerie de l'hospice. C'est ainsi que les alèzes s'étaient transformées en manteaux, les couvre-chef d'Hippocrate en burnous, et les serviettes en turbans.

Rien n'est venu troubler cette intéressante récréation; les chœurs ont été parfaitement chantés; tous les rôles très bien remplis. Assurément, si l'on n'avait été dans la confidence on ne se serait jamais douté qu'on assistât à une représentation donnée par des aliénés, et qu'on était au milieu d'un parterre de fous et d'épileptiques.

La seance a été terminée par un petit concert vocal, exécuté par des amateurs et des artistes distingués. Les applaudissemens bruyans, sincères et tout spontanés ne leur ont pas manqué; les fous s'agitaient de plaisir sur leurs bancs, et c'était, en vérité, un singulier spectacle que de voir d'habiles chanteurs, habitués aux claquemens des mains sur de grands théâtres ou dans des salons splendides, recevoir avec complaisance les applaudissemens de trois ou quatre cents fous!.....

Nous sommes sortis de cette salle, heureux de songer qu'un peu de joie et de calme, en pénétrant dans Bicêtre, assurait à ses infortunés habitans presque toujours du soulagement, et parfois une guérison radicale inesperée.

C. V.

Commission d'enquête dans les hôpitaux.

Nous recevons la lettre suivante:

Monsieur et très honoré confrère,

Je m'associe de tous mes vœux à la proposition de mon honorable collègue M. Bouillaud, et je ne doute pas que si, comme je l'espère, il la renouvelle à l'Academie, elle ne soit accueillie avec empressement par tous les médecins des hôpitaux.

Votre dévoué confrère, RAYER.

24 juillet 1842.

Cette tumeur a paru il y a environ vingt jours, mais antérieurement il s'en était montré dans le même lieu plusieurs autres ne différant de celle ci que par le plus ou moins de grosseur. Il y a douze ans environ que la première apparut : elle produisit un peu de douleur, s'ouvrit, se vida, se guérit et se reproduisit depuis cette époque douze ou quinze fois à peu près. Elle ne se rappelle pas parfaitement bien la grosseur de chacune ; seulement, elle dit en avoir remarqué trois grosses et dix à douze plus petites.

Les tumeurs des grandes lèvres sont assez communes et se présentent sous des formes diverses : ordinairement ce sont des abcès. Ils ont été décrits convenablement pour la première fois il y a une douzaine d'années.

Ces tumeurs reconnaissent d'ordinaire une cause que les femmes n'avouent pas toujours, et leur étiologie même fait comprendre comment elles sont si communes chez les jeunes femmes, et rares chez les enfans et les femmes âgées; c'est qu'en effet l'abus du coït est sans contredit ce qui les fait naître le plus fréquemment. Il est à remarquer que toutes ou presque toutes ces tumeurs, développées sous l'influence de la cause ci-dessus occupent constamment la partie inférieure de la grande lèvre ; il est excessivement rare de les rencontrer à la partie supérieure. Ces tumeurs marchent rapidement : en quatre ou cinq jours elles sont arrivées à leur développement, sont alors arrondies et offrent l'aspect d'un petit globe. Ces sortes d'abcès ont encore ceci de particulier qu'ils se forment sans qu'on observe cet empâtement inséparable de toute espèce de phlegmon. Ce n'est que par une exception assez rare qu'on rencontre un engorgement phlegmasique des tissus environnans.

Cette forme globuleuse que prennent ces collections peut en imposer au praticien peu exercé : on peut supposer là une tumeur quelconque plutôt qu'un abcès ; il est même beaucoup de ces phlegmons qui donnent l'idée d'un kyste, quand on les examine superficiellement. C'est l'erreur dans laquelle on pourrait tomber chez la femme qui va être opérée : en effet, la douleur étant nulle ou presque nulle, il serait possible de prendre cet abcès pour une tumeur, et même, si l'on ne pouvait avoir de renseignemens précis, pour une tumeur ancienne.

Cette maladie résulte presque toujours d'une inflammation primitive de la grande lèvre, inflammation survenue le plus souvent sous l'influence de la cause qui a été signalée ; et il se peut faire très bien que ce qui d'abord a été abcès devienne par la suite kyste, tumeur fibreuse, hématique, etc. En effet, voici quelle est la marche de la maladie dans tous les cas.

Si l'inflammation est aiguë, un abcès survient au bout de dix à douze jours; il s'ouvre, se vide, guérit. Chez d'autres, au contraire, il reste une sorte de germe qui reproduira l'affection pour la moindre cause; chez d'autres encore, l'ouverture qui s'est faite spontanément reste fistuleuse ; cette fistule donne du liquide ; il en résulte un suintement continuel qui est confondu par la femme avec le suintement habituel de la partie, ou avec le suintement anormal que la plupart des femmes des villes qualifient de fleurs blanches. Cette fistule reste donc parfaitement ignorée, et la malade se croit guérie. Mais il peut arriver que sous l'influence d'une nouvelle irritation ou d'une irritation quelle qu'elle soit, la fistule vienne à s'oblitérer : c'est alors cette oblitération qui va devenir la cause de tumeurs de toute espèce ; les matières qui étaient excrétées trouvant de la difficulté à passer d'abord, s'accumulent ; il en résulte des kystes purulens muqueux, hématiques même si le sang, arrivant dans la tumeur par exsudation, vient à s'y concréter. Il est possible aussi que la nature des matières renfermées dans ces kystes soit des plus difficiles à distinguer, un mélange de pus, de mucus, de lymphe plastique, de sang ou de quelques-uns de ces liquides s'étant effectué dans la tumeur.

Ces abcès ont été étudiés avec soin par M. Vidal, et ce chirurgien a pensé que le point de départ de la maladie est l'inflammation de quelques follicules. Il est très vrai que la vulve présente des follicules qui ont un petit canal de 6, 8, 10 et 12 millimètres de long ; il est très vrai que ce peut être là le point de départ de ces tumeurs phlegmasiques : mais faut-il conclure qu'en se bornant à les ouvrir on ne les guérit pas, et que de petites fistules sont constamment la suite de cette opération ? M. Vidal a un peu exagéré l'inefficacité de ce moyen, car il est d'expérience qu'un grand nombre de ces tumeurs guérissent par cette méthode sans être accompagnées de fistules. A cause de toutes ces particularités, ces abcès méritent donc quelque attention.

Quel devra être leur traitement? Evidemment celui de toutes les inflammations, le traitement antiphlogistique. Mais il est important de se rappeler qu'il est fort rare que ce traitement ait quelque succès quand la maladie a commencé depuis plus de deux ou trois jours ; et comme les femmes ne se décident à appeler que le plus tard possible pour les affections de la région dont il s'agit, comme, en outre, les sangsues appliquées dans cette région ne sont pas exemptes, dans beaucoup de cas, d'assez grands inconvéniens, il s'ensuit qu'on est forcé de s'en tenir aux topiques, ou de recourir à l'ouverture de l'abcès.

En général, et ce point est important à noter, le pus qui s'écoule des abcès des grandes lèvres est d'une extrême fétidité. Il ne faudrait pas croire pour cela à une fistule stercorale. Cette particularité a probablement induit plus d'un praticien dans l'erreur. Pour ma part, je serais porté à présumer que plusieurs des fistules décrites par M. Roux sous le nom de fistule ano-vulvaire, étaient de ces abcès. Il faut savoir que l'odeur du pus n'indique dans beaucoup de cas rien autre chose, si ce n'est que ce pus est sécrété aux environs d'une muqueuse. Chacun sait que les abcès du larynx, du pharynx, des parois de la poitrine, partout enfin où l'air passe, sont d'une odeur très fétide. Les abcès de la marge de l'anus eux-mêmes donnent un pus d'odeur stercorale, bien qu'il n'y ait entre eux et l'intestin aucune communication. Il résulte donc de tout ceci, que l'odeur du pus n'autorise en rien à déclarer que le foyer communique anormalement avec telle ou telle autre cavité.

L'ouverture des tumeurs qui nous occupent réclame certaines précautions. Pour les abcès aigus, une incision suffit, pourvu qu'on prenne le soin de l'établir sur le côté muqueux ou interne ; car, en la faisant de ce dernier côté, on diviserait une portion peu vasculaire et qui, l'opération faite, va se trouver en contact avec l'autre grande lèvre dont les mucosités baigneront sans cesse l'incision, et il en résultera une fistule très probablement. Mais si, au contraire, on incise le côté cutané, le tissu est plus vasculaire d'abord ; mais en second lieu, il n'y a aucune pression, aucune humidité à craindre, et la disposition normale de la partie établit même une légère compression qui facilite la sortie des liquides. Cependant, ici encore, il faut prendre garde que la tumeur ne soit trop ancienne et que les parois externe et interne ne soient trop amincies ; car alors on aurait nécessairement une plaie en dedans et en dehors, ce qu'il faut éviter.

Ces abcès doivent donc toujours être ouverts aussitôt que possible ; car plus on les ouvrira de bonne heure, et plus on aura de chances de guérir vite. Mais si l'on est appelé très tard, et c'est là ce qui arrive le plus communément, il faut employer un autre procédé ; c'est alors qu'il faut suivre le conseil donné par M. Vidal, et extirper plutôt que d'inciser. La femme que nous avons à opérer est dans ce dernier cas. La seule précaution à prendre dans l'extirpation est de ne point enlever une partie de la petite lèvre, ce qui arriverait infailliblement si l'on attaquait le kyste par la partie antérieure ; mais la tumeur doit être saisie avec une érigne, et une ellipse être retranchée avec des ciseaux vers la portion inférieure et externe.

Du pied-bot équin et varus. — Quelques considérations sur la ténotomie dans ces cas.

Il s'agit ici d'un jeune homme qui présente un pied bot assez compliqué. Ce pied-bot offre en effet la variété nommée pied équin, et en même temps celle appelée pied-varus. Cette infirmité date de l'enfance, et ce jeune homme pense qu'elle s'est montrée à la suite de convulsions dont il a été atteint étant très jeune. Il n'y a rien là qui doive surprendre, et il est fort probable que ce qu'il dit à cet égard est exact, car l'on sait que c'est ainsi que les choses se passent le plus ordinairement.

La jambe affectée est extrêmement grêle, tout à fait ronde et de volume partout égal. Le mollet manque complétement ; tous les muscles de la partie postérieure sont atrophiés et réduits à l'état de véritables cordes. On doit comprendre combien toutes ces dispositions sont défavorables.

Quand on pratique la ténotomie aujourd'hui, que se propose-t-on? De rompre les cordes tendineuses qui retiennent forcément le pied dans telle ou telle position; mais une fois la section de ces cordes opérée, s'il n'y a pas dans le sens opposé des puissances suffisantes pour ramener ce pied, n'est-il pas facile de saisir tout ce que l'opération laissera à désirer, quant au résultat? Ce n'est pas tout encore : quand le sujet a acquis l'âge de vingt à vingt-cinq ans et que l'infirmité date de l'enfance, tous les os du tarse soumis à des pressions presque continuelles se sont nécessairement aplatis dans un sens et épaissis dans un autre; il en résulte que tous ces os ont subi de fort grandes déformations, les malléoles ont également changé de forme : toutes ces raisons se réunissent donc pour enlever à la ténotomie beaucoup de chances de succès. De plus, on pressent que tous les muscles du côté étendu doivent se trouver allongés, qu'au contraire tous ceux du côté fléchi sont de beaucoup raccourcis. Mais, de plus, comme le pied est roulé en dedans, il y a ici raccourcissement d'autres muscles.

Or, il est tout à fait évident qu'on ne peut diviser tous ces muscles ; car, outre l'inconvénient de paralyser complètement le membre, ce serait là une opération qui ne laisserait pas que d'offrir quelques dangers.

Comment se fait-il donc que dans des circonstances au premier abord si défavorables, on se décide cependant à opérer ?

C'est que l'expérience a démontré qu'il n'était nullement indispensable de diviser toutes les cordes tendues pour que le pied vienne à éprouver une notable amélioration de position ; c'est qu'elle a démontré encore que les os qui se sont aplatis dans un sens et épaissis dans un autre, peuvent, avec le temps, s'aplatir et s'épaissir dans des sens opposés ; c'est qu'enfin on sait aujourd'hui positivement que même dans ces cas où toutes les conditions semblaient se réunir pour être défavorables à l'opération, la ténotomie cependant, aidée du secours des machines, a fait obtenir de grandes améliorations. Dans ces cas, il suffit donc de diviser les muscles les plus forts et de soumettre le pied à l'influence des machines pendant un temps plus ou moins long.

Chez le malade dont nous parlons, le tendon d'Achille et un faisceau de la plante du pied ont été divisés ; il y a six semaines déjà qu'une machine a été appliquée, et, bien qu'elle ne remplisse pas toujours les indications d'une manière aussi précise qu'on pourrait le désirer, ce pied-bot n'en est pas moins dans un état des plus satisfaisans : le varus a disparu, et bien que l'équin n'ait pas tout à fait aussi bien réussi, il y a tout lieu d'espérer qu'on parviendra à l'annuler presque complètement.

C'est donc en s'appuyant sur ces données qu'on a pu tenter l'opération chez ce jeune homme. Le tendon d'Achille a été coupé d'abord, parce qu'il est d'observation qu'on a ensuite plus de facilité pour détruire le pied-bot varus. Comme dans cette dernière variété de pied-bot, le jambier postérieur est le muscle qui joue le principal rôle, parce qu'il roule le pied en dedans ; c'est son tendon qui a été divisé ensuite. Il a fallu d'abord se contenter de ces deux sections, et appliquer les pieds dans une machine. Ce ne sera guère que dans dix, douze ou quinze jours que l'on pourra pratiquer la section des autres.

Il reste maintenant à étudier ce qui regarde le procédé opératoire.

Pour ce qui concerne le tendon d'Achille, le procédé est très connu et des plus simples. Après avoir piqué la peau avec une lancette à trois ou quatre centimètres au-dessus du talon, on introduit le ténotome dans l'ouverture, on le glisse à plat entre la peau et le tendon ; on arrive de l'autre côté, et sans percer la peau de nouveau on retourne l'instrument, on tend le pied, et on presse en sciant sur le tendon. Quand il a été divisé, ce qu'on reconnaît à un craquement, on voit se manifester un écartement subit, les doigts de la main gauche restent sur l'instrument ; on retire ce dernier, on évite que l'air ne pénètre dans la petite plaie, que l'on recouvre sur-le-champ d'une mouche de taffetas gommé, et l'on a, comme on le voit, une seule piqûre à l'extérieur.

Pour le tendon du jambier postérieur, le mode opératoire n'avait pas encore été indiqué quand M. Velpeau traça celui que renferme son ouvrage. Ce procédé est celui-ci : on va chercher le tendon entre la pointe de la malléole interne et la tubérosité interne du scaphoïde ; on le trouve là avec assez de facilité; mais il ne faut pas oublier qu'au-dessous se rencontre immédiatement l'articulation, et l'on se demande alors s'il n'y a pas à opérer un danger redoutable. Eh bien, quoi qu'il faille presque nécessairement ouvrir cette articulation pour opérer la section du muscle, c'est une chose aujourd'hui que l'on fait tous les jours, et il ne paraît en résulter aucun accident ; mais il est bien entendu que c'est à la condition qu'on opérera sous la peau, qu'on refermera sur-le-champ l'ouverture ; qu'enfin on réunira par première intention, sans suppuration aucune, autrement on serait certain d'avoir donné lieu à une lésion des plus graves. Aussi, comme on ne peut jamais garantir d'une manière absolue que la suppuration ne surviendra pas, il ne faut pratiquer cette section que quand il n'est pas possible de faire autrement.

Il est d'ailleurs un autre lieu où il est possible d'atteindre le tendon du jambier postérieur à trois ou quatre millimètres de la malléole interne : il est facile à couper sur la gouttière qu'on rencontre là ; seulement, ce qui rend l'opération un peu moins simple qu'elle ne le serait, c'est qu'en cet endroit, ce tendon n'est pas isolé. Plaqués entre le tibia, le nerf jambier postérieur et l'artère tibiale postérieure peuvent être blessés dans l'opération si les plus grandes précautions ne sont pas prises. Il est vrai que la torsion qui lui est imprimée par la difformité elle-même le fait proéminer, et qu'on le sent beaucoup mieux que sur un pied bien conformé.

Quoi qu'il en soit, une fois reconnu, on glisse sous lui le ténotome et on coupe en allant des parties profondes vers les parties superficielles ; il faut avoir soin seulement de le faire basculer quand il est dessous, afin de s'assurer si le vaisseau et le nerf sont en dedans ou en dehors, d'agir en conséquence. A part cette complication, l'opération est des plus faciles. Il va sans dire qu'on la complété en appliquant une machine appropriée.

Tumeur de la partie antérieure du cou. Ulcération depuis plusieurs mois. Opération.

Un jeune homme porte une tumeur sous le menton, tumeur extrêmement irrégulière et ulcérée depuis plusieurs mois. Elle est placée sur le larynx et se prolonge en arrière à une profondeur de trois ou quatre centimètres. Cette tumeur est survenue sans cause connue, puis elle s'est ulcérée au bout de quelque temps.

Elle a tous les caractères des ganglions lymphatiques dégénérés : c'est bien, en effet, un lieu où ils peuvent se développer, mais cette région peut être aussi le siége de bien des tumeurs différentes. On en reconnaît surtout de deux ordres.

Les unes sont de petits ganglions lymphatiques, les autres prennent racine dans les petites bourses muqueuses qu'on trouve dans la région du larynx. Quand il s'agit des ganglions lymphatiques, le traitement est le même que celui qu'ils réclament partout ailleurs : mais quand ce sont des tumeurs développées dans les petites bourses synoviales, elles peuvent donner lieu à des kystes de toute espèce. Si c'est une tumeur concrète qui survient, elle peut rester fort long-temps sans s'ulcérer ; mais une fois qu'elle le sera, c'est en vain qu'on espérera qu'elle puisse guérir ; il se forme là une espèce de fistule. Quatre cas de ce genre se sont déjà présentés à M. Velpeau.

L'ulcère qui se développe alors est indolent, sa base est dure ; on sent un cordon noueux qui se perd dans les tissus. Si l'on y enfonce un stylet, il pénètre quelquefois assez loin, et d'autres fois est arrêté presque à l'entrée par les anfractuosités qu'offrent souvent le canal fistuleux. Enfin cette affection est interminable. Des malades gardèrent cette ulcération l'un dix ans, l'autre onze, et une petite fille pendant six années : ils guérirent tous trois par l'opération. Du reste, cette maladie ne persévère jamais aussi long-temps que quand elle a pour point de départ, non un ganglion, mais une petite bourse synoviale.

Dans le cas actuel, il y a lieu de douter si l'on a affaire à l'une ou à l'autre maladie. Pourtant on trouve ici un prolongement dur qu'on ne rencontre pas d'ordinaire dans les ganglions lymphatiques.

L'opération sera d'ailleurs pratiquée de la manière suivante :

Après avoir incisé les tégumens, on séparera la tumeur de la région sus-hyoïdienne ; puis, il faudra la disséquer avec le plus grand soin et l'enlever. Cette opération n'est point d'ailleurs dangereuse ; seulement, à cause des nombreux vaisseaux voisins de la tumeur, il y aura un écoulement de sang assez considérable. La seule considération importante est d'enlever la petite poche toute entière, car, s'il en restait une partie, la maladie se reproduirait très certainement.

Après ces considérations, l'opération a été pratiquée.

Le Dr C. P.

Du céphalotribe. — Observation de céphalotripsie.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié, dans un de vos derniers numéros, quelques réflexions de M. L. Baudelocque à l'occasion d'une leçon faite à la Clinique d'accouchemens par M. Dubois. Ces réflexions, pour leur laisser le nom que vous-même avez cru devoir leur donner, m'ont paru attaquables sous plus d'un rapport : comme il s'agit de l'une des questions les plus graves de l'art obstétrical, j'espère que vous voudrez bien donner place dans votre journal aux considérations suivantes.

La leçon de M. Dubois qui a donné lieu à la réclamation de notre confrère avait pour sujet l'opération césarienne qui a été pratiquée tout récemment à la Clinique. Le professeur, à cette occasion, passait en revue les différentes opérations qui auraient pu être proposées pour un cas semblable. Après un examen critique de chacune d'elles, il arriva par voie d'élimination à montrer que l'opération césarienne était la seule ressource pour un bassin qui n'avait qu'un pouce trois quarts. Voici les remarques qui furent faites à l'occasion de la céphalotripsie. Quand la vie de l'enfant n'a pas été compromise, est-il permis de recourir à l'emploi d'un instrument qui entraîne nécessairement sa mort ? M. Dubois rappela que cette question très délicate était loin d'être résolue de la même façon dans tous les accouchemens et dans tous les pays, mais que, pour lui, toutes les fois que le bassin n'avait que deux pouces ou au dessous, l'extraction de l'enfant à travers les voies naturelles lui paraissait impossible ou tellement dangereuse qu'il regardait l'opération césarienne comme une ressource moins désespérée.

Mais en admettant qu'on ait résolu par l'affirmative cette première question, il se demanda si, dans un bassin qui n'avait d'avant en arrière que deux pouces un quart et même deux pouces et demi, on pouvait agir facilement et sans danger. Ici il ne fut pas de l'avis de M. Baudelocque : à ce degré de déformation, l'introduction de l'instrument lui a toujours paru très difficile ; plusieurs tentatives sont souvent nécessaires avant de pouvoir saisir convenablement la tête ; la saillie de l'angle sacro-vertébral repoussant l'instrument en avant fait que celle-ci peut lui échapper long-temps. J'ai déjà vu plusieurs fois l'opération considérablement allongée par des conditions semblables. Mais ce sont là les inconvéniens les moins fâcheux. En admettant que la tête soit solidement saisie, sera-t-il facile et peu dangereux de lui faire traverser le bassin ? M. Dubois a pensé que non, et il s'est fondé sur une expérience que M. Baudelocque ne lui contestera pas, même pour cette opération. Ceci le conduisit à examiner si l'action du céphalotribe sur la tête était telle qu'on pût se promettre d'en réduire suffisamment les dimensions pour rendre son extraction toujours facile : il ne le crut pas davantage, et il appuya son opinion sur des raisonnemens et des faits de nature à porter la conviction dans tous les esprits.

Il établit, par exemple, que presque toujours la tête s'allongeait dans un sens quand on l'aplatissait dans l'autre ; que cet allongement pouvait avoir de graves inconvéniens, et que dans un bassin qui avait deux pouces et demi, son passage pouvait encore exiger de grands efforts et produire de fâcheux désordres. Est-ce à dire, pour cela, que M. Dubois ait repoussé le céphalotribe pour tous les cas ? Non, sans doute. Je ne sais même s'il est un autre accoucheur qui s'en soit aussi souvent servi, et c'est pour ce motif que mieux que tout autre il a pu en apprécier les avantages et les inconvéniens ; mais il a voulu que les jeunes praticiens ne s'habituassent pas à regarder cet instrument comme applicable aux bassins qui ont un pouce et demi ou deux pouces, et qu'ils sussent bien qu'à deux pouces un quart, deux pouces et demi et souvent même au-dessus, il peut être d'une introduction fort difficile et exiger des efforts souvent très dangereux.

Maintenant que j'ai rappelé les opinions émises par M. Dubois à l'occasion de la céphalotripsie, permettez-moi de vous montrer en quoi elles diffèrent de celles de M. L. Baudelocque, et d'entrer dans quelques détails qui prouveront, j'espère, que cette fois encore, en exagérant les avantages d'un instrument certainement utile dans un assez grand nombre de cas, on a préparé bien des mécomptes aux hommes qui débutent dans la carrière et qui seraient disposés à admettre aveuglément tout ce qui a été dit à cet égard.

Voici les principales conclusions du travail publié en 1834, dans la *Gazette médicale*, par M. Baudelocque, sur le broiement de la tête par le céphalotribe.

« Le céphalotribe n'a pas encore blessé une femme.

» La durée du broiement de la tête est celle d'une application de forceps ordinaire.

» Le céphalotribe sera toujours d'un emploi sûr et facile, pourvu que le diamètre sacro-pubien soit au-dessus de 19 lignes. »

En admettant cette condition, il sauverait la vie à toutes les femmes s'il ne fallait pas attendre un aussi long temps pour acquérir la certitude de la mort du fœtus.

Si à l'époque où l'inventeur du céphalotribe fit connaître le résultat de ses expérimentations, aucune femme n'avait eu à souffrir de l'emploi de cet instrument, cela tenait sans doute à ce que les occasions n'avaient pas été assez nombreuses pour qu'on pût le juger définitivement. Mais depuis qu'avec le temps ses applications se sont multipliées, on a pu s'assurer qu'il n'en serait pas toujours ainsi. Lorsque j'étais interne de la clinique d'accouchement, l'occasion de s'en servir chez une femme, dont le bassin avait au moins deux pouces et demi, se présenta. Le travail n'avait pas encore duré assez long-temps pour compromettre la santé de la femme et par suite le résultat de l'opération. M. le professeur Dubois, qui opéra, éprouva d'assez grandes difficultés pour saisir la tête, mais celles qui se présentèrent pour l'extraire furent bien plus grandes encore. Il fallut, pour les surmonter, recourir aux plus énergiques tractions. Cependant la femme fut débarrassée. Quelques heures après elle vit se développer les symptômes d'une métrite intense, et la malheureuse succomba malgré le traitement le plus énergique.

Au commencement de cette année, pendant que M. Gerdy (jeune) remplaçait M. Dubois à la Clinique, on nous apporta de la ville une femme dont le bassin était mal conformé, qui était en travail depuis la veille. Quatre médecins l'accompagnaient ; ils nous dirent avoir employé à plusieurs reprises et le forceps ordinaire et le céphalotribe sans avoir pu la débarrasser. L'état de cette femme était si grave, et sa mort nous parut si prochaine, que M. Gerdy crut devoir s'abstenir de toute opération ; elle expira deux heures après.

A l'autopsie, nous trouvâmes une perforation de la paroi postérieure du vagin, très près de son insertion au col. Sa forme rappelait très exactement celle de l'une des cuillers du céphalotribe, et nul doute qu'elle n'eût été produite par l'instrument. Le diamètre sacro-pubien avait cependant trois pouces. Le médecin qui s'en était servi est un homme habile et qui s'occupe spécialement de la pratique des accouchemens.

M. Dubois nous a raconté dans ses leçons que, se servant du céphalotribe sur une femme de la Maternité dont le bassin avait deux pouces et demi, et dont la santé générale était excellente au commencement de l'opération, il éprouva de très grandes difficultés pour appliquer l'instrument, et surtout pour entraîner la tête. Pendant qu'à l'aide de la vis de rappel on cherchait à obtenir une réduction considérable, arriva un moment où de vives douleurs se firent sentir vers le bassin. Cependant, après de pénibles efforts la femme fut débarrassée. Mais bientôt après de violens accidens inflammatoires se déclarèrent, et la mort arriva au bout de quelques jours. A l'autopsie, on reconnut une large déchirure du muscle psoas du côté gauche.

Enfin, tout récemment, le 17 de ce mois, une femme de la Clinique dont le bassin a trois pouces moins un quart, fut délivrée par le céphalotribe. Au début de l'opération, le pouls était calme ; mais quand tout fut terminé, et ce ne fut pas sans de très vigoureuses tractions qui durèrent près d'un quart d'heure, quoique préalablement on eût perforé et vidé le crâne, la malade parut très fatiguée ; le pouls était devenu fréquent, la peau chaude, quatre heures après elle eut un accès d'éclampsie. Heureusement cet accident ne s'est pas renouvelé, et aujourd'hui la santé est parfaite.

— Est-il besoin, après les observations que je viens de rapporter, de montrer par des raisonnemens ce qu'il y a d'exagéré et de dangereux dans les prétentions de M. L. Baudelocque au sujet du céphalotribe.

Il est de toute évidence que, dans son esprit, le mot broiement de la tête signifie tout autre chose que ce qu'on produit avec l'instrument, et quand il affirme, par exemple, que les modifications imprimées à la tête après son application, ont toujours pour résultat de lui donner une souplesse et une malléabilité telles, qu'il est facile et sans danger de lui faire traverser un bassin pourvu qu'il offre dix-neuf lignes ; j'avoue que je ne saurais comprendre comment, théoriquement, il pourrait démontrer une semblable proposition ; et d'ailleurs, quand il y parviendrait par tous les raisonnemens possibles, je suis de ceux qui placent les faits avant toute chose, et je ne sais ce qu'on pourrait objecter aux deux qui suivent.

Sur une tête qui se présentait par le sommet en position occipito-cotyloïdienne gauche, et que fut saisir un peu obliquement l'une des branches correspondant à l'oreille gauche, et l'autre à la bosse coronale droite, l'instrument, serré autant que possible, et ayant réduit le diamètre correspondant à deux pouces quatre lignes, en y comprenant l'épaisseur des cuillers, j'ai constaté, quoique le crâne eût été complètement vidé, que le diamètre sous-occipito bregmatique offrait encore trois pouces trois lignes, et qu'il se réduisait à peine sous l'influence d'une pression très forte. La circonférence horizontale offrait dix pouces. Il fallut cependant lui faire traverser un bassin dont le diamètre sacro pubien n'avait conservé que deux pouces trois quarts.

Dans une autre circonstance, l'enfant s'étant présenté par l'extrémité pelvienne, dans un bassin de deux pouces et demi, on crut devoir, après l'extraction du tronc, pratiquer la section du cou. La tête correspondant ensuite au détroit abdominal par son extrémité mentonnière, fut saisie par le céphalotribe appliqué sur les côtés du bassin. L'opération fut des plus laborieuses, et la malade succomba à ses suites. Les branches du forceps qui se trouvaient dans la direction du diamètre occipito-mentonnier, avaient réduit à un pouce trois quarts le diamètre qui va d'une oreille à l'autre ; celui qui du front se rendait à la nuque, n'avait pas moins de quatre pouces cinq lignes. Le diamètre occipito mentonnier présentait six pouces et demi, et la circonférence horizontale douze pouces.

Maintenant, monsieur le rédacteur, est-il besoin de justifier M. Dubois du reproche que lui adresse notre confrère, *d'avoir de l'antipathie pour toute innovation dans les accouchemens ?* Mais qui donc, en France, a introduit dans l'étude des accouchemens plus de méthode et de clarté ? Qui donc a défendu avec plus de zèle et pratiqué avec plus de succès l'accouchement prématuré, etc...? Mais non, pour M. L. Baudelocque toute innovation semble constituer un progrès ; il affectionne surtout celles qui lui sont propres, et s'irrite quand un esprit sage, prenant de haut les questions qu'il veut résoudre, ne fait intervenir que le raisonnement et l'expérience.

Agréez, etc. DEPAUL.

Paris, le 22 juillet 1842.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'écorce du marronnier d'Inde dans le traitement de quelques névroses gastriques; par M. Jobert.

M. le Dr Jobert (de Lamballe) vient de reconnaître et de constater dans la teinture alcoolique d'écorce de marronnier d'Inde, une efficacité constante contre les gastralgies par atonie nerveuse. Depuis deux ans, il l'a administrée avec un plein succès chez un grand nombre de malades, de femmes surtout, qui avaient pris pendant long-temps et sans le moindre avantage, le sous-carbonate de fer, les amers, la valériane ; quelques jours de l'emploi de ce médicament ont suffi pour les débarrasser des crampes atroces d'estomac, des vomissemens, des oppressions, des battemens de cœur, etc., qu'ils éprouvaient. M. Jobert considère cette teinture comme le meilleur amer qu'on puisse administrer dans ces cas ; il n'a jamais vu l'irritation produite par l'alcool qui entre dans cette préparation. L'efficacité de ce nouveau remède mérite donc d'être constatée par des expériences ultérieures plus multipliées que celles que l'on possède actuellement. En attendant, voici quels sont et son mode de préparation et son mode d'administration.

Pr.	Ecorce de marronnier d'Inde,	125 grammes.
	Alcool à 21 degrés (Cartier),	500

Concasser l'écorce, puis l'introduire avec l'alcool dans un flacon qui bouche hermétiquement, et, après une macération prolongée pendant quinze jours, passer avec expression et filtrer.

Tout le traitement consiste à faire prendre au malade, le matin, à jeûn, une cuillerée à bouche de cette teinture, etendue dans un quart de tasse de décoction de chicorée sauvage. Dans quelques cas très rares, M. le Dr Jobert s'est vu dans l'obligation d'élever la dose de teinture jusqu'à deux cuillerées à bouche par chaque prise.

(*Bulletin génér. de Thérap.*, juin 1842.)

Variole au quinzième jour, menace de suffocation, guérison par l'huile de croton tiglium ; par M. le docteur PERRIER, à Authon.

Je fus appelé une nuit pour un garçon de la campagne très vigoureux, atteint de variole confluente depuis quinze jours environ. Je le trouvai assis sur son lit, étouffant, couvert de sueur, disant qu'il allait mourir si l'on ne lui apportait secours. Il exhalait une horrible puanteur; son éruption paraissait s'être faite successivement ; il en était couvert ; l'épiderme ou mieux la peau des mains et des pieds paraissait soulevée comme par une longue macération. Il toussait sans pouvoir cracher ; son pouls était fréquent et petit et annonçait un commencement d'asphyxie. Une soif horrible, que rien ne pouvait éteindre, tourmentait le malade, qui, du reste, buvait de l'eau rougie ; car, dans notre pays, les paysans croient que le vin est le meilleur remède pour la variole, la scarlatine et la rougeole. Cet état durait depuis dix heures environ. J'aurais bien désiré connaître l'état de sa poitrine par l'auscultation et la percussion, mais je ne pus surmonter le dégoût inspiré par son horrible puanteur. Le ventre me parut sain ; il n'avait pas de dévoiement ; la langue était seulement noircie par le vin.

Je pensai donc que j'avais affaire à une pneumonie ou congestion pulmonaire subite. Le pouls était si faible, que je n'osais saigner le malade. Il allait de plus mal en plus mal. Je prescrivis alors 6 gouttes d'huile de croton qui occasionnèrent des selles très copieuses, et peu après le malade, quoique très faible, allait beaucoup mieux ; il n'étouffait plus. Il est guéri aujourd'hui, quatre semaines après cet accident, *tout en buvant du vin.*

Cas de mort occasionnée par l'application d'un faux toupet; observation recueillie par M. le Dr SCHREIBER, de Marggrabowa.

Un employé du gouvernement, homme robuste et d'une santé habituellement bonne, réclama l'assistance de M. Schreiber, après avoir été indisposé pendant quelques jours. Les renseignemens qu'il fournit ne purent éclairer sur l'origine du mal. Son pouls était très accéléré, facile à comprimer, et un peu tremblant, il existait une grande excitation, de la sueur, de la céphalalgie et un brisement général ; les selles étaient régulières, l'urine jaune et trouble ; la langue était recouverte d'un enduit blanchâtre.

Le médecin diagnostiqua une fièvre nerveuse commençante, et prescrivit une infusion de valériane avec addition de liqueur d'ammoniaque succinée, et, pour la nuit, 5 centigr. de calomélas à l'intérieur.

Le lendemain matin, le malade semblait un peu mieux ; cependant, vers le soir il se montra tourmenté par beaucoup d'anxiétés et d'inquiétudes. Dans la nuit, il survint du délire à plusieurs reprises.

Le troisième jour du traitement, une inflammation érysipélateuse apparut aux deux régions temporales. L'attention du médecin fut éveillée par ce nouvel accident, et, pressé de questions, le malade avoua enfin que, depuis plusieurs années, il avait deux points du cuir chevelu entièrement chauves sur lesquels il appliquait deux toupets qu'il fixait à l'aide de la colle forte : il avait apporté un tel mystère à cette pratique de toilette que sa femme elle-même n'en avait rien su. Les deux toupets avaient été fixés pour la dernière fois il y avait quelques semaines. Aussitôt après, il était sorti en voiture par un froid de 16 degrés Réaumur, et il n'avait pas tardé à ressentir dans ces deux points de la démangeaison et des douleurs ; mais, n'attachant pas grande importance à cette circonstance, il n'en avait parlé à personne.

Dès lors, on chercha à détacher les toupets, et on n'y parvint qu'avec beaucoup de difficulté, et après avoir passé plusieurs heures à ramollir la colle forte au moyen de lotions avec l'eau chaude. Les surfaces chauves mises à découvert, étaient sillonnées de petits ulcères gangreneux et remplis d'une sanie des plus fétides et qui, en divers points, avait pénétré au travers de la couche aponévrotique.

On administra au malade du quinquina, de la serpentaire de Virginie, du camphre, de l'éther et des acides, et l'on recouvrit les points malades avec des cataplasmes. Mais malheureusement la maladie marchait rapidement vers une terminaison funeste. Le quatrième jour, il survint du délire furieux, et l'inflammation érysipélateuse, qui avait pour point de départ les surfaces ulcérées, s'étendait déjà jusque sur les deux joues où l'on voyait des phlyctènes gonflées par une sérosité de couleur blanche.

On appliqua des sachets remplis d'espèces aromatiques camphrées ; mais néanmoins, dès le lendemain, l'érysipèle avait envahi toute la face. Les phlyctènes se déchirèrent et laissèrent à nu des ulcères gangreneux. Vers le soir, l'inflammation gagnait du côté du cou et de la nuque. Le malade tomba dans l'assoupissement et succomba dans la nuit.

Il n'y eut pas d'autopsie.

(*Casper's Wochensch. fuer die gesammte Heilkunde*, 1842, n° 25.)

Correspondance.

Mon cher confrère,

Vous avez admis, dans votre dernier numéro, une lettre à mon adresse, dont le commencement est fort piquant et m'a beaucoup amusé. Sous prétexte d'histoire chirurgicale, l'auteur m'adresse une vive mercuriale. N'allez pas croire que j'en éprouve du mécontentement : d'abord je ne puis qu'être flatté d'avoir passé par la plume d'un homme qui ne s'attaque qu'à des écrivains comme Descartes, ou à des chirurgiens comme J.-L. Petit. Seulement j'aurais désiré que toute la lettre fût comme le commencement. Mais il y aurait excès d'exigence à vouloir que les gens qui écrivent avec leur imagination, fussent toujours également prestes et dispos.

Je n'en suis pas moins obligé de donner à vos lecteurs une explication touchant le débat qui s'est ouvert devant eux. Vous remarquerez qu'il n'est pas question ici de réponse à la lettre dont il s'agit. L'auteur de cette lettre est un homme très sérieux, personne n'en doute ; mais je ne crois pas utile de relever ses propositions, si toutefois il y a des propositions dans sa lettre, ce dont je n'ai pas le temps de m'as-

sujet par une nouvelle lecture ; ce n'est donc qu'une explication que je veux donner. Cette explication est relative à l'origine du débat. M. Sédillot m'ayant envoyé, pour les *Annales de chirurgie*, un article qui est un modèle de critique, et dans lequel il démontre sans réplique, c'est-à-dire au moyen des faits, l'existence de l'étranglement par les anneaux, M. Malgaigne, ruiné dans ses *doctrines* (je parle ici le langage de M. Malgaigne, qui tient beaucoup à avoir des doctrines), n'a donné une réponse à ce mémoire ; je dis réponse, faute d'autre mot. Comme un journal n'est pas un champ clos, où l'on vienne tirer l'épée sans témoins, et comme il doit toujours y avoir un juge du camp, j'insérai la réponse de M. Malgaigne, mais je la fis suivre d'une note. C'est ce qui a occasionné la dernière lettre de M. Malgaigne.

Vous ne me refuserez sans doute pas la reproduction de la partie essentielle de cette note. Après une discussion philosophique, et l'exposé de mon opinion personnelle sur Descartes, je disais :

« M. Sédillot a adressé aux idées de M. Malgaigne des objections fondamentales, et a cité quatre faits, dont le dernier surtout a une signification péremptoire. M. Malgaigne répond : 1° qu'il a distingué les anneaux des autres ouvertures aponévrotiques ; 2° qu'il a donné sur la structure et l'état des collets toutes les explications désirables ... Cela prouve-t-il que l'étranglement des hernies crurales et inguinales a toujours lieu par le collet du sac ?

» Il n'y a que dix lignes de la lettre de M. Malgaigne que nous puissions considérer comme ayant rapport au fond de la question : ce sont celles dans lesquelles il discute la quatrième observation de M. Sédillot. Ici, nous devons avouer notre stupéfaction profonde, et, comme nous avons la plus grande confiance dans l'esprit de M. Malgaigne, nous nous défions en proportion du nôtre, si bien que c'est à peine si nous osons donner notre avis sur ce point. M. Malgaigne, qui n'a point vu, dit à celui qui a vu de ses yeux et touché de ses mains : « Vous vous trompez extrêmement ; il vous plaît de dire que c'était » l'anneau crural qui étranglait ; mais tous ceux qui liront vot e ob- » servation diront que la hernie était étranglée par une ouverture du » fascia cribriforme. »

» Mais à son tour, le chirurgien auquel on s'adresse ne sera-t-il pas en droit de répondre comme M. Malgaigne : « Un moment, s'il vous » plaît ! » L'arcade crurale et le ligament de Gimbernat, qu'il a fallu diviser pour lever l'étranglement, concourent-ils, oui ou non, à former le pourtour de l'anneau crural, et, quand l'étranglement a lieu dans l'ouverture qu'ils circonscrivent, est-il donc possible à des gens qui n'ont que leur bon sens d'attribuer cet étranglement à une autre ouverture que l'anneau crural ? Quant à l'argument que M. Malgaigne tire de ce que la hernie n'avait que vingt-quatre millimètres de hauteur, nous avouons que nous ne le comprenons pas. Si la bonne foi de M. Malgaigne ne nous était parfaitement démontrée, nous croirions qu'il a suivi un mauvais exemple, et qu'il a agi comme ces folliculaires des petits journaux qui soulignent par-ci par-là les phrases des écrivains qu'ils attaquent, afin de faire croire que ce sont autant d'incorrections.

» Nous avons, pour ne pas nous mêler à cette discussion, deux motifs : le premier est celui qui a déjà été indiqué et que M. Sédillot a rappelé dans son article ; le second est que M. Malgaigne est seul de son avis, ce qui fait qu'il n'y aura que lui à dissuader. »

Telle est la note à laquelle M. Malgaigne a cru répondre par sa lettre du 14 de ce mois. Vos lecteurs compareront et jugeront. Il ne suffit pas de crier bien fort pour se donner raison.

Agréez, etc., MARCHAL (de Calvi).

Paris, 16 juillet 1842.

ENCOMBREMENT DES MALADES DANS LES HOPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

L'espèce d'épidémie de fièvres typhoïdes qui sévit actuellement sur Paris, a rempli de malades les hôpitaux du centre, et déjà on a appelé l'attention sur l'encombrement de l'hôpital Cochin, de Necker, sur lesquels on s'est rejeté après que ceux du centre n'ont pu en admettre davantage.

Maintenant l'encombrement est tel, que depuis plusieurs jours on refuse des malades au bureau central. L'épidémie continue à sévir, et par conséquent ce déplorable état de choses loin de diminuer tend continuellement à s'accroître.

Le fait de l'encombrement des malades est fâcheux, non-seulement dans l'intérêt des individus affectés actuellement des fièvres typhoïdes, mais encore en ce sens, qu'il nous met dans les conditions favorables à la production d'un véritable typhus, ce qui serait autrement grave.

Si le mal était sans remède, on déplorerait en silence un tel état de choses ; mais il n'en est pas ainsi : de vastes salles sans malades sont actuellement à Paris, bien aérées, favorablement situées, et présentent les meilleures conditions hygiéniques pour les typhoïdes.

Ces salles existent à la Salpêtrière, qui pourrait recevoir de cent à cent cinquante malades au moins. Comment se fait-il donc que l'administration des hôpitaux n'établisse pas dans cet hospice un service supplémentaire qui serait d'une incontestable utilité (1). Depuis près de quinze jours on en parle, et malgré le nombre toujours croissant des malades, les choses restent dans le même état. On ne comprend véritablement pas sur quels motifs l'administration des hôpitaux se fonde pour reculer devant cette mesure, et il est permis d'affirmer que ces motifs, quels qu'ils soient, ne sont pas valables.

J'ai l'honneur d'être, etc., *Un de vos abonnés.*

(1) On nous assure que des ordres sont donnés par l'administration pour disposer des salles dans cet hôpital.

NÉCROLOGIE. — *Obsèques de M. Pelletier. Discours de M. Caventou.*

Ainsi que nous l'avons annoncé, les obsèques de M. J. Pelletier ont eu lieu le 22 juillet : on y remarquait des députations de l'Institut de France, de l'Académie royale de médecine ; l'École de pharmacie en corps et en grand costume, ainsi qu'un très grand nombre de savans et de pharmaciens de Paris ; les élèves en pharmacie avaient aussi voulu rendre un dernier devoir à l'un de leurs maîtres les plus illustres, et ils s'y étaient rendus en masse ; leur attitude triste et recueillie, comme celle de tous les assistans, démontrait de la manière la plus touchante les profonds regrets inspirés par une aussi grande perte pour les sciences et l'humanité.

Après le service, le corps suivi de tous les élèves et d'une longue file de voitures, a été transporté au cimetière du Mont-Parnasse, où les honneurs militaires dus au rang d'officier de la Légion-d'Honneur du défunt lui ont été rendus. Après les prières des prêtres, plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe : M. Dumas a parlé au nom de l'Institut ; M. Caventou, collaborateur et ami intime du défunt, a pris ensuite la parole et avec l'accent de la plus vive émotion a prononcé un discours dont nous regrettons de ne pouvoir donner que quelques passages :

« . . . Joseph Pelletier, docteur ès-sciences, vice-directeur de l'école de pharmacie de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie royale de médecine, officier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, etc., naquit à Paris le 22 mars 1788, de Bertrand Pelletier et de Marguerite Sédillot : fort jeune encore il eut le malheur de perdre son père que de nombreux et savans travaux avaient rendu célèbre en chimie, et qui, bien que mourant à trente-six ans, léguait aux siens un beau nom et le touchant souvenir d'une vie aussi courte qu'utilement remplie. . . .

» La carrière de Pelletier était toute tracée : doué par la nature d'une intelligence vive et d'une grande pénétration, il se livra avec ardeur à l'étude des sciences physiques et naturelles, et les prix qu'il ne tarda pas à remporter dans les concours ouverts annuellement par l'école de pharmacie, préludèrent aux palmes beaucoup plus importantes qu'il devait bientôt conquérir par de longues et savantes investigations dans le vaste domaine de la science. . . .

» Pourquoi m'est-il interdit de parler de ces travaux que j'ai été si heureux de partager pour la plupart et dont plus que personne j'ai apprécié toutes les difficultés ? Un autre plus convenablement placé que moi pourra le faire en toute liberté et ne leur refusera point sans doute ce qu'ils présentent d'utile et de durable dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

» C'est en 1814 que remonte l'entrée de M. Pelletier à l'école de pharmacie : une place de professeur était alors devenue vacante dans la chaire d'histoire naturelle, le choix des professeurs et de l'Institut devait naturellement se fixer sur M. Pelletier, doué d'une instruction étendue et profonde, d'une élocution claire et facile, et se montrant digne à tous égards du nom qu'il portait. La place d'un tel homme était marquée à l'école de Paris : aussi fut-il proposé à l'unanimité par ces deux corps savans, et sa nomination ne se fit-elle pas attendre.

» M. Pelletier s'empressa de répondre à cette haute marque d'estime et de confiance ; il augmenta l'importance de la chaire qu'on lui confiait en créant un excellent cours de minéralogie appliquée à la pharmacie, partie de la science naturelle qui n'avait point encore été enseignée avant lui dans l'école, et qu'il a professée avec éclat un grand nombre d'années : pendant une période de plus de vingt-neuf ans qu'il a appartenu à l'école de pharmacie, M. Pelletier a pris non-seulement une part très active à l'enseignement comme professeur, mais il a puissamment concouru aussi comme administrateur à toutes les mesures qui ont eu pour but d'améliorer et d'accroître l'importance de l'établissement. . . .

» M. Pelletier a été l'un des membres choisis directement pour faire partie de l'Académie de médecine dès sa fondation ; c'était un hommage dû à son mérite non moins qu'à sa réputation, et qui a eu l'approbation générale. Nous dirons encore que M. Pelletier, soit dans les séances privées de la section de pharmacie, soit dans les séances générales de l'Académie, s'y est toujours distingué par ses manières affables, non moins que par ses grandes lumières et sa solide instruction.

» Il était sobre de paroles : on ne l'a jamais vu abuser des momens si précieux de l'Académie ; mais dans toutes les circonstances où il croyait pouvoir jeter quelque jour dans une discussion, il se faisait un cas de conscience d'y prendre part, et nous sommes heureux de le rappeler, l'Académie l'écoutait toujours avec autant d'attention que de plaisir. . . . »

— Samedi matin, 23 juillet, lendemain des funérailles de M. J. Pelletier, M. le professeur Caventou, avant de commencer sa leçon à l'École de Pharmacie, a adressé aux élèves, avec l'accent de la plus vive émotion, l'allocution suivante :

« Au nom de l'amitié qui m'unissait si intimement à M. Pelletier, je crois devoir vous remercier, Messieurs, du pieux empressement que vous avez mis à venir lui rendre les derniers devoirs ; la contenance triste et recueillie que vous avez tenue pendant tout le temps de cette sombre et lugubre cérémonie, atteste vos bons sentimens, et a prouvé de la manière la plus touchante la sympathie avec laquelle vous vous êtes associés à notre douleur comme à nos profonds regrets.

» Indépendamment des services éminens qu'il a rendus à la science et qui ont tant profité à la pharmacie, M. Pelletier vous aimait beaucoup, Messieurs, et dans tous les temps on l'a vu s'associer avec ardeur à toutes les mesures utiles à votre instruction ; il méritait donc à bien des titres la manifestation que vous lui avez donnée hier de vos regrets, de votre affection et de votre gratitude ! Honneur à vous, Messieurs les élèves, qui avez si bien compris vos devoirs envers celui qui fut l'un de vos maîtres les plus illustres ; j'en ai été vivement ému, reconnaissant pour mon digne ami, et je vous en réitère encore tous mes vifs remerciemens. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 28 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 90. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Fièvres typhoïdes régnantes. — Des méthodes de traitement qui leur sont applicables.

On signale depuis quelque temps, et de tous côtés, dit M. Rostan, l'existence d'un nombre assez considérable de fièvres typhoïdes, pour qu'il soit permis de dire que cette maladie régne épidémiquement dans la capitale. La *Gazette des Hôpitaux*, qui a, d'abord appelé l'attention sur ce fait, exprime à cette occasion des réflexions critiques sur l'absence de méthode et le défaut de règles, sur l'anarchie, en d'autres termes, qui règne dans le traitement de la fièvre typhoïde. Elle signale l'identité des effets obtenus par les nombreuses méthodes de traitement mises en usage, quelque différentes et quelqu'opposées même qu'elles soient. L'auteur de l'article s'appuie de ces résultats pour conclure que la science ne possède pas encore un traitement méthodique et rationnel à opposer à la fièvre typhoïde. Je ne puis admettre ce reproche; et, en cherchant à prouver que nous avons à opposer à cette grave maladie, non pas un traitement, mais plusieurs sortes de traitemens, j'espère vous démontrer les dangers de l'opinion que je combats en ce moment (1).

Disons d'abord que notre service s'est ressenti de cette constitution épidémique, due sans doute aux grandes variations atmosphériques, et surtout aux excessives chaleurs dont la classe ouvrière a, en général, tant à souffrir. Depuis trois semaines à peine, nous avons reçu dix-sept sujets atteints de fièvre typhoïde, dont dix hommes et sept femmes. Sur ce nombre, trois ont déjà succombé, mais la majorité des malades restans est en état de convalescence, bien que parmi ces derniers nous comptions quelques cas très graves.

On se plaint sans cesse de n'avoir point un traitement qui convienne toujours, et sur l'efficacité duquel tous les praticiens soient d'accord. Un tel traitement nous manque, il est vrai, mais j'ai la conviction qu'on arrivera tôt ou tard à trouver un traitement spécifique contre la fièvre typhoïde, comme on en a trouvé pour d'autres maladies d'une nature également spécifique; l'analogie et le raisonnement motivent du moins cette espérance. Cependant on a refusé à la fièvre typhoïde ce caractère de spécificité que nous lui attribuons. Pour nous, nous l'admettons, et nous sommes d'autant plus fondé en cela, que les maladies par causes spécifiques sont très nombreuses.

Nous avons expliqué dans d'autres circonstances la différence que nous établissons entre les maladies spécifiques et les maladies spéciales; rappelons rapidement ces différences: le zona nous offre un exemple des dernières, à cause de son siége, à cause de sa forme et de sa marche. Parmi les premières se rangent la scarlatine, la rougeole, la syphilis, etc., parce qu'elles sont subordonnées à l'introduction dans l'économie d'un principe toxique ou contagieux toujours spécifique. La fièvre typhoïde dont nous nous occupons est épidémique et non contagieuse; mais cette maladie offre tant de variétés à étudier, qu'on ne saurait, du premier abord, et sans faire à cet égard des réserves et établir des distinctions, trancher la question de la contagion. Le typhus des armées, par exemple, est-il ou non contagieux? J'ai de la tendance à le croire contagieux, parce qu'il existe des faits authentiques, peu nombreux sans doute, si l'on en défalque tous ceux qui ne présentent pas les conditions d'une observation suffisamment détaillée et sévère, mais n'ayant pas moins une valeur incontestable. Ainsi, Pringle rapporte qu'une tente qui avait servi pendant quelque temps à abriter des soldats atteints de typhus, fut placée sur un bateau qui devait la transporter dans un autre point, à trente lieues environ du siége de la maladie; cette tente tomba dans l'eau, et fut recueillie aussitôt et transportée à peu de distance de la rivière, où une trentaine d'ouvriers furent employés à la réparer: le plus grand nombre de ces ouvriers contracta le typhus. En 1815, pendant que cette maladie ravageait les hôpitaux de Metz, on prétendit que les charrettes remplies de cadavres communiquaient le typhus aux habitans des rues qu'elles traversaient: ce fait nous paraît douteux. A la même époque, ajoute M. Rostan, je fus atteint moi-même de typhus à la Salpêtrière, qui avait été transformée en hôpital militaire. J'admets, en conséquence de ces faits, qu'il y a au moins infection dans les cas où la contagion ne peut être rigoureusement démontrée. Du reste, la question de la contagion est une question encore très litigieuse. MM. Chervin et Aubert ne croient pas même que la peste d'Orient et la fièvre jaune soient contagieuses; mais, pour décider une pareille question, qui intéresse l'existence de populations nombreuses, il faudrait avoir dix fois raison, et l'incertitude, avec les précautions qu'elle commande, est bien légitime; car de deux inconvéniens il faut choisir le moindre; et, plutôt que de risquer la vie d'un grand nombre d'hommes, il vaut mieux n'en perdre que quelques-uns, et faire supporter à l'industrie quelques entraves d'une importance secondaire en comparaison de la santé des masses.

Pour en revenir à la question du traitement de la fièvre typhoïde, de ce qu'on ne connaît pas de traitement spécifique, s'en suit-il qu'il n'y en ait point d'efficace? Je ne partage pas cet avis, et je crois avoir déjà posé devant vous les bases du meilleur traitement à suivre, de celui qui vous permettra de sauver un assez bon nombre de malades et de vérifier le peu de fondement de cette assertion, à savoir: que le nombre des victimes est le même, quel que soit le traitement employé. En effet, vous admettez des formes et des variétés différentes dans la fièvre typhoïde: pour être conséquent il faut admettre aussi des modes de traitement différens. Si au contraire vous prenez au hasard, comme le font quelques expérimentateurs, plusieurs séries de malades, et que vous traitiez les uns par les antiphlogistiques, les autres par les toniques, d'autres par les purgatifs, par les chlorures, etc., vous arriverez à des résultats à peu près semblables, et vous n'en pourrez rien conclure; car dans chaque série il se rencontrera toujours des malades qui se trouveront bien de la méthode employée et qui guériront, et toujours aussi quelques-uns chez lesquels cette méthode sera inutile ou même nuisible. Mais si vos séries sont faites avec discernement, si vous choisissez pour telle série tous les malades qui vous présentent telle modification dans les symptômes, vous reconnaissez par là qu'il y a aussi un choix à faire dans le traitement.

Vous savez que nous avons rangé sous cinq chefs les divers traitemens qui peuvent être appliqués à la fièvre typhoïde: le premier comprenant la méthode expectante, le deuxième les antiphlogistiques, le troisième les révulsifs et les dérivatifs, le quatrième les purgatifs, le cinquième les excitans et les toniques. C'est en procédant ainsi, c'est-à-dire en faisant choix suivant les cas particuliers de l'une ou l'autre de ces méthodes, que nous traitons nos fièvres typhoïdes. Ainsi, nous traitons une partie de nos malades par les antiphlogistiques, quand ils sont forts, jeunes, bien constitués, que la maladie a peu de durée, que la réaction est générale et franchement inflammatoire, ayant garde cependant d'aller trop loin, car nous avons reconnu qu'il fallait éviter de tirer une trop grande quantité de sang, parce que la cause spécifique est ici essentiellement débilitante, septique, et qu'il faut redouter l'adynamie. Il est très rare que nous portions les saignées au-delà de deux ou trois. Sur les dix-sept malades actuellement dans nos salles, la majorité est guérie ou en convalescence. On peut classer dans une deuxième série quatre ou cinq d'entre eux qui ont guéri par l'expectation.

Ce résultat, toutefois, ne donne pas raison à M. Andral, et

(1) Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ce sujet et de répondre à ce reproche. (*Note du Rédacteur.*)

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. Malgaigne.

Onzième lettre. — *Introduction à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie. — De la grande querelle des barbiers et des perruquiers.*

Et puisque nous avons été ainsi entraînés sur le terrain de l'Académie royale de chirurgie, nous irons plus avant, et nous essaierons de vous tracer l'histoire de cette docte compagnie. Non pas, à Dieu ne plaise, que je songe à copier l'histoire officielle que vous avez pu lire au-devant de ses Mémoires, et qui ne vous a pas appris grand'chose; ni que je me soucie de répéter les panégyriques maladroits que j'en entends faire de tous côtés. Quand on loue et sans cesse et toujours, l'éloge devient fade et tourne à la flatterie; et qui ne parle jamais que des beaux côtés, semble avoir peur lui-même des côtés faibles de son idole. Notez surtout que dans ces hymnes louangeuses on s'en tient toujours, sans doute pour d'excellens motifs, à l'expression la plus générale: ce sera l'*une des gloires de la France;* ou bien *le phare de la chirurgie au dix-huitième siècle;* ou bien encore on vantera *ses magnifiques travaux*, et *les lumières qu'elle a répandues sur la pratique de l'art*. Quoi donc? n'y a-t-il rien de mieux et surtout de plus précis à en dire? Il n'y a pas en Italie de maigre société savante, parfaitement inconnue au reste du globe, qui ne parle au besoin de ses travaux et de ses lumières, et qui ne décore chacun de ses membres des titres d'*ornatissime* et d'*illustrissime*. Dites-nous donc en quoi l'Académie royale de chirurgie a différé des autres académies, comment elle a été une création de progrès, à quel titre elle a représenté la chirurgie du dix-huitième siècle et non celle du dix-septième; pourquoi ni les sociétés savantes de l'Allemagne, ni celles de l'Italie, ni celles de l'Angleterre, n'ont pu soutenir le parallèle, et ont en quelque sorte reconnu elles-mêmes cette supériorité incontestable et incontestée. Voilà comment vous louerez dignement l'Académie royale de chirurgie; et encore, si vous voulez compléter votre éloge, vous rechercherez quelle fut l'origine de cette fameuse société, de quels élémens elle était composée, quels obstacles elle avait à vaincre; et plus vous la verrez faible et obscure à son point de départ, plus vous aurez droit d'admirer tout le chemin qu'elle a su faire, et le faîte éclatant où elle s'est élevée. Et enfin, dans cette étude sérieuse et attentive de sa marche et de ses progrès, il arrivera bien (car il n'est rien de parfait au monde) que vous trouverez des ombres à cette lumière, des taches dans cette grande gloire, des lacunes et des erreurs dans ces remarquables travaux; il arrivera même un moment où vous verrez décliner sa prééminence, où elle sera négligée par les uns, dépassée par les autres; alors vous nous direz le secret de ces imperfections, de ce déclin prématuré, et nous verrons s'il n'y a pas même alors sujet d'admirer qu'elle ne se soit pas plus écartée du droit chemin qu'elle ne l'a fait, qu'elle n'ait pas vieilli plusrapidement, enfin qu'elle ait trouvé en elle-même assez de vigueur et de force pour compléter les soixante années de sa glorieuse existence.

Ce que je viens de dire n'est pas, comme vous voyez, d'un homme qui se pose en détracteur de cette illustre Académie; et cependant, je dois vous prévenir avant tout que, même pour son époque, je ne lui accorde pas le premier rang. Il y a un chirurgien qui fut son premier directeur officiel, comme si elle avait cru devoir rendre cet hommage à son maître, un homme qui, en effet, n'y compta guères que des élèves, et assurément pas d'égaux. A J.-L. Petit revient de droit le sceptre de la chirurgie française et européenne; quand il sera mort, ce ne sera pas trop de l'Académie tout entière pour le remplacer; encore toute l'Ecole réunie ne nous rendra pas le génie de son chef. Voilà un premier point sur lequel ma conviction est pleine et entière; et je ne désespère pas de vous la faire partager quelque jour. Un deuxième point, c'est que pour que l'Académie de chirurgie brille de tout son éclat et ne perde aucun de ses rayons, il faut la laisser à son époque et ne pas vouloir la transplanter dans la nôtre; c'est qu'il faut profiter de ses découvertes, et rejeter très loin ses fausses théories et ses erreurs; et, grands Dieux! n'est-ce donc pas là ce que nous avons fait pour A. Paré, que personne assurément ne voudrait accepter pour un guide toujours fidèle, et qui n'en demeure pas moins l'une des plus grandes figures de la chirurgie?

Je vous ai fait voir A. Paré sortant de la boutique d'un maître barbier, et d'abord barbier lui-même; et vous n'avez pas cru que le grand chirurgien en fût ravalé; bien plus, vous avez admiré cet homme qui, parti de si bas, s'était élevé si haut à force de travail et de génie. L'Académie de chirurgie n'a pas une autre origine; ses premiers membres n'étaient aussi que des barbiers qui maniaient tout ensemble le bistouri et le rasoir; et je veux même vous raconter combien il fallut de luttes et de défaites, pour que dès le principe elle ne se trouvât pas composée de perruquiers.

Je dis *de luttes et de défaites;* et en effet ne vous y trompez pas; les héros de cette grande Iliade, ce ne sont pas les chirurgiens barbiers de Paris; ce sont les perruquiers. Les chirurgiens de Paris, ces futurs membres d'une Académie royale, épuisèrent toutes les ressources de la chicane pour conserver le privilége de fabriquer des perruques et de mettre des papillotes; Louis XIV, au milieu de ses conquêtes, fut assourdi de leurs réclamations; le conseil d'état ne s'assemblait que pour eux; mais les perruquiers opposèrent une résistance égale à l'attaque; à force de courage et de persévérance, ils obtinrent enfin un juste triomphe; et Louis XV put fonder son Académie, sans craindre d'y voir entrer les doctes membres ornés de perruques qu'ils auraient faites eux-mêmes.

Muse, raconte-nous ces grands événemens!

Il nous faut, pour cela, remonter assez haut.

Dans les grandes querelles du seizième siècle, la scène n'était jamais occupée que par trois éminens personnages, le collége de Saint-Côme, la corporation des barbiers et la Faculté de médecine. Les barbiers peignaient, frisaient, rasaient; c'était leur droit; et j'ai fait voir ailleurs, et j'aurai à répéter ici combien les professeurs du collége Saint-Côme enviaient ces lucratifs priviléges. Il convient d'ajouter qu'on ne frisait guère, à cette époque, que les chevelures naturelles; la perruque comptait encore parmi les *desiderata* de la science; j'entends la perruque bien faite, et non pas cette pitoyable perruque attachée au bonnet qu'Henri III, roi de France, se trouva obligé de porter. Mais au commencement du dix-septième siècle, (et, suivant une citation de l'*Encyclopédie perruquière*, recueillie par le docte Nicolaï, en l'année 1609) fut introduite en France la mode des belles perruques. En 1620, Louis XIII ayant perdu ses cheveux, se couvrit le chef d'une perruque superbe, qui laissait fort en arrière tout ce qu'on avait vu jusque-là. Dès que le roi eut adopté la perruque, la cour et la ville s'empressèrent de l'imiter; l'art du perruquier arriva rapidement au plus haut degré de perfection, et l'on peut bien assigner pour l'époque de sa plus grande gloire le règne de Louis XIV, passé lequel les perruques n'ont plus fait que décroître.

Or, il n'y a pas de perruques sans perruquiers; et cependant dans le principe, le nom de perruquier n'existait pas. C'étaient les garçons de nos barbiers-chirurgiens, et sans doute aussi les maîtres eux-mêmes, qui donnaient leurs soins à cette nouvelle branche de l'art, au grand désespoir des chirurgiens de Saint-Côme. Et puis, comme les choses les mieux réglées sont sujettes à des abus, il se trouva des compagnons qui imaginèrent de se borner à la confection des perruques, qui dès lors refusèrent de reconnaître la communauté et de prendre des lettres de maîtrise, et enfin donnèrent l'exemple de la plus dangereuse insubordination. La corporation des barbiers n'hésita point; elle porta plainte au Parlement, revendiquant la perruquerie pour ses propres membres; mais que vous dirai-je? Le parlement avait-il déjà des relations avec les perruquiers purs, et les partisans de ceux-ci se trouvaient-elles en majorité dans la Grand'Chambre? Il faut le croire; car, en dépit des chartes et priviléges, qui à la vérité ne disaient mot des perruques, nos barbiers-chirurgiens furent condamnés aux dépens, et les perruquiers eurent une existence indépendante. Cela se passait en 1609.

je suis loin d'en tirer, comme lui, cette conclusion peu philosophique, que nous n'avons pas de traitement à opposer à la fièvre typhoïde, et qu'il n'y a rien de mieux à faire que de rester dans l'expectation. Cette conduite ne convient et ne réussit que dans les cas légers. Il y a des cas dans lesquels il ne faut pas ou il ne faut plus ni expectation ni sangsues, et dans lesquels la maladie présente des caractères tels que ces méthodes deviendraient nuisibles. On peut, dans quelques-uns de ces cas, tirer un grand parti des révulsifs. Nous n'avons pas reconnu aux vésicatoires les inconvéniens qu'on leur attribue en général, ainsi que nous l'avons dit en dernier lieu, lorsque nous avons traité comparativement des différentes méthodes de traitement de la fièvre typhoïde.

Quant aux purgatifs, ils ne nous ont pas réussi long-temps et nous avons dû leur appliquer ce mot spirituel d'un médecin : « Employons le remède pendant qu'il guérit. » Voici les résultats qu'ils nous donnèrent, il y a quelques années, à une époque où le monde médical retentissait de leurs succès et où ma position me faisait un devoir de vérifier dans mon service les statistiques brillantes qu'on dressait ailleurs. Je donnai les purgatifs, selon la formule de M. de Larroque, à treize malades pris indistinctement et présentant les uns des cas légers, d'autres des cas d'une gravité médiocre ou variable, et très grande chez quelques uns qui avaient déjà des eschares ulcérées au sacrum ; ils guérirent tous ; mais le quatorzième malade auquel j'administrai ce traitement mourut, et ce fut le premier cas d'une nombreuse série d'insuccès qui me força bientôt à abandonner cette méthode, si toutefois on peut lui donner ce nom.

Il resta dès-lors constaté pour moi que les purgatifs ne convenaient que dans certains cas, et presque exclusivement dans ceux où il y a constipation. Je les rejette absolument dans les cas contraires qui sont les plus nombreux, car, pour moi, le dévoiement abondant est un des accidens les plus communs et les plus graves de la fièvre typhoïde, et l'on doit éviter de l'aggraver encore. Cependant j'admets ici, comme M. Delarroque, l'existence d'une cause toxique, spécifique, d'une humeur peccante; mais elle n'a pas seulement son siége dans les intestins; elle est partout, et vous ne la détruirez pas davantage en excitant la sécrétion intestinale outre mesure, qu'en saignant à blanc. Chassée d'un système, elle persiste dans le reste de l'organisme. Ces traitemens ont, au contraire, l'inconvénient d'affaiblir les malades et de les plonger dans une adynamie telle, qu'ils ne peuvent plus s'en relever et qu'ils succombent.

Les toniques et les excitans ont également été blâmés à l'excès; on les a taxés d'être nuisibles, incendiaires, d'aggraver la maladie. Ce reproche serait mérité, si on les administrait indistinctement à une série de malades pris au hasard ; mais d'abord, nous ne donnons le vin, le camphre, le quinquina et les autres toniques que dans des cas très graves et contre lesquels nous avons épuisé nos autres ressources, là en un mot où la mort paraît inévitable : le succès devient alors un véritable triomphe. Puis nous nous efforçons de distinguer les cas où cette médication convient ; c'est là une tâche difficile et dont on ne peut bien apprendre à s'acquitter qu'au lit des malades, où les réflexions, s'appliquant à chaque cas particulier, sont bien plus profitables qu'elles ne pourraient l'être dans une leçon. On voit donc que s'il n'y a pas encore un traitement de la fièvre typhoïde, il y a réellement des traitemens appropriés aux nuances diverses de cette maladie, et c'est en procédant ainsi que nous obtenons les résultats dont vous êtes témoins en ce moment et que j'ai énoncés en commençant.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Tumeur encéphaloïde de l'œsophage siégeant à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de ce canal.

Le 27 juin 1842 est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, nº 32, le nommé François Goron, journalier, âgé de soixante-seize ans, demeurant à Montmartre.

Cet homme, malade depuis six mois, vomit chaque jour les alimens qu'il vient de prendre : en même temps, il éprouve à la partie moyenne de la poitrine une douleur qui l'empêche surtout d'avaler des substances solides un peu volumineuses, celles-ci rencontrant dans cette région, suivant l'expression du malade, un obstacle insurmontable. Ce sont là les seuls renseignemens positifs sur son état antérieur que peut donner Goron, dont l'intelligence est d'ailleurs assez peu développée.

Le travail et la misère ont, dans ces dernières années, détruit le peu de forces qui lui restaient. Il présente en outre tous les phénomènes de la cachexie cancéreuse. Si l'on palpe l'abdomen avec soin, l'on n'y rencontre aucune tumeur anormale de la région épigastrique, qui devient surtout très douloureuse à la pression. La percussion et l'auscultation ne signalent rien de pathologique dans les battemens du cœur ou dans les phénomènes de la respiration.

Pendant le séjour de Goron à l'Hôtel-Dieu, les vomissement continuent; les matières rendues à la suite de ces efforts, et examinées avec beaucoup d'attention, ne contiennent aucune trace de sang. Elles sont exclusivement formées par des alimens, très reconnaissables à leur aspect, et qui n'ont encore subi d'autres modifications que la simple trituration des mâchoires.

Ces accidens persistent les jours suivans avec des rémissions et des exacerbations continuelles. Enfin, le 13 juillet, Goron, qui ne peut plus avaler qu'un peu de bouillon, s'affaiblit de plus en plus et succombe deux jours après.

Autopsie, faite 30 heures après la mort.

L'on ne trouve aucune altération dans toute la portion sous-diaphragmatique de l'appareil digestif ; c'est seulement sa portion thoracique qui présente les altérations que nous allons indiquer.

Au-dessous du niveau de la bifurcation de la trachée artère, en arrière et en haut de l'oreillette gauche du cœur, l'œsophage présente une augmentation de volume très considérable. L'on sent à ce niveau un corps dur, résistant, qui semble placé dans son intérieur et qui opère cette dilatation. Au dessus et au dessous de ce point, le calibre de l'œsophage paraît privé complètement de corps étranger. Inférieurement, la dilatation persiste encore, mais elle diminue graduellement à mesure que l'on se rapproche du commencement de l'œsophage, où celui-ci a son diamètre ordinaire.

Cette conformation donne à la partie de ce canal située au dessus de la tumeur une apparence fusiforme. Au dessous d'elle, l'œsophage subit encore une dilatation, plus petite néanmoins que celle qui existe à son niveau.

Les parties voisines n'ont éprouvé aucune altération dans leur structure. On ne remarque qu'un léger déplacement occasionné par le volume de l'œsophage.

En fendant ce dernier sur sa face antérieure, depuis le pharynx jusqu'à l'estomac, l'on trouve, au niveau du point que nous avons indiqué, c'est-à-dire à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de ce canal, et adhérente à la paroi postérieure de l'œsophage, une tumeur de couleur blanchâtre, du volume d'un œuf de poule, et pédiculée à son point d'implantation. Ce pédicule, de trois centimètres de diamètre, est complétement libre à la partie supérieure et droite de sa circonférence, où il paraît cesser brusquement ; mais dans le reste de son pourtour, il se trouve en rapport avec un épaississement de quelques centimètres en largeur, que l'on remarque à ce niveau sous forme de plaque de deux millimètres d'épaisseur; cette saillie paraît, du reste, de même nature que la tumeur principale.

Cette dernière présente une surface bosselée, recouverte par la membrane muqueuse, d'un blanc nacré dans toute son étendue. Ces bosselures, au nombre de cinq, plus ou moins saillantes, sont presque transparentes à leur sommet où elles sont infiltrées d'une sérosité sanguinolente.

Si nous examinons la tumeur dans sa structure intime, nous pouvons, avec un peu d'attention, séparer la muqueuse non altérée qui la recouvre. Quant à son tissu propre, il est exclusivement formé de tissu encéphaloïde, tout à fait semblable à celui que l'on remarque dans les autres organes. Son pédicule se continue sans ligne de démarcation avec cette plaque que nous indiquions tout à l'heure, et qui est formée par un tissu dense, lardacé, dû à l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux qui commence à dégénérer. Au dessous, l'on voit la tunique musculeuse hypertrophiée.

Les autres tuniques œsophagiennes n'offrent ailleurs aucune altération. La membrane musculeuse est hypertrophiée ; son épaisseur est trois fois plus grande qu'à l'état normal, dans toute la partie située au-dessus de la tumeur. Dans la partie de l'œsophage comprise entre la tumeur et le cardia, es parois ont à peu près leur épaisseur naturelle.

Les autres organes ne présentent aucune altération de même nature que celle que nous venons de décrire.

— Le cancer encéphaloïde de l'œsophage est assez rare ; les dégénérescences cancéreuses que l'on rencontre le plus souvent dans ce canal, appartiennent ordinairement aux tumeurs squirrheuses.

Ce cas de cancer encéphaloïde de l'œsophage présente de l'analogie avec ce que l'on remarque dans les altérations de même nature siégeant à l'estomac. Dans cette observation, la lésion siégeait évidemment dans le tissu cellulaire sous-muqueux, qui, à l'état naturel, ne forme qu'une couche excessivement mince ; c'est ce qui arrive à l'estomac, comme l'ont démontré les travaux de MM. Louis et Andral.

Ces deux auteurs ont aussi admis deux formes qui existent isolément à l'estomac, et que nous retrouvons réunies dans le cas actuel. Dans la première, la lésion est limitée, et se présente sous la forme de tumeur ; la seconde, au contraire, n'est point circonscrite, et se trouve constituée par cette plaque altérée qui tendait à envahir tout le calibre de l'œsophage.

Notons encore comme point de contact, l'hypertrophie de la tunique musculeuse au niveau de la tumeur.

Nous devons, de plus, signaler l'hypertrophie de la tunique musculeuse au-dessus du point où siégeait l'obstacle : cette hypertrophie musculaire se remarque d'ailleurs dans tous les autres canaux de l'économie quand leur calibre est oblitéré en partie par un corps étranger. L'hypertrophie du cœur, dans les cas où il existe un obstacle à la circulation, en est un très bel exemple.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juillet 1842. — Présidence de M. PONCELET.

Dans le comité secret de la dernière séance, la section de médecine, par l'organe de M. Magendie, a déclaré qu'il y avait lieu à élire un membre dans la section en remplacement de M. Double. L'Académie consultée décide que l'élection sera renvoyée à six mois. L'Académie décide, en outre, qu'il sera constaté dans le procès-verbal que le renvoi de l'élection n'est fait qu'en vue du petit nombre d'académiciens présens à Paris, et non en vue des candidats, à quelques-uns desquels elle se plaît à reconnaître un mérite éminent.

— *M. Piorry* écrit pour se mettre sur les rangs des candidats.

— *M. le Dr Audouard* lit un mémoire sur les *fièvres intermittentes*. Dans ce mémoire, l'auteur rappelle les opinions qu'il a déjà souvent émises sur la nature, les causes, le siége des fièvres d'accès, élémens qu'il place dans la rate dont l'engorgement primitif lui paraît rendre compte de tous les phénomènes.

MM. Magendie, Breschet et Serres rendront compte de ce travail.

— *M. Coste* continue la lecture de son mémoire sur la gestation dans l'espèce humaine.

Cette lecture sera terminée dans la prochaine séance.

— *M. Rayer* achève la lecture de son mémoire sur la phthisie pulmonaire considérée dans l'homme et sur les animaux.

Les animaux à l'état sauvage sont sujets à plusieurs maladies et spécialement à celles qui résultent de la présence d'insectes parasites et d'entozoaires ; j'ignore s'ils sont exposés dans une certaine proportion à la phthisie tuberculeuse. Ce que je puis affirmer, c'est que j'ai examiné un assez grand nombre d'animaux tués ou pris à la chasse, et que chez aucun je n'ai trouvé de tubercules ni dans les poumons, ni dans d'autres organes. Le docteur Benjamin Rush assure de son côté que cette maladie est inconnue parmi les Indiens de l'Amérique du Nord ; mais il n'est peut être pas, dans les deux premières classes de vertébrés, un seul animal réduit à l'état de domesticité ou de captivité qui ne puisse être frappé de phthisie ; résultat d'observations bien différent de celui auquel était arrivé un médecin célèbre, Stahl, lorsqu'il annonçait (dans une dissertation sur la plus grande fréquence des maladies chez l'homme que chez les animaux) que la phthisie ne s'observait guère, parmi les animaux, que chez les moutons.

Toutefois, cette fréquence est loin d'être la même chez tous les animaux. J'en ai acquis la preuve, soit dans le laboratoire du savant professeur d'anatomie du Jardin-des-Plantes qui a bien voulu favoriser mes recherches, soit aux abattoirs et au clos d'équarissage de Montfaucon et des Vertus, où l'on sacrifie un grand nombre d'animaux domestiques; soit à la ferme expérimentale de Lamirault, soit sur des animaux indigènes ou exotiques, malades que je me suis procurés chez des marchands d'animaux.

Phthisie chez les mammifères. L'homme, et, dans la série, les quadrumanes transportés dans nos climats et vivant en captivité, sont, de tous les animaux, les plus exposés à la phthisie pulmonaire ; on sait les ravages qu'elle occasionne dans nos hôpitaux, et j'ai été à même de constater sa fréquence chez les singes, fait depuis long-temps observé par les professeurs du Jardin-des-Plantes, et signalé à l'attention des médecins par le docteur Reynaud.

Chez les carnassiers, et même chez ceux qui sont transportés des climats chauds dans nos climats tempérés, la phthisie pulmonaire est comparativement rare ; cependant un médecin du dix-huitième siècle, Laurent Wolfctriger, professeur d'anatomie à Vienne, a vu les poumons d'un tigre remplis d'abcès qui avaient causé la phthisie et la

---

Le Parlement ne fut pas long-temps à reconnaître le danger d'autoriser de pareilles usurpations. Dès que nos perruquiers se virent maintenus dans le droit de faire des perruques, ils cherchèrent à envahir quelque autre portion du métier ; et peu à peu ils en vinrent à faire la barbe, couper les cheveux, tenir des bains, et enfin, *proh pudor!* à essayer de la chirurgie. C'était ainsi que l'ancienne communauté des barbiers avait peu à peu ruiné le collége de Saint-Côme ; la providence, toujours juste, les punissait par où ils avaient péché. Mais la communauté était nombreuse et fière ; elle assigna les perruquiers par-devant le Conseil, elle les cita au Parlement ; et elle obtint, en 1627 et en 1631, deux beaux et bons arrêts qui défendaient aux perruquiers de se mêler des cataplasmes et des emplâtres. D'autres déserteurs avaient établi des étuves où ils s'ingéraient aussi *de faire le poil*, selon l'expression technique; et ils commençaient à se multiplier d'une façon inquiétante. La communauté-mère, déjà victorieuse des perruquiers, se prit corps à corps avec les étuvistes ; ne pouvant parvenir à les faire supprimer, elle ne leur laissa ni paix ni trève ; elle voulait limiter leur nombre; elle voulait leur ôter leurs enseignes, leurs boutiques, leurs apprentis, les soumettre en un mot à sa prepondérance, et elle réussit. Après une foule de procès et d'arrêts, enfin un arrêt du conseil en date du 11 avril 1634, limita à 48 le nombre des étuvistes qui, sans être reçus maîtres barbiers-chirurgiens, auraient licence de *tenir bains et étuves* et de *faire le poil;* leur défendit d'ouvrir boutique, de pendre des bassins ou rien qui rappelât les enseignes des vrais barbiers, et d'avoir des apprentis. Pour assurer l'exécution de ces défenses, les jurés et gardes de la barberie auraient droit de visiter à volonté les maisons des étuvistes ; et à eux aussi était réservée la nomination de nouveaux étuvistes pour remplacer les morts et les absens.

Mais quoi, direz-vous, n'était-ce pas assez de voir des perruquiers faire invasion dans notre histoire ; et serons-nous encore coudoyés par des marchands d'étuves ? Et qu'est-ce que la chirurgie a à faire avec des étuvistes ?

Ayez patience ; il faut bien vous donner une idée des grandes batailles livrées par vos pères, et des ennemis sans cesse renaissans qu'ils avaient à combattre. Puisque vous ne voulez pas d'ailleurs que je traite la chose dans tous ses détails, je me bornerai à vous dire que les étuvistes, aussi ambitieux que les autres, s'avisèrent un beau jour de faire des perruques, et qu'on obtint contre eux un arrêt qui les en empêcha bien ; et puis qu'un autre jour, vers 1650, ils avaient poussé l'audace jusqu'à prendre le titre de *barbiers-étuvistes*, et qu'un bon arrêt les réduisit à ce dernier titre. Voici maintenant en quoi ils se rallient de plus près à notre histoire.

Etuvistes d'un côté, perruquiers de l'autre, se trouvaient donc surveillés par la terrible communauté des barbiers, et rudement ramenés dans le devoir dès qu'ils tentaient de s'émanciper. Cela provenait surtout du défaut d'organisation légale; ils ne formaient point corps ; ils relevaient, sous certains rapports, de la communauté-mère, et il s'agissait de s'en affranchir à tout prix Malgré des démêlés récens, les bonnes têtes dee deux partis s'abouchèrent; il y eut bien des pourparlers et bien des menees ; mais enfin ils finirent par s'entendre sur tous les points. Leur projet était de se réunir en un seul métier sous ce titre pompeux de — *barbiers-perruquiers-baigneurs-étuvistes* — ; ils auraient agrandi leur société jusqu'au nombre de 200 maîtres pour la ville et la vicomté de Paris; et, formant ainsi une communauté indépendante, ils auraient recommencé la guerre avec leurs anciens maîtres avec plus d'espoir de succès. Des statuts dressés sur ces bases, en 1613, avaient eu déjà l'approbation du lieutenant civil et du procureur du Roi au châtelet de Paris; il fallut douze ans pour obtenir la sanction royale; mais enfin elle fut accordée par un édit du mois de mai 1655.

A quoi donc, durant ce temps, songeaient nos barbiers-chirurgiens ? Ils étaient occupés d'une bien autre affaire; ils prétendaient, eux aussi, se réunir aux chirurgiens de Saint-Côme, porter la toque et la robe, et échapper à la suzeraineté de la Faculté. Qu'advint-il de tant de projets ambitieux, de cette double réunion tentée, de cette double guerre engagée ? Laissez-moi respirer un peu d'air frais après avoir secoué la poussière de tant d'arrêts, d'édits et de procès, et remettons, s'il vous plaît, l'audience à une autre semaine.

Sur l'emploi de l'eau chlorurée dans la fièvre scarlatine; par M. le docteur CLEMENS, de Francfort.

M. Clemens a trouvé que l'eau chlorurée (*Aqua oxi-muriatica* de la pharmacopée de Prusse) agit à la manière des meilleurs antiphlogistiques, et il en a retiré des avantages très marqués dans toutes les épidémies de scarlatine qui se sont présentés à son observation.

Avant de prescrire ce médicament, il commence par combattre l'inflammation de la gorge et la congestion vers la tête au moyen d'un émétique, et par réprimer les autres symptômes graves de phlegmasie par l'emploi des émissions sanguines locales et des purgatifs légers.

C'est entre le cinquième jour et le huitième qu'il vient à faire prendre l'eau chlorée, et il la donne, aux enfans de huit à douze ans, à la dose de 4 à 15 grammes dans 125 grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerées à bouche dans les 24 heures. Il ne fait point édulcorer cette mixture, dans la crainte que l'addition d'un sirop quelconque ne détermine la décomposition du médicament.

Pendant la période de desquammation, M. Clemens fait continuer l'usage du même moyen, mais à doses plus éloignées, et en le faisant alterner avec des cathartiques, si les évacuations alvines sont difficiles et rares. (*Hufeland's Journal.*)

mort. Perrault, dans ses Mémoires pour servir à l'histoire naturelle des animaux, rapporte que chez un lion qui avait rendu une grande quantité de sang par la gueule, quinze jours avant de mourir, il trouva le poumon gâté, blafard, et plein de tubercules, le foie pâle et couleur de feuille morte ; chez une lionne il vit également les poumons altérés et des glandes livides dans le mésentère, et chez une civette femelle les poumons corrompus et remplis de pierres. Dans ces derniers temps, MM. Youart et Martin ont observé la phthisie pulmonaire chez le lion et le tigre, et M. Owen a rencontré des tubercules dans les poumons, le foie, la rate et les reins d'un kinkajou.

Après avoir parcouru toute la série animale, l'auteur traite des causes de la phthisie, et termine par les conclusions suivantes :

1° La phthisie tuberculeuse est de toutes les maladies chroniques la plus généralement répandue chez l'homme et chez les animaux.

2° Chez l'homme et les autres mammifères la matière tuberculeuse peut être facilement distinguée du pus récent toujours, chargé de globules grenus. Chez les oiseaux, les caractères de la nature tuberculeuse sont moins tranchés ; des corps étrangers introduits artificiellement dans les poumons et dans les chairs ne donnent pas pour résultat une humeur blanche, opaque, à globules grénus, mais une matière sèche, jaunâtre, sans globules, dont les caractères physiques se rapprochent de ceux des tubercules des mammifères.

Chez les reptiles, les poissons et les insectes, les caractères des tubercules sont encore moins distincts.

3° Le pus chez les mammifères, notamment chez le cheval, éprouve, après un long séjour dans les organes, des *transformations successives* à la suite desquelles il prend quelquefois l'apparence de la matière tuberculeuse.

4° Les tubercules pulmonaires chez l'homme et les quadrumanes ont généralement une teinte grise ; dans la pommelière de la vache, la matière tuberculeuse a ordinairement une teinte chamois.

5° Chez l'homme et les animaux, *le ramollissement central* des tubercules ne peut être attribué à l'inflammation ; jamais il n'offre de globules de pus. Le ramollissement *périphérique* des tubercules est au contraire le plus souvent favorisé par l'inflammation des tissus contigus ; presque toujours il est mélangé de globules de pus.

6° La matière jaune que l'on trouve dans les kystes hydatiques des ruminans (après l'affaissement ou la rupture spontanée des hydatides) a quelque analogie avec la matière de la pommelière ; mais les kystes remplis de cette matière jaune contiennent presque toujours des débris de la poche hydatique et quelquefois une certaine quantité de pus.

7° Les concrétions crétacées et calcaires (principalement composées de carbonate, de phosphate de chaux et d'une matière animale) qu'on observe dans les poumons chez l'homme et les animaux, ne doivent pas être considérées, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à ce jour, comme étant presque toujours une dernière modification du tubercule ; elles sont souvent chez l'homme et très souvent chez le cheval le résidu d'un petit dépôt de pus.

8° Chez plusieurs animaux, il se forme dans les poumons des *granulations vermineuses* et des *granulations morveuses*, qui, dans l'étude générale des granulations doivent être distinguées des granulations *tuberculeuses*.

9° Chez les quadrumanes et quelques oiseaux transportés des pays chauds dans nos climats, le développement de la phthisie se montre à son maximum de fréquence et presque à l'exclusion des autres maladies chroniques ; il est également favorisé par un changement de climat et d'alimentation chez d'autres animaux venant du nord, et particulièrement chez le renne.

10° La phthisie, rare chez les solipèdes en domesticité, est plus rare encore chez les carnassiers. Cette même rareté de la phthisie a lieu, parmi les oiseaux, chez les rapaces. Toutefois, malgré l'influence préservatrice d'une forte constitution et d'un régime animal, plusieurs carnassiers, le chat domestique et surtout le lion, le tigre, le jaguar transportés dans nos climats, peuvent être atteints de phthisie pulmonaire.

11° Par une sorte d'opposition, le chien domestique parmi les carnassiers, et le cheval parmi les solipèdes, sont bien moins sujets aux tubercules qu'au cancer, maladie que Camper regardait comme étrangère aux animaux.

12° Chez les ruminans, et spécialement dans l'espèce bovine, la phthisie est souvent associée aux vers vésiculaires, et en particulier à l'échinocoque ; mais contradictoirement à l'opinion plusieurs fois émise, il n'y a aucun rapport de transformation ou de succession entre les hydatides et les tubercules.

13° La dégénérescence graisseuse du foie témoigne ordinairement de la phthisie chez l'homme et de l'obésité générale chez les oiseaux.

14° Les altérations qu'on observe chez les sujets tuberculeux et spécialement chez ceux du nouveau continent paraissent analogues aux déformations, aux gonflemens, au ramollissement spongieux des os des enfans phthisiques ou scrofuleux. On observe de semblables altérations des os chez les carnassiers des pays chauds transportés dans nos climats.

15° Si la fréquence de la pneumonie et la rareté de la phthisie chez le chien domestique semblent indiquer un défaut de rapport entre ces deux maladies, il n'en est pas ainsi chez le veau, la vache et l'ânesse laitières, chez lesquels le dépôt de la matière tuberculeuse coïncide presque toujours avec une pneumonie chronique et progressive.

16° La phthisie pulmonaire est héréditaire, mais elle n'est presque jamais congénitale, même à l'état rudimentaire.

17° Chez les phthisiques, le sperme contenu dans les vésicules séminales offre peu ou point d'animalcules spermatiques.

18° Les ulcères du larynx, de la trachée et des bronches n'ont pas la même *signification* chez l'homme et tous les animaux. Chez le premier ils indiquent presque toujours la phthisie pulmonaire et parfois la syphilis ; chez les quadrumanes une affection tuberculeuse générale ; chez les solipèdes presque toujours la morve.

19° Dans le pneumo-thorax, il peut se former des *moisissures* sur la plèvre altérée d'un phthisique, comme il s'en produit quelquefois dans les sacs aériens des oiseaux tuberculeux ou atteints de lésions des organes de la respiration. Dans ce cas, comme dans tous ceux qui ont été observés chez les vertébrés, le développement de ces végétaux inférieurs est toujours un phénomène secondaire.

Telles sont les conclusions de ce travail important, dont nous espérons pouvoir donner à nos lecteurs un extrait plus étendu, et qui ouvre à l'observation pathologique une voie plus large et sans doute plus fertile en résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président annonce à l'Académie la mort de MM. Pelletier et Edwards, et invite M. Caventou à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Pelletier.

M. Caventou répond que son discours a été imprimé (*V.* le dernier numéro), et qu'un exemplaire en sera distribué à chacun des membres de l'Académie.

M. Boudet se plaint que l'Académie n'ait pas paru être convenablement représentée dans les funérailles de M. Pelletier ; il aurait désiré que quelques-uns des membres du conseil assistassent au convoi en costume officiel.

— *M. Chervin* commence la lecture d'un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. Ruis, touchant une épidémie de fièvre jaune qui a régné à la Martinique depuis le mois de septembre 1838 jusqu'au mois de juin 1839. — Cette lecture sera continuée dans la prochaine séance.

— *M. Thomas*, médecin à la Nouvelle-Orléans depuis dix-neuf ans, donne lecture de la relation d'une épidémie de fièvre jaune qui a régné dans cette contrée en 1841. — Ce travail est divisé en quatre parties : 1° causes générales de la maladie ; 2° description de ses caractères ; 3° relevé d'un grand nombre d'observations ; 4° traitement qui a été employé. Les trois premiers points ne nous ont paru offrir rien de bien important à signaler. A peu de choses près, tout s'est passé comme dans les autres épidémies du même genre. Dans la partie qui concerne le traitement, M. Thomas s'élève contre l'usage du sulfate de quinine, qui a été préconisé par plusieurs médecins ; c'est là, dit-il, une médication toujours inutile et quelquefois dangereuse. Il lui préfère de beaucoup les émissions sanguines générales et locales et les révulsifs sur le tube intestinal dans les deux premières périodes de la maladie. Lorsque l'affection est sur son déclin, il a recours avec beaucoup d'avantage aux frictions irritantes. M. Thomas termine son travail par de courtes considérations sur la non contagion de la fièvre jaune. L'épidémie dont il a donné la relation lui a fourni un grand nombre de preuves à l'appui de cette opinion et il ne comprend pas que des observateurs exacts et instruits puissent encore se refuser à l'adopter. Cette lecture a captivé l'attention des membres de l'Académie.

— *M. Malgaigne* continue la lecture qu'il a commencée dans la dernière séance. Mardi dernier, MM. les académiciens avaient appris comment Homère entendait l'anatomie ; M. Malgaigne leur a dit aujourd'hui le dernier mot sur la physiologie que renferment l'Iliade et l'Odyssée du célèbre poète grec. Cette seconde partie du travail de M. Malgaigne a été écoutée avec un vif intérêt.

— *M. Pache* met sous les yeux de l'Académie un jeune homme de dix-neuf ans, qui porte depuis environ six mois une luxation des deux premières pièces du sternum. — M. Maisonneuve vient de publier dans les Archives générales de médecine un excellent mémoire sur cette affection. Nous donnerons un résumé détaillé de ce travail dans notre supplément du 1er août.

— *M. Denonvilliers* met sous les yeux de l'Académie une tumeur éléphantiaque qu'il a extirpée sur la grande lèvre gauche d'une fille de dix-neuf ans. Une tumeur de même nature existe sur la grande lèvre droite.

Le même chirurgien présente également une portion d'intestin provenant d'un sujet opéré d'une hernie inguinale.

Ces deux faits sont intéressans à plus d'un titre. C'est pourquoi, dans le prochain numéro, nous les publierons avec tous leurs détails.

Il est cinq heures, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 5 mai 1842.

A trois heures M. Fouquier occupe le fauteuil. — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. Puzin demande la parole et raconte la guérison complète et rapide de l'homme frappé d'impuissance dont l'histoire est rapportée au long dans le procès-verbal. Il fait honneur de cette cure aux conseils que lui ont donnés MM. Guillon et Sterlin. Il a effectivement, comme ils l'avaient recommandé, exploré le canal de l'urètre : la sonde a rencontré deux rétrécissemens ; l'un à la fosse naviculaire et le second vers le bulbe de l'urètre. Il s'est produit un déchirement suivi d'une sensation voluptueuse d'abord, douloureuse ensuite. Ce conseil d'explorer le canal de l'urètre, a déjà été donné par les professeurs Piorry, et Lallemand de Montpellier.

M. Puzin a soumis aussi le pénis à l'action d'une ventouse ordinaire, qui a causé la turgescence de l'organe sans déterminer l'érection, qui n'a été causée, suivant lui, que par la titillation de l'urètre.

M. Belhomme termine l'examen verbal de l'ouvrage de MM. Thore et Aubanel. Ces auteurs admettent six formes de folies : la manie, la monomanie, la lipomanie, l'idiotisme, la stupidité et la démence. Notre confrère n'admet que trois formes : la manie, la démence, l'idiotie ; il qu'on croit peut rapporter à ces trois types tous les genres de folies.

Il est hors de doute que beaucoup d'individus perdent la raison par ambition ou par une trop grande préoccupation d'idées religieuses. A laquelle de ces deux causes faut-il attribuer plus d'influence dans la production de ces maladies ? Le rapporteur pense que c'est une question de lieux et de circonstances. Pendant les commotions produites par les bouleversemens des empires et l'élévation subite et imprévue de gens obscurs, on deviendra fou par ambition ; on le deviendra par suite d'idées religieuses si le siècle est croyant, ou si une cause quelconque, une mission, par exemple, venait tout à coup tourner les esprits vers des méditations de cette nature.

MM. Thore et Aubanel ont constaté qu'il y avait plus de guérisons en août, juillet et septembre ; mais il est probable que cela tient à ce qu'il y a plus d'admissions à ces époques. On est, en effet, d'autant plus fondé à croire que la maladie cèdera, qu'elle est plus près du temps de son apparition. C'est durant le premier ou le second mois que les malades qui doivent guérir recouvrent la santé.

La démence accompagnée de paralysie, est celle qui le plus communément cause la mort.

On ne peut encore décider si la folie se rencontre plus souvent chez les jeunes mariés, chez les célibataires ou chez les veufs.

Les auteurs du mémoire ont terminé par la description des altérations trouvées presque toujours après la mort. Malheureusement on n'a fait que 70 autopsies, et c'est peu sur 3,931 fous qui ont été soumis aux observations.

Tels sont, Messieurs, ajoute le rapporteur, les faits nombreux que renferme le travail de MM. Thore et Aubanel. De ces faits on doit conclure :

1° Que la folie est une maladie qui sévit principalement dans l'âge moyen de la vie ; âge des passions.

2° Que la mort est rapide ou lente, et que, dans ce dernier cas, il y a presque toujours altération de l'encéphale.

3° Que le nombre de ces altérations est assez considérable pour coïncider, sinon avec chaque symptôme, au moins avec un ensemble de symptômes.

4° Qu'il faut cultiver avec le plus grand soin l'anatomie pathologique, sur laquelle on semble vouloir jeter de la défaveur ; que la folie n'est pas une simple aberration de l'entendement ; que le traitement doit par conséquent être physique et moral.

Je demande, ajoute M. Belhomme, qu'une lettre de remercîmens soit adressée à MM. Thore et Aubanel, et que leur ouvrage soit conservé dans les archives de la Société. Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

M. Sorlin demande si certaines névropathies, susceptibles d'exciter et de simuler une manie durable ; celles, par exemple, qu'amène l'extirpation de l'utérus, ne sont pas causées par un état du cerveau qui, tôt ou tard, ont amené l'explosion de cette maladie ?

Notre confrère ne pense pas non plus que la statistique soit assez avancée pour qu'il soit possible de désigner dans quels mois, dans quelles circonstances, ou dans quels lieux se trouvent plus d'aliénés. Il ne croit pas que jusqu'à présent les lésions organiques trouvées à l'ouverture des maniaques aient fourni des indications formelles propres à éclairer sur la nature de la folie.

M. Belhomme répond qu'il admet des névropathies sans lésions du cerveau, mais il soutient qu'elles existent toujours dans la manie, et l'ouvrage de MM. Thore et Aubanel le prouve, ajoute-t-il, puisque sur quarante maniaques, un seul, à l'autopsie, n'a offert aucune lésion appréciable.

Il est à regretter, dit M. Nauche, que MM. Aubanel et Thore n'aient pas assez précisé le siége des altérations pathologiques observées dans l'aliénation, et apprécié leurs rapports avec cette affection.

Le cerveau n'a pas besoin de toutes ses parties pour l'exercice de chacune de ses fonctions. Les lobes supérieurs, sa portion centrale, comprenant principalement les parois de ses ventricules, et leur prolongement jusqu'à la protubérance annulaire, paraissent exclusivement les organes des facultés intellectuelles, et sont à ces facultés ce que les nerfs optiques et les portions de ce viscère en communication avec eux, sont à la vue. On ne peut léser ces parties sans qu'il en résulte des désordres dans l'entendement.

Les autres portions du cerveau, les circonvolutions extérieures de ses parties latérales et inférieures, le cervelet, la moelle allongée, la moelle de l'épine, sont étrangères aux fonctions mentales ; elles peuvent être diversement altérées sans qu'il en résulte pour elles de désordres sensibles. Les lésions de ces parties occasionnent fréquemment l'aliénation mentale, mais ce n'est point par elles-mêmes, c'est en déterminant des modifications dans les portions de ce viscère chargées des fonctions intellectuelles.

M. Tanchou. M. Nauche dit que certaines parties du cerveau peuvent seules être le siége de l'intelligence et de la folie ; mais connaît-on bien véritablement où elles sont placées. Des épanchemens surviennent en différens points, et donnent lieu à des désordres de l'intelligence ; l'altération d'un organe éloigné, de l'estomac, du foie, de l'utérus, donnent lieu à une maladie mentale. Les phrénologistes n'ont point assez réfléchi sur ce point.

M. Belhomme. La folie n'est souvent que la surexcitation d'un organe de l'encéphale ; je suppose toujours, chez celui qui est atteint de cette maladie, une prédisposition existante dans le cerveau. C'est donc ici qu'il faut rapporter la cause véritable, quelque éloignée que soit la cause occasionnelle. La catastrophe du chemin de fer n'a donné lieu qu'à l'explosion de deux ou trois folies, il y avait cinq cents personnes pour témoins de ce désastre.

La séance est levée à cinq heures.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

Correspondance.

Réflexions sur les moyens de distraction employés dans le traitement des maladies mentales.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous soumettre quelques-unes des réflexions qui m'ont été suggérées par la vue et l'audition des différens spectacles donnés au bénéfice des aliénés. Loin de moi la pensée d'aller fouiller dans les chroniques anciennes, dans les annales des peuples étrangers, pour y trouver l'idée de priorité. J'accepte comme nouveau tout ce qu'on m'a dit, tout ce qu'on m'a montré. Les hommes honorables maintenant en scène sont la meilleure des garanties en faveur de ces faits. Ceci posé, je m'explique. Chaque individu a son point de vue, d'où il juge d'après ses impressions : aussi j'espère qu'on me pardonnera ce que je vais dire sur ce sujet délicat. Témoin à différentes reprises de ces exhibitions publiques ou privées, voici ce que j'ai cru remarquer.

Soixante-dix, quatre-vingts aliénés, un peu plus, un peu moins, composent l'auditoire. C'est un nombre fort respectable, mais dans toute addition il y a une réunion de chiffres, dans toute proposition il y a des élémens divers, voilà le point capital. Vous avez bien cent aliénés sous les yeux, mais avez-vous là cent acteurs, cent parties prenantes ? c'est ce que je ne saurais accorder. Les deux tiers ont l'œil distrait, fixe, errant çà et là, ou bien d'une extrême mobilité ; je reconnais des démens, des imbéciles, des maniaques, des idiots ; en un mot, je vois des corps : des âmes, point. Ce sont les figurans, les comparses, si vous voulez ; mais certes il n'y a point là d'acteurs ou de spectateurs intéressés. Le dernier tiers a plus d'activité, il occupe le devant de la scène ; on sent qu'il est là pour son compte : celui-là mérite une attention spéciale. Je l'examine avec tout le soin convenable, mais je ne tarde pas à m'apercevoir que les élémens sont encore fort divers : ainsi, je distingue parmi ces aliénés quelques démens et imbéciles qui, pour parler le langage physiologique, ont une protubérance pour une chose ; ils l'exécutent sans saisir aucun rapport entre cet acte et les idées qu'il devrait réveiller. Des maniaques, à intervalles lucides ou d'une folie tranquille, succèdent aux premiers ; mais en les regardant avec soin, on a la certitude qu'ils ne prêtent qu'une médiocre attention au rôle qu'on leur fait jouer. Restent les monomaniaques et les convalescens : ceux-là sont les véritables chefs d'emploi, et encore les lypémaniaques ont besoin d'être sans cesse stimulés pour accomplir leur tâche jusqu'au bout. Au mouvement de leurs yeux, à leurs gestes, on comprend que l'idée triste ne les a pas abandonnés. C'est avec de pareils élémens que les médecins intelligens dont nous parlons parviennent à faire chanter des messes, à réciter des prières, à déclamer des vers, à exécuter des morceaux de musique. C'est une justice qu'il faut leur rendre, rien ne leur coûte pour remplir la tâche qu'ils se sont imposée : répétitions, séances de plusieurs heures, encouragemens, récompenses, punitions, tout est employé. L'exemple des médecins, des artistes qui les secondent, des administrateurs qui suivent avec zèle ces expériences, ne saurait être trop loué. Mais obtient-on par ces moyens variés des guérisons plus nombreuses ? Nous ne le croyons pas. Les convalescens seuls retirent des avantages réels de cette méthode. Quant aux autres malades, la plupart sont totalement étrangers à ce qui se passe autour d'eux ; quelques-uns sont momentanément distraits ; d'autres ne se livrent qu'avec contrainte à ces délassemens ; mais ce qu'il y a de positif, c'est que les exercices sont à peine terminés qu'on les voit presque tous revenir à leurs habitudes, à leurs idées, à leurs actions. A quoi donc servent tous les moyens de distraction employés avec tant de persévérance et de sagacité depuis quelques années ? à occuper les aliénés, à remplacer les longues heures d'inaction auxquelles ils étaient condamnés. Sous ce rapport, on ne saurait trop varier ces délassemens : avec le travail, ils contribuent à établir parmi eux ces habitudes régulières, et peut-être ce moyen pourra-t-il être la cause de la guérison de plusieurs. Mais, je le répète, et ma conviction est profonde sur ce point, les convalescens seuls en retireront un avantage réel.

Un médecin d'aliénés.

Paris, 26 juillet 1842.

Monsieur le Rédacteur,

La lettre de M. Legros, insérée dans votre numéro du 21, étant restée jusqu'ici sans réponse, des médecins m'ont engagé à vous communiquer l'explication suivante de l'accident que tout le monde déplore.

En lisant les détails de l'autopsie de Monseigneur le duc d'Orléans, je me suis tout de suite figuré qu'il était tombé sur les pieds. Il est impossible de concevoir autrement la fracture « de la selle turcique, » d'une grande aile du sphénoïde, la désunion de la suture écailleuse » du temporal, des sutures sphéno-pétrée, lambdoïde, sphénoïdale, » écailleuse et mastoïdienne gauche, etc. »

Le prince aura sauté hors de sa voiture comme il avait l'habitude, et probablement à pieds joints, à cause de la portière qu'il avait à franchir, de son uniforme et de son pantalon fortement monté ; il ne pouvait sauter autrement. Dans cette hypothèse, il sera tombé sur les talons, le corps raide et le jarret tendu. La commotion se sera communiquée par la colonne vertébrale à la base du crâne, où elle a produit tout le désordre que nous venons de signaler, excepté « les contusions » de la joue droite, du sourcil droit, du front, des genoux et de la » hanche », qui se sont produites quand le corps sera arrivé horizontalement sur le sol. Quant à « la tumeur sanguine à droite et derrière » le crâne », elle résulte de la grande quantité de vaisseaux qui existent dans cette partie, et vient justement à l'appui de l'explication que je viens de donner.

Si Monseigneur le duc d'Orléans était tombé de sa voiture, la tête aurait porté la première sur le pavé ; les contusions du visage et de la tête eussent été plus fortes, et le crâne eût été enfoncé ou fracturé en étoile sur ce point.

On ne saurait admettre, comme l'a fait M. Legros, le passage d'une des roues sur la tête ; celle-ci a été projetée trop loin, et d'ailleurs le cou eût offert des lésions qui n'existaient pas.

Agréez, etc. TANCHOU.

Ce 26 juillet.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Cas spéciaux de l'emploi de l'huile de foie de morue.

M. V. Stoeber, après des expériences nombreuses, établit que cette substance paraît surtout produire de l'effet dans les cas de maladie scrofuleuse des systèmes osseux et fibreux, telles que caries, tumeurs blanches, etc., mais que son action est nulle dans les engorgements glanduleux.

Un petit garçon de cinq ans était affecté de teigne faveuse et d'une tumeur blanche considérable du genou, avec une ulcération de 7 centim. de longueur sur 5 centim. de largeur. La jambe, très amaigrie, était fléchie à angle aigu sur la cuisse. Après divers traitemens, M. Stoeber mit le malade à l'usage de trois cuillerées d'huile de foie de morue par jour, et fit panser l'ulcère avec des compresses imbibées de cette même huile. Au bout de trois mois l'ulcère était déjà cicatrisé, et le volume du genou malade était réduit de moitié. Dès lors, la jambe put être assez étendue pour permettre au petit malade de marcher en s'appuyant sur la pointe du pied.

Un autre garçon de douze ans, lymphatique, portait depuis quelques années au doigt indicateur un ulcère blafard qui occupait toute l'extrémité du doigt jusqu'au milieu de la seconde phalange, avec tuméfaction de l'os de la dernière phalange. Après divers traitemens infructueux, M. Bégin, dans le service duquel le malade était placé, ne voyait plus d'autre ressource que l'amputation du doigt. L'enfant, ayant refusé de se laisser opérer, fut placé dans l'une des salles de M. Stoeber, qui le soumit exclusivement à l'usage intérieur et extérieur de l'huile de foie de morue. Sous l'influence de cette médication, l'ulcère ne tarda pas à revêtir un meilleur aspect, et la guérison complète fut obtenue dans l'espace de cinq mois.

De ses observations, M. Stoeber conclut au peu d'efficacité de l'huile de foie de morue dans les engorgements glanduleux du cou, et, par contre, à une efficacité réelle de ce médicament dans les affections du système osseux, à l'inverse de l'iode qui jouit d'une puissance bien reconnue contre les indurations glanduleuses et qui ne réussit que bien rarement contre les scrofules des os.

(*La Clinique des hôpitaux des enfans*, juin 1842.)

Poudre dentifrice ; son emploi.

Pr. Poudre de suie de bois tamisée, 30 grammes.
Poudre de fraisier, 20
Eau de Cologne, quelq. goutt.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

Une pincée de cette poudre suffit pour maintenir les dents dans un état de blancheur remarquable et pour tonifier les gencives. M. le docteur E. Kemmerer, à qui l'on doit la formule de cette préparation, en a conseillé l'usage, dans sa pratique, à des personnes qui n'ont eu qu'à s'en louer, et il a cru voir que tous ceux qui s'en servaient conservaient leurs dents dans un état d'intégrité parfaite. Il ne doute pas qu'à l'aide de cette poudre on ne puisse arrêter bon nombre de caries, et la facilité de son acquisition fera que, sans le secours d'un dentiste, on ne verra plus de gencives ulcérées par le tartre.

(*Journ. des Conn. médico-chirurg.*; juillet 1842.)

Emploi thérapeutique du nitrate d'argent à l'intérieur.

M. le docteur Fischer, de Tambach, a trouvé le nitrate d'argent fondu très efficace dans les gastralgies provenant d'affections purement dynamiques des nerfs de l'estomac, surtout chez les femmes. Il donne ce sel à la dose de quatre à cinq milligrammes (environ un douzième de grain), soit en pilules soit en potion. Il l'a prescrit sans aucun avantage dans les cas de gastralgie reconnaissant pour cause éloignée la diathèse hémorrhoïdale et parvenue déjà à un état tout à fait indépendant de cette dernière.

(*Hufeland's Journal*, 1841.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Modification du procédé de carbonisation dans les recherches chimico-légales.

M. Millon a lu à l'Académie des sciences un travail sur l'acide azotique dans lequel il est dit que les matières organiques sont beaucoup plus promptement et plus complétement brûlées par cet acide, lorsque l'on ajoute une petite quantité de chlorate de potasse.

M. Orfila a voulu savoir jusqu'à quel point cette donnée pourrait avantageusement modifier le procédé de carbonisation par l'acide azotique qu'il avait proposé en 1840 ; il a, en conséquence, empoisonné plusieurs chiens avec du tartre stibié, et, en agissant sur leurs foies, il s'est assuré que l'on obtenait aisément des charbons secs et friables en traitant 100 grammes de foie desséché par 100 grammes d'acide azotique concentré, marquant 41 degrés à l'aréomètre, et par 6 gramm. 6 décigr. de chlorate de potasse cristallisé, pourvu que la température du fourneau sur lequel était placée la capsule fût moyennement élevée. Il suffisait de faire bouillir ces charbons pendant vingt ou vingt-cinq minutes avec de l'acide chlorhydrique étendu de son volume d'eau, pour obtenir un liquide transparent et jaunâtre, qui ne moussait pas quand on l'introduisait dans un appareil de Marsh, et qui donnait à l'instant même de nombreuses et larges taches antimoniales. Quand le fourneau n'était pas suffisamment chauffé, la carbonisation s'effectuait sans flamme, et il restait un charbon gros, qui fournissait avec l'acide chlorhydrique un solutum noirâtre moussant beaucoup dans l'appareil.

M. Orfila déclare qu'il est convaincu d'avance qu'il en sera des sels de bismuth, d'étain, d'argent, d'or, etc., comme des sels d'antimoine, et qu'il faudra désormais carboniser les foies des animaux empoisonnés par ces sels, avec de l'acide azotique concentré, mélangé d'un quinzième de son poids de chlorate de potasse cristallisé.

(*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, juillet 1842.)

Analyse chimique de la racine de patience.

Cette analyse, due à M. D.-E. Riegel, a été faite sur la racine du *rumex obtusifolius*, que l'auteur considère comme fournissant la patience du commerce. On lui substitue, dit-il, la racine des *rumex nemorosus* et *rumex crispus*. Il est plus exact de dire que l'on emploie assez indifféremment, comme racine de patience, et suivant les localités, toutes les espèces de *rumex* qui appartiennent à la section du genre qui porte un tubercule à la base du périgone et dont les feuilles ne sont pas acides.

1000 grains de racine de patience contiennent :

Eau,	170,00
Résine,	3,50
Rumicine,	21,05
Soufre,	0,45
Acétate de potasse et de chaux,	traces.
Acétate de magnésie,	3,50
Matière extractive (semblable au tanin),	87,50
Amidon,	95,50
Chlorure de potassium,	1,80
Malates de chaux et de magnésie,	5,30
Mucilage,	48,00
Phosphate de chaux,	2,75
Alumine durcie,	40,00
Principe ligneux,	341,00
Perte,	2,41
	1000,00

La rumicine a déjà été observée par Geiger dans le *rumex patientia* ; elle a la plus grande ressemblance avec le rhubarbarin.

1000 grains de racine de patience ont donné 90 grains d'une cendre contenant :

Chorure de potassium,	1,25
Silice,	7,50
Phosphate de chaux,	3,25
Alumine,	traces.
Carbonate de chaux avec un peu de sulfate de la même base,	76,00
Carbonate de magnésie,	1,75
Perte,	0,75
	90,000

(*Journ. de Pharm. et de chim.*)

Bandelettes agglutinatives de caoutchouc.

Le caoutchouc a déjà rendu de grands services à la médecine, et sans aucun doute il est appelé à en rendre beaucoup d'autres encore.

M. le docteur E. Kemmerer s'est servi de bandelettes et d'emplâtres agglutinatifs au caoutchouc, qui ont pour propriété de conserver toujours la même mollesse et de pouvoir être préparés sur-le-champ. On peut également les arroser d'huile de croton, les saupoudrer de poudres diverses, etc.

La manière de préparer ces toiles est très simple. On prend un morceau de gomme élastique dont on touche toute la surface avec un cautère rougi à blanc : le caoutchouc se fond aussitôt en une masse molle. Alors, on prend un morceau de verre de la largeur de la toile, et on s'en sert pour presser et écraser la masse de gomme élastique ramollie. En effet, le verre, pressé par la main, force le caoutchouc à s'étaler entre la toile et lui ; mais comme cette substance adhère très fortement à la toile, et très peu, au contraire, à la surface vitreuse, il est toujours facile d'enlever cette dernière et de la séparer de la surface lisse de la bandelette.

Lorsqu'on veut faire cette préparation, on ne doit pas perdre de vue qu'un très petit morceau de caoutchouc suffit pour recouvrir, comme il convient, une assez grande étendue de toile.

(*Journ. des conn. médico-chirurg.*; juillet 1842.)

NOUVELLES.

M. le docteur Furnari ayant rempli la mission scientifique dont il avait été chargé en Algérie, est de retour à Paris.

— M. W. Edwards, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, est mort à Versailles le 23 juillet.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 30 JUILLET 1842. (15e ANNÉE.) N° 91. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

MALADIES RÉGNANTES. — FIÈVRES TYPHOIDES.

Nous avons indiqué dans un précédent article d'une manière générale les principaux traits de la maladie régnante, traits auxquels il était aisé dès le début de reconnaître la fièvre typhoïde; nous allons essayer aujourd'hui d'en esquisser les caractères les plus saillans, et de signaler les particularités qui ont pu fixer notre attention.

Disons d'abord que la maladie frappe plus particulièrement sur la classe indigente, celle qui alimente à peu près exclusivement les hôpitaux. On en observe bien quelques cas en ville aussi, mais ils paraissent être dans une grande disproportion avec le nombre de ceux qu'on reçoit journellement dans les hôpitaux. Il est même remarquable, si nous nous en rapportons aux déclarations qui nous ont été faites par plusieurs des médecins qui sont en possession de la clientelle des gens opulens, que dans cette classe les cas sont extrêmement rares. La maladie paraît frapper avec la même fréquence et la même intensité les enfans et les adultes. On voit à l'hôpital des Enfans, une proportion au moins égale de cas de fièvres typhoïdes à celle des hôpitaux d'adultes. Quant à la proportion des sexes, notre observation a confirmé ce que nous avions déjà avancé, c'est-à-dire une proportion beaucoup moins grande de femmes que d'hommes. La fièvre typhoïde actuelle, ne diffère point essentiellement dans son expression générale, de la fièvre typhoïde sporadique ou de celle que l'on observe assez habituellement tous les ans dans cette saison. Si elle mérite le nom d'épidémie, c'est plutôt par le grand nombre de sujets qu'elle affecte en même temps que par un caractère spécial qui la doive faire distinguer de la fièvre typhoïde ordinaire et qui puisse constituer aux yeux de l'observateur le vrai génie épidémique. Elle ne diffère en rien, quant au fond, de la maladie qu'il nous est donné d'observer tout le long de l'année; et quant à ses formes, à la prédominance près de quelques-unes, on peut à peu près les observer toutes avec leurs variétés et avec cet appareil de symptômes si variables et si mobiles qui la caractérisent. Il n'en a cependant pas été ainsi au début, car, ainsi que nous l'avons signalé, la forme ataxique a eu dès le principe une prédominance très prononcée sur toutes les autres formes et un caractère de gravité que les autres formes n'ont présenté que dans une proportion beaucoup moins grande. Cette forme est celle qui domine encore encore chez les enfans, mais chez les adultes il nous a paru qu'il y avait un décroissement sensible dans la proportion relative des accidens cérébraux qui impriment à la maladie un caractère grave, une marche rapide et une terminaison le plus souvent funeste.

A l'heure qu'il est, la maladie nous semble offrir, dans des proportions à peu près égales, les formes ataxique, adynamique ou putride, sans qu'aucune autre circonstance que les conditions individuelles et les prédispositions résultant de la prédominance constitutionnelle de tel ou tel système explique ces différences. Si nous nous en rapportons même à nos dernières impressions, nous ne serions pas éloignés de considérer la forme putride comme celle qui tendrait à devenir la plus fréquente et à prendre à son tour le dessus sur la forme ataxique.

Ce sont là, du reste, de ces variations qui n'ont rien d'insolite, et qui se présentent dans un ordre de succession plus ou moins régulier dans le cours de la plupart des épidémies. Quoi qu'il en soit, à part les symptômes particuliers à la complication cérébrale, symptômes qui, par leur extrême gravité et leur fréquence, impriment bien une physionomie particulière à la maladie dans son début, elle n'offre actuellement, à quelques particularités près, que nous allons faire connaître, rien d'insolite dans sa marche et dans ses symptômes.

Parmi les symptômes accessoires de la maladie, il en est un qui a particulièrement frappé, dès le principe, la plupart des médecins des hôpitaux, c'est l'extrême abondance de l'éruption pétéchiale chez un très grand nombre des malades. Nous avons déjà signalé cette circonstance, sur laquelle M. Rayer avait fixé le premier notre attention; nous avons depuis constaté ce fait dans presque tous les autres services. Chez M. Rostan, nous avons vu plusieurs malades couverts de pétéchies confluentes; M. Andral a signalé la même circonstance; de sorte qu'on peut considérer cette éruption comme un des caractères de cette épidémie; mais hâtons-nous d'ajouter que ce n'est qu'un caractère d'une médiocre valeur et dont on ne saurait rien déduire d'important pour le pronostic, car on les observe indistinctement dans les cas légers comme dans les cas graves. Une coïncidence sans doute toute fortuite avait fait considérer cette éruption pétéchiale abondante comme un signe grave par M. Andral; car nous avons eu l'occasion depuis de nous assurer que sur un assez grand nombre de malades présentant cette éruption à un très haut degré, la maladie s'était terminée heureusement.

M. Rostan a remarqué même, contradictoirement à l'observation de M. Andral, que les maladies qui avaient offert un très grand nombre de pétéchies avaient en général été les moins graves; de sorte qu'on ne peut en définitive rien fonder sur ce signe.

Un épiphénomène toujours très fâcheux et dont la gravité ne s'est point démentie dans cette circonstance a été observé chez plusieurs malades: nous voulons parler de l'hémorrhagie intestinale. Les malades qui ont présenté cet accident ont presque tous succombé. Chez quelques-uns l'hémorrhagie a été été tellement abondante qu'elle a même causé la mort immédiatement. Nous avons vu un malade ainsi foudroyé par l'hémorrhagie dans le service de M. Bouillaud.

Telles sont les particularités qui ont le plus spécialement fixé notre attention. Nous sommes loin de prétendre avoir esquissé un tableau succinct et surtout complet de la maladie: nous ne donnons que le résultat nécessairement incomplet, à raison même du grand nombre de malades et de la multiplicité des services sur lesquels a dû se porter alternativement notre attention. Un examen comparatif plus circonstancié et plus détaillé nous est nécessaire pour apprécier l'influence des différentes formes et des variétés de la maladie, sur sa marche, sa terminaison, et sur les proportions de la mortalité ou de la curabilité.

Quant au traitement, nous ne pourrions encore en formuler les principes que sur des données trop vagues et trop générales. L'énoncé seul des méthodes que nous avons vu mettre en usage nous entraînerait au-delà des limites qui nous sont prescrites dans cet article, tant elles sont nombreuses et variées. Ce ne sera pas une faible tâche que de chercher à apprécier leur valeur comparative; c'est cependant un devoir que nous nous efforcerons de remplir.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Purpura hemorrhagica présentant les caractères des éruptions de la scarlatine, de la rougeole et de la variole simultanément. Commencement d'escharre à la face. Hémorrhagies. Mort. Autopsie.

Le 21 juillet est couché au n° 17 de la salle Saint-Ferdinand le nommé François Raymond, âgé de vingt-trois ans, cordonnier. Ce garçon entra, il y a environ un mois, à la salle Saint-Charles du même hôpital pour y être traité de la fièvre, dit-il; il y resta trois semaines, il y fut saigné deux fois, eut des ventouses sur la poitrine, et on lui fit prendre un purgatif; il en sortit le dimanche 17 juillet, ne se sentant pas encore très bien portant.

Le lundi, il eut de la céphalalgie, des envies de vomir, de la fatigue dans les membres. Il se mit au lit le mardi, et entra le jeudi à l'hôpital.

En apercevant ce malade, on est sur-le-champ porté à croire

FEUILLETON.

Mémoire sur une nouvelle méthode opératoire par la scléroticotomie sous-conjonctivale pour l'extraction des cataractes capsulaires secondaires; par M. le docteur VALLEZ, ophthalmologiste, médecin belge. Lu à la Société anglaise de médecine de Paris (*Parisian medical Society*) le 21 juillet.

L'observation démontre que les surfaces ulcérées, les plaies en particulier, laissées au contact de l'air, s'enflamment, et qu'il en résulte pour le malade des douleurs plus ou moins vives; et que, d'un autre côté, le même agent détermine d'ordinaire la suppuration de ces surfaces, c'est-à-dire la guérison par seconde intention. C'est cette idée qui sans aucun doute a donné naissance à l'ingénieux procédé des méthodes sous-cutanées et sous-conjonctivales. Ainsi, par exemple, quels services ne rendent-elles pas dans les épanchemens interarticulaires, dans les foyers purulens consécutifs aux abcès par congestion, dans le strabisme, etc. Ces succès ne sont-ils pas dus à ce que l'organisation des cicatrices sous-cutanées se fait immédiatement par suite du défaut de communication des plaies avec l'air extérieur.

Des résultats aussi brillans, aussi exempts de danger, nous ont conduit à nous demander s'il ne serait pas possible d'étendre, en ce qui touche l'œil, le procédé sous-conjonctival à l'extraction scléroticale des cataractes capsulaires secondaires, en modifiant la méthode de M. Sichel. Tout le monde sait la difficulté qu'on éprouve dans certaines circonstances données d'abaisser les capsules devenues opaques après l'opération de la cataracte, et même l'impossibilité où l'on est dans quelques cas de débarrasser la pupille de ces opacités: tantôt c'est un filament extensible de lymphe plastique qui les tient attachées à l'iris; tantôt ce sont de véritables fausses membranes qui les retiennent dans la chambre postérieure, et que l'aiguille ne peut détruire; ici la capsule, après avoir été détachée, flotte çà et là et empêche la vision; là, au contraire, retenue en bas ou ailleurs par un ou plusieurs filamens d'une faiblesse extrême, elle flotte à la manière d'une trappe et masque ainsi l'ouverture pupillaire. L'extraction par la cornée devient presque impraticable, lorsque de grandes adhérences existent, qu'il y a rétrécissement de la pupille, que des opacités recouvrent une plus ou moins grande partie de sa surface. Enfin l'abaissement soit par la cornée, soit par la sclérotique, offre beaucoup de difficultés, indépendamment de celles que nous avons déjà signalées, par exemple, quand on veut saisir avec la pince, dans certains cas donnés, la capsule opaque libre dans l'œil. C'est pour ces motifs et d'autres encore que l'extraction scléroticale a été imaginée par M. Sichel, et, sans aucun doute, cette opération est appelée à rendre de grands services dans la chirurgie oculaire. Néanmoins nous ne pensons pas qu'elle doive être pratiquée comme l'a recommandé son inventeur, et nous espérons que l'on comprendra facilement les motifs sur lesquels nous nous appuyons pour proposer un procédé qui présente moins de chances d'inflammation consécutive.

S'il est vrai que l'on réussisse en extrayant les capsules opaques par une incision parallèle de la conjonctive et de la sclerotique dans la direction transversale de l'œil, ou suivant le sens des fibres du muscle droit externe (voy. la *Gazette des Hôpitaux* du 24 nov. 1840), s'il est vrai que d'après nos propres observations, l'inflammation de l'œil après l'extraction scléroticale soit l'exception, il n'en reste pas moins démontré, comme fait d'observation venant à l'appui de nos propositions, que si cette opération est innocente dans beaucoup de cas, dans d'autres, au contraire, elle peut être suivie de suppuration de la sclérotique. Dans ce cas, tantôt le pus fuse en dehors; tantôt il se fraie une route en dedans dans les chambres antérieure et postérieure, et alors sa présence détermine des accidens inflammatoires de l'ensemble de l'organe. Malheureusement ce n'est pas encore la seule route que puisse prendre le pus; on comprendra aisément que ce liquide détache peu à peu la sclérotique de la choroïde et celle-ci de la rétine; que les séreuses qui unissent ces diverses membranes s'enflamment, et qu'il en résulte des ravages tels, que la destruction de la vision puisse en advenir.

Malheureusement l'anatomie pathologique ne nous a encore fourni aucune preuve d'adhérence établie entre les membranes par suite de la scléroticotomie, mais l'observation personnelle nous a donné celle que la sclérotique pouvait suppurer et qu'il pouvait en résulter pour le moins un hypopion et une ophthalmie interne avec toutes leurs conséquences.

A quoi peut tenir, dans de pareilles circonstances, l'inflammation de l'œil? c'est une question qui nous reste à examiner. D'abord l'exposition à l'air des bords libres de la plaie qui restent toujours fortement écartés l'un de l'autre dans cette opération, peut passer pour l'une des causes principales. Cet écartement s'explique parce que les muscles de l'œil comprimant les milieux réfringens, chassent à travers la plaie une plus ou moins grande partie du corps vitré, dont la membrane d'enveloppe se trouve saisie et arrêtée entre les lèvres de la plaie avec une partie de la rétine.

Ces membranes obéissent au mouvement d'expulsion des milieux dans le moment où l'opérateur, ayant introduit les pinces, en écarte les branches pour saisir la cristalloïde; enfin les frottemens continuels et immédiats de la paupière supérieure sur la plaie, bien qu'on prenne la précaution de fermer les yeux en appliquant sur ces organes des compresses glacées, peut bien rendre compte, concurremment avec l'action de l'air ambiant, des désordres qui peuvent suivre l'opération. En dehors de ces accidens, il est un inconvénient du procédé de M. Sichel, que je crois devoir signaler, parce qu'il n'a échappé à aucun des médecins qui ont vu faire ou qui ont pratiqué eux-mêmes cette opération: je veux parler du collapsus de l'œil.

L'ouverture que fait d'ordinaire cet ophthalmologiste, ayant près d'un centimètre et demi de longueur, permet tout d'abord, après que les pinces ont été substituées au couteau lancéolaire de Beer, à l'humeur aqueuse de s'écouler au dehors avec une assez grande rapidité et même à une notable portion, dans la majorité des cas, du corps vitré lui-même, surtout lorsque l'œil est un peu ramolli. Nous n'ignorons pas qu'il est peu important que la totalité de l'humeur aqueuse soit ou non évacuée, que même une assez grande portion du corps vitré soit détruite; nous savons bien que l'humeur aqueuse se reproduit très vite et en quantité telle, qu'elle remplace jusqu'à un certain point même de grandes portions du corps vitré quand elles ont été enlevées. Néanmoins, nous croyons aussi qu'il serait mieux d'éviter l'affaissement de l'œil qui survient pendant l'opération elle-même, par suite de l'évacuation de ses humeurs; parce que, d'une part, il gêne singulièrement le chirurgien dans la manœuvre, et parce qu'en outre, lorsque l'organe a ainsi perdu toute élasticité, toute résistance, ses membranes sont nécessairement tiraillées dans tous les sens et tourmentées par les instrumens.

M. Sichel, pour éviter que les lèvres de la plaie ne restent béantes après l'opération faite d'après le procédé recommandé par Bell, Earle, Quadri et Sirus-Pirondi, qui pratiquent l'incision parallèlement au bord de la cornée, pour l'extraction de la cataracte lenticulaire primitive, a proposé avec raison pour enlever la capsule, de faire la ponction convenable parallèlement aux fibres du muscle droit externe vers le milieu du diamètre vertical de l'œil. Ainsi qu'il l'a fait remarquer, les fibres du muscle obturateur de l'œil en se contractant tendent nécessairement à rapprocher les lèvres de la plaie, qui ressemble parfaitement à une boutonnière dont on tirerait en sens inverse les deux extrémités; tandis que lorsque l'incision est faite par le procédé de Bell, etc., l'action du muscle tend sans cesse à empêcher la réunion de la solution de continuité. Nous avons vu plus haut cependant que ce rapprochement, même d'après le procédé de M. Sichel, n'est pas tel qu'il puisse empêcher la hernie de l'hyaloïde; que c'est pendant les manœuvres avec la pince que l'écartement a lieu, que le collapsus survient, ainsi que la hernie de la rétine, qui est toujours irréductible, et que sous ce rapport du moins en ce qui touche l'accès de l'air dans la plaie, son procédé peut être assimilé à celui des autres médecins que nous avons nommés plus haut.

Enfin, le sang qui provient de la section des vaisseaux logés dans les

qu'il est atteint de la scarlatine : la face est rouge framboise, un peu bouffie, la même coloration se remarque sur le tronc jusqu'à l'appendice xiphoïde ; à partir de cette région, ce sont des plaques, des taches plutôt qu'une couleur rouge uniforme; les membres supérieurs sont également colorés jusqu'au pli du bras; puis, à partir de ce point, les taches ont absolument l'aspect d'une éruption rubéolique. Ces taches sont rouges, distinctes, légèrement arrondies, larges de 2 ou 3 millimètres; leur couleur est moins vive que celle de la face et du tronc ; quelques-unes présentent cette disposition en croissant qu'on a noté dans l'éruption de la rougeole ; il n'y a point de démangeaison, mais le malade a la sensation d'une chaleur brûlante.

Sur les mains et sur les membres inférieurs l'éruption a les mêmes caractères ; seulement, on remarque, éparses, des pustules présentant tous les caractères de pustules varioliques commençantes ; elles sont d'une forme légèrement conoïde, peu développées, mais s'élevant déjà au-dessus du niveau de la peau d'une manière manifeste. Les yeux sont considérablement injectés, la céphalalgie a augmenté d'intensité, les gencives sont saignantes, fuligineuses, la langue est sèche et pâle, les lèvres sont fendillées, croûteuses. Le malade se plaint d'une toux qui a commencé depuis deux ou trois jours, et qui ne lui permet pas de dormir; la poitrine examinée ne révèle rien autre chose qu'une bronchite ; il y a deux jours aussi qu'il éprouve des douleurs vives dans la région des reins. 84 pulsations. — Médecine expectante, miel, bourrache, etc.

Le 23, tous les symptômes ont marché, la coloration est plus intense ; on dirait le malade peint de rouge jusqu'à mi-corps ; il y a des taches rouges en grand nombre sur le ventre, sur les membres inférieurs et supérieurs ; les yeux sont larmoyans et toujours très injectés. Le malade a rendu son urine en quantité moyenne, mais cette urine est tellement sanguinolente qu'elle ressemble à de l'encre. Il a vomi un liquide également teint de sang et dont les caractères extérieurs sont les mêmes que ceux de l'urine ; les lèvres et les gencives sont saignantes ; le mal de tête a encore augmenté ; la douleur est vive à l'épigastre et dans la région des reins ; pas de selles depuis quatre jours ; il tousse encore, mais beaucoup moins ; chaque effort de toux lui donne des élancemens dans le ventre ; le pouls est large et mou, la soif insatiable ; la respiration se fait bien. 12 sangsues à l'anus, 4 pilules ; camphre et nitre, 1 décigr. de chacun ; bourrache édulcorée ; diète.

Le 24, à la visite, le malade est dans un état désespéré ; des eschares gangréneuses se forment sur les joues et sur le nez ; la coloration est toujours la même ; tous les symptômes ont pris des caractères extrêmes. Vésicatoires à la partie interne des cuisses ; tisane.

Mort le soir.

Autopsie 36 heures après la mort.

L'aspect du cadavre est tout différent de ce qu'il était pendant la vie ; la coloration rouge générale a disparu pour faire place à une multitude innombrable de taches violettes qui sont répandues sur tout le corps, mais principalement dans les endroits qu'occupait la coloration rouge uniforme ; légères eschares sur la face, aux endroits désignés.

Abdomen. Pas de sérosité. Les reins examinés d'abord, sont rouges, gorgés de sang qui s'y est coagulé de telle sorte que la substance tubuleuse est pleine de petits caillots qu'on peut enlever. Le tube intestinal, fendu dans toute sa longueur, ne présente que quelques taches semblables à celles que l'on observe sur les tégumens. L'estomac offre un assez grand nombre de ces mêmes taches. Ce sujet présente une anomalie assez rare. La veine cave se divise en deux branches à quelques centimètres au-dessous du diaphragme, et l'aorte abdominale est, à sa partie inférieure, placée dans l'espace triangulaire que dessinent ces deux branches. Il y a véritablement deux veines caves.

Thorax. Les poumons sont très congestionnés ; en les coupant par tranches, il en sort une très grande quantité de sang noir, poisseux, mêlé de mucosités. Le cœur ne présente rien de remarquable.

— Quel nom donner à cette maladie ? Dès le début, chacun des assistans a cru reconnaître une fièvre scarlatine, et c'est en effet la première pensée qui devait survenir. Bientôt on a trouvé l'éruption de la rougeole, et l'on a admis cette complication ; enfin des pustules de variole ont été découvertes, les hémorrhagies sont survenues, et l'on est tombé dans le doute. Une opinion qu'on peut admettre et qui réunit le plus de probabilités, est qu'on avait affaire ici à la maladie décrite sous le nom de *purpura hemorrhagica.* Si l'on rapproche les symptômes observés de la description que donne Bateman de cette affection, on y trouve une coïncidence parfaite, si ce n'est que l'éruption qaraît se faire ordinairement plutôt par taches que d'une façon uniforme, comme cela a lieu ici ; pourtant, on a l'exemple d'individus chez lesquels la coloration rouge avait envahi toute la peau. La seule objection qu'on pourrait opposer au diagnostic que nous portons, est la rougeur vive plutôt que noirâtre qu'on remarquait chez ce sujet ; car, du reste, tous les symptômes, l'état de la langue si remarquable, des lèvres, des gencives, les hémorrhagies, tout vient militer en faveur d'un purpura. L'urine de ce malade, soumise à l'action de l'acide nitrique, présenta des flocons albumineux très abondans ; mais bien que la présence de l'albumine dans l'urine des individus affectés de purpura hémorrhagica ait été constatée, comme il y avait ici hématurie, c'est un caractère auquel il n'est pas permis de donner grande importance.

Quant au traitement qu'il y avait à apporter à cette grave affection, il était des plus embarrassans ; les indications se sont montrées sans cesse contraires ; les pertes de sang considérables faisaient un devoir de ne point insister sur le traitement antiphlogistique ; les inflammations internes imminentes qu'on avait à redouter ne permettaient pas d'autres moyens ; du reste, malheureusement, les accidens ont pris un telle gravité en vingt-quatre heures, et la mort a été si rapide, qu'il n'a pas été permis de constater les effets d'une médication qui a, pour ainsi dire, agi sur le malade seulement alors qu'il n'y avait plus aucune ressource.

Rhumatisme puerpéral des articulations radio-carpiennes. — Emploi des révulsifs. — Déformation du carpe. — Appareil inamovible. — Guérison.

Le 7 juin se présenta à la consultation de la Charité, la nommée Viladier, âgée de vingt-quatre ans, couturière. Elle demanda à entrer à l'hôpital et fut couchée au n° 13 de la salle des femmes. Cette femme petite, assez bien constituée, est accouchée le 22 novembre dernier d'une fille, l'accouchement a été naturel et facile ; la grossesse avait été heureuse. Les lochies ont coulé trois semaines ; mais le cinquième jour après son accouchement elle est sortie en voiture, sans qu'il parût en résulter rien de fâcheux. L'enfant téta trois jours ; mais le lait fut arrêté par suite d'une impression morale, vers le neuvième jour. Cependant, la malade se rétablit à peu près et ne ressent rien qu'un peu de douleur dans l'épaule gauche.

Le 1er mai, la douleur devint vive ; elle s'accompagna bientôt de gonflement et la fièvre survint. Le gonflement occupe trois jours l'épaule gauche, et le quatrième l'abandonne pour passer au poignet droit ; quelques jours se passent et le poignet gauche est pris également. La malade appela un médecin ; elle fut saignée, prit des bains de son et ressentit de ces moyens une faible amélioration. Huit jours après on appliqua seize sangsues, dix sur le poignet gauche, qui était le plus douloureux, six sur le poignet droit. Cette application diminua la douleur pour quelques jours ; mais elle reparut bientôt.

A l'entrée de cette malade, nous trouvons les deux articulations radio-carpiennes extrêmement tuméfiées ; le carpe luimême est infiltré et garde l'empreinte du doigt ; la souffrance est extrêmement vive à la pression, et au moindre mouvement ; mais quand la malade garde une immobilité parfaite, il y a absence de toute douleur.

Le 8, on applique deux vésicatoires volans, un sur chaque poignet.

Le 10, la douleur a complètement disparu, mais le gonflement est le même ; la malade ne peut faire exécuter à la main aucune espèce de mouvement ; les poignets sont déformés.

Le 16, les vésicatoires sont tout à fait secs ; on place les deux mains sur des palettes ; on les y fixe au moyen de bandes trempées dans la dextrine : toute douleur a cessé.

Le 23, le gonflement a beaucoup diminué sous l'influence de la compression exercée par l'appareil : on le réapplique parce qu'il est relâché.

Le 1er juillet, les doigts sont libres ; le poignet seul conserve de la raideur : on fait exercer l'articulation.

Sortie le 5.

— Le nom de rhumatisme puerpéral convient-il à cette affection ? est-ce sous l'influence de cet état que s'est développée la maladie ? C'est là une question qu'il n'est pas sans difficulté de résoudre. Les douleurs sont apparues trois mois au moins après un accouchement heureux ; les lochies n'ont jamais été supprimées, mais la sécrétion laiteuse suspendue par une émotion morale ; l'apparition de légères douleurs dans l'épaule, à dater de ce moment, nous portent à croire que là est le véritable point de départ de l'arthrite, dont la cause première est certainement l'état puerpéral.

Paraplégie. Aberration dans la sensibilité des membres inférieurs, de la langue. Ventouses scarifiées; moxas à la colonne vertébrale. Guérison presque complète.

Le nommé Hyo (Louis-François), cocher, âgé de trente ans, est entré à la Charité le 28 mai ; il se plaint d'une douleur dans les reins ; ses jambes et ses cuisses sont paralysées ; la marche est impossible ; il urine avec difficulté, ne sent pas l'urine passer dans le canal de l'urètre ; les matières fécales sont également rendues difficilement ; il n'a éprouvé de crampes ni de tremblemens, ni de secousses dans les membres inférieurs. Pas de fièvre. Ventouses scarifiées à la région lombaire ; purgatif.

Le 1er juin, même état. Deux moxas au niveau de la onzième vertèbre dorsale ; frictions avec liniment ammoniacal.

Le 3, douleurs dans les reins ; il n'y a pas de secousses la nuit ; il se plaint de douleurs dans la région épigastrique. La sensibilité des jambes est un peu augmentée. Gayac ; bain de vapeur.

Le 4, il a pris froid en sortant du bain ; il se plaint de mal de gorge.

Jusqu'au 22 juin, il est traité pour une angine assez grave, suite de son refroidissement. Deux saignées ; vomitifs, cataplasmes, etc.

Le 23, à la visite, cet homme a un air tout étrange ; interrogé par M. Cruveilhier sur ce qu'il ressent, il dit : « que ses jambes ne sont pas à lui ; qu'elles sont en bois ; qu'il sent bien encore ses cuisses, mais que s'il ne voyait pas ses jambes, il

---

fibres du muscle droit externe, s'infiltrant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, forme là une espèce de chémosis sanguin, gêne particulièrement l'opérateur et apporte, en même temps qu'il gêne l'occlusion des paupières, de la confusion dans l'exécution de ce procédé. Tous ces inconvéniens nous semblent devoir disparaître si l'on opère sous la conjonctive de manière à ce qu'entre l'incision de cette membrane et celle de la sclérotique il n'y ait point de parallélisme, en un mot si l'on extrait la capsule par un procédé analogue à celui inventé par M. J. Guérin pour la myotomie oculaire sous muqueuse. De cette manière, on évitera aussi les accidens consécutifs dus à l'action de l'air sur la plaie et les graves désordres qui peuvent en résulter, et, de plus, on n'aura à craindre ni la sortie des humeurs en si grande quantité, ni le collapsus de l'œil, ni enfin la hernie du corps vitré ; ce dernier accident du moins, en supposant qu'il survienne, sera infiniment moins sérieux, les bords de l'incision protégés par la conjonctive qui les recouvrira ne pouvant point s'enflammer. Enfin, le frottement de la paupière supérieure ne pourra plus, dans ce cas, avoir les conséquences qui l'accompagnent dans l'autre procédé.

L'incision que nous proposons devra être faite obliquement de haut en bas, entre les muscles droits supérieur et externe ; nous lui donnons cette direction par ce motif que, faite d'après les règles posées par l'auteur de l'extraction scléroticale, c'est-à-dire dans le sens direct des fibres musculaires, celles-ci sont plutôt écartées que divisées, et aussi parce que ces fibres, excitées par l'action de l'instrument, se contractent fortement sur elles-mêmes et font disparaître l'incision que l'opérateur ne cherche plus, pour l'introduction de la pince, qu'en tâtonnant et en faisant même plusieurs essais infructueux. Placée et dirigée comme nous le voulons, l'incision au contraire reste suffisamment large, suffisamment béante pour qu'on puisse facilement introduire les instrumens ; et quant à la sortie de l'humeur vitrée qui pourrait en être la conséquence, elle est presque impossible, parce que la conjonctive vient masquer la plaie aussitôt que l'œil est remis en liberté. Un autre avantage de cette manière de faire, c'est de pouvoir s'appliquer sans aucune espèce de danger chez des individus atteints de catarrhe, d'asthme, d'emphysème pulmonaire, de vomissemens, d'éternuemens et de hoquets spasmodiques, etc., sans qu'il soit nécessaire d'appliquer sur l'œil des bandelettes agglutinatives pour empêcher tout à la fois les mouvemens de l'œil et réunir les lèvres de l'incision ; il en résulte que nos opérés, pourvu qu'ils se tiennent à une demi-obscurité, assis et dans un repos convenable, sont à l'abri de tout accident consécutif.

Les instrumens nécessaires pour faire l'extraction scléroticale des cataractes capsulaires secondaires, sont :

1° Deux érignes semblables à celles dont M. Guérin se sert dans la myotomie oculaire, dans son procédé par ponction.

2° Un couteau lancéolaire de Beer.

3° Enfin une pince fine, courbe et assez longue, à dents, de Blomer.

Tous ces instrumens sont suffisamment connus du public médical pour ne pas en donner ici la description. Le malade doit être assis sur une chaise de moyenne hauteur et placé devant une croisée, comme dans l'opération de la cataracte ; le chirurgien se place sur une autre plus élevée, vis-à-vis de son malade : l'œil à opérer doit être le plus rapproché de la fenêtre. Un aide placé derrière le malade maintient fortement la tête contre sa poitrine, et relève la paupière supérieure ; l'opérateur abaisse l'inférieure en engageant le malade à regarder le bout de son nez, afin de rendre les manœuvres de cette opération plus simples. L'œil étant dans cette position, dans le but de rendre cet organe immobile, on enfonce les crochets de l'érigne dans la sclérotique vers son côté externe, à 2 ou 3 millimètres de la circonférence cornéale. Un aide tient l'instrument aussi long-temps que la seconde érigne n'est pas placée. Alors le chirurgien s'arme de celle-ci pour accrocher convenablement la conjonctive bulbaire à sa partie supérieure et externe, vers le milieu du diamètre antéro-postérieur de l'œil, en ayant soin de diriger en bas les extrémités acérées de cet instrument que l'on confie à un aide et dont celui-ci maintient les crochets dans la direction perpendiculaire à l'axe de l'œil. L'aide soulève la conjonctive de manière à former un pli conique, dont la base est à la sclérotique et le sommet à l'érigne ; c'est à la base et à la partie la plus déclive de ce pli qu'on doit faire la ponction, suivant la direction d'une ligne qui partirait obliquement de l'angle supérieur de l'os temporal pour se rendre de haut en bas et de dehors en dedans vers l'extrémité libre du nez, entre les muscles droits supérieur et externe : cette ponction doit avoir un centimètre et demi de longueur, lorsqu'elle est convenablement pratiquée. L'aide relâche légèrement la conjonctive de manière à empêcher en même temps la pénétration de l'air dans la plaie et l'évacuation d'une partie des humeurs de l'œil ; puis on introduit les extrémités fermées de la pince en recommandant à l'aide de tendre un peu le pli de la conjonctive pour éviter des tentatives inutiles ; on saisit alors la capsule opaque et on l'extrait.

Aussitôt que l'obstacle à la vision est enlevé, on abandonne l'œil à ses propres mouvemens : la portion de la conjonctive qui a été saisie par l'érigne reprend sa position naturelle, et empêche infailliblement aussi l'action de l'air sur la solution de continuité, parce que le parallélisme des plaies de la conjonctive et de la sclérotique est détruit. (On opère de la main droite sur l'œil gauche et *vice versâ.*)

Le traitement préservatif à suivre consiste dans l'application sur l'œil de compresses trempées dans l'eau froide, pendant vingt heures consécutives.

L'opéré doit rester dans une demi-obscurité et observer le repos nécessaire.

Si nous reprenons sommairement les principaux avantages de cette méthode, nous trouvons que le parallélisme des plaies de la conjonctive et de la sclérotique étant détruit, la plaie est hors du contact de l'air, et par conséquent ne s'enflamme ni ne suppure, et se cicatrise par première intention ; qu'il n'y a pas de frottement direct possible des paupières sur la solution de continuité ; qu'on n'a pas à craindre, pendant l'opération, d'écoulement sanguin entre la conjonctive et la sclérotique, parce qu'on pratique la ponction dans un endroit où elle est dépourvue de gros vaisseaux, c'est-à-dire entre les muscles droits supérieur et externe : il résulte de là que le chémosis sanguin, qu'aucun gonflement, aucune douleur de la plaie ne gênent l'occlusion des paupières ; que la perte des humeurs de l'œil est très peu notable ; qu'il n'y a ni hernie de l'hyaloïde ni hernie de la rétine possibles.

Cette méthode peut être applicable chez des personnes affectées de catarrhe, d'asthme, d'emphysème pulmonaire, d'éternuemens, de vomissemens, et de hoquets spasmodiques. Les mouvemens involontaires de l'œil sont impossibles pendant l'opération, d'où il résulte qu'on ne fait pas de tentatives infructueuses pour l'introduction des instrumens.

Après l'opération, l'œil peut avoir sa liberté ; la plaie se trouve entièrement recouverte par la conjonctive. Les malades opérés peuvent ne pas garder le lit. Quelques jours de traitement suffisent d'ordinaire pour débarrasser complètement nos malades.

Des résultats aussi constans et aussi avantageux nous ont fait penser que l'on pourrait peut-être étendre l'application de ce procédé à l'extraction des cristallins abaissés dans la chambre postérieure, lorsqu'ils déterminent des douleurs atroces continuelles et une vive inflammation des parties constituantes de l'œil, et de l'iris en particulier. J'ai vu plusieurs cas de ce genre, et, entre autres, dernièrement à la clinique oculaire du docteur Desmarres, deux hommes opérés dans un hôpital de Paris, et qui, depuis plus de dix mois, sont pris de temps à autre d'iritis suivi d'hypopion, dont je rattache la cause à la présence de débris cristalliniens flottant dans la chambre postérieure de l'œil. Je ne doute pas que ces hommes seraient débarrassés de leurs douleurs si on leur faisait l'extraction de ces débris par l'application de notre procédé.

— On écrit de Lyon :

M. le baron Larrey, ancien chirurgien en chef de l'armée d'Egypte, membre de l'Académie royale de médecine, commendeur de la Légion-d'Honneur, membre du conseil de santé des armées, en tournée d'inspection en Afrique, est mort à son passage en cette ville.

---

croirait qu'on les lui a coupées. En me réveillant, dit-il, je me suis remué, et j'ai eu peur; il m'a semblé qu'il y avait deux personnes couchées dans mon lit; je suais de la partie supérieure du corps, et mes deux membres étaient comme de la glace; je sentais pourtant quand je me touchais, mais je m'aperçus aussi que je ne sentais plus ma langue même en la touchant. »

Il semble, à entendre ce malade, qu'il soit fou ou en délire; pourtant son pouls est calme, et il raisonne très sagement sur tout autre objet.

Le 25, toutes les hallucinations ont disparu; il se plaint seulement que ses jambes sont toujours froides.

Le 26, le malade sent mieux à gauche qu'à droite; les pieds sont raides; il est toujours fort long-temps à uriner, quoiqu'il sente le passage de l'urine; la défécation est difficile. Sulfate de soude; bouillon; vermicelle; pruneaux.

A partir du 1er juillet, la sensibilité et le mouvement font des progrès incessans.

Le 27, le malade marche, descend au jardin; l'appétit est bon; l'état général excellent. Il parle de sortir bientôt.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Rayer.

Tumeur probablement anévrismale dans l'hypochondre gauche. Compression; irritation du rein correspondant. Hématurie. Refoulement des viscères. Crachement de sang. Selles sanguinolentes.

Le 29 avril, est entré à l'hôpital de la Charité le nommé Ollivier, boulanger, âgé de cinquante ans. Il y a huit ans environ, à la suite d'un effort, cet homme vit apparaître, à trois doigts au-dessous des côtes gauches, une grosseur du volume d'un œuf. Cette tumeur ne prenant qu'un accroissement excessivement lent, il finit par s'y habituer. Pourtant, bien que grossissant avec lenteur, la tumeur avait fait des progrès, et en 1840, elle avait acquis un volume qui pouvait égaler les deux tiers de ce qu'elle est maintenant. Ayant donc continué ses travaux pendant six ans, au mois de mars 1841, le malade s'aperçut que ses urines étaient teintes de sang. Il consulta un médecin; on lui fit appliquer 15 sangsues à l'anus; l'hématurie disparut; il se sentit assez bien jusqu'au mois d'octobre de la même année; cependant la tumeur grossissait toujours.

Au mois d'octobre, les pissemens de sang reparurent; ils revinrent quatre fois à une dizaine de jours d'intervalle, puis ils s'éloignèrent davantage et ne revinrent plus que de quinze jours en quinze jours, à partir du mois de novembre, et cela pendant deux mois après, ce qui revient à dire qu'il y eut en tout environ sept ou huit pissemens de sang. Cette hématurie n'était pas accompagnée de vives souffrances; le malade ne ressentait qu'une douleur sourde dans la région des reins. Pendant le mois de décembre de la même année, l'hématurie avait revêtu une autre forme; ce n'était plus du sang pur et fluide qui était rendu par les urines, mais bien des caillots quelquefois considérables qui étaient chassés quand le malade urinait. Pendant ce temps, on fit plusieurs applications de sangsues; mais on les cessa, parce que, dit-il, il avait remarqué qu'elles amenaient l'hématurie, loin de la faire cesser. Cependant la tumeur ne cessait pas de s'accroître lentement; du reste, aucune douleur ne s'y faisait ressentir. L'appétit jusqu'à ce moment n'avait pas cessé d'être très bon, la nutrition n'avait nullement souffert; tout l'état général était des plus satisfaisans: la seule chose dont le malade se plaignît, c'était d'uriner beaucoup plus souvent que de coutume.

Pendant le mois d'octobre de l'année 1841, le malade entra à l'hôpital dit de l'Ecole; M. Larrey y faisait alors le service. Il y resta trois semaines, pendant lesquelles on ne fit autre chose que des frictions mercurielles sur la tumeur. Cet homme n'éprouvant aucun changement dans son état, la tumeur grossissant toujours, se décida à retourner chez lui, promettant d'y continuer la médication qui lui avait été indiquée. Il fit, en effet, des frictions mercurielles pendant près de six mois; ces frictions avaient amené une fois la salivation, mais avant sa sortie de l'hôpital. Par l'emploi de ce moyen, il assure que la tumeur a cessé de grossir, mais sans diminuer en aucune façon. Après le traitement mercuriel, on lui en fit subir un autre qui consista dans l'emploi des purgatifs répétés, et il affirme qu'à la suite de cette médication la tumeur diminua au moins de moitié; mais il reprit son travail, et, comme il est boulanger et que ce métier est assez pénible, elle revint à son volume premier ou à peu de chose près, par suite des fatigues auxquelles il se livrait. Interrogeant ce malade avec le plus grand soin pour arriver à recueillir le plus de données possibles propres à éclaircir le diagnostic de ce cas difficile et intéressant, il a fini par nous préciser l'endroit où était arrivée la tumeur quand l'hématurie s'était manifestée.

Quand la tumeur commença à peser sur la hanche, dit-il, c'est alors que les pissemens de sang commencèrent. En 1842, cet homme entra dans le service de M. Fouquier, à la Charité: c'était au mois de février; il en sortit à la fin d'avril, sans qu'aucun traitement spécial ait été dirigé sur la tumeur qu'il porte, et c'est alors qu'il a demandé à être admis dans le service de M. Rayer.

Examinant cet homme à son entrée, nous trouvons une tumeur, grosse comme une tête d'adulte, développée dans l'hypochondre gauche, occupant tout cet hypochondre, descendant dans la fosse iliaque correspondante, dépassant un peu, d'une part la ligne médiane, et refoulant en haut le diaphragme. Cette tumeur est mobile; en la saisissant à deux mains on peut lui faire éprouver de légers mouvemens de ballottement. Tout le paquet intestinal est refoulé à droite, où sa présence est décélée par le son clair et tympanique que donne toute la partie abdominale de ce côté, tandis que la même région, à gauche, qui est tout entière prise par la tumeur, donne un son complètement mat, depuis les dernières côtes jusqu'à l'arcade crurale. Si l'on applique le stéthoscope sur la tumeur, on perçoit un bruit de souffle sourd, éloigné, et l'on a le sentiment d'un déplacement qui rappelle la secousse qui accompagne les battemens dans une tumeur anévrismale. Depuis quelque temps le malade se plaint d'éprouver dans la tumeur des douleurs aiguës qui la traversent rapidement (douleurs lancinantes). L'état général est toujours bon; l'appétit excellent; la nutrition n'a pas souffert; la coloration de la peau ne présente rien de particulier. Cet homme est d'une bonne constitution, n'a eu pour toute maladie antérieure que des rhumatismes pour lesquels on l'a frictionné avec du baume nerval. il porte une hernie inguinale à gauche.

Dans les premiers jours de juin, les douleurs lancinantes deviennent plus vives. On applique sur la tumeur plusieurs emplâtres de ciguë.

Vers le 20 juin, le malade a craché un peu de sang et a eu plusieurs selles sanguinolentes.

Le 29, les accidens sont calmés; il y a seulement de la dyspnée.

Dans les premiers jours de juillet, ce malade demande une permission de sortir de l'hôpital, promettant de revenir sitôt ses affaires terminées.

— Il s'agit ici d'une tumeur dont les caractères ne permettent pas d'affirmer la nature sans de mûres réflexions: la région qu'elle occupe peut être le siége de tumeurs diverses, sans parler des hypertrophies de la rate qui ne peuvent pas être rangées dans les tumeurs, on peut trouver là des tumeurs cancéreuses de toutes les espèces, mais il faut avouer qu'elles sont rares; et d'ailleurs, quand le cancer de la rate existe, il est presque toujours lié à la cachexie cancéreuse, et on le rencontre alors également dans d'autres organes; d'ailleurs, il ne serait pas difficile de constater les bosselures dont il s'accompagne; elles manquent ici, il est vrai, mais un caractère d'une grande valeur se fait remarquer dans ce cas: nous voulons parler des douleurs lancinantes.

D'un autre côté, dans les cancers, jamais on n'observe ce que nous avons rencontré ici, c'est-à dire ce bruit de souffle, ce sentiment de déplacement.

Nous trouvons donc dans cette tumeur les caractères assez obscurs, il faut l'avouer, de deux affections différentes: d'une tumeur anévrismale, d'une tumeur cancéreuse. Maintenant, ne se pourrait-il pas que la tumeur fût simplement cancéreuse, et que le bruit de souffle et les espèces de battemens fussent produits par une artère déplacée, tendue, pressée par la tumeur? C'est un fait possible. Mais, d'un autre côté, ne se pourrait-il pas aussi que cette masse ne fût constituée par rien autre chose que par une tumeur anévrismale dans laquelle se serait déposée une énorme quantité de couches fibrineuses qui, sous une influence quelconque, viendraient aujourd'hui à subir une dégénérescence? C'est là certainement une opinion qui a quelque poids, et que M. Rayer étaie de l'appui de son autorité.

Enfin, il serait encore permis de songer à une tumeur hydatique, genre de productions qui ne vient point assez souvent à la pensée quand on s'occupe du diagnostic des tumeurs du foie et de la rate, et qui pourtant se rencontre encore assez fréquemment.

Quoi qu'il en soit, il est peu de tumeurs qui puissent présenter un intérêt aussi puissant, et si ce malade rentre à l'hôpital, comme cela est probable, nous tiendrons nos lecteurs au courant des phénomènes qui pourront survenir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Cornac.

Après l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. le secrétaire-général ouvre la correspondance qui renferme: 1° le Journal médical de Norwège, envoyé à la Société par M. le docteur Blich; 2° une brochure sur l'hydropathie. En prenant en considération ce travail, la Société déclare improuver la circulaire sous forme d'annonce que l'auteur y a jointe; 4° un Essai, par M. Schoënfeld, ayant pour titre: *Des effets du moral de la mère sur le développement du fœtus.*

M. Forget fait connaître à la Société l'appareil que M. Jobert emploie, à l'hôpital Saint-Louis, dans le traitement des fractures du membre inférieur. Cet appareil fait abstraction des bandes, des compresses et de tous les autres moyens de déligation circulaire, pour laisser en liberté toute la surface du membre. Je n'insisterai pas sur la description qui en a été donnée dans la *Gazette des Hôpitaux* par mon ami le docteur Laborie, et par moi-même dans le Bulletin de thérapeutique. Je ferai observer seulement, qu'au point de vue dynamique, il remplit la double indication fondamentale dans le traitement des fractures, c'est-à-dire l'extension et la contre-extension. Il échappe aux inconvéniens qui se rattachent à la compression circulaire du membre dans les divers systèmes de déligation. On comprend difficilement, en effet, comment il produirait l'œdème, l'irritation de la peau, les douleurs si fréquentes après le pansement, et, *à fortiori*, les abcès et la gangrène, comme cela s'est vu avec les appareils à compression directe sur le membre fracturé. C'est surtout pour les fractures compliquées que cet appareil est un bienfait, si surtout on considère que tous les autres ne peuvent être appliqués sans danger. Il permet toute médication locale, sans qu'on soit dans la nécessité de remuer le membre, ce qui est on ne peut plus difficile et toujours douloureux avec les autres modes de pansement.

Comme résultat général de cet appareil on remarque: un développement considérable du cal; la solidité à une époque très rapprochée de celle de la fracture. Ce fait d'observation ne peut-il pas s'expliquer par l'absence de toute compression qui permet à la circulation de s'effectuer librement dans la continuité du membre, condition nécessaire pour l'accomplissement régulier du travail réparateur qui s'opère dans l'os et les tissus environnans. En conservant le membre dans ses conditions ordinaires de vitalisme, cet appareil doit favoriser la formation du cal, le mouvement nutritif ne trouvant pas à s'opérer les obstacles qui résultent de l'application immédiate des bandages.

M. Piedagnel dit avoir vu cet appareil appliqué avec succès, il y a quelques années, chez un homme de la rue Saint-Denis, pour une fracture de jambe.

M. Caffe fait ressortir l'analogie qui existe suivant lui entre l'appareil dont il est question et celui que met en usage M. Pétrequin à l'hôpital de Lyon; seulement, au lieu de courroies pour établir l'extension, ce sont des poids qui sont chargés de cet office.

M. Adorne préfère les appareils à compression directe et circulaire; il ne croit pas, d'après les observations que lui a fournies la chirurgie militaire, à la possibilité de bonnes consolidations, le membre étant ainsi laissé en liberté. Il prétend qu'il peut se passer entre les fragmens des mouvemens propres à enflammer et à détruire le cal.

M. Forget oppose à cette opinion l'autorité de faits qui n'ont rien montré de semblable. Il ne pense pas que l'on puisse comparer ce qui se passe aux armées, où la plupart des fractures sont compliquées de plaies, de commotion et d'écrasement, avec ce qu'on observe dans les hôpitaux de Paris, où les conditions pathologiques sont essentiellement différentes.

M. Belhomme pense que souvent on peut avec avantage simplifier les appareils des fractures. Il cite une fracture de la clavicule régulièrement consolidée à l'aide d'un coussin fixé dans le creux de la clavicule, sans aucun autre bandage.

— *M. Chailly* appelle l'attention de la Société sur un fait d'obstétrique. Ayant eu à terminer un accouchement dans un cas de présentation de l'épaule gauche, il introduisit la main gauche conformément aux préceptes généralement indiqués. Ne pouvant arriver jusqu'aux pieds de l'enfant avec cette main, qui ne tarda pas à être paralysée, M. Chailly eut recours à la main droite, qui parvint aisément jusqu'aux pieds qu'elle amena au dehors. La rotation s'effectua très aisément, les épaules et la tête se dégagèrent sans effort. Je reconnus alors, dit M. Chailly, que le membre saisi et amené au dehors était le membre qui était situé en arrière. Ainsi, pour opérer cette version, je ne suivis aucune des règles prescrites par les auteurs: la main droite fut substituée à la main gauche, un seul pied fut saisi, et quoique ce fût le membre situé en arrière, la rotation du dos en avant et l'extraction du produit n'en furent pas moins faciles.

M. Chailly conclut de ce fait et de plusieurs autres semblables qu'en obstétrique les préceptes ne peuvent avoir une rigueur absolue; que plusieurs même sont bien moins applicables que leurs exceptions.

Il ajoute que le plus souvent on ne peut saisir les deux pieds; que presque jamais aussi, quand on saisit un seul pied, on ne peut savoir précisément si c'est l'antériur ou le postérieur; il pense qu'une fois un pied saisi, si c'est le postérieur, on peut sans aller à la recherche de l'autre, tenter l'extraction, un seul pied suffisant ordinairement.

M. Maigne confirme ce qui précède. Il a toujours vu la rotation s'exécuter tout aussi facilement avec un pied qu'avec l'autre. Lorsqu'elle a lieu plus difficilement, cela tient exclusivement à la rétraction de l'utérus, et nullement à ce que l'on a saisi le pied qui est en arrière, la même difficulté se présentant quant c'est le pied situé en avant qui a été saisi.

M. Velpeau établit une distinction dans le cas en litige: il maintient dans toute leur rigueur les préceptes qu'il a lui-même émis dans son livre sur les accouchemens, toutes les fois que l'utérus n'est pas rétracté, que les eaux de l'amnios ne se sont pas écoulées, car alors il est toujours facile de saisir les deux pieds.

Après l'écoulement des eaux, au contraire, lorsque la rétraction de l'utérus a lieu et que le produit est fortement étreint, il peut être difficile de saisir les pieds, qui se trouvent comme dans deux loges isolées. M. Velpeau dit que plusieurs fois alors il a eu de la peine à saisir le second pied.

Il n'admet pas qu'il soit presque toujours impossible de reconnaître le pied auquel on s'adresse. Prenant pour exemple une présentation de l'épaule droite, il sera toujours plus rationnel et plus facile de suivre avec la main droite la partie correspondante de la poitrine, d'arriver en glissant ainsi le long du fœtus jusqu'à la cuisse droite, puis sur la jambe et de là un pied, que l'on reconnaîtra aisément pour le pied droit.

M. Chailly désirerait que M. Velpeau formulât son opinion sur les questions suivantes: 1° Peut-on toujours saisir le membre antérieur? 2° Dans le cas où on a saisi le membre postérieur, doit-on, avant de tenter l'extraction, rechercher le membre antérieur pour tirer sur les deux à la fois, ou ne peut-on pas épargner à la femme cette seconde opération?

M. Velpeau reconnaît que l'on peut ignorer à quel pied on a affaire; que si le hasard ou le discernement conduit sur le postérieur, il faut s'en contenter pour achever l'accouchement.

Il ajoute que si on est quelquefois obligé d'aller à la recherche du second pied, cela dépend de la rétraction utérine qui retient le produit, et aussi de ce qu'on a saisi le membre postérieur.

Séance levée à neuf heures et demie.

Correspondance.

Paris, le 28 juillet 1842.

Monsieur et très honoré confrère.

Dans l'article de ce jour de votre estimable journal, où vous rendez compte de la dernière séance de l'Académie de médecine, vous avez la bonté de parler de la lecture que j'ai eu l'honneur d'y faire de ma relation de l'épidémie de fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans en 1841, et je vous en remercie.

Mais, ce qui n'est pas étonnant, car je ne lis pas très bien, il paraît que vous avez mal entendu une partie de ce que j'ai dit, et voici comment.

D'abord, j'ai annoncé qu'il y avait vingt-trois ans que je pratiquais à la Nouvelle-Orléans, et vous avez entendu dix-neuf ans; ensuite, en parlant du traitement que j'employais, vous dites d'une manière générale que je considère le sulfate de quinine comme toujours inutile et quelquefois dangereux, tandis que je ne fais cette remarque *que pour l'épidémie de* 1841 *seulement*, ayant grand soin de répéter que pendant celles de 1837 et 1839, ce médicament fut très efficace, en 1837 principalement; ce que j'attribue au caractère nerveux de ces deux dernières épidémies de fièvre jaune, ainsi que les mémoires que j'envoyai alors à l'Académie en font foi.

Enfin, Monsieur et très honoré confrère, vous dites aussi qu'au déclin de la maladie (vous voulez sans doute parler de la troisième période?) j'ai eu recours aux frictions irritantes, et ne mentionnez nullement les autres moyens que j'énumère, tels que le chlorure d'oxide de sodium, les vésicatoires, les potions toniques et antiseptiques, les lavemens analogues, les opiacés selon les cas, et surtout les ventouses scarifiées, desquelles je parle particulièrement, en raison des bons effets que j'en retirai durant cette épidémie.

J'espère que, comprenant les motifs de cette réclamation, dont les principaux sont que votre excellent journal étant très répandu en Amérique et ailleurs, on ne manquerait pas d'y trouver au moins extraordinaire que je considère le sulfate de quinine comme *toujours* inutile dans le traitement de la fièvre jaune, et que je n'emploie que des frictions irritantes pendant les deuxième et troisième périodes, vous voudrez bien l'insérer, s'il est possible, dans votre prochain numéro, en attendant que je puisse vous remettre une copie entière de ma relation, que je vous serais on ne peut plus reconnaissant de publier, si vous l'en jugez digne.

Agréez, etc.

Thomas, D.-M.-P.,
Correspondant de l'Académie de médecine.

Note du Rédacteur. — Nous ne contesterons pas le plus ou moins de justesse de cette réclamation; il est impossible qu'a une simple lecture, dans une salle aussi mal construite que celle des séances de l'Académie, il n'échappe pas aux rédacteurs des journaux quelques inexactitudes, quelque attention qu'ils prêtent aux paroles des orateurs, toutes les fois que des communications ne leur sont pas faites directement. Ceci est un nouvel exemple des inconvéniens de la mesure prise par l'Académie, dans un simple intérêt de boutique, de refuser aux

journaux les communications des pièces de correspondance, comme le fait l'Académie des sciences, mue par une libéralité bien mieux ordonnée.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'ophthalmie scrofuleuse; par M. le d[r] V. STOEBER. de Strasbourg.

L'ophthalmie scrofuleuse exige un traitement général et un traitement local, dit M. Stoeber. Parmi les remèdes généraux, l'iode et l'huile de morue agissant trop lentement, ce médecin donne la préférence à la poudre de Plummer (composée de parties égales de calomel et de soufre doré d'antimoine), de manière que les malades prennent 5 à 10 centigr. de calomel, et autant de soufre doré, dans la journée, en trois fois. Le malade en continue l'usage pendant 3 à 4 semaines, puis on le purge une ou deux fois. Si les symptômes scrofuleux persistent, on fait recommencer l'emploi du même remède après une interruption de 8 à 10 jours, et on continue de nouveau son administration pendant 3 à 4 semaines. Cette poudre tient le ventre libre, si elle déterminait la salivation, ce qui n'a lieu que bien rarement, il faudrait se hâter de combattre cet accident par l'administration d'un purgatif.

Les moyens locaux sont de trois ordres: les antiphlogistiques, les révulsifs et les stimulans. M. Stoeber s'élève avec force contre l'emploi des premiers, très rarement indiqués.

Lorsqu'il y a injection et photophobie, ou sécrétion anormale abondante, ou rechute, on doit prescrire les révulsifs et les dérivatifs, tels que les sétons, les cautères, les vésicatoires, les pommades et emplâtres stibiés, les purgatifs. Le séton convient surtout dans les cas très chroniques, et le cautère dans les cas de récidive malgré le traitement général: mais le vésicatoire est préférable chez les indigens, parce qu'il est plus facile à manier. La nuque est l'endroit le plus favorable, parce qu'elle offre plus d'étendue. Aux bras, la révulsion ne produit pas assez d'effet.

Quant aux purgatifs, ils sont moins utiles que les autres révulsifs, et leur usage prolongé peut être nuisible. Toutefois, au début des ophthalmies scrofuleuses, ils modèrent l'inflammation, et, dans le cours de l'affection, ils peuvent empêcher l'effet des préparations mercurielles sur la bouche, ou enlever les embarras intestinaux auxquels sont sujets les scrofuleux. Dans ce but, M. Stoeber donne la préférence au jalap, à cause de son action plus stimulante que celle de l'huile de ricin ou de la manne; il l'associe aussi au calomel. qui, administré seul, ne purge que médiocrement les scrofuleux à la dose ordinaire.

On a avancé que les substances irritantes augmentent l'ophthalmie scrofuleuse, surtout lorsqu'il y a photophobie et sclérotite; mais les faits nombreyx observés par M. Stoeber sont formellement contraires à ces assertions; et, pour ce praticien, de tous les remèdes dirigés directement contre l'affection oculaire, ce sont les irritans locaux qui produisent l'effet le plus prompt et le plus salutaire. Les seuls collyres dont il se sert sont les suivans:

1° *Collyre mercuriel.*

Pr. Sublimé corrosif,	2	centigr.
Eau distillée,	100	gramm.
Laudanum de Sydenham,	2	

M. et F. dissoudre S. A.

2° *Collyre de pierre divine.*

Pr. Pierre divine,	30	centigr.
Eau distillée,	100	gramm.
Laudanum de Sydenham,	2	

M. et F. dissoudre S. A.

On peut remplacer le laudanum par 50 centigr. d'extrait de laitue vireuse.

3° *Pommade de précipité rouge.*

Pr. Bioxide de mercure,	10	centigr.
Axonge,	5	gramm.

M. S. A.

4° *Pommade de Rust.*

Pr. Précipité blanc,	20	centigr.
Laudanum de Sydenham,	50	
Extrait de saturne,	50	
Axonge,	5	gramm.

M. S. A.

5° *Pommade de pierre infernale.*

Pr. Pierre infernale,	10	centigr.
Axonge,	5	gramm.

M. S. A.

On peut, suivant les circonstances, porter graduellement la dose de la pierre infernale jusqu'à 50 centigrammes pour la même quantité d'axonge.

M. Stoeber n'a point encore établi d'indications spéciales pour chacun de ces collyres; cependant la pommade de pierre infernale lui a mieux réussi que tout autre moyen dans les blépharites glanduleuses; la pommade de Rust et le collyre mercuriel lui réussissent plus généralement que les autres préparations; mais chez les enfans, la pommade s'applique plus facilement que la préparation liquide.

Lorsqu'il existe une ulcération de la cornée, ce chirurgien, pour en faciliter la cicatrisation, porte sur l'œil, une ou deux fois par jour, une goutte de laudanum de Sydenham. Si, dans les cas où la photophobie est intense, elle ne cède pas dès les premiers jours au traitement irritant et révulsif, il a recours à la belladone, qui lui réussit mieux en fomentations qu'en frictions avec l'onguent napolitain ou donnés à l'intérieur. (*La Clinique des Hôpitaux des Enfans*, juin 1842.)

Pommade chloruro-mercurielle camphrée.

Pr. Calomel préparé à la vapeur.	4	grammes.
Axonge.	30	
Camphre.	5	décigram.

M. et F. S. A., une pommade d'une parfaite homogénéité.

Cette pommade dans laquelle, suivant les cas, les doses du calomel et du camphre peuvent être portées au double, est employée avec un avantage marqué et soutenu par M. le docteur Baumès contre les éruptions populeuses, les éruptions squammeuses et les syphilides.

Le chirurgien de Lyon ajoute du camphre à cette pommade, ainsi qu'à presque toutes les autres pommades qu'il prescrit contre toutes les maladies de la peau, parce que, dit-il, cette substance, en application externe, se montre généralement avantageuse contre les éruptions cutanées chroniques. Elle modifie, elle excite favorablement la vie nutritive pervertie, et elle tend à calmer les démangeaisons qui les accompagnent si souvent. M. Baumès n'emploie même, dans bien des cas, contre les éruptions vésiculeuses, ou puso-vésiculeuses et papuleuses très avancées, stationnaires et sans symptômes considérables d'inflammation, que du cérat camphré, auquel il ajoute pour obtenir plus sûrement encore la résolution, lorsqu'il existe quelque engorgement à la peau, du sous-acétate de plomb liquide, dans la proportion de 2 à 4 grammes de ce sel pour chaque 30 grammes de cérat.

FAITS DIVERS.

Sur la gravidine, nouvelle substance caractéristique de la grossesse.

D'après M. le docteur Stark, lorsque l'on met de côté la portion fluide de l'urine des femmes enceintes, on trouve un sédiment naturel qui, soit à l'état de solution, soit isolé par l'éther, présente une ressemblance frappante avec les globules du sérum, et qui, à l'état sédimentaire, offre également une grande ressemblance avec les globules lactés qui existent dans le lait récemment trait.

Cette substance peut être facilement distinguée de l'albumine et du caséum, les deux matières organiques animales avec lesquelles elle a le plus d'analogie; elle diffère de la première, en ce qu'elle n'est soluble dans l'eau que par le moyen de la chaleur, et, de la seconde, parce qu'elle se dissout dans les acides sulfurique et azotique. Elle diffère aussi de la gélatine, d'abord parce qu'elle se précipite de sa solution aqueuse par le refroidissement, ensuite parce que, bien que précipitée en partie par le tannin, le précipité formé se dissout dans l'eau à la température de l'ébullition.

La kiestéine, suivant M. Stark, n'est autre que la pellicule qui résulte de la décomposition de la gravidine. En même temps que les globules qui constituent cette dernière substance sont décomposés, il se développe des urates et des purpurates dans l'urine; et quand ces sels se sont détruits à leur tour pour donner naissance à de nouvelles combinaisons, on voit apparaître les phosphates triples avec l'admirable aspect cristallin qui a été décrit par M. le docteur Bird comme un des caractères de la kiestéine.

(*Edinburg medical and surgical journal*, 1842.)

Nous ajouterons, à cette occasion, que M. le docteur Lethby, ayant examiné l'urine de cinquante femmes enceintes, a constaté la présence de la kiestéine chez quarante-huit d'entre elles, tandis qu'il n'a pu en découvrir la moindre trace dans l'urine de dix-sept femmes chez lesquelles il n'existait pas de grossesse. (*Medical Gazette.*)

Composition chimique de l'urine pendant la grossesse.

Partant d'un point de vue théorique, M. Donné, suppose que la proportion des sels à base de chaux, contenus ordinairement dans l'urine, doit éprouver une diminution notable chez les femmes enceintes, parce qu'une partie de ces sels doit servir à la formation des os du fœtus. Dans cette supposition, il indique le moyen suivant comme propre à faire reconnaître l'existence de la grossesse.

On verse, dans une éprouvette graduée, cinquante parties en volume d'urine, et on y ajoute trente parties également en volume de chlorure de calcium. Il en résulte la formation d'un précipité qui, dans l'urine normale, varie entre quarante et cinquante parties, tandis que, dans l'urine d'une femme grosse, sa quantité est beaucoup moindre, trente parties au plus, et souvent même beaucoup moins encore.

Du reste, pour obtenir un résultat satisfaisant, il faut avoir le soin de s'assurer préalablement si l'urine est acide ou alcaline, et, si elle est acide, il est indispensable de la rendre alcaline en y ajoutant quelques gouttes d'ammoniaque liquide. Sans cette précaution, une partie du précipité formé serait redissous, car il consiste en phosphate de chaux, qui, comme on le sait, est soluble dans les acides faibles.

On peut, pour cet essai, substituer l'eau de baryte ou chlorure de calcium, tout en opérant de la même manière. On obtient alors, pour l'urine normale, douze à quinze parties de sels barytiques, tandis qu'avec l'urine d'une femme enceinte, la proportion du précipité est réduite de cinq à huit parties.

Quelque soit, d'ailleurs, le réactif employé, chlorure de calcium ou eau de baryte, le précipité n'est pas obtenu immédiatement; il faut, pour lui donner le temps de se rassembler, abandonner le mélange au repos pendant douze heures environ.

Modification du concours de l'agrégation. Epreuves éliminatoires.

La Faculté de médecine vient de décider, sur le rapport de M. Royer-Collard, que le réglement relatif au concours de l'agrégation serait modifié de la manière suivante: Il y aura à l'avenir deux épreuves préparatoires portant, l'une sur une question par écrit, l'autre sur une question orale, après trois heures de préparation. Les juges se réuniront alors et décideront sur ces épreuves quels sont les concurrens qui devront être admis à continuer les épreuves suivantes et ceux qui seront exclus. On devra choisir un nombre de candidats triple de celui des places à donner.

Il y a lieu de penser que l'on demandera les mêmes modifications au réglement pour le concours des hôpitaux.

Nous reviendrons sur ce sujet.

A LA MÉMOIRE DE LARREY.

Monte, monte Larrey, monte vers ton ami;
Sur les nuages d'or, il se penche à demi;
Desgenettes du haut du firmament t'appelle
Et t'offre, en souriant, une palme immortelle;
Le Val-de-Grâce élève une plaintive voix,
Et la terre d'Egypte a tressailli trois fois.
Les soldats mutilés dans toutes nos campagnes
Ont pleuré de douleur auprès de leurs compagnes.
Monte, monte belle âme, au séjour des élus;
Monte au séjour suprême, où l'on ne souffre plus!

ANTONI DESCHAMPS.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 92. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Mouvement du service pendant les mois d'avril et mai 1842.

Fidèle à ces habitudes d'exactitude et de précision qui caractérisent le médecin véritablement observateur, le professeur de la Charité, cette année comme les autres, après avoir recueilli chaque jour au lit du malade, les observations détaillées relatives à chaque cas particulier, et avoir entretenu son auditoire des plus intéressans de ces faits, a présenté, à la fin des deux premiers mois de clinique, un résumé succinct de tous les cas observés. C'est ce résumé que nous publions aujourd'hui, un peu tard, peut-être, et à l'aide duquel nous nous efforcerons de démontrer la supériorité constante de la nouvelle formule des émissions sanguines dans le traitement des maladies aiguës.

Du 1er avril au 31 mai 1842, 181 malades ont passé dans le service, sur lesquels 81 affectés de maladies chroniques, et 60 de maladies aiguës.

Nous les avons, selon notre habitude, divisés en deux catégories, subdivisées elles-mêmes chacune en deux classes.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Elle renferme les malades entrés dans nos salles antérieurement au 1er avril et présens à cette époque, au nombre de 43.

Première classe. — Cas chroniques ou sub-aigus, 28.

Affections organiques du cœur,	6
Phthisie pulmonaire,	6
Chlorose,	7
Emphysème pulmonaire	2
Péritonite chronique, ascite,	2
Myélite chronique,	1
Sciatique et rhumatisme chronique,	2
Ecthyma,	1
Rien de caractérisé,	1
	28

Deuxième classe. — Maladies aiguës, 15.

Pleuro-pneumonies. 6 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 4. Pleuro-pneumonie au second degré, affectant le sommet et la partie antérieure du poumon gauche, chez une femme chétive. Cas très grave.

Ce cas est relatif à une femme de vingt-quatre ans dont nous avons publié l'observation en détail il y a quelques mois, et qui était affectée de surdi-mutité. Dans cette circonstance où l'on fut pour ainsi dire obligé de faire de la médecine *vétérinaire*, privé que l'on était de tout renseignement de la part de la malade, et malgré les conditions désavantageuses dans lesquelles elle se trouvait, six saignées furent faites en six jours (18 palettes 1[2 de sang, 2250 gram.) Entrée le 31 janvier, convalescence le huitième jour. Sortie le 10 avril.

2° Salle Sainte-Madeleine, 6. Pleuro pneumonie puerpérale, négligée pendant environ neuf jours, au second degré, affectant les quatre cinquièmes inférieurs postérieurs du poumon droit. Cas très grave.

Femme de vingt-cinq ans, entrée le 22 mars. En deux jours, quatre saignées (11 palettes, 1375 gram.). Convalescence le cinquième jour. Sortie le 10 avril.

L'observation de cette malade a été publiée par nous en même temps que la précédente.

3° Salle Sainte-Madeleine, 7. Pleuro-pneumonie au deuxième degré, affectant les deux tiers inférieurs postérieurs du poumon gauche. Cas grave.

Femme de seize ans, entrée le 18 mars, malade depuis trois jours. En cinq jours six saignées (15 palettes, 1875 gram.) Convalescence le sixième jour. Sortie le 3 avril.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Pleuro-pneumonie affectant les trois-cinquièmes postérieurs externes du poumon et de la plèvre gauche. Endocardite.

Homme de vingt ans, entré le 29 mars, malade depuis trois jours. Sept saignées en cinq jours (21 palettes, 2125 gram.). Convalescence le sixième jour. Sorti le 6 mai.

Nous avons publié en détail cette observation accompagnée de réflexions dans le numéro de ce journal du 14 juillet.

5° Salle Sainte-Madeleine, 3. Pleuro-pneumonie occupant particulièrement le sommet du poumon gauche, à signes physiques mal dessinés, chez une femme faible, cachectique. Cas grave.

Cette observation qui a été également publiée en détail par nous, a trait à une femme de soixante ans, malade depuis six jours, entrée le 15 mars, sortie le 21 avril.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Pleuro-pneumonie au premier degré, occupant le tiers inférieur postérieur du poumon gauche, avec quelques phénomènes typhoïdes. Cas moyen.

Homme de 23 ans, malade depuis cinq jours; entré le 5 mars. En trois jours, 4 saignées (13 palettes, 1625 gram.). Convalescence le cinquième jour.

Variole intercurrente. Sorti le 28 avril.

Bronchite, 1 cas.

Salle Sainte-Madeleine, 10. Bronchite avec engorgement pneumonique au 1er degré à la base du poumon droit. Cas léger.

Femme de 56 ans, entrée le 28 mars. Deux saignées. Convalescence le troisième jour, sorti le 12 avril.

Rougeole, 1 cas.

Salle Sainte-Madeleine, 5. Rougeole avec bronchite. Cas moyen. Femme de 24 ans, malade depuis 5 jours. Entré le 18 février. Trois saignées, dont une locale. Sortie le 3 avril.

Ce fait, dans le détail duquel nous ne pouvons entrer ici, témoigne hautement, on le voit, de la vérité de cette assertion, que les saignées sont loin d'être nuisibles dans les fièvres éruptives, comme le pense le vulgaire, et quelques auteurs qui, nous devons le dire, font partie du vulgaire sur ce point.

Entéro-mésentérites, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Angine laryngo-pharyngée, plus tard. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée. Cas moyen.

Homme de 26 ans, malade depuis quinze jours; entré le 13 mars. En deux jours, quatre saignées, dont deux locales (11 palettes, 1375 grammes). Convalescence le cinquième jour; sorti le 25 avril.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entéro-mésentérite typhoïde à la première période. Cas moyen.

Homme de 20 ans, malade depuis cinq jours; entré le 17 mars. Cinq saignées en trois jours; trois générales, deux locales (15 pal., 1875 gramm.). Convalescence le sixième jour; sorti le 26 avril.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Fièvre typhoïde bien caractérisée. Pharyngo-amygdalite. Homme de 30 ans, entré le 7 décembre 1841, sorti le 30 avril 1842.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Entéro-mésentérite typhoïde; vers la fin de la première période, engorgement péripneumonique. Cas moyen.

Homme 27 ans, malade depuis quatre jours; entré le 20 mars. En trois jours, 5 saignées (15 palettes, 1875 gramm.). Convalescence le quatrième jour; sorti le 11 avril.

Entéro-colite. Cas léger. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 17, entré le 25 mars; sorti le 11 avril.

Rhumatisme articulaire aigu, 2 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 9. Femme de 26 ans. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Quatre saignées, deux vésicatoires. Convalescence le neuvième jour. Sortie le 4 juin.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Cas peu grave. Homme de 42 ans, malade depuis 15 jours; entré le 14 mars, Sorti le 14 avril. Quatre saignées, dont une locale.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Malades entrés du 1er avril au 31 mai, au nombre de 98.

Première classe. — Nous ne ferons que mentionner ici les cas chroniques ou sub-aigus, au nombre de 53, nous réservant de présenter plus tard quelques considérations sur les maladies chroniques, considérées relativement aux affections aiguës qui les ont produites et aux causes qui les ont déterminées.

Affections organiques du cœur.	8
Phthisie pulmonaire,	6
Chloro-anémie,	14
Ictère,	4
Névralgies,	2
Affections des centres nerveux,	2
Fièvre intermittente,	2
Rhumatisme articulaire chronique,	2
Bronchite chronique, emphysème,	2
Carie vertébrale, angine, métro-hémorrhagie, coliques saturnines, courbatures, etc.	11
	53

Deuxième classe. — Maladies aiguës, 41.

Entéro-mésentérites typhoïdes, 14.

Les cas désignés sous le nom de *fièvres typhoïdes* et dans le service dont nous rendons compte sous le nom plus exact *d'entéro-mésentérites typhoïdes,* ont été fort nombreux pendant les deux premiers mois de la clinique; notre dessein étant d'en publier dans quelques jours une analyse détaillée, et de les accompagner de quelques réflexions, lorsque la clinique sera terminée, nous ne ferons ici que les passer rapidement en revue selon notre habitude, insistant seulement sur les plus remarquables.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Entéro-mésentérite typhoïde, compliquée de bronchite générale capillaire, le tout datant d'une dizaine de jours, sans traitement approprié. Cas très grave.

Homme de 23 ans, malade depuis dix jours, entré le 7 avril. Trois saignées, dont deux locales (9 palettes, 1125 gram.). Convalescence le septième jour; sorti le 8 mai.

2° Salle Sainte-Madeleine, 12. Entéro-mésentérite parfaitement caractérisée, traitée d'abord par les purgatifs, arrivée à la deuxième période. Bronchite générale. Cas très grave.

Femme de 15 ans, malade depuis quinze jours. Entrée le 6 mai; pas de traitement actif. Sortie le 26 mai.

— On voit que dans les deux cas qui précèdent, malgré le pronostic très grave qui avait été porté, les émissions sanguines ne furent pas portées aussi loin que nous les verrons portées plus loin. La chose est facile à expliquer. C'est que la maladie était arrivée à une période trop avancée pour que la méthode pût être mise en usage dans toute sa rigueur; or, il est une époque dans les maladies aiguës où le traitement énergique formulé est impossible, n'en déplaise à ces loyaux adversaires qui prétendent que si à la Charité, les maladies sont enlevées avec une grande rapidité, c'est que l'on s'attaque à des maladies sur leur déclin. La lecture des résumés et des observations du service de M. Bouillaud que nous publions depuis bientôt quatre ans, contribue chaque jour à prouver la vérité du dire de ce professeur qui affirme, d'après l'observation des faits, qu'une maladie est d'autant plus vite enlevée qu'elle est plus près de son début.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Entéro-mésentérite bien caractérisée, à la seconde période, chez un sujet faible. Cas grave.

Homme de 20 ans, malade depuis dix jours, entré le 6 avril. Cinq saignées, dont deux locales, en quatre jours (12 pal. et demie, 1560 gram.). Convalescence le sixième jour. Sorti le 15 mai.

— Ce cas fut remarquable par l'énergie avec laquelle fut employée la méthode, malgré la faiblesse de la constitution du sujet, et la rapidité avec laquelle se déclara la convalescence.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 15. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, à la fin de la première période, avec bronchite. Cas grave.

Homme de 19 ans, malade depuis huit jours, entré le 18 mai. Cinq saignées en trois jours (14 pal., 1750 gram.). Convalescence le cinquième jour. Guéri depuis long-temps de l'affection pour laquelle il est entré à l'hôpital, ce jeune homme est encore dans les salles, retenu par une névralgie sciatique intense.

5° Salle Sainte-Madeleine, 12. Entéro-mésentérite bien caractérisée, au commencement de la seconde période, avec enchifrénement bronchique. Cas grave.

Femme de 22 ans, malade depuis huit jours, entrée le 27 mai. Quatre saignées en trois jours (11 pal., 1375 gram.). Convalescence le neuvième jour. Sortie.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, vers la fin de la première période. Cas assez grave.

Homme de 19 ans, malade depuis sept jours, entré le 19 avril. Cinq saignées, dont deux locales, en trois jours (16 pal.; 3 kilogram.). Convalescence le huitième jour. Sorti le 28 mai.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entéro-mésentérite typhoïde, vers la fin de la première ou au commencement de la seconde période; bronchite légère, chez un sujet faible, affecté d'une maladie organique du cœur et des valvules. Cas complexe, grave.

Homme de 17 ans, malade depuis quinze jours, entré le 27 avril. Cinq saignées en quatre jours (15 pal., 1875 gram.). Convalescence le septième jour. Sorti le 31 mai.

8° Salle Sainte-Madeleine, 2. Fièvre continue avec phénomènes abdominaux incomplètement caractérisés et disposition de la tête àse prendre. Cas assez grave.

Femme de 28 ans, malade depuis huit jours, entrée le 11 mai, sortie le 23 mai.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 17. Fièvre typhoïde à la première période, compliquée d'angine tonsillaire, chez un sujet chloro-anémique. Cas assez grave.

Homme de 16 ans, malade depuis dix jours, entré le 9 mai. Deux saignées (6 palettes). Convalescence le sixième jour. Sorti.

10° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 2. Entéro-mésentérite typhoïde; mal dessinée d'abord; bien évidente quelques jours jours plus tard. Cas assez grave.

Homme de 36 ans, malade depuis sept jours, entré le 17 mai. Trois saignées en deux jours (9 pal. 1125 gram.). Convalescence le neuvième jour.

11° Salle Sainte-Madeleine, 4. Fièvre typhoïde forme inflammatoire, à la première période. Cas moyen.

Femme de 19 ans, malade depuis huit jours; entrée le 24 mai. Trois saignée en deux jours (9 pal., 1125 gram.). Convalescence le septième jour.

12° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, encore à la première période. Cas léger.

Homme de 15 ans, malade depuis sept jours, entré le 30 avril. Trois saignées (9 palettes). Convalescence le quatrième jour. Sorti le 8 mai.

13° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Entéro-mésentérite typhoïde; forme inflammatoire assez simple. Cas léger.

Homme de 18 ans, entré le 24 mai, sorti le 3 juin.

14° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 15. Entéro-mésentérite typhoïde, bien caractérisée vers la fin de la première période. Cas moyen.

Homme de 16 ans, malade depuis quatre jours, entré le 16 avril. Cinq saignées en trois jours (16 pal., 2 kilogr.)

L'impatience et la mauvaise disposition d'esprit du sujet, qui demandait toujours à manger, se plaignait continuellement de faiblesse et ne supportait que très difficilement les émissions sanguines, empêchèrent de les porter aussi loin qu'il eût été rigoureusement nécessaire, et obligèrent M. Bouillaud de suspendre le traitement, avant que l'on se fût rendu maître de l'inflammation.

Au bout de quatre à cinq jours des phénomènes cérébraux se déclarèrent, le délire survint et le malade succomba le huitième jour après son entrée.

Mortalité : 1 sur 14.

— Nous avons assez rapidement passé sur les derniers de ces cas de fièvre typhoïde, qui n'ont rien présenté dans leur marche d'assez particulier pour fixer spécialement notre attention. Nous ne pouvons, dans un résumé comme celui-ci, que nous craignons de rendre trop long, vu l'aridité qui s'attache presque toujours aux chiffres et aux analyses, nous ne pouvons nous livrer à des réflexions bien étendues sur le traitement qui a été mis en usage dans les quatorze cas qui précèdent. D'ailleurs, après la publication du relevé du service pendant les trois derniers mois de la clinique, nous essayerons, dans un article consacré exclusivement aux fièvres typhoïdes observées pendant cet espace de temps, de comparer les divers modes de traitement employés contre cette maladie, et les résultats obtenus. Qu'il nous suffise ici de faire remarquer en passant, que la mortalité de 1 sur 14 obtenue par l'emploi de de la formule de la Charité, est une preuve de plus des progrès admirables qu'a faits, par les travaux de M. le professeur Bouillaud, la thérapeutique des affections aiguës, et faisons avec lui des vœux pour que des enquêtes authentiques viennent enfin établir d'une manière incontestable et qui ne laisse désormais aucun doute à l'esprit, les résultats fournis par les émissions sanguines formulées dans le traitement de ces affections aiguës.

Dr A. Foucart.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Bérard aîné.

(M. Denonvilliers, suppléant.)

Hernie crurale étranglée. Opération. Mort. Autopsie. Corps étranger trouvé dans l'anse intestinale qui avait été étranglée.

Le Vendredi, 28 juillet, se présenta à l'hôpital St-Antoine un homme âgé de soixante-dix ans, qui portait dans l'aine gauche une tumeur du volume et de la forme d'un petit œuf de pigeon, dure, rouge, rénitente, douloureuse, immobile à sa base, occupant la place qui appartient aux hernies crurales, ayant son plus grand diamètre dans la direction du ligament de Fallope sur lequel elle paraissait appliquée. L'abdomen était légèrement tendu, sonore, sensible à la pression; la respiration se faisait avec quelque difficulté, et la face portait une expression de souffrance. Soit par l'effet de la maladie, soit par les progrès de l'âge, l'intelligence du malade était extrêmement affaiblie; il paraissait comprendre à peine les questions qui lui étaient adressées, et y répondait d'une manière tout à fait inintelligible. Les personnes qui l'avaient amené s'étant d'ailleurs très mal expliquées sur les accidens éprouvés pendant les jours précédens, M. Denonvilliers se trouvait privé de notions précises sur le début du mal, sur sa durée, sur les troubles fonctionnels qui avaient dû précéder l'entrée du malade à l'hôpital. Des tentatives de réduction, faites avec ménagement et pendant un quart d'heure, n'amenèrent aucun résultat. Vingt-cinq sangsues furent immédiatement appliquées autour de la tumeur, un bain prolongé pendant deux heures, un lavement purgatif et l'introduction d'une canule forte et longue dans le gros intestin, suivant la méthode d'O'Beirne, furent prescrits, et l'on dut s'occuper d'avoir des renseignemens positifs sur les premiers temps de la maladie, en même temps que l'observation directe permettait de mieux apprécier la gravité du mal.

Le taxis, pratiqué dans le bain même, fut encore sans résultat. Le lavement purgatif détermina une évacuation assez abondante de matières moulées et très dures; néanmoins l'abdomen resta tendu au même degré, et devint un peu plus sensible; la tumeur elle-même ne subit aucun changement. Le malade eut plusieurs fois dans la journée des éructations et des nausées; il vomit une seule fois des alimens mélangés de bile et de mucosités. D'un autre côté, on apprit par les rapports des parens : 1° que le malade ne s'était jamais plaint de douleurs abdominales ni de coliques, et n'avait jamais remarqué aucune tumeur dans l'aine; 2° que trois jours avant son entrée à l'hôpital, il avait accusé de vives coliques survenues après des efforts infructueux pour aller à la garde-robe, et s'était alors seulement aperçu d'une tumeur dans la région inguinale; 3° que depuis, cette tumeur n'avait point disparu et était devenue rouge et douloureuse; 4° que les selles avaient été entièrement suspendues; 5° qu'un seul vomissement de matières verdâtres avait eu lieu le second jour, et que des nausées seules avaient été remarquées les autres jours.

Ces renseignemens et les résultats de l'observation laissant peu de doute sur l'existence d'une hernie crurale, étranglée dès le moment de sa formation, et les moyens de traitement ayant échoué, l'opération parut indiquée, bien que le météorisme, la sensibilité et la chaleur du ventre et de la tumeur, la fréquence et la petitesse du pouls, l'anxiété et la dyspnée fissent craindre l'existence d'une péritonite déjà établie depuis un temps indéterminé.

L'opération fut donc pratiquée le samedi matin; les enveloppes de la hernie ayant été divisées crucialement et couche par couche, le sac fut largement ouvert et le collet attiré autant que possible au-dehors à l'aide de deux pinces à disséquer. Un débridement fut alors pratiqué sur le collet, et l'on essaya de faire rentrer l'anse herniaire après avoir détaché quelques adhérences récentes. La réduction fut complètement impossible, et le doigt indicateur, porté du côté de l'anneau, apprit que le cercle constricteur était fort étroit et très résistant. Une sonde cannelée ayant été, avec peine, introduite entre l'intestin et l'anneau fibreux, la cannelure tournée en dedans, le débridement fut fait sur le ligament de Gimbernat, qu'il fallut à deux reprises diviser dans l'étendue d'un centimètre environ, pour parvenir à réduire l'intestin, après avoir tiré dehors les portions situées au-dessus et les avoir soigneusement examinées. L'intestin était jaunâtre, comme s'il eût été infiltré de matière albumineuse placée entre les tuniques séreuse et musculeuse, mais il se tenait bien, offrait une certeine élasticité et ne paraissait pas frappé de gangrène. Un lavement purgatif, du calomel à doses fractionnées et des onctions mercurielles furent ordonnées et le malade rapporté dans son lit.

Dans le cours de la journée, la péritonite prit une grande intensité; les coliques devinrent violentes, aucune garderobe n'eut lieu et le malade succomba le soir.

L'autopsie apprit, 1° qu'il existait déjà des adhérences couenneuses entre l'anse réduite et la paroi abdominale; 2° qu'aucune matière n'était épanchée dans l'abdomen, si ce n'est une petite quantité de sérosité trouble, tenant en suspension des flocons albumineux; 3° que l'anse herniaire était placée vers l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle; 4° que les anses intestinales supérieures à elle étaient gorgées de matières fécales, gonflées, enflammées, couvertes de pseudo-membranes, et que le péritoine contigu à elles était également enflammé; 5° que les anses inférieures étaient modérément tendues, sensiblement moins volumineuses et se laissant déprimer facilement; 6° que le péritoine de la région iliaque gauche, correspondant à l'opération, était exempt d'inflammation; 7° que dans l'anse herniaire, avant qu'elle fût ouverte, et à travers ses parois, on sentait un corps globulaire, résistant, du volume et de la forme d'une bille ordinaire. L'anse, ayant été ouverte, on en vit sortir une petite masse arrondie, jaune, lisse, et dans laquelle on reconut avec surprise une cerise entière, qui paraissait avoir été préparée par la macération dans l'eau-de-vie; et à laquelle manquait seulement la queue et le noyau.

Cette cerise avait-elle pénétré dans l'anse herniaire après l'opération et la réduction dans l'abdomen, ou bien s'y trouvait-elle déjà au moment même de la formation de la hernie, et dans ce cas n'avait-elle pas pu être pour quelque chose dans l'impossibilité de la réduction et par suite dans l'étanglement de la tumeur? La première opinion est plus probable; car, dans l'hypothèse opposée, on eût senti le corps étranger au moment de la réduction. Au reste, sa présence contribua beaucoup sans doute à empêcher le rétablissement du cours des matières et fut en grande partie cause de la rétention notée plus haut. Ce qui nous confirme dans cette pensée, c'est que la cerise était placée précisément vers le point le plus inférieur de l'anse herniaire, et formait là une sorte de bouchon, embrassé par la partie correspondante de l'intestin, qui figurait un cercle assez étroit déterminé par le fait de l'étranglement, et sur le pourtour duquel le péritoine restait seul, les membranes muqueuse et musculeuse ayant été coupées. De plus, on y remarquait une petite perforation de trois millimètres de diamètre, due à la déchirure de la seule membrane qui fût restée intacte, déchirure qui était bouchée par le corps étranger dont la pression l'avait probablement déterminée et par laquelle nous avons vu qu'il ne s'était fait aucun épanchement de matières.

Une autre circonstance digne de remarque, c'est que le sac herniaire présentait une très petite cavité secondaire, en doigt de gant, sorte de diverticulum séparé de la cavité principale par un léger rétrécissement ou collet. Cette circonstance permet de se demander s'il n'existait pas déjà depuis un temps plus ou moins long, et avant l'accident qui a amené la mort du malade, une hernie dont celui-ci n'avait pas eu connaissance à cause de son extrême petitesse et de sa profondeur.

Enfin, il a été constaté que le sac ne présentait aucun autre collet que celui de la petite cavité qui vient d'être indiquée; qu'il n'en existait pas au niveau du lieu où avait siégé l'étranglement, que là le péritoine se dépliait librement et largement, et que le débridement avait porté sur le ligament de Gimbernat, coupé dans une étendue de douze millimètres. Ainsi, l'étranglement avait bien, dans le cas actuel, pour cause matérielle, non le péritoine mais l'anneau fibreux luimême.

La portion d'intesrin qui avait été le siége de l'étranglement a été présentée mardi dernier à l'Académie de médecine par M. Denonvilliers.

— Dans un prochain numéro nous rapporterons l'observation de l'éléphantiasis de la vulve.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Maladie de l'articulation tibio-tarsienne. La présomption ou même la certitude de l'existence de tubercules pulmonaires contre-indiquent-elles l'opération? Réflexions sur le lieu d'élection dans les amputations de la jambe. Opération.

Le 29 avril 1842, a été couché, au n° 26 de la salle Sainte-Vierge, le nommé Broguet (Jean-François-Nicolas), affecté d'une maladie de l'articulation tibio-tarsienne. Cet homme est d'une constitution essentiellement nerveuse; le moindre mot agit avec force sur son esprit; un rien l'inquiète; il se préoccupe vivement de lui-même, étudie tout ce qu'il ressent; en un mot, c'est un individu extrêmement impressionnable.

Au physique, il est sec, maigre, ses chairs sont flasques, sa peau terreuse, sale, plissée, et il a été pris de toux et d'expectoration il y a long-temps déjà; cependant cette toux n'a pas été précédée d'hémoptisie ni des autres caractères de la phthisie pulmonaire. L'auscultation et la percussion n'apprennent rien; la respiration est celle qu'on observe dans les bronchites; il n'y a point de matité; d'ailleurs, depuis quelque temps il tousse moins et ne crache presque plus. Il est donc entré à l'hôpital, non pour tous ces symptômes, mais pour sa maladie du pied, qui reconnaît une entorse pour point de départ. La maladie a commencé au mois de janvier 1842.

Quand on examine l'articulation tibio-tarsienne siége du mal, on acquiert la conviction que, dans le gonflement qu'on y remarque, la tête des os est plutôt tuméfiée que les parties molles; à l'entrée de ce malade à l'hôpital, le gonflement existait déjà, les malléoles semblaient épaissies, la sensibilité était des plus vives; il était facile de comprendre qu'il se faisait là un travail profond retentissant sur toute l'économie. Il y avait cependant une difficulté dans le diagnostic: le mouvement fébrile était-il produit par la toux, était-il le résultat de la maladie de l'articulation? La toux diminua, la fièvre n'en fut point amendée. Evidemment, cette fièvre était symptomatique d'un travail de suppuration dans l'article. Bien qu'il n'y eût pas, dès ce moment même, grande chance de conserver ce membre, il fallut cependant essayer tous les moyens possibles avant d'en venir à l'amputation: les résolutifs locaux, les pommades d'iodure de potassium, d'iodure de plomb, les frictions mercurielles, les cataplasmes émolliens, furent successivement mis en usage sans aucun succès; on essaya la compression au moyen de bandelettes soutenues par un bandage inamovible, son emploi parut améliorer un moment l'état de l'articulation; mais bientôt une bosselure se montra derrière la malléole, un abcès fut reconnu ouvert, et il en sortit une grande quantité de pus. Pour s'assurer de l'étendue des désordres, un stylet fut introduit dans la plaie, et il ne put alors rester aucun doute sur les altérations des os; il fut constaté que toute la malléole externe était fortement dénudée. Le côté interne de la jointure ne tarda pas à être également pris, la suppuration envahit l'article, le membre fut perdu; la seule ressource qui restât, c'était l'amputation.

Mais, dans un cas de cette nature, on ne pouvait se résoudre à cette opération, déjà si grave en elle-même, sans de mûres réflexions: le sujet est nerveux, impressionnable, il y a lieu de présumer la présence de tubercules dans les poumons, l'extérieur du malade, la toux, l'expectoration, la maigreur, sont les signes sur lesquels on peut appuyer cette présomption. Il y a donc lieu de se faire cette question : Doit-on pratiquer l'opération sur ce sujet?

On sait que les amputés meurent fréquemment avec des tubercules pulmonaires; on a donc, se basant sur ce fait, émis cette opinion : les individus qui meurent avec des tubercules et une maladie articulaire n'ont été affectés de cette maladie articulaire que parce qu'ils portaient des tubercules. Selon les partisans de cette manière d'envisager le fait, il arriverait pour ces deux maladies ce que l'on voit si souvent survenir pour les cancers. Un cancer envahissant une partie amène bientôt la cachexie cancéreuse sous l'influence de laquelle un autre organe peut être pris, ou l'opération pratiquée suivie de récidive, sans qu'il soit possible de l'empêcher. Cette opinion serait vé-

ritablement désolante, car elle ferait rejeter comme inutile, impuissante, l'opération, seul remède qu'on puisse encore offrir aux malheureux qui se trouvent dans ce cas. Heureusement, un certain nombre de faits portent à penser qu'il y a eu erreur, et que dans cette circonstance, l'effet a été pris pour la cause. Il est constant que quelques individus présentant des symptômes de tuberculisation ont vu ces symptômes s'amender, puis disparaître, après avoir subi l'amputation d'un membre pris d'affection articulaire. Le fait est incontestable. S'il fallait en donner une explication, on pourrait dire qu'on conçoit qu'en amputant un membre on imprime plus d'énergie à l'économie tout entière.

Les anciens chirurgiens avaient parfaitement observé que la constitution d'un malade pouvait être complètement modifiée sous l'influence d'une amputation; que les gens scrofuleux, lymphatiques, maigres, débiles, devenaient après l'opération sanguins, pléthoriques, au point d'avoir recours à la saignée quelquefois, et que souvent ils prenaient de l'embonpoint. Il semble que ce soit un arbre que l'on émonde et où la végétation devient plus active, une clarté qu'on renferme dans un espace plus étroit et dont les rayons éclairent mieux alors tous les points du lieu qui la renferme.

Ce qui précède tendrait à prouver que *quelques individus amputés ont été guéris des tubercules qu'ils portaient dans les poumons*. Il ne faut pas avancer que cela est, parce que cela n'est pas prouvé, mais il faut dire seulement que divers faits donnent à penser que cela est possible.

Ainsi, des malades que M. Velpeau a amputés, offrant des symptômes de tuberculisation, ont recouvré la santé. Une jeune fille entre autres, couchée au n° 23 de la salle Sainte-Catherine, présentait, elle, des cavernes; elle a été examinée par des observateurs très exercés dans ce genre de recherches, et ces lésions ont été reconnues par eux; elle était dans un grand degré de marasme; on lui ampute la cuisse; elle guérit et cesse d'être tuberculeuse; il n'y a point à nier, le fait est là; de deux choses l'une: ou cette malade n'était pas tuberculeuse, et alors les gens éclairés et exercés ont porté un diagnostic faux, ce qui est difficile à croire, aujourd'hui que l'auscultation est si perfectionnée; ou, des cavernes n'empêchent pas une amputation de guérir, et une amputation guérit des cavernes, ce qui est moins difficile à croire, et ce qu'il faudrait pourtant accepter si la proposition première devenait un jour démontrée jusqu'à l'évidence. On n'ose prendre un parti; mais toujours est-il que l'on peut regarder comme incontestable ceci; à savoir, que l'amputation d'un membre peut modifier l'organisation toute entière.

Il y a une vingtaine d'années, M. Velpeau, dans une thèse de concours, se demandait déjà si les tuberculeux n'étaient pas souvent tourmentés par une suppuration quelconque, une suppuration articulaire, par exemple; si ce pus contenu dans l'articulation ne pourrait pas par suite donner lieu à la tuberculisation, en étant absorbé moléculairement et déposé dans les organes parenchymateux, pour y devenir la source de ces productions morbides, les tubercules. S'il en était ainsi, il y aurait un immense changement à apporter dans la thérapeutique des affections articulaires; au lieu de laisser marcher la maladie, comme on le fait si souvent, au lieu de temporiser, de reculer sans cesse le moment d'en venir à l'amputation, il faudrait la pratiquer, au contraire, aussitôt qu'on aurait acquis la certitude absolue que tout autre moyen est inefficace.

Dans le cas présent, puisqu'il est démontré par l'observation qu'il n'est pas impossible que l'amputation guérisse les tubercules, ou au moins qu'on a quelques raisons de le croire; puisque, d'un autre côté, il n'est pas du tout certain qu'il y ait chez ce malade un travail de tuberculisation accompli; puisque d'autre part encore, cet homme est condamné à périr, soit des tubercules qui surviendront, soit de la suppuration articulaire, il est du devoir du chirurgien de pratiquer l'opération, malgré les craintes que peut inspirer l'état de la poitrine.

Deux mots maintenant sur les lieux d'élection où se pratique cette amputation, et sur les procédés opératoires.

Autrefois, l'amputation de la jambe ne se pratiquait qu'au tiers supérieur; aujourd'hui elle se fait au tiers supérieur et au tiers inférieur. Il n'y a guère plus de dix ou quinze ans qu'on la pratique inférieurement.

Les raisons qui conduisaient les anciens chirurgiens à choisir ce lieu, étaient les suivantes: Selon eux, l'amputation au tiers inférieur avait l'inconvénient de ne fournir que de la peau et des tendons, de donner lieu à des inflammations dont le pus tend sans cesse à fuser vers le mollet, à des dénudations considérables et, par suite, à des nécroses; on reprochait encore à cette opération d'exposer plus que l'autre aux accidens tétaniques, à une réunion peu facile; on prétendait de plus, que le bout de jambe qui restait était plus nuisible qu'utile, puisqu'il était absolument impossible de poser l'extrémité du moignon, elle-même, sur la jambe mécanique qu'on y adapterait, sous peine de voir la cicatrice exposée à s'écorcher et à provoquer des douleurs et des accidens, au point que plusieurs malades étaient venus demander à se faire amputer de nouveau. (Sabatier.)

En 1832, déjà M. Velpeau s'était élevé contre cette pratique. On la comprenait, en effet, quand on n'avait pas la possibilité de se procurer des jambes artificielles qui prissent leur attache ailleurs que sur l'extrémité du moignon; mais aujourd'hui que la mécanique a fait tant de progrès; aujourd'hui est parvenu à fabriquer des jambes qui prennent leur attache et leur appui partout ailleurs que sur les parties qu'il est important de ménager, de telle sorte que la cicatrice ne supporte aucune espèce de pression, aujourd'hui l'amputation de la jambe au tiers inférieur se pratique très fréquemment. Il y a, en effet, des avantages dans ce procédé, avantages qu'on ne rencontre pas dans l'autre. Après l'amputation au tiers supérieur, la charnière de la jambe, l'articulation fémoro-tibiale est sacrifiée, l'amputé marche en fauchant, la difformité est impossible à dissimuler. Avec l'amputation inférieure, rien n'est plus facile que de masquer la perte de la jambe; pour les femmes, par exemple, c'est une considération. Il est certain que si c'était la seule, ce ne serait pas là un motif suffisant de prédilection pour l'amputation inférieure; mais il en est une autre d'un bien plus grand poids, c'est que l'amputation au tiers inférieur est moins grave, compromet moins la vie que l'amputation au tiers supérieur. On perd, après la seconde, au moins un tiers de plus d'opérés qu'après la première.

Il faut ajouter cependant que si l'opération inférieure est moins grave que l'autre par elle-même, elle est suivie de plus d'accidens que l'amputation supérieure; mais malgré ces accidens, elle est encore moins dangereuse; seulement la marche est moins sûre après elle; et pour les ouvriers, les gens de la campagne, tous ceux enfin qui ont besoin de marcher pour vivre, il vaut mieux avoir recours à l'amputation au tiers supérieur, qui leur laissera plus de solidité dans la progression, et leur évitera les dépenses encore assez considérables nécessitées par le raccommodage de la machine.

Parmi les procédés vantés pour l'amputation au tiers inférieur, et qui sont en grand nombre, on a spécialement préconisé celui qui consiste à former un lambeau en arrière et en avant pour que la cicatrice soit bien placée, et en outre pour éviter la gangrène du lambeau, etc. On arrive très bien à ces résultats par l'amputation circulaire. C'est de toutes les méthodes celle qui nous paraît mériter le plus d'être employée.

Immédiatement après la leçon, M. Velpeau a pratiqué l'amputation. Nous en ferons connaître les suites.

Anévrisme traumatique consécutif circonscrit, résultat d'une blessure à la base du pouce. Opération. — Considérations sur la ligature de la radiale et de la cubitale dans ces sortes de cas.

Célin (Louis-Achille), relieur, âgé de dix-huit ans, se présenta le 22 juillet, à l'hôpital de la Charité. Ce jeune homme raconta qu'à la suite d'un repas, ayant appuyé sa main droite sur le bord d'un verre à champagne, il pressa dessus tout en causant, et que le verre étant venu à casser, un des fragmens pénétra dans la paume de la main. Le sang jaillit aussitôt rouge vermeil, par saccades; un pharmacien s'étant trouvé là, appliqua sur la main du blessé une compression méthodique à l'aide de bandelettes, et le sang s'arrêta. Huit jours après l'accident, on aperçut au lieu qu'occupe la blessure une tumeur dont les battemens sont distincts à deux mètres de distance; cette tumeur se rompit peu de temps après la visite, et donna lieu à une nouvelle hémorrhagie qu'on arrêta.

Il s'agit donc ici d'un anévrisme traumatique, puisqu'il résulte d'une blessure; consécutif, puisqu'il n'est survenu que plusieurs jours après l'accident; circonscrit, enfin, puisque le sang ne s'est nullement infiltré dans les tissus voisins.

Les anévrismes de la face palmaire de la main offrent constamment beaucoup d'intérêt, car, pour les guérir, on peut avancer qu'il faut nécessairement recourir à la ligature de l'artère divisée et faire cette ligature en deux endroits, sur le bout supérieur et sur le bout inférieur, ou même pratiquer la ligature des deux artères de l'avant-bras, la cubitale et la radiale. Quelle que soit la manière dont le vaisseau ait été blessé, ce n'est guère qu'à ces moyens que cède ce genre de lésion; on cite des exemples de guérison par l'emploi d'une compression méthodique, mais c'est là un traitement sur lequel il ne faut pas trop compter, car il ne peut être que rarement suivi de succès. Il est bien vrai que la compression sur la radiale est facile à mettre en pratique, mais malheureusement elle ne suffit presque jamais; il y a dans cette région des anastomoses si nombreuses que les arcades palmaires doivent indubitablement ramener le sang par le bout inférieur. Cependant, quoique d'une utilité douteuse dans les cas dont il s'agit, la compression est encore assez souvent mise en usage: on se voit forcé de l'appliquer toutes les fois qu'on a affaire à des personnes qui redoutent l'instrument et refusent absolument de se soumettre à la ligature. Mais, il faut le dire, dans ces circonstances la ligature n'est pas non plus dépourvue d'embarras: il se présente encore avec elle beaucoup de raisons d'insuccès. Si on lie le bout supérieur seulement, le sang reviendra par le bout inférieur, et pour faire la ligature des deux bouts, la difficulté est extrême dans cette région. Le bout supérieur est assez facile à lier, mais l'artère placée inférieurement entre le tendon du long abducteur et les os donne de sérieuses difficultés, que viennent augmenter encore les tissus endurcis, le sang épanché, la tumeur, la veine, etc. Tout enfin vient se réunir pour compliquer l'opération, au point qu'un confrère fort exercé passa, dans un cas pareil, près d'un quart d'heure à chercher le bout inférieur de l'artère. Donc, dans les deux premiers jours on peut agrandir la plaie et lier les deux bouts; plus tard, il faut avoir recours à la ligature de la radiale et de la cubitale pratiquée à quelques centimètres au-dessus du poignet, ou bien encore à la ligature du bout supérieur combinée avec la compression sur le bout inférieur. Mais la ligature des deux artères est plus simple, plus facile et plus sûre, parce qu'il arrive, quand on a lié la radiale supérieurement, que la compression établie sur le bout inférieur favorise la réaction inflammatoire et amène de sérieux accidens.

Cette ligature peut être soumise à des règles assez fixes: il suffit de se rappeler convenablement les dispositions des plans aponévrotiques de la région pour pratiquer cette opération avec sûreté et facilité.

M. Velpeau a procédé de la manière suivante pour découvrir la radiale: il a incisé les tégumens, la couche celluleuse, où se trouve une grande quantité de veinules qui ont donné beaucoup de sang; après avoir disséqué avec soin jusqu'à l'aponévrose qui recouvre immédiatement l'artère, il l'a isolée avec la sonde canelée, etc.

Pour lier la cubitale, comme elle est recouverte par le tendon du cubital antérieur, l'incision a été faite vis-à-vis le bord radial du tendon, la peau a été divisée, puis une première lame aponévrotique; après avoir refoulé le tendon en-dedans, la seconde aponévrose s'est présentée, l'artère bridée par elle a été isolée, et on en a fait la ligature. L'opération a présenté ici quelques difficultés, dont l'abondance du sang et le gonflement assez considérable suffisent pour rendre compte.

De la proposition d'enquête de M. Bouillaud.

M. Bouillaud a depuis long-temps jeté dans le monde médical une grande et belle idée qui, accueillie d'abord avec indifférence, semble néanmoins aujourd'hui vivement préoccuper les esprits, grâce à la persistance du professeur de la Charité, grâce aussi au tableau affligeant que nous avons esquissé du vague et de l'incertitude de la thérapeutique en face de l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne en ce moment. Pour faire cesser ce vague et cette incertitude, pour convaincre les dissidens que la thérapeutique est plus puissante qu'ils ne le croient contre cette cruelle maladie, pour prouver enfin que le traitement qu'il emploie est efficace et certain, M. Bouillaud demande aujourd'hui, et avec une nouvelle force, ce qu'il a demandé depuis long-temps, une enquête.

Nous nous associons de tous nos vœux et de tout notre pouvoir à la demande de M. Bouillaud. Si nous n'avons pas traité plus tôt de ce sujet important, c'est qu'il nous a paru convenable d'abord de laisser à M. Bouillaud l'honneur de l'initiative, et puis d'attendre que, dans une proposition formelle et développée, M. Bouillaud eût fait connaître les moyens qu'il croit les plus propres à arriver au but désiré. Cette question, en effet, dont M. Bouillaud s'est occupé depuis long-temps, doit le trouver prêt à proposer un *modus faciendi* qui rallie tous ceux qui croient le principe bon et éminemment utile, mais qui sont effrayés ou découragés par les difficultés et les embarras de l'exécution. Les adhésions ne manqueront pas à M. Bouillaud si par un projet exécutable il dissipe les préventions des uns, l'insouciance des autres, le mauvais vouloir enfin du petit nombre.

Si nous sommes bien renseignés, M. Bouillaud doit, dans la séance même de ce jour, à l'Académie de médecine, faire du projet d'enquête une proposition directe et sérieuse. Cette proposition sera soutenue par quelques membres haut placés dans l'opinion, et notamment par M. Rayer, qui dès le premier jour s'est prononcé en sa faveur. Il ne paraît pas possible que l'Académie reste plus long-temps indifférente sur ce sujet. Il s'agit d'une des plus graves questions de thérapeutique qui puisse être soumise au jugement des hommes. Elle manquerait au principe même de son institution, à ce qu'elle doit à la science et à l'humanité en refusant de s'associer à un mouvement dont le résultat quel qu'il soit, ne peut avoir que des conséquences utiles. Si M. Bouillaud applanit des difficultés d'exécution qu'un certain nombre de personnes croient insurmontables, l'Académie doit nécessairement prendre en considération cette proposition grave. Nous dirons même qu'il est de son devoir d'aider M. Bouillaud dans cette recherche et de ne se laisser impressionner d'abord que par l'importance du principe.

C'est, pour notre compte, la seule chose que nous voulions appuyer. Le principe de l'enquête nous paraît éminemment utile, et nous emploierons tous nos efforts à le faire prévaloir. Comme beaucoup de personnes, nous croyons les difficultés d'exécution grandes et nombreuses, mais nous ne les croyons pas insurmontables. Nous attendons le développement de la proposition de M. Bouillaud, et nous sommes de ceux qui ont confiance en son courage, en son opiniâtreté et en ses lumières.

NÉCROLOGIE. — LARREY.

Peu de vies ont été plus utilement et plus noblement remplies que la vie de Larrey. Commencée en 1787, dans les rangs des chirurgiens de la marine royale de Brest, elle vient de s'éteindre en 1842, après un voyage en Afrique où les intérêts de l'armée avaient entraîné, malgré son grand âge, cette infatigable activité. Voilà, du moins, une mort digne d'une belle vie! En partant pour ce dernier voyage, Larrey disait: « Après, je peux mourir. » Il est mort, en effet, glorieusement presque sur le champ d'honneur, au service de la patrie, et comme ces héroïques personnages de l'épopée napoléonienne, dont il avait pansé les blessures et reçu le dernier soupir, Desaix, Lannes, Duroc et tant d'autres.

Larrey naquit à Beudant, petit village du Bigorre, en l'année 1766. Orphelin de bonne heure, il se retira auprès de son oncle, Alexis Larrey, chirurgien célèbre de Toulouse, qui lui donna les premières notions de cet art dans lequel il allait acquérir tant d'illustration. En 1787, Larrey est déjà à Paris où il dispute et obtient une place de chirurgien de marine; et bientôt après à Brest, où il enlève au concours le poste de chirurgien-major à bord de la frégate *la Vigilante*, sur laquelle il part pour une expédition dans l'Amérique septentrionale. A son retour il concourt deux fois pour une place de chirurgien des Invalides; deux fois il est élu par ses juges, mais le ministre dispose une première fois en faveur d'un de ses protégés, de cette place qu'il fut obligé de conquérir par une seconde action. En 1792, Larrey est appelé aux armées, en qualité de chirurgien de première classe, dans la division Luckner. Là commence cette magnifique carrière de chirurgien militaire qui n'a, pour la durée, d'analogue dans l'histoire que celle d'Ambroise Paré, et à laquelle rien ne peut être comparé pour la majesté des événemens, la grandeur des résultats, l'immensité des hommes. De la république à Waterloo, Larrey s'est trouvé sur presque tous les champs de bataille, et à son début il crée les *ambulances volantes*, qui rendirent de si éminens services; en Italie, où il organise les écoles de Padoue, de Milan; dans le Frioul, où il arrêta les progrès d'une épizootie meurtrière; en Égypte, où les noms de Saint-Jean-d'Acre, d'Aboukir, de Jaffa, d'Alexandrie, sont éternellement liés à son nom; dans les campagnes d'Allemagne, de Prusse, de Pologne et d'Espagne, par lesquelles il acquiert le titre d'inspecteur général du service de santé des armées; aux batailles d'Austerlitz, d'Eylau où l'empereur lui donne la croix de commandant de la Légion-d'Honneur; à Wagram, où il reçoit le titre de baron; à la Moskowa et dans cette terrible campagne de Russie; dans la campagne de France et à Waterloo enfin, où, succombant sous le poids des fatigues et des blessures, il est fait prisonnier.

Une aussi vaste expérience, acquise par d'aussi rudes et aussi nobles travaux, ne devait pas être perdue pour la science. Larrey a écrit presque tout ce qu'il a vu, et des fatigues des champs de bataille, il se délassait par les travaux de l'écrivain. Nous lui devons sa Relation chirurgicale de l'armée d'Orient, ouvrage passé au rang des monumens historiques; un travail précieux sur les amputations des membres à la suite des coups de feu; un grand nombre d'articles du Dictionnaire des Sciences médicales; son grand ouvrage en cinq volumes, Campagnes et Mémoires de chirurgie militaire, vaste recueil où ont puisé et puiseront encore ses successeurs; des Considérations sur la fièvre jaune, enfin sa Clinique chirurgicale en quatre volumes, où il a réuni tous les conseils et tous les préceptes auxquels sa longue carrière donne une si grande autorité.

Comme si tant de mémorables travaux ne devaient pas suffire pour que le nom de Larrey fût conservé dans la mémoire des hommes, l'empereur voulut être sûr de son immortalité en l'inscrivant dans son testament avec ces mots, dignes de Plutarque: « *C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu.* » Qu'ajouter à un pareil éloge?.....

Il n'est peut-être pas de contemporain, chargé, comme Larrey, de titres et d'honneurs, que l'envie ait trouvé plus invulnérable. Ces titres

et ces honneurs, nul n'en a contesté la légitimité, aussi les inscrivons-nous ici par devoir, justice et reconnaissance :

Larrey était baron, ex-chirurgien en chef de l'Hôpital militaire de la garde royale, chirurgien consultant du roi, ex-inspecteur-général du service de santé militaire, ex-premier chirurgien de la grande armée en Russie, Saxe, etc.; commandeur de l'ordre royal de la Légion-d'Honeur, chevalier de la Couronne de Fer, membre de l'Institut de France, membre de l'Académie royale de médecine, de l'Institut d'Egypte, membre du Conseil supérieur de santé des armées ; des Académies de Vienne, Berlin, Munich, Wursbourg, Iéna, Stockolm, Madrid, Turin, Naples, Bruxelles, etc., etc. (1)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation et emploi thérapeutique de l'hydro-ferro-cyanate de quinine.

M. le Dr Gallicano Bertozzi, professeur à Crémone, recommande le procédé suivant comme le plus économique pour la préparation de cette substance :

On prend une partie en poids de sulfate de quinine, qu'on triture dans un mortier de verre pour le réduire en poudre impalpable; on le mélange alors avec une partie et demie de ferro-cyanure de potassium préalablement dissous dans six ou sept parties d'eau distillée. Lorsque l'on a obtenu, par l'agitation, un mélange bien intime de ces deux substances, on les introduit dans une fiole à médecine, et on les place sur un feu doux où on les laisse jusqu'à ce que le liquide arrive à l'ébullition, en ayant soin toutefois d'agiter de temps en temps. A mesure que le liquide s'éclaircit, on voit se précipiter au fond et sur les parois de la fiole une matière de couleur jaune-verdâtre, ayant une consistance huileuse. Après avoir décanté les parties liquides, on lave cette matière avec de l'eau distillée, pour séparer le sulfate de quinine qui ne s'est pas décomposé du ferro-cyanure de potassium et du sulfate de potasse qui ont pu rester unis. Après avoir complétement terminé le lavage et séparé l'eau, il s'agit de recueillir le produit. A cet effet, on fait agir dessus de l'alcool très pur qui le dissout facilement à la température de 30 degrés de l'échelle réaumurienne. On filtre; la liqueur qui passe se trouble, et, par l'évaporation ménagée, elle laisse une masse cristallisée confusément en aiguilles, et dont le poids correspond aux trois quarts du sulfate de quinine employé.

Cette matière, amenée à l'état sec, présente une couleur jaune verdâtre, une saveur très amère; elle laisse d'abord percevoir le goût de la quinine, puis ensuite celui de l'acide cyanhydrique. Elle se dissout dans l'alcool à froid, mais plus aisément encore lorsque ce véhicule est bouillant, et sa solution est précipitée presque entièrement par l'eau. Cette même solution est précipitée en bleu par les per-sels de fer, et en blanc lorsqu'on l'essaye avec l'ammoniaque; si on la soumet à une évaporation rapide, le sel se décompose en laissant dégager une légère odeur d'acide cyanhydrique, et on trouve pour résidu un composé dont une partie est en cristaux mamelonnés, de couleur blanche, d'une saveur très amère, solubles dans l'eau et l'alcool, et tenant beaucoup du caractère du cyanhydrate de quinine; une autre partie se présente sous la forme d'une croûte verdâtre, d'une saveur légèrement amère, comme insoluble, et ressemblant à un cyanure de fer.

Si l'on cherche à combiner cette substance avec le sulfate quinique, elle prend alors diverses formes en cristallisant; les acides sulfurique et azotique le décomposent, en donnant lieu à un dégagement d'odeur d'amandes amères, et en déterminant la formation d'un précipité jaunâtre insoluble dans l'eau; ce précipité, lavé et exposé à un feu modéré, brûle à la manière du pyrophore, et laisse un carbure de fer qui passe à l'état de peroxide si la chaleur a été trop forte.

Ce nouveau sel a été employé comme médicament par M. le docteur Zaccarelli, en remplacement du sulfate de quinine, dans un assez grand nombre de pyrexies intermittentes. et ce médecin a pu ainsi obtenir la guérison de fièvres quartes et tierces, spécialement dans les cas où l'emploi du sulfate de quinine était resté sans succès. Ces propriétés fébrifuges ont été en outre confirmées par M. le docteur Carioli.

La supériorité de l'hydro-ferro-cyanate de quinine sur le sulfate de la même base a été observée principalement chez les sujets dont les fièvres étaient entretenues par une irritation des viscères abdominaux, et M. Carioli a pu constater cette particularité chez vingt-quatre malades dont la fièvre n'avait point été coupée ou qui, après l'avoir été, avait récidivé. Chez treize de ces malades, qui étaient affectés de fièvre quarte avec engorgement douloureux des viscères, la maladie avait duré chez les uns plusieurs mois, chez les autres deux ou trois ans, et même huit ans chez une jeune fille, sans céder au traitement le plus rationnel, aux évacuations sanguines locales et générales, aux adoucissants, et enfin au sulfate de quinine dont l'emploi n'avait amené qu'une amélioration tout à fait passagère ou même nulle.

Dans le traitement de ces fièvres par l'hydro-ferro-cyanate de quinine, M. le Dr Carioli l'a administré à la dose de 10, 15, 20 et même 40 centigrammes (2, 3, 4 et même 8 grains) par jour, en divisant cette quantité en six pilules avec quantité suffisante de rob de sureau pour donner la consistance convenable. Il a eu soin d'augmenter d'un décigramme (2 grains), lorsque l'estomac a pu supporter facilement l'action du médicament, ou lorsque la fièvre n'a seulement diminué que de violence. Après l'usage de ce sel, il n'a eu que bien rarement à observer des rechutes, et il n'a guère vu, ce qui est très ordinaire lorsqu'on a recours au sulfate de quinine, se manifester une exacerbation des irritations gastro-intestinales qui ont coutume de coïncider avec les pyrexies périodiques.

Traitement de la lèpre tuberculeuse.

M. le Dr Baumès, appelé à donner des soins à un jeune garçon âgé de treize ans, affecté d'une lèpre tuberculeuse qui, d'après tous les antécédens et tout ce qui se présentait dans l'intérieur de l'organisation au moment de la première exploration des symptômes, devait plutôt être rangée dans la catégorie des éruptions par fluxion idiopathique que dans toute autre catégorie, eut recours à l'emploi des moyens suivans :

1° Les bains de vapeurs, émollientes d'abord, puis aromatiques. Le nombre de ces bains fut considérable, car le malade en a pris jusqu'à 300 dans l'espace d'un an.

2° Lorsque la peau fut en quelque sorte macérée, losqu'un mouvement très marqué de transpiration fut établi, on opposa un mode pathologique à un autre mode pathologique, en appliquant sur les tubercules les plus volumineux, les plus opiniâtres, surtout sur ceux de la face, de petits vésicatoires, et en pansant les plaies avec une pommade caustique composée d'axonge et de nitrate d'argent, ce qui hâta effectivement la fonte et l'affaissement de ces tubercules.

3° On pratiqua, dans tous les points où il fut possible de le faire, une forte compression permanente sur les tubercules non ulcérés, également pour solliciter et hâter l'absorption de la matière organique vicieusement accumulée.

4° Enfin, on ne donna à l'intérieur que des substances douces, du lait d'ânesse, des boissons légèrement sudorifiques, un régime tonique sans être excitant.

Sous l'influence de ces divers moyens, choisis dans le but de rétablir la transpiration supprimée et d'activer l'absorption de la substance organique accumulée, tout en ménageant autant que possible les voies digestives dont l'intégrité est la base d'une bonne nutrition, point si essentiel à l'époque de croissance rapide où se trouvait le sujet, on obtint une amélioration d'abord lente mais positive, puis bientôt plus prompte. La sensibilité reparut par degrés dans les membres; les tubercules s'affaissèrent; les taches généralement répandues avec hypertrophie cutanée perdirent leur teinte fauve, cuivrée, rouge sombre, et se rapprochèrent du teint naturel de la peau; la physionomie caractéristique du léontiasis s'amenda; la mémoire, l'imagination, le jugement reprirent leur activité primitive; la gaieté revint, et enfin, un an après le commencement du traitement, il ne restait plus sur le visage, et çà et là sur le reste de la peau, que des taches légèrement roussâtres, comme des dartres furfuracées, qui elles-mêmes ne tardèrent pas à disparaître complètement. Il s'en suivit une guérison parfaite qui ne s'est pas démentie depuis quatre ans.

(1) Quelques semaines avant son départ, M. Larrey a fait faire son buste par un sculpteur distingué, M. Carle Elshoëct, qui a saisi avec un rare bonheur la ressemblance et la physionomie noble, ferme et bonne du grand chirurgien de l'empire.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. Juillet 1842.

I. *Mémoire sur la topographie médicale du quatrième arrondissement de Paris; recherches historiques et statistiques sur les conditions hygiéniques des quartiers qui composent cet arrondissement*; par M. le docteur HENRI BAYARD.

L'auteur, qui ne s'était d'abord proposé que de publier quelques considérations sur la topographie médicale du quatrième arrondissement de Paris, a été amené, par ses recherches successives sur ce sujet, à agrandir bientôt le cercle qu'il s'était tracé.

Son travail se compose de deux parties, dont la première seule paraît dans le numéro que nous analysons ici.

Dans cette première partie, il trace la topographie des quartiers qui forment l'arrondissement. Les limites, la nature et la disposition du sol, l'exposition aux vents, sont successivement étudiées.

Pour faciliter l'examen comparatif auquel il se livre de la topographie ancienne de la ville, il a accompagné ce travail de plans multipliés et exécutés avec une scrupuleuse exactitude, d'après l'excellent ouvrage de Delamarre : on peut suivre tous les progrès de l'accroissement rapide de ces quartiers qui bordent la Seine, et de ceux qui bientôt les ont enveloppés.

Cette revue topographique, il la fait d'abord jusqu'au dix-huitième siècle, puis il examine quelles causes extérieures ou dépendantes du sol ont pu influer d'une manière fâcheuse sur la santé publique. Ainsi, les inondations, l'accumulation des immondices et des boues, les défauts et l'absence de constructions des fosses d'aisances, le pavage, l'éclairage, le voisinage des cimetières, forment autant de chapitres spéciaux. Toutes ces causes générales à la ville entière agissaient avec plus de gravité encore sur les quartiers primitifs qui ont toujours offert et conservent même actuellement un entassement fâcheux pour la santé publique.

Le quartier des halles ayant toujours servi d'entrepôt, de magasin à toutes les denrées qui alimentaient la population de Paris, M. Bayard a voulu rendre plus complet son mémoire en étudiant les questions de police municipale qui ont préoccupé les magistrats chargés du soin de la santé publique. C'est encore l'ouvrage de Delamarre qui lui a fourni les principaux éléments de cet examen. Les fontaines publiques, l'eau, les grains, le pain, la viande, le poisson, les vins, la bière, fournissent le sujet d'une étude rapide qui permet au moins d'établir quelques probabilités sur l'influence hygiénique que ces alimens ont pu exercer sur la population à diverses époques.

Il termine enfin cette première partie de son travail par la citation des disettes qui ont eu lieu jusqu'au dix-huitième siècle, et par l'énumération des maladies qui ont régné d'une manière épidémique ou endémique plus particulièrement dans les quatre quartiers du Louvre, Saint-Honoré, des marchés et de la Banque, qui composent aujourd'hui le quatrième arrondissement.

II. *Note sur les vidangeurs*; par MM. BRICHETEAU, CHEVALLIER et FURNARI.

Les auteurs commencent par déclarer que ce qui les a portés à étudier les inconvénients qui résultent de l'exercice de la profession de vidangeur, c'est qu'ils sont convaincus que bientôt les matières fécales seront retirées des fosses d'aisances à l'aide de procédés salubres qui n'exposeront plus les ouvriers aux émanations fétides et à l'asphyxie, et que, par conséquent, le moment n'est pas éloigné où cette profession cessera d'exister, et entrera définitivement dans le domaine de l'histoire des professions insalubres.

Après quelques renseignemens curieux sur le nombre des ouvriers vidangeurs employés pour le service de la capitale, sur le gain journalier de ces ouvriers, sur la durée de leur travail, sur leur tempérament le plus ordinaire, sur l'état de mariage ou de célibat dans lequel ils vivent, et enfin sur les changemens que leur profession a éprouvés depuis son origine, les auteurs passent à l'examen des maladies qui sont particulières à ces ouvriers, la *mitte*, le *plomb*, les *embarras gastriques*, les *rhumatismes*, les *bronchites chroniques*, les *hernies*, et ils font observer avec raison que les deux premières seules méritent d'être citées comme telles.

Ils terminent en disant que, par les documens qu'ils se sont procurés par toutes les voies possibles et qui servent de base à leur travail, il semble désormais acquis à la science :

1° Qu'en général la profession de vidangeur, quoique sale et dégoûtante, est moins insalubre qu'une foule d'autres qu'on pourrait facilement citer, et qu'on y vit et qu'on y travaille aussi long-temps que dans beaucoup d'autres;

2° Qu'il est bien probable qu'elle guérit ou préserve de certaines maladies de la peau;

3° Qu'enfin les vidangeurs sont moins exposés que la plupart des autres ouvriers à contracter des épidémies; observation qui, du reste, avait déjà été faite par Parent-Duchâtelet et quelques autres, au sujet des ouvriers qui travaillent à la poudrette de Montfaucon.

III. *Sur la nécessité d'indiquer légalement aux confiseurs, pastilleurs qui habitent les départemens, et à tous ceux qui préparent des sucreries coloriées et des liqueurs, les matières colorantes qu'ils doivent employer pour colorer ces produits*; par MM. A. CHEVALLIER et F. HABERT.

En publiant ce travail, MM. Chevallier et Habert ont pour but de démontrer, d'une manière positive, qu'il est nécessaire, dans l'intérêt de la santé publique, que l'administration fasse connaître et impose aux confiseurs, etc., qui habitent les départemens, l'emploi de couleurs qui ne puissent nuire à ceux qui font usage des sucreries coloriées.

Après avoir mentionné tous les accidens observés jusqu'ici et qui peuvent être considérés comme conséquences de l'emploi de couleurs toxiques pour la fabrication des liqueurs ou pour le coloriage soit des bonbons et des sucreries moulées, soit des papiers qui servent à les envelopper, ils font connaître les divers essais chimiques à l'aide desquels les confiseurs pourraient facilement reconnaître, dans les matières colorantes qui leur sont vendues, la présence des sels de plomb, de cuivre, de chrôme, de mercure, d'arsenic, et celle de la gomme gutte.

En terminant, ils établissent qu'il serait utile : 1° qu'on fît faire en province, comme on le fait à Paris, soit par les membres des conseils de salubrité dans les localités où il y en a, soit par des pharmaciens habiles, une visite annuelle des magasins et laboratoires des confiseurs et fabricans pour examiner, et les bonbons et sucreries confectionnés, et les matières avec lesquelles on les confectionne;

2° Que Messieurs les préfets prissent un arrêté par lequel les prescriptions imposées par M. le préfet de police de Paris aux confiseurs de la capitale seraient applicables aux fabricans de bonbons de la province.

Ils ajoutent qu'à l'aide de ces mesures on éviterait, non-seulement l'emploi dans la fabrication de substances susceptibles de nuire à la santé, mais encore l'expédition en province de bonbons qui, dit-on, sont confectionnés exprès pour les localités où l'administration municipale n'exerce pas de surveillance, localités où l'on tient aux anciens usages et où l'on ne veut pas de sucreries coloriées avec des laques, mais avec du cinabre et avec d'autres substances dangereuses.

IV. *Mémoire sur quelques moyens proposés dans ces derniers temps pour découvrir l'arsenic dans les organes où il a été porté par la voie de l'absorption*; par M. ORFILA.

Dans ce mémoire, M. Orfila s'est proposé d'examiner les trois questions suivantes :

1° Quand on fait usage de l'azote de potasse pour extraire l'arsenic des viscères qui le contiennent, vaut-il mieux mélanger ce sel à l'état solide avec la matière organique, comme il (l'auteur) l'a indiqué, que de dissoudre cette matière dans la potasse à l'alcool, puis de saturer celle-ci par l'acide azotique, comme le prescrivent MM. Fordos et Gélis?

2° Le procédé récemment publié par M. Pettenkofer, dans le journal de pharmacie de Büchner, est-il préférable aux autres?

3° Quelle est la valeur des expériences communiquées l'an dernier au congrès de Florence par M. Gianelli, pour déterminer s'il existe ou non de l'arsenic dans les organes d'individus soupçonnés empoisonnés?

M. Orfila, appuyé sur les résultats d'expériences récentes faites par lui dans le but d'éclairer ces trois questions, répond aux deux premières par la négative. Quant à la troisième, il établit que le système du docteur Gianelli ne repose sur aucune base solide, et qu'il serait dangereux de l'appliquer aux recherches médico-légales relatives à l'arsenic, dans un moment surtout où les procédés propres à faire découvrir des quantités infiniment petites de cet oxide ont atteint un si haut degré de perfection.

V. *Consultation médico-légale. — Appréciation de la nature des altérations cadavériques observées dans un cas de mort survenue à la suite de violences extérieures*; par M. OLLIVIER (d'Angers).

Cette consultation est relative à une affaire de meurtre involontaire, dans laquelle la mort de l'individu était rapportée par trois experts de la localité aux lésions déterminées par les coups donnés, tandis que deux autres experts du même pays la rapportaient à une gastro-entérite qui se serait compliquée d'une congestion cérébrale seulement consécutive à l'affection intestinale.

M. Ollivier (d'Angers) et M. Bayard, consultés sur le point de savoir laquelle de ces deux opinions devait être admise, se sont rangés à celle des trois premiers experts.

VI. *Triple accusation d'empoisonnement; condamnation à la peine de mort*; par MM. CHEVALLIER, ORFILA et OLLIVIER (d'Angers).

Ce travail est relatif à une affaire d'empoisonnement commis par une femme sur son mari et ses deux enfants.

VII. *Observation et rapport médico légal sur des accidens déterminés par l'usage externe du nitrate acide de mercure*; par M. OLLIVIER (d'Angers).

A l'occasion d'accidents survenus par l'usage externe du nitrate acide de mercure employé en lotions pour combattre une maladie cutanée, une plainte a été portée récemment contre un officier de santé de l'une des communes avoisinant Paris. MM. Ollivier (d'Angers) et Chevallier, chargés de déterminer si ces accidens étaient bien évidemment dus à la prescription, et si le préjudice causé n'était pas le fait de l'officier de santé qui avait conseillé le traitement, ont, après examen détaillé des faits, répondu par la négative; et par suite de leur rapport, la chambre des mises en accusation a décidé qu'il n'y avait pas lieu à suivre contre l'officier de santé.

VIII. *Sur des taches simulant des taches de sang*; par A. CHEVALLIER.

A deux reprises différentes dans l'espace d'une année, l'auteur a eu à se prononcer sur des taches présumées avoir été faites par du sang; et, dans les deux cas, il fut constaté que les taches étaient dues à la matière colorante rougeâtre et visqueuse que contient le bois d'aune.

Dans le premier de ces cas, M. Chevallier se trouvait associé à M. Devergie, et, dans le second à MM. Hennelle et Cottereau.

IX. *Nouvelles recherches sur plusieurs poisons tirés du règne minéral*; par M. ORFILA.

Dans ce travail, il s'agit de la recherche de cette portion de la substance toxique qui a été absorbée et portée dans les tissus et dans l'urine. M. Orfila décrit avec détail les diverses et nombreuses expériences qu'il a faites pour éclairer, sous ce point de vue, l'histoire de l'empoisonnement par l'acide sulfurique, l'acide azotique, l'acide chlorhydrique, l'acide oxalique, la potasse, le carbonate potassique], la soude, la chaux, la baryte et ses composés, les sels de plomb, de bismuth, d'étain, d'argent, d'or et de zinc.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE; juillet 1842.

1°. *Lettre chirurgicale sur une urétroplastie avec boutonnière périnéale, et sur un calcul prostatique d'un gros volume, adressée au docteur A. Vidal (de Cassis)*; par le docteur G. GOYRAND (d'Aix).

Première observation.—*Perforation avec perte de substance de la portion pénienne de l'urètre; urétroplastie avec boutonnière périnéale.* — Charles Belléaus, âgé de vingt et un ans, était atteint d'une perforation de l'urètre située à quinze millimètres en avant du scrotum. La paroi inférieure du canal était détruite dans une étendue de huit millimètres. La partie supérieure se voyait distinctement par cette ouverture. Sur le point de cette paroi qui correspondait à la perforation, était une végétation pédiculée qui avait l'aspect d'un gros poireau. Sur les bords de la perforation, la peau paraissait se continuer immédiatement avec la muqueuse. Tous les tissus entourant la fistule étaient parfaitement souples, exempts de tout engorgement, de toute altération, comme si cette perforation eût été une ouverture naturelle. La fistule était, au dire du malade, la suite d'un écoulement urétral dont il fut atteint il y a cinq ans. Déjà plusieurs tentatives d'urétroraphie avaient été faites sans succès, lorsqu'il vint se confier aux soins de M. Goyrand.

Après avoir détruit par l'excision et la cautérisation l'excroissance urétrale, ce chirurgien procède à l'opération de l'urétroplastie. — La boutonnière périnéale est d'abord pratiquée; elle commence à vingt-quatre millimètres au-devant de l'anus, et est prolongée en arrière sur le raphée, jusqu'au-devant du sphyncter. La portion membraneuse de l'urètre étant ainsi incisée, de manière à livrer facilement passage dans la vessie à une sonde élastique n° 12, on introduit dans l'urètre par le méat urinaire une grosse bougie, et on procède immédiatement à la réparation de la perte de substance. Nous ne pouvons point décrire ici les détails minutieux de cette opération; qu'il nous suffise d'indiquer que le lambeau cutanée a été taillé derrière la perforation sur la base du pénis et la partie voisine du scrotum.

Les suites de cette urétroplastie ont été accompagnées d'accidens locaux qui ont trouvé en grande partie leur source dans l'indocilité et l'imprudence de l'opéré. Mais les moyens judicieusement combinés auxquels M. Goyrand a eu recours, ont enfin triomphé; et après quelques mois la perforation que nous avons signalée était réduite à un petit très trajet fistuleux, que l'on serait parvenu aussi à oblitérer si Belléaus n'avait quitté la ville d'Aix.

Cette opération trouvera place à côté de celles déjà publiées par MM. Ségalas et Ricord, et est une nouvelle preuve des avantages de la méthode que Dieffenbach a le premier signalée, sans toutefois la conseiller, et que MM. Ségalas et Ricord ont les premiers mise en pratique.

Seconde observation. — *Calcul prostatique d'un grand volume. — Opération.* — Un paysan de Brest, âgé de vingt-sept ans, éprouve depuis son enfance des douleurs dans la région périnéo-scrotale. Il est actuellement dans un état de marasme. Dans la partie de l'urètre qui répond aux bourses, existe un calcul qui arrête la sonde lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme. Il y a de plus une hydrocèle assez volumineuse avec engorgement du testicule gauche.

On opère d'abord l'hydrocèle par la ponction simple, et on trouve le testicule un peu plus gros que dans l'état normal, dur, bosselé, et paraissant tuberculeux. Cela fait, M. Goyrand saisit avec les doigts le calcul que nous venons d'indiquer, incise sur lui l'urètre, et opère ainsi l'extraction de ce corps étranger qui offre vingt-deux millimètres de longueur sur quinze de largeur et sept d'épaisseur, et représente assez exactement la forme d'une amande dépouillée de sa coque.

Une sonde à courbure courte est alors introduite dans l'urètre; mais arrivé à la portion membraneuse, cet instrument se trouve arrêté par une autre pierre. Il s'agissait de déterminer si ce calcul était tout dans la prostate, s'il envoyait un prolongement dans la vessie, ou bien enfin s'il n'était qu'un prolongement d'une énorme pierre vésicale. Pour arriver à un diagnostic précis à cet égard, M. Goyrand combina heureusement le toucher rectal avec la pression hypogastrique, et reconnut que si le calcul n'était pas étranger à la vessie, il ne pénétrait dans cette partie que par un prolongement qui ne devait pas être bien gros.

Après cette exploration, on laisse le malade en repos pendant treize jours pour permettre à l'inflammation adhésive de la tunique vaginale de se dissiper, et à l'incision de l'urètre de se déterger. Après cette époque, on procède à l'extraction du calcul prostatique par la méthode bi-latérale. On extrait ainsi une première pierre du volume d'un œuf de poule. Le doigt porté dans la plaie arrive dans une grande cavité située à l'intérieur de la prostate, et permet de constater l'existence d'une seconde pierre du volume d'une noisette, un peu aplatie, dont on pratique immédiatement l'extraction. « Le col de la vessie, dit M. Goyrand, situé très loin de la surface cutanée du périnée, n'avait pas été incisé, mais était béant. Le doigt n'était pas assez long pour pénétrer profondément dans la vessie. Je sondai cette poche avec une algalie d'argent que j'introduisis par la plaie, la concavité tournée en bas; je n'y trouvai pas de pierre. Je poussai dans la plaie une injection émolliente, et le malade fut reporté à son lit. »

Les trois pierres qui ont été extraites chez cet homme, pèsent ensemble soixante-quinze grammes.

Les suites de l'opération ont été très simples ; aucun accident n'est survenu ; la plaie du périnée et celle faite à la portion spongieuse de l'urètre, se sont parfaitement cicatrisées.

II. *Recherches sur l'évolution du sac herniaire, suivies de considérations chirurgicales sur les complications auxquelles il peut donner lieu*; par J.-B. Demeaux, aide d'anatomie de la Faculté, interne des hôpitaux.

Il est peu de questions qui aient autant occupé le génie des chirurgiens que celle qui se rattache aux hernies abdominales ; et cependant il s'en faut que tout ait été dit sur cette matière. Chaque jour la science fait de nouvelles acquisitions, et chaque jour aussi les bons observateurs s'aperçoivent qu'il manque encore quelque chose pour que ce point important de la chirurgie repose sur des bases solides. Or ces bases sont dans l'étude détaillée et précise des faits anatomiques ; hors de là il n'y a que des théories, des hypothèses plus ou moins hasardées, plus ou moins ingénieuses qui peuvent éblouir un instant, mais qui ne sauraient satisfaire complètement les esprits sérieux.

Nous félicitons M. Demeaux d'avoir senti toute la portée de ces remarques en abordant la grande question des hernies par des études anatomiques. Ne pouvant point encore embrasser toutes les parties qui se rattachent à cet important sujet, il a principalement étudié le collet du sac herniaire. Ce travail renfermant plusieurs faits nouveaux et des considérations pratiques de la plus haute importance, nous croyons devoir en donner une analyse détaillée.

Le mémoire est divisé en deux parties : 1° considérations anatomiques ; 2° considérations chirurgicales.

1° *Considérations anatomiques.* — Ces considérations portent sur l'évolution du collet du sac. M. Demeaux ayant observé cette évolution dans trois états différens, il la divise en trois périodes : a. *formation* ; b. *organisation* ; c. *resserrement.*

a. *Formation.*—Le péritoine, en formant le sac, se trouve froncé au niveau de l'ouverture qui lui donne passage ; mais ce froncement, qui a d'ailleurs été signalé par tous les auteurs, n'existe qu'à la condition d'être maintenu par un anneau. Le collet n'existe donc point alors par lui-même ; car si le péritoine est ramené dans le ventre par un mécanisme quelconque, le froncement cesse et le collet disparaît. « C'est, sans contredit, dans l'étude de cette période, dit M. Demeaux, que gît la solution du problème de l'étranglement par les anneaux. »

b. *Organisation.* — Dans cette seconde période, le collet acquiert une existence qui lui est propre. Du côté de la surface séreuse du péritoine, les plis du froncement que nous avons précédemment signalé adhèrent les uns aux autres ; du côté de la surface celluleuse, le tissu adipeux diminue, quelquefois même disparaît complètement ; une couche vasculaire le remplace, convergeant vers le collet, s'irradiant vers le sac. Cette couche adhère intimement au péritoine. Il se passe là un travail d'organisation qui débute dans la couche celluleuse sous-péritonéale, mais auquel le péritoine prend ensuite une part très active. Cette couche vasculaire est comparée par M. Demeaux au dartos ; car, indépendamment des vaisseaux, il a pu y constater des fibres d'une autre nature semblables à celles du tissu dartoïque ; et même dans quelques cas des fibres musculaires. Ces faits viennent confirmer jusqu'à un certain point les idees de M. Desprez, qui admet un appareil dartoïque à la partie inférieure du ventre.

A cette seconde période, le collet du sac est résistant ; il n'a plus besoin, pour persister, d'être maintenu par l'anneau qui lui a en quelque sorte servi de moule. Il peut donc étrangler par lui-même.

c. *Resserrement.* — Lorsque le collet est organisé, si les organes cessent d'agir sur lui, il tend à se resserrer et même à s'oblitérer. Des faits de cette oblitération ont été rapportés par Ledran, Arnaud, etc., et c'est là une disposition généralement admise. Quant au simple resserrement, M. Demeaux montre qu'à mesure qu'il se produit le collet s'épaissit, et la couche vasculaire finit par présenter la dureté et la résistance du tissu fibreux. En conséquence, dans cette troisième période, toute dilatation du collet devient impossible ; il résiste à la pression des organes, où il étrangle l'organe qui le penètre.

Etudiant ensuite la forme et l'étendue du collet, M. Demeaux indique comment, à cause de l'inégalité de résistance qu'offre quelquefois l'ouverture qui livre passage au péritoine, le collet peut être ovalaire plutôt que circulaire, constituer dans certains cas un canal de plusieurs centimètres de longueur, et même présenter une dilatation plus ou moins prononcée entre les deux extrémités (hernie inguinale oblique). Pour appuyer ces particularités, l'auteur entre dans des considérations extrêmement curieuses, que les limites de cette analyse ne nous permettent pas de signaler.

Le collet du sac, à toutes les époques de la durée, est soumis incessamment à l'action de deux influences, dont l'une tend à augmenter le degré de la maladie, et l'autre sait en arrêter les progrès, soit à en amener la cure radicale. Ces deux influences peuvent imprimer au collet des modifications que M. Demeaux ne manque pas de signaler.

La première de ces influences, c'est la pression des organes. Cette pression determine ici des résultats differens, suivant la période dans laquelle se trouve le collet. A la première période, le froncement déjà signalé disparaît, et le péritoine est refoulé au dessous de l'ouverture pour participer à l'agrandissement du sac. — Dans la seconde période, lorsque le collet est déjà organisé, il peut être refoulé aussi ; mais si son organisation est avancée, il ne pourra plus se laisser dilater ; un nouveau sac se formera donc au-dessus du premier, et ainsi de suite. C'est par ce mécanisme que l'on explique la formation des sacs superposés (hernies dites en chapelet). Lorsque le collet résiste par une de ses moitiés, et se laisse dilater par l'autre moitié, et que le sac se trouve successivement refoulé hors du ventre, il en résulte des saillies dans l'intérieur du sac, saillies qui fournissent l'explication de ces sacs multiloculaires que M. Demeaux propose d'appeler *sacs à colonnes*, à cause de l'analogie qu'ils présentent avec les vessies que l'on désigne sous ce nom. — Dans la troisième période, le collet est étroit, résistant ; il ne peut plus se laisser dilater ; si les organes le traversent, il les étrangle ; si cela n'a pas lieu, et que l'effort soit violent, il est refoulé en masse. Cette partie du travail de M. Demeaux est peut-être la plus intéressante ; elle renferme des considérations pratiques d'une haute portée. Ces considérations sont renvoyées à la fin du mémoire. Nous y reviendrons.

Il est d'autres influences qui agissent sur le collet du sac ; M. Demeaux signale la retraction spontanée ou mécanique du péritoine, et il en cite quelques exemples ; mais il a soin d'indiquer que cette action ne peut avoir lieu que dans la première période : « Car, dit-il, dans la seconde période, cette rétraction n'est plus possible ; le collet a atteint une résistance qui, plus marquée encore dans la troisième période, s'oppose à ce mode de réduction de la hernie. »

Le taxis est à peu près sans influence sur le collet du sac. Quant aux bandages, M. Demeaux ne leur accorde qu'une action secondaire dans la cure radicale de la maladie.

En étudiant ensuite les rapports du collet du sac avec les anneaux qui lui livrent passage, M. Demeaux explique l'erreur de ceux qui ont pensé que le collet et le sac contractent des adhérences si intimes avec les parties voisines, qu'il n'est plus possible d'opérer la réduction de cette partie du péritoine. « Dans toute réduction en masse, dit-il, le sac rentre avec le tissu sous-péritonéal et le *fascia propria.*

2°. *Considérations chirurgicales.* — Parvenu à sa troisième période, le collet du sac donne lieu à des phénomènes importans à bien apprécier. M. Demeaux le considère, a. dans sa place habituelle, b. refoulé du côté du ventre, c. refoulé du côté des téguments.

a. *Du collet à sa place habituelle.* — Ce paragraphe ne renferme rien d'important à signaler.

b. *Du collet refoulé du côté de la cavité abdominale.* — Après avoir établi par des faits la possibilité et même l'existence de ce mode de déplacement du sac, M. Demeaux examine dans quelles circonstances cet accident peut se produire, et il conclut, après l'énumération de plusieurs faits authentiques, qu'il peut survenir à la suite d'une réduction spontanée ; à la suite du taxis, sans opération ; à la suite d'une opération incomplète. On devine facilement les conséquences pratiques qui en résultent. Nous regrettons de ne pas pouvoir suivre l'auteur dans les considérations qu il présente sous ce point de vue.

c. *Du collet refoulé du côté des tegmens.* — Cette dernière partie du travail de M. Demeaux est peut-être la plus féconde en résultats pratiques. Cependant l'étendue que nous avons déjà donnée à cette analyse ne nous permet pas d'entrer dans des développemens. Nous nous voyons forcés de nous borner à mentionner les différents points qu'il passe en revue. — « Par suite de ce mode de déplacement, dit-il, il peut exister du même côté et dans la même gaîne : 1° deux ou plusieurs sacs superposés ; 2° deux sacs herniaires accidentels placés l'un à côté de l'autre ; 3° un sac herniaire congénital et un sac herniaire accidentel ; 4° deux sacs herniaires accidentels, dont l'un est placé sur l'une des parois de l'autre ; 5° deux sacs herniaires accidentels, dont l'un est oblitéré. » — Chacun de ces points constitue dans le travail de M. Demeaux des paragraphes différens, et l'auteur s'est attaché, toujours en se basant sur des faits, à en donner une explication satisfaisante.

Au total, ce travail décèle dans son auteur un bon esprit, et sera consulté avec le plus grand fruit par tous ceux qui voudront avoir des idées exactes sur les hernies.

Archives générales de médecine. Juillet 1842.

Recherches sur la luxation des deux premières pièces du sternum; par M. J.-C. Maisonneuve, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Dans aucun traité classique, dans aucun mémoire *ex professo*, il n'est fait mention de cette espèce de lésion. On ne trouve sur ce sujet dans les annales de la science qu'un observation de quelques lignes consignée dans le *Journal de Médecine*, par un chirurgien gagnant maîtrise à l'hôtel-Dieu de Rouen, en 1775. Et chose assez singulière, « l'articulation qui est le siége de cette lésion, implicitement indiquée par les anciens anatomistes, n'a pas même trouvé place dans nos ouvrages d'anatomie les plus justement estimés. »

M. Maisonneuve commence en conséquence par rétablir brièvement la description anatomique du sternum et surtout de ses articulations, sur lesquelles ses recherches lui ont révélé quelques particularités intéressantes.

La nouveauté de ce travail et le bon esprit dans lequel il est conçu, nous engagent à en donner une analyse détaillée.

Du sternum et de ses articulations. — Sorte de colonne vertébrale antérieure (MM. de Blainville et Meckel), le sternum représente une tige osseuse formée de trois pièces principales qui, désignées en procédant de haut en bas sous les noms de *poignée*, *corps* et *pointe*, restent isolées : la pointe jusqu'à cinquante ans environ, le corps jusqu'à l'âge le plus avancé. Au-dessous de soixante-dix ans, M. Maisonneuve n'a rencontré que fort peu d'exemples de soudure complète des trois pièces.

Nous passons sous silence les détails très exacts et très précis donnés par l'auteur sur la description de ces trois pièces, pour arriver au mode d'articulation des deux pièces supérieures.

Articulation sternale supérieure. — Elle est constituée par la réunion de la poignée et du corps de l'os. Chaque extrémité correspondante de ces deux pièces présente une facette transversale qui se continue latéralement avec deux autres facettes plus petites destinées au cartilage de la deuxième côte. Entre les deux surfaces osseuses existe une lame intermédiaire, adhérente, qui, dans l'opinion de Bichat, ne serait qu'une partie du cartilage primitif d'ossification ; et, selon Meckel, un véritable fibro-cartilage. L'articulation représente alors une véritable amphiarthrose qui n'a de mouvement que par l'élasticité de la lame que nous venons d'indiquer. Mais dans des cas plus nombreux il n'en est plus ainsi. « Chacune des deux surfaces osseuses est revêtue d'une lame distincte, adhérente d'un seul côté, libre de l'autre, ayant enfin l'aspect des cartilages diarthrodiaux. Quand cette disposition existe, la couche appartenant à la seconde pièce sternale se continue sans interruption sur les petites facettes destinées au cartilage de la deuxième côte, tandis que la couche appartenant à la première pièce adhère, en dehors, à l'éperon de ce cartilage costal. Il en résulte que l'articulation chondro-sternale de la pièce supérieure est isolée de l'articulation sternale proprement dite, il en résulte encore que le cartilage de la deuxième côte est bien plus fortement attaché à la première pièce qu'à la seconde. Cela explique pourquoi dans la luxation des deux premières pièces du sternum, le corps abandonne toujours le cartilage de la deuxième côte, tandis que celui-ci reste constamment uni à la poignée....

« L'union des surfaces articulaires est maintenue par deux lames fibreuses qui revêtent la face antérieure et postérieure des os, auxquels elles servent de périoste, en même temps qu'elles leur constituent un véritable surtout ligamenteux.... Le ligament postérieur est moins épais que l'antérieur ; ses fibres n'adhèrent que médiocrement à la face postérieure des os, et n'ont que peu de rapport avec les articulations chondro-sternales.

« Ainsi constituée, l'articulation supérieure du sternum est vraiment sur la limite des amphiarthroses et des diarthroses ; elle ne permet que des mouvemens fort obscurs, mais cependant très réels. Elle est susceptible d'une luxation véritable, avec ou sans rupture de la substance intermédiaire aux deux surfaces. »

Suit l'exposé de cinq observations. Nous nous bornerons à résumer la suivante.

Première observation. — *Luxation de l'articulation sternale supérieure.* — Le nommé Carrière, vitrier, âgé de vingt-sept ans, tombe d'une hauteur d'environ quarante pieds, et est immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu, où M. Maisonneuve constata, entre autres lésions, « une déformation notable du sternum, consistant surtout en une saillie évidente à l'œil, bien plus évidente au toucher. Cette saillie existe à trois centimètres au-dessous de la fourchette, et paraît formée par l'extrémité supérieure du corps même du sternum, qu'il est facile d'explorer dans tout le reste de sa longueur. Au dessus de cette saillie existe un enfoncement, au fond duquel on a peine à sentir la partie supérieure de l'os. Les premières et secondes côtes échappent à l'examen ; les suivantes, au contraire, sont plus saillantes que de coutume et paraissent entières, à l'exception toutefois de la troisième du côté gauche, dont le cartilage paraît ramper près de son articulation sternale. »

Le malade succomba six semaines après l'accident, et l'autopsie démontra sans réplique qu'il existait réellement une luxation de l'articulation sternale supérieure. Les facettes articulaires supérieures du corps de l'os étaient à nu au-devant de la partie inférieure de la première pièce, tandis que les cartilages des troisièmes côtes étaient encore unis à la poignée.

La luxation des deux premières pièces du sternum ne présente jusqu'à présent qu'une seule variete, celle avec chevauchement de la pièce inférieure au-devant de la supérieure ; c'est la *luxation du corps du sternum en avant.* Quant aux luxations en arrière, et à l'écartement par déduction des deux pièces osseuses, M. Maisonneuve n'en dit que quelques mots, et encore montre-t-il que les faits qui s'y rapportent sont loin d'être concluans.

Luxation du corps du sternum en avant. — *Causes.*—Elles sont directes ou indirectes. Les premières sont constituées par toutes les violences extérieures qui, portant leur action sur la première pièce du sternum, tendent à la déprimer vers la colonne vertébrale. Cependant il pourrait peut-être se faire que le corps du sternum, poussé en arrière par une cause directe, revînt consécutivement en avant par l'elasticité des côtes. — Les causes indirectes, ou par contre-coup, n'agissent plus en rapprochant le sternum de la colonne vertébrale, mais en le pressant par les deux extrémités. Cet effet peut être produit par différens mécanismes que M. Maisonneuve a très bien exposes.

Anatomie pathologique. — Dans les trois cas de luxation dont M. Maisonneuve possède les pièces anatomiques, on voit 1° que les cartilages des deux premières côtes restent articulés avec la poignée ; 2° que le surtout ligamenteux antérieur est brisé au niveau de l'articulation, tandis que le postérieur est décollé seulement de la face postérieure de la seconde pièce, dans une étendue de quelques lignes. — D'où l'auteur est porté à admettre ces lésions comme disposition générale. Quant aux altérations produites dans les parties voisines, dans les viscères thoraciques et abdominaux, il est facile de comprendre qu'elles sont entièrement subordonnées à l'intensité de la commotion qui a déterminé la luxation.

Symptômes. — Douleur plus ou moins vive au niveau de la lésion, augmentée par la pression, par les mouvemens respiratoires, déformation de la partie antérieure du thorax ; voussure plus ou moins prononcée de la région dorsale ; saillie anormale des côtes inférieures, tandis que les deux premières sont déprimées ; saillie anormale de l'extrémité supérieure du corps de l'os.—Il est bien entendu toutefois que ces signes ne sont point exclusifs à la luxation. Pour établir ce diagnostic, on devra faire la part d'autres lesions qui pourraient être confondues avec elle, et qui présentent à peu près les mêmes caractères ; telle est surtout la fracture du sternum.

Pronostic.—C'est toujours une affection grave. On comprend cependant que cette gravité dépend plutôt des lésions accidentelles qui l'accompagnent que de la lésion principale elle-même.

Traitement. — « La première et la plus urgente indication à remplir, est d'opérer la réduction. On réduira, si la luxation est simple ; on réduira encore, si la colonne vertébrale est fracturée et tend à se courber en avant. » On pourra opérer cette réduction en plaçant le malade dans une position telle que le tronc soit étendu. Si rien ne s'y oppose, on devra même placer un coussin élevé sous le dos du malade, et courber le tronc en arrière, en pressant d'une main sur le menton et de l'autre sur la symphyse pubienne. Si cette extension modérée est insuffisante, on l'aidera par des pressions exercées de haut en bas avec précaution sur le sommet du corps de l'os. Des pressions latérales sur les côtés de la poitrine pourraient aussi être utiles.

Dès que la réduction est obtenue, on la maintient par une position horizontale dans la supination, et « un bandage de corps bien serré, dont l'action aidée de compresses d'une certaine épaisseur au niveau de la pièce inférieure, aura pour but de s'opposer à la tendance de cette pièce au chevauchement, et de maintenir les côtes dans un état d'immobilité favorable à la consolidation. Les moyens contentifs doivent être continués un mois ou quarante jours environ.

Bulletin de Thérapeutique. Juillet 1842.

I. *Quelles sont les principales conditions du progrès en thérapeutique.*

Les idées émises dans cette note se trouvent résumées dans le paragraphe suivant : « La thérapeutique n'est pas condamnée à marcher dans la voie que lui tracent les théories partielles qui se succèdent dans la science ; elle a ses procédés et sa méthode propre : c'est l'observation directe de l'action des agens médicamenteux sur l'organisme souffrant, c'est l'expérimentation sage, raisonnée dans les diverses individualités morbides. C'est à ces procédés qu'elle doit les principales conquêtes qu'elle a faites dans le passé ; c'est à leur lumière qu'elle doit continuer à marcher dans l'avenir. »

II. *De la disparition des hydropisies sous l'influence des évacuations urinaires abondantes*; par M. Briquet, médecin de l'hôpital Cochin.

On trouve dans les annales de la science quelques faits qui démontrent l'heureuse influence des évacuations abondantes d'urine sur des hydropisies portées à un degré fort avancé; mais la plupart de ces faits sont loin d'être entièrement concluans.

Dans les deux observations qui se trouvent relatées dans le travail de M. Briquet, on voit comment s'est opéré le flux urinaire, et comment s'est faite la disparition de l'hydropisie. Voici un résumé de ces observations :

Première observation. — Une femme, âgée de 66 ans, à la suite d'une altération organique du cœur, fut atteinte d'une infiltration très-considérable des membres supérieurs et inférieurs, des parois abdominales et des régions lombaires, et d'un épanchement séreux dans les plèvres et dans le péritoine. Cet état persistait depuis quelque temps, malgré le repos, la température convenable et une médication appropriée. M. Briquet emploie les diurétiques à haute dose; les sécréteurs entrent en exercice; des flux considérables d'urine s'établissent, « la malade est obligée de se lever huit à dix fois par nuit, et elle rend de pleins pots d'urines peu colorées » et en quelques jours, sans que l'altération organique, origine de tous les troubles de l'économie, ait été modifiée, toute la sérosité déposée dans le tissu cellulaire et dans les lombes est résorbé. Un mois après son entrée à l'hôpital, la malade retourne chez elle, « sans la moindre apparence d'infiltration; le son du thorax était devenu clair jusqu'en bas, excepté à la région précordiale, et l'abdomen ne présentait plus le moindre indice d'épanchement.

Deuxième observation. — Une jeune femme âgée de 29 ans, domestique, est affectée d'une pleurésie aiguë avec épanchement considérable et infiltration séreuse dans les membres et dans la presque totalité de la surface du corps. On a recours à un traitement approprié, et sous son influence, ces accidens, au lieu de diminuer, semblent s'accroître. Cependant, sans aucun changement préalable de l'organe malade ni de l'économie, l'effet de la médication diurétique a fini par se faire sentir. « Un flux abondant d'urines s'est établi; en trois jours l'œdème des membres supérieurs s'est dissipé, et au bout de huit jours en tout l'infiltration a complètement disparu aux membres inférieurs et aux lombes, en suivant, comme dans le cas précédent, une marche absolument inverse de celle de son apparition. Le liquide contenu dans la plèvre a subi de la diminution; mais comme il n'était point arrivé dans cette membrane par le fait de la diathèse séreuse, ainsi que cela avait eu lieu dans le cas précédent, la guérison de la diathèse n'a point amené celle de l'épanchement; celui-ci ne se résorbera que très-lentement. »

III. *Un mot sur l'emploi de la pommade à la naphtaline concrète dans le traitement du psoriasis*; par M. Emery.

On connaît les succès qu'a obtenus M. Emery, à l'hôpital St-Louis, de l'emploi du goudron à haute dose contre les divers psoriasis et la lèpre vulgaire. Cependant à côté de ses avantages, ce médicament offre l'inconvénient de répandre de l'odeur et d'être d'un usage assez incommode. Convaincu de cela, M. Emery s'est occupé à isoler le principe actif du goudron et à le séparer de la matière colorante pour lui enlever une partie des désagrémens attachés à son usage. Après divers essais, il est parvenu à constater l'efficacité de l'un des produits qu'on retire du goudron, la naphtaline concrète.

Quatorze malades ont été soumis à ce mode de traitement, et sur ce nombre douze (huit hommes et quatre femmes) ont été complètement guéris au bout de cinq semaines à trois mois. Deux avaient de douze à treize ans, et portaient des lèpres vulgaires depuis quinze mois et deux ans. — Quatre autres étaient âgés de vingt-six à trente-huit ans, bien constitués, dont trois avaient des psoriasis invétérés qui dataient l'un de six, l'autre de sept, et le troisième de seize ans; le quatrième portait sur tous les membres de larges plaques de psoriasis, depuis dix ans. — Les deux autres hommes âgés de trente-quatre à trente-huit ans, portaient des psoriasis légers, qui en cinq et six ans de temps. étaient à leur troisième récidive. Des quatre femmes, l'une âgée de vingt-quatre ans, malade depuis six ans, était couverte d'un psoriasis guttata, l'autre était atteinte depuis quinze ans d'un psoriasis invétéré; enfin les deux autres, jeunes filles âgées l'une de dix-sept ans, l'autre de dix-huit ans, n'avaient de plaques que sur les genoux et sur les coudes.

Ces quatorze malades avaient du reste été soumis inutilement à divers traitemens.

Voici en quoi consiste ce mode de traitement : La pommade est composée de la manière suivante : de deux à quatre grammes de naphtaline concrète pour trente grammes d'axonge. Ce composé est appliqué sur des compresses dont on recouvre les parties malades matin et soir.

Ajoutons que des deux malades qui n'ont obtenu aucun avantage de ce traitement, l'un était une jeune femme de trente ans, affectée d'un psoriasis gyrata, depuis près de huit ans, qui après avoir cédé aux arsenicaux, est revenu au bout de six mois; l'autre était un jeune homme de dix-huit ans, portant une lèpre vulgaire depuis plusieurs années; deux mois de traitement n'ayant amené aucune amélioration, M. Emery cessa la naphtaline pour revenir au goudron qui fit disparaître en deux mois tous les symptômes maladifs.

« Ces faits, dit M. Emery, ne sont point encore assez nombreux pour qu'on puisse statuer quelque chose de bien précis; néanmoins ils sont suffisans pour encourager de nouveaux essais. Il est bon, à cet égard, de prévenir les praticiens que le médicament dont il est question, a quelques légers inconvéniens : d'abord, l'odeur de la pommade est assez forte, mais elle passe avec promptitude; puis elle excite la peau et pourrait provoquer quelquefois des inflammations assez vives, et même des érysipèles, si l'on n'en surveillait l'action, si l'on n'en modérait, quand il y a lieu, l'activité sur la partie au moyen d'applications émollientes. »

IV. *Quelques observations sur l'efficacité de l'iodure de potassium dans les cas de syphilis secondaire et tertiaire*; par M. Langevin, d.-m. au Havre.

Élevé à l'école de M. Ricord, et imbu des préceptes qui dirigent la pratique de ce chirurgien à l'hôpital du Midi, M. le Dr Langevin a pu constater, dans sa clientelle, les bons résultats que produit l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose dans les périodes secondaires et tertiaires de la syphilis; et son travail est exclusivement consacré à la narration très détaillée de cas de guérison. Voici quelles étaient les lésions dont étaient affectés les six sujets soumis à son observation : 1° énorme exostose du coude; exostoses des côtes; 2° ulcérations chroniques des amygdales; disphagie; aphonie; sarcocèle syphilitique; 3° ulcère syphilitique du coude; tumeurs gommeuses; 4° exostoses de la totalité des articulations; 5° laryngite syphilitique chronique; aphonie; ulcérations des amygdales; 6° ulcères syphilitiques secondaires.

M. Langevin ajoute qu'il pourrait joindre à ces observations deux cas de bubons transformés en ulcères phagédéniques, chroniques etc., dont les pansements iodurés ont amené, en dix ou douze jours, la cicatrisation, tentée vainement depuis quatre ou cinq mois.

V. *Nouvel appareil pour la fracture de la clavicule*; par M. le docteur Simonin, chirurgien en chef des hôpitaux civils de Nancy.

« 1° On prend un bonnet en coton; on fait rentrer une des moitiés dans l'autre, comme pour l'usage journalier; la profondeur du cône doit être calculée de manière qu'il puisse contenir le coude, le bras jusqu'à l'aisselle et l'avant-bras jusqu'au poignet. Il est bien entendu que l'avant-bras est préalablement fléchi sur le bras, et que la main se trouve hors du sac lorsque ce dernier est appliqué.

» 2° Deux larges rubans ou deux bouts de bandes, chacun de 65 centimètres de longueur, sont cousus de la manière suivante à l'ouverture du cône : l'un est placé à la partie postérieure de l'ouverture du sac qui doit correspondre à la partie postérieure de l'aisselle; l'autre est attachée à la partie antérieure de l'ouverture, de telle sorte que, le bonnet appliqué, ce cordon se trouve placé derrière la main. — Ces deux rubans sont donc cousus de manière à ce que, le sac étant vide, affaissé lui-même et applati, ils se trouvent tous deux sur le même côté, et presque aux extrémités de ce côté, que j'appellerai interne, parce que c'est celui qui doit toucher la poitrine — Ces deux cordons sont destinés à soutenir le poids du membre thoracique du côté blessé, en formant par leur réunion un baudrier qui passe sur l'épaule saine. Le premier cordon passe derrière le dos, le second au-devant de la poitrine. La réunion de ces deux liens a lieu entre les deux omoplates, et de larges compresses sont placées sur l'épaule et au-dessous du nœud pour diminuer la compression de la peau. Au moyen de ces deux cordons, la seconde indication que j'ai signalée est remplie (exhaussement du fragment externe), puisque par eux le sac contenant le coude est élevé et maintenu à la hauteur convenable.

3°. « Pour remplir la première indication (traction du fragment externe en dehors), il faut porter le coude légèrement de dehors en dedans, au devant de la poitrine du blessé. C'est au moyen d'un troisième lien que le coude est maintenu dans cette position. Ce troisième cordon, attaché solidement à trois travers de doigt du sommet du bonnet et à son bord le plus interne, passe au-devant de la poitrine sous l'aisselle du côté sain, et se fixe derrière le dos, entre les omoplates, au baudrier formé par les deux premiers liens. Ce troisième lien consolide l'appareil, tout en remplissant l'indication mentionnée. »

VI. — *Remarques sur l'emploi de la pommade au précipité blanc dans quelques plaies et certaines affections de la peau.*

Cette note est l'exposé succinct des résultats obtenus par M. Velpeau dans son service à l'hôpital de la Charité. Déjà, à différentes reprises, nous avons entretenu nos lecteurs des avantages que ce chirurgien retire journellement de l'emploi de ce médicament; c'est pourquoi nous ne donnerons que le résumé de cet article. Voici la formule de cette pommade :

Précipité blanc. . . . . 2 à 4 grammes.
Axonge pure. . . . . 30 grammes.

M. Velpeau emploie avec avantage cette pommage, à la manière de cérat, dans presque toutes les variétés d'affections eczémateuses, dans tous les cas de plaies superficielles à surface grisâtre ou sanieuse, partout où les bords de la solution de continuité semblent excoriés, dans les ulcérations grisâtres d'aspect cancereux, tant qu'il n'y a pas de décollement de la peau, de sinuosités dans le fond de l'ulcère. Cette pommade est pour les chirurgiens de l'hôpital de la Charité un incarnatif, un siccatif, un des meilleurs topiques qu'on puisse employer pour hâter la cicatricatrisation des solutions de continuité plus étendues en surface qu'en profondeur, soit qu'elles paraissent être entretenues par quelques dispositions internes, soit qu'elles tardent à se cicatriser à cause de l'état local.

LA CLINIQUE DES HOPITAUX DES ENFANS.

I. *De l'application de la méthode numérique à la nosologie de la seconde enfance*; par le docteur Gustave Robert.

M. Robert ayant en vue dans son article l'état morbide plutôt que les désordres fonctionnels, adopte pour division la classification anatomique de Bichat.

Il résulte de ses recherches statistiques pour l'année 1837 à l'hôpital des Enfans, que les fractures ont presque toujours eu pour siége les grands leviers de l'appareil osseux, et cela, surtout, dans la neuvième année de l'enfance. — Les luxations ont été infiniment plus rares que les fractures; on les rencontrait surtout chez les filles — On a trouvé plus d'enfans rachitiques parmi les filles que parmi les garçons : un tiers de ces enfans ont succombé. — La carie a été plus fréquente chez les garçons ainsi que la nécrose, qui s'observait surtout vers l'âge de dix ans, et aux os crâniens. — Les hydarthroses ont été plus fréquentes vers l'âge de douze ans qu'aux autres âges.

Plus les enfans sont jeunes, plus on doit redouter le mode de terminaison des inflammations par la gangrène, qui est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. — Les brûlures ont fait périr un tiers des enfans qui en étaient atteints. — Les abcès ont été fréquens, surtout chez les enfans d'environ huit ans; les phlegmons, surtout chez les garçons, vers l'âge de treize ans.

Les laryngites ont été très rares; on ne les a point observées au-dessous de sept ni au-dessus de douze ans. Le printemps et l'été ont paru les saisons les plus prédisposantes à cette maladie. — De tous les organes de l'appareil sensitif externe, c'est celui du tact qui a offert le plus de phlogoses, plus fréquentes du tiers chez les garçons que chez les filles. — C'est surtout vers l'âge de quatorze ans que l'on a observé la rougeole. — La scarlatine a particulièrement atteint les sujets âgés de treize ans. — Le sexe influe sur la marche de la scarlatine, qui a eu chez les filles une durée beaucoup plus longue que chez les garçons. — L'érysipèle a surtout frappé les filles de quatorze ans pendant les chaleurs de l'été. — Les maladies herpétiques se sont montrées de préférence chez les sujets âgés de quinze ans. — Le lichen, les eczéma et les dartres ont affecté surtout le sexe masculin. Les lichen et les eczéma sont plus fréquens vers l'âge de sept ans, les dartres vers l'âge de quatre ans. — Les teignes, plus fréquentes chez les filles de neuf ans; mais par une sorte de compensation, elles disparaissent plus facilement chez elles. — Les ophthalmies sont plus fréquentes d'un tiers dans le sexe féminin que dans l'autre. — Les otites s'observent le plus souvent chez les garçons de treize ans.

Les méningites ont été observées surtout dans les mois d'avril et mai, chez les enfans de trois ans. — Les encéphalites sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles. Leur issue est d'autant plus rapide, que les enfans sont plus jeunes.

Les convulsions et l'hydrocéphale interne, presque toujours observées chez des enfans de deux ans, ont guéri. On n'a pas observé de myélite avant la sixième année. — Deux filles ont été traitées pour aliénation mentale. — La chorée et l'épilepsie sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. — Plusieurs exemples de paralysie chez des filles de six ans. — Pas d'hémiplégies ni de névroses partielles.

Appareil digestif rarement phlogosé depuis la seconde jusqu'à la cinquième année. Les inflammations qui affectent cet appareil jusqu'à l'œsophage inclusivement, sont fréquentes chez les filles âgées de quatre ans, les gastrites chez les enfans de dix à douze ans. L'entéro-colite est plus fréquente chez les garçons. Le nombre et la gravité de ces désordres fonctionnels diminue en raison des progrès de l'âge.

Point d'entéralgie saturnine avant la onzième année. Affections vermineuses très rares. Péritonite tuberculeuse plus fréquente vers l'âge de deux ans. Hernies facilement réductibles chez les enfans de deux à trois ans.

Bronchites, grippe, coqueluche, surtout chez les filles de deux à trois ans. Plus les sujets sont jeunes, plus ils contractent facilement la pneumonie. Sur 90 garçons, 56 ont succombé; 45 filles sur 55. — 14 guérisons de pleurésies sur 16 chez les garçons; 4 sur 5 chez les filles.

Sur 53 scrofuleux qui ont succombé, les deux tiers étaient des filles.

Point d'altération des voies biliaires avant la dixième année. Point de maladies des voies urinaires chez les filles. Un garçon mort d'une maladie de Bright.

Telles sont les principales données qui résultent du travail de M. Robert; on y trouve l'indication de la durée de toutes les affections qu'il mentionne.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales d'Anvers, juin 1842.

Observation d'une transsudation de salive à la surface externe de la joue et de la tempe droite, par J. M.-A. Roelants.

Cette observation nous offre un cas aussi rare qu'intéressant; c'est pourquoi nous croyons devoir l'exposer avec quelques détails.

M. Vander B.., âgé de quatre-vingt-deux ans, à la suite d'une fièvre intense, vit se développer, sur le côté droit de la tête, un gonflement considérable qui envahit la région parotidienne; toute la joue, la paupière inférieure de l'œil et une partie du cou. Des signes non équivoques de suppuration s'étant manifestés, et deux points élevés s'étant montrés, l'un vis-à-vis les dernières molaires, l'autre derrière l'angle de la mâchoire inférieure, M. Roelants ouvrit largement ces deux points, à trois jours d'intervalle; il en sortit une grande quantité de pus louable, et, quelques jours après, une nouvelle quantité de pus, tout aussi considerable, se fit jour par le conduit auditif externe du côté malade sans, toutefois, léser la faculté auditive. Le malade se rétablit assez bien.

Quatre mois après, M. Roelants apprit, d'un parent de M. Vander B..., qu'un corps d'un volume assez considérable, était sorti par l'ouverture qui avait été pratiquée derrière la mâchoire; et il s'est convaincu plus tard, que ce corps ne pouvait être autre chose que le conduit de Sténon avec une partie de la glande parotide.

Quelque temps après, il apprit que depuis sa maladie, M. Vander B... avait conservé un grave inconvénient : pendant qu'il mâchait les alimens, la joue et la tempe du côté où s'était présenté le gonflement, devenait chaque fois humide et laissait écouler une quantité abondante de liquide. M. Roelants s'est assuré, par des expériences répétées, que ce phénomène ne se présentait point lorsque, par la marche ou la fatigue, le corps entier était en sueur, mais seulement pendant l'acte de la mastication.

« Lorsqu'il ne mâchait pas, dit l'auteur, je remarquais que la joue droite était un peu plus rouge que celle du côté opposé; mais aux premières contractions des muscles masseters, je voyais à l'instant la couleur changer en rouge très foncé; dans cette partie rouge de la peau je voyais aussi se prononcer de petits vaisseaux de deux à trois lignes qui étaient engorgés de sang. A peine M. Vander B...... avait il marché pendant une minute, que toute la surface droite depuis la partie superieure de l'os temporal jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure, était recouverte d'humidité, et il ne s'était pas écoulé cinq minutes, que je voyais déjà le liquide découler en grosses gouttes de la joue sur le cou. La couleur anormale de la peau, ainsi que la transpiration, persistaient également tant que durait la mastication et disparaissaient en même temps quand finissait cet acte. On m'assurait aussi que ce phénomène n'avait jamais manqué de se montrer pendant que le patient prenait des alimens depuis la guérison de l'abcès, n'importe à quelle époque du jour; que, cependant, on avait remarqué que la transsudation était plus forte pendant le déjeuner; qu'elle était moins remarquable quand il prenait des alimens liquides; mais qu'elle devenait très considérable quand il mangeait à fortes bouchées, qu'alors elle était même si abondante, qu'elle humectait ses vêtemens au point qu'il se voyait obligé de changer d'habits. »

Pendant la mastication, la joue et la tempe droite n'étaient jamais humides. Tel est le fait. M. Roelants l'a fait suivre de considerations sur la nature du liquide transsudé et sur la cause productrice de ce phénomène. Sur le premier point, l'auteur a pu se convaincre que ce liquide était réellement de la salive. Quant aux explications de ce fait, nous dirons, avec la commission chargée de faire un rapport sur ce travail à la société de medecine d'Anvers, que « les opinions de M. Roelants sur le mécanisme de l'apparition de la salive à la surface de la tempe et de la joue, nous paraissent plus ou moins hypothétiques; et quant à celle qu'il a émise, relativement à la destruction complète de la glande parotide et au changement de texture de la peau, au point que celle-ci ait pu remplacer l'appareil glandulaire détruit, nous la croyons au moins hasardée; car, d'abord, l'examen qu'il a pu faire pour se convaincre de la non existence de la parotide est évidemment insuffisant, d'après la description anatomique qu'il a lui-même donnée de cette glande. En second lieu, il ne s'est jamais vu que la nature ait changé la texture des organes au point qu'ils puissent faire les fonctions d'autres organes qui n'ont aucuns rapports anatomiques avec eux. »

ANNALES DE BRUGES. Juillet 1842.

Réflexions sur le siége, la nature et les caractères de la fièvre typhoïde; par le docteur VAN HALEN.

Ce travail est un résumé succinct de ce qui a été écrit dans ces derniers temps sur les principaux points qui se rattachent à l'histoire de cette maladie. M. Van Halen n'admet pas la localisation de la maladie; il soutient que les désordres que l'on rencontre presque constamment dans les intestins des sujets qui ont succombé à la fièvre typhoïde, sont plutôt les résultats que les causes du typhus. Il repousse également l'opinion qui fixe le siége de ce mal dans le système nerveux ganglionnaire, ou dans le système nerveux encéphalique; il pense que c'est là une maladie qui affecte l'ensemble du système organique, une maladie générale en un mot.

Rapprochant ensuite les nuances que présentent les symptômes de la fièvre typhoïde, des recherches que l'on a récemment faites sur le sang des personnes qui en ont été atteintes, M. Van Halen en déduit que l'altération primitive, essentielle, existe dans le sang; puis il trouve dans l'appréciation de ces symptômes une certaine analogie avec les effets que certains poisons âcres produisent sur l'économie animale, et en conclut que la fièvre typhoïde est le résultat d'une cause qui agit sur l'organisme à la façon de ces virus.

On comprend que d'après cela l'auteur se trouve naturellement conduit à admettre la contagion directe de la maladie. « Non-seulement, dit-il, nous avons observé la contagion directe immédiate et médiate, mais encore nous avons vu quelques cas de contagion indirecte immédiate; de sorte que pour nous la contagion ne forme aucun doute. Il nous a semblé cependant que la maladie acquiert surtout cette funeste propriété dès le moment que les symptômes septiques se montrent, et lorsque les diarrhées particulièrement gagnent la fétidité spéciale. »

ANNALES DE GAND. Juin 1842.

1°. *Observations de médecine-pratique;* par M. le docteur DEFUISSEAUX.

a. *Phthisie pulmonaire. — Emploi de la vapeur d'iode.* — L'auteur commence par se plaindre de l'abandon trop prompt que l'on a fait de ce médicament, surtout si l'on tient compte des observations favorables qu'en ont transmises Coindet, M. Lugol, Biett, et quelques autres médecins.

L'idée de chercher à guérir la phthisie pulmonaire par l'inspiration de certaines vapeurs, n'est pas nouvelle; on la trouve déjà dans Mascagni. Depuis l'acide carbonique, l'oxigène, le chlore et même l'hydrogène sulfuré, ont été mis successivement à contribution. — L'analogie que l'on a cru remarquer entre la phthisie et les scrofules, est sans contredit la cause qui a paru légitimer et justifier l'administration de l'iode dans cette première maladie. Cependant il n'y a que peu de temps que l'action de l'iode par inhalation a été remise en pratique, et c'est surtout en Angleterre que l'on assure que des essais heureux ont été faits. On a imaginé dans ce but divers appareils. Celui qu'a adopté M. Defuisseaux appartient au docteur Dixon. « Cet appareil se compose d'un flacon contenant de la teinture d'iode, au-dessous duquel se trouve un vase de porcelaine ou de métal contenant de l'eau élevée à l'ébullition par une lampe à esprit de vin, placée immédiatement au-dessous. Un support en fer, à trois tablettes, sert à maintenir les objets précédents dans leur position respective. On place un bouchon ou un morceau de peau piqué au goulot de la bouteille, que l'on fait traverser par une mèche de coton qui laisse égoûter la teinture d'iode à la dose de cinq gouttes à peu près par minute. Cette dose, du reste, peut naturellement être augmentée ou diminuée à volonté, d'après l'ouverture qui livre passage au liquide. La teinture qui s'échappe peut tomber sur le vase dont l'eau est en ébullition, se volatilise immédiatement avec la vapeur de l'eau, même à une faible température. L'appartement devant être peu spacieux, se trouve bientôt imprégné de vapeurs d'iode : lorsqu'on suppose que l'atmosphère en est suffisamment chargée, le malade peut mettre en contact avec la surface pulmonaire un grain d'iode à peu près en une heure de temps, avantage bien constaté, qui nous fournit la facilité d'appliquer sur l'organe malade un remède qui jouit à plus d'un titre d'une juste renommée dans cette funeste affection. »

C'est à l'aide de cet appareil que M. Defuisseaux est parvenu à obtenir une amélioration remarquable chez un jeune homme qui, offrant l'ensemble des symptômes révélant l'existence d'une phthisie, avait vainement cherché quelque soulagement dans les moyens ordinairement usités, et trouva un mieux notable au bout de peu de jours d'emploi de la vaporisation de la teinture d'iode. Il est à regretter que l'examen de ce malade n'ait pas pu être continué assez long-temps pour pouvoir s'assurer que cette amélioration s'est définitivement maintenue.

b. *Ophthalmie purulente des jeunes enfans.* — Cette seconde partie du travail de M. Defuisseaux est un nouveau plaidoyer en faveur du nitrate d'argent à haute dose contre cette terrible maladie. Les résultats favorables de cette méthode ont été assez souvent exposés dans ce journal pour que nous croyions pouvoir nous dispenser d'entrer dans des détails.

2°. *De l'opération de la pupille artificielle, selon les cas observés à la clinique ophthalmologique du professeur Jaeger, à Vienne*; par le docteur HOERING.

Ce travail renferme une foule de détails qu'il serait trop long d'énumérer ici; d'ailleurs plusieurs d'entre eux sont déjà parfaitement connus des praticiens. Nous nous bornerons en conséquence à signaler quelques particularités que nous trouvons mentionnées dans un bon rapport fait par M. Stacquez sur ce travail.

Pendant plusieurs années qu'il a été attaché en qualité de chef de clinique auprès du professeur Jaeger, M. Hoering dit avoir assisté à plus de deux cents opérations de pupille artificielle, et déclare quelles ont presque toutes été suivies de succès. Il attribue ces résultats heureux au bon choix des sujets à opérer, aux soins presque minutieux pour prévoir et prévenir les accidens de nature à faire manquer l'opération, et surtout au traitement consécutif auquel M. Jaeger attache beaucoup d'importance.

Le professeur de Vienne n'opère jamais les enfans avant leur septième année; il attend, dans tous les cas, que le travail phlogistique ait cessé, et il ne fait jamais l'opération si la vue a été conservée d'un côté même à un faible degré. Il ne s'est écarté qu'une seule fois de ce dernier précepte, et cela dans un cas d'oblitération simple de la pupille sans adherences, et où la pupille nouvelle a pu être pratiquée au centre. M. Jaeger n'opère jamais par la simple incision de l'iris; il a recours à l'excision ou au décollement, selon les indications. M. Hoering dit que le professeur fait le décollement toutes les fois que cela lui est possible; cependant nous trouvons dans un autre passage qu'il ne se décide jamais pour ce mode opératoire que lorsqu'il y a impossibilité absoluede former une pupille centrale. D'après la description du procédé, on voit que c'est à peu de chose près celui de Langenbeck, le décollement combiné avec l'enclavement.

M. Jaeger a recours au décollement chaque fois qu'il présume qu'il existe une cataracte qu'il peut en même temps abaisser. L'endroit le plus favorable à l'établissement d'une nouvelle pupille, c'est l'angle interne; il conseille de ne jamais la pratiquer à la partie supérieure.—Il a observé que les pupilles artificielles pratiquées à cause de leucomes centrales, réussissaient presque toujours, tandis que celles qui l'ont été à la suite d'obstructions de la pupille étaient moins heureuses, et il explique ceci par le motif que, dans le second cas, les parties internes de l'œil avaient été le siége d'une inflammation qui n'était sans doute pas encore éteinte, lorsqu'on avait recours à l'opération.

M. Jaeger semble pratiquer l'excision d'après le procédé de Forlenze. Il déclare qu'il y a peu d'opérations aussi innocentes, et où l'on peut prévoir le résultat avec autant de certitude; il va même jusqu'à assurer que « chaque malheur arrivé dans ce procédé doit être exclusivement attribué à l'opérateur. »

L'auteur insiste sur la nécessité de bien fixer l'endroit de la pupille artificielle avant d'operer, et de ne pas le perdre de vue pendant l'opération, à cause que la position réciproque de l'iris et de la cornée change aussitôt que la chambre antérieure est vidée. Il se garde aussi de ne jamais exciser la partie de l'iris qui fait hernie par la plaie de la cornée, car une telle pupille serait masquée à travers la plaie cornéale. Après avoir retranché l'iris, il repousse avec une spatule tout ce qui reste enclavé de cette membrane entre les bords de la plaie qu'il met en contact l'un avec l'autre.

GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIA È DELLA TERAPEUTICA. Mai 1842.

I. *Mémoire sur un cas de hernie du péritoine qui offrait l'apparence d'une entéro-épiplocèle;* par M. le professeur CERULLI-FILIPPO.

Angiola Bercionni, âgée d'environ soixante ans, d'une constitution robuste, éprouve, à la suite d'une violente quinte de toux, une douleur excessive dans la région inguinale; en même temps elle s'aperçut qu'il s'y était formé une tumeur de la grosseur d'une noisette. Il survint des nausées et des vomissemens; mais ces symptômes se dissipèrent après quelques heures. Néanmoins la petite tumeur de l'aine persista. Cette femme continua pendant seize jours à pouvoir marcher et vaquer à ses occupations; après ce temps les nausées et les vomissemens reparurent avec plus de violence; ce qui l'engagea à avoir recours au docteur Cerulli qui la fit entrer à l'hôpital. On employa sans succès pour réduire la hernie les moyens les plus rationnels (les saignées, les bains, les embrocations oléagineuses, etc., etc.). Malgré tout ce qu'on put faire, les symptômes d'étranglement augmentèrent au lieu de diminuer. Il fut décidé dans une consultation qu'on procéderait à l'opération.

On pratiqua aux tégumens, avec un bistouri convexe, une incision longitudinale d'une étendue de deux pouces environ; puis on divisa couche par couche, selon la méthode ordinaire, tout le tissu cellulaire qui servait d'enveloppe à la tumeur; de cette manière l'opérateur et les assistans croyaient seulement arriver au sac herniaire et l'inciser; mais tout à coup après avoir divisé une couche cellulaire un peu compacte, on découvrit une tumeur de deux pouces d'étendue, dure et cylindrique supérieurement, un peu molle inférieurement, avec un bourrelet semblable à la circonférence d'une glande qui contiendrait un peu de liquide. Elle n'avait contracté aucune adhérence avec les couches cellulaires qui l'enveloppaient; elle sortait de la cavité abdominale, et on reconnaissait manifestement, en l'explorant, qu'elle était fortement étranglée par la partie supérieure de l'anneau inguinal qui lui donnait issue.

Après que tous les assistans eurent manifesté leur opinion sur la nature de la tumeur, la nécessité du débridement fut unanimement reconnue. Lorsqu'il fut pratiqué, on parvint avec facilité à faire rentrer la tumeur dans la cavité abdominale. L'opération une fois terminée et la plaie étant réunie par première intention, la malade fut reportée dans son lit; mais elle succomba le troisième jour aux symptômes de l'étranglement, qui persistèrent malgré l'usage des moyens les plus énergiques et les plus rationnels. A l'autopsie on trouva toute la portion du péritoine qui tapisse la face interne des parois abdominales, vivement enflammée; l'inflammation s'était aussi étendue à une grande partie de l'intestin ilion. Après avoir porté en haut toute la masse des intestins, on trouva près de l'anneau inguinal gauche, le péritoine plissé, induré, et formant une tumeur avec une ouverture infundibuliforme, que l'on jugea être le corps dur et volumineux rencontré pendant l'opération. En examinant avec soin l'anneau inguinal, on trouva que la partie indurée du péritoine qui constatait la tumeur était rentrée dans la cavité abdominale, mais qu'elle était restée près de l'ouverture inguinale. Tous les autres viscères étaient parfaitement sains. L'auteur de cette observation conclut que la mort a été le résultat d'une vive inflammation due à l'étranglement d'une portion du péritoine. Il fait en outre observer que cet étranglement de la membrane péritonéale isolée, sans aucune anse d'intestin, est un fait très rare et qui mériterait, à ce titre, les details qu'il en a donnés.

II. *Observation d'une fausse articulation de l'humérus, résultant d'une fracture non consolidée guérie par le moyen d'un séton*; par le professeur Paolo Baroni.

Le 10 décembre 1837, Bernardino Cartonari, âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, se fractura la partie moyenne de l'humérus du côté droit, en déchargeant un fusil trop fortement chargé, dont il avait appuyé la crosse sur le point de l'humérus où la fracture s'est effectuée. La fracture ayant été reconnue par le chirurgien de l'hôpital, le bras fut placé dans une position convenable, et on appliqua provisoirement un bandage roulé. Pendant seize jours on combattit les symptômes inflammatoires au moyen du traitement anti-phlogistique; après ce laps de temps on procéda à la réduction de la fracture, et on se servit des moyens ordinaires pour la maintenir réduite. Bien que le malade ait parfaitement supporté l'appareil, et qu'il ne soit survenu aucune cause capable de troubler la formation du col, les fragmens furent trouvés désunis trente jours après l'accident. On abandonna alors les attelles, et on se contenta d'appliquer un bandage roulé sur le lieu de la fracture. Cependant le malade voyant que sa position ne s'améliorait pas, voulut sortir de l'hôpital quatre-vingt-quatre jours après son entrée; les deux fragmens de l'humérus conservaient toute leur mobilité. Dans le mois de mars 1838, le malade, désolé de son infirmité qui l'empêchait de se livrer à l'exercice de sa profession, vint consulter le professeur Baroni; il était fort affaibli par la diète, par les saignées, par le defaut d'exercice, et par le chagrin. On reconnut que la fracture était oblique et que les deux fragmens dont la mobilité était très évidente, chevauchaient l'un sur l'autre d'un pouce environ. L'auteur, en passant en revue les moyens usités en pareil cas, rejeta comme insuffisans le frottement des fragmens l'un sur l'autre conseillée par Celse, la compression indiquée par Brodie, et la cautérisation des fragmens préconisée par Cline, restait la résection ou le séton; il choisit ce dernier moyen par les raisons suivantes : Parce qu'il le croyait suffisant pour produire dans les fragmens le degré d'activité vitale nécessaire à la formation de la lymphe plastique et à sa transformation en substance osseuse; parce que dans le cas où le séton simple n'eût pas suffi, on aurait pu en augmenter l'action par l'addition de quelque substance irritante; parce qu'il regardait le séton comme moins douloureux et moins dangereux que la résection; et enfin parce que dans le cas où le séton n'aurait pas réussi, il eût toujours été temps de recourir à la résection.

A l'appui de son opinion, le docteur Baroni rappelle les succès obtenus au moyen du séton dans les fractures non consolidées de l'humérus; par Stansfield, Cairoli et Portal (de Palerme), dans celles de l'avant-bras par Duchatel et Delpech, dans celles du fémur par Brodie, Delpech et Weinhold; dans celles du tibia par Lehman, Baggie, Delpech, etc.

Après avoir passé dans l'ouverture d'une aiguille ordinaire à séton un certain nombre de fils de coton disposés parallèlement, l'opérateur traversa le bras d'avant en arrière. Il éprouvait beaucoup de difficulté pour faire parcourir à l'aiguille la direction voulue, malgré l'assistance de deux aides qui tiraient en sens contraire les deux fragmens de l'humérus. L'opération fut faite quatre mois après l'accident. Les doigts, la main, l'avant-bras et le bras, furent entourés d'une bande, et l'on appliqua à la partie antérieure du bras et de l'avant-bras une attelle courbée à angle légèrement obtus. Deux mois après l'application du séton, il survint une fièvre rhumatismale accidentelle; ce qui n'empêcha pas qu'à cette époque les fragmens ne fussent réunis d'une manière solide. Le séton ayant été enlevé, les ouvertures guérirent très promptement, et après soixante-dix-huit jours le malade était en état de se servir de son bras, qui était entièrement consolidé.

Il put par la suite reprendre librement l'exercice de sa profession, et l'auteur eut même l'occasion de constater que la nutrition du bras fracturé était en tout semblable à celle du bras sain.

LONDON MEDICO-CHIRURG. TRANSACTIONS. Tom. VI.

Anomalies des organes génitaux. — Absence du vagin, de l'utérus et des trompes de Fallope; maladie de l'ovaire gauche; vice de position des reins. Observation recueillie par le docteur BOYD.

Sarah Richardson, âgée de soixante-douze ans, mourut d'une maladie chronique des poumons et du cerveau. L'autopsie faite 24 heures après la mort, fit découvrir les anomalies suivantes dans les organes génito-urinaires; les capsules surrénales sont dans leur position naturelle de chaque côté de la colonne vertébrale, immédiatement au-dessous du diaphragme. Le rein droit, situé dans la fosse iliaque droite, au-dessous du cœcum, est en partie caché par l'ovaire droit qui lui adhère un peu par un repli du péritoine. L'artère rénale est fournie par l'iliaque droite, près de l'aorte. Le rein gauche est dans le petit bassin au-dessous du muscle psoas, reposant sur le sacrum et sur l'origine du muscle pyramidal. Une artère née de l'aorte à sa bifurcation, là où naît la sacrée moyenne, pénètre dans l'extrémité supérieure du rein; une autre branche plus grosse part de l'iliaque interne pour se distribuer à l'organe.

Les reins, les uretères et la vessie sont à l'état normal. L'ovaire droit n'est point altéré : à son extrémité supérieure ou libre est attaché par un col étroit un petit sac ovale. Un ligament rond, uni à l'ovaire, se perd dans le tissu cellulaire derrière le col de la vessie. A la place de l'ovaire gauche est une tumeur fibreuse de forme irrégulièrement arrondie, unie par un ligament rond plus petit que celui du côté droit et qui se rend de même à la vessie. Les trompes de Fallope manquent : le tissu cellulaire placé au-dessous de la vessie fait faire au péritoine situé derrière elle une légère saillie. Malgré les recherches les plus exactes et les plus minutieuses, on ne peut découvrir aucune trace d'utérus. Les parties externes de la génération n'offrent rien d'anormal; le mont de Vénus est à peine couvert de poils; un cul-de-sac d'environ un demi-pouce de profondeur, situé au-dessous de l'orifice de l'urètre, constitue tout ce qui existe du vagin. Les mamelles étaient assez développées.

Quant à l'histoire de la femme chez laquelle on trouva ces anomalies, on ne put obtenir que ce seul renseignement, qu'elle avait été mariée, et qu'elle ne vivait pas en bonne intelligence avec son mari.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 4 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 93. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Redaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfans.)

Discussion sur les symptômes de la fièvre cérébrale.

Au n° 9 de la salle Sainte-Julie, nous avons reçu un enfant de dix mois, dont je vous rappellerai l'histoire en deux mots. Cet enfant a pour mère une jeune femme de dix-huit ans, fraîche et ayant les apparences de la plus florissante santé. Il y a trois semaines qu'il est tombé malade. Jusque-là il avait été bien portant, gros, frais et plein de gaieté. Tout d'un coup il devint méchant, toussa, eut la fièvre, de l'insomnie ; il téta avec moins d'avidité, et, comme ces accidens semblaient s'aggraver, la mère entra avec lui dans notre service.

M. Lhommeau, l'un de nos internes, l'examina le soir même et constata de la fièvre, de l'oppression, de la toux. L'auscultation et la percussion lui révélèrent les signes suivans : Du côté gauche, sur le côté et un peu en arrière, on entendait du râle crépitant humide, mêlé de râle sous-crépitant et de râle muqueux à grosses bulles ; en avant, du même côté, au-dessus de la clavicule, on entendait du gros râle muqueux, mêlé de quelques bulles de râle sous-crépitant. Dans tous ces points, le son était un peu plus obscur que de l'autre côté; d'ailleurs on ne trouvait ni souffle, ni bronchophonie. Le lendemain matin, rien de nouveau ; le soir, même état ; le jour suivant, le râle crépitant devint plus sec sur le côté, le râle muqueux plus gros et plus gargouillant en avant ; mais pendant la nuit l'enfant avait été pris de convulsions.

A la visite suivante les signes stéthoscopiques sont à peu près les mêmes ; le râle crépitant est changé en râle sous-crépitant ; le soir on trouve quelque peu de souffle sous la clavicule. L'enfant meurt pendant la nuit.

On avait mis deux fois des sangsues aux jambes, donné de l'émétique ; mais le petit malade semblait succomber à une complication cérébrale, sur laquelle je vais particulièrement insister, me réservant de vous entretenir d'une manière plus particulière de sa pneumonie quand, dans la prochaine conférence, je vous tracerai un tableau aussi complet que je le pourrai de l'inflammation pulmonaire chez les enfans en bas âge.

Voici en quoi consistèrent ces accidens cérébraux, et comme je restai en suspens pour le diagnostic, je vous dois compte des motifs de mon incertitude.

Quand l'enfant fut conduit à l'hôpital et examiné par l'interne de service, il n'avait, dans l'expression de la face, rien qui pût faire soupçonner une maladie du cerveau ; mais le lendemain matin, quand je le vis, je lui trouvai un regard lent, triste et incertain qui me frappa et me fit vous dire, vous vous le rappelez, qu'il y avait là quelque chose de cérébral. Cette idée me saisit tellement, que la première question adressée par moi à la mère, fut la suivante : « Votre enfant a-t-il eu des convulsions ? » — La réponse fut négative ; mais cette femme nous disait en même temps qu'elle trouvait, comme nous, les yeux de l'enfant extraordinaires.

En même temps le pouls, quoique assez fréquent, était inégal et irrégulier, et je vous dis alors que ces signes, l'inégalité et l'irrégularité du pouls, l'incertitude, la lenteur du regard, me semblaient indiquer une fièvre cérébrale.

D'ailleurs la peau était chaude, il y avait une pneumonie évidente très grave et qui avait débuté depuis trois semaines.

Les signes de la pneumonie étaient grossiers : ceux de la fièvre cérébrale étaient bien obscurs, bien fugitifs, et discutant avec vous, dans la conférence clinique que j'eus ce jour-là, les probabilités diagnostiques, je demeurai dans l'indécision, non pas relativement à la pneumonie, qui ne pouvait faire pour personne l'objet d'un doute, mais relativement à la fièvre cérébrale.

En effet, vous disais-je, cet état du regard et du pouls, auquel je semble attacher une importance si grande chez notre petit malade, est peut-être naturel à l'enfant, et ce que peut nous dire la mère, à cet égard, ne doit fixer en rien nos convictions ; et puis, dans le cours d'une pneumonie grave, qui, chez un adulte, donnerait peut-être lieu à la stupeur et au délire, il se pourrait bien que les signes corrélatifs chez l'enfant fussent quelquefois ceux que nous observons en ce moment.

La question devait donc se poser en ces termes : « Les accidens cérébraux sont-ils idiopathiques ou sympathiques? » J'avoue qu'elle me paraissait insoluble, et pourtant je penchais vers l'idée d'une affection cérébrale idiopathique.

Cependant, pendant trente-six heures, rien ne change dans l'état de l'enfant : la stupeur n'augmente pas, la fièvre persiste au même degré, l'agitation est toujours aussi forte, et nous ne pouvons rien constater de nouveau du côté de la tête.

Dans la nuit du troisième jour, il se manifeste des convulsions qui restent continues pendant quarante-sept heures, et l'enfant meurt. Ces convulsions avaient quelque chose de particulier ; la tête était fortement tordue à droite ; il y avait en même temps pleuro-sthotonos très prononcé du côté droit; les bras, les membres pelviens étaient presque toujours raides, quelquefois agités de mouvemens alternatifs. Les yeux fortement convulsés dans différens sens, ne se fixaient sur aucun objet et ne paraissaient pas sensibles à l'action de la lumière. Dans certains momens l'enfant semblait reprendre connaissance; les yeux devenaient plus intelligens; mais la raideur des membres, la flexion forcée ou l'extension exagérée des doigts et des orteils annonçaient que l'état éclamptique ne se modifiait qu'en partie. Quand la roideur était excessive, les parois thoraciques restaient immobiles, la face bleuissait, le diaphragme s'agitait de petits mouvemens saccadés insuffisans pour les besoins de l'hématose; puis, un instant après, quand survenait un peu de détente, le jeu de la respiration se rétablissait, la coloration du teint revenait à l'état normal.

Vous avez assisté à cette triste scène, et vous avez pu voir ici un exemple de ce que l'on appelle l'éclampsie continue, qui se compose d'une série d'attaques sub-intrantes, si je puis m'exprimer ainsi.

Quelle idée, dans ce moment, devions-nous nous faire de la maladie ? J'avoue que je revenais volontiers à ma première opinion, celle d'une fièvre cérébrale idiopathique. Les raisons que je vous en ai données dans la dernière conférence clinique ont été toutes expérimentales : j'y reviendrai tout à l'heure.

L'autopsie cadavérique démontra une pneumonie lobaire au troisième degré, avec infiltration purulente, et *peut-être tuberculeuse*, au sommet du poumon gauche; pneumonie lobulaire dans le reste du lobe supérieur du poumon gauche.

Des tubercules à l'état cru et à l'état naissant dans l'épaisseur de la plèvre ou du tissu cellulaire sous-pleural ; les ganglions lymphatiques des bronches convertis presque entièrement en matière tuberculeuse. Je n'insiste pas en ce moment sur ces lésions anatomiques, dont je m'occuperai plus spécialement dans une prochaine conférence. J'arrive à l'encéphale.

La pie-mère était universellement injectée, et était comme infiltrée d'une grande quantité de sérosité limpide. Les ventricules cérébraux, le canal rachidien, contenaient aussi beaucoup de sérosité transparente.

La pie-mère n'adhérait en aucun point à la surface du cerveau ; nulle part, en y regardant avec la plus scrupuleuse attention, on ne voyait de granulations dans l'épaisseur de la pie-mère; mais à la base du cerveau, en arrière du pont de Varole, et entre les deux pédoncules antérieurs, dans une étendue de 10 à 15 millimètres carrés, on voyait une tache opaque, d'un jaune sale, formée par l'agrégation de petites masses fibrineuses qui semblaient épanchées dans l'épaisseur du tissu cellulaire qui constitue la pie-mère. Ces petites masses, de forme et de grosseur inégales, étaient molles, friables ; et, en un mot, offraient une ressemblance complète avec les concrétions fibrineuses que l'on trouve souvent dans le tissu cellulaire des membres qui sont le siége d'un phlegmon diffus. Pas de ramollissement de la substance cérébrale.

Il y avait donc une méningite avec épanchement abondant de sérosité ; par conséquent les symptômes cérébraux que nous observions dans le cours de cette pneumonie étaient idiopathiques, comme je l'avais soupçonné.

De quelle époque datait l'invasion de la fièvre cérébrale ? Il nous est bien difficile de répondre à cette question ; cependant, si nous considérons combien peu étaient étendues les lésions, nous serons fondés à admettre que la maladie datait véritablement du jour que l'enfant était entré à l'hôpital. Remarquez, en effet, que jusque là la mère, qui semblait d'ailleurs fort attentive, n'avait rien remarqué autre chose que la toux, la fièvre, l'agitation inséparables d'une péripneumonie aiguë. Lorsqu'elle arrive à l'hôpital, elle n'a encore rien vu de nouveau ; mais le lendemain matin, lorsque je fus frappé de l'état singulier des yeux de l'enfant, la mère déclare que depuis son réveil elle trouve elle-même que le regard, l'impression du visage, sont tout autres qu'ils étaient la veille. C'est au même moment que nous remarquons dans le pouls une irrégularité, une inégalité singulière. N'est-il pas probable que l'invasion de la fièvre cérébrale date de cet instant.

Cependant, tout reste dans le même état pendant trente-six heures, jusqu'au moment où éclatent des convulsions qui terminent la scène maladive.

Peut-être les phénomènes de la pneumonie ont masqué ceux de la méningite, et la fluxion antagoniste qui existait vers l'appareil respiratoire a pu modérer celle qui se portait vers le cerveau. Mais enfin, prenant le fait tel qu'il est, combien une pareille maladie n'est-elle pas propre à deconcerter l'habileté, l'expérience du praticien ; et qui de nous peut répondre de lui-même assez pour être sûr de ne pas laisser passer inaperçue une maladie qui, dans son début, dans sa marche, prend une allure si mystérieuse, et ne se révèle que par des accidens épouvantables, contre lesquels la thérapeutique reste impuissante.

On ne peut contester que, dans le cas qui nous occupe, l'attention, fixée tout entière sur la poitrine, ne devait pas se porter aisément sur le cerveau, dont la souffrance se traduisait par des désordres si peu marqués ; mais ne croyez pas qu'il en soit autrement dans beaucoup de cas où la fièvre cérébrale est exempte de complication.

La fièvre cérébrale est, de toutes les maladies que nous connaissons, la plus insidieuse, et nulle ne peut, comme elle, déconcerter l'attention, la prudence du praticien le plus expérimenté. J'ose affirmer qu'il n'est pas un seul de nos confrères qui, après quelques années de pratique, n'ait été douloureusement surpris en voyant se terminer d'une manière fatale une maladie qu'il jugeait si bénigne au début.

Je ne saurais trop insister sur ce point de pratique, parce que les familles, ce qui est bien excusable, les confrères, ce qui est honteux et injuste, accusent bien souvent d'impéritie un jeune praticien qui a méconnu une fièvre cérébrale au début.

J'ai quelqu'habitude des maladies des enfans ; je suis, plus qu'un autre peut-être, disposé à m'exagérer la gravité des maladies, et souvent j'ai craint une fièvre cérébrale chez un enfant qui, quelques jours plus tard, était retourné aux jeux de son âge ; et d'autres fois je me suis endormi dans une déplorable sécurité, dont je n'étais tiré que par ces formidables symptômes qui ne me laissaient que le désespoir.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la fièvre cérébrale, semblent avoir fait une description avec les descriptions de leurs devanciers ; ils se sont répétés, de manière à nous transmettre avec d'anciennes erreurs d'autres erreurs non moins déplorables. Quelques-uns ont pris leurs sujets d'étude dans les hôpitaux d'enfans ; et leurs travaux, fort recommandables en général, ont le grave inconvénient de n'avoir tracé le tableau de la maladie que dans la forme où il est difficile de la méconnaître. Vous comprenez, en effet, que les petits malades ne sont conduits à l'hôpital que lorsque la fièvre cérébrale a déjà pris une forme capable d'inquiéter vivement les parens, et à cette période du mal le diagnostic est en général fort clair ; il en résulte que ces travaux, d'ailleurs si bien faits, ne nous sont presque d'aucun secours pour l'étude des symptômes initiaux, les seuls importans par le fait, puisque la maladie n'est curable, si toutefois elle l'est, que dans la première période. Or, les symptômes initiaux ne peuvent être racontés par les parens qui mettent leurs enfans dans les hôpitaux, d'abord parce qu'ils ne restent pas pour nous donner des renseignemens, comme cela a lieu dans notre service d'enfans à la mamelle, et ensuite parce que leur attention n'a pas été suffisamment fixée, ni suffisamment éveillée. Aussi les médecins qui pratiquent en ville, ceux surtout qui exercent dans une classe où la sollicitude maternelle veille sans cesse sur les enfans, sont-ils seuls à même de bien étudier les symptômes si bizarres et si fugitifs qui signalent le début de la fièvre cérébrale.

J'essaierai de vous tracer ce tableau, d'abord en me servant des faits que j'ai pu observer moi-même, ensuite en empruntant quelques détails aux auteurs qui ont étudié la maladie ailleurs que dans les hôpitaux.

Symptômes initiaux. — Dans la forme la plus ordinaire, la fièvre cérébrale débute par un mouvement fébrile léger, puis un frisson suivi d'un peu de chaleur et de moiteur. Ce mouvement de fièvre se renouvelle tous les jours, à peu près à la même heure, pendant quatre, cinq ou six jours ; quelquefois on l'observe deux fois par jour, et même davantage.

Cette forme intermittente, ou tout au moins rémittente, est bien propre à induire en erreur le praticien le plus attentif ; car souvent des accidens en apparence identiques se terminent le sixième ou le septième jour par des sueurs, des urines critiques, ou tout simplement par le retour à la santé, sans qu'aucun phénomène un peu capital ait pu être observé.

La fièvre que je viens de signaler peut s'accompagner de vomituritions, de diarrhée, d'inappétence, de céphalalgie, de malaise et de morosité, à un si faible degré, que rien de saillant ne frappe les parens ni le médecin ; et lors même que, préoccupés de l'idée d'une fièvre cérébrale, nous nous efforçons de découvrir des signes qui puissent confirmer notre diagnostic, nous ne les pouvons découvrir, et malgré nous, nous restons incertains entre le diagnostic de plusieurs affections, du nombre desquelles la méningite est exclue.

De toutes les formes initiales de la fièvre cérébrale, celle que je viens de décrire est la plus insidieuse, et (j'oserais presque le dire) la plus impossible à diagnostiquer.

Cherchons donc quelques signes qui se détachent sur un fond si pâle.

Les vomissemens, s'ils sont répétés, s'ils coïncident avec une violente céphalalgie, avec de la morosité, en même temps que la fièvre a les caractères que j'ai indiqués tout à l'heure, sont un signe diagnostique de la plus grande valeur.

La morosité seule, chez un enfant naturellement vif et gai, lorsqu'elle persiste pendant plusieurs jours et qu'elle accompagne la fièvre rémittente, est un symptôme d'une grande importance.

Mais il est d'autres signes plus certains encore.

Quelquefois la vue est troublée ; il y a amblyopie, héméralopie, hémiopie, diplopie.

Quelquefois certains sens s'exaltent d'une manière extraordinaire ; la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher prennent pendant plusieurs jours une activité insolite. Dans quelques cas, au contraire, ils s'émoussent.

Cette série de signes est en quelque sorte pathognomonique, et s'ils accompagnent la fièvre rémittente que j'ai décrite, on peut à coup sûr diagnostiquer une fièvre cérébrale. Sans doute, avec ce cortége de symptômes, l'erreur n'est guère possible ; mais, ainsi que je vous l'ai déjà dit souvent, la maladie ne les présente que temporairement, isolément, alternativement, de sorte que le médecin n'a sous les yeux qu'un tableau incomplet et insuffisant.

Chez les enfans à la mamelle, les accidens initiaux peuvent manquer si complétement, ou se confondre tellement avec de petites indispositions du premier âge, que l'erreur dans le diagnostic est la règle. Il arrive que l'incertitude, l'hébétude du regard mettent un peu sur la voie ; mais le visage d'un enfant que l'on ne connaît pas, ne nous révèle rien, pas même ce qui souvent n'échapperait pas à la tendre sollicitude d'une mère. Cependant, chez le petit enfant dont je vous ai parlé au commencement de cette conférence, nous avons pu pressentir une fièvre cérébrale d'après deux signes bien fugaces, l'état des yeux et l'irrégularité du pouls ; mais j'ai *pressenti* et non *affirmé*.

Dans certains cas, chez les enfans à la mamelle, les convulsions attaquent les malades d'emblée, et désormais ne les abandonnent qu'avec la vie ; elles peuvent alors durer de un à vingt jours. Cette allure de la fièvre cérébrale est très peu ordinaire.

De tout ce que je viens de dire, que conclure ? Que la fièvre cérébrale dans son début est la maladie la moins univoque dans son expression symptomatique, et par conséquent la plus difficile à diagnostiquer.

Voyons si, à une époque un peu plus avancée, la chose devient un peu moins embarrassante.

Aux phénomènes insolites que j'ai essayé de vous faire connaître succède tout-à-coup une sorte de quiétude qui, généralement, rend aux familles l'espérance et la joie, qui trompe les médecins les plus attentifs, mais qui n'en impose jamais à un médecin expérimenté.

A l'insomnie, à l'agitation, à la maussaderie des enfans succède tout-à-coup une tranquillité parfaite. Le petit malade dort d'un sommeil profond, sans sursauts, sans délire, sans cris.

La peau devient fraîche, le pouls n'est plus fréquent, il est ordinairement inégal, intermittent, plus lent que dans l'état normal.

Les vomissemens cessent. Les urines sont moins abondantes, moins fréquemment excrétées, quelquefois retenues dans la vessie.

Au début de cette période, on peut encore conserver quelques doutes sur la nature de la maladie ; mais quelques heures plus tard, on voit que le sommeil est trop profond, trop prolongé. Quand on excite l'enfant, il entr'ouvre les yeux, puis balbutie quelques mots pour demander du repos, ou se retourne lentement en faisant entendre un petit grognement plaintif.

Déjà, quand les paupières s'entr'ouvrent, on voit que l'un des yeux reste en partie fermé ; quelquefois on peut reconnaître du strabisme.

Cependant, cet état de somnolence se prolonge, et au bout de 24, 48, 72 heures, on remarque que de temps en temps la face de l'enfant se couvre d'une subite rougeur, en même temps que les yeux s'ouvrent, brillent d'un éclat singulier, ne se fixent sur aucun objet. A ce moment, la respiration s'accélère, le petit malade pousse quelquefois un cri déchirant que l'on a appelé *cri hydrencéphalique* ; puis il retombe dans sa stupeur.

Un peu plus tard, ces phénomènes congestifs deviennent plus fréquens, plus prolongés. Le pouls alors reprend de la fréquence, en même temps que la chaleur de la peau devient plus vive. C'est le début de la troisième période. Alors les yeux constamment et presque toujours inégalement entr'ouverts, se renversent, convergent ou divergent ; la face, alternativement pâle et colorée, exprime une profonde stupeur ; le pouls prend une fréquence excessive ; la respiration, lente et presque insensible, devient tout-à-coup haute, fréquente, soufflante. Les convulsions et le coma terminent ordinairement la scène morbide.

La seconde période peut, ainsi que je vous l'ai dit, durer de un à trois ou quatre jours ; la dernière peut durer quatre, six et jusqu'à dix jours ; mais souvent la deuxième période, à peine marquée, est immédiatement remplacée par la troisième, dans laquelle les convulsions occupent dès l'abord le premier plan. Dans ce cas, la mort arrive beaucoup plus vite.

On peut établir, en thèse générale, que la maladie est d'autant plus rapide, que les convulsions sont d'autant plus précoces et d'autant plus véhémentes que l'enfant est plus jeune, et que les périodes de la fièvre cérébrale sont d'autant plus distinctes que le malade est plus près de l'adolescence.

Les convulsions sont d'abord épileptiformes avec prédominance presque constante d'un côté ou de l'autre, et quelquefois alternativement de l'un ou de l'autre côté. Quelquefois aussi elles prennent la forme continue, et dans ce cas elles envahissent tout le tronc, prennent alors la forme tonique, et lorsque les membres semblent se relâcher, que le petit malade paraît sur le point de recouvrer la faculté de se mouvoir volontairement, on voit encore le ventre, les parois thoraciques conserver de la rigidité, en même temps que les yeux restent convulsifs ; forme connue dans le peuple sous le nom de *convulsions internes*.

Cependant, nous avons vu, dès le début de la deuxième période, survenir souvent la paralysie de l'une des paupières supérieures ; cette paralysie a cela de singulier qu'on la voit quelquefois se porter d'un côté à l'autre, sans que l'on puisse comprendre le mécanisme par lequel la paupière, paralysée la veille, a recouvré aujourd'hui ses mouvemens. La même chose s'observe pour les membres avec une bizarrerie bien extraordinaire. Un des doigts d'une main, un bras, une jambe, semblent paralysés ; et 24 heures plus tard, la paralysie a envahi quelques points du côté opposé, en abandonnant ceux qu'elle occupait la veille.

Il est rare pourtant que cette paralysie soit complète, comme dans le ramollissement ou dans l'hémorrhagie du cerveau ; que si elle prend cette forme, elle ne la perd plus, à moins pourtant qu'elle n'ait succédé à une attaque d'éclampsie, auquel cas on la voit, lors même qu'elle était complète, disparaître au bout de plusieurs heures.

Tel est le tableau fort incomplet de la fièvre cérébrale. En le traçant comme mon esprit le conçoit en ce moment, j'ai voulu moins vous indiquer les formes que la maladie peut revêtir, que vous montrer les difficultés qui, au début, rendent le diagnostic si difficile ; afin d'une part que votre attention soit toujours éveillée sur les moindres indispositions de l'enfance, d'autre part que vous ne vous affligiez pas trop des erreurs que vous auriez commises dans le diagnostic, et surtout afin que dans la pratique vous ayez pour vos confrères, qui auront méconnu la maladie, un peu de cette indulgence dont nous avons tous si grand besoin.

Il me reste maintenant à vous parler des lésions anatomiques de la fièvre cérébrale. C'est là un sujet grave, et je veux, dans la prochaine conférence, le traiter avec les détails que comporte une question aussi importante.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe.)

Cancer des lèvres. Ablation de la tumeur cancéreuse. Rétrécissement de la bouche. Chéiloplastie par ourlet de la muqueuse opérée à l'aide d'un nouveau procédé.

Au n° 51 de la salle Saint-Augustin est entré, le 27 juin 1842, le nommé Pierre Segret, âgé de soixante-huit ans, porteur d'eau, demeurant à Bellevue.

Cet homme, d'une constitution sanguine, nous assure avoir presque constamment joui d'une bonne santé. Marié depuis trente-deux ans, il n'a pas eu d'enfant, et il affirme avoir toujours mené une vie régulière, ne s'adonnant à aucune espèce d'excès ; son père a vécu exempt d'infirmité jusqu'à l'âge de quatre-vingt-quatorze ans, et sa mère n'est morte aussi que dans un âge très avancé, à soixante-quinze ans, n'ayant jamais eu d'affection cancéreuse. Le malade nous dit qu'il n'a jamais fumé. Voici du reste comment il nous fait l'histoire de la maladie qu'il porte actuellement.

Il y a sept ou huit ans, il lui survint un bouton sur la commissure gauche des lèvres : ce bouton fixa peu son attention d'abord ; un grand nombre de fois, éprouvant en ce point de la démangeaison, il arracha ce bouton, qui constamment se reproduisit en augmentant insensiblement de volume. Quelques mois s'étaient écoulés lorsqu'il commença à ressentir des douleurs lancinantes au point malade. Depuis lors, ce symptôme a constamment existé. Comme la santé générale restait bonne, le malade ne se soumit à aucune espèce de traitement. Ce ne fut que dans le courant de l'année 1841 que Segret se décida, ennuyé de la persistance de ce mal, à venir réclamer les secours de la chirurgie : il se fit admettre dans un hôpital, et alors il subit une opération. On enleva la tumeur qui, au dire du malade, avait la grosseur d'une petite noisette, et on réunit par première intention, avec deux points de suture, la plaie résultant de la perte de substance. L'opération et le pansement eurent un plein succès, car dès le onzième jour le malade sortit.

Dix mois après cette première opération, dont une cicatrice encore visible indique le lieu, apparurent des symptômes de récidive. Cette fois les progrès furent plus rapides et en deux ou trois mois la tumeur nouvelle avait acquis un volume un peu plus fort que celle enlevée en 1841. Le malade, qui avait été si promptement débarrassé une première fois ne balança pas et demanda sa rentrée dans un hôpital.

Ce fut alors qu'il fut admis, comme nous l'avons dit, le 27 juin dans le service de M. Jobert. A cette époque, voici quel était l'état du malade : La tumeur, arrondie, présentant un diamètre de deux centimètres, est située au niveau de la commissure labiale gauche ; elle est dure au toucher ; la peau qui la recouvre est comme amincie, lisse, d'une teinte livide. Si l'on saisit la tumeur entre deux doigts, dont l'un est engagé dans la bouche, on voit qu'elle proémine sous la muqueuse qu'elle soulève en dedans, comme elle soulève la peau en dehors, mais sans que cette membrane soit altérée. Néanmoins on constate que la tumeur est adhérente de toutes parts. Le malade éprouve, dans le point engorgé, des douleurs lancinantes caractéristiques. Le diagnostic n'était donc pas douteux et la conduite du chirurgien était toute tracée. La constitution du malade n'avait nullement souffert, aucun engorgement n'existait dans les régions voisines, aussi M. Jaubert se décida-t-il à faire de nouveau l'ablation du cancer. Cette opération fut pratiquée le 5 juillet.

La tumeur fut comprise entre deux incisions qui, partant de la commissure, se réunissaient en formant un angle aigu en dehors du point altéré à quatre centimètres environ de cette commissure. Toutes les parties, jusques et y compris la muqueuse contenues entre les incisions, furent enlevées, et, après s'être assuré qu'il ne restait aucun point malade, le chirurgien réunit les deux lèvres de la plaie à l'aide de plusieurs points de suture entortillée.

Le 9 juillet toutes les épingles avaient été enlevées et la réunion était parfaite. La cicatrice était linéaire ; elle s'étendait horizontalement sur la joue, suivant la direction de la bouche.

La tumeur enlevée présentait dans son centre un noyau dur, squirrheux, lardacé, entouré de tissu cellulaire condensé.

Mais, comme cela arrive fréquemment après ces opérations, la bouche se trouvait rétrécie et le malade se plaignait de ce qu'il éprouvait de la gêne, et pour introduire les alimens dans la cavité buccale, et pour opérer ensuite la mastication. Supportant impatiemment cette gêne, il supplia M. Jobert de donner plus d'étendue à l'ouverture des lèvres, en faisant une incision sur la cicatrice. Après des remontrances inutiles, M. Jobert consentit à se rendre aux désirs du malade, et le 20 juillet il procéda à l'opération suivante :

On sait combien il est difficile d'obtenir la cicatrisation isolément des incisions que l'on pratique dans le but d'agrandir la bouche lorsque, soit congénialement, soit accidentellement, cet organe présente des dimensions trop petites. Un grand nombre de procédés, tous plus ou moins ingénieux, ont été imaginés pour empêcher la reproduction de la difformité ; mais presque constamment leur insuffisance désespérait le malade et le chirurgien. Ce fut seulement en 1835 que M. Dieffenbach eut l'heureuse idée, pour remédier à cette cicatrisation si désespérante, de couvrir les lèvres de la plaie avec la muqueuse : le succès le plus complet fut obtenu par cet ingénieux procédé, dont le principe fut désormais acquis à la science ; mais il faut avouer qu'il restait encore à travailler sur ce sujet, car le procédé de M. Dieffenbach n'était pas d'une exécution facile ; et, à ce propos, nous rappellerons que M. Velpeau, en le décrivant, le dit plus facile à comprendre qu'à exécuter.

Depuis lors, plusieurs modifications ont été proposées ; mais, suivant nous, aucune ne peut être comparée, pour la simplicité, pour la facile exécution, à celle que M. Jobert a imaginée dans le cas qui nous occupe. Nous en revenons actuellement à la description de l'opération telle qu'elle a été pratiquée par le chirurgien de Saint-Louis.

A l'aide d'un premier coup de ciseaux, la commissure fut prolongée dans l'étendue de trois centimètres à gauche ; puis, saisissant avec des pinces les lèvres saignantes de la plaie, l'opérateur, toujours avec les ciseaux, les tailla en biseau aux dépens de leur face cutanée, de telle sorte que la muqueuse n'avait subi aucune perte de substance, tandis que la peau avait été enlevée dans l'étendue de sept à huit millimètres en hauteur, et suivant toute la longueur de la plaie, tant sur la lèvre supérieure que sur la lèvre inférieure. Ceci fait, et le sang ayant été arrêté par des affusions froides, le chirurgien saisissant une épingle, la plongea, d'avant en arrière et horizontalement, dans la muqueuse, de telle sorte que la tête de l'épingle était dans la bouche, tandis que la pointe ressortait en avant ; puis, après ce premier temps, il fit exécuter à l'épingle un mouvement de bascule, de telle sorte que sa tête, sortant de la bouche en décrivant un demi-cercle, vint se placer en dehors horizontalement comme elle l'était dedans sans que la pointe ait quitté la muqueuse qui, nécessairement, se trouvait renversée avec elle. Quand ce renversement fut assez grand pour que toute la plaie fût cachée par la muqueuse, le chirurgien enfonça d'avant en arrière son épingle à travers toute l'épaisseur des lèvres de la plaie, dont la pointe doit ressortir dans la bouche du malade, en traversant ainsi deux fois la muqueuse, tandis que la tête reste en dehors.

Un nombre suffisant d'épingles furent placées suivant le même procédé, de telle sorte que la plaie fut cachée dans toute son étendue par la muqueuse en haut et en bas. Les pointes des épingles furent coupées à l'aide de forts ciseaux, et le malade regagna son lit sans aucun autre appareil.

Dès le 23 juillet, M. Jobert put extraire toutes les épingles ; la guérison était complète ; la bouche restait un peu entr'ouverte au point où avait été faite l'opération. La muqueuse partout adhérait à la peau, et le 28 le malade put sortir entièrement guéri.

Cette ingénieuse modification du procédé de M. Dieffenbach nous a paru digne d'être signalée aux chirurgiens qui s'occupent d'anaplastie : la simplicité du manuel ne peut manquer de la faire adopter. E. L.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. BÉRARD aîné.

Tumeur éléphantiasique de la grande lèvre gauche, observé sur une jeune fille, par M. DENONVILLIERS, chef des travaux anatomiques, chirurgien du Bureau central, etc.

Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, bien conformée et d'une bonne santé habituelle, entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans la première moitié du mois de juillet 1842, pour y être traitée d'une tumeur située à la grande lèvre du côté droit. Cette tumeur offrait un volume presque égal à celui des deux poings réunis ; elle était arrondie, un peu allongée d'avant en arrière, rétrécie légèrement à sa base, et par conséquent supportée par un large pédicule, sans aucun changement de couleur à la peau, parfaitement indolente, d'une consistance singulière, car elle paraissait enveloppée d'une écorce dure sous laquelle se trouverait enfermée une substance plus molle, donnant au toucher cette sensation particulière qui appartient à certains lipômes ou à des kystes médiocrement remplis de liquides. La circonscription de la tumeur était assez exacte, mais on remarquait un peu d'empâtement à sa base, et la grande lèvre du côté opposé avait le volume d'un œuf de pigeon et présentait des altérations analogues à celles qui viennent

d'être décrites. De plus, sur l'une comme sur l'autre, on voyait quelques plaques inégales, grenues, et semblant résulter de l'agglomération de petits corpuscules, du volume de grains de millet, rapprochés les uns des autres et formés aux dépens de la peau.

La tumeur dont il s'agit s'était développée lentement et par des progrès insensibles depuis neuf ans, sans causer de douleurs, et sans donner lieu à aucun dérangement dans la santé générale ; mais la malade, interrogée avec soin, raconta qu'elle était, dans sa première enfance, sujette à des engorgemens dans les aines, à des démangeaisons, à des rougeurs qui siégeaient à la partie supérieure des cuisses et augmentaient quand elle marchait beaucoup ou quand elle restait quelque temps les jambes croisées. Ce qui vient à l'appui de ce récit, c'est qu'on trouva effectivement encore des ganglions inguinaux tuméfiés et indurés.

D'après les antécédens et les symptômes actuels, M. Denonvilliers pensa qu'il s'agissait de cette altération de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui est connue sous le nom d'éléphantiasis des Arabes, et que la consistance singulière de la tumeur principale dépendait de ce que la peau, étant la partie primitivement affectée, offrait plus de dureté que le reste, tandis que le centre moins altéré devait sa mollesse à une infiltration séreuse assez abondante.

M. Denonvilliers crut qu'il ne fallait pas laisser la maladie s'aggraver, car on sait que les tumeurs éléphantiasiques de cette région peuvent parvenir à un volume monstrueux, et qu'on devait enlever la tumeur principale d'abord, sauf à en faire autant plus tard de celle qui commence à envahir la grande lèvre gauche.

Le pédicule fut alors cerné par deux incisions, et la tumeur enlevée et mise sous les yeux de l'Académie de médecine. On put alors s'assurer de l'exactitude du diagnostic porté avant l'opération.

La tumeur était, en effet, réduite de moitié par suite d'un écoulement d'une grande quantité de sérosité qui occupait la partie centrale, et, dans ce qui restait, on voyait manifestement une trame blanche, nacrée, à fibres résistantes, épaisses et d'autant plus serrées et indistinctes qu'on se rapprochait davantage de la surface. Là, le derme et les couches de tissu cellulaire sous-jacent formaient une masse très dense, homogène et de consistance presque cartilagineuse.

Après l'opération, qui est pratiquée déjà depuis une semaine, les lèvres de la plaie ont été rapprochées et maintenues par quinze épingles fines, qui furent enlevées dans les quatre jours suivans. La réunion s'est faite en partie ; mais le sixième jour, est survenu un érysipèle borné aux environs de la plaie ; les ganglions inguinaux se sont légèrement gonflés, et la grande lèvre gauche a doublé de volume ; de la tuméfaction et de la dureté se remarquent aussi dans les régions pubienne et périnéale. Ces symptômes font craindre que la maladie ne poursuive sa marche et n'envahisse le pourtour de la vulve. La malade ne sera point perdue de vue, et nous tiendrons le public au courant de ce qui arrivera plus tard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président annonce que, dans la cérémonie funèbre qui doit avoir lieu demain mercredi à l'église Notre-Dame, huit places sont réservées pour une députation de l'Académie.

Les huit membres désignés sont MM. Fouquier, président ; M. Pariset, secrétaire perpétuel ; MM. Nacquart, Lecanu, Renauldin, Devilliers, Adelon et Roche. — On se réunira à dix heures, dans les bureaux de l'Académie.

— *M. le président* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le baron Larrey.

M. Desportes. Il y a cinq ans que nous avons perdu dans la personne de M. Desgenettes un collègue remarquable à plus d'un titre. D'après les statuts de l'Académie, un rapport doit maintenant être fait sur les titres de cet honorable confrère, pour décider si son buste doit être placé dans la salle. Je demande, en conséquence, qu'une commission soit nommée dans ce but.

— *M. Chervin* continue la lecture de son rapport sur la fièvre jaune. Cette lecture sera terminée dans la prochaine séance. Nous en publierons un court résumé dans notre prochain compte-rendu.

— *M. Delens* lit un rapport favorable sur un travail de M. Mandl, ayant pour titre : *De la structure des globules du lait*. (Adresser des remercîmens à l'auteur, et l'engager à continuer ses intéressantes recherches.) Adopté.

— *M. Thillaye* lit un rapport favorable sur une nouvelle pompe destinée aux fines injections anatomiques, présentée à l'Académie par M. Poiseuille.

— *M. Ségalas* lit un rappost sur une taille périnéale faite par M. le docteur Raux, d'Hesdin, pour extraire de la vessie un fragment de tuyau de pipe servant d'axe à un calcul.

Le nommé Hubert Caron, âgé de vingt-sept ans, par une fantaisie inexplicable, s'introduisit un manche de pipe dans le canal, où il se brisa. Le fragment, profondément entré, franchit le col de la vessie. Là il devint la cause d'une irritation permanente, bientôt suivie de la formation d'une concrétion calculeuse. L'opération fut jugée nécessaire, et M. Raux préféra la taille à la lithotritie ; il obtint un succès complet.

Après avoir félicité l'auteur de ce succès, M. Ségalas pense qu'il y a lieu de se demander si cette conduite doit être donnée en exemple. Nul doute, dit-il, que la lithotritie n'eût été applicable ici ; la simple pression eût facilement triomphé des concrétions calculeuses formées autour du tuyau de pipe, comme le prouve l'effet produit par l'action des tenettes ; ensuite la percussion eût vaincu tout aussi facilement la résistance du tuyau de pipe, j'en ai acquis la conviction par des expériences directes : le marteau, par l'intermédiaire du brise-pierre à pression et à percussion, a réduit en petits fragmens des tuyaux de pipes de diverses densités, de diverses dimensions. D'ailleurs, en admettant, ce qui n'est guère admissible, l'impossibilité de diviser le tuyau de pipe avec un instrument approprié, son extraction eût pu être tentée avec quelques chances de succès : l'arsenal de la chirurgie eût offert des ressources pour cela.

Néanmoins, nous estimons que toute personne ayant pris l'habitude de manier les instrumens de lithotritie devrait, à l'imitation de M. Raux, pratiquer la taille, sinon de premier abord, du moins après de courtes tentatives de lithotritie, surtout dans l'hypothèse où, comme dans le cas présent, le sujet serait jeune, et se trouverait dans des conditions favorables à la cystotomie.

Je ne m'arrêterai pas à rechercher dans quel but le sujet de l'observation qui vous est soumise a porté un fragment de tuyau de pipe dans l'urètre : je rappellerai seulement que les faits de ce genre sont nombreux dans la science, et que parmi les corps étrangers introduits ainsi dans le canal des urines on en a vu assez souvent de semblables à celui dont il s'agit ici, je veux dire chez les hommes ; car chez les femmes ce sont des instrumens d'un autre ordre, tels que les étuis à aiguilles, qui paraissent obtenir la préférence pour un tel usage.

M. Ségalas entre ici dans des considérations très intéressantes sur le mécanisme de l'introduction des corps étrangers dans la vessie par l'urètre. Nous publierons ces considérations dans le prochain numéro.

Les conclusions du rapport sont : 1° de remercier M. Raux de son intéressante communication ; 2° d'insérer le nom de ce praticien sur la liste des candidats aux prochaines places de correspondans.

— *M. Marchal (de Calvi)* a la parole pour une communication, et il s'exprime ainsi : J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie une pièce anatomique qui présente les mêmes lésions osseuses que le crâne de monseigneur le duc d'Orléans. Cette pièce est le produit d'une expérience que j'ai tentée dans le but de déterminer aussi rigoureusement que possible le mode de production de la fracture du prince. Deux explications ont été proposées relativement à ce mécanisme. M. Félix Legros est porté à penser qu'il y a eu action directe d'un corps pesant sur le crâne, et il croirait volontiers qu'une roue de la voiture a passé sur la tête du prince. Cette explication ne me paraît pas admissible, attendu que, soit qu'il ait été projeté ou qu'il se soit élancé, le prince est nécessairement tombé en dehors du passage de la roue de la voiture, celle-ci entraînée par une extrême vitesse, ayant continué son chemin directement ; en outre, lorsque le prince est tombé, la première partie de la voiture portant les deux roues de devant avait déjà passé, et les deux dernières ont passé en même temps qu'il tombait. M. Tanchou a soutenu l'opinion qui a eu cours dans le public, dès le jour du calamiteux événement, à savoir : que le prince s'était élancé et était tombé sur ses talons, et que la violence du choc s'était prolongée le long de la colonne vertébrale jusqu'au crâne, qui avait été ainsi fracturé par contre coup. Mais d'abord il est évident que le prince ne s'est pas élancé, attendu qu'étant droitier il se serait élancé par la droite de la voiture, tandis qu'il est tombé sur la gauche de celle-ci ; ensuite, il y a manifestement disproportion entre une chute sur les talons et l'énormité des lésions produites. J'aurais d'autres raisons à faire valoir contre les deux explications de MM. Legros et Tanchou ; mais il est inutile de les exposer, ces explications devant tomber d'elles-mêmes, si celle que je propose paraît fondée.

Je crois, avec M. Pasquier, que le prince est tombé sur la partie postérieure gauche de la tête. Il existait, en effet, dans cette partie, une extravasation sanguine qui ne permet pas de douter qu'il n'y ait eu là un choc direct. Tous les tissus étaient gorgés de sang ; la portion occipitale du muscle occipito-frontal avait surtout contracté une épaisseur notable. De plus, le cerveau était attritionné dans sa partie antérieure, au point que la substance cérébrale s'écoulait en bouillie sous l'eau qu'on y faisait tomber à l'aide d'une éponge. Cette attrition de cette partie du cerveau ne pouvait s'expliquer que de deux manières, par un coup ou un contre-coup : par un coup, c'est impossible, attendu qu'il y aurait eu des traces de ce coup sur le front. L'attrition ne peut donc avoir eu lieu que par contre-coup, et alors il est rationnel de placer le siége du coup à la partie diamétralement opposée à celui du contre-coup, c'est-à-dire en arrière.

Telles sont les raisons théoriques qui m'avaient conduit à penser que le prince était tombé à la renverse sur la partie postérieure gauche de la tête. Pour plus de certitude, j'ai tenté l'expérience suivante : J'ai fait placer debout sur une table d'amphithéâtre, haute d'un mètre environ, un cadavre, en face duquel je me suis ensuite placé moi-même. L'ayant saisi par les épaules, je l'ai poussé contre le pavé de la salle de manière à ce qu'il tombât sur la partie postérieure gauche de la tête, et j'ai obtenu la fracture que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie. Cette fracture, qui s'étend de l'occipital, à droite et à gauche, jusqu'à la base du crâne, en passant par le milieu de la selle turcique, et qui divise le crâne en deux moitiés, l'une inférieure et postérieure, l'autre antérieure et supérieure, est semblable à celle du prince. Tous les chirurgiens conviendront, je pense, qu'il y a là une démonstration rigoureuse de la manière dont S. A. R. Mgr. le duc d'Orléans est tombée. Je ne dois pas omettre de dire que la substance cérébrale, chez le sujet de mon expérience, présentait en avant une consistance sensiblement moindre qu'en arrière.

La communication de M. Marchal a été écoutée avec le plus vif intérêt. Ce chirurgien a annoncé qu'il s'occupait d'un travail chirurgical complet sur la catastrophe du 13 juillet. Il expliquera, dans ce travail, comment le prince, après être tombé sur la nuque, s'est relevé et est tombé une seconde fois, ce qui a donné lieu à diverses lésions inexplicables autrement (1).

— *M. Denonvilliers* présente à l'Académie la paroi abdominale antérieure d'une femme sur laquelle on voit une de ces tumeurs désignées sous le nom de *hernie graisseuse de la ligne blanche*, qui sont, comme on sait, formées par un peloton de graisse solide, développée entre la peau et les aponévroses, et s'engageant en partie à travers quelques éraillures de la ligne blanche, ou bien ayant son origine à la face externe du péritoine, et s'étant fait jour à l'extérieur à travers une des éraillures indiquées.

Dans le cas actuel, la tumeur graisseuse présente ceci de très curieux que : 1° c'est à travers l'anneau ombilical lui-même qu'elle s'est fait jour, de sorte qu'elle mérite vraiment le nom de *hernie graisseuse ombilicale* ; 2° elle rentre et sort librement de manière à se placer alternativement devant ou derrière la paroi abdominale et à simuler parfaitement une véritable hernie, intestinale ou épiploïque.

Une circonstance donne à cette observation un intérêt particulier, c'est que la femme sur qui a été recueillie la pièce était affectée d'une péritonite, à laquelle elle succomba, dont on n'avait pas vu le début, et qui simulait par ses symptômes ceux d'un étranglement, de telle sorte que leur coïncidence avec la tumeur ombilicale fit croire à quelques personnes qu'il s'agissait d'une hernie ombilicale étranglée. On sait que la science possède un petit nombre d'exemples d'erreurs de ce genre, et que l'erreur fut même poussée à ce point que l'opération fut pratiquée. Toutefois, M. Denonvilliers ne se laissa pas prendre à ces apparences, et annonça, avant la mort de la malade, l'existence de quelque tumeur graisseuse coïncidant avec une péritonite. Il ne pouvait concilier l'idée d'une hernie étranglée avec la persistance des accidens après que la tumeur eût été réduite, à moins d'admettre un étranglement par le collet du sac, et la réduction en masse de la hernie encore enveloppée de son sac, et emportant avec elle, dans l'abdomen, la cause de l'étranglement. Or, c'est ce qu'il devait regarder, et ce qu'il regardait en effet comme impossible, dans une région où le péritoine est si intimement uni à la paroi abdominale.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

(1) Un membre de l'Académie nous communique, à l'occasion de la lettre de M. Tanchou sur la mort de S. A. le prince royal, la note suivante, que l'on rapprochera avec intérêt de la communication de M. Marchal :

Ne tenant pas assez compte de l'immense différence qu'il y a entre une voiture entraînée par un mouvement médiocrement rapide, et une voiture qu'emportent des chevaux lancés au grand galop, le duc d'Orléans a cru pouvoir sauter de la sienne sans beaucoup plus de danger qu'il n'en trouvait à le faire ordinairement. Mais à peine les pieds du prince ont-ils eu touché le sol, que son corps, resté jusqu'à cet instant dans la position verticale, est devenu un levier dont l'extrémité supérieure, cédant au mouvement rapide d'impulsion imprimé par la voiture, a dû frapper violemment contre le pavé de la route ; de là, les fractures de la base du crâne, ayant leur point de départ au côté droit de cette cavité, et toutes les autres lésions que l'autopsie a fait connaître.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er août 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Roux communique une lettre qu'il a reçue de Lyon au sujet de la mort de M. Larrey. Il paraît que l'illustre chirurgien serait mort d'une apoplexie pulmonaire.

— *M. Cruveilhier* écrit pour se mettre sur les rangs à la place vacante par la mort de M. Double.

— *M. Pascal*, médecin en chef et premier professeur de l'hôpital de Strasbourg, envoie une *note sur les influences locales qui déterminent le développement du goître*, et sur l'usage des eaux minérales ferrugineuses pour prévenir et guérir cette affection.

Le goître ou l'hypertrophie du corps thyroïde, est l'une des maladies endémiques qui ont le plus exercé la sagacité des observateurs. Les causes qui paraissent lui donner naissance ont été l'objet de remarques intéressantes de la part d'un assez grand nombre de savans, notamment de la part de M. Benedict de Saussure, du professeur Fodéré et de M. le Dr Roulin.

D'après les observations de ces savans, et malgré quelques faits en apparence contradictoires, il paraît constant :

1° Que la stagnation de l'air humide, soit froid, soit chaud, dispose éminemment à cette maladie ; et qu'ainsi toutes les gorges humides des montagnes dirigées vers le nord sont surtout celles dont les habitans présentent le plus de goîtres.

2° Puis, que l'usage des eaux impures et froides, comme unique boisson habituelle, est, si l'on peut ainsi dire, la cause déterminante de l'apparition du goître, à laquelle a disposé l'atmosphère humide précédente. Les eaux des puits, des citernes, des pompes, sont surtout celles qui ont été signalées comme d'un usage pernicieux.

L'impression que ces eaux produisent sur la gorge paraît être l'une des causes actives de l'hypertrophie du corps thyroïde.

Il existe près de Metz, à trois lieues nord de cette ville, une localité qui a permis de faire quelques remarques intéressantes sur ce sujet ; je m'empresse de les communiquer. Il s'agit de Rombas, de Villiers-les-Rombas et de Pierre-Villiers.

De la situation de ces trois villages que M. Pascal indique avec soin, il résulte des conditions d'humidité et de stagnation de l'air, variables d'ailleurs pour chacun d'eux.

Or, il faut savoir, ajoute M. Pascal, qu'autrefois, c'est-à-dire il y a cinquante ans, les goîtres étaient extrêmement communs et volumineux à Pierre-Villiers, assez nombreux à Rombas, et au contraire inconnues à Villiers-les-Rombas, village intermédiaire. L'hypertrophie du corps thyroïde était non-seulement inconnue à Villiers, mais même les habitans qui, des villages voisins, venaient s'installer dans ce hameau, cessaient d'être disposés au goître, ou même guérissaient de ceux qu'ils avaient.

Cette observation populaire, qui est dans toutes les têtes de la localité, avait fixé l'attention publique sur l'unique fontaine de Villiers qui donnait une eau ferrugineuse dont tous les habitans se servaient pour boire. Il était impossible d'échapper à cette conséquence que cette eau était la seule cause de l'absence des goîtres, puisque Rombas et Pierre-Villiers, placées toutes deux dans des conditions opposées, étaient remplies de goîtreux, lorsque Villers n'en avait pas.

Des faits que M. Pascal a exposés, il se croit autorisé à déduire les conséquences suivantes qui méritent à un haut degré de fixer l'attention des praticiens de tous les pays :

1° Malgré l'humidité et la stagnation de l'atmosphère, l'usage d'une eau ferrugineuse s'oppose au développement du goître, ou le guérit quand il est récent.

2° Là où une eau ferrugineuse n'existe pas, l'assainissement des maisons diminue la disposition des habitans à contracter cette maladie.

Ajoutons que l'usage des boissons fermentées (bierre, cidre, vin, eau-de-vie) concourt aussi bien certainement à prévenir le développement du goître. Nul doute que l'usage aujourd'hui plus général du vin, de l'eau-de-vie et même de la bierre, à Rombas et lieux voisins, ne soit aussi pour quelque chose dans la diminution considérable des goîtres de cette localité. Cette circonstance fait d'ailleurs partie des causes qu'on signale ordinairement comme résultante de l'aisance générale.

M. Pascal termine sa note par l'indication des propriétés physiques et chimiques de l'eau ferrugineuse de Villiers-les-Rombas, connue dans le pays sous le nom de Rouge-Fontaine. Cette eau est claire, limpide, fraîche, d'un goût de fer très prononcé, mais qui n'a rien de désagréable. Ayant prié M. Langlois, professeur de chimie à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, de l'analyser, ce savant modeste a bien voulu donner ses soins à cette analyse. Elle signale les mêmes élémens qui se retrouvent dans la plupart des eaux ferrugineuses.

— *M. Audouard* termine la lecture de son mémoire sur les fièvres intermittentes, qui est le développement des conclusions suivantes.

1° Pour la génération des fièvres intermittentes, l'intoxication miasmatique du sang et la chaleur du climat.

2° Pour la manifestation de ces mêmes fièvres, la congestion sanguine de la rate et l'influence solaire diurne.

3° Pour les différens types, la congestion splénique modifiée par la chaleur diurne, modifiée elle-même par les saisons de l'année.

4° Que l'intensité des fièvres pernicieuses vient d'une forte intoxication miasmatique que procure et que seconde une forte chaleur atmosphérique, d'où suit une congestion splénique plus considérable.

5° Que les fièvres intermittentes simples sont dues à ces mêmes causes, mais moins intenses.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Procédé expéditif pour aromatiser les pastilles après leur dessiccation.

La préparation des pastilles de Darcet, depuis qu'elles sont devenues d'un usage si répandu, cause souvent des désagrémens aux pharmaciens, en raison de la diversité des odeurs que, selon le goût des malades, on est obligé de leur donner. En effet, chaque aromé nécessite une manipulation nouvelle ; et, de plus, lorsqu'on a préparé un peu trop à l'avance ces pastilles aromatisées, l'alcali réagit sur l'huile volatile et elles acquièrent au bout d'un certain temps une saveur déplaisante. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Garot fait usage du procédé suivant, qui permet de n'aromatiser les pastilles, pour ainsi dire que boîte à boîte, et extemporanément.

Ce procédé lui a été suggéré par la demande qui lui a été faite, à plusieurs reprises, de vingt pastilles de sous-carbonate de bismuth, tantôt à la menthe, tantôt à la fleur d'oranger, et tantôt sans odeur.

M. Garot a cherché à aromatiser les pastilles qu'il avait, et il y est parvenu en étendant une goutte d'huile volatil dans un peu d'éther, en versant cet éther aromatisé sur les pastilles mêmes dans un petit flacon, laissant en contact pendant une heure au plus, puis laissant évaporer l'éther à l'air. Il a obtenu par ce moyen des pastilles d'un arome parfait, et qui n'est nullement superficiel, comme on pourrait le croire.

Ce procédé d'ailleurs, ne peut sans doute être appliqué lorsqu'il s'agit de préparer de grandes quantités de pastilles; mais on peut facilement en aromatiser quelques kilogrammes et à très peu de frais. 20 grammes d'éther suffisent pour humecter 1 kilogramme de pastilles.

Voici, au reste, les proportions que suit M. Garot dans la préparation de ses pastilles.

Pastilles à la fleur d'oranger.

Pr.	Pastilles sans odeur,	1000	grammes.
	Ether sulfurique,	20	id.
	Néroli fin,	20	gouttes.

Pastilles à la menthe.

Pr.	Pastilles sans odeur,	1000	grammes.
	Ether sulfurique,	20	id.
	Huile volatile de menthe poivrée,	30	gouttes.

Pastilles à l'anis.

Pr.	Pastilles sans odeur,	1000	grammes.
	Ether sulfurique,	20	id.
	Huile volatile d'anis,	40	gouttes.

Pastilles au citron.

Pr.	Pastilles sans odeur,	1000	grammes.
	Ether sulfurique,	20	id.
	Huile volatile de citron,	60	gouttes.

Pastilles au baume de Tolu.

Pr.	Pastilles sans odeur,	1000	grammes.
	Ethérolé de baume de Tolu,	10	id.
	Ether sulfurique,	10	id.

On peut, d'ailleurs, varier à volonté les proportions d'huile volatile; le point essentiel est que la quantité d'éther employée puisse humecter toutes les pastilles, et 20 grammes ne sont pas suffisans pour 1 kilogramme. Il faut ensuite que le bocal à large ouverture dont on se sert soit d'une capacité d'un tiers au moins plus grande que le contenu, afin de pouvoir, en versant l'éther par portions, remuer les pastilles dans tous les sens pendant quelque temps, et avoir soin de le tenir bouché pendant une heure au plus.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, mai 1842.)

Sur l'arome spécifique du sang comme moyen propre à éclairer les recherches médico-légales et celles de pathologie et d'anatomie pathologique; par M. le Dr V. Meli.

J.-B. Barruel avait, comme on le sait, trouvé le moyen de faire exhaler au sang une odeur tout à fait spécifique, en traitant ce liquide par une petite quantité d'acide sulfurique concentré. Ce chimiste allait même jusqu'à prétendre qu'il lui était possible, à l'aide de ce procédé, de distinguer, par la simple olfaction, le sang humain de celui des animaux, de reconnaître le sang de l'homme de celui de la femme.

M. Meli, après avoir rapporté les observations, soit confirmatives, soit infirmatives, faites sur la doctrine de Barruel par MM. Raspail, Soubeiran, Couerbe, Zennech, C Taddei de Gravina, et par son père, M. Meli, disons-nous, déclare que, dans son opinion, la découverte du chimiste français s'appuie sur des phénomènes très réels, et peut rendre d'importans services en médecine. Il a toujours remarqué, dit-il, que, dans les phlegmasies des organes parenchymateux, l'odeur du sang va en perdant de son intensité, à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'invasion et que la maladie tend à se résoudre. On pourrait, suivant lui, utiliser cette donnée pour ménager les émissions sanguines et les épargner même aux individus chez lesquels, dans le cours d'une maladie inflammatoire, la diminution graduellement progressive de cette odeur viendrait annoncer que le mal tendrait à se dissiper de lui-même.

Quelques sujets exhalent par la peau une odeur particulière *sui generis*; dans les cas de cette espèce, le sang en offre toujours une tout à fait identique. L'auteur cite comme exemple celui d'une jeune femme aliénée, qui exhalait une odeur stercorale tellement forte, qu'on pouvait à peine l'approcher à quelques pas. Une application de sangsues ayant été faite à la vulve, par M. le professeur Regnoli, dans le but de solliciter l'écoulement des règles, le sang qui s'écoula fut recueilli, et, par son mélange avec l'acide sulfurique, il dégagea la même odeur fétide.

Enfin, M. Meli a pu reconnaître aussi; par ce moyen, une odeur urineuse dans le sang des individus affectés de rétention d'urine, et dans le liquide séro-sanguinolent qui remplissait les ventricules cérébraux d'une personne morte subitement après la diminution rapide d'un flux d'urine diabétique. Ces faits prouvent assez tout le parti que peuvent tirer les anatomo-pathologistes de l'emploi du moyen conseillé par Barruel. (*Il Raccoglitore medico*, t. IX, p. et 17.)

FAITS DIVERS.

Rétrécissement remarquable du gros intestin; observation recueillie et communiquée par M. le Dr Rehfeld, de Prenzlau.

Un fermier âgé d'une trentaine d'années, autrefois robuste et bien pourvu d'embonpoint, fut atteint il y a dix-huit mois d'une phlegmasie abdominale, et depuis cette époque il se plaignait constamment d'éprouver divers troubles dans l'exercice des fonctions digestives.

Au mois de février 1838, il vient réclamer les soins de M. Rehfeld; il avait alors des vomissemens qui se répétaient de temps en temps, particulièrement le matin; il était dans un grand état de maigreur, et son abdomen, qui était plus volumineux qu'à l'état normal, grossissait encore de jour en jour et devenait difforme. Grâce à l'amincissement des parois abdominales, il était facile de reconnaître les intestins énormément tuméfiés et dans lesquels on voyait distinctement les mouvemens occasionnés par la progression des gaz qui s'y trouvaient renfermés, en même temps qu'on entendait des borborygmes continuels. Il existait une constipation des plus opiniâtres, accompagnée quelquefois de vomissemens de matières pultacées et d'une très mauvaise odeur.

Comme l'injection des lavemens et l'administration à l'intérieur des médicamens purgatifs ne produisaient aucun résultat, la thérapeutique dut se borner, dans ce cas, à l'emploi des moyens palliatifs.

Le malade ne tarda pas à succomber, et l'autopsie fit reconnaître les particularités suivantes:

1° Une dilatation considérable des intestins grêles et des gros intestins, avec un amas de matières fécales dépassant le poids de cinq kilogrammes.

2° Un rétrécissement du rectum et de la portion inférieure du colon, porté à ce point que le canal avait, dans ce point, à peine le diamètre d'un tuyau de plume.

3° La rate et le foie présentaient une grande dimension dans leur volume, et les circonvolutions intestinales avaient laissé de profondes impressions sur la face inférieure du dernier de ces deux organes.

4° Le diaphragme était fortement refoulé en haut, vers la cavité du thorax, et, par suite de cette circonstance, les poumons avaient éprouvé une compression notable et avaient perdu de leur volume habituel.

5° Enfin, l'estomac était refoulé en arrière, et ses parois étaient amincies à ce point, qu'elles se déchirèrent sous la pression des doigts lorsqu'on voulut enlever le viscère de sa place pour l'examiner plus en détail. (*Wochenschrift fuer die gesammt Heilkunde*, 1842, n. 22.)

Cas remarquable d'infection à la suite d'une autopsie.

Un chirurgien militaire s'était fait depuis peu de jours, au pouce gauche, une coupure superficielle de la peau et qui était même déjà cicatrisée, lorsqu'il eut à pratiquer l'autopsie d'un soldat mort dans un état de marasme complet à la suite d'une hydropisie générale et d'une suppuration des ganglions mésentériques. Huit jours après cette époque, la cicatrice commença à devenir douloureuse, à se tuméfier et à suppurer; puis arriva une inflammation des vaisseaux lymphatiques, avec gonflement considérable de tout le bras et fièvre inflammatoire très violente. L'ensemble et la marche de tous ces symptômes ne permirent pas de méconnaître le point de départ du mal: la cicatrice, mise en contact immédiat avec les liquides du cadavre autopsié, s'était imbibée de quelques principes putrides, et une infection en était résultée; en effet, pendant toute la durée des recherches nécropsiques, la peau n'avait été lésée dans aucun de ses points.

Après vingt-quatre heures de fièvre et de douleurs articulaires très vives, avec des nausées continuelles et qui ne cédèrent qu'à l'administration d'un vomitif, il survint une éruption très analogue aux pétéchies; elle consistait en petites taches très rouges, arrondies, faisant légèrement saillie au-dessus du niveau de la peau, et répandues çà et là sur toute la surface de la peau.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques fut combattue avec succès par les frictions d'onguent napolitain et par l'usage interne du calomélas, à la dose de 10 centigrammes par prise. La plaie fut recouverte d'un cataplasme émollient.

L'éruption continuant, il se développa une fièvre nerveuse qui, plus tard, prit le caractère typhoïde. En même temps que des symptômes de paralysie se montrèrent, surtout du côté de la langue, les nerfs du mouvement, principalement ceux des extrémités inférieures, devinrent le siége d'une irritation prononcée qui, au dix-huitième jour de la maladie, détermina des contractions et des relâchemens alternatifs de ces membres Cet état persista, sans la moindre interruption, pendant douze jours entiers; après quoi les mouvemens devinrent d'abord plus rares, puis finirent par cesser complétement.

Alors le poumon droit fut envahi, et le malade fut menacé d'un catarrhe suffocant. La fièvre parut aussi éprouver une modification et revêtir le caractère de l'intermittence; des symptômes bilieux se montrèrent. Du reste, l'éruption ne changea point pendant tout le temps que dura la fièvre nerveuse, et c'est seulement à la disparition de cette dernière qu'elle commença elle-même à céder; toutefois, la desquamation n'eut lieu que dix jours plus tard, lorsque la phlegmasie pulmonaire eut été dissipée par un traitement approprié.

La convalescence marcha vite; cependant, à quelque temps de là, il survint encore une *phlegmasia alba dolens* de la cuisse et de la jambe droites, affection qui fut traitée heureusement par les médications connues. (*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 7.)

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 94. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

MALADIES RÉGNANTES. — FIÈVRE TYPHOIDE.

Nous avons peu de chose à ajouter à ce que nous avons dit jusqu'ici de la maladie régnante, soit sur sa physionomie et sa caractéristique, soit sur la fréquence relative de ses formes diverses, sur ses complications, ses épiphénomènes dominans, etc. Cependant, un mot encore sur la marche générale de la maladie, sur les transformations qu'elle semble subir à mesure qu'elle s'éloigne de l'époque de son début, et sur les tendances qu'elle manifeste. Ce sera d'ailleurs une occasion de revenir sur quelques-uns des faits que nous avons avancés, soit pour les confirmer, soit pour les rectifier, s'il y a lieu.

L'épidémie, qui paraissait avoir atteint son apogée la dernière fois que nous en avons entretenu nos lecteurs, tend sensiblement à décroître depuis cette époque, du moins à en juger par le mouvement de certains hôpitaux, car nous avons constaté à cet égard de notables différences. A la Charité, par exemple, au moins dans les principaux services de cet hôpital, on n'a reçu qu'un très petit nombre de malades depuis plusieurs jours, et ce n'étaient en général que des cas légers. A l'Hôtel-Dieu, au contraire, le chiffre des réceptions ne paraît pas avoir notablement baissé, et chez les malades en traitement, comme chez les nouveau-venus, l'intensité de la maladie semble se maintenir au même degré; dans cet hôpital, en effet, la proportion des cas graves nous a paru être à peu près la même, mais avec cette particularité, que la gravité semble en quelque sorte s'être transportée d'une forme de la maladie sur une autre.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre dernier article, les complications cérébrales qui caractérisaient la maladie à son début, en d'autres termes, la forme ataxique, qui était la forme dominante et la plus grave, a graduellement diminué de fréquence, et les trois formes principales de la maladie, l'ataxique, la putride et l'adynamique, se sont à peu près également réparties entre les malades qui ont été admis depuis environ une quinzaine de jours; mais en somme, la mortalité, qui d'abord semblait porter presque exclusivement sur les cas de fièvre ataxique, n'a pas sensiblement diminué, et cela par la raison que voici: c'est qu'à mesure qu'on voyait décroître la proportion des formes ataxiques, les formes putride et adynamique, en même temps qu'elles s'élevaient en nombre, croissaient aussi en intensité.

Ainsi, les cas d'ataxie, devenus plus rares, n'ont, malgré cela, rien perdu de leur gravité, et la mortalité frappe dans une proportion égale sur les cas d'adynamie devenus plus fréquens. Quant aux formes putrides, ce sont, en général, les moins graves; et nous ne sommes pas éloignés de croire que le traitement purgatif, plus spécialement adapté à cette forme, n'ait une grande influence sur la terminaison plus généralement heureuse de ces derniers. C'est un fait sur lequel nous aurons à revenir.

Abordons maintenant la question la plus importante et la plus délicate de toutes celles qui concernent l'affection dont il s'agit, la question du traitement. Y a-t-il un traitement spécialement approprié à la maladie régnante? En d'autres termes, l'épidémie de fièvre typhoïde, dont nous avons rapidement esquissé la physionomie et les plus saillans caractères, porte-t-elle avec elle un cachet spécial tel, qu'il en résulte une indication majeure dominante, vers laquelle doivent converger et être uniquement dirigés tous les moyens de traitement? Nous croyons avoir déjà établi sur des données suffisantes qu'il n'en était pas ainsi. Il ne sera peut-être pas inutile de revenir sur ce point, et de résumer en quelques mots les motifs de notre opinion.

Outre que la fièvre typhoïde actuelle, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, ne présente, à la prédominance près de quelques symptômes et de quelques complications qui, après tout, constituent une de ses formes habituelles, rien d'insolite ni dans son expression symptomatique générale, ni dans ses périodes, sa marche, sa durée et ses modes de terminaisons, elle est constamment restée circonscrite dans une certaine classe d'individus, soit que ces individus aient été soumis à des influences septiques, à l'action des conditions hygiéniques débilitantes, soit qu'à ces conditions il se soit joint, chez certains, une prédisposition individuelle qui ait favorisé l'action de ces agens et le développement des phénomènes typhoïdes; mais nulle part, que nous sachions, on n'a observé que la maladie se soit propagée des individus affectés aux individus sains ou à des sujets atteints d'autres maladies, soit par voie de contagion, soit par voie d'infection. La presque totalité des sujets typhoïdes sont venus du dehors; ce n'a été que très exceptionnellement qu'on en a vu quelques cas se développer spontanément chez des malades déjà couchés dans les hôpitaux pour d'autres maladies. Enfin, la maladie régnante semble n'avoir eu aucune influence appréciable sur les maladies intercurrentes qui, dans la grande majorité des cas, ont suivi leur cours ordinaire sans présenter de complication typhoïde, sans subir la transformation de l'état sporadique à l'état épidémique. Nous croyons ces caractères suffisans pour nous autoriser à répéter qu'il n'y a point là une épidémie, proprement dite, mais simplement une expression exagérée, qu'on nous passe le mot, de la constitution médicale propre à la saison dans laquelle nous sommes.

Cette distinction est d'une importance majeure, car elle résout d'une manière négative la première question que nous nous sommes posée. Or, ce que l'observation seule nous avait permis d'admettre, abstraction faite de l'influence des traitemens, l'expérience thérapeutique l'a pleinement confirmé. Voyons, en effet, ce qu'il en a été des divers traitemens que nous avons vu mettre en usage.

On a péconisé dès le début de cette épidémie un mode de traitement qui, par son caractère exclusif, pouvait donner l'idée d'une indication spéciale que l'on eût eu en vue de remplir: nous voulons parler de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose. Mais il est aisé de voir que l'application de cette méthode n'a pas été conçue en vue de combattre spécialement l'affection actuellement régnante; elle a uniquement été suscitée par les résultats que M. Broqua dit en avoir obtenus dans le traitement des fièvres typhoïdes en d'autres temps et en d'autres lieux, et ce n'a été en quelque sorte que comme moyen de vérification d'une méthode préconisée contre la fièvre typhoïde en général, qu'on en a fait l'application aux cas actuels, abstraction faite des conditions particulières qu'ils pouvaient présenter. Or, voici à cet égard ce que nous avons cru remarquer. Le sulfate de quinine a été employé dans plusieurs services d'après la méthode de M. Broqua, particulièrement dans le service de M. Husson à l'Hôtel-Dieu, et dans celui de M. Andral suppléé par M. Monneret, à la Charité. Dans la plupart des cas que nous avons pu observer, la maladie n'a pas paru en être sensiblement modifiée. Les sujets gravement atteints ont succombé; ceux que nous avons vu guérir n'avaient en général présenté que des cas légers ou d'une moyenne intensité. Chez ces derniers, la marche de la maladie, la succession de ses périodes, la durée et la convalescence ont été à peu près ce qu'elles sont dans les cas où la maladie est abandonnée aux seules ressources de la nature. Chez quelques-uns, la médication a paru même déterminer une exacerbation dans les symptômes qui ont obligé à en suspendre l'emploi; de sorte qu'en définitive, on ne peut rien conclure jusqu'à présent de ces essais dont les résultats sont au moins négatifs. Cependant, on a vu que cette méthode avait donné des résultats tout autres à l'hôpital Cochin. Comment concilier des faits en apparence aussi contradictoires? N'ayant pas été témoin des faits invoqués en faveur de cette méthode, ce n'est qu'avec une extrême réserve que nous hasarderons une opinion à leur égard; mais à en juger par la lecture des observations qui ont été publiées, nous ne serions pas éloignés de croire que toute la question gît dans la différence des cas auxquels on a eu affaire. En effet, dans les premiers, forme exclusivement ataxique avec le type *rémittent*; c'était là le caractère le plus commun au début de l'épidémie. — Dans les cas plus récemment soumis à la même méthode, formes infiniment variées, prédominance des formes gastro-intestinales, muqueuses ou putrides, et dans toutes type *continu*.. — Ne sont-ce pas là des conditions suffisantes pour expliquer une telle différence dans les résultats? Nous le croyons. Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel de l'épidémie,

FEUILLETON.

DU MODE DE PÉNÉTRATION DES CORPS DANS LA VESSIE;

Par M. SÉGALAS.

Extrait d'un rapport lu à l'Académie de médecine, séance du 2 août.
(*Voir* le dernier numéro.)

Pourquoi un corps introduit dans l'urètre tend-il à pénétrer dans la vessie? Par quel mécanisme y arrive-t-il? Voilà des questions qui ont leur intérêt en physiologie et surtout en chirurgie, et sur lesquelles on me permettra, j'espère, d'appeler un instant l'attention de l'Académie.

Les corps introduits dans l'urètre ont plus ou moins de tendance à entrer dans la vessie suivant qu'ils sont actuellement plus ou moins près de cet organe, suivant qu'ils sont solides, liquides ou gazeux, et aussi suivant que le pénis est dans un état de rectitude ou de mollesse, que le tronc se trouve dans une position horizontale ou verticale.

Les corps poussés dans l'urètre tendent généralement à en sortir plutôt qu'à y pénétrer plus avant. Arrêtés en arrière par la contraction des fibres musculaires qui enveloppent l'urètre, pressés partout par l'élasticité des parois de ce canal et obéissant d'ailleurs à leur pesanteur spécifique, ils s'échappent promptement par le méat urinaire quand surtout le pénis est érigé. C'est seulement lorsqu'ils sont portés dans les portions membraneuse et prostatique du canal, qu'ils se dirigent vers la vessie. J'ai eu plus d'une fois l'occasion de vérifier ce fait en pratiquant des injections dans l'urètre.

Un autre fait que j'ai observé aussi bien des fois, c'est que s'il existe une sonde dans la vessie, et qu'on la laisse ouverte après l'émission complète des urines, l'air, dans certaines circonstances, ne tarde pas à y pénétrer et à s'introduire dans la vessie, quelquefois en quantité très grande.

Cet effet peut avoir lieu sous deux influences: l'une toute physique, je veux parler de la légèreté de l'air; l'autre en partie vitale, savoir: le vide relatif opéré dans le bassin pendant le relâchement du diaphragme dans l'acte de respiration, alors que le tronc est placé de manière que les viscères abdominaux pèsent vers le thorax. Je suis persuadé que plus d'une fois on a pris pour des gaz provenant des organes, de l'air ainsi reçu dans la vessie et éliminé ensuite de cet organe.

Je me hâte d'ajouter que bien des fois j'ai vu sortir par une sonde que je venais de passer, des gaz évidemment formés dans les voies urinaires, et qui n'avaient rien de commun avec l'air atmosphérique. Cette explication était nécessaire, car, récemment, dans une leçon publique, un des membres les plus savans de cette Académie mettait en question le dégagement spontané des gaz dans les voies urinaires.

Les corps liquides portés dans la portion spongieuse de l'urètre font comme les corps gazeux; ils ne tardent pas à se porter au-dehors, si d'ailleurs ils ne sont retenus par l'occlusion volontaire du méat urinaire ou par quelque disposition anormale du canal, telle qu'un rétrécissement en avant avec dilatation en arrière; arrêtés du côté de la vessie par la contraction des fibres musculaires qui entourent le canal, et comprimés latéralement par des parois qui tendent sans cesse à reprendre leur état de contact habituel, ils sortent d'autant plus vite qu'ils sont aidés à cela par la position ordinairement déclive du méat urinaire. Ainsi, quand une injection est faite sans sonde et méthodiquement, c'est-à-dire avec lenteur, sans efforts susceptibles de distendre les parois du canal, il n'est pas besoin, comme quelques personnes le croient, de comprimer ce conduit au périnée, pour empêcher l'entrée du liquide dans la vessie. Cette introduction n'a lieu qu'autant que le méat urinaire est fermé soigneusement et qu'une pression continue d'avant en arrière, le long du canal, pousse le liquide en ce sens.

Les choses se passent autrement quand le liquide est porté, à l'aide d'une sonde, jusqu'à la portion membraneuse de l'urètre: alors l'injection pénètre dans la vessie avec d'autant plus de facilité que la sonde est percée plus près de son extrémité, et que le jet se rapproche plus de son axe. C'est là une condition que le chirurgien peut utiliser dans les cas où il a intérêt à faire arriver un liquide dans la vessie sans y introduire d'instrument, comme, par exemple, lors d'une cystite calculeuse, avec constriction forte et fréquente des parois de la vessie.

Quant aux corps solides introduits dans l'urètre, leur forme exerce une grande influence sur la marche qu'ils affectent, et il devient nécessaire de les distinguer.

Les corps longs cylindriques et souples, comme les bougies de cire et les sondes de gomme élastique, qui ne sont introduits dans l'urètre que jusqu'à la portion bulbeuse, tendent à sortir de ce canal et nullement à y pénétrer plus avant, par la raison que le poids de la portion restée en dehors les entraîne, que la compression exercée sur eux par l'élasticité des parois de l'urètre et par la contraction des muscles bulbo-caverneux tend à les exprimer, et que d'ailleurs la portion membraneuse de l'urètre, naturellement assez étroite, se resserre le plus souvent à leur approche.

Il n'en est pas de même quand ces corps sont engagés dans la portion membraneuse. Ils sont dès lors poussés d'une manière plus ou moins énergique, plus ou moins suivie, par les fibres musculaires qui enveloppent cette partie; et, comme d'un autre côté, la contraction des muscles bulbo-caverneux a pour effet obligé de raccourcir et de resserrer le canal, et par conséquent de pousser ces corps d'avant en arrière, ils ont une grande tendance à cheminer vers la vessie. Si, dans cet état de choses, il survient une érection, et que, sous son influence, l'extrémité externe du corps étranger soit dépassée par le méat urinaire, tout aussitôt une nouvelle cause de progression vers la vessie se joint aux précédentes: c'est un point d'appui que cette extrémité du corps étranger trouve derrière le méat. De telle façon que, quand à l'érection succède le retour de la verge à ses dimensions naturelles, le corps étranger, retenu en avant dans la fosse naviculaire, est par cela même poussé en arrière vers la vessie.

Toutefois, le plus souvent et fort heureusement les choses se passent d'une autre manière: l'érection venant à cesser, l'extrémité externe de la bougie ressort par le méat urinaire. C'est ce dont j'ai été témoin plusieurs fois près de malades soumis à l'emploi des bougies de cire, et chez lesquels la peur venait à changer instantanément les conditions du pénis.

Toujours est-il que la prudence commande qu'en pareil cas le chirurgien porte la main sur le périnée, et presse cette partie d'arrière en avant, de façon à donner la même impulsion à la bougie, ou du moins à l'arrêter jusqu'à l'application des instrumens d'extraction, s'il devient nécessaire de s'en servir, comme cela m'est arrivé.

Une autre précaution bien autrement importante parce qu'elle est généralement applicable, c'est de fixer les sondes et les bougies que l'on laisse en place, même temporairement, ou du moins d'y attacher un fil qui permette de les reprendre sitôt qu'elles viennent à disparaître, si l'on n'aime mieux les traverser d'une épingle à leur extrémité externe. Que de fois la négligence d'une précaution semblable n'a-t-elle pas nécessité l'opération de la boutonnière, ou même celle de la taille!

Il ne faudrait pas croire cependant que tout corps long, cylindrique et non rigide, passé derrière le méat urinaire, doit, après la cessation de l'érection, progresser vers la vessie et y pénétrer: j'ai retiré de l'urètre d'un jardinier du Bourget, quatre jours après son introduction dans ce canal, une pétiole de rose tremière qui avait six pouces de long et trois lignes de diamètre, et dont l'extrémité externe était à un demi-pouce du méat urinaire, quand, sur l'indication de M. le docteur Commecy, cet homme vint réclamer mes soins.

Ici le corps avait un certain diamètre et quelque peu de rigidité, or, l'on conçoit que les corps plus déliés et plus souples, comme des bougies fines de gomme élastique, devraient avoir plus de facilité à avancer vers la vessie, et que des rétrécissemens de l'urètre pourraient leur donner un point d'appui en avant et devenir ainsi cause d'une accélération dans leur marche. J'ai vu un fait de ce genre chez un malade atteint de plusieurs rétrécissemens organiques de l'urètre, et dont notre honorable président se rappellera peut-être; car c'est lui, M. Roux, qui a retiré la bougie, à l'aide d'une boutonnière pratiquée au périnée, sans cathéter, sans conducteur aucun, avec une habileté que chacun connaît, et un résultat des plus satisfaisans à tous égards.

Les corps cylindriques de peu de longueur, tels que des portions de

le sulfate de quinine ne nous paraît avoir eu qu'une efficacité très contestable.

La méthode purgative est celle qui paraît avoir été le plus généralement employée, soit dans toute sa rigueur primitive, telle qu'elle est formulée à Necker, soit plus ou moins mitigée, modifiée ou combinée avec d'autres moyens. Nous en avons plus spécialement suivi les effets à l'Hôtel-Dieu et en particulier dans les services de MM. Honoré et Guéneau de Mussy, où elle est à peu près exclusivement mise en en usage. Les purgatifs nous ont paru avoir en général de bons effets, mais nous avons été frappés d'une circonstance très propre d'ailleurs à faire ressortir un principe de thérapeutique qui est de la plus haute importance pour le traitement de la fièvre typhoïde, à savoir : la nécessité de ne point employer contre cette maladie une méthode exclusive, mais de modifier et varier les méthodes suivant les formes différentes qu'elle affecte. Cette circonstance la voici : c'est que au début de l'épidémie, c'est-à-dire alors que la forme ataxique était presque exclusivement dominante, la mortalité a été plus élevée chez les malades traités par cette méthode, et elle a même, dans un des services que nous avons signalés, dépassé d'une manière très sensible la proportion des guérisons, tandis que depuis que la maladie a plus spécialement revêtu la forme putride, les guérisons y sont au contraire très nombreuses et la mortalité en quelque sorte exceptionnellement. C'est là un fait que nous signalons à l'attention des praticiens.

Les saignées ont été très peu employées, sauf quelques indications particulières déduites, soit du tempérament pléthorique, de la constitution robuste des sujets ou de la prédominance des symptômes inflammatoires ; prédominance qui n'a, du reste, été que très rarement observée ; les saignées ont généralement été exclues du traitement de cette affection. Nous omettons avec intention de parler de la méthode des saignées coup sur coup, renfermée à peu près exclusivement, jusqu'à présent, dans la clinique de la Charité, non pas que par notre silence nous prétendions rien préjuger sur la valeur de cette méthode, mais bien au contraire à cause même de son importance, à cause des difficultés que nous paraît offrir une pareille appréciation de l'étude et de l'attention toute particulière qu'elle exige, et de la promesse que M. Bouillaud a faite de publier ses résultats ; c'est d'ailleurs là une question litigieuse, désormais tombée dans le domaine de l'*enquête*, que nous appelons de tous nos vœux.

Telles sont à peu près les seules méthodes exclusives qui, à notre connaissance du moins, aient été mises en usage. Reste à parler des traitemens mixtes ou combinés, des méthodes dites *d'indications ;* ce sont celles qui ont été plus particulièrement suivies à l'Hôtel-Dieu dans les services de M. Rostan, de M. Chomel, et dans celui de MM. Récamier et Teissier. Il est difficile d'exposer avec quelque précision des modes de traitement qui varient autant que les formes, les accidens et les épiphénomènes de la maladie. Nous avons fait connaître, dans un de nos précédens numéros, les bases des traitemens employés par M. Rostan (1).

M. Chomel n'a en rien varié de sa manière d'agir habituelle dans le traitement de cette affection.

C'est surtout dans le service de M. Récamier, dirigé par M. Teissier, que nous avons vu appliquer la méthode des indications dans toute sa pureté, c'est-à-dire l'emploi de moyens appropriés à chaque forme spéciale de la maladie, considérée comme source principale des indications, et aux accidens particuliers, à la prédominance de certains symptômes, aux complications, aux conditions individuelles, source des indications secondaires.

(1) *Voir* le n° du 28 juillet.

Les affusions froides, les antispasmodiques, les irritans de la peau, vésicatoires, sinapismes, etc., dans la forme ataxique ; les évacuans vomitifs ou purgatifs, les premiers de préférence lorsque il y a prédominance des symptômes gastriques et bilieux, les seconds contre les symptômes intestinaux et les phénomènes putrides ; les toniques dans la forme adynamique ; rarement les saignées, au début seulement, et lorsque prédominent les symptômes inflammatoires, est à peu près l'ensemble des moyens employés, formant autant de groupes que la malade affecte de formes. On conçoit qu'avec des moyens aussi variés, ne s'appliquant en quelque sorte qu'à autant de cas individuels, il est difficile de baser sur une statistique même approximative l'appréciation des résultats. Ceux-ci ne peuvent être jugés qu'au lit du malade et en vue de chaque cas particulier. Disons toutefois que, pour les formes ataxiques, les résultats ne nous paraissent pas avoir été plus heureux que dans les autres services.

Les affusions froides, essayées dans le début, ont dû bientôt être abandonnées, et, quant aux autres moyens, ils n'ont eu généralement qu'une efficacité fort douteuse. Il en a été en cela à peu près de même partout. Quels qu'aient été les moyens auxquels on ait eu recours, les cas de fièvre typhoïde ataxique ont presque constamment été réfractaires à tout traitement. Le petit nombre de guérisons qui ont été observées dans cette forme peuvent tout aussi légitimement être mis sur le compte des efforts de la nature que sur les traitemens employés. Nous n'en dirons pas autant des traitemens d'indication opposés aux autres formes. Ils nous ont paru avoir eu de bons effets. Les vomitifs, qu'on emploie peut-être trop rarement contre la forme bilieuse gastrique, les purgatifs plus fréquemment indiqués et qui ont fait la base du traitement de la forme putride, enfin les toniques dans la forme adynamyque, ont certainement modifié d'une manière heureuse la marche et l'issue de la maladie, toutes les fois qu'ils ont été employés contre chacune des formes auxquelles ils sont appropriés.

Il nous resterait un mot à dit en réponse à une attaque qui a été dirigée contre une des propositions émises dans notre premier article : ce mot sera en même temps notre résumé. Nous sommes-nous trop avancés en disant que la diversité dans les opinions, la même incertitude dans les manières d'agir, les mêmes doutes sur les résultats, se présentaient de nouveau en face de l'épidémie actuelle ? Il suffit de l'exposé rapide que nous avons fait et de la maladie et des divers traitemens qu'on lui a opposés, pour nous confirmer malheureusement dans l'opinion que nous avons émise. Qu'il y ait des méthodes de traitement plus spécialement adoptées aux formes et aux variétés différentes de la maladie, et auxquelles il soit plus prudent de recourir, dans l'état actuel des choses, qu'à telle ou telle méthode exclusive ; c'est ce que nous admettons parfaitement, et c'est à ces méthodes, qui prennent pour guide les indications, que nous donnerions la préférence ; mais qu'il existe un traitement méthodique, rationnel de la fièvre typhoïde, sur les résultats duquel on soit autorisé à compter, c'est ce qu'avec nous la plupart des praticiens sans doute ne voudrait admettre.

Ceci n'est pas notre dernier mot sur les maladies régnantes. Avec les fièvres typhoïdes on observe un grand nombre de fièvres éruptives, sur lesquelles il pourra être intéressant de jeter un coup d'œil. Nous avons actuellement sous les yeux plusieurs cas très graves de métro-péritonites et de fièvres puerpérales qui devront aussi fixer notre attention. Nous reviendrons sur chacun de ces faits, et peut-être aussi sur la fièvre typhoïde.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Deux observations d'hydropisie symptomatique de lésions différentes.

Première observation. — *Hydropisie symptomatique de cyrrhose du foie. Ponction. Mort.*

Le 2 juillet, est entré à la Charité le nommé Mouret (Louis-Paul), âgé de cinquante-trois ans, journalier. Cet homme a été couché au n° 32 de la salle Saint-Louis. Il raconte qu'il a éprouvé de grands chagrins par suite de la perte d'un établissement qu'il avait fondé ; qu'à dater de ce moment, sans être absolument malade, sa santé s'est cependant altérée de plus en plus. Avant cet événement, il n'avait jamais fait de maladie grave ; un asthme dont il était affecté le tourmentait seul quelquefois.

Il y a trois mois, il prit chaud et froid, et il éprouva bientôt de vives coliques dans le bas-ventre ; les selles ne furent pourtant point modifiées ; ces coliques durèrent environ une quinzaine de jours, et devinrent extrêmement intenses : la douleur se faisait particulièrement sentir autour de l'ombilic. Quand elles commencèrent à diminuer, le ventre se tuméfia, le gonflement fut d'abord peu considérable ; mais bientôt il fit des progrès et alla toujours en augmentant jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital.

Environ une quinzaine de jours après qu'il se fût aperçu que le ventre se tuméfiait, il remarqua également que ses jambes augmentaient de volume, toutes deux ensemble d'abord, puis le gonflement de la droite s'arrêta ; la gauche, au contraire, continua de grossir jusqu'à présent. Cet homme affirme n'avoir jamais eu de palpitations ; cependant il nous dit ne pouvoir monter un escalier, et cela depuis long-temps, sans être pris d'un essoufflement considérable.

A l'entrée de ce malade, voici ce qu'on remarque.

L'extérieur est chétif, misérable ; le faciès est profondément altéré, amaigri ; les pommettes sont saillantes, toute la face est osseuse ; le ventre est extrêmement ballonné, la fluctuation y est manifeste ; les jambes, la gauche surtout, sont considérablement infiltrées ; le scrotum égale la tête d'un adulte ; la verge est tuméfiée, mais le scrotum est tellement énorme, qu'elle apparaît à peine. Le malade accuse une grande difficulté dans la respiration et tousse beaucoup ; il a le dévoiement depuis plusieurs jours ; l'appétit est nul. En palpant et percutant l'hypochondre droit, on n'a aucune sensation du foie ; il semble que cet organe soit caché, retiré sous les fausses côtes, et comme ratatiné. L'auscultation, appliquée aux poumons et au cœur, fait connaître que les premiers se développent avec peine, et que le second est tout à fait dans l'état normal.

Le 4 juillet, tous les symptômes sont les mêmes ; l'urine a été conservée ; elle offre une coloration d'un beau rose, et dépose des flocons d'un rouge-carmin.

Le 9, la respiration est de plus en plus gênée ; l'infiltration générale fait des progrès ; les membres inférieurs, surtout le côté droit, sont doublés de volume.

Le 11, face hippocratique ; respiration haletante, pouls misérable. On pratique une ponction ; il sort à peu près les trois quarts d'un seau ordinaire de liquide. Après cette ponction, il y a un mieux sensible ; la respiration devient plus facile, l'état général présente des caractères moins fâcheux. Orge, chiendent nitré, julep diacodé.

Le 14, l'infiltration est presque revenue au même degré ; le dévoiement est excessif. Riz, diascordium, bouillon.

Le 19, le malade est à l'agonie ; il meurt le 20 à cinq heures du soir.

---

bougie, de sonde, ou même de pipe, introduits dans l'urètre, peuvent passer derrière le méat urinaire sous trois influences différentes, la durée de l'érection, la pesanteur et les dispositions physiques de l'urètre, qui, ainsi que l'on sait, représente un cône tronqué depuis la fosse naviculaire jusqu'au bulbe, où se trouve sa base, souvent de 3 ou 4 lignes plus large que le méat urinaire.

Une fois que, par ces causes ou par d'autres, le corps a franchi le méat urinaire, d'un côté le point d'appui qu'il trouve d'abord sur les bords de cette direction, puis à la partie la plus reculée de la fosse naviculaire, de l'autre les contractions des muscles bulbo-caverneux, doivent favoriser sa marche vers la portion membraneuse ; quand ensuite il est engagé dans cette portion, il avance vers la vessie par le même mécanisme que les bougies et les sondes entières, sous l'influence de la contraction des muscles qui entourent l'urètre. Notez que les manœuvres tentées pour en arrêter la marche ont le plus souvent pour effet de la hâter.

C'est probablement de cette manière que le tuyau de pipe dont il est question dans l'observation de M. Raux a pénétré jusque dans la vessie.

Les corps plus petits et plus ou moins arrondis, tels que les pois, les haricots, etc., introduits dans l'urètre, se trouvent tout d'abord derrière le méat urinaire ; ils marchent après cela vers le bulbe, soit par l'effet de la manœuvre qui les a introduits, soit par suite de la disposition conique dont nous avons parlé, soit par une conséquence de la pesanteur, soit par toutes ces causes réunies, et puis s'engagent dans la portion membraneuse, le plus souvent sans doute sous l'influence des efforts faits pour les retirer ; enfin, une fois placé là, ils sont pour ainsi dire déglutés par la contraction des fibres qui enveloppent l'urètre.

Ce qui me fait penser que les manœuvres faites pour retirer un corps de l'intérieur de l'urètre contribuent souvent à le faire entrer dans la vessie, c'est que rarement les graviers et les fragmens de pierre engagés d'arrière en avant dans l'urètre reviennent sur leurs pas, et que ce retour n'a jamais lieu quand ils sont parvenus jusqu'à la portion bulbeuse. Voici une cuiller de porte-caustique que je tiens d'un malade qui m'a assuré l'avoir portée deux mois entiers dans l'urètre, où un opérateur de province l'avait laissé tomber, et d'où elle est ensuite sortie spontanément, ou du moins sous l'influence de l'urine. C'est un fait de plus en faveur de l'opinion que j'exprime.

On sait que lorsqu'un corps étranger solide a pénétré dans la vessie, il y séjourne presque toujours, et qu'il ne tarde pas à se couvrir d'une couche calculeuse qui augmente sans cesse jusqu'à son extraction. On sait aussi, ou du moins il y a long-temps que j'ai annoncé comme un fait résultant de mon observation, que la concrétion à laquelle donne lieu la présence d'un corps étranger dans la vessie est toujours composée de phosphates. On peut donc se demander pourquoi, dans ce cas, on rencontre toujours cette nature de pierre et non une autre ?

Pour répondre à cette question, il faut se rappeler que les pierres urinaires primitives, à quelques rares exceptions près, se réduisent à deux ordres, savoir, à celles d'oxalate de chaux, si communes chez les enfans, et à celles d'acide urique, qui se rencontrent surtout dans la vieillesse. Les concrétions phosphatiques ne s'observent guère qu'à l'extérieur des pierres primitives, ou dans des voies urinaires enflammées, comme si les phosphates étaient le produit d'une inflammation catarrhale. Dans cette manière de voir, on conçoit facilement que les corps étrangers introduits dans la vessie y produisent à la longue de l'inflammation, provoquent par cela même la précipitation des sels phosphatiques dont ils s'entourent.

La conséquence à déduire de ceci, c'est que, dès que l'on sent un corps étranger dans la vessie, il faut se hâter de l'extraire, et y parvenir, si faire se peut, avant qu'il n'enflamme ce viscère, avant qu'il ne se complique d'une concrétion pierreuse.

Ici, une autre question se présente : c'est celle de savoir à quel moyen il convient de recourir pour cette extraction.

Cela dépend évidemment des conditions du corps introduit.

S'il est souple, flexible, de peu de volume, comme une bougie de cire, ou une sonde de gomme élastique, on peut l'extraire soit avec la pince que j'ai présentée dans le temps à l'Académie, à la suite d'un rapport sur une taille de M. Moulinié, nécessitée par une sonde tombée dans la vessie ; soit à l'aide d'un instrument de lithotritie, comme je l'ai fait chez un malade qui avait laissé une portion de sonde dans la vessie, et se trouvait avoir à la fois dans le réservoir et ce corps étranger et une pierre d'acide urique de date bien antérieure.

Si le corps étranger est dur, mais friable, comme dans le cas de M. Raux, il serait bien encore, ainsi que nous l'avons dit, de recourir aux instrumens de lithotritie, si toutefois on avait l'habitude de s'en servir ; dans le cas contraire, la taille devrait être préférée, il n'y a pas de doute à cela.

Dans l'hypothèse où le corps étranger serait métallique ou d'une grande solidité, on pourrait tenter de l'extraire par la voie naturelle ; mais si les manœuvres devenaient laborieuses, mieux vaudrait renoncer à l'extraction par l'urètre et recourir de suite à la taille. Il est d'observation que cette opération réussit généralement en pareille circonstance.

Quant aux corps gazeux et aux corps liquides qui sont arrivés dans la vessie par l'urètre, ils ne tardent pas à en sortir soit seuls, soit après s'y être mêlés à une certaine quantité d'urine ; mais on conçoit que, selon leur nature, ils peuvent exercer une influence différente et plus ou moins grande tant sur l'urine que sur les parois de la vessie, et qu'il en est plusieurs, surtout parmi les liquides, dont la présence prolongée ou répétée pourrait devenir nuisible. Mais ce n'est pas ici le lieu de nous occuper des questions qui se rattachent à ce fait.

Je dirai seulement que la surface interne de la vessie, comme la plupart des autres surfaces muqueuses, paraît avoir chez certains sujets une sensibilité toute spéciale, et que tel liquide reconnu adoucissant pour la peau peut se montrer irritant pour la surface dont il s'agit. J'ai eu l'occasion d'observer avec Dupuytren, un exemple remarquable de cette sensibilité spéciale de la membrane muqueuse de la vessie. Une nièce de l'impératrice Joséphine, la princesse S....., qui plus tard a succombé à une maladie organique de la vessie, ne pouvait pas supporter la présence de l'eau de guimauve dans la vessie, et pourtant trouvait du soulagement à ses douleurs dans les injections d'eau tiède simple, faite dans cet organe.

A part ce fait, dans tout ce que j'ai dit jusqu'à présent, il n'a été question que des corps étrangers introduits dans l'urètre de l'homme et cheminant dans la vessie.

Chez les femmes, les corps gazeux n'entrent dans la vessie qu'autant qu'ils y sont poussés directement à l'aide d'un tube, ou introduits sous l'influence de la respiration et de la pesanteur spécifique pendant l'emploi d'une sonde dont le pavillon est ouvert ; mais pour que les corps liquides arrivent à la vessie, il est à peine besoin que la canule dont on se sert pour l'ingestion pénètre dans l'urètre ; j'en ai acquis la preuve dans maintes circonstances, et c'est là, ainsi que je l'ai fait remarquer pour les parties profondes de l'urètre chez l'homme une disposition fort heureuse, puisque l'on peut en profiter dans les injections vésicales, pour éviter d'introduire un instrument, dont l'action mécanique est toujours plus ou moins irritante.

Quant aux corps solides, le méat urinaire est ici si près de l'orifice vésical, qu'un corps pareil engagé dans l'urètre se trouve bientôt arrivé à la vessie, pour peu qu'il y soit poussé, et que, si ce corps a peu de longueur et qu'il soit abandonné à lui-même, il doit promptement tomber dans le viscère, en obéissant soit à la pesanteur, comme cela peut avoir lieu dans certaines circonstances, soit à la pression exercée sur lui par les parois turgescentes de la partie la plus externe de l'urètre, et peut-être même à une sorte de traction exercée sur la partie la plus avancée, par la portion correspondante de la couche musculeuse de la vessie.

Il est inutile d'ajouter que dans la vessie de la femme comme dans celle de l'homme, ces corps provoquent, avec le temps, une affection catarrhale, et par suite une précipitation continuelle de sels phosphatiques ; mais il est peut-être bon de faire remarquer que dans l'état actuel de l'art, leur extraction par la voie naturelle paraît devoir être presque toujours possible, et souvent très facile. Ainsi, cette moitié d'étui de bois dont le volume est tel qu'on a peine à concevoir comment elle a pénétré dans une vessie, d'où pourtant elle a été retirée par la taille il y a quelques années, pourrait très probablement, aujourd'hui, être amenée au-dehors sans aucune incision, par l'application méthodique des instrumens de lithotritie.

— Dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic de la cyrrhose offre de grandes difficultés. Pourtant, toutes les fois qu'une hydropisie partielle ou générale ne trouvera pas sa cause dans les sources ordinaires, c'est-à-dire dans une maladie de la séreuse, dans une maladie du cœur, une maladie de Bright, un obstacle quelconque à la circulation, etc.; toutes les fois qu'en l'absence de ces diverses causes on aura de la peine à reconnaître le foie, qu'il semblera retiré, ratatiné dans le lieu qu'il occupe; qu'en même temps il n'y aura point d'ictère, point de réaction sympathique, que le sujet sera tombé dans l'amaigrissement, il sera permis de croire qu'on a affaire à une cyrrhose du foie.

On a dit que la cyrrhose du foie coïncidait presque constamment avec une maladie du cœur; on remarquera que dans l'observation que nous rapportons, le cœur avait été trouvé parfaitement sain. Un phénomène qui est digne de tout l'intérêt des praticiens, est la coloration particulière de l'urine chez ce sujet. Cette urine était d'une couleur rose qui n'avait aucun rapport avec le rouge-brique qu'on observe très souvent, ni avec la coloration rouge brun des urines sanguinolentes, c'était un rose bien tranché, et qui n'a d'analogie avec aucune des sécrétions anormales ou morbides. Il est également bon de se souvenir que cet homme avait éprouvé des chagrins violens, et l'on sait qu'il n'est pas très rare de voir cette cause contribuer à produire, sinon produire seule, diverses affections du foie. Camérarius, professeur à Tubinge, parle d'un homme d'un tempérament phlegmatique qui, à la suite de chagrins, s'aperçut qu'il avait au foie une tumeur dure, indolente, sans changement de couleur à la peau; il perdit l'appétit, ses forces s'affaiblirent, sa face et ses pieds se tuméfièrent; il mourut. Le chagrin fut-il, chez Mouret, la cause de la maladie du foie? C'est une question qu'il ne nous est pas encore donné de résoudre.

Deuxième observation. — *Hydropisie symptomatique d'une maladie des reins.*

Le nommé Bigot (Jean), commissionnaire, âgé de quarante-huit ans, est entré le 2 juillet à la Charité. Sa maladie a commencé, selon lui, il y a trois mois, après une transpiration supprimée; il a eu de la gêne dans la respiration, a craché du sang et a été pris d'une fièvre violente. On lui a pratiqué deux saignées chez lui; il s'est rétabli bientôt mais est resté extrêmement faible.

Il y a une quinzaine de jours, il s'aperçut que sa jambe gauche enflait; il avait éprouvé quelques douleurs dans la région des reins. Chaque fois qu'il gardait le lit, le membre revenait à son volume ordinaire; chaque fois, au contraire, qu'il se livrait à quelqu'exercice, l'infiltration revenait et augmentait en très peu de temps. De plus, il éprouvait dans ce membre un engourdissement presque continuel. La jambe droite se gonfla aussi au bout de quelques jours, mais elle resta constamment beaucoup moins infiltrée que l'autre. Ce malade est, du reste, fort, bien constitué, robuste, et n'a pas été affecté d'autre maladie sérieuse.

Examiné le 3 juillet, cet homme nous présente les deux jambes un peu augmentées de volume; la gauche infiltrée, surtout autour des malléoles; la droite l'est fort peu; la face est bouffie, un peu pâle et grisâtre. La poitrine et le ventre n'offrent rien de particulier. L'appétit a toujours été très bon; toutes les fonctions se font bien; l'urine est rendue avec facilité; mais, traitée par l'acide nitrique, elle donne des traces non équivoques d'albumine.

Ce malade reste jusqu'au 15 à l'hôpital, et demande à sortir. L'infiltration a presque disparu sans médecine active.

— Si l'on rapproche ces deux observations de celle que nous avons publiée dans un des numéros du mois dernier, qui a été recueillie dans le même service, et qui a pour objet le nommé Mouchy (Jean-Baptiste), mort à la suite d'une anasarque symptomatique d'une maladie du cœur, on aura sous les yeux trois hydropisies plus ou moins générales, chacune des trois produite par une lésion différente, maladie du cœur, maladie du foie, maladie des reins. De ces trois faits ainsi groupés semblent jaillir des données précieuses pour la science du diagnostic des hydropisies, symptômes auxquels il n'est pas facile d'assigner toujours la véritable cause; et sans la connaissance de cette cause, l'on sait combien il est impossible d'arriver à un pronostic que justifiera l'événement.

Cette dernière observation nous présente une maladie granuleuse de Bright débutant sous la forme chronique, on peut, en comparant l'anasarque, suite de maladie du cœur, à celle développée sous l'influence de cette lésion des reins, vérifier l'assertion des auteurs qui ont écrit que la première était toujours infiniment plus considérable que la seconde, et que l'œdème des membres, dans la néphrite albumineuse, précédait constamment l'épanchement dans le péritoine.

HOTEL-DIEU. — MM. Roux et Blandin.

Suppléant, M. Maisonneuve.

Collection de faits cliniques, recueillis par M. Gustave Gogué, élève des hôpitaux et de l'Ecole pratique.

§ I. — Fractures.

Un grand nombre de fractures ont été reçues dans les salles de MM. Blandin et Roux, dont M. Maisonneuve était chargé par intérim, nous avons choisi celles qui, par les particularités peu communes qu'elles ont présentées peuvent mériter de l'intérêt.

1° *Fracture de l'extrémité inférieure du fémur, communiquant avec l'articulation du genou; guérison complète sans ankylose.*

Decalonne, portière, âgée de soixante-six ans, tombe en descendant un escalier rapide: le genou gauche reçoit le choc, la malade y sent une douleur vive, un craquement violent, et reste quelques instans sans connaissance. On la relève, et c'est alors qu'on s'aperçoit que la cuisse est cassée; on l'apporte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 16.

Le 14 septembre 1841, surlendemain de l'accident, le genou gauche, déjà tuméfié, présentait une forme régulièrement arrondie, on y sentait une fluctuation évidente, la pression y faisait reconnaître une sensation d'amidon qu'on écrase, preuve qu'il existait dans l'articulation du sang liquide et des caillots sanguins. Malgré la tuméfaction, les deux condyles du fémur pouvaient être reconnus, on les faisait mouvoir l'un sur l'autre avec facilité en pressant d'avant en arrière; il en résultait une crépitation évidente.

De plus, il existait une autre fracture entre ces condyles et le corps même de l'os.

M. Maisonneuve, qui emploie habituellement la position demi-fléchie dans les fractures de cuisse, crut devoir, dans la prévision d'une ankylose, placer le membre dans l'extension, afin que celui ci pût servir encore à la malade.

En conséquence, le membre inférieur fut placé dans une extension complète. Une bande roulée fut appliquée sur la jambe; sur toute la cuisse un bandage à bandelettes séparées; autour du genou de larges attelles de carton destinées à se mouler sur le membre; enfin un bandage de Scultet et deux attelles en bois étendues depuis le haut de la cuisse jusqu'au delà du pied.

Ce bandage simple fut renouvelé quatre fois seulement pendant la durée de la cure, qui ne fut complète que le 12 novembre. On devait craindre l'ankylose: aussi ne fut-on pas peu surpris quand, quelques mois après la guérison, nous revîmes la malade marchant sans aucune difficulté, exécutant les mouvemens de flexion et d'extension avec autant d'aisance que si le genou fût resté complètement étranger à la maladie.

2° *Fractures de la jambe.*

Plusieurs fractures de la jambe avec complication de plaie ont été traitées dans le service de M. Maisonneuve. Nous en signalerons seulement trois qui résument les points principaux de cette lésion importante.

La première a nécessité l'amputation du membre; la deuxième a exigé l'extraction de plusieurs esquilles tertiaires, et n'est arrivée que lentement à la guérison; la troisième enfin a guéri comme une fracture simple: c'est le début heureux de l'emploi d'un appareil proposé par un chirurgien de Nantes, M. Guénier.

Première observation. — Caboche, âgé de vingt-deux ans, maçon, se battant avec plusieurs individus, se tordit le pied en dehors et se fractura les deux os de la jambe à leur partie inférieure. On l'apporta à l'Hôtel-Dieu le 9 août 1841, salle Sainte Marthe, 41.

Le gonflement était considérable, la peau, soulevée par le tibia, était déjà sphacélée; on débrida largement.

Quelques jours après, un abcès se manifesta en dehors, on l'incisa derrière la malléole externe; le malade fut soumis à une diète sévère pendant les premiers jours; le pied et la jambe furent enveloppés d'un large cataplasme, placés sur un coussin peu élevé, et maintenus par un appareil de Scultet.

Les accidens inflammatoires d'abord très graves se calmèrent peu à peu et la suppuration s'établit régulièrement.

Pendant quatre mois, des pansemens journaliers furent faits, tantôt à sec, tantôt avec des poudres désinfectantes, tantôt avec des bandelettes de diachylon. Les deux plaies des malléoles ne présentaient aucune tendance à la cicatrisation; des bourgeons mollasses en remplissaient le fond. Le malade s'affaiblissait tous les jours; il était miné par une fièvre hectique, avec exacerbation le soir.

On proposa l'amputation, qui fut exécutée le 19 novembre au lieu d'élection.

Examen de la pièce. — Les deux os de la jambe étaient fracturés, le péroné au-dessus de la malléole externe et obliquement en bas et en avant, et le tibia transversalement à la base de la malléole interne; le cal était difforme et peu solide. Le tibia n'était fracturé qu'à la base de la malléole interne; il n'y avait pas de consolidation, mais il était ankylosé avec l'astragale. Tous ces os étaient tuméfiés, spongieux, et présentaient l'aspect qu'ils revêtent dans les tumeurs blanches avec suppuration. Les parties molles avaient subi la même transformation lardacée.

L'amputation, du reste, a parfaitement réussi; la cicatrisation n'a pas demandé plus de quinze jours.

Deuxième observation. — Cambray, gantier, âgé de dix-neuf ans, eut la jambe droite fracturée dans la partie moyenne par une pièce de bois; le fragment supérieur du tibia, taillé obliquement d'arrière en avant et de haut en bas, faisait saillie à travers la peau. On l'apporta à l'Hôtel-Dieu le 23 août 1841, salle Sainte-Marthe, n. 3.

La fracture fut réduite et maintenue par l'appareil de Scultet. Un traitement antiphlogistique actif fut employé pendant les huit premiers jours; la plaie couverte d'un large cataplasme, et la jambe solidement maintenue.

La suppuration s'établit sans accidens; quelques fusées cependant exigèrent des contre-ouvertures dans le voisinage de la plaie. Les pansemens furent répétés tous les jours d'abord, puis tous les deux jours, tous les trois jours, à mesure que la suppuration diminuait.

Dès le 15 octobre, la consolidation était déjà très avancée; mais une portion du tibia s'était nécrosée. On parvint à l'extraire le 25 octobre; quelques autres esquilles, nécrosées de même, vinrent se présenter à la plaie et furent retirées.

Alors rien n'entrava la cicatrisation, qui était complète le 15 novembre.

Aucun accident ne traversa la marche de cette cure; le malade conserva toujours sa tranquillité d'esprit, et voire même la gaieté.

Troisième observation. — *Fracture compliquée de la jambe gauche. Appareil nouveau. Irrigation. Guérison comme dans une fracture simple.*

Le 8 septembre 1841, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, 49, le nommé Allard, journalier, âgé de vingt-six ans.

La veille, il avait eu la jambe gauche fracturée à sa partie moyenne, dans un éboulement. Le fragment supérieur du tibia, taillé en bec de flûte, faisait saillie à travers la peau. La réduction ne présenta pas de difficulté: la plaie fut recouverte de diachylon; la jambe, enveloppée du bandage de Scultet, fut placée sur un appareil à demi-flexion, inventé par M. Guénier, de Nantes.

Cet appareil, construit en fer-blanc, peut servir utilement pour les irrigations; c'est même cette dernière raison qui le fit préférer par M. Maisonneuve. Le membre malade fut soumis aux irrigations tièdes que l'on continua pendant trois semaines. La plaie alors se trouvant cicatrisée sans qu'il fût survenu le moindre accident, on fit le pansement à sec en conservant toujours le plan incliné jusqu'à consolidation complète, qui eut lieu vers la fin d'octobre.

— Les trois observations que nous venons de tracer appartiennent à un groupe de lésions généralement graves. Dans l'une, la première, le chirurgien, après quatre mois de soins assidus, fut obligé d'en venir à l'amputation; dans la deuxième, le malade, moins malheureux, n'eut à faire le sacrifice que de quelques portions du tibia, et put conserver son membre; le troisième enfin, plus heureux que les deux autres, n'eut pas même un instant la conscience de la gravité de son mal.

A quoi tient cette différence entre trois affections à peu près semblables? On peut, je crois, l'attribuer: 1° à l'étendue de la plaie qui, très étroite dans le troisième cas, a pu être fermée hermétiquement, et par conséquent considérée comme non avenue; 2° à l'étendue du foyer de la fracture qui, dans le premier cas, s'est trouvé augmenté de toutes les anfractuosités articulaires et a rendu les accidens plus graves.

Cependant il est à présumer que, dans la troisième observation, le soin qu'on a pris de soumettre le membre à une irrigation continue dans un appareil parfaitement solide, n'a pas été sans influence pour empêcher le développement des accidens inflammatoires.

3° *Fracture de l'humérus non consolidée. Séton et guérison*

Perrinot, âgé de vingt-deux ans (salle Saint-Roch, n° 2), domestique, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, dans une chute de la hauteur de deux mètres sur le coude, se fractura la partie moyenne de l'humérus droit; la fracture était compliquée d'une plaie profonde qui pénétrait jusqu'à l'os.

Le premier jour, le bras fut maintenu dans un appareil provisoire peu méthodique; ce ne fut que le lendemain, à son entrée dans un hôpital, que les fragmens furent ramenés à une bonne position et maintenus au moyen d'un bandage simple avec des attelles de bois.

Tous les jours il fallait panser la plaie; par conséquent imprimer au membre des mouvemens indispensables.

Après un laps de trente jours, il n'y avait pas le moindre signe de consolidation; application d'un bandage dextriné et fenêtré au niveau de l'ouverture; de cette manière on pouvait nettoyer la plaie qui suppurait beaucoup et laisser le membre continuellement dans la même position. L'introduction d'un stylet faisait reconnaître une esquille mobile entre son introles deux fragmens; aussi, pour provoquer sa sortie spontanée, duisait chaque jour une mèche de charpie jusqu'au fond de la plaie.

La malade était depuis quatre mois et demi à l'hôpital; elle éprouvait des douleurs très intenses au niveau de la fracture. Désespérant de son état, elle sortit malgré les avis du chirurgien. Elle resta six semaines chez elle, en proie à de vives souffrances. Elle rentra à l'Hôtel-Dieu le 24 avril 1841, dans le service de M. Roux: l'accident était survenu le 14 novembre 1840.

Elle avait conservé son embonpoint; la figure respirait la santé; le membre droit, surtout le bras, était légèrement atrophié; au côté externe, une ouverture fistuleuse donnait issue à une quantité peu considérable de pus.

En imprimant des mouvemens au bras, on déterminait de la douleur et l'on sentait une grande mobilité entre les deux fragmens. On constatait, au moyen d'une sonde, la dénudation de l'os.

M. Roux choisit de suite la méthode du séton, que la malade avait refusée à l'hôpital où elle avait d'abord été traitée.

Il fit une incision au niveau de la fistule, rencontra une virole osseuse très faible, qui céda au moindre choc d'une pince. Ce fut dans cette virole ou plutôt dans cette coque osseuse, qu'était placée l'esquille interposée entre les deux fragmens. On fit facilement l'extraction de cette esquille, très rugueuse et complètement dénudée de périoste. Une mèche à séton fut passée à travers le bras, entre les deux fragmens, et laissée pendant huit jours. Suppuration assez abondante; bandage inamovible pendant quatre mois sans aucun résultat avantageux. Cependant il existe entre les deux fragmens un tissu fibreux de nouvelle formation; la plaie est bien cicatrisée, mais le membre plie toujours en deux; il n'y a aucune action musculaire.

Sortie pour un mois, elle rentre le 10 octobre. M. Maisonneuve, chargé du service, sans se désespérer sur l'inefficacité du premier séton, a recours à un second beaucoup plus gros que le premier.

La présence de cette mèche pendant quinze jours, détermine une tuméfaction générale du membre et la formation du pus au niveau de la plaie.

Le séton enlevé, l'inflammation et la suppuration disparurent rapidement; le membre est retenu au moyen d'une attelle coudée.

Le 30 décembre, la mobilité n'existe presque plus.

Le 26 janvier on a la sensation d'une consolidation.

Elle sort le 17 mars 1842, sans pouvoir élever encore le bras ; mais les douleurs ont disparu, et la continuité entre les deux fragmens est bien établie.

Le 10 avril, on sent un cal osseux solide ; seulement il existe une raideur dans toutes les articulations du coude et de la main.

— La pseudarthrose dont il s'agit avait un caractère de gravité qu'on rencontre rarement ; elle datait de plus d'un an ; elle avait résisté à deux opérations, à l'extraction d'une esquille, au séton lui-même. Ce n'est que dans l'application des détails opératoires, que M. Maisonneuve puisa la résolution d'insister de nouveau sur un moyen qui avait échoué entre les mains d'un chirurgien habile. Il fit remarquer que pour être efficace, 1° le séton doit être large ; 2° qu'il doit trouver le tissu fibreux intermédiaire aux fragmens ; 3° qu'il doit rester en place pendant quinze jours au moins.

Aussi le beau succès obtenu dans cette circonstance, alors qu'il ne paraissait plus y avoir qu'à désespérer, doit-il soutenir le courage des chirurgiens et des malades.

NON-CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE ET ABSURDITÉ DES MESURES SANITAIRES.

Dans une leçon de clinique publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 du mois dernier, M. le professeur Rostan s'exprime ainsi : « Du reste, la question de la contagion est une question encore très litigieuse. MM Chervin et Aubert ne croient pas même que la peste d'Orient et la fièvre jaune soient contagieuses ; mais, pour décider une pareille question, qui intéresse l'existence de populations nombreuses, il faudrait avoir dix fois raison, et l'incertitude, avec les précautions qu'elle commande, est bien légitime ; car de deux inconvéniens il faut choisir le moindre, et plutôt que de risquer la vie d'un grand nombre d'hommes, il vaut mieux n'en perdre que quelques-uns, et faire supporter à l'industrie quelques entraves d'une importance secondaire en comparaison de la santé des masses. »

Je ferai d'abord observer à M. Rostan, que je n'ai jamais dit ni jamais écrit que je ne crois point que la peste soit contagieuse ; j'ai publié, au contraire, dans plusieurs circonstances, que je n'ai pas d'opinion arrêtée sur ce sujet, parce que j'ai pour principe de ne pas juger *à priori*. De ce que je regarde la fièvre jaune comme dépouillée de tout caractère contagieux, on a tort de conclure que je professe la même opinion à l'égard de la peste.

M. le docteur Aubert n'est, du reste, pas le seul qui ne croit pas que la peste soit contagieuse ; beaucoup d'autres médecins éclairés qui, comme lui, ont observé cette maladie en Egypte depuis l'année 1835, partagent entièrement son incrédulité.

Quant à la non-contagion de la fièvre jaune, que je soutiens avec la plus intime conviction, il est vrai qu'elle n'est pas encore officiellement reconnue ; mais l'opinion publique et l'opinion du gouvernement lui-même ont été singulièrement modifiées sur ce sujet, depuis l'époque où les honorables membres de la commission médicale envoyée à Barcelone, s'écriaient :

« La contagion paraît manifeste, on connaît son point de départ, on suit sa marche, on la voit pour ainsi dire, passer d'un individu à un autre (1)..... Oui, la maladie qui dévaste Barcelone est la fièvre jaune d'Amérique ; oui, elle a été importée ; oui, mille fois oui, elle est contagieuse. Espérons que les faits que nous accumulons laisseront nus comme la main les partisans du système contraire. Oui, cette fièvre est cent fois plus funeste au commerce que ne le serait le système le plus rigoureux de quarantaines (2)...... Nier la contagion, c'est nier Dieu, nous disait un médecin espagnol, et il avait raison ; c'est nier la lumière, c'est nier une évidence aussi frappante que le jour (3)... Le fléau s'est rendu maître d'une partie de la malheureuse Espagne ; il n'en sortira plus ; depuis vingt ans il a envahi deux cents lieues vers le nord ; il menace d'embraser les pays voisins, et a déjà jeté des étincelles en France et en Italie (1)... Mais ce qui importe c'est d'en préserver notre pays, Or, si nous faisons un travail tel que nous l'avons imaginé, personne n'osera se récrier contre des mesures aussi nécessaires que celles qui seront proposées (2)... Nous nous estimerons heureux si nos maux et nos dangers peuvent préserver la France du fléau pestilentiel ; si nos observations concourent à la formation d'un bon système sanitaire propre à garantir nos frontières ; si enfin nos recherches ont pu, comme nous l'espérons, déterminer un meilleur mode de traitement (3). »

(1) Voyez la *Gazette de France* du 20 novembre 1821.
(2) Voyez le même journal du 14 du même mois.
(3) Lettre du 17 novembre 1821 adressée au docteur Robert, de Marseille.

Tel est le langage que tenaient, en 1821, MM. Pariset, Bally et François. Ces célèbres contagionistes concoururent, en effet, puissamment à la formation d'un système sanitaire qui a coûté, en frais de constructions complétement inutiles, 4,500,000 f. à l'Etat (4), et un million à la ville de Marseille (5) ; il aurait coûté probablement encore autant si l'on n'y avait mis bon ordre ; mais, dans la session de 1828, la Chambre des députés, prenant en considération les pétitions que je lui avais adressées contre la formation des lazarets destinés à mettre la France à l'abri de la prétendue contagion de la fièvre jaune, reconnut en principe que « dans nos ports de l'Océan, ces établissemens sont tout à fait inutiles (6), » et, d'après cela, elle n'accorda plus de fonds que pour achever ceux dont la construction était déjà très avancée, ce qui était encore beaucoup trop. Depuis ce premier et douloureux échec, les contagionistes en ont éprouvé bien d'autres ; de très grandes réformes ont été faites dans notre législation sanitaire, et de plus grandes encore ne tarderont pas à s'opérer, on peut en être certain : il est plus que temps que ce système d'erreurs qui a coûté si cher à la France disparaisse complétement, quoi qu'en dise notre honorable confrère, M. Rostan.

Ce médecin nous dit que pour décider la question de la contagion, « il faudrait avoir dix fois raison. » Je puis assurer et prouver au besoin que, pour ce qui regarde la fièvre jaune, nous n'avons pas dix fois raison seulement, mais cent mille fois.

Il a bien fallu qu'il en fût ainsi pour amener, comme nous l'avons fait, les chambres et le gouvernement à détruire leur propre ouvrage, à renverser l'édifice qu'ils avaient élevé quelques années auparavant sous l'influence de la peur qui, de toutes les passions, est certainement celle qui asservit le plus la raison et laisse le moins de liberté au jugement.

M. Rostan montre beaucoup trop de confiance dans l'efficacité des mesures prétendues sanitaires, lorsqu'il dit qu'on risquerait la vie d'un grand nombre d'hommes si l'on venait à les supprimer. Je vais prouver que, telles qu'elles ont lieu actuellement pour la fièvre jaune, ces meseres sont complètement illusoires.

Depuis les ordonnances royales des 4 avril et 11 juin 1835, « les balles de coton venant d'Amérique ne sont plus ni ouvertes, ni débarquées au lazaret, quel que soit le régime sanitaire sous lequel se trouve placé le navire qui les a portés. » Or, que signifie une quarantaine qui se fait sans déchargement, sans purification, soit des marchandises, soit du navire ? Croit-on sérieusement que du coton qui recèlerait les prétendus germes contagieux de la fièvre jaune, en serait débarrassé par cela seul qu'il serait resté 5, 10, 15 ou 20 jours de plus à bord d'un navire qui est fermé pour ainsi dire hermétiquement, au sein duquel la chaleur est très forte, la ventilation nulle et la putréfaction très active ? Une telle quarantaine ne peut avoir d'autres résultats que de rendre le bâtiment plus malsain, surtout si son chargement a été pénétré d'humidité pendant la traversée comme cela arrive souvent.

Pense-t-on, d'un autre côté, que si les individus qui sont à bord avaient reçu les germes de la fièvre jaune avant leur embarquement dans le Nouveau-Monde, cette maladie ne se serait pas déclarée pendant une traversée de 30, 40 ou 50 jours, et qu'il soit nécessaire de retenir le bâtiment en quarantaine pour s'assurer si l'équipage et les passagers ne recèlent point dans leur personne quelque principe contagieux ? Mais suivant nos trois célèbres contagionistes, MM. Bally, François et Pariset, « la période d'incubation est extrêmement courte. » D'après leurs propres observations, ces médecins sont portés à penser « qu'elle n'excède pas 24 heures et trois jours à la rigueur (7). »

(1) Rapport présenté au ministre de l'intérieur, 1re partie, avertissement.
(2) *Quotidienne* du 20 novembre 1821.
(3) *Moniteur* du 19 novembre 1821.
(4) *Moniteur* du 25 avril 1834, p. 1019.
(5) Statistique du département des Bouches-du-Rhône, t. III, p. 371.
(6) *Moniteur* du 19 juin et du 14 juillet 1828.
(7) *Histoire médicale de la fièvre jaune*, etc., pag. 490.

Je le demande maintenant à tout homme impartial et non prévenu, je le demande à M. le professeur Rostan lui-même, à quoi peuvent servir de pareilles quarantaines ? à entraver les relations commerciales, à être une source de vexations pour les individus et à entretenir une erreur funeste à la science et à l'humanité.

Depuis 1835, il est entré en France plus de quinze cent mille balles de coton provenant d'Amérique (1), qui ont été livrées à la fabrication sans être purifiées d'aucune manière, et néanmoins le fléau que l'on prétend repousser par des quarantaines de cinq, dix, quinze ou vingt jours, ne s'est jamais montrée dans nos manufactures, bien que la fièvre jaune ait souvent régné avec une grande violence dans les lieux mêmes où ce coton a été chargé. Quelle épreuve plus concluante peut-on désirer ? Comment cette substance qu'on regarde comme l'une des plus susceptibles de recéler et de transmettre les germes de toutes les contagions, n'a-t-elle pas répandu la fièvre jaune dans nos villes manufacturières où tant de milliers d'individus sont employés journellement à manier ce redoutable lainage ? Si la contagion ne s'est pas manifestée après tant de millions d'épreuves faites sur des sujets d'âges et de tempéramens si différens et dans toutes les saisons, il est évident qu'elle n'existe pas, et qu'en cherchant à la repousser on combat une chimère.

Voici un autre fait tout récent qui prouve à quel point sont illusoires les mesures de précaution dont M. le professeur Rostan se fait le défenseur.

Dans le commencement de juin dernier, un navire qui avait fait voile de l'une de nos Antilles avec patente brute, arriva dans la Manche, ayant à bord vingt-deux passagers. Un enfant étant mort dans la traversée, cela devait faire prolonger la quarantaine de cinq jours, et la faire porter probablement à quinze, peut-être même à vingt. Effrayés de l'ennui et de la perte de temps qu'ils allaient éprouver, les passagers se firent débarquer en Angleterre, d'où ils vinrent en France sans être assujettis à la quarantaine un seul instant. Ne voilà-t-il pas d'exellentes garanties pour la santé publique ! Nous tenons ce fait d'un médecin de nos amis, qui était passager du navire dont il s'agit, et qui nous a assuré que ces débarquemens sur les côtes d'Angleterre, pour éviter les quarantaines au Hâvre, sont assez fréquens, ce que nous savions déjà. Nôtez que cet état de choses dure depuis plus de vingt ans, et nous n'avons point eu la fièvre jaune !

En présence de pareils faits et d'une foule d'autres non moins concluans que nous ferons bientôt connaître, il est impossible que le gouvernement ne supprime pas immédiatement nos mesures sanitaires relatives à la fièvre jaune. Ce qu'il a déjà fait, sous ce rapport, dans l'intérêt du commerce et des relations sociales, nous est un sûr garant qu'il n'en restera pas là, et nos ports de mer accueilleront avec reconnaissance ces importantes réformes.

Nous désirons que les considérations auxquelles nous venons de nous livrer fassent revenir M. le professeur Rostan de l'erreur dans laquelle il est tombé, en assimilant la fièvre jaune, sous le rapport de sa propagation, au typhus, dernière maladie que nous regardons nous même comme susceptible de se transmettre sous certaines conditions.

CHERVIN, D.-M.-P.

Paris, le 3 août 1842.

NOUVELLES.

M. le docteur SOUBERBIELLE, de retour de son voyage en Belgique, où il avait été invité par la ville de Liège, pour assister à l'inauguration de la statue de Grétry, son ami, reprendra ses conférences sur la lithotomie et la lithotritie, le mardi 9 de ce mois, de une heure à deux, à l'Ecole pratique de la Faculté.

— M. le docteur CH. PAJOT, commencera un nouveau Cours d'accouchement pour les élèves sages-femmes, le 16 août 1842, à trois heures, rue de Vaugirard, n° 35. On s'inscrit tous les jours, de onze heures à midi. La première leçon sera publique.

(1) La France a reçu pendant l'année 1841, 66,325,714 kil. de coton de cette provenance.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 9 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 93. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

LEÇONS SUR LES MALADIES DU CERVEAU.

Diagnostic différentiel des altérations locales aiguës ou chroniques du cerveau.

Après avoir établi, d'après les principes généraux de diagnostic, les bases sur lesquelles doit reposer le diagnostic des maladies du cerveau, ce qui peut se résumer dans la considération du caractère aigu ou chronique de la maladie, de l'existence d'une altération générale ou locale du cerveau, de la marche de la maladie et de sa terminaison, M. Rostan a abordé les caractères distinctifs des principales altérations dont le cerveau peut être le siége.

Les maladies du cerveau donnant lieu à la paralysie, qui peuvent le plus aisément être confondues et pour lesquelles il importe le plus d'avoir des caractères distinctifs, sont l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement. L'une des circonstances qui aident le mieux à les distinguer l'une de l'autre est l'existence ou l'absence de phénomènes précurseurs. Dans le très grand nombre des cas, la paralysie produite par le ramollissement est précédée de symptômes précurseurs, tandis que, dans l'hémorrhagie, elle survient le plus ordinairement d'une manière brusque et instantanée, sans avoir été précédée d'aucun symptôme qui ait pu la faire prévoir.

La paralysie frappe subitement un individu au milieu de ses occupations habituelles, à table, ou bien dans son lit, et alors qu'il paraissait jouir de toute la plénitude de sa santé. Cependant cette loi n'est pas constante et absolue; elle comporte quelques exceptions, mais elle n'en est pas moins pour cela un signe très précieux pour le diagnostic dans la grande majorité des cas.

D'après les recherches de M. Rochoux, la paralysie produite par une hémorrhagie cérébrale ne serait annoncée par des symptômes précurseurs qu'une fois sur dix. Les exceptions, d'ailleurs, peuvent encore s'expliquer par les conditions qui compliquent et par suite altèrent les phénomènes propres à chacune des affections qui nous occupent. Ne peut-il pas arriver, par exemple, que dans les cas où une hémorrhagie est précédée de phénomènes précurseurs, il y ait eu précédemment un ramollissement qui n'ait point été assez considérable pour produire la paralysie et qui n'ait encore donné lieu qu'aux symptômes précurseurs de la paralysie, alors qu'est survenue l'hémorrhagie qui vient compliquer l'altération déjà existante. La coïncidence de ces deux affections expliquerait ainsi ces faits en apparence contradictoires à la loi que nous avons établie et que, faute de mieux, on considère comme des exceptions.

La marche des phénomènes fournit des élémens très précieux au diagnostic; elle offre des différences caractéristiques dans la congestion, l'hémorrhagie et le ramollissement. Tout le monde sait que la marche de la congestion et de l'hémorrhagie est décroissante (aux différences près qui caractérisent cette période décroissante dans la congestion et dans l'hémorrhagie), tandis que dans le ramollissement la marche est toujours croissante. On a pu voir récemment dans nos salles un exemple frappant de la rapidité avec laquelle décroissent les symptômes dans la congestion. Un jeune homme a été amené à l'hôpital avec une hémiplégie complète. On l'a saigné le jour même; le lendemain il n'avait plus rien, et il fut trouvé, lors de la visite, de bout à côté de son lit; il n'avait plus même le plus léger engourdissement dans les membres. Cependant l'hémiplégie était tellement complète que nous avions diagnostiqué une hémorrhagie.

Nous fûmes forcés de reconnaître le lendemain que nous n'avions eu affaire qu'à une congestion et non à une hémorrhagie; car il est impossible d'admettre qu'une résolution aussi prompte eût pu avoir lieu avec les désordres qu'une hémorrhagie cérébrale entraîne à sa suite. Le ramollissement a une marche toujours croissante et une terminaison infailliblement fatale. Avec de pareils caractères il serait difficile de rester long-temps dans le doute. On a avancé que le ramollissement cérébral était curable; mais les personnes qui ont avancé une pareille assertion s'en sont probablement laissé imposer par une particularité qui était, en effet, de nature à induire en erreur, c'est que la marche des ramollissemens n'est pas régulièrement croissante; elle procède, au contraire, d'une manière irrégulière, présentant des arrêts et même des améliorations momentanées qui font croire quelquefois à une guérison spontanée. La raison de cette marche irrégulière est dans la coïncidence de deux altérations, c'est-à-dire dans la complication de mouvemens de congestions périodiques avec le ramollissement. C'est ce que l'on voit également dans toutes les altérations organiques chroniques du cerveau, dans le cancer, les tubercules, etc. Comment comprendrait-on autrement ces alternatives de mieux et de pis, ces exaspérations et ces amendemens que l'on observe dans les symptômes, dans des affections essentiellement permanentes, comme le sont le ramollissement, le cancer et le tubercule. Ce sont ces congestions momentanées, paraissant et disparaissant avec une grande mobilité, qui compliquent et aggravent la lésion principale, qui, par leur présence, en rendent les symptômes plus saillans, tandis que leur cessation est toujours accompagnée d'une diminution considérable de ces symptômes, et quelquefois même d'une cessation momentanée et complète des phénomènes paralytiques. Il est encore, pour le ramollissement cérébral, une autre circonstance accessoire qui concourt, avec ces congestions, à imprimer ce caractère d'irrégularité et d'intermittence à la marche et à l'expression symptômatique de cette affection, c'est la suffusion de la séreuse qui accompagne souvent le ramollissement. En résumé, ces irrégularités et ces alternatives dans la marche des symptômes, n'impliquent nullement contradiction à la loi que nous avons formulée; car cette marche est, en somme, toujours croissante, et la terminaison du ramollissement constamment et inévitablement fatale.

Les hémorrhagies cérébrales, au contraire, guérissent soit spontanément, soit par les secours de l'art, soit même malgré les moyens de l'art.

M. Rostan rapporte à ce sujet, et à l'appui de cette assertion, le fait suivant. Un personnage de haute distinction, tenant à l'ancienne famille régnante de Pologne, ayant tout au plus une trentaine d'années, m'a fait récemment appeler pour avoir mon avis sur une céphalalgie chronique pour laquelle il est en traitement depuis plusieurs années. Voici en quelques mots l'histoire de ce malade. Il eut, il y a quelques années, une hémorrhagie cérébrale suivie d'hémiplégie et de douleur de tête. Le médecin qui le soigne ayant considéré cet état comme une affection nerveuse, l'a soumis au régime tonique et excitant le plus énergique. Malgré ce traitement vraiment incendiaire, le malade s'est graduellement rétabli; la paralysie s'est peu à peu dissipée, et il ne lui restait plus qu'une céphalalgie habituelle, lorsqu'il fut pris récemment d'une nouvelle hémorrhagie cérébrale avec retour des premiers symptômes. Un médecin appelé à l'improviste allait pratiquer une saignée, lorsque le médecin traitant s'opposa énergiquement à ce moyen, et recourut de nouveau à la médication excitante. Eh bien! cette fois encore, malgré l'influence d'un traitement aussi irrationnel, les symptômes se sont peu à peu dissipés, et le malade se trouve à peu près replacé dans les mêmes conditions qu'après sa première attaque. Il n'est certainement pas de fait qui démontre d'une manière plus péremptoire avec quelle facilité les symptômes consécutifs à l'hémorrhagie cérébrale tendent à se résoudre, et combien est grande la puissance médicatrice de la nature, alors même que les moyens employés, loin de la seconder, tendent à neutraliser ses efforts.

L'encéphalite locale pourrait quelquefois être confondue avec le ramollissement ou l'hémorrhagie cérébrale; cette confection est au moins possible, si l'on ne tient compte que des symptômes locaux. Tel est le cas d'un enfant actuellement dans le service de M. Rostan, et qui présente des symptômes qui ont la plus grande ressemblance avec ceux de l'hémorrhagie ou du ramollissement. L'état fébrile et les symptômes de réac-

FEUILLETON.

Précis d'anatomie transcendante appliquée à la physiologie; par M. E.-R.-A. SERRES, membre de l'Institut, etc. Tome Ier : Principes d'organogénie — 1 vol. in-8° de 270 pages. Paris, Ch. Gosselin.

C'est avec raison que l'éditeur de cet ouvrage a pensé faire une chose utile en le publiant. Résumer les idées scientifiques si importantes et si caractéristiques de notre époque en anatomie transcendante, tel est le travail que s'est imposé M. Serres, à qui ces idées doivent tant pour leur propagation et leur exposition, travail tout à fait nouveau et qui manquait aux études, travail auquel donnent la plus grande importance la haute position scientifique de l'auteur et l'impulsion qu'il a imprimée lui-même à des recherches si intéressantes. Ce volume renferme l'histoire de l'organogénie et l'exposé de ses principes généraux. Pour en présenter convenablement l'analyse, il me faudrait ce style net, précis et rapide qui distingue cet ouvrage aussi remarquable par la forme que par le fond, et qui témoigne à un si haut degré de la supériorité des savans français dans l'exposition lucide des principes généraux des sciences. J'emprunterai souvent le langage de l'auteur, qui justifiera amplement mon opinion.

« Le développement de l'homme, la comparaison de l'embryon et du fœtus avec l'adulte, ont à toutes les époques excité puissamment l'intérêt des anatomistes et des physiologistes. Cet intérêt, qui d'abord n'était qu'une simple curiosité, s'est accru de siècle en siècle par les révolutions inattendues qui sortaient de cette comparaison; de telle sorte que l'organogénie, qui, naguère encore, n'était qu'une partie très accessoire de l'anatomie, en est devenue présentement la pa.tie principale, celle qui éclaire, celle qui commande, celle qui domine toutes les autres.

» Dans cette situation, il est donc d'une haute utilité, pour fixer les esprits, de donner, au moins sommairement, un exposé de l'origine, du but, des méthodes et de la philosophie de la science. D'abord nous jetterons un coup-d'œil sur son histoire. »

Quoique Aristote se soit beaucoup occupé de la formation du poulet, son anatomie faite tout entière au point de vue particulier de la zoologie, indique à peine l'organogénie proprement dite. Celle de Galien, appliquée seulement à l'usage des parties, l'indique moins encore, et l'ouvrage de Fabrice d'Aquapendente *sur la formation du fœtus* qui au premier aperçu semble destiné à combler cette lacune, n'est « en résumé qu'un beau chapitre à ajouter aux écrits de Galien. » L'étude de l'organogénie n'a pu naître qu'après la chute de Galien dans les écoles, et après que les immortels travaux de Vésale, d'Eustachi, de Fallope, etc., eurent placé l'anatomie de l'homme sur ses bases véritables.

Alors paraît Harvey qui jette tout à coup dans le monde cette pensée hardie, *tout animal provient d'un œuf*. Puis Malpighi de qui datent les premières observations microscopiques sur l'ovologie, Réné de Graaff qui découvre la vésicule qui porte son nom, Needham qui fit une étude particulière des enveloppes de l'œuf des mammifères et de l'homme; puis Duverney, Mery, Winslow qui étudièrent l'évolution du cœur de l'embryon et du fœtus comparé à celui de l'adulte et les monstruosités. Rhuysch, par l'autorité que lui donnaient ses admirables injections, faillit compromettre l'avenir de l'organogénie qu'il combattit de toutes ses forces et contre qui se firent entendre la voix puissante de Boerhaave et celle plus compétente de Morgagni.

« Haller, que l'on trouve toujours sur sa route, à quelque recherche qu'on se livre en anatomie ou en physiologie, résuma tout ce que l'on avait fait avant lui sur le développement de l'homme et des animaux. Après avoir marqué le point où était parvenue la science, il traça le programme de ce qui restait à faire et la marche qu'il fallait suivre. Joignant alors l'exemple au précepte, il fit des travaux immenses sur la formation du cœur, sur le développement des os, qu'il suivit de jour en jour chez les oiseaux, sur l'ovologie du poulet, dont il commença à bien apprécier les enveloppes, et enfin sur l'ovologie et l'embryogénie des mammifères. » Après Haller, Wolf, un de ses rivaux, dont les observations microscopiques sur l'évolution première du canal intestinal, sur la transformation vasculaire de la membrane ombilicale du poulet, sont d'une précision admirable. Puis Albinus, le continuateur de Rhuysch, comme lui dédaignant la philosophie de l'anatomie générale et comparée, mais qui trouve par hasard et par bonheur sous son scalpel la vésicule ombilicale de l'homme dont il assure la position invariable qu'elle occupe chez les mammifères entre le chorion et l'amnios. Aux deux Hunter se rattachent la découverte de la membrane caduque, les recherches sur le chorion, sur le placenta et la structure de l'utérus, sur l'évolution du testicule. A Vicq-d'Azyr est due cette grande idée d'analogie entre le membre supérieur et le membre inférieur de l'homme, idée dont les racines sont dans Galien et qui plus tard fécondera la doctrine allemande de Spix, Oken, Mecquel, Carus sous le nom de *théorie des homologues*. Sabatier étudie la disparition intérieure du cœur du fœtus, Wriberg les enveloppes de l'œuf humain et la vésicule ombilicale, travail repris sans de grandes additions par les deux Walter de Berlin, mais que Sœmmering père étendit beaucoup, car c'est lui qui fit admettre définitivement la vésicule ombilicale au nombre des membranes de l'œuf humain.

A Bichat commence la seconde période de l'organogénie par la création de l'histologie. « On n'a pas assez remarqué, ou même on n'a pas remarqué du tout, par quelle méthode fut produite cette partie intéressante de l'anatomie générale. Ce ne fut ni par des dissections plus minutieuses ou plus habiles, ni par l'application des réactifs chimiques aux divers tissus, ni même par l'analyse qu'il fit de leurs propriétés, en imitant ce que Haller avait tenté pour le système nerveux. Ces procédés matériels ne sont en quelque sorte que l'échafaudage, le fond même de la méthode est l'application des principes linnéens à l'analyse des organismes. » Dupuytren, Meckel, Beclard, Gall et Spurzheim, Muller, Valentin, etc., en suivant les traces de Bichat ont enrichi de découvertes nombreuses et importantes ce vaste sujet d'observations. L'analyse microscopique a surtout dans ces derniers temps rendu les plus éminens services, et l'étude des infusoires particulièrement a fixé l'attention. Ces recherches, si précieuses pour la zoologie, étaient restées pour l'organogénie d'une stérilité absolue. « Ces animaux, qui sont des points le plus souvent invisibles à l'œil nu, étant presque toujours transparens, incolores, le microscope faisait bien distinguer entre eux des différences de forme, mais la transparence des organes rendait inutiles pour l'anatomie les grossissemens les plus considérables. Comment faire cesser cette transparence? L'idée de les injecter s'était bien présentée à l'esprit; mais comment injecter des animaux dont le plus grand nombre n'a qu'un cinquantième ou un centieme de millimètre de diamètre? Un procédé des plus ingénieux, en surmontant cette difficulté, a rendu à l'anatomie une classe entière d'êtres organisés. Ce procédé, imaginé par Gleichen et perfectionné par M. Ehremberg, consiste à colorer en bleu, en vert ou en rouge l'eau que ces animaux avalent pour leur nourriture. En s'injectant eux-mêmes de cette manière, leurs estomacs et leurs intestins se dessinent avec netteté, et permettent de distinguer et de rallier autour d'eux leurs autres organismes. Or, ces organismes, intéressans pour l'anatomie générale, le sont surtout pour l'organogénie, car ils reproduisent les ébauches premières des organes chez les jeunes embryons des mammifères et de l'homme; et c'est particulièrement sous ce rapport que les nombreux travaux des naturalistes modernes sur les polypes simples et composés intéressent la physiologie. Ces animaux représentent en effet, avec les infusoires inférieures, les véritables embryons des vertébrés à leur point de départ. »

M. Serres termine ce tableau par l'indication de tous les travaux entrepris par les observateurs contemporains sur la zoologie, l'anatomie comparée, l'organogénie et l'ovologie, tableau animé et complet où rien d'important n'est oublié et où justice est rendue à chacun. Ce chapitre est l'histoire des faits, « mais les faits seuls, quelque nombreux qu'ils soient, ne constituent pas une science : pour s'élever véritablement au caractère scientifique, il faut qu'ils soient liés et coordonnés entre eux de manière à laisser paraître ce qu'ils ont de commun, ce qu'ils ont de différent, et à permettre de démêler par la comparaison leurs rapports essentiels ainsi que les conditions et les règles de leur

tion générale ont seuls permis de diagnostiquer une inflammation partielle du cerveau. La fièvre est, dans des cas de ce genre, le seul signe distinctif. Les maladies chroniques du cerveau dépendant d'une altération générale de cet organe sont, en général, assez aisées à diagnostiquer. Un état comateux succédant à des convulsions, à de la douleur de tête, à des fourmillemens des membres et de la gêne dans les mouvemens, ne permet pas de doutes à cet égard. Mais il n'en est pas de même pour les altérations chroniques locales et circonscrites; leur diagnostic offre, au contraire, une grande difficulté; il faut un temps très long pour que ces altérations locales du cerveau produisent des effets sensibles. Nous prendrons pour exemple les lésions chroniques les mieux connues et les plus fréquentes, les cancers, les tubercules, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, les tumeurs osseuses et les kystes acéphalocistes. Ces cinq sortes d'altérations s'annoncent par des symptômes qui leur sont communs; ce sont d'abord un très léger engourdissement des membres, du fourmillement, de la lenteur dans les mouvemens, de la lourdeur de tête, une céphalalgie locale, de l'inaptitude au travail de l'esprit, etc. Tous ces symptômes débutent d'une manière très faible, et progressent graduellement, mais avec une extrême lenteur. A ces caractères on reconnaît l'existence d'un travail local, d'une altération organique du cerveau limitée et circonscrite. Tel est le diagnostic que je porte toujours en présence de l'ensemble de ces signes. Mais s'il s'agit d'aller plus loin, si l'on veut chercher à préciser la nature de la tumeur dont le cerveau est le siége, le diagnostic devient d'une difficulté extrême. Il est malheureusement peu important d'être fixé sur ce point; car la connaissance précise que l'on pourrait acquérir à cet égard ne saurait avoir aucune influence sur le pronostic ni sur le traitement. On n'est d'ailleurs pas beaucoup plus avancé sur le diagnostic des altérations organiques du même genre, qui siégent dans la poitrine (à l'exception toutefois des tubercules) et dans l'abdomen. Cependant, on ne doit pas renoncer entièrement à cette recherche, car il est possible, à l'aide des commémoratifs, des caractères généraux et de divers phénomènes concomitans qui peuvent exister, d'acquérir au moins un certain degré de probabilité, à défaut d'une entière certitude sur la nature de la lésion à laquelle on a affaire.

Je suppose, par exemple, l'existence d'un cancer du cerveau; nous aurons d'abord tous les signes que nous avons indiqués comme communs à toutes les altérations locales de cet organe: mais nous pourrons, en outre, puiser dans un autre ordre de signes pris soit de l'état général du sujet, soit de quelques circonstances particulières, des caractères qui nous mettront sur la voie de ce diagnostic. Que le sujet chez lequel nous soupçonnons une lésion de cette nature ait eu précédemment un cancer dans une partie quelconque du corps, ou qu'il offre les caractères généraux de la cachexie cancéreuse; si en même temps on reconnaît à la douleur céphalique le caractère lancinant propre aux douleurs cancéreuses, et que cette douleur locale caractéristique coïncide par son siége et le côté du crâne où elle se fait sentir, avec l'altération de la sensibilité et du mouvement des membres, n'aura-t-on pas là tous les élémens propres à établir au moins une très grande présomption en faveur de l'existence d'un cancer du cerveau? Que chez un sujet chez lequel on ait déjà reconnu l'existence de tubercules dans les poumons, on voie survenir pendant le cours de cette affection tuberculeuse les symptômes communs aux lésions locales du cerveau, et qu'à ces symptômes ne se joigne aucun des signes d'une affection cancéreuse, on aura encore tout lieu de considérer comme très probable l'existence de tubercules dans le cerveau. J'ai pu même une fois, dit M. Rostan, diagnostiquer l'existence de tubercules cérébraux chez une personne qui n'offrait aucun symptôme de tubercules soit dans les poumons, soit dans toute autre partie du corps. Il s'agissait d'une jeune fille de seize ans qui était à la Salpêtrière, et qu'ont pu voir tous les élèves qui suivaient à cette époque le service dont j'étais chargé dans cet hôpital. Voici comment j'arrivai à préciser ce diagnostic. L'âge de la malade devait naturellement faire exclure toute idée de l'existence d'un cancer ou d'une tumeur fongueuse de la dure-mère; on ne pouvait davantage admettre une tumeur osseuse, car les tumeurs osseuses sont presque toujours des exostoses syphilitiques; or, une affection de cette nature n'était pas non plus admissible. Quant à une tumeur hydatique, c'est, de toutes les lésions du cerveau, la plus rare et la plus obscure par ses symptômes; il y avait, par conséquent, très peu de probabilité qu'on eût affaire à une tumeur de cette espèce. Nous fûmes donc ainsi conduit, par voie d'exclusion, à diagnostiquer des tubercules cérébraux. Les choses en étaient là; la malade vécut encore assez long-temps; mais quelques années après, la maladie ayant graduellement progressé, cette fille fut de nouveau transportée à la Salpêtrière, où elle succomba, et nous constatâmes alors, à l'autopsie, l'existence d'un tubercule volumineux dans le mésocéphale.

Les tumeurs fongueuses de la dure-mère ont long-temps été méconnues. Louis, de l'ancienne Académie de chirurgie, a le premier signalé l'attention des médecins sur ces tumeurs; mais, d'après les signes qu'il en a donnés, leur existence ne pouvait être bien reconnue qu'après qu'elles avaient fait de grands progrès et qu'elles s'étaient developpées au point de disjoindre les os du crâne et de faire saillie sous les tégumens. Mais faudrait-il attendre jusque-là pour diagnostiquer ces tumeurs? Il faut convenir que leur diagnostic offre une grande obscurité tant qu'elles ne font point saillie hors du crâne; on peut cependant en présumer l'existence par l'absence des symptômes propres aux tumeurs cancéreuses, aux tubercules et aux exostoses syphilitiques.

Ces dernières se reconnaîtront aux commémoratifs, à la coexistence de symptômes syphilitiques chroniques, et à l'absence des symptômes caractéristiques des autres affections. Quant aux acéphalocistes, les symptômes propres sont tout à fait nuls, et ce n'est que par des caractères négatifs et par voie d'exclusion que l'on peut arriver à en présumer l'existence.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des calculs de la prostate. Différence dans leur étiologie. Des divers moyens que possède l'art contre cette affection.

Il est entré à l'hôpital de la Charité un homme de la campagne, âgé de cinquante et quelques années, vif, alerte et d'une bonne constitution. En 1822, il commença à ressentir des douleurs vives dans la région lombaire; elles se prolongèrent environ un an, et au bout de ce temps il rendit par l'urètre un petit calcul; les douleurs disparurent, revinrent, et tous les deux ou trois ans il continua à en rendre quelques-uns. Depuis quelques mois les accidens ont pris plus d'intensité; de fréquentes difficultés d'uriner sont survenues avec de vives douleurs dans la région périnéale.

Cet homme, dont l'intelligence est assez développée, dit qu'il sent la pierre se détacher de ses reins, qu'il la sent tomber dans la vessie et passer dans l'urètre; mais qu'arrivée là, il sent bien aussi qu'elle y rencontre un obstacle, et qu'elle n'en peut plus sortir.

Tout cela, jusqu'à un certain point, peut être vrai; ce qu'il y a de positif, c'est que cet homme a eu de vives douleurs dans le flanc, des envies d'uriner fréquentes, une fatigue continuelle de la vessie, et que le cathétérisme enfin indique qu'il porte des calculs dans la région prostatique. Il pense, lui, qu'il n'en a que là; qu'une fois que le canal de l'urètre sera débarrassé, il sera guéri; mais il est permis de croire qu'il peut en avoir d'autres dans le rein, bien qu'il ne souffre pas dans cette région, car ce n'est pas dans cet organe que le calcul se fait sentir. Tant qu'ils sont dans les calices ou bassinets, ils donnent peu de signes de leur présence, à moins que leur forme ne soit très inégale et qu'ils ne présentent des pointes, des aspérités qui irritent localement le point où ils se trouvent; mais, en général, c'est surtout une fois qu'ils sont engagés dans l'urètre qu'ils provoquent de la douleur, car ils font alors bouchon dans ce canal, et de là résultent des souffrances plus ou moins vives, quelquefois atroces. Bientôt ces calculs tombent dans la vessie, et le malade ne souffre plus. Il est facile de comprendre, d'après la marche de la douleur, selon l'endroit où est arrivé le calcul, comment il se pourrait que, chez cet homme, il en existât encore dans le rein, bien qu'il affirme ne plus souffrir dans la région qu'occupe cet organe.

Une fois arrivés dans la vessie, les calculs en sont donc chassés avec l'urine, s'ils ne sont guère plus gros qu'une lentille, si d'ailleurs l'urètre n'offre point de rétrécissement, ils sortent, et le malade est guéri. Mais ils peuvent être arrêtés dans diverses portions du canal, et alors causer la rétention d'urine, et cette rétention par un obstacle dans le canal est plus douloureuse que par tout autre cause. Ces calculs peuvent s'arrêter en trois endroits; ils peuvent arriver: 1° dans la fosse naviculaire, jusqu'au méat, et, ne pouvant le franchir, rester immédiatement derrière lui; 2° dans la portion bulbeuse de l'urètre qui est un peu plus large que la portion du canal qui est en avant, ce qui est moins fréquent que le cas précédent; 3° dans la région prostatique, ce qui est le cas le plus commun. Chez cet homme, c'est évidemment le dernier lieu dans lequel est arrêté le calcul.

On rencontre dans la prostate plusieurs espèces de calculs qui s'établissent soit dans le tissu même de la prostate, soit dans une caverne, une espèce de cupule, soit seulement dans la portion de l'urètre enveloppée par la glande. Ce n'est pas toujours non plus de la même manière qu'ils sont déposés dans ces divers lieux: on les observe assez fréquemment après l'opération de la taille; si le calcul qu'on extrait est entier, s'il sort d'une seule pièce, jamais il ne restera rien dans la région prostatique; mais si les calculs sont multiples, s'il n'y en a qu'un seul même, mais qu'il soit friable, ou qu'on soit contraint pour l'extraire de le briser en plusieurs fragmens, il pourra se faire que malgré toutes les précautions et tous les soins imaginables, il en reste quelques écailles, quelques grains renfermés dans la prostate; alors il pourra arriver trois choses: ou la plaie se fermera complétement et le fragment sera le noyau d'un abcès dans le tissu de l'organe qui le contiendra; ou une portion seule de la plaie pourra se cicatriser, et il en résultera une sorte de fistule; ou enfin la plaie se guérira complètement des deux côtés et le calcul s'accroîtra lentement, et on le reconnaîtra seulement au bout de dix ou quinze ans, terminaison dont Louis cite plusieurs exemples dans un mémoire de l'Académie de chirurgie. Il faut noter que comme c'est surtout la prostate qui est divisée dans l'opération de la taille, c'est assez souvent dans son tissu même que le fragment peut être déposé.

Il est encore une autre classe de calculs de la prostate qui peuvent être regardés comme appartenant aux accidens consécutifs de la taille. Un sujet ayant subi l'opération est guéri; seulement la plaie n'est pas complétement cicatrisée au périnée, il y a là une espèce de cul-de-sac dans lequel l'urine va nécessairement stagner. On conçoit qu'alors il peut arriver

---

développement. »

C'est dans les chapitres suivans que M. Serres expose ces importans sujets. Après l'histoire des faits, l'histoire des doctrines; suivons l'auteur dans ses développemens d'un si haut intérêt.

Deux doctrines étaient en présence: l'une qui s'écroule aujourd'hui de toutes parts après avoir long-temps régné sur la science, c'est la théorie de la préexistence des germes; l'autre qui renaît enfin brillante de tout l'éclat de la vérité et surgissant du sein des pensées hardies et profondes des anatomistes modernes, c'est la doctrine de l'épigénèse. Avant d'exposer celle-ci, M. Serres a cru nécessaire de faire l'histoire celle-là en traçant tout d'abord la ligne de démarcation profonde qui les sépare.

La doctrine des préexistences ou la loi centrifuge imaginait que tous les organes étaient préformés d'avance, elle les supposait contenus à l'état virtuel dans les réservoirs de la génération; et là emboîtés les uns dans les autres, depuis l'origine du monde ils se développaient, dans des circonstances favorables, du centre à la circonférence par élongation, car ils étaient formés de toutes pièces, sans fractionnement, sans division. La loi de l'épigénèse, au contraire, ou loi centripète, constate par une observation sévère et de la manière la plus évidente le développement graduel et successif des organismes, leur passage d'un état à un état tout différent, leurs transformations diverses, leurs métamorphoses; et tandis que la doctrine centrifuge veut que le fœtus ne soit que la répétition de l'animal parfait, l'embryon la répétition du fœtus, et l'œuf, ainsi que l'ovule, la répétition infiniment petite de l'embryon, du fœtus et de l'adulte, la loi de l'épigénèse constate au contraire que la forme transitoire des embryons supérieurs revêt fugitivement et en passant les attributs organiques et permanens des animaux inférieurs; de plus, que l'organisation permanente de ces derniers dessine dans ses degrés successifs de perfection toutes les phases embryonnaires de celui d'entre eux qui se rapproche le plus du dernier des vertébrés, de sorte que, pour cette doctrine, les coupes diverses de la zoologie ne sont en quelque sorte que l'échelle graduée de l'organogénie.

Et qu'on ne croie pas que ces recherches n'aient qu'une valeur abstraite, qu'un intérêt de pure curiosité. Lisez cette belle page de M. Serres que je ne peux m'empêcher de citer tout entière: « C'est une question d'une valeur immense, et dont les conséquences, si considérables tant pour l'anatomie que pour la physiologie, s'enchaînent en outre d'une manière indissoluble avec les recherches les plus élevées de la philosophie. En effet, si les êtres existent à l'état latent chez leurs ancêtres, même les plus éloignés, ainsi que le prétend la doctrine des préexistences, on sent toute la force que tire de cet argument physique la doctrine de l'hérédité absolue des races et de la solidarité des enfans dans les pères. Au contraire, si les parens ne fournissent à l'être que des élémens du corps qu'il construit ensuite lui-même jusqu'à l'amener, de transformation en transformation, à l'état définitif sous lequel il doit prendre sa place dans le monde, la liberté humaine et le droit de propre personnalité reprennent tous leurs titres. Il y a donc là un point capital de concordance entre les sciences en apparence les plus éloignées l'une de l'autre; et il ne faut pas s'en étonner, puisqu'il s'agit d'une question qui appartient au fond le plus essentiel de la vie, fond sur lequel se réunissent nécessairement toutes les sciences. Mais ce n'est pas sur quoi nous devons insister ici. Pour nous, le mérite de la doctrine de l'épigénèse est dans sa convenance avec les faits que l'expérience nous découvre. Il faut un principe qui les relie, et sans les fausser, tous ensemble. Entassés comme ils le sont encore, sans mesure, sans règle, sans lien, ils font de l'anatomie générale et comparée une science morte véritablement propre à rebuter les sens, qui tantôt dégoûte l'esprit par l'aridité de ses conceptions, et tantôt l'égare en l'entraînant dans le malheureux dédale de la métaphysique allemande. Mais dégagée de ces vues préconçues qui étaient destinées à la mettre en rapport avec un autre ordre d'idées, l'organogénie nous montre enfin la nature dans sa véritable grandeur. La terre est un immense laboratoire où se développe continuellement, depuis l'apparition de la vie sur le globe, une succession de véritables nouveaux venus dont les organismes, suivant une marche progressive et ascendante, s'échelonnent depuis les infusoires, point de départ de la nature, jusqu'aux mammifères et à l'homme, dernier terme de ses efforts. La science met aussi à découvert cette marche ascendante et toujours continue de la vie, jalonnée de loin en loin, par des temps d'arrêt qui semblent pour la nature des temps d'accouchement et de repos; de telle sorte que le règne animal tout entier n'apparaît plus pour ainsi dire que comme un seul animal qui, en voie de formation dans les divers organismes, s'arrête dans son développement, ici plus tôt, là plus tard, et détermine ainsi à chaque temps de ces interruptions, par l'état même dans lequel il se trouve alors, les caractères distinctifs et organiques des classes, des familles, des genres, des espèces. »

Il m'est impossible de suivre l'auteur dans l'histoire qu'il a tracée à grands traits des deux doctrines de la préexistence et de l'épigénèse, dans la réfutation qu'il fait de la première par les faits d'observation positive qui élèvent la seconde au rang des vérités les mieux démontrées, dans l'analyse et l'appréciation des faits et opinions qui depuis Aristote jusqu'à nous se sont fait jour dans la science, toutes choses qu'il faut nécessairement lire dans l'auteur lui-même pour ne rien perdre de cette filiation d'idées que je serais impuissant à reproduire dans une sèche analyse. Cette lumineuse exposition me paraît un modèle de critique historique; elle rappelle cette manière large, cette méthode savante des célèbres rapports de Cuvier dont chaque page était un livre, chaque mot une pensée.

Je ne résiste pas cependant à citer encore un passage que l'auteur a rejeté en note et qui n'est que le commentaire de cette pensée, si hardie pour son époque, de Harvey: tout animal provient d'un œuf.

« Dans tout le règne animal, le premier produit de la génération est un être simple, presque identique d'une extrémité à l'autre de la série. C'est un œuf, c'est-à-dire un fluide environné d'une membrane, auquel s'est combiné un petit zoosperme. L'œuf est fourni par la femelle, le zoosperme par le mâle. Nous retrouvons l'un et l'autre, et chacun à part, sur les organes générateurs des deux sexes, soit que ces organes soient réunis sur un seul individu, soit que des individus séparés les portent.

« Nous avons donc ainsi isolément, et pour ainsi dire dans la main, les deux radicaux de nature différente dont la combinaison va donner les conditions de naissance à un être nouveau.

» Mais comment s'opère cette combinaison? Que se passe-t-il dans l'œuf et le zoosperme au moment où s'opère l'union de ces deux élémens? Ce mystère paraît impénétrable à nos sens; Dieu seul en a le secret.

» A la vérité, nous apercevone bien quelques différences entre l'œuf fécondé et celui qui ne l'est pas; mais ces différences, très importantes en elles-mêmes, sont fugaces comme un soufle à côté du grand acte qui vient de s'opérer, à côté du grand fait qui va se produire par l'incubation et les développemens.

» Il y a un phénomène chimique qui semble avoir quelque analogie avec ce phénomène générateur, c'est celui de la formation des sels. Comme dans la génération, il y a deux radicaux distincts, la base salifiable et l'acide; comme dans la génération, il y a un produit nouveau, un composé binaire, le sel. Or, peut-on dire, la base salifiable, c'est l'œuf; l'acide, c'est le zoosperme; le sel, c'est l'œuf fécondé. Mais que s'est-il passé dans le moment indivisible de la pénétration de la base et de l'acide? Comment le sel en est-il sorti avec des propriétés si différentes de ses deux radicaux pris séparément? La chimie l'ignore. Ni la théorie des équivalens, ni celle des substitutions n'en rendent compte. L'électricité, que l'on fait intervenir, n'est encore qu'un mot. S'il y a mystère pour le chimiste dans ce phénomène naturel simple, il n'y a donc pas à s'étonner qu'il y ait mystère pour le physiologiste dans le phénomène infiniment plus relevé de la génération de l'être. A la vérité, le chimiste opérant lui-même le mélange, la génération du sel qui s'opère sous ses yeux, semble un fait expérimental plus certain que celui de la génération d'un animal; car avec les deux radicaux, on crée à volonté. Mais ce degré de certitude, si c'en est un, le physiologiste le possède comme le chimiste. Le physiologiste peut mettre dans un vase des œufs non fécondés, et dans un autre des zoospermes; en versant les derniers sur les premiers, il crée des animaux à volonté, comme le chimiste forme des sels. Et dans ces générations il ne s'agit

qu'il se forme un précipité des sels de l'urine, comme cela arrive dans la vessie, ou que quelques parcelles du calcul extrait s'y fixent, et quelle que soit celle de ces deux suppositions qui se réalise, il en résultera un calcul qui proéminera bientôt, ou du côté de l'urètre ou du côté du périnée. De là aussi ces calculs faits en gourdes, avec une grosse extrémité et une petite, dont tantôt l'une, tantôt l'autre, selon la disposition, se trouve ou dans la prostate ou dans la vessie.

Parmi les productions qui se développent dans le tissu même de la glande, et elles sont rares, on a rencontré des concrétions d'apparence pierreuses, mais qui, examinées, ne présentent pas les caractères des calculs ; ce sont des masses qui donnent l'idée de cire très dure, et que M. Mercier, qui les a particulièrement étudiées, pense être de la matière sécrétée, qui s'est endurcie après avoir pénétré le tissu de l'organe. Cependant Wollaston, qui les a analysées, en a trouvé formées de phosphate de chaux ; ce qui est très rare dans les calculs vésicaux composés surtout, comme on sait, d'acide urique, etc., et rarement même de phosphate ammoniaco-magnésien. Ce serait donc par dépôt de matière saline et de matière animale que se formeraient ces calculs. Enfin, on trouve encore dans la même région les calculs qui s'accumulent dans le petit creux qu'on trouve sur les côtés du véru-montanum, qui s'y arrêtent et s'y maintiennent d'autant mieux qu'il y a là une espèce de bordure propre à les retenir.

Pour récapituler toutes les espèces de calculs qu'on trouve dans la région prostatique, on peut donc dire qu'ils y sont de quatre classes principales :

1° Les calculs qui y sont arrêtés alors qu'il y a destruction et altération de la glande.

2° Ceux qui résultent de l'opération de la taille et qui présentent deux variétés.

3° Ceux qui se développent dans le tissu même de l'organe.

4° Ceux qui sont retenus dans la prostate sans que celle-ci soit en rien malade.

Pour débarrasser les malades de ces calculs, les procédés varieront selon les cas.

Si le proémine dans le périnée, il faut inciser par le périnée ou par le rectum ; si la pierre est reconnaissable par l'urètre, il faut tâcher de la saisir avec les pinces de Hunter ou d'autres analogues. C'est de la sorte qu'il faut toujours agir, à moins d'impossibilité. Si l'on ne peut parvenir à la saisir, M. Vidal conseille de pratiquer une boutonnière, et M. Ségalas de repousser le calcul dans la vessie.

M. Velpeau pense qu'il ne faut jamais agir ainsi sans s'être assuré par tous les moyens qu'il est impossible de faire autrement, attendu qu'il serait beaucoup plus difficile et infiniment plus redoutable de faire des tentatives d'extraction dans la vessie que dans l'urètre. C'est un procédé qu'on ne doit accepter que comme un pis aller.

Il pose encore cette autre règle, à savoir que jamais il ne faut inciser le périné ou le rectum, et qu'à tout prendre, il vaudrait mieux encore refouler le calcul dans la vessie.

Tout fait espérer que dans le cas actuel il n'y a point de caverne, et qu'on pourra saisir le calcul, l'écraser et en opérer l'extraction.

M. Velpeau introduit diverses pinces droites dans l'urètre, mais après quelques essais infructueux, il fait reconduire le malade à son lit, craignant de le fatiguer par des tentatives trop multipliées.

Ayant reconnu l'insuffisance des pinces droites pour saisir le calcul que portait cet homme dans la région prostatique, le chirurgien de la Charité voulut expérimenter deux jours après si des pinces courbes réussiraient mieux. Quelques tentatives nouvelles furent faites au lit même du malade : la pierre fut sentie d'abord, puis elle disparut sans qu'on pût la retrouver. La pince retirée sortit sans elle, et un autre instrument ayant été introduit dans l'urètre, il passa sans trouver d'obstacle jusque dans la vessie. Que peut-il être arrivé? L'une de ces deux choses : ou le calcul est retombé dans la vessie ; ou il y a une caverne, dans la prostate dans laquelle il s'est logé de telle sorte qu'un instrument introduit dans le canal de l'urètre passe au-dessus ou à côté de lui sans qu'il fasse le moindrement obstacle. Pour dire un dernier mot des conseils donnés par les auteurs à propos du cas dont il s'agit, M. Velpeau pense que bien que le procédé de M. Ségalas ne paraisse pas toujours bon à mettre en pratique ; quand le calcul est gros, qu'on ne peut ni le broyer, ni le saisir, il faut y recourir et faire rentrer la pierre dans la vessie. Si ce calcul est dans une caverne, bien que la boutonnière soit un moyen pis encore que la méthode de M. Ségalas, il ne faut cependant pas pratiquer cette incision au périnée ; mais nous le répétons, comme c'est un moyen extrême, on ne doit l'employer qu'en désespoir de cause.

Tumeurs du sein. Opinions diverses qui règnent sur ces tumeurs Considérations sur leurs différentes natures. Opération.

Une femme couchée au numéro 5 de la salle Sainte-Catherine, s'est présentée, il y a quelques jours, à la consultation avec une tumeur au sein de la grosseur d'un petit œuf. Cette femme est âgée de trente-sept à trente-huit ans, d'une constitution sèche, mais assez bonne. Elle a raconté qu'elle portait cette tumeur au sein droit depuis près d'un an, et qu'elle pensait pouvoir l'attribuer à un coup qu'elle avait reçu. Il paraît que pendant toute cette année, temps que prit la tumeur pour acquérir son développement actuel, cette malade s'occupa fort peu de sa maladie, et que, comme elle n'en souffrit pas, elle consulta très-rarement et n'employa que quelques onguens, pommades ou cataplasmes à de longs intervalles; mais depuis un mois ou deux des élancements se sont fait sentir dans la tumeur et elle s'est décidée alors à venir à l'hôpital pour se faire guérir.

La tumeur que porte cette femme comprend le tissu glandulaire du sein et le mamelon ; la peau même est envahie par la dégénérescence; elle est dure, inégale, sans présenter pourtant de fongosités; enfin il y a là tous les caractères assignés au squirrhe, au tissu encéphaloïde à l'état de crudité. Du reste, cette tumeur est excessivement mobile et par conséquent facile à enlever de telle façon qu'il reste assez de peau pour qu'on puisse tenter la réunion immédiate, si on le juge convenable.

Cette tumeur est donc d'une nature à inspirer des inquiétudes sérieuses puisqu'il n'est pas démontré, dans l'état actuel de la science, que le tissu encéphaloïde n'est pas le résultat d'un état général, et que des chirurgiens d'une haute autorité soutiennent cette opinion. M. Velpeau professe la doctrine contraire se fondant sur ce fait, qu'il a été constaté par lui que des malades portant des tumeurs dont la nature cancéreuse avait été mise hors de toute espèce de doute, ont guéri néanmoins après l'opération, ce qui n'empêche pas toutefois de dire que les maladies de ce genre ne soient extrêmement redoutables. Non-seulement la maladie seule, en elle-même, dans son plus grand état de simplicité doit inspirer des craintes, mais elle peut être encore, et cela arrive assez souvent entourée, de circonstances défavorables; ainsi, dans le cas qui nous occupe on peut, à coup sûr, regarder comme une fâcheuse complication l'existence de petits noyaux, de petits grains de la grosseur d'un grain de chenevis qu'on sent en dehors de la tumeur et qu'on peut suivre jusqu'au bord du muscle grand pectoral, où ils échappent alors à l'examen. Ces petits noyaux étaient passés inapperçus à la consultation et ce n'est qu'en examinant de nouveau et avec le plus grand soin la malade à l'hôpital pour décider le parti qu'on devait prendre, qu'ils ont été découverts. Ces grains se présentent sous la forme d'un chapelet, ils se prolongent fort loin du côté de l'aisselle, et il est impossible de savoir si les ganglions lymphatiques de cette région n'en renferment pas déjà quelques-uns. Si l'on pouvait acquérir cette certitude ce serait une contre-indication formelle à l'opération, car ces grains déposés dans ces ganglions sont autant de petits cancers qui se développeront inévitablement, et il est impossible d'extirper tous les ganglions de l'aisselle ; l'opération dans cette supposition dernière aurait encore ce grave inconvénient, que peut-être elle activerait la marche de la dégénérescence des ganglions lymphatiques. Mais cette certitude ne peut être acquise; il n'existe qu'une présomption de la maladie de l'aisselle, tandis qu'on ne peut nier être en face d'une tumeur véritablement cancéreuse, c'est dire qu'il y a d'un côté une chose positive, palpable, et de l'autre un fait douteux, possible, mais non certain ; c'est dire en un mot qu'il faut opérer sans hésiter, d'autant que l'opération par elle-même ne présente rien de dangereux.

Depuis des siècles qu'on enlève des tumeurs cancéreuses, les opinions des chirurgiens sont partagées en deux catégories. Les uns avancent qu'il ne faut jamais toucher aux tumeurs du sein ; les autres veulent qu'on opère toujours, et l'on pourrait même dire qu'il est une troisième opinion, c'est celle qui veut qu'on enlève quelquefois, qui traite enfin ces tumeurs selon leur nature. Cette dissidence dans la manière d'envisager cette question tient à ce qu'il existe une division très-tranchée dans les tumeurs du sein, division qui avait échappé à la plupart de ceux qui émettaient les deux premières opinions citées sur le traitement de ces tumeurs. Il faut savoir qu'on rencontre dans les mamelles des tumeurs bénignes et des tumeurs de mauvais caractères ; parmi les tumeurs bénignes se rangent les tumeurs fibrineuses ou hématiques, les tumeurs fibreuses, tuberculeuses, les tumeurs enfin qui ne sont fermées ni par le tissu encéphaloïde, mélanique, colloïde, etc., etc. ; celles-là ne guérissent pas plus sans opération que les cancers, mais une fois opérées, elles ne reviennent jamais, tandis que celles qui sont formées des tissus qu'on vient de nommer exposent communément à la récidive.

Cela posé, qu'est-il arrivé?

C'est que, parmi les chirurgiens, les uns ont opéré 10, 20 tumeurs de suite opérations toujours suivies de récidive, et ils en ont conclu qu'il ne fallait jamais opérer, d'autres, plus heureux, sont tombés, par un de ces hasards qui ne sont pas très-rares en pratique, sur une série de tumeurs bénignes qui ont toutes guéri parfaitement sans jamais récidiver, ceux-là en ont tiré cette conséquence qu'il fallait opérer toujours. La différence de nature des tumeurs étant appréciée, il est inutile de s'appesantir sur ce qu'on t'exagéré l'une et l'autre de ces opinions.

Maintenant quelle sera la raison qui pourra engager à pratiquer l'opération pour des tumeurs de nature évidemment cancéreuse, alors qu'on saura parfaitement s'exposer à la récidive? Cette considération si puissante, que *jamais* les tumeurs cancéreuses du sein ne font grâce aux femmes, ou à la triste expérience d'être en face d'une maladie inévitablement mortelle; on a l'espoir d'une guérison douteuse mais possible, on doit opérer, seulement avec le soin de prendre ses réserves pour le pronostic. Pour cela il est bon de ne pas ignorer que certaines natures de tissu exposent moins aux récidives que d'autres. Les tumeurs colloïdes, par exemple, sont moins à craindre que les autres, les tumeurs squirrheuses bien limitées, bien circonscrites, toutes choses égales d'ailleurs, sont plus favorables que celles que M. Velpeau appelle rameuses, que celles qui, comme sur ce sujet, sont compliquées de petites granulations.

Ainsi, cette femme qui nous occupe, bien que dans une position en apparence des plus favorables, bien que d'une constitution qui n'est nullement altérée, bien que portant une tumeur très mobile et facile à enlever, cette femme est pourtant dans une mauvaise condition, attendu que dans le cancer ce n'est pas le volume, mais la nature de la tumeur qui fait le danger.

Quant à l'opération, elle est des plus simples ; une fois l'incision faite, on pratique une fente en arrière pour poursuivre le chapelet dans l'aisselle et tâcher de ne rien laisser, autant que cela sera possible, du moins,

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. TANCHOU.

De quelques affections peu connues des organes sexuels de la femme.

Deuxième article.

Végétations du méat urinaire.

Le méat urinaire des femmes âgées est assez fréquemment le siége de petites tumeurs polypiformes, qu'on rencontre aussi, mais plus rarement, chez les femmes encore jeunes. Je ne les ai point observées chez les jeunes filles avant l'âge de la puberté. Elles se présentent sous forme d'excroissances charnues, rouges, spongieuses, exactement semblables aux bourgeons qui s'élèvent sur les plaies de bonne nature. Elles sont situées à l'orifice du canal, mais en passant un stylet boutonné sous leur tête, qui s'étale en champignon, on s'aperçoit qu'elles sont supportées par un pédicule dont l'insertion a lieu à quelques lignes du méat. Leur surface est inégale, grenue, rouge; le moindre contact les fait saigner et y détermine de la douleur. Leur volume est peu considérable : il ne dépasse guère celui d'une noisette. Lorsqu'on les incise, il s'en écoule du sang vermeil, et on trouve leur tissu intérieur analogue à celui de la surface, c'est-à-dire très vasculaire ; souvent elles fournissent une sécrétion mucoso-purulente peu abondante. Elles paraissent dépourvues d'épithélium ; en un mot, on ne saurait en donner une idée plus précise qu'en les comparant, comme

---

pas seulement des animaux infusoires, des mollusques, des annélides, des crustacés ou des insectes ; ce sont des poissons, ce sont des reptiles, si élevés dans l'échelle des êtres, que l'on a fait développer par ce procédé. Ainsi l'analogie se soutient jusqu'au bout, et rien cependant ne détruit le mystère initial. »

Toute cette partie de l'ouvrage de M. Serres est d'un intérêt saisissant. Il est impossible de présenter cette haute science anatomique qu'on nomme l'organogénie avec plus de charme et d'attraits. Défenseur convaincu par de laborieuses recherches de la vérité de la doctrine de l'épigenèse, M. Serres a porté à la doctrine opposée des coups dont elle ne se relèvera jamais.

Dans la deuxième partie l'auteur a exposé les lois générales de la formation des êtres. Il m'est impossible de le suivre dans les infinis détails de faits d'anatomie orgagénique qui échappent complètement à l'analyse et qui perdraienr de leur valeur dans une exposition écourtée. Je dirai seulement que cette partie de l'ouvrage a été traitée avec le même bonheur, avec le même enthousiasme scientifique qui l'a fait s'écrier comme saint Augustin : « Mirantur aliqui altitudines montium, » ingentes fluctus maris, altissimos lapsus fluminum, et gyros siderum. — Relinquunt seipsos, nec mirantur!... B. B.

Correspondance.

Monsieur,

En formulant le premier, dans votre journal, une opinion sur les causes probables des lésions qui ont entraîné la mort du prince royal, je n'ai pas eu la prétention d'imposer cette idée à qui que ce soit, et encore moins de clore avec elle le vaste champ des suppositions.

Je suis peu disposé à soutenir une polémique qui, malheureusement, ne peut avoir de grands résultats, même pour la science. Je dirai cependant que parmi les différentes hypothèses, celle qui attribuerait à une cause indirecte, à un contre-coup, à une chute sur les pieds, fût-elle du haut des tours Notre-Dame, les épouvantables désordres que vous savez, répugnerait trop à mon intelligence. La nature spongieuse des vertèbres, leurs articulations multipliées, la faiblesse et l'élasticité de la tige qui en résulte, décomposant nécessairement les mouvemens, l'empêcherait à coup sûr de transmettre au crâne une force capable de le briser.

Cependant, M. Tanchou s'exprime ainsi : « Il est impossible de *concevoir autrement* la fracture de laselle turcique, d'une grande aile du sphénoïde, etc., etc. »

Morgagni répondra pour moi ; il rapporte l'histoire d'une fracture par violence externe du coronal, qui s'étendait dans le trou optique et à la petite aile du sphénoïde; il a encore trouvé le *corps de cet os* (cette fracture est, selon moi, toujours indirecte) fendu chez une jeune fille qui avait été assommée par un coup violent porté sur le sommet de la tête (Grand Dict., t. 52, p. 302).

« Quant à la tumeur sanguine à droite et derrière le crâne, elle ré» sulte, continue M. Tanchou, de la grande quantité de vaisseaux qui » existent dans cette partie, et vient justement à l'appui de l'explica» tion que je viens de donner. »

Je ne conçois pas la portée de cette phrase. Quelle que soit la cause des fractures, l'épanchement était inévitable.

Je me hâte donc de passer à l'hypothèse communiquée à l'Académie dans sa dernière séance. Celle-ci me paraît mieux fondée, j'aurais désiré cependant que pour l'étayer M. Marchal (de Calvi) ne se fût pas cru obligé de renverser la mienne, en avançant que le prince est nécessairement tombé en dehors du passage de la roue de la voiture.

Ce *nécessairement* est de trop. Qui prouve que le prince en tombant ne s'est pas accroché, comme on l'a pretendu d'abord, par les pieds ou autrement, et trouvé instantanément sur la voie des dernières roues?

Du reste, je le répète, je ne tiens pas à faire prévaloir mon explication, je ne veux établir qu'une chose sur laquelle M. Marchal et moi sommes d'accord : c'est que la cause déterminante des fractures a été directe ; je conviendrai volontiers après cela que la version de M. Marchal a sur la mienne l'avantage d'être appuyée sur une judicieuse expérimentation.

« *Facta potentiora verbis.* »

Je termine en appliquant à ce douloureux événement ces paroles d'un ancien philosophe : « Tout est dit, mais on en parlera toujours. »

Félix Legros.

Paris, 6 août 1842.

Mon cher confrère,

Je vois avec plaisir que l'auteur de l'article sur l'épidémie régnante de fièvre typhoïde, auquel j'ai répondu par la proposition d'une enquête, se joint à vous pour que cette proposition soit mise à exécution. Mon savant confrère, M. Rayer, et d'autres confrères paraissent disposés à soutenir une proposition de ce genre qui serait faite à l'Académie royale de médecine. Cela me détermine à une démarche qui, peut-être, aurait eu plus de chances de succès, si elle eût été faite par un autre que moi ; mais l'intérêt de la science, de la vérité, et, c'est bien le cas de le dire, de l'humanité, doit passer avant tout. En conséquence, dans la séance de mardi prochain, je lirai à l'Académie une note sur le grave sujet dont il s'agit.

Agréez, etc. Bouillaud.

je l'ai déjà fait, aux granulations des plaies suppurantes, elles en ont tous les caractères physiques.

Il n'est pas rare de trouver la vulve des femmes atteintes de ces végétations, maculée en divers endroits, particulièrement aux environs du méat urinaire, par les sugillations plus ou moins étendues, d'un rouge vif et tranché avec le reste de la muqueuse qui est alors souvent décolorée. On dirait que cette dernière a été pincée par places.

La présence de ces petits corps est accompagnée de symptômes assez remarquables : ils ne sont pas le siége de douleurs bien aiguës, capables de troubler par leur violence, le repos des malades; mais il y règne constamment un sentiment de chaleur prurigineuse, une espèce de formication, de rongement avec exacerbations instantanées et rapides, qui tiennent l'esprit des malades dans une inquiétude continuelle. Beaucoup se croient atteintes d'ulcères qui rougent peu à peu les chairs; et si, ce qui leur arrive presque toujours, elles examinent les parties souffrantes avec une glace, l'inégalité anfractueuse de cette région, jointe à la rougeur des végétations et à l'écoulement sanguin qu'elles fournissent par les attouchemens, finit de les convaincre de la gravité de leur mal. L'insuccès des moyens thérapeutiques ne tarde pas à les jeter dans le découragement, et à les persuader de leur incurabilité. Il est vrai qu'en cela elles ne se trompent guère, car cette affection, quoique peu grave en elle-même, est très difficile à guérir.

Une cuisinière d'une cinquantaine d'années se présenta au Dispensaire, il y a quelque temps, pour une maladie de cette nature qui lui était survenue cinq ou six ans auparavant. Elle consulta un médecin, qui lui persuada que c'était un cancer, lui promettant toutefois la guérison. Cette malheureuse femme, qui était alors dans une position aisée, quitta sa place et épuisa toutes ses ressources pour se faire traiter. Comme cela arrive habituellement, les végétations résistèrent au traitement. Depuis, elle a consulté d'autres médecins consciencieux et instruits, qui ont vainement cherché à la rassurer sur la nature de sa maladie. Elle vient nous consulter nous-même quelquefois, non point pour guérir, comme on pourrait le croire, car elle est convaincue que son mal la ronge et doit la conduire au tombeau, mais seulement pour réclamer quelques adoucissemens dont sa position ne lui permet plus de faire les frais. Nous avons fait de vaines tentatives pour calmer l'imagination de cette pauvre femme et pour la décider à se soumettre à un traitement plus convenable que celui qui l'a dépouillée de sa fortune.

Il n'est pas rare de rencontrer, dans ce genre d'affection, des malades avec des dispositions d'esprit semblables. Ce qui fait la gravité de la maladie, c'est moins la lésion organique en elle-même que l'influence qu'elle a sur le moral. La plupart des femmes qui en sont atteintes sont inquiètes, découragées, et rien ne peut dissiper la crainte qu'elles ont d'être ou de devenir les victimes d'un ulcère mortel. Il est vrai que les végétations du méat urinaire se montrent presque toujours à l'âge critique; et, comme nous l'avons noté dans une autre circonstance, les maladies qui attaquent la vulve à cet âge affectent facilement le moral. Il est probable que cette particularité tient autant à la répugnance qu'ont les femmes âgées pour l'exploration des organes sexuels qu'aux souffrances du mal.

La sensibilité des végétations urétrales est augmentée par le passage de l'urine, l'exercice, le frottement des parties entre elles, le régime excitant, en un mot par tout ce qui est capable de les irriter directement ou indirectement. Leur développement s'opère comme celui des bourgeons ulcéreux, par suite d'une exhubérance nutritive du corps muqueux de l'urètre. Leur coïncidence avec l'époque critique, peut faire regarder la cessation des règles comme leur cause la plus ordinaire. Il se passe là sans doute ce qui a lieu dans certaines névroses de la vulve : le transport sur des tissus qui n'y sont pas habitués de l'action vitale destinée, précédemment, à l'entretien de la menstruation. M. Tanchou pense qu'il convient aussi de placer au nombre de leurs causes, l'existence de ces vieilles vaginites qui finissent par pénétrer dans le canal de l'urètre et par y donner lieu à de petites ulcérations circonscrites. Peut-être même ces végétations ne sont elles autre chose, primitivement, que des bourgeons charnus fournis par de pareilles ulcérations.

Toutes les femmes que j'ai observées avec des végétations urétrales, jouissaient, à part cela, d'une excellente santé et d'une constitution vigoureuse. Aucune d'elles n'offrait de traces d'infection syphilitique, ni d'un vice morbide quelconque, tel que le scorbutique, le scrofuleux, etc... Une seule était âgée de moins de quarante ans; elle était encore réglée, et sa santé était détériorée par une affection organique de l'utérus, ancienne.

Il semblerait que cette affection dût céder, comme les polypes ordinaires, à l'excision ou à tout autre mode opératoire. Mais il n'en est rien : qu'on les coupe, qu'on en fasse la ligature ou qu'on les arrache, ils ne tardent pas à répulluler. Plusieurs circonstances contribuent à rendre le traitement infructueux : leur pédicule n'est pas étroit et circonscrit, comme celui des polypes fibreux, par exemple; il s'étale sur une surface plus ou moins étendue de la muqueuse urétrale, dans laquelle il plonge comme une racine, de sorte que l'excision ne peut en atteindre qu'une portion; le germe reste dans les chairs. Ordinairement même, il existe plusieurs végétations ayant chacune leur pédicule, ce qui rend l'opération plus difficile. Leur tissu n'offre pas de prise aux instrumens, qu'on a d'ailleurs de la peine à faire manœuvrer à cause de l'étroitesse du canal.

La cautérisation seule avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure, la cautérisation de la plaie après l'excision ont été employées par M. Tanchou sans beaucoup de succès. Toutefois, c'est au dernier procédé qu'il donne la préférence.

L'emploi des substances médicamenteuses est à peu près inutile dans cette affection; ce n'est guère que comme palliatif qu'on peut y avoir recours. Les astringens et les narcotiques appliqués en topiques apportent d'abord quelque soulagement, mais il n'est que momentané. Les malades se trouvent bien aussi des bains de siége et des lotions avec de l'eau froide.

Emploi du tannin comme contre-poison de la strychnine; par M. le docteur LUEDICKE.

Une femme de 40 ans, très délicate, était affectée depuis long-temps d'une douleur erratique aiguë qui se montrait alternativement dans la région de l'estomac, du colon descendant, dans les muscles intercostaux gauches, le bassin, et que M. Luedicke prit pour une affection rhumatico-spasmodique

Le nitrate de strychnine fut, après d'autres remèdes, prescrit à la dose d'un vingt-quatrième de grain, toutes les trois heures, sous forme d'une poudre dans laquelle ce sel était associé au sucre.

Au lieu de suivre ponctuellement la prescription, la malade se hasarda bientôt à doubler la dose et même à prendre une double dose d'heure en heure, bien que la première prise eût déjà suffi pour déterminer un commencement de vertige : au bout de six heures, un demi-grain se trouvait avoir été ingéré. Tout à coup la malade, qui se promenait dans sa chambre, fut atteinte de vertiges d'une grande intensité, tomba à la renverse et se fit à l'occiput une contusion avec solution de continuité : au moment où on la releva, elle avait perdu tout à fait connaissance.

Un quart d'heure après cet accident, le médecin arriva, et la malade, qui avait repris ses sens, lui raconta, avec beaucoup d'efforts et de fréquentes interruptions, que, prise subitement des vertiges, elle avait cherché à se pencher en avant pour avoir un appui sur l'un des meubles de son appartement, mais qu'elle en avait été empêchée par la sensation qu'elle avait éprouvée d'une courbure du dos en arrière; en même temps, ses mains avaient paru éprouver la même impression. Cet état d'épistholonos avait déjà disparu complètement, mais il était resté des douleurs dans le dos et un tremblement des mains. La malade se plaignait aussi de vertiges qui continuaient malgré sa position couchée sur son lit, et qui s'accompagnaient de nausées; ces deux symptômes augmentaient chaque fois qu'elle voulait se lever ou se placer sur son séant; il y eut même quelques vomissemens d'un liquide aqueux incolore. La respiration ne s'exécutait qu'avec difficulté; le pouls était faible et fréquent. Les mouvemens des bras, des mains et des doigts étaient d'ailleurs parfaitement libres. La plaie de l'occiput était le siége d'une douleur assez vive, mais un examen attentif suffit pour démontrer qu'elle n'offrait rien de grave.

Dans ces circonstances, M. Luedicke crut devoir, outre des applications d'eau froide sur la tête, prescrire l'administration du tannin; et, en raison des vomissemens qui avaient lieu, il le fit prendre associé à l'acide citrique et au bi-carbonate de soude, en solution dans l'eau distillée. La malade prit un demi-grain seulement de tannin par heure. Lorsque les vomissemens furent calmés, le tannin fut continué, mais alors on le donna seul dans de l'eau distillée, avec addition de sirop simple. Au bout de 24 heures, depuis l'apparition des symptômes d'empoisonnement, tous les accidens étaient calmés. Le tannin pur, dont on avait fait prendre 60 centigr., put dès-lors être remplacé par un médicament astringent moins actif, et le médecin, prenant en considération la grande faiblesse du sujet, prescrivit une décoction de 60 grammes d'écorce de chêne, pour 180 de colature, avec addition de 30 grammes de sirop de cannelle et de 1 gramme d'éther ascétique.

A l'aide de cette médication, la malade se rétablit complètement; et la douleur erratique signalée plus haut disparut pour ne plus revenir. Ni le poison, ni le contre-poison employés dans ce cas ne laissèrent de traces.

M. Luedicke fait observer en terminant que la solution de tannin dans l'eau distillée, avec le sirop de sucre, a l'aspect d'un petit-lait clair; que sa saveur n'a rien de désagréable et qu'elle produit sur la langue une faible sensation piquante comme le ferait le radis frais. La décoction d'écorce de chêne avec le sirop de cannelle est d'un goût agréable. (*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 11.)

M. le baron Michel, médecin en chef de l'hôtel royal des Invalides, est nommé membre adjoint du conseil de santé des armées avec voix délibérative.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 96. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

LEÇONS SUR LES MALADIES DE LA PEAU.

Herpès. Pemphygus.

Herpès. — Si Willan a rendu un service signalé à la science en créant des ordres de maladies de la peau d'après leur forme élémentaire, il n'a pas toujours été heureux dans la classification de leurs espèces. L'herpès en est une preuve. On voit placé sous la même dénomination trois maladies : le zona, l'herpès phlycténoïde et l'herpès circinatus. Les deux premières affections ne ressemblent en rien à la troisième, et les diverses formes chroniques de celles-ci ont été négligées par Willan comme aussi par presque tous les auteurs qui l'ont suivi et qui ont adopté ses divisions. Le traitement des deux premières diffère essentiellement de celui de la troisième. Ainsi, sous le rapport de l'aspect, de la durée et du traitement, il n'y a que peu ou point d'analogie à établir entre ces maladies. Consultez l'ouvrage d'Alibert, et vous verrez le zona et l'herpès phlycténoïde faire partie du genre olophlyctide, et les diverses formes de l'herpès circiné, se trouver dans le genre herpès. Toujours est-il qu'Alibert ne s'est pas rendu aux idées de Willan à cet égard, et nous pensons qu'il s'y est refusé avec raison.

Pour nous, nous voudrions que le mot herpès conservât sa dénomination étymologique (*erpein*, ramper), et qu'il ne fût appliqué qu'aux maladies qui ont pour cachet de s'accroître par leur circonférence. Nous proposons donc les divisions suivantes.

Herpès à grosses vésicules comprenant le zona, l'herpès phlycténoïde, formes toujours aiguës. Herpès à vésicules miliaires pouvant être aigu ou chronique : à l'état aigu, constituant l'herpès circinatus des auteurs et l'herpès iris ; à l'état chronique, embrassant l'herpès circiné, *furfuracé*, *squammeux* et crétacé.

Après ces divisions, M. Devergie décrit en détail le zona, et appelle l'attention sur ses dispositions horizontales, verticales, obliques, sur ses symptômes précurseurs généraux et locaux, sur les douleurs lancinantes et névralgiques qui accompagnent son développement et qui persistent long-temps après la guérison, sur la forme ovoïde et l'agglomération de ses vésicules, sur la fausse membrane qui recouvre le derme sous le liquide contenu dans la vésicule et qui envoie des prolongemens dans l'épaisseur même du derme, ainsi que le font les cors dits à clous. M. Devergie montre un malade chez lequel cette disposition est très prononcée.

A cette occasion, M. Devergie annonce une observation faite récemment à l'hôpital Saint-Louis par un élève interne, M. Roussel, de laquelle il résulte que dans le pemphygus diutinus la face dermique des productions épidermiques qui succèdent à l'ouverture de la bulle présente quelquefois le même caractère, ce qui n'a jamais lieu, par exemple, pour le squamme de l'eczéma. M. Devergie a examiné au microscope les productions épidermiques du pemphygus diutinus : elles sont hérissées à leur surface interne d'écailles disposées sous la forme de prolongemens pyramidaux plus ou moins longs.

Enfin, il rappelle les ulcérations du zona souvent difficiles à guérir chez les vieillards, et qui succèdent aux vésicules.

Le traitement est général et local : si le zona est lié à des symptômes inflammatoires généraux, il faut les combattre par une ou deux saignées, mais être sobre des émissions sanguines; elles sont souvent suivies d'une prédominance du système nerveux, et alors on voit les douleurs locales, presque névralgiques, s'exaspérer à un degré très élevé. Si, au contraire, il existe un état saburral des premières voies, il faut prescrire un vomi-purgatif; les bains généraux et les émolliens locaux sont souvent suivis de peu de succès; les corps gras opiacés réussissent mieux.

Herpès phlycténoïde. — Cette affection se caractérise par des groupes de vésicules en général assez grosses, mais bien isolées les unes des autres, quoiqu'elles aient à leur base une auréole rosée. Ces vésicules ne sont jamais dispersées en demi-ceinture; elles ne sont accompagnées que de démangeaisons; elles siégent le plus souvent au cou, aux lèvres, à la face interne des membres. C'est à l'herpès phlycténoïde qu'il faut rattacher ces vésicules disséminées sur les lèvres à la suite d'un accès de fièvre; de là le nom d'*hydroa fébrile* qui leur a été donné par Franck. Au prépuce, elles simulent parfois l'origine des chancres, à cause de leur siége et des excoriations qu'elles laissent à leur suite. Cette affection se guérit par les émolliens et par le régime.

Voici maintenant les idées émises par M. Devergie à l'égard de ce qu'il appelle l'herpès à petites vésicules, ou miliaire. Il le distingue en aigu et en chronique. Dans l'herpès aigu viennent se ranger l'herpès circinatus et l'herpès iris des auteurs, qui se caractérisent par des vésicules excessivement fines, visibles surtout à la loupe, et disposées sous forme d'une petite plaque arrondie à son origine, qui bientôt s'élargit en s'étendant par sa circonférence, tandis que le centre se dégage et se guérit, ou bien en formant une série d'anneaux successifs diversement colorés; de là le nom d'herpès iris.

Dans leur état simple, ces deux maladies se guérissent facilement sous l'influence des émolliens généraux et locaux; mais chez quelques sujets lymphatiques, la maladie passe souvent à l'état chronique; de là l'herpès circiné furfuracé. Alors une ou deux cautérisations avec la solution de nitrate d'argent au dixième, la pommade d'oxyde de zinc ou de goudron au trentième, l'eau salée, l'eau chlorurée au trentième, les bains sulfureux, sont des moyens que l'on emploie avec succès.

M. Devergie entre ensuite dans des développemens assez étendus sur deux formes d'herpès circiné chronique, en général mal étudiées par les auteurs modernes. La première, herpès circiné squammeux, est souvent confondue avec le psoriasis orbiculaire. Mais elle s'en distingue par la circonstance d'un bourrelet unique autour d'une plaque squammeuse souvent fort étendue; la peau est épaissie et évidemment malade là où siége le bourrelet; elle n'est que recouverte de squammes dans le reste de sa surface. La guérison de cette forme d'herpès squammeux est bien plus facile que celle du psoriasis.

A ce sujet, il nous montre deux malades entrés le même jour dans la salle Saint-Louis, affectés, l'un d'un psoriasis diffusa, l'autre d'un herpès circiné squammeux. L'affection siége chez tous les deux sur les deux membres supérieurs et inférieurs. Il a suffi de bains de vapeur, d'axonge, et pendant quelques jours de l'emploi de la pommade de goudron, pour guérir le second malade. Le premier a pris des bains de vapeur, il a étendu de l'axonge sur les parties malades, il a pris à l'intérieur de la solution de Fowler, et l'affection n'est pas encore arrivée à son terme.

Quant à ce que M. Devergie désigne sous le nom d'herpès crétacé, ou crétaciforme, il n'en a encore vu qu'un exemple; le sujet est encore dans ses salles. C'est celui d'un enfant de treize ans, entré depuis deux mois et demi à l'hôpital, et qui, à son arrivée présentait les caractères suivans:

Les deux joues et le dos du nez étaient recouverts d'une croute d'un blanc grisâtre, mamelonnée comme les calculs muraux, sonore à la percussion. Ses limites étaient parfaitement arrondies, en sorte qu'il en résultait une espèce de masque qui donnait à la physionomie un aspect hideux. Autour de ces productions, assez semblables à une substance calcaire, se voyait un léger cercle rosé sans aucune apparence de vésicules. La chute de la croûte crétacée, opérée au moyen de cataplasmes, a mis à nu la peau légèrement chagrinée, moins malade à son centre qu'à sa circonférence. Peu à peu, et sous l'influence de pommades résolutives, la peau centrale a repris sa texture ordinaire; mais il reste encore aujourd'hui à la circonférence, un cercle rosé où l'on aperçoit une production furfuracée, et au moyen duquel la maladie a fait quelques progrès en largeur. Plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent ont été opérées; les pommades d'iodure de soufre, de goudron ont notablement amendé l'affection, et la figure de cet enfant n'est plus aujourd'hui reconnaissable.

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Suite de la onzième lettre. — *Introduction à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie. — De la grande querelle des barbiers et des perruquiers.*

Ce n'avait pas été une petite affaire que cette union des chirurgiens de Saint-Côme et des barbiers, après 450 ans de guerres presque continuelles; et depuis près d'un demi-siècle, on y travaillait sans avoir pu encore y réussir. Dès le seizième siècle même, il semblait que l'antipathie eût perdu quelque chose de sa rigueur; Etienne Larivière, A. Paré, A. Portail et d'autres, d'abord barbiers-chirurgiens, avaient été adoptés par le collége de Saint-Côme, avec des restrictions toutefois qui diminuaient fort le danger de cette tolérance. Le barbier devenu chirurgien devait renoncer entièrement à son ancienne corporation, ôter les bassins de son enseigne, cesser de faire le poil et la barbe, pour se borner à la chirurgie; et jusqu'au dix-septième siècle ces conditions avaient été loyalement exécutées. Mais, vers 1611, il était arrivé un énorme scandale. Trois barbiers s'étaient fait agréger au collége, et, une fois en possession de la robe et du bonnet, ils continuèrent à faire leur métier comme auparavant. On avait vu, ô désolation! les trois boîtes magistrales des chirurgiens, surmontées des vénérables effigies de saint Côme et de saint Damien, arborées au front de trois boutiques où l'on rasait et frisait tout le jour. Là-dessus procès au parlement: les chirurgiens attaquant leurs trois nouveaux confrères, ceux-ci résistant et appelant au secours leurs anciens compagnons les barbiers. L'instance se poursuivait, mais l'issue n'en était pas douteuse, quand un incident tout à fait inattendu bouleversa toutes les prévisions. L'indignation soulevée dans le collége de Saint-Côme par la trahison des trois nauveaux confrères n'avait point été si générale que quelques membres de l'illustre confrérie ne se fussent avisés du bénéfice qu'il pouvait y avoir à faire la chirurgie et la barbe tout à la fois. Cette petite minorité se réunit secrètement, s'aboucha avec les barbiers, et un beau jour de l'an 1613, le roi reçut une humble supplication au nom, comme il était dit, du collége des chirurgiens, et des lieutenant, syndic, jurés et gardes de la communauté des barbiers, demandant la réunion des deux compagnies, pour jouir dorénavant des droits, libertés et franchises appartenant à l'une et à l'autre. Le roi accorda sans difficultés des lettres-patentes conformes au désir des impétrans; le parlement, quoiqu'un peu surpris, vérifia les lettres; et la réunion se trouva ainsi légalement consommée sans que la majorité du collége en eût connaissance.

Mais, ô Muse des chants héroïques, toi qui nous peignis sous des couleurs si vives l'horreur dont fut saisi le chantre de la Ste-Chapelle à l'aspect du pupître élevé sur son banc, c'est à toi, ô Muse, de nous retracer l'étonnement, la douleur, la honte, la colère, qui s'emparèrent des membres restés purs de la confrérie de Saint-Côme, lorsque, dans leur propre église, au jour et à l'heure où ils fêtaient leurs divins patrons, tous se trouvant déjà rassemblés en bonnet carré et en robe longue, il se présenta une longue procession de personnages tout à fait inconnus, ou du moins tout à fait méconnaissables sous la robe longue et le bonnet carré. Et quels étaient ces audacieux envahisseurs? Que pouvait-ce être, bon Dieu! sinon la barberie tout entière, ses jurés et syndic en tête, qui avait dédaigneusement abandonné l'église du Saint-Sépulcre, et, les lettres royales à la main, prétendait prendre d'assaut l'église de Saint-Côme. Lorsque les chefs des deux partis se furent reconnus, ce furent une clameur et une fureur épouvantables; sans plus se soucier du lieu, de l'heure, ni des patrons, ni de l'office, les chirurgiens tombent sur les barbiers, les barbiers sur les chirurgiens; les apprentis viennent au secours de leurs maîtres; les bancs et les chaises volent dans l'église; et enfin, comme quelquefois la Providence se plaît à protéger le bon droit, les barbiers furent vaincus et repoussés, non sans laisser sur le champ de bataille maints débris de leurs robes et maints bonnets carrés. L'église de Saint-Côme ainsi vaillamment reconquise, les chirurgiens achevèrent leur office, et ils s'en revenaient en triomphe, chacun racontant ses prouesses, et tous jurant de faire payer bien cher aux ennemis une pareille impudence. Ils ne savaient pas encore tout. A tous les coins de rue, à toutes les boutiques de barbiers, se balançaient les images sacro-saintes de saint Côme et de son compagnon, avec les trois boîtes chirurgicales; et pour comble d'outrage, au-dessus des boîtes pendaient les ignobles bassins des barbiers. Il était urgent de faire cesser ce sacrilége, de se purifier de cet opprobre; le collége adressa au parlement une vigoureuse requête, attestant que la religion de la cour avait été surprise, et réclamant le maintien de ses priviléges. La requête fut présentée le 20 décembre 1613, et l'affaire poussée avec une telle vigueur que le 23 janvier 1614 était rendu l'arrêt qui condamnait les barbiers. Il leur fallut reprendre leur ancien et modeste costume; il leur fallut dépendre ces magnifiques enseignes qu'ils avaient tant enviées, pour s'en tenir à leurs trois maigres bassins. Il leur fallut enfin retourner, contrits et humiliés, à leur ancienne église du Saint-Sépulcre, et là leur orgueil devait recevoir un dernier coup. L'église n'avait pas vu leur désertion sans murmure, elle se sentait blessée aussi bien dans son amour-propre que dans ses intérêts; mais précisément alors une autre confrérie était venue s'offrir pour prendre la place des barbiers: c'était la confrérie des chapeliers, qui avait été reçue avec l'empressement qu'on peut croire. Quand donc nos barbiers revinrent à leur église, ils trouvèrent à qui parler, et les chapeliers les mirent dehors sans plus de cérémonie. De mauvais plaisans s'en mêlèrent: les uns prétendaient que les barbiers n'avaient que faire du Sépulcre, puisqu'ils se portaient mieux que leurs cliens; les autres répondaient qu'ayant été battus au parlement et rossés à Saint-Côme, ils étaient au contraire fort malades et qu'il était dur de leur refuser un tombeau.

Vous pouvez comprendre, d'après ce récit, quel souvenir humiliant les barbiers avaient gardé de toute cette affaire, et avec quelle ardeur ils désiraient une revanche. Ils avaient d'ailleurs, comme il a été dit, des alliés dans le sein du collége même; et ici il est temps de vous révéler les noms de ces trois scélérats de barbiers qui, introduits dans le collége, avaient donné les premiers le pernicieux exemple d'accoupler le bistouri et le rasoir. L'un d'eux s'appelait Isaac d'Allemagne, nom inconnu; mais les deux autres, juste Ciel! ce n'était rien moins que maître Nicolas Habicot et maître Jacques de Marque, les deux plus illustres et presque les seuls représentans de la chirurgie française à cette époque, et à qui certainement le collége de Saint-Côme n'avait pas de rivaux à opposer. Et quand l'Académie royale de chirurgie, par la plume de Quesnay, affirmait que le collége de Saint-Côme avait produit tous les grands chirurgiens de France, elle se trompait déjà quelque peu en citant Larivière et A. Paré, qui étaient sortis des rangs de la barberie; mais en y joignant les noms de Jacques de Marque et de Habicot, barbiers d'origine et barbiers de prédilection, il m'est difficile de dire si elle croyait abuser les autres ou si elle s'abusait elle-même.

Pour en revenir à la corporation des barbiers, elle passa deux ans sans donner signe de vie, sinon contre les perruquiers. Après quoi, ayant repris courage, elle essaya de faire un pas pour se rapprocher des chirurgiens, sans pourtant leur rien demander ni leur rien devoir, et voici de quoi les bonnes têtes s'avisèrent. Jusqu'au seizième siècle, ils s'étaient appelés *barbiers* tout court; alors, en vertu de leur traité avec la Faculté de Paris, ils avaient pris le titre de *barbiers-chirurgiens*; ils imaginèrent de renverser les mots et de prendre tout doucement le titre de *chirurgiens-barbiers*. A qui faisaient-ils tort, je vous prie? et qu'y avait-il de plus innocent que cette petite modification? A notre point de vue actuel, sans aucun doute; mais en 1625 les chirurgiens ne l'entendaient pas ainsi. L'affaire alla au parlement, comme de coutume, et le parlement enjoignit gravement aux prétendus *chirurgiens-barbiers* de s'intituler uniquement *barbiers-chirurgiens*.

Qui n'aurait cru leurs espérances à jamais perdues et leurs prétentions à jamais évanouies? L'abîme entre Saint-Côme et le Saint-Sépulcre n'était-il pas résolument infranchissable? Hélas! tandis que les barbiers, tout froissés de leurs défaites, se tenaient tranquilles dans

En résumé, les idées de M. Devergie sur l'herpès tendent vers ce but, que c'est à tort que Willan a désigné sous le nom commun d'herpès trois maladies dont l'une d'elles n'a aucun rapport avec les deux autres ; qu'il faudrait comprendre le zona et l'herpès phlycténoïde dans les maladies bulleuses plutôt que dans les maladies vésiculeuses, et que le zona surtout se rapproche essentiellement du pemphygus. Et tandis que les émolliens et les pommades calmantes sont indiqués pour combattre le zona et l'herpès phlycténoïde, c'est aux résolutifs, aux sulfureux et aux pommades astringentes qu'il faut s'adresser pour guérir les variétés de l'herpès miliaire.

Pemphygus. — Nous entrons ici dans la classe des affections bulleuses. Willan et Bateman décrivent le pemphygus sous le nom de pompholyx. C'est une affection non contagieuse, précédée ou non de symptômes généraux, se manifestant par l'apparition de bulles semblables à celles que produisent les vésicatoires ou l'eau bouillante. Willan et Bateman la considèrent comme étant toujours apyrétique.

C'est à tort, dit M. Devergie, qu'ils n'admettent pas le pemphigus pyrétique ou inflammatoire. Cette forme est très commune en Allemagne, et même en France.

Alibert admet deux espèces de pemphygus, l'aigu et le chronique ; c'est la division, et c'est la plus rationnelle, qu'adoptent aussi MM. Rayer et Gibert. Willan les divise en benignus, diutinus et solitarius ; ce sont des sous-divisions que justifie l'observation.

Chez les enfans naissans, on trouve quelquefois des bulles sur diverses parties du corps. C'est le pemphygus congénital ; à un âge plus avancé, il prend le nom d'infantilis.

Il y a au début du pemphygus aigu, ou pyrétique, ou inflammatoire, lassitude générale, courbature, frissons, céphalalgie, nausées, fourmillemens et chaleur à la peau, qui durent de 24 à 36 heures ; puis apparaissent sur différens points de la peau, à la partie interne des membres et à la partie antérieure de la poitrine, des taches rouges qui pourraient faire croire à un simple érythème. Mais à la fin du deuxième jour, on voit s'élever sur ces plaques des bulles depuis la grosseur d'un grain de chenevis jusqu'à celle d'un œuf de poule ; chaque bulle est remplie d'une sérosité limpide et entourée de rougeur à sa base. Au sixième ou septième jour, la maladie a atteint son summum ; puis les bulles crèvent et se flétrissent. Il est rare que la sérosité se résorbe, et plus rarement encore elle se transforme en pus. Après la rupture de l'épiderme, on voit à nu le derme qui est rouge, légèrement érodé, sensible à l'impression de l'air. Il y a alors de la douleur ; il survient du frisson ; puis se forment des squammes qui tombent au bout de quelques jours, et sont successivement remplacées par d'autres qui vont en diminuant d'épaisseur jusqu'à ce que l'épiderme ait repris son aspect naturel. Les bulles durent ordinairement de sept à quinze jours. Le malade éprouve une soif vive ; quelquefois il existe une diarrhée aqueuse très abondante (jusqu'à trente garde-robes et plus dans les 24 heures) qui peut amener la mort chez les personnes âgées.

Traitement. — Faut-il recourir aux émissions sanguines, soit générales, soit locales ? M. Devergie répond qu'en général il faut s'en abstenir, afin de laisser au malade toutes les forces nécessaires pour réagir contre l'action débilitante des diarrhées qui pourront survenir. D'ailleurs cette maladie attaque souvent des individus cachectiques ou déjà affaiblis par l'âge. On doit se borner à prescrire un régime rafraîchissant. Il faut user avec beaucoup de réserve des cataplasmes et des bains, comme de tout autre moyen capable d'entretenir l'humidité. Il existe chez ces malades une grande exaltation de la sensibilité ; ils sont pris de frissons violens aussitôt qu'ils ont le contact de l'air. Sous ce rapport les bains peuvent leur être très préjudiciables. On se bornera aux dessicatifs et aux délayans (1). M. Devergie ne crève point les ampoules, et en a fait un précepte ; il se contente de les saupoudrer avec de l'amidon. On combattra la diarrhée par des lavemens amidonnés et opiacés.

Le pemphygus chronique ou diutinus ou successif affecte surtout les vieillards ; il n'est jamais précédé de fièvre. Jamais on ne voit de limbe inflammatoire autour des bulles. Il peut durer depuis plusieurs semaines jusqu'à deux ans et plus. On l'a vu atteindre les muqueuses, la conjonctive et dans ce cas faire perdre la vue aux malades, les narines, la bouche, le pharynx, etc. Alibert a dit qu'il pouvait affecter tout le tube intestinal. Il en cite un cas qui fit périr le malade.

M. Gibert nie l'existence de ces bulles dans la bouche, le pharynx, l'intestin. Cependant MM. Rayer et Kapeler ont vu un cas de pemphygus qui s'étendait jusqu'à l'œsophage. M. Devergie partage l'opinion d'Alibert, Rayer et Kapeler. Cette forme a un caractère particulier dans sa marche ; né dans un point donné de la peau, il s'étend parfois à toute sa surface, mais d'une manière si progressive et si lente que les bulles nouvelles succèdent aux premières dont la guérison est souvent fort avancée ou terminée.

Elle a ensuite des caractères anatomiques particuliers :

Quand on perce une bulle de ce pemphygus, il s'en écoule de la sérosité, puis, en enlevant l'épiderme on voit au centre de ces bulles un paquet de tissu cellulaire infiltré d'une sérosité jaunâtre sous la forme d'une couenne sanguine. Examinée avec un microscope, cette production pseudo-membraneuse est formée par une trame qui se rapproche beaucoup de la structure épidermique.

Si on enlève cette sorte de fausse membrane, on voit au-dessous d'elle le derme beaucoup moins rouge que le reste de la surface occupée par la bulle, et il est facile de reconnaître que la fausse membrane adhère au derme au moyen de prolongemens nombreux du genre de ceux que l'on observe dans la fausse membrane du zona. Ces observations, faites par M. Devergie et rapprochées des productions épidermiques particulières observées par M. Roussel dans la même affection, conduiront probablement les dermatologues à placer le pemphygus à côté du zona. Dès à présent M. Devergie n'hésite pas à grouper ces deux maladies entre elles.

Le pemphygus se lie souvent à des affections internes qui en augmentent la gravité. C'est dans ce cas que l'on voit les bulles se transformer en escarrhes gangréneuses.

Traitement. — La thérapeutique du pemphygus diutinus n'ayant rien de précis, on est obligé de s'en tenir à la médecine des symptômes. On a conseillé diverses médications ayant toutes pour but de modifier l'économie, mais surtout de combattre la faiblesse des malades par des toniques. Rien ne saurait enrayer l'affection chez certains sujets.

Le pemphygus solitaire est aigu ou chronique. Il se caractérise par l'existence d'une bulle unique qui, après sa guérison, est remplacée par une seconde. M. Devergie cite le cas d'une dame qui, depuis trois ans, est affectée à chaque printemps d'un pemphygus solitaire de la jambe. Cette malade a été traitée par la limonade végétale, deux purgatifs par semaine, des cataplasmes émolliens ont été appliqués sur les bulles, puis on les a saupoudrés d'amidon. La guérison a eu lieu dans l'espace de douze jours.

Quelques auteurs ont nié l'existence de cette affection, rare d'ailleurs, mais réelle. Elle n'est jamais grave.

Dr V.....

(1 Cérat saturné avec opium en pommade.

HOTEL-DIEU. — MM. Roux et Blandin.

Suppléant, M. Maisonneuve.

Collections de faits cliniques, recueillis par M. Gustave Gogué, élève de hôpitaux et de l'Ecole pratique.

§ II. Amputations.

Bon nombre d'amputations ont été pratiquées par M. Maisonneuve à l'Hôtel-Dieu ; nous en signalerons seulement trois qui nous ont présenté des circonstances insolites.

1° *Amputation des deux cuisses à un mois de distance.*

Puech, journalier, âgé de trente ans, éprouvait depuis deux ans des douleurs lombaires, lorsque, dans l'espace de quelques semaines, survint une paraplégie incomplète. Des moxas, des cautères furent employés inutilement pendant plusieurs mois ; de nouveaux accidens se manifestèrent du côté des genoux. Ceux-ci devinrent le siége, le droit d'une tuméfaction simple avec hydarthrose, le gauche d'un gonflement phlegmoneux qui se termina par suppuration.

Le 27 mars 1841, le malade entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, salle Sainte-Marthe, n° 23.

Là de nouveaux moxas, de nouveaux cautères furent appliqués aux jambes ; de larges vésicatoires furent placés autour des genoux. Du côté droit, il y eut de l'amélioration ; mais à gauche la suppuration continua fort abondante ; la jambe, la cuisse, devinrent œdémateuses, et l'on acquit la certitude d'une altération profonde du tissu osseux du tibia.

Le malade était réduit à un état de maigreur extrême ; il était miné par une suppuration abondante, une fièvre hectique et la diarrhée ; du reste, les organes intérieurs paraissaient en bon état, la poitrine était partout sonore, la respiration pure et large ; le malade n'avait jamais craché de sang.

Les digestions se faisaient encore passablement ; aucune altération profonde n'existait dans les viscères de l'abdomen.

En présence d'un état si déplorable, M. Maisonneuve, chargé par intérim du service de M. le professeur Roux, crut devoir s'abstenir de toute proposition ; mais le malade, qui chaque jour se voyait mourir, chaque jour implorait, par de nouvelles supplications, les dernières ressources de la chirurgie.

Une seule pouvait lui être offerte, ressource cruelle, incertaine surtout : l'amputation des deux cuisses ! Mais c'était la seule planche de salut.

Un chirurgien doit-il, dans la crainte de compromettre l'art, refuser une opération, même fort incertaine, à un homme voué à une mort inévitable ?

M. Maisonneuve ne crut pas devoir assumer sur lui la responsabilité toute entière ; il voulut s'éclairer de l'avis de plusieurs chirurgiens expérimentés, qui déclarèrent qu'on pouvait opérer.

L'opération fut exécutée le 2 octobre 1841. La cuisse gauche était la plus malade, c'est elle que l'on opéra d'abord, se réservant d'amputer la droite plus tard, si, comme on devait le supposer, l'affection dont elle était le siége continuait ses progrès.

L'opération fut rapide ; à peine quelques gouttes de sang s'écoulèrent ; la plaie fut rapprochée immédiatement, et le malade soutenu par une alimentation tonique, du vin, des bouillons, des potages. Aucun accident n'entrava la marche de la cicatrisation, la santé générale du malade sembla même s'améliorer ; mais l'affection du genou droit faisait des progrès, l'amputation de la seconde cuisse était devenue urgente ; elle fut exécutée par M. Maisonneuve, le 17 novembre, en présence de M. le professeur Roux. Ainsi que la première fois, l'amputation fut extrêmement rapide ; le malade ne perdit presque

---

leur camp et ne guerroyaient tout au plus que contre les perruquiers et les étuvistes, ce furent des chirurgiens en titre, des propres membres du collége qui tentèrent à leur tour de passer le Rubicon. Que vous dirai-je ? et comment dérober à l'histoire de ce collége tant vanté ces lamentables détails ? Le 7 septembre 1641, le parlement rendit un arrêt par lequel : La cour faisait défense à un chirurgien de robe longue et à tous autres du corps de Saint-Côme *de faire ni faire faire le poil par eux ni leurs gens, en leurs maisons ni en ville ;* et enjoignait à six autres chirurgiens et à tous autres du corps de Saint-Côme, *de fermer incontinent leurs boutiques et ôter les marques qu'ils avaient des maîtres barbiers-chirurgiens ;* le tout à peine de 150 livres d'amende par chaque contravention ! Sept chirurgiens condamnés pour avoir fait la barbe et pris des bassins pour enseignes ! Et le collége ne comptait pas vingt membres ! Ainsi, déjà plus du tiers affichait insolemment et au mépris des lois, son ignoble désir de confondre la chirurgie avec la barberie ; et si dans ces querelles j'ai pris parti le plus souvent pour les barbiers, c'est qu'en vérité je suis du parti de ceux qui cherchent à anoblir leur profession contre ceux qui la déshonorent ; c'est qu'entre ceux dont l'ambition était de porter la robe et ceux dont l'ambition était de faire la barbe, il n'y a pas à balancer.

Mais, direz-vous, pourquoi accuser le collége des méfaits d'un petit nombre de ses membres ? Pourquoi ? Mais ceux qui avaient pendu des bassins devant leurs boutiques avaient au moins le courage de leur infamie ; les autres ne reculaient que par lâcheté et par honte. Et dès qu'il fut bien entendu qu'on ne pourrait faire la barbe dans Paris qu'au prix de 150 livres d'amende, toute hésitation cessa ; et en 1655, la grande majorité du collége, le prévôt en tête, signa le contrat d'union avec les barbiers. Quelques chirurgiens réclamèrent ; je regrette de n'en avoir pu trouver les noms ; mais leurs réclamations échouèrent devant la résistance compacte des autres. On ne leur épargna cependant pas les affronts. D'abord il fallut reconnaître la suprématie de la Faculté, dans la forme où elle l'exerçait sur les barbiers ; elle fut reconnue. Dans le projet d'union de 1613, il avait été dit que les réceptions se feraient selon les statuts de Saint-Côme ; d'après l'acte de 1655, les réceptions durent se faire selon les coutumes de la barberie, et il n'y eut pas d'objections. Enfin, les chirurgiens avaient eu jusque-là pour chef le prévôt de la confrérie, nommé par élection ; il leur fallut reconnaître pour chef nouveau le premier barbier du roi. Ajouterai-je qu'il y eut des barbiers assez fiers pour ne pas vouloir de ces nouveaux collègues, et qui plaidèrent pour faire rejeter l'union ? Mais en dépit de tous les obstacles, l'union fut approuvée par le roi, enregistrée par le Parlement ; les chirurgiens de Saint-Côme acquirent ainsi tous les droits et les priviléges de la barberie ; mais les barbiers entrèrent en triomphateurs dans la maison de Saint-Côme, eurent le droit de mettre des boîtes dans leurs enseignes, et gardèrent le gouvernement de la société nouvelle ; toutes leurs espérances étaient de bien loin dépassées.

Voilà comment, absorbés par le soin de cette grande affaire, ils avaient laissé les perruquiers et les étuvistes cabaler, s'insurger, faire des projets de réunion et d'organisation, et même surprendre pour leurs statuts l'approbation des magistrats et la sanction de l'autorité royale. Mais l'union une fois conclue, et l'honorable corps des barbiers renforcé par l'adjonction en masse du non moins honorable corps des chirurgiens de Saint-Côme, nous allons voir la lutte recommencer et les perruquiers obligés de rentrer dans le devoir.

Mais avant de reprendre ce récit là où nous l'avions laissé, il n'est pas sans intérêt de dire quelle était la composition du collége de Saint-Côme, en 1655.

Il était alors formé de dix-neuf membres, dont voici les noms :

Juvernay.	Remi Lasnier.
Delaporte.	Baugnon.
Colombe.	Lefilâtre.
Berthereau.	Bonhomme.
Ant. Piètre.	Lamy.
Ruffin.	Paris.
Deleurye aîné.	Passerat.
Deleurye cadet.	Vivien.
Roger.	Gillet.
Navarre.	

Ils conservèrent leur vie durant le droit de porter la robe longue, mais sans pouvoir le transmettre à leurs successeurs ; et j'ai fait une erreur grave, dans mon *Introduction à A. Paré*, en indiquant Mauriceau et Dionis comme les derniers représentans de l'ancien collége de chirurgie. Mauriceau et Dionis furent reçus sous l'empire de la nouvelle société, et furent des barbiers-chirurgiens comme les autres. Sur quoi je remarquerai deux choses : d'une part que toute cette histoire de la chirurgie du dix-septième siècle avait été tellement embrouillée par Quesnay qu'il était presque impossible de s'y reconnaître, et que mon erreur était restée inaperçue ; d'autre part, que ce triste collége de Saint-Côme ne possédait que des noms inconnus, n'ayant jamais rien fait, hors peut-être Remi Lasnier, et ne pouvant rien faire pour la science ; et que les rénovateurs de la chirurgie française, au dix-huitième siècle comme au seizième, allaient tous sortir de la nouvelle société des barbiers.

Chronique et Nouvelles.

On se souvient de l'énergique manifestation faite par le corps médical de Paris, contre une ordonnance de police qui, à l'époque désastreuse de 1832, voulait contraindre, sous peine d'amende, les médecins à dénoncer à l'autorité les blessés politiques. Le gouvernement de la Bavière vient de renouveler quelque chose de semblable et d'aussi odieux que cette vieille ordonnances de 1666, si malheureusement exhumée par M. Gisquet. D'après une résolution ministérielle du 12 juillet, écrit-on de Nuremberg, tout médecin ou chirurgien qui, appelé pour donner ses soins à une personne dont la blessure fera soupçonner ou trahira un duel, n'en aura pas fait la déclaration à la police dans les vingt-quatre heures, sera immédiatement poursuivi pour être puni conformément à la loi, et pourra même, en cas de récidive, être, suivant les circonstances, privé temporairement ou pour toujours de la permission d'exercer sa profession.

On a peine à comprendre à notre époque une pareille décision si complétement opposée aux principes d'humanité, qui sont les plus belles prérogatives de la profession médicale Nous n'hésitons pas à croire que, comme leurs confrères de Paris, les médecins bavarois protesteront tous ensemble contre un acte ministériel aussi barbare, et qu'ils n'oublieront pas ce qu'ils doivent à la dignité, à la moralité de notre ministère. Panser les blessures d'un homme pour le livrer ensuite à la geole ou au bourreau, est une action révoltante ; il n'y a pas de peine, si rigoureuse qu'elle soit, qui puisse faire exécuter une pareille loi.

En rapprochant ce fait de cet autre fait atroce du général espagnol Zurbano, qui a fait fusiller un chirurgien militaire pour avoir donné des soins au chef de bande Felip, on éprouve un sentiment de profonde douleur de voir la mission sainte et secourable du médecin polluée par des opinions politiques ou philosophiques changeantes au gré des hommes et des événemens, alors que, dans notre profession, nous ne pouvons invoquer qu'un principe immuable, secourir, qu'une opinion éternelle, soulager. Toute loi, tout acte gouvernemental doivent être basés sur les mœurs publiques ; vous donneriez une prime d'argent considérable au médecin qui trahirait ses devoirs humanitaires, que vos trésors pourraient rester aussi intacts que si vous les livriez au père qui prostituerait sa fille. Que voulez-vous donc qu'il redoute de vos châtimens, quand il sera soutenu par la conscience du devoir et par l'honorabilité de sa mission ?

Les dépouilles mortelles du vénérable Larrey ont été transportés, par les soins pieux de M. Hip. Larrey, de Lyon à Paris. Elles ont été déposées à l'église Saint-Germain-l'Auxerrois où les honneurs funèbres lui seront rendus. Le cortége se réunira demain jeudi, 11 août, à onze heures du matin.

— M. le Dr Bégin est nommé membre du conseil supérieur de santé, en remplacement du baron Larrey.

— M. le Dr Pasquier fils est nommé comme M. le baron Michel, membre adjoint du conseil de santé, avec voix délibérative.

pas de sang ; les chairs furent rapprochées par première intention.

Mais cette fois, le malade, épuisé par la douleur, n'avait plus la même résistance vitale qu'à la première opération ; la réaction inflammatoire ne se fit qu'avec difficulté ; le pouls resta misérable ; la suppuration ne s'établit qu'avec peine, et la cicatrisation ne marcha qu'avec une lenteur désespérante. D'autre part, la cause morbide interne qui avait fixé son siége dans les articulations des genoux, n'avait pas épuisé son action ; elle se rejeta sur l'abdomen. Une ascite se manifesta, des engorgemens ganglionnaires se développèrent dans le bassin. Enfin, cinq semaines après la seconde opération, le malade succomba le 25 décembre 1841.

L'autopsie démontra des viscères parfaitement sains dans la poitrine et l'abdomen ; il n'y avait aucune trace de phlébite ou d'infection purulente. Les deux moignons contenaient du pus concret dans les interstices musculaires et du côté gauche. L'extrémité du fémur était atteinte de nécrose.

Ces derniers accidens semblent ne s'être développés que dans les dernières semaines.

Le péritoine était rempli d'une sérosité citrine, et des masses ganglionnaires indurées existaient sur les deux côtés de la colonne vertébrale.

2° *Amputation des quatre métacarpiens. Conservation du pouce.*

Béchet (Louis), journalier, âgé de cinquante-cinq ans, reçut, en 1838, un coup de crochet de fer à la région dorsale de la main droite. Un phlegmon survint à la suite de cette blessure, il en résulta la mortification d'une certaine quantité de peau et un ulcère qui laissa à nu les tendons extenseurs. Des soins réguliers de pansemens convenables furent employés dès le début du mal, ce qui n'empêcha pas ce dernier de faire des progrès au lieu de marcher vers la cicatrisation.

Plusieurs traitemens généraux furent administrés, dans l'hypothèse de l'existence de quelque vice dartreux ou syphilitique, rien ne produisit d'amélioration. On employa plus tard les caustiques, le fer rouge lui-même, tout fut inutile ; le mal faisait toujours de nouveaux progrès. Au mois de septembre 1841, l'affection datait déjà de trois ans ; elle avait, surtout depuis quelques mois, pris une extension considérable. Toute la région dorsale de la main était transformée en un ulcère sanieux à fond grisâtre, à bords calleux ; les doigts, tuméfiés et durs, étaient aussi ulcérés à leur base, et surtout à leur face dorsale ; ils ne pouvaient exécuter aucun mouvement ; le malade y ressentait des douleurs violentes. Il n'y avait d'intact que la peau de la région palmaire, ainsi que les tégumens du pouce, encore ces derniers commençaient-ils à être envahis.

En présence d'une affection qui, depuis trois ans, avait résisté à tous les modes de traitement, qui condamnait le malade à l'inaction absolue, qui l'épuisait par la souffrance et par une abondante suppuration, M. Maisonneuve crut devoir proposer l'amputation.

Mais ici se présentait une question importante : en quel point devait être pratiquée l'opération ?

Le pouce était sain, les tégumens de la paume de la main n'étaient ulcérés que dans une petite étendue. Fallait-il en faire le sacrifice et couper dans l'articulation radio-carpienne ? L'opération rentrait alors dans la classe des opérations réglées ; elle devenait prompte et facile.

M. Maisonneuve ne jugea pas que la question de promptitude, de facilité, dût contre-balancer ici la question d'utilité. Le pouce est un organe d'une trop grande importance pour qu'il soit permis d'en faire le sacrifice à moins de nécessité absolue. En conséquence, M. Maisonneuve décida l'amputation des quatre métacarpiens avec conservation du pouce.

L'opération fut exécutée le 28 septembre 1841 en présence de M. le professeur Roux et d'un nombreux concours d'élèves.

Le malade fut placé dans la position horizontale, la main dans la supination ; un aide fut chargé de comprimer l'artère brachiale. Alors le chirurgien, armé d'un petit couteau droit, circonscrit par une longue incision courbe les chairs destinées à former ce lambeau. Cette incision commença sur le dos de la main, au sommet du premier intervalle métacarpien, fut dirigée le long du bord externe du deuxième os du métacarpe, puis dans la paume de la main à la base des quatre doigts ; enfin au côté cubital, tout le long du bord interne du cinquième os métacarpien jusqu'à deux centimètres du pisiforme.

Le couteau fut ensuite porté dans l'angle externe de l'incision ; sa pointe, poussée au-devant des quatre os du métacarpe, vint sortir dans l'angle interne, et d'un seul trait toute la face adhérente du lambeau fut isolée des parties profondes. Un aide s'empare du lambeau et le relève ; le chirurgien tourne la main du malade en pronation, coupe d'un seul trait et transversalement les tégumens de la région dorsale à un centimètre plus bas que la base du lambeau ; puis d'un second coup, les tendons extenseurs au niveau de la peau rétractée.

Prenant alors le bistouri, il dénude avec soin les quatre os du métacarpe en achevant la tension des chairs, et d'un trait de scie coupe les quatre os à la fois. Cinq ligatures seulement furent nécessaires.

Le lambeau, de forme quadrilatère, et fort épais, fut ramené sur l'extrémité du moignon, de manière à ce que son bord externe vint se mettre en contact avec le bord interne du pouce, et son bord inférieur avec la section transversale des métacarpiens. Des bandelettes de diachylon assujétirent le tout, et par-dessus on appliqua un pansement simple.

Huit jours se passèrent sans accidens ; la cicatrisation de la plaie était même presque achevée, quand un phlegmon profond se manifesta dans l'avant-bras.

Des incisions furent pratiquées pour donner issue au pus ; plus d'une fois on dût craindre pour la vie du malade ; mais enfin le phlegmon se détergea, et deux mois après l'opération, grâces aux soins de M. Blandin, qui avait repris le service, le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri, conservant encore le pouce, le poignet, et un quart environ du métacarpe.

(*La suite à un prochain numero.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 août. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. Larrey fils* écrit à l'Académie que les obsèques de son père auront lieu jeudi 11 courant, à onze heures. L'on se réunira à Saint-Germain-l'Auxerrois, paroisse du défunt.

Les membres désignés par M. le président pour assister officiellement au convoi, sont MM. Pariset, Cornac, Gimelle, Bousquet, Réveillé-Parise, Labarraque, Jourdan, Poirson, Bouley, Nacquart.

— *Proposition pour la nomination d'une commission d'enquête clinique, à l'effet d'examiner quelle est la meilleure méthode à suivre dans le traitement de la fièvre typhoïde ;* note lue par M. Bouillaud Une maladie grave, sur la nature et le traitement de laquelle se sont élevées dans tous les temps des disputes que les laborieuses investigations du dernier quart de siècle qui vient de s'écouler n'ont pu terminer ; une maladie qui, elle aussi, *répand la terreur* : la fièvre typhoïde sévit depuis quelques semaines d'une manière epidémique et dans les hôpitaux et dans la ville. Certes, Messieurs, ce serait faire injure au corps médical que de supposer qu'il puisse exister un seul de ses membres qui ne désire ardemment de voir cesser les désolantes disputes dont il vient d'être question, et qui ne soit prêt à contribuer de toutes ses forces à l'adoption d'un moyen, d'une mesure, dont l'application éclairée, sincère, consciencieuse, serait de nature à mettre d'accord les praticiens sur les points les plus importans à la fois et les plus controversés de la fièvre typhoïde. Le point majeur et vraiment culminant est sans contredit le traitement de cette maladie. Eh bien ! existe-t-il une mesure qui, convenablement formulée et rigoureusement mise à exécution, soit capable de fournir ces données positives, claires, lumineuses, sans le secours desquelles on ne saurait parvenir à la solution du grand et sérieux problème dont il s'agit. Or, je n'hésite point à le déclarer, cette mesure existe, et cette mesure c'est la création, l'organisation d'une commission d'enquête clinique. Je ne veux point, quant à présent, faire ressortir tous les avantages qui résulteraient du système que je propose appliqué à une foule de questions médicales du plus haut intérêt, et de la solution desquelles dépend la vie de tant de milliers d'hommes. Qu'il me soit seulement permis de m'étonner qu'on n'ait pas encore songé, ou qu'on n'ait du moins que très rarement songé à l'emploi d'une méthode de conviction, d'un moyen de démonstration qui se présente si naturellement à tout esprit juste et sincèrement ami de la vérité.

Revenant à la question *spéciale* pour laquelle j'ai obtenu la parole, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de demander à l'autorité compétente qu'elle veuille bien l'autoriser à nommer dans son sein une commission *spéciale* chargée de constater au lit des malades quelle est, parmi les méthodes si diverses de traitement qu'on oppose à la fièvre typhoïde, celle qui fait baisser le plus le chiffre de la mortalité, et qui sous ce rapport comme sous d'autres moins importans, tels que la durée de la maladie, etc., mérite la préférence. Que si l'on peut obtenir l'autorisation dont je viens de parler, que si l'on ne refuse à la commission aucun des moyens dont elle a besoin pour s'éclairer suffisamment, et que les commissaires, profondément pénétrés de la gravité, et, s'il est permis de le dire, de la sainteté de leur ministère, ne reculent devant aucune des difficultés qu'ils pourront rencontrer sur leur passage, l'Académie peut être assurée qu'elle s'applaudira quelque jour de la démarche qu'elle aura faite. Le plus grand service qui, dans l'état actuel des choses médicales, puisse être rendu aux amis des saines doctrines thérapeutiques, et partant de l'humanité souffrante tout entière, c'est évidemment de recourir au mode d'examen, de vérification en quelque sorte officielle que j'invoque ici, pourvu, bien entendu, qu'il soit exécuté avec la volonté ferme et la patience infatigable qu'il réclame.

Avant que le principe d'une *enquête clinique* sur le point indiqué plus haut n'ait été adopté, il n'y a pas lieu d'exposer avec les détails convenables tout ce qui se rattache à l'organisation de la commission, ainsi qu'au mode d'exécution de la mesure proposée. Toutefois, je ne terminerai pas sans ajouter que les difficultés d'exécution ne sont pas aussi sérieuses que certaines personnes pourraient le croire. Que l'on consacre, en effet, une salle spéciale à un nombre donné de sujets atteints de la fièvre typhoïde pour y être traités comparativement par les principales méthodes qui se disputent la préférence, que les observations soient exactement recueillies en présence de la commission, avec toute la publicité désirable, et je ne crains pas de prédire que le moment viendra où la conviction s'emparera des esprits même les plus récalcitrans. Alors, Messieurs, vous saurez à quoi vous en tenir sur tout ce que l'on dit, le plus souvent sans aucune preuve réellement *scientifique*, des prétendus avantages de certaines méthodes ; et en même temps qu'ils auront éclairé leurs esprits, dissipé les doutes qui enveloppaient leur croyance thérapeutique, les médecins vraiment dignes de ce nom sentiront leur conscience dégagée de l'un des poids les plus lourds qui aient jamais pesé sur elle. C'est uniquement pour concourir, autant qu'il est en moi, à un si précieux résultat, que je me suis décidé à faire pour la seconde fois dans cette enceinte la proposition que vous allez examiner. Heureux si, par le secours de tous ceux de mes honorables collègues en qui l'Académie a le plus de confiance, je pouvais obtenir aujourd'hui de la savante assemblée ce qu'elle n'a pas cru devoir accorder il y a quelques années ! C'est ce que je souhaite bien plus, je l'avoue, que je ne l'espère.

M. Chervin. J'appuie de toutes mes forces la proposition que nous venons d'entendre ; quel que soit le sort qu'on lui réserve, quel que soit le résultat qu'on en obtienne, ce sera toujours une nouvelle preuve à ajouter à la franchise et à la loyauté bien connues de notre honorable confrère.

M. Récamier. La proposition que M. Bouillaud vient de nous soumettre captive tout d'abord l'esprit. En présence des diverses médications qui se disputent la prééminence dans le traitement de la fièvre typhoïde, il n'est aucun médecin qui ne désirerait ardemment savoir à quoi s'en tenir d'une manière positive sur la valeur de chacune d'elles. Cependant, quand on réfléchit au moyen proposé par M Bouillaud pour atteindre ce but, on entrevoit une foule de difficultés qui sont pour la plupart insurmontables. Je me bornerai à en signaler quelques-unes. Je trouve la première dans la diversité des formes et des symptômes de la maladie. Conçoit-on, en effet, que tant d'élémens divers puissent être appréciés au même point de vue ? Eh mon Dieu ! s'il en était ainsi, nous serions tous d'accord depuis long-temps, et il ne serait venu dans l'esprit de personne de faire une proposition d'enquête. — La commission qu'on nous propose de nommer ne ferait pas autre chose que les médecins de chaque service des hôpitaux. Chacun des membres de cette commission apporterait, dans son examen, ses doctrines particulières, son mode d'observation, et peut être aussi ses petites passions. Or, qui ne voit qu'il y a là plus qu'il n'en faut pour que le but, très louable sans doute, que s'est proposé M. Bouillaud ne puisse pas être atteint. Le peu de mots que je viens de dire serait susceptible de grands développemens ; mais je pense que j'ai été bien compris, et je ne veux pas abuser des momens de l'Académie. J'ajouterai que ce que nous pouvons faire de mieux en pareil cas, c'est d'engager tous les chefs de service des hôpitaux d'adresser à l'Académie tous les élémens qu'ils possèdent sur la question qui nous occupe, et ce sera en groupant tous les faits et en les appréciant à leur juste valeur, que nous pourrons *peut-être* arriver à quelque chose de plus positif.

M. Castel. Le projet d'enquête qui nous est soumis est-il possible ? est-il utile ? Je suis pleinement convaincu du contraire. Je ne dirai rien des difficultés d'exécution de la mesure proposée ; ces difficultés sont telles qu'on serait arrêté dès le ébut. Mais admettons, pour un instant, qu'elle fût possibde, quel serait le résultat qu'on obtiendrait ? Or, je ne crains pas de lle dire, ce résultat serait complètement nul. Après, comme avant, chacun garderait ses idées, ses opinions. Hé mon Dieu ! n'est-ce pas là ce qui se passe après toutes nos discussions. Je repousse donc tout projet d'enquête, et si l'on trouve qu'il y a quelque chose à faire, je désirerais, avec M. Récamier, qu'on engageât les chefs de service des hôpitaux de nous adresser un relevé raisonné et sincère de tous les cas de fièvre typhoïde qu'ils ont l'occasion d'observer.

M. Moreau. Je ne saurais trop applaudir aux bonnes intentions qui ont engagé M. Bouillaud à soumettre à l'Académie la proposition qu'il vient de faire. C'est la preuve d'une sincérité et d'une conviction peu communes. Mais, comme MM. Récamier et Castel, je trouve dans l'exécution du projet d'enquête des difficultés insurmontables. J'ajouterai même, qu'à côté de ces difficultés, que personne ne niera dans cette enceinte, il y a un principe de moralité publique qui mérite d'être pris en sérieuse considération ; je veux parler des malades qui seraient soumis aux expérimentations de la commission. (Exclamations, réclamations sur divers bancs.) Je suis étonné que le sentiment que je viens d'exprimer ait donné lieu à ces exclamations, et j'avoue qu'il m'est difficile d'en comprendre le motif ; car, il faut bien le dire, pour juger la valeur d'une médication, il faudrait en poursuivre l'emploi sur le même sujet au-delà peut-être de ce que la prudence exige. Je n'ajouterai pas un mot ; car je crois avoir été compris.

M. Piorry. J'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Bouillaud. Son exécution est entourée sans doute d'un certain nombre de difficultés ; je ne pense pas cependant que ces difficultés soient insurmontables. J'ai la conviction que chaque chef de service des hôpitaux se ferait un devoir de venir en aide à la commission, et tout irait on ne peut mieux. Je déclare, pour ma part, que, dans mon service, je me ferais un honneur de pouvoir aplanir quelques-unes des difficultés dont ont vient de parler. Maintenant, quant au résultat définitif de l'enquête proposée, je ne me fais pas illusion ; je sais bien qu'on n'arriverait pas à une certitude absolue ; mais il est évident qu'on sortirait en grande partie du moins du vague qui règne encore sur la valeur des médications opposées qui se disputent la prééminence dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Nacquart. Au milieu de l'incertitude thérapeutique dans laquelle on se trouve en présence d'une fièvre typhoïde, il me semble que l'Académie a quelque chose à faire. Mais avant de prendre un parti à cet égard, je pense qu'il est prudent de renvoyer la proposition de M. Bouillaud à une commission qui, après un examen sérieux, viendra soumettre au jugement de l'Académie le résultat de ses délibérations.

M. Rayer. (Cet honorable membre n'a pas entendu la lecture de la proposition de M. Bouillaud ; il n'est entré dans la salle que quand M. Moreau a pris la parole.) La question soulevée par notre honorable confrère est de la plus haute importance.

Il n'est pas un praticien qui ne désirerait avoir des données positives sur la valeur des divers traitemens que des hommes honorables à tous égards préconisent contre la fièvre typhoïde. Or, pour atteindre ce but, je ne vois pas d'autre moyen qu'une enquête. Voici, du reste, comment je comprends cette enquête : Les membres de la commission nommée par l'Académie seraient chargés de se rendre dans les services où les auteurs des diverses méthodes exercent, de prendre des notes exactes au lit des malades, et de rendre compte ensuite du résultat de leurs observations. Je sais bien que c'est là un travail pénible qui exige de la patience ; mais je suis convaincu que la grandeur de la mission donnera le courage nécessaire, et qu'aucun ne voudra manquer à un devoir aussi sacré.

M. Bouillaud. En faisant ma proposition, je connaissais toutes les difficultés qu'on ferait valoir contre son exécution. J'avoue même que je serais étonné, si l'Académie nommait la commission que je demande. Cependant je n'ai pas cru devoir reculer ; car je suis convaincu que l'enquête que je réclame est le seul moyen de sortir du vague dans lequel sont la plupart des praticiens sur la valeur des divers traitemens de la fièvre typhoïde. Que l'on réunisse dans une même salle un certain nombre de malades ; que ces malades soient divisés entre les médecins qui préconisent leur méthode de traitement, et la commission qui assistera à toutes les visites, pourra soumettre à l'Académie le résultat de ses observations. Pour mon compte, je suis persuadé que quelques mois de cet examen suffiraient pour entraîner une conviction pleine et entière. Je déclare que, si cette proposition est adoptée, je m'engage d'avance à choisir les malades qui seront reconnus être le plus gravement affectés. (Sensation générale.)

M. Renauldin. Je ne m'oppose point à la proposition de M. Bouillaud ; mais je ne comprends pas bien le caractère d'opportunité qu'on semble vouloir lui donner. Il est vrai que depuis environ deux mois, la fièvre typhoïde affecte un assez grand nombre de sujets à Paris ; mais je ne sache pas qu'elle soit plus meurtrière que dans les époques ordinaires. Pour mon compte, je déclare que dans mon service, à l'hôpital Beaujon, je n'ai pas perdu plus de malades que dans les autres époques. J'ajouterai que je préférerais la dénomination de *fièvre typhôde* à celle de *fièvre typhoïde*, pour désigner l'affection qui nous occupe.

Plusieurs voix. Avant de faire une enquête sur le meilleur mode de traitement d'une maladie, il serait assez convenable de s'entendre sur la dénomination de cette maladie. (Hilarité générale.)

M. Ferrus. Je ne comprends pas qu'au nombre des objections à la proposition de M. Bouillaud, on ait pensé à classer son opportunité. Hé, mon Dieu ! Il y a continuellement dans les hôpitaux des sujets affectés de la fièvre typhoïde, et nous devons tous désirer que le vague qui règne sur le meilleur mode de traitement soit dissipé le plus promptement possible. J'approuve la mesure ; mais je diffère d'opinions avec M. Bouillaud sur son mode d'exécution. Il est évident que si la commission entière était obligée de visiter les différens hôpitaux et les différens services, cela prendrait un temps trop considérable ; je préférerais que les membres de la commission se distribuassent ce travail ; qu'ils se dispersassent dans les différens services, et que, chaque observation partielle fût ensuite examinée en commun, d'où résulterait un travail général qui serait la base du rapport.

Plusieurs voix. C'est impossible ; une commission ne peut pas se diviser.

M. Londe. Il y a dans la proposition de M. Bouillaud des inconvéniens majeurs qui sont sans doute bien compris de tous nos confrères et de M. Bouillaud lui-même. Cependant je répèterai, avec M. Nacquart, qu'il y a quelque chose à faire. Il y a dans les hôpitaux de Paris des services dans lesquels on emploie exclusivement une seule et même méthode ; ainsi, pour ne citer qu'un exemple, M. Bouillaud saigne tous les malades, et....

M. Bouillaud, vivement. Si M. Londe avait suivi mon service pendant un très court espace de temps, il se serait dispensé dire que *j'ai un traitement absolu*. Avant de juger la pratique d'un médecin, il est au moins nécessaire de la bien connaître.

M. Londe. Il est d'autres médecins qui tantôt saignent, tantôt purgent, et....

M. Piorry. Je demande la parole.

M. Londe. Je ne comprends pas la vivacité avec laquelle M. Piorry demande la parole : je n'ai rien dit, je crois, qui puisse lui être directement appliqué.

M. Piorry. Eh bien ! moi je me l'applique. (Hilarité générale.)

M Londe. J'ajouterai, en terminant, que je partage de tous points

l'opinion émise par M. Moreau sur les inconvéniens qu'il y aurait pour l'honneur de la profession à soumettre ainsi des sujets aux expérimentations. — Je renouvelle la proposition de M. Nacquart, qui consiste à nommer préalablement une commission chargée de faire un rapport à l'Académie sur les avantages et les inconvéniens de la proposition qui nous est actuellement soumise par M. Bouillaud.

M. Rochoux. On ne saurait trop louer M. Bouillaud de chercher par tous les moyens possibles d'éclairer l'opinion publique sur le meilleur mode de traitement de la fièvre typhoïde; mais il faut avouer que le projet qu'il propose est d'une exécution insurmontable, et que dans le cas même où l'on viendrait à bout de vaincre toutes les difficultés, le but qu'on se propose ne serait nullement atteint : avant comme après, chacun garderait sa conviction.

M. Rayer. Il résulte de cette discussion que tous nos honorables collègues reconnaissent qu'il y a quelque chose à faire, et que le temps est venu d'éclaircir une question qui intéresse à un haut degré l'humanité et la science. Nous ne différons que dans le moyen destiné à atteindre le but. Pour ma part, au lieu de *réunir* les malades dans une même salle, je voudrais que la commission se transportât dans chacun des services les plus importans, et que là elle vit chaque médecin à l'œuvre, et prit note avec le plus grand soin de toutes les circonstances qui lui paraîtront utiles à mentionner. Et qu'on n'objecte pas que ce travail serait bien long; il suffirait, pour acquérir des données exactes, de suivre quatre hôpitaux de Paris, et quelques mois suffiraient pour acquérir des données suffisantes pour éclairer le public médical.

M. Gueneau de Mussy. Si j'étais persuadé que dans six mois, la commission d'enquête pût dissiper le vague qui règne encore sur le meilleur traitement de la fièvre typhoïde, j'appuirais de toutes mes forces la proposition de M. Bouillaud. Mais je suis convaincu que le travail de cette commission ne serait pas terminé dans six ans, et que, même à cette époque, nous ne serions peut-être guère plus avancés qu'actuellement. On aurait fait bien du bruit; on aurait peut-être obscurci la question plus qu'elle ne l'est; c'est pourquoi je ne trouve aucun avantage à adopter le projet qui nous est soumis. (Aux voix.)

M. Desportes. Je pense qu'on doit nommer une commission d'enquête et laisser à cette commission le droit d'étudier les difficultés qu'on a signalées, et de poursuivre ou de cesser son travail suivant qu'elle le jugera convenable.

M. Bouillaud. En faisant la proposition que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, je n'ai pas eu spécialement en vue mon service, car depuis dix ans les nombreux élèves et médecins qui assistent à mes visites ont pu juger de la valeur de ma méthode, et c'est là une enquête qui en vaut bien une autre. Ce qui me dirige dans cette circonstance, c'est l'intérêt de l'humanité et de la science. D'ailleurs, il n'y a pas urgence à adopter ma proposition; et je ne m'oppose point à ce qu'on nomme une commission préalable pour en faire ressentir les avantages et les inconvéniens. Le but est bon, tout le monde le reconnait; quant au moyen de l'atteindre, qu'on l'étudie, et je me soumettrai avec satisfaction à tout autre qu'on voudra lui substituer. (Marques d'approbation. — Aux voix.)

M. Piorry. Depuis vingt ans..... (Aux voix, aux voix!) Il est facile de dire aux voix; mais il est difficile de savoir parler... (Hilarité générale : aux voix, aux voix!)

M. le président met aux voix la proposition de M. Nacquart, ainsi formulée : « Une commission préalable sera nommée pour examiner la proposition de M. Bouillaud. — (Adopté à l'unanimité.)

Les membres de cette commission seront nommés dans la prochaine séance.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur la présentation des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 août 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Serres fait la communication suivante :

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie l'ouvrage que je viens de publier, intitulé *Principes de l'organogénie*, contenant l'exposé des règles que suivent les organismes de l'homme et des animaux dans le cours de leur développement.

» L'idée que les organismes de l'homme et des animaux sont semblables à eux-mêmes, à toutes les périodes de leur existence, est déjà loin de nous.

» L'idée contraire, ou celle qui les suppose différens aux époques principales de leur formation, a surmonté enfin les obstacles de diverses natures qui rendaient si difficile sa réalisation.

» Personne ne croit plus maintenant que l'embryon soit une miniature de l'animal parfait. Tous les anatomistes de nos jours s'accordent pour reconnaître qu'il ne parvient à ce dernier état qu'après avoir traversé des états primitifs et secondaires qui lui servent en quelque sorte d'échelons.

» La science est unanime sous ce rapport, elle ne l'est pas encore concernant les règles que suivent en se développant les divers organismes. Mais le fait capital étant hors de doute, les physiologistes ne peuvent tarder à s'accorder sur le mode d'après lequel il s'accomplit.

» La modification importante introduite par les professeurs du Muséum, dans le programme de la chaire d'anatomie humaine de cet établissement, est surtout de nature à favoriser ce résultat.

» Si, jusqu'à ces derniers temps, l'enseignement de l'anatomie de l'homme était presque étranger aux progrès immenses de la zoologie et de l'anatomie comparée, les professeurs du Muséum, et particulièrement mon prédécesseur, M. Flourens, ont parfaitement compris qu'il était nécessaire de le mettre au niveau de celui des sciences naturelles. C'est aussi ce que je me suis efforcé de faire depuis trois ans que je suis chargé de cet enseignement.

» Mais nul ouvrage ne présentant la science physique de l'homme sous l'apect d'après lequel j'ai dû l'envisager au Muséum, plusieurs des personnes qui m'ont fait l'honneur d'assister aux leçons, ont pensé qu'il pouvait être utile d'en publier un sommaire, soit pour en faciliter l'intelligence à notre jeunesse studieuse, soit pour lui servir de guide dans le mouvement rapide imprimé dans ces dernières années aux sciences anatomiques et physiologiques; telle est l'origine de la publication de cet ouvrage, tel est le but que je me propose d'ateindre. »

— *M. Martin-Saint-Ange* adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président, dans la séance du 11 juillet dernier, M. Coste a lu un mémoire sur l'origine de la membrane caduque dans l'espèce humaine, dont les conclusions seraient de nature à renverser complètement les idées généralement admises aujourd'hui sur cette production utérine. Les faits que l'auteur a sous les yeux et qu'il désire faire connaître à l'Académie, démontreraient, en effet, que la caduque n'est autre chose qu'une exfoliation de la couche interne de la substance même de la matrice présentant trois ouvertures, que l'œuf, par cela même, au lieu d'être placé à la face externe de la caduque qu'il déprimerait, parvient au contraire dans sa cavité et s'en trouve par conséquent totalement enveloppé, même du côté du placenta, à la formation duquel elle prend une grande part; enfin, que la membrane caduque porte dans son épaisseur une telle quantité de vaisseaux et d'un tel calibre, qu'un lac de sang venant de la mère recouvrirait l'œuf de toute part.

A l'occasion de la lecture de ce mémoire, M. Lesauvage a adressé à l'Académie une réclamation de priorité, et rappelle qu'il a établi par des faits et publié en 1837, que l'œuf est renfermé dans l'intérieur de la caduque; de plus, que la membrane caduque contient des vaisseaux qui ne communiquent pas avec ceux de l'utérus.

Je viens aujourd'hui, à mon tour, non pas réclamer une priorité, mais offrir à l'Académie, dans l'intérêt de la science, les résultats de mes expériences, les pièces anatomiques et les dessins qui infirment les vues *trop générales* émises par MM. Coste et Lesauvage, et qui *tendent* plutôt à rétablir ce qui est déjà admis.

Il y a plus de dix ans que je m'occupe de l'anatomie pathologique de l'œuf humain, et le grand nombre de faits que j'ai observés, quoiqu'insuffisans encore pour arriver à quelque chose de positif, rendent bien compte cependant de la grande divergence d'opinions qui existe parmi les anatomistes et les physiologistes qui se sont occupés de décrire la membrane caduque. Il y a du vrai dans presque tout ce que les auteurs ont dit; mais tous n'ont pas, suivant moi, assez observé surtout les faits d'anatomie pathologique qui sont le véritable flambeau de l'anatomie physiologique. Aussi a-t-on souvent été induit en erreur en prenant l'exception ou l'état maladif pour la règle de l'état normal.

Plus tard, je demanderai à l'Académie la permission de lire les conclusions de mon travail sur l'anatomie pathologique de l'œuf; ce serait actuellement abuser de ses momens que de l'entretenir de choses non encore suffisamment étudiées.

J'ai l'honneur, etc. Martin SAINT-ANGE.

— *M. Buisson*, médecin à Paris, envoie une note sur le traitement de l'hydrophobie. L'auteur assure s'être guéri lui-même au moyen d'un bain de vapeurs à 42° Réaumur.

— On lit dans le *Moniteur Algérien* :

M. le docteur Furnari, chargé par M. le ministre de l'instruction publique de faire un travail scientifique sur les causes et la nature des maladies des yeux si fréquentes en Afrique, est de retour à Alger, après avoir parcouru les provinces de l'est et de l'ouest. D'après les ordres spéciaux de M. le ministre de la guerre, tous les moyens nécessaires de recherches et d'observations ont été mis à la disposition de ce chirurgien pour l'accomplissement de sa mission. Les observations qu'il a faites sur l'organisation de l'œil chez les Arabes, sur les ophtalmies qui ont régné épidémiquement à Alger, à Philippeville et à Constantine, sur les maladies des yeux qui affligent les indigènes et les Européens, pourront être de quelque utilité pour la science et pour les populations de l'Algérie. M. le directeur de l'intérieur, qui doit bientôt présenter à M. le gouverneur-général un projet de création à Alger d'un hospice pour les vieillards aveugles et les pauvres infirmes de la population musulmane, a chargé M. Furnari de préparer un travail statistique et médical sur les ophthalmies dont les malheureux indigènes de cette ville sont affectés.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 13 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 97. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'École-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

AVIS. — *Les Ateliers étant fermés lundi prochain 15 août, jour de l'Assomption, le Journal ne paraîtra pas mardi 16 août.*

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Parallèle entre la lithotritie et la lithotomie. Des cas particuliers dans lesquels l'une de ces opérations doit être préférée à l'autre. Broiement d'un calcul par le litholabe à deux branches.

Dans le numéro du 9 de ce mois, nous avons rendu compte des tentatives faites dans le but de débarrasser un malade d'un calcul arrêté dans la région prostatique. Après les deux essais infructueux auxquels cet homme fut soumis, la pierre, ainsi que nous l'avons rapporté, disparut; et après avoir exploré sans difficulté tout le canal de l'urètre, il ne fut plus possible de douter qu'elle était retombée dans la vessie. Ce n'était donc plus à un calcul prostatique, mais bien à un calcul vésical que l'on avait affaire, et il n'y avait par conséquent que deux manières de procéder : ou bien il fallait attendre que le calcul s'engageât de nouveau dans l'urètre pour essayer de le saisir comme déjà on avait voulu le faire, et cela offrait peu de chances de succès, puisqu'une première fois on avait échoué, tout étant dans les conditions qui semblaient le plus favorables; ou bien on devait aller chercher la pierre dans la vessie et l'y broyer, c'est-à-dire mettre en usage la lithotritie.

On attendit trois jours pour voir si le calcul s'engagerait dans l'urètre : le malade assura le sentir parfaitement faire comme effort pour pénétrer dans le canal, mais sans pouvoir y parvenir; il ajouta qu'il semblait être devenu trop gros, et qu'il retombait toujours après avoir été sur le point de s'engager. Ce laps de temps écoulé, et après le sentiment perçu par le malade, il ne restait évidemment d'autre moyen que de chercher à l'atteindre dans la vessie pour le réduire en fragmens, c'est-à-dire d'avoir recours à la lithotritie.

Cette opération, dont on a tant parlé depuis vingt ans, n'a pas encore été appréciée à sa véritable valeur, et il va être facile d'en saisir la cause.

Il est naturel que quelques chirurgiens fassent ressortir tout ce que la lithotritie a de réellement bon, et voilent plus ou moins les déceptions qui la suivent. Il y a six ans environ, lors de la chaleureuse discussion qui eut lieu à l'Académie sur les inconvéniens et les avantages de la lithotritie, quelques personnes présentèrent M. Velpeau comme l'antagoniste de la lithotritie; ce fut à tort.

M. Velpeau, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'article *Lithotritie* de sa Médecine opératoire, ne s'est nullement prononcé contre cette opération, ainsi qu'on l'a dit. Voici quelle est son opinion formelle à cet égard.

La lithotritie, c'est-à dire l'opération qui consiste à saisir et à broyer la pierre dans la vessie, est préférable à la lithotomie toutes les fois que le calcul dont il s'agit n'a pas le volume d'un œuf, qu'il n'est pas d'une dureté trop grande, qu'on opère sur une vessie, un urètre, une prostate, en bon état, sur des organes parfaitement sains, en un mot, et que le sujet n'est ni par trop nerveux, ni par trop impressionnable. Dans les conditions contraires, c'est-à-dire lorsque le calcul est très dur, comme ceux formés d'oxalate de chaux, par exemple, lorsque la vessie est malade, catarrhale, lorsqu'un engorgement considérable de la prostate vient compliquer l'état du sujet, enfin lorsque ce sujet est un enfant ou une femme, M. Velpeau dit qu'alors c'est une question de savoir si la taille est moins avantageuse que la lithotritie. Il ne décide pas la question, mais il croit qu'elle peut être posée. Ce qu'il y a de certain, c'est que chez les enfans, par exemple, la taille réussit quinze fois sur seize. La lithotritie ferait-elle mieux? Non, car personne n'ignore que cette opération est difficile chez eux; ils sont indociles, il faut répéter les tentatives dix à quinze fois, les instrumens doivent être fort petits en raison des dimensions du canal, et il est rare enfin que la lithotritie, dans ce cas, n'amène point des fragmens de calcul dans l'urètre, qu'il faut aller saisir, ce qui cause de vives douleurs et expose à des dangers sérieux.

On a cité des cas de cette opération pratiquée sur des enfans et qui ont réussi, mais cela n'est certainement pas une preuve à alléguer. Sans doute on peut réussir, mais la question n'est pas là : qu'on applique la lithotritie à vingt enfans dans de bonnes conditions, qu'on pratique la taille sur vingt autres enfans également dans de bonnes conditions, et alors on sera à même d'apprécier convenablement les avantages et les inconvéniens des deux opérations. Jusque là, les succès ne prouveront rien; il n'est pas d'opération qui n'ait ses succès. Chez les enfans, il est donc permis de dire que la question n'est pas jugée.

Chez les femmes, M. Velpeau pense que la taille est préférable dans certaines conditions. Et d'abord, en général, on sait qu'avec la lithotomie on ne perd guère qu'une seule femme sur vingt ou trente. On peut le demander encore ici, la lithotritie en perdrait-elle moins? Il n'est pas possible de nier d'ailleurs, que la lithotritie ne puisse enflammer la vessie par suite de ses manœuvres.

Cette opération n'a t-elle pas aussi l'inconvénient de substituer à un calcul uni, poli, dix, vingt calculs plus petits, mais anguleux et susceptibles de produire des accidens par leur présence? Ne peut on lui reprocher encore de durer quelquefois un mois de suite, et ces tentatives répétées ne peuvent-elles amener une cystite qui doit toujours être considérée comme une maladie fort grave? Il arrive très fréquemment encore après la lithotritie, que l'appétit se perd, que la langue devient sèche, fuligineuse, noirâtre; que le malade tombe dans l'adynamie, et succombe après un temps quelquefois assez éloigné de l'opération. Mais pour ces cas, les lithotriteurs assurent que le malade est mort d'une fièvre adynamique tout à fait étrangère à la lithotritie. Pour nous, dit M. Velpeau, il est évident, au contraire, que l'opération est la cause de cet état et de la mort qui en est la suite.

C'est encore un inconvénient des plus grands que les manœuvres auxquelles il faut se livrer, quand la pierre est très dure ou très grosse; il faut alors des séances extrêmement longues, répétées : les difficultés sont extrêmes. Un calculeux opéré par M. Leroy, avait supporté deux ou trois mille coups de marteau donnés sur la pierre avec toute la force qu'il était permis d'employer prudemment.

Sous le rapport de la longueur de l'opération, la taille est incomparablement plus brève. Sous les autres rapports, il faut répéter ce qui a été dit pour les jeunes sujets : la question n'est pas jugée.

Les cas où la lithotritie ne paraît pas avoir d'avantages sur la lithotomie étant passés en revue, il reste maintenant à examiner ceux où cette première opération est évidemment préférable à la seconde.

Et d'abord, toutes les fois qu'il s'agira d'un calcul dont le volume ne dépassera pas celui d'une grosse noix, quand la prostate, l'urètre, la vessie ne seront pas malades; quand, d'autre part, la pierre ne sera pas extrêmement dure, la lithotritie sera une bonne opération qui guérira en très peu de temps et sans, pour ainsi dire, rendre l'opéré malade. Ainsi, il y a deux ans, M. Velpeau eut à opérer un garçon d'une vingtaine d'années qui portait un calcul d'un peu plus d'un centimètre; ce calcul n'était pas très dense : tous les organes de ce jeune homme étaient dans un état parfait de santé. La lithotritie fut pratiquée avec le litholabe à deux branches; le calcul fut broyé, les fragmens expulsés. Huit jours après, l'opéré était guéri, c'est-à-dire était débarrassé de son calcul, car il n'avait pas été un seul instant malade. Voilà certainement un admirable cas de lithotritie; mais il faut remarquer quelles étaient les conditions.

Il y a dix-huit mois environ, au n° 4 de la salle Sainte-Vierge, fut couché un paysan de la Bourgogne, qui portait un calcul dans la région prostatique. Cet homme urinait avec de grandes difficultés depuis plusieurs mois; la sonde portée dans l'urètre, faisait reconnaître une pierre sur laquelle on l'entendait frotter comme une lime. M. Velpeau crut d'abord que cette pierre se trouvait dans la vessie; mais après avoir mesuré et examiné de nouveau, il acquit la conviction qu'elle était logée dans quelque excavation de la région prostatique. Ayant, sans succès, essayé de la saisir avec une pince, il tenta de la déloger, y réussit et la fit retomber dans la vessie; il ne s'agissait plus que de la reprendre de nouveau et de la broyer, si cela était possible. Elle fut saisie en effet; elle présentait environ deux centimètres de diamètre, mais elle était molle. Elle fut écrasée à moitié dans cette première séance, et une seconde opération suffit pour débarrasser le malade; il rendit une foule de petits fragmens, et fut bientôt guéri.

C'est aussi ce qui vient de se passer chez le malade qui fait en ce moment le sujet de cette observation.

Le 5 août, le litholabe à bec de canne a été introduit et a saisi le calcul. Mais une particularité qui mérite toute l'attention des praticiens, est celle-ci : Il arrive que chez un sujet évidemment calculeux, il soit impossible, quoi qu'on fasse, d'acquérir la preuve de l'existence d'une pierre au moyen du cathétérisme. La sonde introduite et promenée dans tous les sens ne révèle rien, et il faut bien se garder de conclure pour cela qu'il n'y a point de calcul, car si l'on introduit le litholabe, il ne tarde pas à le saisir. Ce sujet d'erreur ne manquera presque jamais de se présenter quand le calcul sera petit, mou, enduit de mucosités vésicales et, dans bien d'autres circonstances, que l'on conçoit facilement. Dans le temps de la grande discussion académique relative à la taille et à la lithotritie, M. Velpeau cita plusieurs opérés qui n'avaient pas guéri, un, entre autres, qui avait été renvoyé dans son pays comme parfaitement débarrassé de la pierre qu'il portait, et chez lequel il pratiqua le cathétérisme sans rien trouver; mais ayant porté dans la vessie le litholabe à deux branches, il ne tarda pas à découvrir trois fragmens qui étaient demeurés inaperçus. Le malade retourna chez le lithotriteur, qui convint en effet que ces fragmens existaient; il fut opéré de nouveau. M. Velpeau en trouva encore un autre, puis encore un autre; ce qui força le malade à retourner jusqu'à trois fois pour se faire lithotritier.

En résumé, cela prouve qu'il y a des fragmens qui échappent même aux gens exercés, et qu'il ne faut pas prononcer que quelques-uns de ces fragmens n'existent pas, si l'on n'en a d'autres preuves que le silence de la sonde.

Chez l'homme dont il s'agit ici, le litholabe a parfaitement saisi le calcul, et l'écartement des branches a fait connaître que son diamètre pouvait être de dix à douze millimètres environ. La pression nécessaire ayant été exercée, la pierre n'a pas tardé à céder, à s'écraser; et quand on a retiré l'instrument, ses cuillers contenaient des débris pierreux en assez grande quantité pour composer un calcul de la grosseur d'une noisette. Ce malade a rendu hier une multitude de petits graviers, et il est parfaitement guéri aujourd'hui. C'est donc encore là un très bel exemple du succès de la lithotritie dans les conditions indiquées plus haut.

Pour décider la question de prééminence entre cette dernière opération et la taille, il faudrait savoir si dans des conditions semblables la lithotomie serait plus dangereuse; car il ne faut pas perdre de vue que ce qui paraît rendre meurtrière cette opération de la taille, c'est qu'on l'emploie précisément dans tous les cas où la lithotritie serait extrêmement difficile et même dangereuse. La grosseur du calcul, qui force à une incision plus ou moins large qui sera la cause par suite d'inflammations violentes et d'infiltrations urineuses, voilà ce qui fait le danger de la lithotomie. Il y a véritablement un grand embarras pour comparer ces deux opérations, puisque le plus souvent on ne peut le faire que dans des cas très opposés. Et si l'on bâtit alors de la statistique, elle ne pourra manquer d'être fausse, de n'avoir aucune portée, puisque, pour qu'elle prouvât quelque chose, il faudrait avoir pratiqué la taille dans les cas où la lithotritie obtient des succès incontestables.

Mais les raisons qui tendent à éloigner de la taille sont faciles à saisir; c'est que ses dangers, ses accidens ne peuvent être dissimulés : qu'il survienne une inflammation, une hémorrhagie surtout, il n'est pas possible de rien cacher. La lithotritie, au contraire, a quelque chose de benin en apparence, pas d'incision, pas de sang, rien à la vue; le malade est pris de frisson, c'est l'invasion d'une cystite qui le tuera peut-être, mais il n'y a là rien d'effrayant; si ce sont les fragmens qui amènent la cystite, si l'appétit se perd, si l'opéré tombe dans l'adynamie, ou que les signes de la phlébite, de l'infection purulente, de foyers métastatiques se déclarent, le malade est, dit-on, mort d'une maladie survenue inopinément, tout à fait étrangère à l'opération : peu s'en faut qu'on ne dise que le malade est mort guéri.

Chez un de nos confrères qui malheureusement a succombé, on a trouvé, après la lithotritie, des fragmens dans la région prostatique : on l'a dit guéri, il ne l'a pas été un seul instant.

Il résulte de tout ceci, que pour juger en dernier ressort la question de la lithotritie et de la taille, les élémens nous manquent; mais qu'en examinant la question sous un point de vue vraiment scientifique, on arrive à ce résultat, que la lithotritie et la taille doivent être toutes deux employées, et que ce sont les indications présentées par le cas qu'on a sous les yeux, qui doivent faire décider seules s'il faut avoir recours à l'une plutôt qu'à l'autre de ces deux opérations.

HOPITAL COCHIN. — M. Blache.

Dans le dernier article sur la fièvre typhoïde, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 août 1842, on trouve une appréciation du traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine, dans laquelle on explique les succès obtenus à l'hôpital Cochin, par le type rémittent de l'affection typhoïde au début; les insuccès des autres hôpitaux par le type continu de la même maladie dans les cas récens, comme si, à l'hôpital Cochin, nous n'avions observé toujours que les premiers et jamais les seconds. Un assez grand nombre d'observations que je me réserve de publier dans la suite, et desquelles seules je puis déduire quelque opinion thérapeutique ou théorique que je ne possède pas encore, prouveront suffisamment que si le traitement par le sulfate de quinine a été employé avec succès, ce ne fut pas seulement au début de l'épidémie avec les types indiqués, mais bien aussi vers le milieu et le déclin de l'affection, dans tous les types possibles et sous les formes les plus variées (1). L'observation suivante, que je prends au hasard

(1) Il faut aussi tenir compte de la méthode telle que l'indique M.

parmi d'autres qui pourraient aussi bien me servir comme preuves, va m'être utile à démontrer la proposition précédente et à l'appuyer autrement que par une opinion personnelle.

Fièvre typhoïde grave. Miliaire. Muguet. Traitement par le sulfate de quinine. Convalescence pénible.

Morin (François), fondeur de graisse, âgé de dix-neuf ans, couché à l'hôpital Cochin, salle Saint-Augustin, entré le 4 juillet 1842.

Il habite Paris depuis dix-huit mois. Bien portant jusqu'ici, bien nourri, il loge depuis un an au-dessus du laboratoire de la fonderie; santé habituellement bonne, sauf des épistaxis; toux fréquente, surtout en été.

Le dimanche, 26 juin, il fut pris d'étourdissemens, de maux de tête, de douleurs de ventre; pas d'envies de vomir. Il se couche le même jour à neuf heures du matin. Déjà pourtant dans la semaine précédente, il avait éprouvé quelques maux de tête accompagnés de saignemens de nez. Pas de selles au moins de huit jours à son entrée. Lavemens fréquemment répétés. Peu de sommeil. Toux habituelle, mais peu fréquente. Saignée le dimanche matin, ou le 1er jour; sangsues à l'anus le mardi ou le mercredi suivant; cataplasmes sur le ventre.

Il entre à l'hôpital le lundi 4 juillet, à trois heures de l'après-midi; venu en voiture.

Examiné en détail le lendemain seulement, ou 5 juillet, il présente l'état suivant :

Stupeur de la face, parole brève et difficile, étourdissement considérable; éblouissemens quand il fixe quelque temps les objets, céphalalgie générale, langue sèche avec enduit jaunâtre au milieu, rouge à la pointe et sur les bords, bouche pâteuse, amère, lèvres gercées, sèches, pas de fuliginosités, peau sèche et chaude, chaleur générale, ventre ballonné, taches lenticulaires à la poitrine et à l'abdomen, plus petites les unes que les autres, douleur assez vive surtout à l'épigastre, nulle aux fosses iliaques, gargouillement abondant du côté droit, urines abondantes volontaires, selles liquides assez nombreuses, pas de douleurs dans la poitrine, un peu de toux, râle sibilant surtout à droite, pouls à 80-85. Pectorale, potion gommeuse avec sulfate de quinine, 4 grammes.

Soirée. Réponses difficiles, peu suivies, pesanteur à la tête, démangeaison du pavillon de l'oreille du côté gauche, ouïe un peu dure, pouls 75 à 80, une selle involontaire.

6 juillet. Chaleur moindre à la peau, stupeur plus prononcée que la veille, langue sèche avec enduit grisâtre abondant, quelques fuliginosités dentaires, pas de sommeil la nuit. La potion a duré seulement jusqu'à dix heures dans la nuit; de minuit à deux heures, mouvemens choréiques très prononcés, agitation violente, il agite involontairement ses jambes et ses bras, et tourne continuellement sa tête sur son oreiller. A sept heures du matin, nouveaux mouvemens choréiques qui durent encore pendant la visite et nous permettent de constater qu'ils consistent en des mouvemens alternatifs brusques de flexion des membres supérieurs et inférieurs et d'extension presque subite; pesanteur considérable à la tête, surtout dans les oreilles, ventre ballonné, plus arrondi que la veille; taches typhoïdes plus âpres et plus apparentes; diarrhée continue, épistaxis abondante dont le malade présente quelques traces à la visite, douleurs très vives du ventre ayant nécessité la nuit un cataplasme émollient; pouls à 70 75. Diagnostic extrêmement grave (M. Briquet). Deux vésicatoires aux cuisses, potion gommeuse avec 4 grammes de sulfate, compresses froides sur le front.

Soirée. Ouïe plus dure que le matin, céphalalgie frontale intense, vue saine, peau fraîche, fuliginosités des lèvres et des dents, ventre tendu, plus saillant à l'épigastre, remontant au-dessus du niveau des côtes, douloureux surtout à la pression et à l'hypogastre; selles toujours involontaires et diarrhéiques, pouls à 70-72, mouvemens choréiques continus dans la journée, mais quelques intervalles assez calmes, mais courts. Nouvelles potion de 2 grammes de sulfate.

7 juillet. Moins de stupeur, les mouvemens convulsifs, devenus de plus en plus rares, ont définitivement cédé; selles toujours involontaires et diarrhéiques, pas d'excrétion urinaire; ventre comme la veille, vessie distendue au-dessus du pubis, cathétérisme avec évacuation abondante, mais très douloureuse. Le malade ne semble pourtant pas s'apercevoir de ce qu'on fait, car il le demande successivement à plusieurs reprises. Verge légèrement œdématiée, volumineuse; fuliginosités abondantes; ouïe moins dure, céphalalgie frontale persistante, deux vomissemens peu abondans de matières verdâtres, bilieuses, dans la matinée; taches typhoïdes moins apparentes, pas de délire, un peu de rêvasseries; peau sèche, sans chaleur notable, pouls 68-70. Potion avec 4 grammes de sulfate, 5 centigrammes sur les vésicatoires.

Soirée. Intelligence, même état; plus de mouvemens convulsifs; vessie encore distendue par l'urine; nouveau cathétérisme. Potion à 2 grammes.

8 juillet. Somnolence marquée, ne se prolongeant pas quand on agite le malade. Réponses faciles aux questions qu'on lui adresse. Pas de délire. Encore deux vomissemens bilieux dans la matinée. Taches typhoïdes non apparentes. Céphalalgie frontale continue. Diarrhée toujours abondante. Excrétion urinaire volontaire, mais douloureuse au point d'arracher des cris au malade. Sorte de demi-érection de la verge, avec rougeur circonscrite à l'orifice de l'urètre; pas d'écoulement. Pouls comme la veille, dicrote. Chaleur normale. Ventre toujours ballonné, peu douloureux. Gargouillement iliaque. Potion avec sulfate de quinine, 3 grammes et au-dessus, quantité suffisante; deux lavemens émolliens.

Soirée. Selles abondantes. Excrétion urinaire normale. Somnolence. Potion à 3 grammes.

9 juillet. Moins de somnolence. Réponses nettes et faciles. Langue un peu humide. Moins de céphalalgie frontale. Voix légèrement voilée; du reste, rien du côté des organes respiratoires. Ventre moins ballonné. Pas de douleur. Gargouillement. Encore quelques selles diarrhéiques, mais volontaires. Un peu d'écoulement urétral. (Ce malade avait-il à son entrée une blénorrhagie? .. Il le nie.) Régurgitations liquides, légèrement filantes, bilieuses, peu abondantes après chaque gorgée de sa potion. Pouls calme, 68 - 70. Potion à 3 grammes.

Soirée. Le malade est levé sur son séant; il répond parfaitement aux questions, n'accuse pas de céphalalgie bien intense; plus de fuliginosités. Pouls calme, encore dicrote. Un peu de gaieté. Potion nouvelle à 3 grammes.

10 juillet. Pouls calme, un peu de pesanteur à la tête. Urines et selles volontaires, moins diarrhéiques. Chaleur normale. Encore du gargouillement. Pas de douleur de ventre. Pas de toux. Encore un léger suintement de l'urètre. Sommeil la nuit. Potion à 3 grammes, répétée dans la soirée.

11 juillet. Encore de la pesanteur à la tête. Faciès un peu animé. Pouls libre. Langue humide; léger enduit. Plus de toux ni de râle dans la poitrine. Encore un peu de diarrhée. Sommeil la nuit. Pouls à 68 - 70. Potion à 3 gram. (*bis*.)

12 juillet. La pesanteur de tête est le seul malaise qu'accuse le malade. Epistaxis dans la journée. Pot. à 2 gr. (*bis*.)

Soirée Pesanteur plus considérable à la tête. Pouls plus concentré et plus fréquent que le matin. Sinapismes.

13 juillet. 60 - 64 pulsations. Engourdissement des membres. Etourdissement quand il se place sur son séant. Ventre un peu douloureux. Quelques selles diarrhéiques. Eruption de miliaire peu confluente. Pot. à 2 gr. (*bis*). Sinapismes.

14 juillet. Diarrhée abondante. Coliques légères. Abattement général. Pouls à 72. Pot. à 2 gr. (*bis*). Sinapismes; lavement d'amidon et de têtes de pavot.

16 juillet. Peu de diarrhée. Coliques nulles. Appétit. Potion à 2 gram.; 5 bouillons; lavement amilacé.

18 juillet. Muguet sur la langue, sur les gencives en arrière, à la voute palatine. Gorge douloureuse. Rougeur seulement du pharynx. Un peu d'agitation la nuit. Pas de selles. Pouls à 102. Potion à 1 gram.; gargarisme avec miel et sous-carbonate de sonde; 2 potages; panades.

20 juillet. Pouls à 72. Coliques légères abdominales. Un vomissement. Plus de muguet. Pas de céphalalgie. Potion à 1 gram.; demi-lavement; diète.

21 juillet. Pouls à 60. Selles solides. Plus de coliques. Pot. à 1 gr.; 2 bouillons.

22 juillet, soirée. Pouls à 68. Pas de selles jusqu'au 25.

24. Coliques vagues, faciès anxieux à cause de la difficulté des garderobes. Pas de céphalalgie, etc. 8 gr. d'huile de ricin (*illicò*). Lavement émollient; diète.

31 juillet. Une potion.

1er août. Indigestion légère. Coliques légères. Pas de vomissemens. Pouls à 68 - 70.

Convalescence toujours un peu pénible.

Alph. SALMON, interne des hôpitaux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Mouvement du service pendant les mois d'avril et mai 1842.

(Suite et fin du n° 91.)

Pleuro-pneumonie, 6 cas.

1° Salle Saint Jean-de-Dieu, 14. Pleuro-pneumonie affectant toute la partie postérieure du poumon droit, plus spécialement la moitié supérieure, compliquée d'une entérite avec quelques phénomènes typhoïdes. Casus gravissimus.

Homme de dix-huit ans, malade depuis deux jours, entré le 12 avril. Sept saignées, dont deux locales (20 pal. et demie, 2560 gram.) en quatre jours. Convalescence le septième jour. Sorti le 21 mai.

2° Salle Saint-Jean de-Dieu, 17. Pleuro-pneumonie double, affectant les quatre cinquièmes inférieurs du côté gauche et les trois cinquièmes du côté droit, au deuxième degré. Casus gravissimus.

Homme de quarante ans, malade depuis cinq jours, entré le 14 avril. Sept saignées (deux locales) en quatre jours (27 pal., 3375 gram.). Convalescence le cinquième jour. Sorti le 8 mai. — (Ce fait a été publié en détail dans un des numéros de ce journal.)

3° Salle Sainte-Madeleine, 3. Quelques symptômes d'une péripneumonie gauche, mais incomplètement caractérisée, chez une femme affectée d'une maladie organique du cœur; plus tard péripneumonie bien franche, au deuxième degré, à la partie postérieure et supérieure du poumon droit. Casus gravissimus.

Femme de soixante ans, malade depuis deux jours, entrée le 22 avril. Quatre saignées (une locale) en trois jours (12 pal., 1500 grammes). Convalescence le cinquième jour. Sortie le 25 mai.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Pleuro-pneumonie au deuxième degré, affectant les trois cinquièmes postérieurs externes du poumon gauche. Casus gravis.

Homme de dix-huit ans, malade depuis six jours, entré le 3 avril. Une saignée, un vésicatoire. Convalescence le troisième jour. Sori le 14 avril.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Pleuro-pneumonie au deuxième degré, affectant les quatre cinquièmes inférieurs, postérieurs et externes du côté gauche, compliquée d'ictère (phlébite). Cas moyen.

Homme de trente-un ans, malade depuis cinq jours, entré le 14 mai. Cinq saignées (16 pal., 2 kilogr.) en trois jours. Convalescence le quatrième jour. Sorti le 29 mai.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9. Engorgement péripneumonique à la base du poumon droit. Cas léger.

Homme de quarante-sept ans, malade depuis la veille, entré le 10 mai, sorti le 21 mai. Quatre saignées en trois jours (14 palettes, 1750 grammes).

Pleurésies, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Pleurésie à l'état naissant, occupant la partie postérieure, externe de la moitié inférieure du côté gauche, avec fièvre assez forte. Cas moyen.

Homme de vingt-huit ans, malade depuis la veille. Entré le 12 mai. Trois saignées en deux jours (9 pal., 1125 gram.). Sorti le 23 mai.

2° Salle Sainte-Madeleine, 8. Pleurésie avec épanchement chez une femme anémique. Cas moyen.

Femme de vingt-cinq ans, malade depuis quinze jours, entrée le 14 mai. Une saignée, un vésicatoire. Convalescence le troisième jour. Sortie le 30 mai.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Point pleurétique gauche, sans épanchement. Cas très léger. Une saignée, un vésicatoire. Entré le 10 mai, sorti le 20 mai.

Rhumatisme articulaire, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 12. Rhumatisme articulaire aigu, avec coïncidence d'endocardite. Le tout datant de quinze jours environ. Cas grave.

Homme de vingt-sept ans, malade depuis quinze jours, entré le 26 avril. Sept saignées en cinq jours (21 pal., 2625 gram.). Convalescence le septième jour. Sorti le 11 mai.

(Les saignées ont été réellement pratiquées en quatre jours; le troisième jour du traitement le malade avait refusé de se laisser saigner. Il y a donc eu un jour d'intervalle dans le traitement entre le deuxième et le quatrième.)

2° Salle Sainte-Madeleine, 8. Rhumatisme articulaire aigu, médiocrement généralisé. Endocardite légère. Casus parvus.

Femme de vingt-neuf ans, malade depuis neuf jours, entrée le 11 avril. Trois saignées (7 pal., 875 gram.). Convalescence le sixième jour. Sortie le 10 mai.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Rhumatisme articulaire aigu, d'intensité moyenne, précédé de plusieurs autres attaques qui ont produit une affection organique du cœur. Cas complexe.

Homme de quarante-un ans, malade depuis quatre jours, entré le 19 avril. Quatre saignées en deux jours (15 palettes, 1875 gramm.) Convalescence le quatrième jour; sorti le 23 mai.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Attaques précédentes suivies d'affection organique du cœur.

Homme de trente ans, malade depuis quinze jours, entré le 29 avril. Six saignées (18 pal., 2250 gramm.) en quatre jours. Convalescence le sixième jour. Sorti le 2 juin.

Bronchites, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Courbature, bronchite, engorgement pneumonique léger à la base du poumon gauche? Cas léger. Entré le 24 mai. Sorti le 2 juin. Pas de traitement.

2° Salle Sainte-Madeleine, 11 bis. Bronchite épidémique grippale. Cas léger. Entré le 15 avril. Deux saignées (6 pal.). Sorti le 24 avril.

3° Salle Sainte-Madeleine, 2. Bronchite avec herpès labialis. Cas sans gravité.

Femme de dix-neuf ans, malade depuis trois jours. Entrée le 24 mai. Une saignée locale. Sortie.

Fièvre continue avec quelques symptômes gastriques. Cas léger. Salle Sainte-Madeleine, 5. Entrée le 14 mai. Sortie le 4 juin.

Entéro-colite, 1 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Homme de quarante-trois ans. Une saignée locale. Entré le 30 mai. Encore dans le service.

Erysipèles, 4 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 6. Erysipèle facial double. Cas grave. Femme de vingt-six ans, malade depuis trois jours. Entrée le 13 avril. Quatre saignées en trois jours (10 pal., 1250 gramm.) Convalescence le douzième jour. Sortie le 28 mai.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Erysipèle facial double. Cas moyen. Pas de traitement. Entré le 20 mai. Encore dans le service.

3° Salle Sainte-Madeleine, 11. Erysipèle facial double. Cas moyen. Trois saignées, dont deux applications de sangsues. Entrée le 2 mai. Sortie le 30 mai.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Erysipèle facial gauche. Cas léger. Pas de traitement. Encore dans les salles.

Pharyngo-amygdalite. Cas moyen. Salle Sainte-Madeleine, 12. Quatre saignées, deux locales. Entrée le 24 avril. Sortie le 1er mai.

Varioles, 2 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9. Variole confluente chez un sujet probablement mal vacciné. Cas moyen. Entré le 2 avril. Une saignée (3 pal.). Convalescence le sixième jour. Sorti le 9 mai.

2° Salle Sainte-Madeleine, 13. Variole confluente chez un sujet bien vacciné, il y a seize ans environ. Femme de dix-sept ans. Entrée le 17 mai. Sortie le 10 juin. Une saignée (3 pal.).

Péritonites, 2 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Coliques saturnines avec symptômes de péritonite. Entré le 8 mai. Sorti le 20 mai.

2° Salle Sainte-Madeleine, 5 bis. Douleurs simulant celles de la péritonite commençante. Deux saignées, dont une locale. Entrée le 21 mai. Sortie le 2 juin.

TOTAL, 41 cas aigus, 1 mort.

On été rangés dans une classe à part les quatres suivans, relatifs à des malades entrés à une époque où le traitement nouveau était devenu impossible, et ne pouvant, par conséquent compter dans le relevé précédent.

1° Salle Sainte-Madeleine, 2. Fièvre typhoïde à la deuxième période, chez une jeune fille chloro-anémique. Pneumonie intercurrente. Casus pessimus. Entrée le 29 avril. Pas de

roqua. Ce praticien prétend qu'elle n'a pas été employée avec assez d'exactitude et de persévérance dans les autres hôpitaux où on l'a mise en usage. (*N. du R.*)

traitement. Morte le 15 mai.

2° Salle Sainte-Madeleine, 8. Fièvre typhoïde négligée, à la fin de la deuxième période. Bronchite capillaire générale. Casus lethalis. Entrée le 10 mai. Morte le surlendemain. Non traitée.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu. Fièvre typhoïde à la fin de la deuxième ou au commencement de la troisième période. Bronchite générale et obstruction des bronches. Casus gravissimus. Entré le 18 mai. Mort le 30 mai. Non traité.

4° Salle Sainte-Madeleine, 5 bis. Pleuro-pneumonie puerpérale au deuxième degré, occupant les deux tiers inférieurs de chaque poumon. Casus lethalis. Entrée le 19 mai. Mort le surlendemain. Non traitée. A. F.

SUR LA CAUTÉRISATION AVEC LES ACIDES CONCENTRÉS ;
Par M. MAYOR, de Lausanne.

Les cautères (actuels et potentiels), sous le triple rapport de modificateurs de la vitalité, de révulsifs et de destructeurs de quelques parties de l'organisme vivant, sont généralement appréciés comme de puissans agens thérapeutiques. Quoique leur nombre soit très considérable, ils nous laissent encore plus que l'embarras du choix. Aucun d'eux, par exemple, ne présente cet avantage, d'agir sur de larges surfaces sous forme de lignes, et à la manière du feu, sans avoir les terribles apprêts de ce dernier, sans s'accompagner d'émotions diverses, de cris, de mouvemens presque convulsifs, et sans être suivis d'effroyables douleurs. Tous les praticiens regrettent donc, chaque jour, que ces inconvéniens graves et inévitables les privent d'avoir recours au plus énergique des cautérisans, et qu'ils soient obligés d'y suppléer plus ou moins mal, et toujours au détriment du but curatif qu'ils se proposent.

Aussi, l'ammoniaque, le métal plongé dans l'eau bouillante, les moxas avec le coton, la potasse, la pâte de Vienne et celle de Canquoin, ne pourront jamais suffire lorsqu'il s'agira, surtout comme avec le fer rouge, d'établir des *raies* plus ou moins rapprochées, longues, larges et profondes, et qui cernent et sillonnent de vingt manières différentes toute une surface, même fort étendue. Or, ce mode efficace ne peut pas seulement concerner les tumeurs blanches; les engorgemens articulaires, les affections rachidiennes, où l'on emploie encore quelquefois le feu sous cette forme et à l'instar des vétérinaires; mais il devra s'appliquer, en outre, à une foule d'autres cas pathologiques opiniâtres et graves qui envahissent tout le reste de l'organisme, et contre lesquels cependant on ne songe guère à appliquer le feu, malgré la fameuse sentence du père de la médecine: *Quæ ignis non sanat, insanabilia.*

La cause de cet abandon réside, sans contredit, non pas dans le peu de confiance qu'inspire ce genre de médication, car il a fait ses preuves, mais dans l'embarras d'en faire usage, sans passer pour cruel, barbare et inhumain. Il suffirait donc de ne plus se compromettre, sous ce rapport, pour rendre à ce moyen curatif, tout à la fois, et sa valeur insigne et sa popularité.

Dès long-temps les *acides minéraux* concentrés m'ont paru réunir ce double avantage, et voici comment je les emploie et en fais usage très fréquemment :

J'ai un pinceau en fils de verre ou d'amyanthe, ou bien un simple tube en verre ; je le plonge dans un flacon qui contient l'acide, et je le porte sur les points que je veux cautériser. J'y dessine tout à mon aise, et j'y établis dans tous les sens convenables le nombre, la longueur et la largeur des lignes que je désire, sans que le malade ait la moindre inquiétude au sujet de mon opération, et sans qu'il fasse de mouvemens désordonnés. Je passe et repasse le pinceau ou le tube aussi souvent qu'il est nécessaire, et suivant que je veux agir plus ou moins fortement ou profondément ; puis je laisse au liquide le temps de se dessécher, s'imbiber ou s'amalgamer, ce qui est l'affaire de deux ou trois minutes.

Ma conduite, alors, varie suivant le but que je me propose :

Si donc je tiens à la cautérisation pure et simple, à l'inflammation qui en résulte et à la persistance seule de cette dernière, sans que l'eschare dégénère en suppuration, je recouvre le tout de coton cardé ou d'ouate, exactement comme si j'avais une brûlure à traiter.

Je préviens, en effet, presque toujours, par-là, toute solution apparente de continuité, et je n'aperçois désormais, et le plus souvent, qu'une croûte brunâtre qui reste en place plus ou moins long-temps (quelques semaines parfois) et qui laisse, en tombant, une trace rouge foncée, qui persiste pendant quelque temps encore pour laisser une cicatrice linéaire quelconque.

Si au contraire j'attache quelque importance à ce que mes brûlures entrent en suppuration, je m'abstiens de ce pansement sec, et j'ai recours au cérat, à un emplâtre, au cataplasme, aux fomentations émollientes, au taffetas gommé, etc., etc. Tous ces moyens produisent, du reste, le même effet, quoiqu'on les applique plusieurs jours après le coton, et lorsque celui-ci semble avoir agi déjà suffisamment comme un simple dessiccatif, et qu'il ait comme cicatrisé les tissus cautérisés.

La douleur qui suit l'action du caustique commence à se faire sentir dès la première demi-minute, et continue à devenir graduellement plus intense, quoique toujours très supportable, pour disparaître presque complètement au bout d'une heure ou deux. L'application du coton cardé a évidemment ici un effet calmant ou sédatif, car j'ai vu un enfant dont je venais de couvrir la fesse de raies en tous sens, pour une coxarthrocace très grave, et dont les cris et les pleurs cessèrent assez promptement, aussitôt que mon pansement avec le coton fut fait et que j'eus donné un petit bonbon.

Il est assez inutile que je passe en revue les cas nombreux et divers qui peuvent réclamer ce mode facile de cautérisation *transcurrente.* L'indication de ce mode de médication se trouve, ainsi que tant d'autres choses, dans les besoins, la volonté, les convictions et même les caprices de chaque praticien. Je n'ai pas à m'en occuper : mes prétentions ne doivent s'élever ici qu'à fournir à chacun d'eux un moyen de les satisfaire toujours très facilement, et à mettre à leur disposition une nouvelle corde à leur arc pour la guerre qu'ils ont mission de faire aux maux qui affligent l'humanité. Je dirai seulement : Que j'ai rayé et stigmatisé de cette manière la région du larynx, pour une altération suspecte de la voix ; le vertex et la nuque, pour des accès épileptiformes ; l'apophyse mastoïde pour la surdité; le thorax et notamment les intervalles intercostaux, dans un épanchement pleurétique ; la région épigastrique, dans certaines gastralgies ; l'abdomen, pour des engorgemens fluctuans; les articulations, pour des tumeurs blanches ; les membres, pour des exostoses, etc., etc. J'ajouterai que j'ai mis aussi ce moyen en pratique contre les varices, et qu'il est bien plus commode et facile à manier que la potasse ou la pâte de Vienne. On lui donne toute l'étendue qu'on désire, et rien que celle dont on croit avoir besoin; et, au moyen du coton cardé, on est presque sûr d'avoir une croûte noire et sèche qui, lorsqu'elle tombe, laisse une cicatrice plus ou moins noueuse, dure et épaisse, en laquelle la veine variqueuse semble s'être transformée.

Je n'ai jamais, du reste, observé d'érysipèle à la suite de cette cautérisation, ni d'inflammation vive, quand on a soin de protéger les raies avec du coton cardé. Celles-ci restent en général dans la circonscription qu'elles ont obtenue par le pinceau ou le tube ; mais si on les traite avec un corps émollient ou gras, elles prennent de l'extension et s'accompagnent d'une auréole inflammatoire qui les assimile à d'étroites plaies suppurantes.

Quoique tous les acides capables de carboniser rapidement nos tissus soient convenables pour l'objet en question, le sulfurique paraît néanmoins l'emporter ; mais il altère si facilement l'humidité atmosphérique, et il s'affaiblit par conséquent si vite, quand on est dans le cas de déboucher fréquemment le flacon, qu'il peut convenir de le conserver dans de très petits vases.

J'indiquerai d'ailleurs comme un excellent porte-caustique un pinceau en fils déliés de platine et d'or.

Je suis très probablement le premier qui ai eu l'idée d'un pareil agent de cautérisation, tant les choses les plus simples, les plus commodes et les plus utiles semblent devoir être condamnées à rester les dernières aperçues. Je ne connais personne, du moins, qui recommande ce procédé, et aucun écrit où il en soit fait mention ; mais si on l'a indiqué ou employé quelque part, il faut convenir qu'il a joué de malheur, car il est tombé dans un profond oubli et dans la plus complète désuétude. Il mérite toutefois d'être tiré de l'un et de l'autre, et de faire son chemin dans la carrière médico-chirurgicale. Mais voudra-t-on par hasard, ainsi qu'on a coutume de dire et de faire, entendre la voix d'une longue expérience et laisser hautement parler les faits avant de se décider seulement à l'essayer ? C'est possible : c'est prudent, ajoutera-t-on peut-être encore ! Mais voilà tout justement aussi comment on arrive à se priver de la plupart des innovations, même des plus heureuses ! Que l'expérience et l'observation soient indispensables pour fixer, si l'on peut, les *indications* des révulsifs et des cautères, personne ne le contestera ; mais qu'on veuille y renvoyer l'homme de l'art lorsqu'il sera question de l'application du caustique que je propose, ce serait aussi étrange que puéril, et on mériterait l'apostrophe d'un célèbre académicien de Lausanne, du savant Vinet : « L'expérience et l'observation, c'est, dit-il, une paire de béquilles à l'usage de ceux qui ne peuvent pas avancer autrement. »

Cette question rentre, au demeurant, dans celle qui s'agite dans l'intervalle immense qui sépare la médecine et la chirurgie, et les caractérise l'une et l'autre. L'expérience, toujours difficile, et la méticuleuse observation, sont indispensables à la première ; le positivisme et l'exactitude sont les attributs de la seconde, qui *peut* se mettre au-dessus de l'observation et de l'expérience.

Lausanne, ce 9 août 1841. M. MAYOR.

Sur les avantages que présente la céphalotripsie dans le cas de mauvaise conformation du bassin; par M. L. BAUDELOCQUE. (Lettre adressée à l'Académie de médecine.)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous faire part du résultat que j'ai obtenu de la pratique de la céphalotripsie dans le cas de mauvaise conformation du bassin, pour que vous puissiez juger cette opération.

J'ai pratiqué seize fois la céphalotripsie. Dans deux cas, les femmes étaient mourantes ; l'une d'épuisement du système nerveux, parce que le travail avait duré trop long-temps, et l'autre d'une rupture de l'utérus qui avait été produite par le forceps ordinaire. La première de ces deux femmes avait un bassin de deux pouces trois quarts ; le bassin de la seconde n'avait pas plus de deux pouces et un quart ; et cependant, malgré l'étroitesse excessive de ce bassin, l'extraction du fœtus n'a pas duré dix minutes. Je ne fais pas entrer ces deux cas en ligne de compte.

Restent quatorze femmes, dont quatre avaient un bassin de deux pouces et demi au plus, et les autres un bassin de deux pouces trois quarts. Quant à la présentation du fœtus, l'ovale supérieur de la tête s'est présenté onze fois, les pieds deux fois, et la face une fois.

De ces quatorze femmes, j'en ai perdu deux ; l'une de métrite aiguë, six jours après l'accouchement, et l'autre, deux mois après, d'entérite chronique. A l'ouverture du cadavre de cette dernière, les médecins présens ont reconnu que les organes génitaux étaient alors parfaitement sains.

Quant à la durée de l'opération, elle a varié depuis six jusqu'à vingt minutes, dans les cas même où le bassin n'avait que deux pouces et demi, en comprenant dans cet espace de temps celui qui a été perdu à disposer le lit, les assistans, etc., et une seule fois l'extraction du fœtus par la céphalotribe et la version, a duré une heure environ, à cause du volume du fœtus, qui pesait au moins six kilogrammes. L'expérience m'a prouvé que lors même que le bassin n'a que deux pouces et demi, l'opération est prompte et facile pour deux raisons, d'abord parce que les femmes qui sont rachitiques font des enfans qui ne pèsent pas plus de 3 kilogrammes, tandis que les femmes qui ont un bassin régulier, mais petit, étant en général vigoureuses, font des enfans très gros ; or, leur extraction est bien plus difficile, quoique le bassin ait quelques lignes de plus, et ensuite parce que l'ossification des enfans des femmes rachitiques est bien moins solide que celle des enfans dont les mères ne le sont pas. Ces deux vérités sont incontestables.

On a fait quelques objections à la céphalotripsie. Je vais les passer en revue.

Première objection. *Allongement de quelques-uns des diamètres de la tête.* — M. P. Dubois reproche au céphalotribe d'allonger ceux des diamètres de la tête sur lesquels il n'agit pas. Cet allongement est la conséquence de l'aplatissement de la tête ; mais ce que j'affirme c'est que cet allongement n'apporte pas d'obstacle à la sortie de la tête. En voici la preuve. Je faisais, dans mes cours, l'expérience suivante : Je prenais un bassin de deux pouces et un quart, et je broyais une tête au-dessus de ce bassin, puis, quand la tête était broyée, je la faisais passer à travers ce canal avec la plus grande facilité. En effet, la tête devient tellement molle à la suite du broiement, quand le céphalotribe a été bien appliqué, qu'elle pourrait traverser facilement un bassin de deux pouces, et j'ai déjà publié que c'est à partir de cette dimension que la céphalotripsie seule convient. D'ailleurs, qui empêcherait de perforer la tête, quand elle aurait été broyée, si le volume de la voute du crâne présentait une trop grande résistance aux tractions qu'on exerce sur l'instrument. Quant aux tractions elles-mêmes à exercer sur le céphalotribe, on n'a pas encore décidé s'il convient ou non d'en faire. Seulement il paraît que, jusqu'ici tous les opérateurs en ont fait ; mais ne serait-il pas plus sage, lorsque la tête broyée présente quelque résistance aux tractions que l'on exerce sur l'instrument, de les cesser, et de faire, par exemple, la version, procédé que madame Lachapelle ne manquait pas d'employer, après la perforation du crâne, et dont elle se louait beaucoup.

Deuxième objection. *Rupture de l'un des muscles psoas.* — M. P. Dubois argumente encore contre la céphalotripsie, en citant l'exemple d'une femme chez laquelle un des muscles psoas s'est déchiré pendant l'opération, mais ne sait-on pas que la déchirure de l'un des muscles psoas et même du sternum, a lieu pendant des accouchemens fort naturels ! Or, pourquoi attribuer au céphalotribe un accident qu'il ne peut pas produire !

Troisième objection. *Rupture des organes génitaux.* — On a encore prétendu que le céphalotribe a déchiré l'utérus et le vagin, dans un cas même où le bassin avait deux pouces trois quarts. Mais n'est-il pas évident que l'on a rejeté sur l'instrument une faute qui dépendait de la main qui l'avait conduit ?

Quatrième objection. *Inflammation des organes génitaux.* — On a reproché au céphalotribe d'avoir produit la métrite et la métro-péritonite. M. P. Dubois a même cité l'exemple d'une femme qui a succombé à une métrite, malgré, dit-il, le traitement le plus énergique. En général, quand on a recours à la céphalotripsie, on commence par épuiser toutes les tentatives de version et d'application du forceps, et ces tentatives enflamment plus ou moins les organes génitaux. Ainsi, des quatorze femmes que j'ai opérées, huit ont été prises d'inflammation plus ou moins violente du bas-ventre, et les six autres n'ont pas eu la moindre fièvre à la suite de l'opération. La cause de cette différence se trouve essentiellement dans les manœuvres plus ou moins longues et plus ou moins bien dirigées qui avaient été faites sur les 8 femmes. Un traitement antiphlogistique vigoureux n'est donc indispensable à la suite de la céphalotripsie, que quand les organes génitaux ont été enflammés par des manœuvres préalables.

Cinquième et dernière objection. *Eclampsie.* — Enfin on a reproché au céphalotribe d'avoir produit une fois l'éclampsie, quelques heures après l'accouchement ; mais comme l'éclampsie peut se manifester à la suite de l'accouchement, même le plus naturel, je ne regarderai pas cette objection comme sérieuse.

Quant aux cas très rares où le bassin est au-dessous de deux pouces, je préférerais encore à l'opération césarienne la céphalotripsie, en y joignant la symphyséotomie suivant mon procédé, et je suis convaincu que ces deux opérations, si elles étaient bien faites, conserveraient plus de femmes que l'opération césarienne, tant qu'on la fera en ouvrant le péritoine et l'utérus, et c'est pour avoir pratiqué trois fois et sans succès l'hystérotomie, que j'ai maintenant cette opinion.

Tel est le résultat que j'ai obtenu de la céphalotripsie ; or, quelle est l'opération chirurgicale qui compte autant de succès ! Si cependant le résumé que je viens de présenter ne suffit pas pour vous convaincre, Monsieur le président, du peu de danger que présente la céphalotripsie, lorsqu'on la pratique dans des circonstances favorables, c'est-à-dire quand on n'a pas fait, avant d'y recourir, d'autres manœuvres que celles qui sont indispensables, j'ai l'honneur de vous prier de me faire autoriser par M. le ministre de l'intérieur, à faire des expériences publiques sur cette opération, dans les hôpitaux, sous les yeux d'une commission nommée par l'Académie ; ce serait peut-être le seul moyen de mettre au grand jour le motif qui porte quelques praticiens à déprécier une opération que Boyer, qui le premier l'a jugée, regardait comme un progrès dans l'art des accouchemens, et comme un bienfait pour l'humanité.

Veuillez agréer, etc. L. BAUDELOCQUE.

9 août 1842.

Extraction de la lilacine, principe amer du lilas (syringa vulgaris) ; par M. Alph. MEILLET.

Plusieurs praticiens se sont occupés du lilas et ont constaté la vertu fébrifuge dont il est doué. M. Cruveilhier a fait des expériences qui ont mis hors de doute les propriétés des capsules et des feuilles. Dans plusieurs provinces de la France, et notamment dans la Brenne, les paysans n'ont pas d'autre remède contre les fièvres intermittentes. Il était donc intéressant de s'occuper de l'extraction de son principe actif : MM. Pétroz et Robinet ont analysé les fruits du lilas et ont signalé une matière sucrée et une matière amère ; mais ils ne l'ont pas obtenue à un état de pureté suffisant pour pouvoir prononcer sur sa nature et s'assurer de ses propriétés.

Le procédé que M. Meillet a suivi pour son extraction est assez simple, et rentre, à quelques modifications près, dans celui que l'on suit pour quelques autres principes immédiats. On prend les feuilles du lilas, ou plutôt les capsules vertes qui sont plus riches ; on les pile et on fait deux fortes décoctions ; on évapore à moitié ; alors on ajoute du sous-acétate de plomb dans la liqueur ; on concentre jusqu'à consistance de sirop clair, et on y mêle un excès de magnésie calcinée ; on réduit le tout à moitié au bain-marie, et on pulvérise l'extrait en ajoutant un peu de carbonate de magnésie pour faciliter la trituration. Lorsqu'il est amené à l'état de poudre fine, on le fait digérer à plusieurs reprises dans de l'eau préalablement chauffée à 30 ou 40 degrés centigrades ; on traite ensuite par l'alcool à 40 degrés bouillant ; on décolore au charbon lavé à l'acide ; on filtre et on évapore à moitié. Par le refroidissement de la liqueur, la lilacine cristallise. Dans cette opération, le sous-acétate de plomb sert à précipiter une matière résineuse dont il est très difficile de débarrasser la lilacine, qui l'empêche de cristalliser.

Le lavage de l'extrait à l'eau tiède a pour but d'enlever l'acétate magnésique formé, et une assez forte quantité de mannite contenue dans les fruits et dont M. Meillet a constaté la présence. La lilacine paraît être combinée dans le lilas avec l'acide malique, bien qu'elle ne soit pas alcaline. Lorsqu'elle a cristallisé par le refroidissement d'une solution bouillante, elle est en houppes formées de petites aiguilles légères, semblables à la méconine ; mais si on laisse évaporer spontanément une solution faite à froid, elle cristallise en longs prismes quadrilatères à sommets dièdres. Elle est d'une saveur amère franche, assez semblable à celle des sels de quinine, quoique moins intense ; elle ne se dissout ni dans l'eau, ni dans les acides qu'elle ne neutralise pas ; toutefois, l'acide acétique, aidé de la chaleur, la dissout, mais sans entrer en combinaison avec elle, car elle cristallise à l'état de pureté par le refroidissement. Tous les lilas n'en donnent pas une égale quantité, et la proportion dans laquelle elle y existe est généralement très faible ; certaines espèces n'en ont pas même offert de traces. Quoi qu'il en soit, il serait à désirer qu'on se livrât à quelques expérimentations pour fixer sa valeur thérapeutique, et pour préciser définitivement les cas pathologiques dans lesquels elle pourrait être employée avec avantage, ainsi que les doses, les formes médicamenteuses et le mode d'administration qui pourraient convenir le mieux dans son emploi clinique. (*Journ. de pharm.*, 1842.)

OBSÈQUES DE M. LE BARON LARREY.

Jeudi dernier, les obsèques de M. le baron Larrey ont été célébrées avec une pompe digne de l'illustre défunt, et au milieu d'un concours immense. Vers onze heures, le chœur et la nef de l'église Saint-Germain-l'Auxerrois pouvaient à peine contenir la foule d'assistans qui étaient venus payer ce dernier tribut d'hommages au vénérable chirurgien dont les services auraient illustré plusieurs vies d'homme. Un superbe catafalque surmonté d'un immense baldaquin s'élevait au milieu du chœur, tendu de draperies noires à franges d'argent. Le corps du défunt, déposé dans la chapelle de l'Agonie, a été levé par M. le curé de la paroisse, entouré de tout son clergé. M. H. Larrey conduisait le deuil ; les cordons du poêle étaient portés par M. de Rambuteau, préfet de la Seine, M. le lieutenant-général Petit, gouverneur par intérim des Invalides, M. Moizin, inspecteur du service de santé, et M. Breschet, membre de l'Institut. Après avoir traversé les nefs latérales et la grande nef, le corps a été placé sous le catafalque et l'office divin a commencé.

Après la cérémonie religieuse, le cortége s'est mis en marche pour le cimetière du Père Lachaise. Deux voitures pour le clergé précédaient le cortége, puis venait le corbillard; un maître des cérémonies portant les insignes du défunt, M. H. Larrey conduisant le deuil à pied jusqu'au Père Lachaise, une députation de l'Institut et de l'Académie de médecine, le général commandant l'Ecole polytechnique, avec un nombreux détachement des élèves de cette école, le corps entier des professeurs et élèves de l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, presque tous les officiers de santé militaires des diverses troupes de la garnison de Paris, l'état-major de l'hôtel royal des Invalides, les médecins et chirurgiens de cet hôtel, ainsi que ceux de tous les hôpitaux militaires de Paris, un grand concours de médecins civils, professeurs ou médecins des hôpitaux, parmi lesquels MM. Andral, Rayer, Jobert, Ségalas, Leroy d'Etiolles, etc. ; des militaires de toutes armes, au milieu desquels on distinguait le viel et bel uniforme de la garde impériale ; de vieux soldats mutilés, un grand nombre de personnages de distinction, pairs de France, députés; M. Boissy-d'Anglas, un aide-de-camp du roi. Un bataillon du 40[e] de ligne accompagnait le cortége, qui, après avoir traversé la place du Carrousel et la rue de Rivoli, s'est dirigé sur la place Vendôme, et de là, par les boulevards, au cimetière du Père Lachaise.

Là, après les honneurs militaires rendus au défunt, plusieurs discours ont été prononcés, au nom de l'Institut, par M. Breschet ; du conseil supérieur de santé, par M. Voisin ; de l'Académie de médecine, par M. Pariset, du Val-de-Grâce, par M. Levy ; du Gros-Caillou, par M. Baudens ; de l'armée d'Afrique, par M. Guyon. Des discours ont aussi été prononcés par M. Desruelles, comme ancien élève de Larrey ; un ancien officier, au nom de l'ancienne armée d'Egypte ; par M. Riquier, au nom des élèves de santé militaires, etc.

Nous donnons ici quelques extraits des discours de M. Baudens, de M. Desruelles et de M. Riquier.

M. Baudens s'est exprimé en ces termes :

« ... Quand éclatèrent les fureurs sanglantes de la révolution de 1789, Larrey, qui n'était encore qu'un tout jeune homme, s'était déjà distingué comme chirurgien dans diverses échauffourées populaires, et s'indignait des excès du nouvel ordre de choses qu'il avait salué de tous ses vœux.

» Il apprend que l'ennemi est à la frontière, que des milliers de blessés succombent faute de soins assez prompts, et de suite il comprend quelle grande mission la Providence lui a réservée.

» Se rendre à l'armée, signaler son arrivée par la création des ambulances volantes, disputer nos blessés à l'ennemi, payer de sa personne, être blessé lui-même, et, comme récompense de tant de dévouement, être signalé à la Convention par le général Beauharnais, tels sont les débuts du jeune chirurgien militaire de l'armée du Rhin.

» Dès ce moment, Larrey ne s'appartient plus ; les guerres de la révolution et de l'empire le retrouveront toujours au premier rang, infatigable, veillant jour et nuit.

» C'est qu'à une grande puissance intellectuelle, soutenue par les sentimens moraux les plus nobles, Larrey joignait une organisation physique plus puissante encore...

» Quand avec le coup-d'œil investigateur auquel la nature ne savait dérober ses secrets, il avait compris que le mal était au-dessus des ressources ordinaires, et que le fer pouvait seul guérir, Larrey se recueillait, sa figure prenait une teinte triste et sévère ; on comprenait que l'âme du grand chirurgien était en proie à une violente lutte, et que la main qui sur cent champs de bataille avait opéré, tremblait encore au moment de s'armer du fer.

» Je souffre, disait-il alors, je souffre plus que le malheureux que je vais opérer, et des larmes que vainement il cherchait à retenir, trahissaient sa douleur.

» Arrivé près du malade, Larrey, par l'ascendant qu'il exerçait autour de lui, n'avait pas de peine à convaincre : son éloquence était celle du cœur...

« Larrey ! tu appartenais à l'armée ; l'armée ne t'a donné que ce qu'elle pouvait t'offrir : un reflet de sa gloire. Cette monnaie-là allait à ton grand cœur ! Vainement le héros près duquel la Providence t'avait placé pour réparer le mal que sa brillante ambition préparait à l'humanité, essaya-t-il de t'enrichir ; son or, tu l'as placé selon ton cœur, selon le sien ; tu l'as donné au soldat dont ta main venait de sauver les jours ; tu lui disais, en te cachant de nous comme pour jouir seul de tes bonnes œuvres : « Tiens, mon brave, mets-toi en route ; va embrasser ton vieux père. » Toujours on retrouvait en toi le chirurgien de l'île Lobau, faisant tuer dans un moment de disette ses chevaux pour faire du bouillon aux blessés.

» Pardon, cher maître, si je trahis les secrets que ta modestie tenait cachés ; laisse-nous nous inspirer de tes vertus, permets-nous ces simples récits, quand l'exilé de Sainte-Hélène t'a proclamé, du haut de son rocher, le plus vertueux des hommes.

» Larrey ne sentit jamais les glaces de l'âge ; pour l'élan, pour le cœur, il n'a jamais eu que vingt ans ; à soixante-seize ans, il supplia son frère d'armes, le maréchal Soult, de le laisser partir pour l'Afrique, où tant de souffrances l'appelaient.

» Le jour de son départ fut un des plus beaux de sa vie. Il accomplit noblement sa mission.

» Au moment de poser le pied sur le sol de la France lors de son retour, on le vit se recueillir, et, comme s'il eût été averti par un pressentiment s'écrier : « Maintenant, je n'ai plus qu'à mourir ! » Huit jours plus tard. il s'éteignit dans les bras de son fils !... »

— *M. Desruelles* après avoir rappelé les actions les plus mémorables de M. Larrey, a continué ainsi :

« C'est sur un champ de bataille qu'il fallait voir le grand chirurgien que nous pleurons. Dévoré par son activité, il allait, sous le feu de la mitraille, ravir à une mort certaine nos soldats mutilés. Aussi, dès qu'ils l'apercevaient au milieu d'eux, ils ne craignaient plus leurs blessures, tant leur foi en ses talens et son humanité était inébranlable ! Ils savaient qu'il n'y aurait de repos pour lui et pour nous, que lorsque les cris et les gémissemens auraient cessé sur le champ de carnage, où souvent, avec de faibles ressources, l'infatigable chirurgien s'ingéniait à réparer les malheurs de nos victoires.

» L'admiration que lui portait la Garde impériale était sans bornes. Combien de fois n'avons-nous pas vu cette Garde, si fière de prérogatives, écarter ses rangs pour laisser passer le chirurgien qu'elle chérissait. Ces vieux soldats le regardaient avec reconnaissance et le saluaient avec respect.

» Au courage militaire, M. Larrey sut joindre une autre sorte de courage : dans une circonstance, la plus mémorable de sa vie peut-être, et que son historien dira toute entière, on le vit, à Dresde, après la bataille de Bautzen, résister aux ordres des séïdes d'un pouvoir un moment abusé. Fort de sa conscience, il lutta avec énergie contre tous ceux qui avaient espéré faire partager au chef de l'armée une fatale erreur. Une pension, donnée alors par l'Empereur, ôtée ensuite par la restauration, et rendue, à titre de rémunération nationale par une décision spéciale de la Chambre des députés, fut la récompense d'un acte qui mérita à M. Larrey d'être désigné dans le testament de Napoléon comme l'homme le plus vertueux qu'il ait connu. Cet éloge, si bien mérité rend le nom de M. Larrey désormais inséparable du nom du grand capitaine qui lui avait voué une admiration sans bornes.

» Sa vie de chirurgien d'armée a commencé et fini sur un champ de bataille ; car il est mort en mission d'inspection d'Algérie. Malgré les représentations bienveillantes du maréchal-ministre, les prières de ses amis, les larmes de sa famille, il a voulu revoir ce soleil d'Afrique qu'il avait vu lever en Egypte, où, jeune chirurgien en chef d'armée, il accompagna le général Bonaparte, et assista aux merveilleuses choses qui s'y sont faites pour la gloire du nom français. C'est en revenant de la terrre d'Afrique, qu'il tomba malade et mourut en chrétien, dans les bras de son fils, qui ne l'avait pas quitté un seul momens pendant sa mission. »

M. Riquier, chirurgien sous-aide auxiliaire à l'hôpital militaire de Lyon, qui avait assisté le baron Larrey dans ses derniers momens et accompagné ses dépouilles mortelles à Paris, a prononcé, au nom des élèves de santé militaires, quelques paroles chaleureuses parmi lesquelles nous avons remarqué celles-ci :

« Pourquoi n'a-t-on pu exaucer le vœu si légitime que tu avais formé de reposer au milieu des debris mutilés de nos vieilles légions, qui te virent si souvent partager leurs périls (1) ?

» C'est une douleur de plus à ajouter à toutes celles qui nous navrent le cœur.

» Mais du moins une pensée consolante nous est permise en ce jour de deuil : c'est de voir près de nous ce fils si digne par son savoir et ses vertus de continuer l'illustration de ton nom révéré. »

Manuel d'accouchement ; par M. Nægelé, professeur d'accouchement à l'université de Heidelberg ; traduit de l'allemand par J.-B. Pigné. — Chez madame veuve Hildebrand, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. Un vol. Prix, 4 francs.

Cet ouvrage, digne à tous égards du célèbre praticien qui y a attaché son nom, est le fruit de quarante années d'étude et de pratique ; il a été traduit dans la plupart des langues vivantes, et se trouve entre les mains de tous les étudians allemands. La simplicité des doctrines qui y sont enseignées lui assure une place distinguée parmi les meilleurs ouvrages sur la matière. Ce n'est pas un livre scientifique ; on voit qu'il n'a pas été fait dans le cabinet, mais bien dans les salles de clinique. Ce petit livre eût suffi pour placer son auteur au premier rang parmi les accoucheurs de l'époque, si déjà ses nombreux travaux ne nous l'avaient fait connaître depuis long-temps.

Il nous est impossible de donner une analyse de cet ouvrage succinct et précis ; nous nous bornons à le signaler comme devant être un bon guide pour les élèves et même pour les praticiens, et un *vade-mecum* indispensable à toutes les sages-femmes.

(1) Il nous semble en effet que la place naturelle du tombeau de Larrey était marquée aux Invalides, non loin du tombeau de Napoléon.

Instrument pour l'excision des amygdales ; par M. Fauraytier, interne à l'Hôtel-Dieu.

Paris, 10 août 1842.

Monsieur le Rédacteur,

Il y a sept mois aujourd'hui que, d'après mes indications, M. Luer, fabricant d'instrumens de chirurgie, a modifié le petit instrument connu en chirurgie sous le nom de guillotine, et destiné à la résection des amygdales. La modification porte uniquement sur ce point, *que l'instrument, qui agissait par pression, agit maintenant par section à la manière d'un bistouri*. Ce petit perfectionnement m'a demandé bien des tentatives avant d'être convenablement réalisé ; cependant je suis arrivé à mon but, et alors l'instrument a été livre à la vente sans que j'aie cru devoir publier la modification dont j'étais l'auteur.

Je m'étais borné à montrer l'instrument à M. le professeur Velpeau et à mes collègues de l'Hôtel-Dieu ; M. Chassaignac l'avait presenté dans ses cours, et s'en était servi plusieurs fois sur le vivant : tous les jours il en sortait quelques-uns des ateliers de M. Luer pour des chirurgiens français et étrangers. Je me contentais de cette sorte de publicité, la jugeant suffisante pour m'assurer la mineure propriété de la petite modification en question, lorsqu'un confrère de M. Luer, M. Capron, a montré à l'Académie de médecine, comme lui appartenant, un *instrument modifié* de la même manière, et dont l'idée lui a été fournie par un ancien élève de M. Luer.

J'ose espérer, Monsieur le Rédacteur, que vous voudrez bien donner une place à cette lettre dans les colonnes de votre estimable journal, afin qu'en face de ma réclamation il soit rendu à chacun selon ses œuvres.

M. Fauraytier,
Interne de l'Hôtel-Dieu.

NOUVELLES.

L'administration, prévenue que la plupart des sels destinés aux usages alimentaires à Paris étaient falsifiés, ordonna que des visites spéciales fussent faites et des échantillons prélevés pour être examinés.

Sur 2,023 échantillons, 309 ont présenté les caractères de la falsification, les uns avec du plâtre crû, les autres avec des sels de Varech contenant de l'iode.

Les visites annuelles faites par les professeurs de l'Ecole de pharmacie ont amené la découverte de sels où l'on apercevait des traces d'un sel de cuivre.

— Le Conseil d'arrondissement de la Gironde a adopté à l'unanimité la proposition d'invoquer l'action répressive des lois contre la falsification des vins, qui est encouragée par une coupable tolérance, et qui se commet jusque dans le sein d'un pays où ce produit est le plus abondant et au prix le plus bas.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16, ET JEUDI 18 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 98. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — MM. RÉCAMIER et TESSIER.

Observation de tétanos spontané, rédigée par M. le docteur HERMEL.

Le soir du 28 juin 1842, le nommé Lavillauroy, âge de vingt-un ans, est entré à la salle Sainte-Madeleine, n° 40.

Il travaillait depuis plusieurs mois aux fortifications, à un mur bâti au fond d'un fossé contenant un peu d'eau. En posant les premières pierres de ce mur, il avait eu les pieds dans l'eau, une heure seulement, il y a quinze jours; depuis il n'a pas cessé d'être exposé à un soleil très ardent.

A cette époque il sentit des douleurs vives dans les massèters, douleurs qui s'accrurent peu à peu.

Il y a six jours, le 25 juin, après avoir travaillé comme d'habitude, il ne fit point son repas du soir, parce que ses dents se serrèrent si fort qu'il ne put ouvrir la bouche. Le lendemain son cou se raidit: il resta couché. Le troisième jour on le saigna; son état ne fut point amélioré.

Le 28, on l'amena à pied; la tête était fixe, immobile; lorsqu'il s'arrêtait pour parler, il s'appuyait contre le mur et paraissait un peu penché à droite. On lui appliqua vingt sangsues derrière chaque oreille.

Le 29, on l'examina pour la première fois. Après qu'il nous eut donné les renseignemens précédens, on remarqua la face rouge, les yeux demi-fermés, brillans; les mâchoires et les dents serrées par la contraction des muscles massèters et temporaux, ne permettant qu'un écartement d'une ligne environ; la langue ne pouvait sortir de la bouche. La tête et le tronc étaient forcément renversés en arrière par la contraction des muscles spinaux. Les bras et les jambes avaient conservé tous leurs mouvemens sans contracture ni résolution. L'intégrité des sens et des sensations était parfaite; la sensibilité existait dans toutes les parties. Le malade avait sa connaissance, et quoiqu'articulant à travers les dents, il répondait bien à toutes les questions. Le pouls était vif, plein et dur; on lui fit une saignée de huit onces (240 grammes), après laquelle on essaya de modifier la contraction musculaire par le galvanisme. Pour cela, une aiguille fut placée à la nuque, mise en communication du pôle positif d'une pile de trente couples, peu chargée, ayant chacun 0,09 cent. carré; une seconde à la région dorsale et une troisième aux lombes, servirent à donner quelques commotions.

Pendant quatorze minutes, il supporta les trente couples sans douleurs très violentes, ce qui provoqua une sueur très abondante à la tête et au cou, et plus faible dans le dos et aux reins. Il écarta un peu mieux les mâchoires, mais il n'y avait point d'amélioration bien notable; il sortait le bout de la langue. On lui prescrivit une potion avec 4,0 de laudanum de Sydenham. Tisane commune à discrétion.

Le 30, il était dans le même état; le pouls était devenu rapide, mou et plus grand que la veille. Toutes les fois qu'il s'endormait il était réveillé par de violentes secousses dans tout le corps. On percuta sur les apophyses épineuses de chaque vertèbre, sans trouver de point douloureux. On lui fit donner une affusion froide qui dura cinq minutes; il reçut successivement quatre seaux d'eau versés doucement sur la tête d'abord, puis sur le corps, en revenant à la tête. En le sortant de la baignoire, les infirmiers le trouvèrent moins raide. Quelques instans après la réaction commençant, on lui donna un bain de vapeur pour le soutenir. A la suite de ce bain, il se sentit beaucoup moins raide; il a pu desserrer les dents de manière à mettre les doigts dans la bouche, et il s'est endormi paisiblement. Il n'avait pas été à la selle la veille; on lui donna un lavement purgatif qui fit son effet. Il a toujours bien uriné.

Le 1er juillet, il se plaignit de n'avoir pas dormi dans la nuit parce qu'il était réveillé continuellement par les secousses brusques et violentes qui tendaient à renverser le tronc en arrière. Il était dans la même attitude que les jours précédens; ses yeux supportaient moins bien la lumière; les membres paraissaient jouir de leur mouvement et de leur force; cependant, il ne put mettre ses bras entièrement sur sa tête, ce que nous n'avions pas vérifié hier. La soif était vive; il avait une légère transpiration continuelle. Espérant qu'elle pourrait être critique, on la favorisa en mettant 4,0 de carbonate d'ammoniaque dans chaque pot de tisane, et on lui donna de plus 4,0 de sulfate de quinine. Cela n'empêcha pas de continuer l'affusion froide suivie du bain de vapeur dans la réaction. Un lavement le soir.

Le 2, l'état était le même. Pendant la journée de la veille, il y avait eu quelque amélioration. A la suite du bain de vapeur, il a transpiré de manière à tremper ses couvertures et ses matelas: il est resté couvert de sueur. Mais avec la nuit les souffrances étaient revenues. Il n'avait pris que la moitié de sa potion de sulfate de quinine. Le pouls a changé de caractère; il est plus petit, plus fréquent, un peu vite. On chercha à vaincre la rigidité des muscles du cou en imprimant des mouvemens forcés à la tête; on massa les muscles du tronc; à la fin des mouvemens ils étaient moins difficiles, mais quelques minutes après ils se contractaient de nouveau avec autant de force. On continua la même médication.

Le 3 juillet je ne le vis point; il a été massé après le bain de vapeur, ce qui donna un soulagement momentané, et il transpira jusqu'au lendemain. Même prescription.

Le 4, il présenta un ensemble plus grave; le pouls était devenu vite, petit, dur, fréquent, un peu récurrent, la respiration plus accélérée. L'intelligence, les sens, les sensations et les mouvemens, n'avaient point changé. On lui fit une saignée de huit onces (240 gr.), et on appliqua deux lignes parallèles de ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale. Carbonate d'ammoniaque, 4,0 par pot de tisane. On suspendit les affusions et le bain de vapeur. Un lavement le soir.

Le 5 juillet, il y avait aggravation générale, les contractions brusques revenaient à tous momens; le pouls petit, dépressible, donnait 120 pulsations; le malade urine bien et n'a pas eu de selle malgré le lavement.

M. Récamier conseilla des frictions mercurielles qui furent différées pour appliquer les mouchetures du cautère actuel dans l'espace laissé libre par les ventouses scarifiées.

Le 6, il y avait une amélioration sensible, le pouls n'avait plus sa fréquence, il avait repris son volume, il n'était point dur; le malade se trouvait mieux, il avait moins de secousses, il pouvait reposer quelques instans. Après l'avoir relevé dans son lit et lorsqu'on eut secoué ses oreillers, le tronc se fléchit un peu en avant. Les membres ont toujours conservé leurs mouvemens, et la sensibilité existe partout. Le malade avait faim: on lui accorda du bouillon de poulet. On prescrivit une petite cuillerée d'acétate d'ammoniaque par pot d'infusion de sureau.

Le 7, il allait moins bien: ses jambes étaient contractées, fléchies, moins mobiles; il avait éprouvé plus de secousses. Le pouls était plus petit, plus vif, plus résistant. Point de selles; il urinait bien. On lui continua l'acétate d'ammoniaque, le bouillon de poulet et on le mit dans un bain prolongé.

Le 8, l'état n'avait point changé; on insista sur la même prescription.

Le 9, il se trouvait mieux, pouvait desserrer les dents, ce qu'il n'avait point fait depuis plusieurs jours; il était moins raide; il avait pris un peu de potage. On continua la prescription.

Le 10, il fut dans la même position.

Le 11, il se trouvait mieux, mais cette demi-quiétude du malade nous parut insidieuse. En effet, sa position était presque la même: la contracture n'avait diminué qu'un peu dans les mâchoires, les dents s'écartaient d'une à deux lignes; tandis que la tête et le tronc étaient autant renversés en arrière et un peu sur le côté gauche (1); les bras et les jambes n'avaient plus la souplesse et la liberté d'action qu'ils avaient dans le commencement, il y a quatorze jours.

Hier, il a eu d'abondantes évacuations provoquées par un lavement purgatif; il n'avait pas eu de selles depuis trois jours. On aperçut une éruption miliaire générale. On revint aux calmans, et l'on donna 125 grammes de sirop de morphine, l'acétate d'ammoniaque, du bouillon de poulet et un lavement.

Le 12, l'amélioration s'est soutenue: il écarte mieux les dents; les muscles du ventre sont moins tendus; le malade peut même se lever à l'aide de la corde qui pend sur son lit; il se trouve moins raide, mais il se plaint beaucoup de douleurs dans les cuisses et les reins, dont il s'est plaint dans tout le cours de la maladie; on peut attribuer ces douleurs à la position qu'il a gardée depuis long-temps: il avait toujours les genoux élevés par la flexion des jambes; quand il les allongeait il augmentait les douleurs du tronc, car l'arc de cercle décrit par la colonne vertébrale se continuait presque jusqu'aux talons. Même prescription.

Le 13 juillet, le malade se trouvait plus mal. On remarque que toutes les parties exposées à l'air, présentent çà et là, concurremment avec l'éruption miliaire, des vésicules plus plates, plus étalées, plus arrondies et plus larges; bref, des pustules de variole commençante; on en voit aussi quelques-unes aux jambes qui sont restées constamment couvertes (1). Il n'a plus eu de secousses dans le tronc, elles se sont fait sentir dans les jambes d'une manière moins forte, moins fréquente. On lui ordonna l'infusion de sureau avec l'acétate d'ammoniaque, 4; 175 grammes de sirop de morphine, des pilules de calomel et de jalap.

Le 14, l'éruption variolique continuait, le pouls était fort, large, vite, régulier, égal; le malade a eu quelques secousses dans les jambes. Même prescription, sauf les pilules.

Le 15, le malade se trouve très mal sans préciser pourquoi. Cependant le tronc n'est plus aussi renversé; il peut tourner la tête à droite et à gauche, il sort à moitié sa langue de sa bouche, ses jambes sont alongées, douloureuses. L'éruption suit une marche très irrégulière. Même prescription.

Le 16, même état.

Le 17, je ne le vis point. Il paraissait très bien, lorsque, dans l'après-midi il eut de violentes douleurs dans la tête, fut très altéré, eut des évacuations alvines très abondantes le soir, et la nuit il fut pris de délire.

Le lendemain 18, il a voulu se lever et on l'a retenu; quelques instans après l'agitation cessa; la respiration se ralentit, devint anxieuse, saccadée; le pouls à peine sensible. Il mourut pendant la visite.

Autopsie. — L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre avait conservé une rigidité très grande et la contracture des muscles surtout de ceux du tronc.

On enleva la moelle et l'encéphale avec ses membranes.

J'emportai la moelle pour l'examiner attentivement, et deux heures après je trouvai ce qui suit:

Le tissu cellulaire qui l'entoure est très injecté, parcouru par de nombreux vaisseaux capillaires gorgés de sang et qui, dans certaines parties où il est très abondant, se transformait en un piqueté diffus, formant ecchymose, ne disparaissant pas à la pression ni au lavage. Ces parties ecchymosées se trouvent surtout à la terminaison du canal vertébral, dans trois à quatre pouces d'étendue, c'est-à-dire au niveau et dans toute la portion occupée par ce qu'on appelle la queue de cheval; plus haut on les retrouvait au niveau et tout autour des points de sortie des paires vertébrales.

A l'intérieur de cette épaisse membrane la coloration générale n'est pas aussi vive. On y voit çà et là quelques arborisations extrêmement fines; des ecchymoses moins marquées qu'à la partie externe, correspondant aussi au niveau de l'émergence de chaque paire.

En haut, dans la partie la plus rapprochée de la dernière cérébrale qui couvre la partie postérieure de la moelle, on trouve sur la membrane un piqueté très marqué et persistant.

Au niveau du renflement lombaire on trouve une tache très irrégulièrement figurée, d'un jaune terne, parcourue par quelques vaisseaux sanguins, apparaissant et disparaissant dans un très court trajet et dont les bords sont mal limités; le sang ne peut refluer dans ces vaisseaux.

Dans toute l'étendue de cette surface on trouve des taches semblables, mais moins évidentes, qui semblent la marbrer. Il est possible que ces différences légères dans la coloration soient causées par l'exposition à l'air de ces portions, qui auraient un peu séché, tandis que les autres, appliquées contre elles-mêmes dans le transport, auraient conservé leur humidité.

En examinant la moelle enveloppée de sa membrane propre, on voit cette membrane parcourue par une multitude de vais-

(1) Lors de l'entrée du malade, ce pleurosthotonos à gauche n'existait pas; la flexion était plutôt à droite; mais le malade buvant toujours lui-même, prenant son biberon de la main droite, et faisant couleé peu à peu les liquides entre ses lèvres, puis à travers ses dents, a été obligé de se tenir presque continuellement penché à gauche, et il y restait.

(1) Il y a trois semaines, un varioleux arriva dans la salle, et successivement deux autres malades, un convalescent et celui-ci, furent pris de la variole.

seaux capillaires très injectés, où le sang reflue à la pression. Dans la portion qui recouvre les pyramides antérieures et les corps olivaires, on remarque une coloration non limitée s'étendant légèrement en arrière, jaune-noirâtre, foncée, terreuse, ayant un pouce de longueur environ. Une tache semblable se retrouve sur cette membrane au niveau du renflement lombaire et sur toute la partie qui enveloppe ensemble les nerfs formant la queue de cheval, ayant l'étendue d'environ deux pouces. J'ai pu enlever cette membrane à la partie supérieure, et j'ai trouvé la même teinte sur les pyramides antérieures et les corps olivaires. Plus bas, et dans toute son étendue, elle adhérait tellement à la moelle que je pouvais l'enlever sans déchirer sa substance.

Ayant incisé la moelle longitudinalement à sa partie moyenne antérieure dans toute sa longueur, je trouvai généralement ses vaisseaux injectés, mais beaucoup plus gorgés de sang dans l'espace qui sépare en haut la base des pyramides antérieures, au niveau de la tache décrite sur la membrane propre, ainsi qu'en bas au niveau du renflement lombaire, dans la partie correspondante à une tache semblable.

Je ne puis pas dire, d'une manière absolue, que les faisceaux antérieurs de la moelle étaient ramollis; cependant à la région cervicale, à la partie inférieure de la région dorsale, ils avaient moins de consistance qu'ailleurs.

Il m'a semblé aussi que le noyau de substance grise qui termine la moelle était ramolli.

La membrane propre était aussi très arborisée par les vaisseaux à la partie postérieure, surtout à la région cervicale et dans le tiers inférieur de la portion dorsale.

Les faisceaux postérieurs de la moelle, dans toute leur étendue, avaient plus de consistance que les parties les plus fermes des faisceaux antérieurs.

Le plexus brachial ayant été disséqué, on ne trouva rien à noter. Les nerfs sciatiques, disséqués et enlevés, on trouva le névrilème qui entoure la masse des faisceaux nerveux, coloré en rose et présentant çà et là des ecchymoses dont la teinte variait depuis un rose léger jusqu'à un rose vif, et quelquefois des ecchymoses jaunes.

Chaque faisceau nerveux enveloppé deux par deux dans un névrilème particulier, était parcouru, suivant sa longueur, par un vaisseau gorgé de sang rouge qui, ayant stagné dans quelques points, fournissait une ecchymose en ce lieu.

En coupant transversalement ces gros troncs nerveux, on voyait quelques-uns des filets qui les constituent entourés de sang rose vif; en les pressant à travers les doigts on faisait exsuder le sang des vaisseaux qui longent tous les filets; mais en lavant, quelques-uns conservaient leur coloration rose.

Le cerveau présentait une méningite, très remarquable en ce que la partie enflammée formait une bande circulaire de la largeur de la main, autour de la convexité des hémisphères. Il n'y avait point de traces d'inflammation à la partie supérieure ni à la base.

Comme cela paraissait confirmer la théorie de M. Foville, on le lui porta sans pousser les recherches plus avant. Mais, par un fâcheux malentendu, le cerveau s'est gâté avant qu'il pût l'examiner d'une manière plus approfondie.

Le cœur était petit, flasque, décoloré, contenant du sang dans ses deux ventricules.

Les poumons étaient crépitans et vermeils presque partout; il y avait un peu d'engorgement hypostatique à la partie inférieure du lobe droit et vers la base des deux poumons où l'on trouvait aussi çà et là quelques petites ecchymoses.

Je n'ai point vu l'estomac.

L'intestin duodénum et l'intestin grêle, présentaient quelques points d'inflammation.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. Baudens.

Observation d'une tumeur cancéreuse de l'humérus, qui a nécessité l'amputation scapulo humérale. Modification dans le mode opératoire. Méthode mixte de M. Baudens; par M. Emile Bertherand, chirurgien sous-aide major.

M. S..., élève d'artillerie à Metz, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution cancéreuse, occupe le n° 9 de la salle des officiers.

Le 2 février dernier, il a vu se développer au côté interne et moyen du bras droit une tumeur grosse comme une petite noisette, et cela sans cause connue. Effrayé du développement progressif de cette tumeur, il se décida à entrer à l'hôpital militaire de Metz. De fortes douleurs siégeaient près de l'articulation scapulo-humérale, et empêchaient même tout mouvement. Des sangsues, des cataplasmes employés à diverses reprises, déterminèrent la disparition des douleurs; la tumeur restait stationnaire, et vers le 26 février, M. S... sortit de l'hôpital sur sa demande. Il reprit son service, en évitant les moindres fatigues; après un septénaire, la petite grosseur reprit du développement; la réapparition des douleurs devenues intolérables, finit par priver cet officier de sommeil.

A sa rentrée à l'hôpital (15 avril), la tumeur pouvait avoir le volume d'un œuf. Cataplasmes opiacés; frictions d'hydriodate de potasse; cataplasmes avec extrait de saturne.

Le 28 mai, la tumeur était énorme, et son volume augmentait avec tant de rapidité depuis quelques jours, qu'il fut question de l'amputation comme dernière ressource. M. S... ne voulut pas s'y soumettre, il quitta l'hôpital, et vint à Paris se mettre entre les mains de M. Baudens.

Entré dans le service des blessés le 2 juin, il a présenté à la partie moyenne, interne et un peu antérieure du bras droit, une tumeur dure, assez douloureuse, adhérente à la peau qui est devenue d'un gris brunâtre, et d'un volume double de celui du membre opposé. La constitution du malade, quoique sous l'influence d'une cachexie cancéreuse assez marquée, était satisfaisante. La tumeur était le siége d'une très forte chaleur, et ses parois ont une tension remarquable. M. Baudens porta le diagnostic d'une tumeur produite par un ostéosarcome. Etait-ce le scapulum ou l'humérus qui était malade? On s'arrêta à cette dernière hypothèse.

M. Baudens chercha à combattre la marche progressive de la maladie, et ordonna les frictions mercurielles camphrées et des applications continuelles de glace, qui amenèrent effectivement une diminution de volume et une légère fluctuation à la partie moyenne et interne du bras.

Dans une consultation à laquelle assistèrent plusieurs chirurgiens de Paris, le diagnostic porté précédemment fut confirmé, et il fut décidé que dès la première recrudescence de développement, l'ablation totale du membre serait proposée. Aucune augmentation de volume sensible ne se manifesta jusqu'au 27; à cette époque, la constitution du malade commençait à s'altérer.

Le 29, l'ostéo sarcome prend tout à coup un développement énorme; la circulation est presqu'anéantie; il y a menace de gangrène: la tumeur remonte jusque dans le creux axillaire. M. Baudens proposa l'amputation, et après quelques minutes d'hésitation, M. S... y consentit.

M. Baudens appliqua à la désarticulation de l'épaule, la méthode mixte et ovalaire dont nous avons déjà parlé dans un des précédens numéros de ce journal, et dont il a généralisé l'emploi pour toutes les amputations.

Prenant en considération la position du malade dans son lit, qui est celle du décubitus dorsal, M. Baudens, tout en faisant choix du procédé ovalaire, eut soin de donner à la lèvre interne plus d'ampleur qu'à la lèvre externe, en plaçant la pointe du V sur le moignon de l'épaule à un bon pouce plus en dehors que d'habitude. Il trace avec l'encre sur la peau le parcours du couteau, afin que la traction de celle-ci par la main des aides ne puisse pas le contrarier. Il coupe d'un seul trait jusqu'à l'os toutes les chairs de la partie postérieure de l'épaule en portant le couteau du talon vers la pointe de bas en haut, du bord axillaire externe au sommet de l'acromion; puis il opère en deux temps la section des parties molles de la face interne du moignon de l'épaule: il coupe d'abord la peau, la relève à un pouce; puis les muscles en totalité, en conservant dans le creux axillaire le paquet des vaisseaux et nerfs par lesquels il termine après avoir ouvert l'articulation. M. Baudens a soin de donner aux lèvres de la plaie la forme d'un croissant; elles sont convexes à leur partie moyenne: cette disposition aide singulièrement à la réunion immédiate. M. Baudens a fait plusieurs amputations en coupant d'un seul trait, et des deux côtés, toutes les parties molles jusqu'à l'os. Encore bien que les tégumens fussent préalablement tendus très en arrière, néanmoins il a eu toujours de la peine à masquer complétement le tissu musculaire. C'est pour parer à cet inconvénient qu'il taille le lambeau interne en deux temps. Il fallut placer sept ligatures, et la plaie fut réunie par trois points de suture.

Le 14 juillet, la cicatrisation était parfaite, sauf à la partie la plus inférieure de la solution de continuité, qui donnait passage aux ligatures.

La dissection de la tumeur montra un amas de tissus squirrheux, presque fibreux, homogènes, légèrement rougeâtres; l'humérus altéré presque entièrement à sa face antérieure, mais surtout à deux pouces environ de l'articulation scapulo-humérale; les muscles du bras, épanouis sous forme de membranes, formaient la paroi de cette énorme tumeur, à laquelle leur nouvelle nature presque fibreuse avait communiqué une étonnante résistance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. Pariset* lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe du baron Larrey.

— *M. le président* annonce à l'Académie que les membres désignés pour former la commission chargée d'examiner la proposition de M. Bouillaud sur l'enquête, sont: MM. Gaultier de Claubry, Martin-Solon, Guéneau de Mussy, Bricheteau et Roche.

— *M. Soubeiran* remet sur le bureau, au nom de M. Mialhe, la note suivante (*Nouvel antidote du sublimé corrosif par M. E. Mialhe*) dont M. le président donne lecture.

« Monsieur le président, je m'empresse de faire connaître à l'Académie qu'il résulte de mes expériences chimiques que le proto-sulfure de fer hydraté, corps tout à fait inerte, possède la propriété de décomposer instantanément le sublimé corrosif, en donnant lieu à du proto-chlorure de fer et à du bi-sulfure de mercure, c'est-à-dire à deux substances totalement inoffensives; propriété précieuse qui me porte à proclamer le sulfure de fer, à l'état d'hydrate, comme constituant l'antidote par excellence de ce terrible poison.

» Je communiquerai prochainement à l'Académie les détails de mes expériences chimiques, ainsi que les résultats physiologiques des expériences auxquelles je me propose de me livrer à ce sujet.

» Voici, dès à présent, une preuve chimico-physiologique en faveur de l'efficacité de mon contre-poison qui me paraît avoir une valeur bien réelle.

« Lorsqu'on introduit dans la bouche quelques centigrammes de bi-chlorure de mercure, on ne tarde pas à avoir cet organe infecté par la saveur métallique insupportable qui la caractérise. Eh bien! il suffit alors de se gargariser quelques secondes avec le sulfure ferreux, pour voir disparaître, comme par enchantement, la saveur mercurielle dont il vient d'être question.

» Ce fait n'a besoin d'aucun commentaire; il parle assez de lui-même, sans qu'il soit nécessaire d'en donner l'explication.

» Je démontrerai, dans un travail ultérieur, que le sulfure de fer hydraté peut-être employé avec un égal avantage pour annihiler les propriétés toxiques de plusieurs autres composés métalliques, et en particulier de ceux de cuivre et de plomb. »

— *M. le président* annonce qu'on va procéder à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et de physiologie. Les six candidats présentés par la commission et adoptés par l'Académie, sont: MM. Poiseuille, Longet, Manec, Nonat, Denonvilliers et Foville.

1er *scrutin.* Appel nominal: 109 membres inscrits sur la feuille de présence; 109 bulletins. Majorité, 55.

MM.	Poiseuille a obtenu	45
	Nonat,	22
	Longet,	17
	Foville,	15
	Manec,	7
	Denonvilliers,	1
Billets nuls,		2

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second scrutin.

2e *scrutin.* Appel nominal: 109 membres inscrits; 108 bulletins. Majorité, 55.

MM.	Poiseuille a obtenu	60
	Longet,	21
	Nonat,	15
	Foville,	9
	Manec,	3

M. Poiseuille ayant obtenu la majorité, est nommé membre de l'Académie dans la section d'anatomie et de physiologie.

— *M. le président* annonce qu'on va procéder immédiatement à la nomination, par voie de scrutin, de deux commissions chargées de présenter à l'Académie deux listes des candidats au titre de membres correspondans français et étrangers. Mais dans un instant les bancs se trouvent complètement dégarnis, et l'Académie n'étant plus en nombre, M. le président annonce que la nomination de ces deux commissions aura lieu dans la prochaine séance.

Il est quatre heures un quart, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 août 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. le Dr Petit fait ouvrir un paquet cacheté envoyé en 1828, et contenant une observation d'une maladie mentale où le traitement moral combiné avec le traitement physique a produit un succès prompt et durable. On remarque le passage suivant dans cette observation:

« Frappé d'un retour aussi rapide à un état qui m'ôtait presque tout espoir de succès, je cherchais de nouveau une cause physique à ce trouble moral. La malade, moins dominée encore par ses idées, put mieux s'observer; elle crut apercevoir une douleur obscure vers le point de la tête qui correspond à la fontanelle antérieure, elle remarqua aussi que de ce point partait l'espèce de serrement qu'elle n'avait plus éprouvé depuis que son état s'était amélioré; elle observa, en outre, que les cheveux, qui tombaient chaque fois qu'elle se coiffait, ne se détachaient que de ce même point. De mon côté, après avoir provoqué ces observations je trouvais, en y portant la main, qu'il présentait une température plus élevée que celle des points environnans. »

— *M. Mialhe* envoie une note intitulée *Nouvel antidote du sublimé corrosif.* (*Voir* le compte-rendu de l'Académie de médecine.)

— M. Mialhe envoie une autre note, sous ce titre: *Coup-d'œil sur l'absorption animale.* Tous les corps accessibles au phénomène de l'absorption, c'est-à-dire, tous ceux qui sont liquides ou gazeux, ou qui peuvent le devenir par suite de réactions chimiques opérées dans le sein de nos organes, peuvent être rangés en deux grandes classes:

La première classe se compose de toutes les substances non susceptibles de former une combinaison insoluble avec les élémens albumineux du sang, telles sont les oxydes alcalins, leurs carbonates, et plusieurs de leurs autres composés salins; les combinaisons oxigénées de l'arsenic et de l'antimoine, l'acide cyanhydrique, l'acide carbonique, l'ammoniaque, tous les gaz neutres, presque tous les acides végétaux, toutes les bases organiques, la plupart des matières colorantes et odorantes.

La deuxième classe renferme toutes les substances pouvant former un composé insoluble avec les élémens albumineux du sang; telles sont la plupart des acides inorganiques, un très grand nombre de sels métalliques tels que ceux de fer, de cuivre, de plomb, de mercure, d'argent, le tannin, la créosote, etc.

Les corps faisant partie de la première classe agissent immédiatement sur le système nerveux; aussi voyons-nous y figurer les médicamens les plus promptement efficaces, comme aussi les agens toxiques les plus promptement mortels.

Les matières composant la seconde classe n'agissent jamais directement ou pour mieux dire instantanément sur le système nerveux; leur action, presque toujours médiate, se fait d'autant plus attendre que le composé albumineux qu'elles produisent d'abord est moins accessible à l'action décomposante de l'oxide de sodium et des chlorures alcalins que nos humeurs renferment.

Les corps chimiques compris dans les premières séries arrivent avec une promptitude remarquable dans les voies urinaires, tandis que ceux rangés dans la seconde ne s'y rencontrent que beaucoup plus tard, c'est-à-dire, après seulement que la combinaison albumineuse dont ils faisaient partie a été plus ou moins décomposée.

Les principes généraux que je viens d'exposer une fois connus, l'explication d'une foule d'anomalies relatives à l'absorption et au passage des différentes matières chimiques dans les urines devient on ne peut plus facile à donner. Veut-on savoir, par exemple, pourquoi les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, etc., sont lentement absorbés; pourquoi ils passent si tardivement dans les urines; tandis que les acides de l'arsenic, ceux de l'antimoine, l'acide cyanhydrique, le plus grand nombre des acides organiques, le sont avec tant de facilité? pourquoi ils arrivent si promptement dans les urines? C'est que les premiers de ces corps, comme il a déjà été dit, forment avec les élémens de la plasticité organique un composé chimique plus ou moins difficile à détruire, tandis que les secondes sont inhabiles à produire une combinaison analogue.

La connaissance de ces règles générales, ajoute M. Mialhe, me semble appelée à jeter le plus grand jour sur plusieurs points encore fort obscurs relatifs à l'action physiologique et thérapeutique des divers agens modificateurs de l'économie.

— *M. le Dr Lesauvage*, de Caen, adresse une nouvelle réclamation de priorité sur les opinions émises par M. Coste, au sujet de la membrane caduque. M. Lesauvage avance de nouveau que les faits suivans présentés comme nouveaux et comme le fond de ses recherches par M. Coste, étaient exposés dans le mémoire qu'il avait publié en 1833, dans les Archives générales de médecine:

1° Que l'œuf humain ne s'involvait pas à la surface externe de la caduque.

2° Qu'il pénétrait dans la cavité même de cette membrane en se dirigeant à travers un tube membraneux, organisé à l'intérieur de la trompe, et que ce tube était un prolongement de la caduque.

3° Qu'on avait nié bien à tort l'existence des trois ouvertures de la caduque admises par J. Hunter, et, jusqu'à ce moment, je suis le seul qui ai avancé que nécessairement elles n'existaient que sur le feuillet utérin de la membrane.

4° Egalement j'avais remarqué avant M. Coste, qu'on avait eu tort dans ces derniers temps d'imposer à la caduque le nom de membrane *anhiste*.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DE M. LE BARON LARREY, AU NOM DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES,

Par M. E. Breschet.

Si la mort du juste est un malheur pour sa famille et ses amis, cette mort est une calamité publique lorsqu'elle frappe dans le grand citoyen

un modèle accompli parmi les hommes qui honorent le plus leur profession, parmi ceux qui se dévouent à leur patrie, parmi ceux, enfin, qui consolent l'humanité et donnent de grands exemples de courage et de vertu.

La perte récente du baron Larrey porte tous ces caractères, et l'histoire de sa vie est une longue série d'actions honorables, de bienfaits, de dévouement à son pays et à l'humanité tout entière.

Jean-Dominique Larrey naquit en 1766, dans le petit village de Baudeau, près de Bagnères-de-Bigorre. Il perdit, encore enfant, son père et sa mère, et dut au généreux intérêt de l'abbé Grasset sa première éducation. Mais bientôt un oncle paternel, qui exerçait la chirurgie à Toulouse, l'appela près de lui pour diriger ses études classiques et le faire entrer dans la carrière médicale. M. Larrey n'avait que quinze ans lorsqu'il devint disciple de son oncle. Il consacra sept années à ses études médicales élémentaires, et vint alors se présenter à un concours pour une place de chirurgien dans la marine militaire ; il fut nommé et partit de Brest en 1787, pour les colonies, à bord de la frégate *la Vigilante*. Il donna, dès son entrée dans la carrière chirurgicale des preuves de son zèle, de sa judicieuse prévoyance et de son dévouement.

Il revint bientôt après en France, fut témoin de cette tourmente révolutionnaire qui devait à la fois tout détruire pour tout créer sur de nouvelles et de plus larges bases.

Il fut attaché comme chirurgien interne à l'hôpital des Invalides, et, au bout de quelques années, muni d'un brevet de chirurgien aide-major, il partit pour l'armée du Rhin.

M. Larrey prit bientôt une part très active aux améliorations qui furent introduites dans les ambulances de l'armée ; partout où il était appelé, on reconnaissait à d'heureux changemens son activité et son amour du bien public. Il fit établir des ambulances volantes au moyen desquelles nos soldats recevaient, peu d'instans après avoir été blessés, les secours de la chirurgie.

Les services que rendait M. Larrey, avec ses ambulances volantes, étaient immenses, et déjà, en 1793, notre illustre confrère était signalé à la reconnaissance publique ; on lit dans le rapport du général Beauharnais, après une bataille livrée devant Mayence, le 22 juillet 1793 : « Parmi ceux des braves dont l'intelligence et l'activité ont servi brillamment la république dans cette journée, je ne dois pas laisser ignorer l'adjudant-général Bailly, Abatucci, de l'artillerie légère, et le chirurgien-major Larrey, avec tous ses camarades de l'ambulance volante, dont les infatigables soins dans les pansemens des blessés ont diminué ce qu'un pareil jour a d'affligeant pour l'humanité, et ont servi l'humanité elle-même en contribuant à sauver les braves défenseurs de la patrie. »

C'est sur la proposition de M. Larrey que les ambulances volantes furent attachées à l'avant-garde de l'armée commandée par son ami le brave et vertueux général Desaix. Si nous suivons notre confrère en Egypte, dans les déserts de la Lybie, où l'armée française était décimée chaque jour par la chaleur, par tous les genres de privations, et où le soldat ne trouvait de loin à loin pour se désaltérer qu'un peu d'eau bourbeuse, nous verrons qu'au lieu de se munir pour lui de chocolat et de biscuits, d'après la recommandation du général en chef, M. Larrey s'était chargé de linge, de charpie, de médicamens héroïques et de quelques liquides corroborans. Il pansait les soldats, ranimait leur courage, réveillait ou soutenait leurs forces par un peu d'alcool qu'il portait toujours avec lui.

Ecoutons le plus grand génie des temps modernes et le premier capitaine de notre siècle et des siècles passés parler de M. Larrey ; dans une circonstance mémorable, Napoléon dit à une députation des Pyrénées : « Votre concitoyen Larrey honore l'humanité par son désintéressement et son courage ; il a sauvé un grand nombre de nos soldats dans les déserts qui bordent la Lybie, en leur prodiguant le peu d'eau douce et de liqueur spiritueuse dont il avait le plus grand besoin pour lui-même. »

M. Larrey a successivement apporté son infatigable activité dans tous les pays où nos armées victorieuses ont promené le drapeau national : ainsi, l'Allemagne, la Hollande, l'Italie, la Corse, l'Espagne, la Pologne, la Russie, ont admiré son zèle, ses talens, et reçu des services de sa philantropie.

En 1794, M. Larrey est nommé chirurgien en chef ; il arrive à Toulon, se lie d'amitié avec un jeune officier d'artillerie dont la gloire devait plus tard étonner le monde, et jusqu'à la mort du héros, M. Larrey a été fidèle à cette amitié.

Une école de médecine et de chirurgie militaire venait d'être établie au Val-de-Grâce : M. Larrey y fut appelé en qualité de professeur. Cette école serait devenue célèbre et aurait rendu de grands services, mais en très peu de temps professeurs et disciples furent appelés aux armées. Plus tard, cette école a été rétablie ; elle brille aujourd'hui de tout l'éclat qu'elle avait promis de jeter.

En 1798, M. Larrey partit pour l'Egypte, et pendant les quelques années qu'a duré cette expédition, on sait quelle moisson de gloire, quels trésors de science cette armée a rapportés parmi nous. M. Larrey a publié sur cette campagne une relation qui restera comme les relations d'Ambroise Paré, avec lequel il avait plus d'une ressemblance.

M. Larrey fut nommé, en 1802, chirurgien en chef de la garde des consuls, et deux ans plus tard il fut compris dans la première promotion des officiers de la Légion-d'Honneur.

Il fut successivement nommé inspecteur-général du service de santé et chirurgien en chef de la garde impériale. Enfin, en 1812, il reçut le titre de chirurgien en chef de la grande armée.

Dans les cent jours, M. Larrey reprit son service actif aux armées, et partit pour Waterloo, où il fut blessé et fait prisonnier ; il allait être passé par les armes, lorsqu'un jeune chirurgien, en lui plaçant le bandeau sur les yeux, reconnut en lui son ancien maître.

N'ayant rapporté de tous ses services et de son continuel dévouement que de la gloire et la profonde estime des glorieux débris de nos armées, M. Larrey traversa douloureusement la période de la restauration. Mais le gouvernement de 1830 le retrouva avec le même zèle pour le bien, le même dévouement à ses devoirs et à sa patrie, comme lorsqu'il était en Egypte, dans le champ d'Aboukir ou au pied des Pyramides. C'est ce zèle incessant que nous devons accuser de nous avoir ravi cet homme vertueux, plein de force et d'amour pour le bien. M. Larrey est mort à Lyon, en revenant de l'Algérie où il avait été envoyé en mission.

Nous pourrions vous retracer ici, Messieurs, tout ce que l'humanité doit à la philantropie de M. Larrey pendant les circonstances les plus tristes, depuis la révolution de 1830 et surtout pendant l'invasion du choléra. Après avoir combattu ce fléau au milieu de la capitale, il alla, en 1835, porter son expérience et la sécurité au milieu des populations du midi de la France.

Nous ne parlerons pas de son titre de baron, ni des décorations nombreuses obtenues par M. Larrey, pendant sa longue carrière, parce qu'il possédait, suivant nous, de plus beaux titres et de moins périssables ; nous voulons parler de son nom et de ses vertus. C'est le seul héritage qu'il laisse à son digne fils, frappé presque en même temps par les deux plus grandes infortunes qu'un fils puisse éprouver ; mais ce fils trouvera dans les nombreux amis de son père des appuis, des consolateurs et une nouvelle famille.

Après avoir tracé bien rapidement la vie militaire de M. le baron Larrey, qu'il me soit permis de dire quelques mots de sa vie scientifique.

On se demande, Messieurs, comment, avec une vie si occupée, M. Larrey a pu écrire les importans ouvrages qu'il nous laisse, et qui lui ont mérité le titre de membre correspondant de presque toutes les sociétés savantes de l'Europe, et celui de membre titulaire de l'Institut !

C'est au mois de décembre 1829, qu'il vint dans l'Académie des sciences remplacer M. Pelletan.

On ne sait ce qui doit le plus étonner ou de l'activité incessante de M. Larrey dans son service militaire ou de cette même activité pour recueillir des observations et composer des ouvrages qui sont à la fois l'histoire de ses campagnes militaires et des mémoires scientifiques du plus haut intérêt.

Ces ouvrages sont attrayans à la lecture, parce que l'auteur a su les rendre dramatiques par le nom et la situation des personnages dont il y fait mention, par le récit des combats et des batailles, enfin par la description toute pittoresque des localités.

M. Larrey a publié, en 1803, une *Relation historique et chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient en Egypte et en Syrie.*

En 1812, trois volumes de *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*. (Le quatrième volume, qui complète cet ouvrage, n'a paru qu'en 1817.) Bien auparavant (1808) il avait publié un mémoire fort important *sur les amputations des membres à la suite de coups de feu.* Il soutint et avec raison la doctrine des amputations immédiates, si mal défendue par Boucher, et aujourd'hui son opinion ne trouve plus d'opposans.

En 1821, il a fait paraître un *Recueil de mémoires de chirurgie*, dont le premier volume est presque entièrement consacré à faire connaître les avantages de l'emploi du feu ou cautère actuel, et surtout les heureux résultats de l'emploi d'un moyen emprunté aux Chinois et aux Japonais, je veux parler du moxa, dont M. Larrey faisait un très fréquent usage. Il démontre, par de nombreuses observations, les heureux effets de cet agent, dans les maladies chirurgicales et surtout dans la sacro-coxalgie et dans la fémoro-coxalgie.

De 1829 et 1832, M. Larrey a fait imprimer quatre volumes de *Clinique chirurgicale exercée particulièrement dans les camps et les hôpitaux militaires depuis* 1792 *jusqu'en* 1832.

On trouve soit dans les principaux ouvrages que je viens d'indiquer, soit dans des mémoires publiés séparément, de savantes et judicieuses considérations sur les plus importantes questions de la chirurgie. Il me suffira d'en citer quelques-unes.

1° Un Mémoire sur la fièvre jaune, 1822.

2° Un Mémoire sur le tétanos traumatique.

3° D'importans préceptes sur les plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen, et sur la nécessité de les fermer sans recourir au débridement.

4° La médecine opératoire doit à M. Larrey une multitude de nouveaux procédés pour l'exécution des opérations chirurgicales majeures. Nous citerons surtout son procédé pour l'exarticulation du bras dans son union avec le scapulum. Ce procédé est aujourd'hui généralement adopté.

5° L'ancienne Académie de chirurgie avait à peine aperçu la possibilité de l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale. M. Larrey a indiqué une bonne méthode pour pratiquer cette opération, qu'il a exécutée plusieurs fois et avec succès aux armées. On peut affirmer qu'il a enrichi la chirurgie de cette opération.

6° Ses considérations sur les avantages des réunions immédiates des plaies simples et des plaies pratiquées dans les opérations ont fait faire un véritable progrès à la chirurgie.

7° Le premier il a signalé la nature et la cause de l'ophthalmie purulente, ou ophthalmie d'Egypte, qui a fait tant de ravages depuis notre expédition d'Egypte, dans les armées anglaises, belges, prussiennes, russes, etc.

8° Le premier il a fait connaître tous les avantages qu'on pouvait retirer, soit dans la pratique aux armées, soit dans la pratique civile, des appareils inamovibles dans le traitement des fractures, et surtout des fractures compliquées. Le bandage dont Moscati avait donné une indication fort imparfaite, dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, n'était qu'une simple indication ; la découverte de ce moyen chirurgical appartient à M. Larrey. Depuis lui, cet appareil a été très perfectionné par M. Seutin et par plusieurs chirurgiens français.

Je vois, Messieurs, que je dépasserais les bornes d'une simple notice, si je voulais énumérer tous les travaux scientifiques de M. Larrey sur divers sujets de chirurgie, de médecine, d'hygiène publique, etc.

Vous êtes pénétrés, je le vois, Messieurs, d'une profonde estime pour le zèle et le talent déployés par M. Larrey dans sa carrière scientifique et dans sa carrière de chirurgien militaire, mais cette estime deviendra de la vénération lorsque vous connaîtrez sa vie morale, qui est un long dévouement à la chose publique et à l'humanité. En effet, Messieurs, il est un mérite au-dessus de tous ceux que donnent le courage, le haut savoir, c'est celui de la vertu. Ici la vie de Larrey brille encore du plus vif éclat ; écoutons un historien moderne :

» Après les batailles de Bautzen et de Würchen (1813), des personnes jalouses de faire leur cour à Napoléon, en diminuant à ses yeux le nombre considérable des blessés, osèrent lui dire que plusieurs de ces blessés s'étaient mutilés pour se soustraire au service ; que tous ceux qui avaient les doigts tronqués ou les mains traversées par des balles étaient dans ce cas. Sur ces calomnieuses et atroces assertions, Napoléon donne l'ordre de les réunir tous à Dresde, et de les renfermer dans le camp retranché établi pour la douane ; ils étaient au nombre d'environ 1200 ; une commission composée de plusieurs chirurgiens principaux devait examiner chacun de ces blessés.

» Un conseil de guerre ou tribunal militaire fut institué pour juger ceux qui auraient été reconnus coupables et les faire exécuter sur-le-champ. Larrey avait été nommé président de la commission de santé. La veille du jour où elle devait s'assembler, un personnage intéressé à trouver des coupables dans cette affaire, lui ordonna de trouver le lendemain quatre coupables par division pour être traduits devant le conseil de guerre et fusillés sur l'heure. Rempli d'effroi et d'indignation à la vue d'un tel ordre, Larrey allait donner sa démission et quitter l'armée, lorsqu'une personne de confiance à qui il fit part de son projet l'en détourna en lui faisant observer qu'il pourrait être utile à ces malheureux par sa fermeté et sa franchise. Larrey ne balança pas un moment. La visite dura quatre jours entiers et l'examen fut des plus rigoureux. Larrey prouva par la force de ses raisonnemens et le caractère des blessures que tous les accusés étaient innocens ; il opposa la plus vigoureuse résistance, sauva tous les blessés et les fit renvoyer absous. Il adressa ensuite un rapport à Napoléon, et croyant lui avoir déplu dans cette circonstance, il attendait tranquillement sa disgrâce. Mais Napoléon avait l'instinct sublime, et les grandes et bonnes actions exerçaient sur lui un grand empire. Dans le milieu de la nuit du même jour, le baron Fain se présenta chez Larrey pour lui remettre, de la part de l'empereur, une lettre des plus flatteuses où il le félicitait de la conduite ferme, honorable et pleine d'humanité qu'il venait de tenir. Cette lettre était accompagnée d'un présent de 6,000 fr. et du brevet d'une pension de 3,000 fr. de rente sur sa cassette ; il y était dit qu'elle était indépendante de tout traitement. Cette pension, qui avait une si belle origine, fut conservée à M. Larrey par une loi (*Moniteur* du 10 avril 1818). Les lignes que Napoléon a tracées dans son testament touchant M. Larrey resteront gravées dans la mémoire des siècles.

« Sa vie se rattache tout entière, dit un autre historien, à la gloire des armées et à leur reconnaissance. Les champs de batailles et les hôpitaux furent pendant toutes nos guerres le théâtre de son infatigable activité et l'école d'un des plus grands talens dans l'art chirurgical dont la France puisse s'honorer. »

Bonaparte, à Saint-Jean-d'Acre, admirait les efforts de notre confrère pour sauver les blessés. Sur la demande de M. Larrey, il mit à sa disposition tous ses chevaux, sans en excepter un seul, pour transporter tous les blessés dans un lieu sûr.

Au siège d'Alexandrie, Larrey, s'occupant comme toujours de la conservation de ses blessés, et ne sachant, dans son dénuement absolu, quelle nourriture leur donner, il fit tuer ses chevaux pour en faire du bouillon. Il fit le même sacrifice lors de la bataille d'Essling ; et l'on vit le général Masséna, qui partageait la détresse générale, venir demander à prendre part au triste repas de nos soldats blessés.

A Jaffa, au milieu de la plus terrible épidémie pestilentielle, aucun danger n'effraie et n'arrête M. Larrey ; 14 chirurgiens, 11 pharmaciens, 3 médecins et tous les gens attachés au service de l'hôpital ont succombé sous les coups incessans du terrible fléau, M. Larrey, méprisant le danger, toujours calme et dévoué à ses devoirs, ne s'occupe que du soin de sauver ses blessés.

J'ai déjà dit quelque part que c'est dans les épidémies qu'il faut voir le médecin, et alors on peut apprendre jusqu'où peut aller le zèle pour le bien public, et l'oubli de soi-même pour s'acquitter de ses devoirs. Dans les épidémies, il partage tous les dangers : des vapeurs malfaisantes se mêlent à l'air qu'il respire, de tous côtés la contagion l'environne, elle l'atteint, il meurt et on l'oublie !

« Connaissez-vous Larrey, dit un jour l'empereur Napoléon au docteur Arnott, dans une de ses visites à Ste-Hélène ? — Je ne le connais que de nom, répondit celui-ci. » Cette interrogation venait à la suite d'une conversation dans laquelle l'empereur cherchait à connaître si les Anglais éprouvent, à la suite des batailles, plus de pertes de blessés que les Français. Il répondit que les chirurgiens français étaient fort instruits, mais qu'il croyait les pertes plus considérables de notre côté.

L'empereur semblait croire le contraire, et en donnait pour raison les soins et les talens du baron Larrey, dont il fit l'éloge en ces termes : « Quel homme, dit-il, quel brave et digne homme que Larrey ! que de soins donnés par lui à l'armée d'Egypte, soit dans la traversée du désert, soit après l'affaire de St-Jean-d'Acre, soit enfin en Europe ! J'ai conçu pour lui une estime qui ne s'est jamais démentie. Si l'armée élève une colonne à la reconnaissance, elle doit l'ériger à Larrey. » (*Relation de Marchand.*)

Arrêtons-nous, Messieurs : je m'aperçois, mais trop tard, que tout mon récit était inutile ; une seule parole devait suffire : elle est tout un éloge et frappe Larrey du sceau de l'immortalité ; cette parole a été prononcée par le plus grand génie des temps modernes. Il a dit, en parlant de notre illustre confrère : « C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu. »

Erigeons à la gloire de Larrey et à celle de notre profession, Messieurs, cette colonne dont a parlé l'empereur, et inscrivons-y les paroles de Napoléon ; la postérité saura, n'en doutez pas, y reconnaître l'homme de bien auquel nous venons aujourd'hui rendre les derniers devoirs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 7 juillet 1842.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *Correspondance*. Lettre de M. Mayor. (M. Tanchou, rapporteur.) La Société médico-pratique envoie deux volumes de ses travaux. (MM. Rouvin et Chalut sont chargés d'en faire le rapport verbal.)

M. Belhomme présente à la Société deux oreilles ayant appartenu à un aliéné. Ces organes sont singulièrement tuméfiés. Notre confrère a lu à la dernière séance de l'Académie un travail sur ces sortes d'altérations qu'on rencontre quelquefois chez les personnes atteintes d'aliénation mentale. Voici la marche que suit ordinairement la maladie : il se forme une tumeur qui, ouverte, donne issue à du sang ou à un liquide sans odeur. Mais si la plaie se cicatrise et qu'on soit obligé de faire une seconde incision, le liquide contracte une odeur repoussante, et les parties subissent une altération dans leur forme et leur texture, ainsi qu'on peut s'en convaincre en examinant les pièces conservées dans l'esprit-de-vin. Au reste, ajoute M. Belhomme, je ne suis pas le seul praticien qui ait observé de pareils phénomènes. Dans une conversation, M. Foville, médecin de l'hospice de Charenton, m'a assuré avoir rencontré chez des aliénés de pareilles altérations des oreilles. Bien plus, dans un travail qu'il prépare, il émet cette pensée, que, d'après la conformation des oreilles, on peut déduire certaines conséquences, et qu'il a, entr'autres, observé que les individus chez lesquels la partie supérieure de l'oreille est élevée et développée, offrent un développement semblable de la partie antérieure du crâne, et par suite un grand développement de l'intelligence.

M. Fouquier. Il est à croire que les choses ne se passent pas ainsi chez les animaux ; autrement il faudrait admettre chez les ânes, vu le prodigieux développement de leurs oreilles, une singulière supériorité des facultés intellectuelles.

M. Tanchou. Les spécialistes, dont je suis loin de nier l'utilité, ont le tort de se laisser entraîner par la manie de généraliser.

M. Charles Masson. Cela est si vrai que, dans un journal de médecine, j'ai lu qu'on pouvait pronostiquer la phthisie chez certains malades, d'après la forme de leurs doigts ; on a même été jusqu'à nous donner des gravures représentant ces doigts indicateurs de la présence des tubercules.

M. Fouquier. J'ai trouvé cent et cent fois que la phthisie s'accompagnait de la déformation des doigts, de la courbure des os, de l'incurvation des ongles ; quelques auteurs ont donné aussi une grande importance à la longueur excessive des cils.

M. Ch. Masson. Je ne me suis pas suffisamment expliqué. Je suis loin de nier ces altérations des doigts, ces courbures des ongles observées depuis Hippocrate qui a si bien décrit tous les phénomènes qui accompagnent la phthisie, je veux parler de ces formes grossières que présentent les doigts de certaines classes d'hommes ; je ne puis les regarder comme indices d'une phthisie imminente. Ceux qui ont fait cette statistique ont opéré probablement sur les malades des hôpitaux, pour la plupart artisans ou fils d'artisans, aux mains déformées par le travail ; mais je doute qu'ils eussent rencontré ces doigts grossiers chez les phthisiques couchés dans les hôtels du faubourg Saint-Germain.

M. Belhomme convient avec M. Tanchou que les spécialistes sont trop portés peut-être à tirer des inductions générales de faits isolés ; mais qu'on ne peut révoquer en doute cependant les services qu'ils ont rendus en approfondissant ce qui avant eux avait été négligé. Il soutient que les maladies des voies urinaires, celles qui affectent les yeux, les oreilles, l'intelligence, etc., sont mieux traitées depuis que des hommes en ont fait le but unique de leurs études et de leurs travaux.

M. Ch. Masson. Avant d'aborder un tel sujet, il faudrait commencer par distinguer. Il est des praticiens qui deviennent spécialistes après qu'ils ont fait quelqu'importante découverte ou introduit d'utiles perfectionnemens, ou bien ils sont poussés par le hasard ou un attrait particulier. Ceux-là sont honorables, et parmi eux beaucoup sont utiles ; mais la science désavoue ceux qui s'intitulent spécialistes dans le seul but d'exploiter la branche de l'art de guérir, qui leur offre le plus d'avantages.

— *M. Tanchou.* Toutes les femmes que je traite au Dispensaire Ste-Geneviève, pour engorgemens glanduleux des seins, sont dans un état satisfaisant ; rien ne fait pressentir chez elles la dégénérescence cancéreuse. Je suis donc fondé à croire que mon procédé est préférable à tout autre, et je pense que je dois vous le faire connaître. Je me suis fixé à deux moyens particuliers, à un sachet et à une poudre que je convertis en pâte.

Je fais entrer dans la composition du sachet de la poudre d'éponge, de l'hydrochlorate d'ammoniac, de l'hydrochlorate de sodium.

La poudre se compose d'éponge torréfiée unie à du nitrate de potasse, mais je puis la modifier en y ajoutant du proto-iodure de fer, de l'iodure de fer ou d'autres substances. Il faut avoir soin de torréfier suffisamment l'éponge, mais ne pas la brûler cependant, de peur de voir

tout l'iode qu'elle recèle se dégager. M. Lhose, pharmacien, qui en a employé au Dispensaire Sainte-Geneviève, est très versé dans ces préparations.

M. Rouvin. Mais vous nous vantiez autrefois la compression? l'exercez-vous concurremment avec l'application de vos sachets?

M. Tanchou. La compression est un moyen essentiel, puissant, mais excessivement bon ou excessivement mauvais; tout dépend de l'opportunité. Pour en revenir à mon sachet, voici comment je l'applique: Je fais établir un morceau de taffetas gommé, garni d'une couche de ouatte sur laquelle j'étends ma poudre, puis j'ajoute un morceau de mousseline très claire qui touche la tumeur sur tous ses points. Sans ces précautions, sans le taffetas gommé, la chaleur de la peau volatiliserait les principes actifs de la poudre, et annullerait son action médicamenteuse.

— *M. Gillon* en appelle au souvenir de MM. Em. Rousseau, Nauche et Guersant, qui ont été chargés d'examiner un malade qui portait quinze fistules urinaires, et qui était en traitement depuis trente ans: après un mois de traitement il a été complètement guéri.

MM. Nauche et Em. Rousseau ont revu le malade après sa guérison, et se remémorent parfaitement cette cure remarquable.

M. Emmanuel Rousseau ajoute qu'il a vu chez M. Guillon le père d'un médecin que notre confrère avait guéri de six fistules urinaires; il en restait une septième, pour la guérison de laquelle M. Gillon donna des instructions détaillées, mais elles furent négligées, et le malade fut obligé de revenir à Paris. Cette fois il part entièrement guéri. M. Ch. Masson a vu ce malade.

— *M. Serrurier*, secrétaire-général, a dans un mémoire fort étendu, mais dont la lecture, suivie avec attention, a provoqué à plusieurs reprises l'hilarité, exposé les inconvéniens du néologisme, qui tend à ridiculiser la science et à la rendre inintelligible. Notre confrère pense, avec Montaigne, que le meilleur langage est celui qui se fait comprendre, et ce n'est pas à coup sûr le but qu'atteindront les néologues.

S'il fallait, dit notre confrère, étudier ou lire les anciens dans la langue nouvelle des néologues, ce serait une étude aussi aride que peu profitable, car on comprendra plus facilement ce que l'on doit entendre par *infection purulente*, que non pas l'expression de *pyo-hémie*, dénomination qui, bien qu'une des plus simples, laisse dans l'embarras tout individu auquel la langue grecque est inconnue ou peu familière.

Les auteurs anciens étaient sobres de mots nouveaux; et les grands classificateurs comme Sauvages, Brown, Pinel, Broussais, n'auraient point inventé des mots tels que *hypersplénotrophie*, *colihémie*, *scorrenterectasie*, *entérico-septico-hémiques*, *myolopathie*, *hyperhépatotrophie*; etc.

Ce qui est plaisant, ajoute notre confrère, c'est que si un de ces néologues veut dans un cours faire le tableau d'une maladie, il sera forcé de se servir d'abord des mots qui se comprennent, et puis ensuite il en viendra aux mots qui ne se comprennent pas.

Et c'est à la langue grecque, à la langue chantée par Homère, déclamée par Euripide, au dialecte le plus harmonieux de l'univers, qu'ils osent emprunter ce jargon barbare!

N'est-ce pas, pour user de leur façon de dire, une vraie *néologomanie*?

— Nous donnons par anticipation l'adresse votée à Sa Majesté le jeudi 4 août, jour de la première réunion de Société après la catastrophe du 13 juillet.

Sire,

Permettez à la Société de Médecine Pratique de Paris d'exprimer à Votre Majesté la douleur profonde qu'elle a ressentie à la nouvelle de la perte à jamais irréparable de votre fils bien-aimé, du prince qui promettait à la patrie les destinées heureuses dont vous avez posé le premier les bases.

Nous partageons l'affliction qui déchire si cruellement le cœur d'un père, d'une mère, d'une épouse et de toute une famille.

Le prince qu'un instant nous a ravi était le protecteur des arts et de l'industrie, la gloire de l'armée, l'espoir de la France.

Il était surtout l'ami des hommes!

Aux plus tristes jours du choléra, nous l'avons vu, à peine adolescent, pénétrer hardiment dans ces asiles de la douleur qu'une prévention funeste désignait comme des foyers d'infection et de mort; sa douceur, ses paroles consolantes ranimaient le courage des malades, et sa présence au milieu de nous en de pareils momens était un appel aux plus nobles dévouemens.

Puisse la Providence accorder de longs jours à Votre Majesté, et veiller sur le jeune rejeton destiné à rappeler les vertus d'un roi qui a consacré son existence au bonheur de la nation.

(*Suivent les signatures.*)

La séance est levée à cinq heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi chirurgical du Lycoperdon bovista.

Un pharmacien, M. V. Châtenay, vient de soumettre à l'attention de M. le professeur Guibourt, une observation faite pendant quatorze ans de pratique à Saint-Imier, canton de Berne, sur l'emploi du *bovista chirurgorum* (vesse de loup) pour arrêter toutes espèces d'hémorrhagies avec un succès constant. Il a appliqué, dit-il, la poussière de cette plante dans des cas désespérés, et toujours elle lui a réussi; aussi voit-il avec peine que les médecins de nos jours lui préfèrent des moyens insignifians ou douloureux, et il fait des vœux pour que les praticiens reviennent à l'usage d'une substance qu'ils ont abandonnée sans raison et qui peut éviter sûrement aux patiens l'emploi du cautère actuel et de toutes les autres médications dont on se sert aujourd'hui pour réprimer les hémorrhagies.

Voici d'ailleurs de quelle manière doit être préparée la poudre du lycoperdon bovista, pour être appropriée aux besoins de la médecine opératoire:

On prend de cette plante à volonté, et on la fait sécher dans une étuve ou sur le dessus d'un four, après quoi on la pile et on passe au tamis de soie; la poudre obtenue doit être renfermée dans un flacon de verre bouché hermétiquement et déposé dans un lieu bien sec.

Pour se servir de cette poudre, il suffit d'en répandre sur une plaie que l'on a préalablement bien lavée et bien essuyée, et l'on voit aussitôt l'écoulement du sang s'arrêter.

Emploi de la créosote contre la phthisie pulmonaire; par M. le docteur E. FRANZE, de Koenigsfeld.

Une fille âgée de trente-quatre ans, était affectée de phthisie tuberculeuse, et l'amaigrissement, les sueurs colliquatives, les aphthes, l'expectoration fétide, etc., annonçaient que déjà la maladie était parvenue à son dernier stade. Ce fut alors qu'on commença à lui administrer la créosote, et après l'ingestion de huit grammes de cette substance, l'amélioration obtenue fut telle, que la malade put reprendre ses occupations.

Un résultat non moins favorable fut obtenu avec le même médicament chez un paysan phthisique âgé de vingt-huit ans.

Mais, dans trois autres cas semblables, on fut forcé d'en cesser promptement l'emploi, parce que, sous l'influence de son action, la toux et les accidens hémoptoïques allaient en augmentant.

(*Medicinische Annalen*, t. VII, cahier 2.)

Nous apprenons à l'instant que M. le docteur Hourmann vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. C'est avec une vive satisfaction que nous faisons connaître cette nouvelle à nos lecteurs. Médecin de l'hospice de Lourcine, qui est, comme on le sait, destiné au traitement des femmes affectées de maladies syphilitiques, il a toujours apporté dans l'exercice de ses fonctions rebutantes et dangereuses un zèle exemplaire. Blessé au doigt vers la fin de l'année dernière, il poussa l'abnégation de lui-même au point de ne pas suspendre un instant son service, et contracta, par voie de contact, une affreuse maladie qui, depuis huit mois, l'a enlevé à ses occupations et a porté à sa santé l'atteinte la plus profonde. La décision prise en faveur de notre estimable confrère, est non seulement une consolation accordée au malheur, mais aussi une juste récompense du dévouement le plus noble et le plus désintéressé, un encouragement et une preuve de sympathie donnée à tous les médecins qui comprennent la sainteté de leur mandat et savent se tenir à sa hauteur. Cette nomination fait honneur à ceux qui l'ont provoquée.

Pendant les vacances.

M. Longet a commencé, mardi 16 août, à l'Ecole pratique, ses leçons particulières d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

L'heure a été fixé par la majorité de MM. les élèves. Un nouveau cours de vivisections a été ouvert le même jour.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE. — Numéros des 9, 23 et 30 juillet 1842.

I. *Du Traitement de l'aliénation mentale*; par M. Aug. MILLET, ancien interne de l'hospice de Bicêtre.

Ce mémoire, conçu dans un bon esprit, renferme des faits très curieux et des considérations importantes. L'analyse d'un travail de ce genre nous conduirait évidemment trop loin. Nous nous bornerons en conséquence à rapporter le résumé que l'auteur lui-même en a donné. Il sera du reste assez facile de comprendre, par la lecture de ce résumé, dans quel sens le mémoire de M. Millet a été écrit.

1° La folie n'est pas toujours une maladie matérielle dépendant d'une lésion du cerveau; elle reconnaît quelquefois pour cause une perversion de l'intelligence, une aberration des facultés de l'entendement.

2° De même que la plupart des autres affections, la folie ne pourrait-elle pas, dans certaines circonstances, être regardée comme une maladie essentielle, et traitée en conséquence?

3° Contre la folie reconnaissant pour cause une perversion de l'intelligence, des agens physiques ne sauraient convenir : les moyens moraux sont les seuls alors qu'il faille mettre en usage.

4° Lorsque aux phénomènes physiques se joignent des symptômes physiques, il faut recourir à une médication mixte, c'est-à-dire appliquer des moyens moraux corroborés par les agents physiques.

5° Le traitement moral ne peut et ne doit pas être regardé comme auxiliaire du traitement physique.

6° Si l'un des traitemens devait être regardé comme auxiliaire de l'autre, ce serait indubitablement, d'après nos observations, le traitement physique.

7° Ce n'est pas seulement par des bains, des douches et du travail que l'on ramène les malades à la raison et qu'on les guérit, mais c'est par la puissance de la logique et par la force du raisonnement.

8° D'après les observations qui ont été citées dans la seconde partie de ce travail, il est facile de se convaincre que le traitement physique n'a jamais agi que sur les symptômes physiques, et qu'il n'a jamais eu aucune action directe sur les symptômes psychiques.

9° On ne nous fera plus, vous le pensez bien, le reproche d'être exclusif. La lecture de ce mémoire pourra servir à convaincre ceux qui croient encore que M. Leuret emploie le traitement moral dans toutes les circonstances imaginables.

II *Mémoire sur l'indépendance absolue de la circulation fœtale d'avec celle de la mère*; par le docteur VILLENEUVE professeur à l'Ecole préparatoire de Marseille.

Après avoir rapporté trois observations, M. Villeneuve entre dans des developpemens qui seront pris, nous n'en doutons pas, en sérieuse considération. Voici les corollaires qu'il croit pouvoir en tirer :

1° Il n'y a pas de communication anastomotique entre la circulation maternelle et celle du fœtus, chez l'homme comme chez la plupart des quadrupèdes.

2° Cette absence de communication est prouvée : 1° par l'existence d'un appareil circulatoire élémentaire chez l'embryon bien avant la formation du placenta; 2° par l'état pléthorique du fœtus dans les cas d'hémorragie utérine, où le placenta n'a subi aucune déchirure (M. Villeneuve en cite un exemple); 3° par la continuation momentanée et sans hémorrhagie placentaire de la circulation placento fœtale dans un œuf expulsé en entier.

3° La mort du fœtus n'est due qu'au défaut d'oxigénation du sang destiné à circuler dans ses organes. Cette mort peut-être prévenue en précipitant la terminaison de l'accouchement et en évitant par-là l'asphyxie. (M. Villeneuve mentionne un succès de ce genre qu'il a obtenu.) Elle n'est jamais due à l'anémie, excepté lorsque les vaisseaux ombilicaux du placenta ont été déchirés.

4° La mort de la mère peut être due au décollement d'une très petite portion du placenta (la seconde observation rapportée par M. Villeneuve offre un exemple de ce genre), ce qui prouve qu'elle succombe plutôt à une hémorrhagie veineuse qu'à une hémorrhagie artérielle, attendu que les veines utero placentaires ont de nombreuses anastomoses entre elles, ainsi que les sinus utérins, tandis que les artères utero placentaires ne présentent pas ou presque pas d'anastomoses.

5° La vie de la mère est d'autant plus exposée que le travail est plus long, comme chez les primipares, dans les cas d'insertion du placenta à l'orifice utérin, quoiqu'il y ait une petite surface decollée.

6° La vie de l'enfant est d'autant plus compromise que le décollement du placenta est plus considérable et plus prématuré, quelque rapide que soit la terminaison de l'accouchement et *vice versa*.

7° Le seigle ergoté est nuisible à la mère et à l'enfant dans ces sortes d'hémorrhagies : *A.* parce qu'il détermine la constriction de l'utérus, autant et peut-être plus dans son segment inférieur que dans son segment supérieur, sans provoquer la dilatation de l'orifice externe; *B.* parce que cette constriction qu'il a provoquée exprime de l'utérus le peu de sang que la mère aurait besoin de conserver; *C.* parce que le segment inférieur de l'utérus s'opposant à l'issue de l'enfant, les vaisseaux restent béants et continuent à fournir du sang tant que la présence de l'enfant maintient l'utérus dans une distension funeste. Il est doublement nuisible à l'enfant, en le privant d'abord du sang oxigéné dont il a besoin, et ensuite en suspendant sa circulation propre par le fait d'une constriction qui le comprime de toutes parts et d'une manière permanente.

8° Le tampon est le meilleur moyen à employer, surtout chez les primipares. Son emploi ne doit pas être fait trop tôt, mais il ne doit pas être trop tardif. Il détermine plus sûrement que le seigle ergoté des contractions normales, qui ne tardent pas à faire dilater l'orifice. Appliqué trop tard, il ne peut plus s'opposer à l'hémorrhagie, lorsque le sang privé de cruor ne consiste plus qu'en une lymphe rougeâtre qui le pénètre toujours avec facilité en l'imbibant. Il ne saurait être nuisible dans cette extrémité, parce qu'il pourrait encore déterminer la dilatation de l'orifice.

9° C'est une pratique mauvaise, heureusement abandonnée depuis long-temps, que de se croire obligé de traverser le placenta quand il est inséré centre pour centre et d'extraire l'enfant à travers cette ouverture artificielle. C'est bien souvent à la suite de semblables tentatives, qui déterminent presque toujours l'entier décollement du placenta, que l'on voit celui-ci sortir avant l'enfant. Il est toujours possible de décoller le placenta par le point ou la surface qui a fourni l'hémorrhagie, et d'aller chercher le fœtus qui, à la vérité, pousse quelquefois devant lui le placenta, quand il a été préalablement décollé. Agir différemment, c'est vouloir hâter plus sûrement la mort de l'enfant en déchirant les vaisseaux ombilicaux.

10° Enfin, on peut encore espérer d'avoir un enfant vivant même après la mort de la mère, dans les cas surtout où une hémorrhagie foudroyante aura enlevé cette dernière dans un temps très court. Outre l'autorité de plusieurs auteurs, il y a peu de temps encore qu'un enfant fut trouvé vivant, dans la Flandre française, sept heures environ après la mort de la mère. De là l'obligation de pratiquer l'opération césarienne chez toutes les femmes mortes enceintes.

III. *De l'iodure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire*; par M. E. BOUYER, docteur médecin, à Marennes.

M. Bouyer croit pouvoir tirer des faits qu'il a observés et de ceux qui sont mentionnés par différents auteurs, les conclusions suivantes :

1° L'iodure de potassium est un remède d'une efficacité constatée dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la périostite chronique, quelquefois même du rhumatisme articulaire aigu, surtout quand il a été précédé d'un traitement antiphlogistique demeuré impuissant ou incomplètement curatif.

2° Ce médicament réussit également, et dans les cas où il n'y a pas de complication syphilitique, et dans ceux où cette complication existe, lors même que les traitements anti-syphilitiques ordinaires ont échoué.

3° La dose d'iodure de potassium peut être portée, dès le début du traitement, à 25 et même à 40 centigrammes par jour, et être graduellement élevée jusqu'à 4 et 6 grammes et plus, en l'associant à une petite quantité d'une préparation d'opium, sans que l'on ait pour cela à redouter des accidents toxiques, ni même l'atrophie des glandes mammaires ou des testicules.

4° Le seul phénomène morbide observé jusqu'à ce jour, et encore fort rarement, que l'on puisse attribuer à l'administration de l'iodure de potassium aux doses ci-dessus mentionnées, est une inflammation de la muqueuse naso-palpébrale, et encore ce fait demande-t-il d'être confirmé par une expérience plus étendue.

5° Enfin l'iodure de potassium étant employé avec avantage dans des cas pour lesquels on a aussi conseillé les huiles de foie de morue et de raie, il doit leur être préféré comme d'une administration plus facile et moins dégoûtante pour les malades, et peut-être aussi comme plus actif et plus sûr.

IV. *Observation d'un placenta pierreux*; communiquée par madame BUISSON DANTHEZ, maîtresse sage femme de la Faculté de Paris, lauréat du concours de 1839.

« Marie Modet, âgée de 28 ans, tempérament sanguin, deux couches antérieures d'enfans à terme bien développés et vivans, est accouchée le 28 février 1842 d'une fille du poids de 3 kilogrammes, parfaitement développée. La délivrance fut un peu retardée par suite du volume et surtout de la résistance du placenta, sujet de l'observation.

» La femme n'éprouva aucun accident jusqu'au troisième jour, où elle présenta quelques symptômes de métro péritonite survenus à la suite d'une vive contrariété, symptômes qui, du reste, promptement et heureusement combattus, n'entraînèrent pas de retard pour le rétablissement complet de la mère.

» Le placenta présentait une forme régulièrement arrondie; le cordon était adhérent au centre; les membranes se laissaient détacher facilement jusqu'à la racine du cordon, les diamètres de 7 pouces en tous sens; l'épaisseur d'un pouce au centre.

» Les vaisseaux, au lieu de se ramifier comme cela existe dans les cas ordinaires, venaient se terminer à deux sinus distincts pour les deux ordres de vaisseaux. La face fœtale ne présentait du reste rien de bien remarquable. Sur celle qui adhérait à l'utérus, on remarquait des lobes distincts, formés d'une matière concrète, qui résista au scalpel; la couleur et la dureté étaient celles du plâtre gris. Étonnée de cette apparence, je voulus m'assurer jusqu'à quel point la substance spongieuse en était pleine; pour cela, je lavai le délivre à grande eau, et je vins à reconnaître que le gateau placentaire était formé en entier par des concrétions distinctes plus larges vers les bords qu'au centre; mais assez libres pour permettre de les séparer; c'est même à cette mobilité que la délivrance a dû pouvoir s'effectuer sans trop de difficulté. Surprise de trouver en pareil état une partie que je savais pouvoir être atteinte d'affections différentes, je la fis voir à M. le docteur Larrey (cette malade lui était recommandée comme médecin de la Société d'accouchement, sous le patronage de la reine), qui constata les faits observés par moi, et dont je viens de donner un récit très-bref ».

V. *Opération de cataracte faite par la méthode sous-conjonctivale*; par le docteur PAUL BERNARD, médecin-oculiste, à Paris.

Le procédé opératoire imaginé par l'auteur se trouve décrit avec tous ses détails dans l'observation suivante que nous rapportons textuellement :

Madame veuve Riquet, soixante dix ans, fileuse de laine, rue des Fossés St.-Victor, 39, à Paris, est affectée d'une double cataracte lenticulaire complète à gauche, incomplète à droite, mais fort avancée; les yeux du reste sont parfaitement sains et n'ont jamais été malades. — Le samedi, 16 juillet 1842, après les petites précautions ordinaires, nous nous rendons chez cette cataracte et nous procédons de la manière suivante :

La malade étant assise sur un siége très bas et en face d'une fenêtre bien éclairée, un aide intelligent se place derrière elle et fixe la tête sur sa poitrine; la paupière supérieure est maintenue elevée au moyen de l'élévateur dont nous nous servons dans l'opération du strabisme, et aussitôt nous fixons l'œil avec une érigne double également à strabisme et que nous implantons à la partie interne et inférieure de l'œil gauche, à quatre ou cinq millimètres environ de la cornée. Nous traversons avec l'érigne, non seulement la conjonctive et le fascia sous-conjonctival mais même une partie de la sclérotique elle-même, afin d'avoir un point d'appui plus fort: en un mot, nous agissons tout à fait comme dans l'opération du strabisme, par la méthode sous-conjonctivale de M. Jules Guérin. L'aide est chargé de maintenir l'œil immobile en dedans et un peu en haut; alors saisissant à notre tour une seconde érigne double semblable à la première, nous l'implantons le plus en dehors possible, à environ dix ou douze millimètres de la cornée et dans un point correspondant, un peu au-dessous du diamètre transversal de l'œil et au bord inférieur du muscle droit externe. Nous soulevons aussitôt la conjonctive, en tirant en avant de la main gauche le large pli de la membrane muqueuse et du fascia sous-jacent maintenu et formé par l'implantation de notre érigne double, et, prenant une aiguille ordinaire, très peu recourbée et tenue comme une plume à écrire, la concavité en arrière, nous l'introduisons lentement et avec précaution entre la conjonctive et la sclérotique, en lui faisant parcourir ainsi cinq à six millimètres; puis, arrivé au point d'élection, nous ôtons notre érigne et aussitôt nous ramenons avec facilité en avant le manche de l'aiguille, sans déchirer la conjonctive qui, par son élasticité naturelle et par son peu d'adhérence à la sclérotique, surtout du côté de l'angle externe, se plisse légèrement sans résister ni se rompre. Nous traversons aussitôt les membranes de l'œil et nous faisons l'abaissement lateral de la cataracte comme à l'ordinaire. L'opération n'offre rien de remarquable. Nous retirons l'aiguille avec la même facilité que par le procédé de la ponction directe; l'œil est fermé aussitôt et tourné vers le côté opposé à la lumière. Un instant après, nous invitons la malade à ouvrir l'œil opéré (l'autre étant recouvert d'un monocle) et à nous regarder; elle nous aperçoit très bien et peut aussi facilement distinguer divers autres objets. Nous examinons de près l'œil ainsi ouvert, et il nous est impossible de distinguer la petite plaie de la conjonctive; ce n'est qu'en invitant la malade à regarder en dedans que nous pouvons apercevoir un léger point rouge à douze millimètres au moins de la cornée.

Tout se passe parfaitement bien; pas la plus petite réaction ne survient; l'œil opéré n'est pas un seul instant sensible ou douloureux; en un mot, le succès est aussi complet que possible.

M. Paul Bernard ne donne pas ce procédé opératoire comme définitif; ce n'est là qu'un premier essai « qu'il a l'espoir fondé de perfectionner en le simplifiant. Nous ajoutons même que dès à présent et par anticipation, dit-il, nous espérons pouvoir fixer l'œil et faire le pli de la conjonctive tout à la fois dans le point même d'élection pour l'introduction de l'aiguille. »

REVUE MÉDICALE. Juillet 1842.

I. *Histoire d'un cas de pellagre observé à l'hôpital St.-Louis, dans le service de M. Gibert*; par M. Théophile ROUSSEL, interne des hôpitaux.

Le mardi, 28 juin dernier, M. Gibert annonça à l'Académie qu'il avait dans son service une malade affectée de pellagre, et la priait de nommer un de ses membres pour examiner ce fait. M. Emery fut désigné; mais la malade mourut le surlendemain. C'est cette observation que M. Roussel publie aujourd'hui et que nous avons à faire connaître. Comme c'est peut-être là le premier cas de pellagre qu'on ait observé en France, nous croyons devoir rapporter textuellement l'observation.

« La nommée Adelaïde Chenu, âgée de vingt-trois ans, fut admise, le 13 juin 1842, dans le service de M. Gibert, comme atteinte d'un *érythème des mains, du visage et du cou*. Elle nous donna sur ses antécédens les renseignemens suivans qui ont été confirmés, après sa mort, par le témoignage de sa mère, « Cette jeune fille est née à Brie-Comte-Robert, département de Seine et-Marne, dans une famille très pauvre. Pendant son absence, qu'elle a passée à la campagne, elle s'est bien portée; ses règles ont paru à l'âge de douze ans; elles ont toujours été peu abondantes, sans que leur apparition ait jamais été accompagnée de trouble notable dans l'exercice des autres fonctions. —C'est à la fin du printemps de 1840 que la malade fait remonter le dérangement de sa santé. Elle perdit alors très rapidement et sans cause connue, l'appétit et les forces. Des maux d'estomac survinrent, accompagnés de vomissemens et bientôt après de diarrhée et de l'apparition, sur le dos des mains et sur le front, de *rougeurs* que l'on attribua à un coup de soleil. Ces rougeurs, à peu près indolentes, persistèrent pendant tout l'été malgré les soins que la malade avait, dit-elle, de les oindre tous les soirs avec du saindoux. Les vomissemens avaient cessé de bonne heure; mais le dévoiement fut tenace et ne diminua qu'insensiblement pendant l'automne, en sorte que, pendant l'hiver et le printemps suivans, la malade, qui reprenait un peu d'embonpoint et de force, se remit à son état de couturière.

» Vers la fin de mai 1841, elle devint enceinte, et aussitôt sa santé se dérangea de nouveau. Les maux d'estomac reparurent accompagnés de vomissemens et d'un dévoiement opiniâtre qui se compliqua de violens maux de reins, de fourmillemens dans les membres inférieurs. Bien qu'elle ne se livrât à aucun exercice fatigant, elle trouvait le soir ses pieds enflés au niveau des chevilles. Les rougeurs du visage ne revinrent point; il existait seulement, au pourtour des sourcils et à la racine du nez, quelques démangeaisons, et il se détachait de ces points, lorsqu'elle se grattait, un grand nombre de *petites pellicules*. Les mains étaient moins rouges que l'année précédente; d'autre part, la malade remarqua pour la première fois l'existence, sur la partie inférieure du cou, vers la fourchette du sternum, d'une plaque d'un rouge pâle de la grandeur d'un écu de cinq francs, et d'où se détachaient par le frottement de petites écailles minces et

blanchâtres; mais la faiblesse et le dépérissement général étaient plus marqués qu'en 1840. La malade tomba dans une tristesse profonde, perdit le courage de toute espèce de travail et d'exercice. Elle accoucha avant terme en décembre 1841.

« Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier. La malade restait seulement sans appétit et sans force ; tout à coup, sans cause connue, sans qu'elle eût été exposée à l'action du soleil, vers le commencement d'avril 1842, son visage, ses mains et la partie supérieure de la poitrine se couvrirent de taches rouges luisantes, accompagnées d'une cuisson particulièrement sensible aux mains. En même temps le dévoiement, dont elle n'avait jamais été entièrement débarrassée, reprit de l'intensité ; il s'y joignit des coliques, des douleurs de reins, des crampes dans les membres. Les vomissemens ne reparurent pas. La malade s'alita ; et, comme ses souffrances augmentaient et qu'elle ne pouvait être convenablement soignée chez elle, elle se fit transporter à Paris. Nous la trouvâmes dans l'état suivant :

» 14 juin. Amaigrissement considérable; physionomie empreinte d'une tristesse et d'un abattement profond; dégoût presque universel pour les alimens; pouls petit, faible, fréquent; langue effilée, lisse, rouge à la pointe; douleurs dans les reins, sentiment presque continuel de lassitude dans les membres, qui fait place, surtout la nuit, à des fourmillemens et à des douleurs brûlantes aux extrémités, en sorte qu'elle ne goûte presque plus de sommeil. La peau est rude, sèche et chaude dans toute l'étendue du corps; la partie moyenne du front, la racine du nez, le pourtour des orbites sont comme couverts d'une rougeur terne et livide. En ces points, le tégument paraît fendillé, comme gercé; des fragments d'épiderme grisâtre, épais et ternes s'en détachent. Le dos des mains est le siége d'une rougeur plus intense et plus foncée, luisante comme celle de l'érysipèle au niveau des métacarpiens, sans gonflement sensible, et avec de larges plis comme dans certains psoriasis, lorsque les spasmes sont tombés; sur ces parties, l'épiderme paraît se détacher par une sorte d'exfoliation; sur les doigts, la couche épidermique offre un aspect parcheminé; elle paraît cassante, terreuse, très-épaisse, surtout au niveau des articulations, où elle forme des plis profonds, le long desquels elle paraît brisée, ce qui leur donne l'aspect de véritables gerçures. En somme, l'affection cutanée présente ici les apparences réunies de l'érythème de l'ichtyose. La plaque qui existe au niveau de la fourchette sternale, est d'un rouge pâle, et présente une desquammation tout à fait semblable à celle de cette dernière maladie.—Les pieds offrent du gonflement autour des malléoles et une rougeur érythémoïde légère, sans trace de desquammation.

» L'état de la malade a présenté très-peu de modifications pendant les dix premiers jours de son séjour à l'hôpital. Elle s'est plaint de douleurs aux gencives, qui sont en effet très-rouge et comme érodées au voisinage de la dent; une matière blanche, d'odeur fétide, semblable à du tartre, paraît provenir de ces érosions. Le dévoiement assez considérable au moment de l'arrivée, diminue; les crampes et les douleurs brûlantes des extrémités croissent toujours, au point que la malade supplie à chaque visite, et en pleurant, de lui donner un remède contre ces douleurs; plus d'appétit; presque plus de sommeil; langue très-sèche, même état du pouls.

» 25 juin. La physionomie de la malade a pris une expression singulière. Ses yeux sont fixes et brillans; les parties couvertes de rougeur ont pâli et pris un aspect terreux; elle est sombre, taciturne, et répond mal aux questions qu'on lui adresse.

» 26 juin. Dans la nuit du 25 au 26, elle a été prise d'un délire violent et loquace qui a troublé le repos des malades. Au moment de la visite, son état offre tous les caractères d'une manie aiguë; elle ne répond à aucune question; et, quoiqu'elle paraisse s'adresser à tous ceux qui s'approchent de son lit, elle ne reconnaît personne; elle se lève sur son séant, regarde autour d'elle d'un air hagard, proférant des juremens et des paroles incohérentes, auxquels se mêlent sans cesse les noms de Rosalie et d'Adélaïde, puis elle retombe sur son lit en agitant les mains, pour se relever un instant après avec la même violence. Elle ne montre aucune tendance au suicide ni à la fureur; et quoiqu'elle ne soit pas encore attachée, et que son lit soit entouré de divers ustensiles, elle n'a pas essayé de s'en servir pour se frapper ou frapper ses voisines.

» 27 juin. Le délire persiste avec les mêmes caractères et la même intensité. Pendant toute la nuit, la malade n'a pas cessé de proférer des juremens, des exclamations toujours les mêmes, s'agitant, essayant de se lever de son séant pour retomber aussitôt à la renverse.

» 28 juin. Elle s'est encore agitée, et a poussé des cris pendant la nuit. Cependant, au moment de la visite, elle paraît plus affaiblie que la veille; en voyant son lit entouré par les nombreux élèves qui viennent assister ce jour-là au cours de M. Gibert, elle regarde autour d'elle d'un air étonné; mais elle ne se soulève plus sur son lit et ne prononce guères d'autres paroles que celles-ci : Ah! oui! ah! oui! Elle agite sans cesse ses doigts dans la camisole de force, et des ouvertures ayant été pratiquées aux manches de ce vêtement pour mettre les mains, on voit qu'elle cherche à saisir des objets imaginaires et à pincer les couvertures de son lit. Les mains présentent les mêmes caractères qu'avant l'invasion du délire, à part la coloration qui n'est plus pâle.

» Le soir, la malade est plus affaissée : son œil est terne; elle ne parle plus.

» 29 juin. Agonie paisible. Mort à sept heures et demie du matin.

» 30 juin. Autopsie à neuf heures du matin.

« Cadavre réduit à un état d'émaciation extrême. La raideur cadavérique a complètement disparu; le globe de l'œil est affaissé; des lignes verdâtres se dessinent sur l'abdomen. — Plus de traces de rougeurs aux pieds et à la poitrine, très peu au visage; mais l'altération de la peau se retrouve avec les autres caractères sur ces points et sur les mains, dont la rougeur luisante et diffuse est remplacée par une teinte brune, entremêlée de tâches plus foncées, semblables à celles qu'on a observées chez certains scorbutiques. La peau est dure comme du cuir, principalement aux doigts; l'épiderme forme autour des articulations phalangiennes une couche très friable et comme cornée; au-dessous les élémens de la peau paraissent confondus, condensés en une couche rougeâtre qui tranche sur la couche épidermique. — A l'ouverture de l'abdomen il s'échappe une grande quantité de gaz fétides. Le tube digestif est dans l'état suivant : muqueuse gastrique, de couleur gris-verdâtre, entremêlée d'arborisations et d'un pointillé rouge-brun, cette membrane est ramollie sensiblement et s'enlève par petits lambeaux : pas de traces d'ulcération. L'intestin grêle est d'une teinte moins foncée et parsemée de points rouges qui semblent correspondre aux villosités. Le gros intestin est rempli de matières fécales liquides : Le sommet des valvules offre une teinte brunâtre ; pas d'ulcération.

» En enlevant la calotte crânienne, il s'écoule une grande quantité de sang noir; les sinus de la dure-mère sont gorgés de ce liquide. Très peu de sérosité dans l'arachnoïde. La piemère est un peu injectée; elle adhère à la substance cérébrale, et lorsqu'on essaye de l'enlever, elle entraîne de petits fragmens de celle-ci, ce qui donne à la surface du cerveau un aspect inégal et ulcéré.

» La masse encéphalique est sensiblement ramollie, et c'est principalement sur la substance grise que porte cette diminution de consistance. La substance blanche a sa coloration normale. Les ventricules contiennent une petite quantité de sérosité rougeâtre. La moelle est sans altération. Le cœur est petit, flasque et pâle. Les poumons sont infiltrés de sérosité : tubercules crus au sommet. Le foie est volumineux, d'une couleur fauve et piquetée de rouge; il est peu consistant. La rate est petite, presque exsangue. Les reins sont normaux. La vessie et les uretères sont distendus par une grande quantité d'urine. L'utérus est sain; on trouve seulement de la rougeur et une excoriation sur la lèvre inférieure du museau de tanche. »

En lisant les reflexions judicieuses dont M. Roussel a fait suivre cette observation, il est facile de se convaincre que c'est bien là un cas de *pellagre* des mieux caractérisés.

L'Examinateur Médical. — 15 juillet et 1er août 1842.

Quelques considérations sur les doctrines actuellement en opposition relativement à la syphilis; par le docteur J.-J.-Léon Rattier.

Il y a quelques mois, M. le docteur J. Jacques publia dans les Annales de la Société de médecine d'Anvers, un mémoire ayant pour titre : *Etudes sur la syphilis*. Dans notre *Supplément* du 2 avril dernier, nous avons formulé les principales conclusions de ce travail. M. Jacques, adoptant les doctrines de M. Baumès, s'est appliqué à combattre diverses opinions professées par M. Ricord. Ce dernier chirurgien ne pouvait laisser passer cette attaque; c'est son élève particulier, M. Léon Rattier, qui s'est chargé de la réponse que nous avons à faire connaître. Le lecteur trouvera également dans cette analyse la reproduction des principales idées qui se trouvent dans le travail de M. Jacques.

M. Jacques admet l'existence du virus syphilitique comme définitivement prouvée. Les expériences de M. Ricord, sur l'inoculation ne peuvent plus laisser aucun doute à cet égard. M. Baumès a également obtenu le même résultat. Mais il existe, entre l'opinion de M. Ricord et celle de M. Baumès sur ce point, cette différence que ce dernier considère le virus comme étant le pus lui-même secrété à la surface syphilitique; tandis que, pour M. Ricord, le pus n'est que le véhicule du virus « par la raison toute simple que la production du principe inoculable n'appartient qu'à une période de l'existence de l'ulcère, qui n'en continue pas moins de secréter du pus, après que le caractère essentiel de la virulence a disparu. »

Passant à l'utilité de l'inoculation, M. Jacques dit que, sous le point de vue du diagnostic, cette pratique n'a pas fourni un moyen certain et constant; or, M. Ricord n'a jamais soutenu le contraire, et les conclusions qu'il a tirées de ses expériences sont précisément les mêmes que celles auxquelles arrive M. Jacques. En effet si l'on doit conclure que l'ulcère, dont le pus donne lieu par l'inoculation à la pustule caractéristique, est un ulcère syphilitique primitif, M. Ricord n'a jamais prétendu qu'on soit en droit de tirer une conclusion diamétralement opposée, par cela seul que cette pustule ne se manifeste pas. « L'inoculation, dit M. Rattier, dans les bornes que M. Ricord lui a tracées, ne peut donc inspirer, par sa non-réussite, une fausse sécurité aux praticiens, à moins que, à l'exemple de M. Jacques, ils n'oublient que l'ulcère syphilitique ne fournit le pus inoculable qu'à une période de son existence, et que l'on peut très bien essayer vainement l'inoculation dès que cette période est passée, sans avoir le droit de conclure que le pus n'était pas inoculable antérieurement. »

M. Jacques attaque ensuite les caractères et le pronostic que M. Ricord a tirés de l'induration de la base des chancres. Suivant lui les conclusions que le chirurgien de l'hôpital du Midi a tirées de cette induration pourraient devenir dangereuses, en ce qu'elles peuvent faire administrer le mercure pour un ulcère non-syphilitique et induré, tandis qu'elles écartent l'utilité du traitement pour le chancre non-induré. « Une pareille objection, dit M. Rattier, ne serait valable que si M. Ricord n'avait pas clairement indiqué qu'à part l'utilité du mercure contre l'infection générale, l'induration, comme symptôme local, est modifiée de la manière la plus avantageuse par le traitement mercuriel. »

M. Jacques admet la possibilité de l'infection syphilitique à l'aide d'une blennorrhagie non compliquée d'ulcère syphilitique. On connaît les opinions de M. Ricord à cet égard.

M. Jacques conteste ensuite l'utilité de l'inoculation comme diagnostic des bubons. Nous ne reproduirons pas ici la réponse de M. Rattier qui nous paraît péremptoire.

M. Rattier cite ensuite textuellement les conclusions de cette première partie du travail de M. Jacques et les annote. Voici ce paragraphe :

M. Jacques conclut : « 1° que l'inoculation peut souvent servir à reconnaître la nature syphilitique des ulcères primitifs. » — Avant M. Jacques, M. Ricord avait écrit et prouvé cette proposition, et, de plus, que l'inoculation ferait, non pas souvent, mais toujours reconnaître l'ulcère virulent » — « 2° Que l'inoculation peut quelquefois dévoiler l'existence du chancre dans le canal de l'urètre. » — M. Ricord avait prouvé ce fait avant M. Jacques, et, de plus, qu'on a toujours une certitude absolue quand l'ulcère est virulent. — « 3° Que cette opération ne fournit de certitude que dans le cas où elle réussit. » — M. Ricord n'avait pas cru nécessaire d'écrire que, si l'on n'obtenait pas la preuve d'un fait, il n'était pas prouvé. — « 4° Que les conditions nécessaires à cette réussite n'existent pas toujours. » — Proposition écrite et prouvée par M. Ricord avant M. Jacques. C'est un des problèmes qu'il a résolus par l'inoculation. — « 5° Que l'insuccès de l'inoculation ne prouve point la non-existence du caractère syphilitique d'un accident. » — M. Ricord avait encore écrit et prouvé cela avant M. Jacques; et, de plus, il avait démontré que l'inoculation prouve toujours l'existence ou la non existence du caractère virulent. — « 6° Que l'inoculation est un moyen douteux de diagnostic qui ne fournit aucun indice certain sur les chances à courir pour la manifestation de la syphilis constitutionnelle. » — Nous ne comprenons pas qu'on ait sérieusement écrit cette dernière proposition, si l'on admet, avec la plupart des syphilographes, que tout chancre, c'est-à-dire tout ulcère primitif de la syphilis, inoculable à une période de son existence, n'est pas nécessairement suivi de l'infection générale. Et si, comme paraît le croire M. Jacques, le chancre était toujours synonyme d'infection générale, comme aussi cet ulcère est toujours inoculable à l'état virulent, l'inoculation serait un moyen certain de diagnostic pour l'infection générale. — Ne résulte-t-il pas de ces conclusions que M. Jacques est l'antagoniste le plus absolu de ses propres opinions? »

M. Jacques s'occupe, dans la seconde partie de son travail, *du danger et des conséquences de l'inoculation du virus vénérien*. Nous n'entrerons dans aucun détails sur ce point. Ce sujet a été assez longuement exposé dans la *Gazette des Hôpitaux* depuis quelques années, pour que tous les bons esprits aient pu former leur opinion.

Dans un dernier chapitre, M. Jacques s'efforce de faire ressortir le *danger de la cautérisation des ulcères vénériens primitifs*. « Ce chapitre, dit M. Rattier, repose sur deux allégations, l'infection instantanée et l'action éliminatrice du chancre; mais comme nous avons montré le peu de valeur des preuves contredites par M. Jacques lui-même, les dangers de la cautérisation ne sont pas mieux établis que les autres points des doctrines empruntées à M. Baumès. Toutefois, pour ce qui a trait à l'action du caustique sur le chancre, nous sommes contraints de dire que les faits énoncés par M. Jacques ne peuvent indiquer de sa part qu'un certain défaut d'habitude puisque tous les jours, sous les mains de M. Ricord comme sous celles de la plupart des praticiens, nous voyons l'ulcère primitif, ainsi que les résultats de l'inoculation, disparaître sans retour à l'aide d'une seule cautérisation par la potasse de Vienne, lorsque le siége du mal permet d'employer la cautérisation profonde. Jamais alors la plaie que laisse le caustique ne fournit, quelle que soit la durée, du pus inoculable, comme veut bien le supposer M. Jacques, dans l'intérêt des théories qu'il ne pouvait pas appuyer sur l'expérience ou sur l'observation. »

Bulletin de la Société médicale d'Angers. 1re année. — Juillet 1842.

Observation d'une fièvre septane ou hebdomadaire; par M. le docteur Laroche père.

Un jeune homme, âgé de seize ans, fut atteint le 24 août 1827, à midi, d'un frisson qui dura trois heures et fut suivi d'un tremblement général qui dura aussi trois heures. La fièvre dura toute la nuit et se termina le matin par des sueurs. — Du lundi au dimanche suivant on n'observa plus rien; le malade se plaignit seulement d'être un peu courbaturé. Mais le dimanche 31 août, à midi, il ressentit les mêmes symptômes que le dimanche précédent : frisson de trois heures; tremblement de trois heures, fièvre pendant toute la nuit, sueur critique le lundi matin. La semaine se passe encore sans fièvre — Le dimanche suivant (7 septembre) à sept heures du soir, l'accès de fièvre se montre avec les mêmes symptômes que les deux dimanches précédens; il se continue toute la journée du lundi et se termine par de la sueur dans la nuit du lundi au mardi. — Le dimanche (14 septembre) à midi, réapparition de la fièvre qui se termine dans la nuit par la transpiration. — Jusque là on s'était borné à la prescription suivante : tisanne de chicorée amère, lavemens émolliens, pédiluves, régime alimentaire très modéré. — Le lundi (15 septembre) on prescrit : sulfate de quinine, 12 grains à prendre en quatre pilules, une chaque matin à jeun, les jeudi, mardi, mercredi et jeudi, après chaque pilule un verre de tisanne amère. Continuation du régime. Les vendredi, samedi et dimanche matin, une pilule de deux grains de quinine. — Le dimanche (20 septembre) se trouve bien pendant la journée, dort la nuit et s'éveille avec une sueur abondante le lundi matin. Deux grains de sulfate de quinine sont administrés chaque jour de la semaine, le matin à jeun. Tout rentre dans l'ordre. — Le dimanche suivant (28 septembre) la fièvre ne reparaît pas. Retour complet à la santé. Trente grains de sulfate de quinine ont suffit pour détruire complétement cette espèce de fièvre intermittente.

Si les fièvres intermittentes à type quotidien, tierce et quarte sont très communes, il n'en est certainement pas de même des fièvres quintanes, septanes et nonanes; c'est pourquoi nous avons cru devoir rapporter le fait précédent avec quelques détails.

II. *Taille vagino-vésicale. — Extraction d'un calcul volumineux*; par M. le docteur Laroche père.

Une femme âgée de trente un ans était en proie, depuis seize années, à de vives souffrances dans la vessie. Tout indiquait la présence d'un calcul. Le cathétérisme fit reconnaître à M. Laroche l'existence d'une pierre volumineuse. Une opération était indiquée. Eu égard au volume du calcul deux méthodes opératoires paraissaient seules pouvoir être mises en pratique; la méthode sus-pubienne ou la méthode vagino-vésicale. A la suite d'une consultation, il fut décidé qu'on aurait recours à la taille vaginale; et voici comment M. Laroche opéra :

« La malade ayant été placée, dit-il, et maintenue par des aides, comme dans la taille latérale, j'essayai de porter un cathéter entre le bas fond de la vessie et la pierre, mais n'ayant pû y parvenir, je pris le parti d'inciser la cloison vagino-vésicale en prenant la pierre elle-même pour point d'appui. A cet effet je plaçai dans le vagin un gorgeret de bois d'ébène pour protéger la paroi inférieure de ce canal, ainsi que le col de l'utérus; je fis en même temps comprimer la région sus pubienne, afin de mieux faire saillir le calcul dans le vagin. Portant alors, sur le doigt indicateur de la main gauche, introduit de près de deux pouces dans le vagin, la lame d'un bistouri droit, je pratiquai une petite ouverture d'arrière en avant à la cloison qui sépare le vagin de la vessie. Ayant introduit dans la vessie, par cette petite plaie, une sonde cannelée, je la fis passer entre la pierre et la paroi inférieure de la vessie et m'en servis pour diriger un bistouri boutonné dont le tranchant, tourné en bas, agrandit l'incision première de plus d'un pouce et demi, de telle façon que la plaie pratiquée à la cloison pouvait bien avoir alors près de deux pouces de longueur. C'est par cette plaie que je portai dans la vessie des tenettes de diverses grandeurs et de courbures différentes. — Le calcul était facile à saisir, mais venait on à tirer dessus on le sentait aussitôt se dégager des tenettes et fuir devant elles. Après avoir échoué avec des tenettes de la

plus grande dimension, je tentai l'extraction du calcul avec un petit forceps; je ne pus malheureusement arriver à en rapprocher les deux branches, et fus contraint de renoncer à l'emploi de cet instrument. »

Après ces manœuvres, qui durèrent plus d'une heure, la malade se trouva épuisée et on suspendit l'opération. Quelques accidens survinrent. La plaie resta fistuleuse; la malade était en proie à des douleurs vives. Enfin, environ trois mois après, cette femme qui s'était refusée obstinément à ce qu'on fît de nouvelles tentatives pour la débarrasser de son calcul, demanda elle-même qu'on reprît l'opération.

La plaie fut encore agrandie d'un pouce et demi environ, à l'aide d'un bistouri boutonné. Elle pouvait alors offrir trois pouces d'étendue d'avant en arrière. Malgré cette vaste plaie le calcul ne put être extrait qu'avec peine à l'aide de deux leviers de Levret. La malade a survécu à l'opération, mais elle a garde une fistule urinaire. C'est en 1825 que l'opération avait été pratiquée, elle est morte en 1840.

Voici la description que M. Laroche donne du calcul : « Ce corps, dit-il, par sa forme triangulaire, se rapproche un peu de celle d'un cœur de cartes à jouer. On peut lui considérer trois bords épais et mousses, deux faces et trois angles. Son volume est égal à peu près à celui du poing d'un enfant de quinze ans; il présente 28 centimètres (10 pouces) de circonférence dans un sens, et 23 centimètres 1/2 (8 pouces 1/2) dans tous les autres. Sa surface extérieure raboteuse, blanchâtre, offre çà et là quelques petits points brillans. La couche extérieure a été détruite dans deux points opposés par le frottement des tenettes. Son poids est de 571 grammes 16 centigrammes (12 onces, 2 gros, 4 grains). — M. Chevreul, membre de l'Institut, qui l'a analysé, a trouvé que sa couche extérieure était formée : 1° de phosphate ammoniaco-magnésien; 2° de phosphate de chaux: que l'acide urique était la partie dominante des couches recouvrant le noyau, et qu'enfin ce noyau lui-même était formé; 1° d'acide urique; 2° d'oxalate de chaux; 3° de magnésie unie peut-être à de l'acide oxalique; 4° d'une matière azotée. »

M. Laroche dit, en terminant, les motifs qui l'ont porté à préférer la taille vagino - vésicale à la taille sus - pubienne. D'abord, c'est que la première lui a paru exempte de tout danger pour la vie de la malade « avantage qui n'existe pas pour la taille sus-pubienne, à la suite de laquelle succombe à peu près un individu sur six ou sept. Le second, c'est qu'il a été reconnu par des auteurs très recommandables que les trois quarts des femmes opérées par le procédé dont nous nous sommes servi avaient guéri complètement et en peu de temps. »

III. *Chute d'une hauteur de 78 mètres, au fond d'une ardoiserie, non suivie de mort*; par M. le docteur ADOLPHE LACHÈSE.

Voici un fait authenthique qui offre des circonstances tellement extraordinaires que nous croyons devoir le faire connaître dans tous les détails.

Le 29 août 1835, le nommé Pierre Vallée, âgé de vingt-deux ans, charpentier, était à travailler au haut d'une grue; il était de 8 mètres plus élevé qu'un échafaud placé au-dessus du fond de la carrière, lorsqu'il tomba. Cet échafaud était fait avec des planches d'une épaisseur telle que celle qui reçut Vallée avait porté, quelques jours auparavant, une poulie en fonte du poids de 350 kilogrammes. Elle éclata cependant, et Vallée se trouva lancé dans un espace de 70 mètres de hauteur. Il le traversa en tournant lentement sur lui-même, dirent ceux qui l'avaient vu tomber, et il arriva, les mains et la tête en avant, dans un puisard contenant 3 mètres d'eau environ. Tous ses camarades le crurent mort, et s'occupèrent d'un autre charpentier qui, effrayé de la chute de Vallée, était sur le point de défaillir et de tomber lui-même. Cependant les ouvriers d'en bas avaient retiré Vallée; ils virent avec étonnement qu'il respirait encore, et immédiatement ils le mirent dans un bassicot et le firent remonter. Quelques minutes après, Vallée reconnaissait ceux qui l'entouraient; on lui fit boire du vin, de l'eau-de-vie et on le transporta à l'hôpital d'Angers.

Arrivé à l'hôpital, Vallée croyait n'être tombé que sur l'échafaud et ne se souvenait nullement d'avoir parcouru toute la profondeur de la carrière; il répondait assez juste aux questions qu'on lui faisait, mais il voulait toujours dormir et se plaignait d'un violent mal de tête. Le côté gauche du tronc, qui avait porté le premier lorsque Vallée avait brisé la planche de l'échafaud, offrait quelques petites plaies contuses, mais ne présentait aucune fracture. Il y avait une plaie contuse à la partie postérieure de la tête, un peu à droite de la bosse occipitale. De larges saignées furent pratiquées avec la lancette et au moyen d'applications de sangsues; le malade fut mis à la diète, à l'usage des tisanes simples et on attendit les accidens.

Le 1er septembre, Vallée était encore dans l'état de stupeur; il ne se souvenait pas d'être tombé; il souffrait dans l'abdomen, avait de la soif et était fort agité. De larges ecchymoses entouraient les deux yeux, la conjonctive de l'œil gauche offrait à la partie externe une large tâche de sang épanché, la face était gonflée : on devait craindre le développement d'accidens inflammatoires; on insista sur le traitement antiphlogistique; mais les accidens ne se développaient pas. — Le 3 septembre, Vallée n'était plus couché; il se promenait dans la salle; sa démarche était peu assurée, mais il ne souffrait plus. — Le 4, comme on ne voulait pas lui donner une quantité d'alimens assez abondante, il sortit de l'hôpital et se rendit seul à pied chez lui, où il fit un repas copieux. — Le 6 octobre, M. Lachèse le vit se promener dans les rues; il se portait de mieux en mieux.

Un an après l'accident, M. Lachèse vit la mère de Vallée qui lui dit qu'excepté les quinze premiers jours pendant lesquels il avait un peu travaillé, son fils avait presque toujours gardé le lit jusqu'à Pâques (avril 1836). Il avait alors de fréquens saignemens du nez, une grande faiblesse dans les jambes, de la difficulté à uriner, une infiltration générale. Des sangsues, des vésicatoires aux jambes, des boissons délayantes, diurétiques, avaient été mis successivement en usage, et, depuis Pâques, Vallée avait repris ses travaux pour ne plus les suspendre.

« Toutes les circonstances de cette observation, ajoute M. Lachèse, nous ont paru fort extraordinaires. Un homme fait une première chute sur une planche fort résistante; il la brise cependant, et il n'en résulte pour lui que quelques petites plaies contuses sur le côté du corps qui a porté le premier. Le même homme après avoir traversé un espace de 70 mètres, arrive dans un puisard peu large, peu profond; il n'en touche aucune des parois, peut être retiré sans aucune fracture, sans aucune plaie, et plusieurs saignées, quelques soins à l'hôpital, suffirent pour le mettre dans le cas de s'en aller seul, à pied, à plus de cinq kilomètres, pour reprendre ses habitudes ordinaires. — Nous ne savons jusqu'à quel point les accidens éprouvés consécutivement par Vallée doivent être rapportés à sa chute; ils auraient fort bien pu ne pas se développer si Vallée était resté plus longtemps à l'hôpital, et s'il avait suivi ensuite, pendant la convalescence, un régime mieux approprié à sa position. »

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX. Juillet 1842.

Du tartre stibié comme contro-stimulant dans la pneumonie; par M. Paul de MIGNOT.

Nous nous bornerons à rapporter les conclusions de ce travail. Elles sont assez détaillées pour que le lecteur puisse se faire une assez juste idée du mémoire que nous avons à lui faire connaître. Disons seulement que, relativement aux symptômes de la maladie, M. Paul de Mignot croit qu'il serait indispensable de diviser cette affection en six variétés bien distinctes :

1° En hypérémique (angioténique ou inflammatoire);
2° En muqueuse;
3° En bilieuse;
4° En adynamique;
5° En ataxique;
6° En typhoïde ou par infiltration du sang.

Voici du reste les conclusions que l'auteur a cru pouvoir tirer de l'ensemble de son travail :

« 1° Il est extrêmement essentiel, au point de vue pratique, de reconnaître certaines variétés de pneumonie, pour s'entendre sur le traitement qui convient à chacune d'elles. Si les divisions que j'ai faites et les dénominations que j'ai proposées ne paraissent pas satisfaisantes, il est à désirer qu'un médecin habile s'empare de cette idée et la féconde d'une manière plus heureuse.

« 2° Dans toute pneumonie hypérémique, quelle qu'en soit la cause, la méthode de M. Bouillau est évidemment la meilleure, et il ne faut recourir au tartre stibié à haute dose que lorsqu'il est bien prouvé que la saignée est insuffisante.

« 3° Les préparations antimoniales, et surtout le tartre antimonié de potasse sont doués de deux actions bien distinctes : l'une porte sur le poumon, l'autre sur la peau; la première se traduit par l'expectoration, la seconde par la diaphorèse.

« 4° En vertu de cette double action, les antimoniaux sont utiles en général dans toutes les pneumonies pour cause frigorifiques, quel qu'en soit le type; dans la pneumonie muqueuse surtout, le tartre stibié à haute dose est le moyen par excellence. Il est bien entendu que la saignée peut aussi réussir dans ce cas, même que la combinaison de ces deux agens thérapeutiques amène ordinairement une guérison plus rapide.

« 5° Dans la pneumonie pour cause miasmatique (pneumonie rubéoilque, suettique), la méthode contro-stimulante ne doit être tentée que lorsque le travail éliminateur vers la peau se suspend ou tend à se suspendre.

« 6° Dans la pneumonie bilieuse et qui s'accompagne d'hépatite ou de gastro-duodénite, lorsque surtout elle ne provient pas d'une cause frigorifique bien évidente, le tartre stibié à haute dose est le moyen le plus rationnel qu'on puisse employer.

« 7° Dans la pneumonie traumatique et symptomatique d'une autre lésion d'organe, l'utilité de cet agent médicateur est au moins fort douteuse, quoique l'action spécifique du tartre stibié sur le poumon lui-même soit tout à fait incontestable. Ici la saignée l'emporte encore et doit être considérée comme le moyen le plus rationnel.

« 8° Dans la pneumonie typhoïde ou par infection du sang, l'administration du tartrate de potasse et d'antimoine à haute dose ne pourrait être qu'exceptionnelle et bien moins efficace que celle des antiseptiques, du quinquina, du camphre, etc.

« 9° Enfin le traitement de la pneumonie anormale varie d'après une foule de circonstances qu'il est impossible de déterminer; cette affection revêt ordinairement le type des constitutions médicales ou des épidémies régnantes, et ici la méthode perturbatrice peut aussi bien trouver son emploi que la saignée et la médication la plus rationnelle. Ordinairement, pendant les épidémies de fièvres rémittentes ou intermittentes qui sévissent dans les endroits marécageux, il survient des pneumonies anormales qui affectent aussi une marche périodique et qui cèdent fort bien à l'emploi du sulfate de quinine. »

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. 11 août 1842.

Empoisonnement par l'eau de laurier-cerise sur un enfant âgé d'environ huit ans.

Une jeune fille de huit mois environ, d'une assez bonne constitution et jusqu'alors peu maladive, paraissait souffrir de la dentition et avait en même temps un embarras intestinal. Le médecin appelé prescrit des évacuans. Le lendemain, à sa visite, il trouve de l'irritation au ventre : aussitôt trois sangsues sont appliquées sur cette partie, et une potion composée comme suit est formulée : eau de cerises noires, 120 grammes; sirop de Tolu, 30 grammes; myrrhe, 1 gramme; calomel, 1 gramme; laudanum, 3 gouttes. A prendre par cuillérée d'heure en heure. — On court chez un pharmacien, homme aussi prudent que capable; mais il est malade et a dû confier la gestion de son officine à un élève expérimenté. Malheureusement cet élève s'est absenté pour quelques instans. Cependant l'on réclame le remède en toute hâte. Alors le second élève le prépare, et, ne trouvant pas le flacon contenant l'eau de cerises noires, il croit pouvoir la remplacer par une égale quantité d'eau de laurier-cerise. — De retour chez lui, le père de la petite fille s'empresse de lui administrer la première cuillerée de cette potion. A peine en a-t-elle pris une demi cuillerée à café, qu'elle pousse un cri, renverse la tête en arrière et est agitée par des convulsions. On appelle derechef le médecin : il arrive aussitôt; mais le sujet expire à l'instant. Dix minutes s'étaient écoulées depuis l'administration du remède.

A l'odeur, il fut facile au médecin de reconnaître qu'il contenait de l'eau de laurier-cerise. Alors le mot d'empoisonnement lui échappa : c'en fut assez pour que la justice eût à connaître de cette affaire.

A l'autopsie faite judiciairement, les membranes du cerveau n'ont présenté rien de particulier; le cerveau, le cervelet et la moelle épinière n'ont rien offert qui fût digne d'être noté.

L'estomac et les intestins ont été liés en haut et en bas, puis détachés, placés dans un vase et transportés dans le laboratoire de chimie de la Faculté de médecine (Montpellier) pour être examinés. L'estomac ayant été ouvert, on y trouva deux petites cuillerées environ d'un liquide jaunâtre et sans odeur. Ce liquide a été recueilli et déposé dans un verre à expériences, qui a été recouvert et cacheté. L'intérieur de l'estomac était injecté vers la grande courbure, mais surtout au pourtour de l'ouverture pylorique. Le duodenum présentait, dans toute son étendue, une couleur rouge foncée. Les autres parties du tube digestif ont paru saines.

Une cuillerée à café de la potion qu'avait prise la jeune enfant a été donnée à un petit chien d'environ un mois, et cinq minutes après l'animal avait cessé de vivre au milieu de convulsions. Un lapin, soumis à la même expérience, a été pris, deux minutes après, de convulsions tétaniques. Un quart d'heure après la respiration semblait s'améliorer : nouvelle cuillerée de la potion; mort instantanée.

MM. E. René et Vailhé, officiellement chargés de faire cette autopsie, demandèrent que des experts chimistes leur fussent adjoints pour pouvoir éclairer la justice d'une manière complète.

Nous ferons connaître le résultat de cette expertise lorsqu'elle aura été publiée dans le journal de Montpellier.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALES D'OCULISTIQUE. — Juillet 1842.

Mémoire sur les dacryolithes et les rhynolithes, ou pierres formées à la surface de la conjonctive dans les voies lacrymales et le canal nasal; par M. le docteur DESMARRES (1re partie. Dacryolithes).

L'auteur commence par rapporter l'observation qui lui a donné l'idée de composer ce travail. Il s'agit d'une femme âgée de 66 ans, qui n'a eu, pour toute maladie antérieure, que quelques légères attaques de goutte, qui ont laissé des concrétions peu élevées sur les articulations des orteils et sur celles des doigts.

En 1838, cette femme fut atteinte d'un larmoiement de l'œil droit, qui se transforma plus tard en un écoulement de matières jaunâtres puriformes. Vers la même époque, elle remarqua que, dans le coin de son œil, en bas, du côté du nez, il s'était formé une petite grosseur, qui prit un accroissement successif, et qu'on n'a pas pu faire disparaître.

Lorsqu'elle vint consulter M. Desmarres (août 1840), celui-ci constata une inflammation superficielle de l'œil, surtout du côté de l'angle interne. « Le point lacrymal supérieur, dit-il, est sain; l'inférieur, dilaté et présentant trois fois son diamètre normal, laisse écouler une matière séro-purulente dont la quantité n'est pas augmentée par la pression. La vue et le toucher me font reconnaître que dans la direction du conduit lacrymal inférieur il y a une petite tumeur circonscrite, indolente, sans coloration inflammatoire notable de la peau, et faisant une saillie en dehors, comparable pour la grosseur à celle d'une petite noisette. En remontant la paupière de haut en bas avec l'index, je reconnais que la tumeur fait, sous la muqueuse, très-saine, à part l'injection dont j'ai parlé, une saillie semblable à celle qu'on reconnaît en dehors, ce qui lui donne une forme tout à fait sphérique. L'angle interne de l'œil est rempli de mucosités jaunâtres que les larmes charrient sur la joue, dont le dessus est mis à nu dans plusieurs endroits, et recouvert par plaques de croûtes épaisses. »

Pour préciser le diagnostic, M. Desmarres se proposait d'introduire un stylet mousse dans le conduit lacrymal dilaté; mais la malade s'y refusa; et ce ne fut que deux mois plus tard (octobre 1840) que M. Desmarres put s'assurer, à l'aide de ce moyen, de l'existence d'un corps dur dans le conduit lacrymal. Deux jours après, il procéda à l'extraction de ce corps de la manière suivante : Une petite sonde cannelée étant préalablement introduite dans le conduit, M. Desmarres glisse sur elle l'une des lames d'une paire de ciseaux droits assez forts, avec lesquels il divise en dedans, du côté du globe oculaire, toute la paroi postérieure de la tumeur, y compris la conjonctive. Cette incision donne immédiatement issue à un corps dur, jaunâtre, de la grosseur d'un pois vert. Il reste au fond de la plaie une matière jaunâtre, comme granuleuse, un peu huileuse, assez facile à écraser entre les doigts, que l'on enlève avec une curette. Les parois du conduit sont ensuite largement cautérisés avec le nitrate d'argent. Des phénomènes inflammatoires suivirent cette opération; mais on en triompha; et quelques mois après la guérison était complète.

M. Bouchardat a examiné ce calcul, et voici le résultat de ses observations : « Cette concrétion est d'une forme irrégulièrement ronde, un peu triangulaire; sa couleur est grisâtre. Sa surface, raboteuse, présente une multitude de petites aspérités séparées par des enfoncemens de couleur plus foncée que les saillies, même en plein jour. Divisé en deux moitiés, on voit sur les faces de la section une multitude de petits points élevés semblables à la surface du sable. La densité de la concrétion est de 1.14; sa consistance beaucoup plus ferme que celle de la cire la plus dure; son poids est de 4 centigrammes. — Sa composition à l'état sec est de : 1° matière albumineuse concrète, 25 parties; 2° matière muqueuse, 18 parties; 3° graisse, *traces*; 4° carbonate de chaux 48 parties; 5° phosphate de chaux et de magnésie, 9 parties; 6° chlorure de sodium, *traces*. »

Après l'exposé détaillé de ce fait, M. Desmarres examine la question de savoir si les calculs doivent être considérés comme une maladie locale. Voici quel est son opinion à cet égard : « Nous croyons, dit il, qu'un calcul ne peut se former dans un endroit ou conduit quelconque de l'économie, sans qu'il y ait une prédisposition générale, une diathèse particulière pour la génération des calculs, et, à l'exemple des observateurs les plus recommandables, nous pensons qu'un corps étranger peut, le plus souvent, quand il est engagé dans un conduit destiné à être incessamment parcouru par des liquides, se recouvrir d'incrustations calcaires; mais nous nions formellement que ce phénomène se montre par suite d'un simple obstacle au cours des fluides, par la simple affinité morbifique des membranes, etc., parce que notre conviction est qu'ils n'apparaissent que comme effet d'une cause générale particulière. »

M. Desmarres rapporte enfin plusieurs observations très intéressantes qu'il a puisées dans les auteurs

Il Filiatro. Novembre, 1841.

Tableau comparatif de la morve (chez l'homme), de la syphilis, de la peste et de la variole; extrait d'un mémoire que M. le docteur J. Delaharpe, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne, a publié sous le titre : *Quelques idées sur la morve de l'homme*, etc.

MORVE.	SYPHILIS.	PESTE.	VARIOLE.
Contagion immédiate et probablement médiate; principe contagieux adhérent au pus. Infection (probable) par la voie des organes respiratoires et par les membranes muqueuses	Contagion immédiate seulement; principe contagieux adhérent au pus. Infection par la voie des membranes muqueuses.	Contagion immédiate et médiate; principe contagieux adhérent au pus et (très probablement) aux divers fluides séparés. Infection par la voie de la peau et par les membranes muqueuses.	Contagion immédiate et médiate; principe contagieux adhérent au pus et (peut-être) à l'humeur de la transpiration. Infection par la voie des membranes muqueuses, par les organes respiratoires et (peut-être) par la peau.
L'inoculation produit d'abord une maladie locale qui tend à devenir générale. Persistance (très probable) de la susceptibilité morbifique après une première infection générale.	L'inoculation produit d'abord une infection locale qui tend à devenir générale. Persistance de la susceptibilité morbifique après une première infection générale.	L'inoculation donne lieu à une maladie locale qui devient promptement générale. Persistance de la susceptibilité morbifique après une première infection générale.	L'infection donne promptement lieu à une maladie générale. La susceptibilité morbifique disparaît après une première infection.
Les premiers symptômes locaux dénotent une lésion primitive du système lymphatique et des organes de la vie végétative.	Les premiers symptômes locaux dénotent une lésion primitive de la vie végétative.	Les premiers symptômes dénotent une lésion primitive des systèmes lymphatique et vasculaire.	Les premiers symptômes dénotent une lésion primitive du système vasculaire.
La maladie devenue générale attaque essentiellement le système lymphatique et la vie végétative; les systèmes vasculaire et nerveux ne sont affectés que consécutivement.	La maladie devenue générale attaque essentiellement la vie végétative; le système lymphatique est affecté consécutivement.	La maladie générale attaque essentiellement les systèmes lymphatique et vasculaire; la vie végétative n'est affectée que consécutivement.	La maladie générale attaque essentiellement le système vasculaire; la vie végétative et les autres fonctions ne sont affectées que secondairement.
La marche et la terminaison de la maladie dénotent un trouble septique.	La marche et la terminaison de la maladie dénotent un trouble inflammatoire lent.	La marche et la terminaison de la maladie dénotent un trouble septique et adynamique aigu.	La marche et la terminaison de la maladie dénotent un trouble inflammatoire aigu.
La forme peut être chronique ou aiguë.	La forme est chronique (la forme aiguë n'existe plus).	La forme est aiguë et fébrile seulement.	La forme est aiguë et fébrile seulement.
Les lésions anatomiques consistent essentiellement en abcès primitifs et secondaires. Les abcès ont leur siége dans les ganglions lymphatiques, dans les muscles, dans le tissu cellulaire, dans les membranes muqueuses de l'appareil respiratoire et dans la peau.	Les lésions anatomiques consistent essentiellement en des pustules qui dégénèrent en ulcères et en des engorgemens inflammatoires des tissus blancs, des membranes muqueuses, de la peau et des ganglions lymphatiques.	Les lésions anatomiques consistent essentiellement en un engorgement des vaisseaux lymphatiques.	Les lésions anatomiques consistent essentiellement en une éruption de pustules à la peau et aussi, mais en moindre quantité, sur la membrane muqueuse du gosier.
La terminaison spontanée a lieu par phthisie, par marasme ou par typhus.	La terminaison spontanée a lieu par phthisie, par marasme et par désorganisation locale	La terminaison spontanée a lieu par une crise ou par un typhus.	La terminaison spontanée a lieu par une crise ou par un typhus.
La mort survient par adynamie; celle-ci se manifeste particulièrement dans le système sanguin et constitue un véritable empoisonnement septique.	La mort est la conséquence des désordres locaux et consécutifs, rarement du marasme.	La mort arrive par adynamie, et celle-ci se manifeste spécialement dans les systèmes vasculaire et nerveux.	La mort a lieu par l'adynamie des systèmes vasculaire et nerveux, ou, ce qui est ordinaire, par suite des accidents inflammatoires concomitans.

Medicinische Annalen, t. VII, cahier 3.

Cas d'empoisonnement volontaire par les fruits de belladone; observation communiquée par M. le docteur Fink.

Un soldat, âgé de 19 ans, d'un tempérament mélancolique et d'une constitution assez délicate, fut amené à l'hôpital le 24 août 1840, dans un état de stupeur, bien que la connaissance ne fût pas complètement perdue. Les symptômes offerts par ce malade étaient les suivans : position assise dans le lit, grande anxiété et inquiétudes; mouvemens continuels de la tête; paupières largement écartées; yeux proéminens, roulans, louches, presque insensibles à l'action des impressions extérieures; pupilles naturelles; regard troublé, farouche; face rouge et tuméfiée; convulsion du côté gauche du visage, et particulièrement de la commissure des lèvres de ce côté; spasmes violents du gosier; aphonie; tremblement des membres. La tête ne présente pas une grande chaleur, et la température du corps n'est pas très-élevée. Le pouls est petit, lent, intermittent; la respiration accélérée, la langue recouverte d'un enduit blanchâtre, mais toutefois sans envies de vomir; la région de l'estomac est douloureuse au toucher; la peau, surtout sur le thorax, présente l'aspect tacheté qui est propre à l'éruption scarlatineuse.

L'apparition si subite d'accidents aussi graves fit naturellement soupçonner l'existence d'un empoisonnement; et, en effet, après avoir nié long temps, le malade finit par convenir par écrit que, dans la matinée, il avait mangé trois baies de belladone.

On voulut faire prendre de l'eau sucrée, mais l'essai seul de l'ingestion de cette boisson suffit pour exciter une forte constriction de l'isthme du gosier. Après une saignée générale abondante, le malade reprit la plénitude de sa connaissance, mais néanmoins sans pouvoir parler. Un vomitif composé d'émétique et d'ipecacuanha fut ensuite administré, et provoqua bientôt de copieuses évacuations par le haut et par le bas, mais cependant sans qu'il fût possible de découvrir dans les matières évacuées aucune trace de la substance vénéneuse. Peu à peu la grande inquiétude et l'anxiété, les mouvemens convulsifs de la tête, des yeux et des muscles de la face, ainsi que le tremblement des membres, cessèrent; les yeux commencèrent à ressentir légèrement les impressions extérieures; l'action du toxique sur le nerf vague, les irrégularités de la respiration, la disphagie et l'aphonie disparurent peu à peu, toutefois, le pouls resta lent et conserva ses intermittences.

Lorsque l'amélioration fut tout à fait prononcée, le malade put fournir des détails circonstanciés sur ce qu'il avait fait et ce qu'il avait éprouvé. Il déclara qu'immédiatement après avoir avalé le suc de ces baies, il avait ressenti de la sécheresse, de la démangeaison, de la constriction et de la brûlure dans la bouche, l'œsophage et l'estomac ainsi qu'une soif inextinguible, mais sans qu'il lui fût possible d'opérer aucun mouvement de déglutition : il avait ensuite éprouvé de la pesanteur de tête; sa vue s'était voilée; il s'était trouvé en proie à une anxiété et à une inquiétude inexprimables : une forte chaleur, accompagnée de tension, s'était fait sentir dans la vessie, sans qu'il lui eût été cependant possible d'uriner. Plus tard, il avait été pris d'un engourdissement général, de forts bruissements dans les oreilles, et enfin de perte complète de connaissance. Il n'avait repris ses sens qu'après l'émission sanguine, et l'expulsion de l'urine n'était devenue possible qu'après l'action du vomitif, mais en s'accompagnant d'une douleur brûlante. La soif, la cuisson dans les voies digestives et urinaires pénétrèrent encore assez long temps; on les combattit successivement par le régime lacté, par les mucilagineux et par les acides végétaux en boisson, et enfin le 1er septembre il ne restait plus d'autre symptôme de l'empoisonnement que de la débilité musculaire et de la faiblesse dans l'exercice de la vision : de plus, on remarqua que le caractère du sujet avait éprouvé une modification avantageuse.

Oesterr. med. Wochenschrift, 1841, n° 38.

I. *Cas remarquable de guérison à la suite d'une évacuation spontanée du pus d'une vomique par la plaie d'une morsure de sangsue;* observation recueillie par M. le docteur A. Bärach, de Lemberg.

Une jeune fille russe se marie à l'âge de treize ans, avant d'être nubile, mais jouissant d'ailleurs d'une excellente santé : huit mois plus tard ses règles parurent, mais une fois seulement; puis, au bout de quatre mois la santé s'altéra. Cette femme se plaignait alors d'un sentiment de pesanteur et de battemens dans la poitrine et entre les épaules, avec une douleur pongitive entre les quatrième et sixième côtes : cette douleur, qui ne permettait pas à la malade de faire des inspirations profondes excitait de la toux. Des applications de sang sues furent prescrites, et, sous l'influence de ces émissions sanguines locales, la douleur entre les épaules disparut; mais, en même temps, la toux devint sèche et la douleur pongitive de la poitrine augmenta. Une nouvelle application de sangsues et l'administration d'une mixture saline ne produisirent aucun bon résultat.

La malade fit alors un voyage dans une mauvaise voiture, et, pendant son retour, elle éprouva une grande anxiété dans l'intérieur du thorax, et fut prise de violens accès de toux suffocante. A la suite de ces accès il y eut une abondante expectoration d'une matière purulente, épaisse, fétide (environ 500 grammes dans l'espace de quatre à cinq jours), et il en résulta une diminution très notable de la dyspnée. Toutefois la fièvre et la toux persistèrent, et la malade se plaignit de ressentir de la tension, des pulsations et de la brûlure dans la région du thorax où les sangsues avaient été posées : la cicatrice de l'une des plaies faites par ces annelides s'était tuméfiée et formait un petit abcès à l'ouverture duquel il s'échappa, par jets, presque 60 grammes (2 onces) de pus.

L'écoulement du pus continua assez abondamment pendant plusieurs jours, puis la plaie se ferma.

Le pronostic était d'autant plus fâcheux que la malade était déjà tombée dans un état d'éthisie; néanmoins un traitement rationnel approprié fut mis en un usage, et il suffit pour relever l'organisme, rétablir l'équilibre et l'exercice des fonctions, et assurer une guérison complète.

Chorée déterminée par la présence d'un tœnia; observation par M. le docteur Fischer, de Fulnek.

Une petite fille âgée de dix ans, était sujette, depuis six mois à des mouvemens convulsifs du bras droit avec entière contorsion de la main. Ces mouvemens augmentèrent de fréquence et de force, et finirent par s'accompagner de convulsions des muscles de la face; enfin les accidens devinrent généraux et s'accrurent jusqu'au point de déterminer une perte complète de connaissance.

La pâleur du visage et le ballonnement de ventre ayant fait supposer l'existence de vers intestinaux, M. Fischer prescrivit la poudre suivante :

Pr. Calomel préparé à la vapeur.	15	centigrammes.
Poudre de jalap.	25	id.
Poudre de valériane.	15	id.
Sucre blanc.	q. s.	

M. et F. S. A. une poudre bien homogène, à prendre en une fois.

Immédiatement après la seconde prise de cette poudre il s'échappa de l'anus un morceau de tænia long de quatre-vingt-dix centimètres, que la mère de l'enfant arracha. Après la quatrième dose, il en sortit encore cinq mètres quarante centimètres. Depuis lors les mouvemens choréiques cessèrent absolument.

Badische Annalen der Staatsarzneikunde; Jahrgan 6, cahier 2.

Cas d'empoisonnement par l'ingestion de fromage; observation recueillie par M. le docteur Pollius de Wolfhagen.

Neuf personnes des deux sexes, de douze à quatre-vingt-neuf ans, tombèrent malades après avoir mangé à leur déjeûner (dans trois maisons différentes) une espèce de fromage fort. Les symptômes d'intoxication commencèrent à se manifester deux, trois et même quatre heures après l'ingestion de cette substance. Voici l'état dans lequel se trouvèrent alors ces malades. De fortes douleurs se firent sentir dans la région du cœur et à l'épigastre; plus tard, elles s'étendirent, chez quelques-uns des sujets à tout l'abdomen : il survint de violens vomissemens qui allèrent même jusqu'au sang, et une diarrhée abondante : chez un des malades il y eut des crampes excessivement douloureuses dans les mollets, et, chez plusieurs, un tremblement général de tout le corps : alternatives de froid et de chaud; extrémités glacées; pouls petit, fréquent, un peu dur; ventre tendu et très-sensible, ou au contraire rétracté. Tous les sujets se plaignirent de vertiges, de lassitude, d'anxiété et de soif.

On chercha d'abord à soutenir les vomissemens, et, en même temps, on s'efforça de modérer les évacuations alvines trop copieuses et les douleurs par l'administration des préparations mucilagineuses et huileuses associées à l'extrait de jusquiame, et par l'emploi de fomentations de cataplasmes et de linimens anodins. Aux sujets les plus faibles, on donna du vin et d'autres analeptiques. Sous l'influence de ce traitement, tous les malades revinrent à la santé dans un espace de temps qui varia de huit à vingt-quatre heures.

La quantité de fromage prise par chaque individu fut estimée de quatre à quinze grammes (un à quatre gros). Les fromages avaient été préparés à la manière ordinaire et pesaient de cent à cent vingt cinq grammes (trois à quatre onces) chaque; ils étaient mous, d'une couleur uniforme blanc sale et tirant sur le jaunâtre; ils offraient dans l'épaisseur de leur substance quelques portions d'une teinte plus foncée et d'une consistance plus forte, de la grosseur d'un pois et au dessus; ils exhalaient une odeur particulière et désagréable; leur saveur était âcre et nauséabonde, du reste, on n'y découvrit ni mittes, ni moisissures ou autres productions cryptogamiques.

Par l'ébullition dans l'eau, l'odeur désagréable de ces fromages devint encore plus manifeste, le liquide provenant de la décoction, filtré et concentré légèrement par l'évaporation, était laiteux et avait une réaction acide. Par la digestion dans l'acide azotique faible, la substance du fromage donna un liquide jaunâtre. On ne put d'ailleurs attribuer les effets toxiques observés à d'autres principes qu'au caséate acide d'ammoniaque et à la graisse acidifiée que contenaient ces fromages : on isola ces deux corps et on en prépara des pilules en les mélangeant à de la mie de pain, puis on tenta de les faire prendre à des souris, mais une seule d'entre elles goûta des pilules préparées avec la graisse acide, et elle eut un tremblement général et des évacuations alvines noirâtres, très abondantes.

Allgemeine medicinische, central-Zeitung. Fév. 1842.

Analyse de l'urine dans la scarlatine; par M. le docteur S.-F. Simon, de Berlin.

L'urine des scarlatineux présente presque toujours les caractères d'une urine inflammatoire; elle est rare, d'une couleur rouge intense, fortement acide, et souvent d'une pesanteur spécifique plus considérable que dans l'état de santé. Pendant la période de desquammation elle devient plus abondante, mais elle conserve sa teinte foncée, et elle contient fréquemment de l'albumine.

M. le docteur Simon a analysé l'urine d'un petit garçon âgé de cinq ans, affecté d'une scarlatine, chez lequel il existait une lésion profonde de sensibilité et une odeur putride provenant de la bouche et des fosses nasales. L'urine présentait une couleur jaune brun; elle était faiblement acide au moment de son émission, mais elle devenait bientôt alcaline par le repos, et alors elle laissait précipiter un sédiment blanc abondant. Examiné au microscope, ce sédiment paraissait formé de larges globules opaques et d'un dépôt granuleux très fin, avec des globules de mucus et quelques cristaux de phosphate d'ammoniaque et de magnésie. Il se dissolvait complètement par la chaleur, et, en le traitant par l'acide chlorhydrique, on voyait apparaître de petits cristaux rhomboïdes d'acide urique. Le résidu amorphe consistait en lithate de soude et en lithate d'ammoniaque.

Pendant la desquammation, l'urine continua encore à passer rapidement à l'alcalescence, et à fournir le sédiment blanc dont il vient d'être question, mais toutefois sans devenir parfaitement claire. Il fut impossible de découvrir des écailles d'épithélium dans le sédiment, mais on remarqua de larges masses de cellules d'épithélium nageant dans l'urine trouble qui recouvrait le sédiment, et quelques unes de ces cellules parurent avoir éprouvé une légère modification par suite de l'alcalinité de l'urine. Cette circonstance démontre que la desquammation s'étend à la membrane muqueuse de la vessie.

L'urine de ce malade avait une pesanteur spécifique de 1022; sur 1000 parties, elle contenait 55,7 de matières solides dont 19,5 d'urée et 1,54 d'acide lithique à l'état de combinaison avec les bases qui existent dans l'urine.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 20 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 99. TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr ; 6 mois, 20 fr., un an, 40 fr.
Etranger, un an. 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur de la grosseur de deux têtes d'adulte développée à la partie supérieure interne de la cuisse. Difficultés du diagnostic. Ponction exploratrice. Contre-indication pour l'opération. Pronostic.

Au n° 39 de la salle Saint-Augustin, est couché le nommé Evrard (Etienne), vigneron, âgé de vingt-un ans, demeurant à Jougonne, département de l'Aisne. Ce jeune homme est grand, assez robuste, et paraît d'une excellente constitution. Il y a près de deux ans, il s'aperçut qu'il lui venait en dedans et en haut de la cuisse gauche une petite grosseur ; il n'avait reçu aucun coup en cet endroit ; il n'y avait jamais ressenti de douleurs, ne se sentait pas malade du reste. Ne pouvant trouver la cause de ce qui lui arrivait, il y fit peu d'attention. Cependant cette grosseur continuait à s'accroître, mais avec lenteur ; quand, il y a huit mois environ, elle commença à augmenter très rapidement et sans cause appréciable.

Aujourd'hui cette tumeur a acquis l'énorme volume de deux têtes d'adulte. Si on l'examine avec soin, on lui trouve des bosselures, mais sans rainures distinctes ; les reliefs et les enfoncemens sont peu marqués, bien qu'appréciables cependant ; de grosses veines variqueuses rampent à sa surface ; la couleur de la peau qui la recouvre est un peu livide ; les tissus paraissent gorgés de sang veineux ; on n'y remarque aucune rougeur. Si, après l'avoir examiné des yeux, on l'embrasse étroitement avec les deux mains, on voit qu'on peut la soulever, qu'elle se laisse ébranler assez facilement, mais en entraînant les muscles de la région. Malgré cette sorte de facilité qu'on observe à isoler cette tumeur, il n'est pas permis de décider d'une manière absolue qu'elle n'ait point de rapports avec les os environnans ; son poids, son énorme volume, ne permettent pas un isolement assez complet pour qu'aucun doute ne puisse rester dans l'esprit à cet égard.

Du reste, ce jeune homme ne souffre aucunement : il mange, digère, dort bien, et présente tout les signes de la santé. Si l'on vient même à comprimer fortement la tumeur, il assure ne pas souffrir. Il est donc évident que cette masse ne gêne, à cette heure, que mécaniquement, sans retentir en rien sur l'économie. Il est encore une autre sensation qu'on éprouve si on la comprime légèrement ; elle se laisse déprimer alors, et son élasticité donne l'idée de collections de liquide ; c'est surtout à sa partie antérieure qu'on peut le mieux observer cette fluctuation ; il y a là deux bosselures, principales qui sont larges, molles, et qui font parfaitement éprouver le sentiment d'un liquide emprisonné.

Pourtant, et ceci est d'une grande valeur, cette fluctuation ne se transmet pas à la main d'une manière positive, et cela pourrait induire en erreur des praticiens qui ne seraient pas prévenus. On sait que pour trouver la fluctuation, il faut explorer en plaçant une main, plusieurs doigts ou un seul, dans un point quelconque de la partie à examiner, puis les y laisser immobiles et attentifs, pour ainsi dire, à ce qui doit arriver, tandis que l'autre main agit sur la tumeur, vers les points opposés, et tend à y provoquer ce qu'on appelle le mouvement de fluctuation ; mais ce qu'on ne sait pas aussi bien, c'est qu'il peut arriver qu'on ne perçoive pas cette fluctuation alors qu'elle existe indubitablement. Pour que la fluctuation soit perçue, puisqu'elle résulte d'un déplacement de liquide, il faut nécessairement que la poche ait un point d'appui, autrement le liquide, mis en mouvement par un choc, viendra frapper des parois mobiles et sans résistance, ces parois seront déprimées mollement, et avant l'instant où le mouvement devra arriver jusqu'à la main, il sera déjà épuisé. Mais si, au contraire, la poche qui contient le liquide qu'on veut apprécier est tendue, si elle prend un point d'appui sur un corps dur, sur un os, par exemple, alors la fluctuation sera franche, nette, facile à apprécier ; c'est ce qui n'a pas lieu ici.

Avec tous les caractères qu'elle présente, cette tumeur n'en est pas moins d'un diagnostic très difficile. Toutes les espèces de tumeurs peuvent, en effet, se présenter dans la partie qu'elle occupe. Il est vrai que, tout d'abord, on peut en mettre un bon nombre de côté ; ainsi ce ne peut être une tumeur anévrismale ; elle offrirait des battemens, elle serait plus superficielle, etc. ; d'ailleurs elle ne serait pas aussi considérable ; ce n'est pas non plus une tumeur variqueuse. On rejettera encore l'idée d'un abcès chaud ou froid.

Il serait permis peut-être de s'arrêter à la pensée d'un abcès symptomatique. La partie interne et supérieure de la cuisse est le lieu où on les rencontre le plus fréquemment, soit que le pus vienne d'une maladie du fémur, des os du bassin, des vertèbres lombaires dorsales et même cervicales, comme l'ont fait voir plusieurs ouvertures de cadavres. On conçoit que le pus puisse être conduit de la région cervicale jusqu'au bassin, puis, que se frayant un chemin par ses ouvertures, il gagne la partie interne de la cuisse pour s'y accumuler.

Mais jamais ces sortes d'abcès ne surviennent sans avoir été précédés de douleurs dans les reins, les lombes, le bassin, et ce sujet n'en a point ressenti : presque jamais non plus ils ne se montrent sans que la santé ne se soit détériorée peu à peu, que l'aspect général, les fonctions digestives n'aient été altérés : ce jeune homme a toujours été d'une santé excellente. Et l'on peut encore ajouter que dans le cas d'un abcès symptomatique, il est impossible de ne pas trouver quelque chose dans le ventre ; presque constamment aussi on fait facilement rentrer et revenir alternativement la suppuration, selon que l'on comprime ou non la tumeur dans un certain sens ; la fluctuation est d'ailleurs toujours manifeste dans les abcès par congestion, la tumeur n'est jamais dure et élastique : il est donc certain que ce n'est point là un abcès de cette espèce.

Dans le cas où l'on songerait à un kyste, il y aurait à examiner quels sont ceux que l'on peut rencontrer dans cette région. Hors les kystes hématiques ou séreux, qui déjà sont très rares, il n'y en a point d'autres. Mais les kystes hématiques ne surviennent presque jamais sans violence extérieure, ou ils sont alors la conséquence d'une autre maladie. Quant aux autres, ils ne sont point élastiques ; on n'observe pas à leur surface ces veines variqueuses qu'on remarque ici ; jamais ils n'acquièrent un volume aussi considérable que celui de cette tumeur ; la fluctuation y est profonde, mais régulière : elle est ici superficielle et inégale. Cette tumeur ne peut donc être un kyste ; mais il ne faut pas nier qu'elle ne puisse dans sa substance même en présenter quelques-uns, c'est au contraire ce qui est probable.

Les tumeurs concrètes, en général, n'ont pas non plus les caractères qu'on trouve à celle-ci ; il est bien vrai que les tumeurs fibreuses peuvent acquérir un très grand volume. M. Velpeau en a enlevé une de la grosseur de la tête dont le tissu présentait des fibres comme celles de l'utérus, mais avec une matière ressemblant à du beurre très concret : et une autre, de nature également fibreuse, qui revint trois fois et emporta le malade, parce que sa base était devenue si large qu'il ne fut plus permis d'opérer. Mais toutes ces tumeurs étaient élastiques dans tous leurs points, et elles ne présentaient pas d'apparence de fluctuation.

Il reste encore les tumeurs lipomateuses ; elles se rencontrent fréquemment dans ce lieu. M. Velpeau en a opéré une pesant huit à dix livres, très grosse déjà, car on sait que leur tissu est fort léger ; et une autre, il y a quatre à cinq ans, dont on se figurera l'extraordinaire volume quand on saura, qu'enlevée et débarrassée de ses liquides, elle pesait trente-deux à trente-trois livres. Ces tumeurs là ont une forme bosselée et quelques-uns des caractères de celle ci. Mais quand on prend par le côté une tumeur lipomateuse et qu'on la comprime, on sent entre les doigts quelque chose de mou, de souple, d'empâté ; quand on la déplace, c'est en entier qu'on la soulève du lieu qu'elle occupe, jamais elle ne présente tant de dureté, jamais elle n'est constituée avec les parties environnantes ; les lipomes, au contraire, ont pour ainsi dire de la tendance à s'isoler des

---

FEUILLETON.

Note sur l'emploi de la belladone en fomentations glacées et en instillations dans les perforations imminentes ou accomplies de la cornée, et dans les hernies de l'iris qui accompagnent ces dernières ;

Par M. le docteur DESMARRES.

Les ouvrages d'ophthalmologie parlent beaucoup de l'emploi de la belladone en topique dans certaines affections oculaires, mais il nous semble, malgré les détails qu'ils renferment, que les indications qu'ils donnent sont insuffisantes en ce qui touche et les perforations imminentes ou accomplies de la cornée et les procidences de l'iris qui accompagnent ces dernières. On trace bien çà et là, il est vrai, quelques règles générales, mais on ne descend pas assez dans les détails qui sont toujours de la dernière et de la plus urgente nécessité pour le praticien. C'est pour obvier à ces inconvéniens que nous allons essayer, aussi brièvement que possible, d'esquisser les plus importantes de ces indications.

Tout le monde connaît l'effet de la belladone sur l'iris, et chacun sait qu'on l'emploie pour dilater la pupille avant de pratiquer les opérations de cataracte par abaissement. Mais si dans ce cas l'utilité de la belladone est réelle, elle le devient encore bien davantage lorsqu'à la suite d'une ophthalmie, des ulcérations menacent de détruire la cornée dans une étendue plus ou moins grande. Ces ulcérations perforantes doivent, sous le point de vue de l'emploi de la belladone, être divisées en deux groupes principaux :

1° Ulcérations du centre de la cornée ;

2° Ulcérations de la circonférence de cette membrane.

Il suit de là que les procidences iridiennes qui suivront ces ulcérations devront être divisées de la même manière, en

3° Procidences iridiennes du centre de la cornée ;

4° » » de la circonférence.

Nous allons passer en revue chacune des ces diverses conditions de l'œil.

A. *Ulcérations du centre de la cornée, avec menace de procidence de l'iris.* — Nous nommons ainsi les ulcérations qui succèdent d'ordinaire à l'ophthalmie scrofuleuse ou qui frappent la cornée dès le début de cette affection. On n'ignore pas que ces ulcérations choisissent malheureusement le centre de cette membrane et se présentent tantôt sous la forme de cupules rondes, transparentes, d'un diamètre assez petit ; tantôt, au contraire, sous celle de petites excavations plus ou moins ovalaires, d'autant plus larges qu'on se rapproche davantage de la surface externe de la cornée, de sorte que leur fond ne présente quelquefois qu'à grand peine une place suffisante pour loger l'extrémité d'un stylet fin. Ces dernières, qu'on ne voit guère que chez les individus scrofuleux, marchent avec une grande rapidité, et le plus souvent telle que du jour au lendemain la cornée est perforée, l'iris hernié et la pupille détruite.

On recommande bien, pour les enrayer dans leur marche, ou des applications de nitrate d'argent, ou un traitement antiphlogistique très énergique, en même temps qu'on conseille des instillations de quelques gouttes de belladone dans l'œil pour dilater la pupille. Mais si l'on réfléchit sur ce fait, que ces ulcérations s'accompagnent d'une vive hypérémie oculaire, que l'iris est fortement injecté et que la pupille est presque immobile, on devra comprendre que ces instillations de belladone, abandonnées à des mains sans expérience, c'est-à-dire au hasard, devront être d'un nul effet, et que l'œil sera gravement compromis si la perforation de la cornée survient. On conçoit que lorsque l'œil est dans des conditions normales l'iris puisse être facilement narcotisé par une instillation de belladone répétée de temps en temps et même à d'assez longs intervalles ; mais lorsque l'une des membranes, la cornée surtout, est enflammée, il n'en est plus ainsi parce que la vitalité de l'iris est singulièrement augmentée. C'est pour vaincre cet excès anormal de vitalité que nous avons coutume d'employer la belladone sous une forme particulière, et que nous aidons son action par celle de la glace appliquée sur l'œil en permanence pendant tout le temps que la pupille reste contractée. Nous avons coutume, dans les cas de perforation imminente de la cornée, de recommander les précautions suivantes, qui peuvent s'appliquer également à d'autres cas particuliers sur lesquels nous reviendrons :

Faire coucher le malade sur le dos, la tête basse, autant que possible, dans l'immobilité ; appliquer sur l'œil malade des compresses légères, trempées dans le liquide suivant, et avoir soin de les changer de cinq en cinq minutes, et de profiter de ce moment pour instiller une goutte du même liquide entre les paupières, avec la plus grande précaution de n'exercer aucune pression sur le globe :

R. Eau distillée,	1	litre.
Herbe de belladone,	50	grammes
— de jusquiame,	50	id.

Faites infuser ; délayez

Extrait de belladone sans fécule,	20	id.

Filtrez ; puis entourez de glace.

Ces précautions étant prises, si la perforation de la cornée survient, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors ; mais l'iris, retiré vers le corps ciliaire, ne suit pas le mouvement d'expulsion imprimé par les contractions musculaires ; la cornée s'affaisse pour quelques instans, et il en résulte pour l'ensemble du globe une détente salutaire... les lèvres de l'ulcération se rapprochent, la lymphe plastique dont elles sont chargées commence à s'organiser sur la surface externe de la membrane de l'humeur aqueuse qui a glissé au-devant de l'ouverture de la cornée, immédiatement après la sortie des liquides. C'est ainsi que cette membrane vient servir de base à la cicatrice qui se forme bientôt.

B. *Ulcérations de la circonférence de la cornée, avec menace de procidence de l'iris.* — A la suite des ophthalmies catarrhales, purulentes, blennorrhagiques, etc., on voit survenir dans la cornée, vers son pourtour, des épanchemens interlamellaires très larges le plus souvent, et qui s'ulcèrent en dehors dans un grand nombre de cas Souvent aussi, l'ulcération fait des progrès d'avant en arrière et dévore peu à peu les lames profondes de la cornée, de telle sorte que là aussi on a à craindre la hernie iridienne.

Doit-on dilater ou non la pupille ? telle est la question que doit d'abord se poser le praticien. Oui, si l'ulcère est si large qu'on doive redouter à la fois la procidence de toute la marge iridienne ; non, dans tous les cas où l'ulcération, limitée sur la cornée à un millimètre environ du bord correspondant de la pupille, ne menace que la partie sous-jacente de l'iris. Dans le premier cas, si on parvient à dilater la pupille, il est évident qu'on sauvera toute la portion de cette ouverture située dans l'extrémité opposée à l'ulcération ; tandis qu'au contraire, dans le second, la portion herniée de l'iris servira elle-même à oblitérer l'ouverture sans risque aucun pour la vision.

Tout récemment, dans un cas analogue de large ulcération de toute la moitié inférieure de la cornée à la suite d'une ophthalmie blennorrhagique, chez un jeune homme de dix-neuf ans, j'ai pu sauver l'iris d'une hernie inévitable ; mais j'ai été forcé, pour obtenir ce résultat, de maintenir la pupille dilatée pendant tout un mois ; l'ulcération était si large, que trois fois, pendant cet espace de temps, l'humeur aqueuse s'est écoulée au dehors par suite de la rupture d'un large kératocèle, et que trois fois l'iris a été préservé par la précaution que j'avais prise.

C. *Procidence récente de l'iris dans le centre de la cornée.* — Il arrive très fréquemment qu'à la suite d'une ulcération perforante de la cornée, une procidence de la marge de l'iris, partielle ou générale, vient tout à coup compromettre une partie de la vision ou la détruire en entier.

Nous avons vu dans le paragraphe précédent qu'on peut, quand on est appelé assez à temps, prévenir un aussi funeste état de choses ; mais lorsque la hernie s'est produite, faut-il désespérer de la réduire ?

parties sur lesquelles ils se développent. La tumeur de cet homme a des caractères opposés.

Il ne reste plus maintenant qu'à passer en revue les tumeurs de mauvaise nature, et c'est déjà donner l'idée du pronostic.

Le squirrhe et la mélanose ne parviennent jamais à cette grosseur ; il n'y a donc point à s'en occuper.

Que ce soit maintenant ou du tissu encéphaloïde, ou du tissu colloïde, ce ne sera guère plus satisfaisant pour le malade, puisqu'il n'est pas démontré que ces tissus ne soient pas le résultat d'un état cachectique. Le tissu colloïde est, comme on sait, formé de lobes, durs d'abord. Quand on coupe ces tumeurs en tranches minces, ces tranches sont transparentes, assez faciles à s'écraser ; plus tard, des lamelles réunissent tous ces lobes ; ils se ramollissent et donnent alors l'idée de gelée bleuâtre, noirâtre, rouge ; des kystes se rencontrent dans leur tissu ; ils contiennent un demi-verre, un verre de liquide séreux, comme du sang altéré, quelquefois une matière filante et gluante comme le blanc d'œuf ; et enfin, quand les tumeurs datent de long-temps, on y rencontre tout cela à la fois.

Le tissu encéphaloïde est constitué par des masses qui se tiennent, se ramollissent promptement, et représentent assez bien de la pulpe cérébrale avec épanchement de sang. Dans les tumeurs encéphaloïdes, la fluctuation est plus évidente que dans les tumeurs colloïdes, parce que la pulpe fait presque éprouver la sensation d'un liquide.

Dans les tumeurs formées par l'un ou l'autre de ces tissus, l'aspect et les caractères de la peau sont les mêmes que ceux qu'elle présente dans le cas qui nous occupe.

Les difficultés du diagnostic ayant été éliminées en grande partie, et n'ayant plus à choisir qu'entre deux espèces de tumeurs, M. Velpeau s'est décidé à une ponction exploratrice propre à dissiper le doute qui restait encore. Une aiguille a été enfoncée dans la tumeur ; il en est sorti un liquide sanguinolent, et la pointe a paru pénétrer dans des cavernes ; il a été conclu alors que cette tumeur était formée de tissu colloïde, avec des masses encore à l'état de crudité, d'autres ramollies et quelques kystes dans sa substance même.

Quand la nature de cette tumeur fut déterminée, il restait à savoir si elle tenait aux os environnans, ce qui est fréquent pour les tumeurs colloïdes, mais ce qui l'est moins pour les encéphaloïdes. Si l'on peut acquérir la certitude absolue que le diagnostic est exact, dit M. Velpeau, que le tissu colloïde est bien celui qui constitue cette masse, il y a peu de chances pour se tromper en avançant qu'elle a quelque liaison avec les os voisins.

Avec ce siége, cette nature, le pronostic est facile à deviner ; l'opération est impossible ; il faudrait aller jusqu'au fémur, peut-être désarticuler, et très probablement on n'enlèverait pas tout le mal. Opérer serait donc abréger la vie de cet homme, qui est encore dans de bonnes conditions, et peut vivre un temps qu'il n'est pas possible de fixer. Tout ce qu'il sera permis de faire, sera de plonger un trocart dans les kystes pour en vider le liquides.

C'est un des cas de diagnostic les plus intéressans qu'on puisse rencontrer ; mais malheureusement l'art ne peut rien contre la maladie de ce malheureux.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Polype utérin enlevé par la ligature. Guérison.

Une femme âgée de vingt-huit ans, domestique à la Salpétrière, est entrée dans le service le 14 juin dernier, accusant des pertes utérines abondantes qui l'ont jetée dans un état d'anémie très prononcée. Voici les détails qu'elle donne sur ses antécédens : Elle a été réglée régulièrement depuis l'âge de onze ans jusqu'à vingt-quatre ans ; à cette époque elle éprouva de violens chagrins, à la suite desquels les règles, après n'avoir été d'abord que douloureuses, devinrent de plus en plus abondantes, et finirent au bout de quelques mois par constituer de véritables pertes mensuelles, avec expulsion de caillots volumineux. Dans les intervalles des règles, la malade éprouvait des pesanteurs et des tiraillemens d'estomac, mais le bas-ventre ne présentait ni gonflement, ni douleurs ; il n'y avait point de leucorrhée. Cet état n'inquiéta nullement la malade, qui continuait à se livrer à des occupations pénibles, telles que celles de frotter.

Cependant cet état s'aggrava peu à peu, et au bout de deux ans elle pouvait encore faire son service, mais elle éprouvait des maux de reins continuels, des élancemens et des tiraillemens dans les aines, dans les cuisses et dans les jambes ; un sentiment de pesanteur dans le bassin et dans la région périnéale, avec ténesmes au fondement et constipation très opiniâtre, de telle sorte que les selles n'avaient plus lieu que tous les huit, dix ou quinze jours. La malade compare à des piqûres de lancette les douleurs qu'elle ressent actuellement dans le bas-ventre ; l'action de frotter fait augmenter les pertes d'une manière sensible et rapide ; leur durée, qui était d'abord de huit à dix jours, a bientôt été de quinze, vingt, puis de trente jours, c'est-à-dire qu'elles ont fini par ne plus s'arrêter, par devenir continuelles. Le sang coulait sans cesse, jusqu'à ce qu'enfin la malade étant un jour occupée à frotter, éprouva des douleurs atroces et tomba en syncope. Transportée à l'hôpital de la Pitié, dans l'un des services de médecine de cet hôpital, elle fut soumise pendant une année entière à diverses médications dirigées contre l'hémorrhagie et non contre sa cause, qui fut entièrement méconnue ; aussi la malade vit-elle son état s'aggraver ; et, fatiguée d'un insuccès aussi prolongé, elle demanda sa sortie.

Ce fut dans cet état qu'elle entra peu de temps après à l'Hôtel-Dieu. Depuis dix-huit mois elle vomissait à peu près tous les alimens qu'elle prenait, et ce phénomène sympathique s'est prolongé jusqu'au jour de l'opération, ou plutôt jusqu'à la délivrance. Mais un phénomène plus remarquable et qui persiste encore aujourd'hui, huit jours après la chute de la ligature, ce sont des appétits désordonnés, des goûts bizarres pour des substances non alimentaires ou de mauvais goût : ainsi la malade a désiré pendant plusieurs jours manger du fumier ; pendant qu'elle était à la Salpétrière, elle a dévoré des feuilles de choux qu'elle s'était procurées en cachette ; elle s'est donné une indigestion de pissenlit, et elle raconte que l'un des élèves de cet hôpital ayant pesé ces herbes, en a évalué la quantité à un kilogramme. D'autres fois elle s'est laissé aller à boire pour 20 centimes d'eau-de-vie. Enfin, elle est encore aujourd'hui si vivement préoccupée du désir de certains alimens, tels qu'une salade, une omelette, qu'elle oublie complètement son mal pendant quelques heures.

La persistance des pertes a successivement donné lieu depuis un an à une céphalalgie qui n'est pas encore entièrement dissipée, à l'enflure des jambes, à la perversion de la menstruation, à la pâleur de la face et de toute la peau, à la petitesse et à la fréquence du pouls, aux palpitations et au bruit de soufflet ; ce dernier correspond à la systole ou au premier bruit du cœur. Enfin, l'état anémique était devenu si prononcé dans les derniers jours qui précédèrent l'opération, que la malade tomba dans un état de subdélirium qui se manifestait aussitôt que le sommeil commençait ; elle ne pouvait en outre faire un mouvement un peu rapide dans son lit sans tomber en syncope.

Ces accidens ne pouvaient être attribués à une phlegmasie cérébrale dont il n'existait aucun symptôme manifeste ; ils étaient certainement le résultat de l'état de débilité extrême dans lequel était tombée la malade ; c'était le délire tranquille des anémiques. Cet état fut combattu par l'usage des pilules de Vallette, par des bouillons et des potages. Mais les vomissemens continuant ainsi que les pertes, il fallut se décider à opérer avant d'avoir rétabli un peu les forces, de peur de voir la malade succomber sous peu de jours à l'hémorrhagie. Voici, à l'examen, dans quel état on trouva les organes génitaux : on sentait l'utérus développé et remontant au-dessus du pubis dans une étendue de deux ou trois travers de doigt ; par le toucher on trouvait le col mou, épais, trop peu dilaté pour permettre l'introduction de plus d'un doigt ; son orifice était rempli par un corps dur, élastique, non douloureux ni saignant par la pression.

M. Blandin pensa, en raison de ces signes, avoir affaire à un polype fibreux de la matrice ; il pensa que ce polype était pédiculé, sans pouvoir toutefois s'en assurer d'une manière positive avec le doigt. Il résolut en conséquence d'en pratiquer la ligature par le procédé de Desault.

La femme n'ayant pas eu d'enfans, le col étant peu dilaté, il devenait à peu près impossible de faire manœuvrer en même temps le doigt et l'instrument dans le col.

Un triple débridement fut donc opéré au moyen de deux incisions latérales et d'une troisième incision dirigée en arrière, directement sur la lèvre postérieure ; ces incisions multiples dispensèrent de diviser le col dans une étendue assez grande pour qu'il y eût risque d'atteindre le péritoine. Il put alors introduire jusqu'au pédicule la pince porte-nœud armée d'un fil entre ses mors, et en même temps la sonde ou canule porte-nœud, supportant les deux chefs du même fil ; enfin, sans décrire entièrement le procédé connu de Desault, nous dirons que le serre-nœud fut porté à son tour aussi haut que possible, et que M. Blandin évita surtout de trop étreindre de prime abord le pédicule.

Après cette opération, la malade fut reportée dans son lit, et l'interne de service fut chargé de la surveiller avec soin dans la journée ; car après la ligature d'un polype interne on doit toujours craindre une hémorrhagie, et dans l'état d'anémie où était déjà plongée cette malade, une hémorrhagie qui n'eût point été immédiatement combattue, aurait pu devenir promptement mortelle.

D'où vient, dans ce cas, le sang qui alimente les hémorrhagies ? Du tissu utérin aux dépens duquel le pédicule est formé, répond M. Blandin. — On a dit, ajoute-t-il, qu'il fallait préférer la section à la ligature. Je ne crois pas les faits assez nombreux, assez concluans, pour trancher cette question. — Quant à l'excision, il est certain que c'est une opération fort grave et que l'on doit éviter de pratiquer. D'ailleurs, en théorie, je ne vois pas pourquoi l'inflammation de l'utérus et par suite celle du péritoine ne se montrerait pas aussi souvent, aussi facilement à la suite de l'un de ces procédés comme des autres ; et notez que dans le cas de polype pédiculé, par exemple, l'on agit toujours sur une partie très voisine du péritoine. D'ailleurs, Boyer a prouvé qu'on diminuerait les chances d'inflammation lorsqu'on se sert de la ligature, en serrant peu à peu les fils de manière à obtenir la chute du polype plutôt par gangrène du pédicule que par excision. Nous avons donc laissé les organes s'habituer à la présence du fil et du serre-nœud, qui gênait beaucoup la malade par son contact avec les parties sexuelles. Tous les deux jours seulement les fils furent peu à peu serrés. On administra en même temps à l'intérieur les préparations ferrugineuses ; on donna des potages et des bouillons gras.

Grâce à ces précautions le sub-délirium cessa, les mouvemens devinrent plus faciles, les réponses plus lucides, et on passa rapidement à des toniques plus énergiques. L'hémorrhagie qui, comme on l'avait craint, suivit de près la ligature, ne se renouvela plus, ce qui fit penser qu'elle provenait des parois externes du polype qui forçait l'utérus à le suivre dans son développement ; les sinus utérins, ainsi que leurs ouvertures se dilatent aussi, et comme ils ne sont pas bouchés par l'adhésion du placenta, comme il arrive dans l'accouchement, ni par celle du polype, qui figure ici le fœtus, ils laissent échapper le sang qu'ils contiennent. Le sang provient encore des vaisseaux situés à la couche superficielle du polype, surtout de ceux qui appartiennent au pédicule, parce qu'il est formé par le tissu utérin : la ligature vient clore cette source d'hémorrhagies.

Le troisième jour on sentit que le serre-nœud n'éprouvait plus d'obstacles, et que les fils étaient libres ; on les retira sans le moindre effort et on jugea que le pédicule était coupé ; en même temps la malade accusait quelques coliques, et on sentit par le toucher que l'utérus se contractait pour chasser de sa cavité le corps qui y était contenu ; mais les contractions étaient faibles. Pour les seconder et abréger le travail, que la malade ne pouvait supporter long-temp sans inconvénient pour son état général, M. Blandin essaya de tirer sur le polype avec des pinces de Museux ; le tissu céda, et il fallut renoncer à ce moyen. Au bout de quelque temps, cependant, la masse franchit le col et vint se loger dans la cavité du sacrum et du périnée où elle paraissait devoir séjourner long-temps, les contractions devenant presque nulles et les parties molles de la vulve opposant beaucoup de résistance à la dilatation par suite d'une étroitesse naturelle assez notable. M. Blandin se décida à demander un forceps, non point pour saisir avec les cuillers de cet instrument le polype qui n'offrait point pour cela un volume assez considérable, mais dans le but seulement de se servir du crochet mousse qui termine une de ses branches, crochet solide qu'il ne pouvait remplacer par aucun des instrumens d'une trousse. Mais le forceps n'arrivant point à temps, il chercha à porter en avant le polype au moyen d'un doigt introduit dans le rectum, pendant qu'avec

---

Il n'en est rien ; car l'observation, au contraire, m'a démontré qu'on pouvait, dans beaucoup de cas, espérer, non-seulement la réduction d'une partie de l'iris, mais encore le rétablissement complet de la pupille, sans aucun dommage ultérieur pour la vision.

Il suffit pour cela d'avoir recours assez à temps, c'est-à-dire avant que l'iris ne soit gangrené par suite de la compression, à l'emploi du moyen que nous avons indiqué plus haut, et surtout d'insister long-temps, deux ou trois jours s'il le faut, sur son usage.

L'explication de ce qui se passe est alors facile : le froid appliqué sur l'œil répercute le sang des capillaires dans l'ensemble de l'organe, et s'oppose à la gangrène de la partie herniée en empêchant son gonflement inflammatoire, tandis que, d'un autre côté, la belladone instillée dans l'œil, en même temps qu'elle diminue l'hypérémie iridienne, tend incessamment, par son action particulière sur l'iris, à le dégager de la voie étroite que lui a offerte l'ulcération pendant l'écoulement de l'humeur aqueuse. C'est ainsi que j'ai pu rétablir complètement la pupille d'une jeune enfant qui s'est présentée à ma clinique le 9 juin dernier, atteinte d'une kératite lymphatique avec large épanchement et hypopion, qui s'élevait jusqu'à la hauteur du milieu du diamètre vertical de la chambre antérieure ; je prescrivis, indépendamment d'un traitement antiphlogistique énergique, l'emploi de la belladone ; mais les parens ayant mal compris mes instructions, une procidence partielle eut lieu par suite de la rupture des lamelles antérieures de la cornée et de l'évacuation de l'humeur aqueuse. Je prescrivis alors l'emploi de la belladone en instillations et en fomentations glacées pendant trois jours entiers, après quoi je fus assez heureux pour constater, avec les médecins qui suivent ma clinique, le rétablissement complet de la pupille, qui a repris aujourd'hui toute sa mobilité normale. Je pourrais encore donner pour exemple une jeune fille de Passy, qui m'a été envoyée avec une procidence de l'iris telle que les cinq sixièmes internes de la pupille avaient disparu et que la vision était nulle. La belladone, aidée du froid, est parvenue à réduire en grande partie la hernie, et une petite portion de l'iris seulement est restée adhérente à la cornée. La vision, dans ce cas, est encore parfaite.

Il est presque inutile de dire que dans les cas de procidence ancienne de l'iris, le moyen dont nous nous servons ne pourrait être suivi d'aucun résultat avantageux, parce que, d'une part, la portion herniée tombe en gangrène, et que, d'un autre côté, des adhérences se sont établies entre elle et la cornée. Nous pourrions ajouter que dans les cas de procidence récente ou ancienne, toutes les tentatives que nous avons faites pour refouler l'iris avec des stilets, ou d'autres instrumens analogues, ont été nulles, et que l'inflammation de l'œil, malgré les ménagemens que nous y avions mis, a semblé toujours en devenir plus grande.

Pour compléter autant que faire se peut ce que nous avons à dire sur l'emploi de la belladone dans les cas, soit d'ulcération menaçant de devenir perforante, soit de hernie de l'iris récente, il nous suffira d'ajouter que lorsque la pupille est dilatée, ou l'iris réduit par suite des fomentations et des instillations de belladone, les premières deviennent inutiles, et qu'une goutte du mélange instillé entre les paupières huit ou dix fois par jour, maintient le diaphragme de l'œil sous l'influence du narcotisme nécessaire jusqu'à la cicatrisation complète de l'ulcération.

D. *Procidence récente de l'iris dans la circonférence de la cornée.* — Lorsque l'ulcération de la circonférence de la cornée est très large, elle rentre entièrement dans les ulcérations du centre, en ce qui touche l'emploi de la belladone, parce que toute la marge pupillaire peut traverser la perforation. Il est donc du plus haut intérêt de tenter la réduction dans ce cas, comme nous l'avons fait plusieurs fois, par le moyen que nous avons indiqué plus haut.

Mais lorsque l'ulcération de la circonférence est placée de telle sorte qu'on n'a à craindre que la procidence d'une portion très limitée de l'iris vers ses attaches ciliaires, il faut bien se garder de dilater la pupille ; car, en agissant ainsi on courrait au-devant du danger à éviter, je veux dire qu'on porterait dans l'ulcération même une partie de la marge pupillaire. Dans ces cas il faut donc se borner à un traitement antiphlogistique, et mettre de côté les instillations de belladone. Cependant, lorsque la procidence est accomplie, si l'on voit qu'une portion de l'iris de plus en plus grande s'engage dans l'ulcération et menace la pupille, on doit s'empresser de dilater celle-ci et d'exercer une compression méthodique sur la tumeur. Nous remplissons cette dernière indication en appliquant une assez forte boulette de charpie sur la paupière supérieure fermée ; et en plaçant une petite pièce de monnaie sur la portion de la charpie qui recouvre la partie la plus saillante de la tumeur. L'appareil est maintenu par un bandage convenable et levé matin et soir pour faire en quantité suffisante les instillations de belladone nécessaires, instillations dont l'effet est encore aidé par l'application de la même substance en extrait, sur le bord libre des paupières.

Je publierai plus tard les observations sur lesquelles j'ai rédigé cette note, et dont la première a été insérée dans la Gazette médicale du 5 mars 1842, n° 10.

— Par décision du 27 juillet dernier, le ministre a arrêté que les officiers de santé, soit des hôpitaux militaires, soit des ambulances, qui seront appelés à faire provisoirement le service dans les corps des troupes à cheval, auront droit, pendant le temps qu'ils doivent y passer, à être remontés aux frais de l'État.

un doigt de l'autre main, il accrochait ce corps dans la vulve et cherchait à l'attirer en bas. Au bout de quelques minutes, cette manœuvre fut couronnée de succès et le polype fut extrait en totalité. On peut alors vérifier, ainsi qu'on l'avait annoncé, qu'il était de nature fibreuse, qu'il avait à l'intérieur l'apparence des fibro-cartilages inter-vertébraux, qu'il s'était développé dans le tissu utérin dont une couche fort mince revêtait tout l'extérieur de la tumeur et se continuait évidemment avec le corps même de la matrice au moyen du pédicule qui était entièrement formé par la substance de cet organe. Le polype était tapissé aussi par la membrane interne de l'utérus et dans le pédicule on trouvait les sinus utérins.

On conçoit facilement le mode de développement de ces polypes, et je n'ai pas besoin de m'étendre sur la théorie que j'ai énoncée tout à l'heure. C'est la même explication qui peut s'appliquer aux calculs qu'on trouve assez communément dans l'utérus des vieilles femmes, ainsi qu'on l'observe souvent à la Salpêtrière. La tumeur fibreuse usant la partie inférieure de son enveloppe, en sort et devient libre, ou le pédicule se rompt et le corps étranger s'ossifie, se pétrifie ou devient simplement cartilagineux.

Si nous avions pu attirer le polype jusqu'à la vulve avec les pinces de Museux, nous aurions pu en faire l'extirpation ou l'excision ; car, en thèse générale, nous préférons à la ligature, dans les cas de tumeurs squirrheuses, cancéreuses, ou de nature indéterminée, l'instrument tranchant qui offre moins de dangers, pourvu cependant qu'on y apporte les précautions nécessaires. Ainsi, quand on a amené le polype à la vulve, il ne faut pas exciser de suite, et vous voyez en effet que, dans le cas qui nous occupe, les sinus veineux auraient donné beaucoup de sang ; mais après avoir pratiqué une incision longitudinale sur la tumeur, nous en eussions fait l'énucléation. C'est le seul procédé qu'on puisse préférer quelquefois à la ligature, et dans la majorité des cas il réussit. Ne pouvant le mettre en usage ici, nous avons tout fait pour donner à la ligature toutes les chances favorables, et, dans ce but, nous avons eu garde d'étrangler le pédicule. Je suis sûr que cette manière, qui ne retarde guère la chute du polype, a l'avantage d'éviter la métro-péritonite qui arrive si souvent quand on serre dès le principe, pratique dangereuse à laquelle il faudrait préférer en effet la résection ou l'extirpation.

La tumeur fibreuse que vous avez sous les yeux et qui sera déposée au Musée Dupuytren, a le volume du cœur d'un enfant de dix ans ; elle en a aussi la forme, et cette ressemblance est vraiment frappante : la base en haut, le sommet en bas ; à la base, en arrière et de chaque côté, une saillie figurant les oreillettes ; entre elles, une autre saillie constituée par le pédicule, et simulant le faisceau des gros vaisseaux émergens du cœur. Nous avons parlé de la texture du corps qui est fibreuse et de celle de son enveloppe, et du pédicule surtout qui présente des traces évidentes des sinus utérins.

Pendant les trois premiers jours qui ont suivi l'extraction du polype, il y a eu par la vulve issue de détritus, de caillots plus ou moins anciens qui jusqu'alors n'avaient pu sortir de l'utérus ; on a favorisé cette espèce de vidange au moyen d'injections détersives. A la suite de cette opération, les forces ont reparu si promptement, il y a eu un tel changement dans l'apparence extérieure de cette femme, que nous ne doutons pas un instant que la guérison ne soit définitive. Dès le quatrième jour, plus d'écoulement sanguinolent, plus de douleurs dans aucun autre lieu que dans les parties génitales externes qui ont été un peu contuses pendant l'opération de l'extraction ; du reste, pas de chaleur à la peau ; le pouls, quoique fréquent encore, se développe bien plus largement. On perçoit toujours avec la même facilité le bruit de soufflet dans les carotides, bruit qui n'a pas sensiblement diminué.

Le huitième jour, le pouls se rapproche de plus en plus de son type normal ; les forces augmentent ; la malade commence à se lever et à se promener, mais elle éprouve encore des douleurs lancinantes assez vives dans le bassin, avec un sentiment de chaleur ou de brûlure interne ; il y a encore un écoulement séro-purulent peu abondant. Depuis deux jours environ que ces symptômes ont paru, la malade se plaint, non plus de maux de reins comme ceux qui l'ont tourmentée jusque-là, mais d'une courbature, d'une sensation de brisement général qui l'a empêchée de marcher jusqu'à ce jour. On continue l'usage des toniques ; une portion d'alimens et du vin ; bain entier.

Le dixième jour, le bain a dissipé la courbature, qui paraît devoir être attribuée à une trop longue fatigue datant du deuxième jour où la malade a essayé de se lever. Aujourd'hui elle peut être considérée comme guérie. Il n'y a plus du tout d'écoulement par la vulve, ni de douleurs internes. La malade demande à sortir pour réparer ses forces sous l'influence d'un air meilleur que celui de l'hôpital. L'anémie est en effet la seule affection qui persiste chez elle ; sa sortie lui est accordée.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Accident arrivé sur le chemin de fer de Versailles.

(Troisième article.)

Puisque nous avons fait connaître dans deux autres articles (numéros des 14 et 19 mai), l'état des blessés qui ont été confiés aux soins du chirurgien de l'hôpital Necker, il ne sera pas sans intérêt de compléter aujourd'hui l'histoire de chacun de ces malades.

On sait que sur les dix malades reçus, quatre n'ont pas tardé à succomber. Nous n'avons donc plus à nous occuper que des six autres. Nous désignerons ces malades par le numéro que nous leur avons donné dans les observations publiées le 19 mai.

Obs. II. — Ce malade a été soumis, comme nous l'avions indiqué, à un appareil inamovible qui a été appliqué à plusieurs reprises différentes, par suite même des douleurs qu'il déterminait. Quelques excoriations superficielles se sont également développées à la partie postérieure de la jambe ; une fenêtre a été établie dans cette direction pour l'écoulement de la suppuration. Aujourd'hui, 10 juillet, après avoir retiré de nouveau l'appareil, nous avons constaté que le membre, qui a sa rectitude à peu près normale, fait cependant une légère saillie en dedans, au niveau du genou. La jambe, à sa partie supérieure, c'est-à-dire au niveau de la fracture, offre une légère dépression. En somme, cette difformité est légère, et on peut dire que le membre n'est pas mal conformé eu égard à la double lésion dont il a été le siége, la fracture et la subluxation. Toutefois, comme nous l'avions prévu, il y avait à craindre une ankylose de l'articulation du genou, par suite du voisinage de la fracture d'une part, et de la déchirure des ligamens de l'articulation de l'autre, ce qui a eu lieu en effet ; et on comprend qu'il ne pouvait guère en être autrement ; car, comment aurait-on pu chercher à éviter l'ankylose ? En imprimant de bonne heure à l'articulation quelques légers mouvemens ; or, c'est ce qu'il était impossible de faire dans le cas actuel, à cause de la tendance qu'avait à se reproduire spontanément la luxation dont nous avons parlé. Maintenant il existe bien encore quelques petits mouvemens de latéralité dans le genou, mais il y a lieu d'espérer qu'avec de la patience, des précautions et le repos au lit pendant quelque temps, on parviendra à un résultat tout à fait satisfaisant. Le malade devra donc rester quelques jours encore dans les salles.

Obs. III. — Le malade, sujet de cette observation, n'a rien présenté de particulier ; aucun accident n'est venu entraver la marche de la cicatrisation des brûlures. La face a été guérie la première, et il n'est resté, après la guérison, aucune espèce de cicatrice, grâce au peu de profondeur des brulures, qui n'étaient qu'au premier et au deuxième degré. La malade en a été quitte pour une rougeur générale de la face, qui disparaîtra peu à peu et d'une manière complète.

Les brûlures de la cuisse et de la main ont retenu plus longtemps le malade dans les salles, et cela à cause même de leur étendue et de leur profondeur (troisième degré). Pansées d'abord avec du coton cardé, on a fini par mettre en usage le linge cératé. Le malade nous a dit que ce dernier mode de pansement lui était beaucoup plus agréable. Le fait est que malgré les précautions que l'on prenait, il souffrait beaucoup dans les pansemens avec le coton, tandis que les pansemens à plat ne déterminaient presque aucune douleur.

Par rapport à la cicatrisation plus ou moins rapide des brûlures, quelle est la meilleure de ces deux méthodes, ce fait ne nous permet pas de résoudre la question ; le pansement simple était seulement moins douloureux.

Quoi qu'il en soit, le malade est sorti parfaitement guéri le 3 juin.

Obs. IV. — Le sujet de cette observation fut traité pour sa fracture du péroné par l'appareil de Dupuytren d'abord, puis par l'appareil dextriné. Mais la marche de la maladie a forcé de modifier plusieurs fois le traitement pour combattre quelques complications. C'est ainsi que, par suite de la contusion dont la partie inférieure de la jambe était le siége, il survint un gonflement assez considérable à la partie interne, au-dessus de la malléole. — Une collection purulente survint ; la gaine du jambier postérieur a dû être ouverte. Le malade, très nerveux d'ailleurs, accusait dans ce point des douleurs excessivement vives.

Bientôt cependant tout a cédé aux moyens appropriés, et la fracture fut traitée comme une fracture simple.

Le 1er juillet, le malade a commencé à marcher. Le pied a sa direction normale ; les mouvemens d'extension et de flexion sont d'abord très limités, il semble que quelques tendons fléchisseurs du pied aient été envahis et comme englobés dans la substance calleuse, comme cela se rencontre d'ailleurs quelquefois, mais peu à peu l'exercice rétablit les mouvemens, la raideur de l'articulation diminue beaucoup, et le malade peut sortir en bon état le 21 juillet.

Obs. V. — L'état de ce malade a toujours été satisfaisant ; ses brûlures peu profondes, n'ont donné lieu à aucun accident cérébral, malgré leur siége sur la face et le cuir chevelu. On a continué le pansement au linge cératé. Il est sorti guéri le 2 juin.

Obs. VI. — Ce malade avait été, comme on sait, assez maltraité dans l'accident, puisqu'il avait outre une plaie de tête avec décollement et une fracture de la mâchoire inférieure, une brûlure assez étendue aux deux jambes. Cependant M. Bérard ne désespéra pas de la sauver, et il mit en usage un traitement assez énergique, comme on a pu le voir. Il y avait déjà une amélioration assez notable dans son état, lorsque le 27 mai ce malade fut pris d'un érysipèle de la face qui, envahissant le cuir chevelu, s'accompagna d'un délire qui dura trois jours, et qui a fait craindre un instant des accidens de méningite. Des saignées générales et locales, des vomitifs, ont fini par faire disparaître des symptômes alarmans qui durèrent trois jours, et depuis lors le malade a été de mieux en mieux. La plaie du crâne s'est cicatrisée la première ; la fracture de la mâchoire s'est cicatrisée sans difformité appréciable, et en dernier lieu est venue la cicatrisation des brûlures. Le malade n'est sorti que le 24 juillet.

Obs. IX. — La demoiselle Becker, qui fait le sujet de cette observation, a été long-temps à guérir ; ce qui quia tenu à la multiplicité de ses brûlures et à leur profondeur : la plupart étaient en effet au troisième degré ; celle de la partie supérieure du bras et de l'aisselle était au quatrième. Cette malade fut pansée pendant tout le temps avec du coton, à l'exception toutefois des deux dernières semaines où l'on mit en usage le linge cératé. Ces pansemens au coton paraissent avoir bien fait ; ils étaient fractionnés de manière à ménager les douleurs de la malade, c'est-à-dire qu'on pansait un jour le bras, et l'autre jour le bassin, la cuisse, etc.

La brûlure qui a duré le plus longtemps est celle de l'aisselle ; malgré la précaution que l'on avait prise de maintenir le bras dans l'immobilité.

Cette malade, qui n'eût d'ailleurs aucun accident particulier, est sortie le 22 juin.

— On a vu que depuis notre dernier relevé, aucun malade n'a succombé. Les quatre que nous avons perdus sont morts dans les premiers jours ; ils n'ont succombé qu'à l'étendue de leurs blessures, qui étaient au-dessus des ressources de l'art. C'est encore un beau résultat que les six guérisons obtenues dans les conditions que nous avons indiquées. La plupart de ces malades se trouvaient en effet dans des conditions morales peu favorables, et dont on se rend parfaitement compte en pensant à l'accident aussi terrible qu'imprévu dont ils avaient été les victimes. Peut-être ne serait-il pas juste d'oublier que les soins empressés dont ces malades ont été particulièrement l'objet, ont sans doute été pour quelque chose dans leur guérison. C'est ainsi que tant que leur état a offert quelque gravité, M. Aug. Bérard n'a cessé, malgré les travaux d'un concours, de les visiter matin et soir, et de leur prodiguer tous les soins que réclamait leur triste position. Tavignot.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 6 juillet. — Présidence de M. Cornac.

M. le secrétaire-général donne lecture de la correspondance.

— *M. Giraldès* fait un rapport sur un mémoire de M. Floriot, chirurgien à St-Pétersbourg, concernant l'ophthalmie purulente. Sur la proposition du rapporteur, M. Floriot est nommé membre correspondant.

Taille hypogastrique. — *M. Souberbielle* communique à la Société l'histoire d'un malade qu'il a dernièrement opéré de la taille par le haut appareil.

Il y a vingt ans, cet homme vint consulter à Paris pour des douleurs vésicales. M. Roux constata la présence d'un calcul ; l'opération n'eut pas lieu. Ce ne fut que six ans plus tard que M. Souberbielle pratiqua chez cet individu la taille hypogastrique en présence de Chaussier et M. Lallemand, de Montpellier. La pierre, volumineuse, était embrassée par la vessie, ce qui rendit impossible l'usage de la sonde à dard. L'incision du réservoir urinaire dut donc être faite sur le calcul lui-même, qui, après son extraction, pesait 165 grammes (5 onces 1/2).

Le malade, six ans après cette opération, éprouva de nouveau des douleurs vésicales. Au mois de mai dernier, il vint à Paris consulter M. Souberbielle. Le cathétérisme constata la présence d'un calcul dont le volume considérable était suffisamment indiqué par la difficulté que l'on éprouvait à faire jouer la sonde. L'incision de la ligne blanche terminée, M. Souberbielle, comme dans la première opération, fendit la vessie sur le corps étranger qu'elle contenait ; il put alors extraire une première pierre du poids de 64 grammes environ, puis une seconde sur laquelle la première reposait par une facette bien distincte. Cette seconde pierre très friable occupait le bas-fond de la vessie, aussi se brisa-t-elle entre les mors des tenettes ; l'extraction en fut plus difficile, ne se faisant que par fragmens. Plusieurs injections poussées avec force et par une canule d'un gros calibre entraînèrent la portion la plus ténue du calcul par la plaie de l'hypogastre.

Après l'opération, qui fut très courageusement supportée, M. Souberbielle introduisit par l'urètre son siphon dans la vessie. Une compresse fenêtrée, enduite de cérat, et un gâteau de charpie furent appliqués sur la plaie, dont les bords furent maintenus rapprochés.

Pendant six jours, le malade alla bien, il n'eut pas même de fièvre ; le huitième jour au matin, il mourut subitement.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, donna pour résultat :

1° *Cerveau :* 180 grammes de sérosité épanchée entre l'arachnoïde et la pie-mère.

2° *Thorax :* tous les organes sains.

3° *Abdomen :* aucune trace de péritonite ni d'ancienne lésion vésicale. La vessie présente une très légère teinte rosée produite par l'injection vasculaire qui est la suite de toute opération. La plaie de ce viscère se termine comme toujours à un pouce de son col. Ses bords sont dans les meilleures conditions d'adhésion.

M. Souberbielle pense que la mort fut produite par une apoplexie séreuse ; ce qui le confirme dans cette opinion, c'est non-seulement la grande quantité de sérosité trouvée dans l'arachnoïde, mais aussi l'affaissement intellectuel que présentait avant l'opération cet individu, qui offrait un certain degré d'idiotisme.

M. Forget demande quelques renseignemens sur l'état des reins.

L'honorable membre répond que l'un des deux présentait les caractères d'une phlegmasie chronique et un petit foyer purulent, ce qui n'est pas suffisant pour expliquer la mort si inopinément survenue.

M. Forget ajoute qu'il a observé, pendant son internat à la Pitié, un malade qui, au point de vue pathologique, présentait de l'analogie avec celui de M. Souberbielle. A l'autopsie, il trouva dans la vessie trois calculs volumineux de forme circulaire, superposés les uns aux autres. La vessie s'élevait assez haut dans l'hypogastre. Le toucher par le rectum ne se faisait qu'en soulevant avec effort une masse dure et volumineuse qui déprimait la paroi recto-vésicale. Cette pression sur la région périnéale déterminait l'engorgement des vaisseaux hémorrhoïdaux. Le cathétérisme pratiqué par le chirurgien constatait au niveau du col de la vessie un obstacle insurmontable.

L'autopsie montra la paroi de la vessie infiltrée de pus, épaissie dans une grande étendue et tapissée par de fausses membranes. L'uretère du côté gauche avait le volume de l'intestin grêle. Le bassinet du rein gauche renfermait un petit calcul mural. Un très grand nombre de graviers remplissait les calices. La substance du rein était enflammée, et sur quelques points il y avait un commencement de suppuration.

Dupuytren, dans la première édition de ses Leçons orales, à rapporté un exemple fort intéressant de taille hypogastrique (t. II, p. 354). Voici du reste les deux préceptes qu'il avait établis dans les cas de l'espèce :

1° Si l'on veut faire la taille hypogastrique, on doit la pratiquer de prime-abord, et ne pas la considérer comme le pis-aller d'aucune méthode.

2° En la pratiquant, il faut renoncer à inciser le périnée, et introduire la sonde à dard directement par l'urètre (quand on juge nécessaire de s'en servir). Dans quelques cas, il convient de placer ensuite dans ce canal une sonde de gomme élastique.

M. Velpeau fait remarquer que la disposition de la plaie de l'hypogastre explique bien comment l'urine au lieu de passer par l'urètre sort par cette plaie ; elle se termine, a dit M. Souberbielle, à un pouce au-dessus du col de la vessie ; dès lors son extrémité inférieure se trouve moins élevée que l'urètre dans sa portion sus-pubienne, où, comme on sait, il forme une courbure dont la convexité est maintenue en haut par des ligamens supérieurs. On conçoit ainsi l'issue de l'urine par la plaie qui lui ouvre une voie plus large et plus facile ; c'est là d'ailleurs l'application d'une loi de physique. Ce rapport de situation entre l'urètre et la plaie de l'hypogastre est plus marquée encore quand l'individu est couché. Dans cette position, l'infiltration urineuse est aussi plus facile ; de là l'induction pratique de faire asseoir le malade dans

son lit, ou de le faire lever de bonne heure, à moins d'une contre-indication.

M. Souberbielle est d'accord avec M. Velpeau sur le trajet que suit l'urine : c'est toujours par la plaie qu'elle s'engage, si on n'a pas eu soin de mettre un siphon dans la vessie par l'urètre. Il s'élève ensuite avec force contre l'opinion qui admet l'infiltration urineuse dans la taille hypogastrique ; d'après lui elle n'a jamais lieu quand l'opération est bien faite.

Tuméfaction des oreilles chez les aliénés démens paralytiques. — *M. Belhomme* appelle l'attention de la Société sur une tuméfaction des oreilles chez les aliénés en démence. Cet état pathologique, qui n'a point été décrit par les auteurs, consiste en un épaississement séro-sanguinolent, quelquefois sanguin pur, dans les mailles du tissu cellulaire très dense du lobule de l'oreille et de son pavillon. La peau est rouge ou violette ; la rénitence et le gonflement sont quelquefois tellement considérables qu'on dirait que la peau va se rompre. Cette tuméfaction est indolore et varie entre le volume d'une noisette et celui d'une grosse noix. En ponctionnant la tumeur il s'écoule un liquide sanguin, mais bientôt la tuméfaction se reproduit, et cette fois la ponction amène la sortie d'un liquide séreux d'une odeur extrêmement nauséabonde.

Quant aux causes organiques et physiques de ces tumeurs, M. Belhomme pense qu'elles sont dues au ralentissement de la circulation normale par le fait de la paralysie qui, chez les aliénés, frappe à la fois toutes les fonctions du système nerveux de la vie organique. Il en résulte que les parties les plus excentriques sont celles qui souffrent le plus de cette différence dans la circulation ; aussi a-t-on constaté depuis long-temps chez les aliénés le froid habituel des membres et des extrémités. Dans ces conditions défavorables de vitalisme incomplet, il suffit du moindre choc sur ces parties, ainsi dénuées de force réactionnelle, pour y déterminer un épanchement sanguin que le défaut d'absorption entretient.

M. Belhomme met sous les yeux de la Société les deux oreilles d'un aliéné ; elles offrent pour traits anatomiques principaux un épaississement marqué du tissu cellulaire et une hypertrophie considérable des cartilages, sans aucune apparence de phlogose ; les parties ont longtemps macéré dans l'alcool Le malade qui fait le sujet de cette observation était constamment assis dans un grand fauteuil à coussins latéraux contre lesquels il se frappait sans cesse les côtés de la tête.

M. Giraldès pense que si dans l'espèce on a affaire à un épanchement sanguin atonique, comme on en observe souvent chez les vieillards, on devrait se garder de les ouvrir ; on s'expose ainsi à déterminer des inflammations qu'on eût évité en s'abstenant de toute opération. Il insiste pour savoir si l'examen anatomique n'a pas appris à M. Belhomme que le cartilage avait été enflammé primitivement. Pour lui, il s'explique difficilement son accroissement de volume sans cette circonstance.

M. Gillette pense avec M. Mojon qu'une phlegmasie des cartilages n'eût pas existé sans de vives douleurs : or, le malade n'en a point accusé ; toutefois, M. Belhomme a trouvé sur les pièces fraîches des traces non équivoques de vascularité dans les cartilages.

M. Forget demande si M. Belhomme n'a pas observé d'autres faits pathologiques à l'appui de la théorie qu'il donne de la circulation chez les aliénés. Si les organes situés à la périphérie du corps sont soustraits à l'empire des lois ordinaires de la circulation, et si c'est à cette cause qu'il faut rattacher la lésion décrite, comment se fait-il qu'aux doigts, aux orteils, la même température ne s'observe pas ?

M. Belhomme répond qu'en raison de la structure différente du tissu cellulaire de ces parties, ce ne sont pas des tumeurs par épanchement de liquide qu'on y observe, mais bien souvent des phlyctènes.

La séance est levée à dix heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'action ténifuge comparée de la fougère mâle et du grenadier.

A l'occasion d'un travail adressé à la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles, par M. le Dr Daumerie, et dans lequel ce praticien cherche à démontrer la prééminence de la racine de fougère mâle sur celle du grenadier, comme moyen de combattre le tœnia, M. Marinus a comparé, de son côté, les effets de ces deux substances, et il est résulté de ses observations :

1° Que la racine de fougère mâle, en poudre ou en extrait, agit efficacement sur le botriocéphale, qui est expulsé par portions, mais n'a qu'une action incertaine contre le tœnia armé. Employé dans trois cas contre cette espèce d'entozoaire, d'après la méthode de Nouffer, ce médicament n'a produit que l'expulsion de quelques portions de ver, et il a fallu recourir, plusieurs jours plus tard, à l'administration de l'écorce de racine de grenadier, dont le résultat a été heureux.

2° Que l'écorce de la racine de grenadier sauvage, en décoction, est véritablement un spécifique bien certain, qui tue le tœnia, quelle que soit son espèce, sans altérer l'estomac ni les intestins.

Employé sur un grand nombre d'individus des deux sexes et de tout âge, ce médicament a offert, en général, les résultats les plus avantageux, et son innocuité, quoi qu'on en ait dit, a été si bien établie que, dans un cas, un adulte prit en un seul jour deux doses de décoction de cette écorce, sans en éprouver la moindre incommodité. Son emploi chez les enfans, à la dose de 30 à 60 grammes, ne produit pas même d'accidens.

M. le Dr Marinus termine en déclarant que la supériorité de cet agent sur la fougère mâle lui paraît incontestablement établie : toutefois, il ajoute que la dernière substance doit être considérée comme un précieux succédané de la première, et il fait des vœux pour que de nouvelles expérimentations viennent fixer l'opinion encore indécise sur le fait de sa valeur thérapeutique positive. (*Archiv. de la méd. belge.*)

Efficacité du carbonate de potasse liquide dans l'empoisonnement par l'arsenic ; observation recueillie par M. le docteur Emsmann, d'Eckartsberga.

M. Emsmann fut appelé le 5 février 1839, à cinq heures et demie du soir, dans une maison où une femme et son enfant avaient pris, par l'imprudence d'un tiers, un mélange arsenical préparé pour détruire les rats, ainsi que des recherches ultérieures l'ont démontré.

Les accidens d'intoxication avaient commencé à se manifester une demi-heure après l'ingestion de la substance vénéneuse, et étaient allés en augmentant d'heure en heure.

L'auteur ayant d'abord pensé à l'existence d'un empoisonnement par le sublimé corrosif, il fit prendre, de quart d'heure en quart d'heure, le carbonate de potasse liquide associé au sirop de guimauve. L'enfant, qui était déjà froid et sans pouls, ne tarda pas à succomber ; mais chez la femme, tous les symptômes commencèrent à se dissiper dès la première dose du médicament, et, en continuant l'emploi du même moyen, tous les accidens disparurent successivement. Deux ans après, cette femme n'avait pas éprouvé, depuis cette époque, la moindre altération dans sa santé. (*Hufeland's Journal.*)

Chronique et Nouvelles.

Nous apprenons avec peine que l'élection de M. Bouillaud, comme député d'Angoulême, a été annulée.

Trois députés étrangers au département ayant été nommés dans la Charente, un des trois devait être exclu ; on a tiré au sort, et le sort a été contraire à notre honorable confrère. Espérons qu'un autre collége le renverra bientôt à la Chambre, où ses lumières et son indépendance peuvent rendre de véritables services à notre profession.

— Le Conseil municipal de Paris a voté la concession gratuite et à perpétuité d'un terrain au cimetière de l'Est, pour les restes du célèbre chirurgien Larrey.

— Le ministre de la guerre a arrêté les dispositions suivantes :

1° Il sera organisé, pour 1843, dans l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault, une salle susceptible de recevoir de quarante à cinquante militaires malades.

2° Une salle de cinquante malades sera affectée, en 1843, au traitement des militaires qui pourraient être envoyés aux eaux de Vichy pour faire usage des eaux de cette localité.

3° Les officiers seront autorisés, par congés délivrés à cet effet, lorsqu'ils auront besoin de faire usage des eaux thermales du département de l'Allier, à se rendre dans celui des établissemens qui leur sera recommandé, pour participer, à titre gratuit, aux bains et douches, dans les limites qui seront fixées par M. le ministre de l'agriculture et du commerce. (*Bulletin des officiers de santé.*)

— M. Prévost, chirurgien aide-major au 61e de ligne est décédé.

Correspondance.

Paris, 18 août 1842.

Monsieur le Rédacteur.

Je ne puis laisser passer la lettre de M. Fauraytier sans lui faire sentir que dans plusieurs points il s'est écarté de la vérité ; je veux bien penser que c'est involontairement. Je dirai d'abord que l'ouvrier qui *a travaillé* pour moi n'a jamais été l'élève de M. Luer : *il a travaillé* pour ce dernier dans sa chambre comme *il a travaillé* pour bien d'autres. M. Fauraytier eût pu le nommer ouvrier de M. Charrière ; si avant d'écrire il eût pris des renseignemens, ce que tout homme doit faire avant d'avancer un fait. En second lieu, il y a déjà quatre mois que l'instrument est commencé.

Quant à avoir présenté l'instrument de M. Fauraytier à l'Académie, c'est une allégation qui tombe d'elle-même, car mon instrument agit par un mécanisme plus complet dont l'idée-mère appartient à l'auteur de la première modification.

Je reconnais que je ne savais pas que l'on eût déjà tenté de trouver un mécanisme qui permît à la lame de la guillotine d'agir en sciant dans toute son étendue. Je donne pour explication de mon ignorance sur ce fait et comme témoignage de ma bonne-foi les propres paroles de la lettre de mon adversaire, qui annonce qu'il s'était contenté de le montrer à quelques chirurgiens.

Je certifie n'en avoir jamais vu dans le commerce, où il serait si répandu, au dire de M. Fauraytier. Si j'avais connu les essais antérieurs, j'eusse présenté l'instrument qui m'appartient, comme une modification fort avantageuse de celui de M. Fauraytier ; c'est ainsi maintenant que je le nomme. Si l'auteur de la première modification m'accuse encore de posséder son instrument, j'en appellerai à des experts ; car, moi aussi, je tiens qu'il soit rendu à chacun selon ses œuvres.

Agréez, etc. Capron,

Fabricant d'instrumens de chirurgie.

Avis. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables **PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD** se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 100, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Vomissement de sang. Vomique chez un sujet bien constitué, et ne présentant aucune trace de tubercules. Guérison.

Le nommé Moreau (Baptiste), âgé de trente ans, d'une excellente constitution, exerçant le métier de maçon, fut pris, le 12 mars dernier, sur les trois heures de l'après-midi, d'un vomissement de sang subit. Il était alors occupé à travailler; le sang qu'il rendit était, dit-il, bien pur, quoiqu'un peu noir. La cause de sa maladie lui paraît être un verre d'eau froide qu'il avala étant en sueur. Il vomit ainsi environ deux verres de ce sang, après quoi il quitta l'ouvrage, se fit reconduire chez lui et se mit au lit. Il parut se rétablir, le vomissement ne reparut point; mais le 16, se sentant malade de nouveau, il se décida à entrer à l'hôpital le 17 du même mois. On lui trouva le lendemain une fièvre violente avec délire, perte de connaissance, et il commença à accuser une douleur extrêmement vive dans tout le côté gauche de la poitrine, au point de ne pouvoir parler, tant cette douleur devenait intense chaque fois qu'il respirait. Il fut saigné six fois dans l'espace de vingt-cinq jours que dura la fièvre. La poitrine, auscultée, ne fut point trouvée malade à droite; à gauche seulement on constata l'absence de la respiration; le sommet était sain; il fut impossible de ne pas croire à une pleuro pneumonie accompagnée cependant de quelque chose d'anormal, d'extraordinaire, dont il n'était pas facile de se rendre compte. Le malade toussait, mais n'avait point maigri, ne présentait aucun des signes rationnels de la phthisie; il n'était pas d'ailleurs démontré par l'auscultation qu'il portât des tubercules; le diagnostic était des plus embarrassans.

La vingt-sixième nuit après son entrée à l'hôpital, il commença à expectorer du pus parfaitement pur, en telle quantité qu'il en remplit une bassine pendant cette seule nuit là, et que pendant douze à quinze jours, il continua à en remplir plusieurs crachoirs dans la journée. Dans les cinq ou six derniers jours que dura cette abondante expectoration, le pus changea de couleur; il devint successivement jaune, vert ensuite, et il fut mêlé de détritus, en morceaux assez considérables quelquefois pour égaler la grosseur d'un haricot. A peine les crachats eurent-ils commencé à être rejetés, qu'une amélioration des plus frappantes se manifesta dans l'état de ce malade; la fièvre cessa, la douleur ne tarda pas à devenir moindre, puis à disparaître; l'appétit, qui avait été perdu complètement (le malade étant resté sans difficulté vingt-sept jours sans prendre d'alimens), commença à revenir peu à peu; les forces se rétablirent, l'expectoration cessa, et le malade recouvra la santé; il sortit de l'hôpital.

Outre les six saignées qui lui furent pratiquées, on lui appliqua quarante à cinquante ventouses scarifiées et plusieurs vésicatoires sur la poitrine.

Le 29 juin, il se présenta de nouveau, se plaignant encore de la même douleur et dans le même point, accusant une céphalalgie violente; la douleur de poitrine était infiniment moins considérable que la première fois, mais suffisante cependant pour l'empêcher de travailler. Il n'a pas de fièvre. Cinq ou six épistaxis se déclarent en huit jours; on lui administre quelques potions calmantes. Il sort dans le mois de juillet, n'éprouvant plus aucune espèce de douleur. La poitrine auscultée et percutée avant la sortie de cet homme, ne présente aucun signe de tubercules; l'état général est extrêmement satisfaisant. Il paraît plein de force et de santé.

— Les praticiens s'accordent assez volontiers à regarder les cas de vomique bien caractérisés comme des faits assez rares; l'observation que nous rapportons ici nous paraît une des plus remarquables de cette espèce. Comme d'ordinaire les vomiques sont formées par de la matière tuberculeuse ramollie contenue dans une seule excavation, il serait raisonnable de penser que l'on doit trouver chez un sujet qui a présenté cet accident un plus ou moins grand nombre de tubercules dans différens points des poumons; c'est ce qui n'arrive point ici. La poitrine a été examinée à toutes les périodes de l'affection, et il n'a pas été possible de trouver un seul signe rationnel de la présence des tubercules, au point qu'il s'est présenté à l'esprit l'idée que la collection purulente pouvait venir de tout autre organe que du poumon. Mais d'un côté, l'existence de la douleur dans un côté du thorax; de l'autre, l'examen attentif du foie, de la rate et des organes dont les suppurations sont susceptibles de s'épancher dans la poitrine à travers le diaphragme, n'ont pas permis de douter que les viscères de l'abdomen ne fussent parfaitement sains, et qu'on ne pouvait avoir eu affaire qu'à ce qu'on nomme une vomique.

Farcin aigu développé chez un tueur de chevaux.

On se rappelle sans doute que nous avons publié, il y a quelques semaines, une observation qui avait pour sujet un nommé Gallot (Marie-Honoré), âgé de dix-neuf ans, charretier, qui était atteint d'une affection que M. Andral, dans le service duquel se trouvait ce jeune homme, qualifia du nom de farcin chronique, nous nous étions engagés à suivre ce malade; il ne sera pas déplacé, à propos de celui-ci, de terminer l'observation du premier.

Dans le commencement de juillet, époque jusqu'à laquelle nous avions conduit l'observation de ce malade, il survint une éruption caractérisée par des vésicules assez nombreuses répandues sur tout le corps, mais éloignées les unes des autres. En même temps que cette éruption se montra, la fièvre reparut, et on fut obligé de suspendre l'usage des préparations d'iode qu'on avait continué jusque là.

Vers le 10 juillet, tout le bras gauche et l'avant-bras jusqu'au poignet, devient le siége d'une rougeur érysipélateuse; il semble qu'il veuille se former là un phlegmon très considérable; il y a toujours de la fièvre.

Le 15, la rougeur est tombée, il n'y a pas de suppuration, les ulcères des jambes se cicatrisent, mais avec lenteur; les bords sont toujours calleux et d'un mauvais aspect. On reprend l'iode.

Le 20, nouveau phlegmon au même bras, la fièvre est intense, le malade mouche depuis quelques jours, tousse beaucoup et a considérablement maigri.

Au bout de quelques jours, ces accidens s'apaisent encore, les ulcères des jambes sont presque cicatrisés. Le malade sort très incomplètement guéri.

— Voici une affection dont les ouvrages même les plus modernes ne font pas mention: ne l'avait-on point encore observée ou l'avait-on méconnue? il faut nécessairement qu'il soit arrivé une de ces deux choses pour que les auteurs aient négligé de parler d'une maladie aussi grave, aussi intéressante, et qui, à en juger par ce que nous voyons, ne paraîtrait pas très rare. D'intéressans travaux ont été publiés sur la morve communiquée du cheval à l'homme, le farcin réclame une monographie consciencieuse qui n'aurait pas moins d'intérêt pour le monde médical. Ce que nous pouvons en dire aujourd'hui, c'est que le farcin paraît pouvoir se transmettre du cheval à l'homme ainsi qu'on l'a observé pour la morve. C'est une maladie générale, peut-être locale primitivement, mais qui, parvenue à un certain degré, altère le sang, très probablement du moins.

Cette maladie nous a paru caractérisée chez l'homme par l'apparition d'abcès successifs se développant principalement sur les membres, abcès accompagnés des symptômes ordinaires, fièvre, chaleur, rougeur, douleur, etc., etc., mais présentant ceci de particulier qu'une fois ouverts, et quoique en apparence dans les conditions favorables pour arriver promptement à la cicatrisation, ils se transforment en ulcères de mauvais aspect, et ne parviennent à guérir qu'après beaucoup de temps et avec de grandes difficultés. Ces ulcères qui succèdent aux abcès n'ont pas des caractères assez tranchés pour permettre de diagnostiquer l'affection d'après leur vue seule; ils offrent des aspects parfois fort différens les uns des autres: tantôt ce sont des ulcérations à bords calleux, rouges, violacés, renversés, avec un fond donnant l'idée des ulcères syphilitiques; d'autrefois, les bords sont minces, décollés, le fond dépasse leur niveau et se couvre de végétations grisâtres et fongueuses. Ils affectent aussi différentes formes, mais plus spécialement la forme arrondie; la suppuration dans les deux cas que nous avons observés était peu abondante, mais grisâtre, sanieuse, très fétide; le voisinage de ces ulcères éprouve peu d'altération; la peau conserve sa couleur naturelle.

Les sujets atteints de farcin présentent des symptômes anémiques marqués; nous avons observé du souffle aux carotides et au cœur; la fièvre paraît chaque fois qu'un abcès farcineux vient à se développer, pour cesser quelques jours après. L'appétit se perd; il y a, quand la maladie dure depuis un certain temps, des symptômes manifestes d'hectique, et nous ne doutons pas, bien que des deux malades qui ont été soumis à notre observation, l'un soit sorti de l'hôpital avant d'être guéri et l'autre y soit encore, sans probabilité d'un danger très prochain, nous ne doutons pas que le farcin ne soit une maladie pouvant entraîner la mort.

Il paraîtrait que l'observation qu'on a faite sur les chevaux serait également vraie chez l'homme, à savoir: que la morve atteint ordinairement les sujets qui paraissent offrir toutes les conditions d'un état de santé parfaite, tandis que le farcin s'attaquerait plus volontiers aux organisations faibles, aux constitutions débiles ou épuisées. Nous dirons en terminant, que nous ne pensons pas qu'on doive confondre, chez l'homme surtout, la morve et le farcin, qui nous paraissent avoir des symptômes très différens, bien que les ulcérations aient dans ces deux maladies un assez grand nombre de points de ressemblance sous plusieurs rapports.

— La seconde observation de farcin a pour sujet le nommé Beurelle Paris, âgé de cinquante ans, tueur de chevaux à l'abattoir de M. Nacquart. Cet homme, ayant abattu un assez

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai fait de la franchise un peu province dans le monde médical de Paris. J'en ai fait quelquefois aux dépens de vos amis et même un peu contre vous. Pour toute vengeance, vous m'avez imprimé et tiré à cinq cents exemplaires *d'extrà* le jour de mon impertinence. Mais les *autres*, contre lesquels je n'ai rien narré, sont venus se blesser étourdiment contre ma plume qui n'allait certes pas les *chercher*, et les voilà en verve de malice contre moi et contre tous ceux qui me ressemblent plus ou moins en style. Tout cela était dans mes prévisions. Vous vous rappelez ma réponse à votre invitation. Vous m'écriviez ceci: *Mon cher* monsieur Lyrac, *il y a une colonne toute blanche à mon Journal; elle est à votre disposition. Vous paraissez connaître un côté du monde médical qu'il serait utile de refléter. Je vous livre cette colonne; vous êtes bien capable d'en faire un miroir.* — Voici ma réponse que vous devez conserver encore: Merci, mon cher Monsieur, de votre jolie lettre et de votre blanche colonne; j'accepte l'une et je refuse l'autre. Si les hommes étaient immobiles, si j'avais la certitude de ne refléter (ce mot vous appartient) que ceux que je voudrais refléter, j'accepterais votre proposition. Mais quand j'aurai bien étamé votre colonne, voilà que mille alouettes, même des plus huppées, viendront se prendre sans que j'aie tendu à elles. On m'accusera, on en accusera d'autres plus innocens que moi qui le suis déjà pas mal, à preuve ma comparaison des médecins que je prends pour des mauviettes. « Je refusai donc; mais vous revîntes plus pressant, plus flatteur que jamais et j'acceptai, et de feuilleton en feuilleton je suis tombé sous une *mouche* qui m'en a piqué de dures. La première attaque a été dirigée contre mon *identité*, qu'on dit ne pouvoir être établie. On s'écrie: *Qui a vu, entendu, flairé, touché le Dr Lyrac.* » Puis on fait intervenir des dames qui se trompent sur le *flairer* et le *toucher*, et ces gentillesses continuent, dans ce même goût, pendant un lourd temps sans que la corde se détende. Cela s'appelle faire *des mouches!* et on se dit le *Karr médical!* Et ce qu'il y a de plus bouffon, c'est que Karr, celui qui fait des guêpes avec esprit, s'en trouve flatté quand il vient à le savoir; heureusement il ne le sait jamais.

Ce qu'il y a de moins plaisant, c'est que derrière mon nom on place quelques confrères qu'on veut victimer; et s'il y en a un qui cultive la chirurgie et qui a quelque prétention à la pratique, on lui met des lunettes, ce qui lui soustrait les opérations qu'on pratique sur les yeux; si l'autre a quelques prétentions à la démocratie et a la modestie, on le décore. Si les deux sont assez vertueux pour mépriser la réclame, on leur en sert une et on donne leur adresse. Enfin, on finit par avouer *qu'on a mis le nez dans la coulisse*; ce qui signifie dans un français un peu moins mouche: nous avons pénétré dans votre intérieur parce que, pour nous, il n'y a rien de muré! ce qui est d'ailleurs sans danger, pour une raison que David vous a donnée (1). Quoi qu'il en soit, je ne sais pas comment prendront la chose mes confrères qui ont eté *Lyracés*. Quant à moi, j'en suis un peu fat. Encore une mouche comme celle-là, et me voilà une réputation de chirurgien. Ce n'est certainement pas cela que je venais chercher à Paris quand j'ai quitté mon arrondissement, vous le savez aussi bien que moi.

Je suis trop flatté des aimables espiégleries du journal qui s'occupe quelquefois de moi pour vouloir lui être le moins du monde désagréable; mais je terminerai par deux remarques dont la simplicité le touchera: ce journal parle de mes transformations de nom, de rôle, etc., mais en cela j'imite le journal susdit qui s'est transformé de nom, de format, d'époque d'apparition, etc., au moins déjà cinq fois, ce qui lui a valu un succès qui ne lui permet plus de jalouser les autres feuilles, et de passer pour une pauvre doublure. J'espère arriver aux mêmes résultats par les mêmes moyens. Seconde remarque d'une simplicité encore plus grande: le même journal finit par des conseils, et il m'invite à me faire connaître, à donner mon adresse. Or, il vient à l'instant de livrer à ses abonnés mon signalement et mon adresse; et comme c'est le journal le plus répandu, je ne vois pas ce qui me reste à faire.

Je conclus de tout ceci qu'il me faudra être un peu moins paresseux et un peu plus indiscret. Ha! le Lyrac vous importune; comme les grands de Rome vous le livrez à vos bêtes; hé bien! attendez!

— Les médecins vont assaillir l'Institut: ses avenues en sont noires. Aux fauteuils de Double et de Larrey qui sont vides, ajoutez une vacance à l'Académie des sciences morales, et vous comprendrez ce mouvement d'ambition. Je pense que vous direz un mot sur quelques candidats: je dis quelques et non tous à dessein, car je crois que vous devrez être sérieux. L'âge des honorables qui choisiront à la section des sciences physiques me fait prévoir quelles seront les *voies* qui conduiront le plus sûrement aux deux fauteuils. Aux sciences morales, deux médecins se présentent et un chirurgien de vos amis, M. Gerdy. Comme c'est celui qui a le moins de chances, je vais vous en parler.

Vous savez que la section des *sciences morales* a surtout été créée pour ceux que Napoléon appelait les *idéologues*. Napoléon détestant les idéologues fit fermer la section des sciences morales qui nous a été rendue par la Révolution de Juillet, quand on a pu être idéologue sans danger et même avec quelque profit. Mais ceux qui ont rouvert cette porte de l'Institut ne l'ont pas fait pour les médecins, encore moins pour les chirurgiens. Les places étaient retenues d'avance et les survivances déjà marquées. Les idéologues que la peur de Napoléon avait blottis sous l'enveloppe de chrysalide l'ont percée après la mort du tyran, et sont devenues alors mieux que des idéologues, car ce sont aujourd'hui des doctrinaires, c'est-à-dire des esprits fins, supérieurs, très envahissans et très moqueurs. Aussi, quand ils ont vu venir M. Gerdy, il s'est fait dans leur section un immense éclat de rire qu'on a entendu du pont des Arts. Puis on a lancé de petits mots qui ne manqueraient pas

(1) Aures habent et non audient.

grand nombre de chevaux farcineux, et en ayant dépecé quelques-uns pour les placer dans les chaudières afin d'en recueillir l'huile, s'aperçut, il y a six semaines, que le doigt médius de la main gauche se tuméfiait. Il y ressentit des battemens mais sans y faire plus d'attention, il continua son métier. Cependant la fièvre le prit, la douleur devint vive ; il entra à l'hôpital Beaujon ; l'abcès fut ouvert, mais ne se cicatrisa pas; il resta six semaines et deux jours dans cet hôpital, et en sortit son doigt suppurant toujours. Il entra à l'hôpital de la Charité le 2 août et fut placé dans le service de M. Rayer.

A son entrée, la plaie du médius suppure toujours ; un second abcès se forme au pli du bras du même côté ; il n'y a pas d'engorgement dans l'aisselle ; le malade dit avoir perdu toute force et tout appétit ; les douleurs ne sont pas très violentes; les fonctions, la digestion exceptée, se font bien; il a de la fièvre. Sitôt que les symptômes fébriles qui accompagnent la formation de l'abcès du bras auront disparu, on administrera à cet homme un traitement dont nous rendrons compte. Aujourd'hui on a recours aux émolliens et aux antiphlogistiques que réclame l'état aigu qu'il présente.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Observation de surdité complète traitée et guérie par l'électricité, suivie de quelques considérations sur ce mode de traitement, recueillies à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis, par M. le Dr E. LABORIE.

Le 8 juillet 1842, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, salle Saint-Augustin, une jeune fille âgée de douze ans, nommée Spanger (Rosalie), demeurant faubourg Poissonnière, 107 *bis*. Cette enfant présente les caractères d'une constitution lymphatique assez prononcée ; sa figure semblerait indiquer un âge plus avancé ; néanmoins elle jouit, nous dit-elle, d'une bonne santé ; elle a été exempte d'affections graves. Sa mère, dont nous aurons l'occasion de rappeler l'histoire dans un prochain article sur les amputations partielles du pied, a subi une amputation dans le tarse, par la méthode de Chopart, pour une carie scrofuleuse des os du pied, elle amène sa fille pour la faire traiter d'une surdité complète siégeant seulement à droite.

Voici les renseignemens que nous avons pu recueillir auprès de la jeune malade, qui répond avec intelligence à toutes les questions qu'on lui adresse.

Ce fut, il y a six ans environ, que l'on s'aperçut que l'ouïe devenait dure à droite; la malade éprouvait de ce côté quelques douleurs dans l'intérieur des voies auditives; peu de temps après ce symptôme disparut, et il se forma de la suppuration, mais peu abondante, qui s'écoulait par le conduit auditif externe. Du reste, on n'attacha que peu d'importance à ces symptômes, car on ne fit subir aucun traitement à cette enfant. Deux ans après l'écoulement purulent était complètement tari, au dire de la mère ; on n'apercevait dans l'oreille aucune trace de lésion quelconque.

Plusieurs fois depuis lors, nous assure-t-on, il y eut encore un peu de suppuration, mais elle ne fut jamais persistante, et elle n'entraînait à sa suite aucune gêne, aucune douleur.

Mais l'ouïe, d'abord dure de ce côté, finit par se perdre complètement ; et lorsque le 8 juillet, comme nous l'avons dit, la malade vint se présenter à l'hôpital Saint-Louis, on ne pouvait, quelque moyen qu'on employât, réveiller la sensibilité auditive de ce côté. Cependant, quand la malade se trouvait au milieu du bruit, si on lui parlait avec force elle entendait une espèce de bourdonnement, mais sans rien distinguer.

Etat de la malade lors de son entrée. — Nous avons déjà rendu compte de son état général.

En examinant avec soin l'oreille droite, on n'apercevait aucune trace de lésion. Le conduit auditif, dans toute l'étendue où l'on pouvait l'apercevoir, était sain et nullement obstrué. Du côté de l'arrière-gorge, on ne remarquait non plus aucun signe sensible d'obstruction.

La malade n'éprouvait aucune douleur dans tout l'appareil auditif. Si l'on bouchait avec soin l'oreille gauche, et si l'on essayait ensuite de parler à haute voix à la malade en s'approchant de l'oreille droite, elle ne paraissait avoir aucun sentiment du bruit que l'on faisait autour d'elle ; elle ne distinguait aucun son, quelqu'éclat que l'on pût donner à sa voix.

M. Jobert prescrivit l'emploi d'injections d'abord émollientes et ensuite aromatiques dans le conduit auditif. Pendant dix jours on continua ce système de traitement, mais sans aucune espèce de résultat ; alors, le 23 juillet, on eut recours à l'emploi de l'électricité.

Voici le procédé que M. Jobert mit en pratique dans cette circonstance : à l'aide de la sonde d'Itard, il pratiqua le cathétérisme de la trompe d'Eustache du côté malade, en introduisant l'instrument par la narine correspondante. Ce premier temps fut exécuté avec facilité, puis il prit une longue aiguille à électro-puncture, qu'il fit pénétrer par le canal de la sonde jusque dans la trompe, et il l'y implanta; la deuxième aiguille fut directement introduite dans le conduit auditif, et traversa la membrane du tympan, ce qui donna lieu à un petit craquement pathognomonique. Il mit alors chacune de ces aiguilles en contact avec l'un des pôles d'une pile convenablement disposée. Dès lors la malade éprouva plusieurs phénomènes qui méritent d'être notés. Une violente douleur fut le premier symptôme, et immédiatement les muscles de la face, surtout du côté sur lequel agissait l'électricité, entrèrent en convulsion. En même temps l'œil droit surtout fut pris d'un abondant larmoiement, tandis qu'il était rapidement porté dans tous les sens par suite des contractions spasmodiques de ses muscles. Quand on cessa, et qu'on eut retiré les aiguilles, la petite malade resta quelques minutes dans un état de stupeur, et quand cet état fut dissipé, et qu'on lui adressa la parole, on constata, avec une vive surprise, la disparution presque complète de la surdité. M. Jobert, ayant fait complètement boucher l'oreille gauche, et se mettant derrière la malade à une distance assez grande, prononça plusieurs paroles à demi-voix et la malade les entendit parfaitement.

Cette guérison, si rapidement obtenue, se soutint les deux jours suivans, mais néanmoins M. Jobert voulut, encore une fois, recourir à l'électricité, et cette seconde opération se passa comme la première, le 26 juillet. L'ouïe était aussi délicate après d'un côté que de l'autre.

Le 27, la petite malade sortit.

Depuis lors nous avons eu occasion de la revoir plusieurs fois ; la guérison persiste entière, aussi complète que possible.

Ce fait intéressant mérite d'être publié à tous égards. On voit l'heureux effet d'un médicament trop injustement abandonné ; on acquiert la conviction qu'il peut devenir une ressource bien grande dans un grand nombre de circonstances, surtout lorsqu'on y a recours avec une certaine circonspection et dans des cas convenables. Enfin on appréciera la bonté de la méthode de M. Jobert, méthode à l'aide de laquelle il balaye, pour ainsi dire, avec le fluide électrique toute l'étendue de l'appareil auditif.

Nous ne pouvons mieux faire, pour compléter cette observation, que d'y joindre les considérations que M. Jobert a exposées à ce sujet à la leçon clinique du mardi 2 août.

M. Jobert examine d'abord la question de savoir si la surdité, dans ce cas, dépendait de la suppuration que nous avons indiquée, ou si on pouvait l'attribuer à d'autres causes.

« Le peu de persistance de cette inflammation m'a fait penser, dit M. Jobert, que la surdité était due à une toute autre cause. Il faut remarquer que c'est dans le bas-âge que cette infirmité s'est montrée, et que c'est à cette époque de la vie, c'est-à-dire lorsque se passent les phénomènes de la dentition, que l'on voit chez les enfans la surdité se développer. C'est là un fait qui n'a pas échappé à Itard qui, comme vous le savez, s'occupait spécialement des maladies de l'oreille. Ce médecin distingué avouait, du reste, qu'il était difficile de se rendre compte du mécanisme à l'aide duquel la surdité se développe dans de semblables circonstances ; car on ne peut ni connaître, ni apprécier par conséquent les changemens qui surviennent alors dans la portion molle de la septième paire qui sert à l'audition.

» Le fait existant, on doit néanmoins chercher son explication dans les dispositions anatomiques. Rappelez vous donc les rapports de la corde du tympan avec les nerfs dentaire et lingual, ainsi que la terminaison de cette même corde du tympan dans le nerf facial dont elle paraît n'être qu'une branche; songez enfin aux anastomoses de ce dernier nerf avec le nerf acoustique dans le conduit auditif interne, et vous serez probablement sur la voie. Je crois, en effet, volontiers que c'est par suite de ce mode de distribution nerveuse que l'on peut expliquer la surdité qui vient compliquer les phénomènes de la dentition.

» Chez cette jeune fille, la perte presque complète de l'audition permettait cependant la perception de quelques sons, surtout lorsque, tandis qu'on parlait fort, on avait soin de faire du bruit autour de la malade; lorsque, en un mot, le nerf auditif semblait éveillé ou préparé par de violentes ondulations sonores.

» Nous pouvons rapprocher cette circonstance de plusieurs autres analogues que nous avons été à même d'observer, et qui toutes confirment l'opinion d'Itard, qui admettait que les individus affectés de paralysie du nerf acoustique, entendaient mieux lorsqu'ils étaient dans une voiture ou au milieu d'une rue bruyante, que lorsqu'ils étaient dans le repos. Nous avons donné des soins à un malade demeurant rue Croix-des-Petits-Champs, qui avait peu à peu perdu l'ouïe à la suite d'expositions continues à l'action de courans d'air. Chez cet homme, dont la surdité était très forte, l'ouïe paraissait se réveiller au milieu du roulis des voitures : ce fait n'avait pas échappé à ses parens et amis. Il en était de même chez un curé que nous avons également traité pour une surdité. Ces deux malades ont été presque complètement guéris par l'électricité; ils entendent bien maintenant.

» Nous pourrions encore citer plusieurs observations de ce genre ; nous terminerons par celle d'une femme qui, pendant le cours d'une variole, après avoir eu une exaltation de l'ouïe, vit peu à peu disparaître la sensibilité auditive. Comme les précédens malades, elle entendait mieux au milieu du bruit. Après la première décharge électrique, il y eut de l'amélioration ; à la deuxième application, cette amélioration fut plus manifeste encore ; mais après avoir persisté quelques jours elle diminuait insensiblement jusqu'à nouvelle électrisation.

» La surdité par paralysie nerveuse peut se montrer passagèrement à la suite de la paralysie du nerf facial. On l'a remarquée aussi après la compression des nerfs par des tumeurs intrà-crâniennes, par des commotions qui ont tantôt déchiré, tantôt ébranlé simplement le nerf auditif. Nous avons vu des malades chez lesquels, à la suite d'une commotion cérébrale, persistait la surdité, qui disparaissait quelquefois très lentement, et qui, dans d'autres circonstances, ne disparaissait jamais.

» Les divers traitemens, tels que les injections, les vésicatoires, les moxas, etc., échouent le plus souvent dans ces cas de paralysie. Il n'en est pas de même de l'électro-puncture et de l'électricité, appliquée comme nous l'avons appliquée chez cette malade : nous en avons obtenu d'admirables résultats. Nous ne partageons pas l'opinion du célèbre Itard, qui avait si peu obtenu de l'électricité qu'il l'avait presque rejetée. La différence des résultats peut sans doute s'expliquer par la différence des méthodes.

» Dans le procédé que nous mettons en usage, en faisant parcourir les voies auditives à l'électricité, nous agissons directement sur la corde du tympan, qui, par suite des anastomoses que nous vous avons rappelées, agit sur le nerf auditif.

» Vous avez vu les phénomènes remarquables qui se développent sous l'influence de l'électricité ; nous n'avons pas besoin de vous les décrire. Dans quelques cas, les douleurs sont des plus violentes ; aussi devra-t-on toujours mettre une grande mesure dans l'emploi de ce puissant agent thérapeutique. »

Nous ajouterons, en terminant, que nous avons eu occasion de voir M. Jobert employer avec succès l'électricité dans un cas d'amaurose. Une des aiguilles était piquée dans la région temporale, l'autre était plongée dans la muqueuse palpébrale ; dès la première électrisation, la contractilité de la pupille avait reparu.

---

d'un certain mérite si Molière ne les avait déjà volés aux philosophes. Il y a, au fond de cela, une injustice et une inconvenance. M. Gerdy représente le côté moral de la chirurgie plutôt que son côté chirurgical. Il est excellent anatomiste et n'a pas mal inventé d'aponévroses, lesquelles ont, comme on le sait, une grande part dans la production des idées. Ensuite, personne ne parle mieux le langage philosophique que ce savant professeur. Vous ne le verrez jamais confondre la *sensation* avec l'*impression*, et il y a en lui plus du Platon qu'on ne pense. D'ailleurs, il n'est jamais mauvais de beaucoup occuper de morale certains chirurgiens, afin qu'ils s'occupent un peu moins de chirurgie.

— Voici un fait qui se rattache à l'histoire des concours et qui a son intérêt :

L'Administration des hôpitaux a pris une mesure qui a, au fond, un vrai degré d'utilité, et dont l'application mal faite peut avoir des inconvéniens. On sait que tous les ans l'Administration ouvre des concours, non seulement pour créer des élèves internes et externes, mais encore pour décerner des prix à ceux de ces élèves qui sont déjà élèves des hôpitaux. Ces derniers concours ne sont pas suffisamment nombreux, et l'Administration a voulu obliger les élèves internes à s'y présenter. Or, quelques-uns de ceux-ci se sont ouvert les colonnes des grands journaux et ont fait une espèce de protestation contre cette mesure. L'administration a pu avoir une bonne pensée. Il est certain que par des concours annuels, des espèces de revues, on peut exciter l'émulation de tous, et découvrir si les internes ont mis à profit leur séjour dans les hôpitaux pour observer et étudier, ce que tous ne font pas ; convenons d'abord de cela. Mais pour constater la paresse de cette très petite minorité, vous allez obliger tous les internes à des exercices de littérature médicale qui nécessitent beaucoup de temps, le tout aux dépens des études pratiques : voilà l'argument développé par les internes des hôpitaux. Cet argument est en partie fondé ; il est très vrai que la préparation à un concours est un exercice dans lequel la mémoire et les livres jouent le plus grand rôle à cause de l'universalité de connaissances nécessaires pour sortir victorieux ou pas trop mutilé de ces espèces de luttes. Il n'y a donc qu'une chose à faire pour concilier les avantages des élèves avec les garanties demandées par l'administration, c'est de donner au concours une forme pratique et d'exiger des épreuves qui portent principalement sur la clinique.

Dr LYRAC.

Chronique et Nouvelles.

Le public parisien s'est ému ces jours-ci d'une nouvelle sortie on ne sait d'où, propagée on ne sait par qui ni dans quel intérêt, mais complètement inexacte et sans le plus léger fondement. On a dit que la peste s'était déclarée, les uns à l'Hôtel-Dieu, les autres à l'hôpital St-Louis, et qu'en signe de deuil et d'effroi le drapeau noir avait été arboré sur l'un ou l'autre de ces établissemens.

Tout cela est faux : il n'y a ni peste, ni drapeau noir dans aucun hôpital de Paris, et la santé générale de la population parisienne s'est même améliorée dans la dernière quinzaine. En effet, l'épidémie de fièvre typhoïde, qui règne à Paris depuis plus de deux mois, devient tous les jours moins grave, et les cas sont aussi moins nombreux.

Il serait bon que l'Administration des hôpitaux ou l'autorité fissent publier un avis qui démentît ces bruits généralement répandus, et qui ont jeté la terreur chez un certain nombre de malades qui redoutent d'aller chercher à l'hôpital des soins souvent indispensables.

— Le projet de suppression de la voirie et du dépôt de vidanges de Montfaucon est encore arrêté. Les plaintes nombreuses des habitans des quartiers environnans n'ont pas encore été écoutées, quoi qu'elles aient été plus énergiques depuis les grandes chaleurs qui règnent à Paris depuis long-temps et qui, dans certains jours, ont rendu ces quartiers presque inhabitables par les exhalaisons fétides émanées de ces lieux infects. Il faut renoncer à toute idée d'hygiène et à croire aux avantages d'un air pur, si l'on refuse à admettre qu'un air chargé de pareilles odeurs n'a aucune action délétère sur la santé publique.

— La ville de Paris vient d'adopter le pavage en bois pour toutes les rues environnant les hôpitaux, les écoles et les bibliothèques publiques.

— La suette miliaire règne depuis quelque temps dans le département de Lot-et-Garonne. A Agen, à la dernière session des assises, l'absence d'un grand nombre de jurés, retenus chez eux par ls maladie qui règne dans le pays, a nécessité un appel extraordinaire de jurés suppémentaires de la ville.

L'arrondissement de Villenœuve paraît être celui où l'épidémie sévit sur un plus grand nombre de personnes ; cependant la mortalité n'est pas telle qu'elle légitime l'effroi et la consternation des habitans. Nous voyons, en effet, d'après notre correspondance particulière, que sur 1500 personnes affectées de la suette, la mortalité n'a été jusqu'à ce jour que de 10 malades.

Le préfet du département a envoyé deux médecins dans la commune de Beauville et dans les localités environnantes où quelques cas de mortalité avaient eu lieu.

La maladie a aussi pénétré dans l'arrondissement de Marmande. Le canton de ce nom ; ceux de Castelmaron et de Tonneins sont attaqués. Partout les médecins ont constaté que si certaines localités ont été plus cruellement frappées, en général la mortalité est le résultat des imprudences qui viennent heurter le cours de la maladie et neutraliser en quelque sorte l'action lente et providentielle de la nature.

— La pensée d'élever par souscription un monument à Larrey a trouvé sympathie dans tous les cœurs. Nous sommes convaincus que ce pieux appel sera entendu, et que la mémoire de ce chirurgien illustre sera consacrée par un monument digne d'elle. Nous nous associons surtout au vœu émis par M. le Dr Mutel, chirurgien-major du 52e de ligne, qui, dans une lettre écrite à M. Bégin, propose que la statue de Larrey soit elevée dans la cour du Val-de-Grâce, en regard de celle de Broussais, et dans le lieu le plus propre à rappeler aux jeunes élèves de cet établissement la glorieuse carrière de leur maître.

DE LA PROPOSITION D'ENQUÊTE A LACADÉMIE DE MÉDECINE.

Oui, nous le reconnaissons aussi, la proposition d'enquête faite à l'Académie de médecine, et la discussion qui s'en est suivie, n'ont pas répondu à notre attente. Quoique le vote qui en a été le résultat puisse être considéré comme un commencement de succès, — car enfin voilà l'Académie forcée de s'occuper d'un sujet qu'elle avait jusqu'ici dédaigneusement rejeté, — nous espérions mieux et autre chose de cette séance académique pour laquelle le temps de la préparation n'avait pas manqué et où pouvait, ou devait s'agiter une des plus belles questions qui puisse occuper les esprits en médecine. Il était légitime à nous d'attendre que la discussion serait abordée avec cette largeur d'idées, cette teinte philosophique, cette portée de vue que comporte le sujet quand nous savions que c'était M. Bouillaud qui le mettait en litige, qu'il devait être défendu par M. Rayer, et qu'il avait pour adversaires quelques esprits distingués. Soit que les partisans du projet d'enquête n'aient pas voulu déployer toutes leurs forces dans cette première action, soit que ses adversaires aient eu la générosité de ne pas profiter de leurs avantages, toujours est-il que le projet mollement présenté, mollement attaqué, mollement défendu n'est pas arrivé à s'emparer franchement et de vive force de l'attention publique pour ou contre, et qu'il laisse les esprits dans un état de tiédeur et d'indifférence qui pourrait lui être fatal.

D'ailleurs, la divergence d'opinions qui s'est manifestée dès le commencement parmi les partisans du projet, sur le mode à suivre dans l'exécution de l'enquête, était peu propre à rassurer les esprits chancelans sur l'opportunité de la mesure. Et quand on a entendu l'auteur même de la proposition désespérer de ses efforts, annihiler d'avance les résultats de l'enquête pour ce qui le concerne, et affirmer qu'il n'en avait, pour son compte, ni souci ni besoin, chacun a pu se dire : Voyons, qu'allons-nous faire, et pourquoi tout ce bruit, si le terme, le but, le résultat de nos observations sont invariablement déterminés d'avance ?

Défaut de développement dans la proposition, confusion et divergence dans les opinions sur le mode d'agir, désignation d'un but tout personnel et trop évidemment déterminé d'avance, tels nous paraissent être, historiens fidèles, les motifs du peu de faveur que la proposition d'enquête a reçu du public et de l'Académie.

Cependant, nous persistons à le croire et à le dire, il y a au fond de la proposition de M. Bouillaud une grande et belle idée. Dépouillé de la gangue qui en ternit l'éclat, le minéral montrera ses facettes brillantes, c'est là l'œuvre de la patience et du temps. Simple ouvrier dans cet œuvre, essayons de donner un premier coup de lime sur ce minéral terne encore ; d'autres mettront à nu sa couche précieuse.

Il nous semble qu'il faut nécessairement envisager la question sous deux points de vue différens, sous le point de vue du principe, sous celui de l'exécution Démontrez d'abord que le principe est bon, utile, qu'il doit conduire à des résultats satisfaisans, vous rendrez les esprits moins craintifs sur les difficultés de l'exécution, vous suivrez enfin cet ordre logique et de bon sens qui prescrit de s'enquérir d'abord de l'utilité des choses avant de s'enquérir des moyens de les exécuter.

Eh bien ! de quoi s'agit-il au fond de la proposition d'enquête ? D'une question pendante depuis deux mille ans, d'une question qui touche aux entrailles de la thérapeutique, aux fondemens de notre science médicale, d'une question palpitante de l'intérêt le plus vif ; il s'agit, en un mot, de savoir quel est le traitement le plus convenable à opposer aux maladies aiguës.

Qui est-ce qui pourrait dire que ce sujet de recherches n'est ni beau, ni grand, ni utile ?

Mais ces recherches sont-elles opportunes et nécessaires ? Il ne faut que jeter un regard autour de soi, s'examiner soi-même dans les pénibles fonctions de sa profession et descendre dans sa conscience pour répondre affirmativement. Voyez la thérapeutique livrée au hasard, au caprice, vague, incertaine, confuse, dissemblable ; voyez-vous vous-même anxieux et tremblant en face d'une fièvre grave ; interrogez-vous après le résultat, et dites si toutes vos déterminations ont été guidées par une conviction scientifique, si vous avez toujours pu apprécier vos raisons d'agir, calculer et prévoir vos moyens d'action.

Tout est là. Si vous n'avez ni doute, ni irrésolution ; l'enquête est pour vous inutile et sans valeur. Si, au contraire, au lit du malade vous hésitez et avez peur, par tous les moyens possibles favorisez un état de choses qui peut vous conduire à d'autres résultats.

Vous êtes tous d'accord que l'observation est la base de la médecine ; eh bien ! il ne s'agit que de savoir comment doit être faite et comprise cette observation, et si, à ce qui s'est fait jusqu'à présent et qui a produit d'ausi déplorables conséquences, il est possible de substituer autre chose qui amène un régime meilleur.

L'enquête, comme nous la comprenons, ne peut être qu'un mode nouveau d'observation, un examen, une appréciation de l'observation individuelle, quelquefois partiale et prévenue, par une observation collective et désintéressée.

Ce serait un service d'hôpital, tantôt celui-ci, tantôt celui-là, dans lequel le médecin agirait librement, sans opposition ni discussion, dans les mesures de son intelligence et de sa probité, sous l'œil d'autres médecins, historiens exacts et consciencieux, pouvant librement aussi s'enquérir par tous les moyens possibles de la vérité des choses, et chargés de dire ce qu'ils ont vu et observé.

Pourquoi, dira-t-on, substituer à l'observation individuelle l'observation collective ?

Pourquoi ? Parce que l'observation individuelle n'a produit et ne produit encore que désordre et confusion ; parce que, de l'aveu de tous, elle n'enfante qu'une thérapeutique variable et changeante comme les hommes et les idées qu'ils représentent ; parce que l'erreur et l'illusion sont faciles à un homme, sans compter l'intérêt ou la passion dont il peut être dominé, circonstances plus difficiles dans une collection d'hommes revêtus d'une mission ; parce que la crainte, les devoirs et les convenances de confraternité, et cent autres raisons semblables, paralysent et anihilent le contrôle individuel ; parce que rien n'est si aisé, l'histoire est là qui en témoigne, à un homme puissant par son talent ou par sa position, que d'entraîner toute une génération médicale dans l'erreur ; parce que, depuis la renaissance des lettres, par exemple, chaque siècle, en médecine, n'est occupé qu'à défaire ce qui s'est fait dans le siècle précédent sur la foi d'un homme ou d'une idée.

Pourquoi ? Parce que, malgré la vénérable antiquité de notre science, la thérapeutique est encore dans l'enfance, et parce que en face de nos incertitudes, de nos anxiétés, il est sage, il est prudent, il est moral de chercher autre chose.

Mais, ajoutera-t-on, qu'attendez-vous de l'enquête, et quels résultats produira-t-elle ?

Nous n'en savons rien et personne ne le sait, personne donc ne peut le dire. Ceux qui assurent qu'elle ne conduira à aucun résultat préjugent comme préjugeraient ceux qui assureraient qu'elle changera la face des choses. Tout ce qu'il faut dire et répéter sans cesse c'est que l'état actuel de nos croyances thérapeutiques est déplorable et intolérable ; qu'il y a urgence à sortir de cette position, et que, comme l'a dit M. Rayer avec beaucoup de bon sens, si l'on connaît un autre moyen que l'enquête pour sortir de là, il faut l'employer. Or, tout le monde s'étant tu à cet endroit, il faut croire qu'il n'y en a pas d'autre, et c'est aussi notre opinion.

Mais, dira-t-on encore, il faudra des années pour procéder convenablement à cette enquête.

Oui, sans aucun doute, et ce serait bien le cas de répéter ici :

« Le temps ne fait rien à l'affaire. »

Commencez d'abord sans vous inquiéter ni du temps, ni du résultat.

Il faudra certainement plus de trois mois et plus de six, quoi qu'en dise M. Bouillaud, pour élucider la thérapeutique d'une seule maladie; mais il ne faudra pas les deux mille ans qu'on a mis à l'embrouiller si complètement.

Que peut faire d'ailleurs cette question de temps aux hommes vivement dévoués aux intérêts de l'humanité et de la science ? Quoi ! il y a sur la surface du globe plusieurs centaines d'hommes qui ont consacré leur vie à l'observation astronomique et météorologique, et il ne s'en trouverait pas vingt pour l'observation pathologique, infiniment plus utile, ayant des applications bien plus directes et plus nombreuses aux intérêts les plus chers de l'humanité ? Il serait honteux de le croire, et dangereux de le dire.

On objectera encore, et l'on dira : Comment, dans l'état actuel des choses, pouvoir obtenir des chefs de service d'hôpital de se soumettre volontairement à l'examen, à l'appréciation, au contrôle de leur pratique, puisque, de votre aveu même, l'enquête ne peut être que cela ?

Par un moyen fort simple, par l'obligation, en supposant, ce que nous ne pouvons pas faire, que le sentiment du devoir et celui de la dignité de l'art soient insuffisans auprès de certaines personnes.

En quoi peut consister cette obligation ? Ceci nous mène à exposer succinctement nos idées sur les moyens que nous croyons les plus convenables de procéder à une enquête.

Nous ne croyons pas à la possibilité du résultat soit par une commission académique, soit par une commission prise dans le sein des médecins des hôpitaux. Ce n'est pas que l'une ou l'autre de ces commissions pût manquer d'autorité ou de puissance ; mais ce que nous voudrions éviter avant tout, ce sont les conflits qui pourraient s'élever entre des intérêts rivaux, et une foule d'autres embarras qu'on peut prévoir, mais qu'il est plus convenable de passer sous silence pour l'honneur et la considération du corps médical.

Ce n'est donc pas à l'Académie de médecine que nous aurions porté notre proposition d'enquête si, comme M. Bouillaud, nous avions eu l'honneur de cette idée. Nous nous serions adressé au Conseil général des hôpitaux, de qui d'ailleurs ressort directement et exclusivement tout ce qui concerne le sujet en question. Nous lui aurions demandé la création d'un certain nombre de médecins *observateurs* chargés de suivre les services dans lesquels des méthodes de traitement particulières sont mises en usage, de recueillir jour par jour toutes les observations, et de présenter tous les ans un travail de statistique et d'analyse avec toutes les pièces à l'appui.

Nous aurions demandé que la nomination de ces médecins observateurs ne pût être faite qu'au concours, et sur des épreuves d'une sévérité telle, que nul doute ne pût s'élever sur la capacité des élus. Ces médecins devraient être suffisamment rétribués, pour qu'ils trouvassent dans ce travail de tous les jours une honorable indemnité de la privation d'autres occupations lucratives.

Désignés par le conseil des hôpitaux pour aller observer dans tel ou tel service, investis de cette mission par une autorité supérieure à celle du chef de service, celui-ci serait obligé de favoriser dans toutes les limites du possible l'investigation des medecins observateurs, qui, simples mais intelligens collecteurs de notes dans la première période de leurs fonctions, sans souci du résultat final, sans intérêt, sans prévision pour ce résultat, ne deviendraient historiens qu'après un laps de temps suffisant et une acquisition de matériaux imposante, pour pouvoir donner lieu à des conclusions motivées.

Il nous faudrait maintenant exposer les raisons à opposer à ceux qui croient que l'observation envisagée de cette manière n'est pas possible ; que la différence extrême entre les maladies et les malades sera un obstacle éternel à la catégorisation des faits et à la promulgation des lois thérapeutiques ; que la médecine, comme l'a dit M. Récamier, ne sera jamais ce qu'elle peut être, qu'en raison de la sagacité de celui qui l'exerce; pensée vraie au point de vue de l'individu, mais qui, à un point de vue plus général, renverserait toute science, toute doctrine, toute tradition, toute histoire, pour faire de la médecine une sorte d'art divinatoire et prophétique sans enseignement, sans transmission possibles.

C'est là le côté philosophique et élevé que présente la proposition de M. Bouillaud et que nous regrettons de n'avoir pas vu aborder par cet esprit distingué. Dans la discussion qui suivra inévitablement le rapport de la commission, ce sujet reviendra sans doute ; aussi croyons-nous qu'il sera peut-être utile de revoir, en les appréciant, les divers argumens soulevés par les adversaires de toute enquête. Ce sera le sujet d'un prochain article.

Pour nous résumer dans celui-ci, nous pensons que si M. Bouillaud a fait acte de courage et de conviction par sa proposition, il a fait aussi une chose utile en provoquant une discussion qui préparera les esprits à un changement nécessaire et urgent dans le mode d'observation ; mais qu'il a fait erreur de lieu en demandant la participation de l'Académie à une enquête impossible pour elle. Nous regardons sa cause comme perdue devant ce corps savant, mais nous en appellerons avec lui devant d'autres juges et devant un surtout qui tôt ou tard fait infailliblement gagner les bonnes causes au bon sens public.

X...

Correspondance.

Remarques sur un cas de Pellagre observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec soin l'observation de pellagre, publiée dans le numéro de juillet de la Revue médicale, et reproduite dans votre dernier supplément, l'analyse des symptômes, les lésions fournies par l'anatomie pathologique me paraissent se rapporter en effet à cet érithème endémique. Je dis paraître, parce que je n'ai pas vu moi-même le fait et que j'aurais vivement désiré le rapprocher des observations nombreuses, recueillies par moi au grand hôpital de Milan en 1829 et 1830 (1). Deux points ont surtout fixé mon attention, je veux parler des lésions cadavériques et de l'aliénation mentale. Comme je crois être le premier en France qui soit entré dans quelques détails à ce sujet, je vous demanderai la permission de rappeler mes travaux.

Losqu'on examine les cadavres des individus qui ont succombé à la pellagre, on trouve les organes digestifs toujours lésés ; la membrane muqueuse de l'estomac est souvent rouge, parcourue par des vaisseaux bleuâtres ou brunâtres, mous, friables et s'enlevant facilement avec l'angle. La rougeur peut-être bornée au grand cul de sac ou plus marquée dans cette région ; elle est tantôt d'une couleur rouge uniforme, tantôt d'un rouge brun tirant parfois sur le gris ; la muqueuse peut encore être mince ; dans d'autres cas elle est plus épaisse. L'estomac est distendu ; quelquefois il ne présente aucune altération, mais alors on retrouve la rougeur dans les intestins. Les valvules du duodénum participent à cette coloration, la muqueuse de l'intestin grêle et celle du gros intestin, sont ordinairement colorées en rouge, d'une teinte plus ou moins foncée, quelquefois brune.

L'hypertrophie et le ramollissement doivent être rangés au nombre des lésions de la muqueuse. Les ulcérations sont communes ; elles peuvent être irrégulières, arrondies, nombreuses, environnées d'un tissu enflammé et tout à fait blanc. Le tissu cellulaire sous-jacent et la tunique musculaire ont été trouvés hypertrophiés. Dans les cinq ouvertures que nous avons faites, les intestins contenaient des lombrics.

M. Carswell de Glascow a rencontré sur deux individus qui avaient présenté des symptômes évidens d'irritation chronique des voies digestives, une large perforation de l'estomac, provenant du ramollissement gélatiniforme des tuniques de ce viscère ; et sur les autres points, la membrane muqueuse offrait des traces non équivoques d'inflammation chronique.

Le système nerveux présente des altérations non moins évidentes. Les membranes du cerveau, et surtout l'arachnoïde et la pie-mère sont injectées, infiltrées, adhérentes, épaisses, opalines, friables ; la consistance du cerveau est quelquefois augmentée ; elle peut être diminuée, comme dans l'observation de M. Gibert ; la substance grise est colorée, plus pleine de sang ; la substance blanche est sablée, pointillée ; le plus souvent il n'y a point de sérosité dans les ventricules. Les lésions de la moëlle sont aussi fort remarquables ; les membranes, et particulièrement l'arachnoïde et la pie-mère, sont rouges, les vaisseaux gorgés de sang. Quelquefois on observe une sérosité spumeuse. La substance grisâtre est presque toujours dure au toucher, injectée ; la blanche, au contraire, est molle, réduite en bouillie ou en crème dans une étendue plus ou moins considérable, infiltrée de pus ; sa coloration est jaunâtre, d'un gris sale. Cette lésion est-elle liée aux douleurs de la moelle, à la faiblesse, à la paralysie des extrémités ? nous serions assez portés à le croire, puisque la moelle était normale dans le fait de l'hôpital Saint-Louis.

L'aliénation mentale qui complique la pellagre devait être l'objet de nos recherches : nous lui avons donné le nom de *folie pellagreuse*. Voici les symptômes qu'elle nous a plus généralement présentés :

La plupart des individus qui sont attaqués de cette maladie deviennent très souvent dès le début apathiques, moroses, très trists, chagrins, taciturnes ; ils ne prennent plus d'intérêt à leurs travaux, s'éloignent quelquefois de leurs maisons, de leurs compagnons, ou se montrent insensibles à leurs plaisirs, à leurs jeux ; la conversation les fatigue. Chez plusieurs, les accidens de l'hypochondrie sont très prononcés ; le mal s'accroissant, le désordre de l'intelligence acquiert plus d'intensité ; quelquefois il se borne à un délire aigu ; mais le plus communément la folie éclate ; elle roule presque exclusivement sur les objets religieux. Le malade a la physionomie sombre, abattue, exprimant l'angoisse et le désespoir ; il ne veut parler à personne, fuit la société, cherche la solitude, joint les mains, marmotte des prières, lève les yeux au ciel, regarde fixement la terre, s'accuse de ses péchés, demande des prêtres, veut se confesser, se croit damné, poursuivi par la vengeance divine, implore la miséricorde céleste, chante la messe, prêche, ou bien il se croit religieux, prêtre, apôtre, Dieu. La monomanie suicide est très fréquente à cette époque.

A l'hôpital de Turin, le docteur Tromper nous a fait voir un maniaque qui voulait attenter à ses jours, et chez lequel cette affection mentale avait été précédée de la pellagre, qui était à sa deuxième année. Beaucoup de suicides cherchent à terminer leurs jours dans les flots, disposition qu'il faut sans doute attribuer à la chaleur et aux douleurs brûlantes qu'ils ressentent à l'intérieur Strambio a donné à cette variété du suicide le nom d'*hydromanie*. Ce penchant n'est pas cependant si général qu'on ne cite des exceptions. Les auteurs ont rapporté l'histoire de plusieurs pellagres qui s'étaient pendus ou précipités du haut d'un édifice. M. Piantanida a constaté que les pellagreux étaient souvent poursuivis de l'envie de se jeter par la croisée, de se stranguler ; mais un fait curieux qui a été noté avec le plus grand soin par ce praticien, et que j'ai vérifié chez quelques malades, c'est que beaucoup de fous pellagreux ont l'idée d'étrangler ou de noyer leurs enfans. Il m'a montré plusieurs individus qui étaient dans ce cas. Quelques-uns disaient qu'ils avaient voulu les soustraire à la mort ; d'autres, qu'ils désiraient les faire jouir du bonheur céleste avant qu'ils eussent commis aucun péché mortel. Beaucoup ne peuvent rendre compte de ce singulier penchant.

La manie s'observe assez fréquemment dans cette période. Les malades sont agités, quelquefois furieux, menaçans : on est alors obligé de les maintenir avec la camisole de force ; mais au milieu du désordre de leur raison il n'est pas rare de voir régner des idées religieuses. Quelques écrivains ont également constaté l'existence de la démence ; il est plus ordinaire de l'observer, ainsi que l'imbécillité, dans la dernière période du mal. — Parcourez les établissemens publics consacrés au traitement de la folie, et vous verrez le plus grand nombre de malades répondre sans suite aux questions que vous leur adressez, ne pas vous comprendre, vous regarder d'un air stupide ou inattentif, ne faire aucun mouvement, ou bien rire, sauter, jouer comme des enfans ; si vous restez quelque temps au milieu d'eux, vous retrouvez, surtout chez les femmes, des traces d'idées religieuses. Dans cette dernière période, le désir du suicide est encore frequent.

La proportion des individus atteints de folie pellagreuse est considérable. A l'hôpital de la Sénabre, où il y a environ cinq cents aliénés, le nombre en est presque constamment des deux tiers. Ce résultat avait déjà été publié par Holland ; mais comme il a été nié par Strambio, les égards dus à cet observateur distingué nous ont engagé à le vérifier de nouveau. Aidé dans nos recherches par M. Piantanida, nous avons reconnu qu'il peut être limité à la moitié, mais que le plus souvent il s'élève jusqu'aux deux tiers. M. Panceri père, qui a été médecin de la Sénabre, m'a confirmé le même fait. Sacco professe cette opinion. Il est donc hors de doute que Strambio a été induit en erreur. Quant à l'opinion de Cerri, elle est évidemment fausse, et ne peut avoir été écrite que sous l'influence de quelque idée préconçue ; comment, en effet, un médecin a-t-il pu dire que sur cent pellagreux il y en avait à peine un qui devînt fou, et sur cent délirans tout au plus un ou deux qui cherchassent à se détruire ? Dans le seul hôpital de Milan, qui ne contient que accidentellement des fous pellagreux, ce nombre est déjà assez élevé.

Mais, pour qu'il ne reste aucun doute sur ce fait, je vais faire connaître le résultat de mes relevés dans les autres hôpitaux. A Brescia, où il y a quatre-vingts aliénés, le docteur Cocchi et le gardien m'ont dit que le nombre des pellagreux était d'un tiers environ. A Vérone, il est peu considérable, mais ce résultat tient à ce que les aliénés, comme ceux de Vicence, sont dirigés vers l'établissement de Venise. Dans cette dernière ville, il y avait, à l'époque où je la visitai, deux maisons : l'hôpital civil, où étaient renfermés, dans une division séparée, les fous chroniques, et San Servolo, où l'on envoyait les aliénés curables. M. Francheschini, médecin de la première maison, m'assura positivement que, sur les quatre cents individus qui y étaient habituellement rassemblés, un tiers était pellagreux, et que chez tous il finissait par se manifester un penchant au suicide. La proportion est plus faible pour les femmes que pour les hommes. A l'hôpital de Sant' Orsola, à Bologne, le docteur Gualandi m'a fait voir plusieurs aliénés pellagreux. Enfin, le docteur Bruni, qui dirigeait avec zèle et succès l'hôpital de San Bonifazio à Florence, me dit qu'il avait observé que la pellagre produisait souvent l'aliénation mentale, que les cas en étaient nombreux et incurables. Ces faits, qui sont affirmés par des hommes convenablement placés pour voir, ne peuvent laisser aucun doute sur le grand nombre de fous pellagreux, et suffisent pour réfuter victorieusement les objections que quelques hommes ont élevées à ce sujet. M. le docteur Maisonneuve, qui étudie maintenant la pellagre en Italie, éclaircira ces points en litige.

Je terminerai par une dernière observation relative à la rareté des cas de pellagre en France. En 1814, il vint à Paris deux soldats pellagreux, dont l'un, par les soins de M. Husson, fut conduit à la clinique d'Alibert. Ce professeur en a donné la description dans sa monographie des dermatoses. J'ai moi-même vu à différentes reprises des érythèmes qui avaient leur siége au front, au sternum et sur la face dorsale de la main ; leur ressemblance avec la pellagre était remarquable ; mais comme ces malades venaient seulement à la consultation ou ne faisaient qu'un court séjour dans les hôpitaux, je n'ai pu me procurer

(1) De la pellagre et de la folie pellagreuse, observations recueillies au grand hôpital de Milan, 2e édition. — Mémoire lu à l'Académie royale des sciences, dans sa séance du 30 novembre 1830, par A. Brierre de Boismont, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École de Médecine, à Paris.

des renseignemens précis. Je pense comme M. Roussel que ce sujet demande de nouvelles recherches.

J'allais oublier, Monsieur et très honoré confrère, le post-scriptum arabe, c'est-à-dire un des points importans de ma lettre. Lorsque je lus, il y a quelques années, mon mémoire sur la pellagre à l'Académie des sciences, j'avais joint à mon travail trois planches coloriées et un fragment de peau malade. Malgré d'actives recherches dans les bureaux du secrétariat, je n'ai pu retrouver mes planches (1). On m'a assuré que ce n'était pas la première fois que pareille chose arrivait. Je serais heureux si cette réclamation, en imprimant plus d'activité aux recherches, pouvait me faire rentrer dans la possession de mes planches.

Agréez, etc. A. Brierre de Boismont.

Des eaux minérales naturelles ou artificielles, considérées dans leur emploi thérapeutique.

S'il est une vérité maintenant démontrée et incontestable, c'est que, dans les diverses périodes de la science et surtout de la thérapeutique, l'emploi des eaux minérales a persisté dans la pratique de l'art : on les prescrit et on les prescrira toujours pour guérir une foule de maladies, quelle que soit d'ailleurs la doctrine prédominante en médecine. Broussais même, ce hardi novateur qui, non content de renverser les écoles qui le précédèrent, voulut placer la science sous la tyrannie d'un principe absolu, a plus d'une fois recommandé l'usage de ces eaux, bien qu'il les regardât comme énergiques et stimulantes. Cela prouve que les eaux minérales modifient plus ou moins profondément l'économie, en un mot qu'elles constituent un remède puissant, actif, d'une efficacité démontrée. L'expérience, cette indomptable puissance, expérience de plusieurs siècles, s'est donc hautement prononcée sur ce point.

Toutefois, ne nous y trompons pas, il y avait ici un écueil dangereux, et on n'a su ni le reconnaître, ni l'éviter. Les eaux minérales sont d'une utilité réelle quand on les prend à leur source et telles que la nature les produit. Mais on a voulu les employer au loin, elles ont été transportées, déplacées pour ainsi dire de leur sol naturel ; dès lors elles ont perdu de leur activité.

Bien plus, on a voulu les imiter, en avoir la contrefaçon ou plutôt le *cadavre*, selon l'énergique expression de Chaptal ; de là des déceptions, de là des doutes et des controverses sans fin sur la réalité de leurs effets thérapeutiques. Une aveugle et rapide confiance dans de fugitives analogies en a été la cause primitive. Il faut le dire, les praticiens, même les plus expérimentés, ne font pas une assez grande différence entre les eaux minérales naturelles et les eaux factices, et parmi les premières, entre celles qu'on a transportées plus ou moins loin dans des vases quelconques et celles qu'on boit immédiatement au point d'émergence du sol qui les produit. S'ils établissent quelque différence, elle est fondée uniquement sur je ne sais quelles propriétés inconnues, quelques élémens insaisissables, véritables qualités occultes qu'il est impossible de reconnaître. C'est là cependant où arrivent certains élaborateurs de savantes inutilités. On ne peut ignorer cependant que la différence entre les eaux froides et les eaux thermales provient uniquement du calorique ordinaire, que les principes constituans des eaux minérales sont maintenant bien connus ; mais il faut avouer en même temps et répéter que ces eaux recueillies en bouteilles, même avec soin, sont toujours décomposées dans une période de temps assez courte.

Ces phénomènes, il est vrai, sont, il faut le croire, à peine connus, bien moins encore appréciés à leur juste valeur : ici comme ailleurs l'habitude et la routine se transforment en nécessité. Mais si, comme moi, on répète les expériences faites par un jeune et habile chimiste, M. Mège, si l'on compare les unes et les autres de ces eaux, il restera démontré qu'un praticien consciencieux ne peut prescrire qu'avec la plus grande réserve des eaux minérales naturelles en bouteilles; la plupart sont altérées, décomposées à divers degrés, n'ayant par conséquent que des propriétés thérapeutiques peu certaines, incapables de remplir les indications qui se présentent ; bien plus encore s'il s'agit d'une eau minérale artificielle préparée depuis long-temps.

Est-ce à dire, néanmoins, que l'art ne puisse pas imiter complétement les eaux minérales naturelles, qu'il soit impossible de réunir leurs élémens constituans, leurs principes fixes et gazeux? Non, sans doute ; ce serait méconnaître le pouvoir de la chimie actuelle. Pour moi, vieux praticien, je crois ce problème résolu par les *Dragées minérales* du chimiste dont j'ai parlé. Sans prévention aucune, sans idée systématique, je les ai employées avec un véritable succès : j'affirme que quiconque s'éloignera de l'instinct routinier, de l'application automatique de quelques préceptes, se convaincra en peu de temps de ce que je viens de dire. Je sais que l'intérêt particulier jette souvent ici son poids dans la balance ; mais avec ce préjugé mis en avant, toute invention nouvelle, toute amélioration deviendrait impossible, ou serait jugée avec une prévention défavorable. Voyons, expérimentons d'abord, puis jugeons et concluons ensuite, c'est le principe d'une bonne et saine logique. En effet, en faisant fondre une de ces *dragées* d'après leur composition, dans une quantité déterminée d'eau chaude ou froide, j'ai obtenu immédiatement une eau minérale, ayant les qualités physiques, chimiques et médicales de celle de la source indiquée, au moins dans ce degré de probabilité qui se confond avec la vérité. Ce fait est exact, beaucoup de praticiens recommandables l'ont vérifié comme moi ; d'autres le vérifieront encore, car il n'est pas d'expérience plus facile, plus simple et par cela même plus décisive. De cette manière, le médecin et le malade sont assurés d'une chose très importante ; c'est que les principes constitutifs de l'eau minérale indiquée, sont administrés dans leur *intégrité* et leur *quantité*; c'est qu'on peut avec toute confiance en apprécier les effets, en calculer les résultats, la proportion des principes étant la même : le praticien sait dès lors à quoi s'en tenir; ce qui ne peut avoir lieu pour les eaux minérales dans des vases quelconques. En voici un exemple. Le gaz acide carbonique se trouve dans la plupart des eaux minérales : or, on sait que ce gaz introduit à hautes doses dans l'économie est un véritable poison ; au contraire, pris à dose modérée, c'est un agent thérapeutique des plus puissans : ainsi ses effets sont éminemment variables, incertains et souvent disproportionnés à ceux qu'on attend. Eh bien ! presque toutes les eaux minérales artificielles contiennent sept à huit fois plus de gaz que les eaux naturelles, mêlé à l'eau par la pression mécanique à laquelle on a recours. Mais cette pression diminuant dans les bouteilles surtout, à mesure qu'on les vide, il en résulte que cette eau contient ensuite beaucoup moins de gaz que l'eau naturelle ; elle devient insipide et sans action. Ainsi, il y a trop ou trop peu de gaz dans cette même eau : de là nécessairement des différences énormes dans son action ; de là des déceptions dans son emploi, des effets opposés, des résultats contradictoires, et, en définitive, des indications médicales mal remplies, des maladies qui s'aggravent ou restent stationnaires. Si, au contraire, on adopte le procédé de M. Mège, c'est-à-dire des *Dragées minérales*, où les principes minéralisateurs de chaque eau naturelle sont concentrés, combinés avec art, on marche avec sûreté dans la voie thérapeutique : d'une part, vous avez des eaux minérales très actives, identiques autant que possible avec celles qui sont naturelles ; de l'autre, vous obtiendrez les principes dans des proportions toujours les mêmes, toujours égales, sans ces brusques variations de *maximum* et de *minimum* si défavorables dans leur emploi. Conçoit-on maintenant les avantages du procédé de M. Mège ; combien il est facile de constater sa supériorité pharmaceutique et médicale sur les eaux minérales transportées loin de leurs sources, bien plus encore s'il s'agit d'eaux minérales artificielles? Saisir une idée simple et juste, la réaliser ensuite, en tirer des conséquences pratiques, voilà ce qui a été fait. Or, comme ce qui étend l'art étend la science, on est arrivé à cette heureuse et rare concordance de l'expérience chimique et de l'expérience clinique.

Remarquons d'ailleurs que ce qui vient d'être dit sur l'acide carbonique peut s'appliquer avec plus de raison encore aux Eaux *ferrugineuses* et *sulfureuses*, etc., journellement administrées dans une foule de maladies, contenues dans des bouteilles ou des vases de grès, toutes ces Eaux s'altèrent, toutes se décomposent, dans un temps assez rapide, toutes par conséquent trompent les espérances du malade et du médecin. Je pourrais en citer de nombreux exemples tirés de ma pratique ou de celle de plusieurs confrères judicieux et éclairés ; je me contenterai de rappeler le fait suivant, qui n'est jamais sorti de ma mémoire : Quoique docteur, je suivais, pour mon instruction, la visite de M. Récamier, à l'Hôtel-Dieu ; je remarquai deux femmes qui, étant chlorotiques, prenaient de l'eau de Spa. Au bout de quinze jours, aucune amélioration ne s'était annoncée, quoique les deux malades prissent très exactement l'eau minérale prescrite et qu'elles trouvaient d'un goût agréable. J'examinai une des bouteilles, et je ne tardai pas à découvrir au fond une couche de péroxide de fer ; quant à l'eau, elle était absolument sans saveur ferrugineuse, ne colorant nullement l'eau de noix de galle ; ainsi cette eau factice de Spa, préparée avec soin à la Pharmacie centrale des hôpitaux, souvent renouvelée à cause de la grande consommation qui s'en fait dans les hôpitaux, n'était en réalité que de l'eau gazeuse quand le médecin la croyait chargée de fer. Que de pareils faits servent au moins d'enseignement aux praticiens et qu'ils en tirent des conclusions pour leur conduite ultérieure.

Je me suis assuré que des eaux de Passy, renfermées dans des cruches de grès, avaient déposé, dans l'espace de quinze jours à peu près, tout le fer que la terre leur avait confié. Je n'assure pas cependant que les Eaux ferrugineuses soient toujours et complètement dépouillées de leurs principes minéralisateurs, mais il est certain que ces Eaux s'altèrent. Alors on voit où le doute conduit, doute qui se change en certitude dès que le vase est débouché et qu'il y a introduction d'air.

Est-il besoin de parler des Eaux sulfureuses ? de démontrer à quels mécomptes et même à quels dangers on s'expose en les employant sans discernement ? Est-on bien sûr de ne pas produire un véritable empoisonnement si on les administre inconsidérément à des doses élevées, quand on n'a point égard à leur altération ? et cette altération, on le sait, peut avoir lieu par un simple rayon lumineux, par un peu d'oxigène qui décomposent rapidement les sulfures et l'acide hydrosulfurique. Quels résultats, je le demande, peut-on attendre d'une eau prise dans ces conditions et dans une bouteille en vidange depuis quelques jours ? Je ne crains donc pas d'assurer que la méthode d'administrer les Eaux préparées par les *dragées minérales* est infiniment supérieure à celle qu'on a employée jusqu'à ce jour. Que l'on juge ce procédé sous le rapport théorique ou sous le rapport pratique et expérimental, on arrivera toujours à ce point, que les principes des Eaux minérales y sont conservés tels que la nature les donne, et que leurs proportions ne varient jamais, indépendamment des autres avantages. Ainsi les faits les plus positifs et surtout l'irréfragable logique de l'expérience m'ont conduit à admettre les conclusions suivantes :

1° Les Eaux minérales artificielles par leur défaut de composition, et principalement lorsque le vase reste en vidange, ne représentent que très imparfaitement les Eaux minérales naturelles, elles s'altèrent plus ou moins vite et toujours radicalement.

2° Les eaux minérales naturelles elles-mêmes éloignées de leurs sources, subissent une altération qui change nécessairement leur nature et leurs propriétés. Delà l'obligation de les employer à la source même, ce qui ne peut avoir lieu que dans certaines saisons de l'année et avec des frais de déplacement souvent considérables ;

3° Le vrai, le seul moyen de remédier à ces inconvéniens, est de recourir à un procédé qui, sous la forme sèche, comme les *Dragées minérales*, permet de les préparer verre par verre, sans qu'elles perdent rien de leur activité, donne la facilité de les transporter dans les lieux les plus éloignés, par terre et par mer, permet leur emploi en toute saison, dans toutes les classes de la société, dans les plus petits villages, comme dans les grandes villes ; remède efficace, facile, commode, éprouvé, peu dispendieux, toujours sous la main, qui n'exige ni dépense de déplacement, ni appareil d'administration. Quiconque désire s'éloigner de la routine, verra certainement dans ce nouveau mode d'administrer les eaux minérales, un perfectionnement réel et positif. Il y a là un fait constaté, une vérité démontrée, un problème résolu, donc il y a progrès. J'appelle sur ce point l'attention sévère des praticiens consciencieux qui veulent connaître la valeur et la portée des médicamens qu'ils emploient.

V. C..., D.-M.-P.

(1) Il en est arrivé autant à notre rédacteur en chef, M. Fabre. Le mémoire sur la *Méningite chronique* qui lui a valu à l'Institut un prix de 3,000 fr., s'est perdu dans les cartons de cette Société et n'a jamais pu être retrouvé.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 25 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) No 101, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Cas d'éclampsie au terme de la grossesse et pendant le travail d'accouchement. — Leçons sur l'éclampsie des femmes enceintes et accouchées.

(Premier article.)

Plusieurs cas d'éclampsie s'étant offerts dans un court espace de temps à l'observation des élèves qui suivent la clinique d'accouchement, M. Dubois en a fait le texte d'une série de leçons. Quoique la *Gazette des Hôpitaux* ait déjà émis à plusieurs reprises quelques-unes des idées de ce professeur sur ce point, nous croyons bien faire de reproduire l'ensemble de ces nouvelles leçons, dans lesquelles M. Dubois a traité ce sujet d'une manière beaucoup plus étendue et plus complète qu'il ne l'avait fait jusqu'alors.

Nous tracerons d'abord sommairement l'histoire de l'un des cas les plus graves et les plus intéressans que nous avons observés.

Observation. — Une femme âgée de vingt-quatre ans est entrée à l'hôpital de la Clinique étant vers le terme de sa grossesse. Elle n'a pu donner aucun renseignement précis qui pût faire présumer l'époque à laquelle elle devait accoucher. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait éprouvé de la céphalalgie, il était survenu en même temps un engorgement du membre thoracique droit et du membre abdominal du même côté. Le soir, elle eut des mouvemens convulsifs dans le membre thoracique qui resta pendant quelque temps maintenu dans la flexion. La nuit suivante elle eut une attaque d'éclampsie complète, agitation convulsive de tous les muscles, perte de connaissance complète, écume à la bouche, etc. Le jour suivant, mouvemens convulsifs bornés au bras droit; le soir accès complet; nuit calme. Le surlendemain, accès complet.

Entrée à la Clinique le 7 juillet; elle eut, peu de temps après un nouvel accès à la suite duquel on pratiqua une saignée de 500 grammes, on appliqua des sinapismes aux extrémités inférieures, et une potion antispasmodique fut administrée.

A dater de ce jour, les accès se reproduisirent avec une grande fréquence à des intervalles très rapprochés : du 7 au 10 elle en eut de vingt à vingt-cinq.

Dans la nuit du 10 au 11, elle eut quinze attaques complètes durant chacune environ une minute. Pendant la visite du 11, elle en eut trois. On appliqua 15 sangsues aux apophyses mastoïdes; diète.

Dans la journée du 11, elle eut plus de trente accès; on avait tout lieu de présumer qu'elle était au terme de sa grossesse : il n'y avait cependant encore aucun indice de travail; le pouls battait 120 pulsations par minute. Vu l'urgence et la gravité de l'état de cette femme, M. Depaul, en l'absence de M. Dubois, se détermina à la délivrer à l'aide du forceps.

Quelque temps après, il survint un nouvel accès, et la malade tomba dans une grande prostration.

Le lendemain, la journée fut assez calme, les lochies coulaient assez bien.

Le 13, état comateux.

Le 14, il y eut de nouveau huit ou dix attaques pendant la nuit, à la suite desquelles la malade succomba.

A l'autopsie on trouva le cerveau et la moelle épinière dans un état parfaitement normal. Les autres organes n'offraient rien de particulier.

Après l'exposition de ce fait, M. Dubois s'est livré aux considérations générales suivantes :

On donne le nom d'éclampsie aux convulsions qui surviennent le plus communément pendant l'état puerpéral (je désigne indistinctement sous cette dernière dénomination l'état des femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées). Pendant toute la durée de l'état puerpéral, il peut survenir des convulsions de différentes nature, mais les convulsions que l'on désigne sous le nom d'éclampsie sont celles qui sont plus spécialement liées à cet état. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici quel est le caractère général des convulsions et les phénomènes les plus communs qui les constituent. Chacun sait que ce sont des contractions musculaires involontaires et désordonnées dont le siége, la durée et l'intensité varient suivant une foule de circonstances. Tantôt la contraction musculaire est permanente : on la désigne alors sous le nom de convulsions toniques; tantôt il y a alternatives de contraction et de relâchement : c'est la convulsion clonique. Les convulsions peuvent être générales, comprendre tous ou presque tous les muscles de la vie animale, ou bien être bornées à quelques muscles, à un seul muscle ou à un faisceau musculaire; elles peuvent être accompagnées ou non d'un trouble de l'intelligence ou des fonctions sensoriales. Toutes ces différentes formes de convulsions peuvent se présenter dans l'état puerpéral, on peut les observer toutes indistinctement chez une femme qui va accoucher ou qui vient d'accoucher. Il n'y a aucun avantage réel, pour l'étude de cette maladie, de réunir sous un même chef toutes ces formes de convulsions qui diffèrent autant par leur cause, par leur gravité, par leur marche, que par leur influence sur le traitement qu'elles exigent; elles présentent, en effet, des phénomènes qui ne se ressemblent que par un seul fait commun, les contractions musculaires désordonnées. Je ne parlerai ici que des convulsions générales avec trouble plus ou moins prononcé de l'intelligence et des sens. Ces convulsions peuvent se présenter avec des apparences qui les rapprochent plus ou moins de l'épilepsie, de l'hystérie, du tétanos ou de la catalepsie; on peut, en effet, observer toutes ces formes chez les femmes en état puerpéral; je ne décrirai ici que les convulsions à forme épileptique. Les convulsions hystériques sont en général peu graves et ne diffèrent en rien de ce qu'elles sont dans les autres circonstances. Quant aux formes tétanique et cataleptique, elles sont d'une rareté telle, que M. Dubois lui-même n'a pas eu l'occasion d'en observer.

Dénomination. Synonymie. — Les convulsions épileptiques (épilepsie utérine, apoplexie utérine, épilepsie symptômatique, apoplexie hystérique de différens auteurs, sont plus généralement désignées sous le nom d'éclampsie, qui leur a été donné comme peignant la rapidité de l'attaque. Quant aux autres dénominations, on les a choisies indistinctement parce qu'elles expriment plus ou moins exactement quelques-uns des phénomènes avec lesquels ces convulsions ont le plus de ressemblance.

Fréquence de l'éclampsie. — Je ne vois nulle part, dit M. Dubois, qu'on ait établi avec quelque exactitude la fréquence moyenne de l'éclampsie. La raison en est sans doute dans l'extrême difficulté de faire concorder les résultats statistiques obtenus à différentes époques et sur différens points. D'après une statistique dressée à la Maternité de Paris et à la Clinique, de 1829 à 1842, l'éclampsie s'est montrée 10 fois sur un nombre de 12,500 accouchemens, ou une fois sur 1250. — A Dublin, la statistique a fourni pour résultat 30 cas sur 1600 environ, c'est-à-dire 1 sur 500, différence énorme, et dont aucune circonstance ne peut rendre compte. De sorte qu'il est à peu près impossible de fixer une moyenne et de rien déterminer à l'égard des causes qui font ainsi varier ces proportions. Il n'en est pas ainsi d'autres accidens puerpéraux, et en particulier de l'hémorrhagie, qui donne en général un résultat statistique à peu près identique dans tous les temps et en tous lieux.

Causes. — 1° *Prédisposantes.* Les causes doivent être distinguées en prédisposantes et occasionnelles. Pour les causes prédisposantes, il est une circonstance qui frappe de suite tout le monde, c'est que l'éclampsie appartient presque exclusivement ou même exclusivement à l'état puerpéral. Ce n'est que dans quelques circonstances tout à fait exceptionnelles qu'on a vu survenir l'éclampsie hors de cet état, encore existait-il dans ces cas particuliers un état utérin particulier tel qu'une

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouvelle dermatologie, ou précis historique et pratique sur les maladies de la peau, fondé sur une nouvelle classification médicale; suivi d'un exposé général pouvant servir de guide dans le choix des eaux minérales naturelles applicables dans le traitement de ces maladies, avec un formulaire spécial, et planches coloriées; par P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc. — 2 vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière; Lyon, Savy jeune. Tome II, de 622 pages.

En rendant compte du premier volume de cet ouvrage, j'ai cherché à exposer et à apprécier l'idée médicale qui a guidé l'auteur. C'est, en effet, moins en vue d'une classification et d'une description pittoresque des dermatoses que cet ouvrage a été conçu, que dans le but de rattacher le plus grand nombre de maladies de la peau à des phénomènes de corrélation et de causalité pris dans l'ensemble de l'organisme, phénomènes se traduisant par des formes sur l'enveloppe externe du corps, et que M. Baumès désigne sous le nom de *fluxion*. Sans partager peut-être toutes les espérances de l'auteur sur les conséquences que la thérapeutique peut retirer de ce point de vue pathologique, j'ai cru signaler comme un progrès cette tendance vers des idées plus larges et plus essentiellement médicales que celles qui, depuis Willan et Bateman, dirigent la plupart des dermatologues modernes. Progrès rétrospectif, si l'on osait ainsi dire, car plusieurs observateurs des siècles passés, et le plus vénérable entre tous, Hippocrate, établissaient sur ces idées les bases de leur thérapeutique. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit dans un précédent article de la valeur que j'attribue à ce nouvel ouvrage de M. Baumès; l'accueil qu'il reçoit du public prouve que son importance est généralement sentie.

Dans ce second volume, l'auteur continue l'exposition des maladies de la peau suivant la classification qu'il a adoptée et que j'ai fait connaître. A l'article des éruptions tuberculeuses, les praticiens liront avec intérêt une observation de lèpre tuberculeuse guérie par l'auteur, chose très rare comme on sait. Le chapitre consacré au choix des eaux minérales est un fragment remarquable de thérapeutique générale où se trouvent d'excellens conseils trop souvent ignorés de quelques médecins qui envoient indistinctement leurs malades à des bains thermaux dont ils ne connaissent ni la nature, ni les influences. En thèse générale, dit M. Baumès, c'est aux eaux sulfureuses fortes principalement qu'on enverra les individus à fibre molle, à tempérament lymphatique ou lymphatique sanguin, à mouvemens lents, à système musculaire développé, à peau peu irritable, à habitudes morales calmes, etc., les voies gastriques paraissant saines d'ailleurs, et aucune des circonstances morbides qui peuvent faire exclure toutes les eaux minérales n'existant pas.

C'est au contraire aux eaux douces que l'on adressera de préférence les individus à fibre sèche, tendue, à tempérament nerveux, nerveux sanguin, à idiosyncrasie bilieuse, à constitution délicate, à muscles grêles, à mouvemens vifs, à peau très irritable, à habitudes morales passionnées, etc.

Quant aux rapports de convenance qui peuvent exister entre telle source d'eau minérale et telle forme extérieure de maladie de la peau, M. Baumès pense qu'on peut les établir de la manière suivante :

1° Eruptions érythémateuses. On n'a guère recours aux eaux minérales pour cette classe que dans quelques cas d'érythèmes chroniques, et alors ce sont les eaux salines thermales douces qui conviendraient le mieux, telles que celles de Luxeuil, Néris, etc.

2° Vésiculeuses. Eaux salines douces et eaux sulfureuses faibles; Plombières, Luxeuil, Bagnoles, etc.

3° Papuleuses. Eaux thermales salines fortes ou douces, selon l'existence des circonstances locales ou générales. Dans le prurigo, les eaux sulfureuses fortes ou faibles semblent les plus convenables.

4° Tuberculeuses. Eaux sulfureuses; M. Baumès conseille aussi les eaux salines où l'on a découvert le brôme, comme Villeneuve, Balaruc, l'eau de mer.

5° Squammeuses. Eaux sulfureuses.

6° Macules. Eaux sulfureuses contre les taches autres que celles du *purpura*; pour celles-ci eaux ferrugineuses, bains de mer.

Ce journal a déjà reproduit plusieurs formules propres au formulaire spécial de M. Baumès qui termine son ouvrage.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer qu'après Paris Lyon est la ville qui produit le plus grand nombre de livres de médecine. Montpellier et Strasbourg, qui sont le siége d'une Faculté, sont loin de pouvoir rivaliser sous ce rapport avec la grande cité du Midi, qui depuis quelques mois seulement nous a envoyé trois ouvrages fort remarquables, le Traité sur les maladies des enfans, de M. Barrier; le livre de M. Potton sur la prostitution, et l'ouvrage de M. Baumès sur les dermatoses. Cette activité de la presse médicale lyonnaise est d'un trop bon exemple pour ne pas être mentionnée.

Manuel pratique des maladies du cœur et des gros vaisseaux, ouvrage destiné à faciliter et à propager l'étude de ces maladies; par F. A. ARAN, interne des hôpitaux. — Un vol. in-18, de 222 pages. — Paris, Just-Rouvier.

« Malgré les travaux importans qui ont été publiés sur les maladies du cœur, l'étude de ces maladies est *généralement* négligée. » Je conteste cette proposition, première phrase de la préface de l'auteur. *Généralement*, au contraire, on s'occupe beaucoup des maladies du cœur, et je n'en veux pour preuve que les ouvrages nombreux et remarquables publiés depuis vingt ans sur cette branche importante de la pathologie interne. Dans les cliniques et les cours, ce sujet est un de ceux sur lesquels s'étendent le plus les professeurs, c'est un de ceux qui attirent le plus vivement l'attention des élèves et sur lequel ils peuvent acquérir une instruction solide. J'en donne pour preuve encore l'obligation dans laquelle s'est cru l'auteur de publier un *Manuel* de ces maladies, chose qu'il n'aurait pas tentée assurément, si les travaux de ses prédécesseurs et de ses contemporains ne lui eussent fourni d'utiles et de nombreux matériaux.

Nous ne pouvions avoir la prétention de faire du nouveau, ajoute-t-il, donc c'est que ces maladies ont beaucoup occupé les médecins, et qu'il serait tout à fait injuste et illégitime de penser que les travaux des Corvisart, des Bouillaud, des Hope, etc., ont passé inaperçus dans la science et la pratique. Si l'auteur avait dit que malgré ces travaux importans le diagnostic des lésions du cœur est souvent difficile et la thérapeutique surtout plus souvent incertaine, il aurait dit une vérité *généralement* reconnue, sans infliger à ses confrères un reproche de négligence qu'ils ne méritent pas du tout.

Après cette légère critique, je me hâte de dire que ce petit volume a été composé dans un but d'utilité réelle, et qu'il résume assez complètement l'état de la science sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux. L'auteur l'a divisé en deux parties; dans la première, il traite de l'anatomie et de la physiologie du cœur et des gros vaisseaux, dans la seconde de la pathologie de ces organes. M. Aran ne pouvait pas, dans la première partie, reproduire tous les détails d'anatomie descriptive qui se trouvent partout; mais il a principalement insisté sur la position exacte du cœur, de ses diverses parties et des gros vaisseaux qui y aboutissent ou qui en partent, toutes considérations qui se rattachent immédiatement aux applications pratiques pour le diagnostic et le traitement. Les chapitres consacrés à la physiologie, sont une analyse fidèle des discussions nombreuses qu'ont soulevées dans ces dernières années les théories sur les causes des mouvemens et des bruits du cœur. Sur ce dernier point, l'auteur admet une théorie mixte, savoir : l'extension brusque des valvules auriculo-ventriculaires, le choc de la colonne de sang sur le plancher de ces valvules, le bruit musculaire pour le premier bruit, et pour le second, l'extension brusque des valvules semi lunaires et la percussion en retour de la colonne de sang sur le plancher de ces mêmes vavules.

Dans un chapitre suivant, l'auteur traite de la physiologie pathologique des battements et des bruits du cœur, et ses efforts pour étudier et rendre facilement perceptibles les phénomènes si nombreux, si di-

dysménorrhée ou une suppression de règles, qui plaçait ces femmes dans des conditions jusqu'à un certain point analogues à l'état puerpéral. Mais dans l'immense majorité des cas l'éclampsie ne se manifeste que pendant la grossesse ou l'accouchement; il n'est pas de cause prédisposante plus réelle et plus constante que celle-là; mais le fait seul de la puerpéralité ne suffit pas pour constituer la prédisposition à l'éclampsie; il faut l'accession d'autres conditions dont le concours développe la prédisposition à un plus haut degré. La première de ces conditions est la primiparité. D'après les relevés faits par le professeur Collins, de Dublin, sur 85 femmes frappées d'éclampsie pendant la grossesse ou l'accouchement, 73 étaient primipares. Ce n'est pas à dire que les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans ne puissent éprouver les accidens éclamptiques, mais il faut admettre alors l'intervention d'une circonstance particulière qui influe d'une manière directe sur la production de ces accidens : l'existence, par exemple, de deux fœtus ou bien un état d'infiltration qui est, comme nous le verrons tout à l'heure, une des circonstances qui prédisposent le plus à l'éclampsie.

Une autre condition prédisposante est le développement extrême de l'utérus, soit par la présence de plusieurs fœtus, soit par l'accumulation d'une grande quantité de liquide amniotique. Cette dernière circonstance est presque toujours liée à la diathèse séreuse et à une infiltration considérable des extrémités inférieures.

Le tempérament sanguin est considéré par la plupart des auteurs comme une des conditions les plus essentielles de la production de l'éclampsie. Je ne partage pas cette opinion. L'influence du tempérament sanguin ne me paraît pas être aussi générale qu'on l'a dit; le tempérament lymphatique, exagéré par la circonstance de la grossesse, me semble une condition prédisposante beaucoup plus active que le tempérament sanguin.

On a considéré aussi le tempérament nerveux comme une circonstance prédisposante. Je serai à cet égard beaucoup moins absolu; il est d'ailleurs d'autant plus difficile d'apprécier l'influence de ce tempérament, qu'il a des caractères beaucoup moins tranchés et moins saillans que le tempérament lymphatique et le tempérament sanguin.

Il est une autre circonstance qui n'a été signalée par personne et qui m'a paru avoir une influence manifeste sur le développement de l'éclampsie, c'est le rachitisme très prononcé; j'ai, en effet, observé les convulsions éclampsiques dans une plus grande proportion chez les rachitiques que chez les sujets bien conformés.

On a signalé enfin, parmi les circonstances prédisposantes, des conditions atmosphériques particulières. Smellie, M. Bouteiller, madame Lachapelle ont constaté la relation de certains états de l'atmosphère avec la fréquence des cas d'éclampsie; mais aucun d'eux n'a indiqué les caractères des constitutions atmosphériques auxquelles ils attribuaient cette influence. Un auteur anglais a mieux spécifié cette condition, qu'il rapporte aux temps orageux. Cette relation ne nous paraît pas suffisamment démontrée; de sorte que les conditions atmosphériques qui prédisposent à l'éclampsie sont, en définitive, encore peu connues.

Revenons maintenant sur chacune de ces conditions en particulier, et résumons la part d'influence qui leur revient.

Primiparité. — L'influence de la primiparité est incontestable; elle a été reconnue unanimement par tous les accoucheurs. Chez les femmes primipares, l'utérus jouit d'une plus grande susceptibilité que chez celles qui ont eu déjà plusieurs enfans; le travail est plus long et plus douloureux. Ces seules circonstances indiquent assez par elles-mêmes, par quel mode d'influence la primiparité prédispose à l'éclampsie.

Tempérament sanguin. — J'avoue que j'ignore comment le tempérament sanguin agit dans cette circonstance. La plupart des auteurs attribuent à la plénitude du système sanguin, et par suite à la congestion des vaisseaux cérébraux l'influence de ce tempérament, et ils prescrivent le traitement en conséquence de cet état de pléthore cérébrale qu'ils supposent. Je ferai à cette occasion une remarque, c'est que la congestion cérébrale ne produit pas l'éclampsie hors de l'état de grossesse; je n'oserais donc affirmer, quoique beaucoup d'auteurs l'admettent, que la prédominance du tempérament sanguin ait quelque influence sur la production de l'éclampsie.

Tempérament nerveux. — Le tempérament nerveux doit naturellement exercer quelque influence par la surexcitabilité nerveuse, la grande sensibilité des personnes douées de ce tempérament, et la facilité avec laquelle le système nerveux répond chez elles aux impressions extérieures.

Diathèse séreuse. — Quant à la diathèse séreuse, il y a là une coïncidence certaine et qu'on ne peut révoquer en doute; mais nous ignorons complètement en quoi consiste l'influence qu'a cette diathèse sur l'affection dont il s'agit.

Constitution atmosphérique. — Je n'ai rien vu de constant à l'égard des constitutions atmosphériques. Je n'ai jamais remarqué que l'éclampsie fût plus fréquente dans une saison que dans une autre, dans les temps chauds ou humides que dans les temps froids ou secs. Cependant, madame Lachapelle dit avoir observé qu'il y avait une plus grande proportion de cas d'éclampsie dans de certaines époques de l'année. On peut donc bien admettre une influence de la part de l'atmosphère, mais une influence qui nous reste inconnue.

Il est encore quelques autres circonstances sur lesquelles les auteurs ont plus ou moins insisté. On a dit, par exemple, que l'éclampsie est plus rare dans les campagnes que dans les villes. Si cette observation est exacte, il faut admettre que cette disproportion dépend de différentes causes; on ne peut méconnaître d'abord que chez les femmes de la classe aisée, un esprit plus cultivé, des sens en général plus excités, un tempérament nerveux plus actif soient autant de circonstances qui prédisposent davantage à l'éclampsie. On a attribué une certaine influence plus particulière à la musique; je ne peux confirmer ni infirmer cette observation. Je ferai remarquer seulement que, dans les grandes villes, c'est surtout dans les hôpitaux qu'on observe l'éclampsie, et par conséquent chez la classe pauvre. La raison en est sans doute dans la prédominance nerveuse que les femmes de la classe pauvre des grandes villes partagent avec celles de la classe aisée, jointe aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles elles vivent.

Causes occasionnelles. — De toutes les causes occasionnelles, la plus évidente est la douleur. L'éclampsie survient le plus souvent pendant le travail, au moment où la tête franchit le col de l'utérus ou les parties génitales externes, c'est-à-dire dans la période la plus douloureuse de l'accouchement. L'éclampsie se déclare surtout lorsque la douleur a une durée, une persévérance insolite, par suite d'un obstacle quelconque au travail, tel, par exemple, qu'une bride du vagin. On a remarqué aussi que l'éclampsie était assez fréquente chez les femmes qui ont des calculs dans la vessie, circonstance qui, en compliquant le travail, accroît les douleurs; il en est de même pour les femmes qui ont un cancer au col de l'utérus. On peut encore invoquer à l'appui de l'influence occasionnelle de la douleur, l'action qu'exerce chez certaines femmes l'introduction du forceps. Cela est si vrai, que chez les sujets qui ont déjà eu des convulsions éclamptiques, celles-ci sont presque toujours réveillées par l'introduction du forceps.

La cause immédiate de l'éclampsie a été attribuée par un médecin anglais, M. Burns, à la compression des nerfs sacrés soit par le forceps, soit par la tête du fœtus dans certaines positions. Il me paraît que, toutes proportions gardées, l'éclampsie a plus souvent lieu lorsque la tête est en position occipito-postérieure. Ce fait justifierait jusqu'à un certain point l'opinion de M. Burns; on pourrait bien encore ne voir ici que l'influence d'une douleur plus grande par suite d'un travail plus difficile et plus lent. Mais ce n'est pas là tout; si je me bornais à énoncer ces causes occasionnelles, on pourrait peut-être les trouver souvent en défaut, car presque toutes ces causes se résolvent dans la douleur, et spécialement dans la douleur tenant au travail. Mais on ne saurait admettre les mêmes causes pour l'éclampsie qui survient pendant le travail et celle qui se déclare dans le cours de la grossesse. Pour ces dernières, je ne suis pas éloigné de penser (ceci n'est qu'une vue théorique) que l'éclampsie est le résultat d'une réaction sympathique de l'utérus sur le système nerveux. Tout le monde sait, en effet, combien sont fréquentes ces réactions de l'utérus par l'intermédiaire du système nerveux; aussi suis-je très disposé à admettre ces réactions comme une des causes les plus ordinaires de l'éclampsie qui survient avant le terme de la grossesse.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Fièvre dite typhoïde, ou entéro-mésentérite typhoïde parfaitement caractérisée, avec quelques doutes sur l'époque du début chez un sujet anémique. Guérison rapide sous l'influence des évacuations sanguines répétées. (Observation recueillie par le Dr LEMAIRE, chef de clinique.)

Il suffit de jeter un coup-d'œil sur le compte-rendu de la clinique de M. Bouillaud, inséré dans le n° 92 de ce Journal, pour se convaincre de l'efficacité de sa méthode dans l'affection désignée sous le nom de fièvre typhoïde. Sur quatorze individus atteints d'entéro-mésentérite typhoïde qui ont été reçus dans le service pendant les mois d'avril et de mai 1842, un seul a succombé. Ces résultats, auxquels le professeur de la Charité nous a habitués depuis bien long-temps, acquièrent, en raison de l'épidémie régnante, une importance d'autant plus grande, qu'il s'est introduit depuis peu une confusion des plus déplorables dans le traitement de la fièvre typhoïde; et, ce dont on doit s'étonner le plus aujourd'hui, c'est de voir la thérapeutique d'une affection aussi grave soumise pour ainsi dire au caprice de chacun. Celui-ci purge à outrance, un autre tonifie; un troisième enfin, arborant le drapeau de l'éclectisme, et voulant plaire à tout le monde, saigne, purge et tonifie tout à la fois. Au milieu de ce conflit d'opinions, qui pourra vous tracer la route qu'il faut suivre? où sont les règles posées par le maître? où sont les faits cliniques qui doivent vous servir de guide? Tout vous manque pour asseoir votre jugement et pour former vos convictions. Cependant l'épidémie poursuit sa marche; et malgré cet assemblage monstrueux de remèdes si opposés, le mal fait des progrès tellement rapides, qu'il n'est plus temps d'employer la seule méthode capable de l'enrayer; car, je ne crains pas de le dire, s'il existe pour la fièvre typhoïde une méthode thérapeutique vraiment digne de ce nom, c'est évidemment celle qui est mise en usage depuis plusieurs années par M. le professeur Bouillaud. Cette méthode, il faut le proclamer hautement, est aujourd'hui la seule qui repose sur des bases solides, la seule riche de faits cliniques et empreinte de cet esprit philosophique qui caractérise son auteur. Frappé des nombreux succès qu'elle procure dans la première période de la maladie, j'ai cru de mon devoir, en raison des circonstances assez graves où nous nous trouvons, de publier plusieurs cas de fièvres typhoïdes traitées par les émissions sanguines répétées. Je me propose aussi d'établir un parallèle entre ces dernières et celles qui ont été combattues en ville, soit par les purgatifs et les toniques, soit par les émissions sanguines à trop faible dose. C'est, à mon avis, la seule manière de rendre le public médical juge compétent de cette importante question, et de lui permettre de se prononcer définitivement sur la supériorité de l'une ou l'autre méthode.

Observation. — Au n° 25 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Holtz (Jean), âgé de vingt-deux ans. Sa constitution est moyenne, son tempérament un peu lymphatique. Il s'était toujours bien porté jusqu'à présent, lorsque dans la journée du 18 juillet dernier, il fut pris tout à coup d'un frisson suivi de chaleur, d'une céphalalgie frontale très intense avec des étourdissemens, des éblouissemens et des bourdonnemens d'oreilles. Mouvement fébrile très prononcé pendant la nuit; insomnie et agitation; une selle diarrhéique le lendemain matin; perte d'appétit, soif très vive, quelques nausées sans vomissemens; pas d'épistaxis; sentiment de faiblesse très marqué. Pour traitement, chez lui, un médicament dont il ignore le nom, qu'on lui a fait prendre dans une tasse de tisane, mais qui ne produisit aucun effet. Il a pris un peu de thé et bu de la bière dans la soirée. Il ignore la cause de sa maladie; il couche avec un de ses camarades dans une écurie. Il ne connaît personne qui soit atteint de la même maladie que lui.

A la visite du soir, je constatai l'état suivant :

Visage assez animé; expression d'abattement des plus prononcés. Le malade pousse de temps en temps des gémissemens plaintifs. Les lèvres et les dents sèches; l'haleine nauséabonde, un peu fétide; langue blanchâtre sur les parties latérales, jaunâtre à son centre, d'un rouge vif à la pointe, sèche et grippée. Bouche amère, soif vive, inappétence, quelques nausées sans vomissemens; pas de mal de gorge. Ventre développé, surtout dans la région sous ombilicale; douloureux à la pression dans le flanc droit, où il existe du gargouillement. Une selle liquide ce matin; peau chaude et sèche, donnant 39 degrés au thermomètre centigrade. Le pouls à 100, régulier, assez bien détaché, non redoublé. Matité du cœur dans ses limites normales; les bruits également normaux. Rien de

---

vers, si compliqués, qui se passent dans les altérations du cœur, ont été souvent heureux. Ce chapitre est peut-être le mieux fait de l'ouvrage, et je dois recommander surtout l'analyse pathologique des divers bruits du cœur pour distinguer ceux par cause organique de ceux pour cause inorganique. « Des premiers, dit l'auteur, les uns, comme les murmures *intrà-cardiaques* et le *frémissement vibratoire*, se passent à l'intérieur du cœur; les autres, comme le *bruit de frottement péricardique*, le *tintement métallique*, se forment à l'extérieur du cœur. Les seconds, au contraire, se passent tous à l'intérieur du cœur, présentent les caractères de murmures doux et ne deviennent jamais frémissans. Comment les distinguer les uns des autres? aux caractères suivans : 1° les murmures par *cause inorganique* sont toujours simples, tandis que les murmures par *cause organique* peuvent être doubles; 2° les premiers ont toujours leur maximum au niveau des orifices artériels; les seconds peuvent occuper tous les orifices; 3° les premiers ont toujours le caractère d'un doux bruit de soufflet; jamais ils ne prennent le caractère de rudesse que peuvent revêtir les seconds; 4° les premiers se propagent souvent en se renforçant sur le trajet des gros vaisseaux; les seconds ne se propagent que dans certaines circonstances et toujours en s'affaiblissant; 5° les premiers ne sont pas permanens; ils disparaissent sous l'influence du repos et du bon régime; les seconds persistent indéfiniment.

La classification adoptée par l'auteur pour l'étude des maladies du cœur et des gros vaisseaux n'est pas sans doute irréprochable, il en convient lui-même; mais dans l'impossibilité d'en trouver, dit-il, une meilleure, il a adopté celle-ci : première classe, maladies inflammatoires; deuxième classe, maladies organiques; troisième classe, maladies nerveuses; enfin, dans un appendice, il traite des épanchemens divers du péricarde, des polypes ou concrétions sanguines du cœur. L'essentiel est de présenter avec lucidité le tableau des nombreuses altérations qui rentrent dans ce cadre; et malgré l'exiguité des proportions dans lesquelles l'auteur s'est renfermé, il a su dire les choses les plus importantes, exposer les opinions des auteurs les plus connus sur ces matières, en apprécier, en discuter la valeur, et faire connaître ses recherches propres sur un sujet qu'il paraît avoir mûrement étudié.

En somme, l'ouvrage de M. Aran mérite considération; il ne doit pas être confondu avec cette foule de *Manuels*, livres stériles, incomplets, sans critique et qui n'ont même pas le mérite des compilations; celui-ci a une valeur réelle, et il aurait pu en avoir une plus grande si les limites que l'auteur s'est imposées ne l'avaient forcé à une concision qui devient quelquefois obscure. Ainsi, par exemple, le chapitre consacré à l'hypertrophie, dans lequel l'auteur a adopté la classification de Hope, manque évidemment de développemens, et il est à craindre que l'élève ou le médecin dont l'instruction sur ce point ne sera pas suffisante, ne puisse l'acquérir dans les pages de l'auteur, bon résumé pour celui qui sait, mais qui serait bien difficile à comprendre sans une étude préalable.

Je reprocherai également à l'auteur de n'avoir pas été suffisamment juste envers M. Corrigan dont les beaux travaux sur l'insuffisance des valvules sont bien préférables à ceux des auteurs qu'il a cités, et d'avoir passé sous silence les recherches de M. Vernois sur l'auscultation des artères.

B. B.

Correspondance.

Mon cher collègue,

Tout le monde sait que l'hystérotomie abdominale est une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie. Pourquoi ce danger? *Parce qu'on opère dans le péritoine.* Comment éviter ce danger? *En opérant hors du péritoine.* Mais comment opérer hors du péritoine, puisque les opérations de Ritgen, de Physick et de M. Baudelocque neveu, sont, à proprement parler, impraticables? En faisant adhérer, avant d'ouvrir la matrice, le péritoine péri-utérin aux lèvres de la plaie abdominale. Et comment enfin, obtenir cette adhérence tutélaire? En appliquant à l'hystérotomie abdominale la méthode en deux temps.

J'ai consulté, relativement à cette application de la méthode en deux temps, plusieurs de nos confrères ou de nos maîtres qui s'occupent spécialement d'obstétrique, et tous m'ont dit n'avoir pas entendu parler jusqu'alors du procédé que je leur soumettais. J'ajouterai que je n'ai rien vu, dans le livre de M. Chailly, publié tout dernièrement, qui eût le rapport, même le plus éloigné, avec ce procédé.

Cette lettre, mon cher collègue, n'est pas autre chose qu'une sorte d'acte de notoriété, ou une prise de date, dans le cas où j'aurais des droits incontestables à la priorité.

Plus tard, et en tout état de cause, je publierai sur la question un travail complet dont les matériaux sont prêts.

Plusieurs objections m'ont été faites; elles ne m'arrêtent pas, non que j'y mette une vaine obstination, mais parce que je ne les crois pas fondées. J'ai pour moi l'encouragement de notre ami commun M. Vidal (de Cassis), le parrain, sinon le père, de la méthode en deux temps.

Agréez, etc.,

MARCHAL (de Calvi).

Le 20 août 1842.

notable pour les fonctions ou bruits respiratoires; céphalalgie très intense, étourdissemens et tournoiemens de tête dans la position assise; pas d'épistaxis; sentiment de faiblesse très grande; réponses lentes, mais justes. Saignée de trois palettes.

20 juillet. Pas de soulagement notable. Le malade se plaint toujours de mal de tête et d'une soif très vive; expression d'abattement; teinte jaune de l'ovale inférieur; lèvres et dents croûteuses; la langue humide sur ses bords, à demi grillée et rugueuse sur sa face supérieure, avec deux sillons de matière saburrale sur les bords; haleine fétide, tout à fait typhoïde; le ventre assez développé dans la région sous-ombilicale; gargouillement et douleur à la pression dans le flanc droit. Deux selles diarrhéiques depuis l'entrée; quelques taches encore mal caractérisées dans la région des hypochondres; lourdeur et tournoiemens de tête dans la position assise; sentiment de faiblesse; prostration prononcée; chaleur vive de la peau avec sécheresse; pouls à 84, passablement développé, un peu mou, pas sensiblement redoublé; facultés intellectuelles et sensoriales bien conservées, sauf un peu d'hébétude; quelques gémissemens plaintifs par intervalles; peu de sommeil; pas d'épistaxis; léger sifflement musical dans la carotide droite. Saignée de trois palettes; ventouses scarifiées sur la région sous-ombilicale, trois palettes; cataplasme émollient sur l'abdomen; lavement; solution de sirop gommeux, deux pots; solution de sirop de groseille, deux pots; limonade citrique, un pot; diète.

Le caillot de la saignée, légèrement détaché des parois du vase, affaissé, sans couenne, facile à rompre.

21 juillet. Le malade dit se trouver soulagé et mieux que la veille; le mal de tête diminué, le sommeil plus long, plus calme, chaleur de la peau moins forte, toujours sèche, pouls à 76-80 bien développé, non redoublé; les lèvres et les dents moins sèches, la langue molle partout, recouverte d'une couche saburrale à toute sa surface supérieure, rouge sur les bords; soif moins vive, haleine toujours fétide, un peu moins piquante que la veille. Trois selles diarrhéiques, dont une après le lavement. Le ventre évidemment moins saillant que la veille. Les taches d'hier presque entièrement effacées, un léger gargouillement dans la région du flanc droit. On n'entend plus le malade pousser de gémissemens. Fonctions sensoriales et intellectuelles nettes. Visage calme. Saignée de trois palettes, solution de sirop de groseilles 2 pots, limonade citrique 1 pot, cataplasme abdominal, lavement émollient, diète.

Caillot de la saignée détachée des parois du vase sans couenne, pouvant être soulevé sans se rompre, à cassure nette.

Sérosité des ventouses assez fortement rougie, rondelles réunies en magma d'assez bonne consistance.

22. Le malade se trouve bien, il n'accuse aucune douleur, si ce n'est un peu de douleur de tête; expression du visage tout à fait naturelle, assez bon sommeil, chaleur sensiblement normale au toucher sans sueur ni sécheresse, pouls à 72-76 passablement développé, sans redoublement; teinte jaune de l'ovale inférieur moins prononcée; lèvres moins croûteuses, langue humide, un peu rouge à la circonférence, recouverte d'une couche saburrale, un peu jaune à sa face supérieure; un peu d'appétit; une selle après le lavement, haleine fade, encore nauséabonde, évidemment moins fétide que les premiers jours; température abdominale à 35 degrés, ventre affaissé, soufle sain, gargouillement, pas d'épistaxis; le moral dans l'état le plus satisfaisant.

Commencement de convalescence, caillot passablement rétracté, sans couenne, de consistance passable, à cassure nette. Solution sirop de gomme, 2 pots, solution sirop de groseille 2 pots, limonade citrique 1 pot, lavement émollient, cataplasme sur l'abdomen.

23. Le malade dit aller encore mieux que la veille, l'expression du visage tout à fait bonne, il répond très bien aux question qu'on lui adresse, il a bien dormi et ne demande plus qu'à manger; chaleur de la peau douce, normale, pouls à 60, langue molle, humide, toujours saburrale, le ventre affaissé, souple, sans gargouillement, une seule selle après le lavement; convalescence bien décidée. Traitement *ut suprà*, 1 bouillon.

24. De mieux en mieux, le visage calme, bon sommeil, il a pris son bouillon avec plaisir. Le pouls à 60-64, la langue humide, très peu saburrale, ventre affaissé, sans gargouillement, pas de selles; l'appétit de plus en plus prononcé. Solution de sirop de gomme 2 pots, solution de sirop de groseilles 2 pots, 1 bouillon, 1 potage.

25. Le malade va très bien, apyrexie la plus complète, pouls à 48-52, non redoublé. La langue nettoyée. Haleine un peu forte, sans fétidité typhoïde. Mêmes tisanes; 2 bouillons, 1 potage, soupe.

2 août. Le malade mange deux portions et se promène dans les salles. Le teint est clair avec légère coloration des pommettes; pas d'amaigrissement notable.

15 août. Les forces sont tout à fait revenues. Il mange 3 portions, et descend se promener au jardin.

— Cette observation nous présente un double intérêt, tant sous le rapport de la marche de la maladie que de la méthode de traitement mise en usage. Et d'abord, pour aller au-devant du reproche adressé par quelques personnes à M. Bouillaud, de comprendre dans sa statistique des fièvres typhoïdes, des affections qui n'en présentent aucun des caractères, je me vois forcé de rappeler ici les principaux phénomènes observés chez notre malade du n° 25, et de demander à ces mêmes personnes si la céphalalgie, les étourdissemens, les tournoiemens de tête, la stupeur, la fétidité de l'haleine, la sécheresse de la langue, le ballonnement et la sensibilité de l'abdomen, le gargouillement, et enfin l'éruption caractéristique, sont à leurs yeux des symptômes de fièvre typhoïde; je pense que, dans cette circonstance, M. Bouillaud peut hardiment classer cette observation parmi les fièvres typhoïdes, sans crainte d'être taxé d'erreur de diagnostic. Tous les cas, je le sais, ne se présentent pas avec une réunion de symptômes aussi complets et aussi bien dessinés. J'aurai occasion de discuter en temps et lieu plusieurs observations qui se rattachent à cette dernière catégorie, et c'est alors que je répondrai aux objections qui ont été présentées à ce sujet.

Quant à la marche qu'a suivie la maladie dans le cas qui nous occupe, c'est une question qu'il n'est pas aussi facile de résoudre qu'on pourrait se l'imaginer au premier abord. D'après les renseignemens fournis depuis par les parens du malade, il paraît bien démontré que la maladie a débuté la veille même de l'entrée à l'hôpital. Or, les symptômes indiqués plus haut étant exactement ceux que l'on observe dans la seconde période, il faudrait admettre qu'un travail d'ulcération a pu s'établir au bout de vingt quatre heures au plus; mais cette supposition est inadmissible, si on réfléchit que la cicatrisation des follicules intestinaux se serait accomplie dans l'espace de quatre ou cinq jours. Je ne connais point de traitement capable de produire de pareil miracle. Ce n'est pas que nous n'ayons vu un bon nombre de fièvres typhoïdes arrivées au second degré, guérir par la méthode de la Charité; mais dans ces cas, la maladie se comportait tout différemment que dans celui ci. Ici, en effet, il y a eu quelque chose d'insolite dans la marche de la maladie, et l'on peut dire que les symptômes observés ont été tout à fait en désaccord avec les lésions anatomiques dont ils sont le plus souvent la traduction fidèle. Aussi M. Bouillaud a-t-il émis quelques doutes sur l'époque du début; et s'il s'est décidé à agir, c'est que le malade persistait à faire remonter son affection à la veille seulement de son entrée, et qu'il valait mieux tenter une méthode qui avait réussi dans des cas beaucoup plus graves, que de vouer ce malheureux à une mort certaine.

Si maintenant on cherche à expliquer cette apparition rapide de symptômes aussi intenses, on invoquera probablement les conditions hygiéniques au milieu desquelles se trouvait le malade. L'air qu'il respirait la nuit dans l'écurie qui lui servait de refuge, les chaleurs excessives auxquelles nous avons été soumis depuis plusieurs mois, ont pu, en effet, jusqu'à un certain point, en agissant tout à la fois sur l'hématose et le système nerveux, déranger l'ordre de succession des phénomènes morbides et imprimer à la maladie cette marche anormale. Cette théorie, qui sourira peut-être à quelques personnes, est permise sans doute; je ne l'approuve ni ne la combats, et ne veux y attacher en ce moment qu'une importance tout à fait secondaire. Ce que je tiens à constater ici, et ce qu'il sera facile d'ailleurs de démontrer par les observations subséquentes, c'est que sous l'influence des émissions sanguines administrées dans un laps de temps donné, on voit souvent disparaître les accidens les plus sérieux de la fièvre typhoïde, et qu'on les prévient à coup sûr quand on peut agir dès le début de la maladie. Trois saignées générales et une application de ventouses scarifiées ont été pratiquées chez notre malade dans l'espace de trois jours, et dès le cinquième il entrait en convalescence.

Qu'on nous cite des cas semblables traités soit par les toniques ou les purgatifs, voire même par le sulfate de quinine, et nous conviendrons que la méthode de M. Bouillaud n'est pas la seule applicable à la fièvre typhoïde.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — MM. Roux et Blandin. Suppléant, M. Maisonneuve.

Collection de faits cliniques, recueillis par M. Gustave Gogué, élève des hôpitaux et de l'Ecole pratique.

Tumeur cancéreuse de la face et du cou. Résection de la mâchoire inférieure.

Bain (Jacques), cultivateur, âgé de trente-un ans, d'une constitution robuste, issu de parens sains et bien portans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 1, le 18 septembre 1841, pour s'y faire traiter d'une tumeur carcinomateuse qu'il porte au côté droit de la face et du cou.

Cette tumeur a débuté, il y a dix-huit mois environ, par une nodosité roulante située à la base de la mâchoire. Dans l'espace de six mois, elle est parvenue au volume d'un petit œuf, et est devenue le siége de douleurs lancinantes; c'est alors seulement qu'elle a fixé l'attention du malade. A dater de ce moment, elle est aussi devenue moins mobile; elle a contracté des adhérences avec l'os. Des cataplasmes, des emplâtres furent seuls employés pour combattre cette affection jusqu'au moment où le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Alors la tumeur avait environ douze centimètres de diamètre en tous les sens; elle remontait en haut jusqu'au-dessus de la ligne transversale étendue du nez à l'oreille; en bas, elle descendait jusqu'à trois travers de doigt de la clavicule. En avant, elle s'étendait jusqu'à la ligne médiane; en arrière enfin, elle recouvrait le sterno-mastoïdien. La peau qui l'enveloppait était distendue, amincie, adhérente et ulcérée vers le centre.

Par la partie profonde, la tumeur offrait un peu de mobilité, excepté toutefois au niveau de la mâchoire, où l'adhérence était complète. Cet os même paraissait presqu'entièrement enveloppé par les prolongemens du mal.

La muqueuse des joues, des lèvres, les ganglions lymphatiques, ne présentaient aucune altération. Le malade était jeune, vigoureux; tous les autres organes étaient dans un état favorable.

M. Maisonneuve proposa l'amputation, qui fut exécutée le 21 septembre 1841.

Le malade est couché sur le lit d'opérations, la tête est relevée par des coussins et inclinée à gauche; une large incision cruciale divise en quatre lambeaux la peau, qui est promptement disséquée jusqu'à la base de la tumeur; la dissection est faite de bas en haut d'abord, puis de haut en bas; une seule artère volumineuse est ouverte: c'est la faciale, dont on fait immédiatement la ligature; mais la carotide primitive, la carotide externe et interne, la veine jugulaire, le nerf pneumo-gastrique, l'hypoglosse, sont disséqués et mis à nu comme dans une préparation anatomique; il en est de même du buccinateur et du masséter.

Pendant l'opération, M. Maisonneuve s'aperçoit que l'os maxillaire inférieur n'est pas malade dans toute son épaisseur, qu'il n'y a que son bord mentonnier de compromis; alors il se décide à extirper d'abord la tumeur, pour aviser ensuite à ce qu'il conviendra de faire de l'os.

L'extirpation terminée, on constate, en effet, une lésion secondaire peu étendue en profondeur, mais régnant dans tout le bord mentonnier de la mâchoire; alors, avec la scie à crête de coq, on enlève un travers de doigt d'épaisseur de l'os dans toute la longueur de la partie malade. Quelques cautères furent établis sur les parties profondes. Les portions suspectes des lambeaux furent ensuite élaguées, et les lèvres de cette vaste plaie réunies à l'aide de la suture entortillée, et le tout maintenu par un bandage en fronde.

Comme il y avait eu dans les tégumens, par suite de l'excision, une perte de substance assez considérable, on fut obligé d'incliner la tête du côté de l'opération et de la maintenir dans cette position.

Les trois premiers jours se passèrent assez bien; le malade resta soumis à une diète forcée par la difficulté qu'il éprouvait dans la déglutition; mais il survint un gonflement assez considérable qui fit craindre un phlegmon. Une saignée du bras fit disparaître ces accidens inflammatoires; la suppuration s'établit dans les anfractuosités de la plaie, dont les bords s'étaient en grande partie réunis par première intention. Le cinquième jour les épingles furent retirées.

Depuis lors le malade marcha vers la guérison, qui cependant ne fut complète que vers la fin de novembre, et qui, dans cet intervalle, fut entravée par des engorgemens inflammatoires développés du côté opposé, et qui firent craindre même une récidive de l'affection cancéreuse; mais enfin la cicatrisation se consolida, et le malade sortit dans un état de guérison au moins provisoire; car dans les affections encéphaloïdes, il ne faut pas se flatter trop promptement d'une guérison radicale.

Autopsie de la tumeur. La tumeur était du volume des deux poings, inégale et bosselée dans la partie profonde, lisse et régulière dans la partie superficielle; elle était formée de tissu encéphaloïde ramolli dans son centre, qui communiquait avec l'ulcération extérieure. La périphérie était encore assez ferme; on y voyait çà et là de petits épanchemens sanguins coagulés et noirâtres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 août. — Présidence de M. P. Dubois.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. le président* annonce à l'Académie qu'elle possède dans son sein M. Massieu, professeur à Munich, membre correspondant.

— *M. le président* propose, au nom du bureau, de donner M. Guibourt pour successeur à M. Pelletier dans la commission des remèdes secrets.

— *M. le président* annonce à l'Académie qu'elle a à s'occuper de l'élection de deux commissions pour la nomination des membres correspondans français et étrangers. Chacune de ces commissions doit être composée de sept membres.

M. Nacquart. Depuis plusieurs années je ne cesse de protester contre ces nominations en masse des correspondans de l'Académie. Je ne rappellerai pas les inconvéniens que j'ai si souvent signalés dans ce mode d'élection. Je demande aujourd'hui qu'une commission préalable soit nommée pour examiner ce mode d'élection, et faire un rapport à cet égard à l'Académie.

M. le président. Le conseil s'est occupé de la question que soulève actuellement M. Nacquart, et il a été décidé que les deux commissions qui vont être nommées auraient à l'examiner.

M. J. Cloquet. Je suis convaincu, comme M. Nacquart, des inconvéniens du mode d'élection des membres correspondans de l'Académie; et je pense qu'on pourrait les éviter en nommant une commission permanente qui, dans le courant de l'année, proposerait de temps à autre l'élection de quelques-uns de nos confrères qui méritent le titre de correspondans.

M. Mérat. Je ne pense pas que l'Académie puisse donner suite aux propositions de MM. Nacquart et J. Cloquet, car elles sont positivement contraires au réglement.

M. le président. Je crois que M. Mérat se trompe.

M. Chevallier. Pour terminer ce débat, il n'y a qu'à lire l'article du réglement; car, s'il est vrai que M. Mérat soit dans l'erreur, j'appuierai la proposition de M. J. Cloquet.

M. le secrétaire lit l'article du réglement qui donne raison à M. Mérat. — On passe à l'ordre du jour.

On procède à la nomination des deux commissions.

— *M. Villeneuve* lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

Après ces diverses lectures, il fait la communication suivante:

Messieurs, plusieurs d'entre vous ont sans doute vu sur les murs de Paris d'énormes affiches portant: *Plus de mal de mer!!! Pastilles contre le mal de mer!!!* Dans un voyage que j'ai récemment fait à Londres, j'ai voulu mettre à l'épreuve ces pastilles; hé bien! j'en ai avalé pendant la traversée une quantité considérable, et je n'ai nullement été préservé du mal de mer. Une foule de personnes qui se trouvaient sur le même bord que moi n'ont pas été plus heureuses. Je ne doute point que ce ne soit là une nouvelle exploitation du charlatanisme. Du reste, M. Chevallier, qui a analysé ces pastilles, pourra fournir quelques renseignemens à cet égard.

M. Chevallier. Une analyse consciencieuse de ces pastilles m'a démontré qu'elles sont tout simplement composées avec du sucre et une très faible dose de carbonate de soude. Elles ne diffèrent en réalité des pastilles ordinaires que par la forme et la couleur.

M. Boullay. Je demande que ce fait soit signalé à l'autorité compétente.

— *M. Dubois* (d'Amiens) lit un rapport sur un travail de M. Voisin ayant pour titre: « Sentiment du juste et de l'injuste; conscience morale. » M. le rapporteur donne des éloges mérités à l'entraînement et au talent d'écrivain dont M. Voisin a donné si souvent des preuves. Mais la commission n'a pas pensé que le travail qui lui a été soumis fût de la compétence de l'Académie de médecine. C'est à l'Académie des sciences morales et politiques que M. Voisin eût dû soumettre son mémoire. La question de la localisation étant la seule qui pût occuper la commission, et cette question n'ayant point été abordée par M. Voisin, nous nous bornerons à proposer à l'Académie de déposer honorablement dans les archives le travail de notre confrère.

Une discussion s'engage sur la question de compétence soulevée par

M. Dubois (d'Amiens). Plusieurs membres, entre autres MM. Ferrus, J. Cloquet, Falret, soutiennent que le sujet traité par M. Voisin était réellement dans les attributions de l'Académie, et que la commission aurait dû l'examiner dans son ensemble. Cependant comme M. Voisin doit lire prochainement un travail dont celui-ci n'est en quelque sorte que le préambule, il est décidé que M. le rapporteur modifiera quelques passages de son rapport, et qu'alors un nouveau rapport général sera fait sur l'ensemble des questions agitées par M. Voisin.

La conclusion du rapport de M. Dubois (d'Amiens) est mise aux voix et adoptée.

— D'après le dépouillement du scrutin, les deux commissions pour la nomination des membres correspondans français et étrangers se trouvent composées comme il suit.

Commission pour les membres correspondans français :
MM. Caventou,
Bousquet,
Guéneau de Mussy,
Boullay,
P. Dubois,
Honoré,
Mérat.

Commission pour les membres correspondans étrangers :
MM. Villermé,
Ferrus,
Breschet,
Jourdan,
Cloquet,
Roux,
Gérardin.

— *M. Huguier* met sous les yeux de l'Académie une pièce très curieuse d'anatomie pathologique. Nous publierons tous les détails de ce fait dans un prochain numéro.

Il est cinq heures. La séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 août 1842. — Présidence de M. Poncelet.

La séance a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

M. Arago a fait la communication qu'il avait long-temps promise sur les phénomènes observés pendant l'éclipse totale de soleil du 8 juillet dernier. On sait que l'illustre astronome, accompagné de deux collaborateurs, était allé à Perpignan pour observer le phénomène. Toutes les circonstances ont été parfaitement favorables. Ce sont les résultats de son observation, groupés autour de toutes les communications des observateurs des diverses contrées de l'Europe reçues par l'Académie, que M. Arago a exposés aujourd'hui devant un public extrêmement nombreux.

Nous passons sous silence les considérations qui se rattachent à des questions de haute physique et d'astronomie, dont cette éclipse a éclairé quelques parties, mais qui en a soulevé de non moins importantes. Quant aux questions de cosmologie, relativement à la lune, quelques astronomes ont observé un phénomène déjà signalé par quelques astronomes du siècle dernier, savoir : un point lumineux vers le centre de la lune au moment de l'occultation complète du soleil. Ce point lumineux, quelques-uns l'ont expliqué par la transparence de la lune dans un point de sa surface, qui permettrait de voir le soleil à travers son épaisseur ; d'autres, par un trou dont la lune serait percée de part en part, et qui donnerait ainsi passage aux rayons du soleil.

Dans l'éclipse du 8 juillet, M. Arago n'a rien observé de semblable, tandis que d'autres astronomes fort habiles ont envoyé la relation du phénomène, en l'accompagnant même de la mesure du trou, qui aurait suivant l'un 200 pieds de profondeur, 150 seulement selon l'autre.

Relativement au soleil, on a fait une observation bien plus curieuse encore, celle-ci tout-à-fait nouvelle, tout-à-fait inattendue, et faite cette fois par M. Arago et quelques autres astronomes. Il s'agit de la découverte d'une éminence considérable dans le corps même du soleil, éminence qui donnait dans la lunette les apparences du pic d'une haute montagne recouvert de glace. Il faut dire que M. Arago a ajouté que très probablement ces apparences ont été dues à quelques phénomènes de lumière dont il a cherché à donner une explication.

M. Arago a cherché à étudier aussi l'influence de l'éclipse sur l'homme et sur les animaux. Voici quelques détails curieux qu'il a donnés à ce sujet.

A Perpignan, les observateurs étaient placés sur les hauteurs de la citadelle et avaient à leurs pieds un régiment entier, et toute la population de la ville groupée sur les remparts et les glacis. Avant l'éclipse, cette foule était bruyante, animée, joyeuse. Peu à peu le bruit a cessé, et au moment de l'occultation complète, on n'entendait plus rien, le plus profond silence régnait, au point, a dit M. Arago, qu'on aurait entendu une mouche voler. Toute cette population était immobile et comme dans l'attente d'un grand événement. Tout à coup le soleil montre un point de son disque brillant, et alors la foule s'agite, s'écrie et applaudit.

On a raconté une foule d'anecdotes sur l'effet produit par les éclipses sur les animaux ; ce sont surtout des oiseaux trouvés morts et autres choses semblables. M. Arago était peu disposé à croire à ces histoires, cependant il pria quelques personnes éclairées de faire des observations. Voici ce qu'il en a retiré :

Une personne élevait cinq linotes dans une cage au moment de l'éclipse, elles étaient abondamment pourvues de nourriture. A la fin du phénomène trois linotes étaient mortes.

Les poules et les oiseaux de basse-cour ont manifesté de l'inquiétude, de l'agitation et se sont comportés comme aux approches d'un grand orage.

Un chien de chasse, vigoureux et bien portant, a été privé d'alimens la veille de l'éclipse. Le matin, au moment où le phénomène allait commencer on lui a présenté de la nourriture ; il s'est précipité dessus avec une grande voracité, mais au moment de l'obscurité il s'est arrêté net et n'a plus voulu manger.

Un troupeau de taureaux paissait dans la campagne. Au moment où l'éclipse a commencé, ces animaux se sont rapprochés, ils se sont unis en cercle en présentant les cornes, comme ils le font au moment du danger.

Enfin, un autre observateur s'est assis sur le bord d'une fourmillière. Pendant toute l'éclipse, ces insectes, qui auparavant montraient leur activité accoutumée, se sont arrêtés tout court et sont restés immobiles pendant la durée du phénomène.

— Dans cette séance, M. Petit, directeur de l'Observatoire de Toulouse, a été nommé membre correspondant de l'Académie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'iode contre la phthisie pulmonaire tuberculeuse ; par M. le docteur Al. Leigh.

M. Leigh, ayant reconnu par expérience que les procédés d'inhalation proposés par Scudamore et Corrigan pour porter l'iode en vapeurs dans les canaux bronchiques, offraient des difficultés qui les rendaient d'une application trop souvent gênante dans la pratique civile, a cru pouvoir atteindre le but en les remplaçant par la méthode des frictions. Il se sert pour cela d'une pommade dans la composition de laquelle il fait entrer une très forte proportion d'iode, et il la fait appliquer en frictions sur les faces latérales du thorax et dans les cavités axillaires. La friction terminée, le malade se met au lit et se couvre par dessus la tête, de telle sorte qu'il se trouve bientôt plongé dans une atmosphère de vapeurs iodées, et que ces dernières pénètrent naturellement dans les voies respiratoires.

(*London medical Gazette*, t. XXVIII, p. 394.)

Emploi de l'alun dans l'angine gangréneuse qui complique la scarlatine ; par le docteur Winzheimer, de Einersheim.

L'auteur rapporte qu'il a prescrit avec le plus grand succès, dans plusieurs cas de scarlatine compliquée d'angine gangréneuse, les insufflations de poudre de sulfate acide d'alumine et de potasse à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. Il faisait réitérer l'emploi de cette médication trois à quatre fois dans le courant de vingt-quatre heures.

(*Medicinisches Corresp. Blatt. bayer. Aertzte*, 1841.)

Je souscris volontiers, mon cher confrère, à un monument pour M. Larrey ; mais il ne doit pas être placé au Val-de-Grâce. Broussais s'est illustré dans cet hôpital ; il ne pouvait pas être mis ailleurs. Larrey s'est distingué par son dévouement pour le soldat, par son attachement pour l'empereur : c'est aux Invalides, au milieu d'eux et près de lui qu'il doit avoir sa place.

Tanchou.

Ce 24 août.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 102, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfans.)

FIÈVRE CÉRÉBRALE.

Anatomie pathologique. Granulations. Tubercules. Discussion.

Dans une de nos dernières conférences, je vous entretenais des symptômes si trompeurs de la fièvre cérébrale, et je devais aujourd'hui vous entretenir des lésions anatomiques que l'on peut constater après la mort.

C'est là une chose plus difficile que vous ne l'imaginez, et l'on a peine à comprendre comment une question purement anatomique a pu donner lieu à tant de controverses. Il semble, en effet, qu'il suffise de regarder pour décider la chose; mais nous verrons tout à l'heure que, malgré l'attention la plus scrupuleuse, et peut-être à cause de cette attention, les observateurs sont bien loin d'être d'accord les uns avec les autres.

Qu'avons-nous trouvé dans le cerveau de l'enfant dont je vous entretenais l'autre jour (*voir* la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 4 août 1842)? une légère infiltration séreuse de la pie-mère, et au-devant du pont de Varole une couche très mince de lymphe plastique gélatiniforme sur la même membrane: c'était la seule lésion appréciable de la pie-mère. En même temps nous constations un épanchement considérable de sérosité dans les ventricules et dans le canal rachidien, avec ramollissement peu notable des parties centrales du cerveau.

Avant-hier encore, un jeune enfant de neuf mois succombait à une fièvre cérébrale après neuf jours de maladie apparente. Chez lui, nous trouvons un tubercule ramolli dans la substance du cerveau, au voisinage de la grande scissure de Sylvius un ramollissement, une congestion du parenchyme encéphalique, en même temps qu'un épanchement de matière jaune dans la pie-mère, sans granulations. Comme vous avez encore les pièces sous les yeux, je reviendrai plus loin sur cette autopsie quand je discuterai la nature des lésions de la fièvre cérébrale.

Pour ne parler que des autopsies que nous avons faites dans cet hôpital depuis quelques années, et de celles, au nombre de deux seulement, que j'ai pu obtenir dans ma clientelle, je constate, chez des enfans qui ont succombé avec tous les symptômes les plus tranchés de la fièvre cérébrale, des lésions essentiellement différentes.

Presque toujours nous avons trouvé le cerveau malade; le plus souvent la pie-mère et le cerveau simultanément; le plus rarement le cerveau seul sans la pie-mère.

Dans deux cas où le cerveau seul a semblé malade, j'ai trouvé une injection notable de la substance grise, injection disséminée de telle manière que, à côté d'une circonvolution d'un rouge vif, il s'en trouvait une autre dont la teinte grise n'était pas changée; d'autres, au lieu de la teinte normale, avaient pris la couleur et presque la transparence de l'agathe. La substance grise, qui avait la couleur de l'agathe, était notablement plus molle que dans l'état normal; celle qui était rosée avait un peu plus de cohésion que la précédente; mais celle qui avait conservé la teinte opaque à l'état naturel, semblait aussi avoir conservé la fermeté qui convient à la substance grise du cerveau de l'enfant.

La substance blanche était plus molle immédiatement audessous de la couche grise ramollie; et la voûte à trois piliers, le corps calleux, le plancher des ventricules, se laissaient déchirer et réduire en bouillie avec trop de facilité.

On constatait en même temps un peu d'infiltration séreuse de la pie-mère, de l'injection, mais pas la plus légère trace de granulations.

Les ventricules cérébraux contenaient une grande quantité de sérosité.

La fièvre cérébrale, observée dès le début, avait duré, chez l'un des enfans, seize jours; chez l'autre douze. Elle avait eu exactement la même forme que d'autres fièvres dans lesquelles nous trouvions des granulations de la pie-mère. Chez tous les deux, la maladie s'était terminée par des convulsions, et s'était accompagnée de paralysie partielle et temporaire.

Avant d'aller plus loin, je veux vous dire, quoique sans doute vous l'ayez déjà pressenti, pourquoi, en parlant de la maladie dont je m'occupe ici, je lui conserve le nom vulgaire de *fièvre cérébrale*, et pourquoi je lui refuse ces appellations beaucoup plus scientifiques, mais beaucoup moins pratiques, que, depuis quelques années, la plupart des auteurs lui ont imposées.

De quel droit appellerai-je méningite, méningite granuleuse, méningite tuberculeuse, une maladie dans laquelle je ne vois ni inflammation des méninges, ni granulations, ni tubercules? Et si, pour me conformer à la nomenclature anatomique généralement adoptée, j'impose à la maladie la dénomination bien plus exacte d'encéphalite, qui ne voit que je trancherai une question qui, bien que décidée à mes yeux, est encore pendante parmi les pathologistes; tandis qu'en conservant l'expression vulgaire de *fièvre cérébrale*, je ne préjuge rien, et je renferme sous une appellation commune la manifestation symptomatique de plusieurs lésions qui ne sont que l'expression d'un travail inflammatoire dans des organes et dans des tissus solidaires.

Si nous savions à quels signes nous pouvons distinguer les unes des autres, les encéphalites, les encéphalo méningites, les méningites, ou simples, ou granuleuses, ou tuberculeuses, je serais mal venu à proposer à mes confrères de conserver une appellation un peu surannée; mais jusqu'ici, nous devons le confesser, la plus grande obscurité règne encore sur la maladie, et les distinctions sont encore et seront probablement long-temps impossibles.

Maintenant rappelez-vous l'autopsie d'une jeune fille de quinze ans que nous avons perdue ces jours passés comme si le hasard avait voulu réunir sous vos yeux en peu d'instans trois faits qui vous permissent de comparer entre elles les lésions qui s'observent dans toutes les fièvres cérébrales.

Cette jeune fille, atteinte de phthisie pulmonaire et tuberculeuse, et de diarrhée chronique, succomba à une fièvre cérébrale. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin, et nous constations les lésions suivantes:

A la surface arachnoïdienne de la dure-mère qui recouvrait un des pariétaux, nous pouvions voir un tubercule dur, polyédrique, d'un jaune pâle, qui semblait avoir pris naissance dans le tissu cellulaire sous-séreux. A la partie supérieure des hémisphères on apercevait sous l'arachnoïde, dans les parties correspondant aux anfractuosités cérébrales, une teinte purulente; plus loin, au niveau d'autres anfractuosités, de petits points blancs disséminés. Le repli de la pie-mère qui s'enfonçait dans les anfractuosités de la face supérieure et là où s'apercevait cette traînée comme purulente, était farcie de petites granulations d'un jaune pâle. A mesure que l'on s'approchait des scissures de Sylvius on remarquait la confluence de ces granulations, et elle devenait telle vers la base du cerveau, et notamment au niveau de l'entrecroisement des nerfs optiques et au-devant du pont de Varole, que ce ne formait plus qu'une masse homogène analogue à celle qui constitue les fausses membranes pleurétiques. La pie-mère, qui pénétrait dans ces anfractuosités du cervelet, offrait également des granulations. A la partie antérieure du processus vermiforme supérieur du cervelet, on distinguait une masse irrégulière du volume d'une lentille, d'un blanc jaunâtre, n'ayant pas l'apparence d'un tubercule crû, mais en ayant tout à fait la forme et presque la consistance. La voûte à trois piliers, le corps calleux, étaient ramollis du côté gauche; partout où les granulations étaient abondantes la substance grise était d'un rose vif, un peu ramollie, quelquefois adhérente à la pie-mère.

Une grande quantité de sérosité était épanchée dans ces ventricules, et, au contraire, l'arachnoïde était remarquable par une sécheresse vraiment extraordinaire.

Tubercules ramollis dans les poumons, ganglions cervicaux et bronchiques ramollis et tuberculeux.

Plusieurs masses tuberculeuses ramollies dans l'épiploon.

Dans le tissu même de l'épiploon, et là où il a le plus de transparence, on voyait de petites granulations d'un blanc de lait, peu dures, homogènes, douces au toucher et souples, et appartenant évidemment au tissu sous-séreux.

Etait-ce une méningite tuberculeuse?

Les granulations sont-elles des tubercules?

Y a-t-il en même temps des granulations et des tubercules?

Toutes les lésions de l'encéphale sont-elles contemporaines?

Questions graves, difficiles, et, j'ose le dire, insolubles dans l'état actuel de nos connaissances.

Toutefois, je tâcherai de les discuter avec vous, et de vous faire connaître sinon *ma conviction*, du moins l'opinion qui me semble réunir le plus de probabilités en sa faveur.

Je ne puis me dissimuler la valeur des motifs qui ont fait croire à MM. Fabre, Constant, Gérhard, Rufz, Piet, Lederberder, etc., etc., que les granulations étaient de nature tuberculeuse; mais, d'un autre côté, ces auteurs ne peuvent répondre à une objection accablante, objection qui à elle seule suffit, ce me semble, pour invalider singulièrement leur opinion. Si, par exemple, je vois ce qui se passe dans un service d'enfans, je constate que le quart à peu près des morts est dû à la méningite, laquelle est presque toujours granuleuse. C'est là une immense proportion; par conséquent, je suis en droit de penser que les granulations de la pie-mère, que ces messieurs supposent antérieures à l'invasion de la dernière maladie, devrait se trouver souvent sur les enfans tuberculeux qui

FEUILLETON.

DE L'INSENSIBILITÉ. FAITS ANCIENS ET MODERNES SUR CET ÉTAT. CE QU'IL FAUT PENSER DE L'INSENSIBILITÉ PROVOQUÉE PAR LE MAGNÉTISME ANIMAL.

Les partisans du magnétisme animal ont toujours fait grand bruit de quelques faits d'insensibilité présentés par les somnambules. On se rappelle les vives discussions soulevées par le fait célèbre d'une ablation de sein opérée par M. J. Cloquet sur une malade endormie magnétiquement, et qui n'apprit qu'à son réveil l'opération chirurgicale dont elle avait été l'objet. On se rappelle encore cette grosse molaire arrachée sans douleur par M. Oudet dans les mêmes circonstances. Qui n'a souvenir enfin de cette infinité de petits supplices infligés aux somnambules, des pincemens, des brûlures, des cautérisations, des enfoncemens d'épingles, etc., etc., et toujours avec la plus grande impassibilité de la part des patiens. Je dis impassibilité, car c'est le seul phénomène que l'on puisse observer. Les somnambules disent n'avoir rien senti, les magnétiseurs croient leurs somnambules, l'observateur sage se borne à dire: Ils n'ont rien manifesté. Mais par cela même que certaines personnes placées dans certaines circonstances qu'on désigne sous le nom de somnambulisme magnétique, ne manifestent aucune impression des excitations douloureuses auxquelles on les soumet, faut-il donc conclure à l'existence d'un agent particulier produisant à volonté l'insensibilité physique? Certes, cette conclusion pècherait par toutes les bases de la logique et du bon sens. Il n'est pas difficile d'ailleurs de trouver de ces faits une explication plus satisfaisante, et sans recourir à l'accusation toujours pénible à faire de la jonglerie, on peut bien admettre quelquefois la simulation et souvent aussi une influence toute particulière de la volonté, influence dont les physiologistes ne se sont peut-être pas assez occupés, et dont l'histoire nous fournit des exemples bien autrement singuliers que ceux qu'a fait naître la pratique du magnétisme animal. Peut-être sera-t-il utile d'en rappeler ici quelques-uns qu'on puisse opposer aux magnétiseurs qui ont fait de cette insensibilité physique une sorte de pierre angulaire de leur édifice. Les anciens écrits sont remplis de faits semblables attribués par les uns à la folie, par les autres à quelque sortilége, par le plus grand nombre à quelque influence divine. Il ne peut être sans intérêt de voir cet état particulier à certains individus, si complètement en opposition avec les sensations des autres hommes, qui suspend en eux le sentiment de la faim, de la soif, du froid et du chaud; qui les isole, malgré l'intégrité des sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du toucher, de toute relation avec les objets extérieurs, qui les rend insensibles aux plus cruelles souffrances qui arracheraient la vie à tout autre homme. Certes voilà un sujet bien digne de l'attention du médecin, quand surtout cette sorte de vésanie prend la forme épidémique, se propage de proche en proche et envahit des populations entières presque toujours sous l'influence de quelque idée religieuse.

Les temps anciens comme les temps modernes fournissent des exemples de cette vésanie. Bien long-temps avant l'ère actuelle, on voyait dans l'Inde, suspendus à des rochers ou à des colonnes par des crocs qui entraient dans leurs chairs, des bonzes et autres visionnaires qui passaient avec joie des années entières dans cette cruelle attitude. Au rapport de l'historien Ctesias, qui était médecin, Alexandre en rencontra quelques-uns sur les bords de l'Indus, et Jamblique nous a transmis sur les mystères des Egyptiens, des Chaldéens, des Assyriens, etc., des détails qui laissent bien loin derrière eux les prétendus phénomènes des somnambules modernes. « Les inspirés, dit-il, ne vivent plus de la vie des animaux, car plusieurs d'entre eux s'étant approchés du feu ne brûlent pas, ou s'ils brûlent ils ne le sentent pas, comme ils ne sentent pas non plus ni les piqûres, ni les coupures, ni aucun genre de tourment (1). »

Plus près de nous, l'exemple le plus remarquable de ce phénomène a été fourni par les convulsionnaires de St-Médard. On sait que le diacre Pâris avait refusé la prêtrise par humilité et par rigorisme, et qu'il mourut, comme on disait alors, en odeur de sainteté. Ses restes, placés dans le cimetière de St-Médard, attiraient une foule considérable, soit pour prier, soit pour satisfaire une simple curiosité. Un jour, au mois de mai 1727, huit à dix jeunes filles sont atteintes de convulsions sur le tombeau même: le lendemain, il y en eut un plus grand nombre, et ainsi de suite; de sorte qu'au bout de deux ans on comptait plus de huit cents convulsionnaires dans la ville de Paris. Deux médecins, témoins oculaires, Hecquet et Morand, nous ont laissé la description des phénomènes que présentaient les convulsionnaires. Après avoir parlé de leurs mouvemens bizarres, de leur agitation, de leurs cris, de leurs hurlemens, ils arrivent à parler de l'insensibilité et de l'espèce de plaisir qu'ils éprouvaient aux tourmens qu'ils se faisaient infliger sous le nom de *grand secours*, par d'autres fanatiques qui croyaient pieusement pouvoir et devoir être barbares. « Les jeune filles convulsionnaires appelaient les coups, les mauvais traitemens, et demandeaient les supplices comme un bienfait; elles voulaient être battues, torturées, martyrisées; il semblait que l'exaltation du cerveau avait produit une révolution totale dans le système sensitif, tant la douleur la plus vive avait pour elles les attraits de la volupté. Elles se faisaient frapper à tour de bras et à coup de bûches, sur le dos, sur les épaules et sur le ventre: l'une d'elles recevait cent coups de bûche sur la tête, sur le ventre, sur les reins; une autre se couchait tout de son long sur le dos, on étendait sur elle une planche, et sur cette planche se plaçaient plus de vingt hommes. Une autre, ayant les jupes garrottées, les pieds en haut, la tête en bas, restait long-temps dans cette attitude. D'autres avaient le sein couvert, et on leur tordait les mamelles avec des pinces, jusqu'au point de fausser les branches. Jeanne Mouler, qui n'avait pas atteint sa vingt-troisième année, se faisait donner cent coups d'un lourd chenêt qui, à chaque fois, s'enfonçait fort avant dans son estomac. pendant qu'elle était si rudement frappée, la joie sur le visage, elle s'écriait: « Ah! que cela est bon! » ah! que cela me fait du bien! Mon frère, redoublez encore vos for- » ces, si vous le pouvez! » On en voyait qui se faisaient frapper toutes les parties du corps à grands coups de marteau, et percer à coups

(1) Jamblichus, *De mysteriis, etc.*, p. 56 et seq. Genevæ, 1507.

succomberont à la phthisie pulmonaire ou abdominale. Or, comment se fait-il que, *pas une seule fois* depuis près de trois ans nous n'ayons vu de granulations, si ce n'est chez les enfans morts de fièvre cérébrale. Ce serait un singulier hasard que celui qui nous aurait fait rencontrer si souvent des granulations dans le cas de méningite aiguë et ne nous aurait jamais permis d'en voir si ce n'est lorsqu'il avait éclaté des symptômes de méningite.

Je le demande à des gens de bonne foi, de pareils résultats ne démontrent-ils pas, en quelque sorte, que ces granulations sont contemporaines de la dernière maladie ?

Si les granulations sont tellement rares que nous n'en ayons jamais vu dans nos autopsies, il n'en est pas de même des tubercules proprement dits; nous en avons trouvé plusieurs fois dans le parenchyme du cerveau, dans les méninges ; mais leur volume, leur couleur, leur densité, et surtout leur isolement et leur très petit nombre, ne permettaient pas de les confondre avec les granulations de la méningite ; et si, comme cela est arrivé plusieurs fois, les enfans qui portaient ces tubercules étaient morts de la fièvre cérébrale, on pouvait parfaitement distinguer les tubercules dont je parle des granulations ordinaires.

Est-ce à dire que nous regardions comme impossible la présence des granulations de la pie-mère hors les cas de méningite ; à Dieu ne plaise ! Des observateurs consciencieux en ont trouvé chez des enfans qui avaient succombé à des maladies étrangères à l'encéphale ; mais il resterait à savoir si ces granulations sont de même nature que celles de la méningite.

L'autopsie dont je vous rappelais les détails au commencement de cette conférence, nous servira peut-être à lever quelques doutes.

Commençons par le péritoine. Cette membrane n'avait été le siége d'aucune phlegmasie aiguë, et l'épiploon, à cela près de quelques lésions peu graves, avait gardé son extrême ténuité, sa transparence normale. Cependant, dans l'épaisseur de l'épiploon on trouvait une certaine quantité de petits corps ovoïdes ou sphériques, moins gros qu'une tête d'épingle, lisses, d'un blanc de lait, peu durs, homogènes, et ne ressemblant en rien à du pus ou à des tubercules crus, essentiellement différens de ces corps que l'on trouve sur l'intestin, et qui sont durs, inégaux, d'un volume plus ou moins considérable, tantôt transparens, tantôt opaques, ou même à demi ramollis, véritables tubercules, suivant moi.

Chez notre malade, les granulations de l'épiploon se distinguaient par un caractère tout spécial ; notre interne, M. L'Hommeau, colla sur du verre quelques portions d'épiploon granulé, et il fut alors très facile de distinguer autour de chaque granulation un lacis de petits vaisseaux qui formaient une aréole très circonscrite, vaisseaux nourriciers qui apportaient la vie à ces petites masses destinées sans doute à recevoir ultérieurement un developement plus considérable et une nouvelle texture.

Les moindres notions d'organogénésie ne laissent aucun doute sur l'ancienneté de ces granulations, qui dataient évidemment de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

Maintenant reportons-nous au cerveau de cette malade.

En étendant également sur une plaque de verre quelques lambeaux de la pie-mère, il était facile de distinguer un très petit nombre de granulations dont la couleur, la forme, la densité étaient identiques avec celles des granulations du péritoine que je viens de vous décrire. Elles étaient également entourées d'une aréole vasculaire. Puis on voyait, disséminées dans le centre de la membrane, et notamment sur le trajet des vaisseaux, une multitude d'autres petits grains, irréguliers quant à leur forme et à leur volume, mous, d'un jaune légèrement citrin, et qui n'étaient entourés d'aucun lacis de vaisseaux. Ces dernières granulations devenaient de plus en plus confluentes à mesure que l'on approchait de la base du cerveau, et, vers l'entrecroisement des nefs optiques, elles constituaient de véritables couches fibrineuses, semblables à celles qui sont secrétées à la surface d'une plèvre enflammée, ou mieux dans du tissu cellulaire siége d'un phlegmon.

Quel jugement devons-nous porter maintenant sur ces diverses granulations ; il est hors de doute que celles qui sont entourées d'une aréole vasculaire ont une origine ancienne ; mais tout nous porte à attribuer une origine toute récente à celles qui, par leur nombre, constituaient la lésion principale.

J'admets volontiers que les premières granulations ont pu exister dans la pie-mère sans donner signe de leur présence, comme je conçois, dans un organe l'existence, à l'état latent, d'un très petit nombre de tubercules miliaires ; mais il répugne au bon sens d'admettre que des lésions aussi considérables que celles qui constituaient les granulations de la seconde espèce puissent exister à la surface d'un cerveau, sans se traduire par le plus léger trouble fonctionnel.

MM. Gerhard, Rufz et Ledeberder admettent que les infiltrations épaisses de matière concrète que l'on trouve vers le chiasma des nerfs optiques, entre les pédoncules du cerveau, dans la partie la plus profonde des scisssures de Sylvius, sont constituées par une agglomération de granulations semblables, en tout point, à celles que l'on voit isolément à la partie supérieure du cerveau ; c'est admettre implicitement une origine contemporaine à l'expression phénoménale de la maladie, car il n'est pas de pathologiste un peu sérieux qui puisse supposer qu'un enfant plein d'intelligence et de vivacité, et qui jamais n'a eu le plus léger trouble dans sa santé, jamais de mal de tête, porte ainsi d'une façon toute latente d'aussi épouvantables lésions ; il ne le supposera pas surtout, parce que *jamais* il n'aura, chez un enfant mort d'une maladie étrangère au cerveau, trouvé ces lésions que l'on voudrait considérer comme antérieures aux accidens qui constituent la fièvre cérébrale.

Remarquez d'ailleurs que si les enfans succombent rapidement à la fièvre cérébrale, les granulations sont ou nulles ou très peu confluentes ; qu'elles le sont au contraire bien davantage, si la maladie a duré treize, seize, dix-huit jours. Or, que feraient quatre ou cinq jours de plus, si la lésion était chronique.

Je viens de dire que les granulations de la pie-mère étaient d'autant plus confluentes en général, que la fièvre cérébrale avait duré plus long-temps ; et l'on conviendra avec moi que si chez un enfant tuberculeux, qui succombe le quatrième jour de l'invasion d'une méningite, on ne trouve pas de granulations, tandis que l'on en trouve presque toujours chez ceux qui meurent dans le cours du deuxième ou troisième septenaires, ce sera une raison de plus pour en conclure que les granulations sont le produit d'une phlegmasie aiguë : or, c'est précisément ce que vous constatez chez ce petit enfant de cinq mois, mort salle Sainte-Julie, 9, dans le cours d'une pneumonie aiguë, et le quatrième jour d'une méningite. Alors que chez lui, il y eut des tubercules dans les poumons, dans les ganglions bronchiques, et des granulations tuberculeuses nombreuses dans l'épaisseur de la plèvre et du péritoine, nous ne trouvions cependant qu'un peu d'infiltration fibrineuse gélatiniforme à la base du cerveau et dans les scissures de Sylvius, sans vestiges de granulations.

Concluons et disons : « que les granulations jaunâtres sont le produit de l'inflammation récente de la pie-mère. »

Si ces granulations sont le produit d'une inflammation datant seulement de quelques jours, de quel droit les dites-vous *tuberculeuses?* Fera-t-on croire à un anatomo-pathologiste que des tubercules se constituent en moins d'une semaine ? Evidemment une pareille idée répugne aux plus vulgaires notions de la science.

Mais, pour mieux élucider cette question, prenons au hasard un grand nombre de phthisiques ; examinons-les sans idées préconçues, et cherchons s'il en est beaucoup qui aient offert des granulations de la pie-mère. Et pour qu'il n'y ait pas d'objections possibles, je prendrai cent autopsies relatées par M. Louis dans son traité de la phthisie ; par M. Louis, l'indagateur le plus consciencieux, le plus honnête, avec lequel on peut différer d'opinion, mais qui sera toujours placé très haut dans l'esprit de ceux qui attachent quelque prix à la probité et à l'exactitude scientifiques. Or, sur cent autopsies il ne trouve pas une seule fois des granulations dans la pie-mère. « Nous avons trouvé la pie-mère plus ou moins rouge, épais- » sie et injectée sur douze sujets, ou environ la huitième par- » tie des cas. » (Louis, page 154). Et sachez bien que M. Louis recherchait ces granulations ; car il signale à *la surface de l'arachnoïde* des granulations qui évidemment sont les glandes de Pacchioni, et qui d'ailleurs sont tout à fait étrangères à la pie-mère. Au-dessous de l'arachnoïde, il ne signale plus de granulations. Il ajoute d'ailleurs (page 156) que ces granulations *à la surface de l'arachnoïde* et de la dure-mère s'observaient dans les affections les plus variées, à peu près dans la même proportion qu'à la suite de la phthisie. Il est donc clair qu'ici, il ne s'agit pas des granulations de la pie-mère. Or, il n'est pas permis de penser que sur cent tuberculeux on n'aurait pas trouvé de nombreuses granulations de la pie-mère, si, comme on le prétend, ces granulations étaient antérieures à la maladie cérébrale qui a tué le malade, et dont les symptômes n'ont été appréciables que pendant quelques jours. Il est vrai que M. Piet, dans sa dissertation inaugurale, dit avoir trouvé deux fois des granulations chez des enfans tuberculeux qui n'avaient pas succombé à la méningite ; mais cet observateur ne dit pas si ces granulations étaient discrètes ou confluentes, il ne donne aucun détail, de sorte qu'on n'en peut rien conclure relativement à ce qui nous occupe.

On nous répond que nous admettons la péritonite *tuberculeuse ;* que l'analogie de lésions, l'analogie de texture est évidente, et que par conséquent nous ne pouvons refuser à la pie-mère ce que nous accordons sans conteste au péritoine et à l'épiploon.

Je ne veux pas me dissimuler la valeur de cette réponse, et bien qu'elle ne puisse détruire celle des objections que j'ai faites, je crois pourtant devoir la discuter avec détail.

Ceux qui ont examiné avec soin le péritoine et l'épiploon dans les péritonites tuberculeuses, ont été frappés de la différence de texture entre les infiltrations granuleuses de l'épiploon et les granulations isolées de l'intestin. Les premières, constituées presque exclusivement par l'agrégation de petites masses irrégulières, d'un jaune pâle, molles, ressemblant à des noyaux de fibrine concrète ; les autres, au contraire, transparentes ou opaques, dures, anguleuses, et ressemblant tout à fait à des tubercules naissans ou crus. Celles-ci sont de véritables tubercules ; celles-là ne sont que des productions inflammatoires plus ou moins récentes.

Mais ces productions inflammatoires, si la vie des malades se prolonge quelque temps, ou se résolvent, ce qui est bien rare dans la diathèse tuberculeuse, ou deviennent la trame parenchymateuse dans laquelle se développeront les tubercules en vertu de la diathèse.

J'ai déjà eu l'occasion de développer mes idées sur les inflammations chroniques spéciales, dans des mémoires publiés en 1829-30-31 dans les Archives de médecine, conjointement avec M. Leblanc. J'ai établi que, dans le cas d'une diathèse tuberculeuse, cancéreuse, mélanosique, s'il survenait quelque part un travail inflammatoire chronique, l'élément cellulaire de nouvelle formation devenait la trame élémentaire d'une production diathésique, tubercule, cancer ou mélanose ; laquelle passait par toutes les phases d'eccroissement d'état, de ramollissement qui appartiennent à ces tissus accidentels.

Voici donc ma profession de foi. En vertu d'une péritonite aiguë, sub-aiguë ou chronique, il se dépose à la surface du péritoine, dans l'épiploon, des masses fibrineuses qui passeront lentement à l'état de granulations tuberculeuses chez un individu tuberculeux.

Dans la pie-mère, il survient des phlegmasies partielles très légères qui donnent lieu à des productions inflammatoires qui constituent de petites granulations, lesquelles forment ces petites masses blanches entourées d'une aréole vasculaire que j'ai signalées plus haut ; ces petites masses, en vertu de la diathèse tuberculeuse, se convertiront en véritables tubercules qui passeront à l'état cru, se ramolliront, et deviendront souvent l'occasion d'une phlegmasie aiguë et générale de la pie-mère, laquelle donnera lieu à des symptômes mortels et à la formation de ces granulations innombrables et de ces agrégations fibrineuses que nous regardons comme le produit d'une inflammation récente.

Que si le cerveau était un organe aussi patient que peuvent l'être les viscères contenus dans le ventre, et que la vie fût compatible pendant plusieurs mois avec l'existence de ces lésions, il n'est pas douteux pour moi qu'il se passerait, pour la pie-mère, ce que nous voyons dans l'épiploon, et que ces gra-

---

d'épée, etc... Mais l'œuvre la plus méritoire consistait dans *le crucifiement :* une jeune fille étendue sur une planche s'y faisait clouer les pieds et les mains ; sœur Rachel, fille âgee de trente-cinq ans, se laissa clouer les pieds et les mains sur des planches croisées, et déclara qu'elle était crucifiée pour la seconde fois ; ainsi clouée, elle disait qu'elle faisait *dodo;* elle se fit ensuite poser dans un sens vertical, où elle resta long-temps ; puis on la décloua, et elle ne perdit que peu de sang. Une autre fille, à peu près du même âge, sœur Félicité, déclara qu'elle allait subir le crucifiement pour la vingt-unième fois ; elle s'étendit sur deux planches croisées horizontalement l'une sur l'autre, et on lui enfonça, dans les pieds et dans les mains des clous de cinq pouces de long, qui pénétrèrent fort avant dans le bois ; en cet état, elle conversait avec les assistans : bientôt elle demanda qu'on lui perçât la langue, et on la lui perfora avec la pointe d'une épée ; puis, elle voulut qu'on la lui fendît, elle fut obéie. Au bout d'un temps assez long, on lui arracha les clous et elle perdit environ trois palettes de sang ; elle fut encore frappée violemment sur diverses parties de son corps, puis on lui banda ses plaies. Pendant cette scène, sœur Sion, âgée de soixante ans, reçoit le secours de la *bûche,* se fait *presser,* c'est-à-dire comprimer violemment avec des sangles tirées de part et d'autre avec effort, et torturer dans tous les sens ; et une jeune et jolie femme, sœur Suzanne, est foulée aux pieds durant ses convulsions, par son mari, qui marche avec un zèle extraordinaire sur ses bras, sur ses mains, et la pique, aux endroits qu'elle indique, avec la pointe d'une épée, etc. Plusieurs d'entre ces femmes se croyant, d'après cette puissance de résister aux maux physiques, inspirées par l'esprit divin, prêchaient, disaient la messe, imposaient les mains, baptisaient et prophétisaient (1). »

Assurément, voilà des faits bien plus remarquables que tous ceux dont les annales du magnétisme font mention, et qui prouvent que pour arriver à cette insensibilité physique, pas n'est besoin de l'intervention d'un fluide occulte et des passes magnétiques.

(1) Voyez les écrits du temps : Naturalisme des convulsions ; Coup-d'Œil en forme de lettres sur les Convulsions ; Nouvelles ecclésiastiques ; Voyage littéraire de Jordan ; Bastille dévoilée, etc., etc.

On trouve dans la Bibliothèque médicale (septembre 1811), la relation d'un fait semblable qui a eu lieu en Italie, et qui offre d'autant plus d'authenticité, qu'il a été observé par une ville entière, et par le chirurgien en chef de l'hôpital où la victime a été transportée, le docteur Ruggieri. En voici les principaux détails : « Un cordonnier, Mathieu Lova, après s'être coupé dans un premier acte de sa folie mystique, les parties génitales, et les avoir jetées par la croisée, et après avoir guéri de sa blessure, résolut de consommer son sacrifice en mourant sur la croix comme le Rédempteur. Il mit deux ans à tout préparer, puis il se couronna d'épines, dont trois ou quatre pénétraient dans la peau du front, puis s'étendit sur une croix qu'il avait faite, y fixa ses pieds l'un sur l'autre, avec un clou de cinq pouces de longueur, qu'il fit entrer dans le bois à coups de marteau, se fit ensuite, avec un tranchet, une large plaie au côté gauche de la poitrine, se perça les deux mains avec des clous bien longs et bien acérés, dont il ajusta la pointe à deux trous faits d'avance aux bras de la croix, puis, à l'aide de cordages préparés, fit trébucher la croix hors de la fenêtre, restant ainsi suspendu à la façade de sa maison jusqu'au lendemain, où il fut délivré et porté à l'hôpital de clinique, où il fut guéri de ses blessures, mais non de sa folie. Lova soutenait qu'il n'avait éprouvé aucune douleur, et il mourut plus tard, épuisé par des jeûnes volontaires.

Le jésuite Gaspard Scots, rapporte (1) qu'une sorcière, âgée de cinquante ans, supporta, à la torture, d'être arrosée par tout le corps de poix fondue et bouillante, et d'avoir en même temps les membres tiraillés de tous côtés, avec tant d'insensibilité, qu'étant descendue du chevalet où elle était attachée, elle parut saine et bien portante, comme si rien n'était arrivé, à part la perte du pouce d'un pied qu'elle avait faite à la question, et qui ne l'empêchait pas de marcher. De petites filles, également sorcières, ajoute Scots, souffraient, sans pousser aucun gémissement, qu'on leur brûlât la plante des pieds ; plusieurs s'endormaient même au milieu des tourmens, et soutenaient sur le bûcher, au milieu des flammes, la vérité de leurs croyances, et qu'elles ne souffraient pas ; et il est à noter que, dans quelques endroits, on avait imaginé d'enfermer les victimes dans des statues creuses de plâtre, pour les faire brûler à petit feu, et afin qu'elles souffrissent plus long-temps.

(1) *Physica curiosa*, etc., Herbipoli, 1667.

Nous n'en finirions pas si nous voulions exposer tous les faits qui ont été recueillis à ce sujet. Le lecteur désireux de les connaître en trouvera une très curieuse collection dans les ouvrages cités dans cet article, dans les diverses histoires de l'inquisition, et aussi dans la Pneumatologie de Fodéré, où se trouvent tous ceux dont nous venons de parler. Il est bien reconnu que sous l'influence d'une croyance religieuse ou de toute autre nature, la sensibilité aux agens extérieurs peut momentanément s'affaiblir et se perdre, et produire ces anesthésies singuliers qui frappent d'étonnement, et qui, pour les esprits crédules, sont des témoignages de quelque puissance occulte, magie, sortilèges, magnétisme, etc. Les hallucinations, les aberrations de toute espèce dont l'intelligence humaine est susceptible, le pouvoir de la volonté, si puissant sur quelques individus, tous ces mystères de l'entendement si complètement impénétrables, ont été et sont encore la source de mille croyances absurdes et de préjugés ridicules. Autrefois les bûchers de l'inquisition s'allumaient pour ces pauvres victimes de l'ignorance et de la superstition ; plus près de nous on se bornait à défendre leurs exercices par ordonnance du roi, ce qui, lors des convulsionaires de Saint-Médard, donna lieu à ce distique si connu :

De par le Roi, défense à Dieu,
De faire miracle en ce lieu.

De nos jours, les *voyans et les insensibles* n'ont pas même à craindre le réquisitoire du procureur du roi. Cela fait sans doute beaucoup d'honneur à notre tolérance ; mais si nous ne brûlons plus les sorciers, l'esprit public est-il devenu plus sage, plus éclairé, moins crédule ? Demandez-le à Calyxte ou à mademoiselle Prudence, les deux sorci..., les deux somnambules en vogue.

nulations pourraient, en vertu de la diathèse, arriver à l'état tuberculeux.

Pour moi donc, les granulations de la seconde espèce ne sont pas des tubercules, mais une production inflammatoire récente, s'observant dans un grand nombre de cas chez des malades qui ont depuis long-temps des tubercules dans la pie-mère ou dans l'encéphale; s'observant aussi chez des malades qui jusqu'ici n'avaient rien eu dans la cavité crânienne.

Cette méningite granuleuse atteint *surtout* les individus qui ont des tubercules pulmonaires; je dis *surtout* et non pas *exclusivement*, parce que, de l'aveu de M. Rufz lui-même, trois malades sur vingt-sept n'avaient rien dans les poumons, mais seulement de la matière tuberculeuse dans quelques ganglions bronchiques.

Je ne ferais pas connaître toute ma pensée si je ne comparais la méningite granuleuse, si commune dans toutes les périodes de la diathèse tuberculeuse, au muguet, qui s'observe surtout dans la dernière période de la phthisie. Je comprends dans la pie-mère des dépôts partiels de fibrine, comme j'en vois dans la stomatite spéciale appelée muguet, et je me croirais aussi bien le droit d'appeler *stomatite tuberculeuse* le muguet des tuberculeux, qu'à MM. Fabre, Constant, Rufz, etc., celui de donner le nom de *méningite tuberculeuse* à l'inflammation de la pie-mère, dans le cours de laquelle se déposent, sur le trajet des vaisseaux, de petites concrétions fibrineuses.

La diarrhée chronique, la péritonite chronique se lient presque toujours à la diathèse tuberculeuse; la méningite sporadique est dans le même cas. Mais quelquefois aussi ces affections se développent chez des individus non tuberculeux; les deux premières sont alors susceptibles de guérison; mais la méningine, qu'elle se complique ou non de tubercules, est une maladie à peu près invariablement mortelle.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. J. CLOQUET.

(M. HUGUIER, suppléant.)

Considérations générales sur les épanchemens de liquide dans l'articulation huméro-cubitale.

Dans toutes les maladies, dit M. Huguier, où il se fait un épanchement de liquide dans la cavité articulaire huméro cubitale, sang, pus ou synovie, mais surtout de l'un de ces deux derniers ou de ces deux derniers réunis, si la quantité en est assez considérable, cet épanchement vient se traduire à l'extérieur par une tumeur qui, dans le cas dont il s'agit, n'a été bien décrite, que je sache, par aucun praticien; c'est pourquoi elle va fixer notre attention d'une manière spéciale.

Dans tout épanchement articulaire, quelle que soit l'articulation qui en soit le siége, le liquide se porte là où les surfaces osseuses sont le moins solidement unies, là où les ligamens offrent le moins d'épaisseur et de résistance, ainsi que vers les points où la synoviale offre des appendices en cul-de-sac ou des gaînes pour les vaisseaux articulaires. Ici la tumeur, qui est toujours située à la partie postérieure du coude, présente des variétés de forme et de consistance suivant les points où on l'examine, l'abondance, la nature du liquide qui la forme, son ancienneté, etc. Dans le principe, le liquide, après avoir baigné les légers interstices des surfaces osseuses, vient se réunir dans l'appendice considérable que la synoviale envoie au-dessus de l'olécrâne et de la trochlée pour tapisser le ligament postérieur de l'articulation et la cavité olécrânienne de l'humérus. Il forme en ce point une tumeur molle, souple, arrondie, disposition à laquelle se prête à merveille la toile cellulo-fibreuse que l'on décore du titre de ligament postérieur, et la petite portion de l'humérus s'élève au-dessus de la cavité olécrânienne dépourvue d'insertions musculaires.

Cette tumeur repose en avant sur la face postérieure de l'extrémité inférieure de l'humérus; en arrière, sur la face antérieure du tendon du triceps et des portions interne et externe du même muscle, qui sont, ainsi que le tendon, légèrement soulevées et portées en arrière. Déjà la partie postérieure et supérieure du coude (portion humérale), commence à offrir quelques déformations; on observe au-dessus de l'olécrâne un léger relief arrondi formé par l'extrémité inférieure du muscle triceps, et l'unit à la petite portion de l'humérus à laquelle ne s'insère pas ce muscle. Si l'on presse sur cette partie d'arrière en avant, elle cède et diminue dans son diamètre antéro-postérieur, elle s'aplatit, mais se renfle quelquefois sur les côtés. C'est ce que vous observez chez la jeune enfant couchée au n° 9 de la salle des femmes, et sur le jeune homme couché au n° 11 de la salle des hommes. Ce défaut de résistance, uni à un sentiment de fluctuation, annonce que le triceps est éloigné de la face postérieure de l'humérus, sur laquelle il repose à l'état sain. L'extension de l'avant-bras, lorsqu'elle peut être opérée, augmente le volume de cette saillie, qui devient régulièrement convexe et plus proéminente au centre qu'à la circonférence. La flexion à angle droit et la flexion forcée la font diminuer, et permettent à une portion du liquide de rentrer dans la partie postérieure de l'articulation et dans la cavité olécrânienne; l'autre partie est déjetée sur les côtés du tendon triceps, et fait boursouffler la tumeur en ce point; de-là résulte une dépression centrale et allongée du sommet de l'olécrâne à la face postérieure du bras.

Dans une seconde période de la maladie, lorsque l'épanchement du liquide est devenu plus considérable, la saillie précédente plus volumineuse, les expansions fibreuses qui, de l'épicondyle et de l'épitrochlée, vont se fixer aux bords de l'olécrâne, se dilatent à l'entour, ainsi que les deux culs-de-sac de la synoviale qui y correspondent, et la tumeur commence à envahir la partie anti-brachiale de l'articulation; elle se présente alors avec les caractères suivans: au milieu et en bas, dans le centre du diamètre vertical de l'avant-bras, existe une saillie allongée, dure, résistante, de forme triangulaire, constituée par le sommet et la face postérieure de l'olécrâne. En dedans de cette apophyse, à travers le muscle cubital antérieur; en dehors, à travers le muscle anconé, on sent un empâtement ou une fluctuation obscure; au bout d'un certain temps ces deux points se développent davantage, deviennent tout à fait fluctuans, et de chaque côté ils débordent l'olécrâne, qui, au lieu de faire un relief, comme je le disais il n'y a qu'un instant, est logé au fond d'une gouttière. La saillie externe est presque toujours plus développée que l'utérus, parce que l'articulation fait plus de saillie en dehors qu'en dedans, parce que l'épanchement n'a à lutter que contre la résistance du muscle anconé, parce qu'on trouve là, comme je l'ai dit dans un travail spécial, une ouverture vasculaire dans laquelle la synoviale, moins soutenue qu'en dedans, peut être poussée avec assez de facilité; parce qu'enfin la saillie externe n'est jamais, comme l'interne, aplatie par le poids du membre reposant sur un coussin; elle est ordinairement plus éloignée de l'olécrâne que l'interne, parce qu'elle vient soulever l'aponévrose en passant entre la tête du radius et le bord externe de l'anconé.

En même temps que l'épanchement a fait des progrès sur la partie anti-brachiale de l'articulation, il en a fait de bien plus grands vers la partie humérale, où il a rencontré moins de résistance. Le tendon du triceps comprime la tumeur dans toutes les positions et tend à la diviser en deux portions, l'une interne, l'autre externe, qui deviennent plus saillantes, plus dures dans la flexion de l'avant-bras; la fluctuation y est facile à reconnaître, parce qu'elles ne sont recouvertes que par la peau et quelques fibres très faibles des portions interne et externe du muscle triceps. La fluctuation leur est commune, ce que l'on reconnaît par la percussion et la compression qui font diminuer l'une en même temps qu'elles amollissent le volume de l'autre, ou lui imprime un élancement ondulatoire. Ce fait est surtout évident dans les hydarthroses simples et dans les épanchemens purulens aigus. Toutefois, dans les épanchemens purulens, des adhérences, des fausses membranes ou l'innervation des parties peuvent s'opposer à cette communication.

Ces quatre renflemens de la tumeur générale n'existent pas toujours sur le même malade; tantôt il y en a trois, d'autres fois deux seulement; les plus constans sont ceux qui se présentent au-dessus de l'olécrâne, sur les côtés du tendon du triceps; celui qui est en dehors de l'olécrâne derrière le radius est beaucoup plus fréquent que celui qui est en dedans de cette apophyse.

En résumé, les épanchemens qui se forment dans l'intérieur de l'articulation huméro-cubitale peuvent se traduire à l'extérieur par cinq saillies fluctuantes que, d'après leurs rapports et leur situation, je proposerais d'appeler:

1° Saillie sus-olécrânienne, celle située au-dessus et dans la cavité de ce nom.

2° Saillies brachiales: l'interne, sus-épitrochléenne; l'externe, sus-épicondylienne.

3° Saillies antibrachiales: l'interne, sous-épitrochléenne; l'externe, sous-épicondylienne, ou bien sous les noms de cubitale et de radiale, parce que la première répond au cubitus et la seconde au radius.

Dans une troisième période, la synoviale, après s'être déchirée ou éraillée par distension là où elle est le moins soutenue, ou bien après s'être ulcérée, on voit des épanchemens se former en dehors d'elle, soit dans le point où la perforation s'est opérée, ce qui constitue des abcès symptomatiques de la lésion du coude, soit dans une partie plus éloignée, et constitue tout à la fois des abcès symptomatiques et par congestion, dont nous allons vous entretenir dans un instant; mais occupons-nous de suite du diagnostic différentiel de ces épanchemens.

1° *L'hémorrhagie* inter-articulaire a lieu presque subitement après une violente entorse du coude, une luxation simple ou compliquée de la lésion d'un gros vaisseau, une fracture communiquant dans l'articulation, ou bien après de grands dégâts qui ont brisé et souvent même luxé les extrémités articulaires; les deux autres surviennent plus lentement à la suite d'une arthrite aiguë ou chronique, ou même sans cette affection; la cause et le développement sont donc différens. Très souvent, dans l'épanchement sanguin, il y a ecchymose autour de l'articulation: ce symptôme manque dans les deux autres; il n'acquiert pas ordinairement le même volume, à moins qu'il ne soit dû à la rupture d'une grosse artère ou à un broiement de l'articulation; les saillies antibrachiales sont moins prononcées que dans les autres épanchemens, ou même manquent entièrement, la synoviale et les ligamens n'ayant pas encore eu le temps de céder dans ces points.

2° *Hydarthrose.* Cette affection peut être produite par les mêmes causes que l'épanchement de pus; mais elle en diffère en ce qu'elle forme une tumeur en général plus volumineuse, molle, fluctuante dans tous ses points, peu ou pas douloureuse par la pression, la percussion, les mouvemens actifs ou passifs de l'articulation, par le défaut d'empâtement et d'inflammation dans les parties environnantes qui ont conservé, ainsi que la peau, leur teinte naturelle, par le peu de gêne des mouvemens articulaires qui ont conservé toute leur étendue; enfin l'hydarthrose ne s'ouvre que rarement d'elle-même et que fort tard, lorsque la distension des parties est très considérable. Mais, il faut le dire, tous ces signes différentiels que nous venons de rappeler n'existent que dans le principe de la maladie; plus tard, comme vous avez pu vous-mêmes vous en convaincre sur le malade couché dans la salle des hommes, les signes de l'hydarthrose et de la tumeur blanche du coude avec épanchement purulent, sont les mêmes; c'est qu'en effet, il arrive souvent que la première de ces deux affections précède l'autre et n'en est en quelque sorte que le premier degré.

3° *Epanchemens purulens.* A. les abcès métastatiques qui, dans l'infection purulente se développent dans l'articulation, sont le plus ordinairement méconnus: 1° parce que le plus souvent l'épanchement de pus n'est pas assez considérable pour faire une saillie sensible au dehors; 2° parce qu'il n'est pas rare de voir ces abcès se développer sans douleur et sans trouble des mouvemens de l'articulation. On soupçonnera leur existence, lorsque, chez un malade déjà atteint d'infection purulente et d'abcès métastatique dans d'autres parties du corps, il existera de la douleur et de la gêne dans les mouvemens du coude.

B. Les abcès idiopathiques sont précédés et accompagnés du symptôme d'une arthrite aiguë ou chronique; il y a une grande diminution ou une perte complète des mouvemens de l'articulation, douleurs plus ou moins vives quand on veut faire mouvoir cette partie d'une manière active ou passive. Le tissu cellulaire qui entoure l'article s'enflamme, s'engorge, ainsi que les parties environnantes, et un abcès indépendant de celui qui se développe dans l'articulation, peut se former dans les parties voisines: ce n'est pourtant pas là ce qui arrive le plus ordinairement. Dans la grande majorité des cas, lorsque la tumeur a acquis un certain volume, la membrane synoviale se ramollit, s'ulcère et un abcès vient se porter assez promptement vers la peau, au niveau de la perforation de la capsule synoviale. Un pus épais, crémeux, bien lié et mêlé à une certaine quantité de synovie s'en écoule, et l'on voit, au bout d'un temps en général assez court, la suppuration diminuer, et la fistule se cicatriser.

C. *Abcès symptomatiques des tumeurs blanches.* Nous avons déjà dit que, eu égard à la partie où les abcès se manifestent, ils peuvent être divisés en deux espèces, abcès symptomatiques simples et abcès symptomatiques et par congestion, occupons-nous des premiers:

Une fois la membrane synoviale déchirée ou ulcérée, le pus sort par la perforation de cette membrane, forme dans le point correspondant un abcès qui peu à peu s'approche de l'aponévrose d'enveloppe après avoir traversé l'une des portions charnues du triceps brachial ou l'un des muscles cubital ou anconé, ces deux derniers ne sont quelquefois que décollés, et le pus vient faire saillie vers un de leurs bords; ainsi, ai-je dit, vers l'aponévrose il finit, au bout d'un temps en général assez court, par la traverser et par venir former dans le tissu cellulaire une tumeur qui, dès le principe de son apparition dans cette couche organique, est molle, fluctuante dans toute son étendue, indolente, sans changement de couleur à la peau; de sorte qu'il s'est développé successivement trois foyers purulens communiquant les uns avec les autres, et dépendant tous de la même source; le premier dans l'articulation, le deuxième entre l'articulation et l'aponévrose d'enveloppe, le troisième dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre l'aponévrose et la peau. Ces abcès, qui correspondent à la perforation de la membrane synoviale, s'ouvrent habituellement à l'extérieur sur l'une des saillies que j'ai signalées en décrivant la tumeur générale que forment les épanchemens en arrière de l'articulation. Le deuxième abcès, ou renflement de la cavité puogénique, peut manquer; le pus de la synoviale s'est porté graduellement vers la peau par un trajet assez étroit; c'est ce qui a lieu lorsque la tumeur blanche a suivi une marche aiguë, et que les tissus qui entourent l'articulation sont enflammés, indurés, et ont contracté entre eux des adhérences. D'autres fois le pus, après s'être épanché dans les parties molles extra-articulaires peu ou pas enflammées, rencontre, de la part des faisceaux charnus musculaires et de l'aponévrose d'enveloppe, trop d'obstacles pour se porter en dehors vers l'un des points de la moitié postérieure de l'article; il fuse alors dans une partie plus ou moins éloignée, et forme les abcès symptomatiques et par congestion que j'ai mentionnés plus haut. Cette sorte de migration du pus n'a guère lieu que pour la partie humérale de la jointure; ce liquide se porte tantôt en haut et en dedans de l'articulation, tantôt en haut et en dehors, en passant entre la face postérieure de l'humérus et les faisceaux interne ou externe du triceps; là, en effet, ces bandes charnues ne sont que très lâchement unies à l'humérus par un tissu cellulaire mou et lamelleux qui se laisse décoller et détruire avec la plus grande facilité. Le pus peut même, sans détruire ce tissu, suivre le trajet des artères collatérales interne et externe qui rampent entre l'humérus et les vaisseaux musculaires du triceps, pour venir s'anastomoser au-dessus de l'olécrâne. Une fois qu'il est arrivé vers l'un des bords de l'humérus, il ne rencontre plus que de légers obstacles à son accumulation, et il forme un abcès situé sur un des côtés du bras, à un pouce ou un pouce et demi au-dessus de la tubérosité correspondante, où il pourrait être pris pour un abcès de toute autre nature.

Quant à la portion anti-brachiale de l'articulation, il arrive quelquefois que le pus, avant de manifester son existence par un abcès, fuse plus ou moins bas, en dedans, entre les muscles cubital antérieur et fléchisseur profond; en dehors, le long du bord externe du muscle anconé, jusqu'à l'extrémité inférieure de ce muscle.

Ces abcès par congestion pourraient être confondus avec d'autres collections purulentes; ceux du bras avec un abcès symptomatique d'une carie ou d'une nécrose de l'extrémité inférieure de l'humérus, mais plus particulièrement avec la carie d'un des bord de cet os à sa partie inférieure. Je possède un cas semblable que j'ai recueilli à l'hôpital Saint-Louis: la carie existait à deux pouces au-dessus de l'épicondyle, l'abcès siégeait à un pouce de cette tubérosité. Celui qui se manifeste si au-dessus de l'épitrochlée, pourrait être confondu avec un abcès ganglionnaire développé dans l'un des ganglions sus-cubitaux qui justement, dans les maladies dont nous parlons, sont très fréquemment engorgés et le siége d'une suppuration.

On évitera l'erreur en se rappelant que dans la carie comme dans l'abcès ganglionnaire l'articulation est saine, tandis que dans l'abcès articulaire elle est malade depuis long-temps. Si l'engorgement ganglionnaire existe avec les lésions articulaires dont il peut être une conséquence, il est beaucoup moins ancien qu'elle; enfin, la marche et le trajet que suivent ces

abcès symptomatiques et par congestion de la maladie de l'articulation diffèrent essentiellement de la marche et du trajet propres aux abcès non articulaires.

A l'avant bras, ces abcès symptomatiques de la lésion de l'articulation pourraient être pris pour un abcès froid ou pour un abcès symptomatique d'une carie ou d'une nécrose du radius ou du cubitus, mais plus particulièrement du cubitus, à cause de leur siége qui est plus rapproché de ce dernier os que du premier. La connaissance de la maladie articulaire, l'empâtement qui existe depuis long-temps en dedans et en dehors de l'olécrâne mettront sur la voie de l'origine de ces abcès.

Deux signes différentiels généraux existent entre les abcès qui viennent de l'article et ceux qui dépendent de la lésion des parties voisines :

1° Les premiers sont accompagnés de quelques-unes des saillies que j'ai signalées à la partie postérieure de l'articulation dans le cas d'épanchement articulaire ;

2° Ils sont susceptibles, sous la compression, d'une grande diminution ou d'une disparition complète ; en même temps qu'ils diminuent, on voit l'épanchement articulaire augmenter ces proportions, et les saillies brachiales et antibrachiales se tendre et devenir plus volumineuses ; la fluctuation leur est commune. Les abcès des maladies voisines de l'articulation existent sans les saillies précitées, ils ne sont pas susceptibles de diminution ou de disparition par la compression ; si, par un hasard tout particulier de coïncidence, ils existaient avec une maladie articulaire et étaient susceptibles de diminution, on ne verrait pas leur compression augmenter l'épanchement de l'article ni le volume des saillies particulières, et la fluctuation ne serait pas commune entre ces parties.

Il sera toujours facile de ne pas confondre ces abcès symptomatiques d'une maladie de l'article avec un abcès métastatique situé dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Une fois que ces collections purulentes se sont ouvertes spontanément ou ont été ouvertes par l'art, on peut soupçonner qu'elles communiquent dans l'articulation à la nature du liquide qui souvent est séreux et mêlé à de la synovie.

Dans un prochain article nous nous occuperons des analogies et des différences qui existent entre les épanchemens que nous venons d'étudier et ceux que l'on observe dans l'articulation tibio-fémorale. X.

FAITS DIVERS.

Oblitération spontanée et incomplète de l'artère axillaire; par M. Padon, médecin de l'armée prussienne.

Un soldat, après avoir éprouvé pendant quelques jours des douleurs au bras droit, fut atteint du typhus et conduit à l'hôpital le 16 juillet. La maladie, traitée par le calomélas à hautes doses, marcha d'une manière régulière et se termina par la guérison ; mais le 11 août, le sujet se plaignit d'avoir éprouvé de nouveau, dans le bras droit, des douleurs qui avaient été assez fortes pour troubler son sommeil, bien que, le matin, elles n'eussent laissé qu'un sentiment de pesanteur. On examina le membre avec soin, cependant on n'observa rien de particulier à l'extérieur. Les douleurs revinrent fréquemment ; il s'y joignit un sentiment d'engourdissement dans les doigts, et au bout de quelques jours il survint de la fièvre.

A cette époque, il se développa dans le creux de l'aisselle, précisément au point où l'artère axillaire se trouve entourée par les racines du nerf médian, une tumeur douloureuse, dure et de la grosseur d'un œuf de pigeon. En même temps les artères du bras gauche et les deux carotides présentèrent des pulsations extrêmement fortes, et laissèrent apercevoir un mouvement de frémissement ; au contraire, en examinant le bras droit au-dessous de la tumeur, les pulsations se trouvaient à peine perceptibles.

Des émissions sanguines locales, des frictions mercurielles et des applications de cataplasmes parvinrent à opérer la résolution de la tumeur. Néanmoins, le pouls disparut tout à fait au bras droit ; mais il devint plus fort au bras gauche et aux carotides. Alors apparurent alternativement des symptômes de congestion vers la tête, la poitrine et le ventre ; puis l'épaule et le côté externe du bras droit offrirent d'une manière très distincte des pulsations dans le trajet de plusieurs vaisseaux artériels ; à la fin, le pouls radial se rétablit facilement dans le même membre. Pendant ce temps, la fièvre augmenta, et finit par s'accompagner de sueurs nocturnes, de toux, de crachemens de sang, d'amaigrissement, et, le trente-unième jour après la première apparition de la tumeur, le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva les poumons à l'état normal ; le péricarde, contenait un demi-litre environ de sérosité ; le cœur était volumineux mais d'une structure régulière ; l'aorte ascendante et descendante, ainsi que les artères sous-clavières, n'offraient non plus rien d'anormal. L'artère axillaire droite, dans le point de son trajet où elle est entourée par le nerf médian, était oblitérée dans l'étendue de 4 centimètres à peu près, par un caillot sanguin qui paraissait adhérer intimement à la membrane interne du vaisseau ; au-dessous de cette partie, le calibre de l'artère était fortement rétréci, bien qu'il fût toujours perméable au sang ; d'ailleurs, les vaisseaux collatéraux étaient largement dilatés.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 7.)

Cas d'éclampsie guérie par le cyanure de zinc ; par M. le docteur Meissner, de Leipsig.

Une femme enceinte de cinq mois était atteinte d'éclampsie depuis cinq semaines. Au commencement de sa grossesse, elle avait été prise de forts vomissemens qui l'avaient beaucoup affaiblie et avaient considérablement augmenté son irritabilité déjà très développée naturellement : à la suite des vomissements étaient survenues de vives douleurs de reins.

Après avoir eu recours inutilement à l'opium et à d'autres agens thérapeutiques analogues pour combattre l'éclampsie, les accès furent d'abord diminués par l'emploi du cyanure de zinc ; mais comme ils reparaissaient encore régulièrement tous les matins, on associa le sulfate de quinine à ce médicament, et à l'aide de cette combinaison pharmaceutique, la guérison complète fut obtenue.

(*Schmidt's Iahrbuecher*, etc., 1842, n° 5.)

Chronique et Nouvelles.

Samedi dernier, les administrateurs des hôpitaux de Paris ont signé à l'Hôtel-de-Ville, leur abandonnement du procès contre les héritiers de madame la baronne de Feuchères. Par suite de ce désistement, les héritiers ont consenti à faire une donation aux pauvres de Paris.

— L'eau de Seltz manque quinze jours sur le mois dans la plupart des hôpitaux de Paris. On a peine à comprendre cette disette aujourd'hui, que les moyens de fabrication de cette boisson sont devenus si peu dispendieux que quelques fabricans peuvent la livrer au commerce au prix de dix centimes la bouteille, en réalisant un bénéfice raisonnable.

— Il y a quelques jours, c'était quelque chose de plus important qui manquait à la pharmacie de l'hôpital de la Charité, c'était la farine de graine de lin. Pendant deux jours il n'a pas été possible de faire de cataplasmes, et nous avons entendu un chef de service, qui nous en voudrait de trahir en le nommant sa généreuse action, prier la religieuse d'en acheter à ses frais.

— A l'épidémie de fièvres typhoïdes qui semble toucher à sa fin, a succédé une épidémie de fièvres éruptives qui atteint un bien plus grand nombre de personnes que la première. La scarlatine, les érysipèles, la rougeole et la variole sont aujourd'hui les maladies régnantes, celles du moins qu'on rencontre plus fréquemment que les autres. Les angines sont aussi fort nombreuses. Ces maladies sont, en général, jusqu'à présent bénignes.

— Dans un de nos derniers numéros, nous nous plaignions de la négligence du conseil municipal qui, malgré les incessantes réclamations des habitans des quartiers situés à l'est de la capitale, laissait subsister le dépôt de Montfaucon, source d'exhalaisons fétides. Nous devons réparation au conseil municipal ; car nous apprenons que, dans une de ses dernières séances, il a décidé que ce dépôt serait transporté, à partir du 1er janvier prochain, dans la forêt de Bondi. D'ici là, les immondices y seront même portées dès qu'un service de bateaux sera organisé à cet effet. Il reste une difficulté à régler encore ; c'est celle de savoir si les locaux actuels seront débarrassés d'ici à un an, ou bien seulement dans cinq années, comme le prétend la société en possession du privilége.

— La façade et les constructions de l'hôpital de la Charité qu'on élève sur la rue Jacob, seront terminées à la fin de la campagne. Ces constructions sont d'un style sévère très bien approprié à leur destination. Il faut espérer qu'on trouvera dans leurs dépendances des logemens un peu plus sains et convenables pour les élèves internes, dont l'habitation actuelle est déplorable et tombe en ruines.

— Au n° 25 de la salle Saint-Michel, service de M. Rayer, à la Charité, est couché un jeune garçon atteint de chlorose. Les observations de cette maladie sur les hommes étant assez rares, il peut être utile de signaler ce fait.

— Il y a en France 1,329 hôpitaux et hospices secourant 152,830 malades et indigens.

6,275 bureaux de charité secourant 695,932 indigens.

Il n'y a en France que 15 écoles de sourds-muets.

Enfin on compte dans ce pays environ 20,000 aveugles.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 30 AOUT 1842. (15e ANNÉE.) N° 103, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. HONORÉ.

Note sur trois cas de suette ; par M. MARROTTE.

Il existe en ce moment à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Honoré, trois malades offrant l'ensemble des symptômes donnés comme caractéristiques de *la suette* par les médecins qui ont observé des épidémies de cette maladie. Ces trois malades sont-ils les seuls qui se soient présentés à notre observation cette année ? nous n'oserions l'affirmer : il est fort possible que quelques faits semblables soient passés inaperçus au milieu de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant les trois derniers mois, M. Honoré n'ayant pu donner à ses malades que des soins passagers et interrompus pendant la durée du concours du Bureau central. Cette supposition acquiert de nouvelles probabilités si l'on considère que, pendant quelques jours, nous avons cru atteints de la fièvre typhoïde, présentant comme particularité des sueurs abondantes, deux des malades dont nous voulons vous entretenir. Peut être faudrait-il en accuser aussi cette circonstance importante, que la suette est si rare à Paris, que M. Honoré ne l'y a pas observée pendant le cours de sa longue pratique, et que M. Rayer, qui la connaît bien, puisqu'il l'a observée et décrite, ne l'y a jamais vue.

Nous avons été surpris par l'apparition de cette affection : c'est pourquoi nous n'avons pas recueilli avec tous les détails désirables les trois faits sur lesquels nous avons l'intention de présenter une note et non pas un mémoire. Notre but, en publiant ces observations, tout incomplètes qu'elles sont, est d'éveiller l'attention de nos confrères, afin qu'ils ne laissent pas échapper les faits analogues qui pourront se rencontrer soit dans les hôpitaux, soit en ville. Si des faits nouveaux, recueillis par d'autres, venaient s'ajouter aux nôtres, non-seulement ils viendraient démontrer l'existence de la suette à Paris cette année, mais ils détruiraient cette idée commune à la pluralité des médecins de la capitale, que cette maladie ne s'y observe jamais ; et peut-être alors arriverait-il pour la suette ce qui est arrivé pour d'autres maladies, qui ont passé inaperçues tant qu'on n'a pas soupçonné leur existence ; peut-être rencontrerait-on tous les ans à Paris des cas de suette, que l'on prend pour des sueurs ou des éruptions de sudamina, symptomatiques de maladies aiguës.

Première observation. — Le premier malade, dont je vais esquisser l'observation, est couché au n° 51 de la salle Saint-Lazare : c'est un homme âgé de vingt-trois ans, bien constitué, d'une grande taille, garde-magasin chez un papetier, rue Saint-Magloire. Entré le 29 juillet dernier, il était dans un état d'accablement profond, se plaignant de mal de tête, de lassitude générale, de soif vive ; il retombait dans l'assoupissement, dès qu'on avait cessé de s'occuper de lui. Sa peau était chaude, son pouls fréquent ; sa langue et ses dents fuligineuses. Il n'avait pas de dévoiement, pas de gargouillement dans la fosse iliaque ; je ferai même remarquer dès à présent, que pendant tout le cours de sa maladie il n'a eu de garde-robes qu'après l'administration de purgatifs. Il n'y avait pas de taches lenticulaires. La peau, quoique très chaude, ne présentait ni sécheresse, ni chaleur mordicante ; elle était au contraire halitueuse. Il se plaignait aussi d'un malaise, d'une anxiété épigastrique, qui engagèrent à administrer un éméto-cathartique.

Cet état datait de trois jours. Après plusieurs jours d'un malaise général et d'une perte d'appétit, assez peu prononcés pour lui permettre de continuer ses travaux, il avait été pris tout à coup, au milieu du jour, de céphalalgie, d'accablement profond, sans frisson marqué, sans diarrhée, qui l'avaient forcé à s'aliter de suite ; sa peau s'était en même temps couverte d'une sueur modérée, mais continuelle.

Pendant deux ou trois jours, le malade resta dans l'état que nous venons de décrire, sans qu'une saignée pratiquée en ville ait amélioré son état. Mais alors les symptômes prirent tous de l'intensité ; l'accablement et la somnolence furent plus marqués, sans que cependant le malade ait jamais cessé de répondre nettement à nos questions. Deux phénomènes se firent surtout remarquer, les sueurs et l'oppression. En même temps que les sueurs devinrent ruisselantes, continuelles, que la chaleur de la peau augmenta, que le pouls prit plus de force et plus de fréquence, l'oppression devint gênante ; elle s'accompagna de toux et d'expectoration muqueuse, et l'auscultation découvrit des râles muqueux abondans dans toute l'étendue des bronches.

Cet ensemble de symptômes a persisté avec toute intensité, dix à douze jours environ ; au bout de ce temps, l'état du malade s'améliora, et il en eut la conscience comme il avait eu celle de son accablement. Cet amendement parut favorisé par un changement de lieu ; primitivement placé dans un lit supplémentaire et dans un des points les moins aérés de la salle, le malade fut transporté dans un lieu mieux ventilé, et, sous l'influence d'un air plus frais, les sueurs ont diminué, la langue est devenue molle, humide et simplement saburrale ; les dents se sont nettoyées ; la soif est devenue moins vive.

Aujourd'hui, 25 août, l'état du malade est vraiment satisfaisant ; quoique sa peau reste moite dans les régions où elle est fine et perspirable ; on observe çà et là derrière le cou et sur les côtés, sur le devant de la poitrine, au creux épigastrique, quelques vésicules, les unes pleines d'une sérosité lactescente et entourées d'une légère auréole rouge, les autres consistant en de petites phlyctènes pleines d'une sérosité transparente.

Malgré le passage rapide de la maladie à la convalescence, le malade n'est pas tourmenté par la faim et il ne trouve pas encore de goût aux alimens.

Deuxième observation. — Le deuxième malade, âgé de trente ans, imprimeur, demeurant rue Neuve-Ménilmontant, est entré le 13 août. — Depuis douze jours il éprouvait chaque soir un mouvement fébrile ; il avait le corps brûlant, éprouvait de la soif et avait une propension constante au sommeil ; il se sentait aussi peu d'appétit. Outre ces symptômes, il se plaignit, en entrant, d'une douleur locale dans le genou droit, qui était, en effet, le siége d'un épanchement, ce qu'il attribuait à l'imprudence qu'il avait commise de coucher sur son lit, même sans chemise, pendant les grandes chaleurs.

Cet homme a 6 pieds 1 pouce ; il paraît bien constitué et n'est jamais malade. Depuis son entrée, sa fièvre est devenue continue et a augmenté ; sa peau est couverte d'une moiteur générale et continuelle, qui est devenue une véritable sueur. Il n'a pas tardé à se plaindre de céphalalgie et d'une douleur de côté à gauche, douleur peu intense, en même temps qu'il accusait de l'anxiété épigastrique et de l'oppression.

Après cinq à six jours, cette anxiété et cette oppression ont pris une intensité pénible ; de la toux, de l'expectoration, se sont jointes aux autres symptômes, et l'auscultation a permis de reconnaître l'existence de râles muqueux dans toute la poitrine. En même temps, les sueurs ont considérablement augmenté, ainsi que la chaleur de la peau, que la dureté et la fréquence du pouls. Le ventre s'est ballonné ; la langue est devenue fortement saburrale ; il y avait accablement profond, tendance continuelle au sommeil. Les parties latérales et postérieures du col sont devenues le siége d'une éruption de papules rouges, élevées, irrégulièrement disposées, qui donnaient à la peau un aspect chagriné. Elles ont successivement gagné le visage, mais surtout le tronc, qui en était couvert. Ces papules n'ont pas tardé (deux à trois jours), à être surmontées de vésicules transparentes, qui ont pris ensuite une teinte lactescente. Plus tard, et successivement, des sudamina, la plupart phlycénoïdes, ont comblé les intervalles qui existaient entre les papules, de sorte que la peau était criblée, pour ainsi dire, par ces deux espèces d'éruption, surtout dans les points fins et perspirables ou privés du contact de l'air, tels que le dos. Les membres n'en ont pas présenté de traces.

A mesure que l'éruption a pris du développement, et après quelques jours de sa durée, l'oppression, l'accablement, ont paru diminuer, le malade conservant cependant toujours une certaine tendance à l'assoupissement. Le pouls est devenu plus mou et un peu rebondissant. Le ventre s'est distendu sans qu'il y ait eu aucune selle spontanée. Toutes les fois que le malade a eu des garderobes, c'est après avoir pris de l'huile de ricin (deux fois), ou de l'eau de Sedlitz (une fois).

Nous n'avons jamais observé chez lui d'épistaxis ni de taches rosées. Alors qu'il paraissait le plus accablé, il a conservé l'intégrité de ses facultés intellectuelles ; ses réponses ont été nettes et précises. Aujourd'hui, 25 août, il est dans un état satisfaisant ; l'éruption se flétrit, les forces reviennent, le sommeil est bon, et ce passage de la maladie à la convalescence a été franc et rapide. Le malade prend avec plaisir quelques alimens, mais il n'est pas dévoré du besoin de manger.

Troisième observation. — Notre troisième malade a vingt-quatre ans ; il est charretier, mais il n'est pas de Paris ; il habite Noisy-le-Sec. Il était le seul individu malade à l'époque où il a quitté son pays. Depuis quelque temps il ressentait du malaise, de la perte d'appétit, de la lassitude, symptômes pour lesquels on lui pratiqua une saignée, qui n'apporta aucune amélioration à son état. Il voulut alors user d'un autre remède : il but plus que de raison ; mais loin de retrouver des forces, il fut pris de céphalalgie, de vomissemens, de diarrhée et de sueurs, et se mit au lit, vaincu par l'accablement.

Il passa huit jours dans un état de maladie sur lequel nous avons peu de renseignemens, mais caractérisé par des sueurs, comme il n'a cessé de l'affirmer depuis que son état s'est amélioré.

Lorsqu'il est entré (16 août), il était dans un accablement profond, son visage exprimait la stupeur, sa langue et ses dents étaient couvertes de fuliginosités, les sueurs étaient générales et continuelles, le ventre ballonné, la soif vive. Il est resté plusieurs jours dans cet état, répondant difficilement à nos questions. Il y a eu rétention d'urine ; la sonde a donné issue à un plein bassin d'une urine claire. Pas d'épistaxis, pas d'éruption typhoïde, selles rares, jamais involontaires et souvent provoquées par des purgatifs. La rétention d'urine ne s'est pas renouvelée.

Après sept à huit jours, cet état s'est amélioré, la stupeur a diminué, la langue s'est humectée ; les réponses, toujours lentes sont aussi précises que le permet l'intelligence naturellement obtuse du malade. Les sueurs ont diminué, mais cette diminution est devenue notable dès que le malade a été placé dans un point de la salle mieux ventilé ; elles n'ont pas cependant encore entièrement cessé. Le pouls a perdu sa fréquence et sa dureté ; il est plus large, plus ondulant.

L'amélioration a été remarquable par sa rapidité comme dans les cas précédens ; la faim ne se fait pas non plus sentir avec force ; le malade a refusé du vin. Enfin, comme les deux malades précédens, il n'est pas aussi profondément amaigri que cela s'observe sur le déclin de la fièvre typhoïde, mais il paraît plus affaibli.

— Il existe enfin dans la salle des femmes une malade dont l'affection a une grande analogie avec les observations que nous venons de relater ; mais comme elle a été moins bien observée, comme notre manière de voir est moins arrêtée sur son état, nous n'en parlerons ici que pour mémoire.

Après avoir exposé, aussi complètement que possible, les trois observations qui font l'objet de cette note, nous essayerons de justifier notre diagnostic par deux genres de preuves, les unes positives, les autres négatives ; c'est-à-dire qu'après avoir cherché à mettre en lumière les signes qui caractérisent directement la suette, nous essayerons ensuite de démontrer qu'il n'a pas existé chez nos malades de symptômes que l'on puisse rapporter à d'autres maladies et qui permettent de regarder la suette comme symptomatique.

Et d'abord, rencontrons-nous chez nos trois malades un ensemble de phénomènes qui caractérisent la suette ?

Tous trois, après quelques jours de malaise et d'inappétence, sont pris tout à coup de céphalalgie, d'abattement considérable avec fièvre, de soif vive, qui les forcent à s'aliter ; invasion subite ordinaire dans la suette. Joignez à cela des sueurs qui accompagnent dès le début les autres sympômes ou qui ne tardent pas à s'y joindre, de l'anxiété épigastrique et une lassitude générale.

Après cinq à sept jours de maladie, on observe une véritable exacerbation des symptômes, c'est alors que les sueurs deviennent véritablement profuses et ne cessent de couler avec la même abondance la nuit et le jour. C'est alors que l'abattement des forces, la somnolence, signalés par les auteurs comme plus particuliers à cette période, se sont montrés dans toute leur intensité. C'est à cette époque que s'est manifestée chez notre second malade une éruption analogue à celles qu'ont décrites Tessier (épidémie d'Hardevilliers, 1773, et M. Rayer, épidémie de 1821). Si cette éruption a pour ainsi dire manqué chez les deux autres (car c'est à peine s'il faut tenir compte des rares vésicules que nous avons observées), il ne faut pas oublier qu'on l'a toujours regardée comme moins constante que les sueurs ; je ferai remarquer encore que, chez nos trois malades, ni les sueurs, ni l'éruption, n'ont eu le caractère véritablement critique : les symptômes ont conservé pendant huit à dix jours au moins toute leur gravité.

Deux symptômes importans à signaler ont pris une nouvelle intensité en même temps que les sueurs ; ce sont l'anxiété épigastrique et l'oppression, qui ont signalé le développement de l'exanthème sur l'estomac et les bronches. Or, cette anxiété et cette oppression ont été données, réunies aux sueurs, comme des signes caractéristiques de la suette.

Enfin, les symptômes n'ont commencé à s'amender que deux septenaires au moins à dater de l'invasion, et les sueurs constituaient encore un des phénomènes principaux à la fin de la troisième semaine ; circonstance notée par tous les médecins qui ont observé la suette, tels que Tessier, MM. Rayer et Ménière.

Nous noterons encore l'influence heureuse exercée par une ventilation plus parfaite, sur la diminution des sueurs et la rapidité avec laquelle les malades ont passé d'un état grave à la convalescence.

Nos observations sont trop peu nombreuses pour que nous essayions de compléter par des détails ce diagnostic, qui nous semble d'ailleurs justifié par la nature, la durée et la marche des symptômes principaux ; aussi essayerons-nous maintenant de démontrer qu'ils ne sont pas sous la dépendance d'une autre maladie.

Nous rejetterons tout d'abord l'idée d'une fièvre intermittente. L'absence de frisson, de rémission évidente et revenant d'une manière périodique, la continuité des sueurs, l'aspect du malade, tout repousse l'existence de cette maladie. J'en dirai autant du rhumatisme. Si un de nos malades a présenté un épanchement du genou et quelques autres symptômes rhumatismaux, ces phénomènes, loin d'acquérir une intensité qui soit en rapport avec les symptômes généraux, comme cela a

lieu dans la fièvre rhumatismale, ces phénomènes locaux, dis-je, se sont perdus au milieu de la maladie générale et ont disparu pendant sa durée : d'ailleurs, rien de semblable n'a été observé chez les deux autres malades.

La seule maladie dont l'existence possible mérite d'être discutée, est la fièvre typhoïde, la seule affection avec laquelle M. Honoré ait confondu la suette pendant les premiers jours. Or, tout nous semble devoir faire rejeter l'existence de cette dernière maladie.

En effet, si nos malades ont présenté pendant quelques jours des prodrômes, comme cela s'observe fréquemment dans la fièvre typhoïde; parmi ces prodrômes, n'ont figuré ni la diarrhée, ni la céphalalgie; mais ce qui différencie encore plus la fièvre typhoïde de la suette, c'est que la première se caractérise aussi souvent par l'augmentation successive de ces symptômes que par une invasion subite; et que, lors même qu'après quelques prodrômes, certains symptômes, tels que frissons, vomissemens, etc, en marquent le début, ce début est moins rapide, moins tranché que dans la suette. Mais il est rare que la céphalalgie, et surtout l'accablement profond, soient aussi très prononcés dès le début; il est rare aussi que les dents et la langue deviennent rapidement fuligineuses, que la somnolence soit aussi prononcée dès les premiers jours, à moins que tous ces phénomènes n'annoncent une fièvre typhoïde des plus graves. Or, le cours des maladies que nous avons observées ne justifie pas cette manière de voir. Du reste, ici encore a manqué un phénomène qui a une toute autre importance, la diarrhée, tandis que nous voyons apparaître les sueurs, qui ne s'observent qu'à une époque plus avancée de la fièvre typhoïde.

Le premier septenaire s'est passé sans que des épistaxis, des taches lenticulaires, sans que la diarrhée surtout, vinssent confirmer l'idée du typhus.

Le ballonnement du ventre n'a pas été accompagné de gargouillement; il n'a pas été en rapport avec l'état d'accablement profond et de somnolence que nous avons signalé. Le pouls, quoique dur et fréquent, n'a jamais présenté ni la petitesse, ni la fréquence qui lui sont ordinaires dans la fièvre typhoïde, et qui accompagnent ordinairement l'état adynamique.

Si les phénomènes des deux premiers septenaires avaient été symptomatiques du typhus, ils auraient été liés à des lésions profondes de l'intestin qui n'eussent pas permis une guérison si prompte et surtout un passage si rapide et si tranché de la maladie confirmée à la convalescence. La diarrhée se serait manifestée, et surtout elle aurait persisté, après l'amélioration des symptômes généraux.

Nous ferons remarquer encore que deux de nos malades ont conservé toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, lors même que la stupeur paraissait la plus prononcée, et qu'il a toujours été facile de les tirer de leur état de somnolence. Le troisième n'est resté que trois jours au plus plongé dans un état comateux.

Quoique nos malades soient faibles et gardent l'empreinte d'une maladie sérieuse, ils ne sont pas aussi profondément amaigris qu'on l'est ordinairement à la fin d'une fièvre typhoïde.

Enfin, quoiqu'en pleine convalescence, nos malades ne sont pas poursuivis par cette faim dévorante qui tourmente pendant les premiers temps les malades qui ont eu des fièvres continues. L'un d'eux se contente de bouillons et refuse du vin ; les deux autres n'ont que des potages et une tasse de vin.

Je termine ici cette note, qui n'a eu pour but que de signaler l'existence d'une maladie rare, on pourrait même dire inconnue à Paris, et d'exciter mes confrères à la recherche de faits semblables, s'il en existe en ce moment. Dans le cas où de nouvelles observations de suette s'offriraient à moi, je tâcherai de les étudier avec plus de soin que les faits précédens, et je vous demanderai la permission d'en faire part à vos lecteurs.

MARROTTE,
Médecin du Bureau central.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Leçons sur l'éclampsie des femmes enceintes et accouchées.— De l'attaque d'éclampsie. Phénomènes constituant l'attaque.

(Deuxième article.)

L'attaque d'éclampsie consiste dans des mouvemens désordonnés d'une des parties ou de toutes les parties du corps. La tête se renverse en arrière, la bouche est entr'ouverte, et la langue, en quelque sorte repoussée hors de la bouche, est pendante au dehors ; les avant bras sont fortement étendus, et les poignets fléchis sur les avant-bras, le pouce renfermé dans les autres doigts ; les extrémités inférieures sont également étendues, la jambe étendue sur la cuisse, le pied sur la jambe et les orteils fléchis ; le tronc est renversé en arrière, au point quelquefois que le corps ne semble reposer sur le lit que par ses deux extrémités, l'occiput et les talons ; le tronc est quelquefois fléchi ou incliné comme la tête, mais presque toujours en sens opposé avec l'inclinaison de cette dernière ; les paupières sont livrées à des mouvemens rapides ainsi que les lèvres, ce qui donne l'apparence d'un marmottement continuel. Les mouvemens des extrémités sont peu étendus ; c'est plutôt un tremblement que de véritables mouvemens.

Ces convulsions diffèrent beaucoup en cela des convulsions hystériques qui, comme chacun le sait, consistent dans des mouvemens désordonnés, étendus et énergiques. Pendant que ces convulsions générales ont lieu les paupières et les lèvres sont tirées en dehors, il se fait un rapprochement tétanique lent des mâchoires, bientôt suivi d'un rapprochement brusque pendant lequel la langue est ordinairement serrée entre les dents.

Pendant que le corps est ainsi en proie à une agitation convulsive générale, il se passe des modifications importantes dans les principales fonctions. La respiration est rapide, saccadée, et par instans suspendue ; elle offre en outre un caractère particulier : c'est une respiration suspirieuse extrêmement bruyante, et tellement caractéristique qu'on la reconnaît à distance quand on l'a une fois entendue. Ce bruit particulier de la respiration paraît dû à ce que l'air est violemment rejeté avant d'arriver dans l'arrière-gorge. La circulation est très irrégulière ; les pulsations sont si faibles et si désordonnées qu'il y a par instans une véritable suspension des battemens du cœur. La circulation et la respiration reprennent par degré leur rythme habituel à mesure que l'attaque se dissipe.

On a dit que les digestions étaient troublées, que les alimens étaient violemment rejetés pendant l'accès. Je n'ai pas vu les vomissemens avoir lieu pendant l'attaque même, mais je les ai vu souvent précéder l'attaque. On a dit aussi que les malades avaient des déjections fécales involontaires pendant l'attaque : j'ai vu généralement ces déjections involontaires n'avoir lieu qu'après l'attaque ; il en est de même pour les urines.

L'attaque cesse au bout d'un temps plus ou moins long. La cessation de l'attaque est annoncée par des phénomènes particuliers : les secousses convulsives se ralentissent, mais elles deviennent en même temps plus violentes ; les dernières sont plus éloignées, plus lentes et plus fortes.

Phénomènes consécutifs à l'attaque. — Les phénomènes consécutifs à l'attaque sont la stupeur, une résolution à peu près complète des membres. La stupeur est le phénomène qui frappe tout d'abord l'attention. Les muscles du tronc sont également dans un état de résolution. Si l'on examine avec attention le globe abdominal, on remarque qu'il est un peu incliné latéralement, ce qui dépend sans doute de ce que les parois de l'abdomen participent à la résolution musculaire.

Un autre caractère de la période de stupeur, c'est la perte momentanée de l'intelligence et des facultés sensoriales. La perte de la sensibilité n'est pas complète, le malade conserve la conscience de la douleur, qu'il ne rapporte pas à tel ou tel siége, mais qu'il exprime par un mouvement général et une sorte de grognement. Quant aux sens et à l'intelligence, ils sont tout à fait abolis. L'état de somnolence dans lequel le malade est plongé est accompagné d'un ronflement ressemblant assez à celui du sommeil naturel ou bien au ronflement des apoplectiques ; les paupières sont entr'ouvertes, les pupilles contractées. Il existe de petites exceptions à la résolution générale ; au milieu du relâchement général de tous les muscles, les masséters restent contractés, les mâchoires restent rapprochées et serrées l'une contre l'autre, à tel point qu'on ne peut les écarter qu'avec d'assez grands efforts et en provoquant de la douleur. Quelquefois, au lieu d'une résolution on trouve une certaine raideur dans les membres, raideur analogue à la rigidité cadavérique, avec ce caractère particulier que cette raideur une fois surmontée, est remplacée par une résolution complète. Pendant cette période, on voit de temps en temps les paupières, les muscles temporaux et masséters, quelquefois aussi les membres, agités de petits mouvemens convulsifs.

Durée de l'attaque. — La durée de l'attaque est variable ; en général, l'accès convulsif ou l'attaque proprement dite ne dure pas plus de trois à quatre minutes ; on leur assigne quelquefois une durée plus grande : je ne conteste pas que, dans quelques cas, l'accès ne puisse durer cinq ou même dix minutes ; mais qu'il dure une heure ou plus, une journée tout entière même, comme l'ont dit quelques auteurs, je ne saurais l'admettre : c'est une erreur qui résulte sans doute de la confusion que l'on aura faite de l'attaque véritable avec les phénomènes consécutifs qui peuvent avoir une durée même plus prolongée.

La durée de la période de stupeur est très variable ; elle est en général proportionnelle à l'intensité de l'attaque qui l'a précédée. La stupeur qui suit un premier accès dure rarement plus long-temps que l'accès lui-même, mais celle qui survient à la suite de plusieurs accès peut avoir une durée beaucoup plus grande.

Lorsque l'accès cesse complètement, la malade fait quelques mouvemens, sa physionomie exprime l'étonnement, la surprise ; elle n'a nulle conscience de ce qu'elle vient d'éprouver, pas plus de l'attaque que de ce qui l'a immédiatement précédée ; elle croit seulement avoir eu une syncope. Lorsque un accès d'éclampsie survient pendant le cours de la grossesse, il est bien rare qu'il ne se renouvelle pas. C'est ordinairement le commencement d'une série d'attaques qui se succéderont de plus en plus rapidement ; la stupeur suit le premier accès, et à mesure que les attaques se multiplient, elles sont en général plus courtes, mais la stupeur dure plus long-temps et finit par occuper tous les intervalles compris entre les accès.

Terminaison. — Le retour à la santé peut avoir lieu d'une manière prompte ou lente. La femme peut revenir à la santé après quelques attaques légères et après une stupeur d'une plus ou moins longue durée. Le retour à la santé est plus ou moins probable suivant l'intensité des attaques.

L'éclampsie peut se terminer par la mort. Cette terminaison n'est malheureusement pas très rare. La mort peut survenir quelquefois pendant l'accès même, quelquefois pendant la période de la stupeur, comme par une sorte d'épuisement. D'autres fois elle est le résultat de quelque trouble profond survenu dans la respiration, par exemple (asphyxie lente) ; d'autres fois la mort résulte de ruptures de l'utérus qui ont pu être révélées dans quelques cas par l'autopsie ; peut-être ces ruptures ont-elles précédé les attaques : on ne peut rien affirmer à cet égard. D'autres fois enfin la mort peut être déterminée par une véritable apoplexie.

Une des conséquences assez communes de l'éclampsie est la perte de la mémoire ; cette perte de mémoire n'est pas en général durable ; elle n'est que momentanée. Dans quelques cas elle présente quelques particularités remarquables, telles que l'oubli d'une seule chose ou une amnésie portant sur un seul objet ou un seul ordre d'idées. M. Dubois a vu une femme qui avait perdu le souvenir des lieux. Quelquefois on voit survenir une aliénation mentale consécutive à des attaques fréquentes d'éclampsie ; d'autres fois c'est l'épilepsie qui prend la place de l'éclampsie : il y a, du reste, entre ces deux affections un point de contact qui n'a pas été méconnu. Une des conséquences les plus fréquentes de l'éclampsie, c'est une disposition malheureuse aux inflammations ; cette disposition est surtout remarquable dans les hôpitaux, où l'on observe très fréquemment des péritonites à la suite de ces accès.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est grave pour la mère et pour l'enfant. La mort de l'enfant est, en effet, une conséquence fréquente de l'éclampsie. Le danger est d'autant plus grand pour l'enfant que les attaques sont plus violentes et plus fréquemment répétées. La mort est moins à craindre lorsque les attaques sont courtes et peu répétées. Les enfans nés de femmes éclamptiques viennent ordinairement au monde avec les symptômes d'une congestion cérébrale ; ils se trouvent dans les mêmes conditions que les enfans qui naissent avec une compression du cordon ; ils sont en général exposés à périr peu de jours après leur naissance. Quelquefois ils éprouvent, peu de temps après leur naissance, des convulsions auxquelles ils succombent.

Le pronostic, avons-nous dit, est grave pour la mère ; mais cette gravité est plus ou moins grande suivant certains cas. Par exemple, on a dit que chez les femmes qui avaient eu auparavant des convulsions d'une autre nature, le pronostic de l'éclampsie était moins grave. L'observation ne m'a pas permis de confirmer l'exactitude de cette assertion. L'infiltration aggrave le pronostic. Les inflammations ajoutent aussi à la gravité de l'éclampsie, surtout dans les hôpitaux ; il y a à cet égard une grande disproportion entre les résultats de la pratique civile et celle des hôpitaux. Le pronostic est enfin en raison de l'époque plus ou moins avancée de la grossesse. Il est naturel que l'affection sera plus grave lorsque l'éclampsie se déclarera à une époque moins avancée de la grossesse, puisque les attaques auront en général une durée aussi longue que la grossesse elle-même; l'éclampsie qui se déclarera pendant le cours de la grossesse sera donc beaucoup plus grave que celle qui surviendra pendant le travail, et le pronostic en sera d'autant plus fâcheux qu'elle se montrera à une époque plus éloignée du terme.

Quant aux attaques qui viennent après l'accouchement, les auteurs sont indécis sur leur degré de gravité; les uns disent qu'elles sont plus graves que celles qui surviennent pendant le travail, d'autres émettent une opinion contraire. Je ne prendrai pas de parti entre ces opinions opposées; je considère cette question comme non actuellement décidée. Le pronostic de l'éclampsie, enfin, sera d'autant plus grave que la période de la stupeur qui succède aux accès sera plus longue; car c'est presque toujours dans la stupeur que succombent les femmes atteintes d'éclampsie.

Lésions anatomiques. — Quels sont les désordres anatomiques propres à l'éclampsie ? A la vue des phénomènes nerveux et des symptômes cérébraux apoplectiformes si intenses qui constituent une attaque d'éclampsie, on croirait devoir trouver des lésions anatomiques considérables dans les centres nerveux ; il n'en est rien cependant. Dans l'immense majorité des cas, on ne trouve absolument aucune lésion. Dans quelques cas, on trouve des altérations dans les centres nerveux ; mais il faut distinguer à cet égard si les femmes ont succombé pendant l'attaque même, ou bien pendant la période de rémission qui suit une attaque.

Lorsque les femmes succombent pendant l'attaque, on doit s'attendre à trouver une lésion que chacun de vous pressent aisément ; c'est un état de turgescence du système vasculaire cérébral. Mais cette lésion est indépendante de la cause de l'éclampsie ; ce n'est point une lésion essentiellement liée à cette affection, c'est une lésion accidentelle produite par l'attaque, mais ne la produisant pas.

Chez les femmes qui succombent après l'attaque, on ne trouve plus cette turgescence, ces congestions sanguines accidentelles et momentanées. On trouve quelquefois cependant, à cette époque, des épanchemens ; ces épanchemens se trouvent surtout dans les cas où les attaques ont été suivies de paralysie, non cependant que la paralysie indique toujours l'existence d'un épanchement. Il est des cas, au contraire, où les fonctions du cerveau ont été anéanties, sans que l'on trouvât à l'autopsie aucune lésion matérielle. Il n'est même pas impossible que dans des cas de ce genre la paralysie fût permanente, sans que la cause en soit révélée par l'autopsie.

Ce que je viens de dire sur l'absence de lésions anatomiques propres à l'éclampsie, ou le défaut de relation de ces lésions avec la nature des accidens qui caractérisent cette maladie, paraîtra contradictoire avec ce que disent la plupart des auteurs modernes, et notamment M. Velpeau ; mais ces auteurs me paraissent avoir confondu des faits différens, et avoir réuni avec des attaques d'éclampsie des apoplexies cérébrales précédées de convulsions.

Influence de l'éclampsie sur l'accouchement. — Il est intéressant de voir comment se comportent la grossesse et le travail sous l'influence des attaques d'éclampsie. Nous aurons à examiner des conséquences différentes. Premièrement, il est possible que l'éclampsie ne soit que temporaire ; qu'elle cesse spontanément pendant le cours de la grossesse. Les faits de ce genre sont rares ; il en a été observé néanmoins. Les convulsions éclamptiques peuvent produire l'avortement d'une manière directe, ou bien donner lieu à la mort de l'enfant, et occasionner par suite un accouchement prématuré ; il est rare, en effet, que les convulsions éclamptiques, lorsqu'elles surviennent au terme de la grossesse, ne précipitent pas le travail, qu'elles ne produisent pas la contraction prématurée de l'utérus, la dilatation et l'ouverture de l'orifice. Le travail, dans ce cas, a lieu non seulement plus tôt qu'à l'ordinaire, mais il est surtout plus rapide. Une autre circonstance particulière à l'éclampsie, c'est que l'accouchement se fait, chez les femmes qui sont en proie à cette affection, à leur insu et

sans qu'elles en aient conscience ; elles ne paraissent ressentir aucune douleur, ou bien si elles les ressentent, elles ne l'expriment que par un grognement sourd qui seul peut avertir les spectateurs de ce qui se passe. Le plus souvent on n'en est prévenu par aucun signe, par aucune manifestation de la part de la malade, et ce n'est que par hasard, lorsqu'on la découvre pour la panser ou lui donner des soins, qu'on s'aperçoit qu'elle a accouché, le plus ordinairement d'un enfant mort. Les muscles de la vie organique ne participent point à la résolution des muscles de la vie animale, ce qui explique en partie cette facilité avec laquelle se fait le travail ; en effet, l'utérus, comme tous les muscles de la vie organique, se contracte, tandis que les muscles du périnée en état de résolution n'opposent aucune résistance.

Le travail à son tour influe sur l'éclampsie, chaque douleur expulsive pouvant rappeler une convulsion.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Vidal.

Blennorrhagie avec hématurie.

Les antiblennorrhagiques, dit M. Vidal, quels qu'ils soient, directs ou indirects sont pris parmi les irritans, et il n'est plus permis aujourd'hui d'en nier les bons effets; mais ces moyens, par cela même qu'ils sont héroïques, comme le disent les pathologistes, peuvent avoir des inconvéniens graves si leur application est mal faite ou intempestive. Il est certain que quelques doses de copahu ou de poivre cubèbe, que la coloquinte, et même la poudre à canon délayée, et dont le peuple, les militaires surtout, font quelquefois usage, que des injections irritantes et surtout légèrement caustiques, peuvent faire disparaître très rapidement une chaude-pisse, et cela pour toujours. La pratique de cet hôpital en fournit journellement la preuve ; et ce sont là, du reste, des faits que personne ne révoque en doute.

Mais on doit savoir aussi que quand ces moyens n'ont pas réussi, ils donnent lieu à des inflammations plus vives de l'urètre, à l'extension de ces inflammations au col de la vessie, à la vessie elle-même, inflammations qui peuvent se propager plus loin encore. C'est alors que les antiphlogistiques, trop préconisés par les uns, trop dédaignés par les autres, obtiennent quelquefois de beaux et prompts résultats.

Depuis quelque temps, je me suis attaché à admettre dans notre service des maladies de l'urètre et des autres parties de l'appareil urinaire, dont la cause peut être attribuée à une médication mal dirigée de la chaude-pisse. Or, j'ai trouvé dans l'étude de ces malades plus d'un enseignement qui mérite d'être pris en sérieuse considération dans la pratique. C'est ainsi que j'ai cherché à corriger les mauvais effets, non des mauvais moyens, mais des mauvaises applications des bons moyens.

Nous avons observé quelques cas de ce genre dans le service de M. Vidal. Nous nous bornerons à citer le suivant. C'est un exemple d'un traitement on ne peut plus irrationnel, puisque c'est le malade lui-même qui l'a dirigé. Nous choisissons à dessein ce fait, parce qu'il n'accuse l'ignorance et l'impéritie d'aucun confrère.

D....., homme de peine, âgé de vingt-neuf ans, est entré à l'hôpital du Midi le 7 février 1842, et a été placé salle 11, n° 34, pour être traité d'une blennorrhagie avec hématurie.

Il y a deux ans, il contracta des chancres sur le gland; huit jours après, il eut un écoulement qui suivit la marche d'une blennorrhagie sub-aiguë. D.... se traita long-temps avec des bains locaux et de la tisane de lin, et ses douleurs furent calmées. Pendant trois mois la matière blennorrhagique coula avec abondance. Après ce temps il ne suintait plus que quelques gouttes d'un liquide séreux opalin, qui augmentait lorsque le malade buvait des liqueurs plus qu'à l'ordinaire. Cinq mois après, à la suite d'un excès de table, l'écoulement reparut aussi fort que la première fois. Le malade se borna à se modérer en boisson pour faire disparaître cette récidive de la maladie, et tout se passa bien. Pendant ce temps il voyait des femmes publiques et autres. Cependant il conservait une goutte militaire qui l'inquiétait: pour en finir avec le reste de la maladie, il fit infuser une pincée de tabac à fumer dans une once d'eau, et injecta cette infusion dans son urètre. Comme des douleurs très vives accompagnaient ces injections, il les abandonna. Trois jours après, il s'aperçut que les urines étaient sanguinolentes ; aucune goutte de sang ne sortait d'ailleurs dans l'intervalle de l'émission des urines. De demi-heure en demi-heure il était obligé d'uriner : les premières gouttes qui sortaient du canal étaient du sang pur, le reste était rouge, et le malade les comparait lui-même à de la bière épaisse et tournée. Un dépôt abondant et rougeâtre s'attachait au vase de nuit.

Pour tout traitement il n'a pris que de la tisane de réglisse. Depuis qu'il a son écoulement il a des maux de reins qui augmentent en se baissant. Il est même entré à l'hôpital Beaujon pour une maladie qu'il croyait être une courbature. Depuis, ses urines ont été mieux et n'ont pas autant déposé. Au sortir de l'hôpital, il a pris une infusion de coloquinte qui lui a donné des coliques et lui a fait rendre du sang par l'anus. Deux fois il a pris cette infusion, et deux fois les mêmes phénomènes se sont reproduits. On lui fit prendre du copahu qui lui donna des coliques et l'améliora pas son écoulement chronique. Le malade fit alors des injections à l'eau blanche dont le résultat ne fut pas plus heureux.

Depuis le mois de janvier il aperçut de nouveau du sang dans ses urines ; de petits caillots de sang arrondis sont déposés dans le vase. La veille de son arrivée à l'hôpital, le malade a pris pour la troisième fois une infusion de coloquinte dans du vin blanc. Le 8 il rendait des urines sanguinolentes et quelques gouttes d'un liquide séreux paraissaient au méat urinaire.

Le 9, M. Vidal ordonna une saignée générale et un bain.

Le 10, plus de sang dans les urines; cependant le malade est obligé de les rendre assez souvent.

Le 19, vingt sangsues lui sont appliquées au périnée. Le malade urine plus facilement et moins souvent.

Le 20, petit lait, bain de siége.

Le 21, mêmes moyens.

Le 22, le malade sort guéri, sans écoulement et sans pissement de sang. M. Vidal lui recommande de s'abstenir de tout excitant et de venir le voir à sa consultation.

Nous l'avons, en effet, revu un mois après parfaitement guéri, c'est-à-dire n'ayant ni hématurie, ni blennorrhagie. Cependant depuis sa sortie de l'hôpital le malade a revu souvent des femmes.

— Dans la même salle, et non loin du malade qui a fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, était un jeune homme âgé de dix-huit ans, pâle, blond, frêle. Il avait un écoulement qu'on avait d'abord traité par les anti-blennorrhagiques. Ces moyens avaient arrêté l'écoulement, mais celui-ci était ensuite revenu.

A l'aspect d'un tempérament si peu sanguin, et apprenant du malade qu'il n'avait jamais souffert de sa blennorrhagie, M. Vidal n'hésita pas à insister sur les premiers moyens qui avaient déjà procuré une guérison : il employa même les injections avec le nitrate d'argent; mais la maladie suivit la même marche, l'écoulement se tarit d'abord pour se renouveler ensuite ; on trouva même du sang dans les urines et la matière de l'écoulement en était rougie. Ces phénomènes indiquaient une modification dans le traitement. M. Vidal le comprit : il mit de côté les excitans, les irritans qui avaient d'abord paru indiqués par l'indolence de l'écoulement et le tempérament lymphatique du sujet; et malgré ces dernières circonstances, il fit faire plusieurs applications de sangsues au périnée, parce que des douleurs s'étaient déclarées du côté de la vessie. Plus tard, d'autres douleurs se faisant sentir dans la région occupée par le rein droit, M. Vidal y fit appliquer des ventouses profondément scarifiées.

L'usage sagement combiné de ces moyens fit disparaître tous les symptômes et tous les accidens éprouvés par le malade, qui sortit six semaines après de l'hôpital parfaitement guéri.

Y...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi du protoiodure de mercure dans le traitement des affections scrofuleuses ; par M. le docteur Carré, de Metz.

Après de nombreux succès obtenus dans sa pratique à l'aide de ce puissant médicament, M. Carré le recommande à l'attention des praticiens non seulement pour résoudre les tumeurs scrofuleuses, quelles que soient les parties où elles ont leur siége, mais encore pour faciliter la formation des cicatrices dans les ulcérations qu'elles déterminent si fréquemment et qui si souvent aussi résistent opiniâtrement aux pansemens même les plus méthodiques.

Le mode d'emploi adopté par M. Carré est celui des frictions ; et pour cela il fait préparer une pommade composée de 60 à 90 centigr. de protoiodure de mercure povr 32 gram. d'axonge de porc bien lavée.

Les frictions doivent être faites deux fois par jour, avec 2 à 4 grammes de pommade pour chacune d'elles, suivant les constitutions et le degré de sensibilité des sujets ; car l'emploi de cet agent énergique réclame la plus grande prudence de la part du praticien, et l'on ne doit procéder à son application que d'une manière lente et soigneusement graduée. (*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, 1842.)

Emploi de l'huile d'olives comme médicament; par M. le docteur Eisenmann.

L'huile d'olives est employée dans certaines parties de l'Allemagne, non-seulement comme antidote général, mais encore et spécialement comme un moyen très efficace, dans le peuple, contre la blennorrhagie, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique.

Comme preuves à l'appui de ce dernier mode d'emploi, M. Eisenmann mentionne le cas d'un sous-officier qui, atteint déjà plusieurs fois de gonorrhée, souffrait depuis six mois d'un écoulement blennorrhagique secondaire dont il fut débarrassé complètement et en très peu de jours par l'ingestion d'un grand verre d'huile d'olives.

A cette occasion, il fait observer que MM. Howship et Elliotson ont trouvé cette même huile tres utile contre les évacuations de nature graisseuse qui se font quelquefois par le rectum et par le canal de l'urètre : ils l'ont donnée, dans les cas de ce genre, à la dose de 125 à 250 grammes à la fois. (*Haeser's Archiv*, t. II, cah. 3.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Précautions à prendre pour l'emploi des boissons alcalines comme lithontriptiques.

On ne peut nier que dans certaines circonstances, des calculs ne se soient formés dans la vessie urinaire sous l'influence des médicamens alcalins administrés d'une manière soutenue et sans méthode. Faut-il conclure de-là, dit M. Bouchardat, que le bi-carbonate de soude soit inutile et même dangereux dans le traitement de la gravelle et des calculs? Non, sans doute ; mais il faut savoir aider ce puissant moyen pour qu'il puisse rendre tous les services qu'on est en droit d'attendre de lui. Selon ce médecin, les deux adjuvans indispensables de tous les lithontriptiques, sont 1° d'abondantes boissons aqueuses ; 2° une température moderée à la périphérie.

Lorsqu'on prescrit des alcalis, il n'est pas absolument nécessaire que les solutions soient aussi concentrées qu'on les ordonne habituellement : 1° parce que des boissons aussi fortement médicamenteuses ne sont pas aussi facilement absorbées; 2° parce qu'on ne peut, sans dégoût ni incommodité, en ingérer chaque jour une quantité suffisante. Ainsi, par exemple, les eaux de Vichy sont beaucoup plus riches en alcali qu'il n'est nécessaire ; car un gramme de bi-carbonate de soude est bien suffisant pour chaque litre d'eau.

C'est toujours aux bi-carbonates qu'il faut avoir recours. Quel avantage plus grand pourrait-on, en effet, attendre des sous-carbonates et des alcalis caustiques? Evidemment aucun; car, pendant l'assimilation, ils sont transformés en bi-carbonates, et c'est sous cet état qu'ils existent dans le sang. Les alcalis plus caustiques présentent donc l'inconvénient d'attaquer plus fortement l'appareil digestif sans profit ultérieur. On peut même, quand l'estomac fatigué ne supporte plus avec la même facilité de l'eau tenant en dissolution du bi-carbonate de potasse ou de soude, remplacer ces sels par du citrate de soude qui pendant l'assimilation est transformé en bi-carbonate de soude, et qui, en définitive, a la même influence sur la composition des urines que ce dernier sel.

Voici les boissons qui peuvent être prescrites ;

Boisson alcaline à la vanille.

Pr.	Bi-carbonate de potasse,	1 gramme.
	Eau commune,	1 litre.
	Sucre blanc,	50 grammes.
	Alcoolé de vanille,	5 grammes.

M. et F. dissoudre S. A.

On peut tour à tour, suivant le goût des malades, remplacer l'alcoolé de vanille par l'*alcoolé de cannelle*, par l'*alcoolé de Ravendsara*, par l'*alcoolat d'orange*, par l'*alcoolat de citron*, etc., à la dose d'un gramme, et le bi-carbonate de potasse par le bi-carbonate de soude, ou par une dose double de citrate ou de malate de cette dernière base. L'essentiel est de donner au malade une boisson qui lui plaise sans fatiguer son estomac, sans déterminer de dégoût, et c'est réellement là un problème assez difficile à résoudre dans plusieurs circonstances. L'heureuse action de certaines eaux minérales pour combattre la gravelle doit certainement être attribuée à ce que ces eaux peuvent être facilement supportées par l'estomac, aisément digérées, et qu'on peut en prendre chaque jour une dose considérable. C'est là le secret de l'efficacité des eaux de Contrexeville ; en effet, la petite proportion de fer que contiennent ces sources, l'acide carbonique qu'elles dégagent, excitent l'estomac, et de grandes quantités d'eau peuvent être impunément ingérées tous les jours sans crainte de voir se manifester du trouble dans l'exercice des fonctions digestives.

Quant à ce que l'on doit entendre par grandes quantités d'eau, c'est un point qui peut être très variable, selon les individus ; mais voici une règle que M. Bouchardat indique comme très facile pour se guider. L'urine de l'homme en santé se trouble, dépose par le refroidissement, quand il n'y a pas eu ingestion d'abondantes boissons aqueuses ; au contraire, elle reste toujours limpide dans cette dernière circonstance, si toutefois il n'y a pas eu de sueurs excessives. Il faut, lorsqu'on fait usage de boissons lithontriptiques, observer chaque jour son urine, et faire en sorte de l'amener dans un état tel qu'elle ne dépose pas par le refroidissement. Quand on est arrivé à ce résultat, dit M. Bouchardat, on peut être tranquille, la gravelle disparaîtra, les calculs se dissoudront peu à peu, car il s'établit dans la vessie un continuel échange entre l'urine et le calcul. L'urine est-elle concentrée, elle dépose ; n'est-elle pas saturée, elle dissout : il faut donc faire tous ses efforts pour la maintenir dans ce dernier état.

Trois à quatre litres de boissons aqueuses dans les vingt-quatre heures suffisent pour atteindre ce but, le plus ordinairement ; il en faut quelquefois six et plus. Mais les lithontriptiques ne sont, en général, réellement et sûrement utiles que lorsque les urines restent limpides après le refroidissement.

Enfin, ce n'est pas tout que de boire, ajoute en terminant M. Bouchardat, pour obtenir des urines abondantes ; il faut encore éviter les sueurs. On y parvient assez facilement en se couvrant très modérément, en évitant avec soin les mouvemens trop brusques, et en se frictionnant la surface de la peau avec un corps gras.

Préparation du cyanate de potasse ; par M. le professeur Just Liebig, de Giessen.

Après avoir mis en fusion du cyanure de potassium dans un creuset de Hesse, on y ajoute peu à peu de la litharge porphyrisée ; le protoxyde de plomb est aussitôt réduit; son oxygène s'unissant au cyanogène et au potassium pour former du cyanate de potasse, au milieu duquel se trouve le plomb en poudre qui s'agglutine et se réunit en un globule. On décante la masse fondue, on la laisse refroidir, puis on la pulvérise et on fait bouillir la poudre avec de l'alcool : ce liquide dissout le cyanate de potasse à la faveur de l'ébullition, et, par le refroidissement, il le laisse précipiter sous forme de cristaux.

(*Annalen der Chemie und Pharmacie*, t. XLI.)

Chronique et Nouvelles.

Le Moniteur vient de nous faire connaître deux décisions importantes prises par le Conseil royal de l'instruction publique sur nos affaires médicales. Examinons-les rapidement, sauf à revenir avec plus de développement si nous reconnaissions que nos observations pussent être utiles.

Voici le texte du premier arrêté :

« Par arrêté pris en Conseil royal de l'instruction publique sur la proposition du ministre, à partir du 1er avril 1843, le troisième examen pour le doctorat en médecine comprendra, indépendamment des réponses aux questions de pathologie interne et externe, une épreuve de médecine opératoire. L'examen dont cette épreuve fera partie durera deux heures. Deux candidats à la fois y prendront part. »

Nous avons toujours applaudi à toute mesure qui a eu pour but de donner à la société plus de garanties, à la science et à l'art plus de dignité. Nous serons fidèles à nos principes en approuvant sincèrement cette décision nouvelle qui impose une épreuve de plus au candidat au grade de docteur, épreuve importante, d'une incontestable utilité, et dont l'absence était une lacune justement regrettable. Il s'agit seulement de savoir si l'état de l'enseignement dans les Facultés, si les ressources qu'elles offrent à l'élève, si les moyens d'instruction pratique qu'il y trouve, si tout cela rend possible et par conséquent juste l'exécution du nouvel arrêté.

Nous ne le pensons pas, et, à moins de modifications importantes apportées dans les voies et moyens d'instruction pratique à l'endroit de la médecine opératoire, nous estimons que cette décision du Conseil royal doit jeter perturbation et inquiétude parmi les élèves, parce qu'elle manque de logique et d'opportunité.

Voyez en effet que l'Université va exiger d'un élève des connaissances pratiques qu'elle ne lui donne pas. Pendant cinq mois tous les ans un professeur fait, de deux jours l'un, une leçon suivie de démonstrations de médecine operatoire. De bonne foi, est-ce dans un cours ainsi fait qu'un élève peut apprendre le manuel et la pratique des opérations? N'est-il pas tout à fait injuste de demander à un élève de faire ce qu'on ne lui a pas appris, car qui pourrait soutenir que du haut des bancs d'un amphithéâtre, en écoutant un professeur, si éloquent soit-il, en le voyant opérer tant habile qu'il soit, on devienne apte à faire une ligature, un débridement de hernie, une opération de cataracte, une amputation quelconque, etc., etc.? Qui ne sait que l'exercice et un fréquent exercice est ici impérieusement demandé? Qui ne sait aussi que les élèves, dans l'état actuel des choses, ne peuvent se livrer à cet exercice que dans des cours particuliers assez chèrement rétribués pour qu'une grande partie d'entre eux ne puissent les suivre?

Le conseil royal, en prenant cette décision et en fixant l'exécution à une époque aussi rapprochée, doit nécessairement y ajouter un complément indispensable. Il faut que *tous* les élèves aient la possibilité d'apprendre ce qu'on leur demande, et pour cela il faut établir des cours pratiques, des répétitions, et sans augmenter en rien les frais d'étude afin qu'ils puissent se livrer aux exercices de médecine opératoire qui feront le sujet de cette épreuve nouvelle. Les moyens d'arriver à ce résultat ne manquent pas, à Paris surtout. Les cadavres ne sont pas rares, la Faculté possède un brillant et nombreux état-major de prosecteurs, d'aides et sous-aides d'anatomie. Sans ce complément, l'arrêté du Conseil royal nous paraît manquer de justesse et de justice, et son exécution nous semble devoir rencontrer de grandes difficultés.

Nous aurions aussi mieux aimé voir exiger cette épreuve au cinquième examen qu'au troisième. Le dernier examen, depuis qu'il se passe au lit du malade, est une épreuve tout à fait pratique à laquelle aurait très bien convenu l'exercice de médecine opératoire. N'est-ce pas de-

mander trop tôt une application pratique aussi importante après douze inscriptions ?

Quant à la durée de deux heures exigée pour cet examen, elle a été toujours la même, et l'arrêté ne change rien à cet égard. Réduire à deux le nombre de candidats pour cet examen, nous paraît une innovation favorable à la sévérité des études qui n'acquerront toute leur importance que lorsque chaque élève sera examiné individuellement et pendant un temps convenable.

Voilà ce qu'à première vue nous pouvons dire de plus général sur cet arrêté.

Examinons l'autre, dont voici la teneur :

« Un autre arrêté pris en Conseil royal, dispose que toutes les fois que le nombre des concurrens pour l'agrégation en médecine dépassera le double du nombre des places mises au concours, le jury dressera, d'après le mérite des deux premières épreuves, une liste de candidats en nombre double au moins du nombre des places mises au concours, lesquels seront seuls admis aux épreuves subséquentes. »

On pardonnerait à peine à l'administration des tabacs ou des haras une rédaction aussi obscure et aussi embrouillée. Il nous semble que le Conseil royal de l'instruction publique devrait être tenu à plus de clarté, sinon à plus d'élégance ; et n'est-il pas singulier que nous soyons obligés de traduire, ou du moins d'expliquer par un exemple ce qu'il a voulu dire.

Voici donc ce qu'il nous semble voir dans cet arrêté.

Si dans le prochain concours de l'agrégation, par exemple, il y a six places à donner et qu'il se présente quinze candidats, après les deux premières épreuves le jury pourra réduire ce nombre à douze par l'élimination de trois de ceux dont ces deux épreuves auront été les plus faibles. Le nombre des candidats serait en effet plus du double de celui des places à donner, et en le réduisant à douze, le jury rentrerait dans les termes de l'arrêté qui exige que les candidats soient au moins en nombre double de celui des places vacantes.

Veuillez remarquer que cet article est rédigé, avec ou sans préméditation, d'une manière si obscure, qu'il laisse au jury la liberté d'appliquer ou de ne pas appliquer les dispositions de ces épreuves éliminatoires dans les divers concours de l'agrégation ; que ce ne sera pas une loi unique s'appliquant à tous les cas, et que cette application pourra varier, grâce à l'élasticité de cette rédaction, selon les désirs, les intérêts, les affections ou les antipathies des juges ; chose monstrueuse dans les concours où les conditions doivent être égales pour tous.

Supposons, en effet, que pour six places il se présente treize concurrens. Nous disons que le jury, qu'il adopte ou non les épreuves éliminatoires, restera toujours dans l'esprit et dans la lettre de l'arrêté. S'il les adopte, il pourra dire que le nombre des concurrens était plus du double de celui des places à donner, et qu'il était par conséquent en droit d'éliminer un concurrent ; s'il ne les adopte pas, il prétextera des termes mêmes de l'article qui exigent que le nombre des concurrens soit *au moins* le double de celui des places, ce qui ne fixe aucune limite, aucun chiffre exact et précis. Il est ainsi possible qu'à treize, quatorze et un nombre plus considérable de candidats, le jury se basant sur cette expression *au moins*, n'admette pas la nécessité des épreuves éliminatoires, là où elles seraient justes ; comme aussi il peut se faire qu'il les admette où elles ne seraient pas nécessaires.

Tel qu'il est rédigé, cet article prête à des interprétations si diverses, qu'il pourra entraîner des difficultés inextricables. Si l'on veut absolument des épreuves éliminatoires, il faut clairement et sans ambiguïté spécifier les cas dans lesquels elles auront lieu. Il faut que d'avance, juges et candidats sachent ce qui aura lieu relativement à cette mesure, et que ce ne soit pas pendant les émotions, disons le mot, pendant les intrigues d'un concours, que le jury puisse prononcer sur l'opportunité d'une décision aussi grave.

Pourquoi d'ailleurs deux épreuves ? et quelles seront ces épreuves ? L'arrêté n'en dit rien ; si ce n'est que ce seront les deux premières. Une seule bien conçue, dans laquelle les candidats pourraient librement développer leur instruction, leur tournure et leur portée d'esprit, serait suffisante. De toutes les épreuves, celle où le hasard a le moins de part, celle où les facultés de l'intelligence et les connaissances acquises peuvent être plus convenablement mises en relief, nous paraît être la preuve écrite ; mais à la condition qu'on ne mettra pas dans l'urne une de ces questions transcendantes de pathologie générale pour laquelle il faudrait des ans et des volumes, mais bien une question limitée de science ou de pratique, pour laquelle on accorderait un temps suffisant.

Nous aurons probablement occasion de revenir sur ce sujet pour lequel aujourd'hui le temps et l'espace nous manquent. Nous n'avons voulu que faire connaître les dispositions nouvelles arrêtées par le conseil royal, et dire les premières impressions que leur lecture a faites sur nous.

— On a reçu à l'hôpital de Bourges un enfant-monstre, né le 19 août, et dont la vie a duré cinquante-deux heures. Les parens sont sains et la mère n'a rien éprouvé d'extraordinaire pendant la grossesse. La peau de cet enfant, du sexe masculin, est couverte de larges plaques cornées, épaisses, d'un blanc jaunâtre, entrecoupées par des crevasses rouges, ce qui l'a fait comparer à un arlequin. A la place des yeux on voit des tumeurs rouges, boursoufflées. Il n'a pas de nez, mais seulement deux trous qui représentent les narines. Il n'a pas d'oreilles non plus, mais les conduits auditifs existent. Les mains sont composées d'une grosse tumeur rouge surmontée par des doigts très petits, ce qui leur donne une ressemblance grossière avec des griffes. Les organes génitaux sont très peu développés. — Ce cas de monstruosité ne sera pas perdu pour la science ; les médecins de Bourges l'ont préparé avec soin et doivent l'envoyer à la Société anatomique de Paris.

— Les fortes chaleurs, qui continuent avec une nouvelle intensité, écrit-on du Midi, occasionnent partout cette année des maladies de toute espèce. A Pau, les salles de l'hôpital militaire reçoivent chaque jour de nombreux contingens de malades de la garnison. Cette température extraordinaire développe sur d'autres points des miasmes qui compromettent la santé des habitans. C'est ainsi que dans quelques communes de Pont-Long, les fièvres intermittentes se sont déclarées. On parle aussi d'une maladie qui a atteint quelques baigneurs des Eaux-Bonnes, et avait inspiré d'abord de l'inquiétude. Mais cette affection n'ayant pas fait de progrès, on croit qu'il n'y a pas lieu de concevoir d'alarme sérieuse.

A Bordeaux et à Toulouse les maladies sévissent aussi en grand nombre.

— Il règne depuis quelque temps à Amiens, des cholérines très violentes ; beaucoup d'enfans et plusieurs adultes y ont succombé, et chaque jour des cas mortels se succèdent.

— Il paraît, d'après des observations minutieuses tenues depuis plus de cinquante ans par quelqu'un qui s'occupe avec soin de ce sujet, que l'année 1793 peut être seule comparée à l'année 1842 pour la continuité de la sécheresse et de la chaleur. Il paraîtrait que cette année 1793 est presque identique avec celle-ci. Les années 1802, 1811 ont offert, pendant quelques jours, des chaleurs plus intenses, mais pas la continuité qu'on observe maintenant. 1802 offre le point le plus élevé remarqué sur le thermomètre depuis que l'on recueille les indications de cet instrument. La personne qui a fait ces observations, et qui s'est figuré pouvoir, par suite des remarques assidues qu'elle a faites, prévoir jusqu'à un certain point le temps d'une manière générale, prétend que l'hiver prochain, ou du moins celui de 1843 à 1844 sera des plus rigoureux.

— M. Lenoir, qui avait suppléé Sanson depuis sa maladie et depuis sa mort dans la clinique de la Pitié, vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital Necker, en remplacement de M. Bérard, nommé professeur.

— M. Monneret a commencé le 26 de ce mois un cours public de clinique interne à l'hôpital de la Charité ; il le continuera les lundi, mercredi et vendredi à neuf heures du matin. La visite des malades a lieu à sept heures du matin dans les salles Saint-Louis et Sainte-Marthe.

— Pour son premier ouvrage, qu'il avait envoyé au roi de Hollande, M. Ricord vient de recevoir la croix de la Couronne-de-Chêne.

— M. Edouard Robin, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, a ouvert, le 29 avril, un cours de chimie et un cours de physique. Il les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie se fait à deux heures, et celui de physique à trois heures et demie.

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le compte-rendu de ma clinique (samedi 27 août), il s'est glissé une erreur d'impression que je vous prie de vouloir bien rectifier.

A la septième ligne du dernier paragraphe de la troisième colonne de la première page, on lit : « Si je vois ce qui se passe dans *un* service d'enfans, je constate que le quart à peu près des morts est dû à la méningite. » — Il y avait : « Si je vois ce qui se passe *cette année* dans *mon* service d'enfans, etc. »

Agréez, etc., A. TROUSSEAU.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 1er SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 104, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. RAYER.

Fièvre typhoïde chez une femme de cinquante-six ans.

(Académie de médecine, séance du 30 août.)

M. Rayer vient d'observer un cas de fièvre typhoïde chez une femme âgée de cinquante-six ans. Il montre une portion de la fin de l'iléon et du cœcum sur laquelle est développée à un haut degré l'éruption typhoïde intestinale. Ce cas peut être considérés comme très rare. On sait que M. Chomel dit, dans son Traité de la fièvre typhoïde, publié en 1834, qu'on ne connaît peut-être pas un seul exemple authentique de fièvre typhoïde au-delà de cinquante-cinq ans. Il est vrai que, depuis cette époque, M. Prus a lu, en 1837, à la Société de médecine de Paris, l'histoire d'une femme âgée de soixante-huit ans, qui avait présenté les principaux symptômes de la fièvre typhoïde, et chez laquelle on trouva après la mort des ulcérations à la fin de l'iléon. Quoique cette femme eût des tubercules miliaires dans les poumons, les derniers accidens qu'elle éprouva à la fin de sa vie ne permettentguère de douter qu'elle n'ait succombé réellement à une fièvre typhoïde. L'observation de M. Rayer conduira nécessairement à rechercher des faits analogues qui pourront se présenter pendant l'épidémie régnante dans les hôpitaux, et surtout dans les hospices consacrés à la vieillesse. Voici le fait :

La nommée Louise Ménétrier, âgée de cinquante-six ans, journalière, fut apportée le 24 août 1842 à l'hôpital de la Charité. Cette femme, qui paraît appartenir à une famille ouvrière assez aisée, était tombée malade cinq jours auparavant. On rapporta qu'elle avait commencé par se plaindre de lassitude, puis d'un sentiment de malaise général, suivi de vomissemens et de selles liquides et nombreuses; que le lendemain elle était dans un grand accablement; que le troisième jour la diarrhée avait cessé, et que pendant les cinq jours que cette femme était restée chez elle malade, elle avait pris des tisanes rafraîchissantes et des lavemens simples. Depuis le début de la maladie, il y avait eu absence complète de sommeil. Point d'épistaxis.

Le 25 août, à la visite du matin, cette malade était plongée dans un état de stupeur profonde; elle ne répondait que très difficilement aux questions qu'on lui adressait, et il était nécessaire qu'elles lui fussent faites à haute voix, comme s'il y eût eu de la surdité. Indépendamment de l'état de stupeur, l'œil, à-demi voilé par les paupières, avait perdu son brillant ordinaire; les pupilles étaient dilatées; la peau était sèche et chaude; sur la peau du ventre on remarquait quatre petites taches rouges qui disparaissaient sous la pression du doigt, et qui, par leur couleur et leur dimension, avaient tout à fait l'aspect des taches lenticulaires typhoïdes. Point de sudamina. Les lèvres étaient rouges à leur partie moyenne, cernées par des pellicules noirâtres; la langue était sèche et couverte d'un enduit brunâtre. épais, surtout à sa face supérieure; la soif était vive. L'abdomen était ballonné et ne paraissait pas douloureux à la pression; elle déterminait du gargouillement dans la fosse iliaque droite, et dans une assez grande étendue. La malade urinait involontairement quoique la vessie ne fût point distendue. Le pouls était petit, faible, et donnait environ 100 pulsations par minute. La respiration ne paraissait pas gênée, et il n'y avait ni toux, ni expectoration. Limonade, cataplasmes, lavemens, deux vésicatoires aux cuisses.

Le lendemain, 26 août, les symptômes s'étaient encore aggravés; la stupeur était devenue plus profonde, et il n'était plus possible d'obtenir un seul mot de la malade en lui adressant des questions à haute voix. Elle mourut dans la journée, à une heure après-midi.

Autopsie du cadavre, 43 heures après la mort. — Quoiqu'il fît une chaleur excessive, la putréfaction n'était pas encore très avancée. On remarqua sur la peau des jambes plusieurs groupes de petites cicatrices analogues à celles qui succèdent aux pustules syphilitiques.

Abdomen. — Il n'y avait point d'épanchement de sérosité dans le péritoine. Sur la face péritonéale de la fin de l'intestin grêle on remarquait des taches rougeâtres qui, par leur siége, leur forme et leur étendue paraissaient correspondre aux plaques de Peyer. L'intestin ouvert, on y vit une quinzaine de plaques de diverses dimensions, faisant une saillie considérable à la surface de la membrane muqueuse sur laquelle elles se détachaient fortement. Les plus étendues étaient situées à la fin de l'iléon; près de la valvule iléo-cœcale existaient de larges plaques saillantes circonscrites par une sorte de bourrelet. A mesure qu'on s'élevait vers la partie supérieure de l'iléon, le nombre, l'étendue et le boursoufflement des plaques diminuaient. Entre ces plaques, la membrane muqueuse était parsemée de petites élevures blanches ou jaunâtres. Plusieurs ganglions lymphatiques du mésentère étaient rouges et tuméfiés.

La rate était ramollie et un peu plus volumineuse que dans l'état sain.

Le foie et l'estomac étaient sains.

Les reins, plus volumineux que dans l'état normal, avaient perdu sur plusieurs points leur aspect lisse et leur surface était grenue.

La vessie et la matrice étaient saines.

Poitrine. — Le cœur, d'un volume normal, était un peu flasque; ses cavités étaient remplies d'un sang noir, liquide. Les poumons étaient généralement crépitans; ils étaient engoués et noirâtres à leur partie postérieure. Point de tubercules.

Tête. — Il y avait un peu de sérosité dans la pie-mère et dans les ventricules du cerveau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des plaies de la prostate.

Les maladies de la prostate ont beaucoup occupé les pathologistes modernes; mais leurs recherches ont presque toujours eu pour objet le gonflement et les tumeurs de cette glande. Je dois même ajouter que sous ce point de vue la science doit beaucoup aux laborieuses investigations de M. Mercier. Cependant il est une classe de lésions de la prostate dont l'étude a été à peu près complètement négligée dans les livres classiques; je veux parler des plaies de cette glande.

M. Vidal (de Cassis) est en quelque sorte le seul, jusqu'à ce jour, qui leur ait consacré un chapitre spécial dans son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* (t. V, p. 385 et suivantes). Je crois, en conséquence, faire quelque chose d'utile en mettant sous les yeux des lecteurs les considérations que j'ai, à différentes reprises, entendu exposer par M. Velpeau dans ses leçons cliniques.

Les plaies de la prostate, dit M. Velpeau, ne sont pas rares, et offrent un degré de gravité dont on doit tenir compte. Elles sont le résultat d'une blessure faite, soit par un instrument tranchant, soit par un instrument piquant, soit par un instrument contondant. Il est en outre utile de les diviser en deux classes, les unes s'effectuant de l'extérieur à l'intérieur, les autres de l'intérieur à l'extérieur.

Les plaies de la prostate qui s'établissent de la peau vers les parties profondes, résultent tantôt d'un accident, tantôt d'une opération pratiquée dans le but de remédier à quelques maladies de l'urètre ou de la vessie.

J'ai eu l'occasion de voir une plaie avec déchirure de la prostate chez un vigneron qui était tombé d'un arbre sur la pointe d'un échalas. J'ai observé une plaie de ce genre chez un cordonnier qui s'était blessé en s'asseyant sur la pointe de son tranchet. Du reste, il est facile de comprendre qu'un pareil accident pourrait être produit par une épée, un couteau, etc. On sait, en outre, et la chirurgie militaire en fait foi, que des balles, du plomb, de la mitraille, traversant le périnée, ont plus d'une fois atteint, divisé, labouré même le tissu de la prostate. Des corps étrangers introduits dans le rectum, des fragmens d'os, quelques noyaux de fruits, des épingles, des graines, ulcérant les tissus ou les divisant au-dessus des sphyncters, peuvent, à leur tour, blesser la prostate au lieu de s'échapper par l'anus. On a même vu des projectiles lancés par la poudre à canon venir blesser la prostate par le rectum, après avoir traversé le reste du bassin.

Mais, hâtons-nous de le dire, c'est principalement dans les diverses espèces de taille que la prostate devient le siége de plaies. De nos jours, dans toutes les extractions des calculs de la vessie à travers le détroit inférieur du bassin, la prostate se trouve toujours divisée. En effet, chacun sait que les tailles dite. latérales de Foubert ou de Thomas, que la taille recto-vaginale, celle du moins qui se pratiquait sur un point élevé de l'intestin, ne sont plus aujourd'hui conseillées par personne. Chacun sait aussi que la taille médiane, la taille latéralisée, la taille quadrilatérale, la taille recto-prostatique, enfin tous les procédés de taille par le bas-appareil, généralement employés de nos jours, ne sont, en réalité, que des incisions de la prostate. Il faut encore ajouter que l'opération connue sous le nom de boutonnière établit également une ou plusieurs plaies de la prostate, lorsqu'on la pratique dans le point le plus reculé du périnée, et pour atteindre des corps étrangers retenus dans la portion de l'urètre la plus voisine de la vessie.

Les plaies de la prostate qui s'établissent de dedans en dehors, sont plus rares, et généralement moins étendues que celles qui appartiennent à la classe précédente. Elles sont néanmoins produites dans certaines opérations. Le chirurgien les établit quelquefois à dessein; mais le plus souvent c'est contre son gré. Ainsi, l'application des caustiques dans la région la plus reculée du canal excréteur des urines, produit parfois de véritables plaies à la prostate. Les scarifications, les mouchetures conseillées par quelques chirurgiens contre l'ischurie, divisent assez fréquemment aussi cet organe. On sait, en outre, que des instrumens tranchans sont quelquefois portés jusqu'à l'origine de l'urètre, dans le but d'en détacher des tumeurs, de diviser des brides, d'exciser des végétations, toutes opérations qui atteignent fréquemment le tissu de la prostate.

Quoi qu'il en soit, c'est dans le cathétérisme que les plaies internes de la prostate s'effectuent le plus ordinairement. On les désigne alors sous le nom de fausses routes, lésions qui peuvent être opérées, soit par l'action d'un stylet échappé des yeux d'une sonde, soit par un cathéter plein au moment où l'on veut l'introduire dans la vessie pour l'opération de la taille, soit par un algalie conique quand on se décide à pratiquer le cathétérisme forcé, soit enfin, et ce sont là les cas les plus fréquens, par une sonde ordinaire, lorsqu'on se propose de franchir quelque rétrécissement ou de pénétrer dans la vessie malgré des déviations de l'urètre. Ajoutons en outre que de simples bougies soit en gomme élastique, soit en baleine, pourraient à la rigueur diviser le tissu de la prostate dans certaines circonstances qu'il est facile de comprendre et que nous n'avons pas à étudier ici. On sait du reste que ces sortes de plaies de la prostate offrent un grand nombre de variétés dans leur étendue, leur direction, leur simplicité ou leur complication. Chacune de ces variétés mérite en outre une étude particulière sur laquelle je pourrai revenir dans une autre circonstance.

Lorsque les plaies de la prostate se sont effectuées de la peau vers les parties profondes, leur diagnostic est simple et facile. Celles surtout qui résultent des diverses opérations de taille ne sauraient exposer sous ce rapport à aucune méprise. Quand la lésion prostatique est le résultat d'un des accidens que nous avons mentionnés plus haut, on pourra également la diagnostiquer sans peine s'il est possible d'introduire le doigt ou quelque instrument explorateur jusque dans le réservoir urinaire. Mais hors de là, il ne sera guère possible que d'en soupçonner l'existence d'après le siége, l'étendue et la direction de la plaie, et surtout d'après la manière dont les urines s'écoulent au dehors. En effet, si la blessure ne porte que sur l'urètre, l'urine ne sortira par la plaie qu'au moment où le malade l'expulsera volontairement; si au contraire la prostate est divisée, l'urine suintera par la plaie dès le commencement des contractions de la vessie et continuera de s'en échapper encore quelques momens après qu'il n'en sortira plus par le méat. Ajoutons que si la plaie de la prostate est située profondément, l'urine s'écoulera malgré la volonté du malade et comme par incontinence.

Le diagnostic des plaies internes de la prostate est loin d'offrir la même simplicité que celui de celles que nous venons d'étudier: on y rencontre même parfois des difficultés très grandes. Je ne parle point ici des plaies par mouchetures, par scarifications, des plaies par instrument tranchant, mais bien des plaies par déchirure, des *fausses routes.*

Vers le bulbe, vers la portion membraneuse de l'urètre, les *fausses routes* sont généralement assez aisées à constater. Mais dans la région prostatique il n'en est pas de même, car l'obstacle que l'on rencontre sur ce point peut tenir à une bride, à une valvule, à un repli, à une tumeur, à une excavation, à une végétation, tout aussi bien qu'à une fausse route. Disons cependant que si le bec de la sonde est dans une fausse route, se trouvant alors fixé dans un canal artificiel qui l'embrasse de toutes parts, il sera presque impossible de l'incliner à droite ou à gauche, en avant ou en arrière. Avec cette fixité de l'instrument et l'impossibilité de le faire avancer, avec le sang qui ne manque pas de suinter par l'urètre ou de remplir l'algalie soit pendant l'opération, soit à l'instant où on retire la sonde, il sera assez difficile de ne pas admettre l'existence d'une fausse route. On saura d'ailleurs que cette fausse route est creusée dans la prostate si elle se trouve à plus de 14 centimètres du méat urinaire, si le doigt, porté dans l'anus, constate que l'instrument n'est séparé du rectum que par une faible épaisseur de tissu. Il est vrai qu'il faut une certaine expérience pour bien apprécier la valeur de ces manœuvres. Mais c'est une raison de plus pour étudier avec soin les cas de ce genre qui

sont soumis à l'observation.

La gravité des plaies de la prostate est généralement mal connue. Il est démontré pour moi que la plupart des auteurs l'ont exagérée. Le tissu de cette glande est en lui-même peu susceptible de s'enflammer et de suppurer : doué d'une sensibilité très médiocre, il supporte les solutions de continuité sans déterminer une vive réaction dans l'organisme. Ainsi, ce n'est ni par la douleur, ni par le gonflement, ni par l'inflammation, ni par la suppuration, ni par la dégénérescence ou la mortification de leur surface que les plaies de la prostate peuvent inquiéter le chirurgien. Les dangers qu'elles entraînent dépendent presque tous de l'urine qui tend à les traverser en sortant de la vessie ; et encore importe-t-il de ne pas confondre sous ce point de vue les plaies de la prostate qui s'ouvrent dans le rectum, dans le bassin, ou au périnée, avec celles qui ne s'ouvrent que dans l'urètre et dans la vessie, ou encore dans l'urètre et du côté du périnée.

Les premières, celles qui se voient au périnée ou sur le contour de la vessie, exposent à deux ordres d'accidens de nature très différente :

1° A un écoulement continuel de l'urine au dehors quand elles se transforment en fistules ;

2° A des inflammations redoutables, lorsqu'elles permettent à l'urine de s'infiltrer entre les aponévroses dans les tissus voisins.

Ainsi, une plaie de cette glande qui viendrait s'ouvrir entre la face profonde de l'arcade du pubis et les régions antérieures ou latérales du col de la vessie, ou bien encore en arrière entre le péritoine et le *fascia pelvis*, pourrait faire naître une inflammation purulente urineuse de tout le tissu cellulaire souspéritonéal de l'intérieur du bassin, et amener de la sorte une maladie à peu près inévitablement mortelle ; accident qui a été souvent observé à la suite des tailles périnéales, lorsqu'on prolonge l'incision trop haut du côté de la vessie. Si l'ouverture de la plaie ne dépasse pas les limites de l'aponévrose supérieure du périnée, elle pourra donner lieu à une inflammation urineuse dans l'épaisseur du muscle ischio-coccygien, du muscle releveur de l'anus, et dans les tissus qui séparent l'aponévrose supérieure de l'aponévrose moyenne ; pour peu qu'elle s'étende en arrière, elle pourra s'ouvrir dans le creux ischio-coccygien et déterminer une vaste inflammation gangréneuse sur le côté correspondant de la marge de l'anus.

Quant aux plaies de la prostate qui ne dépassent point les limites de cette glande, on est en quelque sorte à l'abri des accidens que nous venons de mentionner. Ces plaies se cicatriseraient rapidement, si l'urine ne venait pas à chaque instant en entraver l'agglutination. Ce qu'on a donc surtout à craindre en pareil cas, c'est l'établissement d'une fistule urinaire.

C'est, du reste, sur les dangers ou l'innocuité des plaies de la prostate que sont basés presque tous les procédés de lithotomie périnéale préconisés de nos jours. Or, sur ce point la science n'est pas encore complétement faite. Des faits nombreux existent; mais je suis porté à penser que l'interprétation qu'on en a donnée manque de rigueur. En effet, on n'a pas encore prouvé, à mon avis du moins, que les dangers qui surviennent après l'opération de la taille soient plus grands avec une plaie large qu'avec une plaie étroite ; et, en second lieu, rien ne démontre que les suites fâcheuses de cette opération ne dépendent pas plutôt des tiraillemens, des pressions, des contusions exercées sur tous les tissus voisins pendant l'extraction de la pierre, que de la plaie prostatique proprement dite. Ainsi que l'a avancé M. Malgaigne, les malades opérés jadis par la méthode latérale de Thomas ou de Foubert, ne mouraient pas précisément d'inflammations urineuses ; et il n'est pas démontré que l'infiltration de l'urine soit aussi facile qu'on le dit dans une plaie régulièrement établie. Quoi qu'il en soit, sans nier d'une manière absolue ce qui a été dit à ce sujet, je crois que c'est là une question à revoir.

Une plaie de la prostate qui s'ouvrirait dans le rectum et qui communiquerait en même temps avec l'urètre ou la vessie, pourrait facilement donner lieu à une fistule.

Quant aux plaies qui comprennent la prostate et le périnée sans atteindre l'urètre ou la vessie, elles n'ont aucune gravité particulière, à moins qu'elles n'atteignent en même temps les vésicules séminales ou les canaux éjaculateurs.

Les plaies urétro-prostatiques ou internes proprement dites, offrent des inconvéniens d'un autre ordre. Il est important d'établir ici certaines distinctions. Les simples incisions ou mouchetures se cicatrisent en général très vite, et méritent à peine d'être rappelées. S'il s'agit de plaies avec déperdition de substance, le contact de l'urine peut en rendre la cicatrisation difficile et favoriser leur transformation en ulcère. Quant aux *fausses routes*, il y a déjà long temps que j'ai signalé le peu de dangers de quelques-unes d'entre elles et l'exagération où on est généralement tombé à leur occasion. Entrons dans quelques détails sur ce point.

Si la *fausse route* est incomplète, c'est-à-dire, si, partant de l'urètre, elle ne s'ouvre pas d'autre part dans la vessie, l'urine ne s'y engage point, et il est assez rare qu'elle soit suivie d'inflammation violente. En effet, que les praticiens réfléchissent un instant sur la fréquence de ces *fausses routes*, et sur la rareté des accidens graves qu'elles déterminent chez les nombreux sujets qui en sont atteints, et ils seront bientôt forcés d'avouer que ces sortes de lésions de la prostate sont infiniment moins redoutables qu'on ne le croit généralement. Celles qui s'ouvrent dans la vessie jouissent encore d'une assez grande innocuité. La densité du tissu prostatique, son insensibilité, son imperméabilité naturelle, donnent aux canaux qui le traversent accidentellement quelques-uns des caractères qui distinguent les canaux inertes. Ce sont là des faits que tous les chirurgiens d'hôpitaux ont pu bien souvent constater. Pour ma part, je suis tellement convaincu de ce que j'avance, que j'en avais conclu, il y a une dizaine d'années, que le cathétérisme forcé au travers de la prostate par l'urètre, serait peut-être préférable dans certaines rétentions d'urine, à la ponction par l'hypogastre, par le rectum ou par le périnée. Cette proposition a été préconisée depuis et d'une manière plus formelle, par M. Cruveilhier. C'est là, du reste, une question qui mérite d'être examinée avec soin ; car, s'il est vrai qu'il est des *fausses routes* qui offrent peu de gravité, il en est d'autres qui peuvent présenter des dangers plus ou moins sérieux. Il faut donc établir à cet égard des distinctions, si l'on veut rester dans le vrai. C'est ce que nous ferons dans une prochaine circonstance.

Le *traitement* des plaies de la prostate se réduit à un petit nombre de moyens. S'il s'agit de plaies extérieures qui ne communiquent point avec l'urètre, elles n'exigent aucune médication spéciale. La thérapeutique générale des plaies leur est applicable de tous points. On conçoit cependant que ces plaies pourraient peut-être se transformer en fistules *borgnes internes*, à cause du fluide séminal ou de la sécrétion prostatique elle-même qui, en s'écoulant au-dehors, génerait l'agglutination de leurs lèvres ; mais je ne sache pas que jusqu'à présent on ait obtenu un exemple de ce genre, et il est loin d'être démontré que le suintement de liquides dont je viens de parler puisse être un obstacle réel à la cicatrisation.

Pour favoriser, pour obtenir la fermeture des plaies de la prostate qui communiquent avec les voies urinaires, il n'y a guères que le cathétérisme répété, les sondes à demeure ou les sondes en syphon qui offrent quelque chance de succès. En pareil cas le chirurgien n'a à lutter que contre le passage de l'urine entre les lèvres de la plaie. Sans cet inconvénient, les plaies de la prostate pourraient être traitées comme les plaies de tout autre organe extérieur, par la réunion, par le rapprochement méthodique de ses bords, par divers topiques, par les injections médicamenteuses, par la cautérisation, etc.

Lorsque la plaie ne s'ouvre que dans l'urètre, le cathétérisme répété ou la sonde à demeure peuvent suffire, comme on le comprend facilement ; mais il n'en est pas toujours de même lorsque la plaie s'ouvre dans la vessie. Le syphon, en aspirant l'urine à mesure qu'elle sort des uretères, offre, en pareil cas, une ressource de plus. Dans les autres circonstances, le cathétérisme répété m'a toujours paru préférable aux sondes à demeure. Celles-ci ont des inconvéniens sérieux que j'ai souvent signalés et sur lesquels je ne crois pas nécessaire de revenir en ce moment.

Un mot maintenant sur les plaies purement urétrales ou vésicales de la prostate. Ces plaies ne font d'abord naître le besoin de s'en occuper que par suite des inflammations qui en résultent dans le voisinage. C'est alors l'inflammation et non la plaie que l'on se hâte de traiter. Dans certains cas, une sonde volumineuse à demeure offrirait peut-être quelque chance, en tenant en contact les deux parois de la *fausse route*, d'en amener le recollement. Mais comme ce recollement peut s'opérer spontanément, comme une *fausse route* transformée en une sorte de fistule indélébile, ne cause ni douleur ni gêne, et que la sonde à demeure ne serait pas sans inconvéniens, il est plus prudent de s'en rapporter aux efforts naturels de l'organisme, de s'en tenir aux moyens antiphlogistiques, aux émolliens, aux émissions sanguines, s'il y a lieu, pour empêcher les inflammations et la suppuration de survenir.

Quelques observations de Louis, consignées dans le tome III des Mémoires de l'Académie de chirurgie (in-8°, 1819), et d'autres faits recueillis depuis ont démontré que les plaies pénétrantes de la prostate restent quelquefois béantes dans l'urètre, quoiqu'elles soient solidement cicatrisées du côté du périnée. Ce sont là alors des espèces de *fistules borgnes internes*. Si de pareilles plaies étaient soupçonnées ou reconnues, il n'y aurait pour y remédier que la sonde à demeure ou le cathétérisme répété, comme dans les cas d'une plaie ordinaire, ou bien l'ouverture de la cicatrice extérieure pour obliger ensuite, par des moyens appropriés, la plaie à se cicatriser du côté de l'urètre avant de se fermer du côté de la peau.

Il y a du reste, dans la thérapeutique des plaies de la prostate une foule de petits détails qu'il est facile de comprendre. J'en ai dit assez pour mettre les jeunes praticiens sur la voie. G. J.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Coup-d'œil sur les maladies articulaires chez les enfans.

Les maladies des articulations sont très communes chez les enfans. Ces maladies sont de deux sortes : les unes traumatiques, les autres spontanées. Les premières, beaucoup plus restreintes que les secondes, sont les mêmes que l'on observe chez les adultes ; elles comprennent l'entorse, la diastasis, les luxations, les contusions, les plaies, et l'hydarthrose par cause externe. Parmi ces nombreuses maladies, quelques-unes sont très rares chez les enfans : ainsi, l'hydarthrose indépendante des tumeurs blanches est rare ; les luxations ne s'observent pas non plus avec une grande fréquence, attendu que les causes qui les déterminent chez les adultes entraînent de préférence les fractures chez les enfans, à cause du peu d'intensité de la force musculaire et du peu de consistance du tissu osseux dont l'élément gélatineux prédomine sur l'élément calcaire. Restent l'entorse, ou distension des ligamens, et la diastasis, ou relâchement des articulations. A l'égard de ces dernières maladies, nous devons dire que les distensions articulaires s'observent fréquemment chez les enfans au membre thoracique, et que cette fréquence reconnaît pour cause la mauvaise habitude que l'on a généralement de les soulever en les saisissant par la main; comme, par exemple, quand on veut leur faire traverser un ruisseau. Il arrive dans ce cas un double mouvement de distension du bras et de contorsion dont les effets peuvent se faire sentir, pour ce qui est du premier, dans toutes les articulations du membre, même dans celle de l'épaule ; et pour ce qui est du second, dans l'articulation du poignet, mais surtout dans l'articulation radio-humérale. Dans un cas comme dans l'autre, une douleur très vive et permanente est l'effet immédiat de l'accident, circonstance qui souvent fait croire au vulgaire à l'existence d'une fracture, et qui, dans quelques cas, pourrait devenir embarrassante pour l'homme de l'art lui-même s'il était survenu promptement un gonflement notable, et s'il n'était pas averti de la marche des choses en pareille occurrence. L'erreur devient surtout facile quand le mouvement de distension et de contorsion a été ressenti par l'articulation supérieure du radius : dans ce cas, le ligament annulaire de cet os ayant eu principalement à résister à l'impulsion communiquée au membre, c'est lui qui reste douloureux ; il résulte de cela une chose bien remarquable et qui mérite d'être notée, savoir que cette douleur se propage le long de l'avant-bras, dans la direction du radius, quand on imprime des mouvemens au membre ; circonstance qui serait de nature à confirmer l'erreur si l'on s'était arrêté d'abord à l'admission d'une fracture. L'erreur cependant sera dans tous les cas promptement dissipée, attendu qu'il y a absence de crépitation ; il faudra bien ici se tenir en garde contre la fausse crépitation occasionnée quelquefois par les gaînes synoviales des tendons, surtout quand la distension a été supportée par l'articulation du poignet.

Le traitement des maladies articulaires traumatiques repose sur les préceptes établis pour ces mêmes maladies chez les adultes. Les antiphlogistiques, les émolliens et surtout le repos en font la base. Mais chez les enfans il est un écueil qu'il faut s'efforcer d'éviter, tel que celui de voir succéder une tumeur blanche à l'affection aiguë : ceci n'arrive que trop fréquemment chez les enfans de Paris, parmi lesquels le tempérament lymphatique prédomine, et dont bon nombre est même atteint de scrofules. C'est au point de vue de cette remarque que nous devons donner le conseil d'être réservé dans l'emploi des émissions sanguines ; car elles sont généralement mal supportées par les enfans qui rentrent dans les conditions de tempérament et de santé générales que nous venons de signaler. C'est toujours sur le repos qu'il faut beaucoup compter, mais surtout dans ce dernier cas. Condamner le membre au repos le plus absolu et surtout l'articulation qui a le plus souffert, c'est là une indication qu'il faut remplir avant tout, moyennant l'application de bandages simples ou dextrinés. Nous devons nous borner à cet égard à donner des indications générales ; il est un cas cependant qui mérite d'être particulièrement signalé, et auquel nous avons l'habitude d'appliquer un bandage particulier qui nous paraît très efficace : c'est dans le cas où la lésion porte sur le coude. Ce bandage consiste dans la succession de plusieurs 8 de chiffre dont les anses embrassent le bras et l'avant-bras maintenu dans la demi-flexion sur le premier ; ces 8 de chiffre, qui commencent au coude, se terminent au poignet d'une part et au moignon de l'épaule de l'autre, de sorte qu'ils remplissent l'angle rentrant dont les côtés sont représentés par l'avant-bras et le bras. Il est inutile de rendre inamovible ce bandage, attendu qu'une fois les 8 de chiffre établis, ils ne se déplacent plus. Ce bandage, qui rend immobile l'avant-bras sur le bras dans la demi-flexion, réunit encore les avantages de l'écharpe, dont il remplit l'indication. Un autre avantage non moins important est de permettre la liberté des mouvemens de l'épaule et de laisser le bras s'écarter et se rapprocher à volonté du tronc. Enfin, cet appareil, en dispensant de l'emploi du bandage roulé, met les malades à l'abri des excoriations que bien souvent son application entraîne vers le pli du coude.

Les maladies articulaires spontanées des enfans méritent surtout notre attention. Disons d'abord qu'elles sont les mêmes dans toutes les articulations, et qu'à peu de choses près elles présentent partout le mêmes caractères anatomiques sous le rarport de la pathologie et même delà thérapeutique ; il suffit donc de les étudier dans une articulation pour se former l'idée de ce qui se passe dans toutes les autres. Parmi les maladies spontanées des articulations, nous omettons à dessein de vous parler de l'arthrite aiguë, qui se montre très rarement dans nos salles, et nous ferons principalement des tumeurs blanches l'objet de notre étude.

La scrofule est la cause qui préside le plus communément au développement des tumeurs blanches; il faut noter cependant que les parens sont loin d'invoquer cette cause dans la plupart des cas, et il fallait s'en rapporter à leur dire ; ce serait une violence extérieure qui aurait le plus souvent présidé au développement de la maladie. C'est qu'en effet, dans le plus grand nombre des cas, la tumeur blanche ne reconnaît pas d'autre cause déterminante qu'un coup ou une chute éprouvée par l'articulation ; le moment de l'un de ces accidens ayant été, de fait, celui qui a signalé le départ de la maladie. Cette explication ne doit pourtant avoir pour le praticien que la valeur qu'elle mérite, et force lui est, dans la généralité des cqs, de reconnaître derrière la cause locale une cause générale autrement sérieuse, qui se traduit à son examen, soit par des antécédens qui attestent le passage de la scrofule, soit par des affections concomittantes, telle, par exemple, qu'une ophthalmie scrophuleuse, qui démontrent la persistance de ce vice général dans l'économie, soit même en l'absence d'antécédens et d'accidens actuels, dans l'examen du tempérament dn petit malade et des parens. Sans nier danc l'influence des violences extérieures dans le développement des tumeurs blanches, néanmoins nous devons nous borner à ne les considérer que comme de simples causes subsidiaires, la cause fondamentale étant la scrofule. Ce qui vient à l'appui de cette manière d'envisager les choses, c'est que chez les enfans non scrofuleux, il est excessivement rare de voir se développer des tumeurs blanches à la suite de violences extérieures.

Si nous négligeons de parler du vice rhumatismal, c'est que le concours de cette cause dans le développement des tumeurs blanches se constate très rarement. Nous n'entendons pas nier du reste qu'indépendamment de la scrofule, les violences extérieures ne soient capables de devenir la cause principale,

essentielle, dans le développement des tumeurs blanches : soutenir une semblable doctrine, ce serait se mettre en opposition évidente avec les faits, seulement nous voulons dire que les cas où la scrofule n'y participe pas sont fort rares, ce qu'il n'est pas toujours aisé de faire comprendre aux parens, pour lesquels l'existence de tout autre cause paraît mieux admissible. Dans ce moment, j'ai en ville une petite malade qui a fait sur la hanche une chute suivie de claudication : les parens croyaient par cela même qu'il existait une fracture, ce dont j'ai eu beaucoup de peine à les dissuader ; mais à côté de cela j'avais reconnu dans la constitution de la petite fille des signes non douteux de scrofule qui m'ont engagé à annoncer aux parens l'existence d'une maladie articulaire dont le caractère pourrait devenir grave. Les parens sont quelquefois d'une grande susceptibilité quand on a l'air de suspecter la santé générale de leurs enfans ; néanmoins j'ai appris que cette petite fille boitait quelquefois avant sa chute ; ce qui m'a d'autant plus déterminé à exprimer les craintes que j'éprouvais relativement au développement d'une coxalgie.

Les lésions anatomiques des différentes parties qui concourent à la formation des articulations, sont fort variées : ce sont ces lésions que l'on résume sous la dénomination générique de tumeurs blanches. Tantôt elles consistent dans un simple gonflement des ligamens extérieurs, ou du tissu cellulaire péri-articulaire. Ce dernier s'observe surtout fréquemment, et il n'est pas rare de le voir se résoudre par la formation d'abcès auxquels succède la guérison.

Mais l'altération anatomique ne commence pas toujours par les parties articulaires superficielles ; les profondes peuvent aussi bien être le point de départ de la maladie, et cette marche s'observe principalement dans les tumeurs blanches qui débutent spontanément et sans le concours d'une violence extérieure. Dans ces cas, c'est le plus communément par la membrane synoviale que le mal commence, et alors l'invasion de la maladie s'annonce d'ordinaire par des douleurs très intenses qui résistent opiniâtrément à l'emploi des antiphlogistiques : ces cas sont des plus graves et des plus fâcheux.

Si nous considérons les lésions anatomiques que nous venons d'indiquer comme deux degrés de la maladie, il en est un troisième que nous allons signaler et qui consiste dans un état d'altération plus profonde de la synoviale, qui arrive si facilement, comme vous savez, à la dégénérescence fongueuse avec ou sans hydrarthrose. Cette membrane peut même subir une destruction soit partielle, soit complète ; destruction bientôt suivie elle-même de celle du ligament des cartilages diarthrodiaux.

Un quatrième degré de la maladie reconnaît comme caractère, la participation des os à l'état inflammatoire : l'ostéite, qui entraîne bientôt la formation soit de la carie soit de la nécrose.

On rencontre assez souvent une altération qui existe quelquefois seule, quelquefois avec les autres, c'est la tuberculisation osseuse, ou l'existence de tubercules dans les extrémités osseuses.

Il est enfin un dernier cas pathologique, conséquence plus ou moins immédiate des désordres articulaires eux-mêmes ; nous voulons parler des déplacemens osseux, ou luxations spontanées, dites encore *consécutives*.

Voilà les principales altérations de la maladie, que l'on peut de même envisager comme des périodes diverses, ce qui n'est cependant pas d'une grande utilité pour l'étude des signes, que l'on peut réunir selon nous en trois périodes.

Ces trois périodes correspondent : la première aux signes des lésions articulaires externes et à l'inflammation de la synoviale ; la deuxième, à ceux qui se rattachent à la destruction des ligamens, des cartilages et aux différens degrés de l'ostéite ; la troisième à ceux qui résultent des déplacemens osseux et aux abcès symptomatiques.

Pendant la première période il existe une douleur d'intensité variable, toujours rapportée à une violence extérieure, si celle-ci a existé ; si c'est une des articulations du membre pelvien qui est malade, il y a d'ordinaire claudication. Quelquefois on ne trouve pas de gonflement. Quand la douleur ne se fait pas sentir pendant le repos, alors on la développe presque toujours par la pression exercée avec les doigts. Le mal continuant à faire des progrès, il arrive que les plus légers mouvemens dans le lit donnent lieu à des douleurs plus ou moins aiguës, ce qui engage les malades à garder l'immobilité la plus complète ; d'ailleurs, ils appréhendent tellement le retour de cette douleur, qu'ils aiment mieux se remuer eux-mêmes dans leur lit plutôt que de se faire aider par les infirmiers. Ensuite surviennent des changemens physiques dans l'articulation : elle se gonfle et se déforme.

Les signes caractéristiques de la deuxième période sont ceux qui résultent du ramollissement et de la destruction des ligamens et des cartilages d'incrustation. Des abcès se forment fréquemment alors, quoiqu'il puisse en survenir aussi pendant la première période ; cependant ceux de la deuxième période présentent d'autres caractères, résidant principalement dans la nature du pus qui offre quelque apparence avec le fromage blanc ou séreux. Ces abcès de la deuxième période doivent ne point être confondus avec la fausse fluctuation déterminée par la dégénérescence fongueuse de la membrane synoviale ou du tissu cellulaire péri-articulaire, attendu que si l'on venait à donner des coups de bistouri sur cette fausse fluctuation, on hâterait la marche de la tumeur blanche. Du reste, la marche de ces abcès peut traîner un temps infini, et dans quelques cas, après avoir été long-temps stationnaires, ils s'ouvrent ; on les voit dégénérer en fistules et fournir pendant des années une suppuration intarissable. Ils deviennent alors une double cause d'épuisement des malades, et de développement imminent de résorption purulente.

Dans cet état de choses, on voit bien souvent arriver les signes de la troisième période ou déplacemens osseux. Alors, dans les cas suivis de guérison, on voit la maladie se terminer de deux manières différentes : les os se soudent dans des rapports vicieux, ou bien il s'établit une articulation accidentelle. Dans les cas les plus heureux, les os se soudent en conservant leurs rapports normaux.

A côté des signes locaux, il convient de dire quelques mots des signes généraux. La fièvre mérite surtout beaucoup d'attention ; ainsi, pendant la première période, la réaction générale est presque nulle, et disparaît bientôt sons l'influence de quelques moyens antiphlogistiques que l'on met en usage. Il n'en est plus ainsi de la fièvre qui survient pendant la seconde période, et qui est tout à fait d'une autre nature ; pendant cette période elle persiste avec plus d'opiniâtreté, et affaiblit notablement les malades. Pendant la troisième période, la maladie reste quelquefois tout à fait locale ; mais le plus souvent il y a fièvre continue, perte d'appétit, diarrhée, marasme, et au bout d'un temps plus ou moins long la mort.

Nous nous éloignerions trop de notre sujet en faisant l'histoire des tumeurs blanches dans chacune des articulations, et nous nous contenterons de vous signaler l'ordre de fréquence suivant lequel elles sont affectées par ces maladies. L'articulation du genou vient en première ligne, et, après elle, occupe dans un ordre successif celles de la hanche, du pied, du coude et de l'épaule.

Le pronostic général des tumeurs blanches ne peut être déterminé que d'une manière approximative. Il tire son premier élément de gravité du siége de la maladie et de l'état général ; rien de plus fâcheux, en effet, que les tumeurs blanches chez les sujets lymphatiques, scrofuleux et tuberculeux. Ensuite il faut prendre en considération la période actuelle de la maladie ; car la gravité augmente pendant la deuxième, et à plus forte raison pendant la troisième période. Le plus ou moins de rapidité dans la marche de la maladie, devra aussi être pris en considération ; de même que le degré de mobilité des surfaces articulaires l'une sur l'autre, l'existence de fistules, de fièvre hectique, de dévoiement, de déplacemens osseux. Enfin il faudra évaluer les chances que l'on conserve en faveur de la terminaison par fausse articulation, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL NECKER.

Cas remarquable d'œdème de la glotte. Trachéotomie ; par M. TAVIGNOT.

Le 22 juillet est entré au n° 42 de la salle Saint-Pierre, le nommé Renault, âgé de quarante-six ans, marchand de chevaux. Cet homme, d'une bonne constitution, jouit habituellement d'une bonne santé ; il n'a jamais eu de bronchite ni de pneumonie ; il n'est point sujet non plus à des maux de gorge, n'a jamais eu de maladie du larynx, ni aucune affection préexistante du côté des voies aériennes.

Cependant, ce malade est entré, il y a deux ans, à l'hôpital Necker pour une hydropisie ascite dont il sortit guéri, grâce aux soins de M. Bricheteau. Depuis cette époque sa santé n'avait pas cessé d'être bonne.

On ne trouve dans les circonstances qui ont précédé le début de la maladie aucune cause capable de la produire. C'est ainsi que la veille et les jours précédens, le malade nayant point eu de refroidissement, n'a pas fait d'excès dans l'usage des alcooliques, quoi qu'il s'y adonne volontiers, comme la plupart des gens qui exercent la même profession que lui.

Le 21 juillet, veille du début de la maladie, il se portait parfaitement ; il ne s'était pas plus fatigué que de coutume ; cependant il avait éprouvé une propension au sommeil qui ne lui était pas habituelle. Le soir il mangea un peu moins que d'ordinaire. Toutefois il dormit parfaitement bien jusqu'à quatre heures du matin ; alors seulement il s'aperçut d'un mal de gorge et d'une gêne notable de la respiration. Vers six heures la dyspnée augmenta, et il fut pris d'un accès de suffocation qui commença à l'inquiéter vivement. Il courut chez un médecin qu'il ne rencontra pas ; il se dirigea alors vers l'hôpital Necker, où je l'admis aussitôt.

Le malade était dans l'état suivant : gêne notable de la respiration ; l'inspiration est difficile, sifflante ; l'expiration régulière ; la voix persiste, mais notablement voilée. La face est rouge, vultueuse ; le malade paraît inquiet ; il s'agite dans différens sens.

J'examine l'arrière-bouche, et je constate ce qui suit : la moitié inférieure du voile du palais est le siége d'une rougeur uniforme très prononcée ; il en est de même des piliers et des amygdales, ainsi que de la portion accessible aux regards, de la paroi postérieure du pharynx. La luette est volumineuse, son volume est augmenté ; sur ses côtés se rencontrent deux petites tumeurs de forme sphérique qui adhéraient au voile du palais. Ces petits corps, du volume d'un grain de raisin, étaient blanchâtres, demi-transparens ; ils avaient un peu l'aspect de certains polypes muqueux ou vésiculeux des fosses nasales ; toutefois ils paraissaient tous liés, pleins et formés par une accumulation de liquide transparent contenu dans une pellicule mince et diaphane. Tout semble indiquer qu'il s'était fait là une petite collection de sérosité limitée par l'épithélium de la muqueuse du voile du palais. Le toucher permet de constater, en arrière de la base de la langue, une tuméfaction comme œdémateuse qui appartient aux replis arythéno-épiglottiques. Je constate de plus une infiltration de sérosité sans changement de couleur à la peau, siégeant sur la partie latérale droite du col, et étendue de la région parotidienne, qui est elle-même envahie, jusqu'à la partie moyenne du triangle sus-claviculaire. La pression sur le siége de la tumeur n'est point douloureuse. La peau est médiocrement chaude, le pouls est à peu près à l'état normal.

Les choses étant dans cet état, je me disposais à traiter activement ce mrlade, et par des vomitifs, et par des moyens antiphlogistiques, losqu'il fut pris subitement d'un nouvel accès de suffocation. Au même instant, apprenant l'arrivée à l'hôpital de M. Trousseau, je le priai de voir ce malade ; mais déjà la suffocation avait notablement diminué. Quoi qu'il en soit, ce professeur reconnut là tous les symptômes de l'angine œdémtaeuse, et il conseilla la saignée avant le vomitif. J'étais resté à peu près seul, et je pratiquais la saignée, lorsque le malade eut un accès très violent de suffocation ; l'écoulement de sang ne paraissait nullement diminuer l'intensité des symptômes, et le malade, d'une teinte déjà violacée, sans connaissance, respirant à peine, était tombé sur le sol avant que j'eusse eu le temps d'arrêter la saignée.

Le temps était précieux, quelques secondes de plus et il en était fait de la vie de ce malheureux. Ma résolution fut bientôt prise. Aidé de mes collègues, MM. Gaymar et Lhommeau, je jetai le malade sur le lit le plus proche, et, armé d'un bistouri droit, je me mis en devoir de lui ouvrir la trachée. A l'incision des parties molles, il jaillit à l'instant des veines thyroïdiennes distendues, une grande quantité de sang. Le temps me pressait ; j'incisai le cartilage cricoïde et les deux ou trois premiers anneaux de la trachée. Aussitôt, une inspiration sifflante annonça la pénétration de l'air ; les lèvres de la plaie furent maintenues écartées à l'aide de pinces appropriées. Quelques efforts d'expiration commençaient déjà à chasser de l'arbre bronchique le sang qui s'y était introduit. Mais bientôt, comme cela arrive si souvent, survint une syncope qui dura plusieurs minutes. Un instant nous avons craint que le sang, qui avait pénétré en quantité notable dans les bronches, ne produisît à son tour l'asphyxie ; aussi me suis-je hâté d'introduire une sonde dans la trachée, et d'aspirer le plus possible avec la bouche du liquide contenu dans son intérieur, tandis que l'on pratiquait la respiration artificielle du thorax.

Le malade revint à lui ; la respiration se rétablit, mais l'intelligence fut un instant pervertie, et nous eûmes beaucoup de peine pour contenir ce malheureux qui était pris d'un délire furieux.

Mais la scène changea bientôt ; le calme se rétablit, la connaissance revint, les mucosités sanguinolentes furent expulsées de la trachée, et alors seulement il nous fut loisible de placer définitivement une canule ; car jusque-là le malade avait respiré par la plaie maintenue écartée d'une manière fixe par une pince qui est pourvue d'un petit mécanisme qui rend permanente la dilatation que l'on veut obtenir.

24. Le malade accuse un peu de gêne derrière le sternum ; il rend assez fréquemment, et avec effort, des mucosités visqueuses par la canule, qu'on a déjà changée deux fois, et que je change pour la troisième. Un peu de coloration rouge de la face, légère chaleur de la peau, pouls fréquent, fort ; la plaie est en voie de suppuration ; léger gonflement des environs de la plaie ; le malade parle assez distinctement lorsque la canule étant retirée, on oblitère momentanément la plaie. Je retire tout à fait la canule. Cataplasme sur la plaie.

26. La tuméfaction du col est notablement diminuée. La nuit est un peu agitée. Les bords de la plaie du col sont le siége d'une rougeur érysipélateuse. Pas de fièvre ni de chaleur à la peau. Le malade parle très distinctement lorsqu'on a soin d'oblitérer l'ouverture.

29. L'état général est toujours excellent ; la plaie est aussi simple que possible, plus de tuméfaction de ses bords, plus de rougeur. La tuméfaction œdémateuse du col a également disparu d'une manière complète. L'arrière-gorge est à l'état normal, et cependant on n'a rien fait de particulier pour obtenir la résolution de l'œdème dont elle était le siége. Le malade boit et mange bien. On réunit les bords de la plaie avec des bandelettes.

7 août. La plaie marche vers la cicatrisation ; elle s'oblitère des parties profondes vers les parties superficielles ; il y a encore une petite fistule aérienne. Lorsque le malade est pansé avec des bandelettes, on ne se douterait pas de l'opération qu'il a subie. Il se trouve tellement bien, qu'il demande sa sortie qui lui est accordée à la condition qu'il reviendra nous voir tous les deux jours pour se faire panser.

14. La plaie est en bonne voie de cicatrisation ; je cautérise les bords de la petite fistule qui persiste encore.

20 août. L'air ne passe plus par la plaie quand le malade parle. La partie superficielle de la plaie est ce qui reste encore à cicatriser pour terminer la guérison.

— Ce fait me paraît remarquable, 1° par la rapidité avec laquelle ont marché les symptômes de l'œdème de la glotte ; 2° par le résultat promptement satisfaisant qui a suivi l'opération de la trachéotomie que nous avons pour ainsi dire improvisée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août. — Présidence de M. RENAULDIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. le président* annonce à l'Académie que, par suite du décès de MM. Robiquet, Planche et Manry, il y a lieu de nommer une commission pour examiner dans quelle section se fera la prochaine élection.

— *M. Jobert* est appelé à la tribune pour un rapport.

— *M. Chervin.* Quelque habitué que je sois au mauvais vouloir de certains membres du bureau à mon égard, je ne puis comprendre qu'on ait l'idée de m'empêcher de terminer la lecture de mon rapport. Déjà, dans la dernière séance, M. Dubois (d'Amiens) a été appelé à lire un rapport sur un travail d'un intérêt secondaire ; travail qui n'avait été présenté à l'Académie que depuis quelques semaines ; et moi qui suis inscrit depuis plusieurs mois, je ne pourrais pas terminer une lecture commencée ! Il y a là un passe-droit que l'Académie ne saurait tolérer. On dira sans doute que mon rapport est long ; mais qu'on réfléchisse que j'avais à examiner trois mémoires de la plus haute importance, et qu'à moins de formuler de banales conclusions sans les motiver, il était de mon devoir d'entrer dans des détails qui pourront paraître minutieux à certaines gens, mais qui ne peuvent manquer d'offrir de l'intérêt aux esprits sérieux.

M. le président. N'occupant le fauteuil que temporairement en l'absence de M. Fouquier, je ne puis dire à l'Académie dans quel sens a été composé l'ordre du jour. Cependant je ferai observer à M. Chervin que déjà sa lecture a occupé une partie de deux séances, et que ce temps me paraît suffisant pour un rapport.

M. Nacquart. Puisque personne n'ose dire la vérité toute entière, je la dirai moi : tous les rapports faits par M. Chervin ont une longueur telle, que si chacun de nos collègues imitait un pareil exemple, nous pourrions multiplier nos séances, et il nous serait encore impossible de nous mettre au courant de nos travaux. C'est pourquoi il me semble que, dorénavant, M. Chervin devrait se borner à la lecture des conclusions des rapports qu'il est chargé de faire.

M. Chervin. Je demande la parole.

M. Londe. Je ne saurais m'élever avec trop de force contre la conduite tenue envers notre honorable collègue M. Chervin. Il y a là un genre d'exclusion qui n'est pas digne. Il est inouï qu'on n'ait pas permis à un membre de continuer une lecture déjà commencée. Si le travail de M. Chervin est trop détaillé, qu'on l'engage à arriver aux conclusions; mais qu'on ne retire pas d'une manière si peu convenable la parole à un homme dont les travaux sur la matière sont remarquables à tant de titres, et qui sait prendre au sérieux la mission de rapporteur.

M. Gauthier de Claubry. Puisque M. Londe faisait partie de la commission, je suis étonné que M. Chervin, dans son rapport, dise toujours *je* au lieu de *nous*.

M. Chervin. M. Gauthier de Claubry fait erreur; s'il avait écouté ma lecture, il ne ferait pas le reproche qu'il vient de m'adresser. Quant à M. Nacquart, personne plus que lui ne devrait s'abstenir de prendre la parole en pareille circonstance. En admettant que mon travail fût un peu trop détaillé, je lui demanderai à lui, M. Nacquart, quelle est l'étendue qu'il convient de donner à un rapport, et je le prierai de me faire une réponse; car, sur ce point, il ne prêche pas d'exemple. Depuis onze ans je ne l'ai pas encore vu une seule fois à la tribune pour une lecture. (Hilarité générale).

M. Rochoux. Je me range de tous points à l'avis de M. Londe. Nous sommes ici tous égaux, et je ne comprends pas qu'on puisse avoir la prétention d'accorder aux uns ce qu'on refusera aux autres. Le mois dernier, M. Renauldin a occupé deux séances presque entières pour un rapport sur la question de savoir si Mahomet est un fou. Dirait-on, par hasard, que le sujet traité par M. Chervin a un intérêt moins réel? Je demande donc que la parole soit maintenue à notre honorable collègue.

— *M. Chervin* est appelé à la tribune. Il donne une analyse succincte du deuxième mémoire de M. Rufz. On voit par cet exposé qu'à partir du mois de septembre 1839, la fièvre jaune qui jusque là s'était présentée dans la ville de Saint-Pierre sous le type continu, prit le type intermittent ou pour mieux dire rémittent, car les intermissions ne furent jamais bien franches. Sous cette nouvelle forme, la maladie fut combattue avec avantage par le sulfate de quinine donné à hautes doses, et M. Rufz faisait toujours précéder l'administration de ce sel de la saignée.

Suivant M. Dutrouleau, dont une note est jointe au mémoire de M. Rufz, une semblable conversion de type eut lieu au Fort-Royal dans les derniers mois de 1839 et de 1840 : on vit dans cette dernière ville la fièvre jaune revêtir non seulement le type rémittent comme à Saint-Pierre, mais encore le type intermittent franc, et la maladie fut également traitée avec succès par le sulfate de quinine.

M. Chervin rapporte ensuite diverses réflexions intéressantes que fait M. Rufz au sujet de cette transformation de type de la fièvre jaune au déclin de l'épidémie. Il fait après cela un résumé qui exprime le jugement favorable de la commission sur le travail de l'auteur, et il arrive enfin aux conclusions, passant sous silence une grande partie de son rapport. Ces conclusions sont :

1° De remercier M. Rufz des communications qu'il a faites à l'Académie touchant la fièvre jaune;

2° De déposer honorablement ses deux mémoires dans les archives de ce corps savant;

3° D'engager M. Rufz à continuer ses recherches sur la fièvre jaune et les autres maladies des climats chauds;

4° Enfin, d'inscrire de nouveau son nom sur la liste des candidats pour les places de correspondans.

— *M. Nacquart.* J'appuie de toutes mes forces les conclusions que nous venons d'entendre; leur déduction est complètement logique. (On rit.)

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées sans opposition.

— Le rapport de M. Chervin ne pouvant manquer d'être publié, nous en rendrons un compte détaillé quand il aura paru. Les vues de ce médecin, honorable à tant de titres, sur l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne sous quelque forme qu'elles se présentent, soulève une question du plus haut intérêt, ainsi qu'il l'a dit lui-même à l'Académie.

— MM. Jobert, Ferrus et Huzard sont successivement appelés à la tribune pour faire des rapports : ils sont absens.

— *M. Bousquet* lit un rapport favorable sur un travail de M. Milon (de Sorèze), ayant pour titre : Considérations sur la vaccine. — Adresser des remercîmens à l'auteur; déposer son mémoire dans les Archives. — Adopté.

— *M. Sandras* lit un travail ayant pour titre : Etudes microscopiques des crachats, surtout chez les tuberculeux. — Commissaires, MM. Andral fils et Poiseuille. — Nous donnerons une analyse de ce travail lorsque le rapport en sera fait.

— *M. Mialhe* lit un mémoire intitulé : Action des sels les uns sur les autres, sous le point de vue de formuler. (Commissaires : MM. Caventou, Guibourt et Rayer.)

— *M. Rayer* met sous les yeux de l'Académie l'intestin d'une femme qui a succombé à l'âge de cinquante-six ans à une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée. (*Voir* l'observation plus haut.)

— *M. Bouillaud* dit que depuis onze ans il n'a observé dans son service à l'hôpital de la Charité que deux cas de fièvre typhoïde au-dessus de cinquante ans; tous les autres sujets avaient moins de quarante ans.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 août 1842. — Présidence de M. Dumas, vice-président.

Cette séance n'ayant rien présenté qui intéresse les sciences médicales, profitons-en pour jeter un coup-d'œil sur les candidatures au fauteuil vacant par la mort de M. Double.

Par un hasard triste et singulier, dont il n'y a peut-être pas eu d'autre exemple à l'Académie des sciences, deux places se trouvent à la fois vacantes dans la section de médecine et de chirurgie, et, comme pour mettre en même temps en émoi les ambitions médicales de toute nature, il s'agit d'une place de médecin et d'une place de chirurgien. Il faut voir aussi comme s'agitent, se croisent et se mêlent ces ambitions nombreuses et diverses. Mais ces détails de mœurs appartiennent à nos confrères du feuilleton, qui édifieront probablement les lecteurs de ce journal sur ce sujet fort peu édifiant (1). Pour notre compte, nous ne voulons simplement que récapituler les noms des prétendans à la succession académique de M. Double; car, à Dieu ne plaise que nous nous engagions dans une appréciation comparative, appréciation bien difficile, même dans ce journal à libres allures et à complète indépendance.

Disons d'abord — et en ceci nous ne croyons manquer ni au respect qu'on doit aux morts, ni à la vérité qu'on doit aux vivans — que, grâce au mérite et au nombre des compétiteurs, M. Double ne nous semble pas impossible à remplacer. Ce n'était, en effet, ni par l'éclat de grandes découvertes scientifiques, ni par une brillante réputation littéraire, ni par aucun enseignement quelconque, que M. Double avait acquis la haute position qu'il occupait. C'était par quelque chose qu'il est fort difficile de caractériser clairement et qu'un de ses panégyristes a appelé la *consistance*, sans qu'il nous soit possible de trop bien comprendre comment la consistance peut être venue à un homme — dans le sens scientifique — qui a produit rien ou peu de chose, et qui, par la parole ou par la plume, n'a pas jeté une seule idée dans le monde médical dont la génération présente ait gardé le souvenir. En philosophie médicale, M. Double professait l'éclectisme, la philosophie de ceux qui n'en ont pas, disait sévèrement Broussais; en thérapeutique, une sorte de naturalisme sceptique et obstiné dont, du reste, il a péri victime, et en toutes choses médicales une prédilection marquée pour ce qui était antérieur à son siècle. Du reste bon, bienveillant, académique dans toute la force de l'expression, M. Double était un homme de formes polies et d'une courtoisie parfaite. Personne n'a su éconduire un solliciteur académique avec plus de grâce, et dans les conclusions les plus défavorables de ses rapports, c'était toujours avec une urbanité rare qu'il motivait ses opinions.

Le rôle que M. Double joua à l'Académie des sciences fut plus utile que brillant. Il évitait avec soin les discussions compromettantes, et une fois seulement, si nos souvenirs sont fidèles, il eut à lutter corps à corps contre un de ses collègues : c'était Navier qui soutenait la légitimité des applications de la statistique aux sciences médicales, à propos d'un rapport où M. Double les avait vivement combattues. Il faut dire, par parenthèse, qu'il n'a été rien dit de mieux et de plus sensé en faveur de la statistique, que ce qu'on trouve dans cette note lue par Navier sur ce sujet. Les journaux du temps furent unanimes pour dire que M. Double ne fut pas heureux dans son argumentation; ils reconnurent tous, au contraire, qu'il fit un bon et solide rapport sur l'ouvrage remarquable de M. le docteur Fuster, rapport qui fut reproduit par presque toute la presse médicale.

Par ces considérations, nous croyons que, quelque douloureuse qu'elle ait été, la perte de M. Double ne sera pas absolument irréparable, et ce doit être un légitime sujet de consolation de voir la quantité et la qualité des prétendans qui vont se disputer sa succession. Ce n'est, en effet, ni un Baillou, ni un Boerrhaave, ni un Sydenham qu'il s'agit de remplacer, grandes illustrations médicales dont notre époque est tant soit peu avare, mais bien un praticien instruit, un littérateur agréable, un homme généralement estimé pour ses qualités sociales, toutes conditions et même de supérieures que nous sommes heureux de rencontrer dans ceux qui aspirent à cette succession.

Voyons, en effet :

C'est M. Andral, dans les livres et dans l'enseignement duquel s'élève la génération médicale actuelle; sage intelligence qui n'a peut-être pas dit son dernier mot, et à qui l'avenir prépare une consécration durable et généralement acceptée.

C'est M. Rayer qui, depuis son mémoire sur la suette jusqu'à son bel ouvrage sur les maladies des reins, a parcouru une brillante carrière de praticien et d'écrivain.

C'est M. Cruveilhier, un des plus grands travailleurs de notre temps, un des plus anciens et des plus ardens propagateurs parmi nous de l'anatomie pathologique, savant modeste et professeur zélé dont les ouvrages sont devenus classiques.

C'est M. Piorry, dont le nom est à jamais inséparable de la percussion, d'une activité d'esprit incroyable dont il a laissé des traces dans presque toutes les branches de la pathologie, et à qui il ne faut, pour acquérir une popularité de bon aloi, que le sacrifice d'une nomenclature bizarre et généralement incomprise.

C'est M. Ribes, dont les travaux en anatomie, en physiologie, en chirurgie, sont connus de tous.

C'est M. J. Guérin, qui a créé une chirurgie toute nouvelle dont les applications augmentent tous les jours.

C'est M. Bourgery, qui élève aux sciences anatomiques un ouvrage monumental.

C'est enfin M. Fourcault, dont l'ouvrage a été couronné par cette Académie dont il ambitionne les suffrages.

Voilà, certes, une phalange brillante et imposante de compétiteurs qui doit rassurer sur le choix à faire par l'Académie, dont l'élection, du reste, n'aura lieu que vers la fin de l'année.

(1) Nous nous proposons en effet de publier une série d'articles sur ce sujet.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. (Août 1842.)

I. *Relation chirurgicale de la mort du Prince royal*; par M. MARCHAL (de Calvi).

Cette relation comprend : 1° l'observation et l'autopsie du prince ; 2° l'étude du mécanisme de l'accident ; 3° celle de la nature de l'accident et du mécanisme de la mort ; 4° enfin l'indication de quelques cas analogues. Elle se termine par la citation sous forme d'appendice, d'une observation intéressante, communiquée à l'auteur par M. Mercier. Nous ne dirons rien de l'*observation* ainsi que de l'autopsie. Cette dernière a été publiée par nous. (Voir le n° du 19 juillet.) Relativement au *mécanisme de la chute*, M. Marchal s'attache à réfuter les explications de MM. Legros et Tranchou, que nous avons publiées (voir les nos des 21 et 28 juillet et 9 août), après quoi il donne l'explication qui lui est propre. M. Marchal pense que le prince a été précipité de la voiture ; qu'il est tombé sur la partie postérieure gauche du corps, la tête la première. De là la contusion du dos, de la main gauche, celle de la région trochantérienne gauche, et l'enfoncement de l'une des étoiles de la coquille de l'épée, circonstance à laquelle M. Marchal attache une haute importance. Mais le prince ne meurt pas sur le coup, il se redresse (M. Marchal invoque ici le témoignage d'une personne présente), et entraîné par le poids des viscères, il retombe en avant : de là les contusions des deux genoux et celles de la face. Il n'est pas douteux, dit encore M. Marchal, que le prince soit tombé sur la partie postérieure de la tête d'abord ; l'attrition profonde de la partie antérieure du cerveau ne peut s'expliquer que par un contre-coup, et alors il est rationnel de placer le siége du coup à l'opposite du contre-coup, c'est-à-dire en arrière.

A l'appui de son explication, M. Marchal cite une expérience curieuse dont nous avons déjà rendu compte (n° du 4 août), et qui lui a fourni le sujet de déductions importantes, qui resteront dans l'histoire des plaies de tête. Elles sont relatives au danger comparatif des chutes sur la partie postérieure de la tête et de celles sur la partie antérieure.

Quant à la *nature de l'accident*, M. Marchal dit que le prince est mort d'une commotion de cerveau porté jusqu'à la contusion et compliquée d'un épanchement sanguin.

Suivent des détails judicieux sur la contusion et la commotion cérébrales.

Au sujet de la commotion il a fait une expérience qui a besoin d'être repétée, comme il l'avoue lui-même : « J'ai pratiqué, dit-il, à la partie antérieure du crâne, au moyen de quatre traits de scie, une fenêtre qui mettait le cerveau à nu, puis j'ai fait porter un grand coup de maillet sur la partie postérieure de la tête ; le cerveau a manifestement avancé ; mais il aurait fallu déduire de cette expansion ce qui revenait de l'élasticité du cerveau, et c'est ce que je n'ai point fait. »

Parmi les *cas analogues*, M. Marchal cite ceux de Charles VIII et de Henri II. En somme l'article de M. Marchal est très-intéressant, non-seulement sous le point de vue historique, mais aussi sous le rapport chirurgical.

II. *Lettre sur la résorption du pus des abcès*, par M. le docteur Felix d'ARCET.

Dans cette lettre, adressée à M. Marchal, M. d'Arcet expose de la manière suivante le mécanisme de la résorption du pus : « Si, après avoir enfermé du pus dans une membrane, on place le tout au milieu d'un corps absorbant, on voit peu à peu le kyste artificiel diminuer de volume ; et enfin, quand tout a été complètement desséché, on trouve dans la membrane une substance jaunâtre, onctueuse, présentant l'analogie la plus grande, pour ne pas dire une parfaite identité, avec ce qu'on rencontre dans les anciens abcès spontanément résorbés. » La surface interne de la membrane artificielle présente le même aspect villeux que la surface interne de la pyogénique. Les choses, dit M. d'Arcet, se passent dans la nature de la même manière que dans cette expérience. La partie séreuse ou albumineuse du pus est résorbée, et on la retrouve dans les urines ; la partie crémeuse ou insoluble reste dans le kyste de plus en plus revenu sur lui-même, à l'état apparent d'adipocire. M. d'Arcet termine sa lettre par l'indication d'un moyen chimique propre à distinguer le pus des abcès symptomatiques d'une affection osseuse du pus des abcès idiopathiques. Il consiste à incinérer une petite quantité du liquide douteux recueilli à l'aide d'une ponction. « Si c'est du pus idiopathique, il ne donnera qu'un tiers de centième de résidu ; si c'est du pus venant d'un os, il en donnera un et demi. »

ANNALES D'OBSTÉTRIQUE. Août 1842.

Opération césarienne pratiquée pour la seconde fois sur la même femme, pour une rupture de l'utérus ; par le docteur KILIAN.

Catherine Charoubal, âgée de 35 ans, affectée d'ostéomalacie, avait déjà subi l'opération césarienne. Arrivée le 23 août 1840 à la fin de sa deuxième grossesse, elle éprouva à cinq heures du matin les premières douleurs, et à onze heures l'orifice était sensiblement dilaté, lorsque tout à coup la femme pâlit, les yeux devinrent ternes, le nez effilé, le pouls filiforme ; une sueur froide couvrait tout son corps ; les paupières étaient à demi fermées ; le ventre changea de forme, devint flasque et pendant. On sentit à droite, immédiatement sous les téguments, la tête et les membres du fœtus. Il ne s'écoula pas de sang par le vagin. Convaincu de la rupture de l'utérus, M. Kilian se hâta de pratiquer la gastrotomie. Il incisa les téguments à côté de l'ancienne cicatrice, puis il ouvrit le péritoine, et aussitôt il s'échappa une grande quantité de sang et une anse d'intestin. Il fallut séparer une portion d'épiploon qui adhérait à la paroi, et l'on aperçut dès lors une masse bleuâtre, fluctuante, c'était l'œuf tout entier. On l'ouvrit : il s'échappa beaucoup d'eau. Le bras du fœtus se présenta, on le saisit, et on sortit sans difficulté un enfant mort.

Après l'extraction du placenta et de beaucoup de caillots, on aperçut l'utérus contracté, dur, rompu sur sa face antérieure dans une étendue de quatre à cinq pouces. L'ancienne cicatrice, fort distincte, était solide. L'anse d'intestin, l'épiploon furent rentrés, et la plaie fermée par quatre points de suture soutenus par des bandelettes agglutinatives.

Le facies était hypocratique, le pouls à peine sensible. — Vingt-cinq gouttes de teinture d'opium. — A quatre heures du soir, le pouls se relève, la peau entre en moiteur. La malade accuse des douleurs dans le bas-ventre qui disparaissent vers les dix heures, après une abondante selle de liquide et la sortie de quelques gaz. Sommeil de plusieurs heures, transpiration.

Le matin, nouvelle selle, lochies abondantes. Quelques renvois qui sont combattus par une potion de douze gouttes d'acide hydrocyanique dans cinq onces d'eau. Quelques vomissements pendant la nuit, puis sommeil de plusieurs heures.

Le lendemain, on applique de la glace sur la plaie, qui était devenue brûlante. Dès ce moment, l'opérée alla mieux. Les lochies furent abondantes, la sécrétion laiteuse s'établit, et le cinquième jour, à la levée de l'appareil, on trouva la plaie fermée, avec une suppuration très-superficielle.

Le 16 septembre, vingt-quatre heures après l'opération, la malade put se lever, et le 29, trente-un jours après la gastrotomie, la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. (Août 1842.)

I. *Observation d'un rétrécissement de l'œsophage guéri par le cathétérisme et la cautérisation* ; par le docteur GENDRON, de Château-du-Loir.

Ce fait est remarquable à plus d'un titre, c'est pourquoi nous croyons devoir le rapporter avec quelques détails. Il prouve, comme le dit avec raison M. Gendron, qu'on peut avec de la patience et de la volonté, combattre avec succès une maladie dont le résultat ordinaire est une mort lente et cruelle. Déjà, du reste, ce médecin distingué avait publié, dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales (novembre 1837), plusieurs observations de ce genre.

Le 30 décembre 1841, M. Roy, âgé de 57 ans, vint consulter M. Gendron. Il fait remonter à dix-huit mois les premiers symptômes de la maladie dont il est atteint. Voici le récit fait par le malade lui-même : « En septembre 1840, dit-il, j'ai commencé à m'apercevoir que j'éprouvais de la difficulté à avaler ma salive, surtout la nuit ; cela devint plus fréquent au mois de novembre. L'on m'a saigné au bras ; j'ai cru en ressentir un bon effet pendant deux mois ; mais en février et mars cela a commencé bien plus fort, et j'étais tellement incommodé en marchant que je m'arrêtais pour faire des efforts d'éructation. Vers la fin de juillet 1841, je mangeais des fruits ; tout-à-coup je me sentis suffoqué. Je ne fus soulagé qu'après de longs et violens efforts d'éructation. Depuis cette époque j'ai été sujet à de pareils accidens ; mes alimens ne passaient plus, et je quittais mes repas sans pouvoir satisfaire ma faim. Bientôt je ne pus faire passer que de la soupe bien bouillie et de la bouillie très-claire, et à chaque cuillerée je faisais de tels efforts d'éructation que j'étais obligé de manger seul dans ma chambre. J'avais encore plus de difficulté à boire. Le trajet des vents de l'estomac à la bouche me semblait aussi difficile que celui des boissons de la bouche à l'estomac. La nuit, les moindres éructations m'étouffaient, et j'étais obligé de rester sans cesse assis sur mon séant ; à la fin de décembre 1841, rien ne pouvait passer ; j'étais quelquefois un jour entier sans rien prendre. Je ne puis plus ni marcher, ni travailler, et j'ai tellement maigri que tous mes vêtemens me sont devenus trop larges ; mon chapeau même qui était étroit me retombe maintenant sur le visage ; et pourtant je n'ai ressenti aucune douleur qui ait pu m'indiquer où existe le mal qui fait mon supplice. Je suis tourmenté de la faim que je ne puis satisfaire, les bouillons passant avec la plus grande difficulté, et surtout la soif, les liquides ne passant nullement. »

On avait employé les moyens suivans : 1° pilules d'oxide de bismuth, rhubarbe, extrait de quinquina, eau magnésienne ; 2° pilules d'assa-fetida et de valériane, vin d'Espagne ; 3° pilules de ciguë, belladone et magnésie ; 4° pillules de belladone.

M. Gendron engagea le malade à prendre en sa présence une cuillerée d'eau ; mais aussitôt tous les muscles du cou se contractèrent, de violens efforts d'éructation survinrent, avec une suffocation extrême, mais sans toux. Après un examen attentif, M. Gendron diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage. Le cathétérisme fut pratiqué immédiatement avec une baleine flexible, garnie à son extrémité d'une petite éponge, qui pénétra jusqu'à l'estomac sans rencontrer le moindre obstacle. Une seconde épreuve du même genre donna le même résultat négatif ; mais à une troisième épreuve faite dans la même journée et de la même manière, on rencontra très distinctement un obstacle qui ne put être franchi qu'avec un peu de peine, et qui existait aux points correspondans aux premiers anneaux de la trachée-artère.

Le second jour, nouveaux cathétérismes avec une éponge de quatre centimètres de circonférence. Il résulte de ces manœuvres qu'un seul obstacle existe au point précédemment indiqué. Une grosse sonde en gomme élastique, passée au-delà de ce point, permet l'injection des liquides, qui alors arrivent très-facilement dans l'estomac.

Cependant le troisième jour le cathétérisme avec les éponges devient impossible ; on fait usage d'une canule en gomme élastique terminée en olive, et on peut ainsi franchir le détroit. Le sixième jour, une éponge de sept centimètres de contour peut traverser l'obstacle à plusieurs reprises. Le septième jour la même éponge encroûtée de beurre, saupoudrée d'alun, est passée dans le détroit huit fois en quatre séances. Le lendemain on répète la même manœuvre ; la déglutition est plus facile ; des alimens assez solides peuvent être ingérés ; mais dans la nuit des douleurs à la gorge et à l'œsophage au point de rétrécissement surviennent. Le neuvième jour, la déglutition est libre, tous les alimens solides passent ; les liquides commencent à être pris. Le cathétérisme est suspendu pendant deux jours. Le onzième la douleur de l'œsophage est complètement apaisée. Deux éponges ; l'une de sept l'autre de huit centimètres, sont introduites facilement et ramènent des mucosités un peu teintes en rouge et quelques petits lambeaux membraneux, minces, transparens et charnus. Deux jours après le malade se trouve bien, il n'éprouve plus le sentiment pénible d'un corps arrêté dans l'œsophage. Les solides et les liquides passent bien. Le 15 il retourne dans son pays.

Le 15 février, il revient auprès de M. Gendron. Depuis une dixaine de jours les alimens solides passent avec peine. Il est obligé de boire pour entraîner le bol alimentaire au de à de l'obstacle ; quant aux liquides ils passent facilement.

Du 15 février au 22, de fréquens cathétérismes sont pratiqués avec la canule terminée en olive et avec des éponges de 6, 7 et même neuf centimètres d'épaisseur. Il était impossible de constater la nature du rétrécissement, vu qu'on ne pouvait pas l'atteindre avec le doigt. Cependant, on présuma l'existence d'une bride.

La dilatation n'apportant plus aucune modification au fâcheux état de l'œsophage, M. Gendron se décida à faire usage de la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

La première cautérisation eut lieu le 22, et on la continua chaque jour jusqu'au 28. Les douleurs qui suivaient chacune de ces opérations n'étaient pas très vives.

Le 1er et le 2 mars, les éponges introduites dans l'œsophage ramènent des détritus de matières brunâtres. Le 3, nouvelles cautérisations. La déglutition redevient difficile et douloureuse. Le 4, des éponges passées avec précaution ramènent une matière pultacée d'un gris brunâtre, et des débris membraneux colorés également en brun par le nitrate d'argent. Les jours suivans le malade souffre peu et retourne dans son pays. On introduira encore les éponges pendant quinze jours.

Le 10 avril, voici ce que M. le docteur Mignot, médecin ordinaire du malade, écrivit à M. Gendron : « J'ai continué le traitement suivant vos indications, pendant quinze jours, j'ai introduit chaque matin la sonde à olive et les éponges sans difficulté. Cette époque de quinze jours passée, notre client a désiré, je pense avec raison, qu'on introduisît les éponges deux fois par semaine, ce que je n'ai cessé de faire jusqu'à ce jour. Toutes ces petites opérations se sont faites sans aucune douleur, sans aucune marque de sensibilité. Du reste, M. Roy se porte bien ; il a repris son embonpoint, il n'a plus d'éructations, sa gaîté est revenue, et il a l'âme pleine de reconnaissance. »

De son côté M. Roy, lui-même, donna les renseignemens les plus satisfaisants sur son état.

II. *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées ou symptomatiques du fémur* ; par M. J. PARISE. (*Suite*. Voir les supplémens du 2 juin et du 2 juillet.)

Application de la théorie de J.-L. Petit aux luxations congénitales. — Dans cette partie de son travail, M. Parise cherche à établir : 1° que le mécanisme des luxations congénitales est semblable à celui des luxations spontanées ; 2° que la luxation peut être aussi complète ou incomplète.

Passant en revue les théories diverses qui ont été proposées pour expliquer le mode de formation de ces luxations, il s'efforce de prouver qu'aucune d'elles ne saurait être applicable à tous les cas, et surtout à ceux qui offrent la luxation dans son état le plus simple. D'où il croit pouvoir conclure : « 1° que la luxation congénitale résulte d'une hydropisie articulaire ; 2° que son mécanisme est le même que celui qu'il a développé pour les luxations spontanées produites par une hydarthrose ; 3° que la luxation congénitale doit être rapportée aux luxations consécutives ou spontanées. » De même, ajoute-t-il, qu'il existe des luxations spontanées produites par le gonflement du tissu adipeux cotyloïdien ; de même aussi quelques luxations congénitales peuvent avoir la même origine ; suit une explication détaillée de ces différentes propositions.

Luxations congénitales incomplètes. — Dans cette espèce, la tête du fémur, amenée sur le bord externe du cotyle, s'y arrête maintenue par la résistance de la capsule et par celle du ligament rond. Elle presse le corps cotyloïdien, se déprime elle-même, en même temps qu'elle étale le bourrelet cotyloïdien et se creuse une nouvelle cavité sémi-lunaire, plus ou moins profonde, en large communication avec l'ancienne dont elle est séparée par une arête cartilagineuse, ordinairement échancrée pour loger le ligament rond. On comprend du reste que ce genre de luxation peut offrir lui-même plusieurs degrés. Elle peut rester incomplète ou se compléter après sa naissance. Dans ce dernier cas elle se comporte comme dans les luxations complètes. Lorsqu'elle reste incomplète, la cavité nouvelle se creuse de plus en plus ; un rebord osseux plus ou moins développé maintient la tête du fémur et l'empêche de remonter. L'ancien cotyle se rétrécit et se confond en partie avec le nouveau, par lequel il est comme envahi ; de telle sorte que les deux réunis ne forment qu'une grande cavité de forme ovalaire divisée en deux parties, laquelle a pu être prise pour un cotyle unique à dimensions exagérées.

Luxation congénitale complète. — Plusieurs cas ou degrés peuvent se présenter : 1° le fémur n'est maintenu que par la capsule qui les sépare de l'os iliaque ; celui-ci n'offre aucune dépression anormale ; 2° cet os présente une dépression sur laquelle appuie la tête du fémur, mais dont il est séparé par la capsule ; 3° la capsule se confond avec le périoste, devient fibro-cartilagineuse, et concourt à former une cavité peu profonde, munie d'un rebord osseux. Enfin, dans un quatrième degré, on ne trouve plus de capsule entre la tête du fémur et l'os iliaque ; celui-ci offre une cavité articulaire plus ou moins régulière et profonde, au bord de laquelle se fixe le ligament capsulaire. Le ligament rond n'existe plus.

Ces divers degrés se succèdent ordinairement *sur place*, c'est-à-dire qu'une cavité osseuse se forme là où il existait, à une époque antérieure, une simple dépression. Mais il peut arriver que la tête fémorale, après avoir demeuré un certain temps près du bord cotyloïdien et après y avoir déterminé une dépression, comme au deuxième ou troisième degré, quitte cette nouvelle cavité pour se porter plus loin ; qu'elle creuse dans ce lieu une

seconde dépression et la quitte encore pour aller former ailleurs une cavité osseuse et définitive.

M. Parise présente ensuite quelques considérations sur les déformations consécutives.

Luxation par gonflement du tissu adipeux cotyloïdien. — M. Parise avait indiqué que la luxation congénitale, comme la luxation spontanée, peut résulter de l'hypertrophie du paquet adipeux qui occupe le fond de la cavité cotyloïde. Il y a, dans Paletta (n° 90), un fait qu'il faudrait peut être considérer comme un cas de luxation complète due à cette cause. M. Parise rapporte lui-même une observation qu'il a recueilli aux Enfans-Trouvés, et qui prouve que cette hypertrophie morbide peut au moins déplacer incomplétement le fémur et déformer la cavité cotyloïde.

Le travail de M. Parise est terminé par les propositions suivantes :

« 1° Les luxations congénitales, de même que les luxations spontanées, reconnaissent pour cause une affection articulaire, une hydarthrose ou un gonflement morbide du tissu adipeux cotyloïdien.

» 2° Il serait important de pouvoir distinguer, pour le pronostic, les luxations complètes de celles qui sont incomplètes. Ces dernières nous paraissent pour la plupart incurables, parce que les deux cavités se confondent en une elles par un côté commun; il est difficile d'admettre que la réduction puisse se maintenir.

» 3° Les chances de réduction diminuent à mesure que l'on s'éloigne de la naissance, puisque les déformations articulaires consécutives sont d'autant plus prononcées que la luxation est plus ancienne. De là, l'indication d'opérer le plus tôt possible.

» 4° Tant qu'il ne sera pas possible de différencier sur le vivant les cas de déformation articulaire sans luxation des cas de luxation complète, et ceux ci des luxations incomplètes, la thérapeutique de ces affections n'offrira qu'une déplorable incertitude. »

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. Août 1842.

I. *Quelques considérations sur la gastralgie et sur son traitement;* par M. le docteur S. SANDRAS.

Dès le début l'auteur indique toute l'importance qu'il y a à distinguer avec soin les différentes espèces de gastralgie pour arriver à une thérapeutique rationnelle. La seule de ces espèces qui l'occupe dans son travail, c'est la gastralgie proprement dite, forme à laquelle il applique la description suivante que nous croyons devoir reproduire textuellement, car M. Sandras y attache une grande importance : « Les malades, dit il, se plaignent de ressentir brusquement une douleur extrêmement vive et aiguë à l'épigastre; cette douleur d'une nature très facile à reconnaître et dont la durée n'est pas toujours la même, vient presque insensiblement après l'ingestion des alimens, quelle que soit d'ailleurs la nature de ces alimens : il suffit qu'ils y soient introduits pour que la douleur se développe, et le plus souvent un espace de dix à trente minutes sépare à peine le retour du mal et l'ingestion des matières alimentaires. En même temps que la douleur existe, il y a une notable oppression, une sorte d'anéantissement des forces morales et musculaires, quelquefois des vomituritions et même des vomissemens, mais presque toujours des regurgitations acides ou glaireuses. Ces accidens, après avoir duré pendant un temps qui n'est pas toujours le même, finissent par diminuer d'intensité, puis disparaissent tout à coup comme par enchantement, pour recommencer de la même manière quand on donne lieu à un nouveau travail de digestion. Dans tout cela point de fièvre, à peine un peu de vitesse, d'inégalité et d'agitation du pouls; point de chaleur à la peau, point d'enduit particulier de la langue, point de couleur anormale : la langue reste humide, un peu blanche et pâteuse. Pendant la durée de la douleur, la physionomie a pris un aspect particulier et une expression indicible, mais très-saisissable, de douleur. »

C'est là le vrai type de la névralgie proprement dite. Cependant ces phénomènes se présentent souvent dans le commencement d'un cancer à l'estomac; il n'y a alors que les suites des deux maladies qui semblent devoir les distinguer. Toutefois hâtons-nous d'ajouter que les indications thérapeutiques restant les mêmes dans les deux cas il importe beaucoup moins, pour ce qui concerne le traitement, de constater qu'il y a ou non commencement de squirrhe ou l'existence seule d'une gastralgie proprement dite.

Mais il est des gastralgies dont le traitement a ses lois particulières. Telles sont les gastralgies périodiques intermittentes : or, c'est ici qu'il faut distinguer. Pour cela, il faut savoir que c'est souvent après le repas que la gastralgie proprement dite se développe; et il y a là une espèce de périodicité qui pourrait en imposer. Cependant on comprend qu'il suffit de changer l'heure des repas pour être fixé à cet égard.

Quant au traitement de la gastralgie simple, M. Sandras établit diverses indications. La première consiste à prescrire les alimens les moins propres à mettre les parois de l'estomac en contact immédiat avec des acides un peu développés. Pour faire disparaître le goût d'aigre sur que les malades éprouvent souvent, on fait avaler, immédiatement après le repas, quelques gorgées d'eau tenant en suspension un peu de magnésie décarbonatée et on fait rincer la bouche avec le même liquide. Toutefois, malgré l'importance de ces deux premières indications, il faut quelque chose de plus efficace pour faire disparaître la névralgie. L'expérience a prouvé à M. Sandras que ce quelque chose c'est la morphine.

Chez un premier malade, M. Sandras administra cette substance en pilules de 25 milligrammes (1/4 de grain) de chlorhydrate de morphine après chaque repas, le malade prenait une ou même deux de ces pilules, et trois mois de ce traitement firent disparaître ses douleurs.

Depuis M. Sandras a modifié l'administration de la morphine de la manière suivante : « Après le repas pris, dit-il, aussitôt que la douleur se fait sentir, je prescris une cuillerée à café d'une potion faite avec

Eau sucrée,	45 grammes,
Chlorhydrate de morphine,	10 centigrammes.

»On renouvelle l'administration de cette cuillerée plus ou moins fréquemment, selon l'intensité et la ténacité de la douleur. On va, s'il en est besoin, jusqu'à consommer toute la potion, mais presque toujours au bout de quelques cueillerées à café, prises de dix minutes en dix minutes, l'effet sédatif est produit et le malade est soulagé. Je préfère la solution de chlorhydrate de morphine aux pilules, parce qu'on est maître de gouverner à volonté le médicament administré sous cette forme, d'aller jusqu'où il est nécessaire pour supprimer la douleur, et de s'arrêter à volonté quand il n'est plus nécessaire d'insister. Pour les enfans surtout cette considération est capitale »

Toutefois la morphine à l'intérieur n'est pas le seul remède à employer contre les gastralgies qui nous occupent. Ainsi M. Sandras s'est très bien trouvé de l'usage des emplâtres de thériaque, d'extrait aqueux d'opium ou même de morphine, placés sur l'épigastre.

M. Sandras termine en recommandant de rendre le régime alimentaire aussi régulier et aussi fortifiant que possible.

II. *Considérations pratiques sur l'eczéma et son traitement;* par M. EMERY, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Tous les eczema soient aigus ou chroniques; on les divise en trois espèces, que les auteurs ont designées sous des noms differents M. Emery adopte la classification de Biett, qui a donné à ces trois espèces les noms suivans : eczema *simplex*, eczéma *impetiginodes*, eczéma *rubrum*. M. Emery entre, sur ces trois variétés de la maladie, dans des considérations générales très-judicieuses que nous passerons cependant sous silence, car elles ont été consignées en grande partie dans les livres récents qui traitent spécialement des maladies de la peau. Nous insisterons avec quelques détails sur ce qui a rapport au traitement.

L'eczéma *simplex* est une affection bénigne, facile à guérir : des boissons délayantes légèrement acidulées, des bains émolliens, des lotions de même nature, en triomphent le plus souvent. Lorsque la maladie se prolonge et s'accompagne de vives démangeaisons, M. Emery fait recouvrir les parties malades de cataplasmes de fécule de pommes de terre, augmente la durée des bains, prescrit quelques légers laxatifs. Chez les jeunes gens cela suffit quatre vingt-dix fois sur cent; mais chez les femmes d'une quarantaine d'années et chez les jeunes filles qui ont déjà été atteintes de cette maladie, la récidive est fréquente et prompte, surtout lorsque l'affection envahit, sous forme de bracelet, toute la circonférence de l'avant bras et près de la moitie de sa hauteur. En pareil cas, dit M. Emery, une application de sangsues au-dessus et au-dessous du mal suffit ordinairement pour l'arrêter et des cataplasmes émolliens achèvent la guérison.

« L'eczéma *rubrum*, quand il débute en envahissant tout un membre, le cou en entier ou le front et les oreilles, s'accompagne le plus ordinairement d'un gonflement douloureux et d'un mouvement fébrile qui se calme au bout d'un, deux, trois ou quatre jours. Après vingt-quatre heures de durée, je fais saigner du bras, et, si besoin est, poser vingt à trente sangsues autour des parties malades, qu'on recouvre de cataplasmes de fécule. Je tiens les malades à une diète austère, à l'usage des bains tièdes, avec une demi-livre d'amidon, et j'administre encore deux laxatifs. La tisane de pensée sauvage le matin, la limonade dans la journée, composent la boisson ordinaire. J'ai rarement besoin d'une autre médication. Mais il est des eczéma qui débutent d'une manière foudroyante; tout le corps est envahi en quelques heures; après trois ou quatre jours, l'épiderme s'enlève, un énorme suintement s'écoule d'une surface vivement colorée en rouge, très-enflammée et douloureuse; du sang même s'en échappe quelquefois. Toujours, dans ce cas, je joins les saignées locales aux générales; je couvre les parties de compresses froides, que je fais constamment renouveler, et il peut arriver qu'en quelques heures je sois assez heureux pour arrêter la marche de la maladie. Des irrigations d'eau froide m'ont également réussi dans quelques cas. Cependant j'aime encore mieux, après les compresses d'eau froide et souvent avant, faire appliquer des cataplasmes de fécule tiède entre deux linges, et tenir les malades pendant plusieurs heures dans des bains de 25 à 27 degrés de température, thermomètre centigrade. Toujours dans ce cas, j'ai recours aux purgatifs salins, à une diète absolue, à des lavemens émolliens, et à une tisane adoucissante et anti-phlogistique, dans les premiers temps, et légèrement dépurative, après le premier septenaire. Malgré cette médication, l'eczéma, après avoir paru céder, peut reparaître avec une nouvelle intensité; j'ai alors recours aux préparations antimoniales, au sulfure, par exemple; j'en administre vingt centigrammes par jour, avec quarante centigrammes d'extrait de douce-amère, et je reviens aux purgatifs tous les trois ou quatre jours, en insistant en même temps sur le traitement local.

» L'eczéma *impetiginodes* peu intense disparait rapidement avec des applications de cataplasmes de fécule, des bains, des lavemens émolliens, des tisanes rafraîchissantes; mais il n'en est point ainsi quand il envahit la tête, le cou et les oreilles les avant-bras et les mains. J'ai vu cette éruption avoir l'air de céder aux médications rationnelles et sévir ensuite avec une nouvelle intensité. Les douches de vapeur, et après quelques faibles modificateurs de la peau, sont des médications dont on peut retirer de bons effets. Les lotions d'eau de son, d'eau légèrement savoneuse, des pommades composées avec un sixième de cérat soufré et cinq portions de cérat ordinaire, ou bien avec vingt ou trente centigrammes d'oxyde blanc de zinc et seize grammes de cérat; ou une pommade faite avec une partie de goudron végétal et trente d'axonge ou de cérat, qu'on emploie avec prudence, peuvent amener une prompte guérison. »

Quant au traitement que réclament les eczéma chroniques, on doit le varier suivant l'état des parties, les causes qui les ont produits et qui les entretiennent, et les complications.

Il est des eczéma qui offrent une ténacité extrême, et ce nombre sont ceux qui atteignent les organes de la génération et la marge de l'anus. En pareille circonstance, des émolliens, des narcotiques et des préparations de plomb, des bains de deux ou trois heures deux fois par jour, deux ou trois applications de sangsues, des lotions avec une décoction de jusquiame et de têtes de pavots; pour boisson une limonade minérale et deux ou trois verres d'eau de Sedlitz, sont les premiers moyens à employer; les lotions d'eau de Goulard, les bains et les douches de vapeur, les pommades au calomel et à l'alun, les bains avec dix grammes de deuto chlorure, que l'on peut porter jusqu'à la dose de seize grammes viennent ensuite, ainsi que l'usage interne d'eau d'Enghien ou de toute autre eau légèrement sulfureuse. Ajoutons que malgré la combinaison la plus rationnelle de ces différens moyens, il n'est pas rare de voir la maladie persister. Les potions calmantes sont quelquefois alors la seule ressource pour apaiser les douleurs.

Contre les eczéma chroniques invétérés qui couvrent toute la surface du corps, et qui rendent si hideux les malheureux qui en sont affectés, Biett a essayé la teinture de cantharides et les préparations arsénicales, et il en a obtenu plusieurs fois des succès remarquables. M. Emery a eu aussi recours à ces moyens énergiques dans des cas désespérés; « mais, dit-il, sous leur administration ou pendant leur emploi, j'ai vu un dévoiement colliquatif aggraver la situation du malade, et je n'ai pas eu le même bonheur que Biett. »

Lorsque, sous l'influence d'un traitement, l'eczéma disparaît subitement et que des accidens graves surviennent du côté des viscères importans, il faut immédiatement suspendre le remède, agir sur l'organe malade par des moyens appropriés, et recouvrir les parties sur lesquelles siégeait l'eczéma des cataplasmes de farine de lin légèrement saupoudrés de moutarde.

III. *De l'emploi de l'électro-puncture dans le traitement de la surdité tenant à la paralysie du nerf acoustique;* par M. JOBERT (de Lamballe).

L'application de l'électro puncture au traitement de certaines surdités est loin d'être nouvelle; des faits récens observés par M. Jobert dans son service à l'hôpital Saint Louis, sont venus lui montrer que ce moyen ne mérite pas l'abandon qu'on en a fait. En effet, il rapporte plusieurs observations qui montrent qu'employée d'une certaine manière l'électro puncture peut amener une amélioration marquée chez des sujets qui étaient sourds depuis longues années, et qui paraissaient complètement incurables, et rendre chez les personnes moins profondément atteintes, les facultés auditives aussi complètes que si le nerf acoustique n'avait jamais été paralysé (*Voir* l'observation publiée dans notre Journal du 25 août.)

Ajoutons, qu'en praticien habile et éclairé, M. Jobert a constaté à sez longtemps après le traitement les guérisons qu'il avait obtenues.

Voici comment M. Jobert emploie l'électricité : « La sonde de Itard est introduite par la fosse nasale dans la trompe d'Eustache; et dans cette sonde on fait glisser une longue aiguille fine à acupuncture, de manière à venir s'implanter dans un point des parois de la trompe d'Eustache, tandis que l'autre extrémité sort en dehors de la sonde; une autre aiguille à acupuncture est implantée dans la membrane du tympan, on arrive directement et sûrement sur cette membrane, à travers le conduit auditif externe, en faisant élever le pavillon de l'oreille par un aide. Cela fait, l'on passe l'un des fils conducteurs d'une pile galvanique, dont l'auge est préalablement chargée avec l'eau et l'acide hydrochlorique, dans l'œil d une des aiguilles, et au moyen du conducteur de l'autre pole de la pile on touche l'aiguille opposée. J'ai employé en commençant huit paires de la pile, puis je suis arrivé à dix à douze paires, enfin j'ai été jusqu'à dix-huit paires; et, dans ce moment, j'ai des malades à l'hôpital Saint-Louis qui ont subi plusieurs séances, et chez lesquels j'agis avec la pile entière, dont l'auge renferme quarante paires métalliques. A l'instant où les deux pôles sont mis en communication, il y a un ébranlement très douloureux dans l'oreille et dans la tête, avec mouvemens convulsifs de la face; mais cette secousse et cette douleur cessent immédiatement. Chez une seule malade, l'impression s'en est fait sentir pendant huit jours, mais tout s'est borné à une légère douleur sans accident, laquelle s'est éteinte d'elle-même. Il faut ajouter que les malades qui sont soumis à l'électricité de cette manière sont pendant quelques instans comme étourdis; et conservent quelque temps après l'expérience un air étonné. La séance se borne le plus souvent à une seule secousse, quand les malades sont irritables; j'ai donné deux et même trois secousses chez les personnes dont la sensibilité est plus obtuse et qui ont déjà été soumises à l'électro-puncture. En général, je mets huit jours entre chaque épreuve. »

IV. *De la cautérisation pharyngée avec le nitrate acide de mercure, dans quelques affections spéciales;* par M. PAYAN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

La cautérisation dans certains états morbides de l'arrière-gorge est préconisée par divers praticiens. M. Payan, qui s'est occupé spécialement de cette question, en a retiré d'excellens résultats. Voici comment il la pratique. »

« Nous nous servons, dit-il, au moins, le plus souvent, d'un mélange de cinq ou six parties d'eau, avec une de nitrate acide de mercure pur, ce qui constitue un liquide doué encore de beaucoup de force Si plusieurs cautérisations sont nécessaires, ce qui arrive assez souvent, les proportions du caustique sont plus fortes; quelquefois même, celui ci doit être pur, quand on se propose, par exemple, de produire une stimulation d'une très-grande énergie Pour porter le liquide caustique nous nous servons d'un de ces pinceaux en poils de blaireau, ramassés en faisceau et fixés à l'extrémité d'un tuyau de plume à écrire, et tels que les marchands de couleurs les vendent. Ce pinceau, étant préalablement emmanché d'une tige quelconque, assez longue, nous le trempons dans le liquide caustique, et, après avoir mis à découvert l'arrière gorge, en abaissant la langue avec les deux doigts, nous promenons rapidement le pinceau dans la cavité pharyngée. La sensation première qu'éprouve le malade est d'abord assez pénible, mais elle se calme bientôt par un gargarisme aqueux, dont on fait immédiatement usage. — Quelquefois ces cautérisations sont suivies de nausées, de quelques vomissemens même, qui ne sont pas défavorables aux malades. — Trois ou quatre jours après une première cautérisation, on peut en faire une seconde etc. — Après la cautérisation, la muqueuse pharyngée blanchit légèrement; une excitation assez vive est produite sur elle; beaucoup de mucosités sont, par suite, expulsées par les malades; quelquefois même, dans leurs efforts, ceux-ci rendent de véritables débris pseudo-membraneux, surtout lorsque la cautérisation a été faite avec le caustique très-concentré Dans la première journée, les malades sont comme atteints d'une véritable angine gutturale; mais tout ceci ne tarde pas à s'apaiser et à laisser les malades dans un bien être réel. »

Ce mode de cautérisation convient, d'après l'auteur, contre les angines qui entretiennent la toux; c'est à ses yeux le moyen le plus efficace pour faire disparaître les irritations chroniques de l'arrière-bouche et les symptômes morbides qui en dépendent.

V. *Accouchement de trois jumeaux vivans, avec engagement simultané de deux têtes;* par M. CHAILLY-HONORÉ.

Le 7 juillet dernier, M. Chailly fut appelé auprès d'une dame, mère de cinq enfans vivans, qui, arrivée au terme de sept mois et demi, était en travail depuis environ huit heures. Un examen attentif fit reconnaître à M. Chailly une grossesse gémellaire. La tête d'un enfant était parvenue presque dans l'excavation. Elle se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure. La main, introduite dans la concavité du sacrum, pénétra jusqu'au détroit supérieur et fit reconnaître que l'obstacle au pas-

sage était constitué par une seconde tête qui se présentait immédiatement après la première, et était fortement fixée au détroit supérieur entre l'épaule et la tête du premier fœtus. M. Chailly, par des manœuvres habilement combinées, parvint à soulever un peu la seconde tête, et administra un gramme de seigle ergoté, fraîchement pulvérisé dans un demi verre d'eau sucrée.

Un quart d'heure après, les deux enfans sortirent l'un suivant l'autre. Ils étaient tous deux du sexe masculin et asphyxiés; mais bientôt, par les moyens appropriés, la respiration se rétablit.

Revenu auprès de la mère, M. Chailly constata l'existence d'un troisième enfant, également du sexe masculin. La poche des eaux fut immédiatement rompue; et trois quarts d'heure après, cet enfant, très bien portant et beaucoup plus fort que ses frères, fut expulsé.

La délivrance ne s'effectua que vingt minutes après l'expulsion du dernier fœtus.

Quoique les trois enfans fussent dans des conditions de vitalité qui devaient laisser beaucoup d'espoir, on se borna à leur donner de l'eau sucrée. Le plus fort succomba le premier, le lendemain de sa naissance; puis mourut le plus fort des deux jumeaux; le plus petit ne survécut que d'un jour à ses frères.

M. Chailly dit en terminant qu'il regrette qu'on n'ait pas suivi le conseil qu'il avait donné d'avoir une nourrice pour ces trois enfans.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — 27 août 1842.

Cas remarquable de transformation des insignes de la virilité chez un homme adulte. (Androgynie); observation lue à l'Académie de médecine, le 12 juillet 1842, par M. BOURGUIGNON, interne des hôpitaux.

Cette observation mérite d'être connue dans tous ses détails; elle renferme des circonstances si curieuses et si intéressantes sous plusieurs rapports que nous croyons devoir la rapporter textuellement. Nous laisserons à nos lecteurs le soin d'en tirer des conséquences.

Le nommé Prince Charles, graveur, âgé de trente ans, est couché à l'hôpital des Vénériens, dans la salle 8, lit 4, service de M. Puche.

Antécédens. — A vingt ans, en 1830, après trois jours d'un coït suspect, douleurs dans le canal de l'urètre, plus vive dans l'excrétion des urines. Quatre jours après l'apparition de ces douleurs, une ulcération se montre au méat urinaire et plusieurs autres, quelques jours après, à la base du gland. Entrée à l'hôpital des Vénériens, traitement : injections d'un liquide caustique dans le canal de l'urètre, suivies d'un bain de siége, pendant quinze jours, jusqu'à cessation des douleurs. Charpie sèche sur les ulcères, frictions mercurielles sur la partie interne des cuisses pendant vingt jours; la salivation les fait supprimer; cicatrisation et sortie de l'hôpital après deux mois de séjour.

En 1832, urétrite (Prince est entré au service; il va au Val-de-Grâce) : traitement émollient, puis anti-blennorragique. Guérison.

En 1833, ulcère de l'impasse du prépuce; traitement : onguent mercuriel, bains locaux avec solution d'acétate de plomb. Guérison en quatre jours. Mais une marche forcée amène une adénite volumineuse. Entrée à l'hôpital; traitement : ponction du bubon, liqueur de Vanswieten à la dose d'une cuillerée à bouche pendant vingt-quatre heures, jusqu'à salivation; friction mercurielle sur les cuisses quelques jours après; guérison. Durée du traitement, soixante-trois jours.

A la fin de 1833, mal à la gorge; traitement : gargarismes acidulés, tisane de Feltz, cautérisation de la gorge avec un pinceau trempé dans un acide. Guérison après trois semaines de traitement.

En 1835, après deux ans d'une santé parfaite (Prince est en garnison à Alger), nouvelle infection; les ulcères siégent sur le corps du gland; le malade les conserve trois semaines sans songer à les guérir. Entrée à l'hôpital; traitement : bains locaux, charpie avec onguent mercuriel, prompte cicatrisation des ulcères. Mais pendant le traitement, éruption des boutons sur le cuir chevelu; des croûtes leur succèdent. Huit jours de frictions mercurielles, après avoir au préalable rasé la tête, en font justice.

En 1836, réapparition de l'éruption pustuleuse; d'abord bornée à la tête, elle gagne bientôt le tronc et les membres. Entrée à l'hôpital; traitement : frictions mercurielles de la tête aux pieds pendant dix huit jours, tisane de salsepareille, pilule de 1 à 8 (le malade ne sait pas dire quelle était leur nature et pendant combien de temps il les a prises.) Guérison.

En 1838 céphalalgie des plus vives, d'une activité extrême la nuit. Entrée à l'hôpital du Dey; traitement : vésicatoire à la nuque, vésicatoire monstre sur toute la tête; leur effet est nul; et déjà commence pendant ce traitement l'étonnante transformation qui doit s'opérer chez Prince.

Il était bien développé, vigoureux; sa barbe était noire, longue et bien fournie, et cependant, au bout d'un mois, ses formes athlétiques ont disparu, ses membres sont chétifs et grêles, sa barbe s'en est allée poil à poil; ses favoris, ses moustaches ne laissent plus trace de leur existence. Le principe morbifique porte encore plus profondément son action destructive : Prince voit ses organes génitaux menacés d'une atrophie presque complète. Il en est des poils du pubis comme de ceux de la face; ils tombent tous sans exception. Sa verge autrefois d'une dimension ordinaire, perd surtout de son volume, et ses bourses jadis grosses et pendantes, sont petites et fortement revenues sur elles-mêmes. Ce travail atrophique dure ainsi plusieurs mois, sans que la céphalalgie perde de son intensité; elle ne cède qu'à l'application d'un moxa derrière l'oreille droite, au sixième mois environ.

Délivré de ses douleurs céphaliques, Prince reprend des forces, et obtient son congé définitif à la fin de 1839 Il revient à Paris où sa santé s'améliore encore. Mais son étrange caractère, sa répulsion pour les plaisirs de son âge contrastent d'une manière frappante avec ses antécédens. Chacun s'en étonne et le lui fait remarquer; il le voit, il le comprend, veut prendre sur lui de se faire l'homme d'autrefois, et ses efforts ne lui font que mieux sentir son impuissance.

Chose étrange! quoique la convalescence et l'embonpoint se maintiennent, l'atrophie des organes génitaux n'en marche pas moins activement. Inquiet sur les suites de cette diminution progressive de ses organes sexuels, Prince se décide à faire l'épreuve de ses moyens, à constater ce qui lui reste de ses vertus prolifiques Il se rend dans une maison publique, y rencontre une ancienne connaissance, qu'il choisit de préférence, comme il le faisait dans des temps meilleurs. Mais aujourd'hui c'est pour un tout autre motif : il a besoin de sa discrétion, peut-être de sa complaisance. En effet, sa nature lui fait complètement défaut; une masturbation prolongée a pu seule lui procurer une légère sensation voluptueuse sans la moindre éjaculation

Quelques mois se passent ainsi sans apporter de changement à son état; mais au commencement de 1840, une tumeur lacrymale se montre à gauche; de vives douleurs plus intenses la nuit, se font sentir au niveau des os propres du nez; enfin il rejette au milieu du mucus nasal des débris osseux, noirs, infects, sortant par la narine droite — Tisane de Feltz; guérison Durée du séjour à l'hôpital, deux mois.

En octobre, même année 1840, la céphalalgie reparaît plus intense qu'elle n'a jamais été; la tumeur lacrymale se montre de nouveau; des exostoses se sont développées sur le front à droite et à gauche, ainsi que sur les os propres du nez; elles sont le siége de douleurs lancinantes Entrée du malade à l'hôpital; traitement : sangsues sur la tumeur lacrymale, tisane sudorifique; iodure de potassium (110 grammes dans l'espace de six semaines). Le malade sort notablement soulagé de ses douleurs; les exostoses se sont affaissées.

En 1841, après dix mois d'une santé passable, les exostoses, déjà existantes, reviennent à leur premier volume; elles sont aussi douloureuses qu'autrefois. Entrée à l'hôpital; au dire du malade, M. Cullerier aurait fait remarquer aux élèves un ramollissement du frontal; les doigts, en comprimant le front au niveau des exostoses, faisaient céder la table externe Traitement : friction d'onguent mercuriel sur le front, pilules de Valette. Les accidents sont palliés pour huit mois, et c'est le 26 janvier 1842 qu'il entre à l'hôpital des Vénériens pour la cinquième fois et toujours pour ses exostoses, et de plus, pour des douleurs ostéocopes générales, plus prononcées la nuit. C'est alors que le malade s'est présenté à notre observation. Disons un mot de son état général, en passant en revue les différents organes et leurs fonctions; cet examen est digne d'intérêt.

Prince est d'une taille moyenne; il est bien développé; il était, dit-il, vigoureusement constitué; nous pouvons le croire, il a été autrefois garçon de pharmacie à l'hôpital, et les infirmiers qui l'ont connu alors certifient qu'il était un fort *gaillard*. Quel changement aujourd'hui dans toute sa personne! Ses traits portent l'empreinte d'une vieillesse précoce; ils ont une douce expression où perce l'insouciance; son regard est craintif, sa démarche chancelante, ses mouvements lents et mesurés; il y a de la femme dans son allure : c'est qu'en effet il en a pris toutes les formes; la peau est d'une parfaite blancheur, douce au toucher; un léger duvet la recouvre à peine dans les régions où le système pileux était fort développé auparavant. Un tissu cellulaire abondant donne à tout son corps de gracieux contours; les extrémités supérieures et inférieures ont acquis des formes inconnues à notre sexe. La main, surtout chez un individu occupé plus d'une fois à de rudes travaux, a subi une transformation surprenante; l'artiste la trouverait irréprochable; à ne voir que le doigt, l'anatomiste nierait le sexe. Les organes génitaux sont aussi ceux d'un enfant de cinq ans; leur blancheur, leur forme, leur volume, tout le ferait croire. Le toucher perçoit deux apparences de testicule de la grosseur d'une petite noisette. La verge a peut-être proportionnellement éprouvé une atrophie moins considérable; le canal de l'urètre a conservé en largeur les dimensions de celui de l'homme adulte; le méat urinaire de Prince est même plus large que chez beaucoup d'autres malades couchés dans la même salle que lui.

Du reste, le moral s'est montré esclave du physique; en perdant les organes il a perdu les fonctions. Son tempérament est le type du lymphatique, son caractère est fort doux, son intelligence obtuse, et la mémoire, fort bonne autrefois, est toujours très infidèle. Les fonctions organiques n'offrent rien de particulier, seulement les liqueurs le mettent dans une excitation nerveuse remarquable. Deux verres de vin blanc pris à différentes époques lui ont donné des attaques épileptiformes. — Dans notre examen nous n'avons pas oublié les organes de la voix; sa corrélation avec les organes génitaux nous le rappelait suffisamment, mais la voix n'est que légèrement modifiée.

Tel était l'état de Prince en janvier dernier. Aujourd'hui sa constitution s'est améliorée; il semble se régénérer sous l'influence du traitement qu'il a suivi et que nous noterons en quelques mots : M Puche lui fait prendre son sirop antisyphilitique composé, dont voici la formule : iodhydrargirate neutre de potassium, 1 gramme; iode pur, 1 gramme; proto-iodure de potassium, 100 gramme; eau distillée, 598. Pour 500 parties.

Dose de sirop de 25 à 100 grammes. Jusqu'à ce jour, le malade en aurait pris au total environ 600 grammes. C'est en subordonnant le traitement aux symptômes, c'est en veillant surtout à l'alimentation du malade, que M Puche est parvenu à arrêter les progrès effrayans de cet étiolement général. Aujourd'hui Prince est plus dispos, il se sent plus fort, il semble remonter peu à peu les degrés qu'il a descendus. Toutes ces douleurs ont disparu. Les fosses nasales sont le seul point en souffrance, et là encore la nature prend le dessus. En effet, la nécrose élimine de temps en temps de petites esquilles et le malade s'en trouve mieux. Notons cependant que l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur droit a presque entièrement disparu par suite de ces éliminations.

Le léger duvet qui recouvrait les régions autrefois abondamment pourvues de barbe devient plus touffu, il noircit; cela se voit surtout aux moustaches. Les organes génitaux eux-mêmes reviennent de leur inertie. Le mois dernier, Prince a eu deux érections; ce sont les seules qu'il ait éprouvées depuis le jour de ses fameux exploits. En un mot, notre malade marche incontestablement vers la conquête de la première nature.

Nous n'avons rien dit de la chute des cheveux; le rasoir l'ayant plus d'une fois artificiellement produite; cet accident perdrait par ce fait beaucoup de sa valeur.

Immédiatement après la lecture de cette observation M. Bourguignon mit sous les yeux de l'Académie le malade qui en était l'objet, et il fut facile de se convaincre de l'exactitude du récit que nous venons de rapporter.

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX. (Juillet 1842.)

Deux observations recueillies dans le service de M. Gintrac, professeur à l'École secondaire de Bordeaux, par Henry GINTRAC, chef de clinique.

1° *Perforation gastro-colique.* — Un homme âgé de 57 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, remarqua, il y a environ vingt mois, que ses digestions étaient pénibles, laborieuses; qu'elles s'accompagnaient d'éructations de gaz fétides; des vomissemens avaient lieu aussitôt après l'ingestion des alimens dans l'estomac. Ces symptômes persistent plusieurs mois en augmentant graduellement d'intensité; plus tard une diarrhée survient; elle est d'autant plus abondante qu'on ne lui oppose aucune médication. C'est dans ces circonstances que le malade entre dans le service de M. Gintrac. Sa constitution paraît détériorée, l'amaigrissement est général; cependant l'on n'observe pas ce dernier degré de marasme qui arrive dans les lésions organiques. Sa face est d'un pâle jaunâtre, son pouls petit et fréquent, sa langue sèche; il y a de l'anorexie, parfois des vomissements; l'épigastre est sensible à la pression, on ne trouve aucune saillie, aucune tumeur anormale; le reste du ventre est indolent. Deux cautères sont placés sur l'épigastre. La tisane de riz est prescrite. Le dépérissement augmente graduellement, et le malade meurt au bout de quelques jours.

Nécropsie. — Amaigrissement général, flaccidité des membres, poumons et cœur sains. L'estomac offre, vers la partie moyenne de la grande courbure, une perforation ovalaire ayant trois centimètres de diamètre. Celle-ci correspond exactement avec un autre orifice anormal que présente le colon transverse dans sa paroi opposée. Les bords de ces deux solutions de continuité sont unis par un tissu dense, rougeâtre, la cicatrisation paraît dater de long-temps : par cette ouverture artificielle ces organes communiquent ensemble. La muqueuse gastrique est recouverte par un liquide jaunâtre qui se retrouve aussi dans le colon transverse. Près du cardia, elle est tuméfiée, épaissie, inégale, rouge, présentes des végétations arrondies et distinctes. L'ouverture pylorique n'est pas rétrécie; les parois qui forment cet anneau ne sont nullement altérées. Le long de la petite courbure de l'estomac se trouvent des tumeurs volumineuses, blanchâtres, arrondies, criant sous le scalpel, formées par un tissu squirrheux, fibro-cartilagineux. La muqueuse intestinale n'est que légèrement injectée dans le reste de son étendue. Les autres organes sont dans l'état normal.

Ce fait est intéressant à plus d'un titre; nous ne croyons pas nécessaire d'en faire ressortir toutes les particularités qu'il présente.

2° *Névralgie de l'urètre.* — Une femme âgée de 32 ans, mère de quatre enfans, bien réglée, éprouvait depuis huit mois, sans fièvre aucune, des douleurs épigastriques, un sentiment de brûlure lors de l'émission des urines, et une sorte titillation continue au méat urinaire. Elle fut admise dans le service de M. Gintrac au commencement du mois d'octobre 1841.

Sa constitution n'est point altérée, l'embonpoint est bien conservé, la face pâle, le pouls calme, la respiration libre; les fonctions digestives s'exécutent d'une manière normale. Les souffrances qu'elle ressent au méat urinaire sont incessantes, très aiguës, l'empêchent de se livrer un instant au sommeil. L'existence d'un calcul est soupçonnée, mais les moyens d'investigation mis en usage pour s'en convaincre font écarter cette opinion. Les parties sexuelles sont le sujet d'un examen attentif. Le toucher plusieurs fois pratiqué ne peut découvrir aucune altération de ces organes, qui sont à l'état sain.

Saignées générales et locales, bains simples et sulfureux, injections émollientes et opiacées, introduction de bougies enduites d'extrait de belladone, cautérisation avec le nitrate d'argent, cyanure de zinc à la dose de 20, 40 centigrammes, extrait gommeux d'opium, extrait de jusquiame; tels sont les moyens qui furent mis successivement à contribution sans en retirer aucun avantage.

Le 22 du même mois, la menstruation survint, dura cinq jours, et fut accompagnée d'une varioloïde. Une sorte de révulsion s'opéra; les douleurs se calmèrent notablement et la malade put prendre un peu de repos. Mais aussitôt après la dessiccation des vésicules de la varioloïde, les souffrances revinrent avec la même intensité qu'auparavant. Deux eschares avec la poudre de Vienne sont faites sur la région hypogastrique; bains avec addition de 120 gramm. de sulfure de potasse; pilules composées avec l'extrait thébaïque et de jusquiane à 0,25 à prendre chaque jour.

Cette médication détermina un soulagement réel, et le 20 décembre la malade sortit de l'hôpital dans un état de convalescence.

L'absence d'un calcul, d'une vive inflammation ou d'une dégénérescence rendent cette observation très-curieuse.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON. — Juillet 1842.

Luxation de l'extrémité externe de la clavicule au-dessous de l'apophyse coracoïde; par M. PINJON, D. M., à Chamelet.

Voici un fait que M. Pinjon ne livre à la publicité qu'avec crainte, quoiqu'il soit bien convaincu de sa réalité.

M Perreau, âgé de 70 ans, d'une forte constitution, est pris subitement dans la nuit d'un vertige, et tombe sans connaissance, en voulant se lever pour uriner. Dans sa chute, l'épaule frappe le coin d'un coffre placé près du lit. Revenu à lui, il n'éprouve pas de douleur, se recouche et dort fort tranquillement. Le lendemain les mouvemens du bras sont gênés; M. Pinjon est appelé.

« Je le trouvai, dit-il, assis sur une chaise; l'épaule gauche était affaissée, inclinée un peu en avant et en bas; le membre pendant contre le tronc se portait facilement dans tous les sens, excepté en haut et en dedans. Le bras mesuré depuis la saillie acromiale jusqu'à l'épicondyle ne m'offrit aucune différence avec celui du côté opposé. L'articulation de l'humérus avec l'omoplate était intacte. L'acromion, l'apophyse coracoïde n'avait subi aucune fracture, mais ils avaient perdu leur relation de contiguité avec la clavicule; on les sentait parfaitement libres sous les tissus. Sur l'épaule droite tout était à l'état normal; l'extrémité externe de la clavicule y faisait une saillie très-forte sur le bord de l'acromion, ainsi qu'il arrive ordinairement chez les vieillards, surtout chez ceux qui ont occupé leur vie à des travaux pénibles. Le corps de cet os, formait du côté droit, un relief très-marqué à la partie supérieure de la poitrine, tandis qu'à gauche, à la place de ce relief, existait une dépression. Le doigt promené de dedans en dehors sur la clavicule, depuis son extrémité sternale, la suivait dans le creux de l'aisselle où se perdait son extrémité scapulaire. La peau portait une ecchymose allongée, horizontale, au niveau des extrémités antérieures de l'apophyse coracoïde et de l'acromion, irrégulière au dessous. Dans le même point existait de la douleur. La circulation et la sensibilité du bras n'étaient pas altérées. En arrière, l'omoplate

formait, vers son bord interne et son angle inférieur, une saillie qui disparaissait lorsque l'on relevait l'épaule en la portant en arrière. Cette manœuvre permettait aussi de reconnaître la présence de l'extrémité de la clavicule en dedans ducol de la cavité glenoïde. — Evidemment une luxation de la clavicule s'était opérée au-dessous de l'apophyse coracoïde. »

M. Pinjon explique ensuite le mécanisme de la formation de cette luxation. Il essaya à plusieurs reprises, en portant l'épaule en arrière et en dehors, de ramener la clavicule à sa position normale ; il parvint à l'avancer ; mais au moment où il espérait lui faire franchir l'apophyse coracoïde, la personne qui l'aidait eut une faiblesse. Il cessa donc ces manœuvres pour les reprendre le lendemain. Mais le malade se confia aux soins d'un rhabilleur, et M. Pinjon ne le vit plus. Il a appris depuis que la réduction était complète ; mais il n'a pas pu s'en assurer.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Emploi du seigle ergoté comme agent de la médication antiphlogistique; par M. le docteur G. Uberti, de Brescia.

Pascal Bassani, jeune maçon de la ville de Côme, d'un tempérament sanguin, ayant été exposé à un refroidissement, fut pris d'une toux fatigante avec prostration des forces. Il éprouve aussi, dans le courant de la nuit, des frissons suivis bientôt d'une chaleur brûlante, et la sensation profonde, bien que peu intense, d'une douleur dans le côté droit de la poitrine. On lui fit prendre une potion purgative. Le jour suivant, il y avait de la fièvre, la toux avait augmenté, le point de côté était devenu plus douloureux, surtout dans les mouvemens d'inspiration : le malade fut amené à l'infirmerie *del Carmine*. A son entrée dans cet établissement, il présentait tous les signes d'une violente inflammation de l'appareil respiratoire : les joues étaient rouges et brûlantes, les yeux brillans, la peau chaude et moite, les crachats striés de sang, le pouls dur et irrité. On prescrivit une boisson mucilagineuse, l'extrait aqueux d'ergot de seigle, à prendre par dose de vingt-cinq centigrammes toutes les deux heures, et une diète absolue.

Le troisième jour, second du traitement, la respiration était courte et douloureuse, la soif ardente ; la face n'était plus vultueuse, mais au contraire triste et d'une teinte terreuse; le point de côté se faisait sentir avec plus d'acuité ; le pouls était plus accéléré, mais moins fort. Les boissons pectorales furent continuées, et la dose de l'ergot de seigle fut portée au double.

Le quatrième jour du traitement, exacerbation de tous les symptômes généraux et locaux; agitation, delire (indice toujours de mauvais augure dans une affection de cette espèce), toux continuelle, râle crépitant dans presque toute l'étendue du poumon droit, figure pâle et défaite, anxiété. La gravité du cas fit prescrire une saignée; mais il fut impossible d'obtenir du sang par l'ouverture de la veine, et force fut de continuer la médication déjà employée, en y adjoignant une application de sangsues sur le point douloureux, et, le soir, une large révulsion sur la région du sternum.

Dans la matinée du sixième jour, et même le jour suivant, on ne put observer aucun changement dans l'état du malade; toutefois, la toux était moins pénible, la respiration paraissait un peu plus libre, et le délire n'avait plus rien de bien prononcé. Le seigle ergote fut continué, toujours à la même dose.

Les huitième et neuvième jours, la crépitation devint plus faible et plus obscure, la fièvre et la toux diminuèrent, les crachats ne furent plus aussi abondans que précédemment, la respiration revint à son rhythme normal, la douleur de côté céda presque entièrement ; et les facultés intellectuelles n'offrirent plus de dérangement. Au seigle ergoté, toujours donné à la même dose, on ajouta un looch préparé avec l'huile récente de semences de lin; deux larges vésicatoires furent ouverts aux bras.

L'amélioration continuant à se prononcer de plus en plus, on suspendit l'administration de l'ergot, et le onzième jour le malade se trouva tout à fait hors de danger.

M. Uberti cite un bon nombre d'autres cas du même genre ; mais, dans la plupart, et malheureusement dans ceux surtout où les accidens offraient le plus de gravité, l'usage de l'ergot fut combiné avec divers autres moyens, de manière qu'il est encore impossible de se prononcer définitivement sur la valeur réelle de cette substance comme agent antiphlogistique, et que de nouvelles expériences sont nécessaires pour éclairer cette importante question de thérapeutique.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Cas d'hydrophobie recueilli par M. Fadd.

Un enfant, âgé de 7 ans, pâle, délicat, fut mordu par un chien qui passait dans la rue, et qui le blessa au-dessous de la paupière du côté droit. La fuite subite de l'animal empêcha qu'on pût recueillir des renseignemens sur son compte. La plaie saigna beaucoup, et l'enfant fut porté immédiatement dans un hôpital. On voulait exciser les tissus blessés; mais les parens s'y opposèrent. On se borna en conséquence à le panser; la plaie se ferma promptement, en laissant une cicatrice de vingt et un millimètres de longueur. Cette cicatrice n'a jamais été douloureuse, et le petit malade ne s'en est plus occupé.

Le 21 novembre, deux mois après l'accident, la mère s'aperçut que son enfant n'était plus le même; il était comme assoupi, et demandait à rester dans son lit, contre son habitude et ses goûts ordinaires; il était hargneux, ne mangea pas son déjeuner avec son appétit habituel; sa physionomie offrait quelque chose d'étrange. La mère lui administra un peu de jalap qui opéra brusquement, mais sans rien changer aux symptômes mentionnés plus haut. L'enfant continua à aller de mal en pis. Vers quatre heures du soir, il se jeta brusquement dans les bras de sa mère, criant fortement comme s'il eût été effrayé; ses yeux étaient très-brillans et saillans; sa respiration difficile et bruyante; sa bouche écumeuse; il serra fortement ses bras autour de sa mère, et fit des efforts inutiles pour vomir. Sa mère lui offrit à boire et l'engagea à se coucher; il refusa, disant que cela lui était impossible; il refusa également de manger du pain et du beurre.

Dans la nuit les symptômes augmentèrent; l'écume qui remplissait sa bouche l'incommodait beaucoup; il n'avale plus sa salive, et s'essuie sans cesse la bouche avec un mouchoir.

Le lendemain, 22 novembre, il fut de nouveau admis à l'hôpital. Son agitation est effrayante; il s'assied sur le lit, porte autour de lui des yeux hagards; si quelqu'un lui parle ou le regarde, il pousse des cris horribles. Cependant il est moins agité avec sa mère. On ne peut mieux le comparer qu'à un enfant saisi d'une peur vive. Voici le résultat d'un examen attentif : les yeux brillans et égarés, pupilles dilatées, aversion absolue à rester couché, contractions spasmodiques des muscles sterno-cleido-mastoïdiens ; la tête est tirée circulairement à chaque spasme; les bras, les mains, la poitrine sont également saisis de spasmes; agitation continuelle des muscles de la face et du larynx; écume abondante à la bouche; vomissemens de salive et de mucus filant ; râle muqueux très-prononcé dans les bronches; action du cœur très-rapide, mais ses bruits sont naturels ; pouls petit, 140. Le malade se plaint de douleurs au cœur et comprime continuellement sa poitrine avec ses deux mains, jusqu'à ce qu'un spasme l'oblige à cesser cette manœuvre. Peau sèche, mais sans chaleur anormale. Les membres inférieurs ne sont pas affectés ni les sphyncters. La compression sur la cicatrice ne détermine aucune douleur, son tissu n'est ni rouge ni gonflé. La lèvre inférieure est gonflée à droite, ce que la mère attribue à une morsure que l'enfant s'est faite ; la langue sort continuellement de la bouche. On lui offre à boire dans un verre qu'il saisit et essaie de porter à sa bouche, mais il ne le peut et déclare qu'il lui est impossible de boire. On lui frotte les jambes avec de l'eau, il n'en éprouve aucune sensation désagréable. On lui donne du pain, mais il ne peut pas l'avaler. La compression le long de l'épine n'occasionne pas de douleur. Il répond juste aux questions qu'on lui adresse. La vue et l'ouïe sont à l'état normal. Il urine, et la vue de ses urines ne lui fait aucune impression. La présence des étrangers l'excite considérablement, surtout si on le regarde fixement. Il éprouve un peu de photophobie.

Les spasmes deviennent de plus en plus fréquens et s'accompagnent de beaucoup de bruit dans l'arrière-gorge, à tel point que le malade en est très-incommodé. On ferme les fenêtres de la salle où il se trouve; on le laisse dans l'obscurité et le silence, mais il s'alarme et demande qu'on ouvre les fenêtres.

Traitement : Lavement avec dix gouttes d'acide hydrocianique. Le malade résiste à l'introduction de la canule. On applique sur la langue cinq gouttes du même acide, à l'aide d'un petit pinceau. On continue tous les quart-d'heures, toutes les demi-heures à appliquer sur la langue dix ou vingt gouttes d'acide hydrocyanique. Le malade paraît aller mieux ; le pouls est revenu à 120. Les accès se sont beaucoup éloignés; il y a un mieux très-marqué. Le malade peut prendre quelques morceaux de glace ; la deglutition est assez facile; il boit un peu de vin; la respiration est libre; il mange un peu de pain. Bientôt, cependant, le delire se déclare; on administre une douche froide; presque aussitôt les pupilles se contractent et l'enfant meurt subitement.

A l'autopsie faite quinze heures après la mort, on trouve le cerveau et les membranes très-conjestionnées, la substance cérébrale plus molle qu'à l'état normal; les veines et les meninges spinales sont également très congestionnées; mais la moelle est saine. Les poumons et les bronches sont aussi le siége d'une congestion très-vive. Le pharynx est injecté, ses follicules sont développés. Les organes abdominaux sont à l'état sain.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCRIFT, t. III, cahiers 1 et 2.

Cas d'empoisonnement par les fruits du lonicera hylosteum, *chez un enfant de cinq ans;* observation recueillie par M. le docteur Blattmann, de Waedenschwiel.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation fut couché à onze heures du matin, en raison de sa pâleur, du malaise qu'il éprouvait et de la somnolence à laquelle il se laissait aller. Plus tard, il y eut des vomissemens et deux évacuations alvines liquides. C'est alors qu'on crut devoir appeler le médecin, qui, arrivé sur les deux heures de l'après midi, trouva le malade dans l'état suivant : forte congestion vers la poitrine et la tête; sommeil profond et continuel avec les paupières à demi-entr'ouvertes; fréquens mouvemens convulsifs dans les extrémités; face rouge; pupilles modérément dilatées ; photophobie; injection de la conjonctive; sécheresse des lèvres; langue humide et couverte de mucosités; respiration accélérée profonde; battement du cœur très fort, mais néanmoins sans resserrement de la poitrine; rétraction de l'abdomen et spécialement de la région ombilicale, accompagnée de mollesse de ces mêmes parties, et sans la moindre douleur; extrémités froides; pouls petit, mou, irrégulier, donnant cent dix pulsations par minute. On trouva, dans le liquide rejeté par le vomissement, une baie du *lonicera*, et la sœur du petit malade confirma qu'il en avait avalé. Dès lors, éclairé sur la cause des accidens, le médecin fit administrer un vomitif qui produisit une action énergique, mais cependant sans déterminer l'expulsion d'autres baies. On eut ensuite recours à un traitement fortement antiphlogistique et dérivatif, et, sous l'influence de cette médication, l'enfant ne tarda pas à recouvrer la santé.

Des expériences faites plus tard sur des lapins de cinq ou huit semaines, démontrèrent que l'ingestion de cinq à sept baies seulement était suffisante pour déterminer la mort dans l'espace de quelques heures; mais l'usage de ces fruits recueillis depuis cinq jours ne produisit aucun effet nuisible. Chez l'un de ces animaux, on observa d'abord un ralentissement de la respiration, puis une augmentation de l'excrétion de l'urine et des selles, et enfin, après des convulsions et de la paralysie des extrémités, la mort survint. A l'ouverture du cadavre, on remarqua encore vingt minutes des mouvemens du cœur et des intestins; la muqueuse de l'estomac était colorée en rouge.

D'après ces résultats, l'auteur range la plante parmi les poisons narcotico-âcres, et il croit pouvoir considérer le principe vénéneux comme doué de la propriété de se volatiliser; il base cette dernière opinion, d'abord sur l'inertie des baies qui sont cueillies depuis quelque temps, et ensuite sur cette particularité qu'un élève en pharmacie, après avoir fait évaporer le suc de ces fruits pour l'amener à l'état de rob, se trouva frappé d'une telle faiblesse de la vue que, pendant une demi-heure environ, tous les objets environnans lui parurent plongés dans un épais brouillard. Quant à l'action de ce principe, M. Blattmann fait mention de l'usage qu'on en a fait anciennement à titre de purgatif, à la dose de deux à quatre baies. Il lui paraît agir primitivement comme excitant et altérant sur le système nerveux ganglionnaire, et plus tard porter son action destructive directement sur le cerveau et la moelle épinière.

En comparant les effets déterminés par ce poison avec ceux auxquels donnent lieu les autres poisons narcotico-âcres, l'auteur établit qu'il doit prendre place, dans la classification toxicologique, entre l'ellébore noir et la noix vomique.

Quant aux applications qu'il peut être possible d'en faire aux besoins de la thérapeutique, M. Blattmann croit qu'il est indiqué spécialement dans les affections qui ont pour point de départ une suractivité morbide des parties centrales du système des nerfs de la vie animale, le cerveau et la moelle.

WUERT. MED. CORRESP.-BLATT; t. XI, nº 14.

Sur l'emploi du liniment térébenthiné de Stokes contre la phthisie; par M. le docteur Cless jeune, de Stuttgard.

Stokes, qui dit ne pas connaître de médicament à la fois plus facile à manier et plus efficace que ce liniment, a été conduit, par des expériences nombreuses, à conclure que ce composé agit, non seulement par ses qualités révulsives, mais encore par la résorption de ses ingrédiens, qui se trouvent ainsi mis en rapport direct avec la membrane muqueuse. Il étaye cette opinion de l'observation multipliée de faits dans lesquels l'action topique du liniment a été beaucoup trop faible pour qu'il ait été possible de n'attribuer qu'à la révulsion produite le soulagement très marqué qu'en ont éprouvé les malades. Dans quelques cas aussi, on a observé, à la suite de l'emploi de ce médicament, une augmentation notable dans la sécrétion urinaire.

Voici la formule du liniment telle que Stokes le prescrit :

Pr. : Huile volatile de térébenthine, 90 grammes.
Acide acétique, 15 »
Hydrolat de roses, 75 »
Huile volatile de limon, 4 »
Jaune d'œuf, nº j.

M. et F. S. A. Une émulsion artificielle.

Il est à remarquer, quant à la préparation pharmaceutique de ce liniment d'après la formule de Stokes, qu'on trouvera de prime-abord la proportion de jaune d'œuf insuffisante pour émulsionner convenablement l'huile de térébenthine. Lorsque M. Cless prescrivit la première fois cette préparation, il n'indiqua que trente grammes seulement d'essence de térébenthine, et cependant le pharmacien prétendit avoir eu besoin d'employer plus d'un jaune d'œuf pour obtenir une émulsion convenable. La même préparation ayant été exécutée dans une autre officine, en suivant exactement la formule de Stokes, le jaune d'œuf, du poids de vingt-quatre grammes, fut bien suffisant pour produire avec les quantités prescrites des autres substances une émulsion parfaite et bien liquide. Pendant que le jaune d'œuf était trituré avec l'huile volatile, sans que cette dernière fût encore émulsionnée, on observa qu'il suffisait d'ajouter peu à peu l'acide acétique mêlé à l'hydrolat, pour qu'à l'instant même l'émulsion devînt parfaite. De cette manière on arriva à obtenir cet autre avantage, que l'acide acétique ne détermina pas la coagulation du jaune d'œuf. Au bout de plusieurs jours de repos, le liniment ainsi préparé n'avait pas subi la plus légère altération.

Il y a donc un avantage réel à recourir à ce mode de préparation; car en ajoutant une plus forte proportion de jaune d'œuf, la mixture ne tarde pas à acquérir une consistance tellement ferme qu'il devient à peu près impossible de la faire sortir du flacon dans lequel on l'a renfermée. En outre, le jaune d'œuf en excès peut être considéré comme s'opposant en partie à l'action que l'huile de térébenthine doit exercer sur la peau.

M. le docteur Hughes, qui s'est aussi servi avec avantage de ce médicament, le croit préférable à tous les autres revulsifs dans le premier stade de la phthisie; il pense de même qu'on ne peut rapporter les bons effets qu'on en obtient à l'action révulsive seule.

ZEITSCHRIFT FUR GESAMMTE MED. VON FRICKE AND OPPENHEIM. t. 18, nº 2.

Duplicité du vagin, de la portion vaginale de l'utérus et probablement de l'utérus, observée par M. Fricke.

Mademoiselle C. B..., âgée de vingt et un ans, assez robuste, réglée à 14 ans, déflorée à 18, entra à l'hôpital de Hambourg, le 17 décembre 1840, pour être traitée d'une maladie vénérienne. Elle portait à la vulve et sur la muqueuse vaginale deux ulcérations de mauvaise nature pour lesquelles elle fut soumise au traitement mercuriel. L'examen des organes génitaux fit découvrir les particularités suivantes :

Les grandes lèvres assez épaisses étaient normales ; au milieu d'elles on apercevait la petite lèvre gauche hypertrophiée et saillante; la petite lèvre droite était cachée. En entrouvrant ces petites lèvres, on découvrit à l'orifice vaginal un bourrelet d'un rouge pâle, dirigé d'avant en arrière et dont le bord inférieur libre était convexe.

En avant, ce bourrelet provient de la face inférieure du canal de l'urètre dont l'orifice se trouve comprimé et effacé ; puis il se dirige en arrière en décrivant une courbure dont la convexité est à gauche et va se terminer sur la paroi postérieure du vagin, où il se fixe près de la ligne médiane. Sa largeur en avant est d'un pouce à un pouce un quart; au milieu, d'un demi-pouce et en arrière, d'un pouce. Ce bourrelet est la terminaison d'une cloison complète de l'épaisseur de deux lignes qui divise le vagin en deux canaux juxta-posés. L'orifice externe du canal vaginal droit est le plus apparent et de forme ovalaire. Il a du reste la direction, la longueur et la largeur d'un vagin ordinaire, et, au dire de la malade, servait seul au coït. A son extrémité supérieure, on distingue nettement le col de l'utérus pourvu d'un orifice arrondi; ces parties paraissent être d'un tiers moins volumineuses qu'à l'état normal. L'examen avec un petit spéculum donne les mêmes résultats. L'orifice utérin admet une sonde de femme jusqu'à la profondeur de trois quart de pouce.

L'orifice externe du canal gauche, un peu en arrière du précédent, est caché derrière la partie renflée du bourrelet médian. Le canal est dirigé un peu à gauche; plus étroit que celui du côté droit, il admet pourtant assez facilement l'index et même un petit spéculum. A l'extrémité supérieure on trouve encore un col utérin, mais plus petit que celui de l'autre côté. Une sonde introduite, par l'orifice dont il est pourvu, peut être enfoncée à un pouce un quart à un pouce et demi.

Pour reconnaître si les deux orifices conduisaient à une cavité utérine commune, ou bien si les deux cols correspondaient chacun à une autre matrice complète, on introduisit en même temps par les deux orifices deux sondes que, malgré toutes les tentatives, on ne put réussir à joindre dans l'intérieur de la matrice. Le toucher simultané par les deux canaux avait déjà préalablement constaté l'indépendance des deux portions vaginales, qu'il fut pourtant impossible d'examiner plus haut qu'à un demi-pouce. Par le toucher rectal on trouva, dans une hauteur d'un pouce, un enfoncement entre les deux cols utérins, mais le doigt ne put pas arriver plus haut.

Il est probable que pendant la menstruation le sang coule par les deux vagins; cependant il n'a pas encore été possible de s'en assurer; la malade venait d'avoir ses règles lorsqu'elle est entrée à l'hôpital et ne les a pas encore eues depuis qu'elle y a été admise.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 105, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Traitement du chancre induré. (Suite.)

Quand le chancre est induré, la cautérisation ne peut plus être utile que pour modifier la surface ulcérée, pour réprimer les bourgeons charnus, et diriger en quelque sorte la marche de la cicatrisation; mais elle est impuissante pour ramener l'ulcère à l'état de plaie simple, et surtout pour prévenir l'infection constitutionnelle, ainsi qu'il arrive pour le chancre récent non induré. Il faut donc avoir recours à d'autres moyens que nous allons passer successivement en revue.

Excision. Quelques personnes pensent que l'excision peut suffire pour empêcher l'empoisonnement constitutionnel. Pour nous, nous affirmons n'avoir jamais vu l'excision produire ce résultat, nous l'avons toujours vue suivie d'un effet opposé; et cela, loin de nous surprendre, nous a paru au contraire s'expliquer bien naturellement, puisque l'empoisonnement a lieu quand survient l'induration.

Pommade mercurielle. Nous avons recours, dans le traitement du chancre induré, aux pansemens avec des pommades mercurielles; voici quelle est la formule que nous employons:

Pr. Calomel à la vapeur, 1 gramme.
Cérat opiacé, 12 grammes.

On fait un ou deux pansemens par jour. Il faut continuer ce pansement jusqu'à ce que les bourgeons charnus se montrent sur la surface ulcérée, puis on se borne à saupoudrer la surface ainsi modifiée avec de la poudre de calomel.

On peut employer avec les mêmes résultats, la pommade faite avec un des précipités blancs. Je dis les mêmes résultats, car la différence n'est pas tellement grande qu'il faille regarder ces derniers comme de véritables *panacées!*

D'après la remarque de M. Robiquet, le précipité blanc obtenu par le procédé de Schéele, modifié par M. Chenevix, serait préférable au calomélas, en ce que retenant un peu de muriate de soude, il serait un peu plus soluble. Du reste, ce sel a été beaucoup emplocé autrefois à l'intérieur, et en pommades contre les maladies de la peau et contre la syphilis (Rivière); M. Vacquié en a fait usage avec succès contre les *dartres squammeuses,* en 1824.

Un autre précipité blanc obtenu en traitant par un léger excès d'acide chlorhydrique, étendu de trois ou quatre parties d'eau, du proto-nitrate de mercure bien pur dissous dans de l'eau aiguisée d'un peu d'acide nitrique, se rapproche beaucoup du calomel préparé à la vapeur par son extrême division. C'était le remède secret de Diton, et la base de la poudre unique de Godernaux. Boerrhaave l'a vanté contre la syphilis.

Enfin un troisième précipité blanc, est un oxy-chlorure ammonical de mercure, qui fait la base de la pommade de Zeller contre les affections cutanées, et de la pommade de Janin. (Mérat et Delens.)

Chlorures; calomel. Lorsque le chancre induré n'est pas accompagné de trop d'irritation, un pansement qui hâte la guérison consiste à faire tous les jours deux lotions avec la solution suivante:

Pr. Eau distillée, 200 gram.
Chlorure d'oyde de sodium, 50 gram.

Mêlez et saupoudrez ensuite l'ulcère de poudre de calomel preparée à la vapeur.

Antiphlogistiques. Lorsqu'il y a beaucoup d'inflammation, il faut combattre d'abord cette complication par les antiphlogistiques, soit généraux, soit locaux, et par les émolliens.

Pommade à l'extrait thébaïque. Nous faisons souvent usage aussi, pour calmer les douleurs et la réaction inflammatoire, de la potion suivante:

Pr. Eau de laitue, 200 gram.
Extrait thébaïque, 2 gram.

Pour les chancres indurés du canal, on peut se servir de bougies, non dans l'intention de dilater, mais afin de porter sur le point malade une médication directe, telle que de la pommade mercurielle. On ne devra pas négliger en même temps le traitement général.

Le traitement général peut suffire quelquefois à lui seul pour guérir un chancre induré; le fait est qu'il est plus sûr de guérir cette espèce de chancre par le traitement général seul, que par un traitement simplement local. Le mieux est de combiner le traitement général et le traitement local; le traitement local n'est ici qu'accessoire; car la vérole dans ce cas est constitutionnelle, et elle exige par conséquent un traitement général.

Traitement général. Quand une fois on est fixé sur les indications d'un traitement général, il ne faut pas s'en tenir exclusivement et aveuglément à une seule indication; il faut tenir compte aussi des indications accessoires qui peuvent se présenter, comme celles qui fournissent des inflammations locales ou toute autre affection intercurrente. On ne devra être arrêté dans l'exécution de ce traitement par aucune considération d'âge, de sexe, de température ou de climat; car il est un principe fondamental dont on ne doit jamais se départir quand il s'agit d'une vérole constitutionnelle, c'est de traiter toujours et le plus vite possible. On n'aura jamais à craindre de s'égarer en suivant ce précepte avec sagesse. Si l'on a affaire à une femme enceinte, on ne doit que se hâter davantage d'agir, et la crainte de déterminer un avortement par un traitement mercuriel ne devra point arrêter; car l'expérience démontre que si le traitement antiphlogistique peut donner lieu à l'avortement, la vérole le produit elle-même encore plus souvent. Seulement il faut avoir la précaution, dans cette circonstance, de prévenir la femme et de lui faire entendre que si elle a une chance d'avorter en suivant un traitement antiphlogistique, cette chance sera deux fois plus grande si elle ne le suit pas; on va ainsi au-devant de toute objection, et on fera cesser toute hésitation dans l'esprit de cette femme. On devra tenir la même conduite à l'égard d'une femme affectée de vérole et qui nourrirait. Loin que cette circonstance contre-indique l'emploi du traitement mercuriel, par exemple, on aura au contraire l'avantage de traiter en même temps la mère et l'enfant qui, suivant toute apparence, participe à l'infection de la mère; car le lait d'une femme soumise à l'usage du mercure est lui-même modifié par cet agent et devient pour ainsi dire mercuriel.

Traitement mercuriel. — S'il n'existait pas parmi les gens du monde, et même parmi quelques médecins, de fortes préventions contre le mercure; si, d'un autre côté, ce puissant agent thérapeutique ne méritait pas quelquefois les reproches qu'on lui adresse, on pourrait être bien moins rigoureux dans la détermination des cas qui en exigent l'emploi et l'administrer sous le moindre prétexte. Mais comme on ne saurait dire de la médication mercurielle, que si elle ne fait pas de bien, elle ne fait pas de mal; il faut, autant que possible, préciser rigoureusement les circonstances dans lesquelles on doit s'en abstenir, celles où elle peut être motivée, et enfin celles qui la réclament absolument.

S'il était prouvé un jour que tout accident syphilitique primitif, sans distinction de variétés, dût être traité par le mercure, on ne serait autorisé à le donner, dans la grande majorité des cas, qu'après l'épreuve de l'inoculation, à moins de vouloir s'exposer à en faire usage dans une foule de circonstances indépendantes de la syphilis. Mais comme on est encore loin d'un accord parfait à cet égard, on pourra, jusqu'à nouvel ordre, s'en tenir aux propositions suivantes:

1° Quand le traitement abortif du chancre a été employé à temps, convenablement, le traitement mercuriel est inutile;

2° Dans le chancre phagédénique gangréneux par suite d'inflammation sur-aiguë et survenue dès le début du chancre, le traitement mercuriel est inutile ou nuisible;

3° Dans les chancres phagédéniques diphthéritiques, compliqués de scorbut, de scrofule, de vice herpétique, etc., le traitement mercuriel est plus souvent nuisible qu'utile. Les cas particuliers dans lesquels on doit l'employer ne sauraient être, le plus ordinairement, déterminés d'avance, et ce n'est qu'alors que les autres moyens ont échoué, qu'il faut y avoir recours;

4° Dans les chancres réguliers, sans induration, le traitement mercuriel a peu d'influence sur la marche et sur le traitement de la maladie, considérée comme affection locale; et

FEUILLETON.

CRITIQUE CHIRURGICALE.

Traité des sections tendineuses et musculaires; par A. BONNET, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le titre de ce livre en indique le degré d'importance. Il a 664 pages, et M. Bonnet déclare qu'il ne s'occupera que des vraies et véritables découvertes. Six cent soixante-quatre pages de découvertes, c'est énorme! Et encore M. Bonnet établit parfaitement que faire une chose nouvelle, ce n'est pas faire une découverte. De sorte que si ce savant chirurgien avait aussi enregistré *les choses nouvelles*, nous aurions peut-être deux volumes de plus. D'ailleurs, voici un passage de l'auteur qui vient fort à propos, et que je recommande aux inventeurs et à ceux qui sont appelés à juger les inventions.

« On peut observer un fait nouveau, créer une opération nouvelle, en se servant d'une méthode d'exploration connue dans la science, ou en déduisant une conséquence d'un principe établi. Dans ce cas, il y a nouveauté dans le résultat; il n'y a pas découverte. Un chimiste qui analyse, par exemple, une eau minérale et qui trouve une substance qui n'y avait pas été signalée, de l'iode ou du brôme, par exemple, fait une observation nouvelle, mais ne fait pas une découverte; la découverte appartient à celui qui le premier a observé l'iode ou le brôme, qui le premier a indiqué les caractères distinctifs de ces substances, et montré comment on pouvait les séparer des corps avec lesquels elles sont mélangées ou combinées. Il en est de même en chirurgie, lorsque les principes d'un ordre d'opérations sont créés. Si vous appliquez ces principes dans des conditions où ils ne l'ont pas encore été; si, par exemple, partant des théories aujourd'hui établies sur les rétractions musculaires, comme causes des difformités du système osseux et des principes de la méthode sous-cutanée comme moyen de faire des sections, vous coupez des tendons ou des muscles à travers une piqûre de la peau, dans une région où ces sections n'ont pas encore été faites, je reconnais à votre travail un certain caractère de nouveauté; je lui refuse celui de la découverte. S'il n'en était pas ainsi, quand un principe fécond a été établi dans la science, que ses conséquences tendent à modifier la pratique chirurgicale dans toutes les parties du corps, dans la section de chaque muscle, par exemple; on pourrait donc faire autant de découvertes qu'il y a de muscles à couper, ce qui évidemment est inadmissible.

» Ainsi, ne reconnaissant le caractère de la découverte qu'aux inventions nouvelles qui ne peuvent pas se déduire logiquement des inventions antérieures, qui ne sont pas une simple conséquence, mais une création, et voulant dans cette histoire ne m'occuper que de découvertes, je circonscris singulièrement, comme on le voit, l'espace que je veux parcourir.

» Parmi toutes les innovations récentes, je reconnais le caractère de la découverte: 1° à la création du procédé à suivre dans la section des tendons; 2° à l'établissement de la théorie des rétractions musculaires, comme causes des difformités du système osseux; 3° aux principes de la méthode sous-cutanée; 4° à l'opération du strabisme; 5° à celle du bégaiement; 6° et enfin à l'opération de la myopie. Sans aucun doute, toutes ces découvertes sont unies entre elles par les liens les plus étroits; sans la première, la seconde et la troisième n'auraient pas été faites; sans celles-ci et leurs nombreuses applications, l'on ne serait pas arrivé au strabisme; sans le strabisme, on n'aurait pas créé l'opération de la myopie, etc. Mais si les premières de ces découvertes ont été nécessaires à la création de celles qui les ont suivies, si les unes ont l'idée de chercher les autres, leur succession n'était pas nécessaire; il y avait entre les unes et les autres un intervalle à franchir, et cet intervalle ne supposait pas un effort logique, il supposait une invention.

» Un caractère historique commun à toute découverte, c'est que depuis le moment où l'idée première en est conçue jusqu'à celui où cette idée s'est assez perfectionnée pour devenir utile, on trouve toujours des tâtonnemens nombreux et successifs. Jamais le même homme ne conçoit l'idée première et ne la féconde jusqu'à son entier développement; celui qui a entrevu la découverte n'est jamais celui qui la formule et la perfectionne; il a posé la première pierre de l'édifice, il n'en couvrira pas le faîte; et celui qui en couvrira le faîte n'en aura pas posé la première pierre. Dans les innovations, au contraire, qui ne sont que des applications des principes connus, des extensions de méthodes créées, le même homme peut commencer et terminer son œuvre; mais s'il arrive si promptement à la perfection, c'est que son travail ne lui appartient pas à lui seul, ce travail étant tout préparé par les recherches de ses devanciers. » (Page 4.)

Etablir avec plus ou moins de logique, de bonheur le caractère de l'invention, la distinguer de la *nouveauté,* c'est déjà assez difficile; mais il est bien plus difficile et bien plus pénible d'adapter un nom d'auteur à l'invention. Quand de la chose il faut passer à l'homme, les difficultés sont innombrables; et plus l'histoire est récente, plus ces difficultés sont nombreuses; plus aussi la découverte est minime, plus les prétendans sont nombreux. Pour la section du tendon le plus grêle, il s'élèvera vingt réclamations, si demain vous allez demander la priorité; tandis que si vous vous donniez comme l'inventeur d'une des méthodes chirurgicales à laquelle des milliers d'hommes doivent la vie, vous ne seriez pas assaillis par une foule de petites *réclames* faites par de petits hommes. L'histoire vous écraserait du nom du souvenir d'un Paré, d'un Hunter, d'un Dupuytren.

La raison, la morale de ceci n'ont pas besoin de développement.

L'auteur, après avoir écrit le volume dont j'ai déjà donné la contenance, dit qu'il n'a point essayé de traiter *toutes* les questions relatives à la ténotomie. Il s'est occupé:

1° Des aponévroses et des muscles de l'œil;
2° Du strabisme,
3° De la myopie;
4° De la disposition à la fatigue des yeux;
5° De quelques extensions de la strabotomie;
6° Du bégaiement;
7° Des pieds-bots;
8° Des difformités du genou;
9° Des torticolis chroniques et des goîtres qui compriment la trachée artère;
10° De quelques applications nouvelles de la méthode sous-cutanée, telles que la section des élévateurs de la mâchoire, celle du tissu fibreux qui unit les os dans les fractures non consolidées;
11° Enfin, de la section sous-cutanée des nerfs affectés de névralgie.

PREMIÈRE PARTIE. — *Anatomie.* — L'auteur fait connaître et complète les travaux qui ont été faits sur les aponévroses de l'orbite et les muscles de l'œil. Il croit avoir démontré que les muscles obliques entraînent l'un et l'autre l'œil en dehors; le supérieur le portant un peu en bas, l'inférieur le portant un peu en haut. M. Bonnet croit aussi avoir prouvé que les muscles de l'œil quels qu'ils soient compriment cet organe en se contractant et allongent alors son diamètre antéro-postérieur.

DEUXIÈME PARTIE. — *Strabisme.* — L'auteur cherche à éclairer le manuel opératoire des déviations de l'œil par l'anatomie et la physiologie qu'il vient de faire. L'étude de la capsule à laquelle adhèrent les muscles de l'œil et cet organe lui-même servent à démontrer en quoi l'opération pour une déviation faible diffère de celle qu'on pratique pour des déviations très prononcées, et pourquoi les enfans ne doivent pas être opérés de la même manière que les adultes. Comme c'est la persistance de l'adhérence des muscles à la capsule qui donne lieu aux persistances des déviations ou à leur redressement incomplet, on comprend que l'isolement de cette toile devra être plus étendu dans les strabismes intenses que dans les srabismes faibles, chez les adultes que chez les enfans.

En parlant de cette partie de son travail, l'auteur se croit dans l'obligation de faire une sortie contre les livres de médecine ou de chirurgie qui mettent un soin minutieux à reproduire indistinctement tous les procédés bons ou mauvais qui sont jetés dans la circulation. Après avoir blâmé cette tendance, l'auteur veut prouver le besoin de la critique. La bienveillance mutuelle de M. Bonnet pour ses confrères

comme l'infection constitutionnelle ne suit pas de nécessité cette forme de chancre, on ne peut pas savoir rigoureusement jusqu'à quel point il s'y oppose. Cependant, comme dans ces cas il n'y a pas de contre-indication, et que le doute pourrait être jusqu'à un certain point en faveur du mercure, il serait peut-être plus convenable de l'administrer, et de satisfaire ainsi aux exigences du plus grand nombre des médecins, sinon du plus grand nombre des malades. Ici, les avantages et les inconvéniens du traitement mercuriel, à part les influences morales, se balancent ainsi : Pour prévenir d'une manière plus ou moins certaine des accidens constitutionnels qui auraient pu ne pas avoir lieu sans ce traitement, on reste, après l'avoir employé, dans une incertitude plus ou moins prolongée sur l'état général des malades et sur la possibilité de l'apparition des symptômes secondaires dans des temps qu'on ne saurait préciser ; tandis que, dans l'état actuel de la science et d'après de grands relevés faits depuis plus de dix ans, tout malade qui n'a pas fait usage de mercure et dont les accidens primitifs datent de six mois et à plus forte raison d'un an, n'a plus rien à craindre de la syphilis consécutive. Toutefois on peut dire que dans les chancres auxquels nous venons de faire allusion, le traitement est facultatif. Si les malades désirent le mercure, et que leur moral ne soit tranquille qu'à la condition d'un traitement mercuriel, *on doit* l'administrer ; s'ils redoutent cette médication, *il faut* d'abord s'en abstenir, en leur laissant prévoir qu'elle pourra devenir nécessaire dans le cas de symptômes ultérieurs.

5° Enfin le chancre induré est la forme primitive de la syphilis qui réclame rigoureusement la médication mercurielle. Le mercure ici modifie de la manière la plus puissante la marche et la durée de la maladie ; il s'oppose à la production des accidens secondaires inévitables sans cela, et lorsqu'ils surviennent, les fait si sûrement disparaître dans la majorité des cas, qu'il a presque droit au titre de spécifique, qu'on lui a si souvent et si injustement disputé.

Quand on a jugé un traitement mercuriel nécessaire, nous ne pensons pas qu'il faille adopter cet usage banal si répandu autrefois et que conservent encore beaucoup de médecins, de préparer indistinctement tous les malades à un traitement mercuriel par des purgatifs et des saignées qui peuvent être intempestifs. Nous voulons bien qu'on tâche de placer les malades dans le meilleur état de santé possible avant que de leur faire entreprendre le traitement spécifique ; mais ce n'est que dans des circonstances particulières que l'on devra agir ainsi en se conformant à des indications précises. Telle est à cet égard notre manière de voir.

La meilleure voie pour faire pénétrer le mercure dans l'organisme, c'est la muqueuse digestive qui réunit à la fois toutes les conditions de facilité dans l'administration et de promptitude dans l'action de ce médicament ; c'est à cette voie par conséquent que nous avons recours de préférence. Après elle vient la surface cutanée et en troisième lieu les voies respiratoires. Quelques médecins ont administré le mercure exclusivement par le rectum, sous forme de lavemens ; d'autres se sont servi des voies nasales en faisant priser par les narines du calomel en poudre ; ou en frictions sur la langue ; d'autres enfin ont cherché à faire pénétrer le mercure sous forme de fumigations. Tous ces moyens peuvent être utiles, mais seulement dans des circonstances particulières et tout exceptionnelles, dans les cas très rares, par exemple, où l'on ne pourrait se servir ni des organes digestifs ni de la surface cutanée. En général, si quelque circonstance s'oppose à ce qu'on puisse introduire le mercure dans les voies digestives, tels seraient les cas où ces organes seraient le siége d'une irritation vive ou d'une inflammation, on devra recourir au mode d'administration du mercure par la peau ; mais toutes les fois qu'on pourra sans inconvénient l'introduire directement dans l'estomac, cette voie devra toujours être préférée comme la meilleure.

Mode d'action du mercure. Comment agit le mercure ? Cet agent est-il un stimulant, un contro-stimulant, un antiplastique, un altérant ou un antiphlogistique ? Nous avouons, quant à nous, que, comme praticiens, il nous importe peu de décider cette question. Ce que nous savons de positif à cet égard, c'est que le mercure a une action spéciale et qu'il jouit par excellence de la propriété antisyphilitique ; on peut considérer son action contre la syphilis comme tout aussi certaine et aussi constante que celle du quinquina contre la fièvre intermittente. Le mercure parvient-il dans le torrent circulatoire à l'état de combinaison dans lequel on l'administre, ou bien les préparations salines dans lesquelles il entre sont-elles décomposées par les acides contenus dans l'estomac ou dans les alimens qu'il renferme ? Je l'ignore, mais je pense que c'est le mercure métallique qui agit particulièrement, puisque le résultat produit est toujours le même, sous quelque forme qu'il soit administré.

L'action du mercure peut être nulle. Il est des individus chez lesquels le mercure ne produit aucun effet ni thérapeutique, ni pathologique. M. Ricord cite à cette occasion l'exemple d'un malade actuellement dans ses salles, et qui prend depuis quelque temps une dose énorme de pilules de Sédillot (50 par jour), sans que les chancres dont il est affecté aient subi la moindre modification, et sans avoir éprouvé d'autre effet morbide qu'un léger embarras gastrique.

Fièvre. Le mercure donne lieu quelquefois à un mouvement fébrile plus ou moins prononcé (fièvre mercurielle) que quelques praticiens regardent comme favorable. Pour nous, il nous a semblé que ce résultat était presque toujours nuisible, ou qu'il indiquait quelques mauvaises dispositions individuelles, ou des complications soit du côté des voies digestives, soit du côté des organes thoraciques.

Salivation. On a long-temps regardé la salivation comme la condition de succès d'un traitement mercuriel. Quelques médecins conservent encore cette croyance ; mais heureusement que le plus grand nombre pense, comme nous, que la salivation est presque toujours inutile ou nuisible ; les progrès vers la guérison s'arrêtent souvent lorsqu'elle survient, et il est des accidens qu'elle peut compliquer d'une manière grave.

Ce n'est que dans quelques circonstances exceptionnelles, lorsqu'on n'a obtenu aucun résultat par une médication mercurielle bien dirigée, que l'on pourra essayer de la pousser jusqu'à la salivation.

Diarrhée. La diarrhée qui survient pendant le cours d'un traitement mercuriel est le plus souvent due à une action purgative simple du mercure ; mais nous admettons aussi une diarrhée en quelque sorte spéciale qui est à l'intestin ce que la stomatite est à la bouche ; c'est, si l'on peut s'exprimer ainsi, une véritable salivation intestinale.

Action sur la peau, éruptions mercurielles. Comme effet local, les irritations cutanées sont très fréquentes, mais elles sont rarement au contraire le résultat de l'action générale du mercure.

Eruptions hydrargyriques. Je n'ai encore observé qu'un seul cas chez un homme qui, depuis plusieurs années, était chargé de donner les fumigations cinabréesà l'hôpital du Midi.

Tremblement mercuriel. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer le tremblement produit par l'administration du mercure. Nous pouvons donc considérer cet accident comme fort rare, tandis qu'il est, comme tout le monde le sait, très fréquent chez les ouvriers qui travaillent au mercure. On a dit que ces tremblemens étaient plus fréquens lorsque les malades se trouvaient placés dans les mêmes conditions que les ouvriers en question, c'est-à-dire lorsqu'ils sont traités par les vapeurs mercurielles ; il est possible qu'il en soit ainsi, mais notre expérience ne nous a pas encore éclairé sur ce point.

Doses. Nous employons le mercure à dose moyenne ou modérée plutôt qu'à dose élevée. Nous considérons cette manière d'administrer le mercure comme une médication altérante. Si après six ou huit jours d'une même dose d'une préparation mercurielle quelconque, on n'obtient aucune modification ou en bien ou en mal, on l'augmente. Lorsqu'on voit la maladie s'amender, il faut insister sans l'accroître, ou diminuer et suspendre même s'il survient des accidens. Il est nécessaire d'agir ainsi parce que la dose ne saurait être absolue ; elle est relative à chaque individu, et très variable, au point que cette dose qui serait exagérée pour un malade serait insuffisante pour un autre. Il est même des individus, comme nous l'avons dit, qui sont réfractaires à l'action du mercure, quelle que soit la dose à laquelle on l'élève, et quelques-uns chez lesquels il faut employer la méthode perturbatrice, c'est-à-dire donner de suite le mercure à haute dose de manière à obtenir d'emblée ou une purgation ou une salivation. Si, donné à dose rapidement croissante, le mercure a déjà produit quelque modification heureuse dans les symptômes, on devra dès le moment où l'on s'aperçoit de cette modification, diminuer la dose, car l'effet produit remonte déjà aux doses prises depuis quelques jours, et si l'on continuait à donner des doses élevées et croissantes, on s'exposerait à passer de l'effet thérapeutique à l'effet pathogénique. Il est des cas enfin où il n'y a d'effet utile produit qu'après l'apparition de quelques accidens. Voilà pour les doses journalières auxquelles on arrive assez facilement au moyen de ces tâtonnemens. Mais pour la dose absolue, c'est-à-dire la quantité totale de mercure qu'il convient d'administrer dans toute la durée du traitement pour assurer la guérison, c'est là un problème des plus difficiles ; car tel malade avalera des doses énormes de mercure avant que de pouvoir obtenir la guérison d'un seul chancre tandis que tel autre qui aura des ulcérations nombreuses étendues et anciennes, guérira après en avoir pris une très petite quantité, ou même sans en avoir pris du tout. Le mercure est pourtant bien un modificateur, non-seulement de la forme ou de la manifestation, comme disait Hunter, mais du fond lui-même ou de la cause.

Jusqu'à présent nous n'avons, pour nous diriger dans l'administration de ce médicament, d'autre guide que la disparition des accidens. Ainsi, la disparition de l'induration dans le chancre induré, est le seul indice auquel on puisse reconnaître l'efficacité du mercure ; il devra, par conséquent, être continué jusqu'à ce que l'induration n'existe plus ; car seulement alors on aura la probabilité de la guérison. Il en est de même pour les autres symptômes. En général, il faut continuer l'administration du mercure jusqu'à cessation complète des accidens.

Le système de Dupuytren, qui consiste à continuer le mercure après la disparition des accidens, autant de temps qu'il a été donné pendant leur durée, ne préserve pas plus que les autres de la récidive ; car ici il n'y a pas de possibilité d'affirmer la guérison ; et, d'un autre côté, on n'a aucune donnée certaine relativement à la durée qu'il est nécessaire de donner à ce traitement préservatif.

M. Ricord fait durer habituellement le traitement de un à deux mois, quelquefois même moins long-temps, se réservant d'y revenir dès l'apparition du moindre symptôme nouveau, et évitant ainsi les accidens auxquels expose toujours l'administration prolongée du mercure.

---

et l'amour paternel qu'il est obligé d'avoir pour quelques découvertes, lui font oublier assez souvent ces principes de critique et d'exclusion qu'il a professés ; c'est d'ailleurs aux auteurs des livres de chirurgie à profiter de la leçon, surtout quand ils en seront au chapitre *ténotomie.* Il y aura là beaucoup à effacer. Il est probable que ce chapitre ne contiendra pas 664 pages.

Troisième partie. — *Myopie. Accommodation de l'œil à la vision des objets placés à des distances diverses.* — Pour éclairer cette question, l'auteur s'est livré à des expériences curieuses. Prenez un œil de lapin albinos et regardez à travers son épaisseur : vous verrez que la compression circulaire exercée autour de lui rend l'image des objets qui viennent se peindre sur la partie profonde, confuse, lorsque ces objets sont éloignés ; nette, lorsque ces objets sont rapprochés ; de telle sorte qu'on peut, à l'aide de cet œil, comme avec une lunette de spectacle, voir distinctement et à volonté les objets à petites et à grandes distances. Pour les petites distances, on serre l'œil circulairement, ce qui l'allonge d'avant en arrière ; pour les grandes distances, on cesse d'exercer la compression, ce qui permet à la cornée de s'affaisser.

Une pareille expérience suffit pour démontrer que la compression de l'œil le met dans les conditions où il s'accommode à la vision des objets rapprochés ; mais elle serait frappée de stérilité si l'on ne trouvait les organes actifs dans cette compression. Une seconde expérience exposée avec détail dans le mémoire sur la myopie sert à démontrer que tous les muscles de l'œil peuvent concourir à cette compression : il suffit pour cela de faire des tractions sur chacun d'eux isolément, ou sur plusieurs d'entre eux simultanément ; après chacune de ces tractions, on voit la cornée faire saillie en avant, ce qui nécessairement augmente le diamètre antéro-postérieur.

Dès que ces expériences eurent conduit l'auteur à penser que l'œil s'accommoderait à la vision des objets rapprochés par l'allongement de son diamètre antéro-postérieur, et que cet allongement se faisait sous l'influence d'une compression, il se dit que la myopie, qui n'est que l'accommodation permanente à la vision des objets rapprochés, pouvait bien n'être que la conséquence d'une compression trop forte exercée sur le globe oculaire par des muscles environnans. Pour la guérir, il fallait donc diminuer cette compression, et, pour parvenir à ce résultat, couper l'une des cordes par lesquelles elle était produite. M. Bonnet songea alors à la section du muscle petit-oblique, la plus facile, la plus prompte et la plus innocente entre toutes celles que l'on peut faire sur les muscles de l'œil.

Ici l'auteur parle de son émotion quand il pratiqua la première fois cette opération dont le succès ou l'inutilité allait lui démontrer s'il était dans le vrai ou s'il ne s'était pas laissé égarer en suivant le fil trompeur des inductions scientifiques. « Peut-être, dit le chirurgien de Lyon, m'exagérais-je alors l'importance de la confirmation que les faits pouvaient donner aux théories qui me servaient de guide. Quoi qu'il en soit, ce fut pour moi, comme pour les rares assistans que j'avais convoqués, une révélation pleine de joie que celle que nous donna le malade en s'écriant aussitôt après l'opération : *Je vois mieux et plus loin.* La théorie était confirmée dès sa première application. Les faits ultérieurs, comme on le verra par la suite, lui donnèrent encore une plus complète confirmation. »

Je crois pouvoir prédire à l'auteur que cette confirmation ne persistera pas, et qu'il faudra qu'il se contente (et les malades aussi) de la joie première. Si d'ailleurs M. Bonnet persiste dans sa confiance en cette opération, il a une superbe occasion de l'appliquer. Cet habile chirurgien est, je crois, encore à Paris : je lui désigne une débutante de l'Opéra qui a une superbe voix, un beau talent de chanteuse, et avec cela une myopie qui va presque jusqu'à la cécité. On est obligé, dit-on, de la conduire par la main pour la mettre en scène. Mais j'ai l'idée qu'aujourd'hui M. Bonnet ne voudrait pas toucher à ces yeux, et que les yeux s'y refuseraient avec encore plus de force.

Quatrième partie. — *Bégaiement.* — Selon M. Bonnet, les partisans de la section du génio-glosse n'ont publié que des mémoires *insignifians* sur leurs procédés opératoires et sur le résultat de leurs opérations. Les adversaires de la méthode se sont livrés à des déclamations dépourvues du calme et des *connaissances* qu'exigent les discussions scientifiques.

Voilà l'opinion du chirurgien de Lyon sur les coupeurs de muscles et sur ceux qui ne les coupent pas. J'ai cité textuellement pour donner une idée de sa franchise. M. Bonnet dit qu'il faut préférer la section *sous-mentale* du génio-glosse. Si Chaussier vivait, et qu'il eût le bonheur de lire M. Bonnet, il lui dirait probablement un mot qui serait d'une franchise un peu plus rude que celle qui est à l'usage du chirurgien de Lyon. Mais je passe, et je dis que ce chirurgien a raison de préférer son procédé, que j'appellerai *sous-mentonnier.* M. Bonnet doit le préférer, *puisqu'il est sous-cutané, puisqu'il est suivi d'une prompte guérison, qu'il n'expose à aucun accident* ; car, selon M. Bonnet, qui a cette opinion de son procédé, l'opération qu'on pratique pour le bégaiement *échoue dans le plus grand nombre des cas*, M. Bonnet pourrait bientôt dire *toujours*, s'il a l'occasion de revoir les bègues qu'il peut avoir opérés.

Cinquième partie. — *Pieds-bots.* — Ici l'auteur avoue que la médecine opératoire ne lui doit aucune découverte. Mais il s'est permis une *nouveauté* nosologique : c'est la division des pieds-bots en ceux qui sont la conséquence de la rétraction des muscles auxquels se distribue le nerf poplité interne, et en ceux que produit la rétraction des muscles auxquels se distribue le nerf poplité externe.

Sixième partie. — *Section des tendons du jarret.* — Ici le vrai chirurgien, le juge éclairé se décèle, et nous trouvons M. Bonnet tel que nous l'avons connu, collaborateur éclairé d'un des plus fertiles et des plus habiles thérapeutistes, M. Trousseau.

Cette partie du travail de M. Bonnet lui fera pardonner bien d'autres parties de son livre. Je vais citer ; car ceci est grave, vrai et utile : « En traitant de la section des tendons du jarret, dit l'habile chirurgien de Lyon, je me suis surtout appliqué à montrer la limite étroite dans laquelle se trouve circonscrite son utilité pratique. J'ai cherché à prévenir les praticiens contre la valeur exagérée que l'on a donnée à cette opération, et je me suis appuyé sur l'anatomie pathologique des ankyloses de l'articulation tibio-fémorale, sur les expériences que j'ai faites en cherchant après la mort à redresser des genoux depuis long-temps fléchis, et enfin sur les résultats habituellement imparfaits qu'a produits la section des tendons fléchisseurs de la jambe, soit dans mes opérations, soit dans celles que les auteurs ont fait connaître avec assez de détails pour que l'on pût analyser les conditions où les malades étaient placés. »

J'arrête ici mon analyse, puisque j'ai atteint le but que je me proposais, celui de donner un avant-goût du livre de M. Bonnet, qui pût engager les chirurgiens à le lire.

La critique de ce livre, pour être bien faite, devrait porter d'abord sur la ténotomie en général, sur ses prétentions, sur ses résultats les plus réels. Or, là est une grave question qui ne regarde pas plus M. Bonnet qu'un autre chirurgien ; ce n'est donc pas ici et aujourd'hui que je dois traiter cette question. En admettant que la ténotomie mérite qu'on écrive 664 pages pour elle, je suis charmé d'admettre aussi que ces pages sont parfaitement remplies.

Mais M. Bonnet nous promet un *Traité des maladies articulaires* qui est, dit-il « mon œuvre de prédilection, sur laquelle j'oserais fonder l'espoir de me créer une certaine position dans la science, si le succès de mes recherches sur ce sujet difficile répondait à la constance et à l'activité de mes efforts. » Certes, quand on a un livre si utile à faire, livre que tous les chirurgiens attendent avec la plus vive impatience, on ne devrait pas se détourner pour faire les *Nouveautés*, il vaut mieux faire de la chirurgie.

C.

Voici comment ont été réglées les vacances aux bibliothèques publiques : Bibliothèque royale, du 1er septembre au 1er octobre ; Sainte-Geneviève, du 1er octobre au 15 novembre ; Arsenal, du 15 septembre au 3 novembre ; Mazarine, du 1er août au 15 septembre ; Hôtel-de-Ville, du 1er septembre au 15 octobre ; Sorbonne, Jardin-des-Plantes, École de Médecine durant tout le temps des vacances.

Formes chimiques et pharmaceutiques fréquemment employées. De toutes les préparations mercurielles, le sublimé est celle qui donne le plus promptement lieu aux accidens toxiques ou corrosifs. Il en est à peu près de même, en général, de toutes les formes chimiques solubles, telles que le cyanure, le bi-iodure de mercure, etc. On pourrait, à la vérité, éviter ces accidens en donnant les préparations solubles à doses très fractionnées et rapprochées; mais cette méthode n'est pas sans inconvéniens, ne fût-ce que l'occupation presque continuelle qu'elle exige de la part des malades. Il y aurait donc, sous ce rapport au moins, de l'avantage à employer les préparations insolubles, telles que le proto-chlorure, le proto-iodure, les pilules de Sédillot; celles-ci causent moins vite l'effet purgatif ou syalagogue, et leur action lente paraît favorable à la pénétration du mercure dans l'économie. La liqueur de Vanswiéten est un très bon médicament; mais cette liqueur a le désavantage de porter trop promptement son action sur les muqueuses. M. Ricord préfère le deuto-chlorure de mercure sous forme pilulaire, à la condition qu'elles pourront être digérées.

Les sirops sont, en général, de mauvaises préparations, parce qu'elles décomposent les combinaisons mercurielles qu'elles contiennent. Il en résulte que la préparation mercurielle se déposant sous forme de précipité au fond de la bouteille, le malade est exposé, lorsqu'il arrive à la fin, à avaler en une seule fois une dose énorme de mercure, ce qui peut donner lieu à des accidens très graves, et quelquefois même à un empoisonnement mortel. Quant aux frictions, il faut toujours préférer les préparations insolubles; car en employant les préparations solubles, on risquerait d'arriver à l'effet corrosif ou irritant avant d'avoir produit l'effet thérapeutique. Pour les gargarismes, c'est le sublimé corrosif qui est préférable. On a généralement trop négligé, de nos jours, l'usage des emplâtres, soit comme modification d'un symptôme local, soit même comme moyen de traitement général. M. Ricord a fait, dans quelques cas, recouvrir presque toute la surface du corps des malades avec des emplâtres de Vigo, et il a obtenu de ce moyen de très beaux succès.

M. Ricord donne les pilules bleues jusqu'au nombre de 60; les pilules de Sédillot et celles de Belloste, jusqu'à 40, en commençant, pour les unes comme pour les autres, par deux, trois, quatre, et augmentant graduellement.

Quant au proto-iodure, voici quelle est la formule dont il se sert et la dose à laquelle il l'administre.

Pour une ou deux pilules;

Pr.	Proto-iodure de mercure,	5 centig.
	Thridace,	5
	Extrait thébaïque,	1
	Extrait de ciguë,	10

Il a donné quelquefois jusqu'à 10 grains de proto-iodure par jour, avant d'obtenir des effets thérapeutiques; mais il faut bien faire attention, en administrant ce médicament, que tel malade qui aura une grande tolérance pour le proto-iodure de mercure, pourra ne pas supporter aussi bien l'opium; il faudrait, dans ce cas, diminuer la proportion de cette dernière substance.

L'onguent mercuriel doit être employé à la dose de deux à six gros par jour, en arrivant peu à peu de la plus faible à la plus forte dose.

Les fumigations de cinabre sont faites à la dose de deux gros. La liqueur de Vanswiéten est donnée à la dose de cinq centigrammes par jour dans une potion de quatre onces.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Tumeur à la base du cerveau. Compression graduelle. Paralysie croisée; complication de strabisme opéré.

Le 16 juillet, entra à la Charité le nommé Lairedé (Joseph), tabletier, âgé de 35 ans. Depuis cinq ou six mois, il a eu des douleurs de tête très violentes, et dès le commencement, il a éprouvé une diminution extrême dans la force de la vue; des étourdissemens fréquens sont survenus. Un peu plus tard, il est devenu presque aveugle; les étourdissemens ont augmenté. Cet état de choses dura environ quatre mois; mais il y a six semaines, cet homme étant occupé à son travail, il ressentit des fourmillemens dans le côté droit du corps, qui prirent de l'intensité, et, huit jours après, il fut tout d'un coup paralysé de tout ce côté; il ne perdit pas connaissance un seul instant. On le saigna chez lui; il fut ensuite vigoureusement purgé, sans que cette médication parût amener aucun résultat.

Le jour de son entrée, cet homme se présente à nous avec un strabisme divergent de l'œil gauche, une hémiplégie complète du côté gauche avec perte du sentiment et du mouvement; mais la perte de sentiment est complète, tandis qu'il reste encore quelques mouvemens possibles, peu étendus à la vérité. Le côté gauche de la face est pendant, flasque. Il paraît, à ce que dit cet homme, que la paralysie a débuté par le bras, que dans le commencement la jambe est restée parfaitement libre. Dès la première attaque, c'est-à-dire aussitôt qu'il a ressenti les fourmillemens, il est entré à l'Hôtel-Dieu; on l'a saigné quatre fois; il a pris trois ou quatre purgatifs, et on lui a appliqué des vésicatoires. Deux jours après sa sortie de cet hôpital, tous les symptômes avaient diminué; le mal de tête, qui était fixé à la tempe, du côté gauche surtout, le reprit, et la jambe et le bras se paralysèrent complètement.

On a beaucoup insisté pour s'éclairer sur l'opération de strabisme que cet homme dit avoir subie; voici ce qu'on a pu recueillir.

On lui a fait l'opération du strabisme à l'œil gauche, il y a six mois; quinze jours après les maux de tête violens, qu'il avait eus déjà avant l'opération, le reprirent; l'opération réussit, car il resta quatre mois sans loucher; et son œil gauche, avec lequel il voyait mal, devint aussi bon que le droit. Mais le strabisme revint, et il y a tout lieu de penser que ce fut, cette fois, sous l'influence de la cause qui produisait la paralysie.

Le diagnostic de cette maladie présentait tout d'abord d'assez grandes difficultés. Avait-on lieu de croire à une hémorrhagie, à un ramollissement, à une tumeur cérébrale? c'est entre ces trois affections qu'il fallait opter.

La forme hémiplégique est tellement inhérente à l'apoplexie cérébrale que, dans presque tous les cas, sa présence suffit seule pour affirmer qu'il y a une hémorrhagie dans le cerveau. Aussi la première idée qui devait se présenter était que le malade était atteint de cette affection; les symptômes connus du ramollissement permettaient de supposer qu'il pouvait exister ici. On n'ignore pas que l'essence pour ainsi dire du ramollissement cérébral est de présenter une invasion obscure, de s'annoncer par des symptômes qui acquièrent progressivement, graduellement, le degré d'intensité qu'ils doivent offrir.

Il restait encore à savoir si, au lieu d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement, il n'y avait pas dans le cerveau de cet homme quelque production osseuse, tuberculeuse ou fongueuse. On sait, en effet, qu'il arrive quelquefois que ces tumeurs se forment sourdement sans se manifester par aucun symptôme, ou n'en présentant que de fort légers, qui ne sont pas susceptibles de faire soupçonner la gravité de la maladie, tant le cerveau s'habitue, pour ainsi dire, à une compression lentement et graduellement exercée; puis, tout à coup, les limites de la compressibilité viennent à être dépassées, l'hémiplégie se manifeste; mais il faut dire que, dans ces sortes de cas, elle est souvent accompagnée de mouvemens convulsifs.

La marche de la maladie devait seule décider à laquelle de ces trois altérations se rapportaient les accidens qu'éprouvait ce malade.

Si l'hémiplégie reconnaissait pour cause une hémorrhagie, à mesure qu'on s'éloignerait de l'époque où était survenue la paralysie, les symptômes iraient en diminuant.

Si on avait affaire à un ramollissement, il est vrai qu'on devait observer cette céphalalgie opiniâtre et ces vertiges plusieurs mois avant la paralysie, ainsi que la diminution de la vue; mais les troubles dont s'accompagne le ramollissement dans les autres appareils, troubles que M. Rostan appelle phénomènes fonctionnels médiats, ont manqué ici. Des douleurs se sont fait ressentir dans les membres paralysés, mais le toucher ne les augmentait point. La marche de la maladie, si c'était un ramollissement, devait être continue et croissante, ceci est digne de toute l'attention, mais une fois la paralysie survenue, cette marche devait être brusque et rapide.

Il restait donc à examiner quelques jours le malade avant de pouvoir poser un diagnostic définitif.

Le 20 juillet, il y a du spasme dans le gosier; l'état est le même du reste. Ventouses scarifiées; eau de Sedlitz; pilules de calomel et savon.

Le 23, le strabisme semble avoir un peu diminué; le bras lui semble plus fort; douleurs dans la région du cou.

Le 26, les douleurs ont diminué, la déglutition est difficile, les liquides sont avalés assez facilement, mais les solides ont une peine extrême à franchir l'isthme du gosier. M. Cruveilhier fait donner du pain au malade pour qu'il le mange devant lui; la mastication s'opère mal; il mâche très long-temps, et est obligé de ramener le bol sur la langue avec les doigts. La parole est embarrassée.

Le 30, même état. Liniment ammoniacal.

Le 5 août, le malade parle d'une façon presque inintelligible, la salive commence à s'écouler de la bouche; la langue est saburrale; la paralysie du facial se prononce de plus en plus; l'œil droit devient chassieux; le malade est pris d'une stomatite intense; tous les symptômes ont augmenté. On ne peut voir la déviation de la luette: cet homme a eu des ulcères syphilitiques qui ont détruit cette partie.

Le 9, il est impossible au malade de tousser; les contractions de la glotte ne peuvent se reproduire. Si la poitrine s'engouait en ce moment, cet homme périrait infailliblement. La joue devient de plus en plus flasque et pendante; le côté droit de la figure a la plus grande ressemblance avec la conformation de la face des singes à bajoues. Il se plaint d'un brouillard devant les yeux; il avale encore, mais toujours de plus en plus difficilement; l'embarras dans la parole a encore augmenté; pas de selles, malgré un purgatif pris la veille; il urine bien; le bras est très flasque. M. Cruveilhier pense que ce malade présente tous les symptômes fournis par des tubercules ou une tumeur comprimant la base du cerveau, à moins, dit-il, qu'il n'y ait des ramollissemens sur plusieurs points; il penche davantage pour la première opinion.

Le 16 août, le malade se plaint de crampes; il fait comprendre que ces crampes raccourcissent ses jambes. L'avant-bras est plus engourdi que le bras; la jambe droite l'est beaucoup jusqu'au genou seulement; les mouvemens des orteils du côté droit sont tout à fait impossibles. Les mouvemens des membres droits s'abolissent de plus en plus; l'œil gauche devient chassieux, larmoyant, à force de rester constamment exposé à l'action de la lumière, la paupière supérieure ne le recouvrant pas complètement. Il a toujours de la stomatite, qui diminue pourtant. Il va bien à la selle. Gargarisme aluminé, sirop de mûres, une portion.

Le 20, l'œil droit est très rouge, la paralysie est la même, mais il est survenu de vives douleurs dans les membres paralysés; la parole est complètement inintelligible, la contraction des muscles du larynx est toujours nulle. L'obturation de l'arrière-bouche ne peut avoir lieu; on essaie de le faire tousser et cracher: cela lui est impossible. La main, les doigts et les orteils présentent une flexion très marquée. M. Cruveilhier croit pouvoir dire que la tumeur doit se trouver dans la fosse sphénoïdale du côté droit, et comprimer les nerfs optiques.

Les jours suivans aucun changement n'est survenu; il semble qu'il y ait un temps d'arrêt dans le développement de la tumeur. Comme cet homme doit infailliblement succomber, nous rendrons compte de ce qu'apprendra l'autopsie, et des nouveaux phénomènes qui pourront survenir et offrir de l'intérêt.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi thérapeutique de la naphtaline, en remplacement du camphre.

La naphtaline est un carbure d'hydrogène qui jouit heureusement de toutes les propriétés physiques du camphre. Il n'y a pas encore deux ans que, reléguée au fond des laboratoires, cette substance coûtait, chez les fabricans de réactifs, cinq francs les quatre grammes; encore était-elle mal préparée, et on ne connaissait aucune propriété qui pût lui donner de la valeur; c'était, en un mot, un produit de collection. Ce fut à cette époque que, cherchant à utiliser cette substance, M. J. Rossignon en étudia toutes les propriétés avec soin, fit des essais nombreux, et indiqua l'emploi d'un produit indigène possédant toutes les qualités du camphre, pouvant le remplacer dans l'art de guérir, et même être utilisé avec avantage pour détruire les insectes dans les engrais pulvérulens et dans quelques terres; emploi pour lequel le camphre, en raison de son prix trop élevé, n'aurait pu être mis à profit.

La naphtaline, amenée à l'état de pureté absolue, peut aujourd'hui être donnée à trois francs les cinq cents grammes; elle se dissout facilement dans l'alcool faible, et forme ainsi un alcoolé qui a toutes les propriétés de l'eau-de-vie camphrée sans coûter la moitié du prix de cette dernière.

La médecine vétérinaire et même la médecine humaine doivent donc trouver dans cette substance une ressource véritablement avantageuse. En outre, la naphtaline s'associe parfaitement aux corps gras, et les pommades ainsi obtenues peuvent être employées en frictions dans les cas de contusions, d'entorses, etc. Donnée à l'intérieur, la naphtaline produit d'excellens effets dans les affections vermineuses. Déjà même on a remplacé le camphre par la naphtaline dans un grand nombre de préparations dont cet agent fait partie, et leur application a été suivie des mêmes succès: des inflammations chroniques des paupières, rebelles à tous les autres modes de traitement, ont cédé à la seule influence de la pommade naphtalinée.

(*Echo du monde savant*, août 1842.)

Efficacité du poivre cubèbe dans la bronchite; par M. le docteur J.-B. GRAY.

M. Gray a publié l'observation suivante comme venant à l'appui de ce qu'il avait déjà annoncé antérieurement des bons effets produits par l'emploi du cubèbe, non-seulement dans les coryzas invétérés, mais encore dans la bronchite chronique et dans la dysenterie.

Un homme âgé de 31 ans était atteint depuis trois ans, à la suite d'un exanthème, d'une toux chronique qui reparaissait pendant la saison froide et humide. Cette toux, qui offrait, le matin surtout, son summum d'intensité, s'accompagnait d'une expectoration abondante, épaisse, mucoso-purulente, quelquefois striée de sang, et à la suite il survenait constamment une gêne de la respiration et un amaigrissement général. La respiration était tantôt plus claire, tantôt plus obscure que dans l'état normal, avec râle muqueux (quelquefois sibilant ou sonore), sans qu'il fût cependant possible de jamais observer d'absence complète du bruit respiratoire, de découvrir de la pectoriloquie, etc. Les organes digestifs avaient aussi perdu de leur activité, et ne fonctionnaient plus que péniblement.

Comme il n'y avait pas de tubercules chez ce malade, M. Gray procéda de suite à l'administration du poivre cubèbe, qui en peu de temps réprima la sécrétion muqueuse et rétablit l'état normal.

Il faut ajouter que l'action des cubèbes fut aidée par l'emploi des frictions avec le liniment volatil, par le changement d'habitation, par un régime bien régulier et par un exercice approprié.

M. Gray assure avoir obtenu un égal succès avec la même médication dans plusieurs cas analogues. (*London med. Gaz.*, t. XXVI, p. 98.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Espèces emménagogues.

Pr.	Racines de valériane,	10 grammes.
	Racines d'armoise,	10 id.
	Racines d'ellébore noir,	10 id.
	Feuilles de chenopode ambroisie,	10 id.
	Sommités d'armoise,	10 id.

Inciser et concasser finement, puis mélanger bien exactement.

Ces espèces sont employées avec beaucoup de succès par M. le docteur Tott, médecin à Ribnitz (Mecklembourg), dans les cas d'aménorrhée qui ne sont pas accompagnés d'inflammation ou d'irritation des divers viscères contenus dans la cavité abdominale.

M. Tott les prescrit en infusion théiforme qu'il fait préparer avec 4 à 8 grammes du mélange pour un litre d'eau bouillante. Après un contact suffisamment prolongé dans un vase clos, on passe au travers d'une étamine ou bien l'on tire à clair, puis on édulcore convenablement l'infusion avec une quantité suffisante de sucre ou d'un sirop approprié, et on le fait prendre par petites tasses dans le courant de la journée. (*Neue Zeitschrift fuer Geburtskunde.*)

Moyens de distinguer un mélange de gaz hydrogène arsénié et de gaz hydrogène antimonié; par M. MEISSNER.

En faisant passer un courant de gaz hydrogène arséniqué à travers une solution alcoolique de potasse caustique, on n'observe ni changement de couleur, ni trouble de la liqueur; tandis que le gaz hydrogène antimonié, mis en contact avec la même solution, la colore plus ou moins au bout de quelque temps, brunit et laisse déposer des flocons noirs d'antimoine, qui se séparent après un repos de plusieurs heures.

Cette décomposition du gaz hydrogène antimonié par les solutions alcooliques de soude, de potasse ou d'ammoniaque caustiques, a fourni à M. Meissner un moyen simple de décomposer ce gaz, même lorsqu'il est mélangé à de l'hydrogène arsénié. Par ce procédé, l'auteur annonce avoir constaté un centième et même un millième de tartrate de potasse et d'antimoine mélangé à de l'acide arsénieux, en mettant ce mélange dans un appareil simple de Marsh, et en faisant passer les gaz qui se dégagent à travers une solution ammoniacale alcoolique placée dans l'appareil à boules de M. Jules Liebig.

Un autre procédé consisterait, suivant le même auteur, à faire passer de l'iode en vapeurs sur le mélange d'arsenic et d'antimoine déposé dans le tube de verre chauffé d'après la méthode proposée par l'Académie. L'iodure d'arsenic se présente avec une couleur jaune brillante de paille et une structure cristalline, tandis que l'iodure d'antimoine est mat, sans structure cristalline et d'une couleur jaune-rougeâtre; en outre, l'eau dissout le premier de ces deux composés et l'isole de l'iodure d'antimoine qui n'est pas sensiblement dissous par ce liquide.

(*Journ. de chim. méd.*, août 1842.)

NOUVEL ÉCHEC DU CONSEIL ET DU BUREAU DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le conseil d'administration de l'Académie de médecine vient de prendre à mon égard une décision qui est probablement unique dans les fastes académiques, et qui, à ce titre, mérite d'être signalée. Voici les faits.

En 1839, 1840 et 1841, l'Académie me chargea de lui rendre compte de trois mémoires sur la fièvre jaune, dont deux lui avaient été envoyés de la Martinique par M. Rufz, et le troisième lui avait été adressé de la Nouvelle-Orléans par M. Thomas.

Vers la fin du mois d'août 1841, mes rapports sur les deux mémoires de M. Rufz et sur celui de M. Thomas étant à peu près terminés, je me fis inscrire pour les lire à l'Académie.

Onze mois s'étant écoulés sans que j'eusse été appelé pour faire ces deux lectures, le 26 juillet dernier j'écrivis au conseil d'administration

pour lui rappeler que j'étais inscrit depuis près d'un an pour lire deux rapports sur trois mémoires relatifs à la fièvre jaune. J'ajoutai que « étant obligé de m'absenter de Paris pour rétablir ma santé, je désirais, avant de quitter la capitale, remplir mes devoirs de rapporteur et envers l'Académie et envers les auteurs des mémoires dont elle a bien voulu me confier l'examen. » Je priai, en conséquence, le conseil de vouloir bien m'accorder la parole ce même jour, 26 juillet, et les mardis suivans, vu que l'un de mes rapports était trop étendu pour pouvoir être lu dans une seule séance.

J'obtins la parole ce jour-là, mais au bout de vingt minutes, tout au plus, M. le président me pria d'interrompre ma lecture, parce que l'Académie avait, dit-il, beaucoup à faire.

Le 2 août, je repris ma lecture, et, dans environ trente minutes, je terminai la première partie de mon rapport. M. le président annonça que j'aurais la parole dans la séance prochaine pour lire la deuxième partie de ce même rapport. Cela fut entendu de la plupart des membres de l'Académie, et se trouve consigné dans le compte-rendu de la séance par divers journaux, tels, par exemple, que la *Gazette médicale*, la *Gazette des Hôpitaux*, etc.

Les séances des 9 et 16 août furent remplies par des travaux d'urgence. Le 23 du même mois, je devais avoir la parole, mais, à mon grand étonnement, M. le président la donna à M. Dubois (d'Amiens) pour rendre compte d'un mémoire qu'il n'avait entre les mains que depuis très peu de temps.

Je pensais que du moins je serais entendu dans la séance du 30 août : erreur ; M. Renauldin, qui occupait le fauteuil en l'absence de M. Fouquier, appela M. Jobert à la tribune pour un rapport. Je réclamai vivement, en disant que j'étais inscrit pour lire depuis un an, que les mémoires dont j'avais à rendre compte à l'Académie étaient entre mes mains depuis deux ou trois ans, et que j'avais déjà lu la moitié de mon rapport depuis près d'un mois. J'ajoutai qu'il était inconcevable qu'on pût avoir la prétention de m'empêcher de terminer la lecture de mon rapport, et que si ce rapport était plus étendu que d'ordinaire, c'est qu'il avait pour objet deux mémoires fort longs et qui soulevaient des questions d'un très haut intérêt.

M. le président répondit que n'occupant que momentanément le fauteuil, il ignorait comment l'ordre du jour avait été réglé, mais qu'il ferait observer à M. Chervin que déjà sa lecture avait occupé une partie de deux séances, et que cela lui paraissait suffisant pour un rapport, oubliant sans doute qu'il avait lui-même entretenu l'Académie pendant une partie de deux séances, pourquoi ? pour prouver que Mahomet n'était point aliéné !

M. Gérardin prit alors la parole, et dit que le conseil d'administration ayant trouvé que le rapport de M. Chervin était beaucoup trop long, il avait décidé que la lecture n'en serait point achevée.

Voilà qui est clair et net. Le conseil décide dans sa haute sagesse et de sa propre autorité, qu'un rapport qui m'a été demandé par l'Académie, que j'ai fait au nom d'une commission, et dont j'ai déjà lu la première partie, sera regardé comme non avenu, qu'il n'en sera plus question, et que l'Académie ne sera point appelée à délibérer sur les conclusions qui lui sont soumises par sa commission. Une pareille décision passe toute croyance, car il est difficile de pousser plus loin l'oubli des convenances et de faire une injure plus flagrante à une commission et particulièrement à son rapporteur. Si cette décision n'avait été prise que par MM. Pariset et Gérardin, elle ne m'étonnerait nullement, parce qu'un malheureux qui se noie s'accroche à tout, et telle est la triste position de ces deux partisans des mesures sanitaires ; mais que des hommes graves, d'un âge déjà avancé, qui ont par conséquent une longue expérience des affaires, aient pu en agir ainsi à l'égard d'un de leurs collègues qui a droit à leur justice, comme à celle de tout le monde, c'est ce que je ne puis m'expliquer.

Si mon rapport paraissait trop long à MM. les membres du conseil, n'était-il pas plus simple de m'inviter à le réduire, à en faire un résumé dont la lecture n'aurait pas pris plus de dix à quinze minutes, que de chercher à l'anéantir par une mesure aussi compromettante pour eux qu'elle est blessante pour moi ? N'auraient-ils pas dû prévoir que je ne me soumettrais pas bénévolement à leur inqualifiable décision, et qu'ils échoueraient dans leur étrange tentative, au grand préjudice de leur propre considération ? N'auraient-ils pas dû songer aussi qu'en annulant mon rapport, ils frappaient M. Rufz, puisqu'ils privaient son travail de la sanction de notre premier corps médical ? Pourquoi punir cet honorable médecin de ce qu'il a eu pour rapporteur un homme qui a cherché à tirer de ses deux mémoires le meilleur parti possible, à traiter à leur occasion une des plus hautes questions de la médecine ?

L'étendue de mon rapport n'a été du reste, j'en suis certain, que le prétexte d'un petit coup-d'état qu'on s'est permis à mon égard : les faits qu'il renferme en sont la véritable cause. M. Gérardin a dit et écrit nombre de fois que la fièvre jaune est une maladie essentiellement continue, qui ne présente jamais ni rémission ni intermission, et contre laquelle le sulfate de quinine est un remède dangereux. On conçoit d'après cela qu'il eût été fort désagréable pour M. le secrétaire annuel d'entendre démontrer en pleine Académie le contraire de ce qu'il a avancé avec tant d'assurance. Dès lors, empêcher mon rapport d'être lu, de devenir l'objet d'une discussion, et surtout de recevoir la sanction de l'Académie, était une chose admirable à laquelle M. Pariset a dû applaudir de toute son âme, car il n'oubliera jamais les rudes échecs que je lui ai fait éprouver et la manière dont j'ai démoli son système d'erreurs qui a coûté si cher à la France, et qui a été la source de tant de vexations.

J'ai donc toutes raisons de croire que l'inconcevable décision que le conseil a prise à mon égard est l'œuvre de MM. Gérardin et Pariset, et que la religion des honorables membres qui le composent aura été surprise par les belles paroles de ces deux contagionistes qui trouvent beaucoup plus commode de m'empêcher de parler que de me répondre.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que les deux honorables secrétaires de l'Académie ont voulu me clore la bouche : on sait que je n'arrive presque jamais à la tribune sans avoir à soutenir une discussion préalable, sans être obligé d'y monter pour ainsi dire d'assaut ; on sait aussi avec quelle habileté on fait disparaître mon nom de la liste d'inscription pour les lectures. Et voilà par quels moyens certains hommes soutiennent les idées qu'ils ont adoptées !

Enfin, grâce à l'appui que m'ont prêté dans cette grave circonstance mes honorables collègues MM. Londe, Rochoux et Desportes, la justice a triomphé du mauvais vouloir et de l'intrigue : la décision du conseil d'administration a été cassée par l'Académie, malgré tous les efforts du bureau, de M. Nacquart et de M. Gauthier de Claubry pour la soutenir. Le 30 août a été un jour néfaste pour mes adversaires, et ce ne sera pas le dernier. Un membre de l'Académie m'a assuré que M. Gérardin stimule autant qu'il peut l'ardeur belliqueuse de M. Pariset, et qu'il lui dit, en parlant de moi : *Il faut l'écraser, il faut l'écraser.* Ce qui me tranquillise, c'est que si je suis jamais écrasé par quelqu'un, ce ne sera bien certainement ni par M. Pariset, ni par M. Gérardin. De tels adversaires ne sont nullement redoutables.

Quant à notre honorable collègue, M. Nacquart, il croit avoir fait un grand acte de courage en s'élevant contre la longueur de mon rapport : « Puisque personne n'ose dire la vérité toute entière, s'est-il écrié, je la dirai moi. » Comme je serais fâché de montrer moins de franchise et moins de courage que notre savant confrère, je vais aussi dire la vérité tout entière. Eh bien ! depuis que j'assiste aux séances de l'Académie de médecine, et particulièrement depuis dix ans que j'ai l'honneur de faire partie de cette société, je n'ai pas vu une seule fois M. Nacquart monter à la tribune, soit pour des rapports, soit pour des lectures, soit pour de simples communications. Il faut convenir qu'une Académie qui ne serait composée que d'hommes aussi *actifs* que notre honorable collègue ne ferait pas une bien vive sensation dans le monde savant, et que ses travaux n'auraient pas un immense retentissement.

Mais par une heureuse compensation, si M. Nacquart ne fait pas des rapports et des lectures à l'Académie, il y fait du moins de la dignité et de l'aristocratie académique. Pour lui, les académiciens qui ont le bonheur de posséder un diplôme de docteur en médecine sont placés bien au-dessus de leurs collègues les chimistes, les pharmaciens et les médecins-vétérinaires ; et, parmi les docteurs, ceux qui ne s'occupent que de la médecine proprement dite sont au premier rang. Malheureusement M. Nacquart est arrivé au moins un siècle trop tard. Le bon temps est passé.

Eh bien ! le titre de docteur en médecine, de médecin *pur*, ne satisfait point encore l'ambition de notre savant confrère ; en voici la preuve. Lorsque l'Académie discutait son projet de loi sur l'exercice de la médecine, M. Nacquart dit *qu'il serait convenable, qu'il serait utile* de créer quelque titre honorifique qui serait appliqué aux médecins d'un ordre supérieur, comme, par exemple, celui de DOCTEUR RÉGENT. Dupuytren, qui était debout auprès du poêle, se tourna de son côté, et lui dit, avec cet air et ce ton dédaigneux qu'il possédait si bien : Eh, monsieur, régent de quoi, de quoi... pour régir quoi ?

D'après l'ordre d'idées qui domine dans son esprit, M. Nacquart ne pouvait manquer d'être un des plus ardens promoteurs du costume académique ; aussi a-t-il rompu, dans le temps, plus d'une lance en sa faveur. Mais s'il chérit le costume, il a, par contre, une vraie antipathie pour le ruban gradué de mensuration que M. le docteur Montault a eu l'heureuse idée de joindre au stéthoscope ; et savez-vous pourquoi ? C'est parce que les tailleurs se servent d'un ruban exactement semblable, et que, dans son opinion, la médecine se dégrade et se déshonore en faisant ainsi des emprunts aux arts mécaniques.

Je regrette que le manque d'espace ne me permette pas de rapporter plusieurs faits curieux qui attestent *les vives sympathies* de M. Nacquart pour ceux de nos honorables collègues de l'Académie qui ne sont pas munis d'un diplôme de docteur.

1er septembre 1842. CHERVIN, D.-M.-P

— Un pharmacien de Cahors, M. B..., prévenu d'avoir livré à une bonne d'enfant qui s'est suicidée des pilules vénéneuses avec lesquelles elle s'est donné la mort, a été condamné par le tribunal correctionnel à 3000 fr. d'amende. En lui appliquant le texte immuable de la loi, le tribunal correctionnel a témoigné à M. B... le regret de frapper aussi sévèrement un citoyen honorable. Nous ne saurions donc trop engager nos confrères à prendre toutes les précautions légales pour se soustraire à des condamnations qui sont le résultat de l'application de la loi de germinal an XI ; précautions qui ont pour but de prévenir non seulement le suicide, mais encore le crime d'empoisonnement.

(*Journ. de Chim. méd.*)

RABAIS.

MORGAGNI : *Recherches anatomiques sur le siége et les causes des maladies*, précédées d'une notice sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par TISSOT, traduit du latin sur les éditions de Padoue et d'Yverdun, par DESORMEAUX, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, etc. ; et J.-P. DESTOUET, docteur de la Faculté de médecine de Paris, 1821 à 1824.

Dix volumes in-8° : *vingt-quatre francs au lieu de soixante*.

Chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Tout a été dit sur l'importance de cet ouvrage et sur le service que Desormeaux et Destouet ont rendu à la science en le traduisant en français. De nos jours surtout que l'anatomie pathologique est en si grand honneur, Morgagni doit trouver place dans toutes les bibliothèques ; et c'est pour en faciliter l'acquisition que l'éditeur, M. Béchet, vient de réduire le prix de cette collection de près des deux tiers.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 106, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Des véritables bases sur lesquelles doit reposer le diagnostic des maladies.

La séméïologie, ou l'art qui traite des symptômes morbides, a pris de nos jours une telle extension qu'elle a fini, si non par effacer entièrement, du moins par amoindrir l'importance que l'on avait accordée jusqu'alors aux autres branches de la médecine. Il est résulté de cette fausse direction imprimée à l'observation clinique, des inconvéniens graves sur lesquels je crois devoir appeler votre attention. Pour bien comprendre les véritables causes qui ont conduit les modernes à ne s'occuper presque exclusivement que des symptômes locaux dans les maladies, il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les découvertes successives dont s'est enrichi l'art du diagnostic.

Chez les anciens, privés des lumières de l'anatomie pathologique et du diagnostic local, l'étude des maladies consistait surtout dans l'examen de l'habitude extérieure et de ces grands phénomènes généraux qui frappent les yeux. Il lui était impossible d'arriver autrement à déterminer le siége et la nature des affections internes. Aussi s'appliquèrent-ils avec grand soin à asseoir le pronostic et le traitement sur l'observation des phénomènes généraux. Il faut avouer qu'ils y sont parvenus souvent avec un rare bonheur, et que s'ils n'ont pas spécifié le siége anatomique de la plupart des affections, ils ont du moins connu les principaux phénomènes. C'est ainsi qu'ils sont parvenus à fonder cette partie du diagnostic que l'on peut appeler diagnostic général, parce que dans ce diagnostic on s'attache surtout à saisir dans leur ensemble les phénomènes morbides et à constituer avec eux un tableau synthétique qui sert souvent à un pronostic et à un traitement fort exacts.

Plus tard, lorsque les recherches anatomo-pathologiques constituèrent une branche nouvelle de la science, le diagnostic local, c'est-à-dire la connaissance de la lésion et des phénomènes locaux qu'elle détermine furent fondés et la séméïologie fit tout à coup de rapides progrès. De là est venue, on peut le dire, toute la science du diagnostic moderne. Bientôt cependant les sciences physiques et chimiques prenant un rapide essor, furent aussi appliquées à la connaissance des maladies. L'on vit alors les médecins employer la percussion, l'auscultation; appliquer l'analyse chimique à l'étude des altérations des solides et des liquides, découvrir avec le microscope des modifications de texture qui avaient échappé jusque-là à toutes les investigations, et arriver ainsi à un diagnostic local dont la précision et l'exactitude ne semblent pas pouvoir être dépassées.

Certes, personne ne peut méconnaître les avantages immenses qui sont résultés de ces découvertes pour le diagnostic. Il serait ridicule de contester les progrès immenses qu'a faits l'art de guérir sous l'empire de ces sciences. Toutefois, il faut remarquer que si la médecine a acquis plus de précision, elle a perdu quelque chose sous le point de vue de la synthèse et du diagnostic général, et que le pronostic et la thérapeutique ont dû s'en ressentir. En effet, ce qui avait conduit les anciens à grouper les phénomènes généraux, c'était la nécessité de prévoir l'issue de la maladie, et d'établir une médication qui leur paraissait commandée par la nature de ces mêmes symptômes. Tout le monde sait que les écoles grecques et modernes jusqu'à l'époque de la fondation de l'anatomie pathologique, ont été en possession de fournir la plupart des signes pronostiques et des indications thérapeutiques qui ont dirigé les médecins. S'ils ont joui de cette autorité, c'est parce qu'on avait reconnu que bien que l'art qui permet d'établir le diagnostic de la lésion locale n'eût pas été porté bien loin chez eux, cependant on pouvait encore arriver à un traitement assez efficace, et trouver un grand nombre d'indications thérapeutiques par l'étude des phénomènes généraux. Pour citer quelques exemples, nous rappellerons que presque tout ce qu'ils ont écrit sur les affections générales, sur les grandes fièvres, le typhus, les maladies éruptives, est d'une assez grande exactitude quand on y cherche les signes pronostiques et les indications du traitement de ces maladies. Ils ont excellé, on peut le dire, dans l'observation des maladies générales; et quoique privés des lumières de l'anatomie pathologique, ils sont arrivés à asseoir un certain nombre de signes pronostiques dont la valeur est encore reconnue aujourd'hui. On doit aussi remarquer que le traitement qu'ils ont formulé d'après ces indications, ne diffère pas sensiblement de celui qui est encore dirigé de nos jours contre les fièvres, les exanthèmes et le typhus. Ainsi donc, pour nous résumer, nous dirons qu'à l'aide du diagnostic général ils ont produit des travaux qui ont été à tort négligés par les modernes. Il me semble cependant que sous le point de vue pratique, il est de la plus haute importance de ne pas négliger l'étude des phénomènes généraux, afin de pouvoir mesurer exactement sur l'état des forces du malade l'emploi des médicamens à l'aide duquel on se propose de combattre la maladie. Il y a d'ailleurs un inconvénient grave à arrêter exclusivement son attention sur l'étude de la lésion locale, et à ne pas tenir grand compte de la vitalité et de la réaction de toutes les fonctions les unes sur les autres; il s'ensuit que l'observateur, uniquement frappé du désordre local, oublie que le pronostic et le traitement ne peuvent être uniquement fondés sur la considération de ce désordre. Il faut donc chercher dans l'étude de ces phénomènes qui appartiennent à l'organisme entier les règles qui doivent guider le médecin au lit du malade.

Il s'agit d'abord de déterminer quels sont ces grands phénomènes. Celui qui doit le premier fixer l'attention du médecin est l'état de la sensibilité générale et de la contractilité musculaire. Le degré de force et de faiblesse de l'individu, l'habitude extérieure, la contractilité diminuée, augmentée ou pervertie, tels sont les phénomènes qui peuvent servir à mesurer la résistance vitale. Vient ensuite l'état de la circulation dans lequel les anciens savaient trouver les signes pronostiques et diagnostiques que nous négligeons trop aujourd'hui. Sans doute on ne doit pas admettre les assertions un peu subtiles qu'ils ont émises sur les caractères du pouls dans les maladies, mais il y a à revenir sur l'exploration de cet appareil qui est en connexion intime avec les maladies locales ou générales. Je signalerai en troisième lieu la calorification; les variations nombreuses de température que subit le corps dans le cours des maladies étaient pour les anciens et doivent être encore pour les modernes des sources précieuses d'indications thérapeutiques.

Il nous sera facile de montrer que le pronostic ne peut être éclairci que par ces deux parties du diagnostic auxquelles nous avons donné les noms de diagnostic local et diagnostic général. Supposez, par exemple, qu'un observateur ait assisté au développement d'une pneumonie aiguë, que cette phlegmasie soit arrivée malgré le traitement au troisième degré; et que ce médecin soit mis en demeure d'assigner à la maladie sa durée probable et l'issue qu'elle doit avoir: il est évident qu'il faudra tenir compte avant tout du diagnostic local, déterminer nettement s'il existe du souffle, de la bronchophonie, de la matité, rassembler en un mot avec soin tous les signes locaux de la maladie. Mais une fois qu'il se sera livré à ce travail, une fois qu'il aura limité ainsi l'inflammation, reconnu son degré, il faudra, pour porter son diagnostic, qu'il prenne en considération l'état général, qu'il examine si les forces se soutiennent encore, si la calorification et le pouls ne sont pas profondément perturbés, avant de pouvoir dire si le pronostic est fâcheux et la terminaison probablement prochaine. Ce n'est pas sur la lésion qu'il peut, à coup sûr, se régler; car l'induration pulmonaire peut très bien rester pendant plusieurs jours au même degré, avoir la même étendue, et la mort pourtant n'arriver qu'au moment où cette résistance, appelée vitale par les anciens, fera défaut. Or la mesure de cette résistance ne peut être fournie que par l'examen des grands phénomènes dont nous avons déja parlé.

La lésion locale ne peut donc seule suffire pour arriver à un pronostic rigoureux. Je pourrais maintenant citer un grand nombre de maladies générales, et spécialement la fièvre typhoïde, la variole, les exanthèmes, etc., dans lesquelles le pronostic ne peut être fondé que sur l'appréciation sagace des phénomènes généraux.

La thérapeutique reçoit une vive lumière du diagnostic local aidé du diagnostic général, et même, pour dire toute notre pensée, je crois que le praticien tire plus d'avantage du dernier. En effet, dans les maladies les mieux localisées, dans la pleurésie, par exemple, les symptômes locaux indiquent bien l'existence d'une phlegmasie, marquent son degré, son étendue, et nous portent à recourir activement à l'emploi des antiphlogistiques; mais ces symptômes ne peuvent nous indiquer nettement jusqu'à quel point peut être poussés cette médication; et lorsque nous avons constaté par l'auscultation que la pleurésie n'a pas cédé, que l'épanchement persiste, il faut de toute nécessité que nous recourions à l'étude des phénomènes généraux, que nous cherchions si les forces permettent encore d'insister sur la déplétion sanguine, ou si, au contraire, il est urgent de rendre à la constitution, par des toniques et une bonne alimentation, les forces nécessaires pour amener la résolution.

Dans les affections moins localisées que celles-là, dans les maladies dites générales, l'utilité du diagnostic général éclate dans tout son jour.

Les diverses médications qui ont été proposées dans la fièvre typhoïde témoignent de cette préoccupation sous laquelle se sont trouvés les praticiens de tous les temps et de tous les pays. Ceux-ci ont préconisé les toniques, parce que leur attention était surtout appelée par l'état adynamique; ceux-là ont conseillé les excitans, parce qu'ils ont été frappés des mêmes phénomènes; d'autres ont préferé les antiseptiques, parce qu'ils ont cru apercevoir les signes de la putridité; il en est

FEUILLETON.

VACANCES A L'INSTITUT DE FRANCE.

(Premier article.)

Deux morts bien cruelles, pour nous, viennent de laisser deux vacances à l'Institut. Larrey et Double seront long-temps regrettés par leurs amis et ces amis étaient nombreux. Le deuil de Larrey sera plus grand; on peut même dire qu'il sera national; car, comme l'a écrit avec beaucoup d'élévation le gérant des *Annales de Chirurgie*, « c'était là une de ces individualités grandioses qui formaient les rayons de l'auréole impériale ». Ainsi, dans le cœur de ceux qui aiment leur pays, de ceux qui tiennent à l'humanité, de ceux qui ont encore un culte pour les vertus antiques, Larrey laissera un vide qui ne sera jamais entièrement rempli. Nous n'avons pas même l'espérance de trouver de sitôt l'équivalent moral d'un côté du cœur de Double.

La science aussi a certainement beaucoup perdu. Mais elle a plus de sujets de consolation que nous; car la science, quoique très reconnaissante pour les services passés, regarde surtout son avenir, et son deuil n'est pas long quand cet avenir est assuré. Or, à l'Institut, la double succession ne resterait pas long-temps ouverte si on appelait aujourd'hui les sujets qui peuvent la recueillir, car ils sont nombreux et il en est plus de deux qui ont non seulement *droit*, mais *aptitude*. Ce n'est pas sans dessein que nous soulignons ces deux mots. Nous croyons qu'ici, il y a plus d'héritiers de *droit* que d'*aptitudes* justement fondées. C'est à ceux qui réunissent ces deux qualités que la préférence devra être accordée; car à l'Institut on fait cas de la justice, et on prend au sérieux la grande pensée fondatrice ainsi formulée dans la Constitution de l'an III: recueillir les *découvertes, perfectionner les arts et les sciences.* Ces mots ne signifient pas, à l'Institut surtout, honorer l'intrigue, favoriser l'industrie médicale.

Pour fixer les choix à faire, ou afin que le lecteur se mette à même de connaître la justice qui présidera à ces choix, nous oserons rappeler que la *classe* de l'Institut à laquelle appartenaient Double et Larrey comprend dix sections, et que parmi elles se trouvent celle de la *médecine* et celle de la *chirurgie*. Double représentait donc la médecine et Larrey la chirurgie, comme M. Richard représente la *botanique*.

Ce professeur ne représente pas seulement les graminées. Quelle que soit l'importance de cette innombrable famille, elle n'a pas, pour elle seule, un représentant, et M. Richard est à l'Institut pour toutes les familles naturelles; il représente donc la botanique dans son ensemble, dans sa grande universalité. De même Portal ne représentait pas seulement les maladies de poitrine et Dupuytren ne siégeait pas seulement pour les maladies des yeux: le premier représentait, en effet, la médecine; le second la chirurgie, et cela dans ce que ces deux sciences ont de plus général, de plus philosophique. L'institut, pour nous imiter, avait divisé le grand cadre nosologique en deux, ce qui, à la rigueur, peut être considéré, de sa part, comme une concession en notre faveur; car ce qu'il a fait pour nous, il ne l'a pas fait pour les vétérinaires, lesquels n'ont qu'une section. Or, leur demander d'augmenter encore le nombre des sections pour augmenter le nombre des médecins, ce serait, ce nous semble, s'exposer à un refus en demandant l'absurde.

Nous le disons avec orgueil, les sujets ne manqueraient pas pour remplir les nouvelles places. Ce n'est pas nous qui nous plaindrions de voir un plus grand nombre de médecins aux Académies: nous croyons même que l'Institut y gagnerait. Mais nous ne pouvons prétendre à une pareille amélioration, et notre pouvoir n'ira pas jusqu'à changer le chiffre des immortels. Il n'y a donc et il ne peut y avoir que deux vacances. Alors il est tout simple et tout naturel que la chirurgie ait un fauteuil et la médecine l'autre, et non telle fraction de la chirurgie ou telle fraction de la médecine. Si, par exemple, on donnait un fauteuil à un médecin qui représenterait les maladies d'un organe sécréteur, et l'autre à un médecin qui représenterait celles d'un organe excréteur, quel que fût le mérite des deux élus, l'Institut n'aurait pas moins fait deux choix contraires à l'esprit de sa fondation. Il n'aurait, d'ailleurs, remplacé ni Double, ni Larrey, mais une petite portion de ces deux membres. Leur succession ne serait donc pas entièrement recueillie.

On comprend déjà notre pensée. Nous sommes donc nécessairement amené à considérer comme plus facilement admissibles et ayant plus d'*aptitude* les hommes dont les travaux portent un caractère de haute universalité.

On va, nous le prévoyons, considérer ce préambule comme une levée de bouclier contre les spécialités, les spécialistes. Nous le déclarons franchement, cette question, nous ne voulons pas la traiter ici, et nous sommes fort éloignés d'accepter tous les argumens qu'on fait valoir contre une direction spéciale dans les recherches qui concernent notre art; nous approuvons encore moins les déclamations intéressées. D'ailleurs cette question des spécialités est plus complexe qu'on ne pense, aujourd'hui plus que jamais, car quelques encyclopédistes se spécialisent, et pas mal de spécialistes prétendent à l'universalité. Ce mouvement des esprits prépare, annonce une fusion ou moins d'exclusion dans les directions à donner aux travaux. Cette tendance à l'harmonie nécessitera un surcroît d'études, de labeur, le tout au profit de la science et de la vérité.

Nous venons de laisser entrevoir le premier principe qui devrait présider aux choix à faire, descendons maintenant à des considérations moins générales avec la même franchise, la même impartialité.

Nous avons déjà fait comprendre qu'il serait facile de remplacer à l'Institut Larrey et Double. Ceci ne peut rien avoir d'irrévérencieux pour la memoire de ces confrères. C'est un fait que nous énonçons et qui est favorable aux vivans, voilà tout. Nous pensons d'ailleurs qu'il n'est pas défendu de rendre justice à ceux-ci, surtout quand on a rendu un plein hommage aux morts. Le nombre des ayant droit fait une difficulté de cette facilité que nous venons de proclamer: seulement, pour la section de chirurgie dont nous nous occuperons spécialement aujourd'hui, le nombre des prétendans est vraiment considérable. Si tous les noms qu'on a cités paraissent réellement sur le registre d'inscription, nous plaignons et nous félicitons en même temps l'Institut. Et,

enfin qui ont été frappés plus spécialement de l'état local, et leur thérapeutique s'en est également ressentie. Dans les fièvres éruptives, les indications fournies par le diagnostic général, sont restées tellement évidentes pour tous les médecins, qu'aucun ne s'est occupé du traitement local, et que tous ont eu recours à des médications dirigées contre l'ensemble des symptômes de l'affection. Ainsi donc, il m'est démontré par l'étude des maladies générales, et même des maladies locales, que la vraie forme des indications doit être cherchée dans une étude synthétique des phénomènes morbides, et dans une appréciation philosophique de la maladie.

Les médecins qui exercent hors du cercle des hôpitaux, ont senti plus que d'autres la nécessité d'une thérapeutique moins subordonnée au diagnostic local. Presque toujours, tout en tenant compte de celui ci, ils s'adressent à ces divers désordres que l'innervation fait naître, et qui attestent des réactions sympathiques plus fréquentes qu'elles ne le sont chez les malades reçus dans les hôpitaux. Aussi est-il rare qu'ils ne fassent pas marcher de front les médications dirigées tout à la fois contre l'état local et l'état général. La plus forte critique que l'on ait adressée à l'art du diagnostic des modernes, c'est de ne combattre qu'avec de très petits moyens les lésions locales, de ne voir qu'elles et de croire que toutes les lésions thérapeutiques consistent dans l'observation des désordres locaux; qu'enfin le rôle du médecin cesse lorsqu'il a agi par les moyens rationnels contre ces désordres locaux.

Je crois que ce reproche, en partie mérité, est empreint de quelqu'exagération, et que la plupart des médecins distingués de notre époque savent consulter à la fois les deux diagnostics dont nous avons parlé, et qu'ils ne restent pas spectateurs inutiles de la maladie lors même qu'ils l'ont jugée incurable.

On ne doit pas se dissimuler que l'observation analytique des phénomènes morbides, tout en rendant les plus grands services à la médecine, a aussi contribué à morceler la description des maladies, à rendre presque impossible la description synthétique de ces mêmes maladies. A force de s'habituer à caractériser une affection interne par les symptômes locaux, on a fini par ne plus attacher qu'une faible importance au groupement des symptômes, dans lequel excellaient les anciens. On est surtout frappé de la différence qui existe dans cette étude, lorsque l'on relit les observations faites au commencement de ce siècle par Pinel, Bayle en nos meilleurs auteurs, et qu'on les compare à celles qui sont recueillies de nos jours. Dans les premières, on s'étudie à faire connaître la maladie par l'ensemble des accidens, tandis que dans les dernières on donne toute l'attention à l'examen de chaque trouble fonctionnel en particulier; et lorsque l'on est parvenu à accoler ainsi les uns aux autres, sans aucune espèce de lien, les phénomènes morbides, on croit trop souvent avoir donné une idée exacte de la maladie. Il serait à désirer qu'une fois que ce travail indispensable est terminé, chaque auteur s'occupât à rendre son observation plus intelligible en présentant les principaux traits de la maladie qu'il vient d'analyser ainsi. Le morcellement déplorable que cette manière de faire a entraîné en pathologie, empêche plus d'un bon esprit de saisir les corrélations qui existent, soit entre les phénomènes de la même maladie, soit entre les maladies elles-mêmes. Peut-être sommes-nous arrivés aujourd'hui à une époque où va cesser un pareil travail de dissociation, et que la pathologie générale trouvera moyen de relier des élémens qui semblent si multipliés et si divers. Pour notre part, nous souhaitons qu'une pareille œuvre soit entreprise; elle tournera au profit de la science et en facilitera singulièrement l'étude et les progrès. Si l'esprit des élèves saisit avec tant de peine les descriptions des maladies, c'est qu'on s'efforce trop de leur en montrer les nombreuses particularités, et qu'on ne prend pas la peine de leur faire saisir les affinités qui réunissent ses élémens nombreux. La mémoire alors et le raisonnement parviennent difficilement à retenir un assemblage de détails qui existent sans doute dans la nature, mais qui devraient être réunies par celui qui possède déjà toutes les branches de l'art de guérir.

Si j'insiste tant sur les inconvéniens qui résultent d'une telle direction imprimée à l'étude de la médecine, c'est parce que j'ai pu apercevoir ces entraves qui nuisent trop souvent aux progrès des élèves. Maintenant je me plais à reconnaître que ce travail de minutieuse analyse apporté à l'observation des malades, est indispensable pour parvenir à la découverte des nombreuses circonstances qui s'y rattachent, et qu'il fallait, pour arriver à la connaissance exacte de la nature et du siége des lésions, ne laisser passer inaperçu aucun des troubles les plus légers qui se manifestent dans l'organisme. J'ajouterai que le temps est venu de chercher à rentrer dans l'étude synthétique des maladies, et de s'efforcer à poser les bases d'une pathologie générale.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

SUR LES AFFECTIONS PUSTULEUSES.

Sycosis. Couperose. Acné.

Alibert a réuni sous le nom générique de *vari* des affections tout à fait distinctes les unes des autres, et, de plus, établi dans ce genre des divisions qui, à l'exception de la mentagre ou sycosis, ne sont basées que sur des circonstances de peu de valeur.

Willan de son côté, et après lui Biett, ont bien, il est vrai, entièrement isolé le *sycosis* et l'*acné*; mais ils ont encore eu tort, selon nous, de présenter comme une simple variété de *l'acné* la couperose qui, bien qu'elle soit souvent compliquée de l'inflammation des follicules sébacés, peut cependant exister seule, et ne présenter alors aucune analogie même avec *l'acne rosacea*. M. Rayer a nettement établi les caractères propres à chacune de ces affections, et les a décrites sous les noms de *sycosis, couperose et acné*. Nous adoptons cette division parce qu'elle est plus en rapport avec les faits, qu'elle repose sur des caractères anatomiques plus exacts, et qu'enfin ces trois affections réclament un traitement différent.

L'*acné* seule avec ses variétés peut être considérée comme due soit à l'inflammation, soit simplement à l'hypersécrétion des follicules sébacés; il n'y a rien de commun entre les pustules de l'*acné simplex* ou les tannes de l'*acné punctata*, et ces plaques rouges ou livides marbrées de veinules, souvent sans la moindre apparence de dustules, et qui constituent la forme primitive de la *couperose*. Il y a même dans ce cas, long-temps avant, quelquefois même sans qu'aucune pustule d'*acné* se développe, une injection d'abord fugitive, puis persistante d'un réseau capillaire superficiel; et plus tard enfin, développement d'arborisations veineuses, épaississement de la peau, et nul autre signe souvent de l'altération des follicules qu'une abondante sécrétion huileuse. — Quant au *sycosis*, qui ne se montre jamais dans les points où les follicules sont le plus nombreux, et que cette circonstance, jointe à des conditions particulières d'âge, de développement, de durée, doivent faire séparer de l'*acné*, il est plus difficile de lui assigner un siége anatomique, à moins cependant qu'on n'en considère la forme tuberculeuse comme un épaississement, et la forme pustuleuse comme une inflammation des pelotons celluleux interposés entre les lames du derme, et qu'alors on ne l'assimile au furoncle dont il offre, au reste, l'aspect dans quelques cas.

Les trois divisions de M. Rayer nous paraissent ainsi légitimées, autant par la nature que par le siége des différentes altérations. Nous les adopterons; mais nous y joindrons, toutefois quelques subdivisions utiles à connaître pour le pronostic comme pour le traitement, et qui nous paraissent avoir été trop négligées. Ainsi dans l'*acné*, dont M. Rayer indique à peine les variétés, nous en admettons plusieurs fondées sur des différences entre la durée, la gravité de chacune d'elles, l'âge que quelques-unes affectent de préférence; par exemple: l'*acné simplex* que l'on doit regarder comme le type de l'affection, qui a peu de gravité et se montre à presque toutes les époques de la vie; l'*acné miliaire* qui est au contraire une maladie de l'enfance, et se dissipe sans aucun traitement par les progrès de l'âge; l'*acne rosacea* si fréquente chez les jeunes gens, et qui, compliquée de la variété suivante, l'*acne indurata*, devient d'une guérison difficile et défigure souvent les malades; enfin l'*acne punctata* et l'*acne sebacea*, qu'on peut à peine considérer comme une maladie, et qui, portées à leur plus grand développement, ne produisent qu'une difformité, inhérente d'ailleurs à la constitution de l'individu.

Dans la *couperose*, plusieurs variétés sont également importantes à établir. Ainsi, la forme *érythémateuse* en représente la forme primitive; elle peut, sous l'influence du régime plutôt que d'un traitement spécial, disparaître plus facilement que les deux formes *pustuleuse* et *tuberculeuse* dont l'opiniâtre résistance fait le désespoir du malade et du médecin.

Enfin dans le *sycosis*, que M. Rayer considère toujours comme *pustuleux*, M. Devergie en admet deux formes primitives distinctes, celle tuberculeuse et celle pustuleuse, qui toutes deux parcourent leurs périodes avec des formes distinctes.

Le tableau suivant facilitera la connaissance des différentes variétés que M. Devergie admet dans ces maladies.

1° *Acne*......	simplex.
	miliaire.
	rosacea.
	indurata.
	punctata.
	sebacea.
2° *Couperose*..	érythémateuse.
	tuberculeuse.
	pustuleuse.
3° *Sycosis*.....	tuberculeux.
	pustuleux.

I. ACNÉ.

1° L'*Acne simplex* pris comme type de la maladie, affection qui a son siége exclusif dans les follicules sébacés de la peau, se montre à tout âge, mais surtout de 15 à 25 ans, au dos et à la figure, et caractérisée par des boutons blancs ou pustules acuminées, à base légèrement indurée, avec ou sans auréole rouge, et laissant après leur rupture et leur guérison une légère cicatrice blanche de forme ovalaire ou linéaire. Avant que la suppuration soit établie dans le follicule malade, on voit apparaître une rougeur accompagnée de chaleur et de tension de la peau environnante, avec un simple prurit ou une sensation de picotement. Lorsque la suppuration commence à paraître, la tension et la chaleur locales de la peau se dissipent pour faire place à un prurit léger qui cesse par la rupture spontanée de la pustule; cette rupture donne issue à une matière plus ou moins épaisse, bientôt suivie de la disparition définitive de l'altération locale que remplace une acné plus ou moins colorée, tantôt au contraire, surtout lorsque la suppuration a été prématurément provoquée, cette pustule est suivie du développement d'une nouvelle pustule qui laisse d'ordinaire à sa suite une cicatrice blanche de forme variable. Ces pustules peuvent être isolées, discrètes ou très rapprochées et abondantes; dans ce dernier cas, elles donnent à la figure un aspect repoussant.

2° L'*acné miliaire* est caractérisée par de petites pustules arrondies, de la grosseur d'un grain de millet, luisantes et lisses à leur surface, survenant chez de très jeunes enfans où elles se montrent au front sans produire d'autre sensation que celle d'un léger picotement, sans rougeur notable et sans induration.

Ces deux premières variétés n'ont rien de grave; la première seulement est plus rebelle; elle ne disparaît souvent que par les progrès de l'âge. La seconde est au contraire de peu de durée et ne réclame aucune thérapeutique active; quelques amers à l'intérieur et des bains sont dans ce cas les seuls moyens à employer.

3° L'*acne rosacea* est une affection qui se montre de quinze à vingt-cinq ans et caractérisée par des pustules, comme dans l'*acne simplex*; mais ces pustules reposent sur une base plus saillante que dans la première variété, et de plus entourée d'une auréole rosée qui se réunissant aux auréoles voisines donne à la face une teinte rouge inégalement disséminée. Cette affection est toujours difficile à guérir et ne disparaît en général que par le passage de la jeunesse à l'âge adulte; elle se distingue aisément de la couperose proprement dite qui débute par des plaques rouges, sans altération des follicules, tandis que dans l'*acne rosacea* les aréoles ne sont que consécutives au développement des pustules.

4° L'*acne indurata* est une complication fréquente de l'*acne simplex* et ne s'en distingue que par les noyaux indurés

---

dit-on, beaucoup de noms ne sont pas encore connus. Mais, comme toujours, il se fait un triage qui résume les prétentions et met en saillie quelques noms qui entrent réellement en lice. Ce sont là ce qu'on appelle les candidats sérieux. Déjà les noms de MM. Lisfranc, Velpeau, ont été prononcés, et le bruit court qu'un membre de l'Institut, ami de M. Lallemand, lui aurait écrit pour l'inviter à se présenter (ce qui, pour le dire en passant, prouve que cet immortel ne trouve à Paris personne qui se soit rendu digne de sa voix). Quoi qu'il en soit, ces trois confrères n'ont certainement pas la prétention de se croire seuls à pouvoir recueillir l'héritage de Larrey. Si nous leur connaissions cette prétention, qui n'est pas d'ailleurs en rapport avec ce que nous savons de leur modestie, nous les détromperions dans notre prochain article (1). Mais enfin c'est de ces trois noms que s'occupe le plus le public médical, et ici nous ne sommes que des interprètes.

M. Lisfranc est une célébrité chirurgicale incontestable, et, il faut le dire, incontestée; pour une bonne raison d'ailleurs, c'est que la célébrité ne se conteste pas. Son nom fait autorité en plusieurs matières, et personne ne refusera à ce chirurgien un grand amour pour l'art qu'il cultive, lequel lui doit plus d'un progrès. Il est généralement reconnu que la médecine opératoire a trouvé en M. Lisfranc un interprète intelligent et un régulateur habile. M. Lisfranc est réellement chef d'une école pour laquelle les difficultés opératoires ne sont qu'un jeu. Et cependant une chose dont il se félicite avec raison, c'est que la direction de ses études en pathologie, dans les maladies chroniques surtout, l'ait fait parvenir à éviter souvent des opérations. A ce point de vue et sous beaucoup d'autres rapports, M. Lisfranc continue Desault et rapppelle Dupuytren, dont il a été l'élève et dont il tient encore pour héritage le tact chirurgical et la droiture de jugement. Aussi personne ne s'avisera de contester les droits et l'aptitude de M. Lisfranc, et le choix qui se fixerait sur lui obtiendrait sans contredit l'approbation générale.

M. Velpeau se présente avec de nombreux titres, la plupart déjà appréciés par l'Institut. Nous n'irons pas les énumérer tous; car, des prétendans, M. Velpeau est à coup sûr le plus encyclopédiste. En effet, ce savant a touché à toutes les questions qui intéressent les sciences médicales. Il a étudié la nature et l'histoire; il a puisé ainsi à la source des idées, et a pu se familiariser surtout avec celles des autres. Ainsi, soit en embryologie, soit en anatomie topographique, soit en chirurgie et même en médecine, M. Velpeau se montre investigateur infatigable. Le goût des recherches historiques lui a donné la modestie rare de faire autant de cas des idées des autres que de celles qui lui sont personnelles. Il éprouve la même satisfaction à trouver une vérité dans un travail d'un de ses confrères qu'à la créer lui-même, et cette idée il la répand avec la même ardeur que si elle lui appartenait réellement. Ces qualités et d'autres font que M. Velpeau a aussi, non-seulement *des droits* à la succession, mais qu'il est *apte* à succéder; car on est à l'Institut pour recueillir les découvertes, pour les apprécier, pour les faire valoir.

Or, ces nobles fonctions sont surtout remplies d'une manière satisfaisante par des hommes qui ont certaines habitudes d'esprit, des connaissances très générales, nous voudrions pouvoir dire universelles, à la condition expresse, il est vrai, que ces hommes possèdent un jugement sain et aient su digérer cette universalité de connaissances, fatale à quiconque est dépourvu de cette éminente faculté. On peut sans doute être très habile chirurgien, et n'avoir pas assez de notions historiques pour savoir si un procédé présenté comme nouveau mérite réellement ce titre et la récompense que son auteur ambitionne. Mais on ne peut bien juger qu'en comparant; et pour bien comparer, il faut joindre au nombre des connaissances la rectitude du jugement. Un rapport d'un membre de l'Institut doit, en effet, être une œuvre savante et de haute sagesse digne du corps duquel il émane. Or, un homme dont l'érudition est bornée, ou le jugement peu certain échouera dans un pareil travail. On supplée encore à l'érudition par des secours étrangers; mais ce à quoi l'on ne supplée pas, c'est le jugement. C'est là une qualité qui ne s'emprunte pas, et que les collaborateurs les plus actifs ne sauraient vous donner.

Franchement nous ne croyons guère à la candidature de M. Lallemand. Ce chirurgien possède à Montpellier la clientelle de Delpech. Nous ne pensons pas que le séjour de Montpellier lui soit devenu désagréable par une rivalité heureuse. Nous ne pensons nullement que sa renommée de chirurgien du midi ait le moins du monde baissé; nous croyons, au contraire, qu'elle n'a pu que grandir. La place de l'Institut obligeant à la résidence, M. Lallemand, qui serait, nous en sommes persuadé, très flatté de devenir le collègue de M. Arago, ne pourra faire tous les sacrifices qu'un pareil honneur exige. Nous pensons, au reste, que ce chirurgien a des droits incontestables, quoiqu'on soit disposé à les lui contester. Ainsi, on revient maintenant sur ses *Lettres sur l'encéphale*, qui, d'après nos rigoristes, ne seraient pas frappées au coin d'une observation assez sévère, assez patiente; mais qu'on remonte au temps où le livre de M. Lallemand a été écrit, et on trouvera sa justification. Il est vrai aussi que, d'après des mesures de l'urètre prises surtout, dans ces derniers temps, par M. Malgaigne, les données chirurgicales de M. Lallemand sur les coarctations de l'urètre se trouvent un peu contredites. Les travaux de M. Lallemand sur les pertes séminales ont été trop sévèrement analysés. Enfin, nous ne nous rendrons pas ici l'écho des discussions qui ont eu lieu à Montpellier sur la question des fistules vésico-vaginales, car cette question n'a pas encore été traitée de sang-froid.

On le voit, nous n'avons aucune préférence marquée, et nous croyons que l'Institut a largement de quoi faire un bon choix. Le tout dépendra du point de vue qu'il choisira pour procéder à l'élection. Se placera-t-il au point de vue de la célébrité? Préférera-t-il un membre qui, par l'universalité de ses connaissances, puisse rendre des services à ceux qui travaillent pour l'Institut et à l'Institut lui-même? Choisira-t-il un nom qui se rattache à une grande découverte? Nous verrons. Nous reviendrons d'ailleurs prochainement sur cette élection, et examinerons les titres des autres candidats.

---

(1) MM. Amussat, Blandin, Civiale, Jobert, Leroy d'Etiolles, Ségalas, etc., se présentent aussi, dit-on, et ces honorables confrères ont, certes, des titres qui méritent un sérieux examen, et que nous examinerons sous peu.

qui remplacent la pustule ; ces espèces de tubercules, dont le volume est quelquefois énorme, sont d'une couleur livide, ordinairement insensibles, mais outre qu'ils donnent à la face un aspect plus hideux quand ils sont en grand nombre, ils sont encore d'une guérison plus lente et plus difficile que toutes les autres pustules d'acné. Le traitement le plus efficace pour arrêter les progrès de cette affection et pour la guérir, sont les eaux sulfureuses à l'intérieur, les bains sulfureux, les douches sulfureuses et les douches de vapeurs, ainsi que les purgatifs répétés. C'est à ces moyens qu'a cédé complétement une couperose tuberculeuse avec *acne indurata* chez un malade de la salle Saint-Jean, et dont les élèves ont pu voir les progrès vers la guérison. Les eaux d'Enghien, de Barèges, etc., sont très efficaces.

Enfin, 4° et 5°, l'*acne punctata* et l'*acné sebacea*, maladie décrite pour la première fois par Biett, sont deux variétés que l'on doit moins regarder comme des maladies que comme une simple exagération de la sécrétion folliculaire ; elles sont caractérisées l'une par de petits points noirs apparaissant au front, sur les joues et surtout autour des ailes du nez, qu'une légère pression suffit pour faire sentir et que l'on voit alors occuper l'extrémité d'une sorte de filament sébacé qui a la forme d'un petit ver ; l'autre par un aspect huileux de la peau également dû à une hypersécrétion des follicules. On les observe surtout chez les jeunes gens, chez les individus d'un tempérament bilieux, et chez les hommes plus que chez les femmes ; elles demandent d'ailleurs plutôt des soins de toilette qu'un véritable traitement. Néanmoins, Biett a cité l'exemple d'un individu chez lequel l'*acne cebacea* avait fait des progrès très considérables, au point de former une crasse générale sur presque toute la surface du corps. Un micrographe allemand a dernièrement annoncé l'existence d'un animalcule dans l'*acne punctata*. Les recherches de M. Devergie à cet égard ont jusqu'alors été négatives ; toutefois elles n'ont pas été assez multipliées pour qu'on puisse repousser absolument cette assertion.

II. Couperose.

La couperose est une affection de l'âge mûr, qu'on observe à la face exclusivement, et en général chez les individus qui font bonne chère et abusent des alcooliques ; bien que dans quelques cas cependant elle se montre dans des circonstances tout à fait opposées. Elle est malheureusement très rebelle, et, bien que dangereuse en elle-même, elle fait le désespoir des malades autant peut-être à cause de la croyance assez légitime qui la fait considérer comme résultant d'un abus des boissons spiritueuses, qu'à cause de la permanence de l'affection. Suivant M. Devergie, elle se présente sous trois formes :

1° *Forme érythémateuse*. Sous l'influence ordinaire des causes hygiéniques que nous avons indiquées, se montrent à la figure et communément sur le nez dans le principe, des rougeurs arborisées, d'abord légères et rares, puis plus vives, paraissant à certaines heures du jour surtout après les repas ; puis, au bout d'un certain temps, devenant persistantes et plus ou moins colorées sous l'influence de la chaleur ou d'un repas copieux ; peu à peu et le plus souvent dans l'espace de plusieurs années ces plaques s'étendent, gagnent les pommettes, le front, et les parties primitivement atteintes deviennent livides en même temps que se manifestent des arborisations vasculaires violacées de plus en plus étendues. Le malade se plaint alors de chaleurs tantôt continuelles, tantôt arrivant par bouffées, de cuissons, de démangeaisons très vives. Sous l'influence du régime, la maladie peut persister long-temps à cet état seulement, mais le plus souvent elle s'aggrave ; la peau, jusque là à peine soulevée, s'épaissit, s'indure et se soulève sous forme de petits mamelons, représentant de véritables *tubercules* ; de cette nouvelle complication qui constitue la seconde variété ou forme *tuberculeuse* résulte un aspect tout à fait repoussant de la partie affectée (le nez particulièrement) que vient aggraver encore dans le plus grand nombre des cas l'une des formes de l'acné.

Parvenue à ce degré, la maladie ne pourrait être confondue qu'avec les syphilides ; mais outre que la marche de la couperose éclaire déjà beaucoup le diagnostic dans la syphilis, les altérations occupent de préférence le front et les tempes, de plus les plaques ont une coloration qui, si elle n'est pas toujours cuivrée, est du moins caractéristique et *sui generis* ; enfin les pustules sont plus larges et laissent après elles des croûtes paraissant châtonnées, dont la chute met à découvert des ulcérations larges et profondes qu'on n'observe jamais dans la couperose.

On comprend, d'après la nature des causes que nous avons indiquées comme les plus fréquentes, que le régime hygiénique entrera pour beaucoup dans le traitement de cette maladie : une alimentation plus végétale qu'animale, des boissons rafraîchissantes, des bains fréquens, rempliront donc la principale indication ; quelques cas particuliers réclameront les émissions sanguines et quelques purgations légères (3 ou 4 pilules écossaises tous les deux jours pendant un mois ou six semaines) pourront avoir de bons effets ; les eaux sulfureuses à l'intérieur, des douches de vapeur, quelques lotions avec l'acétate de plomb très étendu, avec la solution de sublimé au 1500° ou au 800° ; des onctions avec la pommade au carbonate de plomb ; enfin des tisanes sudorifiques, le rob de sureau à haute dose et les sirops dépuratifs, tels sont les différens moyens employés quelquefois avec succès, mais souvent aussi sans aucune modification de la maladie.

3° Sycosis.

Le *sycosis*, ou mentagre d'Alibert, est une affection connue et décrite ; fort anciennement elle s'est montrée plusieurs fois d'une manière épidémique, mais ne s'observe plus aujourd'hui qu'à l'état sporadique chez l'adulte et surtout chez les individus dont la barbe est rude et épaisse. M. Devergie en admet deux formes aussi rebelles l'une que l'autre.

1° *Forme tuberculeuse*. Sous l'influence de causes assez mal connues, mais souvent par suite de la malpropreté, se développent sur les parties de la face qui sont garnies de poils, mais surtout au menton, dans la région sous-mentale et à la lèvre supérieure, de petits tubercules isolés, rarement agglomérés, indurés à leur base, et présentant à leur sommet un petit point blanc dont le rasoir ou l'ongle font sortir une petite quantité de matière séro-purulente ; souvent cette matière purulente manque complétement, ou du moins échappe à l'observation, et toute l'affection, dans ce cas, paraît consister dans le développement de ces tubercules, qui constituent le caractère principal de la maladie. A ce premier degré, les tubercules sont déjà le siége d'une démangeaison des plus vives, qu'exagère encore l'ingestion des boissons alcooliques. Abandonnés à eux-mêmes, et surtout si le malade les écorche, ces tubercules prennent un volume plus considérable, une couleur livide, et peuvent en même temps s'étendre et envahir la totalité du menton et une partie des joues ; alors les tubercules sont si volumineux et si nombreux, que le menton est triplé de volume, et recouvert de tumeurs inégales, saillantes, dures et nombreuses.

2° *Forme pustuleuse*. Dans cette variété ce sont les pustules qui se montrent d'abord ; elles sont petites, très nombreuses, et reposent sur une peau engorgée, rouge, avec inflammation des ganglions du cou ; leur sommet est franchement purulent ; leur base est d'un rouge livide ; peu à peu ces pustules se crèvent, mais l'engorgement persiste pendant un temps assez long.

Le traitement de ces deux formes n'est pas le même. La première réclame les bains, les douches de vapeurs, les cautérisations répétées avec la solution de nitrate d'argent au dixième traitement, que M. Devergie a toujours employée avec beaucoup de succès.

La seconde forme demande le concours simultané des sangsues, des cataplasmes émolliens, des bains sulfureux ; et plus tard, pour terminer la guérison, les douches de vapeurs et les cautérisations dont il vient d'être parlé plus haut. Peu à peu ces fistules se crèvent, mais leur base engorgée persiste.

Cette affection est assez rebelle ; cependant on peut, à l'aide d'un traitement méthodique et régulièrement suivi, l'enrayer dans sa marche. Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, et concurremment avec les moyens indiqués plus haut, on peut mettre en usage la pommade au tannin, au carbonate de plomb. La pommade soufrée qui, dans la période d'acuité, produirait de fort mauvais résultats, a réussi au contraire dans la forme chronique. Axonge, 30,0 ; soufre précip., 4,0.

D'autres pommades ont encore de bons effets, telles que la pommade iodée : Axonge, 30,0 ; iode, 0,1 ; iodure de potassium, 0,2.

Celle au proto-iodure de mercure : Axonge, 30,0 ; proto-iodure de mercure, 1, 2, 3, 4.

Ou celle au précipité rouge : 4,0 sur 30,0 d'axonge.

A l'intérieur, des eaux sulfureuses et quelques purgations légères ; enfin, les bains sulfureux.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. Alquié.

Observation d'un anévrisme de la crosse de l'aorte. Autopsie. Reflexions ; par Edouard Bonino, chirurgien sous-aide.

Leberd, sous-officier vétéran, âgé de cinquante ans, entra à l'hôpital du Gros-Caillou, le 11 juillet 1842, pour un anévrisme de l'aorte. Il faisait remonter à trois années l'apparition des premiers symptômes de sa maladie. Il avait éprouvé d'abord dans la poitrine des douleurs vagues qui demeuraient deux ou trois jours sans se faire sentir et réparaissaient ensuite. Il fut pris en même temps de palpitations et bientôt la fonction respiratoire éprouva, dans son accomplissement, une gêne qu'augmentait le moindre exercice ; des sueurs abondantes, chaudes ou froides, se manifestaient sans cause apparente sur tout le corps et principalement la région cervicale ; le port de son sac, de ses armes, occasionnaient au malade un malaise insupportable. Du reste, l'appétit ne fut pas modifié ; la soif fut un peu augmentée.

Cet état persista pendant près de trois ans avec des alternatives de plus grande ou de moindre intensité, et Lebert, voyant l'opiniâtreté de son mal et la perte successive de ses forces et de son embonpoint, avait fait deux séjours à l'hôpital, le premier de dix-huit jours, le deuxième de vingt-cinq jours. Deux fois sa maladie avait été méconnue, et on lui avait prescrit un vésicatoire au bras et des frictions stibiées entre les deux épaules. Enfin, en juillet 1842, tous les symptômes s'aggravèrent, et il entra dans le service de M. Alquié.

Poitrine fortement bombée ; sternum propulsé en avant, de sorte que la direction des côtes est moins oblique que dans l'état normal ; diamètre antéro-postérieur du thorax augmenté aux dépens du diamètre latéral, ce qui donne à cette partie une forme cylindrique ; troisième et quatrième espace intercostal considérablement élargis ; resserrement des espaces inférieurs ; dilatation variqueuse des veines sous-cutanées. Dans le troisième espace intercostal gauche tumeur molle, d'apparence phlegmoneuse et qui est le siége de pulsations énergiques. La paroi antérieure de la poitrine est toute entière soulevée par des battemens violens qui repoussent la main et font éprouver au malade, quand il est dans la position assise, une sorte d'ébranlement oscillatoire ; ces battemens se font dans deux points différens où ils sont isochrones ; à gauche, dans la région précordiale, mais un peu plus bas que dans l'état normal, car la pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal ; à droite, où ils sont bien moins limités, plus diffus, en quelque sorte à la portion médiane de ce côté de la poitrine, on perçoit dans ce même point un frémissement appelé par Corvisart frémissement cataire. Les carotides laissent entendre un bruit de frottement extrêmement prononcé, bruit que l'on retrouve à un moindre degré dans toutes les artères sur le trajet desquelles on peut appliquer le stéthoscope. L'auscultation des poumons est difficile, parce que le bruit des battemens, communiqué à tout le thorax, masque les bruits respiratoires. Le pouls est moins sensible à l'artère radiale gauche qu'à la droite.

Douleurs vives dans toute la poitrine, surtout à gauche et en arrière ; elles réveillent souvent le malade en sursaut pendant la nuit. Dyspnée, étouffemens fréquens, orthopnée, anxiété, agitation extrême ; sorte de volutation continue de la face du malade qui ne peut trouver dans aucune position de soulagement à son mal ; affaiblissement général ; maigreur ; yeux excavés ; peau sèche ; soif continuelle ; point de trouble dans les fonctions digestives ; point de céphalalgie ; point d'œdème.

La maladie était trop avancée pour que l'on pût songer à employer un traitement bien énergique ; on voulut employer la glace, mais le malade ne put la supporter ; on se contenta alors de pratiquer une saignée et de donner la digitale en teinture à l'intérieur et à l'extérieur. On prescrivit en même temps des boissons gommées et une alimentation très légère.

Tous les symptômes s'aggravèrent rapidement et dans l'ordre suivant : augmentation de la douleur thoracique gauche, que l'on ne peut calmer un peu que par des frictions anodines ; susceptibilité extrême de toute la poitrine, qui fait redouter au malade le moindre contact ; développement marqué de la tumeur intercostale ; amincissement de ses parois ; orthopnée presque continue ; sommeil presque nul ; absence complète du pouls à l'artère radiale gauche ; légère difficulté dans les mouvemens du bras correspondant, fatigue extrême résultant de l'usage de la parole ; voix éteinte ; diminution et ensuite perte de l'appétit ; difficulté de la déglutition ; constipation opiniâtre ; ventre douloureux à la pression.

La mort survint presque subitement le 31 juillet, après 20 jours d'hôpital.

Autopsie. L'autopsie, que je fis avec le docteur Brion, fit voir les plus graves altérations.

La crosse de l'aorte, dilatée dans toute son étendue, occupe en avant presque toute la cavité de la poitrine ; s'étendant d'un côté à l'autre, remontant jusqu'à l'orifice thoracique supérieur, elle refoule les poumons en haut et en arrière, la trachée-artère et l'œsophage contre la colonne vertébrale, elle abaisse légèrement le cœur. Les nerfs diaphragmatiques ou le nerf récurrent gauche se confondent presque avec sa tunique extérieure, dans l'épaisseur de laquelle on suit à peine leurs élémens applatis ou dissociés. La veine cave supérieure, accolée aussi à tumeur, offre un aplatissement notable.

La poche anévrismale est vide, et derrière le poumon gauche existe un vaste épanchement de sang, en partie liquide, en partie formé en caillot.

La dilatation est extrême à droite, dans la portion ascendante de la crosse aortique : elle égale en ce point le volume d'une tête d'enfant, et commence à moins d'un pouce au-dessus des valvules aortiques. La portion médiane ou transverse de la crosse, un peu moins dilatée, a encore plus de 4 pouces de diamètre ; le volume ne diminue sensiblement qu'au niveau de l'aorte thoracique. Celle-ci est de forme conique à base supérieure, et elle présente de distance en distance des traces d'une espèce d'étranglement qui lui donne un peu l'aspect du gros intestin. L'orifice cardiaque limite exactement l'altération ; au-dessous de lui, l'aorte est parfaitement saine. La poche anévrismale, conidérée dans son ensemble, rappelle tout à fait la forme d'une cornue munie d'une allonge.

La tumeur est adhérente à la paroi chronique antérieure, au niveau du troisième espace intercostal gauche, dans lequel elle fait cette saillie constatée pendant la vie. Une lame de poumon interposée entre la paroi artérielle et la paroi thoracique, participe à l'adhérence, et tous ces tissus, amincis, rendus friables par un par un travail commencé d'inflammation ulcérative, se brisent et se déchirent à la moindre traction. A la partie postérieure de l'aorte thoracique, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, existe une érosion assez considérable, et qui avait donné sans doute issue au sang épanché. Une autre solution de continuité est constatée à la partie antérieure de la crosse et un peu à gauche ; mais une lame épaisse de tissu cellulaire condensé forme une sorte d'opercule qui l'obture complètement et la dérobe aux regards.

En ouvrant la tumeur, on trouve sa face interne toute entière rugueuse et inégale, et comme marbrée de rouge ou de jaune. La tunique interne, d'une coloration rouge pâle, d'une épaisseur considérable, présente de nombreuses solutions de continuité qui paraissent résulter d'un excès de distension, et recouvre des dépôts de matière stéatomateuse très rapprochés les uns des autres ; au milieu d'eux se trouvent quelques lamelles osseuses ; au-dessous, la tunique moyenne laisse voir quelques ulcérations éparses. Dans les concavités extrêmes, droite et gauche de la crosse, existent deux caillots fibrineux, très résistans, à couches stratifiées, et en forme de culots, pour se mouler sur les parties qui les renferment. Le tronc brachio-céphalique et l'artère carotide gauche sont légèrement rétrécis à leur embouchure dans la poche anévrismale ; l'artère sous-clavière gauche est obturée jusqu'à la naissance de la vertébrale, par une exsudation plastique.

Le cœur est légèrement augmenté de volume, augmentation dépendant toute entière du ventricule gauche, dont les parois sont épaissies et la cavité dilatée. Les valvules aortiques sont indurées, et la membrane qui les tapisse présente une rougeur qui s'étend dans l'intérieur du ventricule où elle se limite par une ligne courbe à convexité inférieure. Les autres cavités et les autres orifices n'offrent aucune altération appréciable. Les poumons sont dans leur condition normale ; la membrane muqueuse qui tapisse les bronches est d'une coloration rouge uniforme.

A la partie antérieure du rein droit existe un kyste séreux, contenant environ une once de liquide, et qui s'est logé dans l'épaisseur du tissu du rein.

La colonne vertébrale est creusée au niveau des quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième vertèbres dorsales,

de telle façon que la courbure naturelle à cette région paraît exagérée. Du reste, les tissus fibreux qui recouvrent les vertèbres sont parfaitement intacts dans les points où les os sont excavés, et le tissu osseux lui-même ne revèle, à l'inspection la plus attentive, aucune trace d'inflammation.

Réflexions. Cette observation présente plusieurs points qui méritent d être notés.

1° L'étendue considérable du diamètre de la tumeur anévrismale coïncidant avec son étendue considérable en longueur. On trouve bien dans les auteurs des cas de tumeurs anévrismales de la crosse de l'aorte qui égalaient une tête d'enfant, une tête de chevreau, un œuf d'autruche ; mais ces tumeurs étaient bornées à un point déterminé de l'artère. Quand, au contraire, la dilatation avait envahi le vaisseau dans une grande étendue, elle n'allait pas aussi loin, et elle était énorme quand elle atteignait le volume du colon, qui certes ne présente point, dans l'état où nous le trouvons dans la très grande majorité des cadavres, quatre pouces de diamètre.

2° Le frémissement cataire, signalé par Corvisart et qui n'est pas constant, existait ici ; mais en même temps l'aorte avait une face interne âpre et rugueuse, ce qui tendrait à donner raison à M. Bouillaud, qui pense que ce frémissement particulier résulte du frottement du sang contre la surface artérielle inégale, et qu'il ne dépend point, ainsi que le croyait Corvisart, d'un spasme, d'une action vitale de l'aorte anévrismée ; d'autant plus qu'il est difficile de comprendre une action vitale aussi grande dans un organe aussi profondément altéré que l'était l'aorte du malade dont nous parlons.

3° L'aphonie que nous avons observée dépendait sans doute de la compression exercée par la tumeur sur le nerf récurrent gauche ; fait signalé par MM. Bourdon et Cruveilhier.

4° L'état complètement sains des tissus fibreux qui enveloppaient les vertèbres excavées nous paraît être un argument puissant en faveur de l'opinion de Hunter, Scarpa, Hodgson, qui pensent que la destruction des os, en rapport avec les tumeurs anévrismales, résulte de l'absorption de la matière calcaire, déterminée par la pression de ces tumeurs. On ne saurait, en effet, l'attribuer ici, avec Corvisart et Laënnec, à une action purement mécanique, puisque cette action, avant de s'exercer sur les os, devait passer par les tissus fibreux qui les enveloppaient.

5° Enfin, à propos du kyste séreux qui existait dans le rein droit du sujet de notre observation, et sans vouloir rattacher cette altération à l'anévrisme de la crosse de l'aorte par les liens de la causalité, nous dirons que Morgagni, dans la dix septième lettre de son ouvrage, fait l'histoire d'un malade mort d'anévrisme de la crosse de l'aorte, et chez lequel il trouva, à l'autopsie, à la partie inferieure du rein droit une poche qui contenait 3 onces de sérosité.

Correspondance.

Lausanne, ce 25 août 1842.

Monsieur le rédacteur,

Le supplément à la *Gazette des Hôpitaux* du 18 août dernier, renferme un extrait de la *Gazette médicale de Montpellier*, du 11 du même mois, relatif à un cas d'empoisonnement par l'eau de laurier-cerise, sur un enfant âgé d'environ huit ans. L'importance et la gravité du fait me font un devoir de vous communiquer ce que j'ai pu observer sur le même sujet.

Je fus appelé, l'hiver dernier, à donner des soins à une petite fille de six ans environ, affectée d'une légère entérite avec constipation. J'ordonnai une émulsion d'amandes dans laquelle je fis entrer non de l'eau de laurier-cerise, mais avec mon confrère de Montpellier, *de l'eau distillée de cerises noires*, ainsi que quelques grains de calomel : le tout à prendre par cuillerées à café. Le lendemain la mère me raconta que son enfant avait goûté une seule fois la potion, mais n'avait jamais voulu l'avaler à cause du mauvais goût qu'elle y trouvait. Ne comprenant rien à cette circonstance, puisque le remède devait avoir un très bon goût, j'examinai la potion et je trouvai que le fond de la bouteille était occupé, non par une poudre *blanche*, mais par une poudre *grise*, et qu'en outre son goût était vraiment *détestable*, se rapprochant de celui du sublimé. Soupçonnant une erreur, je cours à la pharmacie : le maître pharmacien avait préparé lui-même l'émulsion et ma prescription était parfaitement *secundùm artem.*

Que s'était-il donc passé dans ce mélange ? Je fis d'abord répéter la prescription sous mes yeux, et quelle ne fut pas ma surprise d'observer que le calomel ajouté se transformait immédiatement en poudre grise et que le mélange prenait un g ût métallique très fort. Le chlorure mercureux subissait ici évidemment une décomposition. Le pharmacien et moi répetâmes l'expérience, d'abord sans addition d'émulsion, puis avec l'eau de laurier-cerise ; l'effet sur le calomel demeura le même. Nous plaçâmes ce sel au contact de l'acide cyanhydrique (prussique) étendu ; le résultat fut encore le même et plus prompt. Il etait donc certain que cet acide, de quelque manière qu'on le préparât, exerçait sur le calomel une action décomposante qui le transformait très probablement en mercure métallique et en sel mercurique soluble, nécessairement très dangereux.

Quel pouvait être le sel produit ? Divers essais chimiques faits au premier moment ne purent éclaircir la question. Un habile chimiste, M. Bischoff fils, parut très surpris du fait et me répondit que l'acide cyanhydrique avait la propriété de réduire tous les oxysels mercureux ; mais le calomel n'est pas un oxysel. M. de Fellemberg, professeur de chimie, pensait qu'il se formait un formiate mercurique, par décomposition du cyanogène. Sur ces entrefaites, M. Bérenger, le même pharmacien qui avait préparé l'émulsion empoisonnée s'occupa de cette question avec quelque soin. Voici les résultats auxquels il est parvenu :

1° La réaction de l'acide cyanhydrique sur le calomel est proportionnée aux quantités des deux corps mis en contact ;

2° Pour décomposer 2 grains de chlorure mercureux il faut 1/2 once d'eau de laurier-cerise (1 once renferme 8 gouttes d'acide cyanhydrique, suivant la pharmacopée de Prusse). La plus petite quantité de calomel sur-ajoutée reste inaltérée et blanche ;

3° Dans la réaction il ne se dégage aucun gaz ;

4° La liqueur qui surnage ne perd pas sensiblement de son odeur, mais elle prend un goût métallique très prononcé ;

5° Une lame de cuivre, trempée dans cette liqueur, réduit le mercure à sa surface ;

6° Quelques gouttes évaporées sur une plaque de verre ont laissé un résidu blanc salin ;

7° Le sulfhydrate d'ammoniaque forme dans la liqueur un précipité noir ;

8° L'eau de chaux et l'hydriodate potassique n'y produisent aucun précipité (absence de sublimé) ;

9° Le nitrate argentique donne un précipité blanc nuageux, qui *se dépose lentement, ne se dissout pas dans l'acide nitrique* lorsqu'il est humide, mais est soluble dans le même acide concentré, après une dessication préalable (décomposé à l'air). Le précipité, exposé humide à la lumière, prend *très promptement* une couleur chocolat. — Donc le sel mercurique dissous n'est pas un chlorure ;

10° En évaporant lentement une certaine quantité de la solution cyanhydrique on obtient un sel cristallisé en aiguilles, très soluble dans l'eau, peu dans l'alcool et insoluble dans l'éther ;

11° Le sel mercurique traité par la potasse caustique, le chlorhydrate ferrique et l'acide chlorhydrique fournit un précipité de bleu de Prusse (cyanure ferroso-potassique). — Donc il se forme du cyanure mercurique.

L'examen du calomel, altéré par l'eau de laurier-cerise, a donné les résultats suivans :

1° 100 grains de calomel soumis pendant vingt-quatre heures à l'action de 25 onces d'eau de laurier-cerise ont fourni 90 gruins de résidu qui, lavé et desséché, présente une couleur grise ; le calomel altéré est évidemment mélangé de mercure métallique, car on peut le découvrir avec la loupe.

2° 90 grains de ce résidu gris sublimés dans un matras donnent 85 1/2 grains (5 p. 100) de calomel pur ; les 4 1/2 grains de perte se condensent en partie à l'état métallique et s'évaporent en partie.

3° 100 grains de calomel traités par 25 onces d'eau de laurier-cerise donneraient donc environ

90 grains de calomel non décomposé,
5 grains de mercure métallique,
5 grains de cyanure mercurique.

D'où il résulte que 5 grains de calomel introduits dans une potion contenant de l'acide cyanhydrique peuvent fournir 1/4 de grain de sel délétère.

M. Bérenger estime que dans cette réaction de l'acide cyanhydrique sur le calomel, la portion de chlore déplacée s'unit au cyanogène pour former de l'acide chlorocyanique. Cette dernière opinion peut être contestée. Que deviendra alors le chlore mis à nu ? je l'ignore. Est-il bien certain que l'action de l'acide cyanhydrique sur le calomel s'arrête avant que la limite de saturation réciproque des deux corps soit atteinte ? S'il se forme du cyanure mercurique, où le métal prend-il son oxygène, sans dégagement d'hydrogène, pour passer à l'état d'oxyde ? Questions qui ne me paraissent pas encore suffisamment résolues. Ce sujet est donc loin d'être entièrement éclairci. Appelons de tous nos vœux l'attention des chimistes sur ce point encore obscur de la science; c'est le moyen de prévenir d'ultérieurs accidens en thérapeutique. Demandons-leur non-seulement un examen approfondi de l'action de l'acide cyanhydrique et de ses combinaisons sur le calomel, mais encore celle de cette même action sur les autres préparations mercurielles dont nous faisons usage ; la chose en vaut certes la peine.

Quant à nous, médecins, constatons pour le présent : 1° que si la jeune fille de Montpellier a malheureusement été empoisonnée, *il ne faut en accuser ni l'eau de laurier-cerise, ni l'acide cyanhydrique, mais bien le sel de mercure formé par sa présence ;* 2° que ce malheur ne doit être imputé *ni au medecin, ni au pharmacien, mais à la science qui ne nous avait point encore révélé l'action puissante de l'acide prussique sur le calomel ;* 3° que l'action de cet acide sur le calomel est telle *qu'il faut absolument se garder non-seulement de mettre en contact ces deux corps dans la même potion, mais encore de les administrer successivement et à quelque distance l'un de l'autre.*

Agréez, etc. J. DELAHARPE,
Médecin en chef de l'hôpital de Lausanne.

P. S. Le travail de M. Bérenger a été communiqué à la Société des sciences naturelles du canton de Vaud, au printemps de 1842.

NOUVELLES.

Dans notre numéro *du 19 mai dernier*, nous avons donné la liste des mutations qui ont eu lieu dans le service de santé militaire, par suite de l'admission à la retraite de M. *Ribes*, médecin en chef des Invalides.

— La mort de M. *le baron Larrey* avait également laissé vacante au Conseil supérieur de santé une place qui a été occupée, ainsi que nous l'avons annoncé, par M. *Bégin*, premier professeur et chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

— MM. les docteurs *Pasquier fils* et *baron Michel* ont été nommés en même temps (nos des 9 et 11 août), membres adjoints du Conseil de santé, avec voix délibérative.

Enfin, la place laissée vacante par la nomination de M. *Bégin* au Conseil de santé, vient d'être donnée :

M. le docteur *Baudens*, chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou a été nommé *premier professeur et chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 107, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service, et éphémérides de l'année 1841.

Non solum interest quales dies sint, sed quales precesserint. (Hippocrate.)

Rien n'a été ni mieux, ni plus anciennement contesté en médecine, que l'influence des saisons et des températures, de l'état hygrométrique de l'air, sur la constitution de l'homme et sur la nature des maladies qu'il éprouve.

Sous les climats intertropicaux, où il y a peu de variations de température, la nature humaine présente beaucoup d'uniformité; en même temps les maladies auxquelles elle est en butte sont moins nombreuses, moins variées que dans la plupart des régions européennes renommées par l'inconstance des saisons et la variabilité plus ou moins brusque des températures. Avant que la science médicale ne fût devenue un champ clos où toutes les théories se sont heurtées et se sont combattues armées des résultats de l'autopsie cadavérique, les médecins, plus exclusivement livrés à l'observation, plus empiriques, notaient scrupuleusement les effets des changemens atmosphériques de chaque saison sur la nature et le développement des maladies; ils avaient ainsi composé des tablettes nosologiques pleines d'intérêt, des éphémérides utiles et importantes pour la pratique. En cherchant à les imiter, nous éviterons toutefois la sécheresse des détails; et, à l'exemple de Stoll, nous entremêlerons l'exposé des variations thermométriques inhérentes aux saisons, de faits plus ou moins importans qui coïncideront avec ces mêmes variations, ou plutôt, qui en procéderont. Nous avons cru pouvoir négliger les observations barométriques, dont les effets sur l'économie animale ne nous paraissent pas démontrés; nous avons seulement noté les changemens hygrométriques de l'air, les qualités des vents, leurs vicissitudes, etc. Nous indiquerons soigneusement l'âge des malades; car ils sont constamment dans un rapport direct et particulier avec les températures, les saisons et leurs vicissitudes.

La jeunesse s'exalte au printemps; le sang semble surabonder dans les constitutions éminemment sanguines. Les maladies inflammatoires sont fréquentes, les saignées nécessaires; mais cette fréquence est subordonnée principalement aux variations atmosphériques qui rendent le printemps si meurtrier pour les maladies chroniques. L'été agit plus particulièrement sur l'âge consistant, fait prédominer la sécrétion biliaire chez les adultes d'une constitution irritable, et engendre les affections de l'appareil biliaire.

L'automne, selon les idées anciennes, affecte plus particulièrement les individus qui approchent de la vieillesse, chez lesquels le sang noir éprouve des stases, soit dans les vaisseaux hémorrhoïdaux en particulier, soit dans tout le système de la veine porte. Il dispose aux engorgemens sanguins de la rate, met souvent un terme à l'espérance des phthisiques.

L'hiver est souvent fertile en rhumatismes, en névralgies; c'est aussi la saison des catarrhes, des phlegmasies pulmonaires aiguës et chroniques, auxquelles succombent si souvent les vieillards. Cette saison est, au contraire, favorable à la jeunesse pleine de force et d'activité.

Baillou avait déjà entrevu que le génie particulier de chaque saison (1) constituait un ordre successif de plusieurs maladies dans le cours de l'année, et attribuait un type spécial et commun à ces maladies à chaque époque. Sydenham, et ensuite Stoll, ont envisagé la clinique sous le même point de vue pratique, Stoll établit, par exemple, qu'il existe une série de fièvres annuelles se succédant constamment, d'après la marche des saisons, à moins que quelques perturbations célestes ne viennent à déranger cet ordre. Ce sont les fièvres inflammatoires, bilieuses, pituiteuses, intermittentes, qui correspondent à l'hiver et au printemps, à l'été et à l'automne, à l'automne et à l'hiver et aux équinoxes, vernal et automnal.

Quand les saisons se trouvent peu marquées, qu'elles changent de caractère, la succession des maladies se trouve également changée et intervertie; la correspondance indiquée plus haut n'existe plus. Si, par suite de cette perturbation, une année est généralement sèche ou pluvieuse, froide ou chaude, on doit observer la prédominance d'un seul genre de maladie correspondant à cette constitution générale, etc.

Un autre point important à considérer dans toutes les influences atmosphériques sur l'homme, c'est qu'elles impriment aux maladies appelées stationnaires par Sydenham, un cachet particulier qui fait varier le traitement. Ainsi, d'après la remarque de Baillou, de Sydenham, des maladies en apparence identiques, qu'on traite heureusement par la saignée pendant une période de temps, résistent à ce moyen pendant une autre, qui réclame l'emploi des vomitifs, des purgatifs. Par conséquent, quand le praticien change de méthode d'une période à l'autre, ce n'est pas l'effet d'un caprice ou d'une fantaisie, mais le résultat d'une observation sage et profonde, qui a ses racines dans la nature variable de l'homme, ses nombreuses susceptibilités, etc. C'était un observateur, ce poète latin qui disait :

> Nam quoniam variant morbi, variabimus artes :
> Mille mali species, mille salutis erunt.

Toutes ces théories anciennes ont peu de cours aujourd'hui, bien qu'elles soient fondées sur l'observation de la nature; et puis, comme elles se courbent difficilement sous le niveau de la statistique, et ont un parfum d'empirisme en opposition avec la médecine nouvelle, qui a la prétention d'être plus exacte que l'ancienne, on leur trouvera sans doute un caractère d'étrangeté et de vétusté. Au surplus, si ce petit avant-propos paraît un retour vers le passé et n'a pas l'assentiment du plus grand nombre, il aura au moins l'avantage de faire diversion aux matières ordinaires de ce journal, qui accueille toutes les opinions.

Établir par des faits et des observations que les saisons, les changements de température, les variations plus ou moins brusques de l'atmosphère produisent des maladies n'a pas paru suffisant à beaucoup d'esprits rigoureux qui se sont demandé comment agissaient ces causes sur l'économie animale. Huxham s'est chargé depuis long-temps de leur répondre en faisant remarquer que les vents secs et froids d'hiver produisent sur la surface du corps un grand resserrement, rendent la peau plus sèche, en bouchent les pores, diminuent la transpiration et par conséquent favorisent les concentrations intérieures en congestions viscérales; il leur attribue aussi la propriété de rendre les fibres musculaires plus énergiques, et l'action des vaisseaux sur les fluides qu'ils contiennent plus vigoureuse et plus puissante, d'où résulte sans doute une circulation plus active, un accroissement d'hématose, de chaleur animale, et une augmentation de la partie globuleuse du sang; ce sont là des dispositions aux maladies phlogistiques. Il a été bien constaté que le sang tiré des veines pendant la constitution médicale dont nous parlons, est plus dense, plus couenneux que pendant les temps chauds et humides, qui caractérisent une constitution médicale opposée. Les mécaniciens et les humoristes du temps d'Huxham disaient en outre: un sang riche et dense (comme il l'est dans les conditions mentionnées plus haut), poussé dans des vaisseaux forts et vigoureux, par une grande force contractile, est très-disposé à acquérir un tel degré de viscosité, qu'il devient incapable de pénétrer dans ces dernières ramifications des artères et occasionne des stases : ce qui peut produire des obstructions et des inflammations, plus souvent sans doute des douleurs locales, en agissant à la manière de corps étrangers épanchés dans les capillaires sanguins ou dans le tissu cellulaire environnant.

Quand la transpiration cutanée est diminuée, refoulée par l'impression d'un air froid, la transpiration pulmonaire doit y

(1) Dictionnaire des Sciences Médicales, art. *Saison*.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire des réactifs, leurs préparations, leurs emplois spéciaux et leur application à l'analyse; par A. PAYEN et A. CHEVALLIER. — *Supplément par A. Chevallier.* — Un vol. in-8° Paris, 1841. Chez Germer Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le supplément dont il s'agit ici se compose de huit articles; nous allons en indiquer sommairement le contenu, et ce sera le meilleur moyen d'en faire connaître le degré réel d'importance.

L'article Ier est consacré à l'historique et à la description de l'appareil de Marsh, et à l'indication de son emploi pour reconnaître l'arsenic et l'antimoine dans les cas d'empoisonnement. L'auteur fait connaître les diverses modifications que l'on a successivement apportées dans la construction de cet appareil, puis les procédés divers de carbonisation des matières animales, et les caractères que présentent les taches arsenicales et autres.

L'article II traite des réactifs et des vases à employer dans la recherche de l'arsenic.

Dans le troisième, l'auteur s'occupe de l'arsenic normal que peut contenir le corps de l'homme.

Le quatrième a pour objet les recherches à faire relativement à l'antimoine; le cinquième, l'empoisonnement par les préparations cuivreuses; le sixième, l'intoxication par les sels de plomb.

L'article VII comprend l'histoire médico-légale du sang envisagé sous tous les points de vue possible. Enfin le huitième et dernier, est consacré à l'examen du sperme et des taches qui résultent du contact de ce liquide.

L'ouvrage est enrichi, pour l'intelligence du texte, de dix-neuf figures gravées sur bois et d'une planche gravée sur cuivre.

Essai d'hygiène générale; par L.-C.-A. MOTARD, D.-M. — 2 vol. in-8°. Chez Isidore Pesron, libraire-éditeur, rue Pavée-Saint-André, 13; et chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

L'auteur a divisé son ouvrage en cinq livres, dont le premier, consacré aux climats et aux habitations, traite successivement de l'air et du sol, des eaux, des villes, des villages, etc.

Le second, qui a pour objet la nutrition, embrasse l'histoire des alimens, des boissons et des condimens.

Dans le troisième, qui comprend les questions relatives aux soins corporels, se trouvent groupés tous les points qui ont trait aux vêtemens, à la toilette, aux ablutions et à la gymnastique.

Le quatrième s'occupe du travail, et traite de l'agriculture, du commerce, de la navigation, de la guerre, des professions industrielles, du repos et du sommeil.

Enfin, le cinquième, qui est consacré à la prophylaxie, traite des épidémies, des endémies et des maladies héréditaires.

Chacun des articles spéciaux est écrit sous le point de vue 1° de son examen général, 2° de ses influences sur le physique et le moral, et des préceptes hygiéniques qu'il réclame.

Quant aux âges, aux sexes, aux constitutions, l'auteur n'en a point formé une division séparée de l'hygiène générale : en effet, comme ils ne réclament que quelques exceptions aux règles communes, il a eu soin d'en parler à chaque article, sous forme d'exceptions ou de corollaires, toutes les fois que le sujet l'a exigé.

Enfin, M. Motard a terminé son ouvrage par plusieurs tableaux présentant, sous forme de résumé, les divers renseignemens statistiques auxquels il a fait directement ou indirectement allusion dans tout le cours de son travail.

Chimie organique appliquée à la physiologie végétale et à l'agriculture; suivie d'un essai de toxicologie; par M. Justus Liebig. Traduction faite sur les manuscrits de l'auteur, par M. CH. GERHARDT. — Un vol. in-8°, Paris, chez Fortin, Masson et Ce, place de l'École-de-Médecine, n° 1.

L'ouvrage que nous annonçons ici a déjà paru comme introduction au Traité de chimie organique de l'auteur; mais la matière qui en fait le sujet étant, en quelque sorte, en dehors de la chimie proprement dite, M. Liebig a jugé convenable de le publier séparément, afin de le mettre mieux à la portée des physiologistes et des agronomes, auxquels il s'adresse plus spécialement : En effet, il a pour objet l'étude des phénomènes chimiques qui se présentent dans la nutrition des plantes.

Ce livre est divisé en deux parties : La première consacrée, à l'examen des substances alimentaires et des altérations que les organes leur font subir à l'état de vie, est subdivisée en neuf chapitres dans lesquels sont examinés successivement les principes élémentaires des plantes, l'assimilation du carbone, l'origine et le mode d'action de l'humus, l'assimilation de l'hydrogène, l'assimilation de l'azote, les principes inorganiques des végétaux, la culture des végétaux, et la question des assolemens et des engrais.

La seconde partie traite des actions chimiques qui, après la mort des êtres organisés amènent leur anéantissement total : Ce sont les décompositions particulières que l'on désigne sous les noms de fermentation, de putréfaction et de pourriture. On y trouve l'examen et des altérations des élémens des plantes, en tant qu'il en résulte des combinaisons inorganiques, et des causes auxquelles doivent être rapportées ces altérations.

Enfin, l'ouvrage est terminé par un appendice renfermant des considérations sur la nature et les effets des poisons, des miasmes et des contagions.

Personne, parmi ceux qui s'occupent des sciences, n'ignore que M. Liebig est un des plus célèbres chimistes de notre époque; tout le monde a entendu parler de ses intéressans travaux en chimie organique, des belles découvertes dont on lui est redevable. Il serait donc inutile de faire ressortir les avantages d'un livre que chacun appréciera de prime-abord, et auquel nous pouvons sans crainte prédire un succès certain.

Complément au Traité de thérapeutique et de matière médicale, par A. TROUSSEAU et H. PIDOUX. — Un vol. in-8° de 130 pages, Paris, 1842, chez Béchet jeune et Labé, libraires, n° 4, place de l'École-de-Médecine.

Ce complément, divisé en trois parties, se compose : 1° de la table analytique des matières contenues dans le Traité de thérapeutique des auteurs; 2° d'un mémorial pharmaceutique renvoyant aux divers passages du même traité, où il est parlé de l'application de chaque substance au traitement de telle ou telle autre affection; 3° et enfin d'un art de formuler.

La première des trois parties, la table analytique, rend le complément absolument indispensable à ceux qui possèdent déjà le Traité de matière médicale de MM. Trousseau et Pidoux, et nous n'avons rien à en dire. Nous n'avons pas davantage à parler du Mémorial pharmaceutique, qui peut être une chose commode pour les jeunes praticiens, peu exercés encore à trouver promptement parmi le fatras des substances composant notre arsenal thérapeutique, le médicament propre à remplir l'indication qui se présente dans un cas donné. Quant à l'art de formuler, nous pourrions, si nous voulions être sévères, y relever quelques propositions plus ou moins entachées d'hérésie pharmacologique; mais nous serons, à cet égard, d'aussi bonne composition que l'École de médecine de Paris; et nous dirons que les auteurs ont fait une chose utile en publiant ce travail, et qu'il est impossible de s'en passer lorsqu'on a dans sa bibliothèque l'ouvrage auquel il sert de complément.

suppléer par un accroissement d'activité, mais quand cette dernière transpiration se trouve en même temps refoulée par l'air froid qui pénètre dans les cellules pulmonaires, qu'on juge du désordre qui doit résulter de ces deux actions en sens contraire sur des surfaces aussi étendues que celles de la peau et de la membrane muqueuse bronchique, surtout pendant qu'un sang riche et phlogistique traverse les capillaires de l'appareil pulmonaire?

Lorsque l'atmosphère a été long-temps humide et froide, ce ne sont plus des inflammations aiguës, mais des affections catarrhales qu'on doit redouter; le sang n'est plus si riche en globules, ni si couenneux; les membranes muqueuses ne sont plus activées, crispées par un froid tonique, mais relâchées par un air humide et débilitant, le sang produit d'une hématose affaiblie, en traversant les capillaires relâchés, ne les enflamme pas, mais les inonde et les détend d'une manière passive en y versant beaucoup de serum qu'il contient en abondance.

La même constitution atmosphérique doit favoriser aussi, toutes choses égales d'ailleurs, la formation des épanchemens ou inflammations séreuses, des affections jadis appelées pituiteuses et muqueuses, etc. Puis enfin, quand la chaleur réunie à l'humidité forme le caractère distinctif de la constitution médicale, qu'elles ont régné pendant une partie du printemps et de l'été avec des variations plus ou moins brusques, on voit apparaître diverses épidémies fébriles. De plus, l'hématose se trouve souvent viciée par les émanations de la terre dont l'air est chargé et vient en aide aux autres causes morbides.

Enfin, je ne sais quel principe fugace et indéterminé émane des vastes foyers de putréfaction végétale et animale, et porte une atteinte profonde au système nerveux: c'est là sans doute la cause présumée de ces épidémies de fièvres rémittentes et intermittentes pernicieuses avec des apparences phlegmasiques et des symptômes nerveux, qui désolent annuellement les pays humides, marécageux, les localités malsaines où tous les principes de l'hygiène sont d'ailleurs mis en oubli par une population ignorante et insouciante à l'excès.

Janvier.

Le mois de décembre 1840 avait été froid; vers la fin il tomba beaucoup de neige, qui resta huit jours sur la terre. Pendant cet espace de temps néanmoins il y eut peu de malades et presque point de pneumonies; l'affection prédominante dans nos salles fut l'asthme nerveux périodique; les phthisiques résistaient assez bien et supportaient passablement le tartre stibié à petites doses qu'on leur administrait; plusieurs même qui l'avaient cessé, le demandèrent spontanément en voyant le soulagement qu'en éprouvaient leurs camarades.

Le dégel survint jusqu'au 31 décembre et dura jusqu'au 4 janvier. Ce court espace de temps fut signalé par la venue de plusieurs pneumonies graves, dont une seule fut mortelle.

Le 4 janvier la gelée reprit; il tomba même de la neige, mais le dégel ne tarda pas à suivre, et tout le reste du mois le temps fut extrêmement variable; il y eut des alternatives de gelée, de temps pluvieux, neigeux; plusieurs fois le thermomètre fut à zéro et au-dessous; d'autres fois il s'éleva à 3, 5 et 8 au-dessus. Néanmoins nous observâmes peu de maladies graves, des catarrhes, des rhumatismes, deux pneumonies légères et un choléra qui guérit.

Le 30, après quelques jours de chaleur pour la saison, où le thermomètre marquait de 4 à 10 degrés, le 30 gelée.

Du 31 au 11 février, relâche: le thermomètre marque de 3 à 5 au-dessus de zéro.

Février.

Le temps est nuageux et brumeux; le thermomètre marque 2 au-dessous de zéro; la température de ce mois fut très variable jusqu'au 15; il y eut quelques jours de temps doux où le thermomètre monta jusqu'à 8 degrés. Le ciel menaçait sans cesse de la pluie; il tomba néanmoins très peu d'eau. On reçut peu de pneumonies, pas un seul typhoïde; mais des catarrhes pulmonaires aigus et chroniques, des varioloïdes, des affections anciennes de toute nature. On perdit quelques phthisiques, une pleurésie chronique avec dilatation du cœur; une affection cancéreuse de l'estomac; toutes nos pneumonies guérirent; les rhumatisans étaient soulagés, mais non guéris, par des saignées répétées. La coïncidence entre le rhumatisme et la cardite ou péricardite nous parut fréquente; sur quatre anévrismes du cœur, trois existaient chez des cordonniers: cette profession est très exposée à cette maladie. Un individu livré à l'ivrognerie fut atteint de choléra asiatique, et mourut en deux jours: c'était le second que nous observions depuis six semaines. Un ancien marchand de vin, âgé de cinquante ans, habituellement livré à la boisson, entra dans notre service avec une hydropisie ascite; il avait une constitution détériorée, une coloration jaune terreuse de la peau qui faisait soupçonner des lésions organiques de l'abdomen; cependant, après avoir fait la ponction, on ne découvrit aucune altération d'organes; des purgatifs drastiques répétés, parmi lesquels figurait l'huile de croton, s'opposèrent, contre notre attente, au retour de cet épanchement, et le malade guérit en moins de trois semaines.

Les variations incessantes de température de ce mois furent d'ailleurs peu favorables à l'action des médicamens: on fut obligé de cesser l'emploi du tartre stibié à petite et à grande dose, dans les phlegmasies de poitrine, parce qu'il causait sans cesse des nausées fatigantes, mais preque jamais de dévoiement, comme cela arrive souvent en été, pendant les chaleurs un peu prolongées. Chez plusieurs jeunes filles aménorrhéiques, les pilules ferrugineuses de Blaud, ordinairement si efficaces, n'obtinrent presque aucun succès.

Le fait le plus remarquable qui se soit présenté à notre observation dans ce mois, est le suivant:

Fièvre puerpérale sans lésion apparente d'organes.

Une fille de dix-sept ans, d'une beauté remarquable et d'une bonne constitution, tempérament lymphatique, peau très blanche, cheveux noirs, mamelles très développées, tête petite et peu développée en avant et beaucoup en arrière. Cette jeune fille, à la suite de malheureuses amours, était accouchée à la Maternité, et en était sortie avant le huitième jour de son accouchement, et, à ce qu'il paraît, pour s'occuper de son enfant, dont elle voulait prendre soin; elle se fatigua beaucoup et entra quelques jours après à l'hôpital; elle ne parut pas très malade; elle était sans fièvre, mais triste et taciturne; on ne développait par la pression aucune douleur dans le ventre; il y avait pourtant un malaise général, de l'insomnie: des parens vinrent la voir; que se passa-t-il? on l'ignore. Le lendemain elle parut encore plus taciturne qu'à l'ordinaire, parla beaucoup de craintes qu'elle avait sur le sort de son enfant, et le troisième jour, à dater de la visite, il se manifesta de la fièvre et de la sensibilité dans le ventre; des sangsues furent appliquées en grand nombre sur l'abdomen; la nuit suivante il survint un délire violent et la malade perdit l'usage de ses facultés intellectuelles. Le pouls était fréquent, petit, l'abdomen sensible à une très forte pression. Lavemens camphrés, laudanisés; vésicatoires aux jambes; cataplasmes opiacés sur l'abdomen.

Le quatrième jour point d'amélioration. On continue les lavemens; on applique deux nouveaux vésicatoires.

Le cinquième jour le mal empire, l'abolition des sens est complète; la sensibilité éteinte, et la mort arrive vers le soir.

A l'ouverture du corps, faite avec le plus grand soin, on ne trouva rigoureusement aucune lésion dans les viscères des trois grandes cavités: la matrice, les principaux troncs veineux, les grandes articulations étaient dans l'état normal; le cerveau était ferme, un peu petit; toute la masse encéphalique paraissait petite et peu développée en avant; le cervelet au contraire semblait considérable relativement au cerveau. On n'avait pas regardé d'abord cette maladie comme une péritonite ou métro-péritonite, à cause du peu de symptômes que présentait la malade, mais vers la fin on pensa qu'il s'était formé quelque abcès dans les points les plus profonds de l'abdomen; mais elle avait succombé à une affection morale nerveuse, comme on voudra l'appeler; sa susceptibilité excessive de femme en couche n'avait pu supporter les chagrins que lui avaient suscité sa faute et sa position, d'imprudens reproches peut-être? Elle était morte de douleur sans doute. Quelle douleur plus poignante, en effet, que celle d'une jeune fille qui se voit méprisée, déshonorée, pour avoir imprudemment cédé aux exigences d'une passion impérieuse, et donné dans un piége perfidement tendu à son inexpérience.

On fit usage de la brucine sans succès durable, chez trois paralytiques; mais chez deux, pendant les premiers jours, le médicament n'eut aucun effet, puis, tout à coup des accidens graves se manifestèrent. Cette différence d'action tenait à ce que les premières pilules étaient anciennes, observation que nous avons été à même de faire plusieurs fois pour ce médicament et la belladone qui paraissent perdre leurs propriétés par le desséchement et l'exposition à l'air.

Mars.

Les derniers jours de février et les premiers jours de mars furent froids, variables, pluvieux; le vent soufflait constamment à l'est; le ciel était nuageux, sans soleil: le thermomètre marquait de 0 à 3 degrés au-dessus. Nous eûmes à traiter un assez bon nombre de pneumonies peu graves; un seul malade mourut: c'était un vieillard de 84 ans. La saignée fut seule employée, excepté chez ce vieillard dont nous venons de parler, qui prit avec un succès momentané deux doses de tartre stibié; mais il succomba dans la convalescence. Les altérations pulmonaires étaient peu graves; mais la nature avait failli dans cet âge extrême, par un revirement de température fort commun dans le climat de Paris. Du 5 au 12, il fit plusieurs jours de chaleur extraordinaire pour la saison, dans l'après-midi; puis le matin, on avait à subir l'influence d'un brouillard froid et du vent d'est glacial à l'ombre. Les catarrhes pulmonaires se multiplièrent à l'hôpital et en ville; personne cependant ne succomba dans le service, à l'exception du pneumonique cité plus haut. Un paraplégique eut la fantaisie de se faire opérer du strabisme; cette opération, pourtant bien faite et ordinairement sans danger, fut suivie d'un iritis et d'une conjonctivite des plus graves: le malade faillit perdre la vue, et l'affection ne céda qu'à un traitement antiphlogistique des plus actifs qui dura vingt jours.

Les bronchites nombreuses qui encombraient le service furent généralement traitées avec un grand soin par l'ipécacuanha, auquel on faisait succéder le kermès à la dose de 5 à 15 centigrammes dans une potion gommeuse. Le traitement était ordinairement terminé par un purgatif; rarement on avait recours au vésicatoire. Les effets médicamenteux étaient d'ailleurs fort variés: ainsi, chez tel malade qui prenait 15 centigrammes de kermès, il y avait tolérance complète; chez tel autre, de nombreuses évacuations. Un malade qui avait pris sans aucun effet un gramme d'ipécacuanha, eut d'abondantes évacuations en ajoutant 15 centigr. de kermès à la même dose de poudre vomitive. Nous ajouterons, cependant, que le kermès a souvent paru un médicament variable et infidèle dans ses effets chez les individus de même âge soumis à la même constitution médicale. Chez un vieillard de plus de 80 ans, attaqué de catarrhe pulmonaire avec fièvre, toux, expectoration abondante, etc., on donna le kermès avec un grand succès; le malade toléra parfaitement le remède, et guérit promptement sans avoir eu d'évacuations. Chez un autre vieillard de 90 ans que M. Bricheteau voyait en ville, et qui était atteint depuis dix jours de la même affection sans fièvre aucune, ce médicament, à la dose de 10 centigr. dans une potion gommeuse, produisit des accidens tels qu'il fallut y renoncer (toux, nausées, chaleur, vomituritions, insomnie, etc.). Il ne faut pas perdre de vue que le kermès provenait d'officines différentes, et, selon toute apparence, il n'avait pas été préparé de la même manière.

Du 12 au 30, temps extrêmement variable; les après-midi furent marqués par une température chaude; tandis que les matinées étaient froides, brumeuses, humides. Plusieurs pneumonies furent traitées avec succès par la saignée et la potion stibiée combinées; aucun sujet ne succomba. On reçut quelques rhumatismes aigus, mais pas un seul typhoïde.

Un jeune homme de 19 ans, malade depuis trois mois, avait présenté des symptômes équivoques de pleuro-pneumonie et de tuberculisation pulmonaire: la partie antérieure et supérieure du côté droit rendait un son mat, la fièvre était intense, la difficulté de respirer très grande, et un flot de liquide perçu à l'aide de la succussion révéla un grand danger; mais tout à coup le malade cracha du pus en abondance, et fut soulagé. A quelques jours de là, une tumeur parut à la partie antérieure du même côté; il s'y fit bientôt une ouverture par laquelle s'écoula une grande quantité de matière purulente qui provenait évidemment de l'intérieur de la poitrine, puisque la matité avait tout à coup disparu. Le malade se trouva d'ailleurs très soulagé. Le pus n'avait aucune odeur fétide; la fièvre avait cédé; on n'entendait plus de bruit de succussion dans la cavité thoracique; ce jeune homme put se coucher sur les deux côtés: il guérit après avoir rejeté par l'ouverture de l'abcès une grande quantité de pus, fourni sans doute par une suppuration du poumon. Mais cette vomique n'explique pas le bruit de succussion entendu dans la poitrine, bruit qu'on ne peut comprendre qu'en supposant l'intervention de l'air; il y avait donc eu communication entre l'air extérieur et la cavité de la plèvre, ou formation spontanée de gaz. Un véritable pneumo-thorax avait compliqué la vomique; et, chose extraordinaire, ces deux maladies ont guéri.

Laryngite chronique. Symptômes de l'œdème de la glotte. Traitement par les frictions mercurielles à hautes doses. Guérison.

Le 3 mars 1841, entre au n° 9, salle Sainte-Eulalie, une marchande de vin de Vaugirard, âgée de 48 ans; elle jouit habituellement d'une bonne santé, et est bien réglée depuis l'âge de 15 ans, et ne s'enrhume que rarement; elle assure n'avoir jamais eu aucune maladie spécifique.

Il y a six semaines, en sortant d'une salle très chaude pour entrer dans une autre très froide, elle a été prise pour la première fois d'un enrouement qui depuis a toujours fait des progrès. Peu à peu, l'expiration restant toujours facile, l'inspiration est devenue de plus en plus bruyante et difficile. Elle est restée un mois sans traitement. Il y a huit jours, elle a été prise d'accès de suffocation pendant la nuit. Depuis ce temps deux accès semblables sont revenus chaque nuit. On l'a saignée deux fois; on lui a mis des vésicatoires dans le dos, des sinapismes; elle a pris des opiacés, etc. Son état n'ayant fait qu'empirer elle s'est fait porter à l'hôpital.

Le 3 mars, la malade a eu cette nuit un accès de dyspnée très violent; à sa prière on l'a saignée, mais la durée de l'accès n'en a pas paru modifiée. Ce matin elle est sur son séant, la voix est profondément altérée, rauque; elle parle bas. L'inspiration est excessivement difficile et longue; l'expiration est facile, le bruit respiratoire est masqué par celui qui se passe dant le larynx. La toux est rare; cependant il y a expectoration de crachats sanglans foncés. L'appétit est conservé; il n'y a pas de soif, pas de douleur à la gorge, même par la pression. En abaissant fortement la langue, on voit l'épiglotte qui paraît gonflée. La peau est chaude et le pouls fort donne 84 pulsations.

Le 4, la malade a dormi; elle a eu ses deux accès habituels, mais peu intenses; la respiration conserve son caractère; il y a 19 inspirations par minutes. Le pouls est petit (84). Tisane de gomme; frictions sur le ventre et les cuisses, avec onguent napolitain, 25 grammes. Diète.

Au soir, la malade se trouve mieux; la salivation est plus abondante, les gencives sont normales, mais l'haleine fétide. La respiration est plus facile; il n'y a pas eu d'expectoration sanglante. La face a une expression meilleure, le pouls est moins fort; il n'y a pas eu de selles depuis trois jours. Lavement émollient.

Pendant la nuit du 4 au 5, il y a eu deux accès de dyspnée plus forts que ceux de la nuit précédente, l'un vers onze, l'autre à trois heures du matin. Elle a envie de dormir; mais à peine assoupie elle se réveille aussitôt. Elle a de la céphalalgie, quelquefois des frissons; dans d'autres momens des chaleurs lui montent à la tête; elle a des étourdissemens; les gencives sont douloureuses, gonflées: la salivation plus abondante, l'odeur mercurielle très prononcée. La respiration conserve son caractère, mais un peu moins grave; la voix est toujours rauque et voilée (16 inspirations); le pouls est large et fréquent (100). Même prescription; potages.

Le 6, il n'y a pas eu d'accès pendant la nuit; cependant la respiration paraît plus difficile que les jours précédens; la face est pâle. Il y a une stomatite mercurielle très intense; la déglutition est difficile. Les frictions sont suspendues; gargarisme aluminé. La malade se plaint de coliques et d'épreintes. Lavement émollient.

Le 7, les accès nocturnes n'ont pas reparu; la respiration est plus facile; la salivation est très abondante; les glandes sous-maxillaires très gonflées; la langue est recouverte d'un enduit blanc épais.

Le lendemain l'état de la malade n'a pas changé; la bouche est encore plus douloureuse; elle a en outre un dévoiement très abondant: elle dit avoir eu vingt selles. Le pouls est à 92. Gargarisme aluminé et laudanisé; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 10, le dévoiement a complètement cessé; les accès nocturnes n'ont pas reparu; la respiration est presque naturelle; la voix conserve de la raucité. Ordinairement la malade parle bas. La stomatite est toujours fort intense. Cependant elle veut retourner chez elle. Je l'ai vue pendant une dizaine de jours;

alors tout était rentré dans l'ordre, sauf un peu de gonflement des gencives et un peu de raucité de la voix (1).

(*La suite au prochan numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre. — Présidence de M. Barthélemy.

M. le secrétaire annuel donne lecture du procès-verbal de la précédente séance.

M. Chervin. J'avais cru jusqu'à ce jour que le procès-verbal officiel de nos séances devait rendre compte avec une scrupuleuse exactitude de toutes les discussions qui ont lieu dans cette enceinte. Il paraît que je me suis trompé, du moins pour ce qui me concerne, car il n'est pas fait mention dans le procès-verbal d'aujourd'hui de la discussion qui a précédé la lecture de mon rapport dans la précédente séance. Si M. le secrétaire trouve qu'il n'y a aucun avantage d'exposer les détails de cette discussion, je demande qu'il soit au moins dit que, quoique le conseil eut décidé que, vu la longueur de mon rapport, on ne pouvait m'accorder encore la parole, l'Académie, sur la proposition de divers membres, et à la suite d'une discussion très-animée, en avait décidé tout autrement et m'avait immédiatement appelé à la tribune. L'Académie comprendra facilement les motifs qui m'engagent à réclamer cette addition au procès-verbal.

M. Gérardin, secrétaire annuel. Je ne saurais acquiescer à la demande de M. Chervin. Je déclare que le conseil a été complétement étranger à l'ordre du jour de la précédente séance. J'en assume sur moi seul toute la responsabilité.

M. Chervin. C'est cependant vous-même qui l'avez dit.

M. Gerardin. Je déclare pour la seconde et dernière fois que le conseil est complétement étranger à ce qui s'est passé.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

— *M. Payan*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, adresse diverses brochures, et demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membres correspondans de l'Académie.

— *M. le président* annonce qu'on va procéder à la nomination d'une commission chargée d'examiner dans quelle section aura lieu la prochaine élection. Cette commission doit être composée de onze membres. On doit en choisir un dans chaque section de l'Académie.

M. Bousquet fait distribuer plusieurs listes sur lesquelles se trouvent le nom de onze membres proposés pour composer la commission.

M. Chevallier. Je ne crois pas qu'il soit convenable de désigner ainsi des noms au choix de l'Académie; c'est là un abus que l'Académie ne saurait tolérer plus long-temps; car, M Bousquet le comprendra facilement, la circulation des listes qu'il fait distribuer influence le vote de l'Académie ; c'est à tel point qu'on pourrait presque dire qu'en définitive c'est le conseil d'administration qui nomme la commission.

M. Bousquet. J'approuve la remarque que vient de faire M. Chevallier; mais, d'un autre côté, chacun sait qu'un grand nombre de membres n'ont pas présent dans leur mémoire le classement de chaque section; et c'est pourquoi nous avons cru que, dans une circonstance d'une si faible importance, il n'y avait pas de grands inconvéniens à faire comme les années précédentes.

M. Chevalier. Il y a un moyen bien simple et bien facile de mettre fin à l'abus que j'ai signalé. On n'a pour cela qu'à faire lithographier le tableau renfermant le classement des onze sections de l'Académie. (Appuyé.)

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Boullay. Je propose l'ajournement de l'élection actuelle jusqu'à l'impression du tableau. — Cette proposition n'est pas appuyée.

— *M. Ferrus* lit un rapport très détaillé sur un mémoire adressé à l'Académie par M. Rollet, chirurgien en chef de l'hôpital de Nancy, ayant pour titre : Relation d'une épidémie de méningite cérébro-rachidienne, et de méningo-céphalite. — Le travail de M. Ferrus est remarquable à plus d'un titre. Nous espérons pouvoir en publier très prochainement un extrait; c'est pourquoi nous nous bornerons à dire aujourd'hui que le traitement préconisé par M. Rollet consiste à pratiquer plusieurs cautérisations avec le fer rouge le long de la colonne vertébrale, et à modifier ensuite les phénomènes de réaction par des émissions sanguines générales et locales. Ce traitement a réussi dans vingt-quatre cas sur vingt-huit bien caractérisés. M. le rapporteur termine en donnant des éloges mérités au talent d'observation et à la sagacité du chirurgien de Nancy, et propose à l'Académie : 1° d'adresser des remercîmens à l'auteur ; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ; 3° de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Rochoux. Il est dit dans l'excellent rapport que nous venons d'entendre, que sur vingt-huit sujets affectés de méningite cérébro-rachidienne bien caractérisée, M. Rollet a obtenu vingt-quatre guérisons. Or, c'est là une proportion de succès qui étonnera tous ceux qui connaissent l'énorme gravité de l'affection dont il s'agit. Quant à moi, j'en suis tellement surpris, que je ne balance pas à dire qu'un résultat si heureux est évidemment dû à des erreurs de diagnostic. On avait probablement à faire à des fièvres pernicieuses. Si M. Rollet avait médité le livre de Lancisi, il aurait jugé sous un tout autre point de vue l'épidémie dont il nous a communiqué une relation si intéressante. Je dois ajouter qu'il n'y a rien dans mes paroles qui puisse blesser personnellement l'honorable chirurgien de Nancy. Il s'est trompé comme tous ceux qui ont dit ou écrit avoir guéri des inflammations des méninges cérébrales ou cérébro-rachidiennes.

M. Dubois (d'Amiens). Je ne ferai qu'une remarque sur le travail de M. Rollet. Si j'ai bien compris M. le rapporteur, le chirurgien de Nancy a fait deux catégories : dans la première, il a placé les méningites simples ; dans la seconde, les méningo-céphalites. Il y aurait à se demander tout d'abord, jusqu'a quel point il est possible de bien distinguer sur le vivant ces deux affections. Pour ma part, je ne pense pas que ce qu'a dit M. Rollet sur ce diagnostic differentiel ait éclairci la question ; mais je ne veux pas aborder ce sujet en ce moment Il m'a semblé que M. Rollet avait classé les méningites simples dans les cas légers. J'avoue que sur ce point j'ai besoin de quelques renseignemens de la part de M. le rapporteur ; car il n'est personne ici qui ne connaisse toute la gravité de l'inflammation des méninges.

M. Castel pense, comme M. Rochoux, que l'énorme proportion des guérisons obtenues par M. Rollet est évidemment le résultat d'une erreur de diagnostic.

M. Royer-Collard aurait désiré que M. le rapporteur eût insisté sur la question des constitutions épidémiques. La relation de cette question aurait probablement évité bien des controverses.

M. Honoré. Le rapport de M. Ferrus est consciencieux et remarquable sous quelques points de vue. Je dois dire cependant que le mémoire de M. Rollet ne peut pas fournir matière à une discussion approfondie. Ce chirurgien s'est beaucoup attaché à la description des symptômes de l'épidémie qu'il a observée, mais il ne s'est pas assez étudié à en tracer la marche. Or, il est évident que c'était là le point culminant de la question.

M. Ferrus. De toutes les objections qui viennent d'être formulées, il en est une qui domine toutes les autres, et à laquelle je dois répondre tout d'abord. On a dit que M. Rollet avait commis des erreurs de dianostic et que c'était à ces erreurs qu'on devait attribuer les succès qu'il a obtenus. On a ajouté que, loin d'avoir affaire à des méningites, à des encéphalites, on avait sous les yeux des fièvres pernicieuses. Or, il est facile de formuler de pareilles propositions, mais il faut les prouver. Pour ma part, j'avais prévu cette objection, et même avant la lecture attentive du travail de M. Rollet j'étais prévenu à cet égard. Cependant je dois déclarer que maintenant il ne peut plus rester de doute sur ce point dans mon esprit, et je suis convaincu que tous ceux qui liront le travail de notre confrère sans idées préconçues, avec le seul désir de trouver la vérité. ne pourront plus nier l'exactitude du diagnostic. Et d'ailleurs, il faut qu'on sache bien que les doutes formulés par plusieurs de nos honorables confrères se sont aussi élevés tout d'abord dans l'esprit de M. Rollet. Mais une observation attentive, persévérante, minutieuse, corroborée du reste par l'opinion des principaux médecins de Nancy, n'a pas permis de douter qu'on avait réellement affaire à des méningites. M. Rochoux a dit que si M. Rollet avait lu Lancisi, il aurait évité de tomber dans l'erreur. J'en demande pardon à M. Rochoux, notre confrère de Nancy a lu Lancisi ; son travail le prouve. M. Dubois (d'Amiens) n'a pas complétement saisi le sens de mes paroles. Je n'ai pas dit que M. Rollet considérait les méningites simples comme des cas absolument légers. Ce degré moindre de gravité n'a été signalé que comparativement aux cas de méningo-céphalites. Je répondrai à M. Royer-Collard que, si je ne me suis pas occupé des constitutions épidémiques, ce n'est pas qu'à mes yeux ce soit là une question oiseuse, j'en connais au contraire toute la portée ; mais l'examen d'une pareille question m'aurait entraîné évidemment trop loin. M. Honoré se plaint de ce qu'on n'a pas assez étudié la marche de l'épidémie. Si notre honorable confrère veut prendre la peine de lire le travail de M. Rollet, je suis persuadé qu'il retirera son objection.

M. Londe. La discussion à laquelle vient de donner lieu l'excellent rapport de M. Ferrus, témoigne assez des doutes de plusieurs de nos collègues sur la réalité du diagnostic porté par M. Rollet. Il serait, en conséquence, convenable d'indiquer dans le rapport que cette question n'est pas complétement éclaircie.

M. Ferrus. Je m'élève de toutes mes forces contre l'addition que propose M. Londe. Certes, je ne prétends pas imposer mes convictions à l'Académie ; mais qu'on lise avec soin le travail de M. Rollet dont les connaissances et la bonne foi me sont particulièrement connues, et l'on jugera ensuite. D'ailleurs, si le comité de publication insère le mémoire de notre confrère, le public médical jugera la valeur de l'objection. (Appuyé.)

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— *M. Ricord* met sous les yeux de l'Académie un homme chez lequel il a réséqué avec un plein succès la moitié inférieure du radius du côté droit, pour une carie de cet os. Cet homme se sert maintenant très bien de sa main et de son bras ; il peut soulever des fardeaux assez lourds.

— *M. le président* fait connaître le résultat du scrutin pour la nomination de la commission précédemment indiquée. Les membres nommés sont : MM. Villeneuve, Huzard, Cornac, Collineau, Espiaud, Delens, Poirson, Labarraque. Thillaye, Dizé et Heller.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 septembre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Biaggi, médecin à Padoue, envoie pour le prix Monthyon, par l'intermédiaire de M. Rognetta, un ouvrage en italien, dans lequel il croit être parvenu, à l'aide de nombreuses dissections cadavériques, à la solution du grand problème concernant la nature et le siége des fièvres.

— *M. Carus* envoie des planches anatomiques extraites d'un ouvrage en train d'impression, sur une nouvelle phrénologie.

— *M. Bonhoure*, médecin à Roissy, envoie une lettre pour signaler de grandes erreurs en médecine, et surtout l'abus que l'on fait depuis trop long-temps des épispastiques.

— *M. le docteur Négrier* (d'Angers), écrit : J'ai publié dans le numéro de juin des Archives générales de médecine, une note sur un nouveau moyen d'arrêter les hémorrhagies nasales, qui consiste dans l'élévation d'un ou des deux bras. Je rapporte cinq faits, et j aurais pu, dès cette époque, en faire connaître un plus grand nombre. J'assure de nouveau que chaque fois qu'un bras ou les deux bras ont été relevés pour suspendre une hémorrhagie nasale, le sang a cessé tout aussitôt de couler quel que fût le caractère de l'hémorrhagie. Le moyen a toujours agi *immédiatement*, et dans les cinq cas que je viens de rapporter l'écoulement du sang a *toujours* été définitivement arrêté.

M. le docteur Guibert, qui se met sur les rangs pour la place de M. Double, envoie un mémoire sur un nouveau mode de traitement rationnel de la fièvre typhoïde et une observation d'une dysenterie grave avec symptômes de fièvre typhoïde. Le traitement, dit-il, doit être à la fois local et général aussi. Traitement local par les sangsues, de préférence sur l'abdomen ou à la région lombaire ; par les cataplasmes émolliens, par les demi-lavemens adoucissans ou huileux, et surtout par les demi-bains tièdes en grand nombre ; traitement général par les boissons rafraîchissantes, diurétiques et astringentes, le repos, la diète, et plus tard, le bouillon et l'eau vineuse pendant la convalescence.

M. Guibert envoie encore un mémoire sur l'ivresse, considérée dans ses effets physiologiques et particulièrement dans ses rapports avec la phrénologie.

— *M. Leroy-d'Etiolles* adresse un mémoire sur les moyens de remédier à l'hématurie abondante et à la réplétion de la vessie par des caillots de sang.

Après avoir rappelé l'unanimité des auteurs depuis Arétée de Cappadoce jusqu'à Boyer sur les dangers de cet épanchement de sang; après avoir montré que la sonde même volumineuse est obturée par les caillots, que les injections sont impossibles dans une vessie déjà remplie outre mesure, que si les alcalis empêchent la coagulation par leur mélange avec le sang avant le refroidissement, ils ne rendent pas liquide le caillot formé, que l'emploi du brise-pierre proposé par un opérateur de lithotritie pour rompre les caillots n'est pas suffisamment motivé et peut être dangereux. — Après avoir établi enfin, que l'incision du périnée conseillée par Severinus, pratiquée par A. Cooper et soutenue par son neveu B. Cooper, n'est justifiée qu'autant que le passage de l'urètre est fermé par un rétrécissement, une pierre ou tout autre obstacle, l'auteur arrive à l'indication d'un moyen simple qui seul lui a réussi dans cinq cas de réplétion de la vessie par du sang, des plus complètes qui se puissent voir ; il veut parler de l'épuisement par l'introduction d'une grosse sonde en gomme à courbure fixe sans mandrin, répétée autant de fois qu'il est nécessaire pour l'évacuation complète. Il est parvenu ainsi à extraire jusqu'à deux kilogrammes de sang coagulé, sans que le passage de la sonde, renouvelé plus de cent fois dans l'espace de quelques heures, ait causé ni accident ni douleur.

— *M. Longet* lit un mémoire intitulé : « Recherches expérimentales sur la nature des mouvemens intrinsèques du poumon et sur une nouvelle cause d'emphysème pulmonaire. » En voici les conclusions :

Le galvanisme appliqué aux rameaux du pneumo-gastrique qui entourent les premières divisions des bronches, donne lieu à des contractions *manifestes* de ces conduits, si toutefois l'on expérimente sur des animaux d'une taille élevée (cheval et bœuf).

La section des pneumo-gastriques peut être suivie d'emphysème pulmonaire.

Ce résultat expérimental empêche d'admettre que les parois des vésicules, cellules ou capillaires aériens du poumon sont formées seulement par du tissu fibreux élastique.

Ces parois sont douées d'une contractilité active, soumise au nerf pneumo-gastrique.

Cette contractilité étant abolie par la section de ce nerf, le renouvellement d'air respirable devient impossible dans les derniers conduits aériens, quoique leur élasticité persiste.

La circulation devient difficile ou même impossible sur les parois de ces conduits, d'ailleurs fortement distendus par un air vicié et saturé d'acide carbonique.

L'emphysème compliqué d'engorgement pulmonaire ne saurait être regardé comme une sorte de respiration supplémentaire. Cet état est tout à fait impropre à l'hématose, et constitue, après la section des pneumo-gastriques, une cause d'asphyxie, qu'il faut joindre à l'occlusion de la glotte, à l'engorgement sanguin des poumons, à l'épanchement séro-muqueux des bronches.

— *M. Gruby* envoie un mémoire sur un nouveau cryptogame se logeant dans les racines des poils de la barbe chez l'homme et constituant une espèce de *mentagre*. L'auteur, après avoir rappelé ses précédens travaux sur la teigne et le muguet, ajoute : Aujourd'hui j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie mes recherches sur une nouvelle espèce de cryptogame qui s'établit dans la gaine du poil de la barbe chez l'homme et qui vient y constituer une maladie qui n'a pas été jusqu'à présent suffisamment caractérisée. Cette maladie siége dans la partie pileuse de la face, mais plus ordinairement elle occupe le menton, la lèvre supérieure et les joues ; elle couvre toutes ces parties d'écailles blanches, grises et jaunâtres ; ces écailles ont de 2 à 6 millimètres de large sur 3 à 8 millimètres de long. Elles sont un peu convexes au milieu, leurs bords sont anguleux, un peu déprimés et traversés de toute part par les poils ; elles ne sont que légèrement attachées à la peau sous-jacente, et elles adhèrent fortement aux poils, de telle sorte que lorsqu'on enlève une écaille on peut en même temps enlever facilement les poils avec leurs racines, qui restent attachés à l'écaille. Quant à la peau, elle ne conserve après cet arrachement qu'une légère rougeur sans tubercules ni pustules.

En examinant les écailles sous le microscspe on reconnaît qu'elles ne sont composées que de cellules d'épiderme ; mais l'examen microscopique du poil démontre que toute la partie dermatique est entourée de cryptogames, formant une couche végétale entre la gaine du poil et le poil lui-même, de telle sorte que le poil est enfoncé dans une gaîne exclusivement formée de cryptogames comme un doigt dans un gant.

— *M. le docteur Guyon* adresse un travail sur les cagots des Pyrénées. L'auteur distingue avec raison les cagots des cretins, qui s'en séparent par des caractères physiques, intellectuels et moraux. En outre il assure que les cagots constituent une population étrangère aux Pyrénées ; ils sont, dans les traditions du pays, les descendants des Goths et Visigoths, qui furent défaits par Clovis, à la bataille de Vouillé près Poitiers, et de là le nom de *svaincus* qu'ils portent sur quelques points des Pyrénées espagnoles.

INTOXICATION ARSENICALE.

M. Orfila avait adressé au Conseil d'administration de l'Académie de médecine, une lettre qu'a publiée la *Gazette médicale*, et que nous reproduisons avec la réponse que M. Rognetta a cru devoir adresser à ce sujet à l'Académie, dans sa dernière séance :

Monsieur le président,

J'ai lu à l'Académie, le 20 octobre 1840, un mémoire sur le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, dans lequel j'ai démontré l'inefficacité et les dangers de la médication tonique excitante, prônée dans ces derniers temps à l'école de Rasori. Ce mémoire était accompagné d'une description détaillée des expériences, au nombre de 136, qui avaient motivé mes conclusions. Quelques jours après cette lecture, l'Académie nomma une commission composée de MM. Burdin, Dupuis, Ségalas, Bouley jeune, Gérardin et Bouvier, et la chargea de vérifier si les expériences qu'on proposait de faire devant elle étaient de nature à établir les avantages de la médication tonique excitante. Si je suis bien informé, sur 20 ou 22 chevaux empoisonnés par l'acide arsénieux, en présence de la commission, et soumis au traitement dont je parle, tous, excepté un, seraient morts en très peu de temps. Ce résultat, conforme à ce que j'ai constamment avancé, est trop important pour n'être pas signalé à ceux qui pourraient encore conserver quelques doutes sur la valeur d'une médication qui ne soutient pas le plus léger examen. Je viens donc vous prier de vouloir bien inviter la commission à faire son rapport le plus tôt possible, afin de mettre la vérité dans tout son jour.

Agréez, etc., Orfila.

A Monsieur le Président de l'Académie royale de médecine.

Monsieur le Président,

J'avais pensé que le public et l'Académie étaient déjà fatigués des longs débats qui viennent de se passer devant eux sur la question de l'empoisonnement par l'arsenic, et qu'il fallait laisser écouler quelque temps encore avant de reprendre les expériences et la discussion sur cette grave matière.

Cependant M. Orfila en a jugé autrement ; il est venu dans la dernière séance de l'Académie, me porter pour ainsi dire un nouveau défi, en dénaturant d'une manière étrange les nouvelles expériences que j'ai seulement commencées il y a un an, en présence de la seconde commission que l'Académie a bien voulu me nommer. J'accepte d'autant plus volontiers le nouveau combat qu'aujourd'hui, plus que par le passé, l'expérience, la raison et l'opinion publique sont de mon côté. D'ailleurs, M. Orfila sait bien que depuis plusieurs années que la question est pendante, je n'ai reculé devant aucune de ses attaques...

M. Orfila a déclaré, dans sa lettre, que mes expériences offrent trop d'intérêt pour n'être pas promptement publiées. Oui, sans doute, puisqu'elles démontrent d'une manière péremptoire les deplorables effets de la méthode dite diurétique que M. le doyen a le malheur de caresser avec tant de prédilection !

Avant d'entrer dans quelques explications à ce sujet, je dois faire remarquer à l'Académie la conduite singulière de M. Orfila à l'égard de mes expériences. Autrefois, M. le doyen trouvait mes expériences mauvaises, détestables, mal faites; aujourd'hui, au contraire, il les déclare intéressantes ! Autrefois encore, M. Orfila ne voulait pas que je fisse d'expériences, et il a fait tout son possible pour m'empêcher d'en faire, en refusant le local confié à son administration ; aujourd'hui, au contraire, il vient me talonner devant vous pour en finir le plus tôt possible ! Je dois en conclure que mes expériences incommodent beaucoup M. le doyen !!

Je ne rappellerai pas à l'Académie nos premiers débats concernant l'emploi des saignées dans le traitement de l'intoxication arsenicale ; mais un fait important qui doit figurer dans cette lettre, c'est qu'en 1838 et 1839, M. Orfila avait établi pour précepte (reconnu depuis erroné par suite de mes premières expériences, sur lesquelles M. Ollivier a lu un rapport au nom d'une commission) *de tirer le poison avec le sang, moyennant la saignée.* Ce rapport a prouvé en même temps que j'étais dans le vrai, et qu'une toxicologie basée sur les neutralisans chimiques, comme contre-poisons, était complétement erronée. Telle était cependant la science qu'on avait enseignée jusqu'à l'époque où j'ai soulevé les nouveaux débats.

En 1840, M. Orfila a changé tout à fait de système ; il a déserté les saignées et est venu vous proposer un nouveau mode de traitement. Cette fois, M. le doyen voulait expulser l'arsenic absorbé (arsenic qui avait déjà porté sa fatale impression sur les organes), non par la veine, comme précédemment, mais bien par l'appareil urinaire, à l'aide de remèdes qu'il appelle diurétiques, tels que le nitrate de potasse, le gaz acide carbonique (eau de Seltz) et le *vin blanc.* Il basait sa manière de voir sur des expériences qu'il avait pratiquées sur les animaux.

L'Académie m'ayant chargé de poursuivre mes recherches expérimentales dans la voie que je m'étais tracée, j'ai dû lui demander la

(1) Cette observation a été recueillie par M. Lhommeau, interne du service.

nomination d'une seconde commission, et je me suis engagé à prouver les propositions suivantes :

1° Que l'usage des remèdes dits diurétiques, tels que le nitrate de potasse et le gaz acide carbonique, était aussi désastreux que les saignées, vu que ces substances sont hyposthénisantes comme l'arsenic. J'en exceptais toutefois le vin blanc, qui rentrait dans la classe des excitans et par conséquent dans mon système. M. Orfila a déclaré d'ailleurs qu'il ne tenait pas à cet alcoolique.

2° Qu'il était complétement faux que le nitre et l'eau de Seltz fissent uriner les animaux empoisonnés mortellement

3° Que les expériences sur lesquelles M. Orfila avait basé sa conviction étaient complétement illusoires. Ces expériences étant publiées aujourd'hui, je suis plus en mesure de prouver, par leur examen, leur nullité absolue.

4° Enfin, que les véritables contre-poisons de l'arsenic étaient, toujours selon moi, les substances qui agissaient dynamiquement dans un sens opposé à ce poison, c'est-à-dire en excitant directement le rhythme des fonctions de l'organisme ; tels sont le vin, l'eau-de-vie, le bouillon, l'eau de cannelle, l'opium, le calorique, etc.

J'ai, en conséquence, commencé mes nouvelles expériences en présence de la nouvelle commission. Cette fois j'ai opéré sur des chevaux. Je ne dirai pas à l'Académie les difficultés que j'ai éprouvées pour me procurer un local approprié et des hommes capables de me servir d'aides, ni les dépenses considérables et le temps que j'ai dû sacrifier pour chaque opération. Je dirai seulement que sans la protection d'un homme aussi savant et généreux que modeste, M. Leblanc, vétérinaire, la chose eût été inexécutable, au milieu des persécutions de toute espèce que m'avait attirées la controverse.

Dans cette première série d'expériences, un grand nombre de chevaux ont été sacrifiés. Je les ai tous empoisonnés mortellement avec d'énormes doses d'une solution aqueuse d'acide arsénieux, et je les ai traités, les uns par les diurétiques, d'après la formule de M. Orfila, les autres par les excitans; d'autres ont été abandonnés sans traitement.

Je m'étais proposé, comme on le voit, de juger de l'efficacité des deux méthodes par la durée relative de la vie de chaque animal. Ces chevaux avaient donc tous été destinés, avec préméditation de ma part, à périr, puisque c'était, je le répète, la durée relative de leur vie que je voulais d'abord faire saisir à la commission, comme élément de jugement. L'Académie doit voir par là que les assertions de la lettre de M. Orfila n'ont pas le moindre fondement : ces assertions expriment plutôt un désir qu'un fait réel.

Or, qu'est-il résulté de cette première série d'expériences? Je regrette de ne pas pouvoir m'expliquer catégoriquement à ce sujet, la commission ayant pris, d'accord avec moi, la décision de ne point faire connaître nos expériences avant que notre travail fût entièrement terminé. En voici cependant le résultat sommaire et général:

1° Les chevaux traités d'après la formule de M. Orfila sont tombés comme frappés par la foudre et sont morts beaucoup plus tôt que ceux qui avaient été abandonnés sans traitement.

2° La plupart des chevaux qui ont été traités à l'aide des alcooliques ont vécu beaucoup plus long-temps que ceux qui étaient restés sans traitement. Quelques-uns même ont survécu un ou deux mois à tous les autres.

Quelques exceptions se sont présentées à côté de ces résultats généraux, mais ces exceptions sont inévitables dans les expériences de ce genre, et s'expliquent par les conditions particulières dans lesquelles les animaux ont pu se trouver.

Je n'ai fait, comme on le voit, jusqu'ici qu'une seule série d'expériences sur les chevaux. Me proposant de traiter la question à fond, je dois les répéter, les multiplier, les varier de différentes manières. Pour cela il me faut du temps et de l'opportunité pour agir. Le problème qu'il s'agit de résoudre est trop vaste, trop complexe, trop difficile et trop grave à la fois pour le traiter à la hâte ou *en galopant*, pour me servir d'une expression de M. Barthélemy; l'Académie et la science n'auraient que faire d'un travail exécuté de la sorte. Nous déplorons encore les méprises récentes sur l'arsenic normal, dont les mémoires de l'Académie porteront à jamais les fâcheux stigmates; tout cela doit nous servir à tous d'exemple et nous faire méfier de la précipitation en pareilles matières.

J'ai en conséquence l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien passer à l'ordre du jour sur la demande de M. Orfila, et de me laisser libre de terminer mon œuvre avec toute la maturité que réclame la gravité du sujet.

Agréez, etc. ROGNETTA, D.-M.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la belladone contre la phthisie.

M. le docteur Delhaye a retiré les plus grands avantages, dans sa pratique, de l'emploi de la belladone contre l'imminence de la phthisie pulmonaire tuberculeuse, et contre ces toux nerveuses prolongées qui finissent par amener la consomption.

Il administre la poudre de la racine de cette plante à la dose fractionnée de 25 à 50 milligrammes (un demi-grain à un grain) dans le courant des vingt-quatre heures. Dans le cas d'irritabilité de l'estomac, il donne la préférence à l'extrait ou à la teinture de belladone; la première de ces deux substances est prescrite à la même dose que la poudre, la seconde de vingt à trente gouttes, mais toujours d'une manière fractionnée.

Suivant lui, cette teinture est aussi l'un des meilleurs palliatifs auxquels on puisse recourir pour modérer ces diarrhées coliquatives qui abrègent souvent la vie des phthisiques.

Dans tous les cas, il regarde comme indispensable à la réussite de ce moyen de n'en faire usage que chez des sujets dont l'estomac est sain ; et, suivant lui, une contre-indication formelle à son emploi est la gastro-entérite, dont l'existence est fréquemment la cause première de la terminaison fatale des maladies chroniques de la poitrine.

(*Archives de la médecine belge.*)

Emploi du suc de citron contre les hydropisies aiguës; par M. le docteur BUETTNER, de Brandebourg.

M. Buettner a obtenu d'excellens résultats de l'administration du jus de citron récemment exprimé dans deux cas d'hydropisie aiguë.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une hydropisie ascite avec œdème des pieds, survenue à la suite d'une fièvre intermittente irrégulière. Le malade fut mis à l'usage d'une limonade citrique contenant le tiers de son volume de suc de citron.

Le second cas consistait en un hydrothorax inflammatoire, qui se reproduisit six fois de suite dans un espace de trois semaines environ, et qui chaque fois fut combattu avec succès par la saignée générale, par le jus de citron pur donné à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les deux heures, et par un régime diététique très sévère.

Dans ce dernier cas, M. Buettner put observer que le suc de citron *fraîchement exprimé* possédait seul la propriété si remarquable de guérir l'hydropisie, tandis que celui que l'on trouve préparé à l'avance dans les officines reste complétement sans action.

On savait, du reste, que ce moyen, tombé tout à fait dans l'oubli depuis la proposition qui en a été faite par M. Kuppenstaester, est d'une grande efficacité dans le traitement de l'hydropisie aiguë qui succède à l'éruption scarlatineuse. (*Medicinische Zeitung*, , 1842, n. 26.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Pastilles de chocolat au proto-carbonate de fer et de potasse; par M. MOUCHON fils, pharmacien à Lyon.

Pr.	Bicarbonate de potasse.	8	grammes.
	Sulfate de fer pur.	8	id.
	Chocolat.	500	id.

On fait sécher les deux sels à l'étuve, puis on les réduit séparément en poudre impalpable, et, après en avoir fait un mélange exact, on les incorpore bien intimement aux cinq cents grammes de chocolat que l'on a eu préalablement le soin de ramollir à l'aide de la chaleur.

Lorsque la masse est bien homogène, on en forme de petits cylindres que l'on divise en fractions de huit décigrammes, dont on forme des pastilles suivant les préceptes de l'art.

Chacune de ces pastilles ou tablettes contient deux centigrammes et demi de base, quantité suffisante pour l'effet médicinal, et cependant telle que la saveur des sels est dominée par celle du chocolat.

(*Bulletin de la soc. de méd. de Toulouse*, 1841.)

Préparation du chlore liquide pour l'usage médical.

M. J. Righini propose le moyen suivant, qui est sans contredit des plus faciles, pour se procurer l'hydrochlore, ou chlore liquide, destiné aux besoins de la thérapeutique.

Pr.	Chlorure de chaux pur,	24	grammes.
	Acide tartrique pur,	8	
	Eau distillée,	90	

On fait dissoudre le chlorure dans l'eau, on filtre, et on introduit dans un matras le liquide résultant de la filtration. On ajoute alors dans l'acide tartrique réduit en poudre fine, on ferme le vase avec soin et on le soumet à l'action d'une température de 50 degrés de Réaumur au-dessus de zéro. Après quelques heures de cette digestion, l'opération est terminée; il ne reste plus qu'à décanter la liqueur, et à la filtrer dans un entonnoir fermé et placé à l'abri de la lumière.

Ainsi obtenu, le chlore liquide peut servir à préparer la limonade et les potions chlorurées, et encore être employé pour les fumigations pulmonaires conseillées contre la phthisie, les catarrhes bronchiques, etc.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, plusieurs membres se faisaient passer la copie d'une lettre que M. Chervin a adressée au Conseil d'administration de ce corps savant, et qui se termine par les phrases suivantes :

« Comme notre honorable collègue, M. Londe, le disait il y a huit jours à l'Académie, je prends la mission de rapporteur au sérieux, et toutes les fois qu'on me donnera une question importante à traiter, je la traiterai comme je l'entends, ou je ne m'en chargerai point ; agir autrement ce serait, à mon avis, compromettre la vérité, ou du moins ne la servir qu'à demi.

» Mais puisque le Conseil d'administration redoute tant la longueur de mes rapports, il a un excellent moyen d'obvier à cet inconvénient, c'est de ne point m'en donner à faire, et de charger notre savant collègue, M. Nacquart, de vouloir bien rendre compte à l'Académie des mémoires que l'on aurait pu m'envoyer si l'on n'eût pas craint ma prolixité. Je crois que c'est là une admirable recette pour n'avoir pas de rapports trop longs, et même pour ne pas en avoir du tout. »

Errata. — Il s'est glissé dans le compte-rendu de la leçon de M. Ricord (*v.* le n° 105), quelques erreurs graves qu'il importe de rectifier : 2e colonne, 1re page, 23e ligne : *au lieu de* pommade à l'extrait thébaïque, *lisez* lotion. — 25e ligne : *au lieu de* potion, *lisez* lotion. — 3e colonne, 4e et 8e lignes : *au lieu de* traitement antiphlogistique, *lisez* traitement anti syphilitique. — 51e ligne: *au lieu de* influence sur la marche et sur le traitement de la maladie, *lisez* influence sur la marche et la durée de la maladie. — 2e colonne, 2e page: Le titre de paragraphe, *Eruptions hydrargyriques*, doit être supprimé ; et la phrase venant après transposée à la 6e colonne, 6e ligne, après ces mots : *Notre expérience ne nous a pas encore éclairé sur ce point.* — 1re colonne, 3e page, à la fin de l'article : *au lieu de*, la liqueur de Van-Swieten est donnée à la dose de cinq centigrammes par jour dans une potion de quatre onces, *lisez* à la dose de 8 à 32 grammes par jour, une, deux ou trois fois.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 108, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Résumé de tous les cas principaux qui se sont présentés pendant l'année scolaire 1841-1842. — *Considérations pratiques sur les faits les plus intéressans.*

Pendant l'année scolaire qui finit, il a été recueilli dans le service de M. Velpeau 1,048 observations, seulement sur les malades présentant quelque intérêt.

Parmi ces 1,048 malades, on a compté 387 femmes et 661 hommes, le nombre total des morts a été de 28; tous les autres ont été guéris ou du moins leur état a été plus ou moins amélioré.

Pour mettre de l'ordre dans ce résumé, nous passerons successivement en revue chacune des maladies qui ont été observées et nous les diviserons par groupes.

1° DES FRACTURES.

Parmi les affections chirurgicales qui se sont présentées fréquemment, il faut citer les fractures. Elles ont été au nombre de 92, réparties de la manière suivante : 3 du crâne, 2 de la colonne vertébrale, 10 des côtes, 1 du sternum, 15 de la clavicule, 7 de l'humérus, 6 du cubitus, 10 du radius, 4 des doigts, 8 du fémur, 2 de la rotule, 16 de la jambe (tibia et péroné ou tibia seul) et 8 du péroné seul.

Sur ces 92 fractures, 87 malades ont guéri, 5 sont morts.

A. *Fractures du crâne.* — Ces fractures sont toujours très-graves; ainsi, sur les trois sujets qui les ont présentées, il en est mort un. Ce ne sont certainement pas les fractures elles-mêmes qui peuvent avoir une extrême gravité, mais les lésions qui les compliquent ordinairement; cela est tellement vrai qu'on pourrait poser sous un point de vue ce principe, qu'il n'est pas de fractures moins dangereuses que les fractures du crâne, abstraction faite, bien entendu, des plaies et des lésions du cerveau dont elles s'accompagnent. En effet, la fracture elle-même n'exige aucun soin, les fragmens restent d'ordinaire en contact, les muscles n'ayant sur eux aucune prise, il n'y a pas même nécessité d'appliquer un bandage, enfin il n'est pas besoin contre elles d'aucun traitement, mais elles n'en sont pas moins une des espèces de fractures les plus redoutables, car l'on comprend que la cause qui a eu assez de force pour briser des os aussi résistans que ceux du crâne, doit avoir produit dans la masse encéphalique des désordres dont le peu de résistance de l'organe et l'immense importance de ses fonctions fait apprécier d'un coup d'œil la terrible gravité; la tête est si violemment ébranlée que le cerveau peut être commotionné, contus, broyé, de là l'inflammation, la suppuration, accidens presque toujours mortels; le cerveau même peut éprouver de telles atteintes que la mort soit instantanée ou arrive en quelques heures, comme tout récemment nous en avons eu un si terrible exemple.

Sur les trois sujets qui sont entrés à l'hôpital avec des fractures du crâne, l'un d'eux avait les bras broyés, de larges ecchymoses aux yeux et des symptômes de luxation ou de fracture de la colonne vertébrale, il a guéri cependant; celui qui a succombé avait comme complication une fracture du rachis et des hémorrhagies.

De ces observations il résulte donc ces deux points importans, que les fractures du crâne en elles-mêmes n'ont rien de grave, que pourtant elles sont des plus redoutables et le plus souvent même mortelles, en raison des lésions graves qui sont produites en même temps qu'elles et par la même cause.

B. *Fractures de la colonne vertébrale.* — Sur les deux cas qui se sont présentés dans le cours de l'année, l'un est guéri, l'autre est mort. On peut regarder cette guérison comme un fait rare, car ces sortes de fractures sont en général mortelles. La moëlle est presque constamment lésée, comprimée ou déchirée, et, comme elle ne peut revenir à son état normal; comme, d'un autre côté, sa mollesse est si grande que la moindre atteinte produit des lésions considérables, il doit s'ensuivre que de faibles déplacemens doivent produire des altérations le plus souvent incompatibles avec la vie. Toute la différence du pronostic de ces sortes de fractures sera basée sur le point plus ou moins élevé qu'elles occuperont; si la fracture a eu lieu très-haut, elle doit inévitablement amener la mort, si au contraire elle a lieu dans la portion inférieure du rachis, ce sera la paralysie qu'on verra survenir. Mais il est encore assez commun de voir cette paralysie amener par suite la mort des malades, c'est ce qui est arrivé pour celui qui a succombé, à l'autopsie on a trouvé la fracture parfaitement consolidée et la vertèbre comprimant la moelle épinière.

L'autre sujet a guéri fort heureusement, car, bien que plusieurs vertèbres fussent fracturées, la consolidation s'est parfaitement effectuée. Il doit certainement sa guérison à la docilité avec laquelle il s'est soumis pendant trois semaines au traitement qui lui a été appliqué.

C. *Fractures de côtes.* — Tous les sujets qui se sont présentés avec ces fractures ont été guéris, et le traitement n'a jamais consisté dans autre chose que l'application pure et simple d'un bandage de corps sans appareils, sans compresses graduées, sans aucun des moyens mécaniques qui ont été conseillés à différentes reprises. Il y a quelques chirurgiens, gens de mérite d'ailleurs, qui ont pensé que le traitement des fractures des côtes était tout à fait à reconstruire, qu'on s'était trompé en regardant cet accident comme peu dangereux quand il est exempt de complication; qu'au contraire, les suites les plus graves étaient à craindre après les fractures des côtes même les plus simples.

M. Velpeau traite depuis vingt-cinq ans ces fractures par le bandage de corps et jamais il ne lui a été donné d'observer qu'elles pussent être suivies de quoi que ce soit d'inquiétant.

Le bandage qu'il applique n'a d'autre but que d'empêcher la respiration de se faire par les muscles de la poitrine, et toutes les fois que la fracture s'est présentée exempte de la complication de plaies ou de lésions du poumon, elle a guéri avec la plus grande facilité. C'est donc à tort qu'on les a regardées comme pouvant être dangereuses et comme nécessitant l'emploi de moyens particuliers.

D. *Fractures du sternum.* — Il ne s'en est offert qu'un seul cas qui a facilement guéri. Ce qui vient d'être dit des fractures des côtes est de tous points applicable à celles du sternum, sauf complication comme pour ces dernières.

E. *Fractures de la clavicule.* — Des quinze cas que nous avons observés cette année, il n'en est pas un seul qui n'ait guéri, si toutefois on veut appeler guérir une fracture de la clavicule, consolider ses fragmens et mettre le sujet en état de se servir de son membre. Mais si l'on n'appelait guéris que les individus ne présentant aucune difformité, il y en aurait excessivement peu qui pourraient se flatter de l'être. Ce serait à tort qu'on considérerait ces derniers seuls comme arrivés à la guérison. Dans les fractures, cette question de guérison et de difformité se retrouve partout, partout à la rigueur on pourrait voir de la difformité. N'en existe-t-il pas toujours après la fracture des membres? Mais la difformité persistant à la suite de ces fractures est cachée dans les chairs; elle ne frappe point les yeux; elle n'existe que pour le chirurgien; le plus souvent aussi n'y fait-on point attention; tandis qu'à la clavicule, qui se trouve sous-cutanée, cela n'échappe jamais, et chacun peut en faire la remarque. Il est évident que la conclusion à tirer de ces considérations devra être : que puisque la difformité est impossible à éviter dans presque tous les cas, il faut appliquer au malade un appareil qui le gêne le moins possible, et ne pas faire comme les personnes qui pour éviter la difformité, appliquent des appareils fort compliqués ayant le double désavantage de torturer les malades et de ne jamais atteindre le but que se proposent les inventeurs.

Le meilleur bandage sera celui qui contiendra avec le moins de fatigue la main du côté malade sur l'épaule du côté sain, c'est-à-dire qu'un bandage de corps étant appliqué pour éviter le contact de la peau sur la peau, on commencera avec une bande ordinaire des diagonales qui passeront sous le coude, le couvriront, puis on terminera par des circulaires; on enduira le tout de dextrine de telle sorte enfin que la main du côté malade sera bien appliquée sur l'épaule saine et que le bras sera emboîté comme par un sac qui lui permettra de conserver cette attitude sans trop de fatigue pour le malade. Ce bandage sera conservé une quinzaine de jours.

Il y a, à propos de la fracture de la clavicule, quatre points principaux à noter :

1° La fracture de la clavicule n'empêche pas de porter la main au front et à la tête, comme on l'a dit; quand cela a lieu, il faut le regarder comme une exception; car la règle (et le fait a été constaté un très grand nombre de fois), est que les individus qui ont la clavicule fracturée portent la main à leur front et à leur tête en surmontant un peu la douleur que cette manœuvre leur cause.

2° La consolidation des fractures de la clavicule se fait très vite; en quinze ou vingt jours ordinairement, et non pas en quarante ou cinquante, comme le veut Delpech.

3° Les bandages et appareils de toute sorte, tendant à remédier à la difformité, sont dangereux; ils amènent des accidens qui ne sont pas sans gravité, tels que des eschares, des érysipèles, des douleurs vives et cela d'autant plus qu'on les conserve appliqués un temps fort considérable, trente, quarante, cinquante jours, ce qui est tout-à-fait inutile, puisqu'on a pu se convaincre, dans les salles de M. Velpeau, que chez les vieillards même, la consolidation permettait au bout de quinze à vingt jours de retirer le bandage. Il ne fallait pas certainement que les malades se livrâssent alors à de grands mouvemens; le cal n'était pas des plus solides, mais enfin l'état de l'os donnait la possibilité de se passer d'appareil.

4° Il ne paraît pas possible de guérir une certaine classe de fractures de la clavicule sans difformité. Cela est, en effet, inévitable quand la fracture est oblique et qu'elle occupe les deux tiers internes; il n'est pas nécessaire d'en énumérer les raisons. Mais les fractures qui ont lieu dans le tiers externe se guérissent très souvent sans difformité aucune; aussi est-ce toujours dans cette espèce qu'on essaie les appareils contre la difformité: ils réussissent inévitablement, puisque tout dans ces circonstances doit réussir. Dans les fractures obliques, au contraire, il faut de toute nécessité un cal, et de toute nécessité ce cal sera un peu difforme. Cette difformité d'ailleurs n'a aucun inconvénient, si ce n'est celui d'être une difformité, car elle n'empêche ni le mouvement, ni la solidité du membre supérieur; le raccourcissement est à peine sensible, et les malades, au bout de quelques mois, ne se souviennent plus de leur fracture.

Il faut donc conclure de tout ceci, qu'il est on ne peut plus inutile de chercher de nouveaux bandages à clavicules, puisqu'il en existe déjà au moins une centaine qui, à l'exception de trois ou quatre, sont tous à rejeter.

F. *Fractures de l'humérus.* — Ces fractures n'ayant présenté rien de spécial, nous les passerons sous silence.

G. *Fractures de l'avant-bras.* — Il en est entré à l'hôpital au nombre de 20; 16 de l'avant-bras proprement dit, et 4 du poignet. Parmi celles de l'avant-bras, il s'en est trouvé 6 du cubitus et 10 du radius.

De ces diverses fractures, celles du cubitus méritent une attention toute spéciale. Deux ont été observées à l'olécrâne, et les quatre autres dans différens points du corps de l'os; deux d'entr'elles ont eu lieu dans la partie supérieure, et deux vers le milieu à peu près. De tout temps les fractures de l'olécrâne ont singulièrement excité les recherches des chirurgiens, et l'on peut dire même que ces fractures les ont plus préoccupés qu'elles ne méritent de le faire. Tous ceux qui ont examiné cette question, ont toujours cherché à agir le mieux possible sur les fragmens de l'olécrâne et à contre-balancer l'action du triceps brachial, c'est-à-dire à attirer de haut en bas le fragment déplacé; mais les appareils qui ont été inventés pour arriver à ce double but, ont tous les mêmes inconvéniens: ou la compression n'est pas assez forte pour attirer en bas et y maintenir le fragment qui tend à se déplacer, et alors l'appareil est inutile; ou la compression est suffisante pour opérer ce double effet, et alors elle produit de la douleur, de l'engorgement, et l'escharification des parties qui la supportent.

En second lieu, l'indication formelle des auteurs est de tenir le membre dans l'immobilité et l'extension pendant près de deux mois; et l'on comprend encore, surtout quand la compression vient se joindre à ces deux conditions, tout ce que devra perdre le bras en souplesse et en mobilité. Lorsque le malade sera dit guéri de sa fracture, il recommencera à souffrir, non plus de son mal, mais de son traitement; c'est-à-dire, de la raideur des articulations du membre thoracique.

D'ailleurs, les chirurgiens conviennent que ces fractures de l'olécrâne ne guérissent que par l'interposition d'un tissu, d'une plaque entre les deux fragmens, et jamais d'une manière immédiate ou de fragmens à fragmens; ils sont d'accord pour reconnaître qu'une matière plastique s'épanche entre les deux portions d'os, qu'une couche fibreuse, un tissu comme fibro-cartilagineux s'y dépose, de telle façon que jamais les fragmens de l'olécrâne ne sont réunis autrement que par un tissu intermédiaire moins souvent osseux que fibro-cartilagineux. Si donc il est prouvé que les fractures de l'olécrâne ne se réunissent que par un moyen indirect, il est certain que sans bandage aucun on arriverait exactement au même résultat; et comme ces bandages entraînent avec eux des inconvéniens (compression, douleurs, escharification), il paraît démontré que s'ils ne servent pas, ils nuisent. M. Velpeau a renoncé, pour sa part, à les employer; nous ne lui avons vu mettre en usage qu'un simple bandage contentif, qui procure mieux qu'aucun autre l'immobilité de l'articulation, nous voulons parler du bandage roulé et dextriné avec une plaque en carton dans son intérieur. Il est constant qu'avec cet appareil les malades peuvent agir au bout d'un mois, et qu'après six semaines ils sont guéris. Il y a dix ans que M. Velpeau suit cette pratique; tous ses malades guérissent très bien, et il n'a jamais d'engorgement ni d'eschares.

Boyer avait très judicieusement remarqué que les fractures de l'olécrâne qu'on ne traite pas n'en guérissent pas moins. Il avait observé que chez un homme ayant une lésion du cerveau, on avait traité cette maladie sans s'apercevoir que ce même homme avait une fracture de l'olécrâne; on ne la vit que quand la consolidation se fut effectuée et qu'il fut guéri. On n'avait fait aucun traitement, puisque la maladie avait été ignorée. On conçoit, en effet, qu'un écartement d'un centimètre, qui est celui qu'on observe ordinairement, peut tout au plus rendre l'extension du bras un peu moins complète, et que ce n'est là qu'un léger inconvénient qui n'entrave nullement les fonctions du membre.

Quant aux fractures du corps du cubitus, elles ne présentent rien d'intéressant; elles se consolident parfaitement bien, en général, et quand elles ont lieu à la partie supérieure, elles

n'occasionnent que très rarement du déplacement. Il n'en est pas de même à la partie inférieure. Dans le cas de fracture à cette portion de l'os, il se forme une saillie en arrière et en dedans, et si l'on n'appliquait pas un appareil convenable, on aurait nécessairement une bosselure, une difformité très visible. On remédie à ce déplacement au moyen de compresses graduées, d'un bandage et d'une attelle, et on rend l'appareil inamovible avec la dextrine.

H. *Fractures du radius.* — 8 cas de fractures de l'extrémité inférieure du radius ont été traités dans notre service. Nous ne parlons pas, bien entendu, d'une foule d'autres malades qui sont venus réclamer nos soins pour une lésion de ce genre, que nous avons renvoyés immédiatement après leur avoir appliqué un appareil. Toutes reconnaissaient pour cause une chute sus la paume de la main : une seule avait été produite par une chute sur la face dorsale. Ce qu'il y a surtout de bien remarquable dans les fractures du radius, c'est que toutes donnent l'idée d'une luxation, et il est démontré aujourd'hui que tout ce que les auteurs ont dit dans les divers ouvrages sur les luxations du radius, se rapportent à la fracture.

La luxation est on ne peut plus rare ; depuis vingt-cinq ans M. Velpeau n'en a pas vu un seul exemple. Ce qui a fait commettre cette erreur, c'est, on n'en peut douter, la convexité qu'on trouve en arrière, et qui disparaît quand on tire sur le membre, mais pour reparaître quand les efforts cessent ; c'est cette disparition de la difformité qui a fait croire qu'on réduisait une luxation. M. Velpeau a insisté si souvent sur la forme en Z que prend le poignet dans ces fractures, que nous n'y reviendrons pas ; nous ferons remarquer seulement aux praticiens que la difformité et le soulèvement des radiaux externes qui en est la conséquence, sont les deux caractères qui doivent surtout déterminer le diagnostic.

S'il a été démontré par des faits que cette fracture, abandonnée à elle-même, ne laisse que de la difformité, et cela l'a été, on en conclura qu'il faut rejeter tous les appareils qui tortureraient le malade par une trop grande compression, susceptible d'amener les accidens que nous avons déjà décrits à propos des fractures de l'olécrâne.

Les meilleurs bandages à employer sont ceux qui tiennent le membre comme dans un moule et le compriment modérément, c'est-à-dire le bandage roulé et dextriné. Au bout de vingt jours tout l'appareil est inutile ; il faut s'occuper alors de ramener peu à peu le poignet à sa mobilité normale.

Les fractures du corps du radius n'ont rien de particulier.

I. *Fractures des doigts.* — Un seul cas s'est présenté, avec un écrasement tel que l'amputation a été pratiquée.

J. *Fractures de la cuisse.* — Ces fractures, comme on le sait, sont, en général, graves. On doit les diviser en trois catégories :

1° Fractures de l'extrémité inférieure ;
2° Fractures du col ;
3° Fractures du corps.

Fractures de l'extrémité inférieure. Un cas de fracture de l'extrémité inférieure s'est montré cette année. Il y a un danger grave qui peut survenir par suite d'une complication assez ordinaire à cette fracture. Ce danger consiste en ce que, si la fracture est oblique, elle peut communiquer avec l'articulation, et alors on se trouve dans cette alternative, ou de conserver l'immobilité du membre et de l'exposer presque inévitablement à voir arriver l'ankylose, ou de faire tout ce qu'il est passible pour conserver le mouvement à l'articulation, en s'exposant alors à mettre obstacle à la consolidation des fragmens. On a pu remarquer, dans le cas qui a été reçu dans le service de M. Velpeau, que le fragment supérieur tendait sans cesse à faire saillie, ce qui arrive presque toujours d'ailleurs dans les fractures obliques. Chez ce même sujet, une maladie des os paraissait à craindre ; cependant il a guéri sans ankylose.

Fractures du col. L'on sait à combien de discussions cette fracture a donné lieu l'an dernier, surtout à propos d'un personnage d'une assez haute importance qui a eu le malheur de se fracturer le col du fémur. Quelques chirurgiens soutenaient que ces fractures se consolidaient ; d'autres, et parmi eux se trouvait Astley Cooper, ne pensant pas que le fragment supérieur de l'os, qui se trouve pour ainsi dire isolé de l'organisme, pût recevoir assez de sang pour que la vie nécessaire à la consolidation lui fût conservée, les regardaient comme inconsolidables. Il est bien certain que sans circulation, il n'y a pas de consolidation possible ; d'autre part, il est évident que dans ce fragment supérieur la circulation doit être réduite à fort peu de chose.

Astley Cooper pensait encore que ces fractures n'arrivaient jamais avant quarante ans ; il n'en a vu qu'un seul cas chez un sujet plus jeune, encore ce sujet avait il trente-six à trente huit ans. M. Velpeau n'en a vu qu'un seul cas avant cet âge, ce qui tend à prouver que, bien que le fait soit rare, il n'est pas pourtant impossible. On en a cité un exemple chez un enfant de treize ans ; mais M. Velpeau déclare n'y pas croire, parce que les détails de l'observation ne lui paraissent pas établir suffisamment qu'il y avait fracture du col.

A. Cooper remarque que plus ces fractures ont lieu près de l'extrémité supérieure de l'os, moins elles ont de chances pour arriver à la consolidation, et cette assertion a été maintes fois confirmée par les faits. MM. Chassaignac, Smith en ont parlé dans divers endroits.

De cette importante observation il nous semble qu'il doit découler naturellement cette règle pratique, que si les fractures du col du fémur sont susceptibles de consolidation, le chirurgien doit tout faire pour l'obtenir ; qu'au contraire, s'il est démontré que ces fractures ne peuvent se consolider, il est inutile de torturer les malades par des appareils susceptibles presque toujours de produire des accidens. Ne pas les employer c'est déjà servir le malade, puisqu'on lui sauve au moins la maladie du remède, ce qui est bien quelque chose.

A. Cooper faisait marcher ses malades avec des béquilles. Depuis douze ans que M. Velpeau emploie ce moyen, il s'en est toujours bien trouvé, et en effet, chez les vieillards, quelles conséquences terribles le séjour au lit n'a-t-il pas ? Des eschares se formeront bientôt, et, admettant que cela n'arrive pas, l'ankylose surviendra ou la santé générale s'altérera, le vieillard tombera dans l'adynamie ; il ne tardera pas alors à succomber.

M. Velpeau les laisse au lit huit à quinze jours ; on les lève, on les assied sur un fauteuil ; bientôt ils marchent avec des béquilles. Et qu'on n'aille pas croire que cette marche, salutaire pour l'état général, soit contraire à la guérison de la maladie elle-même. Il n'en est pas ainsi. Quand le malade est debout, le corps est porté par les béquilles qui font une sorte de contre-extension; le poids du membre exerce une extension véritable et le malade se garde de troubler l'immobilité de son articulation malade, la souffrance lui faisant redouter d'y exercer le plus léger mouvement ; d'où il suit que les conditions nécessaires à la consolidation se trouvent réunies, et cela est tellement vrai que cette consolidation a lieu. Il s'établit là des plaques ; les malades marchent bientôt en boîtant beaucoup, puis en boîtant moins, et ils finissent par se servir parfaitement de leur membre. Des quatre malades traités par cette méthode, il n'en est pas un qui n'ait guéri. Il va sans dire que si l'on avait, par hasard, affaire à un sujet jeune, il ne faudrait pas négliger les appareils pour se contenter des moyens iniqués plus haut.

Fractures du corps du fémur. Ces fractures sont traitées, à la Charité, par le bandage roulé, dans lequel on place deux lacs contre-extensifs et un lacs pour l'extension, qu'on fixe, les uns à la tête, les autres au pied du lit ; on garnit ce bandage d'attelles en carton pour lutter contre l'action des muscles : on dextrine tout ce bandage quand il est appliqué. Le lendemain, on enlève les liens extenseurs et contre-extenseurs, et le bandage, qui alors a acquis la dureté de la pierre, en fait l'office, s'il a été appliqué convenablement.

Les malades guérissent très bien par cette méthode ; à la vérité, presque toujours avec un peu de raccourcissement. Mais M. Velpeau soutient qu'un raccourcissement qui ne dépasse pas 4 centimètres, n'entraîne pas la claudication ; il s'appuie sur ce qu'il y a une foule de gens qui, par suite de fractures de jambe, présentent des raccourcissemens de cette longueur, et que ces individus finissent pourtant par ne plus boîter du tout, et sur ce que, du reste, le même fait peut être vérifié sur des sujets qui ont été guéris de fractures du fémur. C'est une proposition qui ne manquera pas de présenter des difficultés pour être généralement admise, que celle-ci ; à savoir : qu'un raccourcissement médiocre a fort peu d'importance, d'autant plus que, pour la vérifier, il faudrait être à même de voir les malades un an ou deux après leur guérison, et c'est ce qui ne peut avoir lieu dans un hôpital ; cependant elle est susceptible d'être examinée sur certains individus qui, après avoir guéri d'une fracture de l'espèce dont il s'agit, rentrent pour une autre cause dans le même hôpital. Dans ces circonstances, il a été donné plusieurs fois à M. Velpeau de s'assurer de la vérité de son assertion.

La conséquence pratique de ces faits serait évidemment de rejeter les appareils qui n'ont pour but que d'empêcher le raccourcissement, s'ils ont d'ailleurs des inconvéniens graves. Il est bien entendu qu'il ne faut pas pousser cette donnée à l'extrême, et faire conclure au chirurgien de la Charité qu'un raccourcissement n'entraîne rien de fâcheux ; il ne veut parler ici que des raccourcissemens peu considérables, c'est-à-dire de ceux qui varient entre un et quatre centimètres.

K. *Fractures de la rotule.* Un fait assez curieux, c'est que depuis quatre ans les fractures de la rotule se sont toujours présentées au nombre de deux par année, et que toujours elles se sont montrées toutes deux en même temps dans les salles. Les fractures de la rotule ont, comme on le sait, presque constamment lieu en travers. On a dit d'elles ce qu'on disait aussi des fractures de l'olécrâne, que jamais elles ne se consolidaient directement, mais bien par le moyen d'un tissu intermédiaire. Pibrac avait fait défi d'en présenter un seul cas qui se fût consolidé autrement ; Lallemant, à la Salpétrière, en a pourtant montré dont les fragmens s'étaient réunis directement ; M. Gimelle en a présenté aussi un cas à l'Académie de médecine. Dans un des cas de cette année, chez une jeune femme, la consolidation a été immédiate. Il faut dire pourtant que les fractures de la rotule guérissent ordinairement avec un écartement plus ou moins considérable des fragmens, et qu'elles n'en guérissent pas moins bien pour cela. M. Velpeau a vu une malade, une dame demeurant rue Saint-Denis, qui se fractura la rotule et ne voulut supporter aucun appareil. Au bout de dix huit jours elle se leva ; après six semaines elle commença à marcher, et deux mois après sa chute elle se servait très bien de son membre. Il vit cette dame avec M. Parent, médecin à Paris. Un fait encore singulier, c'est que dix-huit mois après la même personne se fractura l'autre rotule, et qu'elle guérit encore sans appareil. Depuis, M. Velpeau a vu une vingtaine de malades guéris de la sorte.

Les appareils qui ont été inventés contre la fracture de la rotule sont innombrables ; mais le but de tous ne peut être, et n'est en effet que d'exercer une compression sur les deux fragmens, sur le supérieur principalement. Les uns arrivent à ce but mieux que les autres, mais tous ont l'immense désavantage de forcer le membre à conserver une extension complète, à le comprimer, à produire enfin les accidens déjà plusieurs fois signalés, la raideur, l'ankylose, l'engorgement, l'empâtement des tissus, l'inflammation, les eschares, etc. Encore si ces bandages remédiaient à la consolidation vicieuse qu'ils sont destinés à combattre ; mais le plus souvent on n'obtient par eux que quelques millimètres de moins entre les fragmens, et d'ailleurs un écartement, même énorme, ne paraît pas déterminer de grandes difficultés dans les fonctions du membre, ainsi que le prouve l'exemple cité par M. Velpeau, d'un vieux capitaine de vaisseau qui, ayant eu la rotule fracturée étant en mer, sans chirurgien, ne put être traité, conserva un ecartement de la largeur de la main, et au bout d'un temps assez long, il est vrai, boîta très peu et recouvra la vigueur de sa jambe. Si une séparation de douze à treize centimètres, comme celle-là, ne produit que cette infirmité, que sera un écartement d'un ou deux centimètres !

Le traitement des fractures de la rotule se prescrit ainsi à la Charité. Le malade est mis au lit, on lui fait garder le repos, le membre est allongé ; on couvre le genou de résolutifs, on le place dans un appareil inamovible avec des compresses graduées au-dessus et au dessous de la rotule. Au bout de quinze jours, le malade se lève : quinze jours après, il marche modérément et avec le bandage. Après six semaines, la progression est aussi facile qu'elle l'était et qu'elle le sera toute la vie. Si pourtant on voulait absolument faire usage d'un bandage unissant, M. Velpeau conseille celui de M. Bérard, qui consiste en deux anneaux qu'on rapproche avec des compresses ; c'est le plus simple, mais il amène encore assez souvent de l'engorgement.

L. *Fractures de la jambe. Tibia et péroné.* — Sur les 24 cas de fractures de la jambe, trois malades sont morts ; l'un avait, comme complication, une fracture du bassin ; le second était un vieillard dont le membre se gangréna, il fallut pratiquer l'amputation de la cuisse ; chez un troisième le fémur se nécrosa, la diarrhée survint et l'emporta.

Toutes ces fractures ont été traitées par le bandage dextriné appliqué sitôt l'entrée des malades, et pourtant on a dit et répété que c'était une pratique dangereuse que cet emploi des appareils inamovibles. M. Velpeau ne craint pas de dire que c'est par suite d'idées fausses sur les fractures récentes et sur le gonflement qui les accompagne, qu'on a été conduit à admettre du danger dans l'usage de ces appareils.

Le gonflement qui suit une fracture récente ne passe jamais à la suppuration, a moins qu'il ne devienne inflammatoire ; mais il ne l'est pas quand il se produit, et ne le devient jamais avant trois, quatre, cinq ou six jours. Ce gonflement, selon M. Velpeau, reconnaît pour cause l'infiltration dans les tissus du sang ou du sérum ; et les meilleurs moyens de le faire cesser, tant qu'il n'est pas passé à l'état inflammatoire, sont l'immobilité et une compression modérée. Quel appareil peut mieux remplir ces deux conditions que le bandage dextriné ? Il est manifeste, d'ailleurs, que le but qu'atteint ce bandage est celui dont les chirurgiens se préoccupent quand ils se servent d'attelles, de gouttières, etc. Si l'on repousse cet appareil, c'est qu'il reste souvent la crainte puérile de ne pas voir ce qui se passe, et de ne pouvoir porter remède aux abcès ou aux eschares ; mais il est facile de se convaincre que ces frayeurs sont illusoires si le bandage est bien appliqué. Eh ne peut-on trouver des abcès et des eschares sous les appareils ordinaires ? M. Velpeau n'hésite pas à avancer que les accidens de ce genre sont aussi nombreux avec les appareils ordinaires qu'avec ceux-là.

Est-ce parce qu'on ne lève pas le bandage ? Mais le bandage de Scultet ne se lève pas non plus. Que le chirurgien interroge le pouls du malade, qu'il examine le membre supérieurement et inférieurement ; qu'il s'informe s'il y a de la douleur, de la cuisson de la démangeaison, etc., tous ces renseignemens lui feront connaître l'état de la jambe, et puis, si une plaie existe, si un abcès, une escharre est à redouter, qui empêche de laisser une fenêtre au bandage. On pourra surveiller alors.

Et quels immenses avantages ces appareils ne présentent-ils pas dans mille circonstances. Les malades sont libres de se lever et de se promener même le lendemain. Qu'on applique l'appareil ordinaire sur un enfant, sur un homme irritable, sur un sujet en delire, pense-t-on qu'il sera bien efficace et que ces malades se garderont de faire des mouvemens.

On peut conclure de tout ceci, que toutes les fois qu'on aura à traiter une fracture de la jambe dépourvue de plaie communiquant avec la fracture, ou d'inflammation imminente, le bandage inamovible conviendra on ne peut mieux, et que dans le cas de complication de plaies, en laissant une ou deux fenêtres, ce sera encore un très bon appareil.

Il est bon d'ajouter que, dans le cas de fracture du péroné dans les deux tiers supérieurs ou dans le corps des malléoles, il est à peine besoin d'appareil ; dans le tiers inférieur que l'appareil inamovible, disposé pour empêcher le renversement du pied en dehors, pendant vingt ou trente jours, est parfaitement suffisant. M. Velpeau fait observer, en terminant l'histoire des fractures, qu'il n'y a de cal provisoire que dans certains cas particuliers, à savoir : quand il n'y a qu'un seul os, ou que l'immobilité n'a pas été conservée ; il avance que le cal provisoire est un accident, une complication des fractures, complication qui n'arrive jamais quand les os sont bout à bout et immobiles, ce qui a lieu quand il y a deux os dans le membre ; il en donne pour preuve l'extrémité du radius et le tibia où les fractures sont très fréquentes, et où il n'arrive presque jamais qu'on parvienne à sentir le cal provisoire, ce qui ne pourrait manquer d'arriver s'il existait, puisque les os sont sous-cutanés.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service, et éphémérides de l'année 1841.

(Suite du numéro précédent.)

AVRIL.

Du 1er au 10 le temps fut détestable ; au soleil de mars, qui avait lui d'une manière inaccoutumée, à plusieurs jours d'une chaleur considérable, succédèrent un temps couvert, froid et humide, des giboulées et un vent d'est glacial. Sous cette influence, les affections catarrhales redoublèrent ; nous

observâmes en même temps plusieurs pneumonies graves ; trois succombèrent pendant cette décade ; deux, à la vérité, étaient compliquées de graves maladies du cœur chez des individus âgés d'environ 60 ans ; la troisième était survenue chez une jeune femme atteinte de péricardite, qui avait été prise, il faut bien le dire, pour une lésion organique de l'estomac, parce que sans doute la malade en avait le faciès, qu'elle vomissait sans cesse, et qu'on sentait distinctement une tumeur dans la région épigastrique. Il est donc encore vrai que la péricardite, comme le disait Laënnec, reste souvent ignorée des médecins, et qu'elle se voile de divers symptômes propres à d'autres maladies. A l'exception des trois cas dont nous venons de parler, et qui offraient les conditions les plus défavorables, la méthode thérapeutique combinée de la saignée et du tartre stibié à haute dose, obtint un grand succès. Le suivant est remarquable ; il a été observé en ville par M. Bricheteau sur un malade d'environ quarante ans, affecté d'une pneumonie grave du côté gauche et auquel on avait déjà pratiqué trois saignées copieuses dans les trois premiers jours de la maladie.

Le quatrième jour, le médecin ne trouvant pas que la résolution fît des progrès suffisans, avait administré 30 centigr. de tartre stibié dans une potion de 150 grammes à prendre par cuillerées toutes les deux heures. Cette potion fut parfaitement tolérée dès la première cueillerée et eut d'ailleurs un heureux résultat. Lorsque M. Bricheteau vit le malade, il allait mieux ; le pouls avait 100 pulsations à la minute ; la pneumonie était en voie de résolution ; on donna une seconde potion. Mais le sixième jour au matin, à la suite d'un moment de colère à laquelle le malade s'était imprudemment livré, la respiration devint plus difficile, le pouls monta à 115 pulsations, et l'inflammation, qui s'était bornée à la partie inférieure du poumon, envahit la partie supérieure. Quoique plusieurs pustules se fussent développées sur le voile du palais et rendissent la déglutition difficile, on prescrivit néanmoins une nouvelle potion avec 50 centigrammes d'émétique qu'on eut la précaution de faire ingérer avec un biberon, afin que la solution stibiée ne fût pas en contact avec les parois de la bouche et la langue. Cette nouvelle potion fut assez bien tolérée. Le lendemain le pouls était retombé à 100 pulsations ; la respiration avait perdu de sa fréquence ; le souffle avait cessé, et on entendait du râle crépitant dans plusieurs points du poumon malade ; la nuit avait été calme ; la figure avait repris un peu de son expression naturelle, il y avait eu même un petit mouvement de sueur. Une nouvelle potion fut encore administrée sans augmenter l'irritation de la gorge, et bientôt le malade entra en convalescence.

Ce fait peut servir à prouver que les pustules *stibiées* n'ont pas tout le danger qu'on leur attribue, qu'elles ne se multiplient pas en raison des doses de l'émétique, et que leur présence ne doit pas intimider le praticien en vue d'un danger imminent. On observe souvent des pustules semblables dans la bouche, sur la langue et au voile du palais ; elles disparaissent ordinairement avec rapidité quand on suspend la potion stibiée, ce qu'on ne crut pas devoir faire ici à cause du danger que courait le malade. L'évènement a prouvé qu'on avait été bien inspiré. L'emploi du biberon doit être noté comme une précaution utile.

La méthode combinée, qui consiste à donner l'émétique immédiatement après la saignée dans la pneumonie, est un des plus puissans leviers de la thérapeutique, M Bricheteau, à l'aide de cette méthode, a obtenu des succès inespérés dans plusieurs cas graves ; leur nombre, assez considérable, a mis à même de faire de nouvelles remarques sur l'action du tartre stibié.

Généralement les malades sont immédiatement soulagés, et le disent avec une sorte de contentement ; ils sont d'ailleurs presque toujours très affaissés ; le pouls perd de sa force et surtout de sa fréquence. Une sueur abondante et des évacuations nombreuses plongent, vers la fin, le malade dans une stupeur et un anéantissement qui le portent souvent à refuser le médicament, quoiqu'il en soit très soulagé. La tolérance complète dès le premier jour ne s'observe que chez un petit nombre, mais plus souvent le deuxième et le troisième jour. Nous avons quelquefois observé dans l'arrière-bouche, des pustules dès le second jour. On a vu. dans l'observation rapportée plus haut, quel moyen on avait employé pour arrêter le développement des pustules ; il doit être recommandé aux praticiens, qui ne doivent pas d'ailleurs se laisser intimider par les pustules ; au surplus, quel que soit leur nombre, elles disparaissent rapidement aussitôt qu'on cesse l'administration de l'émétique. Cet accident ne doit donc pas, dans la majorité des cas, inspirer de crainte au médecin, et l'empêcher de recourir à l'une des plus puissantes médications qu'il ait à sa disposition dans la pneumonie.

Pendant le mois de mars, on fit de nouveaux essais sur l'action de la strychnine et la brucine dans deux cas de paraplégie, chez de jeunes sujets qui n'offraient aucun autre accident que la paralysie des membres inférieurs ; les essais ont été sans résultat quoiqu'on ait poussé assez haut la dose des deux médicamens (12 à 15 centigrammes), et qu'on ne se soit arrêté que devant les effets toxiques très intenses. Les malades n'en ont retiré aucun avantage. Les secousses produites par l'un ou l'autre de ces alcalis duraient quelquefois jusqu'à quatre ou cinq heures sans que les membres paralysés en fussent fortifiés. Nous continuons les expériences, dans le service, sur la brucine : Serrurier qui avait une paralysie des extenseurs des doigts, en a retiré de bons effets.

— Le 26, le temps changea et devint très chaud ; le 27, le thermomètre s'éleva à 22° ; le 28, à 26 et demi ; le 29, à 27. Le temps était lourd, l'atmosphère électrique ; des coups de tonnerre succédèrent à la chaleur qui était excessive. Deux phthisiques qui semblaient devoir encore vivre assez longtemps succombèrent inopinément ; une jeune fille de dix-sept ans, qui était asthmatique, eut un violent accès de son mal le 28 au soir ; une malade atteinte de grippe, éprouva les accidens nerveux les plus alarmans ; un vieillard de soixante-quinze ans, paralytique depuis quinze ans, mais paraissant d'ailleurs avoir beaucoup de résistance, fut comme frappé de sidération pendant l'orage du 28, et tomba dans un anéantissement dans lequel il s'éteignit le lendemain, sans aucun autre symptôme qu'une faiblesse extrême.

MAI.

Du 1er au 10 mai, chaleur continue ; le thermomètre marque, le jour, de 25 à 27 degrés ; mais la nuit et le matin, il descend rapidement à 14 et 15 ; aussi les salles sont-elles promptement dégarnies, comme en plein été. On observe quelques exanthèmes (rougeoles, scarlatines), quatre érysipèles, etc. Deux marquèrent la solution heureuse, l'une d'une pneumonie traitée par le tartre stibié à haute dose, l'autre d'une fièvre typhoïde chez une jeune malade de vingt ans, de la Creuse. L'heureuse influence d'une chaleur prématurée se fit sentir chez plusieurs malades ; les phthisiques éprouvaient un soulagement notable, les grippes d'hiver finirent, les affections rhumatismales se calmèrent, etc. Cette chaleur semblait aussi augmenter l'action des médicamens ; car deux paraplégiques qui faisaient usage de la brucine en éprouvèrent de fortes secousses, l'un à six centigrammes et l'autre à dix. Un maçon de Vaugirard, âgé de cinquante-six ans, qu'on disait malade depuis quinze jours, et qui ne pouvait rendre compte de son état, avait éprouvé dans le principe une forte douleur à l'épaule gauche, sans tumeur, chaleur ni gonflement ; la pression était douloureuse et les mouvemens impossibles. Au moment de son entrée à l'hôpital (le 8), la fièvre était intense, l'abattement considérable. Une saignée avait déjà été faite en ville, et on fit encore appliquer, le jour de l'entrée, trente sangsues sur l'épaule affectée. Dès la nuit suivante le délire s'empara du malade. Ne pouvant rendre raison de ce délire par la lésion de l'épaule, qu'on supposait rhumatismale, il vint à la pensée que cet homme, qui passait pour ivrogne, était affecté du *delirium tremens*. On lui prescrivit, en conséquence, deux grammes de laudanum dans une potion à prendre par cuillerée ; on fit appliquer en outre des cataplasmes fortement opiacés sur l'épaule malade. Le cinquième jour de l'admission à l'hôpital, l'auscultation, pratiquée avec la plus grande peine chez le malade, fit découvrir un souffle notable dans le poumon gauche et en arrière. Ce fut, en apparence, un trait de lumière, et on crut pouvoir expliquer des-lors la gravité des symptômes par l'existence d'une pneumonie. D'après cette nouvelle indication, on donna une forte dose de tartre stibié, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche de la poitrine. Le malade mourut dans la nuit du 6 au 7, et l'on verra par l'ouverture du corps que la seconde supposition n'était pas plus rigoureusement exacte que la première, tant notre art est encombré de difficultés, tant le diagnostic est encore difficile dans certains cas.

A l'autopsie, on ne trouva qu'un faible engouement pneumonique dans les deux poumons, des traces de pleurésie à la partie inférieure du côté gauche. L'articulation scapulo-humérale fut à peine ouverte, qu'il s'en écoula des flots de pus ; le pus avait d'ailleurs fusé derrière l'omoplate, entre les muscles du dos et même entre les attaches supérieures des muscles du bras. La surface interne de l'articulation était garnie d'un rouge livide ; mais les parties osseuses n'avaient subi aucune altération. Les veines n'étaient pas malades.

Du 10 au 20, temps très variable. Le thermomètre est, le matin, à 5 ou 6 degrés ; le ciel est couvert, nuageux, et après midi clair et serein, avec une grande augmentation de chaleur ; un vent d'est très froid souffle par intervalles, surtout le 13. Aussi les toux redoublèrent ; on eut à traiter plusieurs pneumonies et plusieurs fièvres typhoïdes assez graves. Du 20 au 30, pendant les cinq premiers jours, et jusqu'à la fin de la lune dite *rousse*, les matinées furent froides et pluvieuses ; le thermomètre se tient constamment de 8 à 10 degrés.

Pendant les nuits qui sont très froides, il y a toujours des pneumonies qu'on combat avec succès par la saignée et le tartre stibié réunis. Cette méthode eut surtout un succès remarquable chez une femme âgée d'environ 40 ans, qui avait été saignée deux fois, ce qui n'avait pas empêché le poumon gauche de s'hépatiser presque entièrement. La respiration était précipitée, tubaire, sans râle ; le pouls misérable, irrégulier, d'une fréquence extrême. Ce n'est pas exagérer que de dire que deux doses de tartre stibié (l'une de 60, et l'autre de 75 centigr.) sauvèrent la vie à cette malade que nous avions cru perdue. En cinq jours les symptômes alarmans disparurent, et la malade entra en convalescence.

Le nombre des affections typhoïdes augmenta pendant cette *décade*. Le 22, un ouvrier, âgé de 41 ans, succomba à cette maladie à la fin de la troisième semaine. Cet homme, qui avait eu des chagrins, des revers de fortune, et souffert de la misère, présenta un cortége formidable de symptômes cérébraux, qui annonçait une complication de méningite. Nous observâmes en effet, chez ce malade, qui avait d'ailleurs dépassé l'âge le plus exposé à la fièvre typhoïde, du délire, de la somnolence, de l'assoupissement, une profonde adynamie ; la tête était renversée en arrière, et la région cervicale dans un opisthotonos presque permanent. A l'ouverture du corps, nous trouvâmes effectivement les lésions propres à la dothinentérie ; mais, en outre, des traces de méningite à la convexité du cerveau, et un léger épanchement à la base du crâne et dans le canal rachidien. Nous nous étions borné chez ce malade, déjà affecté depuis quinze jours lors de son entrée, à l'emploi des dérivatifs, des antispasmodiques associés aux toniques.

Les plus beaux succès en médecine sont souvent compromis et tout à fait annullés par des complications survenues dans la convalescence ; en voici un triste exemple, qui offre en même temps un cas rare de maladie de la glotte.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'influence de la longueur du cordon ombilical sur les mouvemens actifs du fœtus.

Dans une observation recueillie dans tous ses détails, adressée à la *Gazette médicale* et publiée dans le numéro du 14 août 1842, j'ai eu occasion de considérer le mode de nutrition du fœtus et de conclure que l'eau de l'amnios n'était pas sans jouer un rôle plus important que celui qui lui était accordé généralement.

J'ai vu avec plaisir dans le numéro du 30 juillet de la *Gazette médicale* des faits publiés par M. Villeneuve, professeur à l'école préparatoire de Marseille sur l'indépendance de la vie du fœtus d'avec celle de la mère (1). La circulation du sang dans ces cas eut été insuffisante, si elle avait dû fournir à elle seule les moyens de nutrition.

Les réflexions qui m'ont été suggérées par mon observation ont été celles-ci :

1° Le sang agit-il seulement comme unique moyen de nutrition, ne fait-il que concourir à cet acte, soit en qualité d'excitateur des organes, entretenant ainsi un mode de vie indispensable au fœtus, ou bien est-il unique aliment de la vie et suffit-il à tous les besoins ? Le fait que j'ai observé a détruit complétement cette dernière supposition.

2° Les moyens de nutrition ne peuvent-ils pas être recherchés dans le milieu au sein duquel se passe la vie intra-utérine ? Quelques auteurs l'ont pensé, et d'après M. Velpeau, c'était l'opinion de Littre, Vanderviel, etct.

Mais je le sais, on oppose à cette opinion des objections qui paraissent bien propres à les réfuter victorieusement ; en effet, ces auteurs pensaient que l'eau était avalée, puis digérée, et donnait ainsi lieu à l'existence du méconium.

On a donc cru qu'il suffisait de démontrer l'occlusion d'une partie du canal alimentaire, pour être en droit de conclure que le méconium qui se trouvait au-dessous de cette occlusion, datait d'une époque assez reculée pour que l'on pût nier qu'il y ait eu primitivement digestion ; car si l'occlusion est récente, rien n'empêche d'admettre que durant une grande partie de la vie intra-utérine, cet obstacle n'existant pas, la fonction a dû s'exercer dans toute son intégrité.

Cette occlusion ne serait-elle pas elle-même une preuve que ces parties ont été le siége d'une affection qu'il serait difficile de comprendre, si l'on rejetait l'idée d'une fonction établie et par suite troublée par une affection causée peut-être par le contact de la substance destinée à l'alimenter ? Je n'entends parler ici que de l'occlusion de l'œsophage et de la première partie du tube alimentaire, seule elle me paraît mériter la réfutation.

Je dois demander pardon aux hommes instruits qui me liront, d'émettre un avis contraire aux idées reçues en fait de choses si subtiles et où le champ de l'hypothèse est le seul qui soit ouvert Je ne fais aussi qu'exprimer les impressions que les faits de mon expérience ont pu me suggérer, prête à désavouer ces impressions aussitôt que j'aurai pu reconnaître qu'elles sont peu fondées.

L'existence du méconium, des corps étrangers retrouvés dans l'estomac, le développement du fœtus malgré l'absence du cordon ombilical, la coïncidence d'une grande quantité d'enduit sébacé avec la faiblesse du fœtus, l'exfoliation de la peau quelques jours après la naissance, la macération et le froncement de cette peau du fœtus mort seulement depuis quelques jours avant l'expulsion, sont une série de faits qui, réunis, m'ont conduite à me faire de la nutrition du fœtus l'idée suivante :

L'eau de l'amnios concourt seule à donner les substances alimentaires.

Le fait de l'assimilation a lieu par les membranes muqueuses et cutanées.

De là deux résidus : pour le premier, le méconium ; pour le second l'enduit sébacé.

Plus la fonction est régulière, plus l'assimilation est complète, moins le résidu est considérable.

Cette théorie permet d'admettre toutes les bizarreries qui ont été signalées à l'article *Cordon ombilical* de M. Velpeau dans son *Traité d'embryologie*, sans être obligé, comme le fait cet auteur, de rejeter comme douteux ou mal observés, les faits que la science possède jusqu'à présent.

Il peut arriver certainement que l'intro-version vésicale cache les rudimens d'un cordon très court, mais quand cette monstruosité n'existe pas, peut-on admettre que la non-existence de l'ombilic ou son occlusion soient le résultat d'une cicatrice ? Pour se cicatriser un tissu doit vivre ; pour vivre il faut des élémens de nutrition ; or, pour les auteurs qui cherchent à expliquer par des cicatrices ces absences, il faut se rappeler que le sang est le seul élément qui a dû cesser d'arriver avant que le travail réparateur ait pu s'opérer.

Il suffit, je crois, d'avoir énuméré ces raisons pour faire comprendre que le sang ne rend pas compte de la nutrition.

Quelle sera son influence ? c'est ce que je cherche à démontrer. Je pense que lorsque j'aurai prouvé que l'excitation est due à l'abord du sang, que le trouble de cette fonction détermine des altérations de la sensibilité du fœtus, tout sera ramené à des termes plus simples qui permettront de conclure.

La longueur du cordon ombilical est variable, tantôt court, tantôt d'une longueur démesurée, les phénomènes de sensibilité en sont la suite (j'entends parler des mouvemens actifs) Trois ou quatre fois dans un espace de dix-huit mois, j'ai été appelé auprès de dames enceintes pour tâcher de modérer les mouvemens du fœtus, fatigans au point d'amener la syncope.

J'ai mis en usage tous les anti-spasmodiques, la saignée, les bains, le repos, rien ne ramenait le calme ; je remarquai à la naissance de l'enfant que le cordon ombilical avait toujours huit à dix centimètres de plus que le fœtus.

Le dernier fait que j'ai eu à observer m'a paru assez intéressant pour le rappeler ici.

Madame R..., âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament nerveux et délicat, accouchée une première fois de deux jumelles bien portantes, enceinte pour la seconde fois, sentit des mouvemens très prononcés dès le cinquième mois de la gestation.

Ces mouvemens ne cessèrent d'augmenter durant les mois suivans de la grossesse, ils devinrent violens au point de troubler le sommeil et de le rendre impossible ; par dessus les vêtemens on pouvait apprécier leur intensité. Arrivée au neuvième mois, cette dame fut atteinte de la petite vérole. Durant la fièvre qui précéda l'éruption, l'expulsion du fœtus eut lieu à la suite d'une saignée assez abondante.

Je fus appelée pour lui donner les soins réclamés par cet accouchement un peu prématuré. L'enfant, du sexe féminin, était très grêle, d'une longueur de 42 centimètres, d'un poids de 1 k. 50, et était couvert d'un enduit sébacé très considérable.

Le cordon ombilical avait 55 centimètres de longueur, et présentait, chose qui se rencontre presque toujours avec la dimension exagérée, des étranglemens assez notables pour gêner, mais non arrêter la circulation.

J'avais suivi cette grossesse avec le plus grand soin et je m'étais souvent demandé à quoi attribuer cette exagération de mouvemens ? J'avais en vain employé la saignée, les bains, les anti-spasmodiques, le repos, l'activité ; rien n'ayant réussi à procurer un calme même passager, j'eus la pensée que le fœtus avait des convulsions.

Cet enfant, qui n'était pas à terme, a vécu dix jours et n'a donné pendant ce temps aucun indice de convulsions.

J'ai donc lieu de croire que la longueur seule du cordon ombilical est

(1) Nous avons analysé ce mémoire dans le supplément destiné au compte-rendu des journaux ; numéro du 18 août 1842.

cause de cet accident. J'espère que les recherches que je ne cesserai de faire ne laisseront plus de doute à cet égard.

P. Buisson-Danthey.
Maîtresse sage-femme, lauréat de 1839, membre de la Société d'accouchement sous le patronage de la reine, etc.

Du degré de confiance que méritent les procès-verbaux rédigés par M. Gérardin.

L'échec que le conseil d'administration et le bureau de l'Académie de médecine ont éprouvé dans la séance du 30 août dernier a été si rude, qu'en rédigeant son procès-verbal, M. le secrétaire annuel a jugé prudent de le passer entièrement sous silence et de dire tout simplement : « M. Chervin termine la lecture de son rapport sur les mémoires de M. Ruiz... » omettant de rappeler que je n'obtins la parole pour cette lecture qu'à la suite d'une discussion à laquelle huit académiciens prirent part.

Or, comme cette discussion avait pour objet une question de principe, elle méritait particulièrement d'être mentionnée. Il s'agissait de savoir si le conseil d'administration de l'Académie a le droit d'empêcher de sa propre autorité qu'un rapport fait à ce corps savant, au nom d'une commission, suive son cours, et il est clair comme le jour qu'il ne possède point un pareil droit, qui serait exorbitant. Mais M. Gérardin s'est bien gardé de reproduire une discussion par suite de laquelle j'obtins la parole malgré tous les efforts du bureau, et, qui plus est, malgré la décision du conseil. Et voilà ce que valent les procès-verbaux rédigés par M. Gérardin!!!

Embarrassé par l'accusation d'inexactitude portée contre lui, M. le secrétaire annuel n'a point cherché à se justifier sur ce point, mais il a nié avoir dit, ainsi que je l'ai publié, que le conseil d'administration ayant trouvé mon rapport trop long, il avait décidé que la lecture n'en serait point achevée. J'ai soutenu avec force l'exactitude de ce que j'ai avancé. M. Gérardin a dit alors avec une espèce d'embarras que vu l'étendue du rapport de M. Chervin, le conseil avait dû prendre des mesures pour ne pas retarder les travaux de l'Académie. A ces mots, M. Rochoux, M. Londe et quelques autres membres se sont écriés : « Mais vous avouez le fait... Vous convenez vous-même de ce que vous venez de nier... »

M. Gérardin a ajouté que le conseil d'administration n'est pour rien dans cette affaire, que c'est lui seul qui a réglé l'ordre du jour du mardi 30 août, et qu'il l'a réglé sur celui de la séance précédente, où le nom de M. Chervin ne se trouve point. Mais je demanderai à M. le secrétaire annuel pourquoi mon nom ne se trouve point sur l'ordre du jour du 23 août? il devait y être, car rien n'était certainement plus à mettre à l'ordre du jour qu'un rapport sur un mémoire que j'avais entre les mains depuis plus de 3 ans, pour lequel j'étais inscrit depuis un an et dont la lecture avait été commencée le 26 juillet précédent. Dira-t-on que c'est par oubli? mais en ce cas, pourquoi n'a-t-on pas fait droit à ma réclamation, lorsque cet oubli a été signalé? pourquoi M. le président et M. le secrétaire se sont-ils opposés avec force à ce que je fusse entendu? pourquoi a-t-il fallu que nos honorables collègues MM. Londe, Rochoux et Desportes prissent la parole pour que justice me fût rendue?

M. Gérardin a dit qu'il assume sur lui toute la responsabilité de la suppression de mon nom sur l'ordre du jour, et que le conseil d'administration de l'Académie y est complétement étranger. Ce trait de générosité et de dévouement de M. le secrétaire annuel, fait, ce me semble, assez connaître de quelle main est parti le coup qui devait me frapper.

Enfin, quant aux dénégations que cet honorable membre du bureau n'a pas craint de proférer en pleine Académie, nous savons à quoi nous en tenir, nous sommes en droit de ne pas les prendre au sérieux et de leur donner le nom qu'elles méritent; elles ne m'ont, du reste, nullement étonné.

Chervin, D.-M. P.

Paris, le 7 septembre 1842.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur l'opération du strabisme; par le Dr Lucien Boyer. Un vol. in-8°, de 300 pages ; avec dix planches. — Au Bureau de la *Gazette des hôpitaux.*

Dans le premier chapitre, l'auteur fait une revue rapide des principales causes auxquelles on a cru pouvoir rapporter le strabisme. Ce sont d'abord la brièveté congéniale d'un muscle relativement à son antagoniste; la contraction musculaire prolongée, déterminée par une position vicieuse de l'enfant dans son berceau, et un surcroît d'activité nerveuse qui peut faire se contracter un muscle avec tant de force et d'une manière si continue, que l'antagoniste ne puisse lui résister. C'est là proprement le strabisme auquel on pourrait donner le nom de *spasmodique.*

Ces trois variétés de strabisme sont accessibles aux moyens chirurgicaux.

Les chapitres 2 et 3 sont consacrés à l'anatomie chirurgicale chez l'homme et les animaux, et à la physiologie des muscles de l'œil.

De nombreuses expériences ont conduit M. Boyer à ce résultat, que les muscles obliques ne font exécuter à l'œil qu'un mouvement de rotation suivant un axe antéro-postérieur, mouvement qui se constate très facilement chez les animaux à pupille transversale.

M. Boyer démontre que lorsque dans certains strabismes convergens la déviation persiste après la section du muscle droit interne, c'est aux faisceaux les plus internes des muscles droits supérieur et inférieur que l'on doit l'attribuer.

L'auteur passe ensuite à l'historique et à la description de l'opération ; et enfin vient la troisième et dernière partie, dans laquelle M. Boyer expose les effets et les suites de l'opération. Le redressement de l'œil dévié, une amélioration presque constante dans la vision, tels sont les deux résultats les plus importans que l'on constate, selon lui, après l'opération du strabisme. D'hémorrhagies, à proprement parler, l'auteur n'en a jamais vu survenir. Quant aux suites de l'opération, bien que le plus souvent l'on n'ait rien à redouter, il faudrait se garder de croire qu'il ne puisse arriver aucun accident, mais ils sont extrêmement rares et ne surviennent que provoqués par des imprudences réitérées.

Comment se réunit le muscle coupé avec le globe oculaire? Jamais les deux extrémités ne se réunissent, soit médiatement, soit immédiatement. Ainsi, les récidives, par ce mécanisme, sont de toute impossibilité, lorsque l'opération a été complètement faite. C'est par un tissu fibreux de nouvelle formation, et M. Boyer s'en est convaincu par de nombreuses expériences, que l'extrémité du muscle coupé vient se réunir au globe oculaire. Le rétablissement des mouvemens de l'œil indique la soudure du muscle; cependant ces mouvemens restent presque toujours un peu limités. La rapidité avec laquelle se forment les nouvelles adhérences est vraiment surprenante. Chez les moutons, 36 heures suffisent pour que ces adhérences se soient formées. Ceci porterait à croire que dans les cas où l'on a cru observer une récidive, ce n'était pas en effet une récidive que l'on observait, mais une section incomplète des fibres musculaires, à la suite de laquelle le muscle se soudait au globe de l'œil fort près de l'endroit où il s'attachait avant l'opération.

Le strabisme opposé consécutif est-il ou non plus à craindre que la récidive? Dans le cas où il survient est-il plus fréquent de le voir survenir immédiatement que quelque temps après l'opération? Le strabisme convergent consécutif est-il ou non plus fréquent que le divergent consécutif? Quels sont les cas où la section d'un seul muscle suffit, ceux où la section de plusieurs est nécessaire, ceux dans lesquels on doit opérer les deux yeux, et selon quelles règles doit-on la pratiquer? Toutes ces questions sont pour M. Boyer le sujet d'une discussion complète et précise.

Des considérations pratiques sur les opérations secondaires, sur une entre autres, fondée sur une théorie ingénieuse, et que l'auteur a proposée le premier pour remédier aux divergences ou convergences consécutives, et sur les inconvéniens que peut avoir l'opération du strabisme, terminent l'ouvrage, que M. Boyer fait suivre du récit détaillé de ses 100 premières opérations, et d'une quarantaine d'expériences faites sur les animaux vivans.

Enfin, sous le titre d'aperçu général, vient un dernier chapitre qui présente en quelques pages les points les plus saillans et les plus importans du mémoire.

Le livre de M. Boyer est un travail consciencieux, et un des plus complets qui aient encore été faits sur le sujet qui nous occupe. C'est un livre qui devra nécessairement être consulté par tout chirurgien qui, avant de pratiquer l'opération du strabisme, voudra s'éclairer de tout ce qui a été fait sous ce rapport.

F....t, D.-M. P.

Chronique et Nouvelles.

On écrit de Bordeaux :

Un triste événement est venu interrompre, le 4 de ce mois, la fête donnée sur le territoire de Grandignac près de Bordeaux par la Société agricole. Au moment de se mettre à table, un des médecins les plus habiles et les plus justement estimés de Bordeaux, le docteur Moulinié, se sentit suffoquer; ses nombreux amis s'empressèrent autour de lui et le conduisirent sur le seuil de la porte pour qu'il pût respirer plus à l'aise. Une profonde altération se manifesta dans tous ses traits, et alors l'infortuné docteur, hors d'état de prononcer une parole, n'eut que le temps de porter la main à sa poche, et d'en sortir sa trousse, qu'il jeta sur la table.

Un de ses confrères présent à cette scène s'en empara avec empressement, lui ouvrit la veine, mais sans succès; après un premier jet insignifiant, le sang s'arrêta aussitôt. Le docteur Moulinié avait cessé de vivre. Il était âgé de 55 ans.

M. Moulinié était un des chirurgiens de province le plus justement en réputation. Chirurgien en chef de l'hôpital St-André de Bordeaux, il avait profité de cette utile position pour agrandir autant qu'il était en lui le cercle des connaissances médicales. Doué d'une activité d'esprit prodigieuse, il ne bornait pas ses occupations à celles des chirurgiens praticiens, mais il employait encore les rares loisirs que lui laissait la pratique à publier les résultats de ses observations et de ses travaux. Les journaux de médecine de Bordeaux lui doivent plusieurs mémoires intéressans. Il y a peu d'années, il avait commencé la publication d'une Clinique chirurgicale dont le premier volume seul a paru, renfermant les maladies de l'appareil génito-urinaire. Tout récemment il venait de publier un ouvrage original et curieux à plus d'un titre, intitulé : *Du bonheur en chirurgie.*

Cette perte sera vivement sentie par le corps médical dont M. Moulinié était un membre distingué, et surtout par la population bordelaise à laquelle il avait rendu d'éminens services.

— Le deuxième volume de la Clinique chirurgicale, par *M. Lisfranc*, vient de paraître. Ce volume comprend les maladies du sein, et une grande partie des maladies des voies génitales de la femme. Il sera lu avec un grand intérêt par les praticiens.

Nous en publierons prochainement l'analyse

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 SEPTEMBRE 1842. 15e ANNÉE. N° 109, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française;

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Nous avons déjà signalé dans notre revue des maladies régnantes, l'existence d'un assez grand nombre de fièvres éruptives. En attendant que nous jetions un coup-d'œil général sur ces maladies, nous allons rapporter quelques-uns des faits que nous avons recueillis dans le service de M. Monneret, à la Charité, en les accompagnant des réflexions auxquelles ils ont servi de texte.

1° *Scarlatines.*

Première observation. *Scarlatine. Angine diphthéritique. Symptômes typhoïdes.* — Un jeune garçon, âgé de quinze ans, maçon, habitant Paris depuis six mois, mal nourri, sujet à tousser de temps à autre, mais à cela près habituellement bien portant, est entré à l'hôpital le 31 août, ayant cessé tout travail depuis quinze jours et alité depuis six jours. Il a éprouvé entre autres symptômes plusieurs épistaxis et de la diarrhée.

Le 31 août, jour de son entrée à l'hôpital, où il est couché au n° 3 de la salle Saint-Louis, il offrait l'état suivant : état de stupeur, coloration rouge uniforme de toute la peau, rougeur piquetée plus prononcée aux membres inférieurs ; pas de céphalalgie ; sens intacts à un peu de stupeur près ; 108 pulsations ; pouls fort, développé et régulier ; 36 inspirations. Rien dans le cœur ; quelques râles sibilans dans la poitrine ; langue sèche, rouge, fuliginosités sur les dents et sur les lèvres. Ventre tendu, un peu de gargouillement à droite sur la fosse iliaque ; point de vomissement, selles fréquentes mais volontaires. Le malade accusait en outre de la douleur dans l'arrière gorge. A l'examen on reconnut de la rougeur et du gonflement à l'isthme du gosier, lequel était recouvert de plaques diphthéritiques ; les ganglions sous-maxillaires étaient un peu engorgés, la déglutition était d'ailleurs facile.

D'après l'ensemble de ces phénomènes il était aisé de reconnaître une éruption scarlatineuse compliquée d'inflammation diphthéritique de l'arrière-gorge et de symptômes typhoïdes. On prescrivit immédiatement une saignée de trois palettes et la diète. Cette saignée ne fut point prescrite en vue de l'éruption scarlatineuse, mais dans le but de combattre les phénomènes qui compliquaient cette éruption et d'amender l'état général du malade.

Le lendemain 1er septembre, les symptômes typhoïdes persistèrent. Expression de stupeur, bourdonnement d'oreilles sans céphalalgie, abattement général. A l'éruption scarlatineuse s'était jointe une éruption miliaire fine, très confluente surtout sur le tronc, aux environs des aisselles et des cuisses ; on remarquait en outre des bulles abondantes sous les aisselles ; rougeur pointillée vive vers les pubis. Jusques là il n'y a rien d'insolite, rien qu'on ne voie journellement dans la scarlatine. L'éruption bulleuse est même considérée par beaucoup de médecins comme un signe caractéristique des plus importans et d'après lequel on peut à coup sûr, en l'absence même d'autres signes, diagnostiquer une scarlatine.

M. Monneret rapporte à ce sujet plusieurs exemples de cas dans lesquels la seule présence d'une éruption miliaire et bulleuse sous les aisselles a pu faire reconnaître une scarlatine, alors que l'éruption scarlatineuse n'était pas encore développée ou qu'elle était déjà dissipée.

En même temps il s'était développé une éruption pétéchiale sur la partie supérieure du thorax et vers les aisselles, résultant évidemment de l'extravasation du sang à la surface du derme. Le pouls avait acquis plus de fréquence ; il battait 116 ; même râle sibilant, un peu bronchique ; langue et lèvres sèches, encroûtées ; ventre météorisé : persistance du gargouillement ; cessation de la diarrhée ; soif vive, point de nausées. L'état de la gorge était sensiblement empiré ; les plaques diphthéritiques s'étaient étendues à tout le voile du palais. Boissons émollientes ; eau de Sedlitz, un verre ; diète.)

Le 2 septembre, même état de stupeur, auquel s'est joint un peu de céphalalgie. L'exanthème scarlatineux a disparu ; la peau est encore un peu animée ; il y a une sorte d'état érectile du système vasculaire ; les bulles sont, ainsi que l'éruption scarlatineuse, à l'état de desquammation commençante, mais la miliaire persiste.

La respiration est meilleure ; elle est pure en arrière comme en avant ; il y a seulement un peu de rudesse, mais point de râle proprement dit. La langue et les lèvres sont dans le même état. Les plaques diphthéritiques de l'arrière-gorge commencent à se dessécher; il ne s'en est point développé de nouvelles. Ventre un peu météorisé ; gargouillement ; quatre selles. On continue l'eau de Sedlitz.

Le 3, desquammation ; opacité des vésicules miliaires ; facies meilleur ; fréquence du pouls diminuée (96) ; il est régulier, un peu fort, vibrant et redoublé. Les amygdales sont un peu tuméfiées ; la langue continue à être sèche ; même état du ventre.

Le 4, la stupeur est diminuée; la langue s'humecte. Il existe encore un peu de rougeur à l'isthme du gosier, mais plus de plaques ; ventre indolent.

Les 5 et 6, même état.

Le 7, le malade est dans un état très satisfaisant. La peau est en pleine desquammation ; les doigts se sont entièrement dépouillés de leur épiderme qui s'est détaché tout d'une pièce en manière de doigts de gant, mode de desquammation caractéristique de la scarlatine : le derme reste fortement injecté et douloureux. La diphthérite est également en voie de complète résolution ; les fausses membranes, d'abord desséchées, se sont détachées, et ont été en partie rejetées ou entraînées par les boissons.

On remarquera qu'on n'a dirigé aucune médication active contre l'affection diphthéritique. Convenait-il de traiter localement cette affection? Devait-on chercher à empêcher, dès le principe, un plus grand développement des plaques? — J'ai cru, dit M. Monneret, ne devoir rien faire contre cette affection ; je n'ai point eu recours à la cautérisation, malgré la recommandation expresse qu'en font quelques auteurs pour des cas semblables. J'ai pensé que cette affection étant liée à l'éruption scarlatineuse, se dissiperait avec elle ; la déglutition d'ailleurs n'en était nullement empêchée, il n'y avait aucune indication urgente d'agir. L'événement a justifié nos prévisions ; la scarlatine est en pleine desquammation, et déjà les plaques diphthéritiques sont détachées et l'arrière-gorge se déblaie complétement. D'ailleurs, rien n'est moins constant que l'efficacité des cautérisations dans ces circonstances : il arrive assez souvent que l'emploi de ce moyen n'arrête nullement le développement et l'extension de ces plaques. On s'est borné ici à l'usage de tisanes émollientes, c'est-à-dire à la médecine expectante. Le malade a été pris, dans la matinée du même jour (le 7), de sueurs très abondantes. Le pouls, qui jusques-là avait varié entre 100 et 96, reste à ce dernier type. Cependant les phénomènes généraux persistent encore à un certain degré.

Il s'est développé depuis la veille une tumeur glandulaire au-dessous de la mâchoire, du côté gauche. Cette tumeur, qui paraît formée aux dépens de l'un des ganglions lymphatiques de cette région, est fluctuante; elle n'est accompagnée ni de chaleur, ni de rougeur. Le malade assure avoir déjà eu dans son enfance plusieurs de ces engorgemens glandulaires du cou, qui se sont spontanément résolus sans le secours d'aucun traitement. Ce jeune garçon ne présente aucune trace de scrofules, il n'a même point un tempérament lymphatique, il est brun et bien constitué ; de sorte qu'il est assez extraordinaire de voir survenir un abcès dans la région sous-maxillaire, abcès qui offre tous les caractères des abcès froids. Est-ce là un de ces abcès critiques dont parlent les anciens auteurs ? C'est encore douteux ; l'amélioration de la maladie n'est pas suffisante pour permettre de voir là un abcès critique qui en amènerait la résolution ; c'est donc un épiphénomène insolite, du moins dans les circonstances où nous nous trouvons, car on ne voit guère dans les auteurs d'exemples de ces abcès ou parotides que dans les scarlatines épidémiques ou avec fièvre maligne, ainsi que les désignaient les anciens. Serait-ce ici un cas de ce genre ? Bien que des phénomènes typhoïdes assez prononcés aient marqué le début de la maladie et qu'ils aient persisté à un certain degré, et persistent même encore après la desquammation de l'éruption scarlatineuse, on ne saurait toutefois dire qu'il y a eu ici fièvre typhoïde réelle compliquant la scarlatine. Ces phénomènes typhoïdes sont analogues à ceux que l'on voit souvent se manifester dans le cours d'une pneumonie, sans que l'on se croie autorisé pour cela à désigner ces maladies sous la dénomination de fièvres typhoïdes. Vous verrez souvent dans les auteurs anciens, donner le nom de fièvre maligne à des maladies qui ne sont autres que des pneumonies ou diverses phlegmasies accompagnées de symptômes typhoïdes. — Quoi qu'il en soit, ce fait offre quelque intérêt par la présence de ces divers épiphénomènes qui sont venus compliquer l'éruption scarlatineuse, sans toutefois en enrayer la marche.

Deuxième observation. *Scarlatine compliquée d'éruption papuleuse surmontée de vésicules miliaires* (éruption anomale). — Au n° 24 de la même salle, est couché un autre malade également affecté de scarlatine. Ce malade, âgé de vingt-trois ans, habitant Paris depuis huit ans, a toujours joui d'une bonne santé. Il a été pris, le 3 de ce mois, dans la soirée, presque simultanément de céphalalgie, de douleur de gorge, de douleur à l'épigastre et de coliques. Depuis ce jour, il est toujours resté dans un état de courbature ; il n'a eu ni vomissemens, ni épistaxis, ni douleurs dans les régions iliaques. Le lendemain 4, il s'est manifesté de la rougeur à la peau, d'abord aux membres inférieurs, aux cuisses et aux jambes ; puis cette rougeur s'est successivement étendue au tronc.

Le 6, jour de son entrée à l'hôpital, toute la peau offrait une rougeur uniforme, mais telle cependant qu'on y pouvait distinguer à l'œil nu un petit pointillé rougeâtre très confluent. Cette scarlatine offre ceci de particulier, qu'outre l'éruption caractéristique que nous venons d'indiquer, on remarque sur l'abdomen et quelques autres parties du tronc, des papules rougeâtres saillantes surmontées de petites vésicules miliaires ressemblant assez bien à ces petites concrétions que l'on désigne sous le nom de tannes. C'est une éruption miliaire qui a pour base des papules. Cette éruption anomale est assez rare pour devoir être signalée. M. Monneret n'en a jamais vu de semblable, et ne se rappelle pas avoir rien vu dans les auteurs qui ressemble à cette disposition. Ce malade n'offre, du reste, rien autre de remarquable. Le pouls est à 108, inspirations, 20. Les battemens du cœur sont un peu éclatans ; l'artère radiale est distendue, dure, rénitente. Point de toux ; aucun râle dans la poitrine ; respiration parfaitement pure. Chacun sait d'ailleurs que la scarlatine, dans l'état ordinaire, ne s'accompagne jamais de bronchite, c'est une complication qui appartient spécialement à la rougeole. Cependant quelques auteurs disent avoir vu des bronchites coexistantes avec des scarlatines. Un médecin anglais dont le nom nous échappe a constaté, dans une épidémie de scarlatine qui régna à Londres, l'existence de râles nombreux dans la poitrine, tout comme dans la rougeole. Mais les observations de ce médecin ont elles été bien rigoureuses ? Est-il certain qu'il ait eu affaire à des scarlatines franches et point à des rougeoles concomitantes marchant de front avec la scarlatine ? La fréquente complication de ces deux éruptions, et la difficulté de les distinguer l'une de l'autre dans cet état de complication, autorisent à concevoir des doutes sur l'exactitude de ces observations. Pour nous, la bronchite est tellement inhérente à la rougeole, que dans le cas de doute sur la nature de l'éruption, lorsque nous rencontrons une bronchite bien caractérisée avec cette expectoration qui ressemble aux crachats de la pneumonie, et qu'à ces signes se joignent le coryza et le larmoiement, nous n'hésitons pas à diagnostiquer une rougeole, quelque difficile, ou impossible même, qu'il soit de distinguer les caractères de l'éruption.

Le jour suivant (7) le mouvement fluxionnaire existe encore vers la peau ; il y a des sueurs assez abondantes (la réaction étant peu vive, on avait prescrit la veille des boissons chaudes et l'application de cataplasmes chauds sur les membres pour favoriser l'éruption). Ce matin le pouls a perdu de sa force et de sa vibrance, il est devenu plus mou et onduleux. Ce sont les caractères du pouls que les anciens désignaient sous le nom de pouls sudoral ; on trouve ces caractères chez les sujets qui sortent d'un bain de vapeur ou qui sont dans les sueurs critiques.

Ce malade peut être considéré dès à présent comme entrant en convalescence.

2° *Varioles.*

Première observation. *Varioloïde; éruption anomale; plaques rubéoleuses.* — Au n° 18 (même salle) est placé un jeune homme de 16 ans, bien constitué, habituellement bien portant, vacciné et habitant Paris depuis 4 ans. Le 26 août au soir il fut pris de vomissemens, de céphalalgie et de coliques ; après trois jours de prodromes n'ayant offert rien de particulier, il entra à l'hôpital le 29, présentant l'état suivant : face animée, injection de la conjonctive droite, pouls dur, régulier, langue collante, anorexie, soif peu vive. Pas de traitement.

Le 30, on aperçoit sur la face de petites vésicules acuminées, de la grosseur d'une tête d'épingle, entourées d'une aréole très large ; de semblables vésicules, mais un peu plus aplaties, également entourées d'une large aréole rouge, apparaissent sur le tronc et sur les membres. La plupart de ces vésicules contiennent un liquide transparent, quelques-unes, notamment celles du visage, sont remplies par un liquide opalin, légèrement trouble. On constate en même temps l'existence d'un grand nombre de taches sans vésicules, taches rouges, à bord déchiquetés, ayant toute l'apparence des taches de rougeole ; autour de ces taches on en remarque d'autres plus petites également sans vésicules. Le pouls est à 100 (il faut attribuer, en partie au moins, cette fréquence du pouls à l'émotion du malade, car les jours suivans il s'est constamment maintenu à 76) ; les pulsations sont régulières ; pas de toux, la poitrine est dans un état parfaitement normal ; la langue est naturelle, seulement un peu rouge à sa pointe, il y a aussi un peu de rougeur à l'isthme du gosier. La veille, il y a eu des vomissemens, une épistaxis ; point de selles, constipation.

Le 31, les vésicules se développent surtout au visage ; l'éruption est discrète ; les taches rubéoleuses disparaissent ; état général, bon.

Le 1er août, éruption miliaire, larges ecchymoses sur le thorax. Les pustules de la face sont en pleine suppuration.

Le 2, les pustules continuent à se développer et à se remplir d'un liquide trouble, purulent.

Le 3, pendant que de nouvelles pustules se développent aux membres, celles de la face commencent à se dessécher.

Le 4 et les jours suivans, toutes les pustules sont en desquammation.

Avions-nous affaire ici à une variole, à une varioloïde ou à une varicelle? La bénignité des symptômes a été telle qu'on ne pourrait admettre que ce fût une variole; les traces évidentes de vaccine que nous avions constatées dès le début avaient déjà éloigné dans notre esprit la crainte d'une variole; notre diagnostic a été confirmé par l'absence des phénomènes généraux propres à la variole; il n'y a eu en effet ni céphalalgie, ni stupeur, ni altération des sens; un peu de fréquence du pouls et l'éruption, tels ont été les seuls symptômes observés. Les prodromes eux-mêmes ont été beaucoup moins intenses qu'ils ne le sont communément dans la variole, même dans la variole modifiée par la vaccine; enfin la marche et la durée de l'éruption a été différente de ce que l'on observe dans la variole proprement dite; outre qu'elle a été discrète, elle a été rapide et régulière, elle a parcouru toutes ses périodes dans l'espace d'un septenaire. Il n'en eut pas été ainsi s'il se fût agi d'une variole même bénigne. Quant à la varicelle, on ne pouvait nullement s'y méprendre.

N'y a-t-il eu ici qu'une varioloïde seulement, ou une variole modifiée? Il y a eu évidemment autre chose; les plaques qui se sont développées en même temps que les pustules varioliques n'appartiennent pas évidemment à la varioloïde. Le deuxième et le troisième jour de l'éruption, pendant que les pustules se développaient, les plaques se sont éteintes; on a remarqué alors que sur les points où existaient ces taches rouges actuellement délitescentes, il n'y avait point de vésicules, de sorte que l'on ne peut dire que l'éruption vésiculeuse ait caché, masqué l'éruption rubéoleuse, ou réciproquement qu'elle ait été masquée par cette dernière. L'affection à laquelle nous avons eu affaire chez ce malade est donc une varioloïde anomale, compliquée d'éruption rubéoleuse et paraissant être sous l'influence des maladies régnantes et de la constitution actuelle; nous disons une varioloïde compliquée d'éruption rubéoleuse, car on ne saurait voir là une véritable rougeole, une rougeole franche; il n'y a eu ni corysa, ni bronchite, en un mot aucun des symptômes propres à la rougeole proprement dite. Il n'a été nécessaire de recourir à aucun traitement actif. Le repos et la diète ont suffi pour permettre à la maladie de parcourir ses phases habituelles sans accidens. Le malade est actuellement au régime des convalescens.

Deuxième et troisième observations. *Varioloïdes ou varioles modifiées bénignes.* — Chez presque tous les autres malades atteints de varioloïdes, cette affection s'est montrée en général très bénigne et la marche en a été rapide.

Au n° 36 de la même salle, et au n° 32 de la salle des femmes (Ste-Marthe) étaient deux malades chez lesquels on n'avait constaté que des traces douteuses de vaccination. Chez cette dernière même la vaccine paraissait avoir été imparfaite; malgré cela la varioloïde a parcouru toutes ses phases en huit jours, sans avoir déterminé de phénomènes généraux sérieux.

Quatrième observation. *Variole modifiée, prodrômes et symptômes graves; éruption confluente; marche et terminaison rapides.* — Parmi trois autres malades se trouvant dans des conditions analogues, il en est un, couché au n° 15 de la salle Saint-Louis, qui a offert tous les signes d'une éruption varioleuse confluente; la marche de la maladie a été lente, l'éruption difficile, a été accompagnée de délire; le cinquième jour de l'éruption, celle-ci étant bien développée, le délire persistait encore. Les huitième et neuvième jours, les pustules étaient en pleine suppuration et deux ou trois jours après la dessiccation avait lieu. En deux jours de temps, le malade est passé subitement de l'état le plus alarmant à un état de santé parfaite.

Que conclure delà? Avons nous dû croire avoir affaire à une variole véritable. Nous ne le pensons pas. Il était impossible qu'avec des symptômes initiaux aussi graves, une variole qui n'eût point été modifiée, eût un cours aussi rapide. Les symptômes initiaux et les phénomènes généraux qui ont accompagné l'éruption, étaient bien ceux d'une variole confluente, grave même; mais à la marche rapide de l'éruption, nous devons reconnaître une variole modifiée, et c'est à cause de cela que nous lui avons conservé la dénomination de varioloïde.

Quelques médecins, méconnaissant sans doute l'influence de la vaccination sur le cours et la marche des varioles, ont cru que la variole pouvait être arrêtée dans sa marche, et dans quelques cas ils ont vu une éruption variolique confluente, accompagnée de symptômes généraux d'une certaine intensité, parvenir à la période de dessiccation dans un laps de temps beaucoup plus court que n'en met habituellement la variole à parcourir ses périodes, ils ont cru pouvoir attribuer cette marche rapide et cette cessation brusque de la maladie à l'influence des traitemens qu'ils avaient mis en usage. C'est là une erreur. Aucun traitement n'a jamais été en puissance d'entraver la marche de la variole; on n'avait affaire dans ces cas qu'à des varioles modifiées et non à des varioles primitives; et l'on a faussement attribué au traitement ce qui n'était que le résultat de la modification introduite dans la marche de la variole par l'influence de la vaccine.

Dans le cas que nous venons de rapporter, il n'a été fait aucun traitement.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

AFFECTIONS SQUAMMEUSES.

Pityriasis.

Les affections squammeuses de la peau sont très communes, très rebelles et sujettes à récidives. Il n'est pas de maladies dont le traitement ait été plus varié; nous nous proposons de les décrire et de discuter successivement la valeur de chacune des méthodes curatives proposées.

Pityriasis. — Cette affection est caractérisée par une desquammation furfuracée de la peau avec ou sans coloration de sa surface, mais sans épaississement et sans sécrétion de liquide, si ce n'est dans la forme sur aiguë. Elle est accompagnée de démangeaisons plus ou moins vives; elle est ordinairement assez rebelle, mais toujours sans gravité.

Alibert négligeant l'analogie, ou, pour mieux dire, l'identité du pityriasis *capitis* avec le pityriasis du tronc et des membres, pour suivre sa grande division fondamentale des maladies de la peau, en a fait deux genres distincts, et rangé le premier dans la classe des *porrigo*, et le second dans celle des *tannes* ou *éphélides*. De son côté, M. Rayer a décrit à tort, selon nous, le pityriasis *versicolor* et le pityriasis *nigra* parmi les macules; évidemment il faut, avec Willan, ranger cette affection au nombre des maladies squammeuses. Il est une forme de cette maladie dont tous les dermatologistes nous paraissent avoir trop négligé la description; nous voulons parler de la forme aiguë du pityriasis, qui n'a été indiquée par eux que par le nom de pityriasis *rubra*. Nous chercherons à suppléer à cet égard au silence des auteurs. Nous admettons trois espèces de pityriasis: le pityriasis *incolor*, *versicolor* et *nigra*. La première peut se présenter sous la forme aiguë et sous la forme chronique; la forme aiguë constitue le pityriasis *rubra* des auteurs.

1° Pityriasis *incolor* (aigu ou *rubra*). Cette forme, qui est beaucoup plus fréquente que les auteurs ne l'ont dit, se développe sous l'influence de causes le plus souvent inappréciables, tantôt de prime abord sur une peau complètement saine, tantôt sur une surface déjà atteinte de pityriasis chronique; elle se manifeste par l'apparition d'une coloration rosée inflammatoire avec une augmentation dans la densité de la peau, accompagnée de chaleur, de prurit, et recouverte en peu de temps non plus de pellicules épidermiques furfuracées, mais de larges écailles analogues à celles de l'eczéma, et d'ordinaire excessivement abondantes. Bientôt ces rougeurs s'étendent et finissent souvent par envahir toute la surface du corps, en lui donnant une teinte rouge uniforme, ainsi que cela se voit dans le passage du psoriasis chronique à l'état aigu. C'est alors qu'au-dessous des écailles qui s'enlèvent avec facilité, on voit un suintement souvent abondant, incolore, qu'on peut considérer comme une exagération de la perspiration cutanée, et ne faisant sur le linge que des taches peu colorées, tandis que dans l'eczéma, avec lequel cette forme de pityriasis pourrait être confondue, la sécrétion produit des taches presque brunes ou du moins beaucoup plus colorées. Dans le pityriasis général la sécrétion est si abondante que le malade mouille trois à quatre chemises dans les vingt-quatre heures. La sécrétion épidermique s'accroît dans la même proportion, et les malades trouvent disséminées dans leur lit, le matin en s'éveillant, un litre à un litre et demi d'écailles plus ou moins larges.

Abandonnée à elle-même, la maladie peut faire des progrès, la sécrétion devenir plus abondante, quelques symptômes généraux se développer, tels qu'une fièvre continue; de la diarrhée peut aussi se montrer et devenir soit critique, soit un symptôme très grave et capable de conduire le malade au tombeau. Souvent, en effet, on observe jusqu'à 25 ou 30 garde-robes par jour; les selles sont tout-à fait aqueuses, comme la sécrétion cutanée. Dans d'autres cas, au bout de trois semaines, un, deux mois, les phénomènes disparaîtront peu à peu, la peau restera encore quelque temps humide, turgescente et finira par reprendre son aspect normal sans laisser, comme l'eczéma, un état ponctué des parties. Cette dernière différence, jointe à l'absence de vésicules dans le commencement, est utile pour le diagnostic rendu parfois, il faut l'avouer, fort embarrassant dans le cours de l'affection.

Traitement. On doit éviter dans la période sur-aiguë de donner des bains qui, gélatineux ou amidonnés, augmentent toujours la démangeaison; il faut se borner, ainsi que le prescrit toujours M. Devergie avec succès, à couvrir le corps ou seulement les parties malades, quand le pityriasis est borné, de fécule de pomme de terre. Les émissions sanguines donnent un sang peu couenneux et augmentent très notablement les démangeaisons; il faut en user avec réserve et seulement chez les sujets d'une forte constitution; les lavemens amidonnés et opiacés sont ceux que réclame la diarrhée: il faut surveiller ce symptôme et se garder surtout de supprimer tout à coup cette excrétion. A l'intérieur on donne quelque tisane rafraîchissante, mais on fait peu boire le malade. C'est seulement lorsque l'irritation est tombée que l'on peut prescrire quelques bains rares pour débarrasser le malade des squammes nombreuses qui se produisent; on enduit la peau du malade d'axonge fraîche, et un peu plus tard de pommade de goudron au quarantième.

Pityriasis *incolor* (chronique). Il apparaît toujours sous la forme chronique, il est en général borné à une étendue assez limitée de la peau, et affecte de préférence la face, la poitrine, le cuir chevelu, les sourcils et le pubis; on le rencontre rarement aux membres. Il se montre le plus souvent chez les jeunes gens et chez les individus d'un tempérament bilieux; il s'annonce par une légère démangeaison se reproduisant à différens intervalles, sous l'influence de la chaleur surtout, et bientôt suivie d'une légère desquammation furfuracée. Cette maladie, qui n'a d'autre inconvénient que la démangeaison et l'aspect farineux qu'il donne à la face, où elle siége fréquemment, peut persister pendant plusieurs années et disparaître spontanément; la seule chose d'ailleurs qu'on puisse employer contre elle, sont les onctions avec l'axonge simple ou la pommade de concombre. Quelques bains sulfureux peuvent être avantageux.

Au cuir chevelu, la maladie est quelquefois assez intense pour que les bulbes pileux en souffrent et que la calvitie survienne; on doit dans ce cas, pour la combattre et l'arrêter, faire raser les cheveux et étendre deux fois par jour une couche de pommade alcaline, telle que celle avec du carbonate de potasse 2 grammes, chaux 1 gramme, axonge 3 grammes, en associant ces onctions à l'usage des eaux sulfureuses à l'intérieur et en bains. Cette maladie a quelquefois une permanence qui fait le désespoir du malade et du médecin, d'autant que c'est de vingt à trente ans qu'elle se montre et qu'elle détermine alors la chute de la plus grande partie des cheveux. Plusieurs autres médications peuvent être mises en usage pour la combattre. On emploie souvent avec succès les bains et surtout les douches de vapeur, les lotions alcalines, les pommades sulfureuses, celles au goudron.

2° Pityriasis *versicolor*. Décrit à tort par Alibert et M. Rayer comme des taches hépatiques, il ne diffère du précédent que par la coloration jaunâtre ou verdâtre des parties où se manifestent la démangeaison et la desquammation. Il est peut-être plus fréquent chez les femmes entre les seins, que chez les hommes, et se montre dans tous les cas sous forme de petites taches isolées qui ne tardent pas à s'étendre, à se confondre, de manière à former de larges plaques d'une nuance jaune verdâtre très légère, mais sans rougeur, sans soulèvement de la peau, sans altération de ce tissu. La chaleur du lit exagère ces démangeaisons, et les rend parfois incommodes.

Le pityriasis *versicolor* se montre souvent, surtout au printemps, avec une marche rapide, mais non point avec les phénomènes que nous avons décrits pour le pityriasis *incolor* aigu; sa marche seulement est plus rapide dans ce cas, et il guérit très facilement.

Les bains sulfureux, l'eau d'Enghien à l'intérieur, quelques laxatifs, un régime rafraîchissant, sont les meilleurs moyens à opposer aux progrès de cette affection.

3° Pityriasis *nigra*. Cette forme est assez rare; elle diffère de la précédente par sa coloration d'un brun foncé, par sa tendance à envahir toute la surface du corps, au point que dans quelques cas les points de peau saine épars au milieu de la teinte brune uniforme du pityriasis semblaient être plutôt des macules sur une peau très foncée. Quand les plaques sont moins larges, elles donnent à la peau un aspect zébré; elles sont ordinairement recouvertes d'une très légère desquammation, et sont le siége d'une démangeaison parfois très vive.

Les sulfureux sont encore ce qui réussit le mieux, sinon à faire disparaître complétement, du moins à diminuer la coloration, la desquammation et les démangeaisons.

BERGERON,

Interne de l'hôpital Saint-Louis.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. VIDAL.

Chaudepisse sèche.

Les observations de chaudepisses sèches étant très rares, du moins les observations authentiques, nous donnons avec quelques détails celle-ci, que nous avons recueillie dans le service de M. Vidal. Nous croyons devoir fixer l'attention du lecteur sur une circonstance importante du fait qui va suivre.

Le malade nous a répété à diverses reprises, et avec un accent de conviction qui ne pouvait guère nous permettre de douter de l'exactitude de son récit, qu'il n'avait jamais connu de femmes avant le coït à la suite duquel il a éprouvé les douleurs qui l'ont amené auprès de M. Vidal. Il est bon de noter cette circonstance, afin de ne pas confondre cet état douloureux, cette espèce d'urétralgie avec un état analogue observé chez des sujets qui ont eu des blennorrhagies ou qui sont affectés d'un rétrécissement ou d'une affection du col de la vessie. M. Vidal insiste beaucoup sur ce point important, qui établit une vraie différence entre les deux maladies en question, différence qui en implique d'autres pour ce qui concerne le traitement, et surtout le pronostic.

Nous bornerons là ces courtes remarques. Nous y reviendrons avec détails dans une prochaine circonstance. Voici le fait dont il s'agit.

— Cremer, manœuvre, âgé de vingt-neuf ans. Depuis trois mois cet homme éprouve des douleurs très fortes dans l'urètre, *sans écoulement aucun par ce canal*. Les douleurs ont éclaté le lendemain même des rapports qu'il avait eus avec une femme publique. C'était d'ailleurs la première fois que Cremer se livrait au coït. Les douleurs, d'abord bornées au méat urinaire, se sont propagées dans toute l'étendue du canal. Les urines causaient à leur passage de vives douleurs, et les érections se faisaient avec beaucoup d'angoisses. On conseilla au malade des injections qui augmentèrent ses souffrances. Le travail les exaspérait aussi. C'est dans cet état qu'il est entré à l'hôpital du Midi le 3 janvier 1842. Il est resté six jours sans autre traitement que des bains locaux; on lui appliqua 20 sangsues au périnée.

Trois jours après, 25 sangsues à la même région. On continua les bains locaux, et on lui réappliqua 20 sangsues.

Les douleurs dans l'urètre continuent, et aucun écoulement ne paraît. M. Vidal introduit alors une bougie dans le canal; le jour même l'écoulement apparaît. Quatre jours après, on lui remet une bougie plus grosse qu'il conserve quatre jours. L'écoulement devient très abondant et jaunâtre; les corps caverneux sont gonflés, durs et douloureux; les douleurs s'apaisent peu à peu; la matière de l'écoulement est plus blanchâtre et assez consistante. On administre le cubèbe jusqu'à quatre paquets par jour, de 4 grammes. L'écoulement diminue; mais le gonflement des corps caverneux est devenu plus intense, et des douleurs sourdes accompagnent cette inflammation. On supprime le cubèbe, et pendant quatre semaines le malade est traité avec des cataplasmes, des bains locaux émolliens et de la tisane de lin nitrée. Mais l'écoulement persistant, on donne de nouveau deux paquets de cubèbe qu'on augmente les jours

suivans. Alors ce moyen est efficace. L'écoulement se réduit à quelques gouttes qui collent ensemble les deux lèvres du méat urinaire.

Le 24 février, plus d'écoulement, plus de douleur. Le malade sort très bien guéri.

Ainsi cette chaude-pisse a duré près de deux mois, et a exigé, comme on le voit, un traitement varié.

Pendant toute sa durée, le malade éprouvait tous les symptômes d'une blennorrhagie humide interne: érections fréquentes et douloureuses, douleurs très vives en urinant, picotemens incommodes dans toute l'étendue de l'urètre.

Une autre observation plus curieuse encore que celle-ci, a été offerte par un malade de la salle 11. Celui-là eut non-seulement une chaudepisse sèche, mais encore une orchite qui se développé pendant la durée de l'affection de l'urètre. Ici la doctrine du passage de l'humeur gonorrhéique dans le testicule est en défaut, et la désignation populaire de chandepisse tombée dans les bourses est moins significative. Du reste, cette orchite céda assez facilement au repos et aux topiques simplement émolliens. Y.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'iodure de potassium contre les taches de la cornée; par M. le docteur EVERMANN, de Dusseldorf.

M. Evermann a prescrit avec le plus grand succès contre les taies de la cornée, suite d'ophthalmie négligée, et toutes les fois que la lésion ne s'étendait pas au-delà de la lamelle externe, l'application topique de l'iodure de potassium en solution.

La dose à laquelle ce praticien a employé ce médicament est celle de vingt-cinq à quarante centigrammes par vingt-quatre grammes d'eau distillée. (*Medicinische Zeitung*; 1842, n° 26.)

Nouveau traitement des douleurs névralgiques; par M. le docteur MEISSNER, de Leipzig.

M. Meissner recommande l'emploi externe de l'huile de croton-tiglium contre la migraine et la prosopalgie dépendant d'une cause rhumatismale. Il fait appliquer cette huile à la dose de 1 ou 2 gouttes, en frictions derrière l'oreille du côté affecté, et il fait réitérer cette application autant de fois qu'il en est besoin.

(*Schmidt's Jahrbuecher*, etc., 1842, n° 5.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Sirop de protocarbonate de fer et de potasse.

Pr. Sulfate de fer pur	16	grammes,
Bicarbonate de potasse	16	id.
Sirop de gomme à 30 degrés	500	id.

On fait dessécher les deux sels à l'étuve, puis on les réduit séparément en poudre impalpable, et, après les avoir exactement mélangés, on ajoute peu à peu le sirop prescrit, afin d'obtenir un mélange bien intime qu'on abandonne au repos pendant vingt-quatre heures, et que l'on renferme ensuite dans des flacons bien bouchés.

D'après M. Mouchon fils, à qui l'on est redevable de cette formule, 30 grammes du sirop qu'elle fournit équivalent à deux pilules de Blaud et à quatre pilules de Vallet, et peuvent avantageusement remplacer ces deux médicamens dans tous les cas où ils sont indiqués.

Ce sirop peut être administré, soit pur et par cuillerées à bouche de temps en temps, soit étendu dans une potion ou dans une tisane appropriée, que l'on prend par petites portions dans le courant des vingt-quatre heures. (*Bullet. de la Soc. de méd. de Toulouse*, 1842.)

Nouveau mode de préparation du cyanure de potassium.

M. le professeur Just Liebig a simplifié la préparation de ce composé en calcinant dans un creuset de Hesse, préalablement rougi au feu, huit parties en poids de ferro-cyanure de potassium et trois parties de carbonate de potasse sec.

Le mélange fond d'abord en un magma brun avec dégagement rapide de gaz: la couleur de la masse fluide s'affaiblit, devient jaune, et à la fin claire et incolore comme de l'eau, ce que l'on peut constater avec une baguette de verre qu'on y plonge de temps en temps. A cette époque de l'opération, on retire le creuset du fourneau, on laisse déposer et on décante la partie fluide dans une capsule de porcelaine chaude. Le fer provenant de la décomposition reste à l'état de poudre grise, et la masse est formée de cinq atomes de cyanure de potassium et d'un atome de cyanate de potasse.

Ce cyanure, ainsi préparé, peut servir de moyen de réduction et de séparation dans les analyses chimiques.

(*Annalen der Chemie und Pharmacie*, t. XLI.)

FAITS DIVERS.

Abcès du rein s'ouvrant à l'extérieur par le foie et le poumon; par M. le docteur SPOERER, de Saint-Pétersbourg.

Un garçon tailleur âgé de dix-neuf ans, fluet et pâle, fut admis à l'hôpital pour une fièvre catarrhale gastrique assez légère, après avoir éprouvé, quinze jours auparavant, et sans cause connue, une douleur dans la partie du dos qui avoisine la région lombaire droite: cette douleur s'était accompagnée de frissons et de perte d'appétit. Lors de son entrée, le malade était tourmenté par une petite toux sèche; la bouche était amère, la langue était épaisse, jaunâtre et sèche sur les bords et à la pointe; il y avait augmentation de la chaleur générale et soif très vive; la peau était pâle, chaude et aride; le pouls offrait un peu de tension, bien qu'il fût facile à comprimer, et donnait de 88 à 90 pulsations par minute; les évacuations alvines étaient quotidiennes, mais peu abondantes; l'urine, chaude, brune, occasionnait d'abord un sentiment d'ardeur dans le trajet de l'urètre. La position en supination déterminait un état de tension et de compression désagréable; le coucher sur le côté droit donnait lieu à une douleur sourde dans les régions hypochondrique et iliaque du même côté; le malade toussait plus fréquemment dans cette dernière position.

Malgré l'emploi des moyens les mieux appropriés à l'état du malade, la fièvre et la douleur allèrent toujours en augmentant, et bientôt survint à l'angle inférieur de l'omoplate droite une nouvelle douleur qui s'augmentait par les mouvemens de la respiration: à une époque plus avancée de la maladie, on entendait dans le même point, pendant les mouvemens d'inspiration profonde, un bruit qui avait tous les caractères du gargouillement. Enfin, on vit apparaître un œdème des extrémités inférieures, et une hydropisie ascite qui fit de rapides progrès; la toux fit expectorer une grande quantité de pus tout pur, et le malade succomba à l'état colliquatif.

A l'autopsie, on trouva les organes thoraciques en bon état; seulement, le lobe inférieur du poumon droit était adhérent à la plèvre costale et au diaphragme: en l'en séparant avec force, il se forma une déchirure d'où l'on vit sourdre quelques gouttes de pus. Dans la cavité de la poitrine, on trouva 60 à 100 grammes de sérosité.

En examinant la cavité abdominale, on trouva le lobe droit du foie adhérent au diaphragme, dans le point de ce muscle correspondant à l'adhérence du poumon; il adhérait aussi à sa partie inférieure avec le colon transverse, de manière qu'à l'aide des concrétions formées par la lymphe plastique exsudée, il constituait un plan continu avec le colon ascendant et le rein droit. Ce rein était, pour ainsi dire, enveloppé d'une masse gélatineuse; il adhérait et à la colonne vertébrale et aux côtes par une substance charnue; il était transformé en une sorte de poche ovoïde de la grosseur du poing, et remplie d'un pus jaune sans aucun mélange: ce n'était que dans l'un des points de cette poche, aux environs de la colonne vertébrale, que l'on pouvait distinguer encore une petite portion de la substance corticale normale à peine perceptible. Tous les autres organes abdominaux étaient d'ailleurs à l'état sain; mais il existait dans la cavité péritonéale 4 à 5 kilogram. de sérosité.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin*, t. XIV.)

Paralysie de la langue guérie par le phosphore; observation recueillie par M. le docteur JANKOWITZ, à Ofen.

Un homme âgé de quarante-cinq ans, après avoir été affecté à plusieurs reprises de syphilis, et avoir été traité en dernier lieu par le sublimé corrosif d'après la méthode de Dzondi, fut atteint d'une hémiplégie qui résista opiniâtrément à l'extrait alcoolique de noix vomique, de la strychnine, du quinquina, de l'arnica et des exutoires.

Lorsque M. Jankowitz commença à donner ses soins au malade, les extrémités paralysées avaient repris un peu de mobilité; mais la face était tirée à gauche, l'œil du même côté restait fermé, la parole était inintelligible, et la langue ne pouvait pas être dirigée vers le côté gauche; la circulation était lente, la respiration pénible et stertoreuse; les mouvemens de déglutition déterminaient de la toux, des nausées et des vomissemens.

Pensant que ces accidens dépendaient d'une syphilis latente, engagea le médecin à prescrire l'iodure de potassium, et soixante grammes de cette substance furent ingérés successivement. Sous l'influence de cette médication, l'état du malade s'amenda et les symptômes cédèrent peu, à l'exception des troubles que présentaient la fonction respiratoire et l'articulation des sons. On revint alors à l'usage de la strychnine par la méthode endermique, et à celui du quinquina et de l'arnica, mais sans en obtenir le moindre avantage; M. Jankowitz se détermina à recourir au phosphore, qu'il prescrivit de la manière suivante:

Pr. Phosphore	10	centigrammes,
Huile essentielle de térébenthine	24	décigrammes,
Faire dissoudre S. A., puis ajouter:		
Huile volatile de calamus	12	décigrammes,
Éther sulfurique	8	grammes.

Mêlez exactement par agitation, et conservez dans un flacon hermétiquement bouché et déposé dans un lieu frais et obscur.

Le malade prit d'abord six gouttes de cette mixture, toutes les deux heures, sur un morceau de sucre: plus tard, la dose fut augmentée avec beaucoup de circonspection, et portée progressivement jusqu'à vingt gouttes. A l'aide de ce moyen énergique, la guérison complète fut obtenue dans l'espace de cinq semaines. M. Jankowitz ajoute que, pendant ce temps, 70 centigrammes de phosphore furent ingérés!

(*Oesterr med. Wochenschrift;* 1841, n° 25.)

Cas d'empoisonnement par l'amanite (fausse-oronge); observation recueillie par M. le docteur FRICKER, de Roth.

Une jeune enfant, âgée de quinze mois, avala entre neuf et dix heures du matin une fausse oronge presque entière, et par-dessus il but un peu de lait. Bientôt il fut pris d'assoupissement, et comme à cinq heures du soir il n'était pas encore réveillé, sa mère entra dans la chambre où il était couché et le trouva dans un véritable état de léthargie.

Le soir, sur les huit heures, au moment où M. Fricker vint le visiter, il était toujours assoupi et, de plus, il existait de la paralysie; les paupières étaient à demi-ouvertes, les yeux convulsés, les pupilles dilatées et insensibles à l'action de la lumière, la face un peu tuméfiée, pâle, avec des cercles bleuâtres autour des yeux, du nez et de la bouche; la température de la peau abaissée, la respiration naturelle, le pouls petit et irrégulier, les excrétions supprimées. Tout le corps paraissait comme paralysé; on remarquait seulement par-ci, par-là, quelques contractions spasmodiques des muscles. Les extrémités supérieures étaient légèrement contournées, tandis que les inférieures n'offraient pas le moindre mouvement musculaire.

On instilla du lait tiède dans la bouche de l'enfant, et la plus grande partie en fut avalée. Une dose d'ipécacuanha, administrée peu à peu, et qui dans les circonstances ordinaires aurait sans doute été suffisante pour provoquer le vomissement chez un adulte, resta sans effet. On appliqua alors, sur la région épigastrique, des linges imbibés de liquides spiritueux; on fit avaler, autant qu'il fut possible, du lait tiède; on titilla la luette avec une barbe de plume préalablement trempée dans l'huile, et, après avoir continué ces moyens pendant plus d'une heure, l'enfant vomit à plusieurs reprises et rendit beaucoup de fragmens plus ou moins gros de fausse oronge dont la couleur n'était plus rouge-écarlate, mais jaune-pâle.

Bientôt après, l'excrétion et les évacuations alvines eurent lieu. L'état du petit malade s'améliora, et, après l'administration d'un purgatif rafraîchissant, plusieurs selles furent obtenues, contenant toutes des fragmens du même champignon; après quoi l'enfant parut rétabli. Toutefois, le troisième jour, il survint des symptômes de phlegmasie gastro-intestinale, produits sans doute par l'action irritante de l'agonie. Ces nouveaux accidens furent combattus par un traitement antiphlogistique, et ne tardèrent pas à céder. Depuis ce moment, la santé du jeune sujet n'éprouva plus aucune altération.

(*Wuert. med. Corresp. Blatt.*, t. X, n. 9.)

Chronique et Nouvelles.

L'état sanitaire de la population parisienne s'est sensiblement amélioré depuis quelque temps. Les hôpitaux, qui depuis le commencement de l'été avaient été presque toujours encombrés, offrent dans ce moment un grand nombre de lits vacans. La fièvre typhoïde a sensiblement diminué en nombre et en intensité et l'on n'en trouve guère plus que dans les temps ordinaires. Les maladies éruptives sont, à l'heure qu'il est, les affections les plus nombreuses, mais en général bénignes et presque toutes à solution favorable.

En ville on a observé plusieurs cas de choléra sporadique, qui n'ont présenté jusqu'à ce jour aucune gravité. Nous appelons cependant l'attention des praticiens sur les phénomènes remarquables de cette affection, phénomènes tellement caractéristiques qu'il est impossible de les confondre avec toute autre maladie. Ainsi et en général, brusquement ou après quelques heures de malaise, le malade éprouve un refroidissement général suivi de coliques violentes, quelquefois atroces, ayant surtout leur siége à la région épigastrique; bientôt surviennent des vomissemens de matières glaireuses, des déjections alvines avec ténesme, des *crampes* dans les extrémités inférieures. Cet appareil symptomatique revient par accès plus ou moins fréquens, plus ou moins longs, après lesquels le malade est plongé dans l'abattement et la tristesse et présente une *altération des traits* particulière et un amaigrissement de la face tout à fait caractéristique. Cette scène de souffrance dure ordinairement six, huit, dix heures, quelquefois elle se prolonge pendant vingt-quatre heures.

En général, les secours de l'art sont ici très efficaces pour abréger cet état de souffrances. Dans tous les cas dont nous avons été témoins ou qui nous ont été rapportés par les praticiens de la ville, l'opium a calmé les accidens comme par enchantement. Une potion calmante de 120 grammes avec addition de 30 grammes de sirop diacode, prise par cuillerées tous les quarts d'heure, suffit pour calmer le désordre. Une infusion chaude aromatique, quelque excitant diffusible et la chaleur du lit complètent les moyens à prescrire dans ces cas.

D'après nos informations, l'influence des fruits qui ne sont pas arrivés à leur maturité parfaite serait la cause la plus appréciable de cette affection qui, nous le répétons, est très rarement grave, mais qui est très douloureuse et très pénible.

Nous signalerons à cette occasion un article publié dans le journal anglais *Le Globe*, et reproduit avec une unanimité déplorable par la presse française: il s'agit d'un prétendu spécifique contre le choléra-morbus dans lequel, parmi d'autres substances entrent HUIT GRAMMES de laudanum, à prendre en une seule dose *dans un demi-verre d'eau-de-vie*, dose qu'il faut renouveler au bout de deux heures si besoin est. Cette prescription n'est pas seulement absurde, elle est encore très dangereuse, et il faut s'étonner que la presse, ordinairement si intelligente, ait accueilli avec tant de facilité un article qui n'est probablement qu'une annonce pour les *cookney* de Londres, faite par quelque famélique industriel. Si l'affection dont quelques cas ont été observés à Paris, venait à se répandre, cet article pourrait produire les plus grands malheurs par la dose énorme d'opium contenue dans cette recette. Nous appelons l'attention sérieuse des journaux politiques sur ce sujet. Très probablement le choléra-morbus dont il est question en Angleterre n'est pas autre chose que cette affection dont nous avons parlé plus haut et dont un plus ou moins grand nombre de cas s'observe tous les ans à pareille époque. Cette affection diffère totalement du choléra-morbus asiatique, et cède très promptement à un traitement intelligent. La recette du journal anglais n'est au contraire qu'un *empoisonnement*.

— On trouvera dans le supplément de ce jour *la Deuxième Corinthienne*, nouvelle lettre piquante de M. La Corbière, qui donne encore une fois la preuve d'un esprit indépendant et d'un caractère honorable. Nous regrettons que l'abondance des matières ne nous ait pas permis de la publier plus tôt.

SUR DES MOYENS NOUVEAUX DE GUÉRIR LES FISTULES VÉSICO-VAGINALES; par M. LE ROY-D'ETIOLLES.

(Mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

Dans les opérations entreprises pour la cure des fistules vésico-vaginales, l'insuccès est la règle; le succès une rare, très-rare exception. C'est là une triste vérité que nous sommes contraints de reconnaître. Si les efforts de la chirurgie sont demeurés impuissans, cela provient de trois causes, qui sont: 1° la diminution et l'effacement de la capacité de la vessie; 2° le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale et l'amincissement du bord de la fistule; 3° l'action délétère de l'urine sur les adhérences qui commencent à se former. A ces trois causes, qui sont constantes, il faut en joindre une quatrième, qui, pour être relative, n'en est pas moins puissante: je veux parler de l'étendue de la perforation et de sa forme. C'est la *réunion de toutes ces circonstances* défavorables qui rend si rare, si difficile, la guérison des fistules vésico vaginales; une seule ne serait point un obstacle si elle était *isolée*. Maintenant, dire précisément le point où cette réunion devient un empêchement absolu, me semble difficile et hasardeux.

Examinons l'une après l'autre chacune de ces causes d'insuccès, et voyons s'il ne serait pas possible de diminuer ou de corriger leur fâcheuse influence. Commençons par le *racornissement de la vessie*, la *diminution de capacité*, et même l'*effacement de la cavité de cet organe*. C'est après la réunion des bords de la fistule et l'enlèvement de la sonde évacuatrice que l'on suppose devoir s'exercer la fâcheuse influence du racornissement; l'urine, ne trouvant plus de cavité pour la contenir, distend les parois, et détermine leur rupture là où la résistance est moindre, c'est-à-dire dans la cicatrice nouvelle. Je dis que l'on suppose; car, comme bien rarement le travail de cicatrisation arrive à ce point, comme la lymphe coagulable est détruite et entraînée par le contact de l'urine à mesure qu'elle se forme; comme il n'y a point d'adhésion, point de cicatrice, rien à rompre par conséquent, il est permis de rester dans le doute sur cette rupture jusqu'à ce que l'expérience soit venue confirmer ou infirmer une crainte peut-être vaine. Si l'urine, aussitôt après l'enlèvement de la sonde évacuatrice, ne recommençait pas à suinter par la fistule; si l'organisation de la cicatrice avait eu le temps de se faire, il est probable que la ténacité bien connue du tissu inodulaire suffirait pour maintenir le liquide dans son réceptacle, dont la capacité se rétablirait peu à peu; les envies d'uriner seraient seulement très-fréquentes d'abord. Est-il nécessaire de rappeler que cet état de rétraction de la vessie ne se produit pas d'abord, qu'il faut pour cela un certain temps de vacuité habituelle; que par conséquent s'il n'y avait pas d'autres causes d'insuccès, l'on devrait pouvoir guérir toutes les fistules récentes. Ce n'est donc point là qu'est la grande difficulté. Admettons cependant, car cela doit être, que la diminution et l'absence de la cavité de la vessie soient en effet un obstacle à la guérison des fistules vésico-vaginales; mais est-il donc si difficile de le surmonter par un *tamponnement préparatoire* qui, forçant l'urine à séjourner dans la vessie, la dilaterait peu à peu, et la ramènerait à un état voisin de la capacité ordinaire. Je reviendrai sur le tamponnement en parlant du traitement palliatif; je dirai seulement que, pour être méthodique, il doit être fait avec des substances souples et inaltérables, telles que le caoutchouc en pâte.

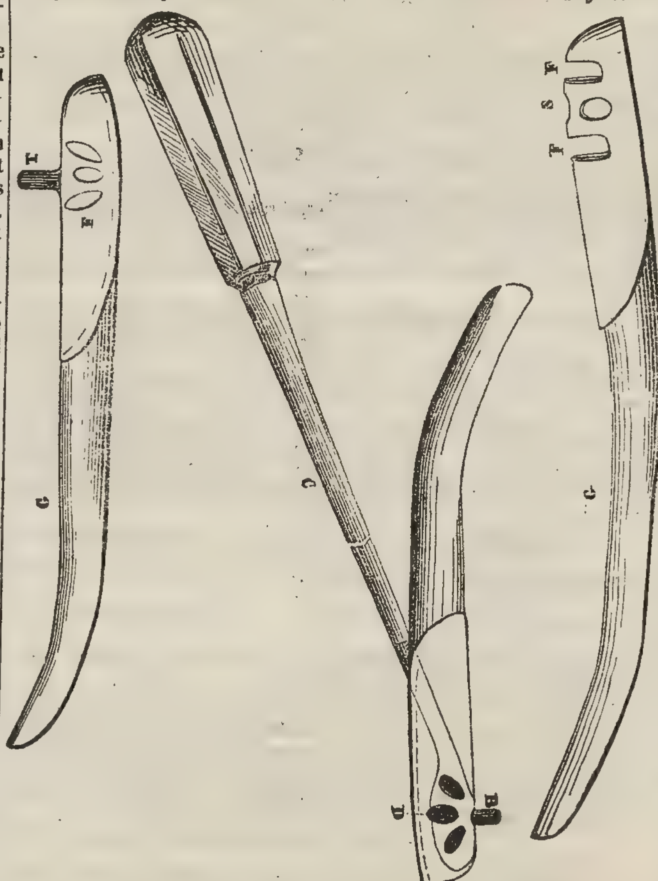
La largeur et la forme des fistules ont, avons-nous dit, une très-grande influence sur les chances de guérison. Cette forme et cette largeur sont extrêmement variables: sur cinquante perforations, il n'y en a pas deux qui se ressemblent absolument. Parmi les femmes que j'ai eu l'occasion de toucher et d'examiner au spéculum, j'en ai noté six chez lesquelles il était impossible de sentir immédiatement le col de l'utérus, masqué par des adhérences, et dont les règles avaient été supprimées, sans que, pour quelques-unes, il en résultât des troubles trop grands dans la santé générale. Sur sept, la lèvre postérieure de la fistule adhérait à la face antérieure du col de l'utérus; trois avaient sur la face postérieure du vagin des brides épaisses en forme d'arcade; deux avaient eu des déchirures du périnée; trois avaient perdu la totalité de la cloison vésico-vaginale, en sorte que la paroi antérieure de la vessie venait faire hernie à la vulve. L'une d'elles par suite d'opérations chirurgicales, avait une division de toute la longueur de l'urètre, en sorte que la section formait un T avec la fistule. Je connais un autre fait de division

de l'urètre, du méat urinaire à la fistule, à l'occasion duquel j'ai été consulté par M. Cazenave, de Bordeaux.

Les adhérences vicieuses, comme on le voit, sont la cause la plus commune de la déformation de l'ouverture fistuleuse. L'indication pratique est, sans nul doute, de détruire ces adhérences lorsqu'elles rendent béante l'ouverture et nuisent au rapprochement de ses lèvres; mais la chirurgie pourrait encore diminuer ou prévenir les inconvéniens qu'elles entraînent, en surveillant le travail de cicatrisation qui suit les perforations. C'est aux accoucheurs et aux sages-femmes surtout qu'il appartient de rendre ce service, puisque les fistules vésico-vaginales ont pour cause ordinaire le travail long et laborieux de l'accouchement, le séjour prolongé de l'enfant dans le détroit du bassin. Loin de cacher à la malade et de se dissimuler à eux-mêmes le plus long-temps possible un accident accompli, inévitable, et qui le plus souvent ne saurait leur être reproché sans injustice, les accoucheurs devraient, par un pansement ou tamponnement approprié, s'efforcer d'en amoindrir les conséquences.

Beaucoup de petites fistules sont fermées par les seuls efforts de la nature, c'est un fait parfaitement etabli; pour d'autres, il suffit d'aviver les bords par de légères applications de caustiques. Plusieurs des guérisons obtenues par M. Lallemand doivent probablement être rangées dans cette catégorie. Si la division est un peu plus large et avec perte de substance, la cautérisation peut bien encore procurer quelques guérisons, mais beaucoup plus rares, et, pour réussir, elle demande à être faite avec méthode. Les deux modes de cautérisation généralement employés sont le fer rouge et le nitrate d'argent; ce dernier est peu douloureux et d'un facile emploi; mais son action est bornée à la muqueuse ou même à l'épiderme muqueux, et donne lieu à une eschare molle, grisâtre, qui se détache sans laisser après elle une inflammation assez vive pour produire l'adhésion avec le bord opposé de la fistule, en admettant qu'aucune cause ne vînt la détruire. Le fer rouge est plus effrayant et plus douloureux; mais il agit plus profondément, et l'eschare qu'il produit laisse à découvert, en se détachant, une surface vive, suppurante, et dans de meilleures conditions pour une réunion par seconde intention; il produit en outre une sorte de rétraction, de froncement des tissus. Cette action plus profonde, loin d'être regardée comme un avantage, a été considérée par quelques-uns comme un inconvénient, attendu que si le fer rouge ne produit pas la réunion dès la première application, l'eschare qu'il détermine doit laisser, en se détachant, l'ouverture plus large. Ce reproche n'est pas dénué de fondement lorsqu'on agit sur le bord libre de l'ouverture; et Dupuytren, qui faisait un fréquent usage du cautère actuel, a vu parfois se produire un effet diamétralement opposé au but qu'il se proposait.

La cautérisation sur l'intérieur de la fistule, soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent, ou tout autre caustique, me semble encore pécher sur un point que voici: pendant les premiers jours qui suivent l'application du cautère, le gonflement inflammatoire (lorsque la perforation n'est pas trop large) tient en contact les lèvres assez intimement pour que l'urine cesse de suinter; mais comme dans ce même temps les parties qui se touchent sont frappées de mort, elles ne peuvent contracter d'adhérences; quelques jours plus tard les eschares se détachent, mais en même temps le gonflement inflammatoire cesse, et les lèvres de la fistule s'écartent dans l'instant où elles allaient se trouver dans des conditions favorables à leur union. Si le rapprochement des bords de la perforation pouvait être obtenu d'abord d'une manière permanente par un plissement des parois du vagin, que maintiendraient des adhérences, il est évident que la cautérisation aurait bien plus de chances de réussite. C'est dans le but d'arriver à ce résultat que j'ai imaginé la cautérisation radiée, pratiquée sur la surface du vagin vers les angles de la fistule, au moyen de traits de feu ou de caustique dont l'action n'est pas assez profonde pour intéresser l'épaisseur de la cloison, mais suffit cependant pour plisser le vagin. Cette cautérisation en rayon peut être faite avec promptitude et régularité au moyen de spéculums ou de plaques en demi-cylindres ou de spéculums fenêtrés; voyez figures 1, 2, 3.



La direction la plus convenable et la plus rationnelle des ouvertures est celle de la figure 1. Les cicatrices que produit cette cautérisation radiée ont pour effet de tirer sur les extrémités de la boutonnière et de rapprocher l'un de l'autre les bords de la fistule. Lorsque le contact parait suffisant, c'est alors que le cautère est appliqué sur les lèvres pour produire l'avivement. La première de ces deux cautérisations peut se nommer *approximative*, et la seconde *adhésive*.

Dira-t-on pour dénier à ce procédé le caractère de la nouveauté, que dans la pratique ordinaire la cautérisation se répète et se fait par conséquent en plusieurs temps? Mais là le caustique porte toujours sur les mêmes points, toujours sur le bord libre de la division; et qu'en arrive-t-il? C'est que la seconde cautérisation mortifie la surface que la première avait avivée, réprime les bourgeons charnus, sèche la suppuration, et s'oppose à la formation des adhérences. La cautérisation peut encore procurer la fermeture graduelle des fistules par une imitation du travail de la nature dans les brûlures des comissures des lèvres et des paupières; pour cela elle doit ne porter que sur les angles de la fistule, et être faite tous les cinq à six jours jusqu'à parfaite occlusion. Le rapprochement s'opère alors des extrémités de la division vers le centre. M. J. Cloquet, par de semblables cautérisations sur l'angle de la division, est parvenu à opérer la réunion du voile du palais.

Si pour la cautérisation *radiée en deux temps* on voulait employer le caustique de Vienne, plus difficile à manier à cause de sa mollesse, on pourrait l'étendre sur les plaques creusées *ad hoc* que j'ai fait exécuter, et qui sont représentées fig. 3 et 4 de la pl. 76 de la Médecine opératoire de MM. Bourgery et Jacob. Il est inutile de dire que l'instrument tranchant pourrait servir à produire *ce plissement préparatoire* du vagin, en enlevant la portion de la cloison vésico vaginale faisant saillie à travers les ouvertures des gouttières fenêtrées 1, 2, 3; ouvertures dont la largeur est calculée sur l'épaisseur de la cloison; de telle

SUPPLÉMENT.

Les remerciemens que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention.

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

sorte que la portion saillante enlevée ne forme même pas la moitié de l'épaisseur de cette cloison. Pour couper nettement ce bourrelet, je le traverse avec un *tenaculum*.

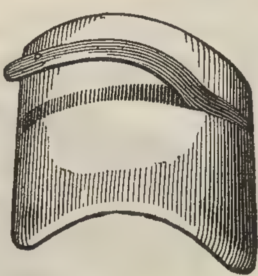
Le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale et l'*influence délétère de l'urine* sur la lymphe coagulable qui forme les adhérences récentes sont, avons-nous dit, au premier rang des circonstances défavorables, par leur réunion seulement, car chacune d'elles isolément ne serait pas un empêchement absolu. En effet, nous voyons des cloisons aussi minces et formées à peu près des mêmes éléments, le voile du palais, par exemple, se réunir. D'autre part nous voyons que, dans les opérations de taille, l'occlusion de la vessie et la cicatrisation se font malgré le contact et le passage de l'urine. Toutefois on a tiré de ce fait une conséquence forcée lorsqu'on a prétendu y voir la preuve de l'innocuité de ce liquide : il n'y a point de parité à établir entre une division produite par l'instrument tranchant et un trou avec perte de substance; entre une mince paroi et des tissus épais de nature diverse Il est facile de voir dans la taille recto-vésicale l'influence de l'épaisseur des tissus sur la cicatrisation : lorsque, dans les premiers temps où cette opération fut faite, l'incision portait sur la cloison; des fistules en étaient la suite ordinaire; plus tard, lorsque Sanson et Vacca la pratiquèrent partie sur la prostate, partie sur la cloison, l'on vit la réunion s'opérer en avant et point en arrière; en sorte que, pour éviter une infirmité, on est venu à n'inciser que la prostate et le col. De même pour les fistules de l'urètre; les plus difficiles à guérir ne sont-elles pas celles qui existent sur la verge là où le canal est seulement recouvert par une peau mobile dépourvue de graisse?

On voit par ces exemples que, de la réunion des deux causes, proviennent les obstacles à la guérison. Examinons par quels moyens l'art peut les surmonter. Détourner l'urine pour l'empêcher de baigner les fistules, telle est la première idée qui se présente à l'esprit; mais ici point de possibilité de prendre le liquide au-dessus de la perforation, comme on peut le faire pour les fistules urétrales; il faudrait pour cela faire le cathétérisme des uretères, impraticable jusqu'à ce jour. Il ne serait peut-être pas impossible, en les saisissant et les comprimant dans l'épaisseur de la cloison à leur orifice, de retenir l'urine assez pour les dilater, les ponctionner du côté de la vessie, et y mettre de petites sondes préalablement engagées par l'urètre; mais il est probable que cette rétention d'urine, même temporaire dans l'urétère, serait extrêmement douloureuse, préjudiciable aux reins, et dangereuse pour la santé générale. Nous en sommes donc réduits à épuiser l'urine dans la vessie, au moyen d'une sonde, à mesure qu'elle arrive. Comme dans le décubitus sur le dos la fistule occupe la partie la plus déclive du réservoir, et que l'urine a plus de tendance à suinter par cette ouverture qu'à s'engager dans les yeux de la sonde; on a imaginé de faire coucher le malade sur le ventre; malheureusement cette posture, contraire aux intentions de la nature, n'a pu être long-temps supportée; des eschares se sont formées aux genoux, aux crêtes iliaques, et il a fallu y renoncer. La seule ressource qui nous reste pour diminuer le passage de l'urine et son influence délétère, c'est de *soulever la cloison et de maintenir la fistule élevée au-dessus du col et des parties latérales* de la vessie, pour que l'urine ait plus de propension à se porter vers ces points, où les yeux de la sonde sont disposés pour la recevoir, qu'à filtrer par la perforation. Voilà pour l'une des causes d'insuccès; quant à l'autre, c'est-à-dire le peu d'épaisseur de la cloison vésico vaginale; un moyen rationnel d'y remédier, c'est d'*étendre les points de contact en accolant non pas seulement les bords amincis de la fistule*, comme le font la sonde érigne de M. Lallemand et la suture simple, *mais les parois vaginales avivées au pourtour de l'ouverture.* Cet effet, on l'obtient encore par le soulèvement de la cloison vésico-vaginale; en sorte que par ce procédé l'on peut obvier tout à la fois aux deux causes les plus puissantes d'insuccès. Quant aux moyens de produire ce soulèvement de la cloison et cet accolement par de larges surfaces, ils sont variables. Nous avons vu que, par la cautérisation approximative préliminaire, on obtient ces deux effets d'une manière permanente, et nous avons énuméré les motifs qui doivent la faire préférer quand elle est applicable; mais il se peut qu'elle ne le soit pas, ou que le plissement du vagin soit insuffisant pour maintenir la fistule au-dessus du niveau de l'urine, alors même qu'on épuise le liquide avec une sonde tenue débouchée. Il faut alors recourir à d'autres moyens.

Le soulèvement et l'accolement peuvent être produits par des instruments métalliques. Parmi les nombreux systèmes d'érigne que l'on a imaginés, il y en a un petit nombre avec lesquels on pourrait obtenir cet effet : l'érigne, par exemple, que j'ai fait construire et que j'ai représentée dans la figure 4,

Fig. 4.

me paraît devoir mieux qu'aucune autre le produire. Elle est formée de deux pièces glissant à coulisse l'une sur l'autre comme les lithotribes. Mais il ne faut pas oublier que les crochets des érignes ont un grave inconvénient, celui de déchirer les tissus, surtout quand la traction est un peu forte; et ici elle doit l'être pour opérer tout à la fois le rapprochement et le soulèvement. J'ai donc imaginé un autre procédé, que voici : *la surface vaginale ayant été dénudée de sa muqueuse dans une étendue d'un centimètre au moins au pourtour de la fistule*, on introduit dans le vagin un pessaire en ivoire, portant une tige métallique courbée en demi-cercle, comme on le voit figure 5;


Fig. 5.

on met le centre de cette tige métallique en rapport avec la perforation, puis on fixe le pessaire par un tamponnement méthodique. (J'ai indiqué comme préférable la charpie enduite de caoutchouc en pâte, ou le caoutchouc pur.) Par ce moyen la cloison est soulevée, les portions avivées du vagin en avant et en arrière de la fistule s'accolent et adhèrent au-dessous du cylindre métallique, lequel se trouve emprisonné dans l'anse. Pour le dégager sans rompre les adhérences, on enlève la substance qui avait été employée à tamponner; le pessaire est détaché de l'anse métallique, et cette anse elle-même étant saisie par son extrémité avec des pinces, est dégagée par un mouvement de circumduction qui ramène vers la paroi postérieure du vagin la convexité du demi-cercle qui précédemment était en rapport avec la fistule.

La forme et la substance des pessaires qui supportent la tige courbe élévatrice n'ont rien d'absolu; l'ivoire, le platine, l'argent, peuvent être employés. Quant à la tige, il faut qu'elle soit tout à la fois ferme et inaltérable. Le platine, qui réunit ces deux conditions, est préférable; à son défaut, l'on peut faire usage d'argent.

J'ai encore imaginé un autre mode de soulèvement de la cloison vésico-vaginale et d'accolement par de larges surfaces; on peut en prendre une idée dans les figures 6, 7.

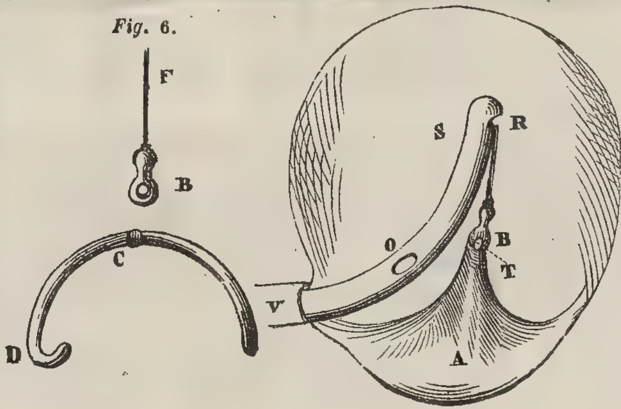
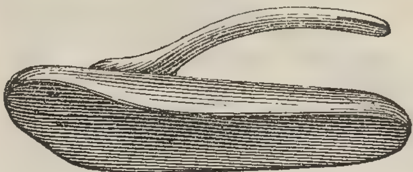


Fig. 6. *Fig.* 7.

Une anse métallique le produit encore; mais cette anse, au lieu d'être poussée de bas en haut par le pessaire et le tamponnement, est tirée par un cordon qui passe dans une ouverture faisant l'office de poulie, pratiquée vers l'extrémité d'une sonde métallique courbe. Nous venons de dire que des adhérences se forment au-dessous de l'anse, l'enveloppent, l'emprisonnent; il faut donc avoir un moyen de la dégager en ménageant ces adhérences. C'est afin d'opérer ce dégagement que j'ai adopté le mécanisme représenté dans la figure 6.

L'anse, saisie par son crochet au moyen d'une pince à pansement, est dégagée de la boule par un mouvement de circumduction; et la boule elle-même ressort par l'urètre, entraînée par le cordon qui l'attache. Lorsque la fistule est longitudinale, ce qui est la très-minime exception, l'anse élévatrice doit avoir une autre disposition; l'on peut en voir un exemple dans la figure 8.

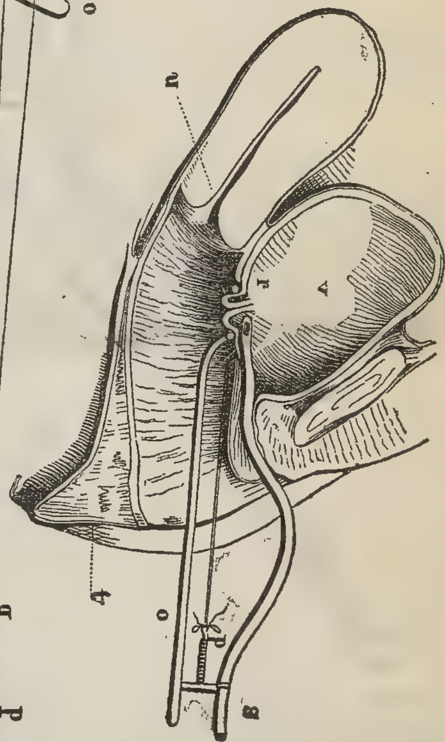
Fig. 8.



La suture est le moyen auquel on a le plus ordinairement recours lorsque les fistules ont une certaine largeur, lorsque la cautérisation a été impuissante ou a paru devoir l'être. On pourrait faire jusqu'à un certain point aux sutures le reproche que j'adressais tout à l'heure aux érignes, celui de couper les tissus et de produire des dentelures sur les bords de la fistule; j'ai même vu à l'hôpital de la Pitié la division de toute la longueur de l'urètre operée par le fil qui, dans le procédé d'autoplastie de M. Jobert, maintient le sommet du lambeau dans la fistule et revient par l'urètre. Il est vrai de dire que, dans les mutations opérées entre les chefs de service, la malade avait été oubliée, et le fil, au lieu de passer dans une sonde, était à nu dans l'urètre.

Celle des sutures, qui expose le moins à la section et à la déchirure des bords de la fistule, est sans contredit la suture enchevillée pour qu'elle soit faite suivant l'un de principes que nous avons posés : *accolement par de larges surfaces*, il est indispensable que le point où ressort le fil après avoir traversé la cloison soit distant de neuf à dix mil. du bord de la fistule, la portion libre relevée du côté de la vessie présente sa face vaginale à l'autre lèvre également relevée, en sorte que les surfaces préalablement avivées autour de la fistule s'accolent. Voy. figure 9. Le gonflement inflammatoire qui survient deux ou trois jours après l'opération, est une cause puissante de déchirure des lèvres de la fistule; si, pour la prévenir, on n'exerce qu'une faible constriction au moment de l'opération, le contact des lèvres lorsque le gonflement inflammatoire est tombé, n'est plus assez immédiat pour opérer la réunion. Le moyen d'obvier à ce grave inconvénient, c'est de donner aux fils assez d'élasticité pour se prêter au gonflement des tissus, et reprendre ensuite le degré de pression nécessaire pour maintenir le contact. L'on y parvient en faisant usage de fils de caoutchouc que j'ai employés pour opérer la suspension des lèvres de la division de la vessie, après la taille hypogastrique, afin de prévenir l'infiltration de l'urine; ces fils, je les ai proposés pour les sutures en général, dans mon Mémoire sur la cystotomie épibubienne, lu à l'Académie de médecine en 1834, et publié en 1839. Mais quelle que soit l'élasticité de ces fils, elle ne peut s'exercer s'ils n'ont pas une certaine longueur, et elle serait insuffisante, s'ils étaient serrés immédiatement sur les chevilles. Pour leur donner plus de jeu et d'élasticité, j'ai fait construire le serre-nœud, représenté dans la fig. 9, et que l'on voit fonctionnant dans la fig. 10.

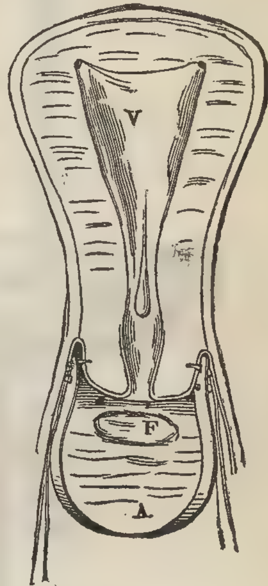
Fig. 9. *Fig.* 10.

Les fils en tel nombre qu'on le juge convenable, passés dans le trou des cylindres, viennent se réunir sur le crochet que supporte un ressort en spirale, destiné à augmenter encore l'élasticité. Un appareil analogue pourrait être utile dans la staphilorapbie, et je me propose de l'appliquer.

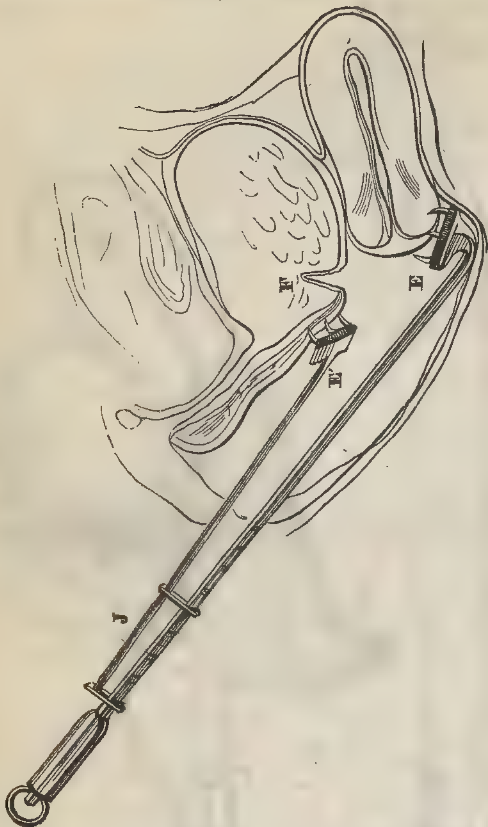
Pour que la lèvre antérieure de la fistule s'adapte à la postérieure par la surface vaginale, il faut que la perforation ait eu lieu au centre du bas fond de la vessie, car si elle était plus en avant près du col ou en arrière vers l'utérus, l'une des lèvres manquerait et le soulevement de la cloison ne pourrait être qu'incomplétement obtenu, de même si la lèvre postérieure avait contracté des adhérences avec le col de l'utérus. Pour le cas d'absence de la lèvre postérieure, j'ai pensé que l'on pourrait faire servir à l'occlusion de la fistule, le col de l'utérus avivé à sa surface antérieure : pour le maintenir en rapport avec l'ouverture, on peut le traverser d'un fil, le saisir avec une espèce de collier, tel que celui représenté dans les fig. 11, 12,

Fig. 11. *Fig.* 12.

le soulever avec des érignes, comme on le voit dans la fig. 13,

Fig. 13.



ou bien enfin, et c'est le moyen qui me semble le meilleur, introduire dans la cavité de l'utérus un instrument dont les branches s'écartent et qui, prenant son point d'appui sur les parties latérales de l'organe sans léser son tissu, permet de l'amener doucement en bas au moyen d'une vis et de l'espèce de coquille en argent, à laquelle l'instrument s'adapte, comme on peut le voir dans les fig. 14, 15, 16.

Fig. 14.

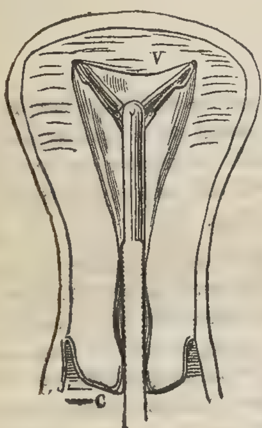


Fig. 16.

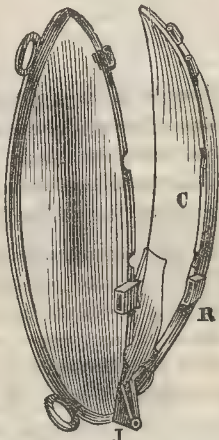
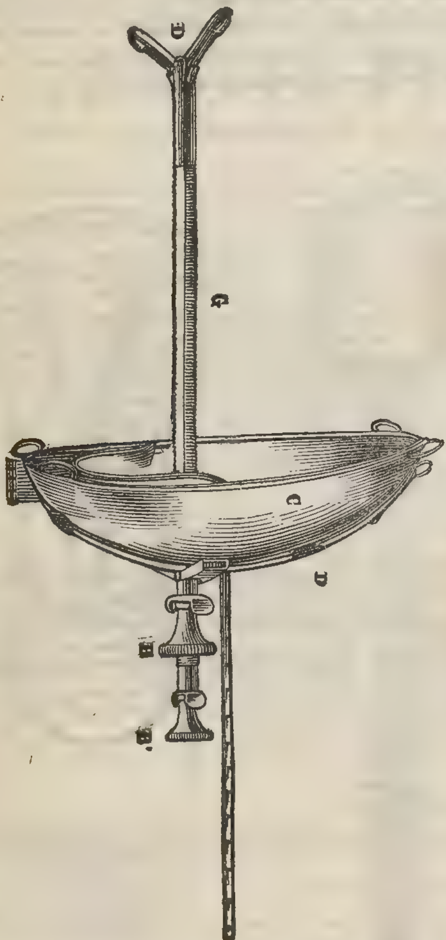


Fig. 15.



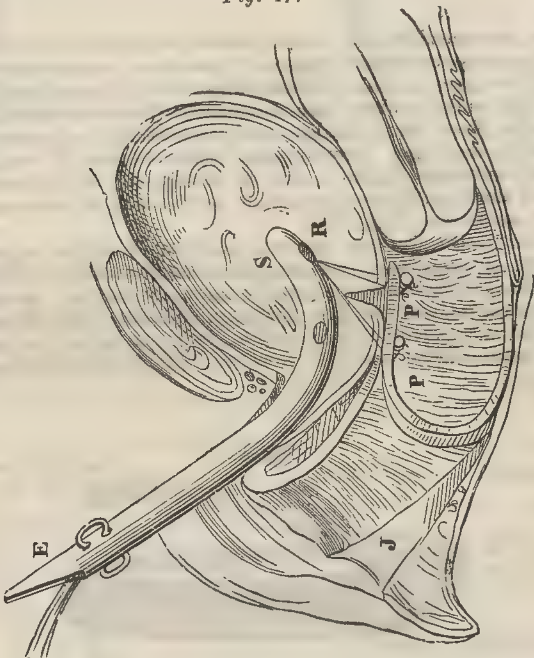
Cette coquille est fixée au-devant de la vulve par quatre cordes formant sous-cuisses et une ceinture.

J'ai tenté, en 1835, à l'hôpital Beaujon, dans le service de MM. Marjolin et Laugier, l'obturation de la fistule par le col de l'utérus, je m'étais servi des érigues représentées dans la fig. 14, et je dois convenir que je n'ai pas réussi; la malade, il est vrai, dont l'indocilité et l'ineptie passaient toute expression, dérangea l'appareil et voulut qu'on l'enlevât au bout de peu jours. Quant au détracteur de l'utérus qui se dilate dans la cavité de l'organe, Sanson en a fait, il y a huit ans, l'essai à la Pitié, dans un cas d'amputation du col pour l'attirer à la vulve.

Nous venons d'examiner les procédés qui paraissent le mieux convenir : 1° aux petites fistules ; 2° aux fistules plus grandes, si uées au centre de la cloison et pourvues de deux lèvres ; 3° à celles dont l'une des lèvres manque, il nous reste à voir quel moyen permet de clore les perforations qui occupent la plus grande partie de la cloison. Ici plus d'espérance de rapprochement, il faut chercher ailleurs les tissus nécessaires à l'occlusion, il faut avoir recours à l'autoplastie. Cette méthode peut-être pratiquée de différentes manières : le procédé le plus connu est celui de M. Jobert, qui appliqué, un assez grand nombre de fois compte, je crois, une seule réussite, la longueur du pédicule du lambeau obturateur taillé sur la cuisse, où l'une des grandes levres de la vulve paraît en être la cause, car on le voit frappé de gangrène vers son sommet. Un autre procédé a été imaginé par M. Velpeau qui l'a nommé anaplastie en arcade. Ce procédé que personne n'a réclamé cette fois, consiste à emprunter à la paroi vagino-rectale dédoublée une bande restant adhérente par ses deux extrémités, appliquée ensuite par son milieu dépouillé de muqueuse, à la cloison vésico-vaginale au moyen de sutures. Je ne saurais dire si ce dedoublement de la cloison vagino-rectale est bien facile sur le vivant, mais j'ai pu m'assurer sur le cadavre qu'à moins d'une dextérité tout à fait exceptionnelle, il doit être bien difficile; je ne veux pas dire qu'il soit impossible, car le successeur du sage Boyer reconnaît bien que l'application du procédé de l'anaplastie en arcade n'a point eu de succès, mais il ne dit pas qu'il l'ait trouvé inexécutable.

A ces deux procédés d'autoplastie, j'ai proposé d'en substituer un qui a peut-être des inconvéniens, mais qui du moins est exempt de ceux que je viens de signaler. Ce procédé le voici : une incision est faite au périné au-dessous de la fourchette; on la prolonge dans l'espace celluleux intermédiaire au rectum et au vagin jusqu'à l'endroit où les parois des deux conduits s'accollent intimement pour former la cloison. Deux incisions longitudinales pratiquées sur la paroi postérieure du vagin viennent tomber perpendiculairement sur la première; (voir fig.) la ligne ponctuée indique le trajet des incisions, il en résulte un lambeau qui, au moyen de fils passés dans les lèvres de la fistule se relève, se retourne, et vient s'appliquer par sa surface saignante, contre la cloison vésico-vaginale préalablement avivée. C'est ce que l'on peut voir dans la fig. 17.

Fig. 17.



La traction des fils ayant lieu dans une direction perpendiculaire à celle de la cloison et non parallèlement à cette direction, comme les ligatures ordinaires, elle n'expose pas à la déchirure des bords, pour surcroit de précaution l'on peut faire usage des fils de caoutchouc. Ce lambeau en forme de parallélogramme comprenant toute l'épaisseur de la paroi du vagin, adhérent par une large base au milieu même de ce conduit, par conséquent court et épais, se trouve par tous ces motifs dans de meilleures conditions de vitalité que le lambeau long, mince, pédiculé, du procédé de M. Jobert. Quant à l'exécution, elle est facile puisque la dissection du lambeau s'arrête là où l'union des parois du vagin et du rectum la rend difficile, précisément là où commence celle de M. Velpeau.

Lorsqu'un temps assez long se sera écoulé après l'opération, pour faire supposer que les adhérences du lambeau à la paroi antérieure du vagin sont assez solides, on coupera la pédicule où la base du lambeau et la cavité du conduit vaginal se trouveront rétablies.

Dans le cas où par l'absence de lèvres, par des adhérences ou tout autre motif, on éprouverait une trop grande difficulté à passer des fils dans la cloison vésico-vaginale, on pourrait s'en passer en appliquant et fixant sur la face muqueuse du lambeau une plaque en métal ou en ivoire, dont la forme et l'étendue de auraient été préalablement calculées sur la forme et l'étendue de la perforation. Un seul cordon partant du centre de la plaque, traversant le lambeau, passant dans le centre de la fistule pour être ramené au dehors par la sonde, suffirait pour tenir appliquée contre la paroi antérieure du vagin, cet obturateur doublé du lambeau qui doit le déborder de toutes parts.

L'on a reproché à ce procédé de diviser un tissu réticulaire abondant en vaisseaux; mais je pense que l'on s'exagère le danger de cette lésion. Pour certaines fistules stercorales, on y pratique des incisions sans fâcheux résultat; dans quelques accouchements laborieux, la rupture du périné n'est point suivie d'accidens graves. Je ferai observer en passant que cette dernière lésion rendrait dificile, comme on peut le comprendre, l'application de ce procédé.

Moyens de faciliter l'application des procédés.

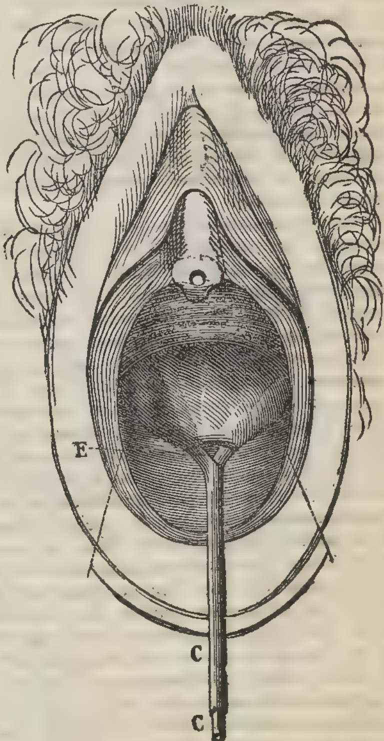
Après avoir décrit les divers procédés qui me semblent le mieux appropriés aux différentes espèces de fistules vésico-vaginales, je vais indiquer divers moyens que j'ai imaginés pour en rendre l'exécution plus facile.

La profondeur à laquelle sont situées les fistules, rend difficile l'avivement de leurs bords, aussi beaucoup d'instrumens et de procédés ont-ils été imaginés pour simplifier ce temps de l'opération. Ce qu'il y aurait de plus commode, serait d'amener la fistule à la vulve pour agir ensuite à l'aise, enlever tout ce qu'il convient de la muqueuse et rien de plus que le nécessaire : dans ce but il est arrivé à Sanson d'inciser l'urètre à droite et à gauche d'y passer un doigt, dont il se servit pour pousser vers la vulve la cloison vésico-vaginale, aviver les lèvres de la fistule et placer les fils de la suture. On pourrait trouver que cette incision de l'urètre qui est une taille en petit, fait payer chèrement à la malade la commodité et la précision d'action de l'opérateur ; aussi ai je cherché à l'obtenir autrement et j'y suis parvenu en introduisant dans la vessie par la fistule deux crochets au moyens desquels on l'attire doucement pendant qu'une pression modérée, exercée sur les parois abdominales, favorise son abaissement. Les fig. 18, 19,

Fig. 18.



Fig. 19.



montrent un instrument formé de deux tubes, tournant l'un dans l'autre, qui est très propre à remplir cet usage, et dans la fig. 19 on le voit en action.

J'ai fait sur plusieurs malades l'essai de ce double crochet, et je me suis assuré qu'il remplissait très-bien son but; une fois la traction produisit une vive douleur et j'ai dû y renoncer.

Pour faire l'avivement, la cloison restant à sa place, il se peut que des pinces à dissequer, des ciseaux et un bistouri suffisent en y joignant beaucoup d'adresse de la part de l'opérateur, de courage de la part de la malade et de patience des deux côtés. Toutefois les chirurgiens qui ne recherchent pas les difficultés pourraient peut être trouver commodes quelques-uns des instrumens qui ont été imaginés pour aplanir celles de l'avivement : entre tous se distinguent par leur disposition ingénieuse les ciseaux de M. Goglioso; ils sont destinés plus particulièrement à enlever le bord libre de la perforation. J'ai dit que le simple rapprochement des bords me semble insuffisant et j'ai posé en principe l'accollement par de larges surfaces autant que faire se peut. Or, pour l'avivement qui convient à ce mode d'adhésion l'instrument de M. Goglioso ne peut convenir. J'en ai donc fait exécuter plusieurs, ce sont des spéculums avec des griffes et une lame ovale formant guillotine, qui enlève dans une grande étendue, d'un seul coup, la muqueuse saisie par ses érignes. Voy. fig. 20 et 21.

Fig. 20.

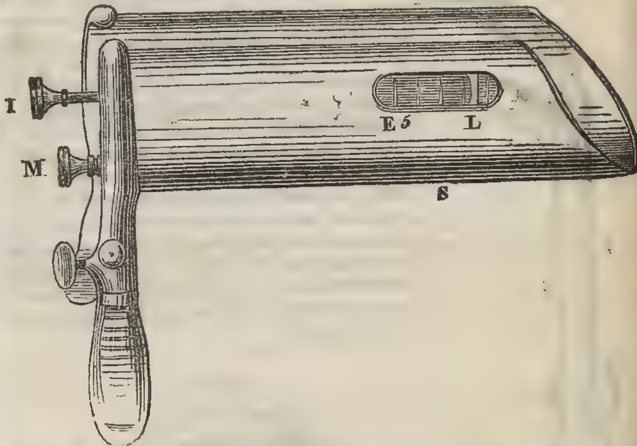
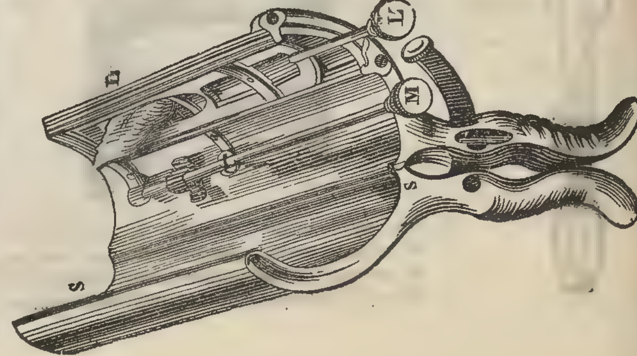


Fig. 21.



Ou bien encore des pinces recourbées qui peuvent agir avec ou sans spéculum (fig. 22).

Celui que je préfère est un spéculum bivalve à recouvrement, dont les bords sont garnis de petites dents en forme de dents de souris lorsque les valves s'ouvrent, la paroi antérieure du vagin s'y engage et la superficie du pli saisie par les mors est rasée et détachée avec une lame courbée en forme d'une petite faucille tranchante des deux côtés, parce qu'il peut avoir un double usage; par sa convexité, il peut agir, comme nous venons de le dire; par sa concavité il sert à l'avivement du col alors que l'on veut l'employer comme obturateur. Pour râper le col utérin l'on peut encore faire usage de l'espèce de plane représentée figure 23.

Fig. 22.



Fig. 23.



Pour faciliter le placement des fils, j'ai imaginé plusieurs porte-aiguilles; l'un d'eux est représenté dans la fig. 24.

Sur l'aiguille est une rainure dans laque le est reçue une goupille qui fait l'office de pivot; en sorte que par un mouvement en cercle, l'aiguille traverse la cloison de bas en haut (fig. 25),

Fig. 24.

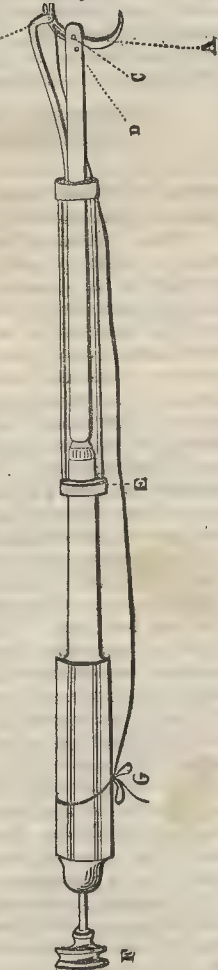
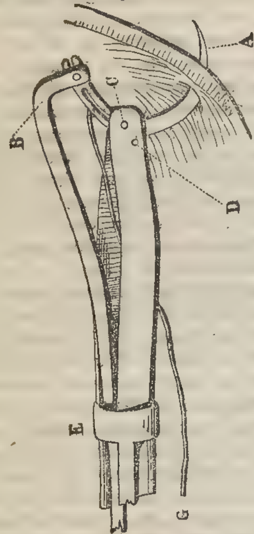
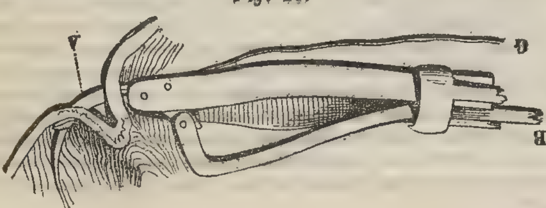


Fig. 25.



la traverse de nouveau de haut en bas, et revient dans le vagin (fig. 26),

Fig. 26.



où elle est saisie par une pince qui l'amène à la vulve. Ce porte-aiguille fonctionne bien, et rend plus commode l'application de la suture enchevillée. Je crois devoir ajouter que cet instrument, de même que les quatre cinquièmes de ceux que j'ai décrits dans ce mémoire, ont été exécutés pour moi dans les ateliers de M. Charrière, au mois d'avril 1836. Je rappelle cette date, parce qu'un médecin italien a imaginé, m'a-t on dit, un porte-aiguille analogue, mais plus récemment.

Un autre système de porte-aiguille est représenté dans les fig. 27 et 28, 29.

Fig. 27.

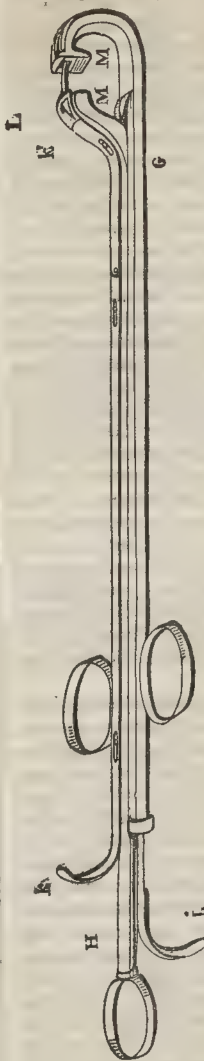


Fig. 28.



Fig. 29.

Celui-ci forme un pli sur la cloison et le traverse d'arrière en avant. Il pourrait aussi être employé utilement dans l'opération de la staphylosophie.

Un autre enfin qui n'est que celui-ci, multiplié trois ou quatre fois, passe d'un seul coup en traversant le repli formé sur la lèvre de la fistule, trois ou quatre fils suivant l'étendue de la perforation.

J'ai fait l'application de ces instrumens à la Pitié en 1836, dans le service de Sanson, sur la jeune femme à laquelle cet habile et si regrettable chirurgien avait pratiqué l'avivement et la suture, comme je l'ai dit plus haut. Je dois ajouter que je n'ai pas été plus heureux que lui, l'avivement ayant été fait trop superficiellement. Dans plusieurs de ces sutures pratiquées sur la cloison vésico-vaginale, les petites aiguilles, ou pointes mobiles de M. Fauraytier, peuvent rendre des services.

J'ai la confiance, et on me pardonnera si je l'exprime, que les procédés dont je viens d'indiquer rapidement le but, le mode d'action et le mode d'exécution, augmenteront les chances de réussite; cependant je ne m'abuse pas au point de ne prévoir que de succès; il ne restera encore que trop de pauvres femmes pour lesquelles il y aura impossibilité d'obtenir l'occlusion de la fistule.

C'est ici que viendrait se placer le procédé de M. Vidal de Cassis, qui consiste à fermer la vulve et à faire du vagin une cavité supplémentaire, un appendice de la vessie. L'auteur paraît tellement convaincu de l'inutilité des tentatives que l'on peut faire dans le but de guérir les fistules assez larges pour admettre librement le bout du doigt, c'est-à-dire, ayant au delà de 18 millimètres; il a tant de confiance dans son procédé, qu'il n'hésite pas à le proposer comme méthode générale. Peu de chirurgiens, je pense, partageront cette opinion; pour moi, je ne conteste pas la possibilité de cette opération, bien qu'à l'entrée de la vulve, de même qu'à la cloison vésico-vaginale, on ait à craindre l'influence délétère du contact de l'urine, qui, dans un point comme dans l'autre, doit empêcher les adhérences de se former: cependant je ne veux pas contester la possibilité de l'opération; je veux bien croire que l'occlusion de la vulve étant opérée, l'espèce de cloaque dans lequel croupiront l'urine et le sang des règles ne s'enflammera pas; que l'ulcération du col de l'utérus n'en sera pas la suite; que des calculs de phosphate de chaux, d'ammoniaque et de magnésie ne se formeront pas dans cette urine altérée; que l'urine ne s'infiltrera pas à travers l'utérus et les trompes dans le péritoine; que le chirurgien ne se verra pas bientôt forcé pour parer à de tels accidens de rouvrir la vulve qu'il avait à grande peine oblitérée. Je suppose toutes ces appréhensions chimériques, mais à son tour M. Vidal reconnaîtra que murer le vagin, supprimer les fonctions génitales n'est pas chose indifférente; que c'est là un moyen extrême dont l'essai ne doit être tenté qu'après avoir vu échouer les divers procédés proposés pour la guérison de la fistule elle-même.

Supposons que le chirurgien ou la malade n'aient pas voulu tenter les chances du procédé de M. Vidal, même comme moyen extrême, ou que cette tentative ait été inutile, je ne vois plus que des palliatifs à opposer à une si déplorable infirmité. Au premier rang de ces palliatifs vient se placer le tamponnement du vagin. Ce moyen, on le sait, a quelquefois semblé produire des guérisons complètes entre les mains de Chopart et Desault, je dis qu'il semble, car ces guérisons ont été mises en doute par divers chirurgiens et entre autres par M. Velpeau qui voit dans la réplétion du vagin un obstacle au resserrement de la fistule; les raisons qu'il en donne ne me paraissent pas concluantes; je pense, au contraire, que le tamponnement remplit plusieurs des conditions que j'ai posées comme essentielles: il soulève la cloison vésico-vaginale, efface le bas fond, il fait que la fistule cesse d'occuper le point le plus déclive, il rapproche les lèvres par la tention des angles, comme il arrive pour une boutonnière dont les extrémités sont tirées en sens inverse. Le tamponnement, depuis Desault, n'a pas été employé comme moyen curatif, aussi manquons-nous de faits pour l'apprécier, ce n'est donc pas sous ce point de vue, mais comme simple palliatif, que nous avons à nous en occuper; nous ne voulons voir dans la possibilité de guérir qu'un bonheur fortuit et inattendu.

Une circonstance a dû nuire jusqu'à ce jour à l'emploi du tamponnement, c'est la prompte altération des substances entassées dans le vagin, altération de laquelle résulte la nécessité d'un renouvellement fréquent. J'ai trouvé dans le caoutchouc réduit en pâte, une substance molle élastique, imputrescible, très-propre à faire un tamponnement méthodique, voici comment: je prends du caoutchouc en feuille (1), je taille une bande large de trois à quatre doigts, je l'introduis dans le vagin en l'appliquant à la paroi supérieure au devant de la fistule, puis je prends du caoutchouc ramolli à la consistance d'une pâte, j'imprègne, j'enveloppe de cette pâte des boulettes de charpie que j'introduis successivement en quantité suffisante pour bourrer le vagin. Si la malade est en âge d'avoir ses règles, avant de tamponner on place une canule évasée en arrière pour recevoir le col de l'utérus.

J'ai encore fait exécuter par M. Lasserre des pessaires élastiques auxquels s'adapte une plaque obturatrice.

Si l'on ne parvient pas aussi à prévenir le suintement de l'urine, il faudrait, pour empêcher ce liquide, de baigner et d'irriter les parties génitales le prendre à l'ouverture fistuleuse et le conduire dans un réservoir en zinc s'adaptant à la cuisse qu'il embrasse dans sa concavité.

Tels sont les divers procédés, moyens curatifs et palliatifs que j'ai imaginés pour porter remède aux fistules vésico-vaginales. Depuis quatre ou cinq ans, je n'ai point recherché les occasions d'en faire l'application; mes premiers essais m'ayant montré toute la grandeur des difficultés, je me suis borné à voir, à étudier et à préparer les moyens de les vaincre; je crois en avoir aplani plusieurs et avoir agrandi les chances de réussite; si quelques-uns de mes confrères partageant cette confiance veulent tenter l'essai de l'un ou de plusieurs des procédés qui viennent d'être sommairement décrits, je me ferai un plaisir de mettre à leur disposition les moyens de les exécuter, les priant seulement s'ils réussissent de ne pas s'attribuer une part trop large dans la propriété de ces procédés; car, je l'avouerai, plusieurs d'entre eux n'ont pas été appliqués encore: les opérateurs auxquels le hasard offrirait une heureuse occasion d'en faire usage pourraient donc, d'après une doctrine que l'on voudrait faire prévaloir, prendre dans l'invention une part plus forte que celui qui l'aurait conçue, qui en aurait calculé les chances, qui aurait fait exécuter les instrumens nécessaires pour l'appliquer, qui aurait tracé les règles d'après lesquelles doit avoir lieu cette application, qui par des essais aurait démontré le mécanisme et la possibilité de l'exécution, qui peut-être enfin, la développera et la perfectionnera plus tard. Voilà en effet ce qui m'arrive au sujet de la lithotritie, ce qui pourra m'arriver demain au sujet du traitement des fistules vésico-vaginales: je pensais, dans ma simplicité qu'une telle doctrine ne pourrait jamais prendre racine dans le domaine de la science; et voilà que, parmi les hommes les plus haut placés sur l'échelle de l'intelligence, il s'en trouve qui l'adoptent et la soutiennent. Comme le génie et la position leur donnent une influence toute puissante sur le monde savant, je ne puis que me résigner et attendre le jour de la réaction, car elle ne peut manquer d'arriver, et ces savans eux-mêmes en seront les promoteurs. Ils reconnaîtront bientôt que cette théorie de l'application ainsi généralisée menace la science, l'étude, le progrès; qu'elle tendrait à placer l'œuvre manuelle au-dessus de l'œuvre intellectuelle; qu'elle atteindrait beaucoup de découvertes, et peut être même les leurs; car le complément de la démonstration, la mise en œuvre dans l'industrie, et la pratique a souvent été faite par d'autres que par eux.

Déjà la cause des hommes à idées a trouvé un puissant défenseur à l'Académie, dans M. le secrétaire perpétuel, pour les sciences mathématiques; on se rappelle avec combien de raison, d'éloquence et de patriotisme il a soutenu les droits de Papin à l'invention de la machine à feu; ceux de Perrier et de Jouffroy à l'invention des bateaux à vapeur; et pourtant il reconnaissait, non-seulement que leurs machines n'avaient pas été appliquées, mais qu'elles étaient peu appliquables; et que la démonstration pratique appartient à d'autres.

« Disons, *toutefois*, ajoutait M. Arago (*Annuaire de* 1837), que le premier bateau à vapeur auquel on n'ait pas renoncé après l'avoir essayé, que le premier qui ait été appliqué au transport des hommes et des marchandises est celui que Fulton construisit à New-Yorck en 1807. »

Comment l'illustre académicien accueillerait-il donc ces préventions étrangères si l'œuvre de Perrier avait été tellement complète qu'il n'y eût plus qu'à trouver des passagers assez confians pour entreprendre le voyage et à mettre le feu sous la chaudière. Evidemment il les repousserait comme indignes d'examen et de discussion. Eh bien! telle est exactement (*sic parvis componere magna..*) l'état de la question en ce qui concerne l'invention et l'application de la lithotritie.

Me voici bien loin des fistules vésico-vaginales, et j'en demande pardon à mes lecteurs; j'espère qu'ils comprendront mes appréhensions; car le passé n'est pas fait pour me rassurer complètement sur l'avenir.

DEUXIÈME ÉPITRE AUX CORINTHIENS.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, 15 août 1842.

... Regina virtutum justitia. (Saint Paul.)

Mon cher confrère,

Au milieu de la tiédeur et de l'indifférence communes, le temps pourtant marche vite... et, dans son cours fatal, porte avec lui de terribles enseignements! Les catastrophes les plus épouvantables, les fléaux les plus redoutables, les morts les plus saisissantes et les plus regrettables, tout cela en quelques mois, en quelques semaines, en quelques jours, sans nous faire sortir de notre profonde léthargie, tant nous sommes insensibles, blasés, usés, tant il semble nous rester au cœur peu de vie, de foi et de sympathie! — A peine trois mois s'étaient-ils écoulés depuis la dernière nomination à l'Académie de médecine, qu'une nouvelle vacance était proclamée, c'est-à-dire que trois de ses honorables membres lui avaient été enlevés....

A ce mot de *vacance* à l'Académie, et de ma part, pauvre *victime!* je vous vois malignement sourire... Toutefois suspendez votre jugement et tranquillisez vous, cher confrère; tranquillisez surtout, je vous prie, les nombreux concurrents à ce nouveau fauteuil: je ne viens pas m'inscrire parmi eux, je ne viens point leur disputer une seconde fois ces nobles dépouilles! C'est une témérité que je n'aurai probablement pas de sitôt: j'ai pour motiver cette *discrétion* trop de raisons... A part, en effet, la considération d'amour-propre, qui est bien ici quelque chose, je dois être conséquent à moi-même et me refuser à un corps savant qui se refuse à moi nettement aux conditions d'honneur que je lui fais; qui me trouve trop soigneux de ma di-

(1) Ces feuilles, par leur élasticité, la faculté qu'elles ont de s'agglutiner entre elles, et leur inaltérabilité, seront d'un grand usage: pour les varices, pour les ulcères, pour le traitement des tumeurs blanches, par le procédé de mon ami le docteur Lavacherie, et dans d'autres circonstances encore elles sont appelées à rendre des services.

gnité, ainsi que de la sienne ; qui se trouve, lui, pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles, et déclare hautement que, continuateur zélé, de bonnes, d'excellentes traditions passées, présentes, j'allais dire futures, il entend que quiconque voudra son *dignus intrare*, voudra bien aussi préalablement passer sous ses *fourches caudines*.....

Et cette declaration, ne dites pas qu'il ne l'a point faite à mon endroit, le corps savant ! il l'a faite tacitement en m'éliminant tout d'abord, et par une significative spontanéité, de la *liste des six ;* il l'a faite hautement par la bouche de plusieurs de ses membres, de ses commissaires (croyez-le, sans compter M. J*** — je dis M. J.....n, qu'il faut bien se garder de confondre avec ce bon M. Jourdain—je pourrais en nommer bon nombre) qui, après la publication de ma lettre *sur les candidatures à l'académie*, lettre qui les avait fort scandalisés, disaient à qui voulait les entendre : « Ah ! M. la Corbière... il ne veut pas venir nous visiter, il se croit trop grand seigneur pour cela ! Eh bien, jamais il n'aura notre voix... »—Pauvres gens ! comme si une visite me coûtait à moi, qui comme eux monte au sixième étage pour secourir des malheureux ; et comme s'il n'y avait pas toujours profit à visiter ces messieurs, ne fût-ce que pour étudier leur tête et y trouver une confirmation de plus de la doctrine de Gall.....

Cependant pour revenir à cette bienheureuse liste des six, ainsi que plusieurs de mes collègues en infortune, j'y avais bien aussi, je crois, quelques droits ; et si, à l'exemple d'un redoutable adversaire qui, lui, a *vaillamment* obtenu les honneurs du duel et du champ clos académiques, si, dis je, à l'exemple de ce marquis de la candidature, j'avais su mieux *traiter*, flatter, caresser et plaire, m'effacer, me taire, écouter et surtout *ignorer*... je n'eusse sans doute pas ainsi été repoussé avec dédain. — Mais je vous l'ai dit, confrère, sans être Turc, et quoiqu'en dise ou précisément parce qu'en dit M. Flourens, je crois fort à la destinée ; et par l'intérêt que voulez bien me porter, vous n'aurez pas oublié, helas ! la sinistre prédiction de mon excellente mère : « Tu ne seras rien : Tu seras *Jean-Baptiste* pour tout potage... Oui, tu ne seras, tu ne seras... pas même académicien !...

Heureusement, comme je cherchais dans ma propre estime et dans l'opinion de mes amis et de juges plus impartiaux, compensation à ce petit acte d'ostracisme de messieurs les commissaires académiques, j'ai trouvé dans un feuilleton (1) *officiel* du docteur Lyrac, qui, vrai et tout provincial qu'il est, a fièrement son franc-parler et me semble singulièrement au courant de ce qui se passe ici et ailleurs ; j'ai trouvé ce consolant passage, ce baume salutaire des blessés : «... Nous avouons bien avec le public, qu'il serait fort difficile de motiver la preference qui a fait surgir tel ou tel nom au lieu de tel autre, et d'expliquer, par exemple, pourquoi des hommes d'esprit et d'instruction ont été sacrifiés à d'autres dont on pourrait contester la prééminence, etc. » Oui, je vous le confesse tout bas, j'ai modestement pris ma part de ces *réserves* de votre spirituel et malin Aristarque. Mais en quoi ai-je le droit de me plaindre, moi, si, comme on l'affirme, Foville ni Voisin ne sont, eux, non plus que des factieux et des révolutionnaires de ma trempe, inscrits sur la liste des six, pour le fauteuil physiologico-pathologique !

Il est vrai que d'aucuns, et qui s'y entendent, ont prétendu que ma *Corinthienne* se ressentait un peu de la bile pieuse et de l'âpreté sainte de l'apôtre, parlant à ses âmes *rebelles*, à ses cœurs endurcis (2) de Kordos ; et surtout qu'elle avait le tort irrémissible d'être une sorte d'argument *ad hominem ;* de stigmatiser des abus profitables, de menacer cet honnête *échange de rhubarbe et de séné*, qui fait tôt et infailliblement arriver, sans titres aucuns (des titres... fi donc ! c'est bon pour les vilains, pour les gens sans noms et sans père, oncle ou aïeul brodé ou *enherminé)*, le fils d'un archiâtre par le neveu d'un illustre, et le cousin d'un *célbère* par l'ami ou l'allié d'un *honorable*, et ainsi de suite... Enfin on me repproche amèrement d'y avoir donné en holocauste, dans cette malheureuse épître, un nom propre révéré parmi les prêtres du sanctuaire : Profanation ! ! !

Oui cela je le confesse humblement, et commence même à en faire pénitence... Aussi veux-je pour ma confusion, pour votre édification et celle de vos lecteurs, comme encore pour la justification de mes juges, qui après une telle *énormité* ne pouvaient guère songer à moi ; je veux vous faire connaître ma supplique impie à l'honorable président de l'Académie :

« *A Monsieur le Président de l'Académie royale de Médecine.*

Monsieur le Président,

Permettez-moi de vous prier, comme le représentant de votre illustre compagnie, de vouloir bien inscrire mon nom pour la candidature au fauteuil qu'elle vient de déclarer vacant dans son sein (section de pathologie médicale).

Mais croyant non moins contraire à ma propre dignité, qu'aux égards et à la haute estime qui sont dûs à l'illustre assemblée, comme à chacun de ses membres, d'aller *selon l'usage*, *à domicile* et chez tous, prôner mes titres ou mes droits et solliciter leur favorable suffrage, je crois de mon devoir, afin d'éclairer la religion de l'académie, de donner ici le résumé succinct de mon faible bagage scientifique, en attendant que je le depose *in extenso*, et conformément à son reglement, entre les mains de la commission nommée pour en connaître...

Recevez, Monsieur, etc. »

Oui, sans doute je suis bien coupable ! Mais à tout péché miséricorde, confrère... vous le savez (et vous voyez que je donne ici l'exemple), comme Christ je ne veux pas la mort du pécheur, mais qu'il se convertisse... J'avais même fait, vous le savez encore, une juste et honorable distinction en faveur de l'Académie de médecine, comparée à ses sœurs, académies ou oligarchies de tout pays et de toutes couleurs. La coquette ! vous voyez comme elle a reconnu mes hommages, que dans sa *conscience* sans doute, elle a modestement pris pour de la *flatterie*... N'importe, je ne m'en dédis pas, et malgré ses rigueurs, je persiste à répéter avec joie « que si l'Académie commettait autrefois de gros péchés, elle n'en est plus aujourd'hui qu'aux peccadilles ; ce qui promet beaucoup pour son salut... (3) »

Mais comme je dois aussi songer au mien, et que je tiens à me justifier complètement, j'invoque ici, cher confrère, votre solennel témoignage, car vous connaissez, vous, et mes principes

(1) *Gazette des Hôpitaux*, etc... N° du 30 avril.
(2) Saint Paul, chap. vj.
(3) *Gazette des Hôpitaux*. etc. M. Lyrac, feuilleton du 30 avril.

et mes sentiments... Vous savez que si j'ai assez de courage et de *sens moral* pour comprendre et proclamer que, dans les circonstances suprêmes ou dans les hautes questions qui engagent les intérêts sacrés de la justice ou de la liberté, il est du devoir d'un citoyen digne de ce nom, d'ôter le masque, d'attaquer au grand jour et de saisir corps à corps l'ennemi commun qui les menace, j'ai aussi trop de courtoisie pour ne pas considérer comme blâmables, comme coupables dans les débats ordinaires de la vie, et surtout dans les questions de science, la violence ou les personnalités. Oui, la douceur, la simplicité, les convenances dans les formes et le langage, aides puissants de la logique, sont bien plus persuasives que leurs antagonistes, qui ne tendent qu'à sur-exciter les instincts et à mettre l'intelligence à leur service. Oui, la bienveillance, le respect et la justice engendrent la justice, le respect et la bienveillance, comme la colère la ruse et la haine provoquent la haîne, la ruse et la colère, comme le sang appelle le sang... Reservons donc l'activité de nos instincts de combat et d'aversion, pour les cas malheureusement trop nombreux encore, où selon l'énergique expression d'un écrivain distingué, « la justice veut le combat au profit de la vérité... » (Frapart).—Pour ce qui est de l'immortel nom propre que, dans ma première Corinthienne, j'ai fatalement révélé : par les multiples motifs que je vous ai donnés plus tard et que vous avez trouvés satisfaisantes, je croyais vraiment qu'il s'agissait d'*histoire posthume* pour le célèbre académicien, et n'avoir simplement fait que *rendre justice aux morts*.....

Mais il ne s'agit pas ici de questions de personnes, de mon amour propre, de celui d'autrui ou de quoi ce soit de semblable ; il s'agit d'intérêts bien autrement graves, c'est-à-dire de soutenir la thèse, la pieuse thèse que j'ai abordée dans ma première épître, et de prouver à tous, juges et justiciables, postulans et concédans, que les *coutumes candidatoriales* sont également indignes des corps qui les imposent et des néophytes qui s'y soumettent, également nuisibles et fatales au noble but que doivent se proposer et les uns et les autres.

Ces pratiques humiliantes ou deloyales, vous les connaissez de reste, je les ai fletries de mon mieux, et il n'est personne, hors ceux qui en profitent lâchement—et ceux-là ne sont guères propres à relever la splendeur des corps savants ou des corps constitués.—il n'est personne qui en désire le maintien. A quoi bon, en effet, perdre un temps précieux et de l'argent qui souvent ne l'est pas moins, pour les savants surtout, gueux privilégiés comme chacun sait ; à quoi bon se morfondre à aller faire des visites (et à l'Académie de médecine, les visites se comptent par centaines), inopportunes, deplacées, honteuses et insultantes, je le dis hautement ? En effet, de deux choses l'une : ou le juge vous doit sa voix, ou il ne vous la doit pas ; s'il vous la doit, vous n'avez pas besoin de la solliciter ; s'il ne vous la doit pas, vous lui manquez gravement en la lui demandant... Mais c'est précisément alors et dans ce dernier cas, que s'établissent ces honteux marchés, ces trafics odieux que chacun sait et contre lesquels je m'élève de toutes les puissances de mon âme, de toute ma fierté d'honnête homme : Anathème ! donc, anathème aux visites candidatoriales !.....

Et d'ailleurs, à part les humiliations pour les uns, le dérangement pour les autres, le temps et l'argent perdus pour tous, et surtout pour ceux qui en ont le moins à perdre, savez-vous à quoi servent à ceux-ci, aux malheureux candidats, ces promesses trompeuses et menteuses qu'ils extorquent de la faiblesse, de la lassitude ou de la duplicité de leur juge ?... Demandez-le à Gall, à Broussais père et fils, à M. Canuet et à tant d'autres, et des plus dignes, qui une fois se firent violence et se soumirent en soupirant à ce détestable usage. Gall, à la prière de l'excellent Geoffroy St-Hilaire, consent à formuler sa demande et à faire ses visites à l'Institut. Tout le monde lui promet : « On ne saurait, » dit-on en chœur et à l'envi, « lui refuser pas plus que lui disputer une juste récompense à ses immortels travaux, etc... » Le jour de l'élection arrive, et Gall obtient... la voix de M. Geoffroy St-Hilaire.—Broussais père aussi, tout en s'indignant, tout en bondissant comme un lion traqué, se soumet aux instances de ses amis ; à juste titre on lui tient le langage tenu à Gall. Le moment du scrutin arrive, et il en sort, qui ? M. Double. — M. Canuet, quoique moins célèbre mais non moins digne, se refuse une première fois, mais croit devoir se soumettre une seconde, aux coutumes qu'on indique à ses justes répugnances. L'Académie en masse, moins trois voix, lui promet ; le moment suprême arrive, et l'excellent homme croit rêver en entendant proclamer le nom de Maygrier..

Enfin, et sans vous fatiguer de vingt autres exemples non moins révoltants et non moins fameux, que je pourrais signaler à votre legitime indignation, je ne vous parlerai plus que d'un seul fait, mais tout recent celui-là : de l'importante et instructive statistique charitablement publiée et commentée par votre innocent et pieux correspondant de province. « Ce que nous pouvons affirmer, » dit-il ingénument (1), c'est que quatre candidats au moins étaient certains de leur nomination, et que les deux autres avaient la conviction d'aller au ballottage ; on en cite même un qui avait déjà arrêté un cuisinier fameux pour son grand dîner d'intronisation. Que de remords... d'estomac va susciter cette nouvelle de sa déconfiture académique !

« En récapitulant donc les petites confidences que nous avons reçues des divers candidats ou de leurs amis, nous sommes arrivés à ce total singulier que nous nous empressons de faire connaître pour l'édification des candidats futurs :

MM.	Jules Guérin.	Voix promises.	85.
	Mélier.	id.	82.
	Prus.	id.	70.
	C. Broussais.	id.	60.
	Gibert.	id.	54.
	Nonat.	id.	48.
	Total des voix promises.		399.
	Or, l'Académie ne compte que		130
	membres ! Ce qui fait.		269

mensonges : plus de deux pour chaque immortel... O promesses académiques ! que vous êtes décevantes ! »

Eh ! cher confrère, les nobles instincts de l'homme sont-ils donc si puissans, et la loi de son perfectionnement est-elle si active qu'on puisse ainsi, sans soin de son avenir moral, refouler en lui ses généreuses inspirations et le degrader à ses propres yeux... Oh ! bien plutôt, répétons avec Ovide et Rousseau : Redresse-toi homme, car tu seras toujours assez près de terre ! *Os homini sublime dedit, cœlumque tueri jussit, et erectos, ad sidera tollere vultus.*

(1) *Gazette des Hôpitaux*, etc., du 14 mai.

Et en effet, consultez l'histoire ; étudiez les époques funestes où d'ignobles et implacables maîtres présidèrent aux destinées des nations. Voyez quel désolant spectacle ! quel caractère public dégradé, quelle perfidie, quelle cruauté chez les grands, quelle bassesse, quelle lâcheté chez les petits sous les règnes exécrés des Caracalla, des Louis XI, des Catherine de Médicis, des Charles IX, etc !... Partout et toujours, soit qu'on fixe son œil attristé sur ces sombres tyrannies des siècles passés, soit que, sans remonter si haut dans la serie des temps ou des conditions sociales on regarde autour de soi, qu'y produit de bon et de noble cette fatale habitude, cette triste nécessité de la ruse et de la dissimulation, si ce n'est tout ce qu'elle peut engendrer, selon les caractères divers qui la subissent : des lâches ou des traîtres, des conspirateurs ou des esclaves, des Festus, des Spartacus, des Tristan, des Guise, des Tencin, des T....., des D...., des F....., etc., etc... Et pour nous renfermer dans le domaine des sciences et des lettres, voyez encore ces hommes vieillis et dégradés dans l'intrigue, qui les porta en se jouant à la plus scandaleuse fortune scientifique ; voyez les reniant leur passé ou trahissant leur mission sainte, insulter lâchement ce qu'ils adoraient autrefois et ce qu'ils étaient naturellement appelés à défendre. Voyez-les en ce moment, dans une question de haute philosophie, répétant les sophismes ou les niaiseries de Carus, Tiedmann, Demangeon, Ackermann, Rudolphi, Ancillon, etc., pour caresser et ramper encore, les sacriléges vulgaires ! donner bêtement en sacrifice à d'éternelles rancunes, à d'implacables haînes ou à de sots préjugés, la plus belle et la plus féconde des sciences, celle de l'homme lui-même.....

Voyez aussi combien de nobles têtes, combien d'hommes de mérite refoulés dans le découragement, l'opposition ou la misère ; et combien, par contre, de médiocrités impuissantes, d'ambitions vénales, de caractères crétins montant par la double échelle de la prostitution au pouvoir et aux honneurs, qui ne devraient jamais être le partage que du talent et de la vertu ! — Aussi voyez le reste.... voyez Corinthe énervée, Athènes dépravée.... Voyez cette génération en délire ! ce tohu-bohu assourdissant, cette anarchie sans frein, ce cataclysme moral qui frappe et entraîne totalement les peuples dégénérés, n'ayant plus en eux assez de force, assez de virtualité pour se laver de leurs souillures et se reconstituer à la face du ciel....

Et malgré cela, souvent j'entends redire à mes trop légitimes répugnances : « Mais.... si vous voulez arriver, il faut faire comme les autres.... il faut, bon gré mal gré, hurler avec les loups ; cela est indispensable pour faire son chemin. Devorez en silence les petites humiliations de la route : on ne va loin qu'en rampant.... Mais arrivé au but, comme Sixte Quint et Hildebrand, vous vous redresserez, et alors..... alors vous pourrez faire sentir le poids de votre bras ; vous pourrez parler fort et de haut.... » Alors aussi, saisi d'indignation et de dégoût, à ce langage de roués, je réponds à mon tour : Pour consentir sans violence et sans remords à cette humiliation, il faut avoir peu de dignité, peu de valeur réelle.... Celui qui pour une fin d'ambition ou de cupidité sait ainsi se courber, *ne se redresse plus :* il est désormais flétri et dégénéré :

« De sa goire une fois qu'on a perdu l'amour,
A la vertu trahie il n'est plus de retour.... »
(Régulus).

Mieux, cent fois mieux n'être rien, mais garder sa propre estime en commandant celle des autres.

« Mais, » disent gravement nos *Pharisiens*, « si vous supprimez les visites, quel moyen restera au juge de connaître et d'apprécier le candidat en ce qui n'est pas la science, et la science n'est pas la seule et unique condition exigible chez un candidat académique ou autre ... » D'accord, messeigneurs, je crois comme vous qu'aux académies et ailleurs, la science, qui est bien l'essentiel pourtant, quoique vous en pensiez, n'est pas tout pour un néophite : il ne faut pas non plus négliger (ce qu'on fait beaucoup trop) sa valeur morale, voire même son sentiment des convenances et jusqu'à *ses formes*, car vous paraissez y tenir beaucoup... Mais pour ce qui est de la moralité d'un homme, ce n'est pas, non plus que de sa science, dans une visite ou une conversation que vous pouvez utilement en juger : son passé et ses ouvrages sont là.... Pour ce qui est des formes, de la *mimique*, vous savez qu'elles varient singulièrement chez certains individus, suivant les situations de la vie ; et que tel homme hautain de sa nature, dur et violent avec ses subordonnés, sait fort bien se montrer souple et humble avec ses supérieurs ou ceux dont il attend quelque chose.... Il y aurait d'ailleurs un moyen de concilier avec la justice et la dignité, cette condition *de visu* à laquelle vous semblez tant tenir : ce serait d'admettre la proposition de l'honorable M. Bousquet (1) ou de réunir un jour les candidats devant les membres et chez le président de la commission, qui, dans de bienveillans et fraternels colloques, pourraient ainsi, par la double épreuve de l'*analyse physique* et de la *synthèse morale*, juger chacun sous toutes ses faces. En semblable lieu et circonstance, et à une telle intention, il ne pourrait assurément rien y avoir d'humiliant ou de suspect pour personne.

En résumé, et quoiqu'il advienne de mes doléances et de mes avertissemens ; cher confrère, je suis fermement convaincu que le temps approche où les corps, savans ou politiques, seront forcés d'y faire droit dans l'intérêt même, je ne dis pas seulement de leur considération, mais encore de leur *conservation*..... Après la publication de ma première *corinthienne*, beaucoup d'hommes honorables que je pourrais citer, médecins, hommes d'arts ou de lettres, philosophes, législateurs ou publicistes, ont applaudi à ma protestation comme à ma pensée, et se proposent, en temps et lieu, de parler et d'agir en ce sens.... Fasse le ciel que mes faibles efforts, venant en aide à la morale et à la vindicte publique, eussent contribués à un tel résultat ! Je m'en applaudirais toute ma vie, en me souvenant avec gratitude de ceux qui comme vous, digne confrère, m'auraient secondés de leur mieux dans l'accomplissement d'un devoir que je considère comme sacré, car il touche aux intérêts les plus élevés et les plus chers de l'homme et de la société.

La Corbière.

Agréez, etc.

(1) Séance du 24 mai, sur la nécessité de lectures publiques pour les candidats, devant l'Académie.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 15 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 110, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Leçons sur l'éclampsie.

Troisième article. (*Voir* les nos 101 et 103.)

Diagnostic. — L'éclampsie, avons-nous dit, est une affection convulsive caractérisée par des mouvemens désordonnés des membres, mouvemens en général peu étendus, concentrés, ayant lieu par petites secousses saccadées, et se terminant constamment par la stupeur. Avec ces caractères, l'éclampsie peut facilement être distinguée des autres maladies convulsives ; on ne peut la confondre ni avec le tétanos, ni avec l'hystérie. Dans ces deux dernières maladies, la sensibilité est exaltée, les convulsions n'ont pas le même caractère ; il n'y a point de stupeur. On verra quelquefois l'hystérie acquérir des caractères qui la rapprochent de l'éclampsie ; mais il se fait dans ce cas une transformation réelle de la première maladie dans la seconde, et il n'y a dès lors aucune importance à les distinguer l'une de l'autre, car les indications sont les mêmes.

Une maladie qui peut être confondue avec l'éclampsie et qu'il est plus difficile d'en distinguer, c'est l'épilepsie ; cela est si vrai que les noms de ces deux maladies ont une grande similitude. On considère, en effet, l'éclampsie comme une épilepsie utérine temporaire, au lieu d'être permanente ; c'est une sorte d'épilepsie aiguë modifiée, créée par les conditions particulières de l'état de grossesse. D'une autre part, si l'on assiste à une attaque d'éclampsie et à une attaque d'épilepsie, il est presque impossible de faire entre elles aucune différence. Tous les phénomènes de l'accès se ressemblent, il n'y a de différence que dans la cessation de l'attaque ; il y a bien même un moment de stupeur après l'attaque d'épilepsie, mais la stupeur est plus prolongée et beaucoup plus prononcée après l'éclampsie. Cependant, ce ne serait pas encore là un signe absolument suffisant pour différencier ces deux affections ; les circonstances antécédentes sont les seuls signes réels qui puissent faire diagnostiquer avec certitude l'une ou l'autre, car il est impossible, ou infiniment rare, qu'on ne sache pas s'il y a eu ou non des attaques précédentes, antérieures à la grossesse.

La marche et la succession des attaques offrent quelques différences. En général, les attaques d'épilepsie sont plus éloignées, beaucoup plus rares que les attaques d'éclampsie. Que si l'on a vu d'ailleurs l'épilepsie se manifester pendant la grossesse et pendant l'accouchement, il n'y a en réalité aucune importance à la distinguer de l'éclampsie, puisque, en définitive, les indications et les moyens de traitement à opposer à ces deux maladies sont de part et d'autre les mêmes. Enfin, dans le plus grand nombre de cas, la confusion peut d'autant plus être évitée qu'on a rarement à se prononcer sur les caractères mêmes de l'attaque, mais beaucoup plus souvent sur l'état de stupeur. L'état de stupeur et la grossesse sont donc deux circonstances qui doivent déjà faire fortement présumer qu'on a affaire à l'éclampsie.

L'éclampsie pourrait-elle être confondue avec l'ivresse, avec l'apoplexie ? Avec la première, la distinction est facile. Dans l'ivresse, il n'y a pas de ronflement ; l'haleine vineuse, et l'aspect des matières rejetées par les vomissemens ne tarderont pas à éclairer sur la nature des symptômes qui, au premier coup-d'œil, eussent pu être confondus avec ceux de l'éclampsie. Dans le cas contraire, on ne tarderait pas à reconnaître cette dernière affection par le retour d'un nouvel accès. Quant à l'apoplexie, on pourrait peut être bien la confondre avec l'éclampsie, mais seulement dans le moment qui suit immédiatement l'attaque, car plus tard la persistance de la paralysie ne laissera plus de doute.

Traitement. — Il n'existe pas heureusement une grande divergence d'opinions à l'égard du traitement. Il faut distinguer, pour le traitement, les conditions différentes dans lesquelles l'éclampsie peut se déclarer ; elle peut survenir pendant le cours de la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement. Il y a, en effet, des indications spéciales relatives à chacune de ces conditions ; nous allons les examiner dans l'ordre indiqué.

1° *Éclampsie survenant pendant la grossesse.* L'indication principale, chacun le devine tout d'abord, est de replacer le plus tôt possible les organes génitaux dans des conditions différentes de celles qui produisent ou entretiennent les attaques. C'est une indication qui n'échappera jamais à personne, et qu'il faut chercher à remplir aussitôt et autant qu'il sera possible de le faire. Si cette indication capitale ne pouvait être remplie, il y aurait d'autres indications générales auxquelles on devrait se conformer. Nous distinguerons en conséquence de ces deux ordres d'indication, deux ordres de médication, la médication locale et la médication générale. Supposons d'abord les cas dans lesquels la première de ces médications n'est pas applicable, lorsque, par exemple, il n'y a encore aucun indice de travail, et examinons quels sont les moyens généraux de traitement à opposer à l'éclampsie.

Supposons qu'on soit appelé auprès d'une femme en attaque ; bien qu'il n'y ait aucun moyen de la faire cesser, on ne saurait rester spectateur passif de cette scène. Contenir la malade, veiller à ce que les personnes qui l'assistent ne répriment pas trop fortement les mouvemens, tels sont les premiers soins qui devront occuper le médecin. D'autre part, la bouche s'ouvrant et se refermant avec force, la langue peut être déchirée, c'est encore un accident auquel on devra chercher à parer. La plupart des médecins introduisent dans ce but une cuillère dans la bouche ; ce moyen n'est ni commode, ni efficace, et il vaut mieux introduire entre les dents un morceau de liége. Quelques personnes ont pensé qu'on pourrait appliquer à cette affection un moyen employé avec quelque succès dans l'épilepsie, je veux parler de la compression de l'artère carotide ; l'essai de ce moyen était logique ; je l'ai mis en usage, mais sans aucun résultat, soit que la compression ait été incomplète et irrégulièrement pratiquée, ou qu'elle ait réellement été insuffisante. Benmann avait conseillé les affusions d'eau froide ; j'ai plusieurs fois obtenu par ce moyen, au début de l'attaque seulement, le résultat suivant : Si pendant les prodrômes on asperge la figure d'eau froide, l'attaque est suspendue, mais pour quelques instans seulement ; au bout de peu de temps, la cause l'emporte sur l'action de la médication et l'attaque se produit quoi qu'on fasse.

FEUILLETON.

CRITIQUE MÉDICALE.

Traité de médecine pratique et de pathologie iatrique ou médicale; par M. PIORRY. — Tome premier : *Polygraphies ou généralités.* Tome second : *Monographies; maladies du cœur, des gros vaisseaux, des artères, des veines et des vaisseaux lymphatiques.* Paris, 1841-1842, au bureau de la *Gazette des hôpitaux.*

Vous connaissez tous la prodigieuse activité, le zèle à toute épreuve de M. Piorry. Vous n'éprouverez donc aucune surprise en apprenant que, quoique chargé d'un service nombreux à la Pitié, quoique obligé de vaquer aux soins d'une vaste clientelle, quoiqu'investi des fonctions de professeur de pathologie à la Faculté, quoiqu'enfin remplissant avec la plus exemplaire assiduité sa charge d'académicien, il puisse encore publier tous les ans un gros volume de médecine, de médecine sérieuse, car ce n'est rien moins qu'un traité dogmatique, qu'une exposition de la science toute entière telle qu'il la professe aux élèves de l'école de Paris.

J'ai eu plusieurs fois déjà l'occasion de dire dans ce journal ma pensée sur les traités dogmatiques. Je crois à leur impossibilité dans l'état présent des choses. En effet, une œuvre de cette nature ne pourra acquérir une grande valeur actuelle et d'avenir que lorsque la majeure partie des élémens dont se compose la science seront parfaitement connus. Qu'on envisage ces élemens sous le point de vue de leur généralité ou sous celui de leur individualité, en d'autres termes qu'on fasse de la pathologie générale ou de la pathologie spéciale, à tout instant l'exposition dogmatique sera arrêtée, empêchée, par des difficultés non résolues, par des lacunes non comblées, par l'impossibilité de donner la solution d'une immense série de problèmes qui touchent aux fondemens même de la science. De sorte qu'avec le contingent actuel de nos connaissances, toute exposition dogmatique ne peut être que ces deux choses, ou une répétition fastidieuse de faits déjà connus entremêlés de l'inventaire des faits inconnus, ou bien une application d'une idée théorique et systématique aux branches diverses de la pathologie. Un homme aussi distingué que M. Piorry peut-il accepter le premier de ces deux rôles ? un esprit aussi sage peut-il remplir le second ?

Je crains que M. Piorry n'ait confondu, dans son grand désir d'être utile, les droits et les devoirs du professeur et de l'écrivain : ils diffèrent essentiellement. C'est le droit, c'est le devoir du professeur, d'exposer d'un point de vue dogmatique et sous un ordre didactique la science tout entière qu'il est chargé d'enseigner. Un professeur de pathologie doit initier ses élèves à la connaissance générale des faits et des opinions ; c'est là l'objet, le but d'un cours. Mais cette exposition bonne, utile, nécessaire à des élèves qui se renouvellent sans cesse et pour lesquels il faut aussi sans cesse recommencer le même enseignement, enseignement élémentaire et progressif, cette exposition, dis-je, n'a plus la même valeur, la même opportunité et la même raison d'être dans un livre que dans un cours. Tout ce qui se dit ne peut pas s'écrire, par cette simple raison que cela a été déjà écrit, et par cette autre que s'il faut nécessairement enseigner du haut d'une chaire la science courante, cette science courante a été prise dans les livres qui existent déjà. Un livre, dans la position d'un homme comme M. Piorry, doit être le résultat d'un travail individuel, original, de recherches qui lui soient propres et analogues à celles qui ont fait le sujet de ses premières publications, et qui ont si solidement établi sa réputation. Que dans son cours M. Piorry expose, en les appréciant, les idées des autres et fasse connaître l'état actuel de la science, c'est très bien, car c'est le devoir de sa place. Mais qu'il imprime ensuite les cahiers de son cours, je crois que c'est un soin inutile et qui lui dérobe le temps précieux qu'il emploierait sans doute à élucider quelque point obscur de la science, ou à la doter d'une bonne monographie.

Des monographies, voilà ce que je ne cesserai de conseiller aux jeunes écrivains comme à ceux qui sont déjà entrés dens la carrière littéraire. C'est une ambition décevante et un travail stérile de vouloir à tout instant et sur le moindre prétexte faire l'inventaire de la science. Un homme, quelque instruit qu'il soit, ne peut suffire à cette tâche. C'est une œuvre nécessairement collective et qui ne peut se renouveler qu'à des distances suffisamment éloignées. C'est le but des dictionnaires et des grandes publications faites en commun. Trop heureux encore, quand de tous ces efforts réunis résulte un ensemble satisfaisant.

A Dieu ne plaise cependant que, de ce qui précède, je veuille et doive conclure que l'ouvrage de M. Piorry soit sans valeur et sans utilité ; ce serait plus qu'une injustice, ce serait une absurdité. Toute œuvre de M. Piorry portera nécessairement le cachet d'une observation sagace autant que persévérante, et la richesse et la valeur des détails compenseront abondamment les défectuosités de l'ensemble. Ces défectuosités d'ailleurs, rien ne serait plus facile que de les faire disparaître ; car elles ne résultent, d'une part, que de l'arrangement pour ainsi dire matériel et typographique choisi par M. Piorry dans la confection de ses livres, et, d'autre part, de la nomenclature qu'il a adoptée. Je lui demande la permission de dire un mot sur chacun de ces deux points.

M. Piorry est tellement préoccupé du besoin d'être concis et de renfermer beaucoup de choses dans le plus petit espace, qu'il exprime sa pensée le plus souvent sous la forme aphoristique et avec les développemens strictement nécessaires à l'intelligence de la proposition. Chaque article de ses livres est divisé en une infinité de petits alinéas numérotés, dont la somme sera effrayante pour les sept volumes de l'ouvrage en train de publication, car pour les deux volumes que j'ai sous les yeux ils ne s'élèvent pas à moins de 3,746. M. Piorry a voulu ainsi faire preuve de clarté, d'ordre et de méthode. Je crains encore qu'il ne se soit trompé dans le résultat. Je dois l'avertir que cette forme est très fatigante à la lecture, et que, pour des lecteurs inexpérimentés, les choses nécessaires et véritablement utiles à retenir ne se détachent pas assez des accessoires. En médecine, nous ne pouvons pas malheureusement écrire comme en géométrie où chaque proposition s'enchaîne avec la suivante, ou est la conséquence de la précédente ; nous avons, au contraire, besoin de développemens étendus, d'un grand artifice de style pour ménager nos transitions et rattacher les unes aux autres des observations qui perdent de leur valeur quand elles sont éloignées. Ces conditions sont de rigueur lorsqu'on écrit pour des élèves.

Quant à la nomenclature adoptée par M. Piorry, je serai bref sur ce sujet, car je sais bien que je prêcherais dans le désert ; il n'en est pas moins vrai qu'elle nuit énormément à la popularité des œuvres de ce médecin distingué, et que c'est avec peine que ses amis le voient persister dans un projet de réforme impossible. Chaussier, Alibert, pour ne parler que des plus récentes tentatives, et d'hommes dont la valeur scientifique ne sera pas contestée par M. Piorry, ont perdu leur grec et leur latin dans des entreprises semblables. M. Piorry verra plus tard que ses amis avaient raison.

Grâce à Dieu, j'en ai fini de mes observations critiques, qui n'ont pris leur source, du reste, que dans la haute estime que je professe pour M. Piorry, et dans mon vif désir de le voir au-dessus des objections que quelques personnes intéressées grossissent à dessein. Un mot maintenant sur les deux volumes déjà publiés.

Le premier peut être considéré comme une introduction au reste de l'ouvrage, introduction dans laquelle l'auteur expose ses vues sur les diverses parties de la médecine et la manière dont il comprend la science tout entière. Aussi y est-il traité des plus graves sujets de la pathologie, de l'histoire et du dogme, des faits et des principes, de la nosographie et de la nomenclature. Suivre l'auteur dans le développement de toutes ces questions m'entraînerait au-delà de toute limite ; je me bornerai à signaler la principale idée formulée par M. Piorry dès le début de ce volume, idée qu'il a suivie dans ses applications aussi diverses que nombreuses.

La maladie n'est pas une unité, une chose ; c'est une réunion de plusieurs élémens que l'auteur nomme états organo-pathologiques. Les organes solides ou fluides étant multiples, leurs relations étant nombreuses, il arrive que la souffrance primitive des uns se complique bientôt de la souffrance consécutive des autres, ou encore qu'un bon nombre de ces organes souffrent simultanément. L'histoire attentive de chaque élément des maladies prouve qu'ils doivent être étudiés iso-

L'attaque a lieu : que faut-il faire?

L'attaque, on n'en peut douter, consiste en une surexcitation du système nerveux, soit directe, soit par l'action sympathique de l'utérus ayant pour auxiliaire une congestion cérébrale, ou bien, ce que j'admets moins volontiers, une congestion ayant pour auxiliaire la surexcitation nerveuse produite par l'état de grossesse. Quoi qu'il en soit, un moyen sur lequel tous les accoucheurs sont d'accord, c'est l'emploi de la saignée. J'ai vu préconiser l'usage de l'opium à haute dose à l'exclusion de la saignée, mais ce moyen sans importance et sans efficacité, a été abandonné. La saignée est donc le moyen principal; les moyens accessoires ou auxiliaires sont les révulsifs et les antispasmodiques; tel est l'ensemble des moyens qui constituent la médication générale la plus rationnelle et le plus communément mise en pratique.

La saignée doit-elle être générale ou locale? la saignée doit être générale dans le plus grand nombre des cas. On a alternativement préconisé la saignée du bras, celle du pied, de la veine jugulaire, de l'artère temporale. La saignée de la temporale n'a été employée que dans des cas très exceptionnels, lorsqu'il n'était pas possible de recourir à l'ouverture des veines du cou ou du bras.

Pour la saignée de la jugulaire il y avait là une voie indiquée qu'il paraissait très rationnel d'utiliser; la veine jugulaire offrant en effet une issue très large par laquelle on peut faire perdre une grande quantité de sang dans un court espace de temps, l'ouverture de cette veine devait paraître un moyen très convenable. Eh bien l'expérience n'a pas répondu à l'idée qu'on s'en faisait. Les résultats ont été loin d'être aussi efficaces qu'on l'avait espéré. D'autre part, la nécessité d'arrêter le sang à l'aide d'un bandage circulaire, car la compression est d'autant plus nécessaire ici que la veine est très tendue et gonflée par suite de la tension générale de toutes les parties supérieures, la nécessité de cette compression circulaire, dis-je, a dû faire abandonner l'usage de cette saignée comme offrant plus d'inconvéniens que d'avantages. Quant à la saignée du pied, à laquelle, comme chacun sait, on a toujours attribué des propriétés particulières et une action dérivative spéciale sur le système sanguin de la tête, cette saignée a été abandonnée pour plusieurs raisons; la première à cause de l'impossibilité de la pratiquer chez les femmes infiltrées; ensuite à cause de l'impossibilité d'évaluer la quantité de sang soustrait, et d'en tirer une quantité suffisante. Sous tous les rapports, la saignée du bras est donc préférable.

Quelle est la quantité de sang que l'on devra retirer? Il y a une grande divergence sur ce point. Beaucoup d'accoucheurs craignent les saignées abondantes; d'autres, au contraire, Hamilton et Dewees sont du nombre, en portent la dose jusqu'à 40, 50 et même 100 onces. Je crois que le plus sage est de se tenir entre ces deux extrêmes; la dose la plus convenable et appliquable au plus grand nombre de cas, est entre 20 à 40 onces, 25 à 30 pour la moyenne, 20 pour le minimum, et 40 pour le maximum. La dose entre ces deux extrêmes serait déterminée par les conditions particulières de faiblesse ou de pléthore; je crois que la moyenne de 25 à 30 sera la dose le plus souvent applicable. La dose élevée, d'après la méthode d'Hamilton, peut convenir dans quelques cas, mais dans des circonstances probablement très rares que détermineraient la force du sujet, son état pléthorique prononcé ou des congestions violentes vers les viscères.

Ne soyez pas surpris de ce que je vais dire; les femmes infiltrées doivent être saignées comme les autres. La plupart des accoucheurs ne tiennent même pas compte de l'anasarque; ils ne considèrent pas cet accident, et avec raison, comme constituant une contre-indication à la saignée. Hamilton n'hésite pas, dans ce cas, à tirer 50 onces de sang. Je crois qu'on doit diminuer un peu, dans cette circonstance, la dose des saignées, mais dans une très petite proportion seulement.

Doit-on répéter la saignée? — Oui, une deuxième, même une troisième fois, mais à condition de faire celles-ci moins abondantes que la première, surtout si les attaques sont réitérées, et en se déterminant d'après l'état du pouls. L'existence ou l'absence de la couenne sur le sang, ne fournit aucune indication importante; elle n'existe pas toujours, ainsi qu'on l'a avancé; c'est un signe de peu de valeur dans cette circonstance.

La saignée locale ne doit être faite qu'après une ou plusieurs saignées générales; c'est un moyen auxiliaire auquel on recourra pour le substituer à une deuxième ou à une troisième saignée générale, mais jamais comme moyen primitif.

Ainsi qu'on le voit, loin qu'il y ait divergence à l'égard du traitement, les opinions sont au contraire à peu près unanimes sur l'usage des saignées; on ne diffère seulement que sur la quantité de sang à soustraire. Voici ce qui déterminait Hamilton dans sa méthode des saignées abondantes: il avait cru remarquer, ce que par parenthèse l'expérience n'a pas confirmé, que, lorsqu'on faisait de petites saignées, les accès n'étaient qu'éloignés seulement, et que s'ils n'étaient pas complétement arrêtés, cela tenait à l'insuffisance des saignées; de là sa formule des saignées de 40 à 50 onces, dont il s'est, dit-il, si bien trouvé, que depuis qu'il la met en usage il ne perd presque plus de femmes éclamptiques.

Au nombre des moyens auxiliaires nous devons signaler, après la saignée, la dérivation sur le canal intestinal et sur la peau. La dérivation sur le tube digestif joue un assez grand rôle dans le traitement de l'éclampsie. Les laxatifs les plus employés sont les sels neutres, le sulfate de soude, de magnésie, ou bien le calomel à la manière anglaise. Le calomel s'administre à la dose de 5 à 10 grains d'abord, on en pousse même la dose jusqu'à 15 grains ou même 1 gramme. On y ajoute des sels purgatifs neutres en dissolution dans l'eau et en quantité laxative, et on administre ce mélange toutes les demi-heures jusqu'à effet purgatif. Mais il faut tenir compte ici d'une circonstance qui rend souvent difficile ou même impossible l'administration de ces médicamens: le malade est souvent dans un état de stupeur tel, qu'il n'est pas facile de lui ingérer des substances médicamenteuses dans l'estomac. Le calomel peut bien, avec quelques précautions, être introduit sur la langue, mais pour les sels, il y a une grande difficulté. On doit essayer, dans ce cas, d'administrer ces sels en lavemens, et il vaut autant alors leur substituer le sel de cuisine, que l'on a toujours sous la main.

Quant aux dérivatifs cutanés, on a à choisir entre deux ordres de moyens: les sinapismes et les vésicatoires. J'emploie volontiers les sinapismes, mais pas au point de produire un soulèvement de l'épiderme; je les fais enlever aussitôt qu'ils ont déterminé la rubéfaction de la peau. Les vésicatoires ne me paraissent applicables que lorsque la stupeur se prolonge au-delà des limites ordinaires. Dans ce cas je les applique sur les cuisses. On a proposé l'application des vésicatoires sur la tête. Ce moyen a été préconisé par Hamilton et Burns. Hamilton l'a employé dans deux cas où il n'avait pu recourir à la saignée, et où il a voulu opérer une déplétion séreuse directe.

Le réfrigérans appliqués sur la tête, la glace ou l'eau froide, peuvent, dans quelques circonstances, être employés avec succès. On ne doit pas hésiter, dans ce cas, à couper préalablement les cheveux. Quelques accoucheurs craignent et blâment l'usage des réfrigérans; l'expérience nous a appris que ce blâme n'était pas fondé sur des faits, mais sur des idées préconçues.

Un ordre de moyens sur lequels il existe un grand dissentiment, c'est la médication antispasmodique. Parmi les moyens de cette ordre, le premier que nous devions énoncer est le bain. Le bain n'est pas applicable dans tous les cas; il n'est ni convenable, ni applicable chez les femmes qui sont plongées dans une grande stupeur, où chez lesquelles les accès se renouvellent avec une grande fréquence, à des intervalles très rapprochés. Mais lorsque les accès sont éloignés, et qu'il existe entre eux des intervalles de lucidité, les bains tièdes avec la précaution de faire des aspersions froides sur la tête pendant toute leur durée, peuvent être d'un grand secours. Il n'y a point de dissentiment à ce sujet. Le dissentiment est grand, au contraire, à l'égard de l'opium. Mais il est remarquable que les accoucheurs qui en blâment l'usage ne l'ont pas employé eux-mêmes; ils en jugent uniquement d'après les faits publiés par d'autres observateurs. M. Collin, de Dublin, fait un grand usage de l'opium, et il dit en obtenir de grands succès; il l'emploie uni au tartre stibié; voici comment en dans quelles circonstances. M. Collins pense que dans le cas où le travail n'est pas encore commencé, ou bien qu'étant commencé, il n'est pas encore assez avancé pour qu'on puisse terminer l'accouchement, lorsque la saignée et les purgatifs ont été insuffisans, ou que quelque circonstance empêche qu'on ne puisse les pousser aussi loin qu'il serait nécessaire, il pense, dis-je, que l'opium et le tartre stibié unis à haute dose, ont une efficacité particulière, comme relâchant et favorisant la dilatation du col. Il croit que sous l'influence de l'action spéciale de ce médicament le travail peut être hâté s'il est commencé, et se déclarer s'il n'est pas encore commencé. Suit la formule de cet accoucheur:

Pr.	Eau de fontaine,	8 onces.
	Emétique,	8 grains.
	Teinture d'opium,	30 gouttes.
	Sirop simple,	2 gros.

La dose de 8 à 10, ou 12 onces au plus, est donnée en 24 cuillerées administrées toutes les demi-heures. On donne rarement plus d'une de ces potions ou une et demie. Par conséquent la durée de ce traitement est tout au plus de douze ou dix-huit heures; bien entendu qu'on ne saurait fixer rien d'absolu à cet égard, et que la règle peut varier et la formule être modifiée suivant les cas.

Le camphre a été conseillé par Hamilton, qui repoussait l'usage de l'opium, mais il n'a pas été adopté. Quelques accoucheurs ont pensé qu'il pourrait être convenable d'employer après les saignées l'émétique à dose vomitive, et ils disent s'en être bien trouvés. Ce moyen est indiqué d'ailleurs d'une manière formelle dans certains cas; lorsque l'estomac contient des alimens en digestion, par exemple, au moment de l'attaque.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Résumé de tous les cas principaux qui se sont présentés pendant l'année scolaire 1841-42. — Considérations pratiques sur les faits les plus intéressans.

(Suite du nº 107.)

CARIES, NÉCROSES, LUXATIONS.

Le système osseux est un de ceux qui fournissent le plus à la pathologie chirurgicale; on peut en juger par le chiffre des affections des os, soit primitives, soit consécutives, reçues à la Charité, et qui s'élève à près du quart du total des observa-

lément, qu'ils méritent des noms spéciaux, que beaucoup d'entre eux ne sont pas nommés, qu'il faut en conséquence une nomenclature. Celle qu'il a adoptée n'est, du reste, dit-il, autre que celle que la langue médicale reçue consacre. Ce n'est pas un simple et vain assemblage de mots, mais bien la représentation d'une doctrine qui permet de doter d'une expression convenable chacune de ces collections de symptômes désignées sous le nom de maladies et considérées comme des unités analogues.

Après le développement convenable donné à l'exposition de ces idées, l'auteur passe à l'étude des causes, des symptômes, du diagnostic, du pronostic, de la marche, de la durée, des terminaisons, des lésions anatomiques et du traitement des maladies considérées du point de vue le plus général. En d'autres termes ce volume intitulé *polygraphie,* renferme ce qu'on désigne sous le nom de pathologie générale.

Dans le second volume l'auteur a abordé l'étude des maladies du cœur et des vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques. Dans la classification qu'il a adoptée, qu'il serait long et fastidieux de reproduire, M. Piorry a eu pour but de passer autant que possible des faits les plus matériels, les plus anatomiques possibles, à ceux qui, plus difficiles à exposer, ou plus sujets à controverse, se rapportent à des lésions obscures, où l'on ne peut guère saisir que les altérations survenues dans les fonctions, altérations qu'il désigne sous le nom de névrocardiopathies. Toutes ces lésions diverses, ces troubles fonctionnels variés, M. Piorry les étudie isolément. Il fait voir qu'ils se succèdent, qu'ils coexistent, qu'ils se compliquent d'une infinité de façons, et que très rarement il arrive que ces divers états organo-pathologiques se montrent isolément. De là ce précepte qui, pour M. Piorry, commande toute la pathologie du cœur, que le médecin ne doit pas, dans l'étude de la cardiopathie, se borner à constater l'une d'entre elles, mais qu'il faut qu'il recherche s'il n'en existe pas quelques autres qui puissent modifier la marche et le pronostic des accidens qu'il observe. « Ne point attacher assez d'importance, dit-il, à l'étude des diverses affections du cœur considérées isolément, négliger de s'élever à des considérations générales sur ces maladies envisagées dans leur ensemble et dans leurs complications, serait oublier cette loi qui a été la conclusion de notre *Traité de pathologie iatrique:* c'est que la maladie est un état complexe, dont on ne peut établir rationnellement le traitement général qu'après avoir spécifié les états organo-pathologiques qui la composent.

« Parmi les états organo-pathologiques nombreux que le cœur peut simultanément présenter, répétons encore que les uns sont causes, les autres effets; qu'il en est de simultanés sans relation aucune entre eux; ajoutons qu'il en est qui se déclarent consécutivement à des troubles organiques ou fonctionnels existant ailleurs. C'est au médecin anatomiste et clinicien à chercher à s'élever jusqu'à la connaissance de ces rapports et de cette simultanéité de lésion, et lorsqu'il sera parvenu à cette hauteur, il sera dans le cas de faire pour ses malades ce que la science permet et ce que l'humanité réclame. »

Ces mêmes principes, dont il faut reconnaître la sagesse et l'opportunité, ont guidé M. Piorry dans l'étude des maladies des artères et des veines qui ont été traitées avec le même soin et la même préoccupation, de ne s'attacher surtout qu'aux élémens pratiques et véritablement applicables des questions qu'il envisage.

C'est par ce côté principalement que l'ouvrage de M. Piorry me semble se recommander à l'attention du public. Les objets de pure curiosité ou d'un intérêt purement spéculatif ont été élagués avec soin, pour ne laisser de place qu'aux questions qui intéressent directement le diagnostic et la thérapeutique. On comprend, sans que j'aie besoin de le dire, que la plessimétrie doit occuper une large place dans cet ouvrage. C'est là une tendresse paternelle d'autant plus excusable chez M. Piorry, que les résultats qu'il obtient de ce mode d'investigation passent toute croyance pour ceux qui ne sont pas témoins des faits. J'engage ceux qui seraient tentés d'accuser l'auteur d'exagération, d'aller voir les prodiges de plessimétrie et de mensuration réalisés tous les jours par M. Piorry ou ses élèves, dans les salles de l'hôpital de la Pitié.

B. B.

Chronique et Nouvelles.

Un fait très grave et bien déplorable nous a été révélé ces jours passés par les journaux judiciaires. Il s'agit des résultats produits par une visite de la police accompagnée des gens de l'art, chez les pharmaciens-droguistes de la rue des Lombards, qui sont, comme tout le monde le sait, les pourvoyeurs de la plus grande partie des pharmacies de Paris et des départemens; qui le sont aussi de nos confrères ruraux assez éloignés des officines pour être autorisés à fournir des médicamens à leurs malades. Cette visite a fait découvrir des faits véritablement effrayans pour la santé publique et qui, s'ils n'étaient sévèrement réprimés, compromettraient et notre art salutaire et notre dignité à nous tous qui l'exerçons.

Quelques uns de ces industriels — que, par un reste d'égard, nous ne voulons pas nommer, bien convaincus que la leçon qu'ils vont recevoir de la justice leur sera profitable — fabriquaient et débitaient du laudanum qui ne contenait pas un atome d'opium. Celui-là faisait de l'onguent mercuriel sans mercure, avec du noir de fumée et de l'axonge; celui-ci fabriquait du cérat sans huile et sans cire, qu'il remplaçait par de la magnésie en poudre bien battue avec de l'eau; cet autre vendait de la sciure de bois pour de la farine de graine de lin ou de moutarde, et ainsi de suite d'une foule d'autres adultérations aussi coupables.

Par l'appât du bon marché, les droguistes de la rue des Lombards sont parvenus à attirer la population peu aisée de la capitale vers leurs officines. On voit à quelles conditions quelques-uns d'entre eux pouvaient donner ce bon marché. Comment peut-il se faire que le sens moral manque à ce point de spéculer sur la santé, sur la vie de ses semblables? Ces méfaits ne sont-ils pas aussi odieux qu'une tentative de meurtre, qu'un assassinat avec préméditation! N'ont-ils pas aussi un ignoble mobile, l'acquisition de richesses rapide et malhonnête?

Que l'autorité redouble d'efforts et de vigilance contre de pareilles infractions. Si le sentiment du devoir et la conscience n'empêchent pas ces industriels de se livrer à leurs honteux trafics, il faut au moins que l'imminence incessante du châtiment les y contraigne et les effraie. C'est ici le cas pour l'administration comme pour nous qui la seconderons dans ses investigations, comme pour tous les gens honnêtes, de se rappeler cette vieille devise: *Salus populi suprema lex.*

— Depuis bien long-temps les avocats se montrent peu révérentieux à l'endroit de la médecine et des médecins. C'est pour eux une bonne fortune de s'égayer à nos dépens, et de répéter les plaisanteries tant soit peu usées de Montaigne et de Molière. Ce serait pour nous de bonne guerre — et nous serions en fonds — de leur rendre la revanche, si nous étions moins tolérans pour les faiblesses et les erreurs humaines; cependant nous ne résistons pas à la tentation de citer l'anecdote qui suit, racontée par M. E. Briffault dans sa huitième livraison des *Historiettes:*

Récemmment au Palais-de-Justice à Paris, dans une affaire de coups et blessures, le rapport des chirurgiens constatait que les mauvais traitemens dont il s'agissait dans la cause avaient occasionné une affection désignée sous le nom de *delirium tremens.*

L'avocat du roi arguait de cette lésion contre le prévenu.

« Messieurs, dit l'avocat, veuillez bien remarquer qu'il n'y a ici qu'un léger dommage, car le procès-verbal ne nous parle que d'un *delirium* très mince. »

Le tout fut dit sérieusement et sans calembourg.

M. le docteur Rollet, médecin en chef de l'hôpital militaire de Nancy vient d'être nommé aux mêmes fonctions à l'hôpital militaire, rue Charonne, à Paris.

tions recueillies. Il est, du reste, facile d'apprécier les raisons de fréquence de ces maladies, si l'on réfléchit que le squelette, formant la base, la charpente du corps humain, il doit être exposé à une masse de causes morbides plus considérable que toutes les autres parties.

Il a été recueilli cette année 33 cas de carie et de nécrose étrangères aux articulations, et 75 cas d'arthropaties.

Trois cas de périostoses ayant leur siége au tibia ont été parfaitement guéris. On sait que cette inflammation, qui semble prendre son point de départ entre l'os et l'enveloppe fibreuse, reconnaît presque toujours pour cause l'infection syphilitique. Si la périostose existe sans être survenue sous l'influence de la syphilis, il est rare alors qu'elle ne soit point la suite d'une violence extérieure. Dans un cas la périostose, qui avait son siége au tibia, se termina par un abcès, ce qui d'ailleurs est un accident assez ordinaire, mais qu'on parvient pourtant le plus souvent à empêcher quand la maladie est d'origine syphilitique et qu'on met en usage le traitement approprié. Il n'est pas même toujours besoin de traitement externe : les antiphlogistiques à l'intérieur suffisent quelquefois pour empêcher la terminaison par abcès. On observe encore la périostose à la suite des fièvres typhoïdes. Nous avons eu l'occasion d'en voir quelques cas l'an dernier, et il est assez extraordinaire que cette année, pendant laquelle la fièvre typhoïde a sévi de manière à constituer une épidémie véritable, aucun exemple ne s'en soit présenté.

Nécrose des maxillaires supérieur et inférieur. Dans les trois cas de cette année, il y a eu extraction du séquestre. Un des malades a présenté des circonstances vraiment remarquables. Cet homme, couché au n° 33, arriva à l'hôpital avec la mâchoire fortement tuméfiée ; plusieurs fistules existaient depuis long-temps ; bref, il avait été envoyé à Paris pour y subir l'amputation de la mâchoire. Il y avait dans l'intérieur de la bouche une fistule fournissant une grande quantité de pus. M. Velpeau y porta un stylet, explora l'os malade, reconnut un séquestre, et se décida à l'extraire par la bouche. Pour y parvenir, l'ouverture fut largement agrandie par une incision de trois centimètres de longueur; puis, avec de fortes pinces, il alla ébranler le fragment osseux et parvint à en opérer l'extraction. Après avoir exploré de nouveau, il fut reconnu qu'il ne restait plus rien ; et en effet, la détersion se fit à merveille, si bien enfin que la fistule se ferma, et que le malade guérit sans avoir même éprouvé de réaction fébrile.

Ce fait, et un autre à peu près semblable, mais moins grave, doivent attirer l'attention des praticiens sur ce point, à savoir: que les lésions des os ne sauraient être examinées avec un soin trop minutieux, surtout quand il s'agit de prononcer si l'amputation doit être pratiquée pour des nécroses ou des caries.

On concevra de quelle importance il est de ne pas confondre la maladie des os, et à la mâchoire surtout, si l'on a présent à l'esprit combien l'amputation, qui divise des tissus de toute espèce, est et doit être redoutable, tandis que l'extraction des séquestres n'entraîne presque aucun inconvénient, et qu'il n'y a à redouter, après cette opération, ni phlébite, ni nécrose, ni aucun de ces mille accidens qui rendent souvent si meurtrières les amputations même les moins graves en apparence.

L'un des trois malades affectés de nécrose est sorti sans être guéri; quelques séquestres avaient été extraits, mais il fallait encore un certain temps pour que le travail d'élimination s'effectuât.

Carie du calcanéum. Ce cas s'est présenté chez une jeune femme. L'amputation ayant été regardée comme le seul remède, elle a été pratiquée; la malade est sortie guérie.

Parmi les cas de nécrose et de carie qui ont offert peu d'intérêt, nous citerons un cas de carie du carpe, cinq cas de carie et nécrose du tibia, un cas de carie du cinquième métacarpien, cas malheureux: le malade a succombé; un cas de carie de l'omoplate qui n'a pas été opéré, un cas de carie des os des îles et du sternum, un des côtes, un du métatarsien, un des os du tarse, une autre carie des doigts promptement guérie.

En résumé, sur les trente-trois cas de carie et de nécrose, il y a eu un mort après l'amputation, un mort avant l'amputation, un assez grand nombre de guérisons et quelques malades qui sont partis de l'hôpital plus ou moins soulagés ou sans que leur mal ait pu être traité.

Arthropathies. Les maladies des articulations ont, cette année comme toujours, porté principalement sur l'articulation du genou. A elle seule, cette articulation fournit autant de malades que toutes les autres réunies ; ainsi il a été reçu 42 cas de maladie du genou, 13 maladies du poignet, 5 luxations, dont 2 pour l'épaule et 3 pour le coude ; quant aux coxalgies, comme ce sont des maladies interminables et contre lesquelles l'art ne peut que peu de chose, il n'en a pas été reçu, ou du moins les observations n'en ont pas été recueillies.

Entorses. Elles ont été au nombre de 18 ; 4 pour le genou, 2 pour le coude et 12 pour l'articulation tibio-tarsienne, c'est-à-dire le double pour cette dernière articulation de la somme totale de toutes les autres, ce qui a été observé de tout temps, tellement que dans le monde, on n'a appliqué le nom d'entorse que pour désigner la violece indirecte exercée sur l'articulation tibio-tarsienne.

Toutes ces entorses, comme on le comprend, sont peu restées à l'hôpital ; le séjour présente une moyenne de onze jours, pendant lesquels ont été mis en usage les résolutifs, les compresses et la compression.

Quant aux maladies de l'articulation fémoro-tibiale, 3 ont paru se rattacher à la syphilis. Il faut savoir qu'il est parmi les affections du genou une espèce d'épanchement rapide qui semble se rattacher à la blennorrhagie. M. Velpeau a déjà appelé l'attention des praticiens sur cet épanchement dans l'article *Articulations* du Dictionnaire de médecine. Cet épanchement a cela de particulier, qu'en vingt-quatre heures le gonflemment devient considérable, que ce gonflement s'accompagne de peu de douleur et que la rougeur y est nulle, bien que la peau soit tendue et présente une rénitence plus considérable que dans les hydarthroses ordinaires. Cet épanchement concomitant de la blennorrhagie a, de prime abord, quelque chose d'assez aigu pour inspirer des craintes ; cependant il guérit très bien, en général, tandis que les épanchemens qui reconnaissent d'autres causes sont, pour la plupart, difficiles à faire disparaître. Le traitement employé par M. Velpeau consiste en celui de la blennorrhagie, auquel on joint les topiques sur l'articulation malade, c'est-à-dire le copahu et le cubèbe à l'intérieur, les saignées sur le genou tant que la maladie présente des symptômes d'acuité, puis fait succéder aux sangsues un large vésicatoire et des frictions avec les pommades iodurées, mercurielles et autres applications résolutives. La moyenne de la durée du traitement est de 15 à 20 jours.

Neuf malades sont entrés, se plaignant de douleurs dans la même articulation, sacs qu'il ait été possible de trouver les signes d'une maladie ; tous sont sortis cinq à six jours après leur entrée à l'hôpital, n'ayant pas subi de traitement.

Cinq cas d'hydarthrose proprement dite, sans cause interne connue, ont été traités par la teinture de colchique à haute dose, ou le calomel administré jusqu'à salivation. M. Velpeau fait remarquer, à propos de ces cas, que bien qu'on ait beaucoup préconisé l'efficacité de cette teinture, il ne lui a pas été donné d'en retirer de résultats marqués ; l'effet curatif lui a paru nul. Les auteurs qui ont vanté ce médicament ne l'ont donné, ordinairement, qu'à la dose d'un gramme; on l'a administré, à la Charité, à la dose de 4,6 grammes, et le plus souvent il n'a pas même purgé ; il ne paraît donc pas prouvé qu'un purgatif quelconque n'eût pas produit le mieux que disent avoir observé les praticiens qui ont expérimenté ce médicament.

Le calomel, au contraire, fournit des résultats beaucoup plus positifs. Si on ne le donne qu'à la dose de 1 ou 2 décigrammes, et qu'il ne produise rien du côté de la bouche, ni du côté des voies digestives, il est bien vrai que son action est nulle sur l'épanchement ; mais quand on l'administre à dose assez élevée pour provoquer des selles ou de la salivation, on voit le même épanchement disparaître ou tout au moins diminuer visiblement. Mais il faut ajouter que s'il est d'observation que des individus ont vu leur genou diminuer de volume en deux jours après que, la salivation acommencé, il est certain aussi que la salivation éteinte, l'épanchement a reparu pour disparaître encore quand la salivation a été provoquée de nouveau, et ainsi de suite. Il semble que du moment où un afflux artificiel vient à être établi, l'afflux pathologique diminue d'autant, pour reprendre son cours quand le premier cessera. Quoi qu'il en soit, on ne peut refuser au calomel une certaine efficacité pourvu qu'il n'y ait point maladie des os, bien entendu.

Comme topique dans les hydarthroses, il est un moyen employé par M. Velpeau depuis une douzaine d'années, et qu'il regarde, avec raison, d'après ce que nous avons vu comme d'une grande efficacité; il s'agit ici des vésicatoires qu'il a qualifiés lui-même du nom de *monstres*, afin, dit-il, de ne pas laisser à d'autres le plaisir d'appliquer à un bon moyen une épithète qui pouvait faire craindre du ridicule et empêcher de l'employer. Ces vésicatoires doivent dépasser d'un centimètre la partie malade ; ils ont une action extrêmement énergique et efficace dans les épanchemens du genou, au point qu'après leur application l'hydarthrose disparaît le plus communément en deux ou trois jours ; Il semble qu'ils opèrent une sorte de saignée lymphatique, et il est facile d'apprécier ce qui doit résulter de la soustraction qu'ils effectuent pour un épanchement de sérosité. On pourrait craindre que ces vésicatoires, à cause de leur dimension, ne fussent la cause de vives douleurs, c'est pourtant ce qui n'a pas lieu, ils ne développent pas de raéction très intense, et d'ailleurs on les mitige par le camphre pour éviter ou amoindrir leurs effets sur les organes génito-urinaires. Quand un de ces vésicatoires a été appliqué, on y revient encore au bout de huit ou dix jours, puis on établit une compression méthodique à l'aide de bandelettes emplastiques, qui ont l'avantage de joindre à la compression un effet résolutif, surtout utile dans les engorgemens de la capsule; puis on laisse cette compression agir plusieurs jours, ayant soin d'appliquer par-dessus un bandage roulé que l'on peut rendre inamovible. Sur les cinq cas d'hydarthrose traités par ces moyens, deux ont complétement guéri, les trois autres sont en voie de guérisson.

Gonématocèle. Un seul cas d'épanchement de sang dans le genou s'est offert à notre observation, mais il a pu nous procurer l'occasion d'établir le diagnostic différentiel entre le gonématocèle et l'hydarthrose. On distingue ces deux épanchemens aux caractères suivans : le gonflement survient tout à coup ou en quelques heures, s'il y a du sang épanché ; si c'est un épanchement de sérum, il faut deux, trois, quatre jours pour qu'il s'établisse ; dans les cas où l'épanchement de sérum a lieu brusquement, il est accompagné de vives douleurs, de réaction ; l'épanchement de sang ne donne lieu à aucun de ces symptômes ; l'hydarthrose donne le sentiment d'une tension plus grande, d'une fluctuation plus franche, plus vive que le gonomatocèle, qui s'accompagne toujours d'une couleur jaunelivide de la peau de la partie.

Si l'on considère maintenant la question de gravité des deux épanchemens, on voit que l'épanchement de sang est en lui-même moins grave que l'hydarthrose, parce que la collection se dissipe toujours avec une grande facilité par les antiphlogistiques et les résolutifs ; tandis qu'il n'en est pas de même de l'épanchement séreux ; mais il faut dire l'épanchement sanguin *en lui-même*, car il est réellement plus grave que l'hydarthrose en ce qu'il laissera nécessairement après lui quelque dépôt de fibrine, quelque imbibition de pelotons celluleux ou synoviaux, qui resteront dans l'article d'une manière indéfinie et seront par cela même une cause permanente d'irritation et peut-être le noyau de corps étrangers.

Parmi les 13 maladies du poignet, entorses, caries, etc., 2 ont nécessité l'amputation, 2 sont guéries, 3 ont eu de la suppuration dans l'article, les autres sont dénuées d'intérêt.

Les luxations n'ont rien offert non plus de particulier. Une seule luxation du coude datant de 21 jours doit être notée, en ce qu'elle a été parfaitement réduite, malgré sa date déjà un peu ancienne.

Au total, dans ce groupe de maladies, il y a eu 5 morts sur 75 malades, ce qui fait précisément 1 sur 15.

ABCÈS.

Après les maladies qui affectent le squelette, les plus nombreuses qu'on soit à même d'observer sont sans contredit les abcès.

Soixante-treize cas d'abcès de toutes sortes ont été reçus pendant le cours de cette année. Il est probable qu'un plus grand nombre de sujets atteints de cette maladie ont été vus dans les salles ; mais c'est qu'il y a une assez grande quantité de malades qui ont été admis pour d'autres affections, et dont les observations n'ont pas été recueillies sous ce nom. Ces abcès ont été partagés ainsi, savoir : six à la tête, dix au cou, deux dans les parois de la poitrine, dix-sept aux membres supérieurs, trente aux membres inférieurs, cinq aux grandes lèvres, un dans la fosse iliaque, deux dans les ligamens larges.

Les abcès sont une maladie très commune, très importante, et qui a été, on peut le dire, assez mal étudiée en général. On a bien dit, en effet, tout ce qu'il y avait à dire sur la formation du pus, sur les caractères anatomiques des abcès, sur leur danger, leur aspect, etc., mais on ne les a point étudiés dans les différentes parties du corps où ils se montrent; on n'a point signalé les différences qu'ils offrent, selon le lieu où on les observe, et c'est là pourtant ce qu'il faudrait faire, c'est là une question capitale dans l'histoire ; car qui pourra nier, par exemple, qu'il n'y ait qu'une ressemblance fort éloignée entre un abcès de l'aisselle et un abcès de la cuisse.

Abcès de la tête. Un s'est montré à la fosse temporale, un autre dans le sinus maxillaire, et les quatre derniers à la joue.

Si l'on examine ces divers abcès sous le point de vue que nous venons d'indiquer, on observera que si l'abcès de la joue est idiopathique, il sera circonscrit, globuleux. A la tempe, au contraire, il ne sera pas circonscrit ou du moins il pourra devenir diffus. Le pus pourra fuser dans toutes les directions, tantôt à la région parotidienne, tantôt dans la bouche (en suivant le tour du muscle temporal), dans le tissu-cellulaire si souple qu'on trouve dans cette région ; il pourra se diriger encore vers la fente ptérigoïdienne. L'abcès de la joue n'aura que deux voies, lui, il se portera au dehors ou dans la bouche, mais jamais il ne pourra fuser au loin. Parmi les abcès de la joue, il faudra encore distinguer ceux qui reconnaissent pour cause une ou plusieurs dents malades et qui remontent alors soit dans la joue, soit dans la gencive.

On voit que tous ces abcès, semblables en apparence, ont cependant d'importantes différences selon leur siége, mais il est pour les abcès de la face un caractère commun, singulier est digne de remarque, c'est que tous ils fournissent un pus d'une fétidité insupportable; on n'ignore pas que dans le corps des membres cette altération ne s'observe jamais, à l'ouverture des abcès du moins, c'est-à-dire avant la communication du foyer avec l'air. Selon M. Velpeau, l'odeur fétide du pus tient dans les abcès de la face, à ce que les foyers étant très voisins de la muqueuse, ils ont des communications avec l'air atmosphérique, la membrane n'étant pas assez épaisse pour empêcher tout contact. Cette remarque acquiert d'autant plus d'intérêt, qu'on croyait généralement autrefois que toutes les fois que le pus présentait de l'odeur, on avait nécessairement à traiter une maladie des os, et l'on conçoit, si l'on n'était prémuni contre cette opinion, combien ces sortes d'abcès pourraient faire commettre d'erreurs.

Quant aux traitemens des abcès de la tête, on peut établir en loi générale, qu'ils doivent être ouverts de bonne heure, mais pour des raisons qui ne sont pas les mêmes, les abcès de la fosse temporale, à cause de leur tendance à envoyer des fusées purulentes dans les parties voisines ; les abcès de la joue, avec lesquels ces accidens ne sont pas à craindre, parce qu'ils amincîraient considérablement la peau et qu'on en prévoit les effets pour la cicatrice ; on comprend aussi qu'il faudra nécessairement ouvrir ces derniers par l'intérieur de la bouche, afin d'éviter la difformité que laisse la guérison.

Les six malades ont été guéris et la durée du traitement complet a donné une moyenne de dix jours.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre. — Présidence de M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Villeneuve lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

— *M. Jobert* (de Lamballe) lit un rapport sur une observation d'extirpation complète de la glande parotide adressée à l'Académie par M. Isambert, médecin à la Nouvelle-Orléans. Cette extirpation a été nécessitée par une tumeur occupant toute la région parotidienne, datant depuis environ vingt ans, restée pendant très long-temps indolente, et devenue le siége de douleurs lancinantes très vives depuis 7 à 8 mois. Avant d'attaquer la tumeur, M. Isambert plaça une ligature d'attente sur l'artère carotide primitive. L'hémorrhagie qui accompagna l'opération nécessita la ligature définitive de cette artère. Les suites en furent heureuses(la plaie se cicatrisa assez promptement, et la guérison ne s'est pas démentie. Il y a six ans que l'opération a été pratiquée et on n'a observé aucun symptôme de récidive.

La tumeur extirpée était composée, d'après M. Isambert, d'une espèce de noyau de tissu fibro-cartilagineux enveloppé de tissu encéphaloïde. M. le rapporteur est convaincu d'après les détails de l'observation, que M. Isambert a réellement enlevé la totalité de la glande parotide. Mais il dit que la nature cancéreuse de la tumeur n'est pas suffisamment démontrée. Quant à la ligature d'attente de la carotide primitive, il pense que c'est là une sage pratique. — Remercîmens à l'auteur; insérer son observation dans les bulletins de l'Académie. — Adopté.

M. Jobert lit un second rapport sur un travail de M. Putégnat, ayant pour titre : Note sur les luxations produites par le relâchement des ligamens. Ce travail est divisé en deux parties ; dans la première, l'auteur rapporte plusieurs observations ; dans la seconde, il fait l'histoire de ces luxations. Cette note, dit M. le rapporteur, ne présente rien de nouveau. Les observations ne sont pas assez détaillées, assez concluantes, et l'histoire de ces luxations n'est point complète. M. Putégnat fait jouer au relâchement des ligamens dans le développement des luxations un rôle beaucoup trop grand. — Adresser une lettre de remercîmens à l'auteur, déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. Velpeau, membre de la commission. Quoique je ne partage pas toutes les idées émises par M. Putégnat dans son travail, je ne puis cependant m'associer à l'espèce de blâme que M. le rapporteur vient d'adresser à ce mémoire. Je demande, en conséquence, que M. Jobert veuille bien adoucir quelques-unes des expressions qui se trouvent dans son rapport. M. Putégnat est un homme laborieux, instruit, qui sollicite le titre de membre correspondant, et je crois que l'Académie ferait une chose utile en lui conférant ce titre ; c'est pourquoi je désire que ce vœu se trouve exprimé dans une des conclusions du rapport.

M. Moreau. Je loue la réserve de M. le rapporteur, et je suis étonné que M. Velpeau, membre de la commission, s'élève contre le rapport et les conclusions Notre honorable confrère n'avait donc pas lu le travail de M. Jobert !

M. Velpeau. J'avoue que je n'ai pas lu le rapport que nous venons d'entendre, et c'est pourquoi je demande qu'on y ajoute quelques modifications. J'ai lu le travail de M. Putégnat, et je dois dire qu'il m'a paru offrir de l'intérêt, quoique, je le répète, je ne partage pas toutes les opinions de ce chirurgien.

M. Blandin. parle dans le même sens que M. Velpeau.

M. Gerardin. Si je ne me trompe, il me semble que MM. Blandin et Velpeau demandent que M. Jobert ajoute une conclusion concernant le titre de membre correspondant. Or cette conclusion serait parfaitement inutile, car M. Putégnat figure déjà sur cette liste, et dans les dernières élections il ne lui a manqué que quelques voix pour être élu.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— *M. Thillaye* lit deux rapports sur divers appareils.

— *M. Rochoux* commence la lecture d'un mémoire ayant pour titre : Principes de physiologie naturelle appuyés sur des observations microscopiques. Ces observations portent : 1° sur le tissu musculaire ; 2° sur le tissu cellulaire ; 3° sur les nerfs ; 4° sur les poils et les cheveux.— Cette lecture sera continuée dans la prochaine séance.

— *M. Diday* lit un mémoire sur les règles à suivre dans l'application de la méthode de Brasdor aux anévrismes du tronc brachio-céphalique et de l'origine de ses branches.

Les résultats des recherches que contient cet intéressant travail peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° Dans tout anévrisme où il aura été possible de reconnaître que le tronc innominé est compromis, il faudra lier et la sous-clavière et la carotide. Le raisonnement et l'analyse des faits jusqu'ici connus montrent que la ligature d'une seule de ces branches ne peut suffire pour amener la guérison, et que, lorsqu'il a d'abord paru en être autrement, l'événement a fait voir qu'on n'avait véritablement eu affaire qu'à un anévrisme de l'origine d'une seule des branches, ou que la guérison n'a pas été définitive.

2° La ligature des deux branches faite simultanément est assurément, de tous les procédés, le plus actif. Ses dangers ont été fort exagérés ; car l'analogie et l'expérience prouvent que cette opération est parfaitement compatible avec la persistance de la circulation dans le membre supérieur. C'est surtout à l'inflammation du sac et aux hémorrhagies que, théoriquement, elle semblerait devoir le plus exposer. Au résumé, dans l'état actuel, et malgré un exemple heureux de son application, nous ne saurions désapprouver un chirurgien qui prendrait sur lui de la répéter, mais nous hésiterions à la conseiller nous-mêmes.

3° Lorsqu'on se propose de lier successivement les deux branches du tronc innominé et que l'une d'elles paraît, avant l'opération, être oblitérée, c'est par la ligature de l'autre qu'il convient de commencer le traitement.

4° Mais, dans ce cas, il faut bien distinguer l'oblitération réelle, définitive, avec effacement de la cavité artérielle, de celle qui n'est qu'apparente, et qui simule dans un vaisseau la cessation de ses battemens produite par la compression que la tumeur anévrismale exerce sur son origine. Cette distinction est on ne peut plus importante, car la conduite à tenir n'est pas la même dans l'un et l'autre cas. En effet, si l'oblitération *réelle* de l'une des deux branches indique positivement la ligature de l'autre, l'expérience a déjà prouvé trois fois que la même opération pratiquée dans le cas de simple suspension des battemens par compression du vaisseau n'offrirait plus les mêmes avantages et qu'elle aurait même quelques inconvéniens sérieux.

5° Lorsqu'avant l'opération les deux branches paraissent également perméables, il sera souvent difficile de déterminer celle qu'il conviendrait de lier la première. C'est en observant le sens vers lequel la tumeur se prolonge, où ses progrès se font, où ses battemens semblent se propager de préférence, en étudiant surtout l'effet d'une compression alternativement exercée sur la sous-clavière et sur la carotide, que l'on pourra parvenir à se décider. En cas de doute, il faudrait commencer par la carotide. La plupart des chirurgiens ont agi ainsi et s'en sont mieux trouvés que ceux qui ont lié la sous-clavière ou l'axillaire. Il est d'ailleurs *statistiquement* établi que la ligature de la carotide est une opération *juste de moitié* moins dangereuse que celle de la sous-clavière et de l'axillaire.

6° Règle générale, on doit pratiquer la seconde ligature dès que l'effet dû à la première paraît être devenu stationnaire, dès que, par exemple, le volume de la tumeur cesse de décroître ; à plus forte raison devrait-on se hâter, si les battemens, un moment suspendus par la première opération, venaient à y reparaître. Lorsque c'est la carotide qu'on a liée en premier lieu, que la crainte des obstacles apportés par l'oblitération de ce vaisseau au rétablissement de la circulation dans le bras ne fasse pas temporiser au-delà de ce terme. Cette crainte serait illusoire, en présence des faits nombreux qui montrent avec quelle rapidité le cours du sang se rétablit dans les branches de la carotide après la ligature.

7° Après la ligature de la carotide à la méthode de Brasdor, on n'a observé que deux fois une hémorrhagie par la plaie de l'opération. Dans les deux cas elle s'était faite par le bout supérieur ou périphérique de l'artère ; dans tous les deux enfin on est fondé à attribuer cet accident à ce que le fil avait été placé trop près de la bifurcation du vaisseau.

8° D'un autre côté, les altérations des parois artérielles paraissent être également communes vers l'origine et vers la terminaison de la carotide primitive. Toutes circonstances égales d'ailleurs, il faudrait donc éloigner autant que possible la ligature du lieu où la carotide se bifurque, puisque, dans ce point, la chance de tomber sur une partie altérée de l'artère est la même que plus bas et qu'on y serait en outre exposé au danger de l'hémorhagie par le bout supérieur.

Commissaires : MM. Velpeau, Amussat et Blandin.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

Emploi topique du nitrate d'argent fondu pour obtenir la résorption des épanchemens articulaires; par M. le docteur MORITZ, de Coblentz.

Pour mettre en usage la pierre infernale dans les cas dont il s'agit ici, M. Moritz a recours à deux modes d'application : ou il barriole l'articulation malade, dont il a eu le soin d'humecter préalablement la surface, avec des raies de nitrate éloignées les unes des autres de six millimètres seulement ; ou il fait dissoudre 12 décigrammes de nitrate dans 8 à 12 grammes d'eau distillée, puis il trempe un pinceau dans cette solution et il en barbouille toute la surface de l'articulation tuméfiée.

Quel qu'ait été le mode d'application, l'épiderme dans les points touchés se soulève chaque fois en sortes de phlyctènes qui contiennent un liquide lymphatique : ces phlyctènes se dessèchent, et, après la chute spontanée des croûtes, l'articulation se trouve diminuée de volume. On répète ce traitement autant qu'il en est besoin, jusqu'à ce que l'articulation soit revenue à sa forme et à sa grosseur normales.

M. Moritz affirme qu'à l'aide de ce traitement si simple et en même temps accompagné de si minimes douleurs, il a, dans plus de vingt cas, obtenu en très peu de temps la guérison complète des épanchemens articulaires les plus opiniâtres et qui avaient résisté à toutes les médications tentées auparavant contre eux, quelle que fût d'ailleurs la cause de la maladie, par exemple, le rhumatisme, les scrofules, la goutte, une plaie pénétrante de l'articulation, etc.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n. 26.)

Table des matières contenues dans le deuxième volume de la CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ, par M. Lisfranc. — In-8°. Prix, 8 fr. — A Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'OBSTÉTRIQUE. — Août 1842.

Polypes fibrineux de la matrice, expulsés sous l'influence du seigle ergoté; par M. L....

Une dame, âgée de 32 ans, mariée depuis huit ans, éprouve depuis sa seconde couche, qui date de quinze mois, des accidens très-fréquens du côté du bas-ventre. La menstruation est irrégulière et parfois très-abondante. Elle ressent de fréquentes douleurs dans les reins, dans les flancs et surtout dans le rectum. Elle ne peut aller à la garde-robe qu'à l'aide d'un lavement. Les extrémités inférieures sont le siége de fourmillemens très-incommodes, d'engourdissemens et de crampes. Le toucher vaginal fait constater un abaissement assez considérable de l'utérus; le corps de cet organe est fortement porté en arrière et situé dans l'excavation du sacrum en comprimant le rectum; il est volumineux et dur. Le col est tourné en avant et regarde la symphyse du pubis; sa lèvre postérieure est hypertrophiée et recouverte de nombreuses végétations. Le doigt ne peut pas atteindre la lèvre antérieure ni constater l'état de l'orifice du col. La palpation hypogastrique ne fournit aucun renseignement précis. Le doigt introduit dans le rectum ne peut pas pénétrer bien loin, il est arrêté par un corps dur, rond, difficile à déplacer, quoique cependant mobile. Ces manœuvres déterminent l'écoulement par le vagin d'un liquide brun, noirâtre, sans odeur.

La malade est en proie depuis plusieurs jours à de vives souffrances qui ont lieu surtout dans la région de l'ovaire gauche et dans le rectum. — saignée, injections émollientes, calmans à l'intérieur et en frictions sur la peau.

Les accidens augmentent d'intensité malgré l'emploi des antispasmodiques et des narcotiques....

Cet état dura près d'un mois, au bout duquel il survint une hémorrhagie qui par son abondance commençait à donner de l'inquiétude. Une nouvelle exploration par le vagin et le rectum fit constater une légère diminution dans le volume du corps de la matrice, et son tissu sembla être plus mou qu'il ne l'avait été jusqu'alors; M. L...., crut devoir recourir à l'emploi du seigle ergoté; le malade en a pris deux grammes en plusieurs fois le premier jour : la nuit suivante l'hémorrhagie fut plus abondante encore et les douleurs des reins plus violentes. Le lendemain, trois grammes de seigle furent administrés. Le surlendemain matin, la malade rendit, après des douleurs presque intolérables, un corps rouge de la grosseur d'un petit œuf de poule, ressemblant par son aspect à un petit caillot de sang; mais sa densité et son élasticité étaient beaucoup plus prononcées, et une membrane très-mince, qu'il était facile d'isoler et de détacher par petites portions, le recouvrait de toutes parts.

En pratiquant le toucher, M. L.... sentit un corps étranger dans le vagin; un seul doigt ne put le ramener au-dehors. Il introduisit alors deux doigts de la main droite et put ainsi le saisir; mais il adhérait au col avec une certaine force; néanmoins quelques tractions suffirent pour l'en détacher. Ce corps ressemblait par son aspect à celui qui avait déjà été expulsé; il n'en différait que par la forme qui, dans celui-ci, représentait assez bien celle d'une longue poire avec sa queue. L'intérieur de ce corps était bien moins foncé que l'extérieur; la coloration rouge allait en diminuant insensiblement de dehors en dedans, jusqu'à la pâleur presque complète. — C'est sans doute à des productions de cette nature, dit M. L ...., que l'on donne quelquefois le nom de polypes fibrineux, qui ne nous semblent être que d'anciens caillots dont le volume s'est considérablement accrû par de nouvelles hémorrhagies, comme le démontre les nuances de coloration dont nous avons parlé.

A dater de cette époque, la maladie commença à marcher vers la guérison. Le dégorgement de la matrice s'opéra sensiblement, et le col reprit graduellement sa position normale.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. — Août 1842.

I. *Cheiloplastie de la vulve et de la bouche à l'aide d'un procédé nouveau;* par M. JOBERT (de Lamballe).

On connaît toutes les difficultés qu'il y a, dans les cas d'atrélie partielle ou complète de la bouche et du vagin, quelle soit accidentelle ou congénitale, à obtenir isolément la cicatrisation de chacun des bords de l'incision. En recouvrant les lèvres de la plaie avec la membrane muqueuse préalablement disséquée et renversée en dehors, M. Dieffenbach a le premier posé une règle de médecine opératoire qui devait produire de bons résultats. Le procédé de M. Jobert se rattache à cette règle; il ne diffère de celui du chirurgien de Berlin que par la forme et la facilité de son exécution.

Ce procédé se trouve d'ailleurs exposé dans les deux observations suivantes, que nous rapportons textuellement.

Observation première. — A la salle Saint-Augustin (hôpital Saint-Louis), se trouve une femme de trente-six ans, qui présente une atresie incomplète de la vulve. Les grandes lèvres, réunies entre elles dans une étendue de cinq centimètres, laissent en avant et en arrière de l'espèce de pont qu'elles constituent par leur fusion, un pertuis. Le pertuis antérieur, ovalaire, déprimé, présente à son centre une houppe de poils. Le pertuis postérieur est allongé et a une longueur de deux centimètres dans son plus grand diamètre. L'urine sort par ces deux parties. Chaque époque menstruelle est marquée par l'accumulation du sang dans le vagin, où il se forme en caillots qui compriment le rectum, et donnent ainsi lieu à une constipation par cause directe et toute mécanique. Le sang ne coule que lentement par le pertuis postérieur, qui est aussi la voie d'écoulement habituelle d'une sécrétion muqueuse assez abondante. Cette disposition anatomique anormale de la vulve paraît avoir été produite par des brûlures fort anciennes dont la femme n'a pas gardé le souvenir, mais dont il existe des traces sur les cuisses et sur la vulve elle même, car les lèvres, à leur point de jonction, offrent une surface blanchâtre et d'aspect inodulaire.

Une sonde cannelée, introduite par un des pertuis, ressort facilement par l'autre; les parties situées en avant de la sonde ont une épaisseur assez grande; il est évident qu'elles sont constituées par la peau, le tissu cellulaire et la membrane muqueuse. C'est sur une sonde ainsi disposée que M. Jobert incisa d'un seul coup le pont formé par l'union des deux lèvres. On peut immédiatement constater l'intégrité parfaite de l'hymen, et la fraîcheur de l'orifice du vagin conservé pour ainsi dire à l'état natif derrière l'espèce de voile qui le protégeait.

Immédiatement après que cette incision eut été faite, la surface saignante de ses deux lèvres s'agrandit par le retrait de la peau et de la membrane muqueuse en sens contraire. Voulant, comme cela a lieu dans l'état normal, ramener ces deux membranes en contact bord à bord, et empêcher ainsi une cicatrisation inodulaire plus ou moins propre à reproduire la difformité, M. Jobert eut recours au procédé suivant : il plongea d'avant en arrière et horizontalement dans la membrane muqueuse une épingle dont la tête est tournée vers le vagin, et dont la pointe ressort à l'extérieur; puis il fait exécuter à l'épingle un mouvement de bascule qui ramène la tête en dehors, de façon qu'après avoir décrit un demi-cercle sans abandonner la muqueuse qu'elle attire avec elle, l'épingle se trouve horizontale en sens contraire. Une fois que le renversement de la membrane muqueuse est assez étendu pour couvrir entièrement la surface saignante de la lèvre de l'incision, le chirurgien enfonce l'épingle d'avant en arrière cette fois, en traversant toute l'épaisseur de la lèvre, et en faisant ressortir la pointe à l'intérieure de la vulve, tandis que la tête reste en dehors. La muqueuse est ainsi traversée une seconde fois, et on obtient une suture en forme d'ourlet de cette même membrane muqueuse. M. Jobert pratiqua ainsi deux points de suture sur chaque lèvre de la vulve.

Dès le deuxième jour il enleva les épingles, et la guérison eut lieu promptement, sans rétrécissement de l'orifice vulvaire.

Observation deuxième. — Ce même procédé a été mis en usage avec un égal succès pour un rétrécissement de la bouche consécutif à l'ablation d'une tumeur cancéreuse de la lèvre. Après avoir prolongé la commissure dans l'étendue de trois centimètres à gauche, M. Jobert, saisissant avec les pinces les lèvres de la plaie, tailla chacune d'elles en biseau, aux dépens de leur surface cutanée, à l'aide de ciseaux; ainsi la muqueuse n'avait subi aucune perte de substance, tandis que la peau fut enlevée dans une étendue de sept à huit millimètres en hauteur sur toute la longueur de la plaie. L'opération fut ensuite achevée d'après les principes que nous avons décrits plus haut, et sur lesquels nous croyons inutile d'insister. Plusieurs points de suture furent pratiqués; et, au bout de quelques jours après l'extraction des épingles, on constata que la muqueuse adhérait partout à la peau; seulement la bouche reste un peu entr'ouverte dans le point où la muqueuse a été renversée : faible inconvénient, si on le compare à celui dont le malade était atteint.

II. *Bons effets de l'iodure de potassium contre les ulcères atoniques.*

Les avantages de cette médication contre les accidens secondaires et tertiaires de la syphilis sont maintenant bien connus. Et depuis que l'attention des praticiens est fixée sur ce médicament, on a cherché à agrandir le domaine de ces applications. Il résulterait de plusieurs faits observés dans le service de M. Lisfranc à l'hôpital de la Pitié, que ce moyen est une excellente ressource contre ces ulcères atoniques qui résistent à toutes les médications et qu'on considère généralement comme incurables. Voici ces faits :

Un homme, âgé de soixante huit ans, porte depuis huit ans a la jambe gauche deux grands ulcères atoniques contre lesquels ont échoué une foule de médications. L'un de ces ulcères a cinq pouces de longueur et embrasse plus de la moitié de la circonférence du membre; l'autre a deux pouces de diamètre dans tous les sens. M. Lisfranc se borne à panser les plaies simplement avec un linge troué cérate et de la charpie, et administre l'iodure de potassium à l'intérieur, d'abord à la dose d'un gramme par jour, en trois prises, puis en augmentant de trente centigrammes chaque six jours. « Au bout de six semaines, la constitution du sujet avait subi une amélioration des plus notables; la coloration avait succédé à la pâleur, la peau n'était plus molle et flasque, il avait repris un certain embonpoint. Quant aux ulcères, le moins grand a été cicatrisé complétement en vingt-cinq jours, et aujourd'hui les neufs-dixièmes du grand ulcère sont guéris et cicatrisés. Il y a deux mois que le malade est à l'hôpital, et il ne tardera pas à en sortir; il prend deux grammes d'iodure de potassium par jour.

Chez un autre malade qui portait depuis trois ans des ulcères de la largeur de la paume de la main, un à chaque jambe, le même traitement a procuré une cicatrisation complète des plaies en douze jours.

L'observation suivante est encore plus remarquable. Nous citons textuellement :

Un jeune homme de vingt-trois ans ayant eu dans sa première enfance une nécrose du tibia, et un travail éliminatoire très prononcé qui avait donné lieu à la sortie de plusieurs pièces osseuses de la jambe, est entré à l'hôpital de la Pitié dans la première semaine de juillet dernier, et a été couché au n° 28 de la salle Saint-Louis. Ce jeune homme, dont la constitution était profondément détériorée, portait depuis plusieurs années un ulcère occupant les neuf-dixièmes de la jambe droite. Cet ulcère était sale, grisâtre, sanieux, présentait de gros bourgeons charnus, mous et saignans. La jambe avait doublé de volume. M. Lisfranc a administré l'iodure de potassium, d'abord à un gramme par jour, et puis à dose croissante par trente centigrammes tous les six jours, de façon qu'aujourd'hui, quarante-deuxième jour de son entrée à l'hôpital, ce sujet prend trois grammes de médicament. Il n'y a eu qu'un pansement simple de l'ulcère. En ce moment, la jambe est revenue à son état normal, et il ne reste à cicatriser de l'ulcère que la largeur d'une pièce d'un franc. La constitution est aujourd'hui très bonne. Ce résultat est si merveilleux, que c'est à n'y pas croire.

Une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que la cicatrice qui se forme sur les ulcères par suite de l'administration de l'iodure de potassium, indique l'action tonique corroborante de ce médicament sur la partie même. Ces cicatrices blanchissent au moment même où elles se forment, et ont l'aspect de celles dont la formation a eu lieu depuis six semaines, deux mois.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. (3 septembre 1842).

Hernie inguinale graisseuse, simulant une hernie épiploïque étranglée; péritonite; opération; mort; hernie intestinale reconnue à l'autopsie; observation recueillie et communiquée par M. Hypolyte COSTILHES, médecin interne à St-Lazare.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports; elle renferme des enseignemens pratiques qui sont dignes de fixer toute l'attention des chirurgiens; aussi croyons-nous devoir la rapporter dans tous ses détails.

La nommée Lévêque, âgée de 52 ans, mère de cinq enfans, bien réglée et d'une bonne constitution, dit avoir toujours joui d'une bonne santé; cependant, il y a huit mois environ, au moment où elle avait ses règles, et sans savoir à quelle cause l'attribuer, elle s'aperçut d'une tumeur dans l'aîne droite qui resta douloureuse pendant toute la durée de ses règles (trois ou quatre jours). Depuis cette époque, elle a éprouvé trois fois ce même accident, sansque sa santé en ait été dérangée.

Le 15 décembre 1841, veille de son entrée à l'infirmerie de M. Collineau, la malade qui avait ses règles depuis un jour, éprouva tout à coup dans l'aîne droite une douleur assez vive, à l'instant où elle s'asseyait pour manger. Cette femme est vue le 17 septembre, pour la première fois par M. Collineau qui, après l'avoir interrogée et examinée avec la plus grande attention, reconnut une hernie épiploïque irréductible. Sur l'invitation de M. Collineau, M. Boys de Loury et M. Costilhes se rendirent auprès de la malade et on constata l'état suivant :

Décubitus dorsal, facies normal et n'exprimant aucune anxiété; la région inguinale droite présente une tumeur bosselée, pâteuse, du volume d'une noix, son grand diamètre est transversal; ainsi elle s'étend en dehors, du côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à trois centimètres; en dedans vers la grande lèvre à trois centimètres environ. Cette tumeur est douloureuse à la plus légère pression et au moindre effort que fait la malade. Le prolongement de cette douleur dans l'abdomen dessine assez bien la région occupée par le grand épiploon; pourtant le ventre est souple, indolent, dans la plus grande partie de son étendue. La malade a éprouvé le hoquet et quelques nausées. Son pouls régulier bat soixante pulsations. Mise dans une position à demi fléchie, les cuisses relevées sur le bassin, MM. Collineau et Boys de Loury procèdent alternativement au taxis, en graduant leurs efforts; mais ils n'obtiennent aucune amélioration. La malade supporte difficilement ces tentatives : elle prétend que le sang occasionne seul ces accidens, que bientôt tout rentrera dans l'ordre, ainsi que cela lui arrive chaque fois que ses règles sont peu abondantes. On couvre la tumeur d'une compresse enduite d'extrait de belladone et recouverte d'un large cataplasme de farine de lin. La malade est placée dans un bain de siège dans lequel elle reste long-temps; un lavement avec feuilles de séné, 15 grammes; sulfate de soude, 8 grammes; miel, 60 grammes.

Le soir, la tumeur n'a pas changé. Le lavement a fait rendre un peu de matières fécales; le facies de la malade est bon, pouls normal, 64 pulsations; nouvelles tentatives de taxis toujours infructueuses; le toucher occasionne au-dessus de la tumeur une douleur assez vive; la malade n'a pas vomi; son bassin est élevé au moyen d'un traversin pour relâcher les muscles de l'abdomen et des cuisses; on applique sur l'aine une vessie remplie de glace renouvelée fréquemment; on cesse les cataplasmes et l'extrait de belladone.

Le 18 au matin, les douleurs sont calmées par la glace; la tumeur est toujours réductible, le pouls est à soixante-huit pulsations; on cesse l'application des réfrigérans; on prescrit une potion avec sirop diacode, 15 grammes et 125 grammes d'eau distillée de laitue; chaque cuillerée provoquant des vomissemens, on la supprime.

19, Rien de nouveau relativement à la tumeur; l'état général de la malade est peut-être plus satisfaisant que la veille; la hernie est toujours douloureuse. (Application de quinze sangsues sur la tumeur; on fait couler le sang au moyen de fomentations émollientes; diète; eau sucrée pour boisson; lavement avec soixante grammes de miel mercuriel.)

20. Teinte légèrement jaunâtre répandue sur la face, qui est un peu grippée; la hernie est plus douloureuse et l'abdomen un peu moins ballonné; soif vive; le hoquet, qui a cessé la veille, reparaît avec plus d'intensité que jamais. La malade a vomi des matières verdâtres mêlées à de la tisane; M. Boys de Loury essaie de nouveau de pratiquer le taxis, mais inutilement. Ce chirurgien, en présence de tels symptômes, pense qu'il faudra opérer le soir même, si la malade n'est pas en meilleur état. (Grand bain; plusieurs frictions dans la journée sur le ventre, avec l'onguent mercuriel double, 4 grammes). — Le soir, MM. Collineau et Boys de Loury se réunissent pour examiner la malade; le taxis est encore pratiqué sans succès; la tumeur est manifestement moins douloureuse; le ventre est plus souple; les vomissemens et le hoquet n'ont plus reparu; le pouls s'est relevé; la figure de la malade exprime moins de souffrance que le matin. Ces messieurs, devant cette légère amélioration, pensent que le moment d'opérer peut encore être retardé.

21. La malade a dormi mieux que les nuits précédentes; la tumeur est encore moins sensible à la pression que la veille; la soif a diminué; l'abdomen est toujours assez souple. (Potion éthérée vomie à chaque cuillerée; application de cataplasmes sur le ventre; lavement d'eau de guimauve.)—Le soir, pas de changement notable. L'abdomen paraît plus ballonné que le matin. La malade a beaucoup d'inquiétude sur sa position. Elle est prise à minuit de vomissemens assez abondans de matières verdâtres, à la suite desquels elle tombe en défaillance. Appelé aussitôt près de la malade, M. Castilhès trouve un refroidissement très prononcé des extrémités inferieures; toute la surface du corps est couverte d'une sueur fétide; le pouls est filiforme, peu fréquent, la face très altérée. Je fais appliquer immédiatement, dit M. Castilhès, une boule d'eau chaude, et lui fait respirer un peu d'éther sulfurique; bientôt elle reprend connaissance.

22. A la visite du matin, la douleur ayant presque cessé dans la tumeur, fait craindre la mortification prochaine de l'épiploon; l'abdomen est plus ballonné que la veille; il est toujours douloureux; le facies est fort altéré. Ces messieurs voyant les progrès rapides de la péritonite, qui a sans doute pour cause l'étranglement de la hernie, se décident à opérer. C'est M. Boys de Loury qui pratique l'opération.

Ce chirurgien, après avoir fait avec la peau qui recouvre la hernie un pli perpendiculaire à la longueur de cinq centimètres, dissèque couche par couche le tissu cellulaire graisseux sous-cutané, incise avec précaution, sur une sonde cannelée, les différentes fascias, et arrive assez rapidement à un sac qui simule parfaitement un sac herniaire par sa teinte demi-opaque et par sa surface lisse et polie. Après une incision presque imperceptible sur le milieu de ce sac, une sonde cannelée est introduite, et le sac est largement ouvert; aucun liquide ne s'en écoule; il est épaissi sur plusieurs points, dur, et crie à peu près sous le bistouri comme du parchemin. On constate qu'il existe une hernie épiploïque ancienne, sur laquelle s'était entée une hernie de nouvelle formation. M. Boys de Loury détruisit en effet d'abord des adhérences extrêmement intimes entre le sac et la hernie ancienne, qu'il fut obligé de disséquer à plusieurs reprises, et qui présentait à sa partie la plus déclive une coloration d'un rouge brunâtre; des adhérences plus récentes cédèrent plus facilement à la pression du doigt, et cette portion de la tumeur graisseuse herniée qui paraissait étranglée depuis quelques jours seulement avait l'aspect normal. M. Boys de Loury ayant porté le doigt au collet de la tumeur, ne put trouver la moindre ouverture, pénétrant dans l'anneau inguinal; ce ne fut qu'après les plus grandes difficultés qu'il parvint à faire passer une sonde cannelée à travers l'anneau. La constriction était telle, que le bistouri boutonné ne fut porté dans l'anneau qu'après avoir agrandi l'ouverture avec un bistouri droit pointu entouré de fil jusqu'à deux millimètres de la pointe. Le débridement se fit en haut et un peu en dedans; enfin une pression douce et graduée permet aux deux portions graisseuses herniées de rentrer sans difficultés.

La malade a supporté avec beaucoup de courage cette opération, qui fut longue et douloureuse, et qui dura fort long-temps. Aucun vaisseau ne fut ouvert pendant l'opération. La plaie fut pansée comme à l'ordinaire; frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel; cataplasmes émolliens dans l'intervalle des frictions.

Peu de temps après l'opération, la malade est prise de légers frissons, de hoquet, de vomissemens de matières bilieuses mêlées à de la tisane; il y a refroidissement très prononcé des extrémités. A midi, la face est altérée, jaunâtre; les traits un peu grippés; les yeux sont abattus; la langue est blanche, un peu sèche; le ventre plus ballonné et plus douloureux. La douleur est excessive et répandue partout. Pouls petit, fréquent; toux suivie de vomissemens; elle rejette toutes les boissons; on lui donne à sucer des quartiers d'orange. Le soir, à quatre heures, le ballonnement du ventre est encore augmenté; la douleur est extrême. Quinze sangsues de chaque côté de la région iliaque; continuation des frictions mercurielles sur le reste du ventre. La péritonite marche avec une rapidité effrayante; la soif devient excessive. Enfin elle succombe le 23 à quatre heures du matin, en conservant toute sa connaissance.

Autopsie. — Vingt-neuf heures après la mort. — L'abdomen est incisé transversalement à quatre pouces (11 centimètres environ) au-dessus de l'anneau inguinal; on en dissèque la paroi interne avec la plus grande précaution, et on écarte avec soin les anses de l'intestin grêle qui présente une arborisation et une injection générale; des fausses membranes, albumineuses, molles, peu adhérentes, unissent plusieurs circonvolutions intestinales. Près de l'anneau inguinal droit, une portion de l'intestin grêle, située à 33 centimètres de la valvule ilio-cœcale, adhère assez intimement avec le feuillet pariétal du péritoine, qui offre en ce point un sac herniaire commençant. Cette portion d'intestin, qui est d'une coloration noirâtre à l'extérieure dans une étendue de 4 centimètres, n'est pas atteinte de gangrène; la séreuse est résistante, et la cause de cette nuance est sans doute due à la stase du sang géné en ce point. En exerçant une légère traction sur cette anse intestinale, pour mieux examiner la coloration dont nous venons de parler, on trouve une solution de continuité irrégulièrement circulaire de 5 millimètres de diamètre environ, située à 2 centimètres de la portion noirâtre de l'intestin. L'un des bords de cette ouverture est formé uniquement par le feuillet séreux de l'intestin; il n'existe autour qu'une simple injection semblable à celle du reste de la masse péritonéale; sur le feuillet pariétal du péritoine, à l'endroit où repose cette portion d'intestin et à 2 centimètres du sac herniaire, se trouve une tache noirâtre de la forme de la solution de continuité de l'intestin qui y était opposé.

La solution de continuité du tube intestinal examinée du côté de la muqueuse, est à bords déchiquetés, l'un de ces bords plus irrégulier s'étend vers l'attache mésentérique de l'intestin, et est formé par le péritoine que l'on aurait pu confondre avec une fausse membrane récente à cause de sa demi-opacité; au-dessous de cette solution, dans une étendue de 2 centimètres du côté de la muqueuse intestinale, on voit une coloration noirâtre tout à fait semblable à celle que nous avons décrite à l'extérieur; cette muqueuse, examinée avec soin, paraît jouir de la résistance normale; ce qui éloigne toute idée de mortification. Dans le détroit inférieur, la masse intestinale est remarquable par une vive injection, de légères granulations albumineuses qui en tapissent la surface; les fausses membranes y sont mieux développées; 60 à 80 grammes d'un liquide séro-purulent y séjournaient.

Le feuillet pariétal du péritoine qui est en rapport avec la portion d'intestin dont nous venons de parler, et qui forme en ce point un sac herniaire commençant, offre à sa face interne une tache noirâtre, occupant 2 centimètres de diamètre environ, semblable à celle décrite sur l'intestin; cette portion du péritoine, ainsi que l'anse intestinale, étaient probablement placées à la partie la plus interne de l'anneau. Une masse de tissu cellulo-graisseux, de couleur rouge brunâtre et du volume d'un gros œuf, est unie très intimement à la face externe du sac péritonéal; ce paquet graisseux est formé de lobules divers, sur lesquels rampent des artères et des veines d'un petit calibre. On trouve près de son centre une artère remarquable par sa longueur et son diamètre; on peut facilement introduire dans son calibre un gros stylet boutonné. Cette artère paraissait se diriger de droite à gauche vers le petit bassin. On reconnut une masse graisseuse ancienne, celle qui adhérait si intimement avec le prétendu sac, et une masse graisseuse plus récente qui datait sans doute de l'époque des divers accidens éprouvés par la malade. En dehors de la tumeur graisseuse, on voyait l'artère épigastrique prenant naissance de l'iliaque externe. — L'anneau inguinal a été dans l'opération incisé directement en haut dans une étendue de 5 millimètres. Les intestins renferment un liquide jaunâtre abondant: l'estomac, la vessie, le foie, les poumons, le cœur, etc., sont à l'état sain.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. — Août 1842.

I. *Lecons de M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, sur les maladies de la peau.*

Ce travail n'est que le résumé de trois articles que nous avons déjà publiés. (Voir la *Gazette des Hôpitaux*, n[os] 30 juin, 23 juillet, 11 août 1842.)

II. *Hernie crurale de l'appendice cœcal;* par P.-J. CABARET, D.-M., à Saint-Malo.

On trouve dans les annales de la science quelques observations dans lesquelles on a rencontré le cœcum et son appendice vermiculaire réunis dans une hernie, à d'autres portions du tube digestif, mais celles qui constatent que les deux parties indiquées se sont montrées isolément dans une tumeur herniaire, sont assez rares. Le fait rapporté par M. Cabaret est donc intéressant sous ce point de vue. Nous nous bonnerons à mentionner les détails qui concernent cette particularité.

Une femme, âgée de soixante ans, fut affectée spontanément d'une hernie crurale du côté droit. Cette hernie était étranglée depuis deux jours, lorsque M. Cabaret pratiqua l'opération. Après avoir divisé la peau, « j'incisai, dit-il, en dédolant et avec beaucoup de précaution le *fascia superficialis* et le *fascia propria*. En agrandissant superficiellement, à l'aide de la sonde cannelée et du bistouri, l'ouverture de la partie supérieure de cette dernière enveloppe, afin de mettre plus immédiatement à nu le sac herniaire que je cherchais à découvrir, un appendice d'environ trois pouces de long, affectant la forme d'un intestin grêle très gonflé, ayant le volume de deux pouces, d'une couleur rouge-brune, et se terminant en pointe aiguë infiltrée de sang noirâtre, s'échappa de haut en bas; nous pensâmes de suite que la partie que nous avions sous les yeux n'était autre chose que l'appendice vermiculaire du cœcum, et que, conséquemment, il n'existait pas de sac herniaire. En recherchant les causes de l'étranglement, nous découvrîmes qu'il était produit par la partie interne de l'orifice supérieur du canal crural, et que la base de l'appendice était fortement serrée par cette partie. On débrida avec le bistouri boutonné droit sur le ligament de Gimbernat, le plus près possible du pubis, en portant l'instrument de dehors en dedans; puis, pour m'assurer si la hernie était exclusivement formée par la sortie de l'appendice vermiculaire, je l'attirai doucement vers moi en entraînant le cœcum. Un rétrécissement en manière de collet entre l'un et l'autre, démontrait que l'intestin n'était pour rien dans l'étranglement. »

La réduction fut opérée avec la plus grande facilité. — Les suites de l'opération ne présentèrent aucun accident notable. Huit jours après, les fonctions étaient revenues à leur état normal; la plaie n'avait plus qu'un pouce d'étendue. Un mois après la cicatrisation était complètement achevée.

III. *Étude comparative de la phthisie pulmonaire chez l'homme et chez les animaux;* par M. RAYER.

Cet article est un extrait du mémoire lu récemment à l'Académie des sciences, par le médecin de l'hôpital de la Charité, et dont nous avons publié les conclusions.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LYON. (Tom. 1[er], août 1842.)

Ce premier volume renferme plusieurs travaux d'un haut intérêt, et c'est d'un bon augure pour l'avenir de la Société médicale d'émulation de Lyon. Ne pouvant point entrer ici dans des détails sur tous ces travaux, nous nous bornerons à donner une courte analyse de quelques-uns de ceux dont la lecture a plus particulièrement fixé notre attention.

I. *Description d'un fœtus monstrueux célosomien, offrant des particularités sans analogues dans la science;* par le docteur TEISSIER.

Ce fœtus est né à Lyon, le 25 juillet, à la fin du septième mois de la gestation. La mère était à sa seconde grossesse, et son premier enfant était venu à terme, assez bien constitué.

Le fœtus était mort et n'offrait aucune trace de putréfaction. L'accouchement qui s'est fait presque à sec, a présenté une circonstance digne de remarque: il y avait présentation des fesses, mais les membres inférieurs, au lieu d'être pliés et étendus sur la face antérieure de l'abdomen, étaient au contraire appliqués contre la région dorsale du tronc, et les cuisses correspondaient à cette région, non par leur surface postérieure, mais par leur face antérieure.

Placenta, cordon ombilical, membranes de l'œuf. — Le placenta ne présente rien de notable, si ce n'est une adhérence du cordon ombilical à sa surface dans l'étendue de 12 à 15 centimèt. Cette adhérence rendit très courte la portion libre du cordon; M. Teissier pense que cette brièveté peut bien avoir joué un grand rôle dans la production des difformités que nous allons signaler.

Fœtus. — Si l'on étend les membres inférieurs, la rotule et le bout des orteils regardent en arrière, c'est-à-dire répondent à la région postérieure du tronc, tandis que le talon et le creux des jarrets regardent en avant. Sur chaque côté de la région dorsale de la colonne épinière existe une excavation dans laquelle vient se loger le genou, lorsqu'on replace les membres inférieurs dans la même position qu'ils affectaient dans le sein de leur mère. Les deux pieds sont tordus et représentent des pieds-bots varus équins. En arrière du tronc, au niveau des vertèbres lombaires existe une ouverture de la peau de deux ou trois centimètres de hauteur qui correspond à une perte de substance des apophyses épineuses et des lames de vertèbres elles-mêmes; ce qui met ainsi le canal rachidien en communication avec l'air extérieur. La paroi antérieure de l'abdomen manque presque complètement; elle est remplacée par une membrane très mince, transparente, semblable à une membrane séreuse, à travers laquelle on aperçoit les organes, et qui va se continuer dans toute la circonférence avec la peau des régions voisines. Au niveau du point qu'occupe dans l'état normal la symphyse du pubis, existe une ouverture allongée, assez semblable à une vulve communiquant dans une poche membraneuse où vient aboutir l'intestin rectum. De chaque côté de cet orifice en existe un autre plus petit, arrondi, béant, par lequel suinte sous forme de gouttelettes un liquide mucoso-purulent blanchâtre et assez épais. Le foie, la rate, l'estomac et l'intestin grêle sont normalement conformés. Il existe une fusion complète des uretères avec deux petits corps charnus creusés dans leur partie centrale, à parois épaisses et fibreuses. Ces petits corps forment les deux conduits allant s'ouvrir par de petits orifices arrondis en dehors de l'anus.

Les reins sont parfaitement conformés et occupent leur position habituelle. A partir du milieu du trajet, les uretères se dilatent beaucoup et s'ouvrent largement dans les organes qui servent de réservoir à l'urine. Ces organes qui n'offrent aucune ressemblance avec une vessie ordinaire, représentent très-bien chacun une moitié de matrice restée à l'état embryonnaire. Pour M. Teissier, « ces organes ne sont autre chose que les deux cornes primordiales de la matrice qui se sont développées isolément sans pouvoir se réunir, et dans lesquelles viennent anormalement aboutir l'extrémité inférieure des uretères. » Il n'existe pas de vessie, à moins qu'on ne veuille prendre pour telle l'ampoule dans laquelle se termine le gros intestin. Au total, les trois ouvertures qui existent au bas-ventre, au niveau des pubis représentent, suivant M. Teissier, la moyenne, l'orifice anal, et les deux autres les orifices de deux vagins complétement séparés, conduisant chacun dans un utérus indépendant et servant aussi de conduit excréteur à l'urine.

« Les os des îles, au lieu de former une ceinture autour de l'utérus, du gros intestin, comme cela s'observe ordinairement, sont renversés en dehors et en arrière, de telle façon que les fosses externes se sont rapprochées et sont devenues internes; que les cavités cotyloïdes, au lieu de regarder en dehors, regardent en dedans, et que les fémurs semblent naître de l'intérieur du bassin. En un mot, les articulations sacro-iliaques ont subi un mouvement de torsion tel que les pubis sont dirigés en arrière au lieu de venir se réunir en avant. Toutefois il faut dire qu'ils ne se joignent pas; ils sont rapprochés l'un de l'autre, mais ils ne s'articulent pas ensemble. Il résulte de ce qui vient d'être dit que le gros intestin et les organes génito-urinaires sont tout à fait en dehors du bassin, et qu'ils ne sont protégés en avant par aucune barrière osseuse. » La colonne vertébrale est déviée dans le sens antéro-postérieur.

M. Tessier n'examine point la question de savoir à quelle cause doit être rattachée l'existence des anomalies présentées par ce fœtus. Il dit seulement qu'il est porté à croire que cette cause se trouve dans la maladie du cordon qui a contracté des adhérences avec le placenta dans une assez grande étendue, et dont la portion libre est devenue, par suite de ses adhérences, d'une brièveté extrême.

II. *Recherches sur l'influence de la systole ventriculaire sur les courbures artérielles;* par M. BOUCHACOURT, chirugien en chef désigné de la Charité de Lyon.

Dans cette note, l'auteur se borne à étudier la modification qu'éprouvent les artères à l'endroit de leur courbure, au moment de la *systole venticulaire*.

La doctrine qui règne généralement aujourd'hui à cet égard consiste à admettre que le choc du sang contre les parois artérielles tend à redresser les courbures de ces vaisseaux. Or, M. Bouchacourt démontre par des expériences, 1° que s'il est vrai que les courbures des artères se trouvent modifiées par les contractions du cœur, cette modification consiste non dans un redressement, mais dans une augmentation de courbre; 2° que le redressement a lieu au contraire quand le ventricule se dilate, alors que l'artère, par la rétraction de ses parois diminue d'étendue.

Ces principes se trouvent-il, est vrai, exposés dans la physiologie de Burdach; mais les recherches de M. Bouchacourt datent de plusieurs années; elles sont consignées dans sa thèse inaugurale (Thèse de Paris, 1836, n° 366.), et il n'avait alors nullement connaissance des idées professées en Allemagne sur cette question.

M. Bouchacourt ne manque pas d'ajouter que les conséquences auxquelles il a été conduit ne s'appliquent pas à toutes les courbures artérielles, car toutes ne présentent pas la disposition de fixité des deux extrémités du vaisseau, disposition sur laquelle il insiste avec beaucoup de raison. « Ainsi, dit-il, le cœur n'est fixé qu'à sa base dans le point où naissent les gros troncs artériels, et où s'abouchent avec lui les gros vaisseaux veineux; il éprouve à chaque systole un mouvement de redressement manifeste; dès-lors la courbure aortique doit tendre à s'effacer. Mais ce fait exceptionnel trouve une explication dans une disposition spéciale qui n'existe nulle part ailleurs. »

III. *Mémoire sur l'emploi du quinquina et des toniques dans quelques cas de dysenterie;* par G. PEYRAUD, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'auteur rapporte dans son mémoire quatre observations détaillées qui tendent à établir l'efficacité de cette médication. Mais, praticien sage et expérimenté, il sait qu'il faudrait un bien plus grand nombre de faits pour pouvoir en déduire un corps de doctrine complet sur cette matière. Aussi en appelle-t il à l'expérience de ses confrères pour pouvoir poser plus hardiment les conclusions suivantes, qui découlent de ses propres observations:

« L'emploi du quinquina est indiqué dans la dysenterie: 1° toutes les fois qu'attaquant une grande quantité de sujets réunis et agglomérés dans un endroit mal sain, elle paraît être le résultat d'un miasme méphytique qu'il faut combattre au plus tôt, par les moyens hygiéniques convenables, combinés avec une médication corroborante et anti-septique; 2° lorsqu'elle est le résultat d'une fluxion produite elle-même, ou du moins entretenue par une débilité générale du sujet qui ôte aux capillaires la force dont ils auraient besoin pour retenir le sang et l'empêcher de suinter sur la muqueuse du gros intestin; 3° enfin, lorsqu'elle est intermittente ou compliquée avec une fièvre d'accès, d'ailleurs indépendante d'elle, et ne lui étant liée que par le seul fait de leur existence simultanée. »

IV. *Mémoire sur la dégénérescence hydatique et hydatiforme des reins chez le fœtus;* par M. BOUCHACOURT.

Deux ordres d'altérations ont été compris sous le nom d'*hydatides* du rein ou *hydropisie rénale*. Dans l'un, il y a arrêt de développement des parois vésiculaires produit par la compression atrophique qui résulte d'une oblitération de l'uretère ou de l'urètre; dans l'autre, de vraies hydatides, comme celles du foie, de la rate, du poumon, du cerveau, se sont développées dans le tissu rénal lui-même. Dans ce dernier cas, la lé-

sion du rein est isolée de tout autre vice de conformation ou arrêt de développement organique, tandis que dans le premier, il y a coexistence presque nécessaire de cette altération et d'autres vices de conformation.

M. Bouchacourt développe et explique ses idées par la narration de plusieurs faits; nous ne le suivrons point dans ces détails; nous nous bornerons à rapporter les conclusions qu'il a formulées à la fin de son travail.

« Il reste donc prouvé par des faits, dit-il: 1° Que les reins peuvent être, chez le fœtus, le siége d'une dégénérescence hydatique ou hydatiforme.

» 2° Que la dégénérescence hydatiforme ou *hydronephrose* (Rayer) est ordinairement le résultat d'un vice de conformation de l'urètre ou de l'uretère.

» 3° Qu'un des caractères extérieurs de cette altération est l'augmentation considérable du volume du rein malade.

» 4° Que cet accroissement est cependant moins marqué que dans la dégénérescence hydatique.

» 5° L'accouchement peut être rendu laborieux par suite de développement extraordinaire des reins chez le fœtus, et réclamer même la perforation du ventre de l'enfant, l'arrachement des tumeurs, la simple ponction indiquée dans le cas d'ascite demeurant insuffisante.

» 6° Cependant comme il est impossible *à priori* de reconnaître si le volume exagéré de l'abdomen est dû à une simple ascite, ou à la dégénérescence des reins, on devra essayer d'abord la ponction, quitte à recourir plus tard à la perforation plus large de l'abdomen, et à l'extraction des tumeurs qui le remplissent.

» 7° Il faut donc ajouter un nouveau paragraphe au chapitre des dystocies par le fœtus, une variété fort importante aux tumeurs qui forment obstacle à l'accouchement et que les auteurs n'ont considérées qu'autant qu'elles s'étaient développées à l'intérieur.

» C'est à ces différens titres, indépendamment de l'intérêt qu'elle offre au point de vue de l'anatomie pathologique, de l'histoire des arrêts de développement et des vices de conformation, que j'ai pensé que la dégénérescence hydatique ou hydatiforme des reins chez le fœtus, pourrait, même aujourd'hui, avec ce petit nombre de faits, être décrite d'une manière générale; sans rien préjuger de ce qu'une observation plus étendue et dès-lors plus complète pourra nous apprendre par la suite. »

V. *Considérations pratiques sur les propriétés des eaux thermales de Plombières;* par M. G. Peyraud.

Ce travail est exclusivement consacré à l'étude thérapeutique de ces eaux; et voici les conclusions que l'auteur a posées:

1° Les eaux de Plombières sont indiquées contre les affections nerveuses chroniques de l'estomac et des voies digestives, les gastralgies, les vomissemens nerveux, les diarrhées chroniques, indépendantes de toute lésion organique, les névralgies et certaines névroses, dont la débilité générale de l'organisme est la cause principale, la chlorate, l'aménorrhée et les leucorrhées idiopathiques; 2° elles sont inefficaces dans les rhumatismes, les maladies de la peau, dans tous les cas d'engorgemens viscéraux et toutes les fois qu'une guérison ne peut être opérée qu'en obtenant une élimination des molécules morbides; 3° Enfin, leur emploi peut être dangereux, toutes les fois qu'il y a à craindre une congestion morbide de l'encéphale.

VI. *Observation d'une luxation du pied en dehors;* par M. le docteur Keisser.

Un homme âgé de trente-deux ans, d'une forte constitution, ayant sur les épaules une caisse pesant 150 kilogrammes, tombe du haut d'une échelle; le pied gauche porte à faux et se luxe en dehors, sans accompagnement de plaie ni de fracture. Arrivé peu après l'accident, M. Keisser constate l'état suivant: le pied est fortement porté en dedans, sa surface plantaire regarde en dedans, son bord externe est dirigé en bas, sa face dorsale en dehors; il fait un angle presque droit avec la jambe. L'astragale est renversé de manière que sa face supérieure est devenue externe, l'interne supérieure, et l'externe inférieure; il forme une éminence assez considérable au-dessous de la malléole externe, et cette dernière pousse fortement la peau en dehors.

On procède à la réduction qu'on n'opère qu'avec des efforts assez grands en faisant fixer la jambe par des aides et en faisant tirer le pied par un autre aide intelligent, tandis que M. Keisser presse sur l'astrogale et sur la face externe du pied par de manœuvres appropriées. On s'assure ensuite que les malléoles ne sont point fracturées.

On applique un bandage en 8 de chiffre; le pied est fixé sur la jambe dans une direction convenable au moyen de deux palettes en bois, l'une en dedans, l'autre en dehors, vingt sangsues sur la partie externe et supérieure de la jambe; irrigation d'eau blanche froide sur l'appareil.

Un mois après le malade marche avec des béquilles.

« Cette observation, dit M. Keisser, me paraît intéressante sous deux points de vue: 1° l'absence de fracture dans une luxation si forte du pied; 2° le résultat avantageux obtenu par les irrigations d'eau froide long-temps prolongées qui ont eu pour premier effet de diminuer la douleur, et pour second celui d'empêcher l'inflammation qui devait certainement survenir dans une espèce de luxation toujours grave et toujours dangereuse, soit par la violence ordinairement considérable qui la produit, soit par la distension forcée, quelquefois même la dilacération des ligamens externes de l'articulation. Trois mois après l'accident le malade marchait bien, seulement il ressentait de la faiblesse dans l'articulation et quelquefois de la douleur. »

VII. *Des résections à la suite des plaies d'armes à feu;* par M. le docteur Leriche, ex-chirurgien militaire.

C'est là une question dont on s'est beaucoup occupé, et qui se trouve résolue de différentes manières par les chirurgiens. C'est qu'en effet, comme le dit M. Leriche; il est difficile d'indiquer d'une manière générale les cas dans lesquels la résection est indiquée; car ces indications sont subordonnées à une foule de circonstances relatives à l'os fracturé, à l'âge, à la constitution des sujets, et enfin aux désordres plus ou moins considérables de la partie blessée. C'est assez dire qu'une solution complètement satisfaisante du problème ne sera pas trouvé de sitôt, et qu'en attendant il faut soigneusement enregistrer les faits.

Voici, du reste, les opinions de M. Leriche sur cette matière; on verra qu'elles sont favorables aux résections. Ce chirurgien a étudié la gravité de la lésion suivant l'os qui se trouve fracturé et suivant que la fracture existe dans le corps ou aux extrémités de l'os.

Si l'humérus est fracturé, soit dans son corps, soit à ses extrémités, l'expérience a démontré à M. Leriche que dans la plupart des cas la conservation du membre peut être tentée, si l'on a la hardiesse de faire des incisions assez profondes et assez étendues pour arriver jusqu'au siége de la solution de continuité, afin d'extraire les esquilles et reséquer les fragmens. Il en est de même pour l'avant-bras, surtout quand il n'y a qu'un seul os fracturé.

On sait que dans les fractures du fémur à la suite d'un coup de feu, et même dans les fractures somminutives produites par une autre cause que la poudre à canon, la plupart des chirurgiens conseillent l'amputation immédiate. M. Leriche trouve cette opinion trop exclusive; en suivant ce précepte, dit-il, on n'a généralement que des revers. Son expérience lui a démontré que l'amputation immédiate ne doit être tentée que lorsqu'une hémorrhagie menace la vie du malade. « La cause des revers dans ces cas, dit-il, doit être attribuée à ce que les organes essentiels à la vie ont été ébranlés; il faut les laisser revenir de leur état de stupeur, si l'on veut avoir quelques chances de succès. En agissant autrement on augmente l'atteinte portée aux propriétés vitales de tout l'organisme; aussi la réaction se fait-elle attendre; et lorsqu'elle arrive, c'est un volcan qui fait irruption et enlève le malade. Je ne veux pas cependant, ajoute-t-il, qu'on attende que le travail inflammatoire soit établi, mais bien qu'on opère au commencement de la réaction, et je veux surtout, avant d'amputer, faire des incisions jusqu'au lieu de la fracture, pour voir si la résection ne suffirait pas, car la nature a de grandes ressources; il faut chercher à l'aider dans son travail. »

S'il s'agit d'une fracture de la tête ou du col du fémur par une bolle, et que la cavité cotyloïde n'ait pas été considérablement endommagée, M. Leriche pense qu'on doit encore tenter la résection.

Quant aux fractures du tibia et du péroné, il est plus facile d'obtenir leur guérison. M. Leriche pense qu'on doit toujours tenter la résection en pareil cas, surtout quand il n'y a qu'un seul os fracturé et que rien ne s'oppose à la conservation des membres.

Les résections offrent peu de chances de succès lorsque les sujets sont d'un âge trop avancé.

Il y a dans le travail de M. Leriche un paragraphe relatif au traitement général des plaies d'armes à feu que nous croyons devoir rapporter.

« Quand la lésion ne doit pas nécessiter l'amputation, dit il, que la plaie a été purgée avec soin de tous les corps étrangers, on voit l'inflammation traumatique souvent prévenue, quelquefois réprimée; et toujours combattue avec avantage par la saignée générale, la diète, le repos absolu, une position convenable, un bandage contentif appliqué sur toute l'étendue du membre blessé et constamment arrosé avec de l'eau fraîche et même glacée. La marche des phénomènes inflammatoires dans les plaies d'armes à feu n'étant pas aussi rapide que dans les autres cas, le praticien ne doit pas s'en laisser imposer par un calme apparent; il en profitera au contraire pour conjurer l'orage par les moyens que nous venons d'indiquer, et surtout par la saignée générale qu'il doit pratiquer dès l'instant où la commotion et la stupeur semblent se dissiper. Si ce dernier phénomène persistait, si le membre était froid et engourdi, si la circulation se trouvait ralentie, s'il survenait des frissons et des syncopes, il faudrait exciter l'action des vaisseaux pour favoriser la formation du pus et la chute des eschares qui tapissent le trajet creusé par le projectile. Une conduite contraire exposerait à des congestions pulmonaires et même à la gangrène par défaut d'intervention des tissus frappés de stupeur. Le praticien fixera aussi son attention d'une manière toute particulière sur l'irritation lymphatique que reçoivent les viscères de la lésion extérieure. »

Suivent trois observations relatives à des succès obtenus à l'aide de résections.

Dans le premier cas il s'agit de la résection de la tête de l'humérus du côté droit, chez un soldat, âgé de vingt-quatre ans, qui reçut un coup de feu dans l'épaule droite. L'opération fut pratiquée vingt-six jours après l'accident. Un mois après la guérison était assurée.

Le second malade est un caporal au 59e de ligne, qui s'était tiré un coup de pistolet sous le menton. Le corps du maxillaire inférieur fut brisé en esquilles dans l'étendue de deux pouces du côté gauche. Les deux extrémités des deux fragmens furent réséqués. Quatre mois après, cet homme était guéri portant une cicatrice adhérente et un léger rétrécissement du corps de la mâchoire.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une résection de l'humérus dans l'étendue de trois pouces, pour un coup de feu reçu au tiers supérieur de cet os. Le sujet était un soldat arabe, âgé de 23 ans. Treize mois après, cet homme avait repris son service; le bras était encore faible et amaigri, mais le raccourcissement était à peine sensible.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales Médico-Légales Belges; 1re, 2e, 3e 4e et 5e livraisons; 1842.

I. *Coup d'œil sur les hôpitaux et hospices;* par M. le docteur C. Crommelinck, de Bruges.

L'auteur, chargé par le gouvernement belge, d'aller faire une tournée en Angleterre, pour y visiter les hôpitaux, les hospices, les universités, les prisons, les institutions de bienfaisance, les établissemens publics et privés pour aliénés, les maisons de santé, les hôpitaux flottans, et pour y étudier tout ce qui est du ressort de l'hygiène publique et privée, des maladies mentales et de la médecine légale, l'auteur, disons-nous, persuadé que, pour pouvoir juger sainement et avec connaissance de cause de tout ce qui est bon et utile chez les étrangers, il faut commencer par connaître et savoir apprécier ce qui existe dans son propre pays, a cru devoir, avant d'entreprendre son voyage et pour s'acquitter plus convenablement de la mission qui lui est confiée, visiter avec soin les principaux hôpitaux et hospices publics et privés de la Belgique.

Il raconte successivement ce qu'il a observé dans les établissemens de Gand, de Courtrai, de Froidmont, de Ste-Anne-lez-Courtrai, de Mons, de St-Nicolas, de Gheel-lez-Anvers, etc., établissemens destinés au traitement ou plutôt à la réclusion des aliénés; dans les hôpitaux civils de Tournai, de Bruges, de Namur, de Cherbourg, de Liége; dans l'hospice d'Harscamp et dans le grand pénitencier à Namur; dans les hospices des vieillards à Bruxelles, à Courtrai et à Tournai; dans les divers hospices de maternité et hôpitaux pour les enfans; enfin dans l'établissement fondé à Mons par M. le docteur Stiévenart, sous le titre d'*Institut ophthalmique*. Presque partout, il a trouvé les choses dans un état déplorable et presque impossible à décrire; l'établissement de Gand et celui de Courtrai pour les aliénés, l'hôpital de Tournai et l'Institut ophthalmique de Mons sont à peu près les seuls en faveur desquels il ait à faire une honorable exception.

Enfin, il traite de la prostitution, et il établit qu'il n'est en Belgique que trois ou quatre villes où les malades atteints de maladies vénériennes soient assimilés aux autres malades; encore se hâte-t-il d'ajouter qu'il existe à cet égard des exceptions ou des mesures qui neutralisent plus ou moins les effets de cette assimilation.

En opposition avec ce tableau si triste de ce qui existe actuellement en Belgique, le même auteur, dans une lettre adressée de Londres à son confrère M. le docteur Dejaeghere, raconte avec détail la disposition riche et brillante de la plupart des monumens élevés par la philantropie anglaise au soulagement des misères humaines. Il cite en particulier les hôpitaux de St-Luc et surtout de Bedlam pour les aliénés de la classe indigente; mais, tout en louant à l'excès les soins apportés dans la construction et dans la tenue hygiénique de ces établissemens, il remarque, en passant, que le service médical paraît bien loin d'y être à la hauteur de la science, et il donne à pressentir que ce n'est point à la thérapeutique qu'on y fait que doivent être attribuées les nombreuses guérisons qui s'y opèrent.

II. *Maladies mentales. — Observations pratiques* par M. le docteur G. Dejaeghere, médecin judiciaire à Courtrai.

Après avoir annoncé qu'en publiant ces divers faits pratiques observés par lui, publication qu'il se promet de continuer, il a pour objet d'établir la justice criminelle sur des faits nombreux et positifs, de faire une histoire qu'en toute circonstance l'homme de loi, le magistrat judiciaire ou civil ainsi que le médecin puissent consulter, enfin de donner une force morale positive et matérielle par la réunion de faits qu'on puisse invoquer à l'appui de quelque autre fait que ce soit, l'auteur donne successivement plusieurs observations d'aliénation curieuse soit par la nature même de l'affection, soit par son mode de terminaison. Ces observations, au nombre de sept, sont relatives: la première, à une monomanie dont la cause semble être le sentiment exagéré de l'amour-propre; la seconde, à une aberration mentale occasionnée par l'idée d'un empoisonnement; la troisième, à une monomanie religieuse; la quatrième, à une monomanie déterminée par l'ambition; la cinquième, à une démence furieuse, reconnaissant pour cause une lésion du cerveau; la sixième, à des conceptions délirantes; et la septième, à une monomanie érotique.

III. *Médecine légale. — Monomanie homicide. — Epilepsie.* — par M. le docteur C. Crommelinck.

M. Crommelinck a pour objet principal, dans ce mémoire, de faire connaître un cas de monomanie homicide provenant d'épilepsie, et d'établir que la monomanie homicide instinctive, celle qui porte un individu à en tuer un autre, entraîné qu'il est à ce crime par une force irrésistible interne et sans que le meurtre ait été précédé d'aucun raisonnement lucide qui puisse le justifier, est spécialement propre aux épileptiques. Mais, dans cette première partie de son travail, il se borne uniquement à l'examen et à la discussion médico-légale de l'existence de la monomanie homicide, question qu'il résout par l'affirmative après avoir exposé l'opinion des auteurs qui s'en sont déjà occupés, et après avoir cité de nombreux faits à l'appui, et il renvoie à une livraison ultérieure les détails particuliers du fait observé par lui.

IV. *Diagnostic différentiel de la mort apparente et de la mort réelle; Mémoire destiné à dissiper la crainte d'être enterré vivant,* par M. le docteur Nasse, professeur de clinique interne à Bonn, traduit de l'allemand et augmenté d'une *Notice sur la maison mortuaire de Francfort-sur-le-Mein*, par M. le docteur L. Fallot, de Namur.

M. Nasse s'est proposé de chercher la solution de cette importante question: « Combien de temps après l'apparition des » signes extérieurs de la mort, dont la présence suffit actuelle-» ment pour procéder aux inhumations, la faculté de renaître » à la vie peut-elle durer encore, et existe-t-il des moyens plus » sûrs que ceux fournis par ces signes de s'assurer que cette fa-» culté est désormais abolie? » Il a divisé son travail en quatre chapitres.

Le premier est consacré à des considérations physiologiques sur la vie et la mort. Après avoir démontré par des faits qu'il existe trois conditions essentielles de la conservation de la vie chez l'homme et les animaux à sang chaud, savoir: la respiration, la circulation et le maintien de la chaleur, soit du corps entier, soit de ses parties intérieures, à un degré qui ne s'éloigne pas trop de son état normal, l'auteur conclut que, après la cessation de la respiration et de l'action appréciable du cœur, il s'accomplit encore dans le corps humain des actes qui non-seulement sont de même nature, quoique plus faibles, que ceux par lesquels se manifeste la vie dans toute sa plénitude et qui, avec le concours de certaines conditions favorables, sont probablement doués du pouvoir de la ranimer quand elle paraît éteinte, mais encore parmi lesquels la puissance de produire pendant un certain temps de la chaleur, atteste de la manière la plus incontestable la persistance d'une des fonctions vitales.

Le second chapitre a pour objet l'indication et l'appréciation des expériences faites dans le but de reconnaître jusqu'à quel point la respiration, la circulation et la calorification peuvent baisser chez l'homme sans abolir définitivement sa vie.

Le troisième chapitre contient l'application de ces expériences au diagnostic de la mort réelle, et démontre que, de tous les moyens connus, le plus positif pour reconnaître positivement la cessation absolue de la vie, c'est l'exploration de la chaleur interne du corps.

Enfin, dans le quatrième, l'auteur donne des détails sur la méthode à suivre, sur l'instrument à employer, et sur les précautions à prendre pour arriver à distinguer sûrement la mort réelle de la mort apparente. Suivant l'auteur, l'endroit le plus convenable du corps pour explorer la chaleur interne, c'est l'estomac.

L'instrument dont il se sert pour cette exploration, et qu'il désigne sous le nom de *thanatomètre*, est une tige en baleine, à l'une des extrémités de laquelle, et parallèlement à sa longueur, se trouve fixé un petit thermomètre dont l'échelle, renfermée dans un tube de verre, ne s'élève pas au-delà de 40 degrés : le globe est recouvert d'une lame mince de fer blanc de deux pièces. Cet appareil du reste, doit être approprié à la taille des individus. Quant à son introduction par l'œsophage jusques dans la cavité de l'estomac, elle est si facile qu'à défaut de médecin, la première personne venue peut y procéder; seulement, il faut se rappeler que, pour le retirer facilement, il est nécessaire de porter fortement la tête en arrière, et de repousser le larynx en bas.

Si on cherche à introduire l'instrument avant l'apparition de la raideur cadavérique, il faut avoir soin de maintenir les mâchoires écartées à l'aide d'un bouchon qu'on enfonce entre les arcades dentaires; mais si la raideur existe déjà, il faut en écarter les mâchoires de force, ce qui n'est rien moins que facile, ou commencer l'exploration par l'anus, en attendant que la raideur ait cessé.

Dans les jugemens à porter, il faut surtout tenir compte de la manière dont la mort est survenue, si elle a, par exemple, été brusque, comme dans la strangulation, la submersion, etc., ou si elle est arrivée lentement et à la suite de maladies qui aient pu abaisser la température en diminuant peu à peu l'étendue de la respiration. Dans le premier cas, il suffit que la température soit descendue à 20 degrés pour fournir un signe positif de la mort réelle, tandis que, dans le second, il est nécessaire qu'elle n'atteigne que 15 1/2 degrés : dans les cas douteux, il faut également ne se prononcer que lorsqu'elle est tombée à ce dernier chiffre.

V. *Cas de monomanie périodique*; observation recueillie par M. le docteur James Johnson, de Londres.

L'individu qui fait le sujet de cette observation était âgé de 56 à 57 ans, et avait passé environ trente années de sa vie au service civil de la compagnie des Indes orientales où il était parvenu à une haute position dans l'établissement de Madras. Au physique comme au moral, c'était un homme d'une incontestable supériorité : il avait eu, dans les Indes, plusieurs accès de fièvre très-violens; mais, de retour en Angleterre, sa santé se rétablit complètement. S'étant présenté comme candidat au parlement, et ayant échoué dans sa tentative, sa digestion commença à se déranger, et, depuis ce moment jusqu'au jour de sa mort, il fut tourmenté par une constipation des plus opiniâtres. Traité par M. Johnson, il finit par lui avouer qu'il souffrait d'une illusion qui revenait de jour à autre et durait jusqu'à l'heure de son sommeil : à son réveil il jouissait de toute la plénitude de son intelligence. L'objet de son illusion le poursuivait sans lui donner un instant de relâche; il ne pouvait rien regarder sans l'apercevoir à moins de fermer les yeux. Du reste, ses souffrances étaient de deux sortes; d'une part, l'objet de l'illusion; de l'autre, une horreur indéfinissable qui le poussait au suicide et ne disparaissait pas toujours complétement avec l'illusion, mais persistait même pendant les bons jours. Il finit par s'empoisonner en avalant soixante grammes d'acide prussique.

L'autopsie ne fit découvrir aucune désorganisation dans le cerveau. Rien de bien remarquable ne fut constaté dans les organes abdominaux; il en était tout autrement dans la poitrine. Le cœur était hypertrophié; les poumons étaient criblés de tubercules encore crus, surtout dans leurs lobes supérieurs, et des adhérences considérables existaient entre ces organes et les plèvres costales. La particularité la plus remarquable que l'on observa fut la suivante : sur le trajet du nerf pneumo-gastrique gauche, au point où s'en détache le nerf récurrent, était placé un corps dentelé excessivement dur, du volume d'une amande, de substance calcaire, et provenant probablement d'une glande bronchique désorganisée. L'union du nerf avec ce corps étranger était si intime qu'il fut impossible de l'en séparer. Cette substance calcaire se confondait avec la substance nerveuse, tellement que le nerf paraissait simplement avoir triplé de volume. Les plexus cardiaques, pulmonaires et œsophagiens étaient enveloppés d'une manière inextricable par une foule de glands bronchiques malades. Cette préparation est conservée dans le Musée anatomique de Kennerston Street, à Londres.

VI. *Cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux;* observation recueillie par M. le docteur Dejaeghere.

Il s'agit, dans ce cas, d'un fait qui présente quelque analogie avec celui dont la cour d'assises de la Corrèze s'est occupée il y a deux ans maintenant, et dont les débats ont eu tant de retentissement. Une jeune femme de vingt deux ans, qui avait épousé un maréchal vétérinaire déjà veuf et père de deux enfans, tomba malade deux mois après avoir donné par testament à son mari tous ses biens meubles et immeubles dont la loi lui permettait de disposer si elle venait à mourir sans postérité. Au bout de six semaines de maladie et de douleurs atroces, la femme Delrue succomba. Des bruits d'empoisonnement circulèrent bientôt, et un cri général s'éleva contre le mari qui fut arrêté; l'exhumation du cadavre fut ordonnée, l'autopsie fut pratiquée, et les lésions cadavériques ainsi que l'examen analytique des matières trouvées dans le tube digestif ne laissèrent pas le moindre doute sur l'existence d'un empoisonnement par l'acide arsénieux.

Devant la cour d'assises de la Flandre occidentale, le défenseur de l'accusé, après avoir remercié, au nom des lois, de la justice et de l'humanité, les experts de n'avoir pas laissé subsister le plus léger doute sur le fait de l'empoisonnement, s'écria : « Maintenant qu'il est juridiquement et scientifiquement établi que la femme Delrue est morte empoisonnée, il faut que la justice ait son cours, que la société soit vengée; il faut un coupable, et, quel qu'il soit, il faut que la loi l'atteigne et le frappe. Jusqu'ici, j'ai contribué avec l'accusateur public à établir le fait de l'empoisonnement; j'ai fait plus, je vous ai convaincus des effets immédiats du poison soit sur les lèvres et les gencives, soit dans la bouche et la gorge. La science a irrévocablement prononcé son arrêt, elle a montré le corps du délit. Poursuivons tous maintenant notre tâche; recherchons le coupable, et si l'instruction qui va se dérouler dans l'enceinte sacrée de la justice nous démontre que ce coupable ait été le mari de la victime, que l'anathème de mort tombe sur le meurtrier! Je m'inclinerai devant l'arrêt sacré de la loi, comme déjà je m'incline devant l'arrêt de la science. Mais si le coupable se trouve sur un autre banc que sur celui de la sellette du crime, si la mort de la femme Delrue est peut-être un suicide, ou un crime plus atroce encore, commis par une autre main que celle de son époux, que l'innocent triomphe et que ses tourmens et ses tortures cessent aussitôt! »

L'accusé fut acquitté à la majorité de dix voix contre deux.

Comme pendant à mettre en opposition avec ce procès, l'auteur rappelle celui de madame Laffarge, où il n'a pas été permis à la science d'attester d'une matière certaine que la victime fût morte empoisonnée, et où cependant Marie Capelle a été déclarée coupable d'avoir empoisonné son mari au moyen de l'acide arsénieux, mais avec des circonstances atténuantes. Il fait observer que, dans cette dernière affaire, les jurés ont aveuglément cru à la science qui, en absorbant entièrement leur attention pendant plusieurs jours consécutifs, leur a fait perdre de vue l'examen d'une question plus sérieuse, la recherche du coupable.

VII. *Controverse sur un cas de médecine légale soulevé devant la cour d'assises de la Flandre occidentale en 1838, et relatif à un coup de feu;* par M. le docteur Dejaeghere.

Cette controverse est relative à la direction d'un coup de feu tiré par un douanier sur un fraudeur, et par suite duquel ce dernier tomba raide mort. Les experts nommés pour constater l'état du cadavre avaient établi, par suite de l'examen des plaies et de leurs recherches anatomiques sur les lésions existantes dans l'encéphale, que la balle était entrée par la joue droite et sortie par la partie postérieure de la tête, et cette opinion était fondée en fait : 1° sur ce que la plaie de la joue était presque imperceptible et qu'il y avait plutôt enfoncement des tégumens que saillie au dehors; 2° sur ce que la portion pierreuse du temporal, détachée à l'intérieur du crâne, était poussée en arrière; 3° enfin sur ce que les lambeaux du cuir chevelu correspondant à la plaie de la partie postérieure de la tête étaient saillans en dehors, et couverts de parcelles du cervelet.

Devant la cour d'assises, plusieurs médecins de Tournai consultés et appelés en témoignage par la famille du défunt qui s'était portée partie civile, soutinrent que l'homme avait été tué d'un coup de feu reçu par derrière, et que la balle entrée dans le crâne n'en était pas sortie. Cette manière de voir, diamétralement opposée à l'évidence résultant de la disposition anatomique des parties traversées par le projectile, fut repoussée par le juri qui se rangea du côté des experts : s'il en eût été autrement de la décision des jurés, il en serait résulté la condamnation du douanier, car il aurait alors été reconnu qu'il avait tiré sur un individu s'éloignant du lieu de l'attaque.

VIII. *Rapport sur les hospices d'aliénés*, adressé au ministre de l'intérieur de la Belgique; par M. Crommelinck.

Ce rapport contient les résultats des observations faites par l'auteur pendant le voyage que le gouvernement belge l'a chargé de faire en Angleterre, en France et en Allemagne, dans le but d'examiner et étudier l'organisation des hôpitaux, hospices et autres établissemens analogues de ces différens pays. Il passe successivement en revue la disposition topographique et l'organisation hygiénico-thérapeutique qu'il a observée, en Angleterre, dans les hôpitaux de Bethlem, de Waldefield, de Hanwell, de Lincoln, de Glocester, d'York, de Lancaster, de Northampton, de Nottingham; en France, dans les hôpitaux de Charenton, de la Salpêtrière, de Bicêtre, et dans les établissemens de Vanvres et de Stephansfeld; en Allemagne, dans les hôpitaux d'Achern, de Heidelberg, de Leipzig, de Dresde et de Berlin. Puis il indique avec détail les dispositions générales qu'il conviendrait d'observer dans la construction d'un hôpital pour les aliénés.

A ce rapport se trouve annexé un atlas dont les planches sont destinées à faire connaître le plan de l'hôpital projeté par l'auteur, et ceux des principaux établissements de ce genre qu'il a eu à examiner.

Annalen der Chemie und Pharmacie; t. xli, p. 285.

I. *Emploi du cyanure de potassium comme agent de réduction.*

M. le professeur Just Liebig a constaté que les oxydes de fer, d'étain, de cuivre et d'antimoine, calcinés avec du cyanure de potassium, étaient réduits avec facilité; que quelques métaux se séparaient alors, en raison de leur fusibilité, sous forme de masse bien fondue, tels sont l'étain, l'antimoine et le cuivre. Cette décomposition s'opère souvent à une faible chaleur rouge, non visible de jour; il se forme du cyanate de potasse par la désoxydation du métal, et ce dernier se sépare en globules, ou s'agglomère en forme d'éponges. Par le lavage, on dissout le cyanate formé, et on a le métal qu'on pèse après dessiccation.

Les protosulfures d'étain et d'antimoine sont aussi réduits par une fusion avec le cyanure de potassium; il y a séparation du métal et formation de sulfocyanure de potassium. Par cette propriété réductive, le cyanure de potassium se rapproche du potassium pur, ce qui permettra d'en faire usage dans un grand nombre d'essais, et très-vraisemblablement aussi d'en tirer un excellent profit dans certaines recherches de chimie légale.

II. *Préparation de l'acide cyanhydrique.*

Parties égales de cyanure de potassium et d'acide sulfurique hydraté sont les meilleures proportions pour la préparation de l'acide cyanhydrique, avec le cyanure de potassium obtenu en suivant le procédé proposé par M. Just Liebig.

On fait d'abord dissoudre le cyanure dans le double de son poids d'eau, on introduit la solution dans une cornue, on y ajoute lentement et par petites portions l'acide sulfurique étendu de trois fois son poids d'eau : avant l'addition d'une nouvelle quantité d'acide, on attend la fin de l'effervescence qui se produit.

Malheureusement, M. Liebig, qui indique ce mode de préparation, ne dit pas à quel degré de concentration se trouve l'acide cyanhydrique obtenu.

Journal de médecine militaire de Saint-Pétersbourg; t. xxix, n° 2.

Cas de suicide par l'introduction de deux aiguilles dans la cavité thoracique.

On transporta en toute hâte à l'hôpital de Lublin (Pologne), un soldat qui poussait des cris aigus et accusait une très-vive douleur : il attribuait les accidens qu'il éprouvait à la présence de deux aiguilles qu'il s'était enfoncées, deux jours auparavant, dans la région du cœur.

Les symptômes que présentait ce malade étaient les suivans : pouls dur et fréquent; chaleur vive; sueur générale profuse, spécialement à la face qui est fortement injectée; physionomie profondément empreinte d'un sentiment de douleur et d'anxiété; langue sale; respiration facile et profonde; toux fréquente; douleur insupportable à la région précordiale; râle crépitant léger à la région antérieure et inférieure du thorax, et rien d'anormal dans tout le reste de la poitrine; battemens du cœur tumultueux, mais sans caractère particulier; aucune trace de blessure à la région précordiale, dans le point où le sujet dit avoir fait pénétrer les aiguilles.

Une médication antiphlogistique énergique fut mise en usage sans qu'il en résultât un amendement notable; et le malade, dont l'intelligence resta intacte jusqu'à la fin, succomba le dixneuvième jour, après avoir perdu subitement la parole, avoir été pris de hoquet, et être tombé dans un état de prostration considérable.

A l'ouverture du cadavre, qui fut pratiquée au bout de soixante-douze heures, on nota les particularités suivantes :

La peau et une partie des muscles de la région thoracique gauche ayant été enlevées, on découvrit deux trajets étroits situés entre les quatrième et cinquième côtes, et qui pénétraient dans l'intérieur de la poitrine. L'ouverture de cette dernière laissa voir un foyer purulent qui s'enfonçant jusque dans le parenchyme pulmonaire, était limité par les deux trajets isolés qui étaient plus larges en ce point que dans celui où ils traversaient les muscles du thorax.

Le péricarde, qui avait acquis une grande épaisseur, contenait un liquide de couleur blanchâtre, puriforme et à demi coagulé, analogue d'ailleurs à la matière plastique qui se trouve dans les épanchemens déterminés par les phlegmasies des membranes séreuses : ce coagulum formait une couche d'environ quatre millimètres (deux lignes) d'épaisseur à la face interne du péricarde et à la face externe du cœur, de manière à donner à ces parties une certaine ressemblance avec une fourrure blanche disposée en flocons inégaux. Le cœur adhérait si intimement au péricarde, par sa base et par sa face postérieure, qu'on ne pouvait les séparer l'un de l'autre qu'à l'aide d'une très-forte traction. Le péricarde était aussi, d'un autre côté, uni dans une assez grande étendue au poumon gauche et au diaphragme. Les parois du cœur étaient épaissies et endurcies, et il se trouvait une assez forte quantité de sang coagulé dans les cavités ventriculaires.

Une inflammation diffuse au premier et au deuxième degré existait sur le bord inférieur du poumon gauche, dans une étendue de dix à douze centimètres. En examinant attentivement cet organe, on découvrit à sa partie inférieure et postérieure, d'abord une aiguille de dimension ordinaire, longue de cinq à six centimètres (environ deux pouces); puis, on aperçut la seconde aiguille, qui avait un peu moins de longueur que la première : les deux pointes étaient dirigées vers le péricarde, probablement par suite de l'impulsion qu'avaient imprimée les mouvemens respiratoires.

Dans l'abdomen, on n'observa rien autre chose qu'un peu d'hypertrophie de la rate et une rougeur générale du tube intestinal.

Annali medico-chirurgici.

I. *Extraordinaire transposition, ou métastase d'un écoulement leucorrhéique qui se fit par l'ombilic;* par M. Ottani.

Voici les circonstances les plus importantes de ce fait :

Une dame de 30 ans, d'un tempérament nerveux, mariée depuis quelque temps, eut, à la suite d'une impression morale, un flux leucorrhéique, qui amena secondairement à la suite des douleurs dans les membres, la décoloration du visage, etc. Fatiguée de cette incommodité, la malade consulta M. Ottani, qui prescrivit l'usage interne du sulfate de fer, le calomel uni à la ciguë à doses réfractées, et des injections avec une solution légère de sulfate de zinc. Au bout d'une semaine environ, l'écoulement était arrêté.

Peu de temps après, M. Ottani fut rappelé auprès de cette dame. Elle se plaignit alors d'être depuis quelques jours dans un état de malaise qu'elle ne pouvait définir. Elle accusait surtout un fonds de tristesse insurmontable. On ne peut découvrir aucune lésion, si ce n'est une contraction particulière des traits de la face, qui, pour un œil exercé, était l'avant-coureur assuré de quelque désordre grave.

En effet, à cinq heures du matin, la malade fut saisie de douleurs sur-aiguës dans le bas ventre, de nausées, de vomituritions. Le pouls était petit, contracté, à peine perceptible; la langue tremblante, la soif inextinguible, la peau froide, le front couvert d'une sueur visqueuse. Pensant qu'il s'agissait d'une irritation gastro-intestinale, M. Ottani prescrivit de l'huile de ricin, des fomentations et des lavemens émolliens. Nonobstant ce, les douleurs allèrent toujours en augmentant d'intensité, jusqu'à ce que, dans la matinée, il commença tout d'un coup à s'écouler de l'ombilic, sans aucune espèce de douleur, une matière d'un jaune clair, en tout semblable à celle qui constituait précédemment l'écoulement vaginal. Cet écoulement dura pendant plus d'un mois, et il ne cessa que lorsque le flux se fut rétabli, par les efforts de la nature, à la place qu'il occupait auparavant. Depuis le retour de la leucorrhée aux parties génitales, la malade ne ressentit plus de souffrances, et sa santé redevint aussi bonne qu'auparavant.

II. *Résection de la totalité d'une côte, par le professeur Fiori.*

A la suite d'une rixe, un homme est blessé vers le milieu de l'avant-dernière fausse-côte, et éprouve les symptômes d'une plaie pénétrante de poitrine. La plaie est réunie à l'aide d'agglutinatif. Le lendemain, il survient de la fièvre avec dyspnée et douleur considérable dans la partie blessée. Ces symptômes sont amendés par un traitement antiphlogistique actif. Cependant un vaste abcès se forme dans le lieu de la blessure, et lorsqu'on l'ouvre pour donner issue au pus, on s'aperçoit que la côte est déjà dénudée. Après un mois de soins, la séparation de l'os n'ayant pu être obtenue, et celui-ci étant la une source de suppuration et une cause de fièvre, on craignit les suites de la résorption purulente ou la pénétration dans la cavité thoracique. En conséquence M. Fiori se décida à pratiquer l'ablation de la portion d'os malade; mais l'altération se prolongeant plus loin qu'on ne l'avait d'abord pensé, il fallut désarticuler la côte en totalité d'avec la vertèbre correspondante. Bien qu'elle eût été longue et difficile, l'opération réussit parfaitement, et le malade fut guéri en moins de deux mois. On reconnut ensuite que la côte avec été traversée par l'instrument vulnérant, au niveau de la partie moyenne et vers son bord supérieur.

L'enlèvement de la totalité d'une côte est un fait assez rare dans la science. Il est à regretter qu'on n'ait pas indiqué le procédé opératoire qui a été suivi.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 111, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Aperçu sur le traitement des arthrites chroniques ou tumeurs blanches chez les enfans.

(Suite du numéro 104.)

Le traitement des arthrites chroniques ou des tumeurs blanches présente chez les enfans des modifications importantes, et sans vouloir répéter ce qu'ont dit et écrit beaucoup de praticiens sur ce sujet, nous croyons utile d'indiquer ici les moyens qui nous réussissent le mieux dans les cas nombreux que nous avons à traiter dans notre service, car lorsqu'on a traité des moyens thérapeutiques à mettre en usage contre ce genre de maladie, on a toujours considéré les tumeurs blanches dans tous les âges, et on n'a pas insisté sur la nécessité de modifier le traitement chez les enfans.

Nous devons dire avant tout que chez les enfans plus que chez les adultes il est important de mettre en usage un traitement général presque dans tous les cas, et que le traitement local réclame des moyens en rapport avec les moyens généraux employés, qui tous tendent à modifier la constitution.

Traitement local.

Rappelons d'abord qu'une tumeur blanche, qui est en général une maladie de longue durée, peut se terminer de quatre manières principales, et que nous devons diriger le traitement différemment suivant qu'on a affaire :

1° Aux cas qui se terminent par résolution, c'est-à-dire ceux dans lesquels les parties rentrent dans l'état normal;

2° Aux cas qui se terminent par ankylose vraie ou fausse avec ou sans déplacement des surfaces articulaires, avec ou sans rétraction des tendons;

3° A ceux qui, étant accompagnés ou non de déplacemens articulaires se terminent par abcès plus ou moins considérables communiquant avec l'articulation et pouvant être encore guéris;

4° Enfin aux cas où les abcès étant arrivés au point de déterminer par leur étendue une résorption purulente et la fièvre hectique ne peuvent plus qu'entraîner la mort des malades.

Cas de résolution. Les antiphlogistiques, tels que les saignées, les sangsues, les ventoûses, les cataplasmes émolliens, les fomentations émollientes, les douches émollientes, les bains de même nature, ne nous réussissent que dans un très petit nombre de cas, surtout si nous voulons les employer avec un peu de persévérance; si, sur nos petits malades on, suit la marche de leurs tumeurs blanches, on reconnaît que si dans quelques cas où il y a beaucoup d'inflammation, ces moyens calment quelquefois la douleur, dans une foule d'autres ils sont nuisibles et ne font que débiliter le malade et retarder la guérison, aussi on peut nous voir insister peu sur ces moyens et souvent même ne pas les employer du tout.

Quand l'état général ne nous paraît pas trop appauvri par la constitution scrofuleuse, quand aussi la tumeur blanche nous paraît reconnaître plutôt une cause traumatique qu'une cause générale, nous nous bornons à une application de sangsues ou plutôt à une ou deux applications de ventouses, quelquefois des bains entiers, quand les mouvemens ne sont pas trop douloureux; dans les cas contraires, nous n'insistons pas sur les bains, car on ne peut les mettre en usage qu'en imprimant des mouvemens, et avant tout, le repos absolu est le premier de tous les moyens utiles. Aussi, pour obtenir la résolution, nous commençons par tenir nos malades au lit, souvent nous faisons faire quelques frictions calmantes et fondantes, et nous nous hâtons de mettre l'articulation dans l'immobilité. Nous faisons, quand il existe beaucoup de douleurs, des onctions avec l'onguent napolitain par la méthode de M. Serres d'Uzès; nous ne redoutons pas d'appliquer, couche par couche, 500 grammes d'onguent napolitain autour de l'articulation dans l'espace de deux ou trois jours, et souvent nous obtenons un soulagement marqué, sans avoir à redouter de salivation, car elle est très rare chez les enfans. D'autres fois nous employons seulement l'onguent mercuriel à petites doses en frictions faites alors pendant dix minutes matin et soir. Le plus souvent nous faisons des frictions avec une pommade iodurée et lorsque l'articulation n'est presque plus douloureuse nous mettons le membre dans un bandage inamovible que nous renouvelons seulement tous les quinze jours. Ce bandage nous permet de faire lever un peu nos malades, et même de les faire marcher avec des béquilles lorsque nous avons affaire à des tumeurs blanches des membres inférieurs; nous sommes privé de ce moyen dans les coxalgies, qui nous forcent à laisser le malade au lit.

Quand à l'aide de ce traitement, la maladie ne cède pas, qu'il y ait ou non douleur, mais surtout si la douleur persiste, nous ne nous trouvons que très rarement bien des vésicatoires volans; ils agissent peu et irritent souvent beaucoup, nous employons de suite les cautères que nous pourrions établir avec le fer rouge, le moxa, la potasse caustique et le caustique de Vienne, mais que nous établissons presque toujours par ce dernier moyen, qui nous présente des avantages sur les autres; il est rare pour nous qu'il n'ait pas enlevé la douleur que les sangsues ne faisaient pas céder. Nous préférons à la potasse caustique le caustique de Vienne.

L'action thérapeutique respective de chacun de ces agens n'a peut-être pas encore été mise en parallèle et convenablement jugée : c'est ce que nous nous proposons de faire incessamment. Il est naturel d'admettre qu'à ce sujet la différence ne peut pas être bien marquée. S'il en était ainsi, le caustique de Vienne mériterait par cela même la préférence, son application étant plus avantageuse sous plusieurs rapports.

D'abord avec la potasse caustique la douleur occasionnée par l'application même de cet agent est plus prolongée, l'escharre n'étant formée qu'au bout de six à huit heures, tandis que les effets du caustique de Vienne sont produits en quatre ou cinq minutes. Secondairement, la potasse caustique est sujette à se déplacer, elle fuse quelquefois au loin et produit une escharre beaucoup plus étendue que l'on n'avait intention de l'obtenir; par le caustique de Vienne, au contraire, l'escharre s'obtient très approximativement de l'étendue voulue.

Dans l'intervalle de temps qui sépare l'application du caustique (quel que soit d'ailleurs celui que l'on a employé) de la chute de l'escharre, on voit l'amélioration qui s'était d'abord manifestée marcher d'une manière assez sensible. C'est l'action véritable de l'agent thérapeutique qui s'épuise lentement alors contre le mal; car on aurait tort de croire que cette action consiste en entier dans la suppuration qui succède à la chute de l'escharre. Nous croyons même que celle-ci est la moins profitable, et nous ne cherchons pas même à l'entretenir par l'application des pois. Ceux-ci l'activent, en effet, et beaucoup de praticiens y ont recours; mais l'expérience nous a appris que l'amélioration de la maladie n'était pas alors en rapport avec cette activité de la suppuration, mais bien avec les fréquentes applications du caustique.

C'est pourquoi quand au bout d'un nombre variable de jours, dix, quinze ou vingt, l'escharre est tombée, nous pansons la petite plaie qui en résulte avec un onguent excitant, sans pourtant nous opposer à la cicatrisation. Nous négligeons l'application des pois pour les motifs déjà exposés, et en outre parce que l'ulcère finissant à la longue par s'habituer à leur contact, ils manquent même le but d'entretenir la suppuration, leur action stimulante étant devenue nulle au bout de quelques jours : alors la cicatrisation de l'ulcère se fait en partie. La suppuration est nulle; c'est alors le moment d'en appliquer d'autres.

Nous mettons de ces cautères en grand nombre, par deux ou quatre à la fois. Le petit malade du n° 7 de la salle Saint-

FEUILLETON.

SUR LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DES OPHTHALMIES CATARRHALE ET SCROFULEUSE BORNÉES A LA CONJONCTIVE; par M. le docteur DESMARRES.

Avant d'examiner les caractères qui distinguent les ophthalmies catarrhales des ophthalmies scrofuleuses, il est bon de se demander d'abord s'il est permis, dans l'état actuel de la science, d'admettre de semblables distinctions, et s'il est possible d'observer raisonnablement entr'elles des différences anatomiques tranchées.

Nous verrons par ce qui va suivre, je veux dire par l'étude attentive des divers caractères que nous présentent les malades soumis à notre examen, que les doctrines qui n'admettent pas, dans des limites raisonnables, la spécificité de certaines ophthalmies, sont loin d'être le résultat d'une rigoureuse observation des faits. Il ne sera pas sans intérêt, je pense, au moment où les affections catarrhales de toute nature commencent à devenir fréquentes, de rechercher si ces ophthalmies offrent ou non des caractères anatomiques et physiologiques particuliers qui permettent de les distinguer d'autres maladies oculaires, et surtout si de cet examen doit résulter pour le praticien l'indication de données pratiques en ce qui touche le traitement. Voyons d'abord rapidement les caractères principaux de la conjonctivite catarrhale.

1° CONJONCTIVITE CATARRHALE.

Symptômes anatomiques. — On reconnaît sur la portion *palpébrale* de la conjonctive des stries vasculaires fines, rouge-jaunâtres, légèrement flexueuses, presque parallèles, dont la base est tournée vers le bord libre des paupières et le sommet en sens inverse. L'extrémité de ces vaisseaux, dans le degré le plus simple de la maladie (1er degré des auteurs), ne va pas plus loin que le cul-de-sac conjonctival; de sorte que si l'on n'abaissait la paupière inférieure et si l'on ne voyait, en même temps que d'autres caractères sur lesquels nous allons bientôt revenir, une rougeur particulière de la peau qui revêt la paupière vers ses bords, surtout dans le grand angle, la maladie pourrait passer inaperçue. Mais à un degré plus avancé (2e degré), la conjonctivite catarrhale est plus facile à reconnaître : le sommet des vaisseaux que nous avons laissé dans le cul-de-sac de la conjonctive se relève sur la portion bulbaire de la muqueuse, et envahit bientôt tout le blanc de l'œil jusqu'à un millimètre environ de la cornée qui semble alors entourée par un anneau blanc très remarquable. Il est probable que cette portion de la conjonctive scléroticale demeure ainsi exempte de toute lascularisation, à cause du tissu cellulaire très dense qui s'attache aux parties sous-jacentes. La couleur des vaisseaux, à ce deuxième degré de la maladie, est encore plus tranchée que dans le premier degré, à cause du fond blanc sur lequel ils reposent. Ce n'est plus la couleur rouge vif de la conjonctivite essentielle, ni la coloration rouge-violacée de la conjonctivite scrofuleuse, c'est une teinte rouge vermillon à laquelle on aurait ajouté une grande proportion de jaune. Enfin, et au degré le plus aigu et le plus grave de cette conjonctivite (3e degré), l'anneau blanc péricornéen disparaît, et les vaisseaux envahissent la cornée dans une étendue d'un à deux millimètres d'une manière régulière, dans tout son pourtour. On voit alors très souvent apparaître un chémosis ou séreux ou inflammatoire, en même temps que des ecchymoses sous-conjonctivales, et l'iris, qui jusque-là n'avait point paru se ressentir de l'état morbide de la conjonctive, devient un peu moins mobile. C'est à ce moment que de graves lésions peuvent survenir; nous nous en occuperons en établissant le diagnostic différentiel des ophthalmies catarrhale et scrofuleuse lorsqu'elles ont dépassé la conjonctive.

Un caractère tranché de l'ophtalmie catarrhale, c'est l'apparition sur la conjonctive palpébrale à tous ses degrés, de granulations d'autant plus épaisses que l'affection revêt une forme plus aiguë et plus chronique. Au premier degré, par exemple, la muqueuse semble être parsemée de sable rouge très fin, ce qui lui donne un aspect velouté, tandis que dans les autres, surtout lorsque l'affection est passée à l'état chronique, toute sa surface est recouverte de granulations dont le volume peut égaler et même dépasser celui d'une graine de chenevis.

Symptômes physiologiques. — Une sécrétion muqueuse ou mucopuriforme, plus ou moins abondante, accompagne toujours la conjonctivité catarrhale. Des filamens muqueux, jaunâtres, voyagent incessamment du cul de sac de la conjonctive sur la cornée et obscurcissent momentanément la vue, puis viennent se réunir au grand angle de l'œil. Le matin au réveil, ces mucosités, dont la partie liquide s'est volatilisée la nuit, agglutinent les cils et maintiennent plus ou moins les paupières collées. Dans le grand angle de l'œil, quelquefois assez bas sur la joue, on remarque des croûtes jaunâtres semblables à celles qui sont à la base des cils et qui les réunissent sous forme de petits pinceaux. Cette sécrétion est fournie dans le principe par les follicules sébacés et les larmes, mais plus tard et en même temps, par les glandes de Meïbomius dont la vitalité est surexcitée. Il n'y a pas de larmoiement photophobique tant que la phlegmasie est bornée à la conjonctive.

La douleur, sauf une sensation de chaleur incommode et de corps étranger roulant sous la paupière supérieure, particulièrement le soir, quelquefois aussi le matin, est à peu près nulle.

Cette affection attaque les individus des deux sexes, quels que soient leur âge et leur constitution.

Traitement de la conjonctivité catarrhale.—Dès que le diagnostic de cette affection oculaire est assis, quel que soit le degré auquel la phlegmasie ait frappé la conjonctive, pourvu que la cornée ne soit pas envahie et qu'il n'y ait pas de photophobie, les astringens seuls pourront répercuter l'inflammation dans sa période d'acuité. Les collyres de plomb, de zinc, de cuivre, seront du plus grand secours; mais le moyen par excellence, celui qui ne compromet jamais rien dans cette ophthalmie et qui réussit le mieux à l'enrayer dans sa marche, est l'application chaque jour sur la surface palpébrale de la muqueuse oculaire, d'un crayon de sulfate de cuivre. Souvent alors, dans l'espace de quelques jours, la sécrétion, les granulations, et la vascularisation ont disparu.

Malheureusement, nulle affection oculaire ne passe aussi vite à l'état chronique que la conjonctivité catarrhale; le crayon de sulfate de cuivre est alors au moins inutile, et il faut réveiller la vitalité des tissus par des moyens appropriés, parmi lesquels le nitrate d'argent, les pommades de précipité rouge, l'excision des granulations, si elles sont frès épaisses, tiennent le premier rang. On peut aider encore ces moyens en provoquant par de fréquens purgatifs salins l'action sécrétoire de la muqueuse intestinale.

Nous aurions encore bien des choses à dire sur l'ophthalmie catarrhale, mais elles trouveraient beaucoup mieux leur place dans une monographie qu'ici. Passons à l'étude rapide des caractères de l'ophthalmie scrofuleuse bornée à la conjonctive.

2° CONJONCTIVE SCROFULEUSE.

Symptômes anatomiques. — La portion *bulbaire* de la conjonctive en partie seulement, et le plus souvent dans la direction des muscles droits interne ou externe, est frappée d'inflammation. Un ou deux vaisseaux seulement, quelquefois une vingtaine, toujours réunis sous forme d'un triangle dont la base est tournée vers le cul de sac de la conjonctive, et le sommet vers la cornée, sont à eux seuls tous les symptômes anatomiques appréciables. Ces vaisseaux sont tortueux, plus gros que ceux de l'injection catarrhale et placés souvent sur deux plans; les plus superficiels, plus fins, sont d'un rouge pâle, clair, et les profonds, placés dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, d'un rouge violacé très foncé. Que les vaisseaux soient nombreux ou non, leur sommet se termine assez souvent par une petite pustule remplie d'un liquide jaune clair, placée le plus souvent à cheval sur l'insertion de la cornée avec la sclérotique.

La conjonctive palpébrale reste tout-à-fait étrangère à l'inflammation

Côme en a déjà eu une quarantaine pour une tumeur blanche du genou qui est améliorée d'une manière notable.

Le moxa est un agent thérapeutique précieux, il agit bien ; mais son application détermine beaucoup de douleur ; il effraie les enfans, les agite ; le feu lui serait préférable, son action étant prompte, immédiate ; mais il effraie aussi les malades et, de plus, la cicatrisation après la chute de l'escharre se fait très rapidement.

Concurremment avec les révulsifs que nous venons d'énumérer on doit insister sur l'immobilité du membre, et alors, pour pouvoir panser les cautères, il faut se servir de gouttières de ferblanc, de fil de fer ou de carton, qui permettent de panser le malade sans remuer son membre. K...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

AFFECTIONS SQUAMMEUSES. (Suite.)

Ichtyose.

En commençant l'étude des affections squammeuses, nous avons dit que nous traiterions d'une manière générale des diverses méthodes de traitement proposées pour leur guérison ; c'est ce que nous ferons en commençant prochainement par l'hydrothérapie, qui s'appliquera aussi bien au pityriasis dont nous avons traité dans notre dernière leçon, qu'à l'ichtyose qui fera l'objet de celle-ci, au psoriasis et à la lèpre que nous décrirons dans les leçons suivantes.

L'ichtyose est une affection le plus souvent congénitale, caractérisée par une production épidermique qui se présente, tantôt sous la forme d'écailles nacrées et brillantes à l'instar des écailles de poisson, tantôt sous celle de petites saillies brunâtres semblables à l'écorce d'un vieux chêne, tantôt enfin sous celle de productions cornées plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses.

Alibert ne pouvant rattacher cette affection à aucun de ses principaux genres, la range au nombre des dermatoses *hétéromorphes;* et M. Rayer, se fondant sur ce que son développement n'est accompagné d'aucun des phénomènes que l'on observe au début de la lèpre, du psoriasis ou du pityriasis, la sépare des maladies squammeuses pour en faire un genre tout à fait à part. Willan et Bateman, au contraire, et à leur exemple Biett et M. Gibert, considérant l'ichtyose comme le résultat d'une hypersécrétion épidermique semblable à celle qui forme le caractère saillant des maladies squammeuses, la classent parmi ces dernières et à juste titre, selon nous.

Il faut cependant reconnaître que l'ichtyose cornée est une production morbide toute spéciale, essentiellement héréditaire, et dans le développement de laquelle l'épiderme joue un rôle secondaire en ce sens que les productions épidermiques coïncident seulement avec les productions cornées.

L'ichtyose peut se développer accidentellement ; mais cela s'observe rarement. Quoi qu'il en soit, de nombreuses observations prouvent d'abord qu'elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, puis qu'elle est héréditaire, et que dans certaines familles elle s'est ainsi transmise pendant plusieurs générations ; la connaissance de ce fait n'apprend rien d'ailleurs sur la cause première de la maladie. Comment admettre avec quelques auteurs que, dans l'ichtyose congénitale, une émotion vive de la mère pendant la grossesse a pu la produire ? et pour l'ichtyose accidentelle, qu'un accès de colère a déterminé l'apparition de cette terrible affection ?

Quelle que soit la variété qui doive se développer plus tard, on n'observe jamais chez l'enfant nouveau-né qu'une sécheresse avec teinte jaunâtre de la peau ; mais aucune des altérations prononcées qui constitueront bientôt l'affection telle que nous allons la décrire ; de même aussi dans l'ichtyose accidentelle, on ne voit d'abord qu'un simple épaississement de la peau ; mais peu à peu, dans l'un et l'autre cas, quelquefois avec une grande rapidité, les caractères se dessinent sous l'une des trois formes suivantes :

1° *Ichtyose nacrée.* La peau devenue de plus en plus sèche, âpre au toucher, ne tarde pas à se couvrir de petites écailles brillantes, plus ou moins larges, se détachant avec facilité, et au-dessous desquelles on ne trouve ni rougeur, ni épaississement de la peau.

2° *Ichtyose brune ou cornée.* D'autres fois l'épiderme s'épaissit davantage, il prend une couleur noirâtre et acquiert une très grande dureté ; il se fendille, surtout au niveau des articulations, et tantôt alors il représente les rugosités de l'écorce du vieux chêne, tantôt une agglomération de petites cornes larges à leur base, très fines et souvent recourbées à leur sommet ; elles arrivent parfois à un si grand développement en longueur, qu'on les a comparées à des soies de porc-épic : tel était le cas des frères Lambert, qui avaient le corps entier recouvert de ces productions épidermiques.

3° *Ichtyose serpentine.* Enfin, l'on cite quelques observations d'ichtyose dans lesquelles il est rapporté que l'épiderme s'enlevait de la surface du corps par larges squammes présentant la disposition de la peau des couleuvres, c'est-à-dire une réunion de petites écailles rhomboïdales imbriquées les unes sous les autres.

L'ichtyose, qu'elle soit locale ou générale, persiste souvent toute la vie, sans produire de démangeaisons, d'inflammation locale, ni presque pas d'incommodité pour celui qui en est affecté, l'état général même est d'ordinaire très satisfaisant ; mais elle constitue néanmoins une infirmité repoussante que, jusqu'à présent, on s'accorde malheureusement à considérer comme incurable.

Avec les caractères que nous avons donnés, le diagnostic en sera toujours facile. Les autres affections squammeuses, en effet, s'en distinguent par plusieurs traits : le psoriasis, par ses élevures rouges, et la lèpre de plus par la disposition circinnée de ses plaques ; le pityriasis *rubra* et le *versicolor* par leur coloration, leur mode de développement, enfin le pityriasis *incolor* par l'absence de tout épaississement de la peau et de l'épiderme ; enfin la maladie date presque toujours de l'enfance.

Les moyens de traitement employés jusqu'à ce jour pour combattre l'ichtyose sont excessivement variés ; beaucoup d'entre eux ont échoué, et si quelques-uns ont réussi, ce n'a été que momentanément, et dans tous les cas la maladie n'a pas tardé à reparaître aussi étendue et aussi rebelle qu'auparavant. Cependant comme ces succès, de si courte durée qu'ils soient sont toujours une consolation pour les malades, nous indiquerons les moyens qui paraissent les plus propres à amener une guérison momentanée.

Willan rapporte quelques cas de succès à l'emploi du goudron à l'intérieur ; Biett n'en a retiré aucun avantage, mais paraît avoir été plus heureux par l'application de vésicatoires volans sur les surfaces malades ; les bains de vapeur et les bains sulfureux ont quelquefois produit de bons effets ; enfin, sur trois malades atteints d'ichtyose congénitale nacrée que nous avons eus cette année dans nos salles, deux en ont été débarrassés par l'emploi du goudron à l'extérieur (Pommade au dixième) ; le troisième, qui portait une ichtyose brune, a vu sa peau devenir lisse et onctueuse sous l'influence des bains alcalins et de la pommade de carbonate de potasse et de chaux (carbonate de potasse, 4 grammes ; chaux, 2 grammes ; axonge, 30 grammes), dans l'espace d'une quinzaine de jours seulement. Reste à savoir si dans quelque temps la maladie ne se reproduira point, et nous sommes porté à le croire pour le dernier de ces malades.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service, et éphémérides de l'année 1841.

(Suite du n° 108.)

Pneumonie. Traitement par la saignée et le tartre stibié à hautes doses. Guérison prompte. — Symptômes d'angine et d'œdème de la glotte. Trachéotomie. Mort.

Le 14 mai 1841, fut admise à l'hôpital une femme âgée de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, et malade depuis le 12 au soir. Elle a été prise subitement, et sans cause connue, de point de côté, de dyspnée, de toux, d'expectoration sanglante et de fièvre.

Le 13 au matin, M. le docteur Desquibes reconnut, chez cette femme, une pneumonie au premier degré, occupant la moitié inférieure du poumon gauche.

Une saignée de quatre palettes n'empêcha pas la pneumonie d'envahir une plus grande étendue de l'organe et de passer au second degré.

A son entrée, le 14 au soir, dyspnée, pouls fréquent et très petit. Le murmure respiratoire, faible dans la fosse sus-épineuse, était remplacé, dans le reste du poumon malade, par un souffle tubaire très fort. La sonoréité était diminuée notablement dans une étendue correspondante ; les crachats étaient fortement rouillés La malade prit par cuillerées, et d'heure en heure, une potion contenant 60 centigrammes de tartre stibié.

Le 15, il y a eu des vomissemens bilieux abondans et des déjections alvines fréquentes. Le souffle est moins fort, et se rapproche davantage de la respiration bronchique. On entend quelques bulles de râle crépitant. M. Bricheteau prescrit une potion avec un gramme de tartre stibié.

Le 16, quelques nausées et selles liquides ; le souffle a encore perdu de sa force ; il y a du râle crépitant ; les crachats sont moins visqueux ; le pouls s'est relevé. On remarque un herpès labialis, et la malade se sent beaucoup mieux. Même potion stibiée à la même dose.

Le soir, anxiété extrême, douleur très vive à l'épigastre. La potion stibiée, dont il restait quelques cuillerées, est suspendue et remplacée par une mixture calmante.

Le 17, la douleur d'estomac avait complétement disparu, et l'amélioration se soutient. On accorde un potage.

Le 20, le murmure respiratoire est presque normal, mais faible. La malade se plaint d'un peu de douleur à la gorge : on n'y voit rien n'anormal. Gargarisme émollient ; bains de pieds ; un quart d'alimens.

Le 21, la douleur de gorge a beaucoup augmenté ; la déglutition est très difficile et très douloureuse ; la voix altérée, rauque ; l'expectoration muqueuse, claire, était mousseuse et très abondante. Cet état avait augmenté le lendemain.

Le 22, la respiration était gênée, le murmure vésiculaire toujours faible. L'isthme du gosier ne présentait qu'une légère rougeur. 12 sangsues à la gorge, au niveau de l'os hyoïde.

Le 23, la douleur avait beaucoup diminué ; mais le soir la malade est dans une anxiété très vive. L'inspiration et l'expiration étaient également bruyantes et difficiles, la voix et la toux rauques et presque croupales. Mixture avec tartre stibié, 5 centigrammes, et ipécacuanha, 1 gramme ; frictions avec 25 grammes d'onguent napolitain à la partie interne des cuisses.

Les vomissemens furent abondans et le sommeil paisible, la toux presque nulle.

Le 24, peau chaude, pouls à 100, respiration très gênée, mais l'inspiration est beaucoup plus bruyante et plus difficile que l'expiration. La voix est faible et la toux croupale. Frictions mercurielles avec 16 grammes ; potion antispasmodique avec teinture de Rousseau et teinture de castoréum, de chaque, 1 gramme.

Le 25, point de sommeil, suffocations continuelles pendant la nuit. La malade est sur son séant, les jambes hors du lit, la face rouge, couverte de sueur : les veines en sont très apparentes ; les extrémités sont cyanosées et refroidies, l'anxiété extrême, l'inspiration très bruyante ; la malade est aphone et ne répond que par signes. Le pouls est petit et fréquent. Une saignée de trois palettes n'apporte aucun soulagement. La malade est menacée de suffocation et d'asphyxie. En introduisant le doigt dans l'arrière-gorge, on sent les deux replis arithéno-épiglottiques gonflés, résistans ; ils interceptent une petite ouverture.

MM. Trousseau et Bérard, appelés en consultation, sont d'avis de pratiquer immédiatement la trachéotomie : elle est faite par M. Bérard avec une grande célérité, et de la manière la plus simple. Avec un bistouri convexe il incise la peau sur la ligne médiane, depuis le cartilage thyroïde jusqu'auprès de la fourchette sternale. D'un second coup de bistouri il divise les tissus cellulo-fibreux qui le séparent encore de la trachée ; prenant alors un bistouri pointu, il l'enfonce dans ce conduit au niveau de son troisième cerceau, la lame tournée en haut et coupe en remontant jusqu'au cartilage cricoïde. Il introduit le dilatateur ; la malade est assise sur son séant et la canule est fixée. Il s'est écoulé seulement quelques gouttes de sang. La malade expulse avec une grande force des mucosités très spumeuses, la respiration se rétablit imédiatement ; on entend partout le murmure vésiculaire avec son timbre normal. Il y a pendant quelques secondes un léger état syncopal ; la malade est reportée dans son lit ; elle se trouve bien et fait comprendre qu'elle ne souffre pas.

Le soir, la malade est fort affaiblie, prostrée ; la peau est

---

de la conjonctive scléroticale, dont la gravité est en raison directe du nombre des vaisseaux.

Le plus souvent la conjonctivite scrofuleuse se termine par résolution ; quelquefois aussi par une kératite vasculaire superficielle triangulaire partielle, avec épanchemens, ulcérations, etc.

Symptômes physiologiques. — Lorsque les vaisseaux sont peu nombreux, le malade n'accuse ni gêne, ni douleur, ni chaleur. La présence des pustules seules, donne quelquefois la sensation d'un corps étranger roulant sous les paupières. La sécrétion de la muqueuse n'est pas augmentée ; le bord des paupières ne s'enflamme point ; il n'y a pas de photophobie. Ce dernier symptôme ne se montre que lorsque la phlegmasie de la conjonctive passe à d'autres membranes. La conjonctivité scrofuleuse simple ne passe jamais à l'état chronique. Pendant sa durée le corps papillaire de la muqueuse palpébrale ne se développe pas.

Cette affection attaque principalement les enfans chétifs des deux sexes, les individus scrofuleux, les femmes plutôt que les hommes. Ce n'est qu'une rare exception quand on l'observe sur des individus vigoureux.

Traitement. — Il doit être mesuré sur la gravité de l'affection. Quelques sangsues au devant de l'oreille, des purgatifs, des antimoniaux unis au calomel pendant la période aiguë ; plus tard des vésicatoires volans, pour hâter la résolution, et tout au plus un léger collyre de borax (50 centigrammes pour 100 grammes d'eau) suffisent d'ordinaire pour ramener les tissus à l'état normal. On recommande ensuite une bonne nourriture, du vin rouge, des viandes rôties, des amers, des iodures, etc., pour préserver les malades d'une rechute et pour modifier leur constitution. Il est important ici de rappeler une chose, c'est que l'emploi de collyres astringens forts pendant la première période de la conjonctivite scrofuleuse a pour effet, dans la très grande majorité des cas de faire passer la phlegmasie aux membranes internes, et de provoquer la photophobie, symptôme si rebelle, comme on sait, chez les individus à tempérament scrofuleux.

En résumé, nous voyons dans la conjonctivite catarrhale les symptômes suivans : inflammation commençant par toute la portion palpébrale de la conjonctive, s'étendant selon les degrés de la maladie jusqu'à la périphérie de la cornée et même plus loin, toujours d'une manière générale, uniforme ; couleur rouge-jaunâtre très prononcée des vaisseaux ; rougeur du bord des paupières, particulièrement au grand angle ; sensation de cuisson incommode dans l'œil ; sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante, agglutination des cils et des paupières le matin, développement des granulations sans exception ; terminaison par le chémosis, par de larges infiltrations interlamellaires dans la cornée, extrême tendance à l'état chronique. — Traitement au début par les astringens forts sans qu'on ait aucunement à craindre de voir survenir un état de choses plus grave, etc., etc.

Dans la conjonctivite scrofuleuse, au contraire, injection partielle de la portion scléroticale de la conjonctive s'arrêtant près de la cornée et formant un triangle dont le sommet se termine le plus souvent par une pustule. Couleur violacée des vaisseaux, point de rougeur du bord des paupières, point de sécrétion, rarement une sensation de corps étranger, pas de cuisson incommode, pas de granulations. — Terminaison le plus souvent par la résolution ; autrement par une kératite vasculaire partielle, triangulaire, et dans ce cas, jamais de chémosis ni séreux ni phlegmoneux. — Le traitement différentie encore mieux les deux affections : au début si l'on prescrit des collyres astringens forts, on exaspère l'inflammation, tandis que l'on guérit par des antiphlogistiques légers, des purgatifs, des révulsifs et un traitement général. Le meilleur moyen de faire passer à l'état chronique une conjonctivite catarrhale serait de la traiter ainsi.

Enfin, cette ophthalmie n'attaque en général que les enfans des deux sexes et des sujets scrofuleux, tandis que la catarrhale n'épargne personne.

Cas de tic douloureux guéri par le chlorure de baryum; observation recueillie par M. le docteur LUTTEROTTI, de Linz.

Un manœuvre déjà âgé et de constitution scrofuleuse, était affecté depuis huit ans d'une prosopalgie qui, depuis deux ans, revenait nuit et jour, sans laisser un quart d'heure de repos : les accès étaient d'une violence inouïe, à ce point qu'il fut tout à fait impossible d'interroger le malade.

L'auteur employa d'abord l'acétate de morphine par la méthode endermique, et prescrivit les purgatifs à l'intérieur, mais sans en retirer le moindre avantage. Dès-lors, en raison de la constitution strumeuse du sujet, M. Lutterotti résolut de lui administrer le chlorure de baryum, qu'il fit prendre d'après la formule suivante :

Pr. Chlorure de baryum, 12 décigrammes,
Eau distillée de camomille, 125 grammes.

M. et F. DISS. S. A.

A prendre à la dose de dix gouttes de deux heures en deux heures.

Au bout de dix jours de cette médication, le sujet était guéri.

Le médicament produisit d'abord une forte chaleur dans l'estomac, des envies de vomir et des coliques ; mais dès le lendemain, les accès prosopalgiques devinrent plus rares et plus faibles, jusqu'à ce qu'enfin ils cedèrent tout à fait. (*Oesterr. med. Wochenschrift*)

chaude, la respiration naturelle, silencieuse; cependant par l'auscultation on entend le murmure vésiculaire dans toute l'étendue de la poitrine, il est un peu plus faible à gauche. La toux est rare. La canule interne est changée, quoiqu'à peine encroûtée de mucosités. La soif est un peu vive, le pouls régulier, petit, très fréquent, 120.

Le 26. La malade a un peu dormi pendant la nuit. La faiblesse et la prostration ont augmenté. La respiration cependant paraît naturelle. Il n'y a de douleur dans aucun organe. La peau est très chaude, le pouls à 140.

Le soir l'état est le même, mais le pouls est plus fréquent encore (160).

La malade s'éteint à 8 heures du soir.

L'autopsie est faite le 28, 36 heures après la mort, par une température très élevée.

Tout le corps est très gonflé, couvert de marbrures. Le cœur paraît sain, les gros vaisseaux sont tous fortement teints en rouge à leur surface interne; les plèvres sont saines; les poumons crépitent parfaitement dans toute leur étendue; les bronches et la trachée, jusqu'aux cordes vocales inférieures, présentent la même coloration rouge uniforme que les vaisseaux sanguins; la base de la langue, l'épiglotte, les ligamens ne présentent rien d'anormal; les replis arythéno-épiglottiques sont gonflés, épaissis, denses, peu rouges; en incisant le droit, on le trouve creusé d'une cavité close de toutes parts, sans communication avec le ventricule voisin, à demi remplie de pus de mauvaise nature et dans le fond de laquelle on sent à nu l'articulation crico-arythenoïdienne, dont les ligamens et les cartilages d'incrustation sont détruits. Une lésion semblable, mais moins avancée, existe à gauche. La muqueuse qui tapisse le larynx au-dessous des cordes vocales inférieures est lardacée, épaisse de 4 millimètres, presque séparée du cartilage cricoïde auquel elle ne tient que par des tractus muqueux et purulens.

Le cartilage cricoïde est ossifié excepté en avant, il est creusé de grandes cellules, sa surface interne est cribleuse et canalisée surtout à droite.

Les cartilages arythénoïdes sont aussi presque complétement ossifiés, surtout le droit, et au niveau de leur articulation cricoïdienne.

Les bords de la division de la trachée ne présentent rien de particulier; trois anneaux ont été coupés avec l'anneau cricoïdien.

Les autres organes n'ont rien offert à noter (1).

JUIN.

Du 1er au 10. Les premiers jours de juin ont joui d'une température assez élevée, de 18 à 20 degrés dans la journée; mais les matinées et les nuits étaient toujours froides (de 8 a 10 degrés au-dessus de 0). Le temps reste couvert et le vent souffle à l'est. On observe des grippes, des angines, des irritations intestinales. des coliques, des vomissemens. Les personnes qui éprouvent les effets immédiats de ces brusques changemens de température, pendant que le vent souffle à l'est, sentent des douleurs vives incessantes dans les articulations, à l'intérieur de la poitrine, et l'air froid les saisit et leur cause des horripilations, un sentiment indéfinissable de malaise aussitôt qu'ils sont soumis à l'action des températures extrêmes. Il n'y a rien de plus pénible, en même temps de plus nuisible pour les rhumatisans, qui sont si nombreux à Paris, que les passages subits du chaud au froid quand le corps est en sueur, comme il arrive à une multitude d'individus qui parcourent les différens quartiers de capitale, sortent incessamment d'habitations étouffantes, de rues étroites, pour subir l'effet glacial des courans qui règnent dans les grandes rues, sur les quais, les places, les carrefours des points les plus élevés de la ville. Le médecin ne peut donc qu'approuver les gens méticuleux qui prennent des précautions, ridicules en apparence, pour se préserver de telles influences contre les maladies régnantes.

Les 6, 7 et 8, le temps fut presque toujours couvert et froid; il tomba de la grêle; le thermomètre, pendant la journée du 7, à 10 degrés; le froid assez vif. Les salles se remplissent de malades qui ont des indispositions passagères sans aucun caractère déterminé. Le nombre des admissions, pendant ce mois, a été de 400 (pour 350 lits), chose extraordinaire.

Les 8, 9, 10 et 11, le temps fut plus froid encore; le thermomètre descendit à 8 degrés; on se chauffait et on remettait ses habits d'hiver. Les indispositions augmentent, les maladies chroniques empirent sous l'influence de cette température inattendue; les fièvres typhoïdes, au contraire, décroissent par l'effet de cette intempérie froide, ce qui est digne de remarque. En effet, ce n'est ni le froid sec, ni le vent desséchant d'est qui favorisent le développement de ces fièvres, mais la chaleur humide, le vent sud-ouest et l'atmosphère chargée de nuages électriques avec une température élevée comme on l'observe en ce moment (août 1842). Ces conditions, il est vrai, sont propres à toutes les endémies et les épidémies.

Le 27, la chaleur avait cependant reparu. Ce jour-là même et les suivans nous eûmes à traiter quelques pneumonies, ce qui prouve, soit dit en passant, que les températures n'agissent pas immédiatement, mais qu'il faut quelques jours pour l'incubation des maladies résultant des variations atmosphériques.

Le 19 on fit l'ouverture d'un phthisique chez lequel on trouva un poumon entièrement détruit par la fonte tuberculeuse; celui du côté opposé contenait plusieurs noyaux tuberculeux qu'il était facile de sentir avec les doigts. D'après l'indication de quelques froncemens qui occupaient le sommet de ce poumon, on fit des incisions qui mirent à nu plusieurs cicatrices linéaires provenant manifestement d'anciennes ulcérations, et qui conduisaient à de petites cavernes presque vides. Ces cicatrices étaient les vestiges d'anciennes fontes tuberculeuses partielles dont le malade avait guéri.

Du 20 au 30, plusieurs coliques de plomb furent admises dans le service, presque toutes étaient très graves (voyez le tableau); deux hommes qui semblaient s'être saturés du fatal métal, furent d'abord soulagés par les laxatifs et l'opium formant la base du traitement ordinairement employé par M. Bricheteau, mais ils ne tardèrent pas à éprouver des rechutes qui leur causèrent des souffrances atroces. L'un de ces malades, chez lequel la racine des ongles était coloriée par le minium, vomissant toutes les boissons, fut largement saigné, prit des bains, et son estomac étant enfin calmé par ces moyens antiphlogistiques, on put administrer deux gouttes d'huile de croton qui produisirent d'amples évacuations, quelques bains sulfureux terminèrent le traitement. Le second de ces malades à la suite de cruelles souffrannces, devint stupide, sa langue s'embarrassa comme s'il eût été menacé d'apoplexie, c'étaient sans doute les premiers symptômes de la paralysie saturnine. Ce malade présentait en outre la coloration en jaune des yeux ainsi que les vomissemens bilieux dont parle Dubois de Rochefort et que cet auteur attribue au rétrécissement du duodénum; il explique également les douleurs si vives éprouvées par les cérusiers, par la compression des gaz qui ne peuvent s'échapper de l'intestin à cause du resserrement de cet intestin, produit par l'action astringente du plomb. C'est encore au même resserrement des conduits biliaires que Dubois attribue la jaunisse et la présence de la bile verte dans l'estomac de ceux qui sont attaqués de la colique de plomb (*Matière méd.* t. I) (1), ouvrage qui renferme une foule de remarques curieuses sur les maladies produites par le plomb. Pendant cette troisième décade de juin, le temps fut extrêmement variable et le thermomètre entre 12° et 17° au-dessus de zéro; le ciel était tantôt nuageux, couvert, tantôt éclairé par un soleil brûlant, la température, tantôt froide, tantôt chaude et humide, aussi remarquait-on chez les malades des douleurs vagues, des accès de rhumatismes, des pneumonies légères. Les médicamens dont l'action est puissamment secondée par une température égale et constante n'obtinrent presque aucun succès dans les maladies chroniques; aussi fut-on obligé de suspendre l'iodure de fer, que prenaient plusieurs phthisiques, la brucine et le galvanisme administré à quelques paralytiques.

Jusqu'à la fin de juin le temps fut variable; les maladies dominantes furent les affections typhoïdes légères. Un de nos typhoïques, déjà convalescent, périt d'une indigestion pour avoir mangé, après son dîner, deux énormes biscuits et quatre oranges que lui avait donnés sa mère en cachette. A l'ouverture du corps on trouva l'estomac rempli de ces alimens non digérés, et dans l'intestin grêle plus de vingt petites plaques ulcérées en voie de cicatrisation.

Un autre cas nous donna la mesure de la difficulté qu'on éprouve dans le diagnostic des maladies du cerveau. Une domestique de vingt-trois ans, que M. Bricheteau voyait en ville, se plaignait depuis plus de huit jours d'une céphalalgie continue sans mouvement fébrile; des sangsues à la vulve (motivées par une suppression), un vésicatoire, des opiacés, n'ayant produit aucun résultat avantageux, la malade fut envoyée à l'hôpital. Dès le lendemain de son entrée elle fut prise d'un délire violent, sans fièvre, avec quelques intervalles lucides. Comme cette fille était d'un caractère taciturne et avait eu des chagrins d'amour, il y avait tout lieu de penser qu'elle était atteinte de folie. En conséquence elle fut dirigée sur la Salpêtrière où elle mourut quelques jours après, avec des symptômes de méningite. Effectivement, à l'ouverture du corps on trouva des faussses membranes à la face supérieure du cerveau et quelques points de substance ramollis.

Un accident d'une toute autre nature fit périr une malade dans le service des femmes, et prouve encore combien d'incidens funestes et imprévus diminuent le chiffre présumé des guérisons et trompe l'espoir du praticien.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — MM. Roux et Blandin.

Suppléant, M. Maisonneuve.

Collections de faits cliniques, recueillis par M. Gustave Gogué, élève des hôpitaux et de l'Ecole pratique.

1° Hernie inguinale étranglée, réduite par l'emploi du taxis, de la position, des bains et des lavemens de tabac.

Le 18 septembre 1841, le nommé Boucher (Charles), estampeur, âgé de vingt-cinq ans, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 35.

Depuis plusieurs années il avait une hernie inguinale droite, peu volumineuse, qui d'abord rentrait et sortait assez facilement; mais comme elle n'était pas sortie depuis plusieurs mois, le malade suspendit l'usage du bandage.

Le 17 septembre, vers midi, sous l'influence de bruyans éclats de rire, la hernie sortit tout à coup. Le malade fit quelques tentatives pour la réduire et n'y parvint pas. La nuit n'apporta aucun soulagement; loin de là, des coliques survinrent, puis des vomissemens; le ventre se tuméfia, la tumeur devint douloureuse au moindre contact; elle avait le volume d'un gros œuf de poule. C'est alors que le malade entra à l'Hôtel-Dieu.

M. Maisonneuve, à la visite du soir, lui prescrivit une saignée, un bain de deux heures, et revint plus tard pratiquer le taxis. Cette manœuvre fut douloureuse, et ne produisit aucun résultat. La tumeur était tendue, le ventre sa ballonnait, le faciès était déjà altéré. M. Maisonneuve crut devoir proposer l'opération. Le malade, effrayé à cette idée, demanda un sursis; on le lui accorda jusqu'au lendemain, et dans cet intervalle on ordonna une nouvelle saignée portée jusqu'à la syncope, un bain de trois heures; à la sortie du bain le malade fut couché sur le dos, la tête fléchie en avant, les cuisses relevées, les jarrets soutenus par des oreilliers, une vessie remplie de glace fut entretenue sur la tumeur; enfin deux demi-lavemens faits chacun avec une décoction de 8 grammes de tabac dans 250 grammes d'eau, furent administrés à une heure de distance.

Une sorte d'anéantissement suivit cette dernière médication; le malade tomba dans un demi-narcotisme dont il ne sortit que vers sept heures du matin, et pendant lequel la hernie s'était réduite spontanément.

A la visite, il n'existait plus de trace de l'affection si grave de la veille; le malade avait eu deux selles abondantes, et, se trouvant parfaitement remis, il voulait sortir immédiatement. On eut quelque peine à le retenir; on lui administra deux lavemens simples; on ne lui accorda que le quart de la portion d'alimens.

Enfin le 21 septembre sa sortie fut autorisée.

2° Délirium tremens guéri par l'opium en lavemens.

Le nommé Bourgon (Charles), commis, âgé de trente ans, a depuis long-temps contracté l'habitude de boire et de s'enivrer souvent.

Le 13 septembre 1841, il se trouvait dans un état d'ivresse, quand il lui prit fantaisie de passer par la fenêtre de sa chambre pour se promener sur les toits, au quatrième étage. Il était loin d'avoir les pieds sûrs; aussi ne tarda-t-il pas à tomber. Heureusement pour lui que la fenêtre donnait sur une cour au fond de laquelle était une espèce de hangard couvert d'un treillis en fil de fer, et puis il est une Providence pour les ivrognes; il en fut quitte pour une commotion générale violente, et pour une plaie contuse à la région frontale droite.

Une saignée lui fut pratiquée, un pansement simple fut appliqué sur la plaie. Le premier jour se passa sans encombre; mais vers le milieu du deuxième le malade fut pris d'une agitation extrême avec délire; on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 14.

A la visite du 17 septembre, il présenta les phénomènes suivans:

Plaie contuse de la tempe droite sans dénudation de l'os; aucun gonflement des bords, pas d'érysipèle, pouls calme, peau chaude, mais d'une chaleur douce et un peu de moiteur; langue nette; aucun symptôme du côté du ventre; respiration libre; rien de particulier dans les sécrétions principales.

Délire bruyant, loquace; agitation continuelle; œil brillant, physionomie éveillée.

Le désaccord entre l'état des fonctions cérébrales et le calme absolu des autres appareils, la circonstance des antécédens du malade, firent diagnostiquer par M. Maisonneuve un delirium tremens.

Trois injections de 30 gouttes de laudanum de Sydenham furent prescrites pour la journée.

Le lendemain, 18, le délire avait presque complétement disparu; la physionomie était encore égarée, étonnée surtout. Même prescription.

Le 19, amélioration notable encore.

Le 20, il n'y a plus de trace des accidens nerveux, le malade est calme. il cause de la manière la plus sensée; il reste quelque jours encore à l'hôpital pour amener la guérison de la plaie de tête. Il sort guéri le 1er octobre 1841.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des feuilles de chêne et de bouleau comme sudorifiques; par M. le docteur Garbe, de Forst.

Les feuilles de chêne, et plus tard celles de bouleau, les unes et les autres à l'état frais, ont été déjà vantées depuis plusieurs années comme un moyen presque infaillible de rappeler la sueur dans les parties du corps à la surface desquelles on les applique. M. Garbe a eu fréquemment recours à ce moyen pour faire reparaître la transpiration des pieds, et pour diminuer la tuméfaction dans les cas d'œdème des extrémités inférieures; mais il donne la préférence aux feuilles du bouleau sur celles du chêne. Il rapporte aussi que, dans le pays qu'il habite on emploie souvent les cônes du houblon ordinaire pour arriver au même but. Du reste, suivant lui, l'époque à laquelle on récolte les feuilles ou les cônes pour cet objet est tout à tait indifférente; il suffit que ces parties de plantes ne soient pas humides au moment où on les cueille. Un sac rempli de feuilles peut servir deux fois.

M. Garbe ajoute qu'il a vu un bon nombre de fois ces moyens réussir dans les cas d'hydropisie, en y ajoutant l'usage à l'intérieur d'une infusion diurétique de semences d'ortie fraîchement recueillies. Il prétend même avoir obtenu aussi la guérison d'une anasarque qui avait résisté à l'emploi pathologique des hydragogues et des sudorifiques les plus énergiques. (*Wochensch. fuer die gesammte Heilkunde*, 1842.)

Emploi de la fève de marais comme antihydropique; par M. le docteur Ruhbaum, de Rathenow.

Un petit paysan, âgé de huit ans, qui s'était toujours bien porté quoique ayant un aspect cachectique, fut atteint d'hydropisie ascite.

La face était pâle et les paupières tellement tuméfiées que la vision était à peine possible; l'abdomen était énormément distendu, à ce point que la dépression ombilicale était complétement effacée, la peau luisante. Le scrotum présentait l'apparence d'une vessie transparente qui descendait jusqu'à la moitié des cuisses et dans un renfoncement de laquelle on pouvait à peine distinguer le pénis qui n'était plus indiqué que par une petite protubérance. Du reste, il n'y avait pas de fièvre; l'appétit était assez bon, et l'urine de couleur brune, n'était évacuée qu'en faible quantité.

Après avoir essayé beaucoup de diurétiques, M. Ruhbaum crut devoir recourir à un moyen qu'il avait vu employer avec beaucoup de succès par un curé de campagne des environs, savoir: la décoction

(1) Cette observation a été recueillie et rédigée par M. Lhommeau, interne du service, et déjà imprimée en extrait dans le Mémoire sur l'angine laryngée œdémateuse, inséré par M. Bricheteau dans les Archives du mois de novembre dernier.

(1) Nous eumes malheureusement à vérifier par l'autopsie les assertions de Dubois; il nous mourut un homme atteint de colique de plomb, avec des symptômes non équivoques de paralysie. Nous ne trouvâmes rien qui vienne à l'appui de l'explication du médecin de la Charité. On peut nous objecter il est vrai que: *Mors solvet spasmos.*

d'une forte poignée de fèves de marais dans environ un litre d'eau, à prendre tiède en trois fois dans le cours de la journée.

Au bout de quelques jours de l'emploi de ce moyen, il survint une telle diurèse que le malade rendit d'abord près de trois litres, puis quatre litres et même plus, dans les vingt-quatre heures, d'une urine limpide. L'hydropisie diminua de jour en jour; au bout de trois semaines, elle se trouva entièrement disparue et le malade reprit son volume normal.

L'exploration de l'abdomen étant devenue alors possible, fut pratiquée sans faire reconnaître aucune lésion organique. On consolida la guérison par l'administration d'une infusion de trèfle d'eau et la prescription d'un régime analeptique approprié. Sous l'influence de ces moyens, le sujet alla de mieux en mieux et recouvra une santé parfaite. (*Ibidem.*)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Transformation de l'acide benzoïque en acide hippurique; par M. Woehler, de Goettingue.

Il y a plusieurs années, alors que l'on ne connaissait pas encore l'acide hippurique, déjà M. Woehler, ayant fait avaler à un chien deux grammes d'acide benzoïque mêlé à des alimens, retrouvait dans la vessie de cet animal une substance cristallisée à peu près comme le nitrate de potasse, se sublimant au feu et laissant du charbon pour résidu.

Ce fut seulement en 1829 que M. Just Liebig découvrit l'acide hippurique confondu jusqu'alors avec l'acide benzoïque.

Lorsque M. Ure annonça qu'il avait trouvé dans les urines d'un malade auquel il avait fait prendre de l'acide benzoïque, de l'acide hippurique au lieu de ce dernier, M. Woehler se rappelant aussitôt son expérience antérieure, mesura toute l'étendue de l'importance physiologique de ce fait, et fit de nouvelles expériences sur un jeune médecin, M. Heller, qui s'ingéra, avant de se mettre au lit, 2 grammes d'acide benzoïque pur dans du sirop de sucre. Ce médecin éprouva pendant la nuit d'abondantes sueurs, et, le lendemain, l'urine rendue le matin présentait une réaction extraordinairement acide; traitée par l'acide chlorhydrique, elle abandonna des cristaux prismatiques d'acide hippurique pur: ces cristaux chauffés se liquéfiaient aisément, et lorsqu'on les soumettait à l'action d'une température plus élevée, ils se sublimaient en se charbonnant et en répandant l'odeur propre aux amandes amères.

L'expérience n'ayant produit aucun résultat fâcheux sur la santé de M. Heller, M. Woehler la répéta sur de grands animaux: il obtint ainsi une forte quantité d'acide hippurique, et, chose remarquable, il put constater que la proportion d'urée et d'acide urique contenus dans l'urine à l'état normal n'avait éprouvé aucun changement. (*Echo du monde savant,* 11 août 1842.)

Procédé pour éviter les erreurs pharmaceutiques.

M. Laroche, pharmacien à Bergerac, a présenté dernièrement à la Société de Pharmacie de Paris, une note relative à un moyen d'éviter les méprises dans les officines, par un nouveau système d'étiquettes ingénieusement combiné pour faire distinguer au premier coup-d'œil les substances dangereuses.

Ainsi, celles qui possèdent les propriétés toxiques les plus énergiques ont leurs étiquettes teintées à moitié et diagonalement d'un rouge vif; celles qui sont moins actives portent une simple rayure rouge, et les médicamens tout à fait innocens ont l'étiquette entièrement blanche.

Ces dispositions se répètent non seulement sur les étiquettes des flacons, des pots ou boîtes de l'officine et des magasins, mais encore sur celles des médicamens livrés au public et sur les papiers qui leur servent d'enveloppe, de manière à exciter constamment l'attention dans toutes les circonstances.

Un de nos confrères, M. le docteur Cottereau, alors qu'il exerçait la pharmacie, il y a une vingtaine d'années, avait déjà eu l'idée d'un moyen analogue à celui de M. Laroche, mais moins étendu dans son application. Il avait imaginé, pour le service de son officine, d'étiqueter en blanc sur un fond noir les substances et préparations vénéneuses, et en noir sur un fond blanc celles qui ne possédaient pas de propriétés toxiques; mais le peu de temps qu'il resta pharmacien ne lui permit pas de mettre ce projet à exécution. C'est par suite de cette même idée qu'il a eu l'attention, dans le formulaire qu'il a publié il y a deux ans et demi, de faire précéder d'un point d'exclamation le nom de chacune des substances ou préparations qui sont vénéneuses, ou qui du moins peuvent occasionner des accidens lorsqu'elles sont administrées à trop fortes doses.

Nouveau procédé d'éthérification.

M. Gaultier de Claubry vient de proposer une nouvelle méthode applicable à la préparation des éthers à acides organiques.

Ce chimiste supprime l'emploi des acides minéraux (acides sulfurique et chlorhydrique); il soumet l'acide organique à l'action de la chaleur dans une cornue; il élève la température jusqu'au degré où l'acide, ayant perdu la majeure partie de son eau, commence à se décomposer. Il fait alors arriver l'alcool goutte à goutte; l'éther organique formé par la réaction de l'acide sur l'alcool se rend dans le récipient avec l'excès d'alcool non éthérifié.

Ce procédé a été appliqué par l'auteur particulièrement à la préparation de l'éther oxalique, qui a pu être obtenu ainsi en quantité considérable. (*Journ. de Pharm. et de Chim.;* juin 1832)

Chronique et Nouvelles.

Une ordonnance de police long-temps attendue, vivement sollicitée depuis quelques années par les médecins qui se sont occupés de la morve et notamment par M. Rayer dont les démarches dans cette circonstance ont été incessantes, vient enfin d'être rendue à la date du 31 août. Elle a pour objet important les chevaux et autres animaux attaqués de maladies contagieuses. En vertu des ordonnances, lois, décrets et arrêtés de 1784, 1790, 1791, du Code pénal, d'un décret de 1813, d'une ordonnance de 1831 et des rapports du conseil de salubrité, M. le préfet de police fait défense formelle aux propriétaires de chevaux et autres animaux vicieux ou atteints de maladies contagieuses, d'exposer ces animaux sur aucun marché, ni partout ailleurs, comme aussi de les employer à aucun service public.

Les propriétaires doivent, sous des peines graves, déclarer l'état de maladie de ces animaux aux commissaires de police ou aux maires.

De fréquentes visites vont être faites, par un vétérinaire-inspecteur, dans toutes les écuries d'entrepreneurs de services publics. Les animaux trouvés malades ou vicieux seront conduits à la fourrière, où ils seront marqués d'un M et conduits à l'abattoir, à moins que les propriétaires n'aiment mieux qu'ils soient conduits à l'École vétérinaire d'Alfort, pour qu'ils y soient traités.

Les écuries infectées seront aérées et purifiées à la réquisition des maires ou des commissaires de police, par des hommes de l'art.

Il est expressément défendu de laisser coucher aucune personne dans les écuries infectées ou dans celles où les animaux seront traités de leurs maladies.

Telles sont les principales précautions sanitaires prises par l'autorité contre la contagion de la morve, cette affreuse maladie qui se communique des animaux à l'homme, d'après les tristes et déjà nombreux exemples qui ont été obtenus dans ces dernières années, et même de l'homme à l'homme, d'après la récente observation dont M. Rocher, étudiant en médecine, a été la déplorable victime.

— Il est mort dernièrement, au petit village de Laneuville, près Lorquin (Meurthe), un homme qui, par sa taille extraordinaire de 2 mètres 32 centimètres (6 pieds 11 pouces 6 lignes), pouvait passer pour un géant. Cet homme, nommé Louis-Jacques, long-temps connu sous la dénomination de *géant de Laneuville*, était né de parens de taille moyenne en octobre 1788; son accroissement, très rapide, ne fut cependant complet qu'à l'âge de 25 ans. Pendant quinze ans qu'il a parcouru la France, l'Angleterre et l'Ecosse, il a excité un étonnement général. La corpulence et la grosseur de ses membres répondaient à sa haute stature. A l'âge de 30 ans il pesait 160 kilogrammes (320 livres), et pouvait recouvrir de son pouce une pièce de cinq francs. Sa force était herculéenne, ce qu'explique assez le grand développement de son système musculaire; il avait des mains larges, longues, et les doigts effilés; la longueur de ses membres lui permettait d'atteindre aisément les objets situés entre dix et onze pieds de hauteur. Il avait le visage long, les traits réguliers, le teint brun, les cheveux noirs, la barbe de même couleur, noire et épaisse. Le front fortement incliné en arrière à la partie supérieure, faisait au-dessus de la racine du nez une saillie très considérable due sans doute à la voûte étendue des sinus frontaux. Cette particularité qui, d'après la phrénologie, annonce de la mémoire, serait ici à l'avantage de ce système, car Louis Jacques avait une mémoire étonnante et d'autant plus remarquable qu'elle n'avait jamais été cultivée. Atteint dès son enfance d'une affection scrofuleuse qui lui avait laissé au cou des cicatrices, cette maladie, qui avait profondément empreint son cachet sur sa constitution, et qui probablement n'était point étrangère à ce prodigieux accroissement, reparut dans les dernières années de sa vie avec violence, et se manifesta avec tous les symptômes les plus fâcheux, tels qu'ophthalmies rebelles, vastes ulcères, gonflemens articulaires chroniques et infiltrations des extrémités inférieures. Vieux avant le temps, sa taille voûtée, sa démarche chancelante, les rides profondes de son visage, la teinte terreuse de sa peau, son état maladif lui donnèrent à 40 ans l'aspect d'un vieillard parvenu à l'âge de la caducité.

Une circonstance fort remarquable chez ce géant, c'est que non-seulement les extrémités inférieures étaient d'une longueur disproportionnée avec le reste du corps, mais la jambe était elle-même encore plus longue que la cuisse; c'était cette longueur remarquable des jambes qui faisait paraître ce géant comme monté sur des échasses.

— Le Congrès scientifique qui doit se réunir bientôt à Strasbourg, ouvrira ses séances le 28 septembre. On annonce que plus de huit cents savans et littérateurs nationaux et étrangers se sont fait inscrire, et toute la ville exprime déjà la plus vive sympathie pour une solennité qui rappellera l'ancien éclat de l'université de Strasbourg. Par une générosité dont il existe peu d'exemples, le conseil municipal a voté la somme de 8000 fr. pour la réception des hôtes que la ville attend, et pour les fêtes de toute nature auxquelles leur présence donnera lieu. Ce sera, assure-t-on, comme un reflet de la grande fête de Guttemberg dont tout le monde a conservé le souvenir.

— M. le ministre de la guerre a décidé que des couverts en argent seraient affectés au service des officiers malades admis dans les hôpitaux militaires de l'intérieur.

— A la suite du concours pour le grade de chirurgien sous-aide qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, les candidats admis par le jury ont été classés dans l'ordre suivant: 1 Tixier, 2 Roucher, 3 Le Roy, 4 Sourier, 5 Liard, 6 Verjus, 7 Boissy, 8 Chadourne, 9 Poggioli, 10 Haicault, 11 Laval, 12 Campardon, 13 Forget, 14 Flamant, 15 Couderc, 16 Bédel, 17 Messager, 18 Metadier, 19 Savaron, 20 Dolisy, 21 Martinache, 22 Dejagher, 23 Mignot, 24 Desmorets, 25 Laugier, 26 Valois, 27 Limairac, 28 Pecqueux, 29 Deblangey, 30 Delaunay, 31 Pomonti.

— Sont décédés MM. Dussi, chirurgien-major au 26e de ligne, et Barotteaux, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Dunkerque.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 20 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 112, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Inflammations et abcès de la prostate.

Les opinions les plus opposées règnent sur les principaux points de l'histoire des inflammations de la prostate. La doctrine physiologique avait fait une large place à ces phlegmasies ; l'article *Prostatite* du Dictionnaire en 15 volumes en fournit la preuve. D'autres, au contraire, ont considérablement restreint le rôle de ces inflammations ; on peut facilement s'en convaincre en lisant l'ouvrage de M. Mercier (Maladies des organes urinaires et génitaux, 1841). Or, comme le dit avec raison M. Vidal de Cassis (Traité de pathol. externe et de méd. opérat., t. V, p. 405), entre ces deux opinions règnent des nuances qui se rapprochent davantage de la vérité.

Quoi qu'il en soit, l'étude des inflammations de la prostate réclame encore de nouvelles recherches ; c'est pourquoi j'ai cru faire quelque chose d'utile en exposant les idées de M. Velpeau sur cet important sujet.

Assez peu étudiées jusqu'ici, dit M. Velpeau, les inflammations de la prostate sont moins fréquentes et moins rares que ne l'ont avancé plusieurs chirurgiens préoccupés, les uns par des théories, les autres par des idées préconçues. Voici ce que mes propres observations me permettent de dire sur ces phlegmasies.

Comme dans tous les autres organes, les inflammations de la prostate sont de différentes natures et existent à des degrés différens. Il y a, par exemple, des prostatites aiguës et des prostatites chroniques. Leur mécanisme me paraît pouvoir être comparé à celui des inflammations de la parotide, de la mamelle et des ganglions lymphatiques. Ainsi les unes ont pour racine les canaux excréteurs, d'où une inflammation purement glanduleuse; d'autres débutent par les filamens qui constituent la trame de la glande et n'arrivent aux granulations proprement dites que secondairement. Il est encore possible que la phlegmasie commence par la face interne de la capsule, et qu'elle ne pénètre que consécutivement dans le parenchyme de l'organe. On conçoit enfin que l'inflammation ait pour point de départ l'intervalle des lames aponévrotiques qui entourent ou qui avoisinent soit le bas-fond et le col de la vessie, soit la portion membraneuse de l'urètre, et qu'elle se communique de là à la glande prostate. Du reste, l'observation démontre et l'analogie l'eût d'ailleurs fait deviner, que pour peu qu'elle soit intense et qu'elle ait de durée, l'inflammation arrivée par les conduits excréteurs passe bientôt des granulations dans le tissu cellulaire ambiant, comme on l'observe dans les phlegmasies de la glande mammaire, des glandes salivaires et des ganglions lymphatiques.

A l'état aigu, les inflammations de la prostate ont généralement une marche rapide. Dans l'espace de six à douze jours on les voit parcourir toutes leurs périodes. Lorsque les conduits excréteurs sont seuls pris, la phlegmasie se termine fréquemment par résolution, ou par une exsudation dont le malade et le chirurgien ne s'aperçoivent pas toujours. Lorsqu'elle envahit les granulations sans les dépasser, sa marche est ordinairement moins rapide, et sa terminaison par résolution ou par suppuration moins fréquente ; c'est plutôt alors l'induration, l'hypertrophie, l'atrophie, et une sorte d'oblitération des petites cavités excrétoires qui terminent la maladie. Dans les cas, au contraire, où tout le parenchyme de la glande est envahi, la phlegmasie donne l'idée du phlegmon à marche franchement aiguë ; et la suppuration en est alors la terminaison à peu près inévitable. J'en dirai autant des cas où la phlegmasie comprend soit primitivement, soit secondairement le tissu cellulaire qui double soit la face interne, soit la face externe de la capsule prostatique.

Il suit des remarques qui précèdent que les inflammations de la prostate peuvent se terminer :

1° Par une exsudation mucoso-purulente du côté de l'urètre ;

2° Par induration avec atrophie ou hypertrophie, avec ou sans oblitération des cavités excrétoires de la glande ;

3° Par suppuration de la trame et du tissu cellulaire disséminé entre les granulations ou rassemblé entre les feuillets aponévrotiques voisins ;

4° Par destruction, par fonte purulente ou gangréneuse du parenchyme même de la prostate.

Il est inutile d'ajouter que chacune de ces terminaisons constitue une affection qui mérite d'être étudiée à part. Nous y reviendrons.

Causes des inflammations de la prostate. — La plupart des inflammations de la prostate trouvent leur cause dans les maladies de l'urètre, dans les blennorragies aiguës surtout. Le mécanisme en est extrêmement simple; tant que l'urétrite n'occupe que la région naviculaire ou la région spongieuse du canal, la prostate et le col de la vessie restent étrangers aux souffrances du malade ; mais dès que l'inflammation s'étend en profondeur au point de gagner du côté de la vessie ou de la racine des bourses, on a tout à craindre. En effet, une fois arrivé dans la région occupée par la crête urétrale, l'inflammation peut envahir la prostate de deux manières, soit par simple retentissement ou, pour ainsi dire par voisinage de tissu ; soit par continuité, c'est-à-dire en pénétrant par les canaux excréteurs qui s'ouvrent dans l'urètre. La preuve de ce que j'avance est fournie par cette remarque pratique, savoir : que les inflammations de la prostate ne surviennent guères chez les hommes affectés de blennorrhagies qu'à une période déjà avancée de l'écoulement, au lieu de se montrer dès le début, alors que l'inflammation n'est point encore descendue dans la profondeur du canal.

La constipation a été rangée parmi les causes de l'inflammation de la prostate ; il en est de même des efforts de défécation auxquels sont obligés de se livrer certains individus ; il faut y ajouter la présence d'hémorrhoïdes, de fissures, de fistules, ou de toute autre maladie de l'anus. On conçoit qu'une excoriation, que des chancres, des végétations, des fongosités ou toute autre maladie de l'intérieur de l'urètre ou de la vessie, au voisinage de la prostate, prédisposent également aux inflammations qui nous occupent. Certaines médications tendent en outre au même but ; c'est ainsi que les purgatifs drastiques, les purgatifs résineux entre autres, les alcooliques, en un mot, tout ce qui peut produire des épreintes, le ténesme, un besoin et des efforts trop répétés de garderobe, peuvent favoriser le développement de la prostatite.

Une cause des inflammations de la prostate qui a déjà été signalée par plusieurs praticiens se trouve dans l'emploi des balsamiques dirigés contre les écoulemens de l'urètre. Aussi ne me paraît-il pas prudent de conseiller le cubèbe ou le copahu dans la blennorrhagie aiguë, s'il existe quelques signes d'irritation au col de la vessie ou dans l'épaisseur du périnée. J'ajouterai même que l'usage étendu que je fais de ces deux médicamens depuis longues années me permet d'affirmer que, donnés sans réserve, d'une manière intempestive, ils provoquent quelquefois des prostatites extrêmement aiguës.

Est-il besoin de dire qu'une chute sur le périnée, qu'un refroidissement brusque de cette région, que l'obligation de ne pas rendre les urines en temps opportun, que l'abus du coït, que les excès de table, de liqueurs alcooliques, de mets épicés, que l'équitation sont les causes occasionnelles qui viennent habituellement mettre en jeu les causes prédisposantes que je viens de mentionner ? On voit du reste par ce peu de détails que la prostatite aiguë doit appartenir presque exclusivement à l'adulte, qu'il ne faut s'attendre à la rencontrer que par exception chez les enfans et chez les vieillards.

Symptômes de l'inflammation de la prostate. — Les signes de la prostatite ne sont pas toujours faciles à constater. Toutefois, lorsque l'inflammation est franche, un praticien exercé ne s'y trompera guère. Dans les cas de gonorrhée, par exemple, le malade, qui était resté sans fièvre et avec peu de souffrance jusques là, ressent bientôt une pesanteur, une tension gravative au périnée, dans le fondement. La douleur qui accompagne cette tension est d'abord sourde, puis devient pulsative et se complique de chaleur. La fièvre ne tarde pas à s'établir avec tout son cortége de réaction ; le pouls est large, plein, fréquent ; la langue est blanche, humide ; la soif est grande et l'appétit se perd ; la peau reste chaude ; il n'y a pas de sommeil. Le malade redoute d'aller à la selle, car les garderobes augmentent ses souffrances. Un besoin de plus en plus vif, de plus en plus permanent de rendre les urines s'établit peu à peu. Ce besoin est d'autant plus pénible que le malade cesse quelquefois de pouvoir y satisfaire et qu'il finit par s'établir un véritable ténesme vésical. La dysurie augmentant, l'urine, qui ne s'échappe plus que goutte à goutte, détermine au col de la vessie une ardeur, un sentiment de brûlure qui arrache quelquefois des cris au malade. Il n'est pas rare enfin de voir s'établir une rétention d'urine complète.

De pareils phénomènes, survenus dans l'espace de quelques jours, chez un homme encore jeune affecté de blennorrhagie et qui se portait bien auparavant, autorisent à diagnostiquer avec une certitude presque entière une prostatite aiguë. Du reste, l'exploration par l'urètre et par l'anus sont encore là pour élucider la question. En effet, le doigt, porté dans le rectum, pourra le plus souvent reconnaître si la prostate est augmentée de volume, si elle est bosselée, douloureuse. Dans cette manœuvre, on aura soin de recourber le doigt en avant, comme

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La maison du comte de Paris et du duc de Chartres vient d'être composée. Elle sera ornée de pairs de France, d'autres grands dignitaires, le tout pour porter, exécuter les ordres du cher enfant. Il y aura même un médecin et un chirurgien. Et savez-vous sur quel rang on a placé ces dignes confrères ? Après l'écuyer ! c'est-à-dire à la fin. A notre époque les fonctions de l'écuyer se rattachent à des idées de domesticité. A quelles idées se rattachent donc les fonctions des hommes qui viennent après l'écuyer ? Le médecin porte un tablier, c'est vrai ; mais à la cour il devrait le porter un peu plus haut que les valets. D'ailleurs, puisque aujourd'hui c'est au point de vue de l'utile que les hommes sont estimés, classés, il me semble, à moi provincial, que les médecins devraient être les premiers auprès de ces jeunes et frêles rejetons princiers. A leur âge, en effet, on ne donne pas des ordres, on fait peu de proclamations, on monte rarement à cheval; les aides-de-camp, les secrétaires, les écuyers sont donc alors peu nécessaires. Au contraire, dans la plus tendre enfance, par un tempérament délicat, avec des viscères irrritables et souvent irrités, on a avant tout besoin d'un médecin et d'un bon médecin. Messieurs mes confrères de Paris, je vous l'ai dit souvent, vous cherchez les causes de votre malheur bien bas : vous ne les trouverez pas ; allez plus haut, allez à ce que vous appelez les grandes positions, les grandes existences medicales, et voyez comment votre profession y est en honneur. Vous voulez nous réformer en procédant du bas en haut, vous ne ferez qu'une intrigue et non une réforme. Procédez de haut en bas, et vous sauverez votre profession qui est bien malade, je vous l'assure, surtout à Paris. Vous venez de descendre chez des marchands de drogues, des pharmaciens, et vous n'avez trouvé ni opium dans l'opium, ni mercure dans le mercure ; vous allez demander des amendes, des peines, des châtimens, vous vous écriez : *Salus populi suprema lex*, parce qu'on a mis du noir de fumée à la place du mercure dans de la graisse ! Tout cela est fort bien. Mais après cette descente faite à la rue des Lombards, descendez s'il vous plaît dans d'autres officines où on vend de la science, de l'esprit et même de la dignité, le tout bien cher, trop cher; cherchez bien, et vous trouverez très peu de tout cela et beaucoup d'une espèce de noir de fumée très peu végétal. D'ailleurs, le noir de la rue des Lombards n'est pas extrait à la rue des Lombards ; la grande fabrique est dans une rue que je ne veux pas nommer. Vous la fréquentez, du moins vos collaborateurs ; la couleur de leur habit en témoigne. Vous accusez ensuite la rue des Lombards de manquer du *sens moral* parce qu'elle vend de la sciure de bois pour de la graine de lin, quand vous laissez débiter tranquillement tous les jours d'autres sciures beaucoup moins innocentes et beaucoup plus chères ! Après tout, le topique ligneux ou le topique linaire sont des topiques *ejusdem farinæ ;* tandis que la sciure que vous nous vendez comme *poudre de projection*, loin de nous faire de l'or avec le plus grossier métal, comme le prétendent nos modernes alchimistes, nous fait du noir de fumée que j'ai dit peu végétal. Comprenez-vous l'apologue ?

Les vacances qui devenaient toujours plus paisibles, plus agréables pour l'aristocratie médicale, ont été troublées par votre maudit article *sur l'Institut*. La chasse est suspendue, les voyages aux eaux interrompus. Le père Mathanasius dirait : « Diane et les nymphes veulent arracher les yeux à la Parque qui coupe deux fils si mal à propos. » L'habit brodé de vert sur vert, voilà l'ambition, la passion, voilà la chasse du moment. On prépare les appâts, les projectiles. Si la chose était moins incroyable, et si mon nom n'avait pas la désinence que vous lui connaissez, je vous dirais quel est le chirurgien de la Charité qui va donner un splendide festin. Vous savez que le corps médical suit les modes, mais de loin ; ainsi, dans un temps, on truffait les gens qu'on voulait séduire. Un poète a dit, je crois, que c'était avec des dîners qu'on gouvernait les hommes. Vingt ans après, les médecins se sont aperçus que la chose pouvait bien être. Ils ont donc imité les ministres de la Restauration, non pour gouverner les hommes, mais la science. Un confrère qui imite toujours, en ajoutant toujours, ce qui détruit la servilité de l'imitation pure, ce confrère a eu la pensée divertissante de remplacer le café qui suit le dîner par une dissection. Ainsi, les billets d'invitation ne disent rien du dîner, mais ils indiquent parfaitement l'aimable récréation qui en sera la suite. Cependant ici l'imitation se reproduisait encore : on s'est rappelé en effet qu'un Diafoirus invitait ainsi à des dissections en guise de divertissement. Alors on a jugé à propos de substituer à la femme morte de Thomas des hommes vivans. On fait de vraies vivisections. A tout prendre, ce supplice est préférable à celui qu'on subit soi-même quand, cloué sur un divan, la dame du confrère X... joue de la harpe avec accompagnement d'une autre harpe de mademoiselle sa fille. Il y a donc progrès dans nos divertissemens, grâce à la chirurgie moderne.

Il y a un prétendant à l'habit vert sur vert qui n'a pas attendu les décès de Double et de Larrey pour truffer son monde. Il y a long-temps que le procédé est mis à exécution, et il se répète hebdomadairement. Chaque semaine, en effet, *on traite une section*. Ici est la place plus ou moins naturelle d'une petite anecdote que je suis obligé, bien à regret, de voiler légèrement. Un jeune chirurgien, d'un esprit et d'un ventre également parasites, était de fondation invité à tous ces dîners. Mais ceux-ci étaient inégalement semblables à des festins ; ils variaient selon l'importance, l'influence, les voies digestives, et *les autres voies* de la section traitée. Certains de ces repas prétendaient à une sobriété peu en rapport avec les appétits de notre parasite. Ainsi, souvent il est arrivé que la famille des légumineuses n'a eu pour symétrie que quelques racines d'une solanée fort vulgaire. Notre jeune confrère, qui n'a jamais voulu être trapiste, s'était même aperçu qu'au fond de certaines bouteilles et dans un liquide qui simulait le vin blanc erraient quelques graines dont la poudre a été remplacée à la rue des Lombards par de la sciure de bois.

Ces comestibles légumineux et ces boissons trop mucilagineuses qui

pour comprimer la glande contre le pubis. D'un autre côté, lorsque l'état de l'urètre le permet, un sonde introduite dans ce canal n'arrivera pas sur la région prostatique sans déterminer une douleur extrême, un sentiment de brûlure tout particulier. Lorsque faire se pourra, la sonde introduite dans la vessie et le doigt porté dans le rectum détermineront dans la prostate des douleurs et une sensation qui ne laisseront guères de doutes dans l'esprit d'un observateur réfléchi.

Qu'est-il besoin d'ajouter que les mêmes symptômes se produisant sans qu'il y ait gonorrhée aiguë, à l'occasion de calculs dans le col de la vessie, de tentatives, de manœuvres de lithotritie, à l'occasion de dysenterie, d'une superpurgation, d'une grande constipation, d'une chute sur le périnée, d'un refroidissement brusque de cette région, ne seront pas moins concluans en faveur de l'existence d'une prostatite que dans la cas précédent.

Traitement de l'inflammation de la prostate. — La thérapeutique est ici la même que pour les inflammations aiguës en général; il faut ajouter seulement qu'elle exige plus de persistance de la part du médecin. Les élémens anatomiques de la prostate en forment un corps hétérogène qui n'a ni la souplesse du tissu cellulaire sous-cutané, ni l'homogénéité du tissu ganglionnaire; des canaux tapissés d'une membrane muqueuse d'un côté, des granulations friables, mais denses et peu vasculaires de l'autre; un mélange de filamens celluleux aponévrotiques ou musculaires, puis des filets nerveux, des canaux artériels et veineux, et enfin des aponévroses forment du tout un parenchyme d'où il doit être difficile d'expulser complètement les phlegmasies.

Quoi qu'il en soit, il convient de recourir d'abord aux émissions sanguines. Ainsi, on pratique une ou plusieurs saignées dans les premiers jours si la réaction circulatoire et l'état général du sujet ne s'y opposent point. En même temps on applique quinze, vingt, trente sangsues, une ou plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins rapprochés, entre les bourses et l'anus. Le périnée est couvert de larges cataplasmes émolliens, après l'avoir largement graissé avec l'onguent mercuriel opiacé et belladoné. Le malade est placé chaque jour dans un bain pendant une ou deux heures. Des boissons tièdes mucilagineuses, telles que la décoction de graines de lin ou de guimauve, sont données en abondance. Pour peu qu'il y ait de chance d'obtenir la résolution d'une pareille phlegmasie, on insiste sur l'emploi de ces moyens. Si, au contraire, l'inflammation continue d'augmenter après les trois ou quatre premiers jours d'un traitement affaiblissant tant soit peu énergique, il ne faut plus l'employer qu'à titre de moyen modérateur. La terminaison de la prostatite par suppuration est dès-lors à peu près inévitable.

Abcès de la prostate. — Lorsque la suppuration est constatée, c'est sur elle que l'attention des chirurgiens doit se fixer.

Les abcès de la prostate ont une marche qui n'est pas toujours la même, et qui est généralement en rapport avec leur siege définitif. Si l'art ne met pas en mesure de les ouvrir, ils finissent par s'ouvrir d'enx-mêmes. Mais cette ouverture s'opère tantôt dans l'urètre, tantôt dans la vessie, tantôt dans le rectum, tantôt au périnée, et quelquefois aussi entre les plans aponévrotiques du plancher du bassin.

Long-temps contenus dans la capsule, qui leur résiste avec force, ils ont une tendance toute particulière à se faire jour dans l'urètre, là où les tissus sont le plus fragiles, le plus faciles à se rompre, à s'ulcérer. Le malade s'en aperçoit tout d'abord par la cessation de la douleur, et par les matières purulentes soit seules, soit mêlées à de l'urine qu'il rend par l'urètre. Les autres symptômes s'éteignent du même coup, et le soulagement est, en général, brusque et complet.

D'autres fois le foyer proéminant du côté de la vessie, s'ouvre à la surface interne du trigone. J.-L. Petit cite un exemple de ce genre. Dans ce cas, l'abcès se vida aussi complètement que s'il s'était ouvert dans l'urètre, et il en résulta une amélioration tout aussi rapide dans les souffrances et dans l'état général du malade.

Si la suppuration dépasse en arrière les limites de la prostate, le foyer pourra s'ouvrir dans le rectum. J'en ai observé quatre ou cinq exemples. Dans ce cas, l'ischurie, les douleurs au col de la vessie, le sentiment de brûlure au moment de l'émission des urines, sont moins insupportables que les quintes, le ténesme, la chaleur, les battemens et la tension du côté de l'anus. Les malades sont alors dans une agitation, dans un état de souffrance extrême. Enfin l'abcès se fait jour, et le pus est expulsé par l'anus. Un mieux notable s'ensuit immédiatement, et dans l'espace de quelques heures cet orage si violent, qui semblait mettre la vie en danger, se calme presque complètement.

Si, au lieu de prendre une des voies précédentes, le dépôt s'ouvre entre les aponévroses, le pus s'infiltrera presque nécessairement dans les tissus avant de perforer la peau et de s'échapper au dehors. On a, dans ce cas, une nouvelle inflammation aiguë autour de la prostate, une exacerbation dans les symptômes, au lieu d'un soulagement immédiat. Il survient là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'inflammation aiguë des ganglions, quand, de leur parenchyme, la phlegmasie passe brusquement dans les masses celluleuses dont ils sont entourés. C'est-à-dire que, changeant de siége, la suppuration peut s'étendre dans des directions diverses, fuser en avant du côté des bourses, en arrière et en dehors dans les excavations ischio-rectales, tout aussi bien que vers la partie centrale du périnée.

Les détails qui précèdent indiquent assez qu'il n'est point indifférent de solliciter l'ouverture des abcès de la prostate par telle voie plutôt que par telle autre. On comprend également qu'il vaudrait mieux les ouvrir de bonne heure que d'en abandonner la rupture aux progrès naturels de la maladie.

Le lieu le plus convenable pour les ouvrir, serait certainement le périnée, le plus près possible de l'anus. Ils trouveraient là un point déclive qui les mettrait à l'abri de toute stagnation, et en mesure de se modifier, de se déterger promptement. Mais la prostate enflammée proémine si rarement de ce côté, qu'on ne choisit presque jamais la région périnéale pour ouvrir les abcès qui se développent dans cette glande. Ajoutons toutefois que c'est dans cette région qu'il conviendrait de porter le bistouri si la fluctuation pouvait être sentie à travers la peau.

Après le périnée, c'est le rectum qui offre le moins d'inconvéniens pour l'ouverture des abcès qui nous occupent. Il peut en résulter, il est vrai, une sorte de fistule borgne interne de l'anus, que j'ai moi-même observée deux fois sur cinq malades, et qui peut persister plus ou moins long-temps; mais c'est là une conséquence qui est, sans contredit, beaucoup moins grave que lorsque l'abcès se dégorge du côté de la vessie ou de l'urètre. Aussitôt donc qu'à l'aide du doigt porté dans le rectum on constatera la fluctuation du foyer, il faudra porter le bistouri sur la principale bosselure et l'ouvrir assez largement.

Dans les cas où l'abcès proémine plus particulièrement du côté des voies urinaires, il n'y a pas à hésiter, c'est par l'urètre qu'il faut essayer de l'ouvrir. On se sert, dans ce but, d'une sonde métallique. Introduite dans le canal et conduite comme dans le cathétérisme ordinaire, elle arrive jusqu'à la prostate sans difficulté spéciale. L'obstacle qu'elle rencontre après avoir franchi le niveau de la symphyse des pubis, indique précisément le kyste que l'on veut ouvrir. Les efforts légers auxquels on se livre pour pénétrer dans la vessie, suffisent ordinairement pour amener la rupture des parois du foyer. Cependant, si l'on rencontre un peu trop de résistance, on porte l'indicateur dans le rectum pour s'assurer si l'instrument est bien placé, puis on lui imprime de petits mouvemens brusques comme pour faire basculer son bec en bas et en arrière, ou comme pour le pousser directement dans la vessie. Si la fluctuation était manifestement sentie entre la sonde et le doigt introduit dans le rectum, et que les parois du foyer opposassent une résistance trop forte, il serait, je crois, permis de substituer la sonde conique à la sonde mousse, en ayant soin toutefois de ne la faire pénétrer qu'avec une extrême prudence.

Si l'abcès proéminait d'une manière toute particulière du côté de la vessie, la sonde arriverait probablement sans peine jusque dans la vessie. Ramené ensuite de manière que son bec, incliné à droite ou à gauche, vînt presser sur les côtés du trigone vésical ou de la racine de l'urètre, l'instrument déchirerait très bien les parois de l'abcès, et donnerait, selon toute apparence du moins, le résultat signalé par J.-L. Petit, et attribué par cet auteur à une rupture spontanée d'un abcès de la prostate.

Soit que les abcès de la prostate aient été ouverts artificiellement, soit que la nature leur ait donné elle-même issue, toujours est-il que, contrairement à ce qu'on aurait pu penser de prime abord, ils se cicatrisent, en général, très vite et complètement. Quelquefois cependant il arrive tout le contraire; il s'établit des cavernes qui doivent être étudiées avec quelques détails. Nous nous en occuperons prochainement.

G. J.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Sur un état particulier du poumon chez un nouveau-né; par A. LHOMMEAU, chef de clinique de M. Bérard, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté. (Médaille d'or.)

J'ai observé dans le service des enfans à la mamelle de M. Trousseau, un fait qui me paraît fort intéressant sous le point de vue de la pathologie et de la médecine légale, mais qui me semble en même temps fort difficile à interpréter d'une manière satisfaisante; aussi ne ferai-je à peu près ici que le signaler à l'attention et aux recherches ultérieures des médecins en position de recueillir des cas semblables.

Le 13 avril 1842, à huit heures du matin, dans une salle de médecine de l'hôpital Necker, naquit une fille. La mère de cette enfant était phthisique et dans le dernier degré du marasme. Tous les deux furent transportés dans le service de M. Trousseau, et je les vis à une visite du soir. Je ne parlerai pas de la mère, qui mourut quelques jours après ses couches. Elle me dit qu'elle ne *croyait* pas que son enfant fût à terme; en effet, il était petit et faible; sa peau était rose, cependant elle était ferme et encore couverte de son enduit sébacé que des lotions n'avaient pas suffi à enlever; elle présentait aussi les petits poils qui deviennent plus apparens à la fin de la gestation, et les cheveux et les ongles étaient bien développés. Il avait rendu une notable quantité de méconium. Il était froid; le pouls ne se sentait point aux radiales ni aux brachiales; les battemens du cœur étaient faibles, je ne les comptai point. J'explorai plus particulièrement les organes pulmonaires. La respiration paraissait facile; elle était lente (28 par minute), et ne s'accompagnait pas de cette dépression profonde aux limites du ventre et de la poitrine qui rapproche la forme de ces cavités de celle du sablier, et qui dénote constamment chez les jeunes enfans une altération sérieuse des poumons. Mais en auscultant, j'entendis pendant l'inspiration, en avant et en arrière des deux côtés et de haut en bas, un râle crépitant excessivement fin, très abondant, sec, superficiel, très égal, sans aucun mélange de souffle ou de râle muqueux, et constant. L'*expiration* était parfaitement silencieuse. L'affaiblissement augmenta par degrés, et l'enfant mourut à deux heures du matin, ayant vécu dix-huit heures. Je fis l'autopsie avant que la putréfaction eût rien pu changer à l'aspect normal des tissus.

Le tube digestif parut sain dans toute son étendue; le gros intestin contenait beaucoup de méconium; le cordon ombilical n'avait point encore commencé à changer de caractère.

Le thymus était peu volumineux. Les poumons, petits et comme retirés vers la colonne vertébrale, étaient loin d'occuper toute leur part de la cavité pectorale; enlevés avec le cœur et plongés dans l'eau, tout l'appareil gagna immédatement le fond du vase. Leur surface ne présentait pas l'impression des côtes qu'on rencontre si souvent chez les jeunes enfans morts avec une pneumonie; leur aspect était exactement semblable d'un côté à l'autre et dans tous les points de leur étendue; leur couleur était d'un rouge lie de vin, et exactement semblable à celle du foie du sujet; sur leurs bords minces, ils étaient comme translucides. Çà et là on apercevait quelques points isolés, gros comme des têtes de petits camions, un peu plus roses que le fond et qui semblaient rappeler la structure vésiculeuse de l'organe.

Chaque poumon isolé du cœur se précipitait au fond de l'eau, également vite de quelque côté qu'on le tournât, et sans changer la position qu'on lui donnait; leur consistance était ferme, on ne sentait en les pressant aucune crépitation. En les coupant, on éprouvait la sensation que donne une chair tendre et homogène, le tissu du rein par exemple. La coupe était uniformément brune, lisse, et ne laissait échapper ni sang, ni liquides, ni matières spumeuses. En pressant ces organes entre les doigts, on finissait par les déchirer, sans les réduire en bouillie. Les morceaux jetés dans l'eau se comportaient comme des morceaux semblables du foie. Tout un lobe incisé en plusieurs points et exprimé sous l'eau, ne fournit que *cinq ou six bulles d'air extrêmement fines.* Un autre lobe, tout semblable aux autres quant à la couleur, la consistance, le poids, etc., soumis à *l'insuflation* au moyen d'une petite sonde, se laissa pénétrer par l'air; à l'instant même et dans toutes les parties, la coloration de l'organe devint rosée, et la surface pulmonaire prit l'aspect d'une très fine mosaïque dessinée par les lignes interlobulaires qui avaient conservé leur couleur foncée. Ce même lobe, abandonné à lui-même, ne tarda pas à reprendre ses caractères primitifs; il en fut encore de même après une *seconde* insuflation aussi facile, aussi complète que la première, et tous ses morceaux, plongés dans l'eau, allèrent immédiatement au fond comme ceux que je n'avais pas insuflés.

Le canal veineux, le canal artériel et le trou de Botal étaient perméables.

Quand ces expériences furent faites, je voulus compléter mon observation en mesurant et pesant cet enfant, et m'assurer de son âge par l'examen de son cerveau et de son squelette,

---

allaient fort bien à certaines *voies* allaient très mal à notre ami. Il observa donc la section qui avait les honneurs de l'ortolan et qui pouvait se dispenser de mêler à sa boisson la sciure de bois de la rue des Lombards. Il constata bientôt que c'était l'astronomie qui était convenablement trufée et dignement stimulée. Mais restait la question de savoir le jour de l'astronomie; or, rien de plus irrégulier que les invitations; il n'y avait que le jour de fixe. Voila notre confrère bien en peine. Mais un homme de génie et d'une habileté si incontestable devait trouver un moyen. Le plus simple lui vint à l'esprit. Il pouvait rencontrer tous les jours l'amphitryon : il n'y avait qu'à lui demander le jour de l'astronomie. La rencontre a lieu,— Hé bien, cher confrère, quelle section demain? — *Cher ami, je ne saurais vous le dire.* Le parasite prend alors le parti qu'on prend toujours dans la comédie; il séduit le valet qui est lié au cocher; il lui promet de l'or et lui donne une pièce de vingt sous. Il est convenu que quand on traitera l'astronomie ou une section plus ou moins élevée, le cocher regardera les cieux au moment où on fera la question de tantôt au maître; au contraire, il regardera la terre quand ce sera la botanique, la minéralogie ou autre section antipathique aux stimulans.— Le tilbury de l'amphytrion passe et le confrère s'écrie : Quelle section? Le maître fait cette réponse sublime dont nous avons déjà causé. Mais le cocher regarde les cieux. Le lendemain le jeune chirurgien dîne bien. Mais comme cet à propos se répète souvent, on sonde ce mystère, on le découvre et le cocher et le parasite sont mis à la porte. On dit, à la louange de notre jeune confrère, que le cocher n'a pas été abandonné; car, plus tard, il fut opéré gratis de la cataracte, ce qui lui valut une place aux *Quinze-Vingts.*

Vous semblez croire que les grands hommes que vous avez faits dans votre article et que vous créerez encore seront contens d'une seule place : c'est possible. Mais je vous avertis qu'il est quelques génies auxquels vous ne semblez pas avoir songé et auxquels personne ne songe, qui ne se contenteront pas de si peu. L'un veut les deux places pour les garder. L'autre voudra bien opter, après les avoir obtenues. De sorte que, à l'heure qu'il est, la médecine et la chirurgie sont dans une perplexité extraordinaire; car ce sera un fameux affront, pour celle qui ne sera pas préférée!

Vous voyez que le système des doubles candidatures gagne le corps médical comme il a sévi sur le corps électoral. Ce n'est donc pas seulement par les dîners que nous imitons les hommes politiques.

A l'histoire des candidatures dont on fait tant de bruit, se rattache un fait de percussion qu'il vous convient *d'enregistrer*, si vous n'êtes pas un détracteur de cet admirable moyen de diagnostic. Vous savez qu'il est un membre de l'Institut qui refuse obstinément sa porte à tous les candidats. Un médecin arrive jusqu'à la salle à manger; il demande l'immortel. Un domestique répond par le mot d'ordre, *absent.* Mais le médecin sort une pièce de cent sous, l'applique sur un mur et dit fièrement au valet : Monsieur n'est pas sorti; il est dans son cabinet, à gauche de la cheminée, à droite de son bureau. Le domestique entre chez son maître et vérifie le diagnostic. Comme il ignorait cette influence de la pièce de cent sous, il lui prend un tremblement, une défaillance; il tombe en syncope; le médecin entre alors pour le relever et lui prodigue des percussions. Le domestique revient et dit la cause de son effroi à son maître; il l'avertit qu'il a devant ses yeux un sorcier. Le maître promet alors sa voix au sorcier pour qu'il y en ait au moins un à l'Institut.

Vous connaissez sans doute ce mot : Un médecin très frondeur et qui désirait depuis long-temps l'Institut, déclamait cependant contre tout ce qui touchait à ce corps illustre; il critiquait surtout très vivement les habits. *Ils sont trop verts*, lui répondit spirituellement un immortel.

Dr LYRAC.

M. Lhommeau, ancien interne des hôpitaux, a été nommé chef de la clinique ophthalmologique de M. A. Berard, à l'hôpital de la Pitié.

mais malgré la recommandation que j'avais faite, il avait été enlevé,

J'ai dit en commençant que je me contenterais de raconter le fait; cependant je crois utile de faire ressortir brièvement les particularités qu'il présente, de poser au moins les problèmes qu'il soulève, et de dire ce que je sais des élémens de leur solution.

1° Si la petitesse de cet enfant et l'opinion de la mère peuvent laisser penser qu'il n'était point à terme, d'autre part son aspect, la persistance et l'abondance de l'enduit sébacé de la peau, le développement de ses appendices, l'état de l'intestin, etc., me font croire qu'il n'était guère éloigné de l'époque normale de la naissance, et qu'il avait au moins huit mois.

2° Au point de vue de la pathologie, qu'a eu cet enfant? On pourrait répondre: Une pneumonie. Dans ce cas, voici les observations que je crois pouvoir faire. Quant à son étendue, elle n'était pas lobulaire, car les deux poumons étaient complétement pris. Il est surprenant alors qu'il n'y ait pas eu de symptômes d'asphyxie, ou au moins une grande dyspnée.

J'ai écouté avec le plus grand soin, et j'ai entendu du râle crépitant parfaitement caractérisé; cependant, à l'autopsie, je n'ai point trouvé dans les bronches de mucosités, ni dans le parenchyme pulmonaire l'état spumeux ou humide au moins que j'aurais dû y rencontrer. Peut-être dira-t-on que la maladie avait marché pendant les dernières heures de la vie, et qu'elle était passée au deuxième degré. A cela, je répondrai positivement par la négative; et voici sur quoi je me fonde. Je crois avoir le premier appliqué l'insufflation à l'étude anatomo-pathologique du poumon, et déjà, en février, j'ai parlé de ses résultats à la Société anatomique (1). Eh bien, ce moyen m'a permis de constater que l'air ne pénètre pas dans les vésicules envahies par une *pneumonie franche* passée au degré d'hépatisation, ou qu'au moins la pénétration est fort difficile et très incomplète. D'ailleurs, le poumon ne présentait pas la dureté, le ramollissement par la pression et l'état grenu du poumon *hépatisé* chez les enfans. Ce ne pouvait donc être une pneumonie franche. J'aurais supposé que c'était un cas de cette forme si commune de ce qu'on appelle aussi *pneumonie* chez les enfans à la mamelle, et dans laquelle, après la mort, on trouve la maladie disséminée par lobules ou lobaire, le tissu pulmonaire dur et flasque au toucher, sec et luisant à la coupe, lourd dans l'eau, mais *parfaitement perméable* par insuflation, et qui pendant la vie se traduit par les alternatives les plus capricieuses, du silence du bruit respiratoire avec des râles sous-crépitans de tous les calibres, ou du souffle, etc. Mais dans le cas que j'ai rapporté, les signes stéthoscopiques n'ont pas varié, et, d'ailleurs, c'était du râle crépitant qui n'existe pas ordinairement dans la forme dont je viens d'esquisser quelques traits.

Peut-être, cependant, ai-je eu affaire à cette forme, mais modifiée par l'âge et les conditions du sujet? D'autres observations sont nécessaires pour en juger.

Je néglige de rechercher la cause et la durée de la maladie.

3° Au point de vue médico-légal le résultat est clair, mais il complique la question déjà si difficile de l'infanticide et de la docimasie pulmonaire. Il est évident que les poumons d'un enfant qui a respiré peuvent présenter, *réunis*, *tous* les caractères qu'on assigne à ceux qui n'ont pas respiré. Cet enfant était viable, il a vécu pendant dix-huit heures, il a respiré; la respiration a été *complète*, *profonde*, car j'ai entendu à travers les parois thoraciques et sous mon oreille, un bruit dont la nature indique qu'il se passait au fond des voies aériennes, et cependant les poumons étaient appliqués contre la colonne vertébrale; leur couleur, leur poids, leur précipitation dans l'eau, l'absence de congestion dans les vaisseaux, de crépitation, etc., tout semblait annoncer que l'air ne les avait jamais pénétrés; bien plus, je les ai pénétrés d'air sur ma table, et bientôt les caractères négatifs ont reparu. Je ne crois pas qu'on puisse prononcer par la *seule* présence de cinq ou six bulles microscopiques qui se sont dégagées d'un poumon incisé en plusieurs sens; cependant elle est bonne à noter.

Heureusement ce nouvel embarras sera toujours favorable à la défense, et s'il ajoute un doute de plus dans l'esprit du médecin-légiste, il ne lui causera jamais un remords.

Je ne connais pas de moyen d'éviter l'erreur dans un cas semblable, parce que les caractères de l'état pathologique de l'espèce de pneumonie complète qu'a présenté cet enfant se rapprochent singulièrement de ceux qu'offre le poumon qui n'a pas respiré. Peut-être faudrait-il insuffler les poumons sur lesquels on est appelé à prononcer, et dire qu'ils étaient sains ou malades dans toute leur étendue, et que l'enfant n'avait pas respiré si l'air insufflé reste dans l'organe, qu'au contraire il avait respiré si tout l'air insufflé en est chassé.

Je ne pousserai pas plus loin ces remarques. Je laisse à d'autres le soin de trouver une explication complétement satisfaisante des divers phénomènes que présente l'observation que je viens de rapporter.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service, et éphémérides de l'année 1841.

(Suite du numéro précédent.)

Abcès de la fosse iliaque; perforation du colon.

Le mardi, 22 juin, est entrée à l'hôpital une malade âgée de vingt-quatre ans, brocheuse. Cette femme, ordinairement d'une bonne santé, réglée, est accouchée il y a trois semaines; l'accouchement a été facile; mais la malade, accouchée le samedi, s'est levée le jeudi, quoiqu'elle sentît de la douleur dans les membres, surtout dans la jambe et la cuisse du côté gauche, et dans la région lombaire du même côté. Cette douleur a augmenté assez rapidement d'une manière sensible. La malade a été obligée de se mettre au lit; elle a ensuite consulté un médecin qui l'a saignée et lui a fait prendre des boissons émollientes avant son admission à l'hôpital.

(1) Bullet. d'avril 1842.

Le 23 juin, la malade éprouve de la douleur dans la région iliaque gauche, où l'on sent une tumeur assez volumineuse arrondie, présentant à peu près les dimensions d'un œuf. La douleur se propage dans la cuisse et la jambe gauche; ce membre est fléchi sur le bassin; la malade ne peut pas l'étendre sans éprouver de vives souffrances; il y a des maux de tête, surtout dans l'après-midi; de l'inappétence, de l'insomnie, des envies de vomir fréquentes, une soif ardente; la peau est chaude, sèche; le pouls est fréquent, assez développé; il y a de la toux; à l'auscultation on entend dans toute l'étendue de la poitrine un râle sibilant très fort.

Hier soir, 22, vingt sangsues sur la région iliaque gauche. Aujourd'hui, trente autres sangsues à la même place; lavement émollient.

Le 24, le ventre est très douloureux à la pression; cette douleur se propage également dans la cuisse, qui a conservé sa position fléchie; on sent la tumeur, qui ne paraît pas s'être accrue. Il y a eu plusieurs selles. La malade accuse une grande faiblesse; le pouls est encore fréquent et plein; la peau chaude et sèche; il y a eu un paroxysme fébrile assez intense le soir. La soif est ardente, mais la malade éprouve des coliques et des nausées, chaque fois qu'elle boit. Vingt sangsues; lavement émollient; deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 25, élancemens dans la fosse iliaque gauche; douleur à la pression; du reste il y a un peu d'amendement dans les autres symptômes. Frictions avec onguent napolitain, 8 grammes; cataplasmes (*bis*) sur le ventre (*bis*).

Le 26, moins de douleur dans le ventre, même à la pression; la tumeur de la fosse iliaque a augmenté de volume d'une manière sensible; la cuisse est plus fléchie sur le bassin que les jours précédens; la malade y ressent des douleurs assez fortes et ne peut l'allonger. Paroxysme fébrile le soir. Même prescription.

Le 27, la tumeur paraît avoir un peu diminué; il y a eu quatre selles très liquides dans la journée, où l'on n'a pas trouvé de traces de pus. Paroxysme fébrile le soir. Mais le pus n'est pas très fréquent. Même prescription; on donne du bouillon.

Le 28, il n'y a plus de douleur dans le ventre; cependant la fosse iliaque gauche est encore un peu sensible à la pression; la tumeur a diminué considérablement. Pas de paroxysme hier soir. Deux selles liquides sans traces de pus. Catataplasmes, potages.

Le 29, plus de douleur dans le ventre, même à la pression; la tumeur est bien diminuée; elle n'est plus douloureuse; la malade s'inquiète beaucoup de ne pouvoir étendre la cuisse, quoique ne souffrant plus. Il y a encore de la fièvre. Selles liquides contenant du pus, au dire de la malade. Cataplasmes, potages.

Le 30, cette femme est morte à sept heures du matin. Après avoir passé une bonne nuit, elle été prise tout à coup d'accidens graves qui l'ont enlevée rapidement au moment où l'on se flattait d'une prochaine guérison.

Autopsie. — A l'autopsie, qui fut faite le jeudi matin 31, on trouva à la surface du péritoine, au niveau du bord interne du colon descendant une ulcération de la longueur et de la forme d'une pièce de dix sous; cette ulcération communiquait avec un vaste foyer, occupant presque toute l'étendue de la fosse iliaque gauche. Ce foyer contenait une matière liquide, rougeâtre, ayant à peu près la couleur du chocolat à l'eau. Les fibres du muscle psoas étaient disséquées jusque dans la région lombaire; en haut et inférieurement, le foyer s'étendait dans l'épaisseur du psoas jusque dans la partie supérieure de la cuisse.

En examinant avec soin la portion du colon descendant qui correspondait au foyer, on trouva une perforation ronde ayant l'étendue d'une pièce d'un franc; cette portion de l'intestin contenait une matière semblable à celle qui existait dans le foyer: le rectum n'en contenait pas du tout.

Il faut remarquer que, malgré la communication qui existait entre la surface du péritoine et le foyer, il n'y avait aucune trace d'épanchement ni d'inflammation de cette membrane.

Au moment où l'on fit la section du ligament rond du côté droit pour examiner l'utérus, il s'échappa une assez grande quantité d'un pus phlegmoneux assez épais; ce pus était contenu dans un foyer qui s'étendait depuis le corps de la matrice jusqu'à l'intérieur du canal inguinal. Du reste, les parois de ce viscère étaient saines.

Les autres organes ne présentaient pas d'altérations. Le crâne n'a pas été ouvert. (1)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 4 août 1842.

A trois heures, M. Moret, vice-président, occupe le fauteuil. — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Le compte-rendu de la dernière séance ne l'ayant pas mentionné, M. Nauche demande qu'il soit consigné dans celui-ci: que c'est au moyen des *mouchetures urétrales* que M. Guillon a ajoutées au traitement des rétrécissemens de l'urètre, que la personne examinée par la commission, avant et depuis la guérison, a été débarrassée des rétrécissemens qui entretenaient les quinze fistules urinaires dont elle était affectée depuis une trentaine d'années, et pour la guérison desquelles la cautérisation avec différentes substances avait été employée plus de cent fois et toujours sans succès. — Il demande également qu'il soit exprimé que, conformément au désir de la commission, M. Guillon a donné, au bout d'un an, des nouvelles de cette même personne, et qu'une lettre lue par M. Serrurier constate que la guérison des coarctations urétrales et des quinze fistules urinaires s'est parfaitement maintenue.

Correspondance. — Histoire d'une épidémie variolique qui a régné à Montigni-sur-Aube. (M. Terrier, rapporteur.) — Lettre de M. Peysson, médecin de l'hôpital militaire de Lyon, et auteur d'une brochure où il vante l'efficacité constante de la saignée dans le traitement de la dysenterie et de la colite, en réponse à un rapport du docteur Nepple, chargé de rendre compte de l'ouvrage où cette doctrine se trouve consignée.

(1) Cette observation a été recueillie par M. Moutard-Martin, élève externe du service.

— *M. Emm. Rousseau* fait passer sous les yeux de la Société une vésicule biliaire atrophiée, et renfermant dans son fond plusieurs détritus de calculs biliaires; le canal cholédoque avait éprouvé une déchirure qui, en 24 heures, a déterminé la mort. On apercevait sur le péritoine les traces d'une inflammation ancienne; l'épiploon était parsemé de plaques tuberculeuses. Depuis cinq ans, le sujet sur lequel ont été prises ces pièces anatomiques éprouvait les symptômes d'une colique hépatique chronique; de temps à autre il rendait des calculs biliaires. En pressant sur l'abdomen et principalement sur la région occupée par le foie, la douleur était diminuée, probablement par le déplacement du calcul.

M. Nauche rappelle un fait qui offre quelque analogie avec celui rapporté par M. Em. Rousseau. Notre confrère fut appelé il y a cinq ans par la veuve d'un médecin qui éprouvait des douleurs intenses dans l'abdomen et surtout à la région du foie; les urines déposaient en se refroidissant un sédiment épais, jaunâtre, formé probablement par l'union des acides urique et rosacique. La teinte jaunâtre du blanc de l'œil, celle répandue sur toute la peau et la commémoration d'accidens analogues éprouvés déjà par la malade, lui firent considérer cette affection comme le résultat de coliques hépatiques, provenant elles-mêmes de la présence de calculs dans les voies biliaires. On en acquit la certitude en plaçant les matières stercorales sur un tamis clair; et en les lavant à grande eau, on trouva de ces calculs du volume d'un pois.

Une circonstance remarquable dans cette observation, c'est qu'en percutant l'abdomen en différens sens on faisait cesser la douleur pendant un temps plus ou moins long, ce qui tenait probablement au déplacement des calculs. M. Nauche combattit ces coliques par les boissons adoucissantes, la saignée, les bains, les laxatifs. Il prescrivit, pour prévenir leur retour, le suc exprimé de carottes à la dose de 125 grammes, avec addition de 5 à 6 gouttes d'huile essentielle de térébenthine rectifiée par chaque tasse de cette boisson. Il croit avoir retiré de meilleurs effets de l'huile de térébenthine donnée ainsi que de celle qu'on unit à l'éther suivant la méthode de Durande. Il conseilla les eaux de Vichy, source de l'hôpital, et de temps en temps des purgatifs avec le calomel, la rhubarbe ou le séné, qui ont une action bien plus marquée sur les organes biliaires que la plupart des autres purgatifs.

La malade n'ayant suivi que fort imparfaitement ces moyens fut reprise de ses coliques huit mois après. M. Nauche retira de nouveau les meilleurs effets de la percussion sur l'abdomen, même pendant les plus grandes douleurs. La malade suivit ensuite avec plus de régularité le traitement qui lui avait été prescrit, et depuis trois ans elle ne s'est plus ressentie de ses coliques.

— *M. Sorlin* rend compte d'un mémoire manuscrit sur la phlegmasia alba dolens, envoyé à la Société par le docteur Varlet, afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

Notre confrère, après s'être livré à de hautes considérations médicales où nous regrettons de ne pouvoir le suivre, arrive à la description des symptômes de la maladie et à l'énumération des causes qui ont pu la produire.

Cette tuméfaction sans coloration de la peau affecte ordinairement un des membres pelviens, jamais les deux à la fois; mais le gonflement peut occuper tout un côté du corps, la face et le cou exceptés. Cette maladie survient ordinairement après l'accouchement, mais cette condition n'est pas absolument nécessaire, et on l'a observée chez des femmes à d'autres époques; des hommes même en ont été quelquefois atteints.

M. Varlet, fait observer notre confrère, n'a vu la maladie que deux fois, et il en a pris occasion de faire une monographie incomplète, mais remarquable cependant sous bien des rapports.

Cette maladie, qui n'est bien décrite que par White, au commencement du dix-huitième siècle, laisse encore les médecins dans une grande incertitude quant à son siége, aux causes qui la produisent et à la médication qu'on peut lui opposer. Faut-il attribuer son apparition à la pression de la tête de l'enfant sur les vaisseaux du bassin? C'est l'opinion de M. Varlet et celle de M. Velpeau, qui rapporte trois faits dont M. Varlet ne parle pas, et qui cependant viennent à l'appui de son opinion. Est-ce une phlebite, une inflammation puerpérale? La maladie est-elle rhumatismale, nerveuse? A-t-elle son siége exclusif dans le tissu cellulaire, dans l'aponévrose fascia lata? Vient-elle après l'écartement qu'éprouvent les pubis? M. Sorlin examine, discute longuement la valeur de chacune de ces assertions, mais son esprit exact ne conclut pas, parce qu'effectivement il est bien difficile de le faire avec connaissance de cause.

Au moment où il déclare qu'on ne peut regarder cette maladie comme le résultat d'une affection nerveuse parce qu'il y a tuméfaction, M. Ch. Masson fait observer que, sans avoir plus que le rapporteur, d'opinion sur la nature et les causes de cette maladie, il ne peut admettre cette explication; car, dans la migraine, dit-il, il y a souvent gonflement des glandes sous-maxillaires, et personne n'ignore que dans l'irritation du nerf dentaire il survient une tuméfaction considérable de la joue connue sous le nom de fluxion.

Quant au traitement à suivre, il doit se ressentir de l'incertitude où on se trouve sur le siége de la maladie et sur ses causes. Au début, M. Varlet la combat par les antiphlogistiques; plus tard, il fait la guerre aux symptômes.

M. Sorlin termine en concluant à ce que des remerciemens soient adressés à M. Varlet pour son honorable travail, et à ce qu'il soit fait droit à sa demande.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

— *M. Guillon.* Chez les jeunes femmes, je fais faire, comme vous le savez, des injections de cataplasmes dans le vagin dans le double but de combattre l'inflammation du col utérin, celle du vagin, et aussi pour modifier les écoulemens qui se font par ces organes, écoulemens très acides, capables de tuer les animalcules spermatiques et, par suite, de causer la stérilité.

J'ai adopté depuis quelque temps un moyen simple et facile de retenir dans le vagin ces cataplasmes, que je n'introduis au reste que lorsque la femme est couchée, et après avoir vidé le rectum par un lavement, s'il y a constipation.

Je prends de la gaze *à cinq sous le mètre*, je la roule, je ferme l'extrémité supérieure de ce cylindre, celle qui doit être placée profondément; je traverse de deux anses de fil faufilé la partie la plus extérieure, j'introduis alors deux cuillerées d'un cataplasme composé d'une bouillie de fécule de riz ou de pommes de terre, le sac se distend, je le ferme au moyen des anses de fil, et par ce moyen le cataplasme demeure toute la nuit sans incommoder la femme.

M. Serrurier. On ne peut qu'applaudir à la composition de ces cataplasmes, car l'application de la farine de graine de lin a nu donne lieu souvent à des érysipèles, et après l'avoir appliquée sur des yeux malades, j'ai vu survenir des ophthalmies graves.

M. Eguisier pense que les émolliens appliqués sur les membranes muqueuses déterminent des inflammations après un certain temps, et il cite en preuve l'inflammation vaginale qui est souvent causée par leur usage. M. Guillon croit que ces inflammations ne sont dues qu'à la mauvaise qualité de la farine de graines de lin, à l'huile âcre et rance qu'elle contient très souvent.

— Sur la demande d'un des membres de la Société, il est décidé à l'unanimité qu'une commission rédigera un projet d'adresse à Sa Majesté à l'occasion du funeste événement du 13 juillet. (*Voir* le dernier compte-rendu.)

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi des saignées générales dans le cas de dysenterie.

M. le docteur Peysson, médecin militaire à Lyon, a pu se convaincre depuis plusieurs années des avantages incontestables que présentent les saignées générales sur les autres modes de traitement employés jusqu'ici pour arrêter dans son cours la dysenterie, cette affection si rapidement mortelle dans les grandes réunions d'hommes. En 1840, par exemple, pendant une épidémie qui régna parmi les troupes de la garnison, il a pu recueillir plus de trois cents exemples de guérisons obtenues à l'aide de cette méthode de traitement aussi simple que facile.

M. Sénac, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon, a obtenu deux succès remarquables en recourant aussi dans sa pratique à cette même médication. Malgré la faiblesse extrême dans laquelle ses malades se trouvaient plongés par suite des déjections alvines multipliées et des souffrances dont elles étaient accompagnées, il n'hésita pas à recourir à une abondante saignée du bras, et les résultats furent si heureux qu'une seconde évacuation sanguine ne fut pas jugée nécessaire. Tous les accidens furent en quelque sorte suspendus immédiatement, et la guérison ne se fit pas long-temps attendre. D'ailleurs, ce praticien affirme que les nombreux succès de M. Peysson, dont il a été témoin, l'ont rendu tellement certain de l'heureuse efficacité de la saignée générale dans la dysenterie isolée ou compliquée d'autres phlegmasies récentes ou anciennes, qu'il n'aurait pas balancé un instant à réitérer la phlébotomie dans ces deux cas, si la première n'avait fait que soulager les malades.

(*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, 1842.)

Cautérisation du larynx dans la phthisie laryngée commençante; par M. le docteur HASSE, de Kœnigsberg.

Des médecins français et anglais ont, comme on le sait, proposé la cautérisation des amygdales, du pharynx, de l'épiglotte, de la glotte et du larynx au début de la phthisie laryngée, avec une solution concentrée de nitrate d'argent. M. le docteur Hasse, qui a eu plusieurs fois l'occasion de recourir à cette pratique, en vante les heureux effets. Il s'est servi d'une solution préparée d'abord avec 2 grammes, puis avec 4 grammes de nitrate pour 8 grammes d'eau, et il a procédé à l'application de ce liquide à l'aide d'une tige recourbée en demi-cercle à l'une de ses extrémités, et munie à cette même extrémité d'une petite éponge fine, du volume d'un pois, et fixée solidement.

Cette cautérisation, qui s'exécute avec la plus grande facilité, n'excite ordinairement qu'une légère sensation de chaleur locale, et à peine un peu de toux; elle diminue l'enrouement, l'expectotation et la fièvre.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 26.)

Nouvelle préparation des cataplasmes.

Depuis quelque temps, sur la proposition de M. Durand, pharmacien des hospices à Caen, on a substitué, dans l'Hôtel-Dieu de cette ville, un nouveau cataplasme à celui de farine de lin. Voici les motifs qui l'ont engagé en proposer l'emploi et qui en ont déterminé l'adoption

1° Le cataplasme de farine de lin ne présente pas assez de légèreté; il est souvent même, pour la partie malade, d'un poids fort incommode.

2° Il a l'inconvénient de sécher trop promptement et n'entretient pas assez long-temps la moiteur de la peau.

3° Il occasionne souvent des éruptions qui, dans certains cas, pourraient n'être pas sans danger, etc.

La farine de lin, en un mot, fût-elle toujours parfaitement pure, ne répondrait aux besoins du malade au vœu du médecin que d'une manière imparfaite.

Or, cette substance ne se trouve guère dans le commerce à l'état de pureté naturelle; elle est souvent mélangée de tourteau ou d'autres produits dont l'action n'est que trop propre à paralyser celle du médicament, ou à produire un effet entièrement contraire. Ordinairement préparée de vieille date, elle a perdu, quand on l'emploie, sa propriété émolliente.

Le nouveau cataplasme n'offre aucun de ces inconvéniens et réunit tous les avantages de celui de farine de lin. Léger, doux à la peau, onctueux, d'une application facile, composé d'un pur mucilage, il n'affecte jamais l'épiderme, ne produit jamais d'irritation; il coûte quatre fois moins, et s'emploie aisément dans toutes les circonstances, puisque les élémens purs s'en trouvent partout.

On le prépare en faisant bouillir un kilogramme de graine de lin entière dans vingt litres d'eau commune, jusqu'à ce que le mucilage ait acquis dans l'état d'ébullition, la consistance et la viscosité du blanc d'œuf. On mêle ensuite à la liqueur, avec soin, quatre ou cinq centigrammes de son et l'on fait chauffer le tout quelque temps encore, afin que le son soit entièrement pénétré.

Déjà plusieurs établissemens importans ont adopté ce nouveau procédé et s'en trouvent très-bien.

(*Journ. de Chim. méd.*, août 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Poudre dentifrice blanche des Anglais.

Les anglais emploient souvent la préparation suivante comme poudre dentifrice :

Pr. Craie blanche de Champagne, bien séchée, 3 grammes.
Camphre en poudre extrêmement fine, 1 id.

On mélange bien intimement par trituration, puis on renferme dans un flacon de verre qui bouche hermétiquement.

Journ. de Pharm. et de Chim.; août 1842.

Nous pensons qu'il serait avantageux d'ajouter à cette préparation une certaine quantité de sulfate de quinine; l'action exercée par ce sel sur les gencives ne pourrait qu'ajouter beaucoup à l'action de la poudre. La dose qui nous paraîtrait convenir le mieux serait celle de vingt-cinq à cinquante centigrammes pour les quantités indiquées plus haut.

Note sur la production de l'ergot; par M. HOFFMANN.

Pendant le cours de l'été de 1841, M. Hoffmann a trouvé de l'ergot, parfaitement formé et long d'environ 14 millimètres, sur une tige d'alpiste (*Phalaris canariensis*, L.), qui avait poussé d'elle-même. Ce fait, qui semblerait indiquer que l'ergot appartient à toutes les plantes qui composent la nombreuse famille des graminées, mériterait bien d'attirer l'attention et de provoquer des observations ultérieures. Il serait intéressant surtout de rechercher si l'ergot des diverses espèces de graminées possède ou non des propriétés physiologiques analogues à celles qui distinguent l'ergot du seigle et l'ergot du maïs. (*Ibid.*)

FAITS DIVERS.

Corps étranger porté dans l'estomac et rendu par les selles au bout de trois semaines; observation recueillie par M. le Dr JANKOWICH, de Ofen.

Le 13 novembre 1841, M. Jankowich fut appelé pour donner des soins à un petit garçon de trois ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'alors, et qui venait probablement d'avaler un corps étranger. On avait été conduit à admettre cette supposition parce qu'il s'était plaint d'éprouver une sensation d'étranglement, comme s'il s'était trouvé dans l'œsophage un corps qui ne pût traverser ce conduit. Du reste, on ne pouvait rien tirer du petit sujet qui était entouré de joujous et exclusivement occupé d'eux.

Le médecin se borna à prescrire un régime diététique sévère, et conseilla d'examiner attentivement les matières qui seraient rendues par les selles.

Mais, dès le soir, l'enfant eut des vomissemens d'un liquide séro-muqueux, et un mouvement fébrile dans la nuit. Le lendemain, la fièvre augmenta, les vomissemens persistèrent: le médecin ordonna un lait d'amandes pour boisson.

A partir de ce jour, il n'y eut plus d'évacuations alvines. Les jours suivans, il se manifesta de véritables symptômes d'hydrocéphale aiguë; de sorte qu'il devint indispensable de recourir aux sangsues, aux fomentations froides, aux lavemens et aux purgatifs.

Le 20, l'état s'améliora; il survint une diarrhée séreuse (quatre à six selles par jour); d'ailleurs, le pouls restait toujours fébrile. De temps en temps, le petit malade poussait des cris subits et se plaignait alors d'éprouver de violentes coliques, mais sans pouvoir préciser le point où les douleurs se faisaient plus particulièrement sentir.

Le médecin, qui ne pensait plus alors à la présence d'un corps étranger dans les voies digestives, considéra l'état actuel comme une conséquence de l'affection cérébrale qui avait existé précédemment et comme une suite du traitement qui avait été dirigé contre elle. C'est pourquoi il ordonna une décoction de salep acidulée avec l'acide sulfurique dilué.

Le 3 décembre, l'enfant fut atteint de nouveau d'un fort dévoiement, et, au milieu d'une évacuation, il sortit par l'anus une vis en bois d'un violon d'enfant: cette vis était infecte et à moitié pourrie. Peu à peu, le petit malade recouvra la santé.

(*Oesterr. med. Wochenschrift*, 1842, n. 8.)

Salivation déterminée par l'emploi à l'intérieur d'une préparation arsenicale. Observation recueillie par M. le docteur G. JONES.

Une femme de 46 ans était affectée d'un flux menstruel incessant, et la persistance de cet écoulement avait occasionné une extrême débilitation.

M. Jones, consulté au sujet de cet état morbide, prescrivit la mixture suivante :

Pr. Liqueur arsenicale, 12 grammes.
Alcoolat de lavande, 4
Mêlez par agitation.

La malade devait en prendre sept gouttes trois fois par jour, dans une tasse d'eau sucrée. Au bout de quinze jours de cette médication, la ménorrhagie se transforma en un écoulement de nature muqueuse; mais en même temps il survint une salivation considérable, avec tuméfaction des gencives, ulcérations de la membrane muqueuse de la cavité buccale, etc., et ces divers accidens allèrent même en s'augmentant, parce que la malade continua, de son chef, à faire usage de la mixture arsenicale précédemment indiquée. Enfin, M. Jones fut consulté de nouveau pour ce ptyalisme, et il en débarrassa la malade dans l'espace de dix jours, en lui faisant prendre des sels catarthiques amers aiguisés d'acide sulfurique affaibli et de petites doses de nitrate d'argent fondu, moyens auxquels il adjoignit l'usage d'un collutoire préparé avec une solution aqueuse de chlorure de sodium.

(*London méd. Gaz.*, t. XXVI, p. 266.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 22 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 113, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Leçons sur l'éclampsie. — Traitement local.

Quatrième et dernier article.

1° *Avant le commencement du travail.* — Dans les précédentes leçons nous avons supposé l'éclampsie survenue avant le terme de la grossesse; aussi n'avons-nous parlé jusqu'à présent que du traitement général. Nous allons aborder maintenant la question du traitement local, c'est-à-dire celui qui est applicable au terme de la grossesse.

On a dit que si le travail ne se déclarait pas lorsque les convulsions éclamptiques se manifestent au terme de la grossesse, il fallait hâter l'accouchement par des moyens artificiels. Je ne vois pas que cette question très grave ait été étudiée sous un point de vue convenable. Si l'accouchement prématuré peut être mis en usage, je crois que ce n'est que dans un très petit nombre de cas qu'il est important de bien déterminer. D'abord le plus souvent le traitement général, convenablement dirigé, suffit pour faire cesser les convulsions et permettre à l'accouchement de se faire naturellement et sans accident au temps opportun. Mais je suppose qu'il n'en soit pas ainsi, voyons dans quelles circonstances l'accouchement prématuré pourra être nécessaire.

Les convulsions, ai-je dit, peuvent cesser sous l'influence du traitement; elles peuvent cesser spontanément, ou bien elles peuvent persister, mais à un degré trop faible pour qu'il en résulte un trouble considérable dans l'état de la femme, et par conséquent aucune imminence qui oblige à recourir à l'accouchement prématuré. Dans les cas, au contraire, où elles sont très graves, tout le système musculaire entrant en contraction, l'utérus lui-même, participant à cet état général, se contracte énergiquement, et l'accouchement a lieu d'une manière naturelle. Dès-lors toute intervention active de l'art est inutile. Ce n'est donc que dans les cas où les convulsions déterminant des accidens très graves, le travail ne se déclarerait pas, qu'il devient nécessaire d'agir et de provoquer l'accouchement. Voyons alors quels sont les procédés auxquels on devra avoir recours.

Une première manière est celle d'Hamilton, qui consiste à décoller les membranes. Mais ce procédé peut-il suffire lorsque le danger est imminent et qu'il est nécessaire de délivrer la femme au plus tôt? Non; car le résultat de cette manœuvre peut se faire attendre et venir trop tard pour la mère et pour l'enfant.

Un autre procédé est la rupture des membranes à l'aide d'une sonde. Mais cette pratique a un grand inconvénient. Si l'enfant se présentait dans une position défavorable, elle pourrait devenir dangereuse: elle n'est donc applicable que dans les cas où l'on aurait constaté d'avance une bonne présentation de l'enfant. Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que la rupture des membranes amenât immédiatement le résultat désiré. Il s'écoule toujours un temps plus ou moins long et qui n'est pas quelquefois moindre de six, huit ou dix heures même, entre le moment où l'on a opéré cette rupture et celui de l'accouchement. Ce procédé présente donc, sous ce rapport, le même inconvénient que le précédent.

On a proposé un troisième ordre de moyens: la dilatation artificielle du col et les moyens mécaniques irritans propres à provoquer la dilatation de cet organe. Mais ces moyens offrent encore tous le même inconvénient. Les moyens dilatans ont en outre le très grave inconvénient d'irriter, d'exciter, de provoquer de la douleur et de produire souvent un résultat tout opposé à celui qu'on en attend, c'est-à dire une contraction spasmodique du col.

Cependant quelques-unes de ces manœuvres peuvent être utiles non pas dans le sens qu'on se l'était proposé, mais dans certaines conditions particulières exceptionnelles. Par exemple, qu'il y ait une grande ampliation de l'utérus par l'accumulation d'une grande quantité de liquide, circonstance qui contribue, comme on le sait, à la production des convulsions éclamptiques, la perforation des membranes, en désemplissant en partie l'utérus, pourra déterminer la cessation ou au moins l'amendement des convulsions; mais ce sera par le fait même de l'évacuation d'une partie du liquide contenu dans la matrice et non en provoquant un accouchement prématuré.

2° *Traitement des convulsions ayant lieu lorsque le travail est commencé.* — Le commencement du travail peut donner quelques indications particulières. Il peut, à cet égard, se présenter deux conditions, savoir: ou que le travail soit à peine commencé et l'orifice non dilaté, ni dilatable, ou bien que le travail soit assez avancé pour que l'orifice soit dilaté ou dilatable. La première condition nous replace dans le cas que nous avions précédemment supposé, c'est-à-dire du travail non commencé. Il faut cependant tenir compte de l'état de contraction dans lequel est déjà entré l'utérus. Cette dernière circonstance joint une indication nouvelle à celle du traitement général. On peut, dans cette circonstance, par le traitement local, se proposer un double but: rendre les contractions de l'utérus plus énergiques, ou bien déterminer ou activer la dilatation du col. On emploie dans ce dernier but les injections, les vapeurs émollientes sur le col de l'utérus, les demi-bains émolliens, l'extrait de belladone, l'introduction du doigt, et l'incision. Voyons quelle est la valeur de chacun de ces moyens en particulier.

Disons d'abord que les injections, les vapeurs et les demi-bains sont des moyens trop peu puissans pour qu'on puisse compter sur leur efficacité. C'est quelquefois un moyen de gagner du temps, de faire prendre patience à la malade, de lui inspirer du courage; et pendant qu'on les met en œuvre le travail se déclare, et avec l'accouchement se terminent naturellement les convulsions. Ce sont, par conséquent, des moyens inoffensifs qu'il peut être bon d'employer dans des circonstances seulement telles que nous venons de les supposer, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas imminence de péril et qu'il ne s'agit que de gagner du temps; mais on ne saurait compter sur ces moyens lorsque l'indication est urgente.

Extrait de belladone. Il n'est pas douteux que dans certains cas la belladone hâte la dilatation du col. Sous ce rapport, l'application de l'extrait de belladone peut avoir quelque efficacité; mais son emploi exige de la prudence, car, administrée à une dose trop élevée, elle peut produire des accidens narcotiques.

L'introduction de quelques doigts dans la vue de favoriser la dilatation de l'orifice, est un procédé que je blâme parce qu'il produit le plus souvent un résultat contraire à celui qu'on en attend. Le col de l'utérus, au lieu de se dilater, se contracte par suite de l'irritation que provoque cette manœuvre. C'est donc une pratique plus préjudiciable qu'utile.

Dilatation par incision. J'ai quelquefois recouru à ce moyen avec succès, et il ne m'a pas paru avoir les inconvéniens qui lui ont été reprochés par madame Lachapelle; je ne crois pas, comme le dit cet auteur, qu'il y ait à craindre que l'incision s'étende par déchirure des tissus voisins, et qu'elle aille jusqu'à compromettre le corps de l'utérus. Cet accident est plus souvent produit par l'introduction de la main, qu'il ne résulte de l'incision dont il s'agit. Toutefois, si ce moyen n'a pas autant d'inconvéniens qu'on l'a prétendu, je crois qu'il impose beaucoup de réserve; on ne pourrait l'employer indistinctement dans tous les cas, son usage exige quelques indications particulières. Je vais, par un exemple, donner une idée des cas où il conviendrait d'y avoir recours: Chez une femme en travail, l'orifice de l'utérus était incomplètement dilaté, et offrait une rigidité considérable qui ne permettait pas d'espérer que la dilatation pût se faire promptement et d'une manière naturelle; en un mot, il n'était plus possible de terminer l'accouchement par les moyens ordinaires; mais en même temps l'utérus était très bas, l'orifice très rapproché de la vulve, il était résistant, mais aminci. Trouvant là les conditions favorables à cette opération, j'introduisis, pour l'exécuter, un petit bistouri boutonné à l'aide duquel je pratiquai deux incisions, l'une à droite, l'autre à gauche. Ces incisions s'agrandirent par le fait des contractions de l'utérus et par l'engagement de la tête, assez pour qu'il fût possible d'introduire le forceps, et l'accouchement fut terminé heureusement pour la mère ainsi que pour l'enfant. On remarquera les particularités de ce fait: chez la femme dont je viens de parler, l'utérus était très bas, l'orifice aminci, rapproché de la vulve et par conséquent facilement accessible à l'instrument. Mais si l'on rencontrait des conditions contraires, si l'on avait affaire à un cas où la tête fût placée au-dessus de l'excavation du bassin, non-seulement l'incision en question ne serait pas praticable, mais on ne pourrait même pas appliquer le forceps.

Moyens d'activer les contractions utérines. Le seigle ergoté a été préconisé dans ce but, et il devait l'être naturellement. Pour moi, je n'ai jamais eu l'occasion de l'employer dans des circonstances pareilles; mais il m'a paru qu'on ne devait y recourir qu'avec un grand discernement. Le seigle ergoté conviendra sans doute dans les cas où l'orifice est dilaté ou dilatable; mais dans les conditions contraires, son emploi serait dangereux. Le seigle ergoté, vous le savez, produit des contractions qui ne sont point intermittentes comme les contractions naturelles, mais continues, incessantes; ce serait là un grand inconvénient, car il serait à craindre que ces contractions ne fissent qu'accroître le mal.

Voyons quel est le traitement auquel on devra avoir recours lorsque le travail est commencé, mais qu'il n'est pas suffisamment avancé pour terminer l'accouchement.

M. Velpeau attache avec raison une grande importance à la déplétion de l'utérus. Les auteurs préconisent, les uns l'accouchement forcé, d'autres l'accouchement hâtif; M. Velpeau professe ce dernier précepte: c'est une question très grave. C'est sans doute un résultat désirable que la déplétion de l'utérus dans les cas d'éclampsie; mais ce résultat ne doit être obtenu que lorsqu'on peut le faire sans violence et sans produire un grand ébranlement. L'accouchement forcé nécessite l'introduction de la main à travers un orifice non encore suffisamment dilaté, et l'extraction d'un fœtus par une issue disproportionnée avec le volume de ce fœtus. On conçoit aisément que toutes ces violences ne doivent avoir d'autre résultat que d'accroître les convulsions.

Supposons maintenant d'autres conditions; l'éclampsie survenant lorsque l'orifice de l'utérus est dilaté ou dilatable. Si le travail avance graduellement, si l'orifice se dilate au fur et à mesure qu'ont lieu les contractions de l'utérus, laissez les choses marcher naturellement. Cependant si le travail a lieu avec lenteur, et qu'il n'y ait point d'obstacle à l'introduction du forceps, il y aurait de l'avantage à recourir à l'emploi de cet instrument; mais si la tête du fœtus était trop élevée pour qu'on pût se servir aisément du forceps, il vaudrait mieux attendre et laisser aller le travail.

M. Velpeau dit que dans des circonstances semblables, si le forceps ne peut être appliqué à cause de la hauteur à laquelle est placé l'utérus, il faut faire la version. Ce conseil, à notre avis, n'est pas prudent; le choix entre ces deux moyens ne saurait être douteux: dût-on attendre un peu afin de saisir le moment où l'introduction du forceps serait possible, il vaudrait beaucoup mieux encore agir ainsi que de recourir à la version. Notre opinion est motivée sur les résultats produits par l'un et l'autre de ces moyens. L'expérience nous a appris, en effet, que les applications du forceps sont généralement moins fâcheuses par leurs résultats que la version.

Il est des conditions particulières qui peuvent modifier les indications. Je suppose que l'on ait affaire à une présentation des fesses; les manœuvres devraient, en effet, être modifiées par cette circonstance; il en serait de même pour une présentation de l'épaule ou du dos. Il serait, dans tous ces cas, indispensable de recourir à la version.

Je n'ai parlé jusqu'à présent du traitement qu'en supposant l'éclampsie déjà déclarée; mais vous savez que les attaques d'éclampsie peuvent, dans quelques circonstances, être prévues. Nous distinguons à cet égard deux cas:

Premier cas. Je suppose une femme enceinte infiltrée ou pléthorique, que cette femme éprouve de la céphalalgie, du trouble dans la vue, des vertiges, etc.; ces symptômes seuls sont très significatifs, surtout dans le cas d'infiltration. Lorsqu'ils se présentent on a tout lieu de craindre l'explosion de convulsions éclamptiques. On sent, dans ce cas, l'importance d'un traitement préventif; les saignées, les purgatifs, pourront être, à ce titre, mis en usage avec quelque chance de succès.

Second cas. Une femme grosse a déjà eu des attaques d'éclampsie dans de précédentes grossesses. Ces précédens peuvent faire craindre que l'éclampsie se déclare de nouveau dans les mêmes conditions. Je dois dire cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que, loin de constituer la règle, ces récidives ne sont au contraire que des exceptions; mais ces exceptions pouvant se présenter, il faut en tenir compte et user des moyens préventifs. Ces moyens sont la saignée si l'on a affaire à une femme pléthorique, et même si elle est lymphatique, le régime. La plupart des auteurs sont d'avis que le régime doit être restreint, sévère, et consister principalement dans une alimentation peu substantielle.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. VIDAL.

Varicocèle. — Modifications du procédé opératoire de M. Reynaud, de Toulon.

Toutes les méthodes et procédés opératoires proposés contre les varices en général, ont été appliquées au varicocèle. La cautérisation avec des fers minces et pointus ou avec des agens chimiques, la ligature, l'excision, l'incision, et même, dans quelques cas, l'extirpation du testicule, employées séparément ou combinées entre elles, ont été tour à tour préconisées. Cependant, les dangers de la plupart de ces opérations n'avaient pas tardé de fixer l'attention des chirurgiens; et comme le varicocèle ne constitue, dans la très grande majorité des cas, qu'une infirmité plus ou moins désagréable, on n'avait pas tardé de l'abandonner à lui-même, et de le classer au nombre des maladies incurables. Telle était encore l'opinion de Boyer et des chirurgiens de son époque, lorsque M. Breschet dirigea ses recherches sur ce point de médecine opératoire, et imagina un mode de traitement qui compte des succès, et qui ras-

sura les chirurgiens sur les dangers de ces sortes d'opérations. Dès-lors les praticiens se mirent à l'œuvre, et bientôt nous vîmes surgir un assez grand nombre de procédés plus ou moins ingénieux, plus ou moins efficaces. Ces procédés sont assez connus pour que nous nous dispensions de les exposer ici. Notre seule intention est de fixer de nouveau l'attention sur une modification que M. Vidal a apportée au procédé de M. Reynaud, et de rapporter quelques observations à l'appui.

On sait que le procédé du chirurgien de Toulon consiste à passer, à l'aide d'une aiguille courbe, un fil ciré derrière les vaisseaux, et à lier les deux bouts de ce lien sur une compresse épaisse et courte, ou sur un rouleau de diachylon.

Voici maintenant les diverses modifications que M. Vidal a apportées à ce procédé. La plupart de ces modifications ont déjà été exposées dans ce Journal; nous n'y reviendrons pas avec détails. (*Voir* le numéro du 5 mars dernier.)

M. Vidal a substitué au fil ciré un fil d'argent recuit de la grosseur d'une épingle fine. Ce fil métallique lui permet de serrer et de desserrer le cordon sans défaire le nœud. Au début de ses opérations, M. Vidal se servait, comme M. Reynaud, d'une aiguille courbe; aujourd'hui il se sert d'une aiguille tout à fait droite. En effet, on comprend que quand le paquet des veines est bien saisi par le pouce et l'index, en arrière, ces deux doigts ne sont séparés que par un très court espace, qu'on peut très bien franchir avec un instrument droit; la manœuvre est même alors plus facile. — M. Reynaud, dans l'intention de ne laisser aucune incertitude sur la section ou l'oblitération complète des vaisseaux du cordon, divisait la portion de peau que le fil avait laissée intacte. M. Vidal a supprimé ce temps de l'opération; quand, en tirant un peu sur les extrémités du fil, il comprend que les vaisseaux ont été complètement divisés, il se borne à retirer le fil.

Dans certaines circonstances, lorsque la récidive est à craindre, au lieu de passer un seul fil, M. Vidal en passe deux à deux pouces de distance. Le supérieur seul est noué et serré; l'autre, le plus voisin du testicule, n'est pas serré; c'est le fil d'*attente*. Le premier fil produit la tuméfaction des veines et l'engorgement de tout le paquet variqueux qui est au-dessous de lui. Si cet engorgement est considérable, suffisamment rénitent, M. Vidal ne serre pas le fil d'attente. Nous devons même ajouter que si l'inflammation s'allume vive, étendue, il enlève le fil et relâche aussi celui qui a été serré pour le resserrer de nouveau lorsque la phlegmasie a été dissipée par des moyens appropriés.

M. Vidal recommande de conserver le plus long-temps possible le fil d'attente; car, dit-il, après que le premier a coupé les veines, après que le noyau d'induration qui s'est formé sous lui se dissipe, si après ces phénomènes, et après avoir fait marcher l'opéré, on constate encore un état variqueux du cordon, une tendance à la récidive, alors on serre le bout de fil et on peut être certain de la cure radicale.

Nous ne dirons rien des avantages de ces modifications; nous savons que M. Vidal doit publier prochainement un travail sur ce sujet; nous en ferons connaître les principaux points. Nous dirons seulement que nous avons été témoin de plusieurs succès remarquables obtenus par ce chirurgien. En voici trois exemples que nous publierons sans commentaires.

Première observation. — Le 9 mai dernier est entré dans le service de M. Vidal, et couché au n° 3 de la salle 11, le nommé Poissons, âgé de vingt-trois ans. Cet homme est sellier et travaille assis depuis dix-huit mois; mais auparavant il marchait beaucoup. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse; il est d'une constitution un peu délicate, d'une force musculaire peu développée, d'une taille moyenne; ses cheveux sont blonds; il n'a pas de barbe.

Il dit n'avoir jamais fait d'excès de boisson. Depuis l'âge de seize ans jusqu'à l'âge de dix-huit il s'est livré à la masturbation avec passion. Après cette époque il a vu des femmes, mais il dit n'avoir fait aucun excès vénérien. Il mange habituellement peu; il n'a jamais éprouvé de constipation opiniâtre.

Il y a environ cinq mois, il prit des chancres à la couronne du gland; ces chancres se compliquèrent d'un bubon à gauche. Celui-ci suppura, et deux mois après il fut guéri; mais il resta dans l'aine un engorgement léger et indolore.

Il y a deux ans, le malade commença à s'apercevoir que le cordon testiculaire gauche était plus gros que le droit, et dans la progression il sentait comme une pression sur le testicule de ce côté. Rien dans son genre de vie ne peut expliquer le développement du varicocèle, à moins qu'on ne l'attribue aux marches forcées qu'il a été obligé de faire il y a plusieurs années.

Il y a un an le varicocèle était peu développé, et lorsqu'on l'examina pour la conscription il ne fut pas exempté; mais depuis cette époque la tumeur et la gêne ont beaucoup augmenté. Depuis qu'il a eu ses chancres le développement de la tumeur a pris une nouvelle extension et a marché beaucoup plus vite. Il y a quinze jours à peu près, le malade, qui n'avait jamais porté de suspensoir, a été forcé d'en prendre un, par la gêne qu'il ressent.

A la visite, M. Vidal trouva le cordon gauche gros, même lorsque le malade est encore dans son lit. Son volume est au moins quadruple de l'état normal. On sent en avant du canal déférent trois ou quatres masses pâteuses s'unissant entre elles de loin en loin par des cordons plus petits. Le malade souffre même lorsqu'il se lève pour aller dans la cour.

M. Vidal l'opère le 30 mai par son procédé.

Cette opération n'a rien présenté de remarquable. Dix minutes après le malade a ressenti une assez vive douleur dans le rein gauche, douleur qui ne tenait au point lié que par une espèce de tiraillement assez peu sensible.

Le 31, il existe une légère infiltration du scrotum. La douleur a beaucoup diminué; cependant le testicule est un peu douloureux.

Le 2 juin, l'infiltration du scrotum est plus marquée. La peau est rouge. La portion du cordon inférieure à la ligature est très empâtée. Il se forme un point d'induration autour de la ligature.

Le 6, les douleurs ont complètement disparu; l'infiltration est beaucoup moindre. Le malade est très satisfait. Le paquet variqueux est toujours volumineux au-dessous de la ligature. On enlève la compresse roulée sur laquelle le fil est noué; on sent alors que celui-ci est immédiatement sous la peau, et que les veines ont été complètement divisées. On retire le fil. On constate alors distinctement, au niveau de la section, un noyau dur du volume d'une petite noisette. Au-dessus, le cordon présente le même aspect que du côté opposé.

Le 8, une résolution notable s'est déjà opérée dans les parties indurées. Le malade n'éprouve aucune douleur.

Le 10, la résolution continue à faire des progrès. Le noyau correspondant à la ligature et qui semblait adhérer à la peau, s'éloigne de celle-ci et a diminué de volume.

Le 15, le malade se lève depuis deux jours et marche assez long temps, sans éprouver ni douleur, ni pesanteur, ni tiraillement du côté des bourses. Le paquet variqueux situé au-dessous de la ligature, est réduit au volume d'une petite noisette; le noyau d'induration n'offre plus que le volume d'un pois, totalement séparé du scrotum.

Le 17, le malade peut être considéré comme guéri; il demande à sortir. On lui donne son *exeat*.

Deuxième observation. — Le 26 mai dernier, fut couché au n° 20 de la salle 9, un maçon âgé de 26 ans, d'une taille élevée, d'une forte constitution. Cet homme n'a point de varices et n'a jamais été sérieusement malade. Il n'a pas l'habitude de boire beaucoup de vin et s'est enivré fort rarement; il a vu des femmes à l'âge de 20 ans, mais il n'a fait aucun excès vénérien; il s'est masturbé avec assez de passion de l'âge de 13 ans à celui de 15 ans; avant il n'avait pas eu cette habitude, et après 15 ans il ne s'est masturbé que fort rarement. Depuis son enfance il ne se souvient pas d'avoir eu ni diarrhée, ni constipation. Il y a deux ans, il a eu une orchite à la suite d'un écoulement. Il fut guéri après deux mois de traitement. Notons que cet homme a parcouru toute la France à pieds, à diverses reprises. Il y a huit mois, il n'avait encore rien ressenti vers les bourses. A cette époque, en montant un fardeau sur une échelle, il faillit tomber, se retint par un grand effort et ressentit une douleur à l'aine gauche, qu'il prit d'abord pour une hernie. Bientôt le cordon se gonfla un peu, dit-il, ainsi que le testicule, et il crut que de nouveau il allait avoir une nouvelle orchite. Mais le testicule ne grossit pas; bientôt la douleur aiguë disparut entièrement, et il ne resta plus qu'une douleur assez vive vers le soir, lorsque le malade avait fait beaucoup d'efforts. Il dit que depuis cette époque il n'a plus de goût pour les femmes, et qu'il accomplit le coït avec beaucoup de difficulté, quoiqu'il ne ressente aucune douleur pendant son accomplissement. Toujours, depuis cette époque, il a senti dans le cordon gauche du gonflement, surtout vers le soir.

A son entrée, on trouve le testicule gauche beaucoup plus gros que celui du côté opposé; il a, du reste, une forme assez régulière et sa consistance normale. Du reste, jamais il n'y a eu ni douleur, ni gêne. Le malade dit que son testicule droit a toujours été plus petit que le gauche. Le droit, en effet, est moitié moindre à peu près qu'un testicule naturel, et le gauche a certainement plus d'un tiers en sus du volume d'un testicule normal, ce qui fait une différence énorme entre les deux; différence qui, d'après le malade, aurait toujours existé. Le cordon testiculaire gauche est gonflé. Le matin cette tuméfaction est à peine prononcée; mais si l'on fait marcher le malade, le cordon acquiert environ un volume triple. Sa consistance est alors pâteuse; on sent deux ou trois cordons gros et roulans à la partie antérieure, et plus en arrière, une masse assez uniforme. Le malade a presque toujours, à cette partie, un sentiment de fatigue incommode; mais lorsqu'il a travaillé ou marché, il y sent une véritable douleur, et alors le testicule est douloureux, comme comprimé, et le malade est obligé de s'arrêter. Il n'a pas porté de suspensoir.

Le 30 mai, on procède à la ligature des cordons variqueux. Le malade s'est levé de bonne heure et a marché dans les salles toute la matinée; le cordon est bien gonflé. L'opération ne présente rien de particulier. On serre le fil d'une manière assez forte, et le malade n'éprouve qu'un sentiment de constriction locale peu intense, sans retentissement.

Le 31, la journée d'hier s'est passée sans rien de notable. La douleur locale s'exaspéra un peu trois ou quatre heures après l'application du fil; le testicule fut un peu douloureux aussi dans la soirée; mais ce matin la douleur, au niveau du fil, est moindre et il n'y a plus de douleur au testicule. Il n'y a eu aucune douleur à la partie supérieure du cordon; le fil est à 6 centimètres de l'anneau inguinal. Trois potions, repos au lit.

Le 2 juin, le malade ne souffre point, lorsqu'il est en repos. Pendant les mouvemens, il ressent un peu de cuisson sous le fil. Les bourses ne sont pas infiltrées; la partie inférieure du cordon est un peu dure.

Le 4, les bourses sont dans le même état qu'avant l'opération; il n'y a aucune douleur; on serre un peu le fil. Le malade va tous les jours à la selle et mange de très bon appétit.

Le 7, on retire le fil; la peau est presque entièrement coupée sous la compresse; il y a à peine un petit point dur au niveau de la ligature.

Le 10, il y a un léger point de sensibilité au point lié; la peau est entièrement cicatrisée, mais elle adhère encore au cordon.

Le 13, le cordon n'adhère plus à la peau; on sent comme un nœud au point où était le fil; la partie inférieure du cordon est encore dure mais peu volumineuse; on ne sent pas de gonflement à la partie supérieure. Le malade a marché depuis deux ou trois jours, et il a pu le faire sans douleur et sans que les parties aient augmenté de volume.

Le malade reste encore quelques jours dans l'hôpital; il reste levé et marche toute la journée. Le varicocèle ne se reproduit pas.

Le 18, le malade demande à sortir.

Troisième observation. — Le 28 juillet dernier, fut couché, au n° 17 de la salle 9, le nommé Pruneau (Léonard), terrassier, âgé de vingt-sept ans; taille moyenne, muscles très développés; cheveux blonds, peu abondans. Cet homme n'a pas fait d'excès pendant sa vie; il a été sobre de vin ou d'eau-de-vie; il ne *s'est pas masturbé étant jeune*. Marié à l'âge de 21 ans, il n'a jamais usé du coït avec excès. Sa santé a toujours été bonne, il est *ordinairement constipé*; il dit que toute sa vie il est resté quelquefois plusieurs jours sans aller à la selle. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Dès son enfance, il a remarqué que du côté gauche le cordon testiculaire était plus gros que du côté droit, mais jamais il n'en avait ressenti ni gêne ni douleur; il n'avait pas remarqué non plus que le développement eût eu lieu plus vite dans un temps que dans un autre jusqu'à l'année dernière. Mais vers les derniers mois de cette année (1841), il sentit que le cordon s'était considérablement augmenté; il n'en ressentit jamais alors de douleur vive, mais bien une certaine pesanteur peu marquée le soir après le travail.

Arrivé à Paris au mois d'avril 1842, il fut occupé aux fortifications à traîner la brouette; ce travail, dit-il, le fatiguait beaucoup. Peu de temps après, il s'aperçut d'une nouvelle augmentation dans le volume du cordon gauche, mais cette fois avec un tiraillement fort incommode dans l'aine du même côté; tiraillement surtout marqué à l'orifice du canal inguinal, mais se propageant aussi vers les reins et la cuisse lorsqu'il avait beaucoup travaillé.

Vers le 15 juin, à cette douleur s'en joignit une autre qui siégea dans le testicule et fut plus vive que la précédente, comprimante et avec de petits élancemens comme des coups d'épingle. Cette dernière douleur n'existait pas le matin; le tiraillement de l'anneau inguinal était alors aussi extrêmement peu marqué. Le malade n'a jamais porté de suspensoir. Ses douleurs devinrent tellement vives, que le soir il pouvait à peine finir sa journée et avait grand'peine à rentrer chez lui.

En l'examinant, nous trouvons que le testicule gauche descend plus bas que le droit; leur volume est le même; mais le cordon testiculaire gauche est plus volumineux que celui du côté opposé. Le matin, le scrotum de ce côté présente des rides, des enfoncemens, traces de dilatations; mais le cordon lui-même est très mou, présentant des corps larges, flexibles, mobiles à la partie antérieure. Le soir, lorsque le malade a marché, ces veines variqueuses sont remplies de sang, dures, au nombre de deux ou trois, ayant ensemble le volume du doigt au moins, s'étendant de l'épididyme jusqu'à l'anneau inguinal, avec un volume à peu près égal dans tout ce trajet. La peau du scrotum présente à gauche trois cordons veineux soulevant la peau, sans dureté, se réunissant ensemble en arrière.

La ligature est appliquée le 1er août. Le malade souffre assez vivement au moment où le fil est serré; la douleur dure ainsi fort vive pendant deux heures, puis va s'amoindrissant jusqu'à deux heures de l'après-midi, auquel moment elle cesse complètement: cette douleur partait du point lié, et retentissait dans les reins et dans la cuisse.

Le 3 août, la peau des bourses est un peu rouge et soulevée par de la sérosité, flasque au toucher. Le cordon lié est dur et gros.

Le 8, le malade a gardé le lit, a maintenu ses bourses soulevées, a mangé quatre portions. Il n'a pas souffert depuis le premier jour. L'état des parties n'a pas changé. On serre le fil.

Le 11 août, lorsque le fil fut serré, il y eut reproduction de la douleur, mais elle disparut aussi vite; depuis il n'y a eu aucune souffrance. Les bourses, gonflées au même point, sont un peu plus rouges, le cordon a la même dureté en bas. On enlève la ligature. La peau est rouge sous le cylindre; le dessin du fil est marqué dans toute la longueur, et elle est divisée à une ligne et demie en dedans de chacun des trous. Il y a un peu de dureté profonde à ce niveau, dureté qui adhère à la peau. La partie supérieure du cordon est parfaitement libre.

Le 15, lorsqu'on a retiré le fil, il s'est manifesté pendant quelques heures un sentiment de cuisson au point lié, lequel ne retentit plus vers les reins, mais produit sur le testicule et sur la peau du scrotum un chatouillement douloureux. On a vu, à ce moment, les testicules abaissés et élevés brusquement jusqu'au pubis par une contraction active. Toute douleur a cessé vers deux heures de l'après-midi. Le lendemain il y avait un peu de rougeur aux bourses comme le premier jour; la quantité de sérosité est toujours la même.

Le 20, le scrotum n'est plus ni rouge, ni infiltré; il a repris son état normal. Le point lié du cordon est marqué par un nœud, et commence à s'éloigner de la peau. La partie inférieure du cordon est encore un peu grosse, mais moins qu'avant l'opération; la partie supérieure est entièrement vide. Le malade a marché sans douleur.

Les jours suivans, le malade continue à marcher sans voir se reproduire le paquet variqueux. Il demande à sortir.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. TANCHOU.

Examen comparatif des écoulemens morbides du canal vulvo-utérin.

Dans l'état physiologique, le canal vulvo-utérin est le siége de deux sécrétions, l'une sanguine, l'autre muqueuse.

La première, fournie par une surface limitée dont la texture est uniforme, présente des qualités homogènes.

La seconde, provenant d'une surface dont les conditions anatomiques diffèrent, présente des variétés notables.

Ces dernières possèdent des propriétés particulières qui peuvent servir à les différencier les unes des autres; mais elles en ont aussi de communes: ainsi, dans des expériences qui ont été faites il y a quelques années au Dispensaire, nous les avons constamment trouvées faiblement acides ou neutres. M. Nauche, d'après des expériences semblables, avait déjà annoncé qu'elles étaient acides dans l'état normal, et que l'état mor-

bide les rendait alcalines. (Des maladies propres aux femmes, par M. Nauche, 1829, t. I, p. 55.)

L'état morbide apporte, en effet, des changemens considérables dans leur nature ; il modifie leur propriété chimique, puisqu'elles deviennent alcalines de neutres ou acides qu'elles étaient ; il les altère également dans leurs autres qualités. Toutefois, il ne les prive pas absolument de tous leurs caractères; il leur en communique même de nouveau qui, dans certains cas, servent de signes de distinction.

Puisque la matière sécrétée a des qualités particulières suivant qu'elle provient de telle ou telle portion de la surface muqueuse et suivant la nature de la maladie, il en résulte que l'on peut, dans l'opinion de M. Tanchou, reconnaître dans beaucoup de cas, à l'inspection du produit, la double origine anatomique et morbide, élémens précieux de diagnostic dans les circonstances où le toucher et le spéculum n'ont pas été et ne peuvent être employés.

Avant d'entrer dans des détails plus précis sur ce point, il est nécessaire d'examiner chaque sécrétion dans ses conditions physiologiques.

§ Ier. — Etat physiologique.

1° *Sécrétion sanguine* (menstruation). — La cavité du corps de la matrice étant, dans l'état normal, la seule qui sécrète du sang, il devient inutile de s'arrêter aux caractères qui distinguent celui-ci des autres liquides non sanguins sécrétés par la muqueuse vulvo-utérine. Je me contenterai d'énumérer quelques-unes des propriétés par lesquelles il diffère du sang que le même organe fournit dans des circonstances pathologiques.

Le sang des règles est fluide, d'une couleur noire foncée ; il ne se coagule pas ; les taches qu'il laisse sur le linge sont d'un rouge sombre, entourées d'une aréole jaunâtre obscur ; il ne rougit pas au contact de l'air. C'est surtout en examinant une femme pendant les règles avec le spéculum qu'on juge bien de sa couleur et de sa consistance.

2° *Sécrétion muqueuse.* — Elle varie suivant qu'elle provient de la vulve, de la cavité du col ou de la cavité du corps de la matrice.

La sécrétion des trompes de Fallope est en trop petite quantité, elle arrive d'ailleurs au dehors trop altérée par son mélange avec les autres, pour qu'il soit possible de la reconnaître. Il est donc inutile d'en tenir compte.

La sécrétion de la vulve produit des follicules mucoso-cutanés qui tapissent la surface interne de cette région, offre l'aspect d'une matière sébacée. Elle est blanchâtre, grasse, onctueuse, d'une odeur tenace particulière. Chez les femmes peu soigneuses de leur toilette elle s'amasse dans les lacunes de la vulve, dans l'interstice des grandes et des petites lèvres, et y acquiert des qualités irritantes et une odeur forte ; mais chez celles qui ont l'habitude des soins de propreté, elle ne laisse d'autres traces de son existence qu'une douce humidité propre à lubréfier les tissus.

Le vagin proprement dit, depuis l'orifice vulvaire jusqu'au museau de tanche inclusivement, fournit une humeur limpide, légèrement filante, transparente, incolore ; elle a l'aspect du mucus limpide qu'on trouve dans le canal de l'urètre, tandis que la sécrétion vulvaire offre tous les caractères de la matière qu'on rencontre derrière la couronne du gland, sous le prépuce.

D'après M. Tanchou, cette humeur possède une odeur caractéristique qui ne se rencontre pas chez l'homme, mais qui a de l'analogie avec celle que certaines parties du corps, les aisselles, par exemple, exhalent chez les personnes du sexe. Il croit même qu'une odeur analogue exhalée par la femelle des animaux dans le rut n'est pas étrangère à l'excitation qu'éprouve le mâle.

Le liquide qui provient de la cavité du col est plus consistant, cristallin, filant, d'une odeur fade ; il offre absolument les propriétés physiques, et probablement la plupart des propriétés chimiques du blanc d'œuf cru, auquel M. Tanchou le compare. Quand on examine au spéculum une femme dont les organes sexuels ont toute leur intégrité, on le voit, sous forme de glaires transparentes, sourdre de l'orifice du col, dont on a de la peine à le détacher.

La sécrétion de la cavité du corps de la matrice diffère de celle du col ; elle est cependant difficile à reconnaître sur le vivant dans l'état de santé parfaite, parce qu'elle est peu abondante et qu'elle arrive à la vulve altérée par les sécrétions qu'elle rencontre sur son passage. C'est un liquide ténu, séreux, jaunâtre, d'une odeur fade assez prononcée.

Le tableau suivant fera mieux ressortir la différence de ces variétés de sécrétions :

1° *De la vulve.* Semi-liquide, blanchâtre, d'une odeur forte, particulière, analogue à la matière sébacée du prépuce,

2° *Du vagin.* Liquide, incolore, filante, transparente, d'une odeur caractéristique.

3° *De la cavité du col.* Liquide, glaireuse, inodore, consistante, semblable à du blanc d'œuf cru.

4° *De la cavité du corps utérin.* Liquide, jaunâtre, ténue, d'une odeur fade, d'aspect séreux.

Il nous sera facile maintenant de démontrer en quoi les écoulemens morbides diffèrent des sécrétions physiologiques dont nous venons de tracer les caractères. Nous avons déjà dit que, tout en perdant quelques-unes de leurs qualités propres, elles en conservaient assez néanmoins pour marquer leur origine, et que d'ailleurs elles en empruntaient de nouvelles à la maladie. Quelquefois même elles se caractérisent plus distinctement que dans l'état physiologique. C'est lorsque le mal qui les engendre exagère, plutôt qu'il ne dénature, la fonction de la surface affectée, comme cela a lieu dans les irritations pures, les hypérémies, les phlogoses, etc. ; mais aussi, d'autres fois, elles perdent totalement leur cachet ; c'est lorsque la surface muqueuse est détruite ou qu'elle est transformée en un tissu nouveau. Alors il est évident que la maladie étant la même, quel que soit l'endroit qu'elle occupe, le produit qui en résulte doit être également le même ; c'est ce qui se passe pour les affections cancéreuses, les ulcérations, les polypes, etc. Mais si le produit de ces maladies ne porte pas l'indice de leur siége, il porte souvent celui de leur nature. Le pus du cancer, par exemple, a une odeur qu'on ne saurait confondre avec celle du pus ordinaire. Or, la nature de la maladie une fois connue, il devient plus facile d'en deviner le siége en interrogeant les symptômes souvent caractéristiques qu'elle fait naître dans l'endroit qu'elle occupe.

En résumé, tantôt les sécrétions morbides du canal vulvo-utérin conservent leur aspect physiologique, et alors on reconnaît à leur inspection, d'après M. Tanchou, de quel endroit elles viennent ; tantôt elles en sont privées, mais alors elles possèdent des propriétés morbides distinctives. Leur examen peut donc servir à faire connaître soit la nature du mal, soit son siége, quelquefois l'un et l'autre. C'est ce que nous espérons démontrer dans le paragraphe suivant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre. — Présidence de M. Barthélemy.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. Londe* lit un rapport sur un cas d'hydropisie qui a nécessité huit cent quatre-vingt-six ponctions, adressé à l'Académie par M. Lecanu, médecin à Yvetot. — Une femme, âgée de trente-six ans, fut affectée, en 1823, d'une entéro-péritonite qui laissa à sa suite une ascite très volumineuse. Pendant plusieurs années, tous les huit ou dix jours on pratiqua une ponction. Au bout de ce temps on essaya la compression, mais la malade ne put la supporter que pendant trois jours. Cependant, dès cette époque il s'opéra une amélioration qui devint de plus en plus sensible ; les ponctions ne devinrent nécessaires qu'à des intervalles de plus en plus éloignés. Enfin la guérison radicale eut lieu. Cette guérison date aujourd'hui de plus de deux ans, et elle ne s'est point encore démentie. — M. Lecanu évalue la quantité de liquide évacuée par les ponctions à environ cinquante-deux muids normands. — Adresser des remercimens à l'auteur ; déposer son observation dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

— *M. Londe* lit un second rapport sur un fascicule d'observations médico-chirurgicales adressé à l'Académie par M. Levrat, de Lyon. — Dès le début, M. le rapporteur prévient que les observations relatées dans ce travail sont si nombreuses, qu'il ne pourra en donner qu'une idée très succincte. D'ailleurs, plusieurs de ces observations manquent de détails importans ; de ce nombre sont trois cas de superfétation, qui sont loin d'être entourés de toutes les circonstances que de pareils faits réclament. — Adresser des remerciemens à l'auteur ; inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie.

M. Royer-Collard. Je comprends que si M. Londe avait apprécié avec détails toutes les observations du travail dont il avait à rendre compte à l'Académie, son rapport aurait acquis des dimensions extrêmes ; cependant il me semble qu'il aurait dû insister davantage sur les trois cas de superfétation relatés par M. Levrat. Chacun sait que les faits de ce genre sont loin d'être rigoureusement admis dans la science ; et c'est pour cela qu'il importait d'en discuter la valeur.

M. Dubois (d'Amiens). Je partage absolument l'opinion de M. Royer-Collard. Je pense que l'Académie a besoin de nouveaux renseignemens avant de voter les conclusions du rapport. Je demande, en conséquence, qu'on écrive à M. Levrat de vouloir bien fournir les renseignemens nécessaires sur les trois cas de superfétation qu'il rapporte.

M. Londe. En proposant à l'Académie d'inscrire M. Levrat sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie, la commission dont je suis le rapporteur n'a pas seulement eu en vue le recueil d'observations sur lequel je viens de vous entretenir, elle a surtout tenu compte à ce médecin d'un travail beaucoup plus important dédié à M. Ségalas.

M. Moreau. J'appuie la proposition de M. Dubois (d'Amiens). Je n'entrerai en ce moment dans aucun détail sur les faits de superfétation. Je dirai seulement qu'il est assez extraordinaire que M. Levrat ait observé trois cas de ce genre ; tandis que Leuret et Baudelocque, qui ont eu une pratique si étendue, disent n'en avoir observé aucun exemple. Je me hâte d'ajouter qu'il n'y a dans cette remarque rien de blessant pour M. Levrat ; je veux dire seulement que les cas de superfétation sont si rares, qu'il est essentiel que l'Académie possède des données bien positives à cet égard avant de se prononcer. — M. Levrat rapporte, en outre, une observation de tympanite intestinale guérie par la ponction. C'est là encore un fait qui exige quelques explications de la part de l'auteur.

M. Velpeau. J'appuie les remarques qu'on vient de faire sur les trois cas de superfétation rapportés par M. Levrat. Du reste, ces observations ont été imprimées, et il me semble qu'elles ne peuvent plus être l'objet d'un rapport.

M. Londe. M. Velpeau fait erreur ; je connais les observations dont il veut parler, et qui ont été publiées ; mais celles dont il est maintenant question n'ont point été livrées à la publicité : ce sont de nouveaux faits.

M. Velpeau. Je remercie M. Londe de la remarque qu'il vient de faire. Chacun de nous comprendra qu'il devient plus indispensable de demander à l'auteur des renseignemens positifs sur ces faits. M. Levrat est un médecin distingué de Lyon ; il a une longue pratique ; j'ai la conviction qu'il satisfera l'Académie autant qu'il sera en son pouvoir.

Quant à l'observation relative à la ponction pour un cas de tympanite intestinale, je ne partage pas l'opinion de M. Moreau. Je n'ai pas fait, il vrai, des recherches à cet égard ; cependant je ne crois pas que les faits de ce genre soient aussi extraordinaires que M. Moreau paraît le penser. Pour ma part, j'ai pratiqué il y a trois ans une opération de ce genre chez un homme qui avait été affecté d'une tympanite intestinale à la suite d'une blessure intestinale. J'ai opéré avec un troquart très fin et j'ai retiré une quantité considérable d'air. Quatre ponctions pratiquées en cinq jours ont suffi pour amener la guérison.

M. Moreau. Je demanderai à M. Velpeau s'il est bien sûr que dans le cas qu'il vient de citer, il s'agissait réellement d'une tympanite intestinale ?

M. Velpeau. Je répondrai à M. Moreau qu'il ne nous a pas été permis de concevoir le moindre doute à cet égard.

M. Merat. Il y a environ quinze ans que j'ai conseillé cette opération dans le Dictionnaire des sciences médicales.

M. Demangeon. J'appuie de toutes mes forces les remarques que plusieurs de nos collégues viennent de faire. Il est évident que, telles qu'elles sont rapportées, les trois observations de M. Levrat ne peuvent absolument rien prouver. Pour ma part, j'ajouterai que je ne connais pas un seul fait de superfétation qui mérite une entière confiance. Il est donc essentiel que M. Levrat communique à l'Académie ces détails précis.

M. Londe. Je partage entièrement l'opinion que MM. Royer-Collard, Dubois (d'Amiens), Moreau, Velpeau et Demangeon viennent d'émettre, opinion qui est d'ailleurs adoptée par toute l'assemblée. Mais il me semble qu'en écrivant à M. Levrat, il serait utile de lui indiquer les points sur lesquels l'Académie demande des éclaircissemens. Or, pour que ces questions puissent être posées dans tout leur ensemble, je demande qu'on adjoigne à la commission, les membres qui se sont occupés spécialement de ce sujet.

M. Velpeau. Puisque la discussion continue, j'ajouterai quelques mots. Il faut bien s'entendre sur les faits qui nous occupent. S'il est vrai qu'on nie certains faits de superfétation, il est vrai aussi qu'il an est d'autres qui sont admis, et dont on comprend d'ailleurs très bien la possibilité. On conçoit, en effet, que le coït répété à intervalles très rapprochés puisse donner naissance à deux germes ; les faits qu'on a cités de mères donnant naissance à un enfant blanc et à un enfant noir rentrent dans cette catégorie. La superfétation est encore admise dans les cas d'utérus bi-cornes ; mais ce qu'on nie, et ce qu'on n'a pas encore prouvé, c'est qu'une sur-conception puisse avoir lieu à la suite de coït répété après un mois.

M. Royer-Collard. Je me félicite d'avoir soulevé la discussion. On comprend cependant qu'un pareil sujet pourrait nous occuper beaucoup trop long-temps ; il est donc essentiel de conclure, car, si je ne me trompe, l'Académie n'a nullement l'intention d'agiter toutes les questions relatives à un sujet aussi important. Nous n'avons à nous occuper actuellement que des observations de M. Levrat. Hé bien ! avant de nous prononcer à cet égard, attendons les renseignemens que ne manquera pas de nous fournir cet honorable médecin. Je propose donc de nouveau d'adjoindre MM. Moreau et Velpeau à la commission, afin que ces messieurs rédigent les questions sur lesquelles M. Levrat aura à éclairer l'Académie.

M. Demangeon. Je pense qu'il y aurait quelques inconvéniens à poser des questions à M. Levrat ; il me semble plus convenable et plus utile de laisser à ce médecin une liberté pleine et entière à cet égard. L'Académie restera juge des renseignemens qui lui seront adressés.

M. Lesauvage, membre correspondant. M. Velpeau a cité des cas de grossesses doubles dans lesquelles l'un des fœtus, mort long-temps avant terme, s'est conservé dans les membranes pour n'être expulsé qu'avec celui qui avait continué de vivre. Pour ma part, voici un fait que j'ai observé il y a quelques années. Après avoir délivré une femme d'un fœtus volumineux, je l'ai délivrée de nouveau, trente heures après ce premier accouchement, d'une petite fille d'un très petit volume. On aurait pu croire à un cas de superfétation ; les deux produits étaient renfermés dans un placenta particulier. Cependant un examen attentif me donna bientôt la preuve matérielle que ce fait trouvait son explication naturelle dans un défaut de nutrition du placenta dans lequel était renfermé la petite fille.

M. Moreau. M. Velpeau a fort bien exposé deux cas de possibilité d'une superfétation ; mais il en est un troisième qu'il a sans doute omis de signaler et qui se trouve du reste mentionné dans son Traité d'accouchement : je veux parler des cas de grossesse extra-utérine qui n'ont pas empêché la gestation naturelle. Je signale cette omission, car je crois avoir observé récemment un cas de ce genre avec MM. Baudelocque et Dubois (d'Amiens).

M. Velpeau. Si je n'ai pas mentionné ces faits, c'est que je ne les crois pas extrêmement rares. On en trouve plusieurs exemples dans la science, et j'en ai cité quelques-uns dans mon livre.

M. le président. Personne ne demandant plus la parole, je vais mettre aux voix la proposition de M. Royer-Collard.

M. Dubois (d'Amiens). Il y a deux propositions bien distinctes ; l'une dans laquelle on se bornera à demander à M. Levrat des renseignemens ; l'autre dans laquelle on posera les questions auxquelles ce médecin devra répondre.

M. le président met aux voix la première de ces propositions : elle est adoptée.

Plusieurs membres. Et les conclusions du rapport ?

M. le président. Il me semble qu'elles doivent être ajournées. — Appuyé.

— *M. Rochoux* continue la lecture de son travail ayant pour titre : « Principes de philosophie naturelle appuyés sur des observations microscopiques. » Cette lecture sera terminée dans la prochaine séance ; nous en donnerons un extrait.

— *M. Blandin* met sous les yeux de l'Académie un jeune homme qu'il a opéré d'une division très étendue du voile du palais et de la voûte palatine. Celle-ci, dit M. Blandin, était divisée au moins dans les quatre cinquièmes de son étendue, et j'avoue que je ne connais pas un seul cas de succès de ce genre. Je me suis servi dans cette opération des aiguilles et du porte-aiguille de M. Marcelin Fauraytier, lequel porte-aiguille consiste simplement en un mandrin sur l'extrémité duquel est implantée une petite aiguille très courte, très fine et creusée dans son talon. Lorsque l'aiguille portée par ce mandrin avait traversé le voile du palais, je la saisissais derrière cet organe avec une simple pince à pansement qui la ramenait en dehors avec le fil. L'opéré ne présente maintenant plus qu'un trou vers le milieu de la voûte palatine, et un obturateur suffit pour régulariser la parole de cet homme.

M. Velpeau. J'applaudis au beau succès que vient d'obtenir M. Blandin. J'ai examiné, avant la séance, l'opéré avec soin, et il me semble que le trou qu'il porte à la voûte palatine pourrait encore complètement s'oblitérer. Je demande en conséquence à M. Blandin s'il ne craint pas que l'obturateur soit un obstacle au rétrécissement de cette ouverture. Pour ma part, j'ai observé chez une jeune fille une oblitération complète de ce genre.

M. Blandin. La remarque que vient de présenter M. Velpeau est parfaitement juste ; je dois même dire que j'en avais déjà prévenu le malade.

M. Gerdy. Je partage l'opinion de M. Velpeau, mais je pense qu'en pareille circonstance on ne doit pas se borner à cesser l'usage de l'obturateur ; il serait encore très utile, je crois, d'aider le rapprochement des bords de l'ouverture palatine par un bandage ou une machine appropriée.

— *M. Souty* donne communication d'une observation d'anatomie pathologique congéniale fort remarquable sous le double rapport de la physiologie et de la pathologie. Le cadavre de l'enfant, qui a vécu 50 heures, et le dessin représentant les détails anatomiques pendant la vie sont mis sous les yeux de l'Académie par M. Souty, chirurgien-major de la marine, qui a recueilli cette observation. On remarque sur toute la surface du corps des intersections de l'épiderme de couleur rouge, et recouverte d'une pellicule fine analogue à des cicatrices.

La peau est tellement épaisse et résistante qu'elle a arrêté le développement des cartilages, des oreilles, du nez, des paupières, et aussi celui des parties externes de la génération. L'altération de la peau chez cet enfant ne paraît pas avoir son analogue dans les affections décrites jusqu'à ce jour, et ce fait anatomique est des plus intéressans pour la science.

— *M. Huguier* présente une pièce anatomique représentant une luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius survenue à la suite d'une tumeur blanche chez une jeune fille de quinze ans.

— Il est cinq heures. La séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 septembre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. le docteur Conté de Levignac adresse un mémoire sur les aphthes du col de la matrice. Dans ce travail l'auteur a voulu démontrer : 1° que cette maladie, dont les auteurs n'ont pas parlé, parce qu'ils l'ont confondue avec tant d'autres qui se déclarent sur cette partie, est pourtant une des plus ordinaires ; 2° qu'elle mérite d'occuper une place dans le cadre nosologique de l'utérus, puisqu'elle a des caractères particuliers qui la font distinguer des autres affections.

L'auteur définit l'aphthe, d'après son étymologie grecque, qui signifie brûlure, une brûlure spontanée d'une ou plusieurs portions du chorion muqueux. Cette nouvelle définition de l'aphthe lui paraît d'autant plus juste qu'elle caractérise parfaitement la pensée que l'on doit attacher à la nature de cette maladie, et qu'elle conduit à la division logique des formes qu'elle revêt. Pour le col utérin, les aphthes se présentent, comme ailleurs, sous différentes formes que l'auteur classe de la manière suivante : 1° forme erythémateuse ; 2° vésiculeuse ou phlycténoïde ; 3° ulcéreuse ; 4° gangréneuse.

L'auteur passe en revue chacune de ces formes, en donne la symptomatologie et la thérapeutique ; il fait observer que l'aphthe de la troisième forme ou ulcéreuse, présente trois variétés distinctes ; que dans la troisième de ces variétés, on pouvait le confondre, soit avec le cancer ulcéré ou avec les chancres syphilitiques. Il fait connaître à cette occasion les symptômes qui appartiennent à chacune de ces maladies. Il s'est principalement attaché à faire sentir toute l'importance que mérite la distinction de l'aphthe et du cancer ulcéré, parce qu'on a souvent pris l'un pour l'autre, et que l'on a préconisé nombre de fois la guérison de celui-ci, tandis qu'on n'avait eu à soigner que celui-là. Nous avons avancé que l'aphthe est essentiellement curable, même quand il est arrivé à la troisième variété, et que le cancer, au contraire, est naturellement funeste, quel que soit l'état où on l'observe. L'aphthe au quatrième degré ou sous forme gangreneuse, présente deux variétés bien distinctes ou pour mieux dire entièrement opposées par leur forme, leurs causes, leur marche et leur traitement. Il dit que l'une et l'autre sont fort dangereuses, mais qu'elles sont heureusement fort rares. Il en indique les caractères respectifs et le traitement qui leur convient.

— *M. le docteur Ducros*, de Marseille, adresse un mémoire intitulé : Asthmes nerveux arrêtés instantanément en suscitant un trémoussement général comme électrique, par l'action décentralisatrice de l'ammoniaque portée au plancher vertébral du gosier sur la partie correspondante au plexus pharyngien.

« L'expérience, dit-il, m'a démontré que l'application de l'ammoniaque à vingt-cinq degrés au plancher vertébral du gosier sur la partie qui correspond au plexus pharyngien, avait la propriété d'arrêter la plupart des attaques de l'asthme nerveux d'une manière presque instantanée.

» Mais pour obtenir ce résultat, il convient de tenir pendant une minute à peu près, au fond du gosier, le pinceau imbibé dans l'ammoniaque à 25°.

» A l'instant de l'application, on observe chez beaucoup d'asthmatiques une impatience très prononcée avec un léger tremoussement ; pendant une ou deux minutes l'asthme redouble, mais il ne tarde pas à disparaître complétement. »

— *M. Faure*, médecin principal des hôpitaux militaires, lit un mémoire qui a pour titre : « De l'innocuité de la ponction de la poitrine, pratiquée pour remédier aux épanchemens pleurétiques. »

Il a ainsi précisé la question, parce qu'il a pensé que le meilleur moyen de la faire avancer était de l'empêcher de s'étendre.

Il présente la ponction de la poitrine, pratiquée dans les cas graves dont il s'agit, comme un remède palliatif qui n'a aucun inconvénient, et qui offre des avantages incontestables. C'était la meilleure marche à suivre pour faire recourir plus souvent à cette ressource thérapeutique, et obtenir qu'elle devînt curative entre les mains des praticiens qui la repoussent, parce qu'ils ne se sont jamais assez familiarisés avec les circonstances qui en justifient l'emploi. « La ponction de la poitrine, dit-il, n'a pas de plus grand ennemi qu'elle-même, que les exigences, que les conditions rigoureuses de diagnostic qu'elle impose à des hommes accoutumés à répondre par des probabilités et à ne pas se compromettre. »

Selon M. Faure, les cas qui la nécessitent sont tellement fréquens que, dans le seul mois de mai de cette année, il a dû la pratiquer à trois malades de l'hôpital militaire de Toulon. Un soulagement manifeste s'en est suivi ; leurs jours ont été prolongés, et il n'en est résulté aucun inconvénient. La piqûre était guérie au bout de quarante-huit heures, sans qu'on eût vu le moindre accident susceptible d'être rapporté à l'introduction de l'air. M. Faure a cité ces trois faits et un exemple de guérison obtenue par lui et M. Bégin à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, en 1839. Ce dernier fait se trouve consigné dans le 47e volume des Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires.

Des observations aussi positives, faisant suite à celles que M. Faure présenta à l'Académie de médecine en 1835, et sur lesquelles s'établit, à la fin de 1836, une des plus longues discussions scientifiques qui aient encore eu lieu au sein de cette assemblée savante, peuvent amener des résultats fort utiles.

Traitement de l'hématurie. — *M. Mercier* adresse la lettre suivante : « Dans votre avant-dernière séance, M. Leroy-d'Etiolles vous a communiqué un travail qui prouve combien, jusque dans ces derniers temps, nous avons été pauvres de ressources dans les cas où la vessie se trouve distendue par du sang coagulé. *Introduire en pareille circonstance une grosse sonde plus de cent fois en quelques heures*, est une pratique qu'il sera difficile de considérer comme innocente quand on aura réfléchi qu'il n'est pas rare de voir une simple tentative de cathétérisme, faite avec une extrême prudence, être suivie de troubles graves, et que, dans les cas dont parle M. Leroy, les voies urinaires sont presque toujours le siége d'une irritation plus ou moins vive.

» Je regrette que M. Leroy ait oublié de mentionner dans son historique la sonde évacuatrice à double courant que j'ai présentée, le 28 mars dernier, à l'Académie des sciences, et dont la plupart des journaux scientifiques ont donné la description (1). Pour établir la prééminence d'un moyen sur les autres, il faut au moins le comparer avec les moins défectueux. Or, si ma sonde peut être utile, c'est surtout dans les cas dont il s'agit.

» 1° Son introduction n'est ni plus difficile, ni plus douloureuse que celle d'une sonde ordinaire ;

» 2° Elle offre au sang coagulé une ouverture aussi directe, aussi large que possible, puisque celle-ci n'a pas moins de 6 millimètres de diamètre ;

» 3° On peut, en rapprochant ses branches, écraser les caillots comme avec un brise-pierre ;

» 4° Ce rapprochement tend en outre à engager les caillots dans le canal évacuateur ;

» 5° En passant une injection par l'autre canal, on délaie le sang et on l'entraîne au dehors.

» Je ne crains pas d'affirmer qu'une seule introduction de cet instrument suffira pour débarrasser la vessie du sang qui pourrait la distendre. »

— *M. Bourgery* continue la lecture de son mémoire sur la structure du poumon.

— *M. le docteur Duvivier* se met sur les rangs pour la place vacante par la mort de M. Larrey.

NOUVELLES.

Il règne, dit-on, en ce moment, à Châteauroux et dans quelques communes de l'Indre, une maladie qui fait beaucoup de victimes ; elle se déclare par la dysenterie et un violent mal de tête. Une grande partie de la population en est atteinte ; plusieurs personnes de tout âge ont déjà succombé.

— M. Soudan, ex-chirurgien en chef principal, premier professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, fut choisi par le ministre de la guerre, en 1840, pour remplir les fonctions de chirurgien en chef de l'armée d'occupation en Algérie, où l'urgence du service exigeait quelque activité pour mettre au courant l'arriéré du service administratif médical. Après avoir rempli avec distinction ce poste important, il revient à Paris occuper la place de chirurgien principal de l'hôpital militaire de première classe, à l'hôpital du Gros-Caillou, vacant par la nomination de M. Baudens au Val-de-Grâce.

— Un des pharmaciens-droguistes dont nous avons parlé dans un de nos derniers numéros, a été condamné à 500 fr. d'amende.

— Un médecin américain, membre des plus zélés d'une des nombreuses sociétés de tempérance qui couvrent le sol des Etats-Unis, vient de publier une monographie curieuse de l'ivresse, dont une traduction en français serait sans doute favorablement accueillie. Le volume est accompagnée de trois planches coloriées représentant les diverses altérations que présente l'estomac des ivrogues. Un tirage extraordinaire de ses planches a été fait aux frais de la société, et on les affiche sur les endroits les plus voisins des cabarets avec cette inscription en grosses lettres : « Buveurs, voilà comment deviendra votre estomac, si vous continuez à boire. » Il est certain qu'en Amérique les Sociétés de temperance ont obtenu des résultats inouïs, car dans plusieurs états les habitans ne boivent plus que de l'eau.

— La villegiature est décidément si bien de mode parmi les médecins de Paris, que la plupart des services des hôpitaux sont faits dans ce moment par les médecins ou chirurgiens du Bureau central.

Errata. — Dans la lettre de M. La Corbière (n° du 15 septembre), page 510, 1re colonne, ligne 19, après mont, *ajoutez* chaque jour. — Même page, même colonne, ligne 49, après manquez, *ajoutez* vous vous manquez à vous-même. — Même page, même colonne, ligne 108, *au lieu de* soin, *lisez* souci. — Même page, 3e colonne, ligne 40, *au lieu de* totalement, *lisez* fatalement.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Bourrey, rue de l'Echiquier, 34.

M. Béchard, qui avait obtenu déjà une médaille d'encouragement, vient de recevoir la médaille d'honneur à la dernière exposition des produits de l'industrie, pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégans et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont enfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

(1) La *Gazette des Hôpitaux* est de ce nombre.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 114, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Hydrothérapie.

Priesnitz, simple paysan des environs de Vienne, est l'auteur de cette méthode, qui est basée sur ce principe : que toutes les maladies sont déterminées par des humeurs viciées retenues à l'intérieur des corps ; qu'il suffit d'établir une sudation convenable pour déterminer l'expulsion et rétablir l'équilibre. C'est à Grœffemberg que Priesnitz a créé un établissement pour le traitement de ses malades, parce qu'il y existe de l'eau très pure et en très grande quantité, et parce qu'on y trouve une chute d'eau très élevée qui constitue une douche naturelle. Doué d'un tact exquis, ce simple paysan sait faire un choix de ses malades, prévoir ceux dont il pourra opérer la guérison par sa méthode, et c'est ainsi qu'il s'est acquis une réputation immense en Allemagne. On ne saurait mettre en doute l'efficacité de ses moyens curatifs dans certaines maladies, et d'ailleurs la création de nombreux établissemens semblables dans toute l'Allemagne prouve assez qu'ils ont opéré des guérisons là où d'autres médications avaient échoué.

En 1841, M. Vertheim, médecin allemand, eut l'idée d'appliquer l'hydrothérapie au traitement des maladies de la peau. Il s'adressa d'abord à M. Gibert, qui lui confia quelques malades ; et peu de temps après je choisis dans mon service un certain nombre de malades qui, sur la demande de M. Vertheim, furent aussi soumis à l'hydrothérapie.

Disons de suite, et pour rendre toute justice à ce médecin, qu'il a dirigé seul, et toutefois sous nos yeux, le traitement hydrothérapique, et qu'il est impossible de consacrer plus de temps et plus de soins qu'il ne l'a fait à des essais thérapeutiques qui n'ont pas toujours été couronnés de succès, mais qui ont au moins donné la mesure de ce que l'on pouvait attendre de cette nouvelle médication.

Un mot sur la manière dont l'hydrothérapie est généralement pratiquée.

La sudation, l'immersion dans l'eau froide et un régime hygiénique particulier sont les trois agens de l'hydrothérapie. On prépare le malade à cette méthode de traitement en lui faisant boire pendant quelques jours de l'eau froide, en le tenant au repos et en lui donnant une nourriture saine. Vers le troisième ou quatrième jour, on cherche à opérer la sudation. Elle peut être effectuée de deux manières, *si les sujets transpirent facilement.* Il suffit alors de les faire coucher sans aucun vêtement dans un lit, les jambes allongées et rapprochées, les bras étendus le long du corps. On les enveloppe d'une couverture de laine que l'on roule autour du corps et qui remonte jusqu'au cou. Puis on en met une seconde et une troisième, et on les abandonne dans l'immobilité la plus absolue. Après une demi-heure ou une heure la transpiration est établie ; on fait boire alors un verre d'eau froide, en même temps que l'on ouvre une fenêtre placée au-dessus de la tête du malade, car il faut avoir eu le soin de placer le lit dans une situation convenable. Deux, trois ou quatre verres d'eau sont bus dans l'espace d'une heure et demie à deux heures que dure la sudation. Ce temps écoulé, on élargit inférieurement les couvertures, de manière à donner aux jambes un peu de liberté et à permettre au malade de marcher s'il est placé auprès du bain dans lequel il doit être plongé. Dans le cas contraire, on l'y transporte sur un brancard.

Durant la sudation, la face devient rouge, vultueuse; la sueur s'écoule en abondance, mais le pouls s'élève peu, et cette transpiration n'est pas incommode pour les malades ; nous n'avons jamais vu exprimer à cet égard aucune plainte.

Arrivé au bain, on enlève rapidement les couvertures. On le fait plonger dans une baignoire contenant huit à dix pouces d'eau, en même temps qu'on l'arrose d'eau froide et qu'on lui recommande de se frictionner fortement toutes les parties du corps. La température de l'eau est à quelques degrés au-dessus de zéro, et quand on prescrit un bain tiède, l'eau n'a guère que 14 à 15 degrés. Le malade ne reste dans l'eau que quelques minutes, ensuite on le met sous une douche en pluie pendant quelques instans ; après quoi on l'essuie rapidement avec du linge froid; puis on lui prescrit une promenade à pas un peu accélérés. Un quart d'heure après, et lorsque la réaction est arrivée, les malades prennent des alimens.

Telle est la marche qui a été suivie pour nos malades. Mais chez ceux où l'établissement de la transpiration était difficile, on les enveloppait d'abord dans un drap mouillé ; puis on les enveloppait de couvertures, on leur appliquait des compresses d'eau froide sur la tête, et la transpiration s'établissait facilement. Toute sudation partielle du corps était opérée de cette manière, soit pour un bras, soit pour une jambe, etc. En hydrothérapie, on attache une grande valeur à ces compresses que l'on appelle excitantes, et que l'on regarde comme étant propres à produire tous les effets des vésicatoires !!

Quant au régime, les malades ne prennent jamais de vin. Ils vivent de préférence de maigre, sans s'abstenir toutefois de viandes rôties ; le pain leur est donné en quantité non déterminée et en raison de leurs besoins.

Ces notions une fois établies, nous allons vous rendre compte des résultats que nous avons obtenus sur nos malades et sur ceux de M. Gibert ; car, par une circonstance toute accidentelle, la plupart des malades de M. Gibert ont été placés dans notre service un mois et demi ou deux mois après le commencement du traitement hydrothérapique. Disons d'abord que les essais ont porté généralement, et sur des maladies regardées comme incurables, et sur des maladies déjà soumises sans succès à divers traitemens. Ajoutons cependant que si, pour être jugée sous le rapport de sa supériorité, l'hydrothérapie devait porter sur des affections rebelles, nous l'avons cependant essayée à l'égard de maladies curables.

Les premiers essais ont porté sur deux jeunes filles âgées de douze à quatorze ans, affectées toutes deux dès le très jeune âge d'ichtyose brune. Elles sont sorties guéries en apparence, au bout de trois mois environ de traitement ; mais la maladie a récidivé. On sait qu'elle est considérée comme incurable.

Puis un jeune garçon affecté de *prurigo inveterata.* Il est sorti guéri.

Deux hommes de trente à trente-cinq ans, atteints depuis longues années, l'un de *lepra vulgaris*, l'autre de *psoriasis*, maladies qui avaient récidivé plusieurs fois, et contre lesquelles on avait employé divers traitemens. Ces cinq malades appartenaient au service de mon collègue Gibert. Les deux derniers, après deux mois de l'usage de l'hydrothérapie, ont été transférés dans nos salles. Chez le premier, il est survenu une amélioration notable dans la santé générale et dans l'affection cutanée ; mais dans le cours de l'année consacrée au traitement, la maladie a récidivé avec la forme aiguë et à plusieurs reprises. Enfin, le malade est sorti presque guéri sous l'influence, en dernier lieu, de la pommade de goudron ; mais il n'a pas tardé à rentrer dans nos salles, où il est encore : le *lepra vulgaris* s'est encore montré avec la forme aiguë. — L'autre malade, qui avait un *psoriasis* fort ancien, a toujours été influencé d'une manière fâcheuse par l'hydrothérapie, en ce sens qu'il survenait fréquemment de la diarrhée ; on était obligé de suspendre le traitement. Plus tard, les mains sont devenues œdémateuses ainsi que les avant-bras, la constitution était évidemment affaiblie ; il a fallu cesser cette méthode au bout de sept à huit mois de son emploi. Nous avons remis ce malade à l'iode à l'intérieur, aux amers. Nous avons traité son psoriasis par le goudron, et après trois mois il est sorti avec toutes les apparences d'une guérison. Se soutiendra-t-elle? Nous en doutons, attendu que la maladie date de longues années et qu'elle s'est reproduite un grand nombre de fois. Hâtons-nous de dire que c'est le seul cas où l'hydrothérapie a paru influencer en mal la constitution.

Cinq malades de notre service ont aussi subi ce traitement. Chez le premier, maçon de son état, et âgé de trente-cinq ans, il existait un psoriasis diffus avec forme d'ichtyose blanche, la maladie datait de quatre ans. Cet homme n'avait subi aucun traitement; sa constitution était assez faible. Il était amaigri, mais sans déperdition très notable de forces. Il a été très vivement impressionné de la première immersion dans l'eau froide après la sudation ; mais la seconde immersion a eu lieu sans effet nuisible notable. Peu à peu et dans l'espace de cinq mois l'affection cutanée a cédé et disparu ; la constitution s'est améliorée d'une manière très notable ; l'embonpoint est revenu et le malade est sorti guéri. Mais j'ai tenu à le revoir, et

FEUILLETON.

LETTRES MÉDICALES SUR L'ITALIE ;

Par Joseph GUISLAIN, professeur à la Faculté de Gand, médecin en chef des établissemens d'aliénés de cette ville.

J'ai toujours cru qu'il serait très utile et très équitable de faire connaître en France les ouvrages originaux des médecins étrangers. Si tous ceux qui cultivent avec zèle les différentes branches des sciences médicales suivaient cette marche, nous posséderions des notions plus étendues sur notre art, nous rendrions plus de justice aux savans des autres nations, et nous éviterions ce reproche de plagiat qu'on a plus d'une fois, bien à tort sans doute, adressé à nos travaux. Mon intention est donc, dès à présent, de donner une analyse de tous les ouvrages que je croirai intéressans et qui paraîtront sur l'aliénation dans les pays où cette partie est étudiée avec soin.

M. Guislain est le médecin belge le plus versé dans la connaissance de la folie ; il a publié sur ce sujet un excellent traité qu'on regrette de ne pas trouver plus souvent dans les bibliothèques de France ; depuis, il a fait imprimer un ouvrage sur les phrénopathies et un exposé de l'état des aliénés en Belgique. Le volume dont nous entretenons aujourd'hui les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* est destiné à faire connaître les principaux établissemens consacrés en Italie au traitement des maladies mentales. L'auteur commence par donner un aperçu plein d'intérêt sur la constitution morbide de cette contrée. Il établit par les meilleures preuves combien est erronée l'opinion des médecins qui y envoient depuis si long-temps les personnes affectées de la poitrine. La température, fait-il observer, surtout dans les villes avoisinant la mer ou bâties sur le littoral même, y est d'une variabilité continuelle. Pendant le jour, il règne une brise maritime à laquelle succède durant la nuit un vent des montagnes. L'humidité vespérale n'est pas moins défavorable : j'en ai été moi-même désagréablement affecté à Rome et dans les marais Pontins. La conséquence de ces influences atmosphériques, c'est que les affections pulmonaires sont fort communes en Italie. Ainsi, M. Cevasco, dans le mouvement statistique de l'hôpital Pammatone, à Gênes, au 1er janvier 1833, porte le chiffre des inflammations pectorales à 2354, tandis que les inflammations abdominales ne s'élèvent qu'à 735, les fièvres inflammatoires à 460, les fièvres intermittentes à 59, et les syphilitiques à 529. MM. les docteurs Requin, Journé, l'un dans la Gazette médicale, l'autre dans le Bulletin de thérapeutique, ont également démontré que les tubercules étaient fort communs à Florence, Rome et Naples.

Ce qui précède explique le grand emploi des saignées. Aux approches du printemps et de l'été, beaucoup d'Italiens se font tirer du sang pour prévenir les maladies inflammatoires auxquelles les dispose la chaleur atmosphérique. Il n'est pas rare de voir des dames qui ont été saignées plus de cent fois, sans que leur constitution en soit aucunement altérée. J'ai connu un Milanais qui avait été saigné quarante fois dans le cours d'une maladie de poitrine qui avait à peine duré un mois.

Indépendamment de cette influence du climat, il en est une autre qui émane du système nerveux. Aussi observe-t-on fréquemment les maladies cérébrales. M. Guislain fait la remarque qu'il a été frappé de l'analogie que ces affections présentaient avec les groupes de symptômes décrits par Hippocrate dans ses Epidémies. Il a constaté l'influence de la chaleur sur le développement des maladies mentales, et a vu des cas assez nombreux de folie survenus à la suite de l'insolation. Ces considérations pratiques montrent qu'il ne faut jamais perdre de vue le précepte de Baglivi : *Romæ scribo et in aere romano*, et expliquent jusqu'à un certain point pourquoi le médecin de Cos a eu si souvent l'occasion d'observer les efforts critiques en Grèce et en Orient, tandis que ces phénomènes sont contestés dans le nord. La pratique des médecins italiens se préoccupe beaucoup moins qu'on ne le fait en France des lésions organiques : un sage empirisme paraît la diriger ; elle prête surtout une grande attention aux variations thermométriques et barométriques, aux influences endémiques et épidémiques. Le vitalisme exerce une grande influence sur les doctrines médicales.

Les affections hépatiques sont communes en Italie; c'est *à priori* ce que doit faire présumer la peau généralement pâle et olivâtre des habitans. Nous ne dirons rien des fièvres d'accès, les ouvrages de Torti et de plusieurs autres praticiens ont assez révélé leur fréquence ; mais on lira avec fruit des recherches instructives sur les causes de ces fièvres. A Rome, ces maladies ont une physionomie spéciale. Selon Bailly, un dixième au moins de la population en est atteint, et, chose remarquable, elles affectent de préférence certains quartiers dont le professeur Metaxa a dressé une carte. La statistique de Rome prouve toute l'influence désastreuse que cause le mal-aria sur la population de la ville et des environs. Il y a plus de 1 mort sur 26 habitans, au rapport de Bailly (*voy.* la statistique de Rome par M. de Tournon) ; tandis qu'en général la mortalité n'est que de 1/32 dans le reste du pays.

Les fièvres typhoïdes ne sont point considérées, en Italie, au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique ; les médecins les rangent parmi les diathèses, les conditions morbides générales, inconnues le plus souvent dans leur nature, mais exigeant un traitement spécial. A l'appui de cette opinion, M. Guislain cite 46 autopsies faites au Royal-Infirmary d'Edimbourg, par le docteur Reid, attaché à cet établissement, chez autant d'individus qui avaient succombé à un typhus bien caractérisé. Il résulte des recherches de ce praticien distingué, qu'il ne trouva qu'une seule fois des altérations dans la muqueuse duodénale. On n'a point oublié l'opinion semblable du docteur Lombard de Genève, consignée dans les Archives générales de médecine. Je regrette que l'auteur, dans son travail, n'ait point parlé de la fièvre pétéchiale, qui jouit, à Milan, des honneurs de la séquestration et force les médecins à se couvrir de toile cirée, cérémonie que j'ai dû subir.

La pellagre a été observée par l'auteur, qui a noté le penchant au suicide chez plusieurs malades qui en étaient atteints. Les calculs de la vessie et des reins sont très fréquens dans ce pays ; tous les cabinets pathologiques en contiennent des échantillons plus ou moins nombreux. Sous le rapport historique de la science, l'Italie offre des sujets d'études fort intéressans. Les maladies épidémiques, la peste entre autres, décimèrent bien souvent ses populations. Quant à cette dernière maladie, le professeur de Mathéis pense qu'on l'a confondue avec les fièvres intermittentes pernicieuses.

M. Guislain, après avoir signalé les principales maladies de ce beau pays, examine sa constitution morale dans ses rapports avec le développement des affections mentales. Nous sommes, comme l'auteur, du nombre de ceux qui pensent que les matériaux de nos idées nous sont fournis par les divers milieux qui nous entourent ; que là où dominent la liberté indéfinie de la pensée, les passions nobles et basses, sans le frein d'une religion puissante, d'une morale éclairée, d'une éducation bien entendue, là aussi doivent se trouver toutes les causes réunies des maladies nerveuses et en particulier de l'aliénation mentale. Est-ce le piédestal d'orgueil, sur lequel viennent se placer tant de petits grands hommes, qui nous fera changer d'opinion ? Certes non. Jusqu'à ce que l'instruction, l'éducation, les mœurs publiques, les lois, soient mises en rapport avec la constitution physique et morale de l'homme, nous répéterons, avec une conviction profonde, que la folie est la maladie des pays civilisés (1).

Lorsqu'on étudie la race italienne, dit lady Morgan, on voit qu'elle est un mélange de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie. Un peu d'attention, en effet, suffit pour retrouver les descendans de l'ancienne tige pélasgique. Cette recherche des races peut conduire à quelques considérations importantes sur les maladies. Ainsi, bien que nous partagions l'opinion de M. le docteur Marchant, sur l'influence des localités dans la production du crétinisme (thèse 1842), nous croyons que la race a son action causale sur telle ou telle maladie. Pourquoi, par exemple, ne chercherait-on pas à établir des analogies entre les habitans de quelques localités des Pyrénées et les anciens Huns, qu'Ammien Marcellin

(1) On nous a beaucoup chicané sur le mot *civilisation ;* c'est tout simplement une dispute de mots, procédé fort en usage dans ce pays.

un mois après sa sortie le psoriasis reparaissait aux jambes. Il est vrai qu'il n'avait suivi aucun des conseils qui lui avaient été donnés à sa sortie, c'est-à-dire de se laver tous les matins et tous les soirs à l'eau froide ; peut-être aussi avait-il fait quelques excès.

Le second de nos malades est un médecin belge qui, après plusieurs infections syphilitiques a vu paraître des symptômes secondaires (syphilides papulaires), et plus tard un psoriasis *guttata*. Cette dernière maladie, qui a récidivé sous sa forme primitive et sous celle d'ichtyose 5 ou 6 fois depuis 5 ans environ qu'elle a paru, a subi un grand nombre de traitemens mercuriels ou sudorifiques, ou iodés. Lorsqu'il entra à St-Louis, il y a deux ans, je le mis à l'usage de la solution de Fowler. L'affection disparut complètement. Déjà il avait fait usage des bains sulfureux, des bains de vapeurs, de pommades alcalines et de la pommade de goudron et toujours sans succès. Six semaines après le psoriasis reparut avec la forme aiguë. Les bains prolongés furent mis en usage, et l'affection redevint chronique et stationnaire. Il a subi le traitement par l'hydrothérapie pendant quatorze mois environ. Pendant le cours de ce traitement des guérisons presque complètes et des récidives se sont montrées. Aujourd'hui cet homme est parti de l'hôpital par une cause tout à fait étrangère à son traitement, et porte encore à la peau des traces de son affection. Toujours est-il que l'hydrothérapie a singulièrement amélioré sa constitution et qu'il est sorti dans un état général de santé qu'il n'avait jamais connu auparavant.

Le troisième malade était un homme de trente ans, affecté d'un *lepra vulgaris* datant de douze à treize ans. Il avait été traité à plusieurs reprises par presque tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis et en dernier lieu mis pendant six mois à l'usage du goudron dans le service de M. Emery. La maladie avait toujours été augmentée par cette pommade qui compte cependant des succès. Je le mis à son entrée dans mon service à l'usage des bains très prolongés ; il y eut de l'amendement. Je lui prescrivis, à deux reprises différentes, la solution de Fowler, mais il ne put la supporter. Du temps s'écoulait ; la constitution se détériorait par le séjour à l'hôpital. Une ophthalmie scrofuleuse se déclara ; le malade était amaigri. Ce dernier état durait depuis six semaines, lorsque cet homme fut mis à l'hydrothérapie. Dans l'espace de six semaines à deux mois, il survint une grande amélioration dans la santé générale, l'ophthalmie disparut, l'embonpoint se montra peu à peu, l'appétit et les forces revinrent. L'affection cutanée diminua sans disparaître complètement. Je le mis alors à l'usage du goudron ; la peau parut reprendre son état normal ; mais quelque temps après il se montra des papules d'aspect syphilitique. Les antécédens du malade me conduisirent à lui prescrire un traitement mercuriel qui les fit disparaître. Le malade est sorti de l'hôpital avec les apparences d'une guérison ; nous craignons qu'elle ne soit pas durable ; mais il ressort évidemment de ce fait que l'hydrothérapie a singulièrement amélioré la santé de ce malade, qui a suivi cette méthode de traitement pendant deux mois environ.

Le quatrième malade est un Anglais, âgé de vingt-cinq ans, affecté de psoriasis depuis longues années. Quand il entra à l'hôpital, la forme papuleuse très circonscrite de l'affection, sa couleur, la dispostion des squames, me firent craindre une cause syphilitique. Le malade paraissait cependant avoir subi des traitemens réguliers et complets pour combattre les affections syphilitiques qu'il avait eues. La solution de Fowler fut donc prescrite ; elle fut sans succès. Puis un traitement mercuriel ; même résultat. La pommade de goudron ne fut pas plus efficace. Enfin, l'hydrothérapie. Ce traitement, au lieu d'amender la maladie, sembla lui donner plus d'étendue, ou bien le hasard a voulu qu'elle devînt générale pendant son emploi. La médication fut continuée et plusieurs fois le psoriasis devint aigu et général. Enfin, après quatorze mois environ de traitement, voyant un état stationnaire, j'arrêtai l'usage de l'hydrothérapie. Je fis frictionner avec la pommade de goudron et la peau revint tout à fait à son état naturel. Le malade est sorti guéri.

Le cinquième malade est un enfant de dix-sept à dix-huit ans, affecté d'une *lepra vulgaris* générale. Il fut mis dès son entrée à l'usage de l'hydrothérapie, et il est sorti guéri dans l'espace de cinq à six mois.

J'ai appliqué la méthode de l'hydrothérapie partielle pour combattre un rupia syphilitique. La maladie occupait une grande partie du corps : je n'ai agi que sur un seul bras. La sudation a exalté la sensibilité des ulcères, tout en faisant tomber les croûtes : il n'est résulté de cette médication aucun amendement pour le malade.

Si nous résumons les faits que nous venons de détailler, nous verrons : 1° que l'hydrothérapie a guéri, mais que la guérison a été suivie dans plusieurs cas de récidive ; 2° qu'en général elle a amélioré l'affection cutanée ; 3° qu'elle a évidemment amélioré la santé, excepté dans un cas. Nous pensons donc que cette médication n'est pas sans valeur ; qu'elle peut préparer la peau à l'usage d'autres moyens, de manière à les rendre plus prompts et plus efficaces dans leurs effets, et qu'il n'y a en général aucun inconvénient à l'employer pour le traitement d'affections qui auraient été rebelles à d'autres médications. Le seul phénomène fâcheux qu'elle paraît développer, c'est la diarrhée ; mais en général, cet effet est de peu de durée. L'hydrothérapie a l'inconvénient d'être longue dans ses effets. Il faut la continuer pendant des mois et quelquefois pendant une année. En hiver, il est difficile de l'employer. Au surplus, d'autres malades sont encore en traitement dans mon service et dans celui de M. Gibert : le temps décidera de ce que l'on a droit d'attendre de cette médication ; Mais il était important de faire connaître les résultats que nous avions déjà obtenus, d'autant plus que des opinions trop précoces et non appuyées sur des faits ont été prématurément émises sur la méthode de Priesnitz.

BERGERON, interne.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Rhumatismes articulaires.

Nous avons choisi pour sujet de cette conférence quatre malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, qui se trouvent actuellement dans les salles, et dont l'affection offre plus d'un genre d'intérêt.

Première observation. — *Rhumatisme généralisé. Saignées coup sur coup. Guérison en quatre jours. Symptômes d'anémie.*

Le premier malade, couché au n° 4 de la salle Saint-Louis, est un jeune homme qui a été pris d'une première attaque de rhumatisme à l'âge de dix-neuf ans. Le mal s'est reproduit cinq fois avec une intensité variable depuis cette époque, et pour la dernière fois, il y a dix-huit mois.

Le jour de son entrée à l'hôpital (31 août), la plupart des jointures, les membres inférieurs et supérieurs (les deux coude-pieds, le genou droit et l'épaule gauche), sont prises de douleurs avec gonflement. Le pouls bat 80 pulsations, le cœur donne une impulsion médiocre avec un bruit râpeux au premier temps ; rien aux carotides. Les sens sont intacts. Le malade a eu une épistaxis abondante ; constipation. Ce rhumatisme, généralisé dès le principe, bien qu'accompagné d'une fièvre médiocre, nous parut devoir être attaqué par des émissions sanguines coup sur coup, surtout en raison de l'endocardite rhumatismale, dont nous avons indiqué quelques signes, de l'ancienneté de la maladie et de l'âge du sujet. Il fut prescrit, en conséquence, deux saignées de trois palettes chacune, et des ventouses scarifiées, de trois palettes, sur la région précordiale.

Le 1er septembre, les douleurs, le gonflement et la rougeur s'étendent aux poignets et aux coudes, et le bruit de râpe est remplacé par un bruit de souffle intense ; pouls à 84. Deux nouvelles saignées de trois palettes. Le sang extrait de la veine présentait une couenne épaisse de deux à trois lignes et à bords retroussés.

Le 2, les douleurs ont diminué dans les jointures primitivement affectées, mais elles ont envahi les deux épaules. La langue est pâle et humide, et le sang offre, ainsi que celui de la veille, une couenne épaisse.

Le 3, les jointures des poignets sont encore douloureuses ; toutes les autres sont devenues libres ; le sommeil est paisible, le pouls est à 76. Même bruit au cœur ; bruit de souffle intermittent à la carotide droite.

Le 5, les douleurs cessent de se faire sentir et ne reparaissent plus à dater de ce moment. Le pouls tombe à 56, et à 52 les jours suivans ; la convalescence est définitivement assurée. On observe toutefois un bruit de souffle léger au cœur et dans les carotides.

Deuxième observation. — *Rhumatisme articulaire ayant débuté aux jointures des pieds, et s'étant successivement généralisé. Saignées coup sur coup. Guérison en trois jours.*

Au n° 12 de la salle Saint-Louis, est couché un malade âgé de trente-cinq ans, ayant été atteint pour la première fois d'un rhumatisme léger il y a cinq ans. Aucune nouvelle attaque n'est survenue depuis cette époque.

Le 22 août dernier, des douleurs vives se montrent dans la jointure du pied, et le malade est obligé de suspendre ses travaux. Bientôt de semblables douleurs se montrent dans les genoux et au poignet droit, où elles existent encore le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, le 30 août. Le malade accuse ce même jour des douleurs dans toutes les articulations que nous venons de nommer. Le genou gauche est tuméfié, sensible et distendu par un épanchement de synovie ; le pouls est à 76. Les autres appareils sont dans une intégrité parfaite. Rien au cœur. Deux saignées de 3 palettes et ventouses scarifiées sur le genou gauche.

Le 31, de nouvelles douleurs se manifestent aux orteils et au genou droit ; les anciennes persistent au même degré ; la peau est chaude, le pouls à 84. Nouvelle saignée.

Le 1er septembre, le malade se sent mieux ; les douleurs se sont en partie dissipées ; le sommeil est paisible ; la peau est couverte de sueur. Céphalalgie ; pouls à 84. Une nouvelle application de ventouses est faite sur le genou droit. Sous l'influence de ce traitement, la collection de synovie disparaît rapidement, les douleurs cessent, le pouls tombe à 76. Le 3, il est à 68. La convalescence est définitivement établie. Les jours suivans le pouls tombe à 56, et il remonte à 60 au moment de la sortie du malade.

Troisième observation. — *Rhumatisme général dès le début. Saignées répétées. Guérison le quatrième jour. Anémie.*

Le malade couché au n° 23 est un homme âgé de vingt-cinq ans, ayant eu une première attaque de rhumatisme intense il y a quatre ans, et une seconde il y a deux années. Dans l'intervalle la santé a été bonne. Depuis quinze jours les douleurs s'étaient manifestées à la plante des pieds, dans le coude-pied, le genou droit, les deux hanches et le poignet droit. Contraint de garder le lit dès la première apparition des douleurs, il n'entre à l'hospice que le 4 août. Toutes les jointures sont affectées au même degré. Un gonflement considérable existe au poignet et à toute la main du côté droit. Les sens sont intacts, le pouls à 108 ; la langue est bonne, les selles naturelles. On prescrit deux saignées, une application de ventouses sur le genou droit, où existaient des douleurs vives et un épanchement synovial.

Le 5, les articulations de la mâchoire inférieure, quelques muscles du cou deviennent le siége de douleurs vives, et les autres jointures sont affectées toujours à peu près au même degré. Le pouls est à 100, régulier ; les bruits du cœur sont normaux. Deux nouvelles saignées de trois palettes, et ventouses sur le genou et le poignet droits.

Le 6, l'état est à peu près le même ; mais le pouls descend à 92 ; les carotides n'offrent aucun bruit. Une nouvelle application de ventouses est faite sur le genou et le poignet.

Dès le lendemain 7, l'état général s'améliore ; les douleurs cessent presque entièrement ; le pouls descend encore (il est à 84). Cette amélioration persiste les jours suivans ; le pouls continue à descendre.

Le 13, le pouls est à 64 ; un peu de souffle intermittent se manifeste aux carotides, et accompagne le premier bruit du cœur. La guérison est complète ; seulement on constate l'anémie qui succède aux émissions sanguines abondantes.

Quatrième observation. — *Rhumatisme général. Emissions sanguines modérées. Convalescence encore douteuse le dix-septième jour.*

N° 11 de la même salle. Ce malade, âgé de 37 ans, dit avoir été pris pour la première fois de rhumatisme en 1825, et une deuxième fois en 1834. Depuis cette dernière époque, des douleurs vagues se sont manifestées à diverses reprises sur différentes parties du corps. Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 28 août dernier, le rhumatisme articulaire était entièrement généralisé. Toutes les jointures des membres inférieurs étaient prises, ainsi que les tissus fibreux de la main gauche ; on entendait un bruit rude, râpeux, très manifeste, qui masquait le premier bruit du cœur dont l'impulsion était faible. Rien aux

(dans son livre 31) nous dépeint avec des cous gonflés, des corps difformes, des membres gros et courts. Ainsi lorsqu'on pénètre en Italie pour la première fois, si l'on vient de la France, de l'Angleterre ou de l'Allemagne, on est frappé de la différence qui sépare ces diverses nations, sous le rapport des traits de la figure et de la mimique. Les caractères moraux ne sont pas moins prononcés ; le peuple y montre une vénération profonde pour tout ce qui est noble, riche et puissant ; il affectionne l'exagération du langage, les décorations, les couleurs et les ornemens brillans : en tout cela il montre des tendances orientales. Rien ne ressemble en ce pays à l'amour-propre des Français, à l'ambition de l'Espagnol, à la fierté de l'Anglais et de l'Américain. Point de désirs immodérés de la fortune, de la gloire, des honneurs, en un mot, point de ces agens qui nous dévorent si vite. Aussi avec une intelligence remarquable, une vivacité extrême, une subtilité d'esprit qui frappe tout le monde, l'Italien est cependant bien moins sujet à l'aliénation que les peuples qui viennent d'être cités. Son tempérament, ses habitudes le prédisposent plus spécialement aux folies érotiques et religieuses.

M. Guislain considère la pauvreté héréditaire comme un véritable antidote de la folie, ce qu'il attribue à la dépression que cause cet état à l'intelligence. Quelle différence, en effet, entre ce paupérisme constitutionnel et la ruine déterminée par la fièvre brûlante des spéculations, qui amène tous les quatre ou cinq ans une telle pléthore que des nations entières voient leurs fortunes déplacées, anéanties (*voir* la Revue britannique). La conclusion scientifique de ces remarques, ajoute M. Guislain, est qu'il ne faut pas chercher les vraies sources des maladies mentales dans des altérations organiques, mais dans les conditions morales, notamment dans la sphère des affections (gemüth des Allemands), dans celles surtout qui compromettent nos plus chers intérêts ; sphère d'autant plus active et plus étendue, que les peuples sont plus avancés dans la civilisation.

Après ces considérations philosophiques et morales, M. Guislain jette un coup-d'œil sur les travaux médicaux de l'Italie ; on consultera utilement ces renseignemens. La dernière partie de son ouvrage est consacrée à la description des hôpitaux, des établissemens charitables et des institutions scientifiques. Dans l'impossibilité de suivre l'auteur dans tous ces détails, nous nous attacherons à ce qui est relatif à l'aliénation mentale ; la prédilection du médecin belge pour cette branche de la médecine sera d'ailleurs notre meilleure excuse. Lorsque je visitai en 1830 les établissemens consacrés aux aliénés, j'avais trouvé, dans les vingt-cinq établissemens où je fus admis, environ 3,440 malades ; mais je n'avais point vu les maisons de Rimini, de Faenga, de Pérouse et celle de Palerme. J'eus d'ailleurs soin de faire observer que des renseignemens plus complets augmenteraient ce nombre d'un tiers (1). M. Esquirol, dans un voyage qu'il a fait en 1833, annonce qu'il a trouvé environ 4,500 aliénés. La notice de M. Petréquin, l'ouvrage de M. Guislain établissent l'exactitude de mes relevés. Depuis mon voyage, le bel établissemont de Turin a été ouvert ; Gênes a remplacé son affreuse prison par un magnifique édifice ; l'hôpital de Sant'Ursola a reçu de grands embellissemens, partout l'impulsion est donnée, et tout fait espérer que dans quelques années le sort des aliénés sera considérablement amélioré.

En adoptant même le chiffre de 4500, comme l'expression véritable du nombre actuel des aliénés en Italie, il n'en est pas moins très inférieur à celui des aliénés de l'Angleterre, puisque ce dernier pays sur une population de 12,780,000 habitans compte 17,222, tandis que l'Italie, sur une population de 16,779,000 habitans n'en présente que 4,500. Là où prédominent les influences intellectuelles, morales et affectives, là aussi le nombre des fous prend un grand accroissement. C'est ce que je crois avoir démontré dans un mémoire sur l'influence de la civilisation dans la production des maladies mentales ; c'est aussi l'avis de M. Guislain, que je remercie de tous les éloges qu'il a bien voulu m'accorder. En parlant des causes, ce médecin a fait la remarque, qu'à l'hôpital de Forence on avait noté que les causes morales étaient plus communes chez les gens des villes et les causes physiques chez les gens des campagnes. L'ouverture des cadavres n'a rien offert de bien concluant. Plusieurs fois M. Guislain a constaté la gangrène des poumons chez les aliénés qui refusaient de manger. Le traitement de la folie est celui qui est suivi partout. Les moyens moraux ont été très préconisés par Lingueti, et sont mis en usage sur une large échelle à la maison de Palerme. Tout en se défiant de l'imagination et de la mémoire des romanciers, on ne peut disconvenir qu'il n'y ait des choses ingénieuses dans ce que raconte M. Alexandre Dumas du traitement employé par M. Pisani. Parmi les moyens thérapeutiques, M. Guislain signale celui de M. Bertolini, à Turin, qui combat avec succès l'exaltation maniaque par des bains narcotiques composés de deux livres d'hyosciamus, de laurier-cerise, de belladone et de ciguë pour un bain ordinaire.

Le livre de M. Guislain n'est point un traité didactique, c'est un recueil de faits nombreux, curieux, marqués au coin d'une saine observation. Les médecins feront très bien de consulter ce qu'il dit de la constitution médicale de l'Italie, de la littérature, et les personnes qui se livrent à l'étude des maladies mentales y apprendront qu'un bon esprit ne se rend célèbre dans une spécialité qu'en ne la séparant point de la connaissance approfondie de la pathologie.

A. B. DE B.

(1) Des Établissemens d'aliénés en Italie. (Journ. des Scien. compl., tom. XLIII.)

carotides ni dans les autres appareils. Le pouls est à 88. Une seule saignée est faite à l'entrée du malade.

Le 29, les douleurs persistent dans les mêmes points; les deux bruits du cœur sont sourds; le pouls à 96. Deux saignées sont prescrites, mais une seule a été pratiquée.

Le 30, bien que les douleurs aient diminué d'intensité dans les pieds et dans les deux hanches, les articulations des épaules se prennent, et une éruption miliaire très confluente se montre sur toute la partie antérieure du tronc; elle est constituée par la présence d'un grand nombre de vésicules de la grosseur d'une forte tête d'épingle, reposant sur une tache rouge formée par l'élevure du derme. Une sueur abondante couvre le malade, qui accuse un malaise général; absence de sommeil; pouls dur, 92; bruits du cœur toujours sourds; constipation. En raison de l'état du cœur, je prescris une nouvelle application de ventouses devant donner environ trois palettes de sang.

Le 31 et le 1er septembre, aucun changement bien notable ne survient dans l'état du malade; seulement l'éruption miliaire s'accompagne d'une rougeur scarlatineuse, et s'étend à la partie interne et antérieure des bras et avant-bras. Les sueurs sont toujours abondantes et continuent jusqu'au 5. Pendant ce temps, le pouls conserve sa fréquence (de 84 à 104); les bruits du cœur toujours sourds, et les douleurs articulaires, quoique moindres, voyagent d'une jointure à l'autre. On provoque des évacuations alvines par l'emploi des purgatifs, et on administre en même temps l'opium à partir du 6.

Du 8 au 13 septembre, les douleurs ont disparu en grande partie, et se font seulement ressentir encore aux deux poignets et aux épaules. Un bruit de souffle intermittent se montre dans les carotides; le bruit anormal du cœur persiste; l'éruption miliaire continue jusqu'au 10, époque à laquelle la résorption du liquide opaque qui distendait les vésicules s'effectue; la desquammation se fait en plusieurs points par petits lambeaux épidermiques brillans. Aujourd'hui encore (14), la température de la peau est élevée, le pouls conserve sa fréquence, et l'on observe chez le malade un grand affaissement et une certaine disposition aux sueurs. Cependant on commence à le nourrir, tout en continuant l'usage de l'opium (10 centigr. par jour).

— Les quatre malades dont nous venons de présenter succinctement l'histoire, offrent la forme aiguë du rhumatisme articulaire accompagné de fièvre. Chez tous les quatre, le rhumatisme s'est montré à des époques antécédentes, à plusieurs reprises. Sur deux d'entre eux (les 4 et 11), il était compliqué d'une altération de la membrane interne du cœur, caractérisée par une modification particulière de ses bruits. Chez l'un d'eux (11) nous avons observé un phénomène peu ordinaire dans le rhumatisme, une éruption miliaire confluente et des sueurs profuses; ces dernières, du reste, sont assez communes dans cette maladie. Ces quatre malades ont été soumis aux émissions sanguines plus ou moins répétées. Le 4, le 12 et le 23, ont été saignés cinq fois dans les deux premiers jours. Le malade du n° 11 a été saigné une seule fois, par suite d'un malentendu. L'affection rhumatismale du n° 4 était arrêtée le quatrième jour, à partir du traitement; il en a été de même pour les malades des n. 12 et 23.

Le n° 11, traité par des émissions sanguines modérées, est loin d'être dans un état satisfaisant. Il faut dire que chez lui l'endocardite est plus intense que chez les autres, et que l'éruption miliaire qui est venue compliquer le mal a semblé exercer sur lui une fâcheuse influence. On peut donc considérer les trois premiers cas comme autant d'exemples de succès obtenus par les émissions sanguines coup sur coup. Maintenant nous ferons remarquer que chez les trois malades qui ont été si énergiquement saignés, il existe dans la convalescence tous les symptômes de l'état anémique, excepté chez le malade couché au n° 12. Les deux premiers ont offert un souffle léger et intermittent dans une des carotides.

Un autre fait qui ressort de ces quatre observations, et qui est commun à d'autres maladies au sujet desquelles nous aurons plus d'une fois l'occasion de le signaler, a trait aux modifications que nous a paru offrir le pouls dans la convalescence des maladies et à celles qui en marquent nettement le début.

On n'a, en général, que des notions fort vagues sur la durée des maladies et principalement sur leur début, que l'on a beaucoup de peine à déterminer avec quelque exactitude. Les mêmes difficultés se présentent lorsqu'il s'agit d'établir le moment précis où elles finissent. Je crois être parvenu, à l'aide d'une observation attentive, à des résultats nouveaux qui serviront à fixer ce point important de pathologie générale. On sait combien sont vagues et incertains les prodrômes dans les maladies: doit-on faire commencer la maladie à l'instant même où de la courbature, du malaise général, un peu d'abattement et de la céphalalgie se manifestent? Mais des symptômes aussi légers se montrent dans tant de maladies et dans des circonstances si diverses et souvent étrangères à la maladie, qu'il est impossible de s'en tenir à des désordres pareils pour marquer le début du mal. Le frisson est à coup sûr le meilleur signe d'invasion; mais il manque dans un grand nombre de cas. Les phénomènes qui constituent pour moi le vrai point de départ des maladies, sont ces troubles qui surviennent dans la calorification et la circulation: l'élévation de la température, avec ou sans frisson, et l'accélération du pouls, doivent être regardés comme les premiers symptômes de l'état morbide. Ce sont encore ces signes qui doivent servir à marquer le dernier terme du mal. Pour moi, la convalescence n'est bien positivement établie qu'à partir de l'instant où la température est revenue à son type normal, ainsi que le nombre des pulsations. J'ai fait à cet égard des observations qui sont d'un assez grand intérêt. J'ai vu chez les malades qui entraient en véritable convalescence le pouls revenir à son type normal et même descendre un peu au-dessous, s'abaisser, par exemple, à 58, 56, 52 et quelquefois à 48, pour remonter ensuite au nombre de pulsations qui caractérise l'état physiologique; cet abaissement du pouls, que j'ai retrouvé presque constamment lorsque les sujets se rétablissaient entièrement, m'a semblé être le signe d'une convalescence solide et durable. Aussi, pour moi, la maladie commence seulement lorsque la calorification et la circulation éprouvent des modifications anormales; elle cesse à l'instant même où la température revient à son type normal et où le pouls ne marque plus 60 ou s'abaisse au-dessous. J'aurai, du reste, plus d'une occasion de revenir sur ce point de pathologie qui m'occupe depuis plusieurs mois, et qui fait le sujet de recherches qui me sont propres.

Delirium tremens.

Un homme de trente-trois ans, garçon de magasin, éprouvant par intervalle de la céphalalgie, est conduit à l'hôpital avec un tremblement prononcé des membres supérieurs et des membres inférieurs; l'intelligence est tout à fait présente au moment de son entrée, qui eut lieu le 8 septembre. On a cru que ce malade abusait souvent des liqueurs fortes; mais ce ne fut que le jour suivant que l'on obtint les renseignemens suivans, qui pouvaient seuls faire découvrir la véritable nature de son mal. Il affirmait qu'au moment où le tremblement le saisit et les jours qui l'avaient précédé, il n'avait fait aucun usage de liqueurs fortes; cette assertion a été démentie par ses parens. La veille de son entrée, il avait été poursuivi par deux hommes qui voulaient l'attaquer; jamais il n'avait offert de phénomènes pareils à ceux qui le conduisaient à l'hôpital.

Le jour de son entrée, presque tous les sens étaient intacts. Toutefois, il éprouvait quelques vertiges et des bourdonnemens d'oreille; un mouvement continuel agitait ses membres supérieurs et inférieurs; la parole était tremblante; la langue tirée, sans déviation; les pupilles un peu dilatées; la soif vive. Pas de trouble du côté des autres fonctions. Orge; bain de pied sinapisé et saignée de trois palettes.

Dans la journée du 8, il éprouve une attaque pendant laquelle il perd connaissance et offre, suivant le rapport de la mère de la salle, tous les symptômes de l'épilepsie (cris, écume à la bouche, mouvemens cloniques, rapides des membres supérieurs, teinte livide du visage, stertor). Le soir du 9, un délire violent se déclare; on est obligé d'appliquer la camisole de force qui maintient le malade à grand'peine; il vocifère ou parle avec une grande rapidité, cherche à sortir de son lit: ce délire persiste toute la nuit et continue à la visite. La face est plutôt pâle que colorée; les pupilles sont dilatées, et bien que l'agitation du malade soit extrême, le pouls ne s'élève qu'à 88.

Le diagnostic, qui jusque-là avait pu être incertain, d'autant plus que les renseignemens indiqués plus haut ne nous étaient pas encore parvenus, ne pouvait rester plus long-temps douteux. Il était évident que nous avions affaire à un empoisonnement par les alcooliques, qui avaient déterminé d'abord des convulsions cloniques qui constituent le tremblement, en second lieu une attaque épileptiforme, et enfin un délire violent. Si l'on n'avait eu pour asseoir le diagnostic que l'examen des symptômes, on aurait, certes, éprouvé quelque embarras. Sans cette circonstance, que le malade abusait des liqueurs fortes, on aurait pu songer à un tremblement mercuriel ou saturnin, ou à celui qui suit quelquefois l'épilepsie, d'autant mieux qu'une attaque de ce genre s'était manifestée pendant le jour. Nous n'avons pas été témoin de cette attaque, et lors même que nous aurions pu en étudier tous les symptômes, nous n'aurions pu, par eux seuls, arriver au diagnostic même de la maladie. On sait, en effet, que malgré les efforts des auteurs pour différencier l'épilepsie saturnine d'avec l'épilepsie simple et les attaques épileptiformes de la nature de celle qu'a présentés notre malade, il est impossible d'indiquer les caractères qui permettent de les distinguer à coup sûr. Le délire lui-même, qui offre quelque chose de plus gai, qui est accompagné de loquacité, d'une jactitation plus grande dans le cas d'empoisonnement par l'alcool, ressemble cependant beaucoup au délire saturnin. En effet, l'observation nous montre des sujets atteints de ce dernier délire, en proie à la même agitation, à la même loquacité que les ivrognes délirans. On voit donc que l'étiologie pouvait seule découvrir la vraie nature du tremblement, du délire ou de l'épilepsie que nous a présenté le malade; et cette observation prête un nouvel appui à ceux qui soutiennent que les manifestations extérieures étant parfaitement semblables, la nature intime de la cause qui les provoque peut être tout à fait différente, que la spécificité des affections ne peut pas se découvrir toujours par l'étude des phénomènes morbides. Le malade a pris, dans la journée du 10, une potion avec 25 centigr. d'opium; mais avant même qu'il en eût pris une certaine quantité, le délire avait cessé spontanément. Le 11 au soir, il tend à reparaître; la face exprime l'inquiétude, des hallucinations de la vue surviennent: le malade croit être poursuivi par des voleurs. Une nouvelle quantité d'opium (2 décigr.) lui est administrée.

Le 12, le tremblement persiste encore, mais moins marqué; céphalalgie, bluettes; le pouls à 68. On administre une nouvelle dose d'opium (25 centigr.). Le délire ne reparaît plus, et les attaques épileptiformes ne se sont pas reproduites. L'usage des bains tièdes a contribué à dissiper les derniers accidens de la maladie, la céphalalgie et les vertiges.

Chronique et Nouvelles.

Un journal a semblé jeter du doute sur ce que nous avons dit dans un de nos derniers numéros relativement à quelques cas de choléra sporadique observés à Paris. Le rédacteur a bien vu, dit-il, des affections intestinales se traduisant par des évacuations alvines et des vomissemens, mais rien qui ressemble au choléra du pays. Depuis lors nous avons eu occasion d'en voir un autre exemple sur une jeune demoiselle de seize ans, et nous pouvons assurer à notre confrère que c'était bien là un cas de choléra sporadique caractérisé par les crampes, le refroidissement général, l'amaigrissement rapide et l'altération des traits, les vomissemens, tous symptômes attribués de tout temps et par tous les praticiens au choléra sqoradique. Cette affection n'est pas d'ailleurs si rare, même à Paris, surtout après un été aussi chaud que celui que nous venons de passer, pour que les praticiens n'aient eu l'occasion de l'observer assez souvent. Dans le Midi de la France, c'est une maladie très fréquente, et à Marseille surtout il n'est pas de praticien qui ne la connaisse bien. Rien d'étonnant qu'après les chaleurs qui ont régné pendant si long-temps à Paris cette année, l'affection cholérique se soit montrée. Nous rappellerons à ce sujet, qu'après l'été de 1830 qui fut aussi très chaud, plusieurs cas de choléra sporadique se déclarèrent à Paris, au point que l'autorité, trompée par les apparences, crut à un empoisonnement provoqué par les ustensiles de cuivre dans lesquels les glaciers préparent les glaces. Plusieurs personnes, en effet, furent prises d'accidens graves après avoir usé de ce rafraîchissement. L'enquête qui eut lieu démontra que ces accidens n'étaient autre chose que le choléra sporadique.

Il paraît d'ailleurs que ce n'est pas à Paris seulement que cette affection a été observée. On écrit de Dieue, canton de Verdun:

Depuis quelque temps il règne à Dieue et dans les environs une maladie qui ressemble beaucoup au choléra ou tout au moins à la cholérine. Les personnes qui en sont atteintes sont prises tout à coup de vomissemens nombreux et de déjections fréquentes. Ces malades sont tourmentés d'une anxiété précordiale extrême, le pouls est à peine sensible, les yeux se cavent, la face s'amaigrit, la voix s'éteint, quelquefois les extrémités se refroidissent et le corps se couvre de sueurs froides; quelques malades ont des crampes très douloureuses. A les voir dans cet état, on croirait qu'ils n'ont que quelques heures à vivre. Heureusement que ce cortége de symptômes, fort effrayans du reste, cède au bout de quelques jours à l'administration de préparations opiacées données à haute dose.

Ce même cortége de symptômes nous l'avons observé à Paris, et nous l'avons décrit presque dans les mêmes termes. Si on ne voit là qu'une affection intestinale ordinaire, nous y voyons, nous, autre chose, et nous pensons que les praticiens seront de notre avis.

— Il existe en ce moment, dit le journal de l'arrondissement du Hâvre, un nombre considérable de maladies dans notre arrondissement; sur presque tous les points le nombre des décès dépasse celui des naissances. Les fièvres muqueuses cérébrales et intermittentes font d'alarmans ravages. C'est surtout dans les fonds de Grandville, et principalement à Leure, qu'on observe le plus grand nombre de cas. On cite une maison de cultivateur composée de douze personnes, dont toutes ont été plus ou moins gravement atteintes. Dans une autre, sur dix-huit habitans, il n'en reste que deux qui n'ont pas été attaqués. Les hommes de l'art attribuent ce mauvais état sanitaire, qui revêt tous les caractères d'une épidémie, à l'émanation de miasmes souterrains; et, ce qui tendrait à corroborer cette hyposhèse, c'est que la maladie sévit avec la plus grande violence dans les environs des travaux du bassin de Vauban. Chaque matin on aperçoit un petit brouillard que le lever du soleil dissipe; ce brouillard est très malsain, et a une action dangereuse sur le système muqueux.

D'après les dernières nouvelles, cette épidémie toucherait à sa fin dans l'arrondissement du Hâvre, mais l'arrondissement d'Yvetot aurait été envahi à son tour.

— M. le Dr Roizot nous écrit d'Autun, 20 septembre, qu'il a régné dans ce pays une épidémie d'angine gangréneuse; nous publierons quelques détails sur cette maladie.

— Tous ceux qui sont entrés dans les ateliers des grandes manufactures n'ont pu ne pas être désagréablement impressionnés par l'odeur des émanations résultant d'une agglomération d'individus dans un espace plus ou moins resserré, ainsi que par la viciation de l'air, conséquence inévitable de cette agglomération. Les dangers d'un tel état de choses pour la santé des ouvriers est manifeste et dès-long-temps reconnu. Aussi les personnes qui se sont occupées de l'hygiène appliquée aux arts et métiers ont souvent manifesté le vœu de voir un bon système de ventilation introduit dans les grandes manufactures, dans celles surtout où, par la nature des travaux qui s'y exécutent, l'air contient toujours en suspension des poussières végétales ou animales. Il est vrai que le problème était difficile à résoudre; mais il paraît qu'il vient d'être complètement résolu. M. Pouyer, filateur à saint-Vandrille, a inventé un appareil destiné à renouveler et à purifier l'air dans les grands établissemens manufacturiers; cet appareil il l'a déjà introduit dans sa manufacture, où l'expérience a été couronnée du plus heureux succès. M. Pouyer, en donnant l'exemple de cette amélioration, a rendu aux classes ouvrières un service immense dont les effets se sont fait chez lui immédiatement sentir.

En effet, depuis l'introduction du ventilateur dans les ateliers, des ouvriers dont l'air vicié des salles de travail épuisait les forces et la santé, et qui se voyaient sur le point d'être forcés de renoncer à une si pénible profession, ont repris presque par enchantement les signes et la fraîcheur de la meilleure santé. L'appétit, le sommeil sont revenus aux plus souffrans; ceux qui étaient atteints de la toux fatale qui pronostique trop souvent l'issue la plus funeste, ne toussent plus du tout, et sont aussi frais et en aussi bon état que les manœuvres qui travaillent en plein air. On comprend aisément cet heureux résultat, puisque la ventilation a pour effet de chasser la poussière, le duvet qui remplissent les ateliers, les émanations nuisibles qui s'y forment, soit par la réunion d'un grand nombre de personnes, soit par l'échauffement des huiles qui servent à graisser, soit par la fumée des quinquets et par d'autres causes variées.

— La chaire de physique à l'école de pharmacie de Montpellier, vacante par la démission de M. Ballard, va être mise au concours. La nomination doit être faite par le ministre de l'instruction publique, d'après une double liste de présentation fournie, l'une par l'Ecole de pharmacie, l'autre par l'Académie des sciences. Chaque liste doit offrir le nom de deux candidats. Les conditions pour être élu candidat sont: 1° d'être Français ou naturalisé Français; 2° de jouir des droits civils; 3° d'être âgé de vingt-cinq ans au moins; 4° d'être licencié ès-sciences physiques; 5° d'avoir le titre de pharmacien, reçu dans une école spéciale de pharmacie.

Les aspirans à la candidature doivent produire les pièces suivantes: 1° une copie légalisée de leur acte de naissance ou un acte de naturalisation; 2° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le recteur de l'Académie du domicile de fait; 3° le diplôme de licencié ès-sciences physiques; 4° le diplôme de pharmacien obtenu dans une des trois écoles de pharmacie du royaume.

Indépendamment de ces pièces, qui sont de rigueur, les aspirans devront faire connaître: 1° la nature et la durée de leurs services dans l'enseignement; 2° les ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés, et les découvertes qu'ils ont faites; 3° les titres et les couronnes académiques qu'ils ont obtenus.

Le candidat choisi par le ministre sera nommé professeur adjoint et jouira d'un traitement fixe annuel de 1,500 francs, ainsi que des droits de présence aux examens.

— On annonce la mort de M. Van Mons, célèbre chimiste belge, correspondant de l'Institut, membre des principales académies de l'Europe et professeur à l'université de Louvain.

— M. Vidal (de Cassis), professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital du Midi, en remplacement de M. Cullerier, décédé.

— M. Chassaignac, chirurgien du Bureau central, ouvrira un cours pratique et public *d'opérations* le lundi 3 octobre, à midi, à l'Ecole pratique.

— M. le docteur Scoutetten, premier professeur à l'hôpital d'instuction de Strasbourg, est envoyé en Allemagne, par le ministre de la guerre, pour y visiter les établissemens hydropathiques et étudier les effets produits par le mode de traitement qui y est mis en usage.

EAU BROCCHIERI.

Tout ce qui peut et doit prévenir les maladies, détruire leurs causes, guérir les accidens fâcheux et souvent mortels qui en sont fréquemment et malheureusement la suite, ne saurait trop mériter l'attention des hommes seuls capables de juger en pareille matière, et motiver, par conséquent, les recherches des médecins et des chirurgiens.

Avant de préconiser un remède, avant de l'adopter, il est sage, il est prudent, il est indispensable même, au point de vue de l'intérêt de l'humanité et pour l'honneur même de la science, d'examiner son efficacité par des essais répétés. Quel que soit alors ce remède, de quelque lieu qu'il vienne, s'il a reçu la sanction de l'expérience, il doit être employé, surtout lorsqu'il est dans certaines maladies un moyen infaillible de guérison.

Au lieu de décourager dès son début dans la carrière scientifique un homme laborieux et instruit ; au lieu de frapper d'interdiction ses efforts et les résultats de ses travaux, il est de toute justice d'examiner consciencieusement si les découvertes de cet homme ne sont pas susceptibles d'une application utile, et si elles ne sont pas appelées à reculer les limites du domaine de la thérapeutique.

Quand le célèbre Ambroise Paré, le maître chirurgien-médecin de quatre rois, mit le premier en usage la ligature des vaisseaux pour arrêter les hémorrhagies dans les amputations, on n'employait, en France, du moins, que les absorbans ou les astringens simples, qui étaient à peine efficaces contre de légères hémorrhagies. L'impuissance de ces moyens ordinaires dans l'ouverture des gros vaisseaux faisait recourir à l'emploi de l'alun, du vitriol, de différentes huiles, ou des eaux styptiques ; les anciens chirurgiens se servaient même de l'huile bouillante, du plomb fondu et du fer rouge, méthodes qui ont existé long-temps encore après la découverte d'Ambroise Paré, qui fit une véritable révolution dans l'art de guérir.

De quelle utilité ne serait donc pas de nos jours une méthode prompte, sûre et simple d'arrêter les hémorrhagies les plus abondantes ! Il faut rendre cette justice au chimiste napolitain Brocchieri, qu'il a fait faire un pas dans la voie de guérison des hémorrhagies : les expériences qui ont été faites dans plusieurs localités sont venues confirmer la déclaration de la Société de médecine pratique de Paris. Un des membres de cette Société annonça, dans la séance du 5 décembre 1849, qu'il avait été témoin de plusieurs expériences faites avec l'eau de M. Brocchieri.

« Cette eau, dit-il, appliquée sur l'artère crurale ouverte à dessein sur des chiens, a constamment arrêté l'hémorrhagie au bout d'une heure.

» L'hémorrhagie résultant de l'ouverture des artères thyroïdiennes et des veines jugulaires d'une jeune fille, a été arrêtée par cette eau hémostatique.

» Elle a été également employée avec succès contre la diarrhée muqueuse, chez une demoiselle qui en a fait usage à l'intérieur.

» Cette eau, qui ne contient pas d'alcool, ne perd pas ses qualités en vieillissant. »

Séance tenante, une demande fut faite pour nommer une commission qui pût constater les bons effets de cette découverte ; la Société décida que MM. les docteurs Puzin, Rousseau, Léger, Parent, Delaborde, Serrurier, Sterlin et Nauche feraient partie de cette commission.

Dans la séance du 11 mars 1840, M. le docteur Serrurier fit le rapport suivant :

« Tous les commissaires réunis examinèrent d'abord la liqueur, qui leur présenta au goût et à l'odeur quelque analogie avec la créosote ; mais rien de styptique qui puisse donner à croire qu'elle agit comme moyen astringent. Quelques questions furent ensuite adressées à M. Brocchieri, qui y répondit avec beaucoup d'obligeance. Ses réponses furent confirmées par les expériences.

» Dans la première, la carotide droite d'un mouton de moyenne force fut ouverte avec une déperdition de substance du diamètre d'une ligne et demie ; aussitôt un jet de sang rutilant sortit avec force et chacun put se convaincre de l'ouverture, avec perte de substance, de l'artère carotide. Un tampon épais de charpie imbibée d'eau hémostatique fut appliquée sur l'ouverture de l'artère et maintenu à l'aide des doigts des deux mains de l'opérateur, sans exercer la moindre compression. Cependant une pression légère et subite paraît nécessaire pour suspendre l'afflux rapide du sang ; mais cette pression de quelques minutes est bientôt remplacée par une simple contention. M. Brocchieri faisait couler de l'eau hémostatique afin d'entretenir les plumeaux de charpie au même degré d'imbibition. Au bout d'une heure trente-cinq minutes les plumeaux furent complètement enlevés, et la plaie présenta les caractères suivans : Point ou très peu d'imbibition sanguine sur les plumeaux, et particulièrement sur celui demeuré en contact immédiat avec la plaie, tant des tissus recouvrant l'artère qu'avec l'artère elle-même. Les muscles étaient plutôt pâles et décolorés ; aucun caillot ne tapissait le plumeau immédiat, aucun caillot n'existait à l'ouverture faite à l'artère, ni dans la plaie qui présentait une étendue de quatre à cinq pouces (onze à treize centimètres) ; elle était plutôt sèche qu'abreuvée d'humidité. Enfin, le succès a été complet. L'animal, à peine délivré de ses liens, put se tenir sur les jambes, marcher et manger en présence des commissaires.

» Un d'eux, pensant que le froid et surtout la compression soutenue pouvaient suffire pour arrêter chez le mouton une hémorrhagie résultant de l'ouverture de la carotide, proposa de tenter, avec l'eau froide ordinaire, d'arrêter l'hémorrhagie à une séance suivante. On fit à une carotide une ouverture dont la grandeur a pu être estimée à celle d'une plume ; des plumeaux imbibés d'eau froide furent de suite appliqués et maintenus avec les mains sans autre compression exercée sur l'artère ouverte ; le sang ne s'arrêtant point et l'animal s'affaiblissant, on fut obligé pour lui conserver la vie de pratiquer au bout de dix minutes la ligature de l'artère ; cependant l'animal succomba deux ou trois heures après l'expérience.

» Dans une seconde expérience de M. Brocchieri, une carotide de mouton fut ouverte dans la longueur de deux à trois lignes. A l'instant le sang jaillit avec force, et la compression fut exercée, mais en vain ; alors M. Brocchieri appliqua un fort plumeau de charpie imbibée de son eau hémostatique, la plaie fut lavée, elle prit une teinte pâle et rosée, et le sang cessa inopinément de couler par l'artère.

» Le peu de temps qui avait été employé à exercer la compression pour arrêter l'afflux du sang artériel dans cette seconde expérience comparative, avait permis à une infiltration de s'opérer dans les tissus environnans. L'eau hémostatique, en arrêtant tout écoulement de sang, a contribué à la disparition de cette infiltration, et après une heure vingt minutes, la main cessant de maintenir le tampon, ce dernier fut retiré avec précaution ; à peine est-il taché par le sang, et tous les assistans peuvent s'assurer que le travail opéré sur le vaisseau artériel est complet. On remarque avec autant de satisfaction que d'étonnement, que l'infiltration, suite de la compression, avait entièrement disparu depuis l'emploi de l'eau Brocchieri.

» Il restait à la commission, pour compléter sa mission, de pratiquer sur le premier mouton opéré la section de la carotide gauche qui était restée intacte ; elle le fut complètement en travers, le sang jaillit à flots. M. Brocchieri appliqua de suite un fort tampon de charpie imbibé d'eau Brocchieri : dès lors, pas le moindre suintement. Au bout de vingt minutes, le tampon enlevé avec précaution présenta les mêmes phéomènes que dans les cas rapportés plus haut ; les deux bouts de l'artère étaient un peu moins rétractés, de manière qu'on pouvait les reconnaître à chacune de leurs séparations : aucun caillot n'en bouchait les ouvertures. »

A la suite de ce rapport, M. Sterlin a raconté comment il est parvenu à arrêter une hémorrhagie des plus graves et des plus rebelles chez une femme atteinte d'un cancer utérin. Il fixa, au moyen d'un spéculum et d'une pince, un beurdonnet de charpie imbibé d'eau hémostatique ; et ayant laissé pendant deux jours le bourdonnet maintenu en place par un temponnement, il trouva l'hémorrhagie arrêtée et la charpie en contact avec l'organe complètement blanche, ce qui, ajoute M. le docteur Sterlin, est conforme à ce que nous avons obtenu lorsque nous nous sommes livrés à des recherches sur l'efficacité de cette eau.

Il nous paraît inutile d'ajouter, après une déclaration aussi formelle, qu'un grand nombre de médecins ont aussi personnellement essayé l'eau hémostatique, et que les résultats heureux qu'ils en ont obtenus et qu'ils n'ont pas toujours avoués, n'ont fait que confirmer les expérimentation de la Société de médecine paratique.

Il faut conclure de tout ceci, que le liquide employé par M. Brocchieri exerce sur le sang une action particulière qui en décompose et recompose les élémens, de manière à faire sur le point incisé des vaisseaux une solidification du sang qui agirait comme une soudure en cicatrisant la plaie dans l'espace de quelques minutes. X...

De toutes les préparations de fer usitées en médecine, celle qui est la plus préférable au goût est sans contredit le *Chocolat ferrugineux* de M. Colmet, pharmacien à Paris. C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue cet habile pharmacien lorsqu'il a conçu la combinaison d'une *poudre de fer* très active avec de bon chocolat pour en composer un aliment médicamenteux facilement supporté par les estomacs même fatigués et délabrés. Nous le recommandons avec plaisir à nos confrères. Propager la connaissance de moyens pharmaceutiques préventifs nouveaux et si utiles chez les femmes, les jeunes filles et les enfans lymphatiques, c'est aller au-devant du mal, et, autant que possible, le prévenir et le combattre avec succès.

Les remerciemens que nous adressent toutes les personnes que nous envoyons chez madame Breton, nous font un devoir de recommander de plus en plus l'usage de ses Bouts de sein et Biberons en tétine. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la superiorité de son invention.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 115, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Résumé de quelques observations dont l'issue a été funeste à la suite d'infection purulente; par M. MAUNOURY, ancien interne, médecin à Maintenon.

Dans un service aussi vaste que celui de l'Hôtel-Dieu, les chirurgiens de toutes les époques ont eu à regretter des cas de mort d'autant plus malheureux que la maladie ou l'opération mise en usage semblait être de peu d'importance. Nous allons, avec la franchise dont M. Roux nous a toujours donné l'exemple, rapporter quelques faits qui viennent attrister l'esprit, suspendre le triomphe d'un art pour en attester la faiblesse.

A l'Hôtel-Dieu, pendant les années 1840 et 1841, nous n'avons pas observé de tétanos traumatique consécutif à une opération, ni d'introduction de l'air dans les veines, ni d'hémorrhagie, ni de syncope subitement mortelles; mais l'infection purulente a dérangé la marche d'opérations les plus légères et de plaies les plus simples en apparence; elle a tout à coup détruit l'espoir fondé d'un événement favorable.

Ce serait certainement une des études les plus intéressantes que l'étude clinique de l'infection purulente: il faudrait laisser pour un moment la théorie. Cette étude, à l'aide de la statistique, nous montrerait, soit dans le début, soit dans la marche, soit dans les symptômes, soit dans l'anatomie pathologique, des aperçus nouveaux. Il suffirait à un interne de relever dans un vaste service de chirurgie toutes les observations pour posséder les matériaux précieux d'un travail très étendu.

Je rapporterai d'abord quelques observations d'infection purulente à la suite de plaies légères du cuir chevelu.

Première observation. — *Plaie contuse à la région frontale, sans fracture des os du crâne. Infection purulente. Mort.*

Julien, âgé de vingt-un ans, se fit une contusion au front en tombant sur l'angle d'une porte; il entra à l'hôpital Saint-Antoine, où il resta huit jours. Il n'avait pas eu, après son accident, de commotion ni de compression du cerveau. La petite plaie se cicatrisa très rapidement. Six jours après sa sortie de l'hôpital, il apparaît un abcès au-dessous de la cicatrice; l'ouverture de cet abcès fut pratiquée au moyen du bistouri; il entra alors à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux.

La plaie, située au niveau de la bosse frontale gauche, avait deux centimètres de longueur sur un de hauteur; elle suppurait beaucoup; l'os était à nu, la fièvre était intense; perte d'appétit. Pansement simple; diète.

Pendant six jours la fièvre avait cessé; le pus était de bonne nature; les tégumens voisins n'étaient pas enflammés, l'appétit était revenu. On lui donne deux potions.

Dans la nuit du sixième au septième jour, les linges à pansement se détachent, de sorte que la plaie est à nu pendant cinq à six heures.

Alors survient un frisson, une chaleur sèche à la peau; vomissemens de matières bilieuses, douleur entre les deux épaules. Tisane émétisée.

Le 7, les vomissemens ont continué, et jusqu'au 9 le malade est de plus en plus abattu; le pouls est petit, fréquent; la peau est chaude et sèche; la douleur entre les deux épaules a augmenté. A la percussion de la poitrine, il y a matité à la base du côté droit; le bruit respiratoire est nul dans ce point. On constate une pleurésie avec symptômes d'infection purulente. Potion. 30 centigr. de tartre stibié.

Le 9, il est survenu une douleur à la région hépatique, et un abattement plus considérable; la plaie est plus sèche. Vésicatoire à l'hypochondre droit.

Le 10, même état de prostration; pouls très petit, douleur très vive à la région du foie; toux difficile; diarrhée; teinte ictérique de la peau.

Le 11, même état; mort le 12 au matin.

Autopsie. — Teinte ictérique de tout le corps; la plaie du front agrandie et le périoste détaché. On ne trouve pas de fracture du crâne; la surface du coronal est rugueuse et baignée par le pus; si on l'examine par sa surface interne on trouve aussi la dénudation de l'os; sa coloration grisâtre et ses rugosités montrent qu'il y a eu fusion du pus de l'extérieur à l'intérieur.

La dure-mère, à l'endroit de la plaie, est noirâtre, légèrement ramollie, imbibée par du pus; il n'y a pas de fausses membranes au-dessous de l'arachnoïde; légère injection à la surface du cerveau; la substance cérébrale est d'une consistance et d'une couleur normale.

Pleurésie du côté droit avec épanchement d'un liquide trouble; fausse membrane enveloppant le lobe inférieur du poumon. Si on détache cette membrane on trouve quelques abcès métastatiques superficiels, pas d'induration du poumon.

Il existe aussi quelques abcès métastatiques au lobe inférieur du poumon gauche.

Le foie est sain dans toute son étendue.

On trouve dans l'intérieur de la rate trois abcès métastatiques arrivés à différens degrés, depuis l'hypérémie simple jusqu'à la suppuration.

L'estomac et les intestins n'ont rien présenté de particulier.

Les veines jugulaires et les sinus de la dure-mère contenaient quelques caillots noirâtres, peu consistans, sans trace de pus.

Deuxième observation. — *Plaie contuse à la région frontale. Infection purulente. Mort.*

Oger, âgé de trente-trois ans, cocher, est entré le 3 octobre à l'Hôtel-Dieu; il s'était fait une plaie contuse au front, en tombant du siége de son cabriolet; il y avait décollement de la peau, dénudation du frontal sans fracture.

A son entrée il était sans fièvre: application de charpie sur la plaie; saignée de trois palettes; émétique en lavage.

Jusqu'au 15 octobre, la plaie offrait un bel aspect; il n'y avait point de fièvre; l'appétit était bon.

Le 16, ce malade resta sans être pansé pendant deux heures. Vers midi il survint un frisson d'abord léger, de la fièvre, de l'abattement, sans douleur au foie, sans dévoiement; la plaie est sèche; on diagnostique une infection purulente à son début.

Le 18, la peau présente une teinte ictérique; il est survenu du hoquet, signe qui indique une lésion de la superficie du foie et de la séreuse du diaphragme.

Le 21, épistaxis très abondante, qui n'a cédé qu'à l'application de la glace sur le front; ictère intense; le hoquet est plus fort que les jours précédens; chaleur sécheresse de la peau; le pouls est petit et frémissant; tremblement musculaire.

Le 22, affaissement considérable; le hoquet continue toujours plus intense; la langue est très sèche, l'hypochondre droit n'est pas douloureux; pas de vomissement; il répond aux questions, mais avec difficulté.

Les 23 et 24 les symptômes sont les mêmes; la maladie fait des progrès; il y a abattement complet.

Le 25, l'épistaxis apparaît de nouveau, le ventre est ballonné, on sent le foie débordant les côtes de 5 centimètres, douleur vive accusée pour la première fois à cette région.

Le 26, l'état grave du malade augmente; il meurt le 27 au matin.

Autopsie. — Il n'y avait pas de fracture du crâne, le coronal était dénudé dans la largeur d'une pièce de un franc, les aréoles du diploé étaient remplies de pus, on ne put en trouver dans les sinus ni dans les veines jugulaires externes et internes.

Caillot diffluent dans le ventricule droit.

Rien de remarquable du côté des poumons, ni du côté de la rate.

A la superficie du foie, il existe une pseudo-membrane lâche, peu épaisse, ainsi qu'à la face inférieure du diaphragme, le foie est farci d'un grand nombre d'abcès métastatiques non ramollis; il semblait que certaines portions du foie étaient infiltrées par le pus, car ces portions n'avaient pas perdu leur aspect granuleux; autour de ces masses jaunâtres il n'y avait pas de rougeur, et le centre de la surface jaunâtre avait la même consistance que la périphérie; quelques-uns de ces foyers longeaient les gros troncs des veines sus-hépatiques; je n'ai pas trouvé de caillots ni de pus dans leur cavité. Dans cette autopsie, le mot abcès est faux, car il n'y avait aucune collection de pus: c'étaient plutôt des masses jaunâtres, et si l'expression n'était trop triviale, nous dirions qu'à part la couleur une tranche ressemblait beaucoup à celle d'un pâté de foie gras rempli de truffes.

L'estomac et l'intestin ne présentaient aucune rougeur, les plaques de Peyer n'étaient pas gonflées ni rouges.

Troisième observation. — *Plaie contuse de la tête à la région supérieure de l'occiput, sans fracture du crâne. Suppuration. Léger érysipèle. Fièvre pyogénique avec accès irréguliers. Mort.*

Hallé, âgé de trente-cinq ans, cocher, fit une chute sur l'angle d'une pierre; de là plaie contuse à la partie supérieure de l'occiput; immédiatement après l'accident il perdit connaissance, et le 10 juin, apporté aussitôt à l'Hôtel-Dieu, il ne la recouvra qu'une heure après son entrée; il s'était écoulé beaucoup de sang par la plaie.

Les premiers jours, rien de particulier; l'os n'était pas à nu, mais il existait une tuméfaction autour de la plaie, et une douleur assez vive; le pus avait fusé sous le cuir chevelu. Petit-lait émétisé qui détermina des selles très abondantes.

Le 18 juin, il survint une fièvre assez intense avec chaleur et sécheresse de la peau, respiration accélérée; le soir à sept heures accès de fièvre intermittente, avec les trois stades bien prononcés.

Le 19, nouvel accès.

Le 20, prostration considérable, langue sèche, troisième accès. On donne 5 centigrammes de tartre stibié. Nouvel accès le soir.

Le 22, nouvel accès le matin; le soir à six heures le pouls est fort développé, la peau chaude, la langue légèrement blanchâtre, toux légère, absence de douleur au ventre, abattement, céphalalgie sus-orbitaire. On administre 5 pilules de sulfate de quinine de 20 centigrammes chaque.

Le 23 et le 24, il n'y a pas eu d'accès, mais le malade est assoupi.

Le 25, teinte ictérique, douleur à la région hépatique, frisson dans la matinée. Alors on suspend le sulfate de quinine. Le soir, épistaxis assez considérable. Compresses d'eau froide sur le front; sinapismes.

Mort dans la nuit du 26 au 27.

Autopsie. — Dénudation de l'occipital dans un point; fusée purulente au-dessous du périoste. Le diploé est imbibé par le pus; la dure-mère, à l'endroit correspondant à la plaie, est grisâtre, ainsi que la substance cérébrale, qui est ramollie dans une étendue d'une pièce d'un franc.

Abcès métastatiques dans les poumons; pleurésie du côté gauche.

Pas d'abcès dans le foie ni dans la rate.

— De ces trois malades, deux avaient une plaie en apparence légère à la région frontale; le troisième à la région occipitale.

Chez tous les trois, les premiers jours de leur séjour à l'hôpital, l'état local et l'état général ne donnaient aucune inquiétude, et même ces malades recevaient déjà des alimens, deux étaient à la demi-portion, lorsque tout-à-coup le frisson et l'abattement surviennent, la plaie se dessèche, l'infection purulente a lieu. Rien de plus grave dans les hôpitaux que ces plaies du cuir chevelu, surtout lorsqu'elles ne sont pas pansées avec un soin extrême; dans les observations que nous avons rapportées, l'apparition des phénomènes d'infection purulente tenait à l'exposition prolongée de la plaie au contact de l'air, ou à la négligence de l'élève chargé du pansement.

Début de l'infection après l'accident.	*Durée de la maladie à dater de ce début.*
Julien (1re obs.), 20 jours.	6 jours.
Oger (2e obs.), 13 jours.	10 jours.
Hallé (3e obs.), 8 jours.	9 jours.

Chez le premier, l'infection purulente s'est particulièrement manifesté dans les poumons et la rate; il n'y eut aucun abcès dans le foie.

Chez le second, le foie seul contenait dans sa profondeur comme à sa superficie des noyaux métastatiques.

Enfin, chez Hallé, il en existait seulement dans les poumons.

Les lésions du crâne étaient les mêmes chez les trois sujets, dénudation de l'os dans l'étendue d'une pièce de un franc, sans fracture, infiltration de pus dans les aréoles du diploé et décollement de la dure-mère.

Pas de matière purulente ni de coagulum dans les sinus cérébraux et les veines jugulaires.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. VELPEAU.

Résumé de tous les cas principaux qui se sont présentés pendant l'année scholaire 1841-42. — Considérations pratiques sur les faits les plus intéressans.

(Suite du n° 110.)

Abcès du cou. — Ceux-ci présentent non moins de variétés que les précédens. Ainsi, selon qu'ils viennent à occuper les régions parotidienne, sus-hyoïdienne, sus-claviculaire, carotidienne, laryngienne, pharyngienne, etc., ils montrent entre eux des différences utiles à connaître, toutes dépendantes de la manière dont sont disposés les lieux qu'ils envahissent.

Les abcès parotidiens peuvent venir de la carie des divers os de l'oreille, d'une carie de la base du crâne, ou d'une maladie des vertèbres.

Les abcès sus-hyoïdiens résultent le plus ordinairement d'une autre maladie. Quelquefois, dans le voisinage d'une dent cariée, ou par suite d'une irritation de la bouche, quelle qu'elle soit, il survient une inflammation; une adénite, en général très aiguë, se déclare; l'inflammation passe dans la masse

celluleuse voisine ; bientôt les signes d'un abcès se manifestent. Mais ici il se présente une particularité : c'est que la fluctuation ne se fait sentir que fort tard dans ces sortes d'abcès, et l'on peut s'en rendre raison en se rappelant la disposition anatomique des parties. En effet, dans cette région le point d'appui manque ; il faudrait pouvoir introduire le doigt dans la bouche afin d'apprécier convenablement la fluctuation, et il est impossible au malade d'écarter suffisamment les mâchoires ; autrement, en appliquant le doigt sur la langue, on pourrait, à travers son épaisseur, apprécier avec encore assez de certitude. Heureusement qu'il est un signe presque infaillible de la présence de pus : ce signe consiste en une coloration rouge livide de la région sus-hyoïdienne et surtout en une sorte d'empâtement qu'on ne méconnaît plus quand on l'a observée une fois avec soin. Mais avoir constaté la présence du pus n'est pas avoir levé toutes les difficultés ; il reste cette question fort grave à résoudre à cause de l'importance de la région : A quelle profondeur ce pus se trouve-t-il ?

Et ici, comme en opposition avec cette nouvelle difficulté de diagnostic, se rencontre une de ces heureuses particularités thérapeutiques qu'on chercherait long-temps et vainement, et que le hasard fait découvrir quelquefois. M. Velpeau ayant à traiter un abcès de la région sus-hyoïdienne, l'ouvrit de bonne heure, ainsi qu'il le conseille et le pratique ; mais, par une heureuse erreur, le pus n'était pas encore formé, et cependant, à dater de la piqûre faite avec le bistouri, le malade alla mieux, la suppuration ne se forma pas, il guérit. Le même procédé fut suivi, avec intention, sur plusieurs autres malades, et ils guérirent. M. Velpeau en conclut qu'une piqûre de bistouri pratiquée avant la formation du pus faisait avorter l'abcès, et de nouvelles guérisons vinrent confirmer cette conclusion. C'est aujourd'hui la méthode de traitement employée à la Charité, méthode exempte d'inconvéniens, très facile à mettre en usage, même alors qu'on ne serait pas très sûr de sa main, car les artères linguale et maxillaire externe sont toujours refoulées par le foyer et ne sont, par conséquent, jamais superficielles, mais bien en dedans, et assez profondément situées ; de telle sorte qu'il n'y a aucun danger de les atteindre.

Dans le cas où l'abcès serait fermé, il faudrait l'ouvrir toujours le plus tôt possible, afin d'éviter qu'il ne vienne à fuser dans toutes les directions.

Tous ces abcès ont été guéris.

Abcès sus-claviculaires. — Nous avons traité cette question à propos des anévrismes de cette région.

Abcès thyroïdiens. — Il en est de même de ceux-ci, dont il a été parlé plusieurs fois en étudiant le diagnostic différentiel des tumeurs si fréquentes dans la région thyroïdienne.

Abcès des parois de la poitrine. — Des deux cas qui ont été reçus, l'un était un abcès superficiel qui a guéri par une simple incision ; l'autre était profond, étendu, et a inspiré assez long-temps des craintes sérieuses pour la vie du sujet. Il était à redouter qu'il n'y eût quelque communication avec la poitrine ; on ne put en découvrir aucune cependant, et comme le malade a guéri, il y a tout lieu de croire qu'en effet il n'en existait pas.

Abcès des membres. — Un des cas reconnaissait pour cause une carie de l'omoplate ; on sait que le pus, dans les abcès divers qui se forment de ce côté, peut fuser soit en suivant les couches fibreuses, soit du côté de l'articulation comme cela est arrivé dans un autre cas, soit dans la fosse sous-épineuse comme on a pu l'observer dans un troisième.

Abcès de l'aisselle. — On a recueilli sept exemples. Tous les abcès de l'aisselle peuvent se diviser en trois catégories :

1° Les abcès petits, globuleux, furonculaires, qui sont sous-cutanés, gros comme des pois ou plus, multiples, résultant souvent du frottement ; ils s'ouvrent seuls et ne sont jamais graves.

2° Les phlegmons sous-cutanés, franchement inflammatoires, reconnaissant pour causes des irritations de toute espèce. Quand il n'y en a qu'un seul, il ne fuse pas d'ordinaire.

3° Les abcès profonds situés sous les aponévroses, et qui se divisent en deux variétés : ceux qui débutent par un ganglion, et ceux qui se forment dans le tissu cellulaire. Les premiers sont le plus communément la suite d'irritations des doigts, du bras, telles que les piqûres, surtout celles faites avec des instrumens malpropres, comme cela a lieu dans les pavillons de dissection. Ces abcès ne proéminent pas à l'intérieur, mais ils forcent à tenir le bras écarté du tronc ; ce sont les seuls qui soient graves.

Du reste, les abcès de l'aisselle peuvent venir du cou, des côtes, des vertèbres, de l'articulation scapulo-humérale. Ils sont extrêmement compliqués.

Tous doivent être ouverts de bonne heure ; il n'y a aucun inconvénient à les ouvrir trop tôt, il y en a de graves à les ouvrir trop tard. En donnant issue au pus, on soulage beaucoup les malades ; mais il faut les ouvrir largement pour éviter les trajets et les fistules.

Les sept malades de cette année ont été traités par cette méthode ; tous ont guéri.

Abcès du bras et des doigts. — Ceux-ci représentent le type de la maladie qu'on désigne sous le nom d'abcès ; leur marche est des plus régulières : c'est à eux qu'il faut rapporter tout ce qu'on a dit des abcès en général. Ils n'offrent rien de particulier, pas plus que les abcès des doigts.

Abcès du membre inférieur. — Ils ont été divisés ainsi : 4 abcès par congestion, 5 ganglionaires, 2 au jarret, 1 dans la bourse synoviale de la rotule, 1 sur le devant de la jambe, 1 dans l'articulation tibio-tarsienne, 3 autour des malléoles, 4 sur le côté externe du pied, 4 sur le côté dorsal du pied, 2 au gros orteil, 1 à la plante du pied.

Abcès par congestion. — Tous les quatre se sont montrés à la cuisse. On n'ignore pas que le mot abcès par congestion est un mot conventionnel qui suppose que l'abcès est le produit d'une maladie des os. C'est par cela même que le danger que font courir ces sortes d'abcès est redoutable au point qu'il est permis d'avancer qu'on n'en guérit à peu près jamais. Il est très vrai qu'il y a des chirurgiens qui se vantent de guérir les abcès par congestion, mais si l'on examine avec soin leurs prétendues observations de guérison, on est bientôt convaincu qu'ils n'ont pas eu à traiter une maladie des os, ni par conséquent un des abcès qui nous occupent. Le plus ordinairement l'abcès par congestion reconnaît pour cause une maladie des vertèbres, mais il s'en faut de beaucoup qu'on observe cet abcès toujours dans le même lieu ; tantôt il existe au cou, au flanc, à la cuisse ; tantôt il est sous-cutané, comme il y en a un exemple dans les quatre malades de cette année ; d'autres fois, l'abcès se forme sous l'aponévrose, un peu au-dessous du pli de l'aine, ou bien derrière le grand trochanter, ou bien encore il se présente sous la forme d'un gonflement général de la cuisse ; la suppuration s'infiltre dans les tissus jusqu'au genou.

On en distingue quatre variétés principales.

Lorsque le mal vertébral est en avant, le pus se forme dans la couche celluleuse péritonéale, il arrive nécessairement dans le flanc pour sortir soit par le canal inguinal, soit par le canal crural, et, en arrivant à la cuisse, il se trouve sous la peau ; c'est là une marche qu'il est forcé de suivre par la disposition anatomique même des parties. Un tel abcès étant donné, on voit qu'il sera permis d'établir que la carie reconnaît pour siége un point assez élevé dans la colonne vertébrale et la partie antérieure des vertèbres.

Quand la maladie occupe les apophyses tranverses, le pus suit inévitablement le psoas iliaque, il s'engage dans la fosse iliaque profonde, et en arrivant à la cuisse il se trouve sous-aponévrotique, à moins que l'aponévrose ne présente quelque éraillure qui lui permette de devenir plus superficiel. La tumeur alors se voit en dedans et en avant de la cuisse.

Si la lésion des vertèbres a lieu plus bas, si c'est le sacrum qui est malade, le pus se dirigera vers la grande échancrure sciatique, arrivera dans la fesse et descendra le long de la cuisse en suivant le trajet du sciatique.

Dans le même cas, il pourra se faire encore que la suppuration, au lieu de marcher vers l'échancrure sciatique, se dirige vers le trou sous-pubien, et qu'elle le franchisse pour venir apparaître à la partie antérieure du pli de l'aine.

On comprend de prime abord que dans ces sortes d'abcès, l'abcès lui-même ne constitue pas la maladie, et comme malheureusement il est assez rare qu'une lésion vertébrale se circonscrive, on voit qu'il reste bien peu d'espoir de voir guérir les malades. Il n'est pas difficile non plus de saisir qu'en vidant l'abcès, il n'en est pas ici comme ailleurs, la maladie n'est pas enrayée.

Sous le point de vue thérapeutique ces cas présentent donc peu d'intérêt. On a appliqué des cautères ordinairement. Sur les quatre sujets qui ont été reçus, deux sont sortis sans traitement, deux autres ont été ponctionnés plusieurs fois, et l'un des deux est mort.

On a beaucoup discuté sur les avantages et les inconvéniens de la ponction dans les abcès symptomatiques, et les opinions les plus diverses ont été émises sur la manière dont elle devait être pratiquée. Les uns veulent qu'on n'ouvre jamais ces abcès, les autres entendent qu'on les ouvre par de larges incisions, et il en est qui ne conseillent qu'une simple ponction pour s'opposer, autant que faire se peut, à l'introduction de l'air dans le foyer.

Ceux qui se refusent à ouvrir ces abcès donnent pour raison que jamais on ne les guérit en les ouvrant, que souvent on provoque par l'ouverture des inflammations, des érysipèles des plus graves ; qu'en outre on favorise la décomposition du pus ; et enfin que, puisque ces abcès ne gênent pendant long-temps que mécaniquement, et qu'en en pratiquant l'ouverture on ne peut répondre d'améliorer l'état du malade, tout vient se réunir pour prouver qu'il faut se garder d'y toucher.

La méthode de M. Velpeau est celle-ci : tant que le sujet est d'une bonne santé, d'un appétit satisfaisant, d'un aspect encore robuste, il attaque la maladie vertébrale d'une manière vigoureuse et ne touche pas à l'abcès ; l'iodure de potassium est administré à hautes doses, et le malade vit long-temps avec ces moyens. Dans les autres circonstances, il ouvre ou laisse ouvrir l'abcès, selon les cas. Le foyer cause-t-il de la douleur, la peau a-t-elle encore de la consistance, n'est-elle pas amincie, la ponction est pratiquée et elle soulage évidemment.

On a voulu qu'on pratiquât la ponction sous-cutanée, mais M. Velpeau pense que c'est une précaution tout à fait inutile ; qu'il n'entre jamais d'air dans le foyer quand la ponction ordinaire est faite convenablement. A. Petit avait imaginé une pompe pour retirer le pus. Quelques moyens qu'on emploie, il finit par se manifester des accidens, et les sujets succombent à cette maladie, aussi détestable pour le malade que pour le chirurgien, forcé de rester spectateur du mal.

Abcès du jarret. — Nous en avons observé deux, un abcès chaud et un abcès froid, qui tous deux ont parfaitement guéri. Ces deux abcès du jarret n'ont pas présenté les conséquences graves qu'il n'est pas rare de rencontrer après eux. S'ils ont de la gravité, c'est surtout de la communication du creux du jarret avec la jambe et la cuisse qu'ils la tirent ; bien que la traînée celluleuse qui entoure le sciatique, et qui peut transporter l'inflammation jusque dans le bassin, ainsi que la présence des vaisseaux et des ganglions de la région poplitée, suffisent pour rendre compte de leur importance toute spéciale dans l'immense catégorie des abcès. Il est encore une autre considération grave à noter à ce propos ; c'est que, quand ils sont guéris, les parois de la caverne rendent le jarret très raide, très difficile à plier, et que cette circonstance expose aussi à un engorgement de la jambe. Les abcès ganglionaires particulièrement, amènent de l'induration, la circulation lymphatique éprouve des obstacles, et c'est alors surtout qu'il est commun d'observer des engorgemens consécutifs.

Abcès de la jambe, du pied, des grandes lèvres, dans la fosse iliaque, dans les ligamens larges. — Ces différens abcès ont fait l'objet de considérations spéciales ; nous n'y reviendrons pas.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service, et éphémérides de l'année 1841.

(Suite du numéro 112.)

JUILLET.

Du 1er au 15, le temps fut variable et froid ; il pleuvait sans cesse par giboulées, le thermomètre marquait de 12 à 15 degrés au milieu du jour. Beaucoup de personnes se chauffaient. Néanmoins on n'observait aucune maladie résultant de la température et de la constitution médicale accidentelle de la saison. Aucun typhoïde ne fut admis dans le service pendant cette quinzaine.

Du 15 au 25 la même température continue ; par une rare exception le thermomètre monte jusqu'à 20 degrés ; il continue de pleuvoir à de courts intervalles ; le temps est presque toujours nuageux et le soleil très ardent quand il se montre, ce qui est rare ; malgré l'état insolite de l'atmosphère, il y a peu de maladies (quelques bronchites, des angines, des catarrhes pulmonaires).

Le 18, mourut un jeune homme de vingt-cinq ans, qui était entré à l'hôpital pour une bronchite et qui, par les crachats qu'il expectorait, la fièvre vive qui le consumait, l'amaigrissement notable qu'il avait éprouvé, faisait craindre la tuberculisation des poumons. L'auscultation donnait, il est vrai, un résultat très douteux ; mais les symptômes généraux étaient alarmans. Ce jeune homme succomba rapidement à une sorte d'étisie. A l'ouverture du corps on ne trouva dans la poitrine d'autre lésion qu'une bronchite chronique ; mais dans l'intestin grêle quelques ulcérations déjà un peu anciennes, qui offraient un commencement de cicatrisation. Il est présumable que le malade avait eu dans une convalescence de fièvre typhoïde une recrudescence de bronchite qui avait terminé ses jours, nonobstant une thérapeutique très active dont nous avons omis de parler, parce que dans ce fait il n'y a qu'un point saillant, la cicatrisation des plaques de Peyer. Le malade aurait certainement guéri, si la bronchite ne l'avait pas réduit à l'état d'étisie.

Le 22, on perdit également un homme atteint d'une maladie organique du foie qui présentait à la partie supérieure et interne de la jambe un cordon douloureux fourni par la veine saphène, accompagné de plusieurs des symptômes propres à la phlébite.

A l'ouverture du corps, indépendamment d'un cancer du foie, on trouva dans la veine crurale externe, à son passage à travers l'arcade crurale, et inférieurement, des caillots sanguins, solides, blanchâtres, adhérant fortement à la face interne de la veine, et qui l'oblitéraient entièrement : ces caillots ressemblaient à de la matière encéphaloïde. L'intérieur du vaisseau était rugueux, inégal, et la tunique épaissie aux points des adhérences. Cette lésion était-elle un nouvel exemple de l'altération cancéreuse du sang dans les veines, tels que MM. Schmidt, Hangenberk (*Gaz. méd.*, 1840), disent en avoir observé à l'aide du microscope, ce qui mérite confirmation ? Car il faudrait admettre d'abord, comme le fait au surplus M. Cruvelhier, que le cancer peut se développer primitivement dans le fluide sanguin sans le secours de l'absorption. Ici, en effet, comme dans les cas dont parle Schmidt, les parois des veines n'étaient pas assez affectées pour supposer que l'altération y avait eu son point de départ.

La pluie cessa enfin le 20, mais le ciel resta couvert et laissait à peine passer quelques rayons solaires extrêmement chauds. Toutefois, le vent était tout d'abord passé à l'est, le thermomètre marquait environ 12 degrés matin et soir et dans la journée. Il y avait néanmoins peu de malades dans les hôpitaux. Le service se composait de traînards, d'ouvriers sans ouvrages, de phthisiques, de coliques de plomb, etc. Ces maladies étaient toujours en assez grand nombre dans ce service ; M. Bricheteau avait chargé un élève plein de zèle (M. Rousseau) de recueillir les faits principaux. Voici la substance de ces faits.

Coliques de plomb et autres accidens saturnins.

Les observations recueillies à ce sujet sont au nombre de quinze. Les sujets de ces observations avaient de vingt à quarante ans ; un seul avait cinquante-huit ans.

Presque tous n'avaient travaillé que accidentellement dans les fabriques de sels de plomb, et faute d'autres occupations.

Il n'y avait parmi eux que deux *cérusiers* proprement dits, deux peintres en bâtimens et un ouvrier chargé de peindre et de vernir des lampes ; deux tiers environ de ces malades n'avaient été exposés au contact et aux émanations des sels de plomb que de vingt à soixante jours.

Hormis un seul, tous les malades présentaient à un haut degré l'enduit grisâtre de la base des dents ; la même teinte a été également observée sur la peau de plusieurs, particulièrement aux mains. La moyenne du séjour des malades à l'hôpital a été de quinze jours. Chez huit d'entre eux, le traitement a consisté dans l'emploi des tisanes sulfureuses, des potions et des lavemens laxatifs pour les deux ou trois premiers jours, et de l'opium à forte dose pendant le reste du traitement. Ce traitement exige à peine quelques jours de convalescence, laquelle au contraire est très longue et très difficile chez les malades qui ont été fatigués et épuisés par des purgatifs drastiques.

Quatre malades furent traités par les diurétiques, après avoir été préalablement évacués par la mixture laxative composée d'huile de ricin et de sirop de nerprun.

Ce traitement avait été prescrit dans la vue d'entraîner le plomb par les urines, comme M. Orfila a proposé de le faire pour chasser l'arsenic de l'économie animale. M. Bricheteau avait été conduit à faire des essais par la découverte du plomb dans les urines qu'il avait faite de concert avec M. Chevallier. L'urine de la plupart de ces malades a donc été portée dans le laboratoire de M. Chevallier, qui quatre fois trouva des traces de plomb dans ces urines, mais seulement toutes les fois que l'on avait eu le soin de lui envoyer les premières urines rendues par les malades.

La présence du plomb dans les urines n'avait pas encore été constatée.

Trois de nos malades présentaient des paralysies des extenseurs des doigts, qu'on a combattues avec succès par le galvanisme et les bains sulfureux. Un résultat très apparent de ces bains était de transformer le plomb retenu dans les pores de peau en sulfure de plomb de couleur noire et semblable à de la suie délayée.

Pourquoi ne tenterait-on pas d'agir ainsi sur le gros intestin par des lavemens sulfureux, s'il contient des sels de plomb, comme cela paraît probable.

AOUT ET SEPTEMBRE.

Du 1er au 10, le temps devint pluvieux, mais plus chaud; le thermomètre marquait 20 degrés dans la journée, et 15 pendant la nuit. Pluie légère presque continue, sans bourrasques; atmosphère pesante, électrique. On reçoit plusieurs affections typhoïdes dont le nombre augmente du 20 au 30. Pendant que M. le docteur Bazin, chirurgien du Bureau central, est chargé par intérim du service, un seul malade succombe. (*Voir* à la fin le tableau.)

Lorsque M. Bricheteau reprit le service, le 15 septembre, les salles contenaient des convalescences et un petit nombre de maladies chroniques incurables. Le temps avait été variable jusqu'au 7 septembre, c'est-à-dire qu'il y avait eu, comme pendant le reste de l'été, quelques jours de beau temps et un plus grand nombre de pluvieux d'une manière assez uniforme; mais à cette époque le beau temps devint continu, les chaleurs vives, et cela dura jusqu'au 1er octobre.

Deux faits intéressans se présentèrent en peu de jours dans le service.

Iléus et étranglement spasmodique de l'intestin.

Un homme de quarante-huit ans, couché au n° 2 du pavillon Saint-Augustin, éprouvait des symptômes d'étranglement intestinal. Cet homme avait par intervalles l'abdomen saillant et tuméfié; diverses parties du gros intestin s'y dessinaient d'une manière notable. Ce malade disait sentir un grand mouvement dans son ventre et que ses intestins se rétrécissaient, et il accusait de grandes douleurs, avait des vomissemens. Aucune évacuation ne se faisait par les voies inférieures; il maigrissait considérablement. On lui administrait des lavemens purgatifs qui rétablissaient la continuité du canal intestinal pour un moment, mais les accidens ne tardaient pas à reparaître. La marche intermittente de cette affection, l'absence de toute tumeur, de tout point douloureux dans l'abdomen, éloignait l'idée d'étranglement par compression ou *volvulus*. On crut reconnaître là une affection nerveuse ou spasmodique; en conséquence on administra 4 grammes d'assa-fœtida en lavement, et au bout de cinq jours, pendant lesquels le médicament était chaque jour augmenté d'un gramme, les accidens avaient entièrement disparu. Huit jours après le malade sortit guéri.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 3 août. — Présidence de M. CORNAC.

M. le docteur Chailly fait hommage à la Société d'une brochure ayant pour titre : « De certains procédés généralement conseillés en obstétrique qui sont inutiles, inapplicables ou dangereux, et de ceux qu'on peut leur substituer avec avantage. »

Maladies du cœur chez les animaux domestiques. — *M. Leblanc* lit la note suivante :

« Il y a peu d'années encore, il était admis en médecine vétérinaire que les maladies du cœur étaient excessivement rares chez les animaux domestiques, et, tout récemment, des vétérinaires de réputation ont contesté la vérité des observations qui ont été publiées sur ce sujet.

» Des recherches nombreuses, continue M. Leblanc, m'ont appris que non-seulement ces maladies n'étaient pas rares chez les animaux, mais encore qu'elles existaient chez un grand nombre d'espèces. J'en ai trouvé chez le cheval, l'âne, le bœuf, le mouton, le chien, le chat et le lapin. L'occasion ne s'était point présentée de pousser mes investigations jusqu'au cochon; j'avais cependant la persuasion que cet animal domestique devait être très exposé aux affections du cœur, parce qu'il est fort sujet aux rhumatismes articulaires. Un fait récent, que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, prouvera que mon assertion était fondée.

» Un porc, châtré depuis un mois environ dans la porcherie de l'abattoir à chevaux d'Aubervilliers, maigrissait de jour en jour, quoique abondamment pourvu de substances alimentaires, il ne mangeait presque pas. Il était fréquemment couché, et tremblait sur ses membres dès qu'il était debout. Sa respiration était très accélérée; la peau, les membranes muqueuses apparentes devenaient pâles et livides par instans.

» L'animal ayant été tué, ses poumons et son cœur furent envoyés à M. Leblanc. La cavité du cœur contenait une grande quantité de pus épais, d'un blanc verdâtre. Au milieu du liquide purulent nageaient de fausses membranes très épaisses, granuleuses à leur surface; d'autres fausses membranes étaient appliquées contre la face interne des feuillets séreux du péricarde. L'endocarde était épais dans presque toute son étendue, notamment dans les régions qui concourent à former les valvules auriculo-ventriculaires qui étaient très épaisses et un peu ridées. Il est donc aujourd'hui prouvé que tous les quadrupèdes domestiques sont sujets aux maladies du cœur. »

— *Eruptions vésiculeuses et bulleuses des parties génitales, pouvant simuler des affections vénériennes.* — *M. Lubanski* communique à la Société l'observation suivante :

« Dans le courant du mois dernier, j'ai eu l'occasion d'observer chez une petite fille, âgée de trois ans et demi, une affection des organes génito-urinaires dont les détails m'ont paru dignes de fixer votre attention.

» La petite malade qui fait le sujet de cette observation, est née d'une mère phthisique et d'un père qui dans son âge a eu des maladies syphilitiques; elle est venue au monde avec toutes les apparences d'une bonne santé. Elevée à la campagne par une nourrice saine et bien portante, elle fut rendue à sa famille à l'âge de dix-huit mois, dans un état très satisfaisant. Elle marcha de bonne heure; le travail de la dentition se passa sans accidens, et, si l'on doit s'en rapporter au témoignage de son père, l'intelligence de cette enfant était au-dessus de son âge. Il y a quelques mois, on s'aperçut qu'elle mettait souvent la main aux parties; ses parens, croyant qu'elle avait de mauvaises habitudes, se contentèrent de la surveiller. Un médecin qui fut consulté plus tard, prescrivit des potions calmantes, des lotions avec une solution saturnine et des demi-bains à l'eau de son. Lorsque M. Lubanski fut appelé, il procéda de suite à l'examen des parties génitales. Les grandes lèvres étaient rouges; en les écartant, on découvrait de nombreuses ulcérations superficielles à fond grisâtre, aux rebords légèrement proéminens; il s'en écoulait un pus abondant et fétide. Le périnée et l'anus étaient également ulcérés. La membrane 'hymen était détruite; l'orifice inférieur du vagin était enflammé et baigné par une grande quantité de matière puriforme. La médication qui se composait, entre autres choses, d'une pommade de précipité rouge, loin de calmer les accidens, parut les aggraver. D'autres remèdes n'eurent pas de résultats plus heureux, et le 28 juillet la petite fille succomba après une longue et pénible agonie.

» L'autopsie fut faite conjointement avec le docteur Andrieux. Les poumons contenaient quelques tubercules disséminés. Le foie était très volumineux. La vessie était considérablement épaissie; on y voyait les traces des ulcérations qui occupaient la vulve et l'anus. La partie inférieure du rectum, celle du vagin, étaient également enflammées. Le canal de l'urètre semblait se terminer plus en arrière que cela n'a lieu ordinairement. »

Notre confrère demande si cette disposition tiendrait à un vice de conformation ou dépendrait d'une destruction accidentelle produite par l'inflammation et les ulcérations? Il pense que la maladie doit être attribuée au contact de l'urine et de l'excrétion sébacée qui ont d'abord déterminé une irritation légère, devenue ensuite intense par la négligence, le temps et la constitution de la malade. M. Lubanski croit qu'on peut expliquer également par le défaut de propreté les démangeaisons insupportables qu'éprouvent un certain nombre de femmes aux parties génitales, et qu'il est beaucoup plus rationnel de les attribuer à cette cause qu'à la prétendue névralgie vulvaire dont on veut faire une maladie nouvelle.

M. Brierre de Boismont ne pense pas que ces ulcérations qui simulent assez bien une affection vénérienne et qui ont été prises par des médecins distingués pour des chancres, ainsi qu'il en a vu un exemple, soient le résultat de la malpropreté. Il fut consulté, il y a environ quinze ans, par un jeune homme qui s'était abandonné à un coït impur. Six jours après, cet individu ressentit des picotemens, des douleurs à la verge; celle-ci ne tarda point à devenir le siége de petites bulles rouges, de la grosseur d'une tête d'épingle, situées à la base du gland et à sa face dorsale. Deux à trois jours après, elles se creusèrent, le fond se recouvrit d'une petite pellicule grisâtre, les bords étaient légèrement proéminens, rouges. Il y avait de la fièvre, un sentiment de malaise général, perte d'appétit; il existait en même temps une ancienne blennorrhagie. Ces petites ulcérations, de la largeur d'un chancre ordinaire, étaient au nombre de neuf. Le malade fut consulter un chirurgien instruit qui lui recommanda une saignée du bras, une application d'onguent gris, la diète et un suspensoir. Ce jeune homme ne fit point le traitement qui lui avait été prescrit; il se contenta de garder le repos, de prendre des bains et de s'entourer la verge d'un linge qu'il trempait à différentes reprises dans une eau de guimauve très grasse. Cinq jours après, les ulcérations grisâtres avaient perdu leur couleur, s'étaient rétrécies, et au bout de douze jours du même traitement, il était non seulement débarrassé de ces ulcérations, mais encore de l'écoulement qu'il traitait depuis deux ans.

La maladie s'est reproduite un grand nombre de fois depuis cette époque, sans avoir la même intensité. Biett, qui avait été consulté pour cette affection, rassura l'imagination du jeune homme, en lui disant que ces bulles n'étaient autre chose que l'herpès *prepuitialis*. M. Brierre de Boismont a vu plusieurs fois dans sa pratique ces petites bulles dégénérer en ulcérations; elles sont précédées d'une démangeaison très vive et guérissent par des applications émollientes, un peu de cérat, ou simplement par l'interposition d'un linge blanc.

Les femmes sont sujettes à des démangeaisons fort vives des parties génitales; si le défaut de propreté en est quelquefois la cause, il faut reconnaître que cette incommodité existe chez des femmes très propres, chez de jeunes personnes aux approches de la puberté et de la menstruation.

Dans ce cas, elle paraît tenir à une congestion sanguine, à un éréthisme nerveux; mais dans d'autres circonstances, elle se lie à un herpès ou à un eczéma des parties génitales. Cette affection est commune chez les femmes, on l'observe également au pourtour de l'anus chez l'homme; elle détermine des démangeaisons presque voluptueuses. Un examen attentif fait reconnaître la nature du mal dans le plus grand nombre d'exemples; mais il est cependant quelques femmes chez lesquelles on ne découvre aucun vestige de vésicules ou de bulles. Il faut rapprocher ces démangeaisons de celles qu'on éprouve quelquefois à la peau, sans que l'œil puisse en découvrir la cause. De tous les remèdes, ajoute notre confrère, que j'ai employés dans cette circonstance, la décoction de cerfeuil et la pommade de sous-carbonate de potasse (8 grammes sur 32 d'axonge) sont ceux qui m'ont le mieux réussi. Quant à la névralgie vulgaire, il est impossible de ne pas reconnaître l'existence de cette affection. Le soin que l'on apporte à l'étude des maladies génito-urinaires a permis de distinguer de véritables névralgies dans ces parties. Les symptômes et le traitement mettent ce fait hors de doute. M. Tanchou a appelé l'attention sur les névralgies de l'utérus dans le dernier numéro du journal des Connaissances médicales. L'excellent ouvrage de Robert Lee, celui de M. Duparcque seront consultés avec fruit.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le mode d'action de l'iodure de potassium et du bromure de sodium dans l'économie vivante; par M. le docteur SCHARLAU, de Stettin.

L'auteur, par des expériences diverses, a confirmé ce fait très remarquable, que l'iodure de potassium, porté dans les voies digestives, est absorbé d'abord, puis éliminé en entier par la sécrétion urinaire, après avoir toutefois produit les effets physiologiques et thérapeutiques dans le but desquels on l'a administré. Ainsi, chez un sujet auquel il en avait fait prendre 350 centigr. par jour, pour combattre une syphilis constitutionnelle qui avait résisté à l'action des préparations mercurielles et de la décoction de Zitmann, il a retrouvé constamment, à l'analyse des urines rendues quotidiennement, la proportion de 345 centigr. de ce sel.

Des effets semblables ont été obtenus par lui en substituant le bromure de sodium à l'iodure de potassium.

M. Scharlau, partant de cette particularité, conclut que ces sels ne peuvent être considérés, malgré leur efficacité actuellement bien constatée contre les accidens syphilitiques tertiaires, comme s'unissant à la matière organique, puisqu'il est vrai qu'ils sont rejettés en totalité de l'économie. Mais on sait aujourd'hui que certains corps peuvent, sans être eux-mêmes décomposés, donner lieu aux décompositions les plus remarquables (procédé de décomposition que l'on désigne par l'épithète de *katalytique*); ainsi, par exemple, le ferment qui dispose le sucre à se transformer en alcool et en acide carbonique, etc.

M. Scharlau pense qu'il en est de même de l'iodure de potassium et du bromure de sodium, et que ces deux corps disposent le sang à se débarrasser des principes morbifiques qu'il contient.

(*Caper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*, 1842, n° 27.)

Indications spéciales de l'emploi du ratanhia; par M. le docteur IGOUNET, de Castelneau-d'Estretefonds.

Il est peu de médecins qui n'aient recours aujourd'hui à l'emploi des préparations de ratanhia pour combattre les pertes sanguines, et il en est peu aussi qui n'aient eu l'occasion de constater l'heureuse efficacité de ses effets thérapeutiques dans les cas de ce genre. Toutefois, M. Igounet a observé (et en cela il est d'accord avec les auteurs qui ont écrit sur ce sujet) que le ratanhia réussit beaucoup mieux à arrêter les hémorrhagies des membranes muqueuses que celles qui dépendent d'une altération organique. Il faut même une certaine prudence, une connaissance approfondie des différentes périodes des pertes sanguines, pour que le succès en accompagne l'emploi.

Le ratanhia convient parfaitement, en effet, dans tous les cas où il y a épuisement, affaiblissement extrême du sujet, lorsque les flux sont avec asthénie. Mais il ne réussit pas aussi bien et serait même contraire dans les hémorrhagies actives, congestionnelles, dans tous les cas où il y aurait surexcitation des organes; distinction importante, essentiellement pratique, et dont l'oubli explique très bien le peu de succès que quelques praticiens en ont retiré dans certains cas.

La même distinction doit être établie aussi dans l'application du ratanhia au traitement des pertes blanches utérines, des diarrhées chroniques et autres écoulemens blancs; c'est toujours lorsque les symptômes morbides sont liés à un état atonique général ou local que cette médication peut être mise en pratique avec de grandes chances de succès. (*Bul. de la Soc. de méd., etc., de Toulouse,* 1842.)

FAITS DIVERS.

Choléra sporadique; par M. DECHAUT, ancien interne des hôpitaux, D.-M. à Montluçon.

Mademoiselle Rose Mérigo, âgée de 18 ans, n'a pas été exposée à l'orage de la veille (22 août 1842), ne s'est nullement refroidie et n'a fait aucune imprudence. Elle a mangé le matin un raisin qui n'était pas très mûr; mais elle n'en a pas été incommodée, et s'est couchée avec toutes les apparences de la santé.

A deux heures de la nuit, elle est réveillée par des coliques et le besoin d'aller. Ces envies se répètent coup sur coup plus de trente fois simultanément, avec des vomissemens; des crampes très violentes surviennent, dans les mollets principalement, en même temps qu'une anxiété très grande et un état syncopal.

A six heures du matin, la mère vient me chercher en toute hâte, disant que sa fille se meurt. Je constate les symptômes énoncés, avec une profonde altération des traits, le visage pâle, les lèvres livides, les yeux caves et cernés, et un froid glacial de tout le corps coïncidant avec une absence complète du pouls. *Linges chauds sur le corps; infusion de tilleul orangé; potion avec éther et laudanum, de chaque 1 gramme.* Les vomissemens sont aqueux; mais les selles sont formées par un liquide séro-sanguinolent, au fond duquel déposent *des matières blanches semblables à du riz.*

Malgré la potion et les frictions stimulantes, à neuf heures la pâleur, les crampes et le froid des tégumens persistent au même degré. J'envoie chercher du punch dans un café, et je l'administre moi-même dans une infusion de thé. A onze heures, le calme et la chaleur commencent à apparaître, et le pouls est un peu perceptible à midi.

La journée se passe dans des alternatives de rémission et de retour des accidens que nous avons énumérés. Evacuation d'un vase aux trois quarts plein de matières blanches riziformes; le soir et le lendemain, elles deviennent jaunes, de bonne nature; toutefois, il s'y trouve trois vers lombrics, morts. Le pouls reste pendant trois jours filiforme et très souvent imperceptible. Vésicatoire à l'épigastre; usage répété du punch toutes les fois que les forces et le pouls ont été trop déprimés, et nous avons continué pendant trois jours la potion éthérée et laudanisée.

Le 29 août, le pouls se perçoit facilement, la coloration est bonne; la malade se lève et commence à manger.

Empoisonnement par les cantharides; guérison; par M. le docteur ROUSSE, de Bagnères-Bigorre.

Un enfant de treize ans, assez frêle, croyant boire de l'eau-de-vie, avale en trois fois environ deux verres du composé ci-dessous, que les médecins-vétérinaires sont dans l'habitude d'employer contre la gale, la morve, le farcin :

Cantharides en poudre,	30 grammes.
Eau-de-vie,	500 grammes.

La première ingestion est suivie d'une forte chaleur à la bouche; la deuxième, qui a lieu quatre à cinq secondes après, produit une augmentation de chaleur; et enfin la troisième, qui suit de très près la deuxième, est accompagnée de chaleur intense, de rougeur de la muqueuse buccale, d'un sentiment de brûlure très prononcé, et d'envies de boire à chaque instant.

Une heure s'est à peine écoulée que la langue, certains points de la bouche, la gorge, sont couverts de vésications plus ou moins étendues et séparées par de petits intervalles sur lesquels les cantharides ont peu agi; le malade accuse de plus des douleurs intenses dans tout l'appareil digestif, et surtout dans la partie moyenne de l'œsophage. Son pouls est assez plein; sa figure très pâle, hébétée et couverte d'une petite sueur froide; ses yeux sont très ouverts et sans expression. Il est menacé de suffoquer; il a vomi son dîner; il ne peut uriner; contorsions et impossibilité de rester un instant tranquille.

Traitement. — Tenir constamment dans la bouche de petits poissons, chercher à avaler les mucosités qui les recouvrent; tisane de graine de lin froide et camphrée; compresses d'huile camphrée sur le ventre; bain mucilagineux tant que le petit malade pourra y rester.

Trois heures après, désirs fréquens d'uriner; quelques gouttes de sang s'échappent par la verge, priapisme. Le malade a vomi deux ou trois fois des matières glaireuses sans que j'aie pu y reconnaître des cantharides, qui ont formé un dépôt dans la bouteille qui les contenait; ces vomissemens paraissent favoriser la déglutition. Pouls plus petit; figure plus pâle; corps plus froid; convulsions moins fortes, mais plus fréquentes; sentiment de brûlure très prononcé dans tout l'appareil digestif; les vésications s'affaissent. — Même prescription. Lavement de décoction de graines de lin.

Le lendemain, 11 août, le petit malade paraît se réveiller; les douleurs qu'il éprouve sont si fortes qu'il ne peut passer un instant sans se baigner; le priapisme est si intense, que la moindre compresse d'eau froide appliquée sur la verge la rend excessivement douloureuse. Un quart de verre d'urine sanguinolente est rendu; une petite selle semi-

liquide à la suite du lavement. — Même traitement. Looch blanc très froid.

12 août. Pouls un peu plus relevé, prostration moindre, visage moins pâle, yeux moins ternes, figure moins décomposée, extrémités plus chaudes; la muqueuse de la bouche, siége de vésications, s'est tellement affaissée et éraillée qu'elle manque dans certains points. Des plaques assez étendues de membrane muqueuse ont été rendues à la suite de lavemens. — Même prescription pendant trois jours.

Le petit malade entre en convalescence le quatrième. Alimentation mucilagineuse.

Correspondance.

Paris, le 19 septembre 1842.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le compte que vous avez rendu de la séance de l'Académie de médecine du 6 septembre (n° du 8 du même mois), il s'est glissé quelques erreurs qu'il me suffira de vous signaler, j'en suis certain, pour que vous vous empressiez de les rectifier.

Vous dites, par exemple, que M. Ferrus lit un rapport sur un mémoire adressé à l'Académie par M. Rollet, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Nanci;* c'est médecin qu'il aurait fallu dire. Personnellement, j'attache peu d'importance à cette rectification; mais mon collègue pourrait n'être pas très satisfait de se trouver mêlé à une discussion à laquelle il doit rester étranger.

Plus loin, vous faites dire à M. Ferrus, et par suite à M. Rochoux, que sur 28 sujets affectés de méningite cérébro-rachidienne bien caractérisée, j'ai obtenu 24 guérisons. M. Ferrus, qui a lu mon mémoire avec une attention si scrupuleuse, n'a pu tenir le langage que vous lui prêtez (1); car il avait sous les yeux les résultats suivans, consignés dans ce mémoire:

« J'ai traité 14 méningites cérébro-rachidiennes; toutes ont été guéries.

» J'ai également traité 14 encéphalo-méningites; voici comment elles se divisent par rapport au traitement et à la mortalité:

» Quatre malades ont été traités par les moyens ordinaires: tous les quatre sont morts.

» Dix ont été traités par ma méthode: quatre sont morts, six ont été guéris. »

Ce sont donc 20 succès et non 24, sur 28 malades traités.

En exagérant mes succès, bien involontairement sans doute, vous semblez justifier en quelque sorte l'argumentation de M. Rochoux; c'est pourquoi je viens vous prier de vouloir bien rétablir les faits dans toute leur exactitude.

Malgré le rapport si remarquable de M. Ferrus, et malgré la vigueur avec laquelle il a soutenu la discussion, quelques orateurs, qui n'avaient qu'une connaissance incomplète de mon mémoire, ont émis, sur les faits que j'ai rapportés, des doutes qu'il m'importe de dissiper; mais c'est à l'Académie elle-même que je compte adresser mes observations; j'espère qu'elle voudra bien les accueillir.

Agréez, etc. ROLLET, D.-M.-P.

Chronique et Nouvelles.

— *Les médecins peuvent formuler avec les anciens poids et mesures.* — Cette question, qui intéresse tout le corps médical, vient d'être ainsi résolue par la Cour de cassation dans un arrêt motivé. Voici à quelle occasion.

Un commissaire de police de Marseille ayant appris que plusieurs médecins de cette ville avaient employé dans leurs ordonnances les anciennes dénominations de poids et mesures, se présenta aux domiciles des pharmaciens qui les avaient exécutées et en opéra la saisie. Les médecins, traduits en simple police, furent acquittés. Pourvoi en cassation. Me Garnier, chargé de la cause des médecins, a démontré que la loi du 4 juillet 1837, n'obligeait à faire usage des nouvelles dénominations de poids et mesures que dans les actes publics ou dans les écritures privées produites en justice; qu'une ordonnance de médecin était essentiellement secrète; que d'ailleurs, dans l'espèce, les ordonnances n'avaient pas été produites en justice, mais prises forcément par le commissaire dans le dépôt où elles avaient été renfermées.

La chambre criminelle a adopté ces moyens et rejeté le pourvoi.

Nous ne persisterons pas moins à engager nos confrères à faire usage des nouvelles dénominations. Ils n'ont rien à craindre de la loi, c'est vrai; mais par sa position sociale, par l'éducation qu'il est censé avoir reçu, le médecin ne peut pas prétexter d'ignorance, et il compromettrait la dignité de sa profession en l'assimilant à celles pour lesquelles ce prétexte est une excuse.

— M. le docteur Ferrus, inspecteur-général des maisons d'aliénés, vient de recevoir la mission d'inspecter le service médical de la maison de détention du Mont-Saint-Michel.

— M. le Dr Clot-Bey, président du Conseil de santé d'Egypte, a offert au Muséum d'histoire naturelle une girafe mâle; elle sera accompagnée de plusieurs animaux de Nubie et d'Abyssinie qui sont sa propriété, et dont il fait don au même établissement.

M. CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central, ouvrira un cours pratique et public D'OPÉRATIONS le lundi 3 octobre, à midi, à l'Ecole pratique.

PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES ARTIFICIELLES

(Poudre pour eau gazeuse ferrée).

La poudre pour Eau gazeuse ferrée du Dr Quesneville, très employée en France depuis plusieurs années, n'a rien à envier ni aux pilules de Blaud, ni à tant d'autres préparations aujourd'hui très prônées, oxides, citrates, tartrates, lactates, sulfates insalubres, carbonates grossiers, rouille, limaille, eaux rouillées, sulfures et safrans de mars, et tant d'autres, enhardis à se produire depuis que le succès de la *Poudre ferrée* a mis les ferrugineux à la mode.

Les propriétés et vertus médicinales du fer et les préparations dans lesquelles on fait entrer cette substance, sont depuis long-temps connues: c'est unanimement qu'on les estime et qu'on les conseille. Tel est le remède par excellence de la chlorose et des pâles couleurs, de la leucorrhée, des gastralgies, des maux d'estomac, des dérangemens nerveux de la digestion et autres affections nerveuses. Toutes ces affections fugaces et vaporeuses, que les égoïstes baptisent du nom d'*imaginaires* par l'unique raison qu'ils n'en ressentent point les effets, et ne peuvent s'en rendre compte, sont presque toujours le résultat de digestions laborieuses et comme maladives, que le fer améliore et rend fructueuses. Tissot de Lausanne, dans son *Traité des maladies nerveuses*, et le célèbre Hallé, ont très judicieusement signalé l'enchaînement de ces maux, de même que les bons effets du fer pour les combattre.

Beaucoup d'affections lymphatiques et de maladies de langueur, ainsi que la dysménorrhée ou irrégularité des mois, n'ont pas de remèdes plus efficaces que les ferrugineux, et il n'est pas de ferrugineux qui leur convienne mieux que l'eau ferrée gazeuse.

Dans la composition de sa poudre gazeuse ferrée, M. Quesneville s'est particulièrement attaché à obtenir les avantages suivants:

1° Il a voulu que les sels de fer fussent toujours parfaitement solubles, parfaitement miscibles à l'eau et très facilement absorbables, en totalité, afin qu'ils pussent ensuite parcourir sans obstacles toutes les voies circulatoires, depuis le canal thoracique jusqu'aux capillaires généraux, en se mêlant au sang dans tout son cours et toutes ses dérivations, et pouvant ainsi s'immiscer à la sécrétion des diverses humeurs comme à tous les actes de la vie.

2° Il a réussi à dépouiller le fer de toutes les qualités désagréables d'un médicament.

3° Il s'est appliqué à ce que telle fût la composition de sa poudre que les sucs gastriques, alors même qu'ils seraient vivement énergiques et très abondans, ne pussent jamais décomposer qu'une faible portion du fer ingéré, afin que ce dernier parvienne, sans altération et sans encombre jusqu'au parenchyme intime des viscères, et qu'il conserve ainsi toutes ses qualités et ses actives vertus; c'est de la sorte qu'on réussit à saturer de fer tous les organes, à en imprégner toutes les humeurs.

4° Il a, en outre, eu le soin de mêler avec les sels de fer une substance légèrement purgative, et cela parce que les ferrugineux, administrés isolément, ont coutume de déterminer de l'échauffement et de constiper les malades.

Le mérite de M. Quesneville ne consiste point à avoir attribué ou restitué au fer des propriétés jusqu'alors ignorées ou contestées: non; mais il a rendu un service réel à la thérapeutique en réussissant à préparer le fer sans lui enlever aucune des admirables propriétés curatives que les grands médecins, à quelque siècle ou à quelque contrée qu'ils appartinssent, n'ont jamais cessé de lui reconnaître. M. Quesneville a si pleinement atteint le but en question, qu'il a de la sorte concilié au fer et à ses préparations une confiance et une vogue inouies jusqu'alors.

On peut résumer les propriétés de la Poudre ferrée en rappelant celles que les auteurs attribuent avec raison aux Eaux ferrugineuses naturelles, dont les effets sont analogues. Elle resserre les tissus, excite l'action paresseuse de l'estomac, rougit la peau et fond les glandes, et elle convient en conséquence aux tempéramens lymphatiques, aux personnes indolentes, aux jeunes filles pâles, languissantes et comme étiolées, à celles qui ont des dispositions aux déviations de l'épine dorsale, et en qui la menstruation est pénible et se fait attendre. Mais leur plus grand triomphe est dans l'aménorrhée et la chlorose, ainsi que dans la plupart des affections nerveuses internes.

Emploi de la poudre ferrée.

Chaque flacon est composé de six doses pour six bouteilles, et sur chaque flacon est placée une petite mesure en carton qui, pleine de la poudre, forme la dose nécessaire pour une bouteille.

Pour préparer l'eau gazeuse ferrée, il suffira de verser, dans une bouteille pleine d'eau jusqu'à la naissance du goulot, une mesure de la poudre; après quoi on bouchera aussitôt la bouteille, afin d'éviter la perte du gaz. Au bout de quelques minutes, on pourra boire l'eau qui pétillera légèrement et qui joindra à ses autres propriétés celles d'exciter l'appétit et de faciliter la digestion.

Cette eau, agréable à boire, peut se prendre aux repas avec le vin et à toute heure de la journée, elle peut être coupée avec moitié d'eau pour ceux à qui elle paraîtra trop forte, surtout au début, pour les personnes délicates ou les enfans.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

(1) Nous ne sommes pas les seuls qui ayons entendu ainsi; tous les journaux ont répété ce chiffre. *(Note du Réd.)*

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 SEPTEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 116, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Polype vagino-utérin. Hémorrhagies abondantes. Cautérisation; cessation de l'hémorrhagie. Excision; guérison.

Une femme âgée de quarante-cinq ans, d'une assez bonne constitution, ayant eu plusieurs enfans, était affectée depuis plusieurs mois de pertes utérines continuelles qui détruisaient graduellement ses forces et qui menaçaient d'altérer profondément sa santé. Chaque époque menstruelle était l'occasion d'hémorrhagies extrêmement abondantes; le sang sortait par caillots volumineux pendant plusieurs jours de suite. Depuis deux mois l'hémorrhagie était devenue continue.

A son entrée à l'hôpital, on a reconnu au toucher l'existence d'un polype qui paraissait situé presque entièrement dans le vagin, n'adhérent que par un petit pédicule au col de l'utérus, dans la partie gauche et antérieure où il s'insère à quelques millimètres seulement au-dessus de son orifice inférieur; nous verrons plus tard quelle était la disposition qu'affectait ce corps étranger. Quoi qu'il en soit, après avoir constaté l'état des parties autant que le permettait l'exploration par le toucher, M. Lisfranc, avant que de se décider sur le choix du procédé le plus convenable à employer pour débarrasser la matrice de ce polype, obéit à l'indication la plus urgente en cherchant à arrêter ou à diminuer l'hémorrhagie. A cet effet, il porta un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure sur le polype, qu'il cautérisa ainsi dans une partie de sa surface la plus accessible; l'hémorrhagie ne fut point entièrement arrêtée, mais elle fut considérablement diminuée: ce résultat fut suffisant pour permettre quelques jours d'expectative, et préparer convenablement la malade à l'opération qu'elle devait subir plus tard. Cette opération fut pratiquée, en effet, plusieurs jours après la cautérisation. Voici en peu de mots comment il y fut procédé:

Le polype ayant été abaissé et avec lui l'utérus, à l'aide de fortes érignes, après s'être assuré du point d'insertion du polype au col, un bistouri boutonné fut glissé jusqu'en ce point, et le pédicule du polype fut détaché dans toute l'étendue de son insertion depuis l'orifice inférieur du col jusqu'à son orifice supérieur. Cependant le polype, quoique entièrement détaché, ne descendit point immédiatement hors du vagin; il fallut exercer de très fortes tractions pour l'amener au dehors. Cette difficulté à laquelle on ne s'était pas attendu, tenait à une circonstance de la conformation de ce polype, qu'il n'avait pas été possible de reconnaître avant son extraction. Le polype était double, ou plutôt constitué par deux tumeurs réunies par un pédicule commun: l'une contenue dans le vagin, la seule qui eût pu être reconnue; l'autre contenue dans l'utérus. Les deux tumeurs avaient un volume égal, celui environ d'une poire d'Angleterre; elles paraissaient s'être développées simultanément, l'une en dedans, l'autre en dehors de l'utérus, d'un même point commun, le col utérin auquel adhérait le pédicule. Une membrane vasculeuse commune enveloppait ces deux tumeurs; celle qui revêtait la tumeur externe était en partie détruite par le caustique.

Ce fait a servi de texte à des considérations pratiques importantes, notamment sur les conditions qui font naître ou qui favorisent les hémorrhagies dans les cas de polypes intra-vaginaux ou intra-utérins, et sur les moyens propres à arrêter ces hémorrhagies. M. Lisfranc a déjà eu plusieurs fois l'occasion de fixer notre attention sur une disposition anatomique commune à la plupart des polypes du vagin ou de la matrice, et particulièrement aux polypes fibreux; nous voulons parler de l'existence d'une membrane vasculeuse formant une sorte d'enveloppe extérieure au polype et donnant lieu à une exhalation de sang à la surface, source des hémorrhagies si communes dans ces affections.

M. Lisfranc s'est assuré, et l'expérience est venue confirmer plusieurs fois l'exactitude de cette observation sous nos yeux, que c'est bien à cette membrane d'enveloppe, qui paraît procéder par une sorte d'expansion de la muqueuse du vagin et du col utérin et être en grande partie constituée par un lasis vasculaire analogue à celui que l'on rencontre dans les membranes muqueuses en général, qu'est dû l'écoulement de sang quelquefois si abondant que fournissent les polypes. Il n'arrive presque jamais, pour ne pas dire jamais, que l'hémorrhagie provienne d'une autre source. Il résulte de nombreuses recherches auxquelles M. Lisfranc s'est livré sur ce point, que deux fois seulement il a vu de grosses veines ramper à la surface du polype, et dans aucun de ces deux cas il n'y eut d'hémorrhagie produite. Les hémorrhagies ne sont pas plus souvent fournies par le tissu même du polype; car leur section est rarement suivie d'un écoulement de sang abondant. Sur deux ou trois cents extirpations, il n'a vu que deux ou trois fois une hémorrhagie survenir immédiatement après l'opération. Ces faits l'ont conduit à admettre les deux principes de pratique suivans: Donner la préférence à l'excision dans tous les cas où elle sera possible; et lorsque cette opération ou tout autre moyen d'extirpation de la tumeur ne sera point applicable, au moins actuellement, et que néanmoins des hémorrhagies réitérées compromettraient les jours de la malade, arrêter l'hémorrhagie par la destruction totale ou partielle de la membrane en question, ce qui se fait, soit en dépouillant le polype dans toute son étendue accessible, soit en la cautérisant à plusieurs reprises.

Le dépouillement du polype, lorsque la tumeur est située de manière à pouvoir être aisément saisie entre les doigts, est le moyen le plus sûr d'arrêter l'hémorrhagie. Ce dépouillement se fait ordinairement avec une grande facilité et de la même manière que si l'on dépouillait un fruit de son enveloppe. Mais lorsque le polype n'est pas situé favorablement pour cette opération, on y supplée par la cautérisation. Nos lecteurs pourront se rappeler encore ce fait si remarquable d'une jeune fille de vingt à vingt-deux ans, qui avait une hémorrhagie durant depuis six mois avec une telle abondance, que la malade, entièrement exsangue, était réduite au dernier degré de marasme, et chez laquelle M. Lisfranc arrêta presque instantanément l'hémorrhagie par la cautérisation, se donnant ainsi le temps de relever les forces de la malade, et de pratiquer plus tard une opération que l'état de cette femme eût sans cela rendue impossible.

En résumé, l'hémorrhagie étant dans le plus grand nombre des cas, fournie par la membrane vasculaire d'enveloppe, on doit, autant que possible, chercher à l'enlever; si le polype n'est point assez accessible pour cela, il faut cautériser cette membrane. Jusqu'à présent, dit M. Lisfranc, je n'ai jamais vu cette pratique suivie d'insuccès. Mais il peut arriver que le polype ait un volume tel qu'il ne puisse être embrassé en totalité par le spéculum. Dans ce cas, voici comment procède M. Lisfranc: Il embrasse avec le spéculum la plus grande étendue possible de la tumeur, et il porte le caustique sur toute l'étendue du polype qu'il a ainsi pu mettre à découvert, puis imprimant un mouvement de bascule au spéculum, en même temps qu'il le retire légèrement, de manière à abandonner la partie cautérisée, il va à la recherche d'un autre point de la tumeur, qu'il cautérise de la même manière, et ainsi de suite jusqu'à ce que le caustique ait été promené sur la plus grande étendue possible du polype. Il n'est pas nécessaire que toute la membrane soit cautérisée; il suffit, en général, d'en détruire une plus ou moins grande partie pour arrêter l'hémorrhagie et l'empêcher de se reproduire. Le fait que nous venons de rapporter vient à l'appui de ceci.

Lorsqu'on a affaire à des polypes situés dans l'intérieur de l'utérus, les difficultés sont sans contredit beaucoup plus grandes. Bien que, à l'exemple de Desault, M. Lisfranc n'ait pas craint, dans plusieurs circonstances, d'attaquer ces polypes intra-utérins, et qu'il l'ait fait quelquefois avec succès, c'est une opération difficile, grave, et accompagnée souvent de grands dangers. Ce n'est donc que dans des cas de péril imminent qu'il faut tenter l'extirpation de ces polypes profonds. Mais lorsqu'il est impossible de les atteindre et de les attaquer en totalité, on peut encore les attaquer partiellement.

Une femme portait un polype tellement volumineux qu'on ne pouvait l'attirer hors du vagin; on ne pouvait atteindre le col de l'utérus, de sorte qu'on ignorait le point d'insertion du polype et la longueur de son pédicule; la tumeur présentant un étranglement à une certaine hauteur, vers sa partie moyenne environ, du moins autant qu'on en pouvait juger, M. Lisfranc passa une ligature autour de ce collet; ce ne fut qu'après l'application successive de plusieurs ligatures, après avoir par ce moyen déblayé les parties, qu'il put reconnaître que le polype s'insérait au col par un pédicule de la largeur de trois doigts réunis. Le reste de la tumeur fut attaqué de la même manière, et toute la tumeur fut ainsi graduellement détruite.

Dans les cas du genre de celui-ci, c'est le seul moyen auquel on puisse avoir recours; je m'étais souvent demandé, dit M. Lisfranc, si l'on ne pourrait pas les traiter par la cautérisation; sur plus de vingt cas dans lesquels j'ai tenté ce dernier moyen exclusivement, je n'ai réussi que deux fois à obtenir la destruction complète du polype; mais si la cautérisation est insuffisante pour la guérison radicale et complète des polypes, elle donne des résultats admirables quand il s'agit de combattre l'hémorrhagie. Il ne faut pas toutefois s'attendre à la voir cesser toujours immédiatement et d'une manière complète, mais on parviendra toujours par ce moyen à diminuer l'écoulement sanguin et à le maintenir dans des limites telles que la vie et la santé ne soient plus compromises.

M. Lisfranc a rapporté à ce sujet l'histoire d'une dame ha-

FEUILLETON.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; CE QU'ELLE EST, CE QU'ELLE DEVRAIT ÊTRE.

Les institutions n'acquièrent crédit et puissance sur les hommes que par elles-mêmes. Ce n'est ni par les priviléges qu'on leur concède; ni par la protection des lois, ni par les titres dont on les honore, ni par les distinctions qu'on leur accorde qu'elles fondent leur influence et leur action; il est besoin pour elles de conditions plus sérieuses que celles qui sont prises dans les honneurs hiérarchiques ou dans les oripeaux de la représentation. A l'époque où nous vivons, avoir un siége à Notre-Dame les jours de grande cérémonie, avoir ses entrées au Château le 1er janvier et jouir de l'honneur de haranguer le chef de l'état, sont des avantages auxquels le public s'obstine à attacher une fort médiocre importance quand ils ne résultent que d'une insertion au Bulletin des Lois. Il respecte, le public, les institutions qui se rendent respectables par leurs bons services et leur utilité; car il est à leur endroit aussi peu révérencieux qu'envers les individus qu'il n'estime, non plus en raison de leur naissance ou de leurs titres, mais seulement en proportion de leur mérite propre et de leurs talens personnels.

Parmi les institutions qui devraient, sans conteste, être entourées d'estime et de respect, l'Académie de médecine vient en première ligne. Fondée dans un but grand et généreux, composée des hommes éminens de notre profession, investie d'attributions importantes, considérée comme un corps de l'état, jouissant de privilèges et d'honneurs, figurant au budget, offrant en un mot toutes les conditions que j'appellerais extrinsèques de puissance et d'action, comment se fait il qu'elle n'ait pas pris cependant sur l'opinion publique l'ascendant et la force que tout semblait lui promettre? Pourquoi, depuis plus de vingt ans qu'elle existe, n'a-t-elle pu attacher à son nom une renommée plus sérieuse, une gloire moins incontestée?

Je ne crains pas de le dire, la faute en est toute à elle-même. Le public ne demandait pas mieux que de la prendre au sérieux; le gouvernement la dotait avec assez de munificence pour qu'elle pût honorablement se placer et faire son chemin dans le monde; elle seule n'a pas compris jusqu'alors l'importance et la hauteur de sa mission.

Je ne suis pas de ceux qui rêvent une perfection absolue et qui croient que les hommes, s'ils le voulaient, pourraient devenir anges. Dans toute collection d'hommes on trouvera nécessairement des faiblesses et des erreurs, car partout et toujours l'humanité, sous forme individuelle ou collective, présente un côté faible et vulnérable. Aussi ne trouvera t-on pas dans ces lignes une intolérante austérité. L'amertume des récriminations, même des plus légitimes, doit être tempérée par la douceur de l'expression. Rien ne sied mieux au critique que l'urbanité, et en parlant d'académie, c'est bien le moins qu'on soit académique.

Sur ce point, cependant, et ce sera mon premier grief, l'Académie de médecine ne prêche pas toujours d'exemple. Ce qui frappe tous ceux qui assistent à ses seances, c'est le peu de dignité, le peu de tenue et de mesure de ses discussions. Les remarques à ce sujet ont été aussi fréquentes que stériles. C'est certainement l'Académie où l'on parle le plus, mais c'est celle aussi où l'on parle le moins bien, dans toutes les acceptions du mot. Les infractions aux règles de Vaugelas y sont aussi communes que les infractions aux lois de la politesse, et souvent éprouve-t-on le déplaisir d'y entendre de mauvaises choses dites en mauvais français. Les discussions oiseuses, les intérêts les plus infimes, les plus mesquines délibérations, y occupent la plus large place et y déterminent souvent les plus violens orages. Les amateurs se souviennent de quelques scènes empruntées aux traditions des clubs les plus véhémens, et de quelques comités secrets on raconte des choses qui prouveraient que ce n'est pas toujours par l'organe de la parole que se produiraient les argumens les plus frappans.

La manière dont l'Académie comble les vides que la mort fait dans son sein a été souvent aussi l'objet d'observations fondées. Il est rare que le mérite seul fasse pencher la balance académique, et trop souvent les résultats du scrutin ont témoigné d'une manière manifeste du pouvoir de l'intrigue ou de la puissance de quelque chaude sympathie. On n'a peut-être pas assez remarqué, sur ce point, que l'Académie subit encore la peine de son péché originel. Portal n'emporta pas dans la tombe tous les secrets de l'organisation première de l'Académie, et l'on sait les conditions que Louis XVIII, de caustique mémoire, imposait à son archiâtre dans le choix des académiciens. Une grande partie de ces académiciens par la grâce de Dieu vit encore; elle a d'excellentes raisons pour répugner à l'introduction de toute capacité tant soit peu éminente; une bonne petite médiocrité, une de ces réputations de vol de chapon qui ne blessent et n'offusquent personne, voilà ce qu'elle aime, ce qu'elle choie, ce qu'elle accepte, voilà aussi le secret de tant de nominations tombées sur des mérites tellement microscopiques, que l'œil nu n'y distingue rien du tout.

Sévérité, justice dans le choix de ses membres, dignité lorsqu'elle pose en face du public, voilà deux conditions que les amis de cette institution souhaitent à l'Académie, et dont l'absence nuirait toujours à l'estime à laquelle elle a droit de prétendre.

Si maintenant on jette un coup-d'œil sur l'organisation intérieure de l'Académie, on voit que, malgré quelques lacunes importantes, elle serait merveilleusement disposée pour donner à la science des résultats utiles et peut-être inattendus. L'Académie possède, en effet, des commissions pour la vaccine, pour les eaux minérales, pour les épidémies, pour la topographie et la statistique médicale, etc. Malheureusement elle en possède aussi une dite des remèdes secrets, et c'est celle-là, la moins importante assurément, qui absorbe la meilleure partie du temps de l'Académie. On nous dira que les réglemens l'obligent à rendre compte à l'autorité de toutes les billevésées qu'il plaira au premier rêveur de lui soumettre. Nous répondrons qu'une expérience de vingt années aurait dû la convaincre des mauvaises disposi-

bitant la province et qui était venue le consulter pour des pertes fréquentes et abondantes qui ruinaient sa santé. Ces hémorrhagies étaient entretenues par la présence d'un polype d'un volume énorme qui envahissait presque toute l'étendue du vagin, et dont les racines plongeaient profondément dans l'utérus. Toute opération était impossible: on ne pouvait songer à faire l'extirpation d'une pareille tumeur. M. Lisfranc se borna à conseiller les cautérisations réitérées de temps en temps, autant de fois que l'hémorrhagie menaçait de faire irruption. Ce moyen a été couronné d'un plein succès. Depuis l'époque où cette dame y a été soumise, les hémorrhagies ont toujours été réprimées dès leur apparition, et elles sont même devenues beaucoup moins fréquentes, à tel point que cette dame qui, lorsqu'elle vint consulter M. Lisfranc, était dans un état voisin du marasme, a repris depuis de l'embonpoint et jouit de toute la plénitude de sa santé, à l'inconvénient près de porter un corps étranger volumineux et gênant dans le vagin.

Pour en revenir à la malade qui a fait l'objet de ces réflexions, nous l'avons revue à plusieurs reprises depuis l'opération. Toute hémorrhagie a complètement cessé depuis cette époque, et sauf quelques douleurs de bas-ventre et de reins, la guérison s'est effectuée sans aucun accident.

Ulcères atoniques traités par l'iodure de potassium à l'intérieur.

Parmi les malades actuellement couchées dans les salles de M. Lisfranc, il en est plusieurs affectés d'ulcères atoniques aux membres et sur diverses parties du corps, qui offrent un vif intérêt, à cause de la rapidité avec laquelle la guérison de ces ulcères a été obtenue sous la seule influence de l'iodure de potassium administré à l'intérieur. Nous allons sommairement rapporter quelques-uns de ces cas.

Au n° 28 de la salle Saint-Louis, est un garçon de vingt-huit ans, portant un ulcère à la jambe droite datant de vingt-deux ans. A l'âge de six ans, il survint spontanément un gonflement considérable à la jambe, suivi, au bout de très peu de temps, d'une ulcération qui s'étendit rapidement et envahit graduellement la presque totalité de la jambe. Dans cet intervalle de vingt-deux ans, ce malade a été soumis à une infinité de traitemens, soit internes, soit topiques, qu'il serait trop long d'énumérer.

Entré à la Pitié vers la fin de juin dernier, il y a aujourd'hui deux mois et demi, il fut soumis de suite à l'usage de l'iodure de potassium suivant la formule que nous avons fait connaître (*voir* n° 54), à la dose de 1 gramme par jour. A dater des premiers jours de l'administration du médicament, qui a toujours été pris à la même dose et sans interruption, l'ulcère a commencé à changer d'aspect et à se cicatriser dans toute l'étendue de sa circonférence. Six semaines après l'ulcère était complètement cicatrisé.

Au n° 18, est couché un homme âgé de quarante ans, également atteint d'un ulcère à la jambe depuis vingt-deux ans. Cet ulcère est survenu à la suite d'un coup de pierre sur la jambe; avant cet accident, la jambe était déjà le siége d'un engorgement, tel que ceux qui précèdent ordinairement le développement des ulcères; cet homme paraît, du reste, avoir été sous l'influence d'une disposition héréditaire: sa mère a porté pendant de très longues années un ulcère à la jambe, dont elle n'a jamais complètement guéri, n'avait pas, dans le principe, plus d'étendue que l'ongle. Après être resté long-temps dans de très petites dimensions, il s'est graduellement élargi, et a acquis, au bout de dix ans, l'étendue qu'il a actuellement. Il occupait tout le tiers inférieur de la jambe dans les quatre cinquièmes de sa circonférence. Ce malade, après avoir fait plusieurs traitemens infructueux, entra à l'hôpital de la Pitié il y a environ deux ans, et y fut traité sans aucun résultat par le monésia. Il entra plus tard à l'Hôtel-Dieu, où il fut soumis, sans plus de succès, au pansement simple. Entré pour la seconde fois à la Pitié, il y a neuf mois et demi, il y a été soumis depuis cinq mois à l'usage de l'iodure de potassium, qu'il a pris sans discontinuité depuis cette époque. L'ulcère est actuellement cicatrisé dans presque toute son étendue; il ne reste plus que deux points à la partie antérieure de la jambe, dont chacun n'a pas plus d'un centimètre de circonférence.

N° 24, même salle. Ce malade portait depuis douze ans et demi à la jambe droite un ulcère qui envahissait toute la moitié inférieure; il n'existait çà et là que quelques îlots de peau non ulcérée, dont le plus grand n'avait pas plus d'un pouce de longueur et un travers de doigt de large. Entré à l'hôpital le 1er mai (il y a quatre mois et demi), et soumis au même traitement que les précédens, il est aujourd'hui complètement guéri.

Au n° 10 de la même salle, était couché un malade sorti depuis huit jours entièrement guéri, et qui avait la jambe gauche à peu près dans le même état que les deux malades précédens. La guérison de ce dernier malade a été obtenue en quatre mois.

Parmi quelques autres malades couchés dans la salle Saint-Antoine, nous en avons remarqué un premier qui a été guéri en douze jours d'un ulcère très étendu à la jambe; un second, qui avait un ulcère au pénis qui envahissait le scrotum et s'étendait jusqu'aux cuisses, également guéri en peu de jours, et un troisième chez lequel deux ulcères situés, l'un à l'épaule, l'autre à la jambe, ont guéri avec la même rapidité.

Nous citerons enfin, entr'autres malades soumis au même traitement, un sujet entré à l'hôpital pour une fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaie des tégumens d'une grande étendue, et chez lequel la cicatrisation a été promptement obtenue. Ce malade avait en outre des palpitations auxquelles il était sujet depuis quelques années; ces palpitations ont complètement cessé depuis qu'il a fait usage de l'iodure de potassium. Nous nous bornons à constater ce fait, sur lequel ce malade a le premier fixé notre attention, sans chercher, pour le moment, à lui donner plus de valeur, et uniquement pour appeler l'attention des praticiens sur ce point.

M. Lisfranc, à l'occasion des malades que nous venons de passer en revue, s'est livré à quelques considérations pratiques sur l'usage et le mode d'administration de l'iodure de potassium, que nous croyons devoir reproduire.

Les bons effets que l'on obtenait des préparations d'iode dans les affections scrofuleuses, a donné l'idée d'appliquer ce médicament au traitement des ulcères atoniques; on a d'abord employé l'iode pur; mais on n'a pas tardé à reconnaître qu'à cet état l'iode déterminait des accidens graves, tels que la fonte des glandes, des seins, des testicules, et une vive excitation des voies digestives. On a cherché, par diverses combinaisons, à atténuer cette action malfaisante de l'iode, tout en lui conservant son efficacité. L'une des meilleures préparations, sans contredit, et la plus efficace de toutes, est l'iodure de potassium; mais ce médicament n'est pas encore complètement à l'abri de tout accident: son administration réclame une grande circonspection et une surveillance active. Il est, en général, beaucoup mieux supporté que l'iode pur; mais cependant il détermine assez souvent encore des irritations gastro-intestinales; il produit quelquefois aussi l'atrophie des glandes et l'amaigrissement général, mais moins fréquemment que ne le fait l'iode. Ces accidens, du reste, peuvent aisément être évités ou prévenus en proportionnant la dose du médicament à l'intensité de son action et aux diverses conditions des sujets. C'est là un des points les plus importans, et peut-être le plus négligé dans l'administration de l'iodure de potassium. Vous verrez souvent, dans les formulaires ou dans les différens traités sur la matière, que l'iodure de potassium se donne à telle dose, qu'on doit commencer par un gramme, par exemple. Ce n'est point ainsi que nous procédons. La dose que nous administrons est toujours subordonnée aux constitutions, aux tempéramens, aux idiosyncrasies des sujets. La dose ordinaire, au début, est, en effet, de 1 gramme en solution dans 4 onces d'eau distillée de tilleul, qui doit être prise en trois doses chacune dans un verre d'eau sucrée dans les vingt-quatre heures. Quelques médecins commencent par 3 ou 4 grammes; cette dose est trop élevée pour le début. Je commence par 1 gramme, et j'augmente tous les trois ou quatre jours de 2 décigramme; j'arrive ainsi jusqu'à 3, 4 grammes, quelquefois jusqu'à 5, 6 et même 8 grammes; je ne dépasse jamais cette dernière dose. La moyenne est pour moi de 3 à 4 grammes: deux le matin, deux le soir; cette dose est, en général, très bien supportée par la plupart des malades. Mais il est des personnes qui ont naturellement les voies digestives très irritables: les femmes, en général, les sujets nerveux, à constitution irritable; ces personnes là supporteraient difficilement la dose ordinaire.

J'ai vu l'iodure de potassium à la dose de 40 centigrammes déterminer des symptômes d'empoisonnement. Chez une dame demeurant rue de la Paix, 5 centigrammes de ce médicament produisirent des phénomènes toxiques; ce sont là, il est vrai, des faits exceptionnels, mais il n'en faut pas moins tenir compte. Il convient, dans ce cas, de débuter par une dose très minime, de 50 ou même 25 centigrammes, par exemple, sauf à élever graduellement cette dose en procédant par tâtonnement.

L'iodure de potassium, contrairement à l'action de l'iode pure, produit en peu de temps un certain embonpoint; c'est du moins là son effet le plus général. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a vu l'iodure de potassium déterminer l'amaigrissement. L'iodure de potassium ne donne lieu qu'exceptionnellement à l'atrophie et à la fonte des glandes; il est prudent toutefois de prévenir les malades de ce qui pourrait arriver; car l'iodure de potassium pourrait, dans quelques circonstances exceptionnelles, produire, comme l'iode, l'atrophie des glandes.

A quelque dose que ce médicament ait été administré, s'il produit des accidens, il faut en suspendre l'administration. Ordinairement les premiers accidens se résolvent avec une très grande facilité. Il est remarquable, en général, que l'action du médicament se soutient et se prolonge même assez long-temps après que l'usage en a été suspendu. Dans ce cas on ne se guide pas seulement sur la cessation des accidens pour reprendre l'administration du médicament, on ne le recommence qu'après s'être assuré que son action thérapeutique a complètement cessé; mais on le reprend alors avec des doses qui varient suivant les circonstances et l'état des sujets. Lorsque la constitution des sujets est très mauvaise, l'iodure de potassium réussit généralement moins bien que dans les circonstances contraires. Ce médicament a une action toute spéciale et une efficacité réellement surprenante contre les accidens syphilitiques constitutionnels; nous en avons fait connaître plusieurs exemples très remarquables. Il donne aussi des résultats avantageux dans le traitement des scrofules, mais son efficacité est moins manifeste et moins prononcée contre cette affection que contre la syphilis. Il faut, dans le traitement des scrofules, en continuer l'usage beaucoup plus longtemps, et en élever graduellement les doses pour en obtenir des effets satisfaisans. L'iodure de potassium donne enfin, dans le traitement des ulcères atoniques, des résultats qui ne sont pas moins remarquables que ceux que nous avons signalés pour la syphilis; les observations que nous venons de rapporter en font foi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MAISONNEUVE.

Collections de faits cliniques, recueillis par M. Gustave Gogué, élève des hôpitaux et de l'Ecole pratique.

1° *Précipitation et polype de l'utérus. Excision du pédicule de la tumeur. Guérison.*

La nommée Marie Merlin, âgée de soixante-six ans, portière, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, n° 25, le 12 juillet 1842, pour s'y faire traiter d'une affection de l'utérus.

Réglée dès l'âge de onze ans, ses menstrues continuèrent de couler assez régulièrement jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans; elle a eu cinq enfans, ses grossesses et ses couches furent assez heureuses, excepté la première qui fut un peu laborieuse. Si l'on en croit la malade, elle n'a jamais eu de fleurs blanches, si ce n'est avant et après ses règles. A l'âge de vingt-six ans seulement elle eut un écoulement blennorrhagique qui fut traité et guéri par des moyens qu'elle ne peut indiquer.

Il y a cinq ans qu'après un effort violent elle éprouva tout-à-coup un sentiment de pesanteur au siége, des douleurs et des tiraillemens dans la région lombaire; ces symptômes aug-

---

tions réglementaires qui la régissent et qu'elle aurait dû y aviser. L'autorité n'est pas à son égard si inhumaine, qu'elle ne prêtât les mains très volontiers à toute modification dont l'urgence lui serait démontrée. L'Académie des sciences a bien su se soustraire à l'examen de toutes les rêveries sur la quadrature du cercle, qu'elle recevait hebdomadairement; il serait tout aussi facile à l'Académie de médecine de jeter au panier aux oubliettes ces immondes paperasses qu'elle étale au grand jour au moins deux fois par mois. Mais ce grand acte de courage ne s'exécutera pas sans une vive opposition. — Dans la classe des mollusques il existe une espèce que le naturaliste n'étudiera, ne recueillera jamais pendant un beau soleil; cette espèce, en effet, ne quitte son obscure retraite que pendant les jours de pluie. Eh bien! qu'on me passe cette mauvaise comparaison, il y a beaucoup de limaçons à l'Académie de médecine. Y traite-t-on quelque belle question de dogme, d'histoire ou de pratique? Nos escargots craignent ce soleil et restent recoquillés dans leur glutten. Mais le rapporteur des remèdes secrets annonce-t-il quelque bonne histoire de moutarde blanche, quelque sublime odontalgique, ou une panacée universelle? Voilà la pluie, aussi de tous côtés voyez ces cornes. — Il est de fait que pour connaître l'éloquence, le style et l'action d'un certain nombre d'orateurs de la rue de Poitiers, ce n'est pas dans les jours de discussion solennelle qu'on y peut parvenir, mais bien dans une bonne petite séance consacrée aux remèdes secrets qui font pâmer d'aise les têtes blanches de l'endroit, qui mettent en verve les Berryers de la drogue et souvent en fureur quelque O'Connell apothicaire. Aussi demander à ces honorables le sacrifice des remèdes secrets serait leur demander celui de leur existence académique; ils n'y consentiront jamais.

Les élémens que l'Académie possède pour arriver à des résultats utiles sont nombreux et importans, et c'est avec douleur qu'on la voit en tirer un parti si médiocre. C'est à elle qu'aboutissent toutes les communications qui ont trait à la science. Depuis sa création elle a reçu, avec des détails plus ou moins complets, tout ce qui concerne les vaccinations pratiquées en France, leurs résultats, leurs conséquences, etc. Depuis vingt ans, quels matériaux immenses se sont enfouis dans ses cartons! Ce que fait la commission de vaccine de ces richesses est déplorable à dire. Un rapport annuel, qui tous les ans aussi donne lieu à une discussion mesquine et sans portée, où les mêmes argumens vingt fois produits ont été vingt fois combattus par une argumentation contraire; voilà tout ce que sait faire l'Académie de cette question de la vaccine à laquelle se rattachent des problèmes palpitans d'intérêt pour la santé publique. Demandez-lui, par exemple, de formuler une opinion sur la durée de l'action préservatrice du vaccin et sur l'utilité des revaccinations: avec tous les moyens possibles de s'éclairer sur ce sujet et de pouvoir donner au gouvernement et au peuple des conseils salutaires, l'Académie ne peut que montrer annuellement ses idées stationnaires, ses éternelles incertitudes et sa profonde répugnance à prendre un parti. Et c'est tout simple; comment oserait-elle abandonner à cet endroit le doute très peu philosophique qui la paralyse, quand elle ne tente aucun effort pour le dissiper, quand elle laisse inactifs et stériles des matériaux recueillis depuis bientôt un quart de siècle. Aussi a-t-elle reçu à cette occasion une leçon sévère de l'Académie des sciences qui, voyant que sa sœur cadette n'avait rien su tirer pour l'hygiène publique des immenses ressources dont elle dispose, a fait un appel à tous les savans du monde en proposant pour sujet du grand prix des sciences naturelles ces mêmes questions que l'Académie de médecine aurait pu et dû résoudre.

Même indifférence à l'égard des eaux minérales, sujet sur lequel l'Académie possède et reçoit tous les ans des documens importans, dont un semblant de commission dans un semblant de rapport, fait à de longs intervalles un semblant d'analyse. L'Académie pourrait encore sur ce point rendre d'éminens services. C'est une tâche à laquelle on peut la convier dans l'intérêt de la pratique, et qui doit tenter son ambition.

Et l'immense et si importante étude des épidémies, quels progrès l'Academie lui a-t-elle fait faire? Ce n'est pas non plus les matériaux qui lui manquent, car de tous les points de la France où une maladie vient à se généraliser et où se trouve un observateur capable de la décrire, arrive une relation dont la commission *ad hoc* pourrait tirer profit. Cependant sur ce sujet les rapports sont si rares, ils ont offert jusqu'ici une valeur scientifique si contestable, que tout reste à faire là dessus. Il est hors de doute qu'un dépouillement soigné de tout ce que possède l'Académie sur les épidémies qui ont régné en France depuis vingt ans ne conduisît à quelques données utiles.

Il en est ainsi de la topographie et de la statistique médicale dont la commission fait si peu de bruit qu'à peine se doute-t-on de son existence, et qui cependant aurait à résoudre d'importantes et d'utiles questions.

Tout ce que je viens de passer en revue constitue la besogne fondamentale de l'Académie. C'est là, ou plutôt ce devrait être là son travail fixe et son occupation réglée. Mais vient ce qu'on pourrait appeler le casuel, c'est-à-dire les propositions accidentelles faites par les membres de ce corps savant, et les communications que les savans étrangers lui adressent et pour lesquelles ils sollicitent des rapports, toutes choses auxquelles l'Académie ajoute une plus grande importance; elles seules en effet donnent un peu d'animation à ses séances, elles seules y attirent les journalistes et le public.

Comment donc s'y traitent ces deux choses? Je vais essayer de le dire.

— Le docteur Casper, de Berlin, a calculé que la mortalité parmi les célibataires de l'âge de 30 à 45 ans, est de 27 sur 100; tandis que parmi les hommes mariés du même âge, elle n'est que de 18 sur 100.

Pour 41 célibataires qui atteignent 40 ans, il y a 78 hommes mariés qui parviennent au même âge.

La différence devient encore plus frappante à mesure que l'âge avance.

A 60 ans, il ne reste en vie que 22 célibataires contre 48 hommes mariés; à 70 ans, 11 célibataires contre 27 hommes mariés; et à 80 ans, 3 célibataires contre 9 hommes mariés.

mentaient dans la station verticale et la marche, et diminuaient au contraire par le repos et la position horizontale.

La malade n'en continuait pas moins ses occupations, quand un jour elle eut la sensation d'un certain déplacement dans l'intérieur du bassin, et fut toute surprise en sentant par le toucher une grosseur anormale (je me sers de sa propre expression) faire saillie hors de la vulve; comme d'une part elle n'éprouvait point plus de gêne que d'ordinaire et qu'elle pouvait, d'autre part, faire rentrer cette tumeur quand elle était couchée, elle ne crut point devoir s'en occuper.

Cependant la tumeur avait acquis un volume plus considérable, et pendait entre les cuisses; la pesanteur et les tiraillemens étaient devenus plus intenses; les urines et les matières fécales étaient évacuées avec un peu de difficulté; les règles s'écoulaient périodiquement par le sommet de la tumeur.

Enfin, vers la fin de mars 1842, la malade fut prise de tiraillemens plus violens dans les reins et dans l'estomac, de douleurs intenses dans le bas-ventre, aux aines et à la partie supérieure des cuisses, d'une perte considérable de sang ichoreux ou sanieux, d'odeur infecte, qui s'arrêta le même jour; elle évalue à un kilogramme la quantité de liquide répandu.

Dans le même temps, c'est-à-dire vers le mois de mars, elle s'aperçut d'une petite tumeur du volume d'un haricot, située sur le col de l'utérus.

Depuis, cette petite tumeur a grossi et a acquis le volume d'une noix; des écoulemens irréguliers et fréquens de mucosités et de sérosités n'ont point quitté la malade jusqu'au moment où elle est entrée à l'hôpital.

Chez elle, elle prit pour tout traitement des boissons émollientes ou rafraîchissantes, et se fit des injections avec une décoction de morelle et de tête de pavot.

D'après ces antécédens fournis par la malade, et surtout d'après l'examen des parties, M. Maisonneuve reconnut de suite une descente de l'utérus parvenue au troisième degré, et un polype fibreux naissant dans l'intérieur du col de la matrice. On voyait l'utérus hors de la vulve et pendant entre les cuisses; il avait entraîné avec lui le vagin, qui était renversé; il se présentait sous la forme d'une tumeur allongée, cylindroïde, du volume d'un œuf de poule, se terminant en bas par une extrémité moins volumineuse et percée d'une ouverture transversale; se continuant en haut avec les parties génitales externes. Il offrait de la sensibilité, du gonflement et de la rougeur. La muqueuse du vagin, au contact de l'air, avait pris un aspect semblable à celui de la peau. La tumeur rentrait dans le bassin au gré de la malade ou quand elle était couchée, et tout reprenait sa position normale.

Enfin, de la paroi antérieure du canal aplati que forme le col de l'utérus, naissait une autre tumeur plus petite et pédiculée: c'était le polype. Celui-ci, piriforme, du volume d'une noix; évidemment sarcomateux et de nature fibreuse, était recouvert par une membrane lisse et polie. En le pressant entre les doigts, on avait la sensation d'un corps compacte, résistant, élastique, et l'on n'y découvrait ni battement artériel ni sensibilité.

Il tenait à la matrice par un pédicule du volume du petit doigt, long de 14 millimètres (6 lignes), et dont la consistance ne différait nullement de celle du polype. L'orifice de la matrice livrait passage au pédicule sans être pour cela déformé.

La structure charnue du polype, sa dureté, sa nature fibreuse, l'absence de battemens atériels et de sensibilité, tout enfin décida M. Maisonneuve à préférer l'excision à toutes les autres méthodes, d'autant plus: 1° que chez cette malade on ne pouvait pas craindre une forte hémorrhagie; 2° que la situation de la tumeur au-dehors la rendait accessible à tout instrument tranchant, sans danger d'intéresser les parties voisines; 3° que la section du pedicule était plus rapide que la ligature; 4° enfin, que la malade serait plus promptement débarrassée, sans être exposée aux accidens qui résultent quelquefois de la ligature ou de la torsion.

En conséquence, on fit placer la malade sur le bord de son lit, les cuisses écartées et les jambes fléchies; alors M. Maisonneuve ayant saisi le polype avec deux doigts, fit la section de son pédicule avec des ciseaux courbes.

Le 13 juillet 1842, on réduisit la descente de l'utérus, et la malade fut couchée sur le dos et sur un plan horizontal. Il ne s'écoula qu'un peu de sang pendant l'opération; le même jour elle eut une faible hémorrhagie qui s'arrêta facilement sous l'influence de compresses imbibées d'eau froide, et placées sur l'abdomen.

La guérison fut rapide; aucun accident ne vint la retarder. Quant à la descente, on conseilla l'usage d'un pessaire, et la malade sortit le 18 juillet, c'est-à-dire, après être restée cinq jours seulement à l'hôpital.

Autopsie du polype; sa structure. — En le fendant, le polype crie sous le bistouri; il est compact, aussi dur à la circonférence qu'au centre où il ne présentait aucun vide; il paraît composé de faisceaux de fibres blanchâtres et contournées en tous sens. A l'œil nu, on n'y voit aucune trace de vaisseaux sanguins, et encore moins de filets nerveux.

Le pédicule offre absolument la même disposition.

— Nous avons appris que depuis sa sortie de l hôpital, la malade, parfaitement guérie de son polype et de ses écoulemens, fut au Bureau central des hôpitaux trouver M. Maisonneuve, qui lui fit avoir un pessaire.

2° *OEdème du membre inférieur chez un homme. Emploi de la digitale et de la compression. Guérison.*

Le nommé Bonjour, terrassier, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 7, le 3 septembre 1842, pour s'y faire traiter d'un œdème considérable de tout le membre inférieur du côté droit.

Il y a quinze jours que, sans cause appréciable, le malade fut pris d'un œdème qui d'abord occupant la face dorsale du pied droit, n'attira aucunement l'attention du malade; mais celui-ci toujours de bout, se livrant comme d'ordinaire à un travail pénible, vit de jour en jour l'œdème s'étendre à la jambe et envahir tout le reste du membre.

C'est alors qu'il garda le repos; mais huit jours s'étant déjà écoulés et la tuméfaction persistant toujours, il entre dans le service de M. Maisonneuve.

Le sujet, d'une constitution molle et faible, d'un tempérament lymphatique, nous offre dans toute l'étendue du membre inférieur droit une tuméfaction considérable, uniforme, indolente, si ce n'est au creux poplité et sur le trajet des vaisseaux fémoraux où le malade accuse une vive douleur quand on presse avec les doigts.

La peau présente une couleur remarquable que l'on peut comparer au blanc laiteux, et n'offre en aucun point la moindre trace érysipélateuse; elle est luisante, douce au toucher, se laisse facilement déprimer au doigt, dont elle garde longtemps l'impression.

Les ganglions de l'aine et du côté droit présentent un engorgement facile à constater, et sont douloureux à la pression.

Du reste, point de fièvre, aucun trouble dans la circulation générale; le cœur ne présente rien d'anormal dans son rhythme, dans ses bruits, dans son impulsion. On n'aperçoit aucune trace de gêne dans la circulation veineuse, aucune corde dure sur le trajet des veines principales du membre.

La respiration est pure et facile; la poitrine parfaitement sonore; le bruit respiratoire parfaitement normal.

On ne rencontre aucune trace d'altération dans les viscères abdominaux; rien ne peut faire soupçonner de maladie du foie, du rein. L'appétit est conservé; toutes les sécrétions se font régulièrement.

On diagnostiqua un œdème lymphatique idiopathique, c'est-à-dire, ne se rattachant à aucune altération générale. En conséquence, on soumit la malade à un traitement tout à fait local.

On prescrivit: Frictions sur le membre avec la teinture de digitale; compression régulière depuis le pied jusqu'à l'aine. Tisane de chiendent avec iodure de potassium; oxymel scillitique, et repos dans la position horizontale.

Ce traitement, commencé le 4 octobre, eut un succès complet et rapide; sous son influence, l'œdème diminua chaque jour. L'engorgement ganglionaire résista davantage; mais le 14 septembre il n'en resta plus aucune trace, et le malade sortit parfaitement guéri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 septembre. — Présidence de M. Barthélemy.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— *M. Rollet* adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il répond aux objections qui ont été faites à son travail lors de la discussion du rapport de M. Ferrus.

— *M. Henry* lit un rapport sur la nature chimique des eaux minérales de Châles en Savoie. Ces eaux, fortement alcalines, très sulfureuses, contiennent des carbonates, des sulfates, des phosphates, de l'iode et des matières organiques.

— *M. Gauthier de Claubry* lit un rapport sur un mémoire de M. Théodore Guibert ayant pour titre: « De l'ivresse considerée dans ses rapports physiologiques et particulièrement dans ses rapports avec la phrénologie. » Ce travail n'est qu'un recueil d'une foule de banalités peu propres à être débitées dans le sein d'une compagnie savante. Il est honteux pour l'Académie, dit M. le rapporteur, d'avoir à s'occuper de semblables travaux. L'auteur dit, il est vrai, qu'il adressera plus tard sur le même sujet des découvertes importantes qu'il a faites. S'il en est ainsi, pourquoi M. Guibert n'a-t-il pas commencé par là?

Dépôt pur et simple dans les archives. — Adopté.

— *M. Rochoux* termine sa lecture.

Ceux qui connaissent les principes philosophiques de M. Rochoux devinent facilement qu'Epicure a dû occuper la première place dans son mémoire; c'est en effet ce qui est arrivé. Nous serions même porté à penser que le microscope n'était là, dans l'esprit de M. Rochoux du moins, que comme un démonstrateur de ses idées et peut-être aussi comme un point de mire capable de fixer l'attention de MM. les académiciens sur le principe de l activité de la matière. M. Rochoux savait fort bien qu'il ne serait pas ecouté avec attention s'il ne parlait que de sa philosophie. Il fallait donc un *joujou* aux honorables pour les distraire; M. Rochoux leur a donné le microscope, et un grand nombre s'y est laissé prendre.

Le passage suivant, qui termine le travail de M. Rochoux, qui en est pour ainsi dire la peroraison, va en fournir la preuve irréfragable. Après avoir exposé avec détails le résultat de ses études microscopiques sur le tissu musculaire, sur le tissu cellulaire et quelques-uns de ses produits, sur la structure de quelques nerfs, sur celle des poils et des cheveux, M. Rochoux termine ainsi:

Nous n'avons fait passer sous vos yeux qu'un bien petit nombre de faits d'anatomie de structure, et ils seraient seuls suffisans pour vous donner une idée des merveilles que nous dévoile l'observation de la nature étudiée dans les plus petits détails. A l'aspect de ces véritables prodiges auprès desquels les plus brillantes féeries des Mille et une Nuits sont d'une ridicule mesquinerie, il est impossible de ne pas se sentir confondu d'admiration; puis, quand on cherche à se rendre compte de la délicatesse, de la perfection, de l'inépuisable variété de ces œuvres, dont la réalité ne peut être l'objet d'aucun doute, de ne pas y reconnaître les résultats de l'arrangement, de la combinaison de corps excessivement deliés, ou mieux d'atomes doués de propriétés fixes et invariables en vertu desquelles ils agissent avec une justesse, une précision qui ne se démentent jamais. On peut en quelque sorte suivre leur action en observant la cristallisation de l'hydrochlorate d'ammoniaque: tant que l'eau est en quantité suffisante pour tenir ce sel en complète dissolution, on ne voit absolument qu'elle; mais l'évaporation continuant, il arrive un moment où les atomes du sel, rendus visibles par leur agrégation, se portent avec une rapidite presque électrique à la rencontre les uns des autres, et forment sous nos yeux des cristaux d'une admirable régularité. Un régiment composé de soldats les mieux dressés à l'exercice serait incapable de manœuvrer avec la même précision.

Les atomes font donc mieux que savoir ce qu'ils doivent faire dans toute circonstance donnée; ils ne peuvent pas faire autrement qu'ils ne font. Ainsi, sans posséder l'intelligence, ils se conduisent avec intelligence, et quoique dépourvus de sensibilité, ils forment des êtres sensibles.

Telle est dans son ensemble la philosophie d'Epicure, ou plutôt la philosophie naturelle. Elle repose sur un seul principe, l'activité de l'atome; ce grand fait bien démontré, suffit pour élever un système scientifique dans lequel toute observation bien constatée trouvera aisément sa place. Notre époque devrait avoir hâte d'adopter ce système, après avoir connu la vanité de tous les autres; mais dans ce siècle de nonchalant éclectisme, d'hésitation continuelle, de perpétuel avortement, on s'effraie de tout ce qui ressemble à un jugement définitif, on ne veut pas s'engager irrévocablement, on redoute presque à l'égal l'un de l'autre, les conséquences de l'erreur et celles de la vérité. Plus ou moins préoccupés des vicissitudes sans fin de la politique, nous portons je ne sais quel sentiment de méticuleuse réserve jusque dans l'étude de la science; nous craignons de la voir aussi, elle, exposée à des restaurations, ou à des révolutions; et cependant elle est placée bien au-dessus de leurs atteintes, car tout fait bien avéré restant irrévocablement acquis, doit tôt ou tard amener le développement de toutes les conséquences qu'il renferme. Ce nous est une raison pour être franchement exclusif, puisque apparemment l'erreur est exclusive de la vérité.

Après cette lecture, MM. Castel et Bouvier ont fait quelques courtes remarques sur les expériences microscopiques de M. Rochoux. M. Castel a dit, avec l'esprit qui le caractérise, « qu'il ne voulait parler ni d'Epicure ni des atomes; que sa seule intention était de *prendre M. Rochoux par les cheveux*. » Or, ce n'était probablement pas là ce que désirait M. Rochoux, car il n'a pas répondu, ou, pour mieux dire, les quelques mots qu'il a dit pouvaient être considérés comme une fin de non-recevoir.

M. Gerdy n'aurait peut-être pas été fâché de renouveler la discussion qui eut lieu l'an dernier a l'occasion d'une de ses lectures sur quelques phénomènes visuels; mais comme ce n'était pas encore là ce que désirait M. Rochoux, la discussion n'a pas eu de suite.

— *M. Racort*, chirurgien à l'hôpital français de Smyrne, dépose sur le bureau l'observation d'une fracture compliquée de la cuisse qui, dit-il, a présenté des phénomènes très intéressans. Il donne ensuite lecture d'une seconde observation qui offre un haut intérêt: il s'agit de la sortie de la totalité de l'humérus, de son enveloppe fibreuse, et de la reproduction à peu près complète de cet os. Ces deux observations sont renvoyées à une commission composée de MM. Amussat, Gerdy et Velpeau. Nous en ferons connaître les principaux détails lorsqu'on donnera lecture du rapport.

— *M. Huguier* met sous les yeux de l'Académie une tumeur encéphaloïde du maxillaire supérieur qu'il a extirpéee chez une jeune personne qu'il a présentée dans la dernière séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 septembre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Amussat lit un mémoire intitulé: « Quelques considérations nouvelles sur le mécanisme du cours de la bile dans les canaux biliaires. » Ce travail très étendu, et dont la lecture a été écoutée avec un grand intérêt, se termine par les conclusions suivantes:

Je crois avoir démontré et établi dans ce mémoire:

1° Que la vésicule et les canaux biliaires sont pourvus de fibres charnues, et que non-seulement cet appareil se vide par la pression qu'exercent sur lui les organes voisins, mais probablement aussi par une action propre et particulière à tous les réservoirs et canaux contractiles. Je dis probablement, parce qu'il est fort difficile de constater les contractions de la vésicule biliaire par l'expérimentation directe sur les animaux vivans.

2° Que la véritable disposition des valvules cystiques qui n'existent que chez l'homme et le singe, est en spirale ou en helice plus ou moins régulière. Cette disposition avait déjà été indiquée par Ruisch, et oubliée. Cette espèce de valvule ou de sphincter me paraît avoir le double usage de favoriser l'ascension de la bile et d'empêcher la sortie trop brusque de ce liquide.

3° Que l'orifice du canal cholédoque dans l'intestin, par son étroitesse comparée à la capacité du canal, est la cause physique qui force la bile à remonter contre son propre poids dans la vésicule. C'est encore un fait de plus qui prouve que les phénomènes physiques jouent un grand rôle dans les fonctions de nos organes.

4° Que la véritable situation de l'appareil biliaire, l'homme étant debout, ne permet pas que dans l'état de vacuité de l'estomac et des intestins, la bile puisse couler par son propre poids dans la vésicule comme on l'avait supposé sans vérifier le fait.

5° Que chez tous les animaux dépourvus de canaux hépato-cystiques la bile remonte contre son propre poids, que c'est par la disposition physique de l'orifice du canal cholédoque que ce phénomène a lieu. La valvule cystique favorise l'ascension de la bile et en modère la sortie, et la vésicule par la pression abdominale et probablement aussi par une action propre de la tunique musculeuse chasse la bile. Le cholédoque lui-même, pourvu aussi d'une tunique musculeuse, doit concourir à faire passer la bile dans le duodénum.

6° Que l'anatomie comparée confirme complétement le résultat de mes recherches sur l'homme, et montre surtout que par des moyens variés, la nature, sur les différentes espèces d'animaux, peut atteindre le même but; mais c'est toujours l'étroitesse de l'orifice duodénal du cholédoque qui est la cause principale du phénomène du reflux de la bile dans la vésicule; même sur les animaux quadrupèdes, la disposition de l'appareil biliaire est telle que la bile doit toujours remonter contre son propre poids comme sur l'homme, pour refluer vers la vésicule. Ce fait a été vérifié sur plusieurs animaux, en présence de M. de Blainville, qui a eu la bonté de m'encourager à poursuivre ce travail.

7° Que les expériences sur les animaux vivans prouvent qu'on ne peut faire contracter la vésicule comme la vessie urinaire par aucun moyen; cependant elle se contracte ou se resserre évidemment, puisqu'elle se vide en peu de temps, mais d'une manière insensible sous les yeux de l'expérimentateur, comme nous l'avons constaté plusieurs fois avec M. Magendie. Les canaux biliaires, au contraire, se contractent très visiblement sur les oiseaux et plus fortement même que les intestins. L'orifice du cholédoque est très petit, et la bile coule goutte à goutte comme distillée et projetée sur quelques oiseaux.

8° Que la médecine pourra, je l'espère, tirer quelques lumières de la démonstration du fait physiologique établi dans ce mémoire; mais ce sera par de nouvelles recherches sur l'anatomie pathologique fondées sur la disposition normale de la terminaison du cholédoque.

9° Enfin je terminerai en avouant que le résultat de mes recherches n'a pas été aussi heureux pour les conduits de la bile que pour ceux de l'urine; ici la disposition des canaux ne permet pas la lithotripsie, et je ne vois pas les déductions pratiques que la chirurgie pourra en tirer.

— *M. Ducros,* de Marseille, envoie une note sur l'action fortifiante de l'ammoniaque appliquée au plancher vertébral du gosier contre les amauroses ou gouttes sereines commençantes ou constituées; guérisons obtenues de ces paralysies ou de ces demi-paralysies des nerfs visuels après plusieurs applications pharyngiennes amenant un larmoiement abondant.

— *M. le docteur Devilliers fils* adresse une lettre pour compléter son mémoire et ses recherches sur quelques maladies particulières de la membrane caduque. Cette lettre est divisée en deux parties: dans la première, il donne quelques explications sur les altérations pathologiques qu'il croit devoir admettre dans la caduque; dans la seconde, il déduit de ses observations des conséquences anatomiques et physiologiques.

Péritonite chronique terminée par suppuration et par résolution; issue du pus par une ouverture accidentelle formée dans l'ombilic; guérison; par le docteur Henri Missa, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Madame Chottin, née de parens sains, âgée de vingt-sept ans, d'une petite taille, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux et

, a toujours été bien réglée, est mariée depuis six ans à .r menuisier, n'a eu ni enfans ni fausses-couches, et habite . Beffroy, à Soissons, une maison saine et bien aérée dans un quartiers les plus élevés de la ville.

Depuis huit à dix mois, après quelques dérangemens de digestion, elle a perdu l'appétit et elle est sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation. Bientôt elle a éprouvé de vives douleurs abdominales particulièrement dans la partie du ventre située à droite, en dehors et au-dessus de l'ombilic. Le ventre s'est tendu dans ce point, et une fièvre continue avec redoublement le soir s'est déclarée.

Les choses en étaient là, et la malade avait déjà reçu les soins de deux de mes collègues, quand on crut devoir me mander, le 30 juin 1841.

Je trouvai la malade couchée en supination sur son lit, les membres inférieurs légèrement fléchis sur le bassin; la figure était pâle, décharnée, l'œil éteint, et à ces signes il était aisé de comprendre qu'une grave et profonde atteinte était portée à la constitution. La peau était sèche et terreuse; la maigreur très prononcée. La malade ne pouvait se livrer dans son lit au moindre mouvement de locomotion sans beaucoup souffrir. Un sentiment de pesanteur et de chaleur très pénibles existaient dans toute la région sus-ombilicale, surtout à droite, où la moindre pression occasionnait une douleur insupportable. Le ventre était tendu et ballonné. Une diarrhée intense existait depuis plusieurs jours. Des rapports non fétides, des aigreurs, un crachotement continuel de salive, et quelques vomissemens avaient lieu. L'urine était rare et fortement colorée; la fièvre continuait avec une grande intensité, et le pouls battait de 108 à 116 fois par minute. La respiration était gênée, quelquefois saccadée, et on comptait 40 inspirations par minutes.

Depuis trois mois les règles avaient cessé de couler. Aucun signe de dérangement des fonctions respiratoires n'existait ni à la percussion ni à l'auscultation. La malade était découragée et souffrait impatiemment un examen qui parut beaucoup la fatiguer. Le traitement avait consisté jusque-là en quelques boissons tempérantes, quelques applications de cataplasmes, des bains de siége, un régime doux, puis bientôt plus de régime. Le mal avait été comme abandonné à la nature, dans la croyance où l'on était que la malade ne pourrait guérir.

Je conseillai pour boissons les solutions de sirop de gomme, de groseille ou d'orgeat dans l'eau glacée, l'eau de riz et le sirop de coings pendant les premiers jours, puis la décoction blanche de Sydenham, dont on fit un long usage. La potion gommeuse avec le sirop de pavôts, puis les pilules avec le tannin et l'extrait de jusquiame (une toutes les quatre heures); les lavemens avec la décoction de ratanhia et le diascordium, enfin un large vésicatoire long-temps entretenu constituèrent le reste du traitement. Une diète sévère fut recommandée, quelques légers bouillons de poulet, le lait coupé, furent seuls accordés comme alimens doux et facilement assimilables.

Malgré tous ces moyens la diarrhée se maintint, mais avec moins d'intensité; des sueurs eurent lieu le matin; la maigreur fit quelques progrès; cependant l'état général resta le même.— Le sous-acétate de plomb fut ajouté aux pilules pour combattre les sueurs.

Le 6 août, rien n'était amélioré; les accidens avaient persisté comme pendant tout le mois précédent. Je fus mandé en toute hâte dans le milieu de la journée auprès de la malade. Elle s'était sentie tout-à-coup inondée d'un liquide abondant dont elle ignorait la source, et bien qu'elle ne souffrit pas davantage, elle et sa famille étaient effrayées de cet accident nouveau.

Elle fut débarrassée des linges qui la couvraient, et l'on put voir le ventre baigné dans toute son étendue d'un pus très fétide, mais bien lié: tous les linges en étaient imbibés. Aucune solution de continuité, aucune ouverture accidentelle ne se voyait aux parois abdominales, et le liquide me parut devoir provenir de l'ombilic même. Cette partie fut abstergée avec soin, et, par des pressions ménagées, je parvins à donner issue par ce point à quelques fusées de pus arrivant lentement à cause de l'étroitesse de l'ouverture qui leur livrait passage. L'ombilic fut de nouveau nettoyé, bientôt un nouveau flux de pus vint lentement le baigner et finit par déborder la dépression qu'il forme au centre du ventre.

Je rassurai la malade, et l'écoulement continua pendant les dix jours suivans avec une grande abondance, au point d'imbiber trois fois par jour d'épaisses compresses.

L'appauvrissement du sujet m'empêcha de porter un pronostic favorable. Je craignais que la diarrhée et les sueurs ne continuassent, que la fièvre colliquative n'eût lieu, et que la constitution ne fût plus en mesure de faire les frais de la suppuration, si elle continuait à être aussi considérable.

Il n'en fut pourtant rien. Les 19, 24 et 29 août la suppuration diminua sensiblement; la fièvre perdit de son intensité, puis cessa entièrement. Le ventre revint progressivement à un développement, une souplesse et une sensibilité naturels. L'appétit, très vif, put à peine être modéré; les digestions, lentes d'abord, s'améliorèrent; le sommeil revint.

Le 15 septembre le mieux se soutenait, les fonctions s'exécutaient bien; la santé se consolidait. Bientôt la malade, qui ne reprenait que peu d'embonpoint, fut mise à un régime substantiel. Je cessai de la voir et n'en entendis plus parler.

Le 12 mai 1832, le suintement ombilical, qui existe encore, a considérablement diminué et se réduit à quelques gouttes chaque jour. L'embonpoint est revenu; l'appétit et le sommeil sont excellens, madame Chottin présente tous les signes d'un retour franc à la santé.

Correspondance.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi, à l'occasion de la lettre de M. Rollet (1), de rétablir dans toute sa plénitude l'opinion que j'ai émise sur la curabilité de la méningite (2).

M'appuyant sur l'autorité de Parent-Duchatelet, de MM. Guersant, Barriet et Trousseau, qui tous pensent que la méningite, même lorsqu'elle se borne aux seules membranes de l'encéphale, est presque toujours mortelle (moi je dis toujours), j'ai été conduit à soutenir que la phlegmasie, étendue en outre aux membranes de la moelle épinière, ne pouvait pas avoir moins de gravité. Dès-lors il m'a bien fallu déclarer que la guérison de 20 méningites sur 28 tenait à une erreur de diagnostic; car il n'est pas possible d'admettre qu'une maladie presque toujours mortelle à Paris, puisse devenir à Nancy d'une véritable bénignité.

Cette manière de voir a été partagée plus ou moins complétement par les trois autres membres de l'Académie qui se sont, comme moi, occupés de la question de diagnostic. Je tiens à bien établir ce fait, comme devant être mon point de départ lors de la discussion à laquelle la lettre que prépare M. Rollet donnera sans doute lieu (3).

Agreez, etc. ROCHOUX.

27 septembre 1842.

— M. le docteur Donné raconte l'anecdote qui suit dans son dernier compte-rendu de l'Académie des sciences sur une coquille rare.

Un professeur de l'ancienne faculté de médecine était grand amateur de coquilles; sa collection n'était pas nombreuse, mais elle ne se composait que d'échantillons rares et souvent d'un grand prix. Or, sa fortune était médiocre; il n'était pas de ces riches praticiens pour lesquels les appointemens du professorat ne sont qu'un mince accessoire. Cultivant la botanique, ses revenus se bornaient à son traitement de professeur, sur lequel il vivait lui et sa famille.

Bien souvent la vue d'une nouvelle coquille, belle de forme et de couleur, ou simplement précieuse par sa rareté, et qu'il ne possédait pas, vint troubler son esprit, déranger l'économie de son budget domestique, mais jamais d'une manière aussi grave que celle dont je veux parler en ce moment.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 17 septembre 1842, pag. 538.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 8 septembre 1842, pag. 497.
(3) C'est cette lettre que M. le secrétaire perpétuel a communiquée aujourd'hui à la séance. *Voir* le compte-rendu. (*N. du R.*)

Arrivant de l'océan indien, cette coquille apparaissait pour la première fois aux yeux des amateurs de l'Europe; elle était unique encore; sa nuance d'un beau rose, ses détails accidentés et bizares, répondaient à sa rareté.

On vint l'offrir au professeur de botanique pour.... six mille francs, ni plus, ni moins; c'était à prendre ou à laisser; il n'y avait rien à rabattre.

Quel combat s'établit alors entre sa passion et sa raison: c'est ce qu'il est difficile de décrire; j'en laisse le soin aux amateurs de beaux livres, qui ont éprouvé toutes les angoisses de la bibliomanie à la vue d'un vieux bouquin prêt à passer entre les mains d'un autre, et pour lequel ils sacrifiaient jusqu'à leur dernier écu.

Tout ce que notre professeur put obtenir, ce fut de payer la somme par parties dans un certain laps de temps, en commençant par donner le jour même quinze cents francs qu'il ne possédait pas.

Le voilà en campagne pour se procurer cet argent, allant chez tous ses amis. Mais il eut beau faire, il lui manquait six cents francs à l'heure fixée par le marchand de coquilles. Il allait perdre la seule occasion, sans doute, de se procurer cette espèce unique, et d'enrichir sa collection de ce joyau, bien supérieur aux plus belles pierres précieuses des plus magnifiques parures; il n'hésite plus, son parti est pris, il saisit toute son argenterie, il la porte, la vend chez un orfèvre, et la remplace par des couverts d'étain.

La joie et le bonheur de cet excellent professeur, passionné pour la science, en se voyant possesseur de sa chère coquille, ne furent un moment troublés que par le désappointement de sa femme et de ses enfans, moins indifférens que lui à cette transmutation des métaux.

On assure que ses embarras ne finirent pas là. Pour acquitter le prix de son aventureuse acquisition, son traitement de professeur fut, dit-on, grêvé pendant quelque temps pour satisfaire à ses engagemens envers le vendeur de coquilles; mais enfin, ce précieux échantillon est resté dans son cabinet, et sa contemplation a sans doute excité bien des jouissances à son cœur, peut-être même en raison des peines et des sacrifices qu'il lui avait causés.

Cette coquille s'appelle le *spondyle royal*. Achetée à la mort du professeur R... par le duc de Rivoli, elle se trouve aujourd'hui dans les belles collections de M. Benjamin Delessert.

— D'après le docteur Julius, qui s'est livré à un volumineux travail sur les aveugles et les établissemens qui leur sont destinés, on compte:

En Prusse,	1	aveugle sur	1600 habitans.
En France,	1		1650
En Belgique,	1		1009
En Danemarck,	1		738
En Angleterre,	1		800
En Autriche,	1		800
Aux États-Unis,	1		1200

Les hospices pour les aveugles datent du treizième siècle, et c'est à un roi que l'église vénère comme un saint que l'on doit le premier établissement de ce genre fondé sous le nom de Quinze-Vingts, et qui servait à loger et entretenir les soldats de saint Louis devenus aveugles dans les guerres de la Palestine.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 117, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 5 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. J. MOREAU (de Tours).

Du traitement de la folie. Emploi du datura stramonium contre les hallucinations; par M. BILLOD.

En octobre 1841, M. Moreau, médecin de Bicêtre, publia, dans la *Gazette médicale*, un mémoire sur le traitement des hallucinations par le datura stramonium. Les considérations physiologiques développées dans ce mémoire, étayées de faits peu nombreux, il est vrai, mais précis et concluans, attaquent dans sa base une méthode de traitement qui, dans l'immense majorité des cas d'aliénation mentale, exclut les moyens physiques, et dans tous généralement assigne aux moyens moraux une supériorité marquée.

Ayant été attaché pendant une année à Bicêtre, au service de M. Moreau, j'ai été à même de constater l'efficacité de l'extrait de stramonium contre les hallucinations. Les observations que je rapporte sont de nouveaux témoignages en faveur d'un mode de traitement qui, par la pensée théorique qui l'a inspirée, et dont M. Moreau cherche à étendre de plus en plus l'application, nous semble offrir un vif intérêt.

Nous diviserons nos observations (qui sont au nombre de huit), en deux séries.

La première comprendra les cas aigus, ou du moins ceux dans lesquels l'affection mentale ne remontait pas à une époque très éloignée.

La deuxième est formée de cas essentiellement chroniques.

Pour les malades de la première catégorie, la guérison a été prompte, l'action du remède évidente, incontestable. Ces cas nous semblent, autant que possible, à l'abri du reproche, si légitime trop souvent en thérapeutique : *post hoc ergo propter hoc*. Je crois inutile d'insister sur ces cas, qui ne sont que la reproduction, sous d'autres noms, en quelque sorte, des faits auxquels M. Moreau a consacré le mémoire dont nous avons parlé en commençant cet article. Seulement, qu'il me soit permis de rappeler ici la distinction admise par M. Moreau, entre les hallucinations *primitives*, c'est-à-dire ayant précédé tout autre désordre mental, et formant comme la première phase du délire, et les hallucinations *consécutives*, qui ne sont apparues que dans le cours de la maladie, et semblent être engendrées par l'aberration de l'intelligence, des sentimens, des instincts, etc. Cette distinction est d'une grande importance thérapeutique; car, lorsque les hallucinations sont primitives, il est rare que la médication par le datura n'en fasse pas promptement et irrévocablement justice.. Les hallucinations consécutives, au contraire, cèdent difficilement, et menacent souvent de reparaître à la suite des convictions délirantes, si celles-ci n'ont pas été en même temps supprimées.

Les guérisons ont été obtenues, trois dans la première quinzaine du traitement, une en un mois, une dans deux mois.

Il y a eu deux fois légère intoxication. Dans trois cas la dose du médicament a été faible et graduée.

PREMIÈRE SÉRIE.

Première observation. — C... (J. Edme), âgé de trente-cinq ans, travaillant sur le port. Entré à Bicêtre le 4 août 1841. Sa femme nous donne les renseignemens que voici : Elle a à peine connu la famille de son mari; elle n'a jamais entendu dire qu'il y ait eu des aliénés. C... est d'un caractère doux, patient; point de maladies antérieures; point d'habitudes d'ivrognerie ni de masturbation. Il est père de deux enfans, qui tous deux jouissent d'une bonne santé. Il y a huit ou dix jours, il s'est plaint, à diverses reprises, d'avoir la tête brûlante; « comme en feu »; d'éprouver à l'occiput une douleur vive, mais passagère. Au mois de juin dernier, C. fit une chute sur l'épaule droite, pour laquelle il fit un séjour de près d'un mois à la Pitié. A sa sortie de l'hôpital, il ne pouvait encore se servir de son bras, ce qui parut lui causer de vives inquiétudes. Bientôt il s'imagina qu'il était condamné à mourir de faim, lui, sa femme et ses enfans. « On en veut à ma vie, répétait-il souvent; je n'irai pas loin..., etc. » Il prétendait qu'en sortant de la Pitié, une femme lui avait dit de se sauver au plus vite, qu'on allait lui tirer un coup de pistolet dans le dos. Sa femme ne tarda pas à devenir l'objet de ses soupçons; elle le trompait, disait-il, depuis long temps. Il entendait, autour de lui, des personnes qui s'entretenaient des infidélités de sa femme, et racontaient comment elle trouvait moyen de s'échapper chaque nuit de chez elle pour aller coucher avec des hommes. Il lui arrivait souvent de s'éveiller en sursaut; il voyait autour de son lit des personnes qui lui en voulaient; il lui sembla, plusieurs fois, voir la muraille s'entr'ouvrir pour laisser passer des animaux difformes qui gambadaient devant lui. Une nuit, plein de terreur, il se lève précipitamment et se sauve chez sa mère; il y est suivi par ses hallucinations. Enfin, sous prétexte de lui faire donner une consultation pour son bras dont il souffrait encore, on le conduit au Bureau central et de là à Bicêtre.

Le jour de son entrée, C. nous entretient des persécutions auxquelles il est en butte, de ses visions, etc. Il n'a pas la moindre conscience de son état. Il se montre parfaitement incrédule quand on lui dit qu'il sera facile de le débarrasser de toutes ces terreurs, de tous ces chagrins qui n'ont d'autre origine qu'une exaltation de son cerveau. — « Je sais bien que je passe pour fou; M. P. de la Pitié m'a dit que j'étais un extravagant, que le remède de mon mal c'était la douche..... » — Vous n'aurez point de douches, lui dit M. Moreau; il suffira d'une potion calmante. — Une potion! une potion! Vous êtes donc comme les curés qui chassent le diable avec de l'eau bénite?

Le soir, on eut beaucoup de peine à lui faire avaler un julep additionné de 20 centigr. de datura. Le lendemain matin, C., qui était encore sous l'influence d'une légère intoxication, a les traits tout bouleversés. Il se plaint de coliques, de sécheresse à la gorge, d'étourdissemens. « Il est brisé, rompu; il ne s'en relèvera jamais. » On ne peut obtenir de lui aucun renseignement sur ce qu'il a pu éprouver pendant la nuit. — Une tasse de café à l'eau; deux potages au lait. Maintenir le malade sur son séant.

A partir de cette époque, C. n'a eu qu'une fois ou deux des hallucinations dans l'espace de trois semaines. Ses convictions délirantes, ses préventions jalouses se sont dissipées graduellement, et il a quitté l'hospice le 22 octobre, dans un parfait état de santé. (1)

Deuxième observation. — M... (Jean-Baptiste), entré à Bicêtre le 9 octobre 1841, âgé de trente-deux ans. Constitution frêle, tempérament bilieux sanguin. Un oncle hypochondriaque. Sa mère est sujette à des *maux de nerfs*. M... a reçu quelque éducation; il est d'un caractère doux, un peu craintif, laborieux. Dans son enfance il a été sujet à des épistaxis.

Vers l'âge de vingt-six ans, il a eu des hémorrhoïdes qui ont cessé de couler depuis trois ou quatre ans. Vie régulière; une grande sobriété. Il y a deux mois environ, le mauvais état de ses affaires lui cause de vives inquiétudes; il perd le sommeil, devient irritable; quelque chose lui *bouillonne* dans la tête; il a des tintemens d'oreilles. Un médecin lui conseille de se faire saigner. Bientôt il est assailli par de nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il se persuade qu'on en veut à ses jours; il refuse de prendre de la nourriture dans la crainte d'être empoisonné. Ses parens provoquent son isolement.

Le 10 octobre, lendemain de son entrée à l'hospice, face injectée, physionomie d'une mobilité extrême; peau sèche, chaude; pouls à 80-84. Pas de constipation; urines abondantes, claires, sans sédiment. Parole brève, rapide, sans incohérence. M... s'interrompt fréquemment pour écouter des voix qui l'injurient, le menacent. « Mais il est impossible, s'écrie-t-il, que vous ne les entendiez pas comme moi! » La nuit, et c'est ce qui le confirme dans son erreur, *il a vu* les personnes qui lui parlent, et qui, pendant le jour, « au moyen de la physique », se rendent invisibles. Régime: les trois portions; du lait au lieu de vin. Infusion de feuilles d'oranger, 2 pots; julep avec addition de 2 centigrammes d'extrait de datura stramonium, à prendre par petites cuillerées, le soir, avant de se mettre au lit.

Les trois premiers jours l'état du malade ne présente aucun changement digne d'être noté.

Le 15 octobre, la veille la dose de datura a été tout à coup élevée à 20 centigrammes. La nuit a été des plus mauvaises.

(1) Observation recueillie par M. Valude, interne provisoire.

FEUILLETON.

Lettre au Phocéen sur un ouvrage intitulé : CODE MORAL DU MÉDECIN, *poème en six chants;* par M. ANDREVETAN, docteur-médecin.

Mon cher Phocéen,

Le compte-rendu de cet ouvrage vous revenait de droit, et je ne puis m'expliquer d'avoir trouvé dans mon paquet le poème de M. Andrevetan que par un sentiment de fine et délicate susceptibilité qui vous a fait reculer, vous poète, devant l'appréciation d'un confrère en poésie. C'est un mauvais tour que vous jouez, à moi d'abord, que vous jetez dans un monde étranger où je ne peux apporter que maladresse et gaucherie, à l'auteur ensuite qui sollicitait votre jugement et non le mien, à vos lecteurs enfin à qui il faut bien que je dise que vous suppléez ce n'est pas avoir la prétention de vous remplacer.

Le titre de ce poème en indique le but, but tout honorable, dont la pensée n'a pu venir qu'à un médecin honnête, but que de tout mon cœur je désire qu'il atteigne. Plus que jamais les bons préceptes et les bons exemples ont besoin d'être mis aujourd'hui sous les yeux des médecins, et la langue poétique n'en peut altérer, je suppose, la valeur ni l'efficacité. Je féliciterai donc l'auteur du choix de son sujet qui me paraît heureux, et quoique, à première vue, un *Code*, un Code *moral*, un Code moral du *médecin*, puisse sembler peu propre aux développemens de la poésie, je n'en ai pas moins éprouvé une vive satisfaction, alors que les sept ou huit mille vers de ce poème s'effeuillaient page à page sous mes doigts étonnés, de voir avec quel rare bonheur M. Andrevetan a surmonté toutes les difficultés de sa tâche.

Un poème ne s'analyse pas; celui-ci surtout, par la variété infinie des sujets qu'il embrasse, le nombre des épisodes et la complexité des incidens dérouterait le prosaïsme le plus impassible. C'est par le charme des détails que je peux espérer de vous donner une idée de cette poésie vraiment rare, et l'esprit encore ému de ces accens harmonieux, je vais faire résonner pour vous quelques accords; mais, hélas! lointains et affaiblis, de cette lyre modeste et jusque-là inconnue.

Vous, mon cher Phocéen, qui maniez l'hexamètre et qui savez combien il est difficile d'assouplir le langage d'une science technique aux exigences de la mesure et de la rime, donnez-moi votre attention, car voici de beaux modèles.

Si jamais fantaisie vous prenait — et vous en êtes bien capable — d'écrire un poème sur la médecine, désespérez, mon cher, de rencontrer un début plus noble et plus pompeux que celui-ci :

Disciple du Centaure, après qu'aura ma lyre,
De sa haute industrie exalté le pouvoir,
Le plus riche en bienfaits que l'homme puisse voir,
Et de ce beau destin convaincu le sceptique
Par des faits éclatans tirés de la pratique,
Au Pélion français je redirai du corps,
Des sens et de l'esprit les merveilleux accords,
Les qualités du cœur, les penchans magnanimes,
Les dons, le caractère et les vertus sublimes,
Qu'à remplir noblement les fonctions de l'art
A sa royale école imposait le Jumart.

Quand vous aurez à décrire un accouchement, je vous recommande le passage qui commence ainsi :

Agnès porte en ses flancs le fruit d'un tendre amour, etc.

Il est impossible d'être plus heureux que M. Andrevetan dans le choix des noms pour avoir trouvé une *Agnès* qui accouche.

La description du croup tentera certainement votre poétique veine; n'ayez garde d'oublier une symptomatologie toute nouvelle et que vous chercheriez vainement dans les plus purs classiques :

A son cinquième hiver le croup menace Edmond :
On l'interroge, il garde un silence profond;
On l'invite à répondre, à se taire il persiste;
On le presse, il refuse; on le prie, il résiste
Et laisse en murmurant éclater son dépit;
On le conjure en vain; la menace l'aigrit.
La patience à bout, à regret on emploie
De la correction la rigoureuse voie.
Inutile entreprise! Aux gestes menaçans,
Il bondit de colère avec des cris perçans;
S'agite avec effort, se roule, ou sur sa couche
Assis, la tête haute, il vomit de sa bouche
L'injure par torrens et la salive à flots;
De sa dent incisive il pénètre tes os;
Sous ses ongles tranchans jaillit de ta figure
Le sang, et sous ses doigts tombe ta chevelure.

Comme exemple des charmans et gracieux épisodes que M. Andrevetan a semés dans son poème, laissez-moi vous citer celui-ci qui me paraît un véritable tour de force poétique :

C'était à l'Hôtel-Dieu : le docteur Dupuytren,
De l'art chirurgical aigle contemporain,
Y fesait la visite à l'heure accoutumée.
. . . .
Un homme en cet asile était naguère entré :
Alors que les rebuts du repas digéré,
Du bout de leur conduit, pour naître à la lumière,
En un prisme arrondi traversaient la filière,
C'était pour lui l'ardeur d'un fer incandescent,
Et son cœur défaillait à ce besoin pressant.
Dupuytren, à travers ce brûlant orifice,
Introduit de son doigt la pulpe exploratrice;
Son examen fini, pour tempérer ce feu,
De la pompe à clystère il ordonne le jeu,
Et l'externe est par lui chargé de la manœuvre.
L'élève, se croyant abaissé par cette œuvre,
Répond qu'à l'infirmier appartient ce devoir;
Alors le professeur se fait, sans s'émouvoir,
Apporter l'instrument par une autre personne,

Le malade n'a pas eu un instant de sommeil. Il s'est levé plusieurs fois, parlant haut, gesticulant, apostrophant des êtres imaginaires, rendant injures pour injures, menaces pour menaces, etc. Le matin nous le trouvons assoupi, dans une sorte de rêvasserie, ayant l'apparence d'un homme ivre. La face est légèrement animée. Pouls à 85-90. Peau moite. Diète absolue. Une tassse de café le matin (125 grammes environ), et une autre le soir.

Le 16 octobre, M... a dormi une bonne partie de la nuit. Il a encore entendu des voix; mais seulement avant de s'endormir. Il dit avoir été très malade la nuit précédente. Il avait cru que c'était fait de lui. Il n'y paraît plus aujourd'hui. Il commence à revenir sur ses idées d'empoisonnement : « Bien sûr, j'avais la cervelle à l'envers, j'étais fou. Mais ces voix, pourtant, que j'ai encore entendues hier soir... — C'est un reste de votre maladie, vous ne les entendrez plus. » Même régime; potion avec 2 centigrammes seulement de datura.

Le 18 octobre, les hallucinations n'ont pas reparu. M... apprécie très bien la situation dans laquelle il s'est trouvé. A partir de ce jour, la santé morale de M... n'a pas offert la moindre altération. Il est sorti de l'hospice le 19 novembre suivant (1).

Troisième observation. — C... (Joseph), 54 ans, profession de tailleur, tempérament bilieux; crâne à proportions larges et régulières; yeux noirs, d'une grande vivacité, profondément enfoncés sous l'arcade surcilière. Point de maladies mentales ou nerveuses dans la famille. C. a été militaire. Point de blessures à la tête. Une gonorrhée il y a trois ans, traitée par des injections et des bains. Point d'hémorrhoïdes. Maux de tête de temps à autre, mais peu violens. Caractère triste, taciturne, ennemi des distractions. Très enclin aux plaisirs vénériens et dans l'impossibilité de se satisfaire, C. avoue s'être livré quelquefois à la masturbation. La misère paraît être la cause la plus probable de la maladie actuelle. Manquant souvent d'ouvrage, mal logé, mal nourri, sa mélancolie habituelle s'est bientôt exaltée jusqu'à la monomanie. Il s'est persuadé que tout le monde s'entendait pour le rendre malheureux. Il voit des ennemis déguisés dans tous ceux qui l'approchent. Il entend des voix qui l'insultent, le menacent, le traitent de voleur, de faussaire, de pédéraste. Il s'imagine, un soir, que des assassins cherchent à briser sa porte pour pénétrer dans sa chambre; dans sa frayeur, C. s'élance par la croisée et se fracture la cuisse. Il est conduit à l'hôpital de la Pitié, dans un état d'exaltation extrême. La fracture étant guérie, mais les désordres des facultés persistant, il fut envoyé à Bicêtre, le 4 octobre 1841.

C. est calme; toute sa physionomie est empreinte d'une tristesse profonde. Quand il parle, un mouvement convulsif, rapide, saccadé, agite la lèvre supérieure. Il est toujours en proie aux idées fixes et aux hallucinations qui ont été cause de l'accident dont nous avons parlé.

Après treize jours de traitement par le datura (à dose successivement croissante jusqu'à 30 centigrammes) les hallucinations disparaissent, mais les idées fixes restent à peu près les mêmes. Ses ennemis, assure le malade, ne se taisent que pour mieux le tromper, pour l'empêcher d'être sur ses gardes.

Suppression du datura.

Un travail assidu et varié semble, après peu de jours, dissiper ce qui reste d'idées fausses, de craintes imaginaires. Sur ses instances réitérées, M. Moreau accorde au malade sa sortie, le 9 décembre 1841.

Le 7 janvier 1842, C. rentre à Bicêtre. Nous ne pouvons avoir de renseignemens sur les causes qui ont déterminé la rechute. Le malade lui-même n'a pu rien nous apprendre à cet égard. Serait-ce que la guérison n'était pas suffisamment consolidée lorsque le malade a quitté l'hospice? La susceptibilité de l'organisme ramené depuis si peu de temps encore à l'état normal, devait-elle fléchir facilement sous l'action des causes qui avaient provoqué les premiers désordres?

Cette fois, les hallucinations les plus bizarres assiégent le malade. « Il était mort, il y a peu de jours; encore en ce moment il n'est pas bien sûr d'être du nombre des vivans. Rien n'a manqué à ses funérailles. Il a été mis dans un cercueil, recouvert d'un drap noir. Un corbillard a transporté son corps au cimetière où il a été enterré. — Mais vous voilà au milieu de nous, vous êtes donc ressuscité? — Oui, et c'est grâce à deux lapins blancs que j'ai pu sortir de dessous terre. Je les ai vus à l'ouvrage; en peu de temps, ils ont pu, à eux deux, faire un trou assez grand pour que je pusse passer. Une fois sorti, j'ai marché long-temps, et je suis allé jusqu'au faubourg du paradis, etc... » Des êtres invisibles lui adressaient la parole, l'injurient, le menacent. Pendant quelques jours, M. Moreau se contente de prescrire des bains, et essaie de ramener le malade par la voie du raisonnement. Vains efforts! Le malade, qui, du reste, est fort doux, sans prévention contre nous, ne nous comprend pas. Il nous répond par des histoires de l'autre monde, et oppose à nos raisonnemens le témoignage de ses yeux, de ses oreilles, le sentiment intime de tout ce qu'il éprouve. Il finit souvent en disant : « Vous me couperiez par morceaux que vous ne me dissuaderiez pas. »

Le 7 janvier, 15 centigrammes de datura. Légère dilatation des pupilles. Etat normal, le même.

Le 15 janvier, 20 centigr. Même état.

Le 18 *id.* 30 *id.* *id.*

Le 22 *id.* 35 *id.* Commencement de narcotisme. Etourdissemens, pupilles très dilatées, froid aux extrémités, hésitation en parlant. Les hallucinations ont été plus nombreuses que jamais. Il faut leur attribuer sans doute la terreur profonde empreinte dans la physionomie du malade. C. nous demande combien il lui faudra encore prendre de pilules pour retourner au paradis.

Le 24 janvier, 40 centigr. de datura. Mêmes symptômes d'intoxication que la première fois. C. n'a plus rien entendu. Il est fortement ébranlé dans ses convictions. Il *veut* bien nous croire lorsque nous combattons ses idées extravagantes. Suppression du datura.

Le 25, aujourd'hui C. affirme qu'il n'a plus de *visions*. Il qualifie d'absurde tout ce qu'il nous a raconté, et met tout sur le compte de la maladie. Il est guéri.

Août 1842. Nous avons occasion de revoir le malade. Son état est toujours très satisfaisant.

Quatrième observation. — J..., (Louis-Auguste), âgé de quarante ans, profession de marbrier. Entré à Bicêtre le 13 octobre 1841.

Taille élevée, tempérament éminemment nerveux. J..., au premier aspect, offre tous les signes extérieurs de la lypémanie. La figure triste, abattue, les yeux fixés constamment vers la terre, la tête fortement penchée tantôt à droite, tantôt à gauche, il reste immobile à la même place, sans paraître prêter la moindre attention à ce qui se passe autour de lui. Il a refusé de prendre aucune nourriture depuis son arrivée. Le premier jour, M. Moreau n'a pu obtenir de lui que des réponses brèves, monosyllabiques. A force d'instances, cependant, il finit par le décider à manger. Le soir même, J... avait perdu un peu de son humeur sombre, et le lendemain au matin, à la visite, on put recueillir de sa propre bouche les renseignemens suivans : Son père est mort à un âge avancé; sa mère a toujours été bien portante. Une sœur, son aînée, est de temps en temps sujette à de petites convulsions qu'il caractérise de manière à faire supposer une chorée peu intense. Lui-même a toujours joui d'une bonne santé. Point de maladies vénériennes, ni cutanées. Habituellement sobre, il ne se rappelle pas s'être enivré plus de deux ou trois fois dans sa vie. Il n'a jamais eu d'hémorrhoïdes. Il est d'un caractère irritable, susceptible à l'excès, ombrageux. Il a une demi-conscience de sa maladie. Il sent que depuis un mois il n'est plus le même. Des idées tristes, des craintes, des terreurs imaginaires s'emparent de lui. Un rien l'effraie, l'épouvante. Il lui semble qu'il est devenu la risée et le jouet de tous ceux qui le connaissent. Par momens il ressent dans les bras, dans les jambes comme des fourmillemens, de petites secousses à la suite desquelles il est pris d'une grande faiblesse.

Il y a trois semaines environ, il eut une querelle fort vive avec deux de ses amis auxquels il supposait depuis long-temps d'avoir de mauvaises intentions à son égard. Ce même jour, il ne put, dit il, fermer les yeux de la nuit. Il ne voyait personne, mais il entendait très distinctement la voix de ceux avec qui il s'était disputé dans la journée. Depuis lors, ces mêmes voix n'ont cessé de le poursuivre. Il en entend d'autres également qui lui reprochent une foule de mauvaises actions. Prescription : tisane de valériane et de feuille d'oranger, 2 pots; julep avec addition de 10 centigrammes d'extrait de datura.

Le 15 octobre, le malade n'a commencé à s'endormir que vers les trois heures du matin. Les voix n'ont pas cessé de se faire entendre jusque-là. Il a beaucoup rêvé. Il s'est cru poursuivi par des chats, des rats qui couraient par toute la salle, sur sa couverture, etc.; il s'est réveillé en sursaut. Même prescription, 15 centigrammes de datura.

Du 16 au 23 octobre, nul changement notable. Cependant, J... est moins triste, moins préoccupé. Il consent à aller à la salle d'étude, se promène dans les cours de l'hospice.

A partir du 24, les voix ont cessé de se faire entendre. J... est peu à peu revenu de ses préventions à l'égard des personnes de sa connaissance. Il apprécie bien sa situation passée. On lui offre sa sortie; mais il demande à rester encore quelque temps, afin d'être plus sûr de lui-même. Il se livre avec ardeur aux travaux des champs. Sorti de Bicêtre le 28 novembre

Cinquième observation. — L'observation qu'on va lire nous a été communiquée par M. Moreau, qui l'a recueillie dans sa pratique particulière :

Une jeune dame, âgée de vingt-deux ans, d'une constitution éminemment pléthorique et sanguine, est prise, vers le septième mois d'une première grossesse, d'étourdissemens qui nécessitent d'abondantes émissions sanguines. Les couches furent excessivement laborieuses. De violentes attaques épileptiformes qui se succédèrent sans presque aucune interruption pendant trois jours, jetèrent la malade dans un état complet d'insensibilité (1). Madame ..... reprit peu à peu sa connaissance. C'était chose curieuse de la voir ressaisir en quelque sorte graduellement ses idées, renouer le présent au passé entre lesquels cependant elle trouvait toujours une lacune impossible à combler. Nul souvenir, nulle conscience de ce qui s'était passé depuis près de soixante-douze heures. Deux jours s'écoulèrent dans un calme parfait, sans que rien présageât les désordres moraux qui devaient suivre. Cependant une légère excitation ne tarde pas à se manifester. Madame ..... se plaint de ne pouvoir dormir, où, quand elle repose, elle est assiégée par des rêves effrayans, ce qui ne lui arrivait jamais auparavant. Aux rêves succèdent bientôt, d'abord pendant la nuit, puis, pendant le jour, des illusions et des hallucinations de toute espèce. Elle voit les dessins du papier qui tapissent sa chambre s'agiter continuellement, prendre les formes les plus bizarres et les plus variées. Des figures d'apparence humaine passent devant ses yeux, la provoquant par des gestes obscènes. Elle entend des voix qui partent de la cour, des appartemens voisins, d'en haut, d'en bas, de tous les côtés. Madame ..... est saisie d'une vive frayeur; sa tête s'égare complètement. On ne peut lui adresser la parole sans accroître son excitation. « Que me voulez-vous? qui êtes-vous? vous voulez me tuer, m'assassiner ..... » Son père, sa mère, son mari, tous ceux qui l'approchent sont l'objet de ses soupçons et de ses craintes.

Le 25 août 1841, je prescris le datura à la dose de 2 centigrammes dans un julep de 225 grammes à prendre le soir, par petites cueillerées de dix en dix minutes.

Du 25 au 26, la nuit a été excessivement mauvaise; les hallucinations n'avaient jamais été aussi nombreuses, sans toutefois changer de caractère. Elles jetèrent la malade dans une telle agitation qu'il fallut la maintenir sur son lit pour l'empêcher de se lever et même de se précipiter par la croisée, ainsi qu'elle en manifestait l'intention.

Le 26 au matin, les traits sont encore bouleversés et comme crispés par la terreur. Moins d'agitation que la nuit; délire continuel; véritable excitation maniaque; dévergondage de paroles semé d'idées fixes. Le soir, vers huit heures, il survient un profond accablement, une sorte de stupeur. Insen-

(1) Cette observation a été recueillie par M. Valude, interne provisoire.

(1) L'accouchement a été fait par M. le docteur Jacquier, qui a surmonté avec une rare habileté les nombreux obstacles qui faisaient craindre une terminaison funeste.

Et remplit de ses mains l'ordre que sa voix donne.
O noble patience! etc.

Où trouveriez-vous de plus énergiques couleurs si jamais vous vouliez peindre un chirurgien entreprenant et téméraire qui

En essayant la chance ampute le rectum
Et l'envoie en présent orner un muséum;
De son gîte au plancher fait descendre le môle,
La cuisse de la hanche et le bras de l'épaule,
Extirpe le viscère en qui nous sommes nés;
Spus ombre d'embellir, sculpte et pose des nez
Privés de l'odorat et ronds comme la poire;
A sa chère compagne enlève une mâchoire;
Eventre pour briser les nœuds du volvulus,
Lier l'artère aorte ou rompre l'utérus;
Beau d'orgueil s'il peut faire à l'œil académique
Offrir par l'opéré la pièce anatomique.

Et s'il vous fallait dire qu'un homme s'est brûlé la cervelle, n'oubliez pas que

Un jeune furieux tournant contre sa tête
D'une grêle de plomb l'effroyable tempête,
Par de tristes sillons labourerait ces champs
Où germent les instincts, les goûts et les penchans.

Il est un mot, mon cher Phocéen, que vous êtes souvent obligé de faire venir dans vos vers, et dont la synonymie s'épuise vite : c'est le mot Muses. Voici un synonyme que sans doute vous ne connaissez pas et qui pourra quelquefois vous tirer de peine : M. Andrevetan les appelle *Aganippèdes* surnom donné, dit-il, de la fontaine Aganippe, qui leur était consacrée.

Orphée ne figure pas trop mal en poésie : si ce nom revenait deux fois dans une période, rappelez-vous qu'il se nomme aussi *Rhodopeius;* c'est M. Andrevetan qui l'assure.

Vous seriez impardonnable d'ignorer qu'Apollon s'appelait *Isménus*, et que *Volupie* était la déesse qui présidait aux voluptés.

Si je voulais vous citer tous les endroits de ce poème qui m'ont procuré de douces jouissances, j'allongerais outre mesure cette lettre déjà trop longue. Je crois en avoir assez dit pour vous prouver, cher Phocéen, qu'un rival redoutable vient de vous surgir, à moins que mon goût peu exercé et mes habitudes prosaïquesne m'aient fait prendre pour des beautés poétiques des choses que d'autres ne trouveraient peut-être que bizarres. Je vous avoue, entre nous, que je me méfie un peu de mon jugement et que je crains de m'être surtout laissé impressionner par les intentions honnêtes et pures de M. Andrevetan. Poète ou non, la plus parfaite estime est due à ce digne confrère, qui a voulu, à sa manière, stigmatiser le vice, flétrir le charlatanisme qui déborde de toutes parts, rappeler les médecins aux traditions honorables de leur digne profession, et voilà certes bien des motifs d'indulgence pour un hémistiche incorrect ou une rime boiteuse.

A la mémoire du baron Larrey, panégyrique en vers dédié à son fils et à tous les chirurgiens de l'armée, par M. G.-C. Pertus.

Rien n'aura manqué à la gloire de Larrey : l'histoire et les beaux-arts consacreront la pérennité de sa mémoire; la poésie elle-même a voulu lui consacrer ses chants. La muse de M. Pertus s'est trouvée à la hauteur du sujet, et je regrette que le peu d'espace qui me reste ne me permette de ne citer de ce poème que le fragment qui suit plein de mouvement, d'animation et d'éclat :

Mais le futur César va sous de nouveaux cieux
Porter dans les combats son front audacieux,
Et la belle Italie, à ses armes soumise,
Lui souffle en ses adieux les parfums de sa brise...
Une terre inconnue à nos regards paraît...
C'est l'Egypte! L'Egypte où plus d'un noble trait
Va couronner Larrey d'une gloire éclatante!
A notre aspect l'Arabe a replié sa tente,
Et le souple galop de son ardent coursier
L'emporte en nous jetant l'éclair de son acier.
Mais voici devant nous l'antique Alexandrie,
Qui, comme un vieux guerrier, l'œil sur sa batterie,
Nous étale l'orgueil de son double rempart.

Le clairon a sonné : c'est l'assaut que l'on donne!
Cavaliers, fantassins, à la voix qui l'ordonne,
Tous s'élancent joyeux sur la brèche en courroux,
Qui sème en mugissant sa mitraille sur nous!
Constamment au plus fort de l'affreuse mêlée
On voit courir partout sur la terre ébranlée
Bonaparte et Larrey!

B. B.

M. le docteur Bouillaud a été réélu député à Angoulême.

RABAIS. — Morgagny, *Recherches anatomiques sur le siége et les causes des maladies;* précédées d'une Notice sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par Tissot, traduit du latin sur les éditions de Padoue et d'Yverdun, par Desormeaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Ac. royale de méd., etc., et J.-P. Destouet, docteur de la Faculté de méd. de Paris. 1821 à 1824. — Dix vol. in-8°.

La reproduction de cet ouvrage dans l'Encyclopédie des Sciences médicales publiée par M. Bayle, en trois petits volumes in-8° compacte, a décidé l'éditeur à réduire au prix de 24 fr., au lieu de 60, le petit nombre d'exemplaires qui lui reste de cette belle édition.

Plus que jamais on est convaincu aujourd'hui que l'anatomie pathologique est non-seulement une science très importante, mais encore d'une indispensable nécessité pour parvenir à la connaissance exacte des maladies. L'ouvrage que nous annonçons ici est bien, sans contredit, le plus remarquable et le plus instructif, tant sous le rapport des nombreuses observations qu'il contient qu'à cause de la sagacité de jugement de l'auteur, de son immense érudition et des grandes difficultés vaincues. Peut-on former une bibliothèque de médecine sans y mettre Morgagni?

siblement, la malade paraît s'endormir en marmottant de paroles inintelligibles. Par deux fois, elle s'éveille tout à coup, puis se rendort immédiatement.

Le 27 au matin, madame ..... a dormi environ quatre heures ; la figure est pâle, fatiguée ; lassitude extrême ; courbature générale ; la conscience lui est revenue, mais il reste dans les idées une grande mobilité, de l'irrésolution, du vague dans l'esprit. Plus d'hallucinations d'aucune sorte. Madame ... accueille tout le monde avec bonté et bienveillance.

Nous sommes au onzième jour de l'accouchement ; les lochies n'ont pas encore paru.

Elles se manifestèrent le dix-septième. Deux jours auparavant, et cinq ou six jours après, on put concevoir quelques inquiétudes. Madame ... était redevenue défiante, craintive à l'excès. Elle ne permettait pas que son mari la quittât d'un instant. Ces symptômes se dissipèrent insensiblement, et, depuis, la malade n'a cessé de jouir de la meilleure santé.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Résumé de tous les cas principaux qui se sont présentés pendant l'année scholaire 1841-42. — Considérations pratiques sur les faits les plus intéressans.

(Suite du n° 115.)

MALADIES DU SEIN.

Les maladies du sein se sont présentées au nombre de 21 pendant l'année scolaire 1841-42 : 12 abcès dont 7 profonds, 2 sous-cutanés et 3 aréolaires ; 8 tumeurs concrètes et 1 cas d'eczéma. Parmi les abcès du sein, 2 se sont compliqués d'érysipèle ; l'une des malades est restée soixante-neuf jours à l'hôpital.

M. Velpeau divise les abcès du sein en trois catégories bien tranchées :

1° L'inflammation n'est que sous-cutanée ;

2° Elle a son siége sous la mamelle ;

3° Elle s'est empressée du tissu même de l'organe.

On va comparée de quelle importance et de quelle utilité est cette classification pour porter le pronostic de la maladie.

Dans trois cas, la maladie dut être rangée dans les abcès de la première classe ; l'inflammation était sous-cutanée ; c'étaient de véritables phlegmons très circonscrits ; l'abcès ne présentait que peu de gravité, la guérison fut rapide.

Les abcès de la seconde catégorie sont loin d'offrir cette bénignité ; ils sont accompagnés d'une douleur sourde, de céphalalgie, la tuméfaction et la rougeur se montrent, la fluctuation est difficile à percevoir. Dans ces abcès situés sous la mamelle il est deux caractères tout à fait particuliers, pathognomoniques de l'affection ; nous voulons parler de cette espèce de répulsion du sein qui le fait paraître comme détaché de la poitrine, et d'un empâtement se manifestant sur un point et conservant l'empreinte du doigt quand on le presse. Dans ces sortes d'abcès, ces caractères méritent la plus grande attention, parce que la suppuration étant séparée de la peau par toute l'épaisseur de la mamelle, le diagnostic peut parfois être embarrassant.

Le traitement qui leur convient consiste particulièrement dans l'emploi des antiphlogistiques au début, de la saignée générale ; après quoi il convient d'ouvrir l'abcès par la circonférence du sein, bien entendu, et parallèlement au plan de la poitrine. Quand ils sont ouverts de bonne heure, le foyer se vide rapidement d'ordinaire, se déterge, et la maladie guérit très promptement ; mais il n'en est pas de même, à beaucoup près, quand on tarde à pratiquer l'incision : l'abcès alors peut devenir superficiel, les couches celluleuses s'enflamment, et il y existe réellement alors deux abcès ; l'un au-dessous de la glande, le premier, l'autre au-dessus, consécutif ; et comme le trop plein seul du pus se vide, comme ce pus stagne par conséquent dans ces foyers, la guérison de ces abcès est difficile.

Quant à la troisième catégorie, ceux qui débutent tout d'abord par le tissu même de la mamelle, ils forment une espèce toute spéciale. Dans ceux-là, le plus ordinairement l'inflammation s'empare d'un seul lobule, bientôt un autre se prend ; un troisième est envahi, et il se développe ainsi une suite interminable d'abcès. Une des malades en a eu jusqu'à 37 les uns après les autres. Puis ils finissent par devenir tantôt superficiels, tantôt profonds, et alors on a affaire à des abcès de la deuxième et de la troisième classe tout à la fois.

On voit que le pronostic varie singulièrement selon l'espèce d'abcès du sein que l'on a sous les yeux, et qu'en général, sauf la complication indiquée pour la seconde catégorie, les abcès des deux premières classes guérissent vite, mais qu'il n'en est pas de même pour ceux de la troisième, qui se produisent les uns après les autres, et sans qu'on puisse fixer à l'avance le terme après lequel ils doivent cesser de se développer.

Tumeurs du sein. — On pourrait être surpris de ne trouver qu'une si faible proportion de tumeurs au sein, alors que tous les praticiens savent combien c'est là une affection qui se représente souvent ; mais outre que toutes les observations n'ont sans doute pas été recueillies, il faut remarquer que du chiffre de ces tumeurs ont été distraites toutes celles dont la nature cancéreuse nous a paru démontrée.

Sous le point de vue pratique, on doit diviser les tumeurs du sein en deux groupes bien distincts : les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, c'est-à-dire les tumeurs qui ne sont pas susceptibles de dégénérescence et celles qui peuvent dégénérer en cancer. C'est parce qu'ils ne font pas cette division que les chirurgiens professent sur la nature, le traitement et la curabilité de ces tumeurs des opinions si différentes et si opposées. C'est parce qu'ils négligent cette distinction fondamentale, que quelques-uns avancent qu'il est possible de guérir les squirrhes, les tumeurs encéphaloïdes, mélaniques, colloïdes du sein, tandis que d'autres affirment que cela ne se peut autrementque par l'opération. C'est par cette raison encore qu'on a vanté certains traitemens dans les tumeurs du sein, qu'on a dit, par exemple, qu'on guérissait ces tumeurs par la compression, mais il est de toute évidence aujourd'hui que la compression n'a jamais guéri de tumeurs squirrheuses, encéphaloïdes, colloïdes, mélaniques, cancéreuses en un mot, et l'on peut dire la même chose de tous les autres genres de traitement. On n'a pas plus guéri ces tumeurs avec la compression qu'on ne les a fait disparaître avec les sangues et les topiques.

Un de nos confrères croit pouvoir arrêter la marche de ces tumeurs avec ces moyens, mais il est facile de se convaincre qu'il les englobe toutes sous le nom de tumeurs cancéreuses, et ne se préoccupe pas de faire entre elles la distinction nécessaire qui vient d'être indiquée. Et il serait temps que l'attention des praticiens se portât sur ce point, car non seulement c'est là une manière d'agir qui peut préjudicier au malade, mais encore c'est une marche qui ne peut qu'empêcher le progrès en thérapeutique. Il faut plus qu'on ne le fait se préoccuper du diagnostic, le diagnostic est tout, et c'est là un des plus beaux fleurons de la couronne française que d'avoir tant insisté pour faire sentir qu'en chirurgie, avant toute chose, il fallait déterminer la nature du mal.

On doit admettre en principe, qu'une tumeur squirrheuse, mais véritablement squirrheuse, étant donnée, on ne la guérira jamais que par le fer ou par le caustique. Si l'on vient nous dire qu'on a pourtant obtenu la guérison de tumeurs sans avoir eu recours à ces moyens, nous ne nierons certainement pas le fait, mais nous dirons que l'on n'avait affaire dans ces cas, ni à une tumeur squirrheuse, ni à des tumeurs encéphaloïdes, colloïdes ou mélaniques. Sans doute on guérit des tumeurs sans opération, les tumeurs fibrineuses, fibreuses, mélaniques, etc., disparaissent sans qu'on ait besoin de recourir à l'ablation par l'instrument ou le caustique ; mais ce ne sont pas là des tumeurs que l'on peut ranger parmi celles que l'on appelle malignes.

Tout ceci est d'une haute importance ; car, selon M. Velpeau, ceux qui croient possible la cure des tumeurs cancéreuses, émettent en cela une opinion dangereuse pour les malades ; en effet, ils soumettent ces malheureux à tous les traitemens imaginés jusqu'ici : la compression, les sangsues, les topiques sont mis en usage pendant six mois, un an ; le malade ne demande pas mieux que de remettre l'opération au plus tard possible ; les espérances qu'on lui donne lui plaisent, il s'y abandonne. Qu'arrive-t-il ? C'est que si la tumeur est cancéreuse, l'affection, de locale qu'elle était, ne tarde pas à se généraliser, et lorsque l'opération est pratiquée en dernière ressource, la maladie a déposé des germes de récidive qui bientôt la feront reparaître, sans qu'il soit donné à personne de l'empêcher, et le malade succombera.

Temporiser en présence d'une tumeur, n'est permis qu'alors que sa nature est douteuse encore ; mais c'est être coupable que de ne pas agir quand la tumeur est reconnue cancéreuse. Alors, plus on retardera, plus sera grand le danger, moins seront nombreuses les chances de réussite. Pour agir avec conscience, le chirurgien doit, la connaissance de la tumeur étant parfaitement acquise, prévenir le malade que le caustique ou l'instrument sont les seuls moyens de guérison, qu'elle ne peut s'acheter que par la destruction de la tumeur, et il faut surtout, dit M. Velpeau, se pénétrer de cette vérité, sur laquelle j'ai insisté déjà si souvent, que dans ces tumeurs ce n'est pas la grosseur qui fait le danger, mais leur nature, et qu'ainsi très petites ou fort grosses, toutes les fois que cela est possible, il faut en pratiquer l'ablation.

De ce qu'il y a indispensable nécessité d'opérer la tumeur maligne, il ne faudrait pas conclure que ce soient les seules qui ne guérissent que par ce moyen ; il en est un bon nombre de celles rangées parmi les tumeurs bénignes, qui ne guérissent que rarement sans opération, mais la différence est immense entre ces dernières et les tumeurs cancéreuses ; celles-ci tuant constamment le malade, celles-là ne compromettant pas la vie. C'est pour ces tumeurs, qui ne sont pas susceptibles de dégénérescence, qu'il est permis de temporiser ; avec elles on peut attendre autant qu'on le veut avant d'en venir à l'opération ; tous les traitemens peuvent être essayés ; mais, en définitive, toutes ces tumeurs graisseuses, mélaniques, stéatomateuses, etc., ne disparaissent presque jamais autrement que par l'ablation. On doit ajouter que c'est alors une opération qui n'est point dangereuse, et quand on perd quelques malades à sa suite, c'est qu'un accident comme un érysipèle grave, par exemple, est survenu ; car l'on peut dire généralement qu'il ne meurt guère qu'un opéré sur vingt des suites seules de l'opération. Il en succombe une proportion un peu plus forte lorsque la tumeur est cancéreuse. En général, les suites de l'opération, pour les tumeurs bénignes, sont sans gravité, comme l'ablation elle-même.

Il est une troisième espèce de tumeurs du sein qui ne peuvent se ranger dans aucune des classes précédentes, nous voulons parler des engorgemens.

Dans les tumeurs, en effet, ou bien il y a transformation de tissus ou productions nouvelles ; dans l'engorgement, il n'y a autre chose qu'une augmentation de volume par hypertrophie, soit à la suite de phlegmasie, soit par excès de nutrition, ou bien encore ce sont les cellules graisseuses tout simplement qui se sont hypertrophiées.

Cette espèce demande à être distinguée des deux autres, en ce qu'elle cède très bien au traitement par la compression. C'est à propos de ces tumeurs que plusieurs praticiens se sont fait illusion ; il est arrivé quelquefois que cette hypertrophie coïncidait avec la présence d'une tumeur de mauvais caractère ; la compression ayant été employée, la mamelle diminuait d'un quart, de moitié même, puis l'amélioration cessait, et la diminution ne marchait plus, parce que l'hypertrophie ayant disparu, la tumeur seule était restée. Quelques-uns de ces praticiens avaient cru voir dans ce fait une preuve de l'efficacité de la compression dans les tumeurs malignes ; d'autres, plus clairvoyans, convenaient que ce traitement ne pouvait rien contre ces dégénérescences, mais ils pensaient qu'il était propre à mettre la tumeur dans de bonnes conditions. Selon M. Velpeau, c'est là une erreur qu'il est utile de relever ; car en opérant, ou le tissu est squirrheux, et on l'enlève ; ou il ne l'est pas, et alors il reste étranger à l'opération, sans que l'on s'expose, en perdant plusieurs mois à la compression, à laisser à la cachexie cancéreuse le temps de se développer.

Kystes du sein. — Il s'en est offert deux exemples. La thérapeutique de ces kystes est extrêmement simple ; on les traite comme l'hydrocèle, par la ponction et l'injection iodée. Deux dames de province qui avaient été envoyées à Paris pour y subir l'ablation du sein, furent traitées par une simple piqûre suivie de l'injection, et guérirent parfaitement. Il en fut de même des deux malades entrées à l'hôpital.

En résumé l'on voit que toutes les tumeurs du sein peuvent se renfermer en quatre catégories :

1° Les tumeurs cancéreuses, ou susceptibles de dégénérescence, tumeurs qui tuent, qui ne guérissent jamais seules ou par le traitement, et reviennent souvent après l'opération.

2° Les tumeurs bénignes, qui ne guérissent le plus souvent que par les moyens chirurgicaux, mais qui ne compromettent pas la vie des malades.

3° Les tumeurs par engorgement, par hypertrophie, chez lesquelles la compression réussit parfaitement.

4° Les kystes, dont la guérison est des plus faciles par la piqûre et l'injection avec la teinture d'iode.

Les huit malades sont toutes sorties guéries ; une par la compression, les sept autres par l'opération.

Quant aux tumeurs cancéreuses, dont nous avons déjà tant et si souvent parlé, nous n'y reviendrons pas ; elles ont été au nombre de 16 ; 7 ont été opérées, 9 n'ont pas subi l'opération.

HERNIES.

13 hernies inguinales et 4 hernies crurales, ce qui fait un total de 17 ; tel est le chiffre de ces maladies reçues pendant le cours de cette année. Presque toutes ont été réduites, 4 seulement sur les 17 ont pû être opérées. Parmi celles que M. Velpeau a pu réduire, il s'en trouvait une d'un volume extrêmement considérable ; le taxis n'en a pas moins parfaitement réussi.

Les hernies sont, comme on ne l'ignore pas, une infirmité dont, jusqu'à présent, la cure radicale peut passer pour fort difficile, sinon impossible. Il n'en serait pas ainsi s'il suffisait de faire de nombreuses tentatives d'opérations nouvelles pour réussir ; car depuis douze ans surtout c'est une question qui préoccupe beaucoup les chirurgiens, sans que jusqu'aujourd'hui cette préoccupation ait rien enfanté de bien satisfaisant. Vingt opérations différentes ont été proposées dans le but d'obtenir la guérison définitive des hernies, et jamais elles n'ont produit le résultat qu'on en attendait. En outre, plusieurs d'entre elles sont réellement dangereuses.

Parmi les procédés imaginés contre les hernies, il faut distinguer ceux de MM. Belmas et Aubenas. Ce dernier pensa qu'en refoulant la peau dans le canal, de manière à en faire une sorte de bouchon, on pourrait s'opposer à la sortie des viscères ; mais il est vrai de dire que cette opération ne réussit que fort rarement, que les viscères de l'abdomen pressant sans cesse sur cette peau, la refoulent à leur tour, et la hernie reparaît ; c'est donc une méthode à abandonner ; car, d'un côté, elle ne réussit pas ; de l'autre, elle n'est pas exempte de dangers.

M. Velpeau avait imaginé aussi plusieurs procédés ; l'un, qui consistait à aller scarifier l'intérieur du canal herniaire, par la méthode sous-cutanée ; un autre, qui se réduisait à diviser le muscle grand-oblique, dans l'espérance de provoquer là quelqu'induration ; mais il convient que toutes ces méthodes ne lui ont pas donné des résultats plus satisfaisans que celles inventées avant elles, et que malgré tous ses efforts la hernie est toujours revenue.

Sur les quatre cas de hernie crurale, trois malades ont guéri, un est mort. L'opération de la hernie devait très probablement réussir dans ce cas malheureux ; mais par une erreur de diagnostic fort difficile à éviter probablement, et que M. Velpeau avoue avec sa bonne foi accoutumée, l'intestin fut replacé dans l'abdomen sans que l'étranglement eût été détruit. Le diagnostic avait été une hernie cœcale ; M. Velpeau crut être arrivé sur l'intestin, il repoussa le tout dans le ventre. Il y eut du mieux d'abord, puis les accidens d'étranglement reparurent plus intenses que jamais ; la malade succomba, et l'on trouva à l'autopsie que l'intestin avait été refoulé dans l'abdomen avec son sac et son étranglement.

Deux autres opérations sur les quatre qui furent pratiquées sur les hernies, présentèrent des faits curieux. Dans l'une, l'étranglement était dû à l'orifice postérieur et non à l'orifice antérieur du canal ; et, dans l'autre, la hernie était intra-pariétale ; on n'apercevait aucune tumeur au dehors, bien qu'une hernie étranglée avec tous ses symptômes existât véritablement.

MALADIES DE L'ANUS.

Nous avons compté cette année, 28 cas de maladies de l'anus divisées ainsi qu'il suit : 2 cas d'abcès furonculaires, 4 abcès profonds, 4 cas d'hémorrhoïdes, 2 de végétations syphilitiques, 15 fistules.

Les abcès furonculaires sont de peu d'importance. Sur les quatre abcès profonds, deux sont devenus des fistules ; les deux autres se sont guéris.

Les hémorrhoïdes ne restent guère dans les hôpitaux, à moins de circonstances particulières. Sur les quatre cas, deux fois l'excision a été pratiquée, et un des deux sujets a succom-

bé; mais on ne peut vraiment pas dire que ce soit par suite de cette petite opération. Cet homme portait une très petite tumeur hémorrhoïdale; elle fut excisée, la plaie se cicatrisa, il fut bientôt guéri. Peu de temps après, il fut pris de fièvre, de frissons et d'une douleur vive dans le côté. Ayant examiné ce malade avec attention, M. Velpeau reconnut un vaste épanchement dans la poitrine, et soupçonna qu'il était formé par un abcès du foie qui se serait ouvert dans le thorax. Rien n'autorisait à rattacher la formation de cet abcès à la plaie qui avait existé à l'anus; c'était probablement là une simple concomitance fort malheureuse, car le malade fut bientôt en proie à une dyspnée si menaçante qu'il fallut pratiquer l'opération de l'empyème, après laquelle il s'affaiblit graduellement et succomba au bout de douze jours. A l'autopsie, on trouva du liquide séro-purulent dans la poitrine, et une ouverture au diaphragme qui faisait communiquer le thorax avec un vaste abcès développé dans le foie.

Fistules. — Les fistules à l'anus, au nombre de 15, ont été partagées ainsi : 9 cas de fistules complètes, 2 fistules borgnes externes et 3 fistules borgnes internes.

Sur ces 15 malades, 9 seulement ont subi l'opération; les 6 autres n'ont pas été opérés, pour des raisons qu'il est utile d'apprécier.

Toutes les fois qu'on a occasion de prononcer s'il y a lieu de pratiquer l'opération de la fistule à l'anus, il faut examiner, avant toute chose, si cette fistule est la seule maladie, ou au moins si elle est la plus grave dont soit atteint le malade. Quand la fistule est dans ce cas, l'opération est indiquée, et on doit la faire sans hésitation; mais lorsque la fistule existe en même temps que des lésions viscérales qui, à elles seules, doivent entraîner la perte du sujet, tels que les tubercules, par exemple, il faut se garder d'opérer, de peur qu'on ne mette sur le compte de l'opération des suites fâcheuses qui ne lui appartiennent en rien. Une autre considération qui doit contre-indiquer absolument l'opération chez les phthisiques, c'est que les fistules à l'anus ne guérissent pas même après l'opération. Quelques chirurgiens refusent d'opérer les tuberculeux, parce qu'ils prétendent que ces fistules sont des exutoires qu'il serait imprudent de supprimer. On comprend que c'est se baser sur une idée fausse pour rejeter l'opération, puisque, même après qu'elles ont été opérées, ces fistules ne guérissent pas; mais, quoi qu'il en soit, on comprend aussi que l'opération sera repoussée par la raison qu'elle ne guérit pas d'abord, et que, quand même elle guérirait, la maladie principale ne tarderait pas à emporter le malade. Chez les phthisiques, il n'est pas rare que la fistule reconnaisse pour cause un tubercule développé vers l'anus, surtout chez ceux qui présentent des symptômes de tuberculisation dans les intestins. Employer tous les moyens connus pour soulager le malade s'il y avait de vives douleurs pendant la défécation, voilà tout ce qu'il est permis de faire chez les tuberculeux atteints de fistules à l'anus.

M. Velpeau procède ainsi d'ordinaire à l'opération de ces fistules :

Il porte par la fistule une sonde cannelée; le doigt introduit dans le rectum en rencontre la pointe, et il divise alors toute la bride qui se trouve en vue. S'il y a peu de décollement, il embroche la fistule, tire à lui, et l'excise toute entière au moyen de ciseaux, en enlevant du même coup tout ce qui entoure la sonde, de telle sorte qu'il laisse une plaie dans des tissus parfaitement sains et dans les conditions les meilleures possibles de cicatrisation. Le pansement se fait à plat; l'opération a l'avantage de se pratiquer rapidement et de guérir avec promptitude.

Les 9 malades qui ont été opérés par ces méthodes, sont tous sortis guéris.

On entend souvent dire que l'opération de la fistule à l'anus est dangereuse, et des personnes ont avancé que, de toutes les opérations, c'était une des plus meurtrières. C'est une erreur que l'on a commise, parce que l'on n'a pas tenu suffisamment compte de l'état des sujets que l'on opérait de la fistule; et de ce qu'une grande quantité de malades mouraient après cette opération, on en concluait qu'ils mouraient de l'opération, tandis qu'ils succombaient à des maladies viscérales diverses et principalement à la phthisie.

Pour M. Velpeau, elle ne lui paraît nullement dangereuse; il admet qu'on ne perd qu'un malade sur 10 ou 15 tout au plus.

Le terme moyen du temps de la guérison serait de 28 jours à peu près; mais il y en a eu un ou deux cas avec des complications telles, qu'il n'est pas permis d'établir une moyenne, car ceux-là seuls ont mis un grand nombre de mois à guérir, ce qui élève prodigieusement le chiffre moyen.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Correspondance.

Paris, 25 septembre 1842.

Tudieu ! confrère, quel *tolle* viennent de susciter mes pauvres *Corinthiennes* parmi le peuple — non, je me trompe — parmi l'aristocratie médicale et ses dignes interprètes, vos très honorables confrères de tout format ! Peste, c'était bien le cas, après avoir lancé une bombe dans le camp ennemi, d'aller, insouciant sans en surveiller les effets, me reposer imprudemment à la campagne; comme s'il y avait un jour, une heure de répit pour l'homme de guerre..... Maintenant, du moins, je puis être tranquille, et, sans me troubler, continuer ma tâche; plus heureux que cet orateur grec ou romain qui, salué dès son exorde par les acclamations de la multitude, s'arrêtait, triste et inquiet au milieu d'une période, demandant avec sollicitude à un ami, si dans la chaleur de l'improvisation il ne lui aurait pas échappé quelque sottise.....

Je le vois, cher confrère, j'ai touché là une corde sensible..... Aussi de toutes parts déjà l'orage gronde-t-il sur ma tête... Je comprends, en effet, que pour des hommes habitués à l'atmosphère méphitique de l'intrigue; pour ceux qui *nourris dans le sérail*, connaissent tous les fils, tous les mobiles de vanité, d'envie, de jalousie ou de cupidité qui conduisent les eunuques, les pantins qui s'agitent autour d'eux, je conçois, dis-je, qu'à ceux-ci ma conduite doit paraître étrange, inexplicable..... Sacrifier ainsi, de gaîté de cœur, sa position scientifique pour la défense d'une vérité utile ou la destruction d'une coutume ou d'un préjugé nuisible ou dangereux, leur paraît suspect. — allons donc ! il doit y avoir quelque chose là-dessous.....

Eh bien, Messieurs du feuilleton officiel, cherchez.... Mais, *avant de frapper*, daignez connaître; — car je ne veux pas admettre qu'un seul ici parmi vous connaisse réellement mes intentions et mes sentimens..... Croyez-moi, ne vous exposez point à vous montrer à la fois injustes et ingrats, fût-ce pour le plus infime d'entre nous, ni à manquer en quoi que ce soit au généreux et difficile métier que vous exercez : cela, voyez-vous trouble le sommeil et porte malheur....

Toutefois, tranquille dans ma conscience, satisfait d'avoir rempli un devoir d'homme de cœur, et certain d'avoir au moins pour moi, je veux dire pour ma cause, pour la cause sainte de l'indépendance et de la dignité médicales, tous ceux qui dans notre presse, qui partout comprennent noblement et les droits et les devoirs de notre sacerdoce; et, combattant obscur, mais quoi qu'il advienne, persévérant et dévoué, dans la voie qui nous est tracée, je me confie pour ma défense et pour le triomphe de la vérité à la sagesse et à la probité publiques, comme au courage et à la loyauté de nos frères.

Agréez., etc., LA CORBIÈRE, D.-M.-P.

NOUVELLES.

— Les détails suivans sont extraits d'un livre curieux de M. Lejoncourt sur *les centenaires anciens et modernes.*

Il est mort dans le courant du siècle dernier en Angleterre quarante-neuf personnes âgées de 130 à 180 ans; sept de ces individus avaient atteint 134 ans, quatre 138 ans, deux 146, quatre 155, un 159, un 160, un 168, un 169, un autre 175.

Les recensemens officiels de la Russie donnent, en 1814, sept Moscovites âgés de plus de 125 ans, et un qui avait dépassé 160 ans; en 1835 il y mourut un homme âgé de 135 ans; en 1838 il y décéda 1,238 centenaires, dont 125 avaient dépassé 120 ans; cent onze avaient de 121 à 125 ans; trois de 126 à 130; cinq étaient entre 131 et 140, un avait atteint 145, trois 150 à 155, un 160, un enfin 165.

En France, nous ne vivons pas aussi long-temps. Voici toutefois quelques exemples de longévité assez dignes d'attention. Le 3 janvier 1710, un paysan nommé Jean Mazard, décéda à l'âge de 110 ans 3 mois 22 jours, près de Dieu-le-Roi, en Berry; il conserva jusqu'au dernier moment sa tête et son jugement. Il avait épousé dix femmes. En dernières noces, il s'était uni à l'âge de 99 ans à une personne de 18 ans qui, deux ans après, le rendit père.

Un curé de Lisieux, nommé Desroches, mourut en 1712, à l'âge de 113 ans; il en avait passé 91 sur la même paroisse; peu de mois avant sa mort il avait dit la messe.

La même année 1712 vit mourir :

Jacques Thevenot, laboureur à Château-Vilain; il avait 114 ans, et venait lui-même de faucher ses prés; il avait eu trois épouses et trente enfans;

Un officier du nom de Bultrade, enterré à Saint-Germain, mort à 115 ans, laissant 17 garçons, dont l'aîné avait 74 ans et le plus jeune 12 ans.

Un apothicaire, François Le Baupin, demeurant à Chateaubriand, y mourut en janvier 1718, à l'âge de 107 ans. Marié deux fois, il avait contracté son second mariage à 80 ans révolus. De ses deux épouses il eut trente deux enfans, seize de chacune. Il était dans sa 103e année lorsque sa seconde femme accoucha de deux garçons robustes, qui ne moururent que 90 ou 95 ans plus tard.

Le 13 janvier 1747 meurt à Lourdes M. Nazon de Vigé, qui avait été capitaine des gardes du duc d'Albret, et qui était âgé de 118 ans; chasseur infatigable, il se livrait avec adresse à l'exercice de la chasse. Il avait attendu d'avoir plus de cent ans pour se marier.

Enfin, le 30 décembre 1757, est décédé à Bar, près Tulle, le nommé Antoine Nouthac, cultivateur, âgé de 115 ans 4 mois; il n'eut jamais dans sa longue carrière, d'autre maladie que celle qui l'emporta. Il s'était marié trois fois; il avait 92 ans lorsqu'il épousa sa seconde femme, dont il eut plusieurs enfans; il en avait 102 lorsqu'il contracta une troisième union.

— Les amphithéâtres de dissection seront r'ouverts demain, 1er octobre.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Septembre 1842.

I. *De l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, dans le traitement de la fièvre typhoïde;* par M. SAINT-LAURENT, interne des hôpitaux de Paris.

Déjà à deux reprises différentes (voir les numéros du 31 mai et 21 juin 1842), nous avons publié plusieurs observations sur ce mode de traitement de la fièvre typhoïde. Cette méthode a aussi été essayée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Husson, et on en a obtenu des résultats qui diffèrent sur plusieurs points de ceux obtenus à l'hôpital Cochin. Or, ce sont ces observations que M. Saint-Laurent rapporte dans son travail et desquelles il tire des conclusions.

L'auteur a divisé ces observations au nombre de onze en trois catégories; 1° fièvres typhoïdes très-légères; 2° fièvres typhoïdes, adynamiques, de gravité moyenne; 3° fièvres typhoïdes très-graves, à forme ataxo-adynamique.

Nous ne dirons rien de ces observations qui paraissent avoir été recueillies avec le plus grand soin et rédigées avec impartialité. Nous nous bornerons à rapporter les conséquences que M. Saint-Laurent a cru pouvoir déduire de tous ces faits :

« En faisant un relevé des symptômes signalés dans l'analyse de ces observations, dit-il, on voit que sur onze malades, trois ont présenté un abaissement plus ou moins considérable du pouls, tantôt immédiatement après les premiers jours du traitement, tantôt seulement quelques jours après. — Chez neuf, la rougeur ou la sécheresse de la langue, ou ces deux symptômes réunis se sont montrés à des degrés divers. La soif a été vive et même une ou deux fois insatiable chez tous ces neuf malades. Un d'eux a de plus accusé une douleur le long du sternum et à l'épigastre, tellement vive, qu'il fallut bien reconnaître une inflammation assez intense de la partie supérieure du tube digestif, avec vomissemens nombreux et rebelles, et cesser l'emploi du sel fébrifuge. — Chez trois malades, la diarrhée a été très-abondante; l'un d'eux même a présenté pendant trois jours des selles fortement sanglantes qui ont obligé à cesser l'emploi du médicament. Chez cinq elle a été très-modérée; elle a été nulle chez les trois autres. — Trois ont présenté des vomissemens très-abondants, tantôt de suite, tantôt à une époque un peu plus éloignée, et ces vomissemens ont persisté malgré la cessation du traitement. Chez les autres ils ont été nuls ou très peu abondants. — Quatre fois la céphalalgie a été très-intense et persistante; trois fois elle a été légère. — Enfin la surdité et les tintemens d'oreilles se sont montrés chez huit malades, à un degré d'intensité en général très-notable, et ces deux accidens qui deux ou trois fois existaient déjà, mais légèrement avant le traitement, ont souvent persisté après sa cessation.—Excepté pour ces deux derniers symptômes, ainsi que pour la diarrhée, il n'y a pas eu de rapport évident entre l'intensitédes accidens et la quantité de sulfate de quinine prescrite.

» Ainsi donc, en général, les effets physiologiques du sulfate de quinine à haute dose ont été observés, quoiqu'il soit vrai de dire que la plupart sont souvent naturellement produits par la maladie; mais leur intensité et la coïncidence de leur apparition avec l'administration du remède doivent, je crois, dans ces cas, les faire attribuer au traitement. C'est là du reste précisément un des points de vue sous lequel le sulfate de quinine peut avoir des inconvéniens et même un danger réel, comme traitement général, et s'appliquant à tous les cas sans distinction. En effet il est difficile de faire la part de son influence dans les symptômes offerts par le malade, et si l'on n'apportait à l'examen une sérieuse attention, on pourrait souvent être tenté de regarder comme signes d'aggravation, ce qui n'est que l'effet du traitement lui-même.

» Le sulfate de quinine qui, d'après M. Broqua, — auteur de ce mode de traitement de la fièvre typhoïde, — n'aurait pas été porté à d'assez hautes doses ni continué assez long-temps chez quelques-uns des malades, n'a jamais agi de façon à enrayer les symptômes, comme on nous avait dit que cela devait avoir lieu. La guérison a eu lieu chez tous les sujets dont la maladie n'avait qu'une intensité moyenne, à l'exception de deux cas. Quant aux trois malades qui ont présenté des symptômes réellement très-graves, et dont un du moins a été soumis régulièrement et pendant treize jours à une dose très élevée, un seul a guéri, encore n'est-ce qu'après avoir éprouvé une hémorrhagie très-inquiétante.

» Nous aurions pu, si nous avions toujours cédé au désir de M. Broqua, avoir à citer un bien plus grand nombre de cas de guérison; car ce médecin est disposé à donner le sulfate de quinine aux malades qui présentent les plus légers symptômes ayant quelque analagle avec les symptômes d'invasion de fièvre typhoïde; mais comme il est arrivé souvent que de simples boissons acidulées avaient mis les malades au bout de quatre ou cinq jours en état de sortir de l'hôpital, il est certain que si le sulfate de quinine eût été administré, on lui aurait tout aussi bien attribué la guerison.

» Ce n'est donc pas dans les cas douteux, ni même dans les cas de gravité moyenne, qu'il faut employer le médicament en question. Il ne faut pas non plus se contenter de la tolérance apparente de certains malades; il suffit que chez quelques-uns il provoque des accidens du côté des voies digestives et du cerveau, pour que l'on s'abstienne de l'employer dans les cas où tout autre moyen est pour le moins aussi bon que lui; je veux parler des cas qui ne présentent qu'une gravité ordinaire. Quant à son administration dans les cas réellement graves, sa supériorité est-elle si grande qu'on doive le préférer à toute autre médication? Mes observations, du moins, ne me porteraient pas à me prononcer pour l'affirmative.

II. *Inflammation aiguë et abcès de la prostate suivis d'infection purulente;* par M. le docteur Henry LAFORGUE, ancien interne des hôpitaux de Toulouse.

Dans le numéro du 19 septembre, nous avons publié une leçon clinique de M. Velpeau, sur les inflammations et les abcès de la prostase. L'observation de M. Laforgue vient confirmer quelques unes des opinions émises dans cette leçon; nous allons la rapporter avec quelques détails.

Un homme, âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, ni aucune lésion du côté des organes génito-urinaires, entra à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pour une rétention complète d'urine. Cet homme n'a reçu aucune contusion au périnée. Les seules causes qui semblent se rattacher à sa maladie sont plusieurs excès de boissons alcooliques, et sa profession qui l'oblige à rester une grande partie de la journée assis à califourchon sur un banc, le corps penché en avant; il est coutelier et occupé au repassage des instrumens.

Le 5 novembre 1839, le malade avait éprouvé pour la première fois une légère difficulté d'uriner, difficulté qui se changea plus tard en une rétention complète, ce qui l'engagea à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 17 du même mois. Là il fut soumis au cathétérisme; parvenu à la région prostatique de l'urètre, l'instrument fit éprouver une assez vive douleur au malade; cependant son passage s'opéra avec assez de facilité, et la vessie put être vidée d'une grande quantité d'urine naturelle sans mélange de sang. Dès lors toutes les douleurs cessèrent et le malade se trouva soulagé.

Le 18, nouvelle accumulation d'urine dans la vessie; nouveau cathétérisme, nouvelle douleur au passage de la sonde sur la région prostatique de l'urètre. L'urine évacuée est encore en grande quantité et à l'état normal. Nouveau soulagement immédiat. — Dans la soirée le malade se plaint de vives douleurs au col de la vessie, il éprouve un pressant besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire. On a encore recours au cathétérisme.

Jusqu'au 23 on est obligé d'évacuer à différentes reprises, artificiellement, l'urine de la vessie. Ces manœuvres provoquent toujours les mêmes douleurs que nous avons signalées; la sonde éprouve un obstacle au niveau de la prostate. On avait essayé de laisser une sonde à demeure dans le réservoir urinaire; mais le malade ne peut la supporter.

Le 24, le malade dit que pendant la nuit du 22 au 23 il a pu rendre quelques gouttes d'urine; mais que le passage de ce liquide dans l'urètre lui a fait éprouver une vive douleur. Dans la journée du 23 il a encore uriné à différentes reprises, toujours avec la même douleur, il dit que ses urines étaient troubles et d'une couleur foncée.

Cependant l'état général du malade s'aggrave; les symptômes d'une infection purulente se déclarent les jours suivans, et le malade succombe le 30 novembre, quatorze jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — « La vessie contient une petite quantité d'urine trouble. Dans le bas-fond, la muqueuse présente quelques taches grisâtres, limitées, ayant de huit à dix millimètres d'étendue, ressemblant assez bien à celles qui résulteraient d'une légère cautérisation par le nitrate d'argent. Ces plaques sont superficielles et n'intéressent pas toute l'épaisseur de la muqueuse. Du reste dans tous ses points, cette membrane est saine; elle n'est ni enflammée, ni ramollie. Les parois de la vessie sont à l'état normal.

« Dans toute la portion prostatique du canal, la muqueuse urétrale est mobile, fluctuante et ramollie. Elle est percée de plusieurs ouvertures situées sur les parties latérales du vérumontanum. Ces ouvertures sont petites, allongées, au nombre de cinq; la plus grande peut avoir huit millimètres de longueur; elles communiquent avec l'intérieur de la prostate. Au-delà de la région prostatique, la muqueuse urétrale ne présente pas d'altération. Au-dessous des ouvertures dont je viens de parler, existe un foyer purulent qui occupe l'intérieur de la prostate et qui se prolonge en arrière entre la vessie et le rectum. Cette dernière région est convertie en un clapier, limité en avant par la paroi intérieure de la vessie, en arrière par le rectum, en haut par le péritoine, et communiquant en avant avec l'abcès de la prostate. Les parois de la vessie et du rectum sont baignées par un liquide purulent qui remplit ce large foyer; elles ne sont ni ulcérées, ni perforées, mais elles sont recouvertes par des détritus provenant de la mortification du tissu cellulaire. La prostate n'est pas complétement détruite par la suppuration. La cavité centrale, remplie de pus, est circonscrite en avant et latéralement par une couche mince du tissu glanduleux, et par la membrane fibreuse; mais en arrière la base de la glande étant détruite, cette cavité se confond avec le clapier vésico-rectal. Ce vaste foyer est rempli par un liquide purulent, grisâtre, fétide, ayant une odeur ammoniacale; c'est un mélange de pus et d'urine contenant des débris de tissus gangrénés. — Les veines du bassin n'ont pas été examinées...... »

M. Laforgue accompagne cette observation de remarques fort judicieuses. Suivant lui c'est bien là un cas d'inflammation aiguë idiopathique de la prostaet; les symptômes observés et l'examen cadavérique le prouvent. Quant à la cause qui a déterminé cette inflammation, il est probable qu'elle existe dans l'excès de boissons alcooliques auquel le malade s'est livré, et peut-être aussi dans la position prolongée que réclamait sa profession de coutelier repasseur. — Si on réfléchit avec soin aux symptômes qu'a présentés le malade, il est facile de se rendre compte de la maladie. En effet l'ensemble des phénomènes observés indique assez la période d'inflammation, de suppuration et d'infection purulente.

De l'etude attentive de ce fait, M. Laforgue a cru pouvoir déduire les propositions suivantes : 1° La prostate a été atteinte d'une inflammation aiguë, idiopathique, qui s'est terminée par suppuration, et par la formation d'un vaste foyer purulent qui a été suivi d'infection purulente. 2° L'abcès de la prostate s'est ouvert dans l'urètre, et, par les ouvertures de l'abcès, l'urine est passée dans le foyer. 3° L'extension de l'abcès dans le bassin, et les désordres qui existaient dans l'espace vésico-rectal ont été probablement le résultat de la pénétration de l'urine qui, par son contact, a dû déterminer la mortification des tissus enflammés. 4° Dans le traitement des abcès de la prostate, il est rigoureusement indiqué de placer une sonde à demeure dans la vessie, afin d'empêcher le passage de l'urine dans le foyer et de prévenir les accidens graves qui peuvent en être la conséquence.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — Septembre 1842.

I. *Études sur l'action pathogénique de l'iodure de potassium, pour servir à régler l'administration de ce remède;* par M. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Considéré sous le point de vue de sa pathogénie, l'iodure de potassium a une action très-prononcée sur les sécrétions en général; il les excite et les active. Ses effets sur la peau, sur les muqueuses et sur les reins sont très-remarquables; quelquefois aussi ce médicament exerce son influence sur la circulation, sur le système nerveux et musculaire. Mais il y a dans la production de ces phénomènes un certain ordre de fréquence que M. Ricord étudie dans ce travail.

Action sur la peau. — C'est le tissu le plus facilement impressionné. Rien de plus commun en effet que de voir survenir, à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium, des éruptions diverses « et plus particulièrement des éruptions de formes psydraciées, ressemblant assez aux pustules d'acné, avec cettedifférence, que les limites habituelles de l'acné sont le plus ordinairement franchies. » Du reste, il n'y a presque pas de formes des éruptions aiguës de la peau que le médicament en question ne puisse exciter, suivant les prédispositions des sujets. Ajoutons que quelques malades n'éprouvent du côté de la peau qu'un sentiment de chaleur, de picotement, et quelquefois un prurit plus ou moins prononcé. On comprend qu'il est essentiel de tenir compte dans la pratique de ces différens effets de l'iodure de potassium sur le derme, « pour ne pas les confondre avec les accidens auxquels on voudrait opposer le remède, et surtout pour s'en abstenir momentanément chez ceux qui auraient déjà des maladies analogues ou des prédispositions telles que l'iodure de potassium dût ou les exaspérer, ou les développer. »

Action sur les fonctions digestives. — En général elles sont activées, excitées dans un temps favorable; les indtvidus gagnent de l'appétit, les fonctions se font mieux, et l'embonpoint en est la conséquence ordinaire. Cependant le rémède produit quelquefois des effets pathologiques qu'il faut bien connaître. Ainsi il survient, chez quelques malades, une douleur ayant son siége dans le grand cul-de-sac de l'estomac, très-vive, que la pression n'augmente pas, sur laquelle la digestion n'exerce aucune influence, sans soif, sans diminution de l'appétit, sans réaction aucune sur la circulation, douleur qui semble entièrement due à un état gastralgique. Quelquefois aussi l'appétit devient excessif, exagéré et constitue un état morbide. « Enfin, chez un petit nombre de personnes, l'emploi de l'iodure de potassium est suivi de véritables phlegmasies soit de l'estomac seul, soit de l'ensemble du canal intestinal; de là des vomissemens, des diarrhées, et enfin tous les phénomènes d'empoisonnement. Cependant nous devons noter que l'action de cet agent sur la muqueuse intestinale a pour résultat plus fréquent un flux séro-muqueux. On verra qu'il a un effet analogue sur les autres muqueuses. »

Ptyalisme.—M. Ricord a fréquemment observé chez les malades qu'il soumet à l'emploi de l'iodure de potassium, une salivation particulière quelquefois aussi abondante que celle produite par le mercure, salivation qui ressemble beaucoup au ptyalisme des femmes enceintes.

Action sur les reins.—La sécrétion urinaire est souvent augmentée et constitue quelquefois un véritable état pathologique. Un malade, du service de M. Ricord, a rendu de quarante à cinquante litres d'urine par vingt-quatre heures; il buvait du raste dans la même proportion, et rendait pour ainsi dire litre par litre les boissons ingérées. « Chaque fois que l'iodure de potassium était suspendu, cette supersécrétion accidentelle cessait; mais elle se reproduisait dès qu'on reprenait le médicament. » Du reste l'urine, dans tous les cas, n'a jamais rien présenté de notable si ce n'est qu'on y a retrouvé l'iodure de potassium.

Action sur la circulation. — En général la circulation n'a pas paru sensiblement influencée; le pouls n'a présenté ni accélération ni ralentissement. — Le sang a paru être rendu moins plastiqve, d'où une disposition aux hémorrhagies.

Action sur la conjonctive. — On observe assez souvent une espèce d'ophthalmie qu'on pourrait appeler *catharro-œdémateuse.* La conjonctive d'un ou des deux côtés à la fois se vascularise; bientôt il s'y ajoute une tuméfaction de la membrane muqueuse et une infiltration, ordinairement très-prononcée, du tissu cellulaire sous-muqueux, qui donnent lieu, du côté de l'œil, à un chémosis quelquefois très-considérable, et, du côté des paupières, à un œdème le plus ordinairement très-prononcé.

« Quand ce phénomène a eu lieu une fois, dit M. Ricord, il me paraît rare qu'on le voie se renouveler sur le même sujet une seconde ou une troisième fois. Cet effet de l'iodure de potassium sur les yeux est très-important à connaître, parce que l'ophthalmie particulière qu'il détermine pourrait souvent être prise pour un accident vénérien, et plus particulièrement pour une ophthalmie blennorrhagique avec laquelle elle peut avoir quelque analogie. »

Action sur la respiration. — Souvent on voit survenir un coryza particulier qui pourrait en imposer, soit pour un coryza simple, soit pour une exaspération de symptômes syphilitiques du côté des fosses nasales. Quelquefois survient une bronchite particulière : « La toux est peu prononcée; il est rare qu'on observe de la fièvre symptomatique; mais les malades éprouvent ordinairement une gêne assez prononcée de la respiration, et rendent une assez grande quantité de crachats semblables à ceux qu'on observe dans la première période de la bronchite simple; il y a toutefois cette circonstance particulière que ces crachats cessent comme ils avaient commencé, c'est-à-dire sans passer à l'état purulent. Du reste, à très peu de chose près, les phénomènes stéthoscopiques et ceux fournis par la percussion, sont lés mêmes que dans la bronchite simple. »

Action sur le système nerveux. — Dans quelques cas, on a observé un peu d'excitation cérébrale, des signes de légères congestions qui ont donné lieu à quelque chose d'analogue à l'ivresse produite par les boissons alcooliques; quelques sujets ont présenté des mouvemens spasmodiques, de légers soubresauts dans les tendons.

Action sur les organes génito-urinaires. — L'influence des médicaméns sur les muqueuses urétrale, vaginale et utérine, a aussi été observée et a été caractérisée par une augmentation dans leur fonction sécrétoire.

M. Ricord dit que les accidens que nous venons de signaler ne se sont montrés que chez un petit nombre de sujets qu'il a soumis à l'iodure de potassium; il a traité des centaines de malades par ce médicament qui ont été conduits à une guérison complète sans qu'on ait pu noter aucun des effets pathologiques mentionnés précédemment. D'ailleurs tous les accidens, même les plus graves en apparence, cessent dès qu'on suspend à temps

la médication, ou qu'on la modifie dans sa dose. M. Ricord n'a pas rencontré plus de cinq à six malades chez lesquels il ait été obligé de renoncer définitivement au remède à cause de l'action pathogénique constante qu'il produisait. « En un mot, dit-il, un fait pratique que mon expérience me permet d'établir comme positif, c'est que les phénomènes morbides, qui dépendent purement et uniquement de l'action de l'iodure de potassium, ne demandent jamais, pour disparaître en peu de jours, d'autre traitement que la suppression du médicament, ou la diminution des doses. »

L'étude des divers phénomènes précédemment mentionnés, a fait entrevoir à M. Ricord des contre-indications qui découlent évidemment de ce que nous avons dit, et dont on tiendra compte dans la pratique. Cette étude lui a aussi indiqué les doses auxquelles l'iodure de potassium doit être administré Voici ce qu'il dit à cet égard : « Dans la majorité des cas, pour ne pas perdre un temps précieux en des tâtonnements inutiles, on peut administrer ce remède à la dose de 1 gramme 50 centigrammes par jour, en trois fois. Il faut ordinairement cinq à six jours de l'administration de la même dose pour juger de l'effet produit. Si les symptômes que l'on veut combattre ne s'amendent pas, si on n'aperçoit aucun des accidens que nous avons signalés, on augmente chacune des doses de 50 centigrammes, ce qui fait 3 grammes par jour. On continue de la même manière pendant cinq ou six jours, et, selon les effets produits, on augmente encore dans les mêmes proportions, ou bien l'on reste dans le statu-quo, ou bien l'on diminue. Aujourd'hui que mon expérience sur ce point est très-étendue, je puis dire qu'on a rarement besoin de dépasser trois grammes par jour pour arriver comme maximum à six grammes, de même qu'il est excessivement rare qu'on soit forcé d'en donner moins d'un gramme cinquante centigrammes par vingt-quatre heures. J'emploie beaucoup dans la pratique privée le sirop suivant :

Prenéz : Sirop de salsepareille. . . . 500 grammes
— Iodure de potassium. . . . 16 —
Mêlez.

» D'abord trois cuillerées à bouche par jour, puis six, puis neuf, puis douze ; — dose moyenne six, à prendre en trois fois dans la journée. Ce sirop est pris dans une décoction de feuilles de saponaire, de houblon ou de squine. »

II. *De la polysarcie, considérée comme imminence morbide ou comme maladie, et de son traitement*; par M. Max. Simon.

Ce n'est point une monographie proprement dite de la polysarcie que l'auteur a voulu entreprendre, ce sont seulement quelques remarques qu'il s'est proposé de présenter, remarques toutes pratiques.

Sous le rapport de l'étiologie, M. Simon a cru observer que l'hérédité exerce sur cette maladie la plus puissante influence. Mais, ajoute-t-il, pour bien saisir ce résultat, il faut savoir choisir les sujets de son observation, c'est-à-dire qu'il faut que les enfants aient un genre de vie à peu près analogue à ceux de leurs parents.

Quelquefois on voit survenir la polysarcie à la suite d'affections plus ou moins graves qui ont porté une atteinte plus ou moins profonde à l'organisme. Suivant M. Simon, la fièvre typhoïde serait une des maladies à la suite desquelles on verrait le plus souvent la graisse s'accumuler surabondamment dans les vésicules adipeuses. Il a vu également survenir une polysarcie véritablement morbide à la suite d'une fièvre intermittente tierce. Il en rapporte l'observation.

Les phénomènes par lesquels la polysarcie se manifeste, sont rangés par M. Simon dans deux ordres bien distincts, suivant que le fluide graisseux est accumulé dans le tissu cellulaire souscutané, ou dans les vésicules du même tissu à la surface, ou dans l'épaisseur d'organes internes, au jeu normal desquels tout l'organisme est intéressé. M. Simon examine ensuite très-brièvement la maladie sous ces deux formes.

« Autant qu'il est possible de généraliser, en parlant d'une affection qui jusqu'ici a été légèrement étudiée et sur laquelle nous n'avons nous-même que des indices fort circonscrits, nous croyons que la thérapeutique, par laquelle il convient de la combattre, doit s'appuyer sur deux élémens principaux qu'on trouve au fond de cette maladie ; le premier de ces élémens, auquel on arrive par la voie de l'induction, c'est la diathèse qui commande forcément cette hypersécrétion adipeuse insolite ; le second est atteint par l'observation directe, c'est l'état d'inertie dans lequel tombent la plupart des organes sécréteurs de l'économie pendant que la sécrétion adipeuse jouit d'une si prodigieuse activité. » Il y a donc dans le traitement de la polysarcie une double indication à remplir. La diathèse dont il s'agit ici étant le plus ordinairement sthénique, un régime tenu, maigre, l'exercice, quelques alcalins, sont indiqués. Quant à la seconde indication, on la remplira en réveillant les sécrétions engourdies, d'où l'usage des diurétiques, des diaphorétiques, des eméto-cathartiques, des aphrodisiaques, etc.

Quant aux acides, au mercure, à l'iode, etc., moyens qui ont été proposés par divers auteurs, M. Simon les proscrits, car s'il est vrai qu'on puisse par là faire disparaître la polysarcie, il est vrai aussi que ces médications peuvent créer des états morbides plus graves que le mal contre lequel on les dirige. *Primo non nocere.* Une forte préoccupation morale, habilement provoquée, peut exercer la plus heureuse influence sur cette maladie ; mais c'est là une arme extrêmement difficile à manier.

III. *Du traitement des hydropisies passives, et particulièrement des avantages de l'emploi d'un vin diurétique particulier dans ces affections*; par M. Debreyne, docteur-médecin, à la Grande-Trappe (Orne).

« Comme dans la curation des hydropisies, les évacuations séreuses ont lieu le plus souvent par les voies urinaires et les voies intestinales, il faut donc combiner les excitans des sécrétions urinaires avec les excitans des évacuations intestinales ou alvines, c'est-à-dire les diurétiques avec les purgatifs ou les drastiques, sous une forme rapprochée et concentrée. De ce principe du mode ou de la forme pharmaceutique découle la conséquence que le régime alimentaire doit être sec, absorbant et tonique, essentiellement composé de viandes grillées, rôties ; de pain grillé, etc. ; d'un peu de vin blanc pour boisson, ou de vin rouge si le malade le préfère. D'après cela donc, nous retranchons et nous proscrivons toutes les boissons aqueuses, et généralement toutes les tisanes et tous les apozèmes réputés apéritifs et diurétiques. Nous recommandons toujours aux malades de ne boire que le moins possible, et de tromper plutôt la soif, si elle devient impérieuse, au moyen de quelques fruits rafraîchissans, des oranges, des citrons, etc.; d'un peu de vin blanc léger, un peu de poiré, de bière, etc. »

Comme moyens pharmaceutiques, M. Debreyne fait usage de deux vins médicinaux, l'un qu'il appelle *majeur*, et l'autre qu'il nomme *mineur*.

Le premier est, suivant lui, le moyen le meilleur, le plus sûr et le plus efficace. En voici la composition :

Pr. Jalap concassé. 8 grammes
Scille concassée. 8 id.
Nitrate de potasse. 15 id.
Mêlez.

On fait tremper ces substances dans un littre de vin blanc pendant vingt-quatre heures. Le malade en prend trois cuillerées par jour ; une le matin, une à midi et l'autre le soir, deux heures avant le repas. Deux jours après, on double la dose ; et encore deux jours après, le malade doit en prendre neuf cuillerées dans la journée. On continue ainsi si le remède est bien supporté par l'estomac. Il ne faut pas que le nombre des garde-robes dépasse sept ou huit par jour.

Voici la formule du vin médicinal *mineur* :

Pr. Nitrate de potasse. 12 grammes.
Baies de genièvre. 60 id.

On fait tremper ces substances dans une bouteille de vin blanc pendant vingt-quatre heures. On en prend un verre par jour, en trois fois, une heure avant le repas. M. Debreyne n'emploie cette seconde formule que contre les enflures œdémateuses des pieds et des jambes, et les hydropisies commençantes.

Lorsque le vin *majeur* reste impuissant, ou lorsque les malades éprouvent une trop grande répugnance à le prendre, M. Debreyne le remplace par les pilules diurétiques suivantes :

Pr. Poudre de digitale. 12 grammes.
Scammonée. 6 id.
Scille pulvérisée. 6 id.
Extrait de genièvre. q. s.
Faites 120 pilules.

Le malade prend une de ces pilules le premier jour ; le second il en prend deux, et augmente ainsi jusqu'à six par jour ; deux le matin, deux à midi et deux le soir, deux heures avant les repas. Sur chaque dose de pilules, il avale trois à quatre cuillerées de vin blanc dans une bouteille dans laquelle on aura fait fondre 12 grammes de nitrate de potasse.

M. Debreyne prévient cependant que ces médications ne constituent pas une panacée infaillible. Il n'arrive que trop souvent, dit-il, que les cures obtenues ne sont que palliatives et temporaires. « Nous ne proposons pas ces médications comme spécifiques, ajoute-t-il en terminant ; elles ne sont à nos yeux que spéciales, et ne doivent avoir une valeur réelle que dans les hydropisies passives que l'on n'a pu guérir plus rationnellement, c'est-à-dire par la destruction de leur cause ou par les moyens qui paraissent les plus propres à atteindre ce but. »

Gazette médicale de Paris. — 3 et 17 septembre 1842.

I. *Recherches médico-légales sur le sang*; par M. le docteur Louis Mandl.

Dans un court préambule où sont exposées succinctement les recherches de MM. Orfila, Ratier, Ollivier (d'Angers), A. Devergie, Gauthier de Claubry et Bayard, M. Mandl montre que déjà la médecine légale a pu tirer dans plusieurs questions une grande utilité de l'emploi du microscope. Mais il est un problème d'une haute importance que toutes les tentatives n'ont pas encore pu résoudre ; nous voulons parler des cas dans lesquels, la chimie ayant montré que certaines taches proviennent du sang desséché, on voudrait savoir à quelle classe des vertébrés appartient ce sang. Or, c'est la solution de ce problème que M. Mandl s'est appliqué à rechercher dans son travail.

Il est bien démontré, selon l'auteur, que la médecine légale peut distinguer les taches du sang de toute autre substance produisant des taches d'une couleur analogue. Mais, lorsqu'il s'agit de distinguer les diverses espèces de sang les unes des autres, la médecine légale ne possède aucun moyen ni microscopique, ni chimique pour atteindre ce résultat. La était donc la difficulté ; or, cette difficulté M. Mandl n'a pu la résoudre qu'en partie ; il est parvenu à distinguer le sang de l'homme et des mammifères du sang des ovipares, c'est-à-dire du sang des oiseaux, des poissons et des reptiles. Voici la manière dont il procède :

« On sait, dit-il, que, lorsqu'on a mis une tache de sang pendant quelque temps à macérer dans l'eau, elle se décolore ; et qu'une petite couche grisâtre ou des filamens blancs-grisâtres de fibrine restent attachés à la substance qui portait les taches. C'est cette fibrine décolorée que nous examinons : En effet, elle seule peut présenter les globules décolorés tandis que le liquide coloré provenant de la macération de la tache ne contient que la matière colorante rouge, l'albumine dissoute, et quelquefois quelques globules sanguins détachés. Nous sommes donc sûrs que l'examen microscopique de ce liquide ne pourra offrir aucune utilité, et qu'il faut soumettre à l'examen la fibrine décolorée.

» Voici la manière dont on doit procéder pour obtenir la portion décolorée de la tache propre à l'examen microscopique : on prépare d'abord une lame de verre, comme pour toute autre observation microscopique ; on place sur cette lame une goutte d'eau distillée : on détache ensuite, avec une pointe quelconque, le plus commodément avec une aiguille à cataracte, quelques particules de la tache ; on aura soin de choisir les bords de la tache, parce que le sang desséché forme à cet endroit la couche la plus mince, et se trouve, par conséquent, dans les circonstances les plus favorables pour l'examen microscopique. Les particules que l'on détachera de cette manière auront tout au plus la grandeur d'une tête d'épingle ; il y en aura même quelques-unes beaucoup plus petites. Il est bon que leur nombre soit toujours au moins de quatre à cinq.

» Lorsqu'on s'est procuré ces particules de la tache, il est nécessaire de les transporter dans la goutte d'eau placée sur la lame de verre. On y parvient plus facilement en mouillant légèrement avec de l'eau distillée la pointe qui a servi à gratter la tache. Toutes les particules adhéreront à la pointe ; on plongera ensuite celle-ci dans la goutte d'eau placée sur la lame de verre, et on aura soin de faire tomber toute les particules par de légères secousses données à la pointe. On évitera de frotter la pointe contre la lame de verre, parce que cette opération pourrait ôter à l'observation la netteté de ses résultats. Il y aura donc maintenant cinq ou six particules très-petites et très-minces, nageant librement dans la goutte d'eau ; ce sont, pour ainsi dire, autant de taches de sang microscopiques. On les laissera maintenant séjourner pendant quelque temps dans l'eau pour les décolorer ; on comprend facilement qu'il faudra beaucoup moins de temps pour produire cette décoloration qu'il n'en faut pour une grande tache. En effet, au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, les particules seront déjà décolorées. On peut un peu accélérer cette dissolution de la matière colorante, en inclinant dans des directions différentes la lame de verre.

» Lorsqu'on aura observé que ces particules ont déjà beaucoup pâli, c'est-à-dire que la matière colorante s'est dissoute, alors on procédera à leur examen de la manière suivante : on diminuera préalablement la quantité d'eau dans laquelle nagent les particules décolorées, en inclinant de côté la lame de verre pour faire écouler une partie de la goutte d'eau. On prend ensuite une seconde lame de verre très-mince, celle qui sert habituellement dans les observations microscopiques pour couvrir l'objet examiné, et on la placera avec précaution sur les particules qui nagent dans l'eau. On doit éviter avec soin toute compression considérable. Ceux qui ont quelque habitude des observations microscopiques sauront bientôt apprécier la quantité d'eau nécessaire pour rendre l'observation nette et distincte. Il ne faut pas qu'il y reste trop de la goutte qui a servi à dissoudre la matière colorante, parce qu'alors l'eau couvrirait facilement la seconde lame de verre ; il ne faut pas non plus qu'il en reste trop peu, parce que la présence des bulles d'air rendrait les particules trop opaques. Ce sont des précautions à prendre dont on se rend bientôt maître en répétant quelquefois ces expériences.

» Nous avons maintenant les particules décolorées, placées dans une goutte d'eau, entre deux lames de verre. On transportera le tout sur le porte-objet du microscope, et on soumettra les particules à l'observation. Dans cet examen on dirigera surtout son attention sur les bords transparens des particules ; c'est là que l'on peut le mieux et le plus nettement distinguer les élémens dont il va être question. Leur partie centrale le plus souvent n'est pas suffisamment décolorée ; l'examen devient alors plus difficile. Voici maintenant ce qu'on a observé dans ces particules décolorées qui sont formées par la fibrine et par les globules sanguins privés de matière colorante.

« Les particules détachées du sang des mammifères présenteront une couche amorphe, c'est-à-dire sans aucune organisation, dans laquelle on apercevera çà et là quelques globules blancs. Les globules sanguins étant parfaitement décolorés, il n'en paraîtra aucune trace. Lorsque, au contraire, les particules décolorées appartiennent à des taches produites par du sang d'ovipare, on apercevra un très grand nombre de noyaux oblongs serrés les uns contre les autres, dans une couche amorphe de fibrine coagulée, tandis que les contours externes de chaque globule ne sont plus perceptibles.

» On aura donc de cette manière un moyen très-facile de constater l'espèce du sang qui a produit la tache. Mais le sang de l'homme et celui des mammifères offrant des globules de même structure, on comprend facilement que l'on ne pourra parvenir à distinguer par le microscope ni le sang de l'homme de celui de tout autre mammifère, ni celui d'un mammifère d'avec celui d'un autre. Au contraire, il sera très-facile d'établir si les taches en question appartiennent au sang de l'homme et d'un mammifère ou à celui d'un ovipare, c'est-à-dire d'un poisson, d'un oiseau ou d'un reptile. »

Il est inutile d'ajouter que, lorsqu'il s'agira de faire l'application de ces expériences à un cas de médecine légale, on ne saura apporter trop de soin à leur exécution. M. Mandl le dit avec beaucoup de raison ; il ne faudrait pas s'imaginer que le premier venu peut faire ces observations. On n'est pas micrographe parce qu'on possède un microscope.

II. *Mémoire sur les ruptures du tendon du triceps fémoral au-dessus de la rotule*; par M. Demarquay, interne à l'Hotel-Dieu de Paris.

En faisant des recherches sur ce sujet, M. Demarquay a pu réunir treize cas de rupture du tendon du triceps fémoral audessus de la rotule, observés par Ruysch, J.-L. Petit, Schlichting, Mollinelli, Saucerotte, Sédillot, Boyer, Dupuytren, MM. Martini, Velpeau, Blandin, Jobert et Maisonneuve. Après avoir rapporté ces observations, il s'applique à en déduire quelques considérations générales.

Dans toutes ces observations, aucun des malades n'ayant succombé peu après l'accident, on ne possède pas d'élemens assez précis pour tracer l'histoire de l'anatomie pathologique de ce genre de lésion.

Cette affection a toujours été produite consécutivement à de grands efforts musculaires, soit qu'ils soient faits pour parer à une chute, soit au contraire pour franchir un espace.

Dans les treize observations, l'âge des sujets n'a été indiqué que huit fois. Le plus jeune des malades avait vingt-deux ans et le plus âgé soixante-quatorze ; deux avaient moins de trente ans ; des six autres, le plus jeune avait quarante-cinq ans.

Parmi tous les malades, on n'a compté que deux femmes. Cette différence trouve probablement son explication dans ce fait que les femmes se livrent généralement à des travaux moins rudes que les hommes.

Cette affection est ordinairement unique ; cependant elle s'est montrée double deux fois.

Les complications ont été peu graves ; on n'a noté qu'un peu de fièvre, un peu de rougeur et d'inflammation de la cuisse. Dans un cas cependant il y eut une fièvre nerveuse et du délire, et dans un autre il y eut en même temps une fracture du fémur du même côté où avait lieu la rupture du tendon.

Quant à la question de savoir lequel des deux membres est le plus souvent affecté, M. Demarquay est porté à croire que c'est le droit ; mais il avoue ne pouvoir rien conclure, le membre affecté n'ayant pas été indiqué dans les observations anciennes qu'il rapporte.

Les symptômes de cette affection consistent dans une douleur vive, perçue à la partie inférieure de la cuisse, un sentiment de craquement dans cette partie, et enfin une chute. Au moment de l'accident, on constate une dépression sous-cutanée plus ou moins étendue, située au-dessus de la rotule ; cette dépression varie en grandeur suivant que l'on fléchit ou que l'on étend la jambe. La rotule est plus mobile que dans l'état normal. Le malade ne peut ni étendre ni soulever la jambe. Tels sont les symptômes primitifs. Plus tard la dépression mentionnée plus haut se comble ; un gonflement, quelquefois une large ecchymose, et même une inflammation surviennent dans le lieu où siége la maladie ; mais ces phénomènes disparaissent assez promptement.

Dès le début cette lésion est facile à diagnostiquer ; plus tard,

lorsque le gonflement est survenu, ce diagnostic peut offrir tout d'abord des difficultés.

La marche de cette affection est généralement simple. Aux phénomènes morbides que nous venons d'indiquer succède bientôt un travail organique et réparateur.

Cette affection a exigé en moyenne de quarante à cinquante jours de séjour au lit; elle a laissé neuf malades sur douze dans l'impossibilité de marcher convenablement. Ce serait donc une affection grave. Quant à la cause de ces insuccès, M. Demarquay pense qu'on pourrait les expliquer de la manière suivante :

« Immédiatement après la rupture du tendon du triceps, dit-il, ce tendon fixé à un muscle long et doué de rétractibilité tend sans cesse à s'éloigner, au début de la maladie, du fragment inférieur. Si on ne s'oppose à cette rétractibilité, elle se fait jusqu'à ses dernières limites, qui varient peut-être suivant chaque individu; il reste donc un espace à combler en rapport avec la rétractibilité musculaire; et supposant par la pensée que l'espace est comblé, et qu'une nouvelle portion du tendon est formée, il en resultera que le droit antérieur de la cuisse, ou longue portion du triceps fémoral, aura encore la même longueur. Mais par suite de la contraction et du retrait musculaire qu'il a subis, il peut avoir perdu de sa force contractile, d'où l'impuissance dans laquelle se trouve le triceps de tendre la jambe sur la cuisse et de marcher sur un plan déclive. D'après mon hypothèse, l'impuissance ne viendrait point de la longueur du muscle, mais de la faiblesse de contractibilité. »

Dans le traitement, il y a deux indications à remplir : 1° rapprocher les deux bouts du tendon divisé; 2° s'opposer à leur écartement. Les bandages imaginés pour obtenir la guérison des fractures de la rotule sont rejetés par M. Demarquay; les deux indications sont, suivant lui, mieux remplies par un bandage dextriné. La jambe étant placée dans l'extension la plus complète sur la cuisse, et celle-ci étant fléchie sur le bassin, on applique une bande dextrinée depuis les orteils jusqu'au genou; des compresses longuettes sont alors placées au-dessous de la rotule pour relever cet os le plus possible, et le bandage est ensuite continué jusqu'au niveau des trochanters. Une longue attelle, fixée sur toute la longueur de la partie postérieure du membre malade, maintient l'extension la plus complète jusqu'à la dessiccation de l'appareil. Il peut se faire qu'on ait besoin de renouveler l'appareil; alors on le réapplique de la même manière. En suivant ce mode de traitement, dit M. Demarquay, M. Blandin a guéri une personne âgée de soixante-huit ans et affectée d'une rupture grave du tendon du triceps fémoral.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. — Septembre 1842.

I. *Note sur la compression des mamelles dans les cas d'abcès de ces organes;* par M. RAIMBERT, D.-M. à Chateaudun (Eure-et-Loir.)

Cette note n'est qu'une confirmation nouvelle des avantages d'une méthode de traitement du sein que M. Velpeau a indiquée et appliquée dans certains cas, et dont MM. Trousseau et Contour ont généralisé l'emploi à tous les foyers purulens des mamelles. M. Raimbert rapporte cinq observations très-détaillées qui prouvent les heureux résultats obtenus par ce mode de traitement. Nous avons assez souvent insisté dans ce journal sur les avantages de ce moyen, pour nous dispenser d'entrer ici dans des détails sur ce point. Nous nous bornerons à faire connaître un bandage que l'auteur appelle *triangle thoraco-scapulaire*, dont il a trouvé une partie des élémens dans le système de déligation de M. Mayor de Lausanne.

« Cet appareil, dit-il, s'applique promptement et avec facilité; un mouchoir, des compresses, de la ouate ou de l'étoupe le composent, et ces objets se trouvent partant sous la main du médecin.— Je le place de la manière suivante : un mouchoir est plié en triangle; sa base est repliée une ou plusieurs fois sur elle-même et appliquée sous les seins; la partie repliée en dessus, le reste du mouchoir formant triangle, touchant la poitrine, couvrant le sein malade et le sommet dirigé vers le haut. — Les extrémités de la base du triangle sont dirigées en arrière autour du thorax, qu'elles serrent sans gêner, et fixées solidement l'une sur l'autre. Une bande est attachée par son milieu à la partie postérieure du bandage, les chefs sont ramenés sur chaque épaule et dirigés vers le sein malade. On garnit alors la mamelle de ouate ou d'étoupes et de compresses, puis on tire fortement en haut l'extrémité du triangle, et on la maintient ainsi relevée et bien appliquée à l'aide des chefs de la bande ramenés en avant. Cet appareil peut rester trois, quatre ou cinq jours sans être renouvelé, suivant que la suppuration est plus ou moins abondante; s'il se relâche, on le resserre sans le déranger; il ne gêne en rien l'autre mamelle qu'il laisse à découvert en même temps qu'il la soutient. »

II. *Quelques réflexions et remarques d'un médecin praticien sur la fièvre typhoïde;* par M. MATHIEU, D. M.

M. Mathieu commence par nous apprendre qu'il a exercé pendant huit ans dans un quartier situé entre les halles et l'Hôtel-de-Ville; que dans ces quartiers les rues sont sales, très-étroites; que les logemens sont on ne peut plus malsains; que les hommes et les animaux couchent dans les mêmes chambres et mangent presque à la même table; en un mot que c'est « le Montfaucon le plus pestilentiel qui puisse se trouver au centre de Paris. » Là M. Mathieu a observé un très-grand nombre de fièvres typhoïdes, et c'est le résultat de ses observations qu'il fait connaître à ses confrères.

Lorsque M. Mathieu approche un malade au début du mal, ce qui le guide c'est l'auscultation du ventre. « J'applique l'oreille sur le ventre, dit-il, et dans la fièvre typhoïde, même à l'extrême début, j'entends *toujours un bruit humorique* qui jusqu'à présent ne m'a pas encore trompé. » Ce qui ne l'empêche pas toutefois de passer en revue tous les appareils. — M. Mathieu n'a pas trouvé autant de pétéchies qu'on le dit dans les livres; suivant lui, ces taches ne jouent pas un rôle aussi important qu'on l'a prétendu.

D'après M. Mathieu, la gravité et la durée de la maladie sont facilement indiquées par les prodromes du mal. « Ce qui m'a guidé jusqu'à présent, dit-il, c'est l'intensité du mal de tête; ce sont les douleurs très-profondes, on pourrait dire gravatives, que les malades accusent dans les membres pelviens, surtout dans la *région sarcée.* »

Quant au traitement, M. Mathieu a mis à contribution tous les moyens indiqués, et il en a obtenu des résultats tellement différents, qu'aujourd'hui il a adopté une thérapeutique de laquelle il ne s'écarte que fort rarement.

M. Mathieu considère d'une manière générale la saignée comme une médication très-pernicieuse. « Je ne suis point un homme à système, dit-il, mais j'ai vu tant de fois le funeste résultat de ce mode de traitement, que je ne crains pas de me prononcer d'une manière absolue. » Il n'est pas plus indulgent pour ceux qui font une médecine expectante.

Pour M. Mathieu, la fièvre typhoïde est un empoisonnement dont un agent particulier fait les frais, et ses efforts tendent alors à désempoisonuer le malade. « La nature, dit-il, a fait naître dans cette maladie la diarrhée comme moyen d'éliminer l'agent morbifique, je cherche en conséquence à agir dans le même sens; de plus je combats directement l'intoxication, et, chose remarquable, depuis que j'agis ainsi, j'ai eu l'heureuse chance de ne pas perdre un seul malade, et cela c'est depuis cinq ans; et pourtant j'ai eu tout ce qu'il y a de plus grave en fait de fièvre typhoïde. »

M. Mathieu ne considère les formes adynamique, ataxique, les prédominances cérébrale, thoracique, abdominale, que comme des modes divers de l'empoisonnement typhoïde. Dès lors ses efforts tendent toujours à combattre l'intoxication; il lui paraît au moins inutile de s'attacher à poursuivre les symptômes. Voici, du reste, l'exposé de sa pratique :

« Soir et matin, mon malade prend un lavement laxatif (eau et mélasse à égale quantité le plus habituellement), et aussitôt après les évacuations, lorsque le ventre est aplati, je fais donner un quart de lavement contenant douze à quinze grammes environ de chlorure de soude, engageant à tâcher de le conserver aussi long-temps que possible, et mieux serait de ne pas le rendre. — Parfois je rends les évacuations plus faciles en administrant par les voies supérieures trente à quarante grammes de sulfate de magnésie dissous dans une tisane ou un bouillon quelconque, ou bien tout simplement de l'eau de Sedlitz, suivant en cela la méthode du docteur de Larroque. Toujours dans le but de neutraliser l'intoxication, je fais prendre assez fréquemment un grand bain; j'administre encore à l'intérieur le charbon végétal en poudre, à la dose de trois à quatre grammes en vingt-quatre heures. (Le charbon animal contient des sulfureux, et pourrait être ici d'un emploi dangereux). Enfin, dans les grands désordres ataxiques, j'ai retiré de grands avantages du musc et du sulfate de quinine pris en lavement. J'ai recueilli des observations bien curieuses dans le cas dont il s'agit ici. Lorsque les phénomènes d'acuité sont passés, au moment surtout où la langue, les dents et les lèvres sont fuligineuses, la peau offrant souvent peu de chaleur, je crois que la médication tonique est de première nécessité. Je ne discontinue pas pour cela les laxatifs et les chlorures. Je trouve qu'il est dangereux de laisser vivre un individu affecté de fièvre typhoïde aux dépens de sa propre substance; aussi ai-je le soin de nourrir mon malade. Il boit plusieurs tasses de bouillon gras, et jusqu'à présent je n'ai eu qu'à me louer de cette médication. Parfois je donne un peu de vin, mais c'est dans la dernière période de la maladie. »

Lorsque le malade est entré en convalescence, qu'il n'est plus sous le coup de l'intoxication, et que la diarrhée persiste, M. Mathieu use largement des toniques. Le sulfate d'alumine en pilules à la dose de 0,50 par jour, et des quart de lavement contenant un gramme de ce médicament, lui ont été très-utiles en pareil cas. Il a aussi eu recours plusieurs fois au nitrate d'argent, aux doses indiquées par M. Trousseau.

M. Mathieu termine son exposé par le paragraphe suivant : « L'été de 1842 a présenté une très-grande quantité de fièvres typhoïdes. J'ai traité mes malades ainsi que je l'ai exposé, et sur plus de trente dirigés par moi depuis le mois d'avril, *je n'ai pas eu à enregistrer un seul insuccès.* » Voilà un résultat qui pourrait bien faire des envieux.

III. *Hernie du cerveau consécutive à un coup de pied de cheval;* par M. LÉONARD, D. M. à Felletin (Creuse).

Voici une observation qui offre un haut intérêt à plus d'un titre; c'est pourquoi nous croyons devoir l'exposer avec quelques détails.

Un jeune enfant de 7 ans, reçut, le 9 juillet 1838, au niveau de la bosse frontale droite, un coup de pied de cheval qui fut immédiatement suivi de perte de connaissance et de vomissemens. Il en résulta une plaie déchirée, contuse, avec enfoncement des os du crâne, permettant d'apercevoir les battements du cerveau; pas d'hémorrhagie inquiétante. Il y a enfoncement des os et plusieurs esquilles. M. Léonard relève les uns avec une spatule et extrait les autres. Les jours suivans, les phénomènes des plaies de tête se déclarent; mais ils sont calmés par les moyens appropriés, et le 18 juillet l'enfant se lève et va jouer avec ses camarades. La plaie, presque entièrement cicatrisée, offre seulement à son centre un bouton fongueux qui est réprimé avec le nitrate d'argent.

Le 26, le petit malade se gorge de groseilles; des phénomènes gastriques avec convulsions violentes se déclarent. A dater de cette époque la plaie se gonfle tous les jours; le bourgeon fongueux de son centre devient plus volumineux et se développe en forme de champignon. On sent tout autour une crépitation manifeste dépendant des portions d'os fracturés qui s'étaient détachées. Le 22 août, la tumeur fongueuse est enlevée. Sa base est en grande partie formée par un tissu blanchâtre que M. Léonard crut être une portion du cerveau. Deux jours après il put s'en convaincre à l'aspect d'une nouvelle tumeur blanche, parsemée de quelques stries sanguinolentes, et dont les soulèvemens étaient isochrones aux battemens du cœur. Sans être comprimée, abandonnée à elle-même, cette seconde tumeur se flétrit par degrés; mais elle ne tarda pas à être remplacée par une troisième qui fit saillie surtout du côté gauche de la plaie. Cependant malgré ces pertes considérables de la substance cérébrale, « il me fut impossible, dit M. Léonard, de constater aucune altération soit de la motilité, soit de la sensibilité, soit, enfin, de l'intelligence; tout paraissait se passer, en un mot, comme si le cerveau n'eût réellement pas été endommagé. »

Cependant la mort survint le 11 septembre, soixante-quatre jours après l'accident.

L'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort, et voici les lésions qu'on observa à la tête : « La plaie qui offrait peu d'instans avant la mort une tumeur assez considérable, présente maintenant un phénomène cadavérique remarquable; à la place de la tumeur existe une vaste cavité qui, lorsqu'on y introduit le doigt indicateur, permet de l'y plonger entièrement et de parcourir l'intérieur du crâne jusqu'à un point correspondant à l'oreille droite, sans qu'on rencontre de trace de la pulpe cérébrale, ce qui pourrait faire croire à une perte de substance plus grande qu'elle n'est en réalité. Ce résultat n'est qu'un simple effet de la compression exercée par l'air atmosphérique. En promenant le doigt dans les autres points du crâne, on trouve encore un très-grand espace vide, mais moindre que dans le premier point indiqué.

» Après avoir détaché la calotte osseuse du crâne, on arrive sur la dure-mère qui se colle parfaitement partout sans aucune déchirure; une solution de continuité de 14 millimètres environ de diamètre en tous sens existe sur le frontal et sur la dure-mère qui n'est que peu adhérente à l'endroit de la fracture. Le bord de l'ouverture osseuse est lisse; on n'aperçoit d'autres vestiges de fragmens que deux ou trois esquilles qui sont comme perdues dans la hernie du cerveau. Ses membranes sont très-pâles; il ne s'écoule du sang en aucun point, si ce n'est une petite quantité vers le confluent des sinus. En incisant la dure-mère d'avant en arrière, à partir de la déchirure qui existe au niveau de la plaie, il s'écoule une grande quantité de pus jaunâtre qui provient de la perte de substance éprouvée par le cerveau, et aussi de l'intérieur des ventricules; ce viscère présente un très-grand développement pour un enfant de cet âge. La perte qu'a éprouvée le parenchyme cérébral peut être évaluée au volume d'un gros œuf de poule. Tout cet espace est baigné par du pus et par le détritus gangréneux de la substance cérébrale. Une espèce de conduit qui existe au fond de cette cavité permet d'arriver jusqu'au ventricule droit qui est tapissé dans toute son étendue par du pus jaune concret; du reste pas la moindre trace d'inflammation. La même disposition se rencontre exactement dans les ventricules moyen et latéral gauche, ainsi que dans le quatrième ventricule, ou du cervelet. Nulle altération ne se remarque dans le tissu cérébral, hors du point qui faisait hernie. On peut évaluer à un huitième de litre à peu près la quantité de pus contenu dans le cerveau. »

REVUE MÉDICALE. Août 1842.

I. *Observation sur un cas de diabète sucré, guéri par un régime animal et le pain de gluten.*

Cette observation a été recueillie dans le service de M. Requin, à l'Hôtel-Dieu (Annexe), par M. Bonnefous, interne.

Une femme, âgée de soixante ans, ayant toujours été bien réglée depuis l'âge de quinze ans jusqu'à quarante-huit ans, ayant eu dans sa vie quatorze fausses couches sans avoir pu amener une grossesse à terme, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 février 1842. Cette femme est dans un état de misère complet. Il paraît qu'elle a des habitudes d'ivrognerie. Elle déclare que la maladie, pour laquelle elle vient réclamer des soins, date de quatre mois, que son invasion a été subite, et qu'elle a eu dès son début l'intensité qu'elle présente aujourd'hui. Notons que cette femme a une intelligence assez obtuse et que par conséquent il est prudent de se tenir sur la réserve dans les renseignemens qu'elle donne.

Quoi qu'il en soit, le jour de son entrée à l'hôpital on constate une soif extrême, et une augmentation considérable dans la quantité des urines. Durant les premiers temps du séjour de la malade à l'hôpital, deux seaux et demi d'urine étaient excrétés chaque jour. Ces urines, analysées par M. Bouchardat, ont fourni 70 grammes de sucre sur 1000. Du reste on ne constate aucun trouble notable dans l'état général; il n'existe qu'un affaissement des forces qui empêche la malade de se livrer à ses occupations habituelles; elle est marchande des quatre saisons.

On comprend que le diagnostic ne présentait aucune difficulté. Une chemise de flanelle fut appliquée sur la peau; régime animal autant que possible; deux portions de pain ordinaire pour la double quantité de viande, pas de légumes; vin de Bordeaux. Chaque soir une pilule d'extrait d'opium à 0,05 cent. Bientôt, vu l'indocilité de la malade, on substitua le pain de gluten au pain ordinaire, et du poulet à la viande servie ordinairement dans les hôpitaux.

Ce traitement produisait chaque jour de l'amélioration; la malade buvait de moins en moins, et, au bout de deux mois, on constata que les urines excrétées dans une journée étaient réduites à un tiers du seau. A cette époque les urines furent analysées de nouveau, et à différentes reprises, par M. Bouchardat, et on n'y trouva pas de sucre.

Par la suite les forces reparaissent, l'appétit et le sommeil augmentent; la quantité d'urine diminue progressivement, et le 7 juin la malade quitte l'hôpital dans un état qui peut être considéré comme une guérison.

II. *Etudes sur la thérapeutique des luxations récentes;* par M. le docteur G. Filugelli, de Parme.

« Après avoir établi, dit l'auteur, dans un précédent mémoire (*Revue médic.*, juillet 1842), que les obstacles rencontrés dans la réduction des luxations sont dus à un accrochement des os déplacés, accrochement qui, d'un côté, est produit par des éminences osseuses, et, de l'autre, par une tension musculaire complétement passive, qui tient immobiles, l'une contre l'autre, ces éminences, et après avoir remarqué que le déplacement des os luxés se fait presque constamment du côté opposé à celui où les muscles tendus tendent à les entraîner, et où ils les entraînent en effet après le décrochement, on peut, je crois, tirer les conséquences suivantes, savoir : 1° que, les muscles ne contribuant à la production des obstacles à la réduction des luxations que d'une manière complétement passive, l'administration de tout remède capable de faire cesser des contractions musculaires est inutile; 2° que, les muscles tendus ayant une forte tendance à porter les os luxés vers leur situation normale, il ne faut pas, pendant la réduction, employer des forces trop considérables, capables de neutraliser celles des muscles nommés; 3° que, l'accrochement des os luxés devant exister dès l'instant même où le déplacement se produit, la réduction des luxations, tentée immédiatement après l'accident, doit présenter les mêmes difficultés qu'elle présenterait quelques jours seulement après. »

M. Filugelli donne, dans les mémoires que nous avons sous les yeux, quelques éclaircissemens sur chacune des trois conséquences que nous venons d'exposer, et termine par la description de quelques procédés pour la réduction de plusieurs luxations. Ce sont ces procédés que nous voulons faire connaître.

Méthode des tractions en haut pour réduire les luxations de l'humérus en avant. — A cette méthode se rattachent les procédés de Wite de Manchester, de Henri Thompson, de Mothe de Lyon, et de M. Malgaigne. M. Filugelli donne la préférence au procédé de ce dernier chirurgien; il lui trouve

grand dorsal; 3° on ne s'expose pas à porter la tête de l'humérus sous l'éminence coracoïde, où elle pourrait arcbouter, et par cela seul devenir irréductible. Mais, ajoute M. Filugelli, plusieurs de ces avantages disparaissent dès que l'on porte l'humérus du blessé trop près de la tête, surtout lorsqu'on a affaire à une luxation sous-coracoïdienne.

Quoi qu'il en soit, la méthode des tractions en haut est la seule rationnelle pour réduire toutes les luxations de l'humérus en avant. Cependant elle peut échouer quelquefois et présenter divers obstacles. Voici le procédé qui paraît à M. Filugelli devoir remplir toutes les indications :

« Supposons, dit-il, une luxation en avant de l'humérus du côté gauche. L'opérateur prend avec sa main droite le bras gauche du malade, qui est debout devant lui, soutenu par un aide; il porte ce membre dans la position indiquée par M. Malgaigne, il fléchit l'avant-bras correspondant, il met sa main gauche presque fermée dans l'aisselle sur la tête humérale, et il tire pendant quelques secondes le bras luxé en dehors et en haut en même temps qu'un autre aide maintient, avec les deux mains, le scapulum immobile. Cela étant fait, le chirurgien porte par degrés le bras luxé en avant et en bas en le tournant en dedans. La main gauche ne doit pousser la tête humérale avec une certaine force qu'au moment de la rotation du bras en dedans. Cette manœuvre, aussi simple que peu douloureuse, peut être répétée sans aucun inconvénient, tant que la réduction n'a pas eu lieu, laquelle, si l'on a le soin d'éviter certains écueils, ne peut pas se faire attendre. »

Position fléchie pour la réduction des luxations du pouce en arrière. — Cette méthode, dit M. Filugelli, faisant cesser l'accrochement, et ouvrant, pour ainsi dire, la boutonnière du court fléchisseur, remplit toutes les indications et doit être choisie pour la réduction de cette espèce de luxations.

Voici le procédé qui lui paraît le plus rationnel : « Supposons, dit-il, une luxation en arrière du pouce droit. Un aide soutient l'avant bras correspondant du malade qui peut être debout ou assis devant l'opérateur; celui-ci lui prend avec sa main droite la main blessée, de façon que son pouce soit appuyé sur la partie moyenne de la face dorsale du premier métacarpien, et les quatre autres doigts sur le bord cubital de la main mentionnée. Alors il la serre fortement de manière à pousser le premier métacarpien vers l'éminence hypothénar; il prend avec la main gauche le pouce luxé et le porte en tirant sur lui dans la flexion exagérée. Cela fait, le chirurgien laisse brusquemment glisser les quatre doigts placés sur le bord cubital de la main blessée, les porte subitement sur la face palmaire du premier métacarpien, pour l'éloigner de l'éminence hypothénar, et la réduction a lieu. Ainsi, on commence par pousser le premier métacarpien en dedans ou vers la paume de la main pour éloigner l'une de l'autre les têtes articulaires déplacées; on fléchit le pouce en même temps que l'on exerce des tractions pour achever le décrochement, pour relâcher le court fléchisseur, pour faire écarter les deux portions et pour porter les deux surfaces articulaires sur le même niveau, et on finit par pousser le premier métacarpien dans un sens inverse au précédent pour le faire rentrer dans sa position normale. »

III. *Coup d'œil sur les caustiques employés dans le traitement des maladies du col de l'utérus, et en particulier sur le caustique de Vienne solidifié;* par M. le docteur Filhos.

Dans cet opuscule l'auteur s'attache à démontrer la supériorité du caustique de Vienne solidifié sur les autres espèces de caustiques. Suivant lui, c'est le caustique le plus commode, le plus actif et le plus sûr qui puisse être employé dans le traitement des maladies du col de l'utérus. Ses effets caustiques se trouvent tout à fait subordonnés à la durée de son application. Le chirurgien peut les graduer à volonté et obtenir ainsi tous les degrés de cautérisation dont il a besoin. Son action sera d'autant plus prompte que les tissus sur lesquels il agira seront plus mous, plus spongieux. Il faut être bien prévenu que les escharres s'agrandissent toujours un peu après la cessation de l'emploi du cylindre par l'action d'un peu de caustique dont elles restent imbibées. Il est, du reste, certaines précautions à prendre dans l'emploi de ce moyen. Voici la manière dont M. Filhos s'en sert :

« Je place la malade, dit-il, sur le bord d'un lit élevé, les jambes appuyées sur des chaises, et le dos assez relevé pour que le vagin soit dans une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Cette position permet aux liquides qui pourraient s'écouler du col de l'utérus de se porter directement dans le spéculum, au lieu de fuser entre cet instrument et le conduit vaginal. Si le jour n'éclaire pas bien le chirurgien, il se sert de bougies allumées. Le spéculum plein, ou à trois valves, est celui que je préfère pour cette opération. Après l'avoir huilé et introduit avec douceur, il faut s'attacher à bien découvrir le col de l'utérus. L'on éponge ensuite avec le plus grand soin la partie affectée; après quoi l'on introduit un petit bourdonnet de charpie ou de coton, retenu par un long fil, au-devant de l'extrémité antérieure de la valve inférieure du spéculum, immédiatement au-dessous du col de la matrice; ce bourdonnet est là pour garantir les parties du vagin placées au-dessous du point qui doit être cautérisé. L'on peut, avec un peu d'habitude, dans les cas ordinaires, se dispenser de l'emploi de ce dernier moyen, qui prolonge un peu l'opération. M. Amussat n'en fait presque jamais usage. J'ai cru prudent de m'en servir pour détruire un fongus saignant du col de l'utérus. Le chirurgien applique ensuite le cylindre, soit avec le porte-caustique dont j'ai confié la confection à l'habileté connue de M. Charrière, soit fixé à l'extrémité du tube de verre qui le renferme. La cautérisation achevée, il s'empresse d'essuyer l'escharre avec des boulettes de charpie, saisies avec la pince placée à l'une des extrémités du porte-caustique. Puis il retire promptement, s'il en a fait usage, le bourdonnet de charpie au moyen du fil qui le retient, et il fait deux injections d'eau froide ou mieux d'eau légèrement vinaigrée, qu'il a bien soin de faire parvenir jusque sur le col de l'utérus. L'eau acidulée possède ici l'avantage de neutraliser le peu de caustique qui aurait pu rester adhérent à l'escharre. Après l'injection, il faut placer dans le vagin, ainsi que le pratique toujours M. Amussat, un petit morceau de bande dont l'extrémité inférieure sorte un peu entre les grandes lèvres pour pouvoir les retirer facilement. La malade est ensuite replacée dans son lit. — Le cylindre caustique destiné à l'opération ne doit être que peu découvert à l'une de ses extrémités. Si déjà il les avantages suivans : 1° on sait précisément comment il faut placer le membre; 2° on ne tend pas le grand pectoral et le avait servi, et que la portion mise à nu se fût recouverte d'une légère croûte de sous-carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever avec un grattoir. L'on peut, au besoin, rendre plus active l'action du caustique en le trempant légèrement dans une liqueur spiritueuse, telle que l'alcool, l'eau-de-vie, l'eau de Cologne. Après la cautérisation, l'on essuiera avec soin le cylindre avant de le replacer dans le tube de verre. »

M. Filhos rapporte ensuite quatre observations qui attestent les heureux résultats de l'emploi de ce nouvel instrument de cautérisation. Ce caustique a, du reste, servi l'année dernière à MM. Amussat, Lucien Boyer et à M. Filhos pour détruire une tumeur cancéreuse de la face, jusque là rebelle à tous les moyens employés, depuis long-temps ulcérée, et du volume d'une grosse noix, chez un malade âgé d'une cinquantaine d'années. M. Amussat s'en est encore servi avec succès pour détruire des hémorrhoïdes externes et internes, et il a encore été utilement employé pour mortifier des bourgeons de mauvaise nature qui étaient survenus sur la plaie d'une amputation du sein pour une affection cancéreuse.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales d'oculistique. — Septembre 1842.

Modification dans l'opération de la cataracte par dépression; par John Morgan.

Dans le cours de ses leçons que publie le *New-York Lancet*, M. Morgan fait les remarques suivantes au sujet de l'opération de la cataracte.

Plusieurs fois, dit-il, j'ai apporté dans l'opération par dépression, une modification que je crois nouvelle; elle n'est applicable qu'aux cas de cataracte dure compliquée d'une affection de l'humeur vitrée. Le premier cas dans lequel j'ai eu recours à cette modification, fut celui d'une dame à qui M. King donnait des soins. Cette dame était affectée non seulement de cataracte, mais encore d'une synchyse du corps vitré; le ramollissement était tel que cette humeur avait perdu toute sa consistance et était entièrement fluide. On ne pouvait donc songer ici à faire l'extraction, car une section de la cornée aurait peut-être déterminé la sortie des tumeurs de l'œil. Je tentai l'opération par dépression, mais je trouvai que par suite de l'altération notable qu'avait subie l'humeur vitrée, la lentille, après beaucoup de tentatives pour la maintenir abaissée, remontait aussitôt et reprenait sa première place. J'essayai alors l'opération par broiement, mais, comme la cataracte était dure et indissoluble, suivant toutes les apparences, je ne pus tirer aucun avantage de ce mode de procéder. Ainsi donc, puisque les moyens curatifs ordinaires avaient échoué ou étaient impraticables, et puisque je ne pouvais faire pis que le mal, je résolus de recourir à une nouvelle méthode opératoire. Je pensai qu'en ouvrant la sclérotique de manière à amener l'écoulement d'une quantité suffisante du corps vitré, il serait possible d'opérer la dépression de la cataracte, de manière à éviter la réascension de la lentille, celle-ci occupant le vide produit.

Voici de quelle manière je procédai : La malade étant tenue comme dans l'opération par dépression, je passai une aiguille assez grosse et à double tranchant à travers la sclérotique, à une distance d'environ trois lignes de sa jonction avec la cornée, un peu au-dessous de son diamètre transverse, et, aussitôt que la pointe eut pénétré à une profondeur d'un huitième de pouce environ dans le globe, je tirai ses côtés tranchans verticalement de haut en bas, faisant, dans le parcours, une incision parallèle à la ligne de l'union scléro-cornéale dans une étendue d'un quart de pouce environ. Il s'échappa alors une petite portion de l'humeur vitrée, mais point assez pour remplir mon but. J'exerçai en conséquence une légère pression sur le globe jusqu'à ce qu'il s'en fut écoulé assez pour amener la lentille au-dessus de la pupille. J'estime qu'il s'échappa environ un quart du corps vitré. Après l'opération un morceau de linge imbibé d'eau froide fût maintenu sur les paupières, la tête et les épaules tenues élevées, et la malade fut placée dans un appartement peu éclairé; le jour suivant, le globe avait presque recouvré son volume et sa forme, la plaie ne présentait point d'inflammation; aucune gêne, aucune douleur autres que celles qui suivent ordinairement une opération par dépression n'avaient été ressenties; l'ouverture pupillaire était parfaitement nette. Il ne survint postérieurement aucun accident inflammatoire; la plaie de la sclérotique guérit facilement; la lentille resta déprimée; le globe reprit son apparence naturelle, et la vue fut tellement rétablie que la malade put lire des caractères de moyenne grandeur en s'aidant de lunettes.

J'ai pratiqué deux fois, depuis lors, cette même opération, l'une avec succès, l'autre sans résultat satisfaisant. Dans ces deux cas, j'ai fait usage du couteau à cataracte de Beer, qui convient mieux pour cet objet que l'aiguille.

London medical gazette; t. xxv, p. 263.

Emploi de l'acétate de plomb dans la bronchite; par M. le docteur W. Henderson.

D'après les observations de M. Henderson, l'acétate de plomb est un des meilleurs moyens qui soient à la disposition du thérapeutiste pour réprimer la sécrétion et l'irritation vasculaire dans la bronchite, surtout chez les enfans, dans les cas de rougeole, de coqueluche, etc. : toutefois, l'emploi de cet agent doit être restreint à cette période de la bronchite dans laquelle la sécrétion de la membrane muqueuse est bien prononcée, et son degré doit servir de règle pour fixer la quantité et la fréquence des doses, car le stade et la durée de la maladie méritent moins d'être pris en considération pour cet objet.

Ce médicament fournit spécialement les meilleurs résultats dans les cas aigus où il existe une sécrétion abondante, de la difficulté dans la respiration et une suffocation imminente. Le plomb agit ici de différentes manières. Dans certains cas où la sécrétion muqueuse est promptement réprimée, sans que d'ailleurs le pouls et la respiration se trouvent améliorés, il convient de cesser l'usage du sel plombique, et de revenir à celui de l'antimoine, de l'ipécacuanha, du calomel, etc. Dans d'autres cas où la sécrétion est seulement beaucoup diminuée et où tous les autres symptômes n'ont pas varié, on peut alterner l'emploi du plomb avec celui des expectorans, etc. Dans d'autres cas encore, et principalement dans la coqueluche avec bronchite générale intense et sécrétion plus ou moins considérable, l'usage du plomb long-temps soutenu n'est pas d'une grande utilité; mais il convient de le faire alterner avec d'autres moyens. Dans une quatrième classe, où la sécrétion très abondante est la cause première des autres symptômes inquiétans, le sel saturnin, en diminuant cette sécrétion, coupe souvent court, et d'une manière véritablement étonnante, aux autres symptômes.

La dose du médicament doit être fixée d'après l'âge et la force du sujet, et encore, comme il a été dit plus haut, d'après la gravité de la maladie. M. Henderson n'a pas dépassé en général, chez les adultes, la dose de soixante centigrammes, pris par fractions de cinq à quinze centigrammes dans l'espace de vingt quatre heures, surtout dans les cas de bronchite aiguë accompagnée de fièvre continue. Ordinairement, les malades prenaient en même temps la poudre d'ipécacuanha composée, avec ou sans addition de poudre de scille.

Les enfans prenaient ordinairement, suivant l'intensité des accidens, d'un à cinq centigrammes, et cette ingestion était répétée huit à dix fois par jour. Dans un cas tout à fait désespéré, chez un enfant âgé de six ans, on fit prendre cinq grammes du médicament dans l'espace de dix jours, sans qu'il en soit résulté aucune suite fâcheuse, telle que la constipation, etc.; seulement on vit au quinzième jour, la membrane gingivale correspondant aux dents incisives revêtir une teinte bleuâtre.

Dans la bronchite chronique muqueuse et mucoso-purulente, il n'y a pas, d'après l'auteur, de médication qui arrête plus sûrement la sécrétion que ne le fait l'acétate de plomb; dans ce cas il le donne habituellement à la dose de cinq à dix centigramm. sous forme pilulaire et associé à l'extrait de jusquiame et à la scille, en réitérant les prises trois ou quatre fois par jour.

Vuert med. Corresp. — Blatt : t. X, n° 5.

Cas d'empoisonnement par le colchique; observation recueillie par le docteur Neubrandt.

Un homme âgé de cinquante-deux ans, voulant prendre de la tisane pectorale pour calmer la toux dont il était tourmenté, prit le soir sur les neuf heures, par erreur, une décoction préparée avec une forte cuillerée à bouche de semences de colchique. Au bout de trois quarts d'heure, il se plaignit de fréquens mouvemens intestinaux et de vives douleurs abdominales, bientôt après, survinrent de nombreuses évacuations alvines, alternant avec des vomissemens qui se répétèrent au moins quinze fois.

Le lendemain matin, vers huit heures et demie, M. Neubrandt fut appelé; le malade, qu'il trouva reposant assez tranquillement dans son lit, n'avait aucune altération dans la physionomie et lui raconta son erreur avec son son de voix ordinaire, mais toutefois en laissant percer quelque inquiétude sur les suites possibles de cet événement. Les selles et les vomissemens s'étaient un peu calmés; le malade se sentait un peu faible; le ventre n'était pas tuméfié, mais l'estomac se contractait spasmodiquement par l'application de la main sur l'épigastre; le pouls était petit et accéléré; les anxiétés de la poitrine avaient cessé, la toux était rare et l'expectoration facile; les digestions alvines exhalaient une odeur très-fétide, étaient assez liquides et contenaient de petites pellicules blanches (les matières des vomissemens n'avaient pas été conservées). Le malade ne se plaignait pas beaucoup.

M. Neubrandt commença par faire ingérer en grande quantité du beurre dans de l'eau tiède, ce qui provoqua encore quelques vomissemens et plusieurs garde-robes. Il fit prendre ensuite du café noir et une forte décoction de racine de guimauve additionnée de suc de citron. Comme, à la suite de ce traitement, l'amélioration paraissait assez prononcée, le médecin pense que la substance toxique avait été éliminée par les évacuations; mais le lendemain il retrouva le malade dans l'état suivant : la face était pâle; la respiration précipitée, anhélante, suspirieuse; la voix enrouée; les yeux renfoncés dans les orbites, les pupilles très-dilatées; il y avait de la douleur à la région du front; la langue était blanchâtre et ne pouvait que très-difficilement être tirée de la bouche; la région de l'estomac était douloureuse, la face et les extrémités froides, le pouls très-fréquent et à peine perceptible, la soif nulle; les selles contenaient des portions colorées en bleuâtre clair; la connaissance commençait à devenir obtuse. Enfin, il survint de la paralysie et la mort.

L'autopsie, faite vingt-trois heures après le décès, montra les particularités suivantes :

Il existait une rigidité considérable des membres et de tous les muscles, et ces derniers étaient fortement colorés en brun foncé. L'abdomen présentait de nombreuses sugillations qui devenaient de plus en plus étendues à mesure qu'on se rapprochait du dos.

Au point où commence la bifurcation des bronches, on trouva les signes d'une inflammation bien évidente, mais qui ne s'étendait pas dans les poumons. Ces derniers organes étaient affaissés, pâles, petits et pâteux au toucher. Le péricarde ne contenait presque pas de sérosité; on remarqua, sur les faces supérieure et inférieure du cœur, de grandes taches noires, violettes ou brunâtres, bien circonscrites et de formes irrégulières; il se trouvait dans les cavités du cœur une grande quantité de sang coagulé et noirâtre.

L'œsophage ne présenta de caractères phlegmasiques qu'au-dessous du diaphragme; ils étaient surtout très manifestes autour du cardia qui avait presque une couleur noire-violette. L'estomac était d'un violet clair à l'extérieur, et sa membrane muqueuse était colorée en violet-noirâtre; ses veines étaient gorgées de sang noir épais. Le foie offrait à sa face inférieure, surtout dans les points les plus rapprochés de l'estomac, une teinte violacée. Les veines mésaraïques étaient également remplies d'un sang noir épais. Le jéjunum et le gros intestin étaient à peine enflammés à l'extérieur; mais à l'intérieur ils présentaient çà et là des taches rouges brunâtres.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 4 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 118, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

FIÈVRES TYPHOÏDES.

Nous nous proposons dans cette conférence de faire une revue des principaux cas de fièvre typhoïde qui se sont offerts à notre observation depuis la fin du mois de juillet. Presque tous les sujets atteints de fièvre typhoïde depuis cette époque ont présenté une gravité extrême et des complications nombreuses, qui, tout en ajoutant à l'intérêt qu'a offert chaque malade, ont contribué à rendre leurs terminaisons funestes. Nous ne parlerons dans cette revue que des cas les plus graves.

Première observation. — *Tremblement mercuriel ; fièvre typhoïde ; phlegmon de la fosse iliaque ; hémorrhagie des méninges. Mort.*

Au n° 15, salle Saint-Louis, est couché un malade âgé de vingt-trois ans, exerçant la profession de doreur. Ce malade était entré une première fois à la Charité pour s'y faire traiter d'un tremblement mercuriel qui céda incomplètement au bout d'un mois à l'administration des bains sulfureux. Quelque temps après il fut pris de délire et ne se rétablit qu'avec peine ; enfin, en dernier lieu, il a été pris d'un nouveau tremblement mercuriel qui l'a forcé à entrer à l'hôpital le 12 du mois d'août.

Un traitement composé de purgatifs, de bains et de narcotiques a mis fin au tremblement ; sa convalescence paraissait même s'établir assez franchement, lorsque le 18 du même mois une céphalalgie opiniâtre avec mouvemens convulsifs dans le membre supérieur gauche se déclara. En même temps le pharynx devint le siége d'une douleur assez intense, la langue rougit à sa pointe et une agitation extrême se manifesta. Ces phénomènes cèdent sous l'influence d'une saignée et de plusieurs applications de sangsues derrière les oreilles. Cependant le tremblement des membres reparaît avec une nouvelle intensité, et bientôt se manifestent des signes d'abord douteux d'une fièvre typhoïde : céphalalgie, épistaxis, accélération du pouls (72), faiblesse générale, un peu de dévoiement. Cet état persiste du 1er au 5 septembre.

Ce jour-là quelques sudamina paraissent sous les clavicules, et tout d'un coup le malade est pris d'une douleur violente lui faisant pousser des cris et occupant presque tout le côté droit du ventre, mais plus spécialement le flanc droit où la pression est douloureuse et détermine une énergique contraction des parois abdominales.

Le lendemain la douleur augmente encore, et il est difficile de ne pas admettre qu'il se forme en ce point quelque phlegmasie. Application de ventouses scarifiées, cataplasme émollient. — Sous l'influence des émissions sanguines locales plusieurs fois répétées la douleur cède, mais l'état général reste tout aussi grave. On observe un endolorissement général, une jactitation continuelle et de la céphalalgie ; le ventre, quoique devenu indolent est toujours rétracté ; les vomissemens surviennent et persistent pendant quatre jours ; la respiration, jusque-là parfaitement pure, est notablement affaiblie dans le tiers inférieur et postérieur gauche, où l'on constate une sonoréité moindre et du souffle tubaire ; les crachats, visqueux, n'offrent du reste aucune teinte rouillée ; tout porte à croire qu'une pneumonie s'est déclarée, et qu'il est urgent de la combattre par l'emploi du tartre stibié, lequel est administré et continué jusqu'au 10 septembre.

A cette époque du râle crépitant, mêlé au souffle, annonce un commencement de résolution. Les phénomènes typhoïdes persistent. Une épistaxis abondante se déclare, et le 11 le bruit d'expiration et la bronchophonie s'entendent sans râle dans les points précédemment indiqués. La respiration est devenue un peu soufflante à droite dans le tiers inférieur ; enfin, le 13, la peau se refroidit, le visage et les mains sont colorées d'un rouge livide ; le hoquet se manifeste, et il survient un état comateux qui précède la mort du sujet de deux jours. Celle-ci a lieu le 15.

Autopsie. — Poumons. On trouve le lobe inférieur du poumon gauche non crépitant, induré, noirâtre et non grenu, comme dans le deuxième degré de la pneumonie. Les bords des lobes inférieur et moyen du poumon droit sont indurés et rouges. (Deuxième degré de la fièvre typhoïde.) Sécrétion purulente des bronches.

Intestin. Dans toute la longueur de l'intestin, à partir du pylore, existe une éruption confluente de toutes les glandes de Brunner, dont le volume égale un grain de millet ; çà et là, injection vineuse ; à quatre ou cinq pouces de la valvule iléo-cœcale, hypertrophie de cinq plaques de Peyer ; hypertrophie des glandes de Brunner dans le gros intestin ; infiltration purulente dans une petite étendue du tissu cellulaire qui fait adhérer le cœcum à la fosse iliaque. Dans les environs quelques traces de péritonite.

Cerveau. Sur la partie antérieure de la grande faux cérébrale et sur la face interne de l'arachnoïde pariétale du côté droit on trouve un caillot étendu en membrane et constitué par une hémorrhagie des méninges ; le sang était étendu à la surface libre de l'arachnoïde pariétale ; il nous a été facile de retrouver en dehors l'arachnoïde elle-même. Aucun épanchement sanguin à la surface de l'arachnoïde viscérale. En quelques points de la pie-mère, infiltration sanglante.

— Cette observation, des plus rares que l'on puisse rencontrer, offre réunies chez le même sujet les altérations les plus variées et les plus complexes. Nous voyons d'abord un sujet affaibli par le tremblement mercuriel, n'offrir à son entrée à l'hôpital que cette seule maladie ; mais bientôt, peut-être sous l'influence de la cachexie mercurielle, ayant agi à titre de cause débilitante, des affections variées revêtent des formes qui sont assez rares lorsqu'elles se montrent sans aucune complication : c'est ainsi que parut d'une manière perfide et latente la fièvre typhoïde qui s'accompagna dès le début de phénomènes tout à fait insolites, d'une douleur dans la fosse iliaque, et de tous les symptômes d'une péritonite et d'un phlegmon commençant du tissu cellulaire qui entoure le cœcum. Cette fièvre typhoïde, caractérisée anatomiquement par le développement des glandes de Brunner, marcha elle-même d'une manière tout à fait insolite. — Les congestions pulmonaires que l'on vit paraître en imposèrent un instant pour une pneumonie légitime ; de même que la péritonite masqua d'abord tous les symptômes de cette fièvre. Enfin, comme si tout devait être bizarre et anormal dans cette affection, une hémorrhagie méningée de l'espèce la plus rare entraîne la mort du sujet, sans qu'on puisse en soupçonner l'existence pendant la vie ; car, à l'exception d'un léger assoupissement qui pouvait tout aussi bien s'expliquer par les autres lésions, rien n'en fit soupçonner l'existence.

Deuxième observation. — *Fièvre typhoïde grave. Mort subitement par hémorrhagie intestinale.*

N° 17 de la même salle. Jeune homme de seize ans, cordonnier, habitant Paris depuis quatre ans, ayant toujours joui d'une bonne santé depuis cette époque. Il se sentit malade pour la première fois le 24 août dernier, et ne s'alita que trois jours après. Il éprouva d'abord de la céphalalgie, des palpitations, des coliques, des nausées et des douleurs dans les reins ; point de vomissemens, ni de diarrhée ; pas d'épistaxis. Ces symptômes se sont déclarés sans cause appréciable ; le malade paraissait vivre sous l'influence de conditions hygiéniques peu favorables, travaillant beaucoup, se nourrissant mal et habitant un logement mal aéré.

Entré à l'hôpital le 28, il offre l'état suivant : abattement, faiblesse générale, état d'hébétude, animation de la face, injection de la conjonctive droite, anorexie, peu de soif ; langue collante, piquetée, un peu sèche ; ventre indolent et plat, gargouillement à gauche ; rien à la rate ; pas d'éruption ; pouls à 100, dur, régulier ; respiration à 28. Limonade ; saignée de trois palettes ; diète.

Le 29, rien de changé. La fréquence du pouls un peu plus élevée (104) ; le pouls est légèrement redoublé (*bisferiens*). Point encore d'éruption ; point de râle dans la poitrine. La saignée de la veille est recouverte d'un caillot de la largeur du vase, offrant quelques points recouverts de masses gélatineuses ; il est friable. Nouvelle saignée de trois palettes.

Le 30, un peu de céphalalgie, vertiges, bourdonnemens d'oreilles ; peu de stupeur ; même état du pouls. Rien de nouveau. Caillot offrant les mêmes caractères que celui de la veille. Saignée de trois palettes.

Le 31 et le 1er septembre, un peu d'augmentation dans le trouble des sens. On commence à administrer les purgatifs ; eau de Sedlitz, une bouteille.

Le 2, apparition de nouveaux phénomènes ; éruption de sudamina au cou ; râle sibilant nombreux, encombrant presque toute la poitrine ; céphalalgie et trouble des sens accrus ; pouls à 108 le matin, élevé à 116 le soir. Eau de Sedlitz.

Le 3, les sudamina couvrent tout le thorax ; stupeur ; râle sibilant dans toute la poitrine. Accroissement de tous les symptômes jusqu'au 7.

Du 7 au 10, état stationnaire.

Le 10, selles involontaires et fréquentes ; délire. Le malade cherche à se lever.

Les 11, 12 et 13, délire continu ; les narines deviennent pulvérulentes ; selles toujours involontaires ; râle sibilant encore plus nombreux que les jours précédens.

Le 14, l'expression du visage est meilleure ; quelques papules typhoïdes paraissent ; tremblement de la mâchoire inférieure ; enduit noirâtre sur les dents et la langue. On commence l'administration du sulfate de quinine le 10 ; jusque-là l'eau de Sedlitz seule avait été administrée. Jusqu'au 18, le malade a pris chaque jour 2 grammes de sulfate de quinine, et l'on a ajouté à la potion qui le renfermait le sirop d'éther à la dose de 4 grammes, et la teinture de cannelle (4 gram-

FEUILLETON.

CRITIQUE MÉDICALE.

Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en 1841, *dans le département de la Dordogne. — Rapport lu à la Société royale de médecine de Bordeaux ;* par M. le Dr BORCHARD. — In-8°.

L'opportunité et l'à-propos ne manquent pas à cette brochure. La suette, maladie assez rare, a depuis un an porté la consternation et l'effroi dans cinq départemens français, la Dordogne, le Lot-et-Garonne, le Calvados, le Jura et la Manche. Cette maladie, souvent mortelle et toujours insidieuse, a fait périr dans le seul département de la Dordogne, en 1841, huit cents personnes, et devant des résultats aussi déplorables, qui pourrait ne pas sympathiser aux efforts des médecins pour soulever le voile qui cache la nature et le traitement de cette cruelle et bizarre affection ? D'un autre côté, si l'on considère l'état de la science sur ce sujet, que de tristes réflexions à faire ! Du seizième siècle jusqu'à nos jours, toutes les théories qui ont successivement régné dans les écoles ont laissé leur empreinte sur les explications des pathologistes relativement à la suette et, chose plus grave, sur leurs préceptes thérapeutiques. M. Rayer lui-même, observateur si judicieux, esprit si éminemment sage, n'a pu cependant, dans sa monographie célèbre, secouer entièrement le joug qui pesait en 1821 sur les intelligences ; et dans un travail plus récent de MM. Landouzy, Barthey et Gueneau de Mussy, trois jeunes et très distingués disciples de l'école de Paris, vous chercheriez vainement un seul mot sur la nature de la suette qui régna en 1835 dans quelques communes de Seine et-Marne, dont ils ont écrit une bonne description.

M. le docteur Borchard a eu principalement en vue dans le travail que j'ai sous les yeux, d'éclairer les deux graves questions de la nature et de la thérapeutique de la suette. Il importe de dire, avant tout, que ce rapport présenté à la Société de médecine de Bordeaux, et qui par cela même a dû subir les exigences d'une lecture académique, ne doit être considéré que comme l'avant-coureur d'une publication plus étendue que l'auteur promet à la science, et dans laquelle il donnera à ses idées, qu'il n'a émises que sous forme de propositions, tous les développemens qu'elles comportent. J'insisterai surtout sur ces propositions, après avoir fait connaître en quelques mots les autres points traités par l'auteur.

M. Borchard donne d'abord la description du théâtre de l'épidémie, c'est-à-dire la topographie et la statistique du département de la Dordogne. Le fait saillant de cet article, c'est que les localités où existent des marais et des eaux stagnantes ont été celles où la maladie a sévi avec le plus de violence. Déjà M. Rayer, dans sa description de l'épidémie du département de l'Oise et dans ses recherches sur les épidémies analogues, avait fait la même remarque, mais sans en tirer les conséquences pathogéniques et thérapeutiques que M. Borchard en a tirées et que nous exposerons plus bas.

La symptomatologie n'est qu'un résumé général ; M. Borchard ne cite aucune observation ; sa description se rapproche, du reste, de toutes les descriptions connues. Je remarquerai l'opinion particulière de l'auteur sur les diverses formes de l'éruption miliaire, à laquelle on a attaché une grande importance. La *miliaris alba* et la *miliaris rubra* lui paraissent devoir leurs différences d'aspect, non pas au liquide que contiennent leurs vésicules qui dans les deux cas est diaphane, mais à la portion de l'épiderme qui forme leur base et qui, selon son degré de phlogose, donne aux vésicules un aspect blanc ou rouge.

Quant à l'étendue et à la gravité de l'épidémie, on peut en juger par les résultats suivans : Sur une population de 82,200 âmes, 10,400 personnes ont été atteintes de la suette, c'est-à-dire le huitième de la population, et 798 personnes en sont mortes, c'est-à-dire 1 sur 13 malades.

Voici maintenant les opinions de M. Borchard sur la nature, la pathogénie et la thérapeutique de cette maladie.

Pour lui la suette est une maladie générale, et sa cause productrice attaque l'organisation entière immédiatement, primitivement. Les deux principaux agens de la vie, le système nerveux et le système sanguin, y compris le sang lui-même, en subissent la première atteinte. Les altérations anatomiques des organes qui président à l'innervation, à l'hématose et à la circulation sont seules primitives ; tous les autres désordres, quand il en existe, ne sont que consécutifs. Par sa gravité, sa léthalité rapide, sa perfide bénignité, la suette doit être rapprochée des maladies ataxiques, malignes ; elle offre de remarquables analogies avec le typhus, dont elle s'éloigne cependant par le grand nombre de cas légers qu'elle présente. Toutes les épidémies de suette connues depuis cent ans ont constaté ce fait étiologique, l'existence dans les pays envahis de très nombreux marais, étangs, ruisseaux et de forêts. Tous les historiens de ces épidémies ont aussi noté des révolutions atmosphériques fréquentes, brusques, et ayant modifié la succession normale des saisons. De ces faits il conclut que la cause de la suette miliaire est dans les effluves des eaux stagnantes, agissant sous l'influence de certaines conditions barométriques sur des localités que le voisinage de forêts soustrait jusqu'à un certain point à l'influence des vents. Cette étiologie et le type rarement continu, beaucoup plus souvent rémittent et même intermittent observé dans toutes les épidémies de suette, doit la faire rattacher aux fièvres graves, dues à l'impaludation.

Voilà pour la pathogénie de la suette ; écoutons les préceptes de l'auteur sur la thérapeutique de cette affection.

Tous les cas de suette ne participant point au caractère de malignité, il importe beaucoup de ne pas les traiter indistinctement comme des fièvres pernicieuses. Pour les cas les plus simples repos au lit, diète sévère, boissons délayantes et légèrement laxatives, lavemens, en un mot régime de toutes les maladies aiguës. Quant à la sueur, « le rôle qui, dans cette affection, appartient à la sécrétion cutanée est encore fort obscur ; le médecin doit donc la respecter, sans vouloir, par de téméraires violences, ni la réprimer, ni l'augmenter. Ce précepte est d'autant plus important qu'il est généralement enfreint dans toutes les épidémies de suette. C'est, en effet, une croyance bien vieille, et qu'à l'heure qu'il est on retrouve encore partout dans le public que celle qui regarde la sueur comme un bienfait, comme une condition indispensable pour la guérison ; elle doit, dit-on, servir de crise, afin d'ex-

mes). Jusqu'à ce jour, l'état général reste le même ; la stupeur diminue à cette époque ; le pouls reste à 96 ; la langue est plus humide ; les selles volontaires. On suspend l'usage du sulfate de quinine.

Le 19 et le 20, le pouls s'accélère et monte graduellement à 120 et à 128. Tout d'un coup, le 22, les phénomènes précités restant les mêmes, le malade est trouvé baigné par le sang qui s'échappe en abondance de l'anus. Il succombe peu d'heures après l'invasion de l'hémorrhagie.

Autopsie le 23 septembre. — Reste d'engouement pulmonaire dans le lobe inférieur du poumon droit ; un peu d'engorgement séreux, reste de la pneumonie au deuxième degré dans le lobe inférieur du poumon gauche ; rate doublée de volume ; foie mou ; ganglions mésentériques hypertrophiés, rougeâtres ; portion supérieur du tube digestif n'offrant aucune espèce de lésion ; dans l'étendue de deux pieds avant la valvule vingt ulcérations petites, arrondies, allant jusqu'à la muqueuse, deux ou trois jusqu'au péritoine ; l'intestin n'est, du reste, dans toute cette étendue, nullement coloré par le sang ; aucune trace d'ecchymose. A la jonction du cœcum et du colon ascendant nombreuses ulcérations et lambeaux flottans de membrane muqueuse ; la même tunique reste saine dans ses autres points. Dans une étendue de quatre travers de doigt au-dessus du sphincter la membrane interne de consistance normale, nullement ulcérée, était teinte en un rouge hortensia ; le tissu cellulaire sous-muqueux intact ; caillots semblables à de la gelée de groseille, contenus en grande quantité dans l'extrémité inférieure du rectum ; plusieurs ecchymoses dans l'S iliaque.

— La marche de cette affection n'a rien offert de remarquable, à part sa gravité. L'état du malade semblait s'améliorer, bien que le mouvement fébrile restât encore intense, lorsque une hémorrhagie foudroyante l'a fait périr tout d'un coup. Le siége de l'hémorrhagie a été sans aucun doute la partie inférieure du rectum. Il était impossible d'admettre que le sang avait été fourni par les ulcérations ou par d'autres parties de la muqueuse de l'intestin grèle ; aucune coloration morbide, aucun caillot sanguin, en un mot aucun vestige de l'hémorrhagie n'existait dans cette portion du tube digestif. Il faut donc admettre que le sang a été exhalé par la membrane muqueuse rectale, du reste parfaitement saine, et uniquement sous l'influence de l'altération profonde que le sang subit dès le début de la fièvre typhoïde. Il n'en est pas ainsi le plus ordinairement, car les cas les plus communs d'hémorrhagie intestinale sont ceux dans lesquels le sang est fourni par des ulcérations, et a son point de départ dans l'intestin grèle. Nous devons faire remarquer que cette fièvre typhoïde, traitée par trois émissions sanguines et par le sulfate de quinine à haute dose, se présenta dès le début avec un caractère de gravité extrême.

Troisième observation. — *Fièvre typhoïde de forme ataxique. Délire violent. Mort rapide.*

Au n° 34 de la même salle est un malade âgé de 21 ans, domestique, à Paris depuis trois ans, qui était malade depuis quatre jours lorsqu'il est entré à l'hôpital ; il avait éprouvé de la diarrhée et du délire. Ce malade, d'après les renseignemens qu'on a pu avoir sur son compte, était adonné à la masturbation et à l'ivrognerie ; du délire s'était manifesté déjà plusieurs fois chez lui, à l'occasion de la plus légère affection ; il a été saigné une seule fois en ville.

Le 9 septembre, amené à pied à l'hôpital, soutenu par deux de ses camarades, il a offert l'état suivant : stupeur, trouble manifeste de l'intelligence et des sens, réponses vagues, incertaines, teinte verdâtre de la face, papules typhoïdes, râle sibilant nombreux dans la poitrine, pouls 96, redoublé, respiration 20, langue sèche, ventre tendu, météorisé, selles abondantes et involontaires. On pratiqua deux saignées le premier jour.

Le 10, le délire s'est manifesté à plusieurs reprises ; au moment de la visite le malade ne rend qu'un compte incomplet de son état, et ne paraît point en avoir conscience ; soubresauts des tendons, langue sèche et collante, persistance des autres phénomènes ; caillot sanguin, diffluent, recouvert d'une couenne verdâtre imparfaite. Deux saignées nouvelles.

Le 11, le délire persiste, les soubresauts des tendons et l'agitation sont devenus plus marqués.

Le 12, l'état est le même ; le délire plus violent que le jour précédent, pouls 130 ; la température de la peau des plus élevées que l'on puisse rencontrer dans les maladies aiguës (41° centigrades).

Le 13, disparition du météorisme, langue plus humide, diminution considérable du râle, pouls 140 ; délire accompagné de vocifération et d'efforts considérables auxquels se livre le malade afin de se débarrasser de la camisole de force qu'on a été obligé de lui mettre ; soubresauts des tendons allant jusqu'à produire des mouvemens convulsifs ; les urines ne sont pas rendues ; on est obligé de sonder le malade.

Le 14, le malade s'éteint au milieu du délire le plus violent.

Autopsie quarante heures après la mort — *Cerveau :* parfaitement sain ; quelques cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules ; cervelet sain ; toute la substance cérébrale et cérébelleuse pâle.

Poumons. Deuxième degré de la pneumonie typhoïde dans les lobes inférieurs des deux poumons.

Intestins. Vers le tiers inférieur, granulations formées par l'hypertrophie des glandes de Brunner. Bientôt ces glandes cessent d'être apparentes, et l'on commence à rencontrer les plaques de Peyer, qui sont d'abord peu saillantes et reconnaissab es seulement à leur piqueté noirâtre et à leur aspect réticulé à deux pieds de la valvule, leur nombre augmente ; plusieurs se confondent par les bords, et font une saillie considérable au-dessus de la muqueuse ambiante ; leur tissu est pâle et dur. (Plaques dures des auteurs.)

Le phénomène qui nous a frappé pendant la vie du sujet a été le délire, dont la forme s'éloignait beaucoup de celle qui appartient au délire de la fièvre typhoïde ; les vociférations continuelles et les mouvemens désordonnés et violens auxquels se livrait le malade, ne se montrent pas ordinairement dans le délire typhoïde, qui est en général tranquille et accompagné de mouvemens automatiques, plutôt que d'une série de contractions musculaires dirigées dans un sens assez bien déterminé. Aussi croyons-nous devoir en rechercher soigneusement la nature. Lorsque le malade est entré à l'hospice privé de connaissance, le délire n'offrait pas l'acuité qu'il a revêtue visiblement pendant la durée des émissions sanguines. Nous n'avons appris que plus tard, lorsque le malade avait succombé, qu'il était adonné aux excès de liqueurs fortes ; aussi nous sommes-nous demandé si sous l'influence de la fièvre typhoïde, le délire n'avait pas revêtu cette forme qu'il présente chez l'ivrogne, et s'il n'était pas comparable à celui qui survient chez les amputés ou chez les ivrognes qui viennent de recevoir une blessure grave. Bien que nous ne puissions nous prononcer sur cette question, elle demandait cependant à être agitée ; et si nous avions connu les penchans du malade, dès l'époque de son admission nous aurions certes tenté l'emploi de l'opium, qui eût peut-être agi favorablement contre le symptôme prédominant. Nous ferons aussi remarquer la pâleur, la décoloration des substances blanche et grise du cerveau et la pâleur des plaques de Peyer.

Quatrième observation. — *Fièvre typhoïde grave ; forme adynamique. Guérison.*

N° 33, même salle. — Jeune homme de dix-neuf ans, à Paris depuis six mois, fatigué par le travail, et soumis à une mauvaise nourriture. Trois semaines avant son entrée, sentiment de faiblesse, diarrhée, anorexie et fièvre. — Le 31 août, jour de son entrée, le malade rend compte de son état et n'éprouve aucun trouble notable des sens ; la peau est brûlante et couverte en plusieurs points de taches rosées. Pouls, 108 ; râle dans toute la poitrine ; langue sèche, fuligineuse ; météorique, constipation.

Le 1er septembre, la stupeur existe et le malade qui a déliré pendant la nuit n'a plus conscience de son état ; les narines sont devenues pulvérulentes ; le pouls monte à 120 ; il est redoublé.

Le 2, même état. Selles involontaires (une saignée de 3 palettes a été pratiquée le premier jour, et le second une application de ventouses est faite sur l'abdomen).

Le 3, nouvelles taches ; moins de stupeur, ventre très sensible, météorisé (nouvelles ventouses).

Le 4, le délire revient, la stupeur augmente, des sédimens apparaissent pour la première fois au-dessus des clavicules. Selles involontaires.

Le 5, persistance du délire et selles involontaires. On commence l'administration du sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 6 et le 7, l'état général est le même ; les selles seulement deviennent moins nombreuses, mais toujours involontaires. (Sulfate de quinine. 2 grammes.)

8. Expression meilleure du visage ; sommeil paisible ; réponses satisfaisantes. Pouls, 108. Moins de râle.

9. L'amélioration persiste.

10. Eruption de pétéchies et de sudamina. — Continuation du mieux ; selles volontaires, deux par jour ; langue nette. Pouls, 112.

Du 11 au 15 la stupeur cesse ; la langue s'humecte, les selles sont naturelles, le météorisme cesse, le pouls descend à 96 et 80.

A partir du 17, les phénomènes précédens perdent graduellement de leur intensité ; on suspend l'administration du sulfate de quinine. Le pouls reste à 80 ; et le 25, la convalescence est tout à fait consolidée.

L'administration du sulfate de quinine a coïncidé dans ce cas avec une amélioration notable qui s'est manifestée trois jours après son emploi. Nous nous bornons à signaler cette circonstance, sans prétendre attribuer à l'influence de cette médication l'heureuse terminaison de la maladie.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Résumé de quelques observations dont l'issue a été funeste à la suite d'infection purulente ; par M. Maunoury, ancien interne, médecin à Maintenon.

(Suite du numéro 115.)

Quatrième observation. — *Plaie par instrument tranchant à l'index de la main droite. Inflammation des gaînes tendineuses de ce doigt. Dénudation de la deuxième phalange. Résection du deuxième métacarpien. Infection purulente. Mort.*

Carel, âgé de vingt-neuf ans, vidangeur, teint brun, muscles très prononcés, en cherchant une montre dans un tonneau de vidange, eut le doigt indicateur coupé par un rasoir. La plaie était très profonde ; une hémorrhagie très abondante eut lieu : elle s'arrêta à la suite du pansement.

Il resta quelques jours chez lui ; mais la plaie, loin de guérir, avait augmenté ; une inflammation de tout le doigt jusqu'au carpe était survenue. C'est alors que le malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 12 janvier.

La première phalange était dénudée, ainsi qu'une partie de la deuxième. L'articulation phalango-phalangienne était remplie de pus ; la surface de la plaie était d'un gris sale, les bords tuméfiés et indurés, tout le doigt très engorgé ; du reste, pas de fièvre ni de toux ; l'appétit existait.

On se borne pendant trois jours à des pansemens simples ; mais le désordre des parties dures et molles est trop grand pour espérer la conservation du doigt. Amputation dans la continuité du deuxième os du métacarpe, le 15 janvier.

Aucune circonstance remarquable pendant l'opération ; réunion par première intention.

Levée de l'appareil le 18 janvier, le lambeau est bien appliqué. Vers la partie médiane de ce lambeau il existe une petite ouverture qui donne passage à un pus de bonne nature ; pas de fièvre ni de toux.

Le 21, la surface de la plaie était belle ; répression des bourgeons vasculaires avec le nitrate d'argent ; peu après le pansement, il survient une hémorrhagie capillaire qu'on arrête avec difficulté ; perte d'environ 60 grammes de sang. Le soir, agitation, peau chaude, soif, anorexie, vomissement de matières bilieuses.

---

pulser le venin qui engendre la maladie. Quoique quelques médecins paraissent encore partager cette opinion, elle n'en est pas moins une erreur, et une erreur dangereuse ; car la chaleur excessive qu'on provoque, en couvrant outre mesure les malades, favorise les congestions qui, dans la suette, deviennent si menaçantes pour les organes les plus nobles. » Les complications doivent être traitées selon leur importance et leur gravité, en cherchant toujours à dégager les centres principaux de la vie qui seraient le siége de congestions ou de phlegmasies ; et après avoir paré au péril immédiat, il faut s'attacher sans retard à prévenir le retour du tumulte au milieu duquel la vie avait failli périr. Cette indication sera remplie par l'administration du quinquina ou mieux du sulfate de quinine à très haute dose.

Telles sont les opinions principales de M. Borchard sur ce sujet grave, opinions qui, je le répète, ne sont encore qu'à l'état de propositions et qui attendent des développemens ultérieurs. On voit qu'elles diffèrent notablement de la plupart de celles des médecins qui ont observé la suette. Je n'entreprendrai ni de les défendre, ni de les combattre, car, en pareille matière, il faut avoir vu et long-temps vu pour oser avancer un jugement. M. Borchard n'est pas le premier sans doute qui ait conseillé le quinquina dans la suette, mais je dois faire remarquer que les médecins qui l'ont employé avant lui l'ont fait d'une manière toute empirique, considérant l'intermittence ou la rémittence comme une simple complication de cette maladie, comme quelque chose d'accidentel et d'étranger à la nature, à l'essence même de la suette ; tandis que pour lui cette affection, n'importe qu'elle soit légère ou grave, est constamment le produit d'un empoisonnement miasmatique, les cas légers et les cas graves ne diffèrent entre eux que par le degré.

Ce que je dois dire encore, c'est que si à l'époque où M. Borchard a lu son rapport devant la Société de médecine de Bordeaux, on pouvait désirer la sanction de l'expérience pour ses opinions, j'ai appris par des renseignemens pris aux sources, que cette sanction semble ne lui avoir pas fait défaut. Appelé cette année même dans le département de Lot-et-Garonne, dont plusieurs cantons étaient envahis par la suette, M. Borchard a recueilli de nombreux matériaux confirmatifs de ses doctrines. L'autorité locale en a été aussi tellement frappée qu'elle a ordonné la distribution de cette brochure à tous les médecins des communes envahies par l'épidémie.

Pour ne pas blesser la modestie de notre digne confrère, je ne dirai pas, par exemple, les éloges qui nous sont parvenus sur son zèle, son activité, son désintéressement dans la triple circonstance où l'autorité et les populations ont eu recours à ses lumières. Les moralistes disent que la plus pure récompense est la satisfaction d'un devoir accompli ; il faut bien que les médecins se contentent de celles-là, car le péril passé le gouvernement et les populations sont à leur endroit tout-à-fait de l'avis des moralistes.

Fièvres pernicieuses observées dans la Mitidja (thèse pour le doctorat) ; par M. Clément d'Hamelincourt, chirurgien militaire à l'armée d'Afrique.

Les faits rapportés dans ce travail offrent un vif intérêt. Nous avons, à Paris, si rarement l'occasion d'observer les effets intenses de l'intoxication paludéenne et les formes les plus graves qu'elle peut affecter, que reconnaissance est due aux médecins militaires qui nous transmettent le résultat de la riche observation que l'algérie fournit sur ce sujet. L'auteur de cette thèse a imité le bon exemple de quelques-uns de ses devanciers. Son premier article est consacré aux *fièvres comateuses* dont il dit avoir observé plus de trois cents exemples. En voici un très curieux, et qui, s'il se présentait dans les hôpitaux de Paris, aurait bien des chances pour être méconnu :

Muller, colon à Bouffarick depuis un an, a eu quelques accès de fièvre sans gravité ; cet homme est d'un tempérament sanguin bien développé. Depuis quelques jours, ayant ressenti, à midi, un malaise général, il s'était couché à cette heure ; mais le soir, ses gens ne le voyant pas paraître, le trouvèrent *comme mort sur son lit* ; c'est dans cet état qu'il fut apporté à l'hôpital, dans le courant de septembre 1840 : Face vultueuse, bave à bouche, pupilles immobiles et largement dilatées, pouls petit, lent, insensibilité complète ; le malade ne veut rien avaler et rejette les boissons par efforts convulsifs. Saignée de 500 grammes ; se relève, le pouls mais une heure après il est retombé dans le même état ; trente sangsues aux jugulaires. A minuit, l'accès n'a offert aucune rémittence. Deux vésicatoires aux cuisses ; deux sinapismes aux mollets ; un quart d'heure après le malade s'agite beaucoup ; il revient bientôt comme d'un profond sommeil, et demande l'infirmier afin qu'il lui ôte *ce qui brûle ses jambes*, et s'enquiert, étonné, du lieu où il se trouve ; il prend de suite un gramme de quinine en potion, et le matin à six heures, au moment de la visite, il ne se plaint que d'une courbature ; l'accès fut unique, et le malade sortit au bout de dix jours, retenu qu'il fut à l'hôpital par les vésicatoires.

Après avoir cité plusieurs exemples de *fièvres délirantes*, l'auteur consacre un chapitre à l'anatomie pathologique des pyrexies pernicieuses à symptômes cérébraux. Aux faits déjà décrits, M. d'Hamelincourt ajoute une observation qui lui est propre, savoir, la présence de concrétions fibreuses polypiformes observées sur les cadavres d'individus morts d'accès pernicieux à symptômes cérébraux.

La fièvre pernicieuse algide lui fournit des considérations et des faits qui seront lus avec intérêt. Ce travail dénote, en effet, un observateur exact et éclairé.

B. B.

— La *Gazette médicale* de Londres raconte un fait curieux de phosphorescence qui lui a été communiqué par le docteur Henri Marsch. Il s'agit d'une dame attaquée de phthisie pulmonaire, sur la figure de laquelle il avait remarqué, dix jours avant sa mort, une lueur très visible, se répandant autour de sa tête et dardant des rayons comme une aurore boréale. Cette lueur ne ressemblait aucunement à l'éclat d'une lumière ordinaire ; elle était beaucoup plus pâle, et ressemblait assez à celle que répand la lune quand elle se reflète dans une eau dormante. L'effet qu'elle produisit sur les traits de la malade était des plus singuliers et difficile à décrire, surtout lorsqu'elle vacillait comme une vapeur blanchâtre. La nuit avant le décès de la malade, cette lueur devint plus faible et ne se montra que durant une vingtaine de minutes.

Le 22, la fièvre continue; céphalalgie; la surface de la plaie n'a pas changé d'aspect; le pus stagne entre les lambeaux. 5 centigrammes d'émétique; diète.

Le soir, les vomissemens ont continué; il se plaint d'une douleur très vive à la région du foie; douleur qui l'empêche de respirer; et la percussion fait constater l'augmentation dans le volume de cet organe.

Le 23, même agitation, même fièvre, mêmes vomissemens de matières bilieuses, même douleur à la région hépatique; l'estomac ne peut conserver la moindre boisson; le ventre est légèrement douloureux à la pression; la figure est affaissée; il tousse légèrement; accélération dans la respiration. On entend à la partie moyenne et antérieure du poumon droit un léger râle muqueux. Au milieu de ces symptômes aussi alarmans, la surface de la plaie n'est pas desséchée. Comme le malade vomit continuellement, prendre de petits morceaux de glace; 12 sangsues à la région hépatique.

Le 24, figure pâle; les vomissemens ont continué; même volume du foie; soif vive, diarrhée, pouls très accéléré. La plaie a un bel aspect, le pus est de bonne nature. Eau de Sedlitz; frictions mercurielles; lavement purgatif avec 4 grammes de sulfate de soude.

Vers midi il est survenu un frisson passager.

Les 25 et 26, tous les symptômes précités ont augmenté. Malgré le volume du foie il n'y eut pas d'ictère. La plaie donnait toujours une suppuration louable.

Mort dans la matinée du 27.

Autopsie. — La plaie du doigt est presque cicatrisée; les veines superficielles du bras et de l'avant-bras ne sont pas remplies de caillots; il n'y a pas de traces d'inflammation.

A l'ouverture de l'abdomen, il existe une péritonite au niveau du foie, péritonite avec exsudation de pseudo-membranes à sa face convexe; le foie, très volumineux, contient, surtout à sa face convexe, des abcès métastatiques: il en existe à toutes les périodes. Les unes ne forment encore que des noyaux noirâtres, comme de petites hémorrhagies capillaires; les autres, des noyaux jaunes indurés; d'autres enfin complètement ramollis.

Il n'en existe pas dans la rate, qui est plus volumineuse qu'à l'état naturel.

La muqueuse de l'estomac et celle du duodénum ne sont pas ramollies, on en enlève des lambeaux assez résistans.

La cavité thoracique du côté droit est remplie d'un liquide purulent; le poumon est sain dans toute son étendue, excepté à sa base, où il existe quatre gros tubercules d'abcès métastatiques. Le poumon gauche sain.

Pas de péricardite; le cœur est d'un volume normal; il était vide de sang.

— Ce malade a donc succombé aux suites de l'infection purulente; mais il est survenu des particularités remarquables sous plusieurs rapports.

1° Peut-on considérer l'hémorrhagie capillaire comme cause de l'infection purulente? Pendant les six jours qui ont suivi l'opération, ce malade se trouvait dans un état très favorable, la plaie avait un bel aspect, le lambeau était bien réuni; tout à coup, à la suite d'un pansement, il survient une hémorrhagie: écoulement de 60 grammes de sang environ; et bientôt des vomissemens apparaissent, vomissemens tellement intenses qu'il a été impossible de les arrêter, malgré un traitement très actif.

2° Sous le rapport des symptômes, quelle différence avec nos premières observations. Ainsi, un des premiers effets de l'infection purulente, effet qui a été noté par tous les observateurs, c'est la sécheresse de la plaie, c'est même cette absence de suppuration qui a été la cause de la fameuse théorie de la métastase purulente; eh bien, chez notre malade, la plaie a toujours été d'un bel aspect, elle a toujours sécrété un pus de bonne nature.

Quant aux symptômes généraux, la fièvre était continue; le frisson n'a paru qu'une seule fois, et pourtant, dans des cas semblables, c'est encore un des symptômes caractéristiques que cette intermittence régulière ou irrégulière. L'explication de M. Laugier sur la cause de ces frissons ne trouverait pas sa solution dans notre observation, puisqu'il n'a existé qu'une seule fois, et cependant il y avait un grand nombre d'abcès métastatiques à différens degrés.

Quant aux vomissemens bilieux si abondans, ils étaient sympathiques de la péritonite locale.

Cinquième observation. — *Plaie du coude droit. Altération de l'olécrâne. Fusée purulente le long du triceps brachial. Infection du sang. Abcès métastatiques. Mort.*

Frappié, âgé de trente-cinq ans, blanchisseur, entré le 1er mars dans le service de M. Roux. Il était tombé de la hauteur de quatre mètres sur le coude, d'où plaie contuse avec dénudation de l'olécrâne.

Pendant quelques jours la plaie eut un bon aspect, le malade n'avait pas de fièvre, il n'existait pas d'érysipèle autour de la plaie; mais bientôt il survint de l'abattement, la langue devint sèche, soif vive, perte d'appétit, douleur à la région du foie et au côté droit.

Pendant huit jours les symptômes augmentent, la douleur devient de plus en plus vive, ictère, langue très sèche, soif inextinguible, diarrhée.

Mort le 19 mars.

Autopsie. — Pas d'inflammation dans le tube digestif; la muqueuse de l'estomac est saine dans toute son étendue. Dans l'intérieur du péritoine existe une légère exsudation pseudo-membraneuse, exsudation qui est plus épaisse à la surface du foie.

Cet organe présente à ses faces convexe et concave plusieurs points jaunâtres qui ne sont que des abcès métastatiques. En effet, à la section du foie, on en voit une grande quantité dans l'intérieur; ces abcès sont presque tous à l'état de ramollissement. Mais ce qu'il y a de remarquable et qui n'a pas été noté par les auteurs, c'est la présence de ces abcès profonds le long des veines sus-hépatiques, et la communication de ces abcès dans l'intérieur même de ces veines par suite de l'usure des parois de ces veines.

Il en existe quelques-uns dans la rate, ainsi qu'à la base du poumon droit où ils forment une induration très considérable.

L'articulation du coude contient des caillots de sang noirâtre; la surface du cartilage est rouge, imbibée par le sang; il n'y a pas ramollissement.

L'olécrâne est ramolli; l'intérieur des cellules contient un pus blanchâtre; de sorte qu'on peut considérer cette altération de l'os comme le foyer de la phlébite du foie, du poumon et de la rate.

— Sans m'appesantir dans cette observation sur les symptômes, je me bornerai à rappeler la communication des abcès métastatiques avec les ramifications nombreuses des veines sus-hépatiques, communication telle que le pus des abcès était mêlé au sang veineux et qu'il y avait une infection purulente secondaire.

On a dit que les abcès métastatiques existaient à la surface des organes, rarement à l'intérieur. Les abcès profonds du foie ne sont pas rares, et en général ils longent les ramifications des veines sus-hépatiques. Au premier abord, ils paraissent disséminés irrégulièrement; mais en suivant les gros troncs veineux, on voit qu'ils sont appliqués contre leurs parois.

Sixième observation. — *Carie de l'extrémité antérieure du premier métacarpien du côté gauche. Amputation dans la continuité de cet os. Erysipèle de tout le membre. Gangrène des orteils. Phlébite. Mort.*

Biour, charretier, quarante-cinq ans, tempérament sanguin, est entré dans la salle Sainte-Marthe le 16 février, pour une carie de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, carie survenue à la suite d'un phlegmon de l'orteil et d'un rhumatisme de l'articulation.

Le 26 février, l'amputation à lambeau interne n'a rien présenté de particulier. Le pansement a été trop serré; aussi toute la journée le malade a beaucoup souffert, et le lendemain on fut obligé de relâcher le bandage. Trois jours après, à la levée du premier appareil, on vit une portion du lambeau gangrenée. La plaie était sèche; elle était imbibée d'une sanie purulente. Le pied était tuméfié.

Le 3 mars, fièvre intense, agitation; l'érysipèle s'est étendu jusqu'au genou.

Le 4, compression dans toute la longueur du membre. Frictions avec l'onguent mercuriel.

Le 7, la plaie est sanieuse, les orteils sont gangrenés, le pied est très tuméfié. Application d'onguent digestif; fomentations de quinquina; potion avec 25 centigrammes de sulfate de quinine.

Après l'emploi de la potion, la figure s'est profondément décomposée, le pouls devient filiforme; sueur froide. Mort le soir.

A l'autopsie, pus infiltré dans le tissu cellulaire de la jambe; la veine saphène ne présente aucune altération; la veine crurale, au contraire, est remplie de sang noirâtre violacé, d'une véritable sanie.

Pas d'abcès métastatique ni dans le foie, ni dans les poumons.

— La compression trop forte du pied par le bandage a contribué au développement de l'inflammation érysipélateuse; car dès le troisième jour il y avait gangrène du lambeau, et la plaie n'a jamais suppuré.

Les effets de l'infection purulente ne s'étaient pas encore manifestés dans les viscères; la phlébite n'était encore que locale; elle ne dépassait pas les limites de la veine crurale.

Dans un prochain numéro je rapporterai les accidens funestes survenus à la suite du traitement des varices par les épingles.

REVUE THÉRAPEUTIQUE ET FAITS DIVERS.

Sur la fréquence actuelle des accidens déterminés par le plomb, ses oxides et ses composés.

Les tableaux des malades atteints de coliques saturnines admis dans les hôpitaux de Paris, démontrent que, bien qu'on ait avancé le contraire, cette affection est toujours aussi fréquente de nos jours qu'elle l'était antérieurement, et que, par conséquent, les moyens prophylactiques vantés par diverses personnes depuis une vingtaine d'années ou ne sont pas mis en usage comme ils devraient l'être, ou sont employés sans grands succès. Il résulte des faits de ce genre observés en 1841 :

1° Qu'il est entré dans huit des hôpitaux de Paris 302 sujets affectés de coliques saturnines, répartis ainsi qu'il suit :

75 à Beaujon ;	39 à la Pitié ;
64 à la Charité ;	24 à l'Hôtel-Dieu annexe ;
47 à l'Hôtel-Dieu ;	5 à Saint-Antoine ;
46 à Necker ;	2 à Cochin.

2° Que, sur ces 302 malades, 289 sont sortis guéris, 12 ont succombé (dont 1 mort de phthisie), et 1 a dû être dirigé sur Bicêtre en raison de son état d'aliénation mentale.

3° Que, sur ces 302 sujets, 236 étaient des ouvriers appartenant aux trois fabriques de céruse qui existent dans le département de la Seine; les 66 autres exerçaient des professions diverses (peintres en bâtimens, broyeurs de couleurs, ouvriers en papiers peints, polisseurs de caractères d'imprimerie, imprimeurs, ouvriers fabricant les cartes de *porcelaine*, potiers de terre); on comptait en outre parmi eux un ouvrier tanneur, un charcutier, un lapidaire, un ouvrier en bronze, un peintre en stores, un émailleur, un mécanicien et un ouvrier en cristaux.

4° Que, sur les 12 sujets qui ont succombé, 16 étaient ouvriers cérusiers; le onzième, mort phthsique, était peintre en bâtimens, et le douzième était peintre en bâtimens.

On voit par tout cela qu'il est indispensable de se livrer à de nouvelles recherches sur les moyens propres à prévenir l'absorption des émanations saturnines et les dangers auxquels sont exposés les ouvriers qui travaillent le plomb ou les préparations de ce métal.

(*Annales d'hygiène*, juillet 1842.)

Emploi de l'huile de croton contre l'odontalgie.

M. le docteur O.-G. Guenther recommande l'huile de croton, appliquée à l'extérieur, comme un moyen véritablement spécifique contre les douleurs de dents provenant d'une cause rhumatismale. Il fait tomber de deux à quatre gouttes de cette huile, suivant le degré de sensibilité du sujet, sur la surface cutanée qui se trouve entre l'angle du maxillaire inférieur et le lobule de l'oreille du côté douloureux, puis il frictionne de manière à faire absorber la plus forte quantité possible de l'huile employée.

Il insiste sur ce point, que la friction doit toujours être faite par le praticien lui-même. (*Archiv. der Pharmacie*, avril 1842.)

Chronique et Nouvelles.

Distribution des médailles au Val-de-Grâce.

La distribution des médailles à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris a eu lieu samedi 24 septembre, en présence d'un grand nombre de médecins, chirurgiens et pharmaciens militaires et du conseil de santé des armées. Cette solennité, qu'a présidée plus d'une fois le ministre de la guerre en personne, l'était cette fois par un délégué de M. l'intendant de la 1re division militaire. La séance a été ouverte par un discours de M. C. Broussais, professeur à cet hôpital, et chargé par ses collègues de porter la parole. Ce médecin, après avoir exprimé les regrets que cause à la profession la perte de tant de maîtres illustres, s'est exprimé de la manière suivante :

« Ombres des Percy, des Desgenettes, des Sérullas, des Broussais, Larrey est allé vous rejoindre. Son nom brillera, comme les vôtres, au-dessus de nos têtes. Une si grande vie aura son digne interprète.

» Un autre vous dira ce qu'a été cette existence de dévouement sans bornes, d'activité incessante et d'ingénieuse humanité. Il vous montrera cette force d'âme que grandit le danger, ce sentiment du devoir qui ne sait pas faiblir, et cette inébranlable fermeté qui élève de plusieurs coudées l'homme au-dessus de l'homme. »

Puis il a montré aux élèves, pour les encourager, leurs maîtres actuels, autrefois, du moins pour la plupart, élèves de ce même hôpital, assis comme eux sur ses bancs et nourris de son enseignement; il les a engagés au travail au nom de leur conscience et de l'humanité, les rendant responsables des opérations graves que le sort des armes et la complication des événemens de la guerre peuvent d'un jour à l'autre commettre à leur grade, quel qu'il soit. Consentiriez-vous de sang-froid, leur dit-il, à laisser mourir un malheureux blessé, un pauvre malade qui compte sur votre science et votre habileté! Et cependant, ce bistouri que vous allez plonger dans des chairs vivantes, parce que tout retard est une chance donnée à la mort, ce bistouri savez-vous bien le diriger? Sera-t-il mortel ou sauveur pour le malheureux agonisant?

Passant ensuite à un sujet purement scientifique, M. Casimir Broussais a cherché à caractériser l'esprit de la médecine moderne, et, acceptant ses progrès les plus récens, il s'est attaché à concilier les acquisitions nouvelles avec les progrès antérieurs. La médecine physiologique, comme il l'entend, au lieu de fermer l'enclos de la science, lui ouvrait une nouvelle carrière; au lieu d'enclore les améliorations, appelait les découvertes. Depuis son introduction dans le monde médical, l'observation est devenue de plus en plus positive, de plus en plus exacte, et, ce qui caractérise notre époque, c'est cette rigueur et cette exactitude-là mêmes, et l'abandon complet du système des hypothèses et des analogies aventureuses.

Après des considérations sur le solidisme, arrive la question des altérations des fluides. Avec les modernes, M. Casimir Broussais fait table rase de toutes les idées humorales des siècles passés; mais avec eux aussi il accepte les notions positives fournies par la chimie organique, et entre, à cet égard, dans des développemens qui ont besoin d'être lus en entier pour ne rien perdre de leur force d'enchaînement, et il termine par ces mots : « A dire vrai, je ne comprends pas une localisation absolue; les maladies sont toujours plus ou moins générales, si ce n'est au début, du moins pendant leur cours. Si un mal débute quelque part, dans quelque recoin de l'organisme, croyez-vous qu'il s'y blotit et s'y cantonne? Point du tout, il s'étend aux environs, il s'irradie au loin et l'organisme tout entier ne tarde pas à en être ébranlé. Alors les fluides s'altèrent, le sang change dans ses proportions élémentaires, enfin une maladie générale est venue compliquer une affection locale.

« La marche inverse n'est pas moins fréquente, et lorsqu'une ca[illegible]use a évidemment porté son action sur nos fluides, cette lésion reste [illegible]rdinairement inaperçue jusqu'à ce qu'un organe, ou du moins un ap[illegible]pareil organique, annonce, par un ensemble de symptômes, qu'il est [illegible]principalement frappé. »

Passant alors à la question thérapeutique, M. Casimir Br[illegible]sais s'afflige de l'incertitude où en sont, à cet égard, les croyances [illegible]médicales, et il demande, pour en sortir, aux médecins des hôpitaux, le compte-rendu de leur clinique, afin d'en former une bonne statis[illegible]tique médicale qui porte sur des chiffres dont les unités soient ri[illegible]goureusement déterminées. Il convie à ce travail les élèves eux-mêmes [illegible] dont le secours est nécessaire aux maîtres, et leur donne quelq[illegible] des conseils sur la direction de leurs travaux, et termine en leur faisant voi[illegible] que l'étude de l'homme, même avec le caractère positif qui la disti[illegible]ngue de nos jours, a aussi sa poésie.

Ap[illegible]rès ce discours, applaudi vivement par l'assemblée, le [illegible] président a adressé quelques mots aux élèves, et il a distribué les mé[illegible]dailles, l'une à M. Ti[illegible]ier, chirurgien élève, qui a obtenu la première p[illegible]lace dans le concours pour le grade de chirurgien sous-aide, et l'aut[illegible]re à M. Lecœur, chi[illegible]rurgien sous-aide, le premier dans le concours p[illegible]our le grade de chirurgi[illegible]en aide-major.

— Nous ap[illegible]prenons et tous nos confrères civils et milit[illegible]aires apprendront avec une [illegible] vive satisfaction que les noms de : Percy, Desgenettes et Larrey ont é[illegible]té inscrits sous les voûtes de l'arc de triomp[illegible]he de la barrière de l'Etoile, [illegible] parmi ceux des hommes dont la France consacre le souvenir à l'immo[illegible]rtalité, pour la part qu'ils ont prise, dans nos grandes luttes, à sa gloire [illegible]et à ses succès.

— Outre les cons[illegible]tructions nouvelles qui s'élèvent à l'hôpital de la Charité et qui touchen[illegible]t à leur terme, de grandes réparations sont faites dans les anciennes sal[illegible]les; aussi la plupart des services sont-ils en ce moment doublés par l'év[illegible]acuation des malades des salles en réparation. Il est fort heureux que la température se soit abaissée, car un encombrement aussi considérable aurait pu, pendant les chaleurs, occasionner de graves accidens.

— Un pharmacien et un épicier de Paris viennent d'être condamnés l'un à quinze jours de prison et 100 fr. d'amende, l'autre à 500 fr. d'amende, pour avoir fabriqué et débité de l'eau de Sedlitz dans laquelle le sulfate de magnésie avait été remplacé par le sulfate de soude.

— Des réparations fort urgentes sont en voie d'exécution au calorifère du grand amphithéâtre de la Faculté. Il y a long-temps qu'on se plaint aussi de l'incommodité qui résulte du bruit que font les lourdes portes de bois placées aux entrées de cet amphithéâtre et qu'il serait si facile de remplacer par des portes matelassées.

— On dit que c'est M. le professeur Trousseau qui est chargé cette année du discours de rentrée. Il y a long-temps que la Faculté ne se sera trouvée dans cette heureuse condition de n'avoir pas à prononcer l'éloge funèbre de l'un de ses membres.

— On assure qu'une pétition, appuyée par un certain nombre de professeurs, et tendant à demander que la bibliothèque de l'Ecole de médecine soit ouverte pendant l'hiver depuis six heures jusqu'à onze heures du soir, va être présentée au ministre de l'instruction publique.

EAU BROCCHIERI. (Suite.)

Voici un fait très récent et qui ne peut manquer d'exciter au plus haut degré l'intérêt du monde médical.

M. le docteur Morestin, médecin à Saint-Pierre Martinique, vient de faire l'amputation d'une cuisse, et n'a fait aucune ligature : il a arrêté l'hémorrhagie avec l'eau Brocchieri.

Voilà un essai important ; nous regrettons de n'en pouvoir donner plus de détails maintenant, car il serait de la plus haute importance de savoir si désormais la ligature des artères et des vaisseaux peut être remplacée un par tampon imbibé d'eau hémostatique. Les hémorrhagies, qui nuisent tant au succès des opérations chirurgicales, seraient-elles donc maintenant vaincues par une simple boulette de charpie ? C'est ici plus que jamais que l'attention des praticiens doit se porter : il faut expérimenter et publier sans crainte, sans prévention, sans arrière-pensée le résultat des expérimentations.

— Une observation aussi curieuse, mais dont nous pourrions citer plusieurs analogues, c'est la suivante :

Mademoiselle L..., femme-de-chambre, rue Royale-Saint-Honoré, d'une bonne et robuste constitution, habituellement bien portante, vit ses règles se supprimer à la suite de violens chagrins. Quelque temps après, une tumeur se développa un peu à la fois à l'utérus, et finit par acquérir les dimensions d'une tête d'enfant ; une hémorrhagie mêlée de pus survint ; bientôt l'organe entier fut le siége d'une inflammation des plus intenses, une fièvre périodique se déclara ; le sommeil fut dérangé ; les fonctions ne s'opérèrent plus, et la malade ressentit dans le bas-ventre des douleurs vives qui s'étendirent dans toute la région de l'estomac ; les aines s'engourdirent et la prostration devint générale.

Le mal allant en augmentant, mademoiselle L... consulta successivement MM. Cruveilhier, Blandin et Récamier, qui tous les trois lui conseillèrent d'entrer à l'Hôtel-Dieu pour y subir l'opération qu'ils croyaient indispensable pour la guérison

La malade entra à l'hôpital ; son état devenait de plus en plus désespérant : elle refusa de se laisser opérer. Elle commença l'usage de l'eau Brocchieri, et vit au bout de peu de temps sa position devenir meilleure ; l'hémorrhagie cessa, l'inflammation si vive de l'utérus diminua peu à peu, la tumeur disparut ; la fièvre devint d'abord moins fréquente, et finit par cesser entièrement ; les fonctions digestives s'accomplirent bien ; enfin les forces revinrent.

Cette personne se trouve aujourd'hui dans un état de santé satisfaisant.

L'opération, proposée par MM. Cruveilhier, Blandin et Récamier eût sans doute procuré la guérison radicale de cette tumeur ; mais n'est-il pas préférable d'éviter autant qu'on le peut ces moyens extrêmes ? Tous les praticiens seront de notre avis, nous n'en doutons pas.

— Un garde municipal, âgé de vingt-cinq ans, fut affecté d'une tumeur blanche située à l'articulation radio-carpienne, avec carie des os et écoulement d'un pus fétide et d'une très mauvaise nature ; il apparut bientôt des glandes sous l'aisselle du même côté, et les muscles furent atteints d'engourdissement. Il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, où il fut traité pendant plusieurs mois par tous les moyens ordinairement employés dans ce genre d'affection. Son état, loin de s'améliorer, devint tellement grave, que M. Bégin, chirurgien en chef, jugea l'amputation indispensable.

Le malade était consumé par une fièvre lente, n'avait plus d'appétit, devenait d'une maigreur effrayante. La peau était sèche, le teint jaune et la prostration complète.

Il se refusa obstinément à subir l'amputation, et sortit de l'hôpital dans un état désespéré.

Le malade se présenta à la consultation de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Ce savant chirurgien déclara, après avoir examiné le malade, que l'amputation était indispensable.

Revenu à la caserne, rue de Tournon, quelques-uns de ses camarades lui conseillèrent l'usage de l'eau Brocchieri, dont ils avaient entendu parler comme guérissant *les plaies*. Le garde municipal en parla à un de ses officiers qui, prenant intérêt à sa malheureuse position, vint avec lui chez MM. Brocchieri. Un traitement fut commencé ; les premiers effets furent de diminuer l'abondance de l'écoulement ; le pus changea de couleur et fut moins visqueux, l'odeur cessa d'être fétide, la fièvre fut arrêtée ; l'appétit revint et le sommeil fut plus calme. La tumeur devint beaucoup moins volumineuse et finit par disparaître ; il en fut de même des glandes des aisselles.

Aujourd'hui le mouvement du bras est possible en pronation et en supination. Tous les symptômes graves ont entièrement disparu et nous espérons dans peu de temps pouvoir dire que la guérison est complète.

— Paquet, âgé de douze ans, fut atteint d'une fistule scrofuleuse à l'anus ; cette fistule était environnée de glandes. Fièvre périodique, point de sommeil, fonctions digestives dérangées, urines très rares, déjections alvines peu fréquentes et très douloureuses, enfin maigreur profonde.

Plusieurs médecins entreprirent successivement le traitement de cette maladie, mais ils n'obtinrent aucune amélioration dans les symptômes toujours de plus en plus alarmans ; une consultation eut lieu entre MM. Marjolin, Quentin, etc., qui déclarèrent la maladie sans remède et l'opération mortelle.

La mère de l'enfant, après avoir usé de tous les moyens, recourut en désespoir de cause à l'eau Brocchieri : un traitement régulier fut mis en usage ; injections et applications de compresses, trois fois par jour ; doses à l'intérieur pareil nombre de fois. Disparition de la fièvre, calme dans le sommeil, appétit recouvré, amélioration dans la qualité de l'écoulement, urines naturelles et abondantes, déjections faciles et régulières, retour des forces, tels furent les résultats d'un traitement de trois mois. A l'heure qu'il est, l'enfant est au collége et se porte bien ; aucun suintement n'a reparu.

M. Marjolin a revu cet enfant et l'a trouvé parfaitement guéri.

N'est-ce point encore ici le cas de rappeler aux praticiens d'essayer et d'expérimenter ce nouveau médicament ; faut-il, parce que la découverte n'appartient pas à quelque sommité médicale, nier les bons effets de cette eau hémostatique, se refuser à l'évidence des faits, et priver un grand nombre de malades des moyens de guérir aussi simples qu'efficaces.

Terminons maintenant en rappelant que depuis deux ans il existe dans chaque abattoir de Paris une ambulance d'eau Brocchieri, et que neuf cents à mille individus ont été guéris de blessures plus ou moins graves, et dont un assez grand nombre eussent nécessité l'amputation sans la bienfaisante invention du chimiste napolitain.

— M. le ministre de la guerre vient de nommer une commission pour assister à la suite des expériences de M. Brocchieri sur le traitement de la morve. M. le marquis Mornay, général de cavalerie, et trois médecins-vétérinaires militaires font partie de cette commission.

E. R.

TRAITEMENT DES DIFFORMITÉS DE LA TAILLE,

SANS LITS MÉCANIQUES NI BÉQUILLES, PAR LA MÉTHODE DE TRACTION LATÉRALE

de P. BERGERON, chirurgien orthopédiste.
44, passage de l'Ancien Grand-Cerf, rue Saint-Denis.

Nous pouvons constater aujourd'hui de la manière la plus authentique les résultats obtenus, depuis quinze ans d'application, par la méthode de traction latérale. Cette méthode, si simple et si heureuse dans ses résultats, est une de celles qui ont tenu le plus long-temps contre toutes les inventions nouvelles qui ont paru et se sont éclipsées depuis bien des années. Ce succès continu est dû à l'heureuse combinaison d'un système qui, au premier coup-d'œil, se comprend dans son application et ses effets. On n'y rencontre rien de semblable à ces cuirasses d'acier poli dans lesquelles on encaisse le tronc et dont on serait bien embarrassé de décrire l'action sur une, deux et quelquefois trois courbures de la colonne vertébrale. Il y a d'autres appareils qui s'emploient plus communément encore : ils se composent d'un cercle d'acier embrassant toute la circonférence du bassin sans le comprimer, comme le disent quelques orthopédistes ; derrière ce cercle est fixée une plaque dorsale munie à sa partie supérieure de deux tiges de fer recourbées sous chaque bras, pour figurer deux crosses de tuteurs. Notre méthode n'a aucune analogie avec ces traitemens du rachis faits à l'aide d'appareils mystérieux qui ne doivent être appliqués et compris que par ceux qui les ont inventés. Je me suis appliqué à composer des appareils sur des principes faciles à saisir, et qui puissent être parfaitement compris par tout le monde. Bien pénétré de la supériorité et de la puissance de ma méthode, j'ai marché pendant quinze années dans la voie du perfectionnement des modifications utiles ; et je crois pouvoir dire maintenant qu'il n'existe rien en orthopédie qui ait offert des succès aussi nombreux et rendu à l'humanité des services aussi importans que ce mode de traitement, qui consiste dans l'application d'un corset élastique fait d'une manière qui m'est toute particulière, et après lequel je distribue les appareils de tractions verticale et latérale nécessaires au traitement de chaque genre de courbure en particulier. Il est à remarquer que ce système peut s'appliquer aux déviations les plus avancées, et que ses effets sont tellement directs et précis, qu'ils font cesser en quelques jours les souffrances auxquelles sont ordinairement sujettes les personnes fortement déviées, telles que les mauvaises digestions, les points de côté, les battemens de cœur, les maux de reins et les oppressions. Je fais aussi, et avec le plus grand succès, l'application de mes appareils sur une très grande quantité de malades de tous les âges atteints d'affections de la colonne vertébrale, comme les gibbosités, les ramollissemens des os, sans gêner en rien l'application des cautères ou le traitement médical. Les hommes de l'art ont déjà apprécié toute la valeur de ce genre d'appareil appliqué à un genre d'affection pour laquelle les malades sont quelquefois obligés de garder le lit pendant des années. Je pense que mon système d'orthopédie mécanique sera d'autant plus approuvé qu'il aura été long-temps et souvent appliqué, et que la plus grande sécurité qu'on puisse offrir aux malades est l'expérience et la pratique. L'une des conditions les plus importantes de ma méthode est de pouvoir se traiter chez soi, tout en recevant les soins de son médecin et en continuant à se livrer aux exercices ordinaires de la vie. Les appareils sont tout à fait invisibles sous les vêtemens, régularisent même la taille d'une manière parfaite, et n'obligent qu'à une dépense modérée et une fois faite.

M. CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central, a ouvert un cours pratique et public D'OPÉRATIONS le lundi 3 octobre, à midi, à l'Ecole pratique.

AVIS. — Nous rappelons à MM. les médecins et pharmaciens que les véritables PILULES FERRUGINEUSES DE BLAUD se trouvent toujours chez M. Colmet, pharmacien, rue St-Merry, 12, seul dépositaire pour Paris et le département de la Seine. — Chaque boîte est accompagnée d'une instruction et d'un certificat signés du doct. Blaud, médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 6 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 119, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. J. MOREAU (de Tours).

Du traitement de la folie. Emploi du datura stramonium contre les hallucinations ; par M. BILLOD, ancien élève de Bicêtre, médecin-auxiliaire à la Maison de Santé de Vanves. (Suite du n° 117.)

DEUXIÈME SÉRIE.

Dans son mémoire sur l'emploi du datura, M. Moreau a dû s'abstenir de se prononcer sur l'efficacité ou l'inefficacité du traitement *substitutif* dans les cas d'hallucinations essentiellement chroniques, non compliquées de démence. Les faits lui manquaient alors pour juger la question. Ceux qu'on va lire, s'ils ne sont pas concluans, jetteront, je l'espère, quelque jour sur ce point important de thérapeutique.

En effet, un seul des trois malades dont nous citons les observations, a guéri radicalement. Cependant, bien que chez les deux autres il n'y ait pas eu de guérison stable, définitive, les modifications opérées par l'action énergique, incontestable du remède, les changemens survenus dans le cours de la maladie ont été tellement remarquables qu'on ne saurait ne pas admettre leur témoignage en faveur d'un mode de traitement qui, dans les cas graves mais curables, réussit presque infailliblement. Les cas vraiment chroniques sont, à nos yeux, une véritable pierre de touche pour toute méthode de traitement. C'est en luttant vigoureusement et long-temps avec le mal, en suscitant dans la marche de la maladie des changemens réels, profonds, évidens, c'est surtout en l'enrayant brusquement, en lui imprimant un caractère nouveau, inattendu ; en provoquant une perturbation qui atteste, si l'on me permet de m'exprimer de la sorte, la lutte du mal et du remède, c'est alors, dis-je, que l'on peut croire à l'action d'une médication quelconque, à son efficacité, si la guérison vient à la suite ; à son inefficacité, dans le cas contraire.

Sixième observation. — J... (Jean-Claude), âgé de trente-cinq ans, célibataire, broyeur de couleurs, sans aucune éducation ; caractère doux, porté à la mélancolie ; extrêmement sobre et rangé. Aucun de ses parens n'a été atteint d'aliénation mentale. J... a eu plusieurs fluxions de poitrine, pour lesquelles il a été traité dans divers hôpitaux de Paris. Il serait difficile (c'est la belle-sœur du malade qui nous donne les renseignemens) de préciser l'époque à laquelle J... a ressenti les premières atteintes de l'affection qui a nécessité son isolement. Il y a quatre ans environ, une femme dont il était l'amant commet un vol. J.... se trouve compromis ; on le conduit chez le commissaire de police qui, après avoir reconnu son innocence, le fait relâcher immédiatement. Dès ce jour, le caractère de J... est devenu de plus en plus sombre et taciturne, enclin à la défiance. Cependant il ne lui arrive jamais de rien dire de déraisonnable. Il travaille avec la même activité ; sa vie est toujours aussi régulière ; mais il refuse de prendre part aux parties de plaisir auxquelles l'invitent ses camarades.

Il y a un an, une autre femme avec laquelle J... s'était lié et avec laquelle il vivait maritalement, se persuadant que son humeur sombre, son air pensif et rêveur provenaient de ce qu'il se livrait à quelque coupable industrie, le quitta brusquement.

Peu de jours après, explosion d'un délire général compliqué d'idées fixes, d'hallucinations de toute sorte. Un médecin, appelé aussitôt, pratique une saignée abondante. L'agitation s'apaise, mais les idées fixes, les hallucinations n'ont rien perdu de leur intensité. J... ne cesse de répéter que sa maison est pleine de mouchards ; tous ceux qui l'approchent sont envoyés par la police. Par ordre de la police, on vient faire un vacarme affreux sous ses fenêtres ; les joueurs de vielle, organisés, jouent des airs séditieux pour le tenter et l'attirer dans la rue. Il accuse un de ses amis d'avoir rempli la paillasse de son lit de rats, de crapauds, de serpens ; il fait des sauts et des bonds comme s'il était mordu par ces animaux ; il se voit entouré de diables, de spectres qui le torturent, lui pressent la poitrine. Ayant été conduit à l'Hôtel-Dieu, la nuit même de son arrivée il fut pris d'une vive agitation, et, armé d'un vase d'étain, il lutta contre plusieurs infirmiers qui eurent une peine extrême à se rendre maîtres de lui.

Il nous a été amené, dans cet état, le 28 octobre 1841 ; il n'est sorti de l'hospice que le 26 mai 1842.

Dans cet intervalle assez long, il a fallu, en quelque façon, recommencer plusieurs fois la lutte contre les hallucinations. Il serait fastidieux de suivre l'observation dans ses détails de chaque jour ; je me contenterai d'extraire de mes notes ce qu'elle a offert de plus saillant et d'en marquer les principales périodes.

Du 7 novembre au 19 du même mois, le datura est élevé graduellement à la dose de 30 centigrammes. Des symptômes assez prononcés d'intoxication (bouche sèche, pâteuse, déglutition extrêmement difficile, froid des extrémités, frissons, étourdissemens, prostration des forces, etc.) font suspendre le traitement. L'excitation générale cesse presque tout à coup. Il en est de même des hallucinations ; mais le malade conserve ses idées fixes. On lui en veut toujours ; on le prend pour ce qu'il n'est pas, un voleur, un assassin. Retour des hallucinations après dix-neuf jours ; véritable état de panaphobie. Administration à faibles doses (2 centigr.) du datura, pendant onze jours.

Les hallucinations deviennent de plus en plus rares, et finissent par disparaître tout à fait. Plus d'excitation ; mais le malade reste triste, rêveur, taciturne. Il est impossible d'engager avec lui aucune conversation un peu suivie. Il se contente de répondre, le plus souvent, par oui et par non. Rien n'indique d'incohérence dans les idées. Sorte d'hébétude, de stupeur, d'hésitation qui caractérisent d'ordinaire l'espèce de désordre mental auquel M. Esquirol a donné le nom de *démence aiguë*. Les forces physiques semblent être sous la même influence dépressive qui enchaîne et paralyse l'énergie intellectuelle. Il reste toute la journée à la même place, dans une immobilité presque absolue. Impossible d'obtenir de lui qu'il se livre à la moindre occupation. Il a toujours froid ; les extrémités, les mains principalement sont glacées. Il dit éprouver de temps en temps de petits frissons par tout le corps. Du reste, point de maux de tête ; les fonctions du ventre sont régulières ; l'appétit est excellent. — *Régime :* Les cinq portions. *Médication :* Tisane de feuilles d'oranger ; une tasse de café très concentré, matin et soir.

Le malade reste dans cet état, ou à peu près, jusqu'au commencement de mars, époque à laquelle il est pris tout à coup d'un accès d'asthme intense. Cette affection touchait à sa fin (21 du même mois) lorsqu'il survint une agitation assez vive, sans hallucinations d'aucune espèce. Le délire, cette fois, revêt une forme bizarre. L'excitation entée, en quelque sorte, sur l'état de stupeur dont nous parlions précédemment, et qui semble toujours s'opposer à la manifestation, par la voix, des pensées du malade, ne se traduit au dehors que par des gestes rapides, variés, une pantomime continuelle, extravagante, de petits grognemens, et quelques paroles entrecoupées.

Le calme se rétablit peu à peu. Le malade cessa de se livrer avec autant d'ardeur à son éternelle pantomime, et parla davantage. De lui-même il demanda à s'occuper ; M. Moreau l'envoya aux champs, où il se fit remarquer par son activité. Dès lors, J... entra franchement en convalescence. Peu de temps après, il obtint la permission de sortir de l'hospice, avec sa sœur qui l'emmena passer la journée dans sa famille. Cette même permission lui fut accordée par trois fois avant sa sortie définitive, qui eut lieu le 26 mai 1842.

M. Moreau a reçu ces jours passés (22 août) la visite de J. dont la santé était toujours excellente, et dont le caractère, au dire même de la sœur, avait considérablement gagné depuis sa sortie de l'hospice.

Septième observation. — B... (Vincent), âgé de trente-quatre ans, célibataire, cordonnier, est entré, de son propre mouvement, à Bicêtre, le 11 mai 1841, d'après les conseils d'un médecin.

Il est orphelin. Aucun de ses parens n'a été atteint d'aliénation mentale. Caractère gai, paisible. Habitudes de sobriété ; très adonné aux travaux de sa profession, dans laquelle il est fort habile. A vingt-quatre ans, variole et érysipèle de la face. Délire à la suite de l'une ou de l'autre de ces maladies. Les souvenirs de B. ne sont pas bien précis à cet égard. Peu de temps avant son entrée dans l'hospice, il éprouva un vif chagrin de se voir abandonné par une femme qu'il aimait et avec laquelle il comptait se marier. B. ne parle de cela que les larmes aux yeux.

Etant tombé malade, B. se persuada que les douleurs qu'il ressentait dans le bas-ventre, dans la poitrine, lui étaient causées par des personnes qui habitaient la même maison que lui. Il devint défiant à l'égard de tout le monde. Des voix qui ne lui paraissaient pas inconnues ne lui laissaient pas un instant de repos, et lui disaient, entre autres choses, qu'il était un misérable, qu'on le regardait moins que la boue des rues, etc.

B. qui a, à certains égards, conscience de son délire, rend très bien compte de son état. Il attribue sa maladie à ses chagrins. Il passe la journée assis sur sa chaise, près de son lit, ne communique avec personne. Si on l'interroge sur sa maladie, il répond que nous en savons, sur ce point, aussi long que lui, puisque nous connaissons ses plus secrètes pensées. Il se regarde comme un idiot, comparé à tous les autres hommes. Parfois, on le voit rire aux éclats à propos de rien, ou de la chose la plus insignifiante qui, par je ne sais quelle association

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL (1).

Un professeur de bandages et appareils *fait recevoir son mannequin officier de santé. — Un infirmier de la* salle des morts *va recevoir le même grade. — Le maréchal Soult plonge dans l'hydropathie un chirurgien des armées pour le guérir d'une ambition rentrée. — Un journal (seul critique dans son genre) tombe dans l'eau. —* La Lancette *tombe dans les eaux. — Un vieillard prend pour lui toutes les douches et les nymphes administrées et créées par le Dr Lyrac. — La plume du même transformée en poignard. — Petite et grande mystification des hobereaux en statistique.*

Avant la reprise de la question des officiers de santé, question qu'on reprend souvent pour la quitter et retenir ce qu'elle produit au trésor et au jury ; avant cette reprise, il me paraît assez utile de citer deux faits qui ne feront pas mal dans l'histoire des jurys médicaux et dans celle de l'institution des quasi-médecins. Je crois fort que Caligula fit recevoir son cheval consul ou quelque chose d'approchant. Vous avez entendu parler de ce médecin qui, après avoir été reçu, demanda qu'on en fît autant pour sa monture : on lui répondit qu'on ne recevait pas deux bêtes le même jour. Il n'y a pas long-temps qu'un médecin (qui n'est pas bête, puisqu'il professe les *bandages et appareils*), après avoir été reçu, a eu l'idée assez originale de faire recevoir son mannequin officier de santé. Il paraît que le jury a été très satisfait du mannequin et que le mannequin l'a été encore plus du jury. Quoi qu'il en soit, au lieu de supporter les *capolines*, les *doloires*, les *renversés* des apprentis de la rue Hautefeuille, le mannequin se livre au même exercice sur les cliens des environs de Lille, et souvent il va jusqu'à appliquer les mêmes *doloires* et les mêmes *renversés* sur les docteurs de l'arrondissement, qui se contentent de maudire l'institution des officiers de santé.

Voici l'autre fait : il est plus favorable à la dignité médicale que le premier. Un infirmier d'un grand hôpital, *employé à la salle des morts*, s'est présenté pour être reçu officier de santé ; il a donc eu certificats et autres pièces nécessaires pour cela. Mais le jury l'a refusé parce qu'il n'était pas assez fort sur l'anatomie, lui qui n'a vécu qu'avec les cadavres ! Il est donc retourné à ses morts, et prochainement il se représentera. Sera-t-il reçu ? Les paris sont ouverts. Je sais qui gagnera, puisque je sais que la place des morts est retenue par un autre aspirant au titre d'officier de santé.

— Un chirurgien militaire ambitionnait vivement la place restée vacante par la nomination de M. Bégin au conseil médical des armées. Le sceptre chirurgical du Val de-Grâce le tentait extraordinairement, mais ce sceptre lui est échappé. De là un vif chagrin. Le maréchal Soult, qui est plus médecin qu'on ne pense, a plongé ce chagrin dans l'hydropathie. En effet, notre confrère vient de recevoir une mission pour aller en Allemagne étudier l'hydropathie. Rien ne calme plus rapidement les bouffées de l'ambition que l'eau *intus et extus*. Au retour de l'eau, on enverra notre confrère ailleurs si la récidive ambitieuse a lieu.

Mauvais calembour à part, je vous dirai que s'il y a un journal critique (le seul dans son genre) qui tombe dans l'eau, je trouve que votre *Gazette* tombe un peu trop dans les *eaux*. Ainsi, dans votre numéro de mardi 20 septembre, dans ce même numéro où se trouve mon feuilleton au noir de fumée, se trouvent : 1° clinique de M. Velp*eau* ; 2° clinique de M. Trouss*eau* ; 3° clinique de M. Brichet*eau* ; et pour varier dans vos variétés, vous parlez des calculs de M. Rouss*eau* ; puis pour diversifier encore, vous créez un nouvel *eau*, M. Lhomm*eau*, qui se crée, lui, chef de clinique ophthalmologique ! Puisque vous y étiez, pourquoi n'avez-vous pas ajouté MM. Dépeau, Collineau, Cottereau, Demeaux, lequel a obtenu un couteau d'honneur doré à la Ruolz pour avoir secouru les victimes entièrement carbonisées du chemin de fer (rive gauche)? Un jour je vous ferai une légère critique de ces *eaux* ; j'espère qu'elle me vaudra un peu moins de malédictions que mon feuilleton aux nymphes. Vous vous souvenez ou vous ne vous souvenez pas de ce feuilleton dans lequel il était question des nymphes et des naïades de Vichy, de Luchon, etc. Rien de plus innocent que ce feuilleton. Eh bien ! il s'est trouvé un pauvre vieillard qui n'a jamais vu un établissement des eaux, qui n'a jamais écrit pour elles, qui n'a même jamais pris, je crois, les *eaux*, ni un seul bain dans sa vie, et qui a bien voulu prendre pour lui toutes les douches que j'ai administrées ce jour-là. Et au lieu de leur laisser tout ce qu'elles avaient de balsamique dans leur composition et de doux dans leur chute, il a voulu, le brave homme, leur mêler un peu de bile et les faire tomber du haut de ma vengeance ! et il s'est trouvé quelqu'un qui a dit que j'écrvais avec un poignard ! La plume du Dr Lyrac un poignard ! *Sonnez, sonnez cors et musettes !*

— On fait publier dans les journaux politiques des extraits d'un *beau* travail sur la statistique des grandes opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris. Je ne sais à qui profitera cette grande publicité des exploits chirurgicaux de nos habiles confrères : deux mots pourront vous édifier sur l'importance, la valeur qu'on doit accorder aux statistiques faites à peu près comme celle qu'on vient de publier. Les élémens de ces calculs sont souvent puisés dans les bureaux de l'administration. Voici comment ces élémens sont parfois récoltés : C'est le directeur qui enregistre l'espèce d'opération pratiquée dans l'établissement. Or, cet agent est complétement étranger à la chirurgie, et n'est jamais d'ailleurs à l'amphithéâtre quand on opère. Il recueille alors des renseignemens auprès des élèves et quelqusfois auprès des sœurs religieuses. Ici est la place plus ou moins naturelle d'une mystification qui ne manque pas d'un certain intérêt scientifique. Dans un hôpital assez

(1) On m'a fait l'honneur de plusieurs lettres anonymes, les unes injurieuses, les autres louangeuses. Ni les unes ni les autres n'arrêteront les douches ascendantes et descendantes que je me propose d'administrer au corps médical. Un confrère m'a donné le conseil de faire un sommaire. Je prends ce conseil. Dorénavant j'aurai donc un sommaire.

d'idées, lui rappelle quelque événement de sa vie.

Durant les quatre premiers mois de son séjour à l'hospice, l'état de B. a peu varié. A diverses reprises, par suite de ses hallucinations, il a eu des momens d'agitation qui ont nécessité l'usage de la camisole de force. Il prétendait que ceux qui couchaient à côté de lui le faisaient enrager nuit et jour, soit en lui faisant des grimaces, soit en l'injuriant; en lui envoyant des douleurs partout le corps, en toussant, en ronflant très-haut pour l'empêcher de dormir.

Le traitement par le datura a été commencé le 7 décembre et a duré jusqu'à la fin de janvier 1842. Deux fois de légers symptômes d'intoxication se sont manifestés. Si le malade essayait de lire, il voyait les lettres renversées, couchées de travers; quelquefois elles lui paraissaient toutes jaunes. En écrivant il lui semblait voir des insectes sautiller sur le dos de sa plume, sur son papier. Les hallucinations ont cédé assez rapidement et n'ont pas reparu depuis. Quant aux idées erronées, elles n'ont été que modifiées. B... est toujours convaincu qu'on lit dans sa pensée. Cependant il a de lui une opinion beaucoup moins défavorable. Il est pleinement rassuré contre les mauvaises intentions de ceux qui pourraient lui vouloir du mal, et, depuis plus de trois mois, il supplie chaque matin M. Moreau de lui accorder sa sortie. Il est, du reste, parfaitement calme, docile, très laborieux. Rien à l'extérieur, dans sa conduite et ses actions, ne trahit les désordres de l'intelligence.

22 septembre. B... est sorti de l'hospice. Il n'est pas complétement guéri; mais sa situation morale est telle qu'il peut très bien reprendre ses travaux. Prolonger son isolement a paru à M. Moreau un dangereux et inévitable moyen d'aider la maladie à passer à l'état chronique; tandis que, au contraire, tout porte à croire que le recouvrement de sa liberté, les émotions qui suivront sa sortie, les distractions qu'il trouvera dans le travail, etc., contribueront puissamment à rendre au malade sa santé.

Huitième observation. — M... (Philippe-Emmanuel) âgé de soixante-quatre ans, serrurier-mécanicien, né à Vissembourg (Bas-Rhin), célibataire. Depuis près de sept ans à l'hospice.

M... ignore s'il y a eu des aliénés dans sa famille. Il a reçu quelque éducation, connaît l'allemand et le français. Il n'a jamais été malade. Caractère doux, tranquille, très laborieux et sobre. Des tracasseries avec l'un de ses patrons paraissent être la cause occasionnelle de la maladie pour laquelle il a été amené à l'hospice. De nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe forment le caractère dominant de son affection. Il entend des voix qui l'accablent d'injures; ce sont, le plus souvent, des voix de femmes. Ces femmes lui apparaissent la nuit, lui font mille grimaces, singent toutes ses actions. Elles font au-dessus de lui un vacarme horrible pour l'empêcher de dormir. M... s'irrite, s'emporte contre elles en imprécations; de désespoir, et fatigué d'être ainsi tourmenté, il lui est arrivé plusieurs fois de vouloir se laisser mourir de faim. Il est resté une fois près de onze jours sans rien prendre qu'un peu de tisane.

Après s'être assuré que, malgré l'ancienneté de la maladie, il n'existait aucun symptôme certain de démence, M. Moreau fait passer le malade de la division des aliénés réputés incurables, dans une des salles de traitement (16 mai 1842).

Du 21 mai au 22 juin, M... a pris du datura à dose croissante de 2 centig. à 20 centig. Légers symptômes d'intoxication vers les premiers jours. Cessation, puis réapparition successive, et à diverses reprises, des hallucinations. Les nuits deviennent plus calmes; le malade est plus traitable, on peut lui parler du dérangement de sa raison sans l'exaspérer et même provoquer sa fureur, ainsi que cela avait lieu auparavant.

Le 23 juin, sans que la dose du datura ait été augmentée (20 centig.) depuis huit ou dix jours, des symptômes graves d'intoxication éclatent tout à coup, durent environ cinq heures et se dissipent d'eux-mêmes. Suppression du datura.

Le 24 juin, M... nous assure avoir dormi paisiblement, n'avoir entendu aucun bruit. Il en est ainsi jusque vers le commencement de juillet. Chaque matin le malade nous donne les mêmes assurances. Cependant il est facile de s'apercevoir qu'il est, de jour en jour, plus triste, plus taciturne. Le délire semble avoir pris un autre caractère et devenir exclusivement lypémaniaque. De même pour les hallucinations qui d'externes sont, pour ainsi dire, devenues internes; car le malade prétend qu'on lui fait entendre intérieurement qu'il fait tout de travers, qu'il ne sait plus travailler, qu'il n'a pas la grâce et mille autres choses qu'il ne comprend pas.

Le 17 juillet, la mélancolie, les voix intérieures, on peut ajouter même, tous symptômes morbides ont cessé. M... convient sans difficulté, et bien évidemment avec franchise, des idées extravagantes dont il est le jouet depuis bientôt huit ans. M. Moreau lui offre de le faire travailler chez le serrurier de l'hospice. Il accepte avec joie. Malheureusement le tremblement de ses mains l'empêche de continuer, ce qui paraît l'affecter vivement. Néanmoins sa bonne santé se maintient ainsi encore près de trois mois.

Vers la fin d'octobre, M..., sans qu'aucune cause apparente ne se révélât, redevient triste, sombre, silencieux. Il refuse d'aller au travail; il prend en aversion le surveillant de la section, qu'il dit reconnaître pour un des maîtres chez lesquels il a travaillé autrefois, et qui lui doit encore 300 fr. Il injurie une femme chargée de la distribution des vivres, prétendant qu'elle avait dit du mal de lui, etc., etc. Ces symptômes se dissipent après une dizaine de jours, et M... passe près de six semaines presqu'aussi bien portant qu'avant sa rechûte. Au bout de ce temps, retour d'accidens à peu près semblables. M... ne parle plus de voix qui viennent troubler son sommeil, l'injurier; il n'en est pas moins triste pour cela, plein de prévention à l'égard de certains individus. Il est donc probable qu'il a encore, de temps en temps, des hallucinations qu'il n'avoue pas (1).

(1) Observation recueillie par M. Macario, interne provisoire à Bicêtre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

MALADIES DE LA PROSTATE.

Caverne urineuse de la prostate.

(Suite du numéro du 20 septembre.)

Dans le précédent article, j'ai fait connaître les idées de M. Velpeau sur l'inflammation et les abcès proprement dits de la prostate. On a pu lire dans le dernier supplément de la *Gazette des Hôpitaux* (1er octobre), un fait publié par M. Laforgue dans les Archives de médecine (septembre 1842), et qui vient à l'appui de ce que j'ai exposé à cet égard. Aujourd'hui, j'ai à m'occuper d'une lésion de la prostate qui résulte parfois de la phlegmasie et de la suppuration de cette glande, lésion qui n'a peut-être pas assez fixé l'attention, et qui mérite cependant d'être bien connue. On va en juger.

Une lésion, dit M. Velpeau, qui résulte parfois de la suppuration de la prostate, surtout lorsque tout le parenchyme de cette glande a été envahi, est une sorte de poche qui s'établit entre le rectum et l'urètre, poche qui peut avoir une ou plusieurs ouvertures.

Lorsque le tissu glanduleux a été détruit par la suppuration, il peut, en effet, disparaître et s'échapper avec le pus, soit par l'urètre directement, ou après s'être épanché dans la vessie, soit par le rectum, soit même par le périnée, suivant le point où siége la perforation. Il n'en reste pas moins alors une poche, une sorte de coque d'épaisseur variable représentée par la capsule de la prostate. Cette capsule constitue ainsi un sac ouvert dans l'un des points que nous venons d'indiquer, et dans lequel l'urine ou le pus, et souvent tous les deux à la fois, stagnent presque nécessairement. On comprend dès-lors qu'il résulte de là une véritable fistule borgne, vésicale, urétrale, intestinale ou périnéale, selon que le foyer se sera ouvert dans tel ou tel point de la coque fibreuse.

Cette espèce de caverne offre parfois les dimensions d'un œuf de dinde, tantôt unique, tantôt à plusieurs loges distinctes ou communiquant entre elles. Cette cavité, qui occupe parfois la totalité de la prostate, peut aussi s'établir entre les restes de cette glande et les couches fibreuses voisines. C'est là une disposition qui a été généralement passée sous silence. Cependant, en 1826, j'en avais déjà parlé dans les Archives générales de médecine (t. II, p. 550), au sujet d'un malade qui fut soumis à mon observation. Voici ce fait :

Un homme âgé de trente-trois ans, pris de gonorrhée et de rétention d'urine deux ans auparavant, vit, quelques jours après un cathétérisme difficile, un abcès s'ouvrir au fond de son urètre. Plus tard une nouvelle communication s'établit aussi avec le rectum. Toutes les fois qu'on le sondait, le bec de l'instrument se trouvait arrêté sous les pubis dans une sorte de cul-de-sac, et ces manœuvres donnaient issue à un mélange de pus et d'urine. Cet homme mourut.

A l'autopsie, je trouvai des cavernes purulentes dans le périnée. La paroi inférieure de l'urètre, au niveau de la région prostatique, était détruite dans l'étendue de vingt et quelques millimètres d'avant en arrière, et de huit à douze millimètres transversalement. L'examen attentif des parties indiquait d'une manière certaine que cette destruction datait de quelque temps. Par cette ouverture, on pénétrait dans une cavité propre à contenir un œuf de poule, cavité qui communiquait, du reste, avec le rectum par un orifice un peu moins étendu que celui de l'urètre. Cette espèce de sac, tapissé par une couche organisée, par une sorte de fausse membrane muqueuse, était remplie d'un mélange d'urine et de pus.

A cette époque, je dois le dire, je n'avais point encore saisi d'une manière précise le mécanisme d'une pareille maladie. Je n'avais point encore constaté que la prostate était détruite, et que la caverne était précisément représentée par la capsule prostatique distendue. Mais depuis j'ai eu occasion de rencontrer un certain nombre de faits analogues qui m'ont mis en mesure d'étudier avec détails et de bien suivre le développement de cette sorte de vessie surnuméraire, de poche accidentelle. Dans le courant d'une seule année, nous avons pu en observer trois cas à l'hopital de la Charité.

Chez l'un de ces trois malades, la caverne prostatique s'ouvrait dans l'urètre et au périnée tout à la fois. Chez les deux autres, elle ne communiquait qu'avec l'urètre. Dans un cas, l'ouverture de communication permettait tout au plus l'introduction d'un doigt, et le kyste pouvait contenir près d'un demi-verre de liquide. Dans un autre, la portion prostatique de l'urètre était comme criblée d'ouvertures, et il existait dans la caverne plusieurs crêtes, plusieurs demi-cloisons qui en formaient une cavité anfractueuse. Dans le troisième enfin, la caverne, ouverte dans l'urètre et au périnée, offrait jusqu'à un certain point la forme d'un sac anévrismal dont les parois se seraient ulcérées.

Dans quelques autres exemples qui ont passé sous mes yeux, j'ai retrouvé des dispositions à peu près analogues. Il est d'ailleurs facile de comprendre que les abcès de la prostate doivent assez souvent donner lieu à ce genre de désorganisation.

En effet, complétement entouré de lames fibreuses, le pus, en réagissant sur ses propres élémens par pression, doit éteindre fréquemment la circulation dans la trame celluleuse et les granulations de la glande, de telle sorte qu'en se faisant jour, soit dans l'urètre, soit dans la vessie, soit dans le rectum, soit du côté du périnée, le dépôt doit laisser un sac à parois coriaces, plus ou moins épaisses, peu disposées à revenir sur elles-mêmes. Comme il ne tarde pas à s'établir, dans un pareil sac, une sorte de membrane muqueuse, et qu'il est difficile, à moins que la perforation n'ait lieu que du côté du périnée, d'empêcher absolument les liquides anormaux d'y stagner, on comprend que la modification, la détersion, la cicatrisation, tarderont beaucoup à se faire, et que même elles peuvent ne pas s'y établir du tout.

Si la caverne communique avec le rectum sans communiquer avec l'urètre, l'entrée d'une certaine portion d'humidité, de matières stercorales dans son intérieur, suffirait déjà pour empêcher le retrait de ses parois, pour éloigner la cicatrisation. Du reste, il se passe ici un phénomène qu'il ne faut point perdre de vue, c'est que les matières stercorales ne déterminent pas, comme on serait tenté de le croire de prime-abord, l'inflammation dans la caverne, par la raison que, d'un côté, elles y sont toujours précédées de matières purulentes qui les délayent; et de l'autre, qu'elles entrent dans un sac dont les parois sont tapissées d'une espèce de membrane protectrice. Il se fait là une sorte de cloaque *passif*, s'il m'est permis de parler ainsi.

Lorsque la caverne ne communique qu'avec la vessie, les urines s'y accumulent nécessairement et y restent en stagnation d'une manière à peu près permanente. Si elles ne provoquent pas non plus l'inflammation, puis l'ulcération de la poche, c'est aussi parce que la fausse membrane muqueuse en amortit l'âcreté et l'action irritante. Des exemples à peu près semblables s'appliquent aux exemples dans lesquels la poche accidentelle ne communique qu'avec l'urètre.

On reconnaît une semblable maladie à l'aide de signes anamnestiques et de signes actuels. Ainsi, les malades ont éprouvé tous les symptômes d'une inflammation, d'une suppuration, d'un abcès de la prostate: nous avons déjà indiqué ces symptômes. On apprend qu'à la suite de ces accidens il s'est fait une excavation plus ou moins abondante de pus par l'urètre ou par le rectum. (Il est évident que si l'abcès s'était ouvert du côté du périnée, le diagnostic serait d'une facilité telle, que je crois inutile d'en fournir ici les élémens.) Après cette ouverture de l'abcès prostatique, le malade, d'abord grandement soulagé, a cependant continué de souffrir, de rendre, par momens, une quantité notable de matières purulentes, soit par l'urètre, au moment de l'émission des urines, soit involontairement par le même canal, soit enfin par l'anus. Or, si, en pareille occurrence, on ne trouve point de maladies des reins ni des uretères, ni de la vessie, de l'urètre, ni du rectum, il y a lieu de soupçonner la maladie qui nous occupe. Mais on en obtiendra la presque certitude lorsqu'en exerçant

excentrique était une dame assez lorette, laquelle était fort contrariée d'avoir sur le sein une verrue de la grosseur d'un pois ordinaire. Elle demanda donc au chirurgien de lui enlever *ce désagrément;* le chirurgien fit cette opération, qui était réellement de *complaisance,* et surtout d'une grande innocence. Le directeur de l'établissement, sachant qu'on avait touché au sein d'une de *ses* femmes (car tout appartient au directeur dans ces établissemens), demanda à un *Externe* très mystificateur quelle opération on avait pratiquée. L'externe répondit qu'on venait d'extirper un sein pour un énorme cancer. Le directeur s'empressa d'inscrire cet événement chirurgical; il nota surtout la très rapide guérison de cette énorme opération. Quand un jeune chirurgien se mit à faire des recherches sur les résultats des amputations du sein pour cancer, le directeur signala ce succès avec d'autant plus d'empressement que les guérisons à la suite des grandes opérations sont rares, et qu'il était très aise de faire valoir l'habileté du chirurgien de *son* établissement. Le lendemain de l'envoi de la note demandée, le directeur voyant venir *son* chirurgien, lui dit avec satisfaction : « Mon cher monsieur, votre beau succès à la suite de l'amputation du sein faite à cette femme que vous savez, ce succès va être publié; il formera à votre grande gloire, une fameuse unité dans le calcul des succès *du même genre* que vos confrères ont sans doute obtenus. Le chirurgien en rit pendant long-temps, et l'externe mystificateur en rit encore, surtout quand il lit certaines statistiques chirurgicales et qu'il contemple un peu la sérénité des têtes qui y croient beaucoup.

— Autre mystification du même genre. Dans un hôpital aussi un peu excentrique, était un chirurgien habile et aimé de tous. Ce chirurgien voulait se livrer à quelques études sur une forme de la maladie vénérienne. Mais, dans l'hôpital dont il dirigeait un service alors, on ne pouvait pas recevoir un grand nombre de vénériens; le réglement s'y oppose. Notre confrère trouva facilement le moyen d'éluder l'article réglementaire : il reçut des vénériens tant qu'il voulut, en faisant marquer sur la feuille *cataracte.* Il eut bientôt une salle remplie de véroles déguisées en cataractes qui y voyaient très clair. Comme le symptôme vénérien que notre habile confrère voulait étudier est léger et toujours guérissable, comme à la sortie de chaque malade on inscrivait *cataracte complétement guérie*, il se trouve, dans l'hôpital en question, une magnifique série de faits qui vont être recueillis par un futur oculiste qui doit composer un superbe *travail sur la guérison de la cataracte, travail étayé de plus de trois cents succès, sans un seul accident ni avant, ni pendant, ni après l'opération.* Avis aux hobereaux de statistique à la façon de quelques-unes de celles qu'on nous administre de temps en temps. Puisqu'on a pu dire que j'écrivais avec un poignard, on pourra bien pousser la niaiserie jusqu'à imprimer aussi que j'écris contre la statistique. J'espère que les bons statisticiens, à qui (quoique statisticiens) l'esprit n'est pas complétement interdit, comprendront que j'ai voulu parler de la mauvaise statistique.

Dr Lyrac.

Séjour d'un éclat de verre dans l'épaisseur d'une main, pendant seize ans.

Un jeune officier en frappant, il y a seize ans, sur un verre à vin de Champagne déjà fêlé, finit de le briser, et une pointe de verre pénétra si profondément dans la paume de la main droite, qu'elle la traversa d'outre en outre. Après avoir retiré avec autant de soin qu'il fut possible, les petits fragmens de verre, la plaie ne tarda pas à se cicatriser, et jamais, depuis lors, le sujet ne se plaignit de ressentir quelque douleur dans la cicatrice. Tous les mouvemens possibles s'exécutaient sans la moindre difficulté.

Tel était son état, lorsqu'il y a six mois environ, il vit se former, au point où le muscle opposant du pouce s'applique au muscle lombrical, une excroissance cutanée d'apparence verruqueuse, qui, dans l'espace de quelques mois, devint douloureuse, s'enflamma, et finit par abcéder.

L'ouverture de l'abcès ayant été dilatée, on en retira un éclat de verre de la largeur de l'ongle du petit doigt. Après cette extraction, la plaie se cicatrisa bientôt. (*Medicinische Zeitung*, 1842, n. 32.)

des pressions convenablement combinées, soit sur le périnée, soit à la partie inférieure du rectum, on fait sortir, soit par l'anus, soit par l'urètre, de la matière purulente simple ou mélangée, soit de sang, soit d'urine. Enfin, invoqué à son tour, le cathétérisme montre bientôt l'état réel des choses. Portée dans l'urètre, la sonde, qui pénètre sans obstacles et sans causer de vives douleurs jusqu'au-dessous des symphyses des pubis, s'engage bientôt, malgré le chirurgien, dans une espèce de cavité trop petite pour être la vessie, trop large pour représenter l'urètre seul; cavité dans laquelle le bec de l'instrument peut être incliné dans tous les sens, et de laquelle on retire ordinairement une certaine quantité de pus mêlé d'urine. On comprend combien il est important d'être bien prévenu de ce genre de lésion; car sans cela on pourrait croire, ce qui est d'ailleurs arrivé à quelques praticiens, que l'instrument est dans la vessie réelle qu'on supposerait alors être rétractée, profondément altérée. Au surplus, ceci est d'autant plus important, que l'erreur que je viens de signaler serait cause qu'on ne ferait aucune tentative pour pénétrer dans la vessie proprement dite; que par conséquent on ne remédierait pas à la rétention d'urine, et qu'on laisserait ainsi le malade dans le même état de souffrance qu'auparavant.

Si l'ouverture du sac anormal s'était établie du côté de la vessie, le diagnostic direct serait à peu près impossible.

On comprend que si la caverne s'était ouverte par le rectum, on pourrait s'assurer du fait au moyen d'une sonde fortement recourbée.

Les dangers d'un pareil genre de lésions me paraissent assez grands. Pour peu qu'elle date d'un certain nombre de semaines, il y a peu de chances de la voir se dissiper spontanément, et elle constitue une cause incessante d'inflammation, de suppuration de mauvaise nature. Ainsi, les parois de la caverne deviennent parfois le siége d'un travail ulcératif qui détruit insensiblement tantôt une grande étendue du plancher de l'urètre, tantôt la paroi correspondante de la vessie, au point de rendre possible l'infiltration de l'urine entre le péritoine et le fascia pelvis, ou bien entre l'aponévrose supérieure et l'aponévrose moyenne du périnée. Le même travail pouvant aussi s'effectuer par en bas, expose à une désorganisation, à des infiltrations fort redoutables du côté de l'anus et du côté des bourses. Favorisant en outre l'infection du sang, elles semblent devenir, dans quelques cas, le point de départ d'un véritable empoisonnement.

Au point de vue le plus favorable, ces cavernes représentent au moins une des variétés de fistules urinaires les plus tenaces, les plus réfractaires aux moyens thérapeutiques.

Traitement. — Tout ce que l'on peut faire contre une pareille affection se réduit à luter contre la stagnation des liquides dans la concavité anormale. Si l'ouvertureexiste au périnée, on l'agrandit, on la régularise, afin qu'elle puisse donner issue aux produits pathologiques à mesure qu'ils excèdent de la caverne prostatique. On pénètre donc largement dans le sac, et le doigt servant de guide, on divise toutes les brides, toutes les anfractuosités qui pourraient empêcher la libre issue des matières.

Dans le cas de fistule rectale, on se comporte comme s'il s'agissait d'une fistule *borgne interne* de toute autre nature, c'est-à-dire qu'on la transforme en fistule complète, ou plutôt qu'on en divise toute la paroi inférieure pour panser ensuite la cavité anormale à plat, en la remplissant de boulettes de charpie, comme on le ferait pour un abcès dont on veut stimuler le fond.

Lorsque la cavité prostatique représente une fistule *borgne urétrale*, on peut rendre cette fistule complète en établissant une contre-ouverture au périnée; mais il ne faut point oublier que, dans ces cas, le malade ne serait guère plus avancé, puisque cette seconde fistule est presque aussi rebelle à la thérapeutique que la première. On pourrait aussi placer une sonde à demeure dans la vessie, pour empêcher l'urine de tomber dans la caverne prostatique; mais ce moyen, qui offrirait quelques chances de succès dans les premiers temps, ne doit réussir, en définitive, que très rarement. En effet, il n'empêche pas absolument l'entrée de quelques gouttes d'urine dans le cul-de-sac anormal; d'un autre côté, la sécrétion purulente de la caverne elle-même n'en reste pas moins comme obstacle au retrait de ses parois, à sa cicatrisation, outre que, laissée en permanence dans le canal, la sonde remplit l'office d'un corps irritant qui est loin d'être dépourvu d'inconvéniens. Il serait peut-être plus avantageux de sonder le malade toutes les fois qu'il est utile de vider la vessie; mais cette méthode expose à pénétrer dans la cavité aussi souvent que dans la vessie proprement dite, de telle sorte qu'on s'exposerait à détruire ainsi plusieurs fois le jour le moindre travail réparateur qui tendrait à s'établir.

On le voit, tout en essayant ces diverses ressources auxquelles on associerait des injections d'abord émollientes, narcotiques, détersives ou stimulantes, suivant les indications, il importe de ne leur accorder qu'une assez faible confiance, et de ne point oublier que les *cavernes prostatiques* constituent, en réalité, une maladie très grave.

— Dans le précédent article (20 septembre), j'ai omis de noter une particularité signalée par M. Velpeau, concernant les abcès de la prostate. Je me hâte de remplir cette lacune.

La suppuration, dit le chirurgien de l'hôpital de la Charité, ne se réunit pas toujours en un seul foyer à la suite des inflammations aiguës de la prostate. Deux, trois ou un plus grand nombre d'abcès s'établissent quelquefois en même temps dans le parenchyme de cette glande. Pour ma part, je l'ai vue comme criblée de petits foyers dont le volume variait depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite noisette. Dans deux de ces cas, les foyers étaient constitués par du pus encore liquide. Chez un troisième malade, les granulations blanchâtres qui criblaient la prostate étaient presque toutes et furent considérées par les assistans comme un exemple concluant de tubercules. Je dois ajouter que certains de ces corps étaient dans un état de ramollissement assez avancé, que plusieurs semblaient plus liquéfiés à la circonférence qu'au centre, tandis que c'était l'inverse dans d'autres. D'après cela je n'oserais pas soutenir que les corpuscules dont je parle, et qui étaient au nombre de plus de cinquante dans la prostate, appartenaient à l'affection tuberculeuse proprement dite, plutôt qu'à la catégorie des infitrations purulentes.

Ce genre de suppuration ne s'observe que dans les cas de prostatite modérément aiguë, chez des sujets cacochymes, ou quand il n'a pas été possible de continuer assez longtemps ou avec assez d'énergie la médication affaiblissante. Du reste, rien ne peut faire soupçonner que la maladie en est à ce degré. S'il est vrai que la résolution ne doive pas en être considérée comme impossible, il l'est aussi que de pareils foyers exposent aux mêmes conséquences dans la prostate que dans les ganglions lymphatiques. Ce sont autant de corps étrangers qui font *épine* dans les tissus, et qui amèneront à la longue une succession interminable d'inflammations, d'abcès, de trajets fistuleux.

Pour peu donc qu'on eût l'idée de ces petits foyers, il faudrait les attaquer et par les pommades résolutives combinées avec des émissions sanguines locales répétées, et par l'emploi des bains iodurés, et par l'administration à l'intérieur de l'iodure de fer et de l'iodure de potassium. G. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 octobre. — Présidence de M. Fouquier

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend entre autres pièces :

1° Une lettre ministérielle. M. le ministre adresse à l'Académie un rapport du médecin du bâtiment *le Lycurgue* qui, venant de Constantinople et de Smyrne, ayant à son bord cinquante passagers, a perdu un homme à son arrivée à Malte. La maladie de cet homme avait offert plusieurs des caractères de la peste, et à l'autopsie on a pu constater des bubons. Aucun des autres passagers n'a été atteint. — Ce rapport est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Joly et Martin-Solon.

2° Une lettre de la Société de médecine de Hambourg qui remercie l'Académie de l'envoi qu'elle lui a fait de ses Mémoires et de son Bulletin.

3° Une lettre de M. Berthulus. M. Pariset dit que cette lettre est une réponse à la lecture faite par M. Chervin il y a quelques mois, et que le bureau a décidé qu'elle serait renvoyée au comité de rédaction du Bulletin.

M. Chervin qui, après la communication de la lettre de M. Berthulus, s'était dirigé vers le bureau pour en prendre connaissance, demande la parole : Messieurs, dit-il, je sais bien que la lecture détaillée de toutes les lettres adressées a l'Académie absorberait souvent et sans aucun profit une grande partie de nos séances. Il est cependant des communications qu'on ne peut envoyer au Bulletin sans consulter l'Académie. Je crois que la lettre de M. Berthulus est de ce nombre. Je demande donc que la lecture en soit faite.

Plusieurs membres appuient la demande de M. Chervin.

M. le secrétaire annuel donne lecture de la lettre de M. Berthulus. Ce médecin commence par se plaindre de ce que la commission nommée pour examiner les mémoires qu'il a adressés à l'Académie n'a pas encore fait son rapport. En lisant préalablement un travail sur ces mêmes mémoires, M. Chervin a donc commis une action *déloyale*, et s'est *évidemment* proposé d'influencer la commission. D'ailleurs, il y a dans le travail de M. Chervin de *perfides insinuations*, *de grossiers mensonges*, etc. (Murmures dans l'assemblee.) M. Berthulus, qui professe une profonde horreur pour le mensonge, est tout disposé à accepter le jugement de l'Academie sur les idées émises dans ses mémoires, mais il ne veut pas recevoir la leçon d'un homme aussi prévenu que M. Chervin.

M. Londe. Je ne puis comprendre, et plusieurs de mes honorables collègues seront de mon avis, qu'après avoir pris connaissance de cette lettre, qui vient de recevoir une désapprobation éclatante dans les murmures de l'assemblée tout entière, MM. les membres du bureau en aient, de leur toute-puissance, décidé l'insertion au Bulletin. Je pense qu'il n'est pas de la dignité de l'Académie de prendre en considération une pareille communication. Je demande donc que cette lettre soit déposée purement et simplement dans les archives de l'Académie.

M. Nacquart appuie la demande de M. Londe.

M. Bousquet. Je dois faire observer à l'Académie que ce n'est pas la première fois que le bureau a envoyé des communications à la rédaction du Bulletin sans consulter l'Académie. Quant à la lettre dont il est actuellement question, je crois inutile de dire que le comité de rédaction n'eût fait imprimer aucune des expressions inconvenantes que vous venez d'entendre.

M. Rochoux. Sous le point de vue scientifique, la lettre de M. Berthulus est complètement insignifiante. Elle ne renferme que des injures. Il est donc de la dignité de l'Académie de passer à l'ordre du jour. — Appuyé, appuyé.

M. Chervin. L'Académie a pu juger si j'avais raison de réclamer la lecture de cette lettre. C'est un tas d'injures grossières qui ne sauraient certainement m'atteindre en aucune espèce de manière. Ce que j'ai dit dans mon mémoire, je le maintiens dans toute son intégrité, et je défie M. Berthulus et tous les membres du bureau de me montrer un seul passage qui puisse légitimer la réclamation de M. Berthulus. Il faut bien, du reste, qu'il en soit ainsi, puisque, au lieu de me réfuter, ce médecin me répond par de stupides calomnies.

Plusieurs membres réclament l'ordre du jour.

M. Mérat. Je suis loin d'approuver quelques expressions que renferme la lettre de M. Berthulus. Cependant, il faut, avant tout, être juste. M. Berthulus se plaint à tort ou à raison qu'on lui a prêté des opinions qu'il n'a pas. Il faut donc que l'Académie prenne acte de cette réclamation.

M. Rochoux. De deux choses l'une : ou la lettre de M. Berthulus est scientifique ou elle ne l'est pas. Or, dans le premier cas, il faut l'envoyer à une commission, et dans le second, il faut passer à l'ordre du jour.

M. Delens. Cette lettre constituant une réclamation, il est de toute justice d'en publier un extrait dans le Bulletin. — Non, non. — Oui, oui. — Bruits.

M. Pariset. M. Berthulus a été attaqué par un de nos collègues, et il dit que ces attaques ne sont point fondées. Vous ne pouvez donc refuser de prendre la lettre en considération. Vous avez ordonné la publication de l'attaque; il faut bien aussi, si vous voulez être justes, publier la défense.

Plusieurs membres. Mais cette défense n'a rien de scientifique. M. Berthulus se contente d'opposer des dénégations sans en fournir aucune preuve.

M. Adelon. Evidemment la lettre de M. Berthulus ne peut pas être imprimée dans son entier; cependant puisqu'elle constitue une réclamation, je crois qu'on doit mentionner cette réclamation dans le Bulletin. C'est là un acte de toute justice.

MM. Moreau et Bégin parlent dans le même sens. Ce dernier dit que pour être complètement justes, il faudrait permettre à M. Chervin de répondre immédiatement.

M. Moreau. Je ne partage pas l'opinion que vient d'émettre M. Bégin. L'Académie doit rester complètement étrangère au débat personnel entre M. Chervin et M. Berthulus. Si M. Chervin répond dans le Bulletin, il n'y aurait pas de raison pour que M. Berthulus ne ripostât à son tour. Et cette discussion, qui après tout n'est que personnelle, ne finirait pas de sitôt.

M Rochoux. Si on imprime un extrait de la lettre de M. Berthulus et une réponse de M. Chervin, le Bulletin contiendra deux inutilités au lieu d'une. (Hilarité générale.) Je le répète, il n'y a rien de mieux à faire que de passer à l'ordre du jour.

M. Dubois (*d'Amiens*). Il y a trois propositions qui doivent être mises successivement aux voix : 1° l'ordre du jour; 2° la publication d'un extrait de la lettre; 3° se borner à la mentionner dans le Bulletin.

M. le président met aux voix l'ordre du jour. Dix-sept membres votent pour; une trentaine votent contre. — L'ordre du jour est rejeté.

La seconde proposition est adoptée.

— *M. Martin-Solon* lit, au nom de la commission des épidémies, un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. le docteur Chardon, ayant pour titre : « Mémoire sur une épidémie d'ictère essentiel, observée en septembre 1841. » La commission pense qu'il s'agit réellement d'une épidémie d'ictère, mais qu'au lieu d'être essentiel, comme le dit l'auteur, cet ictère n'était probablement que symptomatique d'une affection gastro-intestinale. — Remercîmens à l'auteur; déposer son mémoire dons les Archives de l'Académie. — Adopté.

— *M. Martin-Solon* lit un rapport très favorable sur un travail adressé à l'Académie par M. Parand, ayant pour titre : « Mémoire sur une épidémie de suette miliaire observée dans le département de la Dordogne pendant l'année 1841. » Ce travail est fait avec conscience, et décèle dans son auteur un talent remarquable d'observation. Si, dit M. le rapporteur, toutes les relations d'épidémies que l'Académie reçoit étaient calquées sur un moule analogue à celui de M. Parand, il serait enfin possible d'élucider les grandes questions des constitutions médicales, de thérapeutique générale et même de physiologie médicale. — Conclusions : 1° adresser une lettre de remercîmens à l'auteur; 2° inscrire son nom sur la liste de présentation au titre de membre correspondant de l'Académie; 3° renvoyer son travail au comité de rédaction des Mémoires de l'Académie. — Adopté.

— *M. Bouvier* met sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques, et lit la note suivante :

Note sur quelques résultats de la section sous-cutanée des tendons. — La question de la réunion des tendons divisés a acquis une grande importance depuis l'extension toute moderne de la ténotomie. En raison des différences que présentent les tendons, soit dans leurs rapports extérieurs, soit dans leur structure intime, on peut se demander, à chaque nouvelle section tendineuse, si les bouts du tendon se réuniront; s'il continuera de glisser par l'action du muscle, de manière à conserver sa fonction, qui est de transmettre cette action à l'os. La solution de ces questions fournit une des bases sur lesquelles reposent les indications de la ténotomie. Il est évident, par exemple, que si le muscle ne devait plus mouvoir l'os par défaut de réunion ou de glissement du tendon, il faudrait pour poser l'indication curative, balancer cet inconvénient avec ceux de la difformité ou de ses autres moyens de traitement, et qu'on devrait, dans certains cas, s'abstenir de l'opération, lui préférer un traitement purement mécanique, ou même laisser subsister la difformité plutôt que de lui substituer une situation à certains égards plus fâcheuse. Je viens entretenir l'Académie de quelques expériences que j'ai faites pour éclairer, sous ce point de vue, la cure de certaines difformités de la main, des doigts et des orteils.

Première expérience. Les tendons des muscles radial interne, cubital interne, fléchisseur superficiel des doigts, ont été divisés sur un chien, à la partie inférieure de l'avant-bras. L'animal a été tué sept semaines après. Ces tendons étaient réunis par une substance intermédiaire solide, d'un blanc jaunâtre, d'une consistance presque fibro-cartilagineuse, de deux à trois centimètres de longueur. Cette substance formait une seule masse pour les trois muscles, dont l'action isolée était par là devenue impossible. Le fléchisseur des doigts en particulier, arrêté dans son glissement par ses adhérences avec les deux autres muscles, n'agissait que très faiblement sur les phalanges, quand on tirait sur lui au-dessus du lieu de la section. Les tendons divisés n'étaient point adhérens au fléchisseur profond, dont le jeu était resté libre.

Deuxième expérience. Les mêmes muscles, et de plus le fléchisseur profond avaient été coupés sur l'autre membre antérieur, deux mois avant la mort de l'animal. On voit, sur la pièce que je place sous les yeux de l'Académie, que la réunion s'est également opérée au moyen d'une substance fibreuse commune aux quatre muscles, à laquelle se terminent les bouts supérieurs, et de laquelle naissent les bouts inférieurs de tous ces tendons. Les cicatrices tendineuses ne sont isolées les unes des autres que dans une petite étendue au-dessus et au-dessous de la masse commune; leur fusion est intime vers le milieu de l'intervalle produit par l'écartement des bouts tendineux. La production nouvelle adhère en outre au cubitus, là où elle réunit les tendons du fléchisseur profond. On n'obtient pas la plus légère flexion des doigts en tirant sur les fléchisseurs au-dessus de la section. Le cubital et le radial internes sont même à peine tendus, quand on tire sur leur partie supérieure, parce qu'ils sont retenus par l'adhérence du fléchisseur profond au cubitus, de sorte que l'action des quatre muscles devait être perdue pendant la vie.

Troisième expérience. On a coupé sur l'un des membres postérieurs du même animal, deux mois avant sa mort, les tendons fléchisseurs profonds des deuxième et quatrième doigts. Cette section a été pratiquée sous la peau, comme les précédentes, et, vis-à-vis la deuxième phalange, au-delà de l'insertion des languettes du fléchisseur superficiel, qui est resté intact. Malgré le long intervalle qui s'est écoulé avant la mort de l'animal, il n'existe aucune apparence d'un travail de réunion entre les bouts. Au deuxième doigt, ceux-ci sont restés isolés et libres dans la gaîne fibreuse; le bout supérieur a remonté, et un vide qui n'a point été comblé existe entre lui et le bout inférieur. Au quatrième doigt, même écartement, même isolement quant au bout supérieur; mais l'inférieur a contracté des adhérences avec l'extrémité du fléchisseur superficiel, à son attache à la deuxième phalange. Il est clair que l'une et l'autre disposition ont eu pour effet d'abolir le mouvement de flexion de la troisième phalange. Il n'en eût pas été autrement quand même le bout supérieur se fût également uni au fléchisseur superficiel ou à la deuxième phalange.

Sans doute, la formation d'un lien fibreux après la section faite au quatrième doigt peut faire supposer que, dans certaines conditions, cette production fibreuse, plus étendue, comble l'intervalle des deux bouts et opère leur réunion; mais, dans cette hypothèse, l'adhérence du tendon n'en serait que plus intime et le muscle n'en aurait pas moins perdu son action.

Une quatrième expérience, dont j'ai déjà présenté les résultats à l'Académie (1), a consisté dans la section des tendons des fléchisseurs superficiel et profond sur le métacarpe, dans le point qui répond à la paume de la main chez l'homme; cette section a été suivie de réunion, mais les cicatrices tendineuses adhéraient entre elles et avec les os, de manière que les muscles divisés avaient à peu près perdu leurs fonctions. En serait-il de même si l'on divisait dans le même lieu un seul des deux tendons fléchisseurs superposés? Leur étroite connexion doit au moins faire présumer que la cicatrice du tendon coupé serait

(1) *Voy.* le Bulletin, t. VII, p. 108.

adhérente au tendon resté intact : c'est aussi ce que j'ai observé sur un cheval auquel M. Bouley avait coupé le tendon perforant en ménageant le perforé (1).

Ainsi, dans toutes nos expériences, quelle que soit la hauteur à laquelle ils aient été divisés, les muscles fléchisseurs des doigts n'ont pas recouvré leur action, à cause de leurs adhérences consécutives dans les régions pourvues de tissu cellulaire, ou de leur défaut de réunion là où ils sont entourés de gaînes fibreuses synoviales. Il faut remarquer toutefois que le premier résultat, le défaut d'isolement des cicatrices des tendons, ne s'est produit que dans le voisinage de leur section commune, et lorsqu'ils n'étaient pas séparés des parties environnantes par une épaisseur suffisante du tissu cellulaire intact. L'étroitesse de l'espace qui renferme ces muscles, dans le chien, les place sous ce point de vue dans des conditions un peu plus défavorables que chez l'homme, où la largeur de l'avant-bras et le plus grand éloignement des muscles permettent, par exemple, de diviser séparément le radial et le cubital antérieurs, le palmaire grêle, et d'obtenir la réunion isolée de leurs tendons. Mais cette différence n'est presque plus sensible à l'égard des fléchisseurs des doigts, dont la section doit avoir sur l'homme les mêmes effets que sur le chien. Si donc on peut espérer que le fléchisseur superficiel, étant seul coupé, restera isolé du profond, comme cela a lieu dans nos expériences, on ne doit guères compter sur l'isolement complet du premier de ces muscles à l'égard des grand et petit palmaires, divisés en même temps que lui, ni sur la réunion isolée des tendons du sublime, appartenant aux différens doigts. On a pensé pouvoir obtenir cette réunion isolée, en coupant les tendons à des hauteurs différentes le long de l'avant-bras. Il peut y avoir, en effet, plus de chances d'y réussir en procédant ainsi, seulement on est peut-être plus exposé dans ce cas à pratiquer des sections incomplètes, parce que, plus on s'élève, plus les tendons sont entourés de fibres charnues et moins il est aisé de les circonscrire avec exactitude.

Les résultats relatifs à la section du fléchisseur profond, à l'avant-bras, de ce muscle et du sublime dans la paume de la main, du profond sur les phalanges des doigts et des orteils, me paraissent applicables sans restriction à l'homme.

Puisque, d'après ces faits, la section simultanée des tendons des fléchisseurs superficiel et profond des orteils, abolit à tout jamais le mouvement de flexion des deuxième et troisième phalanges, il faut examiner, au point de vue des indications curatives, de quelle importance est la perte de ce mouvement comparée aux inconvéniens de la difformité elle-même. Une différence tranchée existe, à cet égard, entre les membres supérieurs et inférieurs. La flexion des phalanges des orteils est, en effet, peu nécessaire aux fonctions des seconds uniquement relatives à la station et à la progression. Ces actes sont, au contraire, considérablement gênés par la difformité que constitue la flexion permanente d'un ou de plusieurs orteils, à tel point que l'amputation de ces appendices a été dans certains cas réclamée par les malades et pratiquée par les chirurgiens. On n'hésitera donc point, malgré le défaut de réunion ou les adhérences des tendons qui doivent s'ensuivre, à pratiquer la section sous-cutanée des fléchisseurs des orteils affectés de rétention permanente. J'ai fait plusieurs fois cette petite opération, et le succès en a toujours été des plus satisfaisans, malgré l'extension permanente qu'elle entraîne dans les dernières phalanges.

Mais il en est tout autrement aux doigts. Inhabiles à saisir les corps, lorsqu'ils sont privés du mouvement de flexion des dernières phalanges, ils deviendraient à peu près inutiles au malade, si on appliquait à leur flexion permanente l'opération qui convient si bien aux orteils. La section des tendons n'a donc ici d'autre avantage que de donner une meilleure direction au membre; mais pour peu que, dans sa position vicieuse, la main rende encore de services au sujet, il est clair qu'il a plutôt à perdre qu'à gagner à recourir à l'emploi de la ténotomie. Les moyens mécaniques sont évidemment de beaucoup préférables dans cette circonstance. S'ils échouent, on devra renoncer à guérir la difformité. La seule section du fléchisseur superficiel à l'avant-bras, que j'ai dit plus haut pouvoir être tentée, serait en effet inefficace, ou ne pourrait servir que comme adjuvant des moyens mécaniques. Je n'admettrais qu'un seul cas où la section du fléchisseur superficiel et profond pourrait être indiquée; ce serait celui d'une rétraction extrême, rebelle aux moyens mécaniques, qui, en repliant la main vers l'avant-bras, en enfonçant les doigts dans la paume de la main, donnerait lieu à une difformité très incommode et fort pénible pour le malade, en même temps qu'elle serait accompagnée d'une telle impuissance du membre, que le sujet ne pourrait avoir lieu de regretter plus tard des mouvemens déjà nuls avant l'opération.

Les déductions que je viens de présenter l'ont déjà été en partie d'après les seuls faits observés chez l'homme vivant. J'ai cru néanmoins qu'il y aurait quelque utilité à les établir sur des expérimentations précises faites sur les animaux, genre de recherches qui a l'avantage de pouvoir être éclairé immédiatement par l'anatomie pathologique, et qui n'a pas d'ailleurs pour ces parties les inconvéniens des expériences faites sur l'homme.

M. Jules Guérin. La lecture que vient de faire M. Bouvier exige quelques explications. Pour ma part, j'ai obtenu des résultats différens de ceux qu'il signale. Je demande donc à présenter quelques considérations sur ce sujet au commencement de la prochaine séance.

M. le président. M. J. Guérin aura la parole au début de la prochaine séance.

Il est cinq heures, la séance est levée.

(1) *Voy*. mon Mémoire sur la section du tendon d'Achille, t. VII des Mémoires de l'Acad., p. 484.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 octobre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Velpeau adresse la note suivante : De la ponction et des injections stimulantes, dans le traitement des hydropisies et des épanchemens sanguins des *cavités closes* du corps humain et des animaux domestiques.

Occupé depuis long-temps d'un grand travail sur la nature, le développement, les usages, et les maladies des *cavités closes*, naturelles ou accidentelles, qui se trouvent en si grand nombre dans l'économie animale, je viens communiquer aujourd'hui l'un des résultats thérapeutiques auxquels je suis arrivé à cette occasion.

A l'aide d'une simple piqûre et d'une injection iodée, je fais naître dans les cavités sus-mentionnées une irritation qui ne devient jamais purulente et qui guérit radicalement la collection dont elles étaient le siége.

J'ai guéri de la sorte, non-seulement des *kystes séreux*, mais encore des *kystes sanguins*, des kystes colloïdes de presque toutes les régions du corps.

En attendant qu'il me soit donné de soumettre l'ensemble de mes recherches à l'Académie, je demande la permission de mentionner dès à présent quelques faits relatifs aux goîtres et aux hydropisies articulaires.

La tumeur appelée goître, est souvent formée de kystes remplis ou de sérosité ou d'un liquide noirâtre. J'ai essayé cinq fois l'injection iodée en pareil cas, et les cinq malades ont guéri sans avoir éprouvé le moindre accident.

Dans les hydarthroses ou hydropisies articulaires, l'opération semblait devoir être plus grave. De deux malades que j'y avais soumis, il y a un et deux ans, l'un est guéri, et l'autre s'en est mal trouvé. M. le docteur Bonnet, de Lyon, ayant eu connaissance de mes premières tentatives par une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg, les a répétées trois fois déjà, et deux fois avec succès. Dirigé par de nouvelles vues scientifiques, je les ai reprises récemment, après avoir simplifié encore l'opération, et tout indique que bientôt il sera aussi facile de guérir les hydarthroses que l'hydrocèle par les injections iodées.

En attendant que je puisse lire un mémoire détaillé sur ce sujet, je suis en mesure de montrer à l'hôpital de la Charité quatre cas qui confirment ma proposition. C'est dans le genou que j'ai fait mes injections. Les malades ne se sont plaints de douleur que pendant quelques heures. Aucun d'eux n'a été pris de fièvre, et la résolution du mal se fait chez tous avec une grande rapidité.

— *MM. Le Roy-d'Etiolles et Mercier* adressent chacun une lettre sur la priorité d'invention et l'efficacité de la sonde à double courant dont il a été déjà question dans les séances précédentes.

— *M. Ducros*, de Marseille, envoie une note intitulée : L'ammoniaque et le nitrate acide de mercure appliqués à l'aide d'un pinceau au plancher vertébral du gosier sur la partie qui correspond au plexus pharyngien, amènent des contractions tétaniques comme électriques sur les membres paralysés exclusivement, et finissent par guérir les paralysies.

— *M. Pascal*, médecin en chef et premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, envoie un mémoire intitulé : De la nature des affections dites typhoïdes considérées comme des entéro-méningites.

L'affection, dit-il, qui nous a paru exister constamment dans toutes les affections dites typhoïdes, et qui nous semblerait être le phénomène morbide générateur, à l'aide duquel on pourrait expliquer toutes les apparentes contradictions dont ce point de science a été si souvent l'objet ; cette lésion c'est l'inflammation latente, progressive, sub-aiguë des méninges, c'est-à-dire de la pie-mère et de l'arachnoïde encéphalique, lésion qui tantôt coïncide avec la phlegmasie intestinale, et tantôt lui succède. C'est à cette lésion que M. Pascal rapporte tous les phénomènes ataxiques, adynamiques et intellectuels que présentent les affections typhoïdes qu'il distingue en celles qui restent purement intestinales, sans phénomènes céphaliques, et en celles qui se présentent avec concomitance de ces phénomènes. Quant au traitement, M. Pascal propose : 1° Pendant la durée de l'état folliculaire simple ou de l'enterorrhée, nous avons constaté le bon effet des astringens unis au régime spécial des affections intestinales ; ce régime consiste dans la diète pour l'état aigu, et, pour l'état chronique, dans l'usage d'alimens qui ne donnent point de résidu. 2° Pendant toute la durée de l'entérite entée sur l'état folliculaire, nous avons reconnu la nécessité du traitement antiphlogistique appliqué dans toute sa précision. Il s'agit alors d'extirper en quelque sorte l'irritation désorganisatrice qui tend à s'établir dans le canal digestif. 3° Quand les phénomènes typhoïdes qui signalent la méningite se déclarent, il faut agir avec promptitude et vigilance par les calmans intérieurs, par les antiphlogistiques locaux, et par les révulsifs sur les membres.

— *M le Dr Cornay* lit un mémoire sur les moyens de conserver les cadavres préalablement embaumés sous des armures ou cercueils ayant leur figure et leurs formes, et sur une nouvelle application de la galvano-plastie qu'il propose pour arriver à ce but.

De son côté, M. Gannal envoie deux têtes de bélier conservées par les mêmes procédés.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 8 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 120, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Compte-rendu du service, et éphémérides de l'année 1841.

(Suite du n° 115.)

Affection typhoïde sans éruption, avec des symptômes cérébraux qui compliquent le diagnostic.

Une jeune fille âgée de dix-sept ans, d'une belle et bonne constitution, ayant encore l'apparence de la santé et de la force, fut reçue dans la salle des femmes le 22 septembre; elle ne jouissait qu'imparfaitement de ses facultés, rendait difficilement compte de son état, et était plongée dans une sorte d'assoupissement; néanmoins, en lui pressant le ventre à droite, elle donnait quelquefois des signes de douleurs. On ne put avoir aucun renseignement sur le commémoratif, si ce n'est pourtant que la malade avait eu une suppression brusque, on ne savait par quelle cause.

Le lendemain 23, les facultés intellectuelles étaient encore plus embarrassées et confuses; la malade tirait la langue et la laissait sur ses lèvres; il fallait la lui repousser dans la bouche; elle retombait ensuite dans l'assoupissement. On appliqua 20 sangsues à la base du crâne; on donna plusieurs lavemens purgatifs.

Le 24, il y avait du strabisme, la malade semblait déjà même ne plus y voir; elle avait eu pendant la nuit du délire, de l'agitation, et se livrait continuellement à des tournoiemens de tête, que les auteurs ont regardés comme un symptôme d'épanchement cérébral. La fièvre était du reste très modérée et la chaleur cutanée peu considérable. Vésicatoire à une jambe, six heures de glace dans les vingt-quatre heures. Il survient un peu de calme, mais la cécité persiste, le pouls augmente de fréquence, la langue se couvre de fuliginosités. Deux nouveaux vésicatoires, continuation de la glace pilée, potion avec les teintures de musc et de castoréum.

Le 25, la malade empire encore et tombe dans une sorte d'agonie; les pupilles s'élargissent de plus en plus, le pouls faiblit et s'embarrasse, et la mort arrive le 27 au matin.

On s'attendait à trouver un épanchement dans les ventricules cérébraux et des traces de méningite; on ne s'était point arrêté à la pensée que cette malade était atteinte de dothinenthérie.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un léger ramollissement de la couche extérieure du cerveau, avec des érosions très superficielles qu'on découvrit seulement avec le secours d'un filet d'eau sur les parties lésées. Aucune trace de méningite et d'épanchement, mais en revanche les caractères anatomiques d'une dothinentérie des mieux caractérisées; des plaques en relief ulcérées s'élevaient sur différens points de la surface de la membrane muqueuse de l'intestin grêle qui sont le siége ordinaire de cette affection.

De nombreuses évacuations intestinales peuvent-elles entraîner des perforations sur la fin d'une fièvre typhoïde?

Un jeune homme de vingt ans, sur la fin présumée d'une fièvre typhoïde, fut pris d'une pneumonie bien constatée par les signes physiques; la dureté du pouls engagea à faire tirer du sang, quoique le sujet fût affaibli par une maladie antérieure; cette saignée ne produisit aucun soulagement, et comme la maladie faisait des progrès, on eut recours à l'émétique à haute dose. La première dose fut tolérée et produisit une amélioration sensible; mais les deux jours suivans cette amélioration ne s'étant pas soutenue, la potion stibiée fut réitérée. Le médicament n'ayant pu être toléré, le malade eut de nombreuses évacuations. Son état s'aggrava encore, et il mourut le sixième jour de la pneumonie, avec des symptômes de péritonite qui dataient de la veille.

A l'ouverture du corps, faite vingt-deux heures après la mort, on trouva la pneumonie bornée au lobe inférieur du poumon gauche, et une splénisation de la même partie de l'autre poumon. Le péritoine était rouge et enflammé; à 60 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale il y avait un pertuis de la dimension d'une lentille, lequel semblait être le résultat de la rupture d'une adhérence de l'intestin avec une languette de l'épiploon. Trois autres perforations existaient dans l'étendue de l'intestin grêle. Cet intestin était d'ailleurs tellement endommagé par le développement morbide des plaques de Peyer ulcérées, que, des tuniques intestinales, le péritoine restait seul intact. Peut être, prenant en considération l'état de l'intestin, aurait-il fallu, dans ce cas, s'abstenir d'administrer le tartre stibié, et se borner aux dérivations sur la poitrine? D'un autre côté, rien ne prouve d'une manière absolue que les évacuations aient déterminé les perforations, car il existait une péritonite, qui malheureusement survient quelquefois dans la convalescence des fièvres typhoïdes, et qui peut être une cause des perforations intestinales.

OCTOBRE.

Les premiers jours d'octobre la chaleur cesse; le thermomètre oscille entre 8 et 12 degrés, et ce temps est généralement pluvieux, froid, humide. L'effet de la chaleur du mois de septembre, en opposition avec des nuits fraîches se fait déjà sentir. On observe des dysentériques, des typhoïdes, etc. Il y a dans le service plusieurs décès, ce qui n'avait pas eu lieu depuis long-temps. Les phthisiques, maléficiés par les premiers froids, nous donnent occasion de vérifier cet aphorisme d'Hippocrate: *Autumnus tabidis malus.*

Le 20, le temps se refroidit beaucoup; il y eut même de la gelée les jours suivans, mais cette gelée fut de courte durée.

Le 23, pluies abondantes, retour d'un peu de chaleur. Les maladies chroniques empirent par suite de ces variations atmosphériques, mais les malades entrans sont peu nombreux. Beaucoup de lits sont vacans dans le service. Vers la fin du mois le temps se refroidit et est chargé de brouillards; les malades augmentent: dans le service seul des femmes, on compte quatre péritonites puerpérales venant de la Maternité; toutes cèdent à d'abondantes applications de sangsues; l'une d'elles portait un engorgement considérable du tissu cellulaire inguinal, qui s'est rapidement dissous sous l'influence des frictions mercurielles, etc. Toutefois il ne se manifeste point de maladies aiguës propres à la saison.

NOVEMBRE.

Les premiers jours du mois, même température; même disette de malades; ce n'est que vers le 12 que quelques pneumonies commencent à se montrer. Les coliques de plomb sont de toutes les maladies qui ne nous font défaut en aucune saison, à raison sans doute du voisinage des fabriques de céruse de Vaugirard et de Grenelle.

M. Bricheteau a profité de cette circonstance pour poursuivre les recherches dont il a été parlé plus haut, et il se propose de publier un travail spécial sur cet objet.

Le 15, gelée, neige; le thermomètre se maintient à zéro pendant deux jours.

Du 17 au 23, extrême humidité; vent d'ouest, tempête, orage, pluie battante. Le thermomètre oscille entre 8 et 10 degrés au-dessus de zéro; le temps est d'une chaleur relative fatigante; on ne reçoit aucune maladie aiguë de saison; quelques phthisiques meurent tranquillement. Les asthmatiques, les rhumatisans, les individus atteints de névralgies souffrent beaucoup.

Le 24, bourasque épouvantable, pluie abondante; le thermomètre oscille entre 5 et 7 degrés au-dessus de zéro.

Le 30, il marque 11°, à sept heures du matin et 12° à midi; le vent souffle constamment à l'ouest; il n'y a point encore de maladies de saison, seulement quelques exanthêmes, aucune affection typhoïde ne s'est montrée depuis quinze jours dans le service.

DÉCEMBRE.

Dans les dix premiers jours de ce mois, pluie presque continuelle, extrême humidité, température douce de 8 à 12 degrés; ciel chargé de nuages pendant le jour, clair et serein pendant la nuit, vent presque toujours au sud-ouest. Le service ne contient presque aucune maladie qu'on puisse attri-

FEUILLETON.

Lettre à M. le docteur Baumès (de Lyon) sur la syphilis;
Par M. le docteur DESRUELLES.

Mon cher confrère.

Il y a douze ou treize ans, je me le rappelle avec plaisir, vous avez suivi quelquefois ma visite au Val-de-Grâce. Dans des entretiens qui m'étaient précieux, nous discutions les faits et les principes les plus importans de la syphilis.

J'expérimentais alors au Val-de-Grâce toutes les sortes de traitemens, mercuriels, sans mercure, révulsifs, antiphlogistiques et stimulans, avec le dessein de m'arrêter à ceux qui conviendraient le mieux aux différens cas et aux diverses circonstances. Chaque année j'ai ajouté à la somme de mes observations un équivalent de connaissances, et à ma pratique un peu de cette expérience si difficile à acquérir.

Vous, mon cher confrère, placé plus tard à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon, vous avez fait aussi de nombreuses observations. Votre livre témoigne que vous y avez mis un soin minutieux et une parfaite exactitude. La science vous en sait gré; c'est là la récompense désirée par les travailleurs: à d'autres les honneurs et la fortune.

Nous sommes arrivés à des résultats identiques, cela devait être. J'aurais à me féliciter entièrement de cet accord de soins pour l'observation, de vues pour les faits pratiques, s'il n'était rompu sur des questions de théorie. En effet, vous vous montrez partisan de l'inoculation, et moi je l'ai combattue; vous croyez à l'existence d'un virus vénérien, et moi je l'ai niée; vous admettez son absorption et son parcours dans nos vaisseaux aux limites les plus extrêmes de l'organisme, et moi je la rejette. Ces questions viennent faire quelque disparate entre vos idées et les miennes.

Mais quand deux médecins, dirigeant de grands services, diffèrent sur des questions secondaires et s'entendent sur tout le reste, ils doivent se donner la main. C'est un devoir pour eux de se communiquer leurs pensées pratiques; aussi, mon cher confrère, j'ai lu votre livre avec plaisir, avec fruit (1). Vous sacrifierez quelques momens à la lecture de mes lettres (2), qui, peut-être, ne vous paraîtront pas dépourvues d'intérêt. Si nous ne sommes pas d'accord sur quelques questions, assurément nous les éclaircirons. Quand il s'agira de pratique, nos souvenirs, nos succès, nos revers, nos espérances déçues ou réalisées, nous guideront dans cette étude que nous ferons ensemble.

Je ne vois pas, en vérité, ce que vous avez gagné à vous montrer partisan de l'inoculation: l'éclat qu'on a su adroitement répandre sur quelques faits curieux vous a ébloui. Mais vous voulez en vain vous persuader que l'inoculation prouve quelque chose en théorie et en thérapeutique. Vos réticences, vos judicieuses critiques indiquent que le doute prend souvent, dans votre esprit, la place de la certitude, car *vous vous étonnez* (ce sont vos paroles) *qu'on ait eu la prétention de fonder une doctrine sur un fait dont on n'a pas su tirer une rigoureuse conséquence.*

Vous le savez comme moi, mieux que moi, devrais-je dire, puisque vous avez beaucoup inoculé, et que je n'ai jamais inoculé; vous savez que l'inoculation, dont je reconnais les résultats comme faits curieux, voilà tout, *ne prouve et ne prouvera jamais ni la nature, ni la contagion des maladies vénériennes, ni ne pourra non plus guider le praticien dans le choix d'une méthode de traitement;* or si l'inoculation ne peut affirmer le diagnostic, expliquer la contagion et déterminer le traitement, je ne vois pas à quoi elle servirait au syphiliographe, au théoricien, au thérapeute; et tant qu'on n'aura pas démontré, autrement qu'on l'a fait jusqu'à ce jour, qu'elle jette une vive lumière sur ces trois circonstances, je m'obstinerai, avec raison sans doute, à dire qu'elle n'est qu'une question oiseuse, sans portée, sans utilité, dont on a surchargé l'histoire de la syphilis, déjà trop encombrée de suppositions et d'hypothèses.

Croyez-moi, mon cher confrère, la question de l'inoculation, attentivement examinée, perd bientôt toute l'importance qu'on lui a donnée. Je l'ai réduite à sa juste valeur dans mes Lettres; je dois le penser du moins, car mes discussions sur ce sujet n'ont donné lieu à aucune objection de la part de mes adversaires. Ils se sont tus, évitant sans doute, par un silence adroit et calculé, d'engager une discussion après laquelle ils prévoyaient une défaite certaine.

Voyez comme la conséquence d'une fausse idée vous a séduite! Parce que certains phénomènes vénériens peuvent être inoculés, vous en concluez qu'il y a un virus de sécrété, qu'il est absorbé, qu'il va se mêler au sang. Mais ne pouvant vous résoudre à le laisser dans ce fluide, où personne ne saurait le rencontrer, vous l'attachez aux fibres de nos tissus où personne non plus ne saurait l'y voir. Ramené bientôt par l'observation à des idées plus exactes, vous êtes forcé de revenir à la doctrine si simple et si vraie de la diathèse vénérienne, à celle que j'ai exposée dans mon Traité (1) et dans mes Lettres. Alors votre allure devient franche, vos idées sont hardies sans témérité, ingénieuses sans tour de force; votre langage pur, correct, pénètre facilement l'esprit; les rapprochemens que vous faites s'accordent aisément et se prêtent un intérêt réciproque. On vous suit avec plaisir, on vous écoute avec fruit; vous rentrez dans des considérations tirées de vues saines, philosophiques: vous êtes dans le vrai.

Où conduit, dites-moi, la supposition de l'existence d'un virus sécrété par une surface vénéroïde? Ne mène-t-elle pas à une autre supposition, savoir, que ce virus est absorbé, qu'il va dans le sang, le gâte, l'empoisonne, et produit ensuite la syphilis constitutionnelle? Mais, pour renverser toutes les conséquences que vous tirez, je n'ai pas besoin de grands efforts: *je nie l'existence du virus.* A vous de me prouver que le virus existe, et non à moi de vous démontrer qu'il n'existe pas. Un doute, un seul doute de ma part vous met dans cette obligation; je demande que vous dissipiez mon doute, et vous devez le faire si vous voulez que j'accepte vos raisonnemens comme justes, comme vrais, comme probatoires. Que faites-vous alors? au lieu de me prouver *matériellement* l'existence du virus, vous avouez humblement que vos sens, aidés de la physique, de la chimie et même du microscope, ne peuvent encore arriver à ce résultat, et vous vous hâtez d'ajouter que le sens intellectuel comprend et nous prouve l'existence du virus, démontrée, selon vous, par les effets qu'il produit. Mon sens intellectuel est tellement aveugle qu'il ne peut voir le virus, et ma raison tellement récalcitrante qu'elle ne saurait lui attribuer les phénomènes constitutionnels que j'observe. *Je nie encore cette dernière supposition;* je la nie avec d'autant plus de persistance et plus de droit que, sans recourir au virus qui fuit également mes sens et ma raison, je m'explique, et vous vous expliquez à vous-même, la manifestation des maladies vénériennes primitives et l'irruption de tous les phénomènes constitutionnels. Alors, si vous êtes de bonne foi, si la logique a quelque empire sur votre esprit, vous doutez au moins de la réalité de ce que vous affirmiez tout-à-l'heure, et vous doutez d'autant mieux, vous, praticien expérimenté, que vous savez par expérience que le virus, fût-il même démontré, ne pourrait jamais fournir une indication de traitement; qu'il n'y a point de spécifique, et qu'on guérit les maladies vénériennes par des méthodes diverses et contraires.

Ce doute est certainement dans votre esprit, mon cher confrère; car, pour faire concourir tous les faits à l'établissement de votre théorie, vous admettez une diathèse que vous placez, comme moi, dans les solides. Dès lors, il n'y a plus de virus pour vous, il n'y a qu'une manière d'être, un mode de vitalité des solides, une diathèse enfin. Ce que péniblement vous avez fait avec le virus, vous auriez aisément pu l'exécuter sans lui. Mais, excusez ma franchise, vous avez voulu mé-

(1) Précis historique et pratique sur les maladies vénériennes; Lyon, 1840. 1 vol. in-8°.

(2) Lettres écrites du Val-de-Grâce sur les maladies vénériennes et sur le traitement qui leur convient; par le Dr Desruelles, professeur au Val-de-Grâce. Paris, 1840-1481. 1 vol. in-8°. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

(1) Traité pratique des maladies vénériennes, par le Dr Desruelles, professeur au Val-de-Grâce. Paris, 1836. 1 vol. in-8°. J.-B. Baillière.

buer à la saison ; nous observons seulement quelques fièvres éruptives, mais point d'affection catarrhale ; les phthisiques se soutiennent et luttent, non sans succès, avec le mal cruel qui les dévore ; mais les coliques de plomb et autres accidens saturnins que nous avons toujours en bon nombre, se trouvent fort mal de l'humidité froide qui règne, et ne sont que médiocrement soulagés par les laxatifs et les opiacés qu'on administre d'ordinaire avec beaucoup de succès. Diverses maladies chroniques de l'abdomen restent stationnaires, et il n'y a point de mortalité. Toutefois, plusieurs hémorrhagies graves ont fixé notre attention, deux *purpura-hemorrhagica* et une hématémèse.

Le premier, entré le 8, est un ouvrier de quarante ans, travaillant habituellement dans un lieu humide, a eu antérieurement plusieurs hémorrhagies des gencives ; aujourd'hui il présente sur la peau une multitude de pétéchies, d'ecchymoses, de plaques livides ressemblant à des meurtrissures ou contusions ; il se plaint en outre d'engourdissemens et de picotemens dans toutes les parties du corps, éprouve des étourdissemens quand il est de bout, etc. Cet homme, au surplus, n'avait aucun mouvement fébrile ; mais, d'une faiblesse extrême, il était enchaîné dans son lit ; de nouvelles hémorrhagies se déclaraient chaque jour par les gencives, les bronches, le nez, etc. ; la gravité de cette maladie, à laquelle on échappe rarement, nous faisait craindre fortement pour la vie de ce malade, ayant vu périr presque tous ceux qui avaient été admis dans le service ; néanmoins, un traitement tonique, composé des extraits de ratanhia et de quinquina, associés aux acides, et du vin de Bagnols, arrêta le progrès de cette terrible affection.

Un autre malade, que M. Bricheteau voyait en ville avec M. le docteur Wanner, fut moins heureux. Ce malade était un négociant de quarante-cinq ans, qui avait depuis long-temps des pétéchies sur la peau. Ce négociant passait d'ailleurs sa vie à travailler dans des magasins humides, au rez-de-chaussée ; depuis quelques semaines il avait, en outre, passé une partie des nuits à soigner sa femme malade, et, à raison de cette particularité et de quelques autres circonstances fâcheuses, il était en proie à un assez vif chagrin qu'il faisait tous ses efforts pour dissimuler. On lui avait inutilement recommandé un peu de repos, un régime tonique ; de faire usage de quelques préparations ferrugineuses, d'extrait de ratanhia, etc. Par les conseils de gens peu compétens, il avait, au contraire, fait usage de délayans, de bains, d'un régime débilitant.

Le dimanche 26, le malade éprouva des étourdissemens, puis fut frappé d'une sorte d'attaque d'apoplexie, pour laquelle on lui pratiqua une saignée ; il reprit immédiatement connaissance. Mais le lendemain, une nouvelle congestion cérébrale eut lieu, et un délire intermittent s'empara du malade, qui tient continuellement les yeux fermés et dont la pupille est insensible à la lumière, quoique non dilatée : le corps était couvert de larges ecchymoses ; les gencives étaient saignantes ; une jambe s'était couverte d'une large plaque noirâtre après l'application d'un sinapisme ; le pouls était lent, irrégulier, assez fort ; point de chaleur à la peau ; le patient ne semble avoir nulle conscience de ce qui se passe autour de lui, quoiqu'il reconnût ceux qui venaient le visiter. On fit une application de sangsues à la base du crâne, et des applications d'eau froide sur la tête.

Dans une consultation qui eut lieu le même jour (27), le cas fut reconnu comme mortel, à raison surtout de l'affection du cerveau.

On mit le malade à l'usage du vin de Bordeaux. On prescrivit l'extrait de quinquina associé à l'extrait de ratanhia, avec addition d'eau de Rabel ; des ventouses sèches furent appliquées le long de la colonne vertébrale, et des sinapismes à la plante des pieds. Les boissons étaient glacées, et on donnait très souvent au malade des fragmens de glace.

Le 28, tous ces moyens n'ont produit aucun effet ; la respiration est stertoreuse ; il y a une espèce de *carus apoplectique.* Des ventouses scarifiées sont néanmoins appliquées, et elles fournissent un sang pâle et séreux ; de larges ecchymoses se sont développées sur tous les points du corps qui ont éprouvé de la compression. Une large ecchymose occupe le centre de la paume de la main. — Mort à trois heures de l'après-midi, le troisième jour de la maladie.

L'ouverture du cadavre ne put être faite.

Il parut évident que chez ce malade, atteint d'un *purpura hemorrhagica* très intense, la maladie avait été depuis long-temps produite par des causes débilitantes nombreuses, en tête desquelles il faut placer un mariage très disproportionné par l'âge (la femme avait 18 ans), un mauvais régime, l'abus de médications tout à fait contre-indiquées, un travail excessif, etc. Il y avait très certainement une infiltration sanguine dans tous les tissus (les os exceptés peut-être), puisque le tissu cellulaire dense et la peau dure et calleuse de la main n'avait pas résisté à l'épanchement sanguin. Le sang était visiblement altéré dans sa composition et sa densité, ce dont il avait été d'ailleurs facile de s'assurer en examinant quelques gouttes de ce liquide au microscope. Il y eut sans doute dès l'origine de la maladie infiltration de sang dans le cerveau, et non épanchement dans les ventricules ; car il n'y avait eu ni écartement des pupilles, ni abolition complète des sens. Ce malade, pendant une très longue agonie, eut une respiration bruyante et stertoreuse ; la figure était violette et fortement injectée. Il semble que la mort ait été le résultat d'une asphyxie lente par défaut d'hématose, c'est-à-dire, que le sang altéré était inhabile à stimuler convenablement le cœur, le cerveau et les poumons, et que c'est peut-être aussi par suite de son défaut de densité qu'il s'est infiltré dans la plupart des organes.

Nous observâmes dans le service une hémorrhagie d'une autre espèce, et qui ne fut pas moins funeste.

Hématémèse. Hydropisie ascite. Enorme hypertrophie et engorgement sanguin de la rate.

Un tailleur âgé de trente-sept ans, d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique, se plaignait souvent du ventre, et supportait péniblement la position accroupie habituelle à sa profession ; il avait eu plusieurs fois des déjections sanguines.

Il fut pris, le 14 novembre, d'un violent *melœna*, et rendit pendant la nuit une quantité énorme de sang en caillots, au milieu d'angoisses telles qu'on le crut sur le point de mourir. Le lendemain matin, il vomit, en outre, plus d'un kilogramme de sang également en caillots. Lorsque M. Bricheteau vit le malade, la figure était pâle, le pouls faible ; il accusait une pesanteur douloureuse dans l'épigastre. Pour prévenir le retour d'une telle hémorrhagie, on prescrivit une boisson acidulée avec de l'eau de Rabel et l'extrait de ratanhia à haute dose. Quelques légères déjections sanguinolentes eurent lieu dans la journée, mais elles disparurent entièrement le lendemain. Quelques jours après, le malade paraissait guéri, et avait repris ses occupations.

Le 24, il fit demander M. Bricheteau, qui lui trouva une figure bouffie, l'abdomen tendu et proéminent, renfermant une assez grande quantité de sérosité épanchée. Après quelques jours d'un traitement actif par les diurétiques, le malade fut admis à l'hôpital le 1er décembre, et mis à l'usage des pilules de Bontius, il sortit, puis rentra.

Le 24, sa figure était infiltrée ; la quantité de liquide épanchée dans l'abdomen avait considérablement augmenté ; il y avait de fréquentes suffocations. On administra de nouveau les diurétiques sans succès. Pour ne pas subir la ponction, que son état rendait nécessaire, le malade sortit encore de l'hôpital, et entra à l'Hotel-Dieu le 7 février.

Le 9, on le détermina à se laisser ponctionner, et dix litres de sérosité furent extraits de l'abdomen.

Ce malade succomba le 2 mars aux progrès de sa maladie, dans le service de M. Husson. A l'ouverture du cadavre, faite le 3, on trouva :

Les poumons légèrement engoués et refoulés vers la partie supérieure de la poitrine.

Les oreillettes du cœur étaient distendues et amincies ; les ventricules dans l'état normal. Il n'y avait ni rétrécissement ni ossification aux valvules et orifices cardiaques. L'estomac et les intestins parurent sains.

La rate était dix fois plus volumineuse que dans l'état naturel, et gorgée d'une immense quantité de sang noir, poisseux, visqueux.

Le foie était atrophié, d'un volume moitié moindre que dans l'état normal, et affecté de cirrhose.

Les reins étaient légèrement hypertrophiés, les bassinets rouges.

Le péritoine contenait au moins huit litres de liquide diaphane, et n'était le siége d'aucune granulation.

Les urines, traitées par l'acide nitrique, n'avaient présenté aucune trace d'albumine.

— Chez ce tailleur, la vie sédentaire, le séjour dans une habitation humide et froide, ont sans doute contribué à produire l'engorgement de la rate ; cet engorgement a été la cause déterminante de l'hématémèse et du mœlena ; et l'hydropisie qui a causé la mort a été sans doute une conséquence de l'hémorrhagie qui avait fait perdre une si grande quantité de sang au malade. Ici l'hémorrhagie nous semble avoir eu une cause toute mécanique. Le sang, accumulé dans la rate, a peut-être reflué dans l'estomac par les vaisseaux courts ou spléno-gastriques. On a en effet des exemples de ces sortes d'afflux sanguins dans les voies digestives, lorsqu'un des viscères abominaux en est gorgé et distendu ou désorganisé. Morgagni, F. Hoffmann, Letour, Portal, ont rapporté des faits de cette nature dans lesquels c'était tantôt le foie, tantôt la rate, gorgés de sang, qui le rejetait pour ainsi dire dans les voies digestives par le moyen d'une sorte d'exhalation. Morgagni raconte même un fait qui a la plus grande analogie avec celui qu'on vient de rapporter (Epist. XXXVI). L'histoire de cette variété d'hématémèse a été, au surplus, traitée fort au long dans l'article Hématémèse du Dictionnaire des sciences médicales (t. XX, p. 103), où elle a reçu le nom de *splanchnique.*

On trouve aussi plusieurs faits presque semblables dans le savant Traité des hémorrhagies de Latour d'Orléans, etc. Considérée sous le rapport étiologique, l'observation de notre tailleur est donc très digne de remarque.

Le reste du mois de décembre n'offrit rien de bien notable ; il y eut dans le service quelques affections typhoïdes dont il sera rendu un compte particulier.

Tableau des admissions considérées dans leurs rapports avec les guérisons et les décès, pour 486 maladies bien caractérisées admises dans le service.

Sur environ 1000 malades admis pendant 1841 dans le service de M. Bricheteau, nous avons défalqué les maladies incurables, tels que les phthisiques, les maladies chroniques du cœur et des gros vaisseaux, les asthmes, les catarrhes, les

---

nager à la fois et les partisans du virus, trop oublieux des actes pathogéniques de l'organisme, et les médecins qui se servent des faits et les expliquent au moyen d'une appréciation sage et mesurée des actions vitales. Vous avez fait du *juste-milieu*, manière de procéder (soit dit sans malice) qui ne contente personne.

Aux efforts que vous faites pour prouver l'absorption du virus, on voit que cette action vitale est pour vous d'une grande obscurité. Il vous répugne d'admettre que la même surface irritée, qui rejette continuellement le fluide qu'elle sécrète, en absorbe une partie. Il vous répugne d'admettre surtout, à vous qui le savez si âcre, si vénéneux, de l'introduire dans des vaisseaux où il deviendrait corps étranger, dans le sang qu'il altérerait, dans les humeurs qu'il vicierait, dans les viscères qu'il enflammerait et ulcérerait, quand surtout l'inoculation vous a appris qu'une gouttelette de ce venin suffit pour reproduire une lésion semblable à celle d'où il provient. Il est vrai que pour échapper à cette objection si simple et si naturelle, vous imaginez que ce virus absorbé va se modifier dans les ganglions lymphatiques et même dans le sang, qu'il y change de nature et y perd toutes ses qualités, au point même d'être annihilé.

Mais vous n'avez pas réfléchi à deux choses, savoir : que pour aller aux ganglions lymphatiques et dans le sang, le virus a dû traverser des vaisseaux, qu'il y a séjourné sans les irriter, et que s'il perd dans les ganglions ses qualités de virus, il n'est plus propre à établir une diathèse qui participera de sa nature. C'est encore du *juste-milieu*, mon cher confrère. J'aime mieux, je vous l'avoue, l'explication de ceux qui, croyant fermement au virus, le font promener, plein de violence et de vie, dans toutes les parties de l'organisme ; ils ont au moins le mérite d'être de leur avis. Dites-le franchement, vous n'avez pas osé avoir leur absurde courage ; vous avez craint le ridicule de cette opinion. Vous n'avez pas voulu, comme d'autres, donner pour du nouveau la théorie surannée d'Astruc.

On conçoit que, dans le temps où le mercure était regardé comme un spécifique assuré, on ait supposé que le virus existait, qu'il fallait faire pénétrer le mercure dans le sang pour l'y combattre, le détruire et l'en chasser ; mais aujourd'hui que le mercure a perdu aux yeux des praticiens, ses qualités spécifiques, et que, comme vous l'avez si souvent constaté vous-même, on peut guérir les maladies vénériennes par une méthode simple, rationnelle et non spécifique, l'existence du virus n'est plus qu'une supposition dont il faut avoir le courage de faire justice.

Pour être conséquent avec votre système, vous êtes obligé de trouver aussi une certaine virulence dans le muco-pus de la balanite, de la balano-posthite et de l'uretrite, encore bien que vous affirmiez que ce muco-pus n'est pas inoculable. Ce virus, vous le faites aussi absorber par les vaisseaux lymphatiques et par les veines ; vous le modifiez à travers les ganglions, à tel point même que, pour être d'accord avec les faits, il ne devra produire que des phénomènes constitutionnels infiniment plus rares que ceux qui proviennent de l'absorption du pus virulent des ulcères.

On doit au moins vous féliciter de n'avoir pas, comme d'autres, affirmé sans preuve, qu'il existe des ulcères primitifs sur la membrane muqueuse de l'urètre atteinte de blennorrhagie aiguë. Vous rejetez la présence de ces ulcères, et vous le faites même (soit dit en passant) avec peu de courtoisie pour ceux qui les ont inventés. J'ai lieu d'espérer que lorsque votre attention se sera arrêtée sur les *urétrites dermoïdes* générales, et principalement sur les *urétrites dermoïdes* partielles, avec engorgement du canal, que, le premier, j'ai fait connaître et que j'ai décrites dans mon Traité et dans mes Lettres, vous vous assurerez que ces prétendus ulcères doivent naissance à une erreur de diagnostic.

Mais ces deux virus, dissemblables, puisque l'un s'inocule et que l'autre ne s'inocule pas, peuvent, selon vous, déterminer des phénomènes identiques, des accidens pareils, des ravages analogues ? Permettez-moi de vous dire qu'il y a entre les faits et cette assertion une distance si grande que les raisonnemens les plus spécieux ne sauraient les rapprocher. C'est le *post hoc* que j'observe ici ; le *propter hoc* reste à prouver.

Et puis, combien de choses j'aurais à vous dire sur l'absorption de ces prétendus virus, si je ne craignais de pousser trop loin mes argumentations. Vous sentez vous-même la faiblesse de votre système, car vous parlez d'imbibition pour la manifestation des maladies vénériennes primitives.

Avez-vous bien réfléchi au rôle qu'on fait jouer à l'absorption ? Les vaisseaux lymphatiques n'y suffiraient pas, s'ils étaient assez complaisans pour admettre tout ce que l'on suppose qu'ils sucent et qu'ils charient. Vous savez le cas que l'on fait aujourd'hui des vaisseaux absorbans et exhalans que personne n'a vus, pas même Bichat qui les a imaginés. Y avez-vous bien songé ? un virus vénérien absorbé, porté dans le sang ! un virus qui enflamme, corrode, ulcère, perfore tout ce qu'il touche ! un virus qui empoisonne et ne marche qu'environné d'effroyables ravages !... je tremble d'effroi ! Cependant je dois me rassurer quand je rappelle à ma mémoire ces milliers de virulens, d'empoisonnés qui, sous l'influence de la méthode du Val-de-Grâce, restaient sous mes yeux, calmes, gais, joyeux, et guérissaient exempts d'accidens sans antidote *jamais*, sans mercure *souvent*. Qu'à l'occasion de votre théorie, cette peur du virus prenne à quelques médicastres, qu'ils se laissent persuader qu'il faut du mercure, du mercure donné à pleines-mains, sans soins, sans consulter l'état de l'organisme, sans suivre la diététique si nécessaire, l'hygiène si précieuse ; c'est alors que l'idée d'un virus infectant et d'un mercure spécifique deviendrait un fléau pour l'humanité ; c'est alors que nous verrions renaître, dans nos hôpitaux, ces empoisonnemens mercuriels, plus redoutables, plus affreux que la syphilis elle-même ! Oh qu'entre vos mains, quelle que soit votre thérie, le mercure ne puisse nuire, j'en suis convaincu ; mais aura-t-il la même innocuité aux mains de ces intelligences bornées qui, manquant d'idées, prennent à la lettre nos paroles ? Depuis que cette théorie virulente a été renouvelée, et qu'appuyée sur l'inoculation elle a paru offrir quelque fondement, le traitement des maladies vénériennes ast redevenu empirique, et nous avons eu bien des occasions de constater le danger d'une médication exclusivement mercurielle. Mais l'inoculation n'ayant pas tenu ses fallacieuses promesses, a fait son temps ; appréciée pour ce qu'elle vaut, elle servira, au contraire, à ramener les médecins à une méthode rationnelle dont ils ne peuvent s'écarter sans voir surgir de nouveau sur la scène du monde les affreux accidens qu'un éclectisme éclairé en avait fait disparaître.

Avez-vous bien analysé les formidables accidens qui suivent, comme on le dit, une résorption purulente ? La mort en est souvent la suite, et l'on trouve à l'autopsie des abcès métastatiques dans les principaux viscères. Quand je me les rappelle ces faits si souvent observés à la suite d'insignifiantes blessures et surtout de plaies légères de la tête, je ne puis me persuader que le virus vénérien qui, suivant vous, ne saurait être isolé du pus, serait absorbé sans produire aucun trouble dans l'organisme. A Dieu ne plaise que je veuille nier la doctrine de l'absorption en général ; mais croyez-moi, mon cher confrère, ne disposez pas ainsi des vaisseaux lymphatiques et des veines, quand il s'agit d'un fluide âcre, malfaisant, virulent même. La doctrine de l'absorption est entièrement à revoir, à étudier de nouveau ; celle de l'inoculation à rejeter. Comme fait devant servir à la pratique, elle est inutile..... j'allais dire immorale. La doctrine du virus doit être mise au rang des suppositions que l'esprit le plus exact réalise, quand il est poussé par le désir d'expliquer ce qu'il ne comprend point.

Je partage vos vues sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement des maladies vénériennes, non comme moyens spécifiques, mais comme modifications appropriées à certaines circonstances. Je vais emprunter à mes Lettres les deux citations suivantes qui résument mon opinion sur l'emploi du mercure ; j'ai dit :

« L'exclusion absolue du mercure et son usage constant, sont également éloignés de la vérité. On ne doit plus dire : Ni jamais de mercure, ni toujours du mercure, lorsqu'il s'agit du traitement des maladies vénériennes primitives, à forme ulcéreuse. »

« Les mercuriaux sont des modificateurs puissans ; ils activent les organes sécréteurs quand ils ne déterminent pas l'éréthisme au degré qui arrête toutes les sécrétions ; ils modifient l'organisme, et de tous les agens qui peuvent le troubler, ils sont les mieux appropriés au traitement des maladies vénériennes. Mais comme les perturbations

traînards, les ouvriers sans ouvrage, les névroses vraies ou fausses; et il nous reste 486 maladies savoir :

Fièvres typhoïdes.

Janvier 3, février 2, mars 2, avril 3, mai 8, juin 8, juillet 4, août 20, septembre 12, octobre 2, novembre 0, décembre 1, Total, 65. Guéris, 55. Morts, 10. (1 sur 6 1/2.)

Pneumonies.

Janvier 6, février 12, mars 15, avril 11, mai 7, juin 4, juillet 3, août 2, septembre 1, octobre 1, novembre 0, décembre 3. Total, 65. Guéris, 56. Morts 9. (1 sur 7.)

Pleurésie.

Février 2, mars 3, juin 1, juillet 1, août 1, septembre 2. Total, 10. Guéris, 9. Morts, 1.

Coliques de plomb.

Juillet 4. août 5, septembre 4, octobre 5, novembre 6, décembre 11. Total, 39. Morts, 1. 35 sont entrés dans les sept derniers mois de l'année.

Rhumatismes.

Janvier 4, février 4, mars 0, avril 3, mai 1, juin 1, juillet 1, août 1, septembre 0, octobre 0, décembre 2. Total, 17. Guéris, 17.

Fièvres intermittentes.

Janvier 0, février 2, mars 5, avril 2, mai 4, juin 5, juillet 5, août 4, septembre 2, octobre 2, novembre 3, décembre 0. Total, 32. Guéris, 32.

Angines.

Janvier 1, février 1, mars 2. avril 1, mai 6, juin 1, juillet 2, août 2, septembre 2, novembre 2, décembre 1. Total, 22. Guéris, 22.

Erysipèles.

Janvier 0, février 0, mars 2, avril 1, mai 3, juin 0, juillet 0, août 1, septembre 0, octobre 1, novembre 1, décembre 1. Total, 10. Guéris, 10.

Métrites.

Janvier 3, février 1. mars 2, avril 2, mai 0, juin 2, juillet 2, août 0, septembre 0, octobre 2, novembre 0, décembre 0. Total, 14, guéris, 12. Morts, 2.

Variole et varioloïde.

Total, 12. Guéris, 10. Morts, 2.

Méningite.

Total, 3. Guéris, 2. Mort, 1.

Péritonite.

Total, 2. Guéri, 1. Mort, 1.

Péricardite.

Total, 4. Guéris, 2. Morts, 2.

Ascite.

Total, 5. Guéris ou en voie de guérison, 4. Mort, 1.

Entérite.

Total, 5. Guéris, 5.

Dysenterie.

Total, 3. Guéris, 3.

Apoplexie.

Total, 3. Guéris, 3.

Ictère.

Total, 10. Guéris, 10.

— Plusieurs autres maladies ont paru ou trop peu importantes, ou en trop petit nombre, pour être portées sur le tableau.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

M. Chaumet, chirurgien en chef.

Résumé d'une leçon sur des opérations de cataracte d'après un nouveau procédé.

Dans le Journal de Médecine pratique, M. Bonnet, de Lyon, publie un nouveau procédé de fixation de l'œil pour extraire la cataracte. Frappé de l'imperfection de tous les ophthalmostats, de l'innocuité des piqûres, des incisions, des déchirures même de la conjonctive dans la ténotomie oculaire, il a pensé qu'il n'y aurait aucun inconvénient à faire deux légères piqûres à cette membrane lorsqu'il s'agit de pratiquer l'extraction du cristallin, au moyen de deux pinces à griffes destinées à maintenir l'œil dans l'immobilité.

Avant les travaux récens de strabotomie, il y a environ quatre ans, dans ce même hôpital, on nous a vu, à propos de l'ablation d'une parcelle de pierre implantée dans les lames de la cornée transparente, fixer le globe oculaire que la douleur et la crainte rendaient extrêmement mobile, au moyen de cette même pince érigne implantée sur la conjonctive scléroticale, un peu au dessus de la paupière inférieure. Nous reconnaissons néanmoins qu'à M. Bonnet revient toute la gloire d'avoir eu le premier la pensée d'appliquer ce procédé à l'un des temps les plus difficiles et les plus importans de la kératotomie ; et nous vous avons démontré par deux opérations quelle singulière facilité résulte de cette application nouvelle.

La première avait pour sujet l'individu couché au n° 16 de la salle 17. Sa profession de verrier est probablement la cause déterminante de la cataracte capsulo-lenticulaire que nous avons opérée, et de la légère opacité que l'on a commencé à apercevoir au centre de la pupille du côté droit. Trois ans se sont écoulés depuis que sa vue a commencé à s'affaiblir. Une application de belladone entre les paupières a largement dilaté la pupille. Assis sur une chaise ordinaire, vis-à-vis une croisée qui, au moyen de volets, ne donne que le jour dont nous avons besoin, il a la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, qui, de la main gauche, relève la paupière supérieure, et de la droite saisit la pince érigne implantée au côté externe de la conjonctive. D'après nous, l'opérateur ne doit pas se charger de la pince qui saisit la conjonctive au côté externe ; mais il la confie à un aide, afin de conserver ses deux mains libres. Avec l'indicateur gauche j'abaisse la paupière inférieure, et de la main droite, au moyen du cératotome de Richter, j'incise la cornée transparente avec facilité et sans aucune précipitation ; l'œil ne fuit pas, n'éprouve aucune pression, et, comme le dit M. Bonnet, cette section est rendue aussi aisée à exécuter que l'est la piqûre d'une saignée.

Remarquez qu'une fois notre incision faite, nous ne nous sommes pas hâté de déchirer la capsule et d'exercer des pressions sur l'orbite pour faire jaillir le cristallin. L'expérience nous a prouvé que, dans quelques circonstances, la force de rétraction de la coque oculaire suffit seule pour chasser audehors, non-seulement l'humeur aqueuse, mais souvent aussi le cristallin. D'ailleurs, à la suite de la section cornéale, n'avez-vous pas vu l'iris se dilater brusquement par une sorte de mouvement convulsif ? La pupille coarctée, il serait impossible d'extraire la cataracte sans contusionner, sans déchirer peut-être l'urée ; tandis qu'un temps d'arrêt laisse le diaphragme de l'œil rentrer sous l'empire de l'action de la belladone, et alors le cristallin peut sortir, soit spontanément, comme nous l'avons vu quelquefois, soit avec de légères pressions, après qu'une aiguille a incisé la capsule. C'est ce que nous avons été obligé de faire dans ce cas ci : aucun symptôme de réaction ne s'est manifesté ; la cicatrisation de la plaie était achevée le quatrième jour ; un petit lambeau opaque de la capsule, qui se montrait à la partie inférieure de la pupille, a été résorbé, et aujourd'hui (12 août), un mois juste après l'opération, sa pupille est sans aucun nuage et sa vue presque aussi intègre qu'avant sa maladie.

Avant-hier (10 août), vous avez vu opérer la malade couchée salle 2, n° 20 (Mme Coquereau, âgée de 36 ans). Cette femme offrait une particularité importante à considérer. Il y a cinq ans qu'elle subit avec succès l'opération de la cataracte par abaissement, dans ce même hôpital ; le cristallin de l'œil droit offrait seul alors de l'opacité ; ce n'est que depuis cette époque que le gauche a été envahi. N'était-ce pas là pour nous une raison puissante de procéder encore d'une manière analogue ? Nous pouvions le faire ; mais l'aspect de la lentille nous a fait diagnostiquer une cataracte consistante, et nous avons voulu prouver encore que jamais le chirurgien ne doit être exclusif dans le choix de ses méthodes. En effet, vous nous avez vu exécuter cette deuxième opération comme celle dont je viens de vous entretenir ; le cristallin a mis moins de temps à se porter hors de l'œil, il n'y a presque pas eu besoin d'exercer de pression. Jusqu'à ce moment, nul accident sympathique ni de réaction ; tout semble promettre une terminaison heureuse.

M. Bonnet ne dit pas avoir appliqué son procédé à la scléroticonixie ; cependant nous avons cru qu'on en retirerait également l'avantage de pouvoir à coup sûr plonger son aiguille au point de la sclérotique que l'on jugerait le plus convenable. Désormais vous nous verrez saisir d'un seul côté seulement la conjonctive avec une pince érigne, toutes les fois que nous aurons un abaissement de cristallin à opérer ; les occasions sont peut-être plus fréquentes que celles de l'extraction. Parmi toutes les kératonixis que nous avons faites depuis le mois de mars dernier, je veux vous rappeler les deux plus remarquables.

J. Dulon, âgé de 32 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, véritable malade imaginaire, très-mobile, avait eu le malheur de perdre la vue par suite de la formation d'une double cataracte capsulo-lenticulaire ; l'an passé il confia imprudemment son œil droit à l'un de ces médicastres ambulans qui exploitent la confiance et la bourse du vulgaire. Ignorant sans doute que les méthodes et les procédés doivent être relatifs au caractère du malade, cet opérateur exclusif crut pouvoir appliquer en cette occasion la seule manière qu'il emploie : il fit l'extraction. Qu'est-il arrivé ? On pouvait le prévoir. Le sujet, pusillanime, impatient, curieux, s'est livré à des mouvemens, à des manœuvres qui ont amené l'issue des humeurs de l'œil et sa perte définitive. La cataracte de l'œil gauche nous a paru solide, nous pouvions l'extraire ; mais, connaissant le caractère du malade, nous avons préféré l'abaissement ; et vous savez quel beau succès nous avons obtenu malgré les complications de conjonctivite et d'iritis qu'il a fallu combattre.

Néanmoins, reconnaissons qu'il survient quelquefois de ces accidents tout à fait imprévus, à l'abri desquels ne sont pas les plus habiles opérateurs, et qui doivent nous rendre circonspects à l'égard de nos confrères lorsque le succès n'a pas couronné leurs efforts. Une identité d'âge, de tempérament, de force, ne sont pas toujours des gages certains de réussite. A la

---

ont des suites souvent fâcheuses, il vaut mieux ne pas les produire dans les cas simples et ordinaires, et se fier à une méthode contraire. Il faut réserver les mercuriaux pour les cas où le médecin juge que la guérison ne peut être opérée sans de profondes perturbations et d'abondantes exonérations. Ils sont plus convenables et mieux indiqués dans les maladies consécutives, à moins que celles-ci soient nées sous l'influence mercurielle, car alors il faut examiner avec soin si elles ne dépendent pas de l'abus ou de l'emploi mal dirigé des mercuriaux. »

Vous verrez, par ces citations, combien a été juste l'accusation de mes adversaires qui ont prétendu que *j'étais exclusivement attaché à la méthode simple, et que je rejetais absolument le mercure du traitement des maladies vénériennes.*

Le jour n'est pas éloigné où l'on verra substituer, sans aucun danger, au mercure dont les accidens sont quelquefois redoutables, un médicament d'une action sûre, presque toujours efficace dans le traitement des maladies vénériennes graves, chroniques, avec altération profonde des systèmes fibreux et osseux, avec ulcérations serpigineuses ; dans les cas surtout où les mercuriaux ont échoué ou ont produit les plus affreux désordres : je veux parler de l'*iodure de potassium* administré à doses croissantes. J'ai rassemblé un grand nombre de faits que je publierai prochainement dans la *Gazette des Hôpitaux.*

Votre livre, mon cher confrère, renferme d'excellentes choses ; il abonde en observations pleines de justesse, et en considérations qui gagnent certainement à être parfois revêtues de formes singulières et poétiques.

Je signalerai principalement vos remarques sur les fâcheux effets des suintemens urétraux, laissés après la prétendue guérison des urétrites. Je les signale comme tellement importantes qu'on devrait regretter qu'elles ne fussent pas continuées. Ces suintemens, que dans les casernes on désigne sous le nom de *goutte militaire*, peuvent, comme vous et moi nous l'avons souvent observé, produire des accidens après l'acte du coït, savoir : irritations et abcès de la vulve, vaginite, urétrite, douleurs au col de la vessie, et rétention d'urine, gonflement inflammatoire et ulcératif du col utérin, écoulemens vaginaux avec douleur.... J'ai dit dans mes Lettres que le grand nombre des maladies du col utérin tenait sans doute à la fréquence des urétrites partielles passées à l'état chronique et ne se manifestant plus que sous l'apparence d'*un suintement ;* vous confirmez ce fait pratique. Je pourrais citer un grand nombre de femmes que j'ai traitées, qui ont offert des affections même graves du col utérin et du vagin, reconnaissant la cause que nous signalons. Cependant presque tous les médecins pensent que le *suintement* des anciennes urétrites ne saurait ni donner lieu à la vaginite, ni produire les irritations de la vulve et du col de la matrice, avec ou sans ulcérations. Ces ulcérations sont superficielles ; elles ressemblent à des brûlures légères ou a des aphthes. On les remarque souvent chez les jeunes femmes après la consommation du mariage, dont elles viennent empoisonner les jours. Que les médecins observent de nouveau et qu'ils réfléchissent..... Le cas est assez grave pour être étudié avec soin et exactitude.

Vos considérations sur le bichlorure et le cyanure de mercure que vous regardez comme très efficaces, et sur le proto-iodure de mercure, dont l'administration, peu sûre, vous offre des inconvéniens de plus d'un genre, sont dignes aussi de fixer l'attention des médecins.

Continuons, mon cher confrère, nos études pratiques, nos recherches thérapeutiques ; sur ce terrain nous ne combattrons pas des fantômes. Quand on a traité des milliers de malades et qu'on a expérimenté, comme nous l'avons fait, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, on doit arriver à une méthode véritablement curative. Guérissons nos malades le plus tôt et le plus sûrement possible ; mettons-les à l'abri de tout accident, et nous serons certains d'obtenir les honneurs de la persécution de la part des praticiens entêtés et inhabiles.

Votre dévoué confrère, Desruelles.

Correspondance.

Paris, le 6 octobre 1842.

Monsieur le Rédacteur,

Votre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine signale un fait grave qui prouve de rechef combien le Conseil d'administration de ce corps savant s'occupe peu des fonctions qui lui sont dévolues, et tient peu à la dignité du corps qu'il est appelé à représenter hors de ses séances.

D'après l'article 52 du règlement, ce Conseil « est chargé du dépouillement et de l'expédition de la correspondance » ; c'est-à-dire qu'il doit prendre connaissance de toutes les lettres adressées à l'Académie pour s'assurer si elles sont de nature à pouvoir être communiquées à l'assemblée, si elles ne renferment rien qui soit contraire aux bienséances et aux égards que des hommes bien élevés se doivent mutuellement. Parmi les pièces présentées à la dernière séance, il se trouvait néanmoins une longue missive de M. Bertulus, dans laquelle les usages et les bienséances académiques avaient été laissés entièrement de côté, ce qui n'a point empêché M. le secrétaire perpétuel d'annoncer que le Conseil d'administration avait décidé que la lettre de M. Bertulus serait publiée dans le Bulletin de l'Académie. Il est certain qu'elle n'y aurait point paru telle qu'elle est, cela est impossible ; mais l'on aurait fait droit à l'étrange réclamation de ce médecin, tout en laissant ignorer à l'Académie dans quels termes anti-académiques il correspond avec elle. Tel était le but de ce renvoi direct au *Bulletin ;* mais le coup si habilement monté a manqué complétement ; le bureau a été obligé, à son grand regret, de se conformer aux vœux et aux usages de l'assemblée, de donner lecture de la lettre qu'on voulait soustraire à sa connaissance, et de mettre ainsi au grand jour toute *l'aménité* épistolaire du protégé de MM. Pariset et Gérardin.

Ce n'est, du reste, pas la première fois que le Conseil d'administration et le bureau de l'Académie se sont efforcés de cacher les injures dont la correspondance académique de l'ancien chirurgien de la Caravane est malheureusement entachée. Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont peut-être pas oublié que, dans la séance du 30 novembre dernier, M. Pariset lut à l'Académie une lettre de M. Bertulus ; mais qu'au lieu de la déposer avec les autres pièces de la correspondance, il la garda soigneusement par devers lui, et que, lorsque je le priai de vouloir bien me la communiquer pour quelques instans seulement, il s'y refusa d'une manière formelle et itérativement. Pourquoi ? parce qu'il y avait dans cette lettre plusieurs passages injurieux qu'on fut obligé de supprimer avant de la livrer à la publicité, passages que l'honorable secrétaire perpétuel avait eu bien soin de passer sous silence à la lecture. Je fis à cette occasion des remarques que je crois devoir reproduire ici. C'est que ni le conseil d'administration, ni le bureau, ni MM. les rédacteurs du Bulletin, ne doivent faire l'office de *blanchisseurs*, pas même pour M. Bertulus. Toute pièce de la correspondance qui renferme des expressions injurieuses doit être renvoyée sur-le-champ à son auteur, en informant celui-ci que sa réclamation ne sera portée à la connaissance de l'Académie qu'autant qu'elle sera rédigée dans des termes convenables. Cette ligne de conduite a en sa faveur de puissantes raisons. D'abord les archives de l'Académie ne doivent servir de dépôt à aucune pièce entachée d'injures ; en second lieu il appartient au premier corps médical de France de donner des avis salutaires à ceux qui s'oublient en lui écrivant ; enfin, en modifiant des lettres injurieuses de manière à pouvoir les faire paraître dans le Bulletin, on mécontente ceux qui les ont écrites sans les corriger. Si la lettre injurieuse que M. Bertulus adressa à l'Académie, le 30 novembre dernier, lui avait été renvoyée, il y a lieu de croire qu'il n'aurait pas écrit celle qui a été un sujet de scandale dans la dernière séance, et qui n'est malheureusement pas de nature à accroître la réputation scientifique de son auteur. Je prouverai du reste mardi prochain, devant l'Académie, à quel point les reproches que ce médecin m'adresse sont dénués de tout fondement.

Plusieurs membres de l'Académie, et particulièrement M. Londe et M. Nacquart, ont blâmé hautement le conseil d'administration d'avoir laissé parmi les pièces de la correspondance une lettre telle que celle de M. Bertulus. Pour moi, je pense que le conseil est moins coupable qu'il ne paraît l'être, et que sa religion aura été surprise par les deux honorables secrétaires de l'Académie, MM. Pariset et Gérardin, protecteurs dévoués de M. le docteur Bertulus.

Agréez, etc. Chervin, d.-m.-p.

fin de juin dernier, nous opérâmes en une seule séance les deux cataractes de Mme Joumy, âgée de soixante-dix ans; les deux premiers jours, état satisfaisant da l'opéré; pas de douleur, pas d'accidens sympathiques; mais le troisième, nous voyons la paupière rouge, tuméfiée; la malade éprouve des élancemens aigus dans l'intérieur du globe oculaire, et malgré tous les moyens direcis et de révulsion, un phlegmon interne amène la rupture spontanée des membranes de l'œil, qui se vide, s'affaisse, et bientôt n'est plus représenté que par une sorte de moignon mobile. Pendant ce temps-là l'œil gauche s'est peu à peu dégagé de quelques débris de la membrane du cristallin; et un mois après avoir été opérée, la malade sort avec l'œil droit perdu, et l'œil gauche dans un état aussi satisfaisant que son âge permettait de l'espérer.

C. HIRIGOYEN, D.-M.,
Chef interne.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la mentagre.

M. le docteur Baumès conseille, dans tous les cas de mentagre, le traitement suivant, comme le plus capable, lorsqu'il est convenablement secondé par le traitement indirect, de procurer le plus grand nombre de cures remarquables, solides, même dans les cas les plus avancés.

1° Faire usage de topiques émolliens et d'un traitement antiphlogistique local persévérant jusqu'à ce que toute irritation soit éteinte;

2° Appliquer un emplâtre vésicatoire, composé ou non de plusieurs pièces, de manière à recouvrir toute la partie affectée. Toutefois, si cette partie affectée avait trop d'étendue, il vaudrait mieux n'opérer d'abord que sur la moitié ou le tiers de sa surface.

Douze à 24 heures après cette application, on enlève la phlyctène produite, puis on panse la plaie avec un linge fin enduit avec une pommade composée de 5 décigrammes à 1 gramme de nitrate d'argent et de 4 grammes de cérat. Douze heures plus tard, on renouvelle le même pansement, après quoi on ne panse plus qu'avec du cérat de Galien jusqu'à la dessiccation complète de la surface dénudée.

3° Pratiquer ensuite une compression exacte assez forte, au moyen d'une petite plaque de plomb recouverte d'un linge fin. Cette plaque de plomb, épaisse d'un millimètre est flexible et se moule sur la lèvre supérieure, sur le menton, de manière à presser également tous les points de la surface malade à l'aide de petites compresses en pyramides appliquées par dessus, retenues par une mentonnière et par des bandes disposées convenablement autour de la tête. Cette compression peut être excercée continuellement sur la lèvre supérieure, mais elle ne peut guère l'être que pendant la nuit sur le menton.

4° Après six à huit jours de cette compression, recommencer l'aplication du vésicatoire, puis le même mode de pansement et la même méthode de compression, et ainsi de suite jusqu'à ce que la peau, dans la partie affectée, soit devenue molle, souple, unie, égale, comme elle l'est ordinairement dans l'état normal. Lorsque la compression n'est pas continuellement appliquée, on peut, au moment ou on la suspend, pratiquer des frictions avec des pommades résolutives (mercurielles, iodurées, etc.), et faire usage en un mot de tous les topiques résolutifs appropriés.

A l'aide de cette méthode de traitement, M. Baumès a obtenu des succès vraiment inespérés, tant dans sa pratique particulière que dans son service à l'hospice de l'Antiquaille de Lyon; des mentagres existant depuis plusieurs années et ayant été la plupart déjà soumises à un grand nombre de traitemens infructueux, ont été ainsi radicalement guéries, même dans un espace de temps assez court. Toutefois, ce praticien a soin de faire observer qu'un pareil traitement local ne réussit véritablement qu'autant qu'un traitement général approprié a préalablement fait disparaître complétement toutes les conditions morbides internes auxquelles se rattache l'affection cutanée.

Emploi thérapeutique de l'oxide de manganèse.

M. le docteur Krigeler, ayant remarqué, dans un établissement pour le blanchissage par le moyen du chlore dégagé à l'aide de l'oxide de manganèse, que les ouvriers occupés de ce travail et journellement sous l'influence de ce dernier agent se trouvaient débarrassés au bout de quelque temps des glandes engorgées et des éruptions cutanées dont ils étaient presque tous affectés avant leur entrée dans la manufacture, pensa que ce résultat devait être attribué à l'oxide de manganèse. En conséquence, il prescrivit cette substance, à la dose de 1 à 5 centigrammes, à plusieurs enfans scrofuleux, et, sous l'influence de cette médication, il vit avec plaisir les symptômes s'amender d'abord, puis finir par disparaître complétement.

(*Oesterr. med. Jahrb.*, t. XVI, n° 1.)

FAITS DIVERS.

Empoisonnement par les escargots.

Une famille de paysans, des environs de Tou'ouse, a été victime d'un empoisonnement par les escargots. Le médecin qui a soigné les empoisonnés donne les détails suivans:

« D'après ce que je recueillis sur les circonstances qui avaient précédé la maladie, sur celles qui l'avaient accompagnée, et d'après les symptômes dont j'étais moi-même le témoin, je n'eus pas de peine à reconnaître un empoisonnement de la nature de ceux qui sont occasionnés par les végétaux appelés narcotico-âcres, tels que la belladone, la jusquiame, la pomme épineuse, etc. Il ne resta plus aucun doute dans mon esprit sur la cause de cette terrible maladie, après que j'eus appris que les limaçons dont on avait fait usage avaient été cueillis dans des buissons de redoul, en patois *roudou* (*coriacia myrtifolia*). Tout le monde sait que les feuilles et les jeunes pousses de cette plante sont un poison pour les animaux domestiques qui les broutent, et qu'elles les tuent après leur avoir occasionné des vertiges et comme des attaques d'épilepsie; mais ce qu'on ne sait pas, c'est que la chair de ces animaux peut causer les plus grands dangers et donner même la mort. Les accidens tels que celui dont je viens d'être le témoin sont rares, mais il est assez fréquent de voir chez nos paysans des indispositions occasionnées par les escargots; cela vient de ce qu'ils les mangent immédiatement après les avoir recueillis. On devrait, à l'exemple des anciens Romains, ne servir ces animaux sur les tables qu'après les avoir gardés pendant six mois ou un an, en leur donnant pour nourriture du son et du serpolet. C'est encore un moyen de les manger plus gras et plus savoureux.

Tuméfaction du genou alternant avec une gonorrhée.

Un jeune Russe, âgé de vingt-quatre ans, sujet à des douleurs rhumatismales chroniques, était affecté, depuis plus d'un mois, d'une tuméfaction lymphatique du genou gauche qui était arrivée à ce point de développement que la marche était devenue impossible. Six semaines auparavant, environ, il avait été pris d'une forte blennorrhagie, qui avait été supprimée en peu de jours.

Comme ce malade ne voulait se soumettre ni à la ponction, ni à l'ouverture d'un séton, on prescrivit le traitement suivant:

Pr.	Emplâtre de gomme ammoniaque,	15 grammes;
	Emplâtre mercuriel,	8 id.
	Oximel scillitique,	8 id.

M. et F. S. A. un emplâtre bien homogène, étendu sur un morceau de peau pour former un écusson destiné à recouvrir le genou tuméfié.

En même temps, on seconda cette application topique par l'usage interne de la mixture ci-après:

Pr.	Vin de colchique,	12 grammes.
	Alcool nitrique,	4

M. par agitation.

A prendre, matin et soir, 30 gouttes dans une tasse d'eau ou d'une infusion théiforme convenablement sucrée.

Après deux ou trois semaines de l'emploi combiné de ces deux moyens, les douleurs et la tuméfaction avaient déjà considérablement diminué, et, au bout de quelques mois, le mal avait disparu complétement.

Cependant, à la suite d'un refroidissement, la douleur et la tuméfaction du g nou revinrent, mais les moyens déjà employés avec tant de succès furent de nouveau prescrits et combattirent avantageusement le mal, qui, d'ailleurs, ne céda entièrement que lorsque le sujet eût contracté une gonorrhée bien conditionnée.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin*, t. XIV. cah 3.)

Fragment de crayon resté pendant sept ans dans une oreille; observation recueillie par M. MERTENS, de Wongrowiec.

Une jeune fille, âgée de quinze ans, avait depuis sept ans, dans l'oreille droite, un morceau de crayon d'ardoise que l'on avait vainement tenté de retirer à l'époque de son introduction. Depuis lors, elle avait été sujette au retour périodique d'une surdité pendant laquelle elle entendait incessamment un bourdonnement qu'elle comparait au bruit des feuilles agitées par une tempête. M. Mertens, ayant été consulté, réitéra les tentatives d'extraction, et parvint enfin à saisir avec la pince oculaire de Bloemer, le fragment qu'il ramena au-dehors de l'oreille. Ce fragment, long de 12 à 15 millimètres, était entièrement incrusté de cérumen endurci. A partir de ce moment, la surdité et le bourdonnement cessèrent de se reproduire.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, n° 32.)

Chronique.

Le congrès scientifique de 1842 a ouvert sa session à Strasbourg, le 28 septembre dernier. Près de huit cents savans se sont trouvés réunis dans la capitale de l'Alsace, et l'on pense que le nombre des membres pourra bien s'élever à mille, car il en arrive tous les jours.

La ville a fait de grands frais pour recevoir dignement les membres du congrès; des fêtes brillantes leur sont préparées, et Strasbourg gardera long-temps le souvenir de cette réunion pacifique et intellectuelle, à laquelle nous souhaitons de bon cœur des résultats évidens et utiles.

Après un discours d'ouverture prononcé par M. Heep, secretaire-général, l'assemblée a choisi pour son président M. Caumont, et pour vice-présidens MM. Boussingault, membre de l'Académie des sciences; Bertin, de Turin; Julien, de Paris, et Scadvow, directeur de l'Académie des beaux-arts de Dusseldorf. Le lendemain le congrès s'est divisé en sections et les travaux ont commencé.

La section des sciences médicale est une des plus nombreuses: plusieurs médecins étrangers sont venus prendre part à ses travaux; nous citerons MM. Bertini de Turin, Textor de Würtzbourg, Mayor de Lausanne, Alexandre d'Utrecht, Vleminks de Bruxelles, d'Ammon de Dresde, et plusieurs autres noms honorables qui temoignent du vif intérêt que le congrès de France excite parmi nos voisins. Nos compatriotes sont représentés par MM. Duvernoy, du Collége de France, Pétrequin de Lyon, Bonnet, Lacorbière et un grand nombre de médecins de l'Alsace et des Vosges.

Le buaeau de la société de médecine est ainsi constitué: MM. Forget, président; Ehrmann, Textor et Mayor, vice-présidens; Stoeber, secrétaire; G Tourdes et Oppermann, secrétaires-adjoints.

La section de médecine a commencé ses travaux; plusieurs mémoires lui ont été communiqués et ont soulevé des discussions intéressantes.

Sur la proposition de M. Roux de Marseille, la section s'est occupée de la réforme médicale depuis si long-temps promise et toujours ajournée. Une commission a été nommée pour exprimer à ce sujet les vœux de la section de médecine du congrès et provoquer une nouvelle manifestation de l'opinion du public médical. Cette commission se compose de MM. Aronssohn, Stœber, G. Tourdes, Forget, Ehrmann et Oppermann.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 11 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 121, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

AFFECTIONS SQUAMMEUSES. (Suite.)

Psoriasis et *lepra vulgaris*.

Dans nos leçons dernières nous avons retracé l'histoire du *pityriasis*, et afin de scinder l'étude des diverses méthodes de traitement des affections squammeuses, pour mieux impressionner vos esprits sur ce point important de thérapeutique, nous avons exposé avec quelques détails les résultats que mon collègue, M. Gibert et moi, avions obtenus de l'hydrothérapie. Nous allons aujourd'hui traiter du *psoriasis* et du *lepra vulgaris*, puis nous aborderons successivement les méthodes curatives par les préparations arsenicales, antimoniales et par le goudron, puisque toutes sont communes aux affections squammeuses.

Les mots psoriasis et lepra, et notamment cette dernière expression, ont été appliqués par les anciens auteurs à spécifier des affections bien différentes de celles qu'elles servent à désigner aujourd'hui. La lèpre, en effet, telle qu'elle a été décrite autrefois est une affection fort complexe ; quant au mot *psora*, il s'appliquait d'une manière générale à toutes les maladies de la peau. Willan est le premier qui ait donné le nom de *psoriasis* à une affection squammeuse bien déterminée, et celui de *lepra vulgaris* à une variété du psoriasis. Alibert a rangé ces deux affections dans la classe des *dermatoses dartreuses*, et les a décrites sous le nom d'*herpès squammeux circinné*. Mais bien que certaines formes squammeuses affectent la disposition circinnée, et suivent dans leur mode de développement la même marche que cette forme d'herpès, on ne peut rapprocher d'une affection sécrétante et vésiculeuse celle qui a pour caractères spéciaux l'absence complète de vésicules, de toute sécrétion et de la présence de squammes plus ou moins abondantes mais constantes.

Willan, considérant le psoriasis comme une affection essentiellement chronique, le décrit sous cet état seulement et lui reconnaît trois formes : le *psoriasis* 1° *guttata*, 2° *diffusa*, 3° *gyrata* ; de plus, chacune de ces formes, ou du moins deux d'entre elles surtout, pouvant se développer dans certaines régions du corps sans s'étendre à d'autres, Willan établit, d'après les variétés de localisation, des subdivisions nombreuses, telles que le *psoriasis capitis, ophthalmica, labialis, præputii*, *scrotalis*, *palmaria* et *plantaria*. Le psoriasis *ophthalmica*, est assurément contestable et appartient plutôt à l'eczéma ou au pityriasis. Il serait bon de débarrasser les nomenclatures de toutes ces subdivisions qui ne conduisent à aucune conséquence ou sous le rapport de la maladie en elle-même ou sous celui de son traitement. Enfin, Willan fait du lepra *vulgaris* une espèce de psoriasis et lui rattache deux variétés, le lepra *alphoïdes* et le *nigricans* : cette dernière, que Willan paraît avoir seul observée, n'a été admise positivement par aucun des auteurs qui l'ont suivi.

Sauf quelques retranchemens d'une part, quelques additions de l'autre, la classification que nous vous présentons différera peu de celle de Willan ; mais il est une forme de psoriasis qui semble presque entièrement méconnue, et qui mérite cependant une description à part, nous voulons parler du *psoriasis aigu* dont les caractères morbides, le développement, la marche, l'influence sur l'affection chronique antérieure, le traitement sont tellement tranchés, qu'on a lieu de s'étonner qu'elle ait été à peine mentionnée par l'auteur anglais et par ceux qui ont écrit depuis. Nous procéderons donc ainsi qu'il suit dans la description du *psoriasis* et de la *lèpre* :

Psoriasis :	Aigu,	général.
—	—	local.
—	Chronique général,	guttata,
—	—	diffusa,
—	—	punctata.
—	—	orbicularis.
—	—	gyrata.
—	Chronique local,	palmaria.
—	—	scrotalis.
Lepra vulgaris :	simplex.	
—	composita.	

Envisagés d'une manière générale, le *psoriasis* et la *lepra vulgaris* sont caractérisés par des élevures rouges, peu saillantes, sans démangeaisons, recouvertes de squammes nacrées et brillantes, persistant d'ordinaire pendant des années, quelquefois toute la vie, mais ne laissant d'autre trace après leur disparition qu'une tache qui ne tarde pas à s'effacer elle-même.

Psoriasis aigu général. — Cette affection ne se développe jamais tout d'abord sur un individu sain ; toujours elle succède au psoriasis chronique, et elle se montre surtout chez les individus qui portent la maladie depuis fort long-temps et qui ont été soumis à plusieurs méthodes de traitement. Tantôt elle apparaît sous l'influence de certaines conditions atmosphériques, tantôt sous l'influence d'un traitement interne ou externe trop énergique, et plus souvent au cou sous celle de ces deux causes réunies. C'est ainsi que pendant l'été de 1841 (on n'observe le psoriasis aigu que pendant cette saison), je n'ai pu dans nos salles agir activement contre le *psoriasis chronique*, sans le faire immédiatement passer à l'état aigu ; de même, au printemps de cette année, l'administration des préparations arsénicales amenait souvent le même résultat.

Quelle qu'en soit la cause déterminante, le psoriasis aigu se manifeste dans le principe par de petites élevures rouges paraissant à la partie externe et à la partie interne des membres ; peu à peu ces élevures s'élargissent, deviennent confluentes ; leur coloration augmente ; bientôt toutes les élevures de l'affection chronique primitive prennent le même caractère ; la peau s'épaissit, devient plus chaude, se couvre de squammes minces, mais larges et nombreuses ; la maladie devient confluente et envahit le plus souvent la totalité du corps ; le pouls s'élève, se développe et acquiert de la fréquence ; les démangeaisons, presque nulles d'abord, deviennent plus marquées ; toute la peau est enfin envahie, d'une teinte rutilante, et recouverte de squammes excessivement abondantes, mais sans aucune trace de sécrétion humide.

Sous l'influence d'un traitement émollient et rafraîchissant, et après quinze jours à un mois, la chaleur diminue, le pouls devient plus calme, la démangeaison cesse peu à peu, la rougeur tombe, les squammes se détachent et se transforment en furfurus, et la maladie disparaît peu à peu en laissant isolées et discrètes les petites élevures éparses du psoriasis chronique qu'elle avait momentanément réunies dans un épaississement et une coloration générale de la peau.

Abandonnée à elle-même, la maladie suit la même marche, mais ne disparaît qu'au bout de quelques mois seulement. Il est rare que, dans cette période aiguë, on observe des accidens tels que les congestions à la tête, la diarrhée, etc., etc., ainsi que nous l'avons vu dans l'eczéma général et dans le *pityriasis rubra*.

Le traitement de cette forme de psoriasis sera fort simple : dans quelques cas on devra, dès le début, avoir recours à une saignée ; le plus souvent on se bornera à prescrire des bains amidonés ou gélatineux prolongés pendant deux ou trois heures, nous en avons constamment retiré de grands avantages ; on y joindra un régime sévère. L'hydrothérapie ne peut rien contre cette forme de l'affection. Lorsque l'état aigu est tombé, que toute chaleur de la peau a disparu, on emploiera avec succès la pommade de goudron, d'abord au 30e, puis au 20e, puis au 10e ; souvent on guérit alors non-seulement le psoriasis aigu, mais encore le psoriasis chronique sur lequel il s'était développé.

Quant au *psoriasis aigu local*, qui est beaucoup plus rare, ses symptômes seront les mêmes, ainsi que son traitement. Dans tous les cas, il faut s'abstenir de tout traitement intérieur dirigé contre le psoriasis lui-même, si l'on en excepte quelques purgatifs légers.

Psoriasis chronique général. — Aux trois formes de psoriasis admises par Willan, nous avons ajouté la forme *orbicularis* ou *nummularia* déjà décrite par M. Cazenave, et la forme *punctata* qui n'a pas encore été décrite, mais que ses caractères et sa résistance opiniâtre au traitement doivent faire distinguer des autres.

1° *Psoriasis guttata.* On voit se développer le plus souvent, au coude et au genou, de petites élevures ne dépassant pas le niveau de la peau de plus d'un demi-millimètre, sans démangeaisons rouges et bientôt recouvertes de squammes blanches et nacrées ; ces élevures, entourées d'une peau saine, s'élargissent peu à peu, puis apparaissent le long de la face interne des membres, et de là sur le dos, la poitrine, la figure, etc., plutôt en se multipliant qu'en s'élargissant. L'affection met un temps très variable à envahir ainsi une partie de la surface du corps. Quelquefois, mais rarement, les élevures de *psoriasis guttata* restent bornées et en petit nombre à une seule région du corps ; cela est plus fréquent dans le psoriasis nummulaire ou orbiculaire. Dans quelques cas, les élevures ont disparu au rapport des malades, vers les commencemens du printemps ; mais si l'on observe, d'un autre côté, que la plupart des maladies de la peau, sous l'influence d'un état morbide général qui leur est étranger, disparaissent souvent, pour reparaître plus tard il est vrai, ne peut-on pas croire que ces prétendues disparitions spontanées du psoriasis ne soient dues, dans beaucoup de cas, à l'invasion d'une affection générale intercurrente.

2° *Psoriasis diffusa.* Il est caractérisé par des plaques plus ou

FEUILLETON.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ; CE QU'ELLE EST, CE QU'ELLE DEVRAIT ÊTRE.

(Deuxième article.)

Vous savez comment Rivarol définissait les Académies : « Des fauteuils et des jetons de présence. » Il m'est impossible d'être aussi peu révérencieux envers l'Académie de médecine, d'abord parce qu'elle n'a pas de fauteuils, mais bien des banquettes fort incommodes qui défieraient la puissance du plus somnifère narcotique, et surtout parce qu'elle n'a plus de jetons. Le trésorier du lieu entreprit un jour, et mena à bonne fin, cette hardie révolution, qui n'a pas encore trouvé son historien. Sous le mesquin prétexte que les frais de fonte et de frappage des jetons de présence absorbaient une trop large part du budget académique, les jetons furent supprimés et remplacés par d'ignobles pièces de cinq francs remises tous les mois, en nombre proportionné à l'assiduité des honorables, aux membres de ce corps savant. J'ai entendu raconter, à l'époque mémorable de cette révolution, bien des anecdotes sur les discordes conjugales qu'elle suscita. Les *académiciennes*, en effet, qui ont maison montée et qui reçoivent, trouvaient charmant et surtout fort utile d'étaler sur leurs tables de bouillote, ou d'écarté ces gros jetons d'argent, pesant trois livres dix sous, et qui portaient en exergue la gloire et la réputation de leurs maris. Entre un *brelan* ou une *vole*, plus d'un client, dit-on, mordait à l'appât du jeton académique. C'était une innocente forme de *réclame* qui défiait le blâme des plus austères puritains. Aussi, grande et générale fut la consternation à la nouvelle de la décision du trésorier. Moi qui, dans cet article, ne veux et ne dois prendre les choses que sous leur côté sérieux, sans aller à la recherche des causes souvent problématiques, je me bornerai à constater, comme simple fait de coïncidence, que depuis la suppression des jetons, les séances de l'Académie sont beaucoup moins suivies et moins nombreuses, et, si j'étais trésorier, me souvenant que les plus petites causes produisent quelquefois de grands effets, je réfléchirais attentivement sur l'influence que peut avoir sur le zèle et l'assiduité d'un académicien, une femme qui a un faible pour les jetons d'argent.

Ce qui est certain, c'est qu'à part les jours d'élection, où l'assemblée est au grand complet, les séances académiques sont abandonnées par le plus grand nombre de ceux qu'on appelle les illustrations médicales. Le rôle d'académicien n'est malheureusement pris au sérieux que par des membres auxquels le public s'obstine, à tort sans doute, à ne pas reconnaître une grande puissance ni une grande autorité. Toute la besogne roule invariablement sur les mêmes individus, qui font assurément preuve du plus grand zèle et de la meilleure volonté, mais qui sont impuissans à jeter sur les travaux de l'Académie le lustre et l'éclat qu'elle devrait ambitionner. Je ferais une longue liste des membres que l'Académie ne voit jamais ou qu'à de très longs intervalles, mais je me suis fait une loi de ne nommer personne dans cet article, et je ne veux que constater ceci, savoir : que la plupart des grands praticiens de la capitale, membres de l'Académie, n'exercent leurs fonctions académiques que sur l'Almanach royal.

Plusieurs conditions fâcheuses résultent de cet état de choses. D'abord une uniforme et constante médiocrité dans les travaux de cette société savante. Son *Bulletin* que personne ne lit, ses *Mémoires* que personne n'achète, parce que Bulletins et Mémoires ne contiennent rien qui puisse attirer l'attention et l'intérêt du public médical, prouvent suffisamment ce que j'avance. Lenteur décourageante dans les rapports que l'Académie doit aux auteurs des communications qui lui sont adressées. Tout le travail roulant, en effet, sur quelques têtes, il y a impossibilité matérielle de tout faire en temps opportun. Aussi connais-je un académicien qui n'a pas moins de 24 rapports à lire, et un pauvre auteur inscrit pour une lecture depuis décembre 1840. Dans une des dernières séances, un médecin de province demandait un rapport sur un travail envoyé depuis sept ans. Les trois commissaires désignés sont morts, et le travail n'a pas pu être retrouvé. Répugnance de l'Académie à s'occuper des grandes questions qui incidemment ou à dessein sont soulevées devant elle. Qu'a-t-elle fait de la question de la morve? Où en est la proposition de M. Louis sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire? Que dit-on des médecins voyageurs? Et de l'enquête thérapeutique? Et de la proposition de M. Royer-Collard? Et de vingt autres sujets que depuis plusieurs années elle a renvoyés à l'examen de commissions spéciales?

Tout cela, ou a été étouffé dans une discussion prématurée, sans intelligence et dort sans portée, ou dans les cartons, en attendant la réunion des commissions qui n'ont jamais lieu.

M. Lamothe, le secrétaire des bureaux, qui est un homme d'esprit, me disait un jour : Il est aussi difficile de réunir une commission académique de trois membres, que de trouver trois médecins en consultation du même avis.

Mais le plus grand dommage qui résulte de l'absence des membres, que leur âge, leur position, leur renommée, placent au sommet de la hiérarchie médicale, c'est que l'Académie est livrée à toutes sortes de petites passions intestines à l'usage des petits hommes de l'endroit, et qui, trop souvent, se font jour au-dehors. L'autorité de quelques hommes éminens suffirait pour les étouffer, leur absence ou leur indifférence les encourage. Quelquefois, il est vrai, d'énergiques protestations se font entendre, mais elles sont trop rares et trop isolées pour être efficaces. Est-ce que jamais, dans une assemblée où siégeraient nos célébrités médicales, un secrétaire aurait osé interdire la parole au vénérable et courageux M. Chervin? Un conseil d'administration aurait-il pris cette illibérale et absurde mesure qui prive les journalistes de la communication des pièces de la correspondance? Ce conseil se permettrait-il de faire circuler, au moment d'une élection, des listes indiquant les noms de ceux qu'elle protége de sa faveur? Et dans l'urne du scrutin, aurait-on trouvé, comme cela s'est vu, 100 et quelques bulletins, alors que l'assemblée ne se composait que de 60 votans?

L'Académie, c'est là sa plaie la plus grave, est livrée à des médiocrités qui la mènent. Des hommes éminens qu'elle compte sur sa liste, les uns n'y mettent plus les pieds, les autres laissent faire, et ainsi s'use et se perd une institution qui pouvait jeter un grand éclat. Son importance et le degré d'estime qu'on lui porte ne doivent pas être

moins larges, irrégulières, se formant ordinairement dans le principe autour des genoux ou des coudes, par la réunion de petites élevures, s'élargissant en cercles sans que la partie centrale des plaques devienne saine comme dans le *lepra vulgaris*, et qui peuvent également se développer au tronc. Bientôt la peau s'épaissit, se boursoufle; les écailles se détachent et se renouvellent sans que la démangeaison soit très vive. Quelquefois la peau devient malade dans la presque totalité des membres ou d'une partie d'un membre; ce qui donne à la maladie quelque ressemblance avec l'ichtyose nacrée, ou blanche.

3° *Psoriasis gyrata.* Cette variété s'observe surtout à la face palmaire des mains, au cou, à la poitrine, à la face interne des membres, et consiste dans la disposition linéaire et diversement contournée de petites élevures successives, formant un tout continu; ces lignes ou rubans n'ont guère plus d'un centimètre de large. Du reste, mêmes caractères pour la desquammation, la marche et la durée de l'affection, qui est une des formes les plus rebelles.

4° *Orbicularis* ou nummulaire. Dans ce cas, l'on voit se développer à la partie antérieure du corps et interne des membres, au cou et aux tempes, des plaques arrondies d'un diamètre variable, uniformément saillantes, sans traces de petites élevures isolées, mais ayant un aspect ridé et surmontées de squammes moins épaisses, mais plus larges et moins nacrées que dans les variétés précédentes.

5° *Psoriasis punctata.* N'a pas été décrit par les auteurs, et se présente cependant assez fréquemment; il est caractérisé par une série de petites élevures *acuminées*, beaucoup moins larges que celles du *psoriasis guttata*, toujours isolées, n'occupant que la face externe des membres, et recouverte de petites squammes furfuracées. Cette variété est excessivement rebelle, et ne cède, en général, qu'à un traitement interne long-temps prolongé.

Psoriasis chronique local. — Des nombreuses variétés admises par Willan, d'après la différence du siége de l'affection, nous n'avons signalé, dans notre tableau, que le *psoriasis scrotalis* et le *palmaria;* le premier, parce qu'il peut être utile de le reconnaître pour le distinguer de quelques formes de syphilides; le second, parce qu'il existe fort souvent seul et sans aucune extension de la maladie aux autres parties du corps. Le *psoriasis scrotalis* existe surtout le long du raphé qui divise les bourses, et se développe sous forme de petites écailles micacées, brillantes, sans sécrétion, se distinguant des syphilides squammeuses par la disposition irrégulière et non circinnée, de ses élevures et de ses squammes. Le *psoriasis palmaria* est un état aussi fréquent chez les gens du monde que chez les ouvriers, et qui consiste en une ou plusieurs petites écailles occupant le centre de la face palmaire de la main, sans rougeur, presque sans épaississement de la peau, sans démangeaisons, qui se reproduisent assez rapidement après avoir été enlevées, qui persistent des années entières, quelquefois toute la vie, en ne prenant que peu d'étendue, et qui en disparaissant tout à fait, ne laissent aucune trace.

Quant au *psoriasis plantaria* décrit par Alibert, sa forme est essentiellement la même. Le *psoriasis capitis* présente souvent cette particularité, qu'il descend à deux ou trois centimètres au-dessous de la racine des cheveux, et pas plus bas; le *ladialis*, fréquent chez les femmes de vingt à trente ans, ne produit jamais d'épaississement notable de la peau, mais toujours cependant un léger boursoufflement des lèvres. Celui du *prépuce* siége ordinairement en dedans de cet organe; et enfin celui des *paupières*, d'abord admis par M. Rayer, puis rejeté par lui, paraît en effet devoir être confondu avec l'eczéma.

Lepra vulgaris simplex. — Cette forme de psoriasis, dont elle ne se distingue que par la disposition de ses élevures et sa persistance moins opiniâtre aux moyens thérapeutiques, présente des plaques plus ou moins volumineuses, se réunissant en groupes linéaires, et formant des cercles entiers et le plus souvent des trois-quarts de cercle, dont le centre est tout à fait sain, bien que dans le principe il ait été le siége d'élevures également circinnées, mais excessivement rapprochées, et qui, plus tard, ont gagné au loin en s'écartant du centre et conservant toujours leur disposition curviligne. Le diamètre de ces circonférences est fort variable; on les observe plutôt à la poitrine et à la face interne des membres, qu'au dos et à la face externe, comme dans le psoriasis proprement dit. Cette forme est plus facile à guérir que d'autres; on a même quelques exemples positifs de sa disparition spontanée, sans état morbide général, à l'époque du printemps.

Lepra vulgaris composita. Est lié au psoriasis proprement dit, guttata ou diffusa, et c'est assurément la forme la plus commune du *lepra vulgaris*. Ainsi, dans une partie du corps on observera des plaques très disséminées de lepra vulgaris, et à côté des plaques de psoriasis guttata ou diffusa. Les deux seules affections que l'on puisse confondre avec le psoriasis sont le *pityriasis* et certaines syphilides; et encore ne s'agit-il point du pityriasis versicolor ou nigra, dont la coloration verdâtre ou brune n'existe jamais dans le psoriasis. Le pityriasis incolore peut seul présenter quelques difficultés; cependant nous avons vu que dans ce cas la peau était simplement furfuracée et ne présentait aucune élevure analogue à celle du psoriasis. Quant au pityriasis rubra, qui présente quelque analogie avec le psoriasis aigu, on l'en distingue par ces caractères, que les squammes sont beaucoup moins larges dans le pityriasis, qu'il y existe de la démangeaison, une sécrétion plus ou moins abondante, que l'affection a été spontanée et non précédée du psoriasis chronique; toutes circonstances que l'on n'observe pas dans le psoriasis aigu.

Certaines syphilides squammeuses se rapprochent beaucoup du psoriasis, et principalement de la forme punctata dont nous avons signalé l'existence; mais en général les lignes courbes que décrivent leurs élevures, leur couleur caractéristique, et les antécédens du malade, contribuent à éclairer le médecin à cet égard. Cependant, il faut avouer que l'on est parfois dans le plus grand embarras pour distinguer positivement quelques syphilides papuleuses recouvertes de légères squammes, du sporiasis guttata et punctata.

Ici se termine la description sommaire des affections squammeuses. Nous traiterons dans la prochaine leçon du traitement de ces affections par les arsénieux, les antimoniaux et le goudron, en vous disant ce que l'on a droit d attendre de ces moyens, ainsi que la préférence qu'il faut leur accorder suivant les formes diverses de la maladie que l'on a à traiter.

BERGERON, interne.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

MALADIES DE LA PROSTATE. (Suite du n° du 6 octobre.)

Calculs de la prostate.

Les annales de la science, dit M. Velpeau, renferment aujourd'hui un grand nombre de faits qui prouvent que des concrétions, des pierres, de véritables calculs ont été rencontrés dans le tissu de la prostate. Dans son Traité de pathologie externe, M. Vidal (de Cassis) a présenté sur ce sujet des remarques pleines d'intérêt. On peut donc faire actuellement une histoire détaillée de ces calculs.

Les calculs de la prostate doivent être divisés en plusieurs groupes. Ces divisions offrent, comme on le comprendra bientôt, un intérêt réel sous le point de vue de la pratique.

Je mets tout d'abord de côté les calculs qui, venant de la vessie, s'arrêtent dans la portion prostatique de l'urètre, soit sous forme de fragmens à la suite d'une opération de lithotritie, soit parce que assez petits pour franchir le col de la vessie, ils se sont trouvés trop volumineux pour traverser la portion membraneuse de l'urètre; j'en ferai autant des calculs qui, quoique dans la vessie, auraient un prolongement dans l'urètre. Evidemment, tant que ces calculs n'entament pas les parois de l'urètre, ils ne peuvent point être classés parmi les calculs de la prostate; ils rentrent en réalité dans la catégorie des calculs vésicaux ou des calculs de l'urètre.

Quant aux calculs qui appartiennent en propre à la prostate, je les diviserai en quatre classes:

1° Les uns résultent d'un fragment, d'un gravier retenu, emprisonné pour ainsi dire dans une plaie de la prostate, à la suite d'une opération de taille.

2° Les autres, venus de la vessie ou de l'urètre, se sont creusés une voie pour arriver dans la prostate, à la suite d'un travail d'ulcération, et restent emprisonnés plus ou moins complétement dans le tissu de la glande.

3° Il peut arriver aussi qu'une certaine quantité d'urine stagnant dans de petites ou de grandes cavernes de la prostate, y amène la formation de calculs par précipitation, par le même mécanisme que dans la vessie.

4° Enfin, des concrétions pierreuses ou calculeuses peuvent s'établir dans le tissu même de la prostate, sans qu'il existe aucune dépendance entre elles et les urines.

Entrons dans quelques détails sur chacune de ces variétés.

1° *Calculs emprisonnés dans la prostate à la suite d'une opération de taille.* — Pour aller à la recherche d'un calcul situé dans la vessie, au travers du périnée, la plaie comprend nécessairement une grande partie de l'épaisseur de la prostate. Lorsque le calcul est dur, unique, on le retire ordinairement en entier, sans en laisser la moindre parcelle dans la vessie ou dans la plaie. Mais il arrive fréquemment qu'à côté du calcul principal il en existe d'autres petits qui peuvent être oubliés. Il se peut aussi que, par la pression des tenettes, quelques couches du calcul saisi se brisent et restent ainsi sous forme de parcelles ou d'écailles soit entre les replis ou au fond de quelques vacuoles de la vessie, soit dans le trajet de la plaie de la prostate. Il est dès lors tout simple que ces élémens de calculs soient entraînés après coup dans la route artificielle que l'opérateur a créée au travers de la prostate; il est possible aussi que des graviers infiltrés, pour ainsi dire, tout d'abord entre les lames des tissus divisés, s'y emprisonnent sans empêcher la plaie de se cicatriser, et de manière à y acquérir par degrés un certain volume sans communiquer de nouveau avec les voies urinaires.

Les faits de ce genre sont très nombreux dans la science. Louis, qui en a rassemblé un certain nombre (Mém. de l'Acad. de chir., in-8°, 1819, t. III), montre que ces calculs ne sont pas toujours uniques. Il cite un cas dans lequel on en a compté jusqu'à six qui furent extraits l'un après l'autre. Du reste, ce n'est quelquefois que long-temps après l'opération de la taille qu'on s'aperçoit de l'existence de ces calculs. Les faits connus jusqu'ici ont presque tous été recueillis chez des sujets qui avaient été taillés un an, deux ans, trois ans et même quinze ans auparavant.

Il y a, dans la disposition de ces calculs, plusieurs nuances qu'il est utile de connaître. Tantôt la plaie, cicatrisée du côté des voies urinaires, s'est fermée et rouverte au périnée un certain nombre de fois avant que la présence du calcul prostatique ait été dévoilée; dans ces cas, le calcul reste ordinairement petit, anguleux, inégal, sous forme de grain ou de fragment. Tantôt, au contraire, c'est la plaie du périnée qui se cicatrise solidement, tandis que celle du côté des voies urinaires ne se ferme point, ou ne se ferme que pour se rouvrir à la moindre occasion; ici le calcul peut acquérir un volume considérable et croître tout aussi bien du côté de la vessie que du côté du périnée. Il peut enfin arriver que les deux extrémités de la plaie se cicatrisent et que la pierre reste entre elles comme dans une espèce de kyste.

La composition de ces calculs ne doit pas différer notablement de celle des calculs développés dans la vessie, puisque c'est dans ce réservoir qu'ils ont pris naissance. On admet cependant d'une manière générale que les calculs de la prostate sont formés presque entièrement de phosphate de chaux, qu'ils ne contiennent point ou très peu d'acide urique. Il y a lieu de croire qu'on a confondu ici des cas de nature différente, car il ne paraît pas possible qu'un fragment de calcul, venu de la vessie dans la prostate après l'opération de la taille, change là de nature. Si, retenu dans cette nouvelle position, il croît par addition de couches successives; on ne voit pas non plus, s'il reste en contact avec les urines par une ouverture de communication avec les voies urinaires, que sa composition puisse être différente de ce qu'elle serait s'il grossissait dans la vessie même. En conséquence; pour cette catégorie, c'est-à dire pour les calculs venus de la vessie dans la prostate, ou pour ceux qui croissent dans la prostate par suite de la stagnation des urines dans cette glande, la composition doit être à peu près la même que celle des pierres qui naissent et se développent dans les voies urinaires.

2° *Calculs qui pénètrent des voies urinaires dans la prostate à la suite d'un travail d'ulcération.* — Des graviers, des pierres anguleuses, arrêtés sur les côtés du *verumontanum*, peuvent, à la longue, déprimer, irriter, excorier, ulcérer les tissus avec lesquels ils sont en contact, et se frayer ainsi une voie dans la prostate, où ils peuvent encore continuer à se développer. Ce mécanisme est trop facile à comprendre pour que j'insiste sur ce point. Si l'ouverture qui leur a livré passage dans la prostate se refermait, ils se trouveraient ainsi emprisonnés dans la glande, et rentreraient dans la catégorie précédente. On comprend, au surplus, que les calculs dont il est en ce moment question peuvent ne pénétrer qu'en partie dans le tissu prostatique; ils ont alors une extrémité dans les voies urinaires, et l'autre dans la prostate.

3° *Calculs développés dans une caverne de la prostate qui contient de l'urine.* — Le développement de ces calculs est facile à concevoir. Dans ces cas, la caverne prostatique représente une vessie accidentelle. Toutefois, cette variété de calculs de la prostate offre ceci de particulier; développés dans une espèce de cul-de-sac purulent, ils acquièrent rarement un grand volume, et sont presque toujours multiples et à surface comme *excoriée*.

4° *Calculs prostatiques proprement dits.* — Tout indique que des concrétions pierreuses peuvent se développer de toutes pièces dans le tissu de la prostate, soit sous forme de *petites branches* dans les canaux de cette glande ou dans le conduit séminal, soit sous forme de *grains*, de *graviers*, de véritables calculs dans le parenchyme même de l'organe. Tout indique aussi que les calculs rameux, que les calculs roussâtres, que

---

mesurés ni par le nombre des compétiteurs à ses places vacantes, ni par l'ardeur et la multiplicité des démarches nécessaires pour les obtenir; tout cela tient à d'autres causes qu'il est plus facile de sentir que d'exposer. Ce qui témoigne le plus manifestement de sa déchéance; c'est que tous les travaux importans de médecine ne lui arrivent plus; ils sont dirigés vers l'Académie des sciences où les travailleurs trouvent plus d'encouragemens, une pluralité plus étendue, moins de lenteur dans les rapports qu'ils ambitionnent.

Cette déchéance est évidente pour tous et si l'Académie n'y prend garde, elle tombera bientôt au rang des Sociétés savantes les plus infimes. Ce qu'elle devrait faire pour se relever dans l'opinion publique est facile et n'exigerait que peu d'efforts. Je ne parle pas des modifications à apporter à sa constitution, à l'ensemble de sa composition; celles-là ne peuvent varier que par le temps et à l'aide des nouvelles acquisitions que fera l'Académie. Mais il est des modifications de détail qu'elle pourrait tenter dès à présent et qui sembleraient devoir amener des résultats favorables. Il y a bien long-temps, par exemple, qu'on se plaint de la longueur démesurée des procès-verbaux dont personne n'écoute la lecture et qui ne devraient être qu'une indication sommaire de ce qui s'est passé à la séance précédente. Puisque l'Académie publie un journal, c'est là que ses rédacteurs devraient reproduire, avec les développemens convenables, les discussions, présentations, rapports, etc. A part les pièces officielles et quelques lettres, la correspondance n'est présentée que d'une manière incomplète. Vous ne retrouverez pas rue de Poitiers ces analyses lucides qui jettent tant d'intérêt sur les séances de l'Académie des sciences. Une simple indication, avec les noms des commissaires, voilà tout ce que fait le secrétaire perpétuel, de la correspondance, à laquelle il pourrait souvent donner de l'importance, s'il voulait prendre la peine d'en faire l'analyse.

Toujours les discussions importantes surgissent d'une manière inopinée, imprévue et partant sans aucune préparation. Si l'ordre du jour était fixé d'avance, si un rapport, après avoir été lu, n'était discuté qu'à la séance suivante, la plupart des discussions y gagneraient en profondeur, en mesure, en dignité; l'Académie, comme on l'a vu quelquefois, ne se compromettrait pas par un vote précipité, et ne serait plus obligée de défaire un jour ce qu'elle a fait un autre.

J'en aurais ainsi bien long à écrire, si je voulais indiquer seulement tous les points susceptibles d'amélioration dans les dispositions soit réglementaires, soit habituelles de l'Académie; mais j'ai hâte de mettre fin à une critique que l'Académie trouvera sans doute acerbe, et qui n'est que juste. Ce n'est pas en la flattant qu'on peut l'éclairer sur les vices de son organisation, mais en lui disant des vérités que les hommes sensés qu'elle renferme sont dignes et capables de comprendre. Sur ce sujet d'ailleurs, nous ne sommes que l'écho de l'opinion publique et même, nous pouvons le dire, des membres bien intentionnés qu'elle possède en nombre assez considérable pour que nos récriminations produisent quelque fruit.

Séjour d'un éclat de verre dans la main pendant six ans.

M. le docteur *Baduel*, de Sèvres, nous communique le fait suivant, que l'on peut rappprocher d'un fait analogue que nous avons publié dans le numéro du Journal du 6 octobre:

« La nommée Bury, blanchisseuse à Ville-d'Avray, eut un abcès, il y a deux ans à la main droite, au milieu de l'éminence thénar: la fluctuation était évidente. Je n'hésitai pas à y plonger une lancette qui donna issue à du pus et alla heurter contre un corps dur. Un examen attentif me fit connaître que j'avais affaire à un corps étranger assez volumineux. J'agrandis l'ouverture, et, par le moyen d'une pince à ligature, je retirai un morceau de verre cristal de deux centimètres de longueur et de cinq centimètres d'épaisseur.

Depuis quelques années cette femme éprouvait de la gêne à remuer le pouce, mais sans douleur, et cela ne l'empêchait pas de se livrer à son travail. Elle s'est rappelée depuis, qu'il y a environ cinq à six ans elle avait cassé une glace dans l'obscurité avec ses deux mains, et qu'elle se fit plusieurs blessures qui guérirent parfaitement.

les calculs trouvés au nombre de trente, quarante, et même cent, dans l'épaisseur du périnée, appartenaient à cette classe. Il est en outre probable que Wollaston n'avait analysé que de ceux-là quand il a dit que le phosphate de chaux seul constituait les calculs de la prostate. Il en est cependant d'une autre espèce qu'il importe de mentionner en ce moment. Ces derniers sont roussâtres, d'une dureté comparable à celle de la cire plutôt qu'à celle d'une pierre; ils semblent être formés, comme l'a dit M. Mercier, par la matière qui suinte des granulations de la prostate quand on coupe cette glande. Ce sont, en conséquence, plutôt des grumeaux de matière animale concrète que de véritables calculs salins.

Les calculs développés dans les canaux excréteurs qui traversent la prostate ne sont presque jamais ni arrondis, ni à facettes; ils se présentent plutôt sous forme de petites branches, de tiges inégales, soit isolées, soit confondues par quelques-uns de leurs points. M. Vidal (de Cassis) en cite un qui ressemblait à un cocon de ver à soie.

Les calculs du parenchyme de la prostate se comportent, quant à la forme et au nombre, comme ceux de la vessie. J'en ai observé plusieurs qui ne dépassaient pas le volume d'une épingle, tandis qu'on peut en rencontrer qui égalent le volume d'un œuf. Lorsqu'il n'y en a qu'un, il est ordinairement globuleux, oblong, ou en forme d'amande. Quand il en existe un certain nombre, ils offrent parfois des facettes comme ceux de la vésicule biliaire. Les calculs de matière animale, ordinairement multiples, dépassent rarement le volume d'une aveline, sont comme ridés, inégaux à leur surface, et adhèrent plus ou moins au tissu qui les enveloppe.

Symptômes des calculs de la prostate. — Les calculs de la prostate échappent souvent à l'attention du chirurgien. Lorsqu'il n'y en a qu'un, et lorsqu'il est petit, il en résulte si peu de gêne, si peu de changement dans l'état des parties, que sa présence pourra rester long-temps ignorée. On cite même des cas où la réunion de près de cent calculs dans la prostate n'avait point éclairé l'observateur. M. Vidal mentionne un calcul gros comme un œuf que deux praticiens distingués de Paris n'avaient pas reconnu dans la prostate, malgré une exploration attentive.

Si aucune plaie n'existe au périnée, ni dans l'urètre, ces calculs ne provoquant aucun trouble, ne sont alors l'objet d'aucune recherche. Complétement enveloppés, comme enkystés dans l'épaisseur du périnée, ils finissent cependant par gêner à la manière d'une tumeur, et, dans ce cas, il est déjà souvent possible de les distinguer de toute autre maladie. C'est surtout à l'aide du doigt porté dans l'anus qu'on parvient à les reconnaître. En effet, en introduisant l'indicateur dans le rectum assez profondément pour le ramener ensuite en avant après l'avoir un peu recourbé, on rencontre la prostate dont on peut ainsi apprécier la forme et le volume. Si cette glande renferme un calcul, on le sentira sous forme de bosselures; on pourra même le distinguer de toute autre tumeur à sa dureté, à son inflexibilité, et quelquefois aussi à ses inégalités, à la douleur, au sentiment de piqure, de déchirure qu'il détermine quand on presse sur lui comme pour le refouler en avant entre les pubis. Si la prostate renfermait plusieurs calculs, la pression que je viens d'indiquer déterminerait en outre une crépitation qui ne permettrait pas de s'y méprendre. Du reste, une sonde introduite dans la vessie et promenée en divers sens en exerçant des pressions convenables sur la tumeur que l'on soutient d'autre part dans le rectum et au périnée, détermineraient un genre de souffrance et feraient éprouver une sensation qui rendrait encore le diagnostic beaucoup plus clair.

Lorsque chez un malade autrefois soumis à l'opération de la taille, on voit une tumeur dure se former au-dessus de la cicatrice, on peut déjà soupçonner l'existence d'un calcul prostatique. Mais si cette cicatrice se rompt pour donner issue à quelques gouttes de pus et se ferme ensuite pour se rouvrir de nouveau, en laissant toujours au-dessus d'elle un noyau dur, régulièrement limité, les soupçons se changent alors presque en certitude. Du reste, il ne faut pas oublier qu'en pareille circonstance il suffit d'introduire un stylet dans la plaie, lorsqu'il en existe une, pour savoir d'une manière positive à quoi s'en tenir. J'ajouterai même que dans certains cas, la chose est si évidente que le doigt, introduit dans la plaie, peut toucher directement la concrétion.

Si l'urètre est ulcéré vis à vis de la pierre, c'est au moyen du cathétérisme que le diagnostic peut être établi. Des praticiens ont pensé qu'il serait utile en pareil cas d'invoquer le secours des bougies à empreinte et ils ont longuement disserté sur la forme que les calculs de la prostate donneraient à de la cire molle. Je dois même dire que ce n'est pas sans quelque surprise que j'ai vu un esprit aussi sérieux que celui de M. Vidal (de Cassis) s'attacher à réfuter sérieusement de pareilles prétentions. En effet, qui ne comprend tout de suite que la bougie pourra souvent être retirée sans empreinte aucune quoiqu'il existe réellement des calculs, et que d'un autre côté elle pourra rapporter des empreintes véritables quoiqu'il y ait absence complète de pierres dans la prostate. Les bougies à empreinte sont d'une trop complète inutilité, ce sont des agens de méprises trop bien constatés de nos jours pour les régions antérieures de l'urètre, pour qu'il soit permis de leur accorder la moindre confiance quand il s'agit d'explorer la région prostatique de ce canal.

C'est à la sonde et à la sonde métallique qu'il faut recourir en semblable circonstance; car de deux choses l'une, ou le calcul est libre par un de ses points vis à vis la perte de substance urétrale, ou bien il est caché de toutes parts dans le parenchyme de la prostate. Dans le premier cas, arrivé sur la région prostatique, l'instrument ne manquera pas d'exercer sur le calcul quelque frottement caractéristique, de donner, en un mot, le même témoignage que si la pierre était dans la vessie et qu'on fît heurter la sonde contre elle. On saura, du reste, que ce calcul touché par la sonde, n'est pas situé dans le réservoir naturel de l'urine, en ce que l'instrument, qui l'a rencontré de bonne heure en pénétrant, ne le retrouve plus par son bec un peu plus loin et laisse voir qu'on le frotte par sa face inférieure quand on exerce des mouvemens de *va et vient*. On pourrait au surplus se servir d'un stylet droit terminé par un bouton et qui, s'engageant dans la caverne prostatique qui loge le calcul, mettrait à même de l'étudier là comme s'il s'agissait d'un calcul vésical.

En supposant que le calcul vésical ne pût pas être touché par la sonde, il est évident qu'une bougie à empreinte ne l'atteindrait pas mieux, et serait encore plus complétement inutile. Une difficulté existe cependant; c'est lorsque l'urètre n'est pas libre, lorsque ce canal est rétréci au point d'empêcher l'introduction des instrumens jusqu'au col de la vessie. Ici de petites bougies, employées d'abord pour élargir le canal, suffisent quelquefois pour faire présumer l'existence des calculs de la prostate. En effet, le mouvement de *va et vient* d'une sonde à boyau, d'une sonde de gomme élastique, donne la sensation d'un frottement dur comme râpeux, qui ne trompe guère une main exercée. Au demeurant, comme il faut, avant tout, détruire le rétrécissement, cet embarras ne complique la question que sous un point de vue, et n'empêche pas d'être autorisé à conclure que le diagnostic des calculs de la prostate, assez développés pour occasionner des accidens qui sont dignes de fixer l'attention des chirurgiens, n'est pas en général très difficile.

Abandonnés à eux-mêmes, les calculs de la prostate se font quelquefois jour spontanément au point de permettre au malade d'en être débarrassés sans les secours de l'art. C'est ainsi qu'on les a vus plusieurs fois s'échapper au dehors en détruisant une ancienne cicatrice d'une taille périnéale. On conçoit aussi qu'ils puissent amincir, ulcérer de proche en proche les parois de leur kyste et tomber dans le rectum, ou bien ouvrir le périnée proprement dit et s'échapper plus directement encore. On comprend, en outre, que, se portant en arrière et en haut, ils pourraient à la rigueur s'échapper dans la vessie; mais je me hâte d'ajouter que je n'en connais pas d'exemple. Il faut savoir aussi qu'on les a vus assez souvent pénétrer dans l'urètre et être expulsés avec les urines, ou bien retomber en arrière dans la poche urinaire; de même qu'après être sortis de la cavité prostatique, ils peuvent y rentrer. Il faut être bien prévenu, toutefois, que des guérisons aussi simples sont assez rares. D'ailleurs, outre que leur sortie spontanée pourrait se faire très long-temps attendre, outre la gêne et les troubles que leur présence détermine du côté des urines ou des garde-robes, on comprend que ces calculs exposent encore à des inflammations, à des abcès dont il n'est pas toujours possible de calculer les suites.

Traitement. — Lorsque l'existence d'un ou de plusieurs calculs de la prostate est bien constatée, lorsque leur présence détermine de la gêne, des troubles, il n'y a pas à balancer: il faut en débarrasser les malades. Cette extraction peut s'opérer de quatre manières, suivant les cas: par les voies urinaires, par le rectum, par le périnée et par l'hypogastre. Mais il n'est pas indifférent de procéder par l'une ou l'autre de ces méthodes. Il est essentiel d'entrer à ce sujet dans quelques détails.

Lorsqu'il n'existe aucune plaie au périnée et que le calcul proémine évidemment du côté de l'urètre, c'est à travers ce canal qu'on doit tenter de l'extraire. Mais l'opération offre ici trois nuances:

1° Si le calcul est assez libre, peu volumineux, il suffit de le saisir avec une pince de Hunter ou de Halles pour en débarrasser les malades;

2° Si le calcul est trop volumineux pour sortir entier, mais assez friable, on le brisera sur place au moyen de la pince que je viens d'indiquer, ou, mieux encore, au moyen du trilabe, modifié à cet effet, c'est-à-dire approprié au calibre de l'urètre. Il est assez rare qu'à l'aide d'une forte pression avec la main seule le calcul ne puisse pas être brisé avec cet instrument; s'il en était besoin, on pourrait d'ailleurs mettre en jeu la tige à trépan qui le traverse, de la même manière que lorsqu'on opère dans la vessie;

3° Il peut arriver cependant que le calcul soit trop volumineux pour sortir entier par l'urètre, et trop dur pour être brisé sur place. En pareille circonstance, quelques praticiens, M. Ségalas entre autres, conseillent de refouler la pierre dans la vessie pour la soumettre ensuite aux moyens ordinaires de la lithotritie.

Dans les deux premiers cas, il ne peut y avoir de dissidence. Personne, en effet, ne pensera à recourir à une opération sanglante toutes les fois que le calcul pourra être extrait en entier par l'urètre, ou facilement broyé sur place. Mais il n'en est plus de même pour le troisième cas: comme M. Vidal (de Cassis), je pense que transformer un calcul prostatique en calcul vésical est une opération sérieuse. En effet, s'il est vrai que dans la prostate et à travers l'urètre l'emploi des instrumens, du cathéter, de la sonde, des simples pinces ou des pinces à lithotritie ne constituent pas ordinairement des manœuvres bien dangereuses; il est vrai aussi qu'on ne rencontre pas la même innocuité dans la vessie.

La cystite, l'urétrite, la néphrite que ces manœuvres déterminent quelquefois sont des maladies trop dangereuses pour qu'on s'y expose sans une absolue nécessité. D'ailleurs, le calcul refoulé dans la vessie n'en a pas moins laissé dans la prostate une large caverne qui restera ouverte dans l'urètre, et qui peut être, au lieu de se refermer, pourra se faire jour du côté du périnée. Pour moi donc, lorsqu'un calcul est trop volumineux pour être extrait par l'urètre, et trop dur pour pouvoir être broyé sur place; ce n'est point par les voies naturelles qu'il faut chercher à débarrasser les malades; leur pierre doit alors être extraite par une voie artificielle. Au surplus, il est bien entendu que cette voie artificielle est de rigueur dans tous les cas où le kyste qui renferme le calcul proémine particulièrement du côté du rectum ou du périnée, et que même les parois de ce kyste sont amincies sur un de ces deux points.

Lorsqu'une taille a été pratiquée, et que la cicatrice proémine, a la moindre tendance à se déchirer, c'est là qu'il faut porter l'instrument. S'il existait un point fistuleux ou une fistule proprement dite, une sonde cannelée introduite dans le trajet fistuleux conduirait sûrement le bistouri, et l'opération consisterait alors dans un simple débridement. Dans les autres cas, lorsqu'on se décide à opérer par le périnée, on cherche le point de cette région où la tumeur fait le plus de saillie, et c'est ce point que l'on choisit pour centre de l'incision. Cette incision est pratiquée soit de dehors en dedans et couche par couche, au moyen du bistouri convexe, soit de dedans en dehors et par ponction, au moyen du bistouri droit. Une sonde ou un cathéter est maintenu fixé dans la vessie par l'urètre, et sert de guide pendant cette opération, comme pour la lithotomie. Une fois que le bistouri est arrivé sur un point du calcul mis à nu, une sonde cannelée et introduite entre le corps étranger et les tissus vivans, et sert de guide pour agrandir la plaie, pour donner aux incisions la direction et l'étendue convenables. C'est là, comme on le voit, l'opération connue sous le titre de *boutonnière*. On se sert ensuite, pour déloger le calcul ou les calculs, soit du doigt, soit de pinces à pansement, soit de petites tenettes, soit de curettes; en un mot, des divers instrumens à extraction. La plaie doit être pansée comme après une opération de taille, et surveillée avec le plus grand soin.

On ne devrait extraire les calculs de la prostate par le rectum, que dans les cas où la tumeur proéminerait très fortement du côté de cet intestin, et même où la paroi rectale de cette tumeur aurait déjà subi un commencement d'altération. En effet, par ce mode opératoire, on laisserait une caverne dans la prostate, caverne dans laquelle viendrait aboutir une partie des matières fécales, ce qui constitue un inconvénient dont je n'ai pas besoin de faire ressortir la gravité.

Quant à la taille hypogastrique, je ne conseillerais d'y avoir recours que dans quelques cas exceptionnels; par exemple, lorsque le calcul est en partie dans la vessie et dans la prostate, qu'il est trop volumineux pour être extrait par le périnée, et trop dur pour être broyé. Il faudrait prendre ici en considération la taille hypogastrique pratiquée en deux temps, d'après la méthode de M. Vidal (de Cassis). G. J.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du tritoxyde de fer hydraté comme contre-poison de l'arsenic.

En juin 1837, M. le docteur Josse fut appelé en consultation pour un malade âgé de soixante ans, atteint de phthisie tuberculeuse suppurée et accompagnée de diarrhée. Il conseilla l'usage d'une gelée de lichen, et cette préparation fut commandée à un pharmacien qui, le même jour, avait à préparer, pour un voisin portant le même nom, des boulettes dites *mort aux rats*.

Ces boulettes, par suite d'une erreur due à la conformité des noms, furent remises, par le domestique de l'officine, chez le malade pour lequel on avait demandé la gelée de lichen. Le lendemain, l'officier de santé chargé de voir journellement le malade, et auquel on demanda comment il fallait prendre les bols que l'on avait reçus du pharmacien, crut que M. Josse avait changé sa formule, et sans plus s'en inquiéter, il coupa une des boulettes en deux et en fit prendre une moitié au malade.

Sur ces entrefaites, une femme présente à ce qui se passait, crut devoir venir s'informer si réellement la formule avait été changée. M. Josse courut aussitôt chez le pharmacien qui reconnut l'erreur commise, et déclara que chaque boulette contenait 120 centigrammes d'arséniate de potasse: donc le malade avait environ 60 centigrammes de sel arsénical dans l'estomac; de plus, il avait pris un peu de café au lait.

M. Josse fit avaler de suite deux blancs d'œufs délayés dans une tasse d'eau, puis il tenta par tous les moyens possibles de provoquer le vomissement; mais, ne pouvant y parvenir, il se hâta de faire ingérer environ 100 grammes de tritoxyde de fer hydraté, et aucun accident ne survint. Quarante-huit heures après ce moment, le malade fit une selle très noire; puis il fut huit jours sans aller à la garde-robe, et, pendant cet espace de temps, les excrémens s'accumulèrent dans le rectum jusqu'au point de faire croire à l'officier de santé que son malade avait une tumeur intestinale.

Plusieurs jours plus tard, le malade ne se ressentait nullement de la méprise dont il avait failli être la victime; il ignorait même l'erreur qui avait été commise.

Des raisons de localité empêchèrent le médecin de publier alors cette intéressante observation.

Ce fait mérite de fixer l'attention des praticiens, surtout sous les deux points de vue suivans:

1° Alibert dit que les préparations arsénicales mêlées avec un corps gras déterminent plus promptement la mort que lorsqu'elles sont mélangées à un véhicule aqueux. Il est à présumer, cependant, que la forme de bol graisseux, sous laquelle l'arséniate de potasse fut administré dans le cas dont il s'agit ici, exerça une influence favorable en isolant les molécules arsénicales des parois de l'estomac, et en laissant ainsi la possibilité d'administrer à temps le tritoxyde de fer hydraté.

2° L'effet du tritoxyde de fer sur les intestins a été remarquable, car il a supprimé la diarrhée dont le malade était tourmenté, et il a montré par là de quel avantage peut être suivie son administration dans les diarrhées rebelles. (*Journ. de chim. médic.*, août 1842.)

Note sur l'emploi thérapeutique du chlorure de chaux; par M. le docteur CARRÉ, de Metz.

M. Carré, dans sa pratique, a retiré d'excellens effets de l'usage du chlorure de chaux pour apporter des modifications salutaires à la marche d'ulcérations rebelles ou gangreneuses. Non seulement alors cette solution détruit instantanément les odeurs qui s'exhalent des surfaces putréfiées, comme dans les mortifications qui surviennent aux tissus œdématiés, mais encore les chairs jusqu'alors pâles, blafardes, prennent bientôt une couleur plus rouge, plus vivante; les bourgeons, mieux développés, fournissent une suppuration de bonne nature, et la cicatrisation s'opère comme dans les plaies simples.

Quelquefois même l'application du chlorure de chaux facilite le détachement des pièces d'os cariées, en ranimant l'énergie vitale des tissus environnans, et peut empêcher dans ce cas le praticien de recourir à des moyens extrêmes. Ainsi, M. Carré a préservé de l'amputation du doigt une femme âgée de 68 ans, qui s'était blessée au doigt indicateur gauche avec une hachette. Quand il fut appelé pour lui donner des soins, la plaie, irrationnellement traitée par des commères, s'accompagnait d'une tuméfaction énorme de la main et du poignet, en menaçant l'avant-bras. Sa surface était lardacée, et plusieurs points fistuleux, à travers lesquels on sentait les os dénudés, correspondaient à la première et à la seconde phalanges.

Avant de recourir à l'amputation du doigt, qui semblait inévitable, M. Carré eut l'heureuse idée d'employer la solution de chlorure de chaux en injections, en bains locaux, en irrigations fréquentes, et il eut à s'applaudir de sa résolution. Bientôt la tuméfaction diminua, l'exfoliation des parties osseuses eut lieu, les fistules se fermèrent, et la guérison s'opéra avec la difformité d'un doigt raccourci.

Il n'est pas enfin jusqu'à la teigne pustuleuse qui ne puisse céder à l'emploi de ce moyen. Les lotions répétées sur le cuir chevelu, des linges appliqués et constamment imprégnés de cette solution, ont également très bien réussi entre les mains de M. Carré et ont détruit en peu de jours cette altération cutanée qui résiste le plus souvent à une médication rationnelle.

(*Bulletin de la Société de méd. de Toulouse*, 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Falsification du safran par les fleurs de souci et de carthame; note de MM. Winckler et Gruner.

Cette falsification peut, comme on le sait, se reconnaître facilement en faisant tremper dans de l'eau un échantillon du safran qu'on soupçonne être falsifié; la forme particulière aux différentes parties de plantes se dessine alors beaucoup mieux. MM. Winckler et Gruner ont toutefois pensé que l'emploi de moyens chimiques ne serait pas non plus inutile pour découvrir cette falsification.

Leurs expériences, faites avec du safran choisi, et des pétales de souci et de carthame qu'ils avaient récoltés eux-mêmes et fait préalablement sécher avec précaution, ont eu pour objet d'étudier les réactions fournies, sur les digestés aqueux de ces trois substances, par le nitrate d'argent et par le chloride de fer, tant à l'instant même du mélange qu'au bout de vingt-quatre heures d'action.

Les résultats de leurs essais font voir que le digesté d'un safran falsifié n'éprouve d'abord de changement sensible ni par le nitrate d'argent, ni par le chloride de fer, et qu'avec un safran dont le digesté donne, au bout d'un temps plus long, un précipité par l'addition du chloride de fer, on peut conclure plus sûrement à une falsification par des fleurs de souci que par celles de carthame.

Dans tous les cas, on peut, à l'aide de ces réactifs, découvrir jusqu'à un dixième de mélange de fleurs de carthame ou de souci; avec de plus petites quantités, le résultat, bien qu'il mérite encore quelque confiance, devient cependant au moins douteux.

(*Journ. de pharm. et de chim.*, août 1842.)

Pommade dessiccative.

Pr. Beurre de cacao,	30	grammes.
Blanc de baleine,	30	
Cire jaune,	15	
Acétate de plomb,	8	

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

Cette pommade, dont la formule est due à M. W. Thon, est employée avec le plus grand succès contre les ulcérations dues à l'action d'un décubitus prolongé.

On l'applique en quantité suffisante, étendue en couche mince sur des compresses fines ou sur des plumasseaux de charpie, ou encore sur des feuilles de papier. (*Jahrbuech. fuer prak. phar.*, t. I, p. 116.)

FAITS DIVERS.

Accidens déterminés par l'emploi à l'intérieur du romarin en décoction; observation recueillie par M. le Dr Thierfelder, de Meissen.

Une fille âgée de 18 ans, d'une constitution délicate, arrivée au cinquième mois d'une grossesse que l'on considérait comme une hydropisie ascite, prit pendant huit jours, d'après le conseil d'une commère, une forte décoction de romarin, pour évacuer le prétendu épanchement séreux en stimulant et augmentant la sécrétion rénale.

Dès le second jour de ce moyen, il survint un mal de tête continu, des vertiges, de l'insomnie, des anxiétés; ces accidens devinrent plus intenses le cinquième jour, et il s'y joignit une difficulté de respirer et un sentiment de froid général qui contraignirent la malade à garder le lit. Sur ces entrefaites, eut lieu un travail de parturition, accompagné de vives douleurs et d'une hémorrhagie considérable, et il en résulta l'expulsion d'un fœtus du sexe masculin mort-né.

A la suite de cet accouchement, il y eut des syncopes, des spasmes de la poitrine avec refroidissement des extrémités; le pouls devint petit, fréquent et irrégulier. C'est alors seulement qu'on eut recours à M. Thierfelder. Ce praticien mit en usage un traitement très actif, et il se loue surtout de l'administration d'une infusion de valériane additionnée de camphre et d'éther acétique. Du reste, la faiblesse excessive qui suivit la guérison nécessita pendant long-temps l'emploi des toniques et d'un régime diététique fortement analeptique.

(*Summarium*, 1842; n° 30.)

Cas d'empoisonnement par l'arsenite de cuivre; observation recueillie par M. le Dr Thierfelder, de Meissen.

Un petit garçon âgé de quatre ans, d'une constitution robuste, après avoir mangé des bonbons sous forme de haricots verts, qui, ainsi que l'analyse chimique le démontra plus tard, contenaient de l'arsénite de cuivre, éprouva bientôt après des accidens spasmodiques, de violentes coliques et une météorisation assez considérable de l'abdomen. Il survint en outre des vomissemens réitérés, consistant en mucosités colorées par la bile, et des déjections alvines diarrhéiques muqueuses et féculentes.

On prescrivit l'usage d'une émulsion de boissons mucilagineuses, et l'application de cataplasmes émolliens anodins sur le ventre. Tous ces moyens agirent avec tant d'efficacité, qu'au bout de quelques jours il ne restait plus de traces des divers accidens qui venaient d'être indiqués.

L'auteur fait observer avec raison qu'il est révoltant de voir ainsi négliger l'application des principes de la police médicale, si faciles cependant à mettre en pratique; et il ajoute qu'il est plus révoltant encore de voir les lois qui régissent la matière rester inexécutées par suite de l'insouciance, et peut-être même (ce qui serait bien plus répréhensible encore) par le défaut de conscience des employés de police chargés de veiller à leur exécution. (*Summarium*, 1842, n° 30.)

Chronique et Nouvelles.

A l'heure qu'il est, on s'occupe beaucoup des morts à Paris, et cela s'explique par l'annonce d'une prochaine adjudication du bail des Pompes funèbres faite par la ville de Paris. Nous n'avons pas l'intention d'aborder ce sujet tant soit peu scabreux pour des médecins, nous ne voulons pas surtout nous attirer la singulière apostrophe adressée par M. Gannal à l'embaumeur du duc d'Orléans: « Je vous abandonne les vivans, mais les morts, c'est autre chose, ils sont ma propriété, et je vous fais défense d'y toucher. » Les médecins, cependant, n'en déplaise à l'illustre *nécrophile*, auraient bien quelques petits motifs de récriminer sur l'état actuel des choses qui est tel qu'après que les Pompes funèbres et les embaumeurs, si embaumeur il y a, ont envoyé leurs mémoires aux familles, les bourses les plus robustes se trouvent à sec, ce qui éloigne indéfiniment l'époque où le médecin peut recevoir la légitime récompense de ses soins; mais Dieu nous garde de mettre en avant des motifs d'intérêt particulier lorsque l'intérêt général et la conscience publique se sont si souvent révoltés contre l'impôt odieux et si lourd qui résulte du monopole des Pompes funèbres. Ce monopole nous semble avoir été attaqué avec autant de logique que de retenue dans un écrit que nous avons sous les yeux, adressé par M. Vaflard aux maires de Paris. Quoique ce Monsieur combatte *pro aris et focis*, car il s'intitule gérant de la compagnie générale des sépultures, ce qui pourrait bien n'être qu'une concurrence plus ou moins déguisée des Pompes funèbres, il n'en a pas moins trouvé d'excellentes raisons d'attaque contre celles-ci que nous estimons devoir être prises en considération par qui de droit.

Qui ne connaît la tendre et touchante sollicitude de M. Gannal pour les morts? Il vient d'en donner une nouvelle preuve à laquelle néanmoins on était loin de s'attendre. Gannal l'embaumeur, Gannal qui a porté au temps et à son action destructive un audacieux défi touchant notre frêle enveloppe, Gannal qui momifiait, qui pétrifiait, voire même qui minéralisait les cadavres célèbres, Gannal vient d'inventer, devinez quoi?... Une injection dissolvante qui, au bout d'un temps fort court, liquéfie un cadavre et le réduit en quelques gouttelettes qui vont s'infiltrer, sans laisser aucune trace, dans le réservoir commun. Aussi, dans un mémoire adressé aux deux préfets de Paris, propose-t-il les plus incroyables changemens dans les inhumations pratiquées jusqu'à ce jour. Pour l'homme riche qui peut payer une concession perpétuelle, l'injection n° 1 qui garantit à tout jamais la conservation indéfinie de sa dépouille mortelle; pour le moins riche qui ne se soucie d'être gannalisé que pour dix, vingt ou cinquante ans, l'injection n° 2 qui à jour fixe vous réabandonne aux lois dissociantes de la putréfaction; enfin pour le vil prolétaire à qui la charité publique fait encore l'aumône pour plusieurs années de la fosse commune, l'injection n° 3 qui le réduit en un petit verre d'une eau claire et limpide!

Que si ce vil prolétaire venait à se fâcher de cette cruelle et désolante inégalité portée jusque dans la tombe, M. Gannal lui répondrait par ces mots que je cite textuellement: « Or, je le demande, quelle est la personne qui ne préférerait ce mode de dissolution à la décomposition spontanée, dont l'idée seule révolte. »

— Le 24 de ce mois les concours pour la nomination des élèves internes et externes des hôpitaux civils de Paris s'ouvrira dans l'amphithéâtre du Bureau central, au Parvis-Notre-Dame.

— Les dons et legs faits aux hospices, aux bureaux de bienfaisance et autres établissemens publics dans le cours de l'année 1841, se sont élevés à un capital d'environ cinq millions de francs.

— Nous annonçons avec une vive douleur la mort de M. Hourmann. Ce jeune médecin a succombé aux progrès de l'affreuse maladie contagieuse qu'il avait contractée à l'hôpital de Lourcine, en touchant avec le doigt excorié une femme infectée. Dans notre prochain numero, en payant notre tribut à ce confrère, mort victime de son zèle et de la science, nous présenterons quelques réflexions que nous inspire ce douloureux sujet.

M. CHASSAIGNAC, chirurgien du Bureau central, a ouvert un cours pratique et public D'OPÉRATIONS le lundi 3 octobre, à midi, à l'École pratique.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

M. Béchard, qui avait obtenu déjà une médaille d'encouragement, vient de recevoir la médaille d'honneur à la dernière exposition des produits de l'industrie, pour ses Appareils orthopédiques si légers, si élégans et à la fois si utiles. Leur emploi est tellement commode, que la plupart des personnes qui en font usage paraissent oublier qu'elles sont enfermées dans des corsets élastiques ou dans des jambières à ressort. — Rue de Tournon, 15.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 13 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 122, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. MONNERET.

Trois cas d'albuminurie. Réflexions.

Nous allons nous occuper dans cette conférence de trois malades atteints d'albuminurie. Nous préférons employer cette expression, qui indique seulement qu'il existe de l'albumine dans les urines, sans préjuger en rien la nature de l'affection du rein qui y donne naissance. Nous ferons remarquer à ce sujet que la dénomination de néphrite albumineuse appliquée aux altérations de texture que Bright, un des premiers, a décrite avec soin, ne peut être acceptée dans l'état actuel de la science, parce qu'il n'est nullement prouvé que l'altération du rein soit de nature phlegmasique. Nous dirons même qu'il y a abus de mot lorsqu'on désigne sous le nom de néphrite la dégénérescence jaunâtre du rein ou le dépôt de granulations blanchâtres qui constitue un des modes d'altération du rein. En dernier lieu nous ajouterons que la présence de l'albumine dans l'urine, qu'elle soit passagère, ou bien qu'elle persiste pendant long-temps, tient, dans un assez grand nombre de cas, à un simple trouble fonctionnel et non à une altération de texture appréciable. Il était important de fixer le véritable sens du mot avant d'entrer en matière.

Première observation. — *Albuminurie récente. Anasarque générale. OEdème pulmonaire. Mort.*

Un homme âgé de quarante-quatre ans, habitant Paris depuis quatre ans seulement, ayant éprouvé diverses affections étrangères à la maladie qui le force à entrer à l'hôpital, vit paraître pour la première fois, vers la fin de juillet, une enflure des membres inférieurs qui s'étendit bientôt à tout le membre et en même temps au visage et au bras. Aucun traitement actif n'avait été fait avant son admission. Il fut impossible de découvrir la cause de son mal. Il entra le 17 du mois d'août avec une anasarque considérable de tout le corps. Les membres avaient presque doublé de volume ; la face était fortement tuméfiée et sa teinte d'un jaune paille ; il n'y avait pas d'épanchement séreux apparent dans la cavité du ventre. Le sommeil nul, point de palpitation, aucune impulsion à la région précordiale ; le premier bruit du cœur un peu sourd et prolongé ; toux depuis huit jours ; sonoreité bonne dans tout le thorax, râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine s'entendant pendant l'inspiration et l'expiration, râle muqueux fin à la base en arrière et surtout à gauche. Expectoration de quelques crachats séreux ; pouls à 64 ; langue naturelle, soif vive, appétit conservé ; dévoiement depuis quatre-vingts jours ; le foie ne dépassait pas ses limites naturelles. Les urines, examinées avec soin, étaient citrines, plus colorées que dans la maladie de Bright et très acides, elles contenaient du mucus en suspension et précipitaient abondamment des caillots d'albumine, quand on les traitait par la chaleur et par l'acide nitrique. Cette maladie étant récente et affectant la marche de ces anasarques que les anciens désignaient sous le nom d'anasarque active, bien qu'elle ne fût accompagnée d'aucune fièvre, d'une autre part aussi voulant essayer les effets des émissions sanguines sur les affections du rein à leur début, je prescrivis une saignée qui donna un caillot large, mou, sans résistance et sans couenne.

Les jours suivans, jusqu'au 24 du mois d'août, l'état du malade resta le même ; le dévoiement persista, il y eut quelques vomissemens de matières verdâtres et amères. A cette époque je commençai à administrer la teinture de cantharides, que je fus obligé de suspendre lorsque je fus parvenu à la donner à la dose de 30 gouttes. La douleur en urinant, la sensibilité de l'hypogastre forcèrent à en suspendre l'administration.

Je remettais chaque jour à vous entretenir de ce malade, parce que son état n'offrait pas de changement bien appréciable, lorsque, le 27, l'accroissement de l'anasarque, l'épanchement ascitique, la dyspnée croissante, la présence du râle sibilant, surtout à gauche, me portèrent à appeler votre attention sur ce malade. Depuis cette époque, l'infiltration augmenta encore, le scrotum prit un volume énorme, la respiration s'embarrassa de plus en plus, sans que l'auscultation fît découvrir la moindre quantité de liquide dans les plèvres, ni dans le péricarde.

Vous avez vu aussi vers les derniers jours de la maladie (du 15 au 18 septembre) les urines devenir rougeâtres et laisser déposer un précipité brun formé évidemment par des globules sanguins. L'urine nous a aussi offert quelques carbonates de chaux dont vous avez pu reconnaître la présence au dégagement considérable de bulles qui s'échappaient de la liqueur. Il faut remarquer que ces urines, rendues en notre présence, n'étaient nullement putréfiées.

Le malade a succombé enfin au milieu d'une dyspnée croissante, et il me reste à vous parler des altérations que nous avons constatées sur son cadavre.

Tout le tissu cellulaire général était fortement infiltré ; le poumon gauche présentait cet engorgement séreux que nous avions reconnu pendant la vie du sujet ; il n'y avait pas la moindre quantité de sérosité dans la plèvre, non plus que dans le péricarde. Le foie était petit ; on remarquait des granulations blanches à la surface ; ses deux substances étaient peu distinctes. La rate se réduisait en une bouillie noire ; il fut impossible de l'extraire du lieu qu'elle occupait. Le rein droit, faiblement hypertrophié, n'offrait rien de remarquable à l'intérieur ; sa capsule s'enlevait facilement ; sa coloration extérieure était uniformément brunâtre ; elle existait encore dans les deux substances du rein lorsque nous l'eûmes divisé ; les deux substances étaient distinctes ; toutes les deux brunâtres ; la substance mamelonnée plus noire que la corticale ; la même altération existait dans le rein gauche.

Je vous ai fait remarquer, pendant la vie du sujet, que l'intensité des symptômes, c'est-à-dire l'étendue de l'infiltration, était considérable, et que la grande quantité d'albumine que contenait le liquide urinaire se rattachait peut-être à une altération de texture très avancée ; que cependant il n'était pas possible de juger de la nature de l'altération par les seuls phénomènes observés, que souvent une faible altération déterminait la sécrétion d'une grande quantité d'albumine et réciproquement ; que cependant enfin nous devions admettre chez ce sujet une maladie bien caractérisée du rein. Vous venez de voir que pour expliquer les symptômes, nous n'avons trouvé qu'une simple hypertrophie générale des deux substances et des deux reins. Ainsi donc, il reste établi par ce fait, qu'une congestion sanguine du rein peut produire une anasarque au moins aussi générale, et une sécrétion d'albumine aussi abondante que pourrait le faire la dégénérescence jaunâtre et les granulations blanches du rein. Nous pouvons comparer ce qui se passe dans ce cas à la production de l'ictère dans l'hépatite ; en effet, on sait que l'inflammation du foie et les hypérémies actives donnent très rapidement lieu à la coloration jaune de la peau, en forçant la matière jaune de la bile à rester dans le liquide sanguin. Au contraire, les indurations chroniques du foie, la cyrrhose qui empêche l'organe hépatique d'admettre aussi facilement le sang que dans l'état normal, sont très rarement accompagnés d'ictère. Quelque chose de semblable existe-t-il dans les maladies du rein ? Le cas que nous venons d'examiner tendrait à le faire croire, et l'on est en droit d'en conclure que la quantité d'abumine qui passe dans l'urine et l'intensité et l'étendue des hydropisies sont bien plus en rapport avec les altérations de sécrétion qu'avec les lésions de structure.

Deuxième observation. — *Albuminurie. Bains de vapeur. Amélioration.*

Une femme âgée de trente-sept ans, bien réglée, éprouva vers l'âge de dix-huit ans une attaque de rhumatisme qui re-

FEUILLETON.

Réponse aux Lettres passées, présentes et futures qui ont été écrites ou qu'on pourrait écrire, ainsi qu'aux Post-Scripta *qu'on pourrait y ajouter, sur la syphilis ;*

PAR P. RICORD.

Je n'avais pas répondu jusqu'à ce jour, et on a regardé mon silence comme le résultat d'un calcul : on a eu raison. J'ai, en général, une antipathie pour les lettres. J'en lis peu ; il y en a même que je ne lis pas du tout, parce qu'en voyant la signature je devine ce qu'elles contiennent, et je m'économise ainsi du temps et m'évite de l'ennui. Cependant je réponds quelquefois à celles qui en valent la peine ; mais il faut pour cela que la lettre soit originale, que ce ne soit pas un duplicata, ou la répétition éternelle des mêmes erreurs sous forme d'*in-octavo*, de lettres, de post-scriptum, etc.

Contre mes habitudes, je vais donc écrire une réponse ; mais pour ne pas perdre un temps précieux en discussions oiseuses, je tâcherai de la faire aussi brève que possible. Et d'abord, à qui vais-je l'adresser ? Ce n'est pas à ceux qui ont écrit ? Leurs lettres étant indirectes, ma réponse doit l'être aussi. J'avais songé à quelque médecin physiologiste chinois ; puis j'ai réfléchi que c'était aller un peu trop loin, et que très probablement la médecine physiologique était morte à Pékin comme elle l'est à Paris. (Il est bien entendu que je veux parler de la médecine physiologique comme la comprennent ces messieurs.) Alors je me suis dit, profitons du courrier de Lyon ; il va à l'hôpital de l'Antiquaille ; adressons mon épître au jeune et savant chirurgien qui va se charger du service de cet hôpital :

A Monsieur le docteur Diday.

Mon cher confrère et ami,

Vous avez bien long-temps suivi mes visites à l'hôpital des Vénériens, et j'ai eu le bonheur de vous voir assidu à mes leçons cliniques. Souvent les médecins, parmi lesquels j'ai compté autrefois M. le docteur Baumès de votre ville, et les nombreux élèves qui suivent la clinique de l'hôpital, ont profité de vos judicieuses observations et des argumentations qu'elles excitaient ; argumentations parfois un peu longues, n'est-ce pas ? Mais vous n'êtes pas facile à convaincre ; les phrases sonores et la prétendue logique de certaines gens ne vous éblouissent pas, il vous faut des faits incontestables, vus et touchés : les observations telles qu'on nous les donne, sont, pour vous comme pour moi, souvent plus que douteuses ; et filles de celui qui les rédige, souples et complaisantes, elles se prêtent trop aisément à toutes les explications. N'a-t-on pas fait de cette manière ces ridicules relevés statistiques de maladies vénériennes, où on a entassé des milliers de malades sans ordre et sans discernement, confondant ensemble les lésions les plus disparates et additionnant comme autant d'unités, des chiffres de valeurs diverses, ce qui devait conduire au total monstrueux que vous savez, et aux fausses conséquences qu'on devait en tirer, sous le double rapport de la connaissance des causes des maladies vénériennes et *surtout de leur traitement rationnel ?* Mais ce qu'il y a de plus étrange, de plus émerveillant, c'est de voir l'à-plomb avec lequel l'auteur d'une dernière lettre soutient qu'il est parfaitement d'accord avec le chirurgien de Lyon, auquel il écrit :

« En effet, dit-il, vous vous montrez partisan de l'inoculation, et moi je l'ai combattue ; vous croyez à l'existence d'un virus vénérien, et moi je le nie ; vous admetttez son absorption et son parcou.s dans nos vaisseaux aux limites les plus extrêmes de l'organisme, et moi je les rejette. »

Voilà cependant des points fondamentaux de doctrine opposés ; qu'importe. A cela près, ces messieurs s'entendent. Mais alors, me direz-vous, comment se fait-il qu'on ait l'air de combattre vos opinions, et que les hommes qui se sont plongés dans le chaos qui précédait Alexandre Benedetti, les considèrent comme surannées, et tout bonnement renouvelées d'Astruc ? Comment cela se fait ? c'est que je suis à Paris, mon cher confrère ; si j'étais à Stockholm ou à Berlin, nous serions parfaitement du même avis. Tout cela est tellement vrai, que tandis que je suis attaqué par les hommes qui ont spéculé sur la médecine physiologique quand elle était à la hausse, les virulens absolutistes me frappent d'anathême comme schismatique et apostat. Si vous en voulez la preuve, lisez une autre lettre d'un de mes amis, insérée dans un autre jou rnal du mois.

Mais laissons là ces considérations, bien moins morales que les belles recherches de Hunter sur l'inoculation, et arrivons aux points en litige. Vous avez déjà jugé la bonne foi et la logique de mes adversaires, vous qui avez si souvent visité, avec moi, mes malades ; vous qui savez comment on les interroge, comment on les examine ; vous qui êtes bien convaincu que je n'ai jamais cherché à établir un dogme sur un fait exceptionnel, et que tout en respectant très profondément la morale et la vertu, comme le diagnostic différentiel en est très souvent difficile à faire, je ne m'en suis jamais servi pour établir ou combattre un principe.

Dans l'étude de la syphilis, j'ai toujours fait comme saint Thomas : j'ai voulu voir et toucher ; et lorsque je n'ai pu employer que les yeux de la foi, je me suis abstenu de prononcer. En procédant ainsi, j'ai reconnu, comme tous les bons observateurs, que la grande famille des maladies vénériennes renfermait des affections qui pourraient avoir de l'analogie par quelques-unes des conditions dans lesquelles elles se développent, par leur siége, leurs formes apparentes, etc. ; mais diffèrent entre elles par leur essence, leur nature intime, leurs conséquences possibles et leur traitement. Ces distinctions, comme je vous l'ai déjà dit, mon cher confrère, n'étaient pas neuves, mais elles étaient moins vieilles que celles qui veulent tout confondre.

Cependant, par l'étude ordinaire, par le mode de propagation vulgaire, il me restait encore des doutes, et j'avais de la peine à me faire une doctrine. Enhardi par les observations de Hunter et de ceux qui l'ont suivi ; encouragé surtout par la lecture de l'ouvrage de Hernandez, qu'avait couronné la Société médicale de Besançon, je cherchai dans l'étude de l'inoculation la solution des points encore problématiques de l'histoire des maladies vénériennes.

Si j'avais tort, en dépit des grandes autorités sur lesquelles je m'appuyais, l'école dite *physiologique* était là pour me justifier et m'absoudre, elle qui niait l'existence du principe spécifique, et qui citait ses propres expériences comme ayant donné les résultats *les plus simples et les plus benins.*

L'inoculation faite d'après la méthode huntérienne, c'est-à-dire sur le malade lui-même, a démontré de la manière la plus incontestable l'existence du virus syphilitique. Vous en êtes bien convaincu, ie pus du chancre, de l'ulcère syphilitique primitif peut seul reproduire un ulcèrə semblable. Tandis qu'on obtient ce résultat, qu'on inocule, sur le même malade, du muco-pus d'une blennorrhagie dont il serait affecté en même temps, quelle que soit la période à laquelle l'inflammation catarrhale est arrivée, quel que soit son degré d'intensité, le résultat sera négatif. Prenez, dans les mêmes circonstances, du pus fourni par un abcès simple ou par un ulcère, suite de l'infection constitutionnelle, et ce sera la même chose : l'ulcère primitif seul à la période spécifique donnera des résultats positifs, tandis que les autres ne produiront rien. Comment nier alors la différence qui existe entre ces sécrétions morbides ? Cela est impossible. Et en l'admettant, ce qu'on ne peut faire autrement, est-il rationnel, logique de l'expliquer comme on a voulu le faire ? Peut-on invoquer l'influence du siége de la maladie, la nature des fonctions d'un organe particulier, le degré de l'inflammation ; mais ces argumens ne peuvent plus être accueillis, l'inoculation artificielle les a à tout jamais anéantis. On a cru se tirer d'affaire en disant qu'on inoculait une forme et non pas un principe ; mais la forme n'est qu'une conséquence, un effet ; or, on n'obtient pas d'effet sans cause, et c'est cette cause « que *le sens intellectuel aveugle » de certaines* personnes n'est pas encore parvenu à voir, comme aussi *leur « récalcitrante raison »* ne saurait attribuer à ce principe les effets constitutionnels qui en sont la conséquence et qu'ils reconnaissent cependant ! Tirez-vous de cette logique, si vous le

vint il y a trois années, et détermina dans le coude droit le développement d'une tumeur blanche qui persiste encore aujourd'hui. Il y a trois semaines que les pieds et les jambes enflèrent pour la première fois ; il survint aussi quelques épistaxis. Nous n'avons pu découvrir aucune cause à cette maladie.

Entrée le 3 du mois d'août dans le service, elle nous a offert une infiltration générale peu marquée, aucun trouble dans les principales fonctions de l'économie et, s'il n'existait cette infiltration, la malade ne serait pas venue réclamer les secours des médecins. Les urines pâles, faiblement acides, précipitent abondamment par la chaleur et l'acide, et nous avons varié les expériences de manière à ne conserver aucun doute sur la présence d'un principe albumineux dans l'urine.

Cette malade, qui demande aujourd'hui sa sortie, est dans un état meilleur. L'hydropisie a beaucoup diminué, et je ne vous en aurais pas entretenu, si je n'avais pas l'intention de vous parler des cas analogues qui sont dans le service.

Maintenant nous devons nous demander si le rein est altéré dans sa texture et quelle peut être la nature de la lésion. Nous ne pouvons répondre d'une manière certaine à ces deux questions ; cependant l'hydropisie et la présence de l'albumine nous forcent à admettre, sinon une altération de texture, tout au moins une lésion de sécrétion, et nous font craindre pour l'avenir une maladie bien constituée du rein. D'ailleurs, cette malade se trouve dans les conditions au milieu desquelles naît souvent l'albuminurie ; sa constitution est mauvaise, détériorée ; son tempérament lymphatique, si même il n'existe pas déjà les signes d'une affection scrofuleuse. Telles sont les circonstances qui nous inspirent de sérieuses inquiétudes.

Quant au traitement, nous avons été conduit à saisir une indication thérapeutique qui nous a été fournie par les antécédens de la malade ; elle a eu plusieurs fois, avons-nous dit, un rhumatisme articulaire, et elle ressentait encore des douleurs vagues dans plusieurs points du corps dans le moment où elle est entrée dans le service. Nous avons prescrit des bains de vapeur, et après lui en avoir fait prendre douze ou quinze, nous avons eu la satisfaction de voir l'hydropisie diminuer notablement.

— Je rapprocherai de ce cas l'observation d'une autre malade couchée au n° 21 de la salle Saint-Louis, et qui offre également une albuminurie fort intense. Je vous en ai déjà entretenu plusieurs fois, et il est nécessaire de rappeler les principales circonstances de la maladie.

Troisième observation. — *Albuminurie. Saignée ; teinture de cantharides. Amélioration notable.*

Ce malade est âgé de cinquante ans ; sa santé a toujours été parfaitement bonne. Depuis dix années il ne se rappelle pas avoir pris une seule fois le lit. Pendant douze ans il a habité un rez-de-chaussée fort humide, et où les diverses portions de sa literie ont fini par se pourrir. Depuis trois mois seulement il a quitté cette habitation.

Il est entré dans le service depuis le 3 du mois d'août, et depuis douze jours seulement il s'était déclaré de la bouffissure au visage, et le même jour il avait vu ses jambes et ses pieds enfler pour la première fois. Quelques jours après parut la dyspnée, le dévoiement : l'enflure cessait lorsque le malade restait couché. Aucun traitement antérieur.

Lorsqu'il entra dans le service l'anasarque était générale ; les bourses nullement œdématiées ; fluctuation obscure dans l'abdomen ; céphalalgie légère et vertiges ; pouls à 72, régulier ; bruits du cœur normaux ; respiration pure, langue naturelle, appétit, volume du foie normal, ventre indolent ; les urines très acides, rougeâtres, avec odeur de bouillon gras et léger nuage, laissaient précipiter abondamment de l'albumine par l'acide et la chaleur.

Il était impossible de méconnaître, à ces caractères, l'albuminurie, mais exempte de toute complication fâcheuse. La constitution du malade était robuste, la maladie récente : on le saigna. Le caillot était mou, friable, et, bien que le sang eût coulé par jet, il n'y avait pas même de rudiment de couenne. Les jours qui ont suivi, je fis appliquer à deux reprises des ventouses scarifiées vers la région des reins. Sous l'influence de cette médication, l'œdème ne diminua en aucune manière, et même, vers le 17 août, il avait considérablement augmenté. A cette époque, l'hydropisie avait gagné les bourses, la cavité du ventre et les extrémités inférieures fortement tuméfiées, conservaient la forte dépression imprimée par le doigt. C'est alors que je songeai à prescrire la teinture de cantharides, qui a été préconisée dans le traitement de cette maladie. J'en commençai l'administration vers le 15, et je l'ai continuée jusqu'à ce jour, et en portant la dose jusqu'à 60 gouttes, sans qu'il en soit résulté le moindre accident.

Voici quels sont les changemens qui sont survenus chez le malade à la suite de l'administration de ce médicament. Depuis dix jours seulement, l'œdème des membres a été en diminuant ; l'infiltration du scrotum a presque entièrement disparu ; la bouffissure du visage est moindre, la respiration plus libre, et en même temps aussi les urines sont devenues très abondantes ; d'acides qu'elles étaient, elles sont restées neutres pendant plusieurs jours, et l'albumine a diminué ; cependant il s'est reproduit les jours suivans en même quantité, et il y a, sous ce dernier rapport, peu de changement. Mais nous ne devons pas méconnaître l'amélioration notable survenue chez notre malade ; nous le suivrons attentivement, afin de juger si la médication entreprise amènera une guérison durable.

CLINIQUE OCULAIRE DU Dr DESMARRES.

Observation d'amaurose traumatique consécutive à une lésion de la cinquième paire gauche; recueillie et publiée par le docteur VALLEZ, médecin belge.

Le sieur Bertrand (Adolphe) s'est présenté à la clinique du docteur Desmarres, le 18 juin 1842 ; il est âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution lymphatique, papetier de profession, demeurant rue de Buffaut, faubourg Montmartre, 8 ; il n'a jamais eu mal aux yeux antérieurement à l'affection pour laquelle il vient consulter.

Dans le mois de novembre 1837, à la suite d'une querelle avec un camarade sur un vaisseau de l'Etat, il reçut un coup de grattoir (instrument assez lourd dont on se sert pour nettoyer les planchers des vaisseaux) à la partie latérale gauche de la face ; une vive douleur dans cette région s'est fait sentir pendant quatre mois consécutifs. Aussitôt après la cicatrisation de la blessure, la joue a perdu notablement de sa sensibilité, et sa température, du moins pour le malade, s'est affaiblie. Huit mois après l'accident, l'œil gauche est devenu larmoyant ; la vue s'est abolie. Vers l'année 1839, la cécité était complète au point que le jour ne pouvait plus être distingué de la nuit.

Etat actuel. Le globe oculaire est diminué de volume ; facilement dépressible, ramolli, et douloureux à la pression. Le malade est sujet à une céphalalgie constante ; il éprouve de la cuisson, des picotemens et des tremblemens spasmodiques dans l'œil. Les paupières sont saines ; la supérieure est un peu plus abaissée que celle du côté droit. La conjonctive palpébro-bulbaire est rouge, sillonnée par des vaisseaux sanguins, tortueux et d'un rouge vineux ; il n'y a pas de granulations. La sclérotique est d'un jaune plombé. La cornée est luisante, sans trace de lésions ; son étendue est moindre que celle du côté opposé, circonscrite par un cercle étroit et blanchâtre. La chambre antérieure a presque complétement disparu. L'iris est décoloré, verdâtre, tomenteux (tandis que celui de l'œil droit, normal, est grisâtre ; il présente dans sa moitié externe un boursouflement, ou plutôt un ensemble de larges bosselures dont une, plus considérable que les autres, vient toucher la paroi correspondante et postérieure de la cornée.

La pupille est irrégulière, anguleuse, déchiquetée, et entièrement oblitérée par une substance jaunâtre, parsemée de points brillans comme des paillettes d'or, et adhérente dans tout son pourtour à la marge de l'iris qui manque absolument de mobilité ; la vision est nulle. La pupille de l'œil droit est ronde, se contracte difficilement au grand jour. Le malade dit voir des taches, des mouches noires, quand il regarde un objet qui est blanc ou luisant ; cet objet lui semble comme entouré d'un nuage grisâtre : sa vision est altérée.

La cicatrice de la joue est située à 4 centimètres au-devant du conduit auditif externe gauche, linéaire, verticale ; son angle inférieur correspond à l'angle de la mâchoire inférieure, elle a 3 centimètres de longueur. Il y a des contractions spasmodiques involontaires de la commissure gauche de la bouche et des muscles de la face (tic facial) ; quand le malade rit, sa bouche se porte obliquement à droite. L'audition est conservée des deux côtés. L'odorat, du côté gauche, est insensible aux substances qui irritent l'autre moitié ; cependant il projette la langue au dehors comme si elle était parfaitement intacte, et parle avec facilité.

Des expériences convenables ont été faites pour constater l'aberration du goût, du côté correspondant de la langue avec la blessure.

M. Desmarres porte le diagnostic suivant :

Atrophie commençante de l'œil gauche par suite d'une blessure de la cinquième paire gauche (trijumeau), avec amblyopie droite légère.

Prescription. Une saignée de trois palettes, 60 grammes de sulfate de soude, bains de pieds. Le malade, après avoir été instruit de la gravité de sa maladie, s'est rendu successivement dans plusieurs hôpitaux de Paris, et tout le bénéfice de son séjour dans ces établissemens a été une diminution de l'inflammation locale, par suite d'un traitement antiphlogistique continué ; quant à sa vision, elle n'a rien gagné.

Maintenant, il nous reste à savoir si la blessure a été réellement la cause occasionnelle de cette grave maladie. Si nous jettons rapidement un coup-d'œil sur les expériences faites par M. Magendie, nous trouvons que notre observation est en harmonie avec ses expérimentations ; ici nous laissons parler le professeur lui-même.

« Je pense que le nerf optique chez l'homme, pour servir à la vision, a besoin du concours de la cinquième paire de nerfs ; car l'œil des animaux que j'ai mutilés en détruisant ce nerf, a cessé de remplir ses fonctions.

» Le résultat premier et direct de la section de la cinquième paire, consiste dans l'abolition de la vue ; mais cette section entraîne des changemens curieux dans l'organe de la vision ; ses membranes s'enflamment, la conjonctive rougit, l'iris se recouvre de fausses membranes, la cornée devient opaque, se ramollit et s'ulcère, l'œil se vide par cette ouverture et la vue est à jamais perdue de ce côté. »

On sait que dans l'homme et les mammifères la cinquième paire établit une sorte de liaison entre les organes de la vue,

---

pouvez, mon cher confrère, *et fiat lux!*

On n'a pas encore pu séparer l'élément qui constitue la virulence du pus inoculable ; mais les études microscopiques font tous les jours des progrès, et la chimie décompose aujourd'hui des corps jusques-là présumés simples : attendons, et contentons-nous, pour le moment, de caractères distinctifs plus que suffisans pour les médecins dont le sens intellectuel n'est pas aveugle, dont la raison n'est pas récalcitrante.

Vous le savez, mon cher confrère, les études sur l'inoculation artificielle ont pour toujours séparé la blennorrhagie du chancre ; jamais une muqueuse non ulcérée ne fournit de pus inoculable. Un de nos confrères de Lyon, extra-virulent, le reconnaît comme moi, après avoir répété mes expériences. Seulement, comme il n'admet pas le chancre urétral pour expliquer la syphilis constitutionnelle qu'on observe quelquefois à la suite d'accidens primitifs blennorrhoïdes, il nous invente une origine vraiment curieuse de la blennorrhagie. — Ecoutez : Le chancre a d'abord pris naissance ; puis la même cause engendre la blennorrhagie. Mais cette fille cadette de la vérole ne peut plus être reproduite de nos jours par le chancre, comme aussi elle ne lui donne jamais lieu ; elle se propage seulement sous sa propre forme, pour produire des effets généraux analogues au chancre, avec cette différence qu'ils sont plus faibles ! Si les chancres urétraux n'existaient pas, si nous n'en avions pas vu des centaines, si je ne pouvais pas en montrer aux hommes qui croient avoir inventé quelques variétés d'urétrite et qui depuis nombre d'années observent des urètres avec un sens intellectuel aveugle qui n'a pu rien voir, ce serait vraiment le cas de les inventer.

Vous le savez encore, ce n'est pas seulement par l'origine, par le mode de propagation, par le siége absolu, par la forme primitive, mais surtout par les conséquences que la blennorrhagie diffère du chancre. Si nous étudions son action sur les parties voisines ; ses effets de proche en proche ; que nous l'examinions dans toute l'étendue de la muqueuse, dont elle n'a d'abord affecté qu'un point plus ou moins circonscrit, plus ou moins superficiel ; si chez l'homme vous la suivez dans l'organe sécréteur du sperme ; chez la femme, dans l'utérus et ses annexes ; si surtout vous analysez ce qui se passe dans les vaisseaux et dans les ganglions lymphatiques sous son influence, vous trouvez, comme dans ses effets à distance, parmi lesquels on a rangé l'arthrite, l'ophthalmie, etc., des différences qui ne peuvent être méconnues que par des sens intellectuels encore aveugles, et rejetées par des raisons encore récalcitrantes.

Mais, mon cher confrère, ne vous impatientez pas ; soyez attentif, le sujet en vaut la peine, il est grave ; il a coûté la vie à plus d'un honnête mari, à plus d'un crédule amant, c'est la *goutte militaire* (style de caserne) dont nous allons parler.

Je n'ai pas besoin de vous dire ce qu'on entend par là : vous le savez. Dernier terme de la blennorrhagie, ce n'est plus qu'une hypersécrétion muqueuse, sans purulence, sans âcreté ; quelquefois même elle ne consiste plus que dans quelques flocons ou filamens coagulés que charie l'urine ; d'autres fois elle n'existe que dans le moral des syphilophobes. Eh bien ! dans ces différentes nuances, savez-vous ce que peut produire cette goutte perfide, « irritation et abcès de la vulve, vaginite, urétrite, douleurs au col de la vessie et rétention d'urine, gonflement inflammatoire et ulcératif du col utérin, écoulemens vaginaux avec douleur..... » Ajoutez que l'auteur fait observer dans ses Lettres que le grand nombre des maladies du col utérin tient sans doute à la fréquence des urétrites *partielles* passées à l'état chronique, et ne se manifestant plus que sous l'apparence d'un suintement. Voilà l'étiologie de toutes les maladies de la matrice trouvées. Découverte sublime, qui renverse les écrits bibliques, les traditions de l'antiquité, et réduit au néant le catarrhe utérin par emboîtement qu'avait imaginé Daran. Il n'y a qu'un petit malheur, c'est que tout cela n'est pas vrai. Lorsque les gouttes militaires ne sont plus purulentes, elles ne sont plus offensives. Je pourrais citer des centaines d'observations, si l'indiscrétion était permise en pareille matière ; mais un cas en vaut quelquefois mille, et, sous ce rapport, j'en rappellerai un devenu du domaine public. Il s'agit d'un de nos collégues célèbres que la mort vient de nous ravir, et qui s'est marié avec cette goutte, l'a conservée pendant une longue suite d'années, et l'a emportée au tombeau, la donnant comme exemple à ceux qu'il ne pouvait guérir et comme garantie à ceux qui devaient se marier.

Vous m'avez entendu professer un point de doctrine auquel feu Cullerier neveu avait donné son entier assentiment, savoir que sur cent blennorrhagies il y en a quatre-vingts qui sont ou la conséquence du catarrhe utérin, ou le résultat de la nature plus ou moins âcre des sécrétions génitales normales ou du flux menstruel ; de telle façon qu'on pourrait dire que les femmes donnent au moins quatre chaudé-pisses contre une qu'on leur rend. Les affections catarrhales sont innées chez les femmes, mais l'aveu de cette maladie est de ceux qui leur répugne le plus ; aussi les voit-on saisir avec empressement le premier prétexte plausible pour imputer à l'amant malheureux ou au mari victimé un mal dont la source était en elles.

J'ai maintenant à vous parler de l'absorption. Je pense qu'il n'est pas nécessaire de vous démontrer que c'est une fonction qui existe et qui a ses actions physiologiques, ses actions morbides. Nier ces vérités n'appartient qu'à ceux dont le sens intellectuel est toujours aveugle, dont la raison est toujours récalcitrante. Pour ceux qui sont clairvoyans, *le virus enflamme, corrode, ulcère.* C'est un virus empoisonneur et qui produit d'effroyables ravages. Mais, vous le savez, il n'est pas de cause qui n'exige ses conditions d'action : pour qu'un corps tombe, il faut qu'il ne soit plus soutenu ; pour qu'un sel se forme, il faut mettre ses élémens en présence dans de certaines proportions ; pour que le virus agisse, il lui faut des tissus dans des états voulus. En sachant ces choses si simples, vous vous expliquerez comment le virus reste quelquefois inerte, comment il peut agir à la manière des irritans simples, et comment enfin il produit ses effets spécifiques. Vous le suivrez dans les vaisseaux lymphatiques, vous le verrez s'y arrêter avec son caractère pathognomonique, la possibilité de s'inoculer ; ou plus souvent, faute de conditions locales propres à le fixer sur sa route, il atteindra les ganglions et y donnera lieu à l'adénite virulente, au chancre ganglionaire, dont le pus jouira encore de toutes les propriétés de l'ulcère primitif qui en a été le point de départ. Rappelez-vous bien que tandis qu'il en sera ainsi pour le ganglion infecté, le tissu cellulaire ambiant, arrivé souvent à un degré d'inflammation plus intense et suppuré, conservera les caractères du phlegmon simple, c'est-à-dire que l'inoculation ne produira rien.

Au-delà des lymphatiques et des ganglions directs, le virus perdra aussitôt une de ses propriétés si saisissables et si caractéristiques, et cessera d'être inoculable ; mais alors vous verrez survenir des effets généraux qu'aucune autre cause ne peut produire, et que vous pourrez, avec un sens intellectuel clairvoyant et une saine raison, facilement rapporter à son passage dans la circulation qui le charrie comme elle charrie les sécrétions excrémentitielles, les substances nutritives, toxiques, médicamenteuses qui, suivant les individualités organiques, traversent certains tissus, s'arrêtent dans d'autres, en subissant, selon l'espèce, des modifications plus ou moins profondes. Maintenant, que vous appeliez cette modification spéciale de la constitution du nom de diathèse, ou de tout autre, vous la comprendrez plus facilement par ce mécanisme si simple, si bien en harmonie avec nos connaissances actuelles, avec l'organisme qui se compose de liquides vivans et de solides, qu'avec le solidisme brut qui est aussi absurde que l'humorisme absolu.

Mais terminons là cette lettre déjà trop longue, par la partie qui définitivement intéresse l'humanité : le traitement.

L'exclusion absolue du mercure et son usage constant, sont également éloignés de la vérité. On ne doit plus dire : Ni jamais de mercure, ni toujours du mercure, lorsqu'il s'agit du traitement des maladies vénériennes primitives, à forme ulcéreuse.

Les mercuriaux sont des modificateurs puissans, et les mieux appropriés aux maladies vénériennes.

Comme tous les médicamens, il faut savoir les manier, pour les donner à des doses et dans des conditions où ils agissent comme agens thérapeutiques et non comme agens pathogéniques.

Voila ce que j'ai toujours dit et professé depuis dix ans ; voilà ce que l'Académie des sciences a cru digne de récompense, et voilà ce qu'on est forcé de répéter aujourd'hui. A quoi vous me permettrez d'ajouter,

de l'odorat, de l'ouïe et du goût.

Chez l'homme, le trijumeau est un simple organe de renforcement; il fournit les nerfs de la vision chez les animaux dépourvus de nerf optique, et ceux de l'odorat des cétacés. Il semble donc résulter de ces expériences, si on en fait l'application dans le cas que nous avons observé, que la lésion de la cinquième paire de nerfs a produit la perte de la vue et a occasionné tous les accidens déjà énumérés plus haut.

Il reste à décider cependant si la vision a été abolie immédiatement après le coup, ou si elle a disparu peu à peu, comme il arrive dans certaines amauroses. On n'oubliera pas, à ce sujet, qu'un grand nombre de personnes perdent entièrement la vue d'un œil et ne s'en aperçoivent souvent que par une cause fortuite. Il serait superflu de citer des observations de cataractés d'un œil depuis plus ou moins long-temps, sans qu'ils s'en soient même doutés, pour venir en aide à cette opinion. On peut donc admettre que notre malade a perdu la vue de l'œil gauche immédiatement après le coup, bien qu'il ne s'en soit aperçu que long-temps après. Quant aux changemens arrivés dans l'organe de la vision, et signalés par le célèbre physiologiste, ils existent chez notre malade : rougeur de la conjonctive, traces évidentes d'iritis, fausses membranes dans la pupille, tout s'y trouve, sauf pourtant l'ulcération et le ramollissement de la cornée, qui ne présente d'autres traces morbides qu'une dimension moins grande dans tous les sens, résultat évident d'une atrophie commençante.

Resterait maintenant à examiner si la perte de la vision est ou non produite par le coup reçu sur la joue, ou bien si elle a été amenée par une lésion profonde dans la vitalité de l'organe, ou si elle est consécutive à une altération organique de l'encéphale.

On sait que M. Sichel, dans ses leçons cliniques, n'admet pas, malgré les expériences de M. Magendie, que la blessure du trijumeau puisse avoir une influence aussi grave sur l'organe de la vision, et qu'il rejette même, et d'une manière absolue, l'existence des *amauroses* qu'on a nommées *trifaciales*, toujours occasionnées selon lui, non par la blessure de la cinquième paire, mais par une maladie du cerveau. Nous attendrons que ce professeur ait publié le travail qu'il nous a promis sur ce sujet, pour nous prononcer là-dessus d'une manière plus certaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre. — Présidence de M. Barthélemy.

Le rapport de la précédente séance est lu et adopté.

M. Chrestien (de Montpellier), adresse à l'Académie la traduction française d'une observation espagnole, imprimée à Madrid, concernant un cas de superfétation bien constaté. Cette observation est renvoyée à l'examen de M. Londe.

— *M. Londe* donne lecture d'une longue lettre adressée à l'Académie par M. Souty, qui répond à diverses assertions qui se trouvent consignées dans les Mémoires de M. Bertulus. M. Londe demande qu'un extrait de cette lettre soit inséré dans le Bulletin, à la suite de celui de la lettre de M. Bertulus.

M. Moreau. Dans la précédente séance je me suis opposé à ce que M. Chervin pût répondre à M. Bertulus, dans le Bulletin de l'Académie. L'Académie, en appuyant ma proposition, a compris, comme moi, que ce n'est là qu'un débat personnel dans lequel l'Académie n'a rien à voir. C'est par le même motif que je m'oppose à la proposition que vient de faire M. Londe. Prenez-y garde ; si vous donnez accès dans le Bulletin à toutes les réclamations qui vous seront adressées, vous n'en finirez pas ; il pourra même vous arriver de convertir le compte-rendu de vos séances en un feuilleton de correspondance.

M. Londe. En thèse générale, les remarques de M. Moreau sont justes ; cependant je ne crois pas que dans le cas actuel, l'Académie puisse passer à l'ordre du jour sur la lettre dont je viens de donner lecture. Qu'on y fasse attention, ce n'est pas M. Souty qui attaque M. Bertulus ; ce n'est qu'une défense de sa part. Le chirurgien de *la Caravane* a interpellé M. Souty dans ses Mémoires adressés à l'Académie ; vous ne pouvez pas refuser que celui-ci se défende, surtout quand cette défense est conçue dans des termes pleins de dignité et de convenance.

M. Chervin. Je le dis avec la plus grande franchise, je ne puis m'expliquer l'opposition que rencontre en ce moment la proposition de M. Londe, relativement à la lettre de M. Souty. Comment ! Messieurs, un membre de cette Académie fait un rapport sur un travail qui lui est adressé ; ce rapport reçoit votre approbation ; il est inséré dans votre Bulletin. Vient ensuite l'auteur de ce travail qui réclame contre ce rapport et contre le rapporteur en termes que je crois inutile de qualifier, et vous voulez insérer cette réclamation sans la faire suivre d'aucune espèce de réponse. Si je ne me trompe, une pareille conduite n'est pas propre à relever la dignité de l'Académie. J'avoue que si tel est le sort des rapporteurs, il faudra désormais un courage que tous n'auront peut-être pas. Je le répète, je suis étonné que la proposition de notre honorable confrère, M. Londe, trouve la moindre opposition dans cette enceinte.— Aux voix ! aux voix !

M. le président met aux voix la proposition de M. Londe, qui demande qu'un extrait de la lettre de M. Souty soit inséré dans le Bulletin de l'Académie. 20 membres se lèvent pour, 17 membres contre. Une vingtaine ne prennent pas part à ce vote. En conséquence, la proposition de M. Londe est adoptée.

— *M. Henry* lit un rapport favorable sur un moyen proposé par M. Robain pour faire disparaître la saveur désagréable du baume de copahu.

M. Guibourt démontre que le moyen proposé par M. Robain n'est point préférable à ceux qui sont déjà connus, et s'oppose à l'adoption des conclusions favorables du rapport.

M. Nacquart. Il serait à désirer que dans les commissions chargées d'examiner un remède, il se trouvât toujours un ou deux médecins pour expérimenter le médicament sous le point de vue thérapeutique ; car il ne suffit pas de connaître la composition d'un remède et la manière de le préparer, il est surtout essentiel de savoir à quoi s'en tenir sur ses effets thérapeutiques.

M. Chevalier. De nos jours, le copahu que l'on livre dans le commerce est tellement altéré, qu'en vérité on ne sait pas si c'est réellement cette substance qu'on administre en thérapeutique.

M. Royer-Collard. La question qui nous occupe doit être considérée sous deux points de vue : la pharmacie et la médecine. Sous le point de vue pharmaceutique, il est facile de voir, d'après ce que viennent de dire MM. Henry, Guibourt et Chevalier, qu'il y a dissidence. Quant au point de vue médical, il n'y aura guères plus d'accord. D'ailleurs, n'oubliez point que si le rapport de M. Henry était adopté, le charlatanisme s'en emparerait bientôt, et dès demain vous verriez une affiche de plus sur les murs de la capitale et une réclame de plus dans les journaux. Je crois donc qu'il est de la dignité de l'Académie de modifier les conclusions du rapport. — Approbation générale.

M. Guibourt. Je propose qu'il soit dit dans les conclusions que le moyen proposé par M. Robain n'offre rien d'important à signaler, et qu'il n'est point préférable à ceux qui sont déjà connus.

M. le président met aux voix cette proposition qui est adoptée à l'unanimité.

M. Velpeau. Puisqu'on modifie les conclusions, il faut aussi modifier le rapport.

M. le président. Le rapport ne se trouvant plus en rapport avec les conclusions, il est évident que celles-ci seront seules publiées dans le Bulletin.

— *M. Villeneuve* lit une série de rapports défavorables sur des remèdes secrets. Parmi ces remèdes, il en est un d'un nommé C..., de Bordeaux. M. C... avait déjà adressé ce remède à l'Académie, et une commission fit un rapport défavorable ; ce qui n'a pas empêché M. C... de publier dans les réclames et prospectus que son remède avait reçu l'approbation de l'Académie.

Ce fait soulève une vive discussion que nous ne rapporterons pas, car ce qui a été dit ne diffère en rien de ce qui avait déjà été exposé dans une précédente discussion. Qu'il nous suffise de signaler que, sur la proposition de M. Royer-Collard, l'Académie a décidé que la commission des remèdes secrets serait chargée d'examiner sérieusement la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de répondre dans certains cas à M. le ministre que l'Académie n'a aucun rapport à faire sur les remèdes secrets qui lui sont soumis.

— *M. Poujol* commence une lecture sur la chlorose. Cette lecture sera terminée dans la prochaine séance. Nous en publierons un résumé.

Il est cinq heures. La séance est levée.

---

que je vois avec plaisir que l'iodure de potassium, à l'usage duquel je crois avoir un peu contribué, est tout aussi bien adopté que mes autres principes ; car, avant tout, il faut guérir ses malades, si on veut en avoir de nouveaux.

Cependant, avant de vous laisser à vos occupations, je tiens à vous rappeler toute l'estime que je professe pour votre savant prédécesseur. Nous ne sommes pas toujours du même avis, nous nous le sommes quelquefois dit d'une manière peu courtoise ; mais cela n'empêche pas de se rendre mutuellement justice.

Du reste, je serais ingrat si je ne le faisais pas ; car l'ouvrage remarquable qu'il a publié est presque entièrement fondé sur mes expériences, et sur la classification que j'ai adoptée d'accidens primitifs, secondaires et tertiaires, y compris même mes accidens de transitions, qui depuis, comme vous le savez, ont dû subir une petite modification, que vous trouverez dans l'ouvrage à la composition duquel je retourne en vous disant, adieu.

P. Ricord,
Chirurgien de l'hôpital des Vénériens.

10 octobre 1842.

Chronique et Nouvelles.

On s'attendait, mardi dernier, à un grand combat orthopédique à l'Académie de médecine ; mais la commission des remèdes secrets s'est emparée du terrain, et on sait qu'une fois qu'elle le tient elle ne l'abandonne pas facilement. Si nous avions pu désirer que l'Académie donnât une éclatante justification de nos derniers articles, nous n'aurions pu être servi plus à souhait. La commission, par l'organe de son rapporteur, avait à peine paru à la tribune, que de tous côtés c'était une éclosion générale de ces charmans mollusques dont nous avons parlé, c'est-à-dire d'académiciens que l'on ne voit, que l'on n'entend, que dans ces importantes séances, et qui s'attachent de toute leur puissance agglutinative à ces solennelles discussions. En vain le rapporteur, comme honteux de son rôle, lisait-il son manuscrit à voix basse et très rapidement ; en vain le président, homme de sens et de goût, faisait-il tous ses efforts pour précipiter le vote de ces rapports successifs sur les plus incroyables niaiseries qu'on puisse entendre ; ce n'était pas là l'affaire de nos escargots, et de tous les coins de la salle on n'entendait que ce cri : Je demande la parole ! Il a fallu céder la place aux assaillans cornus qui, pendant plus d'une heure, s'en sont donné à cœur joie.

Enfin, *un homme s'est rencontré*, qui, affligé, indigné du déplorable spectacle qu'offre l'Académie au moins deux fois par mois, a fait les plus généreux efforts pour y mettre un terme. M. Royer-Collard, dans une brillante et solide improvisation, a soutenu toutes les idées que nous avons déjà émises, et en a fait l'objet d'une proposition formelle. Il demande que, comme l'Académie des sciences, l'Académie de médecine adopte, une fois pour toutes, une formule de réponse au ministre, dans laquelle on lui dise très nettement que la plupart des sujets sur lesquels il la consulte sont indignes de son examen et d'un rapport. Tous les membres distingués ont approuvé, ont applaudi, et nous avons vu le moment où la proposition allait être adoptée par acclamation ; mais par une étourderie impardonnable de M. Royer-Collard, par une manœuvre habile d'un adroit escargot, le vote a été suspendu et la proposition a été renvoyée à la commission même des remèdes secrets.

C'est-à-dire que la proposition est enterrée ; nous le prédisons avec assurance. C'est une faute irréparable de n'avoir pas soutenu jusqu'au bout une action adroitement engagée, vaillamment défendue. M. Royer-Collard en sera pour ses frais de logique, de raison et d'éloquence ; nous le défions de faire sortir sa proposition de l'endroit où si imprudemment il l'a laissé conduire.

Il n'en est pas moins vrai que les saines opinions que nous soutenons ont déjà trouvé un habile défenseur dans le sein même de l'Académie. Nous croyons que cet exemple trouvera des imitateurs, car dans toutes les réunions d'hommes il n'en faut qu'un qui, avec un peu de courage et de raison, attache le grelot pour que les timides et les indifférens se rallient aux bons principes. Tôt ou tard l'Académie en viendra là, si les efforts ne tiédissent de la part des bien intentionnés. Nous aurons soin de temps à autre de stimuler leur zèle, car après tout nous n'avons en vue que la dignité d'un corps savant envers qui nos récriminations peuvent être un peu vives, mais n'ont qu'un but honorable et désintéressé.

— *L'Echo de Vésone*, journal de Périgueux, dans son numéro du 1er octobre, donne le texte d'une adresse des habitans des communes du canton de Beaumont (département de la Dordogne) à M. le docteur Borchard, médecin à Bordeaux, qui, ainsi que nous l'avons dernièrement dit, leur avait porté les secours de la médecine pendant l'épidémie de suette miliaire qui, cet été, les a décimées.

Ce document, si honorable pour M. Borchard, est conçu dans les termes de la plus chaleureuse gratitude, et revêtu des signatures de MM. les maires, des membres des conseils municipaux et des notables habitans, représentant une population de près de 7,000 âmes. Il est suivi d'une lettre de M. le préfet de la Dordogne, qui joint ses éloges et ses remercîmens à ceux de ses administrés.

— Le morceau de verre extrait par M. Baduel (*voir* le dernier numéro) était de 2 centimètres de longueur sur 5 millimètres d'épaisseur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 octobre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Bégin, en envoyant l'exposé de ses travaux, écrit pour annoncer sa candidature à la place vacante par le décès de M. Larrey.

— *M. Leymarie* écrit dans le même sens pour la place vacante par le décès de M. Double.

— *M. Eusèbe de Salles*, qui a envoyé un mémoire sur la peste d'Orient, écrit pour demander que ce travail soit renvoyé à la commission des prix Montyon. Dans cette lettre, nous remarquons le passage suivant sur la non-contagion de la peste :

« Les deux dernières années ont été semblables aux quatre ou cinq qui les avaient précédées : la peste a sévi fort régulièrement dans la Basse-Egypte et dans la Syrie malgré des quarantaines très sévères et malgré l'organisation à la Marseillaise des lazarets de Beyrouth et d'Alexandrie. Au contraire, le reste de l'empire turc, et notamment Constantinople et Smyrne, ont été exempts de peste, malgré la négligence notoire avec laquelle le système quarantenaire y a été pratiqué. Tout le monde sait, par exemple, que le jeune sultan a toujours fait mettre en liberté tous les quarantenaires en les assimilant aux prisonniers ordinaires sur lesquels il voulait répandre des grâces impériales à l'occasion de quelque grand événement. Sous le règne de Mahmoud, la quarantaine n'avait reçu qu'une ébauche d'organisation. Ces faits ne démontrent-ils pas avec une nouvelle évidence que l'omnipotence atmosphérique est toujours la condition la plus appréciable et même la principale condition de la propagation de la peste ; son origine première est due à l'effet complexe de la condition atmosphérique et des localités. »

— *M. Civiale* adresse un mémoire sur l'anatomie pathologique des rétrécissemens de l'urètre. Dans ce travail, l'auteur a examiné trois questions importantes, savoir : quels sont les états morbides qui constituent les rétrécissemens urétraux ; à quels états matériels ceux-ci donnent lieu quand on les néglige ; à quels désordres exposent, dans le traitement, les préceptes établis par les ouvrages de chirurgie.

Aucune de ces questions n'avait été approfondie jusqu'ici, dit M. Civiale, parce que les faits manquaient. En réunissant ceux qui existent dans les livres, ceux que m'a fournis depuis vingt ans une pratique très étendue, et ceux que j'ai récemment recueillis dans les riches musées de Londres, j'ai pu espérer d'y porter enfin quelque lumière.

1° Généralement on suppose que la lésion organique qui constitue le rétrécissement est une production accidentelle développée à la surface interne du canal, dont elle diminue le calibre, et on se propose de détruire cette production. J'ai prouvé qu'au lieu de siéger à la surface du canal, l'altération, quoique variable suivant les cas, occupe l'épaisseur de ses parois ; que la membrane muqueuse la recouvre, et ne diffère même pas sensiblement de ce qu'elle est sur les points non atteints. Cette seule démonstration fait ressortir les vices des méthodes de traitement accréditées, qui ne peuvent détruire la production morbide qu'en détruisant les parois elles-mêmes de l'urètre.

2° Le siége des rétrécissemens n'avait point été déterminé avec précision. On le plaçait surtout à la partie membraneuse de l'urètre. J'ai démontré qu'on n'en rencontre point dans cette portion du canal. D'où il suit qu'en portant sur elle le caustique ou l'instrument tranchant, comme on le fait si souvent, c'est sur les parties saines et non sur les points malades qu'on agit.

3° Jusqu'ici les mêmes moyens ont été appliqués à tous les rétrécissemens sans distinction de siége. J'ai établi que ceux-ci n'étant pas de même nature au méat urinaire, à la partie spongieuse et à la courbure sous-pubienne, c'est-à-dire dans les trois points où ils se rencontrent le plus souvent, la méthode à suivre ne saurait être la même dans tous les cas.

4° On avait remarqué depuis long-temps que, parvenus à un certain degré, les rétrécissemens produisent des effets fort différens, même dans des cas en apparence analogues ; mais on n'avait pas saisi la cause de cette différence. J'ai fait voir que cette cause tient à l'état auquel passe la vessie, qui tantôt s'atrophie, tantôt s'hypertrophie, distinction de la plus haute importance sous le point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, puisque les lésions qui surviennent dans la partie profonde de l'urètre ne sont et ne sauraient être les mêmes dans les deux cas.

5° On pense généralement que les principales altérations organiques existent dans la portion rétrécie de l'urètre. J'ai mis en toute évidence que cette opinion est fausse, que les désordres les plus importans sont ceux qui surgissent derrière la coarctation. Cette donnée a beaucoup de portée ; car, faire connaître le véritable siége du mal, c'est mettre à même de l'atteindre, ou s'il est déjà réfractaire, conduire à ne pas tourmenter un malheureux malade par des moyens qui ne font qu'ajouter à ses souffrances quand ils n'abrègent pas ses jours.

6° Ce n'était pas seulement le siége, mais encore la nature des désordres survenus dans la partie profonde de l'urètre, derrière le rétrécissement, qu'il fallait déterminer. C'est ce que je crois avoir fait, en déroulant le long tableau des phlegmasies chroniques qui envahissent cette région du canal, le col et le corps de la vessie, des ulcérations, des abcès, des infiltrations urineuses qui en sont la conséquence, de l'ampliation des parties membraneuse et prostatique de l'urètre, de la dilatation des conduits prostatiques et séminifères, enfin des états morbides de la prostate et du col vésical, si peu connus jusqu'ici et pourtant si dignes de l'être, en raison surtout des changemens qu'ils impriment à la direction du canal excréteur de l'urine. Les faits que j'ai recueillis ont fait disparaître ce qu'il y avait de plus vague et de plus incertain dans cette importante branche de la pathologie chirurgicale et mis sur la voie de prévenir ou au moins de diminuer les accidens de la pratique ordinaire.

7° Je me suis surtout attaché à faire ressortir les désordres qu'entraînent le cathétérisme et les divers agens curatifs employés contre les rétrécissemens. Il suffit, en effet, de promener ses regards sur les collections des pièces pathologiques pour être frappé de la fréquence des fausses routes au col de la vessie et dans la partie de l'urètre située derrière le rétrécissement, alors même qu'on croirait être dans l'impossibilité de s'égarer. Mais en signalant de tels malheurs, l'anatomie pathologique enseigne à les prévenir.

— *M. Coze*, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse la lettre suivante : « J'avais l'intention de soumettre à l'Académie des sciences une série d'expériences destinées à expliquer quelques actions spéciales des substances médicamenteuses ; mais plus on s'avance dans le champ des expériences, plus on s'aperçoit de la nécessité de varier et de multiplier ce genre de recherches, afin de bien assurer les conclusions que l'on pourrait en tirer.

Je remets à un autre temps l'honneur de soumettre ce travail à votre illustre compagnie ; je me bornerai dans cette lettre à indiquer les idées que m'a fait naître l'étude de certaines classes d'agens employés en médecine. Je crois :

1° Que les substances volatiles introduites dans l'économie, tendent à être éliminées par les organes qui donnent dans l'état physiologique des sécrétions gazeuses ou des vapeurs, c'est-à-dire par les poumons ou par la peau.

2° Que les substances qui renferment des principes identiques à ceux qui font normalement partie d'une sécrétion, sont éliminées par les organes qui président à cette sécrétion.

3° Que les substances qui entrent dans la composition d'un organe, étant données comme médicament, se portent vers ce même organe.

4° Que, parmi les matières étrangères à la constitution normale des solides et des fluides de l'économie animale, il en est qui obéissent dans leur action à ce que l'on pourrait appeler leur caractère chimique général, qu'ainsi des substances acides sont rejetées par les sécrétions acides.

J'espère que cette manière d'envisager l'action de certains médicamens pourra ouvrir une nouvelle voie aux recherches à faire sur la matière médicale.

Nota. Une erreur s'est glissée dans notre dernier compte-rendu de l'Académie des sciences. M. Le Roy-d'Etiolles ne conteste pas à M. Mercier l'invention de sa sonde évacuatrice; seulement, d'une part, M. Mercier affirme que c'est faute d'avoir pris connaissance de sa sonde à double courant, que M. Le Roy lui a adressé les reproches contenus dans sa précédente lettre; d'un autre côté, M. Le Roy demande que l'Académie se prononce sur quelques questions de priorité relatives aux maladies de la prostate et soulevées entre M. Civiale, Mercier et lui.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Altération particulière de l'extrait de rhubarbe; par M. H. Reinsch.

Il y a déjà long-temps que M. Landerer a fait l'observation que du vieil extrait de rhubarbe moisi avait pris une forte odeur de storax. M. H. Reinsch a vérifié ce fait sur de l'extrait de rhubarbe liquide et couvert d'une couche de moisissure, dont la préparation datait de plusieurs années, et qui avait bien pu rester enfermé pendant trois ans dans un flacon, sans que celui-ci fût ouvert. Il a soumis l'extrait liquide à la distillation; il a obtenu alors dans le récipient une eau légèrement trouble, avec une assez grande quantité de petites gouttes d'huile: le produit de la distillation avait une odeur prononcée de storax et une réaction neutre. L'agitation avec de l'éther, qui s'est alors légèrement coloré en jaunâtre, lui a enlevé cette odeur, et, après l'évaporation du dissolvant, il n'est resté que quelques petites gouttes d'une huile aromatique, à odeur très forte de storax, mais qui était très volatile, puisqu'au bout d'une heure il n'a plus été possible de sentir d'odeur sur le verre de montre où elle se trouvait.

Cette odeur de storax dans l'extrait de rhubarbe moisi provient donc de la formation d'une huile particulière. On découvrira vraisemblablement, par la suite, un plus grand nombre de ces huiles dues à la putréfaction des matières végétales. Cette huile de rhubarbe pourrait donc avoir de l'analogie avec l'huile à odeur de musc, découverte par M. J. Rossignon dans les prunes gâtées, et à laquelle il a donné le nom de *maloïle*. (*Journ. de Pharm. et de Chim.*, août 1842.)

Moyen pour accélérer la croissance des cheveux.

Pr.	Feuilles de laurier concassées,	60 grammes.	
	Girofle,	8	id.
	Alcoolat de lavande,	125	id.
	Alcoolat d'origan,	125	id.

Faire digérer pendant dix jours à une douce chaleur, puis ajoutez :

Ether sulfurique, 15 grammes.

Après quelque temps de contact, passer avec expression et filtrer.

Cette teinture, dont la formule est due à M. Landerer, professeur à Athènes, a été employée avec beaucoup de succès par ce praticien, qui lui attribue une grande efficacité et la prescrit toujours avec confiance. (*Bucher's Repertorium*, t. XXII.)

FAITS DIVERS.

Cas de rhumatisme anomal; observation recueillie par M. le docteur Ressayre.

M. B.-D., âgé de quarante ans, d'un tempérament sanguin, était depuis trois jours tourmenté de coliques violentes compliquées de vomissemens et de déjections alvines; le pouls était rare, concentré; la langue saburrale, la soif modérée, l'urine abondante et naturelle. Ces accidens, loin de se calmer, acquirent encore plus d'intensité sous l'influence des bains, des sangsues à l'anus, des fomentations émollientes et narcotiques sur le ventre et de dix centigrammes d'extrait aqueux d'opium. Le pouls, plus large, plus fréquent, plus dur, réclamait une saignée qui fut pratiquée abondante, et qui, comme tout l'appareil antiphlogistique, fut absolument inutile. Les opiacés, administrés sous toutes les formes, ne furent pas plus efficaces, et déjà le malade se trouvait dans une position embarrassante et dangereuse, lorsque M. Ressayre apprit de lui que souvent des phénomènes semblables s'étaient manifestés, surtout au printemps; qu'ils avaient constamment résisté à toute espèce de médication, et que leur cessation avait toujours coïncidé avec l'apparition de douleurs dans les extrémités inférieures.

Cette particularité fut un véritable trait de lumière. Quoique le malade n'eût pas ressenti, du moins en apparence, des douleurs bien tranchées de goutte ou de rhumatisme, cette double affection se rencontrait chez plusieurs membres de sa famille. Plus de doutes alors sur la nature de l'affection, sur la nécessité d'opérer un déplacement, et d'attirer au dehors les accidens qui existaient à l'intérieur et compromettaient la vie du sujet. Des cataplasmes fortement sinapisés sur les genoux, des frictions avec la teinture de cantharides et l'éther acétique au voisinage des malléoles, déterminèrent une rubéfaction vive, un gonflement inflammatoire, et dès ce moment les coliques furent moins intenses, les vomissemens et la diarrhée cessèrent, une diaphorèse abondante s'établit, et, au bout de huit jours, le malade commençait à marcher. La convalescence ne fut entravée par aucun accident, et la santé ne tarda pas à être pleine et entière.

(*Exposé des trav. de la Soc. de méd. de Toulouse.*)

Accidens causés par des semences d'anis mélangées de semences de ciguë.

M. B..., âgé d'environ quarante-cinq à cinquante ans, faisait souvent usage d'une infusion d'anis préparée avec 8 grammes de semences pour 500 grammes d'eau, et l'ingestion de cette boisson lui réussissait parfaitement.

Il y a quelques mois, s'étant trouvé indisposé, il fit faire son infusion ordinaire, mais il n'obtint pas de son remède accoutumé le succès qu'il en attendait; il éprouva au contraire, après l'avoir pris, des symptômes qui alarmèrent ceux qui l'entouraient. En effet, l'usage de l'infusion détermina, cette fois, un malaise extrême, à la suite duquel on observa le ralentissement du pouls, le refroidissement des extrémités et d'autres accidens; mais tous ces symptômes cessèrent après des vomissemens qui furent très abondans.

Un médecin qui ayait été appelé ayant dit que les symptômes avaient la plus grande analogie avec ceux d'un empoisonnement, M. B... en fut effrayé, et fit examiner secrètement les restes des mets qui avaient été servis sur sa table le jour où il s'était trouvé indisposé; mais l'examen de toutes ces diverses substances prouva qu'elles ne contenaient aucun principe toxique.

M. B... était donc tout à fait rassuré, lorsque, pour combattre une indisposition qui lui est ordinaire, il eut de nouveau recours à son infusion d'anis. Cette fois encore, l'infusion détermina tous les accidens qui avaient été déjà observés précédemment, mais avec plus d'intensité. Cependant de prompts secours parvinrent à les faire céder. Dès lors l'attention dut être portée sur les produits qui avaient servi à préparer l'infusion, et M. B... adressa à M. A. Chevallier une certaine quantité des semences, de l'eau et du sucre qu'on avait employés.

L'examen de l'eau et du sucre démontra que ces deux substances ne renfermaient rien de vénéneux; mais il n'en fut pas de même des semences d'anis, parmi lesquelles il fut facile de constater l'existence de semences de ciguë (*Conium maculatum*, L.), reconnaissables aux cinq côtes cannelées que présente chaque péricarpe, ou moitié du fruit.

Il est facile de se rendre compte de la présence des fruits de cette dernière plante, si l'on se rappelle que la grande ciguë croît parfois dans les lieux cultivés, et qu'ainsi son herbe chargée de fruits aura pu être récoltée en même temps que les pieds d'anis.

Quoi qu'il en soit, ce fait démontre clairement la nécessité que les personnes qui débitent les plantes ou parties de plantes destinées à servir de médicamens, possèdent le degré d'instruction nécessaire pour reconnaître la nature des produits qu'elles délivrent au public. S'il en eût été ainsi, la semence d'anis vendue à M. B... eût été reconnue comme altérée, et le marchand eût pris soin de la monder avant de la donner. (*Journ. de Chim. méd.*, 1842.)

Solutum hydrargyré pour le traitement de diverses maladies de la peau; par M. le docteur F.-E. Plisson.

Pr.	Bichlorure de mercure,	10 à 50 centigrammes.	
	Chlorure de potassium,	10 à 50	id.

On fait dissoudre ces deux sels dans une quantité suffisante d'alcool et on étend ensuite la solution dans

Eau distillée, 600 grammes.

Ce médicament est appliqué à l'aide de petits carrés ou de bandelettes de papier vélin fort et épais, qu'on imbibe bien et dont on recouvre les parties malades.

Ces applications, qu'on renouvelle trois ou quatre fois par jour, réussissent très bien dans plusieurs affections de la peau. M. Plisson les a employées avec succès contre l'eczéma, l'herpès proprement dit, la gale, et également dans quelques cas de pemphigus chronique; il se félicite aussi d'y avoir eu recours dans diverses variétés de l'impétigo et de l'acné. L'ordre des papules est avantageusement combattu par ces topiques si simples; aussi ce praticien les recommande-t-il avec confiance contre le lichen et le prurigo.

Mais c'est surtout contre les affections cutanées d'origine syphilitique que leur action bienfaisante se prononce avec le plus d'évidence, surtout si on en seconde l'effet par des bains de même nature administrés deux ou trois fois par semaine, et par l'administration à l'intérieur des mêmes solutiums à la dose d'une cuillerée à bouche, matin et soir, dans une tasse de tisane appropriée. Il est entendu que, pour ce dernier usage, la solution doit être au maximum d'hydrargyration ci-dessus indiquée.

On a pu remarquer que la dose du bichlorure de mercure est citée comme pouvant varier d'un à cinq décigrammes dans ce soluté; c'est qu'il est nécessaire d'en agir ainsi; car il se trouve, en effet, des sujets dont la peau est tellement irritable qu'on n'y peut faire que des applications extrêmement peu actives. La nature de l'affection et le degré d'irritation des tégumens sont encore, comme on le conçoit aisément, des raisons qui obligent le praticien à faire varier, selon les circonstances, la proportion du bichlorure de mercure qui fait la base active de cette préparation.

M. Plisson fait observer que lorsque l'inflammation cutanée est très vive, il recourt fréquemment, et cela avec des avantages marqués, au liniment oléo-calcaire du Codex, qu'il recommande de ne point décanter, mais au contraire d'agiter chaque fois qu'on en doit faire usage. L'idée d'avoir recours à cette préparation lui a été suggérée par l'espèce d'analogie que présentent certaines phlegmasies aiguës et limitées de la peau avec les phénomènes des brûlures, dont bien souvent ce liniment modifie très heureusement la marche.

Enfin, il termine sa note en rappelant les bons résultats que l'on obtient d'ordinaire dans le traitement de ces sortes de maladies en administrant, de temps en temps et avec méthode quelques purgatifs légers. Il choisit de préférence ces purgatifs dans la classe des sels neutres, et il leur fait presque toujours associer avec avantage 2 à 3 centigrammes au plus de tartre stibié. Dans tous les cas, il fait prendre le tout en lavage seulement, c'est-à-dire dans une grande quantité de véhicule, à des intervalles assez éloignés pour n'avoir d'effets sensibles que sur le foie et les intestins.

(*Journ. des conn. méd. prat.*, juillet 1842.)

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 15 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 123, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Résumé de tous les cas principaux qui se sont présentés pendant l'année scholaire 1841-42.—Considérations pratiques sur les faits les plus intéressans. (Suite.)

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Ces maladies forment une classe extrêmement nombreuse: 117 exemples en ont été recueillis chez les hommes seulement.

Ces 117 cas ont été partagés ainsi, savoir; 5 cystites chroniques, 1 paralysie de la vessie, 6 tumeurs prostatiques, 22 rétrécissemens de l'urètre, 2 balanites, 1 cas de végétations, 1 cas de chancres, 1 cas de bubons, 1 phymosis, 5 paraphymosis, 8 blennorrhagies, 1 cas d'inflammation dans la région de l'aine simulant une hernie, 8 varicocèles, 27 orchites, 21 hydrocèles, 3 hématocèles, 4 sarcocèles.

Cystite. Nous ne dirons rien de cette affection qui a été si bien étudiée; nous ajouterons seulement que souvent la cystite est le signe de désordres organiques dont cette maladie n'est pas le plus important.

Paralysie de la vessie. Autant cette maladie était commune autrefois, autant elle est devenue rare aujourd'hui; cela en est même arrivé à ce point, que quelques chirurgiens nient l'existence des paralysies de la vessie. Ces deux opinions nous paraissent également exagérées. S'il est vrai de dire qu'il est fort rare de trouver la vessie paralysée, il faut ajouter qu'on en rencontre cependant quelques cas. Ces malades présentent les symptômes suivans: la prostate explorée n'offre aucun signe d'engouement, le canal de l'urètre n'est ni rétréci, ni obstrué; il semble qu'aucun obstacle ne s'oppose à la libre sortie de l'urine, et cependant il est de toute impossibilité au malade de l'expulser. Si l'on comprime l'hypogastre l'urine sort aussitôt. Le cas de cette année nous montra tous ces caractères. On appliqua au malade un vésicatoire sur l'hypogastre, et on lui apprit à se sonder lui-même.

Tumeurs prostatiques. Les six malades atteints de cette maladie ont été soumis tous au même traitement; des bains généraux fréquens leur ont été donnés, on leur a fait porter une sonde à demeure, ou bien on a répété le cathétérisme autant de fois qu'il était nécessaire; on a administré à l'intérieur le bi-carbonate de soude, l'eau de Vichy, les tisanes de saponaire, d'uvaursi, contre l'état catarrhale de la vessie, et la moyenne de la durée du traitement a été de dix-huit jours. L'un des six malades présenta tous les signes rationnels du cancer de la prostate. La sonde, introduite dans l'urètre, labourait, au niveau de la glande, une masse fongueuse, et quand le malade urinait pour la première fois après le cathétérisme, il rendait des flocons de matière encéphaloïde facilement reconnaissable.

Ce que nous venons de dire des paralysies de la vessie, on pourrait le répéter des tumeurs cancéreuses de la prostate. Autrefois les pathologistes les regardaient comme très communes; on admet généralement aujourd'hui qu'elles sont fort rares. La raison de cette différence se trouve suffisamment établie par cette considération, qu'autrefois toutes les tumeurs fibreuses étaient réputées squirrheuses, cancéreuses; aujourd'hui que le diagnostic a acquis un plus grand degré de précision, les prétendus cancers ont considérablement diminué.

Ainsi, à notre époque, pour prononcer qu'il y a cancer, il faut qu'on puisse sentir par le rectum une tumeur bosselée, que cette tumeur s'accompagne de tous les symptômes qui caractérisent l'engorgement de la prostate; de plus, que la sonde donne le sentiment d'un corps traversant des masses qui se déchirent, que des flocons de matière fongueuse soient rendus par les urines, et qu'enfin tous les accidens de la cachexie cancéreuse se manifestent. Ce n'est pas qu'il ne puisse y avoir cancer de la prostate sans que tous ces symptômes se montrent parfaitement dessinés; mais toujours est-il que ce sont là les conséquences qu'ils entraînent, et qu'on peut toujours les reconnaître à l'un ou l'autre ou à plusieurs de ces signes réunis.

Rétrécissemens de l'urètre. — 22 cas de rétrécissement de l'urètre ont été observés, et, sur ce nombre, trois cas ont entraîné la mort. Quand nous disons que trois malades ont succombé à cette maladie, ce n'est pas à dire pour cela qu'ils soient morts par le fait même du rétrécissement, mais bien par suite des infiltrations urineuses, de toutes les conséquences du rétrécissement une des plus redoutables.

L'un des malades n'urinait que par des fistules; mais il a été de toute impossibilité de le sonder, il s'y est refusé constamment, et est sorti de l'hôpital quand on a voulu insister. Un autre encore s'est présenté avec des fistules. 17 ont été traités par la dilatation, 1 par les scarifications. La cautérisation n'a pas été employée.

On peut établir que les rétrécissemens urétraux sont à la fois, une maladie fort commune et d'un traitement extrêmement difficile. En général, ils sont constitués par un épaississement du tissu muqueux ou sous-muqueux, suite d'irritations prolongées, et l'on comprend que dilater un canal qui n'est rétréci que par cette cause, n'est pas chose fort difficile, mais qu'il n'en est pas de même quand il s'agit de l'empêcher de se rétrécir de nouveau. Ici, la difficulté est extrême pour ne pas dire insurmontable, et des récidives toujours nouvelles viennent faire le désespoir du malade et du chirurgien.

Les moyens employés pour combattre les rétrécissemens, sont: 1° la dilatation; 2° la cautérisation; 3° les scarifications.

La dilatation est employée depuis fort long-temps; c'est sans doute un moyen qui n'est pas à dédaigner, mais c'est plutôt un palliatif qu'un véritable traitement; car la dilatation n'empêche pas que le rétrécissement se reproduise.

La cautérisation est aussi un mode de traitement depuis long-temps en usage, mais qui n'avait pas été généralisé. On se sert le plus communément, pour pratiquer cette cautérisation, de l'azotate d'argent, et l'on voit tout d'abord quel est le but qu'on se propose en cautérisant le canal de l'urètre. Un rétrécissement est-il causé par des parties organiques, si l'on porte le caustique sur ces parties de manière à les détruire, il paraît rationnel de penser que le rétrécissement sera détruit dans sa cause et que par conséquent on l'aura guéri pour toujours. Mais il est une objection bien puissante à faire à cette théorie. Est-il possible de détruire par le caustique, ou autrement, du tissu vivant, sans qu'il en résulte une cicatrice? Assurément non. Ne voit-on pas alors que cette cicatrice va devenir la cause d'un rétrécissement nouveau. C'est pour cela que l'on a avancé que par ce moyen la récidive était sûre après la guérison, et que cette récidive était plus difficile à combattre que le mal lui-même, en ce sens que le tissu de la cicatrice était plus résistant que le tissu primitif, cause de la maladie.

M. Velpeau pense que ces objections ne sont peut-être pas fondées dans tous les cas, parce que, dit-il, on voit des brûlures dont la cicatrice n'entraîne pas avec elle tous les tissus voisins, et l'on peut supposer qu'il en est de même dans l'urètre.

La dilatation et la cautérisation ayant toujours été employées simultanément jusqu'à une certaine époque, les partisans de l'une niaient que l'autre entrât pour quelque chose dans le succès et réciproquement; mais aujourd'hui que l'engouement a disparu, les partisans de la cautérisation eux-mêmes ont renoncé à l'employer. M. Velpeau s'en sert cependant, mais dans un but tout autre que celui auquel on voulait arriver en la mettant en usage. Ayant remarqué que l'on modifiait fort avantageusement certaines maladies de la peau, l'eczéma, par exemple, en touchant cette peau légèrement. Sachant, d'un autre côté, qu'en agissant sur un rétrécissement on avait affaire au résultat d'une phlegmasie chronique, M. Velpeau a essayé si cela produirait un effet identique dans l'urètre. Depuis 1828, un assez bon nombre de malades se sont bien trouvés de cette pratique.

En général, voici comment on traite les rétrécissemens à la Charité. Le canal est d'abord dilaté successivement jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la sonde n° 5; alors toute la surface est légèrement cautérisée, puis on introduit les bougies n. 6, 7 et 8; on cautérise, on continue la dilatation, on touche encore légèrement; puis la dilatation est reprise jusqu'aux n. 14, 15; enfin le volume des sondes est diminué graduellement; bientôt le temps lui-même pendant lequel le malade doit porter

FEUILLETON.

CRITIQUE MÉDICALE.

Observations faites dans les Pyrénées pour servir à l'étude des causes du crétinisme; par M. G. MARCHANT. (Thèse pour le doctorat.) In-4°. Paris, 1842.

Il n'est pas de voyageur, observateur et attentif, ayant parcouru les Pyrénées, qui n'ait été frappé des dissemblances nombreuses que présentent la conformation physique, les habitudes morales et les facultés intellectuelles de leurs habitans. Chaque vallée, et dans une même vallée, chaque village offrent un type nouveau, souvent bizarre, toujours inattendu; ici la nature humaine dans toute sa richesse, sa vigueur, sa beauté, son intelligence; là dégradée, abrutie, traînant misérablement une existence en proie aux plus dégoûtantes infirmités. Ce spectacle est digne assurément de l'intérêt du médecin qui, comme le voyageur, n'a pas le droit de se borner à une contemplation stérile ou à une description plus ou moins éloquente; mais qui est poussé par sa mission toute bienfaisante vers l'étude des causes d'un tel état de choses et la recherche des moyens d'y mettre un terme. C'est ainsi que notre jeune confrère, M. Marchant, a compris le rôle du médecin dès son premier pas dans la carrière. Né au milieu des populations pyrénéennes si variées, si complexes, présentant des types si divers et si étranges, de bonne heure il a senti que l'observation médicale attentive pouvait jeter quelques lumières sur cet intéressant sujet, et c'est au résultat de ses recherches qu'il a voulu consacrer sa dissertation inaugurale, l'une des meilleures que nous ayons lue. L'étude des causes du crétinisme et du goître a été l'objet principal de M. Marchant, et, d'après ses recherches, il a cru pouvoir établir une série de propositions, quelques-unes neuves et lui appartenant en propre, quelques autres confirmatives des opinions d'autres observateurs; d'autres enfin en opposition avec des idées émises dans ces derniers temps. Ne pouvant suivre l'auteur dans les développemens dans lesquels il est entré, je me bornerai à l'énoncé des faits les plus saillans contenus dans ce travail.

Après avoir suivi la population pyrénéenne dans toute la longueur de la chaîne, il pose comme résultat que la conformation physique de ses habitans varie selon la position géographique des villages; elle est plus avantageuse sur les hauteurs et dans le voisinage de la plaine, qu'elle ne l'est dans les vallées profondes et entourées de hautes montagnes. Ainsi le type physique des habitans du centre de la chaîne est moins régulier, moins beau que le type physique des Pyrénéens qui occupent l'extrémité orientale et surtout l'extrémité occidentale de cette chaîne de montagnes; entre ces deux extrémités et le centre, la taille de l'homme et sa constitution se trouvent dans certains rapports déterminés avec l'élévation des montagnes et la profondeur des vallées qu'elles circonscrivent.

Entre la conformation physique des Pyrénéens et leur aptitude intellectuelle, existe un rapport direct, constant et qui ne se trouve en défaut que dans des localités placées dans des conditions exceptionnelles, telles que les eaux thermales. Deux grandes catégories peuvent être établies dans cette population: l'une habite les hauteurs et le voisinage des plaines; l'autre les vallées basses et profondes. Voyons, d'après M. Marchant, quelques traits comparatifs de l'organisation physique et intellectuelle de ces deux groupes.

Les montagnards de la première catégorie sont généralement bien constitués. Ils se distinguent moins par leur stature élevée, que par les proportions parfaites qu'ils présentent dans les formes du corps et des membres. Chez eux, le crâne est volumineux et se courbe avec harmonie dans toutes ses lignes, tandis que le front, très large, se prolonge vers un sommet élevé; leur visage est très allongé, et il se termine par un menton en pointe; leur nez est prononcé, aminci et en général aquilin; ils ont des yeux noirs, bien fendus, très grands, et des sourcils arqués, épais, et qui le plus souvent se réunissent à la racine du nez. Ils ont la peau généralement fine et douce, des cheveux noirs ou brun foncé, une barbe épaisse; ils deviennent chauves de très bonne heure, mais plus particulièrement au sommet du front. Ces Pyrénéens sont forts, très agiles et très capables de lutter avantageusement contre les causes des maladies. Ils sont doués d'un ardent amour de la liberté; c'est à peine si, de nos jours, ils se soumettent aux obligations des lois du royaume sur les points qui régissent d'une manière directe les intérêts de leurs localités. La nature n'a pas moins favorablement traité les femmes que les hommes de ces contrées pyrénéennes. La beauté de celles du Béarn, des pays Basques, du Bigorre et du Roussillon est devenue proverbiale. La générosité, la bienfaisance et la fidélité sont pour les Pyrénéens des vertus familières. Plus attachés que les habitans des Alpes au sol et à la véritable indépendance, ils ne méritèrent jamais qu'on leur appliquât ce proverbe si connu: *Point d'argent, point de Suisses.* Jamais leur liberté ou leur courage ne furent échangés contre de l'argent. L'esprit poétique de ce peuple, son imagination exaltée et romanesque, sa douceur et sa sociabilité l'ont rendu très religieux. Comme ombre à ce tableau, M. Marchant fait ressortir quelques défauts propres à ces habitans. Ils sont ardens et impétueux pour les plaisirs, auxquels ils sacrifient trop souvent les lois du devoir et de la justice. Très légers, mobiles dans leurs projets, incapables d'attention soutenue, emportés et vaniteux, il se distinguent des autres habitans du Midi de la France par une habitude d'expressions figurées, par des phrases longues, rapides et sans intervalles. Tant d'exagération, un idiome mâle et expressif, ne suffisent pas cependant à ce peuple; il s'efforce, en outre, de parler par les mains, la figure, les yeux, et par des intonations très variées de la voix.

Comparons maintenant à ce tableau celui que présentent les Pyrénéens de la seconde catégorie, c'est-à-dire ceux qui habitent les vallées basses et profondes. Tout annonce ici une race d'hommes dégnénérée. Leur taille est généralement au-dessous de la moyenne, et les membres disproportionnés, donnent à leur personne une apparence commune et trapue. Les jambes de ces montagnards sont courtes et grosses, tandis que leurs extrémités thoraciques semblent avoir une longueur démesurée. Leurs pieds sont plats, larges et très gros; ils sont fortement débordés en arrière par le calcanéum, qui, à en juger par la largeur du talon, serait en même temps plus étendu transversalement chez ces individus que chez ceux de la première catégorie. Leur visage est large,

ces sondes est abrégé peu à peu, et en dernier lieu on apprend aux malades à se sonder eux-mêmes, leur recommandant de le faire une fois par semaine pendant plusieurs mois. Il est rare qu'un rétrécissement ordinaire ne cède pas à l'emploi bien suivi de ce genre de traitement.

Quant aux instrumens divers imaginés pour les rétrécissemens, M. Velpeau les regarde comme inutiles. Ce qui fait que dans les hôpitaux on compte infiniment moins de succès qu'en ville, c'est que jamais les malades sortis dans de bonnes conditions de guérison, ne se donnent la peine, chez eux, de se sonder pendant long-temps encore ; du moment où ils urinent facilement, ils se considèrent comme définitivement guéris, et ne s'occupent plus autrement de leur maladie jusqu'à ce que la récidive les ramène de nouveau à l'hôpital.

Les scarifications, dont on s'occupe beaucoup depuis une dizaine d'années, se partagent en deux prétendues nuances qui n'existent réellement que dans les mots. Les uns ont appelé mouchetures ce que les autres nommaient scarifications, et voilà tout. Quoi qu'il en soit, ces scarifications ou ces mouchetures, comme on voudra les nommer, ne sont point à rejeter dans la pratique ; elles peuvent rendre de grands services, et spécialement dans ces rétrécissemens ligneux qui surviennent à la suite de cicatrices. Dans cette espèce de rétrécissement, la modification des surfaces malades ne serait évidemment pas suffisante ; tandis que si on fend ces cicatrices, si l'on scarifie en un mot, en joignant à cette opération la dilatation convenablement graduée, on a de nombreuses chances d'élargir le canal. Les rétrécissemens par cicatrices ne sont pas les seuls qui soient bien guéris par les mouchetures ; ceux qui reconnaissent pour cause des brides ou des valvules, disparaissent parfaitement aussi au moyen du traitement par les scarifications et la dilatation combinées. Seulement ce sont des procédés qu'on a peu l'occasion d'employer ces rétrécissemens, étant de tous les plus rares. Sur les 22 malades reçus atteints de rétrécissement, un seul a présenté cette variété ; la maladie occupait la portion spongieuse de l'urètre.

Balanite, végétations, chancres, bubons. — Ces différentes maladies n'ont rien offert de particulier.

Phymosis. — Nous n'en avons vu qu'un cas. M. Velpeau opère le phymosis par en bas, au frein ; tantôt il embrasse la partie avec une pince et excise un petit lambeau en forme de V ; tantôt il s'en tient à une fente du côté du frein. Il a remarqué que le pansement ordinaire nuisait, et il ne veut pas non plus que l'on renverse le prépuce, parce qu'il a vu que les lèvres se roulaient toujours de manière à ne pouvoir se réunir comme on pourrait le craindre.

Paraphymosis. — Nous en avons recueilli 5 cas : 2 avec chancres, 1 par masturbation, et 1 cas de gangrène qui a cédé aux scarifications.

Blennorrhagie. — Elle a été traitée par le copahu, le cubèbe et les injections, comme à l'ordinaire.

Inflammation dans l'aine. — Nous avons eu un cas d'inflammation du cordon, qui présentait ceci de curieux qu'il simulait parfaitement une hernie.

Varicocèle. — Sur les 8 cas, 3 ont été opérés par la ligature sous-cutanée, et tous 3 ont très bien guéri.

Orchite. — 27 observations d'orchites ont été recueillies pendant cette année, et sur ces 27 cas, 25 fois la blennorrhagie avait précédé ; 2 malades seulement portaient des tubercules dans les testicules.

Dans certains cas il est bon de traiter l'orchite par le copahu et le cubèbe ; mais il est un moyen bien extraordinaire et bien efficace dans les orchites aiguës : nous voulons parler des piqûres de lancette employées par M. Velpeau. Quand ces piqûres sont aidées par le repos, les bains et les purgatifs, la guérison est des plus rapide.

Il a paru fort bizarre de proposer de donner des coups de lancettes dans un scrotum très enflammé : il est pourtant démontré à M. Velpeau, ainsi qu'à tous ceux qui ont été témoins de l'emploi de ce moyen, que, de tous les traitemens, il n'en est pas qui soulage aussi promptement le malade. De même que dans l'inflammation du poumon il y a presque toujours épanchement dans la plèvre, de même dans l'inflammation du cordon, du testicule et de ses enveloppes, il y a toujours un peu de liquide épanché que l'on voit sortir par les piqûres.

Ce qu'il y a de positif, c'est que par tous les autres traitemens l'orchite aiguë met de vingt à trente jours pour guérir, et qu'avec les piqûres le terme moyen du temps nécessaire pour arriver à la guérison est de dix à douze jours environ. De plus, il faut remarquer que ce traitement par la lancette n'a aucun inconvénient, et qu'il peut être mis en pratique même par une main peu expérimentée, car en supposant que l'on vienne à enfoncer la lancette par trop avant de façon à piquer le testicule, il n'en pourrait résulter rien de fâcheux. C'est une opération certainement beaucoup plus simple qu'une saignée, elle n'est nullement dangereuse, cause peu de douleur ; on peut l'employer à toutes les périodes de la maladie, elle soulage beaucoup et sur-le-champ les malades, surtout quand il y a du liquide, parce que la tension est aussitôt diminuée ; elle évite les sangsues, et enfin abrége le traitement. Voilà un grand nombre de raisons qui nous paraissent suffisantes pour justifier la préférence que M. Velpeau lui accorde sur toutes les autres médications. Jamais on n'en emploie d'autres à la Charité.

Hydrocèle. — Nous avons eu 22 exemples d'hydrocèle de la tunique vaginale ; 1 seul cas était une hydrocèle enkystée du cordon.

L'hydrocèle existe presque toujours avec un engorgement du testicule ou de l'épididyme, quand cet engorgement est léger, ce n'est pas une contre-indication à l'opération. Il n'en est pas de même quand cet engorgement est considérable ; d'autres circonstances se réunissent d'ailleurs pour empêcher alors le chirurgien de pratiquer l'opération. En effet, si l'engorgement est arrivé à un certain degré de force, on a peine à se défendre de croire à l'existence d'une tumeur de mauvaise nature, et comme alors l'indication est de ne pas opérer parce qu'il est certain qu'on ne guérira pas, on ne pratique pas l'opération, et l'on est ainsi conduit à une juste contre-indication par un diagnostic erroné. Quand on a sous les yeux un engorgement phlegmasique ou par hypertrophie ou tuberculeux, on conçoit que le traitement de l'hydrocèle est le traitement de l'engorgement lui-même. Il est arrivé, dans plusieurs des cas que nous avons observés cette année, que l'engorgement concomitant a guéri avec l'hydrocèle, et ceci ne doit pas surprendre si l'on considère que dans la tuberculisation du testicule, alors qu'elle n'est encore que commençante, l'injection iodée est réellement le meilleur de tous les remèdes à employer, puisque l'iode détruirait cet engorgement même à travers la peau, et qu'ici cet iode est en contact immédiat avec l'organe malade. Toutes ces raisons ont porté M. Velpeau à avancer depuis tantôt douze années que l'engorgement simple du testicule n'était pas une contre-indication à l'opération de l'hydrocèle.

Quant à la nature de l'injection, sans aucun doute l'injection vineuse est déjà bonne, mais l'injection iodée vaut certainement mieux. C'est avec une grande surprise, dit M. Velpeau, que j'ai vu, dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Blandin avancer que l'injection iodée ne réussissait qu'une fois sur deux, et je n'ai pu penser qu'une de ces deux choses, ou qu'il y avait erreur dans le compte-rendu, ou que M. Blandin ne prenait pas les précautions nécessaires, et ne pratiquait pas comme nous le fesons ici ; car je n'ai pas vu encore un seul cas manquer depuis que j'en fais usage. Il est certain qu'un homme qui avait été quatre fois opéré par le vin, le fut par l'iode et guérit ; pourtant on ne peut pas nier avoir vu obtenir de nombreuses guérisons par le vin, l'eau salée, la solution de nitrate d'argent, celle de potasse, etc.

Seulement il est important d'établir d'abord que l'injection iodée réussit tout autant que tous les liquides connus et employés jusqu'ici, et que, de plus, elle a l'avantage sur le vin de ne point exiger d'être chauffée, et de ne pas faire une nécessité de la laisser 5 à 10 minutes pour être obligé ensuite de recommencer. L'injection iodée n'exige rien de tout cela ; il est vrai de dire encore que l'injection vineuse produit plus de douleur que celle faite avec l'iode, ce qui tient très probablement à la chaleur et à la distension prolongée qu'éprouve la tunique vaginale. A la suite de l'injection vineuse, il y a de la fièvre, l'inflammation est vive, elle demande souvent l'application de compresses trempées dans le vin, de cataplasmes ou même de sangsues ; l'iode, au contraire, provoque très peu de réaction, jamais on n'est forcé de recourir aux moyens ci-dessus. D'un autre côté, la résolution arrive aussi vite avec l'iode qu'avec le vin ; cette résolution n'arrive pas dans le même espace de temps pour tous les individus, mais le malade n'a bientôt plus besoin de précautions, et il guérit très bien. L'injection vineuse a enfin un inconvénient véritablement sérieux, nous voulons parler de l'inflammation gangréneuse ; quand du vin vient à s'infiltrer entre la tunique vaginale, il se développe alors une gangrène rapide qui a causé la mort de plus d'un malade. Il peut encore arriver que le vin revienne entre la canule et la plaie d'entrée. Si ces accidens arrivent avec la teinture d'iode, on peut affirmer que cela est rare, plusieurs fois M. Velpeau a eu des raisons de penser que l'injection s'était infiltrée entre les enveloppes, jamais il n'a vu survenir cette gangrène de la peau qui peut compromettre la vie du malade. Cela, comme on le comprend, est d'une haute importance.

Pour résumer ce parallèle entre ces deux espèces d'injections, on doit dire que l'injection iodée a d'abord autant d'avantages que l'injection vineuse, qu'en outre elle nécessite moins d'embarras ; elle a plus de simplicité, et elle paraît avoir plus de sûreté sous plusieurs rapports : toutes considérations qui permettent de lui accorder la préférence sur l'injection vineuse.

Hématocèle. — Trois cas ; l'un a été traité par l'injection iodée ; un autre était compliqué d'engorgement avec dégénérescence : après l'injection, la tumeur a persisté ; le troisième a été traité par de larges incisions : le malade a succombé.

Sarcocèle. — Sur 4 cas, 1 seul a été opéré ; mais comme il porte des tumeurs jusque dans le ventre, il doit nécessairement mourir de cette affection.

Abcès urineux. — Les abcès urineux sont une maladie sur laquelle on doit s'arrêter, tant est grand l'intérêt qu'ils présentent.

Ces abcès reconnaissent un grand nombre de causes ; tantôt ils sont liés à une maladie du rein, tantôt à une maladie de la vessie ou de l'urètre, d'autres fois ils accusent un état pathologique de l'urètre. Ainsi, un homme entre à l'hôpital, n'allant pas à la garderobe, ne pouvant uriner ; M. Velpeau constate qu'il est difficile de pénétrer dans l'anus ; la sonde ne trouve rien, seulement la vessie est étroite ; au bout de quelques jours des symptômes cérébraux se manifestent ; il meurt trois jours après. On trouva à l'autopsie une perforation de l'urètre par une épingle dont la tête était dans le colon et la pointe dans l'urètre, et cette pointe d'épingle avait été le noyau d'un calcul gros comme une noix ; il y avait une infiltration purulente près du rectum, pas de cavité, mais beaucoup de plaques lardacées.

Il est des signes précieux pour le diagnostic dans ces sortes d'abcès, et ces signes découlent de la contexture anatomique des parties, de telle sorte qu'on peut, à la disposition de l'abcès, à sa position, reconnaître de quelle lésion il est le symptôme.

Si l'on suppose, par exemple, une éraillure derrière la prostate, il est certain que la suppuration se rendra sous le péritoine, parce qu'elle se sera ouvert une route au-dessus de l'aponévrose ano-pubienne ; il y aura même deux variétés, la lésion étant au niveau de la prostate ; car le pus pourra aussi se trouver entre l'aponévrose pelvienne et l'aponévrose moyenne. Si la lésion a lieu au col de la vessie, l'abcès se formera dans le petit baisin, et tuera le malade sans que rien puisse être aperçu.

Dans le cas où le mal a son point de départ dans l'urètre, deux classes d'abcès pourront se développer :

Ou bien la lésion occupera l'espace compris entre la pointe de la prostate et la portion bulbeuse, alors l'infiltration marchera vers la peau qui recouvre ces lames aponévrotiques décrites sous le nom de *fascia sous-cutanées* ; l'abcès aura d'abord son siége au voisinage de l'anus, puis aux bourses s'il devient diffus.

Ou bien encore, le mal occupera la portion membraneuse : on sentira alors une bosselure que se prolongera en avant en

---

court, très plat, remarquable par la saillie des os malaires et la longueur des arcades zygomatiques ; leur bouche, entourée de lèvres épaisses et pendantes, désagréablement ouverte entre un nez épaté et un menton court, arrondi, fuyant de bas en arrière. Leur crâne, moins volumineux que chez les premiers, manque toujours de symétrie et présente des dégradations saillantes. C'est dans cette partie de la population, dont le tempérament est généralement lymphatique et scrofuleux, que les goîtreux et les crétins se trouvent presque exclusivement. On peut même ajouter que les individus qui sont épargnés par la première de ces affections ont tous, en général, le cou très gros et très court. Les caractères intellectuels et moraux de ces populations sont dans un rapport exact avec leur conformation physique. Rien ne rappelle ici cette activité incessante, cette fierté des habitans de la première catégorie. Tout, au contraire, chez ces malheureux, respire l'indolence et l'apathie la plus absolue ; c'est à peine s'ils pensent à s'abriter contre les intempéries des saisons, et à se garantir des nombreuses influences locales capables d'altérer gravement leur santé. Leurs facultés intellectuelles sont très bornées ; mais, en revanche, ces montagnards sont rusés, rampans, très enclins au vol et à la débauche.

De ce coup-d'œil d'ensemble sur les populations pyrénéennes, M. Marchant croit pouvoir établir qu'une conformation irrégulière, qu'un défaut d'harmonie entre les membres et le tronc, ne seraient que les premières empreintes du crétinisme. Cette affection n'est pour lui qu'une exagération, un degré plus avancé des traits physiques et intellectuels qui distinguent les Pyrénéens de la seconde catégorie. De telle sorte qu'il lui semble possible d'étudier, dans les Pyrénées, le crétinisme dans sa marche d'évolution, ce qui devrait favoriser les recherches sur l'étiologie de cette affection.

Mais cette étude étiologique est rendue très difficile par le nombre et la diversité des conditions hygiéniques défavorables qui entourent les habitans chez lesquels s'observent le goître et le crétinisme. N'y a-t-il qu'une seule cause, ou bien faut-il tenir compte de l'ensemble de ces conditions ? M. Marchant adopte la dernière opinion, après avoir renversé toutes les causes uniques admises par les divers auteurs, telles que l'influence des races, de certaines eaux, etc. Un fait très curieux, que l'auteur a développé avec soin, est celui-ci : Dans les Pyrénées, partout où la végétation est très riche et très puissante, la constitution physique de l'homme se dégrade. N'y a-t-il là qu'un simple rapport de coïncidence, ou bien, une végétation trop vigoureuse peut-elle exercer une influence fâcheuse sur les populations qui vivent au milieu d'elle ? M. Marchant hésite à se prononcer, et l'on doit lui savoir gré de sa réserve.

L'exposition des localités et des habitations ne lui semble pas exercer une grande influence comme cause du goître et du crétinisme ; cette exposition est souvent la même dans des villages et des maisons dont les uns abondent en goîtreux et en crétins, tandis que les autres sont épargnés par ces deux affreuses maladies ; cette exposition est quelquefois, au contraire, différente dans plusieurs localités habitées par des populations qui présentent entre elles les plus grandes analogies physiques, intellectuelles et morales.

Mais l'humidité du sol, celle de l'atmosphère lui semblent jouer un très grand rôle dans la production du goître et du crétinisme ; il assure que cette condition hygiénique peut être considérée comme une de celles qui coïncident le plus fréquemment, dans les Pyrénées, avec la présence du goître et du crétinisme, quoiqu'elle manque cependant dans quelques villages dont les habitans sont décimés par ces affections. La malpropreté, la misère, une alimentation de mauvaise nature ou insuffisante, étant des conditions hygiéniques communes à toutes les localités des Pyrénées, l'auteur ne peut pas les regarder comme des causes déterminantes du goître. Les influences incontestables sur la santé de l'homme doit faire ranger ces conditions hygiéniques parmi les causes prédisposantes.

Enfin, une des causes auxquelles il attribue la plus grande importance dans la production du goître et du crétinisme, c'est la funeste habitude où sont les habitans de chaque village de ne s'allier que fort rarement à ceux d'un village voisin ; de là doit nécessairement résulter, à la longue, la dégradation de la population, et cette cause a été assez puissante pour qu'il ne soit pas très rare de rencontrer des crétins parmi les descendans de quelque famille noble et riche présentant les conditions hygiéniques favorables pour résister aux causes de cette maladie.

Tel est en substance le travail de M. Marchant, qui offre un intérêt réel et sur lequel il a su répandre un charme de style et d'exposition remarquable. Comme il l'annonce, d'ailleurs, avec modestie, cette dissertation n'est qu'une pierre d'attente pour un travail plus complet, mieux élaboré, présentant des matériaux plus nombreux et plus certains résultant d'une observation plus longue. On ne peut que l'encourager dans cette résolution fort louable ; chercher à soustraire une portion notable de la population pyrénéenne au fléau qui la décime et la dégrade, est une tâche qui doit sourire à une jeune et généreuse ambition.

B. B.

Onguent manganico-soufré.

Pr.	Soufre sublimé porphyrisé,	8	grammes.
	Peroxide de manganèse,	8	id.
	Savon blanc,	8	id.
	Axonge,	30	id.

M. et F. S. A. un onguent bien homogène.

Ce médicament est employé avec avantage contre le porrigo.

M. Banger a conseillé contre la même affection la préparation suivante dont il fait le plus grand cas :

Pr.	Litharge,	60	grammes.
	Alun calciné,	15	id.
	Calomélas,	15	id.
	Axonge,	1000	id.
	Térébenthine de Venise,	250	id.

M. et F. S. A. un onguent parfaitement homogène.

(*Arch. der pharm.*, 1842.)

cylindre, le liquide sera emprisonné, puis l'engorgement pourra traverser toute l'épaisseur du scrotum, de manière à rejeter les testicules de côté, et même à passer au-devant d'eux. On a vu certains cas dans lesquels l'abcès remontait jusqu'aux aisselles.

Si la lésion a lieu plus en avant que précédemment, le bourrelet suivra la verge et arrivera jusqu'au gland. M. Velpeau l'a vu une fois.

Toutes ces données sont des plus utiles ; elles indiquent où il faudra porter le bistouri dans tel ou tel cas. Dans tous il faudra agir promptement. Il découle encore de ces considérations ce grand principe, à savoir : que les inflammations sont gouvernées par l'arrangement des tissus, par la contexture des organes. Quant au dernier précepte que donne M. Velpeau, d'agir vite dans tous les cas, on verra qu'il est justifié pleinement, si l'on réfléchit que les inflammations urineuses étant gangréneuses et destructives, c'est surtout en leur présence qu'il est de nécessité de porter remède sur-le-champ.

(*La fin à un prochain numéro.*)

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Coup-d'œil sur les fièvres typhoïdes observées dans ce service ; par M. LHOMMEAU, interne.

Beaucoup de malades atteints de fièvre typhoïde ont été accueillis dans ce service ; il en est entré surtout un grand nombre pendant les vacances ; malheureusement je ne possède pas leur observation ; mais je sais que le résultat du traitement a encore été plus favorable que celui que je donnerai plus loin. (La totalité des admissions a été de 55, dont 10 décès.)

Dans le reste de l'année 30 observations ont été recueillies avec soin ; cependant, comme je n'admets pour conclure que ceux qui ont présenté *réunis* tous les caractères de la maladie bien prononcés et pendant assez de temps pour faire croire que les malades étaient sérieusement affectés, je réduirai ce nombre à 23.

Ce nombre d'observations pourrait nous fournir les matériaux d'un long article ; mais nous ne ferons que dire sommairement ce qu'il y a de plus saillant sous le rapport de l'étiologie ou des symptômes, et principalement du traitement, de ses résultats, de sa durée.

Nous n'avons recueilli d'observation que chez 2 femmes, dont l'une, âgée de vingt ans, a succombé avec des accidens cérébraux très intenses ; une autre, Suissesse, âgée de dix-neuf ans, à Paris depuis deux ans et demi, travaillant au tabac, et qui a guéri.

De tous nos hommes, pas un n'était de Paris, et à l'exception d'un charretier, qui avait quitté son village depuis quinze ans, et d'un autre dont le séjour datait de cinq ans, tous n'habitaient cette ville que depuis deux mois à trois ans. Tous avaient de quinze à trente-deux ans, excepté un homme, qui a succombé à quarante-un ans. Il en est entré 5 en juin, 5 en septembre, 3 dans chacun des mois de mai, de janvier et d'octobre, 2 en avril et 2 dans les mois de juillet et d'août. Ce sont des maçons et des charretiers qui ont été le plus maltraités (3 de chaque) ; les autres étaient de professions diverses : imprimeurs, cuisinier, clerc d'huissier, charpentier, cordonnier, terrassier, ciseleurs, sellier, boucher, etc. Ces hommes couchaient la plupart en chambrée de 4 à 8, soit isolément, soit deux à deux ; les uns dans des chambres étroites et mal aérées, d'autres dans des espaces plus convenables. Un seul a dit que déjà plusieurs de ses camarades avaient été transportés à l'hôpital pour un mal semblable au sien. Deux malades pouvaient rattacher le développement de leur maladie à l'action d'émotions morales tristes ; quelques-uns à des excès de travail, un autre à des privations ; enfin, le boucher, à l'usage de viandes avancées.

Nous ne dirons rien du mode d'invasion de la maladie, qui, chez quelques-uns a été brusque, mais qui, chez d'autres a été précédée de symptômes légers, pendant quatre à quinze jours.

Nous parlerons brièvement des symptômes ; nous dirons seulement qu'ils ne nous ont pas fourni les moyens d'établir des formes bien distinctes de la maladie. Tous ont présenté de la stupeur et une adynamie plus ou moins profonde qui, chez quelques-uns a été remplacée plus tard par de l'ataxie. Chez le plus grand nombre, le siége principal du mal a été le ventre ; chez deux malades, la rate formait une volumineuse tumeur ; chez quelques autres, le poumon a été plus ou moins gravement compromis. Un de nos malades est mort avec une pneumonie ; mais le râle sibilant a été loin de se trouver constamment au début de la maladie. A part un cas d'érysipèle excessivement grave, et de quelques cas de gangrène, les phénomènes fournis par la peau ont été des sudaminas et des taches typhoïdes qui n'ont pas manqué.

Tous nos malades ont été soumis au traitement par les purgatifs, précédés en général d'un émèto-cathartique, et aussi, chez quelques-uns, à la fin, par quelques toniques. Le traitement a commencé, à une époque variable du début, du deuxième au quinzième jour ; six avaient été saignés avant leur entrée.

Un des effets remarquable et constant du vomitif (émétique) a été la guérison immédiate de la céphalalgie. Deux ou trois fois seulement elle n'a été que beaucoup diminuée. Chez quelques-uns elle a reparu plus tard, mais sans intensité remarquable.

Le résultat final a été satisfaisant, mais là il ne faudrait pas se fier à une statistique aveugle et brutale ; en effet, 6 de nos malades sur 23 sont morts, ce qui fait à peu près 1 sur 4 ; mais une fille qui a succombé avec de graves accidens nerveux et de légères lésions cérébrales, n'a point été soumise au traitement ; elle était entrée le huitième jour de l'invasion. Un second devait être compté prrmi les succès ; car les plaques étaient en voie de cicatrisation, et il était convalescent depuis plusieurs jours quand il s'est tué en deux par une indigestion.

Un troisième avait été guéri par M. Delarroque, et il était sorti de ses salles depuis quelques jours, quand il est rentré avec un violent délire, et est mort le septième jour.

Il nous en reste donc trois chez qui la médication paraît avoir été impuissante ; mais il est bon de dire quelques mots de l'état de ces malades.

L'un est un jeune garçon de quinze ans, qui est entré le onzième jour avec du coma, du délire depuis six jours, la bouche noire, des soubresauts dans les tendons, des selles involontaires, etc., et il est mort le douzième jour de l'entrée avec des parotides, et il n'a pris que trois bouteilles d'eau de Sedlitz.

Un autre âgé de quarante-un ans, sous l'influence de peines morales, est entré le treizième jour dans le coma, avec des taches très nombreuses, un engouement pulmonaire considérable, des selles involontaires. Les premières évacuations avaient produit une amélioration qui ne s'est pas maintenue ; il est mort le septième jour de l'entrée.

Enfin, le dernier est mort d'une complication. C'est le boucher. Il était entré le huitième jour d'invasion, précédée de prodrômes pendant huit jours. Il était au neuvième jour du traitement quand il fut pris d'une pneumonie qui déjà était au second degré quand on la découvrit, le lendemain du jour où on l'avait ausculté avec soin, il fut saigné d'une palette, et sous l'influence de trois potions d'émétique à haute dose (0,60, — 1,2 et 1,3 gr.), il n'y avait plus guère que du râle muqueux, quand, cinq jours après la dernière potion, une perforation causa la mort.

Ces considérations améliorent singulièrement le chiffre des succès ; car il réduit le nombre des morts à 3, et ceux-ci sont entrés tard et dans un état peut-être incurable.

Le résultat est encore favorable sous le point de vue de la durée et de celle de la convalescence. En regardant les malades comme guéris quand ils mangent des soupes et le quart, le plus tôt guéri l'a été le sixième jour, les deux plus tard le vingt-cinquième et le trente-deuxième. Celui-ci avait eu un érysipèle avec récidive, des gangrènes, une hémorrhagie intestinale, etc. Les malades ont pu sortir de trois à dix-sept jours après leur guérison, et le plus grand nombre vers huit à dix jours.

PRISON DE SAINT-LAZARE.

Abcès tuberculeux de la marge de l'anus. Furoncle siégeant sur le métacarpe de la main gauche. Erysipèle phlegmoneux consécutif. Angeioleucite de l'avant-bras et du bras. Gangrène de la lèvre supérieure, du côté gauche. Mort. Observation recueillie et communiquée par M. Hypp. COSTILHES, médecin interne à Saint-Lazare.

Nôret (Marie), fille publique, âgée de trente-trois ans, d'un tempérament lymphatique, était envoyée à Saint-Lazare pour des végétations et des pustules plates à l'anus et autour de cet orifice ; elle portait en outre à la marge de l'anus un abcès tuberculeux, lorsque, peu de jours après son entrée, il lui survint au métacarpe de la main gauche un furoncle, qu'elle recouvrit de diachylon.

Le 24 janvier 1841 (quatre jours après le début du furoncle), elle est prise de symptômes généraux : céphalalgie frontale intense, fièvre, 100 pulsations, vomissemens bilieux, respiration accélérée, peau chaude, etc. A la visite du soir, je prescrivis de l'eau de Sedlitz et de la mauve miellée.

Le 25 janvier, le purgatif a déterminé trois selles ; nuit agitée, même état. Rien d'actif.

Le soir, à la visite, les vomissemens persistent. Je lui fais donner de l'eau de Sedlitz et un bain de pied sinapisé. J'enlève le diachylum qui recouvrait le furoncle, et je remarque à cet endroit une ulcération assez légère avec un peu de rougeur autour. Le dos de la main est tuméfié, douloureux. On y applique un large cataplasme. Diète, orge miellée, 2 pots.

Le 26, les vomissemens ont continué. La malade est tombée dans la prostration, sa face est pâle, altérée, le pouls fréquent, mou ; sa langue est couverte d'un enduit jaunâtre ; le dos de la main est plus tuméfié, plus rouge, plus douloureux. Il existe sur l'avant-bras, dans le sens de l'extension, des traînées rougeâtres, douloureuses à la pression. M. Boys de Loury, chirurgien, prescrit 20 sangsues au-dessus de la rougeur, vers le tiers inférieur du bras, et des cataplasmes arrosés d'eau de guimauve. Diète.

Le soir, à quatre heures, les vomissemens persistent, la prostration continue, l'érysipèle a fait des progrès. Je fais des frictions avec 4 grammes de pommade mercurielle, application continuelle de cataplasmes émolliens ; le pouls est petit sans être trop fréquent. Je prescris une potion gommeuse avec addition de 30 grammes de sirop de quinquina, tisane de quinquina.

Le 27, nuit agitée ; la malade est très faible et a vomi sa tisane ; les traînées rougeâtres, irrégulières, ont presque disparu ; l'érysipèle est dans le même état que hier. Cataplasmes; on donne toutes les deux heures une pilule composée de 1 décigramme de calomel et de 5 centigrammes d'aloès en poudre; on continue les frictions mercurielles.

Le 28, l'état général est beaucoup mieux, la malade a dormi. L'érysipèle de la main et de l'avant-bras tend à devenir phlegmoneux ; l'angéioleucite est toujours en voie de résolution. Même prescription que la veille.

Le 29, le pouls est fort, développé, la face meilleure, la main est d'un rouge brun, des phlyctènes se développent sur le dos de la main et s'étendent jusqu'au milieu de l'avant-bras. On suspend les frictions mercurielles ; deux pilules d'aloès et de calomel ; cataplasmes.

Le 30 janvier, la malade a eu des hallucinations cette nuit comme la précédente ; le pouls est moins fort, moins fréquent, la rougeur érysipélateuse a diminué d'intensité, les phlyctènes qui sont plus nombreuses contiennent une sérosité purulente. M. Boys de Loury fait une incision à la paume de la main, d'où il ne s'écoule que du sang, et quelques mouchetures sur le dos de la main. Cataplasmes arrosés d'eau de guimauve.

Le 1er février, la malade a passé une meilleure nuit, la langue est légèrement jaunâtre sur les bords et sèche et rude à son centre. Trois selles sans coliques ; la main et l'avant-bras sont moins gonflés, l'épiderme se détache par plaques. Même prescription ; on lui donne de plus 90 grammes de vin de quinquina.

Le 2 février, la langue est toujours sèche et rude, soif intense, selles provoquées par une des pilules mentionnées *ut suprà* ; la pommette droite est assez fortement colorée ; l'érysipèle de l'avant-bras s'est étendu et atteint le tiers supérieur du bras, qui est gonflé, chaud et douloureux ; la peau du dos de la main est décollée, et il existe manifestement en-dessous des fusées purulentes. Même traitement ; un bouillon dans la journée.

Le 3 et le 4 février, la langue et les dents sèches et brunâtres, inappétence, soif vive ; la main est un peu moins tuméfiée, la suppuration de bonne nature, le bras et l'avant-bras toujours rouges, douloureux et tuméfiés. On supprime les pilules, on continue le vin de quinquina ; trois bouillons.

Les deux jours suivans, l'état général est plus satisfaisant ; cependant la langue reste toujours jaune brunâtre. La malade a eu plusieurs selles diarrhéiques.

Le 8, le bras, l'avant-bras et la main continuent à bien aller ; mais l'érysipèle a gagné le moignon de l'épaule gauche, et s'étend jusque sur la poitrine. Vermicelle ; vin de quinquina.

Le lendemain, l'érysipèle de la poitrine s'est répandu sur une plus grande surface ; le bras est moins rouge, moins gonflé ; la peau de la main s'est complétement détachée, les tendons extenseurs des doigts sont à nu ; la face est colorée ; langue toujours sèche et jaune ; pas de dévoiement. Œufs ; vin de quinquina ; eau de Seltz coupée avec de la mauve miellée.

Le 11, la malade est prise de stupeur et de somnolence ; sa face est amaigrie ; les lèvres, les dents, la langue sèches et fuligineuses ; le pouls petit et fréquent. Les tendons des muscles extenseurs ont une tendance à s'exfolier. L'érysipèle de la poitrine est d'un rouge-jaunâtre caractéristique. Même traitement. On panse le dos de la main avec la poudre de quinquina.

Le 12, la stupeur est la même. La joue gauche, qui commençait hier à se tuméfier, est aujourd'hui d'un rouge légèrement jaunâtre ; l'érysipèle a gagné le bras droit et s'étend jusqu'au coude. Même état de la main ; la langue est dans le même état ; la soif est vive. (Prescription, *ut suprà*.)

Le 13, l'érysipèle couvre toute la face. La lèvre supérieure du côté gauche présente à l'extérieur un point noirâtre d'un centimètre de diamètre, et répand une odeur infecte caractéristique (odeur de gangrène). La langue est sèche, fuligineuse; l'haleine est fétide. Pas de dévoiement. L'érysipèle du bras droit est dans le même état qu'hier. Deux pots de limonade, avec addition de 20 gouttes de chlorure de soude. On panse la plaie avec la poudre de quinquina et de la charpie imbibée de chlorure de soude. Œufs ; vermicelle ; vin de Bordeaux, 60 grammes.

Le lendemain, l'eschare gangréneuse de la lèvre s'est étendue du côté de la joue gauche, de trois centimètres environ ; en même temps, il s'est formé au sacrum une eschare de même nature. L'état général est de plus en plus alarmant. Même traitement.

Le 15, la prostration est de plus en plus grande ; la malade a eu le délire toute la nuit. La gangrène de la face s'est accrue d'un centimètre. L'haleine est fétide. Le pouls est filiforme. La malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, et succombe le lendemain matin (16 février), après une longue agonie.

Autopsie 32 heures après la mort. — Raideur cadavérique assez prononcée ; la peau présente une teinte jaune générale ; odeur de gangrène répandue dans l'amphithéâtre.

Le poumon droit est sain ; le gauche présente dans son sommet une faible adhérence avec la plèvre costale, et une légère cicatrice au niveau de l'adhérence, autour de laquelle existent quelques points d'infiltration d'un gris-noirâtre : le reste du poumon est à l'état sain. Le cœur ne présente rien d'anormal. Le foie est un peu gras ; il graisse le scalpel. L'estomac, rempli de gaz, contient quelques cuillerées de vin de quinquina. Le péritoine et l'épiploon sont d'un rouge assez vif ; pas d'épanchement. L'ovaire gauche est transformé en une tumeur enkystée contenant une matière ressemblant beaucoup à l'encéphaloïde ; l'ovaire droit est ecchymosé.

Tout le côté gauche de la lèvre supérieure, la commissure et le tiers externe de la lèvre inférieure du même côté, sont convertis en un détritus gangréneux, de couleur brun-noirâtre, exhalant une forte odeur de gangrène. Les gencives du même côté présentent le même aspect.

On aperçoit sur le dos de la main gauche, les tendons des muscles extenseurs qui commençaient à s'exfolier.

Les grandes et les petites lèvres sont considérablement tuméfiées ; incisées, elles offrent manifestement l'aspect du tissu squirrheux. L'abcès tuberculeux de la marge de l'anus est parfaitement guéri.

La jambe et la cuisse droites présentent çà et là des traces de cicatrices anciennes, évidemment de nature syphilitique.

— Cette femme, comme la plupart de celles qui exercent la même profession, se livrait à la boisson et s'était beaucoup adonnée aux excès vénériens. Cette vie déréglée explique suffisamment l'état d'adynamie dans lequel cette malheureuse femme est tombée en quelques jours, et la gravité des symptômes auxquels elle a succombé.

Cette malade venait pour la troisième fois dans les infirme-

ries de Saint-Lazare. L'avant-dernière fois, elle y était entrée pour se faire traiter d'un chancre induré qui occupait le pubis, et qui a résisté à un traitement général antisyphilitique, et un traitement local consistant en des cautérisations fréquemment renouvelées au nitrate acide de mercure et au fer rouge.

Je termine enfin cette observation par un fait pratique digne de remarque, et voici plusieurs cas (quatre) qui viennent à l'appui de l'opinion que j'avance ici, et que j'ai déjà énoncée l'année dernière à la Société anatomique, lorsque je présentai le ganglion des lèvres de la femme Nôret; c'est que le plus grand nombre des femmes qui portent depuis long-temps des chancres indurés (chancres que j'appelle *chroniques*), et qui résistent à un traitement antisyphilitique bien entendu, succombent tôt ou tard à des affections graves, telles que phthisie pulmonaire ou laryngée, cancer de l'utérus, etc.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du chancre par le sulfate de cuivre et le cyanure de mercure; par M. Strohl.

Suivant l'auteur, il y a d'autant moins à craindre de voir apparaître des symptômes secondaires de syphilis, que les accidens primitifs de cette affection ont été combattus avec plus de promptitude. On arrive aisément à atteindre ce but en recourant à la cautérisation. Cependant il se rencontre parfois des circonstances où cette méthode n'est pas applicable, par exemple dans les cas où l'ulcère est d'une très grande dimension ou très fortement enflammé, etc.

Dans ces derniers cas, M. Strohl emploie le sulfate de cuivre. Il fait panser les ulcères, cinq ou six fois par jour, avec de la charpie imbibée d'une solution d'environ 75 milligrammes de ce sel pour 30 grammes d'eau. Les chancres simples, traités de cette manière, guérissent ordinairement dans l'espace de douze jours.

M. Strohl affirme que les chancres compliqués peuvent être guéris dans le même laps de temps, en se servant de la pommade suivante:

Pr. Cyanure de mercure, 10 centigrammes.
Axonge, 4 grammes.
Mêler exactement par trituration.

On étend cette pommade sur des linges dont la largeur doit être proportionnée à l'étendue des ulcères. Au commencement de cette médication, les douleurs sont parfois assez vives pour nécessiter d'enlever l'appareil au bout d'une heure ou deux, et d'appliquer une dose moins forte du médicament. Du reste, il faut noter que c'est surtout après une demi-heure ou une heure d'application que la douleur arrive généralement à son plus haut période d'intensité, et qu'ensuite, au bout de deux à trois heures, on la voit souvent céder entièrement.

Si le chancre est tendu et très douloureux, on remplace, après une application qui peut varier de quatre à dix heures suivant le degré de sensibilité du sujet, cette pommade par l'onguent mercuriel ou le cérat opiacé.

Lorsque les bords du chancre se sont affaissés, que son fond est devenu plus net, que la douleur est moins forte, la suppuration normale, ce qui peut arriver dès la première application du topique cyanuro-mercuriel, et ne doit jamais se faire attendre au-delà de la quatrième application, on achève le traitement par le sulfate de cuivre.

(*Oester. med. Wochenschrift*, 1842, n° 18.)

Emploi thérapeutique du spartium scoparium.

M. le docteur Kauser, de Mescritz, a employé avec succès l'infusion théiforme de *Spartium scoparium*, à la dose de deux tasses trois fois par jour, dans plusieurs cas de dartres humides qui avaient envahi toute la surface du corps.

Il se loue également de l'usage de ce moyen contre les ulcères sanieux chroniques des extrémités inférieures, et en général contre toutes les affections qui reconnaissent pour point de départ le vice strumeux. Mais, d'après lui, pour retirer tout l'avantage possible de cette médication, il est indispensable d'en faire prolonger l'usage pendant dix à quinze semaines au moins. (*Arch. der pharm.*, 1842.)

Chronique et Nouvelles.

Voici une nouvelle prussienne qui nous semble vieille au moins de deux cents ans.

Le ministère prussien vient de définir la liberté d'enseignement telle qu'elle est entendue par le gouvernement: « Aucun professeur ne pourra communiquer à ses élèves le résultat de ses recherches scientifiques avant que leur *vérité* ait été reconnue et déclarée par l'*autorité*. »

Nous avons l'irrévérence de trouver quelque peu outrecuidante cette nouvelle infaillibilité d'un gouvernement absolu; mais voyez, cependant, si une telle mesure pouvait être prise parmi nous et dans notre monde médical, que d'erreurs, que de sottises, que d'absurdités on éviterait à nos professeurs de débiter, aux élèves d'apprendre!

Nous votons pour la *vérité*, mois nous rejetons l'*autorité*.

— La ville de Rouen vient de faire une perte douloureuse: M. le Dr Vigné, le doyen de son Académie et dont tous les pauvres savaient le nom, est mort cette semaine après une maladie de trois jours. On doit à ce médecin un *Traité de la mort apparente* et un livre curieux sur les *inhumations précipitées* qui avait été imprimé plusieurs fois.

— Vingt-deux sœurs de charité vont partir pour Alger, où elles sont appelées à desservir l'hospice civil de la capitale de notre colonie africaine.

— Le congrès scientifique de Strasbourg a terminé ses travaux dans la séance générale de dimanche. Il résulte d'un travail statistique présenté par M. Silbermann, un des secrétaires généraux adjoints, avant la clôture de la séance, que le nombre des personnes qui ont envoyé par écrit leur adhésion à la dixième session du congrès est de 1,457; celui des membres qui ont retiré leur carte et qui ont assisté aux séances est de 1,008, dont 490 habitans de Strasbourg et 510 étrangers à la ville. Ces derniers se divisent ainsi d'après leur nationalité: Français 309, Allemands 139, Suisses 33, Italiens 11, Anglais 6, Belges 5, Russes 5, Hongrois 3, Polonais 2, Suédois 1, Norwégiens 1, Hollandais 1, Espagnol 1, Américain des Etats-Unis 1.

Le congrès a eu 11 jours de travaux actifs, 11 séances générales et 89 séances de sections (il a été donné lecture de 103 mémoires sur différentes questions du programme, indépendamment d'une foule d'autres notices moins importantes.

— On s'est plaint de ce que les eaux du canal de l'Ourcq, qui alimentent les bornes-fontaines de Paris, et qui sont distribuées dans un grand nombre d'établissemens publics et de maisons particulières, étaient imprégnées depuis hier d'une forte odeur de gaz qui a été attribuée à des infiltrations provenant de quelque usine.

L'administration municipale s'est empressée de rechercher la cause de cet état de choses, et il résulte des vérifications qui ont été faites, que la mauvaise odeur qui a donné lieu à de nombreuses réclamations, a été occasionnée par plusieurs barriques de goudron qui ont été répandues par accident dans le canal de l'Ourcq. Les mesures nécessaires sont prises pour remédier le plus tôt possible à l'inconvénient dont il s'agit.

— L'insuffisance des hôpitaux actuellement existans dans la capitale devient de plus en plus évidente. Les refus d'admissions se multiplient tous les jours, et pour des cas les plus graves. Pour procéder à quelques réparations urgentes à l'hôpital de la Charité, on a été obligé de renvoyer un certain nombre de malades en voie de traitement. Il est certain que les ressources nosocomiales ne sont plus en proportion, à Paris, avec la population, dont l'augmentation se fait tous les jours sentir.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

SUPPLÉMENT.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTANGÈRE. (Septembre 1842.)

I. *Recherches anatomiques, physiologiques, pathologiques et séméiologiques sur les glandes labiales;* par A. A. SÉBASTIAN, professeur à l'académie de Groningue.

A. *Partie anatomique et physiologique.* — Les glandes labiales, situées entre la couche musculaire des lèvres et la membrane muqueuse, sont très-nombreuses. M. Sébastian en a compté jusqu'à cinquante-sept dans une seule lèvre inférieure. Elles offrent une forme et une dimension variables. Leur volume est plus ou moins grand, suivant qu'elles existent en moins ou plus grand nombre, et paraît diminuer avec l'âge. Chaque glande est munie d'un conduit excréteur qui s'ouvre dans la cavité buccale. Quant à la nature de ces glandes, elle est encore peu connue. La plupart des anatomistes et des médecins les regardent, il est vrai, comme des glandes mucipares; mais on n'en a pas encore fourni la preuve irréfragable.

L'humeur des glandes labiales a été étudiée par M. Sébastian, à l'aide du microscope, et voici ce qu'il y a remarqué: « 1° Des parties membraneuses, transparentes, plus ou moins granuleuses, munies d'un ou de deux globules (noyaux); — 2° des globules (noyaux) isolés; — 3° de petits grains ou légères granulations. » L'auteur ajoute que ces parties distinctes se trouvent non-seulement dans l'humeur des glandes labiales, mais aussi dans la salive où il les a vues.

En dernière analyse, en considérant le lieu où siégent les glandes labiales, M. Sébastian est porté à croire, qu'elles constituent de vraies glandes salivaires, et qu'elles sécrètent de la salive.

B. *Partie pathologique et séméiologique.* — Les glandes labiales n'ayant pas encore été étudiées sous le rapport pathologique, nous croyons devoir entrer dans quelques détails sur cette partie du travail de M. Sébastian. Les altérations qu'il a observées dans ces glandes, sont les suivantes : 1° L'obstruction du conduit excréteur; 2° l'atrophie des glandes; 3° la tuméfaction avec hypérémie; 4° l'ulcération.

1° *Obstruction du conduit excréteur.* — Elle se présente sous deux formes distinctes : l'une de ces formes est constituée par une tumeur, dont la grosseur ne dépasse jamais le volume d'un pois, non douloureuse, sans chaleur, presque transparente, de couleur bleuâtre, contenant un liquide diaphane, aqueux et visqueux; on dirait une vésicule ou hydatis, dont le siége réside dans la substance de la lèvre. Du côté de la bouche, on distingue souvent dans la tumeur une petite tache non transparente. Ces tumeurs se développent assez vite, et dès qu'elles ont atteint leur plus haut développement, elles demeurent stationnaires, « sans cependant éprouver quelque altération marquante. » — Une simple ponction au moyen d'une épingle, suffit pour débarrasser les sujets de ces tumeurs. Toutefois deux ou trois ponctions peuvent être nécessaires. — M. Sébastian pense qu'on pourrait comparer ce genre d'altération à un autre « qui se manifeste quelquefois dans les reins, et dont le parenchyme disparaît à tel point, qu'il n'y reste plus qu'un kyste rempli d'un liquide urineux.»

L'autre forme, qui est la plus fréquente, se reconnaît à de petites tumeurs rondes, élastiques, plus ou moins transparentes, un peu blanchâtres et indolentes, ordinairement séparées les unes des autres; M. Sébastian en a compté depuis neuf jusqu'à quinze dans la lèvre inférieure. Ce n'est que dans un seul cas qu'il a appliqué un traitement. Il a ponctionné ces petites tumeurs avec une épingle et en a exprimé une matière épaisse et visqueuse.

2° *Atrophie des glandes labiales.* — Dans ce paragraphe l'auteur se borne à dire qu'il a constaté d'une manière certaine l'existence de cette atrophie.

3° *Tuméfaction avec hypérémie ou congestion sanguine, active ou passive.* — C'est l'altération qu'on rencontre le plus fréquemment. Elle est constituée par un grand nombre de légères éminences d'une couleur rouge-pâle, de forme ronde ou ovale, de la grosseur d'un grain de millet et au-delà. Chez plusieurs malades, ces petits grains ressemblent jusqu'à un certain point à une perle. En pressant ces glandes, on en fait sortir un liquide moins transparent que l'humeur ordinaire. Les vaisseaux de la muqueuse labiale sont en même temps gorgés de sang, souvent les glandes de la langue sont simultanément tuméfiées.

M. Sébastian a constaté la tuméfaction des glandes labiales, dans des cas de *dentition difficile*, de *duodénite* et d'*affection thyphoïde* chez les enfants ; et il croit pouvoir déduire des observations qu'il a faites, que la tuméfaction des glandes avec hypérémie «présente une valeur séméiologique, et qu'elle caractérise un signe de l'affection du duodénum et particulièrement des follicules de cet intestin.»

4° *Ulcération des glandes labiales.* — « Ces ulcères se présentent sous la forme de visicules ou de pustules, avec une ouverture comme une piqûre d'épingle, et environnées d'une aréole rouge remplie de quelques vaisseaux un peu variqueux.» D'après M. Sébastian, ces ulcères diffèrent des aphthes et du muguet. L'ulcération même de la langue, ajoute-t-il, mal qui se développe quelquefois comme un effet des aphthes, diffère également de celle des glandes, et consiste en ulcération superficielle, qui occupe assez souvent une grande partie du dos de la langue.

II. *De la cure radicale du varicocèle, par une nouvelle modification de la ligature. — Essai de cette ligature pour le traitement des tumeurs du testicule;* par M. A. VIDAL (de Cassis.)

Nous avons publié dans le courant de cette année plusieurs observations de guérison du varicocèle, obtenue par M. Vidal, à l'aide de quelques modifications qu'il a faites au procédé de M. Raynaud de Toulon (*Gazette des Hôpitaux*, 3 mars et 22 septembre 1842.) Nous avons alors indiqué ces modifications; nous n'y reviendrons pas aujourd'hui. Nous nous bornerons à rapporter ce que dit M. Vidal sur la ligature pour le traitement des tumeurs du testicule. Ce passage est assez intéressant pour que nous laissions parler l'auteur lui-même.

« Voici, dit M. Vidal, qui a déconcerté quelques chirurgiens et qui porte un rude coup aux idées généralement admises sur le traitement des tumeurs. Il est bien reconnu que la compression, l'oblitération des veines qui viennent d'une partie quelconque ou d'une tumeur, doivent augmenter leur volume et surtout ne doivent pas contribuer à les faire disparaître. Ainsi dans le traitement chirurgical des tumeurs, on a cherché à oblitérer les artères par la compression, par la ligature ou autrement, parce que les artères portent le sang ; mais on ne s'est jamais avisé de comprimer, de lier les vaisseaux qui rapportent ce sang, car la théorie, que dis-je? Les faits disent qu'en agissant ainsi, on favorise la stagnation du sang dans ces tumeurs, et par conséquent l'augmentation du volume de ces mêmes tumeurs. Mais je me suis dit : Il y a des faits et des théories pour toutes les idées, et l'analogie est plus puissante qu'on ne pense. Si, pour les tumeurs des testicules, surtout pour celles que je suppose très-veineuses, j'allais faire une application de la méthode que Brasdor a appliquée aux tumeurs anévrismales! Brasdor a paru d'abord absurde, quand au lieu d'empêcher le sang d'arriver dans l'anévrisme, il a, au contraire, favorisé son arrivée dans cette tumeur. Je risque d'être qualifié plus durement encore. Alors je me suis arrêté un instant, mais j'ai songé ensuite au hasard pour lequel les hommes sont plus indulgens que pour les chirurgiens, et j'ai fait ma première ligature des veines du testicule pour un cas de tumeur de cet organe avec varicocèle. J'ai donc opéré un varicocèle, personne n'avait rien à dire. Mais voilà que la tumeur a disparu au grand étonnement des chirurgiens orthodoxes. Maintenant donc que je n'ai plus à m'abriter, je fais, comme on fait toujours après le succès ; je répudie le hasard et je déclare que c'est par préméditation, et après y avoir mûrement refléchi, que j'ai pratiqué la ligature des veines du cordon spermatique pour favoriser la résolution des tumeurs du testicule. J'ai pensé que dans la composition de ces tumeurs, les veines étaient admises en grande quantité, et que, par l'oblitération des branches veineuses qui émanaient de ces tumeurs, j'arrêterais, je dérangerais, je modifierais profondément la circulation; de là la modification du sang, sa coagulation qui le plaçait dans des conditions favorables à l'absorption. Voilà un commencement de la théorie que je n'ai pas le temps de développer ici. D'ailleurs elle n'est pas entièrement créée et elle n'a pas encore assez de faits en sa faveur. Elle n'en compte que deux, celui qui a été rapporté dans le numéro 18 des Annales de la chirurgie, et celui qui sera exposé à la fin de ce travail.

« Je ne me bornerai pas à ces deux applications de la ligature. Dans le cas de tumeurs incurables du testicule et d'autres parties, qui se trouveront dans des conditions analogues, je me propose d'employer ce procédé. Il pourra alors recevoir deux applications : en effet, si la ligature ne détermine pas la fonte de la tumeur, si elle n'opère pas la guérison définitive, elle peut enrayer la maladie, empêcher son développement ultérieur, et si c'est une dégénérescence, mettre obstacle à une propagation lointaine. Dans tous les cas, elle peut être préparatoire à une extirpation, créer plus de chances de réussite à cette dernière opération. Alors il ne faudra pas seulement lier les veines, mais le cordon testiculaire en entier, canal déférent, artère spermatique, tout compris. L'innocuité des ligatures que j'ai déjà faites me fait présager un résultat aussi satisfaisant pour la ligature que j'appellerai *en masse*.

» On va objecter qu'une pareille ligature atrophiera nécessairement le testicule. Cet argument prouvera qu'on croit à une grande influence de la ligature sur la nutrition de l'organe; elle peut donc profondément modifier cette nutrition quand elle aura été déviée. Ensuite je puis répondre que la ligature en masse ne sera faite que dans les cas où le testicule est très-compromis; ainsi, dans les cas de vrais squirrhes et même dans les affections tuberculeuses, je ne crois pas qu'on puisse raisonnablement espérer de sauver le testicule et de le voir reprendre ses fonctions. On sait que dans les dégénérescences il arrive que le mal marche du testicule vers le bassin, en prenant pour conducteurs les divers canaux qui composent le cordon spermatique. Eh bien! par une ligature de celui ci, on oblitère ces canaux ; on coupe dans la voie de transmission. Le testicule par le fait de cette ligature aura déjà subi une espèce d'isolement. Son extirpation sera donc plus facile, plus prompte, car je doute qu'alors il y ait une lésion d'artère assez importante pour nécessiter une ligature.

» On le voit, ici se reproduit une nouvelle application de mes principes sur les *opérations en plusieurs temps*. Ces principes déjà exposés dans mon livre, seront un jour développés dans un travail que je destine à l'Académie royale de médecine.

» Pour revenir à la ligature dont il a été question, je répéterai que je n'ai que deux cas de succès ; or quand on n'a que deux faits pour appuyer un nouveau moyen, une nouvelle doctrine sur le traitement des tumeurs, on doit être réservé.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. (24 septembre, 8 octobre 1842.)

Mémoire sur les abcès du poumon; par F.-A. ARAN, interne des hôpitaux.

M. Aran donne le nom d'abcès du poumon à toute collection de pus dans une cavité accidentelle, formée aux dépens de cet organe par la séparation ou la destruction de ses molécules, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'ait produite. Il divise ces abcès en 1° abcès *phlegmoneux*, et 2° abcès *diathésiques* (*métastatiques*), c'est-à-dire symptomatiques de la diathèse purulente. Nous aurions pu, ajoute-t-il, établir une troisième espèce d'abcès du poumon, les abcès *tuberculeux*, c'est-à-dire ceux qui succèdent au ramollissement des tubercules pulmonaires ; mais comme nous regardons ce ramollissement comme le résultat de l'inflammation du tissu pulmonaire qui entoure le produit accidentel, nous placerons ces abcès parmi les abcès phlegmoneux.

1° *Abcès phlegmoneux.* — Ils peuvent être le résultat d'une inflammation simple du poumon, ou bien d'une inflammation déterminée par la présence de corps étrangers.

a. — *Abcès phlegmoneux proprement dits.* — Il est assez rare que la pneumonie se termine par des collections purulentes dans le tissu pulmonaire. Sur plusieurs centaines de sujets atteints d'inflammation pulmonaire, Laennec n'a rencontré que 25 ou 26 cas de collections de pus dans le poumon, dont 5 ou 6 seulement ont été vérifiés par l'autopsie; M. Chomel n'en a rencontré que deux fois; MM. Louis, Andral et Grisolles n'en ont eu chacun qu'un exemple ; M. Lallemand en a rapporté, il est vrai, 4 cas, mais il en est 2 au moins qui ne sont pas concluants. Sur 70 pneumonies que M. Mercier a observées à l'hôpital des vieillards (hommes), il n'en a rencontré que 3 cas. Toutefois M. Gendrin en rapporte 3 exemples dans son histoire anatomique des inflammations, et il a pu en obtenir 2 en 1839 dans son service à l'hôpital de la Pitié. M. Aran ajoute qu'il tient de ce médecin qu'il ne se passe pas d'année qu'il n'en ait obtenu 2 ou 3 exemples.

Quoi qu'il en soit, le nombre, la forme et le volume de ces abcès varient beaucoup. Le liquide qu'ils contiennent est tantôt du pus de bonne nature, du pus phlegmoneux, crémeux, jaunâtre, épais, inodore ; tantôt c'est du pus séreux, floconneux, rougeâtre, ou une matière d'une horrible fétidité, jaune ou jaune brunâtre, ou même une sanie noirâtre. Dans quelques cas, la matière s'étant ouvert une issue dans les bronches, le foyer est entièrement vide. Le plus souvent ces abcès ne contiennent que du liquide; quelquefois, au contraire, ils contiennent des flocons, des lambeaux de tissu cellulaire, les uns libres, les autres adhérents. Enfin, dans quelques circonstances ils renferment une certaine portion de tissu pulmonaire infiltré de pus, mortifié et ne tenant plus au reste de l'organe que par des prolongements cylindriques formés par des vaisseaux oblitérés.

Les parois de ces foyers sont plus ou moins ramollies, plus ou moins rougeâtres, plus ou moins altérées; elles sont quelquefois plus solides et présentent des saillies formées par les ramifications des bronches et des vaisseaux pulmonaires. Dans quelques cas, la matière est renfermée dans un véritable kyste. Il peut encore arriver qu'on trouve les parois du foyer véritablement frappées de gangrène; M. Aran en rapporte un exemple extrait de la Clinique médicale de M. Andral (tome 2, page 299).

Les portions du poumon qui entourent le foyer se présentent sous des états divers, mais qui, en général, se rapprochent beaucoup de la pneumonie au troisième degré, de l'hépatisation grise, dont les abcès ne sont, au reste, qu'une nuance, qu'un dernier terme. Presque toujours c'est au milieu d'une portion du poumon ainsi enflammé que l'on trouve des abcès.

La plèvre échappe rarement à la propagation de l'inflammation; le plus souvent on y trouve un épanchement, de fausses membranes avec ou sans adhérences; souvent la plèvre sert de paroi au foyer; et dans quelques cas elle peut se sphacéler.

Les abcès que nous étudions étant le résultat de la phlegmasie du tissu pulmonaire, comme celle-ci est beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche, on ne doit point être étonné que ces foyers aient été plus souvent observés dans le poumon droit que dans le poumon gauche. Ils siégent le plus souvent dans le lobe supérieur.

Quant à l'élément anatomique primitivement affecté, il paraît bien démontré que c'est le tissu cellulaire.

La cicatrisation du poumon est aujourd'hui un fait bien constaté; mais il n'est pas facile de déterminer comment s'opère cette cicatrisation. Il est probable que les parois de l'abcès se rapprochent, contractent des adhérences, et que le tissu pulmonaire est froncé autour de ce point, surtout lorsque l'abcès est superficiel. Il paraîtrait que l'adhésion peut encore se faire par l'intermédiaire d'une masse cartilagineuse. Mais tel n'est pas toujours le mode de guérison des abcès du poumon. Dans un cas observé par M. Gendrin, on trouva une petite excavation qui aurait pu contenir un œuf de pigeon qui communiquait avec les bronches, ne renfermait aucun liquide, et dont les parois étaient fibro-cartilagineuses. Il n'y avait, du reste, aucune trace de tubercules dans les poumons.

La suppuration des poumons ne s'accompagne d'aucun des symptômes généraux que l'on observe si souvent dans les suppurations des parties extérieures. Les symptômes sont à peu près ceux de la pneumonie au troisième degré; on comprend toutefois que l'expectoration doit se trouver modifiée suivant que l'abcès s'est ouvert dans les bronches ou que le foyer est resté circonscrit dans le poumon.

Le traitement est celui de la pneumonie; seulement lorsqu'on a reconnu l'existence du foyer purulent, il faut mettre le malade à l'usage d'une nourriture succulente, d'un régime fortifiant, des toniques, afin de le placer dans une situation telle qu'il puisse suffire aux frais de la cicatrisation du foyer purulent; les émissions sanguines, pratiquées à cette époque, non-seulement n'auraient aucune efficacité sur la marche de la maladie ; mais encore elles courraient risque d'entraver le travail de la nature.

B. *Abcès phlegmoneux produits par des corps étrangers.* — Les tubercules, les calculs, développés dans le poumon, sont les seuls produits morbides qui puissent donner lieu à des abcès de cet organe. On comprend toutefois que certaines affections d'un organe voisin puissent également déterminer la suppuration du poumon.

2° *Abcès diathésiques* (*métastatiques*) *du poumon.* — Dans ce chapitre sont discutées les principales questions de l'infection purulente, dont nous nous sommes récemment occupés assez longuement dans ce journal. Nous n'y reviendrons donc pas. Nous nous bornerons à citer le paragraphe suivant :

« En résumé, dit M. Aran, les abcès diathéliques du poumon, comme ceux des autres organes, ne reconnaissent pas pour cause l'introduction du pus dans le système circulatoire : 1° Parce que cette introduction est matériellement impossible dans l'immense majorité des cas; 2° parce que, fût-elle démontrée, elle n'amènerait pas la production d'abcès métastatiques, ainsi que cela résulte de nos expériences et de l'expérience de plusieurs observateurs. Il faut donc chercher la cause de ces collections purulentes dans une tendance générale à la formation du pus dans les solides et dans les liquides de l'économie, dans une véritable diathèse purulente, dont la cause, comme celle de la plupart des diathèses, nous échappe et nous échappera probablement toujours. »

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (octobre 1842.)

I. *Mémoire sur les effets thérapeutiques du Monésia*; par M. ADRIEN, D. M. à Crécy (Seine-et-Marne).

M. Adrien a étudié dans ce travail les effets du monésia, 1° dans les cas de cholérine; 2° dans le dévoiement causé par la dentition; 3° dans la dyssenterie; 4° dans l'entérite.

1° *Cholérine.* L'auteur déclare que depuis près de trois ans qu'il emploie le monésia contre la cholérine qui règne chaque année, au retour des chaleurs, dans l'arrondissement de Meaux, « il a toujours vu ce précieux médicament guérir promptement, sûrement et aussi agréablement, attendu sa saveur légèrement sucrée. »

L'année dernière, pendant les mois de septembre et octobre, la cholérine avait pris un caractère vraiment épidémique; eh bien! sur une soixantaine de malades qu'il a traités et à qui il a administré le monésia, deux seulement sont morts, deux enfants que, du reste, il avait jugés hors de toute ressource dès sa première visite.

Ce mode de traitement a déterminé la disparition complète des accidens dans les quarante huit heures.

M. Adrien a essayé comparativement le ratanhia, le cachou, l'extrait d'opium uni au sucre de saturne, l'eau de blanc d'œuf; mais tous ces moyens ont été loin de lui offrir les mêmes avantages que le monésia.

La préparation suivante lui a cependant procuré des succès, sinon constans comme le monésia, du moins bien remarquables :

Cire blanche,	8	grammes
Poudre de gomme arabique,	10	—
Eau commune,	20	—
Eau de chaux,	125	—
Sirop diacodé,	32	—

Faire un mucilage avec la gomme et l'eau commune, et l'introduire dans une fiole avec la cire. Chauffer pour faire fondre la cire, et agiter vivement pour les bien diviser. Ajouter alors par portions, et en agitant chaque fois, l'eau de chaux et le sirop mêlés et légèrement chauffés.

M. Adrien dit avoir réussi quelquefois en employant l'ipécacuanha en poudre à dose vomitive. Il ne faudrait pas cependant avoir recours à ce moyen quand les sujets sont affaiblis par plusieurs jours de maladie.

Du reste, voici comment l'auteur traite la cholérine. Il n'emploie que l'eau de riz et le monésia : « Ce traitement, dit-il, si simple et si facile, est constamment suivi des plus heureux succès. Je donne l'eau de riz froide en boisson comme en lavemens; il m'arrive souvent de faire ajouter à ces derniers un peu d'amidon cru. J'administre le monésia en poudre, en sirop et en pilules, plus particulièrement sous cette dernière forme aux adultes. La dose pour un adulte est de deux à quatre décigrammes matin et soir; pour les enfants d'un décigramme à deux décigrammes et demi. La dose du sirop est de quatre à cinq cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. »

2° *Dévoiement causé par la dentition.* Cet accident n'est pas toujours dangereux; quelquefois même il produit des effets salutaires. Mais il n'en est pas de même quand la diarrhée se prolonge et qu'elle est trop abondante. On voit alors les enfans tomber dans une tristesse dont rien ne peut les distraire; ils maigrissent rapidement; leurs chairs deviennent flasques, les joues se creusent, les yeux se ternissent, l'appétit et le sommeil disparaissent, une fièvre lente survient et la mort arrive à la suite du marasme. « Dans ces cas, dit M. Adrien, qu'on ait recours au monésia, et les effets de ce médicament seront aussi prompts que satisfaisans; huit à dix décigrammes de poudre et quelques cuillerées à café de sirop, pris en trois ou quatre jours, suffisent pour rétablir l'équilibre et ramener l'enfant à la santé. Lorsque le sujet n'inspire pas de craintes sérieuses, ajoute-t-il, j'emploie conjointement, soit une sangsue, soit un petit vésicatoire derrière chaque oreille. »

3° *Dysenterie.* M. Adrien a aussi retiré de grands avantages du monésia contre la dysenterie; et tout le porte à penser qu'on pourrait employer avec succès ce médicament contre la dyssenterie qui décime nos soldats en Afrique.

4° *Entérite.* M. Adrien a employé le monésia contre l'entérite aiguë et l'entérite chronique, et la réussite, dit-il, a été souvent au-delà de tout ce que je pouvais espérer.

Enfin ce mémoire est terminé par trois observations qui ont trait à des maladies de la bouche, et qui démontrent la *vertu cicatrisante* du monésia.

II. *De quelques effets thérapeutiques et toxiques de l'ergot de seigle;* par L. RAYNAUD, D. M. à Cabris, près Grasse.

Cette note, sous forme épistolaire, mérite d'être reproduite. « La lecture des deux observations de présentation de l'épaule, recueillies par M. Espezel, et insérées dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales (avril 1842) (voir le supplément du 16 avril), m'a rappelé un fait dans lequel l'ergot de seigle, administré pour cette position de l'enfant, mais dans des circonstances différentes, fit cesser l'hémorrhagie qui existait et ranima assez les contractions utérines pour opérer l'évolution spontanée et la présentation du siége.

Le 21 février 1842, je fus appelé, vers les deux heures après-midi, auprès de madame Daves, qui, heureusement accouchée quatre fois les années précédentes, était en travail d'enfant pour la cinquième fois. J'appris de la sage-femme qui l'assistait que Mme Daves avait rendu depuis quelque temps des eaux mêlées à une assez grande quantité de sang, et que ce dernier continuait toujours à couler. Madame Daves ne voulant pas se laisser toucher sans la présence de son mari qui était à la campagne, j'envoyai chercher une potion avec deux grammes d'ergot de seigle, potion qui n'arriva que vers les quatre heures. L'hémorrhagie, quoique modérée, continuant, et les contractions utérines étant toujours faibles, je lui fis prendre une cuillerée de cette potion toutes les dix à douze minutes. Dès qu'elle en eut pris la moitié environ, les douleurs furent plus fortes et plus rapprochées, et l'hémorrhagie, devenue faible, finit par cesser par degrés. Enfin le mari étant arrivé, je pratiquai le toucher et trouvai le bras droit de l'enfant sortant de la vulve. Alors, ayant tenté d'opérer la version à plusieurs reprises, je ne pus y parvenir étant gêné par l'épaule de l'enfant qui était enfoncée dans l'excavation du bassin, et ma main étant engourdie à ne pouvoir plus agir par la violence des contractions utérines. Je fis appeler un confrère qui déclara le cas grave, et fut d'avis d'aller chercher un accoucheur de la ville la plus voisine pour nous aider. Cela étant décidé vers les dix heures du soir, et le messager étant parti depuis quelques minutes, j'observai que le bras remontait dans le bassin à chaque contraction utérine, et je vis que le siége de l'enfant descendait, ce qui eut lieu en peu de temps. Dès que je pus accrocher les cuisses au pli de l'aine avec les doigts, j'opérai l'extraction d'une fille morte.

» En parlant de l'action du seigle ergoté sur l'homme qui en fait un long usage, les auteurs citent des cas dans lesquels les mains, les pieds, un membre entier, ont été sphacelés. Mais je ne me rappelle pas qu'on cite des cas dans lesquels la gangrène se soit bornée aux parties génitales de la femme, ainsi que j'en ai vu un exemple. Une fille, d'une quarantaine d'années, atteinte d'un cancer du col de l'utérus, qui avait détruit une grande partie de cet organe, me demanda un moyen propre à arrêter une perte de sang qui se renouvelait chaque jour à la moindre fatigue, au moindre attouchement, et qui était remplacée par une perte séro-purulente ou séro-sanguinolente continuelle, qui l'avait réduite au marasme. Je lui prescrivis l'usage de pilules de cachou uni à l'ergot de seigle, à la dose (ce dernier) d'un gramme et demi à deux grammes dans les vingt quatre heures, et des injections de jus de carrottes, dans lequel on mettait trois ou quatre pincées d'alun. Elle prenait ainsi quelques jours de suite de ces pilules, s'arrêtait quand les pertes avaient beaucoup diminué, et en reprenait encore dès que ces dernières augmentaient. Elle en usa ainsi environ douze grammes dans l'espace de trente-cinq à trente six jours. Ce fut alors qu'elle eut de violens vomissemens, et que toute la membrane muqueuse du vagin fut frappée de gangrène. En écartant les grandes lèvres, on voyait cette membrane d'un noir ardoisé, et répandant une odeur caractéristique. Cette membrane se détacha par lambeaux au bout de huit à dix jours, et quand la guérison se fut opérée sur ce point, l'hémorrhagie se renouvela comme auparavant, et fit succomber la malade.

» J'ai à parler maintenant d'une cause qui arrête ou retarde beaucoup la délivrance de la femme, et que je n'ai pas trouvée indiquée dans les auteurs que j'ai consultés.

» J'ai été appelé près de femmes qui avaient eu trois ou quatre enfans sans avoir jamais eu besoin de secours, et qui étaient dans la plus grande peine de voir qu'elles étaient en travail d'enfant depuis beaucoup plus de temps que les autres fois, et que ce travail n'avançait pas, quoique les douleurs fussent fortes et soutenues. J'ai trouvé chez ces femmes que les eaux ne s'étaient pas écoulées, que le col de la matrice était mince, dilaté de cinq à six centimètres, et que le sommet de la tête de l'enfant appuyait sur le col, de manière que les eaux étant chassées complètement ou presque complètement de ce point, la tête ne pouvant déchirer les membranes, se trouvait retenue à la même place, malgré les efforts de la matrice pour l'expulser. Dans ces cas, je perçais les membranes en grattant avec l'ongle et, alors, les eaux s'écoulant à chaque douleur en plus ou moins grande quantité, la délivrance avait lieu en fort peu de temps. Je connais une dame qui a eu cinq enfants, et à chaque fois il a fallu avoir recours à cette petite opération. »

RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, — tome LII, 1842.

Le 52e volume de cet intéressant recueil vient de paraître, il ne le cède pas aux précédens pour l'importance des matières. Nous y avons spécialement noté un mémoire de M. le docteur Laveran, médecin adjoint à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, sur les maladies du nord de l'Afrique. Ce médecin, instruit à bonne école, a observé avec un soin particulier les maladies qui affectent nos soldats à Alger; nous croyons devoir citer un passage qui donnera une idée de son esprit d'observation.

« A mon arrivée dans ce pays, dit M. Laveran, j'étais tellement prévenu par certaines lectures, que je ne croyais rencontrer qu'une seule affection à formes variées, et que je ne songeais qu'à employer un seul médicament, la sulfate de quinine.

» Je fus bientôt de m'apercevoir de mon erreur, en rencontrant la fièvre typhoïde identique à celle que j'avais vue à Paris; et, comme à cette époque, j'entendais parler constamment de fièvres pernicieuses, qui ne s'offrirent à moi que plus tard, je ne crois pas écrire une chose inutile en faisant connaître qu'on observe en Afrique, dans les six premiers mois de l'année, la gastro entérite de Broussais, la fièvre typhoïde, l'affection en un mot qui résume aujourd'hui les fièvres de Pinel, et qu'en Afrique comme à Paris, l'opportunité du sulfate de quinine dans le traitement de cette maladie est toute accidentelle, »

On voit, par cette citation, combien l'opinion de M. Laveran est loin de celle de M. Baudin, suivant lequel l'existence des fièvres de marais, dans un pays, entraînerait l'exclusion des affections typhoïdes. Ces deux genres de maladies se trouvent donc en Afrique, comme elles se rencontrent en France dans les pays à fièvres intermittentes, à Strasbourg, par exemple. Les observations que rapporte M. Laveran sont toutes bien choisies, et offrent un intérêt spécial, et les autopsies sont décrites avec un soin et une exactitude qui trahissent le médecin versé dans l'anatomie pathologique.

L'article qui suit est une analyse d'un grand nombre de mémoires envoyés au conseil de santé par MM. les officiers de santé, employés dans les différentes contrées de l'Algérie; MM. les rédacteurs ont cité le plus souvent les propres paroles des auteurs, de sorte que ce sont comme autant de monographies originales. Les documens sur Oran sont dûs à MM. Marseilhan, Soucelyer et Jourdain, ceux sur Blidah à M. Bertherand, sur Philippeville, à M. Gaudineau, sur Bône, à M. Baudier, sur Constantine, à MM. Deleau et Ferrus. On trouve, dans ces extraits, des notions précises sur la topographie de chacune de ces villes, sur la météorologie, les maladies régnantes, les causes d'insalubrité et les moyens d'y remédier, sur l'effet des différentes médications essayées souvent en désespoir de cause, dans des maladies si fréquemment mortelles. La question relative à la dysenterie d'Oran y est spécialement traitée sous toutes ses faces, et le médecin qui débarquerait en quelque contrée que ce soit de l'Algérie, s'il était complètement au courant de ces notions précises, posséderait une expérience anticipée qui lui épargnerait certainement plus d'une méprise et d'un désappointement. Enfin, l'on doit à M. Bertherand, et surtout à M. le docteur Deleau, les renseignemens les plus intéressans sur les maladies propres aux indigènes, et sur la médecine des Thobibes, ou médecins arabes.

Il résulte de la lecture de ces documens, un fait qui est propre à encourager nos efforts, pour la conquête définitive de l'Algérie, c'est que les points les plus insalubres de cette terre ont reçu de telles améliorations, que le nombre et la gravité des maladies y sont diminués d'une manière étonnante. Ainsi Bône, qui, dans le commencement, était si déplorablement décimée par les épidémies si meurtrières de fièvres pernicieuses, n'offre plus maintenant une mortalité supérieure aux autres provinces algériennes.

Ce volume du recueil des mémoires de médecine militaire, offre encore plusieurs articles remarquables, l'un, de M. Fleschut, sur un coup de feu à travers l'épaule, un de M. Langlois, sur un nouvel oxacide du soufre, deux de M. Pallas, sur des plantes textiles, et sur le maïs, un de M. Millon, professeur de chimie au Val-de-Grâce, sur l'acide nitrique; enfin, le volume se termine par une notice nécrologique sur M. Aulagnier.

Il serait à désirer que ces mémoires fussent consultés plus souvent par les médecins qui écrivent, il y aurait profit pour la science, pour les lecteurs, pour les auteurs eux-mêmes.

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX (septembre 1842).

Efficacité de la belladone dans deux cas fort intenses de phymosis; par M. B. CHABRELY.

Un homme âgé de vingt-cinq ans est pris de phymosis à la suite d'une blennorrhagie et d'une balanite. Le prépuce est énormément tuméfié, le pénis est allongé et pendant; il a acquis en longueur et en largeur le double de son volume normal. L'orifice préputial est si petit qu'il permet à peine à l'urine de s'écouler goutte à goutte. On avait proposé la circoncision comme seul moyen applicable en pareil cas; mais le malade se refusa à cette opération et vint consulter M. Chabrely qui s'engagea à lui conserver intact son prépuce au moyen de la pommade mercurielle belladonée. En effet, des onctions réitérées furent faites avec cette pommade *loco-dolenti*, et la verge fut suspendue à l'aide d'un bandage approprié. Dès le lendemain il existait déjà un mieux notable, et en huit jours le dégonflement s'était opéré. Lorsque le gland put être découvert, M. Chabrely constata que la balanorrhée était guérie.

Le second malade était un homme de vingt-deux ans affecté d'une maladie vénérienne. Voici ce que constata M. Chabrely à son premier examen : Le pénil est énorme, pendant; il s'écoule de l'orifice très retréci du prépuce une suppuration analogue à celle qui provient des chancres; la *coiffe* du gland est gonflée, érysipélateuse; il y a, en un mot, phimosis intense, et, sans nul doute, des chancres autour de la racine du gland, qui ne peut être découvert. Les douleurs sont vives, l'inflammation est considérable, il y a de la fièvre, de l'insomnie. (Onctions réitérées sur la verge et le prépuce avec l'onguent napolitain belladoné; injections interpréputiales avec la solution de sublimé corrosif, un décigramme par trente grammes d'eau; tisane de salsepareille, sirop de Larrey.) Ce traitement est continué pendant quatre jours. Alors la verge est moins tuméfiée, l'écoulement purulent moins abondant, la douleur plus supportable; mais deux bubons naissans se montrent aux aines, sont cautérisés avec la potasse caustique, suppurent, et, au bout de quinze jours, on voit à peine les cicatrices dues à la cautérisation. — « Quant au phymosis, dit M. Chabrely, les onctions mercurielles belladonées font diminuer chaque jour le gonflement du prépuce, et, en un mois, le malade me montre son gland à découvert. Je remarque avec satisfaction que les chancres du gland, dont les cicatrices font foi, sont guéris en entier.... »

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX (août 1842).

Deux observations de hernies étranglées, réduites au moyen des irrigations et des frictions éthérées, d'après la méthode de M. Vela; par M. Darbon.

L'opération de la hernie étranglée est si dangereuse, qu'on ne saurait trop rechercher des moyens capables d'opérer la réduction sans avoir recours à l'instrument tranchant. M. Vela a déjà publié plusieurs succès remarquables obtenus par sa méthode qui consiste à verser peu à peu de l'éther sulfurique sur la tumeur herniaire, tandis qu'on exerce sur elle de douces frictions. Les deux faits que publie M. Darbon méritent d'être connus.

Première observation. — Une femme âgée de cinquante-sept ans, affectée d'une hernie inguinale droite depuis plusieurs années, voit cette hernie s'étrangler tout à coup à la suite d'un effort pour soulever une corbeille de linge mouillé. Toutes tentatives de réduction sont inutiles. La malade se plaint de coliques et vomit les alimens, puis des matières filantes par une sorte de régurgitation incessante. — M. Darbon est appelé quarante heures après l'accident, et ce n'est qu'après avoir essayé sans succès tous les moyens préconisés en pareil cas pour opérer la réduction de la tumeur, qu'il se rappelle les observations publiées par M. Vela, et qu'il se propose de mettre en pratique la méthode de ce chirurgien. « J'eus recours, dit-il, aux irrigations d'éther. Cinq minutes après, la tumeur se ramollit et rentra presque immédiatement. J'avoue, à ma grande surprise, que j'étais loin de m'attendre à un effet si prompt et si satisfaisant. Une selle copieuse eut lieu aussitôt après. La malade ne souffrit plus et se rétablit promptement.

Deuxième observation. — Un homme âgé de trente-six ans, était affecté d'une hernie inguinale droite, mal contenue à l'aide d'un brayer cassé. A la suite d'un effort, cette hernie sortit, et dans très peu de temps elle acquit un volume énorme, formant une tumeur allongée jusqu'à la base du scrotum. Sa longueur était de vingt-un centimètres, et sa circonférence, de vingt-cinq centimètres, dure, douloureuse. Le sujet était dans une agitation continuelle, se plaignant de vives coliques, de lipothymie, vomissant des matières glaireuses mêlées d'un peu de bile. La sensibilité était si grande, les douleurs si poignantes, qu'il fut impossible de pratiquer le taxis. Saignée copieuse, bains de quatre heures, frictions avec du cérat belladoné; mais tout reste inutile. M. Darbon a alors recours à la méthode qui lui avait si bien réussi dans le cas précédent. « Le malade, dit-il, fut couché la tête basse. Deux hommes soulevèrent les membres pelviens perpendiculairement à l'axe du bassin, devant imprimer quelques légères secousses, tandis que de la main droite je versais l'éther en frictionnant avec la main gauche. M. le docteur Moreau relevait la tumeur et la dirigeait vers l'anneau. Trois minutes après cet exercice, la tumeur commença à se ramollir, puis diminua de volume, et sept à huit minutes suffirent pour la faire rentrer complètement, et à notre grande satisfaction. Au même instant, tous les accidens disparurent. »

M. Chaumel a fait suivre ces deux observations de quelques

réflexions judicieuses; nous ne rapporterons que ce que dit ce chirurgien sur le mode d'action des irrigations éthérées. « Après avoir raconté les faits si entraînants de M. Darbon, dit-il, nous devons exprimer notre manière de voir relativement aux heureux effets des irrigations éthérées dans les cas de hernies étranglées. — Tout le monde est d'accord sur les propriétés hyposthénisantes de la pommade belladonisée dans les étranglemens récens. Il est même probable que les anciens expliquaient de la même manière les effets sédatifs qui accompagnent le narcotisme causé par les lavemens de tabac si vantés par A. Cooper. — Le professeur Ribary et Guérin père, plus tard, ne tendaient sans doute qu'à provoquer des effets semblables quand ils conseillaient de porter une sonde chargée d'extrait d'opium dans l'urètre des individus atteints de hernies étranglées. Les sachets de camphre sur les tumeurs herniées, les fomentations ammoniaco-camphrées, les onctions mercurielles, etc., etc., sont conseillés aussi comme détendans, comme hyposthénisans. — Mais comment l'éther vanté par M. Vela, et qui a si bien réussi à notre confrère M. Darbon, agit-il ici? Généralement recommandé comme réfrigérant, il constituera une nouvelle ressource à laquelle les médecins pourront recourir, et qui remplacera favorablement des corps froids, la glace pilée, sans en avoir les inconvéniens. Pour nous, les irrigations d'éther nous paraissent agir en vertu de deux propriétés : ainsi il est anti-spasmodique et peut, comme tel, produire une véritable sédation dans les organes musculaires; il est volatil, et doit nécessairement agir comme absorbant du calorique, condensateur des gaz contenus dans les anses d'intestin hernié. Probablement aussi que son application constante est suivie d'une espèce de refoulement vers les organes profonds, qui diminue la vascularité, et par suite le volume des viscères étranglés. »

La clinique de Montpellier (15 août, 1842).

Fissure à l'anus guérie en huit jours par l'opération, et prise, pendant trois ans, pour une maladie de la prostate.

La fissure à l'anus est la maladie sur le diagnostic de la quelle on a peut-être commis le plus d'erreurs. Considérée sous ce point de vue, l'observation suivante sera certainement lue avec intérêt.

Paul B. de Marseille, maître emballeur, âgé de 54 ans, d'une constitution robuste, né de parenssains, avait des hémorrhoïdes depuis six ans, lorsqu'il contracta trois écoulemens successifs qui furent suivis de difficultés dans l'émission des urines, qu'il ne rendait que goutte à goutte, et avec de vives douleurs. Les selles aussi étaient très douloureuses; il rendait tous les quatre ou cinq jours, des matières dures, à l'aide de lavemens seulement. Effrayé de son état, le malade consulta plusieurs médecins qui crurent reconnaître l'existence d'un rétrécissement de l'urètre, et conseillèrent l'emploi de la cautérisation, qui fut pratiquée jusqu'à quinze fois, à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce moyen ayant été sans effet, et le malade ayant avoué qu'il avait eu trois écoulemens presque successifs, il fut soumis à un traitement anti-vénérien très-compliqué (frictions mercurielles, pilules de Plenck, préparations d'or, etc.) qui n'amena aussi aucun résultat. Cependant le malade souffrait dans la vessie et dans le canal, et la difficulté pour rendre les urines persistait. On crut alors que le rétrécissement pouvait être dû à une affection dartreuse, parce que le malade avait eu dans le temps une dartre au scrotum qui avait disparu sans cause connue. En conséquence, on prodigua les anti-dartreux de toute espèce. Des vésicatoires furent appliqués aux cuisses pour rappeler l'exanthème; mais ces nouveaux moyens eurent le sort de tous les autres, et ne furent suivis d'aucun bon effet. Le malade ne pouvait plus uriner sans le secours de la sonde, qu'il était obligé d'introduire jusqu'à trois fois dans les vingt-quatre heures. Il ressentait en urinant des douleurs vives dans le commencement du canal, et ne parvenait à excréter les urines qu'à l'aide de fortes pressions sur l'hypogastre. Il avait en même temps comme la sensation d'un poids dans le rectum; il souffrait beaucoup en allant à la selle, et l'excrétion des matières fécales nécessitait des efforts pénibles et soutenus.

Après deux ans et demi de souffrances, et vers la fin du mois de février 1850, le malade consulta un nouveau médecin qui, lui ayant pratiqué le cathétérisme avec beaucoup de facilité, reconnut qu'il n'existait pas de rétrécissement. Examinant ensuite le rectum, il crut sentir, à un pouce au dessus de l'anus, une tumeur qu'il n'hésita pas à considérer comme la prostate engorgée et même squirrheuse, à cause des douleurs atroces que le malade éprouvait dans cette région. Se croyant désormais fixé sur la nature de la maladie, il fit part au malade des difficultés qu'il y avait à le guérir. Toutefois, pour le consoler de ce qu'il y avait de pénible dans cette communication, il lui fit entrevoir qu'il pourrait sinon guérir, du moins trouver du soulagement en se soumettant à un régime sévère (saignées répétées du bras, trois applications de sangsues au périnée, diète sèche). Le malade vivait de biscuits en usage à bord des bâtimens, de figues sèches et de lait. Le médecin avait en vue « en amaigrissant tous les organes à la fois, d'obtenir la diminution du volume de la prostate. »

Ce traitement produisit un soulagement momentané; la tumeur diminua de volume; les selles ne furent pas aussi douloureuses; le malade urina sans le secours de la sonde, et il se crut un instant guéri de sa maladie, quoique faible, et extrêmement amaigri; mais après quarante jours de cette diète sévère, reprenant à un régime un peu plus nourrissant, quoique cependant fort doux et presque entièrement végétal, M. Paul B., au rapport de son médecin, « reprit en peu de temps l'embonpoint qu'il avait perdu pendant la diète sèche, et avec lui le volume de la prostate revint au point que cette glande présentait avant le traitement. »

Quoi qu'il en soit de cette opinion, les douleurs du malade reparurent; il souffrait horriblement pour rendre les urines et les matières fécales; il redoutait surtout le moment où il était obligé d'accomplir ces deux fonctions, à cause des douleurs qui les accompagnaient. Dans les quintes qui en étaient la conséquence, il éprouvait dans le petit bassin la sensation d'une barre ou d'une main de fer rougie qui aurait serré le rectum et le col de la vessie.

Le malade employa encore, mais en vain, les préparations d'iode à l'intérieur et à l'extérieur. Le 15 juin 1850, il réclama une consultation de quatre médecins, qui s'accordèrent à regarder la maladie comme un cancer de la prostrate, et M. Paul B. comme incurable.

Cependant le moral du malade avait fini par s'altérer, et il était tombé dans un état d'hypocondrie presque complet. Ses souffrances augmentant tous les jours, il se décida à aller à Montpellier pour consulter M. Lallemand.

A son arrivée, M. Lallemand le sonda, et reconnut qu'il n'existait pas de rétrécissement du canal. Il examina avec soin dans le rectum, et constata la présence d'une tumeur hémorrhoïdale interne, au niveau du point correspondant au bas fond et au col de la vessie. Préoccupé par l'idée que l'existence des hémorrhoïdes n'expliquait pas les symptômes éprouvés par le malade, M. Lallemand reconnut, en faisant de nouvelles recherches, qu'il existait une fissure à l'anus. Il opéra le malade. Le lendemain, par l'incision du rectum, une mèche enduite de cérat fut placée entre les lèvres de l'incision; quelques temps après, le malade fut à la selle et rendit les urines sans douleurs; et dans la journée qui suivit l'opération, il eut trois autres selles tout aussi faciles que la première.

Depuis toutes les fonctions se sont faites avec une régularité parfaite, et M. Paul B. est retourné à Marseille « aussi sain de corps que calme sous le rapport du moral. »

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales de la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. — 3e cahier, 1842.

I. *Imperforation du col de la matrice. Observation communiquée*; par M. Ch. Becasseau, docteur en chirurgie, à Liège.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre. Nous croyons devoir en donner une analyse détaillée.

Une demoiselle, âgée de 26 ans, avait atteint sa vingt-troisième année sans avoir jamais été réglée, et n'avait éprouvé de ce retard aucun dérangement notable. A cette époque seulement elle commença à ressentir presque tous les mois, et à époques fixes, des douleurs hypogastriques et lombaires avec sentiment de tension vers la matrice. Ces douleurs étaient accompagnées de nausées, de vomissemens, de syncopes, de dyspnées, d'accès hystériques, épileptiformes. Ces symptômes persistaient pendant quatre ou cinq jours et disparaissaient ordinairement par une abondante expectoration de sang rouge, pour se montrer de nouveau le mois suivant.

Cet état durait depuis un certain temps, lorsque la malade se confia aux soins de M. le professeur Frankinet, qui fit appeler M. Becasseau. Ils procédèrent ensemble à l'examen des organes génitaux. — Le toucher fit constater sur le col, qui était situé très-haut, la présence d'une membrane qui, examinée au spéculum, semblait naître de la muqueuse vaginale; sa texture différait cependant de celle de cette dernière, et parut celluло-fibreuse : sa transparence permettait de voir le col recouvert en totalité par elle, il se montrait sous l'aspect d'un gland imperforé, il n'y existait ni gonflement, ni rougeur. La membrane hymen, ni les caroncules myrtiformes ne purent être aperçues nulle part; on eût dit que ces parties, au lieu de former l'orifice du vagin, en occupaient le fond.

Avant de prendre un parti, MM. Frankinet et Becasseau crurent devoir attendre l'époque à laquelle les accidens que nous avons mentionnés plus haut se manifesteraient, pour se livrer à un nouvel examen des parties. Voici le résultat de ce second examen.

L'abdomen, quoique assez balloné, permettait à la main, appliquée sur l'hypogastre, de palper distinctement l'utérus tuméfié, et très sensible à la pression; le spéculum introduit, mit à nu la membrane qui recouvrait le col; celui-ci faisait saillie dans le vagin, il offrait une teinte noire-brunâtre; il n'était pas difficile d'y reconnaître quelques gouttes de sang très-noir, qui paraissaient filtrer à travers les tissus. Dès lors on ne conserva plus de doute que le sang ne fût retenu dans la cavité utérine, par un obstacle auquel une simple ponction pouvait remédier, et l'opération fut décidée. Ce fut M. Becasseau qui la pratiqua. Il procéda de la manière suivante : « Une table, dit-il, garnie d'un matelas fut amenée en face d'une fenêtre, de manière à recevoir les rayons du soleil, qui nous était d'un bien grand secours dans cette circonstance. La malade y fut placée; après lui avoir fait vider l'intestin, et évacué le liquide contenu dans la vessie, elle fut couchée, appuyée sur la poitrine d'une personne placée derrière elle, les cuisses fortement écartées, furent maintenues comme pour l'application du forceps. J'introduisis le spéculum, et mis à découvert la membrane dont il a été parlé plus haut. Cette membrane n'adhérant nullement avec le col, fut attirée par une longue pince et excisée en totalité. Le col vint alors s'offrir : on n'y découvrit point de forme du museau de tanche; une légère empreinte semblait dénoter l'endroit où aurait dû se trouver l'orifice utérin. — Le doigt indicateur porté dans tous les sens ne trouvant aucune espèce d'ouverture, j'acquis la certitude que l'orifice n'avait jamais existé, ou qu'il s'était oblitéré accidentellement, par une cause que je ne pouvais pour le moment chercher à connaître. — Saisissant alors un long trois-quart, recouvert d'une sonde de gomme élastique, trempée dans l'huile, je le plongeai à travers les tissus en me dirigeant d'après l'empreinte qui, comme je l'ai dit, m'indiquait l'orifice; à peine l'instrument eut-il pénétré dans l'organe, que des caillots de sang très-fétides s'échappèrent avec un sifflement particulier, produit par la sortie des gaz qui se trouvaient aussi renfermés dans la matrice. — Le poinçon retiré, je laissai à demeure la sonde que je passai le plus avant possible. Des injections d'eau de guimauve furent pratiquées immédiatement pour dissoudre les caillots qui pouvaient encore séjourner. La sonde fut elle-même retirée pour être remplacée par un morceau d'éponge préparée, taillé en forme de crayon, et destiné à empêcher le rapprochement des lèvres de la plaie. Le même pansement fut continué pendant quinze jours, terme auquel la cicatrisation était complète. »

Les mois suivans, les règles s'établirent sans douleur et, après huit mois, le succès ne s'était pas démenti.

Quoique cette femme n'ait qu'à se féliciter de s'être soumise à une opération qui a mis fin à ses douleurs, et sans laquelle elle eût probablement fini par succomber, M. Becasseau ne pense pas qu'elle puisse devenir mère. « La matrice, dit-il, ne se fermant pas complètement, ne me semble pas apte à retenir le produit de la conception, et la formation des membranes, surtout de la caduque, me paraît devoir être arrêtée par la cause la plus légère. » Il est aussi porté à croire que dans le cas où la conception viendrait à s'établir et le fœtus à se développer, l'accouchement ne pourrait avoir lieu spontanément, les parois de l'orifice utérin étant formées par une cicatrice trop peu extensible.

II. *Développement énorme de la vessie et des parois abdominales chez un fœtus d'environ huit mois. Observation communiquée*; par M. Delbovier, prosecteur-adjoint à la faculté de médecine de Liège.

Ne pouvant reproduire toute la description anatomique de cette monstruosité remarquable, nous nous bornerons à rappeler les faits les plus saillans.

Ce fœtus avait des cheveux, des ongles aux doigts et aux orteils. Il présentait une longueur de 42 centimètres du sommet du crâne à l'appendice xyphoïde, et 11 centimètres du même appendice au pubis (l'abdomen étant ouvert).

L'abdomen est énorme. Il mesure trente quatre centimètres du pubis au sternum, et cinquante et un centimètres circulairement. Il n'existe pas d'anus, et la verge ne présente pas de corps caverneux. La vessie est l'organe principal qui constitue cette monstruosité; son développement est tel qu'elle occupe toute la capacité abdominale, et que les autres viscères en ont souffert dans leur développement; ainsi elle mesure en hauteur, c'est-à-dire du pubis au diaphragme, vingt centimètres, en largeur treize centimètres, et d'avant en arrière, douze centimètres. Ses parois ont partout une épaisseur de cinq millimètres, excepté à la partie inférieure, antérieure et postérieure, où elle présente une épaisseur de quinze millimètres. Le rectum s'ouvre dans la vessie, près de son bas fond, par une ouverture étroite qui n'a pas plus d'un millimètre.

L'urètre est imperforé, du moins s'il ne l'est pas, l'ouverture en est si petite que M. Delbovier n'a pas pu introduire un stylet dans la vessie. Le canal de l'urètre a une longueur de cinq millimètres, à partir de l'arcade pubienne, à l'extrémité du gland. En l'absence de corps caverneux, c'est ce canal et la peau qui constituent uniquement la verge. — Le rein gauche est hypertrophié, le droit est très-petit, atrophié, et d'une apparence fibreuse. La rate est petite; le pancréas manque; le foie atrophié et aplati contre le diaphragme, se trouve réduit à une lame mince, ayant la forme d'une feuille de trèfle. — L'estomac est très-petit; son diamètre transversal est de trente millimètres, et son diamètre longitudinal de quinze millimètres. — Les intestins grêles n'offrent dans presque toute leur étendue, qu'un diamètre de cinq millimètres. Le cœcum est assez développé relativement aux intestins grêles, il offre dans tous ses diamètres une longueur de vingt millimètres; l'appendice vermiforme à une longueur de vingt millimètres. Les colons ascendant et transverse n'ont qu'un diamètre de sept millimètres; le colon descendant offre un diamètre de vingt millimètres, et l'Siliaque vingt-deux millimètres. Le rectum descend en diminuant de largeur, et arrivé près de la vessie, il se rétrécit tout-à-coup, et n'offre plus à l'endroit où il s'ouvre dans ce viscère, qu'un diamètre d'un millimètre.

Annales et Bulletin de la société de médecine de Gand. (août 1842).

I. *Sur les systèmes de médecine*; par M. le docteur Jourdain.

Ce mémoire a été lu à la société de médecine de Gand, et envoyé à l'examen d'une commission composée de MM. de Brabant, Heyman et Stacquez, rapporteur. Nous trouvons dans le rapport très-judicieux de M. Stacquez une analyse exacte des principales idées émises par M. Jourdain; nous allons donc la reproduire, en laissant de côté la partie critique qui, nous devons le dire, est faite avec autant de convenance que de sagacité.

Après avoir rendu justice à la profonde conviction de M. Jourdain, « conviction qui est basée sur des études approfondies et de longues méditations; » M. Stacquez expose de la manière suivante les idées émises dans le travail dont il a à rendre compte.

« M. Jourdain, dit-il, commence par nous demander s'il ne nous paraît pas que l'indifférence des médecins en matière de système, doive conduire à des résultats aussi désastreux que ceux qui ont été le fruit de l'indifférence en matière de religion combattue par M. Lamennai. Il se flatte que nous partagerons son opinion, après que nous aurons pesé les considérations qu'il va nous soumettre.

« Il établit que la faculté de généraliser est la plus noble de toutes celles qui concourent à la construction de l'édifice scientifique. S'appuyant sur l'autorité de quelques auteurs, il s'efforce de prouver que, par la théorie, tous les faits nouveaux sont expliqués d'avance, et les portes de la science fermées au faux et à l'absurde; que la science est riche de faits qu'il faudrait coordonner, systématiser; que telle est la philosophie médicale de notre temps, que la *déduction*, cette sublime opération de l'intelligence, est moins estimée que la description pure et simple des faits; que les faits enfin sont aujourd'hui la seule puissance en crédit.

« Ne mettant aucune différence entre cette puissance et l'empirisme, il avance qu'elle a produit des effets immenses, et il nous demande quels bienfaits nous ne lui devons pas. Il nous rappelle les excrémens du grand Lama, portés avec respect par les potentats d'Asie, la poudre de crapaud, la rapure de crâne humain, l'homœopathie, l'eau froide, tous ces remèdes héroïques dont M. Szerlecky a fait le recensement. Nonobstant ces conquêtes scientifiques, des mécréans, dit-il, osent affirmer que la thérapeutique est dans l'enfance, que tout est à recommencer.

« Après avoir ainsi énuméré les bienfaits que nous devons à l'observation des faits, il demande ce qu'on entend par médecine d'observation. Mais il y a tant de siècles qu'on observe, répond-il, la science est si riche de faits; et quels sont les avantages que nous en avons retirés, bien que les anciens n'observassent pas moins bien et moins consciencieusement que nous, et que leur thérapeutique reposât non sur des hypothèses, mais sur l'observation pure, dégagée de vains systèmes?

« Qu'importent au médecin praticien, demande-t-il encore, ces prolixes descriptions de cadavres qui remplissent les écrits des modernes? Il ne conteste pas les services que les travaux nécroscopiques ont rendus à la science, mais il pense qu'ils ont été funestes à l'humanité, parce qu'ils sont des sources d'erreurs et d'idées fausses.

« Il nous apprend ensuite que les purgatifs et les vomitifs qui étaient connus dès l'origine de l'art, sont les plus puissans moyens de la médecine. Si l'empirisme, dit notre savant collègue, ou, ce qui pour lui paraît être la même chose, la médecine d'observation n'était que l'application des connaissances acquises par l'observation des faits spontanés, il ne serait pas contraire à la raison; car la théorie et l'observation, s'appuyant l'une sur l'autre, se prêteraient des lumières mutuelles. Si nous avons bien saisi la pensée de l'auteur, il veut établir (nous le trouverons

clusif dans une autre partie de son travail) qu'une théorie doit être basée sur l'observation des faits spontanés, c'est-à-dire sur des effets purement physiologiques, comme il l'explique dans une note, par un exemple tiré des anciens.

« Il nous cite ensuite des passages des ouvrages de Zimmermann et de M. Dubois (d'Amiens), pour nous apprendre comment ces auteurs considèrent l'empirisme.

« Il conclut de ce qui précède, que l'on n'a rien fait quand on a rassemblé un grand nombre de faits, si on ne les rapproche d'une manière naturelle, afin que les conséquences qui en découlent se présentent d'elles-mêmes : Il veut que la raison guide l'observateur.

« Après avoir déclaré plus haut qu'une théorie doit être basée sur l'observation des faits spontanés, c'est-à-dire des effets purement physiologiques, il devient moins exclusif, et il reconnait que c'est dans l'observation des phénomènes de la vie, dans l'étude des actes normaux et anormaux de l'organisme, qu'il faut chercher la thérapeutique qui, dit-il, ne peut exister que par les théories.

« Il admet l'opinion de M. Dubois (d'Amiens), qui dit qu'il est parfois utile de faire des hypothèses, sauf à les abandonner quand elles deviennent contraires aux faits. Il va plus loin ; il demande si la chute des théories fondées sur des principes erronés, sur des observations mal faites, loin d'être contraire à la systématisation des faits, ne semble pas plutôt prouver l'innocuité de la doctrine la plus fausse entre les mains des hommes *sages*, puisque l'expérimentation d'un moyen thérapeutique n'offre pas plus de danger, faite au nom de l'empirisme ou du hasard, que sous l'inspiration d'un raisonnement *a priori*, et que dans tous les cas on s'en réfère à l'expérience.

« Il disculpe les systèmes de l'accusation portée contre eux, d'avoir entravé la thérapeutique. Il n'y a pas de science possible, dit-il, point de progrès possible, là où l'on ne peut saisir les rapports des faits, et la thérapeutique n'a jamais existé que par les théories.

« Il finit en signalant le véritable obstacle qui s'oppose aux progrès de la médecine. C'est ce modérantisme adopté par le tourbe des médiocrités, cet éclectisme qui règne aujourd'hui dans nos écoles, assis sur les débris du phylologisme. C'est une ridicule prétention, ajoute-t-il, de vouloir n'être pas exclusif, c'est un aveu d'incapacité. La vérité est absolue, elle est de sa nature exclusive. Il n'y a pas d'éclectisme, de choix possible, car un choix suppose qu'on s'est décidé volontairement, tandis que dans la méthode expérimentale on ne choisit pas, on accepte. »

Nos lecteurs comprendront que si nous n'a outons aucune critique aux idées émises [par M. Jourdain, c'est que le supplément de la *Gazette des Hôpitaux* n'est qu'une reproduction fidèle des opinions publiées. D'ailleurs une discussion sur une semblable matière nous conduirait beaucoup trop loin.

II. *Observations de métrorrhagie pendant l'état de vacuité de la matrice;* par le docteur G. Beydler.

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de prouver : 1° que les préparations regardées jusqu'à ce jour comme *emmenagogues*, n'ont aucune action directe sur l'utérus ; 2° qu'elles n'agissent qu'en rendant au sang la plasticité nécessaire; ou, pour parler plus exactement, qu'en rétablissant la quantité normale de l'élément globuleux de ce fluide ; 3° qu'elles peuvent par cette dernière propriété arrêter les hémorrhagies ; qu'elles peuvent aussi provoquer l'écoulement des menstrues, dans les cas où cette fonction n'a pas lieu, parce que l'utérus ne se trouve pas suffisamment excité par un sang mal constitué ; 4° enfin que de toutes les préparations martiales, le lactate de fer est celle qui mérite la préférence.

Bulletino delle scienze modiche. (Mai 1842.)

Cas de metastase laiteuse ; observation recueillie par M. le docteur Rasi.

Une villageoise âgée de vingt-sept ans, vive et robuste, accoucha d'un enfant qu'elle dut nourrir elle-même ; mais, dès les commencemens de l'allaitement, il survint à l'un et à l'autre sein de nombreuses gerçures du mamelon qui donnèrent lieu à des souffrances horribles. M. Rasi ayant été consulté à ce sujet, prescrivit le sevrage. Bientôt, des imprudences de plusieurs sortes ayant été commises, la sécrétion laiteuse se supprima tout à fait; mais, en même temps, les articulations des extrémités inférieures devinrent le siége de vives douleurs accompagnées de fièvre. L'existence d'une arthrite fut admise aussitôt, et en conséquence, on soumit la malade à un traitement antiphlogistique. Toutefois, les articulations où les douleurs se faisaient sentir ne devinrent ni sensibles au toucher, ni rouges, et quelques doutes s'étaient élevés déjà sur la nature réelle de l'affection à laquelle on avait affaire, lorsque, le dix-septième jour, après une sueur générale abondante, la surface entière du corps se montra recouverte de granulations d'une couleur blanchâtre, complétement analogues à celles de la miliaire, et qui, au bout de trente heures, se trouvèrent transformées en vésicules du volume d'une lentille. Cette éruption ayant persisté pendant sept jours entiers, il fut possible de recueillir une assez forte quantité du liquide renfermé dans les vésicules, et on lui reconnut, en apparence du moins, une ressemblance frappante avec le lait.

Soumis à l'examen microscopique par M. le docteur Marco Pollini, il offrit à cet investigateur la similitude la plus grande avec le lait de femme.

L'analyse chimique fut faite par M. Muratori, et ce chimiste en obtint les résultats suivans :

Le liquide blanc, opaque, inodore, d'un poids spécifique supérieur à celui de l'eau, rougissait légèrement la couleur bleue du tournesol, ne se coagulait pas par l'action des acides, et fournissait par l'addition de l'éther hydrique, des flocons blancs qui, isolés par la filtration et traités par l'acide hydrochlorique et par l'acide acétique affaiblis, se dissolvaient parfaitement, témoignant ainsi leur identité avec le caséum du lait de femme.

Une certaine portion du liquide ayant été abandonnée à elle-même et laissée en repos dans un vase non fermé, elle se divisa en trois couches bien distinctes ; une supérieure, d'une teinte blanche tirant très-légèrement sur le jaune, onctueuse au toucher, se dissolvant presque en entier dans l'éther hydrique et se saponifiant par l'action d'une lessive de soude caustique; une moyenne, offrant l'aspect du lait étendu d'eau et ressemblant tout à fait au lait de femme lors des premiers jours de la lactation; enfin, une inférieure, adhérant au font du vase, de consistance caséeuse, blanche, opaque, faiblement acide, sans onctuosité au toucher, et se dissolvant complétement dans les acides hydrochlorique et acétique.

Une seconde portion de ce même liquide ayant été soumise à l'action de la chaleur et évaporée jusqu'à siccité, la matière solide obtenue fut calcinée dans un creuset de platine, et le résidu de cette calcination recueilli et analysé, fournit les divers sulfates qui font partie composante du lait de femme.

Casper's Wochenschift fuer die oesammte heilkunde ; 1842, n° 1.

Cas de perforation du sternum et de la crosse de l'aorte par un coup de couteau ; observation communiquée par M. le docteur Casper.

N. N., âgé de quarante ans, d'une petite stature, mais robuste, vivait séparé de sa femme avec laquelle il cherchait à rentrer ; mais cette dernière s'opposait à tout raccommodement. Ce fut dans le but de vaincre cette opposition qu'il se rendit chez elle un après-midi; et là, après avoir vainement tenté de se réconcilier avec elle, il s'emporta, et, sur la menace qu'elle fit d'appeler à son aide un voisin que N. N. haïssait fortement, il s'empara d'un couteau de table ordinaire, assez aigu et tranchant, qui se trouva sous sa main, et dont la lame avait dix centimètres environ (trois pouces et demi) de long sur vingt millimètres (dix lignes) de large. Il voulut en porter un coup à la gorge de sa femme, et cette dernière, qui se disposait à sortir pour aller chercher des secours, ne put, en recevant le coup, que pousser une exclamation et aussitôt elle tomba morte.

L'assassin a rapporté depuis qu'il a frappé avec beaucoup de force, que la lame avait pénétré dans la moitié et plus de son étendue, et que la résistance qu'il avait éprouvée avait été si faible qu'il avait cru enfoncer comme dans du beurre.

L'autopsie judiciaire eut lieu quarante-huit heures après la mort. Le cadavre était celui d'une femme âgée d'une quarantaine d'années et d'un grand embonpoint. L'examen extérieur de la plaie ne pouvait faire reconnaître la véritable cause de la mort. Comme la blessure avait été reçue dans une position latérale du corps, et que ce dernier se trouvait maintenant étendu sur le dos, il en résultait que les rapports des tégumens avec les organes sous-jacens avaient éprouvé un changement, et que l'orifice externe ne correspondait plus avec l'interne dont la situation n'était pas encore connue.

Cette plaie était située à la partie supérieure du sternum, près du bord gauche de cet os, et au niveau de l'espace qui sépare la première de la seconde côte . sa direction était oblique de dehors en dedans et de haut en bas; elle avait vingt millimètres environ (trois quarts de pouce) de longueur sur douze à quinze millimètres (un demi-pouce) de longueur, ses bords, à section très nette et sur lesquels on ne distinguait pas le moindre indice d'inflammation ni de sugillation, se réunissaient à leurs extrémités par des angles très aigus. Comme on n'y voyait aucune trace de sang liquide ou desséché, elle offrait parfaitement l'apparence d'une lésion qui aurait été pratiquée sur le cadavre ; ce caractère se rencontre presque toujours dans le cas des plaies par instrumens tranchans ou piquans, à la suite desquels la mort a été déterminée instantanément par la lésion d'un ou de plusieurs vaisseaux considérables, parce qu'alors l'organisme n'a pas le temps de réagir aux bords de la solution de continuité.

Les tégumens extérieurs ayant été écartés avec soin, le tissu cellulaire sous-cutané, dans les environs de la plaie, offre une petite sugillation due à une légère infiltration.

Une inspection plus profonde du cadavre fit reconnaître que le sternum lui-même avait été perforé dans une étendue de trois centimètres (un pouce) ; les bords de cette plaie osseuse étaient parfaitement lisses et sans aucune trace d'esquilles ; l'os n'avait été ni fracturé ni déchiré dans aucun de ses points; ce qui coïncide entièrement avec ce que rapporte l'auteur du meurtre de la facile introduction du couteau. Mais la lame avait pénétré plus profondément encore ; car, après avoir enlevé une certaine quantité de sang noir, en partie liquide, en partie coagulé, qui remplissait les deux cavités du thorax, après avoir ouvert le péricarde distendu par un épanchement de sang de même nature, et après avoir examiné l'état des poumons, on trouva que la plaie se continuait dans le poumon droit, sur une longueur de douze millimètres (six lignes) et une largeur de huit millimètres (quatre lignes) près du point où aboutissent les principaux vaisseaux de ces organes ; enfin, elle s'étendait jusqu'à la crosse de l'aorte qu'elle avaii intéressé à trois millimètres (quinze lignes) environ de distance du point de départ de cette artère. La plaie de l'aorte, longue de douze millimètres (six lignes) présentait une légère courbure en forme de croissant, avec des bords nettement tranchés et offrant des traces légères de sugillation : la paroi inférieure de la crosse presentait aussi une plaie de même forme et à bords semblables ; de sorte que cette portion de l'aorte avait, comme le sternum, été traversée par la lame du couteau.

Medicinische zeitung, 1842, n° 27.

Sur la Pâte caustique de Pollau; par M. le docteur Kluge, chiurgien de l'hôpital de la Charité de Berlin.

Pollau, chirurgien de Berlin, mort en 1829, possédait un remède secret contre les verrues et les taches de la peau : ce remède, qu'il tenait de ses ancêtres, était employé par lui avec un succès constant, et lui avait acquis une grande réputation dans le domaine de la *cosmétique*. A sa mort, il laissa sa formule à un confrère, le docteur Seydler, qui lui-même mourut subitement en 1835, et il est probable que la pâte dont il s'agit aurait été perdue pour la science, si M. Kluge n'avait pas eu l'occasion d'en avoir une petite quantité du vivant de Pollau. C'est en en faisant l'analyse que M. Kluge parvint à en reconnaître les composans, et, par suite, à en préparer de nouvelle avec toutes les propriétés physiques et physiologiques qui caractérisaient celle de Pollau.

M. le docteur Phœbus, auquel la formule de ce médicament fut alors communiquée, ne l'ayant donnée dans son *Traité de matière médicale* (3e édition, 1840; T. II, p. 98), que d'une manière incomplète, M. Kluge a pensé qu'il serait convenable, dans l'intérêt de tous les praticiens, de rendre publique sa préparation et de faire connaître avec détail tout ce qui est relatif à son mode d'emploi.

Pour l'obtenir, on pulvérise le plus finement possible, dans un mortier préalablement chauffé, quatre grammes (un gros) de potasse caustique, avec une égale quantité de savon médicinal tout à fait desséché, et on y ajoute ensuite trente grammes (une once) de marbre brûlé (ou, ce qui revient au même, d'excellente chaux), délité et amené à l'état de poudre très ténue par l'aspersion avec de l'eau. Cette masse, soigneusement mélangée, de manière à la rendre parfaitement homogène, doit être renfermée dans de petits flacons bouchés à l'émeril, pour pouvoir la garantir de l'action de l'humidité atmosphérique. Pollau a constaté par expérience que la poudre, ainsi préparée, avait besoin d'être déposée, pendant six mois environ, dans un lieu sec et chaud pour arriver au degré de perfection nécessaire.

Pour l'employer, on verse, dans un petit vase de verre ou de porcelaine, quelques gouttes d'alcool à 30 centièmes, puis on y ajoute la quantité de poudre nécessaire pour faire une pâte que l'on pétrit avec une tige de verre ou de métal, et que l'on applique lorsqu'elle commence à devenir un peu épaisse. Cette application doit être faite promptement et sous forme d'un petit cône de deux à quatre millimètres (une à deux lignes) de hauteur, sur la partie malade que l'on a eu le soin de bien dessécher à l'avance. Tandis que la personne soumise à l'action de ce médicament ressent une légère brûlure, et qu'il se développe peu à peu autour du cône une auréole inflammatoire, la pâte se ramollit peu à peu par suite de l'extinction qu'éprouve la chaux, puis elle se durcit, et on peut l'enlever au bout de quelques minutes à l'aide d'une spatule. La partie cautérisée paraît colorée en brun noirâtre ; on doit la recouvrir, pendant une ou deux heures, avec des compresses imbibées d'eau froide ; et, sous l'influence de cette application réfrigérante, l'aréole ne tarde pas à disparaître. La tache foncée qui persiste se change en une croûte dont la chute s'opère dans un espace de huit jours à peu près, en laissant à nu la peau douée de tous ses caractères normaux.

Pollau se servait de cette pâte non-seulement contre les verrues, mais encore contre les télangiectasies, les *nævi materni*, et autres dégénérescences cutanées idiopathiques. Les verrues se fanent et disparaissent en peu de temps sans laisser la moindre trace ; les faisceaux vasculaires distendus se contractent et finissent par devenir invisibles La peau dégénérée des *nævi* se détache à la manière d'un eschare, et laisse voir au-dessous d'elle une surface tégumentaire de nouvelle formation qui se présente à l'état naturel.

Pour retirer tous les avantages que l'on peut attendre de cette préparation, il est certaines précautions que le praticien doit indispensablement observer. Ainsi, il faut d'abord être bien fixé sur le degré d'activité que possède la pâte, et sur la nature et l'étendue de l'affection qu'il s'agit de détruire. Dans tous les cas, s'il existe la plus légère incertitude à cet égard, il vaut mieux n'appliquer qu'une couche de pâte peu étendue et peu épaisse, et la laisser moins long-temps en place ; car il est préférable de revenir à une seconde application plutôt que d'agir trop énergiquement du premier coup, ce qui pourrait facilement donner lieu à une suppuration plus ou moins longue et abondante, et, à la suite, occasionner une cicatrice défectueuse. Grâce à une expérience de plusieurs années, Pollau s'était acquis un tact si juste à cet égard, qu'il réussissait constamment et qu'il ne manquait jamais de trouver de prime abord les proportions de pâte qui convenaient le mieux aux divers cas qui se présentaient à son observation : il avait adopté, comme règle générale, de ne l'appliquer que sur des surfaces desséchées, et de ne jamais dépasser les bords du mal, parce que la peau saine est douée d'une sensibilité trop exquise ex s'excorie facilement. Lorsqu'il avait à détruire une verrue, il donnait à la couche de pâte une épaisseur d'autant plus considérable et il la laissait en place d'autant plus long-temps, que l'excroissance était plus volumineuse et se rapprochait davantage de la texture cornée. Dans les télangiectasies, si le mal était très étendu et uniforme, il cautérisait par petites portions successives, de la grandeur d'une pièce de six liards, et en allant de la circonférence au centre, et il avait toujours le soin d'attendre que la croûte formée se fût détachée, pour procéder à une nouvelle cautérisation. Si, au contraire, le mal était à son début, et que le réseau vasculaire se trouvât plutôt au centre qu'à la circonférence, il appliquait gros comme un pois environ de pâte là où existaient les vaisseaux les plus volumineux et les plus nombreux, mais il ne la laissait appliquée que pendant peu de temps afin d'obtenir une forte stimulation et une astriction prononcée plutôt qu'une véritable cautérisation. Pour les *nævi*, c'était l'épaisseur et l'étendue de la tache qui le dirigeaient. Toutefois, dans les cas de taches lenticulaires, même les plus épaisses, il ne dépassait pas une épaisseur de quatre millimètres, et, pour les taches de rougeur les plus étendues, il n'allait jamais au delà du diamètre des pièces de cinquante, soixante-quinze centimes, en allant toujours, comme il a été dit plus haut, de la circonférence au centre. Dans le premier cas, il prolongeait l'application pendant huit à dix minutes, et, dans le second, pendant trois à cinq seulement.

Neue Zeitschrift fuer die Geburtskaude.

Sur la procidence du cordon ombilical; par le professsur Osiander.

M. Osiander indique un appareil très-simple pour réduire et maintenir le cordon. Cet appareil consiste dans deux plumes d'oie non taillées, rapprochées l'une de l'autre par leur face concave et liées ensemble au moyen d'un fil. Ces plumes sont traversées à la naissance des tuyaux par le fil qui les maintient en forme de fourche. Le cordon prolapsé est placé entre les tuyaux de plume et poussé entre le fœtus et la matrice Les aspérités des barbes de plume venant à s'arcbouter entre les parois du vagin, empêchent l'appareil de descendre.

M. Osiander cite ensuite treize observations de procidence du cordon, prises, dit-il, entre beaucoup d'autres, et en tire les conclusions suivantes :

Toute procidence du cordon ombilical ne réclame pas les secours de l'art ; souvent la tête descend avec le cordon sans qu'il en résulte une pression mortelle pour l'enfant.

2° Lorsque l'enfant est d'une grosseur moyenne et le bassin bien conformé, on doit laisser marcher la nature ; une pression médiocre du cordon est peu dangereuse ainsi que son entortillement ; le pis qui puisse arriver est que l'on soit obligé d'appliquer le forceps si l'accouchement se fait trop attendre.

3° L'ancien principe que la procidence du cordon nécessite toujours la version est dangereux et peu fondé. Il faut pour cela d'autres indications plus pressantes.

4° La cessation des battemens du cordon n'est point un signe certain de la mort de l'enfant ; il indique qu'il faut terminer promptement l'accouchement avant de songer à pratiquer quelque opération violente sur l'enfant.

5° On aura rarement besoin de repousser le cordon dans l'utérus, et l'on y réussirait d'ailleurs plus rarement encore. Cependant, s'il se montre en dehors du vagin, il faut l'y replacer et maintenir les cuisses rapprochées ; car l'action de l'air sur le cordon a pour effet, en le refroidissant, de suspendre la circulation du fœtus et de le faire mourir en peu de temps.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 18 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 124, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Phlébite développée spontanément dans une veine variqueuse. Considérations sur le traitement de la phlébite en général.

Au n° 18 de la salle Saint-Louis, est couché un homme affecté de varices à la jambe gauche avec des traces d'un ancien ulcère. Ce malade accusait depuis quelques jours des douleurs sourdes, profondes à la partie interne de ce membre. En l'examinant, on reconnut au toucher l'existence d'un cordon noueux, dur, résistant et douloureux le long du trajet de la saphène, avec un peu de rougeur à la peau. Bref, on trouva tous les caractères d'une phlébite commençante. M. Lisfranc a fait, à l'occasion de ce malade, les réflexions pratiques suivantes :

La phlébite est, selon la généralité des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, une affection mortelle ; elle est telle, en effet, entre les mains de la plupart des chirurgiens. Pour nous, au contraire, d'après les cas que nous avons eu à traiter, soit dans l'hôpital, soit dans notre pratique particulière, nous avons eu souvent l'occasion de nous convaincre que cette affection est curable du moins dans un assez grand nombre de circonstances. Malheureusement, nous avons la franchise de le dire, nous ne sommes arrivé à ce résultat qu'après avoir long-temps tâtonné, expérimenté, et avoir reconnu la pratique généralement admise infructueuse et funeste.

Il y a de cela quinze à dix-huit ans, qu'après de malheureux résultats, nous avions pensé qu'il serait peut-être plus convenable d'appliquer d'une manière toute différente les moyens propres à résoudre cette phlegmasie, et qu'au lieu de poser les sangsues, comme on le fait encore communément, autour de la partie enflammée, il serait beaucoup plus rationnel de les appliquer à une certaine distance du mal, entre le foyer phlegmasique et le cœur. Cette idée, toute spéculative d'abord, fut mise en pratique et suivie du succès que nous en attendions. Nous avons vu que les saignées locales, appliquées de la manière que nous venons d'indiquer et répétées plus ou moins souvent suivant les indications, arrêtaient la phlegmasie veineuse ou la prévenaient si elle n'était pas encore complètement développée.

Nous vous rappellerons à cette occasion le cas d'un étudiant en médecine qui, affecté d'une phlébite au bras à la suite d'une saignée, nous fit appeler pour lui donner nos soins. Nous lui appliquâmes des sangsues en grand nombre sur un point intermédiaire entre la partie enflammée et le cœur ; la marche progressive et ascendante de la phlegmasie fut arrêtée, l'inflammation s'étendit, il est vrai, du côté de la main ; il y eut de nombreux abcès qu'il fallut ouvrir, mais, malgré tous ces accidens le malade fut sauvé.

Depuis lors cette pratique nous a constamment réussi ; mais, ainsi que nous le disions tout à l'heure, il faut savoir répéter ces émissions sanguines locales suivant les circonstances, ensuite aider ce moyen par l'usage des cataplasmes émolliens et un régime convenable. Ainsi donc, tenez-vous bien en garde dans le traitement de cette maladie, ne vous arrêtez pas devant une apparence de résolution de l'inflammation, le feu peut être couvert de cendres et faire explosion quelque temps après, si vous n'êtes prêt à l'étouffer. Quand vous avez un de ces malades à traiter, voyez-le deux, trois, quatre fois par jour ; si le matin vous le trouvez bien, ne vous y fiez pas, il peut être pire le soir ; la phlegmasie peut, d'un instant à l'autre, se réveiller plus violente, et peut-être ne seriez-vous plus à temps pour l'arrêter. J'ai vu dans ma pratique plus d'un de ces cas malheureux. Je ne saurais donc assez insister sur la nécessité de surveiller activement les malades atteints de phlébite. Supposez que vous ayez affaire à un malade qui, après un traitement convenable vous semble guéri ; vous croyez pouvoir lui permettre de faire un peu d'exercice et malheureusement les malades ne sont que trop disposés à abuser de ces permissions ; le malade marche trop ; il sent un peu de tiraillement le long du vaisseau malade; il y prête peu d'attention ; ce tiraillement, l'empâtement qui l'accompagne, augmentent, et bientôt la phlébite se reproduit. Ainsi, dans les cas même les plus heureux, tenez-vous pour avertis que les accidens les plus funestes peuvent survenir alors qu'on s'endort dans une aveugle confiance.

D'autre part, supposons qu'ayant empêché la phlébite de se propager vers le cœur par les moyens que nous avons indiqués, elle fasse des progrès vers l'extrémité du membre : que faut-il faire dans ce cas? faut-il l'arrêter comme certains auteurs le recommandent ? Non. — Sans me soucier de rechercher la cause toujours obscure de cette propagation, je surveille cette marche qu'il est d'ailleurs impossible d'arrêter entièrement, je la laisse en quelque sorte s'éteindre dans les abcès qui se développent consécutivement ; j'ouvre ceux-ci à mesure qu'ils se forment, et il est rare qu'avec cette marche prudente on n'amène le malade à bonne fin.

Remarquez bien, au contraire, que si nous faisions comme les chirurgiens ont l'habitude de faire, si nous nous obstinions à arrêter l'inflammation vers la partie inférieure du membre où elle paraît vouloir s'étendre, elle pourrait bien remonter et paralyser les efforts que nous emploierions pour l'arrêter une seconde fois.

En troisième lieu, la phlébite se circonscrit-elle au point où elle s'est développée de prime-abord sans se propager ni en haut, ni en bas, et parcourt-elle toutes ses phases, ainsi que le font d'ailleurs, quoi qu'on en dise, toutes les phlegmasies, on surveille dans ce cas le malade, comme nous venons de le dire pour les cas précédens. Quelquefois la phlegmasie se résout, d'autres fois elle passe à l'état de suppuration, et vous savez alors ce qu'il y a à faire. Quand la suppuration se développe, nous avons souvent trouvé la veine pleine de pus, sans pour cela qu'il eût été résorbé et porté dans le torrent circulatoire, comme le soutiennent plusieurs chirurgiens. Ici pourtant il faut distinguer le cas où le pus a fusé et a envahi les parties éloignées, du cas où il est circonscrit. Cette distinction est importante à faire pour le traitement. Mais rassurez-vous à cet égard : les cas de résorption sont heureusement beaucoup plus rares qu'on ne le dit.

Enfin, avez-vous affaire à une phlébite qui ne s'arrête ni à une première, ni à une seconde application de sangsues, il faut en venir à une troisième et à une quatrième s'il est nécessaire, et si enfin les sangsues ne suffisent pas, il faudrait recourir aux onctions mercurielles à haute dose suivant la méthode de M. Serres d'Uzès. Nous n'avons pas, du reste, une opinion bien arrêtée à l'égard de ce moyen, car nous ne l'avons pas employé assez souvent, mais c'est un traitement qui nous paraît rationnel et que l'on devrait tenter.

Quant au malade qui a fait l'objet de ces considérations, on lui a fait une application de sangsues à la cuisse, dans le point intermédiaire entre le siége de la phlébite et le cœur ; on l'a tenu à un régime convenable, et au bout de quelques jours la maladie qu'on redoutait a été enrayée.

Le malade reste à l'hôpital pour un hydrocèle simple qui sera incessamment opéré.

Fistule à l'épaule entretenue par le séjour intempestif d'une éponge préparée. Extraction de plusieurs fragmens d'éponge. Inconvéniens attachés à l'usage de ce moyen.

Au n° 5 ou 6 de la salle Saint-Louis est placé un malade qui est entré à l'hôpital avec une affection de l'articulation scapulo-humérale. Au premier coup d'œil on s'apercevait qu'il y avait un trajet fistuleux ; nous avons introduit par ce trajet une sonde que nous avons pu faire pénétrer à une très grande profondeur. Malgré toutes les explorations auxquelles nous nous sommes livré avec cette sonde, nous n'avons pu reconnaître aucun corps étranger dans le fond de ce trajet. Nous ne pouvions tout d'abord nous expliquer que difficilement la cause qui entretenait cette fistule, qui s'étendait à une assez grande profondeur dans le tissu cellulaire sous-cutané, et fournissait une grande quantité de pus. Après examen attentif, nous avons vu l'indication de pratiquer des contre-ouvertures afin de donner une issue plus libre au pus abondant qui baignait ces parties, espérant par ce moyen arriver à guérir cette fistule.

Aujourd'hui, 11 octobre, j'ai pratiqué en conséquence une ouverture suffisamment large, à l'aide de laquelle je suis arrivé dans un très vaste foyer. Mon étonnement fut très grand, quand, examinant le fond de ce foyer, je reconnus l'existence d'un corps étranger dont il ne nous fut pas possible de prime-abord de reconnaître la nature. Etait-ce une portion d'aponévrose ou de tissu cellulaire désorganisé et réduit en adipocire? Etait-ce de l'albumine concrétée? C'est ce que nous ne pouvions décider. Je sondai de nouveau avec attention : cette fois la sonde me fit reconnaître un corps d'une consistance molle et spongieuse ; après son extraction, il nous fut aisé de nous convaincre que ce corps n'était autre chose qu'un morceau d'éponge préparée. Après ce premier fragment dont le volume égalait l'extrémité du pouce, je fis l'extraction d'autres fragmens du même volume ; ces morceaux d'éponge étaient fortement imprégnés de pus et exhalaient une odeur fétide. Le malade, interrogé sur cette circonstance, nous raconta que le chirurgien aux soins duquel il s'était confié auparavant, voulant dilater le trajet fistuleux qui existait déjà, y introduisit une éponge préparée dont une partie y fut laissée par mégarde lorsqu'on voulut en faire l'extraction. Il n'en fallait pas davantage pour entretenir indéfiniment la fistule. Maintenant que le corps étranger a été extrait, nous avons tout espoir de guérir complètement ce malade.

Ce fait, quoique simple en apparence, nous fournira quelques réflexions pratiques qui ne manquent pas d'importance. D'abord nous ne savons vraiment pas le but qu'on s'était pro-

FEUILLETON.

LETTRE A UN GOURMAND.

Vous venez d'échapper, mon cher Apicius, à une maladie grave et douloureuse; vous êtes convalescent, c'est-à-dire dans cette situation vraiment charmante où la vie offre toute la vivacité, toute la fraicheur, toute la spontanéité des premières impressions ; où tout semble renaître, où les appétits réveillés d'un long sommeil vous aiguillonnent comme aux jours heureux de l'adolescence ; dans cet état enfin dont l'énergie avait tellement frappé la longue expérience d'un vieux médecin, mon premier maître, que, lorsqu'un individu blasé par les plaisirs se présentait à son observation, il ne manquait jamais de lui dire : « Empoisonnez-vous, mon ami, pas assez pour vous tuer, suffisamment pour vous donner une gastrite; » tant il comptait sur le charme et le pouvoir de la convalescence pour modifier de fond en comble une organisation saturée de jouissances. Vous les avez sentis ce charme et ce pouvoir, vous si délicat, si fin, si recherché dans vos plaisirs gastronomiques, qui hier encore en odorant le parfum pénétrant de la soupe aux choux de votre portière, demandiez avec instance à mon inexorable réserve d'en échanger une grossière écuellée contre le léger tapioka fumant dans une tasse de vieux Sèvres. C'est ce moment de réveil et d'érection de vos papilles nerveuses que je choisis pour vous donner quelques conseils dont aujourd'hui ou jamais vous apprécierez la justesse ; ce sera d'ailleurs pour vous ma dernière ordonnance.

Victor Jacquemont, ce délicieux écrivain, ce savant naturaliste qui est allé si misérablement mourir dans l'Inde, a jeté dans les sciences anthropologiques un profond aphorisme que malheureusement il n'a pas développé : « L'homme, disait-il, mange trop. » Les médecins attentifs apprécient tous les jours la vérité de cette proposition, dont ils pourraient, du reste, revendiquer la priorité pour quelques-uns de leurs anciens, sans remonter à Pythagore dont tout le monde connaît l'austère et végétale diététique. Le catalogue des maladies engendrées par la polyphagie serait effrayant, et vous le taxeriez d'exagération par cela même que, comme la plupart des causes pathogéniques, elle ne donne lieu qu'à des résultats presque toujours éloignés, mais qui n'ont pour cela ni moins d'énergie, ni moins de dangers. Je me sers à dessein du mot *polyphagie* que la plupart des auteurs font synonyme de voracité, de gloutonnerie, et qu'ils appliquent à ces individus d'une édacité monstrueuse dont ils ont laissé l'histoire, comme celle de Tarare et de Bijou, par exemple, que vous pourrez lire dans le Dictionnaire des siences médicales. En effet, les riches gourmands, dans l'acception la plus délicate du mot, sont de véritables polyphages, en ce sens que la quantité d'alimens qu'ils absorbent est au moins égale à celle qu'absorbent ceux que l'on appelle gloutons ; il n'y a de différence que dans la qualité. Tarare, par exemple, mangeait par jour plusieurs kilogrammes de viande crue qu'il assaisonnait de temps à autre avec les cataplasmes volés aux pauvres malades de l'Hôtel-Dieu ; les gourmands absorbent aussi plusieurs kilogrammes de mets divers, dont les condimens n'ont pas l'inertie de la farine de graine de lin, mais présentent au contraire le plus haut degré d'animalisation possible par le rapprochement et la concentration de leurs sucs nutritifs. De sorte que s'il y a avantage, on doit le mettre du côté de ces hommes dont on ne peut lire sans dégoût l'ignoble histoire. En voulez-vous la preuve ? J'en ai une toute récente dont vous ne contesterez pas l'exactitude.

J'étais samedi dernier un des convives de ces fins et somptueux dîners que donne hebdomadairement votre ami M. de M... Placé à côté d'un homme dont l'amphytrion vanta beaucoup la délicatesse et le bon goût, culinairement parlant, j'eus l'idée d'évaluer en poids ce que cet homme, qui donne le ton à toutes les bonnes *fourchettes* de Paris, allait absorber de nourriture. En voici le menu exact, noté avec le plus grand soin, et auquel j'ai mis une valeur en poids approximative qui pèche plutôt en moins qu'en plus.

Un pain viennois, 125 gram.
24 huîtres de Marennes, à 6 gram. chaque, 144
Potage à la tortue, 120
Une part copieuse de barbue avec la sauce, 150
Filet de chevreuil aux truffes, 160 gram.
Poulet à la reine, 150
Anguille à la Chambord, 200

Voilà ce que mangea notre homme du premier service, sans oublier les hors-d'œuvres tels que thon mariné, olives de Lucques, etc., et que j'évalue à 60

Plus, entre les deux services, un sorbet au marasquin, 40

Au second service les alimens suivans disparurent de son assiette avec une activité toute nouvelle :

Une caille grasse, 125
Une aile de faisan, 125
Petits pois au sucre, 110
Gelée à l'ananas, 60
Charlotte à la Chateaubriand, 100
Une récidive de id. 60

Vint le dessert avec ses fruits magnifiques, ses compotes soignées, ses fines patisseries, et notre homme fit honneur à tout en absorbant

Une pèche superbe, 160
Un chasselas, 110
De petites sucreries, 60

Voilà pour le solide. Je crois être fort modeste en évaluant à 1000 gram.
le liquide absorbé, quand j'aurai dit que notre polyphage but des vins de Xérès. de Nuits, de Romanée, de Château-Margaux, du Champagne, et qu'il prit enfin du café et des liqueurs.

Veuillez additionner ce menu, mon cher Apicius, et voyez le total effrayant que ce convive si délicat a ingéré ce jour-là dans son estomac : *trois mille cinquante-neuf grammes!* c'est-à-dire l'équivalent en poids de la nourriture d'au moins trois maçons limousins, et en tenant compte de l'abondance et de la richesse des sucs nutritifs, ce que n'assimile pas en huit jours une nombreuse famille périgourdine.

posé par l'introduction de cette éponge préparée. Etait-ce réellement pour dilater la fistule? Mais alors, comment pouvait-on espérer la cicatrisation? Ignorait-on d'ailleurs que cette substance par son séjour prolongé au milieu de liquides et de parties molles suppurantes, s'altère avec une grande facilité et peut aisément se déchirer alors qu'on en veut faire l'extraction, au point qu'on ne peut jamais être assuré de l'avoir extraite en entier. C'est probablement là ce qui est arrivé dans le cas qui nous occupe.

En second lieu, n'est-il pas possible aussi que l'éponge ait été introduite et laissée à demeure dans des parties où la contre-ouverture nécessitée plus tard soit impossible ou dangereuse? Ainsi supposons qu'on l'ait introduite dans une fistule affectant les parois de l'abdomen, dans un de ces cas d'abcès qui touchent de près le péritoine; que feriez-vous en pareille circonstance? Iriez-vous tâtonner avec les pinces dans le fond de ces fistules, au risque de léser le péritoine et de déterminer son inflammation? Personne de vous n'ignore combien l'inflammation du péritoine est facile à développer et combien elle est dangereuse. Ce raisonnement peut s'appliquer à une foule de cas analogues. Ainsi, lors même qu'il y aurait pour vous indication de faire usage de l'éponge préparée, ne l'introduisez jamais dans des tissus trop profondément situés, et assurez-vous surtout quand vous l'extrayez qu'elle soit bien sortie tout entière. En outre, cette dilatation des trajets fistuleux par l'éponge, est-elle bien rationnelle et efficace? Je crois qu'on se fait illusion à cet égard, car les tissus resteront dilatés pendant tout le temps que l'éponge séjournera au milieu d'eux, mais ils reviendront facilement sur eux-mêmes aussitôt que l'éponge sera extraite, de sorte que le but qu'on se proposait sera à peu près nul.

Ainsi donc, employez rarement ce moyen, qui est défectueux en lui-même, mais si vous y avez recours, n'introduisez jamais les corps dilatans trop loin d'abord, ne les laissez jamais séjourner plus de vingt-quatre heures, et surveillez bien la marche de la fistule, afin de vous assurer que le pus ne fuse pas au loin. Conduisez-vous enfin de manière à prévenir les accidens que nous venons d'observer sur ce malade. Pour nous, nous préférerons toujours inciser quand il s'agit de mettre à découvert un trajet fistuleux afin d'obtenir la cicatrisation.

Nous rendrons compte de ce malade dans une de nos prochaines revues.

Ponction palliative d'une hydrocèle. Nécessité de surveiller les malades et de les astreindre au repos après ces ponctions, à cause de l'inflammation possible.

Au nº 9 de la salle Saint Antoine, est un malade auquel nous avons pratiqué une ponction palliative pour une hydrocèle. Ces ponctions palliatives sont moins innocentes qu'on ne paraît le croire, et exigent plus d'attention qu'on ne leur en accorde généralement. On dit: « Faites la ponction palliative, et puis vous y reviendrez quelques jours après », sans paraître s'inquiéter des accidens qui peuvent survenir à la suite de cette opération, et sans donner à cet égard aucun précepte, aucune indication sur les mesures à prendre pour prévenir ces accidens. Il arrive cependant quelquefois que l'inflammation s'empare de la tuique vaginale après la ponction explorative, tout comme après celle qui est suivie de l'injection ou de tout autre procédé destiné à obtenir la cure radicale de l'hydrocèle. Bien que ce soit là une circonstance heureuse, en définitive, si elle est surveillée, puisqu'elle peut amener la guérison et rendre inutile une nouvelle opératien, on conçoit que dans le cas contraire, en l'absence de tout soin et de toute surveillance, cette inflammation peut devenir la source d'accidens graves. C'est donc une erreur de croire que les malades peuvent impunément se lever, marcher et vaquer à leurs affaires après une ponction palliative. Dès l'instant où l'inflammation est possible, et qu'on est prévenu de cette circonstance, il devient nécessaire de maintenir les malades couchés et de les astreindre au même régime que les malades opérés par injection. C'est la précaution qui vient d'être prise pour le malade en question.

Excision d'un petit polype muqueux du col utérin. Ulcérations autour de la plaie résultant de cette excision. Nécessité de surveiller la cicatrisation des plaies résultant de l'excision des polypes.

Dans la salle Saint-Augustin, est une malade chez laquelle nous avons excisé, il y a quelques jours, un petit polype en partie fibreux et en partie muqueux, siégeant sur le col de l'utérus, et ayant un petit pédicule étroit et fortement adhérent. L'opération fut très simple, et n'offrit rien de particulier qui mérite d'être rappelé. Ce matin nous avons examiné cette femme au spéculum, afin de voir où en était la cicatrisation, et nous avons trouvé plusieurs érosions autour de la plaie résultant de l'excision, ce qui constituait en tout une plaie d'une assez grande étendue. Le polype avait de trop petites dimensions pour que son excision ait pu donner lieu à une plaie aussi large, les petites plaies que l'on remarquait autour de la plaie principale étaient évidemment des érosions ou des ulcérations qui existaient antérieurement à l'excision du polype, dont elles cernaient le pédicule, sans doute, sans qu'on eût pu les reconnaître au premier examen. Nous nous sommes bien gardé de laisser sortir cette femme dans cet état. Les érosions seront cautérisées, et nous ne permettrons à cette malade de sortir qu'après que la cicatrisation sera complétement terminée.

On voit souvent des femmes sortir des hôpitaux peu de temps après l'excision d'un polype et avant que la cicatrisation en ait été complète, y rentrer plusieurs années après avec ces mêmes plaies restées stationnaires; et personne de vous n'ignore quelle est la tendance de ces plaies à dégénérer. D'une autre part, il est assez commun de voir des polypes accompagnés d'engorgement du col et d'excoriations ou d'érosions, qui se changent avec une extrême facilité en ulcères souvent rebelles. Ce sont là autant de circonstances dont il est extrêmement important de tenir compte, et qui font sentir combien est grande la nécessité d'examiner avec le plus grand soin les femmes auxquelles on a fait de semblables opérations, et de ne les abandonner à elles-mêmes qu'après s'être bien assuré de la guérison de la plaie et de l'absence de toute complication qui puisse devenir le point de départ d'une dégénérescence ulcéreuse.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

CONSIDÉRATIONS RECUEILLIES A LA CLINIQUE DE M. BAUDENS.

De la ponction réitérée comme moyen curatif dans les hydropisies en général, et en particulier de celles du globe oculaire, de l'abdomen et de la tunique vaginale du testicule; par M. le docteur JOSSE.

Jusqu'à ce jour les moyens employés comtre le staphylome avaient eu peu d'influence sur le développement de cette affection. La ponction réitérée à travers un staphylome de la sclérotique compliqué d'hydrophthalmie nous ayant fourni l'occasion d'observer les bons effets de l'écoulement lent et réitéré du liquide hydrophthalmique, nous avons cru devoir publier cette observation, qui présente un triple intérêt, sous le rapport:

1º De la guérison de l'hydrophthalmie;

2º De la modification importante survenue dans le staphylome;

3º De la rareté du staphylome de la sclérotique.

Scarpa, qui le premier a décrit une dilatation partielle de la sclérotique ayant son siége près de l'insertion du nerf optique, n'a jamais rencontré de staphylome de la sclérotique à la partie sphéroïdale antérieure. Scarpa, Jacobson et Mirault ne l'ont observé qu'à la partie sphéroïdale postérieure. Toutefois, M. Travers a vu des relâchemens de la sclérotique accompagnés de staphylome de la cornée dans des hydropisies du globe de l'œil.

M. Baudens, qui en a observé également, a fait sur les bosselures de petites ponctions à l'aide d'une aiguille à cataracte, et a obtenu la guérison de l'hydropisie oculaire.

Les douleurs intolérables qui accompagnent l'hydrophthalmie aiguë, les phénomènes inflammatoires qui se développent dans les parties accessoires de l'œil, la conjonctivite avec chémosis, ne laissent pas le choix des moyens. La ponction à la partie inférieure de la cornée a été conseillée par plusieurs auteurs recommandables; mais, voulant éviter une altération de cette partie du globe oculaire, je m'arrêtai au traitement suivant:

Donner issue au liquide surabondant en pratiquant de bas en haut une ou deux mouchetures sur le staphylome avec un couteau à cataracte.

Réitérer cette opération tous les trois ou quatre jours.

Inciser et exciser la conjonctive formant chémosis.

Collyre calmant.

Purgatif salin réitéré.

Après quinze jours de ce traitement, j'ai toujours vu l'œil diminuer considérablement de volume. Le malade ne ressent plus de douleurs, le staphylome est moins gros de moitié, et bientôt les moyens usités amènent la résolution complète des parties accessoires du globe de l'œil.

Les bornes de cet article ne nous permettant pas de nous étendre davantage, nous terminerons en appelant l'attention des médecins sur la ponction réitérée comme moyen curatif dans le développement du staphylome de la cornée, que M. Baudens a depuis long-temps tenté dans le début du staphylome de la cornée chez les adultes. Nous devons à son obligeance d'avoir pu vérifier sur quelques-uns de ses malades les beaux résultats qu'il a obtenus. La diminution de la tumeur, son affaissement, laissent espérer le rétablissement de la vision. Dans des cas moins heureux, la diminution du volume du staphylome serait encore à considérer comme un très grand avantage.

Ce traitement rentre dans les préceptes que M. Baudens a adoptés pour les hydropisies en général, et qui consiste à favoriser lentement par des ponctions réitérées l'écoulement du liquide. Nous lui avons vu faire avec succès l'application de ce moyen curatif dans l'hydrocèle de la tunique vaginale. (Cette méthode diffère de celle de Celse.) Les avantages de sa méthode ont déjà été rapportés dans ce journal. Ils consistent dans l'impossibilité de léser le testicule, dans l'absence de gangrène générale ou partielle des bourses, comme on le voit quand du liquide injecté passe dans le dartos; dans une guérison beaucoup plus prompte que par les autres méthodes, cinq à quinze jours au plus, et dans le développement à peine perçu d'une douleur qui dans, aucun cas, n'est comparable à celle que développe si souvent l'injection.

Deux succès ont été également constatés par M. Baudens dans l'hydropisie ascite traitée par des ponctions réitérées sur la partie antérieure et supérieure de la ligne blanche. Ces ponctions sont faites avec une lancette de manière à laisser le liquide s'écouler peu à peu par un trajet fistuleux.

Il y a quelques années un médecin italien avait proposé l'écoulement lent à un de mes malades atteint d'ascite; pour parvenir au but qu'il se proposait, il prétendait laisser à demeure une canule à syphon dans la cavité du péritoine. Nous nous sommes opposé à ce moyen et nous nous en félicitons, car notre malade a guéri. Depuis nous avons appris que la canule à demeure avait été employée chez un autre sujet, et que sa présence avait déterminé une péritonite à laquelle le malade avait succombé.

Nous terminerons par dire que la ponction réitérée, tout en débarrassant la cavité du liquide surabondant, procure une détente des membranes; fait cesser l'état de gêne dans lequel se trouvent les organes, place les vaisseaux absorbans dans les conditions nécessaires à l'harmonie de leurs fonctions, et détermine souvent la guérison quand le liquide épanché ne reconnaît pas pour cause une altération organique incurable par les moyens que l'art possède.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

Extrait des leçons orales de M. le professeur LALLEMAND.

Des polypes fibreux de l'utérus.

Nous avons fait dernièrement, dit M. Lallemand, l'excision

Eh bien! il y a un grand nombre d'hommes, mon cher convalescent, — et vous en connaissez, — qui tous les jours, ou plusieurs fois par semaine, se gorgent ainsi d'une alimentation exorbitante. Faut-il avoir des connaissances bien étendues en hygiène et en physiologie pour comprendre ce qu'un tel régime doit amener de résultats déplorables?

Les plus heureux s'en tirent par l'obésité, infirmité immonde, dont les progrès sont incessans; car il est d'observation qu'une fois que les tissus tournent à la sagination, il n'est plus possible de les ramener à des conditions normales. Qui n'a vu dans le monde les originaux du portrait si bien tracé par Boileau:

> Son menton sur son sein descend à triple étage,
> Et son corps ramassé, dans sa courte grosseur,
> Fait gémir les coussins sous sa molle épaisseur.

Mais vous n'avez pas été, comme nous médecins, dans la confidence des tourmens, des incommodités continuelles, des privations pénibles qu'éprouvent les obèses. Pour eux, plus de lit conjugal, plus de douces étreintes; bientôt, impuissans à mouvoir leur masse inerte, ils n'aspirent qu'au repos, ils tombent dans l'indolence et la paresse, et deviennent semblables à des Denys, tyran d'Héraclée, qu'on ne pouvait, au rapport d'Athénée, tirer de son état de somnolence habituelle, qu'en le piquant avec une aiguille, ou en couvrant son corps de sangsues.

D'autres y gagnent la pléthore sanguine et sa conséquence inévitable, l'apoplexie, qui tantôt les tue subitement, tantôt, et le plus ordinairement, les fait mourir en détail, emportant un jour une moitié du corps, demain l'autre moitié, mais les plonge toujours dans une imbécillité graduelle.

Ceux-ci, et c'est le plus grand nombre, deviennent la proie de la goutte aux cruelles souffrances; douleurs néanmoins impuissantes pour leur correction; car ces malheureux épuiseront toutes les drogues, videront leur bourse à tous les charlatans, mais se garderont bien de supprimer un plat de leur dîner.

Ceux-là, et ce sont les plus sévèrement punis, y contractent une affreuse maladie qui débute par une indigestion et finit par le cancer de l'estomac.

A quelques exceptions près, tel est le sort inévitable réservé au polyphage; consultez vos souvenirs, jetez un regard sur les convives des tables renommées, et voyez si j'ai rien à retrancher de ce catalogue très incomplet encore. Nos livres de médecine sont remplis de faits qui témoignent de l'influence de la bonne chère comme cause de maladies; l'observation journalière incessamment fournit de nouvelles preuves, et je ne crois pas qu'il y ait en étiologie quelque chose de mieux démontré.

J'ai assisté à l'autopsie d'un gourmand célèbre — je rougis de vous dire qu'il était médecin. — Ce qui frappa surtout les assistans, ce fut de voir l'ampliation énorme qu'avait subi l'estomac; il descendait comme un vaste sac presque au niveau du pubis, et je ne sais plus si c'était douze ou quinze litres de liquide qu'on put injecter dans sa cavité. Mais aussi quel Homère pourrait raconter l'Iliade des exploits gastronomiques de ce digne confrère? Je ne l'essaiera pas, quoique j'aie entendu raconter de lui des choses fabuleuses: Gargantua et Grand-Gousier étaient des femmelettes à côté de ce polyphage renommé.

Votre énergique constitution, mon cher convalescent, et votre longue soumission aux prescriptions de l'art, vous ont sauvé, je l'espère, des résultats qu'amène ordinairement le mode de vie que vous suiviez depuis long-temps. Mais que de périls vous environnent, et combien je crains pour vous! L'excellence de votre cuisinier est surtout l'écueil le plus grave pour votre santé. Il m'en coûte de désobliger ce brave artiste, digne de trouver un appréciateur aussi distingué que vous l'êtes, mais vous donnerez des inquiétudes sans cesse renaissantes à votre médecin, tant que ce digne homme sera le chef de votre cuisine. La saison qui nous arrive est d'ailleurs si dangereuse! La truffe, ce champignon délectable, comme dit M. Mérat, va titiller de son parfum tous vos nerfs olfactifs; aurez-vous le courage de la résistance? Malgré les promesses que vous arrachaient vos atroces douleurs gastralgiques, j'ai de graves appréhensions à cet endroit. Semblable aux navigateurs en péril, vous avez promis un bien gros cierge à Notre-Dame-de-Bon-Secours; arrivé au port vous en souvendriez-vous?

Rien n'est plus désirable pour votre santé. Loin de moi la pensée de vouloir vous ramener par l'effroi à des habitudes de tempérance et de sobriété; mais c'est mon devoir de vous dire qu'à l'âge où vous êtes parvenu, les affections gastralgiques se terminent souvent par une maladie terrible dont nous ne pouvons être que les spectateurs impuissans et désolés. Les moralistes vous ont dit ce que la dignité humaine gagne par une sage modération dans les penchans et les désirs; le médecin doit ajouter que cette modération est plus qu'une vertu, c'est un calcul et de tous le plus important, car il s'agit de ce bien suprême sans lequel honneurs, richesses ne sont rien, sans lequel toute une impotente vie de millionnaire ne vaut pas un quart d'heure de gaieté indigente d'un robuste muletier.

Agréez, etc., A. L.

— Un personnage indien, dont la présence a fait dernièrement beaucoup de sensation à Londres, doit passer ces jours-ci à Paris, en allant s'embarquer à Marseille. C'est le baron Dwarkanauth Tagore, aussi remarquable par l'immensité de ses richesses que par le noble emploi qu'il sait en faire. Cet Indien s'est efforcé depuis longues années d'introduire chez ses compatriotes les institutions européennes, et son pays lui doit une foule d'établissemens utiles, tels que le collége indou de Calcutta, la société des livres classiques, l'école de médecine, l'hôpital des fiévreux, etc. Dwarkanauth a fondé, en outre, diverses maisons de commerce dans l'Inde, en Chine, à Maurice et à Londres.

Cet homme généreux a été accueilli en Angleterre avec une grande distinction; la ville d'Edimbourg lui a offert le titre de citoyen, la reine l'a honoré d'une audience particulière; enfin, il est devenu pour quelque temps le personnage à la mode de la haute société.

Il retourne à Calcutta par Suez, rapportant sans doute d'Europe pour son pays de nouveaux bienfaits.

— Une épidémie dont les caractères ne nous sont pas encore connus sévit en ce moment sur la garnison de Cahors. Douze hommes sont morts dans quelques jours.

d'une tumeur fibreuse de la matrice. C'est une opération qu'on ne voit pas souvent pratiquer à Montpellier ; et il est rare que plusieurs malades portant des polypes de l'utérus entrent à l'Hôtel-Dieu à des intervalles aussi rapprochés. Vous savez, en effet, qu'un cas tout-à-fait pareil s'est présenté dans notre dernier service. Au reste, les deux opérations ont été suivies d'un égal succès.

La malade qui fut opérée dans le courant du mois de février 1842, portait un polype fibreux, pédiculé, sphéroïde, ayant environ 7 à 8 centimètres de diamètre. Cette tumeur fut tirée hors du vagin à l'aide d'un petit forceps, et son pédicule coupé avec de forts ciseaux. La malade fut guérie en quelques jours ; il n'y eut, à la suite de l'opération, n'y hémorrhagie, ni aucun autre accident qu'une légère déchirure de la fourchette, qui s'effectua dans les efforts auxquels on fut obligé de se livrer pour faire franchir à la tumeur le passage de la vulve.

Quelque temps après la sortie de cette première malade, il en est arrivé une autre, affaiblie depuis long-temps par des hémorrhagies utérines très abondantes. On parvint aussi, chez elle, à constater par le toucher l'existence d'un polype ; mais ce cas différait bien du précédent. En effet, en introduisant le doigt dans le vagin, on y sentait d'abord une tumeur arrondie, qu'on aurait prise pour un polype si on ne l'avait explorée avec plus d'attention : c'était le col de l'utérus qui se trouvait dans une position un peu inférieure à celle qu'il occupe ordinairement. En faisant glisser le doigt dessus, on pénétrait dans son ouverture dilatée, et on arrivait ainsi jusque dans la cavité de l'utérus ; c'est là qu'on sentait parfaitement le polype, mais sans pouvoir le circonscrire dans tous les sens et arriver à son pédicule : c'était donc une tumeur fibreuse à sa première période, c'est-à-dire renfermée encore dans la cavité utérine, et dont on ne pouvait espérer de l'extraire. La malade étant très affaiblie par la quantité de sang qu'elle perdait presque chaque jour, on a cherché à relever ses forces par l'administration des toniques unis aux astringens, et notamment au tannin. Sous leur influence, les hémorrhagies ont diminué et les forces sont un peu revenues ; mais la tumeur n'a pas changé de place. On a essayé de la faire descendre en déterminant dans l'utérus des contractions et des mouvemens d'expulsions analogues à ceux de l'accouchement, et pour cela on a prescrit pendant plusieurs jours le seigle ergoté. Son action s'est bien fait sentir sur la matrice ; mais le polype n'a pas abandonné la cavité de cet organe, et la malade est sortie de l'hôpital pour n'y rentrer que lorsque son état lui permettra de se faire opérer.

Le 2 août 1842, s'est présentée une troisième malade, atteinte d'un polype utérin. C'est la femme Marie Boudon, âgée de quarante-deux ans ; elle est mère de quatre enfans dont le plus jeune a onze ans. On remarqua, lorsqu'il vint au monde, qu'il était peu développé et comme rabougri ; en outre, l'accouchement fut accompagné d'hémorrhagies abondantes, deux circonstances qui permettent de rapporter peut-être à cette époque le développement du polype. Depuis ce moment, la femme Boudon eut des pertes rouges qui duraient plusieurs jours et qui revenaient à des époques très rapprochées, trois ou quatre fois chaque mois ; plus tard, elles furent accompagnées de pertes blanches. La malade n'éprouvait, du reste, aucune douleur ; elle était seulement très affaiblie. Peu à peu le polype est descendu de l'utérus dans le vagin, sans qu'elle s'en soit aperçue autrement que par un léger sentiment de pesanteur aux lombes, puis au périnée qui a augmenté depuis quelque temps et qui depuis est à peu près au même degré. Enfin, il y a un mois, survint une rétention d'urine qui l'obligea d'appeler un chirurgien. Celui-ci l'ayant examinée, déclara qu'elle portait un polype dont elle ne pouvait être délivrée que par une opération ; mais, sentant de la fluctuation sur un point de sa surface, il y fit une ponction qui donna issue à un liquide sanieux, ichoreux, d'une odeur des plus fétides. Il s'opéra ainsi un dégorgement qui permit l'excrétion des urines, et la malade, éclairée sur son état, se hâta de venir à l'Hôtel-Dieu. Elle était alors extrêmement maigre, son teint jaune-paille, son visage ciré. Les pertes rouges étaient accompagnées de l'écoulement d'un liquide ichoreux et putride, écoulement qui durait depuis la ponction dont nous avons parlé.

En pratiquant le toucher, on sentait dans le vagin une tumeur arrondie et lisse sur les bords, par lesquels elle était en rapport avec la paroi vaginale, offrant au contraire à son centre une dépression inégale, dure, fongueuse, et qu'on aurait été tenté de prendre pour le col de la matrice devenu cancéreux ; mais on ne pouvait s'y méprendre lorsqu'on interrogeait la malade et qu'on explorait les parties profondément : on apprenait que cette cavité avait été produite depuis peu par un coup de trocart donné dans le polype, et augmenté peut-être par les rapprochemens conjugaux, car ils ont eu lieu jusqu'aux derniers jours. De plus, en portant le doigt autour de la tumeur dans toutes les directions, on pouvait passer entre sa surface et celle du vagin, et arriver ainsi jusqu'au col de la matrice, d'où l'on sentait sortir le pédicule.

Cette circonstance, *l'isolement du pédicule*, était importante à constater ; car c'est la seule, dit M. Lallemand, qui puisse donner la certitude que c'est bien à un polype que l'on a affaire ; et ici, il pouvait y avoir des causes de méprise. Outre que la tumeur offrait la sensation d'un cancer du col utérin, comme la maladie s'était manifestée à la suite d'un accouchement, on pouvait craindre aussi que ce fût un renversement de la matrice. Les bosselures et les anfractuosités que présentait la surface de la tumeur, sa résistance fort inégale dans les différens points, devaient bien dissiper les doutes ; car, dans les renversemens de l'utérus, la surface est au contraire lisse, égale, élastique. Le col utérin est aussi plus volumineux que ne l'était le pédicule. Néanmoins, quelque probants que paraissent ces caractères, il ne faut jamais s'y fier entièrement ; toujours il faut constater la sortie du pédicule à travers le col utérin ; il faut que le doigt puisse faire le tour de ce pédicule, et sentir en dehors un bourrelet poli, élastique, formé par le museau de tanche. Chez notre malade, la tumeur était si volumineuse qu'elle refoulait la matrice en haut et qu'il était difficile d'arriver jusqu'au col. Cependant nous y sommes parvenus, et tous nos doutes ont été dissipés. Rien ne pouvant plus alors retarder l'opération, nous avons dû nous hâter de la pratiquer, car il n'y avait à faire aucune préparation ; il fallait débarrasser la malade le plus tôt possible, c'était le seul moyen de mettre un terme aux hémorrhagies qui l'épuisaient et de lui rendre enfin la santé. Elle a donc été opérée le 6 août, c'est-à-dire quatre jours après son entrée à l'hôpital.

Les difficultés de l'opération ont été assez grandes ; elles ont tenu principalement au volume de la tumeur, dont le diamètre était de 8 à 10 centimètres, et par conséquent plus étendu qu'il n'était chez notre première malade. Il a fallu, comme pour celle-ci, se servir d'un petit forceps dont les deux branches, introduites isolément, ont été réunies après avoir saisi la tumeur, et ont permis de l'amener à la vulve. Les pinces, les tenettes que nous avions préparées pour éviter, s'il était possible, l'introduction du forceps, n'avaient pas de prise sur elle ; nous ne pouvions employer non plus ni crochets, ni érignes, ni pinces de Museux ; elles auraient déchiré le polype et causé des hémorrhagies qui auraient peut-être mis la malade en danger, ou tout au moins rendu la manœuvre de l'opération obscure et laborieuse.

A l'aide d'efforts assez puissans, nous sommes parvenus à tirer le polype hors du vagin. Plus heureux que dans notre dernier service, nous avons évité la déchirure de la fourchette en nous servant des doigts de plusieurs aides, pour déprimer et protéger, pendant cette sorte d'accouchement, le repli falciforme de la vulve. Peut-être aussi les parties étaient-elles plus extensibles que dans le cas précédent. Quoi qu'il en soit, la tumeur étant amenée au dehors, nous avons pu voir son pédicule et placer encore le doigt entre lui et le col utérin, de manière à nous assurer de nouveau que ce n'était point à un renversement que nous avions affaire. Saisissant alors de forts ciseaux, nous les avons portés sur le pédicule, aussi près que possible du lieu où il paraissait s'implanter sur la matrice, et deux ou trois coups ont suffi pour l'en détacher.

Pendant ce temps de l'opération, la malade n'a accusé aucune douleur ; elle n'a souffert que dans le véritable accouchement qu'il a fallu opérer avec le forceps. Immédiatement après l'excision, elle s'est levée sur son séant, ne pouvant maîtriser la joie que lui causait sa délivrance. Un léger suintement sanguinolent a eu lieu pendant vingt-quatre heures après l'opération ; la malade n'a pas éprouvé d'ailleurs le moindre accident. Le troisième jour, elle a commencé à manger ; elle a repris en partie ses couleurs et ses forces, et elle est sortie de l'hôpital quinze jours après son arrivée.

La tumeur a été examinée avec soin et soumise à l'observation de M. le professeur Dubrueil. Elle présente les caractères suivans :

Elle est du volume d'une grosse orange, sphéroïde, mais pas régulièrement arrondie ; elle présente, au contraire, des sillons qui semblent la diviser en lobes ; elle est bosselée, mamelonnée ; on dirait un cerveau de fœtus avec sa forme générale et ses circonvolutions. Le pédicule est très court. Sa surface de section ne renferme pas de vaisseaux sanguins volumineux ; elle présente une forme ombiliquée assez remarquable. Sur la face de la tumeur opposée au pédicule se voit une ouverture irrégulière, à bords renversés, déchiquetés, conduisant dans une cavité qui peut recevoir l'extrémité du pouce. La couleur de la surface, qui est rosée sur tout le reste du polype, est obscure et noirâtre autour de cette ouverture : c'est là que se plaçait d'abord le doigt quand on pratiquait le toucher, et c'est ce qui pouvait faire croire à un cancer du col utérin. Au reste, ce n'est pas la première fois qu'une pareille disposition se présente. Dupuytren cite aussi l'exemple d'un polype, lequel, à l'endroit opposé au pédicule, offrait « une » fente transversale où l'extrémité du doigt pouvait s'engager. » C'est cette disposition qui nous avait fait croire que ce pou» vait être la matrice. » (*Leçons orales*, tom. IV, pag. 279.)

Quant à sa structure, la tumeur est recouverte d'abord d'une membrane très mince semblable à la muqueuse de l'utérus ; au-dessous de cette membrane se voit une légère couche de sang épanchée entre sa face interne et la surface du polype. En l'examinant au microscope, on y distingue des globules sanguins disposés sur une même ligne, ou formant, par leur agglomération sur divers points, des îlots irréguliers, se trouvant, en un mot, en instance d'organisation ; on y surprend, pour ainsi dire, au moment où il s'opère, le travail de séparation des élémens du sang et la formation d'une couche nouvelle de tissu fibreux. Le corps même du polype est formé, ainsi que le centre du pédicule, d'un tissu dur, élastique, ayant tous les caractères du tissu fibreux (1), présentant en quelques points un aspect grenu, lardacé, plus compacte et criant sous le scalpel comme du squirrhe. Cette texture est profondément altérée tout autour de la cavité que nous avons signalée sur la face inférieure du polype ; le fond en est mou, pulpeux, fongueux, offrant l'apparence du tissu encéphaloïde, humecté par un liquide dont la couleur et l'odeur sont tout à fait celles de l'ichor cancéreux : tout démontre que cette cavité est due à un commencement de dégénérescence.

On a déposé cette tumeur au Conservatoire de la Faculté ; car elle est digne d'intérêt, et au point de vue scientifique, et sous lee rapport pratique. On peut y étudier l'organisation du tissu fibreux, sa formation aux dépens des élémens du sang, sa dégénérescence ; d'un autre côté, elle offre l'exemple d'une disposition qui aurait pu jeter dans une grave erreur un chirurgien inattentif ou peu expérimenté.

Il est remarquable que les excisions des corps fibreux de l'utérus ne sont pas accompagnées d'hémorrhagies ; cependant les tumeurs qu'on enlève ainsi sont très saignantes. Dans toutes les observations de ce genre, on voit ce que nous avons pu vérifier sur nos trois malades : des pertes de sang qui jettent les sujets dans un affaiblissement extrême. Ces hémorrhagies tiennent à deux causes.

Le plus souvent (et c'est là l'opinion de M. le professeur Dubreuil), elles proviennent moins de la surface du polype que de la face interne de la matrice ou du vagin, avec lesquelles il est en contact par tous ses points, et pour lesquelles il est une cause continuelle d'irritation. Quelquefois aussi elles sont dues à une grande vascularité de la tumeur, et l'on voit le pédicule renfermer de très gros vaisseaux. Cependant même dans ce dernier cas, chaque fois que l'opération est faite par excision, et après avoir tiré le polype au dehors, il ne s'écoule pas une goutte de sang. Cela tient à ce que la matrice amenée jusqu'à la vulve par les tractions qu'on exerce sur la tumeur, revient dans sa position dès que celle-ci est enlevée, la portion du pédicule se rétracte et rentre dans le tissu de l'utérus ; toutes ces parties reprennent leur ressort, et de-là résulte la compression des vaisseaux et une hémostasie naturelle.

Cette méthode est donc à la fois la plus simple et la plus sûre ; tandis que la ligature, qu'on employait de peur d'hémorrhagie, est elle-même une source d'accidens graves. Dupuytren, en les retraçant, a fait ressortir d'une manière complète les avantages de l'excision ; et l'expérience a prononcé sur ce point d'une manière si décisive, que c'est aujourd'hui le seul moyen auquel on puisse avoir recours (1).

A. COURTY,
Chef de clinique

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 14 septembre. — Présidence de M. CORNAC.

Candidatures de MM. Blatin et Nivet. — *M. Forget* fait un rapport très favorable sur l'ouvrage de ces médecins, intitulé : Traité des maladies des femmes qui déterminent des flueurs blanches, des leucorrhées et tous les autres écoulemens utéro-vaginaux. — Sur les conclusions du rapporteur, ces deux honorables praticiens sont nommés membres de la Société.

— *Du traitement du lupus.* — *M. Gilette* lit un rapport sur un mémoire de M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix, concernant la valeur et le traitement du lupus.

L'auteur commence par rejeter l'opinion de ceux qui ont voulu ranger cette maladie dans les affections dartreuses, scrofuleuses ou syphilitiques. L'esthiomène, suivant lui, est une maladie locale qu'il faut par conséquent attaquer localement ; il fait tomber les croûtes au moyen d'onguent d'althæa, puis il a recours, indifféremment, à la pâte arsenicale, au sublimé, au caustique de Vienne. Le traitement qu'emploie M. Payan est rationnel, et depuis long-temps mis en usage par les praticiens éclairés ; mais, ajoute M. Gilette, je ne saurais partager sa répugnance pour les remèdes généraux, ni sa complète sécurité sur les guérisons qu'il a obtenues. Un bon nombre des individus affectés de lupus portent les stygmates d'une constitution essentiellement scrofuleuse, et le traitement général par les préparations iodurées et ferrugineuses peut, en modifiant cette constitution, agir au moins comme prophylactique et comme propre à empêcher les récidives. Je voyais, ces jours derniers, un homme qui était sorti depuis deux ans de l'hôpital Saint-Louis, après avoir cru la maladie arrêtée par les caustiques, et chez lequel elle revint de nouveau. M. Gibert a eu l'occasion de voir un malade qui, ayant été traité par le professeur Delpech à l'aide de caustiques, n'en avait pas moins subi plus tard, en 1826, l'opération de la rhinoplastie pour dissimuler son affreuse difformité. Au bout de deux ans, de nouveaux tubercules avaient envahi les joues et le nez artificiel.

Recherches historiques sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — A l'occasion d'un autre travail de M. Payan sur le traitement de la phthisie par la médication arsenicale, M. Gilette lit un rapport fort intéressant, dont nous allons faire connaître les points principaux. La plupart des essais que nous regardons comme nouveaux, et qui depuis une vingtaine d'années surtout viennent successivement occuper les journaux, pour disparaître ensuite ou devenir l'exploitation de charlatans obscurs, ont été également tentés dans les beaux jours de la médecine grecque et romaine. Après deux mille ans de vains efforts, nous en sommes réduits à traiter la phthisie absolument comme aux temps de Celse et de Galien.

On commençait alors par les voyages d'Alexandrie, comme les riches font chez nous le voyage d'Italie ; ceux qui ne pouvaient supporter ce voyage faisaient de courtes promenades sur mer, ou au moins en litière sur les bords de la mer. Le lait était spécialement recommandé après l'hémoptysie, soit celui de chèvres nourries de plantes aromatiques, soit celui d'ânesses, élevées avec tant de soin, qu'on devait chaque jour examiner la qualité de leurs excrémens. Ce lait, d'après Galien (Méth. de guérir, lib. IV, chap. 13), devait être pris à Tabies, petite ville située entre Sorrents et Naples, qui fut détruite avec Pompeïa et Herculanum dans la grande éruption du Vésuve en 70, sur laquelle Pline le jeune nous a laissé une lettre si curieuse. L'endroit qui le fournissait était fort abrité du vent, et il y croissait un grand nombre de plantes propres à rendre le lait légèrement astringent. Dans les cas où l'estomac participait à l'irritation des poumons (liv. VII, ch. 4), le médecin grec donnait la préférence au lait de femme. Mais la plupart des malades, ajoute-t-il, ne veulent point se soumettre à ce genre d'alimentation ; ils répugnent à être traités comme des enfans, traitons-les donc comme des ânons.

On n'épargnait, en outre, au malade, quand l'amaigrissement et la toux se prononçaient davantage, ni les emplâtres excitans, ni les applications de poix, ni les cautères sur les parties supérieures de la poitrine à l'aide du fer rouge. (Celse, liv. III, chap. 2 ; Gal. *loco cit.*)

On évite, en général, de provoquer des selles abondantes ; cependant Prosper Alpin (*De med. ægyp.*, liv. 4), rapporte que des malades désespérés (*quasi tabidos*) ont été guéris par des purgatifs violens, tels que la coloquinte. — Nous voilà sortis de la médecine rationnelle pour entrer dans les essais. C'est Pline l'ancien surtout qui a entassé pêle-mêle l'histoire de tous ces essais disparates et bizarres. Il n'est peut-être pas une seule substance connue qui ne soit employée sous une forme quelconque contre la phthisie. Dans le règne végétal, nous trouvons particulièrement toutes les substances résineuses. Le séjour dans les bois de pins est énergiquement recommandé par Pline. (Liv. XXIV, chap. 6.) Il est certain, dit-il, que l'air qu'on y respire sert encore plus aux phthisiques que le voyage d'Egypte et que le lait pris pendant l'été sur les montagnes.

La poix était placée non seulement à l'extérieur, on la donnait en-

(1) M. le professeur Dubrueil distingue deux espèces de polypes utérins : les uns fibreux, ordinairement pédiculés ; les autres, essentiellement interstitiels, formés par l'hypertrophie locale du tissu propre de la matrice, de ce tissu jaune élastique dans l'état de vacuité, musculaire pendant la grossesse. La nature de ces derniers est démontrée par l'examen anatomique ; elle explique les métrites qui emportent presque toujours les malades, lorsqu'on veut tenter l'extirpation de ces tumeurs. Le développement de l'inflammation est favorisé, dans ce cas, par la continuité et la similitude de leur tissu avec celui de l'utérus.

(1) La Clinique de Montpellier.

core en bols médicamenteux, composés de beurre et de miel. (*Ibid.*, chap. 7; Celse, *loco cit.*) La scille, le marrube, l'hyssope, étaient généralement employés; le lentisque passait aussi pour avoir une vertu toute spéciale. Un médecin nommé Démocrate, avait à traiter la fille d'un consul, personne fort capricieuse et qui refusait tout traitement rigoureux; il la guérit en lui faisant prendre du lait de chèvres, nourries seulement de lentisque. (Plin., liv. XVI, chap. 7. Le bouillon-blanc guérissait non seulement les hommes, mais encore les chevaux poussifs. (Liv. XXVI, chap. 6.)

Le nombre des substances animales employées outre le lait, était encore fort grand. C'était principalement la graisse de porc, qu'on faisait prendre aux malades, fondue dans du vin, ou avec laquelle on oignait les membres et la poitrine avec une telle persévérance qu'il y avait absorption et que l'haleine des malades en prenait l'odeur. (Liv. XXVIII, chap. 9.)

Dans certaines localités, on attachait de l'importance à quelques parties d'animaux ou à la chair d'animaux particuliers. Là on préférait le foie d'un lièvre, ailleurs le poumon d'un cerf. En Achaïe, on faisait manger de la chair d'âne. (Liv. XXVIII, chap. 17.) On alla jusqu'à faire usage de chair de crocodile, de chenilles, de cendres, d'escargots, etc.

Les matières excrémentitielles ne furent point oubliées. La fiente d'un bœuf nourri au vert, jouissait d'une vertu toute spéciale; après l'avoir fait sécher on la faisait brûler, et on aspirait la fumée à l'aide d'un roseau creux. (*Ibid.*)

Parmi les substances minérales, nous retrouvons également celles qui ont joui de quelque vogue parmi nous. Pline nous apprend que la pierre d'Assos, sorte de pierre aluminée, qui servait à faire les sarcophages, a été avantageusement léchée par quelques phthisiques. (Liv. XXXVI, chap. 17. — Mais le sel a joui d'une réputation beaucoup plus étendue: *multi tussim veterem linctu salis discussere.* (Plin., liv. XXXI, chap. 9.) Plutarque, dans ses Questions naturelles, rapporte qu'un médecin nommé Apollonius, nourrissait de salaisons les individus amaigris et étiques. Hippocrate (*De locis*) recommande dans les toux chroniques, les substances salées. Tulpius (liv. II, chap. 8) rapporte qu'une femme, en suivant ce conseil, se guérit d'une affection qu'il caractérise de phthisie, en mangeant des huîtres crues.

La sandaraque minérale, qu'il ne faut pas confondre avec la végétale, et que son rapprochement de l'arsenic, sa couleur (*color flammeus*), son gisement indiqué dans les mines aurifères et argentifères, font regarder par les commentateurs, comme le réalgar, ne pouvait manquer aussi d'être utilisé; entre autres propriétés, elle jouissait de celle de guérir la toux chronique. On la faisait prendre en bols, mêlée à la térébenthine, ou bien, la faisant brûler avec du bois de cèdre, on traitait également par la seule vapeur. *Suffita cum cedro, ipso nidore itidem medetur.*

Sur les conclusions de M. Gilette, l'admission de M. Payan, comme membre correspondant, est mise aux voix et prononcée à l'unanimité.

— *M. Chailly* montre à la Société le dessin d'un monstre du sexe masculin, né à terme, ayant le tronc bien conformé, quoique beaucoup plus développé que la tête. Celle-ci a son volume ordinaire. La figure régulière, est même empreinte d'un caractère de gentillesse qui ne se rencontre pas chez les monstres. Les bras sont remplacés par deux corps charnus, cylindriques, dépourvus d'os, et par conséquent flexibles dans toute leur étendue. La longueur de ces corps est de 8 centimèt.; ils se terminent brusquement comme si leur extrémité avait été coupée. A la place des cuisses, il existe deux autres appendices bien plus petits que les précédens, en forme de vrilles, flexibles et en tout semblables à ceux des membres supérieurs. Suivant M. Chailly, cette monstruosité doit être rapportée à une absence de développement des membres, auxquels ces corps charnus se seraient substitués. Dans l'arrêt de développement, l'extrémité inférieure des membres existe toujours; l'extrémité supérieure seule subit l'influence de l'arrêt. On comprend qu'il n'en peut être autrement, lorsqu'on connaît le développement des membres chez les fœtus.

M. Giraldès, se fondant sur ce mode constant de l'arrêt de développement, pense que la monstruosité actuelle doit être considérée d'après la théorie de Montgomery, comme le résultat de sections de membres, déterminées par des circulaires du cordon ou des replis des membranes.

M. Chailly répond qu'il n'a pas eu un instant la pensée de rapporter cette monstruosité aux faits cité par M. de Montgomery, 1° parce que dans cette observation le cordon et les membranes ne présentaient rien d'anormal; 2° parce que, dans les figures de l'auteur anglais, l'amputation spontanée, nom qu'il donne à ces sections, ne porte que sur un des membres ou sur deux au plus. Dans l'un de ces cas, le cordon est distendu, déchiré, fixé aux parties à-demi séparées, tandis que dans le dessin que la Société a sous les yeux, il faudrait supposer que la section a porté sur les quatre membres à la fois et dans des points absolument semblables.

M. Maigne fait la remarque qu'à l'époque où il était interne à la Maternité, Chaussier racontait dans ses leçons qu'il avait vu un enfant qui n'avait point de membres supérieurs, mais en examinant les eaux de l'amnios, on y trouva les parties osseuses. Chaussier attribue cette difformité à une inflammation qui avait déterminé le sphacèle. Dans le cours de trois ans, on constata dans cet hôpital l'existence de soixante monstruosités diverses qui furent également attribuées par ce célèbre praticien à des maladies inflammatoires.

M. Chailly objecte que, quoiqu'il ne soit pas impossible que les quatre membres soient attaqués à la fois de la même affection, il n'en serait pas moins surprenant que cette maladie eût laissé sur les deux membres supérieurs des traces absolument semblables, ne ressemblant en rien aux déformations des membres inférieurs, déformations qui seraient elles-mêmes exactement semblables entre elles. Ces coïncidences, ajoute M. Chailly, ne peuvent être raisonnablement admises.

M. Giraldès croit que la question ne peut être résolue que par la dissection.

Chronique et Nouvelles.

M. le Dr *Parrot*, médecin des prisons de Périgueux, nous prie de rectifier son nom irrégulièrement écrit dans le compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine du 4 octobre; il s'agissait d'un rapport de M. Martin-Solon sur le mémoire de ce médecin relatif à l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de la Dordogne en 1841. Nos rédacteurs avaient entendu *Parand*. N'est-il pas inconvenant de voir une société savante refuser obstinément aux journaux la communication des pièces de la correspondance, et les exposer ainsi tous les jours à défigurer tous les noms et tous les mémoires? Nous avons déjà réclamé bien des fois contre cette ridicule et illibérale prohibition; une proposition doit être faite à ce sujet par divers membres honorables de l'Académie qui en sont indignés comme nous. Si ces démarches ne produisent aucun effet, nous aviserons; il faut que le public sache positivement par quelles personnes et dans quel but mesquin d'intérêt privé cette mesure a été prise.

On ne saurait se faire une idée des petites passions qui dominent certains membres du conseil d'administration. Les journaux et les brochures qui ne plaisent pas à ces messieurs sont *escamotés*, c'est le mot, et l'Académie, à qui on les adresse, en est ainsi privée au gré de deux ou trois de ses membres!

Une conduite pareille, nous le disons hautement, est une honte pour l'Académie et pour le corps médical, et nous flétrirons nominativement les personnes, quelles qu'elles soient, qui persisteront à s'en rendre coupables.

— Nous apprenons avec peine que l'enseignement médical établi depuis trois cents ans dans la province de Lorraine, d'abord à Pont-à-Mousson, où brillèrent le célèbre Lepois et son frère, et depuis à Nancy, dont les chaires principales furent occupées par les Bagard et Jadelot, vient d'essuyer un échec qui probablement en consommera la ruine; les conseils municipal de la ville de Nancy et général du département de la Meurthe, ayant une seconde fois refusé l'allocation exigée par l'ordonnance royale relative à la conversion des Ecoles secondaires en Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Déjà l'an dernier, sous prétexte d'économie et de pénurie de fonds, cette Ecole, livrée presque totalement à ses seules ressources, ne se soutenait que par le zèle et le désintéressement de ses professeurs. Cependant, malgré sa position désavantageuse vis-à-vis des Ecoles définitivement organisées, qui donnent à leurs élèves des inscriptions égales à celles des Facultés, pendant que celle de Nancy n'en pouvait donner qu'incomplètes, elle avait réuni un nombre égal et même supérieur à celui de plusieurs des Ecoles définitivement constituées.

Elle avait donné à la ville et au département la presque totalité des praticiens qui exercent l'art médical; elle avait fourni et fournissait encore au service de santé de l'armée un grand nombre d'employés, dont plusieurs ont occupé et occupent les premiers rangs; elle comptait parmi ses élèves plusieurs membres de l'Académie royale de médecine, plusieurs médecins à la tête des hôpitaux de Paris et même des écrivains distingués. Parmi ses professeurs, plusieurs avaient acquis une juste renommée par de très longs succès dans l'enseignement; les plus jeunes avaient pour la plupart obtenu les chaires qu'ils occupaient après des services rendus à l'enseignement, après avoir fourni des preuves de leur capacité soit dans un examen préalable à leur nomination ou les témoignages de succès obtenus dans les concours académiques, universitaires et médicaux. Tant de titres réunis et connus du public, n'ont pu la préserver de la chute qui la menaçait. Ainsi pendant que toutes nos villes s'imposaient pour l'organisation et la conversion définitive de leurs Ecoles les sacrifices exigés par l'ordonnance royale qui les a créées, les conseils administratifs de Nancy et du département de la Meurthe laissaient périr celle qu'ils possédaient depuis si long-temps, qui avait par son désintéressement acquis de si justes droits à la reconnaissance publique et qui avait pour elle la sanction du temps.

— On écrit d'Alexandrie en date du 16 septembre, que depuis le 17 août 1841 jusqu'au 17 août de cette année, 263 personnes avaient été attaquées de la peste; 77 seulement ont échappé à la mort. En 1840 et 1841, à la même époque, il y eut 157 individus atteints de ce fléau, et 407 furent guéris. Depuis quelque temps la peste a disparu, et les navires peuvent partir avec la patente nette.

— A la suite du concours pour le grade de chirurgien aide-major qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement, les candidats admis par le jury ont été classés ainsi qu'il suit:

1 Lecœur (*médaille*), 2 Strauss (H.-M.), 3 Bonino, 4 Gueury, 5 Rouis, 6 Desjardins, 7 Toubin, 8 Astié, 9 Piette, 10 Cordier, 11 Gerard, 12 Liagre, 13 Rasez, 14 Netter, 15 Moutier, 16 Soulerat, 17 Blanvillain, 18 Judas, 19 Mouchet, 20 Varlet, 21 Baradou, 22 Picard, 23 Vallin, 24 Pilet, 25 Cooche, 26 Witlich, 27 Langa, 28 Beaucamp, 29 Andrieu, 30 Malakowsky de Piotrowsky, 31 Bertherand, 32 Brion, 33 Boulian, 34 Dubois, 35 Strauss (F.-A.), 36 Dupuy, 37 Burlureaux, 38 Delahaye, 39 Brumens, 40 Ribaucourt, 41 Bonnal, 42 Companyo, 43 Pauli, 44 Laboulaye, 45 Clavey, 46 Busschaërt.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 20 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 125, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Diabète sucré. Traitement par l'iodure de fer joint au régime animal et tonique. Guérison.

Au n° 4 de la salle Sainte-Anne est couché le nommé Blanchard, âgé d'environ quarante ans, d'une forte constitution, habitant Paris depuis un grand nombre d'années. Cet homme dit avoir toujours joui d'une bonne santé qui ne fut troublée qu'une seule fois, il y a environ quinze ans, époque où, étant militaire, il éprouva une fièvre intermittente dont il fut débarrassé en vingt jours par le sulfate de quinine. Il a eu en outre, l'année dernière, une hydrocèle simple qui céda à l'usage d'une pommade d'iodure de plomb. A cette époque il éprouva des douleurs aiguës à la fesse, s'irradiant jusqu'à l'anus, ainsi qu'à la région inguinale du côté correspondant au testicule malade : une application de sangsues fit disparaître ces accidens et le malade paraissait avoir récupéré une santé parfaite lorsque, il y a trois mois, il fut pris, sans cause appréciable, de trouble dans la digestion; l'appétit diminua et il éprouva une sorte d'oppression ou de constriction à la région épigastrique; il survint en même temps une soif vive qui, loin d'être calmée par les boissons, ne faisait que s'accroître. Dès l'apparition de ces premiers symptômes, il se mit à l'usage du laitage pour toute nourriture et des boissons adoucissantes; mais bientôt le même état de malaise continuant, les urines augmentèrent sensiblement en proportion de la quantité de liquide que le malade ingérait dans son estomac; il n'a pu nous indiquer approximativement la quantité d'urines qu'il rendait dans un jour.

Cet état persistant, Blanchard alla, au bout de quinze jours, consulter un médecin qui, après l'avoir interrogé et examiné avec soin, lui déclara qu'il était affecté d'un diabète sucré et l'engagea à aller à l'Hôtel-Dieu voir M. Récamier. Ce dernier lui conseilla un régime exclusivement animal et l'usage d'un vin généreux pendant les repas, et de la limonade vineuse dans l'intervalle. Le malade observa exactement ce régime pendant un mois chez lui, après quoi, d'après l'avis du premier médecin qu'il avait consulté, il alla passer une quinzaine de jours dans son pays. Mais loin de retirer aucun avantage de ce régime et du changement d'air, il sentit au contraire ses forces diminuer d'une manière rapide, en même temps que les symptômes diabétiques allaient toujours croissant, au point qu'il ne se sentait plus aucune aptitude pour marcher, se tenir debout et vaquer à ses occupations habituelles. Il se détermina dès-lors à entrer à l'hôpital, où il fut placé dans le service de M. Rostan.

Il y a de cela trois semaines, il urinait alors 15 litres par jour; ses urines, analysées par les soins de M. Bouchardat, fournirent une très grande proportion de matière sucrée. M. Combette, chargé par intérim du service, soumit immédiatement le malade à un régime alimentaire animal (une livre de viande rôtie avec deux portions de pain seulement, ce qui équivaut environ à l'ancien quart, une bouteille de vin de Bordeaux, une fiole de vin de Bagnols et du bouillon sans pain; limonade et tisane de chicorée sans sucre pour boisson ordinaire). A ce régime, M. Combette joignit la prescription de quatre pilules d'iodure de fer de 25 centigrammes chaque, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Sous l'influence de ce traitement, les urines ne tardèrent pas à diminuer; au bout de trois jours de séjour à l'hôpital, elles étaient réduites à douze litres; elles allèrent toujours en diminuant à dater de cette époque, en même temps que la soif et les autres symptômes. La soif devenue beaucoup moins vive, la quantité de boissons ingérées beaucoup moins abondante, la quantité des urines ne dépassait guère celle des boissons que d'un litre environ. Les urines, analysées de nouveau, ne contenaient plus qu'une très minime proportion de sucre.

Le 30 septembre, le malade ne boit plus que deux pots à deux pots et demi de tisane, indépendamment de sa bouteille de vin et de ses bouillons; il urine quatre litres environ, c'est-à-dire à peu près un litre de plus que la somme des liquides ingérés.

Du 30 septembre au 4 octobre, le malade a toujours continué le même traitement; le nombre des pilules a été porté à cinq. L'amélioration a toujours été croissante. Les urines ne contiennent presque plus de sucre; elles sont à peu près à l'état normal quant à la quantité. La soif est dissipée; les forces du sujet se relèvent, et le malade sort le 5 octobre en pleine guérison. Revu quelques jours après en ville, il fut trouvé parfaitement bien portant et dans un état de guérison soutenue.

L'observation que nous venons de rapporter sommairement, nous paraît digne de tout l'intérêt des praticiens; c'est surtout sous le point de vue du traitement et de son heureux résultat que nous croyons devoir la signaler à leur attention. Si l'on songe à la gravité habituelle de cette affection, à la très petite proportion des cas de guérison connus, on ne saurait se défendre d'une certaine surprise en voyant avec quelle rapidité les symptômes ont cédé au traitement qui a été employé chez ce malade. Est-ce à l'emploi qui a été fait de l'iodure de fer, à l'usage combiné de ce moyen avec le régime animal et tonique, ou bien à ce dernier ordre de moyens seulement, qu'il faut attribuer l'heureuse terminaison de cette affection? Nous avouerons que, malgré toute la difficulté qu'offre la solution d'une pareille question, nous inclinons volontiers à croire que l'iodure de fer, s'il ne mérite dans cette circonstance tous les honneurs de la guérison, doit être considéré comme y ayant eu au moins une grande part. En effet, le même régime tonique, le même système d'alimentation par les substances animales fortement azotées, avaient déjà été mis en usage précédemment et pendant assez long-temps, non-seulement sans succès, mais même sans influence notable sur la marche incessamment croissante de la maladie. Il est donc naturel de penser qu'un traitement qui avait une première fois échoué ne pouvait, à lui seul, avoir eu une seconde fois une efficacité aussi remarquable et une action aussi rapide.

L'indication de ce régime toutefois persistant, on a sans doute agi sagement en l'associant à l'administration de l'iodure de fer; mais n'est-ce pas à l'influence de ce dernier agent plutôt qu'à celle du régime lui-même, qu'il faut attribuer la diminution rapide des symptômes et la guérison définitive de la maladie? C'est ce que nous penchons à croire, tout en n'exprimant cette opinion qu'avec toutes les réserves que commandent de pareilles questions.

Quant à ce qui a déterminé M. Combette à employer dans ce cas l'iodure de fer, nous ne saurions dire s'il y a été autorisé par de précédens exemples, ou s'il a été conduit à cet essai uniquement par l'analogie. Nous ne sachons pas, jusqu'à présent du moins, que l'iodure de fer ait été employé contre cette affection; mais personne n'ignore que le sel et ses différentes préparations, et notamment les chlorures, ont été préconisés et mis en usage. L'idée d'associer au fer, dans cette circonstance, une substance qui paraît jouir de la propriété d'imprimer une activité toute spéciale aux divers agens auxquels on la combine, était donc une idée fort naturelle et heureuse, que l'événement a d'ailleurs justifiée. Ce résultat nous paraît, en définitive, de nature à provoquer de nouvelles tentatives dans la même direction.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

De la compression dans les tumeurs blanches. Du traitement de l'ankylose. Des abcès et fistules. De l'amputation.

(Suite du n° 111.)

Avant de parler du traitement de l'ankylose, je dois dire quelques mots de la compression. Mais, selon nous, l'action curative de cette méthode de traitement se confond avec celle des appareils et bandages qui assurent l'immobilité du membre; nous ne voyons pas, en d'autres termes, qu'il puisse résulter de la compression d'autres effets que ceux qui dépendent de l'immobilité de l'articulation malade. Nous n'agiterons donc pas la question de savoir si l'efficacité de la compression résulte de la gêne qu'elle apporte à la circulation artérielle, et de l'excitation qui l'accompagne, laquelle, selon M. Lisfranc, faciliterait la résorption de l'engorgement. Nous ne rechercherons pas non plus avec M. Velpeau, si la compression est uniquement applicable aux tumeurs blanches, sans participation des os à la maladie, cela va sans dire, et enfin, s'il convient mieux de la pratiquer avec des bandelettes de diachylon, ainsi que le veut M. Lavacherie.

Je le répète, pour moi je ne vois dans la compression qu'une méthode de traitement à laquelle on peut substituer avantageusement les bandages rendus inamovibles par des mélanges solidifiables, et qui chez nos petits malades mérite la préférence à tous égards.

Le traitement de l'ankylose appelle bien mieux notre attention; aussi nous y arrêterons-nous quelques instans.

Disons d'abord que, dans quelques cas, la tumeur blanche passe très vite à l'état d'ankylose, sans préexistence d'abcès ou autres accidens graves. Cette circonstance s'observe plus particulièrement pour l'articulation de l'épaule, et l'on en comprend les motifs. D'abord les mouvemens y sont moins utiles, et par conséquent moins fréquens qu'au membre pelvien; ils y sont aussi moins fatigans; on peut plus facilement condamner au repos le membre thoracique que le membre pelvien, e

FEUILLETON.

CRITIQUE MÉDICALE.

Relazione della pestilenza che afflisse il 9e reggimento de linea stanziato in Damiata, etc.

Relation de la peste qui a régné dans le 9e régiment de ligne en garnison à Damiette pendant l'année 1257 de l'Egire, avec quelques observations sur la contagion supposée de la peste orientale, adressée au conseil général de santé du Caire par ELIA ROSSI, médecin major au dit régiment. Livourne 1841.

On dit que ce mémoire, dédié à l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, a mis en grand émoi les membres de ce corps savant. Je le conçois sans peine; la hardiesse des opinions de M. Rossi a dû passer pour de la témérité aux yeux d'un grand nombre de médecins italiens qui ne jurent encore que sur la parole de M. Pariset et consorts. En France, nous commençons à nous familiariser avec les idées que M. Rossi a voulu introduire en Italie, elles ne causeront ici ni grande surprise, ni surtout indignation, car tous les jours nous voyons s'accroître le nombre des anti-contagionistes et tous les jours l'opinion se prépare pour une révolution plus ou moins prochaine dans les institutions sanitaires.

Quoi qu'il en soit, voici un auxiliaire de plus aux opinions de la majorité des médecins qui ont vu et étudié la peste. Le travail de M. Rossi offre plusieurs particularités intéressantes dignes d'être exposées; le lecteur, je l'espère, en jugera comme moi.

Dans la première partie de cet opuscule, le docteur Rossi cherche à démontrer que dans son développement et dans sa marche, la peste d'Egypte n'a rien qui la distingue des autres épidémies. Elle présente d'ordinaire des phénomènes avant-coureurs qui, de tout temps, ont permis aux gens du pays de prévoir son invasion. Voici ce qu'on a observé dans la dernière peste. Après que le Nil long-temps débordé fut rentré dans son lit, une épidémie très meurtrière de variole se déclara; le typhus s'y joignit bientôt, et ce fut pendant le cours de ce dernier, et comme résultat extrême de toutes les influences morbides qui agissaient depuis plusieurs mois, que la peste se montra. Dès l'apparition des bubons pestilentiels, les maladies régnantes semblèrent disparaître pour se montrer de nouveau lorsque l'épidémie pestilentielle fut sur son déclin.

Durant tout le cours de cette épidémie, les quarantaines, l'isolement, les purifications n'eurent absolument aucun effet salutaire. Une seule mesure sanitaire produisit un résultat presque merveilleux; ce fut le déplacement des malades, leur transport du camp où la peste s'était déclarée, où l'entassement des individus dans d'étroites casernes et surtout le voisinage des rizières entretenaient l'insalubrité, dans l'hôpital où ils furent convenablement placés. C'est de l'exécution de cette mesure que data le déclin rapide de l'épidémie.

Au camp, presque tous les pestiférés moururent. A l'hôpital, on n'en perdit que 124 sur 719, c'est-à-dire environ un sixième.

Le nombre total des militaires morts pendant l'épidémie s'élève à environ 700. L'auteur croit qu'un grand nombre de morts du début de l'épidémie, doivent être attribués au typhus et non à la peste.

Dans la deuxième partie de son mémoire, l'auteur italien examine les symptômes et le traitement de la peste. Les préjugés du peuple égyptien, à l'égard des ouvertures des corps, l'ont empêché de se livrer à des recherches d'anatomie pathologique.

Pour ce qui regarde les symptômes, M. le docteur Rossi reproche aux médecins de n'avoir pas eu le courage d'étudier de près cette maladie, et de s'être copié aveuglément les uns les autres. Il distingue cinq variétés ou degrés de la maladie.

Premier degré. Ce n'est qu'une manifestation un peu marquée de l'influence que subissent tous les individus exposés à l'épidémie; elle est caractérisée par des tumeurs ganglionnaires survenant par intervalles, quelquefois lancinantes et très vives, ne s'accompagnant jamais d'aucun autre phénomène inflammatoire. M. Rossi en a éprouvé lui-même dans les aines, qui le contraignirent à botter. Les autres phénomènes de ce degré étaient de la céphalalgie, des vomissemens quelquefois bilieux; enfin l'apparition de bubons qui se terminaient tantôt par déliquescence, tantôt par suppuration. La guérison arrivait par degrés.

Deuxième degré. Ici, dit l'auteur, le principe miasmatique attaquait tout d'abord le système nerveux, mais la réaction s'établissant, le venin était éliminé. Les symptômes étaient : perte de connaissance, de sensibilité et de mouvement. Après une saignée, les malades revenaient à eux et se croyaient guéris. Le pouls était régulier; des bubons ou des charbons se montraient, et la guerison avait lieu lente et graduée.

Troisième degré. Les symptômes cérébraux acquéraient ici une telle intensité que la nature et l'art lui-même étaient assez souvent impuissans. Les symptômes observés furent le froid, puis réaction fébrile, chaleur brûlante, soif intense, céphalalgie gravative, délire. Cet état persistait jusqu'au troisième ou cinquième jour, époque à laquelle la mort ou la guérison survenait. Les bubons et les charbons apparaissaient dès les premiers jours. Les malades de cette catégorie furent très nombreux. Les uns guérirent, les autres moururent, et l'auteur n'indique pas dans quelles proportions eurent lieu ces deux terminaisons.

Quatrième degré. Insensibilité, vomissement et diarrhée; céphalalgie gravative, visage coloré, œil brillant, hagard, regard, très incertain, abattement profond, apparition des pétéchies, développement imparfait des bubons et des charbons; agonie, mort. Dans le petit nombre de cas terminés par la guérison, le rétablissement fut très lent, très pénible et n'eut lieu qu'après le développement complet des bubons et des charbons.

Cinquième degré. Les malades de ce degré mouraient comme foudroyés. Ils étaient surpris au milieu de la santé la plus florissante. Pouls filiforme, mort rapide. Après la mort les pétéchies apparaissaient et l'on voyait une tumeur rouge sur le siége ordinaire des bubons.

Dans beaucoup de cas, la peste laissa après elle des désordres nerveux incurables : surdité, bégaiement, paraplégie, tremblement nerveux des extrémités. La convalescence et la maladie elle-même furent oujours accompagnées d'une grande propension aux plaisirs vénériens.

l'immobilité y est d'autant mieux assurée, que les os qui s'articulent, pouvant exécuter des mouvemens d'ensemble, il en résulte que l'épaule peut être élevée, abaissée, etc., sans qu'il y ait mouvement de l'humérus sur le scapulum, ce dernier os étant mobile sur le thorax.

L'ankylose n'est pas une maladie identique dans sa marche ; elle se produit de différentes manières, à chacune desquelles se rattachent des conditions anatomiques spéciales jusqu'au moment où les extrémités osseuses se trouvent réellement soudées. Avant que cet état de choses ne s'accomplisse, l'immobilité articulaire porte le nom de fausse ankylose, qu'elle perd lorsque la soudure osseuse est effectuée, pour reprendre alors celui d'ankylose vraie. La fausse ankylose ne devient pas nécessairement vraie chez tous les sujets.

Les distinctions que nous venons d'établir en quelques mots, étaient nécessaires pour déterminer distinctement le mode de traitement qui convient à chacune des deux variétés de l'ankylose. En effet, l'ankylose vraie et la fausse ankylose ne comportent pas le même mode de traitement.

La fausse ankylose est quelquefois incomplète et principalement entretenue par la rétraction des tendons. Quel que soit le degré auquel elle existe, elle présente toujours un caractère qui ne permet pas de la confondre avec l'ankylose vraie, savoir : une certaine mollesse plus ou moins prononcée, mais qui, selon M. Duval, ne s'exerce jamais que dans le sens de la flexion de l'articulation. Sanson fait remarquer cependant que l'articulation peut être complètement immobile, sans qu'il y ait ankylose vraie, mais le cas est assez rare et rentre dans les exceptions.

Il faut accorder peu de confiance aux moyens généraux conseillés dans le but de guérir l'ankylose, et qui conviennent tout au plus pour en prévenir la formation.

L'emploi exclusif des moyens mécaniques, qui sont du ressort immédiat de l'orthopédie, est quelquefois infidèle dans ses résultats, et réunit l'inconvénient d'une longue application ; ajoutons qu'il expose à déterminer des désordres articulaires graves, tels, par exemple, que la rupture des ligamens, etc.

La ténotomie, qui a été introduite dans le traitement de l'ankylose, par M. Duval, est le moyen qui donne les espérances les mieux fondées. Mais on ne doit y avoir recours qu'autant qu'il n'existe pas d'accidens inflammatoires. Après la section des tendons rétractés, il faut attendre quatre ou cinq jours avant de lui faire succéder l'action des machines extensives. Il faut procéder graduellement dans l'application de celles-ci, éviter les violences, et mesurer dans tous les cas la force d'extension à la résistance de l'ankylose et à la sensibilité accusée par le malade.

Il peut arriver que l'emploi de ces moyens rappelle momentanément l'état aigu dans l'articulation ; alors il faut suspendre le traitement jusqu'au moment où les symptômes d'acuité auront disparu.

Quand l'ankylose est vraie, nous croyons qu'il ne faut pas entreprendre de la guérir, et qu'en bonne chirurgie il n'est pas permis d'adopter la pratique récemment conseillée par M. Louvrier. Il faut se borner alors aux moyens palliatifs.

Si la tumeur blanche vient à se compliquer de déplacement osseux, nous croyons que dans ce cas également il faut se contenter de favoriser la formation de l'ankylose, sans entreprendre ultérieurement de remédier à cette dernière.

Le traitement de l'ankylose exige des modifications selon l'articulation qui est affectée. Pour ce qui est de la coxalgie, par exemple, lorsqu'on espère obtenir la guérison de la tumeur blanche par ankylose, on a recours à des lits mécaniques particuliers qui assurent mieux l'immobilité de l'articulation. Pour la plupart des autres articulations, il suffit en général de simples bandages appropriés qui tous favorisent l'immobilité.

Avant de vous parler du traitement de l'ankylose, nous aurions peut-être dû vous indiquer la marche à suivre à l'égard des abcès qui compliquent si fréquemment les tumeurs blanches. Quand ces abcès sont extérieurs à l'articulation, il faut se comporter comme pour les abcès ordinaires. On doit se rappeler qu'il est rare d'en obtenir la résolution au début moyennant des applications de sangsues, mieux vaut les traiter par les émollients, les faire mûrir le plus tôt possible et les ouvrir. A l'égard de ceux qui pénètrent dans l'articulation, il faut suivre une conduite opposée, les ouvrir le plus tard possible, insister sur le traitement général, l'immobilité de l'articulation, et essayer de la compression ; sans cela, quand il faut en venir à procurer une issue au pus, la membrane pyogénique s'enflamme, et le plus souvent les malades succombent à la résorption purulente.

Quand les abcès articulaires sont énormes, il n'est guère permis d'opérer la résolution. Alors il peut devenir utile de procurer l'évacuation du pus au moyen de petites incisions ou de simples ponctions avec un troquart très délié.

Toutefois, nous sommes en mesure d'affirmer que les petites ponctions auxquelles on a fait succéder l'aspiration du pus avec une pompe, n'ont pas toujours mis les malades à l'abri des accidens auxquels disposent les larges incisions.

Les abcès qui accompagnent les tumeurs blanches laissent presque toujours subsister des fistules ou des ulcères intarissables. Ceci arrive surtout lorsqu'on a été forcé d'avoir recours à de grandes incisions pour évacuer le pus, les petites ponctions ayant été insuffisantes.

Les fistules guérissent quelquefois par l'emploi de la compression établie sur leur trajet ; mais le plus souvent elles restent sans remède, fournissent, de même que les ulcères, une suppuration très abondante, qui affaiblit les malades à vue d'œil, et qui devient quelquefois la cause imminente de l'amputation.

Quand il ne reste pas d'espoir de voir la tumeur blanche se terminer par ankylose, que les désordres articulaires font tous les jours de nouveaux progrès, et que la constitution se détériore de jour en jour davantage, il faut songer à débarrasser le malade d'un membre qui menace toute l'économie.

L'amputation est à repousser pour la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale. Cependant on a, dans un cas, désarticulé la cuisse, croyant que la maladie se limitait au fémur, et que la cavité cotyloïde était saine. Le petit malade survécut dix mois à l'amputation ; puis, au bout de ce temps, la maladie récidiva.

L'amputation est aussi à rejeter pour la tumeur blanche de l'épaule ; car, pour bien faire, dans ce cas, il faudrait enlever l'omoplate avec le bras.

Pour ce qui est des autres articulations, l'amputation est généralement admissible ; mais avant tout il faut considérer l'état général, et examiner si aucune autre articulation n'est menacée de tumeur blanche. Il faut songer à l'amputation quand la débilité est extrême, qu'il y a fièvre, marasme, inappétence ; que le malade pâlit, maigrit, surtout quand il est pauvre, placé au milieu de conditions hygiéniques mauvaises, ou soumis au régime des hôpitaux. Chez les riches, au contraire, il est permis de temporiser, à cause des circonstances favorables dans lesquelles ils se trouvent.

A quelle époque faut-il amputer ?

Une des circonstances heureuses des amputations qui se pratiquent pour les tumeurs blanches, c'est que presque toujours il est permis de choisir l'époque à laquelle on doit les pratiquer. La fin du printemps et le commencement de l'été sont sans contredit les époques les plus favorables. Alors, en effet la scrofule est presque stationnaire, et c'est incontestablement à cette circonstance que nous devons les bons résultats que nous ont donnés nos amputations, dont dix-sept de suite ont été suivies de guérison.

Est-il nécessaire, après l'amputation, d'entretenir un exutoire, afin de prévenir le développement d'une autre tumeur blanche ?

Les partisans de cette pratique prétendent que les malades étant depuis long-temps habitués à fournir les matériaux d'une suppuration plus ou moins abondante, il est prudent de ne supprimer que graduellement cette suppuration.

On peut répondre que ces malades ont maigri, et que cette suppuration les avait amenés à un grand degré de faiblesse, qu'il serait au moins dangereux de prolonger après l'amputation. D'ailleurs, la manière heureuse dont les choses se sont passées chez nos dix-sept amputés, démontre suffisamment que cette pratique n'est nullement de rigueur. Ce qui nous paraît indispensable, c'est de revenir, peu de jours après l'opération, au traitement général que réclame la constitution.

K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Résumé de tous les cas principaux qui se sont présentés pendant l'année scholaire 1841-42.—Considérations pratiques sur les faits les plus intéressans. (Fin.)

CONTUSIONS.

87 cas de contusions à degrés divers ont été reçus dans le service pendant l'année scholaire qui vient de finir ; mais aucun de ces cas n'a offert de véritable intérêt.

BRULURES.

Il en a été de même des brûlures ; il y en a 16 exemples. Leur traitement est d'ailleurs si peu important qu'il est inutile de s'y arrêter.

POLYPES, MALADIES DES YEUX, CANCERS.

15 cas de polypes de différentes espèces ont pu être étudiés dans les salles. Il y a eu 130 cas de maladies des yeux. Ce sujet, comme on se le rappelle, a été traité longuement déjà, quant à la cataracte et aux inflammations, on n'y reviendra pas.

Les cancers se sont présentés au nombre de 55. Ils se sont trouvés répartis de la manière suivante : 4 de la face (tous les quatre ont été opérés et ils ont guéri) ; l'un présentait des plaques, l'autre des tumeurs dans les joues ; les autres au front et au nez. 2 cancers de l'œil qui n'ont pas été opérés, le mal étant trop avancé. 4 du rectum, tout à fait incurables (un seul a été opéré, et le malade a succombé). 13 de l'utérus. C'est une des maladies que M. Velpeau ne consent pas à garder ; car, dit-il, il faut ou les guérir en les opérant, ou les laisser ; mais, pour que le cancer de l'utérus puisse être opéré, il faut qu'il n'occupe que le col ; et quand il l'occupe, il y a encore lieu de se demander si l'on doit opérer. Aucun des 13 cas n'a subi l'opération ; une seule femme est morte à l'hôpital, les autres ont été renvoyées. Il a été reçu 16 cancers de la mamelle, dont 9 tout à fait incurables ; chez les 7 autres, la tumeur a été enlevée et les malades ont guéri, sauf récidive. Il y a une foule de cas où M. Velpeau n'opère pas les cancers du sein. Non-seulement il refuse d'opérer quand l'opération n'est pas praticable, mais encore quand la maladie offre un extérieur déterminé. Ainsi, par exemple, quand le cancer se présente sous l'aspect d'un squirrhe ligneux présentant une masse principale et des plaques, des grains disséminés, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'au diamètre d'une pièce d'un franc. Le chirurgien de la Charité allègue pour raison de ce refus de pratiquer l'opération, que les malades chez lesquelles on observe ces formes particulières de la maladie, succombent très promptement à une récidive inévitable, ce qui, pour lui, est le signe d'une infection générale.

Il en est de même dans les cas où la glande devient dure, sans qu'il y ait pourtant d'ulcérations, la récidive est encore très prompte. Toutes ces altérations se voyant fréquemment sur les malades reçues à l'hôpital, ceci explique comment 7 malades seulement sur 16, ont été opérées.

Il a été recueilli encore les observations de deux cancers de la verge, un incurable et l'autre presque guéri, et qui est encore, en ce moment, couché au n° 42. Enfin, il a été reçu, à diverses époques de l'année, deux cancers dans la région parotidienne ; un n'a pas été opéré ; l'autre l'a été pour la troisième fois : c'est un homme qui se prête à l'opération avec un courage extraordinaire. 4 cancers de la mâchoire inférieure, et en y joignant les cas d'épulie, cela porterait leur nombre à 7. Deux étaient des récidives.

Un cancer de la vessie, un des lèvres, un dans le ventre, un de la cuisse et un du bras.

Les morts n'ont été qu'au dombre de 3 pour les individus

Le vomissement au début fut toujours d'un bon pronostic.

La diarrhée fut au contraire un symptôme constamment mortel. Il en fut de même de l'apparition des pétéchies.

Les charbons n'occasionnèrent pas autant de désastres que quelques auteurs l'ont prétendu. M. Rossi a observé que leur opparition n'avait eu rien de plus grave que celle des bubons. Il a vu des individus présenter jusqu'à treize charbons, et guérir parfaitement.

Le délire ne fut pas de mauvais augure ; il était toujours joyeux et accompagné d'hallucinations.

La sueur était en général copieuse et fétide ; on n'observa point de phénomènes critiques dans les urines.

M. Rossi a noté une contraction particulière de la pupille du côté où siégeaient les bubons.

L'auteur n'indique aucune médication spéciale ; le traitement variait suivant les symptômes. En général, il débutait par la saignée ; mais le plus souvent il ne la répétait pas, et il n'y avait jamais recours aux périodes avancées de la maladie.

Il s'abstint des purgatifs, afin de ne pas exciter la diarrhée, phénomène funeste. L'émétique surtout, associé aux émissions sanguines produisit souvent de bons effets.

Il n'employait les calmans et les narcotiques qu'à petite dose, et dans les périodes avancées, pour calmer la diarrhée.

Il employait beaucoup les limonades minérales, vivement appétées par les malades.

M. Rossi a observé que les sujets robustes furent plus violemment attaqués que les sujets faibles et lymphatiques. Cependant la mortalité fut proportionnellement plus considérable parmi les enfans et les femmes des soldats que parmi ces derniers. Il périt aussi proportionnellement plus d'officiers que de soldats.

L'abus des liqueurs fortes ne parut pas prédisposer à la maladie ; les soins de propreté et le régime sobre ne furent pas des préservatifs.

Enfin, dans une troisième partie de son travail, M. Rossi aborde la question de la contagion de la peste. Dès les premières lignes de son mémoire, il accuse la lâcheté (*viltà*) des médecins d'avoir servi de soutien à l'opinion de la contagion de la peste. Pour lui, il la nie formellement, et il combat l'un après l'autre les raisonnemens à l'aide desquels on a voulu établir son existence. La peste, dit-il, se montre quelquefois en Egypte sous forme sporadique, comme les dysenteries et les fièvres bilieuses ; d'autres fois elle devient épidémique, et alors on peut calculer d'avance les circonstances au milieu desquelles cette épidémie se développera. Les inondations du Nil jouent un grand rôle dans leur production. C'est, en effet, jusqu'au mois de juin que la peste sévit ordinairement en Egypte ; à cette époque les vents du nord la chassent ; c'est alors aussi que tombent les rosées et que commence la crue du Nil. La peste cesse alors partout.

Jamais, en Egypte, les quarantaines, l'isolement, les purifications, n'ont produit aucun avantage.

L'auteur termine en exposant quelques faits qn'il a particulièrement observés :

1° Il trouva dans le lazaret de Damiette plusieurs individus atteints de maladies diverses confondus avec les pestiférés. Ils étaient au nombre de plus de 150 ; ils y demeurèrent environ deux mois sans contracter la peste.

2° Beaucoup d'infirmiers moururent, ce que M. Rossi attribue à l'action délétère de l'air des salles.

3° Un médecin arabe et deux pharmaciens furent atteints ; un seul de ces derniers échappa à la mort ; ces trois individus avaient été moins exposés que les autres chirurgiens qui ne furent point malades.

4° M. Rossi saignait les pestiférés, ouvrait les bubons, enlevait les escharres des charbons ; il a porté sur lui le bonnet, les chaussures et la capote d'un pharmacien pestiféré ; il a porté la ceinture d'un colonel et la capote d'un capitaine morts de la peste.

5° Il a pris le pus d'un bubon sur ses doigts, il l'a appliqué sur une plaie simple, point d'accidens.

6° Il a pris du sang d'un pestiféré, il l'a appliqué sur un ulcère ; aucun effet.

B. B.

Onguent de mézéréon.

M. Hoffmann, parmacien à Landau, donne la formule suivante pour préparer ce médicament très actif :

Pr. Extrait alcoolique d'écorce de Mézéréon, 4 grammes.
Alcool, 15 id.
Faire dissoudre, puis ajouter :
Axonge de porc, 280 id.
Cire blanche, 30 id.
M. S. A.

On se sert de cette préparation, soit pour exciter des plaies, des vésicatoires, soit en frictions pour opérer une révulsion sur un point déterminé de la peau.

Une autre formule a été donnée par M. Pleischl pour préparer un cérat avec la même écorce ; elle est ainsi conçue :

Pr. Ecorce de mézéréon, recueillie à l'époque de la floraison, Q. V.
Alcool à 0,850, Q. S.

Faire digérer pendant deux à trois jours à une douce chaleur, puis renouveler à plusieurs reprises la digestion avec d'autre alcool, jusqu'à épuisement complet de l'écorce. Réunir ensuite toutes les teintures obtenues, et les traiter par l'hydrate de chaux (composé d'une partie en poids de chaux caustique et de trois parties d'eau), dans des proportions telles qu'il y ait une partie de cet hydrate pour trois parties de l'écorce employée. On laisse en digestion, en ayant soin d'agiter le mélange de temps en temps, jusqu'à ce que le liquide ait pris une teinte verte jaunâtre claire. Alors, on soumet à la distillation pour retirer l'alcool en excès, et on étend le résidu avec de l'eau pour en séparer les parties extractives solubles. La matière verte, molle, qui résiste à l'action dissolvante de l'eau, constitue le produit. On en prend une partie en poids que l'on incorpore exactement avec quatre parties de cire jaune et huit parties d'huile d'olive pour en faire un cérat.

Une partie de cette même substance verte, dissoute dans quatre parties d'alcool à 0,850 fournit une teinture très active de mézéréon.

(*Archiv. der Pharmacie* ; avril 1842.)

atteints de cancers, parce que M. Velpeau est dans l'habitude de ne point garder les malades pour lesquels l'art ne peut rien.

Résumé des opérations pratiquées dans le service de M. Velpeau pendant l'année scholaire 1841-1842.— *Considérations sur ces diverses opérations.*

Ces opérations ont été au nombre de 166, mais l'on comprend que nous ne parlons que de celles pratiquées sur les malades de l'hôpital et dont on a pu suivre les observations; il y en aurait une bien plus grande quantité, si l'on y joignait toutes celles pratiquées sur les malades du dehors qui viennent se faire opérer à l'hôpital et s'en retournent chez eux immédiatement après.

Voici la liste de toutes ces opérations :

Il a été pratiqué 17 amputations: 6 de la cuisse, 3 de la jambe, 4 de la mâchoire, 1 d'un métacarpien, 3 des doigts.

20 extractions de séquestres, 13 ablations du sein; 11 opérations de tumeurs diverses, dont 5 de tumeurs érectiles; 10 opérations de kystes par excision ou injections, 1 extirpation du rectum, 1 amputation de la langue; 11 arrachemens de polypes, un cas dans l'urètre; 8 excisions d'amygdales (il y en a eu cette année un nombre peut-être quatre fois plus considérable sur des malades du dehors,) 6 opérations de ténotomie sous-cutanée, 2 opérations pour des procidences du rectum, 1 extraction de corps étranger, 11 opérations de fistules à l'anus, 4 de hernies étranglées, 29 de cataractes, 9 d'hydrocèles et 11 de strabisme.

Sur ce total d'opérés, il y a eu 13 morts.

Si l'on examine les différens résultats fournis par ces 166 opérations, on trouve pour les amputations de la jambe au tiers inférieur, 2 morts sur 5, c'est là une proportion désastreuse, car M. Velpeau est arrivé à ne perdre qu'un seul de ses opérés sur 10.

L'amputation de la cuisse a fourni 4 morts sur 6; celle de la mâchoire 1 sur 2, et l'amputation des doigts 1 sur 3. Ce sont là des résultats très défavorables, heureusement que ces opérations sont loin de donner toujours des morts en proportion aussi élevée. Toutes les autres opérations ont été favorables à l'exception de l'extraction du corps étranger et de l'excision du rectum, après lesquelles les malades ont succombé.

Il est facile de se rendre raison de ce chiffre de 4 morts sur 6, chiffre énorme dans les amputations de la cuisse, et qui ne doit pas autoriser à penser que cette opération est mortelle dans le rapport que nous montrent ces deux nombres. En effet, c'est à des conditions malheureuses, mais toutes spéciales qu'on doit attribuer ces quatre morts; l'un des malades portait à la partie interne de la cuisse un vaste cancer encéphaloïde; sa face jaune, bleuâtre même, donnait l'indice de la cachexie cancéreuse portée à un haut degré; l'amputation lui a été pratiquée pour acquit de conscience, puisque avec elle ou sans elle ce sujet devait mourir; il ne fallait point mériter le reproche de ne point avoir porté à ce malheureux la dernière ressource que l'art pouvait lui offrir.

Dans un autre cas, le malade fut apporté, la jambe broyée, avec un état emphysémateux de la cuisse, la gangrène s'empara du moignon, il succomba. Evidemment voilà des malades qui sont morts malgré l'amputation et non par l'amputation. Dans un autre cas encore, il s'agissait d'une jeune fille qui avait des tubercules dans les poumons; c'est aussi ce qui s'est présenté pour les amputés de la jambe. Si l'on faisait l'objection que dans ces circonstances on ne devrait pas amputer, il serait facile de répondre que quand la maladie du membre doit tuer, comme ici, l'amputation est le devoir du chirurgien; en face de deux dangers, l'un menaçant, présent, prêt à éclater, et l'autre dans l'avenir, encore lointain, il faut écarter le plus prochain des deux. Ce qui n'empêche pas de dire cependant que quand on trouve des viscères en mauvais état il ne faut pas accuser l'opération, si les malades succombent, et qu'on a le droit d'attribuer la mort à l'amputation, seulement alors que l'autopsie fait voir qu'il n'existait pas de lésions viscérales préexistantes.

L'amputation des doigts, en donnant pour résultat un mort sur trois, semble aussi avoir dépassé de beaucoup la proportion ordinaire. On est surpris de voir ces chiffres dans les amputations des doigts, dont on se fait une idée légère en général.

Pour M. Velpeau, ce résultat est moins étonnant qu'il ne le paraît; selon ce chirurgien, les amputations ne sont pas graves par elles-mêmes, en raison du volume du membre. Les opérations pratiquées sur les doigts, les orteils, sont d'une haute gravité. On serait presque tenté de dire, qu'il n'est pas très sûr que l'amputation du doigt soit beaucoup moins à redouter que celle du bras. Est-ce la plaie qui fait le danger? Assurément, non; mais la phlébite, l'infection purulente, voilà ce qu'on doit tant redouter. Eh bien, dans les doigts, il y a presque autant de conditions qu'au bras et à la jambe pour avoir à craindre ces terribles accidens. En effet, dans les doigts, il n'y a pas de réunion immédiate, ou au moins elle est fort difficile, on trouve des gaînes, des veines; quand une inflammation s'étend du côté de la main, elle rencontre là des tendons, de gros nerfs, des veines, tous organes qui la transmettent de proche en proche avec une déplorable facilité.

Ne sont-ce pas là, à peu de chose près, les conditions des amputations des membres? Les chirurgiens savent d'ailleurs que l'amputation d'un doigt tue dans la proportion d'un opéré sur trois ou quatre, et que, dans tous les cas, c'est toujours une opération grave.

L'extraction des séquestres n'a pas présenté de gravité cette année. C'est une opération qui exige des dissections, elle est longue; elle paraît fort grave, et pourtant elle n'est presque jamais suivie d'accidens et ne compromet que bien rarement la vie.

Les ablations du sein n'ont entraîné la mort d'aucune malade; elles ne sont pas dangereuses en elles-mêmes. Le véritable danger dans les maladies qui les nécessitent, c'est de temporiser.

Les tumeurs érectiles, comme nous l'avons dit, ont été soumises à quatre espèces d'opérations: extirpation, incision, ligature et séton.

L'amputation de la moitié de la langue et l'extraction des polypes ne présentent rien à noter; le polype de l'urètre seul est une maladie qui mérite l'attention, en ce sens qu'elle est rare et qu'on rapporte presque constamment ses symptômes à une maladie de matrice.

L'excision des amygdales et la ténotomie sont peu dangereuses. Cette dernière opération donne d'excellens résultats quand on tient suffisamment compte de l'état des os.

Il a été contesté que les corps étrangers dans le genou fussent une portion même des os: nous avons eu un exemple de ce fait. Dans ce cas, on a trouvé une portion de tibia dans l'articulation.

Quant aux fistules, hernies, cataractes, strabisme, il en a été souvent question; il est inutile d'y revenir.

Tel est le résumé des maladies, traitemens et opérations observés à la Charité pendant l'année scholaire 1841-1842.

D[r] C. PAJOT.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Ducros lit un mémoire intitulé: Etude des plexus et des dispositions plexiformes du système nerveux sous le point de vue de la thérapeutique. Nous extrayons de ce travail les principales conclusions :

1° Nous dirons que l'action des corps résineux, mauvais conducteurs mis sur la peau des animaux, en concentrant la vie et en faisant périr ces animaux comme s'ils étaient sous l'empire de plusieurs machines électriques, nous a donné la clef de cette médecine directe ou chirurgicale dont nous avons exposé les bases et les principes.

2° Nous ajouterons que l'action des métaux bons conducteurs, mis sur la peau des animaux, en décentralisant les courans de la vie et en les dirigeant vers les parties excentriques, a ouvert une seconde voie à la thérapeutique en démontrant d'une manière dichotomique que le principe de vie pouvait être enlevé par une simple opération physique.

3° Nous dirons que l'ancienne médecine de Van-Helmont, en admettant sous une forme générale que chaque partie avait sa suprématie, son *monarchisme*, offrait un fond de vérité. Mais nos travaux sur les plexus, sur les dispositions plexiformes et ganglionnaires du système nerveux font ressortir, sous un autre point de vue, cette vérité conçue d'une manière vague et purement hypothétique dans les travaux de Van-Helmont. D'après nos principes, dans l'appréciation de toutes les maladies, on doit voir la molécule pondérable et l'agent locomoteur impondéré; on doit aussi voir la maladie locale qu'on doit attaquer par une médication externe purement chirurgicale, et l'état pathologique général. Notre médecine indique, d'après des signes et des symptômes, les cas dans lesquels l'homme de l'art doit agir sur la molécule pondérable altérée consécutivement aux troubles des lois de l'agent impondéré, et elle montre les circonstances dans lesquelles il n'y a que lésion de fonction, et elle emploie alors les moyens thérapeutiques convenables pour détruire ces perturbations, en régularisant l'action de l'agent impondéré.

4° Nous dirons que la vie peut subir une répartition inégale; et alors, ou elle est trop exagérée sur les centres nerveux aux dépens des parties périphériques du même système, ou elle est trop spécialisée sur le système nerveux périphérique aux dépens des centres.

5° D'après ces principes, nous avons classé tous les médicamens en ceux qui par leurs propriétés *diffusibles* répartissent également la vie sur tout le système nerveux en la décentralisant, et en ceux qui par leurs propriétés *centralisatrices* portent vers les ganglions, vers les plexus, vers la moelle épinière et vers le cerveau toute la force vitale qui, par les courans d'anomalie, s'était spécialisée presque exclusivement sur les nerfs.

— *M. Le Roy d'Etiolles* adresse la lettre suivante; La communication dont je viens entretenir un instant l'Académie, n'est pas d'une haute importance, cependant elle n'est pas, je crois, sans utilité; elle est relative à des moyens de rendre plus facile la resection des amygdales, et de faire que cette petite opération soit pratiquée par les mains les moins exercées plus rapidement qu'elle ne peut l'être par le chirurgien le plus habile faisant usage du simple bistouri. Un grand nombre d'instrumens ont été imaginés dans ce but; le meilleur est celui d'un Américain, M. Francstock; son usage est devenu fréquent. Cependant tel que son auteur l'avait créé, il laissait quelque chose à désirer; lorsque l'amygdale est tant soit peu volumineuse, sa superficie seulement est enlevée. Pour engager davantage la glande dans la lunette destinée à la réséquer, M. Velpeau a transporté sur cet instrument la broche à bascule que j'avais jointe aux ciseaux en double faucille de M. Cloquet. Cela ne suffisait pas encore, parce que la broche ne pouvait traverser que la portion déjà en saillie dans la lunette. Il fallait, pour rendre cet instrument tout à fait usuel, attirer plus énergiquement la portion tuméfiée de la glande et la forcer à s'engager; c'est l'effet que produit l'érigne à bascule.

J'ai l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie, la série d'instrumens qui montrent ces diverses modifications.

— *M. le docteur Bonhoure* adresse la lettre qui suit : Le 20 août dernier, j'ai eu l'honneur de vous adresser une lettre dans laquelle sont exposées de nouvelles notions sur les épispastiques en général, et particulièrement sur le *caoutchouc*, substance avec laquelle on confectionne des sondes urétrales, dont l'usage est fort pernicieux, comme il est prouvé par l'inflammation qu'elles font développer dans le canal de l'urètre et même dans la vessie, quand elles sont placées en permanence dans le conduit de l'urine, soit pour combattre des fongosités, etc., soit pour l'amplifier dans les préliminaires de l'opération de la lithotritie.

La gomme arabique, substance douce et antiphlogistique, doit, dis-je dans ma dite lettre, être substituée à la gomme élastique pour la confection de ces sondes. Je viens aujourd'hui, pour prouver la possibilité de cette substitution, vous presenter des sondes en gomme arabique qui, comme celles en caoutchouc, ont un tissu pour base. J'espère que vous leur donnerez votre approbation.

Les six sondes que j'envoie à l'Académie, pour qu'elle les examine, sont faites avec du ruban de coton, dont un côté est ciré (l'interne), et l'autre enduit de mucilage arabique. On pourrait en faire en tissu de fil ou de soie, qui ont plus de force que le tissu de coton; mais je fais observer que la gomme n'étant pas capable de supporter long-temps l'action de l'urine, il me paraît inutile de leur donner une plus grande solidité.

Si l'on considère le peu de dépense qu'il faut faire pour avoir de ces sondes, le bienfait de la présence d'un corps doux et onctueux sur un organe délicat et irritable, la facilité qu'il y a d'adjoindre à ce corps un medicament quelconque, etc., on ne pourra se plaindre de la briéveté de sa durée; d'ailleurs, quand la sonde est en place, quand le mandrin de fer qui lui donne la fermeté nécessaire à son introduction est retiré et l'urine écoulée, on peut introduire à la place du mandrin une corde de boyau qui, se prêtant aux inflexions du canal, contribuera à la dilatation en maintenant la forme cylindrique de l'instrument.

Pour introduire la sonde de gomme arabique, il faut au préalable, l'humecter d'eau, surtout au bout, alors elle sera souple, au point qu'on pourra introduire un mandrin courbe au lieu du mandrin droit, et qu'elle glissera dans l'urètre avec la plus grande facilité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 octobre. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Villeneuve lit, au nom de la commission des élections, un rapport tendant à déterminer dans quelle section de l'Académie devra se faire la prochaine élection, à laquelle donne lieu la mort de M. Planque (section de pharmacie), de M. Manry (section de pathologie médicale), et de M. Robiquet (section de physique et de chimie médicales). La section de physique et de chimie médicales étant la moins nombreuse, la commission propose à l'Académie de décider que ce sera dans cette section qu'aura lieu la plus prochaine élection. (Adopté.)

—*M. Jules Guérin* a pris la parole au sujet de la communication faite par M. Bouvier dans l'avant-dernière séance. M. Bouvier n'ayant pas fini son intéressante réponse, nous renvoyons au prochain compte-rendu l'analyse succincte de cette discussion, dans laquelle doivent être entendus MM. Blandin, Velpeau, etc., qui en résumeront sans doute les points principaux de manière à satisfaire les lecteurs.

— *M. Fauraytier*, interne à l'Hôtel-Dieu, présente de nouveaux instrumens pour la suture des fistules vésico-vaginales et du voile du palais.

Ces instrumens, confectionnés par M. Luer, sont des modifications de celui qu'il a déjà fait connaître en 1839.

L'un consiste en une longue pince à pansement, dont l'une des branches porte une aiguille, et dont l'autre est fendue pour la recevoir. Cette aiguille ne diffère en rien de celle de l'instrument primitif; comme elle, elle est très courte, et creusée dans son talon; elle s'implante sur un petit mandrin qui lui sert comme de piédestal et qui est vissé sur l'une des branches de la pince. Ce mandrin s'enlève à volonté et peut être remplacé par d'autres de volume et de longueur différentes. Quant au mécanisme de l'instrument, il est également le même que dans l'instrument primitif. Les parties saisies entre les branches de la pince, sont, lors du rapprochement de celles-ci, traversées de part en part par l'aiguille qui vient de s'engager dans la fente de la branche de la pince opposée à celle qui l'apporte; en ouvrant la pince et en la retirant, on amène avec elle l'aiguille suspendue à la branche qui l'a reçue. Cet instrument ne diffère donc du premier instrument de M. Fauraytier que par la forme nouvelle qu'il lui a donnée et qui est celle d'une longue pince à pansement. Il faut ajouter que l'extrémité de cette pince présente des courbures différentes pour le voile du palais et les fistules vaginales.

M. Fauraytier présente en même temps, comme point de comparaison, l'instrument de M. Soteau.

Les autres instrumens que M. Fauraytier présente à l'Académie consistent en des mandrins à manche de forme diverse, qui, s'adaptant à sa petite aiguille, permettent d'en généraliser l'application. De ces mandrins, les uns droits, portent l'aiguille d'avant en arrière, à travers des parties résistantes ou profondément cachées (le périnée, la langue, le voile du palais); les autres, courbés en crochet, à concavité antérieure, portent l'aiguille d'arrière en avant, soit sur le voile du palais, soit sur la cloison vaginale.

D'autres enfin, à courbure latérale, les dirigent de droite à gauche ou de gauche à droite, par un mouvement de circumduction, comme lorsqu'il s'agit, par exemple, de passer une ligature dans la base d'un polype du pharynx ou de la matrice.

Après cette rapide description, M. Fauraytier fait mention des principales opérations dans lesquelles ses instrumens ont été appliqués. Il se borne à une simple communication, réservant les détails pour une autre circonstance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 1er septembre 1842.

A deux heures, M. Léger, en l'absence de M. Fouquier, occupe le fauteuil.— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance.— Lettre de M. Morel, dans laquelle il s'excuse de ne point assister à la séance. — M. le docteur Foucart fait hommage à la Société de sa thèse sur la bronchite capillaire. M. Ch. Masson est nommé rapporteur.

— *M. Terrier* rend compte d'une brochure offerte à la Société par le docteur Lambert, médecin à Montigni-sur-Aube. Dans cet ouvrage, dit le rapporteur, l'auteur décrit une épidémie de variole qui a régné dans le pays. Des faits qu'il a observés et des douze histoires qu'il rapporte, il déduit plusieurs conclusions que nous exposerons, sans nier toutefois que plusieurs ne puissent fournir matière à contestation.

M. Lambert n'ayant pu dans tous les cas expliquer, par des relations avec des personnes infectées, l'apparition de la variole, en a conclu que la période d'incubation pouvait être très longue, et que le principe de la maladie avait pu être reçu dans des lieux fort éloignés de celui où elle s'est manifestée.

Il pense que le cowpox, qu'on rencontre fréquemment dans le pays, peut communiquer à l'homme non-seulement la vaccine, mais aussi la varioloïde; il se propose, et nous le lui conseillons, de se livrer à de nouvelles expériences pour arriver à la vérification de ce fait.

Des douze malades variolés traités par M. Lambert, un seul a succombé : c'est un enfant de huit mois qui suçait le lait d'une nourrice atteinte de varioloïde; d'où il conclut, d'après ce fait, à une sorte d'identité entre ces deux maladies, et que l'une peut transmettre l'autre.

M. Lambert a observé des cas de variole sur des personnes vaccinées; aussi, et c'est le but principal qu'il se propose dans sa brochure, conseille-t-il les revaccinations; il a revacciné 350 personnes dans un espace de temps très court, et il a observé que jusqu'à quinze ans le vaccin n'avait point perdu de sa force; que dans l'âge adulte les pustules vaccinales se reproduisaient fréquemment, mais qu'après cinquante ans leur développement devenait rare et exceptionnel.

M. *Belhomme* cite un fait qui confirme une des conclusions émises par l'auteur. Il a traité d'une variole confluente une fille âgée de quatorze ans déjà vaccinée, qui, six mois auparavant, avait été soignée à l'hôpital pour une affection intestinale. Son lit se trouvait placé entre deux personnes atteintes de petite vérole.

M. *Duhamel* ne croit pas à l'identité de la variole et de la varioloïde; il recommande de bien observer la marche des éruptions. Dans la variole, proprement dite, les boutons ne se troublent pas, la suppuration ne s'établit qu'au huit ou neuvième jour. Ces phénomènes surviennent, dans la varioloïde, au plus tard vers le quatrième jour, et encore sans recrudescence de la fièvre.

M. *Sorlin* dit avoir été appelé pour constater la nature d'une éruption dite variole pour les uns, varioloïde pour les autres. La fièvre était intense, les boutons confluens, ombiliqués; dès le quatrième jour la suppuration s'établit, et au huitième jour il ne restait plus que quelques croûtes. Leur chute laissa voir cependant un visage rougi et cicatrisé. Notre confrère se demande s'il est toujours possible de déterminer les différences qui séparent ces deux maladies. La nature se joue souvent de nos distinctions scolastiques.

— Le 28 mai dernier, M. Guillon, en présentant à la Société une pièce anatomique en carton-pâte, où se trouvaient figurées six fausses routes pratiquées durant la vie du malade par des sondes fourvoyées,

en avait pris occasion de parler du danger que fait courir l'usage des grosses sondes de Mayor, et avait rapporté deux cas où leur auteur avait échoué. M. Mayor ayant écrit à ce sujet à la Société, M. Tanchou avait été chargé de rendre compte de cette communication.

M. Tanchou. Cette communication de l'habile chirurgien de Lausanne comprend d'abord le récit de la cure complète de douze fistules urinaires au moyen de ses sondes du plus gros calibre ; et ensuite, une lettre dans laquelle il s'étonne que, dans notre séance du 28 mai, un des membres de la Société ait, au lieu de discuter les principes de l'art, prononcé son nom et argué de deux faits isolés. M. Mayor fait observer que la pièce présentée par M. Guillon est l'argument le plus concluant en faveur des grosses sondes, puisqu'avec de petites on a fait tant de fausses routes dans les parties urétrales.

M. Guillou. C'est précisément avec de grosses sondes, celles de M. Mayor, que le chirurgien appelé d'abord a pratiqué deux fausses routes reconnues par moi à l'instant même, et retrouvées après la mort. Cette circonstance, omise dans le procès-verbal, devait néanmoins se pressentir ; autrement, il eût été peu judicieux d'en prendre occasion de m'élever contre l'emploi des grosses sondes.

— *M. Sorlin*, chargé de faire un rapport sur l'ouvrage de M. le docteur Peysson, s'exprime ainsi :

Messieurs, la communication faite à la Société par M. le docteur Peysson, médecin à l'hôpital militaire de Lyon, établit un fait remarquable de pratique médicale, savoir : l'efficacité de la saignée dans deux épidémies de dysenteries graves qu'il a eu l'occasion d'observer en 1840 et 1841, à Lyon, parmi les soldats de la garnison de cette ville. Est-ce là une vérité à jamais acquise à la science comme fait de thérapeutique générale, applicable à toutes les épidémies de dysenteries graves qui peuvent se présenter ? M. le docteur Peysson, convaincu de l'excellence, pour ne pas dire de l'infaillibilité de sa méthode, répondra oui. Pour lui, la dysenterie est une colite, c'est-à-dire une inflammation ; mais, nonobstant la conviction de l'auteur, et les raisons au moyen desquelles il cherche à faire partager sa manière de voir, il faudra encore long-temps avant que la saignée dans la dysenterie puisse être regardée comme un spécifique aussi puissant que l'est le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes.

Je vote pour que des remerciemens soient adressés à M. Peysson pour son intéressante communication. — Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

— *M. Guersant.* On ne parle plus du strabisme ; mais c'est pourtant une bonne opération sur laquelle je veux revenir. J'ai opéré d'un strabisme convergent un jeune homme de quatorze ans ; il est venu mourir dernièrement à l'hôpital Necker, d'une résorption purulente : voici la pièce anatomique, vous pouvez y voir l'insertion aponévrotique de tous les muscles de l'œil. Le droit interne ou pour mieux dire ce qui en reste est très court et ne tient à l'œil que par un peu de tissu cellulaire très lâche. La guérison était si parfaite que le chirurgien de l'hôpital demandait de quel œil il avait été opéré. La recidive n'était point à craindre.

M. Sterlin. Je dois dire que je n'ai jamais vu de guérison complète. Comment se fait-il qu'une opération qu'on dit si bonne ait été abandonnée ?

M. Guersant. C'est qu'un grand nombre de personnes ont été opérées et que beaucoup l'ont été malheureusement fort mal.

M. Tanchou. Le cas cité par M. Guersant est heureux, mais exceptionnel ; il y a ordinairement rétraction et reproduction de la maladie.

M. Guersant. Cette cure heureuse est peut-être due à ce que le malade, loin de garder le repos recommandé après l'opération, s'est affranchi de toute gêne ; les mouvemens exécutés par l'œil malade ont empêché une adhérence trop exacte du muscle coupé au globe de l'œil. Cette opération, qu'on peut dire de luxe, compte ainsi que toutes les autres des insuccès, mais elle est bonne et elle restera.

M. Nauche. Ce qu'il y a de malheureux c'est que les personnes opérées conservent toujours un air égaré.

— *M. Guillon* rapporte qu'hier, à l'Opéra-Comique, l'homme chargé de faire rouler le tonnerre, s'est laissé tomber de plusieurs mètres de hauteur et s'est cassé la clavicule en deux endroits. Le fragment externe a subi un déplacement considérable, et comme il se propose d'appliquer un appareil contentif qui lui est propre, il demande qu'un ou deux membres soient désignés pour cet examen. M. Guersant est nommé.

M. Guersant traite chaque année une vingtaine de ces fractures à son hôpital ; la consolidation se fait en quinze ou dix-huit jours, et ce qui la facilite, suivant lui, c'est que le périoste cède mais ne se déchire pas. Chez une fille de dix-huit ans il a obtenu une guérison sans difformité sensible. M. Tanchou rapporte qu'à Saint-Louis on maintient, au moyen d'un appareil, le coude fort en arrière, et que, par ce moyen, on procure les mouvemens d'élévation de l'épaule du côté malade, mouvemens qui entraînent le déplacement des fragmens. M Duperthuis soutient que malgré tous les appareils de Desault, de Dupuytren, de Mayor, rien n'est si difficile que d'obtenir une réunion exacte. A ce propos M. Guillon ajoute que c'est précisément ce but qu'il prétend atteindre. Déjà quelques expériences heureuses lui font espérer qu'il a réussi, et c'est chez les dames, ajoute-t-il, une chose des plus importantes.

— J'ai reconnu, dit M. Nauche, aux baies de pommes de terre, une action sédative du système nerveux, analogue et même supérieure à celle de la jusquiame. On les incorpore dans des cataplasmes, on les fait cuire à la dose de 4 grammes dans 16 grammes d'huile dont on se sert pour frictions ; on en prescrit la teinture dans une boisson pectorale à la dose de vingt à vingt-cinq gouttes, et d'extrait, à celle d'un à quinze centigrammes, trois fois par jour, en pilules ou dans un sirop simple. Notre confrère a retiré de salutaires effets de ces baies dans diverses névralgies, les rhumatismes et les catarrhes chroniques de poitrine.

— *M. le secrétaire général* prévient qu'à partir du mois d'octobre la séance s'ouvrira à deux heures.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

Chronique et Nouvelles.

L'administration des hôpitaux — on lui doit cette justice — ne se lance pas témérairement et sans de bonnes raisons dans la carrière des innovations. Aussi quand elle adopte quelque importante modification, doit-on supposer que l'expérience en a été longuement faite et que cette expérience a eu cent fois raison. La blâmer de cette lenteur, elle qui tient dans ses mains tant de soins importans, qui préside à la distribution de secours si nécessaires à une si nombreuse population, ce serait la blâmer d'une vertu ; ce n'est pas nous qui nous plaindrons de sa sage lenteur sur une infinité de propositions plus ou moins excentriques sur lesquelles journellement elle peut être consultée.

Il est un point sur lequel l'Administration paraît avoir oublié ses principes de prudence, et sur lequel aussi elle paraît vouloir revenir avec empressement à ses sages erremens. Nous voulons parler des représentations théâtrales, des concerts, des messes en musique et autres divertissemens dont elle avait toléré les expériences dans les hospices d'aliénés. On dit, qu'avertie par des accidens qu'il était facile de prévoir, par des abus qu'il était facile encore de prédire, elle a décidé qu'une enquête serait ouverte sur ces expériences, afin de déterminer si la somme du bien l'emporte sur celle du mal, pour savoir même s'il en résulte quelque bien.

Au dire de personnes qui nous semblent bient informées, on n'aurait vu résulter de ces exercices artistiques qu'un accroissement de maladie chez quelques malheureux aliénés. Les améliorations auraient été nulles ou insignifiantes. On nous a cité, entre autres choses, le fait d'un aliéné dont la folie se traduisait par ces mots, qu'il répétait constamment : *Je voudrais bien m'en aller*. Ce malheureux, chargé d'un rôle dans l'*Ours et le Pacha*, ajoutait son « Je voudrais bien m'en aller, » à chaque phrase de son rôle, ce qui excitait une prodigieuse hilarité dans l'assistance, qui applaudissait avec enthousiasme cet infortuné fou. Si c'est là un moyen de traitement, nous avouons que cette innovation nous paraît tant soit peu inhumaine et que l'administration n'a rien de mieux à faire que de s'enquérir de son efficacité.

— M. le docteur Marchal, chirurgien aide-major aux compagnies de sous-officiers vétérans, est chargé de la rédaction des Mémoires de médecine militaire, pour ce qui regarde la chirugie, en remplacement de M. le docteur Bégin.

Ce choix est excellent ; M. Marchal est déjà l'un des rédacteurs des Annales de chirurgie ; c'est un jeune écrivain plein de zèle et de talent ; sa collaboration aux Mémoires de médecine militaire sera extrêmement utile à ce recueil ; nous l'avons donc apprise et la faisons connaître avec plaisir.

— Extrait d'un rapport de M. le général Changarnier, en date du 21 septembre 1842, au sujet du combat de Saouk-el-Sebt des Beni-Chaïb :

« MM. Calmel, chirurgien aide-major du corps des zouaves, et Raichon, chirurgien aide-major au 6e chasseurs d'Orléans, me sont signalés comme ayant rendu des services hors ligne.

» MM. les officiers de santé ont montré leur dévouement ordinaire, en pansant les blessés au milieu du feu le plus vif. »

(*Bulletin des officiers de santé.*)

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu dans le feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux* civils et militaires du mardi 5 juillet 1842, un avis concernant la pommade épispastrique de Buchner, *dite de Lausanne*, dont il est fait de grands éloges, et dont on indique la composition de plantes alpines, etc. « laquelle ne se délivre que par pots, du prix de 1 fr. 50 c., à la pharmacie Samson Deibb, rue du Temple, 50. »

Ma femme, née Buchner, fille unique et héritière de l'inventeur de la pommade dont il s'agit, a seule continué, par brevet de notre conseil de santé, la préparation de ce médicament, et n'a communiqué *à personne* ni sa préparation ni les ingrédiens qui la composent.

Notre étonnement a été grand, Messieurs, à la lecture de cet avis donné par M. Samson Deibb, qui s'annonce comme étant en possession des moyens de fabrication de la pommade épispastique de Buchner, attendu que ces moyens n'ont point été communiqués à ce pharmacien par ma femme, seule en mesure de faire une pareille communication, et qui ignorait même l'existence de M. Samson Deibb.

La préparation par M. Samson Deibb de la pommade épispastique de Buchner n'est donc qu'une contrefaçon.

Je vous prie, Monsieur, d'insérer ma présente déclaration dans votre journal, par intérêt pour la justice et pour la vérité.

Agréez, etc.,

G. Cusin,
Membre du tribunal d'appel
du canton de Vaud.

Lausanne, le 15 octobre 1842.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 126, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Rhumatisme articulaire aigu général. — Traitement par le tartre stibié.

Une jeune fille âgée de dix-sept ans, à Paris depuis quatre années, a contracté depuis cette époque une maladie aiguë qui semble devoir être rapportée à une fièvre typhoïde. Jamais elle n'a éprouvé d'affection pulmonaire ni rhumatismale. Quinze jours avant son admission à l'hôpital elle éprouva un malaise général accompagné de fièvre, qui fut bientôt suivi de l'éruption d'une variole dont elle présentait encore les traces à l'époque où elle fut reçue dans le service. Quelques jours après il se manifesta des douleurs avec du gonflement et de la rougeur dans les genoux et le poignet gauche. L'habitation d'une chambre nouvellement construite est la seule circonstance qui paraît avoir déterminé le début de la maladie. Lorsque cette malade se présenta à notre observation (2 octobre), aucun traitement actif n'avait été mis en usage. Les douleurs des articulations étaient très intenses, le pouls battait 104, la langue était blanche, la soif vive, le ventre indolent; aucune selle n'avait été rendue depuis quatre jours. L'affection que présentait cette malade était donc un rhumatisme articulaire aigu fébrile qui avait environ dix jours de durée. Dès-lors, il devenait difficile d'apprécier la valeur du traitement que l'on mettrait en usage. Un motif plus puissant m'engagea à essayer une méthode de traitement autre que celle que j'avais déjà mise en usage chez les quatre malades dont je vous ai rapporté l'histoire dans une des précédentes leçons.

Cette jeune fille, d'une constitution très délicate, débilitée par le travail et la mauvaise nourriture, se trouvait évidemment dans des conditions telles qu'il était impossible de songer à la soumettre à la méthode des émissions sanguines, en admettant même qu'on la modifiât pour l'adapter à la faiblesse du sujet. Une circonstance qui nous parut d'ailleurs formellement contre-indiquer la saignée, c'était l'existence d'un bruit de souffle intermittent mais intense, qu'on entendait dans les deux carotides.

Le jour de son entrée, je fis appliquer sur les deux genoux des ventouses scarifiées, me proposant déjà de recourir les jours suivans à l'emploi du tartre stibié à haute dose. Je fis remarquer à ce sujet que dans des cas semblables à celui-ci il serait peu rationnel de pratiquer de nombreuses saignées, et qu'il fallait songer à une toute autre médication.

Depuis l'époque où j'ai parlé de cette malade, une amélioration notable est survenue sous l'influence, du moins probable, du tartre stibié qui fut donné à la dose de trois décigrammes.

Dès le 3 octobre, et surtout à partir du 5, les douleurs, qui avaient graduellement diminué ont été dissipées presque entièrement. Le pouls, cependant, conservait sa fréquence, et je fis remarquer que le rhumatisme pourrait revenir tant que cette fréquence persisterait. Toutefois, l'amélioration persiste aujourd'hui, et la tuméfaction des genoux, qui étaient distendus par l'épanchement synorial, a entièrement cédé.

Ce cas est de ceux où il est impossible de songer à appliquer la médication antiphlogistique avec toute sa rigueur; vous avez vu sur quatre malades atteints de rhumatisme aigu généralisé, de date très récente, ce traitement suivi d'un succès rapide et tel qu'il était impossible de ne pas en reconnaître l'influence. Cependant, n'étant point asservi exclusivement à cette méthode, et bien convaincu qu'il est des cas auxquels un pareil traitement est inapplicable, je vous ai prévenu à l'avance qu'il fallait chercher dans la thérapeutique un remède qui comptait déjà quelques succès. Le tartre stibié passe auprès de plusieurs praticiens pour un médicament utile dans le traitement du rhumatisme; je l'ai choisi en cherchant à lui faire produire une action plus énergique, en le portant à des doses assez élevées. Est-ce à son action qu'il faul attribuer la guérison; on serait tenté de le croire, mais on pourrait conserver quelques doutes en songeant que le rhumatisme avait déjà quinze jours de durée.

Hypertrophie considérable du cœur. OEdème pulmonaire. Ancienne pleurésie gauche. Albuminurie. Cyrrhose. Erysipèle. Pneumonie. Mort.

Un homme âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution robuste, fut pris il y a trois années de congestions cérébrales pour lesquelles il fut saigné trois ou quatre fois. Il y a trois ans, une dyspnée intense se manifesta pour la première fois sans douleur de côté, sans crachats rouillés; elle persista pendant trois mois, elle était produite, suivant toute apparence. par un épanchement pleural qui fut combattu par des vésicatoires et des moxas. Depuis dix mois la dyspnée a reparu à des intervalles rapprochés. Depuis dix jours elle est continuelle et un œdème considérable s'est manifesté depuis ce temps.

Cet homme entra à l'hôpital vers les derniers jours du mois d'août, et l'observation des symptômes qui suivent, nous permit de soupçonner les principales lésions dont il était affecté. L'œdème des membres inférieurs était considérable et s'étendait à toutes les parties du corps. Le pouls était à 96, régulier, faible, égal des deux côtés. Aucune voussure du thorax, aucune impulsion à la main. La matité de la région précordiale avait six pouces carrés et s'étendait surtout en travers. Aucun bruit anormal n'existait dans les artères; les veines jugulaires distendues offraient le pouls veineux; aucun bruit anormal au cœur, dont les battemens étaient si faibles et si lointains qu'on avait de la peine à les découvrir. Le côté gauche du thorax était déprimé en arrière et sensiblement plus petit que le côté opposé; la respiration, excessivement faible dans les mêmes points, faisait entendre un râle muqueux fin pendant l'inspiration surtout. La percussion, pratiquée sur la région hypochondriaque, indiquait une diminution dans le volume du foie; mais ce qui me conduisit surtout à diagnostiquer une cyrrhose, ce fut l'étude des urines qui étaient acides, fortement colorées, laissant déposer un sédiment qui se dissolvait en partie par la chaleur. Les urines, en outre, contenaient une forte proportion d'albumine. Le ventre renfermait une quantité notable de sérosité.

Tel fut l'état de ce malade pendant les quinze premiers jours qui suivirent son admission à l'hôpital. Lorsque je vous en parlai pour la première fois, je fus porté à penser qu'il existait dans la région précordiale une quantité assez grande de liquide. Je ne pouvais me défendre de quelques doutes touchant la vraie cause de l'augmentation considérable de la matité, et, discutant devant vous les symptômes que présentait ce malade, je vous témoignai toute l'incertitude où je me trouvais moi-même. En effet, l'étendue énorme de la matité, l'absence de battemens du cœur, la faiblesse des bruits que l'on n'entendait que dans le lointain, la faiblesse et la régularité du pouls, devaient faire croire d'abord à un hydropéricarde. S'il existait, disais-je, une hypertrophie même peu considérable, les battemens devraient être assez forts et les bruits modifiés, puisque l'on rencontre le plus ordinairement une lésion concomitante des orifices du cœur. Rien de semblable n'existait. A l'aide des signes que je vous ai indiqués, on pouvait diagnostiquer un ancien épanchement pleural gauche, une cyrrhose du foie, et une altération des reins. L'autopsie a confirmé cette dernière partie du diagnostic.

Sous l'influence de la digitale à haute dose, une diurèse excessivement abondante s'établit; la dyspnée, qui était extrême la nuit, diminua, ainsi que l'œdème général. Déjà je me félicitais, non pas d'avoir guéri le malade, mais d'avoir enrayé les accidens qui devaient conduire à une mort prochaine, lorsqu'un érysipèle se manifesta au pourtour d'un ancien cautère placé au bras gauche; il s'étendit bientôt à tout le bras, à tout le côté gauche du tronc et de là à toute la partie opposée. Les onctions mercurielles n'eurent aucune efficacité. Le malade, qui était fort agité et se découvrait sans cesse, contracta une pneumonie occupant le lobe inférieur du poumon gauche.

FEUILLETON.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE,

Par M. MALGAIGNE.

Suite de la onzième lettre. — *Introduction à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie. — De la grande querelle des barbiers et des perruquiers.*

La grande union commencée, il ne restait plus à Paris qu'un seul corps de chirurgiens, rangés tous sous la même bannière et exerçant en vertu des mêmes titres. Déjà puissans par leur nombre et leurs richesses, les barbiers étaient arrivés à ne plus avoir de supérieurs dans l'ordre chirurgical, et, bien qu'ils n'eussent pu hériter de tous les priviléges de leurs anciens rivaux, il étaient entrés en pleine possession de l'antique confrérie de Saint-Côme, dont l'illustration réjaillissait sur eux, et dont ils adoptèrent le nom pour la corporation tout entière. Alors aussi la scène changea, et les anciennes guerres éteintes firent bientôt place à des guerres nouvelles. Ils avaient au-dessous d'eux les étuvistes et les perruquiers, au-dessus d'eux la Faculté de médecine; ils luttèrent opiniâtrément d'un côté et de l'autre; non pas avec le même succès, mais avec un bonheur au moins égal dans le triomphe et dans la défaite. Ils vinrent à bout de la redoutable Faculté, et ils eurent ainsi l'insigne honneur d'avoir émancipé la chirurgie en France; ils furent vaincus par les perruquiers, et emportèrent bien malgré eux l'avantage d'une séparation de plus en plus profonde entre deux professions qui n'auraient jamais dû être réunies.

Nous avons vu qu'en 1655, étuvistes et perruquiers s'étaient réunis et avaient obtenu un édit royal approuvant et consacrant cette communauté nouvelle. D'autre part, les chirurgiens et les barbiers réunis s'insurgèrent, firent opposition à l'enregistrement de l'édit; repoussés par un arrêt du Conseil, ils se pourvurent au Parlement, et, coup sur coup, en 1658 et 1659, obtinrent deux arrêts qui ruinaient complètement le laborieux édifice de leurs adversaires. Les baigneurs-étuvistes furent maintenus dans leur isolement, sans communauté, sans jurande, sans syndics, fixés au nombre de quarante-huit qu'il leur fut interdit de dépasser, et maintenus sous la dépendance et la nomination de la communauté des maîtres barbiers-chirurgiens. A leur tour, défense fut faite aux perruquiers d'usurper le titre et les fonctions des étuvistes; ordre de se borner à faire et vendre des perruques et de rentrer sous la dépendance de la victorieuse communauté.

Je l'ai déjà fait remarquer ailleurs, les corporations sont vivaces et opiniâtres. Cette même année 1659, les étuvistes retournant au Conseil-d'État, surprirent une nouvelle déclaration royale conforme à leurs désirs; là dessus, nouvelle opposition, nouvel arrêt du Conseil en 1662, qui rapporte et annule sa propre déclaration de 1559; rappel au Parlement, qui, tout aussi mobile dans ses décisions que le Conseil-d'Etat, arrête que la déclaration annulée lui sera présentée pour être vérifiée s'il y a lieu. Ne vous l'avais-je pas dit que ces affaires ridicules de barbiers, de baigneurs et de perruquiers ne laisseraient dormir ni le Parlement, ni le roi, ni son Conseil? Encore n'avons-nous conservé de cette longue Iliade que quelques détails dépourvus de tout intérêt et de toute poésie: des édits, des arrêts ou plutôt des mentions d'arrêts, dont les considérans nous manquent. Il eût fallu savoir par quels motifs curieux les deux plus grands corps de l'Etat jugeaient et déjugeaient à qui mieux mieux dans des débats d'une aussi mince importance, et la nature des considérans officiels nous aurait mis sur la voie peut-être pour démêler les secrets ressorts qui faisaient agir le parlement, par exemple, tantôt pour et tantôt contre les étuvistes ou les barbiers. Seulement on dirait que quand la magistrature penchait d'un côté, le Conseil-d'Etat inclinait de l'autre; et c'est ainsi qu'après le dernier arrêt du Parlement favorable aux baigneurs, le roi rendit, en 1664, une nouvelle déclaration qui annulait toutes leurs prétentions et les rejetait sous le joug de la communauté de Saint-Côme.

Les chirurgiens n'ont pas jusqu'à ce jour rendu justice à Louis XIV. Parce qu'enfin ils parvinrent à obtenir de Louis XV la reconnaissance de l'Académie royale de chirurgie et la déclaration qui les séparait à la fois de la barberie et de la Faculté, Louis XV fut le héros, le grand roi de leur histoire; et on dirait qu'ils gardaient rancune à Louis XIV de cette confusion des barbiers et des chirurgiens qui avait bien été le propre ouvrage de leurs aïeux. C'est là une de ces petites iniquités historiques que nous redresserons, je l'espère, et déjà par avance nous pouvons bien dire ici que les grands chirurgiens, les chefs de l'école française au dix-huitième siècle appartiennent au règne de Louis XIV par leur âge, par leurs études, par leurs premiers travaux, et qu'après la puissante commotion imprimée par Descartes à toutes les sciences, la plus vigoureuse impulsion, même pour la chirurgie, vint de Louis XIV.

Pour ne pas sortir de nos affaires d'intérieur, l'union de 1655 avait rangé la nouvelle communauté sous la juridiction du premier barbier du roi, et il résultait de là un singulier contresens dans l'étiquette. Voici le fait. Jusqu'au dix-septième siècle, les chirurgiens du roi et des princes formaient un corps à part, sans relation nécessaire avec le collége de Saint-Côme; et quand le premier chirurgien du roi était compris dans le collége, sa nouvelle charge ne lui donnait parmi ses confrères aucune suprématie. Ainsi avaient été les choses au temps d'A. Paré. Mais vers 1606 le collége voulant se rattacher de plus près le premier chirurgien, personnage d'une certaine importance, avait décrété que lorsqu'il assisterait aux actes de maîtrise, il précéderait tous les autres membres, même le prévôt, même les chirurgiens jurés du Châtelet.

Quand l'acte d'union eut rangé les chirurgiens sous la juridiction du premier barbier, on stipula bien que le premier chirurgien aurait les mêmes honneur dans les séances; mais ces priviléges purement honorifiques n'empêchaient pas que dans la chirurgie de France il ne se trouvât en réalité fort au-dessous du premier barbier, auquel il était bien supérieur à la cour par le titre de sa charge. Louis XIV s'émut d'un tel état de choses; dès 1668, il ordonna à Félix, son premier chirurgien, d'acheter la charge de Jean de Réty, son premier barbier, pour en mieux répartir les prérogatives. Ainsi, par un arrêt du conseil de cette même année, le premier chirurgien retint toute juridiction *sur les maîtres chirurgiens barbiers jurés de la ville de Paris, baigneurs, étuvistes, perruquiers, sages-femmes, et tous autres exerçant l'art et profession de chirurgie-barberie et dépendances, dans tout le royaume.* Ceci étant fait, Félix eut la permission de revendre la charge de premier barbier, désormais sans nul rapport avec la chirurgie, et réduite à l'honneur de faire la barbe à Sa Majesté.

Qu'y avait-il d'important dans cette innovation commandée par la susceptibilité royale? Peu de chose en apparence; le royaume de la barberie passait seulement en d'autres mains; mais les statuts, les usages, la confusion restaient les mêmes; bien plus, pour commander aux chirurgiens désormais confondus avec les faiseurs de barbe, le premier chirurgien du roi avait changé ce titre superbe contre la dénomination tant soit peu ignoble de *premier barbier chirurgien*. Ainsi, l'union des deux ordres semblait consacrée à jamais jusque dans dans la personne de leur chef; et qui oserait songer à rejeter le nom de barbier quand il était adopté en si haut lieu? Mais dans la réalité ce changement était toute une révolution, dont on pouvait déjà prévoir les suites. Par là se trouvait brisée et rompue la tradition de la vieille corporation des barbiers; après qu'elle avait vaincu les chirurgiens purs, elle se trouvait dominée à son tour en recevant un chef pris ailleurs que dans ses rangs. Ce chef acceptait le titre de barbier; mais par son origine, par sa haute position, par sa suprématie sur l'autre barbier du roi, il devait tendre sans cesse à se dépouiller de ce haillon d'emprunt, à le laisser dans l'ombre, à se dire chirurgien toutes les fois qu'il le pourrait sans danger; et ce fut ainsi en effet que les choses se passèrent. Par une conséquence inévitable, il devait aussi favoriser de préférence tout ce qui se rattachait à la chirurgie, sacrifier la barberie pure, et par son exemple, exciter les esprits à une séparation qui ne pouvait beaucoup .arder.

Peut-être les vieux barbiers de Paris avaient-ils quelque pressentiment de ce danger; car ils s'opposèrent d'abord à l'institution nouvelle,

Trois jours après le malade succomba au milieu des symptômes d'une asphyxie.

Avant de comparer les lésions trouvées sur le cadavre avec les symptômes des accidens observés pendant la vie, il importe de remarquer l'enchaînement des différentes complications qui se sont développées chez notre malade. Ce sont d'abord d'anciennes congestions encéphaliques et pulmonaires bientôt suivies d'une pleurésie gauche. S'il était permis de nous servir des lois puissantes de l'analogie, nous dirions qu'en même temps que cette pleurésie s'est manifestée, le cœur s'est pris dans le même moment, et cependant nous verrons qu'il n'existait aucune inflammation du péricarde ni de l'endocarde. A la suite de ces deux maladies, la dyspnée fait des progrès ; l'hydropisie générale se manifeste, l'albumine paraît dans les urines ; la texture du foie se modifie elle-même sous l'influence des congestions mécaniques dont il est le siége.

L'autopsie nous a révélé l'existence d'une faible quantité de liquide dans le péricarde ; mais le cœur, tout à fait semblable au cœur d'un bœuf, avait au moins quatre fois son volume normal. Le feuillet séreux qui tapisse sa face externe et interne n'offrait pas la moindre lésion. Les valvules étaient saines, deux ou trois petites granulations cartilagineuses se montraient à la base d'une valvule sygmoïde de l'aorte. Engorgement du poumon droit ; crépitation dans toutes ses parties ; hépatisation rouge de tout le poumon gauche, qui est adhérent à la plèvre pariétale par de fausses membranes très anciennes, parmi lesquelles quelques-unes sont épaisses et cartilagineuses. Le foie avait son volume normal. Les granulations jaunes étaient fortement hypertrophiées, surtout dans le tube droit ; la rate était triplée de volume ; les reins hypertrophiés, mais conservant ses deux substances distinctes.

L'ouverture cadavérique nous a donc permis de constater toutes les lésions que nous avions annoncées pendant la vie. Cependant je dois avouer que l'hydro-péricarde me paraissait être la lésion principale, tandis que évidemment il n'y avait là qu'une hypertrophie considérable du cœur. Cette erreur que j'ai commise, je la commettrais encore dans un cas pareil ; car tous les signes ordinaires de l'épanchement existaient, tandis que ceux de l'hypertrophie étaient plus que douteux. Cette matité énorme, cette régularité parfaite du pouls, cette disparition des bruits du cœur, ne devaient-ils pas porter à croire qu'une quantité notable de liquide recouvrait le cœur ? Il reste établi, d'après ce fait, que cet organe, lorsqu'il a pris un volume énorme, peut ne déterminer aucun bruit anormal, aucun des signes en un mot que l'on s'accorde à rapporter à l'hypertrophie du cœur.

Une autre particularité essentielle qui ressort de cette autopsie, c'est que le cœur peut s'hypertrophier sans qu'il existe ni inflammation du péricarde, ni aucune espèce de lésion des valvules ; que l'inflammation, en d'autres termes, peut être totalement étrangère à l'hypertrophie. Cette dernière opinion, embrassée par plusieurs auteurs et fortement combattue par d'autres, m'est prouvée d'ailleurs par plusieurs ouvertures cadavériques.

Nous rapprocherons de cette observation le fait suivant, qui présente avec elle d'assez grandes analogies. — Ce fait a trait à un malade dont je vous ai déjà parlé, et qui a succombé récemment ; voici en quelques mots son histoire, et l'exposé des altérations offertes par l'ouverture cadavérique.

Hypertrophie du cœur simple. Catarrhe pulmonaire. Albuminurie. Cyrrhose. Mort.

Cet homme, âgé de cinquante-un ans, a commencé à éprouver des affections pulmonaires vers l'âge de quarante-cinq ans. En 1841, il eut une nouvelle affection caractérisée par un point de côté, et un crachement de sang qui dura pendant deux mois. Depuis cette époque, il est entré trois fois dans les hôpitaux de Paris pour s'y faire traiter d'une dyspnée habituelle qui reprenait de temps à autre plus d'intensité. A l'époque de son admission (17 septembre), il n'existait aucun trouble des sens ; nous avons observé, dès les premiers jours, les symptômes suivans : Aucune voussure, aucune impulsion dans la région précordiale ; battemens du cœur lourds et lointains, sans modification anormale ; matité fort étendue de la région précordiale ; pouls régulier et faible ; aucun bruit dans les carotides, distension des jugulaires et pouls veineux ; jamais de palpitation ; râle sibilant et muqueux très fin dans toute l'étendue de l'arbre aérien ; dyspnée habituelle ; accès d'asthme pendant la nuit ; fonctions digestives en bon état ; on constatait, toutefois, un peu d'augmentation de volume du foie ; urines colorées avec sédimens, et précipitant abondamment l'albumine.

La percussion plessimétrique pratiquée presque chaque jour chez ce malade, ne me laissa aucun doute sur l'existence d'une hypertrophie du cœur. Les râles que l'on entendait dans la poitrine portaient à admettre en outre ce catarrhe pulmonaire, ou plutôt cet engouement des bronches si bien décrit par Corvisart et Laënnec, et qui paraît tenir à la gêne de la circulation pulmonaire. La sécrétion urinaire était aussi modifiée, et présentait les caractères qui, joints à l'accroissement de volume du foie, me portèrent à présumer l'existence d'une cyrrhose commençante, ou au deuxième degré.

La mort survint rapidement chez ce malade, sans autre cause appréciable que la gêne croissante de la circulation. Le malade fut pris d'une attaque de dyspnée intense, et succomba en trois heures à l'asphyxie.

Vous avez pu voir sur son cadavre une hypertrophie considérable du cœur, qui avait environ trois fois le volume propre à ce viscère. Les valvules et les orifices n'offraient aucune altération. Les deux feuillets du péricarde adhéraient tellement entre eux qu'il était impossible de les séparer. Toutes les bronches contenaient un mucus épais, aéré ; leur membrane interne était colorée en un rouge livide, et cette coloration pénétrait dans de très petites bronches ; un grand nombre d'entre elles étaient dilatées, et celles-là surtout contenaient une matière séro-purulente ; une sérosité spumeuse s'écoulait du lobe supérieur du poumon gauche ; le lobe inférieur était dense, friable et offrait quelques points hépatisés.

Le foie est légèrement hypertrophié et dur (cyrrhose au deuxième degré). Le rein droit présente vers le milieu de son bord convexe une dépression correspondante à un tissu jaunâtre qui pénètre jusqu'à la scissure du rein, dont sa substance est généralement indurée et crie sous le scalpel. Le rein gauche est de forme prismatique, fortement induré ; ses deux substances distinctes, non hyperhémiées ; la capsule amincie ne peut s'enlever.

Dans ce cas, le diagnostic porté pendant la vie a été confirmé en tout point par l'ouverture du corps. Nous nous étions demandé quelle pouvait être la cause d'une hypertrophie qui ne pouvait tirer son origine de la lésion des valvules. L'ouverture nous a permis de nous en rendre un compte exact. En effet, l'adhérence des deux feuillets du péricarde, survenue à coup sûr par l'effet d'une phlegmasie du péricarde, a déterminé dans les mouvemens du cœur une gêne assez grande pour le forcer à s'hypertrophier. On peut soutenir ici que la transmission de la phlogose au tissu charnu a causé l'hypertrophie ; mais on peut admettre tout aussi bien que la simple gêne mécanique déterminée par l'adhérence en est la cause. Dans le cas précédent l'hypertrophie ne pouvait reconnaître pour cause la phlegmasie du péricarde, et on peut se demander si l'épanchement considérable dont la plèvre gauche est le siége, et la gêne apportée à la circulation pulmonaire, n'ont pas eu quelque part à la production de l'hypertrophie.

Je dois aussi appeler votre attention sur l'état des bronches ; il eût été important de déterminer si la toux, chez ce malade, avait précédé l'apparition de la maladie du cœur, ou si elle n'en était pas le résultat. Cet homme nous a affirmé qu'il était gêné de la respiration depuis une vingtaines d'années environ, et qu'il toussait fréquemment depuis l'âge de quarante-trois ans, époque à laquelle la dyspnée devint plus intense, on pourrait croire, d'après son récit, que le catarrhe pulmonaire était l'affection la plus ancienne.

Chez l'autre malade, le catarrhe est déterminé par la congestion pulmonaire, soit continue, soit intermittente, que provoque la gêne de la respiration centrale. On voit alors sous cette influence la respiration se gêner, la toux survenir et l'expectoration devenir plus abondante. Toutes les causes qui augmentent ou diminuent la gêne de la circulation centrale, exercent la même influence sur la production du catarrhe pulmonaire ; aussi faut-il s'attacher, en pareil cas, à saisir la vraie cause de ces sortes de catarrhes, afin de diriger contre l'état du cœur le traitement qui doit modifier l'état des bronches. La dénomination de bronchite, appliquée à cette affection des bronches, doit être rejetée ; car il est impossible de faire jouer à l'inflammation le principal rôle de cette maladie. Quelquefois elle peut survenir et exercer une fâcheuse influence à titre de cause prédisposante.

Paralysie et anasthésie partielle hystérique.

Une couturière âgée de vingt-sept ans, réglée à seize, ayant toujours été régulièrement menstruée, accoucha, le 13 août, à terme, d'un enfant mort-né. L'accouchement fut facile et eut lieu sans le secours de l'art. Cette femme se rétablit promptement. Quinze jours après elle fut prise de douleurs lancinantes dans l'hypogastre ; ces douleurs disparurent bientôt de leur premier siége pour se porter à la région épigastrique. Au bout de quelques jours elles se dissipèrent dans ce point, et il survint de vives douleurs au sommet du crâne. Presque en même temps la vue se perdit entièrement, au point d'empêcher la malade de se conduire ; elle se rétablit peu de jours après avec la même rapidité ; cependant les corps restaient toujours environnés d'un léger brouillard. En dernier lieu enfin, le membre inférieur gauche ne put plus la soutenir, et la main du même côté perdit sa force. La menstruation ne s'était pas rétablie.

Entrée à l'hôpital le 24 septembre, cette femme nous offre l'état suivant : elle a toutes les apparences d'une constitution robuste ; la face est peu animée ; les sens sont intacts. Elle lit aisément, mais assure qu'elle aperçoit toujours un peu de brouillard. La sensibilité du membre inférieur est diminuée en quelque points : la main gauche serre avec moins de force et saisit maladroitement les corps d'un petit volume. Aucun trouble des autres fonctions.

Dès le jour de son entrée, je considérai cette malade comme étant atteinte d'un simple trouble de la sensibilité et de la motilité, qui ne tenait à aucune lésion de texture de la substance nerveuse. Ce fut alors que je demandai à la malade si elle avait éprouvé quelques attaques convulsives. Elle nous apprit à ce moment qu'elle avait par intervalles des attaques de nerfs et tous les symptômes d'une affection qu'il était facile de rapporter à l'hystérie. Cette femme d'ailleurs offrait tous les signes d'une constitution nerveuse, irritable et mobile. Je craignis un instant que pour quelque motif caché elle ne simulât des symptômes de la maladie dont j'étais le témoin ; mais je

---

et cherchèrent par tous les moyens à sauver quelque reste de leur indépendance. Je dirai quelque jour quelles furent les péripéties de cette autre querelle domestique ; il suffit pour le moment de noter que tout dut plier devant la volonté du roi ; et que la chirurgie et la barberie réglées sur le modèle de la France même devinrent pour un temps une monarchie souveraine et absolue.

Les choses ainsi établies, les perruquiers et les étuvistes se trouvèrent donc rangés sous l'autorité du premier chirurgien, et ils s'y résignèrent assez facilement ; mais la communauté de Saint-Côme gardait encore sur eux un droit de suzeraineté qu'ils ne voulaient point souffrir. Ils soulevèrent donc tant de querelles, ils remuèrent tant d'intrigues, et peut-être aussi l'importance toujours croissante de la perruque leur en donna tant à eux-mêmes, qu'enfin ils touchèrent le but désiré ; l'édit de mars 1673 réglant l'établissement des arts et métiers en communautés, les affranchit de leurs confrères, et autorisa leur réunion et leur constitution en communautés tant à Paris que dans les provinces, sous cette dénomination qui leur était si chère, de *barbiers-perruquiers-baigneurs-étuvistes*. J'ai dit que la mode, ou plutôt la fureur des perruques leur donnait une véritable importance ; et en effet, à Paris seulement, cette communauté, la plus récente de toutes, ne tarda pas à devenir une des plus nombreuses ; par l'acte de leur constitution, leur nombre avait été limité à 200 ; huit années plus tard, on en créa 100 autres ; et puis onze années plus tard, encore 50 autres ; et puis neuf années plus tard, encore 100 autres ; et puis cinq années plus tard, encore 100 autres ; et puis huit années plus tard, encore 50 autres ; de telle sorte qu'en 1714, un an avant la mort du grand monarque auquel ils devaient surtout leur vogue, on ne comptait pas moins de 600 perruquiers dans la bonne ville de Paris ; en d'autres termes, il avait suffi de quarante années pour en tripler le nombre.

La prospérité enfle le cœur ; les perruquiers, échappés à la domination des chirurgiens, commencèrent à trouver fort humiliant pour le corps de relever encore du premier chirurgien du roi, qui seul leur délivrait leurs lettres de maîtrise. Ils se révoltèrent à diverses reprises ; le Parlement et le Conseil en retentirent de nouveau ; les arrêts pour et contre se croisèrent, jusqu'à ce qu'enfin un dernier arrêt du Conseil du 5 juillet 1695 réduisit les rebelles à leur devoir, et ordonna que les six syndics des perruquiers prêteraient serment entre les mains de Félix. Son autorité fut reconnue par tout le royaume ; en sa qualité de *premier barbier-chirurgien* et de *chef et garde de la chirurgie et de la barberie du royaume*, il avait son lieutenant et greffier dans toutes les chambres ou bureaux des perruquiers, pour y exercer sa juridiction comme lui-même le faisait sur ceux de Paris. Après Félix, Maréchal, l'illustre Marechal, devint le chef des perruquiers, et ne prétendit point laisser amoindrir sa souveraineté faute d'usage. Il lui était dû, pour son droit d'avènement, 21 sols 3 deniers par chaque maître perruquier ; quelques-uns de ceux de Paris, toujours plus fiers que dans les provinces, essayèrent le refus d'impôt ; Maréchal fit opérer chez eux des saisies, et obtint en 1711 deux arrêts consécutifs qui reconnaissaient ses priviléges, validaient les saisies, et ordonnaient qu'on lui payât les deniers d'avènement.

Cependant dans les provinces, la séparation des barbiers-chirurgiens et des perruquiers était autorisée par l'édit de 1673 et diverses autres déclarations, mais n'était point passée en force de loi. Une déclaration du 30 novembre 1717 ordonna cette séparation dans tout le royaume ; de là une foule de communautés qui, en vertu de leur nouveauté, se prétendaient indépendantes ; mais Maréchal y mit bon ordre, et obtint en 1722 et 1723 un arrêt du Conseil et des lettres-patentes défendant auxdits perruquiers de procéder à la réception d'aucun maître avant l'installation de ses lieutenans, sous peine d'amendes formidables pour les récalcitrans. Ces lieutenans n'avaient pas même besoin d'être maîtres ; par le fait de leur nomination par le premier chirurgien, ils le devenaient de droit et arrivaient de plein saut au libre exercice de la profession ; et si la lieutenance était concédée à un maître, il conservait à la fois le double privilége de sa lieutenance et de sa maîtrise, pouvait exercer lui-même à la faveur du premier titre, et, en vertu de l'autre, louer et affermer sa maîtrise comme tous ses confrères.

Qui dirait les luttes soutenues par les perruquiers pour entamer ces priviléges exorbitans de leur chef et maître ? Mais ils furent repoussés à coups d'arrêts et d'amendes ; la communauté de Bordeaux ayant reçu un nouveau maître sans la participation du lieutenant, fut condamnée à 50 livres d'amende, 500 livres de dommages-intérêts et en tous les dépens. Celle de Verdun, pour un fait semblable, fut condamnée à 100 livres de dommages ; c'était comme une contribution de guerre frappée selon les ressources des vaincus. Toutefois, cette vaste juridiction trouva des limites dans la force des choses, et il fut jugé en 1725, que dans les bourgs et villages où il n'y avait point de jurande, tout habitant pouvait tenir boutique de perruquier ; sans quoi les gens du pays eussent été contraints à chaque frisure de se rendre à la ville.

Si j'ai suivi avec tant de sollicitude cette histoire étrange des barbiers-perruquiers, ce n'est pas seulement parce qu'ils eurent à lutter contre les chirurgiens, ou parce que, soumis au premier barbier-chirurgien du roi, ils constituaient comme une province éloignée de la chirurgie de l'époque. A tout prendre, les étuvistes étaient des ministres de l'hygiène ; les perruquiers exerçaient une partie de la prothèse ; mais, pas même aujourd'hui, nous ne considérons les choses de si haut. Alors, bien moins encore on songeait à la question de science ; c'était la question d'intérêt qui primait toutes les autres ; et ce furent précisément les défaites successives des chirurgiens défendant leurs intérêts, qui constituent pour nous autant de victoires pour la chirurgie même, sous le rapport de la dignité, et qui donnent un intérêt capital à cette histoire.

Car avant la constitution de la communauté nouvelle en 1673, les chirurgiens ne se contentaient pas de faire la barbe et les cheveux, ils faisaient et vendaient des perruques, et ce fut, j'imagine, un grand deuil dans la communauté, quand un arrêt du Conseil, du 6 novembre 1673, leur enleva cette branche lucrative de revenu. Il y avait bien aussi la question des privilèges du corps ; ainsi les perruquiers eurent le droit d'ouvrir boutique et de pendre des enseignes avec des bassins, comme les barbiers ; et, bien que ces boutiques des perruquiers dussent être *peintes en bleu, fermées de chassis à grands carreaux de verre, sans nulle ressemblance aux montres des maîtres-chirurgiens* ; bien que leurs bassins dussent être blancs, *pour faire différence de ceux des maîtres-chirurgiens qui en ont de jaunes*, il était toujours terrible de voir leurs anciens vassaux arriver sur la question des boutiques et des enseignes, presque sur le pied d'égalité. Mais la question d'intérêt était plus poignante encore, et pour arrêter les entreprises des chirurgiens sur le domaine de leurs rivaux, il fallut défendre sous peine d'amende à tous chirurgiens, à leurs veuves et à leurs apprentis de faire aucun commerce de cheveux ni de perruques, d'imiter la peinture bleue et les chassis des perruquiers, et, pour mieux assurer cette défense, les perruquiers eurent à leur tour et par une égalité réciproque, le droit de faire des visites chez les chirurgiens.

Hélas ! nos chirurgiens, dépouillés de cette grasse portion de leur patrimoine, luttèrent de rechef, et luttèrent vivement pour en sauver quelque chose ; ils prétendirent du moins avoir le droit de peigner, friser, pommader et poudrer les perruques. Il y eut sur cette grave question des procès nombreux et à Paris et dans les provinces. Et ce n'est pas seulement au dix-septième siècle que ces prétentions furent portées devant la justice ; en 1734, trois ans après la création de cette grande société qui devait s'appeler plus tard l'Académie royale de chirurgie, des chirurgiens de Paris gagnèrent un procès de ce genre contre les perruquiers ; en 1738, les chirurgiens de Montpellier furent moins heureux ; condamnés par le sénéchal de Montpellier, ils eurent vainement recours au Parlement de Toulouse qui, établissant une distinction judicieuse et cette fois judiciaire entre la perruque et la chevelure naturelle, leur défendit de friser les perruques. Là dessus, nos vaillans perruquiers, qui en cette circonstance ont un droit tout particulier à nos plus vives sympathies, firent saisir des fers à friser chez plusieurs chirurgiens. Sentence du sénéchal de Montpellier ; appel ; arrêt du Parlement de Toulouse qui, jaloux de maintenir sa distinction si heureusement trouvée, fit restituer les fers à friser, et maintint les chirurgiens dans le droit de friser les cheveux. Presque en même temps le Parlement de Paris consacrait au profit des chirurgiens d'Orléans, le droit de friser les cheveux, avec défense toutefois *de friser, pomma-*

pus acquérir plus tard la certitude que cette crainte n'était pas fondée.

Les jours suivans, sans qu'on l'eût soumise à aucun traitement actif, qui eût été tout au moins inutile, la céphalalgie diminua, l'anesthésie partielle du membre inférieur gauche fut remplacée par l'hypéresthésie ; le mouvement revint et la marche fut dès-lors ferme et assurée. La vision resta troublée ; quelques fourmillemens survinrent dans la main gauche. J'explorai pour la première fois les carotides, et je constatai dans la gauche un bruit de souffle continu, à travers lequel se faisait entendre un bruit de mouche ou bruit plus aigu, quand on faisait tourner fortement la tête à la malade.

Cette femme enfin, qui chaque jour demandait sa sortie, fut promptement délivrée sans aucun autre traitement que l'emploi des antispasmodiques et des bains tièdes, des accidens nerveux qu'elle avait offerts à l'époque de son entrée à l'hôpital.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Petit cancer à la joue (esthiomène) chez un vieillard. Traitement par l'iodure de potassium; diminution de l'étendue de l'ulcère et résolution de l'engorgement. Excision. — Considérations sur ces sortes de cancers et leur traitement.

Un vieillard âgé d'environ soixante et quelques années, portait un cancer ulcéré à la face, situé au-dessous de la pommette du côté droit. Ce cancer s'est développé à la suite d'un de ces boutons excoriés qui surviennent si fréquemment chez les vieillards. On a commencé à le traiter par l'iodure de potassium. Sous l'influence de cette médication l'engorgement et l'induration des tissus qui sont le siége de l'ulcération, ont considérablement diminué; l'ulcération elle-même s'est un peu limitée; mais cette amélioration ne s'est pas soutenue, et il a bientôt fallu avoir recours au bistouri.

Cette sorte de cancer, dit M. Lisfranc, débute par un bouton que les malades irritent en le grattant et en le tourmentant sans cesse. C'est de tous les cancers le plus local et en même temps le plus benin et le moins sujet à récidiver. Sur plus de 600 cancers de ce genre, je ne me rappelle pas avoir vu une seule récidive. Toutefois, cette dégénérescence est encore assez grave pour qu'on doive surveiller avec le plus grand soin, chez les vieillards, les boutons qui leur donnent si fréquemment naissance. Quelquefois un pansement simple a pu arrêter au début les progrès de ces ulcérations; mais ce moyen est loin de réussir toujours ; le plus souvent le cancer se développe malgré les soins les mieux dirigés ; il faut alors avoir recours à la cautérisation. Le caustique que j'emploie de préférence c'est le nitrate acide de mercure ; je n'emploie jamais, dans ces circonstances, le nitrate d'argent fondu; ce caustique, trop peu énergique, ne produit qu'une cautérisation superficielle, et a en outre l'inconvénient d'irriter les tissus sans les détruire ; je n'en ai jamais obtenu que des insuccès ; aussi me suis-je prononcé pour son rejet absolu dans les cas dont il s'agit, et je conseille d'avoir recours au nitrate acide de mercure. Mais que l'on prenne garde, l'emploi de ce moyen réclame des ménagemens et une surveillance attentive; c'est un médicament qui, comme tous les autres médicamens actifs, peut aller au-delà du but qu'on se propose. Il peut irriter, enflammer les tissus sur lesquels on l'applique: nous en avons eu un exemple tout récent dans nos salles.

Un malade portait un esthiomène au nez ; je cautérisai avec le proto-nitrate acide de mercure ; il survint des accidens inflammatoires très sérieux étendus à toute la face, qui nous obligèrent à suspendre l'emploi de ce caustique. Je fis pratiquer une saignée du bras et poser quelques sangsues aux apophyses mastoïdes ; moyennant ces précautions l'inflammation fut limitée et les choses ne tardèrent pas à rentrer dans leur premier état. Telle est la conduite que l'on devra tenir dans de pareilles circonstances.

Règle générale ; toutes les fois qu'il y a de l'inflammation, saignez avant de cautériser ; toutes les fois qu'après la cautérisation il surviendra de l'inflammation, saignez encore. Mais il est des cas où l'on échoue malgré toutes ces précautions ; il ne reste alors de recours que dans le bistouri.

M. Magendie a proposé de traiter les cancers de cette espèce, ou les ulcérations ressemblant à des cancers, par l'iodure de potassium. Nous avons réussi à obtenir, par le seul emploi de ce médicament, des guérisons dans les cas où l'on avait proposé l'opération comme unique ressource. Nous l'avons essayé chez ce malade sans succès complet, ou plutôt avec un demi-succès ; car l'ulcération a été réduite à la moitié de son étendue, et l'engorgement dont les bords de l'ulcère étaient le siége s'est dissipé. Cet amendement aura pour effet de rendre l'opération plus facile et plus sûre, et la cicatrice plus petite. Ce résultat, à lui seul, suffit déjà pour justifier l'usage de l'iodure de potassium, et pour engager à y avoir recours en pareille circonstance, ne fût-ce que comme moyen préalable à l'opération.

Ce malade a été opéré. L'opération n'a rien offert de particulier ; on a pratiqué l'excision de toute la surface ulcérée, avec perte de substance. On n'a point cherché à affronter les bords de la plaie et à les réunir par première intention. Huit jours après la plaie était en pleine voie de cicatrisation ; elle était réduite de plus des deux tiers.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité de l'iode contre le prurigo; par M. le docteur BAROSCH, de Lemberg.

Un homme âgé de vingt-huit ans, avait commencé, dès sa seizième année, à souffrir beaucoup des hémorrhoïdes qui s'étaient annoncées par des démangeaisons à l'anus, par des douleurs de reins, de la céphalalgie, des vertiges, de la constipation et de l'engorgement des vaisseaux homorrhoïdaux. Peu à peu ces accidens avaient disparu, à l'exception des démangeaisons anales, qui avaient fini par s'étendre à toute la surface du périnée, et qui dégénéraient souvent en des douleurs poignantes, surtout lorsque le malade s'était gratté. Au bout de six mois, les douleurs avaient augmenté, et le mal avait envahi la face interne des cuisses et le scrotum ; l'appétit et le sommeil s'étaient perdus.

Le malade resta dans cet état pendant douze ans, sans retirer aucun avantage des moyens nombreux à l'action desquels on le soumit ; les bains de siége froids purent seuls lui procurer quelque soulagement passager. L'état général avait considérablement souffert. Le sujet présentait tous les caractères qui indiquent une cachexie ; la peau était sèche et flétrie ; les parties douloureuses étaient recouvertes de squammes brunes foncées, un peu dures, larges et longues, et elles étaient érodées çà et là par suite de l'action des ongles. Par dessous les squammes, qu'il était facile de détacher, la peau apparaissait aussi colorée en brun, épaissie et résistante comme du cuir. Toutes ces parties laissaient fréquemment exhaler une exsudation qui bientot reproduisait les squammes détachées.

Comme la maladie semblait purement locale, M. Barosch espéra d'abord pouvoir obtenir un succès marqué en recourant à l'emploi externe et interne de l'eau antimiasmatique de Koechlin ; mais il fut trompé dans son atiente. Il se décida alors à tenter l'application topique de la lotion suivante, recommandée par Hancke, contre les démangeaisons :

Pr. Iode,	75 centigrammes.
Iodure de potassium,	240 id.
Eau distillé,	150 grammes.

Faire dissoudre et ajouter

Alcool rectifié,	30 grammes.

Mêler exactement par agitation.

Ce moyen fut couronné d'un succès véritablement remarquable ; car, à peine des compresses imbibées de cette préparation avaient-elles été appliquées pendant quelques heures sur les parties affectées, que le malade, pour la première fois depuis quinze ans, sentit une entière cessation de ses douleurs. Le médicament fut appliqué pendant quelques heures, matin et soir, et dans l'intervalle des applications on prescrivit chaque jour un grand bain émollient.

Au bout de trois semaines, la peau était déjà revenue à son état normal, et toutes les souffrances avaient disparu ; cependant, lorsque l'on suspendait la médication, la démangeaison ne tardait pas à reparaître, mais faiblement et sans avoir rien de poignant. Enfin, après avoir continué le même moyen pendant huit jours de plus, la guérison fut complète. (*Schmidt's Jahrbuecher*; 1842, n° 8.)

Observations sur l'emploi thérapeutique de l'huile de morue, spécialement dans les diverses affections scrofuleuses; par M. le docteur E.-A. PANCK, médecin de la maison des orphelins de Moscou.

L'auteur déduit des différentes observations qu'il a recueillies dans la pratique, et parmi lesquelles il en a choisi quinze qu'il publie dans ce travail, que l'on ne peut révoquer en doute l'efficacité de cette huile dans les différentes formes de la dyscrasie scrofuleuse, dans les indurations du système lymphatique, etc.

Mais ce que ce mémoire nous a offert de plus intéressant, c'est l'application de ce moyen au traitement de la phthisie tuberculeuse commençante. « Si des ganglions cervicaux sont indurés chez de jeunes sujets, surtout du sexe féminin, et qu'ils viennent à se résoudre et à disparaître tout à coup, dit l'auteur, et qu'alors les malades se trouvent pris d'une petite toux sèche, d'une douleur fixe sous le sternum et en d'autres parties du thorax, qu'il se manifeste de l'amaigrissement, et qu'il survienne de légers accès fébriles le soir ; les malades sont menacés de l'invasion imminente d'une phthisie tuberculeuse, et si on ne réussit pas à conjurer le mal à ce premier stade, les tubercules se ramollissent ou suppurent, et, dans l'espace de peu de semaines, on voit des sujets qui paraissaient robustes jusqu'à ce moment tomber victimes de cette désastreuse maladie. J'ai réussi dans un bon nombre de cas, lorsque j'ai été appelé à temps, à enrayer la marche de cette affection : à peine avais-je fait prendre l'huile de foie de morue depuis quelques semaines, que la toux disparaissait, la douleur de poitrine se calmait, les accidens fébriles cédaient, le malade reprenait un meilleur aspect. Mais, par contre, lorsque la phthisie est tout à fait déclarée et parvenue à une période avancée, ce traitement reste le plus ordinairement impuissant comme tous les autres moyens vantés jusqu'ici. »

Un avantage essentiel de ce médicament, c'est que les malades, en même temps qu'ils recouvrent la santé, reprennent des forces et de l'embonpoint, de telle sorte qu'il n'y a pour ainsi dire pas de convalescence dans les cas de ce genre, et que, au moment où les dernières traces de la maladie disparaissent, le corps des sujets a déjà regagné toutes les apparences de la santé. Ce résultat est dû probablement à l'heureuse association que présente cette huile de principes médicamenteux et de principes alibiles, comme cela s'observe dans le lichen, dans le carrazahenne et dans le petit lait.

Quant à la manière de prescrire l'huile de foie de morue, M. Panck regarde comme irrationnel d'en faire prendre de trop fortes doses, par exemple de dix à vingt-quatre cuillerées, comme l'ont fait quelques praticiens, et il dit que des quantités aussi considérables, non-seulement ne sont pas utiles, mais encore peuvent se montrer nuisibles en troublant les fonctions digestives. Il commence toujours, pour les adultes, par deux cuillerées à bouche dans les vingt-quaire heures, une le matin, une heure après le déjeuner, et l'autre le soir, trois à quatre heures après le dîner. Plus les sujets sont jeunes, plus la dose doit être faible, et, chez les tout petits enfans, on doit commencer par une cuillerée à café seulement. Si le médicament est bien supporté, on peut, au bout de huit à dix jours, augmenter la dose d'une demi-cuillerée à bouche chez les adultes, et d'une demi-cuillerée à café chez les enfans, et l'on peut aller ainsi progressivement jusqu'au double de la dose primitive. Dans certaines circonstances assez rares, l'auteur a été jusqu'à faire prendre une troisième dose dans le courant de la journée.

Lorsque les sujets sont lents et paresseux, il est avantageux de les faire promener au moins une demi-heure après chaque prise. Dans tous les cas, il faut se rappeler que le médicament doit être employé longtemps avant qu'il soit possible d'en observer les bons effets.

Quant au mauvais goût de l'huile, on le corrige aisément en faisant précéder chaque ingestion de celle d'un peu p'eau distillée de men-

---

der, poudrer et accommoder les cheveux et les perruques tant dans leurs boutiques que chez les bourgeois. Cela se plaidait, cela se jugeait en 1749 et 1750.

Est-ce là tout du moins ; et cette dernière honte ne devra-t-elle être rejetée que sur quelques individus indignes d'appartenir ae corps de la chirurgie française qui faisait alors de si grands et de si nobles efforts pour effacer les dernières traces de son avilissement? Je voudrais le dire et le croire ; mais voici un fait curieux qu'il n'est pas permis dd passer sous silence. Après l'arrêt du Parlement de Toulouse de 1750, les perruquiers de cette ville prirent l'alarme et écrivirent à toutes les communautés de perruquiers pour les engager à s'adresser au premier chirurgien du roi, et faire régler définitivement les droits de la chirurgie et de la perruquerie. M. Germain de la Martinière, écuyer, conseiller, premier chirurgien du roi, président de l'Académie royale de chirurgie, inspecteur et directeur général de la chirurgie et de la barberie du royaume, ne jugea pas à propos de leur répondre.

Peut-être après tout ne faut-il pas trop l'accuser d'indifférence ; peut-être attendait-il du temps la solution d'une question qu'il n'osait trancher de son autorité privée. Et après tout, que nous importe le silence de M. Germain de La Martinière? Mais ce qui nous importe, c'est d'avoir constaté par cette longue série de documens juridiques, quelles étaient dans toute cette première moitié du dix-huitième siècle, la condition, les opinions, l'ambition de la majeure partie des chirurgiens de la France et même de Paris. Ce fut avec ces tristes élémens qu'un homme de cœur et de génie songea à assurer du même coup la dignité de l'art et l'avenir de la science, sans s'inquiéter d'aucun, luttant à la fois contre la rigueur avilissante des statuts, contre la jalousie de ses confrères, contre la résistance de ses élèves ; seul contre tous, mais sûr de lui-même, et capable de donner l'impulsion à toute cette masse inerte et immobile. Dès 1714, J.-L. Petit, nommé pour la première fois prévôt de la communauté de Saint-Côme, avait révélé par un trait décisif quelques-uns des desseins qu'il couvait dans sa pensée. Jusqu'à lui le catalogue de la corporation portait en tête : *Liste des maîtres chirurgiens jurés et barbiers à Paris*. Il rompit avec cette vieille coutume ; et les notables barbiers de la confrérie ayant tous enseigne au vent et boutique sur rue, furent bien surpris un beau jour de se voir décorer de ce titre splendide : *Messieurs les chirurgiens jurés de Paris*. Mais ils lui en gardèrent rancune ; et lui-même se plaignit amèrement plus tard, que la jalousie de ses dignes confrères lui eût fait perdre les quinze plus belles années de sa vie. Qu'il est difficile de servir les hommes impunément !

Chronique.

L'impôt sur la patente infligé aux médecins a souvent excité les remontrances les plus vives. Il est certain qu'à part ce qu'il a de flétrissant pour la profession, cet impôt est à Paris une charge très lourde pour la majorité des praticiens. Le médecin qui paye mille francs de loyer voit ses contributions s'élever au moins à 200 francs. Il faut remarquer aussi que cet impôt pèse exclusivement sur les médecins dont la position est la moins heureuse. Il suffit en effet d'être médecin d'hôpital pour être exempt de la patente, c'est-à-dire que ce sont précisément ceux que leur position médicale favorise le plus sous le rapport de la clientelle et dont la profession est la plus lucrative qui sont le moins obérés de charges. Les praticiens qui gagnent trente, quarante et quatre-vingt mille francs par an ne payent pas un sou au fisc, tandis que l'humble médecin à qui l'exercice d'une profession laborieuse rapporte à peine de quoi suffire aux besoins de sa famille, paye un impôt exorbitant.

Cet état de choses prouve combien une intention bonne et morale peut conduire à des applications injustes et erronées. En exemptant de la patente les médecins des hôpitaux, le but de la loi était louable et généreux ; il paraissait juste en effet d'amoindrir les charges de ceux qui se dévouaient au soulagement des pauvres malades. Mais la loi n'a pas prévu, d'abord, que l'administration des hôpitaux accorde à ses médecins une rétribution, faible il est vrai, mais qui, pour le plus grand nombre, représente au moins leurs frais de loyer. Ensuite, et surtout, qu'être médecin d'hôpital, c'est, à Paris principalement, être dans la position la plus favorable pour arriver à la clientelle, de sorte que les libéralités de la loi tombent précisément sur ceux qui en éprouvent les plus faibles avantages.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur ce point, persuadés qu'une réclamation législative faite en masse aurait plus de valeur et d'efficacité que les récriminations isolées qui nous arrivent et auxquelles nous sommes impuissans pour porter remède.

BIBLIOGRAPHIE.

Conseils aux mères sur la manière d'élever les enfans nouveau-nés, etc.; par AL. DONNÉ, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

Pendant bien long-temps (et encore un peu aujourd'hui), dès qu'un élève en médecine bien paresseux, bien ignorant, arrivait à son dernier acte, à ce qu'on appelle le tribut académique, il choisissait pour sujet de thèse une question sur l'*hygiène des femmes en couches*, sur l'*hygiène des enfans nouveau-nés*, et il bâtissait là-dessus un roman, c'est-à-dire qu'il copiait un des romans qu'on a bâtis sur des données fournies par l'état puerpéral dans la plus romanesque acception du terme !

Rarement un homme sérieux, un vrai praticien, s'occupe de ces questions pour enseigner les autres. Quelles questions cependant ! Des questions qui touchent aux existences les plus frêles, les plus intéressantes ! L'apparition du livre de M. Donné est donc une vraie bonne fortune. Il y a long-temps qu'on donne des *Conseils aux mères*, et ce sont les médecins qui se chargent volontiers de ce soin. Eh bien ! combien y en a-t-il qui en soient réellement capables? Si vous voulez le savoir, vous n'avez qu'à compter le nombre des médecins qui, eux-mêmes vont consulter M. Donné quand ils sont pris par le cœur, c'est-à-dire quand ils ont leurs enfans (à eux appartenant) réellement malades. De sorte que le livre que M. Donné adresse aux mères, s'adresse d'abord aux médecins ; c'est même pour cela que j'en parle ici. Il a 308 pages, sept chapitres, qui sont :

1° Question à résoudre avant la naissance de l'enfant ; la mère doit-elle, peut-elle nourrir?

2° De l'allaitement maternel. — Ici beaucoup de préjugés, beaucoup de beaux raisonnemens renversés, quoique très philosophiques, et cela par l'expérience et le bon sens de l'auteur.

3° Choix d'une nourrice. Composition, analyse, décomposition du lait. — Ce chapitre appartient presque tout entier à M. Donné, et il n'y avait guère que lui pour le faire convenablement ; car on trouve rarement dans un homme un bon chimiste qui a été chef de clinique et praticien habile.

4° Allaitement au biberon. — Détestable à Paris, très praticable à la campagne.

5° Du régime des enfans. A quel âge doivent-ils manger? que doivent-ils manger? — Ici il faut savoir gré à M. Donné de ne pas avoir confondu les petits enfans avec les petits chiens, à l'imitation de certains expérimentateurs qui pensent et veulent faire penser que la nourriture animale, le bon bouillon de bœuf est une chose détestable pour les enfans !

6° Développement intellectuel ; éducation morale en rapport avec l'éducation physique. — Ici M. Donné interprète en sage praticien les lois physiologiques, et établit dans quelle proportion le régime moral intellectuel doit être avec le régime physique. L'auteur a raison de laisser former les organes avant de leur donner à travailler.

Le chapitre 7 et l'*appendice* constituent une petite pathologie externe et interne à l'usage des mères, avant l'arrivée du médecin. Je ne connais pas un livre plus difficile à faire que celui-là : M. Donné a réussi.

X.

lhe poivrée, puis en la faisant suivre de l'ingestion d'une pastille de menthe.

Il n'est pas rare de rencontrer, pendant l'usage de ce médicament, des constipations opiniâtres; on les combat, chez les malades sanguins et irritables, en associant l'huile de ricin à l'huile de foie de morue, et, chez les sujets torpides, en administrant des pilules de rhubarbe.

Enfin, M. Panck, qui n'a jamais vu survenir de diarrhée sous l'influence de ce médicament convenablement administré, qui a vu, au contraire, céder la diarrhée de cause scrofuleuse, fait remarquer que, chez certains jeunes sujets qui ne pouvaient d'abord supporter l'huile, il suspendait la médication pendant un certain temps, puis la reprenait sans plus éprouver de difficulté.

Il va sans dire que, pendant toute la durée du traitement, le régime hygiénique doit être parfaitement approprié.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin*, juillet 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Papier anti-goutteux et papier dérivatif.

M. Berg, pharmacien à Stuttgart, donne la formule suivante pour remplacer le papier anti-rhumatismal anglais :

Pr. Euphorbium,	30 grammes.
Poudre de cantharides,	15
Alcool,	150

Faire digérer pendant huit jours à une douce chaleur, filtrer, puis ajouter au produit de la filtration :

Colophane blanche,	60 grammes.
Térébenthine de Venise,	45

Faire dissoudre s. A.

On enduit avec ce vernis du papier à lettres ordinaire, à l'aide d'un pinceau, et l'on a soin d'en appliquer trois couches successives.

M. Piiwitz, pharmacien au régiment de la garde finlandaise, à St-Pétersbourg, conseille la formule ci-dessous pour la préparation d'un *papier dérivatif* destiné à remplacer l'emplâtre de poix de Bourgogne, sur lequel il a l'avantage d'adhérer plus fortement à la peau, et, par conséquent de se déplacer moins facilement, et en outre de moins tacher le linge, ce qui n'est pas à négliger dans le service des hôpitaux.

Pr. Poudre de cantharides,	15 grammes.
Résine de gayac,	90
Galbanum,	90
Alcool,	180

Faire digérer pendant un temps suffisant à une chaleur douce, puis passer et ajouter à la colature :

Térébenthine du pin sylvestre,	75 grammes.
Térébenthine du mélèze,	30

Faire dissoudre s. A.

On verse un peu de ce vernis dans un vase que l'on place dans l'eau chaude pour en augmenter la fluidité, puis on en applique, à l'aide d'un pinceau, plusieurs couches successives sur du papier, en ayant soin d'attendre que chaque couche soit bien sèche avant de procéder à une nouvelle application. (*Archiv der Pharmacie*; avril 1842.)

Note sur le sirop de guimauve.

Ce sirop est, comme on sait, remplacé dans beaucoup de pharmacies par du sirop de sucre blanc. Le premier se colore cependant en jaune par les alcalis (même carbonatés), et cette réaction peut servir d'épreuve : de-là aussi la couleur jaune produite dans un mélange qui contient, avec un décocté de guimauve, un alcali libre ou carbonaté, ou quelque sel basique.

Le principe de la racine de guimauve, qui donne lieu à cette production de coloration jaune, ne paraît pas avoir encore été, jusqu'ici, déterminé avec une précision suffisante.

(*Journ. de Pharm. et de Chim.*, août, 1842.)

FAITS DIVERS.

Empoisonnement par de la viande gâtée.

M. le docteur Sigg a publié, dans le *Journal d'Osann*, une observation de ce genre fort intéressante:

Dans une fête populaire qui eut lieu près de Zurich, en 1839, plus de six cents personnes se trouvèrent réunies dans une baraque en planches, où eut lieu un repas qui consistait principalement en veau rôti froid et en jambon. Peu de temps après avoir pris ces alimens, presque tous les convives éprouvèrent quelques accidens, et, au bout de huit jours, la plupart étaient alités. Ils ressentaient des frissons, des vertiges, de la céphalalgie avec fièvre ardente, de la diarrhée et des vomissemens: le délire même se manifesta chez plusieurs d'entre eux. Plus tard, une salivation plus ou moins fétide se fit remarquer chez quelques personnes, et même des ulcères de mauvaise nature envahirent la cavité buccale.

Chez les individus qui furent le plus maltraités, les selles devinrent involontaires, la face hippocratique, et une résolution générale termina la scène.

A l'ouverture, la muqueuse digestive était ramollie, les follicules intestinaux ulcérés, les veines vides.

Une enquête faite avec soin a permis de constater que le veau et le jambon qui avaient formé la base du repas, origine de tous ces accidens, étaient déjà altérés par une putréfaction commençante.

Une chose remarquable, c'est que des personnes bien portantes, qui soignèrent les malades, contractèrent la maladie, quoiqu'elles n'eussent ni assisté à la fête, ni mangé des mets avariés.

N'est-on pas frappé, au premier coup-d'œil, de la ressemblance que cette maladie a offerte avec la fièvre typhoïde, qui n'est elle-même qu'une fièvre par intoxication; mais l'agent toxique qui la produit est encore inconnu.

On peut rapprocher de ces cas un fait observé tout récemment dans le grand duché de Bade. Un chevreuil étant tombé dans un filet, se livra à des efforts extraordinaires pour se dégager de ses liens; il redoubla d'énergie quand les chasseurs s'approchèrent et finirent par le mettre à mort, épuisé qu'il était par la fatigue et la terreur.

Presque toutes les personnes qui mangèrent de ce chevreuil, présentèrent des symptômes d'inflammation gastro-intestinale violente, analogues à ceux qui ont été décrits plus haut, et cela bien que la chair de l'animal abattu n'offrît aucune altération appréciable. Du reste, dans ce dernier cas, on n'eut à déplorer de terminaison funeste chez aucun des individus affectés. (*Journ. de pharm. et de chim.*, août 1842.)

Cas d'empoisonnement par l'arsenite de cuivre. Observation recueillie par M. le docteur LEWINSTEIN, de Berlin.

Un enfant âgé d'un an mordit à plusieurs reprises dans une tablette d'encre verte sans que ses parens s'en aperçussent. Tout à coup il survint des vomissemens, et la mère put distinguer quelques petits morceaux de cette encre au milieu des matières rejetées, qui étaient de couleur blanchâtre et d'une consistance légèrement visqueuse. On fit aussitôt appeler M. Lewinstein, qui trouva l'enfant reposant au sein de sa mère. Le ventre n'était ni tuméfié, ni douloureux ; le pouls n'avait pas plus de fréquence qu'il n'en a ordinairement à cet âge; l'œil était clair, la face calme et colorée, sans aucun mouvement convulsif. Cependant, de cinq en cinq minutes à peu près, il survenait des vomissemens qui, chaque fois, faisaient rejeter de petites particules d'encre verte. Plus tard, les vomissemens paraissant vouloir se ralentir, on fit prendre un vomitif composé de poudre et de sirop d'ipécacuanha, que l'enfant avala sans difficulté. Dans les intervalles, on administra alternativement du blanc d'œuf étendu d'eau et convenablement sucré (boisson que le petit malade prenait en quantité et semblait boire avec plaisir) et du lait. Mais bientôt la scène changea: l'enfant commença à se plaindre, le visage devint pâle et défait, les yeux comateux, l'abdomen se météorisa sans devenir douloureux, le pouls prit beaucoup de fréquence, la peau se refroidit; enfin le petit malade refusa de rien prendre, probablement par l'impossibilité d'opérer la déglutition, et resta dans un abattement complet entre les bras de sa mère.

Pendant que ceci se passait, un pharmacien, M. Becker, avait recherché la nature de l'encre verte qui avait déterminé ces accidens, et il avait reconnu qu'elle était composée d'arsénite de cuivre. On ne pouvait, dans le cas présent, faire avaler un antidote chimique, et il fallut se restreindre aux moyens indiqués plus haut. D'ailleurs, il ne tarda pas à se manifester une diarrhée assez copieuse, à la suite de laquelle l'enfant recouvra sa pleine santé.

(*Wochesnschrift fuer die gesammte Heilkunde*, 1842, n° 32.)

Cas de sycosis guéri par l'eau créosotée et la solution de chlorure de chaux; observation recueillie par M. le docteur HIRZ, de Kempen.

Un jeune homme, affecté depuis plusieurs années d'un sycosis opiniâtre qui avait son siége sur la portion latérale droite de la face recouverte par les poils de la barbe, fut enfin délivré entièrement de cette maladie si désagréable par l'usage alternatif de l'eau créosotée et de la solution aqueuse de chlorure de chaux, appliquées l'une et l'autre en fomentations, à l'aide de compresses en plusieurs doubles.

Pour aider l'action de ce traitement topique, on lui adjoignit de temps en temps l'administration d'un purgatif composé de calomelas er de poudre de jalap.

Après la disparition de l'affection cutanée, il n'en resta, pour toute trace, que quelques cicatrices peu saillantes, et offrant une certaine analogie avec celles que laisse à sa suite la variole confluente.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde;* 1452, n° 35.)

Correspondance.

Mon cher confrère,

Le compte-rendu de la séance de la Société de médecine pratique du 1er septembre (*Gazette des Hôpitaux* du 20 octobre) ne rapportant pas exactement mes paroles, je vous prie d'avoir la bonté d'insérer cette lettre dans votre prochain numéro.

Ce n'est pas, ainsi qu'on l'a dit page 585, ligne 19, *contre l'emploi des grosses sondes que je me suis élevé*, c'est contre le cathétérisme forcé, *c'est contre la violence exercée avec des sondes d'autant plus volumineuses que le rétrécissement offre une résistance plus grande*, parce que la violence est irrationnelle et dangereuse, et qu'elle expose à faire des fausses routes d'autant plus larges que les cathéters employés sont plus gros.

La dilatation progressive et rapide, en commençant par des bougies filiformes lorsque cela est nécessaire, et en faveur de laquelle militent quatorze années d'expérience (je l'emploie depuis 1828), me paraît devoir lui être préférée, parce qu'elle est exempte de tout danger, et qu'en définitive ce genre de dilatation procure un élargissement des coarctations urétrales tout aussi prompt.

Quant aux grosses sondes *je les préfère toujours aux petites*, lorsque je puis les faire pénétrer dans la vessie en n'employant que très peu de force.

Agréez, etc., GUILLON, D.-M.-P.
Chirurgien-consultant du roi.

Paris, le 21 octobre 1842.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 25 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 127, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. VELPEAU.

MALADIES DE LA PROSTATE.

Tumeurs, gonflement, hypertrophie de la prostate.

De la forme et du volume d'un gros marron dans l'âge adulte et à l'état normal, dit M. Velpeau, la prostate peut acquérir des dimensions beaucoup plus considérables quand elle est malade. Je l'ai vue deux ou trois fois aussi grosse qu'un œuf de poule, qu'un œuf de dinde. Une foule d'exemples pareils ont d'ailleurs été relatés par différens auteurs. Il ne faudrait pas admettre cependant sans restriction tout ce qui a été dit à cet égard. Bartholin, qui cite un cas de prostate aussi volumineuse qu'une tête d'adulte, oublie sans doute, ainsi que le font remarquer MM. Mercier (Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux, page 154), et Vidal (Traité de Pathol. externe et de Méd. opératoire, tom. V, pag. 414), qu'une tête d'adulte ne pourrait pas se loger dans l'excavation du bassin. Il n'en est pas moins vrai que la prostate est susceptible d'un accroissement considérable, et qu'à l'état maladif elle offre des variétés de volume excessivement nombreuses.

Quoi qu'il en soit, s'il est vrai que jusqu'à Morgagni les auteurs avaient généralement passé sous silence ce genre de maladies de la prostate, s'il n'y en avait jusque là qu'un certain nombre d'observations éparpillées dans les divers ouvrages, il n'en est certainement plus de même actuellement. On s'en est tant occupé de nos jours, des descriptions si variées en ont été faites, des opinions si diverses ont été émises à cette occasion, que la science et la pratique commencent à en être surchargées.

Afin de mettre un peu d'ordre dans cette question, de la présenter avec une certaine clarté, j'ai pris l'habitude depuis une douzaine d'années de comparer les tuméfactions chroniques, les maladies de la prostate en général, aux tuméfactions, aux maladies de la matrice. La zoologie, envisagée au point de vue des maladies organiques, permet déjà jusqu'à un certain point cette comparaison. En effet, rien ne peut être comparé à l'utérus de la femme que la prostate de l'homme. Les trompes de Fallope, qui représentent le conduit de la semence, gagnent les angles de la matrice, et viennent s'ouvrir dans la cavité de cet organe, comme les conduits déférens viennent aux angles de la prostate pour traverser cette glande avant de s'ouvrir dans l'urètre. Supposez la matrice fortement attirée sous les pubis, et vous la verrez bientôt prendre avec le col de la vessie ou la racine de l'urètre à peu près les mêmes rapports que la prostate chez l'homme. S'il fallait insister ici sur ce point, il me serait facile d'invoquer d'autres raisons encore en faveur des analogies auxquelles je fais allusion. Un de nos jeunes confrères, M. Mercier, auteur d'un bon travail sur les maladies de la prostate, repousse (*opere cit.*, pag. 215) bien loin cette idée. Quand il saura que Fréd. Meckel l'a émise bien avant moi (Manuel d'anatomie, tom. III) il ne dira plus sans doute que c'est aux vésicules séminales et non à la prostate qu'on a comparé l'utérus. Au surplus, les comparaisons que j'ai rappelées en d'autres circonstances en parlant des tumeurs de la prostate, ne sont point données par moi comme parfaitement exactes. Ce parallèle n'a pour but que de soulager l'esprit et de guider les jeunes praticiens dans l'étude d'un ordre de maladies sur lequel on a dit beaucoup de choses plus ou moins justes, plus ou moins sujettes à discussion. Je reviendrai d'ailleurs avec détail sur ces analogies dans une prochaine circonstance.

Occupons-nous aujourd'hui des changemens matériels que les tuméfactions de la prostate occasionnent dans le voisinage de cette glande. Cette étude offre un haut intérêt pratique. C'est surtout pour ce qui concerne l'urètre et le col de la vessie que ces changemens offrent de l'importance. Nous allons les examiner d'abord sous le point de vue des déplacemens, ensuite sous le rapport des déviations ou des difformités du conduit excréteur de l'urine.

1° *Déplacemens*. Les tuméfactions ou engorgemens de la prostate portés à un certain degré, augmentent inévitablement quelques-uns des diamètres de cette glande et les allongent même dans certains cas presque tous à la fois : il en résulte un allongement quelquefois considérable de la racine de l'urètre. Cet allongement s'opère en entier du côté du bassin. L'aponévrose ano-pubienne ou de Carcassonne, les embrasse trop solidement pour que le gonflement de la prostate puisse entraîner les autres portions du canal vers la cavité pelvienne. Elle est trop résistante et trop ferme d'un autre côté pour se laisser abaisser, déprimer par de simples tumeurs. Le *fascia-pelvia* ne trouvant aucun point d'appui par en haut, donne, au contraire, toute facilité à la projection de la prostate en arrière.

Aussi ai-je vu, comme MM. Civiale, Mercier, Le Roy-d'Etiolles, Vidal, un allongement de dix, quinze, vingt et jusqu'à trente millimètres dans la portion prostatique de l'urètre, s'établir en entier du côté du bassin. C'est une disposition d'autant plus importante à faire ressortir qu'elle expose le praticien qui ne la connaîtrait pas à se tromper gravement pendant le cathétérisme. En effet, le bec de la sonde une fois arrivé sous la symphise des pubis pénètre dans la vessie, presque aussitôt dans les cas ordinaires, puisque après la portion membraneuse de l'urètre, il n'y a plus que vingt à vingt-cinq millimètres de trajet pour arriver à la pointe du trigone.

Dans l'état de maladie dont je viens de parler, la sonde est obligée de pénétrer infiniment plus loin, au contraire, pour entrer dans la vessie, si bien qu'arrêté par le bec de la sonde à une profondeur qui paraît considérable, le chirurgien se persuade facilement qu'il est dans le réservoir de l'urine, tandis que l'instrument est tout simplement retenu dans la région prostatique. J'ai vu des malades dont cette disposition était si prononcée que l'algalie ordinaire était tout au plus assez longue pour arriver dans la vessie.

L'allongement du diamètre antéro-postérieur de la prostate présente d'ailleurs plusieurs variétés. Si, ce qui est rare, toute la glande est gonflée d'une manière égale, l'allongement en sera réparti sur toutes les parois du canal, dont la forme n'éprouvera, dans ce cas, presque aucun changement. Le plus souvent, au contraire, c'est par le côté seulement que la prostate s'est accrue, de manière que les parois supérieure et inférieure de l'urètre restent avec leur longueur de l'état normal : entraîné par la prostate, ce canal semble s'être allongé sous forme de bosselures au-dessus et de chaque côté de la pointe du trigone. Ces bosselures débordent alors plus ou moins en arrière l'origine du *vérumontanum*. Le cathétérisme, la sonde, qui n'abandonnerait point la paroi supérieure de l'urètre, ne constaterait aucun allongement. En suivant sa paroi inférieure, elle pourrait faire croire, au contraire, à un allongement qui n'existe pas, les bosselures latérales empêchant son bec de tourner librement dans la vessie comme si tout l'urètre prenait part à la longueur de ses côtés.

La région supérieure de la prostate ne se gonflant presque jamais n'a pas besoin d'être étudiée sous le rapport de l'allongement qu'elle occasionnerait dans la paroi correspondante de l'urètre. Il n'en est pas de même de sa portion inférieure. C'est dans celle-ci effectivement que se trouvent les tumeurs prostatiques dont on a le plus parlé depuis Hunter et Ev. Home. L'allongement de l'organe occasionné par ces tumeurs ne se montre jamais en avant, où l'aponévrose moyenne du périnée retiendrait bientôt la tuméfaction. Le développement anormal des parties s'établit entre l'extrémité antérieure du *vérumontanum* et le trigone vésical. C'est alors surtout que la paroi inférieure de l'urètre subit un allongement considérable que la méprise dont j'ai parlé plus haut serait facile.

Ne pouvant déplacer l'aponévrose du côté du périnée, la prostate tuméfiée semble se déjeter en arrière du côté du rectum, en s'élevant dans le bassin comme pour s'éloigner de l'anus. Quand on explore les parties par l'anus, il en résulte que le doigt est obligé de pénétrer plus profondément que dans l'état normal et qu'on se tromperait d'une manière fâcheuse en concluant que la prostate n'est point engorgée par cela seul que le doigt porté à trois, quatre, cinq ou six centimètres n'a rien trouvé qui en donne l'idée.

Lorsque la prostate, fortement gonflée dans ses parties latérales et dans sa région postérieure, ne remonte que modérément dans le bassin, elle peut aplatir le rectum et gêner jusqu'à un certain point la défécation. Si le gonflement n'en occupe que la région médiane, elle déprimera le rectum, comme pour diviser cet intestin en deux moitiés latérales. C'est dans ce cas que la *rigole* stercorale mentionnée par J.-L. Petit pourrait à la rigueur s'établir. Dans les cas, au contraire, où les côtés seuls de la prostate sont pris, on peut trouver au-devant de l'intestin une sorte de concavité en demi-lune qui tendrait plutôt à le resserrer latéralement qu'à l'aplatir d'avant en arrière. Néanmoins, les déplacemens du rectum occasionnés par les tumeurs de la prostate, ne méritent pas en général beaucoup d'attention.

En avant, ces déplacemens sont promptement arrêtés par le sommet de l'arcade des pubis. Aussi la prostate remonte-t-elle très vite derrière la symphyse de ces os, en entraînant avec elle le col de la vessie ; ce qui fait que l'urètre, en s'allongeant, éprouve aussi une augmentation considérable de courbure, ce qui n'a pas toujours lieu quand l'épaississement de la prostate n'en occupe que les côtés.

2° *Déformations*. Les déplacemens, les changemens de position dont je viens de parler, entraînent dans l'urètre et dans la vessie des déviations, des déformations qui méritent d'être étudiées avec soin.

Au lieu de rétrécir le canal qu'elles entourent comme tant de praticiens l'ont soutenu, les tuméfactions de la prostate l'élargissent, au contraire, notablement. Si une tumeur de la

FEUILLETON.

VACANCES A L'INSTITUT DE FRANCE.

Deuxième article. (Chirurgie.)

Notre premier article a subi le sort que nous lui avions prédit. Il a d'abord été mal accueilli par quelques-uns des chirurgiens que nous avons désignés, et par d'autres dont il ne pouvait être le moins du monde question ici. Ces derniers seuls nous garderont rancune ; c'est leur droit. Les autres ont compris qu'au point où nous nous trouvions, il ne pouvait entrer dans notre pensée d'affaiblir en rien les droits, les titres qu'ils croient avoir à la succession académique de Larrey. Nous nous sommes élevés aux principes ; nous avons donc dit franchement quel ordre de talens, quelle classe de chirurgiens seraient le mieux en rapport avec l'idée qui a présidé à l'institution de l'Académie des sciences, et nous avons signalé les hommes réellement capables de rendre des services à cette compagnie et aux vrais travailleurs qui ambitionnent son approbation, ses récompenses. Qu'on le sache bien, s'il avait été question d'un corps enseignant au lieu d'une Académie des sciences ; au lieu d'un fauteuil pour la chirurgie, si le nombre des fauteuils avait été égal aux chaires d'une Faculté, notre langage n'eût pas été le même. On nous aurait vu, peut-être, incliner pour les spécialités. Mais laissons de côté une question déjà traitée, et montrons de nouveau que ce ne sont pas les sujets qui manqueront à l'Académie pour que son choix soit excellent.

Dans le premier article, nous avons exprimé avec indépendance ce que la justice nous dictait sur les droits, titres et aptitudes de MM. Lisfranc, Velpeau et Lallemand. Personne ne pouvait réclamer sur ce point, car nous avons été l'organe de la pensée la plus sincère de ceux qui connaissent le mieux le personnel chirurgical. Non-seulement nous n'avons pas été contredits, mais nous avons été cités par un journal qui ne peut pas être accusé d'une trop favorable prévention, surtout à l'endroit du mérite d'un des candidats dont il vient d'être question. Tout en mettant au jour les justes prétentions de ces compétiteurs, nous disions qu'il ne fallait pas considérer ces chirurgiens comme pouvant seuls succéder à Larrey. C'est ce que nous prouverons aujourd'hui.

Mais avant, il est utile de dire un mot sur une combinaison qui pourrait passer pour une intrigue, si d'abord cette combinaison était vraie et si les supposés arrangeurs étaient moins honorables, moins haut placés dans l'estime de tous. On parle de deux professeurs de la Faculté, tous deux médecins, tous deux très capables de succéder à Double, mais ne pouvant prétendre raisonnablement au siége chirurgical. Ces deux professeurs auraient chacun des voix en assez grand nombre ; mais divisées, ces voix ne pourraient fournir le contingent d'une nomination, tandis que réunies, elles formeraient une imposante et flatteuse majorité. Eh bien ! nos deux professeurs auraient pris le parti assez commode et en apparence bien simple, de rechercher les deux fauteuils au lieu de s'en disputer un seul ; au lieu de partager les voix, ils auraient résolu de partager les places. Deux médecins entreraient ainsi, l'un portant l'autre, tout doucettement à l'Institut, et le fauteuil chirurgical passerait au feu. Les médecins ont assez goûté cet ingénieux procédé ; il paraît que les chirurgiens n'ont pas pris la chose aussi débonnairement, car nous en avons entendu qui réclamaient en termes un peu durs, un peu haut, pour les deux ambitions médicales et professorales. Nous ne le cachons pas, et, n'en déplaise aux chirurgiens, s'il n'y avait qu'un fauteuil à l'Institut pour y représenter notre profession, nous préférerions qu'il fût occupé par un médecin, et si nous avions l'honneur du choix, nous le porterions sur un des deux professeurs aujourd'hui candidat ; nous opterions pour celui qui, par ses vues générales, par sa haute intelligence, par sa manière de bien dire, par la nature de sa chaire, semble naturellement destiné à la plus haute position médicale. Mais comme il y a deux places à l'Institut pour les sciences médicales, nous ne voyons pas pourquoi on ferait un affront à la chirurgie dans la personne des chirurgiens de notre époque, surtout quand parmi eux il en est qui sont si loin de mériter une pareille injure.

Il suffit de signaler de pareilles manœuvres pour qu'elles soient arrêtées, si toutefois elles ont eu un commencement d'exécution.

Revenons aux chirurgiens dont les prétentions à la place de Larrey nous paraissent pouvoir être justifiées. M. Amussat est de ce nombre. Ce chirurgien est de ceux qui cherchent le plus dans leur propre fonds les élémens du progrès chirurgical. Il a d'abord été connu par ses travaux sur les maladies des voies urinaires (nous ferons bientôt sa part dans la découverte de la lithotritie).

S'élevant bientôt au-dessus de cette spécialité, M. Amussat a dirigé ses recherches vers les plus grandes questions chirurgicales. Ainsi, *les maladies des artères, les hernies*, ont fourni à ce chirurgien l'occasion de montrer son esprit investigateur. Si la *torsion* des artères, si les nouvelles règles sur le *taxis* n'ont pu être généralement adoptées par les praticiens, elles n'ent ont pas moins fait jaillir de nouvelles lumières et soulevé de hautes questions que l'indifférence chirurgicale avait laissées dans une torpeur nuisible au progrès. On peut en dire autant des travaux de M. Amussat sur les *anus artificiels* dans les cas de dégénérescences de la fin de l'intestin, et des expériences sur le cours de la bile dues à ce chirurgien. Tout cela n'est pas absolument applicable, mais tout cela rompt cette couche de glace dont les esprits paresseux favorisent la cristallisation.

On dit que l'Institut a pu avoir un instant la pensée de rendre un éclatant hommage à la découverte de la lithotritie dans la personne d'un chirurgien, en admettant celui-ci dans son sein. Nous avons toujours reconnu et proclamé les éminens services de la lithotritie, et nous sommes de ceux qui la considèrent comme une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie. Mais l'Institut n'est pas en reste avec elle, et depuis son apparition dans le domaine de la pratique, il n'est question que de grands prix d'encouragement, d'éloges décernés aux chirurgiens à propos de cette belle méthode opératoire. Si l'inventeur ajoutait à ce titre les qualités académiques, l'aptitude requise, les lumières qu'il aurait déjà recueillies ne devraient pas l'éloigner du fauteuil de Larrey, au contraire. A part le titre d'inventeur, il faudrait donc examiner les autres titres. Nous ne disons pas, remarquez-le bien, que ces titres manquent, mais nous voudrions pouvoir dire qu'il faudrait surtout

prostate allonge la paroi correspondante de l'urètre, il est évident, en effet, qu'elle l'allongera aussi bien de haut en bas que d'avant en arrière. Aussi trouve-t-on sur le cadavre des sujets affectés des plus énormes engorgemens de la prostate ; l'urètre assez large pour permettre l'introduction du doigt et même l'introduction du pouce. D'où il suit, comme je le soutiens depuis près de vingt ans, que les rétrécissemens proprement dits de l'urètre n'existent jamais dans la région entourée par la prostate, à plus de dix à douze centimètres de profondeur par conséquent, et que tous les obstacles au cathétérisme situés plus loin dépendent nécessairement d'une autre cause. C'est en pareil cas que le calibre de l'urètre est aplati latéralement, quand la tuméfaction existe sur ses côtés. Si cette tuméfaction est régulière, les parois de l'urètre, se touchant par des points plus ou moins étendus de leur partie moyenne, le divisent parfois en deux espèces de rigole : l'une, supérieure, qui permet à la sonde de passer au-dessus des bosselures ; l'autre, inférieure, qui obligerait l'instrument à suivre la paroi périnéale du canal pour arriver dans la vessie. La première disposition fait que le pavillon de la sonde s'abaisse, ou doit être abaissé brusquement aussitôt que le bec a dépassé le bord concave du ligament sous-pubien. Dans l'autre cas, c'est-à-dire, lorsqu'on suit la rigole inférieure, le bec de la sonde est obligé de rester très bas jusqu'à la fin. Une sonde droite ou mal courbée ne passerait point par la rigole supérieure ; elle entrerait, au contraire, sans trop de peine, en suivant la rigole inférieure.

Les parois latérales de l'urètre présentent une infinité d'autres déviations. Si l'un des côtés de la glande est seul hypertrophié, il pourrait redonner lieu à trois dispositions différentes :

1° La bosselure est en avant ; alors elle incline le commencement de la région prostatique de l'urètre avec plus ou moins de force, à gauche si c'est le côté droit qui est malade ; à droite si c'est le côté gauche. On a de la sorte un canal dirigé très obliquement d'avant en arrière sous les pubis, et de droite à gauche ou de gauche à droite. En même temps que plus loin il est comme coudé en sens inverse, parcourant un semblable urètre, la sonde pourrait donc être arrêtée en arrivant à la prostate de manière à déchirer les tissus, si on ne songeait pas à en incliner le bec du côté de la déviation première pour l'incliner en sens opposé presque immédiatement après.

2° La tumeur correspondante au milieu de la paroi latérale de l'urètre représente une bosselure qui déprime l'autre, en s'en coiffant en quelque sorte comme d'une membrane. Ici la portion prostatique de l'urètre représente une courbe semi-lunaire, concave du côté sain, convexe du côté malade, et qui donne lieu aux mêmes difficultés de cathétérisme que dans le cas précédent, si ce n'est que la déviation étant un peu moins brusque du côté de l'aponévrose ano-pubienne, rend un peu moins difficile le passage du bec de la sonde.

3° Au lieu d'être en avant ou au milieu, la tumeur occupe le point le plus rapproché de la vessie dans la glande prostate. En proéminant par son côté libre, cette tumeur gagne l'autre côté du col de la vessie de manière à fermer dans certains cas l'entrée de l'urètre qu'elle bouche parfois à la manière d'une soupape, surtout quand le malade fait des efforts pour uriner ; la sonde, en pareil cas, n'est arrêtée qu'à la fin de sa course, et n'entre dans la vessie qu'en se déviant d'elle-même latéralement.

Si les deux côtés de la prostate sont tuméfiés et bosselés en même temps d'une manière inégale, il est possible que l'un des côtés ne présente qu'une tumeur, tandis que l'autre en offre deux. En supposant que la tumeur unique soit au milieu et qu'elle corresponde à la double tumeur du côté opposé, elles donneront à l'urètre, en s'emboîtant, une courbure analogue à la simple demi-lune latérale indiquée plus haut. Mais si, comme il arrive souvent, chaque côté de la prostate est garni de plusieurs tumeurs, on peut s'attendre à les voir s'engrener de telle sorte que l'urètre ne soit plus qu'un canal en zig-zag. Ajoutez qu'au lieu d'occuper régulièrement les côtés, ces bosselures soient disséminées d'une manière inégale, les unes en bas ou en arrière, les autres tout à fait latéralement ; quelques-unes plus près des pubis, d'autres moins éloignées du rectum, celles-ci dans le sens de l'aponévrose du périnée, celles-là vers la vessie, et vous comprendrez toutes les difficultés que peut offrir le cathétérisme en pareil cas. L'urètre alors n'est réellement plus qu'une sorte de caverne anfractueuse, que le hasard plutôt que l'habileté permettra de traverser avec les sondes ou les bougies.

Deux de ces déformations méritent même d'être rappelées. Quand les deux côtés de la prostate sont également, régulièrement tuméfiés, l'ouverture vésicale de l'urètre donne l'idée 1° d'un entonnoir quand elle ne se prolonge pas fort loin en arrière, 2° d'une fente dirigée du pubis au trigone en forme de boutonnière dans le cas contraire ; d'où il suit que l'excrétion des urines n'est point empêchée, n'est que médiocrement gênée par la maladie de la prostate.

Considérée dans sa paroi périnéale, l'urètre subit des déformations également très variables, selon le volume, la situation et la forme de la tumeur. Comme les tumeurs de la région rectale de la prostate ont presque toutes leur point de départ en arrière du véru montanum, cette portion de l'urètre semble s'excaver de plus en plus, et présente bientôt une concavité qui acquiert jusqu'à 4, 6 et 8 millimètres de profondeur de chaque côté.

Si la tumeur qui se trouve en arrière est large, épaisse, non pédiculée, elle écarte les côtés de la glande au point de pouvoir rendre l'excavation de la paroi inférieure de l'urètre aussi large que profonde.

Les tumeurs à base large qui ne font que proéminer sous forme de bosselures du côté des voies urinaires, donnent en outre à l'ouverture de l'urètre une forme triangulaire à base représentée par le trigone vésical au lieu de la forme de boutonnière transversale signalée tout à l'heure.

Dans une foule d'autres cas, les tumeurs de la prostate déterminent dans l'urètre l'établissement de brides, de crêtes, de bourrelets, de valvules, qui ont aussi leur importance. Les tumeurs qu'on pourrait appeler tumeurs libres de l'urètre, celles qui ne tiennent à la prostate que par une simple racine, soit large, soit cylindrique, soit à demi pédiculée, soit aplatie et rubanée, ne déforment le canal que par les brides qu'elles peuvent y amener ou l'espèce de bouchon qu'elles représentent. Celles qui sont arrondies ou globuleuses, et dont la racine est large, peuvent arrêter le bec de la sonde d'une manière absolue, ou la forcer à s'incliner plus ou moins de côté. Quand elles sont fraîchement pédiculées, quand leur racine est aplatie par les côtés, ainsi que je l'ai souvent observé, elles n'empêchent point la sonde d'entrer librement dans la vessie ; mais elles s'engagent d'arrière en avant dans l'urètre chaque fois que le malade veut uriner, et amènent ainsi la rétention d'urine.

Qu'il existe ou non des tumeurs dans la paroi rectale de la prostate, celles qui occupent les côtés de cette glande n'en provoquent pas moins la formation de bourrelets, de brides, de valvules singulières, brides ou valvules dont la pointe du trigone est presque toujours le centre.

Qu'une tumeur volumineuse se développe de chaque côté dans la prostate, en avant, du côté de l'aponévrose moyenne du périnée, et il pourra en résulter un pli oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors ; pli double, bien entendu, ayant une branche à droite et une branche à gauche, dont l'ensemble représente un triangle à base antérieure, dont la pointe, dirigée en arrière, va se perdre sur le sommet du vérumontanum, genre de brides très rare, que je n'ai rencontré que quatre ou cinq fois.

Une disposition pareille, qui ne gêne en rien le cathétérisme, l'introduction des sondes dans la vessie, pourrait, à la rigueur, gêner l'expulsion des urines. Sorte de paniers de pigeon comparables à ceux qui se voient dans l'aorte près du cœur, ces excavations favorisent la stagnation de quelques gouttes d'urine, prédisposant au moins à la formation de graviers, de calculs dans la cavité urétrale de la prostate Comme, au lieu de se porter en avant ou du côté du périnée, les tumeurs de la prostate se développent généralement en arrière, il en résulte, quand ses deux lobes latéraux se tuméfient en même temps, un soulèvement de la pointe du trigone, une double bride semblable à celle dont je viens de parler, si ce n'est qu'elle est généralement plus épaisse, plus large, et qu'elle est tournée en sens opposé. La partie la plus reculée de l'urètre présente ainsi une double excavation surmontée d'un pli courbe à concavité antérieure, qui se termine en pointe unique sur le vérumontanum pendant que ses extrémités externes se perdent insensiblement sur la face interne et postérieure du lobe latéral correspondant de la prostate. On conçoit, du reste, que le pli dont il s'agit n'existera que d'un côté, si l'une des moitiés de la prostate est seule développée.

Si ces sortes de replis sont épais, peu élevée ou en forme de bourrelet, ils ne gênent que modérément le passage des sondes, et n'occasionnent que rarement l'ischurie. Minces, inclinés, soulevés en avant, au contraire, à la manière d'une valvule, ils font de la racine de l'urètre une sorte de caverne à une ou deux loges ; caverne dans laquelle le bec de la sonde ou la pointe des bougies s'engage et s'arrête presque inévitablement. Néanmoins, la ligne médiane de la paroi inférieure de l'urètre n'étant pas toujours soulevée en pareil cas, il est possible, à la rigueur, que ces plis ou brides n'empêchent pas le malade d'uriner assez librement.

Les fibres musculaires de la vessie qui, après s'être entrecroisées autour de la racine de l'urètre et dans le trigone vésical, comme je l'ai dit ailleurs (*Anat. chirurg.*, t. I, 3e édit), vont s'éparpiller dans le périnée ou sur les bords du bassin, me paraissent expliquer suffisamment la productionde ces brides.

Si, au lieu de se porter sur les côtés, la tuméfaction prostatique se montre sous la pointe du trigone, il s'établit des brides qui peuvent également revêtir la forme d'un triangle, comme dans le cas précédent, avec cette différence, que l'extrémité externe de la bride se perdra ou dans la vessie, ou sur le côté des rainures latérales de l'urètre. Dans ce cas, la partie la plus profonde du cul-de-sac caché par la valvule est très rapprochée de la ligne médiane ou du vérumontanum. L'introduction des sondes en est également rendue très difficile. Le plan inférieur de l'urètre, soulevé d'une manière plus ou moins marquée, expose la pointe du trigone à fermer comme une soupape l'entrée de ce canal.

D'autres fois le soulèvement de la partie postérieure de l'urètre se montre sous la forme d'un pli, d'une barre, d'une sorte de pont ou d'arcade dirigée plus ou moins complètement en travers. Ces reliefs offrent ceci de particulier, qu'ils se confondent en arrière sans ligne de démarcation manifeste, d'une manière insensible, avec le plan du trigone vésical ; tandis qu'en avant ils se prolongent dans l'urètre, dont ils surmontent la paroi inférieure de plusieurs millimètres. C'est dans det cas de ce genre que les maladies de la prostate finissent presque toujours par amener la rétention d'urine, et que les sondes s'arrêtent si facilement au fond de l'urètre, pénètrent avec tant de peine dans la vessie si elles ne sont pas courbées d'une certaine façon, si elles ne sont pas conduites avec tout le soin désirable.

En admettant que la tumeur prostatique soulève la pointe du trigone ou la base du vérumontanum d'une manière vague ou diffuse, les plis dont je viens de parler ne se formeront pas. L'urètre prendra la forme d'un large triangle évasé en entonnoir du côté de la vessie ; les sondes entreront, mais à la condition que leur bec s'inclinera fortement à droite ou à gauche ; l'urine pourra couler involontairement, comme par regorgement ; mais il n'y aura pas nécessairement ischurie.

Avec ces développemens de la région inférieure de la prostate, tout le col de la vessie paraît soulevé, comme entouré d'un bourrelet plus ou moins épais, plus ou moins complètement circulaire et bosselé. Il en résulte que le plan du bas-fond de la vessie n'est plus de niveau avec le plan de la paroi inférieure de l'urètre, que la vessie est plus ou moins fortement excavée derrière la prostate, soit dans sa partie moyenne, soit sur toute la largeur de son bas-fond ; aussi les urines ne peuvent-elles sortir de cette cavité que quand elles s'y sont accumulées en certaine quantité, et les efforts auxquels se livre le malade pour les expulser tendent-ils à repousser d'arrière en avant le bord postérieur de l'urètre contre la face pelvienne du ligament sus-pubien.

Dans un prochain article nous étudierons les causes des tumeurs de la prostate.

---

s'enquérir avec la plus grande méfiance s'ils sont réellement personnels.

Le projet d'honorer la lithotritie par un fauteuil soulève encore une question ; un débat déjà trop souvent soulevé, et qu'on ne peut complètement terminer sans préjudice notable pour plusieurs intéressés. Ainsi dans la louable intention de rendre une éclatante justice, l'Institut pourrait se rendre coupable de deux iniquités tout aussi éclatantes. Après avoir décidé qu'une invention mérite une pareille récompense, on se demandera nécessairement et immédiatement quel est l'inventeur. Or, une pensée un peu grande est rarement sortie d'un seul cerveau : elle appartient ordinairement à toute une époque. Sa réalisation, son passage de l'état théorique à l'état d'application est surtout effectué par plusieurs esprits dont la participation a été plus ou moins efficace, plus ou moins prononcée. C'est ce qui fait que pour une seule invention on trouve souvent plusieurs inventeurs se présentant avec titres et droits. Hé bien, quand ces titres, ces droits, sont réels, constatés, l'Etat, les Académies, doivent les reconnaître, les récompenser tous et largement. C'est ce qu'a fait l'Institut. Sous ce rapport, s'il n'a pas trop fait, on peut dire qu'il a fait tout ce qu'il pouvait faire. Les récompenses sont descendues de l'idée, du penseur, à l'homme de l'art, à l'industriel même, et il n'est pas une vis de l'appareil lithotriteur qui n'ait eu son jeton de présence, sa phrase élogieuse. La presse renchérissant sur l'Institut et les malades renchérissant sur la presse, il s'est élevé un concert de louanges qui retentit encore agréablement à nos oreilles. Il est tombé sur les inventeurs une pluie d'or dont ils ont su profiter, ce qui était parfaitement juste.

Ainsi tout a été bien et parfaitement équitable jusqu'à présent. L'or, les louanges pouvant se diviser, on a bien divisé et on est à peu près content. Mais un fauteuil est indivis. Accordez-le à M. Civiale, vous allez soulever de justes réclamations de la part de MM. Le Roy et Amussat ; et l'interminable dispute de priorité va se ranimer avec des caractères toujours plus personnels. M. Amussat prouvera, pièces en mains, qu'en 1822 il avait déjà fait faire un *instrument exprès* avec lequel il avait brisé, dans la vessie des cadavres, des calculs du volume d'une noix. Personne au monde ne pourra disconvenir que les travaux de ce chirurgien sur le cathétérisme rectiligne n'aient eu la plus grande influence sur l'invention de la lithotritie. D'un autre côté, M. Leroy est incontestablement le premier inventeur d'un appareil instrumental qui fait supposer à ce chirurgien la possession des idées, des données du problème. Le *scie-pierre* de ce chirurgien, cette crête de petite couronne de trépan, sa canule, ses moyens enfin de saisir, de fixer et de trépaner la pierre, tout cet ensemble est tout un système que personne n'a enseigné à M. Leroy. Qui donc pourra nier cela ? *A priori* même, on aurait pu juger M. Leroy sur ce point ; car aucun chirurgien ne peut se flatter d'avoir un esprit aussi ingénieux quand il s'agit d'instrumens de chirurgie quels qu'ils soient. Mais M. Civiale arrive et dit : Vous avez peut-être inventé la vapeur, mais vous n'avez jamais su faire flotter un vrai vaisseau sans voiles ; vous n'avez jamais fait rouler le moindre wagon sans chevaux.

Ainsi, à la rigueur vous pourriez avoir inventé avant moi des instrumens lithotriteurs (ce que cependant je ne vous concède pas complètement) ; mais moi j'ai inventé la lithotritie. Je le prouve : Vous avez peut-être construit des machines qui ont fonctionné dans un chapeau, dans une vessie morte, ce qui est assez bien, comme mécanique, comme exercices anatomiques. Mais moi, je suis l'inventeur d'une méthode opératoire ; j'ai opéré sur le vivant ; j'ai fait de la chirurgie ; j'ai guéri. Voilà le grand mot lâché.

Eh bien, toutes ces prétentions sont justes au fond ; ce qui maintenant serait injuste, ce serait de proclamer l'injustice de plusieurs d'entre elles en proclamant la justice d'une seule.

Voilà pour les titres de M. Amussat ; voilà pour les prétentions de la lithotritie. Venons à d'autres candidats.

M. Bégin a écrit pour établir légalement sa candidature. Ce chirurgien se présente surtout avec une foule de titres très littéraires ; ce qui n'est pas, selon nous, à dédaigner dans une Académie, puisque, avant tout, on doit savoir bien écrire et bien dire pour être académicien. Sous ces deux rapports, M. Bégin serait un excellent choix. Ce chirurgien a d'autres titres à faire valoir, et des titres réellement chirurgicaux. Ainsi un excellent livre de chirurgie ; des mémoires sur l'œsophagotomie, sur les abcès profonds de l'abdomen, sur les moyens d'arrêter les hémorrhagies qui suivent quelquefois la taille périnéale, etc. L'examen de tous les titres de M. Bégin nous a fait trouver très juste la comparaison qu'on a faite ailleurs, entre M. Bégin et Percy, lequel, comme on le sait, n'a pas été seulement une gloire pour la chirurgie militaire, mais encore pour la littérature médicale. MM. Blandin et Jobert se présentent aussi. Nous allons transcrire ici ce que les *Annales de chirurgie* ont dit sur ces deux chirurgiens :

« On dit que M. le professeur Blandin a été engagé par ses amis à se présenter. Cette candidature, si M. Blandin l'accepte, peut être considérée comme très sérieuse. Le nom de ce professeur, comme celui de M. Velpeau, se lie non à un fait de détail, non à la découverte d'un procédé qui est quelquefois la dix-millionième parcelle d'une idée, mais ce nom se lie à la création d'une partie importante de la science de l'organisation. L'*anatomie topographique*, en effet, est de notre époque, et M. Blandin, qui a pris part à sa création, l'a popularisée par son excellent livre. Cet ouvrage et celui de M. Velpeau ont ouvert au diagnostic chirurgical et à la médecine opératoire des voies de certitude ignorées par les praticiens. L'enseignement de la chirurgie pratique doit aussi beaucoup à M. Blandin. Aujourd'hui, sur le théâtre même où a tant brillé Dupuytren, on voit M. Blandin joignant ses efforts à ceux de M. Roux, avec son esprit droit, méthodique, compléter une clinique qui n'a pas, peut-être, l'éclat de l'ancienne clinique de l'Hôtel-Dieu, mais qui n'en porte pas moins les plus heureux fruits.

» Le nom de M. Jobert a aussi été prononcé. Ce nom est déjà connu de l'Institut ; il se rattache surtout à une découverte dont la chirurgie a le plus à se glorifier. Les *maladies chirurgicales du canal intestinal* constituent, en effet, une des plus belles pages de l'histoire de notre art. M. Jobert a jeté un veritable jour sur ce chapitre, et sa *suture intestinale* n'est pas seulement un de ces procédés qu'on trouve pour peu qu'on cherche là où les autres ont trouvé ; mais c'est une véritable création qui émane des points les plus culminans de l'anatomie et de la physiologie. Comptez combien il y a de pareilles idées en chirurgie. »

HOPITAL BEAUJON. — M. MAISONNEUVE.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius chez une femme âgée. Autopsie deux jours après la mort. Observation recueillie par M. JACQUART, interne.

Le 20 décembre 1840, la nommée Dessairtaine (Catherine-Françoise), âgée de soixante-dix ans, marchande, fit une chute de toute sa hauteur sur la paume de la main droite. Immédiatement elle ressentit une douleur vive au niveau du poignet, et se trouva dans l'impossibilité de se servir de son membre. Le lendemain elle entra à l'hôpital, salle Sainte-Agathe, n° 259.

La partie inférieure de l'avant-bras et le poignet sont le siége d'un gonflement considérable, qui donne aux parties une forme cylindrique; la pression avec le doigt y est douloureuse, surtout à un pouce environ au-dessus de l'articulation radio-carpienne.

L'idée d'une fracture du radius se présenta naturellement à l'esprit, et cependant il manquait un signe important, la déformation du membre. La mensuration la plus exacte ne fit reconnaître aucune différence appréciable entre le côté sain et le côté malade; on ne remarquait aucune déviation de la main, aucune saillie anormale sur le plan antérieur ou postérieur de l'avant-bras; les mouvemens de la supination et de la pronation s'exécutaient avec douleur, mais sans crépitation.

Mais si, d'une part, on fixe l'avant-bras, et que d'une autre part on porte la main dans l'extension forcée, on fait éprouver à l'avant-bras, un pouce environ au-dessus du poignet, une flexion qui produit un angle rentrant en arrière, saillant en avant. Ce phénomène ne laissa plus aucun doute sur l'existence d'une fracture du radius près son extrémité inférieure. Le mouvement inverse de la main, c'est-à-dire le mouvement de flexion, ne produit rien d'analogue. Cette flexion anormale dans la continuité de l'os est donc le seul signe qui puisse étayer le diagnostic.

Un appareil simple avec deux attelles droites, est mis autour du membre, qui ne présente plus rien de particulier. Les jours suivans des accidens se manifestèrent du côté de la poitrine; une pneumonie se développa dans le poumon droit, et la malade succomba le 3 janvier, à trois heures du soir.

Autopsie. — Le tissu pulmonaire est atteint d'hépatisation rouge dans tout le lobe supérieur droit.

La plèvre de ce côté contient quelques onces de sérosité citrine.

Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié.

Les reins sont pâles; le foie affecté de cyrrhose.

Le poignet présente une fracture transversale du radius à un pouce au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Aucun travail de consolidation n'est encore développé. Le périoste, déchiré dans la partie antérieure de l'os, est intact en arrière, et ne permet, entre les deux fragmens, qu'un mouvement de flexion en arrière; du reste, même dans ce sens, aucun chevauchement n'est possible.

L'apophyse styloïde du cubitus est arrachée, et tient au ligament latéral interne.

— Cette observation est remarquable sous plusieurs points de vue :

1° En ce qu'elle montre la coïncidence de l'arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus avec la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

2° En ce qu'elle prouve que cette fracture peut manquer des signes regardés généralement comme caractéristiques, la déviation du poignet en dehors et en arrière; le raccourcissement du membre, sa déformation en Z.

3° En ce qu'elle révèle l'importance d'un signe sur lequel les auteurs ont passé trop légèrement; je veux parler de la mobilité.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés; par M. le docteur DE AMMON, de Dresde.

M. de Ammon emploie avec le plus grand succès le traitement suivant contre l'ophthalmie des nouveau-nés.

Dès le début de la maladie, il a recours à l'application du collyre suivant :

Pr.	Extrait de belladone,	25 à 30 centigrammes.
	Eau chlorique,	10 à 12 gouttes.
	Eau distillée,	125 grammes.

Mêler et faire dissoudre S. A.

On instille tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures environ, quelques gouttes de cette solution tiède, que l'on fait pénétrer à l'aide d'une éponge fine, entre les deux paupières, et dans les intervalles de ces instillations, on applique sur les yeux des compresses imbibées du même collyre.

La belladone, dans ce traitement, a la double destination, 1° d'enlever le spasme des paupières qui maintient la sécrétion purulente constament en contact avec la cornée et s'oppose à son écoulement; 2° et de dilater la pupille; de sorte que si la cornée se perfore et s'il en résulte un prolapsus de l'iris, on peut néanmoins conserver encore une portion de la pupille.

Par suite de la dilatation de la pupille, la turgescence de toute la chambre antérieure de l'œil et la tension de la cornée qui en résulte sont dissipées, et la vitalité est modifiée.

S'il est nécessaire d'augmenter les évacuations alvines et de neutraliser des accidens dans les premières voies, on fait prendre par cueillerée à café la mixture suivante :

Pr.	Nitrate de potasse,	30 centigrames.
	Carbonate de chaux,	30 id.
	Eau distillée,	30 grammes.
	Sirop de manne,	30 id.

Mêle exactement.

Lorsque la sécrétion est supprimée, on prescrit pour augmenter le ton des membranes de l'œil et pour empêcher la maladie de passer à l'état chronique, le collyre ci-dessous :

Pr.	Eau d'opium,	4 grammes.
	Sulfate de zinc,	5 centigrammes.

Faites dissoudre S. A.

On ajoute quelquefois aussi de l'extrait de belladone à cette solution.

On instille quelques gouttes de ce collyre entre les paupières.

(*Walther et Ammon's Journal füer Chirurgie*, t. XXXI.)

Emploi thérapeutique de la teinture de cantharides; par M. le docteur IVVEN.

M. Ivven a obtenu des résultats véritablement remarquables, dans le cas de scorbut, en prescrivant l'usage à l'intérieur de la teinture alcoolique de cantharides. Ce médicament lui a surtout réussi lorsque déjà il existait chez les sujets du ramollissement, de l'exsudation, de l'émaciation et un état colliquatif.

Il administre cette teinture à la dose de 10 à 20 gouttes, trois fois par jour, dans un excipient approprié, et il va en augmentant, progressivement et suivant les effets produits, jusqu'à 80 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Lorsqu'il doit résulter quelque amélioration de l'emploi de ce traitement, l'urine devient claire et transparente, et on y découvre quelquefois, en la soumettant à une analyse chimique des plus exactes et des plus minutieuses, de l'albumine qu'on ne trouve jamais au nombre des composans de l'urine chez les sujets affectés de scorbut.

(*Zeitschrift füer die gesammte Medicin.*, juillet 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Confection d'amandes officinales; par M. MOUCHON fils, pharmacien à Lyon.

Pour remplacer l'emploi des amandes mondées à l'avance et du saccharure ou pâte faite à parties égales d'amandes et de sucre, dans la préparation des médicamens magistraux dont les amandes font la base, M. Mouchon a proposé la confection suivante dont il a adopté l'usage dans son officine.

Pr.	Amandes douces,	2500 grammes.
	Amandes amères,	500 id.
	Sucre en pain,	3000 id.
	Eau commune,	9000 id.

On forme d'abord, dans un grand mortier de marbre, une pâte grossière avec les amendes mondées, la moitié du sucre et un peu d'eau; puis on achève cette pâte sur une pierre à chocolat, après quoi on la délaie dans les deux tiers de l'eau prescrite pour former une émulsion que l'on recueille, exemple de parenchyme, à l'aide d'une forte expression. On reprend alors la partie parenchymateuse avec un peu d'eau et un peu de sucre, pour la broyer de nouveau sur la pierre à chocolat, puis on la délaie avec l'eau mise en réserve, et on procède à une seconde expression pour achever l'épuisement des amandes.

Les deux émulsions sont réunies au reste du sucre dans une vaste capsule de porcelaine ou dans une bassine d'argent à fond sphérique plutot qu'à fond plat, et l'on fait concentrer le tout à une chaleur d'abord assez forte, puis ménagée de plus en plus à mesure que la concentration s'avance. On a soin, d'ailleurs, d'agiter sans cesse la masse émulsive, à l'aide d'une spatule, jusqu'à la fin de l'opération, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ne reste plus que 6 kilogrammes de produit, poids égal a celui des amandes et du sucre réunis.

On obtient ainsi une pâte de très bonne consistance, que l'on renferme chaude dans des pots de 250 grammes au plus de capacité. Le refroidissement opéré, on recouvre soigneusement les pots, et on les conserve en un lieu sec et d'une basse température.

L'auteur fait remarquer que, pour obtenir cette confection liée dans toutes ses parties, blanche, d'un excellent goût, et très facile à émulsionner, il y a avantage à en opérer la concentration dans une bassine sphérique plutôt qu'à fond plat, en argent, ou une capsule en porcelaine, de préference à un vase de cuivre.

Il est aussi très essentiel de terminer l'opération en un jour, car s'il arrive que, par négligence ou excès d'occupation, l'opération soit arrêtée pendant 24 heures ou 48 heures, soit après les amandes mondées ou la pâte broyée sur la pierre à chocolat, soit avant que l'émulsion ait acquis la consistance suffisante pour se maintenir intacte, il s'opère des réactions telles qu'il devient impossible, lorsqu'on est arrivé au point que l'auteur considère comme normal, c'est-à dire à la représentation exacte en poids des amandes et du sucre, d'obtenir une masse consistante, blanche et homogène.

En évitant ces chances d'insuccès, on obtient une confection d'un goût excellent, très facile à émulsionner, et susceptible par conséquent de constituer instantanément une émulsion en tout semblable à celle qui résulte du traitement direct des amandes par l'eau.

Avec cette confection, l'auteur prépare du looch blanc, l'émulsion ordinaire, le sirop d'orgeat, et enfin tous les produits émulsifs dont les amandes font la base.

Pour la confection du looch blanc, on n'a qu'à joindre 30 grammes de cette pâte dans le mucilage de gomme adragante, additionné ou non d'huile d'amandes douces, puis on termine l'opération par les additions successives d'eau et d'hydrolat de fleurs d'oranger. Cette simple manipulation, qui n'exige que huit à dix minutes, au lieu de trente, donne un produit qui ne laisse rien à désirer sous le rapport de la blancheur, de l'homogénéité et du goût, et qui peut être comparé avec avantage au looch blanc du Codex.

Pour l'émulsion simple au lait d'amandes, on fait entrer par trituration 60 grammes de confection dans 500 grammes d'eau, proportions indispensables pour obtenir une émulsion un peu stable dans sa constitution et douée d'ailleurs de propriétés médicinales suffisantes.

Si l'on continue l'évaporation de la confection jusqu'à dessiccation parfaite et pulvérisation, on obtient un saccharure d'amandes qui peut être employé aux mêmes usages que la confection, et de plus à deux préparations que l'auteur désigne sous le nom de *tablettes amygdalines* et de *pâte amygdaline*, et qui méritent de figurer dans les officines à côté des tablettes de guimauve et des pâtes de guimauve, de lichen, de jujubes, etc.

(*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, 1842.)

Note sur une urine bleue; par M. A. BOUCHARDAT.

Cette urine, qui a été rendue devant M. Priesnitz, a été remise par lui à M. le docteur Schmitz qui l'a apportée à M. Bouchardat. Elle provient d'un malade qui a séjourné vingt-sept ans à Surinam, et a été affecté pendant le même laps de temps de deux fièvres intermittentes très opiniâtres qui se sont accompagnées d'un développement très considérable de la rate et du foie. Ce malade, après avoir subi sans succès beaucoup de traitemens, et après avoir pris des quantités considérables de quinine et de vin de Porto, est allé, en 1839, à Graeffenberg où il a été soumis pendant neuf mois au traitement hydrosudopathique sans en retirer d'avantages bien marqués; en effet, si les forces étaient revenues, le gonflement de la rate et du foie paraissaient toujours. Dans le neuvième mois, il avait observé que les compresses mouillées qu'il portait sur l'abdomen étaient maculées de taches rouges-brunes semblables à celles que produisent des décoctés de quinquina. Quinze jours après, il remarqua, un matin, que son urine avait changé de couleur, qu'elle était devenue foncée, et, quelques heures plus tard, il vit qu'elle était tout à fait bleue, après quoi elle passa successivement au vert, puis au noirâtre. Ce phénomène continua pendant une quinzaine environ, et, à la suite, la guérison s'établit. Le sujet resta encore dix-huit mois à Graeffenberg pour se fortifier et consolider son retour à la santé : depuis cette époque, il n'y eut pas la moindre apparence de récidive, et le foie et la rate sont revenus à leur dimension normale ainsi qu'on l'a constaté.

M. le docteur Smitz a observé trois fois des sédimens bleus des urines chez des malades soumis au traitement hydro-sudopathique, deux syphilitiques et un vieillard danois qui avait des obstructions des viscères abdominaux. L'un des deux syphilitiques était soumis au traitement mercuriel; l'autre n'avait pas pris de mercure. Dans les trois cas, les sédimens bleus ont été observés dans la période de guérison.

Ce même médecin a observé, en outre, des sédimens de même couleur dans la piscine de l'établissement de Priesnitz.

Pour revenir à l'urine qui fait le sujet de cet article, voici les particularités qu'elle a présentées à M. Bouchardat.

1° Elle exhale une odeur fortement ammoniacale; sa saveur est salée; elle a une couleur bleue intense; elle laisse déposer un sédiment d'une belle couleur bleue.

2° Examiné au microscope, le sédiment a paru formé de globules d'une excessive ténuité, d'une grande régularité pour la forme qui est ovoïde, et pour les dimensions qui peuvent être estimées le tiers environ de celles des globules du sang humain.

3° Cette urine ramène au bleu le papier de tournesol rougi par un acide.

4° Les réactifs y indiquent la présence de phosphates, de sulfates, de chlorures, de la chaux, de la magnésie et de l'ammoniaque.

5° La matière colorante bleue se dissout en partie dans l'éther qu'elle colore en bleu; les liqueurs éthérées étant évaporées, fournissent un résidu très faible d'une huile fixe dont l'odeur est repoussante.

6° L'alcool dissout en partie, à l'aide de l'ébullition, la matière colorante, et laisse un résidu d'une couleur plus foncée.

7° L'acide nitrique détruit la matière colorante, et fournit une liqueur d'une couleur paille.

8° L'acide sulfurique, étendu du double de son poids d'eau, ne détermine aucun changement.

9° La dissolution d'acide oxalique dissout la matière colorante, et on obtient une liqueur bleue que la filtration donne très limpide.

10° L'ammoniaque ne produit aucun changement sur la matière colorante.

11° La potasse dégage de l'ammoniaque et détruit par l'ébullition la matière colorante.

Suivant M. Bouchardat, cette urine paraît renfermer les principes salins de l'urine ordinaire; quant à sa matière colorante, elle est toute spéciale, et l'examen microscopique ainsi que l'action des réactifs peuvent la faire considérer comme une substance organique particulière.

Quelle peut être l'origine de cette singulière matière? On sait que, sous l'influence de l'acide chlorhydrique, l'albumine donne une couleur bleue intense qui n'est pas sans analogie avec le produit dont il s'agit; mais, dans l'économie, cet acide ne se trouve jamais à l'état de concentration suffisant pour produire cette transformation.

M. Bouchardat termine en ajoutant qu'il a observé, il y a une douzaine d'années, une matière colorante bleue qui présentait la plus grande ressemblance avec le sédiment de cette urine, et qui se comportait exactement de la même manière avec les réactifs; elle avait été produite par l'altération spontanée du gluten conservé à un air sec. On peut admettre, d'après cela, que les matières albumineuses sont susceptibles de se transformer spontanément, dans quelques circonstances rares et indéterminées, en globules organiques d'une belle couleur bleue.

(*Journ. des Conn. méd. prat.*, juillet 1842.)

FAITS DIVERS.

Sécrétion anormale au prépuce d'un fou.

M. le docteur Mayer, d'Elberfeld, trouva sous le prépuce d'un homme mort en demence, une matière blanche, jaunâtre, d'une odeur particulière, à la fois douceâtre, désagréable, et se rapprochant de celle de la graisse. M. le docteur Marquart, de Bonn, qui fut chargé d'en faire l'analyse chimique, trouva dans cette substance, dont le poids était de 13 décigrammes 30 centigrammes d'une matière graisseuse, non saponifiable et difficilement fusible, qu'il prit pour de la cholestéine; 40 centigrammes d'une autre matière grasse, analogue à la cérébrote, un peu d'une graisse fusible à 80° Réaumur et saponifiable; 10 centigr. de gluten; 10 centigr. de phosphates et de carbonates; un peu de caséum et 35 à 40 centigr. d'albumine contenant du soufre et du phosphore. Il ne trouva pas de traces d'acide lactique.

(*Med. corresp.—Blatt Rhein und Westph. Aerzte*, 1842, n° 7.)

Cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique; observation recueillie par M. le docteur THIERFELDER, de Meissen.

Une dame âgée de vingt-huit ans, tombée dans un état de mélancolie profonde à la suite d'un amour malheureux, considérablement affaiblie et arrivée à un haut degré d'émaciation, résolut d'attenter à ses jours. Pour exécuter son dessein, elle avala environ 15 grammes d'acide sulfurique; il y avait une demi-heure d'écoulée depuis l'ingestion du liquide caustique, lorsque M. Thierfelder arriva auprès de la malade; déjà l'inflammation de la bouche et du pharynx avait fait d'immenses progrès; la déglutition et la parole n'avaient lieu qu'avec la plus grande difficulté. La malade se plaignait de ressentir des douleurs poignantes intolérables dans la région de l'estomac. La dépression des forces et l'étendue des lésions existantes durent naturellement conduire le médecin à cette pensée que la terminaison serait fatale. Cependant, il crut devoir prescrire l'emploi d'une solution de carbonate de potasse associée aux mucilagineux et à des applications de cataplasmes émolliens et calmans sur toute la surface de l'abdomen.

Sous l'influence de ce traitement si simple, les accidens cédèrent promptement, et, au bout de quelques jours, le rétablissement était complet.

Ce fait est de nature à encourager les praticiens qui ont de la tendance à désespérer dans les cas très graves, et se rendent alors coupables de négligence en abandonnant trop tôt les sujets aux seules forces de la nature. (*Summarium*, 1842, n° 30.)

Correspondance.

Monsieur.

Le compte-rendu de la séance du 1er septembre de la Société de médecine pratique, imprimé le 20 octobre, contient une inexactitude que je vous prie instamment de rectifier dans votre prochain numéro (1).

Une jeune fille de quatorze ans présenta une variole confluente malgré la vaccine pratiquée dans son enfance : elle sortait depuis peu de l'hôpital, et non pas depuis six mois comme l'annonce le rédacteur du compte-rendu, et elle s'était trouvée couchée entre deux varioleuses; ce qui m'a fait penser qu'il y avait eu contagion de la variole malgré le préservatif.

Vous voyez, Monsieur le Rédacteur, combien il est important de rectifier ce dire, car qui croirait qu'elle ait pu conserver pendant six mois l'influence de la contagion, comme pourraient l'interpréter les lecteurs de votre journal intéressant.

Agréez, etc.

BELHOMME, D.-M.-P.

(1) Nous croyons devoir faire observer que ces procès-verbaux nous sont communiqués officiellement. (*Note du Rédacteur.*)

Chronique et Nouvelles.

En inscrivant le mot *chronique* en tête de nos articles, nous ne nous sommes jamais préoccupé de l'épithète que les mal-intentionnés pouvaient y ajouter, et nous n'avons jamais supposé à nos lecteurs les *instincts pervers* contre lesquels un de nos confrères a cru devoir se précautionner envers ceux qui le lisent. Nous prenons le mot *chronique* dans son acception la plus vulgaire et aussi la plus étymologique : c'est pour nous le récit des *choses du temps*, bonnes ou mauvaises, louables ou blâmables, sans intention de *médisance* et surtout de *calomnie* à l'endroit de laquelle nous défions l'inquisition elle-même. Dans les questions scientifiques, d'ailleurs, il ne peut y avoir ni médisance, ni calomnie ; il y a des faits vrais ou faux, et voilà tout. Seulement, en racontant ces faits vrais, en détruisant ces faits faux, nous cherchons à ne pas être *ennuyeux*, malheur que semble redouter beaucoup pour lui notre confrère, malheur qu'il avoue du reste avec tant de componction, qu'il serait à nous peu généreux de lui dire combien sont légitimes ses appréhensions.

Voici donc la chronique du jour :

Un nouveau réglement pour tous les concours des hôpitaux a été adopté le 12 de ce mois par le Conseil général. Ce réglement est relatif à la nomination des élèves internes et externes, soit de médecine et de chirurgie, soit de pharmacie, des pharmaciens, des médecins et des chirurgiens du Bureau central ; il règle en outre les dispositions de la distribution des prix d'externat et d'internat en médecine et d'internat en pharmacie.

Voici les détails relatifs à chaque espèce de concours :

Bureau central. Quel que soit le nombre des candidats, il n'y en aura que cinq d'admis à concourir s'il n'y a qu'une place vacante, huit s'il y a deux places, dix s'il y a trois places, et s'il y a plus de trois vacances on ne gardera jamais que trois candidats par place. Une épreuve préliminaire d'admissibilité au concours aura lieu pour tous les candidats inscrits, après laquelle seront désignés les cinq, huit ou dix candidats admis à subir les épreuves du concours définitif. L'épreuve d'admissibilité consistera : 1° en une conférence clinique pendant laquelle le candidat examinera et interrogera deux malades pendant vingt minutes ; 2° en une consultation orale de vingt minutes sur l'un de ces malades ; 3° en une consultation écrite sur l'autre malade, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois heures. Cette consultation sera lue en séance le jour suivant. Une épreuve particulière d'opérations sur le cadavre sera exigée des candidats en chirurgie.

La nomination des pharmaciens des hôpitaux sera faite d'une manière analogue.

Distribution des prix des internes. Chaque élève devra, sous peine de déchéance, présenter le 1er août un mémoire, de 80 pages au plus, sur un sujet de son choix, mais relatif cependant aux observations qu'il aura recueillies personnellement dans le courant de l'année, observations qu'il pourra joindre à l'appui des propositions consignées dans son travail. Ce sera là l'épreuve unique du concours d'admissibilité pour le prix, et c'est sur l'examen des mémoires que douze candidats seulement seront admis à prendre part au concours définitif, tous les autres restant éliminés. Le 1er août, le jour même où les candidats produiront leurs dissertations, le jury, composé de sept membres, se partagera les mémoires par parties égales pour procéder à leur examen pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre. A la fin de ce dernier mois, chacun des membres du jury fera sur les mémoires qui lui ont été confiés un *rapport écrit* contenant un jugement développé et motivé. Les mémoires ne seront pas signés par leurs auteurs et porteront une simple épigraphe.

Nomination des internes et prix des externes. Ces deux concours sont réunis en un seul réglé ainsi qu'il suit : Après avoir entendu la lecture de la composition écrite de tous les concurrens, le jury choisira un nombre d'élèves triple de celui des places d'interne vacantes ; ces élèves prendront seuls part à l'épreuve orale, et c'est en conséquence parmi eux exclusivement que seront pris les vainqueurs. Cette épreuve définitive terminée, le premier interne nommé aura le premier prix de l'externat, le deuxième le second prix et ainsi de suite. Les externes de deuxième et de troisième année seront tenus de concourir sous peine de déchéance ; ceux de première année sont libres de ne pas se présenter.

Les dispositions de ce réglement sont exécutoires à dater du 1er janvier 1843.

Nous nous bornons aujourd'hui à les faire connaître, nous proposant d'y revenir le plus prochainement possible.

— L'affaire des *autopsies* paraît n'être pas encore terminée. Le ministre, qui soutient les droits et les intérêts de la science, est en opposition directe avec le conseil-général, qui refuse d'adopter la modification demandée par le ministre tendant à ce que l'autopsie des sujets puisse être pratiquée malgré la réclamation des familles, dans les cas où elle serait exigée *dans un intérêt scientifique*.

— Le congrès scientifique de Strasbourg a donné lieu, dans la section des sciences, à quelques présentations et discussions intéressantes. On s'y est beaucoup occupé des altérations du sang et de leur influence sur toutes les maladies. Les opinions de M. Turck, de Plombières, ont été combattues par M. Forget. Le même M. Turck a lu un mémoire intitulé : *Essai sur les causes et la nature des maladies*, et s'est fait remarquer dans la discussion de cette question · Les expériences faites sur l'homme en santé peuvent-elles donner la mesure de l'action des médicamens tant simples que composés sur l'homme malade ?

M. Bertini, de Turin, a lu un mémoire sur les différentes doctrines médicales enseignées en Italie depuis le commencement du dix-neuvième siècle.

M. Vlemincks, inspecteur de santé de l'armée belge, a fait une communication sur les moyens d'arrêter la propagation de la syphilis. Il a été amené à faire cette communication par suite de la visite qu'il a faite à l'hôpital militaire de Strasbourg, où il a trouvé cent vingt vénériens en traitement. Il affirme qu'en Belgique on n'a pas l'idée d'une pareille calamité ; qu'alors que la garnison de Strasbourg, forte de près de 7,000 hommes, fournit 120 vénériens et quelquefois au-delà de 200 ; celle de Bruxelles, par exemple, forte de 4 à 5000 hommes, donne à peine une moyenne de 15 syphilitiques. Les mesures adoptées en Belgique pour extirper ou au moins restreindre la syphilis, sont les mêmes qu'en France, mais elles sont plus régulièrement exécutées.

M. Heydenreich a lu un mémoire intitulé : *Observations critiques sur la dernière édition du Codex*. Parmi les faits de détail, citons-en deux : La poudre de sulfure d'antimoine, faite d'après les indications du Codex, contient presque nécessairement une proportion notable d'arsenic. Le procédé prescrit pour la préparation du calomel fournirait nécessairement du sublimé corrosif ; mais heureusement le procédé du Codex est tellement long, difficile et dispendieux, que peu de pharmaciens seront tentés de l'employer.

Après la lecture de M. Heydenreich, suivie d'unanimes applaudissemens, la section de médecine émet le vœu qu'il soit procédé à une nouvelle révision du Codex. Elle demande qu'à l'avenir les médecins et pharmaciens de province fassent partie de la commission de révision.

Un mémoire de M. le docteur La Corbière, mémoire que notre confrère va publier, a conduit la discussion sur la phrénologie.

M. Textor a nié l'existence de la rage. M. Blin a noté que la rage ne s'observe ni en Orient, ni en Afrique. En Europe, elle n'est probablement déterminée que par la réclusion des chiens et par l'empêchement qui en résulte pour eux d'exercer leurs fonctions sexuelles.

M. le docteur Junger, de Colmar, a présenté le plan d'une nouvelle méthode pour l'étude de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique. Ce médecin considère la distribution par séries et par groupes comme le moyen général qu'emploie la nature pour organiser la vie dans tous les règnes : cette disposition doit se retrouver dans la science. M. Junger demande formellement que la médecine se rattache à l'unité universelle dont Fourier a donné la théorie.

Dans la dernière séance générale, le congrès a formulé les vœux portés par les différentes sections, parmi lesquels nous citerons les suivans :

1° Que le gouvernement veuille bien encourager plus qu'il ne l'a fait jusqu'à présent les sociétés savantes et les entreprises littéraires de la province.

2° Que, loin d'encourager l'affluence à Paris des savans les plus marquans, il cherche, au contraire, à les attacher aux académies provinciales dans lesquelles ils sont placés, soit en augmentant leur traitement, soit en leur accordant des distinctions honorables.

3° Que les facultés isolées de la France soient réunies en un certain nombre de grands établissemens scientifiques, académies complètes, foyers de lumières qui seraient répartis dans les diverses circonscriptions de la France.

4° Que les villes qui, par cette mesure, perdraient les facultés dont elles sont dotées, reçoivent en compensation des établissemens propres à répandre les lumières et entretenir la vie intellectuelle dans les classes instruites (des espèces d'Athénées).

5° Que par de sages modifications apportées aux réglemens universitaires, les facultés des diverses Académies soient rapprochées les unes des autres, pour former ensemble de véritables corps littéraires (universités, *respublicæ litterariæ*).

6° Qu'affranchies de réglemens trop minutieux, ces grandes Académies soient mises en état de développer une vie plus libre.

7° Que la comptabilité universitaire soit détachée de nouveau de la comptabilité générale du royaume et rendue à l'Université.

8° Que la jeunesse de chaque circonscription universitaire soit astreinte à faire une certaine partie de ses études dans l'Académie de sa circonscription, libre de les compléter dans celle qui lui inspirera le plus de confiance.

— On vient de dresser une statistique des individus plus ou moins affectés de déviations de l'épine dorsale. Il résulte de cette statistique en lignes courbes, qu'il y a dans la capitale 708 bossus du sexe masculin. Les femmes parviennent plus facilement à dissimuler cette infirmité.

— On dit que M. Dumas se met sur les rangs pour la place vacante dans la section de chimie et de physique à l'Académie de médecine.

Voilà, certes, une de ces bonnes fortunes auxquelles elle n'est pas habituée.

PARSI. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 27 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 128, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 octobre. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté

— *M. Lisfranc* fait hommage à l'Académie du second volume de sa Clinique chirurgicale.

— *M. Briquet*, médecin de l'hôpital Cochin, adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il annonce des résultats très avantageux qu'il a obtenus de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire. Il communiquera prochainement un travail détaillé sur ce sujet.

— *M. Chervin* se plaint de ce qu'on ne lui a pas accordé la parole dans la précédente séance, pour répondre à la lettre de M. Bertulus.

M. Londe appuie M. Chervin dans sa juste réclamation.

M. Chervin aura la parole immédiatement après la discussion sur la ténotomie.

Séance du 18 octobre.

Ténotomie des fléchisseurs de la main et des doigts.

— *M. Jules Guérin.* M. Bouvier a fait, dans la dernière séance une communication relative à la section des tendons fléchisseurs de la main et des doigts. Avant d'examiner cette communication, je ferai, si l'Académie le permet, quelques remarques préliminaires ayant pour but, et, j'espère, pour résultat, de fixer le caractère de cette discussion et d'élever une question toute personnelle, en apparence, à une question de doctrine et de principe.

La ténotomie, vous le savez, a fait de nos jours de très rapides progrès. Pendant deux cents ans stationnaire et bornée à deux ou trois tendons, elle s'est étendue à tous. Beaucoup de chirurgiens ont contribué à ce développement, mais sous l'inspiration de vues théoriques différentes. Deux doctrines sont ici en présence : l'une admet en principe que toutes les difformités articulaires du squelette sont le produit d'une seule et unique cause, la rétraction musculaire, et ne constitue que le même fait développé seulement par les circonstances de siége et autres. Dès-lors, dans cette doctrine, la ténotomie n'est qu'une conclusion rationnelle, un corollaire aussi général que les prémisses étiologiques. Elle suit la rétraction partout où elle se montre, et la pratique est exactement parallèle à la théorie. La seconde doctrine ne veut pas de principe général : pour elle, il y a presque autant de causes différentes de difformités qu'il y a de brisures du squelette. La ténotomie n'est alors qu'un moyen nécessaire et accidentel de vaincre un obstacle qui se présente, elle nie la généralité de son indication ; elle veut une méthode particulière pour chaque cas ; et tandis que pour l'une les insuccès ne sont que des occasions et des motifs d'adapter ses procédés généraux aux difficultés accidentelles résultant des circonstances de siége ou de degré de l'affection, la seconde s'arrête devant ces difficultés et déclare qu'il faut s'abstenir. Chacune de ces manières de voir peut avoir ses avantages et ses inconvéniens. M. Bouvier paraît surtout préoccupé des dangers de la première : je suis plus frappé, moi, des tendances exagérées de la seconde ; et c'est pour les combattre que j'ai demandé la parole.

Suivant M. Bouvier, la section des tendons fléchisseurs de la main et des doigts est une méthode au moins inutile, car elle aurait pour effet inévitable la perte du mouvement par suite de la non-réunion des adhérences des bouts divisés ; il apporte en preuve des expériences sur les chiens : elles sont au nombre de quatre. Tantôt il a coupé les tendons superposés ou profonds au poignet, tantôt au métacarpe, tantôt au niveau des secondes phalanges. Dans tous les cas, hors un seul, il a vu soit la fusion des cicatrices, soit des adhérences aux parties voisines, soit la non-réunion des bouts, et, par suite, la perte du mouvement.

Pendant que M. Bouvier expérimentait ainsi sur des *animaux sains*, j'opérais de mon côté sur l'homme, et j'arrivais à des résultats tout opposés. J'ai consigné dans un mémoire que j'offre à l'Académie, le détail de mes opérations. En voici le simple résumé numérique :

1° J'ai divisé au poignet 9 fois le grand palmaire, 5 fois le petit palmaire, 8 fois le cubital antérieur, et j'ai obtenu dans chaque cas la réunion avec conservation du mouvement et sans adhérences ;

2° J'ai divisé trois fois le fléchisseur propre du pouce ; deux fois réussite complète ; insuccès une fois par suite de la rupture de la cicatrice ;

3° J'ai divisé 2 fois le fléchisseur superficiel des doigts au poignet ; réunion, et mouvement isolé de chaque tendon ;

4° 3 fois section du long fléchisseur du pouce au niveau de la deuxième phalange ; succès complet dans deux cas ; dans le troisième, non-réunion, amenée probablement par le défaut de vitalité de la partie qui était paralysée ;

5° Sur 16 sections du fléchisseur superficiel dans la paume de la main, treize fois le fléchisseur profond ayant été respecté, la réunion a eu lieu sans adhérences et avec conservation des mouvemens ; trois fois le profond ayant été coupé involontairement, des adhérences ont aboli le mouvement de la phalangette correspondante, mais les autres mouvemens des doigts ont été en partie conservés ;

6° J'ai fait 4 sections des tendons superficiels au niveau de la première phalange ; deux fois réunion, mais avec des adhérences qui ont presque aboli le mouvement ; deux fois sans réunion aucune ;

7° Enfin, j'ai fait 11 sections du fléchisseur profond, au niveau des phalangènes ; six fois réunion, dont quatre avec mouvement presque normal, et deux avec mouvement borné ; cinq fois pas de réunion et perte de mouvement.

Tels sont mes résultats ; je les livre à la vérification et à la critique ; mais il ne me suffit pas de les énoncer, je crois utile de rechercher maintenant pourquoi mes opérations et les expériences de M. Bouvier ont eu des conséquences si opposées. Je remarquerai toutefois en passant que l'opinion de notre honorable confrère a varié plus d'une fois sur ce point de pratique : il n'a d'abord proscrit l'opération qu'au niveau des phalanges ; plus tard il n'en a plus voulu à la paume de la main, où il l'admettait d'abord, et la restreignait au poignet, et aujourd'hui enfin il n'en veut plus, même au poignet ni sur aucun autre point. Voyons si cette troisième édition de ses convictions a plus de chances de durée que les premières.

Les expériences de M. Bouvier ont été faites d'un point de vue systématique ; il a moins voulu s'éclairer sur la possibilité de la réussite de l'opération sur l'homme, que trouver un argument négatif. Cette préoccupation l'a empêché de voir la différence qu'il y a entre des opérations faites sur les tendons d'un animal sain, et sur ceux de l'homme atteint de difformité, et il s'est hâté de conclure d'un cas particulier, observé seulement sur les animaux, à tous les cas observés ou à observer sur l'homme, et cette conclusion n'est pas légitime. Mais quoi qu'il en soit de la valeur de son raisonnement en général, examinons en particulier comment il a procédé : le commentaire de la méthode qu'il a choisie pourra nous mettre sur la voie de celle qui a réussi. Commençons par le poignet.

Si je comprends bien les opérations de M. Bouvier, et c'est d'ailleurs ce qu'il faut conclure de leur résultat invariable, il comprend dans ses sections les tendons et leurs gaines, le tissu cellulaire et les petits vaisseaux voisins, et l'effet inévitable de cette plaie commune et profonde est la fusion des cicatrices, leur adhérence entre elles et même aux os. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en opérant dans d'autres conditions et avec d'autres procédés le résultat diffère également. D'abord j'opère sur des muscles rétractés, c'est-à-dire tendus, raccourcis et isolés. J'augmente cettte tension et par suite cet isolement, en provoquant leur contraction volontaire. Ainsi tendus, ces tendons se détachent des parties voisines, ce qui facilite leur section nette, distincte et isolée. Pour les diviser, je procède en pressant plutôt qu'en sciant, à travers une petite ouverture de la gaine. Enfin, je fais mes sections à des hauteurs différentes. M. Bouvier ne se place pas dans ces conditions, et il ne peut pas même s'y placer. Sur le chien, en effet, les tendons ne sont pas raccourcis, et ne peuvent être tendus qu'en renversant les articulations, et si on ne les tend pas, il faut les couper relâchés, c'est-à-dire en sciant, et léser par conséquent tous les tissus environnans jusqu'à l'os. Si on veut les tendre, on ne le peut qu'en les appliquant sur les plans correspondans ; partant, point d'isolement, point de relief, et nécessité de tout diviser pour arriver à leur section complète. En coupant à des hauteurs différentes, on ne s'expose pas, comme l'objecte M. Bouvier, à rencontrer des filets charnus qui exposeraient à une section incomplète, car le muscle rétracté passe à l'état fibreux, comme je l'ai démontré par des observations sans nombre. Par tous ces motifs les expériences sur les chiens sont, par leurs conditions et leurs procédés, toutes différentes de celles que j'ai pratiquées sur l'homme.

Quant aux tendons de la main, j'avoue qu'il y a plus de difficultés, qu'on opère soit au niveau du métacarpe, soit au niveau des phalanges. Ici l'observation clinique paraîtrait d'accord avec les expériences sur les animaux, et on invoque les insuccès de quelques chirurgiens. Examinons.

MM. Stromeyer et Dieffenbach ont coupé, chacun deux fois au moins, les tendons de la main. J'ai moi-même fait récemment cette opération sur un professeur de chirurgie de Saint-Pétersbourg ; et dans tous ces cas le résultat a paru être le même, c'est-à-dire négatif. Plus tard, MM. Hipp. Larrey et Bonnet de Lyon ont également échoué. Mais ces faits négatifs ne peuvent rien quand il y a des faits positifs, et j'en ai plusieurs. Le cas même de M. Dubowitscky, défiguré dans quelques relations, en offrirait un exemple ; car il est constant que trois et huit jours après l'opération, le mouvement des doigts et des phalanges était rétabli, ainsi qu'ont pu le constater plusieurs chirurgiens et notamment M. Amussat, et s'il s'est aboli postérieurement, je dois l'attribuer à une rupture de cicatrices par suite d'efforts trop brusques de redressement. Au reste, sur le même sujet, le succès de la section des muscles fléchisseurs de la main a été complet.

Nos observations sur les tendons du poignet s'appliquent aux sections des tendons dans la paume de la main, telles que les a pratiquées et a dû les pratiquer M. Bouvier ; point de rétraction, pas de tension ; impossibilité de division nette, complète et isolée, et, comme conséquence obligée, section des deux ordres de tendons, et finalement fusion des cicatrices et adhérences.

M. Guérin explique ici en détail les précautions à prendre pour diviser avec toutes les chances de réussite, dans la paume de la main, soit le fléchisseur superficiel seul, soit simultanément les fléchisseurs superficiel et profond, et montre que la possibilité d'obtenir la réunion et la cicatrisation isolée d'un de ces tendons, sans adhérences avec le tendon sur lequel il glisse, est prouvée par une des expériences même de M. Bouvier, dans laquelle le fléchisseur superficiel ayant été coupé

FEUILLETON.

CRITIQUE MÉDICALE.

De la bronchite capillaire; par M. FOUCART. (Thèse de Paris.) 1842. — In-4°.

La littérature médicale est peu riche sur ce sujet, non pas qu'on n'ait beaucoup écrit sur la bronchite capillaire, mais ce qui manque surtout, ce sont les matériaux de toute bonne monographie, des observations bien recueillies. Le travail que j'ai sous les yeux mérite examen sous ce rapport, car il contient sept observations fort détaillées dont quatre sont suivies d'autopsie, chose rare et précieuse en pareille matière. C'est d'après les faits observés par lui que M. Foucart a tracé l'histoire générale de cette maladie, histoire dont je vais présenter l'analyse.

Définition et historique. La bronchite capillaire est l'inflammation de la muqueuse bronchique qui occupe une partie des grosses bronches et s'étend jusque dans les dernières ramifications. Tantôt bornée à une portion des poumons, bronchite capillaire partielle, elle occupe d'autres fois la presque totalité des poumons ; c'est alors la bronchite capillaire générale.

Ce n'est que depuis Laënnec, qui lui avait donné le nom de catarrhe suffocant, que le siége de cette maladie a pu être fixé avec précision. Les descriptions de Sydenham, de Boerhaave, de Stoll, de Huxham, de Sauvages, de Cullen, etc., etc., qui lui avaient donné des dénominations diverses, tout en prouvant que cette maladie n'avait pas échappé à ces observateurs, sont trop incomplètes, privés qu'ils étaient des lumières de l'auscultation, pour que la pratique en puisse retirer quelque fruit. Depuis Laënnec même, la science est à peu près muette sur ce point, car elle ne possède qu'un seul fait dépouillé de tout commentaire et de toute réflexion.

Anatomie pathologique. — En résumant les faits connus et surtout les trois observations suivies d'autopsie rapportées dans ce travail, on peut établir ainsi, d'après M. Foucart, l'anatomie pathologique de la bronchite capillaire :

Poumon. — Considéré à l'extérieur, le poumon présente une coloration rouge plus ou moins foncée, presque lie de vin parfois, tirant sur le violacé et même sur le noir, mais parsemé toujours, soit de plaques d'un rouge plus clair, variables par leur grandeur et leur nombre, soit d'un pointillé vermeil tout à fait particulier et qui ne se trouve que dans cette affection. Plus pesant qu'à l'état normal, moins que dans la pneumonie, il surnage facilement quand on en coupe une tranche que l'on projette dans l'eau. Son tissu paraît compacte, imperméable, résistant au doigt qui le presse et qui perçoit un sentiment de crépitation moins prononcé qu'à l'état normal. Incisé, on voit que dans les points où l'inflammation est encore peu éloignée de son début, le poumon est infiltré d'un liquide d'un rouge dont la teinte peut varier du rose au vermeil, et même au violet foncé, lie de vin ; liquide constitué principalement par une petite quantité de sang mêlée à une quantité plus considérable de mucus bronchique, dont la sécrétion est augmentée. La maladie ayant fait des progrès, les incisions ne laissent pas écouler aussi facilement le liquide contenu dans les poumons, et qui a changé de nature. On distingue à la surface des incisions des taches nombreuses et des stries, les unes très fines, les autres plus larges, taches et stries d'un rouge plus vif que le reste du parenchyme pulmonaire. Ce n'est plus alors un liquide rouge et sanguinolent qui s'écoule par la pression, mais un mucus épais, jaune visqueux, purulent, moins fluide que le pus phlegmoneux, s'écoulant par gouttelettes arrondies, et tranchant d'une manière bien nette sur la coloration violacée précédemment décrite du parenchyme pulmonaire.

Muqueuse bronchique. — Les traces que la maladie y a laissées sont générales ou partielles. Fendues dans toute leur longueur, les bronches ne commencent guère à présenter de la rougeur qu'à partir de la fin de la trachée-artère, ou des premières divisions des bronches. De là cette rouge s'étend dans les petites ramifications, où elle devient de plus en plus intense, conservant cependant une teinte plutôt vermeille que violacée. Jamais, dans la bronchite capillaire, l'injection ne s'étend au tissu du poumon : l'inflammation reste isolée au milieu du parenchyme, et bornée pour chaque capillaire à la membrane muqueuse, qui, lorsque l'inflammation a duré pendant un certain temps, s'épaissit sensiblement.

Les produits de la sécrétion de la muqueuse sont modifiés par l'époque, la durée et l'intensité de l'inflammation. Au commencement, c'est une simple hypersécrétion des liquides. Quand l'inflammation fait des progrès, il peut arriver que la sécrétion s'arrête tout-à-coup pour reparaître un peu plus tard, mais avec d'autres caractères ; c'est alors un liquide rarement sanguinolent, mais spumeux, légèrement verdâtre, mêlé de stries jaunâtres, opaques, s'épaississant de plus en plus, tirant sur la coloration jaune et devenant enfin tout à fait purulent. Jamais la tunique fibro-cartilagineuse des bronches, même dans les inflammations les plus violentes de la muqueuse, n'offre de traces d'inflammation. Quant aux ganglions bronchiques, tout à fait au commencement ou même un peu plus tard, dans les cas de bronchite franchement aiguë, ils ne présentent rien à considérer. Mais dans la bronchite subaiguë, les ganglions se tuméfient d'une manière assez sensible pour être facilement aperçus. Dans les bronchites chroniques, ils se tuméfient, s'indurent d'abord et se ramollissent à la façon des tubercules.

Altérations secondaires.— Dans les trois observations suivies d'autopsie les cavités du cœur contenaient des concrétions sanguines. Dans une il y avait endocardite.

Symptomatologie. — Je ne suivrai pas M. Foucart dans les détails nombreux qu'il a consignés dans ce chapitre : il me suffira d'indiquer les plus saillans.

Un des caractères les plus remarquables de la bronchite capillaire généralisée est la dyspnée qui peut être portée à son summum d'intensité. Sur un des malades dont M. Foucart rapporte l'observation, on a compté 60 inspirations par minute. Ce phénomène s'explique d'ailleurs très bien et par la présence dans les bronches d'une sécrétion visqueuse, épaisse, purulente, et par l'épaississement de la muqueuse bronchique. « Un des caractères, dit-il, de la dyspnée qui s'observe dans la bronchite capillaire intense, c'est que la respiration est haute, anxiée ; il semble que le malade fasse, par de grandes dilatations thoraciques, tous ses efforts pour que l'air force le passage qui lui est fermé par les causes mécaniques que nous avons indiquées. Dans la pleuro-pneumonie ou la pleurésie, au contraire, la dyspnée étant en partie causée par la douleur pleurétique, le malade ne peut faire que de très petites inspirations qu'il répète fréquemment, mais sans chercher à les rendre profondes, les mouvemens musculaires du thorax provoquant des douleurs lancinantes insupportables. »

M. Foucart résume ainsi les signes que fournit la percussion : trois cas peuvent se présenter : 1° au début, et si la bronchite n'est pas extrêmement intense, la percussion donne la résonnance normale ; 2° si la bronchite devient plus intense, que l'hypersécrétion de la muqueuse bronchique empêche l'air d'arriver en suffisante quantité dans les vésicules bronchiques, il pourra y avoir une légère modification dans la résonnance, et matité plus ou moins complète ; 3° si, enfin, la présence d'un crachat dans une ramification bronchique, ou dans une bronche d'un certain calibre déjà diminuée par le gonflement inflammatoire de la muqueuse, vient à intercepter subitement le passage à l'air qui a pénétré dans le poumon et l'emprisonner dans un ou plusieurs lobes, alors la percussion donne de la résonnance comme dans l'emphysème pulmonaire ; il s'est produit un emphysème partiel et momentané.

Le paragraphe consacré aux signes fournis par l'auscultation est très complet ; s'il n'ajoute rien aux connaissances déjà acquises sur ce sujet, il les résume du moins avec la plus grande exactitude. Je citerai néanmoins ce passage dans lequel la différence entre le râle muqueux de la bronchite et le râle crépitant de la pneumonie me semble très clairement établie : « Le râle crépitant offre des bulles toujours à peu près du même volume et dont le caractère est la sécheresse, tandis que le râle muqueux peut offrir des bulles de volume bien différent et dont le caractère principal est d'être humide ; de plus, et ce caractère est de la plus haute importance, le râle crépitant ne se fait entendre que dans l'inspiration, tandis que le râle muqueux se fait

au poignet, les *tendons divisés n'étaient point adhérens au fléchisseur profond dont le jeu était resté libre.* Eh bien, ajoute M. Guérin, ce que M. Bouvier n'a fait qu'une fois et par hasard, il faut le faire toujours, et par principe; le résultat étant démontré possible par le fait, il ne reste qu'à en déterminer les conditions et à ériger l'observation de ces conditions en règles, et c'est ce que j'ai fait. J'ai alors une méthode et des principes, et lorsque je ne réussis pas, ce n'est pas la méthode que j'accuse, ni la nature, mais ma maladresse ou ma négligence.

Je ne m'étendrai pas long-temps, continue M. Guérin, sur la section des fléchisseurs profonds au niveau des secondes phalanges. Les expériences de M. Bouvier ayant été faites sur des chiens dans les mêmes conditions que les autres, les effets qu'il a obtenus s'expliquent de la même manière. Je conviens que cette opération est la plus délicate et la plus difficile de toutes, mais en procédant comme je l'ai dit, on peut obtenir des résultats satisfaisans. J'ai fait moi-même quatre fois cette section sans adhérences appréciables, et M. Bouvier lui-même a aussi, dans une expérience, constaté que les deux bouts du fléchisseur profond flottaient dans leur gaîne, non réunis, mais *exempts de toute adhérence.* Ici encore l'instrument de M. Bouvier a produit accidentellement un résultat dont nous avons cherché à généraliser la condition.

Après avoir expliqué les circonstances qui peuvent amener le défaut de réunion des tendons du fléchisseur profond divisé au niveau des deuxièmes phalanges, et qu'il attribue au trop grand écartement des bouts, et les moyens de prévenir cet inconvénient, M. Guérin termine par les conclusions suivantes :

1° La section sous-cutanée des grands et petits palmaires, du cubital antérieur, du fléchisseur propre du pouce, du fléchisseur commun des doigts, pratiquée au poignet à différentes hauteurs, constitue une ressource utile et presque toujours efficace pour remédier aux difformités produites par la rétraction de ces muscles, tout en permettant de conserver leur mouvement collectif et isolé.

2° La section sous-cutanée du fléchisseur superficiel dans la paume de la main, du fléchisseur profond, au niveau des deuxièmes phalanges, n'est pas moins indiquée dans le cas de flexion permanente des doigts et des phalanges. Cette opération n'entraîne pas nécessairement la perte du mouvement.

3° Ces conclusions, appuyées sur des considérations anatomiques et physiologiques, et justifiées par des faits cliniques, ne peuvent être infirmées par des expériences sur les animaux sains, parce que ces dernières ne sont ni dans les conditions où la ténotomie est appliquée à l'homme, ni dans celles où cette méthode peut être appliquée régulièrement.

M. Bouvier. Afin de ménager les momens de l'Académie, je ne suivrai pas M. Guérin dans des généralités étrangères à la question que j'ai soulevée, celle de la section des fléchisseurs des doigts. Je dirai seulement que je n'accepte nullement sa distinction de deux doctrines sur la ténotomie, l'une *rationnelle*, l'autre *empyrique*. Je nie qu'avant et depuis Stromeyer, une classe de ténotomistes n'aient *divisé les tendons que comme des obstacles au redressement des parties*, en rejetant les *inspirations étiologiques*, ainsi que toute espèce de raisonnement, et en agissant, pour ainsi dire, comme des manœuvres, sans systématiser les faits.

Il est inexact de dire que j'aie voulu, dans mes expériences, obtenir tel ou tel résultat, que je les aie faites en conséquence, avec des idées préconçues; ce qui tendrait à faire croire que mes opinions ont été dictées par la prévention. M. Guérin s'est complu à compter ce qu'il nomme les *éditions* de ma manière de voir, qui, en effet, a dû varier successivement à mesure que j'ai été éclairé par les faits. Cela seul montrerait que c'est sans opinion arrêtée d'avance, sans prévention aucune, que j'ai expérimenté, et il serait à souhaiter que, dans la question qui nous occupe, d'autres que moi voulussent avouer de même leurs erreurs.

Je dois encore présenter une observation avant d'examiner les argumens qui m'ont été opposés : c'est qu'une partie de ces argumens étaient inutiles. Ce sont ceux qui établissent la possibilité d'une cicatrisation isolée et de la conservation du mouvement des muscles grand, petit palmaires et cubital antérieur chez l'homme. J'ai formellement admis ce fait (1), me gardant bien de conclure, comme on vous l'a dit, rigoureusement du chien à l'homme, mais tenant compte des différences qui existent entre l'un et l'autre. J'ai signalé dans cette appréciation la nécessité de la section isolée des tendons, de l'intégrité d'une couche suffisante de tissu cellulaire, pour leur réunion isolée; principe que M. Guérin vous a présenté, je ne sais pourquoi, comme une de ses créations.

Ainsi je n'aurai à répondre qu'aux objections relatives à la section des seuls fléchisseurs des doigts à la main et vis-à-vis les phalanges; car je n'ai point rejeté d'une manière absolue la section du sublimé à l'avant-bras, et celle du profond n'a pas été pratiquée, que je sache, dans cette région.

M. Guérin a opposé à mes conclusions sur l'abolition du mouvement de flexion des doigts par la section de leurs fléchisseurs une énumération des opérations de ce genre qu'il a pratiquées. D'après son dire, tantôt les mouvemens des doigts ont été perdus, tantôt ils sont restés intacts. Les faits du premier genre confirment mes assertions, de même que ceux de MM. Stromeyer, Dieffenbach, Phillips et Bonnet, dont je parlerai tout à l'heure. Restent les faits du second ordre, d'après lesquels il faudrait modifier mes conclusions. Mais M. Guérin n'apporte aucune preuve de la réalité de ces faits. Des observateurs estimables avaient aussi annoncé de pareils succès, qui, vus de près, se sont changés en revers. Je m'étonne qu'en face de pièces anatomiques, qu'en présence des exemples déjà nombreux d'insuccès bien constaté, auxquels il faut encore joindre ceux qu'avoue M. Guérin, il se borne, pour combattre une opinion appuyée sur de telles bases, à un relevé numérique d'opérations dont le résultat est trop vaguement indiqué pour montrer clairement qu'elles aient été faites à l'avantage des malades. Un seul fait établi par des preuves irrécusables eût eu plus de poids dans la discussion qu'une pareille liste.

Les faits négatifs sont, au contraire, revêtus de tous les caractères d'authenticité désirables. L'Académie me permettra de lui en présenter une courte analyse.

M. Guérin a cité des cas opérés par MM. Stromeyer et Dieffenbach; mais il ne paraît en avoir eu connaissance que par le peu de mots qu'en a dits M. Doubowitski.

M. Bouvier donne communication des observations publiées par MM. Stromeyer et Dieffenbach. Il cite également les faits recueillis par MM. Phillips et Bonnet de Lyon. Il se dispose à répondre aux raisonnemens de M. Guérin sur les conditions que celui-ci croit propres à assurer la rescision des tendons de la main, et la conservation des mouvemens. Mais l'heure étant trop avancée, la suite de son argumentation est remise à la prochaine séance.

Il est cinq heures, la séance est levée.

Séance du 25 octobre.

M. Bouvier rappelle qu'il a établi dans la séance précédente, que la seule question qu'il ait soulevée et qu'il ait cru devoir résoudre négativement, est celle-ci :

« La section des fléchisseurs des doigts, à la main et sur les phalanges, peut elle être pratiquée avec espoir de conserver leurs mouvemens? »

Ayant déjà examiné cette question au point de vue des faits qui existent dans la science, M. Bouvier passe à l'examen des raisonnemens par lesquels M. Guérin a cherché à prouver que ni les expériences sur les animaux, ni l'insuccès des sections faites chez l'homme par divers chirurgiens, ne pouvaient être opposés à la doctrine qui conseille ces opérations.

Suivant M. Guérin, dit-il, mes expériences sur les animaux ne peuvent s'appliquer à l'homme, parce que les tendons ne sont, sur les chiens, ni raccourcis, ni tendus, ni isolés par leur soulèvement, comme dans le cas de difformité. La preuve que mes sections sur les animaux sont parfaitement comparables aux sections faites chez l'homme en ce qui concerne les fléchisseurs des doigts divisés à la main, c'est que le résultat a été identique dans mes expériences et dans des opérations faites chez l'homme par MM. Stromeyer, Dieffenbach, Larrey fils, Phillips, Bonnet, et par M. Guérin lui-même.

M. Guérin s'est longuement étendu sur la différence des sections pratiquées, au poignet, sur le chien et l'homme. J'ai déjà fait voir que j'avais admis cette différence, et je n'aurais rien à opposer à des assertions que j'ai moi-même émises, si je ne devais relever, en passant, une opinion qui n'est point justifiée par mes propres recherches. M. Guérin a avancé que les muscles rétractés deviennent fibreux, que la partie tendineuse s'étend aux dépens de la partie charnue. J'affirme que je n'ai rien vu de semblable; j'ai vu les muscles rétractés s'atrophier à la longue, leurs fibres pâlir et disparaître en partie. Mais les tendons, loin de *s'étendre*, participent à cette atrophie et deviennent constamment plus grêles et plus minces. Seulement les parties fibreuses disparaissant moins vite, sont *relativement* prédominantes. Mais ce n'est pas là une transformation des muscles en tissus fibreux.

Le défaut de réunion ou les adhérences des tendons dans mes expériences, ont été attribués, par M. Guérin, au procédé que j'ai suivi en les divisant, et à l'omission de quelques soins consécutifs. Des causes semblables expliqueraient encore, suivant lui, les revers observés chez l'homme. Les succès qu'il annonce seraient l'effet du procédé particulier qu'il emploie. Je ne puis voir, quant à moi, aucune différence entre les procédés de ténotomie usités et ceux qui vous ont été exposés dans la dernière séance.

Profiter de la saillie du tendon pour reconnaître sa situation ; augmenter ou déterminer sa tension pour mieux s'assurer de sa position précise, porter le ténotome à la surface même du tendon, le diviser en épargnant le plus possible les parties qui l'environnent, en appuyant sur lui l'instrument avec ou sans un léger mouvement de scie selon les cas ; enfin s'arrêter et ne pas étendre la section au-delà dès que le tendon a cédé : ce sont là des règles universelles, suivies par tous ceux qui ont divisé les tendons des doigts et des orteils, aussi bien que par M. Guérin lui-même. Il est donc impossible de reconnaître à son procédé le privilége de prévenir la perte du mouvement des doigts, puisqu'il ne diffère en rien du procédé des chirurgiens qui ont obtenu ce résultat fâcheux.

Ce n'est pas non plus à une prétendue impossibilité d'exécuter ce procédé sur les chiens, à cause du relâchement de leurs tendons, qu'il faut attribuer le résultat semblable qui a eu lieu dans mes expériences; car la résistance des animaux et leurs contractions musculaires produisent une tension suffisante des tendons au moment où on veut les diviser.

La section des fléchisseurs superficiel et profond dans un lieu différent, savoir, sur la première phalange ou dans la paume de la main pour le sublimé, et sur la deuxième phalange pour le profond, est sans doute un moyen d'éviter les adhérences osseuses que j'ai observées après la section simultanée du sublimé et du profond dans la paume de la main. Mais cette modification ne garantit nullement contre les adhérences du sublimé divisé au profond resté intact, parce qu'il n'existe pas entre ces deux tendons étroitement accolés, une couche de tissu cellulaire assez épaisse pour isoler le travail réparateur et l'empêcher de s'étendre à la gaîne du tendon intact. Une pareille couche existe entre ces muscles à l'avant-bras, et voilà pourquoi, dans une de mes expériences, le sublimé, coupé à l'avant-bras, n'a pas contracté d'adhérence avec le profond; mais cela ne prouve pas qu'il doive en être de même à la main, parce que l'organisation n'y est pas la même.

Dans ce même mode d'opérer, le profond divisé sur la deuxième phalange, peut, comme on l'a vu dans une de mes expériences, devenir adhérent au sublime resté intact dans ce point. Si cette adhérence n'a pas eu lieu après la section du profond faite sur un autre doigt, cela ne tient pas à la différence du procédé, il a été le même dans les deux cas; cela dépend uniquement de ce que ce dernier a été suivi de moins d'inflammation et de l'absence totale de production fibreuse nouvelle.

M. Guérin a supposé que le défaut de réunion du profond, dans la dernière expérience que je viens de rappeler, avait été produit par un excès d'écartement des bouts tendineux dépendant des contractions musculaires de l'animal, et qu'on éviterait cet inconvénient chez l'homme, en ne redressant pas trop promptement les doigts et en invitant l'opéré à ne point contracter ses muscles. Mais l'écartement n'est guère que d'un centimètre sur l'animal que j'ai opéré, et il est difficile qu'il soit moindre dans le cas de contracture, où le muscle éprouve, au moment de la section, un retrait violent en rapport avec la distension qu'on lui a fait subir, et où le redressement du doigt augmente encore l'éloignement du bout inférieur. On ne voit pas, en général, après les sections de tendons, les contractions musculaires écarter les bouts consécutivement à l'opération, hors le cas de spasme involontaire, auquel l'homme n'échapperait pas plus que le chien. Celui-ci d'ailleurs meut fort peu les doigts, surtout lorsqu'il est retenu par la douleur et la sensibilité du membre après la section, et l'on voit, en somme, que celui sur lequel j'ai expérimenté n'était pas, sous ce rapport, dans des conditions pires que les opérés dirigés par les soins les plus attentifs. Le conseil de ne pas écarter trop promptement les bouts est bon sans doute; mais les opérateurs n'ont pas toujours négligé de le suivre, et cela n'a pas empêché la non-réunion du profond.

Au reste, je ne nie pas la possibilité de la réunion dans certains cas ; mais alors le tendon sera adhérent à sa gaîne et au tendon du sublime ou à l'os, parce que ces parties sont trop rapprochées ; la synoviale trop disposée à s'enflammer pour qu'il y ait cicatrisation isolée de la gaîne et du tendon, et conservation de la cavité synoviale.

Quelque soin que vous preniez, vous ne pouvez donc pas sortir de cette alternative, après la section des fléchisseurs des doigts à la main : ou défaut de réunion, ou réunion avec adhérence, et, dans les deux cas, perte ou diminution notable des mouvemens.

Si l'on pouvait encore douter de la similitude des résultats que promettent les procédés de M. Guérin avec les résultats obtenus par d'autres chirurgiens chez l'homme, et par moi-même sur les animaux, il me suffirait de rappeler l'issue malheureuse de la section des fléchisseurs des doigts chez notre confrère M. Doubovitski (1). C'est là un simple échec, pourra dire M. Guérin, il ne détruit pas les cas d'opérations semblables. Soit ; mais nous connaissons l'échec, et les succès nous sont encore inconnus. Il est d'ailleurs évident que, si, en effet, M. Guérin prouve la réalité de quelques succès qu'il aurait obtenus, il faudra bien attribuer ces succès à des causes particulières qui ne seraient point inhérentes à ses procédés, puisque ceux-ci, appliqués par lui-même, ont échoué comme ceux des autres chirurgiens.

Je ne puis admettre avec M. Guérin, que l'action du fléchisseur profond d'abord, puis du sublimé, ait été rétablie chez M. Doubovitski, le troisième et le huitième jour après la section de chacun de ces muscles, ni que la perte consécutive du mouvement ait été le résultat de la rupture des cicatrices par des efforts de redressement pratiqués par M. Doubovitski lui-même. Le professeur de Saint-Pétersbourg, qui a noté avec un grand soin toutes les remarques qu'il a faites sur lui-même après chacune des opérations qu'il a subies, ne fait nulle mention des mouvemens dont parle M. Guérin, et on ne peut supposer qu'il eût omis à quatre reprises différentes, un fait de cette importance. Il répond d'ailleurs lui-même, comme il suit, à cette allégation :

« M. Guérin, voyant que plusieurs tendons coupés ne s'étaient pas soudés dans la main, a cru pouvoir rapporter cet accident à des manœuvres intempestives, par lesquelles j'aurais déchiré la substance intermédiaire, qui commençait à se faire ; *non, je n'ai pas déchiré cette substance, car elle ne s'était jamais formée.* Il y a plus, les mouvemens que je faisais, si j'en faisais encore, n'étaient rien en comparaison des tractions et des extensions que M. Guérin exerçait lui-même quelques jours après l'opération, etc. »

« Je dis donc, ajoute plus bas l'auteur, que s'il y avait eu déchirure de la substance intermédiaire, certes elle aurait été faite plutôt par ces fortes tractions, que par quelques légers mouvemens que j'aurais pu exécuter moi-même. Mais il n'en est rien ; il n'y avait aucune déchirure ; la substance intermédiaire ne s'est pas du tout formée jusqu'à présent. »

Ces expressions sont trop formelles pour qu'on puisse hésiter entre les deux versions.

Les détails consignés dans l'intéressant mémoire du chirurgien russe, s'accordent de tout point avec mes propres assertions ; aussi a-t-il été amené à des conclusions semblables à celles que j'ai présentées.

En présence de pareils faits, après les résultats que j'ai obtenus sur les animaux et chez l'homme dans la section des fléchisseurs des orteils ; en l'absence de faits contraires suffisamment avérés, je ne puis pas ne pas persister à rejeter, dans la majorité des cas, la section des

(1) Voyez la *Gazette des Hôpitaux* du 6 octobre, p. 558.

(1) Mémoire sur la section sous-cutanée des muscles des doigts, par P. Doubovitski, dans les Annales de chirurgie française et étrangère, t. Ier, 1841.

entendre pendant l'inspiration et l'expiration. »

Les symptômes généraux sont parfaitement décrits, mais ne présentent rien de particulier à signaler, si ce n'est le résultat des observations de M. Foucart sur le sang tiré de la veine, qu'il a toujours trouvé très riche en fibrine, présentant un caillot ferme et consistant, et la couenne inflammatoire très développée.

Etiologie. — M. Foucart reconnaît avec modestie n'avoir rien à ajouter à ce qui est généralement admis sur les causes de la bronchite ordinaire et capillaire. Il croit que le plus souvent, pour ne pas dire toujours, elle se développe sous l'influence d'un brusque abaissement de température par lequel a été saisi le sujet au moment où il se trouvait dans un état de chaleur et de sueur produit par une cause quelconque ; que le froid humide est une cause de bronchite plus fréquente que le froid sec ; que l'inspiration de gaz irritans, à laquelle plusieurs pathologistes font jouer un rôle important, est une cause moins fréquente qu'ils ne le pensent, et qu'elle produit plus souvent la laryngite que la bronchite ; qu'il en est de même de l'influence d'un air chargé de substances pulvérulentes. Il passe en revue l'influence du sexe, de l'âge, des tempéramens, des maladies (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde) dans lesquelles la bronchite capillaire se présente comme complication souvent redoutable. Pour la fièvre typhoïde, il s'explique la fréquence de cette complication, contrairement aux idées du docteur Stokes, par ce fait, savoir, que le sang étant attiré plus liquide, plus ténu, il y a dans le tissu pulmonaire, plus communément que dans les autres tissus, une congestion par défaut de consistance suffisante du fluide sanguin, congestion qui provoque le développement de la bronchite capillaire.

Complications. — La bronchite tantôt est la maladie principale à laquelle viennent s'ajouter d'autres affections, tantôt elle ne survient elle-même que comme complication d'une autre maladie antérieurement développée. De là deux divisions très naturelles dans ce chapitre qui a été traité avec beaucoup de soin.

Diagnostic différentiel. — Un examen comparatif des signes de la pneumonie, de l'emphysème, de l'œdème du poumon et de la phthisie, avec ceux de la bronchite capillaire rend difficile toute erreur de diagnostic. Cet examen est très bien fait, mais n'apprendrait rien aux praticiens exercés qui lisent ce journal.

Parmi les *terminaisons* de la bronchite capillaire, son passage à l'état chronique fournit à M. Foucart l'occasion de développer son opinion sur l'influence de cette terminaison sur la production de la phthisie pulmonaire, influence qu'il adopte, qu'il soutient par les raisons déjà si souvent émises, et auxquelles il ne me semble pas qu'il ait ajouté plus de puissance. Il en est de même de la terminaison par emphysème pulmonaire à l'occasion de laquelle il combat les opinions de M. Louis, ce qui revient à dire que M. Foucart soutient l'influence de la bronchite capillaire sur le développement de cette maladie.

Quant au *pronostic*, « nous croyons, dit-il, que la bronchite capillaire aiguë généralisée est une maladie, je ne dirai pas seulement aussi grave, mais très souvent beaucoup plus grave que la péripneumonie aiguë franche, en ce sens qu'elle présente, outre la terminaison fatale de l'état aigu, des terminaisons chroniques fréquentes que ne présente pas la pneumonie. »

Traitement. — Pendant la première et la seconde période de la bronchite capillaire, émissions sanguines selon la formule de M. Bouillaud. Cependant, pour cette maladie, M. Foucart fait observer que la moyenne du sang tiré est généralement un peu moindre que dans la pneumonie, que, de plus, les saignées locales ont été proportionnellement plus nombreuses que dans cette dernière maladie, et que l'on a été obligé d'y insister plus longuement et avec plus de persévérance que dans la pleuro-pneumonie. Pour peu que la bronchite soit intense et qu'elle dure depuis long-temps, les révulsifs extérieurs deviennent indispensables, et dans tous les cas les boissons émollientes et adoncissantes doivent être prescrites.

Je me suis étendu peut-être un peu longuement sur l'analyse du travail de M. Foucart; j'aurais quelques bonnes raisons à alléguer : la première est l'importance du sujet qui ne me paraît pas avoir été jamais étudié avec autant de soin que dans cette thèse. Je crois ensuite qu'il n'est pas sans utilité de montrer aux nombreux élèves de l'école de Paris que l'appui de la presse ne manquerait pas à ceux qui sortant, comme M. Foucart, de l'ornière commune, donneraient à leur dissertation inaugurale un peu d'intérêt et de distinction.

Ce n'est pas que la critique ne puisse assez largement trouver à reprendre dans le travail dont j'ai présenté l'analyse. J'en ai éloigné, avec un soin dont M. Foucart me tiendra compte, bien des propositions qu'un grand nombre de nos lecteurs ne lui pardonneraient pas ; j'ai dissimulé, autant qu'il était en moi, une ferveur tant soit peu écolière en faveur d'un maître digne d'être loué sous une forme moins enthousiaste ; j'ai fait taire un reproche tout prêt à m'échapper à l'endroit d'une omission grave, savoir : la bronchite épidémique, dont il n'est pas dit un seul mot ; mais je serais digne à mon tour de la plus vive critique, si je laissais passer sans protestation une hérésie aussi coupable que celle-ci : « Nous croyons que, hors un très petit » nombre de cas, tels que ceux d'empoisonnement, par exemple, la » médication vomitive devrait être entièrement bannie de la thérapeu- » tique. » Quelques années de pratique, et M. Foucart effacera, je le lui prédis, cette proposition de sa thèse.

Ce travail, quoi qu'il en soit, restera dans la science; c'est une monographie qui sera souvent consultée ; c'est un début heureux et honorable.

B. B.

fléchisseurs des doigts, à la main, et à lui préférer le redressement par les seuls moyens mécaniques. Je suis prêt d'ailleurs à modifier mon opinion dans ce qu'elle pourra présenter de trop absolu, d'après les faits nouveaux qui seraient produits.

M. J. Guérin. Je ne suivrai pas M. Bouvier dans tous les points qu'il a discutés; ce serait abuser des momens de l'Académie. La réplique de notre collègue n'est qu'une paraphrase de mon argumentation précédente : je m'en réfère à cette dernière pour toutes les questions de détail, d'autant plus que les raisons que j'ai données ne me paraissent nullement ébranlées par les dénégations qu'on leur a opposées. Je me bornerai donc à quelques remarques générales.

La discussion peut se résumer dans une question de fait et une question de principes. Je devrais ajouter aussi dans une question personnelle, si je voulais suivre M. Bouvier sur le terrain qu'il a choisi. Mais que l'Académie se rassure, les personnalités n'ajouteraient rien à la cause que je défends, pas plus que celles dont on s'est servi ne lui a ôté de sa valeur.

J'aborde immédiatement la question de fait. M. Bouvier a déclaré dans la dernière séance, et il vient de répéter qu'un seul fait suffirait pour le convaincre; mais il n'a pas voulu admettre comme tels les résultats numériques que j'ai énoncés. Et d'abord, l'Académie se rappellera qu'en présentant ce résumé de ma pratique, j'ai annoncé que j'avais rédigé un mémoire spécial dans lequel les faits sont rapportés avec tous les détails désirables. Mais en attendant la publication de ce travail, je suis en mesure de répondre aujourd'hui au vœu manifesté par notre collègue, et d'édifier complètement l'Académie sur ce point, sinon M. Bouvier. J'ai amené à la séance deux des sujets auxquels j'ai fait la section des tendons fléchisseurs de la main et des doigts. Ces sujets ont été traités publiquement à l'hôpital des Enfans, où ils sont restés pendant plusieurs mois. Plus de deux cents médecins français et étrangers ont constaté les difformités avant les opérations, et ont assisté aux conférences dont elles ont été l'objet.

Le premier de ces sujets est une petite fille, âgée de neuf ans, qui était affectée de flexion permanente des doigts et du pouce de la main droite, par rétraction isolée du fléchisseur superficiel et du long fléchisseur du pouce; il y avait paralysie et atrophie des autres muscles du pouce. Le même sujet était en même temps affecté de flexion permanente des deux jambes, et de deux pieds-bots; cette coïncidence ne permettait donc aucun doute sur la nature de la difformité de la main. J'ai divisé sur cette petite fille les quatre tendons des fléchisseurs superficiels dans la paume de la main, et le long fléchisseur du pouce au niveau de la première phalange. Je demande à l'Académie la permission de lui faire constater immédiatement le résultat. (On introduit les deux malades.) Vous pouvez voir que la main et les doigts de cette enfant, en se redressant, ont conservé tous leurs mouvemens; le succès a été rigoureusement complet pour tous les doigts et le pouce, à l'exception de l'articulation de la troisième phalange avec la seconde de l'indicateur. Cela tient à une particularité de l'opération qu'il importe de faire connaître. Malgré toutes mes précautions, je n'ai pu, à cause de l'indocilité du sujet, m'empêcher de diviser du même coup, contre mon principe, le tendon du fléchisseur profond et celui du fléchisseur superficiel. Le résultat a été une faible adhérence des deux tendons, et la perte du mouvement de la troisième phalange; mais, vous le remarquerez, malgré cette circonstance défavorable, le mouvement des autres phalanges et du doigt sur la main sont très bien conservés. (Le sujet remue les doigts et les phalanges les unes après les autres sous les yeux de l'assemblée, et serre fortement le doigt de M. Guérin.)

Le second sujet est une jeune fille de quatorze ans qui était atteinte d'une flexion permanente de la main, de tous les doigts, du pouce et du poignet, à un très haut degré. Cette difformité, suite de fracture de l'avant-bras, dont un pansement trop serré avait amené le sphacèle superficiel, avait été causée et entretenue par la rétraction simultanée des deux fléchisseurs et du cubital antérieur. La troisième phalange de l'indicateur manque; elle a été détachée par la gangrène. Les muscles rétractés conservaient néanmoins leur action. J'ai fait chez cette jeune fille la section du cubital antérieur au poignet, celle du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges, du superficiel dans la paume de la main, et du long fléchiseur du pouce au niveau de la première phalange. Le résultat a été le redressement de la main et des doigts, avec rétablissement du mouvement normal du poignet, des doigts et des phalanges, à l'exception des phalanges de l'indicateur, dont la phalangette manque, et sur lequel les deux fléchisseurs ont encore été divisés inopinément, au même niveau. Dans ce second cas, le résultat est encore des plus satisfaisant. Avant l'opération, le sujet ne pouvait pas se servir de sa main ni de ses doigts; aujourd'hui ils servent à presque tous les usages. (Le sujet fait mouvoir successivement tous les doigts et les phalanges.) On peut constater qu'à l'exception du mouvement des phalangettes resté un peu difficile, tous les autres mouvemens sont très bien conservés. (Plusieurs membres examinent les deux malades et font quelques réserves sur le degré de mobilité des troisièmes phalanges.)

M. Bouvier. Il est impossible de s'assurer de cette manière de l'état des malades. Puisque tout le monde ne paraît pas d'accord sur le degré de mobilité des phalanges, ne pourrait-on, si M. Guérin ne s'y oppose pas, renvoyer l'examen de ces faits à une commission? Pour mon compte, je remercie M. Guérin de nous avoir présenté ces deux faits.

M. Guérin. Je n'accepte pas la proposition de M. Bouvier. Les faits que je mets sous les yeux de l'Académie peuvent être constatés et appréciés immédiatement par tout le monde. Je suis prêt à donner à l'Académie tous les renseignemens qu'elle désirera, mais à elle seule, et non à une commission dont je n'accepte ni l'examen, ni le contrôle. Il n'est pas nécessaire de recourir à une commission pour s'assurer qu'il ne s'agit pas ici de non-réunion des tendons, ni d'adhérences qui ont frappé le membre et les doigts d'impotence. Tout le monde peut voir que les sujets se servent très bien de leur main et de leurs doigts. Je laisse à de plus difficiles le soin d'épiloguer sur la plus ou moins grande perfection et délicatesse des mouvemens.

La question de fait étant ainsi résolue, je ne crois pas devoir entrer dans beaucoup de détails sur la question de principe. Ce que j'ai dit dans la précédente séance me suffit. Je me bornerai à répéter que ce sont bien mes principes qui m'ont conduit aux résultats que j'ai obtenus, et je n'ajouterai que deux mots sur le point historique de la discussion. On vous a parlé des essais tentés infructueusement par MM. Stromeyer, Dieffenbach, et on a affirmé néanmoins que les principes de ces opérateurs ne diffèrent pas des miens. C'est un moyen, après avoir très bien établi l'insuccès de leurs tentatives, de leur conserver le mérite des succès qu'ils n'ont pas obtenus. Eh bien, je maintiens que leurs principes diffèrent autant des miens que leurs résultats. Il ne me sera pas difficile, j'espère, d'établir que je puis conserver la priorité sous l'un comme sous l'autre rapport. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire leurs observations. Non-seulement il n'y est pas question de principes, mais les indications sont si vagues et souvent si contradictoires, qu'on ne sait, dans la plupart des cas, quels tendons ont été coupés, où on les a coupés, et comment ils l'ont été. — Je n'ai pas autre chose à ajouter; l'expérience fera le reste.

M. Velpeau. Abstraction faite de toute question de personne, le sujet qui occupe actuellement l'Académie est digne de fixer toute l'attention des praticiens. MM. Guérin et Bouvier nous ont expliqués chacun les motifs de leur opinion; et, si je ne me trompe, j'espère démontrer en peu de mots que chacune de ces deux opinions exclusives est plus ou moins éloignée de la réalité.

Je répondrai tout d'abord à M. Guérin, que je ne comprends pas très bien la distinction qu'il a voulu établir entre deux doctrines qu'il a signalées. Il me semble que depuis que la ténotomie a pris droit de domicile dans la science, les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération y ont toujours été conduits par des idées rationnelles; en d'autres termes, la rétraction musculaire était connue bien avant que M. Guérin se fût occupé de ténotomie. Il me serait facile de fournir les preuves de ce que j'avance, mais je ne veux pas abuser des momens de l'Académie; d'ailleurs, tout cela est parfaitement bien connu de tous les chirurgiens qui se sont mis au courant de cette question.

Je ne comprends pas non plus les prétentions de M. Guérin sur la priorité qu'il s'est donnée, dans la précédente séance, touchant certains principes qui font actuellement la base des opérations de ténotomie. Tout ce qu'a avancé à cet égard M. Guérin est parfaitement connu des chirurgiens; on en trouvera tous les élémens dans mon Traité de médecine opératoire.

Cela dit, j'arrive à la question spéciale qui nous occupe.

S'il fallait en croire M. Bouvier, la section des fléchisseurs de la main et des doigts serait une opération pour le moins inutile. M. Guérin, de son côté, soutient une opinion diamétralement opposée. — Or, pour tout praticien éclairé, il y a évidemment de l'exagération dans les deux camps.

Pour examiner cette question sous un point de vue vraiment chirurgical, il est nécessaire de la diviser. Pour ma part, voici ce que ma propre expérience me permet ne dire. La section des tendons que je viens de mentionner doit être étudiée au poignet, à la paume de la main et aux doigts. Or, l'explication du plus ou moins de chances de réussite dans ces trois cas, est donnée d'une manière tout à fait satisfaisante par la connaissance de l'anatomie chirurgicale de ces trois régions. En effet, comment s'opère la réunion des deux bouts d'un tendon divisé? Je sais bien que plusieurs opinions ont été émises sur cette question; je sais aussi que chacune d'elles compte des partisans éclairés; cependant je crois que des faits nombreux prouvent que c'est aux dépens du tissu cellulaire voisin que s'organise la substance qui doit servir plus tard de point de réunion entre les bouts divisés. Cela étant, qui ne voit qu'au poignet la section des tendons pourra s'opérer à peu près aussi bien que dans une autre région du corps; qui ne voit, en outre, qu'à la paume de la main cela sera encore possible, toutefois avec moins de chances de succès. Pour ma part, je dois dire que j'ai obtenu des résultats plus ou moins satisfaisans dans des cas de ce genre. Est-ce à dire pour cela que je préconise ces deux opérations? non sans doute; je pense qu'avant d'en venir au bistouri, il faut tenter toutes les autres ressources; mais lorsque ces ressources ont été suffisamment essayées en vain, je crois qu'on ne dévie pas des principes d'une saine chirurgie en opérant.

Reste la section des tendons des doigts. Ici, je l'avoue, je ne comprends pas aussi bien les avantages de l'opération. Là, le tendon est entouré d'une gaine et est à l'abri d'une atmosphère celluleuse qui doit fournir les élémens de sa réunion. Aussi, n'est-ce qu'avec une certaine défiance que je pratiquerais une pareille opération.

Vous le voyez, ainsi réduite à sa simple expression, la question qui nous occupe perd une grande partie de l'éclat qu'on cherche à lui donner, mais elle rentre complètement dans le domaine chirurgical dont on ne devrait jamais la faire sortir.

Quant aux deux opérés que M. Guérin vient de montrer, j'avoue que cet examen ne me paraît pas complètement satisfaisant. Je me hâte d'ajouter que je ne nie point la réalité des succès rapportés par M. Guérin; mais notre honorable confrère conviendra facilement qu'il est impossible de vérifier, séance tenante, des faits de ce genre.

Je me borne pour le moment à ces quelques remarques qui, je crois, résument parfaitement la question. Si la discussion continue, je pourrai entrer dans plus de détails.

M. le président. Plusieurs membres ont encore demandé la parole; mais, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— *M. Souberbielle* présente un jeune homme qu'il a opéré avec un plein succès de la taille par le haut appareil.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Abcès abdominal à la suite d'une chute. Difficulté du diagnostic.

Le 19 avril dernier, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Veillut (François), âgé de vingt-huit ans, menuisier. La veille, voulant aider à relever une voiture pesamment chargée, au moment où celle-ci fut redressée avec une grande vitesse, il fut violemment frappé à l'épigastre et renversé avec force sur le sol, où il se trouva un moment pressé entre les pavés et la voiture. Il put cependant se relever et regagner son logis, n'ayant éprouvé sur le moment qu'une douleur peu vive; mais peu de temps après il ressentit des coliques tellement vives, qu'elles lui arrachaient des cris; on lui pratiqua une saignée du bras dans la soirée, et on lui appliqua des sangsues.

Le lendemain, ces douleurs croissant, il se fit transporter à l'hôpital, où il nous offrit l'état suivant : figure pâle, expression de souffrance, intelligence et sens intacts, douleurs extrêmement violentes, arrachant des cris au malade, principalement ressenties à l'épigastre et un peu au-dessous de cette région, vers l'hypochondre gauche; l'abdomen est un peu tuméfié vers cette région; on n'y sent point de fluctuation, point de changement de couleur à la peau; constipation; point de vomissement. Le pouls peu fréquent, assez fort et résistant. Cataplasme émollient laudanisé.

Le 20, même état. Gomme sucrée; cataplasme.

Le 21, la douleur continuant avec la même intensité, on applique trente sangsues sur la région épigastrique, qui ont calmé un peu la douleur.

Du 21 jusqu'au 28, l'état du malade continue à être satisfaisant.

Le 29, des coliques très vives se font sentir de nouveau, accompagnées, cette fois, de diarrhée et de vomissemens. Le ventre est tendu, douloureux; on sent une fluctuation circonscrite et très profonde.

M. Robert ayant des doutes sur la nature et le siége précis de la tumeur, voulut s'éclairer de l'avis de M. Marjolin, qui partagea les mêmes doutes et ne voulut point se prononcer. Dans cette incertitude, M. Robert n'osa pas introduire un instrument tranchant. Une ponction dans de pareilles circonstances pouvait, en effet, offrir de graves dangers, non-seulement par la crainte de pénétrer dans la cavité péritonéale, mais aussi à cause de la possibilité de léser l'artère épigastrique. D'un autre côté, voyant la nécessité d'évacuer un liquide dont la présence déterminait une grande anxiété et menaçait d'un danger imminent pour les jours du malade, il se décida à recourir à l'emploi de la potasse caustique pour ouvrir cette tumeur.

Le 5 mai on fit, en conséquence, la première application de potasse caustique.

Le lendemain on fit une seconde application, après avoir soulevé l'escharre produite par l'application de la veille. La fluctuation est devenue de plus en plus évidente; la plessimétrie fait reconnaître un son mat qui s'étend à presque toute la région ombilicale, la région épigastrique et vers l'hypochondre gauche.

Rien de nouveau du 6 au 12. Le 12, la tumeur gagne en étendue, les vomissemens persistent et sont presque continus; les douleurs ont changé de siége, elles se font ressentir actuellement dans le flanc gauche; persistance de la diathèse; le pouls est toujours bon, ainsi que l'état de la peau.

Le 13, on pratique une incision au fond de l'escharre; mais la lésion d'une artériole oblige à cesser l'opération avant qu'on ait pu arriver au foyer. On fait appliquer vingt sangsues sur l'hypochondre gauche dans le but de calmer les douleurs.

Le 14, l'état du malade est très inquiétant; vomissemens continus, très grande anxiété; matité de l'abdomen plus étendue qu'à la dernière exploration; pouls toujours bon.

Le 15, même état. On se décide à plonger un bistouri à lame étroite au fond de l'escharre. Cette ponction est suivie d'un flot de sérosité d'abord sanguinolente, mais devenue bientôt un peu transparente; cependant, en masse, elle était un peu trouble et roussâtre. La quantité de liquide évacuée peut être évaluée à quatre livres.

Immédiatement après cette ponction, les douleurs intolérables qui avaient jusque-là tant tourmenté le malade, cessent complètement.

Le 16, les vomissemens se sont arrêtés; les douleurs ne sont plus renouvelées; l'abdomen est redevenu souple; il offre une sonoréité normale dans tous les points où l'on avait constaté auparavant de la matité. Les lèvres de la plaie résultant de la ponction, étaient déjà réunies; on détruit les adhérences qui les maintenaient en contact au moyen d'une sonde cannelée; il s'écoule encore après cette petite opération une petite quantité de sérosité qui peut être évaluée à une ou deux onces. Le malade éprouve un très grand soulagement, l'appétit revient.

Le 17 et jours suivans, il s'est établi, par l'ouverture qui a été pratiquée, un trajet fistuleux par lequel il sort tous les jours une assez grande quantité de sérosité purulente qui baigne le cataplasme et les pièces d'appareil.

Le 25, cessation complète de tout écoulement; plus de vomissement, de diarrhée, ni de coliques. L'abdomen est souple et affaissé. Le pouls naturel, appétit, en un mot, disparition complète de tous les symptômes.

Le malade sort le 11 juin parfaitement guéri.

Voici un cas dans lequel le diagnostic et le traitement offrent des points également intéressans à examiner. Personne n'ignore, malgré la distinction que font les auteurs entre les abcès qui ont lieu dans l'épaisseur des parois abdominales et ceux qui se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, combien le diagnostic différentiel de ces sortes d'abcès est obscur et difficile à établir. Nous n'en voulons d'autre preuve que l'hésitation de M. Marjolin en présence du cas dont il s'agit, et, entre autres exemples du même genre, celui auquel M. Marjolin fit allusion dans cette consultation pour autoriser ses doutes, et dont nous allons rappeler sommairement les principales circonstances.

Une jeune fille, âgée de dix-sept ans, était entrée à l'hôpital Necker à la suite de douleurs aiguës dans l'abdomen survenues sans cause appréciable. Voici en quels termes M. Bricheteau, dans le service duquel était cette malade, rapporte son état (Arch. gén. de méd., t. VI, 8e série) : Arrivé près de la malade le deuxième jour au matin, je lui trouvai le ventre si sensible qu'il ne pouvait supporter le contact de la main dans aucune de ses parties. La peau était d'ailleurs à peine chaude et le pouls médiocrement accéléré; il y avait des vomissemens bilieux très fréquens, beaucoup d'anxiété, mais la figure n'était pas altérée. (Sangsues sur le ventre et à l'anus; bain, lavemens, fomentations, potion avec teinture opiacée, etc.)

Même état et même médication pendant une huitaine de jours.

A cette époque, « le ventre se tendit et se ballonna presque aussitôt; la malade souffrait beaucoup, ne pouvait se mettre sur son séant, les douleurs et les vomissemens, un moment suspendus, reparurent; il survint des redoublemens de fièvre dans la journée et pendant la nuit; la fréquence du pouls s'accrut encore. La malade restait continuellement couchée sur le côté droit, elle avait deux ou trois évacuations alvines par jour, une soif vive, beaucoup de chaleur à la peau, etc. »

Cette malade, en un mot, présentait un ensemble de symptômes qu'il était difficile de ne pas prendre pour une péritonite. Ce diagnostic paraissait confirmé encore par les accidens qui suivirent. La malade était depuis quelque temps dans un état stationnaire, lorsque le quatorzième ou quinzième jour environ, en l'examinant de nouveau avec soin, on crut reconnaître une fluctuation avec une matité très étendue, ce qui donna de suite l'idée d'un épanchement. Mais douze jours plus tard, un jet de pus abondant s'élança par l'ombilic, qui depuis deux ou trois jours formait une petite tumeur saillante dans laquelle on avait senti de la fluctuation. Cette petite perforation spontanée de l'ombilic se transforma en une fistule qui, pendant sept à huit jours, donna issue à une quantité variable de pus. N'omettons pas de dire que ce pus avait tous les caractères du pus phlegmoneux, et ne ressemblait en rien à la matière séro-purulente des péritonites. Bref, à partir du moment où cet abcès se fit jour au dehors, la malade fut notablement soulagée, et son rétablissement fut complet en moins d'un mois.

Nous croyons devoir rappeler ce fait parce qu'il présente, avec celui dont nous avons tracé l'histoire, plus d'un point d'analogie dont on pourrait s'éclairer pour apprécier la conduite qu'a tenue le chirurgien dans cette circonstance, et pour

déterminer *à priori* celle qu'il serait convenable ou impossible de tenir dans des conditions semblables.

Disons tout d'abord que l'événement a de tout temps paru justifier la conduite hardie et prudente à la fois de M. Robert; je dis hardie et prudente à la fois, parce qu'il y avait quelque hardiesse, en effet, à donner issue au liquide que l'on sentait à travers les parois abdominales, alors qu'on n'avait point de certitude sur le siége de cette collection; mais la prudence a consisté dans le procédé que M. Robert a mis en usage, procédé qui paraît à tout accident grave, au moins immédiatement. Cette conduite n'était pas d'ailleurs sans précédent. Le docteur Tadini a préconisé pour le traitement des diverses espèces d'ascites et collections abdominales, une méthode de traitement consistant à établir artificiellement une fistule par laquelle s'écoule peu à peu le liquide contenu dans le péritoine, et il paraît en avoir obtenu d'heureux résultats.

Chronique et Nouvelles.

M. de Montyon a légué aux hôpitaux une somme considérable avec cette destination : « Tout individu qui aura passé cinq jours au moins dans un hôpital recevra immédiatement un franc, et ultérieurement, soit en argent, soit en secours de toute nature, les moyens de subsister pendant sa convalescence. » Quelques abus ayant été reconnus dans l'exécution de ces dispositions, l'administration sollicita et obtint du Conseil-d'état des modifications propres à les faire cesser. Il fut décidé que les secours ne seraient pas donnés à tous les malades sortant indistinctement, mais que chaque convalescent serait examiné séparément, visité à domicile et secouru selon ces besoins constatés. Conformément à cette décision, maintenant encore en vigueur, le jour même de la sortie d'un malade ou le lendemain au plus tard, un délégué de l'administration procède à sa visite et vient en rendre compte immédiatement à une commission spéciale présidée par un membre du Conseil des hospices. Des secours soit en nature, soit en argent, qui s'élèvent quelquefois jusqu'à 20, 25 et 30 francs sont sur-le-champ votés et distribués au plus tard dans deux jours.

Aujourd'hui, de nouvelles modifications sont demandées pour la distribution du fonds Montyon, modifications qui en altéreraient tellement la destination, que les volontés du testateur seraient complètement méconnues. Le conseil municipal, effrayé du nombre toujours croissant des malades, persuadé qu'un grand nombre d'individus n'entrent dans les hôpitaux qu'attirés par l'appât de la fondation Montyon, demande que les fonds qui en résultent, au lieu d'être distribués aux sortans, soient remis aux bureaux de bienfaisance qui les distribueraient à domicile aux malades.

Le conseil général des hôpitaux est actuellement saisi de cette demande

— On lit dans le *National* :

« Nous avons souvent appelé l'attention publique sur les vices de l'Administration des hôpitaux de Paris. Nous avons montré comment ces asiles du pauvre deviennent réellement le domaine de quelques prétendus philosophes dont la principale fonction est de reconnaître, sans bourse délier, les soins de leurs serviteurs vieux et jeunes.

Comme nous ne voulons être que simples narrateurs avant de passer à la critique, nous allons continuer notre exposé par le personnel des hôpitaux :

» En 1803, l'administration générale et centrale des hôpitaux se composait tout simplement de cinq membres, payés ensemble 25,000 francs ;

» Et de trente-huit employés, portiers, garçons de bureau, payés ensemble 108,600 fr.

» Si l'on comprend maintenant dans ce chiffre les frais de bureau à 200 fr. par employé, on trouve que

» La moyenne des traitemens des administrateurs était de 5,000 fr.; des employés de 2,857 fr.

» En 1842, il y a cinq membres de la commission administrative, dont le traitement est de 44,075 fr.

» Et, au lieu de 38 employés, il y en a 90, qui touchent, y compris les frais de bureau, 169,000 fr.

» La moyenne des traitemens des administrateurs est donc aujourd'hui de 8,815 fr.; des employés, de 1,878 fr.

» Quant au personnel des hôpitaux, en 1833, il y avait dans ces établissemens 2,368 employés absorbant 988,495 fr.

» En 1838, il était de 2,564 employés, et absorbait 1,150,488 fr.

» Ainsi, en cinq années de temps, il y a eu dans les hôpitaux une augmentation de 196 personnes et de 161 993 fr.

» Nous n'avons pas appris que M. de Kergorlay, chargé d'un rapport sur ces étrangetés, soit parvenu à réduire le nombre des employés, malgré les vives instances du conseil municipal, et nous pouvons certifier que, loin de diminuer, ce chiffre a encore grossi depuis 1838.

« Nous nous en tenons là pour aujourd'hui. »

— On annonce la création d'une ou de deux chaires à la Faculté de Strasbourg. Il n'y a de certain que la chaire de médecine opératoire. Les fonds en seront demandés au budget. Quant à l'autre chaire, soit de pathologie générale, soit de clinique interne, il n'y a rien de décidé, pour cette année du moins.

— Le Conseil des hôpitaux, considérant les résultats obtenus par M. Séguin qui s'est livré avec le plus grand succès à l'éducation des jeunes idiots, a décidé qu'il aurait mission expresse de continuer ses essais sur une plus grande échelle, et qu'il serait, dans cette vue, logé, nourri et indemnisé par l'administration. Un crédit spécial sera demandé pour cet objet au Conseil général du département.

— Le ministre de la guerre vient de souscrire, pour être placées dans les bibliothèques du conseil de santé et des hôpitaux militaires, aux *Annales de l'Anatomie et de la Physiologie pathologiques* que publie M. Pigné, conservateur-adjoint du Muséum Dupuytren.

PARSI. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 29 OCTOBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 129, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

MALADIES DE LA PROSTATE.

Tumeurs, gonflement, hypertrophie de la prostate. (Suite.)

Causes. — Rien ne paraît obscur comme les causes des engorgemens prostatiques. La maladie survenant d'une manière insensible, pouvant exister toute la vie sans occasionner de troubles manifestes, laisse facilement perdre de vue les circonstances qui ont pu la faire naître. Il est au moins bien difficile, quand on vient à en constater l'existence, de démontrer sans réplique qu'elle vient de telle cause plutôt que de telle autre. Voici toutefois les conjectures qui ont servi de base à l'étiologie des gonflemens chroniques de la prostate :

1° *Ages.* On n'observe presque jamais l'engorgement chronique de la prostate chez les jeunes garçons, ni même dans l'âge adulte. On admet d'un commun accord qu'elle est un apanage de la vieillesse. Cette dernière proposition est incontestable. Il n'en faudrait pas conclure cependant que les adultes et les jeunes sujets sont complètement à l'abri de ces engorgemens.

J'ai vu trois ou quatre fois sur le cadavre d'individus âgés de vingt à trente-six ans, la prostate doublée, triplée de volume et criblée de petits foyers liquides ou concrets, analogues à ceux qu'on trouve dans les ganglions lymphatiques engorgés. Ce sont là sans doute les *engorgemens scrofuleux* admis par quelques auteurs. Je n'en ai point trouvé d'exemple avant l'âge de puberté, mais cela dépend peut-être de ce que les malades au-dessous de quinze ans, n'étant point admis à la Charité, je n'ai pas été à même d'examiner assez de jeunes sujets, plutôt que de l'absence réelle du mal dans l'enfance. Les adultes dont je viens de parler ne présentaient de tubercules dans nul autre organe.

J'ai trouvé cinq ou six fois chez des hommes âgés de vingt-cinq, trente et quarante ans la prostate notablement gonflée, quoiqu'elle ne contînt aucune production étrangère appréciable dans son parenchyme. La maladie, dans ces cas, offrait tous les caractères d'une simple hypertrophie, et elle portait d'une manière assez égale sur toute l'étendue, sur toutes les régions de la glande. L'urètre, qui n'en avait éprouvé aucune déformation, aucune déviation, paraissait simplement un peu élargi dans sa portion prostatique, et un peu soulevé par son bord postérieur. Les individus qui m'ont mis à même de constater ces faits avaient tous été affectés de gonorrhée intense ou prolongée, de gonorrhées qui s'étaient compliquées d'orchite, et qui pendant leur existence avaient dû ébranler assez fortement la prostate. Aussi je ne doute point de l'existence d'un engorgement chronique chez une foule d'hommes encore jeunes, parmi ceux qui ont été pris une ou plusieurs fois de blennorrhagie. J'ajouterai même que si de pareils engorgemens restent inaperçus, ne sont point soupçonnés par la plupart des praticiens, c'est que, selon toute apparence, ils restent stationnaires, c'est que l'absence de la cause qui les a produits leur permet même de disparaître à la longue, c'est que les malades n'en sont pas assez incommodés pour y faire attention, pour en parler au chirurgien.

Si les engorgemens de la prostate forment une maladie propre aux vieillards, c'est une analogie de plus à invoquer entre les tumeurs de la prostate et les corps fibreux de la matrice ; c'est à l'âge de retour, en effet, à l'époque où la fécondité s'éteint, que les tumeurs de toutes sortes apparaissent spécialement dans l'utérus. Dire que l'accroissement de volume de la prostate chez les vieillards est un phénomène presque naturel, n'est en quelque sorte qu'un complément de l'évolution normale de la glande, serait se mettre en dehors de la stricte observation ; ceux qui ont eu cette pensée n'avaient pas fait attention que la valvule de la prostate des vieillards dépend plutôt des tumeurs qui occupent cet organe à la manière de corps étrangers que de son tissu propre.

Parmi les causes d'intumescence de la prostate, je n'hésite point à mettre la *blennorrhagie* en première ligne. Les observateurs modernes qui se sont attachés à démontrer l'insuffisance ou la non-existence de cette cause en soutenant que l'inflammation lente ou aiguë, que les irritations de l'urètre, quelles qu'elles soient, n'ont aucun rapport avec les engorgemens de la prostate, me paraissent s'en être laissé imposer par des préventions théoriques ou par des faits incomplétement observés. Tant que l'urétrite se tient en avant des pubis, elle n'a rien à faire avec les engorgemens dont je parle ; mais conçoit-on qu'elle puisse exister long-temps soit à l'état aigu, soit à l'état chronique sur le vérumontanum, ou sur les côtés de cette crête, sans que la glande qui est autour en soit affectée. Puisque la gonorrhée établie là provoque si souvent l'engorgement des testicules, est-il possible qu'elle reste sans action sur le tissu prostatique ? Le phénomène pathologique qui s'étend aux canaux éjaculateurs avant de gagner le canal déférent, peut-il se dispenser d'envahir du même coup les conduits excréteurs, les granulations, puis tout le parenchyme de la prostate ? Outre ces présomptions qui, pour moi, sont d'un grand poids, j'ai les exemples d'engorgemens prostatiques de l'âge adulte indiqués plus haut et qui avaient été précédés de chaude-pisses graves. Je me suis assuré, d'un autre côté, que la grande majorité des vieillards atteints de tumeurs de la prostate avaient été tourmentés de blennorrhagies rebelles ou intenses. Si le lien entre la cause et l'effet échappe ordinairement ici, cela ne tient-il pas à ce que, maintenu à un faible degré jusqu'à 40 ou 50 ans, le mal ne porte à s'en occuper que quand il prend une nouvelle activité, quand il redouble en quelque sorte sa marche. N'oublions pas à ce sujet que les tumeurs de la prostate forment deux catégories : celles qui constituent des corps nouveaux, des sortes de corps étrangers ; les autres, qui résultent de l'hypertrophie proprement dite des tissus naturels. Cette dernière classe trouverait sa cause, plus ou moins éloignée, dans les irritations de l'urètre ; l'autre serait étrangère à toute affection blennorrhagique, s'expliquerait par quelque exsudation de matière naturelle ou pathologique hors des voies normales. On aurait ainsi des engorgemens nés dans l'âge adulte qui augmentent pendant la vieillesse, et d'autres engorgemens qui ne débutent qu'à une période très avancée de la vie.

Professions. La plupart des auteurs se sont arrêtés à l'idée que la stase du sang veineux dans le bassin était la cause ordinaire du gonflement sénile de la prostate. Dès lors, on s'est demandé dans quelle classe d'hommes cette stase devait être le plus prononcée. On en a alors accusé l'équitation, à cause des secousses, des pressions qu'elle imprime au périnée, au bassin tout entier. Les professions sédentaires se présentent ensuite. Ainsi les cordonniers, les tailleurs qui sont presque constamment assis, les concierges, les écrivains, les hommes de bureau en général, ont paru plus exposés aux engorgemens de la prostate que les autres hommes. Sans nier absolument la justesse de ce qui a été soutenu là-dessus, je ne puis pourtant me dispenser de faire remarquer :

1° Que, *à priori*, l'équitation paraît plus propre à favoriser la circulation veineuse du pourtour de la prostate, qu'à l'entraver, et que l'observation n'a point encore démontré sans réplique que les cavaliers fussent plus souvent affectés d'engorgemens prostatiques que les hommes qui ne sont jamais allé à cheval.

2° Que parmi les pauvres qui se présentent dans les hôpitaux avec la prostate gonflée, en ce qui concerne ma propre expérience du moins, il ne se trouve pas notablement plus de cordonniers, de tailleurs ou de portiers, que de serruriers, de forgerons, d'imprimeurs ou de menuisiers. Envisagée sous ce point de vue, la question reste donc, selon nous, tout entière à élucider.

Abus de la table, excès vénériens. Cette cause me paraît mieux établie que la précédente ; il est effectivement peu de malades souffrant de la prostate qui n'aient eu une jeunesse irrégulière eu égard aux fonctions sexuelles, et qui, plus tard, n'aient abusé soit de la bonne chère, soit des liqueurs spiri-

FEUILLETON.

PÉTITION D'UNE FOLLE DE LA SALPÊTRIÈRE, A MESSIEURS LES ADMINISTRATEURS DES HOPITAUX.

J'appartiens depuis quinze ans à la division des folles incurables, c'est-à-dire à cette intéressante section pour laquelle le repos était depuis long-temps un droit acquis. Blottie dans un coin comme la marmotte, je voyais passer devant moi, dans une complète indifférence, les révolutions de ce monde. Comment se fait-il que vous ayez permis que cette paisible existence, que j'appelais mes invalides, se soit changée en un véritable enfer. Plus un moment de repos ; on nous poursuit, on nous traque pour nous apprendre à chanter, à faire de la musique, à réciter des vers, à jouer des rôles, et, lorsqu'on nous croit suffisamment éduquées, on nous fait monter sur les planches, devant toutes les célébrités de Paris, qui pouffent de rire en nous écoutant, ce qui est fort amusant pour eux, mais assurément fort peu convenable pour nous.

Je me suis demandé, en voyant ces réunions d'artistes, de savans, de journalistes, si c'étaient bien là les juges qui devaient apprécier ces nouvelles méthodes ? et je vous avouerai qu'un grand doute s'est emparé de moi. Il y a quelques années, il était de bon goût de parler sans cesse de l'amélioration des voleurs, des assassins et des mille autres victimes de protubérances ; la philantropie des bagnes serait-elle passée de mode, et jouerait-on maintenant au fou, comme on jouait alors au pauvre forçat ? S'il en était ainsi, je ne doute pas que vous, Messieurs, qui connaissez si bien la philantropie, vous ne vous empressiez de remettre les choses à leur place.

Une autre idée, injuste, déraisonnable sans doute, mais toujours suggérée par ces fâcheux antécédens, s'est présentée à mon esprit. Ne serions-nous, me suis-je dit, que les marionnettes destinées à faire la fortune d'industries particulières ? Quand on est malheureux on est défiant, et d'ailleurs les exemples ne me manqueraient pas pour justifier mes craintes.

M. Esquirol, de si regrettable mémoire, n'avait jamais voulu nous donner en spectacle ; il croyait nos malheurs trop dignes de pitié, nos émotions trop dangereuses, nos têtes trop faibles, pour nous livrer ainsi..... au public. — Il nous faisait venir dans son cabinet, causait longuement avec nous, nous encourageait, nous réprimandait, et je n'ai pas entendu dire que le nombre de celles qu'il guérissait de cette manière le cédât en rien à celui des malades qui doivent leur rétablissement aux nouvelles méthodes. Pourquoi d'ailleurs nous choisir ? Est-ce que nous serions toujours la matière dont on a dit : *experientia in animâ vili*. Personne ne s'aviserait de faire ces tentatives dans les maisons particulières, et pour cause.

Voyons maintenant comment les choses se passent : Après des répétitions nombreuses, on nous conduit dans la salle publique ; or, comme tout ici bas a sa mise en scène, nous sommes flanquées de surveillantes, d'infirmières, d'inspecteurs, d'employés, qui ne nous perdent pas de vue un seul instant, particularité complètement ignorée des spectateurs qui s'en viennent chercher une sensation nouvelle. Nous voilà rangées : nous commençons par le haut comique, c'est une scène de *Tartuffe* ou des *Femmes savantes*. Notre morceau est dit au bruit des applaudissemens de l'assemblée, mais l'effet n'est pas aussi heureux sur la compagne qui, me donnant la réplique, a pris pour elle les paroles du rôle ; les larmes coulent de ses yeux, et pendant le reste du jour, elle est plongée dans une mélancolie profonde. Après la comédie, vient la déclamation ; je débite une méditation de Lamartine, une fable de Florian, etc. ; ma tâche n'est point finie ; il me faut chanter un air, accompagner dans les chœurs, jouer de l'accordéon ; enfin, au bout de deux heures d'exercice, j'obtiens quelques momens de repos pour apprendre un nouveau rôle.

Je sais bien que ces exhibitions ne sont pas du goût de tout le monde, et j'ai surpris les regrets de quelques médecins qui confessaient tout bas, que s'il ne leur fallait pas faire comme les autres, ils aimeraient bien mieux soigner les intérêts de leurs maisons, qui souffrent de ces longues absences.

Ces représentations théâtrales sont-elles sans inconvéniens pour nous ? N'en croyez rien, Messieurs ; si vous pouviez rester à l'hospice après le spectacle, vous vous convaincriez bientôt que l'exemple de ma compagne n'est pas le seul. Ainsi vous verriez des aliénées qui pleurent, qui crient, qui s'emportent : en un mot, vous constateriez qu'un certain nombre d'entre nous sont plus agitées, plus malades, après ces exercices.

D'ailleurs, en mettant de côté les moyens, le but qu'on se propose est-il atteint ? Quoi ! l'on fait réciter des vers, chanter des opéras à de pauvres filles ou femmes d'artisans, qui, en sortant de l'hospice, au lieu des applaudissemens, des récompenses, d'un autre ordre d'idées surtout, vont se trouver de suite aux prises avec les plus tristes nécessités de la vie. Ne vaudrait-il pas beaucoup mieux nous occuper dans de vastes ateliers à tous les genres d'ouvrages auxquels la femme est propre, en rétribuant nos travaux ? Nous trouverions, en quittant la maison, une petite masse qui nous serait au moins aussi utile qu'aux pensionnaires de Poissy ou de Toulon. Les médecins et la presse médicale seraient seuls appelés à constater les guérisons ; ce qui serait infiniment préférable aux coups de tam-tam dont on fait retentir le Moniteur Parisien, le Courrier Français, le Commerce et les Revues.

Il est grand temps, Messieurs, que vous arrêtiez, dans notre intérêt, ce désir immodéré du progrès qui s'est emparé des médecins spéciaux ; on ne peut prévoir jusqu'où irait leur zèle. Ainsi, tandis que l'un veut nous guérir au moyen d'une douche résonnante, l'autre nous enlève nos illusions avec la poudre des sorciers ; un troisième propose de nous coloniser. Ce dernier projet m'a souri ; d'abord il donne un pied de nez aux chefs d'établissemens privés qui s'engraissent beaucoup trop à nos dépens, il nous débarrasse d'une nuée de surveillans fort incommodes. Avec la campagne, les champs, plus d'entraves ; on peut boire, suivre les inclinations de son cœur, et vous savez si ces deux penchans sont prononcés chez nous. Au besoin, la vie ne tient qu'à une branche d'arbre, et la vengeance est sous la main.

En attendant la réalisation de ce beau rêve, je crois, Messieurs, qu'il faudrait renoncer à Satan, à ses pompes et à ses œuvres. Si vous voulez nous faire faire quelque chose, placez-nous sous la direction de sœurs de charité qui nous donneront les élémens d'une instruction religieuse et morale, et nous feront apprendre à lire, à écrire et à calculer. Créez des classes de travail adaptées à notre intelligence et à nos besoins, augmentez les ateliers, et récompensez l'obéissance et le zèle par un fonds de réserve ; en agissant ainsi vous ferez le bien, sans bruit il est vrai, mais vous aurez l'approbation des honnêtes gens, vous épargnerez aux médecins français les railleries de la presse étrangère, entre autres celles d'un certain M. Johnson, du *Medico-chirurgical Review*, et vous acquerrez des droits éternels à notre reconnaissance.

Une folle qui a des intervalles lucides.

M. le docteur Guyon, ancien chirurgien en chef du corps d'occupation de l'Algérie, et depuis membre de la commission scientifique, vient d'être nommé à l'emploi de chirurgien en chef du corps d'occupation. M. Guyon est arrivé à Alger le 7 octobre. Il est immédiatement entré en fonction.

— On lit dans la *Gazette de France* :

« Il vient de mourir dans un village près d'Epinal, une naine dont la taille n'excédait pas un mètre. Barbe Souvay était née à Hadal en en 1758 ; elle était par conséquent âgée de 84 ans. Elle a fait en 1820, le voyage de Paris, où elle a attiré, comme phénomène, les regards du public. Cette naine avait des formes proportionnées à sa taille. Jusqu'à sa mort elle a joui d'une bonne santé. Pendant toute sa vie, sa principale occupation fut celle de filer du chanvre. — Barbe Souvay avait deux sœurs qui étaient aussi petites qu'elle, et qui sont décédées, l'une à l'âge de vingt ans, et l'autre dans sa soixante-dixième année. »

tueuses. En s'observant bien, chacun peut d'ailleurs s'apercevoir que les excès de table réagissent presque toujours d'une manière pénible sur le col de la vessie, sur le centre du périnée. Mettant nécessairement en jeu toute la trame fibreuse ou fibro-musculaire qui traverse la prostate, le coït répété outre mesure doit nécessairement troubler les fonctions de cette glande et en favoriser les maladies.

L'usage des boissons trop échauffantes, l'habitude d'un sommeil irrégulier, de ne rendre ses urines qu'à des périodes trop éloignées ou trop inégales, peuvent augmenter l'âcreté des urines, d'une part, la fatigue de la vessie, d'une autre; doivent réagir aussi sur la prostate, et provoquer quelquefois l'engorgement de cette glande. Quant à la stase du sang veineux, sur laquelle insiste tant M. Mercier (*Maladies des organes urinaires et génitaux* tome Ier, page 221 à 233), à la faiblesse des veines invoquées par le même auteur, et que les circonstances rappelées tout à l'heure détermineraient, je ne sais jusqu'à quel point on peut l'admettre comme démontrée, d'après les faits qui existent jusqu'à présent. Cette stase, que P.-E. Hame (page 182), envisage d'une autre façon, amènerait, d'après ce dernier auteur, les engorgemens de la prostate par une espèce d'apoplexie (page 190). Le sang ou la lymphe, extravasés hors de leurs vaisseaux, ou concrétés dans leurs canaux (page 185), agiraient comme corps irritant, comme stimulant de la nutrition ou de la circulation. Home donne même (page 206) une observation pour montrer comment l'hémorrhagie peut produire l'engorgement de la prostate. Les raisonnemens, les faits, les analogies établis par Home et M. Mercier, tendraient à confirmer pleinement, sous ce rapport, l'opinion que j'ai émise sur la nature des tumeurs *isolables* de la prostate. Soit à cause de la densité naturelle de ses élémens, soit à cause de l'entrecroisement du tissu musculaire, qui, comme le dit M. Vidal (page 384), n'existe dans la prostate qu'à l'état de disponibilité, soit par toute autre cause, toujours est-il que la circulation est naturellement lente, embarrassée, facile à entraver autour de la racine de l'urètre; que par suite de cette gêne la transsudation de quelques globules, de quelques parcelles de sang, de lymphe ou de matière prostatique, doit avoir lieu fréquemment, surtout à l'époque où les tissus perdent de leur souplesse, où les actions organiques tendent naturellement à se ralentir. Pour ceux qui savent toutes les transformations que le sang, la lymphe, le pus luimême, et les liquides animaux en général, peuvent subir quand ils restent épanchés au sein des tissus vivans, rien ne paraîtra plus simple que d'admettre de pareilles transsudations comme causes des tumeurs de la prostate. Ce serait, en conséquence, aux transsudations dont il s'agit que je rattacherais les tumeurs fibreuses, les tumeurs étrangères au tissu même de l'organe, les tumeurs des vieillards surtout, tandis que les hypertrophies proprement dites viendraient de quelque ancienne irritation de l'urètre.

En invoquant ce qui se passe dans la néphrite granuleuse, ou maladie de Bright, dans la décoloration du foie ou dans la cyrrhose, comme preuve des engorgemens de la prostate par l'inflammation de la stase du sang veineux, M. Mercier (page 225), qui avance d'ailleurs tout le premier (page 233), que les suppositions auxquelles il se livre pourraient bien ne pas être fondées, se sert, je crois, de faits qui ne lui sont point du tout favorables. Rien ne prouve, en effet, que les maladies du rein et du foie dont il parle, dépendent d'une congestion veineuse; puis ces maladies sont loin de constituer des hypertrophies, de véritables engorgemens. Avec ses idées de productions accidentelles, Laënnec a peut-être raison contre MM. Bouillaud, Andral, Cruveilhier, qui penchent pour l'hypertrophie. Du reste, les rétrécissemens de l'urètre, en gênant le passage des urines, sont une cause incontestable de maladies de la prostate; les tailles périnéales en font autant par un autre mécanisme. L'observation prouve, d'un autre côté, ce que la théorie avait fait présumer, savoir, que les manœuvres de la lithotritie favorisent peut-être autant que la blennorrhagie le développement des engorgemens de la prostate.

Je termine ce chapitre, en convenant que l'étiologie de l'engorgement et des tumeurs de la prostate laisse encore beaucoup à désirer.

Signes. — Naturellement indolentes, dépourvues de tout travail de décomposition, de transformations malignes, les tuméfactions de la prostate durent en général très long-temps avant de s'annoncer par aucun signe. C'est mécaniquement qu'elles causent des perturbations dans l'organisme, et non par leurs qualités morbides. Les signes du gonflement de la prostate doivent d'ailleurs être divisés en signes *physiologiques* et en signes *anatomiques*.

Signes physiologiques. Mettons d'abord hors de cause deux particularités attribuées aux maladies de la prostate. On a répété après J.-L. Petit, que chez les individus affectés d'engorgement prostatique, les matières stercorales se creusaient d'une sorte de rigole sur leur face antérieure au moment de la défécation. La véracité bien connue de J.-L. Petit ne permet pas de supposer que cet auteur ait imaginé le signe dont il s'agit. Tout indique cependant que l'observation directe n'a jamais mis à même d'en constater la réalité depuis. Pour que le cylindre stercoral fût ainsi creusé d'une rigole, il faudrait que la prostate ne fût bosselée qu'en arrière et sur la ligne médiane; il faudrait que, vis à vis de ces bosselures, les matières à expulser ne fussent pas à cinq, six et jusqu'à huit centimètres de l'anus. Puis est-il concevable que le cylindre stercoral, ainsi creusé dans le rectum, pût sortir sans s'arrondir de nouveau en traversant l'anus? D'ailleurs, des tumeurs d'un autre ordre, des tumeurs appartenant à la région antérieure, soit de l'intestin, soit de l'anus, pourraient encore bien mieux produire cette prétendue rigole que les engorgemens de la prostate. De toutes manières, c'est donc un signe à rejeter complètement du diagnostic des engorgemens prostatiques.

E. Home prétend que la *matière gluante* qui s'accumule dans le vase au fond des urines, matière épaisse, filante, adhérente comme de l'huile de lin, et qu'on observe souvent chez des personnes atteintes de maladies des voies urinaires, est un signe presque certain d'engorgement de la prostate. Revenant sur ce signe (pages 24, 115, 167) dans plusieurs passages de son livre, il a même fini par convaincre ses contemporains de la justesse de son interprétation. Il est bien démontré aujourd'hui, cependant, que les urines à *dépôt glutineux* indiquent moins une maladie de la prostate qu'un état catarrhal du basfond de la vessie. Je l'ai rencontré sur un certain nombre de malades qui, étant morts, m'ont permis de constater qu'il n'existait chez eux aucun développement anormal de la prostate. Je ne pourrais dire combien de fois j'ai vu des tuméfactions même très volumineuses, et d'espèces fort diverses de la prostate, quoique les urines rendues par les malades restassent claires, fussent au moins dépourvues du dépôt glutineux signalé par Home. Cet auteur s'en est laissé imposer, de même que ses successeurs, par l'irritation catarrhale qui finit par s'établir dans la vessie des individus travaillés d'engorgemens prostatiques. Le catarrhe vésical amenant cette sécrétion, et coïncidant ou suivant le gonflement de la prostate dans une foule de cas, a été pris pour le signe d'une affection dont il n'indique qu'une des complications ou des suites.

C'est par *un trouble dans l'émission des urines* que les tumeurs de la prostate s'annoncent, et ce n'est presque jamais que, tourmentés par ce trouble, que les sujets affectés d'engorgement prostatique viennent se plaindre au chirurgien. Aussi ce symptôme a-t-il été long-temps considéré par les médecins et encore aujourd'hui par les malades, comme la maladie elle-même.

L'embarras qui surgit alors appartient à la strangurie, à la dysurie, ou à l'ischurie. On ne soupçonne point, il est au moins très rare que l'on soupçonne, une affection chronique de la prostate sans que l'un de ces caractères de l'émission des urines se soit présenté. Mais comme la strangurie, la dysurie et l'ischurie peuvent tenir à d'autres lésions, on ne peut pas les admettre comme signes pathognomoniques, avant de les avoir soumis à un examen comparatif bien réfléchi.

Une particularité qui éclaire tout d'abord, c'est que les difficultés d'uriner qui tiennent aux engorgemens de la prostate ne se comportent ni comme celles qui dépendent de la présence d'un calcul dans la vessie, ni comme celles qui ont un rétrécissement de l'urètre pour cause, ni même comme celles qui se rattachent à une véritable paralysie de la vessie.

Chez les sujets affectés de *rétrécissement*, la dysurie s'établit insensiblement, le jet de l'urine devient de plus en plus petit, et le malade reste, à cause de cela, un temps considérable à vider sa vessie. Dans le cas de *gonflement* de la prostate, le malade a besoin d'uriner souvent; il est parfois un certain temps avant de pouvoir commencer; mais une fois parties, ses urines coulent assez abondamment, souvent d'une manière inégale, à une faible distance ou en bavant. Avant d'être pris d'ischurie, le malade a été long-temps tourmenté plus faiblement; ainsi, il éprouvait, quelques heures après avoir uriné, une tension, une chaleur inaccoutumée au col de la vessie; le premier jet de son urine était pénible, lent à partir; ce jet n'était plus raide ni lancé au loin comme autrefois; la fin de l'émission se termine incomplètement; les dernières gouttes de l'urine tombent entre les jambes, et l'urètre n'est plus vidé à sec comme dans le jeune âge.

L'*âge du malade* est une autre preuve qui trompe rarement. Si la personne est âgée de moins de quarante ans, c'est déjà une raison de croire que la difficulté d'uriner, chez elle, ne dépend pas d'une tumeur de la prostate. S'il s'agit d'un vieillard, d'un homme âgé d'au moins quarante-cinq ans, la difficulté d'uriner, si elle est récente, ne peut pas tenir à un rétrécissement de l'urètre. En effet, à part quelques exceptions rares, les rétrécissemens de l'urètre résultent d'une inflammation préalable. Or, c'est, d'une part, avant l'âge indiqué tout à l'heure que l'homme s'expose volontiers aux blennorrhagies, puis le rétrécissement de l'urètre assez fort pour troubler le cours des urines, se serait déjà laissé soupçonner auparavant à l'aide des caractères qui lui sont propres. Ainsi, homme avancé en âge et rétention d'urine récente par rétrécissement de l'urètre, sont presque incompatibles. D'un autre côté, rétention d'urine par développement chronique de la prostate et homme encore jeune, ne vont point ensemble.

Si l'embarras des urines qui tient à une maladie de la prostate peut être facilement distingué de celui que causent les rétrécissemens de l'urètre, en sera-t-il de même des difficultés que font naître les calculs dans la vessie et la paralysie de cet organe? Les calculs causent d'abord plutôt de la strangurie, de l'ardeur dans l'urètre près du gland et près de la vessie, qu'une véritable difficulté d'uriner. S'engageant momentanément à la manière d'un bouchon dans la racine de l'urètre, ils amènent parfois, comme les tumeurs pédiculées de la prostate, une rétention passagère complète pendant quelques secondes, mais se déplaçant bientôt d'eux mêmes, ils laissent ensuite l'urine couler à plein canal, et permettent quelquefois aux malades de la lancer très loin. La difficulté d'uriner des calculeux s'observe d'ailleurs à tout âge, et s'adjoint, en général, une série d'autres symptômes qui ne permettent pas de l'attribuer à une maladie de la prostate. Il est cependant juste d'avancer que dans certains cas les signes physiques doivent être invoqués pour résoudre la question.

Quant à la *paralysie*, c'est elle, elle seule en quelque sorte qu'on accusait des difficultés d'uriner, dues aux engorgemens de la prostate dans tout le cours des siècles passés et de nos jours encore, jusqu'à l'époque où l'étude des maladies des voies urinaires a pris un nouvel essor parmi nous. Aujourd'hui la paralysie de la vessie, loin d'être regardée comme fréquente, est, au contraire, rejetée en quelque sorte comme impossible par un certain nombre d'observateurs. On peut du moins affirmer que c'est un phénomène rare, et qu'il n'existe point là où on le plaçait généralement. L'incontinence des urines, l'ischurie, la distension de la vessie qu'on attribuait à l'impuissance de la vessie, s'expliquent aujourd'hui d'une toute autre manière.

Quand la prostate est gonflée, développée d'une certaine façon, la racine de l'urètre ne se ferme qu'incomplètement. Alors les urines s'y engagent malgré la volonté du malade dès qu'elles s'élèvent à une certaine hauteur dans la vessie. D'autres fois la vessie se distend d'abord de telle façon que, soit les bosselures de la prostate, soit les brides de l'urètre, empêchent l'urine d'être rendue volontairement; tandis qu'à un degré de distension plus considérable, les fibres musculaires qui se croisent à la racine de l'urètre, retirent, étalent légèrement les obstacles et permettent à une portion des urines de s'échapper par incontinence, par regorgement. Le malade urine sans le vouloir, et il ne peut uriner en faisant des efforts, parce que ces efforts tendent précisément à refouler sur l'entrée de l'urètre soit le bouchon, soit les soupapes, déterminées par le gonflement de la prostate. Loin d'être paralysée, la vessie devient au contraire de plus en plus épaisse et forte. Continuellement irritée par la présence des urines, sollicitée sans cesse à se contracter et se contractant vainement contre un obstacle qu'elle ne peut pas vaincre, elle s'hypertrophie à son tour et finit par devenir manifestement plus *musculaire* que dans son état normal. On le voit donc, ce qui a été généralement décrit sous le titre de paralysie de la vessie à l'occasion des difficultés d'uriner est un signe pathognomonique d'engorgement chronique de la prostate.

Est-ce à dire pour cela qu'il n'y a point de paralysie de la vessie? Non, sans doute. Cette paralysie s'observe chez les hémiplégiques proprement dits, pendant certaines maladies graves soit des entrailles, soit du système cérébro-spinal. On l'observe aussi dans quelques cas de maladies du bassin, soit chez l'homme, soit chez la femme, où je l'ai rencontrée un assez grand nombre de fois, comme suite de couches, comme complication de maladie de matrice, et quelquefois aussi sans que j'aie pu m'en rendre compte d'une manière satisfaisante. Mais dans tous ces cas, la paralysie est accompagnée d'un cortége d'accidens étrangers aux maladies de la prostate, et ce n'est pas la rétention d'urine ou l'incontinence qui attire la sollicitude du médecin chez les personnes qui en sont affectées.

Quand un homme qui déjà s'est aperçu de l'affaiblissement du jet de ses urines, du besoin fréquent de s'en débarrasser, se plaint tout-à-coup de ne pouvoir les rendre ou n'y parvient qu'après beaucoup d'efforts, dit qu'elles coulent goutte à goutte, à son insu, que par momens il en perd une certaine quantité, que ce qu'il en a rendu ne lui ôte point l'envie d'en expulser encore; lorsque cet homme est âgé de cinquante, soixante ans ou plus encore, on a toutes raisons de croire qu'il est affecté d'un gonflement de la prostate, et non d'un calcul, d'une paralysie de vessie, d'un rétrécissement de l'urètre. Il continue d'éprouver un pressant besoin d'uriner après y avoir cédé en apparence, ou parce qu'un simple regorgement a débarrassé la vessie du trop plein qui la fatiguait, ou bien parce que le basfond de cet organe, beaucoup plus abaissé que le bord postérieur de la prostate ne lui permet point de se vider en entier. La quantité d'urine conservée dans sa cavité continue d'entretenir sur le trigone une excitation qui maintient l'envie d'uriner, quoi qu'on vienne d'y satisfaire à l'instant.

— Dans un prochain article nous étudierons les signes anatomiques.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Observation d'ophthalmie agravée par les antiphlogistiques; guérison par l'emploi de l'aloès; par M. A. LHOMMEAU, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique ophthalmologique de la Pitié, etc.

Le 20 septembre 1842, on admit au n° 3 de la salle Saint-Philippe une femme de trente-sept ans, couturière, rue de Marivaux. Née à Paris, d'une chétive apparence, elle a été réglée à seize ans, assez mal pendant plusieurs années, mais bien depuis. Elle n'a point eu d'enfans; jamais elle n'a eu de maladies sérieuses. Cependant, depuis 1833 sa santé n'est pas parfaite, sans qu'on puisse découvrir dans ses habitudes, son régime, etc., la cause de son état. Elle éprouva d'abord de la douleur dans les jambes, puis elle vit se développer sur ces parties des taches rouges, qui s'étendirent, mais d'une manière plus discrète, à d'autres parties du corps. Un peu plus tard, les gencives devinrent douloureuses et saignantes: alors les taches pâlirent et disparurent. Quand la stomatite disparut elle-même, elle fut remplacée par des douleurs d'estomac qui firent place à leur tour à une première ophthalmie en 1836. Celle-ci dura trois semaines, pendant lesquelles la malade fut tranquille d'ailleurs. Depuis ce temps, les douleurs de jambes et les taches ont ainsi disparu et reparu tour à tour, en alternant avec d'autres affections. Il y a une huitaine de jours, elle a fait arracher une grosse molaire supérieure gauche à laquelle elle attribuait l'inflammation de ses gencives; les règles qu'elle avait dans ce moment ne furent pas modifiées, mais le lendemain l'un de ses yeux était enflammé.

A son entrée, l'œil droit seulement était enflammé, il y avait gonflement des paupières, leurs surfaces muqueuses étaient rouges et les cils collés en pinceaux; les conjonctives oculaires étaient aussi fort rouges et d'une manière assez uniforme. Cette coloration était due au développement de vaisseaux longs et grêles qui s'avançaient jusqu'à la cornée autour de laquelle la rougeur était encore plus intense, sans qu'on pût cependant dans ce point distinguer la forme d'injection dite rhumatismale. La cornée elle-même était un peu rugueuse en dehors, mais saine dans le reste de son étendue. La coloration et les mouvemens de l'iris n'étaient point altérés. La vision était parfaite; on n'observait qu'une légère photophobie et fort peu de larmoiement. La sécrétion muqueuse était peu abondante. La malade ne souffrait pas au moment de la visite, mais la nuit le sommeil avait été empêché par des douleurs qui revenaient

par accès et qui se faisaient sentir pendant une demi-heure environ chaque fois.

En explorant les jambes, on y découvrit quelques taches de purpura, quelques papules de prurigo mêlées de squammes furfuraces ; il y avait aussi des taches hémorrhagiques sur les cuisses et les membres supérieurs, mais moins abondantes sur ces parties que sur les premières où cependant elles avaient beaucoup diminué depuis l'invasion de l'ophthalmie. La cavité buccale de cette femme était aussi en mauvais état, et quoiqu'elle n'en souffrît pas actuellement, les gencives étaient d'un rouge livide et gonflées, et les dents noires, mal rangées et en partie déchaussées. Cependant on lui fit le 21 une saignée de trois palettes.

Le 22, le sérum était abondant ; le caillot ferme, mais sans couenne. La malade avait dormi, mais elle accusait dans l'œil une douleur plus vive que la veille ; la photophobie et le larmoiement étaient plus marqués ; l'œil restait complètement fermé. Cependant la rougeur de la conjonctive paraissait moins intense ; les inégalités de la cornée étaient devenues des ulcérations superficielles ; l'ophthalmie avait gagné l'autre œil ; de ce côté aussi les paupières étaient un peu gonflées ; leur face muqueuse rougie ; la conjonctivite oculaire injectée semblait voiler une teinte rouge plus profonde. Un bain entier fut ordonné.

Le 23, il n'y avait pas de changement, seulement à gauche quelques vaisseaux de la conjonctive empiétaient un peu sur la cornée, principalement en dehors, où l'on avait déjà constaté des exulcérations. Celles-ci étaient superficielles, irrégulières, à fond transparent, sauf dans quelques points, où il y avait une légère suffusion opaline. La vision conservait sa netteté. On commença l'instillation d'un collyre composé de nitrate d'argent 0,20 pour 30 grammes d'eau distillée. Quoique le malade ait beaucoup souffert du collyre, il y avait de l'amélioration le 24 au matin : on continua la médication locale et on commença l'usage de pilules aloétiques.

Le 28, on n'avait pas cessé les applications de collyres deux fois par jour, ni les pilules d'aloès qui produisaient une selle et demie liquide chaque jour. La malade s'était livrée à l'exercice des membres inférieurs dans le but, disait-elle, d'y rappeler les douleurs et l'éruption, et de guérir son ophthalmie ; mais elle n'avait obtenu aucun de ces résultats. A droite, on voyait un léger cercle gris autour de la cornée, ressemblant au cercle sénile. A gauche, quelques vaisseaux se prolongeaient encore jusqu'aux ulcérations ; la rougeur était toujours fort vive, la photophobie assez intense, mais le larmoiement presque nul et la vision parfaite. La même médication fut continuée ; on augmenta la dose d'aloès. La malade montra la plaie de sa saignée qui n'était pas cicatrisée ; en déchirant une lame mince d'épiderme, on fit sortir une cuillerée à café de pus.

Le 3 octobre, il n'y avait pas d'amélioration bien marquée ; la rougeur était toujours vive, quoique peu distincte autour de la cornée. On cessa l'usage du collyre.

Le 4, il y avait beaucoup moins de rougeur. La malade se plaignait un peu des gencives.

Le 8, la douleur des gencives avait disparu, et les yeux étaient revenus à leur état normal, sauf une légère exulcération, ou peut-être une facette en dehors et en bas du côté gauche. Depuis long-temps les taches scorbutiques avaient complétement disparu. La malade sortit de l'hôpital, et cinq jours après la guérison paraissait solide.

— Cette observation est intéressante à plus d'un titre, et mérite d'être examinée sous les rapports de l'étiologie, des symptômes et du traitement.

L'ophthalmie qui en fait le sujet paraissait liée à l'état général de la malade, et il serait difficile de méconnaître l'espèce d'oscillation ou de solidarité qui s'est montrée entre l'état pathologique de l'œil et de divers autres organes. L'invasion a coïncidé avec une rémission des phénomènes scorbutiques, et l'amélioration, rebelle au traitement, s'est montrée en même temps qu'une recrudescence de la douleur dans un organe habituellement malade chez cette femme. Quant à sa nature, elle est fort complexe, et il serait difficile de lui trouver naturellement une place même dans le cadre des ophthalmies combinées.

Malgré la constitution de la malade, ce n'était pas une ophthalmie scorbutique proprement dite, on ne retrouvait pas là ces taches, ces ecchymoses, ces épanchemens de sang, etc., dont parlent les auteurs, et d'ailleurs ces lésions sont incompatibles sans doute avec l'état phlegmasique que nous avons noté. Ce n'était pas non plus une ophthalmie rhumatismale ; si elle s'en rapprochait par plusieurs caractères objectifs et pathologiques, elle s'en éloignait surtout par sa marche, par l'absence des conditions rhumatismales de la malade, si l'on peut s'exprimer ainsi, enfin par le résultat du traitement.

On a vu, sous l'influence de la saignée, une recrudescence marquée de l'inflammation dans l'œil affecté et son extension à l'œil sain. Pendant le reste du temps, la part de la thérapeutique dans la guérison pourrait bien avoir été fort minime. L'amélioration a coïncidé avec la cessation d'une médication locale très énergique, pendant laquelle la maladie ne s'était aggravée ni guérie ; ce serait donc à la médication dérivative exercée sur le gros intestin par l'aloès qu'il faudrait attribuer la guérison, car la constitution elle-même n'a pas été modifiée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 octobre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Mateucci réclame l'ouverture de la lettre qui suit, déposée le 21 février 1842. — Qu'on prépare une grenouille à la manière ordinaire, et ensuite qu'on prépare une autre grenouille très vive de manière à n'avoir qu'une jambe seule avec un long filet nerveux. Il faut poser ce filet sur les cuisses de la première grenouille. Si on fait passer le courant électrique par les nerfs de la première grenouille de manière qu'elle se contracte, on voit aussi se contracter la jambe de l'autre. Si on enlève les nerfs de la première de manière que la contraction cesse, malgré le passage du courant il n'y a plus de contractions dans la jambe posée sous les corps stimulans qui produisent la contraction et déterminent la contraction dans la jambe posée. Tous ces phénomènes ont été observés avec toutes les précautions.

Une lame d'or empêche la contraction ou bien la communication des contractions, en l'interposant contre la cuisse et les nerfs. — Du papier ne l'empêche pas. — Sur les animaux *idem*.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* adresse la lettre suivante : J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie un instrument destiné à pratiquer l'opération de la pupille artificielle, plus régulièrement et plus sûrement, je crois, que l'on ne peut la faire avec les moyens actuellement mis en usage. Dans le procédé généralement usité, on fait une incision à la cornée ; par cette ouverture, on introduit des petites pinces qui vont saisir l'iris en amenant au dehors une portion que l'on résèque avec des ciseaux. Cette manœuvre a le double inconvénient de faire une pupille très irrégulière et d'exposer à décoller le pourtour de cette membrane, d'où résulte un trouble dans la vision et parfois la perte totale de la vue. Jusqu'ici on n'était pas parvenu à faire à l'iris une ouverture régulière avec perte de substance (condition essentielle pour le succès de l'opération), en agissant dans la chambre antérieure. L'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie remplit ces deux conditions, et j'apprends qu'il a été appliqué avec succès en Allemagne, par plusieurs chirurgiens au nombre desquels on m'a cité M. Jellasech.

— *M. Civiale* lit un mémoire intitulé : Remarques sur la cautérisation de l'urètre, dont voici les conclusions :

En résumant ce que je viens de dire sur l'emploi du caustique dans l'urètre comme moyen de détruire les rétrécissemens, on voit :

1° Que cette méthode est fort ancienne, qu'elle a présenté de nombreuses variétés quant aux agens employés et quant à la manière de les mettre en usage, et qu'à différentes époques elle a joui d'une vogue dont on ne se rend pas raison, parce qu'en définitive, elle n'a jamais produit les effets qui lui ont été attribués, soit qu'on ait agi d'avant en arrière, soit que l'action ait été dirigée de dedans en dehors.

2° Que par suite de péripéties propres à tous les procédés aventureux cette vogue a fait place à un discrédit complet, en France d'abord, en Angleterre ensuite ; et que cependant, remise en vigueur parmi nous, elle y trouve un patronage puissant, des défenseurs qui la vantent à outrance. Si l'on examine les faits sur lesquels on s'appuie, on les trouve incomplets, inexacts, tenant du merveilleux, placés, pour la plupart, en dehors de ce que comportent les lois de la logique et les bornes d'une observation sévère, et ne supportant ni l'examen ni la discussion.

3° Que les auteurs ne sont pas plus d'accord entre eux sur le mode d'action du caustique que sur la manière de procéder à son application ; que si les anciens et les Anglais, en cautérisant d'avant en arrière, ne savaient ni ce qu'ils détruisaient, ni ce qu'il fallait respecter, les modernes partisans de cette méthode, en cautérisant de dedans en dehors, ne procèdent pas avec plus de certitude ; que le porte-caustique et la sonde à cautériser, au lieu de donner plus de précision à cette pratique, ne font qu'ajouter aux inconvéniens et aux dangers de la cautérisation envisagée d'une manière générale.

4° Qu'on ne s'est pas entendu sur les cas dans lesquels la cautérisation pouvait être utile et ceux dans lesquels il fallait s'en abstenir ; qu'on a fait de la cautérisation une panacée universelle contre les coarctions urétrales, sans songer qu'une méthode est entachée d'erreur par cela seul qu'on en généralise l'emploi.

J'ai démontré :

1° Que les sondes exploratrices, d'après lesquelles on s'est exclusivement guidé dans l'application du caustique, ne fournissent que des données inexactes ou insuffisantes ; par conséquent on a procédé en aveugle à la cautérisation.

2° Que les instrumens appelés porte-caustique et sonde à cautériser étaient impropres à pénétrer dans les rétrécissemens avancés, et qu'au lieu de cautériser le point rétréci de dedans en dehors, comme on l'avait pensé, en agissant d'avant en arrière ; que très souvent même le porte-nitrate ne sortant pas de son conducteur, le caustique est dissous dans l'instrument, et se mêle ensuite aux mucosités urétrales, sans exercer d'action médicatrice, ce qui explique pourquoi on a pu faire un très grand nombre de cautérisations sur les mêmes individus sans résultat salutaire ou malfaisant.

3° Que l'azotate d'argent employé contre les rétrécissemens urétraux n'agissait pas spécialement par sa vertu escharotique, comme on le pense généralement. Les faits que j'ai cités à cet égard ne laissent pas le moindre doute.

4° Que les moyens d'exploration, à l'aide desquels on a essayé de constater la lésion pathologique qu'il s'agissait de détruire et de déterminer les effets de la cautérisation, sont généralement infidèles, et souvent impraticables, que de l'aveu même des partisans du caustique, ces moyens conduisent souvent à l'erreur. Or, procéder comme on l'a fait, à l'application de la cautérisation urétrale d'après les seules données fournies par ces moyens, c'est laisser entrevoir le peu de confiance que méritent les faits annoncés.

— *M. Dumas*, à l'occasion du mémoire de M. de Romanet sur les fromageries suisses, demande à l'Académie la permission de l'entretenir de quelques recherches qu'il se propose de lui communiquer incessamment, tant en son nom qu'en celui de M. Payen, tendant à prouver que toutes les matières grasses des animaux proviennent des plantes et de la nourriture de ces animaux qui se les assimilent en nature ou légèrement modifiées. M. Liebig, qui a adopté une opinion opposée, s'exprime de la manière suivante dans un ouvrage récent :

« Aujourd'hui les relations entre les alimens et le but qu'ils ont à remplir dans l'économie, nous paraissent autrement claires depuis que la chimie organique les a examinées par la méthode de quantitation.

» Une oie maigre, pesant quatre livres, augmente de cinq livres dans l'espace de trente-six jours, pendant lesquels on lui donne, pour l'engraisser, vingt-quatre livres de maïs. Au bout de ce temps on peut en extraire trois livres et demie de graisse. Il est évident que la graisse n'est pas trouvée toute formée dans la nourriture ; car celle-ci ne renferme pas un millième de graisse ou de matière semblable. »

L'autorité de M. Liebig est si grande que je crois devoir dire ici que nous avions cherché depuis assez long-temps, M. Payen et moi, de nous rendre compte du pouvoir engraisseur du maïs. Les agriculteurs savaient déjà qu'un boisseau de maïs, pesant probablement dix à onze kilogrammes, fournit un litre d'huile.

Des expériences précises nous ont appris que le maïs renferme, en effet, 9 pour 100 d'une huile jaune dont j'ai l'honneur de mettre une centaine de grammes sous les yeux de l'Académie.

Ainsi, en mangeant vingt-quatre livres de maïs, une oie mange, en effet, deux livres et demie de matière grasse. Il n'est pas étonnant qu'elle en puisse fournir trois livres et demie, en tenant compte de ce qu'elle contenait déjà.

Le foin renferme, quand on le prend dans la botte, tel que les animaux le mangent, à peu près deux pour cent de matières grasses.

Nous ferons voir que le bœuf à l'engrais et la vache laitière, fournissent toujours moins de matières grasses que leurs alimens n'en contiennent. Pour la vache laitière toutefois, le beurre représente à bien peu de chose près, les matières grasses de l'alimentation, au moins en ce qui concerne les alimens que nous avons déjà étudiés.

Dans notre opinion, les faits agricoles et l'analyse chimique s'accorderaient à prouver que la vache laitière constitue le moyen le plus exact et le plus économique pour extraire des pâturages les matières azotées et les matières grasses qu'ils contiennent.

Correspondance.

Le Dr Desruelles à M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux, *à l'occasion de la lettre de M. Ricord.*

Mon très honoré confrère.

En écrivant à M. le docteur Baumès une lettre que vous avez insérée dans votre estimable journal, mon intention était de discuter avec cet habile médecin quelques points de l'histoire de la syphilis.

M. Ricord, que je n'ai pas nommé, a cru que je l'attaquais, que je voulais sans doute abaisser son génie au niveau de mon infériorité ; son amour-propre s'est révolté, et alors mettant en usage toutes les gentillesses de son esprit et le charme du bon goût qui le distingue, il a parlé de mes Lettres sur les maladies vénériennes avec les graces dédaigneuses et le choix d'expressions dont il sait si habilement se servir quand il écrit. Quel est donc mon crime ? J'ai osé, moi, observateur infidèle, écrivain médiocre et praticien de peu de savoir-faire, j'ai osé n'être pas de l'avis de l'illustre maître en fait d'inoculation, et ne pas croire à la réalité du virus vénérien. Mais j'ai payé cher mon audace, j'ai été obligé de lire un long sermon, et je le méritais bien. Cependant, j'ai le malheur de ne céder qu'aux bonnes raisons exprimées en bons termes, de garder les convenances même avec ceux qui les oublient ; et si une seconde homélie de M. Ricord n'est ni plus convaincante, ni plus courtoise que la première, je crois bien, pécheur endurci, mourir dans l'impénitence finale.

J'ai contracté l'habitude de rapporter, autant que possible, les faits quels qu'ils soient à la pratique, et d'être positif à l'endroit des principes et des méthodes de traitement. Ainsi, dans ma lettre à M. Baumès, j'ai dit que l'inoculation avait fait son temps, qu'elle était inutile pour le diagnostic, pour la pratique, et qu'elle constituait une épreuve condamnée par la morale. M. Ricord sait mieux que personne que je n'ai répété que ce que l'on dit depuis long-temps. Est-ce ma faute si l'inoculation ne peut ni donner positivement le caractère vénérien, ni indiquer d'une manière précise le traitement auquel on doit soumettre les malades ?

J'ai dit que les partisans du virus ne pouvaient démontrer matériellement l'existence de cet être fictif autrement que par les effets qu'on lui attribue. Suis-je coupable de l'impuissance où l'on se trouve de prouver une supposition *à priori* autrement que par une supposition *à posteriori* ?

J'ai ajouté que ne croyant pas à l'existence du virus, je ne pouvais en suivre les traces dans les vaisseaux, dans le sang, dans les humeurs. Cette dernière proposition n'est-elle pas la conséquence naturelle de la première ?

J'ai douté de la présence d'ulcères primitifs dans la profondeur du canal de l'urètre chez un homme quelconque atteint de blennorrhagie. M. Baumès a victorieusement combattu cette hypothèse, fort commode sans doute pour faire cadrer l'observation avec l'inoculation. Suis-je responsable de la répugnance des faits à prêter leur appui au système de l'inoculation ?

Enfin, j'ai parlé des dangers du suintement urétral, et, d'accord avec MM. Lallemantd, Baumès et un grand nombre de médecins, je soutiens mon dire, parce que le témoignage des faits, appuyé de l'opinion d'hommes chers à la science, est à mes yeux plus évident que n'est fondée à ce sujet la dénégation de M. Ricord.

J'avais demandé à M. Baumès qu'il dissipât mes doutes, qu'il éclairât ma raison sur ces importantes questions. En voyant M. Ricord prendre la peine de répondre pour cet honorable médecin, je croyais qu'ayant pitié de *l'aveuglement de mon sens intellectuel*, et que voulant vaincre *la résistance de ma récalcitrante raison*, le chef des inoculateurs modernes allait me procurer la satisfaction de croire enfin au virus vénérien et le bonheur de comprendre les merveilles de l'inoculation. Il n'a pas daigné me donner le double plaisir de partager la foi qui l'anime et de faire luire à mes yeux les lumières de cette intelligence supérieure qu'il a l'avantage de posséder. M. Ricord n'a touché à aucune de mes argumentations, il n'a résolu aucune des questions que j'ai posées ; mais en revanche il a formulé en style passionné, des attaques directes à ma personne ; il a fait, prodigue et inconsidéré, une inutile dépense d'esprit pour nous dire que l'inoculation est admirable et le virus on ne peut plus compréhensible.

Mais, quoi qu'en ait dit M. Ricord, mes questions sont, de sa part, restées sans solution. En vérité, j'en suis fâché pour moi d'abord, et ensuite pour mon honorable confrère. A sa place, dans l'intérêt d'un système qui serait mien, j'aurais répondu bien ou mal à ces questions, fussent-elles faites par des hommes qui écrivent des Lettres, des *post-scripta*, font des statistiques, de la logique avec des chiffres et des phrases avec des mots sonores ; car moi, je persiste à les reproduire, et d'autres confrères, en assez grand nombre peut-être, vont examiner sous le triple rapport du diagnostic, de la théorie et de la pratique ; l'inoculation qu'ils n'avaient encore aperçue qu'environnée de saisissantes illusions.

Je demande donc de nouveau à M. Ricord : *Que prouve, et à quoi sert l'inoculation ?* Si mon honorable confrère, qui a pris l'initiative de la réponse que j'attendais du docteur Baumès, ne daigne pas accepter ma discussion calme, sage et modérée, telle qu'elle s'occupe des choses et respecte les personnes, il faudra bien me résoudre à examiner l'inoculation plus sérieusement que je ne l'ai fait jusqu'à présent dans mes écrits. Je discuterai alors, non avec les faits qui me sont propres (on sait les raisons, bonnes ou mauvaises, pour lesquelles je n'ai jamais voulu inoculer), mais avec les faits des inoculateurs, hommes que j'estime *quand même* et que je considère comme véridiques et consciencieux. Dans cet examen, les convenances que l'on se doit entre confrères seront, je le répète, fidèlement gardées. Des déclamations usées, de vagues assertions et de superbes dédains ne prouvent rien et sont indignes de notre honorable profession. Parler de soi avec complaisance et avec mépris des autres, faire voltiger sur le papier de légères épigrammes toujours plus faciles à tracer qu'à effacer, est un art que le médecin véritablement ami de la science doit dédaigner. Pour n'être pas de notre avis, on n'en est pas moins digne, par ses efforts et par son caractère, de l'estime de ceux-là même qui ne pensent pas comme nous.

Quant aux principes dont M. Ricord me dispute la priorité, il me suffit qu'il les accepte et qu'il les mette en pratique. Il ne peut me refuser ce que tout le monde m'accorde, savoir : d'avoir, l'un des premiers, recommencé au lit des malades l'étude des maladies vénériennes, et d'avoir démontré qu'il est une foule d'affections primitives qui peuvent être guéries sans mercure ; qu'il faut savoir user et non abuser, comme on le faisait avant 1820, des médicamens mercuriaux ; que, quelle que soit la méthode adoptée, il faut noter avec soin les heureux résultats de la diététique bien ordonnée et de l'hygiène sagement observée ; que parmi les maladies dites constitutionnelles, il en est qui sont évidemment produites par l'abus ou le mauvais emploi des mercuriaux ; que le médecin véritablement physiologiste doit toujours avoir l'œil ouvert sur les viscères dans le traitement des maladie syphilitiques ; que les pansemens les plus simples sont les moyens les plus efficaces dans le traitement externe, et que la description qu'on a faite des maladies vénériennes, alors qu'on ne tenait aucun compte de l'influence qu'avait sur leur marche, leur aspect et leurs terminaisons, le traitement mercuriel exclusivement employé, n'était ni vraie, ni exacte. Voilà des principes que j'ai proclamés et dont j'ai suivi les indications dans mon service au Val-de-Grâce bien des années avant que M. Ricord ne songeât à étudier les maladies vénériennes.

Je ne me suis servi d'aucun livre pour décrire ces affections : je les ai copiées au lit de mes nombreux malades, avec les modifications qu'elles présentaient chez l'un et chez l'autre sexe dans ma pratique

civile. J'ai pu, comme bien d'autres, me tromper, consacrer des erreurs. Mes écrits témoignent que j'ai signalé mes illusions et mes fautes avec plus de plaisir peut-être que je n'ai annoncé mes succès, car une erreur d'observation consciencieusement dévoilée, une faute thérapeutique humblement avouée, en médecine, est plus profitable à l'humanité que l'annonce emphatique de vulgaires succès.

Dans le mouvement qui s'est opéré en syphiliographie, M. Ricord a eu sa part du progrès. Qu'il sache donc se contenter du profit qu'il a retiré de ses travaux, et qu'il laisse à d'autres l'honneur qui leur est dû pour les leurs. A quoi bon s'inscrire avec orgueil à la tête de la liste des travailleurs, et traiter avec mépris des confrères dont toute la vie a été honorable? Il y a derrière nous quelqu'un qui a plus d'esprit que nous, le public, qui nous juge et accorde impartialement à chacun la part qui lui revient.

Votre dévoué confrère. DESRUELLES.

18 octobre 1842.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Note sur le traitement du lupus, communiquée par le docteur PUTÉGNAT, de Lunéville.

Tout praticien reconnaît que le pronostic du lupus est toujours très grave; il n'ignore point aussi que le lupus, maladie toujours très rebelle, ne cède enfin qu'après avoir produit de grand ravages qui laissent des cicatrices plus ou moins nombreuses, difformes et indélébiles; il me saura donc quelque gré si je puis lui indiquer les moyens à l'aide desquels je combats heureusement cette affection, et à l'aide desquels je produis de belles cicatrices.

Ayant vu par moi-même, et sachant, par les articles publiés par les journaux de médecine, et en particulier par la *Gazette des Hôpitaux*, que l'iodure de potassium, employé à doses croissantes contre les accidens tertiaires de la syphilis, est un médicament d'une action presque toujours sûre, j'ai expérimenté la vertu de ce sel contre le lupus, maladie si grave et trop commune dans l'arrondissement de Lunéville.

Le plus ordinairement, dans ma clientelle, le lupus se montre sur des sujets scrofuleux; quelquefois aussi je le rencontre sur des individus qui ont été atteints de syphilis. A mon avis, il y a un lupus scrofuleux et un lupus vénérien, et il est souvent très difficile de poser leur diagnostic différentiel.

Dans l'un et l'autre cas, que le lupus soit avec hypertrophie, et qu'il détruise en surface ou en profondeur, il peut, le plus communément, être cicatrisé au bout de six semaines, s'il est combattu par le traitement que j'ai adopté, que je vais faire connaître, et sur lequel j'appelle l'attention des praticiens.

Et d'abord je dois dire que je suis convaincu que cette ulcération serpigineuse n'est jamais guérie radicalement si elle n'est attaquée par un traitement local et général.

Traitement du lupus scrofuleux.

Le malade portera un vêtement complet de flanelle, et prendra chaque trois ou quatre jours un grand bain alcalin. Il habitera un appartement exposé au midi, bien aéré et bien sec. A chaque repas il boira du vin généreux coupé avec de l'eau rouillée. Sa nourriture se composera de consommés dégraissés, d'œufs, de légumes frais et de viandes noires et blanches rôties.

Chaque jour il prendra de 20 à 100 gouttes de liqueur arsenicale de Pearson, en trois fois, à une demi-heure d'intervalle, et cela le matin à jeûn; ou bien moitié de la dose le matin en plusieurs fois, et moitié le soir, deux heures au moins après le dernier repas. Une infusion de feuilles de noyer servira de tisane, et sera prise froide. Un litre en sera pris chaque jour, et contiendra de l'iodure de potassium à la dose d'un à trois grammes.

La plaie, par parties si elle est vaste, sera, au bout de six jours de l'emploi du traitement général, profondément cautérisée avec un pinceau de charpie imbibée de nitrate acide de mercure. Ce caustique est, à mon avis, le meilleur de tous ceux qui ont été conseillés contre le lupus. L'escharre tombée, on appliquera de la charpie sèche sur le fond de l'ulcération. Chaque fois qu'un des points des bords de la plaie deviendra très douloureux, puis tuméfié et bleuâtre, il devra so:gneusement et profondément être cautérisé avec le nitrate acide de mercure. Les petits points bleuâtres qui se montreront à la superficie de la plaie dans les sillons formés par les bourgeons, seront aussi cautérisés, mais légèrement. Si les bourgeons charnus, et cela sans cause appréciable, comme on le voit trop souvent, venaient à s'arrêter dans leur marche, quatre fois dans les vingt-quatre heures ils devraient être touchés avec de la teinture alcoolique d'iode, et même pansés avec de la charpie imbibée de cette même teinture.

Toutes les six heures les bords des plaies seront frictionnés doucement et long-temps avec de la graisse contenant de l'iodure de soufre à la dose de 60 à 80 centigrammes sur 15 grammes d'axonge. Cette graisse, que je conseille de préférence à toute autre, par suite des nombreux essais que j'ai faits, finit par faire déprimer les bords des plaies, en même temps que les bourgeons s'élèvent du fond de celles-ci, et par faire disparaître les élévations tuberculeuses molles et douloureuses.

Tous les jours il faut laver les parties malades avec de l'eau alcaline.

Tous les quarante-huit heures, au moyen d'une pince j'enlève avec de grandes précautions la pellicule brunâtre qui recouvre les bords des plaies et qui contribue à faire paraître celles-ci plus profondes qu'elles ne le sont réellement. L'enlèvement de cette pellicule est de toute nécessité, car la graisse iodurée ne produirait plus d'effet.

Quand une plaie cicatrisée même depuis quelques jours menacera de s'ouvrir de nouveau, l'on devra agir comme je vais l'indiquer.

Survient-il une tache rougeâtre, brûlante, sensible à la moindre pression, et légèrement élevée au-dessus du niveau de la cicatrice, je la recouvre immédiatement avec un plumasseau de charpie enduit d'une couche épaisse de cérat de saturne opiacé.

Si une portion d'épiderme plus ou moins étendue vient à se soulever en produisant un léger sentiment de brûlure, je donne issue au liquide qu'elle contient, puis je la recouvre avec de la charpie imbibée de teinture alcoolique d'iode.

Les plaies cicatrisées, il faudra néanmoins continuer le traitement local et général tant que les chairs seront mollasses, blanchâtres et gélatineuses.

L'usage de la graisse contenant de l'iodure de soufre, continué un mois après la disparition de tous les autres symptômes, finit par amener le nivellement des cicatrices.

Cela obtenu, la tâche du médecin ne sera point encore accomplie entièrement. Pour faire disparaître la couleur rougeâtre des chairs, il comprimera légèrement les cicatrices avec des compresses imbibées d'eau de Goulard.

Traitement du lupus syphilitique.

Le lupus syphilitique, ou ulcère serpigineux vénérien, sera aussi combattu par un traitement à la fois local et général.

Les moyens hygiéniques seront ceux que j'ai déjà indiqués, et de plus, autant que possible, le malade devra changer de localité; il fuir le centre des villes, et s'il habite un village, il devra le fuir et aller se fixer pour quelque temps dans une autre commune.

La liqueur de Pearson sera aussi employée, et cette fois l'iodure potassium sera administré dans une décoction de salsepareille et de saponaire. Si le malade était scrofuleux, il faudrait tous les deux jours lui faire prendre l'iodure de potassium dans de la tisane de feuilles de noyer.

Le traitement local du lupus vénérien est le même que celui du lupus scrofuleux.

Je le répète, je ne connais point de traitement qui amène aussi promptement que celui que je viens d'exposer la guérison du lupus; en effet, six semaines suffisent pour obtenir la cicatrisation, et trois mois pour rendre la cicatrice belle et solide.

A l'appui de ce que je viens de dire, je pourrais citer six observations; mais je me contenterai de citer les deux derniers malades que j'ai guéris: mademoiselle Vaintz, âgée de vingt-sept ans, et madame Chevalier de Domèvre. La première avait un lupus qui avait envahi en superficie et en profondeur une bonne partie de la joue gauche; la seconde portait un lupus qui, en cinq plaies différentes réunies par des chairs tuberculeuses et mollasses, avait ravagé une vaste surface de la partie antérieure, interne et supérieure de la jambe droite.

Thérapeutique de quelques maladies du gros intestin; par M. le docteur SEIDLITZ, de Saint-Pétersbourg.

M. Seidlitz emploie comme spécifique, dans la dysenterie, l'huile de ricin. Il commence par l'administrer à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les trois heures environ.

Il vante beaucoup, comme médication supérieure à toute autre dans le cas de ténesme, l'usage des lavemens avec le carbonate de magnésie ou la poudre de charbon de bois.

(*Zeitschrift für die gesammte medicin*; juillet 1842.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 1er NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 130, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Plusieurs cas de pleurésie. Du souffle tubaire considéré comme l'un des signes de cette affection.

Je me propose dans cette conférence de vous entretenir de plusieurs observations de maladies des plèvres. Par une coïncidence fort remarquable et que je chercherai à expliquer, j'ai constaté dans presque tous les cas de pleurésie un signe qui a été considéré à tort, suivant moi, comme appartenant en propre à la pneumonie : je veux parler du soufle tubaire. Avant d'indiquer les caractères de ce soufle et les circonstances pathologiques qui lui donnent naissance, je tracerai sommairement l'histoire de plusieurs pleurésies simples ou symptomatiques.

Première observation. — *Pleurésie simple. Epanchement pleural moyen.*

Un homme âgé de trente-huit ans, demeurant à Paris depuis cinq jours seulement, ressent, le 1er août, un point de côté vers la paroi gauche du thorax; la douleur, toutefois, n'est pas assez grave pour l'empêcher de vaquer à ses travaux; mais les jours suivans, un peu de toux se déclare, de la dyspnée survient et le malade entre à l'hôpital cinq jours après le début de la maladie, sans avoir subi aucune espèce de traitement. Cet homme n'avait jamais eu d'hémoptysie. Les crachats n'ont jamais offert de sang.

Le 5, on constate en arrière à gauche, dans le tiers inférieur de la poitrine, un peu de diminution du son, un soufle tubaire léger et quelques bulles d'un râle assez gros qui appartient à la bronchite. Vers l'angle inférieur de l'omoplate, la respiration est tout à fait tubaire, et l'on entend une broncho-égophonie des plus distinctes; pouls 108. (Saignée de 3 palettes, ventouses sur le côté affecté.)

En raison de l'intensité du soufle tubaire et de l'opinion générale qui veut que ce soit un signe de pneumonie, je pensai d'abord à une phlegmasie des poumons. Cependant, les crachats insignifians rendus en petite quantité, la facilité avec laquelle s'exécutait la respiration, devaient faire admettre plutôt un épanchement pleural.

Les jours suivans, le 6, le 7 et le 8, j'observe les mêmes phénomènes. La bronchophonie est remplacée par de l'égophonie; un râle sous-crépitant existe toujours dans les mêmes points. Jusqu'alors on pouvait croire que l'affection était une pleuro-pneumonie, puisqu'on en constatait les signes principaux, savoir l'égophonie et le soufle tubaire. Un vésicatoire fut appliqué sur la partie malade.

Depuis le huitième jusqu'au onzième jour, les signes stéthoscopiques ne changèrent pas. Le râle indiqué persistait, la fièvre perdait son intensité; le malade mangeait deux portions.

Le 11, l'égophonie disparaît, le soufle tubaire et le râle sous-crépitant persistent. En faisant changer de situation au malade, l'égophonie reparaissait et le soufle conservait toute son intensité.

Vers le 20, le soufle disparut entièrement, l'égophonie se fit entendre, et quelques jours après un bruit de frottement ascendant et descendant se manifesta vers l'angle inférieur de l'omoplate. Il persistait toujours un râle crépitant léger; le pouls restait toujours à 104. Malgré ces signes, je considérai dès cet instant le malade comme étant en convalescence.

Le 8 septembre, la respiration était très affaiblie à gauche, sans autre modification que la persistance du bruit de frottement; le pouls était tombé à 92. Le malade sortit ce même jour.

— Dans cette observation, les seuls signes qui soient en faveur de la pneumonie sont le râle crépitant et le soufle bronchique. Or, il semble impossible d'admettre que la pneumonie ait ainsi persisté au premier degré jusqu'au 20, surtout le traitement ayant été si peu actif; et d'ailleurs le soufle tubaire n'a pas cette intensité à cette époque de la maladie. Quant à la nature du râle humide, il était à trop grosses bulles pour appartenir à la pneumonie; enfin, le râle ne se faisait entendre que dans l'inspiration seulement.

L'observation suivante est mieux faite encore pour donner une juste idée de la production du soufle tubaire.

Deuxième observation. — *Pleurésie gauche. Epanchement moyen. Souffle tubaire. Aucun soupçon de pneumonie.*

Rives, cuisinière, âgée de vingt-un ans, enceinte de cinq mois, a ressenti, le 9 septembre, une douleur au côté gauche de la poitrine. Elle a expectoré pendant trois jours des crachats teints de sang. Au moment de son admission, elle avait été saignée de 4 palettes. Le premier jour où elle fut examinée, la respiration était faible dans toute la partie antérieure gauche. En arrière du même côté la matité propre à l'épanchement remontait jusqu'un peu au-dessus de l'angle de l'omoplate.

Dans tout le long de la base de cet os existait un souffle tubaire intense et de l'égophonie dans la même étendue. La respiration était puérile à droite; pouls à 92; respiration à 40; langue naturelle, humide; crachats peu abondans, muqueux, sans sérosité. Saignée de 3 palettes; ventouses scarifiées; diète.

Nous passons sous silence l'état présenté par la malade les jours suivans, jusqu'au 22, parce que les symptômes sont restés exactement les mêmes. La toux, l'expectoration, ont seules disparu.

Le 22 le pouls est à 108. Le souffle bronchique est un peu éloigné de l'oreille, moins intense, et l'on constate la broncho-égophonie. Le pouls présente quelques intermittences.

Le 24, le souffle et l'égophonie ne s'entendent qu'en dedans de l'angle de l'omoplate.

Il en est encore de même le 30.

Le 3 septembre, le souffle tubaire est lointain, et n'est plus, à vrai dire, qu'un bruit d'expiration. Une égophonie fine s'entend encore.

Le 8, tous ces signes ont entièrement disparu, et le 12, à la sortie, la respiration, bien qu'affaiblie, atteste la disparition de l'épanchement.

— Si l'on admet que cette femme était atteinte d'une pleuro-pneumonie, il faut reconnaître qu'alors les signes de cette affection ont entièrement manqué. Un peu de sang s'est manifesté dans les crachats de la malade, mais avant son admission à l'hospice, et c'est d'après son récit que nous avons été contraints d'accepter ce signe. Joignez à cela que depuis sa grossesse elle en rend une petite quantité par intervalles; elle ne serait entrée d'ailleurs qu'au septième jour de la pneumonie; et comme la diminution de cette prétendue phlegmasie a été graduelle, on ne peut supposer que difficilement que le râle crépitant de retour eût ainsi manqué totalement. Je sais bien qu'il en est ainsi dans un certain nombre de pneumonies qui guérissent sans qu'on observe ce dernier râle; mais il n'y a pas de raison pour admettre ici une exception de ce genre.

FEUILLETON.

Histoire topographique et médicale du grand Hôtel-Dieu de Lyon, dans laquelle sont traitées la plupart des questions qui se rattachent à l'organisation des hôpitaux en général; par J.-P. POINTE, docteur en médecine, professeur de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de Lyon, etc. — 1 vol. grand in-8° avec figures et plans. — Paris et Lyon, 1842.

Dès la première page de son livre, M. Pointe indique très nettement le but qu'il se propose : « En me décidant à écrire l'histoire du grand Hôtel-Dieu de Lyon, je cède au double désir de faire connaître l'un des plus beaux monumens élevés par la main de l'homme au soulagement de ses misères, et d'indiquer ce qu'il y aurait à faire encore pour le rendre complètement digne de sa destination. »

Ce double but a été atteint avec le succès le plus complet. Cet ouvrage est assurément un des plus remarquables qui aient été écrits sur la matière, et c'est bien le cas de remarquer ici combien sont injustes et imprévoyantes les administrations des hôpitaux qui éloignent de leurs conseils les hommes les plus aptes à les diriger dans la voie des sages réformes. Qu'on nous cite de la part d'un administrateur non médecin un travail aussi solide, aussi profond que ceux de Tenon et de M. Pointe!

Mais l'espace me presse, et j'ai hâte de présenter un aperçu de ce livre auquel ne manque aucun genre de mérite, pas même celui d'un luxe typographique auquel ne nous ont pas habitué les éditeurs parisiens.

Dans une sorte d'introduction, l'auteur raconte l'origine du grand Hôtel-Dieu de Lyon, qui remonte à Childebert Ier, fils de Clovis, et à l'année 542. Ce furent les évêques des trois royaumes dont se composaient alors les Gaules, qui, réunis en concile, pourvurent à l'existence de cet hospice en lui accordant la protection de l'Eglise, si puissante dans les premiers siècles de la chrétienté. C'est la gloire impérissable de la religion chrétienne d'avoir, sur tous les points où elle étendit ses croyances, provoqué l'établissement de ces asiles charitables, de les avoir soutenus soit par les aumônes des évêques, soit par les fondations pieuses auxquelles ils incitaient les chrétiens des premiers siècles. Lyon, comme Paris, dut la création de son premier hôpital à un saint évêque nommé Sacerdos; on sait que l'Hôtel-Dieu de Paris fut fondé par saint Landry. M. Pointe suit les phases diverses par lesquelles a passé l'administration de cet hôpital depuis sa création jusqu'à nos jours, où elle présente à peu près le même mode que celui suivi par le conseil-général des hôpitaux de Paris.

Dans le chapitre premier intitulé *Claustral*, l'auteur donne la position et l'étendue, la description graphique, les agencemens et l'inventaire du mobilier de ce grand établissement. De très beaux plans gravés avec soin facilitent l'intelligence de cet article, où les plus petits détails sont décrits avec une exactitude minutieuse. Cette belle et monumentale façade que le voyageur admire sur le quai du Rhône et qui fait un des plus beaux ornemens de la cité lyonnaise, a été élevée sur les plans de l'architecte Soufflot, à qui Paris doit aussi un de ses plus magnifiques monumens, le Panthéon. La description architectonique, la distribution intérieure et toutes les dispositions de cet établissement fournissent le sujet d'autant d'articles particuliers dans lesquels, en faisant voir ce qui existe, M. Pointe montre en quoi pèchent certaines choses, quelles modifications on pourrait y apporter, quelles innovations on pourrait faire.

Le chapitre deuxième est intitulé *Servans*. Dans l'origine, les servans n'étaient que des domestiques : pour le bien de l'établissement, l'administration les a insensiblement amenés à former une communauté religieuse. Le nom de *frères* et de *sœurs* qu'on leur a donnés, le costume qui leur est imposé, les exercices pieux auxquels ils sont assujétis, les promesses solennelles qu'ils font dans le temple, leur renonciation à la tutelle et au protectorat de famille, leur vie d'abnégation et de fatigues, tout semble les ranger sous la règle monastique. A vrai dire, il n'en est rien cependant, puisqu'ils ne ressortissent d'aucun des ordres reconnus, et que parfois encore on les voit quitter la maison pour rentrer dans la vie privée.

Sous le rapport des servans, ajoute M. Pointe, l'Hôtel-Dieu de Lyon diffère donc essentiellement des hôpitaux des autres villes. Il sont ici sous un mode d'organisation à part, qui a pris naissance dans l'établissement même, qui n'était point d'abord ce qu'il est aujourd'hui, et qui n'est arrivé à cet état qu'au fur et à mesure que l'expérience a fait reconnaître le besoin de le modifier.

L'auteur termine ce chapitre par un parallèle entre les avantages et les inconvéniens que présente cette organisation, et par des recherches sur les améliorations qu'il serait convenable d'y introduire.

Le chapitre troisième est intitulé *Malades*. Les intentions des fondateurs du grand Hôtel-Dieu de Lyon qui furent exécutées pendant un certain temps après sa fondation, furent que toutes les infirmités humaines pussent y être secourues. Mais des causes diverses ont amené de grandes modifications aux réglemens primitifs. Aujourd'hui les individus admis doivent être âgés de plus de sept ans, atteints de maladies aiguës ou chroniques qui réclament un traitement plus ou moins actif, et ayant, par conséquent, un certain degré d'intensité. On y admet aussi les femmes enceintes mariées et domiciliées à Lyon. On y reçoit encore les voyageurs pauvres qui, aux termes des réglemens, ne doivent y séjourner que vingt-quatre heures pour prendre du repos. N'y sont point admis les individus atteints de maladies dites incurables, d'affection dartreuse ou psorique quelconque, d'épilepsie, d'aliénation mentale ou de syphilis, ni ceux affectés de maladies chroniques qui ne sont pas passées à l'état aigu ou arrivées à leur dernier période.

Un usage très ancien est de réserver des places pour les malades payans. Il y a des chambres à 12 fr. par jour, des lits à 2 fr. et à 1 fr. 25 c.

La réception des malades n'a rien d'analogue à ce qui se pratique au Bureau central d'admission des hôpitaux de Paris. C'est un élève interne, en station dans un cabinet situé près de la porte d'entrée, qui est chargé d'examiner les malades et d'indiquer la salle dans laquelle ils doivent être placés.

M. Pointe blâme avec raison le droit perçu sur les visiteurs de l'Hôtel-Dieu, qui est de deux centimes les jours ouvrables et de cinq centimes les jours fériés.

Un usage qui n'existe, je crois, dans aucun autre établissement hospitalier, est celui-ci. Tous les matins, de huit à neuf heures, pendant les visites, un des administrateurs, accompagné de l'économe, parcourt toutes les salles, inspecte tous les services, prend note des employés absens ainsi que de ceux qui ne s'acquittent pas convenablement de leurs fonctions, reçoit les réclamations des malades, de même que celles des servans et des chefs, et inscrit ensuite sur un registre *ad hoc* le résultat des observations qu'il a faites dans sa tournée. Après avoir pris connaissance des observations mentionnées dans ce registre, les administrateurs composant le bureau rappellent, au besoin, à l'exécution des réglemens ceux qui s'en sont écartés.

Il existe à Lyon une association charitable d'hommes et de femmes du peuple, instituée dans le but de venir chaque dimanche, dans toutes les salles de l'Hôtel-Dieu, pour peigner, raser et approprier les malades. Les pénibles et désagréables fonctions que s'imposent ces braves gens, dit M. Pointe, sont absolument gratuites, et un tel dévouement n'a de stimulant et de récompense que dans les admirables sentimens de piété et de charité chrétienne.

Je ne peux terminer l'examen de ce chapitre sans citer le passage suivant, dans lequel M. Pointe montre des idées aussi élevées que généreuses :

« La véritable bienfaisance ne consiste point à multiplier les hôpitaux, puisque l'expérience a démontré que, par malheur, on multiplie en même temps le nombre des nécessiteux qui viennent en solliciter les bienfaits, et qui, trop souvent, s'y démoralisent. Dans l'intérêt même du peuple, il importe de mettre de sages limites aux secours qu'on lui donne.

« Ils sont très louables sans doute, les efforts tendant à accroître l'aumône que la société doit aux pauvres qu'elle renferme dans son sein; mais ils seraient bien plus louables encore les efforts qui ten-

Comment d'ailleurs ne pas supposer plutôt que la couche de liquide, qui était peu considérable, était la vraie cause du souffle et de la broncho-égophonie, puisque nous avons vu disparaître ces deux signes presque simultanément.

Troisième observation. — *Epanchement pleural. Tubercules pulmonaires au deuxième degré. Souffle tubaire.*

Un malade âgé de dix-neuf ans entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'un point de côté ayant son siége à gauche, et augmentant dans l'inspiration. Il sort soulagé, mais bientôt la douleur reparaît, et le malade reste pendant deux mois dans cet état. Jamais il n'a rendu de crachats sanglans.

Le 1er septembre ce malade, entré à la Charité, nous offre l'état suivant : pâleur, bouffissure du visage, amaigrissement général ; pouls à 96. Sous la clavicule droite, la sonoréité moindre ; souffle, bronchophonie dans la fosse sous-épineuse du même côté ; sonoréité également diminuée ; bruit d'expiration. En arrière et à gauche, sonoréité diminuée vers l'angle inférieur de l'omoplate ; souffle tubaire, bronchophonie dans le même point ; bulles d'un râle gros et inégal ; respiration exagérée au-dessus. Crachats jaunes, muqueux, sans viscosités. Diarrhée ; conservation de l'appétit ; fièvre le soir. Thériaque ; vésicatoire ; eau de gruau.

Le 10, jour de sa sortie, qui eut lieu malgré moi, le souffle tubaire a disparu, et est remplacé par du bruit d'expiration prolongé très intense, et la bronchophonie par de l'égophonie. Ces signes ne disparaissent pas lorsqu'on fait changer au malade de position, et qu'on le place à quatre pattes.

— Trois affections différentes peuvent donner lieu aux symptômes qu'a présenté ce malade : la pneumonie, les tubercules pulmonaires, l'épanchement. Il est difficile de supposer l'existence d'une pneumonie qui aurait persisté pendant près de trois mois sans entraîner la mort du sujet. La douleur de ce côté existait en effet depuis deux mois lorsqu'il entra dans le service. Point de sang d'ailleurs dans les crachats à aucune époque. La pneumonie pouvait être chronique, exister primitivement ou consécutivement aux tubercules pulmonaires. Mais la rareté de cette affection, la nature des crachats, qui étaient ceux de la phthisie, doivent éloigner cette idée. Reste donc l'épanchement.

L'égophonie prouve manifestement qu'il y avait du liquide dans la cavité pleurale. Celui-ci n'a que faiblement diminué jusqu'au moment où le malade est sorti. Ce signe existait encore à cette époque, ainsi que le souffle. Mais dans ce cas, d'où vient qu'en faisant changer au malade de position, les signes stéthoscopiques n'étaient modifiés en aucune manière ? Le déplacement du malade ne peut servir au diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie, que dans le cas où il n'existe aucune adhérence préalable et antérieure à la maladie actuelle. Nous attribuons une grande valeur au signe que l'on peut retirer du changement de position, et c'est à tort que Laënnec a prétendu qu'il était peu important pour le diagnostic. Dans le cas particulier qui fait le sujet de cette observation, le développement des tubercules pulmonaires et des pleurésies partielles qui en sont si fréquemment le résultat, empêchaient sans doute le liquide épanché de se répandre vers les parties déclives dans les diverses situations imprimées au malade.

Quant aux tubercules pulmonaires dont la présence n'était pas douteuse au sommet des poumons, ils pouvaient sans doute siéger aussi en masses plus ou moins volumineuses vers la base du poumon gauche. Tel n'est pas, il est vrai, le plus ordinairement le siége de ces produits morbides qui se développent d'abord dans les parties supérieures ; et c'est là l'unique cause qui me porte à croire que l'épanchement seul est la cause des signes découverts par l'auscultation, d'autant plus qu'immédiatement au dessus de cet épanchement la respiration était exagérée, et que vers les parties antérieures on ne constatait pas les signes d'une infiltration tuberculeuse considérable.

Quatrième observation. — *Epanchement pleural gauche. Tubercules au deuxième degré au sommet du poumon droit.*

Un homme de vingt-sept ans, tailleur de pierres, toussant depuis six mois, ayant eu périodiquement chaque mois une hémoptysie légère qui revenait à des époques que le malade compare aux règles pour la régularité, entre le 14 septembre dans nos salles. Voici ce que nous constatons le même jour : Dans le tiers inférieur et postérieur gauche, on trouve une matité absolue ; absence de vibration vocale, lorsqu'on applique la main sur le thorax pendant que le malade parle. Un peu au-dessus et en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, souffle tubaire et broncho-égophonie. En plaçant le malade sur les pieds et les mains, la matité ne se déplace pas ; on entend les mêmes signes. Sous la clavicule droite, sonoréité diminuée, râle muqueux, bronchophonie ; crachats striés avec granulations suspectes ; sueurs nocturnes ; pouls à 92. Vésicatoire sur le thorax.

Ces signes persistent jusqu'au 25, sans changement notable.

Le 30, le souffle est remplacé par le bruit d'expiration, et la broncho-égophonie n'est plus que de l'égophonie. Le malade, qui ne veut pas attendre son entière guérison, sort présentant les mêmes symptômes.

Cinquième observation. — *Pleurésie aiguë avec épanchement moyen.*

Une blanchisseuse âgée de vingt-cinq ans, dont les règles coulent mal, fut prise, le 24 septembre, d'une douleur siégeant à droite qui s'étendit à toute la partie antérieure de ce côté. Elle est entrée à l'hôpital le 2 octobre, sans avoir subi aucun traitement.

La face est animée ; respiration fréquente (36), pénible ; pouls à 108 ; battemens du cœur sourds ; les jugulaires sont distendues ; sonoréité diminuée à la partie antérieure droite du thorax. Dans ce point, diminution du bruit respiratoire, absence de vibration vocale. En arrière jusqu'à l'épine, matité considérable, souffle tubaire, égophonie, disparaissant vers l'épine. Douleur à la pression dans toutes ces parties. Toux fréquente ; aucune expectoration ; moiteur générale de la peau ; ventre tuméfié, sensible surtout à droite ; pas de selles ; décubitus sur le côté droit. Une saignée est pratiquée le jour de l'admission ; le sang, qui a mal coulé, donne un caillot petit, nageant dans une sérosité citrine, recouvert d'une couenne mince, imparfaite. Nouvelle saignée de 3 palettes, et ventouses sur le côté droit.

Le 3, je retrouve exactement les mêmes signes ; seulement, en appliquant l'oreille sur le côté gauche du thorax le long de l'épine dorsale, j'entends dans le lointain un bruit de souffle éloigné, qui augmente à mesure qu'on se rapproche de la racine des bronches. Nouvelle application de ventouses.

Il serait trop long d'énumérer jour par jour tous les symptômes que j'ai notés chez cette malade, qui a été observée avec la plus grande attention. Son état, loin de s'améliorer jusqu'au 7, n'avait fait que s'aggraver. La respiration devint plus libre à cette époque. Cependant l'épanchement fit de nouveaux progrès ; le souffle et l'égophonie disparurent entièrement ; la poitrine percutée en avant et en arrière du côté gauche, ne donnait plus qu'un son très mat, et l'oreille ne découvrait en aucun point de respiration soit normale, soit modifiée. Ce silence de la respiration indiquait très positivement que les liquides étaient devenus plus abondans. Le long du rachis et à la partie supérieure droite, on entendait un peu de respiration qui attestait la présence du poumon en ce point. Le décubitus ne pouvait avoir lieu sur le côté droit. La respiration haute, la voix brève ; le pouls toujours accéléré (112 à 120). Tel est l'état dans lequel se trouve encore aujourd'hui la malade.

— Si les observations que nous avons relatées précédemment laissaient encore quelques doutes dans l'esprit sur la simplicité apparente des épanchemens dont je viens de parler, le dernier dont je viens d'exposer l'histoire su[...] entraînera, j'espère, la conviction. En effet, il n'exis[...] la malade qui fait l'objet de cette dernière observation [...] signe que l'on pût rapporter à l'inflammation du pou[...]. Vous avez vu naître, augmenter sous vos yeux l'épanche[...] de la plèvre qui aujourd'hui est devenu considérable. [...] avez pu entendre que le souffle tubaire et l'égophonie ont [...] par être rempacés par le silence de la respiration, lorsque la couche de liquide est devenue trop grande pour pouvoir transmettre à l'oreille les bruits qui se passent dans le parenchyme pulmonaire.

J'insiste fortement sur ces observations parce qu'elles ont une grande importance sous le point de vue du diagnostic. Elles tendent, ainsi que quatre autres qui ont été recueillies en même temps et que j'aurais pu vous citer, à faire revenir sur cette opinion trop absolue qui veut que le souffle bronchique n'appartienne qu'à la pneumonie. On comprend difficilement qu'un corps dense comme le sont la sérosité, le sang ou la matière purulente, épanché dans la plèvre, ne puisse pas conduire assez bien le son pour donner naissance au bruit de souffle. Sans doute le souffle dans la pleurésie avec épanchement n'est pas le plus ordinairement aussi intense que dans la pneumonie, mais il n'en est pas moins des plus marqués et souvent d'ailleurs égal à celui que l'on entend dans cette dernière maladie.

M. Hirtz, dans un travail remarquable que j'ai déjà eu plus d'une fois l'occasion de citer, rapporte plusieurs observations de pleurésie avec souffle tubaire. Il a été conduit par ces mêmes observations à penser que le souffle tubaire est plus intense dans la pleurésie que dans la pneumonie. Sans soutenir une opinion aussi tranchée, je n'hésite pas à ranger ce symptôme parmi les signes de l'épanchement. Beaucoup d'auteurs refuseront d'admettre cette opinion, et, par une contradiction singulière, tandis qu'ils admettent que la voix est modifiée en traversant le liquide de manière à produire l'égophonie, ils nient que le bruit respiratoire puisse être transmis jusqu'à l'oreille de l'observateur. Cependant, dans un cas comme dans l'autre, les mêmes lois physiques régissent la production du phénomène.

On peut objecter, il est vrai, dans toutes les observations de pleurésie avec souffle, qu'il existait de l'inflammation dans une étendue variable du parenchyme pulmonaire et que par cela même que l'on attribue à l'épanchement les signes de la pneumonie, on montre toute la difficulté du diagnostic. Cependant, pour repousser cette objection, il me suffira de dire que la plupart des signes de pneumonie ont manqué dans les observations précédentes. Les crachats n'ont jamais été rouillés, ni visqueux. La durée de la maladie a été généralement trop longue, à l'exception du cas où l'épanchement était peu considérale, pour que la mort ne fût pas arrivée si nous avions eu affaire à une pneumonie dans laquelle le souffle aurait existé pendant un si long laps de temps. J'ai observé en outre deux fois cette pleurésie dans des circonstances où il est rare de voir naître la pneumonie, je veux parler des cas de phthisie. Il faut admettre enfin que malgré l'étendue considérable

---

draient à prévenir la misère qui appelle de tous côtés l'aumône.

» A en juger par l'affluence tous les jours plus grande, des individus qui se présentent à la porte de nos établissemens de charité, on serait porté à croire que la misère va toujours croissant avec une rapidité effrayante. Mais heureusement il n'en est rien ; les sources de la fortune publique, loin d'être taries semblent, au contraire, plus assurées que jamais, et cette masse énorme de mendians ne se compose en très grande partie que de faux pauvres, ou de pauvres réels qui furent les coupables artisans de leur détresse.

» Que faire donc pour en réduire le nombre ? Remonter à la source du mal, et, afin de l'arrêter dans sa marche, hélas ! si rapide, éclairer, instruire, les classes inférieures, leur prêcher de saines doctrines, leur enseigner la religion et la morale, leur donner par notre exemple, encore plus que par nos leçons, le goût du bonheur domestique, leur inspirer cet amour du travail, cet esprit de prévoyance, de modération et d'économie qui sont la plus sûre, l'unique garantie d'une longue et paisible existence ; encourager enfin, par des récompenses, l'ouvrier actif, laborieux et probe. L'humanité tiendra bien meilleur compte de l'argent employé ainsi que de celui que l'on jette dans la main du mendiant, et l'on arrêtera au bord de l'abîme l'homme que la débauche, la paresse et l'inconduite y auraient précipité.

» De bonnes et sages institutions ne peuvent manquer d'aplanir la route qui doit nous conduire à un aussi déplorable résultat, et l'admirable développement donné de nos jours à l'enseignement primaire, l'établissement des caisses d'épargne et des salles d'asile sont déjà un grand pas de fait dans cette importante voie d'amélioration sociale. »

Le chapitre quatrième, intitulé *Aumôniers*, rempli des vues les plus sages, qui prouvent dans l'auteur une religion aussi douce que tolérante, ne peut nous retenir à l'égal du chapitre suivant qui a pour titre *Médecins, Chirurgiens et Pharmaciens*.

Pendant les premiers siècles de son existence, l'Hôtel - Dieu de Lyon n'avait qu'un seul médecin pour tous les malades y compris les blessés. Successivement le nombre s'en est accru jusqu'à celui de sept titulaires et de six suppléans auxquels il faut ajouter le professeur de clinique médicale. Le mode de nomination des médecins de cet hôpital a beaucoup varié depuis sa fondation jusqu'à nos jours. Aujourd'hui c'est par voie de concours que les médecins parviennent à ce poste, concours dont l'auteur indique l'organisation, fait valoir les avantages et signale les imperfections. Après des détails étendus sur la visite et le rôle du médecin dans son service, l'auteur nous fait connaître une particularité que les médecins des hôpitaux de Paris trouveraient sans doute de leur goût : « Lorsque la visite est finie, les médecins se rendent au *vestiaire* pour y déjeûner en commun..... Ce déjeûner est un repas très confortable, donné par l'administration, dans la vue de fournir aux médecins rassemblés, l'occasion de s'entretenir du service médical de la maison. C'est, en effet, sur cette matière que la conversation s'engage le plus souvent. Dans ces réunions, où règne une grande franchise et une grande cordialité, les médecins se font part des observations qu'ils viennent de faire, et s'éclairent par ces communications réciproques ; ayant lieu à heure fixe, le déjeûner contribue nécessairement à l'exactitude, à l'ordre et à la régularité qui doivent présider aux visites ; il resserre les liens qui établissent entre ces médecins une confraternité des plus profitable, et concourt à mettre le corps médical de l'Hôtel - Dieu de Lyon à l'abri du reproche adressé aux corps médicaux de tous les hôpitaux, même de ceux de Paris, celui d'un trop grand isolement des différens services et des médecins eux-mêmes. »

La durée du service des médecins à l'Hôtel-Dieu de Lyon n'a pas été toujours la même ; elle a varié entre un an et dix ans, terme auquel elle est aujourd'hui fixée pour les titulaires.

Les médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon reçoivent 1200 fr. d'appointemens annuels.

Les pages nombreuses consacrées aux chirurgiens sont pleines d'intérêt sous le rapport historique, administratif et scientifique. Jusqu'au milieu du seizième siècle, le département chirurgical de l'Hôtel-Dieu paraît n'avoir été desservi que par un seul chirurgien. Il existe un arrêté de 1529 qui porte nomination pour un an seulement, d'un sieur Benoît Duclozet, barbier, *qui devait venir tous les jours pour exercer la chirurgie et panser les malades*, à raison de 50 livres tournois de gages. Ce n'est que peu à peu et par des modifications successives que le service chirurgical a été organisé tel qu'on le voit aujourd'hui ; organisation qui depuis M. A. Petit, de célèbre mémoire, jusqu'à nos jours, a donné à la cité lyonnaise et à la science des chirurgiens du plus grand mérite et de la plus légitime renommée.

Dans le chapitre suivant, M. Pointe traite de l'enseignement médico-chirurgical organisé dans le grand Hôtel-Dieu de Lyon, et il termine son ouvrage par des réflexions générales qui n'auraient pu trouver place dans la narration.

Je crois m'être suffisamment étendu sur le contenu de cet ouvrage pour en faire apprécier toute l'importance et la valeur : indépendamment de l'intérêt du sujet, M. Pointe a su lui donner un intérêt de forme et de style, qui en rend la lecture très attachante. On y rencontre aussi des détails historiques entièrement inédits ou peu connus, qui pourront être utilisés pour l'histoire générale de la science et des institutions. Si dans chaque ville importante, centre de grands établissemens nosocomiaux, il se trouvait un homme aussi patient, aussi laborieux et aussi instruit que M. Pointe, pour écrire l'histoire et présenter la situation actuelle des grands hôpitaux de l'Europe, avec les développemens et sur le plan adoptés par l'historien du grand hôpital de Lyon, il n'est pas douteux que ces travaux divers ne conduisissent à des comparaisons, à des rapprochemens, à des modifications utiles. Telle a été, évidemment, l'intention de M. Pointe ; toutes ses réflexions, tous ses conseils ont une portée générale et ne s'adressent pas seulement à l'établissement dont il a fait l'histoire. Depuis le travail célèbre de Tenon, il n'avait été rien publié d'aussi complet et dans des vues aussi élevées et aussi véritablement charitables.

Herbier poétique ; par M. le docteur E. Villemin.

On dirait qu'un souffle poétique s'est fait sentir sur notre monde médical : sa vivifiante et féconde chaleur a fait éclore les poètes que vous savez, et dont nous vous donnions il y a quelques jours des extraits que votre mémoire aura sans doute retenus. Nous vous disions que deux poètes poussés dans une seule saison, c'était déjà superbe. Mais il paraît que l'influence dure encore, car en voici un troisième tout frais et gentiment éclos. C'est M. le Dr Eugène Villemin qui nous adresse un charmant petit volume intitulé *Herbier poétique*.

Si, comme M. Villemin, vous pouvez dire :

Après les beaux contours d'un visage de femme
Rien ne me plaît comme les fleurs,

lisez ce volume, vous les aimerez plus encore, et vous le trouverez tout embaumé des suaves parfums des fleurs que vous aimez. Comme Jean-Jacques, comme Bernardin de Saint-Pierre, comme tant d'autres natures tendres et mélancoliques, M. Eugène Villemin s'est passionné pour les fleurs :

Ce fut là mon bonheur... Pauvre enfant du village,
Dans l'ombre je voyais couler mon plus bel âge
Comme le filet d'eau qui sous le gazon vert
Se promène ignoré sans chute et sans murmure ;
Mais nourri dans ton sein, admirable nature,
Ton livre à mes yeux s'est ouvert.

Ne croyez pas, d'ailleurs, que M. Villemin ait voulu versifier un cours de botanique ; non, car, dit-il,

Je décris en poète et non pas en savant.

C'est une série de petits poèmes où l'auteur chante la violette et le fenouil, la paquerette et la ciguë, la gratiole et le tilleul, le colchique et l'eau d'orge, oui l'eau d'orge ; et ce n'est pas la pièce la moins remarquable de ce recueil. C'est une très vive et très spirituelle satire des polypharmaques qui se termine ainsi :

de la pneumonie, qui aurait occupé presque toujours un ou deux lobes des poumons, la terminaison aurait été très heureuse, et cela sans que le traitement y eût concouru d'une manière active. Je ne dirai pas que ce traitement, qui a consisté surtout dans les applications de ventouses et de vésicatoires, ait été un traitement spécialement approprié à la pleurésie, parce qu'on pourrait répondre que la pneumonie peut céder à l'emploi de ces moyens. Mais alors il faudrait avouer que j'aurais été on ne peut plus heureux d'obtenir la résolution de ces pneumonies par des moyens aussi simples et en abandonnant presque le mal aux efforts de la nature.

Les qualités du souffle de la pleurésie ne m'ont pas paru différer essentiellement de celles qui appartiennent au souffle de la pneumonie. Il était souvent aussi rapproché de l'oreille, aussi rude et métallique qu'il l'est dans certaines pneumonies. Lorsque l'égophonie se faisait entendre avec une grande netteté, il était des plus intenses. Il importerait sans doute pour la séméiologie de déterminer quelles sont les quantités de liquide nécessaires à la production de ce signe. Nous ferons remarquer seulement que son siége le plus ordinaire a été, dans toutes nos observations, l'angle inférieur de l'omoplate, c'est-à-dire le point où l'on trouve le plus ordinairement l'égophonie ; à un ou deux pouces au dessus de ce point, vers la ligne de niveau il cesse de se faire entendre ; de telle sorte qu'on serait conduit à penser qu'une couche assez mince de liquide est nécessaire à la production du bruit de souffle.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MAISONNEUVE.

Résection de l'os maxillaire supérieur pour l'extirpation d'un ostéo-sarcôme. Guérison momentanée. Récidive dans les tissus voisins. Mort; par M. Gustave GOGUÉ, élève des hôpitaux et de l'Ecole pratique.

Le 7 juillet 1842, le nommé Clognets (Joseph), âgé de soixante-neuf ans, cultivateur, se présente à la consultation de M. Maisonneuve, à la Charité, pour une tumeur volumineuse qu'il portait à la mâchoire supérieure du côté gauche.

Cette tumeur datait seulement de trois mois ; avant cette époque, le malade n'en avait aperçu aucune trace ; il n'éprouvait dans le lieu qu'elle occupe actuellement aucune douleur, aucune sensation anormale. La maladie a débuté par une tuméfaction légère de la joue gauche, simulant une fluxion dentaire ; elle s'est étendue peu à peu sans causer de vives douleurs au malade, si ce n'est depuis quinze jours, qu'elle est le siége de douleurs lancinantes.

Maintenant elle a le volume du poing ; elle soulève fortement la peau qui, dans le point le plus culminant, est amincie, légèrement violacée, mais cependant ne paraît pas adhérente. En dedans, cette tumeur envahit la fosse nasale presque toute entière, repousse même la cloison ; le méat inférieur cependant permet l'introduction d'une sonde.

En bas, tout l'os maxillaire supérieur gauche et l'os palatin, se trouvent fondus dans la tumeur ; les dents de ce côté n'existent plus ; la voûte palatine, inégale et bosselée, fait saillie en bas, et n'offre aucune trace de la résistance osseuse qui lui est particulière.

A droite, le mal est exactement simulé par la ligne médiane; en arrière, il s'étend jusque près du voile du palais, qui reste parfaitement sain. En haut, le plancher de l'orbite participe, dans sa partie antérieure à la dégénérescence ; on en peut exactement assigner la limite. En dehors, l'os de la pommette paraît tout à fait intact.

La consistance de la tumeur est molle dans certains points, et donne la sensation d'une fluctuation obscure ; dans d'autres points, elle est plus dure et comme fibreuse ; la peau qui recouvre le mal est saine dans toute son étendue ; il est un point seulement, large comme une pièce de 5 francs, où elle semble adhérente, mais ce n'est qu'une illusion. M. Maisonneuve fait remarquer qu'en prenant certaines précautions, on peut la plisser et reconnaître qu'elle ne participe point à la maladie sous-jacente. La santé générale du malade est bonne, son moral excellent ; il désire vivement se faire débarrasser d'un mal dont la marche rapide l'effraie, et dont il connaît toute la gravité.

Avant de rien entreprendre, M. Maisonneuve crut devoir prendre conseil d'hommes éminens par leur savoir et leur expérience. MM. Récamier et Velpeau examinèrent le malade, et, tout en déclarant l'extrême gravité du mal, pensèrent qu'on pouvait tenter quelque chose pour sa guérison. M. Maisonneuve, en conséquence, proposa l'opération, qui fut acceptée immédiatement.

Le 14 juillet 1842, il y procéda de la manière suivante :

Le malade est couché sur la table d'opérations, la tête élevée et inclinée à droite ; une première incision partant de l'angle externe des paupières vient tomber sur la lèvre supérieure, qu'elle divise à un pouce de sa commissure ; une seconde, partant du milieu de la première, se dirige vers l'angle interne de l'œil ; les trois lambeaux sont disséqués rapidement et relevés ; la peau qui les compose est parfaitement saine et non adhérente, ainsi que l'avait prévu l'opérateur. Trois scies à chaînettes sont passées, l'une dans la fente sphéno-maxillaire, pour couper l'os jugal ; l'autre dans la fosse nasale gauche, à travers le voile du palais ; la troisième pour couper l'apophyse palatine du maxillaire, dans la même fosse nasale, à travers l'os unguis, pour couper l'apophyse montante. Leur passage fut rapidement exécuté à l'aide d'une sonde de Belloc pour la deuxième, et à l'aide d'une aiguille courbe pour la première et la dernière.

Au moyen de ces trois scies à chaînettes, la section des os fut exécutée en un clin-d'œil. L'opérateur saisit alors la pince de Liston, dont les mors, portés derrière l'apophyse du palatin, détachèrent cet os du sphénoïde. La tumeur alors ne présentant plus aucun point d'attache aux parties osseuses, fut, par un simple mouvement de bascule et quelques coups de bistouri, détachée des parties molles et complètement enlevée.

Le nerf sous-orbitaire ne fut coupé qu'en dernier lieu, ainsi que la portion du voile du palais.

Deux artères seulement durent être liées, la coronaire labiale et l'une des branches profondes de la maxillaire interne. Le fer rouge fut ensuite porté sur toutes les parties que leur voisinage du mal pouvait rendre suspectes.

La plaie ensuite fut réunie par de nombreux points de suture entortillée.

Examen de la tumeur. — La tumeur occupait le sinus maxillaire qu'elle remplissait tout entier ; elle avait envahi l'orbite en détruisant sa paroi inférieure ; elle se prolongeait dans la narine gauche, après avoir détruit sa paroi externe. La voûte palatine et la fosse canine étaient pareillement envahies par la désorganisation. La section cependant avait été faite partout dans les parties saines. Examinée à l'intérieur, la tumeur offrait tous les caractères du tissu encéphaloïde en voie de ramollissement ; plusieurs points étaient déjà transformés en une matière pulpeuse, au milieu de laquelle se voyaient çà et là des épanchemens sanguins.

Suites de l'opération. — Le malade fut mis à une diète absolue.

Le deuxième jour, on lui accorda quelques onces de vin de Bagnols, dont la déglutition ne put être faite qu'avec difficulté.

A dater du troisième jour, la suppuration devenant abondante, on fit, à l'aide d'une seringue, de fréquentes injections détersives pour balayer les matières putrides ; on accorda au malade des bouillons, du lait, du vin de Bordeaux.

Le cinquième jour, on enleva les points de suture, presque partout la réunion s'était opérée ; il restait seulement au niveau de la convergence des trois lambeaux, un petit espace triangulaire où la cicatrisation ne s'était pas opérée.

Au quinzième jour, les forces du malade s'étant rétablies, on pratiqua l'avivement des bords de l'ouverture afin d'en opérer le rapprochement qui, cette fois encore, ne se fit que d'une manière incomplète.

Six semaines s'étaient écoulées depuis l'opération ; le malade reprenait ses forces de jour en jour, et tout annonçait une bonne et complète guérison, quand une tuméfaction d'aspect érysipélateux se manifesta dans les parties molles de l'autre côté. On crut d'abord à un simple engorgement inflammatoire ; mais on s'aperçut bientôt qu'il s'agissait d'une véritable récidive. En effet, celle-ci marcha avec une rapidité effrayante ; bientôt la tumeur acquit un volume égal à celui qu'elle présentait avant l'opération, et le malade, épuisé par ces nouvelles souffrances, succomba le 20 août 1842, c'est-à-dire, trente-sept jours après l'opération.

Quelques mots sur la lithotritie et la taille ; deux observations à l'appui ; par M. SERRIER, docteur-médecin, chirurgien sous-aide chargé par intérim du service de santé de la place d'Aix.

Monsieur.

J'ai lu dans votre numéro du 13 août dernier un article fort intéressant au sujet d'un calculeux traité à l'hôpital de la Charité par M. Velpeau. Cet article avait pour titre : « Parallèle entre la lithotritie et la taille; des cas particuliers dans lesquels l'une de ces opérations doit être préférée à l'autre. »

M. Velpeau y fait remarquer qu'un des inconvéniens de la lithotritie est d'abord : quand un seul calcul, et surtout un calcul volumineux, existe dans la vessie, de substituer à ce calcul unique un nombre plus ou moins considérable de fragmens qui, par leur présence, irritent le réservoir urinaire, et exposent le malade à une cystite intense. En second lieu, quand la pierre est grosse et dure, on est obligé de réitérer les séances ; nouvelle cause de cystite. M. Velpeau donne ensuite pour limite de la grosseur du calcul contre lequel on doit se permettre la lithotritie celui d'une grosse noix. Et encore, ajoute-t-il fort judicieusement, faut-il que la prostate, l'urètre et la vessie ne soient pas malades.

J'ai trouvé, en feuilletant mes notes, une observation assez remarquable que j'ai recueillie à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où je faisais le service d'interne en 1839. Cette observation vient corroborer de tout son poids celles du savant professeur de la Charité, et je serais très flatté si vous vouliez bien lui accorder une place dans les colonnes de votre journal.

Agréez, etc. SERRIER.

Dans le courant du mois d'août 1839, un pêcheur âgé de soixante-dix ans se présenta à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour y être traité d'une affection calculeuse qui le tourmentait depuis plusieurs années. Cet homme est italien et sait à peine balbutier quelques mots de français ; son intelligence est obtuse. Il nous fait comprendre qu'il s'était confié un mois avant son entrée à l'hôpital à un praticien de Marseille qui lui avait introduit à deux ou trois reprises dans la vessie un instrument *qu'il avait enfoncé avec un marteau* (ce sont les propres expressions du calculeux). Nous vîmes facilement que notre malade avait subi plusieurs séances de lithotritie. Nous lui demandâmes s'il avait ressenti de l'amélioration dans son état depuis cette époque, et loin de nous répondre affirmativement, il nous dit que les symptômes s'étaient depuis considérablement aggravés, qu'il éprouvait des douleurs intolérables à l'hypogastre, une difficulté presque invincible lors de l'émission des urines, qui ne coulent que goutte à goutte depuis quelques jours. Il est entré à l'hôpital, dit-il, pour voir si on pourra le débarrasser de son affection calculeuse par tout autre moyen, car le marteau et le litholabe dont se servaient son premier chirurgien lui font grand peur. Il préfère se faire tailler tout de suite.

Quoi qu'il en soit, voici les symptômes qu'il nous présente. Emaciation générale ; cet homme paraît avoir été épuisé par une grande souffrance ; il marche, comme on le dit vulgairement, en deux doubles, pressant ses flancs avec ses deux mains comme pour tâcher de diminuer la douleur hypogastrique qui le tourmente sans cesse, ainsi qu'une douleur à la région lombaire gauche. Il éprouve une difficulté inouïe à uriner, et son urine, qui coule goutte à goutte, infecte ses vêtemens, et a excorié la face interne et supérieure de ses cuisses. L'hypogastre est très sensible à la pression. Le pouls est petit, mais très fréquent ; la peau est chaude ; les joues sont le siége d'une coloration fébrile. On le fait coucher, et on lui ordonne jusqu'au lendemain une boisson émolliente.

Le lendemain, le chirurgien en chef introduit une sonde dans la vessie pour constater l'état de cette cavité ; il s'en écoule une très petite quantité d'urine sanguinolente et très fétide, et, de quelque côté qu'on dirige le bec de l'instrument explorateur, il butte contre des calculs qui fuient avec peine devant lui, et, vers le bas-fond de la vessie, il est arrêté contre une masse calculeuse, immobile, qui paraît être enchatonnéee. Ces symptômes, joints à ce que nous avait appris le malade, font diagnostiquer un calcul central volumineux, et, autour de lui, un nombre plus ou moins considérable de petits fragmens qui en ont été détachés à la suite des séances de lithotritie. Les douleurs hypogastriques persistent ; la fièvre a augmenté dans la nuit ; le malade demande ardemment qu'on l'opère. Diète, limonade, 40 sangsues à l'hypogastre, suivies

---

Use du végétal qui dans nos sillons germe,
Et dont le grain ventru que la glume renferme
Eclot en des épis aux longs filets barbus.
Du goût thériacal évitant les abus,
Prescrit pour bien des maux, de l'orteil à la gorge,
L'eau d'orge et le repos, l'abstinence et l'eau d'orge.

Dans cette même pièce, que je voudrais pouvoir citer tout entière, le poète s'indigne contre ces médecins dont tout le savoir ne resplendit que

Sur les lambeaux d'un mort ;

ce n'est pas qu'il dédaigne la science du scalpel, non :

. . . . . . Sa lame est le guide éternel,
Le guide le plus sûr, qui d'organe en organe
Doit nous conduire ainsi que le fil d'Ariane.
Mais après cent détours dans le dédale ombreux,
Lorsqu'enfin il se vit au terme de ses vœux,
Thésée oublia-t-il qu'il lui restait encore
Une tâche à remplir, frapper le Minotaure.
C'est à quoi nos docteurs semblent songer le moins,
Quand de leur pronostic ils ont rendu témoins
Cent jeunes étourneaux dressés à leur école :
Attaquer le taureau serait par trop frivole !
Parmi les percuteurs que leur nom soit fameux !
Malade, tends l'échine, et guéris si tu peux.

M. Villemin veut que nos médecins guérissent leurs malades ! On sait que les poètes ont le privilége de ne pas vivre dans le monde des réalités.

Nos graves confrères en diront ce qu'ils voudront, mais je déclare que j'ai lu ce volume avec un vif plaisir, et que je ne résiste pas à l'envie de leur citer encore cette courte et très jolie fable intitulée *l'Ortie.*

L'ortie au feuillage denté,
Et d'un naturel très acerbe,
Barrait de sa touffe superbe
L'abord d'un chemin fréquenté.

Une humble mélisse à côté,
Se cachant à moitié sous l'herbe,
Repliait sa modeste gerbe
Au tissu soyeux, velouté.

Grâce au venin que l'autre darde,
D'y toucher nul ne se hasarde...
Mais la pauvrette, quel dégât !...
Tous y mordent, brebis, insecte...

Hérissez-vous, on vous respecte,
Soyez bénin, on vous abat.

B. B.

M. Souberbielle a présenté à l'Académie de médecine, le 25 de ce mois, un sujet de dix-huit ans qu'il a récemment opéré de la pierre. Il commença, dit ce chirurgien, à souffrir de la vessie. Il y a sept ans, après être monté à cheval, il urina le sang, et les douleurs prirent un caractère d'intensité qu'elles n'avaient pas eues jusqu'alors. A la suite d'une crise violente et d'une hématurie, il se forma dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale, un abcès dont l'ouverture s'est parfaitement cicatrisée.

Ce jeune homme est espagnol, il est venu de Porto-Rico en France pour y achever son éducation et chercher un remède à ses maux. Il a débarqué à Nantes il y a un an ; il y a éprouvé trois maladies graves, et sa vie a été en danger. Aussitôt qu'il fut en état de voyager, on le fit partir pour Paris, où je l'ai opéré par le haut appareil, le 12 septembre dernier. J'ai extrait une pierre murale du volume et de la forme d'un œuf de poule, du poids de 55 grammes. Elle était dans le bas-fond de la vessie, ce qui a présenté quelque difficulté dour son extraction.

A part quelques phénomènes nerveux qui parurent le jour de l'opération, il ne s'est pas manifesté le moindre accident ; le siphon a bien fonctionné jusqu'au septième jour, qu'il a fallu le remplacer parce que la sonde de l'urètre était obstruée.

Vers le douzième jour, la sonde sétant pliée sous la symphise, l'urètre fut pincée ; il s'y forma un peu d'engorgement qui se termina par suppuration, ce qui occasionna un léger mouvement fébrile. Du pus blanc de bonne nature s'écoulait par l'urètre, en pressant légèrement la tumeur. On supprima la sonde pour qu'elle ne gênât pas la sortie du pus ; on se contentait de l'introduire toutes les six heures ou environ : des cataplasmes émolliens suffirent pour amener la résolution complète de cette petite tumeur.

Le vingtième jour la vessie était cicatrisée et contenait les urines, mais le malade craignant de rompre la cicatrice en s'efforçant pour uriner, préférait s'introduire lui-même la sonde flexible ; la vessie se fortifia, le malade s'enhardit, et aujourd'hui il évacue complètement ses urines toutes les quatre ou six heures sans éprouver aucune gêne ni souffrance.

L'opération a été pratiquée en présence de MM. Haracque, Dumas, Baseilhac, Archigènes et Grabowski.

Nota. Une chose remarquable, c'est que M. Souberbielle, après l'opération, prit le malade dans ses bras, et malgré ses 89 ans, il le porta seul dans son lit.

de l'application de fomentations émollientes toute la journée.

Les deux jours suivans la langue se couvre d'un enduit fuligineux ; elle est tremblottante. La parole est embarrassée ; le malade porte automatiquement ses mains à l'hypogastre et à la région lombaire gauche. Application de 40 sangsues à ce dernier point. On pratique le cathétérisme, qui ne fait sortir que très peu d'urine fétide ; la sonde se promène encore sur une infinité de calculs. Dans la nuit, un peu de délire se manifeste, et le lendemain, cinquième jour de son entrée à l'hôpital, le malade meurt à midi.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort,

Crâne. Légère injection des sinus de la dure-mère.

Poitrine. Tous les organes sont à l'état normal.

Abdomen. Aucune lésion anatomique n'y est constatée par moi dans le tube digestif, le foie, la rate et le pancréas.

Appareil génito-urinaire. Comme j'étais fort avide de découvrir les lésions de la vessie, je portai la main sur cet organe dès que j'eus fait l'incision des parois abdominales et relevé vers l'ombilic la masse intestinale. Je trouvai la vessie petite, ratatinée, coiffant exactement une très grande quantité de calculs qui avaient à peine la place de se mouvoir. Je fis une incision longitudinale sur sa face antérieure et aussitôt j'en retirai un calcul sphéroïdal ayant 23 lignes dans son grand diamètre et 19 dans son petit. Sa surface était tapissée d'un mucus noirâtre excessivement fétide. Au-dessous de ce calcul je trouvai vingt-quatre fragmens, ayant la forme de segmens sphériques qui avaient été évidemment détachés de la surface du premier, dont ils devaient former la coque, puisque sur deux d'entre eux que j'ai en ce moment devant moi, j'aperçois l'empreinte des mors du litholabe. Douze de ces fragmens ont de 8 à 9 lignes de longueur et 6 à 7 de largeur. Les autres sont plus petits. Enfin, je ramassai au bas-fond de la vessie vingt-cinq autres fragmens plus petits que les précédens et toujours en forme de segmens de sphère. J'ai fait analyser et peser dernièrement ces calculs ; ils sont composés d'oxalate de chaux. Le poids du plus gros est de 90 grammes, et le poids total des fragmens est de 85 grammes, en tout 175 grammes. — Les parois de la vessie ont trois lignes d'épaisseur ; sa muqueuse est noirâtre, ramollie, très fétide, et s'enlève par couches avec le manche du scalpel ; elle est le siége de huit ulcérations plus ou moins larges, dont le fond est grisâtre. L'urètre est sain. — L'uretère gauche est le siége d'une injection sanguine dans sa moitié inférieure ; sa moitié supérieure contient quelques gouttes de pus qui viennent d'un abcès volumineux situé dans le rein gauche, qui n'offre d'intact que sa substance corticale. Celui du côté droit est parfaitement sain.

Il est évident que dans le cas dont nous venons de relater l'histoire, la lithotritie n'était pas le mode opératoire pour lequel on aurait dû se décider. Assurément, notre malade était porteur de sa cystite à une époque antérieure à la première séance qu'il a subie ; mais celle-ci et les deux qui lui ont succédé n'ont fait qu'accroître l'état inflammatoire de la vessie.

Qu'on se figure ensuite le nombre et la longueur des séances qui auraient été nécessaires pour débarrasser le malade de son gros calcul et ensuite de tous ses fragmens, et l'on comprendra facilement qu'il eût été impossible à ce vieillard de résister. La taille aurait dû être préférée : c'est à ce procédé que se serait arrêté le chirurgien de l'Hôtel-Dieu si plus tard il avait dû opérer, et encore dans un pareil cas, je me le demande, aurait-il réussi ?

Un accident qui aurait pu arriver aussi au milieu de ces nombreuses séances de lithotritie nécessitées par un si grand nombre de calculs, c'eût été l'introduction de quelque petit fragment entre les mors du litholabe, ou du moins l'amas d'une grande quantité de détritus qui aurait pu déchirer l'urètre et causer des accidens plus ou moins graves, surtout à l'âge de notre malade. A ce sujet, je citerai une observation que j'ai aussi recueillie à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et qui confirme tout le danger de ces déchirures, surtout quand le calcul a pour noyau un corps étranger dont on ne connaît pas la forme, ou mieux encore dont on ignore l'introduction dans la vessie.

Arnaud (Jean-Louis), paysan de la vallée d'Aost (Piémont), vient au mois de mai 1839, se faire opérer à l'Hôtel-Dieu, d'un calcul dont il est porteur, dit il, depuis six mois. Le malade étant d'une bonne constitution, et le calcul peu volumineux, le chirurgien en chef se décide pour la lithotritie.

Le 16 mai, première séance qui dure dix minutes: 15 lignes d'écartement entre les branches du litholabe.

Du 16 au 27, deux séances.

Le 27, quatrième séance. Un corps mou est saisi ; les deux branches de l'instrument sont rapprochées avec autant de force que possible. Une forte résistance est vaincue au col de la vessie ; elle se continue tout le long du canal, et se reproduit avec tant de force au méat urinaire qu'un bistouri était déjà prêt pour la vaincre : il est impossible de faire avancer ni reculer l'instrument. Cependant, l'opérateur voulant épargner une incision à Arnaud, fait des efforts de traction considérables, et amène au dehors une lanière de cuir longue de huit pouces et large d'une ligne et demie, pelotonnée sur elle-même, et incrustée de matière calcaire. Une hématurie abondante survint à l'instant, et ce fut alors seulement que le malade, effrayé, nous avoua s'être introduit, au mois d'août 1838, un des cordons de ses souliers dans l'urètre, s'être endormi après l'introduction, et n'avoir plus retrouvé le cordon à son réveil.

Les 28, 29 et 30, des symptômes de cystite violente se manifestent ; la verge se tuméfie considérablement, et Arnaud meurt le 30 à six heures du matin. L'autopsie nous fit découvrir les désordres suivans dans l'appareil génito-urinaire :

Distension énorme de la vessie, qui est pleine d'urine et dépasse l'ombilic ; augmentation de volume de ses parois ; couleur ardoisée de sa surface interne ; cinq petits calculs sont trouvés dans sa cavité. La muqueuse urétrale est convertie, dans toute son étendue, en une bouillie noirâtre très fétide, qu'on enlève facilement avec le manche du scalpel. Le fourreau de la verge est très épais, infiltré de sérosité ; son épiderme enfin s'enlève au moindre contact.

Nul doute ici que les lésions de l'urètre n'aient été produites par le frottement de cette courroie rugueuse contre la surface de ce canal.

Chronique et Nouvelles.

La séance d'ouverture et la distribution des prix de la Faculté aura lieu. dans le grand amphithéâtre, jeudi prochain 3 novembre, à une heure.

Le discours d'ouverture, qui doit être prononcé par M. Trousseau, a pour sujet : Méthodes médicales, — numérique, — d'induction, — homœopathie. — L'art et la science en médecine.

— A cause de la fête de la Toussaint, la séance de l'Académie de médecine de demain mardi 1er novembre est renvoyée à jeudi 3 novembre.

— Nous apprenons aujourd'hui que l'Administration des hôpitaux de Paris vient d'enjoindre aux directeurs de ces établissemens d'obtenir avec la quantité de viande accordée chaque jour, un cinquième de plus de bouillon. Il eût été baucoup plus simple d'ordonner d'ajouter au bouillon un cinquième d'eau. (*National.*)

Colonie de fous. — Dans la Campine brabançonne, à dix-huit ou vingt lieues de Bruaches, il existe, au milieu des landes et des bruyères, un grand et beau village qui ne compte pas moins de neuf mille ames. Plus de sept cents aliénés, des deux sexes, sont logés chez les habitans, dont ils partagent les occupations, les travaux agricoles jusqu'aux distractions. Les aliénés de Ghéel (c'est le nom du villag[e]) sont presque aussi libres que leurs hôtes. A toute heure de la journ[ée] on les voit circuler seuls dans les champs et dans les rues. Il y en [a] toujours un certain nombre dans les ateliers où ils trouvent à exer[cer] leurs professions. Il y a même des professeurs de musique, de gram[-]maire, des maîtres de langues. Il existe en ce moment une sociét[é] d'harmonie fondée par l'un d'eux. Comme les habitans, ils ont libre entrée dans les estaminets ; où il n'est pas rare de les rencontrer fumant tranquillement leur pipe à côté de leur cruchon de bière. »

— La médecine n'est pas en vigueur chez les Indiens de la Guiane française ; ils connaissent l'usage de quelques simples dont ils se servent quelquefois avec succès ; mais, dans les maladies graves et qui ont leur siége dans l'intérieur du corps, les malades sont presque toujours sûrs de succomber. En général, les Indiens ne vieillissent point. Il est plus commun de voir des femmes indiennes surannées et décrépites que des hommes du même âge, et cela n'est point étonnant. Les hommes font un usage si immodéré des boissons fermentées, que leur abus peut contribuer à abréger chez eux le terme de la vie. L'indien est ennemi des remèdes et ne les prend que par force lorsqu'il est traité chez les blancs. L'invention du lavement surtout les étonne et les force à rire malgré eux. Il faut être bien adroit pour parvenir à leur persuader d'en prendre et pour leur en donner. Ils appellent nos médecins et nos chirurgiens *piaije ;* ce qui équivaut, dans leur opinion, au mot *sorcier*.

Les maladies les plus ordinaires des Indiens sont la dysenterie, les rhumes et les fluxions de poitrine. La première trouve sa source dans l'usage immodéré qu'ils font des boissons fermentées, souvent du tafia. Lorsqu'ils sont attaqués chez eux de quelques maladies internes, ils font rarement usage de remèdes. Ils n'emploient les connaissances qu'ils ont de quelques simples, que pour la guérison des plaies. Au reste, ils ne sont pas sujets au fleau destructeur qui ravage tant de contrées de l'Europe. La goutte, la pierre, la gravelle, la fistule, la petite vérole leur sont inconnues. On voit rarement parmi eux des bossus, des borgnes, des boiteux, à moins que ce ne soit par accident ; mais, en revanche, ils sont sujets à des maladies de la peau. La plupart des Indiens ont des dartres. Lorsqu'ils sont dangereusement malades, ils restent couchés dans leur hamac ; et ils attendent, dans la plus grande sécurité, la mort qui n'a rien d'effrayant pour eux, par l'idée qu'ils se ont apparemment d'une autre vie après celle-ci.

Hôpital des Enfans, rue de Sèvres. — Cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfans.

M. Paul Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continuera, à dater de novembre :

Les visites tous les jours à huit heures ;

Leçons et opérations les jeudis, de huit heures à dix heures ;

Consultations tous les jours à neuf heures, les jeudis et dimanches exceptés.

SUPPLÉMENT

PARSJ. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

NALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. (Octobre, 1842).

moire sur la topographie médicale du 4e arrondisse- la ville de Paris. Seconde partie. Par M. le docteur ARD.

nous l'avons dit en rendant compte de la première travail, l auteur a eu pour but de faire l'histoire de artiers de Paris, au point de vue de leurs conditions s, et il a choisi pour le sujet de son étude, les quar- plus anciens de la rive droite de la Seine, ceux qui ont été le centre du mouvement le plus actif et le plus u; les quartiers où, dès la fondation de la ville, ont été les marchés et les halles d'approvisionnement.

vise cette seconde partie en neuf chapitres.

le premier, il trace rapidement la topographie actuelle re quartiers qui composent l'arrondissement, fait con- ur circonscription et les grands établissements publics liers qui s'y rencontrent.

second, il traite des halles et marchés d'approvisionne- entre dans des détails qui font connaître la disposition le du marché des Innocents et des halles du centre, de lle aux poissons de mer et d'eau douce, de la halle au eurre et aux œufs, de la halle à la viande, de la halle à la vo- ille, au gibier et aux viandes cuites, du marché au pain. Il y int des renseignements exacts sur la consommation annuelle diverses denrées qui y sont vendues.

l consacre le troisième chapitre à l'examen du chiffre de la pulation, et il y fait une remarque toute spéciale au qua- me arrondissement; c'est le peu de variation qu'éprouve le mbre annuel des mariages, et l'accroissement considérable naissances d'enfants légitimes, tandis que le nombre des ants naturels suit une progression décroissante.

Dans le quatrième, il présente l'état de la population indi- nte pendant l'année 1840, et il expose les ressources avec squelles le bureau de bienfaisance a dû subvenir à tous ses soins. Il entre ensuite dans quelques détails sur les profes- ons qui fournissent le plus de pauvres et sur les maladies aux- elles ces malheureux sont particulièrement exposés.

Le cinquième chapitre est consacré à l'examen de la prostitu- n dans les quatre quartiers qui composent l'arrondissement.

Le sixième traite du pavage et du nettoiement des rues, des ornes-fontaines, des égoûts, des latrines, des plombs, des escentes d'eaux ménagères et de l'éclairage public.

Le septième a pour objet la marche et les effets du choléra- orbus dans l'arrondissement, l'influence de l'humidité sur la ortalité, et le rapport de la mortalité cholérique avec la den- ité de la population.

Le huitième est consacré à l'examen de la mortalité considérée en général, et à celle occasionnée par la variole en particulier.

Enfin, dans le neuvième chapitre, qui forme le résumé de tout le mémoire, l'auteur établit qu'à l'époque actuelle, dans le quatrième arrondissement, les améliorations et les progrès successifs qui ont été apportés dans le service de la voirie, ont fait disparaître presque complètement les conditions d'insalu- brité dans les rues et sur les places. Mais que, dans la plus grande partie des quatre quartiers qui composent cet arrondis- sement, toute la sollicitude de l'administration doit se porter sur l'accumulation des maisons, leur saleté, le défaut de lumière, d'air, leur humidité, qui y entretiennent des conditions perma- nentes d'insalubrité et contribuent, avec la misère des individus qui les habitent, à propager la maladie scrofuleuse. Que le per- cement de rues larges et aérées, l'agrandissement des halles, en les mettant en rapport avec les besoins de la population de Paris, sont les meilleurs moyens d'assainir ces anciens quartiers qui ont conservé entièrement leur état primitif.

II. *Note sur l'assainissement des fabriques de fer blanc*, par M. D'ARCET.

Dans cet article, l'auteur démontre qu'il ne peut y avoir insa- lubrité dans la fabrique du fer-blanc, que par suite de la dispo- sition dans les ateliers du gaz hydrogène, souvent très puant, qui se produit lors de l'action des acides faibles sur les tôles, et surtout par celles des vapeurs infectes et insalubres que dé- gage le suif rance, continuellement mis en contact avec des oxides métalliques et chauffé presque au point de se vapori- ser et de prendre feu. Il n'y a donc à obvier ici qu'à ces deux causes d'insalubrité, et, pour atteindre ce but, M. d'Arcet con- seille de décaper les tôles sous une hotte dont l'ouverture anté- rieure soit aussi étroite que possible et qui communique avec une cheminée ayant au moins dix ou douze mètres de hauteur.

Quant à l'étamage des tôles dérochées, qui est sans contredit l'opération la plus insalubre de celles qui se pratiquent dans les fabriques de fer-blanc, il conseille d'y procéder en em- ployant l'appareil ventilateur que M. L. Mertian a fait établir, il y a une dixaine d'années dans sa fabrique de Montataire (Oise). Cet appareil, dont il donne une description très dé- taillée et accompagnée d'une planche, se compose d'un grand fourneau adossé à l'un des gros murs de l'atelier, et couvert, à une hauteur convenable, par une grande hotte conduisant au dehors, et à une élévation suffisante au-dessus du toit, la fumée des fourneaux, la graisse vaporisée et les produits gazeux pyro- génés auxquels le travail de l'étamage donne lieu.

III. *Recherches médico-légales sur l'empoisonnement par l'acide chlorhydrique*, par M. ORFILA.

M. Orfila avait établi depuis fort long-temps que si l'acide chlorhydrique faisait partie des liquides vomis ou de ceux que l'on trouve dans le canal digestif après la mort, il suffirait de distiller ces liquides dans une cornue à laquelle on adapterait un récipient contenant un peu d'eau distillée; l'acide, disait il, viendrait se dissoudre dans l'eau du récipient, et il serait facile de le reconnaître à l'aide des réactifs.

M. Devergie a combattu cette assertion, en arguant de la force avec laquelle l'acide était retenu par la matière animale, et il a soutenu que, hors le cas où l'acide chlorhydrique se trouverait dans le canal digestif à l'état de liberté, on devait renoncer à la distillation, et qu'il fallait alors recourir à la dé- composition de la matière organique par le feu, non-seulement jusqu'au point où celle-ci serait carbonisée, mais encore inci- nérée.

D'un autre côté, M. Bergouhnioux, professeur de chimie à Rheims, reconnaissant aussi la difficulté, l'impossibilité même de dégager, à l'aide de la simple distillation, soit à la température de 100 degrés, soit à une température plus élevée, l'acide chlo- rhydrique retenu par la matière organique, a proposé d'extraire cet acide en chauffant les matières suspectes avec de l'acide sul- furique.

M. Orfila vient prouver, contrairement à l'opinion de ces deux chimistes, 1° que c'est à tort que M. Devergie s'est inscrit contre son assertion, et que, s'il n'a pas obtenu de l'acide chlo- rhydrique dans la seule expérience qu'il ait tentée, cela tient à ce qu'il n'a pas poussé la distillation jusqu'à ce que la matière fût desséchée; 2° qu'il ne sera jamais nécessaire de recourir au pro- cédé dont il conseille l'usage, la décomposition par le feu; 3° qu'il pourrait même y avoir des inconvénients graves à l'adop- ter; 4° qu'il est préférable d'employer le tannin, et même l'alcool, à l'acide sulfurique proposé par M. Bergouhnioux pour démon- trer, dans les matières suspectes, l'existence de l'acide chlorhy- drique qui serait retenu par les substances organiques ou par les tissus du canal digestif.

Pour arriver à ces résultats, M. Orfila rapporte avec détails vingt-six expériences qu'il a tentées avec l'acide chlorhydrique mêlé à des liquides végétaux et animaux, aux matières vomies ou à celles qui se trouvent dans le canal digestif, et il en tire les conclusions suivantes :

1° On obtient facilement une partie de l'acide chlorhydrique mélangé avec des liquides alimentaires végétaux, en distillant ceux-ci a un feu doux, à moins que l'acide ne se trouve dans ces mélanges en quantité par trop minime;

2° La même chose a lieu dans les mêmes conditions, quoique plus difficilement, lorsqu'on distille des mélanges d'acide chlo- rhydrique et de liquides alimentaires animaux, ou un estomac préalablement trempé, pendant quelques minutes, dans le même acide concentré.

3° On ne recueille pas d'acide chlorhydrique dans le récipient quand on distille au bain-marie, à feu ou au bain de chlorure de calcium ou d'huile, les matières trouvées dans l'estomac des animaux qui ont succombé à l'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, quoiqu'elles en contiennent, si la distillation n'a été poussée que jusqu'au moment où la matière contenue dans la cornue a acquis une consistance presque sirupeuse, parce que l'acide est retenu par la matière organique, et s'il est dissous dans une trop grande quantité de liquide, parce qu'il passe dif- ficilement à la dissolution lorsqu'il est très-hydraté;

4° On en obtient, au contraire, même en agissant à un feu doux, si l'on continue la distillation jusqu'à ce que la matière de la cornue soit desséchée et non décomposée; à la vérité, on n'en recueille que fort peu. M. Devergie a donc commis une er- reur grave en attaquant l'opinion émise antérieurement par l'auteur à ce sujet;

5° On en extrait davantage quand on pousse l'action de la chaleur assez loin pour carboniser la matière contenue dans la cornue;

6° Il ne se condense dans le ballon ni de l'acide chlorhydri- que, ni du chlorhydrate d'ammoniaque, ni aucun chlorure, lorsqu'on chauffe jusqu'à siccité seulement des liquides ou des matières solides alimentaires non additionnées d'acide chlorhy- drique ni de chlorhydrate d'ammoniaque; mais il n'en est pas de même si ces liquides contiennent de ce chlorhydrate, ou bien lorsqu'on pousse l'opération jusqu'à ce que la matière soit car- bonisée : il est dès lors indispensable, dans une recherche mé- dico légale relative à l'empoisonnement par l'acide chlorhydri- que, d'arrêter la distillation au moment où la masse est presque desséchée;

7° S'il est vrai qu'en traitant par l'acide sulfurique concentré un mélange alimentaire, trouvé dans l'estomac d'un chien em- poisonné par l'acide chlorhydrique, on dégage beaucoup plus d'acide chlorhydrique que du même mélange à l'état normal, il est également certain que l'on s'exposerait à commettre des erreurs graves si l'on attachait à ce mode d'expérimentation une importance qu'il ne saurait avoir. Il pourrait arriver, en effet, que certaines matières alimentaires, à l'état normal, continssent assez de chlorure de sodium pour fournir, par l'acide sulfuri- que, une quantité d'acide chlorhydrique égale au moins à celle que l on obtiendrait dans quelques cas d'empoisonnement où la proportion d'acide chlorhydrique restant dans l'estomac serait très-faible;

8° En traitant les matières suspectes par l'alcool marquant 44 degrés, après les avoir concentrées par l'évaporation, en filtrant la liqueur et en la distillant jusqu'à siccité, on obtient dans les dernières portions du liquide distillé, une plus grande quantité d'acide chlorhydrique que celle qu'aurait fournie la même pro- portion de matière suspecte si elle eût été distillée seule; et, dans aucun cas, un mélange alimentaire à l'état normal et sans addition d'acide chlorhydrique ou de chlorhydrate d'ammonia- que ne donne, étant traité par l'alcool concentré puis distillé, un produit fournissant du chlorure d'argent avec l'azotate de ce métal;

9° On recueille encore plus d'acide chlorhydrique dans les dernières portions distillées, si l'on chauffe jusqu'à siccité seule- ment le liquide filtré provenant de la décomposition des matières suspectes par un excès de tannin; les mélanges alimentaires non additionnés d'acide chlorhydrique ou de chlorhydrate d'ammo- niaque, traités de la même manière, fournissent, au contraire, un produit distillé qui ne donne aucune trace de chlorure d'ar- gent par l'azotate de ce métal;

10° En décomposant comparativement par l'acide sulfurique concentré des estomacs de chien à l'état normal et des estomacs des mêmes animaux empoisonnés par l'acide chlorhydrique, on dégage une quantité de cet acide beaucoup plus considérable avec les derniers qu'avec les premiers, soit que les viscères, préalablement lavés avec de l'eau froide seulement jusqu'à ce que les eaux de lavage ne rougissent plus le papier bleu de tourne- sol, aient été fortement pressés entre des feuilles de papier Jo- seph, soit qu'ils aient été desséchés à la température de 100 degrés centigrades. Dans ces cas, l'eau froide n'agit pas pendant assez long-temps pour enlever la totalité de l'acide chlorhydrique qui pouvait être uni aux tissus, et agit à peine sur les chlorures solubles naturellement contenus dans l'estomac; aussi, lorsqu'on traite par l'acide sulfurique ces estomacs normaux, lavés à l'eau froide, décompose-t-on les chlorures naturels et obtient-on de l'acide chlorhydrique en quantité moindre à la vérité que lorsque les estomacs empoisonnés avaient retenu une portion de l'acide chlorhydrique ingéré;

11° En faisant bouillir avec de l'eau distillée, à plusieurs re- prises et pendant plusieurs heures, des estomacs de chiens em- poisonnés ou à l'état normal, ou bien un estomac d'un homme non empoisonné, on dissout la totalité des chlorures solubles qu'ils peuvent renfermer : aussi, les dissolutions aqueuses four- nissent-elles du chlorure d'argent par l'azotate de ce métal, tandis que les estomacs eux-mêmes, épuisés par l'eau bouil- lante, n'en donnent pas de traces. Tout porte même à croire qu'il suffit de laisser pendant deux ou trois jours dans l'eau dis- tillée froide des estomacs d'individus empoisonnés ou non par l'acide chlorhydrique, et de les laver ensuite à plusieurs reprises dans le même liquide à la température ordinaire pour obtenir les mêmes résultats.

M. Orfila termine son travail par l'indication détaillée du procédé qu'il est indispensable de suivre pour la recherche chi- mique du poison dans les cas d'intoxication par l'acide chlorhy- drique, et après avoir fait voir que l'élément chimique seul est loin de pouvoir trancher la question dans les faits de cette es- pèce, il insiste sur la nécessité de corroborer par les données importantes que fournit la pathologie; le commémoratif d'une part, les symptômes graves, et en quelque sorte si caractéristi- ques de l'empoisonnement par les acides concentrés, la marche en général si rapide de la maladie, et surtout les altérations ca- davériques qui sont telles, qu'on ne les observe presque jamais que dans les empoisonnements par les acides ou par les alcalis concentrés.

IV. *Nouvelles recherches et expérimentations médico-légales sur l'empoisonnement par les cantharides*; par M. le docteur Jean YTHIER POUMET.

L'auteur n'a pas eu pour objet, dans ce travail, de prouver que les cantharides prises à l'intérieur sont un poison mortel, mais bien de démontrer la possibilité de constater leur présence dans les entrailles de la victime long-temps après l'inhumation. Il divise son mémoire en deux parties.

Dans la première, consacrée aux généralités, il expose suc- cessivement les opinions des auteurs tant anciens que modernes sur les propriétés délétères des cantharides; il fait connaître l'état actuel de la médecine légale sur la question qu'il a en vue, il indique le plan et la division de son travail, les modes divers d'administration auxquels il a eu recours pour faire prendre la substance toxique aux animaux sur lesquels il a expérimenté, l'espèce et la taille de ces animaux, les précautions dont il s'est entouré pour empêcher le vomissement (ligature de l'œsophage et ligature des mâchoires), les symptômes et les lésions des tissus qu'il a constatés, les diverses recherches auxquelles il s'est livré pour retrouver la matière vénéneuse, le traitement de cette es- pèce d'empoisonnement, les altérations pathologiques qui en sont la suite, et la dose à laquelle les cantharides, prises à l'in- térieur, sont un poison pour l'homme.

La seconde partie comprend le détail des expérimentations au nombre de seize. Dans cinq de ces expériences, la nécropsie a été pratiquée vingt-quatre, trente, trente-six heures après la mort; dans cinq autres, l'ouverture n'a été faite que tardive- ment, le cadavre étant resté dans l'eau ou en terre pendant plus ou moins de temps; enfin, les six autres expériences ont été en- treprises pour différencier les empoisonnemens causés par la poudre de cantharides, de ceux produits par l'ingestion d'autres substances qui pourraient simuler les effets de cet agent d'in- toxication.

De ces diverses expérimentations, l'auteur croit être en droit de tirer les conclusions suivantes :

A. La présence des cantharides administrées à l'intérieur, soit entières, soit en poudre très-fine, peut être démontrée par l'existence, ou de l'insecte entier, ou des paillettes formées par les petits fragments des élytres et du corcelet.

1° Dans les matières des vomissements;
2° Dans les matières fécales rendues pendant la vie;
3° Dans les mucosités venant de l'œsophage;
4° Dans les matières retirées de l'estomac;
5° Dans les matières retirées de l'intestin grêle;
6° Dans les matières retirées du gros intestin;
7° Dans les matières trouvées à la marge de l'anus;
8° A la face interne de l'estomac }
9° A la face interne de l'intestin grêle } insufflé, tendu et desséché.
10° A la face interne du gros intestin }

B. Les traces du poison peuvent être découvertes, reconnues, suivies, non seulement vingt-quatre, trente-huit heures après la mort, ou soixante-douze, quatre-vingt-treize, quatre vingt- quinze heures, huit jours, vingt-six jours après l'ingestion de la poudre vénéneuse, mais encore quinze, vingt-neuf, deux cents, deux cent-dix jours après l'inhumation.

C. Les paillettes de cantharides ne peuvent pas être prises pour les parcelles qui constituent la limaille de cuivre rouge, jaune, ou celles des feuilles d'étain de couleur, nommées ori- peaux.

V. *Nouvelles recherches sur plusieurs poisons tirés du règne minéral*; par M. ORFILA.

Dans ce travail, qui fait la continuation d'un mémoire paru dans le précédent numéro des *Annales*, et dont nous avons rendu compte à l'époque de sa publication, l'auteur traite suc- cessivement du sublimé corrosif, de l'iode, du foie de soufre, de l'alun, de l'azotate de potasse, du chlorhydrate d'ammonia- que, de l'eau de javelle. Pour tous ces poisons, il indique le procédé d'analyse chimique auquel il est préférable de recourir quand il s'agit de les rechercher dans un cas de médecine légale.

De plus, en parlant du sublimé corrosif, il examine la valeur

thérapeutique d'un mélange de limaille d'acier et de poudre d'or récemment proposé par le docteur Buchler comme contre-poison de cette substance, et il rapporte que les essais qu'il a tentés sont loin de justifier l'efficacité de ce nouveau moyen. Les chiens auxquels il a administré d'abord quatre grammes de mélange d'or et d'acier réduit en poudre impalpable et suspendus dans soixante grammes d'eau légèrement acidulée, et qui ont pris immédiatement après cinquante centigrammes de sublimé corrosif dissous dans trente grammes d'eau distillée, sont tous morts au bout de quinze, dix-huit ou vingt heures, après avoir fait de violents efforts pour vomir et avoir horriblement souffert (l'œsophage de tous ces animaux avait été lié).

VI. *Inculpation d'infanticide, — Enfant conservé dans de l'alcool. — Expériences sur les effets de cette immersion, et Rapport médico-légal sur des questions soulevées à l'occasion de cette circonstance particulière;* par MM. Thibaud, Thuilier et Montanceix, de Limoges.

Une femme D..., inculpée d'infanticide, prétend s'être délivrée le 24 septembre 1841, d'un fœtus mort qu'elle a placé le même jour dans l'eau-de-vie; elle dit l'en avoir retiré le 26 dans la journée, et l'y avoir replacé le 27 au matin, après l'avoir laissé séjourner pendant la nuit enveloppé d'une serviette; puis elle l'a définitivement ôté de l'eau-de-vie, et mis immédiatement dans de l'esprit de vin, le 29 dudit mois de septembre jusqu'au 12 octobre suivant, jour où le fœtus fut extrait du bocal pour être soumis à l'examen des gens de l'art.

Les experts cités plus haut, chargés de constater depuis quelle époque le fœtus en question séjourne dans l'alcool, et si l'esprit de vin, dans lequel ce petit corps a été plongé, a pu, dans l'espace de temps qu'on dit qu'il y est demeuré, produire les effets qu'on remarque; les experts, disons nous, ont commencé par expérimenter avec des embryons de brebis qu'ils ont mis dans de l'alcool, puis en comparant les phénomènes observés avec l'état de fœtus depuis long-temps conservés dans l'esprit de vin, et avec celui du fœtus dont il s'agit, ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Il y a similitude parfaite entre les embryons qui avaient séjourné nombre d'années dans l'alcool, et celui qu'il s'est agi d'examiner dans le cas présent; aucun n'a fait éprouver de diminution appréciable de degrés à l'alcool dans lequel ils avaient été plongés, les embryons par les experts et le fœtus par la femme D..,;

2° Il y a dissemblance absolue entre les embryons de brebis et le fœtus en question : les premiers ont affaibli l'eau-de-vie de 12 degrés et l'alcool de 17 et 23 degrés, tandis que l'alcool dans lequel était le fœtus, a perdu à peine un ou deux degrés;

3° La couleur, la consistance, l'imprégnation alcoolique du fœtus ne ressemblent en rien à celles des embryons de brebis qui n'ont séjourné dans l'eau-de-vie ou l'alcool que le même espace de temps que la femme D... assigne à son enfant. Chez les uns, les tissus sont imprégnés d'alcool, d'un blanc mat, ils sont mous et conservent l'empreinte du doigt, chez l'autre, les tissus sont d'un rouge livide, durs, résistans, fortement saturés d'alcool et comme parcheminés.

D'où l'on peut induire :

A. Que l'enfant soumis à l'examen des experts est dans le commencement du septième mois de la vie intra utérine;

B. Qu'il n'est pas celui dont la femme D... dit s'être délivrée le 24 septembre précédent.

VII. *Extrait d'un rapport à S. E. le ministre de l'instruction publique sur l'organisation de la médecine en Allemagne;* par M. le docteur Henry Roger.

Ce rapport a été donné déjà, il y a quelques mois, dans notre journal.

Bulletin général de thérapeutique. (Octobre 1842).

1. *Quelques réflexions sur l'abus des médicamens ou polypharmacie. — Rappel à la simplicité des formules;* par M. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

Dans une esquisse historique tracée à grands traits, M. Forget montre, par des citations, que les grands praticiens de tous les temps se sont élevés contre l'abus des médicamens, abus qui est à la fois la source d'une foule d'errreurs ou de préjugés thérapeutiques. Nous ne le suivrons pas dans ces détails historiques, c'est là un fait que chacun est à même de vérifier.

Quant aux inconvéniens que présente la polypharmacie dans son application, ils peuvent être réduits à trois chefs principaux.

1° Dans certains cas, les amalgames dont il s'agit donnent lieu à des dégagemens volatils, vaporeux, à des décompositions patentes ou inaperçues qui dénaturent le remède et le transforment en un produit nouveau d'action inconnue, inerte ou même dangereux : ce sont les inconvéniens *chimiques*;

2° D'autres fois on y voit figurer des substances réfractaires au mélange, insolubles les unes dans les autres, et donnant lieu à des troubles, des coagulations, des dépôts, enfin à des magma de toute espèce qui révoltent tous les sens à la fois : ce sont les inconvéniens *phamaceutiques*;

3° Les inconvéniens *thérapeutiques*, et ce sont les plus graves et les plus communs, sont de deux espèces. Tantôt le praticien associe des substances d'actions diverses ou même opposées, lesquelles se neutralisent plus ou moins completement; tantôt il combine des élémens tellement nombreux, que les effets deviennent en quelque sorte indéchiffrables et sans aucun profit pour l'art et la science.

Cependant, ajoute M. Forget, il ne faudrait pas tomber dans un excès contraire; car il est certaines formules complexes qui peuvent être justifiées par des considérations rationnelles, impérieuses; telles sont les suivantes :

1° Lorsque l'expérience, bien et dûment constatée, a sanctionné la prééminence d'un composé médicamenteux en opposition aux remèdes simples;

2° Lorsqu'en associant des substances diverses, on veut et on peut obtenir l'ensemble des effets partiels propres à chacune d'elles. On comprend combien en pareille occurence il est facile de s'égarer. « Quoiqu'il en soit, veillez à ne pas associer des ingrédiens qui se combattent et se neutralisent, veillez surtout à ce qu'il n'en résulte pas des effets contraires à ceux que vous attendez. »

3° Lorsqu'on veut obtenir un produit ou un effet mixte, différent de la composition et de l'action de chacun des ingrédiens isolés. Encore est-il préférable d'employer d'emblée le produit mixte lorsqu'il existe tout préparé dans les officines;

4° Lorsqu'il est utile de chercher à favoriser l'action de certains remèdes.

5° Lorsqu'il est avantageux de mitiger un agent trop actif.

6° Pour faciliter la préparation du remède; c'est le motif le plus ordinaire et en quelque sorte obligé des associations médicamenteuses.

Voilà pour ce qui concerne la polypharmacie complexe.

« La polypharmacie multiple est encore autorisée dans de certaines limites : c'est ainsi qu'on peut prescrire en même temps, au même malade, soit une tisane adoucissante et un looch, à part les saignées dans une inflammation de poitrine; une boisson tempérante, un cataplasme et un lavement dans une irritation abdominale, etc. Ce sont là des procédés rationnels et qui ne justifient pas ces médicastres qui se croient obligés de mettre à contribution toutes les formes pharmaceutiques à la fois. La science et la conscience médicales établissent parfaitement la limite entre l'art et la jonglerie. »

Quant à la polypharmacie changeante, elle peut elle-même s'autoriser de certaines exigences créées par la pratique : ainsi l'on reconnaît que l'action de certains remèdes s'use par l'habitude; il est alors indiqué de les changer par d'autres dont l'action analogue converge au même but; ou bien les malades se lassent, se dégoûtent des mêmes médicamens : force est bien alors d'obtempérer à ces répugnances. C'est ce qui arrive dans les maladies de longue durée, chez les incurables, les hypochondriaques, etc.

« Telles sont, dit M. Forget, les circonstances principales qui peuvent rationnaliser la polypharmacie. En dehors de ces préceptes, dont pourtant encore il est si facile d'abuser, il n'y a plus qu'ignorance ou calcul. »

II. *Un mot sur la chlorose aigue et chronique, et sur son traitement par un nouveau mode de préparation ferrugineuse;* par M. A. Dauvergne, médecin de l'hospice de Manosque (Basses-Alpes).

On doit, avec Fréd. Hoffmann, considérer la chlorose comme une affection générale et caractérisée par un changement survenu dans toute l'habitude du corps par la coloration blanche, verdâtre ou jaunâtre de la peau, l'altération des humeurs, le trouble de la circulation, de la menstruation, des accidens nerveux, l'atonie des viscères et une prostration plus ou moins marquée.

L'observation journalière montrant qu'il existe beaucoup de chloroses qui, dans l'espace de quinze jours ou trois semaines, se développent et se confirment, tandis qu'elles s'amendent et disparaissent dans un temps à peu près égal sous l'influence d'une médication convenable; qu'il en est d'autres, au contraire, qui surviennent lentement avec des phénomènes insensibles et graduels, minant sourdement et profondément la constitution, éveillant plus particulièrement les sympathies nerveuses des divers organes, et ne cédant qu'à une très longue et très persévérante médication; on se trouve naturellement autorisé à admettre une chlorose aiguë et une chlorose chronique, dont les caractères différentiels les plus saillans sont les suivans :

« Dans la chlorose aiguë, l'inappétence, le dégoût est subitement porté quelquefois à ne pouvoir supporter l'idée des alimens. Les lassitudes sont extrêmes et vont souvent jusqu'à la défaillance. Dans la chlorose chronique, au contraire, la marche n'est pas toujours pénible; la tristesse est moins profonde, etc.; tandis que les douleurs névralgiques, les troubles fonctionnels, gastriques, intestinaux, les douleurs utérines, encéphaliques, sont plus fréquens et surtout plus fixes et plus rebelles; les attaques d'hystérie surviennent fréquemment : je ne les ai jamais observées dans la chlorose aiguë. »

La préparation ferrugineuse préconisée par M. Dauvergne consiste à incorporer de suite, après la précipitation et la filtration, le carbonate de fer avec un mucilage gommeux, puis d'y ajouter la quantité de sucre nécessaire pour faire des pastilles aromatisées avec une essence. On obtient ainsi des pastilles très agréables, contenant chacune dix-huit centigrammes de carbonate ferreux hydraté, ou neuf centigrammes anhydre. Ces pastilles se conservent sans altération, M. Dauvergne en possède qui datent de plus de cinq mois, et qui ont toujours à la cassure la même couleur verdâtre et la même opacité stiptique qui rappelle le goût de l'encre. Il les administre toujours de la même manière et pour toute la durée du traitement. Il donne tous les jours six pastilles, deux le matin à jeun, deux dans le courant de la journée, et deux le soir en se couchant, après les digestions. Les malades prennent ainsi quatre-vingt-dix centigrammes de carbonate ferreux hydraté qui correspondent, d'après les calculs faits, à quarante-cinq centigrammes anhydre. Cette dose est toujours suffisante.

III. *Considérations sur quatre polypes du rectum, observés sur de jeunes garçons de deux ans et demi à sept ans, et sur leur traitement;* par M. Bourgeois, chirurgien en chef de l'hôpital d'Étampes,

Dans l'espace de dix-huit mois, l'auteur a pu observer chez quatre jeunes enfans du sexe masculin des tumeurs polypeuses rectales; voici le résumé qu'il donne de ces quatre faits :

« Les tumeurs, dit-il, avaient entre elles la plus parfaite analogie Trois de ces enfans étaient d'une excellente constitution; le quatrième offrait seul une organisation lymphatique et légèrement viciée. Tous quatre appartenaient à des parens sains, n'avaient jamais eu de maladies ni d'accidens analogues. Le plus âgé avait sept ans; les trois autres n'avaient pas passé trois ans et demi; chez tous, et sans cause connue, il survint, après les évacuations alvines, un écoulement sanguinolent, d'abord léger, qui ne tarda pas à augmenter, et fut suivi chez un d'eux au bout de quelques jours, chez les trois autres après quelques semaines, de la sortie d'une tumeur rouge, offrant l'apparence d'une fraise, qui ne se présentait qu'après les selles, et ne rentrait quelquefois qu'au bout d'une heure. Dans aucun cas, le sang n'était combiné aux excréments; jamais non plus l'écoulement sanguin ne devint inquiétant par son abondance. Ces tumeurs ne paraissaient pas déterminer de douleurs, et la santé des petits malades n'en fut jamais affectée d'une manière apparente. La tumeur a constamment présenté une forme arrondie, légèrement aplatie latéralement; son segment inférieur ou externe était plus volumineux que celui qui correspondait à l'intestin, sa face supérieure offrait dans son centre l'insertion du pédicule, toujours assez étroit. La grosseur du polype était celle d'une fraise; sa surface, d'un rouge vif, surtout à sa partie inférieure, était comme papilleuse, et avait beaucoup d'analogie avec le fruit d[...] je viens de parler; sa consistance était ferme. Après avoir di[...] le polype avec le bistouri, on reconnaissait que son organ[...] était fibro-celluleuse, peu vasculaire, d'un blanc grisâtre. Tr[...] fois le pédicule mince a offert quatre à cinq centimètres de lo[...] gueur; son tissu était dense, sa couleur blanchâtre; son ex[...] mité supérieure allait s'implanter sur la muqueuse rectale, [...] dessus du sphincter interne, au niveau du bas fond de la ve[...] Dans le quatrième cas, ce pédicule rouge, plus vasculaire et [...] épais que les précédents, n'avait qu'un centimètre de long [...] s'insérait en arrière du rectum, entre les deux sphyncters. »

Chez ces quatres malades, M. Bourgeois a excisé la tu[...] polypeuse, et la guérison a été prompte et radicale.

IV. *La vieillesse ne contre indique pas les opérations de c[...] cers;* par M. A. Michel, D. M. à Barbentane (Bouches-[...] Rhône).

Pour justifier le titre de cette note, M. Michel publie trois [...] servations qu'il a recueillies dans la pratique et dont nous all[...] donner un résumé.

Observation première. — Un homme, âgé de 72 ans, gra[...] fumeur, se servait toujours d'une pipe à tuyau court, vulgai[...] ment désignée sous le titre de brûlot, et était affecté depuis qu[...] tre ans, vers la commissure gauche de la lèvre inférieure, d'u[...] tumeur dure, cableuse, indolente, d'un blanc grisâtre tirant [...] peu sur le bleu. Sa constitution s'était profondément altérée: [...] éprouvait dans cette tumeur des douleurs lancinantes. « Peu [...] peu le squirrhe devint gros, dur, et forma une substance corn[...] de couleur violette qui tombait en desquamation, fournissant [...] même temps par son centre un pus fétide et sanieux. » Dive[...] topiques furent employés inutilement; le cancer fit des progr[...] rapides et avait déjà envahi près de la moitié de la lèvre inf[...] rieure. L'extirpation fut pratiquée à l'aide de l'incision en V, [...] la guérison a été radicale. Dix ans se sont écoulés sans qu'il [...] soit montré aucun signe de récidive.

Observation deuxième. Une femme âgée de 71 ans, porta[...] depuis dix-huit mois un ulcère cancéreux à l'aile droite du ne[...] qui, gagnant vers la joue, commençait à s'étendre en profon[...] deur et en circonférence. Des pâtes caustiques furent employées[...] mais, vu leur inefficacité, on fut obligé d'en venir à l'opératio[...] qui réussit parfaitement.

Observation troisième. — La nommée Véray, âgée de 79 an[...] portait depuis environ trois ans une grosse verrue saignante s[...] la paupière inférieure de l'œil gauche. A la suite d'une ophtha[...] mie chronique qui avait duré plusieurs mois, il s'était manifest[...] une petite excroissance sous cette paupière; la malade s'en étai[...] d'abord peu occupée, elle l'avait même plusieurs fois écorché[...] avec ses ongles. Peu à peu la tumeur avait acquis de l'impor[...] tance. On l'avait brûlée; mais la cautérisation, imparfaite san[...] doute, n'avait servi qu'à redoubler l'énergie du mal qui avai[...] dégénéré en *noli me tangere.*

L'opération fut proposée et acceptée. A cette époque, le cancer s'étendait depuis la pommette jusque vers le nez, compromettant une partie de la joue. Il égalait le volume d'un petit œuf de poule. Le globe oculaire était refoulé en haut, et la paupière cessait de le couvrir; des larmes involontaires s'écoulaient à chaque instant; la vue était incomplète, trouble; la malade ne pouvait regarder en haut sans baisser la tête. Du centre de la tumeur carcinomateuse s'écoulait un ichor abondant, sanieux, infect, qui excoriait la partie de la joue sur laquelle il coulait, et y produisait, par son âcreté, de petites phlyctènes qui allaient jusqu'au menton. La figure était décomposée, le teint pâle, livide.

Voici comment M. Michel procéda à l'opération : « Ayant saisi et soulevé la tumeur avec des pinces à dissection, dit-il, je la détachai par deux coups de bistouri; le tissu en était dur et criait sous l'instrument. La déperdition de substance fut considérable. Il y eut une forte hémorrhagie par les veines et les artères palpébrales; je m'en rendis maître cependant sans recourir à la ligature. Sans cela, après avoir inutilement mis à contribution le nitrate d'argent, j'employai une pommade composée de gomme kino, de gomme arabique et d'extrait sec de rathania. La plaie fut bien saupoudrée avec cette poudre faite très fine, et par dessus j'appliquai de la rapure de vieux linge, que j'imbibai de temps en temps avec de l'eau qui tenait en suspension de la magnésie calcinée; de cette façon, il se forma là un mastic très dur, au-dessus duquel j'établis des bandes circulaires passant autour de la tête et exerçant une compression convenable. L'appareil resta fixé quatre jours, au bout desquels il fut enlevé. De petits bourgeons charnus s'étaient déjà développés, mais ils n'étaient pas de bonne nature; pour les détruire, je me servis de la poudre de Rousselot, composée, comme on sait, de sulfure de mercure, de sang-dragon et d'oxide d'arsenic. Cette poudre escharrotique fut appliquée sur du cérat et maintenue au moyen d'un gateau de charpie molette. Vingt-quatre heures après, l'effet fut produit, mais non pas sans de vives douleurs. Plusieurs fois la malade fut sur le point d'arracher l'appareil pendant la nuit. Une large escharre fut formée; je la laissai suppurer et tomber delle-même. La nouvelle chair fut bonne. Tous les deux ou trois jours les bourgeons trop mous furent réprimés avec la pierre infernale. Quarante jours après, la guérison était opérée, et on ne se fût pas douté qu'un mois auparavant cette femme portait un cancer aussi difforme. Aujourd'hui sept mois se sont passés et tout porte à croire que la maladie ne se reproduira pas.

Clinique des hopitaux des enfans (Septembre et octobre 1842).

I. *Observation d'un cas de rage,* par le docteur P. G. Robert.

Avant de rapporter cette observation, M. Robert présente quelques considérations générales dont nous allons faire connaître les principaux points. Il insiste tout d'abord pour qu'on ne confonde point la *rage* avec l'*hydrophobie*. Quoique ces deux affections existent quelquefois en même temps, elles offrent néanmoins des différences essentielles, puisque l'hydrophobie peut exister sans la rage et se terminer souvent par la guérison, ce qui ne se rencontre pas dans le cas de rage.

On sait tout ce que la science, l'empirisme et même le charlatanisme ont imaginé pour guérir la rage. Cependant la thérapeutique de cette affection n'a pas encore fait un pas réellement satisfaisant.

La première période, dite d'incubation, varie beaucoup. En général chez les animaux, elle est de huit ou neuf jours jusqu'à quarante, et chez l'homme de quarante jours à deux mois, six mois et quelquefois davantage; et pendant cette période plus ou

moins longue, le médecin n'a à sa disposition aucun moyen efficace pour s'opposer à l'apparition des symptômes qui, dès qu'ils se montrent, ne connaissent aucune barrière.

Le devoir des médecins, en pareille circonstance, consiste à donner de la publicité aux faits qu'ils ont eu occasion d'observer.

Voici un résumé de l'observation recueillie par M. Robert :

Antoinette Suchet, âgée de douze ans, jouissant d'une bonne santé, est mordue le 5 juin 1828, au bras droit, sur le trajet de la veine brachiale, en trois endroits différens, par un chien. Elle ne dit rien de son accident, et plus d'un mois s'écoula sans qu'elle éprouvât rien de remarquable. Mais le 26 juillet elle sentit du malaise; le 28 un médecin vit la malade pour la première fois. Voici les détails qu'il recueillit des personnes qui la soignaient.

Antoinette avait refusé tous les alimens, les solides et les liquides; pour ces derniers surtout l'ingestion était presque impossible. Lorsqu'elle se décidait à avaler un liquide, une contraction extrême et involontaire du pharynx s'y opposait.

Elle manifesta une grande frayeur à l'aspect du médecin; mais cette première émotion passée, elle se soumit facilement à son examen.

Surface cutanée normale, yeux hagards, pupilles dilatées, conjonctives dépourvues d'injection.

Appareil gastro-intestinal. — Langue blanchâtre et d'une sécheresse extrême. Région épigastrique insensible à la pression. Abdomen un peu volumineux; la percussion démontre que cet accroissement a pour cause une accumulation de gaz dans divers points du ventre.

Appareil circulatoire. — Léger bruit de rape à la région du cœur. Pouls parfaitement régulier, 75 pulsations par minute.

Respiration. — L'auscultation ne laisse percevoir par instans, et postérieurement, qu'une légère bronchophonie et une dyspnée intermittente.

Système nerveux. — Mouvemens convulsifs sur différentes parties du corps, plus prononcés aux membres pelviens qu'aux extrémités thoraciques.

Interrogée par le médecin, Antoinette avoua, en fondant en larmes, qu'elle avait été mordue un mois auparavant et montra les cicatrices de ses blessures. « Un verre d'*eau limpide* lui fut alors apporté. L'expression de sa physionomie changea brusquement; l'œil prit alors presque un caractère de férocité, et les mouvemens convulsifs se déclarèrent plus rapides; les mâchoires en furent contractées avec violence. Le vase qui contenait le liquide ayant été éloigné, la malade redevint calme. La réflexion de ses traits dans un miroir l'affectait aussi péniblement. L'existence de l'hydrophobie rabiforme ne devait plus être mise en doute, il fallut songer à la combattre. »

Une saignée fut pratiquée et fournit un sang pâle qui ne se couvrit d'aucune couenne. Les blessures, résultat de la morsure de l'animal, furent rouvertes et on les cautérisa avec des aiguilles rougies au feu. La malade supporta très-bien cette opération. Elle fut alors conduite à l'hôpital des Enfans, et placée dans un cabinet isolé. Cinq heures après, sans avoir éprouvé de lipothymie, la respiration devint seulement stertoreuse, et la malade s'éteignit tout-à-coup sans qu'on ait eu le temps d'employer aucun traitement.

Autopsie seize heures après la mort. — Rigidité cadavérique; plaques violacées à la partie interne des cuisses et aux pommettes.

Appareil gastro-intestinal. — Inspection partielle de la muqueuse œsophagienne. Estomac violemment contracté sur lui-même, et contenant une petite quantité de liquide jaunâtre; quelques plaques piquetées vers le cardia. Rougeur avec épaississement et un peu d'induration de la muqueuse vers l'orifice pylorique. Coloration en rouge du tissus lamineux sous-musculaire. Dilatation du canal intestinal produite par une quantité considérable de gaz exhalant une forte odeur d'hydrogène sulfuré. Vers la région iléo-cœcale, la muqueuse présente quelques taches d'un rouge vermeil et de forme lenticulaire.

Appareil circulatoire. — Cœur fortement contracté sur lui-même. Ventricule gauche des deux tiers plus petit que le droit.

Appareil de la respiration. — Rougeur intense de toute la muqueuse de la trachée. Dilatation anormale des bronches, d'autant plus prononcée, qu'on s'approche de leurs bifurcations. Le poumon droit est fortement engorgé; les cellules de son parenchyme sont remplies par un liquide jaunâtre, puriforme, en assez grande abondance pour qu'il s'échappe à la plus légère pression. Le poumon gauche présente les mêmes altérations, mais à un degré moindre.

Appareil cérébro-spinal. — *Crâne* — Inspection générale de la pie-mère; petite induration à droite et postérieurement quelques plaques violacées. Densité anormale de la substance cérébrale. Accumulation d'une quantité considérable de liquide très limpide dans les ventricules. Effusion sanguine dans les hémisphères; la substance grise est légèrement piquetée de rouge. Mêmes lésions dans le cervelet, à l'exception de la partie centrale. — *Rachis.* Les deux tiers inférieurs de la moelle épinière présentent dans toute leur étendue un ramollissement qui augmente à mesure qu'on se rapproche de la région sacrée, point dans lequel elle est réduite presque à l'état de liquide.

Toutes les parties du cadavre offrent une congestion sanguine des plus prononcée; ce liquide, d'une pâleur extrême et non coagulé, présente une coloration d'un rose pâle qui étonne tous les assistans.

M. Robert fait observer en terminant que le fait remarquable de cette observation est l'altération positive du sang. Quant à la contraction manifeste de certains organes, elle démontre le rôle important que le système nerveux semble jouer dans cette maladie. Quoi qu'il en soit, dès qu'une personne est atteinte d'une morsure, même douteuse, il n'y a pas à balancer, il faut cautériser fortement et immédiatement la plaie, et, adoptant en cela le précepte d'Antoine Dubois, M. Robert préfère le beurre d'antimoine à tout autre moyen de cautérisation.

2° *Traitement de la rage par la compression des carotides*, par M. le docteur ALLIER fils, médecin à Marcigny.

C'est à l'occasion de l'observation précédente que M. Allier a adressé au rédacteur de la Clinique des Enfans, les détails qui suivent :

« Saignant, en 1827, le domestique d'un propriétaire, atteint de la rage confirmée, et mordu trois mois auparavant par un chien enragé, je me trouvai péniblement affecté de l'impuissance absolue de la médecine. — Me rappelant alors l'efficacité de la compression des carotides dans des cas d'épilepsie, je comprimai simultanément ces deux artères au début d'un paroxisme convulsif, sans en prévenir les assistans. A l'instant même les convulsions cessèrent, et l'hydrophobe tomba dans une espèce d'anéantissement Malgré mes instances, la famille effrayée ne me permit pas de continuer et de reprendre l'emploi méthodique de ce moyen puissant. Les accidens éclatèrent avec une nouvelle violence, et le malade succomba le lendemain, quarante-huit heures après l'invasion des premiers symptômes.

« La compression des carotides n'a pas encore été employée, que je sache, dans cette terrible affection; ses effets ont été trop évidens dans le cas que je viens de résumer pour que l'on ne regarde point comme important de constater de nouveau son influence définitive sur le tétanos rabiéique. Il est vrai de dire que par l'emploi de ce moyen on n'attaque point le mal dans sa source, on ne détruit point l'intoxication; mais qui sait si en anéantissant, par la compression des carotides, les funestes effets de cet empoisonnement, les convulsions, on ne préviendrait point la terminaison fatale de cette affreuse maladie, puisque ces convulsions amènent la mort, soit par asphyxie, soit par l'épuisement du système nerveux! C'est à de nouveaux expérimentateurs à prononcer. »

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. (Octobre 1842.)

Note sur le traitement des fractures comminutives, par suite de coup de feu, occupant le quart supérieur du fémur; par le docteur OLLAGNIER, chirurgien militaire.

« Il est généralement reconnu aujourd'hui, dit l'auteur, que les fractures comminutives, par suite de coup de feu, réclament l'amputation du membre lorsque l'étendue des désordres ne permet pas de s'en tenir à la résection des fragmens. Cette pratique a été sanctionnée par l'expérience des chirurgiens qui ont exercé, soit aux ambulances actives, soit dans les grands hôpitaux. Mais lorsqu'on réfléchit au peu de succès que présente la désarticulation de la cuisse, on se demande si cette thérapeutique est applicable aux fractures comminutives du quart supérieur du femur. Plusieurs chirurgiens, effrayés avec raison des dangers de cette opération, ont même préféré, quelle que fût l'étendue des désordres des parties osseuses, abandonner la guérison aux ressources de la nature. Sans prétendre que cette conduite doive être toujours imitée, il faut avouer néanmoins qu'elle a été quelquefois suivie de succès. »

M. Ollagnier mentionne ensuite dix cas de ce genre, dans lesquels l'opération a été pratiquée six fois et n'a réussi qu'une seule; tandis que dans les quatre autres cas on s'en est tenu à la réduction de la fracture, et deux fois cette méthode conservatrice a été couronnée de succès. Voici un résumé de ces deux dernières observations. La première a été recueillie dans le service de M. Pointis, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Bone; la seconde a été communiquée à M. Ollagnier par M. Rietschell, alors chirurgien en chef de l'hôpital de Douera.

Première observation. — M. B...., capitaine au 39e de ligne, âgé de 45 ans, d'une bonne constitution, reçut une balle tirée à bout portant, qui, après avoir traversé la cuisse gauche et fracturé le fémur au niveau du grand trochanter, fut se loger dans la cuisse droite. A la suite d'une consultation nombreuse, il fut décidé qu'on abandonnerait cette grave lésion aux ressources de la nature. Le membre fut placé dans un appareil modérément serré, afin de ne pas gêner le développement de l'inflammation, et l'on prescrivit des évacuations sanguines. Le quatrième jour, l'appareil fut levé et l'on reconnut auprès de la plaie d'entrée la présence d'une collection purulente, située profondément. On pratiqua un large débridement qui donna issue au liquide et permit de faire l'extraction de nombreuses esquilles. Pansement simple : bandage de Scultet. Pendant les trois premières semaines, on eut à combattre des accidents inflammatoires généraux et locaux. La diarrhée survint ensuite; mais on s'en rendit maître. De temps à autre on vit s'échapper de nouvelles esquilles.

Enfin, après trois mois de traitement, la consolidation commença à s'établir, et était parfaite vers la fin du cinquième mois.

M. B.... pouvait bien remuer la jambe, mais l'articulation coxo-fémorale était ankylosée. Il était facile de constater que la consolidation s'était opérée au moyen d'une esquille intermédiaire longue de trois pouces environ, soudée d'une part avec le fragment supérieur; de l'autre, avec le fragment inférieur de l'os.

Six mois après l'accident, M. B.... se promenait avec des béquilles, malgré un raccourcissement assez prononcé du membre.

Deuxième observation. — Le nommé Blanc reçoit une balle qui lui fracture le fémur au niveau du grand trochanter. Le doigt introiduit dans la plaie permet de constater la fracture ainsi que la présence de petites esquilles. On suit la crépitation dans la partie supérieure de la cuise. Le membre est placé dans l'appareil de Desault. Il ne survint aucun accident. Un mois après, la balle paraît dans le scrotum; on la retire par une ouverture faite avec le bistouri. Comme on le pense bien, il y eut une suppuration abondante dans la partie supérieure de la cuisse; mais six mois après l'accident, Blanc pouvait se promener en s'appuyant sur des béquilles.

Ces deux observations, dit M. Ollagnier, prouvent que la désarticulation de la cuisse n'est pas indispensable à la conservation d'un blessé atteint par suite de coups de feu, d'une fracture comminutive du quart supérieur du fémur. On connaît du reste d'autres faits du même genre. Il est en outre une autre opération qui paraît à M. Ollagnier offrir plus de chances de succès que l'extirpation de la cuisse, c'est la résection du fémur au-dessous du grand trochanter.

Il faut ajouter qu'il n'est pas toujours possible de déterminer la longueur du fragment supérieur. M. Ollagnier en cite un exemple, et termine son travail par les conclusions suivantes :

« 1° Les fractures comminutives du quart supérieur du fémur, occasionnées par la balle, ne sont pas toujours mortelles, lorsqu'on cherche à conserver le membre.

» 2° Cette dernière méthode compte depuis une douzaine d'années plus de succès que la désarticulation de la cuisse.

» 3° La résection de la partie supérieure du fémur est facilement pratiquable lorsque l'os est brisé.

» 4° Quelquefois dans ces fractures, il est impossible de déterminer la longueur du fragment supérieur, ainsi que la nature et la gravité des désordres qui existent du côté du col; alors on peut éclairer le diagnostic, en pratiquant une incision de trois pouces sur la partie latérale de la hanche. »

REVUE MÉDICALE. (Septembre 1842.)

Note sur le traitement de la brûlure chez les enfans.— Un mot sur le traitement du bubon inguinal suppuré; par M. PAYAN, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix. (Bouches-du-Rhône.)

a. *Brûlures chez les enfans.* — La plus grande gravité des brûlures chez les enfans que chez les adultes est un fait acquis à la science. Chacun sait qu'à ces premiers âges de l'existence la puissance vitale est si faible que les sujets ne peuvent lutter long-temps contre les douleurs aiguës et les accidens fébriles qui accompagnent les brûlures. De là, le précepte de ne recourir en pareil cas qu'à des médications qui aient la propriété d'atténuer le plus et le plus tôt possible ces douleurs, et d'éviter les causes qui pourraient les reproduire. Or, on connaît tous les avantages du coton cardé dans le traitement des brûlures; mais on sait aussi que le contact immédiat de cette substance avec les surfaces brûlées détermine une certaine irritation qu'il serait très-utile d'éviter surtout chez les enfans. Eh bien! c'est pour obvier à cet inconvénient que M. Payan conseille, lors du premier pansement, d'appliquer un corps gras entre le coton et la partie brulée. Le liniment dont il se sert en pareil cas est ainsi composé :

Pr. Huile d'amandes douces, 1 partie.
Eau de chaux, 8 parties.
Mêlez et agitez chaque fois.

Après avoir enlevé l'écume savonneuse qui vient nager à la surface de ce liniment, on commence par appliquer ce topique avec les barbes d'une plume sur toutes les surfaces brûlées; après quoi on recouvre ces mêmes parties d'une couche épaisse de coton cardé fin. Des compresses fines et quelques tours de bande complètent le pansement.

M. Payan rapporte deux promptes guérisons obtenues à l'aide de cette pratique. Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille âgée de cinq mois, atteinte d'une brûlure occupant la face externe de la cuisse gauche, les trois quarts au moins de la surface de la jambe et du pied du même côté, et une certaine étendue de la jambe droite C'était une brûlure au deuxième degré, d'après la division admise par Dupuytren. Onze jours après l'application du coton et du liniment oléo-calcaire, la cicatrisation était complète sur tous les points.

Restait à savoir si l'emploi du coton seul, sans la précaution préalable d'enduire les parties brûlées avec le liniment, produirait un calme aussi prompt et aussi complet. Or, la seconde observation rapportée par M. Payan répond à cette question. Une petite fille, âgée de trois ans et demi, eut les deux pieds atteints de brûlure au second degré. C'était une occasion favorable pour s'assurer si réellement l'addition du liniment est de quelque utilité dans le pansement. M. Payan ne la laissa pas échapper. Le pied gauche le moins malade fut couvert avec du coton seul, tandis que le droit fut préalablement enduit du liniment indiqué plus haut. « Or, peu d'instans après le pansement, le pied droit cessa d'être douloureux, tandis que l'enfant accusa encore de la souffrance pendant le reste de la journée au pied gauche, où du coton seul avait été employé. La cicatrisation a, du reste, marché d'une manière à peu près égale aux deux pieds, et, dès le quatorzième jour, il ne restait plus de plaies aux parties lésécs : une cicatrice régulière, inapercevable, en tenait lieu. »

B. *Bubon inguinal.* — Un bubon en suppuration étant donné, quel est le meilleur mode de traitement à lui opposer? Tel est le problème que M. Payan s'est proposé de résoudre. Il rejette tout d'abord comme défavorables les méthodes qui consistent soit à ouvrir la tumeur après avoir attendu que la collection purulente soit bien complète, soit à porter l'instrument tranchant dans le foyer purulent qui commence à se former, soit enfin à se servir des ponctions multiples. Dans tous ces cas, on s'expose plus ou moins à voir succéder à l'ouverture de l'abcès des ulcères, à vitalité languissante, à bords décallés, qui très-lents à se cicatriser, ont encore le grave inconvénient de laisser des traces très-marquées, irrégulières et indélébiles. Il faut donc ici un moyen à la fois évacuateur et propre à imprimer à la tumeur une excitation suffisante; et c'est parmi les caustiques escharrotiques que M. Payan a cherché ce moyen. Celui qui lui a paru sans contredit le plus avantageux, c'est le caustique de Vienne que l'on applique suivant une ligne allongée et peu large et dans la direction du pli inguinal. Des faits comparatifs ne lui ont pas permis de douter des avantages de ce mode de traitement sur l'emploi de l'instrument tranchant.

Une circonstance importante à connaître, était de savoir quel est le moment le plus opportun pour l'application du caustique. Or, voici ce que l'expérience a appris à M. Payan : « Le bubon est-il lent dans la marche, dans la production de ses symptômes; est-il indolent enfin? Il convient d'appliquer le caustique dès qu'un ramollissement vers son centre indique que du pus commemce à se former, alors même que le bubon est encore fort induré. On activera par ce moyen le travail résolutif de la tumeur. Dans quelques jours, le pus se produira au dehors à travers l'escharre, et la disparition de l'engorgement s'effectuera assez rapidement. Nous avons même parfois utilisé cette qualité excitante du caustique pour provoquer la résolution de certains bubons stationnaires qui résistaient à l'action des fondans les plus actifs; et constamment une action résolutive très-manifeste s'est prochainement fait remarquer.

« La marche du bubon est-elle au contraire sur aiguë? Il y a avantage à ne pas contrarier de très-bonne heure la travail inflammatoire qui suit une marche régulière, et à ajourner l'application du caustique : quoiqu'on s'expose à avoir plus tard une collection plus étendue, il n'en resulte pas de retard pour la guérison. La résolution sera, en effet, d'autant plus rapide, après l'application des caustiques, que les symptômes inflammatoires seront devenus plus modérés lors de cette application, et qu'ils se seront plus rapprochés du caractère des bubons indolens. Nous avons des raisons de croire que même alors l'application des caustiques de Vienne sera plus avantageuse, dans le plus grand nombre de cas, que l'incision ou la ponction. »

LA CLINIQUE DE MONTPELLIER. (15 octobre 1842).

Dysenterie épidémique, observée par M. AUBRÉE, médecin à Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure).

Une dysenterie épidémique, dit M. Aubrée, règne en ce moment dans plusieurs communes du département de la Loire-Inférieure. Celle d'Ebray, près Châteaubriant, est une de celles

où la maladie a sévi avec le plus d'intensité, et un grand nombre des individus atteints sont morts. J'ai été plus heureux dans ma commune, où j'ai eu occasion de traiter 27 malades, parmi lesquels 25 sont guéris ou en voie de guérison. Voici la symptomatologie de cette affection : courbature, sentiment de faiblesse, vomissement d'une matière bilieuse quelquefois mêlée de sang, pouls dépressible et accéléré, étreintes continues, selles muqueuses au début, bilieuses ensuite, sanguinolentes, d'un sang noirâtre à la fin, pendant que tous les effets d'une véritable maladie gangréneuse se manifestent, et les sujets frappés meurent dans l'adynamie la plus complète huit à dix jours après l'invasion de la maladie. Une remarque que j'ai eu occasion de faire, me fait supposer que la cause première de cette épidémie, tient à l'introduction d'une certaine quantité de seigle ergoté dans l'économie animale. Ainsi, presque tous les paysans qui en sont atteints, mangent du seigle dans lequel se trouve une plus ou moins grande quantité de seigle ergoté. On comprendra combien il serait utile qu'on fît des recherches à ce sujet, afin d'arriver à la connaissance exacte de la cause, ce qui permettrait d'espérer la cessation du mal par une bonne prophylaxie. Le principe qui me réussit complètement est le suivant : vomitif dans le principe, après quoi j'administre le quinquina associé à l'opium et au camphre de la manière que voici :

Prenez : Quinquina jaune,	32 grammes
— Eau bouillante,	1/2 litre
— Extrait gommeux d'opium,	25 centigram.

Faites infuser pendant vingt-quatre heures, et coulez à travers un linge. — Trois cuillerées par jour, une le matin, une à dix heures, et une à quatre heures de l'après-midi.

Le soir une pilule ainsi composée :

Camphre,	20 centigrammes
Extrait gommeux d'opium,	15 —
Quinquina,	2 grammes

Pour huit pilules.

Pour boisson, une tisane de racine d'althæa sucrée. Pendant toute la durée de la maladie, cataplasmes émolliens sur la région abdominale et deux lavemens par jour avec la décoction de feuilles de mauve et de graines de lin.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA. (Septembre 1852.)

I. *Coup d'œil médico-statistique sur les hôpitaux d'aliénés dans la ville de Brescia, pendant les années* 1838-39-40 *et* 41; par M. le docteur FRANCESCO GIRELLI, médecin de ces établissements.

Après avoir présenté quelques considérations sur la manière dont les aliénés étaient séquestrés autrefois, et sur la disposition actuelle des locaux qui ont été affectés de nos jours pour les recevoir, l'auteur fait connaître succinctement l'organisation de l'hôpital affecté aux hommes et de celui qui est consacré aux femmes, il entre dans quelques détails sur la composition du personnel de ces établissements, sur leur distribution particulière, et sur les avantages topographiques résultant de cette dernière; puis il examine les caractères généraux de l'aliénation mentale et donne la synonymie de cette affection si complexe et si variée, telle qu'elle se trouve dans les divers auteurs qui s'en sont occupés, soit d'une manière toute spéciale, soit pour la ranger dans le cadre nosologique.

Il s'occupe ensuite et successivement de la manie, de la mélancolie (monomanie), et de la démence, et il donne quelques observations courtes, mais intéressantes, de monomanie religieuse, de monomanie ambitieuse, de monomanie érotique et de monomanie suicide, et, à l'occasion de cette dernière, il présente des faits qui la montrent sous différens points de vue quant aux causes, suivant qu'elle tire son origine d'une prédisposition héréditaire, de la crainte, d'idées religieuses exagérées, de l'onanisme, de la nymphomanie ou enfin d'une certaine volupté physique que le sujet trouve à se martyriser.

Il aborde alors la question si ardue de la nature de la folie, et, admettant qu'il ne peut exister de dérangement dans les facultés mentales sans quelque lésion matérielle du système nerveux et de l'encéphale, il est amené, par l'étude même de ces lésions, à reconnaître qu'elles consistent : 1° en un *désordre dynamique* pendant la durée duquel les forces vitales se trouvent souvent exaltées par un état phlegmasique du cerveau, des nerfs et des membranes qui les enveloppent; ou au contraire déprimées, soit par suite de pertes sanguines trop abondantes soit par l'action de substances hyposthénisantes, ou quelquefois encore réparties seulement d'une manière irrégulière dans les différentes parties du sensorium, de telle sorte qu'il en résulte un défaut d'harmonie dans l'ensemble des fonctions cérébrales; 2° ou en un *désordre organique* dans la structure intime du cerveau, soit primitif, soit dépendant d'une cause traumatique, soit consécutif à une maladie antérieure; 3° ou enfin en une *répétition morbide de sensations* dont la source n'existe déjà plus, mais qui se reproduisent automatiquement dans le sensorium par suite d'une habitude contractée, ou par suite de tel ou tel autre mouvement. D'où il résulte que l'âme, en raison de son union intime avec le corps, percevant ces sensations comme réelles, s'en trouve affectée comme dans l'état normal et réagit en conséquence.

M. Girelli passe ensuite à l'examen de l'étiologie de cette affection, et s'occupe successivement de l'influence exercée par le climat, par les habitudes sociales, par l'éducation et par les impressions morales; puis il décrit les altérations pathologiques trouvées à l'ouverture cadavérique des individus morts dans un état de manie, de mélancolie ou de démence. Enfin il expose ses idées sur le traitement de l'aliénation mentale, et il est facile de reconnaître qu'il compte plus, dans ce cas, sur l'action des moyens médicinaux que sur les résultats du traitement moral.

Son travail est terminé par des tableaux statistiques qui font connaître séparément, année par année, les résultats numériques des malades atteints de folie qui ont été traités, guéris, renvoyés sans être guéris, et de ceux qui sont morts ou qui sont restés en traitement à la fin de l'année. Dans les quatre années sur lesquelles roulent ces tableaux, on a traité 1070 aliénés, dont 585 hommes et et 485 femmes. Parmi les hommes, 284 ont guéri; 154 ont été repris par les parents sans avoir été guéris, 129 sont morts, 55 restaient en traitement à la fin de 1841. Parmi les femmes, 184 ont recouvré la santé, 102 sont sorties sans guérison, 151 on succombé. 42 restaient dans l'établissement au 31 décembre 1841. La mortalité fut beaucoup plus grande chez les femmes que chez les hommes, et les récidives au contraire furent plus fréquentes chez les derniers que chez les premières : le nombre des rechutes parmi les femmes est à celui des rechutes parmi les hommes dans la proportion de 4 à 9 3/4. Les femmes, en général, sont laissées plus long-temps que les hommes dans l'hôpital; elles n'ont pas non plus, comme ceux-ci, un désir aussi vif, une impatience aussi marquée d'être rendues à la liberté. En outre, il faut reconnaître que chez le plus grand nombre des hommes qui sont admis, la folie reconnaît pour cause l'abus des liqueurs spiritueuses, de manière que, sous l'influence d'un régime diététique approprié auquel ils sont sévèrement soumis, ils ne tardent pas à retrouver leur raison toute entière, et ce rétablissement dure autant de temps qué la surveillance elle-même; mais à peine rendus à la liberté, ils ne tardent pas à revenir à leurs vieilles habitudes d'intempérance, et bientôt la maladie reparaît; or, cette cause de récidive ne se rencontre pas avec la même fréquence pour les femmes.

Quant à la mortalité qui pourrait véritablement paraître énorme, l'auteur fait remarquer que beaucoup d'aliénés entrent à l'hôpital avec des maladies déjà existant depuis long-temps, et elles deviennent mortelles. Il fait observer de plus que les sujets affectés de pellagre entrent pour plus d'un cinquième dans le total des admissions, et qu'ils arrivent tous à l'établissement dans un état tellement désespéré que presque tous succombent plus ou moins promptement au typhus pellagreux ou à la diarrhée.

II. *Examen historique et comparatif des cas de morve qui ont été observés jusqu'ici chez l'homme, avec quelques considérations sur la nature de cette affection et son point de départ;* par M. S. PEDRAZZOLI, docteur en médecine et en chirurgie, et médecin vétérinaire.

Dans ce mémoire, l'auteur expose les faits qui ont été publiés jusqu'ici sur ce point si intéressant de pathologie, et discute les opinions des divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Il termine en faisant remarquer que, s'il n'existe pas encore un accord parfait entre ces divers auteurs, la cause en doit être rapportée au trop petit nombre d'observations bien authentiques de morve chez l'homme; et que d'ailleurs, quelle que soit la maladie que l'homme peut contracter par le contact du cheval, identique ou non avec la morve ou le farcin de ce dernier, elle n'en mérite pas moins une attention particulière de l'autorité qui doit prendre toutes les mesures de précaution nécessaires à l'égard d'une question sanitaire aussi intéressante que l'est celle-ci pour l'humanité et la tranquillité des familles.

M. Pedrazzoli, dans une note, communique un fait qu'il a eu l'occasion d'observer et qui peut n'être pas sans importance pour la thérapeutique de la maladie dont il s'agit. Chez un cheval morveux qui se trouvait à l'infirmerie de l'Institut impérial et royal vétérinaire de Milan, et auquel il administrait la quinine à doses progressivement croissantes, dans un tout autre but que celui de combattre le mal dont il était atteint, il a vu, lorsque le médicament a été ingéré à la dose de soixante grammes par jour, l'humeur rejetée par les naseaux de l'animal offrir plus de fluidité, se rapprocher de la forme d'un liquide aqueux blanchâtre. Ce cheval ayant été abattu, on observa, en faisant l'ouverture, que les ulcères s'étaient rétrécis comme s'ils eussent eu une tendance à la cicatrisation.

M. Pedrazzoli se demande avec raison s'il ne conviendrait pas de tenter ce médicament sous le point de vue de la thérapeutique, tant chez le cheval que chez l'homme affecté de la morve?

MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA, 1842.

Remarques pratiques sur l'emploi de l'indigo comme agent anti-épileptique; par M. le docteur J. PODRECCA.

M. Podrecca rapporte qu'il a obtenu la guérison de cas très-graves d'épilepsie en recourant à l'administration de l'indigo, tantôt seul, tantôt associé au castoréum et à l'asa-fœtida. Lorsqu'il donne cette substance seule, il la fait prendre le plus ordinairement à la dose de deux grammes dans les vingt-quatre heures, et il augmente graduellement cette quantité jusqu'à ce qu'il soit parvenu à six grammes : mais c'est particulièrement sous la forme suivante qu'il est prescrit :

Pr. Indigo.	4 grammes.
Castoréum.	40 centigrammes.
Asa-fœtida.	80 id.
Sirop de sucre.	q. s.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène divisée en dix-huit pilules bien égales et argentées.

Il prescrit au malade l'ingestion d'une de ces pilules toutes les heures et demie, et il en fait répéter l'emploi suivant les circonstances.

Les faits observés par l'auteur l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'indigo, même donné seul, se montre assez efficace dans l'épilepsie idiopathique, surtout lorsque cette affection n'est pas une condition morbide organique insurmontable.

2° Associé à l'asa-fœtida et au castoréum, il se montre plus efficace encore, et l'emporte sur tous les autres agents thérapeutiques conseillés dans le même but, tant anciennement que de nos jours.

3° Il est impossible d'attribuer les bons effets obtenus dans ce dernier cas au castoréum et à l'asa-fœtida; car ces deux substances administrées seules n'auraient aucun des résultats que l'on obtient lorsqu'on les unit à l'indigo.

REPERTORIO MEDICO PÉRIODICO MENSUAL QUE PUBLICA SOCIEDAD DE EMULACION DE BARCELONA. (Octobre 1842.)

La société médicale d'émulation de Barcelone, à peine constituée depuis cinq mois, vient de prendre la sage détermination de publier un recueil mensuel dans lequel seront imprimés les travaux de ses membres; pour accroître l'intérêt de cette publication, et pour répandre autant que possible les connaissances et l'étude des sciences médicales dans la péninsule ibérique, elle a décidé, en outre, qu'à ces travaux originaux seraient joints des résumés succincts, mais exacts, de tout ce qui paraîtrait, tant en Espagne qu'à l'étranger, dans les autres recueils périodiques de médecine et des sciences accessoires. C'est le premier numéro de ce répertoire que nous annonçons ici.

Nous y trouvons, après une liste détaillée de tous les membres résidant et associés honoraires de la société, la première partie d'un mémoire de M. A. Mendoza sur les *moyens généraux qu'il convient d'employer pour éviter les erreurs de diagnostic dans les cas de métrite chronique, et sur l'application du spéculum de Jenner.* Dans cette portion de son travail, l'auteur parle des causes de cette affection, de sa marche insidieuse à son début, des accidents par lesquels se trahit son existence, des symptômes caractéristiques à l'aide desquels il est possible de les distinguer des autres maladies avec lesquelles elle est confondue quelquefois, même par des praticiens habiles et exercés. Nous donnerons une analyse détaillée de ce mémoire, lorsqu'il aura été publié en entier.

Le répertorio contient ensuite une revue des journaux étrangers, dans laquelle se trouvent successivement analysés, le compte-rendu des séances de l'Académie royale de médecine de Paris, le n° de juin du *Journal de pharmacie du Midi*, et le 1er de janvier des *Annali universali di medicina*.

Enfin, il jette un coup d'œil rapide sur les hôpitaux de Barcelone, sur les autres recueils périodiques de médecine qui paraissent actuellement en Espagne, et il termine par un article de variétés, duquel nous extrairons l'annonce suivante des prix proposés par la société de médecine de Jerez-de-la-Frontera.

1° *Prix de médecine.*

« Les altérations morbides des liquides sont-elles primitives, » ou sont-elles toujours précédées par une altération antérieure » des solides. »

2° *Prix de chirurgie.*

« Déterminer par l'observation, l'expérience et le raisonne- » ment, quelle est la méthode de traitement la plus avantageuse » dans les cas de plaie pénétrante de la poitrine. »

Chaque prix est de la valeur de 500 réaux de Veillon (125 fr. environ).

Les mémoires devront être adressées franc de port à D. Francisco de Paula Bazea, secrétaire de la société, avant le 15 janvier 1843. Il sera nécessaire qu'ils soient munis d'une épigraphe ou devise qui sera répétée dans un billet cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

BOLETIN DE MEDICINA, CIRUJIA Y FARMACIA. (Août 1842).

Emploi du cyanure de fer comme anti-périodique; par M. F.-J. RODRIGUEZ.

La difficulté que l'on éprouve à faire prendre, aux enfans affectés de fièvre intermittente, les anti-périodiques qui possèdent les propriétés les plus marquées, en raison du goût détestable de ces médicamens, a engagé un pharmacien de Torres, M. Félix-Joseph Rodriguez, à chercher une préparation qui joignît à l'efficacité thérapeutique le double avantage de n'avoir point d'amertume, et d'offrir au contraire une saveur agréable.

Le cyanure de fer a été choisi par lui pour être la base de cette préparation, à laquelle il a donné la forme de pastilles, et c'est au mois de juillet 1840 qu'il a commencé à en recommander l'usage et à en constater les excellens résultats. Le fils de don Gabriel Romero, pharmacien à Almaden, fut le premier malade auquel ces pastilles furent administrées, et il leur dut sa guérison. Ce succès ayant été communiqué à M. le docteur Ramon de Miguel, ce médecin prescrivit l'emploi du même moyen chez le plus grand nombre des jeunes fiévreux pour lesquels ses soins furent réclamés, et dans tous les cas il en obtint des effets non moins avantageux.

Dans l'été de 1841, ces pastilles furent prescrites par un licencié en médecine, D. Fr. Serrano, à divers petits malades affectés de pyrexies intermittentes, et elles n'échouèrent chez aucun d'entre eux.

M. Rodriguez, pour mieux faire apprécier leur efficacité, rapporte que sur cent quatre sujets qui en ont fait usage, trois seulement ont éprouvé une rechute : il ajoute, d'ailleurs, que leurs effets sont moins sûrs chez les adultes que chez les enfans.

Voici quelle est la forme de ces pastilles, auxquelles a été imposée la dénomination de *pastilles bleues* :

Pr. : Cyanure ferroso-ferrique,	4 grammes
Poudre de gomme arabique,	4 —
Sucre blanc,	8 —
Poudre de cannelle,	12 décigrammes
Sirop d'écorce de citron.	q. s.

M. et F. S. A. une masse bien homogène et de consistance convenable, qui devra être divisée en vingt pastilles égales.

Ces pastilles se donnent aux enfans âgés de moins de six ans, au nombre de deux par chaque année que compte le sujet; aux enfans de six à douze ans, au nombre de trois par chaque deux années; et enfin, pour ceux de douze ans et au-dessus, à la dose de dix-huit à vingt-quatre.

Le mode d'administration consiste à en faire prendre une toutes les demi heures, en évitant autant que possible, de laisser manger des alimens dans les intervalles des prises.

ANNALEN DER CHEMIE UND PHARMACIE, T. XLI.

III. *Emploi du cyanure de potassium comme moyen de séparation de quelques métaux.*

La séparation du nickel d'avec le cobalt présente, comme on le sait, de grandes difficultés; suivant M. Just Liebig, le cyanure de potassium peut servir à cette opération, car les sels de cobalt chauffés avec du cyanure de potassium et un acide se transforment en un composé double (cobalto-cyanide de potassium), dont la solution aqueuse n'éprouve pas la moindre décomposition par l'ébullition avec les acides chlorhydrique, sulfurique et azotique, tandis que les sels de nickel forment un précipité soluble dans un excès de cyanure, et dont la solution est précipitée par l'acide sulfurique étendu en mettant en liberté le cyanure de nickel. Pour que la séparation soit complète, il faut, d'ailleurs, que les deux métaux soient entre eux dans un certain rapport.

Dans tous les cas, l'auteur conseille d'évaporer à siccité, au bain-marie, la liqueur acide dans laquelle il s'est formé un précipité, et de chauffer le résidu avec de la potasse caustique pour décomposer le cobalto-cyanide de nickel en oxyde de nickel insoluble, et en cobalto-cyanide de potassium soluble. Ce dernier composé, obtenu par l'évaporation à siccité de la solution, est ensuite calciné au rouge avec de l'azotate de potasse, puis on lave le résidu avec de l'eau, et l'oxyde de cobalt reste insoluble.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 3 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 131, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Tumeur sur le trajet des tendons fléchisseurs du pied (nodosités blanches des tendons). Méthode de traitement de cette affection encore peu connue.

Au n° 25 de la salle Saint-Louis est couché un malade qui présente une affection fort rare et que je ne sache pas avoir été décrite par les auteurs classiques, ou si elle l'a été, du moins, ce n'a été que d'une manière très inexacte. Quoi qu'il en soit, voici de quoi il s'agit. Cet homme porte sur le trajet des tendons fléchisseurs du pied gauche, et principalement le long du jambier antérieur, une petite tumeur ou espèce de nodosité de la grosseur d'un œuf de pigeon. Est-ce un de ces ganglions synoviaux tels qu'on les trouve dans tous les traités de chirurgie? Je ne le pense pas, car cette tumeur est dure comme du silex ; je crois plutôt que c'est un simple épaississement du tendon des muscles que je viens de désigner, épaississement qui occupe toute leur circonférence, qui est parfaitement circonscrit et qui suit tous les mouvemens imprimés aux tendons lorsque les muscles entrent en contraction. C'est là, je le répète, une maladie fort rare, surtout en ce point. J'ai déjà eu l'occasion de l'observer plusieurs fois sur le tendon d'Achille. Je citerai, entre autres, le cas suivant. Une danseuse renommée de l'Opéra portait sur le trajet du tendon d'Achille une tumeur du volume d'un œuf de poule. La malade ressentait des douleurs très vives toutes les fois qu'elle mettait les muscles du mollet en action. Plusieurs chirurgiens en réputation avaient été appelés pour l'examiner et la traiter ; on avait employé tous les moyens excitans connus, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, sans pouvoir en aucune manière diminuer le volume de la tumeur ou la sensibilité dont elle était le siége. Appelé auprès d'elle, et ayant appris que la marche et les mouvemens de la jambe étaient douloureux, que le traitement excitant précédemment employé n'avait fait qu'accroître cette sensibilité, voyant enfin que la pression exercée sur la tumeur provoquait aussi de très vives douleurs, je fus porté à croire à l'existence d'une sub-inflammation, et d'après le grand principe confirmé par l'expérience de tous les jours, savoir, qu'il faut avant tout commencer par combattre cet état sub-inflammatoire, quelle que soit d'ailleurs la nature de la tumeur à laquelle on a affaire, je prescrivis le repos absolu du membre, et j'eus recours à une application de sangsues sur le mollet et aux cataplasmes émolliens sur la tumeur. Par ces seuls moyens je suis arrivé à faire disparaître complètement la douleur, à rendre la pression insensible ; puis j'administrai à l'intérieur l'iodure de potassium qui avait déjà été donné sans succès, et je pratiquai une compression méthodique. Les choses allaient de mieux en mieux lorsque, un beau jour, la sub-inflammation se réveilla ; nous cessâmes à l'instant la compression, nous revînmes aux cataplasmes, aux sangsues autour de la tumeur, et nous eûmes ainsi, en recourant alternativement aux antiphlogistiques et aux fondans, la satisfaction de faire disparaître complètement cette tumeur. Il restait seulement encore quelques douleurs qui se faisaient ressentir dans les grands mouvemens de la jambe. Nous conseillâmes à la malade d'aller aux eaux : elle suivit notre conseil et en revint parfaitement guérie.

Voilà une maladie, en apparence très légère, qui fut pourtant traitée sans succès par les principaux chirurgiens de la capitale, et que nous sommes parvenu à guérir par un traitement rationnel, en nous guidant d'après des principes de thérapeutique qui sont malheureusement trop peu suivis de nos jours.

Chez le malade qui est actuellement en traitement, la tumeur n'est point accompagnée de ce même cortége de symptômes sub-inflammatoires que nous avions observés chez la malade dont nous venons de rappeler succinctement l'histoire. Chez lui, l'affection a toujours eu un caractère chronique ; la pression et les mouvemens des muscles ne sont pas douloureux. Nous avons, en conséquence de cette absence de signes de sub-inflammation, pratiqué immédiatement la compression en même temps que nous avons prescrit l'usage de frictions avec une pommade iodurée sur la partie et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Le tumeur a déjà diminué du tiers de son volume, et nous avons tout lieu d'espérer que nous arriverons en peu de temps à sa résolution complète. Quant à la nature des tumeurs de ce genre et à leur désignation, nous croyons pouvoir leur donner le nom de nodosités blanches des tendons, sans attacher d'ailleurs à cette dénomination plus d'importance qu'elle n'en mérite.

Paralysie de la vessie. Traitement par la teinture de cantharides.

Au n° 33 de la même salle se trouve couché un malade qui est entré à l'hôpital avec une paralysie de la vessie. Nous ne nous arrêterons pas ici à décrire les symptômes et à rechercher les causes de cette affection. Nous vous présenterons le fait pur et simple. Ce malade avait déjà subi plusieurs traitemens ; on avait employé tout ce qui se trouve indiqué dans les livres dogmatiques contre cette affection morbide, mais sans aucun résultat. Nous avons ordonné l'usage de la teinture de cantharides en injection ; et voici de quelle manière nous avons procédé : on instille d'abord, au moyen d'une sonde introduite dans la vessie, une goutte de cette teinture ; puis immédiatement après, on injecte de l'eau tiède. Les jours suivans, on instille de nouveau deux gouttes de la même teinture, puis trois, puis quatre, matin et soir, augmentant ainsi graduellement la dose de ce médicament. A l'aide de ce moyen, nous avons triomphé de cette affection ; la paralysie a complétement disparu.

Si l'on me demande pourquoi je fais instiller la teinture de cantharides toute pure, au lieu de la mêler avec une certaine quantité d'eau, je répondrai qu'on est beaucoup plus sûr, par ce moyen, de faire pénétrer dans la vessie telle quantité déterminée du médicament que l'on met en usage, et qu'on s'assure mieux ainsi de son action ; tandis que, en la mélangeant avec de l'eau, on ne peut que très difficilement savoir la quantité dont on fait usage. Quant aux accidens que l'on croirait pouvoir être déterminés par l'action de ce médicament, nous répondrons que ces craintes sont tout à fait chimériques, du moins si l'on a le soin d'employer ce médicament avec les précautions que nous avons mises en usage chez le malade dont il vient d'être question ; nous n'avons observé, en effet, aucun phénomène d'irritation locale.

Nous nous bornons à signaler ce fait comme un exemple de l'efficacité du médicament en question, et du succès que l'on en peut attendre dans des circonstances analogues.

Fistule lacrymale guérie sans opération, par le traitement antiphlogistique et résolutif local. — Considérations sur ce mode de traitement.

Au n° 40 de la même salle, est couché un homme qui est entré à l'hôpital pour s'y faire traiter d'une fistule lacrymale. Nous avons soumis ce malade au traitement que nous avons l'habitude d'employer dans ce cas, c'est-à-dire aux antiphlogistiques locaux d'abord, puis aux collyres astringens, aux injections et fumigations légèrement excitantes dans les narines, et aux révulsifs intestinaux. Ce malade est actuellement guéri.

Déjà Richter avait avancé que cette affection pouvait être guérie sans opération, et à l'aide d'un traitement local rationnel ; Louis, de l'Académie de chirurgie, avait guéri sans opération un de ses cliens. D'autres praticiens distingués avaient reconnu et proclamé le même principe. Scarpa avait dit, dans son immortel ouvrage des maladies des yeux, que la tumeur et la fistule lacrymale étaient l'effet d'une inflammation siégeant dans la muqueuse qui tapisse le sac lacrymal. Les auteurs ont répété presque unanimement, d'après lui, cette même assertion. En partant de ce principe, j'avais dit déjà dès 1815, que

FEUILLETON.

MÉLANGES ET ANECDOTES.

Dumoulin, praticien fort répandu, avait habitué ses malades à s'acquitter envers lui chaque fois qu'il les voyait. Quand on lui demandait : Reviendrez-vous, M. le docteur? — Oui, répondait-il, si vous me payez. — Faut-il vous payer tout de suite? — Oui, si vous voulez que je revienne.

— Un jeune homme ayant été chargé d'une mission extraordinaire pour Vienne, à l'époque où nos armées victorieuses occupaient l'Autriche, partit en poste emportant une somme d'or prise à la trésorerie. Cette somme fut placée dans sa ceinture au-dessous de ses vêtemens. Arrivé au terme de son voyage, il voulut changer son or ; mais, ô surprise ! toutes ses pièces avaient été tellement blanchies qu'il crut avoir été trompé. Il écrivit aussitôt à Paris que c'étaient des pièces d'argent et non des pièces d'or qui lui avaient été délivrées. Grande rumeur, sérieuse contestation ; mais le tout fut bientôt éclairci, et notre diplomate fut forcé d'avouer qu'au moment de son départ il venait de terminer un long traitement mercuriel.

— Louis XV, témoignant à La Martinière, son premier chirurgien, son inquiétude sur le délabrement de sa santé, lui dit : « Je vois bien que je ne suis plus jeune, il faut que j'enraie. — Sire, reprend La Martinière, votre majesté ferait encore mieux de dételer. »

— Mareschal, premier chirurgien du roi, fit, en 1726, avec le plus heureux succès, en présence de Morand, qui était jeune alors, et de plusieurs consultans, l'ouverture d'un abcès au foie à Leblanc, ministre de la guerre. Dans le temps où Mareschal portait le bistouri sur la tumeur pour en faire l'ouverture, Morand y posa le bout du doigt : Mareschal lui fit signe de l'ôter ; Morand le réappliqua, en regardant fixement Mareschal, et lui indiquant des yeux et du doigt que c'était là qu'il fallait ouvrir, Mareschal fit l'incision au lieu marqué et pénétra dans le foyer de l'abcès.

Le ministre, parfaitement rétabli, donna un grand repas à sa famille et y invita Mareschal et Morand. Dans ce cercle, où la joie était peinte sur tous les visages, le ministre prit Mareschal par la main, et dit à ses convives : « Voilà celui à qui je dois la vie. — Vous vous trompez, monsieur, répondit Mareschal ; et en montrant Morand : C'est à ce jeune homme que vous la devez, car sans lui je vous tuais. »

— Dumoulin voyait avec un de ses confrères un grand seigneur dangereusement malade ; tous deux arrivèrent un jour dans son appartement au moment où il venait d'expirer : plusieurs valets postés dans l'antichambre accablaient les deux docteurs de reproches, et les menaçaient de mauvais traitemens assez haut pour être entendus. Le cas était embarrassant ; le confrère de Dumoulin, effrayé, lui dit en tremblant : « Hélas! par quelle porte sortirons-nous? — Par la porte où l'on paye, répond Dumoulin. » Et aussitôt, suivi de son collègue, il traverse fièrement l'antichambre, et va réclamer son salaire.

— On raconte que Vestris, le danseur, après une longue et cruelle maladie dont il avait été soigné par Portal, lui proposa pour honoraires une demi-douzaine de leçons de danse.

— Bouvart ayant été appelé par le grand aumônier, celui-ci lui dit qu'il souffrait comme un damné. — Quoi ! déjà, monseigneur, reprit Bouvart.

— Baglivi employait une métaphore originale pour exprimer sa pensée sur la force médicatrice de la nature. Il comparait la maladie à la chute d'un homme dans un trou : les témoins de l'accident s'empressent de jeter au malheureux tout ce qui leur tombe sous la main, afin de lui porter secours, et après mille essais infructueux, il parvient en effet à en tirer parti. La nature agit de même dans les maladies avec les médicamens : elle les essaie jusqu'à ce qu'elle ait découvert en eux un côté par où ils peuvent lui être utiles.

— Le docteur Malouin, médecin de la reine, était un grand donneur de remèdes ; il en donna beaucoup à un homme de lettres célèbre, qui les prit ave exactitude et guérit. Charmé de sa docilité, Malouin lui dit en l'embrassant : « Vous êtes digne d'être malade. »

— Le financier célèbre à qui la ville de Paris doit l'hôpital qui porte son nom, Beaujon avait fait avec son médecin un traité qui prouve plus son amour de la vie que son estime pour les hommes. Il avait consenti à son médecin une rente viagère qui augmentait tous les ans d'un dixième, sa vie durant. Croyant que l'intérêt personnel est le mobile qui dirige tous les hommes, il avait cru s'attirer par ce moyen les soins les plus assidus et les plus fructueux pour sa longévité. — Il mourut à 68 ans.

— Marmontel raconte qu'il éprouvait depuis sept ans une névralgie faciale qui le faisait cruellement souffrir. Malouin, dit-il, médecin assez habile, mais plus purgon que Purgon lui-même, avait imaginé de me faire prendre en lavemens des infusions de vulnéraire : cela ne me fit rien ; mais au bout de son période accoutumé, le mal avait cessé, et voilà Malouin tout glorieux d'une aussi belle cure. Je ne troublai point son triomphe ; mais lui, saisissant l'occasion de me faire une mercuriale : Eh bien ! mon ami, me dit-il, croirez-vous désormais à la médecine et au savoir des médecins? — Je l'assurai que j'y croyais très fort. — Non, reprit-il, vous vous permettez quelquefois d'en parler un peu légèrement ; cela vous fait tort dans le monde. Voyez parmi les gens de lettres et les savans, les plus illustres ont toujours respecté notre art, et il me cita des grands hommes. Voltaire lui-même, ajouta-t-il, lui qui respecte si peu de choses, a toujours parlé avec respect de la médecine et des médecins. — Oui, lui dis-je, docteur ; mais un certain Molière? — Aussi, me dit-il, en me regardant fixement et en me serrant le poignet, aussi comment est-il mort?

— Si chaque médecin voulait faire sa confession géuérale, nous aurions bien des faits analogues à celui-ci rapporté par Walstein :

Un vieillard portait une ancienne hernie scrotale qui s'étrangla après une chute ; les accidens furent si graves, qu'on le regarda comme perdu le deuxième jour de l'étranglement ; la troisième nuit, je fus placé, dit Walstein, comme chirurgien de garde auprès du malade : ses médecins ne croyaient pas qu'il vécût jusqu'au lendemain. Vers minuit, il parut s'assoupir ; je le laissai, je m'endormis, et à mon réveil, n'entendant rien du côté du malade, je crus qu'il était mort ; j'allai à son lit, il n'y était pas ; je le cherchai vainement dans sa chambre, et parvins enfin à le trouver au fond d'un jardin, les pieds nus dans la neige, et éprouvant un froid si extraordinaire, que la hernie était rentrée. Le lendemain, j'assurai à ses médecins et à tout le monde que je l'avais guéri, ce qui me fit beaucoup d'honneur et m'acquit une grande renommée.

— M. E. S., dont le père était médecin, est devenu un de nos romanciers à la mode. Le faubourg Saint-Germain lui a ouvert la porte de ses hôtels aristocratiques. « Il y a long-temps qu'on ne vous a vu, disait un jour à M. S., la duchesse d'A. — Excusez-moi, madame la duchesse, c'est que je n'aime pas à faire des visites. — Vous ne ressemblez pas à M. votre père, répliqua la grande dame un peu piquée. »

— Rivarol, dans la maladie dont il mourut à Berlin en 1801, eut pour médecin celui de la reine de Prusse, M. Formiez. La veille de sa mort, il lui dit : « Croyez-vous, docteur, que j'aie long-temps à vivre? Il y a beaucoup d'espoir, répond l'Esculape. Vous êtes si bien constitué, que la nature, aidée des remèdes, doit être supérieure à la maladie. — Ah ! mon cher Formiez, répond le mourant, je crains bien, avec tout cela, que vous ne me déformiez. »

— Bordeu fut trouvé mort dans son lit. Une marquise dit à ce sujet : La mort avait si peur de lui, qu'elle n'a trouvé d'autre moyen pour s'en emparer que de le prendre endormi.

— Le célèbre grammairien Urbain Domergue était retenu au lit par un abcès à la gorge qui menaçait de le suffoquer. Son médecin s'approche et lui dit : « Si vous ne prenez ce que je vous ordonne, je vous observe que..... — Et moi, je te fais observer, s'écrie le moribond, transporté d'une scientifique colère, que c'est bien assez de m'empoisonner par tes remèdes, sans qu'à mon dernier moment tu viennes m'assassiner par tes solécismes. Va-t-en ! » A ces mots, prononcés

si l'on parvenait à guérir cette inflammation de la muqueuse oculaire par des moyens appropriés, le même traitement devrait être dirigé contre l'inflammation de la muqueuse nasale, et rendre par conséquent inutile toute opération. C'était là une idée théorique basée sur une saine analogie; il fallait, avant de l'accepter ou de la repousser, consulter l'expérience. C'est ce que nous avons fait; l'expérience est venue confirmer l'exactitude de nos prévisions.

Nous distinguons toujours deux états ou plutôt deux degrés différens dans l'inflammation: l'inflammation franche et la sub-inflammation, ou inflammation sub-aiguë. En appliquant cette distinction pratique à l'inflammation de la muqueuse oculo-nasale, il faut d'abord, à l'aide des moyens convenables, abattre cette inflammation. Vous emploierez à cet effet les sangsues, les cataplasmes, les collyres émolliens, etc.; de cette manière, vous convertirez l'inflammation aiguë en une inflammation sub-aiguë ou chronique. Alors vous n'aurez plus qu'à diriger votre traitement contre cette sub-inflammation, ce que vous ferez au moyen des révulsifs sur le canal intestinal, des collyres plus ou moins astringens, des injections et des fumigations dirigées dans les narines; ces fumigations seront faites avec une décoction de fleurs de sureau, de romarin, ou de tout autres substances végétales aiguisées avec un peu d'alcool pour les rendre plus actives. Mais avant d'arriver à l'usage de ces moyens, il faut que toute trace d'inflammation ait disparu.

En agissant ainsi, nous sommes arrivé à guérir un bon nombre de malades qui, entre les mains de tout autres chirurgiens, eussent très probablement été soumis à une opération. M. Margot, dans son excellent Mémoire publié en 1823 ou 24 dans la *Revue médicale*, a fait voir que sur 11 cas de fistules ou tumeurs lacrymales recueillis dans notre service, 9 ont été parfaitement guéris par les moyens que nous venons d'indiquer. On a objecté qu'il fallait un laps de temps plus ou moins long pour que ce traitement eût du succès, tandis que l'opération permettait, en peu de jours, aux malades de vaquer à leurs affaires. On peut répondre d'abord que le temps n'est pas toujours une raison pour faire repousser un traitement quand celui-ci est plus rationnel qu'un autre, et tel est à nos yeux le traitement que nous proposons dans le cas de tumeur et fistule lacrymale. Ensuite ignore-t-on qu'il y a, surtout en ville, une foule de malades qui redoutent extrêmement les moindres opérations sanglantes et qui seraient heureux d'acheter la guérison d'une maladie au prix d'un peu de temps, plutôt que de se soumettre à une opération tant soit peu douloureuse.

Cancer siégeant au grand angle de l'œil. — Considérations sur les cancers superficiels paraissant profonds, et les cancers profonds paraissant superficiels.

Au n° 9 de la salle Saint-Augustin vous avez vu une malade affectée d'un cancer siégeant dans le grand angle de l'œil s'étendant de ce point jusqu'à la racine du nez. Je crois devoir à cette occasion vous émettre quelques idées sur le diagnostic des cancers en général.

J'ai dit et publié que souvent les cancers que l'on croit profonds sont superficiels, intéressant à peine les couches les plus externes de la peau, et que réciproquement ceux que l'on croit superficiels sont souvent profonds. C'est l'anatomie pathologique qui m'a conduit à la distinction de ces faits d'après lesquels j'ai modifié, suivant les circonstances, le traitement de ces affections. J'ai disséqué beaucoup d'organes affectés de cancer, entre autres des pénis, et alors qu'on les croyait profondément lésés, nous avons reconnu avec le bistouri que le mal n'atteignait que le tissu cutané ou tout au plus la couche la plus superficielle de la portion spongieuse de cet organe. Nous avons eu fréquemment l'occasion de constater ce fait. Ce fut pour nous un trait de lumière qui nous révéla la conduite à tenir dans ces circonstances; et ce fut en conséquence de ce principe qu'au lieu de retrancher entièrement la verge supposée cancéreuse, ainsi qu'on le pratique communément, nous avons adopté pour pratique habituelle de faire une incision exploratrice sur les tissus malades; et comme le plus souvent nous retrouvions les parties saines au-dessous, nous n'avions qu'à disséquer et séparer les tissus altérés d'avec les tissus sains. L'opération est ainsi, sans contredit, beaucoup plus longue, plus pénible et souvent très-délicate, mais au moins nous avions la satisfaction de sauver le membre et de conserver aux malades leur aptitude à remplir leurs fonctions génitales. Je n'ai pas besoin d'insister pour faire sentir toute l'importance qu'il y a à éviter de pareilles mutilations. —A l'appui de la distinction que j'ai faite tout à l'heure des cancers profonds et superficiels, je vous citerai un cas que j'ai observé en ville et qui confirme les opinions que je viens d'émettre: —Il s'agissait d'une femme qui portait une tumeur cancéreuse à la région ombilicale; je fus appelé auprès d'elle en consultation avec d'autres chirurgiens: ceux-ci étaient d'avis qu'il n'y avait rien à faire, prétendant que la maladie avait envahi toute l'épaisseur des parois de l'abdomen et qu'elle pourrait s'étendre peut-être jusqu'au péritoine. J'étais au contraire pour l'opération; mais mon avis fut repoussé. La malade ainsi abandonnée ne tarda pas à succomber et l'autopsie nous fit voir le péritoine parfaitement intact et nous donna le regret de reconnaître qu'une opération eût été facile.

En disséquant des estomacs cancéreux, j'ai vu souvent que toute la maladie se bornait à la muqueuse, les autres membranes restant intactes. C'est une loi de physiologie pathologique qui veut que, lorsque dans un organe composé de plusieurs tissus, de couches membraneuses de différente texture, le cancer envahit une de ces membranes; les autres semblent opposer une sorte de barrière à l'extension de la maladie, et si elles finissent par en être envahies, elles ne le sont que beaucoup plus tard. Dans des cas de tumeurs cancéreuses situées dans l'orbite, j'ai presque toujours vu que les parois osseuses étaient parfaitement saines et que le mal avait trouvé là une barrière en quelque sorte insurmontable à sa propagation. —Enfin, à l'époque où je faisais manœuvrer les opérations chirurgicales, j'eus l'occasion de disséquer un assez grand nombre de vieilles femmes qui portaient des tumeurs cancéreuses du sein. Chez quelques-unes de ces femmes les cancers étaient tellement volumineux que nous les jugions comme devant être très profonds. Eh bien, presque toujours l'autopsie nous a démontré le contraire, et nous nous sommes souvent convaincu que ces cancers, que nous croyions voir pénétrer jusqu'à la plèvre, étaient peu profonds et eussent été susceptibles d'être opérés avec succès. Je pourrais vous citer une foule d'exemples de cette nature; je me bornerai à vous rappeler entre autres faits consignés dans la *Clinique chirurgicale de la Pitié*, celui d'un malade qui portait un cancer à la langue qui semblait envahir presque toute l'étendue de cet organe, au point que plusieurs chirurgiens en avaient conseillé l'ablation. Une incision exploratrice me permit de reconnaître que la langue était saine dans une assez grande étendue. Les parties malades furent cernées par une ligature, et après leur chute nous trouvâmes la langue conservée dans toute sa largeur, et n'ayant perdu que quelques millimètres de sa longueur.

Ainsi donc, n'oubliez jamais, toutes les fois que vous aurez à opérer sur certains organes cancéreux importans, tels que la verge, le sein ou le vagin, etc., de recourir préalablement à une incision exploratrice sur les tissus malades. De cette manière, vous aurez de suite une idée de la profondeur du mal, et vous serez fixé dès ce moment sur la conduite que vous aurez à tenir pour le reste de l'opération. C'est ainsi, je le répète, que je suis parvenu plus d'une fois à conserver des organes importans que plus d'un chirurgien eût certainement sacrifié.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

(M. BARTH, suppléant.)

Péritonite partielle, suite de couches. Phlegmon en voie de suppuration imminente. Résolution.

Au n° 7 de la salle Saint-Bernard est couchée la nommée Alexandrine Simard, couturière, âgée de ving-cinq ans. Cette femme est accouchée il y a quinze jours à l'hôpital sans accident; l'accouchement n'offrit rien de particulier. Elle sortit huit jours après bien portante, mais cependant n'étant pas encore en état de reprendre ses occupations ordinaires. A la suite d'occupations et d'exercices prématurés, elle ne tarda pas à éprouver de la fatigue, et bientôt elle fut prise de douleurs au ventre, qui la forcèrent de s'aliter de nouveau. Pour tout traitement elle se soumit à un régime modéré et fit des applications de cataplasmes sur l'abdomen; mais, voyant que son état ne s'améliorait pas, elle entra à l'hôpital cinq jours après.

Le jour de son admission les douleurs abdominales étaient très vives, elles étaient accompagnées d'une anxiété considérable et d'une fièvre assez intense; elles siégeaient principalement dans la région hypogastrique, et étaient un peu plus vives à droite qu'à gauche. En appliquant la main sur cette région la douleur était exaltée et l'on sentait une tumeur arrondie, dure, rénitante au-dessus des pubis, dans le point occupé par l'utérus. Sur les côtés on sentait un empâtement élastique qui s'étendait du côté de l'ovaire droit où l'on sentait également une véritable tumeur distincte de celle que formait l'utérus.

Au toucher vaginal on reconnaissait que le col était remonté; il était très peu sensible. En refoulant l'utérus on ne produisait presque pas de douleur, tandis que les douleurs étaient très vives à la plus légère pression sur l'hypogastre; enfin, l'utérus paraissait être revenu en grande partie sur lui-même.

On dut conclure de l'ensemble de ces symptômes que l'on avait affaire à une phlegmasie partielle du péritoine s'étendant probablement à l'ovaire droit avec formation imminente d'un phlegmon siégeant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Barth, chargé du service en l'absence de M. Chomel, fit appliquer à deux reprises un grand nombre de sangsues sur le point douloureux et des cataplasmes émolliens; la malade fut mise à la diète absolue.

Le 16 octobre, le troisième jour du traitement, la malade allait mieux, la fièvre était moins intense, l'anxiété diminuée; il y avait plus de calme; mais le ventre était toujours très douloureux et la tumeur conservait une certaine rénitence.

La malade étant très affaiblie, on a suspendu les moyens antiphlogistiques énergiques employés jusque-là, et on s'est borné à prescrire les frictions mercurielles sur l'abdomen et des lavemens émolliens.

Les 17 et 18, même état; continuation des mêmes moyens.

Le 19 octobre, le mieux se soutient; les douleurs abdominales persistent toujours; mais à un moindre degré; elles se font surtout sentir dans la région iliaque droite. On perçoit encore dans ce point la tumeur que l'on avait reconnue dès les premiers jours, mais son volume paraît avoir considérablement diminué. Il s'est établi dès les premiers jours de l'u-

avec impétuosité, l'abcès crève, la gorge se débarrasse, et, grâce au solécisme, l'irrascible grammairien est rendu à la vie.

— Hecquet, en visitant ses malades opulens, allait souvent à la cuisine embrasser les cuisiniers et les chefs d'office. « Mes amis, leur disait-il, je vous dois de la reconnaissance pour tous les bons services que vous nous rendez à nous autres médecins. Sans vous, sans votre art empoisonneur, la Faculté irait bientôt à l'hôpital. »

— Le célèbre médecin Sylva, mort à Paris en 1742, fut appelé près d'un malade consumé par la mélancolie. « Je vous conseille, Monsieur, lui dit-il, d'aller voir Arlequin; c'est le meilleur moyen de dissiper votre bile. » Malheureusement le malade était le seul homme qui ne pouvait user du remède. C'était Arlequin lui-même.

— Un chirurgien herniaire, très connu par ses bandages élastiques, couvrait de ses annonces non seulement les murs de Paris, mais les affiches même appliquées à ces murs, et jusqu'à l'annonce des spectacles du jour. Une dame ayant envoyé son domestique pour savoir ce qu'on donnait aux Italiens, il en revint en disant: « Madame on donne les *Bandages de M. X.....* »

— Le 8 juillet 1658, quelques gouttes d'émétique firent la destinée de deux grands empires. Un roi de vingt ans était prêt à périr d'une fièvre maligne; les médecins eurent recours à l'antimoine préparé ou vin émétique, qu'on appelait alors le dernier remède. Le roi demanda si son ministre en était d'avis, et sur la réponse qui lui fut faite, que la délibération en avait été prise en sa présence et de son consentement: « Qu'on me le donne donc », dit-il, et il but l'émétique avec une confiance qui en accéléra l'effet. Il se trouva mieux dès la nuit même, et le sixième jour il fut parfaitement rétabli. Ce roi était Louis XIV, et ce ministre le cardinal Mazarin qui, dans l'année suivante fit conclure le mariage de son maître avec l'infante d'Espagne, et donna à l'Europe la paix des Pyrénées. Peu après, Mazarin mourut pour avoir pris l'émétique, sans doute à contre-temps ou à trop forte dose; ce qui fit dire que l'émétique avait sauvé deux fois la France en peu de temps.

— Le cardinal Dubois se sentant attaqué d'une maladie grave, qui exigeait les secours de la chirurgie, fit appeler Boudou, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. Son éminence le voyant entrer, lui dit: « J'espère au moins, Monsieur, que vous ne me traiterez pas comme vos gueux de l'Hôtel-Dieu. — Monseigneur, lui dit Boudou, tous ces gueux-là sont pour moi des éminences. »

Enseignement de la médecine. — École préparatoire de M. RATIER.

Nous avons applaudi des premiers à l'établissement de maisons spéciales où les jeunes gens qui viennent étudier la médecine pussent trouver une direction intelligente au début de leur carrière. Tout médecin qui consulte ses souvenirs et ceux de ses contemporains, sait qu'en sortant du collége on manque, pour la plupart du temps, de méthode et de prévoyance; qu'on ne sait ni comment ni par où commencer; qu'on perd enfin beaucoup de temps dans des tâtonnemens pénibles, et qui, après tout, se traduisent en beaux écus comptant. Heureux encore le jeune homme qui, poussé par l'ennui de l'insuccès, ne va pas, cherchant la distraction, tomber dans les habitudes de paresse et de désordre dont il ne peut plus sortir après. Quelques-uns s'éprennent d'un amour exclusif pour une des sciences accessoires dont ils ne doivent acquérir qu'une connaissance générale, et, négligeant les autres, se mettent dans le cas d'être renvoyés à l'examen de bachelier ès-sciences, bien qu'ils aient beaucoup travaillé, assurément, et que, sur un point, ils aient une supériorité incontestable.

On doit donc savoir gré aux personnes qui se sont imposé la tâche moins brillante qu'utile de guider les élèves à leur entrée dans la longue et laborieuse carrière qu'ils entreprennent de parcourir et de leur fournir les moyens d'atteindre le but dans un délai tel que les ressources des familles ne se trouvent point gaspillées.

En effet, il ne saurait y avoir de profit dans la prolongation d'études scolaires au-delà du terme fixé. Il serait bien plus utile qu'après le doctorat les jeunes gens pussent employer encore une année à se perfectionner par des cours supérieurs et surtout par des études cliniques organisées spécialement pour eux.

Dans l'état actuel des choses, il est rare qu'un jeune homme achève son éducation médicale dans le délai de quatre années, comme on devrait le penser d'après les programmes officiels, mais c'est parce qu'il manque des inscriptions et parce qu'il se fait renvoyer à ses examens deux et trois fois pour chacun, ce qui pour plusieurs a doublé les frais de réception; sans parler des autres dépenses qui ont dû inévitablement croître dans la même proportion.

Si, au lieu d'être abandonnés à eux-mêmes, la première année de leurs études ces jeunes gens avaient été confiés à des soins éclairés et bienveillans, ils auraient suivi exactement les cours publics qui convenaient à leur position, puis des cours particuliers complémentaires de ceux-ci, qui, en leur faisant revoir les mêmes objets une seconde fois, les auraient fixés dans leur mémoire.

Il y a beaucoup d'esprits pour lesquels l'enseignement oral ne suffit pas; à ceux-là des répétitions et des conférences individuelles sont nécessaires pour favoriser l'intelligence et le souvenir des choses. Ces esprits, et ils sont plus nombreux qu'on ne le croit, ont besoin qu'une démonstration ou qu'une expérience leur soient présentées plusieurs fois, qu'elles soient maintenues pendant long-temps sous leurs yeux afin qu'ils puissent eux-mêmes s'en rendre compte et les concevoir de manière à les transmettre à leur tour.

Ainsi fécondés, si l'on peut ainsi dire, ces esprits obtiennent des succès qu'ils ne croyaient pas pouvoir espérer, et dépassent même souvent ceux qui, se fiant à une intelligence plus active, se flattent de pouvoir réussir sans cette méthode laborieuse et persévérante.

Or, il faut bien savoir que cette méthode n'est pas naturelle à la jeunesse, et qu'il faut même beaucoup de patience et d'assiduité pour la lui faire comprendre et adopter. Mais lorsqu'on y a réussi, on se voit largement récompensé de ses efforts.

Pour le jeune homme accoutumé à procéder ainsi, il n'y a plus de difficultés insurmontables, plus d'ennui, plus de découragement. Il sait que le succès est en raison directe des efforts bien dirigés, et tout pour lui se réduit à une question de temps, persuadé qu'il est par son expérience qu'il n'y a rien d'absolument impossible.

Il n'est pas nécessaire d'exposer longuement les conséqences morales que doit avoir chez les jeunes gens un véritable et sincère amour du travail développé et fortifié par une direction raisonnable et judicieuse. N'est-il pas permis d'espérer qu'après un ou deux ans de séjour dans une maison gouvernée d'après ces principes, un jeune homme sera plus difficilement entraîné à mal faire, et que si par malheur il vient à s'oublier quelque temps, il reviendra tôt ou tard et ne sera pas perdu à tout jamais.

C'est aux médecins plus particulièrement qu'il appartient d'apprécier les avantages d'une pareille direction et de les faire comprendre aux personnes qui voudraient leur demander conseil à ce sujet. On ne peut nier que l'avenir de notre profession ne se présente sous un jour plus favorable: en effet, les études plus fortes et plus sérieuses qu'on exige à présent, en fermant la carrière aux ignorans et aux incapables, la laisseront plus libre et plus fructueuse à ceux qui sauront y entrer par la porte de la science et du travail assidu.

On doit donc encourager tout ce qui a pour objet de rendre les études plus complètes et plus solides, et l'on doit s'applaudir et se féliciter de voir un homme honorablement connu comme médecin et comme écrivain se consacrer à une mission vraiment difficile et laborieuse, et qui doit être, pour qu'on l'accomplisse dignement, plutôt une vocation qu'un intérêt.

Par arrêté du 26 octobre, M. Guépin, professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé directeur de ladite Ecole en remplacement de M. Lachèse, dont la démission est acceptée.

sage des frictions mercurielles une salivation assez abondante. On suspend l'usage de ces frictions.

21 octobre. La malade a eu quelque malaise les jours précédens; mais à dater de ce jour les symptômes de réaction générale cessent presque complètement; la fièvre cesse; les symptômes locaux sont notablement amendés. La salivation, qui s'était établie à la suite des frictions mercurielles, a disparu sous la double influence de la cessation des frictions et de l'usage de gargarismes alumineux. La fosse iliaque, siége de la tumeur, présente toujours une certaine rénitence au toucher, mais presque pas de douleur à la pression. On continue le traitement adoucissant et les applications émollientes.

Du 22 au 26 l'amélioration a toujours été croissant; la tumeur est réduite au volume d'une noisette qu'on sent très nettement à travers les tégumens en exerçant une certaine pression. On peut dès ce moment considérer cette malade comme guérie.

— M. Barth, en signalant ce cas à l'attention des élèves qui suivent son service, en a pris texte de quelques réflexions que nous croyons devoir reproduire comme propres à faire saillir l'intérêt que peut offrir cette observation sous le point de vue de la terminaison et de la question du pronostic dans une affection ordinairement aussi grave. M. Barth ne doute pas, et son diagnostic paraîtra de tout point légitime, qu'il s'agissait ici d'un phlegmon qui s'est terminé par résolution, au moins partiellement, ou par résorption. Les phlegmons des fosses iliaques, dit-il à cette occasion, sont très fréquens chez les femmes en couche; tantôt ils font saillie sous les tégumens et viennent se faire jour en dehors, d'autres fois ils se frayent une route soit à travers le vagin ou la paroi du rectum; quelquefois, mais plus rarement, ils se résolvent, et il ne faut pas croire que cette résolution ait lieu seulement pendant la période qui précède la suppuration; même alors que la suppuration est déjà commencée, ces phlegmons peuvent encore se résoudre et la maladie se terminer d'une manière heureuse. Il faut, selon nous, distinguer deux modes de résorption; l'un dans lequel les élémens du pus se dissocient et sont résorbés peu à peu sans qu'il se manifeste aucun symptôme de réaction générale; l'autre, au contraire, dans lequel le pus est résorbé en nature et porté dans le torrent circulatoire, ce qui donne lieu à l'ensemble des phénomènes que l'on a qualifiés sous le nom de *résorption purulente*.

Il serait difficile de dire ici quel a été le mode de résorption qui a eu lieu. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins intéressant de constater cette guérison d'un phlegmon péritonéal, qui, à en juger par l'ensemble des symptômes locaux et des phénomènes de réaction générale, était en état de suppuration commençante, ou au moins imminente; guérison à laquelle il est permis de croire que le traitement n'a pas été tout à fait étranger.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Résumé de quelques observations dont l'issue a été funeste à la suite d'infection purulente; par M. Maunoury, ancien interne, médecin à Maintenon.

(Suite du numéro 118.)

Traitement des varices par les épingles.

Si, à la suite d'une opération quelque minime qu'elle soit, il peut survenir des accidens et quelquefois la mort, le chirurgien doit être très réservé sur l'exécution des opérations dites *de complaisance*: il devrait les proscrire à jamais. Cependant, combien de fois, enhardi par certains succès, ne se laisse-t-on pas aller à la douce illusion de guérir une difformité rebutante pour un malade; mais combien de fois n'a-t-on pas le regret d'avoir entrepris une cure qui se termine d'une manière fâcheuse.

Outre ces opérations, il en est d'autres qui sont mixtes; c'est-à-dire qu'elles sont moitié de complaisance, moitié de nécessité; dans ce nombre on peut ranger celles pratiquées sur les veines dans le cas de varices. En effet, si les parois des saphènes, dilatées et noueuses, ne peuvent plus réagir sur la colonne sanguine qui les distend, il y a stagnation du sang, gêne dans les mouvemens, formation de caillots, inflammation de la peau et apparition d'ulcères très rebelles à la cicatrisation. Dans certains cas, hémorrhagies répétées qui affaiblissent beaucoup le sujet.

Un tel état, qui peut avoir des conséquences funestes pour l'avenir, mérite certainement l'attention des chirurgiens. Une compression bien établie, soit avec un brodequin en coutil, soit avec une bande, agit comme moyen prothétique des parois vasculaires et comme stimulant du cours du sang veineux.

Sans doute cette compression est efficace, mais on s'est ingénié à trouver de nouveaux moyens de guérison, et sur ce point les progrès ne sont pas réels. On a excisé des paquets de varices; on a voulu les détruire complètement par le feu ou par des caustiques puissans. Ces méthodes, qui faisaient pâlir les stoïciens eux-mêmes, au rapport de l'histoire; ces méthodes, dis-je, ont été remplacées par plusieurs modifications, sinon plus efficaces, cependant moins cruelles. Dans une première, on comprime la veine avec une pince à demeure jusqu'à l'oblitération complète du vaisseau par l'inflammation adhésive. La deuxième modification est encore plus simple, et semble réunir la perfection. On a aussi pour but l'oblitération de la veine au moyen d'une aiguille passée dans l'épaisseur même ou au-dessous du vaisseau.

Dans ces derniers temps, plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris ont eu recours à cette méthode. M. Roux, soit par défiance pour les innovations chirurgicales, soit par pressentiment des dangers qu'elle pouvait amener, semblait être en retard, lorsque dans son voyage scientifique en Italie, en 1840, il observa plusieurs cas de réussite à l'hôpital de Turin. M. Riberi, chirurgien distingué de cet hôpital, nous a dit avoir constamment obtenu des résultats heureux; il fait plusieurs applications successives d'épingles; il commence par les gros troncs variqueux, et poursuit les dilatations jusque dans les dernières ramifications veineuses, de sorte que chez certains sujets il applique quinze, vingt épingles. Il nous a assuré qu'il n'avait jamais eu d'accidens.

Ces faits déterminèrent M. Roux, et lors de son arrivée à Paris il voulut mettre à exécution le procédé de M. Riberi.

Dans le courant du mois de novembre 1840, cinq malades sont entrés dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu: deux pour des ulcères atoniques variqueux, les trois autres pour des affections qui n'avaient aucun rapport avec l'altération des veines.

Sur la proposition du chirurgien qu'on les guerirait de leur infirmité, ils sont restés à l'hôpital et ont subi l'opération.

Sans analyser ces cinq observations relativement à l'âge, à la profession, au temps écoulé depuis l'apparition des varices, au siége de la maladie, à l'effet qu'elle avait produit sur les membres, je me bornerai à dire que dans tous les cas on a laissé les aiguilles de huit à dix jours; que chez deux individus il ne survint aucune inflammation de la peau, mais aucune amélioration dans les rameaux variqueux; que les trois autres ont été pris d'érysipèle; un est guéri après quelques accidens, deux ont succombé à la phlébite. Ce sont ces deux observations que je vais rapporter en détail, attendu qu'il est plus avantageux pour la science de connaître les insuccès que les résultats heureux.

Varices aux deux jambes et à la cuisse droite; application de trois aiguilles, deux à la jambe droite, une à la jambe gauche. Erysipèle phlegmoneux. Pleuro-pneumonie à gauche. Phlébite de la veine saphène. Mort.

Philippe, 58 ans, terrassier, d'une bonne constitution, a des varices depuis l'âge de 40 ans; elles parurent d'abord à la cuisse droite. Depuis quelque temps elles ont augmenté; toutes les veines de la jambe droite, antérieures, postérieures et internes, se sont gonflées, sont devenues flexueuses, ainsi que celles de la jambe gauche. Il ne survint jamais d'ulcères aux jambes.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 21 novembre, il présente, du côté droit, à l'aine une tumeur variqueuse isolée, disparaissant à la pression. Au milieu de la face interne de la cuisse, la saphène reparaît sinueuse, très gonflée, noueuse; toutes ses ramifications inférieures jusqu'au pied inclusivement sont altérées, et forment des chapelets en avant, en arrière et au côté interne de la jambe.

Du côté gauche, c'est la saphène externe seule qui est malade; elle forme des nœuds très serrés à la région poplitée, et rampe sinueuse au côté interne de la jambe.

Chose assez remarquable, cet homme a un fils âgé de 22 ans, officier, menant par conséquent une vie sédentaire; il porte des varices assez considérables à la jambe droite.

Le 24 novembre, au membre droit, application de deux aiguilles, l'une aux deux tiers inférieurs de la cuisse sur la saphène, la seconde au côté interne du genou sur un paquet veineux; une troisième aiguille est appliquée à la face interne du genou gauche.

Le 27, des deux côtés il est survenu du gonflement et de la rougeur autour des deux aiguilles; c'est surtout à gauche que l'inflammation augmente, et le 30 elle s'était propagée jusqu'à l'aine; il était survenu une douleur très aiguë dans l'articulation fémoro-tibiale; la fièvre est très vive, la langue sèche, la céphalalgie intense. Après l'extraction de l'aiguille, il s'écoule un pus sanieux par les deux ouvertures.

Le 2 décembre, gonflement considérable de la partie supérieure de la jambe; au creux poplité, teinte bleuâtre de la peau, fluctuation dans le genou; la fièvre est toujours intense.

Le 3, douleur très vive à l'hypochondre gauche. Les jours suivans, expectoration de crachats rouillés; la présence d'un souffle bronchique et du râle crépitant font reconnaître une pleuro-pneumonie intercurrente. Saignée de 4 palettes; potion avec 40 centigrammes de tartre stibié.

Le 6, ouverture d'un vaste abcès au côté interne du genou; hémorrhagie assez considérable par l'incision qu'on a pratiquée.

Jusqu'au 16, la plaie fournit une quantité abondante de pus, et il semblait y avoir de l'amélioration dans l'état local; mais la prostration est considérable, le pouls est faible, la respiration se fait bien. Cependant il existe encore une matité légère à la base du poumon gauche, et à l'auscultation, il existe un souffle très marqué, bronchophonie; les crachats sont très odorans, ils semblent dénoter un commencement de gangrène.

Jusqu'au 30 décembre, les symptômes du côté de la poitrine ont diminué; le membre gauche est œdématié dans toute son étendue; le genou est rempli de pus. Enfin le malade succombe le 26 janvier, après une longue agonie, aux suites de la résorption purulente.

Autopsie. — Membre gauche œdématié; les veines au niveau des points de suture avaient été coupées. Entre les muscles jumeaux et le soléaire, se trouve un vaste abcès rempli de pus blanchâtre; ce foyer se continue jusqu'au quart supérieur de la cuisse, en dedans du couturier; il communique avec l'articulation du genou, de sorte que tout le membre inférieur n'est plus, en arrière, qu'un vaste abcès.

L'articulation du genou est remplie de pus; les cartilages d'encroûtement sont détruits, de sorte que les surfaces osseuses sont à nu; les cartilages semi-lunaires sont sains.

Les muscles, amincis, ne contiennent pas de foyers métastatiques dans leur épaisseur. Les artères crurale, poplitée et celles de la jambe sont saines; il en est de même des veines du même nom. La saphène interne dans le tiers supérieur de la cuisse est saine, puis elle est indurée, remplie de caillots fibrineux et plonge au milieu de l'abcès; ses ramifications sont flexueuses et remplies de caillots sanguins.

Adhérences du poumon gauche avec la paroi thoracique; son bord postérieur est mou, engoué par le sang et ne crie pas sous le scalpel.

Pas d'abcès métastatiques dans le foie, ni dans la rate, ni dans les poumons.

— Cet homme, entré à l'hôpital pour une simple contusion, se trouvait seulement gêné dans sa marche par ses varices, mais il s'en plaignait peu; c'est à la recommandation du chirurgien qu'il se dispose à subir l'opération.

Le troisième jour, érysipèle phlegmoneux; le neuvième, pleuro-pneumonie à gauche. Mort, après deux mois de souffrance, dans un état de marasme complet. Un tel fait doit rendre très circonspect sur ce genre d'opération.

Evidemment la cause de la mort est due à l'application des épingles qui ont irrité les tissus, déterminé le phlegmon et enflammé la veine. C'est même aux suites de l'abcès et de la résorption du pus que le malade a succombé; la pleuro-pneumonie intercurrente était guérie; il ne restait que quelques traces de cette phlegmasie.

La phlébite a été locale, elle s'est bornée à la saphène interne, et l'absence d'abcès métastatiques dans le poumon prouve que la pleurésie n'était que intercurrente et non symptomatique d'abcès métastatiques.

Un fait assez singulier, c'est l'odeur gangreneuse des crachats et leur aspect grisâtre à l'époque de déclin de la pleuro-pneumonie. Aussi avons-nous été étonnés de voir cette affection disparaître, et l'autopsie ne nous a montré aucun vestige de la gangrène du poumon.

Varices aux deux jambes. Application de cinq épingles. Erysipèle. Phlébite. Infection purulente. Mort.

Lesec, soixante-trois ans, vidangeur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 30 octobre pour une contusion légère; il porte depuis trois ans aux membres inférieurs des varices qui gênent la marche à la suite de leur dilatation.

Du côté gauche, à la face interne du pied, et au devant de la malléole, la veine saphène est noueuse, très gonflée.

Du côté droit, les dilatations de la saphène s'étendent jusqu'au quart supérieur de la cuisse.

Du reste, il n'est jamais survenu d'ulcères aux jambes; le cœur est à l'état normal, ainsi que le système veineux des membres supérieurs.

Le 13 novembre, on applique trois épingles, une au-dessus du condyle interne du fémur droit, deux immédiatement au-dessous du condyle interne du tibia.

Le 21 novembre, il n'est pas survenu d'inflammation, les cordons veineux inférieurs ne sont pas oblitérés.

Le 23, application de trois nouvelles épingles sur la saphène au-dessus de la malléole interne.

Le 27, on retire les deux aiguilles supérieures, qui ont laissé une trace légère de leur présence; la veine n'est pas oblitérée, les dilatations sont fluctuantes.

Le 30, rougeur érysipélateuse autour des aiguilles, fièvre assez intense.

Les jours suivans, il se forme un abcès diffus le long de la veine. Ce n'est que le 7 décembre qu'on retire les épingles, et qu'on évacue le foyer par une large incision.

Jusqu'au 22 décembre, les symptômes réactionnels étaient apaisés, la plaie fournissait une quantité considérable de pus, lorsque tout-à-coup il survient un abattement considérable, des frissons irréguliers suivis de chaleur et de sueur; anorexie, soif vive, la langue est sèche; on doit redouter la fièvre pyohémique.

Le 25, on ouvre de nouveau un abcès à la partie inférieure de la jambe; les symptômes généraux sont les mêmes.

Jusqu'au 1er janvier, jour de la mort, il est survenu plusieurs épistaxis abondantes: la prostration a augmenté; un nouvel érysipèle apparaît, et il se forme plusieurs petits abcès sur le trajet de la veine; la diarrhée colliquative vient terminer la vie.

L'autopsie n'a pas été faite.

— Malgré cette omission si importante, cette observation offre encore de l'intérêt. Cet homme a été victime de l'opération faite sur les varices.

On a appliqué deux épingles qui sont restées quatorze jours sans déterminer d'inflammation, mais le but qu'on s'était proposé n'a pas été rempli, les veines n'ont pas été oblitérées.

On appliqua trois nouvelles épingles au-dessus de la malléole; c'est alors que sont survenus l'érysipèle, la phlébite, et consécutivement l'infection purulente, qui a été caractérisée par des symptômes généraux et une multitude d'abcès le long du trajet de la saphène.

Dans la première observation, nous avons eu, comme phénomène de la résorption du pus et de la diffluence du sang, une hémorrhagie considérable par la plaie. Dans celle-ci, l'hémorrhagie a aussi été très abondante par les fosses nasales, et a contribué à hâter la mort du malade. Ces hémorrhagies passives ne manquent presque jamais au début de la pyohémie, et ces deux faits viennent s'ajouter à ceux rapportés dans ma thèse à la suite de l'infection purulente dans les amputations.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du tannin dans le troisième stade de la coqueluche; par M. le docteur Sebregondi, de Dorsten.

M. Sebregondi, qui a employé dans un grand nombre de cas et toujours avec un succès surprenant le tannin contre la coqueluche, en rapporte plusieurs nouveaux cas, parmi lesquels nous rapporterons les deux suivans.

Première observation. Hulda Schmidt, âgée de quatre ans, était atteinte depuis plus de trois mois déjà d'une toux opiniâtre contre laquelle le médecin ordinaire de la famille avait prescrit sans aucun ré-

résultat une foule de médicamens, lorsqu'on réclama pour elle les soins de M. Sebregondi. Il survint, en présence de ce praticien, un accès de toux qui lui fit dès l'abord reconnaître l'existence de la coqueluche. Cette toux, qui se terminait par l'expectoration et le vomissement de mucosités blanches, tenaces, mêlées de stries sanguinolentes, se répétait toutes les demi-heures ou toutes les heures pendant la journée et revenait six à huit fois dans le courant de la nuit. Aussitôt l'accès de toux passé, la petite malade demandait à manger ; elle se trouvait d'ailleurs assez bien, quoiqu'elle fût considérablement amaigrie et qu'elle eût le teint pâle, la langue recouverte d'un enduit blanchâtre. L'appétit était tellement prononcé qu'il approchait de la voracité. L'abdomen paraissait tuméfié, et les évacuations alvines étaient rares et difficiles.

On prescrivit aussitôt la mixture suivante :

Pr. Tannin pur,	30 centigrammes.
Extrait de belladone,	5 id.
Extrait de ciguë,	20 id.
Infusion de séné composée,	60 grammes.
Hydrolat de fenouil,	30 id.
Sirop de guimauve,	25 id.

M. et F. D. S. A.

A prendre par demi-cuillerées à bouche toutes les deux heures.

On fit placer en même temps sur la poitrine un emplâtre de diachilon et de ciguë.

Cette médication donna bientôt lieu à des déjections liquides, et à peine l'enfant avait-elle pris la mixture en totalité que la coqueluche disparut pour ne plus récidiver.

Deuxième observation. Jean Ennemann, âgé de six ans, était affecté de coqueluche depuis trois semaines, ainsi que ses trois jeunes frères, lorsqu'on eut recours aux conseils de M. Sebregondi. Les quintes de toux se reproduisaient jour et nuit de demi-heure en demi-heure, et étaient suivies chaque fois de nausées, de vomissemens d'une petite quantité de mucosités. La respiration était aussi accélérée pendant les intervalles que pendant la durée des accès : la langue était recouverte d'un enduit jaunâtre, la soif très vive, l'appétit nul, l'abdomen tendu, les excrétions alvines paresseuses.

On fit prendre à ce petit malade la mixture suivante :

Pr. Tannin pur,	35 centigrammes.
Extrait de ciguë,	15 id.
Infusion de séné composée,	90 grammes.
Sirop de guimauve,	25 id.

M. et F. diss. S. A.

A prendre par demi-cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Au bout de huit jours de ce traitement, le petit garçon était complètement rétabli, et ses trois frères, qui n'avaient pris qu'une simple solution aqueuse de tannin, parce qu'il n'existait chez eux aucune complication gastro-intestinale, étaient également revenus à la santé.

(*Medicinische Zeitung* ; 1842, n° 40.)

Emploi de la décoction de noix de galle comme contrepoison de la ciguë vireuse; par M. le docteur Meyer, de Creutzburg.

Dans la matinée du 19 mars 1841, quatre enfans, de trois, cinq et et six ans, trouvèrent aux environ du village qu'ils habitaient, des racines de ciguë vireuse entraînées par le courant d'un ruisseau, et, les ayant prises pour des panais, ils mangèrent la plupart d'entre elles. L'enfant de trois ans fut bientôt atteint de coliques, de vomissemens et de convulsions, et il succomba à une heure de l'après-midi, sans qu'on eût recours à aucun traitement.

Les parens, qui avaient appris cette circonstance des trois autres enfans tombés malades de la même manière, et qui avaient trouvé entre leurs mains une autre racine de ciguë, leur firent boire du lait en abondance, et envoyèrent en même temps chercher un chirurgien. Ce dernier réclama de suite l'assistance de M. Meyer.

A l'arrivée de ce médecin, vers les deux heures, les trois petits malades avaient déjà pris de l'ipécacuanha, mais il n'en était résulté qu'un petit nombre de vomissemens peu copieux. Ces enfans avaient le corps froid, la figure pâle et défaite, la pupille très dilatée et immobile, de violentes coliques et des mouvemens spasmodiques dans tout le corps. Deux d'entre eux avaient entièrement perdu connaissance, tandis que le troisième reprenait ses sens de temps en temps, et se plaignait de tintemens d'oreilles et de vertiges, après quoi il retombait dans un état comateux. La respiration, chez l'un de ces enfans, était très faible et à peine perceptible ; mais chez les deux autres elle était inégale, stertoreuse et parfois entrecoupée de sanglots. Les mouvemens du cœur n'offraient plus leur rhythme normal ; ils s'arrêtaient quelquefois pendant un temps plus ou moins long, puis ils reprenaient d'une manière tumulteuse ; les pulsations artérielles, lentes en général, présentaient à peu près les mêmes anomalies.

On administra de suite aux trois malades du sulfate de zinc à fortes doses, et il en résulta bientôt plusieurs vomissemens accompagnés de fortes secousses : on put distinguer et reconnaître dans les matières vomies beaucoup de fragmens de la racine de ciguë, ramollie par son séjour dans l'estomac. Les vomissemens furent aidés et entretenus par l'ingestion de boissons délayantes et par des frictions pratiquées sur la région épigastrique. On donna en même temps des lavemens avec addition de vinaigre ; on appliqua des compresses froides sur la tête, et on exerça une révulsion puissante sur les membres à l'aide des cataplasmes de moutarde et de raifort. Les extrémités, qui étaient glacées, furent frictionnées avec des flanelles bien chaudes, et on parvint ainsi à y rappeler la chaleur.

Au bout d'une heure, l'état de stupeur, les spasmes et les coliques commencèrent à diminuer un peu, à mesure que les évacuations par haut et par bas devinrent plus fréquentes. Il faut noter que la matière des déjections alvines était liquide et fortement colorée en jaune par la bile.

Une décoction chargée de noix de galle, que l'on avait préparée dans l'intervalle, fut administrée à cette époque, à doses fortes et rapprochées pendant toute la première journée, puis à doses plus faibles et plus éloignées pendant les deux jours suivans. Les résultats de cette médication furent des plus favorables, car tous les symptômes alarmans diminuèrent peu à peu, et, au bout de cinq jours, les trois malades furent entièrement rétablis : on se borna dès lors à prescrire un régime diététique simple et doux.

La décoction de noix de galle, recommandée déjà par MM. Phoebus et Meurer, ou, si on l'aime mieux, le tannin qui en est le principe actif, a, dans ce cas, produit tout ce qu'on peut désirer d'un contre-poison. En effet, la racine, qui était dans toute sa force, contenait un poison très intense, et elle avait été prise en grande quantité, puisque la seconde racine, moins forte que celle qui avait été mangée par les quatre enfans, pesait 60 grammes. D'un autre côté, l'empoisonnement avait eu lieu à dix heures du matin, moment de la journée où l'estomac se trouvait presque vide, parce qu'à la campagne il est d'habitude de jeûner de très bonne heure. Enfin, le principe toxique avait eu, pendant quatre heures, tout le temps nécessaire pour développer ses effets nuisibles sur des sujets si jeunes et par conséquent si vivement impressionnables.

L'intoxication était donc très forte, comme les accidens l'ont suffisamment démontré, et néanmoins le contre-poison, après avoir été précédé des vomissemens, fit disparaître en peu de temps et d'une manière à la fois simple et sûre, jusqu'aux dernières traces des symptômes d'empoisonnement.

L'autopsie du quatrième enfant ne fut pas permise. Le petit cadavre, bien que déposé dans une chambre chaude, offrait déjà de la raideur cadavérique trois heures après la mort. Le dos, les bras et les jambes étaient colorés en brun bleuâtre ; les doigts présentaient une teinte bleue-grisâtre. L'abdomen était fortement ballonné, et résonnait à la percussion. La face était très tuméfiée, les paupières à demi-fermées, les globes oculaires mous ; la cornée transparente avait conservé sa limpidité ; les pupilles étaient largement dilatées. Il s'écoulait de la bouche et des narines une écume sanguinolente : les lèvres avaient une couleur bleue-violette.

(*Ibid.*)

FAITS DIVERS.

Cas de dartre rongeante guérie par l'iode après douze années d'existence ; observation recueillie par M. le docteur Hirz, de Kemper.

Une paysanne âgée d'une trentaine d'années, d'une constitution robuste, n'avait eu dans sa jeunesse, outre les maladies propres à l'enfance, qu'une fièvre intermittente qui avait été traitée par des moyens domestiques. Les règles, qui avaient commencé à l'époque habituelle, avaient toujours coulé depuis avec beaucoup de régularité.

Peu de temps après la cessation de la fièvre dont il a été question plus haut, il survint quelques pustules à la lèvre supérieure, aux ailes du nez et aux joues. Ces pustules s'ouvrirent, s'étendirent peu à peu et finirent envahir la totalité de la face, en déterminant des cicatrices hideuses et la formation de croûtes épaisses.

Les moyens les plus variés furent employés sans succès pendant plusieurs années. La décoction de Zittman avait seule paru produire d'abord quelque amélioration ; mais bientôt une salivation considérable s'était manifestée, et la malade s'était trouvée défigurée plus que jamais.

Ce fut dans ce moment que les conseils de M. Hirz furent réclamés. Ce praticien commença d'abord par réprimer le ptyalisme ; puis il fit ouvrir un cautère, et il recourut enfin à l'usage de la teinture alcoolique d'iode qu'il prescrivit à doses graduellement croissantes ; il la donna d'abord à trente gouttes par jour, en faisant couvrir les croûtes et les bords tuméfiés des ulcérations avec des compresses enduites de cérat simple ; puis il arriva par degrés, et avec des intermittences, jusqu'à cent gouttes et plus dans les vingt-quatre heures ; de sorte que la malade prit en tout quatre-vingt-dix-grammes de ce médicament. Les ulcères cessèrent bientôt de s'étendre, et, au bout quelques mois, la face se trouva tout-à-fait débarrassée de croûtes et d'ulcérations.

Trois ans se sont écoulés depuis, et la guérison ne s'est pas démentie. (*Caspers Wochonsch. für die ges. Heilkunde* ; 1842, n° 35.)

Existence du sucre dans la sueur et la salive d'un diabétique ; observation publiée par M. le docteur Nasse, de Bonn.

La sueur d'un diabétique, chez lequel la transpiration avait été provoquée par l'emploi de la méthode de Burdet, fut soumise à l'évaporation, puis le résidu traité par l'alcool. En chauffant la solution alcoolique de manière à volatiliser le menstrue, on obtint un produit visqueux, sirupeux et sucré.

La salive du même sujet paraissait aussi contenir du sucre ; car, traitée par le ferment, elle éprouva la fermentation vineuse.

Toutefois, il faut bien reconnaître qu'il n'en est pas de même dans tous les cas de glucosurie : car, un autre observateur, M. Lehmann, n'a pu constater, par l'emploi du sulfate de cuivre et de la potasse, qu'une seule fois la présence du sucre dans la salive d'un diabétique sur trois sujets affectés de cette maladie, et il est très probable qu'il en était de même pour la sueur. En effet, M. Mac Gregor (Lond. med. Gaz. 1837, t. xx, p. 272) n'a pas pu en découvrir dans ce dernier liquide. (*Schmidt's Jahrbuecher*, 1842, n° 9.)

PARSI. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 5 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 132, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

MALADIES DE LA PROSTATE.

Tumeurs, gonflement, hypertrophie de la prostate. (Suite.)

Signes anatomiques. — Si l'examen des troubles fonctionnels laisse quelques doutes dans l'esprit du chirurgien, l'exploration physique des organes ne tardera pas à lever toute inquiétude. En introduisant le doigt dans le rectum, si la prostate est notablement gonflée on reconnaîtra bientôt les bosselures et l'excès de volume. Seulement il faut s'attendre, en pareil cas, au besoin de porter le doigt très haut, surtout quand il y a rétention d'urine, attendu que, contrairement à ce qu'on pourrait croire de prime abord, la glande est remontée plutôt qu'abaissée dans le petit bassin par la distension de la vessie. Chez les individus gras ou infiltrés, ou bien lorsque le mal consiste plutôt en des brides, des valvules, des soupapes ou des tumeurs à la racine de l'urètre que dans une tuméfaction du corps de la prostate elle-même, le doigt peut encore laisser de l'indécision, rendre le cathétérisme indispensable.

Bien que sans le cathétérisme il soit presque toujours possible de reconnaître si un embarras des urines dépend ou non des engorgemens de la prostate, cette opération n'en est pas moins en quelque sorte de rigueur pour décider la question en dernier ressort. On introduit donc la sonde et on étudie avec soin les difficultés qu'elle va rencontrer. S'il existe un rétrécissement, il ne sera traversé que par un instrument petit. On se sert donc ou d'une sonde ordinaire ou d'une sonde très volumineuse quand on soupçonne une maladie de la prostate. L'instrument ne pénétrera ne pénétrera que jusqu'au bulbe ou à la portion membraneuse tout au plus, c'est-à-dire à 10 ou 12 centimètres de profondeur dans le cas de rétrécissement. En supposant au contraire que le bec de la sonde, bien conduit, arrive sans obstacle jusqu'au-delà du ligament sous-pubien, c'est-à-dire à 14 ou 15 centimètres, la verge n'étant point allongée, on peut affirmer qu'il n'y a pas de coarctation dans l'urètre, que la difficulté du cathétérisme, s'il en existe, tient à une maladie de la prostate.

Ici le bec de la sonde indique non-seulement le siége du mal d'une manière générale, mais encore il indique à quelle variété de lésion prostatique on a affaire. Ainsi, par exemple, si on entre dans la vessie après quelques difficultés, sans secousse, sans *ressaut*, sans déviation, en suivant la paroi supérieure de l'urètre au moment où la sonde arrive derrière le ligament sous-pubien, c'est que les bosselures placées face à face occupent les côtés de la prostate un peu en bas plutôt que par en haut. Si pour entrer dans la vessie le bec de la sonde est obligé de rester fort abaissé du côté du périnée, de suivre la paroi inférieure de l'urètre, et qu'il arrive cependant après un trajet en apparence plus long, sans secousse, en ligne droite, c'est que les bosselures placées comme dans le cas précédent laissent une rigole au-dessous d'elle plutôt qu'au-dessus, et, ce qui est assez rare, n'ont point fait naître de bride transversale en arrière. Si, après être arrivé profondément, le bec de la sonde ne peut entrer qu'en s'inclinant notablement à gauche, je suppose, c'est que l'extrémité postérieure du lobe droit de la prostate est hypertrophié ou gonflé en manière de soupape. Quand la sonde, arrêtée sous l'arcade des pubis, pénètre en se déviant d'abord à gauche, puis à droite, puis de nouveau à gauche ou réciproquement, c'est qu'il y a dans la prostate des tumeurs qui s'engrènent ou s'emboîtent par le côté dans l'intérieur de l'urètre.

La sonde, dans tous les cas que je viens de mentionner, pénètre en définitive dans la vessie sans trop de difficulté, et indique qu'il n'y a point de bride à la racine de l'urètre. C'est ici qu'il y a de l'incontinence d'urine plutôt qu'une véritable ischurie, excepté pourtant dans les cas de soupape latérale. Si l'instrument est arrêté comme dans un cul-de-sac, à une grande profondeur, et entraîné d'un côté plutôt que de l'autre; si, retiré de ce côté, il pénètre sans peine quand on le dirige du côté opposé, c'est qu'il y a une bride, une sorte de valvule ou de pont en demi-lune allant de la pointe du trigone ou de la base du vérumontanum à la partie postérieure ou interne du lobe latéral de la prostate. On diagnostiquerait une valvule pareille de chaque côté si le bec de la sonde, arrêté successivement à droite et à gauche, ne pouvait pas être incliné d'un côté à l'autre sans être préalablement retiré un peu en arrière. Si l'algalie n'est pas plus entraînée vers les côtés que vers la ligne médiane, et qu'elle soit arrêtée brusquement, quand on la croit sur le point d'entrer dans la vessie, c'est qu'il y a là une valvule transversale.

On a souvent besoin, d'ailleurs, pour ces explorations, de sondes particulières. Disons tout d'abord que les algalies de petite dimension, que les bougies en général, ne conviennent point, pénètrent mal; que plus les sondes sont grosses, mieux elles valent quand il s'agit de tumeurs chroniques de la prostate. Aussi en est-il résulté une singulière discussion entre M. Mayor, chirurgien habile de Lausanne, et les autres praticiens. Le chirurgien suisse, attribuant certaines rétentions d'urine à des rétrécissemens de l'urètre, remarqua qu'on y remédiait mieux avec de grosses qu'avec de petites sondes; d'où il conclut : « Que plus un rétrécissement de l'urètre est considérable, plus la sonde destinée à le franchir doit être volumineuse. » La méprise où un moment d'inadvertance avait entraîné ce praticien fut aisée à découvrir. Tous les prétendus rétrécissemens qu'il avait franchis avec ses grosses sondes existaient dans la région prostatique de l'urètre, lieu où, comme nous l'avons établi, il n'y en a jamais. D'un autre côté, les sondes volumineuses étalant, épanouissant assez bien les parois, les brides de l'urètre déformé, entrent en général bien plus facilement dans la vessie que des instrumens grêles ou coniques, qui ne manquent pas, eux, de s'embarrasser dans les différens plis, valvules ou ponts que présente l'urètre entouré d'une prostate malade. MM. Vidal, Gaillardet ont pleinement confirmé depuis ma manière de voir à ce sujet. Il faut donc se servir de grosses sondes.

Il importe ensuite que la sonde soit courbée en arc jusqu'à son bec, et non pas simplement coudée comme le sont la plupart des algalies ordinaires. Du reste, la courbure des sondes étant ici de première importance, j'y reviendrai à l'occasion du traitement des engorgemens de la prostate. Comme instrumens explorateurs, on possède aujourd'hui une sonde de M. Leroy, la sonde exploratrice de M. Mercier. Introduit avec sa courbure naturelle jusque dans la vessie, l'instrument de M. Leroy est articulé de manière que, par un tour de vis, on en incline facilement toute la portion coudée du côté convexe de la tige. Dès lors, cette sonde représente dans sa portion vésicale un double crochet formé par son talon d'une part, par son bec de l'autre. Par des mouvemens de va-et-vient, d'inclinaison à droite et à gauche, ce crochet permet de reconnaître les bosselures, les tumeurs qui peuvent occuper le col de la vessie. Mais il est infiniment moins commode, d'un témoignage moins sûr que le cathéter de M. Mercier. Coudé presque à angle droit sur la tige, le bec de ce dernier instrument n'a que quatorze à seize millimètres de long. Introduit comme une sonde ordinaire, son genre de courbure fait que arrivé sous la symphise pubienne, il déprime par son talon la région inférieure, pendant que lui-même il suit forcément la région supérieure de l'urètre.

Au-delà du ligament sous-pubien, le cathéter tend à basculer de bas en haut et d'arrière en avant, en appuyant contre le bord postérieur de l'urètre. S'il existe là des brides, des valvules, c'est le talon qui en éprouvera d'abord la résistance. A l'instant où il entre dans la vessie, le chirurgien sent une espèce de secousse, de ressaut tout à fait caractéristique, de même qu'en retirant à lui l'instrument, il éprouve quelque résistance jusqu'au moment où son coude descend par une autre secousse au devant de la bride qui l'avait d'abord arrêté. C'est là ce que j'ai pu constater plusieurs fois, et ce que M. Mercier indique ailleurs avec détails (page 363). Une fois dans la vessie, le cathéter explorateur peut donner des notions assez exactes sur le genre de bosselures ou de tumeurs qui occupent l'entrée de l'urètre, qui entourent le col de la vessie. Tournant son bec vers le bas-fond, il viendra accrocher en plein le bord postérieur du canal, et pourra jouer à droite et à gauche sans être obligé de reculer :

1° Si la base de la partie moyenne de la prostate est seule soulevée en forme de bourrelet;

2° Si toute la portion postérieure de la prostate est boursouflée en cercle d'une manière égale autour du col de la vessie.

On reconnaîtra que ce point d'arrêt dépend d'une maladie du bord postérieur de la prostate, en ce que l'instrument, retourné en avant, peut être retiré d'un centimètre ou deux de plus que quand il était dirigé en arrière. A l'état naturel, les parois inférieure et supérieure de l'urètre se terminant au même niveau derrière les pubis, font que l'instrument peut être amené à la même distance de l'extérieur quel que soit le point de la circonférence de l'urètre qu'il tende à accrocher par l'intérieur de la vessie. Si donc l'un des points de cette circonférence retient le bec du cathéter plus loin de la main de l'opérateur que les autres, c'est qu'une tumeur, un gonflement quelconque augmente la longueur de l'urètre de ce côté. De la sorte on peut savoir si le gonflement de la prostate proémine du côté droit ou du côté gauche seulement, ou bien de l'un et de l'autre côté en même temps; comme on peut s'assurer qu'il existe plutôt en arrière ou sur presque toute sa circonférence en prenant la portion de l'urètre qui se confond avec la vessie derrière le ligament sous-pubien pour point de repaire. Cette portion du canal ne variant presque jamais de longueur, en effet, par suite des maladies de la prostate, mettra à même, une fois qu'on l'aura mesurée, de voir si quelque autre point du contour de l'urètre est véritablement allongé et de combien il est allongé, en portant sur lui le crochet de l'instrument.

Quant aux tumeurs qui occupent la cavité même de l'urètre, l'instrument de M. Mercier permet aussi de les reconnaître le plus souvent, surtout quand elles offrent un certain volume, qu'elles soient ou non pédiculées. Supposons une tumeur pyriforme et que l'instrument ait passé sur la droite de cette tumeur en entrant dans la vessie, on verra, en inclinant son bec tout à fait à droite qu'il revient sans obstacle jusqu'au niveau de la paroi supérieure du canal, tandis que si on veut le ramener en travers du côté gauche, la tumeur l'arrêtera à une profondeur manifestement plus considérable. Si l'on objectait qu'alors il serait permis de croire à un développement du côté gauche de la prostate, tout aussi bien qu'à une tumeur du plancher de l'urètre, on aurait à répondre que, pour éviter toute erreur, il n'y a qu'à retirer le cathéter de quelques centimètres du côté de la verge pour le faire pénétrer en suivant la partie gauche du canal. Dès lors, en le mettant en travers pour le retirer à gauche, il se laissera entraîner comme il l'avait fait de l'autre côté jusqu'auprès de l'arcade pubienne, tandis que si on veut le ramener à droite, en le tenant toujours en travers, c'est par là, cette fois, qu'il sera retenu, s'il s'agit véritablement d'une tumeur proéminente de la portion inférieure et vésicale de l'urètre.

Les personnes qui ont vu beaucoup de malades, qui ont eu l'occasion d'invoquer fréquemment le secours du cathétérisme pour diagnostiquer avec quelque précision les tuméfactions chroniques de la prostate, comprendront ce que je viens de dire de l'utilité de certains instrumens explorateurs comparés aux sondes vulgaires. J'ajouterai néanmoins que si, dans les cas tranchés, simples, lorsque, soit les tumeurs, soit les brides, soit les simples bosselures, ne sont le siége d'aucune dégénérescence avancée et ont acquis un développement notable, de tels instrumens, bien conduits, sont une ressource précieuse. Il se pourrait aussi que dans les circonstances opposées, ils exposassent à de véritables méprises. Il en résulte qu'on doit, à moins d'une grande habitude personnelle de leur usage, n'accorder à leur témoignage qu'une valeur modérée.

Les bougies à empreintes qui ont été conseillées pour explorer l'urètre entouré d'une prostate malade, sont réellement incapables de jeter le moindre jour sur le diagnostic des altérations de cette glande. Elles ne mériteraient pas même d'être mentionnée, si un des praticiens qui ont le plus *parlé* des gonflemens de la prostate, ne s'était pas imaginé de leur accorder une grande confiance.

Au total donc, l'expérience m'a démontré que dans certains cas où les phénomènes sont complexes ou mal dessinés, l'embarras des urines causé par les tumeurs de la prostate peut être, à la rigueur, confondu avec celui qui dépend d'un calcul dans la vessie ou d'un rétrécissement de l'urètre; mais si je partage l'opinion de M. Vidal sur ce point, je ne crains pas d'affirmer, d'un autre côté, que, règle générale, les signes précédemment analysés rendent le diagnostic des engorgemens de la prostate très facile. L'exemple de tumeurs de la prostate (Mercier, p. 339) qui, par leur dureté, ont donné l'idée d'un calcul après le cathétérisme, si, comme dans le cas cité récemment par M. Ripault, les apparences ont été assez trompeuses pour porter le chirurgien (Académie de médecine, séance de juillet 1842) à tailler le malade, il n'en est pas moins vrai que de tels exemples sont rares, et que, peut-être, serait-il permis de se demander si, avec toutes les notions que la science possède, il n'eût pas été possible d'éviter de pareilles méprises.

Un homme qui commence, vers l'âge de cinquante ou de soixante ans, à éprouver de la difficulté à uriner, qui commence et finit lentement la miction, qui voit ses embarras de vessie diminuer pendant quelques semaines, puis augmenter au moindre écart de régime, qui finit par être pris d'ischurie ou d'incontinence; qui, après ces premières difficultés, reste toujours avec la sensation d'un homme qui n'a pas complètement vidé sa vessie, qui d'ailleurs ne souffre point près du gland et n'éprouve pas de douleur par les grands mouvemens, les secousses du cheval, de la voiture ou de la marche; un homme, dis-je, qui s'est plaint de toutes ces choses, est presque à coup sûr atteint d'un engorgement de la prostate.

En portant un semblable diagnostic sur le témoignage de pareils signes, on ne se trompera pas une fois sur vingt. En y associant le toucher par le rectum et le cathétérisme tel que je l'ai décrit, il est donc presque impossible aujourd'hui de ne pas reconnaître, quand on le veut bien, les développemens anormaux qui, par leur distribution autour de la racine de l'urètre, gênent si souvent le libre cours des urines.

Pronostic. — La gravité des tuméfactions de la prostate est loin de se montrer au même degré dans tous les cas. Une catégorie de tumeurs doit d'abord en être distraite. Ce sont les tumeurs cancéreuses. Celles-ci, en effet, entraînent un double danger : mécaniquement elles exposent à tous les inconvéniens des tumeurs bénignes; de plus, elles compromettent par elles-mêmes la vie du malade à la manière des tumeurs cancéreuses de toute autre région du corps, en dégénérant, en infectant

l'économie, en s'ulcérant, en donnant lieu à de la suppuration, à des hémorrhagies.

En parlant des tumeurs de la prostate, on conçoit, du reste, qu'il ne s'agit point des cancers. Or, les tumeurs par hypertrophie ou par dépôt de matière épanchée ne paraissent pas susceptibles de dégénérescences fâcheuses ; ne réagissant point par elles-mêmes sur l'économie, elles n'altèrent en aucune façon la masse des fluides. Souvent même, elles cessent de croître après avoir acquis un certain développement, et peuvent rester ainsi toute la vie sans donner signe de leur existence. Aussi beaucoup d'hommes meurent-ils de toute autre maladie avec des engorgemens notables de la prostate, engorgemens dont ils n'avaient jamais eu lieu de se douter. C'est uniquement par leur réaction mécanique qu'elles deviennent dangereuses. De plus en plus gênée dans son action, la vessie qui se distend en s'amincissant quelquefois, peut effectivement perdre de son ressort, éprouver une sorte de paralysie dans quelques cas ; le plus souvent, au contraire, cette poche s'hypertrophie, se *muscularise* pour ainsi dire dans toutes ses parties. L'urine dont elle ne se débarrasse plus qu'imparfaitement et qui devient ainsi fort ammoniacale, ou de plus en plus âcre, l'irrite, finit par l'enflammer ; d'où, soit le catarrhe vésical, soit la cystite proprement dite.

De la vessie l'irritation, l'inflammation passe dans les uretères, puis des uretères dans le rein. Pour ceux qui connaissent la gravité des inflammations purulentes des reins, des uretères, de la vessie, le danger des tuméfactions de la prostate doit apparaître déjà avec son effrayante gravité. C'est la mort qui doit terminer presque nécessairement de pareilles lésions. Les rétentions complètes d'urine, après avoir causé de vives souffrances, après avoir dilaté outre-mesure la vessie, sont fréquemment suivies d'un affaissement rapide, d'un état adynamique qui paraît dépendre de l'infection du sang soit par le pus, soit par la résorption des urines elles-mêmes, et qui manquent rarement de faire périr assez promptement les malades.

D'autres fois, quand les brides, les valvules, les plis de l'urètre ont été déchirés, perforés, exulcérés ou trop vivement excoriés, il s'établit là un suintement ou sanguin, ou purulent, qui peut conduire à de vastes désorganisations, à la formation de cavernes dans l'épaisseur du périnée ; de plus, il survient alors des douleurs, un sentiment de brûlure, des épreintes, un ténesme vésical si violens, si répétés, que la vie des malades n'est plus qu'un véritable enfer qui leur fait demander la mort, qui les épuise et finit ainsi par les conduire au tombeau.

On aurait tort de croire cependant que les tumeurs de la prostate ne font grâce à personne. Ce sont elles qui ont fait mourir une foule de grands personnages. Epicure, Tycho-Brahé, Cazaubon, Fothergill, etc., et une foule d'autres ont succombé à cette affection. Mais un certain nombre de vieillards dont la prostate était énorme, et qui avaient éprouvé souvent les dérangemens du cours des urines qui en sont l'effet ordinaire, ont continué de vivre, puis sont morts à un âge très avancé de maladies étrangères à cette infirmité. Entre autres exemples que j'en pourrais citer, je mentionnerai celui de M. B....., ancien procureur, déjà tourmenté depuis près de dix ans en 1826, de difficultés d'uriner. Ce malade finit par se plaindre à moi, et je constatai chez lui l'existence d'un gonflement énorme de la prostate. Dans le cours des trois années suivantes, il fut pris quatre fois de rétention d'urine ; mais ces rétentions furent remplacées tantôt par une légère incontinence ; d'autres fois, et le plus souvent, par une lenteur accompagnée de difficultés variables dans l'émission de ce fluide. Il est allé de la sorte jusqu'à l'âge de 84 ans, et il est mort en quelques jours d'une pneumonie, alors qu'il ne donnait plus à sa prostate que des soins hygiéniques.

Dans un prochain et dernier article, nous nous occuperons du traitement.

SÉANCE D'OUVERTURE ET DISTRIBUTION DES PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Il y aura bientôt un demi-siècle que la Faculté de médecine de Paris convie tous les ans, à pareil jour, ses élèves et le public à une cérémonie, seule tradition qu'elle ait conservée des usages antiques. Un demi-siècle, c'est peu pour les institutions ; mais pour les hommes, quel abîme ! Plusieurs fois le personnel professoral a été renouvelé ; car depuis la création de l'ordre de choses actuel, un seul homme a survécu à tous ses collègues, un seul monument d'un autre âge est resté debout au milieu de toutes ces ruines. La mort, comme on le voit, a fait d'effrayans ravages dans le sein de la Faculté, qui n'a pas gardé pour elle les fruits de l'enseignement qu'elle est censée donner et que Santeuil grava sur les murs de son amphithéâtre :

Ad cædes hominum prisca amphitheatra patebant ;
Ut longùm discant vivere nostra patent.

Aussi, depuis long-temps cette séance d'ouverture n'était-elle qu'une séance d'oraison funèbre. Cette année, par une heureuse exception, la Faculté n'a fait aucune perte, et M. Trousseau, chargé d'inaugurer la session scholaire, a dû chercher en dehors du panégyrique un sujet de discours. Son choix a-t-il été heureux ? l'a-t-il traité avec bonheur ? Nos lecteurs en jugeront eux-mêmes, car nous leur donnons ce discours dans sa totalité. Simples historiens, nous nous bornons à dire que le jeune auditoire auquel s'adressait M. Trousseau a très bien accueilli ce discours dont, pour notre compte, nous ne pouvons partager ni tous les principes, ni toutes les opinions, mais auquel nous reconnaissons volontiers une correction de forme et un mérite littéraire dont les exemples deviennent de plus en plus rares à la Faculté. Peut-être aurons-nous occasion de revenir sur certains passages de cette allocution qui nous semblent exiger quelques explications ; aujourd'hui nous laissons nos colonnes à M. Trousseau, en faisant nos réserves.

M. Trousseau ouvre la séance par le discours suivant :

Messieurs,

Depuis plusieurs années, cette solennité, qui devrait être consacrée à proclamer des triomphes, à distribuer des encouragemens, à donner à la jeunesse médicale d'utiles conseils et même de précieux enseignemens, a toujours été attristée par le tribut d'éloges et de regrets que nous venions déposer sur la tombe à peine fermée d'un de vos maîtres, d'un de nos collègues.

Chaque année, l'un de nous venait rappeler à la jeunesse oublieuse les titres qui recommandaient à la reconnaissance publique, celui dont la vie avait été laborieusement remplie et récemment tranchée.

La mort ne mesure pas les années ; si elle a frappé en leur temps De Jussieu, Pinel, Desgenettes, elle a fait disparaître trop tôt du monde médical Laënnec, Dupuytren, Broussais.

Il n'était pas nécessaire, sans doute, de rappeler à votre admiration les titres de ceux qui succombaient à moitié chemin de la vie, leurs travaux étaient vivans à votre esprit, leur voix naguère encore retentissait dans la chaire illustrée par leurs talens, et chacun de vous avait été soldat sous le chef que nous pleurions tous. Vous compreniez, vous partagiez nos regrets ; cette perte était vôtre, elle vous atteignait directement, et vous ne nous demandiez pas compte de notre douleur, parce que vous pleuriez aussi un maître qui vous manquait. Aussi la tâche était-elle facile pour celui qui louait, car il trouvait des oreilles attentives et des affections bien disposées.

Qu'il en était autrement, Messieurs, quand il fallait vous rappeler ce que vous deviez, ce que nous devions tous à ces glorieux vétérans du professorat, qui jadis avaient bien mérité du pays par d'immenses travaux, et qui, survivant à eux-mêmes, ne pouvaient pourtant jouir encore du privilége de la postérité. C'est à peine si quelques rares élèves égarés par hasard sur les bancs de cet amphithéâtre, savaient que la voix qu'ils entendaient était celle de l'illustre, du vénérable Jussieu.

Alors la tâche était difficile pour celui de nous qui devait parler du collègue dont le siège était vacant. Il fallait évoquer non plus des souvenirs, mais des renseignemens historiques ; et c'est à peine si nous trouvions un écho à nos regrets parmi cette jeunesse si follement éprise quelquefois de certaines célébrités contemporaines, si tristement oublieuse de ces illustrations qui semblent s'anéantir pendant les années décroissantes de la vie.

Nous ne gagnons rien à vieillir, et nous perdons beaucoup auprès de vous qui ne nous tenez compte ni des luttes qui épuisent la vie, ni des travaux qui doublent la somme des jours, et votre indifférence, votre oubli nous disent trop haut qu'à l'âge où nous commençons à n'acquérir plus rien et à perdre chaque année quelque chose, il est temps de jeter le gant du pugilat comme le vieux athlète de la Sicile, avant qu'il ne tombe de notre poignet fatigué.

Heureux peut-être ceux de nous qui comprennent ce langage !

Car la plus grande illustration médicale de notre époque, l'homme dont les productions intellectuelles avaient encore cette verdeur, cette acerbité de fruits encore jeunes ; celui contre lequel on s'élevait avec l'ingratitude et l'injure ; celui qui, en s'armant de railleries, de sarcasmes, de violences quelquefois injustes, et d'une éloquence heurtée, inégale, entraînante pourtant, liait victorieusement au joug de sa doctrine toute la jeunesse enthousiaste pendant qu'il remorquait ceux qui luttaient inégalement contre la puissance de son génie ; ce nouveau Messie, comme l'appelait M. Bouillaud, qui venait avec des dogmes nouveaux, et qui, prodiguant les semences de son intelligence, les a vues partout recueillies, partout dérobées, partout s'enfonçant par de profondes racines, et s'élevant vigoureuses au milieu de ces broussailles qu'elles étouffaient ; cet homme qui a fondé un ardent apostolat par qui sont comprises, commentées, fécondées ses doctrines ; Broussais, à la gloire duquel rien ne manquait, et qui eût manqué à la nôtre s'il n'eût été professeur de cette Faculté ; Broussais dont les plus ardens ennemis ont, malgré eux, subi le joug ; Broussais n'est-il pas mort deux ans trop tard pour lui, qui voyait la jeunesse ingrate déserter les bancs de cet amphithéâtre, pour courir peut-être au-devant de jeunes renommées pour lesquelles la postérité n'ouvrira jamais ses annales.

Dieu merci ! Messieurs, je n'ai aujourd'hui à vous parler ni du collègue justement oublié pour qui cet éloge serait le dernier éloge, ni du collègue pour qui je chanterais les premières strophes d'un hymne glorieux que continueraient nos descendans : j'ai seulement à nous féliciter, à vous féliciter, vous surtout, Messieurs, du résultat de luttes récentes dans lesquelles les plus dignes parmi tant de compétiteurs, si dignes d'ailleurs, ont rempli des vides qui, je l'espère, resteront long-temps comblés.

Vous avez assisté à ces tournois scientifiques, trop fréquens depuis quelques années ; vous avez suivi avec anxiété, avec un intérêt palpitant ces passe-d'armes dans lesquelles, il faut le dire, il n'a été employé que des armes courtoises ; et quand les juges du camp ont proclamé les vainqueurs, vous avez par votre assentiment ratifié le choix qui venait d'être fait. Vous avez, comme nous, regretté qu'une seule couronne dût être distribuée, et vous désigniez, comme nous, des compétiteurs éminens, les uns par leur sens pratique, les autres par une érudition de bon aloi et par un esprit vif et pénétrant, quelques autres par le bonheur d'une élocution brillante ; mais si vous avez souvent trouvé quelque charme, quelque intérêt, quelque profit dans ce spectacle, vous nous pardonnerez, Messieurs, d'être moins que vous désireux de les voir se renouveler.

Que puis-je donc faire de mieux dans cette solennité, aujourd'hui que, parmi vous, un grand nombre, à peine à leur premier pas, n'ont pas même entrevu ce qu'il y a de grand dans les études médicales, que puis-je faire de mieux que d'essayer de vous diriger dans des sentiers difficiles, et d'examiner avec vous la valeur des méthodes qui se disputent le droit de préparer et de former les praticiens.

Cherchons donc si les méthodes d'étude ont toujours été mauvaises, si celles que l'on met en œuvre aujourd'hui sont meilleures, si elles sont suffisantes pour établir une science, si même elles sont aussi efficaces que les autres pour arriver à ce but.

Tout d'abord, Messieurs, je mettrai de côté les sciences préparatoires qui sont à l'art médical ce que l'étude des lois de la lumière est à la peinture, ce que la science de la coupe des pierres est à l'architecture. Je laisserai donc ici la physique, la chimie, l'histoire naturelle, qui, à coup sur, sont utiles au médecin, mais qui ne font pas plus le médecin que la science de la perspective ne fait le paysagiste.

La médecine est l'art de guérir, elle n'est que cela : guérir est le but, et toutes nos méthodes aboutissent à la thérapeutique médico-chirurgicale. Que quelques connaissances accessoires soient bonnes en elles-mêmes, c'est ce que j'admets volontiers ; mais ces connaissances acquises, comment devient-on médecin ?

Il se présente plusieurs méthodes, mais toutes sans exception, dans tous les temps, dans toutes les Ecoles, sont fondées sur l'observation préalable des faits.

Il n'est jamais, que je sache, passé par l'esprit d'un homme sérieux qu'on puisse connaître sans regarder, qu'on puisse regarder sans voir. On a donc toujours vu, toujours regardé quand on a voulu acquérir une notion et systématiser ses connaissances.

L'attention implique de toute nécessité la comparaison, qui est virtuelle si elle n'est explicite.

Ainsi, tout médecin dans le monde a vu, regardé, comparé : ce qui n'empêche pas qu'il ait pu mal voir, voir quelquefois avec de mauvais yeux, voir par les yeux des autres, mal regarder, mal comparer. Peu importe : ce que je viens d'établir ici, c'est que les procédés élémentaires sont les mêmes pour tous et partout.

La question des méthodes d'observation se réduit à savoir comment il faut regarder pour acquérir la notion, comment il faut comparer pour bien juger.

La notion des choses tangibles s'acquiert par la simple perception de tous les phénomènes à l'aide desquels se manifestent ces choses. Cette perception ne demande aucun effort d'intelligence ; elle requiert de l'attention, de la mémoire, et, comme la mémoire pourrait nous faire défaut, l'enregistrement des phénomènes.

Lorsque l'aveugle de Genève faisait, sur les mœurs des abeilles, ses merveilleuses recherches, il empruntait les yeux des plus vulgaires paysans dont il dirigeait l'attention, et les paysans les plus vulgaires, instrumens matériels de son intelligence, lui suffisaient pour la constatation du fait, pour l'acquisition de la notion brute.

Vous tous, après quelques mois d'habitude, pourrez, adoptant une formule d'examen, par appareils, par fonctions, par organes, remplir une feuille d'observations d'une manière aussi complète que vos maîtres ; il ne vous faut pour cela que la patience, que l'intelligence de celui qui dresse un inventaire.

N'en soyez donc pas trop fiers, vous qui égalez vos maîtres en ce point seulement, et qui souvent les surpassez ; car vous n'êtes encore que les paysans d'Hubert de Genève ; vos yeux ont vu l'abeille industrieuse revenir chargée de miel et de pollen, construire des cellules hexagones ; ils ont vu une mouche plus grosse entourée de la sollicitude générale, suivie d'une nuée de mouches paresseuses d'une autre forme, d'une autre couleur, subir enfin un accouplement, signal du massacre de tout ce qui ne travaille pas dans la ruche ; ils ont vu grossir les flancs de cette mouche respectée ; ils l'ont vu bientôt se reposer sur des cellules que les abeilles ouvrières façonnent de diverses manières, ils ont vu les ouvrières rapporter le miel dans des alvéoles où se meut quelque chose qui ressemble à un ver. Ils ont vu certaines cellules plus grosses recevoir un tribu plus riche, et le ver qu'elles contiennent devenir plus gros que les autres ; ils ont vu tout à coup ces vers revêtir des formes nouvelles, les plus gros devenir des mouches respectées, les aures devenir une nuée de mouches de deux formes bien différentes, vivant en bonne intelligence jusqu'au moment où les plus petites, qui sont armées, extermineront les autres jusqu'à la dernière. Ils ont vu, en un mot, ce qu'on voit avec de l'attention ; mais l'aveugle a compris. La nature lui avait refusé des instrumens, il s'en est fait, comme Galilée s'est fait un télescope. Il a fécondé les notions brutes et inintelligentes de ceux dont il s'est servi. et il a tracé avec une admirable sagacité les mœurs curieuses de ces insectes précieux ; mœurs que, jusqu'ici, on avait à peine entrevues.

A dieu ne plaise, Messieurs, que je veuille ici déprécier la valeur des notions que l'on acquiert par une observation attentive et minutieuse ; cette valeur est immense comme résultat ; ce que je veux dire, c'est qu'elle est nulle à peu près comme acte intellectuel. Sans tailleur de marbre Saint-Pierre de Rome ne serait pas édifié ; mais je m'indigne quand je vois un tailleur de marbre se croire un Michel-Ange.

Mais parce que, pour acquérir les notions brutes, il ne faut que de l'attention, parce que les esprits les plus vulgaires sont aussi propres, et quelquefois même plus propres que les autres à l'accomplissement de cet œuvre, s'ensuit-il, Messieurs, que, dédaignant un travail modeste, vous deviez laisser à d'autres le soin de recueillir les faits, satisfaits de les coordonner, de les interpréter, de les systématiser. Ce serait là une prétention aristocratique qui se comprend à peine chez l'homme qui a vieilli sous le harnais ; mais qui serait au moins singulière de la part de celui qui fait les premiers pas dans la carrière. On ne s'arme du ciseau pour créer le Laocoon, que lorsque l'on a long-temps pétri la terre, ébauché des formes élémentaires, modelé péniblement des contours et brisé bien des burins sur un marbre grossier. Ceux qui ont dédaigné des commencemens pénibles, tout matériels, tout inintelligens qu'ils puissent être, ne sont jamais que des artistes faux et incomplets.

Voyez donc beaucoup, observez par vous-mêmes, c'est par là qu'on doit nécessairement commencer ; car il faut posséder des notions personnelles pour comprendre et utiliser celles que les autres ont acquises.

Mais si l'on est d'accord universellement sur ce point, on ne l'est plus sur la manière dont il faut procéder à l'interprétation des faits.

Deux méthodes philosophiques existent aujourd'hui en médecine ; l'une, en partie nouvelle, la méthode numérique ; l'autre ancienne, la méthode d'induction.

La première a pris pour devise la phrase célèbre de Rousseau : « Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien dans les jugemens que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité. »

La seconde est celle qui a été jusqu'ici suivie par tous les grands médecins, quelles que fussent d'ailleurs leurs doctrines ; elle a été conservée par la plupart des professeurs de notre Faculté.

La méthode numérique, qui faisait sa base de la statistique, et qui avait été introduite dans l'hygiène par Parent du Châtelet, fut appliquée à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique par un homme d'une probité scientifique incontestable, doué d'une patience à toute épreuve, passionné pour la vérité qu'il croyait atteindre avec certitude.

La méthode numérique reconnait la puissance souveraine du chiffre ; le médecin doit imposer silence aux élans de son imagination ; il analyse, compte et enregistre sévèrement les résultats : rien de plus, rien de moins. C'est l'inflexibilité du magistrat intègre qui accomplit la loi sans écouter ses passions, ses souvenirs. C'est la rigueur du statisticien qui, faisant une table de mortalité, ne fait acception d'aucune cause de mort, et se borne à supputer les chances de vie que présente la masse d'une population. La méthode numérique enfin applique à la médecine le calcul des probabilités dans toute sa rigueur.

La méthode d'induction procède tout autrement ; elle recueille, analyse les faits ; mais elle les compare et ne les compte pas toujours. Au lieu du résultat nécessaire de la statistique elle cherche autre chose, les rapports systématiques des faits, leur liaison ; elle les interroge, les commente, les sépare, les rassemble, les grouppe, les examine sous toutes leurs faces, pour en tirer quelque chose de nouveau, d'applicable. En un mot, au rebours de la méthode numérique, *elle met le plus possible du sien dans les jugemens qu'elle porte sur les choses, bien sûre d'approcher ainsi davantage de la vérité.*

La première portion de la phrase de J.-J. Rousseau, que je citais tout à l'heure, est un non-sens ; il est clair que les choses, par cela même qu'elles sont, sont nécessairement vraies, en ce sens que l'affirmation de leur existence les constitue telles qu'elles sont et non autrement, ou pour mieux dire elles ne sont ni vraies ni fausses, elles *sont* tout simplement. La qualification des choses peut être ou vraie ou fausse, mais la qualification est dans l'esprit qui juge, et nullement dans les choses elles-mêmes, il est donc absurde de dire que la vérité est dans les choses et non dans l'esprit qui les juge.

La seconde portion de la phrase n'a qu'un faux semblant de vérité ; il est clair, en effet, que si deux choses étant données, on se borne à indiquer le rapport le plus immédiat qui les unit, *on aura mis le moins possible du sien* dans le jugement que l'on aura porté, et que si l'on n'a pas jugé beaucoup, du moins on aura jugé quelque chose assez sainement. Mais enfin, pour juger les rapports les plus grossiers, *il faut mettre du sien*, puisque le jugement est œuvre de l'ame et est essentiellement en dehors des choses ; la question est donc de savoir s'il faut mettre tout ce qu'on peut du sien ; ou si, comme le veut J.-J. Rousseau, il faut en mettre le moins possible. Or, pour moi, la réponse ne saurait être un instant douteuse, car on aura approché de la vérité entière d'autant plus qu'on aura saisi et indiqué un plus grand nombre de rapports entre les choses, la vérité étant d'autant moins vraie qu'elle est moins complète.

Je ne reproche pas à la méthode numérique de compter ; car on ne peut systématiser sans compter ; mais je lui reproche de compter seulement, en un mot, de s'en tenir au résultat rigoureux, comme le mathématicien.

Je lui reproche de trop compter, de compter trop long-temps, de compter toujours, et de ne vouloir pas mettre de l'esprit dans les choses.

Cette méthode est le fléau de l'intelligence ; elle fait du médecin un agent comptable, serviteur passif des chiffres qu'il a superposés, et le plus grand reproche que je lui adresse c'est d'étouffer l'intelligence médicale.

Vous vous applaudissez de ce que nous déplorons. Vous ne voulez pas que l'intelligence intervienne ; nous voulons, nous, que l'intelli-

gence exerce toute sa puissance.

Je tiens bien à faire comprendre ma pensée. J'adopte la statistique, j'adopterai même, si vous le voulez, la méthode numérique, pourvu qu'elle ne soit qu'un moyen quelquefois préparatoire, le plus souvent complémentaire, un peu moins imparfait que ce qui existait auparavant; mais je la repousse de toutes mes forces, si elle se donne pour une méthode complète, capable de conduire nécessairement à la vérité.

La méthode numérique mène à des résultats qui ne sont et ne peuvent être que des faits bruts, que des notions élémentaires. Ces faits, ces notions, sont une pâture pour l'intelligence qui les élabore.

Au fond, la méthode numérique ne diffère que bien peu de la méthode universellement suivie jusqu'ici. Un praticien qui étudiait la rougeole voyait une fièvre d'invasion, une exanthème, une desquammation, des complications, dont il tenait compte, ce me semble; il enregistrait ses observations sur le papier, puis il indiquait les faits généraux et communs, les faits accidentels et spéciaux. Ce n'est pas autrement que procédaient les praticiens des siècles passés, ce n'est pas autrement que procédaient de nos jours Corvisart, Bayle, Laënnec, MM. Rostan, Lallemand, Bouillaud, Calmeil et tant d'autres avant que la méthode numérique fût inventée. Quand ils avaient examiné dans le cabinet les observations recueillies au lit du malade, ils indiquaient les résultats, puis tiraient des conclusions.

Que fait de plus la méthode numérique? Elle compte rigoureusement. Au lieu de dire une centaine de malades, elle dit 99 ou 104 malades. Au lieu de dire, comme Bretonneau l'a dit le premier, dans la fièvre putride les perforations intestinales se font dans les glandes de Peyer ou de Brunner ulcérées et s'observent assez souvent, elle a dit les perforations intestinales s'observent tant de fois sur cent. Au lieu de dire le ramollissement accompagne le plus souvent l'hémorrhagie du cerveau, elle a dit le ramollissement l'accompagne 16 fois sur 20, par exemple. La méthode vulgaire disait et dit encore que la pneumonie lobulaire compliquait très fréquemment l'exanthème morbilleux, la méthode numérique indiquera la proportion relative.

C'est donc un procédé qui semble plus exact, mais en définitive c'est toujours le même procédé.

Il suffit d'observer avec attention pour arriver aux mêmes résultats capitaux que ceux où conduit le numérisme. Quand je me mis à étudier l'évolution dentaire des enfans à la mamelle, je m'aperçus promptement que les premières molaires sortaient ordinairement avant les incisives inférieures latérales, et tout au moins en même temps qu'elle. Ce fait d'observation, je l'avais indiqué dans mes leçons cliniques avant d'avoir compté. J'ai compté ensuite, et au lieu de dire: *Le plus ordinairement*, je dis: 6 *fois sur* 9 *les premières molaires sortent avant les incisives latérales inférieures*.

Et n'imaginez pas, Messieurs, que cette exactitude mathématique existe réellement: elle n'est que relative, car elle change sous l'observation du même homme suivant l'année, suivant la saison, suivant la constitution médicale. De sorte que le même fait qui l'an dernier s'observait 1 fois sur 25, cette année n'existe plus que 1 fois sur 10; l'an prochain peut-être il n'arrivera que 1 fois sur 20. De sorte que votre loi, votre vérité vraie, n'est pas absolue et ne peut l'être; et si le pathologiste cherche à formuler les faits que vingt partisans de la méthode numérique ont donnés chacun comme l'expression extrême de l'exactitude, il en est réduit ou à prendre une moyenne qui ne sera plus vraie demain, ou à recourir à ces odieuses et détestables formules qu'on voulait bannir du langage, *quelquefois*, *souvent*, *le plus souvent*, *généralement*.

Que m'importe cette apparence d'exactitude! Quand un de nos collègues signala au monde médical la coïncidence entre les maladies du cœur et le rhumatisme articulaire, cette belle découverte fut-elle moins bien accueillie parce qu'il dit *très souvent*, au lieu de dire 44 fois sur 100; l'influence du sulfate de quinine sur l'hypertrophie miasmatique de la rate est-elle moins bien établie quand M. Bally a dit *presque toujours*, que si l'on avait dit *dans les neuf-dixièmes des cas?*

Mais, nous dit-on, la méthode numérique nous permet de constater la véracité des assertions d'un médecin. Croyez-vous, par hasard, Messieurs, que si l'on voulait mentir, ce que je ne crois pas possible, on ne le puisse aussi bien avec des chiffres exacts qu'avec des à peu près? Croyez-vous que le médecin impudent et menteur ne fera pas un résultat numérique aussi aisément qu'une assertion générale? Il se donnera seulement la peine de mentir plus tôt que l'autre; il mentira dans l'histoire dont il aura fabriqué les détails, et il donnera un résultat exact; l'autre, sans autant de labeur et d'hypocrisie, ne mentira que dans la conclusion.

Quoique je n'accorde à la méthode numérique, telle que la conseille M. Louis, qu'une importance très minime comme moyen d'étude, cependant j'en conseillerai l'emploi, parce qu'elle habitue l'élève et le médecin à l'attention, et qu'elle leur permet mieux d'apprécier certains détails qui n'échappent pas à un observateur instruit et intelligent, mais qui pourraient rester inaperçus pour ceux qui ont moins d'habitude des malades.

Le médecin que je viens de nommer, qui a popularisé la méthode numérique, a en même temps introduit l'analyse des statisticiens dans l'étude de la pathologie, et la dissection minutieuse de tous les faits observés l'a conduit quelquefois à des notions nouvelles qui, pour être accessoires, n'en méritent pas moins d'être connues et enregistrées. L'analyse rigoureuse n'est donc pas sans utilité, et bien qu'elle présente l'inconvénient très grave d'émettre les faits, pour se servir de la spirituelle expression de M. Bretonneau, de manière à les défigurer complètement, pourtant elle nous initie à quelques notions subalternes qui tôt ou tard pourront acquérir une certaine valeur scientifique.

Si la statistique appliquée à la médecine n'élevait pas trop haut ses prétentions, si elle se considérait non comme la clef de toute science, mais comme un procédé un peu moins imparfait que la plupart de ceux que l'on suivait jusqu'ici, je ne songerais qu'à le louer, qu'à le présenter à votre choix, parce que réellement je le crois utile; mais elle fait tant de bruit pour de si pauvres résultats, qu'on ne peut en conscience l'aider à tromper la jeunesse par une sorte de charlatanisme d'exactitude et de vérité.

La statistique veut trop de faits; elle sent bien qu'elle ne vaut que par le nombre, et c'est le nombre qu'elle cherche surtout.

Il n'en est plus de même de la méthode d'induction dont je veux maintenant vous entretenir.

La *forêt de faits* de Bâcon n'a pas grande valeur, prise au pied de la lettre; elle ne vaut rien surtout comme on l'a comprise de nos jours. Sans doute deux faits permettent mieux de conclure qu'un seul; cent que deux; mille que cent. Est-ce à dire qu'un fait tout seul ne puisse porter son enseignement?

On vous dit: Assemblez des faits, recueillez des observations de votre mieux, aussi complètes que possible; recueillez-les passivement, sans faire intervenir votre intelligence; loin de là, réprimez jusqu'à nouvel ordre tout élan de votre esprit; soyez le calculateur qui aligne les chiffres, et qui ne pose un résultat que lorsqu'il a épuisé toutes ses colonnes.

Et moi je vous dis aussi: Assemblez des faits, recueillez des observations de votre mieux, aussi complètes que possible; mais dès que vous avez un fait, un seul fait, appliquez-y tout ce que vous possédez d'intelligence; cherchez-y des côtés saillans, voyez ce qui est en lumière; laissez-vous aller aux hypothèses, courez au-devant s'il le faut; que chacun des mots de cette phrase soit l'objet de votre indagation, cherchez à comprendre cette langue inconnue, et dussiez-vous la bégayer long-temps, n'attendez pas, pour essayer de la parler, que les cent mille mots du vocabulaire soient dans votre *mémoire*. Demain un fait nouveau viendra s'ajouter au premier, il surgira de nouveaux points de comparaison d'autant plus lumineux pour vous que ce fait-principe avait été mieux étudié, mieux compris; déjà vous marchez à la vérification de vos hypothèses, vous assemblez, vous dissociez; car comment, dans une tête intelligente, deux notions resteraient-elles en présence, que l'âme n'ait su ce qu'elles ont d'étranger ou de commun?

Bientôt vous possédez la *forêt de faits bâconienne*; chemin faisant mille idées ont germé dans votre tête; mille hypothèses, mille systèmes ont été conçus, détruits; vous n'êtes plus alors à la remorque des faits, vous les tenez dans votre main enchaînés et sommés de vous répondre; ils ne vous inspireront pas une idée, mais vous leur demanderez la vérification de vos idées; esclaves soumis de l'intelligence, ils doivent obéir; mais ils valent que l'on compte avec eux. C'est alors qu'interviennent la méthode numérique et la statistique.

« Mieux vaut, dit Gaubius, s'arrêter que de marcher dans les ténèbres: *Meliùs est sistere gradum quàm progredi per tenebras.* » Et comment a marché l'esprit humain depuis le commencement des siècles, je vous le demande? N'allait-il pas à la vérification d'une hypothèse, le hardi navigateur qui, le cap tourné vers l'ouest, confiait à des mers inconnues son génie, sa gloire et la vie de ses compagnons aventureux? Que d'idées germèrent dans la tête de Galilée, avant qu'il ne découvrît le pendule! et croyez-vous qu'il ait eu besoin de voir osciller mille candélabres sous le dôme de Pise, pour créer cette admirable hypothèse qui bientôt devint du domaine de la science? Toricelli fait une hypothèse; il met du mercure et de l'eau dans des tubes, compare et découvre une loi. Lavoisier pèse le peroxyde de mercure, et la chimie est découverte; toute la science lui est révélée par un fait. Combien de millions d'individus avaient vu la vapeur soulever le couvercle d'une théière! Whatt le voit une fois; le fait est fécondé, et l'homme de génie qui invente la vapeur illustre en même temps et lui-même et sa patrie.

La proposition de Gaubius, adoptée par un des praticiens les plus éminens de notre époque, est vraie si on veut seulement l'appliquer à ces incroyables rêveries que l'esprit imagine sans *faits directeurs* préalables. Il est certain que si, en l'absence de toute prescience, de toute induction, on vient à créer un système dont plus tard on demandera la vérification à l'expérience, on fait une œuvre inutile et absurde.

Mais cette proposition, cesse d'être vraie et surtout scientifique, si certains faits, si peu nombreux qu'ils soient, bien qu'ils ne nous mènent pas à une systématisation, nous servent pourtant à guider nos premiers pas dans les ténèbres. Les faits sont en quelque sorte le fil de Thésée, le bâton de l'aveugle; et quoique très réellement nous marchions dans les ténèbres et que nous courions vers l'inconnu, nous ne le faisons pourtant qu'avec un guide. Que si nous trouvons le chemin fermé, nous aurons encore bien mérité de nos neveux en leur apprenant que la route n'est pas ouverte, et nous leur aurons épargné des recherches dans une fausse direction. Mais le plus souvent nous faisons mieux encore, nous posons les premières *balises* dans ces passes ignorées.

Je dis donc: *Mieux vaut marcher dans les ténèbres que de s'arrêter*, si vous entendez par *ténèbres* les faits-principes et les actes intellectuels qui deviennent des faits secondaires. Pourquoi Dieu nous aurait-il donné une âme qui tend incessamment vers le progrès et qui dévore l'avenir? Pourquoi nous a-t-il donné une intelligence toujours active, avide de comparer, d'induire, d'abstraire, de systématiser, si ce n'est pour que les facultés de l'entendement mettent sans cesse en œuvre cette matière première qu'on appelle des faits, et que sont les produits, de cette mise en œuvre, sinon des idées, des inductions et hypothèses, des systèmes, que l'on vérifiera par la méthode numérique et statistique.

Je vous entends me dire: Pourquoi commencer par l'induction, par la systématisation, puisqu'en définitive il faut compter avec les faits, et compter les faits?

Il nous est bien facile de vous dire: Fermez les yeux de votre entendement, cet objet vous apparaît avec une couleur, une forme, un poids, une densité; constatez les modalités, je vous défends de faire un *concret*. Suis-je donc libre, moi, de refuser l'attribut au sujet, de disjoindre avec violence ce que forcément mon esprit réunit et combine? Puis-je voir, ouir, sentir et ne pas juger; puis-je juger sans induire; puis-je induire sans systématiser? Que voulez-vous? Que je fasse un répertoire d'idées, que je refrène mon intelligence et attendant le signal de la course intellectuelle. *Partez*, dites-vous; mais comment fournirai-je la carrière; prétendez-vous qu'à votre commandement s'efface la rouille de l'inaction? Vous voulez que l'élève ne voie que le fait brut, qu'il étouffe son intelligence, et quand, par ce triste labeur, son esprit est en quelque sorte mutilé, pourrez-vous lui demander la virilité; oserez-vous espérer quelque chose de fécond?

Laissons, laissons croître en liberté ce qu'a de luxurieux l'intelligence de la jeunesse; gardons-nous d'arrêter cette sève généreuse qui ne cherche qu'à s'épandre en fleurs et en rameaux, et tant que sa vie s'épuisera dans le terrain si riche de l'observation clinique, ne craignez jamais que l'on aille trop loin. Ceux qui dans cette Faculté sont chargés du soin de guider les élèves dans la carrière de la pratique, tempéreront cette fougue. Eux aussi ont quelques comptes à régler avec des hypothèses; mais l'âge est venu qui a blanchi les cheveux; mais l'expérience, en praticiens consommés, ils mettent au service de votre instruction leurs fautes, leurs mécomptes, leur savoir, et ce qui peut se transmettre de l'art qui fait leur individualité.

Mais quelque méthode que vous ayez suivie appliquez-la, non pas à le fabrication de ces vaines spéculations qui, jalouses de rallier la médecine à la philosophie générale, la jettent dans des voies d'un mysticisme déplorable; mais n'ayez jamais devant les yeux que le but de notre art — *guérir les maladies*, — ce qui implique avant tout la nécessité de les connaître.

Or, la maladie est d'autant plus nette, d'autant plus facile à connaître, qu'on la voit mieux dégagée des innombrables modifications que la thérapeutique lui fait subir, et vous avez beaucoup à apprendre, en étudiant avant tout, non pas comment on guérit, mais bien ce que l'on guérit.

Il est une école, si toutefois elle peut prétendre à ce nom, l'école d'Hahnemann, qui, au milieu des plus inconcevables absurdités, aura rendu à la médecine un immense service, car il n'est système, si bizarre qu'il soit, qui ne laisse sur son passage quelque chose d'utile. Elle aura appris aux médecins à compter davantage sur le temps, aidé d'une bonne hygiène; elle leur aura appris encore à être moins fiers de leurs succès, moins attristés de leurs défaites; car elle aura permis de constater l'influence de l'expectation dans les maladies.

C'est là, Messieurs, je ne crains pas de le dire, la plus utile notion que jamais vous puissiez acquérir, c'est là la *notion principe*, et quiconque ne sait pas ce qui doit advenir, la maladie n'étant pas traitée, ne saura jamais quelle est la meilleure méthode de traitement.

Ne voyez-vous pas que toutes les méthodes thérapeutiques qui se disputent la vie ou la santé des malades, viennent se briser contre cette terrible interrogation: « Savez-vous ce qu'il en adviendrait, si » vous laissiez à la nature le soin de la cure? »

Vous croyez le savoir, et comment l'avez-vous appris? Connaissez-vous dans les hôpitaux beaucoup de médecins qui se résignent à l'expectation! En connaissez-vous beaucoup qui ne soient dévorés de l'envie de faire, au risque de bien faire? Et au milieu des perturbations que l'action des médicamens introduit dans l'allure des maladies, vous ne pouvez apprécier la marche naturelle des affections pathologiques, et, par conséquent, juger les valeurs et influences thérapeutiques.

Bien connaître la marche des maladies, c'est, je vous le répète, la plus importante de toutes les études médicales; cette œuvre difficile, très laborieuse, c'est chose inconnue du plus grand nombre de ceux qui pratiquent notre art, et cette ignorance a toujours été et sera toujours la cause des scandaleuses dissensions qui amoindrissent notre profession.

Qu'un médecin, dans le but d'encourager ses malades, et quelquefois dans un intérêt personnel, conseille chaque jour certains moyens dont la valeur réelle est à peu près nulle, ce n'est rien que ne puisse avouer la charité la plus éclairée et la probité la plus scrupuleuse; mais à la condition qu'il saura la valeur de ce qu'il conseille et qu'il n'ira pas attribuer à ses remèdes l'issue bonne ou mauvaise de la maladie; à la condition qu'il profitera de la trêve donnée au patient pour étudier les phénomènes naturels, spontanés, qu'il lui a été, dans le cours de ses études, si difficile de connaître.

L'ignorance de la marche des maladies est, chez le vulgaire, la cause la plus ordinaire, et je dirai même la plus légitime de la confiance que l'on accorde à tant de remèdes conseillés par une honteuse cupidité et acceptés par la reconnaissance publique; cette ignorance est chez les médecins la cause ordinaire de la confiance qu'ils accordent eux-mêmes, je ne dirai pas à des remèdes inutiles, mais quelquefois à des remèdes nuisibles, c'est que nous sommes *vulgaire* sur ce point.

Il vit encore à Paris un vieux praticien qui, jadis peu fortuné, poussé par le besoin, se jeta hors du sentier de la droiture et de la dignité, et voulut faire la fortune d'un remède secret en même temps que la sienne; retenu pourtant par un sentiment honnête qui restait au fond de son cœur, il chercha un remède qui, du moins, lui laissât la conscience tranquille; il choisit l'eau distillée.

L'affaire fut conduite par un pharmacien habile, et la panacée acquit assez de vogue pour que l'auteur de la découverte eût pu jouir d'une fortune dont l'origine était pourtant difficile à avouer. Arrivé d'ailleurs, comme praticien, à une position médicale assez élevée, il n'avait plus besoin d'un honteux charlatanisme, et il aurait abandonné son remède si les merveilleuses choses qu'il en avait entendu dire, si les miracles dont lui-même avait été témoin ne l'avaient laissé et ne le laissaient encore aujourd'hui dans l'intime persuasion que l'eau distillée est très réellement un excellent remède, et que les sels, les principes étrangers contenus dans l'ean dont nous faisons un usage journalier, sont la source de la plupart des maladies chroniques qui affligent l'humanité.

> . . . . . Quid rides? Mutato nomine, de te
> Fabula narratur. . . . . .

C'est notre histoire à tous, Messieurs; nous avons tous une eau distillée à laquelle nous croyons: seulement elle change de nom, elle s'appelle antimoine, chlorures, saignée.

Cette ignorance de la marche naturelle des maladies a fait la fortune de toutes les théories médicales qui se sont succédé depuis l'origine de notre art; elle a fait, elle fait encore la fortune des systèmes les plus extravagans, des idées les plus bizarres que jamais ait pu enfanter une imagination en délire.

Et quand nous, médecins, qui avons passé la moitié de notre vie à étudier notre art, et savons si mal juger de l'influence des remèdes, de quel droit peut-on s'étonner de voir le vulgaire et ceux même que leur éducation place aux premiers rangs de l'échelle sociale, croire à l'influence curative de certaines pratiques, de certains moyens dont l'absurdité et l'insuffisance devraient être prouvées aux yeux de toute personne douée de sens commun.

Dans les temps antiques, les manœuvres des prêtres d'Esculape étaient en possession de guérir les maux les plus graves; plus tard l'alchimie inventa mille remèdes auxquels on crut avidement, et qui pour la plupart n'avaient et ne pouvaient avoir aucune propriété curative. Que dire des incroyables moyens conseillés et acceptés par ces gens les plus sérieux dans le traitement de la goutte, de l'apoplexie, de la gravelle? Pendant plusieurs siècles, médecins et malades ont cru fermement à l'influence des astres; et quand il s'agissait de prendre médecine, de se faire saigner, il fallait consulter le ciel, et attendre la révolution sidérale la plus opportune. Ces singulières idées avaient cours encore chez nous au commencement du siècle de Louis XIV. Croyez-vous que les pélerins qui allaient par milliers chercher leur guérison auprès du tombeau du fameux archevêque de Cantorbéry, ne croyaient pas fermement à l'influence curative du prélat qu'ils invoquaient, ainsi que ceux qui un peu plus tard allaient, aussi nombreux et aussi fervens, prier sur les cendres de l'avocat séditieux qui avait été pendu à Londres pour ses méfaits et ses déportemens? En plein dix-huitième siècle, à Paris, n'avons-nous pas vu les plus graves magistrats de notre Parlement se rendre garans des merveilleuses cures du cimetière de Saint-Médard; et un peu plus tard, lorsque l'encyclopédie croyait avoir dissipé toutes les taches de la superstition et de la crédulité, les baguettes aimantées de Lenoble, et les baquets de Mesmer ont fait autant de croyans fanatiques que jadis l'alchimie, la cabale et l'astrologie.

Jacquemont ne vous a-t-il pas conté que, dans la capitale du Kachmyr, un temple révéré, où sont conservés quelques poils de la barbe de Mahomet, est le rendez-vous d'une immense quantité de malades qui s'en retournent ou soulagés ou guéris, ou quelquefois plus souffrans, et qui massacreraient celui qui ne croirait pas comme eux à l'infaillibilité du remède. Voyez ce qui se passe dans le Maroc, dans nos possessions d'Afrique: des hommes qui font profession de guérisseurs vendent aux malades, écrits sur du papier ou sur des morceaux de faïence, des versets de l'Alcoran qu'ils mettent pendant quelques heures dans de l'eau, et cette eau les guérit, du moins ils le croient, ils l'affirment, ils seraient martyrs de leur croyance.

Et de nos jours, Messieurs, ici, à Paris, dans cette Athènes du monde civilisé, n'avons-nous pas les somnambules, dont les salons ne désemplissent pas.

Il semblait que la mesure était comblée, que l'on avait dépassé la limite de l'extravagant et de l'absurde: mais non, il restait l'homœopathie, et lorsque, dans un demi-siècle, l'histoire de la médecine enregistrera les prodigieuses élucubrations des adeptes de la doctrine, nos neveux se refuseront à croire qu'il y ait eu des cerveaux assez ingénieusement bizarres pour imaginer l'homœopathie, et des hommes, d'ailleurs sensés, dupes d'une aussi prodigieuse mystification.

On leur dira, et ils ne pourront le croire, qu'un homme, vivant de la vie commune, doué de son bon sens, autant qu'on en puisse juger, a pu, de bonne foi, imaginer qu'un remède, en une dose minime, agité un certain nombre de fois dans de l'alcool, prenait des propriétés nouvelles, et se pouvait subdiviser tout en conservant une énergie extrême, de telle manière que la goutte originelle étant diluée dans une masse d'alcool représentée par une sphère dont le diamètre serait égal à la distance de la terre au soleil, chacune des gouttes de cet alcool devient un agent thérapeutique capable, dans certains cas, de faire mourir un homme d'apoplexie, capable toujours de produire chez l'homme sain ou chez l'homme malade une série de symptômes considérable. On leur dira qu'au nombre de ces prodigieux médicamens, il faut placer l'écaille d'huître, la silice, le sel marin, l'os de sèche; on leur dira qu'il y a eu dads Paris quelques médecins qui sérieusement, sans calcul d'intérêt ignoble, ont cru à de pareilles bouffonneries; on leur dira que des gens éclairés, d'une intelligence élevée, ont cru être guéris par les globules homœopathiques et se sont rendus les plus ardens apôtres de la nouvelle médecine.

On leur dira qu'il s'est trouvé dans des Universités médicales des professeurs assez oublieux de leur gravité, assez ignorans de la pathologie pour parler sérieusement de l'homœopathie telle qu'elle nous est venue de l'Allemagne; et ils se demanderont si le siècle de l'homœopathie avait beaucoup à envier à celui des astrologues, des sorciers, des convulsionnaires, des magnétiseurs.

Riez, Messieurs, riez de l'homœopathie, riez de ceux qui croient avoir été guéris par l'homœopathie; presque tous vous y croiriez aussi sans la monstrueuse ineptie de la dilution des globules.

En effet, supposons pour un moment que vous ignorez le mode de préparation des médicamens homœopathiques, et voyez-les administrer dans un hôpital. Les rougeoles, les varioles, les scarlatines, les catarrhes aigus, les pleurésies légères, les entérites, les angines, les

convulsions de la dentition, les érysipèles, les hémorrhagies, beaucoup de fièvres graves, guériront, le plus souvent guériront bien avec ces globules homœopathiques.

De quel droit alors refuserez-vous créance aux médicamens homœopathiques ?

De quel droit, Messieurs ? Du droit dont vous usez trop peu, du droit que vous avez de vous enquérir avant tout et par tous les moyens possibles de la marche naturelle des maladies. Si, au lieu d'user les premières années de vos études médicales dans l'étude exclusive des sciences préparatoires, vous aviez, dès votre premier pas dans la carrière, dirigé votre attention sur les phases des maladies; si, plus tard, au lieu d'accepter, intelligences serviles, la parole du maître, au lieu d'épouser les querelles qui divisent les chefs de notre enseignement, vous aviez profité de la diversité des méthodes de traitement pour étudier les évolutions nécessaires des actes pathologiques, vous auriez vu que dans un grand nombre de maladies aiguës, et notamment dans celles que je vous énumérais tout à l'heure, nous n'avons pas le droit d'être fiers en général du résultat de notre intervention thérapeutique, car la nature les mène presque toujours à bonne fin; et dans ce cas, il faut l'avouer, la médecine homœopathique, qui se résume dans l'expectation, sera plus utile ou plutôt moins nuisible que bien des modes de traitement actif.

Et maintenant, Messieurs, ceux de vous qui, habitués à voir faire de la thérapeutique quand même, dans toutes les maladies aiguës, prendraient comme type le résultat obtenu, et traiteraient ensuite comparativement par l'homœopathie, ne se rangeraient-ils pas avec empressement sous les drapeaux de la nouvelle doctrine qui leur vaudrait de plus heureux succès; et, séduits peut-être dès les premiers pas, ils embrasseraient de déplorables idées; et désormais, dans ces maladies terribles où il faut agir, agir énergiquement, sous peine de mort pour le malade, ils joueraient sur un médicament inerte une vie qu'une saine thérapeutique va certainement sauver.

Aussi reviendrai-je souvent sur le conseil que je vous donnais tout à l'heure, y reviendrai-je cent fois, y reviendrai-je toujours; étudiez avant tout, étudiez sans cesse la marche naturelle des maladies; la thérapeutique ensuite deviendra facile, si jamais la thérapeutique peut l'être.

Ce que je vous ai dit des méthodes, des philosophies, ne s'applique qu'à la partie scientifique de la médecine, et nullement à la partie artistique. En effet, il y a dans les sciences des méthodes; dans les arts il ne doit point y en avoir; la méthode et l'art s'excluent réciproquement.

Toute science touche à l'art par quelques points. Tout art a son côté scientifique. Le pire savant est celui qui n'est jamais artiste; le pire artiste est celui qui n'est jamais savant.

Jadis la médecine était un art; elle se plaçait à côté de la poésie, de la peinture, de la musique. Aujourd'hui on veut en faire une science, et la mettre à côté des mathématiques, de l'astronomie et de la physique.

Ce qui, à nos yeux, constitue une science, c'est d'agir sur des élémens abstraits ou concrets calculables; ce qui implique la possibilité des formules, et exclut l'individualité.

Ce qui constitue l'art, c'est de créer des manifestations sans liaison calculée avec les élémens générateurs, ce qui implique l'impossibilité de la formule, ce qui implique l'idée d'individualité.

Le plus stupide mathématicien est un Newton, s'il ne s'agit que d'un calcul; un peintre n'est que lui et ne peut être que lui même. Les résultats scientifiques sont en quelque sorte stéréotypés; ils ne sont scientifiques qu'à la condition d'être identiques, c'est là le *criterium*. Les résultats de l'art sont essentiellement variés, variables, et l'artiste est d'autant plus artiste qu'il est plus individuel. Dans les sciences, il n'y a pas d'écoles; dans les arts il y a autant d'écoles que de grands maîtres.

D'après la définition que j'ai donnée de la science, et si les conséquences que j'en ai tirées sont justes, on me permettra de regarder la médecine comme un art; et ceux même qui veulent avec le plus d'ardeur la voir s'élever au rang des sciences, admettront sans doute avec moi que jusqu'ici elle a été peu digne de l'honneur qu'on veut lui faire.

Ce serait sans doute une chose bien désirable que de voir tous les médecins, une maladie étant donnée, en calculer les causes, l'issue, le traitement avec une précision, une identité mathématiques. Il serait beau de voir tous ceux qui seraient chargés de gérer la santé de la population, faire chaque année un bilan exact de leur pratique, et soumettre avec orgueil leurs inflexibles résultats à l'inflexible examen d'une cour médicale des comptes.

Malheureusement il n'en sera jamais ainsi; pour toujours nous sommes appelés à gémir du vague déplorable de la médecine, précisément parce que si la science a nécessairement des principes, l'art qui s'ignore lui-même, qui marche à son but souvent à travers les ténèbres, peut tout au plus avoir des procédés qui ne se transmettent que bien difficilement.

Ne confondez donc pas dans la médecine l'art et la science. Il n'appartient pas à tous de devenir artistes; il appartient aux intelligences les plus subalternes d'acquérir la science, ce qui ne veut pas dire, Messieurs, que la science soit inutile, qu'elle ne soit pas même une nécessité aujourd'hui pour les plus grands artistes.

Il nous est donc permis d'exiger de vous du savoir, parce que le savoir s'acquiert et que le travail vous le donnera à tous dans des proportions plus ou moins grandes; mais nous n'exigerons jamais que le savoir; le reste est un don du ciel : *ab Jove principium*.

Mais, Messieurs, quand vous connaîtrez ces faits scientifiques, gardez-vous de vous croire médecins; ces faits ne sont pour votre intelligence qu'une occasion de produire et de vous élever à la hauteur de l'artiste.

Je me rappelle encore les dernières années de mes études médicales. Comme tant d'autres, j'allais dans un amphithéâtre célèbre étudier la médecine opératoire; comme tant d'autres, j'étais séduit par ces procédés précis qui dirigeaient d'une manière invariable le couteau ou le lithotome; comme tant d'autres, je m'étais fait un jeu des opérations chirurgicales les plus laborieuses, et lorsque la curiosité, l'envie de nous instruire, nous entraînaient à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, où les maîtres de l'art devaient mettre en pratique les préceptes que nous connaissions si bien, souvent nous surprenions avec un malin plaisir le couteau qui s'égarait contre les surfaces inégales d'une articulation rebelle, ou qui ne s'inclinait pas assez pour éviter sûrement un vaisseau; et nous, nous n'étions pas éloignés de croire que notre place n'était pas sur les bancs de l'amphithéâtre; comme si celui-là était le meilleur chirurgien qui abat le mieux une épaule; comme si la médecine opératoire était œuvre plus difficile que celle de l'écuyer tranchant; et certes, s'il nous était permis de rassembler et d'animer les cendres d'Ambroise Paré; s'il nous était permis d'évoquer ici le plus illustre chirurgien des temps modernes, J.-L. Petit, je crains bien que ces deux grands hommes ne fussent des opérateurs moins brillans que tant de jeunes élèves si fiers d'un si facile talent.

Tous, Messieurs, vous connaissez plus de chimie que Paracelse, beaucoup d'entre vous plus que Scheele et que Priestley, quelques-uns même plus que notre Lavoisier. Vous savez de la chimie, mais vous n'êtes pas chimiste; et parmi ceux qui m'entendent, croyez-vous qu'il en soit beaucoup que la postérité jugera dignes de s'asseoir à côté des hommes dont je viens de vous rappeler les noms glorieux. C'est qu'il y a, Messieurs, une grande différence entre le savant qui recueille et l'artiste qui produit.

De grâce, Messieurs, ne vous croyez pas médecins parce que vous avez acquis l'habitude d'appliquer au diagnostic des maladies ces procédés ingénieux dont la science s'est enrichie depuis le commencement de ce siècle; ces méthodes admirables de percussion et d'auscultation que Laënnec a faites du domaine public et qu'il n'est donné à personne de ne pas connaître, sont entre nos mains ce que le télescope et la loupe sont entre les mains de l'astronome et du naturaliste, des instrumens intermédiaires entre notre intelligence et les objets; mais la loupe et le télescope ne feront jamais un Tournefort ou un Galilée, pas plus que le stéthoscope ne fera un Sydenham ou un Torti.

Et pourtant, Messieurs, on ne peut contester que les moyens d'investigation multipliés que nous possédons aujourd'hui, en multipliant les notions premières, ou tout au moins en les rendant plus exactes, ne mette l'esprit dans de telles conditions que des manifestations artistiques ne se puissent produire plus fécondes, plus pratiques, plus sûres. Comment se fait-il donc que l'intelligence devienne plus paresseuse à mesure que les notions scientifiques se multiplient, contente de recevoir et de jouir, peu soucieuse d'élaborer et d'enfanter. Les formules de la science aident moins l'art qu'on ne le croit.

La chimie vous a appris à former les couleurs, elles vous a dit pourquoi et quand elles se dissociaient; elle vous a appris à les fixer sur une toile plus inaltérable et mieux apprêtée; un savant illustre vous a fait connaître les modifications que des tons colorés exerçaient les uns sur les autres : il a fait une science de l'harmonie des couleurs. Le sang circule encore sous la pâte de Rubens, les étoffes brillent sur les toiles de Van-Dyck, et les madones de Raphaël sont toujours ce que la beauté a de plus divin et de plus suave. Pourquoi donc avec tant de moyens d'études, tant de notions scientifiques précieuses, nos peintres restent-ils si loin des maîtres moins savans qui font la gloire de l'art ? pourquoi donc nous, si riches de moyens de diagnostic ne produisons-nous pas des hommes comme Baillou, Sydenham, Torti, Stoll ? Ce n'est pas à coup sûr que la nature ait été envers nous plus avare de ses dons : chaque siècle a enfanté les mêmes intelligences, et les âges de la barbarie la plus abjecte ont eu probablement des hommes aussi vigoureusement organisés que les siècles de Périclès, d'Auguste, de Léon X et de Louis XIV.

Combien de fois, dans nos rapports avec les jeunes hommes qui se pressent sur nos bancs, ne distinguons-nous pas des intelligences d'élite, auxquelles il ne manquera pour produire des fruits qu'une direction utile, qu'une occasion favorable. Mais ceux de vous qui se révèlent par une aptitude exceptionnelle, lorsqu'ils ont acquis par un travail long peut-être, mais nullement difficile, les notions qui constituent les sciences préparatoires, et auxquelles on accorde une place malheureusement si large; lorsqu'ils ont, en quelques mois, égalé, surpassé leurs maîtres dans l'art si facile d'appliquer au diagnostic local et leurs sens et les instrumens dont on peut les armer; tous fiers d'une conquête qui leur a coûté si peu de peine, encouragés dans cette bonne opinion d'eux-mêmes par les personnes qui font consister toute la médecine dans ces notions vulgaires, ils s'habituent à ne faire rien produire à leur intelligence, et tombent dans une sorte d'inertie morale : tandis que vos devanciers, moins riches que vous de ces connaissances que vous devriez tant utiliser, avaient sans cesse l'esprit au travail de production; pauvres, ils mettaient en œuvre la plus mince des connaissances que le hasard, que l'expérience leur avaient données; ils exerçaient incessamment la force de leur esprit, comme les athlètes exercent celles de leurs muscles, et il en résultait une puissance qui se traduisait quelquefois par des écarts singuliers, et souvent même par des vues pleines de grandeur et de fécondité. Les efforts se multipliaient donc en raison de la pauvreté des moyens, et les résultats étaient immenses; et vous, autour de qui les moyens abondent, gâtés, exercés, rassasiés par ce qui vous est si abondamment offert, vous ne savez que recevoir et qu'engloutir, et votre intelligence paresseuse étouffe d'obésité et meurt improductive.

De grâce un peu moins de science, un peu plus d'art, Messieurs! Mais j'ai dit que l'on naissait artiste, que l'on devenait savant. J'ai dit que la science était facile, et j'entends déjà ceux qui comprennent mal ou qui croient devoir mal comprendre ce que je viens de dire, m'accuser d'encourager la jeunesse dans la quiétude du fatalisme. S'ils sont nés artistes, ils sont nés médecins; qu'ils attendent tranquilles les inspirations faciles de l'art. Dieu les a faits ce qu'ils sont; ils sont donc ce que Dieu les a faits.

Je ne laisse à personne le droit d'interpréter ainsi mes paroles. Vous naissez artistes en ce sens, que si le Ciel vous a refusé l'aptitude artistique, quoique vous fassiez vous ne serez que des savans; mais, avec l'aptitude la plus heureuse, vous ne serez rien sans travail.

Le travail est une source d'inspirations puissantes; la contemplation des chefs-d'œuvre de l'art fait l'éducation de l'artiste; et le peintre qui, avec l'aptitude la plus élevée, n'irait pas vivre pendant quelques années dans cette atmosphère de génie que l'on respire au-delà des Alpes, ne serait jamais qu'un homme incomplet, renfermé dans une individualité restreinte; tandis qu'avec l'étude, avec l'exemple, il profite tout d'abord de ces laborieux procédés inventés par les artistes des siècles passés, mais désormais acquis à la science, et partant faciles. Il corrige les écarts de son imagination fougueuse, sans cesse ramenée vers le beau; il épure son goût instinctivement, et toute sa spontanéité désormais bien dirigée, il jette tout d'abord dans les régions élevées où l'art, dans toute sa puissance, enfante ces merveilleuses pages que l'artiste lègue à l'admiration des races futures.

Dieu a fait Lavoisier; mais cet admirable artiste n'eût été qu'un traitant heureux, si, de bonne heure, il n'eût, dans les vapeurs du fourneau, dans la fréquentation des savans de son époque, fait l'éducation de cette intelligence par qui devait être enfantée la plus féconde des découvertes.

Croyez-vous que Paré, J.-L. Petit, Sabatier, Dupuytren; croyez-vous que Baillou, Laënnec, Corvisart, croyez-vous que Lavoisier, Fourcroy, Berthollet; croyez-vous que d'autres encore dont le nom est dans vos bouches et ne saurait être aujourd'hui convenablement placé dans la mienne, avec les dons puissans que la nature leur avait accordés, seraient devenus les princes de leur art, si, de bonne heure, ils n'avaient avidement dévoré ces trésors de science répandus autour d'eux comme ils le sont autour de vous. Fatigués, jamais rassasiés de travail; ne se croyant pas le droit de réserver pour eux-mêmes ces richesses qu'ils se sont acquises, ces découvertes qui les illustrent, et, jaloux de voir leur pays, le premier par la gloire littéraire, le premier peut-être par la gloire des armes, le premier aussi par la gloire scientifique.

A vous ce noble héritage, Messieurs. Mais pour le recueillir il vous faudra de pénibles labeurs. Jeunes encore, et lorsque vous faites vos premières armes, les hôpitaux et les cliniques. La clinique, lorsque vous en saurez davantage; la clinique quand vous aurez acquis toutes les notions scientifiques que nous exigeons dans vos actes probatoires, et ainsi vous arriverez à la pratique de votre art, sachant et capables de produire par vous-mêmes. Alors aussi commence pour vous ce sacerdoce que vous honorerez et qui vous honorera; alors commence cette carrière de dévouement et de sacrifices, dans laquelle vos jours, vos nuits, sont désormais le patrimoine des malades; il faut se résigner à semer en dévouement ce qu'on recueille si souvent en ingratitude; il faut renoncer aux joies de la famille, au repos si cher après la fatigue d'une vie laborieuse. Il faut savoir affronter les dégoûts, les déboires, les dangers, et ne pas reculer même devant la mort quand elle nous menace; car la mort conquise au milieu des périls de votre profession, fera prononcer notre nom avec respect, comme nous prononçons tous celui d'un homme mort, il y a peu de jours d'une si triste façon, victime de son dévouement à la science, d'Hourmann, en qui deux de nos collègues pleurent un frère, nous un ami et un condisciple, et tous un médecin modeste, honnête et courageux.

Après le discours prononcé par M. Trousseau, les prix ont été distribués dans l'ordre suivant :

Prix Montyon.

La Faculté a décidé, dans sa séance du 27 octobre, sur la proposition du jury du concours pour le prix Montyon, que ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 fr., serait décerné à M. Dequevauvillier (Jean-François), de Paris, et que MM. les docteurs Becquerel (Alfred) et Gigore (Claude), seraient mentionnés honorablement.

Prix de l'École pratique.

Sur le rapport du jury du concours pour les prix de l'Ecole pratique, la Faculté, dans la séance du 31 août a décidé :

1° Que le grand prix, consistant en une médaille d'or, de la valeur de 300 francs, en livres pour une valeur de 100 francs, et en la dispense de 500 francs de frais universitaires, serait décerné à M. Boulland (Victor), de Saint-Wast-la-Prongue (Manche).

2° Que le deuxième premier prix, consistant en une médaille d'argent et des livres, d'une valeur de 200 francs et la dispense de 315 francs de frais universitaires, serait décerné à M. Gueneau de Mussy (Henry) de Châlons-sur-Saône.

3° Que le premier second prix, consistant en une médaille d'argent et des livres, de la valeur de 150 francs et en la dispense du droit de sceau du diplôme, serait accordé à M. Bodinier (Jean-Vital), d'Athée (Mayenne).

4° Qu'un deuxième second prix, consistant dans les mêmes avantages que le précédent serait accordé à M. Thibault (Antoine-Victor), de Semur (Côte-d'Or).

5° Qu'un premier accessit serait accordé à M. Jamain (Jean-Alexandre), de Paris, et un deuxième accessit à M. Matice (Charles-François), de Paris.

Prix des élèves sages-femmes.

La Faculté, dans sa séance du 31 octobre, a décidé, conformément aux conclusions du rapport du jury du concours pour les prix des élèves sages-femmes, que le prix consistant en une médaille d'argent et des livres serait accordé à madame Renard (Marguerite-Chazal), de Massiac (Cantal); que l'accessit serait accordé à mademoiselle Bourant (Geneviève), de Paris; et que mesdames Mégret, Bouteloup et Sandys obtiendraient une mention honorable.

Prix Corvisart.

La Faculté a décidé, dans sa séance du 2 novembre, conformément aux conclusions du rapport de la commission chargée de l'examen des mémoires pour le prix Corvisart,

1° Qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix cette année;

2° Que la question qui avait été posée pour être traitée en 1842, serait remise au concours pour l'année 1843;

3° Qu'une mention honorable serait accordée à MM. Martin Lauzer et Lefebvre.

La question qui a été traitée pour le prix de 1842 était ainsi conçue: « Comparer par des faits recueillis dans les cliniques de la Faculté, les effets des saignées générales et des saignées locales dans les inflammations. »

La Faculté a arrêté, en outre, que la question suivante serait traitée pour le prix de 1843 : « Déterminer par des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, durant le cours de l'année scolaire 1842-1843, les avantages et les inconvéniens des purgatifs dans le traitement des maladies aiguës. »

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrens que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie. — Les noms des candidats doivent être mis sous cachet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 novembre. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté

M. Londe demande que les rapports sur les travaux des candidats au titre de membres correspondans de l'Académie soient faits sous un bref délai.

— *M. Amussat* communique un nouveau fait d'introduction de l'air dans les veines, qui lui a été communiqué par M. Gorré, chirurgien de l'hôpital de Boulogne. (Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.)

— *M. Jules Guérin* dépose sur le bureau une observation qui lui est adressée par M. Diday. Ce fait tend à prouver l'intervention du nerf facial dans les mouvements du voile du palais.

— *Suite de la discussion sur la ténotomie des muscles des doigts et de la main.* — *M. Gerdy* a seul parlé dans cette séance. Nous donnerons un résumé de son discours dans le prochain compte-rendu.

— Il est quatre heures et demie. La discussion sera continuée mardi prochain.

Chronique et Nouvelles.

On a remarqué que hier, à la séance d'ouverture de la Faculté, il n'y avait que dix-huit professeurs présens sur vingt-six. Or ce nombre de dix-huit est exactement égal à celui des dernières pertes que la Faculté a faites par les décès de Béclard, Fourcroy, Hallé, Pinel, Deyeux, Desgenettes, Percy, Broussais, Richerand, Alibert, Desormeaux, Chaussier, Leroux, Laennec, Boyer, Dupuytren, Sanson, Dubois.

— M. Jules Janin assistait à cette séance. Quelqu'un lui ayant demandé : « Eh bien ! qu'en pensez-vous ? » Le célèbre critique a répondu : « C'est une comédie à laquelle il ne manque que *le lustre.* »

— Les dépenses des hôpitaux de Paris ont suivi la progression suivante depuis vingt années :

En 1821 elles étaient de	9,757,178 fr.
En 1826	10,269,935
En 1831	11,316,350
En 1836	11,742,841
En 1841	14,814,258

L'augmentation est de 5,057,080 francs, en prenant pour point de comparaison la première et la dernière années de la période ci-dessus.

— Le concours pour l'admission des élèves internes et externes des hôpitaux est ajourné au 15 du mois prochain.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 8 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 133, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

AFFECTIONS SQUAMMEUSES. (Suite.)

Traitement des affections squammeuses. Médication arsenicale, antimoniale et par le goudron.

D'après les faits que nous avons exposés dans une de nos dernières leçons, vous avez vu que l'hydrothérapie pouvait modifier et guérir quelquefois certaines affections squammeuses. Mais cette méthode toute récente de traitement a été précédée de l'emploi d'un grand nombre de moyens auxquels l'expérience acquise aujourd'hui donne beaucoup plus de valeur. Ce sont ces moyens que nous allons vous faire connaître : nous leur assignerons un rang, et nous résumerons ensuite la marche à suivre dans le traitement de ces affections, d'après les résultats que nous avons obtenus des nombreuses observations que nous avons recueillies de notre pratique à l'hôpital Saint-Louis. Ne perdez pas de vue que les affections squammeuses sont très communes, que leur récidive est très fréquente, qu'elles s'observent dans toutes les classes de la société, et que nous avons toujours dans nos salles une vingtaine de malades qui réclament nos soins et qui portent des formes variées de ces maladies.

Toutefois, pour procéder d'une manière plus pratique, nous allons successivement aborder le traitement de chacune des affections squammeuses en raison de leur forme et de leur état aigu ou chronique.

Le psoriasis et la lèpre à l'état aigu réclament l'usage des émolliens pendant leur période de développement et une partie de leur période de décroissance. On débutera par une saignée générale si le sujet est fort et bien constitué ; mais il y aurait inconvénient à renouveler la saignée plusieurs fois. On fera enduire la peau malade d'axonge fraîche soir et matin; on prescrira tous les jours un bain frais prolongé pendant deux ou trois heures. A l'intérieur, des viandes blanches, des légumes, une diminution notable dans la quantité des alimens. Tant que la production des squammes épidermiques sera abondante et que le malade en trouvera le matin une grande quantité dans son lit, il faudra insister sur les mêmes moyens. Après quinze à dix-huit jours de ce traitement, la rougeur de la peau diminuera, la peau deviendra moins lisse, moins luisante ; la production épidermique sera moins considérable ; les squammes seront plus adhérentes. Alors on peut remplacer les bains émolliens par les bains résolutifs dans l'eau desquels on fait entrer successivement de 15 à 60 grammes de sous-acétate de plomb. Plus tard on supprimera les bains ou on les rendra beaucoup moins fréquens, et on les remplacera par des frictions sur toute l'étendue de la peau malade avec une pommade composée d'axonge 30 grammeset goudron 1 gramme. On la rendra de plus en plus forte en y faisant entrer successivement 2, 3 et 4 grammes de goudron. Telle est la médication dont je retire le plus de succès.

Je passe sous silence tout ce qui concerne le traitement du psoriasis que j'ai donné précédemment avec détail.

Les diverses formes du psoriasis se montrent le plus souvent à l'état chronique. La plus facile à guérir est celle désignée sous le nom de *guttata*; c'est avec la lèpre vulgaire et l'ichtyose blanche la moins rebelle aux traitemens. Ces maladies cèdent souvent seules à une des saisons de l'année, soit le printemps, soit l'automne, et plus souvent le printemps. Les bains émolliens, sulfureux et surtout les bains de vapeurs, employés tous les jours, si le malade peut en supporter l'usage répété, les guérissent sans l'emploi de pommades actives ou de médications internes. C'est assez dire que la pommade au goudron compte beaucoup de succès dans le traitement de ces formes de l'affection squammeuse, et ici, je suppose qu'elles sont récentes et non invétérées. Après ces deux formes viennent les psoriasis *diffusa* et *gyrata*, puis le psoriasis nummulaire, et enfin le psoriasis *punctata*, qui exigent dans la presque totalité des cas un traitement interne énergique.

Observons qu'en thèse générale, et quelle que soit la forme du psoriasis ou de la lèpre, moins la peau paraît épaissie et les squammes plus petites, plus délicates, plus divisées, plus la guérison est difficile ; de même aussi la lèpre simple, franche dans ses formes, est d'une guérison plus facile que la lèpre composée ou compliquée des formes variées du psoriasis. Je me suis attaché d'une manière toute particulière à reconnaître, d'après l'état et la disposition des squammes, la médication qui pourrait avoir le plus de succès ; je ne suis pas encore arrivé à établir ce point de thérapeutique d'une manière assez précise pour l'indiquer ici pour chacun des cas, mais je crois exactes les données générales que je viens de présenter.

On peut guérir ou pallier les affections squammeuses soit par des médications internes, soit par des médications externes. Je dis guérir ou pallier ; car les récidives sont malheureusement trop communes, et elles le sont d'autant plus qu'elles se montrent plus fréquemment dans la classe du peuple où l'usage des bains et des soins de propreté est encore peu répandu. A la tête des médicamens internes, nous placerons les préparations arsenicales, comme étant celles qui nous ont donné les guérisons les plus nombreuses et les plus durables : solution de Fowler, de Pearson, pâte d'arsénite d'ammoniaque, pilules arsenicales, telles sont les formes sous lesquelles on prescrit ces préparations. Disons d'abord que nous rejetons toute espèce de pilules arsenicales. Un médicament aussi actif doit être donné en solution, c'est-à-dire dans l'état de division le plus parfait ; et non-seulement il doit être divisé, mais encore il doit être très étendu d'eau. La formule à laquelle je donne la préférence est la solution de Fowler, qui a pour base l'arsenite de potasse. Il semblerait, au premier abord, qu'on doit lui préférer celle de Pearson, beaucoup plus étendue et dont l'arséniate de soude forme l'élément actif ; mais il résulte d'un grand nombre d'observations comparatives que j'ai faites, que les malades supportent bien plus facilement des doses plus élevées d'arsenic avec la solution de Fowler qu'avec la solution de Pearson. Quelque inexplicable que paraisse ce résultat, il m'a paru vrai.

Autrefois on donnait la solution de Fowler à la dose de deux gouttes, puis on augmentait tous les huit ou dix jours de deux gouttes, en sorte que les malades ne prenaient douze à quatorze gouttes de ce médicament qu'après plusieurs mois de traitement, et ils restaient soumis à cette médication pendant dix, quinze et dix-huit mois. Je prescris cette solution en commençant par deux gouttes qui sont étendues dans un julep simple et prises le matin à jeun. J'augmente tous les quatre jours de deux gouttes et je ne dépasse presque jamais la dose de quatorze gouttes. On donnait, dit-on, aux malades jusqu'à trente et quarante gouttes de cette solution par jour. Cette assertion ne me paraît pas exacte. M. Biett et d'autres médecins auront été trompés par les malades. Jamais je n'ai pu dépasser seize gouttes sans qu'il survînt des accidens qui m'ont toujours forcé à suspendre l'administration de ce médicament. Mais chaque julep arsenical est donné aux malades par la religieuse de service, et c'est en sa présence que le malade la prend. C'est ainsi que j'ai été conduit à regarder comme mal fondées les assertions contraires à ce résultat de médication. En trois semaines les malades sont arrivés à la dose la plus élevée de la solution, je les y laisse jusqu'à ce qu'il se manifeste des signes extérieurs de l'absorption de l'arsenic, et ce sont ces signes que je vais m'attacher à décrire, parce qu'ils n'ont été indiqués dans aucun traité des maladies de la peau.

Le premier phénomène qui se présente, c'est l'état stationnaire de la sécrétion épidermique, puis la diminution dans l'épaississement de la peau et par conséquent l'affaissement des élevures. Un peu plus tard les parties malades changent de couleur ; de rouges elles deviennent brunes, et de brunes d'un brun noirâtre ; l'affaissement des élevures diminue au fur et à mesure que la coloration augmente, et enfin lorsque les parties de peau malades ont acquis leur maximum d'intensité en coloration, la peau est revenue saine, molle, souple et sécrétante comme dans l'état normal.

Il est remarquable que la coloration que j'appelle arsenicale, ne se montre que dans les points malades ; que les plaques de psoriasis ne s'étalent pas, ne s'élargissent pas comme cela a lieu par l'hydrothérapie, par le goudron et les pommades alcalines d'antrokokali ou de fuligokali. Nous devons dire que ces taches brunes persistent plusieurs mois et quelquefois plus d'une année après la guérison ; que le psoriasis, s'il reparaît, ne se montre presque jamais dans les parties de peau ainsi modifiées par l'arsenic, or les cas où il reparaît à l'état aigu et d'une manière générale.

Ces données sont d'autant plus importantes qu'elles deviennent un guide pour le médecin, et sont pour lui une garantie de la médication. Hâtons-nous de dire qu'il est quelques exceptions à cette marche d'ailleurs très générale. J'ai vu, et mes collègues ont aussi observé des cas dans lesquels la coloration se montrait ; la peau s'affaissait en partie, les squammes diminuaient, en un mot la maladie disparaissait presque complètement ; puis il se montrait, durant le traitement, quelques élevures nouvelles au centre même des colorations brunes. Ces cas sont rares, mais on les observe ; et cette circonstance indique qu'il faut cesser la médication et s'adresser à d'autres agens.

Je n'emploie jamais la solution de Fowler seule. Je fais prendre aux malades un bain de vapeurs aqueuses tous les deux jours, et je fais enduire les parties malades d'une couche d'axonge fraîche, soir et matin. De la limonade pour tisane, du lait au lieu de vin, des alimens en moins grande quantité. Sous l'influence de ce traitement, les guérisons sont plus promptes et plus sûres ; mais nous devons appeler votre attention sur deux points importans, à savoir : si cette médication peut être employée pour tous les sujets indistinctement, et en second lieu si elle détermine des accidens en raison de la substance vénéneuse qui forme sa base.

Les sujets faibles de constitution, ceux dont les organes digestifs fonctionnent mal, ne peuvent pas supporter les préparations arsenicales. Aussitôt qu'ils sont arrivés à prendre quatre ou six gouttes de solution de Fowler, ils ont des nausées, des envies de vomir et des évacuations alvines : il faut alors abandonner cette médication. Elle est rarement supportée par les enfans jusqu'à l'âge de quinze ans, quoiqu'elle soit prescrite à faible dose ; de là le précepte d'interroger l'âge, la constitution, le tempérament, l'état des voies digestives de son malade avant de prescrire un traitement arsenical. Les adultes d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin peuvent prendre des doses plus considérables d'arsenic.

Quant aux accidens que la solution arsenicale peuvent déterminer, nous affirmons qu'il n'en surviendra jamais de graves, à moins qu'il n'y ait quelque errreur commise dans l'administration du traitement. Nous avons fait prendre la solution de Fowler, tant en ville qu'à l'hôpital, à 250 ou 300 malades au moins ; un seul a été pris de phénomènes graves, et nous sommes convaincu qu'il y avait eu erreur de la part du pharmacien. Tous les accidens de l'empoisonnement se sont montrés : en vingt-quatre heures le malade a été hors de danger, et, après cinq jours écoulés, il était revenu à la santé. Ce malade ne prenait que douze gouttes de solution de Fowler.

Les dermatologistes ne nous paraissent pas avoir bien observé les indices de ce que j'appelle la saturation arsenicale : ils les ont tous rapportés à des phénomènes d'irritation gastro-intestinale ainsi que cela s'observe dans l'empoisonnement par l'arsenic. Il n'en est pas ainsi : la saturation arsenicale s'annonce par des phénomènes étrangers à ce genre d'affection. La plus commune est une oppression, une gêne dans la respiration ; le malade a peine à diluer le poison. Chez d'autres, une anxiété précordiale plus ou moins prononcée. Ici des douleurs dans la plante des pieds ou dans la paume des mains avec engourdissement ; là une lassitude générale, un malaise plus ou moins prononcé ; parfois aussi perte d'appétit, quelques coliques vagues, des envies de vomir, de la céphalalgie.

La presque totalité de ces phénomènes se dissipent sans aucune médication. Il suffit de faire observer la diète aux malades et de faire supprimer la solution de Fowler ; en douze ou quinze heures tous les accidens ont disparu, et le malade est rentré dans son état normal. Toutefois, lorsque la gêne de la respiration se montre avec lenteur du pouls, anxiété précordiale, je fais appliquer sur la poitrine un sinapisme. Il est rare que je sois obligé de faire pratiquer une petite saignée. En un mot, à part les cas particuliers que j'ai cités, jamais un malade ne m'a inspiré la moindre crainte sur son état.

Enfin, pour compléter le tableau des accidens que peuvent développer les préparations arsenicales, je vous citerai l'observation suivante.

Une dame américaine, âgée de trente-cinq ans, était affectée d'un *erythema nodosum* depuis dix-huit ans. Tous les soirs elle était prise de fourmillement et de démangeaison sur toute la surface du corps, et bientôt apparaissait l'affection qui persistait jusqu'au lendemain matin pour disparaître au lever. Elle avait mis en usage une grande quantité d'eaux minérales et de remèdes tant externes qu'internes. Du reste, elle était très forte, très bien constituée ; seulement lorsque l'éruption manquait, elle avait une évacuation alvine assez abondante qui semblait la suppléer. Biett ayant cité deux exemples de guérison de cette maladie si rebelle par l'usage de la solution de Fowler, je la prescrivis à cette dame, en commençant par une goutte et augmentant d'une goutte tous les trois jours. L'éruption parut céder ; elle avait très notablement diminué lorsque, vers l'époque de l'administration de la solution à quatre gouttes, il survint des évacuations alvines assez abondantes avec coliques. La malade, qui voyait son état notablement amendé, voulait persister dans l'usage du remède malgré les recommandations que nous lui avions faites. Elle fut prise le lendemain de coliques violentes, elle eut plus de cinquante garderobes dans les vingt-quatre heures. Nous les arrêtâmes avec beaucoup de peine et par des doses élevées de laudanum en lavement. Le canal intestinal ne se rétablit complètement qu'à la réapparition de l'eczéma nodosum. Ici, l'influence de la solution de Fowler se porta tout entière sur le canal intestinal qui fut seul atteint ; mais depuis long-temps il existait chez cette dame une disposition à la diarrhée. On voit donc que les vomissemens, les coliques et les évacuations alvines qui sont les plus communs et les plus constans de l'empoisonnement par l'arsenic, ne s'observent que accidentellement durant l'emploi de la médication arsenicale.

J'ai appelé *saturation arsenicale* le moment où les phénomènes généraux d'intoxication se montrent ; c'est qu'en effet, toutes les fois que j'ai vu des accidens se développer chez ces malades et que j'ai analysé l'urine, j'ai constaté la présence de

l'arsenic dans ce liquide le jour ou le lendemain de l'état morbide, et il n'en existait plus les jours suivans. Mais il ne suffit pas, pour guérir les affections squammeuses, d'administrer une dose d'arsenic qui va jusqu'à la saturation, c'est-à-dire jusqu'à la dose où l'individu ne peut plus tolérer la préparation, il faut encore que l'action de ce médicament soit suffisamment prolongée; aussi, après avoir laissé reposer l'individu malade pendant cinq à six jours, on doit le remettre à la solution en commençant par deux gouttes, et revenant à huit ou dix gouttes par doses plus rapprochées qu'on ne l'avait fait de prime-abord. En un mot, pour moi le cachet de l'efficacité de la médication réside dans la coloration de la peau affectée, et c'est sur elle que j'appelle toute l'attention des praticiens.

(*La fin à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

(M. BARTH, suppléant.)

Rhumatisme aigu. Douleurs articulaires vagues dans les membres. Invasion subite de douleurs très vives dans la région cervico-occipitale, avec délire. Evacuations sanguines abondantes. Guérison.

Au n° 25 de la salle Saint-Bernard, est couchée la nommée Catherine Garninon, âgée de vingt-six ans, habituellement bien portante. Cette femme n'avait jamais eu de rhumatisme. Ayant passé trois semaines à la campagne, où elle a couché dans une chambre située au rez-de-chaussée, elle revint à Paris affectée de douleurs vagues dans les articulations des membres. Bientôt ces douleurs augmentèrent d'intensité et l'obligèrent à garder sa chambre. Elle appela un médecin qui lui fit une saignée du bras et lui ordonna des frictions sur les parties douloureuses avec une pommade dont elle ne peut indiquer la composition. Ce traitement ne produisit aucune amélioration pendant quinze jours; la malade se trouva même affaiblie, sans soulagement notable. Ce fut alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée dans nos salles, elle éprouvait des douleurs très vives dans les membres inférieurs et au bras droit; mais ces douleurs n'étaient point fixes et permanentes; elles étaient erratiques, passant d'une articulation à l'autre, et parcourant successivement la hanche, le genou et le pied. Les douleurs du bras droit faisaient également sentir alternativement dans toutes les articulations de ce membre, et des douleurs semblables ne tardèrent pas à se manifester dans le bras gauche; puis elles cessèrent bientôt dans ce dernier pour reparaître de nouveau au bras droit.

Ces symptômes étant accompagnés d'un appareil fébrile, on prescrivit la saignée du bras, qui fut répétée quatre fois (une tous les deux jours).

La maladie semblait s'amender sous l'influence de ces évacuations sanguines, lorsqu'au bout de huit jours la malade fut prise tout à coup, pendant la nuit, de douleurs très vives à la région postérieure du cou, s'irradiant dans toute la région occipitale, et il survint en même temps du délire.

Le matin, à la visite, on la trouva dans un état d'agitation et de souffrance extraordinaires. Les moindres mouvemens de la tête lui arrachaient des cris. Le délire pourtant avait cessé. On prescrivit aussitôt une nouvelle saignée générale, une application de sangsues aux apophyses mastoïdes, et des topiques révulsifs sur les membres inférieurs.

Le lendemain tout était disparu; la malade était rentrée dans son état calme ordinaire. Tout se bornait à quelques douleurs persistant encore dans le bras droit, douleurs qui allaient d'ailleurs en diminuant de jour en jour; et aujourd'hui, 27 octobre, elle sort entièrement rétablie.

Fausses couches multipliées. Douleurs articulaires. Constipation opiniâtre. Accidens graves. Guérison.

Félicie Reine, âgée de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution délicate, très affaiblie par des maladies antérieures, a eu dans un assez court espace de temps deux fausses couches avant son entrée à l'hôpital. La première fausse couche était de trois mois, la seconde de deux mois. Elle n'éprouva aucun accident après la première; mais à la seconde, elle fut prise, à la suite d'un refroidissement, de douleurs de reins et de malaise général avec fièvre, qui l'obligèrent à garder le lit. Ce ne fut que deux mois après, le 28 octobre, qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu ayant encore des douleurs articulaires dans les deux bras, douleurs plus violentes dans le bras droit que dans le bras gauche.

Comme à cette époque elle était enceinte de deux mois, on n'osa pas pratiquer une saignée, indiquée d'ailleurs par l'état fébrile qui compliquait les douleurs rhumatismales. Malgré cette précaution, elle accoucha pour la troisième fois avant terme, sans qu'aucune cause appréciable parût avoir déterminé cet accident.

Huit jours après, les douleurs persistant toujours, on fit appliquer 60 sangsues en trois fois sur le coude droit qui était le siége des plus vives douleurs.

Ces évacuations sanguines répétées n'apportèrent aucun soulagement à l'état de la malade; tout au contraire, les douleurs persistèrent dans le bras droit avec une intensité toujours croissante; la fièvre s'alluma de nouveau, et la malade fut pendant plusieurs jours en proie à une très grande agitation.

Les selles n'ayant pas eu lieu depuis plusieurs jours, on administra à deux reprises une potion d'huile de ricin, qui ne produisit aucun effet purgatif.

Malgré l'usage réitéré de l'huile de ricin et des lavemens laxatifs, elle resta encore pendant huit jours sans aller à la garde-robe. Dans cet intervalle, elle eut, pendant le cours d'une nuit, des vomissemens abondans accompagnés de délire et de convulsions qui se continuèrent le lendemain, et dont l'intensité était telle qu'on redoutait l'invasion d'une maladie grave du côté du cerveau. Mais des évacuations alvines abondantes étant survenues, ces phénomènes gastriques et cérébraux disparurent presque instantanément.

Quelques jours après la cessation de ces accidens, on appliqua un vésicatoire à la partie antérieure du coude, plus un autre au poignet qui était également devenu tuméfié et douloureux. Il y eut un peu de mieux à la suite de cette médication locale; mais le gonflement persistait toujours.

Huit ou dix jours après l'application de ces vésicatoires, on passa à l'usage des frictions mercurielles; ces frictions furent continuées pendant quinze jours.

La malade allait de mieux en mieux, lorsque, par suite d'un écart de régime, elle fut prise de nouveau des vomissemens avec de l'agitation et du malaise général, mais sans délire. Ces nouveaux accidens ne durèrent qu'un jour. Dès le lendemain tout était rentré dans l'ordre, et à dater de cet instant, l'amélioration a été constante.

Maintenant le poignet est tout à fait libre dans ses mouvemens, le coude est en grande partie désenflé et sans douleur; il reste seulement une certaine raideur dans les mouvemens; le bras ne peut être facilement élevé jusqu'à hauteur de la tête. La malade dit, du reste, se trouver dans un état de bien-être et de soulagement notables. Plus de fièvre; l'appétit est bon; le sommeil tranquille. Il persiste toujours une tendance à la constipation, que l'on combat par des demi-lavemens.

Rhumatisme articulaire léger survenu pendant la fin des couches. Saignées locales et frictions mercurielles. Guérison.

Au n° 3 de la même salle est couchée une femme âgée de vingt-trois ans, journalière, d'une constitution un peu délicate, tempérament lymphatico-nerveux, jouissant du reste habituellement d'une bonne santé. Cette femme entra à la clinique d'accouchement pour y faire ses couches; elle en sortit sans avoir éprouvé aucun accident. Mais ayant couché aussitôt après dans une chambre humide, elle fut prise quelques jours après de douleurs dans toutes les articulations du membre supérieur gauche. En même temps, dit-elle, ses lochies, qui étaient encore rouges à sa sortie de l'hôpital, devinrent blanches, et, dans son langage, elle avait un écoulement laiteux. Les douleurs en question se fixèrent bientôt sur l'articulation radio-carpienne. Ce fut dans cet état qu'elle entra à l'hôpital, le 8 octobre.

A cette époque, cette articulation était très douloureuse et tuméfiée. On y appliqua quarante sangsues, ce qui diminua un peu les douleurs.

Quelques jours après on en vint à l'usage des frictions avec l'onguent mercurel. Ces frictions furent continuées pendant plusieurs jours, le membre étant maintenu dans l'immobilité. Le mieux se prononça de plus en plus. Le gonflement disparut, et aujourd'hui 27 octobre, la malade peut commencer à mouvoir le poignet. Elle éprouve seulement quelques petites douleurs dans les doigts et principalement dans le pouce avec un peu de gonflement œdémateux qui, suivant toute apparence, devra céder à la compression.

Le 29, les mouvemens du poignet sont toujours un peu difficiles et quelque peu douloureux; mais il n'y a plus de gonflement dans l'articulation. On se propose, pour compléter le traitement, de faire encore quelques frictions. La malade est placée dans le rang des convalescentes.

Arthrite rhumatismale du genou des plus intenses. Résolution rapide par les vésicatoires.

Un homme âgé de trente-cinq ans, domestique, est entré à l'Hôtel-Dieu présentant une arthrite rhumatismale du genou gauche des plus intenses. Cet homme, jusque là toujours bien portant, n'avait jamais éprouvé de douleurs rhumatismales. Ayant dormi pendant plusieurs nuits les croisées ouvertes durant les grandes chaleurs du mois d'août, il éprouva quelques jours après un malaise général qui l'obligea à s'aliter.

Le lendemain, 16 août, il ressentit des douleurs générales dans tous les membres; le moindre mouvement était extrêmement douloureux. Il fit appeler un médecin qui lui prescrivit un bain chaud. Trois jours après on lui pratiqua une saignée. Les douleurs diminuèrent aussitôt dans le bras gauche, sur lequel fut pratiquée la saignée, et dans la jambe droite; elles cessèrent bientôt complètement dans ces deux membres; mais le bras droit et la jambe gauche restèrent toujours douloureux.

Trois semaines se passèrent ainsi, pendant lesquelles on administra au malade la poudre de Dower et on lui fit des frictions sur les parties douloureuses avec du baume tranquille.

Quelques jours après le coude-pied et le genou du côté gauche commencèrent à s'enfler. On appliqua quinze sangsues autour de la cheville, vingt-cinq autour du genou et l'on fit une compression. Le gonglement disparut au coude-pied, mais l'état du genou ne s'améliora pas; le gonflement alla toujours en augmentant.

Un mois environ après le début des premiers accidens, voyant que l'état du genou ne faisait qu'empirer, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le 14 septembre, jour de son admission, il présentait l'état suivant: le genou seul était malade; il était énormément tuméfié; le moindre mouvement et la plus légère pression y déterminaient de vives douleurs. M. Barth fait appliquer à quatre reprises douze ventouses scarifiées autour de l'articulation.

Il y a eu à la suite de ces saignées locales une diminution sensible dans la douleur, mais le gonflement persiste au même degré.

Les jours suivans on a appliqué consécutivement cinq vésicatoires autour du genou en les laissant suppurer chacun pendant quatre ou cinq jours en même temps qu'on administrait la poudre de Dower.

Sous l'influence des vésicatoires le genou se dégonfla rapidement, au point qu'après l'application du dernier, il était revenu à son volume normal.

Après quelques jours de repos, le malade fut soumis à l'usage des frictions mercurielles, qui furent continuées pendant quinze jours. Enfin depuis huit jours on administre des douches de vapeurs. Ce dernier moyen paraît avoir eu de très bons effets, car depuis que le malade en fait usage, les mouvemens articulaires, qui jusque là étaient raides et très limités, deviennent faciles et s'exécutent presque dans leurs limites normales. Le genou est tout à fait revenu à son volume primitif; le malade commence à se lever: on peut dès ce moment le considérer comme guéri.

— Parmi un assez grand nombre de cas de rhumatisme que l'on peut observer actuellement dans le service de M. Chomel, et qui n'offrent, pour la plupart, aucun intérêt particulier qui dût nous les faire signaler autrement que comme un des caractères de la constitution médicale actuelle, nous avons cru devoir faire choix des quatre observations que nous venons de rapporter d'une manière assez sommaire, à cause de quelques particularités plus ou moins remarquables que chacune d'elles renferme.

La première de ces observations nous offre un exemple de ces rhumatismes articulaires généraux, mobiles, à douleurs vagues, erratiques, qui se transportent avec une facilité et une rapidité extrêmes dans les points les plus éloignés les uns des autres; le plus souvent en parcourant des tissus de même nature, quelquefois en passant d'un tissu à un autre. Bien que souvent assez bénigne, cette forme de rhumatisme n'en exige pas moins, à cause de cette mobilité même, une surveillance attentive et une médication active. Il est aisé de comprendre, en effet, combien serait impuissante, et quelquefois même dangereuse, dans des cas semblables, une médication exclusivement locale, et par laquelle on se proposerait de poursuivre en quelque sorte les douleurs de place en place. C'est dans ces cas surtout qu'il convient de recourir, soit aux saignées générales, soit aux préparations antimoniales à haute dose, sauf à surveiller les symptômes locaux et à les combattre par des moyens directs lorsque, par la nature et l'importance des parties affectées, il y a lieu de redouter des accidens de quelque gravité. Telles étaient les circonstances qui se sont présentées dans le cas que nous venons de rapporter, et telle a été la méthode de traitement qui a été appliquée ici avec succès.

Dans la deuxième observation, nous avons à signaler une circonstance à laquelle on ne prête peut-être pas toujours une attention suffisante; nous voulons parler de la constipation opiniâtre à laquelle cette malade a été en proie pendant une longue suite de jours; constipation à laquelle nous n'hésitons pas à attribuer les symptômes graves qui se sont manifestés, et qui firent croire un instant à une affection imminente du côté du cerveau. Il suffit de voir avec quelle promptitude ces symptômes ont cédé à la suite d'évacuations abondantes spontanées, pour ne plus conserver de doutes à cet égard. Nous avons mainte fois, et il n'est pas de praticien qui n'ait été à même de faire cette observation, vu des accidens du même genre qui n'avaient d'autre cause que la constipation, se perpétuer cependant faute d'avoir administré en temps opportun un purgatif énergique. Quoique ce ne paraisse être là qu'un fait de la plus grande vulgarité, on a lieu d'être surpris cependant de voir combien de praticiens négligent d'en tenir compte.

Cette observation nous a paru en outre offrir quelque intérêt sous le point de vue des circonstances antécédentes. Les fausses-couches multipliées, en jetant la malade dans une sorte d'état de débilitation et d'innervation particulière, paraissent en effet avoir agi dans cette circonstance comme une des causes prédisposantes puissantes à l'affection rhumatismale.

C'est aussi sous le même point de vue que nous avons rapporté la troisième observation, dont l'intérêt consiste principalement dans ce rapprochement.

Quant au quatrième cas, il vous offre un exemple remarquable par l'intensité de la maladie, la rapidité avec laquelle s'en est faite la résolution, et l'efficacité particulière dont les vésicatoires ont paru jouir dans cette circonstance.

Tumeur cancéreuse de la partie latérale gauche du cou. Extirpation. Ouverture accidentelle de la veine jugulaire interne. Introduction spontanée de l'air. Mort instantanée. Examen cadavérique; par M. GORRÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de Boulogne (1).

Le nommé Joseph Morel, âgé de cinquante-huit ans, admis à l'hôpital dans les premiers jours d'octobre 1842, porte à la partie latérale gauche du cou une tumeur dure, incompressible, globuleuse, à base large et peu mobile, distante de la clavicule de 18 à 20 millimètres, et s'étendant, d'autre part, jusqu'à l'échancrure sous-maxillaire, dans l'intervalle compris entre le cartilage thyroïde et le muscle sterno-mastoïdien. Sa consistance, les élancemens dont elle s'accompagne, l'état général du sujet, indiquent sa nature squirrheuse. Le malade est affaibli par la douleur et par de fréquens retours de vomissemens de sang. Le pronostic est des plus graves. L'ablation seule de la tumeur offre une voie de salut. Je me décide à la tenter, bien que je ne m'abuse pas sur les dangers qu'elle entraine.

Le samedi, 29 octobre, le malade étant horizontalement étendu, la tête appuyée sur le côté droit et convenablement assujettie par des aides, je mis la tumeur à nu dans toute son étendue par une incision cruciale dont je disséquai et relevai les lambeaux, partie avec le scalpel, partie avec le doigt, qui

(1) Observation communiquée à l'Académie de médecine, séance du 3 novembre, par M. Amussat.

agissait en énucléant; je la séparai sans trop d'efforts de ses adhérences avec les parties sous-jacentes ; les vaisseaux étaient liés à mesure qu'ils étaient ouverts ; la perte de sang était insignifiante; l'opération marchait avec célérité; le malade la supportait avec courage; déjà même je m'applaudissais de la voir toucher à sa fin, lorsqu'au moment où je donnai le dernier coup de scalpel, tenant de la main gauche la tumeur, qui n'adhérait plus que par un pédicule étroit, en la dirigeant vers moi à l'aide de tractions modérées pour en rendre la dissection plus facile, j'entendis se propager, de la plaie vers le cœur, un bruit particulier, une sorte de glou-glou, comme on l'a dit, bruit qu'il n'est plus possible de méconnaître après l'avoir entendu une fois. En même temps l'opéré pâlit, la respiration s'accéléra, il poussa un cri plaintif : je me meurs, dit-il; et, en effet, une minute à peine s'était écoulée qu'il était frappé de mort. L'élève interne qui m'assistait et moi, avions sur-le-champ, en entendant le bruit précité, reconnu la nature de l'accident. Mais telle fut l'instantanéité foudroyante de la mort, qu'aucun secours ne put être porté. A peine eus-je le temps d'appliquer le doigt au hasard sur la plaie, pour obstruer la veine lésée, ne pouvant d'ailleurs la distinguer au milieu du sang mêlé d'air qui la masquait. Lorsqu'ensuite j'essayai la compression du thorax, en proie moi-même à un trouble que peuvent seuls comprendre les témoins d'une pareille catastrophe, je ne doute pas que la vie ne fût déjà éteinte. Je dois noter que durant quelques minutes, cinq à six, à ce que je pense, après que l'individu eut cessé de vivre, nous avons, les assistans et moi, observé un mouvement de flux et de reflux dans la veine jugulaire droite.

Autopsie cadavérique vingt-quatre heures après la mort.

Rigidité des membres. Aucun signe de décomposition à la partie inférieure de la plaie. On remarque à la veine jugulaire interne, à 2 centimètres environ de la sous-clavière, une ouverture ayant son siége sur le côté par lequel cette veine était en rapport avec la tumeur. Cette ouverture a de 6 à 8 millimètres de hauteur ; elle est oblongue et béante. En comprimant la veine de bas en haut, on fait refluer par cette voie du sang mêlé à beaucoup de bulles d'air.

La paroi thoracique antérieure étant enlevée, les poumons n'éprouvèrent aucun retour sur eux-mêmes. Ils remplissent exactement les deux cavités latérales de la poitrine. Ils fournissent à la coupe une grande quantité de mucosités écumeuses. Les cavités droites du cœur sont distendues ; elles diminuent de volume par la compression, en même temps qu'il s'échappe du sang mêlé d'air par la sous-clavière, qui a été ouverte pendant la section de la paroi du thorax. L'oreillette et le ventricule de ce côté contiennent une grande quantité de bulles d'air mêlées à du sang liquide et d'une teinte manifestement moins foncée que n'est d'ordinaire le sang veineux. La veine cave supérieure, les veines sous-clavières, axillaires, brachiales contiennent aussi du sang liquide mêlé à quelques bulles d'air. Les vaisseaux qui rampent à la face convexe du cerveau offrent de distance en distance des bulles d'air très apparentes et que la ténuité de leurs parois permet aisément de distinguer. Les sinus cérébraux ne contiennent ni sang ni air. Le ventricule gauche est vide; pas d'air, pas de sang. L'aorte, vers sa crosse, offre comme une mousse légère de couleur rosée où se reconnaît la présence de l'air. On retrouve aussi ce fluide mêlé à l'air dans les artères iliaques.

Conclusions.

De l'observation qui précède, je me crois autorisé à conclure, ajoute M. Gorré :

1° Que la mort reconnaît ici pour cause directe la blessure de la veine jugulaire interne, laquelle a permis l'introduction de l'air dans les voies circulatoires.

2° Que la blessure de cette veine, rendue béante par les tractions opérées par la tumeur à laquelle elle était annexée, la proximité du vaisseau lésé de la poitrine, l'affaiblissement du sujet qui, comme je l'ai déjà observé, avait eu plusieurs hématémèses, ont favorisé dans cette circonstance l'introduction de l'air.

3° Que, d'après les données fournies par la nécropsie, la rapidité si grande de la mort a été due à la cessation subite et presque simultanée de la circulation, de la respiration, de l'innervation.

4° Enfin que l'introduction de l'air dans le système sanguin aurait chez l'homme une action délétère spéciale, la mort n'ayant été, dans aucune des nombreuses expériences de M. Amussat, ni dans celles de M. Nysten ou de M. Magendie, aussi subite que dans le fait que je viens de rapporter.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 octobre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Feldmann adresse un mémoire sur des expériences de kératoplastie faites en commun avec M. Davis, de Munich. En voici un extrait.

Une cornée détachée d'un œil d'un animal et réappliquée au moyen des sutures, se cicatrise au moyen d'adhérences nouvelles. Le même effet se reproduit d'une cornée détachée de l'œil d'un animal, en la greffant sur l'œil d'un autre animal, même d'une espèce différente. Le succès d'une telle implantation aussi bien que de la transplantation paraît être plus assuré quand le cristallin est éloigné de l'œil, ou accidentellement ou avec intention. Les auteurs sont parvenus à obtenir, par ces expériences, une transparence partielle de la cornée implantée.

— *M. Mercier* adresse la lettre suivante :

Messieurs, dans l'une de vos dernières séances, M. Civiale vous a présenté un travail dans lequel il examine les trois questions suivantes : Quels sont les états morbides qui constituent les rétrécissemens urétraux ? A quels effets matériels ceux-ci donnent-ils lieu quand on les néglige ? A quels désordres exposent, dans le traitement, les préceptes établis par des ouvrages de chirurgie ? « Aucune de ces questions, dit » il, n'avait été approfondie jusqu'ici, et il espère enfin y apporter » quelque lumière. »

Or, voyons quelle est la valeur de ses promesses, et de quelle manière il les a remplies.

Premier point. « Généralement, dit-il, on suppose que la lésion organique qui constitue le rétrécissement est une production accidentelle développée à la surface intérieure du canal dont elle diminue le calibre, et on se propose de détruire cette production. J'ai prouvé qu'au lieu de siéger à la surface du canal, l'altération, quoique variable suivant les cas, occupe l'épaisseur de ses parois ; que la membrane muqueuse qui la recouvre ne diffère même pas sensiblement de ce qu'elle est sur les points non atteints. »

Le mot *généralement* implique la presque totalité ; or, n'aura-t-on pas lieu d'être étonné lorsqu'on saura que, de tous les chirurgiens français vivans, il n'y a guère que MM. Tanchou et Reybard qui professent cette opinion ? Presque tous, au contraire, attribuent, comme M. Civiale, les rétrécissemens de l'urètre à une altération de ses parois ; seulement ils ne diraient pas, d'une manière générale, que la muqueuse qui recouvre les rétrécissemens ne diffère pas sensiblement de ce qu'elle est dans les autres points, et en cela ils auraient parfaitement raison. Quant à l'altération des parois du canal, ils l'expliquent de différentes manières, et je n'ai pas vu que M. Civiale ait apporté le moindre jour sur ce sujet. Peut-être, s'il eût jeté les yeux sur une note que j'ai publiée dans la *Gazette médicale*, au mois d'avril 1839, aurait-il vu que cette question avait été plus approfondie qu'il ne le pense.

Dans ce travail, je commence par poser en fait que la plupart des rétrécissemens de l'urètre, de l'œsophage, du rectum, etc., dépendent d'une transformation des tissus qui composent ces canaux en tissu fibreux. Pour ce qui regarde l'urètre en particulier, je rappelle que le tissu spongieux qui le forme n'est qu'une dépendance du système veineux, et je fais voir qu'un travail inflammatoire opère dans ses cellules les mêmes phénomènes que dans les veines, c'est-à-dire, coagulation du sang, et partant, oblitération ; plus tard, résorption de ce sang coagulé, et, par suite, retrait, effacement des cellules. Ce principe une fois admis, on conçoit comment, du retrait de chacune d'elles, résulte un rétrécissement du canal ; il suffit d'ailleurs, pour s'en faire une idée, de se figurer un certain nombre de cellules disposées en cercle ; du retrait de chacune résultera nécessairement une diminution du cercle, et de leur oblitération complète, résultera une condensation du tissu spongieux, sa transformation en tissu fibreux.

« Le siége des rétrécissemens, continue M. Civiale, n'avait point été déterminé avec précision. On le plaçait surtout à la partie membraneuse de l'urètre. J'ai démontré qu'on n'en rencontre point dans cette partie du canal. D'où il suit qu'en portant sur elle le caustique et l'instrument tranchant, comme on le fait si souvent, c'est sur les parties saines et non sur les parties malades qu'on agit. »

Si M. Civiale croit littéralement qu'il n'existe jamais de rétrécissemens dans la portion membraneuse, je puis lui certifier qu'il est dans l'erreur. D'ailleurs, c'est à tort qu'il se donne ici le mérite de la nouveauté, car M. Amussat a dit positivement que les rétrécissemens organiques n'existent jamais au-delà du bulbe. (Leçons sur les rétentions d'urine, p. 22.) Si M. Civiale a voulu seulement dire que la plupart des rétrécissemens qu'on croit dans la région membraneuse, ne s'y trouvent pas réellement, il a encore été en cela précédé par Desault, qui a dit : « Chaque partie de l'urètre ne paraît pas également susceptible de ces rétrécissemens ; il en est une qui paraît l'être beaucoup plus que tout le reste du canal, c'est celle qui avoisine le bulbe. On en trouve cependant quelquefois au-devant du bulbe, mais très rarement au-delà. (Œuv. chir., t. III, p. 265.)

D'ailleurs, en admettant même que tous les chirurgiens se soient trompés sur le véritable siége de ces rétrécissemens, cela prouve-t-il qu'ils aient si souvent porté le caustique et l'instrument tranchant sur les parties saines? Et à quoi servent donc leurs mesures et toutes les précautions dont ils l'entourent ?

Deuxième point. « On avait remarqué depuis long-temps, dit M. Civiale, que parvenus à un certain degré, les rétrécissemens urétraux produisent des effets forts différens, même dans des cas en apparence analogues ; mais on n'avait pas saisi la cause de cette différence. J'ai fait voir que cette cause tient à l'état auquel passe la vessie qui tantôt s'atrophie et tantôt s'hypertrophie. »

L'hypertrophie de la vessie dans ces cas est un fait connu depuis long-temps ; chacun savait aussi qu'elle ne s'hypertrophie pas toujours au même degré ; mais dire que dans certains cas de dysurie elle s'atrophie, c'est émettre une proposition que personne ne réclamera à M. Civiale. Ce serait une exception unique en pathologie que l'atrophie d'un organe obligé de lutter avec plus d'énergie. Pour moi, qui ai ouvert bien des sujets affectés de rétention d'urine, je ne puis m'expliquer l'opinion de M. Civiale qu'en supposant qu'il a regardé comme atrophiées des vessies peu hypertrophiées, distendues par de l'urine et que la distension faisait paraître plus minces.

« On pense généralement, continue-t-il, que les principales altérations organiques existent dans la portion rétrécie de l'urètre. J'ai mis en toute évidence que cette opinion est fausse, que les désordres les plus importans sont ceux qui surgissent derrière la coarctation. »

Je ne sache pas que qui que ce soit ait décrit au niveau du rétrécissement autre chose que le rétrécissement ; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'on a décrit derrière lui des dilatations, des inflammations, des ulcérations, des infiltrations urinaires, des gangrènes, des fistules, etc., etc., comme le fait M. Civiale. Peut-être n'eût-il pas écrit ces lignes s'il eût jeté les yeux sur les planches de l'ouvrage de Ch. Bell, qu'il vient de citer dans son mémoire sur la cautérisation des rétrécissemens.

Contrairement à ce qu'il avait d'abord publié, et contrairement à ce que nous avons observé, M. Cruveilhier et moi, M. Civiale regarde les hypertrophies de la prostate comme étant fréquemment l'effet des rétrécissemens de l'urètre, et il en donne pour preuve la description de plusieurs prostates engorgées qui se trouvent dans les musées de Londres ; mais il a oublié une chose, c'est de nous dire si, dans ces cas, l'urètre était rétréci. Je m'en tiens donc encore à ma première opinion qui est basée sur un certain nombre de faits; et quant à ce qu'il dit des états morbides de la prostate et du col vésical si peu connus jusqu'ici, je me permettrai de lui rappeler que son ouvrage sur ce sujet n'est qu'une copie du mien, que je l'ai démontré de point en point (*Voyez* l'Examinateur médical, t. I), et qu'il est encore à répondre.

Troisième point. « Je me suis surtout attaché, poursuit M. Civiale, à faire ressortir les désordres qu'entraînent le cathétérisme et les divers agens curatifs employés contre les rétrécissemens. Il suffit en effet de promener ses regards sur les collections de pièces pathologiques pour être frappé de la fréquence des fausses routes au col de la vessie et dans la partie de l'urètre située derrière le rétrécissement. »

Autant que j'ai pu en juger par un coup-d'œil rapide que j'ai jeté sur la brochure encore inédite de M. Civiale, c'est encore aux engorgemens prostatiques qu'il fait ici allusion. Or, j'ai tracé à ce sujet quelques règles qui ne manquent probablement pas d'une certaine valeur, puisqu'il en a donné depuis de tout à fait semblables. Le sujet n'est donc pas aussi neuf qu'il le prétend. Je ferai, en terminant, une remarque que je ne me rappelle pas avoir vue dans la brochure en question, mais que, du reste, tout le monde a pu faire, c'est que la plupart des fausses routes pratiquées derrière les rétrécissemens dépendent de ce que la sonde étant serrée par ceux-ci, la main ne reçoit plus aussi exactement la sensation des obstacles que la sonde éprouve derrière eux.

Quant à la cautérisation contre laquelle M. Civiale s'est élevé, je rappellerai que cette méthode est loin d'être aussi générale qu'il le suppose, qu'elle n'est au contraire actuellement pratiquée que par un très petit nombre de chirurgiens. Beaucoup au contraire se sont élevés contre elle, et, s'il m'est encore permis de me citer, je l'ai combattue toutes les fois que j'en ai rencontré l'occasion, et la brochure ci-jointe en fournit la preuve.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Sirop d'albuminate de fer.

En examinant l'action de la potasse sur le composé gélatineux qui se produit lorsqu'on verse de l'albumine dans un soluté de persulfate de fer, M. Lassaigne a reconnu que ce précipité, qui est une combinaison d'albumine et de persulfate de fer, se redissout facilement dans un léger excès d'alcali, et forme une liqueur qui se colore en jaune-brun foncé. Ce nouveau composé, qui ne possède plus la saveur atramentaire des sels ferrugineux, mais une légère saveur à la fois alcaline et douceâtre n'est plus immédiatement sensible à l'action du cyanure de fer et de potassium. Pour y démontrer la présence de l'oxide de fer, qui s'y trouve probablement à l'état de combinaison double avec l'albumine et la potasse, il faut y ajouter quelques gouttes d'acide chlorhydrique ou sulfurique ; alors la liqueur bleuit, et il s'y forme bientôt un précipité floconneux bleu foncé.

Ce composé ferrugineux, que M. Lassaigne est tenté de regarder comme un *albuminate de fer et de potasse*, lui a paru, en raison de la proportion d'oxide de fer qu'il contient et de l'état particulier où il se trouve dans cette combinaison, pouvoir être employé à la préparation d'un sirop à base d'oxide de fer. L'avantage qu'il devrait présenter sur les autres sirops ferrugineux serait dans l'absence de toute saveur qui appartient aux sels de fer, et de présenter à l'économie l'oxide de fer combiné à un liquide albumineux alcalin assimilable et par conséquent susceptible d'absorption facile par les organes digestifs.

M. Lassaigne indique la formule suivante pour la préparation d'un sirop à base de ce composé :

Pr. Blancs d'œufs, 100 grammes.
Eau distillée, 100 id.

Après avoir délayé et battu convenablement les blancs d'œufs dans l'eau, on filtre le soluté albumineux pour en séparer les flocons glaireux qui ne sont pas dissous, puis on ajoute au produit de la filtration :

Soluté aqueux de persulfate de fer à 5 degrés, 36 grammes.

Le blanc d'œuf est aussitôt coagulé en un magma de couleur blanc jaunâtre, de consistance gélatineuse. On verse sur ce précipité

Eau distillée, 50 grammes.

dans laquelle on fait dissoudre préalablement,

Potasse à l'alcool, 2 grammes,

On agite ensuite, et, par là, le précipité se redissout peu à peu, et il en résulte une liqueur jaune-brun orangé.

La dissolution ainsi opérée, il ne s'agit plus que de convertir ce nouveau liquide en sirop ; pour cela, on y fait dissoudre, à froid, une fois et demie son poids de sucre blanc concassé, et on filtre enfin soit à la chausse, soit au papier joseph.

D'après les quantités de persulfate de fer contenues dans la proportion de solution de ce sel qui entre dans la préparation du sirop, 32 grammes de ce dernier représentent 39 millimètres de peroxyde de fer anhydre.

Bien que cette quantité de peroxyde de fer soit inférieure à celle qui se trouve contenue dans le même poids des sirops à base de lactate de fer, elle pourrait être facilement augmentée s'il en était besoin. M. Lassaigne pense toutefois que cette préparation, dépourvue de la saveur astringente que possèdent les autres préparations ferrugineuses solubles, doit avoir une action plus grande sur l'économie ; car, suivant ce chimiste, l'astriction produite sur les tissus par l'administration des sels de fer solubles est déterminée par l'union d'une partie ou de la totalité du sel ferrugineux avec les tissus eux-mêmes. La nouvelle préparation à base d'alumine, de péroxide de fer et de potasse se rapproche des fluides séro-albumineux qui font partie des principaux liquides de notre organisation : c'est particulièrement à ce titre qu'elle mérite de fixer l'attention des médecins et des physiologistes.

(*Journ. de Chim. méd.*)

Préparation de la potasse et de la soude chimiquement pures; par M. Schubert, de Wuerzbourg.

Le mode de préparation actuel de la baryte caustique, à l'aide de la décomposition du sulfure de baryum par la cendre de cuivre, permet, dit M. Schubert, de s'en servir pour obtenir promptement de la potasse et de la soude chimiquement pures.

On fait dissoudre des cristaux de sulfate neutre de potasse ou de sulfate de soude affleuri dans une dissolution aussi concentrée que possible de baryte caustique, jusqu'à ce que du chlorure de baryum fasse reconnaître un excès des premiers sels dans une petite quantité de la liqueur filtrée ; on verse ensuite par gouttes, avec précaution, de la dissolution de baryte étendue, et puis, au besoin, de la dissolution également étendue de sulfate alcalin, jusqu'à ce qu'on ne trouve plus dans la liqueur ni acide sulfurique, ni baryte. Il vaudrait mieux, toutefois, y laisser un peu de baryte que de l'acide sulfurique, parce que la première se précipite par l'évaporation à l'état de carbonate; mais il faut alors faire redissoudre l'alcali évaporé, le filtrer et le faire évaporer de nouveau, opérations qui ne manquent pas d'introduire une assez grande quantité d'acide carbonique dans le produit. Toutefois, si on ne voulait avoir que du carbonate alcalin, il serait indifférent que la baryte prédominât, parce qu'elle se séparerait facilement par l'exposition à l'air ou par l'introduction de l'acide carbonique.

(*Journ. de Chim. et de Pharm.*, 1842.)

Cas de rupture intestinale; observation recueillie par M. le docteu Puhlmann, de Postdam.

Un hussard de la garde de Prusse, en pansant son cheval, le 13 décembre au soir, reçut un coup de pied à la région inférieure et latérale droite de l'abdomen. Néanmoins il continua encore le travail de pansage pendant quelque temps ; mais bientôt il commença à se plaindre de douleurs dans le point où le coup avait porté. On l'envoya aussitôt à l'hôpital, où on lui fit une application de ventouses, ce qui suffit, d'après son dire, pour apporter un grand soulagement aux douleurs qu'il éprouvait. On le renvoya donc dès le soir même à la caserne, en lui recommandant de revenir si le mal empirait. Il passa la soirée sans se plaindre et mangea même un peu de pain avant de se mettre au lit. Dans la nuit, ses camarades de chambre l'entendirent bien pousser quelques plaintes, mais ils n'y firent pas autrement attention parce qu'il ne réclama pas de secours. Le lendemain matin, à son lever, il but une grande quantité d'eau, puis il traversa la cour pour aller aux latrines ; c'est dans ce trajet qu'il tomba à la renverse, et, lorsqu'on vint pour le relever, on le trouva mort.

A l'ouverture du cadavre, les organes contenus dans la cavité thoracique furent trouvés à l'état normal ; seulement les poumons parurent gorgés de sang.

En ouvrant l'abdomen, il s'écoula, par la section pratiquée au péritoine, une masse de liquide jaunâtre, mêlé de pois en partie digérés, en partie non digérés, qui avaient été mangés en grande quantité au dîner de la veille. Un examen plus attentif fit reconnaître une rougeur du péritoine dans la partie de cette membrane correspondant à la région où le coup avait été reçu. Les intestins qui se trouvaient en cet

endroit étaient enflammés dans une grande étendue, et en partie recouverts par une exsudation. Le jéjunum présenta une déchirure récente, de de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, par laquelle s'était épanché le liquide dont il a été question plus haut. L'estomac contenait aussi une grande quantité d'alimens.

La vessie urinaire était un peu rouge à sa partie supérieure.

Les autres organes abdominaux étaient tous à l'état normal.

Ce cas paraît surtout remarquable par l'absence des symptômes ordinaires de l'inflammation du péritoine.

(*Medicinische Zeitung*; 1842, n° 31.)

Chronique et Nouvelles.

L'impression générale qui est restée du discours de M. Trousseau, à part les justes éloges donnés unanimement au mérite réel qu'il renferme, a été l'étonnement. Ce scepticisme hardi à l'endroit de la thérapeutique, manifeste par le professeur chargé d'enseigner cette branche de l'art, dans une réunion solennelle, devant tous ses collègues, et en face du jeune auditoire dont une grande partie a dû perdre plus d'une illusion, tout cela a éveillé un grand nombre de susceptibilités, a provoqué des récriminations, et, disons-le, puisque nous l'avons entendu, un blâme assez vif de la part de quelques personnes. Nous avouerons sans détour qu'il peut y avoir quelque chose de fondé dans les réflexions faites sur l'opportunité de ce discours, sur le lieu et les circonstances où il a été prononcé, toutes raisons de convenances et de goût dont il eût été peut-être utile de tenir compte. Mais, en définitive, à qui la faute? Ce discours n'est-il pas l'expression la plus sincère et la plus franche de l'état de désordre, de confusion et d'anarchie dans leqvel vit ce corps privilégié qu'on nomme *Faculté de médecine*? La conclusion logique et fatale de ce discours, c'est qu'il faut au plus tôt fermer une école où l'on ne croit pas à la science qui s'y professe, qui n'a et ne peut avoir ni méthode ni philosophie, qui n'a et ne peut avoir que des *maîtres* chargés de transmettre les traditions de *l'art*, et non pas d'exposer un ensemble doctrinal qui est impossible. Suivez, je vous prie, l'argumentation de M. Trousseau : La médecine n'est pas une science, c'est un art. Les arts n'ont pas de méthode; ils n'ont que des procédés. Leur enseignement est individuel et non collectif. On est élève de Raphaël, de Mozart ou de Canova, et non d'une faculté de peinture, de musique ou de sculpture. De même en médecine, où l'on suit l'enseignement, les procédés de tel ou tel maître et pas d'un autre.

Que concluriez-vous de là, vous, lecteurs de bon sens? Que de même que Ingres, Delaroche et David (d'Angers) sont libres d'ouvrir leurs ateliers aux élèves qui ont foi en leur enseignement, la médecine devrait avoir aussi son enseignement libre, et que de toutes les inutilités de ce monde les robes rouges sont assurément les plus grandes.

Certes, nous ne nous attendions guère à ce que notre vieille et encore vivace opposition contre les corps privilégiés enseignans trouvât de l'écho jusque dans le grand amphithéâtre tout étonné de l'entendre. Tel est l'ascendant de la vérité, que tôt ou tard et fatalement elle entraîne l'assentiment même des plus intéressés à la combattre. Oui, mille fois oui, cet appareil ridicule, pauvre et mesquin souvenir des traditions d'un autre âge, ne fera jamais d'un de vos nombreux élèves un Boerhaave ou un Fernel. La médecine, comme art, ne s'apprendra jamais sous les voûtes de votre amphithéâtre; les cliniques et les hôpitaux, les hôpitaux et les cliniques, a répété trois fois M. Trousseau; tout est là, nous l'avons dit depuis long-temps; et pour cet enseignement, plus n'est besoin de l'exorbitant privilége qui concentre en quelques mains la direction des élèves. Tout médecin d'hôpital est professeur, et pour les examens probatoires plus ne sera besoin de grever le budget de vingt-six fois dix mille francs par an.

Il est bien certain que ces conclusions ne sont qu'implicitement renfermées dans le discours de M. Trousseau; mais elles en découlent si naturellement, qu'il nous est bien permis, à nous qui depuis quinze ans soutenons cette thèse, d'en faire voir la justesse et l'à-propos.

Nous laissons volontiers de côté la partie philosophique de cette allocution, vraie dispute de mots d'ailleurs, logomachie puérile que n'entendent pas même ceux qui s'y escriment, et qui laisserait croire aux philosophes et aux savans qu'en plein dix-neuvième siècle les médecins ne savent pas encore qu'il n'y a qu'une seule manière, qu'on l'appelle méthode ou procédé, d'étudier les sciences naturelles, et qu'ils veulent édifier une science, science toute de faits, sans qu'ils puissent s'entendre sur ce que c'est qu'un fait de cette science.

Un tel spectacle est peu édifiant, et méritait peu cette grande exhibition de robes rouges et du massier

De noir tout habillé.

M. Trousseau n'a pas borné sa critique des choses médicales à l'emploi des méthodes diverses de philosopher suivies dans nos écoles. Sa désapprobation de la direction généralement imprimée aux études, et surtout dans la Faculté de Paris, où les premières années sont entièrement consacrées aux sciences accessoires au grand détriment des études pratiques, a été mieux sentie parce qu'elle était beaucoup plus vraie. Nous craignons bien que la voix de M. Trousseau soit impuissante pour remédier à un ordre de choses que tous les bons esprits ont signalé depuis long-temps.

— Par décision ministérielle du 29 octobre dernier, M. le docteur Rœderer a été nommé médecin en chef titulaire de l'asile départemental d'aliénés de Stéphansfeld.

— Une nouvelle société de médecine s'organise à Strasbourg; établie sur des bases plus larges que toutes les précédentes, elle réunit dans son cadre tout le personnel médical de notre cité. Strasbourg possède tous les élémens nécessaires pour assurer à une société savante un rang distingué parmi les associations de ce genre. Il est temps de faire cesser un isolement fâcheux pour la science et pour ceux qui la cultivent. L'union seule a manqué jusqu'ici; des circonstances heureuses la font naître; elle consolidera l'avenir d'une institution que réclament à la fois l'honneur et les intérêts du corps médical de Strasbourg.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— La Faculté a ouvert ses cours d'hiver mercredi dernier 2 novembre. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie : M. Breschet, mardi, jeudi, vendredi, à dix heures et demie.

Chimie médicale : M. Orfila, lundi, mercredi, samedi, à dix heures et demie.

Médecine légale : M. Adelon, lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Pathologie chirurgicale : MM. Marjolin, Gerdy, lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Pathologie médicale : MM. Duméril, Piorry, lundi, mercredi, vendredi, à deux heures.

Pathologie et thérapeutique générale : M. Andral, mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

Opérations et appareils : Blandin, mardi, jeudi, samedi, à midi.

Clinique chirurgicale : MM. Roux, à l'Hôtel-Dieu; Jules Cloquet, à l'hôpital de la Faculté; Velpeau, à la Charité; Aug. Bérard, à la Pitié; tous les jours le matin, de six heures à dix.

Clinique médicale : MM. Fouquier, Bouillaud, à la Charité; Chomel, Rostan, à l'Hôtel-Dieu; tous les jours le matin, de six heures à dix.

Clinique d'accouchemens : M. P. Dubois, à l'hôpital de la Faculté, tous les jours le matin; de six heures à dix.

MM. les étudians sont prévenus que le registre pour payer l'inscription du premier trimestre de l'année scholaire 1842-43 est ouvert tous les jours de dix heures à midi, depuis le mercredi 2 novembre 1842, et qu'il sera clos le mardi 15 du même mois; que l'inscription ne sera délivrée du 16 au 31 décembre, qu'à ceux des élèves qui auront rempli cette condition, conformément à l'arrêté de l'université, en date du 26 septembre 1837.

Les élèves qui commenceront leur cours d'études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat leur acte de naissance en bonne forme, un certificat de bonne vie et mœurs, le diplôme de bachelier ès-lettres ou le certificat d'admission pour l'obtenir, et, s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parens ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parens ou tuteurs ne résident point à Paris devront en outre être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les étudians sont également prévenus qu'aux termes de l'art. 8 de l'ordonnance du roi du 4 octobre 1820 la première inscription ne peut être prise qu'au commencement de l'année scholaire, c'est-à-dire pour le trimestre de novembre, et qu'en conséquence l'élève commençant son cours d'études, qui n'aurait pas pris l'inscription de ce trimestre, ne pourra s'inscrire que pour le trimestre de novembre suivant.

Les portes de l'amphithéâtre seront ouvertes à dix heures 25 minutes.

Le jour de l'ouverture de chaque cours sera annoncé par une affiche particulière.

— L'Académie de médecine de Belgique, fondée à Bruxelles l'année dernière par le roi Léopold, vient de nommer ses correspondans. Elle a élu pour la France : MM. Bégin, Bouillaud, Breschet, Chevalier, Chomel, Dumas, Flourens, Forget (de Strasbourg), J. Guérin, Lallemand (de Montpellier), Leroy-d'Etiolles, Lisfranc, Magendie, Moreau, Orfila, Roux, Serres (de Montpellier), Soubeiran, Velpeau.

— M. Piorry a commencé vendredi 4 novembre, à sept heures trois quarts précises du matin, à l'hôpital de la Pitié, ses conférences cliniques et sa visite. Elles traiteront principalement cette année des maladies du nez, du larynx, des bronches et des poumons, et seront en rapport avec le sujet du cours de la Faculté qui aura lieu les lundis, mercredis et vendredis à deux heures, dans le grand amphithéâtre. Toutes les six leçons la livraison correspondante du Traité de médecine pratique paraîtra et renfermera les leçons qui viendront d'être faites.

— Dans la dernière séance de la Faculté, M. Malgaigne a été nommé suppléant de M. Jules Cloquet à l'hôpital des Cliniques, à la majorité de 16 voix sur 17.

HOPITAL DES CLINIQUES. *Cours de clinique chirurgicale.* — M. Malgaigne, chargé par la Faculté du service de M. J. Cloquet, ouvrira son cours vendredi 11 novembre, et le continuera tous les jours, jeudi et dimanche exceptés.

La visite aura lieu à huit heures; les leçons et opérations à neuf heures, dans l'amphithéâtre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 10 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 134, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Leçon d'ouverture. — De la chirurgie considérée comparativement dans les hôpitaux et dans la pratique civile.

M. Roux, après avoir fait un résumé rapide des principaux faits qui se sont offerts à l'observation des élèves vers la fin du dernier semestre clinique, a ouvert le cours de cette année par des considérations générales sur les différences qu'offre la pratique de la chirurgie exercée dans les hôpitaux ou en ville. Nous croyons devoir reproduire ce parallèle, qui contient plus d'un enseignement utile. Voici à peu près en quels termes s'est exprimé le professeur :

Ce peut paraître, au premier abord, un paradoxe, que de dire que la pratique de la chirurgie, est différente suivant qu'elle est considérée dans les hôpitaux et dans la pratique civile ; car il semblerait naturel que les malades et les maladies dussent être les mêmes sur les deux théâtres. Cependant, cette différence est réelle, et l'on peut, avec un égal fondement affirmer que la chirurgie des hôpitaux constitue une source d'instruction beaucoup plus féconde que la chirurgie civile. Les hôpitaux nous offrent, en effet, une sorte de spécimen de tous les faits morbides qui se rattachent à la science chirurgicale ; on y voit réunis chaque jour, et dans le même moment, une foule de faits infiniment variés qui s'éclairent les uns les autres. C'est un véritable musée, affligeant, il est vrai, mais riche en enseignemens, et également utile à la science et à l'humanité.

Sous ce rapport, il est vrai, nous avons quelque chose à envier aux temps qui nous ont précédé. L'espèce de division que l'on a arbitrairement établie depuis quelques années, en chirurgie comme en médecine, pour constituer ce que l'on est convenu d'appeler des *spécialités*, a eu pour conséquence nécessaire, en faisant créer des services particuliers pour chacune de ces spécialités, de diminuer en partie cette variété dont je parlais tout à l'heure, et de jeter par conséquent plus d'uniformité sur les services de chirurgie. Malgré cela, la proposition que j'émettais tout à l'heure n'en persiste pas moins dans toute sa force ; savoir, que les malades qui peuplent nos hôpitaux et qui deviennent l'objet de nos conférences cliniques, présentent, en général, des affections plus nombreuses, plus variées et plus intéressantes que n'en offrent les malades de la classe aisée. Est-ce que la nature s'est montrée marâtre à l'égard des classes inférieures, et qu'elle n'a pas réparti d'une manière égale entre tous les hommes les mêmes facultés et les mêmes aptitudes ? Non, sans doute ; mais c'est aux conditions toutes particulières, aux circonstances spécialement défavorables au milieu desquelles vit le peuple, qu'il faut attribuer cette différence. Ainsi, il y a des maladies qu'on n'observe presque exclusivement que dans les hôpitaux, qui sont inconnues en ville, et que vous n'aurez jamais ou presque jamais l'occasion d'observer et d'étudier hors de ce théâtre.

Jetons ici un coup d'œil philosophique sur les maladies en général ; on peut les partager en trois grandes classes :

1° Les maladies que l'homme porte en naissant ; les vices des conformation, par exemple.

2° Les maladies qui sont le résultat d'une constitution particulière, et qui se développent avec l'organisme même.

3° Enfin, celles qui surviennent d'une manière accidentelle sous l'influence des causes multiples qui nous entourent, et qui modifient incessamment l'économie, ou de celles auxquelles l'homme s'expose volontairement.

Eh bien, le premier ordre de maladies est commun à toutes les classes : ici la nature n'a point fait de distinction entre les classes riches et les classes pauvres. Bien au contraire, s'il est même à cet égard quelque différence, on pourrait dire qu'ici l'avantage est plutôt pour les classes inférieures que pour les classes supérieures. A quoi faudrait-il attribuer cette différence ? Est-ce à l'influence que l'imagination des mères opulentes exerce sur les enfans durant la vie intra-utérine ? C'est une opinion qui a été professée par des hommes éminens : elle est généralement peu accréditée aujourd'hui. Pour nous, il ne nous paraît point impossible qu'il en soit ainsi ; car l'imagination, chez les femmes élevées dans la haute société, c'est-à-dire au milieu de toutes les circonstances les plus propres à l'exalter, doit avoir une influence réelle sur le produit de la génération. Nous partageons donc jusqu'à un certain point cette opinion. Notre pratique d'ailleurs nous a permis de nous assurer que les classes supérieures sont généralement plus sujettes que les classes inférieures aux maladies congénitales.

Les maladies qui tiennent à une altération profonde de l'économie, les maladies cachectiques, telles que les scrofules, la syphilis, le scorbut, s'observent, au contraire, beaucoup plus fréquemment chez les gens du peuple que dans les classes aisées. Pourquoi cela ? Parce que ceux-ci négligent ordinairement d'employer les moyens convenables pour combattre ces maladies dès leur début, parce qu'ils vivent au milieu de circonstances qui les privent le plus souvent des moyens préservatifs ou curatifs ; parce que souvent enfin ils font à leur insu, ou sans le vouloir, tout ce qu'ils peuvent pour les entretenir.

On en peut dire autant pour les maladies du troisième ordre ; elles sont bien plus fréquentes et plus graves chez les pauvres que chez les riches. En effet, ne sont-elles pas le produit des excès, d'une part ; des privations de toute espèce, du défaut de précaution ou d'observation des moyens hygiéniques, d'autre part. Voyez, par exemple, combien les fractures, les luxations, les brûlures et une foule d'autres maladies accidentelles de ce genre, sont plus fréquentes chez le peuple que chez les gens riches. Observe-t-on, chez ces derniers, ces tristes effets de congélation qui sont cependant si communs dans la classe pauvre, et vous en devinez facilement la raison. Les hernies, qui constituent un groupe si nombreux de maladies, ne sont-elles pas plus fréquentes dans la classe ouvrière que dans les classes aisées ? N'est-ce pas parce que chez les uns, indépendamment des efforts auxquels leurs professions les assujettissent, il y a en même temps absence des précautions qui pourraient les prévenir et des moyens qui, employés de bonne heure, en pourraient arrêter les progrès ? — En parcourant enfin le cadre des maladies qui appartiennent à cette troisième catégorie, nous trouvons la consécration de ce que nous avancions tout à l'heure. D'où nous pouvons conclure, en répétant ce que nous avons dit en commençant, que la chirurgie des hôpitaux est plus riche et plus féconde en faits instructifs que celle de la pratique civile.

Maintenant pour ce qui est de la thérapeutique, la chirurgie clinique offre aussi sous ce raport plus de sources d'instruction que la chirurgie civile. A la vérité elle n'est pas aussi délicate peut-être, aussi recherchée dans ses moyens que dans la pratique civile, mais elle est plus hardie, plus entreprenante, plus téméraire si vous voulez, et aussi plus efficace, plus brillante et plus féconde en heureux résultats. Loin de nous la pensée qu'on doive considérer ici les malades comme des sujets d'expériences ; nous devons au contraire avoir constamment en vue le but unique de soulager l'humanité souffrante ; mais il nous est permis aussi d'être plus hardis et plus entreprenans qu'on ne peut l'être dans la pratique civile. Il nous est permis de faire ici bien des choses qu'une foule de considérations nous empêchent de faire en ville. Ainsi, par exemple, supposez qu'il se trouve dans la pratique civile un sujet affecté de la maladie qui nous a rationnellement conduit à pratiquer la désarticulation de la cuisse, dont je vous entretenais dans mon résumé du semestre dernier ; croyez-vous que cette opération serait praticable ; pensez-vous qu'on vous permettrait de la faire. Je n'en connais pas d'exemple hors les hôpitaux ou la chirurgie militaire, et pourtant n'avons-nous pas enregistré dans la science de beaux succès obtenus par cette opération, alors que sans elle les malades étaient voués à une mort certaine.

Si nous comparons les malades des hôpitaux avec ceux de la ville, sous le rapport de l'influence des causes morales, le parallèle sera encore à l'avantage des classes pauvres, quoiqu'il puisse y avoir un désavantage pour ceux-ci sous le rapport des circonstances physiques.

En effet, ici dans nos hôpitaux les malades ne sont certainement pas toujours très bien nourris, mais ils le sont au moins d'une manière convenable et hygiénique. On ne cède pas, comme on le fait trop souvent en ville, aux caprices des malades ; on ne leur administre que ce que l'on croit devoir leur être utile. L'air que respirent nos malades n'est pas aussi pur que celui des habitations particulières ; mais il n'est pourtant pas aussi vicié qu'on le croit et qu'on le dit généralement. Il y a eu sous ce rapport, depuis quelque temps, une grande amélioration. On tâche d'éloigner autant que possible les causes de cette impureté, et il faut espérer qu'on arrivera à une amélioration plus grande encore. On prône beaucoup, dans ce but, la division des hôpitaux et des salles, afin d'éviter l'encombrement des malades. Si ces idées sont dictées par un véritable esprit de philantropie, ainsi que nous aimons à le croire, elles sont certainement fort louables ; mais tout en admettant qu'il peut y avoir de l'avantage à ne pas entasser les malades, nous ne sommes pas non plus convaincu qu'une trop grande division dans la distribution des salles soit très utile.

A l'appui de ce que je disais tout à l'heure, que beaucoup d'améliorations se sont introduites dans l'administration des hôpitaux, je vous ferai observer combien, en effet, sont rares de nos jours les maladies épidémiques. Et pourtant le temps n'est pas très loin de nous, et je l'ai encore très présent à la mémoire, où lorsque j'étudiais la chirurgie dans ces mêmes hôpitaux ; nos maîtres nous faisaient remarquer ces accidens scorbutiques, ces taches livides, noirâtres sur la peau, ces plaies saignantes et fongueuses qui compliquaient si souvent alors les maladies chirurgicales. Tous ces accidens ont, pour la plupart disparu de nos hôpitaux. La pourriture d'hôpital, dont il est si longuement parlé dans les ouvrages didactiques, et qui a fait le sujet de tant de dissertations, est devenue aujourd'hui extrêmement rare. Elle tenait alors à des circonstances hygiéniques toutes particulières qui, plus tard, furent modifiées. Je me souviens qu'à l'époque où j'étais chargé d'un service à l'hôpital de la Charité, il y avait des salles de cet établissement dans lesquelles les plaies se compliquaient très fréquemment de la pourriture d'hôpital ; ce qui tenait à ce que ces salles étaient rendues humides par les fontaines de tisane qu'on y entretenait pour le service des salles, par les immondices qu'on y laissait entassées, et une foule d'autres circonstances de cette nature. On a depuis changé ces dispositions, et le mal n'a pas tardé à cesser complètement. Enfin, comme dernier exemple, je vous citerai certaines plaies qui se compliquent de tétanos. Il est démontré que certaines espèces de plaies prédisposent plus que d'autres à cette complication ; telles sont les plaies par armes à feu, par piqûre, par déchirure des tissus, par morsure venimeuse, etc. ; mais il est aussi certain que cette complication se développe sous l'influence de certaines circonstances extérieures analogues à celles que j'énumérais tout à l'heure. Eh bien ! vous le voyez, cette complication ne se produira que très rarement aujourd'hui, parce que les conditions qui la favorisaient ont été modifiées.

On peut donc conclure que les circonstances physiques en général sont défavorables aux malades qui sont traités dans les hôpitaux. En revanche, les circonstances morales sont bien plus avantageuses pour ces mêmes malades que pour ceux de la ville. Nos malades en général sont moins émus, moins affectés de leur position que les autres. Ils n'ont pas autour d'eux cet entourage de parens et d'amis qui les entretiennent presque continuellement dans un état d'inquiétude et de timidité. Ils sont d'avance convaincus en entrant à l'hôpital qu'ils y seront bien soignés et que nous ferons pour leur soulagement tout ce qui dépendra de nous. Ils y entrent avec confiance. Vous les voyez même se soumettre avec courage et résignation aux opérations que leur état réclame. La publicité même de la visite et de ces opérations, à quelques exceptions près, loin de les troubler et de leur inspirer de la crainte, augmentent leur confiance. Reconnaissant chez chacun des assistans autant d'individus qui prennent part à leurs souffrances, ils se considèrent avec raison comme l'objet d'un intérêt général. Voyez, dans le monde, lorsqu'il s'agit d'une opération un peu grave, le malade est pour ainsi dire tiraillé, tourmenté par des conseils contradictoires de la part de ceux qui les entourent, et le plus souvent ils ne se soumettent à l'opération qu'avec une certaine répugnance. En outre, les malades de la classe aisée tiennent bien plus à la vie : le sentiment de l'existence est beaucoup plus vif en eux que chez les malades de nos hôpitaux. De là cette inquiétude, cette frayeur qui s'empare d'eux à l'idée seule de l'opération la plus simple. De là les suites souvent funestes de ces opérations.

Nous pouvons conclure de tout ce que nous venons de dire, pour ne pas insister plus long-temps sur ce parallèle, que si l'on arrivait à améliorer encore les circonstances physiques au milieu desquelles sont placés les malades dans les hôpitaux, ils se trouveraient dans des conditions sans contredit meilleures comparativement aux malades traités en ville.

Tel est, Messieurs, le tableau que je me proposais de tracer rapidement sous vos yeux, non pas d'après des idées purement hypothétiques, mais d'après les faits et le résultat d'une longue expérience.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Maladies de la prostate.

Tumeurs, gonflement, hypertrophie de la prostate. (Suite.)

Traitement. — La thérapeutique des engorgemens chroniques de la prostate est extrêmement pauvre. Son impuissance a quelque chose d'effrayant. Outre la pénurie de nos ressources actuelles, il est à craindre, à en juger par la nature du mal, que l'avenir n'ait pas de plus grandes richesses en réserve sous ce rapport. Un lipome, un corps fibreux, une glande largement hypertrophiée et dure, sont pour l'organisme des sortes de productions inertes qui, dans les régions libres du corps, ne cèdent à aucun topique, à aucune médication générale, à aucun effort modificateur de l'organisme. L'étranglement, le fer, le feu, les caustiques, en sont les seuls remèdes. Comprend-on qu'il puisse en être autrement des tumeurs de la prostate ? Et si les moyens mécaniques permettent seuls la destruction des engorgemens prostatiques, ne voit-on pas tout aussitôt que l'organe malade n'en permet l'application que dans un nombre très limité de cas ? Voyons cependant ce qu'il est permis d'essayer.

Appelé dans les premiers temps, le chirurgien pourra con-

cevoir quelqu'espérance d'un traitement local et général longtemps continué. J.-L. Petit, qui attribuait les engorgemens prostatiques à la maladie vénérienne, a beaucoup vanté l'emploi des mercuriaux dans le traitement de cette maladie. Sans croire à la nature syphilitique des tuméfactions prostatiques, je n'en regarde pas moins le mercure comme un des meilleurs agens qui puisse être tenté en pareil cas.

C'est le calomel à dose altérante, ou le proto-iodure de mercure, qui mérite la préférence à l'intérieur. Comme topique, je conseille des frictions avec l'onguent napolitain; et, à l'instar de M. Vidal, des suppositoires d'emplâtres de *Vigo cum mercurio* dans l'anus. J'entremêle ce topique d'applications de sangsues au périnée tous les dix, quinze ou vingt jours. Des frictions avec la pommade d'iodure de potassium ou d'iodure de plomb; des vésicatoires volans camphrés sont ensuite mis en usage alternativement. Il m'a semblé aussi, dans deux cas, qu'un cautère entretenu plusieurs mois sur chaque côté du raphé, avait produit une diminution sensible dans la tumeur. Il faut que le ventre soit entretenu libre, que des bains généraux, simples ou gélatineux, des bains salés ou iodurés, soient associés à ces moyens. L'iodure de potassium à la dose de 1 2 ou 3 grammes par jour, convient à son tour, soit après avoir essayé vainement les mercuriaux, soit dans les cas où ces dernières substances n'ont pas dû être essayées. Tout cela doit être continué avec quelques interruptions de temps à autre pendant six mois, un an ou plusieurs années même, si l'on veut en obtenir des résultats franchement satisfaisans.

Une précaution des plus importantes à recommander aux malades affectés d'engorgement de la prostate, est celle de ne pas faire d'efforts pour uriner. Il y a là une particularité qu'il importe de bien comprendre. Si, avec une prostate engorgée, on se livre à de grands efforts d'expulsion, la vessie, pressée par les muscles et les viscères abdominaux, *se plie, s'affaisse* en quelque sorte sur elle-même; l'appui que son bas-fond trouve du côté du sacrum fait que son col, repoussé d'arrière en avant, vient en se continuant avec le bord de l'urètre comme pour gagner la face postérieure du ligament sous-pubien, en fermant toute issue aux urines. Plus le malade fait d'efforts pour pisser, plus la rétention d'urine est complète. Si les efforts ont lieu quand la vessie est bien pleine, une portion de l'urine se laisse quelquefois expulser. Encouragé par ce résultat et par le besoin pressant qu'ils éprouvent, les malades redoublent d'action; mais la vessie, un peu *détendue*, se plie comme je viens de le dire, et ranime subitement l'ischurie. Il faut donc que, pour uriner, les malades qui en sentent le besoin retiennent en quelque sorte l'action musculaire jusqu'à ce que la vessie, se contractant seule, de manière à étaler un peu l'urètre, ait sérieusement commencé l'opération. Une fois l'urine engagée à plein canal, les efforts, dont le besoin n'est d'ailleurs plus aussi cuisant, peuvent être mis en jeu avec avantage plutôt qu'avec inconvénient. En deux mots, le malade qui a la prostate engorgée ne doit commencer à uriner que par l'action seule de la vessie, et retenir la contraction des muscles du ventre et du diaphragme jusqu'à ce que l'urine coule assez bien pour ne plus lui donner l'envie de pousser.

Deux malades qui se sont scrupuleusement soumis à cette manière de faire, restent depuis dix ans avec un engorgement prostatique qui n'a pas autrement troublé leur santé, qui n'a plus fait aucun progrès.

Si l'engorgement de la prostate est déjà très ancien ou très avancé, les moyens précédens ne suffiront point pour le guérir, ni même le plus souvent pour en arrêter la marche. Comme la rétention d'urine est ce qui préoccupe surtout alors, c'est à elle qu'on doit remédier de prime-abord. Le cathétérisme reparaît ici à titre de moyen thérapeutique. C'est une opération qui offre parfois de grandes difficultés, qui exige des précautions toutes particulières. Ce que j'ai dit plus haut de l'allongement, des déviations, des déformations, des brides, des valvules de l'urètre, indique assez le genre de difficultés que cette opération peut rencontrer. Tout le monde devine que si l'urètre est simplement tortueux dans sa région prostatique, ce n'est point le genre de courbure des sondes, mais bien l'habitude, l'adresse du chirurgien qui mettra à même de le traverser. S'il s'agit, au contraire, d'une bride ou d'une soupape, la courbure et le volume de la sonde pourront jouer un grand rôle. C'est dans ces cas que les algalies ordinaires, même les plus fortement courbées, conviennent peu. Leur courbure, en effet, se termine presque toujours à près de deux centimètres de leur extrémité. Or, comme c'est leur bec qui arrive au col de la vessie, pendant que le point où elles cessent d'être courbées correspond à l'arcade du pubis, c'est exactement comme si l'on se servait d'un instrument droit, et l'on est presque toujours arrêté par le bord libre de la valvule, tout en s'imaginant n'avoir point abandonné la paroi pubienne de l'urètre.

Pour éviter cet inconvénient, je me sers depuis quinze ans, de sondes dont la courbure, commencée un peu loin, se continue régulièrement jusqu'à l'extrémité vésicale, sondes dont l'emploi se généralise le plus et que les fabricans commencent à substituer aux anciennes. Ce sont des sondes *réellement courbes*, tandis que celles d'autrefois ne sont, en dernière analyse, que des *sondes coudées*. Avec la sonde courbe, le bec de l'instrument, arrivé sous les pubis, continue de suivre la paroi supérieure de l'urètre et glisse contre la face postérieure du ligament sous-pubien qu'il embrasse comme dans une gorge, au lieu d'aller se coiffer des plis, des espèces de ponts, de brides ou de valvules qui peuvent exister en arrière ou sur les côtés de l'entrée du canal. Du reste, si l'on voulait employer des sondes coudées, au lieu des sondes en arc, il faudrait au moins les construire d'après le principe de M. Mercier (pages 300, 316, 317), c'est-à-dire, en leur donnant une tige droite avec un bec très court coudé à angle obtus. Pour favoriser l'entrée de la sonde, quelle qu'elle soit, il est encore nécessaire assez souvent d'invoquer quelques moyens accessoires.

D'abord les difficultés varient, comme on a dû le pressentir, par l'etat des parties, selon l'espèce de développement qu'a subie la prostate. Après avoir dirigé le bec de la sonde le long de la paroi supérieure de l'urètre de manière à raser la région postérieure de la symphyse pubienne, il peut être utile de le retirer pour le reporter tout à fait en bas le long de la paroi inférieure du canal. S'il est encore arrêté de cette façon, on le retire de nouveau, puis on le fait avancer doucement d'un côté ou de l'autre en lui imprimant de légers mouvemens latéraux.

Dans les cas de bride ou de valvule, je me suis souvent trouvé bien de porter le doigt dans l'anus pour accrocher le sphincter et l'attirer en avant vers la racine des bourses, pendant qu'avec l'autre main j'agis doucement sur la sonde pour la faire entrer dans la vessie. De cette façon on abaisse, en la déprimant un peu, toute la paroi prostatique ou vésico-prostatique, pendant que la pression exercée sur la convexité de la sonde repousse en réalité le bec de cet instrument du côté de la vessie. On peut même, après avoir tiré de la sorte sur la ligne médiane, exercer aussi les tractions à droite ou à gauche, et imprimer à l'instrument les mouvemens, les inclinaisons variées dont je parlais tout à l'heure. Il m'est souvent arrivé de réussir en procédant ainsi, là où j'avais échoué de tout autre manière.

La vessie distendue par l'urine amène souvent, dans la position et la direction du commencement de l'urètre, un changement capable d'embarrasser beaucoup ceux qui ne seraient pas prévenus de cette disposition. Le doigt porté dans le rectum, loin de trouver là une tumeur distendue par l'accumulation de l'urine comme on s'y attend généralement, tombe au contraire dans un creux, une sorte de vide, de caverne quelquefois fort large. Cette particularité sur laquelle j'ai insisté le premier, je crois, et qui a fixé depuis l'attention de M. Mercier, tient à ce que, en se distendant au-delà d'un certain degré, la vessie acquiert des dimensions qui ne permettent plus au bassin de la contenir. Elle revêt alors la forme d'un œuf, ou plutôt une forme en partie comparable à celle de l'utérus dans l'état de gestation. Le sommet de l'ovoïde étant représenté par le col de la vessie, fait que toute la masse tend à remonter de plus en plus à partir du moment où elle ne peut plus s'épanouir librement dans l'excavation pelvienne. Les restes de l'ouraque, tenant en quelque sorte la vessie comme accrochée vers l'ombilic, favorisent en outre ce mode de développement. On conçoit dès lors que l'urètre, déjà plus ou moins allongé par l'intumescence de la prostate, sera entraîné de la sorte dans une position qui peut approcher de la verticale derrière les pubis, et que si son bord postérieur est garni de quelque soupape, de quelque valvule, les instrumens ne le franchiront qu'avec une extrême difficulté. C'est alors surtout que les tractions exercées sur le sphincter, que la manœuvre indiquée tout à l'heure, que les sondes courbées en arc sur un assez grand cercle jusqu'au bout, offrent de véritables avantages. C'est alors aussi que les fausses routes seraient excessivement dangereuses, car une fois engagés dans l'épaisseur de la paroi périnéale de l'urètre, les instrumens n'auraient aucune chance de rentrer dans la vessie, et se perdraient en quelque sorte au milieu des tissus dans le petit bassin, s'ils n'allaient pas se faire jour dans la cavité du rectum.

Quel que soit l'obstacle qui se présente, il faut se garder soigneusement d'employer de la force pour pénétrer dans la vessie. Si la sonde n'avance pas, ce n'est point un rétrécissement de l'urètre qui l'arrête; la largeur du canal est toujours suffisante; c'est uniquement parce qu'elle n'est pas engagée dans la meilleure direction possible. A force de tâtonnemens, de recherches, d'essais, il doit être possible d'entrer dans la vessie. Quelquefois, les sondes en gomme élastique ou même des bougies coniques pénètrent là où l'instrument métallique avait été arrêté. On doit donc en essayer l'emploi, lorsqu'on a échoué par le cathétérisme ordinaire. S'il est vrai que la pointe d'une bougie conique emplastique ou en gomme élastique soit plus souvent arrêtée que le bec d'une algalie par les plis ou valvules de l'urètre, il l'est aussi qu'elle s'engage quelquefois mieux à travers les sinuosités du canal dévié. Quand elles ont ainsi frayé la voie, le malade réussit parfois à uriner, et le cathétérisme proprement dit est rendu par là dans certains cas beaucoup plus facile.

Les sondes de gomme élastique, bien flexibles et dépourvues de mandrin, se laissent en quelque sorte mouler sur les diverses déformations du canal à traverser, entrent aussi quelquefois quand les instrumens de métal n'avaient pas pu pénétrer. Une manœuvre employée depuis long-temps, d'abord par Hey en Angleterre, puis par Physick en Amérique, que j'ai souvent mise en pratique de mon côté, consiste à se servir d'une sonde ou bougie creuse dont on retire le mandrin ou qu'on pousse seule de quelques centimètres, après l'avoir portée aussi profondément que possible. Une portion de l'instrument devient ainsi très souple et très flexible sans que l'autre perde rien de sa fixité. Seulement, il ne faut pas oublier que si l'on voulait repousser ensuite le mandrin, il y aurait risque de l'engager dans les yeux de la sonde et de blesser l'urètre.

Si enfin il était absolument impossible de pénétrer dans la vessie; de faire uriner le malade par les voies naturelles, la question des ponctions de cet organe se présenterait à l'esprit.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances des 3 et 8 novembre. — Présidence de M. Fouquier.

Addition à la séance du 3 novembre.

Suite de la discussion sur la ténotomie. — *M. Gerdy*. Je remercie M. Bouvier d'avoir provoqué cette discussion sur la ténotomie appliquée aux rétractions des doigts, et M. Guérin d'en avoir élargi la base en l'étendant à toutes les difformités articulaires. Ces discussions étroites ne sont pas dignes d'une Académie, M. Guérin l'a senti, et, je le répète, je l'en remercie.

M. Bouvier a cherché à démontrer par deux expériences que la section simultanée et au même niveau de plusieurs muscles superposés pouvait être suivie d'une adhérence commune; et, par deux autres, que la section des tendons fléchisseurs au niveau des phalanges pouvait être suivie de la perte de leurs mouvemens de flexion et d'extension.

Mais d'abord les muscles qui peuvent concourir à un même mouvement y concourent généralement; donc les fléchisseurs profond et sublime se contractent ensemble et d'une manière si rigoureuse, qu'en général nous ne pouvons fléchir la phalangette isolément de la phalangine, et que dès-lors l'adhérence des deux fléchisseurs l'un à l'autre ne saurait empêcher leur action; c'est ce dont je me suis assuré directement en tirant ensemble les tendons des fléchisseurs au-dessus du poignet, et, comme le raisonnement l'avait fait prévoir, le mouvement communiqué à l'un des muscles s'est parfaitement communiqué aux autres et les doigts ont été fléchis. Ainsi la perte de l'action de ces muscles ne pourrait avoir lieu que dans le cas d'adhérences aux os.

D'un autre côté M. Guérin, dans sa réponse à M. Bouvier a rapporté le plus grand nombre des difformités à une seule cause, la rétraction, la contracture, la fibro-sité musculaire, et leur oppose un seul traitement, la ténotomie.

Mais d'abord, à quoi tient cette contracture? Dépend-elle de la substance charnue des muscles, de celle des gaînes aponévrotiques, des gaînes celluleuses indurées?.... Qu'entend-on par fibrosité, quelles sont les analyses chimiques qui démontrent cette transformation?

Mais en examinant la question à fond il est facile de voir que toutes les difformités ne tiennent pas à une rétraction musculaire.

Leurs causes sont primitives ou éloignées, consécutives, prochaines ou immédiates. Aux premières se rapportent:

1° Les vices de formation primitive des os, des ligamens, des muscles, et des aponévroses qui donnent lieu à la déviation des os;

2° Les attitudes et les mouvemens vicieux qui agissent sur les os par l'intermédiaire des muscles;

3° Le support de fardeaux qui courbe les os, en altère les formes;

4° L'accroissement trop rapide;

5° Une faiblesse particulière des os, qui cèdent aux moindres efforts exercés sur eux, sans ramollissemens évidens de leur substance;

6° De la paralysie ou de la douleur de certains muscles qui permettent à leurs antagonistes d'entraîner le corps de leur côté;

7° Des maladies du cerveau, de la moelle, des affections convulsives;

8° Des douleurs articulaires rhumatismales, etc.

Aux causes immédiates se rapportent:

1° Les inflammations du tissu cellulaire, et surtout de celui qui n'est pas graisseux, qui revêt bientôt l'aspect fibreux et revient fortement sur lui-même, d'où résultent des plaques, des bandes indurées, des cordes dures, résistantes, qui infléchissent les os et empêchent leur extension complète;

2° Les indurations causées par des pressions et des frottemens mécaniques répétés et habituels, comme cela s'observe surtout dans la paume de la main chez certains ouvriers;

3° Le raccourcissement des muscles par suite de leur atrophie, comme Mayaw l'avait déjà observé il y a long temps;

4° L'atrophie des ligamens et des muscles de côté infléchis comme on le voit dans les gibbosités et le pied-bot;

5° L'hypertrophie des ligamens et des os du côté opposé aux incurvations;

6° L'ossification des ligamens, la soudure ou l'adhérence de leurs surfaces articulaires avec les parties fibreuses voisines;

7° Enfin la rigidité des parties fibreuses faisant partie des articulations, à la suite d'un repos ou d'une immobilité prolongés.

Ces différentes causes peuvent se rapporter à quatre ordres différens:

1° Vices de formation primitive des os;

2° Altérations ultérieures à leur formation;

3° Indurations fibreuses ou fibro-cellulaires;

4° Les rétractions musculaires.

De cette diversité de causes ne s'en suit-il pas comme conséquence nécessaire que les difformités réclament également des procédés thérapeutiques très différens, et que la ténotomie n'est pas l'unique moyen de les combattre.

Ici M. Gerdy passe en revue et discute la série des résultats pratiques consignés dans le mémoire présenté à l'Académie par M. Guérin, et fait voir que l'adhérence des muscles entre eux ne s'opposant pas aux mouvemens, il faut chercher une autre cause des insuccès signalés par l'auteur et rapportés par lui à cette origine.

Il est d'ailleurs des choses bien difficiles à admettre. Ainsi M. Guérin dit avoir coupé le fléchisseur superficiel au niveau de la première phalange; mais il y a ici une objection assez grave: les tendons du sublime et du profond ne sont pas, comme on paraît le croire généralement, deux cordons aplatis qui glissent l'un sur l'autre par deux surfaces uniformément planes. Le tendon du sublime se courbe en gouttière convexe en avant, concave en arrière à la partie supérieure de la première phalange, de manière qu'il embrasse d'abord le tendon du profond. Vers le milieu de la phalange il se partage en deux languettes qui se courbent en dehors et en arrière, en formant par leur réunion derrière le tendon du profond un tube fibreux que ce tendon traverse. Il résulte de cette disposition qu'à la partie inférieure de la première phalange le tendon du profond devient antérieur aux languettes latérales réunies du superficiel. Il résulte de cette remarquable disposition que si l'on coupe perpendiculairement d'avant en arrière au bas ou au tiers inférieur de la phalange, on divise d'abord le tendon du profond, et plus superficiel que celui du sublime; que si l'on coupe de la même manière au milieu de la longueur de la phalange, on coupe à la fois les languettes du sublime et du profond; que si l'on coupe plus haut, on divise d'abord le milieu de la convexité du tendon du sublime, et que l'on atteint celui du profond avant d'avoir opéré la section transversale du demi-tube que le sublime forme au-devant du profond.

Il est donc à désirer que dans l'appréciation des faits signalés par M. Guérin, on puisse voir le malade avant, pendant et après l'opération.

M. Guérin a présenté dans la dernière séance deux malades auxquels les tendons fléchisseurs des doigts ont été coupés. Je n'ai pu examiner qu'une seule de ces malades, à laquelle M. Guérin nous dit avoir coupé le fléchisseur sublime à la paume de la main, et le long fléchisseur du pouce à la première phalange; et le succès, suivant cet observateur, aurait été complet. M. Gerdy, analysant les mouvemens de la main, fait voir que chez ce sujet un grand nombre de mouvemens manquaient, et notamment l'opposition du pouce, l'adduction et l'abduction des doigts, etc.

Il serait donc fort important, dans l'intérêt bien entendu de la ténotomie, qu'une commission fût nommée qui examinât les sujets avant l'opération et après celle-ci, afin que l'on puisse savoir d'une manière positive ce que l'on peut espérer de cette méthode dans une circonstance donnée. J'appuie de toutes mes forces la proposition faite à cet égard par M. Bouvier.

Séance du 8 novembre.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gerdy adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il indique un procédé pour couper le tendon du fléchisseur superficiel des doigts au niveau de la première phalange.

— *M. Duméril* lit un rapport officiel demandé par M. le ministre de la guerre. En voici le sujet: Deux condamnés enfermés dans une des prisons de Nantes furent mordus par des animaux venimeux, l'un



au bras, l'autre à la cuisse; le premier en fut quitte pour un abcès qui, après avoir suppuré pendant quelque temps finit par guérir; l'autre succomba à tous les symptômes d'une infection purulente. — M. le ministre demande si ces deux accidens sont de nature à faire abandonner le local occupé par les deux hommes dont nous venons de parler. — La commission répond, par l'organe de M. Duméril, que ces deux faits peuvent bien porter à prendre certaines précautions, mais qu'il n'y a pas lieu à abandonner le local.

Suite de la discussion sur la ténotomie.

— *M. J. Guérin.* A l'origine de cette discussion, il n'était d'abord question que de la ténotomie appliquée aux tendons du poignet, de la main et des doigts. La discussion s'est non-seulement étendue à toutes les questions du domaine des difformités, ce dont je me félicite fort, mais elle s'est dirigée plus spécialement vers moi personnellement, ce dont je me félicite plus encore. On ne s'est pas borné à discuter mes faits, à combattre mes opinions sur la question en litige, on m'a personnellement mis en cause. Sous le prétexte d'élargir la base de la discussion, on a passé en revue mes théories et ma pratique, et on a dressé contre elles une sorte d'acte d'accusation. Vous l'avez entendu dans la dernière séance, je ne vois partout que rétraction musculaire, parqué dans le cercle de la spécialité, je n'ai, sur l'origine des difformités, que des idées étroites, absurdes; et la conséquence forcée de ces doctrines exagérées, arbitraires, est de me faire couper tout, partout, toujours, impunément; de diviser les muscles à droite, à gauche, à tort et à travers. En principe, je professe donc et je défends des théories aveuglément systématiques, et en pratique je donne l'exemple d'une témérité dangereuse. Voilà pour le général. Pour le particulier, on vous a dit que je ne sais pas trop ce que j'entends par *rétraction musculaire*, par la transformation fibreuse des muscles, par la ténotomie étiologique et empirique, par mes principes de ténotomie appliqués aux tendons de la main et des doigts. A propos des tendons de la main, on a insinué que je ne connais ni les dispositions des gaînes fibreuses, ni les rapports anatomiques des parties à diviser. Pour faire pendant à cet agréable tableau de mes connaissances anatomiques, on a fait voyager mon ténotome au hasard à travers toutes les difficultés; on lui a fait diviser vingt tendons là où il n'en aurait fallu diviser que dix; les extenseurs là où il aurait fallu diviser les fléchisseurs; en un mot, on m'a déclaré parfaitement absurde en théorie comme en pratique, et sur le particulier comme sur le général. Tout cela, je l'ai dit en commençant, m'a singulièrement satisfait; je n'y ai vu qu'une occasion favorable de mieux faire connaître mes idées et mes principes, qui ne sont pas apparemment assez connus; et je suis beaucoup plus disposé à remercier M. Gerdy qu'à lui en vouloir, de m'avoir fourni une si bonne occasion de m'expliquer. Cependant, parmi les accusations qu'il a dirigées contre moi, il en est une qui mérite d'être relevée. Vous vous le rappelez, Messieurs, M. Gerdy m'a accusé en termes très formels d'avoir fait la leçon à l'Académie, et sur ce chef je suis beaucoup moins disposé à passer condamnation. Non, Messieurs, je n'ai point fait la leçon à l'Académie. On avait indirectement mis ma pratique en cause; on avait voulu prouver que je fais des opérations inutiles, inopportunes, inséparables d'inconvéniens graves, et j'ai cherché à me justifier de ce reproche. J'ai cherché à conserver à la ténotomie une de ses plus belles et de ses plus délicates applications. C'est donc une justification et non une leçon que j'ai humblement présentée à l'Académie, et je la remercie du fond de mon cœur de la bienveillance avec laquelle elle l'a accueillie.

J'ai quelque raison d'insister, Messieurs, sur la différence qui existe entre le sens que M. Gerdy a donné à ma réponse, et le sens qu'elle a réellement eu; car, si vous acceptiez son interprétation, je n'aurais plus qu'à me taire et à subir les nombreux chefs d'accusation que je vous rappelais tout à l'heure. Mais il n'en sera pas ainsi; de même que vous m'avez permis de me justifier une première fois, vous me le permettrez une seconde, et j'espère que cette fois, comme la première, je ne m'écarterai pas de la ligne que je me suis tracée, et que je conserverai à ma réponse le caractère purement scientifique. Cependant j'ai un dernier scrupule: il pourrait se faire qu'en me défendant, qu'en me justifiant des nombreux griefs que m'a imputés M. Gerdy, il reçût indirectement, bien indirectement, et contre ma volonté, ce qu'il appelle une leçon: car si je parviens à démontrer qu'il m'a injustement attaqué, que je ne mérite aucun des reproches qu'il m'a adressés, que je sais ce que je veux dire, que j'ai mis moi-même depuis long-temps dans la science ce qu'il a voulu m'apprendre, il pourra en résulter, bien à mon grand regret, que M. Gerdy a parlé de ce qu'il ne connaissait pas bien; qu'en voyant, comme il le dit, les choses de haut, il ne les a pas vues du tout, ou les a confondues, comme il arrive à tous ceux qui les regardent de loin; qu'il a manqué de prudence et de gravité: si tout cela résulte de ma justification, ce ne sera pas ma faute, et j'en demande pardon de nouveau à M. Gerdy. Il est homme d'ailleurs à prendre sa revanche. Toutes les fois qu'il voudra m'apprendre quelque chose de nouveau, je serai heureux de profiter de ses leçons, et je n'ai qu'une crainte, c'est de n'avoir pas assez souvent cette bonne fortune.

Les argumentations de MM. Velpeau et Gerdy, auxquelles je joindrai celle de M. Bouvier, pour faire marcher autant que possible tous les points de la discussion en même temps, comprennent une série d'assertions générales sur la question de science, que leurs auteurs se sont abstenu d'entourer des preuves désirables; et de remarques critiques spéciales sur les faits et les questions qui sont plus directement liés à la discussion qui nous occupe. L'Académie n'attend pas que j'examine gravement une à une les premières: je me bornerai à les rappeler, en énonçant à propos de chacune d'elles les principaux résultats auxquels je suis arrivé, et qui m'ont conduit à des opinions plus ou moins différentes de celles de mes collègues. Ces questions générales pourront devenir, si l'Académie le permet, le sujet de discussions régulières, sérieuses, approfondies, bien propres à éclairer la science et l'art; mais pour cela il faudra les reprendre une à une, et donner à chacune d'elles le moyen de se produire, de s'établir, de se prouver en un mot, pour que tout le monde soit à même de juger.

La première question est celle de la ténotomie considérée comme méthode *étiologique* et comme méthode *empirique*. Contrairement à ce que j'ai cru pouvoir établir, MM. Bouvier et Velpeau ont nié cette distinction. Sans la repousser directement, M. Gerdy s'est plutôt attaché à combattre la première dans ces inconvéniens.

A MM. Bouvier et Velpeau, je répondrai qu'il existe bien réellement des ténotomistes de la première et de la seconde catégorie. Pour légitimer cette distinction aux yeux de l'Académie, il me suffira de prouver que mes très honorables collègues appartiennent précisément à celle qui ne suit que les inspirations de l'expérience, et pour rendre cette distinction facile à apprécier, je vais en faire une application particulière au pied-bot. On sait que, pour certaines personnes, le pied-bot est le résultat de causes multiples; pour ces personnes le traitement de cette difformité n'a d'abord consisté que dans la section du tendon d'Achille. Pour la ténotomie étiologique, le pied-bot est le produit de la rétraction musculaire, et chaque variété, chaque accident de forme, chaque élément de direction vicieuse dont se compose l'ensemble du pied-bot est le produit de la rétraction occupant successivement ou simultanément les différens muscles de la jambe et du pied. L'élévation du talon est le produit de la rétraction des jumeaux, l'adduction de l'avant-pied celui de la rétraction du jambier postérieur et du fléchisseur commun des orteils, la courbure suivant son bord interne celui de la rétraction du plantaire interne, et ainsi de suite pour toutes les combinaisons de forme et de direction que peut offrir la difformité si variable désignée sous le nom de pied-bot. Pour cette doctrine, le traitement ne doit pas consister seulement dans la section du tendon d'Achille, mais dans la section de tous les tendons des muscles primitivement rétractés et qui tiennent sous leur dépendance les différens élémens de la difformité.

Ceci posé, quelques mots suffiront pour prouver que MM. Bouvier, Velpeau et Gerdy appartiennent ou ont appartenu à la première classe des ténotomistes.

Pour ce qui est de M. Bouvier, voici deux passages d'un article PIED-BOT qu'il a publié en 1835 dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, p. 85: « *Rien ne prouve* qu'à part cette circonstance exceptionnelle (d'une maladie de l'axe cérébro-spinal) le pied-bot soit la conséquence de la brièveté primitive des muscles rétractés..... Cette brièveté ne *préexiste point* à la déviation; *elle est toujours* consécutive, et ce serait, suivant la juste expression de Scarpa, confondre *l'effet avec la cause* que de regarder cet état des muscles comme le point de départ ordinaire de la déviation. » Et plus loin, pour le traitement, p. 90: « Michaëlis, Thilénius, Delpech, M. Stromeyer ont pratiqué la section du tendon du triceps de la jambe, pour remédier à l'extension du pied, dans *des cas de varus* et de pied-équin. » Voilà pour M. Bouvier.

Pour M. Velpeau, voici quelques lignes non moins significatives. Vous vous rappelez, Messieurs, la discussion sur le pied-bot qui a eu lieu dans le sein de cette Académie, il y a quatre ans, sur cette difformité; toutes les doctrines professées jusqu'alors ont eu leurs représentans. A la suite de cette discussion, M. Velpeau concluait dans les termes suivans: « Les causes du pied-bot sont multiples et la section du tendon d'Achille est le meilleur moyen de guérison de ces difformités. » (Bul. de l'Acad., t. III, p. 179.) Peut-on être plus explicite? Comme commentaire de ces paroles de M. Velpeau, je rapporterai la courte réponse du rapporteur de la discussion, M. Cruveilhier: « M. Velpeau m'a reproché d'avoir contesté l'utilité de la section du tendon d'Achille dans le traitement du pied-bot; je n'ai contesté que sa nécessité. J'ai dit: « Du moment où il m'est démontré que le pied-bot n'est qu'une » déviation du pied, la rétraction de certains muscles et l'allongement » de certains autres n'est donc qu'un effet secondaire. Donc, ai-je dit, » anatomiquement parlant, il n'y a rien à diviser dans le pied-bot, il » n'y a qu'à redresser. On cite cinq cents cas de section du tendon » d'Achille dans le pied-bot: je ne les nie pas; ce que je conteste, » c'est la nécessité de cette section. » (Ibid., p. 191.)

J'arrive à M. Gerdy. M. Gerdy n'a pas écrit sur cette question, mais il a parlé. Il vous a dit, dans la dernière séance, qu'il ne fallait s'en rapporter qu'à l'expérience, et, à l'appui de cette proposition, il vous a cité des cas de pied-bot très considérables et très complexes qu'il est parvenu à guérir au moyen de la seule section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Il peut donc être aussi légitimement classé parmi les ténotomistes, dont MM. Velpeau et Bouvier ont nié l'existence. Ainsi, Messieurs, sans compter les autres exemples, ceux de nos trois honorables collègues suffisent pour légitimer la distinction que j'ai établie. Il est possible que leur première opinion se soit modifiée avec le temps; je vais même vous lire quelques lignes empruntées au premier volume de la Médecine opératoire de M. Velpeau, dont tout le monde connaît l'amour du progrès, lignes qui, en attestant les progrès que notre honorable collègue a faits dans cette voie, vous prouveront qu'il n'est pas si opposé que vous pourriez le croire à la distinction contre laquelle il s'est élevé, « L'histoire de cette opération (ténotomie), appliquée au traitement du pied-bot, comprend d'ailleurs deux périodes: dans la première on s'était borné à faire empiriquement la section du tendon d'Achille; dans la seconde l'opération a été étendue à tous les tendons de la jambe et du pied. C'est à M. J. Guérin que l'on doit cette généralisation.

Ayant établi que le pied-bot et les différentes formes qu'il peut affecter sont le résultat de la rétraction musculaire primitive différemment distribuée dans les muscles de la jambe et du pied, ce médecin..... a été conduit rationnellement à poser en principe la division successive ou simultanée des tendons de ceux des muscles qui tiennent chaque variété du pied-bot sous leur dépendance. » (Méd. opér., t. I, appendice, p. XXIX.)

Ce que je viens de montrer pour le pied-bot serait bien plus facile à établir pour les autres difformités articulaires de même origine, pour celles de la hanche, de l'épine, du cou, etc, en un mot, pour toutes les difformités par rétraction musculaire. Or, vous savez qu'à l'heure qu'il est, loin qu'il y ait communauté d'opinions et de pratique sur toutes ces dépendances de la même doctrine, il en est qui s'obstinent à regarder comme erronée l'idée qui attribue certaines déviations de l'épine à la rétraction musculaire, et à repousser le traitement de ces difformités par la section des muscles. C'est donc là une question d'histoire et de doctrine bien faite pour intéresser la science et l'Académie. J'espère que MM. Bouvier et Velpeau se joindront à moi pour en demander la discussion spéciale, et que M. Gerdy, qui n'a pas eu le temps, sans doute, de se mettre au courant de la matière, sollicitera les développemens qui pourront compléter ses lumières sur ce point.

La seconde question soulevée par MM. Bouvier et Velpeau est relative au mode de cicatrisation et de régénération des tendons. Pour eux, la portion tendineuse de nouvelle formation résulte d'une espèce de condensation des lames celluleuses correspondant à l'intervalle des bouts divisés, lesquelles s'organisent et acquièrent successivement les caractères et propriétés du tendon. Pour moi, au contraire, et pour plusieurs physiologistes, le tendon nouveau résulte de l'épanchement d'une matière plastique fournie par les bouts tendineux et du sang versé par les parties voisines divisées. Cette matière s'organise par degrés, et acquiert, sous l'influence de la fonction, les caractères du véritable tissu tendineux. Je ne puis exposer ici toutes les preuves de fait qui m'ont conduit à cette doctrine si opposée à celle de MM. Bouvier et Velpeau. En attendant qu'ils provoquent une plus ample discussion sur ce point intéressant de physiologie, je me bornerai à dire que les résultats auxquels ils sont arrivés sont exactement le produit de la manière dont ils ont opéré.

MM. Bouvier et Velpeau ont affirmé, en troisième lieu, que les principes ténotomiques qui me dirigent, auxquels j'ai cru pouvoir rapporter les résultats qu'on a déclarés impossibles, et à l'aide desquels j'ai cru pouvoir expliquer les résultats contraires produits par M. Bouvier, sont universellement connus; de plus, M. Velpeau a affirmé que ces principes sont exposés dans sa *Médecine opératoire*. A cette assertion, j'oppose provisoirement l'assertion contraire. Si nos honorables collègues veulent bien provoquer une discussion approfondie sur les principes de la ténotomie, je m'engage à démontrer à l'Académie *qu'aucun* des principes qui doivent assurer le succès complet de la ténotomie, c'est-à-dire réunion véritable, organisation régulière, longueur suffisante du nouveau tendon, avec conservation des mouvemens normaux des parties, n'avait été mis en regard des résultats à réaliser, ni considéré dans sa véritable signification. En attendant, je me bornerai aux deux preuves de fait qui suivent: 1° Je porte le défi à MM. Bouvier et Velpeau de montrer dans leurs écrits, ou ailleurs, le principe de la *contraction physiologique volontaire*, établi comme moyen de faciliter la tension des tendons à diviser; de les détacher des plans auxquels ils correspondent; de favoriser leur section, d'épargner les vaisseaux et les nerfs et tous les tissus environnans; de faire distinguer les tendons des parties avec lesquelles ils pourraient être confondus, comme les nerfs, etc. Or, ce principe est d'une telle importance, indépendamment des services généraux que je viens de signaler, que dans certaines difformités, celles de l'épine, par exemple, il est impossible, sans son secours, de diviser les tendons et les muscles. 2° Je citerai, comme second exemple, la section des tendons du poignet de la main et des doigts, à des hauteurs différentes, successivement, et dans des points différens pour les deux ordres de fléchisseurs. Or, ces conditions, comme je crois l'avoir démontré, sont inséparables du succès de l'opération.

M. Bouvier, et après lui M. Gerdy, ont nié le fait de la transformation fibreuse dans les muscles anciennement rétractés. M. Bouvier a opposé à cette observation, vérifiée par des faits de toute sorte, qu'il n'avait pas vu cette transformation, et il a conclu que c'était une erreur d'anatomie pathologique. M. Gerdy, moins affirmatif que M. Bouvier, a attaqué plutôt le mot que la chose: il aurait désiré des preuves et des développemens. A M. Bouvier, je répondrai, en lui rappelant à regret le rapport de l'Académie des sciences, où, après les mêmes dénégations de sa part, et, de la mienne, les preuves de fait sur lesquelles j'ai établi cette loi, la commission en a explicitement reconnu l'exactitude. Je pourrais renvoyer M. Gerdy, qui aime les commissions, à ce rapport, et aux diverses publications que j'ai faites sur ce point, si je ne craignais qu'il prît ce conseil pour une leçon; mais il préférera sans doute que je mette directement l'Académie de médecine à même d'avoir une opinion arrêtée sur ce point, comme je l'ai fait, il y a six ans, pour l'Académie des sciences.

M. Gerdy a posé en principe qu'il était impossible de distinguer, sur le vivant, la rétraction primitive de la rétraction consécutive, d'où il a conclu qu'il m'arrive de diviser arbitrairement beaucoup de muscles. Il a cité l'exemple de M. Doubovitsky, chez lequel, après avoir divisé tous les muscles fléchisseurs et pronateurs pour remédier à une flexion et à une pronation permanentes, j'aurais divisé, on ne sait trop pourquoi, le long abducteur du pouce. Je répondrai d'abord à M. Gerdy qu'il est presque toujours possible de distinguer nettement les difformités produites par la rétraction musculaire, et de suivre la rétraction partout où elle se manifeste. Je regrette que mon honorable collegue n'ait pas pris la peine de lire les travaux que j'ai publiés sur ce point important de diagnostic. Il se serait épargné beaucoup d'objections dont le moindre inconvénient, est d'être sans objet. En ce qui concerne la section de l'abducteur du pouce que j'ai pratiquée chez M. Doubovitski, c'est encore un fait qui tient à une loi que mes recherches m'ont permis d'établir; à savoir, que dans les difformités anciennes, les muscles, même consécutivement rétractés, quittent la concavité des courbures auxquelles ils correspondent, pour se porter en ligne droite entre leurs deux points d'insertion, ce qui change souvent le caractère de leurs fonctions: d'extenseurs qu'ils étaient, ils deviennent quelquefois adducteurs, adducteurs ou même fléchisseurs. C'est ce qui existait précisément chez M. Doubowistki. Voici une pièce pathologique qui représente exactement la difformité dont il était atteint. Vous remarquez que, sur cette pièce, le long abducteur, par suite de la flexion considérable du poignet, a quitté sa situation normale, et a glissé en avant du radius, s'est raccourci de la somme de rapprochement de ses points d'insertion, et forme la corde de la courbure résultant de la flexion de la main sur l'avant-bras. Voici une autre pièce sur laquelle vous pouvez voir que les fléchisseurs des orteils sont devenus extenseurs en glissant sur le côté des articulations métatarso-phalangiennes. Ces faits se retrouvent fréquemment dans les difformités.

M. Gerdy s'est longuement étendu sur les difformités qui succèdent aux affections articulaires et a les attribués, soit comme M. Bonnet de Lyon, à des positions provoquées par les fluides épanchés, soit à des indurations du tissu cellulaire ou des ligamens. Je dirai provisoirement que, d'accord avec M. Gerdy sur l'importance réelle que mérite cet ordre de difformités encore inexploré, mon expérience me force à me déclarer en opposition complète avec lui sur l'origine et le mécanisme qu'il leur assigne. Je crois pouvoir promettre à l'Académie des recherches entièrement nouvelles sur cette question, si elle veut bien la mettre à l'ordre du jour. J'ajouterai, pour donner une idée de l'importance que j'attache à la question des difformités *arthralgiques* (c'est ainsi que j'appelle ces difformités faisant suite aux affections articulaires connues sous les noms de coxalgie, etc.) a fait le sujet d'un enseignement qui a duré plus de six mois. Une des conclusions de mes recherches est que, dans ces difformités, le système musculaire joue un rôle très actif comme dans les autres, et que cette intervention du système musculaire jette un jour nouveau sur la véritable nature de la maladie articulaire. Comme preuve provisoire, je ne citerai que les cas invoqués par M. Gerdy, dans lesquels, après vingt-quatre heures d'invasion de la maladie, il y avait impossibilité d'étendre l'articulation. Je crois être en mesure de démontrer que dans ces cas, ce ne sont pas des bandes de tissu cellulaire, ou des ligamens indurés dans l'espace de vingt-quatre heures, mais de véritables contractures musculaires qui s'opposent aux mouvemens de l'articulation, et qui plus tard réalisent en grande partie les difformités arthralgiques.

J'aurais beaucoup d'autres choses à ajouter sur les excursions que M. Gerdy a faites en touriste dans le domaine de l'étiologie des difformités. Si après la discussion des points que je viens de relever, l'Académie et M. Gerdy en particulier me permettaient d'aborder les autres points de son argumentation, j'aurais beaucoup de remarques à présenter sur ses seize causes de difformités, sur l'idée qu'il se forme du rachitisme, sur les mouvemens de la main, sur une foule d'assertions plus ou moins extraordinaires, dont la fécondité pourrait défrayer vingt de nos séances. Je laisse donc toutes ces questions générales pour arriver aux détails de l'argumentation spéciale de MM. Bouvier, Velpeau et Gerdy.

(Le manque d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro la seconde partie de l'argumentation de M. J. Guérin.)

M. Bouvier a commencé à répondre à M. Guérin, mais l'heure avancée ne lui a pas permis de terminer. Nous donnerons l'analyse de sa réplique dans le prochain compte-rendu.

— *M. Hippolyte Larrey* communique à l'Académie un cas de chirurgie des plus compliqué, etc. Il s'agit d'une femme qui avait depuis long-temps une fistule urinaire sous-ombilicale, déterminée par l'inflammation d'un kyste pileux de l'ovaire; ce kyste s'était ouvert non-seulement au dedans par la paroi vésicale, mais aussi au dehors par la paroi abdominale, en donnant cette double issue à des matières visqueuses et purulentes, à des productions pileuses et à des concrétions calcaires; une pierre assez volumineuse s'était enfin développée dans la vessie, et, en s'accollant à l'ouverture urétrale, avait forcé l'urine de sortir presque continuellement par l'ouverture fistuleuse.

La malade avait été envoyée des environs d'Evreux à Paris, et adressée, le 13 décembre 1841, à l'hôpital des Cliniques, où M. H. Larrey remplaçait, comme agrégé, M. le professeur J. Cloquet.

C'est après de mûres réflexions et des avis utiles, que M. Larrey se décida à pratiquer une opération fondée sur les principes de la taille hypogastrique, et qui eut pour effet d'inciser largement la fistule par en bas, de mettre à jour le foyer du kyste, d'extirper du fond une tumeur à laquelle adhérait une longue mèche de cheveux, de pénétrer par là même voie dans la vessie et d'en extraire le calcul qui avait pour noyau la même production pileuse.

Cette grave opération a eu un résultat plus heureux qu'il n'était permis de l'espérer, et n'a entraîné par elle-même aucun accident notable. Une sonde placée à demeure dans la vessie par le canal de l'urètre, a rétabli le cours naturel des urines et favorisé la cicatrisation de la plaie.

Cependant une variole confluente, en retardant le terme de sa guérison, a failli devenir funeste à notre intéressante malade qui s'est trouvée, au mois de mai, en état de retourner dans son pays, où bientôt elle a repris une santé parfaite, ne conservant de tous ses maux que le souvenir.

— Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Pariset a été nommé académicien libre. Sur 58 votans, il a obtenu 42 voix.

— *M. Flourens* lit un septième mémoire sur les recherches sur le développement des os. Ce mémoire traite du rôle de la membrane médullaire, ou du périoste interne dans la formation de l'os.

Ce mémoire ne pourrait être très bien compris sans le secours des planches qui l'accompagnent.

— *M. Jules Comte* réclame la priorité de l'emploi du lactate de quinine dans les fièvres intermittentes, emploi qu'il aurait conseillé depuis deux ans.

— *M. Pouillet* lit un mémoire sur les lois générales de la population. Nous en extrayons ce passage : Appelé à faire partie d'une commission qui s'impose la tâche difficile de constater les souffrances véritables de nos départemens vinicoles, d'en rechercher l'origine et de découvrir, s'il est possible, un remède au mal dont ces départemens se plaignent depuis tant d'années, j'ai été conduit à examiner quelle est la partie de la population de la France qui se livre à la culture de la vigne, et à étudier les lois relatives suivant lesquelles cette population se développe et s'accroît.

Il en est résulté un premier fait qui n'est pas sans intérêt ; c'est que les 8 à 9 millions d'habitans qui sont répandus dans les départemens les plus essentiellement vinicoles, ne participent pas dans la mesure commune à l'accroissement rapide de population qui se manifeste dans le reste de la France. S'il est vrai, comme on l'admet en général, que le signe le plus certain de la prospérité d'un pays se trouve dans l'accroissement de sa population, il est permis de conclure que nos pays de vignoble éprouvent au moins un malaise relatif qui mérite la sollicitude du gouvernement.

— *M. Le Roy-d'Etiolles*, dans la dernière séance, avait adressé une lettre dans laquelle il rappelle les divers procédés qui ont été imaginés pour faire la ligature des polypes des fosses nasales, lorsqu'ils sont volumineux et situés profondément. La méthode de Brasdor, qui consiste à amener les deux bouts du fil de la bouche dans la narine avec une sonde conductrice, l'anse embrassant le polype d'arrière en avant, n'appartient pas, dit-il, à ce chirurgien, mais à un homme étranger à la médecine, à Roderick, de Cologne, qui parvint à se guérir d'un polype. C'est une modification et une addition à cette méthode, que M. Le Roy a soumises à l'examen de l'Académie en 1833, et qu'il rappelle dans sa lettre. L'auteur ajoute que ce qui compromet le succès de la méthode de Brasdor ou de Roderick, c'est la difficulté que l'on éprouve à porter la ligature près de l'insertion de la tumeur, l'anse est bien formée en arrière par les nombreux moyens que l'on a imaginés dans ce but ; mais en avant on n'a pas songé à maintenir un écartement suffisant, d'où il résulte que bien souvent le polype, incomplètement embrassé, n'est coupé qu'en partie et repullule. M. Le Roy pense que les moyens qu'il met à la disposition des chirurgiens, permettent : 1° de porter plus haut en arrière la ligature qu'on ne pouvait le faire ; 2° d'écarter en avant du polype les fils ; 3° de les élever en avant, en un mot de le saisir et de le détacher plus sûrement et plus facilement. Enfin, il termine en disant que l'expérience a confirmé ses prévisions, et que ses porte-ligatures en réussi entre les mains de Dupuytren, de MM. Bérard et Blandin et entre les siennes, alors que d'autres instrumens avaient été insuffisans.

Chronique et Nouvelles.

Une affaire criminelle fort grave occupe en ce moment l'attention de la Savoie et du Piémont. Nous devons en dire quelques mots, parce qu'une contestation sérieuse s'est élevée entre les experts dont les uns croient à l'existence d'un empoisonnement par l'acide prussique et les autres la nient. Du côté de l'accusation se rangent les experts de Chambéry, et du côté de la défense, chose inaccoutumée, M. Orfila.

Un homme d'une forte constitution meurt subitement à Chambéry, le 13 janvier 1841. Deux lettres anonymes, adressées aux magistrats, portant que cet homme a été empoisonné par son neveu au moyen d'acide prussique, font ordonner l'exhumation du cadavre. Des experts sont nommés qui, après de longues recherches, confirmées d'ailleurs par des chimistes, concluent à l'existence positive de l'empoisonnement. Les circonstances morales de la cause sont telles que la défense se croit autorisée à demander un sursis et une contre-expertise que les magistrats lui accordent. C'est dans ces circonstances que M. Orfila est appelé. Son rapport infirme sur tous les points le rapport des premiers experts, et avec la chaleur et l'entraînement qu'il a montrés dans d'autres causes au profit de l'accusation, il est venu en aide à la défense en concluant positivement que la mort a été le résultat d'une hémorrhagie cérébrale ; que rien ne prouve que les experts aient réellement trouvé de l'acide prussique, qu'en auraient-ils trouvé son existence peut s'expliquer par les phénomènes de la putréfaction, ou même par son introduction dans le rectum après la mort.

L'affaire en est là et doit être jugée le 12 novembre. Nous n'avons pas sous les yeux les rapports et les pièces scientifiques de la cause, nous devons donc nous abstenir soigneusement de tout jugement à l'égard des opinions des premiers ou des seconds experts. Ce que nous voudrions dire à l'endroit de M. Orfila, c'est que le blâme qu'il a quelquefois encouru pour sa précipitation à conclure en faveur de l'accusation dans des circonstances où les données de la science étaient encore problématiques et contestables, semble avoir porté ses fruits. Cependant un écueil grave est devant lui ; qu'il n'aille pas maintenant porter vers la défense cette fougue et ce besoin de conclure qu'il a souvent portés vers l'accusation.

Dans toutes les affaires d'empoisonnement, il serait bien désirable que magistrats et experts eussent toujours présentes ces paroles de MM. Chauveau et Faustin Hélie : « Les médecins sont experts et ne sont pas juges ; leurs rapports doivent être vérifiés et jugés. »

— Le chevalier Quadri, célèbre médecin de Naples, directeur de la Clinique fondée dans l'université de cette ville pour les maladies des yeux, doyen de la Faculté de médecine, et inspecteur, pour les mêmes maladies, des hôpitaux militaires du royaume des Deux-Siciles, vient d'arriver à Paris, chargé d'une mission scientifique de son gouvernement.

— Jeudi dernier a eu lieu, en séance publique, la rentrée de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le nouveau recteur de l'Académie, à la tête du conseil académique, MM. le premier président, le procureur général, les adjoints au maire, plusieurs conseillers municipaux, bon nombre d'honorables citoyens sont venus témoigner par leur présence des vives sympathies qu'excite dans la cité cette utile institution.

Après une courte allocution de M. le recteur, où professeurs et élèves auront trouvé sages conseils et bons encouragemens, le directeur de l'Ecole, M. Mazard, est venu faire l'exposition des travaux de l'Ecole pendant l'année dernière. — Cet exposé fait, comme l'a dit M. le directeur, sans exagération comme sans dissimulation, est le meilleur argument à présenter à ceux qui conserveraient encore quelques doutes sur l'utilité et les avantages des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Il n'est pas possible que les grandes écoles puissent offrir l'enseignement élémentaire d'une manière aussi utile.

(*Gazette du Centre.*)

— Le 11 novembre, à quatre heures, M. EDOUARD ROBIN commencera un nouveau cours de zoologie.

— M. Depaul, ancien interne de la Maternité, chef de clinique d'accouchemens de la Faculté, commencera un nouveau Cours de manœuvres obstétricales, aujourd'hui 10 novembre à midi, dans son amphithéâtre, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 4. — Un cours pratique sur le diagnostic de la grossesse (toucher et auscultation) commencera à la même époque. — *L'heure des cours pourra être changée.* — S'adresser à M. Depaul, à la clinique d'accouchemens de sept à dix heures du matin, ou rue de Bussy, 12 et 14 de deux à trois heures.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 12 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 135, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

DISCOURS D'OUVERTURE (9 novembre.)

Considérations historiques sur l'enseignement de la clinique; importance de cet enseignement; méthode la plus avantageuse pour le rendre aussi fructueux que possible.

Messieurs, de toutes les parties de l'instruction médicale, l'enseignement clinique est à la fois la plus importante et la plus difficile.

La plus importante. En vain vous aurez acquis une connaissance parfaite de l'anatomie, de la physiologie et des autres sciences dites accessoires ; en vain, à l'aide des livres ou d'un enseignement théorique, vous aurez appris les causes, les signes, le traitement des maladies : vous seriez embarrassé dès les premiers pas dans la carrière, si vous n'aviez fait une étude de pratique de ces mêmes maladies.

La plus difficile. Cette remarque s'applique au professeur plutôt qu'aux élèves : vous verrez, en effet, de combien de difficultés est entouré l'enseignement clinique.

Quel est donc le but de cet enseignement? C'est d'apprendre aux élèves, par la pratique, à reconnaître les causes, les symptômes des maladies de manière à en déduire le diagnostic et le pronostic, à en établir les indications thérapeutiques ; c'est également d'enseigner d'une manière pratique le traitement qui leur est applicable.

Cette science ne pouvant s'acquérir autrement qu'au lit des malades, a reçu le nom de clinique du mot grec *Kliné* qui signifie lit.

Avant d'exposer le plan du cours que je dois vous faire, il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup-d'œil historique sur les études cliniques depuis l'origine de la médecine jusqu'à nos jours.

Première époque. Temps fabuleux. — Il est probable que les premiers médecins instruisaient leurs élèves auprès des malades, et que l'enseignement clinique a précédé tous les autres. En effet, pour faire des cours théoriques dans un amphithéâtre, pour écrire des livres, il faut déjà qu'il existe une science, une distribution systématique des maladies, une généralisation des cas particuliers. Or, cela suppose un progrès qui n'a pu s'accomplir que lentement. Du reste, les premières traditions historiques que l'on possède touchant la pratique de la médecine, nous apprennent que les malades étaient exposés sur la voie publique; chaque passant devait les interroger, s'informer de la nature des accidens qu'ils éprouvaient, et conseiller ensuite un traitement selon ce que l'expérience lui avait appris en cas semblable. Cet usage existait chez les Babyloniens, les Egyptiens et quelques autres peuples. On ne sait rien de plus touchant la pratique ni l'instruction des médecins.

Plus tard, l'exercice de la médecine passa entre les mains des prêtres : les malades étaient portés et soignés dans les temples ; mais on ignore comment les prêtres s'instruisaient dans l'art de guérir.

Deuxième époque. Hippocrate. — Déjà depuis plusieurs siècles la famille des Asclépiades, que l'on fait descendre d'Esculape, apprenait la médecine de père en fils, et cette instruction se donnait au lit des malades : c'était un véritable enseignement clinique. L'observation seule présidait à l'éducation des Asclépiades, et c'est ainsi que fut élevé Hippocrate, descendant de cette famille, dont il fut le membre le plus illustre. L'excellence de cette éducation perce de tous côtés dans les écrits d'Hippocrate. Négliger les vaines hypothèses, s'en tenir à l'observation rigoureuse des faits, et baser sur eux, en généralisant, des descriptions claires et précises des maladies, des indications thérapeutiques, telle fut l'instruction donnée par Hippocrate à ses élèves.

Malheureusement les bonnes traditions se perdirent après la mort de ce grand homme. Quelques médecins s'en tinrent à l'étude de ses écrits ; d'autres, plus mal inspirés, suivirent des sectes où la spéculation et l'hypothèse tiennent lieu de l'observation.

Troisième époque. Galien. — Au second siècle de l'ère chrétienne, environ 700 ans après Hippocrate, Galien apparut, doué d'un esprit vaste, judicieux, possédant des connaissances immenses qui eurent pour base principale les livres d'Hippocrate, qu'il médita et commenta. Galien semblait né pour ramener les médecins dans la bonne voie ; mais il se ressentit de ses études scholastiques où le raisonnement, ou plutôt la systématisation, tenait la place principale; en sorte que ce qu'il y avait de bon dans ses écrits sur l'art d'observer se trouva perdu dans un fatras de commentaires sur les systèmes et les disputes des diverses sectes des médecins anciens et contemporains.

Les médecins qui suivirent Galien se jetèrent en entier dans les discussions théoriques, et l'instruction pratique fut de plus en plus négligée.

Cependant la création des hôpitaux, c'est-à-dire la réunion d'un grand nombre de malades en un même lieu, confiés aux soins d'un petit nombre de médecins, institution si propre à l'instruction clinique, fut établie vers le quatrième siècle après Jésus-Christ, par la charité, dit-on, d'une dame romaine nommée Fabiola. La charité des premiers chrétiens, et le désir d'expier leurs fautes entraînèrent promptement la fondation d'un grand nombre de ces établissemens ; mais ils ne servirent qu'au soulagement des pauvres, et l'on ne voit pas que, pendant un grand nombre de siècles, ils aient été utilisés pour l'enseignement des médecins.

Mais avant d'en venir à la description des premiers établissemens cliniques que fondèrent les chrétiens, jetons les yeux à côté et voyons ce qu'une nation vouée à un autre culte institua dans ce genre pendant que la chrétienté était plongée dans les ténèbres.

On attribue généralement aux Arabes l'honneur d'avoir établi des écoles de médecine avec hôpitaux à côté, où l'instruction pratique et théorique se trouvait réunie. Cependant Bruté dit qu'avant eux il y avait en Perse, à Nisapur, une école de ce genre, fondée par Aurélius, au troisième siècle. Moins connue, quoique aussi florissante que celle d'Alexandrie, il y avait écoles et hôpitaux, enseignement clinique, etc. On y marchait d'après Hippocrate, et cela devint la source où puisèrent les médecins grecs, source qui se répandit dans l'Orient et inspira aux Arabes l'idée d'un établissement du même genre.

Quoi qu'il en soit de cette école, il est certain que les Arabes en fondèrent un grand nombre de semblables à Bagdad, à Antioche, etc., et que c'est là que se formèrent les Rhazès, les Avicenne, les Ali-Abbas, et enfin le prince de tous les Arabes, Albucasis.

Quatrième époque. Renaissance. — Revenons aux chrétiens. Quoique les Arabes eussent pendant plusieurs siècles cultivé la science comme nous venons de le dire, quoiqu'ils eussent, après leurs conquêtes et en les abandonnant, laissé des traces de leur passage au point de vue des écoles, et que les chrétiens en eussent profité, en Espagne surtout ; malgré la création des universités, malgré l'institution célèbre de l'école de Salerne fondée par Charlemagne, cependant on ne vit nulle part surgir d'école où l'éducation médicale reposât sur l'observation directe des malades.

On vit bien peu à peu, à cette époque de la Renaissance, l'instruction fleurir de nouveau. L'anatomie, normale et pathologique, la physiologie, furent enseignées et apprises dans le livre de la nature ; mais la médecine resta l'objet de discussions théoriques, la plèbe commenta Gallien ; les génies tels que Paracelse, Vanhelmont, créèrent de nouveaux systèmes.

On dit bien que quelques médecins se faisaient suivre chez leurs cliens par un grand nombre d'adeptes, pratique qu'on avait déjà reprochée à des médecins de Rome, et qui inspira à Martial l'épigramme suivante contre le médecin Symmaque :

> Languebam ; sed tu *comitatus* protinus ad me
> Venisti *centum*, Symmache, *discipulis*,
> Centum me tetigere manus, aquilone gelatæ ;
> Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

Selon Riolan, cet usage, suivi au quatorzième siècle, avait plutôt un but d'ostentation que d'instruction, et un décret de la Faculté réduisit à deux le nombre des élèves qui devaient accompagner le maître.

Que cette remarque de Riolan soit exacte ou non, toujours est-il qu'il n'y eut pas d'enseignement pratique, et nous sommes obligés d'arriver aux dix-septième siècle pour trouver les premières cliniques analogues à celles que nous possédons maintenant.

Le besoin de ce genre d'instruction fut senti par quelques auteurs célèbres et hautement manifesté en plusieurs passages de leurs écrits. Voyez Thomas Bartholin, voyez Thuranius de Gênes dans les écrits duquel percent les vues les plus justes sur la création de l'enseignement clinique.

Cinquième époque. Dix-septième siècle. — Enfin, la première instruction appliquée et réalisée le fut dans le dix-septième siècle à Utrecht, par Guillaume Straten, et peu de temps après à Leyde par Otho Heurius. Ces médecins, à l'hôpital, après avoir interrogé le malade, posé le diagnostic et les indications, écoutaient au lit du malade les demandes ou objections des élèves, les interrogeaient, etc.

C'est ce que nous apprend Kyper, qui écrivait en 1643, et qui donne de très bonnes vues sur la clinique. Otho Heurnius faisait faire des conférences aux élèves ; il les conduisait à la pharmacie pour apprendre à connaître et à préparer les médicamens.

Dans le même siècle Sylvius de Leboe, que l'on considère généralement, mais à tort, comme le premier ayant fait des leçons cliniques, marcha sur les traces de Heurnius, que déjà l'on perdait de vue, et en 1658 il donna à l'enseignement pratique un éclat qui appela l'attention des médecins de toute l'Europe sur la ville de Leyde.

Sixième époque. Dix-huitième siècle. Cependant cet éclat ne fut que passager, et les études cliniques furent de nouveau abandonnées jusqu'au commencement du dix-huitième siècle.

Mais alors l'influence qui résultait de la création des sociétés savantes, et surtout l'impulsion donnée par Bacon à la direction des esprits vers l'étude des choses de la nature, firent de plus en plus sentir le besoin d'une instruction pratique en médecine. Alors fut créée en 1714, à Leyde, une chaire de médecine pratique ; elle fut confiée à Boerhaave. De toutes les parties de l'Europe on vint entendre ce médecin célèbre, assister à sa visite, et l'on ne tarda point à imiter cet exemple. Des élèves de Boerhaave fondèrent, en 1720, à Edimbourg, une clinique célèbre qu'illustrèrent les Home, les Duncan, les Cullen.

Un autre élève de Boerhaave, celui qui a commenté d'une manière si savante ses aphorismes, fut chargé par l'impératrice Marie Thérèse, de donner un nouveau plan à l'université de Vienne. Van-Swiéten établit dans cette capitale de l'empire autrichien un hôpital de clinique en 1753, et il appela pour le diriger le célèbre Dehaen, auquel succéda Stoll, qui dépassa son prédécesseur.

Ces deux cliniques, celle d'Edimbourg et celle de Vienne, toutes deux filles de celle de Leyde, ne tardèrent point à jouir d'une célébrité justement acquise, et elles éclipsèrent celle de Leyde.

Je n'ai point l'intention de poursuivre plus minutieusement cette indication des diverses écoles cliniques qui surgirent en plusieurs villes de l'Europe dans le cours du dix-huitième siècle. Je ferai seulement remarquer que la plupart, pour ne pas dire toutes, furent créées pour des médecins et consacrées à l'étude des maladies internes.

Ce n'est qu'à la fin de ce dix-huitième siècle qu'on voit paraître des services consacrés à l'enseignement pratique de la chirurgie; de ce nombre est celui institué à Gœttingue, en 1796, par Arnemann, sous le nom de *clinique médico chirurgicale*, et la clinique de Pavie, d'abord médicale, et illustrée par Tissot, Borsieri, J.-P. Franck, clinique à laquelle furent ajoutés les lits, qui constituèrent, en 1787, la clinique chirurgicale de Scarpa : clinique à jamais célèbre par les beaux travaux auxquels elle a donné lieu sur les maladies des yeux, les hernies, les anévrismes.

Malgré l'avantage qui résultait de ces établissemens, la France n'imitait point leur exemple. Cependant les facultés, pénétrées de l'importance des études pratiques, ordonnaient aux élèves de suivre pendant un certain temps la visite des médecins dans les hôpitaux. Mais cela ne suffit pas, et des vœux furent émis par quelques médecins pour voir établir en France ce qui existait dans les pays voisins.

La révolution qui allait surgir et entraîner tant et de si importans changemens dans presque toutes nos institutions, ne pouvait manquer de voir s'établir des cliniques et d'en prescrire l'organisation. Néanmoins, l'initiative ne vint pas des corps enseignans, non plus que du gouvernement. Déjà Desbois de Rochefort faisait, à la Charité, des leçons de clinique très goûtées; mais il y eut surtout deux hommes qui donnèrent à l'instruction pratique l'impulsion la plus vigoureuse. Leurs noms feront toujours époque dans l'histoire des cliniques. Corvisart à la Charité, Desault à l'Hôtel-Dieu, l'un médecin, l'autre chirurgien, tous deux enflammés de l'amour de la science et du besoin de transmettre aux autres leurs propres connaissances, doués d'un esprit supérieur, d'un rare talent d'observation, d'une activité infatigable, professaient la clinique avec le plus grand éclat, lorsque parut la loi du 14 frimaire an III, qui régla la nouvelle organisation des écoles et créa trois chaires de clinique : l'une à la Charité (pathol. int., Corvisart), la seconde à l'Hôtel-Dieu (pathol. ext., Desault), la troisième à l'Hospice de perfectionnement, aujourd'hui des Ecoles (cas rares, essais de nouvelles méthodes de traitement, Dubois).

Bientôt on reconnut que ce nombre était insuffisant; de nouvelles cliniques furent créées ; et, pour ne plus nous occuper que des chirurgicales, nous voyons établir, peu après la clinique de Desault, une seconde clinique à l'hôpital de la Charité : Boyer en fut le chef. Depuis quelques années, le nombre des cliniques chirurgicales a été porté à quatre, et elles sont placées, ainsi que vous le savez, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, à l'hôpital de l'Ecole et à la Pitié. Mais ce n'est pas tout ; des chaires semblables sont instituées à Strasbourg, à Montpellier, dans toutes les écoles préparatoires de médecine en France, dans les hôpitaux militaires d'instruction. Je n'ai pas besoin de vous apprendre qu'en dehors de cet enseignement officiel, des chirurgiens des hôpitaux ont professé et professent encore avec distinction la clinique, et qu'ils ont rendu à la science et aux élèves d'éminens services.

Vous le voyez donc, Messieurs, notre époque est plus riche en instruction pratique que ne l'ont été aucun des siècles précédens. N'est-ce pas la preuve la plus éclatante de l'importance de l'étude de la clinique?

Pour compléter cet historique, il me resterait à vous dire comment l'enseignement clinique a été compris et réalisé par les chirurgiens qui en ont été chargés. Je devrais vous parler de la pratique de Desault, de Pelletan, de Boyer, de Dubois, de Dupuytren, de Sanson ; mais il y a si peu d'années d'écoulées depuis que ces grands maîtres sont descendus dans la tombe, que le souvenir de leur enseignement est dans les esprits. D'ailleurs, si ces hommes ne sont plus, les doctrines subsistent, et les professeurs actuels suivent, à peu de chose près, les mêmes erremens que leurs prédécesseurs.

Plan du cours. — Nous avons dit que l'instruction pratique devait être la plus ancienne, et qu'elle avait dû précéder les cours théoriques et les traités de médecine. On pourrait croire, d'après cela, qu'il existe des livres consacrés à la clinique, des ouvrages dogmatiques ou des traités *ex professo*, auxquels le professeur et les élèves pourront également recourir ; le professeur pour se créer un plan, une méthode d'enseignement; les élèves pour préparer ou revoir la leçon. Eh bien! Messieurs, il n'en est rien, et un traité de clinique est une chose impossible. Ne prenez pas pour tels, en effet, ces livres publiés sous le nom de Clinique de Dupuytren, Clinique de Larrey, et d'autres plus modernes. Si vous les parcourez, vous voyez en effet que c'est une série de monographies sur des points différens de l'art de guérir, dans quelques-uns desquels la rédaction est présentée sous forme de leçon. Mais ces livres peuvent-ils servir d'étalon, d'après lequel se succéderaient les leçons pendant la durée du cours? Evidemment non, et vous allez comprendre pourquoi. Dans les autres branches de l'enseignement médical, il y a possibilité de présenter tout ce qui se rattache à l'une d'elles dans un ordre déterminé à l'avance. Les idées s'enchaînent et se succèdent naturellement; l'élève peut, en lisant dans un traité consacré à la description de cette science, se pénétrer de ce qui fera le sujet de la leçon, ou, lorsque la leçon est terminée, en rechercher les idées et les retrouver dans ce même livre. En est-il de même en clinique? Pas du tout. Le sujet de la leçon est essentiellement variable ; il est subordonné aux malades actuellement dans les salles. Un jour il s'agit d'une hernie, le lendemain d'une fracture : tantôt l'intérêt de la leçon se rattache au diagnostic, tantôt c'est au traitement.

Mais s'il n'est pas possible de suivre dans l'enseignement de la clinique un ordre régulier dans lequel les maladies se succèdent comme dans un traité de chirurgie, ne peut-on, du moins, au milieu de ces élémens si hétérogènes d'instruction, adopter une certaine méthode qui serve à la fois et le professeur et les élèves? Nous croyons la chose possible. Or, pour bien comprendre comment l'instruction pratique doit être dirigée, il faut se rappeler que cette instruction se puise : 1° au lit du malade et pendant la visite ; 2° à l'amphithéâtre ; 3° et quelquefois à la salle des morts. Voyons ce que vous avez à apprendre dans chacun de ces lieux.

1° Au lit du malade. C'est là qu'on recherche la cause de la maladie, les symptômes qu'elle offre, qu'on fait un certain nombre d'opérations, presque tous les pansemens, qu'on formule les prescriptions. L'instruction qui en résulte pour vous est immense; c'est, sans contredit, la plus importante de l'enseignement clinique.

Relativement à la recherche de la cause, c'est là que vous apprenez à interroger un malade, opération en apparence simple et cependant le plus souvent hérissée des plus grandes difficultés; l'ignorance des malades, leur mauvaise foi, leur intelligence bornée, leurs préjugés, les opinions qu'ils se forment sur leur affection, sont les causes de ces difficultés. Vous verrez souvent un malade répondant à deux personnes différentes et successivement, fournir des renseignemens diamétralement opposés. Donnez-donc toute votre attention à la manière dont le malade est interrogé. Si l'interrogatoire est bien fait, il vous profitera par l'exemple ; s'il est défectueux en quelques points, il vous profitera encore en vous mettant en garde contre les mêmes fautes.

Voulez-vous un exemple de l'importance que présente l'interrogatoire d'un malade : le n° 18 de la salle va vous le fournir. Cette femme m'est adressée pour que je lui pratique l'opération de la fissure à l'anus. Avant d'agir, je lui demande si elle a déjà subi des traitemens, et j'apprends qu'on a essayé inutilement la cautérisation avec le nitrate d'argent, les lavemens de ratanhia, etc. Si je m'étais borné à ces réponses, j'aurais dû pratiquer l'opération. Mais en forçant cette femme à entrer dans des détails au sujet des lavemens de ratanhia, nous avons appris qu'on s'était servi de la décoction de racine de ratanhia et non de l'extrait ; dès lors, nous avons dû tenter de nouveau la guérison à l'aide de cette substance. Nous avons suivi la formule indiquée par M. Trousseau, et le succès a dépassé notre attente.

C'est à la visite que vous apprenez à connaître les symptômes des maladies : ici encore la mission du praticien est difficile à remplir. Quelques symptômes consistent en sensations perçues par les malades. Il faut beaucoup de sagacité pour se faire rendre compte de ce qu'ils éprouvent et obtenir des réponses exactes.

D'autres symptômes consistent en lésions appréciables par les sens de l'observateur. C'est là un des élémens les plus positifs de votre instruction. Aussi le professeur doit-il éveiller l'attention des élèves pour leur faire remarquer ces symptômes, leur apprendre à les rechercher, à les constater, à ne pas s'en laisser imposer par des phénomènes plus ou moins analogues.

C'est à la visite que vous apprenez à faire les pansemens : c'est encore là, Messieurs, une section des plus importante de l'instruction clinique. Ne croyez pas qu'il suffise d'avoir vu faire une fois le pansement d'un malade ; d'un jour à l'autre une nouvelle indication se présente et une thérapeutique locale toute différente de celle de la veille peut être devenue nécessaire.

Pour vous donner une idée de l'importance des pansemens, il suffira de vous dire que l'opération la mieux indiquée, la mieux faite, que la plaie la plus simple, peuvent être contrariées, retardées dans leur guérison ou suivies de complications plus ou moins graves, parce que les pansemens auront été mal choisis ou mal faits. Cette partie du traitement doit donc être l'objet d'une surveillance minutieuse, d'une sollicitude continuelle de la part du chirurgien ; elle doit exciter toute votre attention.

Une femme est atteinte d'un abcès de la mamelle pendant l'allaitement : l'ouverture de l'abcès, rétrécie, ne laisse qu'imparfaitement écouler le pus ; pour faciliter la sortie du liquide une sonde creuse est mise dans le foyer de l'abcès, et la compression établie sur le sein. Cependant cette pratique rationnelle, et qui réussit presque toujours, demeure cette fois inefficace ; je retire la sonde et je reconnais à l'aide d'une exploration attentive que le foyer de l'abcès avait en étendue plus du triple de la longueur de la sonde. Le pansement était donc mal fait et la guérison impossible.

C'est à la visite que vous apprenez à soigner les fractures. Pour peu que vous ayez appliqué votre esprit à l'étude de ce genre de maladies, vous avez dû éprouver une peine extrême pour comprendre dans les livres, et malgré les dessins et figures, la description de bon nombre d'appareils et de machines imaginés pour le traitement des solutions de continuité des os. Hé bien ! ce qui offrait tant de difficultés devient la chose la plus simple dès que vous pouvez voir, toucher l'appareil, dès que son application se fait sous vos yeux.

En outre, c'est encore au lit du malade que vous pouvez le mieux comprendre pourquoi la fracture d'un même os exige selon les cas un traitement différent. Je pourrais, dès à présent vous montrer dans nos salles ici une fracture du péroné traitée simplement par le repos au lit et les résolutifs, là une autre fracture du même os soumise à l'action de l'appareil de Dupuytren ; une troisième, après avoir exigé la section préalable du tendon d'Achille et des péroniers latéraux, vous offre le membre déposé dans une gouttière garnie de telle sorte que la luxation du pied en arrière et en dehors, qui tendait toujours à s'effectuer, est définitivement prévenue. Je pourrais vous faire voir trois exemples de fracture transversale de la rotule actuellement dans nos salles, dont une n'a exigé l'emploi d'aucun appareil et dont deux ont dû être traitées par le bandage unissant des plaies en travers.

C'est encore à la visite que vous apprenez à faire un certain nombre d'opérations. C'est là que vous verrez comment il faut ouvrir les abcès ; les précautions à prendre selon la région qu'ils occupent, la profondeur à laquelle ils sont situés. Le cathétérisme, l'introduction des bougies dans l'urètre et une foule d'autres manœuvres de médecine opératoire ne peuvent être bien apprises qu'au lit des malades. Enfin, c'est pendant la visite que se font les prescriptions médicamenteuses. Quoique cela ait moins d'importance qu'à une visite faite par un professeur de clinique interne, ne croyez pas cependant que le chirurgien doive négliger cette partie du traitement. Régler le régime, surveiller les évacuations alvines sont choses essentielles dans beaucoup de maladies chirurgicales. Une plaie prend tout à coup un mauvais aspect, une diarrhée opiniâtre se déclare chez un individu convalescent d'un érysipèle phlegmoneux, pour amener ces fâcheux résultats il a suffi d'un écart dans le régime, d'un usage intempestif de boissons spiritueuses.

2° Amphithéâtre. Lorsque la visite est terminée, la tâche du professeur de clinique n'est point encore remplie, et il reste aux élèves de nouvelles notions à acquérir à l'amphithéâtre. C'est à l'amphithéâtre que le chirurgien, rappelant ce qui a été constaté concernant les causes de la maladie et les symptômes offerts par le malade, s'appuie sur ces documens pour en déduire le diagnostic, soit qu'il procède par voie d'exclusion, soit qu'il conclue directement des signes à la lésion pathologique. C'est là que le pronostic doit être porté, en le basant sur toutes les conditions, tant générales que locales, que présente le malade. C'est là que se discutent les indications thérapeutiques, que l'on donne le motif de la préférence accordée à une médication sur telle autre méthode thérapeutique. Mais ce n'est pas tout; outre les considérations qui doivent être présentées à l'occasion des malades nouvellement admis, il en est d'autres qui s'appliquent à ceux déjà en traitement. Il faut rappeler les phénomènes survenus depuis le dernier discours qui se rattachait à leur maladie, indiquer l'effet du traitement, la part qu'a la nature, celle de l'art dans la guérison ; si le traitement est changé, il faut en donner la raison, etc.

Voilà donc déjà deux sujets qui peuvent et doivent fournir un large texte aux leçons du professeur.

3° Lorsqu'une opération doit être pratiquée, le chirurgien discute auparavant, et avec le plus grand soin, les motifs qui le déterminent à agir ; il passe en revue les diverses méthodes opératoires applicables au mal, et légitime le choix qu'il fait de l'une d'entre elles. Vous auriez tort de croire qu'une opération doit servir de texte à une leçon complète de médecine opératoire. A quoi bon rappeler des méthodes qui n'appartiennent plus qu'à l'histoire de l'art ? à quoi bon en exposer d'autres encore en usage, mais qui ne conviennent en aucune manière au cas particulier dont il s'agit? Des remarques de ce genre me semblent déplacées dans un cours de clinique, et elles doivent être laissées au professeur de médecine opératoire. C'est à l'amphithéâtre que vous apprendrez la pratique des opérations ; là vous verrez quels soins le chirurgien doit donner à la position du malade, à celle des aides ; comment il fixe à chacun de ceux-ci le rôle qu'il devra remplir ; là vous vous habituez à connaître ces petits incidens, cette foule de détails qu'on ne peut reproduire dans un traité de chirurgie, et dont l'absence ou la mauvaise exécution peuvent faire échouer le succès de l'opération la mieux combinée.

Sortant des attributions de l'enseignement qui lui est confié, le professeur se livre parfois à un véritable enseignement dogmatique à l'occasion de quelques malades atteints d'affections ayant du rapport avec le sujet qu'il désire traiter. C'est ainsi que nous avons entendu Dupuytren faire, dans une de ses leçons, l'histoire complète des brûlures ; que tel autre professeur de clinique a décrit les maladies des articulations, etc. C'est là, je le répète, sortir du domaine de la clinique pour se jeter sur le terrain de la pathologie externe ; c'est usurper les fonctions du professeur théorique de pathologie externe chargé de cet enseignement à la Faculté. Est-ce à dire que ces leçons soient sans fruit pour les auditeurs ? qu'elles doivent être proscrites d'un amphithéâtre de clinique? Nous ne le pensons pas. Néanmoins nous croyons qu'il faut être très sobre de ce genre de leçons, et qu'on ne doit s'y livrer que dans les circonstances suivantes :

1° Lorsqu'il se présente dans les salles un exemple d'une maladie fort rare ou peu connue, tels que l'exostose de la première phalange du gros orteil, les corps fibreux de la mâchoire inférieure, les bosses purulentes de la cloison des fosses nasales, les rétractions musculaires, la morve, etc. ;

2° Lorsque le hasard réunit dans les salles un grand nombre d'individus atteints d'une même maladie, mais à des degrés ou avec des formes variés ;

3° Lorsque le professeur, ayant cultivé un sujet plus particulièrement, en a rendu la connaissance plus parfaite et a imprimé à la science un véritable progrès.

A part ces cas, je crois que c'est se méprendre sur le véritable but de l'instruction clinique que de faire à l'occasion de chaque malade une leçon complète de pathologie externe, dans laquelle le malade n'est plus que l'accessoire, et où le professeur fournit les frais d'un chapitre qui peut être d'ailleurs fort bon, mais qui figurerait mieux à l'école ou dans un traité de chirurgie, que dans un amphithéâtre de clinique.

Je viens de vous tracer le tableau des connaissances que vous pouvez acquérir soit pendant la visite, soit à l'amphithéâtre. Jusqu'ici nous avons supposé que le professeur suit dans sa pratique les règles généralement admises, et qu'il n'apprend aux élèves que ce qui est déjà dans la science. Mais la mission du professeur de clinique doit-elle s'arrêter là ? N'est-ce pas à lui, au contraire, qu'il appartient d'expérimenter des méthodes nouvelles? ne doit-il pas appliquer son esprit soit à découvrir des opérations encore inusitées, soit à en perfectionner d'autres déjà connues? Cette question est importante, et je vais ici faire connaître toute ma pensée. En ce qui touche l'invention ou le perfectionnement des méthodes opératoires, cela relève du génie et ne peut être exigé de personne. Heureux celui qui marque son passage dans la carrière par de brillantes découvertes ; mais cet homme qui se distingue par ses inventions est-il plus apte qu'un autre à remplir les devoirs d'un professeur de clinique ? Instruira-t-il mieux dans l'art du diagnostic, portera-il un pronostic plus exact, saura-t-il mieux apprécier, mieux remplir toutes les indications ? C'est ce qui nous paraît douteux. Quoique Boyer n'ait pas le mérite d'avoir beaucoup inventé en chirurgie, n'était-ce pas un excellent professeur de clinique ? Sans doute, le chirurgien qui, comme Dupuytren, possède à la fois et le feu du génie et ces qualités solides qui constituent le bon observateur, le bon praticien ; celui-là, dis-je, jettera sur son enseignement un lustre éclatant en même temps qu'il le rendra aussi profitable que possible aux élèves. Mais les hommes de cette trempe sont rares ; et combien de gens ont fait des découvertes en chirurgie qui eussent été de très mauvais professeurs de clinique !

La seconde question est plus délicate à résoudre. Faut-il enseigner seulement ce qui a cours dans la science, ce qui est établi comme règle par tous les chirurgiens, et attendre, lorsqu'une opération nouvelle est proclamée, qu'elle ait reçu la sanction d'une longue et sévère expérience avant de la répéter et de l'enseigner aux élèves ? Faut-il au contraire, dès qu'une médication paraît, se hâter d'en faire l'application aux malades afin d'établir sa valeur aux yeux de tous? N'entre-t-il pas dans les attributions du professeur de clinique d'exercer un droit de contrôle sur tout ce qui paraît de nouveau dans la pratique ?

Je ne pense pas qu'il faille accepter ici d'une manière absolue et invariable l'une ou l'autre manière d'agir. Ainsi, toutes les fois qu'une opération ne semblera pas absurde, il conviendra de la mettre en usage : si elle est bonne, les élèves posséderont une ressource de plus pour combattre le mal ; si elle est mauvaise, ils auront appris à la juger, et ils ne seront pas tentés de l'employer lorsqu'ils se livreront à la pratique de la médecine. Mais si le moyen proposé met en danger de mort, s'il expose à des chances plus graves que n'est la maladie elle-même, il faudra toujours s'en abstenir.

Lorsqu'un malade a succombé, vous trouvez encore à l'amphithéâtre une instruction pratique fort utile. Les pièces pathologiques recueillies sur le cadavre servent à compléter le diagnostic ; elles aident à expliquer l'apparition de certains phénomènes, elles rendent compte des causes de la mort. C'est pour vous un cours pratique d'anatomie pathologique.

Nous venons de passer en revue les élémens divers de l'instruction clinique ; il nous reste maintenant à indiquer les conditions les plus favorables à ce genre d'enseignement. Ces considérations concernent le local, les malades, les élèves, le professeur.

1° Local. Malgré les améliorations nombreuses effectuées depuis quelques années dans les hôpitaux, nous ne pouvons nous empêcher de dire que le nombre des *desiderata* est encore considérable. Les salles devant être parcourues par beaucoup d'élèves, il les faudrait très spacieuses, avec de grands intervalles entre les lits afin de pouvoir circuler librement autour des malades : ces salles doivent être bien éclairées, bien chauffées ; loin du bruit, non-seulement dans l'intérêt des malades, mais afin que l'attention du professeur et des élèves ne soit pas troublée, que les recherches d'auscultation, de percussion auxquelles on se livre ne soient pas gênées, etc. Il serait important que ces salles fussent de plein pied ; que l'on pût parcourir tout le service, se rendre à l'amphithéâtre, sans être

obligé de traverser des cours et endroits non abrités.

Il faudrait dans ces salles des gens de service en nombre suffisant, bien dévoués, intelligens, et au courant du service.

Sous ces divers rapports, nous ne pouvons nous dissimuler que les services de clinique, et en particulier celui de la Pitié, sont encore loin de la perfection.

2° Malades. Pour que l'instruction clinique soit fructueuse, il faut que l'étude s'exerce sur un certain nombre de malades; s'il n'y en a que peu, cette instruction est insuffisante; s'il y en a beaucoup, il n'est plus possible que le professeur les suive tous avec une attention convenable. Cependant, il faut reconnaître qu'en chirurgie on peut voir un bien plus grand nombre de malades qu'en médecine. Il y a beaucoup d'affections chirurgicales qui n'exigent pas une surveillance journalière. Un malade a une fracture simple de jambe. Les quatre ou cinq premiers jours sont écoulés, on a mis l'appareil ordinaire ou un appareil inamovible. Eh bien, la fracture sera conduite à parfaite guérison en deux mois, et dans tout ce temps il n'aura pas été nécessaire de visiter le malade plus de deux à trois fois. Un autre a une carie de la colonne vertébrale, une affection scrofuleuse des os des membres : l'affection peut se prolonger plusieurs mois, des années même, et l'attention du chirurgien, soit pour constater des phénomènes nouveaux, soit pour modifier le traitement, ne sera appelée sur ce malade que huit à dix fois. Une solution de continuité, soit traumatique, soit produite par l'art, est en voie de guérison : il s'écoulera encore quelques semaines avant que la cicatrice soit définitivement formée; il suffit de jeter un coup-d'œil sur la plaie tous les quatre ou cinq jours. Je pourrais multiplier les exemples J'en conclus à l'avantage d'avoir beaucoup de lits. Nous sommes aujourd'hui moins heureusement partagés qu'on ne l'était autrefois. Un seul chirurgien dirigeait l'Hôtel-Dieu, un seul la Charité; et, indépendamment des qualités personnelles de ces chirurgiens, il y avait dans ce nombreux service un élément de succès qui manque à tous les professeurs de clinique actuelle.

Il faut pouvoir choisir ses malades. Je disais il faudrait pouvoir les choisir; malheureusement il n'en est point ainsi. On doit les accepter tels quels; il en résulte que bon nombre sont renvoyés dès le lendemain de leur admission; d'autres, dont l'état grave s'oppose au renvoi, occupent inutilement un lit, attendu qu'il y a des exemples d'une même maladie, ou que déjà depuis de temps les mêmes sujets se sont présentés, etc.

Hé bien, ici encore nous sommes dans des conditions moins heureuses que nos devanciers. Et pourquoi? C'est qu'on ne connaissait que l'Hôtel-Dieu et la Charité : de Paris comme de la province, tous les malades allaient là. Aujourd'hui presque tous les hôpitaux de Paris ont des services de chirurgie très intéressans dirigés par d'habiles praticiens, et qui admettent beaucoup de malades, soit des environs, soit de la province. De plus, ici en particulier, la clinique est moins bien partagée que l'autre service chirurgical. Mon collègue, M. Lisfranc, autrefois unique chirurgien, et maintenant le plus ancien, a conservé, et cela est naturel et juste, le plus de lits, les plus belles salles.

3° Elèves. Ici plusieurs remarques importantes doivent être faites.

1° A quelle époque de leurs études convient-il qus les élèves suivent les cliniques? Cette question ne se trouve pas résolue de la même façon par tous les auteurs. La plupart admettent que l'on ne doit fréquenter les cliniques que quand on possède des notions théoriques étendues des maladies. M. Chomel est un de ceux qui soutiennent une opinion contraire; il voudrait qu'un élève ne lût la description des maladies qu'après les avoir étudiées au lit des malades. Je ne jugerai pas cette question pour la médecine, quoique j'incline vers l'opinion de M. Chomel.

Pour la chirurgie, il n'en est pas de même : il y a une foule de maladies dont on peut parfaitement comprendre la description, le traitement, pourvu qu'on sache l'anatomie et la physiologie. Voyez les fractures, les luxations, les anévrismes, etc. Cependant je pense qu'il est encore mieux de se livrer simultanément à l'étude de la pratique et à celle de la théorie; de voir avec soin un malade à l'hôpital, et de lire ensuite l'histoire de son affection dans un traité de chirurgie.

2° Tout en ayant confiance en la parole du maître, cependant ayez encore plus confiance dans le témoignage de vos sens : que si en montrant une tumeur je la déclare mobile et si vous la trouvez adhérente à un os, si je dis qu'elle est fluctuante et si elle vous paraît solide ou pleine, ne faites point le sacrifice du jugement que vos sens vous font porter; mais tenez-vous en garde, redoublez d'attention dans l'examen de la maladie, et si de nouvelles explorations vous conduisent au même résultat que les premières, jugez d'après vous-mêmes et non d'après la parole du maître, car nul n'est infaillible.

3° Ne suivez pas indistinctement tous les malades d'un service, il vaut mieux moins voir et bien voir; n'en suivez donc qu'un petit nombre, mais ceux-là suivez-les bien; examinez-les chaque jour, soit avec le professeur, soit en son absence. Recueillez des notes à leur occasion; ces notes, transformées ensuite en observations, ont le triple avantage de vous faire mieux observer et retenir, de vous mettre à même de retrouver plus tard les détails d'un fait, et enfin de servir la science lorsque les sujets méritent d'être imprimés.

4° Exercez-vous à vous former une opinion avant de connaître celle du professeur. Pour cela allez dans les salles avant la la visite, examinez les entrans; interrogez-les, etce.

5° Ne vous attachez pas exclusivement aux cas rares ou aux cas les plus graves. Apprenez surtout à bien connaître ce que vous aurez le plus souvent occasion de traiter.

6° Ai-je besoin de dire que dans ces relations avec le malade, vous apporterez la douceur que l'humanité commande; ai-je besoin de vous exhorter à conserver les uns envers les autres cette urbanité de formes polies qui décèlent l'homme bien élevé; ai-je surtout à vous recommander de vous abstenir à l'amphithéâtre, et pendant qu'un malade est soumis aux tortures d'une opération ou d'un examen pénible, de ces manifestations inconvenantes, soit parce que vous ne découvrez pas aussi bien que vous le désireriez la marche de l'opération, soit parce qu'un événement, ailleurs comique, se présente. Les récriminations, les rires sont également déplacés. Sachez qu'un de vos semblables est là qui souffre; il a droit à votre commisération, à votre respect; vous n'avez pas de meilleur moyen de le témoigner qu'en observant le plus religieux silence.

7° Du côté du professeur, il y a des qualités qui sont innées, d'autres qui sont acquises. Les premières consistent en un jugement droit, la présence d'esprit, le sang-froid, le goût de la profession et enfin le génie chirurgical : si le professeur les possède, tant mieux pour lui; si une ou plusieurs lui manquent, c'est à coup sûr un malheur, mais on ne peut le blâmer, puisqu'il n'a pas dépendu de lui d'en être ou non doué. Les secondes, soumises à l'empire de la volonté, peuvent être exigées et consistent dans l'exactitude à remplir ses fonctions : ainsi, visites régulières faites, ainsi que les leçons, à une heure déterminée et toujours la même; affabilité, bienveillance; connaissance aussi parfaite que possible de l'état de la science, expérience consommée, ce qui ne suppose pas un âge très avancé, car on peut acquérir l'expérience en voyant peu et bien, plus tôt qu'en voyant beaucoup et mal, etc.

Je sens, Messieurs, combien je suis loin de satisfaire à ces conditions : que du moins mon zèle et mon dévouement vous dédommagent des qualités qui me manquent.

Académie de médecine. — *Addition à la séance du 8 novembre. — Suite du discours de M. J. Guérin.*

Avant d'aborder les remarques de chacun de nos collègues, je suis obligé de répondre à un point sur lequel ils sont tous trois d'accord, sur l'utilité qu'il y aurait à soumettre les faits que j'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie à l'examen d'une commission. Nos trois collègues ont exprimé ce désir avec des intentions si pures et si généreuses, ils l'ont fait dans un but si utile pour la science et le savant, que j'ai mille regrets de ne pouvoir acquiescer à leur proposition.

Et d'abord, Messieurs, il est évident que, quand MM. Velpeau, Gerdy et Bouvier ont demandé une commission, ils ont supposé, en se rendant la justice qu'ils méritent, et que je me plais à leur rendre, que personne mieux qu'eux ne remplirait cette mission. Or, les malades sont opérés, ils sont guéris; nos honorables collègues n'auraient donc plus à constater la difformité, à assister à l'opération; ils ne pourraient plus vous donner que leur opinion sur les résultats. Or, cette opinion, vous la savez maintenant, ou vous la saurez : celle de M. Velpeau est qu'il n'en a pas absolument, car, il vous l'a dit, il ne sait trop que penser, il se tient dans un juste-milieu. M Bouvier a déclaré d'avance les faits impossibles : il n'a pas eu encore occasion de vous dire ce qu'il en pense. On peut bien croire, sans trop présumer, que, pour être conséquent, il aura trouvé quelques bonnes raisons pour se prouver à lui-même qu'ils n'existent pas. Quant à M. Gerdy, si l'Académie n'était pas suffisamment édifiée sur les hautes lumières, la gravité et l'impartialité qu'il a apportées dans l'examen de ces faits, elle saurait un peu mieux à quoi s'en tenir, après la courte discussion qui va suivre.

Des deux malades que j'ai présentées, M. Gerdy n'en a examiné qu'une : pourquoi? Je ne sais. Mais on pourrait croire que le temps qu'il a employé à constater l'absence de 24 mouvemens chez l'une aurait pu lui permettre de constater la présence de ceux qui ne manquent pas chez l'autre; n'importe; voyons comment M. Gerdy a examiné celle qu'il a examinée.

A propos de cette première malade, M. Gerdy a cru démontrer qu'en liant les tendons entre eux on imitait les adhérences qui résultent de la section des tendons faite d'après les procédés de M. Bouvier. De ce que ces adhérences factices n'ont pas empêché les mouvemens de la main et des doigts, il a conclu que celles qui sont produites par la ténotomie ne peuvent être la cause de l'abolition des mouvemens que lorsqu'elles s'étendent jusqu'aux os. Je pourrais me contenter pour toute réponse d'opposer sur ce point M. Bouvier à M. Gerdy; car, expériences pour expériences, je préfère encore celles de M. Bouvier. M. Bouvier a très bien démontré que, par sa méthode, on obtient à coup sûr des adhérences, et des adhérences telles, que le mouvement est entravé, sinon impossible. La différence entre M. Gerdy et M. Bouvier sur ce point, c'est que la méthode du premier ne vaut pas celle du second pour produire des adhérences. En effet, Messieurs, ces dernières ne consistent pas dans la jonction pure et simple des tendons entre eux, comme les pratique M. Gerdy, en les liant; il y a mieux que cela dans les adhérences de M. Bouvier : il y a en outre un épanchement dans leur atmosphère celluleuse, qui fait un tout plus ou moins continu jusqu'à l'os et s'oppose au mouvement. La cicatrice, dans ces cas, est grosse, dure, s'étendant plus ou moins; on peut voir des exemples de cette disposition sur des sujets auxquels on a coupé le tendon d'Achille d'après les méthodes vicieuses, c'est-à-dire en divisant tout. Alors, il y a adhérence, et les mouvemens d'extension du pied sur la jambe sont très bornés.

Ce qui précède suffirait déjà pour établir, contre l'opinion de M. Gerdy, qu'on peut très bien sur le vivant, et sans attendre la mort des sujets, reconnaître qu'il y a ou non adhérence, réunion ou non des tendons divisés. On le peut : 1° par la connaissance de la cause du résultat, quand on opère d'après la méthode de M. Bouvier, c'est-à-dire quand on divise tout; 2° par les caractères du résultat : tumeur dure, noueuse, s'étendant beaucoup au-delà du diamètre du tendon; enfin, par le résultat lui-même, c'est-à-dire par l'abolition plus ou moins complète du mouvement. Tout cela, M. Gerdy l'avait déclaré impossible : impossible pour qui n'avait pas vu. J'espère que ce que je viens de dire réformera son opinion sur ce point.

M. Gerdy a encore regardé comme impossible de s'assurer, comme j'ai dit l'avoir fait, que les tendons du fléchisseur superficiel avaient été seuls divisés sur trois doigts, et que sur le quatrième les deux tendons superficiel et profond l'avaient été inopinément. Il est aisé de montrer que cette impossibilité n'existe que pour M. Gerdy. Ou bien les deux muscles fléchisseurs sont simultanément rétractés; dans ce cas, on divise d'abord le profond au devant de la seconde phalange; ensuite, le superficiel, seul tendu, est divisé avec la plus grande facilité à la paume de la main. Ou bien le superficiel est seul rétracté; il est seul tendu et peut être seul divisé dans la paume de la main. On peut, dans l'un ou l'autre cas, s'assurer que les deux tendons ont été isolément divisés par l'expérimentation de leurs mouvemens isolés : dans un cas, en constatant l'absence du mouvement dans la troisième phalange; dans l'autre, en constatant sa persistance après la section des cordes tendues à la paume de la main.

Enfin, la dernière remarque de M. Gerdy sur ma première malade, celle qu'il a présentée avec une certaine assurance, est relative aux 24 mouvemens abolis. J'avais annoncé que j'avais obtenu un succès complet pour tous les doigts, à l'exception de l'indicateur, dont les mouvemens de la première phalange avaient seuls été conservés. Certes, si la remarque de M. Gerdy, si opposée à mon assertion, était fondée, elle aurait été très propre à montrer l'utilité d'une commission. Mais il n'y a qu'une difficulté : c'est que M. Gerdy, préoccupé sans doute par les 50 mouvemens qu'il a découverts, et les 24 qu'il n'a pas constatés chez mon opérée, n'a pas vu dans la main de cette dernière une chose bien plus facile à constater, à savoir, que chez cette enfant tous les muscles des éminences thénar et hypothénar étaient complètement paralysés et atrophiés, qu'il n'en existait presque plus de traces. Or, ces muscles sont précisément ceux qui président aux mouvemens dont M. Gerdy a constaté l'absence. Mais, Messieurs, l'inadvertance de M. Gerdy vous paraîtra plus incroyable encore quand vous remarquerez que cette circonstance de la paralysie et de l'atrophie des muscles du pouce était notée tout au long dans l'observation qu'il vous a lue et si spirituellement commentée. Or, malgré les choses prodigieuses que M. Gerdy a mises sur le compte de la ténotomie, celle-ci n'a pas encore eu jusqu'ici la prétention de reformer les muscles qui manquent, ni de rendre le mouvement à ceux qui sont complètement paralysés. J'ai dit, et j'ai pu dire, que ce succès avait été rigoureusement complet pour trois doigts et pour le pouce, à l'endroit des fléchisseurs superficiel et profond, c'est-à-dire qu'il y a eu redressement des doigts et conservation du mouvement des phalanges.

Je pourrais en rester là, Messieurs, et je pense que l'Académie serait suffisamment édifiée sur la plupart des points de la discussion; mais li en est un qu'il m'importe de relever à part, non pas seulement dans l'intérêt de la science et de l'art, mais dans l'intérêt d'un homme absent dont on a travesti les paroles et calomnié les sentimens, en le faisant servir de prétexte à d'odieuses imputations. Je n'exagère rien. Vous avez entendu M. Bouvier, dans l'avant-dernière séance, vous dire qu'à la place d'un bras d'homme j'avais mis un bras de cadavre. Vous avez entendu M. Gerdy, d'une voix presque attendrie, s'apitoyer sur cette malheureuse affaire, me conjurant de ne plus me rendre coupable d'une pareille faute. Eh bien, Messieurs, voici, d'après la relation même de M. Doubowitski, relation pleine de bienveillance, la vérité sur toutes ces exagérations.

Lorsque M. Doubowitski me fit l'honneur de se confier à mes soins, il était affecté d'une difformité multiple de l'avant-bras et de la main, comprenant : 1° une flexion permanente de l'avant-bras sur le bras; 2° une flexion permanente du poignet; 3° une forte rotation de la main et de l'avant-bras dans le sens de la pronation, avec impossibilité complète de supination; 4° une flexion permanente des doigts; le tout constituant une difformité extrêmement prononcée. Cette difformité, dont vous pouvez avoir une idée par le plâtre que je mets sous vos yeux, avait entraîné la perte de l'usage de la main. Ce n'est pas moi qui l'affirme, c'est M. Doubowitski lui-même qui l'a écrit dans sa relation. « Je n'en étais pas moins privé, dit-il, de l'usage de ma main qui présentait d'ailleurs une difformité très apparente. (Ann. de la Chirur., t. I, p. 140.) » Eh bien! Qu'a produit le traitement? D'abord, sous le rapport de la difformité, un changement total que vous pouvez apprécier par le second plâtre, que voici, moulé après le traitement; c'est-à-dire disparition presque complète de la difformité, et conservation, avec amélioration marquée, des mouvemens d'extension et de flexion du coude, de pronation, de supination et d'extension de la main. (Ce sont encore les propres paroles de M. Doubowitski, Ann. de la Chirurg., t. I, p. 157.) Restent donc les doigts et le pouce dont la difformité a également disparu, mais dont les mouvemens sont entièrement perdus dans les premières et rudimentaires seulement dans l'articulation métacarpo-phalangienne des deux derniers.

En s'en tenant aux résultats tels qu'ils existent, qui pourrait y voir l'affaire malheureuse dont a parlé M. Gerdy, et le bras de cadavre de M. Bouvier? Je me suis déjà expliqué sur la cause à laquelle j'attribue la perte du mouvement des doigts : j'ai dit et je répète que cet accident, très regrettable sans doute, a été le produit de la rupture des cicatrices tendineuses sous l'influence de manœuvres intempestives.

On a opposé à cette explication l'opinion différente de M. Doubowitski; je persiste dans la mienne, en rappelant que, quelques jours après l'opération, j'ai constaté et fait constater par plusieurs assistans, notamment par notre honorable collègue, M. Amussat, que le mouvemens étaient rétablis. J'ajouterai qu'à plusieurs reprises j'ai fait constater le même fait sur d'autres opérés, trois jours après la section des tendons, non seulement aux doigts, mais à l'œil. J'ai marqué un procédé pour rétablir le mouvement des yeux aboli à la suite d'opérations vicieuses du strabisme. Ce procédé consiste à rechercher les bouts du muscle divisé, à les renouer en les plaçant dans des conditions favorables à leur cicatrisation. Eh bien! au bout de trois jours, j'ai constaté plusieurs fois, et j'ai fait constater par les personnes qui suivent mes conférences, le rétablissement des mouvemens. Enfin j'ajouterai que l'accident auquel j'attribue la perte du mouvement des doigts chez M. Doubowitski, la rupture de la cicatrice tendineuse, s'est précisément renouvelé chez un jeune homme auquel j'avais de même pratiqué la section des fléchisseurs. Le mouvement, rétabli après l'opération, a été subitement aboli dans un doigt; heureusement que le malade s'est aperçu immédiatement de l'accident. J'ai fait maintenir le doigt dans la flexion, et j'ai été assez heureux pour obtenir une seconde fois la réunion avec rétablissement du mouvement.

Mais un dernier résultat dont on s'est abstenu de parler, et dont la science a été mise en possession par le fait même de l'opération pratiquée chez M. Doubowitski, c'est la preuve expérimentale qu'on peut, moyennant l'observation des principes de la méthode sous-cutanée, pratiquer le même jour, sur la même personne, sur le même membre, vingt sections des tendons ou des muscles sans donner lieu au moindre symptôme de réaction inflammatoire. Or, Messieurs, jusqu'alors personne n'avait obtenu et personne n'aurait pensé obtenir ce résultat.

Telles sont, Messieurs, les remarques que j'avais à présenter en réponse aux argumentations de MM. Bouvier, Velpeau et Gerdy.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du mode d'emploi de la vapeur d'iode dans le traitement de la phthisie pulmonaire tuberculeuse.

La fréquence des cas où la phthisie pulmonaire tuberculense reconnaît pour point de départ l'existence de la diathèse strumeuse, dont elle possède et les principes et les caractères; d'un autre côté, les effets bien connus et non contestés de l'iode sur les sujets scrofuleux, devaient nécessairement engager les praticiens à tenter l'application de ce médicament dans l'affection dont il s'agit.

MM. les docteurs Berton d'abord, puis Cottereau, l'ont en effet employé il y a une quinzaine d'années dans ce but, sous la forme de vapeurs, et ils ont annoncé en avoir obtenu de bons résultats. Cependant personne ne paraissait avoir cherché à les imiter, lorsque, depuis quelques années seulement, l'attention des médecins a été appelée de nouveau sur ce sujet par des essais tentés en Angleterre et en Belgique, essais qui sont venus confirmer ceux des deux médecins français et prouver que l'iode est susceptible de procurer de grandes améliorations dans des cas modérés d'altérations tuberculeuses. Depuis que des tentatives nouvelles ont été faites pour mettre en usage cet agent puissant par voie d'inhalation bronchique, un bon nombre de guérisons bien solides ont été obtenues déjà en Angleterre surtout.

Sir Ch. Scudamore a modifié favorablement l'appareil dont s'étaient servi MM. Berton et Cottereau pour porter les vapeurs iodées dans les canaux des bronches; néanmoins, cet appareil offrait encore le grave inconvénient de développer une trop grande quantité de vapeur à la fois, et par conséquent de l'introduire trop brusquement et en trop forte dose dans les voies respiratoires.

Il fallait donc remédier à ce défaut, ou renoncer en partie à ce mode

d'administration ; c'est dans ce but que le docteur Dixon a fort habilement imaginé un moyen aussi simple que peu coûteux de mettre en contact des doses appréciables d'iode avec les organes pulmonaires atteints d'altérations tuberculeuses. Nous ne croyons pas inutile de le décrire ici, attendu qu'il constitue une des conditions vraiment indispensables pour obtenir quelque avantage de la médication en question.

L'appareil conseillé par M. Dixon se compose d'un flacon contenant de la teinture d'iode, au-dessous duquel se trouve un vase de porcelaine ou de métal contenant de l'eau élevée à l'ébullition par une lampe à esprit-de-vin placée immédiatement au-dessous. Un support en fer, à trois tablettes, sert à maintenir les objets précédens dans leur position respective.

On place un bouchon, ou un morceau de peau piquée, au goulot de la bouteille, que l'on fait traverser par une mèche de coton qui laisse égoutter la teinture d'iode à la dose de 5 gouttes à peu près par minute. D'ailleurs, cette dose peut facilement être augmentée ou diminuée à volonté suivant le diamètre plus ou moins grand de l'ouverture qui livre passage au liquide.

La teinture qui s'échappe pour tomber sur le vase dont l'eau est en ébullition, se volatilise avec la vapeur de l'eau, même à une faible température. L'appartement devant être peu spacieux se trouve bientôt imprégné de vapeurs d'iode ; lorsqu'on suppose que l'atmosphère en est suffisamment chargée, le malade peut mettre en contact direct avec la surface pulmonaire 5 centigrammes d'iode à peu près dans l'espace d'une heure, avantage bien constaté, qui fournit la facilité d'appliquer sur l'organe un remède jouissant à plus d'un titre d'une juste renommée dans cette funeste affection. De plus, on peut y recourir lorsque tous les autres remèdes sont infructueux, et surtout lorsqu'il existe un dérangement des organes digestifs.

Cet appareil, selon l'auteur, offre deux avantages éminens : le premier, celui de permettre une appréciation presque certaine de la quantité de vapeur inspirée par le malade ; le second de n'occasionner aucune fatigue au malade pendant la durée de cette inhalation qui s'opère sans effort et sans la moindre gêne.

Le succès de la médication ne peut, du reste, être bien évident que dans les cas où la désorganisation pulmonaire n'a pas encore atteint le degré que tout praticien reconnaît être au-dessus des ressources de l'art. M. le docteur Wilson, il est vrai, a cité la guérison presque miraculeuse d'un boulanger de Londres atteint de phthisie au troisième degré ; mais il est permis de croire que les résultats, en pareil cas, ne seront pas toujours aussi heureux ; d'ailleurs, M. Wilson lui-même est loin de considérer l'iode comme un agent antiphthisique infaillible.

(*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1842, n° 6)

Emploi des feuilles d'aulne (Betula alnus, L.) *comme moyen résolutif* ; par M. le docteur Buechner, de Stadt-Steinach.

L'application topique des feuilles de l'aulne est un moyen très usité dans la médecine domestique des campagnes, pour obtenir la cessation de la sécrétion laiteuse et la résolution des tumeurs des seins chez les femmes qui ne nourrissent pas et chez celles qui veulent sevrer. Pour les employer, on les hache, puis on les fait chauffer dans une assiette, jusqu'à ce qu'elles se recouvrent d'un liquide qu'elles laissent exsuder sous l'influence de la chaleur : c'est à cet état qu'on en forme une couche d'une certaine épaisseur sur les seins.

M. Buechner annonce que sa propre expérience a confirmé pleinement les propriétés résolutives de ces feuilles, et il dit que, depuis neuf ans, il en a tenté l'application dans différentes circonstances, toujours avec succès. Ainsi, par exemple, dans un cas de *phlegmasia alba dolens*, à la suite d'un accouchement laborieux, il a obtenu une entière guérison dans l'espace de quelques semaines.

Dans un autre cas, où il s'agissait d'une jeune fille âgée de douze ans, atteinte d'une tumeur lymphatique de la cuisse droite, contre laquelle on avait déjà employé sans le moindre succès différentes médications, l'application des feuilles fraîches d'aulne, réitérée plusieurs fois par jour, a exercé une action tellement favorable que la tumeur a disparu en très peu de temps.

Depuis cette époque, M. Buechner a eu plus fréquemment recours à ce moyen, et il en a même obtenu des résultats assez satisfaisans dans le traitement de l'anasarque et de l'érysipèle phlegmoneux. Dernièrement encore, il a traité de cette manière un jeune garçon âgé de sept ans, atteint d'une tumeur phlegmoneuse considérable de la jambe droite à la suite d'une gale rétrocédée par l'emploi de frictions avec une pommade de bi-oxyde de mercure (précipité rouge). La tumeur, qui était très douloureuse, arriva à résolution dans l'espace de quinze jours. Il s'était formé en même temps un abcès au-dessus de la malléole, et l'éruption psorique avait reparu.

Pour l'emploi thérapeutique de ces feuilles, M. Buechner les fait recueillir de grand matin : les plus efficaces, suivant lui, sont celles que l'on récolte au printemps, dans des localités très exposées à la rosée du matin ; elles sont alors très résineuses et gluantes. Dans tous les cas, ce praticien conseille de choisir de préférence celles de ces feuilles qui sont les plus succulentes. On les enfile, et on met leur face interne en contact avec la peau qui recouvre les organes malades ; on peut en renouveler l'application deux ou trois fois par jour.

(*Medicinisches Corresp.-Blatt bayerischer Aertzte*, 1842, n° 36.)

Chronique et Nouvelles.

La médecine est un art et non pas une science. A la bonne heure ; nous le voulons bien ; mais alors qu'on fasse porter à cette idée tous ses fruits, qu'on en tire toutes les conséquences qu'elle renferme. Un art, dites vous, et c'est parfaitement juste, ne peut jamais s'apprendre théoriquement et dogmatiquement : la pratique seule, une longue pratique, fait l'artiste. Etes vous conséquent avec cette opinion dans l'enseignement actuel de la médecine ? La pratique y occupe-t-elle la première place ? Non, assurément. Vingt-six chaires sont consacrées à l'enseignement de la médecine dans la faculté de Paris ; combien y en a-t-il qui peuvent rendre l'élève artiste ? Huit seulement. Les dix-huit autres professeurs s'occupent de ce que vous appelez la science ; de ce qui, à votre avis, n'existe pas ; c'est-à-dire que plus des deux tiers des professeurs du premier corps enseignant de l'Europe, sont occupés à ne rien faire.

Il y a long-temps que nous avons dit, et nous avons souvent répété, que l'enseignement de la médecine suivait une voie vicieuse, et que la Faculté de médecine de Paris était loin de suffire à toutes les exigences de cet enseignement. Les cliniques, dont cette école a tant vanté la prééminence, y sont dans un état de pauvreté déplorable. Rien pour les maladies syphilitiques, rien pour les maladies des enfans, rien pour l'aliénation mentale, etc. A côté de l'enseignement officiel si pauvre et si mesquin, l'élève est forcément obligé de recourir à l'enseignement officieux et libre que quelques chefs de service, soucieux de la dignité de leur mission, ouvrent avec libéralité. Mais supposez que, par caprice de l'administration des hôpitaux, ou par toute autre raison, ces sources d'enseignement viennent à être taries, l'élève de l'école de Paris, si fière de sa renommée, quittera son enceinte sans avoir vu une maladie vénérienne, un enfant malade, un aliéné. Est-ce là une véritable école ? Est-ce là que vos élèves peuvent devenir artistes ?

Vous les voulez artistes : où donc, s'il-vous-plait, peuvent-ils apprendre les procédés de la chirurgie ? Est-ce dans le cours professé dans le grand amphithéâtre ? Vous ne le croyez pas ; car c'est impossible. Cependant, nulles facilités ne sont données à l'élève pour apprendre la médecine opératoire comme on doit l'étudier, c'est à-dire par des manœuvres fréquentes et sous une bonne direction. De même pour l'anatomie, que l'élève doit étudier en dehors de votre enseignement, et avec des frais que vous devriez lui épargner.

Etre artiste, c'est très bien ; vous le demandez, vous l'exigez, mais vous ne faites rien ou presque rien pour arriver à ce but, et nous estimons que la plus petite modification faite dans ce sens aurait mille fois plus de portée que les meilleurs discours du monde.

— M. Trousseau a repris ses conférences cliniques à l'hôpital Necker, sur les maladies des enfans ; elles ont lieu les lundis, mercredis et vendredis.

— M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, commencera un Cours public de médecine opératoire lundi 14 novembre à deux heures, dans l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique.

APPAREIL ÉLECTRO-MÉDICAL.

Depuis plusieurs années, l'électricité galvanique a pris un tel accroissement vers le domaine de la science, que chaque jour amène pour ainsi dire avec lui de nouvelles découvertes où la pile est toujours comme le principe vital de ces nombreux phénomènes.

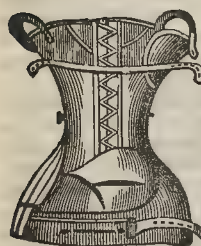
La science médicale, toujours attentive et comme aux aguets pour découvrir ce qui a pour but le soulagement de l'humanité, s'est emparée de l'électricité galvanique, et, depuis, d'habiles praticiens dans l'art de guérir l'ont employée avec un succès au-delà de toute espérance.

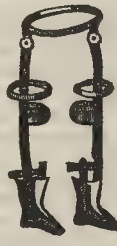
S'il est permis d'admirer avec enthousiasme les effets merveilleux de la pile dans les arts, c'est là surtout qu'il est beau d'en voir les résultats : des cures qui nous avaient semblé jusqu'ici être impossibles ont été obtenues par son application dans plusieurs genres de maladies graves.

Mais jusqu'à ce jour, ce qui a été pour beaucoup de médecins un grand obstacle dans l'emploi de l'électricité en médecine, c'est le manque d'instrumens commodes pour l'appliquer facilement aux personnes malades ; car la pile à auge de Volta est si faible par elle-même, et sutout si désagréable comme manipulation, que tous ceux qui ont eu occasion de s'en servir l'ont abandonnée, vu d'un côté son impuissance, et de l'autre la difficulté avec laquelle on opérait. Il fallait donc un instrument plus commode, plus énergique et aussi plus portatif que ne l'est la pile a auge. Il était donné à M. Breton frères d'atteindre ce double et triple but, car ils ont inventé un petit instrument qui sous tous les rapports ne laisse rien à désirer, et surtout depuis la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter. Cet instrument, sous un petit volume, n'en produit pas moins des effets très énergiques.

MM. Breton lui ont donné fort à propos le nom d'appareil électro-médical à secousses graduées. Il est renfermé dans une boîte qui ne pas plus de 18 centimètres carrés ; l'instrument lui-même n'est autre qu'une petite boîte en acajou qui contient un multiplicateur si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'une très faible pile qui fait partie de l'appareil, on obtient des secousses continues et d'une force extraordinaire. Mais l'instrument est disposé de manière à diminuer ou augmenter à volonté l'intensité du courant électrique ; ce qui, par conséquent diminue ou augmente la force des commotions.

Cet instrument, nous n'hésitons pas à le dire, est appelé à rendre de grands services en médecine ; car la facilité avec laquelle on peut s'en servir nous fait espérer que le traitement si simple par l'électricité sera plus suivi qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour. Beaucoup moins coûteux que l'appareil de Clark, l'appareil électro-médical a sur lui l'avantage d'être plus portatif. X.





PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 15 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 136, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. MALGAIGNE.

DISCOURS D'OUVERTURE.

Messieurs, chargé par la Faculté de remplacer momentanément dans cette enceinte l'un des professeurs les plus distingués, je ne me suis dissimulé ni la gravité, ni le péril de cette mission. Le péril est même plus grand peut-être pour moi qu'il ne le serait pour tout autre. Vous n'ignorez pas sans doute que depuis plusieurs années j'ai jeté sur le terrain chirurgical un certain nombre d'idées dont la destinée a été fort différente. Les unes ont fait leur chemin assez victorieusement même pour que plusieurs chirurgiens les aient adoptées et en aient fait leur bien propre, de manière à me décharger de tous les soins de la paternité. Les autres en sont encore à cette période de lutte et de combat qu'il faut nécessairement traverser pour remplacer les idées anciennes. Elles ont été repoussées avec autant de vigueur que je pouvais mettre de persévérance à les soutenir. En France, pays à prétentions philosophiques, on les a traitées comme des paradoxes; en Belgique et en Allemagne, contrées plus religieuses, on les a tout simplement taxées d'hérésies. Or, s'il est fâcheux que le paradoxe ou l'hérésie se glissent quelque part que ce soit dans les discussions chirurgicales, il serait moins convenable encore qu'ils vinssent s'installer isolément dans une des chaires de la Faculté. C'est pourquoi il est utile et nécessaire, pour vous d'abord, et pour moi-même, de rechercher avec soin à quel caractère le paradoxe peut se reconnaître, afin de l'éviter autant que possible dans le cours de cet enseignement.

Paradoxe suppose une orthodoxie, hérésie suppose une religion. Or, s'il y a une religion en chirurgie, je pense et je me trouve ici du même avis que mes adversaires même, qu'il ne saurait y en avoir qu'une seule, la religion de l'expérience, l'orthodoxie des faits. Comment donc, d'accord sur les principes, sommes-nous en dissentiment sur les conséquences?

C'est que tous les faits ne sont pas du même ordre et ne frappent pas aussi vivement tous les yeux. La science se compose, avant tout, de deux ordres de faits : ceux qui lui viennent de loin, qui sont acceptés de longue date, les faits acquis ; ceux qui se présentent au moment actuel, et qui ne sont point passés encore en force de chose jugée. Les uns constituent la science acquise, la tradition chirurgicale ; les autres tendent à reculer les bornes de la science et à ménager les progrès dans l'avenir. Or, parmi les chirurgiens, on pourrait facilement trouver deux grands partis qui, s'attachant davantage à un ordre de faits qu'à l'autre, pourraient s'appeler ; les uns, les défenseurs de la tradition, les conservateurs; les autres, innovateurs, hommes de progrès; tous deux ayant de certaines limites, une mission également salutaire ; car, d'un côté, sans la tradition, la science n'existerait pas, et chaque époque, chaque homme en particulier, devrait se charger du périlleux travail de la reconstituer toute entière; et, d'une autre part, si elle s'arrêtait à une époque quelconque, elle resterait bientôt en arrière de toutes les autres sciences, et risquerait de se trouver en désaccord avec les faits nouveaux qui surgissent de toutes parts. Ainsi donc, nous sommes, avant tout, conservateurs ; mais en même temps nous avons garde de repousser les innovations. La question est de savoir quelles limites il faut s'imposer d'un côté et de l'autre ; car on peut pécher aussi bien des deux côtés ; et, vous le savez, il n'est pas de parti qui n'ait ses fauteurs extrêmes. Ainsi, par exemple, il est des défenseurs outrés de la tradition qui n'en font plus une religion, mais, si je puis dire ainsi, une idolâtrie. Pourvu qu'une idée leur vienne avec une date de quelques siècles, ils la défendront même contre l'évidence des faits modernes; ils représenteraient volontiers en chirurgie ce parti politique que l'on est convenu d'appeler le parti des bornes. Or, nous admettons bien les bornes comme salutaires lorsqu'elles sont placées sur le côté du chemin pour empêcher les imprudens de sortir de la route ; mais il ne faut pas, sous aucun prétexte, qu'elles viennent se placer au travers de la route même pour nous empêcher de passer.

Il y a encore un autre danger dans la tradition, telle qu'on la comprend aujourd'hui. Pour beaucoup de chirurgiens qui parlent cependant de l'expérience des siècles , la tradition ne remonte pas plus haut que l'Académie de chirurgie , c'est-à-dire qu'elle a à peine un siècle de date ; d'autres à grand'peine remontent jusqu'à Ambroise Paré ; et le plus petit nombre, assurément, fait remonter ses traditions jusqu'à Hippocrate. Qu'est-ce donc alors qu'une tradition ainsi mutilée, qui ne prend qu'un siècle, tout au plus, sur les vingt-deux siècles qu'a vécu la science ! Pour nous, nous sommes partisans de la tradition, mais dans des conditions toutes différentes, d'abord de la tradition tout entière, depuis Hippocrate jusqu'à nous, puis de la tradition en accord avec les faits, rejetant impitoyablement tout ce que les faits démentent.

Peut-être serez-vous surpris de m'entendre professer ce respect pour la tradition, car c'est un tout autre reproche qu'on me fait d'ordinaire ; et cependant les études que j'ai mises au jour sur l'histoire de la chirurgie et sur A. Paré, auraient dû suffire pour me classer parmi les conservateurs.

Dans le parti du progrès se rencontrent bien aussi des opinions extrêmes. Là vous trouvez des innovateurs sans règle, sans mesure, à qui peut être appliqué justement le reproche de paradoxe et d'hérésie ; ce sont ceux qui marchent résolument en avant sans tenir compte des faits acquis d'une part, ou bien encore sans se soucier des faits qui n'existent pas de l'autre. Ainsi l'on a vu, dans ces derniers temps, réintroduire dans la pratique des opérations qu'une connaissance plus exacte de l'histoire aurait dû faire laisser dans l'oubli où elles étaient justement tombées, et qui y sont retombées en effet après avoir eu une vogue éphémère. La plupart des procédés applicables aux varices avaient été mis en usage par les anciens ; on sait avec quelle ardeur ils ont été récemment renouvelés et variés de toute manière, et déjà l'oubli pèse de nouveau sur ces opérations que la tradition avait depuis longtemps condamnées. D'un autre côté, je vous citerai seulement cette autre opération du bégaiement tentée par mille procédés avant qu'on eût pris le temps d'en faire les indications légitimes, et qui, à force de succès obtenus par tous ces procédés, en est arrivé, peut-être à tort, à un abandon à peu près complet.

Donc la première règle , indispensable à qui veut marcher en avant, est d'assurer son point de départ sur la base inébranlable des faits acquis, et si les faits lui manquent , de les rechercher, de les recueillir d'abord laborieusement, avant de passer à des applications aussi graves qu'une opération sanglante. C'est ainsi que nous avons cherché quelquefois à marcher en avant, en nous appuyant toujours sur les faits; en tirant toujours des faits les conséquences qui nous ont paru légitimes. Mais quelques-unes de ces conséquences sont en contradiction , dit-on , avec les faits eux-mêmes tels qu'ils sont observés par d'autres et dont nous méconnaissons l'autorité. Il faut bien distinguer en toute science, qu'il s'agisse de faits anciens ou de faits nouveaux , ceux qui sont légitimes et ceux qui ne le sont pas. Il y a d'abord les faits bien observés et les faits mal observés ; parmi les faits bien observés il y en a d'où il est défendu de conclure. J'aborde ici une question de philosophie chirurgicale tellement importante, que j'ose réclamer toute votre attention.

Vous n'êtes pas arrivés sur ces bancs sans avoir passé par la longue filière des humanités ; vous avez été instruits des règles et des procédés de la logique, et c'est la logique qu'il s'agit ici d'appliquer. L'un des axiomes les moins contestables, c'est qu'un raisonnement n'est légitime que quand il conclut de choses semblables à des choses semblables ; c'est qu'on ne peut conclure de faits ou d'idées d'un certain ordre à des faits ou des idées d'un ordre différent. Or, je le dis à regret, cette règle a été trop souvent violée dans les sciences médicales. En physiologie , on fait des expériences sur des grenouilles, desquelles on conclut à l'homme ; en chirurgie , des dispositions d'anatomie chirurgicale normale on a conclu à des faits d'ordre pathologique ; ou bien encore, d'observations faites sur le vivant on a tiré des indications d'anatomie pathologique.

Dans tous ces cas la conséquence peut quelquefois se trouver juste par hasard , mais le raisonnement est-il légitime? Ainsi, par exemple, j'avais écrit à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine , qu'ayant disséqué vingt-cinq cataractes à Bicêtre , je n'avais trouvé ni l'une ni l'autre de ces deux choses qui paraissent si bien établies dans les livres , savoir : la cataracte capsulaire et la cataracte débutant dans le centre du cristallin. Cela ne suffisait point cependant pour nier l'existence de l'une ni de l'autre , car il se pouvait faire que d'autres observateurs dans leurs dissections eussent été plus heureux que moi. Je recherchai donc dans les annales de l'art tout ce que je pus rencontrer d'autopsies de cataractes , et n'en ayant trouvé aucune qui démontrât d'une manière ir-

FEUILLETON.

DU STYLE MÉDICAL EN FRANCE AU 19e SIÈCLE.

Voilà un étrange problème à se poser par le temps qui court : le style médical ! Mais, bon Dieu , quelle est donc aujourd'hui l'intelligence initiée dans l'art d'Hippocrate, dont l'ambition s'élève jusqu'au talent d'écrire , ou plutôt quel est donc l'Hippocrate en herbe, voire le plus médiocre et le plus obscur, qui ne s'évertue pas sans cesse à nous inonder de l'encre de sa prose ? Triste métier pour l'écrivain ! bien plus triste assujétissement pour le lecteur ! Loin de nous, assurément, l'orgueilleuse pensée de nous constituer l'Aristarque inflexible de la littérature médicale de notre époque ; nous aurions d'ailleurs mauvaise grâce à nous emparer d'un rôle aussi difficile et aussi délicat que celui de la critique. Toutefois, n'est-il pas permis, en épargnant et respectant les personnes, en appréciant leurs travaux sans fiel , sans prévention, sans esprit de parti, comme tout honnête homme doit le faire ; n'est-il pas permis de chercher à mettre un frein aux tendances vicieuses et funestes des médecins qui aspirent au vain titre d'auteur. Lâchez-leur entièrement la bride, laissez-les parcourir à leur aise l'ingrate arène où ils se proposent de descendre , et bientôt vous verrez le mal qui en résultera ; vous verrez le tumulte, le chaos, les ruines , l'indifférence générale qu'ils auront introduits dans la science. Une sage et consciencieuse critique de la forme, de la plastique des monumens de la médecine n'est donc point en soi chose inutile, frivole, comme on serait tenté de le croire , car, ainsi que l'a si bien dit Buffon , le style c'est l'homme, dans les sciences comme dans les lettres. Quoique certains ornemens du langage dérobent quelquefois la misère , la stérilité de la pensée , cependant on est obligé de convenir que généralement la justesse du mot, la netteté et le choix de la tournure grammaticale traduisent assez exactement la lucidité de l'esprit, la richesse des connaissances acquises , la rigueur du raisonnement, en un mot tout ce qui constitue la valeur essentielle de l'homme de science.

Cependant , à dire vrai , il y a une distinction à établir à cet égard entre les divers ordres de littérature médicale. Les auteurs qui s'occupent exclusivement de l'étude de l'homme envisagé au point de vue physique, sont tenus, par l'aridité même de la matière, à une phraséologie moins complexe, moins châtiée, moins élégante : ce qu'on leur demande surtout et avant tout, c'est la clarté et la simplicité. Pareilles conditions n'existent pas, ou plutôt des conditions autres sont exigées chez ceux qui embrassent le domaine de l'organisation morale. Ici la perspective s'élargit et s'élève à des hauteurs immenses : psychologie , ontologie, beaux-arts, poésie, etc. ; la médecine philosophique, métaphysique affecte des liaisons très étroites avec toutes ces connaissances.

En conséquence, l'auteur qui la cultive doit s'attacher à imprégner son style du feu de l'enthousiasme , du coloris de l'imagination , du charme de la grâce, des saillies d'un esprit pénétrant, prompt et original ; qualités sans lesquelles, malgré son zèle et sa patience, il ne pourra jamais rendre convenablement la physionomie du monde des passions, monde si hostile à la pâleur, à la vulgarité de l'expression.

Une des raisons de la décadence des lettres médicales, la plus puissante de toutes, c'est l'application de la méthode Bâconnienne au perfectionnement des sciences positives et naturelles. Dès que l'esprit sobre et sévère de cette méthode eût débarrassé avec Newton la physique de ses vieilles hypothèses et de ses inductions prématurées, eût régularisé l'anatomie avec Thomas Bartholin , Willis , Malpighi, Ruysch , Duverney, Vieussens, etc.; eût créé la physiologie avec Haller, l'anatomie pathologique avec Morgagni, la chimie avec Lavoisier ; alors la médecine changea totalement d'aspect dans son langage comme dans ses bases ; elle dédaigna la forme pour s'attacher exclusivement à l'idée : elle foula aux pieds les traditions de Celse, d'Arétée chez les anciens, de Fernel, de Jacques Dubois , etc., à la Renaissance, c'est-à-dire la noblesse, la pureté, l'énergie pittoresque du mot.

Cette décadence est surtout bien appréciable dans le courant du dix-huitième siècle. Parmi les nombreux médecins philosophes qui dominent à cette époque, un seul, Lorry, peut passer pour véritable écrivain ; car malgré la rapidité et la netteté de son style, Cabanis est rempli de sécheresse. Génie plus vaste, penseur plus profond que ce dernier, Barthez, qui fait la transition du dix-huitième siècle au dix-neuvième, Barthez est un écrivain beaucoup plus médiocre encore : sa phrase est lourde, traînante, embarrassée, incorrecte, pénible et même quelquefois triviale, malgré l'étonnante vivacité d'esprit de cet homme.

On peut adresser quelques-uns de ces reproches à beaucoup d'auteurs du commencement de ce siècle. Bichat a de la netteté et de la concision, mais il manque d'éclat et de force. Broussais a de l'éloquence et du mordant, mais sa fougue n'est pas contenue, son dard est trop acerbe. Richerand leur est infiniment préférable : il emprunte à Bossuet sa magnificence, son énergie, sa simplicité, et à Racine sa grâce, sa mélodie, sa perfection.

Alibert avait à juste titre la réputation d'un médecin littérateur, et le soin extrême qu'il apportait à la parure de ses ouvrages a peut-être été la cause la plus réelle de leur succès. Dans sa Physiologie des passions, livre dont le plan est mal conçu, la distribution mal arrêtée, le point de vue trop arriéré, il existe une très grande prétention au mérite du style. Sans doute Alibert possédait la plupart des qualités nécessaires à cette ambition innocente : l'imagination, la vivacité, un esprit fin et observateur. Il était familier avec tous les préceptes de la rhétorique ; Quintilien, Horace et Boileau comptaient au nombre de ses auteurs favoris. Toutefois, on trouve chez lui trop d'élans du cœur qui sentent l'affectation, trop de pathétique simulé qui se bat les flancs pour paraître véritable. Les épisodes, par exemple, intitulés le Pauvre Pierre, Vision philosophique, les Pestiférés de Villefranche, etc., tournent évidemment à la *sensiblerie* des romans de madame de Genlis. Ce désir , cet empressement de manifester sans cesse une qualité de l'âme qu'il ne possédait pas ou du moins dont il n'était doué qu'à un degré très médiocre, font que la lecture des ouvrages d'Alibert produit précisément l'impression contraire à celle qu'il en attendait. En effet, cette lecture laisse presque toujours le lecteur calme et glacé comme toute œuvre où l'esprit d'artifice se substitue au naturel qui fait défaut. Sans cette tache, le style d'ailleurs très fleuri et très élégant de cet auteur, serait un modèle dans son genre. On peut en juger par les Eloges historiques de Spallanzani, de Galvani, de Roussel, ainsi que par le Discours sur les rapports de la médecine avec les sciences physiques

réfragable l'existence de la cataracte capsulaire, j'en conclus que sa réalité, quant à présent, pouvait être légitimement révoquée en doute. Vous savez au contraire combien les ophthalmologistes rencontrent fréquemment des cataractes capsulaires et capsulo-lenticulaires, soit dans leurs cliniques, soit dans leur pratique. M. Cunier, par exemple, dans un tableau de cataractes observées par lui sur le vivant, comptait bien sur quarante cas une vingtaine de cataractes capsulaires; aussi n'hésita-t-il pas à lancer contre mon opinion cette fameuse accusation d'hérésie, en ajoutant toutefois que vingt-cinq autopsies ne suffisaient pas pour décider une question de cette imporance. Depuis lors cependant, j'ai accru le nombre des autopsies; je les ai comptées jusqu'à quarante, après quoi j'ai cessé d'en tenir note, mais j'ai certainement dépassé la soixantaine. Eh bien! j'ai toujours trouvé les mêmes résultats, et M. Nélaton, à qui j'ai laissé le service de Bicêtre, ne tardera pas, je l'esppère, à confirmer mes recherches par les siennes, et à m'apporter dans cette question un secours qu'il m'a déjà porté dans d'autres. Que la capsule soit quelquefois épaissie, cela est incontestable, bien que dans d'autres conditions que celles qu'on assigne à la cataracte capsulaire classique; mais celle-ci a été purement diagnostiquée sur le vivant, et c'est ainsi que M. Cunier a trouvé un si grand nombre de cataractes capsulo-lenticulaires. Le malheur est que de ce qu'ils croyaient voir sur le vivant les ophthalmologistes ont conclu à ce qui devait exister sur le cadavre, et je n'hésite pas à dire que dans cette vingtaine de cataractes capsulo-lenticulaires, il n'y a guère moins d'une vingtaine d'erreurs de diagnostic.

Outre ces faits, qui, bien ou mal observés, ne sauraient être transportés sans danger d'une science à l'autre, il y en a d'autres qui sont trop facilement admis et qui entraînent de notables erreurs: je n'en veux citer que deux exemples; c'est ce que j'appellerai les faits fantastiques et les faits impossibles. J'entends par faits fantastiques certains faits généraux auxquels tout le monde croit, sur lesquels ont été établies des doctrines, et qui cependant n'existent nulle part et n'ont été vus par personne. On croirait difficilement qu'il pût en être ainsi en chirurgie, si nous n'avions pas d'ailleurs tant d'autres preuves de la crédulité humaine. Permettez-moi de vous citer ici, pour vous faire bien comprendre, un exemple bien connu de tous ceux qui ont quelque peu lu d'ouvrages sur la navigation. Il existe encore, dit-on, dans la marine hollandaise, une croyance aveugle à la réalité du vaisseau fantôme, monté par des spectres et des damnés, voguant depuis des siècles sur l'immensité de l'Océan sans pouvoir aborder nulle part, et annonçant toujours malheur à tous les vaisseaux qu'il rencontre. Vous admettrez bien avec moi qu'un pareil vaisseau n'a jamais été vu par personne, et cependant le peuple y croit, les marins y croient. Or, j'ai rencontré quelque chose de semblable quand je me suis occupé du siége réel des étranglemens dans les hernies. On pense généralement que cet étranglement est effectué par les anneaux. Cette doctrine a été répétée dans les écoles depuis la fin du dix-septième siècle, et je l'avais moi-même répétée comme les autres, lorsque cherchant enfin sur quels faits elle était fondée, il me fut impossible d'en rencontrer un seul.

Quand je racontai cet étrange résultat, on ne voulut pas y croire, et on maintint que certainement il existait des faits de ce genre. Comme cependant il fut impossible de les trouver, on en est venu à dire qu'ils existent, qu'ils sont même très fréquens, et que c'est à raison de cette fréquence même, qu'on n'en trouve pas dans les livres de l'art où il eût été inutile de consigner des choses si communes. C'est là l'histoire du vaisseau fantôme. Personne ne l'a vu; on n'en répète pas moins qu'il existe et qu'il y a des témoignages innombrables de sa réalité.

Un dernier genre de faits sur lequel je veux fixer votre attention, concerne les faits impossibles.

Dans cette même discussion sur les étranglemens herniaires, on en a cité un cas qui a acquis une sorte de célébrité. Un savant professeur de Strasbourg avait constaté à la dissection un étranglement par l'anneau crural, d'une hernie crurale de 24 millimètres de hauteur. Je rejetai le fait sans balancer, déclarant que je ne pouvais le comprendre; à quoi de savans critiques s'unirent pour me répondre qu'ils ne comprenaient pas à leur tour mon incrédulité. J'avoue que je fus fort embarrassé pour me défendre; la réponse directe eût paru trop naïve. Il s'agissait de rappeler à mes savans critiques une petite chose qu'ils avaient oubliée, savoir: que l'anneau crural a beaucoup plus de 24 millimètres de diamètre, et qu'il est généralement regardé comme impossible qu'un corps quelconque soit étranglé par une ouverture plus large que lui. En vain donc ce fait se présentait il avec une autorité d'ailleurs fort imposante; nulle autorité ne peut faire admettre un fait impossible; et vous pourrez toujours juger qu'un fait est impossible quand il est en contradiction formelle avec des notions positives et incontestables.

Le cours que nous allons faire, Messieurs, est éminemment propre à montrer ce qu'il peut y avoir de vrai, de faux ou d'exagéré dans les idées et les doctrines, de quelque part qu'elles viennent. Tout se voit et se palpe dans une clinique, et pourvu que vous y appliquiez votre attention, il est impossible de vous faire voir autre chose que ce qui est; mais c'est cette attention même qui est ici bien nécessaire, car il est trop facile de se laisser prévenir par l'influence de quelque autorité.

Messieurs, par la nature même des choses, je suis ici une autorité pour vous; j'enseigne, vous écoutez, et si vous ajoutez une foi aveugle à mes paroles, les faits même passeront devant vous sans que vous sachiez distinguer ce qui est en eux. Il faut donc de votre part deux choses: une grande attention dans l'examen des faits qu'on vous présente, et une juste application de la logique pour l'appréciation des conséquences qu'on veut en tirer. Ces conditions remplies, c'est vous-mêmes qui décidez de la réalité des doctrines qu'on vous apporte, non point comme juges, mais comme jurés, après avoir écouté et pesé les témoignages qui sont les faits que vous aurez vus.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfans.)

Variole. Convulsions. Diarrhée.

Au n° 8 de la salle Sainte-Julie nous avons un enfant de dix-huit mois atteint de variole assez grave. Cet enfant est tombé subitement malade le 27 octobre. Tout à coup, sans troubles préalables de santé, il a éprouvé des vomissemens qui, pendant trois jours ont été incessans; il y avait en même temps stupeur, insomnie, agitation; la fièvre était très violente. Le quatrième jour, l'éruption apparut, assez confluente à la face et sur tout le corps.

Le huitième jour, la face était fort tuméfiée, le gonflement des paupières était considérable. Le premier jour, la diarrhée qui avait existé depuis la cessation des vomissemens, cesse, et, en même temps, la face devient moins turgescente; mais les pieds et les mains commencèrent à se gonfler. Ce gonflement considérable le quatrième jour, commence à diminuer aujourd'hui douzième jour, et déjà la plupart des pustules de la face se séchaient et se couvraient d'une croûte jaunâtre assez épaisse. Les pustules des pieds et des mains étaient sèches elles-mêmes le quatorzième jour.

L'enfant d'ailleurs est bien aujourd'hui, il a toujours teté avec avidité, et l'agitation, la fièvre, la soif, se sont calmés le dixième jour, et le onzième il était tout à fait bien. Le traitement, vous l'avez vu, s'est borné à la simple expectation. Le petit malade a continué de teter sa mère, et la nature a suffi aux frais de la curation.

Si simple que soit la maladie de cet enfant, elle n'en comporte pas moins d'importantes considérations cliniques. C'est à peine pourtant si notre malade fixe l'attention. Il est bien; son état est désormais sans danger; et comme ce n'est plus ce qu'on appelle un *grand malade*, vous passez rapidement auprès de son berceau pour courir auprès d'un petit malade dont la vie est en plus grand péril. Accoutumez-vous à trouver un enseignement clinique dans les faits les plus vulgaires; car tout porte son enseignement, et *les grands malades* se trouvent, dans la pratique, beaucoup moins nombreux que les malades que vous dédaignez.

La variole, chez les jeunes enfans, se présente avec un cortége un peu différent de celui qui l'accompagne chez l'adulte, et cette différence existe moins dans la forme de l'éruption elle-même que dans les accidens de la maladie.

Chez les adultes le début de la variole, le stade, que Stoll appelle *stadium ebullitionis*, est particulièrement caractérisé par la vivacité du frisson initial, par les douleurs lombaires, la courbature générale, la céphalalgie, les vomissemens. Chez l'enfant, et vous le comprenez aisément, à cela près de la fièvre et des vomissemens, aucun de ces symptômes ne peut être constaté; mais il en est un qui a une grande importance et qui frappe vivement les familles et les médecins, je veux parler de l'*éclampsie*.

On peut estimer, autant qu'il est permis de le faire, lorsqu'on n'a pas exactement compté, que sur six enfans en très bas âge, pris de variole, un, peut-être, est pris de *convulsions* dans le premier stade de la maladie. Les convulsions s'observent principalement le premier et le deuxième jour; quelquefois elles persistent jusqu'au moment de l'éruption, rarement, et j'y reviendrai tout à l'heure, elles s'observent encore pendant le stade d'*éruption*.

A vrai dire, l'éclampsie peut être considérée comme un accident corrélatif à la violente céphalalgie qui, chez l'adulte se remarque au début de la variole, et l'analogie doit faire supposer qu'elle se dissipera de même lorsque l'éruption apparaîtra.

La stupeur, la somnolence, les convulsions épileptiques s'observent, dit Sydenham, chez les enfans au début de la variole, et lorsque la dentition est achevée; l'éclampsie me fait tout de suite soupçonner la petite vérole.

Stupor etiam et somnolentia, in infantibus præsertim, nonnunquàm et paroxysmi epileptici: qui si infantes dentitione perfunctos corripuerint, suspicor ego ubiquè variolas in procinctu stare.

Stoll, dans ses Aphorismes, signale le même fait, et tandis qu'il assigne au début de la variole des adultes l'agitation, la stupeur, la somnolence, les sueurs, il indique, chez les enfans, les convulsions. *Inquietudo magna, stupor, somnolentia, sudores, atque infantibus insultus epileptici.*

Ainsi que je vous le disais, cet accident, assez commun d'ailleurs au début des autres maladies éruptives, épouvante les parens, et malheureusement aussi trop souvent il effraie un peu trop les médecins.

Or l'éclampsie, au début de la variole, est, pour Sydenham, non pas un signe funeste, mais tout au contraire, un signe qui lui fait présager une éruption discrète; et cet accident ne l'effraie pas, il se dissipe ordinairement sans l'intervention du médecin.

C'est ici que la notion de la marche naturelle de la maladie est d'une grande importance. L'extrême gravité des convulsions, comme signe des maladies cérébrales, induit les médecins à penser que cet accident était le plus souvent très sérieux, et ils s'arment pour les combattre des moyens thérapeutiques les plus énergiques. Mais, ainsi que bien souvent j'ai eu occasion de vous le dire, autant sont graves les convulsions que l'on observe à la fin des maladies, autant au contraire, sont ordinairement exemptes de danger celles qui signalent le début des affections fébriles diverses.

Vous savez avec quel soin j'interroge les mères sur les convulsions de leurs enfans; elles nous répondent souvent que leurs nourrissons ont eu plusieurs attaques d'éclampsie, et qu'elles ont traité les petits malades, soit en leur mettant dans la bouche une pincée de sel, soit en leur faisant respirer du vinaigre ou de l'eau distillée de fleurs d'oranger, soit en leur jetant au visage quelques gouttes d'eau froide, soit en faisant toute autre médication aussi insignifiante: en d'autres termes, le traitement se réduit à l'expectation, ou, si vous l'aimez mieux, à l'homœopathie. Mais si les pauvres mères, épouvantées, ont appelé à leur aide un médecin; les applications de sangsues, les bains, le calomel sont aussitôt mis en œuvre, et le pauvre petit malade, qui guérit si facilement de sa maladie, aura maintenant à guérir de la médication intempestive qui lui a été infligée.

---

et morales, compositions de la jeunesse d'Alibert, quand il était encore libre de l'influence des gens de lettres de l'Empire et de la Restauration, dont son salon fut un instant un des quartiers généraux. Dans ces premières compositions, il y a tout autant d'art que dans les autres, mais bien plus de vérité; tout autant d'inspiration, mais bien plus de fraîcheur et de charme.

Si nous n'avons rien dit de Pinel, de Fodéré, d'Esquirol, dont les travaux psychologiques et pathologiques figureront toujours avec éclat dans les annales pratiques de la folie, c'est que ces hommes, éminens d'ailleurs, ne sont pas des écrivains littéraires à proprement parler.

Les médecins philosophes de notre siècle, non plus morts, mais vivans, qui se targuent de quelque mérite sous le point de vue de la forme, sont en très petit nombre. Loin de blâmer la tendance qui pousse notre génération à mépriser tout ce que le langage des sciences pourrait compter d'ornemens, d'accessoires agréables, nous trouvons au contraire cette tendance fort sensée et fort légitime; car, après tout, qu'est-ce que le style? Un vêtement de convention, dont on se passerait très bien à la rigueur, sans que la pensée en souffrît le moins du monde. Seulement, pour notre part, nous croyons qu'on aurait tort de pousser trop loin ce mépris. Ici, comme en toute chose, le luxe a son côté utile. Que d'élucubrations importantes sont mortes impitoyablement faute d'une traduction extérieure convenable! La prolixité et l'obscurité du langage de Paracelse, la nudité et la pauvreté de celui de Sthahl, par exemple, ont empêché long-temps et empêcheront toujours peut-être qu'on rende à ces savans illustres la justice et les hommages que leurs travaux méritent. Dans les hommes et dans les choses le succès dépend beaucoup d'un certain aspect séduisant, d'un certain vernis, de la pompe, du prestige dont la physionomie, l'apparence est revêtue. En conséquence il est toujours nécessaire à un auteur, qu'on nous passe cette expression bien connue et qui ne sort pas du métier, de savoir *dorer la pilule*.

Nous sommes peut-être involontairement injuste ou d'une sévérité trop grande à l'égard de beaucoup de nos confrères, mais, dans le monde médical actuel, nous connaissons peu de véritables écrivains. Parmi ces derniers et en tête, nous signalerons M. Pariset et M. Réveillé-Parise. Personne ne peut se refuser à admirer dans leur style le *faire* distingué, la touche supérieure de deux maîtres. Ce qu'ils ont de commun entre eux, c'est l'ampleur, la noblesse, la grâce, la chaleur, fruits ordinaires des organisations choisies et longuement, patiemment cultivées. Voici maintenant ce qui les distingue. On peut le dire sans trop d'exagération, M. Pariset est le Victor Hugo de la littérature médicale. Comme le célèbre auteur du roman de Notre-Dame de Paris, il a une propension instinctive au lyrisme et à la période oratoire. On remarque chez lui un fréquent usage des ressources de la métaphore et des contrastes de l'antithèse. Sa phrase toujours pleine, sonore, rapide, forte, nette, miroite et scintille comme un diamant à l'éclat des bougies. M. Pariset a surtout fait preuve de ces qualités dans ses Eloges des Académiciens, petits chefs-d'œuvre d'art et de goût, et qui sont des titres plus que suffisans, selon nous, pour conduire leur auteur au fauteuil des *quarante*.

Quant à M. Réveillé-Parise, puisque nous sommes en frais de comparaison, nous dirons qu'il est le Jules Janin du feuilleton médical, moins les défauts de cet écrivain. En effet, son esprit est d'un caractère éminemment critique; il a tout le degré de souplesse, toute la variété d'instruction, toute la solidité de discernement nécessaires pour remplir cette mission importante. Ses réflexions sont d'une sagacité merveilleuse et d'une délicatesse exquise; elles portent toujours l'empreinte de la candeur des idées et de l'élévation des sentimens. Ses appréciations ne sont pas exemptes d'amertume, d'ironie, de certains traits pleins de malice; mais sa verve railleuse est si fine, si légère, si mesurée, si contenue que tout en rehaussant la valeur de la critique, elle ne nuit jamais essentiellement à celui qui en est l'objet. D'ailleurs, ce qu'on pourrait prendre au premier abord pour du fiel, pour un peu d'humeur chagrine et envieuse, n'est autre chose qu'une effusion de tristesse, qu'un soupir de mélancolie. Plaintes bien innocentes, vengeance bien légitime d'une ame honnête et pure à l'aspect des misères de notre siècle, des plaies et des scandales qui viennent trop souvent déroger à la noblesse et à la dignité de notre profession.

Dans son Hygiène à l'usage des gens de lettres, M. Réveillé-Parise s'est révélé sous une face nouvelle. Il a voulu prouver qu'il lui était tout aussi facile de s'élever aux généralités, aux abstractions de la science, que de descendre à ses particularités, à ses notions de détail; et dans cette nouvelle tentative il a été tout aussi heureux que dans son rôle de critique. En effet, sans parler de l'excellente ordonnance du plan de cet ouvrage, de la clarté, de la méthode lumineuse qui y règne, de la sagacité et de la force de la pensée, rien n'est plus élégant et plus nourri que ce style. Des connaissances vastes et choisies, le sentiment des arts, l'enthousiasme de la poésie, le calme et la grandeur du coup-d'œil philosophique, tout cela répand sur la forme de ce livre, une variété, un charme, un prestige qu'on chercherait vainement dans d'autres ouvrages analogues, et qui, loin de détourner l'esprit du but où l'auteur veut arriver, ne fait que l'y conduire agréablement et l'y fixer sans effort.

Après avoir mentionné les principaux médecins philosophes, nous parlerons des autres médecins prosateurs, et nous finirons par les poètes, à la tête desquels il faut placer le *Phocéen*, l'écrivain qui manie le fouet de la satire presqu'à l'égal du *Phocéen* politique, et dont certaines peintures, malgré notre langue française si rebelle, sont capables de soutenir la comparaison avec le latin virgilien de Fracastor.

MICHÉA.

— M. Velpeau a commencé ce matin, 14 novembre, ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité. Ses visites ont lieu tous les jours, de sept à neuf heures, et les leçons, de neuf à dix heures, excepté les jeudis et les dimanches.

— M. Chassaignac commencera un cours d'anatomie le lundi 21 novembre, à midi, dans l amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Le cours commencera par la description des articulations.

Que les médecins sachent donc bien que l'éclampsie des enfans du premier âge est, en général, un symptôme peu inquiétant, lorsqu'elle s'observe au début des affections fébriles; qu'ils ne partagent donc pas la frayeur des mères, et qu'ils se décident à ne pas faire cette thérapeutique tumultueuse qui rend bien vite grave une simple indisposition.

Ce précepte s'applique surtout aux convulsions qui s'observent au début de la variole et de la rougeole. Vous savez que les émissions sanguines tiennent le premier rang dans le traitement des convulsions; et les émissions sanguines, au début de la variole discrète et de la rougeole, ne sont pas sans de grands inconvéniens; Sydenham est encore formel sur ce point:.... *Ab hâc praxi abstineamus! Namque, institutâ phlebotomiâ sæpè, paulò post eruptionem, ex improviso variolæ quasi repercussæ detumescunt.* Ce précepte est d'autant plus grave dans la bouche de Sydenham, qu'il était grand partisan de la saignée dans la première période de la variole confluente.

Je me résume dans cette proposition pratique, sur laquelle vous me verrez revenir souvent, surtout quand j'aurai l'occasion de traiter *in extenso* l'histoire des convulsions des enfans du premier âge. *Pas de traitement actif dans les convulsions initiales.*

Voyez à ce propos ce qui s'est passé chez l'enfant qui est couché dans le berceau n° 12 de la salle Sainte-Julie. Ce petit malade, âgé seulement d'un mois, est pris tout à coup de perte de connaissance et d'une convulsion, à la suite de laquelle il reste dans une sorte de stupeur pendant une journée presque entière. Tous les accidens se dissipent sans aucun autre moyen qu'un lavement émollient. Trois jours après, à six heures du matin, il est pris, en tétant, d'une nouvelle attaque convulsive. La mère ne fit rien, et une heure et demie plus tard, la stupeur s'était dissipée; et depuis lors, la santé de l'enfant, qui d'ailleurs était à peine troublée avant les convulsions, n'a rien offert d'anormal. Que serait-il arrivé, je vous le demande, si l'interne de mon service appelé pour la première fois auprès du petit malade, si moi-même la seconde fois, nous eussions cru devoir appliquer des sangsues, donner du calomel, etc.? Croyez-vous que l'enfant qui aujourd'hui présente l'aspect de la plus belle santé, ne porterait pas les signes de l'active et déplorable médication que nous aurions suivie?

Est ce à dire que, en présence d'une convulsion et au milieu des terreurs d'une famille, nous devrons rester spectateurs tout à fait oisifs? Je crois bien fermement que, moins nous ferons, mieux nous ferons en général; mais il faut pourtant employer ces moyens qui, sans nuire à l'enfant, peuvent laisser au médecin les honneurs de la cure. Si souvent on nous fait un crime d'une mort inévitable, qu'en vérité il peut nous être permis de nous faire honneur d'une guérison dont la nature doit réclamer la plus grande part. Les pédiluves sinapisés, les lavemens purgatifs ou antispasmodiques, des inspersions d'eau froide, des boissons antispasmodiques et froides ne seront peut-être pas sans quelque utilité.

Que si les convulsions continuaient, même après l'apparition des pustules, le pronostic deviendrait grave, et alors ce ne serait pas trop que de recourir aux médications perturbatrices et révulsives les plus énergiques; j'aurai d'ailleurs plusieurs fois, dans le cours de cette année, l'occasion d'y revenir, lorsque je vous parlerai des convulsions symptomatiques d'une maladie du cerveau.

Je ne terminerai pas ce que j'ai à dire de cet enfant, sans appeler votre attention sur un phénomène qui, souvent très grave chez l'adulte, ne doit inspirer, dans le cours de la variole, aucune inquiétude chez l'enfant: je veux parler de la diarrhée.

Sydenham, cet admirable historien de la variole, indique bien la diarrhée chez l'enfant comme corrélatif de la salivation que l'on observe chez l'adulte dans le cours des varioles confluentes.

Sunt verò et alia symptomata duo quæ variolis confluentibus accidunt, haud minoris momenti quàm vel pustulæ ipsæ, vel tumor: salivatio nempè in adultis atque in infantibus diarrhœa.

Cette diarrhée, si capitale dans la variole de l'enfance, vous l'observez sur notre petit malade; mais comme elle est inhérente en quelque sorte à la maladie et qu'elle ne manque presque jamais, qu'elle peut d'ailleurs être considérée comme une sécrétion critique fort utile, je me suis bien gardé de la combattre, comme je me serais gardé d'arrêter la salivation d'un varioleux adulte, ou les sueurs du début de la maladie. Vous avez vu que nonobstant la diarrhée et peut-être à cause de la diarrhée, la petite vérole a marché chez notre malade avec la plus remarquable simplicité.

Mais cette diarrhée était modérée; que si elle eût pris une grande violence, si la teinte fleurie de l'auréole inflammatoire des pustules avait pris un ton violet, si l'enflure de la face s'était tout à coup affaissée, je n'aurais pas hésité à recourir aux grands remèdes conseillés par Sydenham, les opiacés et les excitans généraux.

Il reste encore une circonstance sur laquelle je veux, en deux mots, appeler votre attention. L'enfant n'avait pas été vacciné, la variole chez lui se montrait avec les caractères les plus tranchés; elle tenait le milieu entre une confluente et une discrète; mais remarquez qu'elle a accompli ses périodes plus rapidement que chez l'adulte. Le dixième jour la diarrhée avait cessé, ainsi que la tuméfaction de la face; ces deux phénomènes avaient été remplacés déjà par la tuméfaction des pieds et des mains, qui ordinairement, dans un âge plus avancé, ne se montrent que le onzième ou le douzième jour.

Le onzième jour, toutes les parties de la face et du corps étaient sèches. Le douzième jour les pustules des mains s'étaient aussi; le quatorzième, celles des pieds, enfin, étaient tout à fait desséchées.

Il vous a suffi de voir, dans d'autres cliniques, des varioleux, pour savoir que l'allure de la maladie est ordinairement moins rapide. Cette rapidité plus grande dans l'évolution, n'avait pas échappé aux grands observateurs des deux derniers siècles. J'ai voulu vous la faire constater, afin de vous prémunir contre une opinion erronée qui tend à considérer comme varioloïde toute éruption varioliforme, qui n'accomplit pas les phases en quelque sorte sacramentelles et classiques de la petite vérole; mais il vous suffira de lire avec attention l'histoire des varioles anomales de 1670, 71, 72, de Sydenham, pour demeurer convaincus que de son temps, comme du nôtre, on observait des varioles dont les stades et les formes différaient beaucoup de ce que le même praticien observait et décrivait dans les années 1667, 68 et 1669.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

MALADIES DE LA PROSTATE.

Tumeurs, gonflement, hypertrophie de la prostate. (Fin.)

Quand on est parvenu à vider la vessie, à faire uriner le malade, on n'a remédié que passagèrement aux accidens. Le gonflement de la prostate, les brides de l'urètre existent après comme auparavant, et l'ischurie renaît chaque fois que les urines ont rempli de nouveau la vessie. Il faut donc invoquer en outre les boissons délayantes nitrées, les bains, les sangsues au périnée, en un mot toutes les ressources thérapeutiques dont il a été parlé plus haut. Il faut de plus mettre le malade en mesure d'uriner plusieurs fois le jour. Deux moyens se présentent au choix du praticien en pareil cas: ou bien une sonde est laissée à demeure dans les organes, ou bien on a recours au cathétérisme chaque fois que la vessie est manifestement emplie par les urines.

La première pratique a l'avantage de ne point exposer le malade à des irritations répétées, aux excoriations, aux déchirures, aux fausses routes, aux nombreuses difficultés du cathétérisme enfin qui ont été rappelées précédemment. La sonde une fois en place est fixée par les moyens connus, et on la tient fermée au moyen d'un petit cône de bois ou de cire, d'une pointe de bougie, par exemple. A l'aide de cet artifice, le malade est libre d'uriner quand il en sent le besoin, puisque pour cela il lui suffit de déboucher, d'ouvrir son instrument, pour le refermer immédiatement après. Les praticiens qui croyaient à la paralysie ont même pensé qu'il serait mieux alors de tenir la sonde ouverte, afin que, s'écoulant de la vessie à mesure qu'elles y arrivent, les urines n'obligeassent point cet organe à se distendre, le forçassent au contraire par leur absence à se rétracter, à revenir sur lui-même. S'il était vrai que l'ischurie avec développement anormal de la prostate dépendît d'une paralysie de la vessie, ce conseil ne serait pas à rejeter complètement; mais comme la rétention d'urine s'établit alors par un tout autre mécanisme, c'est évidemment une pratique à ne conseiller que par exception.

D'une manière absolue, les sondes à demeure dans la vessie, regardées comme dangereuses par Everard Home, offrent des inconvéniens et des avantages qu'il importe de ne point perdre de vue:

1° Elles établissent une irritation qui provoque souvent une sorte de blennorrhagie;

2° Elles vont parfois jusqu'à excorier, à ulcérer le bord extérieur de l'urètre, d'où des douleurs, un sentiment de brûlure, quelques accidens nerveux difficiles à supporter, qui ne seraient pas sans gravité;

3° L'intérieur de la vessie elle-même en souffre: pour peu que la sonde soit raide, elle peut finir par ulcérer, par percer le bas-fond ou la paroi postérieure du réservoir de l'urine, ainsi qu'on en possède plusieurs exemples.

Il est vrai cependant que de tels accidens sont assez rares, surtout si on ne laisse pas une portion de sonde trop longue dans la vessie, si on a soin de ne se servir que de sondes souples et de ne point leur donner le temps de s'encroûter de sels urinaires, de devenir trop rugueuses, trop inégales dans les organes. Leur permanence réussit assez souvent, du moins pour un temps, à redonner au canal une direction meilleure, à rétablir par la même raison la faculté d'uriner spontanément. Le bord des soupapes, des brides, des valvules, la partie saillante des bosselures tenues en contact avec une sonde à demeure, s'émousse, se déprime, se creuse même quelquefois d'une apparence de gouttière, qui en détruit les inconvéniens pour quelques semaines ou pour quelques mois.

Sonder le malade trois ou quatre fois le jour occasionne moins de gêne, de fatigue, dans les organes, permet mieux aux autres fonctions de se rétablir complètement; à la santé générale de reprendre son état normal; mais si l'opération offre de véritables difficultés, on retombe plusieurs fois le jour, en se comportant ainsi, dans les inconvéniens du premier cathétérisme; puis, si ce n'est pas le même chirurgien qui pratique toujours l'opération, il est bien à craindre que des fausses routes ou quelque déchirure ne finissent par être effectuées dans le fond de l'urètre.

D'un autre côté, si le frottement répété, quoique temporaire, de la sonde pendant l'opération, amène à la longue, quelquefois même assez promptement, les mêmes changemens que la sonde à demeure, il peut être suivi aussi des mêmes améliorations dans les dispositions vicieuses des organes, et n'expose point, comme la première pratique, aux perforations, aux catarrhes de la vessie. J'en conclus: 1° que si le malade est en mesure d'être sondé au moins quatre fois par jour sans difficulté, soit par son chirurgien, soit par lui-même; si surtout ses organes sont très irritables, très impressionnables au contact des instrumens, le cathétérisme répété avec de grosses sondes métalliques, plutôt qu'avec des sondes en gomme élastique, doit être préféré; 2° que, dans les conditions opposées, les sondes à demeure conviennent mieux. D'ailleurs il est souvent utile, prudent, après avoir laissé une sonde à demeure pendant quelques jours, d'en venir au cathétérisme répété pour soulager le malade et ses organes, d'employer, en un mot, alternativement l'une et l'autre méthode.

Quelques chirurgiens avaient d'abord proposé de traiter les engorgemens prostatiques par l'introduction de bougies portées une ou plusieurs fois le jour et laissées chaque fois quelques minutes ou quelques heures au fond de l'urètre, comme s'il s'agissait d'un rétrécissement de ce canal. On sait actuellement que le bien obtenu de cette pratique dans quelques cas ne s'est montré que chez les malades qui, au lieu de maladies de la prostate, étaient simplement affectés de névralgies, d'épreintes, de ténesme du col vésical.

Que l'on s'y prenne d'une façon ou d'une autre pour faire uriner les malades tourmentés de tuméfaction de la prostate, cela ne constitue presque jamais qu'un traitement palliatif qui ne procure qu'une amélioration, qu'une guérison apparente et passagère. Pour deux malades qui continueront à se bien porter pendant une assez longue carrière, en ayant soin de se sonder journellement ou en gardant continuellement une sonde dans la vessie, il y en a au moins dix qui sont forcés d'interrompre de temps à autre l'emploi de ces moyens, et chez lesquels des accidens graves n'en reviennent pas moins. On a donc dû songer à d'autres ressources et, de nos jours, la compression, la cautérisation, l'incison, le broiement, la ligature, l'extirpation des tumeurs et des brides de la prostate ont été proposés.

La *compression* est un remède déjà ancien et que, à l'aide du cathétérisme ou des sondes à demeure, beaucoup de chirurgiens employaient ou emploient depuis long-temps sans y faire attention. Ayant pour but de l'établir régulièrement, MM. Pravaz d'abord, Tanchou, Leroy, Mercier ensuite, ont imaginé à ce sujet chacun un instrument particulier. Celui des trois premiers inventeurs, étant introduit courbe jusqu'au-delà des obstacles à surmonter, se redresse à la volonté du chirurgien dans la vessie. Laissé à demeure sous forme de tige droite et inflexible, il comprime nécessairement tous les reliefs quelles qu'en soient les formes, qui peuvent exister dans son trajet sur la paroi inférieure de l'urètre, qui tend ainsi nécessairement à se régulariser. Pour obtenir un tel résultat, les instrumens spéciaux dont je viens de parler sont complètement inutiles. L'explorateur de M. Mercier, une sonde quelconque ayant la courbure des litholabes à deux branches, une sonde de gomme élastique coudée de la sorte sur un simple mandrin produisent le même effet, puisque une fois arrivée dans la vessie, la portion de l'instrument qui se maintient dans l'urètre est parfaitement droite. Il est certain que ce genre de compression amène souvent une apparence de guérison qui dure souvent une ou plusieurs semaines, et qu'en le répétant de temps à autre on remet certains malades dans un état fort satisfaisant. Malheureusement aussi beaucoup d'urètres ne le supportent pas; des douleurs, des signes non douteux d'inflammation, obligent fréquemment à y renoncer, empêchent même dans quelques cas de le tenter.

La *cautérisation*, qu'on a proposé de mettre à sa place, se pratique avec les instrumens dont on se sert pour les rétrécissemens de l'urètre, en ayant soin de choisir les plus volumineux d'entre eux. Cette ressource ne me paraît jouir que d'une très faible efficacité. Porter de la potasse ou quelque caustique énergique jusqu'au voisinage du col de la vessie, sans être sûr de ne toucher que les parties à détruire, serait une opération dangereuse, que les chirurgiens prudens ne mettront point en usage. L'azotate d'argent jouit d'une action trop faible pour détruire jamais des tissus aussi durs, des couches aussi épaisses que ce qui se trouve au fond de l'urètre en pareil cas. Si on a cru réussir quelquefois par ce moyen, c'est, selon toute apparence, parce qu'on aura attribué à la cautérisation ce qui avait été produit par le cathétérisme employé simultanément.

La *ligature* des tumeurs de la prostate, en admettant qu'elle pût être raisonnablement tentée, ne pourrait être que d'un emploi très limité. Il est évident, en effet, que les tumeurs pédiculées seules pourraient à la rigueur s'en accommoder; néanmoins, si l'on avait la certitude qu'une de ces tumeurs, pyriformes ou glanduleuses, à racine étroite ou pédiculée, dont j'ai parlé, existât, je ne serais pas éloigné de l'essayer. Au total, aucun danger sérieux ne paraît lui être attaché. Une anse métallique, ou de soie ou de fil, introduite cachée à l'aide d'un des mille instrumens qui ont été imaginés pour embrasser les calculs dans la vessie serait facilement ouverte vis-à-vis du trigone, ramenée par sa pointe et verticalement dans l'urètre, puis retournée dans la position horizontale, de manière à embrasser la tumeur dans son cercle. Les extrémités qu'on en aurait conservées au dehors étant tirées, agiraient sur le corps à étrangler en réagissant sur la canule qui les renferme comme sur un serre-nœud, de la même manière que les ligatures que l'on applique sur les polypes en général. Nul doute que la tumeur, une fois détachée, mortifiée, ne se décomposât dans l'avenir et ne finît par être entraînée avec les urines.

L'*incision* n'est proposable que pour les brides, les valvules, les soupapes ou les ponts du bord postérieur de l'urètre. En incisant le bord libre, concave, proéminant de ces obstacles, on rétablit en effet, du moins en partie, la liberté de l'urètre; mais ou bien la plaie se referme bientôt en rétablissant la difformité, ou bien ses deux lèvres restent écartées à vif sans se cicatriser et deviennent le siége de douleurs vives, d'une irritation qui aggrave l'état maladif des tissus environnans. Du reste, ces incisions, qui peuvent être pratiquées avec la plupart des scarificateurs courbes de l'urètre, ne sont pas sans danger: l'instrument peut porter sur des points du canal que l'on voudrait respecter; il est difficile d'être parfaitement sûr du point précis qu'il faudrait atteindre. Si la coupure est superficielle, la bride reste avec tous ses inconvéniens; si elle est profonde, son fond peut devenir le point de départ d'infil-

trations urineuses redoutables. C'est donc un genre d'opération qui ne doit être tenté qu'avec une grande réserve, que par des hommes très exercés et dans des cas où le diagnostic ne laisse aucune incertitude, Je doute d'ailleurs qu'il valût mieux inciser sur différens points du pli que sur un seul.

Le *broiement* ou l'*écrasement* est applicable aux brides et aux tumeurs de la prostate tout à la fois. Ayant pince la portion libre d'une valvule, d'une bride, ou d'une soupape avec une pince à écrasement, il est généralement facile de la contondre, de la broyer, de manière à en amener la mortification. Cette manœuvre, répétée sur deux ou trois points, détruirait assez de tissus pour permettre au cours des urines de se rétablir : le tout serait de ne pas se méprendre dans les applications de l'instrument. Mais avec les moyens de diagnostic discutés plus haut, on conçoit qu'un praticien expérimenté puisse agir avec une certaine assurance. S'il s'agissait d'une tumeur pédiculée ou simplement globuleuse, l'instrument devrait être plus volumineux, embrasser une plus grande épaisseur de tissu ; il serait plus aisé de la contondre, de la broyer, de la morceler, et il faudrait être bien inattentif pour saisir à la place quelque couche de tissu naturel.

L'*extirpation*, comme la ligature, n'est réellement proposable que pour les tumeurs à racine étroite ; car je ne suppose pas qu'un praticien raisonnable aille jamais tenter l'excision d'un simple relief, d'une simple bosselure du tissu prostatique par l'urètre. Si des explorations convenables avaient démontré que l'obstacle au cours des urines est positivement formé par une tumeur pédiculée, mobile, je ne considérerais pas comme impossible d'en détacher la racine à l'aide de l'instrument tranchant ; les scarificateurs ordinaires portés alternativement sur l'un, puis sur l'autre de ses côtés, ou tout autre instrument à gaîne approprié, atteindrait le but sans trop de dangers dans quelque cas. Pourtant il ne faut pas se dissimuler qu'une méprise, que les erreurs exposeraient ici aux mêmes dangers que les incisions des brides, et que le nitrate d'argent porté un certain nombre de fois de la même façon que l'instrument tranchant pourrait arriver au même résultat, sans exposer au même danger, si le pédicule de la tumeur était lamelleux, étroit, très mince.

En définitive, ce sont là des opérations sur la valeur desquelles la pratique n'a point encore prononcé, qui ne devrait être tentées qu'avec une extrême réserve et par des praticiens aussi prudens qu'exercés. Pour les pratiquer, M. Vidal conseille de recourir d'abord à une boutonnière, de fendre la portion membraneuse de l'urètre, afin d'arriver par là avec certitude et sans risque de méprise sur les objets à détruire. Quant à moi, je craindrais que l'opération préalable n'eût au moins autant d'inconvéniens que l'opération curative peut offrir d'avantages. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que la destruction d'une tumeur ou d'une bride du fonds de l'urètre ne fait pas disparaître les transformations que peut avoir éprouvées la prostate, et qu'il n'y a de la sorte qu'une portion du mal d'enlevée. On se demandera sans doute si la chirurgie n'aurait pas à se reprocher d'établir une boutonnière à l'urètre dans le but unique d'obtenir un résultat dont la valeur est encore très problématique.

Ce que j'ai avancé dans cet article avait déjà été entrevu ou exposé par d'autres auteurs. Morgagni, qui traite au long dans sa XLIe lettre des maladie de la prostate, signale (article 6) l'existence de tumeurs pyriformes de cette glande, comme ayant provoqué la rétention d'urine ; il a vu (art. 13) le gonflement occuper la glande tout entière ; il dit (art. 17) que Muralt, Dobé, Reselius, Paré, Heister, Riedlin, Valisnieri, Benevoli, Riolan ont observé des cas semblables.

Les bosselures latérales de la prostate avaient été observées par Rodius; Morgagni a vu des espèces de valvules en croissant, au bord postérieur de l'urètre, et la plupart des brides que j'ai signalées. Il parle (art. 18) d'une tumeur du volume d'un pois, qui occupait l'origine de l'urètre et qui se continuait avec le tissu de la prostate; il a vu aussi (Lettre XXXXII, n° 11) des tumeurs dans les deux côtés de la prostate à la fois.

Desault (Maladies des voies urinaires, art. 7, page 216 à 237) n'ignorait point que beaucoup de rétentions d'urine dépendent du gonflement de la prostate. Il savait qu'alors les grosses sondes valent mieux que les petites. Il est seulement remarquable que dans son ouvrage (Maladies de la vessie et de l'urètre, trad. par Hollard, 1824), Sœmmering parle encore de squirrhes, de fongosités du col de la vessie, comme d'affections étrangères à cette glande (page 153), comme si Morgagni ne lui eût point été connu. E. Home (Maladies de la glande prostate, 1820), mentionne les brides transversales du fond de l'urètre, et surtout de celles qui vont d'un lobe prostatique à l'autre. Il revient plusieurs fois sur l'existence des valvules (page 118) ; il signale l'exemple d'une espèce de caverne capable de contenir une orange, qui probablement occupait la place de la prostate détruite (page 115). Outre les tumeurs du lobe moyen ; il parle de tumeurs qui occupaient les lobes latéraux de la glande. Il a même vu des tumeurs globuleuses, pelotonnées, disséminées sur les diverses parties de cette glande; puis il revient encore, à l'aide d'observations sur les tumeurs des lobes latéraux. Il dit aussi, comme Desault, que les grosses sondes valent mieux que les petites pour pratiquer le cathétérisme en pareil cas, L'équité veut que l'on ajoute néanmoins qu'une partie de ces remarques avaient été faites par Hunter (trad. de Richelot), qui mentionne déjà et le lobe moyen et ces tumeurs, et qui donne des figures des engorgemens de la glande prostate.

Il n'en est pas moins vrai que les travaux récens de M. Le Roy-d'Etiolles, de M. Vidal et surtout de M. Mercier ont vivement éclairé toutes les questions qui concernent les engorgemens de la prostate. Ayant observé depuis vingt ans de mon côté un très grand nombre de maladies de cette glande, j'ai pu, j'ai dû même en parler ici d'après mon expérience personnelle, tout en m'appuyant de celle des autres.

Chronique.

On l'a dit souvent, nous vivons à une époque d'*individualisme*. Cette tendance est générale : on l'observe dans toutes les classes, dans toutes les professions de la société ; elle a été le résultat nécessaire des principes d'économie politique professés depuis cinquante ans et dont la formule la plus nette et la plus vulgaire se traduit par ces mots : « Laissez faire, laissez passer. » La médecine a eu aussi son laissez faire et son laissez passer ; il en est résulté pour la science la destruction complète de toute doctrine générale et de principes généraux ; pour la profession l'anéantissement de tout lien de confraternité. Chacun s'est fait une science à lui, une philosophie propre, comme aussi chacun s'est isolé le plus qu'il a pu dans l'exercice de son art ; en un mot la *concurrence* avec son égoïsme étroit, avec ses procédés avides, avec l'exagération de ses formes et la vanterie de ses moyens, a pénétré la médecine de part en part et se traduit dans ses manifestations les plus solennelles comme dans les plus intimes.

Voyez les réunions des Facultés dans leurs jours d'apparat, écoutez les professeurs dans leurs chaires respectives, assistez aux séances des Académies, qu'entendrez-vous partout? Une seule chose, la manifestation du moi dans ce qu'il offre de plus cassant et de plus stérile. A la rentrée des cours, ce n'est pas un corps enseignant ; ce n'est pas une Ecole qui, par l'organe d'un de ses membres, vient rappeler à ses disciples les grands principes qui la dirigent ; c'est l'opinion personnelle d'un professeur qui tantôt vient jeter le scepticisme et le découragement dans l'esprit d'une jeunesse ardente ; tantôt, chose plus malheureuse, vient jalousement insulter un collègue, ce qui est plus facile que de le remplacer. Dans les cours, ce n'est pas l'ensemble d'une doctrine, ce n'est pas la science que vous entendrez professer : ce sont les idées propres du professeur qui s'escrime contre les opinions contraires. Et les Académies ? On les dirait, à voir ce qui s'y passe, instituées tout exprès non pas dans un intérêt scientifique général, mais bien pour la satisfaction personnelle de quelques membres qui, tantôt l'un, tantôt l'autre, soulèvent quelque retentissante discussion au profit on sait bien de quelles ambitions.

Anarchie dans les idées, discorde et jalousie parmi les hommes, ambitions exorbitantes, emploi de tous les moyens pour réussir, isolement et égoïsme, tels sont les fruits du principe de la libre concurrence, principe qui dévore, qui tue la société moderne, et dont les médecins, plus que toute autre profession, subissent les déplorables conséquences.

Vous vous indignez contre le charlatanisme, vous flétrissez les charlatans, vous appelez contre eux les rigueurs du code pénal ; permettez qu'on vous le dise, vous faites une thérapeutique aveugle et incomplète, vous n'atteignez pas la cause qui, exerçant incessamment sa funeste influence, produira toujours les mêmes résultats. Dans une asphyxie par défaut d'air, irez-vous d'abord administrer un cordial à votre malade? Non, vous ouvrirez les fenêtres, vous chasserez les assistans, et bien vous en prendra.

Dans l'asphyxie qui nous étouffe, ouvrez donc, s'il vous plaît, les fenêtres, chassez les assistans, c'est-à-dire réduisez à un nombre moral et suffisant les ministres de la santé des hommes.

Tout est là.

Ecole préparatoire de médecine, rue de l'Arbalète, 25 bis.—Quinze élèves au plus. Vie de famille, conférences, répétitions. — S'adresser à M. Ratier, D.-M., rue de l'Arbalète, n° 25 bis, près l'Ecole de pharmacie.

SUPPLÉMENT

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.
Octobre 1842.

Mémoire sur l'hémorrhagie à la suite de l'opération de la taille par la méthode périnéale, et sur un moyen efficace d'y remédier; par M. L.-J. BÉGIN.

Les dangers de cette espèce d'hémorrhagie sont bien connus des praticiens; aussi a-t-on imaginé differens moyens contre cet accident; c'est ainsi qu'on a conseillé la ligature, la torsion des vaisseaux divisés, divers modes de compression, les saignées générales révulsives, les applications réfrigérantes sur l'hypogastre, les parties internes des cuisses et sur le périnée, les injections fraîches ou froides et même acidulées dirigées dans la vessie, les manuluves et autres stimulans des parties supérieures du corps; enfin, le sentiment de la peau (colat.).

Or voici le jugement porté par M. Bégin, sur ces différentes ressources thérapeutiques :

« La cautérisation à l'aide du fer incandescent, dit-il, et surtout au moyen des caustiques solides ou liquides, indépendamment de ce que, comme la torsion et la ligature, elle ne peut être appliquée que contre les hémorrhagies dont la source est extérieure et apparente, devrait échouer souvent, et ajouterait manifestement aux causes d'irritation et de phlogose que renferme déjà la plaie.

» La compression isolée et passagère, exercée avec le doigt, est trop faible, trop incertaine pour suffire lorsque l'écoulement sanguin est opiniâtre et provient d'une source abondante. La pince dilatatrice de Dupuytren, trop peu employée pour que l'on puisse apprécier rigoureusement sa valeur, ne serait probablement ni plus sûre ni plus efficace.

» La compression générale, par voie de tamponnement, a réussi et mérite peut-être la préférence qu'on lui accorde; mais aussi combien de fois n'a-t-elle pas dû être abandonnée! Combien de malades, irrités, tourmentés par la distension douloureuse de la plaie, n'ont-ils pas été saisis de spasmes vésicaux, puis entraînés irrésistiblement à des efforts d'expulsion pendant lesquels étaient rejetés avec violence, malgré la solidité de l'appareil, le tampon et la canule, et les flots de sang et d'urine accumulés dans la vessie!

» Quant à la saignée générale elle ne peut réussir que dans les cas d'hémorrhagie active chez les sujets vigoureux, avec excitation et plénitude du pouls; et alors même, employée seule, elle ne présente pas des conditions assurées de succès.

» Les révulsifs n'ont également qu'une action trop faible et trop indirecte pour être appliqués à d'autre titre qu'à celui d'adjuvans.

» Les applications réfrigérantes hypogastriques et périnéales ont l'inconvénient de ne pouvoir être maintenues à la même température, d'entraîner le refroidissement et l'humidité de tout le corps, enfin, de nécessiter des dérangemens multipliés, et d'occasionner des réactions incessantes. Les injections dans la plaie et dans la vessie n'ont guère été conseillées que pour vider la poche urinaire du sang qui s'y accumule assez souvent derrière la compression, ou même sans que celle-ci ait été pratiquée.

» Il résulte de cet aperçu très rapide que, hors la ligature et la torsion, tous les moyens indiqués sont ou insuffisans contre les hémorrhagies ou de telle nature qu'ils ajoutent aux chances d'inflammation qui pèsent déjà sur le malade, des chances nouvelles d'irritation non moins à craindre peut-être que les dangers de l'hémorrhagie. »

Maintenant lorsqu'on réfléchit que la ligature et la torsion ne sont que rarement possibles en pareille circonstance, on est naturellement porté à rechercher une nouvelle ressource thérapeutique; c'est ce qu'a fait M. Bégin.

En 1840, à la suite d'une opération de taille périnéale par le procédé bi-latérisé, il vit survenir une hémorrhagie abondante contre laquelle les principaux moyens généralement conseilles ne produisirent aucun résultat avantageux. Cependant le danger était pressant. C'est alors qu'il imagina de faire des irrigations continues d'eau fraîche sur la plaie. Une heure après, l'écoulement de sang avait complétement disparu. Ce premier succès fut suivi plus tard de plusieurs autres chez d'autres opérés, et aujourd'hui M. Bégin considère ce moyen comme le plus efficace lorsque la ligature ou la torsion sont impossibles ou insuffisans. « Ce moyen, dit-il, est des plus simples; il pourra être mis en usage partant, si le chirurgien ajoute à son appareil instrumental pour la taille, un tube en tissu imprégné de caoutchouc suffisamment long et garni d'une canule en gomme élastique. Le malade n'éprouve de l'irrigation aucune fatigue : l'eau s'écoule le long du bord du lit à mesure qu'elle descend du périnée, et le reste du corps peut aisément être maintenu couvert et sec. »

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (octobre 1842).

I. *Recherches sur les pneumonies catarrhales épidémiques*; par H. LASSERRE, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

Le but de ce mémoire est de décrire l'épidémie de pneumonie catarrhale telle qu'elle s'est présentée à Paris au printemps de l'année 1840. Placé à cette époque comme interne à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Piorry, M. Lasserre a observé en peu de temps trente-un cas de broncho-pneumonie. Les circonstances dans lesquelles la maladie s'est developpée, les particularités qu'elle a présentées sous le rapport des symptômes et de la marche, le traitement qui a été appliqué et les résultats qu'il a fournis, tels sont les divers points de vue sous lesquels les faits sont étudiés. Avant d'entrer en matière, l'auteur expose rapidement la constitution météorologique et médicale des cinq premiers mois de l'année 1840. Dans les remarques qui suivent cette première partie du travail, on voit que, pendant les trois premiers mois de 1840, une température variable et peu élevée, une pression atmosphérique très basse, des vents du nord ou du nord-est, ont presque dans tous les cas coïncidé avec l'apparition de la broncho-pnenmonie, qui, sous leur influence, a revêtu un caractère d'apparence épidémique.

Divisant d'abord les pneumonies catharrales en broncho-pneumonie *consecutive* ou *primitive*, selon que l'inflammation, soit aiguë, soit chronique des bronches, a précédé l'inflammation du poumon, ce qui est le cas le plus fréquent; ou bien que l'une et l'autre se sont développées et ont marché ensemble; M. Lasserre étudie l'étiologie de la pneumonie bâtarde (*peri-pneumonia notha* de Sydenham); il avance que cette affection est plus commune chez les hommes que chez les femmes, et il en trouve la raison dans la nature des occupations et non dans le sexe, mais il combat l'opinion de tous ceux qui ont écrit sur cette maladie et qui ont dit qu'elle était plus fréquente chez les vieillards. Selon M. Lasserre, ce ne serait, parmi les pneumonies catharrales consécutives, que celles qui compliquent une bronchite chronique, qui s'observeraient surtout dans la vieillesse, tandis que celles liées à une bronchite aiguë seraient fréquentes pendant l'adolescence et l'âge adulte, et que la broncho-pneumonie primitive se rencontrerait principalement pendant la période de virilité.

L'auteur aborde ensuite la question des influences de la pression atmosphérique, de la température, des vents, de l'humidité, sur la production de la broncho-pneumonie; il examine avec soin le rôle que joue chacune de ces causes. et en tire la connaissance des influences auxquelles on doit se soustraire pour prévenir le développement de la maladie.

Passant aux symptômes et à la marche de l'affection, l'auteur appelle vivement l'attention sur la période de début, parce que, dit-il d'abord, toutes choses égales d'ailleurs, la maladie plus tôt reconnue sera plus facilement et plus avantageusement combattue, et ensuite parce qu'il sera assez souvent possible d'arrêter l'affection catharrale assez à temps pour prévenir l'inflammation du poumon. Dans la broncho pneumonie primitive, la santé est brusquement altérée. La durée des prodromes est tellement éphémère, que la période de début n'existe pas à proprement parler. Dans une observation fort détaillée, dont le sujet est un nommé Caillot, âgé de trente-deux ans, très robuste, entré à la Pitié le 16 mars 1840, on voit que la pneumonie et la bronchite se sont très probablement développées en même temps. Le début fut brusque, les troubles fonctionnels et la réaction vive qui l'ont accompagné rapprochent ce cas de la pneumonie franche, mais il en diffère par l'existence simultanée de la phegmasie des bronches sur des points voisins du lieu où siégeait la pneumonie, et surtout par les signes positifs de bronchite qui ont succédé à ceux de l'inflammation du poumon, lorsque celle-ci tendait à se résoudre.

La pneumonie catharrale consécutive peut se développer de deux manières : 1° quelle que soit l'étendue, le degré et la forme de la bronchite, il peut se faire que le poumon s'enflamme d'emblée, sans que l'altération des bronches se soit étendue peu à peu aux vésicules pulmonaires; 2° sur un bien plus grand nombre de malades, l'inflammation des bronches se propage peu à peu vers les petites divisions et envahit enfin le tissu propre du poumon. La première forme, l'auteur l'appelle *aiguë*, et la seconde, *broncho-pneumonie consécutive lente*.

Selon lui, la forme aiguë est moins fréquente que la forme lente. Dans la première, le début est assez brusque : le frisson presque constant, souvent très fort; après le frisson, la toux devient plus fréquente, plus sonore, les crachats restent muqueux, un mouvement fébrile assez intense se développe, ou augmente s'il existait. Quelque temps après ces accidens, en général au bout de 24 heures, un point de côté se déclare, et la douleur est très vive chez quelques malades.

Dans la broncho-pneumonie consécutive lente, l'inflammation du poumon ne survient que graduellement, et dans tous les cas, si l'on examine avec soin les malades, il est une période pendant laquelle on peut prévoir le développement de la pneumonie. C'est là un point d'une haute importance pratique, car cette forme, dit M. Lasserre, est celle que la maladie affecte le plus fréquemment. Il ajoute que, dans cette inflammation catharrale du poumon qu'il appelle lente, le frisson a toujours manqué. Les malades atteints d'une inflammation soit aiguë, soit chronique des bronches, voient peu à peu la toux devenir plus forte et plus fréquente, l'expectoration plus abondante : en même temps la respiration est un peu gênée, et un malaise général se développe et se lie à un léger mouvement fébrile. A ce degré, si l'on ausculte, on trouve des râles ronflants plus nombreux et plus fins sur un point de la poitrine que partout ailleurs, presque toujours en arrière. Bientôt la toux et l'expectoration augmentent encore, les crachats restent muqueux, mais leur viscosité est plus prononcée; la gêne de la respiration et le mouvement fébrile, sans être portés très loin, deviennent cependant plus marqués. A ce second degré, sur le point ou l'on avait primitivement constaté l'existence de râles ronflans nombreux, on trouve le murmure respiratoire faible et voilé par des ronchus muqueux à bulles fines, souvent très voisins du râle sous-crépitant; le son est sur ces points plus ou moins obscur. Entre ce degré et la pneumonie, il n'y a qu'un pas qui, le plus souvent, est franchi en quelques heures; les malades ressentent alors un point de côté peu caractérisé, la toux devient encore plus forte, les crachats diversement colorés, le pouls augmente de fréquence et de force, et l'auscultation ainsi que la percussion ne laissent aucun doute sur le diagnostic.

Étudiant ensuite les troubles que la pneumonie catharrale détermine et les signes qui la caractérisent, M. Lasserre traite successivement du frisson, de la fièvre, de la douleur, de la dyspnée, de la toux et de l'expectoration. Il examine attentivement les signes fournis par la percussion et l'auscultation.

Une fois que le tissu du poumon est enflammé, dit-il, la percussion donne dans la pneumonie catharrale les mêmes résultats que dans la pneumonie ordinaire; et dans tous les cas, lorsque l'inflammation du poumon guérit, la matité met à se dissiper un temps beaucoup plus long que dans la pneumonie franche. La valeur des signes donnés par l'auscultation est non moins grande chez plusieurs malades, on n'en peut fonder un diagnostic certain que sur les résultats qu'elle fournit.

Sous quelque forme que se présente la broncho-pneumonie, les râles bronchiques sont constans. Les râles ronflants et sibilants se développent les premiers dans toutes les inflammations des bronches, et il n'est pas rare de les voir persister jusque dans les dernières périodes de la maladie; dans la pneumonie catharrale, ils conservent ces mêmes caractères. En général, on les entend dans une grande étendue du poumon qui doit devenir malade, et souvent aussi de l'autre côté; ils deviennent fins, nombreux, et voilent entièrement le murmure respiratoire sur les points où l'inflammation s'étend peu à peu des canaux aérifères au tissu propre du poumon.

Les râles ronflans accompagnent presque toujours le râle crépitant; on les entend au commencement de l'inspiration et à la fin de l'expiration; aussitôt que la respiration devient bronchique, ils cessent pour faire place au souffle, alors même que le râle crépitant n'a pas entièrement disparu. Les râles ronflans se reproduisent de nouveau, alors que le souffle n'existe plus; ils accompagnent le râle crépitant de retour et se prolongent quelquefois beaucoup pendant la convalescence. Les râles muqueux et sous-crépitans sont moins fréquens et surtout moins étendus que les râles ronflans : au début, on ne les observe que dans la forme consécutive lente; dans presque tous les cas, ils succèdent au râle crépitant de retour et même persistent long-temps pendant la convalescence.

Le râle crépitant est très fugace dans la broncho-pneumonie, à moins, bien entendu, que l'inflammation ne s'arrête à la première période; quoi qu'il en soit, il n'est jamais pur, mais accompagné de râles ronflans ou de souffle.

La respiration devient promptement bronchique, et aussitôt que le souffle apparaît les râles ronflans cessent de se faire entendre.

Après avoir dit quelques mots des complications de la broncho-pneumonie, de la pleurésie en particulier, l'auteur décrit l'état des voies digestives, des fonctions intellectuelles, des forces; puis il s'occupe des caractères et des lésions anatomiques. Selon lui, la broncho-pneumonie occupe presque constamment (30 sur 32) la partie postérieure des poumons. L'étude des lésions anatomiques lui a fait voir les bronches toujours malades, mais plus ou moins altérées par une rougeur à différens degrés. La muqueuse bronchique est plus souvent ramollie qu'épaissie. Les liquides qui remplissent les conduits aérifères ont rarement l'apparence purulente qu'on trouve si fréquemment dans la pneumonie légitime; c'est presque toujours une écume à bulles plus ou moins fines, dont la quantité est variable; dans quelques cas elle remplit toutes les divisions bronchiques, non-seulement du côté malade, mais encore du côté sain. Quelquefois ces liquides s'épaississent et prennent, quand on les exprime des petites bronches, un aspect vermicellé; dans quelques cas, la muqueuse bronchique est tapissée de fausses membranes peu adhérentes.

Le tissu propre du poumon offre diverses altérations : dans quelques cas il est hépatisé au deuxième degré, le plus souvent au deuxième et au premier en même temps, enfin rarement au troisième seul.

Tous les praticiens, dit M. Lasserre en terminant, ont été d'accord sur le traitement de la péripneumonie bâtarde, quelles qu'aient été les opinions médicales des observateurs, l'époque et le lieu où la maladie ait régné. Les évacuations sanguines modérées et les dérivatifs, soit sur le tube intestinal, soit sur la peau, constituent encore aujourd'hui, comme du temps de Sydenham, de Boerhaave, de Huxham, de Stoll, nos agents thérapeutiques les plus avantageux contre la pneumonie catarrhale.

L'auteur fait connaître les indications qui ont dirigé l'emploi de ces divers moyens auxquels il ajoute, avec Stoll, le tartre stibié, dont il examine l'action physiologique; il conclue de ses observations sur l'emploi de ce médicament que le tartre stibié a exercé dans la broncho-pneumonie une action *dépléto révulsive* sur le tube intestinal, et qu'il a agi comme expectorant sur l'appareil respiratoire.

Enfin, les dernières lignes sont consacrées à l'examen de l'emploi des vésicatoires, des toniques, des boissons et du régime auquel il convient de soumettre les convalescents, et il nous apprend en terminant qu'au moyen du traitement et des précautions qu'il indique 29 malades ont guéri sur 31, et la durée du traitement depuis l'entrée jusqu'à la convalescence a été :

1 fois de. . . .	3 jours,
1 fois de. . . .	4 jours,
9 fois de. . . .	5 jours,
10 fois de. . . .	6 jours,
3 fois de. . . .	7 jours,
4 fois de. . . .	8 jours,
1 fois de. . . .	9 jours.

II. *Du développement simultané de productions hétérologues (tubercules et encéphaloïdes) à la surface de plusieurs membranes séreuses affectées de phlegmasie, et de l'hydropisie qui l'accompagne*; par M. BRIQUET, agrégé honoraire de la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin.

M. Cruveilhier fait remonter à Lellius (*Thèse inaug.*, Tubing, 1704) l'indication de l'existence des granulations tuberculeuses à la surface des membranes séreuses. Bichat passe néanmoins pour avoir le premier parlé de cette maladie, qu'il regardait comme particulière au système séreux. M. Briquet établit que Bayle est le premier qui ait fait connaître cette altération d'une manière précise. Ces productions, très bien connues sous le rapport de l'anatomie pathologique, le sont infiniment moins bien sous celui de la pathologie.

On est assez généralement d'opinion que les productions hétérologues ne pullulent dans les divers points de l'économie que quand celle-ci a été notablement et long-temps modifiée par une altération existant préalablement dans l'un des principaux organes. C'est contre la trop grande généralité de cette proposition que s'élève l'auteur du mémoire.

On sait bien qu'une collection de liquide séreux existe ordinairement dans les séreuses où se trouvent ces productions; mais on n'a point encore parlé de la marche particulière de l'hydropisie qui accompagne ordinairement leur développement simultané à la surface de plusieurs séreuses. Les observations publiées dans ce travail tendent à faire connaître cette hydro-

pisie, sa marche spéciale, son diagnostic précis, et la médication qui paraît la plus appropriée à ces cas.

La première peut se résumer ainsi : Un homme, de constitution éminemment lymphatique, a été pendant plusieurs mois en proie aux accès d'une fièvre intermittente. Cette maladie a altéré l'organisation; car, au bout de quelques mois d'une santé douteuse, du malaise général survient graduellement, le ventre est douloureux, tendu ; la respiration s'accélère, et il y a des douleurs dans le péritoine et de la fièvre, c'est-à-dire que, sans cause appréciable, il est survenu une péritonite lente et une pleurésie à droite également lente.

Au bout de six semaines, la fièvre cesse; mais le teint prend la couleur jaune-paille, et du liquide existe évidemment dans les deux plèvres et le péritoine; en même temps il y a des phénomènes inflammatoires locaux peu prononcés, mais cependant très évidens. On essaie un traitement composé de moyens antiphlogistiques locaux, de calmans et de toniques généraux.

Au bout de deux mois, les épanchemens ont sensiblement augmenté dans les plèvres et le péritoine ; il y a toujours de la douleur dans le côté droit du thorax et dans l'abdomen; de l'œdème se manifeste aux membres inférieurs. On est obligé de cesser les toniques en raison de la fièvre qu'ils ont causée.

Au bout de trois mois et demi, apparition d'une toux sèche et fréquente, sans que rien à l'auscultation indique une altération au sommet des poumons. Le laudanum à hautes doses diminue la toux. A dater de ce moment, l'infiltration des membres va croissant. La gêne de la respiration augmente, le ventre se tuméfie davantage, la circulation veineuse s'embarrasse, et l'on a le tableau d'une hydropisie avec peu de fréquence du pouls. La mort a lieu au bout de quatre mois et demi de maladie. On trouve à l'autopsie, comme lésions principales, une pleurésie tuberculeuse à droite, un simple épanchement de sérosité dans la plèvre gauche, une péritonite tuberculeuse chronique et un peu de sérosité, et quelques fausses membranes dans le péricarde, quelques tubercules miliaires au sommet des poumons, et une ulcération dans l'intestin grêle.

M. Briquet étudie ensuite avec le plus grand soin les principales circonstances de ce fait.

Puis viennent deux nouvelles observations extrêmement détaillées. Dans la première, il s'agit d'une femme lymphathique fatiguée, toussant depuis long-temps, ayant de petites cavernes au sommet des poumons. Le froid de l'hiver exaspère la toux, et sous l'influence des secousses qu'elle occasionne, il se développe une péritonite chronique avec épanchement. Au bout d'un mois, apparition d'un peu d'œdème aux membres inférieurs et de sérosité dans les plèvres. L'épanchement s'accroît, douleur, inflammation de la plèvre. Douleurs habituelles dans l'abdomen, infiltration générale ; mort dans une syncope. On trouve à l'autopsie de petites cavernes à parois cicatrisées et quelques tubercules miliaires dans les sommets; une pleurésie légère; à droite quelques tubercules miliaires avec un épanchement considérable ; un peu d'épanchement sans pleurésie dans la plèvre gauche, et une péritonite tuberculeuse générale.

La seconde observation a pour sujet une femme bien portante, brune, ayant passé cinquante-cinq ans, qui s'expose à des refroidissemens brusques et répétés, et qui contracte une pleurésie à droite et une péritonite également à droite; d'abord aiguës, toutes deux passent à l'état chronique et s'accompagnent d'exhalation abondante. Cette exhalation est telle qu'elle ressemble à une ascite, à un double hydrothorax plus considérable à droite qu'à gauche ; il n'existe point encore d'œdème des membres inférieurs. Au bout de deux mois, il apparaît et augmente en même temps que les autres épanchements des séreuses. Mort au bout de quatre mois par suite de la gêne de la respiration et par l'affaiblissement. A l'autopsie, traces évidentes de pleurésie droite et de péritonite plus considérable à droite; granulations encéphaloïdes sur les plèvres et sur le péritoine, mais plus nombreuses où siégeaient les inflammations, et réunies en masse dans une partie déclive de l'abdomen.

Entrant dans l'examen des propositions émises en commençant son travail, M. Briquet pense 1° qu'il est réellement des cas dans lesquels la diathèse tuberculeuse et cancéreuse est primitive, et dans lesquels ces productions hétérologues se développent à la surface des membranes séreuses sans qu'il y en ait eu d'abord dans les viscères principaux ; il ajoute que cela paraît évident pour les deux premiers malades cités et très probable pour le dernier.

2° L'inflammation des séreuses détermine l'exhalation d'une matière qui passe de suite, et sans transformation, à l'état de tubercule ou d'encéphaloïde.

Après avoir discuté la question de savoir si ces productions hétérologues se sont développées long-temps après l'apparition des accidents de phlogose, et avoir établi que l'inflammation des séreuses, avec développement de ces productions, s'accompagne ordinairement d'une hydropisie dont les symptômes et la marche sont tellement caractéristiques qu'ils peuvent servir au diagnostic, M. Briquet appelle l'attention sur le traitement de cette affection. Rappelant brièvement les nombreuses médications qu'il a vues échouer jusqu'ici, il conclut qu'il reste à essayer un moyen thérapeutique puissant, énergique, les vésicatoires, et termine en croyant à l'espoir de chances de succès dans le cas où la phlegmasie serait prise à son début.

Gazette médicale de Paris. (5 novembre 1842.)

Observations d'empoisonnement par le cérat fait avec des bougies de nouvelle fabrication, dans la composition desquelles entre de l'acide arsénieux; communiquées par M. Errard, d.-m. à Injurieux (Ain).

Première observation. — En 1841, dit M. Errard, un homme âgé de 55 ans venait d'avoir une pneumonie qui avait été traitée avec succès par des saignées répétées; il était en pleine convalescence, lorsque, d'après mes recommandations, on mit des compresses enduites de cérat sur des plaies qui avaient été produites à chaque bras par une application de vésicatoires. Le lendemain, ayant été appelé de très-bonne heure, je me rendis aussitôt auprès du malade, que je trouvai dans un état très-inquiétant; ses bras étaient douloureux; sa langue était rouge, sèche, fendillée; sa soif était insupportable; il éprouvait dans le ventre des tranchées qui n'étaient suivies d'aucune selle. J'observai des contractions involontaires dans les muscles des membres inférieurs et du dos; le pouls était petit, irrégulier et fréquent. Le malade avait de la céphalalgie. Je ne visitai point les plaies des bras, qu'on me dit être rouges et enflammées. *Prescription:* huit sangsues derrière chaque oreille, lavements émollients, tisanes émollientes, fomentations émollientes sur l'abdomen et les bras. Le malade mourut dans la soirée. Je soupçonnai l'administration d'un remède nuisible, ne pouvant m'expliquer autrement l'apparition de symptômes aussi graves n'ayant aucun rapport avec la maladie antérieure; mais les parents du défunt répondirent négativement à toutes les questions faites dans ce sens, et je ne poussai pas plus loin mes recherches.

Deuxième observation. — Huit jours après l'accident du sujet de l'observation précédente, une jeune fille à qui j'avais fait appliquer un vésicatoire à la cuisse, pour combattre une céphalalgie survenue à la suite d'un retard dans l'apparition de ses règles, met sur la plaie une compresse enduite de cérat. Elle y éprouva bientôt de vives douleurs qui obligèrent d'enlever les pièces de pansement. Je fus mandé. La jeune fille se plaignait d'avoir une soif inaltérable, d'éprouver des envies de vomir, des douleurs à l'épigastre. Sa langue était rouge; la plaie qui existait à la cuisse était enflammée, un peu saignante. Il y avait des mouvements saccadés dans les membres. *Prescription :* potion calmante; tisane; lavements; fomentations avec eau de mauve; un grand bain. Cette jeune fille était guérie au bout de peu de jours.

« Les parens regardaient l'application du cérat sur la plaie de la cuisse comme ayant été la cause de cet accident. Je l'examinai pour satisfaire leur désir. Il était blanc, onctueux au toucher et avait une apparence tout à fait normale. Cependant je ne tardai pas à me rappeler que chez le sujet de la première observation les accidens graves ayant amené la mort, et ayant eu quelque analogie de forme avec les symptômes de l'indisposition de cette jeune fille, s'étaient déclarés peu de temps après une application de compresses enduites de cérat sur les plaies de ses bras. Je me souvins en outre que, peu de temps avant, une mère s'était plainte de ce que du cérat employé pour son enfant avait augmenté le mal préexistant (une inflammation des ailes du nez), j'allai aux informations; elles m'apprirent que le cérat, dont on avait fait usage dans ces trois circonstances, sortait de la même maison. Puis, ce qui me rendit compte de la cause des accidens observés, c'est que ce cérat avait été fait avec des bouts de bougies à 1 fr. 60 cent., bougies de nouvelle fabrication dans la composition desquelles entre l'acide arsénieux.»

Journal des Connaissances médico-chirurgicales. (Novembre 1842.)

I. *Maladies de la matrice. — Erreurs nombreuses de diagnostic.*

Cet article est textuellement extrait du deuxième volume de la Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, par M. Lisfranc.

II. *Observation d'une tympanite avec péritonite, suite d'une gangrène du poumon gauche et d'une perforation du diaphragme, et qui a nécessité cinq ponctions;* par M. Duhordel et M. Richard, médecin à Évreux.

M. Maxime de L..., âgé de vingt et un ans, grand, bien développé, à poitrine large, fut pris, le 29 novembre 1838, au milieu d'une partie de billard, d'une douleur assez violente vers les fausses côtes gauches, douleur qui disparut au bout de quelques minutes pour reparaître avec plus de violence le lendemain à la suite d'un effort. Ce fut alors que M. Duhordel fut appelé et constata un état d'anxiété extrême. A dater de cette époque, le malade éprouva une série de phénomènes morbides qu'il serait trop long d'énumérer ici. Enfin la mort eu lieu soixante-trois jours après l'accident. Voici les détails de l'autopsie :

La paroi abdominale fut ouverte par une incision étendue de l'appendice xypoïde au pubis. A peine eut-on pénétré dans le péritoine qu'une grande quantité de gaz fétide s'en échappa. Ayant mis ensuite les intestins à découvert, on trouva le péritoine sillonné de fausses membranes et recouvert d'une couche purulente. Les intestins nageaient dans un liquide floconneux, trouble et extrêmement nauséabond. La totalité de ce liquide pouvait s'évaluer à quatre litres. Les circonvolutions intestinales étaient réunies par de fausses membranes albumineuses faciles à détruire. On trouva, « au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, une vaste excavation qui avait contenu à elle seule la plus grande partie du liquide sus-mentionné. Cette excavation avait environ huit pouces de diamètre en tout sens, et s'était formée par le refoulement des organes voisins, l'estomac et le foie à droite, la rate à gauche, la masse intestinale en bas, en haut le diaphragme, qui formait une voûte extrêmement concave qui refoulait la base des poumons jusqu'au niveau de la sixième côte. En arrière, un peu avant et à gauche de l'entrée de l'aorte dans l'abdomen, le diaphragme présentait une ouverture circulaire, à bords ulcérés, du diamètre d'une pièce de cinq francs. »

La poitrine fut ensuite ouverte avec précaution, et on put constater que les deux poumons avaient d'anciennes adhérences partielles avec la plèvre costale. Le poumon gauche était inhérent par sa base avec le diaphragme au niveau de l'ouverture dont nous venons de parler. Introduit par cette ouverture, le doigt conduisait à une excavation du poumon traversée par les vaisseaux pulmonaires et les vaisseaux bronchiques. Cette caverne aurait pu loger un œuf de poule. L'ayant mise à nu, nous trouvâmes ses parois tapissées d'une couche de pus gris verdâtre d'une odeur repoussante. MM. Duhordel et Richard crurent reconnaître une gangrène du poumon. Il n'existait, du reste, nulle trace de tubercules. Le cœur était sain, ainsi que le foie, la rate et les reins. La muqueuse gastro-intestinale n'a présenté aucune trace d'altération.

III. *Asphyxie causée par l'introduction d'un petit poisson dans la trachée-artère;* par M. Remy fils, D. M. à Mareuil-le-Port (Marne).

Le nommé Dury, âgé de vingt-trois ans, à la suite d'un pari, avala un petit poisson qui, au lieu de descendre dans l'estomac, était arrêté dans la gorge et l'étouffait. Mandé auprès de ce jeune homme une heure après l'accident, M. Remy le trouva couché sur le dos, la tête relevée et en proie à tous les symptômes de l'asphyxie commençante. Une sonde œsophagienne introduite par l'une des narines (les mâchoires étaient violemment contractées) fut poussée jusqu'à l'orifice cardiaque de l'estomac, et donna la preuve que le corps étranger n'était point dans l'œsophage; « il était, dit M. Remy, dans la partie inférieure de la trachée-artère, comme me le prouvèrent bientôt la percussion, l'auscultation et les symptômes qui s'étaient traduits au dehors.» La mort était imminente ; la trachéotomie constituait la seule ressource à employer; mais M. Remy ne put obtenir des parens la permission de pratiquer cette opération; il trouva même de l'opposition à cet égard de la part d'un confrère qu'il avait fait appeler. La mort eu lieu.

» Autant pour prouver ce que j'avais avancé pendant la vie, dit M. Remy, que pour démontrer à tous que l'opération, non-seulement était possible, mais pouvait encore avoir du succès, je la pratiquai sur le cadavre en suivant bien minutieusement toutes les règles de l'art. A peine la trachée fut-elle ouverte que mon doigt, introduit dans l'ouverture, sentit la queue du poisson au-dessous de la plaie. Je fis constater cette position par mon confrère et par les diverses personnes qui m'entouraient; puis je procédai à son extraction. Ce dernier temps de l'opération m'offrit, il est vrai, quelques difficultés. C'était un petit poisson appelé perchette, long de sept centimètres et large de deux. »

Revue Médicale (Octobre).

I. *Observations et recherches sur quelques maladies particulières à la membrane caduque;* par le docteur Devilliers fils, membre de la Société de Médecine de Paris. (Imprimées par décision de cette Société.)

« Rien n'est encore moins connu que les vices de conformation et les altérations pathologiques des membranes caduques... L'histoire de leurs maladies proprement dites et des autres enveloppes du fœtus est à refaire. Nous possédons quelques observations isolées, mais nous n'avons rien de satisfaisant, » a dit le professeur Breschet dans ses recherches sur l'œuf humain. C'est dans l'intention d'ajouter du moins quelques faits au très petit nombre de ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour et d'en tirer des inductions utiles, que M. Devilliers a tenté de réunir plusieurs observations.

Et d'abord il existe, selon l'auteur de ce mémoire, surtout pendant les trois premiers mois de la grossesse, des connexions vasculaires assez intimes entre l'organe gestateur et la membrane adventive, d'où l'on conçoit qu'à une époque, en général peu éloignée de celle de la conception, et que par suite d'une cause morale ou physique quelconque, chez une femme dont l'utérus est excitable, il se produise une activité plus que nécessaire dans la circulation de cet organe, une congestion plus ou moins vive dont on comprend l'influence sur la circulation et les fonctions de la membrane, dans laquelle elles pourront déterminer non-seulement la rupture de quelques vaisseaux, mais aussi diverses espèces de maladies. Les troubles survenus dans la circulation utérine retentissent donc jusque dans la membrane caduque, où elles donnent lieu soit à une congestion toute mécanique, soit à un travail inflammatoire, soit à une véritable apoplexie.

Les causes et les symptômes de ces diverses affections se confondent avec ceux des avortemens en général; aussi l'auteur ne les décrit-il pas minutieusement; tout en insistant cependant sur ce qu'ils ont d'important, il étudie d'abord la congestion, qui peut être légère ou heureusement modifiée par un traitement énergique, ou plus grave jusqu'à déterminer l'avortement, auquel cas on peut distinguer les parties congestionnées à plusieurs degrés de celles qui ont subi une altération plus avancée. La congestion peut, au contraire, se prolonger et donner lieu à un travail inflammatoire *particulier*, à une altération de sécrétion qui fournissent divers produits. Dance en a publié deux observations dans le *Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, t. III. Cette congestion peut encore se faire à l'intérieur même des deux feuillets de la caduque, comme le prouve une observation de M. Lesauvage (*Arch. gén. de médecine*, 2e série, t. II).

M. Devilliers rapporte ensuite deux observations qui lui sont propres; dans l'une, l'examen de l'arrière-faix lui démontra que l'altération portait évidemment sur les deux feuillets de la membrane caduque, qui non-seulement était beaucoup augmentée d'épaisseur, mais dont le tissu était devenu brunâtre, plus spongieux, et parsemé de caillots sanguins qui indiquaient fort bien de quelles sources venaient des hémorrhagies qui s'étaient plusieurs fois manifestées avant l'avortement.

M. Devilliers fait remarquer que ce qu'il y a surtout à constater dans son observation, c'est que deux avortemens arrivèrent dans les mêmes circonstances chez la même personne, et tous deux dus, selon lui, à une maladie de la caduque qui a commencé quelques semaines après la conception par une congestion sanguine de cette membrane, semblable à celle que l'on observe sur un certain nombre de produits avortés. Mauriceau rapporte quatre faits qui présentent quelque ressemblance avec celui-là; et il est mentionné dans ce mémoire une observation du professeur Dubreuil de Montpellier, que M. Devilliers considère comme le résultat d'une congestion inflammatoire; il pense que les observations qu'il cite semblent prouver que non-seulement la caduque prend part aux diverses congestions qui peuvent atteindre l'utérus, mais qu'elle peut être le siége d'altérations diverses, résultat ordinaire d'inflammation.

Par apoplexie de la caduque, il entend un épanchement sanguin, soit partiel, soit général, dans le tissu de cette membrane ou dans sa cavité, qui peut encore être produit par l'effet d'une vive congestion de l'utérus. Cette maladie est beaucoup plus fréquente que celles qui viennent d'être décrites, et il explique cette fréquence par le peu de résistance que présentent les parois des vaisseaux adventifs. Les observations recueillies par M. Devilliers le portent à penser que l'épanchement sanguin peut être ou partiel ou général, et qu'il peut envahir, soit le feuillet utérin, soit la cavité de l'hydropérione, soit même le feuillet réfléchi. Il cite un fait qui, sous certains rapports, offre une frappante analogie avec ceux qui ont été relatés par M. Deneux dans le *Journal général de médecine* (t. XLVIII), et par M. Jacquemier dans les *Archives générales de médecine* (juin, juillet, août 1839). Dans cette observation, les foyers apoplectiques se sont trouvés non pas dans la couche adventive secondaire ou utéro-placentaire, mais sur la caduque réfléchie elle-même et dans des points en général assez éloignés du cordon ombilical. Une des raisons qui font surtout citer par M. Devilliers cette observation comme une preuve de la possibilité des apoplexies partielles dans la caduque, c'est la présence très évidente de foyers sanguins distincts et disséminés dans l'épaisseur du lambeau, foyers qui font véritablement corps ainsi que le représente la figure jointe au mémoire.

Un fait tout récent s'est encore présenté à l'observation de M. Devilliers pour lui montrer une apoplexie partielle du feuillet réfléchi de la caduque : une dame, se croyant enceinte de deux mois et demi, est prise, sans cause connue, d'une perte légère ; il emploie les moyens nécessaires. les accidens sont enrayés momentanément, mais le lendemain l'écoulement sanguin revient tout à coup accompagné de coliques violentes, et il trouve engagé dans l'orifice utérin un corps qu'il extrait avec précaution. C'était l'œuf qui présentait les altérations suivantes : il était recouvert extérieurement par la caduque réfléchie ; lorsqu'il fut ouvert, la cavité se trouva vide, car l'embryon avait disparu. Les membranes perforées sur un point de leur étendue furent facilement isolées les unes des autres. L'amnios, le chorion, le cordon étaient sains, mais trois petits foyers apoplectiques étaient disséminés dans la masse des villosités choriales, et la caduque réfléchie, très développée, offrait une congestion presque générale, et, dans l'épaisseur même de son tissu, des traînées de sang, ainsi qu'un certain nombre de foyers sanguins plus ou moins considérables. Les deux siéges de l'apoplexie étaient bien distincts ; quant à la caduque utérine, elle se détachait partiellement avec les caillots expulsés pendant l'avortement, formant pour ainsi dire la base de plusieurs d'entre eux. Cependant ce même feuillet se voit souvent envahi par l'épanchement ; et quant à la cavité, elle peut en être aussi le siége ; mais on ne peut bien constater sa présence que lorsque l'œuf sort entier, comme on en voit des exemples dans les observations de M. Lesauvage et de Heuzinger.

L'apoplexie partielle ou générale et peu intense permet donc de retrouver et de distinguer la plupart des élémens de l'œuf, mais quelquefois le désordre est tel que les parties qui le constituent semblent confondues ou détruites. Quelques faits portent M. Devilliers à penser que quand l'épanchement sanguin des caduques est peu considérable, il peut se terminer par résolution et ne pas donner lieu à l'expulsion de l'œuf. Plusieurs fois, il affirme avoir rencontré sur la face fœtale de l'épichorion des traces d'anciens foyers sanguins résorbés, et avoir vu une fois, sur la caduque utérine d'un arrière-faix à terme, un caillot de sang engagé dans sa substance qui avait déjà en partie disparu, et le travail de résorption qui s'était établi autour de lui avait même atteint la caduque, réduite en cet endroit à l'état de feuillet très mince.

Après avoir décrit la congestion et l'apoplexie de la membrane caduque, l'auteur s'occupe de l'hypertrophie et des transformations morbides des membranes ovariennes ; il étudie ces masses charnues, épaisses, plus ou moins consistantes, qui constituent ce que l'on a appelé *môle*, et donne une explication de leur formation. Il convient avec Meissner et M. Velpeau que la môle est souvent le résultat de véritables hypertrophies de l'œuf, mais il ajoute que non-seulement elle peut provenir de cette hypertrophie, mais qu'elle peut encore être constituée par un œuf ou les débris d'un œuf malade, conservé pendant plus ou moins de temps dans l'utérus et transformé en une masse compacte, tant par l'infiltration des liquides que par la compression qu'exercent les parois utérines contractées. Ainsi, comme dans les deux premiers mois qui suivent la conception c'est la membrane caduque qui, de toutes les enveloppes, offre le plus de développement, et comme, en outre, elle est exposée aux divers modes d'altération décrits plus haut, M. Devilliers en conclut que ce serait elle qui, à cette époque, constituerait la môle en grande partie, tandis que plus tard ce serait le placenta.

Il n'y aurait alors qu'une espèce de môle, la môle légitime ou faux germe. Quant à l'opinion qui fait attribuer la môle à une fécondation ou à une conception imparfaite ou irrégulière dans leur origine, M. Devilliers la repousse, et il pense que M. Velpeau, qui regarde un grand nombre de monstruosités du fœtus comme le produit d'une maladie de quelque partie de l'œuf partage cette manière de voir.

Pour n'avoir étudié que ces diverses maladies de la caduque, M. Devilliers ne pense pas que ce soient les seules dont elle puisse être affectée ; il croit qu'il peut s'y faire aussi des épanchements ou plutôt des exhalations anormales séreuses et même sanguines, par une prédominance lymphatique prononcée ou par défaut de tonicité dans le système vasculaire, comme cela a lieu pour les hydropisies et les hémorrhagies passives ; mais il avoue qu'il lui est impossible, quant à présent, d'en déterminer les caractères et les symptômes. Il ajoute seulement qu'il est convaincu que ces épanchements séreux contribuent à fournir ces fausses eaux qu'il n'est pas rare de voir perdre à certaines femmes pendant leur grossesse.

M. Devilliers termine son travail en faisant remarquer que c'est principalement lorsque l'utérus est prédisposé à la congestion, à l'engorgement sanguin, comme chez les personnes abondamment réglées, nerveuses, et chez lesquelles les moindres émotions, les secousses physiques retentissent sur le système utérin, que son influence sur la caduque se manifeste, ou bien lorsque la surface de l'organe est malade ou le siége d'une affection catarrhale. Pour les symptômes, ils sont les mêmes que ceux des autres espèces d'avortemens ; on ne peut, aujourd'hui du moins, leur assigner un caractère particulier. Enfin, sous le rapport du diagnostic, il faut bien distinguer la congestion et l'apoplexie de l'infiltration simple des membranes par le sang, dont on peut le débarrasser plus ou moins aisément à l'aide de lavages réitérés.

En résumé, les maladies de la caduque doivent être considérées comme des causes plus fréquentes d'avortement qu'on ne le pense généralement ; et ce que M. Devilliers s'est en outre attaché à constater, c'est la nature et la différence des altérations qu'il a pu remarquer jusqu'à présent dans la caduque, c'est enfin la cause prochaine qui les produits la plupart du temps, c'est-à-dire la congestion irritative ou passive de l'utérus, dont les modifications se font sentir d'une manière assez vive à une époque où la membrane reçoit de nombreux vaisseaux et jouit d'une vitalité qu'elle perd évidemment à mesure que le terme de la gestation approche.

Quant au traitement des maladies de la caduque, il est le même que l'on met en usage contre les menaces d'avortement. M. Devilliers dit dans ses dernières lignes que si, comme tout porte à le croire, l'étude des maladies de l'œuf fait dans la suite quelques progrès, on peut espérer qu'un jour elles ne seront plus complètement au-dessus des ressources de l'art.

II. *Nouveau procédé rationnel pour les réductions des luxations du coude;* par M. le docteur DUPARCQUE, membre de la Société de médecine de Paris.

M. le docteur Fuligelli, dans un mémoire inséré dans le dernier numéro de la *Revue*, attribue les obstacles que les luxations de certaines articulations opposent à la réduction à une sorte d'accrochement des os. Cette opinion paraît très fondée à M. Duparcque ; il dit avoir reconnu cette difficulté depuis long-temps, et particulièrement pour la réduction des luxations du coude. C'est cette pensée qui l'a conduit à l'emploi du procédé dont il s'agit, avec lequel il a obtenu, avec une très grande facilité, la réduction d'une luxation de cette espèce contre laquelle les moyens ordinaires, c'est-à-dire l'extension dans la direction de l'axe du membre, avaient complètement échoué.

M. Gallois, tenant un roulage à l'Hôtel de Sens, quartier Saint-Paul, sort à cheval avec ses amis ; il perd l'équilibre, tombe de cheval sur la paume de la main droite, le bras tendu. Il sent un craquement dans le coude et une douleur si violente qu'il perd connaissance. Trois chirurgiens du quartier tentent la réduction, aidés des trois amis du blessé et d'un garçon. Interne de garde à l'hôpital Saint-Antoine, M. Duparcque est appelé ; il est témoin des efforts inouïs que l'on répétait pour la troisième ou la quatrième fois sans aucun succès. Il obtient d'essayer encore une fois et de diriger l'opération. Il laisse les trois aides à la contre-extension. Un ami, qui l'avait accompagné, saisit fortement la main et l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de manière à fixer cette partie et même à la porter dans le sens de la flexion à mesure que l'opération marcherait. M. Duparque embrasse la partie supérieure de l'avant-bras, le plus près possible de la luxation, dans l'anse d'une longue serviette pliée en cravate dont il confia les chefs réunis à deux des assistants, qui devaient tirer graduellement et fortement sur ce lien. Par ces dispositions, l'avant-bras représente dans le premier temps un levier du troisième genre, le point d'appui étant à son extrémité carpienne, la résistance à l'extrémité cubitale et la puissance sur ce corps même de l'avant-bras, mais placé très près de la résistance, condition la plus favorable à l'action de la puissance dans ce genre de levier. Mais du moment où, en exerçant cette puissance par des tractions sur la serviette, on tend à fléchir l'avant-bras, le levier se trouve transformé en premier genre. Et en effet, le point de tractions devient centre du mouvement de bascule de l'avant-bras par l'impulsion de flexion imprimée à son extrémité inférieure, impulsion qui a pour effet d'abaisser l'extrémité cubitale.

Il est facile de concevoir les résultats de ce mécanisme.

1° Le maintien en position fixe de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, puis la pression exercée sur elle de manière à porter cette partie de plus en plus dans la flexion, ont pour but et pour effet certain de ne pas ajouter à l'état de tension déjà outré des biceps et brachial antérieur, premier obstacle au procédé ordinaire, mais de faire cesser cet état de tension. Il est vrai qu'on fait porter la tension sur le brachial postérieur ; mais comme par le fait de la luxation ce muscle est relâché, la tension qu'on lui imprime peut le ramener au plus haut degré normal, d'où pas de résistance.

2° Les tractions remplaçant l'extension ont pour effet d'écarter cette partie de l'extrémité articulaire de l'humérus si fortement appliquée contre elle dans ce cas. Le mouvement de flexion imprimé en même temps à l'avant-bras concourt puissamment à produire cet effet. L'humérus se trouve ainsi ramené au niveau de l'éminence coronoïde et du rebord articulaire du cubitus. Aussi, parvenu à ce temps de l'opération, ne fallut-il qu'une pression modérée, exercée d'une part, avec les doigts réunis, sur la saillie de l'humérus en avant, et d'autre part, en arrière, par les deux pouces croisés sur l'olécrâne, de manière à diriger ces parties opposées l'une vers l'autre. La réduction fut annoncée par un bruit éclatant, par la flexion complète du bras, la facilité de l'extension ; par la disparition de la difformité et la liberté des mouvements.

Quatre personnes peuvent suffire pour opérer la réduction par ce procédé : une, pour la contre-extension, fixe le corps et la partie supérieure de l'humérus ; une seconde pour tenir l'extrémité carpienne de l'avant-bras, la fixer et la pousser dans la direction de la flexion ; une troisième, chargée de tirer sur la serviette placée à la partie supérieure de l'avant-bras, et enfin le chirurgien, qui, placé derrière l'articulation luxée, l'embrasse avec ses deux mains, dont les doigts se croisent ou se recouvrent sur l'extrémité cubitale de l'humérus, saillante au pli du coude, et dont les pouces se recouvrent sur l'olécrâne.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIQUE.

(Journal spécial d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, par MARTIN SCHŒNFELD. Octobre 1842.)

Mémoire sur les divers moyens propres à délivrer la femme, en cas de rétrécissement du bassin et sur le forceps-scie, ou nouveau céphalotome, suivi d'un appendice comprenant la description abregée du pelcimètre géométrique ; par le docteur J. VANHUEVEL, professeur de l'Université de Bruxelles.

L'auteur de ce mémoire traite tout d'abord de l'avortement, puis de l'accouchement prématuré, lorsque le plus petit diamètre a de deux pouces et demi à trois pouces ; il passe en revue la série des méthodes qu'il est possible d'employer pour provoquer cet accouchement, en exposant les avantages et les inconvénients de chacune ; il paraît pencher pour la rupture de la poche amniotique, attribuant au seigle ergoté, qu'il recommande de n'employer qu'avec quelques précautions, à cause de son action énergique, qui peut devenir funeste à l'enfant.

Quand l'étroitesse pelvienne n'est pas au-dessous de trois pouces, on a conseillé de soumettre la femme à un régime débilitant dès le commencement de sa grossesse, dans la supposition qu'affaiblie, elle donnerait le jour à un enfant chétif, mais M. Vanhuevel prétend que cette pratique donne parfois un résultat tout contraire ; il rapporte une observation dont le sujet est une femme délicate qui fut soumise à une abstinence sévère ; son bassin, assez régulier du reste, n'offrant que trois pouces, et qui accoucha artificiellement d'un enfant hydrocéphale qui dépassait, en volume, tous les produits précédents. L'auteur conseille de s'en tenir à l'avortement et à l'accouchement prématuré ; il examine ensuite quand le travail est déclaré, quelle doit être la conduite de l'homme de l'art, si le forceps et la version sont reconnus insuffisants pour opérer la délivrance, il recommande de s'assurer de la vie ou de la mort du fœtus, et s'il est vivant et non-monstrueux, déclare que c'est la section césarienne ou pubienne qu'il faut pratiquer ; mais s'il est mort, c'est sur le cadavre qu'il faudra agir.

Les moyens ordinaires ayant été reconnus insuffisants, M. Vanhuevel compare le céphalotome au céphalotribe de M. Baudelocque neveu ; il rapporte des expériences faites par lui avec ce dernier instrument, et trois observations dans lesquelles il fut employé. Deux accouchées moururent sur trois, celle qui survécut fut atteinte d'une métrite extrêmement intense, à laquelle on opposa le traitement le plus énergique. Après avoir fait ressortir les dangers qui suivent l'emploi de cet instrument, M. Vanhuevel conclue que ni le céphalotôme ni le céphalotribe ne remplissent complétement le but désiré, et il décrit un instrument destiné à le remplacer, qui consiste dans un forceps puis dans une scie à chaîne guidée et retenue par un conducteur, entre les branches de l'instrument. Suivent une description détaillée de l'instrument et une de son mode d'emploi. M. Vanhuevel n'a encore essayé le forceps-scie que sur le cadavre, et il affirme avoir obtenu des résultats on ne peut plus satisfaisants. La dernière partie de ce mémoire est consacrée, sous le nom d'appendice, à la description d'un pelvimètre que l'auteur décrit de nouveau pour prouver, dit-il, qu'on a fait des objections peu ondées, en prétendant qu'il offrait trop de complication, et était d'une application difficile.

ANNALES MÉDICO-LÉGALES-BELGES, (tom. 1er, 6e livraison).

I. *Controverse soutenue devant la cour d'assises de la Flandre occidentale, en 1840, relativement à un viol commis sur une fille de sept ans et demi ;* par M. DEJAEGHERE, médecin.

Dans le courant du mois de juin 1842, M. Dejaeghere fut requis, conjointement avec M. Decoene, par l'autorité compétente, de se rendre dans la commune de Cuerne-lez-Courtrai, à l'effet d'y visiter les enfants du jardinier Vandekasteele, sur l'une desquelles un viol paraissait avoir été commis dans la huitaine.

L'épouse Vandekasteele leur présenta successivement quatre petites filles atteintes chacune d'un écoulement aux parties génitales, provenant, disait-elle, chez Césarine, âgée de sept ans et demi, d'un viol commis par un garçon meûnier.

Voici quel fut le résultat de l'examen des deux délégués chez les quatre filles :

1° Césarine, quoique assez forte, est d'un tempérament lymphatique, a les cheveux blonds et les joues légèrement rosées. Elle paraît très spirituelle pour son âge. — L'intérieur des parties génitales est rouge et enflammé ; les grandes lèvres et les petites sont tuméfiées, la membrane de l'hymen a disparu, mais non sans laisser quelques débris ; le vagin est béant, un fluide épais d'un blanc jaunâtre le lubréfie dans sa totalité. Les glandes inguinales sont légèrement gonflées. Le devant de la chemise est barbouillé de grandes taches jaunâtres. Césarine avoue que, tourmentée par un prurit très désagréable, elle a porté de temps à autre les doigts aux parties génitales. — Pour ce qui concerne l'attentat commis sur sa personne, Césarine déclare qu'un garçon, qu'elle désigne, avait, après plusieurs attouchemens illicites, introduit sa verge dans les parties génitales, ce qui l'avait fait considérablement souffrir et perdre beaucoup de sang ; pendant quelques jours aussi l'émission des urines avait été douloureuse. Le reste du corps ne présente aucune autre trace de violence.

2° Victorine, âgée de huit ans et demi, jouit d'une bonne santé, mais est également d'un tempérament lymphatique. — L'intérieur de ses parties génitales est rouge, enflammé et lubréfié par un liquide épais, d'un blanc jaunâtre. La membrane muqueuse de l'hymen est intacte. Sa chemise est tachetée. Après des questions réitérées, Victorine avoue qu'elle s'est permis, à plusieurs reprises, des attouchements illicites avec ses sœurs.

3° Mathilde, âgée de cinq ans, présente identiquement les mêmes symptômes que la précédente.

4° Il en est de même d'Eugénie, âgée de quatre ans.

Ces trois dernières sont également d'un esprit vif et pétulant.

Examinant ensuite les parties génitales de l'accusé, MM. Dejaeghere et Decoene les trouvèrent dans un état de santé parfaite ; il avoua cependant qu'il avait été atteint, il y a deux ans, d'un écoulement blennorrhagique très benin.

Conclusions. — La destruction de la membrane virginale et la présence de ses débris, coïncidant avec l'ouverture plus ou moins béante du vagin et l'écoulement d'un liquide épais, d'un blanc jaunâtre, la tuméfaction des grandes et des petites lèvres, la rougeur inflammatoire de l'intérieur de ces parties, et l'émission douloureuse des urines durant quelques jours, portèrent MM. Dejaeghere et Decoene à croire qu'il y avait eu introduction violente d'un corps étranger quelconque dans les parties sexuelles de Césarine ; il ne leur resta pas le moindre doute sur cet attentat, et le médecin, chargé par la famille du traitement de ces filles, partagea entièrement leur conviction.

On fut cependant vivement frappé de l'existence simultanée de la même maladie chez les quatre sœurs, et on prit tous les moyens possibles pour découvrir la nature et l'origine du mal. Il fut constaté que la mère était atteinte d'un commencement de phthisie tuberculeuse (aujourd'hui elle n'existe plus). Vivement sollicitée de dire toute la vérité, elle répond constamment, et devant les médecins et devant le jury, mais en laissant percer beaucoup d'animosité contre l'accusé, que ni Césarine, ni ses trois autres filles n'ont jamais eu d'écoulement par les parties génitales.

Pour parvenir à arrêter notre opinion, dit M. Dejaeghere, sur le caractère et la nature de l'écoulement, nous nous fîmes un devoir d'observer la marche de la maladie, et, avec l'autorisation du juge d'instruction, nous visitâmes encore deux fois ces filles, en laissant quinze jours d'intervalle entre chacune de nos visites. — Le médecin de la famille institua un traitement antiphlogistique, ordonna des bains et des lotions avec une décoction de plantes adoucissantes d'abord, puis avec quelques légers astringents ; à l'intérieur, il prescrivit le calomel. L'amélioration fut assez notable, mais pas encore complète, après six semaines de ce traitement auquel aucun autre symptôme morbide n'exigea de changement.

Interpellés à différentes reprises, devant le jury, sur la question de savoir si l'écoulement existant chez la petite Césarine était de nature vénérienne et par conséquent contagieux, MM. Dejaeghere et Decoene répondirent constamment qu'ils ne le pensaient pas, parce que l'accusé n'était atteint ni d'écoulement

ni d'aucun autre symptôme vénérien au moment où l'on présumait qu'il avait commis le viol La préexistence de la blennorrhagie chez l'accusé ne modifiait en rien leur opinion, et, comme il n'existait chez ces filles aucun autre symptôme vénérien, malgré les dénégations de la mère, ils furent portés à croire que l'écoulement de ces filles préexistait à l'attentat commis sur l'une d'elles.

Le médecin de la famille fut à cet égard d'une opinion diamétralement opposée. Non seulement il convenait qu'un corps étranger quelconque avait été violemment introduit dans les parties sexuelles de Césarine, mais il prétendait que l'accusé lui avait communiqué la syphilis, et que ces filles se l'étaient réciproquement transmise par leurs attouchemens illicites. La facilité et la rapidité avec lesquelles elle s'était transmise témoignaient hautement pour lui de la nature contagieuse de l'affection; et son opinion s'était ensuite pleinement confirmée par la durée de l'écoulement et par les taches dont il imprégnait le linge.

Le jury ne put se convaincre de la circonstance aggravante concernant la transmission de la maladie contagieuse, et elle fut écartée de son verdict.

II. *Manie de la danse.* — *Observation communiquée* par X....

Miss Elsworth, ouvrière dans une fabrique de coton, était depuis long-temps en proie à une manie des plus violents. Son intelligence n'avait jamais été bien forte. Sa maigreur était extrême et avait pour cause un désir aussi irrésistible qu'incessant de *danser*, exercice qu'elle prenait avec tant de violence et un déploiement de tant de mouvemens que la sueur ruisselait constamment de son front. L'épuisement seul pouvait mettre un terme à sa danse par une bonne et longue syncope, mais en recouvrant l'usage de ses muscles, elle recommençait comme de plus belle. Sa pâleur et sa maigreur augmentèrent de jour en jour; tout annonçait une fin prochaine, ou, pour parler plus exactement, elle dansait à mort (dancing herself to death).

Toutes les tentatives de traitement avaient échoué. Enfin, un jour on s'avisa de la fixer à une table au moyen d'un ceinturon pour tenir le tronc dans une immobilité parfaite et ne lui permettre qu'un léger mouvement des pieds (shuffle about). On lui permit seulement une danse par jour en guise d'exercice, et, dans les premiers jours, miss Elsworth ne se sentait pas plutôt déliée qu'elle « bondissait comme une lionne enragée au-dessus de tous les meubles de l'appartement. »

Le premier effet de l'immobilité forcée fut un prompt retour des forces physiques; la maigreur disparut bientôt, et une couleur rosée vint remplacer la pâleur excessive des joues et des lèvres. Peu à peu elle reprit le goût de l'ouvrage, et, onze mois après, elle était guérie de sa manie.

MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISCHER AERZTE.

Cas remarquable d'apoplexie; Observation recueillie par M. le docteur ZŒLLNER, de Aub.

Daniel Hehr, garçon laboureur, âgé de trente-cinq ans, fortement constitué et jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles. travaillait, au mois de septembre 1835, dans une carrière de marne, au moment où il survint un éboulement qui lui couvrit les jambes. Dans le choc que ces organes reçurent, le tibia gauche et le péroné droit furent fracturés à dix ou douze centimètres (trois ou quatre pouces) environ, au-dessous de l'articulation du genou; les fragments du tibia faisaient saillie de douze millimètres (six lignes) à peu près, à travers une déchirure des tégumens; quant à la fracture du péroné, elle n'était compliquée d'aucune plaie.

Bien que ces fractures fussent comminutives à un certain degré, le chirurgien tenta la réduction avec succès; un appareil méthodique fut appliqué, et il ne se manifesta pas d'accidents graves, malgré l'importance de la lésion; la fièvre. qui se montra au bout de quelques jours, fut même très-modérée et de courte durée; enfin, la guérison était en bon chemin lorsque, le 24 septembre, seizième jour de la maladie, il arriva quelque chose de très-remarquable pendant la durée du pansement.

Un ami du blessé, qui avait été chargé de soutenir le pied, éprouva une telle émotion à l'aspect de la plaie, qui n'était pas encore cicatrisée, qu'il fut pris d'une syncope et se laissa tomber à la renverse en lâchant le pied du malade. On s'empressa de secourir cet homme et de le transporter au dehors. Mais, en revenant après quelques minutes pour continuer le pansement, le chirurgien ordinaire et M. Zœllner, qui l'assistait, furent saisis d'étonnement en apercevant le blessé raide et sans connaissance. Il était facile de reconnaître que la respiration s'effectuait toujours, mais les yeux étaient fixes, la bouche fermée et déviée à droite, tout le corps immobile, l'ouïe complétement abolie, ainsi que la parole.

Après quelques heures passées dans cet état, la tête et les membres commencèrent à reprendre un peu de mouvement, à l'exception, toutefois, de la main et du pied droits, la bouche était toujours déviée et droite, mais l'ouïe revenait un peu. Le pouls était dur et plein, la face vultueuse. On prescrivit une saignée, des lavements, des applications froides sur la tête, préalablement rasée, et, à l'intérieur, des purgatifs rafraîchissants.

Vers le cinquième jour de l'apoplexie, la main reprit un peu de chaleur et de sensibilité, et, quelques jours plus tard, la même amélioration se fit remarquer dans le pied. La parole, ou plutôt l'articulation de sons tout à-fait inintelligibles, ne revint que le dixième jour. L'ouïe se rétablissait peu à peu; le malade paraissait comprendre les questions qui lui étaient adressées, il voulait même y répondre, mais sa volonté était impuissante pour cet objet; il ne prononçait que les premières syllabes des mots, et, dans la réunion de ces divers sons, on ne pouvait reconnaître qu'une seule chose, c'est qu'il avait compris ce qu'on lui avait dit; cette impossibilité de s'exprimer lui occasionnait de vives impatiences.

A une époque plus avancée de la maladie, on prescrivit des frictions avec la pommade stibiée sur la tête et à la nuque, et, concurremment avec les moyens anti-phlogistiques, on fit prendre quelques doses de substances excitantes, l'arnica et la valériane, entre autres. Sous l'influence de ce traitement, on vit la mémoire revenir, et l'articulation des sons s'améliorer graduellement.

La fracture du tibia se trouva entièrement guérie vers le 30 octobre, et le malade put alors marcher un peu en s'aidant d'un bâton; mais le mouvement de progression ne tarda pas à se soustraire à l'empire de la volonté, et, après avoir fait quelques pas dans une direction, Hehr était forcé, malgré lui, d'aller dans une autre direction, phénomène analogue à celui que présentait le mouvement de sa langue dans la production de la parole.

A cette époque la santé générale se trouvant assez bonne, on le fit transporter dans son pays, et M. Zœllner n'entendit plus parler de lui pendant long-temps; ce fut seulement au bout de quinze mois qu'il le revit. Le pied était complétement guéri; la coloration du visage était naturelle, mais le regard était vague; la parole n'était pas encore entièrement libre. Hehr, qui, avent son accident, était d'une humeur douce et commode, était devenu entêté, et ne pouvait supporter la moindre observation sans s'emporter, à tel point que son ancien maître avait été forcé de le congédier; il est retourné dans sa famille, et M. Zœllner a appris depuis peu que sa mémoire a toujours été en diminuant, et qu'on le considère actuellement comme arrivé à un véritable état d'idiotisme.

CASPER'S WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESEMMTE HEILKUNDE; 1842, n° 10.

I. *Cas d'hémorrhagie interne déterminée par la déchirure de l'artère pulmonaire;* observation recueillie et communiquée par M. le docteur HELMBRECHT, médecin militaire à Mayence.

Dans le courant de l'automne dernier, le nommé Hoffmann, âgé de vingt et un ans et demi, soldat au corps des pontonniers, vint de Glogau à Mayence avec sa compagnie. Pendant la durée de cette marche, il fut à plusieurs reprises incommodé d'une légère dyspnée, qui se montra particulièrement après des écarts de régime; du reste il n'accusa aucune autre espèce de malaise. Arrivé à sa garnison, cet homme, qui était d'une assez forte constitution et qui ne présentait pas le moindre signe de dyscrasie, fit pendant trois mois le service souvent très-pénible du corps auquel il appartenait, sans éprouver d'autre dérangement que cette même dyspnée qui reparaissait surtout par la fatigue du nettoyage de ses armes. Le 5 décembre, après avoir été occupé quelques heures à porter du bois, travail pendant lequel il s'était entretenu gaiement avec ses camarades, et à la suite duquel il avait bu en soupant une petite quantité d'eau-de-vie, il alla se coucher et dormit assez tranquillement jusques vers le matin, moment où il fut réveillé en sursaut par une vive douleur sous le bord droit du sternum et par une dyspnée plus forte que de coutume. Ces symptômes, au rapport de ses camarades de chambrée, étaient accompagnés d'une anxiété considérable, d'un besoin très-grand de respirer l'air frais, et de mouvemens spasmodiques des organes respiratoires. Le médecin qui fut appelé n'arriva que trop tard pour pouvoir observer l'accès, parce que ce dernier ne dura que quelques minutes seulement: toutefois, il peut encore observer à son arrivée l'expression d'une profonde inquiétude dans tous les traits du malade dont la figure était pâle et baignée d'une sueur froide; la température de la peau avait éprouvé un abaissement notable; le pouls était petit et accéléré.

Aussitôt que l'état du sujet le permit, on le transporta à l'hôpital militaire. Là, il se plaignit d'un sentiment de faiblesse et d'abattement, ainsi que de sa dyspnée habituelle. Du reste, à l'exception de ces quelques symptômes, il se trouvait assez bien: le pouls était petit et fréquent, la figure défaite et pâle, toute sa physionomie exprimait une vive anxiété. La douleur sternale se transforma en une sensation désagréable de la région précordiale, accompagnée de palpitations à peine perceptibles. Le malade répondait, aux questions qu'on lui adressait, d'une manière distincte, mais avec cette voix voilée qui est propre à l'aphonie.

D'après ses symptômes observés, on pratiqua de suite une saignée, on administra à l'intérieur une mixture nitreuse avec le sulfate de magnésie, et on appliqua sur la poitrine un large sinapisme. La limonade fut donnée pour boisson, et un régime légèrement rafraîchissant fut prescrit.

Le pouls se releva après la saignée, et, vers midi le malade se trouva bien; les traits du visage n'offraient plus l'expression d'inquiétude dont il a été question plus haut. Le sang fourni par la saignée contenait une énorme proportion de sérosité et offrait à peine du coagulum; il contenait une grande quantité de bulles d'air. L'urine ne présentait rien d'anormal. Il y avait une garde-robe.

Dans l'après-midi et surtout dans la soirée, l'état s'était encore amélioré, et le sujet ne se plaignait plus; le pouls, bien que toujours fréquent, avait repris de la plénitude. Une soupe fut mangée avec appetit; puis, bientôt après, le malade s'endormit. A onze heures, il se réveilla et se plaignit de lassitude et de prostration; il demanda à boire. L'infirmier remarqua une décoloration de la figure et des lèvres et un refroidissement des pieds, ce qui le décida à faire appeler le médecin du service. Mais au moment où ce dernier parut, les accidents avaient marché de telle manière qu'il lui fut impossible de trouver le pouls; la face était hippocratique, et la peau, dans tous les points de son étendue, était glacée. Quelques minutes plus tard, le malade était mort.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes:

Après avoir ouvert la cavité thoracique, on remarqua aussitôt que le cœur était très-volumineux, de sorte qu'au premier coup d'œil on pouvait le croire hypertrophié; mais, à l'ouverture du péricarde, on reconnut que cette enveloppe était distendue par une quantité considérable de sang coagulé; quant au cœur en lui-même, il n'offrait d'autre particularité que l'existence de beaucoup de tissu adipeux à sa surface, et un peu d'épaississement dans la paroi du ventricule gauche. Dans le point d'origine de l'artère pulmonaire, il existait, à l'extérieur, et dans le sens de l'axe de ce vaisseau, des concrétions pierreuses recouvertes de tissu cellulaire, qui se dirigeaient vers le ventricule droit, et qui avaient trois centimètres environ de longueur. A l'orifice de l'artère pulmonaire, la membrane interne était détachée de la tunique élastique sous jacente dans l'étendue de neuf à dix centimètres à peu près, déchirée et ses bords frangés flottaient dans le vaisseau dont ils rétrécissaient ainsi le calibre; cette même membrane, dans toute son étendue, se trouvait recouverte d'une couche mince de fibrine. A l'origine de cette même artère, dans le point où les concrétions pierreuses se terminaient, il existait une solution de continuité de huit à dix millimètres environ de diamètre; cette ouverture qui avait donné passage au sang épanché dans le péricarde, était circonscrite par une teinte rouge foncée.

Les poumons étaient exsangues, d'une structure normale, et contenaient beaucoup d'air.

La cavité abdominale ne présenta d'autre particularité qu'un grand développement du foie dont la substance était gorgée de sang: la vésicule biliaire renfermait une grande quantité de bile.

Le cerveau était mou, et ses vaisseaux contenaient peu de sang.

II. *Cas d'éventration suivi de guérison;* observation recueillie par M. WOLFFGRAM, de Berlinchen.

Un jeune porcher, âgé de onze ans, fut attaqué par un verrat (porc entier), et en reçut des blessures très graves. M. Wolffgram, ayant été appelé, constata l'existence d'une déchirure complète des tégumens abdominaux, par laquelle s'étaient échappés l'estomac (qui se présentait sous la forme d'une vessie fortement distendue), l'épiploon déchiré, le colon traversé et une partie considérable des intestins grêles, de sorte que le pauvre blessé était dans la nécessité de supporter ces divers organes avec ses deux mains. La solution de continuité existait à la partie latérale gauche du ventre, à 5 centimètres environ de l'ombilic, elle offrait une longueur de 15 à 18 centimètres à l'extérieur, et de 11 à 12 seulement à l'intérieur.

En outre, il existait une plaie de 15 centimètres environ d'étendue au côté externe de cuisse gauche, et elle pénétrait jusqu'à l'os; aux environs de cette blessure, il s'en trouvait une seconde de forme circulaire, large comme une pièce d'un franc.

Le chirurgien lava soigneusement à l'eau tiède les plaies et les organes herniés, puis il tenta de faire rentrer ces derniers dans la cavité abdominale, en repoussant d'abord les intestins grêles, puis l'épiploon avec le gros intestin, et en dernier lieu l'estomac. Cette tentative fut couverte d'un plein succè, et la plaie fut alors réunie à l'aide de cinq points de suture entre lesquels furent appliquées des bandelettes agglutinatives, et le tout fut maintenu au moyen d'un appareil compressif approprié. La plaie de la cuisse, en raison de sa grande profondeur, dut également être réunie par quelques points de suture. On appliqua des compresses imbibées d'un mélange froid de vinaigre, d'eau-de-vie et de miel, et on eu soin de mouiller l'appareil à mesure qu'il se dessécha. A l'intérieur, on administra, de deux heures en deux heures, 10 centigrammes de calomélas, et le lendemain matin on fit une application de sangsues sur l'abdomen.

Le malade éprouva des douleurs abdominales, qui cependant n'offrirent pas beaucoup de violence et un mouvement febrile qui n'acquit pas une grande intensité. Le calomélas, après l'ingestion de 60 centigrammes, commença à agir comme purgatif, et il en résulta un bien notable; de sorte qu'au bout de quatre jours les douleurs abdominales disparurent et la fièvre céda.

Le sixième jour on put enlever les fils qui formaient les sutures; la réunion de la plaie était en bon train; les évacuations alvines étaient naturelles. Le quinzième jour la guérison était complète. Le malade pouvait déjà marcher, avec la précaution de maintenir l'abdomen au moyen d'un corset.

M. Wolffgram fait observer en terminant que, par bonheur, le sujet de cette observation n'avait mangé que du gruau et avait bu beaucoup d'eau avant l'accident: il pense que cette circonstance a contribué puissamment à le garantir d'une lésion des parois de l'estomac.

ZEITSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE MEDICIN (juin 1842).

Nouveau traitement de la gale; par M. le docteur DORNBLUETH de Plau.

L'auteur, après avoir passé en revue les divers modes de traitement proposés et employés jusqu'ici contre la gale, et après avoir insisté spécialement sur ce point que déjà plusieurs praticiens ont ébranlé par leurs assertions la confiance que leurs devanciers avaient accordée aux préparations sulfureuses, expose de la manière suivante la médication à laquelle il a spécialement recours.

Le malade commence par nettoyer, le soir, toute la surface du corps à l'aide d'une ablution pratiquée soigneusement avec une dissolution chaude de savon vert; puis il se frictionne avec le liniment ci-desssous:

Pr. Savon noir.	125	grammes.
Poudre de racine d'ellébore blanc. .	60	idem.
Eau de fontaine chaude.		q. s.

M. et F. S. A. une mixture de consistance sirupeuse.

Ce liniment s'applique avec la paume de la main ou au moyen d'un pinceau, et l'on doit avoir le soin d'appuyer assez fortement sur toutes les parties du corps qui présentent la moindre trace de l'exanthème, notamment sur les articulations des quatre membres, sur les hanches, le dos et l'abdomen. On doit, du reste, proportionner la force de la friction au degré de sensibilité de la peau. Aussitôt que les points frictionnés commencent, après la seconde, la troisième ou la quatrième application du remède, à rougir et à devenir le siége d'un sentiment de brûlure au lieu de la démangeaison qui s'y faisait sentir auparavant, et qu'on n'y voit plus apparaître de nouveaux boutons, on cesse d'y appliquer du liniment.

Le lendemain de la dernière friction, on frotte le corps entier avec 125 grammes de savon noir, puis on le lave soigneusement avec de l'eau chaude tenant en dissolution une dose du même savon égale à celle qui vient d'être indiquée. Il ne s'agit plus ensuite que de donner du linge blanc et de nouveaux vêtemens, les anciens devant être soumis, avant de servir, au lavage et à la désinfection par l'acide sulfureux gazeux, parce qu'ils pourraient, sans cette précaution, donner lieu à la reproduction de la maladie.

Bientôt après, la peau se dessèche et se détache par écailles, et, de cette manière, la guérison se trouve obtenue dans l'espace de six à huit jours, sans jamais laisser de suites fâcheuses.

Il n'est pas besoin, avec ce mode de traitement, de recourir à aucune médication interne: l'auteur, qui prescrivait primitivement des moyens à l'intérieur, a fini par en reconnaître la complète inutilité.

M. le docteur Dornblueth a guéri environ six cents individus de tout âge en suivant ce procédé de traitement topique, et il le regarde comme devant être préféré à tous les autres par les motifs suivants:

1° Il guérit assurément la gale, sous quelque forme qu'elle se présente, dans l'espace de temps le plus court possible, et sans donner lieu à aucun accident, soit primitif, soit consécutif.

2° Il a le précieux avantage de ne pas trahir, par son odeur, la nature d'une maladie qu'il importe à chacun de dissimuler; et en cela, il a une supériorité marquée sur les préparations sulfureuses, etc.

3° Enfin, il a encore l'avantage d'un excessif bon marché.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 17 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 137, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 37 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Première leçon. — *Considérations générales sur les principes et le caractère des études cliniques. Application de ces principes à un fait particulier : ulcère cancéreux de la face. — Considérations sur les circonstances étiologiques, la nature et le traitement de cette affection.*

Les études cliniques, comme vous le savez, consistent à apprécier d'une manière convenable les faits morbides individuels qui s'offrent journellement à votre observation dans les hôpitaux. Il est aisé de comprendre par là qu'il y a une différence capitale entre les études théoriques et les études cliniques : dans les études théoriques, les faits sont examinés dans un ordre systématique, et selon les vues particulières de celui qui enseigne; tandis que dans les exercices cliniques, on les étudie individuellement tels qu'ils se présentent à l'observation. Dans les premières, on ne peut jamais fixer l'attention sur des individualités qui n'existent point, mais sur de véritables fictions de l'esprit. Dans les études pratiques, on se tient d'abord uniquement aux faits que la nature nous présente, et on les suit dans tous leurs développemens. Le clinicien pourtant ne doit pas borner ses efforts à étudier les simples individualités, quoique là soit sa principale tâche. Voici donc comment je vous engage à faire vos études cliniques.

Vous avez appris, et par la bouche de vos professeurs de pathologie externe et par la lecture des traités dogmatiques, des notions plus ou moins étendues sur les différentes maladies : vous devez contrôler ces notions ainsi acquises par l'étude des faits bruts. C'est là le point capital, car vous ne pourrez jamais dire que vous connaissez les maladies par cela que vous en aurez lu ou que vous en aurez entendu faire la description. Vous seriez de cette manière des chirurgiens savans, jamais de véritables praticiens. C'est sur la nature qu'il faut étudier les maladies, c'est au lit des malades qu'il faut faire l'application de vos connaissances théoriques. Mais une fois que vous aurez bien étudié et bien apprécié les cas morbides individuels, une fois qu'ils se présenteront à votre esprit avec tous leurs caractères bien distincts, il faudra les réunir en un faisceau, les analyser et les comparer entre eux, enfin les compter, pour pouvoir ensuite s'élever à des considérations générales qui, vous faisant pour ainsi dire apprécier tout ce qui a été fait jusqu'à vous sur la matière, pourront même vous conduire à concevoir des idées nouvelles, et à reculer ainsi les bornes de la science.

Je disais qu'il faut analyser et compter les faits morbides qui se présentent à votre observation. Et comment pourra-t-on s'élever à des comparaisons entre ces faits et en déduire des conclusions générales, si on ne les compte et si on ne les analyse convenablement? D'ailleurs, ceux qui croient qu'il est inutile de compter les faits morbides se trompent étrangement, et nous pensons qu'ils se font illusion à eux-mêmes, car ce n'est pas autrement que procède notre intelligence dans l'étude des sciences de fait et d'observation. Procéder autrement ce serait procéder d'une manière illogique.

Enfin, je vous ferai remarquer, et déjà vous avez pu le pressentir, que dans la chirurgie clinique nous opérons sur un champ bien plus vaste que dans la théorie, car ici, des hautes sommités de la science vous descendez graduellement aux espèces et vous n'allez pas plus loin, parce que, ainsi que nous l'avons déjà dit, les individus ne peuvent être l'objet des études théoriques ; là au contraire on commence par les faits individuels, on les observe sous toutes leurs faces, et on remonte des faits aux espèces, aux ordres et grandes classes de maladies, on s'élève enfin aux plus grandes généralités. Vous voyez donc combien il est important de se consacrer de bonne heure à l'étude de la clinique et de continuer cette étude le plus long-temps qu'il vous sera possible. C'est même, il faut le dire, l'étude de toute la vie du médecin, car toujours il puisera dans des faits nouveaux des connaissances nouvelles.

Appliquons maintenant ces données générales à un fait particulier, et vous pourrez de suite saisir l'importance des considérations que je viens d'exprimer. Nous allons vous entretenir d'un malade couché au n° 12, qui va être soumis tout à l'heure à une opération.

Cet homme est âgé de soixante-sept ans. Son âge est une circonstance un peu défavorable pour l'opération qu'il doit subir; mais, d'un autre côté, il est d'une constitution assez robuste : c'est un habitant de la campagne, d'un tempérament sec et plein de vitalité. C'est un de ces individus qui ont beaucoup plus de chances d'arriver à un âge avancé que les sujets à constitution athlétique. Il nous a assuré n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine, dont il fut atteint il y a longues années, et qui guérit en peu de temps complètement. Il y a deux ans, sans cause connue, il survint un petit bouton à la lèvre inférieure près de la commissure gauche. Le malade n'y prêta pas d'abord grande attention. Bientôt, dit-il, le bouton s'ulcéra, et peu après l'ulcère envahit une partie de la joue en s'étendant surtout vers la partie inférieure.

Quant aux causes qui ont pu déterminer cette affection, aux particularités qui en ont marqué le début et aux diverses circonstances étiologiques qu'il eût été important d'éclaircir, il n'a pu nous donner que des renseignemens vagues ou négatifs.

Nous l'avons interrogé d'une manière toute particulière sur ses parens, afin de savoir si ceux-ci ont jamais eu quelque tumeur de mauvaise nature, quelque maladie semblable à celle qu'il porte soit dans le même point ou dans toute autre partie du corps, et s'ils ont subi quelque opération. Sa réponse a été négative. Il nous assure aussi ne connaître aucune circonstance particulière qui ait pu contribuer à irriter la lèvre et donner lieu au bouton qui y a pris naissance. Voici dans quel état il s'est présenté à la clinique.

La lèvre inférieure est le siége d'une ulcération qui s'étend depuis la commissure gauche jusqu'à la ligne médiane et la dépasse même un peu, de manière à envahir la lèvre droite. Cette ulcération a un aspect sordide ; elle offre des fongosités grisâtres d'où suinte une matière âcre, fétide. C'est une sérosité un peu puro-sanguinolente, de la véritable sanie. Les bords de l'ulcère sont durs, résistans, calleux. Le malade y ressent des douleurs lancinantes, comme si, dit-il, la lèvre était traversée par un instrument piquant.

Après ces données nous avons voulu bien éclaircir l'état comparatif de sa santé générale, avant et depuis l'invasion de cette maladie. Nous lui avons demandé s'il a maigri, si ses forces ont diminué depuis l'apparition et les progrès de l'ulcération. A ces questions il nous a répondu qu'il a toujours été également maigre ; que, du reste, il s'est toujours bien porté et que sa santé ne s'est nullement altérée depuis son entrée à l'hôpital. Son teint est un peu jaunâtre, mais il n'y a rien d'inquiétant dans cet aspect, car cette couleur paraît être naturelle chez un homme de la campagne habitué aux rudes travaux de la culture. En remontant à la région cervicale postérieure vers laquelle on pouvait supposer que le mal eût fait des progrès, nous n'y avons rien trouvé. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas malades. C'est pourtant, ainsi que vous le savez, par la voie des vaisseaux lymphatiques que se propage ordinairement et que s'étend le mal. Nous avons donc là une preuve matérielle qu'il n'existe point chez cet homme de maladie générale constitutionnelle. Bien que nous devions avouer n'avoir point à cet égard de certitude absolue, la maladie nous semble être purement locale.

Pour exprimer maintenant notre opinion sur la nature de cette maladie, nous croyons qu'il s'agit d'un ulcère ancien entretenu par une cause locale inconnue. Est-ce un de ces ulcères que l'on désigne sous le nom d'ulcères rongeans ? C'est une dénomination dont le sens nous paraît bien vague ; car si l'on entend par ulcère rongeant celui qui attaque les tissus et qui s'étend au loin, nous en avons de plusieurs natures et qui affectent la même marche envahissante. Pour nous c'est un ulcère cancéreux, car il a un aspect sordide, il fournit une sanie abondante; ses bords sont indurés; il détermine des douleurs lancinantes ; et peut-être a-t-il eu sa cause primitive (je ne parle pas de la cause locale occasionnelle) dans une disposition générale spéciale, une sorte de cachexie. Ce sont bien là, en effet, les principaux caractères du cancer. Quant aux circonstances qui ont pu en déterminer le développement, pourrait-on soupçonner ici une influence syphilitique ? Il faudrait nécessairement admettre, pour cela, qu'il y eût eu préalablement communication du virus ou infection par quelque voie que ce soit; et quoique le malade nous ait assuré n'avoir jamais eu cette maladie, il pourrait bien à la rigueur l'avoir contractée sans s'en apercevoir, en buvant par exemple dans un verre qui aurait déjà servi à une personne infectée. Il ne serait pas impossible, en effet, que les choses se fussent passées ainsi ; mais dans le cas dont il s'agit, il ne nous paraît pas probable qu'il en soit ainsi, et d'ailleurs le chancre syphilitique commence par une petite vésicule qui s'ouvre, qui donne lieu à un petit bouton, lequel est remplacé plus tard par un ulcère. Rien de semblable n'a eu lieu chez ce sujet. Ici, au contraire, il y a eu dès le début non une vésicule, mais une petite tumeur ; et ensuite on ne voit pas dans les ulcères syphilitiques ces fongosités, ces douleurs lancinantes qui constituent les caractères de l'ulcère que nous examinons.

On pourrait peut-être confondre encore cet ulcère avec les ulcérations des follicules labiaux engorgés que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, et sur lesquels j'ai publié, il y a long-temps, un travail dans un journal de médecine. Etant à l'hôpital Beaujon, j'ai observé et suivi cette affection dans sa marche, et j'ai pu aisément me convaincre qu'elle est très différente de celle dont il s'agit ici. En général, les follicules engorgés ne dépassent jamais les bords libres des lèvres ; ils ne présentent jamais l'aspect fongueux et sanieux que nous voyons chez ce malade. En outre, quand on presse les bords de cette ulcération, on en fait sortir une matière sébacée qui met de suite sur la voie de la nature de la maladie. C'est donc bien véritablement à un cancer ulcéré de la lèvre inférieure que nous avons affaire. Ceux d'entre vous qui ne connaissent pas l'issue de cette maladie, doivent savoir que si l'on n'intervient pas par des moyens énergiques à en arrêter les progrès, elle peut avoir une terminaison funeste. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires commenceraient par s'engorger ; le gonflement s'étendrait bientôt aux ganglions de la région cervicale. Plus tard surviendraient successivement un mouvement fébrile, de l'insomnie, le trouble des fonctions digestives ; la peau deviendrait sèche, d'un jaune paille et d'un aspect terreux ; la maladie locale, en un mot, ne tarderait pas à envahir toute l'économie et à surmonter toutes les ressources de l'art. Notre malade est donc affecté d'une maladie qui, abandonnée à elle-même, serait nécessairement mortelle.

Il y a des chirurgiens qui pensent que les affections cancéreuses sont toujours générales, ou, pour mieux dire, que la maladie locale apparente se lie toujours à l'existence d'une cause générale constitutionnelle. De là la fatale conséquence, que toute opération devient inutile pour débarrasser le malade de son affection. Nous ne partageons pas du tout cette opinion. Nous pensons, au contraire, que souvent la maladie est purement locale, et qu'elle peut être guérie au début par un traitement local convenablement dirigé. Notre malade nous a dit qu'il se porte aussi bien maintenant qu'avant sa maladie ; que son père est mort très vieux d'une maladie qui n'avait aucun rapport avec celle dont il est lui-même affecté. Aucun de ses parens, ajoute-t-il, n'a offert d'affection semblable.

Il n'y a donc pas lieu de soupçonner une transmission héréditaire, et vous n'ignorez pas que cette circonstance est d'un grand poids dans l'appréciation de la nature d'une affection cancéreuse. On pourrait objecter qu'il n'y a pas eu non plus une cause locale bien évidente ; mais cette dernière circonstance ne peut pas nous autoriser à exclure une cause de ce genre, bien qu'elle nous soit inconnue. Je lui ai demandé aussi s'il n'a jamais eu l'habitude de fumer : cette circonstance n'est point indifférente. Vous n'ignorez pas que les personnes qui ont cette habitude sont souvent sujettes à avoir des tubercules à la commissure de la lèvre sur laquelle la pipe prend un point d'appui ; tubercules qui peuvent finir par dégénérer plus tard en ulcère et même en cancer. Les exemples de cette espèce abondent dans la science. Il m'a répondu négativement sur ce point.

Toujours est-il que, nonobstant l'obscurité qui règne sur la cause réelle de cette maladie, nous croyons qu'il y a eu une cause locale. D'ailleurs, nous savons que certains cancers sont le résultat d'une cause irritante primitive. Broussais a, ainsi que chacun le sait, soutenu cette doctrine, en lui donnant peut être une trop grande extension. Plusieurs autres praticiens éminens l'ont professée après lui, entr'autres M. Andral, qui a écrit qu'il y a souvent au début de ces affections locales, un état d'hypérémie.

Je traite dans ce moment, en ville, une dame âgée affectée d'un cancer du bras de la même nature que celui auquel nous avons affaire, et qui s'est développé dans un point où il existait depuis trente ans un cautère qui fut long-temps irrité. Je crois que chez notre malade il a pu exister aussi une cause locale irritante, telle qu'une petite tanne irritée, par exemple, qui, faute de soin et d'un traitement convenable, se sera ulcérée, et plus tard aura dégénéré en cancer. C'est là une hypothèse, il est vrai, mais une hypothèse qui nous semble fondée. Vous voyez donc qu'il y a des maladies, même cancéreuses, qui sont purement locales, ne se liant aucunement à une cause générale primitive, mais qui sont susceptibles de se généraliser si on les abandonne à elles-mêmes. Donc, encore une fois, les auteurs qui soutiennent que le cancer est toujours primitivement une affection générale, sont, suivant nous, dans l'erreur. Au reste, nous reviendrons plus tard sur cette matière.

Qu'allons-nous faire maintenant à ce malade? L'expérience a démontré d'une manière péremptoire que le cancer ulcéré résiste à toute espèce de traitement, soit interne, soit topique. Les seuls moyens aptes à triompher de cette maladie sont l'excision de la partie malade, soit par l'instrument tranchant, soit par le fer ou le caustique; Il faut donc recourir à l'un de ces moyens extrêmes, reste à en faire le choix. Le cautère actuel est effrayant pour les malades, très douloureux, et il a en outre l'inconvénient de devoir être appliqué plus d'une fois pour détruire le mal dans toute son étendue. Il serait d'ailleurs tout à fait inapplicable à ce cas particulier à cause de la nature des tissus sur lesquels il faudrait le faire agir. Les caustiques, qui auraient une partie des inconvéniens du cautère actuel, ne seraient pas plus applicables chez ce malade, parce que, devant agir sur une partie de la muqueuse buccale, ils pourraient être entraînés par la salive et donner lieu à des ac-

cidens. Il y aurait en outre, à la suite de l'emploi de ces moyens, une suppuration longue, abondante, qui pourrait être aussi entraînée facilement dans la bouche et être avalée, non sans préjudice de l'état général. Il nous reste donc l'instrument tranchant, d'autant plus que par ce moyen nous pouvons nous ménager plus tard les chances d'une opération autoplastique que l'état des parties pourrait rendre nécessaire.

— Après ces considérations, M. Blandin a procédé à l'opération, qu'il a pratiquée de la manière suivante: la tumeur a été circonscrite par deux incisions venant se réunir vers la partie inférieure et externe de la face en forme de V, puis on a réuni les lambeaux, qui ont été maintenus en rapport à l'aide de la suture entortillée.

Nous rendrons ultérieurement compte du résultat de cette opération.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Traitement général des tumeurs blanches.

(Suite du numéro 128.)

Lorsque, passant en revue l'étiologie des tumeurs blanches, j'ai insisté sur le concours d'une cause générale, par anticipation, je vous ai fait pressentir la nécessité de compléter, par l'exposé d'un traitement général, le tableau succinct de la thérapeutique qu'exigent ces maladies.

C'est de ce traitement général qui a pour but de modifier l'ensemble de l'économie, que je me propose de vous parler aujourd'hui en terminant les quelques considérations que nous vous avons faites sur ces maladies si communes dans cet hôpital.

Nous vous avons dit que dans la grande majorité des cas, le traitement local serait sans efficacité si on l'isolait du traitement général. Ce dernier puise les moyens dont il se compose dans l'hygiène et dans la thérapeutique.

L'hygiène fournit les moyens qui nous inspirent le plus de confiance. Le choix d'un bon climat, d'une habitation bien aérée, exposée au midi, exempte d'humidité, est le premier soin dont le médecin doit s'occuper, surtout quand les conditions de fortune du malade le permettent.

Les climats méridionaux sont ceux qui conviennent le mieux aux sujets affectés de tumeurs blanches scrofuleuses. Nous avons l'exemple de malades qui ont recouvré une santé satisfaisante en allant habiter les pays chauds.

Vous comprenez, par contre, combien l'air impur de l'hôpital, imprégné de mauvaises odeurs et des miasmes qui émanent des plaies, des déjections alvines de quelques malades, etc., doit être funeste aux pauvres scrofuleux atteints de tumeurs blanches. Aussi, voyez-vous, à la consultation, insister pour que les parens gardent leurs enfans ou les envoient à la campagne, et cela d'autant plus qu'ils sont plus jeunes.

Les vêtemens doivent être chauds, préférablement en laine; car les malades qui nous occupent ont besoin d'être bien couverts : c'est ce dont il est facile de s'assurer, surtout chez les malades de la ville, qui retirent un grand bien d'être vêtu chaudement.

L'alimentation est la chose la plus importante, et sur laquelle il faut le plus compter. Les enfans d'ouvriers, si mal nourris habituellement, éprouvent bientôt de l'amélioration quand ils viennent à l'hôpital; et pourtant la nourriture des hôpitaux est loin d'être choisie. Les enfans scrofuleux encore à la mamelle se trouvent quelquefois bien d'être sevrés; mais on doit procéder au sevrage avec les précautions nécessaires pour prévenir le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, auquel les expose surtout l'excès d'alimentation tonique dans lequel tombent souvent les parens. On est averti que le régime tonique est porté trop loin, par l'augmentation de chaleur et la diarrhée, qui ne tardent pas à se manifester. Il faut d'abord y mettre ordre avant d'aller plus loin, et modifier le régime suivant les circonstances. Le bon vin, les viandes rôties, etc., constituent la base de ce régime, qui exclut l'usage des légumes, des farineux, etc.

Les bains peuvent être rangés parmi les moyens hygiéniques. Les bains émolliens ne conviennent guère qu'au début de la maladie, et encore rarement. Quand on les emploie il faut en être parcimonieux, attendu que leur action est débilitante; ils sont donc utiles pour calmer les accidens inflammatoires.

Les douches émollientes, et mieux encore de vapeurs, sont préférables par cela même qu'elles exposent moins les malades aux déplacemens et aux mouvemens. Ces avantages se retrouveront dans les bains quand on peut disposer d'une baignoire à fond mobile, que l'on peut faire monter et descendre facilement.

Les bains médicamenteux, dont l'efficacité était au moins incertaine pendant la période aiguë des tumeurs blanches, deviennent, au contraire, un des moyens les plus utiles vers la fin de la maladie. Les bains salés et gélatineux sont essentiellement toniques, et conviennent parfaitement au nombre de deux ou trois par semaine quand il n'y a pas de douleur et que la résolution tend à se faire.

Plus tard il en faut de plus énergiques, et de ce nombre sont les bains sulfureux artificiels et naturels, surtout ceux d'Aix-la-Chapelle. Les bains ferrugineux et les bains de mer sont aussi d'une très grande utilité.

Le traitement général, thérapeutique proprement dit, rentre immédiatement dans le domaine de la médecine. Il nous présente en première ligne deux agens médicamenteux dont l'efficacité est généralement avouée : ce sont l'iode et le fer, qui, selon nous, sont la base de ce traitement général.

L'iode et l'iodure de potassium, joints aux boissons amères, constituent une méthode de traitement très usitée. Avant d'en commencer l'emploi, il faut avoir soin d'examiner l'état des organes planchniques, de ceux surtout qui constituent l'appareil digestif, quoique à la vérité le mauvais état des organes thoraciques et abdominaux soit parfois favorablement modifié par ce même traitement.

Le fer et ses préparations, l'iodure de fer notamment, nous ont souvent donné les meilleurs résultats. Le mode d'administration des préparations martiales est trop connu pour qu'il nous soit nécessaire de vous l'exposer, ce serait nous éloigner par trop du cercle auquel doivent se borner les généralités dans lesquelles nous voulons résumer autant que possible le sujet qui nous occupe.

Le barium jouit à juste titre d'une réputation favorable comme médicament propre au traitement des tumeurs blanches ; nous en avons obtenu des effets salutaires.

Nous reconnaissons aussi des vertus thérapeutiques à l'huile de foie de morue. Nous devons dire cependant que son goût désagréable la rend quelquefois difficile à employer chez les enfans : son action ne dépend évidemment que de l'iode qu'elle contient, comme l'huile de foie de raie qui en contient davantage et qui est moins désagréable.

Les préparations que l'on peut composer avec des feuilles de noyer sont assez efficaces, notamment la décoction concentrée employée dans le pansement des plaies.

Les bains iodurés jouissent aussi d'une efficacité incontestable. Les pommades iodées ont le double avantage d'agir comme moyen local et comme moyen général par l'iode qui est absorbé.

Avant de terminer, je dois vous dire quelques mots du traitement généralement applicable avant, pendant et après les opérations chirurgicales. D'abord il faut retarder le plus possible le moment de l'amputation. En temporisant, on permet en quelque sorte à la maladie de mieux se localiser et le mal local paraît absorber, épuiser la maladie générale ; l'expérience prouve qu'on a d'autant plus de succès qu'on a amputé plus tard. Mais quand le moment de l'opération est arrivé, il faut suspendre le traitement antiscrofuleux, bien examiner les maladies internes qui pourraient exister et les combattre. D'abord, c'est ainsi qu'après avoir examiné la poitrine il faut, si l'on reconnaît positivement des signes de tubercules pulmonaires, renoncer à l'opération ; s'il existe seulement quelques points pneumoniques les combattre avant d'agir par des moyens convenables. Si l'on remarque de la diarrhée, il est important de reconnaître si elle dépend de lésions de l'intestin, ou bien si elle est seulement un effet de la débilité générale. Dans le premier cas il faut agir convenablement sur l'intestin avant d'opérer ; mais dans le second, il est évident par les faits, que la diarrhée cesse lorsqu'on a fait l'opération. Je n'ai pas vu, comme déjà je l'ai dit, qu'il fût important d'établir un exutoire avant d'opérer.

Quand l'opération est pratiquée, si aucune maladie aiguë ne vient compliquer l'opération, il faut se hâter de faire prendre des alimens aux malades ; ils ont beaucoup à réparer, et lorsqu'on peut les nourrir promptement la cicatrisation ne se fait pas attendre.

Il est aussi très important de reprendre le plus tôt possible le traitement général antiscrofuleux pour détruire entièrement ce qui pourrait rester de nuisible dans le tempérament et qui pourrait occasionner des récidives. X....

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances des 8 et 15 novembre. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— MM. Dumas, professeur à la Faculté de médecine, et Mialhe écrivent qu'ils se portent candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicale.

Addition à la séance du 8.

Suite de la discussion sur la ténotomie. — M. Bouvier. M. Gerdy applaudissait, dans la dernière séance, à l'extension que l'on avait donnée à la discussion. Je regretterais plutôt, pour ma part, qu'on en ait élargi les bases; parce qu'on perd ainsi de vue le point principal, en y mêlant une foule d'objets étrangers qui ne peuvent être convenablement traités. Cependant je dois répondre quelques mots à ce que vous venez d'entendre, avant de passer à l'examen des nouveaux faits produits par M. Guérin. Je serai aussi bref que possible.

On vous a cité, en en tronquant le sens, un article sur le pied-bot que j'ai publié en 1835. Mais quand, à cette époque, on n'avait rien écrit soi-même sur ce sujet, on ne peut, ce me semble, trouver là matière à priorité. Je me garderai bien, au reste, de repousser ici avec détail de vaines prétentions à la *systématisation*, sinon à l'invention de la ténotomie. Ce serait une discussion purement historique qui intéresserait fort peu l'Académie.

En parlant de la cicatrisation des tendons, on m'a de nouveau attribué une *méthode* de section toute particulière, ayant pour effet l'adhérence du tendon avec les parties qui l'entourent. J'ai opéré devant assez de témoins, dont plusieurs siègent sur ces bancs, pour me croire dispensé de répondre à une accusation de cette nature. Un travail sur les cicatrices tendineuses, que je prépare en ce moment, pourra d'ailleurs fournir l'occasion de revenir sur ce sujet envisagé sous un point de vue véritablement scientifique.

J'ai dit ce que j'avais vu de la prétendue *transformation fibreuse* des muscles anciennement rétractés. J'attendrai, pour reprendre cette question, qu'on veuille bien présenter des preuves à l'appui de l'opinion opposée à la mienne.

M. Guérin soutient que le cas de M. Doubowitski est un *succès*, qu'il appelle partiel pour les doigts seulement ; encore, si j'ai bien entendu, assure-t-il qu'il n'y a que deux doigts qui aient moins de mouvement qu'avant l'opération. Lisez la relation du professeur russe, vous y verrez, comme résultat définitif, que *l'action du fléchisseur superficiel et du profond est à peu près perdue ;* ce sont les propres expressions de l'auteur. M. Doubowitski dit qu'il était *privé de l'usage de sa main* par l'état du membre avant la section des tendons. Mais il en était encore plus privé après ; car il pouvait, avec les doigts fléchis et l'action musculaire qui subsistait tout entière, tenir les rênes d'un cheval, par exemple, et cela lui serait impossible aujourd'hui que les doigts sont impropres à tout usage. J'ai donc pu dire, sans exagération, que la main, non le bras, avait été réduite, quant au mouvement des doigts, à l'état de cadavre.

J'arrive aux deux faits présentés à l'Académie par M. Guérin. J'avais demandé que l'état des malades fût constaté par une commission; mais je n'ai nullement témoigné le désir d'être l'un des commissaires. Si M. Guérin voulait récuser également MM. Velpeau et Gerdy, il restait encore assez de membres compétens dont il ne pouvait suspecter l'impartialité, et son refus n'a pas de motif plausible sous ce rapport.

Des faits de ce genre ne peuvent être admis sans contrôle; M. Gerdy l'a suffisamment montré. Je puis en citer une nouvelle preuve. On lit dans une thèse allemande du docteur Moll, publiée en 1841, une courte relation du fait propre à M. Doubowitski ; elle se termine par ces mots : « Le résultat de l'opération fut brillant; M. Doubowitski put si bien faire usage de sa main, qu'il put servir d'aide dans l'opération où M. Guérin coupa 42 muscles. » Il est clair que l'auteur a été trompé, et il a dû l'être, par l'équivoque des relations incomplètes de ce fait, publiées avant le Mémoire de M. Doubowitski dont il n'a pas eu connaissance.

J'ai examiné les deux opérées de M. Guérin, autant que cela m'a été possible au milieu d'une séance académique.

La petite malade, âgée de neuf ans, à laquelle a été pratiquée la section des tendons du sublime, du tendon profond de l'index et du fléchisseur du pouce, a perdu, outre la flexion de la troisième phalange du doigt indicateur, celle de la troisième phalange du petit doigt. La deuxième phalange de l'index jouit d'un mouvement peu étendu, la flexion de la troisième phalange du médius et de l'annulaire est très bornée.

La seconde malade, âgée de quatorze ans, qui a subi la section du fléchisseur du pouce et de tous les tendons du sublime et du profond, a perdu le mouvement de flexion de la dernière phalange du pouce, de la deuxième phalange de l'index et de la troisième du petit doigt. La troisième phalange du médius et de l'annulaire, la deuxième de l'auriculaire n'ont qu'un très faible mouvement. On sait que cette jeune fille est privée de la troisième phalange du doigt indicateur.

Ainsi, après quinze sections pratiquées, chez les deux malades, sur les tendons fléchisseurs des deuxièmes et troisièmes phalanges, six mouvemens seulement sur dix-sept ont été conservés; six sont très affaiblis, cinq sont abolis. La seconde malade, qui a eu les deux tendons coupés à chaque doigt, est aussi la plus maltraitée : elle n'a conservé que deux mouvemens intacts sur huit.

Voyons les conséquences qui découlent de ces faits par rapport à celles que j'ai déduites de mes expériences et des faits précédemment connus. Pour cela, distinguons, suivant le principe très justement posé par M. Velpeau, les différentes sections tendineuses, d'après le lieu où elles ont été pratiquées.

1° La section des tendons sublime et profond du doigt indicateur, faite involontairement chez les deux malades, dans le même lieu, à la paume de la main, a eu le même résultat que dans mes expériences, que dans le fait de M. H. Larrey, sauf la mobilité qu'a conservée la deuxième phalange chez l'une des opérées de M. Guérin. Ces nouveaux faits s'accordent donc avec le jugement que j'ai porté sur ce procédé, que j'avai d'abord proposé et que j'ai dû rejeter plus tard ; le mouvement de la deuxième phalange, dans l'un des deux cas, ne peut infirmer ce jugement, parce que c'est là un résultat fortuit que l'immobilité de la troisième phalange rend d'ailleurs imparfait.

2° La section du profond vis-à-vis la deuxième phalange pratiquée sur trois doigts, a encore fourni des résultats à peu près analogues à ceux que j'ai obtenus dans mes expériences, et qui se trouvent en conséquence confirmés par l'état de ces malades.

3° La division du sublime seul, *à la paume de la main*, n'a point de fait qui lui corresponde parmi les expériences que j'ai rapportées, ni parmi les faits publiés antérieurement. C'est sur la première phalange que le sublime a été coupé chez M. Doubowitski, et le mouvement a été perdu dans ce cas, de même que les quatre fois que M. Guerin nous a dit avoir opéré de la même manière, s'il n'a pas voulu parler des quatre doigts de M. Doubowitski lui-même. C'est la conviction où j'étais de l'influence fâcheuse de la présence de la gaîne dans ce point qui m'avait fait proposer un lieu plus élevé dans la paume de la main. M. Guérin paraît avoir été guidé par la même vue après les échecs qu'il a éprouvés en opérant vis-à-vis la première phalange. Mais, dans mon procédé, les tendons étaient divisés à la même hauteur; le sien consiste à ne couper que le sublime à la paume de la main, et à diviser le profond, s'il y a lieu, sur la deuxième phalange.

J'ai posé dans ma *Note* ce cas de la section d'un seul tendon dans la paume de la main. J'ai dit qu'on pouvait présumer que la cicatrice du tendon coupé serait adhérente au tendon intact. Je n'ai pas exposé qu'il serait l'effet de cette adhérence pour le mouvement du doigt. L'état des deux malades qui vous ont été présentés va me fournir l'occasion de remplir cette lacune.

Séance du 15.

J'ai dit, reprend M. Bouvier, dans la dernière séance, que je ne pouvais garantir la complète exactitude de mes remarques sur les deux opérées présentées par M. Guérin, ne les ayant vues qu'à la hâte, et dans des circonstances peu favorables à une observation rigoureuse. Je puis parler aujourd'hui plus affirmativement. J'avais proposé la formation d'une commission chargée d'examiner ces malades et d'en rendre compte à l'Académie. Cette enquête, que l'on a refusée, je l'ai faite, et je suis en mesure de vous exposer dans toute sa réalité l'état de ces enfans, sans craindre qu'il me soit opposé la moindre contradiction. La description que j'en ai donnée renferme effectivement quelques inexactitudes que je vais rectifier.

La jeune fille âgée de quatorze à quinze ans, nommée Clémence Delamain, a bien, comme je l'ai dit, les deuxièmes phalanges du pouce et de l'index entièrement immobiles, mais le mouvement de la troisième phalange, du médius et de l'annulaire, que je n'avais cru qu'affaibli, est également perdu, comme celui de la troisième phalange de l'auriculaire, et la deuxième phalange de ce dernier doigt, que j'ai dit être encore mobile, est aussi complètement privée du mouvement de flexion. La première phalange de l'indicateur jouit d'un mouvement peu étendu. Ainsi, sur les huit mouvemens des deuxièmes et troisièmes phalanges, deux seulement subsistent; ce sont ceux des deuxièmes phalanges du médius et de l'annulaire; les six autres sont abolis. Les deux mouvemens que je viens d'indiquer sont les seuls que la malade ait exécutés devant l'Académie ; ils lui ont suffi pour saisir la main qui lui a été présentée. Le petit doigt n'a paru se fléchir dans sa deuxième phalange, que parce qu'il était entraîné par l'annulaire, sous lequel il se trouvait placé. On est convenu de l'immobilité de la deuxième phalange de l'index ; celle de la deuxième phalange du pouce est restée inaperçue, parce qu'on n'a pas fait agir ce doigt devant vous. On a dit le mouvement des phalangettes *un peu difficile*, et vous ne pouviez reconnaître, sans un examen plus approfondi, qu'il était absolument nul.

Les services que rend le membre répondent, on le pense bien, à l'imperfection des mouvemens. C'est la main droite qui est affectée; et cette enfant, qui pouvait coudre de cette main avant l'opération, malgré la gêne que lui causait sa difformité, ne le peut plus aujourd'hui; elle a été obligée d'apprendre à coudre de la main gauche depuis les sections qu'elle a subies. Le pouce et l'index n'ayant de flexion qu'à leur base, ne peuvent plus, en effet, s'appliquer l'un contre l'autre de manière à tenir l'aiguille. L'immobilité des troisièmes phalanges met la malade dans l'impossibilité de traîner la brouette, parce que la main droite, au lieu d'embrasser la poignée circulairement, ne pouvant que la soutenir en dessous, glisse et échappe par l'action du poids qu'elle supporte.

Ce fait, à tout prendre, est évidemment un nouveau *malheur*, moins complet que celui de M. Doubowitski, mais non moins réel. Et remarquez qu'il ne s'agit ici que d'une paysanne ne sachant ni lire, ni écrire, et pouvant encore vaquer à quelques travaux grossiers à l'aide de la main gauche et du peu de mouvement qu'a conservé la main droite. Mettez à sa place une artiste, un peintre, un musicien : l'opération

n'eût-elle pas, en un instant, renversé tous ses moyens d'existence ?

Or, cette opération chanceuse n'était pas l'unique moyen de remédier à cette difformité ; l'orthopédie mécanique fournissait une ressource précieuse pour atteindre ce but, et tous les mouvemens, ainsi que les usages du membre, eussent été conservés. On n'en a pas tenté l'emploi : c'est une faute d'autant plus grave, que l'âge du sujet, le peu d'ancienneté de l'accident, rendaient le succès à peu près assuré. Un appareil mécanique avait été, il est vrai, inutilement appliqué avant que la malade ne s'adressât à M. Guérin ; mais cet appareil était imparfait et son application plus imparfaite encore, étant livrée uniquement aux soins de la malade et de ses parens.

L'autre enfant, nommée Clémentine Mouchy, âgée de neuf à dix ans, a conservé, comme je l'ai dit, la flexion de la dernière phalange du pouce. La flexion de la troisième phalange du petit doigt m'avait paru abolie ; elle est seulement très faible. Celle de la troisième phalange de l'annulaire est un peu moins bornée. La troisième phalange du médius jouit d'un mouvement encore un peu plus étendu, quoique beaucoup moindre qu'à l'état normal. La deuxième phalange de l'index, sans se fléchir autant que la deuxième phalange des autres doigts possède un mouvement plus étendu que je ne l'avais cru voir dans mon premier examen. On se rappelle que le sublime seulement a été coupé chez cette malade, excepté à l'index, où l'on vous a dit avoir divisé involontairement le profond avec le sublime, ce qui expliquerait l'immobilité complète de la troisième phalange du doigt.

L'usage de la main est très borné, en partie en raison de l'affaiblissement ou de la perte de mouvement dont je viens de parler, mais surtout à cause d'une paralysie qui préexistait à l'opération et qui a détruit le mouvement le plus nécessaire aux fonctions des doigts, l'opposition du pouce.

En résumant les effets des différentes sections tendineuses pratiquées sur ces deux malades, j'ai fait voir dans la dernière séance :

1° Que la section du sublime et du profond, dans la paume de la main, avait eu un résultat assez semblable à celui qui s'est produit dans mes expériences ;

2° J'ai dit que la section du profond sur la deuxième phalange avait eu, chez Clémence Delamain et sur le chien auquel j'ai fait cette section, un effet *à peu près analogue* ; il faut dire *tout à fait identique*, puisque le mouvement des phalangettes que j'avais cru aboli dans un doigt et seulement affaibli dans les deux autres, a été anéanti dans les trois, comme sur l'animal mis en expérience ;

3° J'ai commencé l'examen des effets de la section du sublime seul dans la paume de la main. J'ai rappelé ce que j'en avais dit dans ma *Note*, que, suivant toute probabilité, le tendon coupé et la cicatrice intermédiaire à ses deux bouts devait adhérer au profond, auquel le sublime est accolé. Je crois pouvoir démontrer la réalité de cette adhérence chez Clémentine Mouchy, à laquelle cette opération a été pratiquée.

M. Gerdy nous a présenté des expériences desquelles il résulterait que les adhérences réciproques des muscles de l'avant-bras ou de la main n'empêchent pas la flexion des doigts. Cela est vrai jusqu'à un certain point ; mais les mouvemens sont bien différens, dans ce cas, de ce qu'ils doivent être à l'état normal.

Voici un avant-bras sur lequel j'ai réuni, par un point de suture, le cubital antérieur et le tendon du fléchisseur profond, qui appartient au petit doigt. Vous voyez que la traction exercée sur le fléchisseur, au-dessus de la suture, n'agit sur le petit doigt qu'en inclinant en même temps la main sur l'avant-bras, qu'elle ne produit que la flexion incomplète de la deuxième phalange sans agir sur la troisième. Au contraire, en tirant sur le fléchisseur du petit doigt, au dessous de la suture, on obtient un mouvement isolé et l'on détermine une flexion beaucoup plus étendue, à laquelle participent toutes les phalanges. La même expérience, répétée sur le radial antérieur et le tendon du sublime appartenant au médius, donne le même résultat.

J'ai cousu ensemble, sur ce doigt, le tendon du sublime et celui du profond. Je suspends un poids de cinq cents grammes à ces tendons, vis à vis le point où ils adhèrent ; la deuxième phalange éprouve la flexion normale, mais non la troisième qui n'exécute qu'un mouvement très borné. Je transporte le poids à l'extrémité d'un fil fixé au profond, au-delà de la suture, et la flexion de la troisième phalange atteint aussitôt son plus haut degré normal, parce que le tendon est libre de glisser sur le sublime, qui tout à l'heure empêchait son mouvement. C'est là un fait fort simple de mécanique, qui existera toutes les fois que les tendons réunis n'auront pas, dans l'état naturel, la même étendue de mouvement.

Ainsi l'adhérence du sublime au profond a pour effet, tout en laissant subsister le mouvement de la deuxième phalange, de diminuer considérablement celui de la troisième. Or, la section du sublime, chez Clémentine Mouchy, n'a pas nui à la flexion de la deuxième phalange et n'a laissé à la troisième qu'un mouvement rudimentaire, absolument comme l'adhérence produite artificiellement sur ce doigt. Ne doit-on pas en conclure que la section a placé les deux tendons dans les conditions où ils se trouvent dans notre expérience, et, si ce n'est l'inspection directe par la dissection des parties, est-il une preuve plus sensible de l'adhérence qui s'est produite entre le sublime et le profond consécutivement à l'opération ?

Le demi-succès obtenu chez cette malade n'infirme donc en rien mon assertion ; car personne n'a pu supposer que j'attribuais à la section du sublime seul les mêmes effets qu'à celle du sublime et du profond, et j'ai eu soin, pour qu'on ne pût s'y méprendre, de n'appliquer mes conclusions sur la perte des mouvemens, après ces opérations, qu'à la *section simultanée* des deux tendons. Quant à l'utilité de cette section d'un seul tendon, elle n'est nullement démontrée par ce fait ; les doigts de cette enfant eussent été facilement redressés par des moyens mécaniques, sans qu'il en fût résulté la perte ou l'affaiblissement du mouvement de plusieurs phalanges. Dans une contracture plus considérable, le profond serait plus affecté et la section du sublime seul aurait plus d'influence sur la difformité, si on n'y joignait un traitement mécanique. Il est possible qu'il y ait de l'avantage à combiner ces deux moyens dans certains cas ; mais c'est un point sur lequel l'expérience n'a pas encore prononcé.

4° La section du sublime, dans la paume de la main, pratiquée sur trois doigts conjointement avec celle du profond sur la deuxième phalange a été suivie de la conservation du mouvement de la deuxième phalange de deux doigts et de la perte de la flexion de cette phalange sur le troisième. Je ne reviens pas sur ce que j'ai dit de la section du profond.

On reproduit aisément sur le cadavre l'effet de cette double section, en réunissant par des points de suture le tendon superficiel et le profond dans la paume de la main, et en divisant le profond sur la deuxième phalange. Les deux muscles confondus n'ont plus alors qu'un même usage ; ils deviennent tous les deux *phalanginiens*. En tirant sur l'un ou l'autre, on produit la flexion de la deuxième phalange ; la troisième reste immobile. Tel est aussi l'état des mouvemens sur le médius et l'annulaire, chez Clémence Delamain. Je ne sais pourquoi le même résultat n'a pas été obtenu pour le petit doigt, qui a perdu le mouvement de la deuxième phalange. Peut-être le bout inférieur du sublime aura-t-il été amené par le redressement du doigt jusque sur la première phalange, et en sera-t-il résulté des adhérences des tendons avec la gaîne ou même avec l'os.

La conservation de deux mouvemens sur six, dans ce mode d'opérer, est un progrès, puisque jusqu'ici tous les mouvemens des deuxièmes et troisièmes phalanges paraissent avoir été ou abolis, ou notablement diminués en pareil cas. Toutefois, le résultat n'est pas, à mes yeux, un motif suffisant pour conseiller cette opération dans les cas où je l'ai proscrite, parce que les traitemens mécaniques, lorsqu'ils sont applicables, ont un succès encore plus complet quant à la conservation des mouvemens. Quand l'orthopédie a échoué, il faut prendre en considération, avant de recourir à la section du sublime et du profond, les services que le membre difforme rend encore au malade, peser, comme je l'ai donné à entendre dans ma *Note*, les avantages que peut lui procurer une meilleure conformation avec les inconvéniens qu'entraînerait la perte d'un plus ou moins grand nombre de mouvemens, et se décider à opérer ou à laisser subsister la difformité, suivant que la balance penchera de l'un ou de l'autre côté.

5° Je n'ai pas fait d'expériences sur la section du fléchisseur du pouce, qui manque chez les quadrupèdes, et je n'en ai rien dit dans ma *Note*. On a vu plus haut que, dans un cas, cette section n'a pas détruit la section de la deuxième phalange, que ce mouvement a été aboli dans l'autre cas, et déjà il existait dans la science des exemples de l'un et de l'autre résultat. Il est assez difficile de se rendre compte de cette différence : elle peut dépendre de ce que tantôt les bouts du tendon coupé restent au milieu des muscles de l'éminence thénar, où ils continuent de glisser après leur réunion ; tantôt ils se trouvent en contact avec la première phalange et la gaîne fibreuse, surtout le bout inférieur, ce qui doit entraîner des adhérences ou le défaut de réunion. Personne ne saurait prétendre qu'on peut toujours éviter dans ce cas la perte du mouvement, et il suit de là que l'orthopédie mécanique doit encore être mise ici en première ligne, que l'on ne devra recourir à la ténotomie que comme à une ressource extrême et incertaine dans son résultat, sous le rapport de l'usage du membre.

Ai-je besoin, après les considérations que je viens de présenter, de défendre encore l'utilité des expériences ténotomiques sur les animaux, lorsque d'ailleurs on tient compte des différences qui existent entre ces expériences et les opérations faites chez l'homme ? L'identité des résultats, après les sections que j'ai pratiquées sur les chiens, à la main et aux doigts, et après plusieurs des opérations subies par les deux malades qui nous ont été présentées, ne ressort-elle pas clairement de tout ce qui précède ?

Le fait du mouvement des deuxièmes phalanges après la section du sublime dans la paume de la main, est le seul qui soit acquis à la science par les opérations pratiquées sur les malades dont je viens d'entretenir l'Académie. Or, je ne crains pas de l'affirmer, une simple expérience sur un chien eût aussi bien appris ce fait, et n'eût pas coûté la perte des fonctions du membre à tant d'opérés.

M. Renauldin. La discussion qui occupe actuellement l'Académie est, sans contredit, très intéressante ; mais il me semble que si nous n'y prenons garde, en janvier 1843 il sera encore question dans cette enceinte de la ténotomie. Nous avons cependant une foule de travaux qui sont en souffrance. Je propose donc qu'on mette un terme à cette discussion, ou bien, si on désire la continuer, qu'on y consacre quelques séances extraordinaires.

M. Rochoux. J'appuie la seconde proposition de M. Renauldin.

M. Gerdy. Je ne m'oppose point à ce que la suite de la discussion ait lieu dans des séances extraordinaires. Cependant il me semble que nous pouvions la terminer aujourd'hui ; car, pour ma part, je n'ai que quelques mots à répondre à M. Guérin, qui, soit dit par anticipation, dans sa dernière improvisation, s'est constamment tenu à côté de mes argumens. Je sais bien que M. Velpeau a demandé la parole ; mais je ne pense pas qu'il ait l'intention de parler long-temps.

M. Velpeau. J'ai au contraire beaucoup de choses à dire.

M. Gerdy. Puisqu'il en est ainsi, j'appuie la proposition de M. Renauldin.

L'Académie décide que la discussion sera continuée en séance extraordinaire.

— *M. Briquet*, médecin de l'hôpital Cochin, est appelé à la tribune pour lire un Mémoire sur « l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu »

M. Briquet a été conduit à l'usage de cette médication par l'emploi qu'il en fit, il y a quelques mois, contre les fièvres typhoïdes. Ayant observé que les effets les plus frappans du sulfate de quinine étaient une perversion très remarquable du type nerveux, un ralentissement très notable du pouls et un abaissement de la température de la peau, il pensa qu'on pourrait tirer parti de ces propriétés pour rompre les mouvemens fluxionnaires et pour calmer la surexcitation du cœur. Or, le rhumatisme aigu étant une des maladies dans lesquelles ces deux circonstances existent à un degré prononcé, il fut naturellement porté à le soumettre à l'action de ce médicament, et le premier résultat fut si décisif, qu'il s'occupa aussitôt de multiplier ses recherches.

Vingt-trois sujets affectés de rhumatisme aigu ont été soumis à cette médication. Dix-neuf ont été traités dans le service de M. Briquet, un l'a été dans sa pratique civile et les trois autres dans des services étrangers au sien. Tous ces malades n'ont point été des sujets choisis.

Voici comment ils ont été traités :

Le premier jour on faisait prendre selon le sexe, l'âge ou la constitution du malade, 4, 5 ou 6 grammes de sulfate de quinine dissous dans une potion gommeuse de 190 grammes à l'aide de 10 à 12 gouttes d'acide sulfurique. La potion était donnée par cuillerée à bouche toutes les heures, de manière à ce qu'elle fût prise en douze heures.

Le second jour on donnait ordinairement la même dose et de la même manière que le premier jour.

A partir du troisième jour, comme il y avait presque toujours ou cessation des accidens ou bien une amélioration notable, on diminuait la dose d'un gramme par jour, quelquefois de deux grammes.

Le plus ordinairement le traitement a duré de six à huit jours, et pendant tout ce temps les malades ont pris de 25 à 30 grammes de sulfate de quinine. La solution a été la forme la plus ordinairement employée ; cependant lorsque les malades montraient de la répugnance, on donnait le médicament en poudre ou en pilules. Les moyens adjuvants ont été l'usage de la tisane de bourrache miéllée, des cataplasmes laudanisés et le repos le plus complet.

Voici maintenant l'état des malades et les résultats de ce traitement :

Les vingt-trois malades se composaient de quinze hommes et huit femmes. Le plus grand nombre avait de vingt à trente ans. Le tiers au plus étaient des sujets forts ; les deux autres tiers étaient d'une constitution lymphatique ou d'une structure grêle. Plus d'un tiers avaient déjà été affectés de rhumatisme aigu, et un quart à peu près avaient des signes de péricardite chronique. Lors de leur entrée à l'hôpital, il y avait terme moyen de trois à cinq jours que la douleur ou le gonflement avaient envahi les articulations. A l'exception d'un seul, tous ont commencé le traitement le lendemain de leur entrée à l'hôpital. A cette époque, les deux tiers avaient la teinte jaune-paille, la langue humide et blanche ; chez presque tous perte de l'appétit et soif vive ; très rarement de la diarrhée, très rarement aussi de la toux. Un peu plus d'un tiers présentaient des signes évidens de péricardite ou d'endocardite ancienne ou récente à des degrés divers. Chez quatre, le pouls était à 60, 65 ; chez treize, il était à 70, à 80 à 90, et chez les six autres il était à 100, 120.

Chez tous le rhumatisme était caractérisé par une vive douleur, soit continuelle, soit provoquée par la pression ou par le mouvement, par du gonflement avec tension, chaleur et quelquefois rougeur de la peau, avec développement des veines voisines. Chez quelques-uns l'inflammation avait la forme phlegmoneuse ; chez d'autres il y avait seulement hydarthrose ; enfin chez un petit nombre il y avait des douleurs dans le corps des muscles. Le nombre des lieux envahis à la fois par le rhumatisme a varié de quatre à douze.

Après vingt-quatre heures de traitement, il n'y eut que quatre malades chez lesquels on ne constata pas une diminution prononcée des symptômes rhumatismaux, et encore faut-il ajouter que l'un d'eux n'avait pris qu'une partie de la potion. Chez un, les phénomènes morbides locaux avaient complètement disparu après quarante-huit heures de traitement. Cette disparition eut lieu chez quatorze dans le courant de la troisième journée. Enfin dans le courant du quatrième jour, elle s'observa chez six ; de telle sorte qu'à cette époque tous les malades étaient guéris à l'exception de deux, dont l'un était une jeune femme affectée d'un rhumatisme universel aigu qui ne disparut qu'au septième jour, et l'autre était un jeune homme chez lequel au cinquième jour il n'y avait pas de changement sensible, et qui cessa de suivre le traitement. M. Briquet observe qu'il entend par cessation complète du rhumatisme l'absence complète de douleur et de gonflement, et le retour de la liberté et de la facilité des mouvemens des articulations malades.

On n'a pas observé que la date ancienne ou récente de la maladie ait eu de l'influence sur la facilité à céder au traitement, puisque des malades qui étaient affectés depuis huit jours ont guéri aussi rapidement que ceux chez lesquels la maladie ne datait que de trois jours. Cependant M. Briquet fait remarquer qu'il n'a pas expérimenté sur une assez grande échelle pour se prononcer d'une manière absolue à cet égard. Il a observé qu'en général la résolution a été d'autant plus rapide que la maladie était moins intense.

En même temps que les phénomènes locaux cédaient sous l'influence du traitement, on voyait l'appétit renaître, de telle sorte qu'au troisième jour la plupart des malades prenaient des bouillons, qu'au cinquième jour ils mangeaient des potages, et qu'au sixième ou septième jour ils prenaient des alimens solides.

La récidive ne s'est montrée que chez deux malades. Aucun d'eux n'a été perdu de vue par M. Briquet.

Le seul cas d'insuccès a été un rhumatisme du poignet.

Tels sont les résultats exacts obtenus par M. Briquet. Nous croyons inutile de dire qu'ils sont de nature à fixer toute l'attention des praticiens ; c'est pourquoi nous avons cru devoir entrer dans les détails qui précèdent. Nous nous proposons, du reste, de publier prochainement plusieurs des observations qui font la base de ce mémoire, qui fait honneur au médecin de l'hôpital Cochin.

Le travail de M. Briquet est renvoyé à une commission composée de MM. Baron, Bricheteau et Gauthier de Claubry.

— Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 novembre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Castel prie l'Académie d'agréer la première partie d'un ouvrage ayant pour titre : « Les bases physiologiques de la médecine, » et d'inscrire son nom parmi ceux des médecins qui aspirent à occuper le siége que la mort de M. Double a laissé vacant.

— *M. Tanchou* adresse un mémoire sur le traitement des tumeurs du sein. (Nous en donnerons un extrait.)

— *M. Larrey* communique l'observation que nous avons publiée dans notre dernier numéro.

— *M. Aubergier*, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, envoie l'extrait d'un mémoire sur le *lactucarium*.

Lorsqu'on pratique des incisions aux tiges de la laitue montée à l'époque de la floraison, il s'en échappe un suc laiteux, d'une grande amertume, qui se dessèche rapidement au contact de l'air ; ce suc a été nommé *lactucarium*. Dans tous les temps, il a été comparé au suc du pavot ; cette comparaison a paru aussi bien fondée sous le rapport de l'action médicale que sous celui des caractères physiques, au docteur Coxe, qui a expérimenté le lactucarium à Philadelphie, à Duncan et quelques-uns de ses compatriotes qui l'ont expérimenté à Edimbourg, et enfin au docteur Bidault de Villiers, qui a répété en France les expériences faites en Amérique et en Angleterre. Tous ces observateurs se sont accordé pour reconnaître que le lactucarium possède les propriétés calmantes de l'opium sans en avoir les inconvéniens, c'est-à-dire qu'il ne produit ni la constipation opiniâtre, ni la congestion cérébrale, qui accompagnent souvent l'usage de ce médicament. Comme on se procurait par incisions de si petites quantités de suc que le docteur Bidault de Villiers avoue n'en avoir jamais possédé à la fois plus de 15 grammes, on a été obligé de remplacer le lactucarium par un extrait préparé avec la plante entière. Dans cet extrait, connu sous le nom de thridace, le principe actif concentré dans le suc laiteux se trouve noyé dans les substances insignifiantes contenues dans l'eau de végétation, si tant est même qu'il y existe ; car l'analyse va nous démontrer que ce principe actif étant presque insoluble dans l'eau froide, il doit rester dans les marcs au lieu de passer dans le suc destiné à la préparation de l'extrait.

Il en résulte que la thridace est un médicament inoffensif, et les médecins qui s'en sont aperçus avant que la théorie ne vînt les en avertir, ont presque entièrement renoncé à l'employer.

On ne peut donc s'attendre à obtenir les résultats constatés par les premiers observateurs qu'en employant le suc laiteux lui-même. Il importait dès lors qu'on fît de nouveaux efforts pour surmonter les difficultés qui ont empêché jusqu'ici de mettre ce produit à la disposition des praticiens : tel est le but que je me suis proposé. Sans me laisser décourager par l'insuccès de mes premières tentatives, j'ai varié mes expériences, et c'est la comparaison établie entre le suc de la laitue et celui du pavot qui m'a guidé dans la nouvelle direction que j'ai donnée à mes recherches. Quoique toutes les espèces du genre pavot contiennent le suc laiteux avec lequel on prépare l'opium, cependant ce produit ne peut être obtenu commercialement par incisions qu'en cultivant les espèces dans lesquelles les péricarpes atteignent un développement suffisant. La récolte en deviendrait impossible si l'on s'adressait à certains pavots que nous ne connaissons qu'à l'état sauvage, par exemple au pavot douteux ou au pavot coquelicot.

Je ne pouvais donc espérer résoudre le problème que je m'étais proposé qu'en choisissant pour les cultiver des espèces dont le suc laiteux aurait la même composition et les mêmes propriétés que celui de la laitue cultivée, mais dont les tiges prendraient plus de développement que celles de mes premières plantations. En prenant ainsi pour guide la loi des analogies entre les végétaux appartenant aux mêmes groupes, je suis arrivé à un résultat singulier ; dans certaines espèces le suc laiteux, au lieu d'être amer, est au contraire fade et douceâtre. Il contient beaucoup de mannite, mais pas de principe amer et n'a aucune propriété calmante. Je citerai comme exemple les *lactuca stricta*, *acuminata* et *elongata* de l'Amérique septentrionale. Mais dans d'autres espèces, ainsi que je m'y attendais, le suc laiteux a la même composition chimique, les mêmes propriétés médicales que celui de la laitue cultivée. Parmi celles-ci, l'espèce la plus remarquable, la plus intéressante surtout sous le point de vue qui m'occupait, était indiquée pour ainsi dire par le nom qu'elle porte, c'est l'*altissima*, dont les tiges atteignent par la culture jusqu'à trois mètres de hauteur et quatre centimètres de diamètre ; il en résulte qu'on peut recueillir par incisions des quantités de suc laiteux telles que je puis avancer que le lactucarium pourra conserver sur l'opium, pour le prix, la prééminence qu'on lui a attribuée sous le rapport des propriétés médicales. Au moment où il s'échappe des incisions, le suc offre la couleur et la consistance de la crême. Bientôt il se coagule et se colore en jaune, puis en brun, et il se dessèche assez promptement, en perdant 71 pour 100 de son poids ; souvent il se couvre d'efflorescences cristallines, que le docteur Bidault de Villiers attribuait à un alcali végétal, et qui ne sont autre chose que de la mannite. Sous l'influence des alcalins, le suc frais se colore en rose et sa solution précipite les persels de fer en brun, tandis que la liqueur qui surnage le précipité devient verte.

L'analyse du *lactucarium* qui m'a conduit à établir l'identité du suc dans certaines espèces, a donné les résultats suivans :

Une matière amère cristallisable, de la mannite, de l'asparamide ;

une matière cristallisable colorant en vert les persels de fer ; une résine électro-négative combinée à la potasse, une résine indifférente, de l'ulmate de potasse, de la cérine, de la myricine, de la pectine, de l'albumine, de l'oxalate acide de potasse, du malate de potasse, du nitrate de potasse, du sulfate de potasse, du chlorure de potassium, du phosphate de chaux et de magnésie, des oxydes de fer et de manganèse, et enfin de la silice.

On voit, d'après cette analyse, que la lactescence du suc de la laitue est due à un mélange de cire et de résine, et non au caoutchouc comme Schrader et Plaff l'avaient annoncé. C'est une émulsion végétale à base de cire, qui se rapproche de celle que fournit l'arbre de la vache dont M. Boussingault nous a fait connaître la nature.

Quant à la coloration en rose par les alcalis, elle est due à la matière cristallisable qui colore en vert les persels de fer; on la trouve généralement répandue, ainsi que la mannite, dans le suc laiteux des chicoracées.

La substance la plus intéressante isolée dans cette analyse, est certainement la matière amère que j'ai obtenue à l'état cristallin, et qui est au lactucarium ce que la morphine est à l'opium ; à cela près que la morphine est alcaline, et que la matière active du lactucarium est neutre. Cette matière, presque insoluble dans l'eau à froid, est plus soluble à chaud; elle se sépare, par le refroidissement, en paillettes nacrées ressemblant à l'acide borique ; elle est soluble dans l'alcool faible et l'alcool fort, mais plus à chaud qu'à froid. Elle est complètement insoluble dans l'éther. Chauffée, elle se charbonne sans se sublimer; sa solution s'altère sous l'influence des alcalis, et l'amertume disparaît sans qu'un acide puisse la faire revenir.

Les expériences médicales faites à ma demande par M. Bertrand fils, professeur à l'Ecole préparatoire de Clermont, ont confirmé les conséquences tirées de l'analyse, et ne laissent plus de doutes sur les propriétés calmantes du lactucarium.

Je crois donc pouvoir conclure, des recherches dont je viens d'exposer les résultats, que le lactucarium doit devenir le rival de l'opium dans la pratique médicale, et que son emploi diminuera, en France, la consommation d'un produit pour lequel nous payons un impôt considérable à l'étranger.

— M. le capitaine Duperrey a été nommé membre de l'Académie des sciences (section de navigation), en remplacement de M. de Freycinet. Sur 50 votans, il a obtenu 44 voix.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi thérapeutique du safran; par M. le Dr L. MORGANTE, de Vérone.

Dans plusieurs cas de chlorose ancienne qui avaient résisté à l'emploi des préparations martiales à hautes doses, dans une fièvre puerpérale accompagnée d'infiltration séreuse du tissu cellulaire, de dureté, de petitesse et de fréquence du pouls, etc., traitée sans succès par l'infusion de digitale, les purgatifs et la saignée; enfin, dans deux cas d'artéro-phlébite lente, le docteur Morgante a eu l'idée d'administrer le safran, et cela avec un succès et des résultats assez remarquables. La dose à laquelle il l'a employé dans ces diverses circonstances a d'abord été de 1 gramme en vingt-quatre heures, puis elle a été augmentée jusqu'à 2 grammes sous forme pilulaire et associée au rob de sureau.

Suivant ce médecin, le safran n'a pas une action mécanique notable, mais il n'existe aucun médicament plus propre à modifier les hypersthénies des vaisseaux capillaires ; il regarde comme artérites et phlébites capillaires les maladies contre lesquelles il a préconisé le safran, et ce médicament lui-même comme un prompt et puissant hyposthénisant dont il compare l'action à celle des préparations ferrugineuses les plus actives. A l'appui de son opinion, il rapporte que, dans deux cas d'artéro-phlébites anciennes, où les malades avaient été affaiblies par de nombreuses et abondantes saignées, il y eut, après la troisième dose de safran (chacune composée de 2 grammes à prendre en douze heures), vertiges, pâleur, lenteur du pouls, froid aux extrémités, forte prostration, et qu'il fut obligé de réduire cette dose à 75 centigrammes seulement dans le courant des vingt-quatre heures.

(*Memoriale della Medicina contemporanea*, t. VI.)

Note sur le sulfate acide de quinine; par M. le professeur SACHERO.

M. Sachero fut le premier médecin qui, en Piémont, se servit du sulfate acide de quinine préparé par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique au sulfate basique. Il résulte des observations faites par ce praticien dans sa clinique, pendant le cours de l'année 1839, que 20 centigrammes de sulfate acide de quinine, en raison de la grande solubilité de ce persel, peuvent, sous le rapport du degré d'activité, équivaloir à 60 centigrammes de sulfate basique du même alcaloïde.

Depuis ce moment, l'usage de ce sulfate acide a été adopté par un grand nombre de médecins italiens et sardes, qui tous ont obtenu des succès non moins remarquables que ceux déjà signalés par M. Sachero.

Nous ne pouvons que recommander l'emploi de ce sulfate acide aux praticiens français ; car, en diminuant la dose nécessaire d'un médicament dont le prix est encore très élevé, on en facilitera l'usage dans les classes pauvres de la société.

(*Giornale della Società medico-chir. di Torino*, juin 1842.)

Emploi de l'électricité dans les cas de maladie organique des yeux; par M. le docteur NEUMANN.

Le galvanisme a déjà été essayé à Saint-Pétersbourg et en Bavière comme agent thérapeutique dans le traitement des maladies organiques des yeux. Plus récemment encore, M. le docteur Neumann a publié trois observations relatives à ce genre de médication, dans l'une desquelles il a obtenu un succès remarquable ; et, en s'appuyant sur les remarques faites par lui dans les trois cas dont il s'agit, il a posé les axiômes cliniques suivans :

1° Il est indispensable de s'entourer de grandes et minutieuses précautions, lorsqu'on veut recourir à l'emploi du galvanisme contre les maladies organiques des yeux : il faut surtout s'assurer bien positivement que le courant électrique est réellement établi, avant de commencer à en faire l'application ;

2° La pile doit, de toute nécessité, être entretenue dans un grand état de propreté, et être mise en activité quelques minutes avant que le malade ne soit soumis à son action ;

3° Les adhérences de la cataracte avec l'iris et les opacités de la cornée sont les affections pour lesquelles cet agent peut être mis en usage avec le plus de chances de succès.

4° Le fluide galvanique agit avec d'autant plus d'efficacité qu'il est supporté plus facilement.

5° Dès que l'œil commence à devenir douloureux, il faut cesser sans retard l'opération, afin d'éviter le développement d'une inflammation de cet organe.

6° En employant une paire de disques de cinq à six centimètres de diamètre environ, le courant est déjà bien sensible; il est plus fort avec deux paires, et néanmoins il est encore supporté par le plus grand nombre des sujets : mais il n'en est plus de même avec trois couples, car la pile ainsi composée provoque aisément une inflammation.

(*Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.*)

Chronique et Nouvelles.

Les candidats à la députation ont été nombreux aux dernières élections parmi nos confrères. On ne peut voir qu'avec satisfaction le corps médical se mêler un peu au mouvement général de la société, lui qui pourrait souvent lui imprimer une direction salutaire sur une infinité de questions laissées dans l'ombre ou trop précipitamment jugées. Au point de vue des intérêts généraux, la société ne peut que gagner à la participation des médecins aux affaires publiques. Au point de vue des intérêts particuliers de la profession, ce n'est qu'en paraissant en nombre suffisant sur la scène du monde, qu'ils pourront obtenir la considération qu'ils méritent, l'influence qu'ils doivent avoir et les améliorations qu'ils réclament. Ce dernier motif est le seul qui nous fait accueillir avec plaisir toute nouvelle candidature médicale à la députation, quelles que soient ses opinions nous sommes certains que tout député médecin favorisera de tout son pouvoir une organisation nouvelle sur l'exercice de la médecine, aussi désirons-nous vivement que la chambre en contienne un nombre suffisant.

Un de nos confrères est actuellement sur les rangs dans le 1er arrondissement de Paris. Nous souhaitons que M. le docteur Foissac rencontre des chances favorables. Comme médecin, M. Foissac est un esprit distingué, connu par des travaux qui ont de la valeur, et ces titres doivent, ce nous semble, peser quelque peu dans la balance.

— Extrait d'un rapport de M. le gouverneur-général de l'Algérie, en date du 17 octobre 1842, au sujet de l'expédition de l'Est :

« M. le commandant du 3e bataillon de chasseurs d'Orléans, cite comme s'étant fait remarquer, M. le docteur Pugens, chirurgien sous-aide, faisant le service d'aide-major dans son bataillon, blessé grièvement au genou au moment où il s'élançait au secours d'un blessé sous le feu de l'ennemi : il a été depuis amputé. »

— M. Chassaignac commencera un cours d'anatomie le lundi 21 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Le cours commencera par la description des articulations.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 19 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 138, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'École-de-Medecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

DISCOURS D'OUVERTURE.

De l'expérimentation en médecine.

Messieurs, l'époque actuelle est caractérisée par une tendance remarquable vers l'exactitude. L'esprit humain semble se plaire particulièrement à l'étude des sciences dites exactes, et cet amour pour l'exactitude, qui est le cachet particulier et distinctif des sciences physiques, s'est étendu aussi à la science médicale. Toutefois, jusqu'à présent les résultats n'ont pas été aussi satisfaisans qu'on paraissait l'espérer, et si l'on cherche à se rendre compte de ces insuccès, on ne tardera pas à se convaincre qu'indépendamment des difficultés mêmes d'une pareille tentative, l'une des principales causes en est dans le peu de sévérité que l'on a apporté jusqu'à présent à l'examen des faits. Si l'on réfléchit, en effet, que le plus souvent on déduit précipitamment d'un petit nombre de faits des conséquences générales, on est frappé du peu de rigueur avec laquelle sont traitées ces matières, car ces faits particuliers formulés en principes généraux deviennent la source de graves erreurs, et bien loin d'aplanir les obstacles et les difficultés dont est semée l'étude de la médecine, il n'en résulte que plus d'incertitude et de confusion. C'est surtout dans l'appréciation de l'action des médicamens que se font le plus vivement sentir les conséquences fâcheuses de cette manière de procéder. Dans la préoccupation de ces idées, je me suis proposé de vous entretenir aujourd'hui de l'expérimentation en médecine, et de vous exposer les difficultés qui l'environnent et les règles à suivre dans cette méthode d'investigation pour arriver à des résultats certains.

Le sujet, comme vous le voyez, est de la plus haute importance. A notre époque, comme dans les temps qui nous ont précédé, on a procédé, disais-je, avec trop peu de sévérité dans l'expérimentation des agens thérapeutiques, et on a déduit d'expériences trop souvent sans valeur des conclusions générales inexactes ou au moins prématurées. Il suffit d'examiner l'histoire de notre art pour voir avec quelle légèreté, en effet, on a de tout temps attribué aux différens médicamens une action qui est loin encore d'être suffisamment connue. Parcourez l'histoire de la thérapeutique, vous verrez combien de médicamens d'une efficacité plus que douteuse ont été proposés et préconisés par des hommes d'un mérite d'ailleurs éminent, mais qui se laissaient facilement aveugler sur la valeur de ces moyens, et dont les erreurs se sont propagées jusqu'à nous abritées en quelque sorte par leur célébrité même. Ouvrez l'ouvrage de Plouquet, et vous verrez combien de médications n'ont pas été imaginées contre la fièvre intermittente, par exemple, contre les affections cancéreuses et tant d'autres maladies; et cependant, parmi cette foule de médicamens plus ou moins insignifians, un grand nombre a été prôné par des médecins recommandables. Cela tient à ce que l'appréciation des agens thérapeutiques est très difficile et qu'elle exige des précautions infinies. Ce sont ces précautions que je me propose de vous indiquer tout à l'heure.

Ces seules données doivent déjà vous faire suffisamment pressentir que la question de l'expérimentation n'a pas encore été comprise dans tous ses élémens et sous le point de vue auquel nous nous proposons de l'envisager, puisque, selon nous, la plupart des médecins qui s'en sont occupés n'ont pas su se garantir des nombreuses causes d'erreurs. Il était donc important de vous faire voir de suite les difficultés qui entourent l'appréciation des agens thérapeutiques. C'est une voie qui reste ouverte aux explorateurs, c'est une route qu'il faut nécessairement parcourir sous peine de renoncer à une thérapeutique rationnelle et de se condamner à l'empirisme, ou de se jeter dans les spéculations pures. Le praticien désireux de concourir aux progrès de son art et qui connaît les devoirs que lui impose son ministère, doit donc se livrer à l'expérimentation.

A côté des avantages que l'expérimentation peut produire, il y a des inconvéniens qu'il n'importe pas moins de vous signaler. Gardez-vous de croire qu'il soit dans votre mission de courir sans cesse après des moyens nouveaux. Il convient, au contraire, d'être très réservé dans cette voie. C'est avec raison que les médecins les plus distingués se sont élevés de tout temps avec force contre l'amour exagéré des innovations. Quand on veut sans cesse innover, quand on a un agent suffisamment connu, on cherche à en substituer un autre encore inconnu; quand on remet ainsi à chaque instant tout en question, rejetant pour des moyens nouveaux les moyens que l'expérience a consacrés, on risque de n'arriver jamais à aucun résultat définitif. Ce désir d'innover sans motif, et de changer continuellement, a de plus graves inconvéniens encore lorsqu'il envahit l'enseignement clinique; car il en résulte que les élèves sont toujours maintenus dans une sorte de vague et d'indécision; qu'ils n'ont dans leur esprit rien d'arrêté en fait de matière médicale, et que, plus tard, ils portent dans leur pratique particulière cette fatale incertitude qui finit par les conduire au scepticisme.

Mais en vous signalant les inconvéniens de l'expérimentation, je me hâte de vous indiquer qu'il y a des circonstances dans lesquelles il est du devoir du médecin de recourir à l'essai de moyens nouveaux. Une maladie est-elle reconnue absolument incurable, la rage, par exemple, tous les moyens connus ont-ils été employés sans succès, la vie du malade est-elle immédiatement en danger, c'est alors que l'expérimentation de nouveaux agens est non-seulement utile, mais nécessaire, parce qu'il faut avant tout tenter de courir au secours d'une vie menacée, et que, dans ce cas, il vaut mieux recourir à un moyen douteux que de rester dans l'inaction.

Il en sera de même lorsqu'on a affaire à des maladies qui, sans être absolument incurables et nécessairement mortelles, finissent pourtant le plus souvent par une terminaison fatale, malgré tous les moyens qu'on a employés jusque-là pour les combattre: telles sont les affections cancéreuses générales, les tubercules. La science compte bien quelques cas de guérison de ces maladies, mais nous savons que ce ne sont là que de véritables exceptions, et que, quoi qu'on fasse, tôt ou tard les malades qui en sont affectés finissent par succomber. Eh bien, si dans des cas de ce genre un nouveau remède est proposé, qu'il ne s'élève contre lui aucun motif sérieux de rejet, le médecin n'est-il pas en droit de l'essayer, afin de ne négliger aucune des chances qu'il peut avoir de sauver le malade, plutôt que de s'endormir sur les chances d'une guérison spontanée, suivant toute apparence impossible. Ainsi, quand on a préconisé l'iode et ses préparations contre les tubercules, nous avons accepté avec empressement ces tentatives, et nous nous sommes mis nous-même à expérimenter cet agent. Bien que les résultats que nous en avons obtenus n'aient pas répondu à notre attente, nous n'avons eu aucun sujet de regretter d'avoir fait ces essais, convaincu que nous étions d'avance que nous ne trouvions dans toute la thérapeutique rien à opposer à cette fatale affection. Dans des circonstances semblables, l'expérimentation peut donc avoir des avantages réels, et un médecin consciencieux ne doit point refuser d'y concourir; car son devoir est de mettre en œuvre, autant qu'il est en lui, tous les moyens de diminuer les chances de la mortalité et d'alléger les souffrances des malades. Lorsque les moyens connus sont impuissans pour cela, il doit donc s'attacher, par une sage et prudente expérimentation, à chercher des ressources dans les moyens inconnus.

Voyons maintenant quelles sont les conditions qui doivent présider à l'expérimentation pour la rendre fructueuse. Il faut d'abord de la part de l'expérimentateur des connaissances pathologiques et thérapeutiques très vastes et très précises. Il est à peine utile d'insister sur l'importance de cette proposition. Comment le médecin pourra-t-il arriver à bien déterminer le mode d'action d'un agent quelconque sur une maladie donnée s'il ne connaît bien, non-seulement cette maladie, mais les rapports, les ressemblances, les analogies et les différences avec les autres maladies; s'il ne connaît aussi tout ce qui existe à cet égard en matière médicale. Il faut en outre qu'il soit dépourvu de toute idée systématique, sans prévention pour une doctrine plutôt que pour une autre soit en pathologie, soit en thérapeutique. Il faut qu'il soit uniquement guidé par l'amour seul de la vérité, prêt à adopter les faits quels qu'ils soient et tels qu'ils se présentent à son observation.

Lorsqu'on expérimente avec des substances qui ont déjà été l'objet de précédentes expériences, il faut connaître les diverses conditions et circonstances dans lesquelles elles ont été faites et les avoir répétées dans ces mêmes conditions, afin d'avoir en quelque sorte la connaissance des antécédens de ce médicament. Il faut, en un mot, connaître tout ce qui est relatif au remède, à la maladie et au sujet. Nous allons étudier sous chacun de ces points de vue les règles d'après lesquelles on doit se conduire dans l'expérimentation et les lois qui doivent nous guider pour tirer de ces expériences des conclusions rigoureuses.

1° *Le remède.* On doit chercher à acquérir une connaissance complète du remède sur lequel on veut expérimenter, ce qui veut dire qu'il ne faut jamais expérimenter sur une substance soit simple soit composée, que la cupidité a pu jeter dans la pratique médicale; par conséquent tout remède secret doit être repoussé, quelle que soit sa réputation bien ou mal acquise. Quand je dis qu'il faut connaître complètement le remède à expérimenter, j'entends dire qu'on doit en connaître tous les élémens constitutifs et toutes ses préparations pharmaceutiques. Il faut, en outre, être bien sûr de la fidélité et de l'exactitude du pharmacien qui a fourni ces préparations. Il n'y a pas long-temps on employait comme agent fébrifuge, contre les fièvres intermittentes, des poudres qui plus tard furent reconnues inertes et sans aucune efficacité. D'autres fois on a ajouté à des substances peu énergiques dont on a voulu faire prévaloir l'usage, d'autres substances douées d'une action beaucoup plus puissante. Ainsi à l'époque où le sirop d'asperges jouissait d'une grande vogue on n'a pas tardé à découvrir qu'on y faisait entrer comme élément la digitale qui a certainement une action bien plus énergique que l'asperge, de telle sorte qu'à s'en rapporter aux résultats apparens on pouvait se croire autorisé à attribuer au premier de ces agens une action qui était uniquement due au second. Dans de pareils cas l'expérimentation serait donc impuissante à vous conduire à l'appréciation exacte de l'action des remèdes; car vous ne sauriez jamais d'une manière précise distinguer les effets de ces substances ainsi combinées et altérées par le mélange. Aussi l'Académie de médecine pour obvier à ces nombreux inconvéniens a-t-elle pris un arrêté relatif aux expériences, par lequel elle s'engage à fournir elle-même aux médecins les médicamens sur lesquels ils se proposent d'expérimenter, afin qu'ils puissent être sûrs de leur pureté et à l'abri de toute fâcheuse méprise.

2° *Le sujet.* Il faut connaître le sujet sur lequel on expérimente; car, parmi les malades, il en est qui cherchent à tromper le médecin en simulant des maladies qu'ils n'ont pas; il est une foule d'individus qui, dépourvus de tout moyen d'existence, soit par suite d'inconduite, ou par la force des circonstances, prétextent une maladie pour trouver un refuge dans les hôpitaux. Le médecin, qui procède avec soin à l'examen de ces malades, peut difficilement, il est vrai, s'en laisser imposer; mais il n'en est pas moins nécessaire que je vous prévienne de cette source d'erreur, afin que vous vous teniez à cet égard sur vos gardes. Il n'est pas d'ailleurs toujours aussi facile qu'on le croit, de discerner la vérité sur la simulation de certaines maladies. Supposez qu'un de ces faux malades parvienne à se faire admettre dans un hôpital et à tromper la bonne foi du médecin, ne pourrait-il pas arriver qu'un charlatan intéressé à seconder les vues du malade et à profiter de l'erreur dans laquelle se trouve le médecin, cherche à faire administrer un de ses remèdes contre une de ces maladies faciles à simuler et communément regardées comme incurables, l'épilepsie, par exemple, et qu'il parvienne ainsi à obtenir une guérison apparente? Il y a aussi des malades qui, sans vouloir précisément tromper les médecins sur leur état de maladie, sont naturellement portés à exagérer leurs souffrances, au point qu'on ne peut pas toujours savoir précisément quel sera le degré d'action du remède expérimenté, ne connaissant pas suffisamment l'intensité de la maladie. Chez certains autres sujets, il existe une susceptibilité extrême à l'action des agens thérapeutiques, une sorte d'idiosyncrasie telle, que la plus petite dose d'un médicament qui s'administre communément à une dose moyenne, produit chez eux un effet extraordinaire. Comment pourrez-vous reconnaître sur ces malades les effets réels d'un remède?

Il est donc important d'être prévenu de toutes ces circonstances pour ne pas se laisser induire en erreur. Il faudra choisir pour sujet d'expérimentation, des sujets qui, par leur constitution, leur âge, leur tempérament, se trouvent placés dans les conditions les plus communes. Il est enfin, pour plusieurs motifs, plus convenable de cacher aux malades le but qu'on se propose en leur administrant le médicament en essai.

3° *La maladie.* Il est nécessaire d'avoir une connaissance exacte de la maladie contre laquelle on emploie un nouveau remède. Si l'on ignore toute l'étendue d'une affection morbide, les causes qui lui ont donné naissance, les retentissemens sympathiques qu'elle a pu avoir sur l'organisme, et autres circonstances semblables, sera-t-il possible d'instituer une expérimentation rationnelle et concluante? Aussi ne doit-on accorder aucune valeur aux expériences de cette nature faites par les gens du monde qui ne peuvent connaître d'une manière convenable les maladies dans lesquelles ils expérimentent, et qui ne sont pas en mesure de conclure. Il faut connaître, autant qu'il est possible, tout ce qui a été écrit, tout ce qui a été dit sur la maladie qui est l'objet de l'expérimentation. Ces notions sont indispensables pour éviter des répétitions inutiles, et pour avoir un point de départ dans l'expérimentation elle-même.

Il faut savoir que, dans la même maladie, un remède peut être utile dans une période, et devenir inutile, même nuisible, dans une autre. Ainsi, par exemple, les saignées qui peuvent être utiles dans la période aiguë d'une maladie, seront au moins inutiles lorsque cette maladie arrive à l'état chronique; et les médecins qui ont voulu établir des formules presque mathématiques pour l'emploi de ce moyen, ont procédé d'une manière peu logique et se sont exposés à commettre de graves erreurs. Parmi les maladies aiguës, il en est un certain nombre qui tendent à se terminer heureusement d'elles-mêmes sans l'intervention d'aucun moyen thérapeutique. Vous comprendrez aisément que, dans ce cas, toute espèce de remède plus ou moins inerte pourrait être considéré comme ayant été utile, bien qu'en réalité il ne fût doué d'aucune efficacité. C'est là, du reste, ce qui fait la fortune des charlatans. L'organisme a la plus grande part dans les guérisons que ces faux médecins s'attribuent, et, il faut bien le dire, ces guérisons, dues quelquefois aux ressources de la nature, sont souvent considérées par les hommes de l'art eux-mêmes comme le résultat de leur

traitement, parce que ces médecins, d'ailleurs instruits, perdent trop souvent de vue ce que nous venons de signaler. C'est ainsi que s'expliquent les succès des homœopathes : ce n'est point à leurs globules qu'il faut attribuer les guérisons qu'ils font valoir, mais aux efforts de la nature.

Je ne méconnais pas qu'il peut être souvent utile de tromper les malades en leur faisant croire qu'on attend la guérison d'un remède insignifiant, tandis qu'on ne compte en réalité que sur les seuls efforts de l'organisme ; mais il ne faut pas pousser cette fiction jusqu'à l'imposture, car le médecin honnête qui respecte son art et qui se respecte soi-même doit avant tout aimer la vérité et ne pas chercher à s'attribuer le mérite d'une guérison à laquelle il n'a eu aucune part. Il acquiert plus souvent par cette franchise l'estime des malades que s'il cherchait à tirer vanité d'une guérison naturelle.

Tout cela étant bien connu, examinons la manière de procéder à l'essai d'un agent thérapeutique.

1° Il faut procéder dans l'expérimentation de manière à ne pas mêler plusieurs agens à la fois. Ainsi, par exemple, si vous voulez expérimenter sur la saignée, n'employez pas concurremment des moyens qui puissent avoir une action contraire. Si vous expérimentez sur l'émétique, ne l'unissez pas à des substances qui en neutraliseraient l'action. Evitez tous mélanges. Rien n'était plus fréquent autrefois que ces associations de médicamens dont l'action était le plus souvent inconnue. Aussi concevrez-vous aisément qu'à l'époque où la polypharmacie était en honneur, il devait être impossible de se reconnaître au milieu de cet alliage de substances diverses et hétérogènes.

2° Il faut avoir la certitude qu'on emploie toujours le même remède, et toujours de la même manière ; cette certitude est souvent difficile à acquérir, car les malades trompent fréquemment là-dessus. Quant vous avez à expérimenter sur des agens d'une certaine énergie, vous prévoyez facilement les accidens qui pourraient résulter d'une administration de ces médicamens arbitrairement confiée aux malades eux-mêmes ou aux personnes qui les entourent. Il serait mieux, dans ces circonstances, d'administrer vous-mêmes les médicamens, et, si cela n'est pas possible, de les confier au moins à des personnes sûres, sans quoi toute conclusion manquerait nécessairement de rigueur et de certitude.

Quand vous avez affaire à un médicament qui a été déjà employé, vous avez un guide qui vous dirigera dans l'emploi des doses convenables. Mais si le médicament est tout à fait nouveau, et si vous avez lieu d'en redouter les effets, il faut nécessairement expérimenter d'abord sur les animaux : ici la prudence ne saurait jamais être excessive. La science abonde en faits dans lesquels des résultats terribles ont eu lieu à la suite de certaines expériences téméraires. Malgré toute cette circonspection, on n'est pas toujours à l'abri des accidens. A l'époque où j'étais à la Charité, alors que Pelletier venait d'extraire la strychnine de la noix vomique, ce chimiste me proposa de l'expérimenter sur quelques malades. J'avais un malade paralytique qui voulut bien se prêter à l'expérimentation, et qui avait déjà impunément avalé des doses énormes de noix vomique. Voulant procéder avec prudence dans l'administration de la strychnine, je commençai à lui prescrire des pilules d'un quart de grain. Il arriva graduellement à en prendre plusieurs dans un jour sans aucun effet. J'en parlai à Pelletier, qui me conseilla de recourir à des pilules d'un grain. Effectivement, il me procura deux pilules d'un grain chaque. J'eus l'imprudence, m'y croyant suffisamment autorisé par l'absence de tout effet d'un seul grain fractionné, tel que le malade l'avait pris les jours précédens, j'eus, dis-je, l'imprudence d'administrer ces deux pilules presqu'en même temps, à peu de distance l'une de l'autre. Le malade avait à peine avalé la seconde pilule, qu'il fut pris de convulsions tétaniques des plus violentes. Je me trouvais heureusement encore dans l'hôpital, terminant ma visite : j'accourus au secours de ce malheureux. Je le trouvai dans un état de dyspnée et de convulsions effroyable. Je ne saurais vous exprimer l'angoisse que j'éprouvai dans ce moment. J'eus recours de suite à des doses élevées d'opium ; je lui administrai en quelques instans une demi-once de laudanum. Peu de temps après l'état convulsif s'amenda, et j'eus le bonheur de voir le malade revenir au bout de deux heures à son état primitif. Ce fait, qui m'est toujours resté présent à l'esprit, et que j'ai souvent rappelé dans mes cours, fut pour moi une leçon très utile. Ainsi donc, toutes les fois qu'on aura à employer des médicamens actifs, il faut y procéder par gradation, au risque de faire peu, au lieu de s'exposer à faire trop ; car on n'est pas toujours sûr de pouvoir réparer les imprudences que l'on aurait commises. Je ne vous citerai pas ici une multitude de faits de cette nature arrivés à d'autres médecins, et qui ont été funestes.

Il y a d'autres circonstances encore qu'il faut avoir bien présentes à l'esprit lorsqu'on se livre à l'expérimentation. L'individu sur lequel vous expérimentez peut se trouver sous de certaines influences qui annihileront ou neutraliseront l'effet de vos expériences, ou vous porteront à en déduire de fausses conséquences. Ainsi, par exemple, vous voulez expérimenter un agent fébrifuge dans un cas de fièvre intermittente. Il faut savoir que beaucoup d'individus affectés de cette maladie cessent d'avoir leurs accès lorsqu'ils changent de lieu. Si vous n'êtes prévenu de cette circonstance, vous pourrez attribuer au remède un effet qui n'est dû qu'à ce changement de lieu. Il faut tenir compte aussi de l'action des variations atmosphériques. Quelle influence n'ont-elles pas sur la marche et l'issue de certaines maladies ! — Vous savez que les phthisiques ont souvent des sueurs nocturnes contre lesquelles on a tenté plusieurs médicamens ; l'acétate de plomb, par exemple, la quinine, le tannin, l'agaric et autres astringens. Eh bien ! il est certain que ces phénomènes se modifient souvent sous l'influence de certaines circonstances, et cela sans l'intervention d'aucun agent thérapeutique. C'est un fait d'observation que les sueurs des phthisiques augmentent souvent sous une température plus élevée ; qu'elles ont lieu souvent lorsque l'organisme est dans une espèce de détente générale par l'effet du sommeil. N'est-il pas vrai qu'en modifiant ces circonstances, on pourra aussi modifier l'état du malade ? Les expérimentateurs n'ont pas en général assez tenu compte de toutes ces circonstances. J'ai employé aussi l'acétate de plomb, le tannin et d'autres astringens de cette nature, mais en tenant toujours compte, autant qu'il était possible, des circonstances extérieures sous l'influence desquelles j'expérimentais, et j'ai été conduit à reconnaître que ces influences extérieures avaient plus de part que les médicamens dans les modifications survenues.

L'influence de l'imagination est aussi très puissante et doit être prise en considération par l'expérimentateur. Par exemple, si vous avez affaire à un malade atteint de fièvre intermittente, dont l'imagination soit très impressionnable, il ne serait pas impossible que vous arrivassiez à arrêter les accès en agissant uniquement sur son esprit. C'est ainsi qu'on a vu guérir de ces affections par l'emploi de la poudre d'araignée, par exemple, ou d'autres moyens analogues qui n'avaient d'autre effet que de provoquer une répugnance extrême. Mais pourra-t-on conclure de ces effets à une action réelle des moyens employés ? Dans les maladies nerveuses, dans l'hypochondrie, l'hystérie, dans toutes ces affections qui se présentent sous des formes si bizarres et dans lesquelles l'imagination a une si grande part, ne voit-on pas se réaliser souvent des effets semblables à ceux que nous venons de signaler. C'est ici que le médecin doit surtout faire de la médecine morale. Il doit tâcher de s'initier intimement au caractère et à l'idiosyncratie de son malade, car, à l'aide de cette connaissance il pourra s'élever souvent à la véritable cause de la maladie, et, en éloignant cette cause, qui est le plus ordinairement morale, il pourra mieux que par tous les moyens physiques obtenir la guérison de son malade. Si le médecin ignorait ces circonstances, comment pourrait-il procéder d'un pas sûr à ses expériences ?

Enfin, pendant que vous expérimentez sur une maladie donnée, une nouvelle maladie survient, qui modifie plus ou moins la première. Comment, dans ce cas, pourrez-vous être sûrs que le médicament mis à l'essai soit la cause d'une modification survenue dans l'organisme, si vous ne tenez compte de la complication nouvelle ?

Vous voyez, Messieurs, combien de difficultés entourent le médecin expérimentateur ! Vous connaissez actuellement les règles qu'il doit suivre pour ne pas s'égarer ; maintenant comment faudra-t-il conclure des expériences qu'il a faites ?

Ces conclusions seront diverses, selon la nature des maladies sur lesquelles on aura expérimenté. Prenons pour exemple les fièvres intermittentes et les fièvres typhoïdes. Nous savons que ce sont des maladies qui ne cessent pas rapidement et qui ont de certaines périodes à parcourir avant d'arriver à leur terminaison ; ainsi, les fièvres intermittentes présentant une série d'accès de la même nature, constituent une maladie fixe jusqu'à un certain point sur laquelle on peut expérimenter. Quant à la fièvre typhoïde, les difficultés de l'expérimentation seront bien plus grandes, ainsi que nous allons le voir. L'expérimentation dans les fièvres intermittentes serait assez facile si on était sûr de leur stabilité.

Une preuve de l'instabilité et de la nature protéiforme de cette fièvre se trouve dans la foule de remèdes qu'on a proposés contre elle. J'ai expérimenté dans ces fièvres la poudre de houx qui fut préconisée dans le temps comme un excellent fébrifuge. J'étais alors à la Charité, et je me proposais de soumettre 22 malades à l'essai de ce nouveau médicament : sur ces 22 malades, 7 n'avaient déjà plus d'accès dès leur entrée à l'hôpital ; le nombre fut donc réduit à 15, dont 8 ayant concurremment d'autres maladies légères, les uns une bronchite, d'autres une légère affection abdominale, etc., guérirent facilement par des moyens simples sans le secours des fébrifuges. Le nombre se réduisait ainsi à 7, dont 4 avaient des accès qui allèrent en diminuant tout naturellement. Les 22 malades se réduisirent donc en définitive à 3 qui présentaient des accès bien réguliers et fixes. J'employai chez ces trois malades la poudre en question en portant la dose jusqu'à 2 onces, et je n'en obtins aucun succès. Je fus obligé après de nombreux et vains essais de recourir aux préparations de quinquina qui triomphèrent rapidement des accès. Que serait-il arrivé si, sans aucun examen préalable, j'eusse soumis ces 22 malades à l'action de la poudre de houx? Cet agent étant à peu près inerte, n'aurait ni hâté, ni entravé la guérison naturelle des 19 premiers malades, et 3 seulement auraient paru résister à son emploi. J'en aurais donc conclu que 19 fois sur 22 cette poudre avait eu une action fébrifuge. Vous voyez combien ma conclusion eût été fausse. C'est pourtant là l'histoire de beaucoup de remèdes secrets dont l'action est probablement nulle. J'ai expérimenté aussi de la même manière la salicine, que quelques personnes avaient prônée comme fébrifuge ; mais je l'ai trouvée à peu près aussi inefficace que la poudre de houx. Après toutes ces expériences, il reste aujourd'hui constant pour moi qu'il n'y a pas d'autre fébrifuge que le quinquina et ses préparations.

Si l'on a à expérimenter sur une de ces maladies graves dont le diagnostic est souvent incertain, la marche insidieuse, la terminaison le plus souvent funeste, et dans le cours desquelles les malades peuvent brusquement succomber, l'expérimentation devient plus difficile encore ; telles sont, par exemple, les fièvres typhoïdes, qui se présentent tantôt sous la forme inflammatoire, d'autres fois avec les caractères d'une adynamie profonde, dont les phénomènes se bornent quelquefois au tube digestif, tandis que dans d'autres cas, leurs symptômes révèlent une altération profonde de l'encéphale, et dans lesquelles enfin toutes les méthodes ont été employées avec plus ou moins de succès, et où elles ont toutes échoué. Ne voyez-vous pas alors qu'une seule médication ne serait également convenable contre les différentes formes d'une semblable maladie, et qu'il faut de toute nécessité savoir, selon les circonstances, varier le remède. Dans ce cas, le plus sage est de préférer l'emploi de substances qui ne sont ni toniques, ni débilitantes, et qui n'empêchent pas le développement des périodes successives des maladies. C'est ainsi que j'essayai dans le temps, contre cette même affection, le gaz acide carbonique (eau de Seltz). Au commencement de mes expériences j'en obtins quelques succès. Je ne m'en rapportai toutefois point à ces premiers résultats ; je continuai l'expérience, et dans le cours de la seconde année je n'en obtins plus que des résultats contraires aux premiers, ou, pour mieux dire, nuls, et je fus ainsi conduit à cette conclusion, que ce remède n'avait aucune efficacité. C'est dans le même esprit que j'expérimentai les chlorures à l'époque où ils jouissaient d'un certain crédit. J'en ai eu aussi des résultats favorables pendant une année et plus. Je croyais avoir vu des malades très gravement atteints améliorés sous l'influence de ce médicament ; mais en en continuant l'emploi, j'ai fini par reconnaître que les chlorures n'avaient pas plus de succès que l'acide carbonique et que tant d'autres moyens successivement préconisés. Les difficultés de l'expérimentation, dans cette maladie, tiennent à la gravité et à l'état complexe de la maladie en elle-même. Pour arriver à quelque chose de concluant, il faudrait que plusieurs médecins de doctrines différentes, de divers pays, tous de bonne foi, amis de la science et de l'humanité, se donnassent la main pour l'accomplissement d'une pareille expérience.

La pneumonie elle-même, bien que ce soit là une maladie évidemment simple et bien connue, présente des difficultés dans le traitement que tout le monde n'a pas su bien apprécier. M. Grisolles a très bien démontré dans son ouvrage que les saignées et le tartre stibié, moyens sans contredit très puissans contre cette maladie, ne sont pas aussi sûrs et aussi décisifs qu'on le croit généralement. Il n'est donc pas étonnant que le traitement de la fièvre typhoïde fasse le désespoir de la médecine.

Pour ce qui est de l'appréciation des résultats produits par les différens moyens thérapeutiques soumis à l'expérimentation, j'aurais voulu, Messieurs, avant de terminer, m'arrêter quelques instans encore sur la manière de compter en médecine ; j'aurais voulu examiner rapidement les assertions de quelques personnes qui tout récemment ont déjeté le blâme sur la méthode numérique ; mais, outre que ces mêmes personnes sont convenues elles-mêmes de l'utilité de la statistique dans de certaines limites, comment pourrait-on concevoir qu'on pût procéder à l'étude des faits pathologiques, et de cette étude s'élever à des lois générales, sans avoir bien compté et pesé les faits individuels !

TRAITEMENT DES TUMEURS DU SEIN,

Par M. Tanchou.

(*Extrait de la séance du* 14 *novembre de l'Académie des sciences.*)

Les engorgemens glandulaires du sein sont des maladies graves : la preuve c'est qu'ils se terminent presque toujours par le cancer.

Ceux-ci augmentent en nombre, et, d'après une statistique que je publierai bientôt, j'ai lieu de penser qu'ils sont en rapport avec l'état de la civilisation. Entre autres preuves, je dirai que sur 382,851 décès qui ont eu lieu de 1830 à 1840 dans Paris et dans le département de la Seine, il y a eu 9,118 cancers, c'est-à-dire 2,38 p. 100.

En 1830 il y en a eu	668
1831.	865
1832.	814
1833.	814
1834.	857
1835.	906
1836.	837
1837.	778
1838.	803
1839.	887
1840.	889
Total :	9,118

dont 6,957 parmi les femmes.

Dans Paris seulement, il y en a eu : en 1830, 595, et en 1840, 779, ce qui fait 2,54 p. 100 ; tandis que dans le reste du département de la Seine, il y en a eu 73 en 1830, 110 en 1840. Total : 1,1 9 en onze ans, c'est-à-dire 1,63 p. 100. sur les autres causes de décès (1).

Le traitement des tumeurs du sein, les seules dont je veuille parler ici, est resté jusqu'à ce jour pour ainsi dire sans règles ; les jeunes chirurgiens surtout opèrent ; les médecins, pour la plupart, recommandent de ne rien faire du tout, et tous les vieux praticiens à peu près se rangent de cet avis.

On a cherché vainement à classer les tumeurs dont nous parlons. Nous pensons qu'il n'y en a que deux espèces : l'une attaque la trame celluleuse et aréolaire des mamelles, l'autre la matière qui les remplit.

On peut en admettre une troisième qui attaque ces deux tissus à la fois, toutes les autres ne sont que des nuances d'altérations morbides.

Notre expérience, déjà assez longue, nous autorise à penser qu'il est toujours possible au médecin d'en ralentir la marche et même souvent de l'arrêter.

Dans cette idée, divers moyens sont mis en usage, je ne parlerai que de ceux qui m'ont conduit à mon but.

Quand on coupe un sein en divers sens, ou quand on le fait macérer, on voit qu'il ressemble à une éponge dont les aréoles sont d'autant plus petites qu'on les observe plus près du mamelon.

(1) Relevé des registres de l'état civil.

Cette organisation s'aperçoit facilement chez les femmes âgées et surtout chez celles qui sont mortes ictériques. Selon nous, il n'y a de différence entre la glande mammaire et le tissu graisseux qui l'entoure, que dans la matière qui remplit les cellules dont nous venons de parler.

Les succès que j'ai obtenus dans le traitement des tumeurs du sein dans un établissement que je dirige m'ont engagé à en faire part à l'Académie.

Cette méthode consiste dans l'emploi de deux séries de moyens :

A l'intérieur, les préparations ferrugineuses, d'iode et de mercure, comme base, comme point de départ de tout traitement.

A l'extérieur, la compression, les applications pulvérulentes, les emplâtres, les onguents.

Ces deux séries de moyens sont employées tantôt isolément, tantôt simultanément. Je ne pratique pas d'opérations ; loin de là, je repousse avec force cette pratique désastreuse et irrationnelle, et toute espèce de caustique tendant à la remplacer.

Dans un prochain mémoire, je prouverai par des chiffres et des autorités compétentes la déception de cette méthode qui, par la guérison facile, entretient les malades et les hommes de l'art dans une sécurité trompeuse, et qui n'empêche pas le mal de récidiver, ni même de marcher plus vite après.

Outre l'histoire de la médecine, qui est contraire à l'opération, je ne citerai que quelques auteurs modernes qui sont de cette opinion.

Monro dit que sur 60 opérations qui avaient été pratiquées pour le cancer, il y avait eu 56 récidives au bout de deux ans. Il ajoute des 4 autres : Plus tard, 3 furent attaquées de squirrhe au sein, l'autre d'un cancer à la lèvre.

Henri Callisen a vu à peine survivre une seule femme sur celles qu'il a opérées.

« Sur cent personnes, disent Bayle et M. Cayol, attaquées de tumeurs regardées comme cancéreuses et auxquelles nous avons pratiqué l'opération, nous n'en avons vu que quatre ou cinq radicalement guéries. »

Boyer tient absolument le même langage : ceux qui disent le contraire ne supportent pas un sérieux examen. Enfin, ne sait-on pas que Ant. Dubois et Dupuytren lui-même, sur la fin de ses jours, refusaient d'opérer le cancer.

Parmi les préparations pharmaceutiques, je dirai que celles d'iode me paraissent indiquées quand la suppuration dans les tumeurs n'est pas commencée ; hors ce cas, elles l'accélèrent; que les préparations mercurielles rendent le sang plus liquide; je les emploie de préférence chez les femmes pléthoriques, chez lesquelles les engorgemens dont nous parlons sont fréquens. Alors le teint de ces femmes se décolore très promptement, leurs règles sont plus fluides, et si on les saigne on s'aperçoit que leur sang a perdu de sa plasticité.

Les amers, les ferrugineux, les astringens ont, je crois, un effet opposé.

Les préparations arsénicales et alcalines ont à peu près le même effet sur le sang que les mercurielles : les premières me semblaient indiquées chez les femmes nerveuses, mais elles doivent toujours être employées avec toute la réserve et les ménagemens convenables.

Les purgatifs répétés m'ont paru nécessaires dans certaines constitutions, et quand on juge à propos d'établir un point de dérivation sur les intestins.

Je recommande souvent le calomel à dose réfractée, uni à la ciguë ou à l'opium, et pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

J'ai mis en usage aussi le tartre stibié, le chlorure d'antimoine, le chlorure de zinc, d'étain et d'or ; le bi-chromate de potasse, mais pas assez long-temps pour avoir une opinion arrêtée sur leurs effets.

Le régime des malades est, dans tous les cas, approprié à leur constitution et aux indications particulières.

Les saignées générales sont indiquées dans les tumeurs du sein quand celles-ci sont le siége de congestions, et ces cas ne sont pas très rares.

La médication locale est celle sur laquelle on peut le plus compter. Les sangsues sur les tumeurs sont rarement nécessaires, J'ai observé que souvent elles appellent le sang ou qu'elles font renaître les douleurs qui avaient cessé. Les cataplasmes émolliens sont indiqués tant qu'il y a de l'inflammation : hors ce cas, ils déterminent des douleurs et augmentent le volume des tumeurs. Les topiques doivent toujours être employés chauds ; froids, ils augmentent le mal ; hors les cas d'inflammation aiguë. Les corps gras, dans notre méthode, doivent suivre l'application des émolliens. On y mêle souvent de l'opium, de la ciguë, de la belladone, du camphre. Le camphre est l'un des meilleurs sédatifs des organes qui se rattachent à la génération. Les emplâtres de Vigo, de savon ou de ciguë, sont les meilleurs dont on puisse faire usage. Les embrocations et les applications humides narcotiques, sont les seules dont on puisse attendre quelque succès dans le cas de douleurs qui s'étendent parfois dans les bras, au cou, aux épaules, bien long-temps même après qu'on a obtenu une grande amélioration dans le volume des glandes.

J'ai essayé la section sous-cutanée dans le traitement des tumeurs du sein ; elle m'a généralement réussi. Je l'ai essayée tantôt pour diviser des trousseaux ligamenteux qui se dirigeaient vers l'aisselle ou le sternum, pour y adhérer et se rétracter, tantôt pour couper des faisceaux vasculaires et nerveux, d'autres fois enfin j'agissais sur la glande elle-même pour faciliter l'absorption totale ou partielle de la matière qui la constitue.

J'ai quelquefois employé les vésicatoires, les emplâtres résineux ou émétisés, les linimens volatils, les fumigations de vinaigre pour aviver la vitalité de certaines tumeurs indolentes ou devenues par trop stationnaires.

Les acides concentrés, le chlorure de zinc liquide ou solide, les préparations d'iode caustique, la solution saturnine de bi-chromate de potasse, aidés d'un traitement interne, m'ont réussi pour ralentir et même arrêter la marche des cancers exubérans surtout ; mais l'effet qui m'a le plus surpris, c'est la cessation de la douleur et de la fièvre qui en est presque toujours le résultat.

La compression, contre laquelle on a aujourd'hui des préventions, est sans contredit le meilleur auxiliaire dans ces sortes de cas ; c'est celui qui demande aussi le plus d'habitude, parce que ses effets sont nuisibles ou utiles suivant l'opportunité, qu'il est difficile d'indiquer ici.

Je dirai cependant qu'elle est contraire toutes les fois que le sein est trop enflammé, qu'il existe des noyaux encéphaloïdes en fonte suppuratoire ; toutes les fois que du pus existe déjà dans les cellules colloïdes, toutes les fois enfin qu'elle occasionne de la douleur.

Pour exercer la compression, et après plusieurs essais, j'ai adopté un système de pelottes ou de compresseurs, et par suite de sachets pulvérulens ; la forme, le diamètre, l'élasticité de ces compresseurs doivent être en rapport avec la forme, le volume et la sensibilité de la tumeur. Un compas que j'ai imaginé, est destiné à prendre leurs dimensions.

L'emploi de ces moyens est souvent combiné avec celui des sachets ; ceux-ci contiennent de l'éponge calcinée, du sel marin, de l'iodure de potassium, de l'hydrochlorate d'ammoniaque, du camphre, de l'opium en poudre, de la valériane, de la digitale, etc., suivant l'état de la glande, sa composition, sa résistance aux moyens déjà employés, et l'usage qu'on en veut faire le jour ou la nuit. Voici, en général, la composition de ces sachets, ainsi que d'une poudre dont je fais fréquemment usage:

Sachets.

Iodure de potassium,	5,00.
Eponge en poudre,	10,00.
Chlorhydrate d'ammoniaque,	40,00.
Id. de sodium,	10,00.

Poudre fondante.

Eponge en poudre,	20,00.
Nitrate de potasse,	1,00.
Iris de Florence,	1,00.

Mêlez.

Inutile de dire que la forme, la force élastique de ces compresseurs doit changer à mesure que la tumeur elle-même change dans son volume, dans sa forme, dans sa sensibilité. Les autres moyens doivent aussi être employés en différens ordres.

Trente malades ont été traitées par cette méthode. Chez toutes, il y a eu une amélioration marquée dans leur position ; quelques-unes ont vu leur glande se fondre entièrement ; chez la plupart il en reste des débris. Aucune n'a été opérée, quoique plusieurs aient été sur le point de l'être avant de commencer leur traitement, par des chirurgiens des hôpitaux.

J'ai pensé que je ne devais pas attendre plus long-temps pour faire part de ces résultats à l'Académie, pour répondre aux questions qui me sont adressées chaque jour, et pour engager les médecins à perfectionner des moyens déjà consolans pour l'humanité.

Voici quelques observations que je prends au hazard, outre celles qui ont été publiées dans les journaux de médecine.

Madame R..., femme d'un artiste distingué, âgée de trente ans, portait dans le sein gauche une petite tumeur qui avait succédé à plusieurs abcès qui lui étaient survenus pendant l'allaitement du seul enfant qu'elle ait eu. Cette glande existait déjà depuis six ans; elle se développait un peu chaque jour ; il s'y manifestait de temps en temps un peu de douleur ; elle avait le volume d'une grosse noix. Encore six mois, lui disait son médecin ordinaire, et il faudra l'enlever. Cette dame se présente à mon observation le 10 avril dernier ; la tumeur est allongée et se dirige vers l'aisselle. Du reste, la constitution de cette dame est bonne, Madame R... est fort inquiète. Un régime, une vie régulière, la poudre fondante à l'intérieur, des sachets pulvérulens d'abord narcotiques, puis iodés ; une compression douce avec quelques couches de ouate dans son corset, sont mis successivement en usage. Deux mois après, au moment de partir pour les bains de mer, madame R... s'est présentée chez moi pour la dernière fois ; sa glande avait entièrement disparu. Depuis, je sais positivement que cette dame continue à se bien porter.

Il en fut de même pour une dame qui me fut adressée par M. le docteur Allier.

Mademoiselle de M..., âgée de trente-neuf ans, est amenée chez moi le 26 octobre 1841 : elle porte dans chaque sein une tumeur. L'une remonte au moment où elle a été réglée pour la première fois ; la seconde date de cinq ans. Celle-ci, depuis qu'elle a paru, continue à croître ; l'autre se développe plus lentement. Cependant, depuis deux mois mademoiselle de M... ressent dans les deux seins quelques douleurs ; ses règles se dérangent. Malgré cela sa santé générale est bonne. Elle a été soumise à l'observation de M. Breschet. Depuis, elle a été traitée successivement par les emplâtres de Vigo, la poudre fondante à l'intérieur, les sachets, la compression. Aujourd'hui, il ne reste plus de ces deux glandes que des débris du volume d'un petit pois.

La même chose à peu près s'est passée chez madame Reichten, demeurant rue Duphot, n° 12. Cette femme, qui est accouchée dans la neige, où elle est restée pendant huit jours en 1812, pendant la retraite de Russie, s'est présentée au Dispensaire avec une glande du volume d'une petite pomme, qu'on avait voulu lui amputer. Aujourd'hui cette tumeur est restée stationnaire. La femme Reichten se porte bien.

Nous en dirons autant de mademoiselle Agathe, demeurant rue du faubourg Saint-Honoré, qui a été opérée il y a vingt-deux ans, et chez laquelle il s'était manifesté une glande sous l'aisselle. Après avoir diminué de volume, il en reste le noyau.

Madame Ponel, rue de la Mare, à Belleville, se présente au Dispensaire avec une tumeur qui avait remplacé le sein gauche, qui avait dû être autrefois peu volumineux ; elle est adhérente aux côtes et au sternum ; elle est le siége d'une plaie qui donne une eau rousse, de douleurs lancinantes qui troublent le sommeil de la malade. La constitution de cette femme, minée par des chagrins, est altérée. Je donne de l'iodure de potassium à l'intérieur ; je panse chaque jour avec l'iode caustique ; j'alterne avec des préparations narcotiques et les toniques. Le mal de cette femme est arrêté, sa santé générale est bonne, l'espoir et les forces sont revenus, la plaie est recouverte d'une croûte albumineuse et fixe ; tout annonce qu'on conservant son mal que je me garderais bien d'enlever, elle vivra long-temps.

Mademoiselle Aizetin, demeurant actuellement rue des Moineaux, n° 20, qui a été l'objet de plusieurs réclames dans les journaux comme un exemple de guérison miraculeuse, se présente au Dispensaire le 15 juillet, avec un cancer énorme. C'est un champignon retourné circulairement, qui laisse voir à son centre une espèce de cratère profond, d'où il s'échappe de la suppuration, de l'ichor, du sang mêlé. Ce désordre est accompagné d'une fièvre continue avec exacerbation le soir. Point d'appétit, pas de sommeil, des douleurs de toutes sortes. Cette cohorte de misères mettait cette femme dans un état voisin de sa fin. Un médecin présent m'engage à ne pas la toucher et à la laisser mourir tranquille.

Cependant, après l'usage de quelques moyens employés sans succès, je lui couvre tout son mal avec une pâte de chlorure de zinc, il en a fallu 18 centimèt. dans but le d'en resserrer le champignon, de diminuer son étendue et de ralentir aussi la suppuration qui épuisait cette malheureuse. Le jour même les douleurs de cette femme ont cessé, la fièvre a diminué. Peu à peu l'appétit est revenu, les forces se sont relevées et aujourd'hui elle vit assez bien portante et vivra peut-encore long-temps avec son mal qui la fait peu souffrir, et dont l'activité a été enrayée, tantôt par le nitrate acide de mercure, tantôt par l'iode caustique, tantôt à l'intérieur par l'iodure de potassium, le calomel à petite dose, l'opium, la poudre de ciguë, etc.

Je crois inutile de rapporter ici un plus grand nombre d'observations. Plusieurs malades sont en ce moment en traitement, et chez toutes se prépare le même résultat.

TANCHOU.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 octobre. — Présidence de M. FOUQUIER.

A deux heures, M. Moret, vice-président, occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance. — *M. le docteur Foucart* offre à la Société un manuscrit intitulé : « De l'emploi des vésicatoires dans les affections de poitrine, » et demande à faire partie de la Société. MM. Sorlin et Ch. Masson sont chargés de présenter un rapport sur la moralité du candidat, et M. Léger rendra compte de son travail manuscrit.

— *M. Peysson*, chirurgien de l'hôpital militaire de Lyon, demande à être admis comme membre correspondant. M. Sorlin est nommé rapporteur.

Cas de suppression d'urine. — *M. Perthus* lit à la Société la relation fort intéressante d'une suppression d'urine dont la guérison a été aussi heureuse qu'inespérée.

Le malade dont il est parlé, âgé de cinquante-deux ans, n'avait éprouvé depuis cinq années d'autres indispositions que quelques troubles dans la digestion, bientôt réprimés au moyen d'un régime plus sévère.

Le 14 juin, il fut pris, en rentrant le soir chez lui, d'un frisson général et d'un grand abattement, de vomissemens répétés et d'évacuations alvines peu abondantes, mais accompagnées de coliques et d'envies d'uriner ; pas une goutte d'urine ne vint, il ne sortit par ce canal qu'un verre de sang.

Notre confrère, appelé le lendemain au matin, pratiqua une saignée de 4 palettes, et fit plonger le malade dans un bain tiède ; le sang cessa de couler, mais il n'urina point davantage, il survint un peu de délire, de la dyspnée. De temps en temps le malade était tourmenté par le hoquet ; les vomissemens, la diarrhée avaient disparu, et le refroidissement général avait été remplacé par une chaleur vive et sèche.

Le lendemain, on pratiqua une nouvelle saignée, quinze sangsues furent placées au siége, et le bain fut prescrit de nouveau. Aucun changement ne survint, pas une goutte d'urine ne parut. En plaçant la main sur l'hypogastre, on ne sentait la présence d'aucun liquide dans la vessie.

C'est alors que le malade avoua à M. Perthus que depuis quelque temps il s'était remis entre les mains de M. Ségalas qui lui avait pratiqué trois ou quatre cautérisations pour le débarrasser d'un rétrécissement du canal de l'urètre ; qu'au reste il était entièrement guéri, et qu'avant cette dernière maladie il urinait à plein canal. Sur le désir que témoigna notre confrère, M. Ségalas fut mandé : il reconnut facilement qu'on avait affaire à une suppression d'urine, et pour mieux s'en assurer il injecta dans la vessie de l'eau tiède, qui ressortit quelque temps après aussi claire, aussi limpide qu'elle y était entrée. Il conseilla de continuer le même traitement, plus quelques ventouses scarifiées qu'il fut convenu de placer sur les reins. Le malade lui parut dans un état presque désespéré : il se ressouvenait avoir perdu trois malades atteints de cette maladie ; ils avaient succombé le troisième jour.

Abandonné ainsi à ses propres inspirations, notre confrère eut l'idée d'administrer 4 grammes de camphre et quelques gouttes de teinture éthérée de musc, dans un demi-lavement à garder. Deux heures après, le malade rendit une grande quantité d'urine, et il survint dans tous les symptômes une amélioration sensible.

Notre confrère termine en se demandant s'il est possible de refuser au camphre tout l'honneur de cette cure. Cette observation, ajoute-t-il, prouve que la sécrétion de l'urine peut être suspendue pendant trois jours sans que la mort arrive nécessairement. Mais quelle influence peuvent exercer sur l'économie les sels de l'urine ainsi retenue ? C'est, dit il, une question de haute physiologie qu'il ne nous est pas donné d'aborder.

M. Sorlin. M. Perthus a conclu, et il a dû le faire, que la guérison est due au camphre : mais peut-on croire à une identité complète entre le cas cité et ceux qui sont devenus mortels ? Le camphre est-il donc un médicament si héroïque qu'il puisse changer ainsi la nature d'une affection ordinairement mortelle ?

M. Perthus. J'ai communiqué cette observation à M. Marjolin, appelé plus tard près du malade : il en a pris note, et a dit qu'il se servirait de ce moyen en pareille occasion.

M. Sorlin. Je le ferai aussi.

M. Belhomme. Il est certain que l'action du camphre est puissante toutes les fois qu'il existe un éréthisme nerveux. Lorsque dans une fièvre typhoïde, j'observe des accidens de cette nature, je me trouve bien de faire administrer au malade 2 grammes de camphre en lavement.

Aussi, dans le cas dont il s'agit, je pense que la maladie était surtout nerveuse, puisqu'elle a cédé à ce médicament.

M. Sterlin fait observer qu'on a tiré du sang : il demande si ce liquide offrait quelque trace d'inflammation.

M. Perthus. Aucune : il n'y avait point apparence de couenne ; aussi, comme il n'existait à la région des reins aucune douleur; que d'ailleurs le consultant m'avait dit : « Faites ce que vous voudrez, » je me suis décidé à essayer des antispasmodiques.

M. Serrurier. Il y a déjà long-temps qu'appelé près d'un malade atteint de néphrite, j'allais ordonner des pilules camphrées, lorsque le docteur Guillotin, appelé en consultation, me dit qu'au lieu d'administrer au malade le camphre en nature, il lui faisait boire de l'eau à la surface de laquelle il le faisait brûler. Je consentis à le donner ainsi, et le lendemain le mal avait disparu.

M. Guillon. Mais pourquoi a-t-on recouru à des émissions sanguines considérables, s'il n'y avait point d'inflammation ?

M. Perthus. Je me suis rappelé l'aphorisme d'Hippocrate qui conseille la saignée lorsqu'on pisse du sang.

M. Belhomme. La saignée était indiquée, car la physiologie nous apprend que les reins reçoivent beaucoup de sang. Il était donc urgent de diminuer la turgescence de ces organes.

— *M. Ch. Masson.* Messieurs, vous m'avez chargé de vous faire connaître la thèse dont M. Foucart a fait hommage à la Société. Ce premier ouvrage mérite à tous égards notre attention, et pour le fond, et pour la forme : car c'est une monographie plus complète que celles qui l'ont précédée, et elle est correctement et élégamment écrite.

Cette thèse volumineuse traite de la bronchite capillaire ; la bronchite est, comme vous savez, le catarrhe pulmonaire, la péripneumonie bâtarde, l'angine des poumons, l'asthme suffocant des auteurs, etc. M. Foucart a cru devoir ajouter à la dénomination si simple de bronchite, l'adjectif capillaire ; nous l'en blâmons, car ce mot semble indiquer que les phénomènes se passent dans le tissu capillaire, et telle n'est pas l'intention de l'auteur ; il veut désigner la bronchite qui s'étend jusqu'aux dernières vésicules des bronches : il aurait donc mieux valu l'appeler vésiculaire, ou plutôt il était inutile de rien ajouter au mot *bronchite*.

Mais il est heureux que le reproche le plus sérieux qu'on ait à faire à un auteur, soit d'avoir mal choisi le titre de son ouvrage.

Contre l'usage ordinaire, M. Foucart commence par décrire la maladie telle qu'elle s'offre à l'ouverture des corps. Des huit malades dont il rapporte les observations complètes, trois ont succombé ; et c'est par l'inspection du siége du mal qu'il initie à la connaissance de la maladie.

Cette manière de procéder est franche et logique ; elle a dû coûter cependant à l'auteur, qui, élève enthousiaste d'une clinique célèbre, semble s'étonner et rougir de trouver trois morts dans un service où la médecine se fait avec une précision et un *positivisme* peu commun, où la guérison est la règle, où la mort est l'exception extrêmement rare.

A l'extérieur, les poumons sont d'un rouge quelquefois lie de vin ; ils sont compacts, crépitans dans quelques points de leur étendue; mais ils surnagent cependant, si on les coupe par morceaux et si on les jette dans l'eau : ils sont remplis d'un liquide sanieux puriforme ou purulent à leurs parties les plus reculées. Les glandes bronchiques sont grosses et tuméfiées ; des foyers purulens sont prêts à se former, et des tubercules semblent être nés au sein de ces désordres. Les cavités du cœur sont toujours rouges et enflammées. Il est évident que les malades meurent asphyxiés. Cette bronchite générale est donc une maladie redoutable; car, plus souvent étendue aux deux poumons que la pneumonie, elle devient d'autant plus dangereuse qu'elle envahit une plus grande portion de l'organe pulmonaire.

L'auteur décrit ensuite les symptômes de la maladie, et s'étend longuement sur les différences qui la distinguent des autres affections de poitrine ; nous regrettons de ne pouvoir le suivre. Il faut avouer cependant que la nature se joue souvent des distinctions de la science : c'est l'impression que j'ai ressentie en lisant la description des ravages révélés à l'autopsie des individus qui ont succombé à la bronchite; il est difficile de ne pas trouver les rudimens de quelqu'autre affection.

La saignée et l'application des vésicatoires sont les remèdes le plus ordinairement conseillés par M. Foucart. Il blâme et rejette l'usage des antimoniaux et des émétiques ; l'exercice de la médecine lui apprendra qu'on peut parvenir au même but par différens moyens, que la nature a mille organes qui se suppléent mutuellement. Si par la saignée on diminue la quantité d'un liquide qui se porte trop brusquement vers un organe malade, les antimoniaux agissant sur le système nerveux ralentissent le cours du sang et diminuent la force d'impulsion que recevait le liquide, et par suite l'organe malade ; la cause diffère, mais le résultat est le même. Une comparaison fera peut-être comprendre ma pensée : on diminuera les dommages causés par une pièce d'artillerie de deux manières, en mettant moins de projectiles ou moins de poudre.

Le jeune auteur adresse aussi quelques reproches aux médecins *nomades* qui, allant d'une clinique à une autre, n'ont pas apparemment une foi pareille à la sienne ; c'est précisément ce que doivent faire le médecin et l'artiste, mais seulement, il est vrai, lorsqu'ils ont acquis auprès de leurs premiers maîtres des connaissances solides.

Après les éloges que nous avons donnés à M. Foucart, nous hasarderons un avis ; nous lui conseillerons de devenir à son tour un médecin *nomade*, et après avoir été un élève instruit et de grande espérance, il deviendra un véritable praticien.

Je demande que des remerciemens soient adressés à M. Foucart pour son excellente monographie.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

— *M. Léger.* J'ai un petit fait à citer, qui n'est pas sans présenter quelqu'intérêt à une réunion de médecins-praticiens. On a mis en doute l'utilité de lier le cordon ombilical chez les enfans nouveau-nés, et en effet j'ai souvent différé, mais souvent aussi, revenant après quelques instans, je trouvais qu'il s'était fait une perte de sang considérable ; aussi, maintenant, je prends soin de le lier promptement et avec tous les soins possibles. J'ai été appelé dernièrement auprès d'un enfant chez lequel le cordon avait été lié négligemment ; le sang avait coulé à travers son petit paillasson jusqu'à terre. On s'est aperçu fort heureusement à temps de cet accident ; j'ai lié de nouveau le cordon et je n'ai plus entendu parler de rien, ce qui me fait croire que l'accident ne s'est pas renouvelé.

M. Duhamel insiste sur la nécessité de presser le cordon avant de faire la ligature, afin de faire disparaître sur les parties où doit porter le fil l'infiltration qui existe souvent. Si on n'use de cette précaution, la ligature se trouve relâchée, et peut tomber par suite de la réduction qu'éprouve le cordon. M. Duhamel ajoute qu'il a été appelé l'avant-veille pour un accident de cette nature; les linges étaient imprégnés de sang : heureusement l'enfant était vigoureux.

M. Sterlin soutient que l'hémorrhagie ne survient que lorsque l'enfant n'a point encore respiré ou crié.

Cette opinion est partagée par M. Serrurier, qui dit que dans les cas d'asphyxie, si on ne reste point auprès de l'enfant jusqu'à ce qu'il ait respiré, on voit presque toujours une hémorrhagie se déclarer.

M. Belhomme ayant rapporté que quelques auteurs ont conseillé de pratiquer la ligature avec un fil simple, M. Guersant explique que, dans ce cas, le fil ronge les membranes interne et moyenne qui remontent dans le vaisseau et le bouchent. M. Belhomme doute qu'il en soit ainsi, parce qu'on agit sur une masse et non immédiatement sur les vaisseaux. M. Jacques a vu fort jeune un enfant succomber à une hémorrhagie du cordon, la sage-femme n'avait lié qu'avec un fil simple; aussi, dans sa longue pratique des accouchemens, a-t-il pris toujours soin de lier avec plusieurs fils réunis en un ruban.

— *M. Guersant* rend compte du malade qu'il a été chargé d'examiner avant que M. Guillon lui fît l'application de son nouvel appareil pour la réduction des fractures de la clavicule.

Notre confrère a constaté deux fractures de la clavicule droite, l'une à la réunion du tiers moyen avec le tiers externe, et l'autre vers la réunion d'un des quarts moyens avec le quart interne. Dans cette dernière (fracture), dit M. Guersant, il n'y a point de déplacement des fragmens; mais dans la fracture du corps de l'os, le déplacement était considérable, quoiqu'un bandage de Desault fût appliqué. Il existait un abaissement du fragment externe au-dessous du fragment moyen, d'environ trois centimètres; plus un raccourcissement résultant du chevauchement des fragmens. M. Guersant ajoute que si M. Guillon obtient la guérison de cette double fracture sans raccourcissement, ce sera un beau fait pratique en faveur de son appareil.

— Les auteurs, a dit M. Nauche, décrivent l'inflammation du cerveau comme si elle affectait toutes les parties de ce viscère : c'est inexact. Elle n'intéresse pour l'ordinaire qu'une de ses portions, et elle présente des symptômes particuliers dans chacune d'elles, en raison de la diversité de leurs fonctions.

Le délire, les accès de manie, la perte de la mémoire, l'affaiblissement des facultés intellectuelles caractérisent les degrés de l'inflammation des hémisphères ; l'agitation, l'insomnie, le trouble dans la connaissance, la stupeur, la somnolence, le resserrement et la dilatation des pupilles, les bourdonnemens dans les oreilles indiquent celle de la partie moyenne du cerveau ; les soubresauts des tendons, les tremblemens, les mouvemens convulsifs, le resserrement des mâchoires, les paralysies, la douleur, les désordres dans l'innervation générale annoncent l'inflammation des parties inférieures de ce viscère.

C'est à tort qu'on a indiqué comme signes caractéristiques de l'inflammation des méninges les désordres des fonctions intellectuelles. C'est comme si l'on donnait les troubles de la vision pour celle de la conjonctive. La douleur étant très vive dans l'inflammation des méninges, et presque nulle dans celle des hémisphères et de la partie moyenne du cerveau, est le seul signe qui puisse servir à leur distinction.

Outre les traitemens généraux convenables à l'inflammation de toutes les parties du cerveau, il en est de particuliers pour chacune d'elles. Ainsi, l'isolement, l'éther nitrique, l'acide acétique, le café sont employés plus particulièrement comme sédatifs ou excitans dans l'inflammation des hémisphères ; l'ammoniaque, le musc, le castoréum, l'asa-fœtida, les aromatiques, le quinquina dans celle du centre moyen ; la digitale, l'acide hydrocyanique, l'asparagine et les substances dans lesquelles ce principe entre, les opiacés, la belladone, la jusquiame, la strychnine, les amers dans celle de la portion inférieure du cerveau.

— La séance est levée à quatre heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

Chronique et Nouvelles.

Nous avons été, de temps à autre, assez sévères envers les imperfections et les mauvaises dispositions de l'Académie de médecine, pour qu'à l'occasion nous ayons le droit de la féliciter de ce qu'elle offre de bien à signaler. Qu'on le croie bien, louer les bonnes choses est plus doux que de critiquer les mauvaises. Pour les institutions comme pour les hommes, le blâme laisse toujours un sentiment amer que peut à peine adoucir la satisfaction de la justice. Aussi est-ce avec plaisir que nous allons à la recherche des bonnes œuvres à signaler, tandis que le mal, nous ne l'exposons que quand il se présente fortuitement à nous, et qu'il y aurait danger ou couardise à ne pas le blâmer.

Nous devons donc tous nos éloges à la manière tout à fait académique et convenable avec laquelle a été conduite jusqu'ici la discussion sur la ténotomie. Partisans et adversaires ont cette fois emprunté des formes courtoises et scientifiques ; tout s'est passé selon les règles de la plus exquise politesse, et nous n'excluons pas de nos éloges M. Gerdy, orateur si souvent acerbe, qui cette fois a eu le bon esprit et le bon goût de rester sur le terrain des convenances. Il doit avoir vu lui-même combien son argumentation, surtout dans sa dernière partie, avait gagné en force et en puissance en restant calme et digne. Il est vrai qu'un excellent exemple avait été donné par M. Bouvier, en commençant l'attaque, que M. Guérin avait fait preuve d'un tact exquis dans sa première réponse, et qu'il eût fallu être un déterminé mauvais coucheur pour se mettre en colère contre un adversaire si calme et si maître de lui. M. Gerdy a bien compris sa pasition, et c'est chose si neuve qu'on nous saura gré de la signaler.

L'Académie tout entière a été favorablement influencée par la bonne tenue dss orateurs ; elle a su écouter en silence, et ce n'est pas le moindre résultat qu'ait obtenu la ténotomie.

— M. Pugens, chirurgien de l'armée d'Afrique, dont nous avons annoncé la blessure, a succombé aux suites de l'amputation.

— *Cours de Medecine et de Chimie.* — MM. les docteurs Caffe, Dupré-Latour, Launay, commenceront ce Cours le 23 novembre 1842, de midi à trois heures, et les continueront tous les jours aux mêmes heures, le dimanche excepté. Rue du Paon, 8.

Dans son Cours de pathologie, M. Caffe, ancien chef de la clinique ophthalmologique des hôpitaux, consacrera 35 leçons aux maladies des yeux.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 22 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 139, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

AÏE, *ou crépitation douloureuse des tendons. Exemple de cette affection dans les toiles synoviales des tendons extenseurs des doigts.*

Un serrurier étant sorti de l'hôpital depuis une semaine à peu près, y est rentré ces jours derniers, et nous a offert un exemple intéressant d'une affection peu connue. Cet homme raconte qu'ayant repris ses travaux, il se trouva dans la nécessité de se servir d'une fort grosse lime, puis d'une plus petite pour polir, et que pour manier cette dernière l'indicateur est forcé de garder une position et d'exercer une pression qui fatiguent extrêmement. Il arriva qu'après s'être servi de ces deux outils pendant un temps assez long, cet homme vit ses deux mains se gonfler et présenter les signes de ce qu'on appelle une foulure; il continua à travailler. La tuméfaction augmenta, et elle n'est un peu diminuée que depuis deux ou trois jours qu'il garde le repos.

Quand on examine les mains de ce malade, on remarque que le dos du métacarpe est un peu gonflé, mais sans empâtement; on ne trouve pas le plus léger changement de couleur à la peau. Evidemment, cela ne présente rien d'érysipélateux, rien qui donne la pensée d'un phlegmon. Quoique gonflée, la main n'a pourtant pas un volume très considérable, mais la sensibilité y est portée au plus haut point, et la moindre pression y détermine de la douleur. Mais ce qu'il y a de plus remarquable et de plus intéressant, c'est un bruit particulier que l'on sent et que l'on entend si l'on pose les doigts sur le poignet et le métacarpe. On perçoit alors très facilement un bruit de râpe, de givre, un bruit qui ressemble parfaitement enfin à celui qu'on produit en froissant de l'amidon entre les doigts. C'est surtout à gauche et pour les tendons de l'indicateur qu'on entend le mieux ce bruit singulier.

M. Velpeau a signalé le premier une maladie semblable et assez commune qui a son siége d'ordinaire au-dessus du poignet et dans le trajet des muscles qui se rendent au pouce. On n'a pas eu encore occasion d'étudier l'anatomie pathologique de cette affection, mais tout porte à croire qu'elle a son siége dans les coulisses tendineuses. Ce qu'il y a de positif, c'est que toujours le mouvement du pouce provoque le bruit signalé plus haut, et que l'on observe constamment que c'est à la suite d'efforts, de fatigues que la maladie est survenue.

M. Velpeau a donné à cette maladie le nom d'*aïe*, ou crépitation douloureuse des tendons. Il l'a observée déjà dans un assez grand nombre de coulisses tendineuses : ainsi, il l'a vue occupant les tendons extenseur et long abducteur du pouce, la coulisse synoviale des deux doigts du milieu de la main, la coulisse des radiaux, du long fléchisseur propre du gros orteil, du jambier postérieur, du péronier. M. Blain l'a observé dans la coulisse du biceps, et on croit avoir entendu cette crépitation aux environs de la hanche, mais ceci est moins clair et demande confirmation. Dans tous les cas, nous l'avons dit, elle se rapporte à un mouvement fatigant. Au-dessus du poignet elle peut reconnaître pour cause un effort avec la main fermée; aussi les professions dans lesquelles on l'observe le plus souvent sont-elles celles des moissonneurs, faucheurs, blanchisseurs, vignerons, serruriers, etc., tous gens qui sont exposés à faire mouvoir long-temps un corps d'un certain poids en le serrant assez fortement dans les mains. M. Marchal (de Calvi) a pu voir plusieurs fois cette affection survenir chez des militaires à la suite de certaines manœuvres, et plus particulièrement chez les tambours ; la raison en est facile à saisir : ce sont là des exercices qui, continués long-temps, deviennent fatigans et placent ces individus dans les mêmes conditions que les ouvriers que nous avons nommés ci-dessus.

Si l'on demandait pourquoi cette maladie a reçu de M. Velpeau le nom d'*aïe*, il serait peut-être possible de répondre que ce nom, ne signifiant rien, a l'avantage de ne point donner une idée incomplète ou même fausse de la maladie; mais il est plus simple encore de dire que c'est ainsi que les moissonneurs de la Gascogne nomment cette crépitation douloureuse, et qu'en attendant qu'un nom meilleur vienne à naître, on peut s'entendre avec celui-là.

En étudiant les caractères de l'affection sur laquelle nous appelons l'attention de nos lecteurs, on voit que cette maladie paraît être une irritation légère des surfaces, bientôt compliquée d'un peu de rugosité ; tout semble indiquer, en effet, que les surfaces perdent de leur poli et que leurs inégalités amènent le bruit particulier qui frappe l'oreille. Au-devant du poignet, par exemple, presque toujours on remarque des petits grains qui ressemblent à du riz, et quand ces petites productions existent, toujours le bruit est plus fort; il dépend, sans aucun doute, du frottement de ces petits corps, ce qui permet de penser que les choses se passent ainsi dans les parties où il n'est pas possible de le constater.

C'est donc à une inflammation des coulisses synoviales que l'on a affaire, et il ne faut pas s'en laisser imposer par l'apparence de bénignité de cette maladie. M. Velpeau avoue que plusieurs fois il a eu ce tort, mais qu'il a remarqué depuis que cette inflammation peut devenir grave ; elle peut, en effet, parcourir tous les degrés d'une arthrite la mieux caractérisée et amener les mêmes conséquences, qui sont, ou peuvent être du moins, des plus fâcheuses, comme on le sait. Ainsi l'épanchement, les fongosités, la tumeur blanche, telles sont les transformations formidables dont l'aïe est susceptible. Un tailleur se présenta à M. Velpeau avec une tumeur sur le bord externe du radius, représentant parfaitement la direction des coulisses tendineuses; la peau était rouge, quoique peu douloureuse. Cette tumeur avait l'aspect d'une grande plaque fongueuse ; elle fut ouverte, il en sortit une cuillerée de sérum et des fongosités. Cet homme portait cela depuis deux ans. La maladie avait commencé par un bruit particulier dans la partie. Ce bruit s'était accompagné de douleur assez vive; du gonflement était survenu, la douleur avait diminué : mais, malgré quelques remèdes employés par cet homme, l'affection avait toujours marché.

Quatre ou cinq cas semblables, dont un avec ulcérations, fongosités, et tous les accidens qu'on observe dans une maladie de l'articulation, doivent faire comprendre que c'est une maladie qui mérite attention.

Le diagnostic en est facile ; quand une fois on aura entendu ou senti le bruit que nous avons décrit, il sera impossible de le méconnaître ; seulement il serait possible, si l'on examinait légèrement, qu'on le confondit avec la crépitation produite par une fracture.

Jusqu'en 1825, cette maladie fut à peine connue ; Desault et Boyer en disent pourtant deux mots. On trouve dans les œuvres de Desault, par Bichat, à l'article des signes des fractures du radius, cette phrase : « Desault recommandait de ne point confondre la crépitation avec une espèce de bruit qui se fait entendre quelquefois dans la gaîne des tendons des muscles long, court extenseurs et long abducteur, soit qu'il résulte d'une infiltration de synovie dans cette gaîne, soit qu'une autre cause lui donne naissance. Mais, outre que ce phénomène est assez rare, il est toujours facile de le distinguer de la crépitation, en ce que l'un s'obtient en pressant les parties, et l'autre en faisant mouvoir l'une contre l'autre les surfaces osseuses. D'ailleurs, pour une oreille exercée, l'erreur n'est point à craindre. » Boyer répéta à peu près ce qu'avait dit Desault.

C'est une erreur de ce genre commise en ville par un chirurgien, qui appela l'attention de M. Velpeau sur ce fait. Un homme vint pour se faire lever un appareil à fracture du poignet. Voulant savoir dans quel point se trouvait la solution de continuité, M. Velpeau la rechercha, mais inutilement; il demeura constant qu'il n'y avait jamais eu de fracture du radius ; seulement on entendait un bruit assez distinct lorsqu'on faisait remuer le pouce. Ce bruit avait été pris pour de la crépitation. Depuis ce temps il en a été observé un grand nombre de cas. Mais dans le cas présent il se présente une particularité. On avait observé cette maladie dans les coulisses des radiaux, de la face palmaire du poignet, du jambier postérieur, du péronier, du biceps, de la hanche peut-être, etc. ; mais M. Velpeau n'en avait point encore signalé dans les tendons extenseurs des doigts. C'est ce qui a lieu chez le malade qui fait le sujet de ces considérations. C'est donc une variété nouvelle.

Il est assez singulier de voir cette maladie occuper ce siége. On comprend que tous les tendons dans lesquels on l'avait observé jusqu'à présent ayant une gaine, une espèce d'étui, on comprend, disons-nous, qu'un mouvement répété puisse produire les effets dont nous avons parlé ; mais ici il n'y a pas de coulisse, d'étui ; les tendons ne sont entourés que d'une toile synoviale qui les réunit par leurs bords, pourtant il est clair que c'est bien toujours la même maladie.

Quant au pronostic, il est rare, même quand on ne met aucun traitement en usage, que l'aïe persiste au-delà de douze à quinze jours à peu près avec le repos. Cependant, on peut dire que telle est la règle, et que la transformation est l'exception.

Le traitement semblerait assez simple au premier coup-d'œil, et cependant les différens moyens employés jusqu'ici n'ont pas paru influer beaucoup sur la durée de la maladie. L'eau blanche et les autres révulsifs, les émolliens de toute nature ne l'empêchent pas de durer de dix à quinze jours, comme si l'on n'eût employé aucun remède; du reste, il semble inutile d'employer un traitement bien actif. Si l'affection menaçait de dépasser ce terme, le repos absolu, les cataplasmes émolliens, les sangsues même sont indiqués pendant la période d'acuité, et les révulsifs dès que l'état chronique viendrait à se prononcer.

Nous ajouterons enfin que quand la maladie a dépassé le temps ordinaire sans aucune amélioration, tous les traitemens qu'on oppose aux arthrites chroniques sont parfaitement applicables.

En résumé, cette maladie paraît, à M. Velpeau, devoir entrer dans le câdre nosologique par ces deux considérations,

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Rentrée du Dr Lyrac. — Longs discours. — Malheur d'un Russe devenu son bonheur. — M. Trousseau ; les grands et les petits Gaubius. — Historiette où l'on montre les dangers de la palpation mentale ou mentonnière — Mystification finale.

Vous me signifiez les clauses de mon engagement pour que j'aie à faire, à bref délai, ma *rentrée* par un long discours, comme ceux qui ont été prononcés depuis quelque temps à la Faculté, à l'Académie de médecine et aux cliniques plus ou moins officielles. Je vous répondrai d'abord par un petit extrait d'une séance des chartistes de tout sexe anglais. « Gardner, chartiste, se lève, et demande à être officiellement chargé de faire de la propagande pour la charte. — Un honorable l'interpelle en ces termes : Nous voudrions bien vous entendre auparavant, car enfin vous pourriez faire *fiasco*. — Gardner répond : Cela n'est pas probable, car j'ai fait l'autre jour un discours d'une heure et demie.— On lui répond : Cela ne prouve rien ; il n'y a personne ici qui ne soit en état de parler pendant deux heures et demie. — Gardner veut parler. Il est à l'instant rappelé à l'ordre. (Journal des Débats du 5 novembre.)

L'apologue, mon cher Rédacteur, n'est pas pour messieurs de la Faculté, encore moins pour les ténotomistes, car s'ils ont été assez longs, ils ont au moins toujours été dans le *sublime* et le *profond*. Cette citation est contre vous et en faveur de ma paresse. Il n'y a personne au monde qui ne soit en état d'écrire quatre colonnes de feuilleton, excepté moi. Mais vous me répondrez : Si vous êtes bref, on vous dédaignera. Vous savez, direz-vous encore, ce qui est arrivé à ce pauvre M. Velpeau : il a osé faire un petit discours ; aussi M. Gerdy, dans son oraison, lui a jeté ces mots : « Quant à M. Velpeau, je n'ai rien à en dire, car il a été bref. » Mais aussi, à la dernière séance de l'Académie, M. Velpeau, ayant droit à la parole, a répondu à ceux qui lui demandaient s'il serait bref : Non, Messieurs, vous ne m'y prendrez plus ; je serai au contraire très long. — Alors, renvoi à la prochaine séance, laquelle sera remplie par le long discours de M. Velpeau, qui ainsi aura au moins les honneurs d'une réponse de M. Gerdy.

Et quand vos malheureux abonnés ont subi cette prolixité médicale, vous me demandez un long discours ! Demandez plutôt les résumés que voici :

Résumé des discours de l'Académie. — Un ténotomiste présente deux pattes de chien coupées, et la lamentable histoire de M. Doubowitski. Un autre ténotomiste offre des mains de femme assez semblables aux susdites pattes et au malheur de M. Doubowitski, et l'Académie se met à faire des discours d'une longueur démesurée. Total : Rien pour la science, tout pour M. Doubowitski. En effet, ce monsieur, quoique Russe, avait une ardeur extrême pour la renommée : sa grande ambition était de livrer son nom à l'écho académique. Hé bien ! la voilà pleinement satisfaite, car MM. Bouvier et Gerdy, prenant souvent en considération le vif désir du confrère de Saint-Pétersbourg, font des élégies très larmoyantes et très fréquentes sur son malheur qui va devenir ainsi son bonheur.

Voyez donc par combien de chemins on peut arriver à la célébrité ! Dans mon arrondissement on ne connaissait pas encore la recette que voici :

1° Cassez-vous un avant-bras quelconque en Russie, et faites-vous traiter dans ce beau pays par l'appareil à colle ;

2° Venez à Paris, chef-lieu de la ténotomie ;

3° Faites vous ténotomiser un grand nombre de fois immédiatement avant ou après une séance académique ;

4° Ayez pour vous l'indépendance reconnue des *Annales de chirurgie*, qui publient votre mémoire refusé par un journal plus indépendant encore ; ce mémoire sera plein de regrets et de science ;

5° Arrosez le tout des larmes de MM. Gerdy et Bouvier, et servez chaud.

Si j'avais le bonheur d'avoir eu le malheur de M. Doubowitski, vous m'offririez un bras et une main de l'Apollon, que je refuserais, et j'aurais la certitude de mériter l'approbation des orateurs susdits.

Résumé du discours de la Faculté. — Dans ce bel établissement Hippocrate et Galien ne cessent d'être représentés. L'un dit *oui*, l'autre dit *non*. M. Chomel a donc pris pour épigraphe de sa Pathologie générale la célèbre phrase de Gaubius : *Il vaut mieux s'arrêter que de marcher dans les ténèbres* ; M. Trousseau a dit au contraire dans son discours : *Mieux vaut marcher dans les ténèbres que de s'arrêter.* Alors les grands et les petits Gaubius se sont mis à pousser des cris affreux. Il en est cependant qui ont pris la chose du côté plaisant ; ils ont chanté à M. Trousseau, la chanson : *Où allez-vous, monsieur l'abbé ?* Ne craignez rien, mes chers petits, répond le chansonné, quand j'ai dit que j'allais marcher dans les ténèbres, je n'ai pas prétendu me mettre en voyage sans mon génie ; or, le génie a des éclairs à la faveur desquels on peut faire, sans se casser le cou, de grands pas dans les ténèbres. Cette réponse jette l'innombrable famille des Gaubius, dans une profonde et complète stupéfaction, de laquelle elle sort peu à peu pour faire cette question : Mais, Monsieur, nous ne sommes pas nés comme vous ; nous n'avons pas eu la même étoile, puisque nous sommes des Gaubius. Il faudra que nous nous condamnions à rester à l'état de borne où à nous casser le cou. Et encore si pour le prix de nos inscriptions, vous pouviez nous céder un peu de votre génie. Malheureusement vous ne le pouvez pas. Nous ne voulons pas dire par là que c'est parce que vous n'en avez pas beaucoup. Mais, que voulez-vous ! le génie ne se débite pas. Que faire donc sans éclairs, quand nous serns dans les ténèbres où vous nous poussez. La réponse était facile au professeur ; mais il fallait la faire en *ut* de poitrine, comme dans *Guillaume Tell : Suivez-moi, et moi seul.* On ne m'a pas dit si l'ut est bien sorti, et ce que sont devenus les jeunes Gaubius après cet ut. Mais comme à l'Opéra Duprez n'est pas le seul qui chante : *Suivez-moi !* M. Trousseau n'est pas le seul professeur de la Faculté à le déclamer. Mais chacun, allant de son côté, l'élève est fort en peine, je vous l'assure, et les parens se demandent s'ils ne paient pas trop cher les inscriptions.

Puisque j'en suis à ces *suivez-moi !* vous me permettrez un mot sur

qu'elle est assez commune et qu'elle peut devenir grave.

Quant à son signe caractéristique, il est dans ce bruit particulier sur lequel nous avons insisté, bruit qui peut cependant quelquefois disparaître.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MONNERET.

Fièvres typhoïdes.

J'ai déjà parlé des fièvres typhoïdes graves dont étaient affectés les malades couchés dans la salle des hommes. Il me reste à indiquer les cas graves que nous ont présentés plusieurs femmes couchées dans la salle Sainte-Marthe.

Première observation. — *Fièvre typhoïde grave. Hypertrophie de la rate. Eschare considérable. Guérison.*

Salle Sainte-Marthe, n° 6. — Montformé, âgée de dix-sept ans, à Paris depuis quatorze mois, entre à l'hôpital le 17 août dans un état de maladie fort avancé. Elle a été saignée une fois chez elle. Au moment de son admission, le 17, elle offre une stupeur profonde, elle a été prise de délire pendant la nuit; soubresauts des tendons; taches typhoïdes discrètes; céphalalgie intense; pouls 108, régulier et vibrant; langue humide sans enduit, soif vive; ventre généralement douloureux; selles involontaires; épistaxis; râle sibilant et ronflant dans toute la poitrine; rate développée, dépassant de 8 centimèt. le bord costal. (Saignée de 3 palettes; orge miellé.)

Le 18, le délire s'est de nouveau manifesté pendant la nuit; il a cessé avant la visite. Soubresauts des tendons; peau brûlante. Le sang de la saignée est couvert d'une couenne bien formée, d'une ligne d'épaisseur, avec granulations blanchâtres déposées dans l'épaisseur de la couenne. (Limonade, saignée de 3 palettes le matin, une seconde le soir.)

Le 19, les symptômes restent les mêmes; le délire est revenu pendant la nuit. Le ventre est tendu, insensible, et n'offre à la pression que peu de gargouillement; langue blanchâtre, soif, pas de selles. Caillot bien formé, sans couenne, oxygéné à 5 lignes de la surface. (Limonade; eau de Pullna.)

Du 19 au 22, cet état persiste. Le 22, la malade cesse d'avoir conscience de son état. Des râles existent dans toute la poitrine; ils sont fins et à petites bulles à la base des deux poumons; pouls 108; 32 respirations; selles involontaires et fréquentes. (Eau de Pullna.)

Le 24 et le 25, la malade tombe dans un assoupissement profond qui alterne avec du délire; sa face se couvre d'une sueur visqueuse, les soubresauts des tendons persistent, les mains sont agitées d'un mouvement convulsif continuel; on constate une nouvelle éruption de sudamina et de taches typhoïdes; pouls à 96, faible, régulier; déglutition difficile; régurgitations. On commence l'administration du sulfate de quinine, 2 grammes; vin de quinquina, 30 grammes; aspersions chlorurées.

Le 26, convulsions des muscles du visage, grincement des dents, mâchonnement, soubresauts des tendons; ventre tendu et ballonné, selles involontaires, excoriations au sacrum. Limonade; potion avec eau de valériane, 40 grammes; éther nitrique, 1 gramme; teinture de castoréum, 2 grammes.

Le 27, cet état persiste, et l'agonie semble commencer. Même prescription.

Le 28, la stupeur a cessé, la face est devenue le siége d'une congestion considérable, le délire persiste; pouls à 100, régulier. Potion précédente avec sulfate de quinine, 1 gramme.

Il serait fastidieux de raconter jour par jour les différens phénomènes que j'ai observés, tant la forme ataxique était prononcée dans son degré le plus intense. Tantôt la stupeur, les rêvasseries et les soubresauts des tendons faisaient place à un délire violent accompagné d'efforts pour sortir du lit; tantôt la malade retombait dans la stupeur et la prostration.

Le 30, une vaste eschare s'était formée au sacrum; elle comprenait toute la profondeur des parties molles, et les os mis à nu et noirâtres en constituaient le fond. Je n'avais pas attendu l'apparition de ce dernier accident pour dire plusieurs fois, près du lit de la malade, qu'elle était vouée à une mort presque certaine, parce qu'il est très rare de voir guérir des sujets qui offrent une gangrène semblable à celle dont vous avez été les témoins. Je fis remarquer, en outre, que les soubresauts des tendons et les convulsions dont presque tous les muscles étaient atteints, ne laissaient que peu d'espoir. Il est d'observation que les malades chez lesquels ces symptômes se manifestent avec autant de violence, échappent rarement à la mort. Ces alternatives de stupeur et d'excitation du système nerveux qui donnaient naissance tantôt à la prostration et au coma, tantôt au délire, ne devaient me laisser aucune lueur d'espérance. Cependant, malgré le pronostic fâcheux que j'avais porté, la malade se soutenait contre toute attente. Le traitement ne paraissait d'ailleurs concourir que fort peu au rétablissement des forces de la malade.

Du 1er au 4 août, le délire diminua, les soubresauts des tendons cessèrent; les convulsions disparurent. Le pouls resta à 104; les râles sont muqueux, s'entendant encore à la base des deux poumons. La langue, les dents se débarrassèrent de leurs fuliginosités, le ventre devint plus souple; selles toujours involontaires. La malade, refusant toute espèce de médication, fut mise à l'usage de l'eau glacée.

Le 4, la prostration avait remplacé tous les autres symptômes.

Le 7 et le 8 tous les accidens présentés par le système nerveux disparurent. La séparation des parties gangrenées s'effectua et l'on put constater une perte énorme de substance dont il était difficile d'espérer la cicatrisation.

Du 8 au 14, la stupeur cessa, la plaie se couvrit de bourgeons charnus qui commençaient à combler l'énorme vide laissé par la perte de substance; les fonctions digestives se rétablirent. La malade, dont l'intelligence était depuis long-temps notablement affaiblie demandait à toutes les heures du jour de nouveaux alimens. Je n'hésitai pas à lui donner une quantité assez considérable d'alimens, qui fut augmentée tous les jours, et bientôt la convalescence ne fut plus douteuse.

Dans les premiers jours d'octobre la cicatrisation de l'eschare était complète, mais l'intelligence de la malade resta toujours affaiblie jusqu'au moment de sa sortie. Je fus obligé de lui donner huit portions, c'est-à-dire une quantité double de celle que l'on accorde aux individus pleins de santé.

Le traitement suivi dans cette circonstance ne n'a paru avoir aucune influence évidente ni sur la gravité des symptômes, ni sur la marche de la maladie; en effet, malgré les trois saignées qui furent pratiquées dans les premiers jours de la maladie, malgré l'emploi des purgatifs bientôt remplacés par le sulfate de quinine et les potions excitantes et diffusibles, des symptômes formidables prirent naissance, à l'instant même où la médication était poussée avec le plus d'intensité. Plus tard l'eau glacée parut amener un changement favorable, mais c'était à une époque où par la succession même des symptômes le mal était arrivé à ce point que la vie devait cesser ou l'amélioration s'établir forcément. Aussi croyons-nous que cette fièvre typhoïde est du nombre de celles qui résistent à tous les traitemens et qui guérissent par les seuls efforts de la nature.

Deuxième observation. — *Fièvre typhoïde. Cas grave. Mort.*

N° 7, même salle, la femme Laurent, âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution forte, domestique, habitant Paris depuis six années, est tombée malade depuis trois jours; elle a présenté au début une céphalalgie intense et des vomissemens. Saignée chez elle. Elle entre à l'hôpital le 19 août, et nous présente les symptômes suivans: céphalalgie, stupeur; point d'épistaxis; pouls à 104, redoublé; face rouge; gargouillement et constipation depuis quatre jours; pas de râles dans la poitrine. Tartre stibié, 15 centigrammes; orge; diète.

Ce traitement n'a amené aucune espèce de soulagement.

Le 21, la stupeur était plus grande; plaintes continuelles, peau brûlante, pouls à 124; aucune éruption; trois vomissemens, cinq selles; irruption des règles; respiration pure; en avant, souffle tubaire au-dessus de l'épine de l'omoplate droite; aucune expectoration ni râle. Gomme sucrée et sinapismes; saignée de 3 palettes.

Le lendemain on trouve un caillot rétracté recouvert d'une couenne dense et épaissie.

Le 22, même état. Saignée de quatre palettes; ventouses sur la poitrine.

Le 23, sueur visqueuse; pouls à 124; langue collante; ventre douloureux à la pression, surtout à droite. Point de selles; souffle tubaire dans toute la partie postérieure droite du thorax; bronchophonie. Le sang de la saignée est couenneux. Tartre stibié, 4 centigr. en potion; huit ventouses scarifiées.

Le 24, le visage offre une pâleur remarquable; l'intelligence est conservée. Aucune éruption; pouls à 136; respiration à 40; aucun souffle dans les carotides. Mêmes symptômes à l'examen de la poitrine; langue collante, enduite de fuliginosités; diphthérite buccale; soif vive, vomissemens, ventre gonflé et sensible; deux selles. Vésicatoire; potion avec extrait de quinquina; vin de quinquina.

Mort le 24.

Le diagnostic, chez cette malade, offrait quelque difficulté. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, il existait sans doute quelques signes de fièvre typhoïde; cependant les signes que l'on s'accorde à regarder comme ayant le plus de valeur, faisaient défaut. En outre, la pneumonie, qui débuta sous nos yeux, masqua une grande partie des signes de l'affection première. Je ne conservai toutefois aucun doute, et l'autopsie confirma le diagnostic porté.

Autopsie. — Le poumon gauche, libre d'adhérences, offre dans son lobe inférieur un noyau de pneumonie au deuxième degré; bronchite capillaire. Le poumon droit présente des adhérences récentes du lobe moyen et inférieur; le lobe supérieur crépitant, laissant échapper une sérosité spumeuse abondante (pneumonie en voie de résolution). Œdème interlobulaire. Lobes moyen et inférieur parsemés de lobules indurés en rouge et en gris (pneumonie au deuxième et au troisième degré). Les bronches, de petit calibre, étaient toutes remplies d'un liquide mucoso-purulent et fortement injectées (coloration vineuse).

Cœur fortement distendu, dans sa cavité droite, par du sang noir et un caillot assez bien organisé.

Rate triplée de volume, mais non ramollie.

A deux pieds de la valvule iléo-cœcale, il existait vingt-cinq plaques gaufrées, faisant saillie au-dessus de la membrane muqueuse ambiante. Rien dans les autres viscères.

Troisième observation. — *Fièvre typhoïde grave, forme adynamique. Mort au douzième jour. Plaques dures.*

Pigale, âgée de trente-cinq ans, d'une constitution forte, à Paris depuis une année, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, malade depuis six jours (fièvre, anorexie, bourdonnemens d'oreilles, céphalalgie); alitée depuis cinq jours; ayant été traitée chez elle par le sulfate de quinine; entre le 24 à l'hôpital.

Le 25, cette femme présente tous les signes d'une fièvre typhoïde grave; la face est animée; stupeur profonde, d'où l'on fait sortir la malade, qui répond alors aux questions. Céphalalgie, ouïe dure, vertiges, pas d'épistaxis; pouls à 92, non redoublé; respiration à 24; râles sibilans des deux côtés, très nombreux, surtout en arrière. Langue collante, blanche, piquetée; soif vive, ventre tendu; point de gargouillement, pas de selles. Les urines ne peuvent être rendues qu'à l'aide de la sonde. Limonade; saignée de trois palettes le matin, répétée le soir.

Le 26, céphalalgie moins intense; un peu de délire, réponses lentes, stupeur diminuée; pas d'éruption; pouls à 104, respiration à 36; un peu moins de râle en arrière; langue blanche au centre, rouge à la pointe; ventre souple, indolent; gargouillement à droite.

Les deux saignées ont formé des caillots de la longueur du vase. Celui de la première saignée est sans couenne: il est oxygéné à la surface. Le caillot de la saignée du soir est recouvert d'une couenne mince, molle et gélatineuse (couenne imparfaite). Limonade; saignée de quatre palettes.

Le 27, même trouble du sang; diminution des râles; nausées en vomiturition; météorisme; pas de selles; caillot oxygéné. Eau de Sedlitz; petit-lait.

Le 28, l'intelligence est un peu troublée; l'audition est difficile; langue collante; pouls à 100. Même état du ventre; une selle. Les urines sont rendues facilement. Petit-lait; huile de ricin, 100 grammes.

Cet état persiste le 29 et le 30. Ce dernier jour quelques taches apparaissent pour la première fois sur le ventre, et la malade meurt le 31 d'une manière tout à fait imprévue, et sans que les symptômes qu'elle a offerts pendant la vie puissent rendre compte d'une mort aussi rapide.

Autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — Poumons attachés aux plèvres par des adhérences anciennes. Le lobe inférieur du poumon droit fortement engoué, ainsi que le lobe inférieur gauche. Il existe quelques noyaux d'induration rouge (pneumonie typhoïde).

Foie mollasse, friable, graisseux, graissant le bistouri.

Rate triplée de volume.

Dans la partie moyenne de l'intestin grêle, les plaques de Peyer sont visibles, mais non saillantes. Dans le quart inférieur, toutes les plaques font une saillie notable à la surface de l'intestin, mais elles sont dures et non ramollies, à l'exception de trois ou quatre qui avoisinent la valvule iléo-cœcale.

La mort de cette malade, qui m'avait fort étonné parce qu'aucune lésion organique durant la vie ne me semblait pouvoir l'expliquer, a droit de nous surprendre bien plus encore depuis que l'ouverture cadavérique a été pratiquée. En effet, il est rare que les malades atteints de fièvre typhoïde succombent à l'époque où les plaques ne sont encore qu'hypertrophiées et dures, à moins qu'il n'existe quelque autre complication. Trois ou quatre noyaux d'induration trouvés dans un poumon, ne peuvent certes pas rendre compte de la mort, pas plus que l'état de l'intestin. Du reste, ce cas rentre dans ceux qui, à l'autopsie ne présentent qu'une faible lésion incapable d'expliquer la mort.

---

le plus beau de tous. Celui-là est imprimé, il sort encore de l'Ecole, il aura une infinité de volumes. A la préface on lit ces mots pleins de profondeur et de mystère: *Si je conduisais les élèves à l'erreur, où iraient-ils?* Devinez, si vous n'êtes pas un Œdipe.

Après les grands discours, voici une historiette destinée à l'éducation des jeunes Gaubius qui visent à la clientelle et qui veulent savoir comment un médecin doit se conduire à l'égard des grandes dames malades.

— Un professeur d'une très célèbre faculté voyait sa clientelle fort lente à arriver. Il avait vu aussi que quelques grands médecins étaient assez familiers avec leurs malades du beau sexe, et cela avec un plein succès. Une pensée d'imitation vint à son esprit inventif; voici comment il la mit à exécution:

Il est appelé, un jour, rue que j'appellerai Joubert pour lui donner un nom, et n° que j'indiquerai par 000 pour ne pas être indiscret. C'était une belle dame qui réclamait les soins du professeur. A la première visite, et après bien des questions, des explorations et une ordonnance bien libellée, le praticien sortit non sans s'apercevoir qu'il n'avait pas produit un grand effet; il se promit d'être galant plus que spirituel à la seconde visite (chose fort facile à lui).

La seconde visite se passe ainsi: Eh bien, *petite mère*, dit notre professeur en prenant le menton de la grande dame, comment allons-nous aujourd'hui? Celle-ci, étonnée, offensée même de ce système de palpation mentale ou mentonnière, répondit brusquement et sèchement: Je me porte très bien, Monsieur, et je vais vous en donner la preuve. A l'instant la dame sonne, un domestique arrive et reçoit l'ordre suivant: Comptez à Monsieur le docteur le prix de deux visites; reconnaissez-le bien; je n'y serai jamais quand il se représentera. Vous devez penser l'effet que produisit sur le galant professeur un remerciement ainsi formulé, et l'agréable souvenir que lui laissa la rue Joubert et le n° 000. La belle dame avait bien corrigé le docteur, mais elle n'était pas guérie pour cela; elle fait appeler un autre médecin. Celui-ci était un homme d'esprit et, ce qui est plus étonnant, l'ancien élève du professeur éconduit d'une façon si délicate. Après avoir interrogé sa nouvelle cliente, le jeune médecin lui demande très respectueusement s'il peut prendre la liberté de se livrer à quelques palpations. S'il le faut, Monsieur, répondit la malade, je m'y soumettrai, mais je me réserve une région. Le médecin n'ose pas demander laquelle, et comme il n'avait qu'à explorer un point très décent de la région sous-claviculaire, il complète son diagnostic, écrit l'ordonnance, et prend congé de la malade qui le prie très gracieusement de multiplier ses visites. A toutes les visites et toutes les fois qu'il s'agissait de palpation, la grande dame ne manquait pas de réserver sa région. Le jeune docteur se voyant en pleine confiance, finit par demander quelle était cette région. La dame ne demandait pas mieux que de répondre, et de s'égayer sur le compte du maladroit professeur. L'élève, comme tous les élèves qui ont eu un bon maître, rit beaucoup de la mésaventure du professeur; il promit bien d'en faire son profit: il en profita réellement, mais d'une manière bien cruelle pour son malheureux maître. Le lendemain il le rencontre, il le voit descendre de son coricolo (cabriolet réformé) et lui adresser les mots qu'il risque auprès de tous les jeunes médecins: Mais, mon ami X..., mon cher élève, vous n'êtes donc plus mon ami, vous n'êtes donc plus mon élève? Pourquoi, répond celui-ci? Parce que vous ne m'appelez plus en consultation. Eh bien, dit le docteur X..., je vais vous prouver le contraire: demain à deux heures, il y aura une consultation à laquelle vous êtes prié d'assister; on a besoin de vos lumières. Venez que je vous embrasse, mon cher X...; vous êtes encore mon ami, vous êtes encore mon élève. Mais étourdi que je suis; comme Almaviva, j'oubliais de demander la demeure. Le malin disciple répond à l'instant: Chez madame Y..., rue Joubert, n° 000. Cette indication produisit sur le maî- tre l'effet de la foudre, et il se jette dans son cabriolet, s'enveloppe dans son manteau, et le lendemain on ne l'a pas vu rue Joubert, n° 000.

Dr LYRAC.

— La suite de la discussion sur la ténotomie ayant été renvoyée aux séances extraordinaires, la première séance aura lieu samedi prochain, 29 novembre, à trois heures.

Quatrième observation. — *Fièvre typhoïde grave. Forme adynamique. Mort.*

N. 20. Allier, âgée de trente-trois ans, demeurant à Paris depuis six ans, dans une chambre vaste et bien aérée, est malade depuis le 8 août. Ce renseignement, qui m'a été donné par les personnes qui l'ont conduit à l'hôpital, ne mérite qu'une faible confiance. La malade est apportée sans connaissance le 15 ; examinée le 16 pour la première fois, elle nous offre l'état suivant : stupeur profonde ; parole incohérente et difficile, coloration du visage ; pouls 124, faible, fuyant sous le doigt ; respiration pure en avant ; lèvres sèches, langue cassante, rugueuse, d'un rouge vif ; soif intense ; météorisme et insensibilité du ventre ; selles nombreuses et involontaires. (Limonade, sulfate de quinine 2 grammes.)

Mort le 16 au soir.

Autopsie le 18. Signes de putréfaction avancée. Les principaux viscères ramollis par la décomposition.

Congestion générale des deux poumons.

Dans l'intestin grêle, à partir du point où les valvules conniventes tendent à disparaître, hypertrophie des plaques de Peyer, qui sont saillantes, dures, sans ulcération. Vers la valvule les plaques beaucoup plus saillantes sont ulcérées au nombre de 15 à 20, et retiennent à leur surface une matière jaunâtre qui dépend du passage des matières fécales. Tous les follicules de Brunner sont également hypertrophiés, mais non ulcérés. A la fin de l'iléon on remarque par places, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, des ecchymoses qui paraissent s'être formées dans les derniers instans de la vie.

— Je n'aurais pas parlé de cette malade, que nous avons eu à peine le temps d'observer, si je n'avais pas eu l'intention de présenter un exemple de la lésion des plaques de Peyer que l'on a décrite comme appartenant au début de la maladie, et succédant à la plaque gauffrée qui en marque le premier période. Lorsqu'on examine avec soin cette lésion, on voit que la muqueuse est fortement hypertrophiée. Au-dessous le tissu cellulaire et les glandules sécrétoires qui font partie constituante de la plaque sont également hypertrophiés.

Quelques personnes ont pensé que la saillie considérable de la plaque était peut être due à un tissu de nouvelle formation qui se serait développé dans la plaque elle-même. Cette opinion me semble devoir être repoussée pour les raisons suivantes : on trouve dans les autres organes des altérations qui changent tellement la texture, la forme et la coloration des tissus, que l'on serait tenté de les prendre pour des produits de nouvelle formation. C'est ainsi que, pendant long-temps, on a considéré comme des squirrhes de l'estomac des altérations dans lesquelles une étude plus attentive a montré l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux et du tissu musculaire. Il en résulte, comme on le sait, des indurations qui imitent tout à fait la matière cancéreuse proprement dite.

Il en est de même de la lésion des plaques de Peyer que nous venons de signaler. Quelque modifiées qu'elles paraissent être dans leur forme, on peut y découvrir un tissu blanchâtre gorgé d'un liquide également blanc qu'on en fait sortir par la pression. Ce tissu n'est autre chose que l'élément cellulaire qui, frappé de maladie en même temps que les cryptes auxquelles elle sert de base, s'est tout à la fois hypertrophié considérablement, injecté et induré ; la membrane muqueuse participe elle-même à ces changemens morbides. Cette manière de considérer la lésion des plaques de Peyer, est encore confirmée par l'observation des changemens qui surviennent à la surface de la peau dans les maladies éruptives et dans la variole en particulier. Dans cette dernière maladie, en effet, on voit la peau s'altérer d'une façon toute spéciale, sécréter une certaine quantité de pus, et s'ulcérer plus tard. Ce travail de suppuration, d'ulcération, de ramollissement, s'observe également dans les plaques de Peyer. Si l'on nous demandait pour quelle cause cette lésion affecte la forme que nous venons de décrire, et ne s'étend pas aux portions de la muqueuse où il n'existe aucun crypte évident, nous répondrions qu'il n'est pas plus possible d'expliquer cette altération qu'il ne l'est de dire pourquoi la maladie de la peau dans la variole affecte la forme qu'on lui connaît. Encore moins doit-on songer à faire de cette maladie de la plaque de Peyer une inflammation ; car ce n'est pas ainsi que nous la voyons procéder dans la membrane muqueuse de l'intestin. Il est très rare de constater autour des plaques de Peyer la moindre trace d'injection, et dans les nombreuses autopsies que j'ai eu l'occasion de pratiquer dans ce dernier trimestre, et dont je me propose de publier le relevé, je n'ai pas constaté une seule fois les signes de l'inflammation de la muqueuse ambiante.

Cinquième observation. — *Fièvre typhoïde. Forme adynamique. Cas grave. Guérison.*

Une jeune fille de quinze ans, arrivée à Paris depuis treize mois, bien logée, bien nourrie, n'étant soumise en un mot à aucune cause débilitante, fut prise, le 4 juillet, de fatigue, de malaise, bientôt suivis d'un frisson et d'épistaxis.

Le 12 juillet, elle nous offre l'état suivant : céphalalgie pariétale, vertiges, bourdonnemens, amertume à la bouche, anorexie, soif ; langue blanche, sale ; ventre douloureux, surtout à la fosse iliaque droite ; pouls à 120 ; respiration pure ; aucune tache. Eau de Sedlitz, diète, orge.

Le 13, vomissemens abondans de matières bilieuses, langue blanche, soif vive, ventre moins douloureux, gargouillement à droite, une selle ; pouls à 124. Huile de ricin, 30 grammes.

Le 14, selles abondantes ; ventre indolent et souple ; pouls à 128.

Jusqu'au 18, ces symptômes persistent au même degré. Il se manifeste alors un peu de délire ; le ventre est ballonné ; dévoiement abondant ; pouls à 120. Deux pots d'orge.

Le 22, pouls redoublé pour la première fois. Deux pots de quinquina.

Le 24, les réponses sont justes, mais lentes ; la céphalalgie est devenue générale ; le ventre s'est couvert de papules. Point de selle. Potion avec 6 décigrammes d'extrait de quinquina.

Le 25, râle sibilant en arrière ; pouls à 116 ; stupeur ; langue collante ; météorisme ; gargouillement ; nouvelles taches. Même traitement.

Le 26, les symptômes sont les mêmes. La face est colorée par une injection livide, plus prononcée sur le nez et les pommettes. Pouls à 104.

Le 28, la prostration fait de nouveaux progrès. La malade est pelotonnée dans le milieu de son lit ; elle répond avec peine aux questions qu'on lui adresse ; selles involontaires. Orge.

Le 30, diminution de la stupeur ; selles volontaires ; pouls à 104.

Du 31 juillet au 5 août, l'amélioration se prononce chaque jour. La langue est plus nette ; le ventre moins tendu et souple ; le pouls tend à baisser. On commence à nourrir la malade. A partir de cette époque la stupeur cesse entièrement, et le pouls s'abaisse jusqu'à 76. Elle sort complétement guérie le 15 août, un mois après son admission à l'hôpital.

— Ce cas est un exemple de fièvre typhoïde très-intense et terminé heureusement, sans que l'on puisse attribuer au traitement aucune part dans la détermination des changements heureux qui sont survenus par les seuls efforts de la nature. Je ne puis considérer comme ayant contribué à la guérison l'eau de Sedlitz et la très faible quantité d'extrait de quinquina que l'on a administrée à la malade ; vous remarquerez, en outre, que la durée de cette maladie a été d'un mois, et qu'elle n'a été nullement abrégée par l'administration des remèdes. Du reste, il me semble impossible d'assigner à une maladie aussi complexe et à manifestations morbides aussi nombreuses que la fièvre typhoïde, les périodes fixes et réguliers que lui ont tracés certains auteurs. Rien de plus dissemblable que les différents cas de fièvres typhoïdes sous ce rapport ; tantôt les principaux viscères sont tous également affectés, les poumons sont le siége d'un engouement général, le système nerveux fortement troublé, les fonctions digestives gravement atteintes ; tantôt, au contraire, une diarrhée, quelques éruptions, une faible altération du système nerveux caractérisent une fièvre typhoïde. Chez celui-ci tous les liquides semblent être profondément altérés. Des hémorragies s'effectuent par différentes voies ; des gangrènes se manifestent sur plusieurs points du corps. Chez un autre vous observez les symptômes d'une simple affection intestinale, etc. Comment admettre que la maladie suivra les mêmes phases dans ces cas divers ? Comment penser que, même sous l'influence d'un traitement dont l'efficacité ne saurait être contestée, la maladie n'affectera pas des allures très diverses, et que sa marche et sa durée n'offriront pas des différences excessivement tranchées ?

Je pourrais encore rapporter l'histoire de six malades couchés à la salle Saint-Louis et qui sont entrés depuis quelque temps dans ce service. Mais il me suffira de quelques mots pour peindre la situation dans laquelle ils se trouvent aujourd'hui, parce que leur affection n'offre aucune circonstance barticulière. Chez tous la maladie est aussi bien caractérisée qu'elle puisse l'être. Seulement il n'existe aucune complication. J'ai renoncé entièrement à les soumettre au traitement antiphlogistique. Tous ont été traités par l'émétique et les purgatifs, et l'on a pu voir que si ce traitement n'a abrégé en aucune manière la durée de la maladie, il n'a pas empêché du moins les salutaires efforts de la nature qui a tendu et réussi chez tous à amener la guérison. Bien que ces malades ne soient pas encore entièrement guéris, leur état cependant est tellement satisfaisant qu'il ne peut laisser aucun doute sur la terminaison favorable de leur maladie. Si l'on joint à ces malades trois autres sujets atteints de fièvre typhoïde, entrés récemment dans le service et dont l'affection n'offre aucune espèce de crainte, on pourra penser avec moi qu'il survient de temps à autre des séries de malades qui guérissent presque spontanément, tandis qu'il en est d'autres dont les affections se terminent de la manière la plus malheureuse quel que soit le traitement. D'où il faut conclure que quand il s'agit d'apprécier la valeur d'une médication et de supputer le nombre des succès obtenus, il faut absolument ne pas établir ses calculs sur les relevés faits pendant deux ou trois années dans un même hôpital et dans une même ville, mais faire des relevés qui comprennent des nombres considérables d'observations recueillies en différens temps, en différens lieux et par différens médecins. En suivant cette marche commandée par les règles positives de la bonne statistique (ce qui n'a pas encore été fait) on arrivera très probablement à cette conclusion, qui est la mienne, que l'on guérit et que l'on perd les malades en proportion à peu près égale par tous les traitemens.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 5 octobre. — Présidence de M. Cornac.

Monstruosité. — M. Giraldès présente à la Société le cadavre d'un fœtus chez lequel, par suite de l'absence de la colonne vertébrale, la nuque se trouve placée au niveau de la base du sacrum. Les extrémités pelviennes et thoraciques sont aussi très rapprochées les unes des autres. La tête est remarquable par son développement très considérable, si on le compare à celui des autres parties du corps. Après dissection de ce monstre, M. Giraldès fera, à son sujet, une nouvelle communication à la Société.

— *Accidens causés par les révulsifs.* — *M. Gillette* dit qu'il a été appelé récemment auprès d'un enfant qui présentait pour symptôme dominant un état d'affaissement accompagné d'une fièvre peu intense. Il répondait mal aux questions qui lui étaient adressées, et sortait avec beaucoup de peine d'une sorte de coma où il semblait plongé depuis plusieurs jours. L'examen de tous les organes ne pouvait rendre raison des phénomènes morbides observés, et M. Gillette pensait ne pouvoir établir le diagnostic de cette affection, quand il découvrit sur le bras du petit malade un vésicatoire qui avait détruit la peau dans toute l'étendue de cette portion du membre. Les muscles qui formaient le fond de cette vaste ulcération étaient recouverts d'un enduit grisâtre analogue à celui qui revêt les surfaces atteintes de la pourriture d'hôpital. M. Gillette renvoya l'enfant à Versailles, lieu de sa résidence ; il apprit sa mort le lendemain. Le vésicatoire avait été pansé avec le *baume de Metz* et le *papier d'Albespeyres.* Ces agens thérapeutiques seraient-ils excitans au point de pouvoir produire le résultat indiqué ?

M. Piedagnel, à l'appui de l'opinion de M. Gillette sur les accidens que peuvent déterminer l'emploi des révulsifs et des vésicans à la surface du derme, dit qu'il a vu la mort survenir avec les symptômes analogues à ceux qu'a offerts le malade précédent, chez un homme qui présentait deux vastes ulcérations, suites de vésicatoires appliqués l'un depuis le poignet jusqu'au haut de l'avant-bras, l'autre du pien au genou.

En 1822, M. Piedagnel a observé le sphacèle des deux pieds produit par un pédiluve sinapisé donné très chaud, à un homme malade depuis quelques jours : il constata la chute des pieds, qui se séparèrent, après vingt ou vingt-cinq jours, au niveau de leur articulation avec la jambe. Ce fait s'est passé, dit M. Piedagnel, à l'hôpital Saint-Antoine, et je l'ai publié dans ma thèse inaugurale. Chez un autre malade, notre honorable confrère vit un emplâtre de poix de Bourgogne émétisé, amener la dénudation du péritoine, après avoir déterminé des boutons nombreux volumineux à la paroi abdominale. Dans la même condition, et sous l'influence du même emplâtre, il a noté la dénudation des muscles intercostaux et des côtes.

M. Chailly a donné des soins à un malade chez lequel un vésicatoire appliqué au mollet détermina une violente inflammation suivie de dénudation des muscles, et d'une abondante suppuration qui persista pendant trois mois.

M. Adorne voudrait que dans tous ces faits insolites le genre de maladie des individus fût mentionné ; cela pourrait peut-être en expliquer le merveilleux. Il insiste pour qu'on tienne compte des prédispositions individuelles. En effet, ne sait-on pas qu'un stimulus énergique qui rubéfie à peine les tissus chez celui-ci, détermine quelquefois des eschares chez un autre. Ainsi, il voit en ce moment une jeune fille affectée de gangrène d'un pied, pour avoir fait usage d'un cataplasme seulement saupoudré de farine de moutarde.

M. Belhomme fait observer que ces effets révulsifs exagérés sont dûs souvent à la qualité, pour ainsi dire, des tissus qui les reçoivent. Pour cette raison, on les remarque plus fréquemment chez les femmes et les enfans, dont la peau est fine et l'épiderme très mince.

M. Cornac emploie souvent les révulsifs cutanés chez les malades de l'hôtel des Invalides ; il a très rarement vu se développer les accidens que l'on vient de signaler, à moins que ce ne soit dans le cas d'affection typhoïde. Pourtant les sujets de son observation sont presque tous des vieillards placés dans des conditions défavorables sous le point de vue de la vitalité des tissus.

M. Gillette, comme preuve de l'influence qu'exerce sur la production de ces gangrènes l'atonie des tissus dépourvus de leur puissance de réaction, rapporte que chez un cholérique à la période algide, quatre sinapismes, oubliés aux quatre membres pendant douze heures, déterminèrent de vastes eschares dont la chute fut marquée par d'abondantes hémorrhagies. Il observe en ce moment, à l'hôpital Saint-Louis, un autre fait morbide produit par les vésicatoires : c'est un jeune homme qui, dans le cours d'une maladie typhoïde, eut quatre applications de vésicatoires, deux à chaque cuisse. La place qu'ils ont occupée est devenue le siége d'un gonflement du derme avec épaississement et induration. Il y a une rougeur vive des tégumens et une sensibilité anormale ; c'est, d'après M. Gillette, une maladie du corps papillaire. Déjà diversement traitée sans succès par divers moyens, elle a éprouvé une amélioration notable de la cautérisation avec le nitrate d'argent.

M. Caffe a vu, à l'Hôtel-Dieu, une femme qui, à la suite d'un bain de pied prescrit pour combattre un état comateux, et dont la durée fut de deux heures, eut dns eschares limitées au niveau que le liquide avait atteint sur les jambes. Il cite une femme qui est prise depuis un an de douleurs intermittentes et rémittentes sur le siége d'un vésicatoire appliqué à cette même époque. Les narcotiques et la belladone ont contribué à calmer ces douleurs, dont l'accès dure deux heures chaque fois qu'il se renouvelle.

— *Accouchemens de trois jumeaux vivans.* — *M. Chailly* raconte qu'il a été appelé auprès d'une femme mère de cinq enfans vivans, et en travail depuis la veille au soir ; la grossesse datait de sept mois. Les eaux n'avaient pas cessé de couler depuis le début du travail ; les contractions utérines étaient languissantes ; une tête d'enfant facilement parvenue dans l'excavation y était restée sans avancer. A l'inspection du ventre, M. Chailly diagnostiqua une grossesse double. Le palper abdominal et l'auscultation confirmèrent son diagnostic. Les battemens du cœur fœtal se percevaient dans toute l'étendue de l'abdomen, mais sans isochronisme ; on entendait comme plusieurs battemens combinés.

Voulant connaître l'obstacle qui s'opposait à la sortie de la tête, qui se présentait en position occipito-iliaque gauche antérieure, était petite et tellement serrée que les contractions de l'utérus n'auraient pu l'expulser, M. Chailly porta sa main droite dans la cavité du sacrum jusqu'au détroit supérieur. Il reconnut qu'une seconde tête fortement fixée au détroit supérieur, suivait la première et s'était logée dans l'espace compris entre la tête et l'épaule du premier enfant et s'opposait ainsi à l'engagement des épaules de ce dernier. M. Chailly souleva cette seconde tête, qu'il parvint à repousser ; il administra un gramme d'ergot de seigle. Au bout d'un quart d'heure, le premier enfant franchissait le détroit inférieur suivi immédiatement du second ; ils étaient tous deux asphyxiés, et ce ne fut qu'après quelques minutes de soins convenables qu'ils respirèrent et commencèrent à jeter quelques cris.

Un instant après une nouvelle poche amniotique se forma. M. Chailly l'ayant rompue, sentit l'extrémité pelvienne d'un troisième enfant, en position sacro-iliaque droite postérieure. Cette extrémité pelvienne s'engagea peu à peu, et bientôt un troisième enfant du sexe masculin, plus volumineux que ses deux frères, fut reçu par l'opérateur. M. Chailly se garda bien de provoquer par des tractions sur le cordon l'issue du placenta, il attendit qu'elle se fît spontanément, ce qui eut lieu au bout de vingt minutes. Dans un cas semblable, comme l'utérus a subi une énorme distension, on peut craindre son inertie et une hémorrhagie mortelle, si on provoque la délivrance sans laisser à l'organe le temps de revenir sur lui-même.

Ce fait, ajoute M. Chailly, est remarquable par la présence de trois jumeaux du même sexe, venus vivans à sept mois et demi ; le résultat de l'auscultation, qui a permis de constater une grossesse gémellaire et de reconnaître aussi les différentes positions des fœtus ; enfin l'engagement simultané des deux têtes, et l'enclavement de l'une d'elles entre le contour du détroit supérieur et le creux céphalo-claviculaire du premier arrivant, constituant un cas de dystocie peu commun à cause de la rareté des grossesses gémellaires où les produits ont tous deux la tête placée inférieurement, et surtout par suite de la difficulté que deux têtes d'un volume ordinaire éprouvent à s'engager simulanément. Tout en reconnaissant que la nature se suffit le plus ordinairement à elle-même dans les cas semblables et que les enfans s'engagent et se dégagent simultanément en raison de leur petit volume, M. Chailly prévoit la nécessité de recourir à l'application du forceps, s'il y avait imposibilité de repousser la tête du second enfant et même de faire jouer le céphalotribe si le forceps ne suffisait pas pour dégager la tête ainsi engagée, et s'il y avait en même temps impossibilité complète de refouler la seconde tête.

Il existait pour ces trois enfans deux placentas distincts et sans communication vasculaire, mais unis par des membranes. A l'un de ces placentas s'insérait un seul cordon qui appartenait au fœtus solitaire, le plus fort des trois. Le placenta des deux autres fœtus avait deux cordons insérés au même point. Ces trois enfans moururent successivement, le plus fort le premier dès le lendemain de la naissance, puis les deux autres : le moins fort survécut à ses deux frères.

— *Cas remarquable de calculs vésicaux.* — M. Forget communi-

que à la Société l'observation d'un homme chez lequel il a rencontré trois calculs vésicaux ; cet individu, nommé Parent, est âgé de trente-quatre ans. Depuis son enfance, il a souffert de coliques néphrétiques du côté gauche seulement. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, elles ont pris un tel degré d'intensité qu'elles ont exigé de fréquentes évacuations sanguines locales. Du côté droit, il n'a jamais existé de semblables douleurs. Depuis deux ans ces coliques ont cessé. En 1824, sondé par le docteur Souberbielle, Parent fut déclaré atteint d'un catarrhe vésical. En 1826, M. Dubois, après l'avoir sondé, pensa qu'il existait un calcul. Depuis lors jusqu'en 1836, Parent ne vit aucun médecin. Il fut envoyé au mois de juillet de cette année à M. Lisfranc.

Le cathétérisme fut pratiqué : à deux pouces du méat urinaire la sonde fut arrêtée par un spasme de l'urètre très marqué. Un peu plus loin la sonde fut une seconde fois arrêtée par le même obstacle qui, comme le premier, fut franchi après un mouvement d'attente. Arrivée au col de la vessie, la sonde heurta contre un corps très résistant ; le bruit du choc indiqua manifestement la présence d'un calcul. — En portant le doigt dans le rectum, on s'aperçut qu'il y pénérait difficilement et qu'un corps arrondi, volumineux, pressait sur la paroi antérieure de l'intestin, dont la cavité se trouvait ainsi en partie effacée. Après plusieurs efforts, M. Lisfranc parvint à faire glisser la sonde sous la tumeur entre elle et la paroi de la vessie. Introduite dans la cavité de celle-ci, il devint assez difficile de l'y faire mouvoir. Par dessus les pubis, on put constater sous la paroi abdominale une tumeur arrondie et fort dure.

Après cet examen, il ne restait plus de doute sur la nature de l'affection. La lithotomie fut résolue ; mais comme l'abdomen et le périnée étaient le siége de vives douleurs, on voulut avant de pratiquer l'opération, ramener la constitution du malade à des conditions meilleures. Son état ne fit que s'empirer, et Parent succomba le 2 septembre, vingt et un jours après son entrée à l'hôpital.

L'*autopsie* démontra l'existence d'une péritonite. La vessie s'élève à 5 centimètres au-dessus des pubis. Sa cavité renferme trois calculs, superposés du bas-fond au sommet, une couche de mucus purulent les recouvre ; il y a à peine quelques cuillerées d'urine lactescente contenant des graviers. La membrane muqueuse est ulcérée à l'endroit où posent les calculs. Presque dans toute son étendue, elle est tapissée par une couche pseudo-membraneuse grisâtre et molle. La prostate a son volume presque normal, son tissu est plus rouge et un peu ramolli. L'uretère gauche a le volume de l'intestin grêle d'un enfant de cinq ans ; ses parois sont épaisses et couvertes à leur surface interne d'une concrétion muco-purulente.

Le rein correspondant a une couleur violacée très intense dans toute sa couche de substance corticale. Les mamelons de la substance tuberculeuse sont d'un gris jaunâtre ; en pressant les zônes qu'ils constituent et dont le calibre est considérablement augmenté, on en exprime un liquide purulent. Plusieurs calices renferment du pus et des graviers. Il y avait un calcul mural dans le bassinet, qui était iort dilaté.

Le rein droit et l'uretère correspondant étaient à l'état normal, sauf qu'il présentait quelques graviers fort petits et qui n'oblitéraient nullement les canaux excréteurs de l'appareil urinaire de ce côté. Chacun des calculs trouvés dsns la vessie a une forme circulaire. Chacun d'eux présente seize centimètres de circonférence et huit centimètres de diamètre. L'épaisseur est de quatre centimètres au centre, elle va en décroissant sur les bords qui sont arrondis. — Ces trois pièces anatomo-pathologiques sont soumises à l'examen des membres de la Société.

— *Ulcération du pubis.* — M. Bérigny dit que trois semaines après un accouchement peu laborieux, il fut appelé auprès d'une femme de trente ans, qui avait offert pour symptômes principaux depuis ses couches une pesanteur très douloureuse dans les aines, avec tension de l'hypogastre, suivie de l'impossibilité de remuer tout le membre inférieur droit et de difficultés dans les mouvemens du membre gauche correspondant. Il observa alors un gonflement arrondi au niveau du pubis avec apparence de fluctuation. Huit jours plus tard, tous les signes d'une vaste collection de liquide existaient. M. Berigny diagnostiqua une carie des os pubis, et d'accord avec M. Maurin, chirurgien de l'hospice de Versailles, il évacua environ deux litres de pus clair et de mauvaise odeur, au moyen de deux incisions qu'il pratiqua, une à chaque extrémité du diamètre transversal de la tumeur. Le doigt, introduit dans le foyer, constata l'ulcération du tissu osseux ; un séton fut passé à travers chaque ouverture, il resta en place pendant six semaines, temps nécessaire pour que la guérison fût complète. Aujourd'hui la malade se livre à des travaux habituels, seulement le mouvement d'abduction des cuisses produit de la douleur dans les aines, pour peu qu'il soit trop étendu.

Chronique et Nouvelles.

Si le baromètre de la Faculté marquait grande pluie de discours, le baromètre n'a pas menti. Nous n'en avions jamais vu un tel déluge.

Fidèle à sa mission, la *Gazette des Hôpitaux* les a reproduits presque tous, mais sans leur donner d'autre sanction que celle qu'elle peut accorder par une publicité libérale et ouverte à tous. Nous consentons, il est vrai, à faire de nos colonnes un terrain neutre où toutes les opinions puissent se produire, mais le droit de libre examen et d'appréciation est aussi pour nous un droit imprescriptible dont nous voulons user à l'occasion. Si nous en faisons la remarque, ce n'est pas que nous voulions user de ce droit aujourd'hui, mais seulement pour prévenir nos lecteurs que nous n'adoptons pas pêle-mêle, dans la forme comme dans le fond, les opinions souvent divergentes que nous publions. D'ailleurs, à part le discours de M. Trousseau, qui a eu quelques velléités d'aborder une discussion philosophique, et quelques autres peut-être, nous n'avons rien de mieux à faire que d'abandonner au bon sens de nos lecteurs les éternelles redites, intarissables lieux-communs qui traînent depuis quarante ans leur pauvreté déguenillée devant quarante générations d'élèves. Nous ne comprenons pas, à vrai dire, qu'on mette habit noir ou robe noire et cravate blanche, qu'on donne à une première séance un certain air d'apparat, qu'on tire de sa poche un manuscrit soigneusement roulé pour dire des choses aussi vulgaires. Mieux vaudrait cent fois commencer tout bonnement par ces mots consacrés : « au n° 9 est couché un homme, » etc. Il y aurait une leçon clinique de plus et un ridicule de moins.

— Le mardi 8 novembre a eu lieu à Montpellier la séance solennelle de rentrée des Facultés.

M. le recteur a ouvert la séance par un discours sur les généralités de l'enseignement dans les Facultés.

M. Caizergues, doyen de la Faculté de médecine, a lu le compte-rendu des travaux de la précédente année scolaire.

A la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres, un abaissement notable a été signalé dans le nombre des candidats admis aux épreuves du baccalauréat. A quelle cause faut-il l'attribuer ? M. Dunal n'a pas voulu se prononcer. Il est évident pour nous, comme nous l'avons déjà fait remarquer, que cet abaissement est dû aux exigences de plus en plus grandes dont on entoure la candidature au grade de docteur, sans supprimer le grade d'officier de santé.

M. Dunal a terminé la séance par l'éloge de M. de Candolle, qui a été vivement applaudi.

— La ville de Paris renferme en ce moment un million d'habitans.

Il y a au moins deux mille médecins dans cette ville.

En supposant une égale répartition pour chacun, les médecins n'auraient pas plus de 500 habitans chacun à soigner pendant leurs maladies.

Otez de ce chiffre de 500 les pauvres secourus par les hôpitaux et les bureaux de secours, il reste environ 475 personnes qui peuvent payer un médecin.

Comptez combien il peut y avoir de malades dans une année sur 475;

Retranchez ceux qui ont recours aux spécialités ;

Ceux qui deviennent la proie des charlatans ;

Et chantez un hymne en l'honneur de la concurrence illimitée.

EAU BROCCHIERI. (Suite.)

Des succès nouveaux viennent journellement apporter à M. Brocchieri des encouragemens. Ce ne sont plus seulement des hémorrhagies artérielles par suite d'expériences faites sur les animaux ; mais nous voyons des observations de ménorrhagie, de métrorrhagie, etc. Nous les livrons au jugement de nos lecteurs, en les engageant toujours à expérimenter ce nouveau médicament, et à rendre à la justice et à la vérité la part qui leur revient.

Ménorrhagie ; guérison ; observations recueillies par M. MALGRAT, médecin à Villeneuve (Lot-et-Garonne).

Première observation. — Madame L..., âgée de quarante-huit ans, ordinairement bien portante, d'une belle stature, n'avait pas vu ses règles depuis trois mois, et croyait à son âge critique. Le 15 septembre, à cinq heures du soir, je fus appelé près d'elle. (D'après les renseignemens que me donna la personne qui vint me chercher, je m'étais muni d'un flacon d'eau Brocchieri.) Arrivé auprès de la malade, elle me raconta que depuis six jours elle se sentait défaillir par une perte sanguine peu abondante ; mais que ce jour, sans cause connue pas plus qu'auparavant, la ménorrhagie, dans toute son étymologie, avait fait tellement de progrès, qu'elle se sentait mourir. Voici les principaux symptômes que la malade éprouvait : tension, douleur gravative, face pâle, refroidissement des extrémités, etc.

Madame L... m'ayant assuré qu'elle n'était point enceinte, je ne pratiquai point le toucher, tant elle était mal et nageant dans le sang. Je lui administrai un tiers seulement d'eau hémostatique, et vingt-cinq minutes après, tout était fini, la perte avait cessé.

Le 16 au matin, je la trouvai bien : elle me raconta que la veille, une demi-heure environ après mon départ, elle avait senti quelque chose se détacher, se porter à la vulve : elle demanda le pot, et poussa du sang coagulé. Elle s'était ensuite remise au lit, et n'avait plus eu de perte. En effet, l'hémorrhagie avait cessé, et il n'existait plus qu'un léger écoulement blanc.

Je regardai ce qu'il y avait dans le pot : c'était un embryon de deux mois et demi avec ses enveloppes, beaucoup de sang coagulé, et très peu liquide.

Depuis le 16, la santé s'est graduellement améliorée. La perte avait disparu un quart d'heure après l'expulsion du fœtus.

Deuxième observation. — Madame C..., femme d'un pharmacien distingué, malade depuis le 29 août, éprouvait tous les symptômes d'une fièvre bilieuse ; les menstrues apparurent tout à coup et coulèrent pendant six jours.

Deux jours après leur disparition, l'eau de Sedlitz fut administrée et procura des selles abondantes. La périodicité de la fièvre fut combattue par l'usage de la quinine. Un grand malaise succéda à la fièvre. Le médecin ordinaire de la malade, homme prudent et savant, voulut s'adjoindre un confrère, aussi très recommandable. Ils convinrent d'employer les astringens en boissons, en lavemens, etc. Des selles restaient sanguinolentes ; une épistaxis très abondante eut lieu, et elle s'arrêta d'elle-même.

Le 19 septembre, je fus appelé en consultation. Voici l'état dans lequel je trouvai madame C....

Malaise, ménorrhagie des plus abondantes, pouls très faible, langue d'un rouge vif, surdité, ventre tendu ; il avait eu une epistaxis abondante à trois heures du matin.

Les symptômes devenant de plus en plus graves, je proposai l'emploi de l'eau Brocchieri, qui fut refusé. On proposa le rathania, son sirop à 8 grains, l'alun, le diascordium ; rien ne fut oublié. Cependant voyant les symptômes s'aggraver encore, on souscrivit au tamponnement.

Je fis boire à la malade un tiers de flacon ; de la charpie fut immédiatement préparée, et le tamponnement fut fait. Dans l'espace de vingt minutes après l'ingestion de l'eau, la perte avait diminué de moitié, et une demi-heure après pas une goutte de sang ne transsudait : une épistaxis se déclara de nouveau, et le badigeonnement dans la narine droite d'un plumaceau imbibé d'eau hémostatique fit cesser cet accident comme par *enchantement*.

Du bouillon, un peu de vin, furent administrés, et la malade passa le reste de la journée, ainsi que le lendemain, dans un état meilleur.

Le mari de cette dame, voyant en quelque sorte la *résurrection* de son épouse, prodigua l'eau, dont j'avais peu de flacons à ma disposition. Dans la nuit des symptômes alarmans se déclarèrent : l'eau était épuisée ; il fallut recourir de nouveau au ratanhia, qui ne produisit aucun effet ; les parties, le vagin, qui s'étaient resserrés, perdirent de leur bien-être, l'anémie commença, et la malade expira le 24. Elle eût été sauvée, je n'hésite pas à le dire, si j'avais eu de l'eau Brocchieri en plus grande quantité.

— Une troisième observation du même genre nous est offerte par Madame C..., demeurant à Héricourt-St-Sanson, qui était affectée depuis trois ans d'une métrorrhagie des plus rebelles et des plus violentes. La fièvre paraissait régulièrement tous les soirs ; les nuits étaient sans sommeil. Malgré les soins de plusieurs médecins, la maladie avait résisté à toutes les méthodes de traitement. Madame C... commença un traitement avec l'eau Brocchieri : elle en consomma un flacon par jour tant à l'intérieur qu'en injections et en applications sur le bas-ventre et sur les aines. La perte cessa bientôt, la fièvre disparut et les forces revinrent. Aucun accident ne s'est renouvelé depuis.

— M. le docteur Finizio a signalé le fait suivant :

Au n° 15 de la salle des accouchemens (hôpital de la Maternité), il y avait une femme atteinte d'une forte hémorrhagie, par suite du déplacement du placenta à l'orifice de l'utérus. Nous avons fait usage de l'eau Brocchieri, et non-seulement elle a suspendu l'hémorrhagie, mais, par son influence, l'utérus s'est ranimé et la contraction s'est opérée. Quelques heures après, et aidée des seules forces de la nature, cette femme est accouchée heureusement d'un gros garçon vivant.

Le *Stoughton-Madère* est un nouvel apéritif qui se recommande à l'usage des personnes qui ont besoin d'un stimulant pour exciter l'appétit. Il se prend principalement avant les repas et possède seul la qualité de ne point fatiguer les organes en ne contenant que des substances salutaires à la santé ; il n'a d'autre spiritueux que celui du vin de Madère ; c'est un avantage qui sera senti des personnes qui ne peuvent faire usage d'absinthe, de bitter, etc., et qui trouveront dans le *Stoughton-Madère* un excitant qui leur sera convenable en tout temps. On pourra en faire également usage comme liqueur d'agrément, après les repas, pour faciliter la digestion.

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 24 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 140, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

PARIS, 23 NOVEMBRE.

Si on suit le mouvement actif imprimé à la thérapeutique médico-chirurgicale, on le voit surtout dirigé aujourd'hui vers deux puissans moyens, vers deux moyens qui peuvent être appelés héroïques sans abus pour le mot : le sulfate de quinine et le nitrate d'argent.

1° Le sulfate de quinine employé contre la fièvre typhoïde ne cesse pas de fixer l'attention d'un grand nombre de médecins, et, malgré les insuccès obtenus dans le service de M. Husson, et indiqués dans le mémoire de M. de Saint-Laurent (Arch. de méd., septembre 1842), quelques-uns continuent l'expérience. Parmi les expérimentateurs, il en est qui ne le croient pas au-dessous de la nouvelle réputation qu'on a voulu lui faire. On annonce un mémoire de M. Blache destiné à atténuer l'effet produit par celui de M. de Saint-Laurent, en montrant qu'employé d'une manière un peu différente de celle de M. Husson, le sulfate de quinine peut conduire à des résultats infiniment plus avantageux que ceux annoncés par l'auteur du Mémoire. Quand les faits se seront multipliés et que l'Académie aura entendu le rapport de la commission nommée pour examiner cette question, nous en ferons connaître à nos lecteurs la solution définive. En attendant, il est bon de savoir que la pratique d'hommes haut placés dans la science autorise les praticiens à faire usage de cette médication, au moins dans les cas graves où toutes les méthodes déjà connues échouent, ce qui arrive encore trop fréquemment. Une découverte en amène souvent une autre. L'activité infatigable des thérapeutistes ne pouvait se borner à cette application du sulfate de quinine. Voici maintenant le rhumatisme articulaire aigu, cette maladie si douloureuse, dont les conséquences sont si souvent funestes, car elle porte aussi son action sur l'organe central de la circulation, cette maladie que M. Bouillaud guérit par sa formule des saignées coup sur coup en *un* ou *deux* septenaires ; que M. Piedagnel prétend dompter en moins de temps encore par l'opium; que MM. Gendrin et Martin-Solon arrêtent en *quatre* ou *six* jours par l'administration du nitrate de potasse à la dose de 30 grammes et plus dans les vingt-quatre heures ; voici cette cruelle affection jugulée (ce serait bien le cas ou jamais d'employer ce mot) en *deux* ou *cinq* jours à l'aide du sulfate de quinine. Cette nouvelle méthode, due à M. Briquet (1), méritera toute notre admiration si elle résiste au contrôle inflexible de l'expérience ; ses résultats ont paru si merveilleux à l'Académie, que plusieurs membres n'ont pu se défendre d'une certaine prévention en entendant la communication de l'auteur. Espérons que ce savant praticien ne se sera pas laissé illusionner au point de donner pour des cas de guérison après *six* jours des rhumatismes qui en ont duré *quarante*, comme il s'en trouve dans certain mémoire récemment publié.

Quoi qu'il en soit, on se souviendra, comme nous l'avons déjà dit ailleurs, que la dose de sulfate de quinine est de 6 grammes par jour dans une potion simple qu'on prend en plusieurs fois dans le courant de la journée et de la nuit. Par ce moyen, tous les rhumatismes articulaires sont jugulés en deux ou cinq jours et la guérison est radicale ; les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux qui sont accompagnés de fièvre intense et dans lesquels plusieurs articulations sont prises, paraissent même résister moins que les autres.

Il semblerait que la précaution d'administrer le médicament par fractions ne serait pas sans une grande importance, car, d'après un renseignement dont nous ne garantissons pas la parfaite exactitude, un malade aurait promptement succombé après avoir pris en une seule fois 6 grammes de sulfate de quinine. Quoique ce ne soit ici qu'un bruit, nous croyons devoir le répéter, ne fût-ce que pour provoquer des explications sur un sujet qui intéresse aussi vivement la pratique, et pour prévenir les médecins de procéder par petites doses, par doses fractionnées toutes les fois qu'on expérimente sur l'homme vivant. Nous insisterions même sur ce point si nous n'avions inséré en entier le discours de M. Chomel, qui était rempli de sages conseils sur l'*expérimentation* en médecine.

2° Le travail de M. Civiale tend à accomplir une réaction préparée depuis long-temps contre la cautérisation des rétrécissemens de l'urètre. Dans le Mémoire dont nous avons donné l'analyse (N° 122, t. IV), M. Civiale a dit que « généralement on suppose que le rétrécissement est dû à une production accidentelle développée à la surface même du canal dont elle diminue le calibre. » Alors M. Civiale cherche à prouver que ce n'est pas sur la muqueuse que naissent les productions morbides, mais bien dans l'épaisseur des parois du canal. Ce fait d'anatomie pathologique, parfaitement établi, accuse la méthode de traitement qui consiste à détruire le rétrécissement, puisque pour cela il faut attaquer, détruire, les parois du canal elles-mêmes. Voilà le point culminant du travail de M. Civiale. Nous devons le signaler, surtout ici, parce qu'il complète, comme nous l'avons dit, la réaction qui se préparait depuis quelque temps contre la cautérisation. Si M. Civiale s'était borné à apporter de nouveaux faits puisés dans un longue expérience ; s'il n'avait eu que la prétention de mettre d'accord les prévisions théoriques avec les démonstrations anatomiques, on n'aurait eu qu'à le louer et à le remercier ; car c'est un vrai bonheur pour la science quand le bon sens pratique vient à son aide. Mais M. Civiale a semblé venir ici inventer l'anatomie pathologique des rétrécissemens. Alors sont nées des réclamations, et, il faut le dire, des réclamations fondées. Ainsi, M. Civiale avance que *généralement* on admet que ce qui forme le rétrécissement est une production accidentelle déposée sur la muqueuse de l'urètre. Or, généralement on admet le contraire, et, comme l'a dit M. Mercier, ce *généralement* ne porte que sur MM. Tanchou et Reybard, les seuls dissidens sur ce point d'anatomie pathologique. Ce qui le prouve, c'est que les livres classiques qui reflètent complètement les faits acquis à la science parlent absolument comme M. Civiale a parlé à l'Institut, c'est-à-dire comme pensent la grande universalité des chirurgiens et les élèves eux-mêmes.

Il est donc parfaitement et clairement établi que ce n'est pas *sur* la muqueuse que se déposent les produits morbides qui forment les rétrécissemens, mais *dans* les mailles des tissus qui entrent dans la composition des parois de l'urètre. Il est vrai qu'il fallait mettre d'accord le fait d'anatomie pathologique avec les principes de médecine opératoire applicables au traitement des rétrécissemens, et c'était dans le mouvement chirurgical actuel que M. Civiale vient d'accélérer. Mais là n'est pas la seule question qu'il a voulu résoudre, nous le montrerons dans d'autres articles.

(1) Nous devons dire pourtant que le sulfate de quinine à haute dose avait déjà été employé par plusieurs médecins, parmi lesquels nous citerons Fordyce, John Haygarth, Gianini.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Des difficultés du diagnostic chirurgical et des causes d'erreur.

Par un préjugé généralement répandu, on regarde la chirurgie comme facile, attendu que les maladies dont elle s'occupe tombent sous les sens, et que par cela même il paraîtrait qu'on en dût de suite connaître la nature et les caractères, tandis que la médecine, au contraire, est considérée comme extrêmement difficile, vu qu'elle ne connaît que des maladies internes et qu'elle n'a souvent d'autre moyen de s'éclairer que l'analogie, les renseignemens fournis par les malades, et les modifications que certains agens produisent dans le cours de la maladie. Sans contester ce qu'il peut y avoir de vrai dans ce raisonnement, je crois qu'il n'en est pas moins exact de dire que le diagnostic des maladies chirurgicales est plein de difficultés, et qu'il exige une grande habitude de la part du chirurgien. On pourrait même avancer sans être taxé de trop d'exagération que dans le sixième des cas les chirurgiens se trompent dans leur diagnostic, et que dans le plus grand nombre il y manque toujours quelque chose. Je prendrai pour exemple une des maladies les plus simples en apparence, les ulcères : s'il ne s'agit que de décider si une solution de continuité est un ulcère ou une plaie simple, il est sans doute facile à la simple vue de reconnaître les caractères propres aux ulcères et de les distinguer d'avance d'une plaie. Mais cet ulcère de quelle nature est-il ? Un ulcère est, comme chacun le sait, une solution de continuité qui est liée à une cause cachée par laquelle elle est produite ou entretenue. C'est donc cette cause déterminante qu'il faut rechercher, et combattre si l'on parvient à la connaître ; et comme c'est tantôt une cause externe, tantôt une cause interne, il en résulte que dans une maladie même aussi simple en apparence que celle-là, le diagnostic n'est pas aussi facile à formuler qu'on est généralement porté à le croire. Il faut donc apporter la plus grande attention à la recherche des sources diverses du diagnostic et des causes nombreuses qui peuvent rendre cette recherche difficile.

Les sources du diagnostic sont multiples : les principales sont les circonstances qui précèdent la maladie, celles qui en déterminent le développement et par lesquelles on peut en déterminer la nature, les causes présentes qui l'entretiennent, les phénomènes qui se manifestent pendant le cours de la maladie, la marche de la maladie, les observations recueillies par l'application des sens.

Prenons quelques exemples. La physionomie seule d'un ulcère peut bien quelquefois suffire pour faire soupçonner l'existence du virus vénérien; mais si les caractères apparens étaient douteux, les commémoratifs, la circonstance d'une infection probable qui a précédé l'apparition de cet ulcère, viendraient en aide au diagnostic. Parmi les symptômes qui se manifestent pendant le cours d'une maladie, il faut s'exercer à reconnaître ceux qui ont une valeur séméiologique réelle et spéciale. Les symptômes les plus apparens ne sont pas toujours les plus graves et ceux qui ont le plus d'importance comme signes. Dans les maladies des articulations, dans celles de la hanche, par exemple, la douleur au genou est un symptôme beaucoup plus constant et plus sûr comme signe diagnostique que la douleur de la hanche elle-même.

Dans les plaies pénétrantes du bas-ventre ou de la poitrine, il se forme des épanchemens de sang et de pus qui ne se manifestent par aucun signe appréciable : eh bien, il y en a un ; bien petit, il est vrai, mais infaillible ; c'est une ecchymose sur la poitrine du côté même de la blessure. On peut à ce seul signe déclarer qu'il y a un épanchement.

Il est à peine nécessaire d'insister sur l'importance des signes qui se déduisent de l'application des sens. Nous verrons toutefois plus tard que ces signes-là même, loin d'avoir une valeur absolue, deviennent quelquefois une source d'erreur. Il y a des maladies dont on ne peut déterminer la nature, quelle que soit l'attention qu'on y apporte, qu'en les observant long-temps et en suivant leur marche et leurs diverses périodes successives. Un abcès vient-il à se former, nous ne pouvons déclarer de prime-abord quelquefois si c'est un abcès simple ou un abcès par congestion ; ce n'est souvent qu'après l'avoir ouvert ou bien par l'aggravation de l'état général du sujet et son dépérissement naturel, que l'on peut être fixé sur la nature de cet abcès.

Les effets du traitement sont aussi un guide important pour reconnaître les maladies. C'est ce qu'on voit tous les jours pour les maladies vénériennes, par exemple.

Malgré l'abondance des sources auxquelles on peut puiser tous les élémens du diagnostic, il est encore un grand nombre de maladies que nous ne pouvons jamais parvenir à reconnaître; et qu'on ne s'y trompe pas, ces difficultés n'existent pas seulement pour le jeune chirurgien, elles existent aussi bien pour les praticiens les plus exercés. Quelles sont donc les raisons pour lesquelles le diagnostic des maladies chirurgicales présente tant de difficultés ? C'est ce que nous allons examiner.

Nous mettons hors ligne les erreurs de diagnostic qui auraient leur source dans l'impéritie ou la négligence. La difficulté consiste quelquefois dans la profondeur du siége du mal. Comment, par exemple, distinguer nettement la commotion d'avec la contusion du cerveau, savoir si un épanchement intra-crânien est formé par du sang ou du pus ? D'autres fois la difficulté provient de la forme bizarre qu'affectent ces maladies, de la complication de deux maladies engendrant une nouvelle manière d'être telle qu'on ne saurait plus démêler l'une d'avec l'autre, et reconnaître quelle est des deux l'affection principale. Les tumeurs anévrismales coexistent souvent avec une inflammation phlegmoneuse ; si l'on ne se décide que d'après la considération des caractères de cette dernière affection, on s'expose infailliblement, en ouvrant l'abcès, à percer aussi l'anévrisme. Quelquefois les symptômes caractéristiques d'une maladie cessent de devenir évidens, comme dans certains anévrismes dans lesquels les battemens diminuent et cessent quelquefois complétement de se faire sentir. D'autres fois, au contraire, ce sont des phénomènes insolites qui viennent s'ajouter aux phénomènes propres à certaines maladies. Il y a des tumeurs qui ne sont pas anévrismales, et qui pourtant sont accompagnées de pulsations. A l'appui de cette dernière assertion, je rapporterai un cas que j'ai eu occasion d'observer moi-même : Il y a vingt ans, qu'étant dans une ville du Rhin, j'y rencontrai un chirurgien de Liége qui m'avait écrit à Paris pour me demander une consultation. Il s'agissait d'une dame de cette ville, qui portait à la plante du pied une tumeur que l'on croyait être sanguine. Dans cette persuasion, on avait opéré la ligature de l'artère tibiale postérieure. On attendait vainement le résultat de cette opération ; elle resta sans effet, et l'on ne savait si l'on devait faire l'amputation ou la ligature de l'artère crurale, lorsqu'on se décida à me consulter. Ayant examiné la malade, je reconnus que la tumeur en question était un cancer, et je fus d'avis qu'il en fallait faire l'extirpation. Je fis l'opération, la malade guérit ; elle vit encore, et la tumeur ne s'est pas reproduite.

Passons maintenant aux sources d'erreurs qu'on peut commettre dans le diagnostic des maladies chirurgicales. La première est relative au siége même de la maladie. Plusieurs maladies ayant une apparence de similitude peuvent siéger sur un même point, dans une même région, de manière à jeter le chirurgien dans une grande incertitude sur leurs caractères distinctifs; nous voulons parler ici des tumeurs, par exemple, dont le diagnostic différentiel, comme personne ne l'ignore, est entouré des plus grandes difficultés. On arrive sans doute à se tirer jusqu'à un certain point d'embarras par voie d'exclusion, en passant en revue toutes les maladies diverses qui peuvent occuper le même siége ; mais bien souvent, malgré cette espèce d'artifice, on n'en reste pas moins dans une grande incertitude. Il est quelques régions du corps, celle du cou, par exemple, de l'aisselle, de l'aine, du scrotum, qui se distinguent parmi les autres sous ce rapport. Dans ces différentes régions, on peut trouver une foule de tumeurs les plus diverses, et dont le diagnostic devient souvent très difficile.

Il y a à cet égard une remarque générale très importante à faire ; c'est qu'entre plusieurs maladies ayant le même siége, il est rare qu'on puisse se tromper réciproquement à l'égard de chacune de ces maladies. Je m'explique : Supposez deux maladies qui aient entre elles des points de ressemblance ; l'une d'elles pourra être prise pour l'autre, mais rarement la seconde pour la première. Un exemple : Prenons une tumeur du scrotum ; je suppose qu'on ait à se décider entre une hydrocèle et un sarcocèle ; eh bien, il arrivera beaucoup plus souvent qu'on prenne l'hydrocèle pour un sarcocèle, que le sarcocèle pour une hydrocèle. De là est venu, et il n'y a pas de chirurgien d'une pratique un peu étendue qui ne se soit trouvé dans ce cas, de là est venu, dis-je, qu'on a souvent commencé l'opération de l'extirpation d'un testicule, et qu'après la première incision on s'est aperçu qu'on avait affaire à une

simple hydrocèle. De même, une tumeur de la glande thyroïde pourra être prise pour un anévrisme, parce que le voisinage des artères qui l'environnent ou qui lui sont sous-jacentes lui communiqueront des battemens simulant ceux des véritables anévrismes; mais il arrivera plus rarement qu'on prenne une véritable tumeur anévrismale de cette région pour une tumeur simple, telle qu'un phlegmon, par exemple.

Il est une autre source d'erreur que je tiens à signaler ; je veux parler des erreurs qui nous viennent de nos sens mêmes ; c'est-à-dire de la fausse appréciation des notions que nous fournissent nos sens appliqués au diagnostic des maladies. Prenons pour exemple le toucher. C'est sans contredit un des sens les plus positifs ; il est même plus sûr que la vue, dont il est en quelque sorte le correctif. Eh bien, tous les jours les plus habiles chirurgiens sont induits en erreur par les impressions de ce sens. Ainsi, d'après le témoignage du toucher, on croira qu'il existe une fluctuation dans une tumeur fongueuse ; il y a en effet dans les tumeurs de cette nature une certaine mollesse, une certaine élasticité, qui simulent jusqu'à un certain point une véritable fluctuation. D'après cette idée, on plonge dans la tumeur un trois-quart, et au lieu d'un liquide abondant qu'on s'attendait à trouver, on ne voit couler que quelques gouttes de sang. D'autres fois, on ne sent pas de fluctuation, et pourtant la tumeur contient, en réalité, une plus ou moins grande quantité de liquide ; mais ses parois sont si résistantes, si tendues, les parties environnantes la circonscrivent, la brident, pour ainsi dire, si bien, qu'au lieu de la sensation d'une fluctuation, on a celle d'une fermeté, d'une résistance extraordinaires. Je vais citer à l'appui quelques exemples qui me sont propres.

J'étais très jeune encore, chirurgien à l'hôpital Beaujon ; j'avais affaire à une malade portant dans l'aisselle une tumeur très volumieuse. En la palpant on avait la sensation d'une dureté et d'une résistance considérable, qui pouvaient faire croire qu'elle était solide, et je pensai qu'il en était ainsi. Quelques chirurgiens l'avaient examinée avec moi et en avaient jugé de même. On croyait à la nécessité d'en faire l'extirpation, mais on reculait devant les difficultés de l'exécution. Désireux alors d'affronter les obstacles, je me décidai à opérer. L'opération fut tres longue et très laborieuse ; je dus ménager beaucoup de parties très délicates, vaisseaux et nerfs de gros calibre ; j'évitai tous ces écueils, et j'arrivai à accomplir mon opération. Le malade succomba dans la journée. En examinant la tumeur, quel ne fut pas notre étonnement, de la voir constituée par des parois peu épaisses et remplies de liquide. C'était une espèce de tumeur enkystée qui, si l'on en eût bien déterminé d'avance la nature, aurait pu être opérée par une simple incision, et l'on eût ainsi prévenu les conséquences funestes d'une grave et difficile opération.

Plus tard, étant à la Charité, à côté de ce praticien célèbre qui, à une grande pratique et à un tact chirurgical sûr, unissait une grande prudence, Boyer, qui alors aimait peut-être un peu l'inaction, s'efforçait souvent de retenir mon impatience, j'eus à me prononcer sur la nature d'une énorme tumeur qu'une femme du service portait dans le bassin. En l'examinant et la pressant dans tous les sens, je crus reconnaître que cette tumeur était mobile : Boyer fut de mon avis. Nous avions omis de faire une ponction exploratrice, précaution si utile dans un grand nombre de circonstances, et que l'on ne devrait jamais négliger avant de pratiquer toute opération grave sur ces sortes de tumeurs dont la nature est si obscure. Je proposai de l'extirper. Boyer, opposé d'abord à mon avis, ne s'y prêta plus tard qu'avec répugnance. Ayant néanmoins décidé l'opération, je me proposai d'enlever cette tumeur par la voie des parties génitales externes ; je pris à cet effet toutes mes mesures pour les incisions que je devais pratiquer. Je commençai l'opération sur la paroi du vagin. Je n'avais pas encore fini ma première incision, que le bistouri, malgré tous les ménagemens avec lequel je le dirigeai, pénétra dans la tumeur, et, à notre grand étonnement, il en sortit une quantité considérable de liquide mêlé à une masse énorme d'hydatides. La poche externe des hydatides se présentant à l'ouverture, je pus l'enlever entièrement. Les parois de la tumeur se rapprochèrent et la malade se rétablit complètement. Je l'ai revue long-temps après jouissant d'une santé parfaite.

Voyez ce qui arrive dans les cas d'hydrocèle. Les chirurgiens se guident d'après la transparence de cette tumeur, et ils ne calculent pas toujours que cette transparence n'est pas un caractère absolu de l'hydrocèle. D'un autre côté, la transparence peut manquer dans une véritable hydrocèle, soit parce que les parois de la tunique vaginale, épaissies et comme cartilagineuses, deviennent imperméables à la lumière, ou bien parce que le liquide est troublé par le mélange d'une petite quantité de sang.

Pott a extirpé un testicule à un malade qui n'avait qu'une simple hydrocèle ; il l'a avoué naïvement dans ses ouvrages : nous devons lui savoir gré de cette franchise ; car les aveux de ce genre sont toujours profitables à la science en même temps qu'ils honorent ceux qui les font.

Il m'est arrivé un autre fait très curieux que voici : Il y a un certain nombre d'années, je fus appelé loin de Paris pour extirper un testicule qu'on supposait cancéreux. Le malade était un de nos confrères, homme très habile ; il m'écrivait qu'il était en proie aux plus vives angoisses, et qu'il désirait être débarrassé au plus tôt d'une maladie qui ne le faisait pas moins souffrir moralement que physiquement. Je me rends auprès de lui ; j'examine la tumeur ; elle était dure, tendue, volumineuse, et le malade disait y ressentir des douleurs lancinantes, de sorte que, suivant toutes les apparences, on pouvait bien croire à l'existence d'un sarcocèle. Mais après un mûr examen, je pus reconnaître qu'il ne s'agissait que d'une hydrocèle. J'eus de la peine à en persuader le malade, qui ne fut vraiment convaincu que lorsque, à l'aide d'une ponction, je fis jaillir de la tumeur une sérosité limpide.

Les caractères que l'on déduit de la transparence des liquides peuvent donc aussi induire en erreur. C'est une des illusions auxquelles nous expose le plus le sens de la vue. Si l'on s'en tenait à la simple inspection des tumeurs, on s'exposerait donc quelquefois à commettre de graves erreurs. Ainsi, par exemple, dans de certains cas où le testicule est malade et constitue presque à lui seul la tumeur, celle-ci peut paraître entièrement transparente, bien qu'il n'existe qu'une très petite quantité de liquide épanché dans la tunique vaginale. C'est là un effet de la réfraction de la lumière que nous aurons le soin de faire mieux ressortir plus tard, en parlant spécialement de l'hydrocèle.

Voici un autre exemple dans lequel l'erreur fut poussée à ses dernières limites par l'illustre chirurgien que je citais tout-à-l'heure. Un malade qui m'était recommandé, et que l'on présumait atteint d'un sarcocèle, vint à Paris et manifesta le désir de consulter Boyer. Nous devions le voir ensemble ; mais, par une circonstance particulière, ce chirurgien le visita avant moi. Il examina la tumeur scrotale à l'aide de la lumière ; il la trouva transparente et, sans pousser plus loin l'examen, se croyant sûr de son diagnostic, il dit qu'on s'était trompé sur l'existence d'un cancer, et assura au malade qu'il avait une maladie beaucoup plus légère qu'il ne pensait, qu'il n'avait qu'une hydrocèle. Je vis le malade après, je l'examinai peut-être avec plus d'attention que n'y en avait apporté Boyer, je tins compte des renseignemens fournis par le malade, et, tout en distinguant le liquide qui environnait le testicule, tout en admettant comme Boyer, qu'il existait là un épanchement séreux, je ne crus pas devoir m'en rapporter uniquement à ce dernier signe, et je diagnostiquai un hydro-sarcocèle. A raison du partage des opinions, je dus prendre un moyen terme, je proposai une opération préliminaire, exploratrice ; la ponction fut faite ; il en sortit une petite quantité de liquide, et alors la tumeur se présenta avec tous les caractères du sarcocèle. Je l'opérai ; le malade vit encore et la maladie ne s'est pas reproduite, bien que l'opération date déjà de douze ans. C'est un des plus beaux cas de cette nature que je connaisse.

Je pourrais multiplier à l'infini les citations de cas de ce genre. Je me borne à ceux que je viens de rappeler, justement parce que, m'étant la plupart personnels, ils ont pour moi toute l'authenticité possible.

Résumons : Il résulte de tout ce que nous avons dit : 1° qu'on peut méconnaître une maladie qui existe réellement ; ne pas reconnaître les caractères d'une fracture, par exemple ; sonder un calculeux sans trouver de calculs. Les hommes les plus habiles tombent tous les jours dans ces sortes d'erreurs. Je me souviens qu'étant à la Charité, où l'on pratiquait beaucoup d'opérations de taille, au nombre d'environ 20 ou 25 par année, un malade affecté d'un petit calcul dans la vessie fut amené cinq fois à l'amphithéâtre pour être taillé, et cinq fois renvoyé dans son lit sans avoir été opéré, parce que l'ayant sondé chaque fois avant que de me déterminer à l'opération, je ne retrouvais plus la pierre. Je le fis venir enfin pour la sixième et dernière fois, et m'en tenant pour le coup à ce que j'avais maintes fois constaté au lit du malade, je renonçai à le sonder à l'amphithéâtre et je le taillai. Au moment où j'incisai la vessie une très petite pierre tomba dans le bassin destiné à recevoir les liquides.

2° On peut croire à l'existence d'une maladie qui n'existe pas ou dont la nature est très-douteuse, ou prendre une maladie pour une autre. Je suis d'avis, d'après ma propre expérience, qu'il n'y a peut-être pas le quart des maladies chirurgicales dans lesquelles le chirurgien puisse être parfaitement sûr de son diagnostic. Les exemples ne me manqueraient pas pour prouver ce que j'avance. Je me bornerai à en choisir quelques-uns parmi les cas qui s'offrent actuellement dans le service. Sur l'un des malades nouvellement entrés dans nos salles, nous avons diagnostiqué un abcès par congestion siégeant à la partie inférieure de la colonne vertébrale ; cet abcès offre bien en effet tous les caractères des abcès dits par congestion ; il y a tout lieu de croire que nous ne nous faisons point illusion à cet égard ; d'après tous les caractères de cet abcès, il est infiniment probable qu'il contient du pus provenant d'une source éloignée. Mais ne pourrait-il pas en être autrement ? ne pourrait-ce pas être un abcès essentiel, idiopathique ou même une tumeur de toute autre nature ? La chose certes est très possible, car rien n'est plus sujet à erreur que le diagnostique de ces sortes d'abcès. Il n'y a pas de chirurgien au monde qui puisse se flatter de les diagnostiquer avec certitude. Et pourtant quel intérêt n'aurait-on pas à être complétement édifié sur la nature de ces affections ?

Vous avez vu un autre malade qui nous dit être tombé samedi dernier sur l'épaule droite et avoir éprouvé, au moment de la chute, la sensation d'un petit craquement à la région claviculaire ; il ajoute qu'immédiatement après il s'aperçut de l'existence d'une tumeur considérable à la partie moyenne de la clavicule. Interrogé sur ses antécédens, il déclare qu'il n'avait rien auparavant, et qu'il n'a jamais fait de chute de cette nature. Maintenant on trouve sur la région indiquée une petite tumeur ovalaire, fusiforme, circonscrite, assez régulière, embrassant presque toute la circonférence de l'os, un peu douloureuse à une forte pression, mais sans craquement, sans mobilité d'aucune espèce, quelque tentative que nous fassions pour produire les phénomènes propres aux fractures. Qu'y a-t-il ? nous n'en savons rien. Nous inclinons seulement à croire qu'il y a là ou le résultat d'une fracture ancienne, ou une exostose produite par une maladie constitutionnelle, car le malade dit avoir eu des maladies vénériennes. Mais en sommes-nous bien sûrs ? Nous n'affirmerions rien à cet égard.

Vous avez affaire à une hernie étranglée. Vous suffira-t-il de savoir qu'il s'agit d'une hernie ? savez-vous quelle est la partie de l'intestin affectée d'étranglement ? Quel avantage n'y aurait-il pas à le savoir ! Est-ce une hernie directe ou oblique ? S'agit-il d'un étranglement opéré par le collet du sac ou par l'anneau ? Quel est le degré d'étranglement ? La gangrène existe-t-elle déjà ? Ce sont là autant de points qu'il serait extrêmement important d'éclairer, et qu'on ignore le plus souvent.

En preuve de ce que nous avancions tout à l'heure, que souvent une maladie admise n'existe pas, nous pourrions nous citer encore. Prenons encore pour exemple les calculs vésicaux. Il n'est pas rare que des chirurgiens, croyant avoir reconnu l'existence d'un calcul dans la vessie, aient taillé des sujets sans trouver de pierres. J'ai commis trois fois cette grave erreur, et ces méprises fâcheuses m'ont fait beaucoup réfléchir sur la maladie calculeuse, ainsi que sur toutes les maladies de l'appareil génito-urinaire qui peuvent plus ou moins la simuler. Aussi avais-je déjà fait pressentir depuis long-temps bien des choses que plusieurs spécialistes modernes ont données comme nouvelles dans leurs ouvrages. Il y a environ quinze ans que j'ai dit que le col vésical est sujet à des névralgies donnant lieu souvent à des illusions étranges, qui peuvent embarrasser le chirurgien dans le diagnosticde certaines affections, soit de la prostate, soit de la vessie. Je reviens aux malades que j'ai taillés sans trouver de pierre. Le premier de ces sujets vit encore ; c'est un médecin très distingué ; il était alors étudiant en médecine. Depuis quelque temps il souffrait beaucoup en urinant, et il avait éprouvé des rétentions brusques d'urine. Je le sondai une première fois, et je ne sentis point de pierre ; je le sondai de nouveau à plusieurs reprises, en tout quinze ou vingt fois, et il m'a semblé plusieurs fois sentir une pierre ; mais cette sensation ne fut jamais parfaitement distincte. Le malade, persuadé qu'il avait un calcul, était très décidé à subir l'opération. Je crus toutefois devoir y surseoir, parce que mon diagnostic ne me satisfaisait pas encore pleinement, et je craignais que l'opération ne fût un peu hasardée. Enfin, sollicité par les parens du malade et par le malade lui-même, qui me prièrent instamment d'opérer, du moment que je croyais avoir la conviction de l'existence d'une pierre, ajoutant que si par hasard je m'étais trompé, ils me déchargeraient de toute responsabilité et tairaient l'événement, j'eus la faiblesse de céder. Je taillai ; je trouvai avec surprise une vessie d'une capacité énorme, et je cherchai en vain la pierre. Mais je crus devoir pour l'instant cacher au malade et à ses parens ma méprise, et les laisser dans la persuasion où ils étaient que j'avais extrait un calcul. Heureusement l'opération n'eut aucune suite fâcheuse ; loin de là, non-seulement la plaie se cicatrisa sans aucun accident, mais le malade fut dès ce moment entièrement guéri de toutes ses souffrances que nous reconnûmes dès lors n'être autre chose que des douleurs névralgiques. Dix ans plus tard, je déclarai au malade, qui occupe aujourd'hui un rang distingué dans le monde médical, toute la vérité sur cet événement dont nous avons plus d'une fois plaisanté depuis ensemble.

La même méprise m'est arrivée sur deux enfans, dont je passe sous silence l'histoire.

Je disais enfin, qu'on peut prendre une maladie simple, légère pour une maladie très grave et *vice versâ*, un sarcocèle pour une hydrocèle, par exemple, un abcès pour un anévrisme, etc. Combien de fois n'a-t-on pas ouvert des anévrismes alors qu'on croyait n'avoir affaire qu'à un abcès, traversé des artères pour arriver à un abcès sous-jacent au vaisseau, etc. ! Il m'est arrivé une fois d'ouvrir l'artère crurale en ouvrant un abcès très profond. La tumeur, en grossissant, avait déplacé le vaisseau et avait dérouté toute ma science anatomique. Je dus après en faire la ligature. Je m'arrêterai là, persuadé que ces exemples auxquels j'en pourrais joindre tant d'autres, seront suffisans pour engager les jeunes chirurgiens à apporter la plus grande attention au diagnostic des maladies chirurgicales, et aux causes nombreuses d'erreur contre lesquelles ils auront à se tenir en garde.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Tumeur à la base du cerveau. Paralysie croisée. Complication de strabisme opéré.

Sous ce titre, nous avons publié une observation dans le n° du 3 septembre, et nous nous sommes engagé à suivre le malade qui en faisait le sujet. Nos tristes prévisions ne se sont que trop tôt réalisées ; le nommé Lairedé (Joseph), tabletier, âgé de trente-cinq ans, couché au n° 3 de le salle Saint-Ferdinand, a succombé quelques jours après.

Aucun nouveau phénomène ne s'est manifesté ; mais tous ceux que nous nous sommes attaché à décrire minutieusement ont pris successivement une intensité de plus en plus grande : la paralysie s'est prononcée davantage, au point que tout mouvement est devenu impossible dans les membres du côté droit ; l'état spasmodique du larynx est arrivé au plus haut degré ; la flexion des doigts et des orteils a aussi beaucoup augmenté. Enfin le malade est mort presque subitement, quelques instans après avoir essayé de manger.

On se rappelle sans doute que M. Cruveilhier avait diagnostiqué, ou une tumeur siégeant dans la fosse sphénoïdale et comprimant les nerfs optiques, ou des tubercules disséminés en plusieurs points. L'autopsie a permis d'établir toute la justesse de ce dernier diagnostic.

A l'ouverture du cadavre, faite 36 heures après la mort, nous avons pu voir des tubercules de la grosseur d'une noisette développés près de la scissure de Sylvius ; quelques autres occupaient la protubérance et étaient enveloppés d'une substance d'apparence cancéreuse ; un autre tubercule assez volumineux s'apercevait près de la corne d'Ammon.

Nous avons observé dans le même service, un malade qui a présenté des symptômes offrant beaucoup d'analogie avec ceux indiqués pour le précédent, mais dont la maladie paraît vouloir se terminer d'une manière beaucoup plus heureuse.

Jean-Louis Fabre, âgé de trente-sept ans, journalier, est entré à la Charité, dans le service de M. Andral, il y a quelques mois. A cause des travaux que l'on a exécutés dans l'hôpital, on a dû débarrasser la salle Saint-Louis des lits qu'elle

contenait et les placer dans les services de MM. Cruveilhier et Rayer. Par suite de l'encombrement qui en est résulté et du défaut d'espace, on a renvoyé tous les malades convalescens et en état de marcher. Cet homme avait été désigné pour partir, mais il lui fut impossible même de sortir de l'hôpital ; il fut donc placé dans le service de M. Cruveilhier. Il raconte qu'en 1824 il fut atteint d'un catarrhe pulmonaire étant au service ; il en fut traité à l'hôpital du Gros-Caillou. Il contracta aussi, étant militaire, quatre fois la blennorrhagie ; il n'eut jamais de chancres. Vers le milieu de l'année 1841, il fut pris de frissons violens qui restaient quelquefois quinze jours à un mois sans se montrer ; ces frissons duraient environ une heure. Après quatre ou cinq mois, un mal de gorge survint ; le malade vint à la Charité se faire saigner ; l'angine disparut, mais il succéda à cette affection une inflammation des gencives.

Deux mois et demi après que le mal de gorge fut passé, le malade vit la paupière du côté gauche tomber complètement sans pouvoir la relever. Il est important de noter que cet homme, quelque temps après qu'il fut guéri de son angine, eut un étourdissement violent. Il travaillait, dit-il, à la pose des tuyaux de conduite pour les eaux, rue Saint-Dominique, quand, en se penchant sur un de ces tuyaux, il sentit que tout tournait autour de lui ; il voulut marcher, et fut très surpris de ne pouvoir se diriger ; il était comme un homme ivre.

Presque en même temps que la paupière gauche se paralysait, le malade vit le mouvement et le sentiment du bras droit se perdre peu à peu, d'abord la force diminua, puis il ne lui fut plus possible de tenir les objets, enfin la paralysie fut portée au point de ne plus pouvoir bouger le bras et de ne plus sentir, même quand on pinçait fortement la peau.

Avant que cette paralysie se fût manifestée, il contracta aussi, étant militaire, quatre fois la blennorrhagie ; il n'eut jamais de chancres. Le malade assure que pendant un jour ou deux, il eut la bouche toute tournée et déviée à gauche. La joue perdit le sentiment et la langue se paralysa dans toute la moitié gauche.

Etant dans cet état en février 1842, il entra à l'hôpital Beaujon. Outre la maladie principale que nous décrivons, cet homme était affecté d'un rétrécissement de l'urètre, et il lui survint à cette époque un abcès à la région du cou. Placé à Beaujon, dans le service de M. Robert, un traitement antisyphilitique : salsepareille, pilules mercurielles, bains de Barèges, lui fut administré. Au bout de deux mois il y eut un mieux évident : la paupière avait recouvré sa sensibilité et son mouvement ; la langue, dont on avait pu à l'entrée du malade, traverser la moitié gauche avec une épingle sans qu'il en eût le sentiment, avait presque complètement recouvré sa sensibilité ; enfin, il pouvait se servir de son bras assez bien pour travailler.

Dans cet état, il sortit de l'hôpital et reprit ses travaux pendant environ trois mois. Après ce laps de temps, le malade éprouva une grande difficulté à uriner. Pensant que cette difficulté tenait au rétrécissement pour lequel on l'avait soigné à Beaujon, il entra dans le service de M. Velpeau qui, après l'avoir sondé, reconnut qu'il n'y avait aucun obstacle mécanique au passage des urines. Le malade sortit.

Sa jambe gauche, quelque temps avant, lui avait paru s'affaiblir. A dater de ce moment, elle se paralysa de plus en plus.

Fabre n'était sorti de la Charité que parce que M. Velpeau, ne lui trouvant rien dans l'urètre ni dans la vessie, avait refusé de le garder. Deux jours après il se rendit au Bureau central des hôpitaux, et on le plaça dans le service de M. Andral, suppléé par M. Monneret. Il y resta deux mois, jusqu'au changement que nous avons indiqué.

Le malade fut donc placé dans le service de M. Cruveilhier. Voici ce qu'on observe à son entrée : La jambe gauche est paralysée incomplètement ; il urine avec difficulté. Le globe de l'œil gauche est immobile ; il est impossible au malade de regarder en dehors sans tourner la tête ; cet œil est rouge, enflammé ; le bras droit a recouvré le mouvement, mais il manque de forces ; pas de maux de tête, pas d'étourdissemens ; très bon appétit ; sommeil assez bon ; la nutrition est passable. Le malade ne va à la garderobe que tous les quatre à cinq jours ; mais il sent bien les matières passer. Enfin il se plaint d'une barre douloureuse qui suit une ligne tracée de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la ligne blanche en avant, et jusqu'à la colonne lombaire en arrière : seulement du côté droit.

Après avoir reçu tous ces renseignemens de la bouche du malade, M. Cruveilhier pensa qu'il s'agissait de tubercules développés dans le cerveau ou d'une tumeur d'une autre nature qui aurait commencé au niveau des pédoncules, par exemple, aurait envahi la protubérance et le commencement du bulbe.

Soupçonnant à ces désordres une origine syphilitique, le le malade a été soumis à un traitement mercuriel, liqueur de Van-Swieten, décoction de salsepareille.

Voici quels sont les résultats qu'on peut observer après deux mois de traitement. Aujourd'hui, le globe de l'œil droit a retrouvé sa mobilité, le bras gauche a retrouvé presque toutes ses forces, la langue a repris son mouvement et sa sensibilité, la jambe supporte assez bien le malade, il peut marcher sans béquilles, la vessie a repris ses fonctions, l'urine est expulsée sans difficulté, la barre douloureuse se fait moins sentir.

— Sous tous les rapports, cette observation est du plus haut intérêt. Voilà évidemment des symptômes d'une compression graduelle qui se manifestent, compression qui ne doit pas laisser de doute sur le diagnostic de la maladie. Un traitement mercuriel est prescrit, et non-seulement l'affection s'arrête, mais l'on voit les symptômes les plus graves disparaître peu à peu ; en un mot, le malade guérit ou semble guéri. Y avait-il donc eu erreur de diagnostic, ou le traitement mercuriel fait-il disparaître les tumeurs développées dans le cerveau ? Telle est l'alternative dans laquelle on est placé devant ce fait. M. Cruveilhier donne une solution qui nous paraît fort concluante. La maladie, selon lui, est une tumeur, tubercules ou autres, mais probablement des tubercules comme dans le premier cas ; le traitement mercuriel n'a certainement pas le pouvoir de faire disparaître ces tumeurs, mais rien ne s'oppose à ce qu'on conçoive que si la maladie est survenue sous des influences syphilitiques, ce traitement n'arrête la maladie dans sa cause, et que les tumeurs alors cessent de prendre de l'accroissement. Or, si cela est, le résultat obtenu le rend probable, tout s'explique : la disparition de la paralysie de la paupière, du bras, de la jambe, qui paraît inexplicable en reconnaissant des tumeurs au cerveau pour causes, devient facile à comprendre si la maladie cesse de faire des progrès. Il est prouvé par un certain nombre de faits que le cerveau s'habitue à la longue à une compression modérée, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long, il recouvre, à peu de chose près, l'intégrité de ses fonctions, du moment où cette compression n'est pas poussée trop loin ou n'augmente pas continuellement.

Tout porte à croire qu'il en est ainsi dans ce cas. La maladie est-elle enrayée pour toujours, ou verra-t-on les accidens de compression se manifester de nouveau ? C'est ce qu'il ne nous est pas permis de décider, bien que, nous devons l'avouer, nous penchions plutôt pour la dernière opinion.

Deux cas de gangrène du poumon. Une guérison.

Première observation. — Le 14 juillet est entrée à la Charité la nommée Adelphine Cocu, âgée de trente-deux ans, cuisinière. Cette femme dit être malade depuis trois semaines ; la maladie a commencé par un point de côté fort douloureux, une fièvre violente, et trois ou quatre jours après la toux est survenue et des crachats sanguinolens ont été expulsés ; elle fut traitée chez elle d'abord, on la saigna et on lui fit prendre de la manne, nous dit-elle. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire une semaine après l'invasion du mal, elle commença à s'apercevoir que ses crachats présentaient une odeur fétide qui alla constamment en augmentant, la toux revenait par quintes violentes, surtout la nuit, et elle était suivie d'une expectoration abondante de crachats dont le goût était tellement horrible qu'elle en éprouvait de fortes nausées. A son entrée à l'hôpital, nous constatons l'odeur de ces crachats, qui est exactement celle de la gangrène ; ils ressemblent à du pus phlegmoneux, la quantité en est considérable ; du reste, chose fort remarquable, les symptômes généraux offrent peu d'intensité : on ne perçoit aucun râle dans la poitrine, seulement le poumon droit est un peu moins sonore que le gauche, il y a un peu de dyspnée. Cette femme n'accuse d'autre douleur que la fatigue produite par la toux.

Le même état se maintient pendant une quinzaine sans augmenter. M. Cruveilhier fait administrer le chlorure de chaux et l'opium.

Le 10 août, les crachats sont jaunes, visqueux, collans ; la quantité a diminué, l'odeur est aussi moins mauvaise, la malade accuse encore leur mauvais goût, bien qu'elle dise qu'il est beaucoup moindre. Elle assure ne souffrir d'aucune façon, elle a de l'appétit et a mangé deux portions hier ; elle dort bien, n'a pas le dévoiement et se plaint toujours d'un peu de dyspnée. A l'auscultation, le poumon droit a moins de sonoréité que le gauche, on ne peut constater autre chose. Il y a toujours de la toux par quintes.

Quarante jours après son entrée, l'odeur des crachats a presque complètement disparu, la toux s'est calmée, l'expectoration est à peu près nulle ; la malade demande à sortir de l'hôpital.

Deuxième observation. — Le nommé Claude Perrillat, homme de peine dans un roulage, est entré à la Charité le 7 novembre ; il est âgé de vingt-huit ans, c'est un homme de taille moyenne, assez bien constitué. Il est tombé malade il y a un mois, après avoir couché dans des écuries et s'être exposé au froid étant en sueur. La maladie a débuté par un frisson, qui a été suivi, vingt-quatre heures après, d'un point de côté. Cet homme ne s'est point soigné, il a continué son travail. Il avait été déjà enrhumé l'hiver dernier, et cela s'était passé seul, à ce qu'il dit. Le frisson dura cinq ou six jours, il perdit ses forces, sa voix devint un peu enrouée, il suait un peu la nuit ; enfin, il prit le lit trois semaines environ après les premiers symptômes de l'affection.

Lors de son entrée, nous constatons qu'il est atteint d'un prurigo presque général, mais plus marqué sur la face externe des membres supérieurs. Le malade, à force de se gratter, est tout couvert d'écorchures ; il prétend que cette maladie lui est venue à l'âge d'un an. La voix est très enrouée, la parole presque inintelligible ; il n'accuse pas de douleur ; le pouls est petit ; le nombre des pulsations ne dépasse pas 80 ; la toux est modérée ; les crachats, en quantité moyenne, présentent une couleur *noire-verdâtre* qui les fait ressembler à du jus de réglisse.

La percussion donne de la matité, en arrière, à droite et en bas. On entend un roucoulement dans les deux tiers supérieurs du poumon droit, et un peu dans le poumon gauche ; ce bruit se perçoit beaucoup mieux en arrière qu'en avant ; au tiers inférieur à droite, on n'entend pas du tout la respiration ; on ne perçoit ni égophonie, ni souffle tubaire ; aucun signe d'épanchement. Ventouses scarifiées (8 onces de sang) ; large vésicatoire ; potion avec tartre stibié.

Le 9, l'état ne paraît pas aggravé ; le pouls est petit, peu fréquent ; les crachats sont devenus plus noirs et ont pris en même temps une teinte verdâtre ; aucune douleur, pas de point de côté. Le malade a vomi deux fois et a été quatre fois à la garderobe ; il assure qu'il ne se sent pas très malade, mais il se plaint beaucoup de la soif. Potion avec fleurs d'oranger et tartre stibié, 2 décigrammes ; gomme édulcorée, 3 pots ; pilules avec camphre et musc, 5 centigrammes ; nitre, 1 décigramme.

Le 10, à peu près dans la même position que hier ; la toux est un peu augmentée ; les crachats sont aussi plus abondans et toujours de la même couleur ; pouls petit. Décoction de lichen d'Islande ; pilules avec camphre, nitre et musc ; potion avec extrait résineux de quinquina.

Le 11, la toux est presque continuelle ; la respiration a une odeur horrible ; les crachats ont contracté l'odeur des macérations anatomiques. Quoi qu'il en soit, il y a un contraste frappant entre la gravité de l'état local et l'apparente bénignité de l'état général. Même prescription.

Le 12, les crachats sont moins noirs. Il exhale une odeur gangréneuse ; on n'entend pas du tout la respiration dans le tiers inférieur du poumon droit ; le pouls est petit et donne 88 pulsations à peu près ; il n'y a pas de douleur de côté, mais la soif est toujours vive. M. Cruveilhier annonce qu'on doit redouter quelque accident, tels qu'une hémorrhagie qui peut donner lieu à une hémoptisie terrible et mortelle. Deux pots de décoction de lichen ; potion avec extrait résineux de quinquina, ajoutez un décigramme de kermès ; pilules avec nitre, camphre et musc.

Le 13, augmentation de la toux et de la dyspnée ; mêmes crachats. Mort subitement à cinq heures du soir, en poussant un cri.

Autopsie quarante heures après la mort.

Le poumon droit présente dans le tiers inférieur tous les signes de la pneumonie au troisième degré ; une ligne de démarcation très tranchée existe entre la partie malade et le reste du poumon ; adhérence intime avec la plèvre. On trouve un caillot sanguin presque de la grosseur d'une tête de fœtus, occupant le centre du lobe inférieur droit. Ce caillot enlevé, en versant de l'eau dans le foyer on voit des filamens noirâtres qui sont libres par une extrémité et tiennent au reste de l'organe par l'autre côté ; tout ce lobe inférieur est réduit en détritus noirâtre qui ressemble à de la vase. Le poumon gauche est sain. On voit un ganglion bronchique renfermant des concrétions pierreuses.

— Ce qui doit frapper dans ces deux observations, c'est, sans contredit, le contraste extraordinaire qui existe dans ces sortes de cas entre les symptômes locaux qui décèlent une maladie des plus graves, et les symptômes généraux qui, considérés seuls et peu attentivement, feraient regarder la maladie comme légère. C'est là une apparence de bénignité contre laquelle on doit mettre en garde les jeunes praticiens, car elle exposerait à commettre une erreur de pronostic que les gens du monde ne pardonnent pas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 novembre. — Présidence de M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. le président* annonce à l'Académie que la séance extraordinaire pour la suite de la discussion sur la ténotomie aura lieu samedi prochain, 26. M. Velpeau aura la parole au début de la séance.

— *M. Patissier* lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'emploi médical des eaux de Forges (Seine-et-Oise). La description topographique et médicale faite par M. le rapporteur, montre que ce village offre une exposition très avantageuse pour la santé. On n'y observe ni goître, ni scrofules ; tandis qu'on en rencontre beaucoup dans les environs. Il existe beaucoup de sources à Forges ; mais il n'en est que deux auxquelles on attribue des propriétés médicinales. On y a construit deux grands établissemens de bains qui sont dirigés avec le plus grand soin. L'analyse chimique n'a pu trouver dans ces eaux aucun principe salin actif ; elles renferment une assez grande quantité de matières organiques. Les médecins du pays attribuent à ces eaux la propriété de guérir les scrofules.

La commission ne pouvant suivre des malades sur les lieux, a vu plusieurs sujets traités par les eaux de Forges, et qui lui ont été adressés par des médecins de ce village ; mais elle déclare, par l'organe de M. Patissier, que ces faits ne sont ni assez nombreux, ni assez concluans pour qu'elle puisse se prononcer. Pour décider une pareille question, il faudrait examiner les sujets avant et après le traitement. Cependant il paraît que ces eaux exercent une heureuse influence sur la constitution générale des sujets affectés de scrofules ; c'est ainsi que sous l'influence de ces eaux, les forces augmentent, l'appétit revient ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les engorgemens chroniques ne tardent pas à passer à l'état aigu.

M. Patissier termine en se demandant si c'est à l'exposition avantageuse du village, à la nourriture à laquelle on soumet les malades, ou à l'usage des eaux, qu'on doit les quelques effets avantageux mentionnés précédemment. Les médecins du pays ne manquent pas de faire jouer le principal rôle à l'emploi des eaux ; mais la commission est portée à croire que les trois causes précédemment mentionnées se prêtent un mutuel secours.

En résumé, dit M. le rapporteur, les faits qui nous ont été soumis sont trop peu nombreux et trop incomplets pour que nous puissions nous prononcer sur la valeur thérapeutique de ces eaux. Evidemment de nouvelles expériences sont nécessaires ; et pour que ces expériences puissent avoir une valeur irrécusable, il serait utile que l'administration des hôpitaux de Paris envoyât à Forges plusieurs sujets scrofuleux qui auraient été préalablement soumis à l'examen d'une commission composée de médecins des hôpitaux. Tel est le désir formé par la commission dont je suis en ce moment l'organe.

M. Delens. La mesure proposée par la commission des eaux minérales est bonne, sans doute ; cependant je la crois incomplète pour obtenir un résultat tout à fait satisfaisant. En effet, M. Patissier vient de vous dire que la commission n'est pas d'accord avec les médecins du pays sur la question de savoir si c'est à l'exposition du pays ou à l'usage des eaux qu'on doit attribuer les effets obtenus. Or, il est facile de comprendre que l'envoi pur et simple des malades qu'on propose, laisserait à cet égard les mêmes incertitudes. Je propose donc que les malades envoyés à Forges soient divisés en deux catégories, que les uns soient soumis à l'usage des eaux, tandis que les autres ne soient soumis qu'à l'influence du climat.

M. Patissier. Je ne m'oppose point à la proposition de M. Delens ; mais il me semble que ce n'est là qu'une condition secondaire ; l'essentiel c'est que les malades guérissent.

M. Rochoux combat l'idée que vient d'émettre M. Patissier, et appuie la proposition de M. Delens.

M. Guersant. J'appuie le principe émis par M. Delens ; mais je crois qu'il y a un moyen plus simple et en même temps plus sûr de décider la question en litige ; c'est d'envoyer un certain nombre de malades à Forges, et de traiter les autres à Paris avec des eaux de ce pays. Ce ne sera que par ce moyen qu'on pourra juger de la valeur réelle de ces eaux. (Appuyé, appuyé.)

M. Guibourt. Je connais le village de Forges ; son exposition est on ne peut plus utile pour la constitution des sujets scrofuleux. J'y ai conduit récemment une dame qui en a éprouvé une amélioration mar-

quée dans sa constitution; mais les lésions locales de la maladie n'ont été modifiées en aucune manière. Pour ma part je suis convaincu que les eaux de ce pays n'ont aucune propriété médicale; c'est purement et simplement de l'eau de puits. Tous les avantages dont on parle doivent être attribués à l'exposition du pays. Du reste, que l'on adopte la proposition de M. Guersant et l'on pourra en juger.

La proposition de M. Guersant est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

— *M. Villeneuve* lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un rapport dans lequel il examine les abus du charlatanisme médical, et les moyens que l'Académie doit prendre pour réprimer ces abus quant à ce qui la concerne. Les conclusions proposées par la commission soulèvent une discussion bruyante dans laquelle on n'a fait que répéter ce qu'on a déjà dit tant de fois. A la suite de cette discussion que nous croyons inutile de reproduire ici, puisque ce sont toujours les mêmes argumens, la commission a été engagée à formuler dans une prochaine séance de nouvelles conclusions. Nous aurons donc occasion de revenir sur ce sujet.

— *M. Archigène* met sous les yeux de l'Académie un instrument pour faciliter la suture dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, ainsi que dans toutes les opérations qui ont de l'analogie avec elle. Cet instrument, qui a une grande analogie avec celui de M. Depierris, est coudé dans son manche afin que la main ne masque pas le point sur lequel on veut agir. C'est une modification ingénieuse qui aura sans contredit son utilité. C'est à l'habileté bien connue de M. Charrière que M. Archigène a confié la confection de son instrument.

— *M. Laugier* met sous les yeux de l'Académie la moitié d'un maxillaire inférieur qu'il a réséquée avec succès chez un homme d'environ 55 ans.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 novembre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

M. Lisfranc écrit au président pour qu'il veuille bien l'inscrire au nombre des candidats pour la place devenue vacante par la mort de M. Larrey.

— *M. Flourens*, en présentant à l'Académie l'ouvrage qu'il publie en ce moment sur le développement des os et des dents, résume ainsi les résultats de son travail :

Ces résultats sont au nombre de quatre, savoir :

1° Que les os croissent en grosseur par couches externes et superposées;

2° Qu'ils croissent en longueur par couches terminales et juxtaposées,

3° Que, à mesure que des couches nouvelles sont déposées à la face externe de l'os, des couches anciennes sont résorbées à la face interne;

4° Que l'ossification consiste dans les transformations régulières et successive, du périoste en cartilage et du cartilage en os.

Un fait d'un ordre plus général, et qui ressort également de toutes les expériences de mon livre, est le fait de la *mutation continuelle de la matière*, fait jusqu'ici plutôt soupçonné que démontré, fait singulier qui semble dégager par un mécanisme visible la matière de ses ressorts secrets, et qui marque à la physiologie son véritable objet : l'étude des forces.

— Dans le comité secret de ce jour, l'Académie a dû s'occuper d'entendre le rapport de la section de médecine et de chirurgie pour le remplacement de M. Larrey.

— *M. Le Roy d'Etiolles* adresse une note sur la participation de la mécanique au progrès de la chirurgie, suivie de la description d'un instrument nouveau pour la staphylorraphie. Dans la première partie de sa note, M. Le Roy fait l'éloge de la mécanique, et blâme les chirurgiens qui s'indignent de son intervention dans les opérations chirurgicales.

Comme appendice à cette lettre, et comme application de ce qu'elle contient, je soumettrai à l'Académie, dit M. Le Roy, des instrumens destinés à la staphylorraphie; par eux, la durée de l'opération peut être diminuée des quatre cinquièmes, sans nuire à la rectitude et à la sûreté.

Les difficultés de cette opération si longue, si laborieuse, même entre les mains de son principal inventeur, les plus dextres que nous ayons vu manier un bistouri depuis un quart de siècle (car M. Magendie n'est pas classé parmi les chirurgiens ; et, quant à Dupuytren, c'était moins la perstidigitation qui le distinguait, que le jugement, l'accord entre la tête et la main), les principales difficultés de la staphylorraphie, disons-nous, proviennent de la mobilité du voile du palais et de la langue, qui, pour le placement des aiguilles et l'avivement des bords de la division, donne lieu à des tâtonnemens renouvelés au moins huit fois dans l'opération, puisqu'il y a, terme moyen, six aiguilles à passer et deux avivemens à faire. Il est évident qu'un instrument au moyen duquel un des côtés du voile du palais étant une fois saisi, tous let fils seraient passés aux distances voulues et l'avivement serait accompli, diminuerait les souffrances du malade et constituerait un perfectionnement utile. Eh bien, c'est là précisément ce que j'obtiens avec les instrumens que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie. J'ai traduit, comme on peut le voir, cette pensée de quatre différentes manières : l'un des instrumens a la forme des ciseaux coudés de M. Roux ; les trois autres sont combinés avec les divers systèmes d'aiguilles de MM. Soto, Bourguignon, Fauraytier, Despierris, et avec le mien, qui, pour le dire en passant, avait précédé les autres de plusieurs années. Je ne me suis pas borné à rendre plus prompte l'exécution de la staphylorraphie : j'ai cherché à en assurer la réussite en prévenant la déchirure des bords de la division par les fils, cause ordinaire de nos insuccès. Pour cela j'ai substitué aux fils ordinaires les fils de caoutchouc revêtus de soie ; et comme l'élasticité de ces fils ne peut être mise en jeu s'ils n'ont pas une certaine longueur, au lieu de les nouer immédiatement sur le voile du palais, ils viennent, en passant à travers un cylindre métallique percé de trous, se fixer sur un ressort en spirale placé à l'extrémité d'une tige coudée dépassant les lèvres. J'ai donné la figure d'une disposition analogue dans un mémoire sur les fistules vésico-vaginales. — Par ces inventions étrangères à ma spécialité pratique, je veux m'efforcer de répondre aux reproches d'aptitude bornée que nous adressent les *grands chirurgiens*, et poursuivre la double mission que je me suis donnée, d'allonger, si je puis ainsi dire, les doigts du chirurgien par des moyens mécaniques, et de diminuer les douleurs des opérations.

NOUVELLES.

— La Société de médecine de Strasbourg a tenu sa première séance le jeudi 10 novembre, à l'amphithéâtre des cliniques de l'hôpital civil. Les membres fondateurs sont : MM. Aronssohn, Bach, Th. Bœckel, E. Bœckel, Boyer, Briffault, Caillot, Claude, Clausing, Coze, D'Eggs, Deyber, Ehrman, Eissen, Fallmer, Fée, Forget, Gerhard, Heydenreich, Hirtz, Hartung, Held, Hoff, Hugueny, Imlin, Jannesson, Kirschleger, Knoderer, Küss, Lambert, Lauth, Lereboullet, Libermann, Malle, Marchal fils, Nestler, Oberlin, Rigaud, Robert, Roth, Ruef, Schaller, Schlund, Scheiter, Schuré, Scoutetten, Schützenberger, Sédillot, Simon, Stœber, Stœss, Stoltz, Strohl, Tourdes, Tourdes fils, Uebersaal, Wœhrlin, Zeyssolff.

La Société a procédé à l'organisation de son bureau : elle a élu MM. Ehrmann président, Stoltz et Forget vice-présidens, Stœber et Tourdes fils secrétaires, Oberlin archiviste trésorier.

— M. le ministre de l'instruction publique, d'après l'avis du conseil royal, vient d'accorder à la faculté de médecine de Strasbourg, sur les fonds du budget de 1842, une allocation supplémentaire de près de 7000 fr. Cette somme a été demandée pour l'acquisition d'instrumens de physique, de pièces plastiques d'anatomie pathologique humaine et comparée, de livres de prix qui manquaient à la bibliothèque, et dont l'achat aurait absorbé une trop grande partie de l'allocation ordinaire ; enfin pour la réimpression des catalogues raisonnés du beau musée d'anatomie, qui s'enrichit tous les ans par les soins du directeur et des autres professeurs. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— L'Administration des hôpitaux et hospices de Paris a reçu de dons et de legs, pendant l'année 1841, une somme d'environ 170,000 fr. et une maison de la valeur de 32,000 fr.

— La publication du *Compendium de médecine pratique* se poursuit avec activité. La 17e livraison vient de paraître. Comme toutes celles qui l'ont précédée, elle renferme des matières d'une haute importance pour la médecine pratique : l'Hydrothorax, l'Idiotie, la Jaunisse, l'Hypocondrie et l'Hystérie, ces deux grandes névroses si redoutables pour l'habitant des villes, occupent une grande place dans cette livraison. — Chez Béchet jeune, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— M. Chassaignac commencera un cours d'anatomie le lundi 21 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Le cours commencera par la description des articulations.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 141, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 45 cent. la ligne de 57 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Pleurésies.

Nous avons observé dans le service de M. Chomel plusieurs cas de pleurésie intéressans par les formes différentes et les caractères particuliers qu'ils ont présentés. En attendant que nous jetions un coup-d'œil sur l'ensemble de ces faits, qui constituerait une sorte de tableau général de cette affection, nous rapporterons les deux faits suivans qui impriment un intérêt particulier aux réflexions dont ce professeur en a accompagné l'histoire.

Première observation. — *Métrite post-puerpérale compliquée de broncho-pneumonie et de pleurésie double avec épanchement. Mort.*

Au n° 26 de la salle des femmes, est couchée une femme âgée de trente-deux ans, chétive, d'une mauvaise constitution, d'une santé habituellement délicate et souvent altérée. Elle a presque toutes les dents cariées et les gencives en mauvais état. Elle accoucha à la Maternité, et sortit peu de jours après, à pied, pour se rendre chez elle, ce qui la fatigua beaucoup. Arrivée à son domicile, elle fut prise de douleurs de reins et de malaise général. Trois jours après elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Au premier examen (15 novembre), le toucher fit reconnaître que l'utérus, triplé de volume, remplissait tout le bassin; il était immobile et résistant à la pression exercée sur le col. Par le toucher abdominal, on sentait très distinctement cet organe à la région hypogastrique. L'utérus était, en un mot, le siége d'une de ces inflammations désignées sous le nom de *métrite post-puerpérale*. Cette maladie, toujours grave, et d'autant plus grave qu'elle survient à une époque plus rapprochée des couches, et qu'elle paraît s'être développée sans aucune cause accidentelle connue, et sous l'influence probable d'un état morbide général, ainsi qu'il paraît en être dans ce cas, n'était pas cependant la seule affection dont cette femme fût atteinte. En effet, chez cette malade, on remarquait en même temps une fréquence considérable du pouls (120), fréquence qui ne pouvait dépendre uniquement de l'état morbide des organes génitaux. Cette circonstance porta à soupçonner quelqu'autre lésion grave.

En examinant la bouche, nous y constatâmes des points blancs çà et là, d'un aspect blafard; ce symptôme éveilla d'autant plus notre attention, que la présence de ces pseudo-membranes tient ordinairement à une altération générale des fluides, et constitue un signe presque toujours inquiétant. Portant notre attention sur l'appareil respiratoire, nous trouvâmes en arrière un râle crépitant humide et peu sonore, plus obscur à droite qu'à gauche. Ce seul signe auquel nous reconnûmes une inflammation du parenchyme pulmonaire et des bronches, nous fit porter dès le premier jour un pronostic grave.

Nous ordonnâmes en conséquence, malgré l'état de faiblesse générale de la maladie, une saignée dont l'indication nous semblait pressante.

Le lendemain (16 novembre), la maladie avait continué à faire des progrès. En explorant de nouveau la poitrine, nous avons trouvé une matité complète dans la partie inférieure des deux côtés de la poitrine, avec de l'égophonie; signes d'une véritable pleurésie double qui paraît avoir débuté d'abord à gauche et s'être étendue ensuite au côté droit. L'examen du cœur nous révéla en même temps l'existence d'un souffle très marqué.

Le 21, la maladie fait des progrès du côté des poumons. Le râle crépitant est augmenté dans les points où le bruit respiratoire est encore sensible. La malade est très affaissée; ses traits sont profondément altérés; le pouls est très fréquent; la malade, habituellement douée d'une grande énergie morale, est plongée dans un état de découragement et d'anxiété extrêmes.

Ainsi, voilà une malade qui nous présente d'abord une métrite avec bronchite et pneumonie à droite, puis une double pleurésie, état morbide complexe et extrêmement grave comme on en peut juger. Aujourd'hui c'est la pneumonie double surtout qui doit le plus fixer notre attention. Quant à l'état de la bouche, il s'est notablement amendé.

Nous nous bornons, à défaut de moyens plus énergiques que contre-indique l'affaiblissement de la malade, à l'application d'un très large vésicatoire au dos. Nous employons rarement les vésicatoires dans cette région, à cause de la gêne considérable qu'ils occasionnent. On croit généralement, cependant, que les vésicatoires appliqués dans le dos, au niveau de la racine des bronches, doit produire une révulsion beaucoup plus énergique dans les cas de bronchite profonde: cela peut être vrai; mais nous préférons, dans le but d'épargner autant que possible des douleurs et de la gêne aux malades, appliquer les vésicatoires sur les côtés de la poitrine. Mais dans le cas actuel nous n'avons pu suivre notre règle habituelle, et vu l'indication spéciale pressante à laquelle nous devions obéir, nous avons passé outre sur cette considération.

Le 22, la malade après avoir éprouvé des symptômes de plus en plus graves, surtout du côté de l'appareil respiratoire, a fini par succomber dans un état de prolapsus complet.

L'autopsie a révélé: du côté des organes de la génération, un épaississement considérable des parois du vagin, principalement en arrière, avec rougeur; gonflement mollasse du col de l'utérus encore entr'ouvert, bien que l'accouchement datât de huit semaines. Dans la cavité utérine, rougeur prononcée avec gonflement de la membrane interne. A l'extérieur, des adhérences du fond de l'utérus avec les intestins. Les ovaires, surtout le gauche, présentaient une tuméfaction inflammatoire marquée.

Du côté de l'appareil respiratoire, on a trouvé d'abord un épanchement pleurétique avec rougeur de la plèvre. Les poumons présentaient tous les caractères d'une pneumonie au deuxième et même au troisième degré.

L'orifice auriculo-ventriculaire du cœur était excessivement rétréci; un caillot sanguin volumineux occupait toute la capacité de ce ventricule.

L'autopsie nous a donné ainsi une vérification complète du diagnostic qui avait été porté sur cette malade.

Deuxième observation. — *Pleurésie du côté droit avec épanchement considérable. Résolution. Considérations sur le mécanisme de la respiration dans les conditions de l'épanchement, et sur les modifications qu'éprouvent les parois thoraciques.*

Au n° 24 de la même salle est couchée une femme âgée de trente-neuf ans, native de Genève, couturière, jouissant habituellement d'une assez bonne santé. Elle était souffrante depuis environ trois semaines lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. Elle fait remonter l'origine de sa maladie à un refroidissement subit qu'elle ressentit un jour en travaillant les croisées ouvertes; ce fut en effet à la suite de cette impression qu'elle éprouva un point de côté accompagné de toux, qui l'obligea à s'aliter. Le médecin aux soins duquel elle se confia lui fit une application de sangsues et la soumit à un régime adoucissant. Au bout de dix jours, se sentant un peu soulagée, elle voulut reprendre ses occupations ordinaires, mais ses forces s'y refusèrent, et elle éprouva dès ce moment une grande gêne dans la respiration et des défaillances qui la décidèrent enfin à entrer à l'hôpital.

Le 17 novembre, jour de son admission, elle nous a offert l'état suivant: respiration très difficile, dyspnée considérable; la malade ne peut point se coucher sur le côté gauche; à l'examen de la poitrine on trouve un son complètement mat dans toute l'étendue du poumon droit, jusque sous la clavicule; cette matité dépassant même le sternum, envahit le côté gauche, au point que le cœur est refoulé dans ce dernier sens. Fièvre intense, pouls fréquent, peau chaude et sèche, prostration générale. On lui a pratiqué une saignée générale. Quel-

FEUILLETON.

Observations sur les acares vivans dans les follicules pileux de l'homme dans l'état de santé et de maladie; par le docteur Gustave SIMON (de Berlin).

M. Simon (de Berlin), en faisant des recherches sur le siége anatomique de l'acné, qu'il croit devoir placer dans les follicules pileux, a été conduit à la découverte intéressante d'un nouveau parasite vivant dans la peau de l'homme. Le travail qu'il a publié à ce sujet, et dont nous allons extraire les faits principaux, est inséré dans le premier numéro des Archives de la médecine comparée, que M. Rayer vient de faire paraître.

En examinant au microscope la matière contenue dans les petites cavités de certaines parties de la peau, connues sous le nom de *tannes*, de *crinons*, de *comedones*, d'*acne punctata*, il remarqua plusieurs fois un corps mince d'environ un dixième de ligne de long, arrondi à l'une de ses extrémités, un peu plus épais à l'autre. Celle-ci paraissait bordée de petites dentelures. Il tâcha de l'isoler convenablement de la matière des tannes par des mouvemens de va et vient de la plaque de verre supérieure, et il en vint à supposer que ce devait être un animal, et qu'avec un plus fort grossissement il pourrait distinguer ses diverses parties. Cette supposition fut changée en certitude lorsque dans un cas où il avait comprimé doucement entre les deux plaques de verre la matière à examiner, il put y reconnaître des mouvemens évidens. Depuis lors, il a fait si souvent la même observation, qu'il est parfaitement convaincu de son exactitude.

L'existence d'un animal inconnu jusque là, vivant dans la peau de l'homme, était un fait si extraordinaire, que M. Simon se fit tout d'abord l'objection qu'il aurait pu être mêlé à la matière de la tanne, soit par l'eau qu'il avait employée, soit de toute autre manière. Il est vrai que ces animaux étaient en général enveloppés dans une grande quantité de cellules graisseuses et ne devenaient visibles que lorsqu'on les en avait doucement séparés. Pour résoudre cette difficulté, il prit deux lames de verre bien propres qu'il soumit à une forte chaleur, sur une lampe à alcool, pour les débarrasser complètement de toute matière organique qui pourrait y adhérer. A l'aide d'autres précautions encore aussi délicates, M. Simon se convainquit que ces animaux étaient bien réellement contenus dans la matière de la tanne, comme aussi qu'ils n'existaient pas à la surface de la peau. Au total, M. Simon a trouvé des animalcules dans la matière des tannes, chez trois sujets vivans, chez un homme de quarante ans, un de trente et un de vingt-deux. Tous trois sont en bonne santé et fort propres. Chez tous trois les tannes ont leur siége au nez. Chez sept autres personnes, chez lesquelles il a examiné la matière des tannes, il n'a pu découvrir d'animalcules.

M. Simon voulut chercher aussi ce parasite sur le cadavre. Jusqu'à présent il a fait des recherches sur dix cadavres, deux d'enfans nouveaunés, un d'enfant de trois ans, et sept d'adultes des deux sexes. Chez huit, dont six étaient affectés de tannes, il a trouvé des animalcules, soit dans les follicules pileux du nez pathologiquement développés, soit dans les follicules à l'état parfaitement normal.

Voici maintenant la description que fait M. Simon de ces animalcules:

Ils n'avaient pas tous le même aspect, mais présentaient des différences qui, comme il le dit plus loin, dépendaient de leur âge. La forme qu'il a rencontrée le plus souvent avait 0,085 à 0,125 de ligne de long sur environ 0,002 de ligne de large. La tête, qui se rétrécit en avant, est formée de deux corps placés latéralement (palpes), et d'un suçoir situé entre ces deux palpes. Les palpes sont composées de deux articles, un postérieur plus long, et un antérieur plus court. Ce dernier paraît avoir à son extrémité de petites dentelures. Le suçoir, qui quelquefois dépasse les palpes et qui d'autres fois est moins long qu'eux, ressemble à un tuyau allongé. Au-dessus du suçoir existe un organe triangulaire, dont la base très courte appuie sur la partie postérieure du suçoir, mais dont le sommet ne va pas jusqu'à l'extrémité de celui-ci. Au moyen d'un fort grossissement on voit que ce corps triangulaire est formé de deux lames pointues ou soies placées l'une à côté de l'autre.

La tête se continue immédiatement avec le thorax, lequel forme environ le quart de la longueur du corps et un peu plus large que la partie supérieure de l'abdomen. Des deux côtés du thorax existent quatre paires de pieds très courts, ayant la forme d'un cône, dont la base appuierait sur la partie latérale du thorax. En général, on remarque sur chaque membre trois lignes transversales obscures, qui semblent indiquer l'existence de trois articulations. Entre ces lignes se trouvent souvent des raies transversales, plus courtes, moins marquées et irrégulièrement distribuées, qui semblent des plis très fins. A l'extrémité de chaque pied on aperçoit, avec un fort grossissement, trois crochets déliés, un long et deux plus courts. Ces crochets se terminent généralement par une pointe aiguë, quelquefois cependant ils ont paru arrondis. De la partie antérieure de la base de chaque pied part une raie formée d'une double ligne, laquelle s'avance jusqu'à la ligne médiane du thorax: il en existe quatre en tout. Sur la ligne médiane chacune de ces raies est unie à celle qui est placée immédiatement en arrière d'elle au moyen d'une raie longitudinale, ordinairement peu marquée. Les raies transversales font probablement le tour du thorax; du moins je les ai trouvées aussi marquées, soit que j'examinasse l'animal par le dos ou par le ventre. Quant à la forme générale du thorax, il avait une largeur presque égale partout; seulement, à la partie moyenne, au niveau de la deuxième paire de pattes, il était plus large qu'ailleurs.

Au thorax succède sans interruption l'abdomen, qui, à sa partie antérieure, est seulement un peu plus étroit que le thorax, mais qui s'amincit insensiblement et se termine par une extrémité arrondie; sa longueur est environ trois fois celle du thorax. Sur tout l'abdomen on remarque des lignes transversales très fines, très rapprochées et très régulières qui paraissent formées par des enfoncemens ou par des saillies; car quand on examine les parties latérales de l'abdomen avec un grossissement un peu fort, on voit entre deux enfoncemens une petite saillie, de sorte que le bord paraît rayé comme avec une lime. Les masses contenues dans l'intérieur de l'abdomen empêchent souvent de reconnaître ces lignes transversales; mais avec un examen attentif, on peut toujours les observer au moins partiellement; et ce qui rend facile de les reconnaître sur toute la surface de l'abdomen, c'est, au moyen d'une forte pression, d'en rompre les parois et d'opérer l'expulsion de la matière qu'elles contiennent.

A l'intérieur de l'abdomen, on aperçoit par transparence une matière brune ou noirâtre qui paraît composée de petits grains. Ces grains ont de la ressemblance avec ceux qui se trouvent dans l'intérieur des cellules de pigment; ils sont seulement un peu plus gros et moins réguliers que ces derniers. Ordinairement cette matière remplit tout l'abdomen, mais quelquefois il existe des places claires et transparentes, de grandeur variable, qui ont assez l'apparence de gouttelettes de matière grasse. Ces places transparentes, qui sont rondes, ovales ou presque quadrilatères, l'emportent parfois en étendue sur la matière foncée, qui même peut être réduite au point de ne plus former que le bord de ces taches, ce qui donne à l'abdomen l'apparence d'être tout rempli de cellules. Ces cellules sont quelquefois si grandes qu'il n'en faut que deux placées l'une devant l'autre pour remplir l'abdomen; d'autres fois elles forment deux rangées bien régulières; souvent les cellules grandes et petites sont entremêlées irrégulièrement. Une fois, M. Simon a vu la matière granuleuse s'étendre jusque dans le thorax; en arrière, chez beaucoup d'animalcules, elle occupe jusqu'à l'extrémité de l'abdomen; chez d'autres elle s'arrête avant d'avoir atteint cette extrémité, et en est séparée par un intervalle bien limité.

M. Simon a quelques fois remarqué, à la partie antérieure de l'abdomen, un corps coloré en brun, allongé, terminé en avant par une pointe fine paraissant composée de granules, mais présentant des contours plus marqués et plus réguliers que le reste de la matière. En opérant au moyen de la pression la rupture du corps, on en faisait sortir une quantité de granules isolés ayant l'aspect indiqué, mais il ne put jamais distinguer un organe d'une structure déterminée.

ques jours après, on lui a administré à plusieurs reprises du tartre stibié.

Le 18, cette médication paraît avoir amendé un peu l'état de la malade. La matité est moins complète sous la clavicule; la dyspnée est moins considérable. On applique deux vésicatoires sur le côté de l'épanchement et on administre des purgatifs.

Le 19, le mieux continue; la respiration se fait mieux entendre sous la clavicule; la malade peut se coucher sur le côté gauche, ce qui lui avait été jusque là impossible. La fréquence vu pouls, la chaleur et la sécheresse de la peau diminuent. La malade est dans un état de moiteur favorable. La résolution commence à s'opérer.

Aujourd'hui 20 novembre, le son est clair au niveau de la clavicule en avant, plus obscur en arrière, mais beaucoup moins que les jours précédens; le bruit respiratoire commence à se faire entendre dans une étendue du poumon assez considérable. L'épanchement pleurétique va diminuant tous les jours. La malade se trouve très soulagée; l'appétit est même revenu.

— Nous avons tout lieu de croire que nous avions affaire ici à un épanchement énorme, épanchement probablement séreux et non purulent, car dans ce dernier cas la résorption n'en eût pas été aussi prompte, et les symptômes, bien que déjà fort graves, l'eussent été sans contredit davantage.

Ayant mesuré l'étendue circulaire de la poitrine des deux côtés, j'ai trouvé encore une différence de 18 à 20 lignes entre le côté sain et le côté malade; ce dernier, bien entendu, étant le plus ample. La dilatation eût été trouvée certainement plus grande les premiers jours, si l'on avait songé à prendre des mesures. La différence diminue graduellement à mesure que la résorption s'effectue, et nous arriverons sans doute, quand la résorption sera complète, à trouver le côté malade plus petit que le côté sain; car c'est le mécanisme de ces épanchemens, que le côté malade augmente d'abord d'ampleur en proportiou de la quantité du liquide épanché, puis, il diminue d'une manière graduelle au fur et à mesure que se fait la résorption du liquide, au point que, lorsque l'épanchement a disparu le côté primitivement malade se rétrécit par suite de l'affaissement qu'a subi le poumon, puis, plus tard enfin, à mesure que le poumon reprend son élasticité et sa perméabilité, les parois de la poitrine reviennent peu à peu à leur ampleur normale. J'ai même vu des cas qui tendraient à prouver que le côté malade finit quelquefois par acquérir une étendue plus grande que le côté sain. En voici un exemple:

Un confrère (il y a long-temps de cela) eut, à la suite d'une pleurésie, un épanchement énorme du côté malade; il y eut d'abord une dilatation de la poitrine de ce côté. L'épanchement s'étant peu à peu résorbé, la poitrine s'affaissa d'une manière considérable; mais le poumon reprit insensiblement son élasticité et alors les parois thoraciques se dilatèrent de nouveau dans une égale proportion des deux côtés et revinrent bientôt à leur état primitif. Je constatai à plusieurs reprises, par la mensuration des deux demi-circonférences du thorax, les différens changemens qui eurent lieu pendant les diverses phases de la maladie et, chose singulière, je trouvai, après la résorption de l'épanchement et le retour du poumon à sa perméabilité naturelle, que le côté malade avait acquis une ampleur plus grande que le côté sain. Peut-être cet excès d'ampleur tenait-il à une disposition physiologique native que nous n'avions pas eu l'occasion de reconnaître avant la maladie. Toujours est-il, en admettant cette dernière supposition, que le côté malade avait récupéré ses dimensions primitives, si même il ne les avait pas dépassées.

J'ajouterai à cet égard deux mots encore pour expliquer le mécanisme en question et le mode suivant lequel se fait la respiration dans les conditions d'un épanchement. Dans le cas d'une pleurésie avec épanchement considérable, la respiration du côté sain se fait d'une manière plus énergique et devient, comme on le dit, puérile, afin de suppléer au défaut d'action de l'autre poumon réduit à l'impuissance, et de suffire ainsi aux besoins de la vie. Laënnec avait déjà signalé ce fait, mais sans y insister beaucoup, au moins sous le point de vue sous lequel nous l'envisageons ici. Ce surcroît de vitalité, dis-je, qui se développe dans le poumon resté sain, finit à la longue par produire une augmentation de volume de cet organe, et les parois thoraciques elles-mêmes se dilatent consécutivement d'une quantité proportionnelle. J'ai observé ce phénomène chez une jeune personne affectée d'un pneumo-thorax qui avait, pour ainsi dire, paralysé tout un poumon. Nous avions mesuré exactement les deux côtés du thorax au début de la maladie; nous les avions mesurés de nouveau après la résorption de l'épanchement. Eh bien! pendant que le côté qui avait été malade s'était affaissé, l'autre avait acquis une ampleur plus considérable qu'avant la maladie.

Deux cas de phthisie pulmonaire ayant offert des particularités intéressantes.

Nous avions dans notre service, dit M. Chomel, deux sujets qui viennent de succomber à une phthisie pulmonaire, et qui ont offert tous deux des circonstances particulières dignes de fixer l'attention. Il est inutile de rapporter avec détail l'histoire de ces deux cas; je me bornerai à bien faire saisir les phénomènes intéressans et assez rares qui ont accompagné leur terminaison funeste.

Première observation. — *Phthisie tuberculeuse. Hémoptysie immédiatement suivie de mort. Considérations sur la valeur séméiologique de l'hémoptysie; sur le mécanisme de ce phénomène et sa liaison avec les tubercules.*

L'un de ces deux malades, après avoir présenté, dans le cours de sa maladie, tout le cortége des symptômes qui caractérisent l'affection tuberculeuse du poumon, eut, en dernier lieu, une hémoptysie à laquelle il succomba immédiatement. Nous dirons tout à l'heure quelles sont les lésions que nous avons trouvées sur son cadavre; examinons d'abord la valeur du phénomène qui, suivant toute apparence, a devancé l'époque à laquelle aurait dû avoir lieu cette terminaison fatale.

L'hémoptysie est un phénomène que l'on observe rarement dans la dernière période de cette maladie. L'opinion générale des praticiens (et cette opinion est exacte), est que ce phénomène morbide, tout en indiquant, dans la grande majorité des cas, la présence dans le poumon de tubercules, soit crus, soit déjà ramollis, n'implique pas un danger prochain, et que les malades, peuvent, en général, survivre encore plus ou moins long-temps à la manifestation de cet accident. Telle est, en effet, la règle générale; mais cette règle souffre des exceptions.

Parfois la phthisie débute par une hémoptysie plus ou moins abondante, sans qu'aucun autre prodrôme ait révélé l'existence de cette maladie; l'hémoptysie se reproduit de temps en temps, et plus tard le malade finit par succomber.

On trouve ordinairement dans ce cas, à l'autopsie, des cavernes tuberculeuses à la partie supérieure du poumon. L'hémoptysie est donc un symptôme grave, et qui, quelquefois, devient la cause déterminante de la mort des phthisiques. Chez d'autres malades, l'hémoptysie n'a pas débuté avec l'affection tuberculeuse, mais elle paraît par la suite, et se reproduit de temps en temps, quoique le plus souvent elle paraisse dans le début. Quand elle arrive dans le cours de la maladie, elle a son point de départ dans le lieu du poumon où l'affection tuberculeuse semble se développer, mais non pas là où il y a des cavernes déjà formées. Aussi, lorsque ce symptôme se présente dans la phthisie bien caractérisée, on le considère communément comme le signe de l'existence de tubercules crus ou dans un état de ramollissement commençant dans un des points du poumon autre que ceux qui sont le siége de cavernes déjà existantes.

M. Reynaud, qui a fait un Mémoire important sur la matière, cite plusieurs observations de cette nature, desquelles il résulte qu'il a vu quelquefois un tubercule pulmonaire ramollir et corroder quelques vaisseaux artériels, et se faire jour dans une bronche d'où le sang était expulsé au dehors sous forme d'hémoptysie. M. Reynaud se fonde sur ces faits pour expliquer le mécanisme de la formation des hémoptysies, par la fonte de quelques tubercules qui, traversant quelques vaisseaux et une des bronches voisines, permettent au sang de venir jaillir au dehors sous la forme de crachemens sanguins plus ou moins abondans.

Ces observations de M. Reynaud nous paraissent exactes, car nous avons aussi eu l'occasion d'observer des faits semblables. Il est pourtant difficile de trouver toujours le point du poumon dans lequel l'hémoptysie a sa source. Il faut pour cela faire beaucoup d'incisions dans la direction des rameaux bronchiques, et souvent on n'arrive à rien de bien précis; car, après avoir divisé le tissu pulmonaire en différens sens, il se fait un épanchement de liquides de différente nature qui altèrent l'aspect des tissus et laissent difficilement apercevoir le siége du désordre en question, qui d'ailleurs peut être très peu étendu. Cette recherche, qui pourtant est d'une grande importance sous le point de vue de l'anatomie pathologique, exige beaucoup de temps, de la patience et du bonheur.

Chez notre malade, nous avons vu un poumon qui contenait une vaste caverne au sommet, remplie encore de matière tuberculeuse ramollie, mais sans la moindre quantité de sang; tandis qu'on en a trouvé en assez grande quantité dans les bronches, près du point où nous croyons que s'est passé le phénomène hémoptysique. Mais ce siége n'est pas du tout évident; est-ce que par hasard l'hémoptysie aurait eu lieu par une espèce d'exhalation sanguine, sans rupture aucune des vaisseaux, et, comme il arrive quelquefois, sous la seule influence de l'état morbide? Ce phénomène n'est pas rare. On voit quelquefois chez des femmes soumises à des causes morbides qui les épuisent, les sécrétions changer de nature, de séreuses, par exemple, qu'elles étaient, devenir sanguinolentes; ce qu'on explique par une véritable endosmose du sang à travers les parois vasculaires. Est-ce ainsi que se fait l'hémoptysie dont nous parlons? C'est possible. Quoi qu'il en soit, ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Reynaud.

Ce malade n'a drésenté du reste aucun des désordres qu'on observe ordinairement dans le tube intestinal des phthisiques, autre circonstance digne de remarque.

Deuxième observation. — *Phthisie pulmonaire et laryngée. Aphonie complète. Mort subite. Altération profonde du larynx. Absence de lésions qui expliquent l'instantanéité de la mort.*

Le second fait concerne un malade qui était couché au n° 15 de la salle Saint-Jacques, et qui, outre tous les caractères propres à la tuberculisation pulmonaire avancée, c'est-à-dire diarrhée abondante et opiniâtre, sueurs nocturnes, expectorations caractéristiques, etc., nous a présenté comme circonstance particulière une aphonie complète, phénomène que nous expliquerons tout à l'heure par les désordres que l'autopsie

---

La *deuxième* forme sous laquelle M. Simon a observé ces animalcules, se rapproche beaucoup de la précédente et n'en diffère que par la moindre longueur de l'abdomen, qui n'est qu'une fois ou une fois et demie aussi long que le thorax.

Une *troisième* forme est caractérisée surtout par un abdomen très court et terminé en pointe. Les lignes transversales de l'abdomen manquent complétement.

Dans une *quatrième* forme, on n'observe que trois paires de pieds.

A quelle division du règne animal les caractères indiqués doivent-ils faire rapporter ce parasite? Voici l'opinion du docteur Erichsen, à qui M. Simon a demandé conseil.

L'animal en question n'est pas un helminthe; toute son organisation et spécialement ses pieds disposés par paires le rangent dans la grande classe des Insectes de Linnée. D'après la subdivision subséquente de cette classe telle qu'elle est admise aujourd'hui, notre parasite appartient à la classe des *Arachnides* par sa tête confondue avec le thorax, par l'absence d'antennes, par ses quatre paires de pieds, et à l'ordre des *Acares* par la forme de sa bouche. Le suçoir qui se trouve à l'extrémité de la tête, n'est autre chose que la lèvre inférieure dilatée avec une forme analogue chez tous les *acares*; les deux soies qui la recouvrent sont les mandibules, et les corps placés sur les côtés du suçoir sont les palpes maxillaires. Très probablement les différentes formes décrites plus haut ne sont que différens degrés du développement d'un même insecte, et ce qui est décrit comme la quatrième forme est la première période, car beaucoup d'acares n'ont dans les premiers temps que trois paires de pieds. La première forme indiquée est la deuxième période, et les formes avec abdomen peu allongé sont des périodes encore plus avancées. Il est probable que, chez l'animal entièrement développé, l'abdomen se rétracte complétement; aussi y a-t-il lieu de croire que la dernière période d'accroissement de l'animal est encore inconnue. Par conséquent on ne peut, dès à présent, fixer à quelle famille et à quel genre il appartient.

Les acares qui vivent dans les follicules pileux ne peuvent être confondus avec les parasites de la surface de la peau, car les acares de la gale de l'homme et des animaux ont des pattes longues et nettement articulées, garnies de ventouses; ils ne subissent pas la moindre transformation, car ils ont déjà quatre paires de pattes en sortant de l'œuf. Peut-être pourrait-on établir un rapprochement plus satisfaisant avec l'acare des oiseaux (*dermanyssus*), qui d'abord n'a que six pieds; mais notre parasite en diffère par la forme de ver qu'il présente à sa première période, aussi bien que par la remarquable brièveté de ses membres.

L'animal trouvé par M. Donné dans le mucus vaginal (*Tricomonas vaginalis*) et que cet observateur range parmi les Infusoires, tandis que d'autres le placent parmi les Acares, se distingue par plusieurs points des acares des follicules pileux; si l'on s'en rapporte à la description et à la figure. Le tricomonas n'a souvent pas plus du double du volume d'un globule de sang; sa longueur est au plus de 1/100 de ligne; la forme des corps est ronde ou elliptique, présentant en avant un appendice en forme de fouet, et sur les côtés plusieurs fils très fins.

Il y a tout lieu de croire, ajoute M. Simon, que l'animal qui habite les follicules pileux n'a pas encore été observé dans son état de développement complet; il est sinon probable, du moins possible, que dans ce dernier degré de développement, ce soit un acare déjà connu. Mais dans aucun cas, d'après les raisons données plus haut, ce ne pourrait être un des parasites vivant à la surface de la peau: cet acare présenterait la particularité remarquable d'habiter dans sa jeunesse dans l'intérieur du corps humain, pour venir vivre à sa surface à une époque plus avancée de sa vie. Des recherches ultérieures éclaireront bientôt ce sujet.

Provisoirement, M. Simon donne à l'animal qu'il a découvert, le non d'*acarus folliculorum*, d'après le lieu où on le rencontre.

Relativement au mouvement de ces acares, voici ce que M. Simon a remarqué: les palpes peuvent être mues en différentes directions, se fléchir et s'étendre. La trompe peut exécuter les mêmes mouvemens, car on la voit tantôt faire saillie au-dessus des palpes, tantôt être rétractée en arrière de ces organes. Les pieds peuvent être également mus en divers sens, et l'on peut souvent voir que l'animal leur donne un mouvement de va-et-vient, comme un pendule. Le thorax peut être courbé, et l'abdomen peut également s'incliner d'un côté ou de l'autre. Au moyen de ces mouvemens les animaux peuvent produire quelques déplacemens peu considérables lorsqu'on les met dans un liquide pour les observer au microscope. Lorsqu'ils exécutent avec leurs pieds des mouvemens comme pour nager, et qu'en même temps ils donnent à leur abdomen des mouvemens latéraux, ils peuvent avancer un peu ou se mettre sur le côté s'ils étaient auparavant sur le dos ou sur le ventre. Mais tous les changemens de place que peut ainsi exécuter l'animal sont fort peu considérables. Une fois cependant, M. Simon a vu un acare, qu'il avait trouvé vivant sur un cadavre, franchir devant lui un espace à peu près égal à la longueur de son corps. Il rampait sur un poil que ses pieds embrassaient, et de cette manière paraissait grimper.

Le nombre d'acares existant dans chaque tanne est fort variable: sur le cadavre, il est généralement de deux à six. Ce nombre était aussi le plus ordinaire chez le vivant. Quelquefois M. Simon l'a trouvé beaucoup plus considérable chez le vivant. Une fois il y en avait onze, une autre fois treize. Dans les follicules sains, il est le plus ordinairement d'un ou deux, rarement de trois ou quatre.

D'après M. Simon, il est facile de trouver les animaux dont on vient de parler. En examinant plusieurs personnes affectées de tannes, il est très probable qu'on trouvera des acares au moins chez l'une d'elles. Pour se procurer la matière contenue dans les tannes, chez le vivant, on presse avez une épingle à cheveux ou un stylet recourbé dans le voisinage d'une tanne, et l'on fait sortir par l'orifice dilaté du follicule pileux, un corps mince et allongé, qu'à cause de sa forme et de la coloration fréquemment noire de son extrémité, le vulgaire prend pour un ver. On extrait ce corps vermiforme avec une aiguille, on le place sur une lame de verre, et avec une seconde aiguille on l'étale avec précaution, et sans perdre de temps on examine au microscope s'il y existe des animaux. La matière que l'on retire des tannes sur le vivant est assez molle pour qu'on puisse facilement isoler les acares en donnant à la lame de verre supérieure de légers mouvemens de va-et-vient.

Quelle influence, dit M. Simon, les acares des follicules pileux exercent-ils sur la santé des hommes qui en sont affectés? C'est là une question sur laquelle on ne peut rien répondre de satisfaisant pour le moment. Cependant, comme dans beaucoup de cas, malgré l'existence de ces animaux, l'état de la peau ainsi que des follicules pileux paraissait complètement normal, on peut présumer qu'ils n'ont aucune influence fâcheuse sur la santé. Peut-être pourraient-ils, surtout lorsqu'ils sont très nombreux, irriter les glandes sébacées et déterminer une sécrétion exagérée et surabondante de matière sébacée; ils amèneraient de cette manière la maladie des follicules pileux et la formation de tannes et de pustules d'acné. Si, par la suite, on avait des preuves de l'exactitude de cette opinion, elle devrait exercer une influence sur la thérapeutique de l'acné, que l'on considère le plus souvent comme une maladie dépendante d'une qualité vicieuse des humeurs, et que l'on traite d'après cette manière de voir.

Nous ne terminerons pas l'exposé du travail de M. Simon, que nous avons été forcé d'abréger beaucoup, sans dire qu'il est fort regrettable que le savant fondateur des Archives de la médecine comparée n'ait pas fait connaître, au moins par une note, le résultat de ses observations propres sur un sujet aussi singulier.

Une erreur typographique s'est glissée dans notre dernier numéro à propos de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Les imprimeurs nous ont fait dire dans la note que Fordyce, John Haygarth et Gianini, avaient déjà employé ce sel dans les mêmes circonstances. Nos lecteurs auront compris que c'était le quinquina que nous voulions dire, et que ces praticiens ont en effet employé à très haute dose.

nous a révélés. Ce malade est mort subitement sans aucun symptôme précurseur qui pût faire prévoir une fin aussi prochaine ; il s'est éteint tout à coup, sans râle, sans agonie.

Voici ce qu'on a trouvé à l'autopsie :

Larynx. Destruction complète des cordes vocales avec excoriation profonde de la partie postérieure et latérale droite du larynx, où le cartilage était à nu ; plusieurs ulcères çà et là sur la muqueuse laryngienne.

Poumons. Vastes cavernes au sommet des deux poumons communiquant avec d'autres cavernes plus petites qui les entourent. Le parenchyme pulmonaire est presque entièrement détruit au sommet par la fonte purulente. Dans tout le reste des poumons, et surtout au-dessous des cavernes, on trouve une grande quantité de tubercules à l'état cru ; plus bas sont d'autres tubercules plus petits, grisâtres, à demi-transparens, qui forment comme le passage entre les tubercules et les granulations ; on ne trouve pas dans ces tubercules cette transparence parfaite qui accompagne toujours les granulations de Bayle et qui donne à ce produit morbide l'aspect du tissu cartilagineux.

Intestins. Dans l'intestin grêle on remarque çà et là des ulcérations superficielles ; dans le gros intestin, au contraire, les ulcérations sont très nombreuses et profondes ; une moitié même de la muqueuse a été emportée par les ulcères et présente encore des traces de matière tuberculeuse.

En revenant sur chacune de ces lésions en particulier, nous trouverons dans l'état du larynx de quoi expliquer suffisamment l'aphonie. Quant aux autres particularités de l'autopsie, on a bien trouvé sans doute au plus haut degré les lésions caractéristiques d'une phthisie tuberculeuse des plus avancées ; certes ces vastes cavernes, cette tuberculisation générale, cette destruction partielle du poumon par la fonte purulente, ces désordres profonds dans le tube intestinal étaient bien de nature à amener une mort plus ou moins prochaine, mais tout cela n'explique pas encore d'une manière satisfaisante la mort subite. Nous savons bien que les lésions profondes du larynx peuvent amener une terminaison funeste par asphyxie lorsque la muqueuse est gonflée et boursoufflée au point d'oblitérer le canal de la glotte, car alors le passage de l'air étant interrompu, le malade, dont les poumons sont peu aptes à l'acte respiratoire, peut facilement être étouffé; mais dans le larynx de notre malade nous n'avons pas remarqué cette espèce de désordre ; la glotte au contraire est large, et l'air devait y passer assez librement. Est-ce que la mort serait arrivée par quelque lésion du cœur? Effectivement, nous y avons trouvé des caillots solides dont la formation doit avoir précédé la mort. Cette circonstance a pu y avoir quelque part.

Ainsi donc en résumant : dans les désordres pulmonaires et intestinaux, dans la présence de ces caillots fibrineux du cœur, comme dans l'appareil symptomatique que le malade nous a présenté pendant les derniers jours de sa vie, nous pouvons trouver une cause qui explique jusqu'à un certain point la terminaison funeste, mais point la subitanéité de sa mort.

CLINIQUE OCULAIRE DU Dr DESMARRES.

Extraction d'un œil squirrheux sur un enfant de deux ans , et d'un œil mélanique renfermant de l'encéphaloïde sur un adulte âgé de quarante-cinq ans ; symptômes identiques au début. Conférence recueillie par le Dr S. ARCHIGÈNES, d'Épibatès.

On sait que la maladie connue sous le nom de *cancer*, quelle que soit son espèce, frappe le plus souvent l'utérus et les mamelles chez la femme, le testicule chez l'homme et l'œil dans les deux sexes. Lorsqu'il s'agit d'organes autres que l'œil, on ne peut malheureusement arriver à un diagnostic certain qu'au moment où la maladie a fait des ravages presque incurables, et auxquels le chirurgien ne peut pas remédier toujours, même par une opération. Il n'en est pas ainsi pour l'œil, du moins en ce qui touche les cancers de la rétine, parce que la cornée, par sa transparence , permet à un praticien exercé de reconnaître le plus souvent cette grave affection à son début. Nous savons bien que ce fait est encore à l'état de doute dans l'esprit de beaucoup de praticiens, et c'est pourquoi nous essaierons aujourd'hui, appuyé de deux pièces pathologiques et d'observations authentiques, de prouver que l'hésitation est dangereuse et que le retard peut être suivi de conséquences fatales pour le malade.

Deux faits, dont l'un très récent que nous avons observés, viennent en aide à la proposition que nous avançons. Le premier a été étudié sur un enfant de deux ans , chez lequel la maladie avait commencé d'abord par une ophthalmie légère, s'accompagnant plus tard d'un exophthalmos à peine sensible, puis augmentant progressivement. Lorsque je le vis pour la première fois je constatai l'existence , dans le fond de l'œil, d'une tache jaune particulière, opaline, cuivrée, fixe, sur laquelle nous reviendrons plus loin. Le second , que j'ai opéré récemment , a été observé chez un individu âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution sanguine et présentant tous les dehors de la santé la plus parfaite. Il perdit d'abord la vue de l'œil malade , et s'en aperçut pour la première fois, il y a environ trois à quatre mois. A cette époque il se présenta dans divers hôpitaux de Paris, et il résulte des consultations qu'il a remises entre nos mains , que dans l'un son affection a été prise pour une cataracte, et dans l'autre pour une amaurose. Cet homme, dès lors resta dans une quiétude d'esprit funeste, et ne s'occupa de son affection qu'au moment où des douleurs assez vives vinrent troubler son repos.

A partir de ce moment son œil rougit, sembla plus volumineux que l'autre, devint larmoyant, et la maladie, qui jusque là avait paru stationnaire prit le plus haut degré d'intensité. Le malade alors eut recours à un médecin, qui m'appela en consultation. Je trouvai l'œil saillant, rouge; la cornée, transparente, entourée d'une large chémosis séreuse ; les milieux réfringens étaient parfaitement transparens, et je constatai facilement , comme dans le premier cas, sur la rétine, l'existence d'une petite tumeur jaune cuivrée, fixe, convexe, entourée de vaisseaux. Les symptômes physiologiques étaient des plus graves ; il y avait insomnie, fièvre, douleur dans l'œil, que le malade comparait, dans son langage aussi énergique que pittoresque « à des bottes que lui auraient portées dans l'œil des maîtres d'armes renfermés dans son cerveau. » Le doute était impossible dans ce cas comme dans l'autre ; néanmoins je me bornai, après avoir excisé la chémosis et prescrit un traitement antiphlogistique aidé de préparations opiacées, à communiquer mon opinion au confrère qui m'avait appelé, en l'engageant à préparer l'esprit du malade pour le cas où ce dernier se soumettrait à l'opération. Depuis j'ai fait venir ce malade à ma clinique, pour qu'il fût soumis à votre observation.

Un fait curieux à noter dans les deux observations qui font le sujet de cette conférence, c'est que la maladie, à part les douleurs, l'insomnie, les symptômes généraux qui existaient chez l'homme, et dont l'absence a été constatée chez l'enfant, a suivi au début une marche tout à fait semblable : trouble du fond de l'œil, tache jaune cuivrée parcourue par des vaisseaux ; plus tard épanchement de sang dans la chambre antérieure, puis trouble du cristallin, iris poussé vers la cornée, chémosis, etc., et pourtant la nature du cancer est tout à fait différente. Chez l'enfant, l'œil a dégénéré en un tissu squirrheux de la plus grande dureté ; il n'y a plus de trace de corps vitré, ni de cristallin, ni de choroïde ; l'iris, collé contre la cornée, est encore reconnaissable à sa couleur; la cornée est saine. Chez l'homme, au contraire, nous reconnaissons dans le bord de l'œil une tumeur du volume d'une petite noisette, composée dans toute sa périphérie de matière mélanique, et renfermant dans son centre environ la moitié de matière encéphaloïde ; la choroïde a conservé partout sa couleur normale, et n'était adhérente à la tumeur et à la sclérotique que dans un point sur lequel nous reviendrons ; le corps vitré, le cristallin étaient un peu atrophiés ; l'iris paraissait sain à la partie inférieure et antérieure ; il y avait deux ou trois petites tumeurs, dues à ce que dans cet endroit la sclérotique s'était amincie, circonstance sur laquelle nous reviendrons plus tard.

A quoi peut tenir cette différence dans la nature du cancer? A coup sûr nous nous garderons bien de rien avancer à ce sujet ; nous nous bornerons seulement à dire que, bien que les symptômes constatés dans la rétine aient été les mêmes au début, il n'en est pas moins résulté que l'anatomie pathologique a démontré l'existence, dans le premier cas, du squirrhe le mieux dessiné, et, dans le second , de la matière mélanique renfermant de l'encéphaloïde. Le retard de trois mois apporté à l'opération chez l'enfant, par l'opiniâtreté des parens, serait-il pour quelque chose dans ce fait ? Nous l'ignorons absolument. Ne pourrait-on pas admettre , cependant, que la compression prolongée exercée par la sclérotique sur la tumeur puisse avoir joué ici un certain rôle ? La matière caséeuse, par exemple, ne devient-elle pas aussi dure que certaines pierres par suite d'une compression long-temps continuée ? L'encéphaloïde, s'il a existé chez l'enfant, ne s'est-il pas trouvé dans ces conditions ? Ce sont là de simples hypothèses auxquelles nous n'attachons pas plus d'importance qu'elles n'en méritent en réalité.

Lorsqu'on recule trop le moment de l'opération, il peut en résulter une rupture de l'organe et l'extension de la maladie aux tissus qui environnent le globe ; à l'époque où la rupture est sur le point d'avoir lieu, les douleurs sont atroces d'ordinaire, et semblent disparaître tout à coup quand elle est effectuée ; nos deux observations viennent encore à l'appui de cette proposition. Chez l'enfant, deux mois après que la maladie avait été reconnue, il se forma, à la suite de grandes douleurs dans le cul-de-sac sous-conjonctival, une tumeur simulant un abcès qu'on jugea à propos d'ouvrir : il en sortit beaucoup de matière granuleuse, sans que l'œil éprouvât le moindre affaissement. Chez l'individu âgé, il n'y eut pas de rupture accomplie, mais les fibres de la sclérotique, dans la partie inférieure et antérieure à 2 centimètres 1|2 environ de la cornée, s'écartèrent par la distention et cédèrent en réalité; il en résulta dès-lors un bien-être notable : la fièvre disparut, les douleurs intolérables qu'éprouvait le malade cessèrent tout à coup ; fait dont nous pouvons tirer deux conséquences essentiellement pratiques : la première, c'est de ne pas porter un pronostic favorable par suite de la cessation brusque des douleurs, mais au contraire de se servir de ce fait pour confirmer le diagnostic, et pour ne pas retarder mais hâter le moment de l'opération ; la seconde sert à corriger l'erreur des auteurs qui ont affirmé que c'est la cornée qui cède toujours, tandis que les deux pièces pathologiques que nous tenons entre les mains nous enseignent que c'est la sclérotique qui a supporté la solution de continuité.

Il sera utile peut-être de revenir maintenant sur le procédé opératoire que nous avons choisi dans ces deux cas. Nous avons pensé que celui de Dupuytren, légèrement modifié, trouverait là une application rationnelle, et qu'en général on doit l'employer toutes les fois que le cancer est renfermé encore dans le globe oculaire, et surtout lorsque les sujets sont affaiblis et qu'on a lieu de redouter une hémorrhagie, qui, bien que faible, n'en deviendrait pas moins fatale. On sait que ce procédé consiste à détacher l'œil de la paroi supérieure de l'orbite, à couper son pédicule, à renverser la tumeur de dedans en dehors. Dans les deux cas dont nous nous sommes occupés, j'ai traversé l'œil d'abord au moyen d'une espèce de ténaculum que j'ai commandé exprès, et qui ressemble beaucoup à une grande alène ; et j'ai, comme vous l'avez vu, détaché l'œil avec la plus grande facilité.

Je pense que le procédé de Louis n'est dans tous les cas applicable que dans les cancers qui ont envahi toutes les parties contenues dans l'orbite : il est long, pénible, et expose à des hémorrhagies des branches des artères lacrymales, frontales, et des ramifications de l'artère ophthalmique, ce qui, comme je viens de le dire, est d'une grave conséquence chez des personnes épuisées.

On parle depuis quelque temps d'un procédé imaginé par M. Bonnet, de Lyon, et qui n'est qu'une application de l'opération du strabisme à l'opération du cancer de l'œil. Il consiste à couper le muscle droit interne, et à faire pénétrer des ciseaux entre la sclérotique, d'une part, et le fascia sous-conjonctival et les muscles de l'autre, puis à couper circulairement tous les muscles près de leur insertion à l'œil ; on divise ensuite les deux obliques puis le nerf optique. Ce procédé a été mis en pratique une seule fois par M. Cunier, qui a été très inquiété par une suppuration d'une abondance qu'il n'avait jamais remarquée dans l'enlèvement de l'œil par les autres procédés. Cette suppuration et le bourgeonnement excessif qui la suivit, lui donnèrent à penser que les tissus abandonnés dans l'orbite étaient dégénérés. Après avoir raconté ce fait, M. Cunier se demande si une suppuration semblable se manifestera dans tous les cas où ce procédé sera mis en pratique; nous craignons bien que l'expérience ne réponde par l'affirmative, parce que l'orbite reste garni de tissus que la suppuration entraînera toujours. Au reste, ce procédé offre un inconvénient bien plus grave encore, c'est qu'en ne coupant pas le nerf optique aussi près que possible de sa sortie du crâne, on s'expose à abandonner une portion dégénérée de cet organe, qui servira de base à la maladie et la propagera au cerveau. Nous n'en voudrions pour preuve que l'expérience de tous les jours, même dans les cas où l'on a extirpé l'œil aussi loin que possible. Le jeune enfant, par exemple, que nous avons opéré, est mort un an après l'opération à la suite de convulsions, et tout porte à croire qu'elles ont été occasionnées par une dégénérescence partielle du cerveau. Immédiatement après l'extirpation de l'œil, nous avons reconnu que le nerf optique avait diminué de volume, qu'il était d'une consistance plus grande qu'à l'état normal. Il est de règle d'ailleurs, dans les maladies cancéreuses, de porter l'instrument jusqu'aux dernières limites du mal; et, comme nous ne voyons aucun inconvénient sérieux à atteindre le nerf optique dans toute sa portion extrà-crânienne, et qu'au contraire nous y trouvons une garantie de plus pour l'enlèvement de la maladie, nous ne nous permettrons jamais de suivre le conseil du chirurgien de Lyon.

Maintenant un mot sur le pansement. Quelques auteurs ont recommandé, pour prévenir l'hémorrhagie de l'artère ophthalmique, de tamponner fortement l'orbite ; et d'autres, au contraire, rejettent ce moyen d'une manière absolue, parce qu'il occasionne des douleurs encéphaliques et provoque une fièvre traumatique plus forte. Je n'ai jamais vu survenir d'hémorrhagie de l'artère ophthalmique , bien que je me sois borné jusqu'ici à appliquer sur les parties malades des compresses glacées; il est prudent néanmoins de surveiller le malade pendant les premières vingt-quatre heures.

Doit-on après l'opération du cancer, et bien que cette maladie soit restée dans la sclérotique , permettre au malade de porter un œil artificiel ? Nous penchons fortement pour la négative, parce que l'œil artificiel, faisant l'office de corps étranger sur les bourgeons charnus de l'orbite, peut, dans quelques cas, favoriser la dégénérescence si elle doit survenir ; il serait tout au plus permis d'en essayer, lorsqu'un temps très long s'est écoulé depuis le moment de l'opération.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur le valérianate de quinine , le lactate de quinine, la phloridzine, etc.

Le Journal de Chimie médicale a donné, au mois d'août dernier, un article que nous avions précédemment publié après l'avoir extrait des *Annali universali di medicina*, et relatif à une communication faite par le prince Louis-Lucien Bonaparte, au dernier congrès scientifique de Florence, sur le lactate et le valérianate de quinine et sur la phloridzine. Cette communication n'ayant été rapportée que d'une manière inexacte par le rédacteur italien, l'article que nous avons traduit et que le Journal de Chimie médicale a publié à son tour, a dû par conséquent être entaché de la même inexactitude ; aussi M. le prince Louis Bonaparte a-t-il cru devoir rectifier ce qu'il contenait d'erroné.

Il n'a jamais dit, écrit-il, que le valérianate de quinine soit un sel moins désagréable au goût, moins amer, moins coûteux, que le lactate et le sulfate de cette base , ce qui ne saurait être, attendu l'odeur et le goût repoussans des valérianates en général, et le prix élevé de l'acide valérianique. La seule chose qu'il ait dite sur l'action thérapeutique du valérianate, c'est qu'ayant été essayé sur deux individus des Maremmes de Rome, comparativement au sulfate, il n'a presque pas dérangé le système nerveux , tandis que le sulfate produisait cet effet jusqu'au point de surdité complète.

Il a dit aussi qu'il espérait réussir à préparer l'acide valérianique artificiel avec des substances moins coûteuses encore que l'indigo (comme l'a fait dernièrement M. Gerhard), ce qui diminuerait le prix du valérianate, et que le sel dont il s'était servi dans ses essais avait été préparé avec l'acide valérianique extrait de la valériane.

Pour ce qui concerne la phloridzine, bien loin d'assurer qu'elle a été administrée dans les fièvres intermittentes avec autant d'avantage que le sulfate ou le lactate de quinine, il a, au contraire, fait remarquer qu'elle n'agit d'aucune manière spécifique que quand les sels de quinine échouent, ce qui arrive assez fréquemment pour certaines fièvres quartes, tandis que, dans plusieurs cas où les sels de quinine ont réussi, la phloridzine n'a pas produit d'effet. Il est bon de faire observer que, dans deux cas de fièvre intermittente qui cédait sous l'emploi des sels de quinine et qui résistait à la phloridzine, la même substance a fini aussi par en triompher, en l'administrant unie au sous-carbonate de magnésie; ce qu'on peut expliquer, en admettant que, dans le cas où la phloridzine n'a pas agi, elle a été convertie par les acides de l'estomac en phlorétine et en sucre de raisin, ce qui avait été empêché en tout ou en partie par le sel magnésique. Quoi qu'il en soit, tout en avouant que la phloridzine n'est pas un remède aussi constant dans ses effets que les sels de quinine, M. le prince Lucien Bonaparte a cru devoir la recommander aux médecins italiens dont elle était peu connue ; il a essayé aussi trois fois la phlorétine, qui, comme on pouvait bien le prévoir, n'a produit aucun effet médicamenteux.

Il a trouvé le lactate de quinine doué d'une grande énergie , ce qui pourrait s'expliquer par la nature de l'acide lactique et par la solubilité du lactate. Un fait qui a été constaté par plusieurs médecins de la *Maremma* de Rome, et qui viendrait à l'appui de la supériorité d'énergie du lactate sur les autres sels de quinine , c'est que la quinine ou son hydrate agissent mieux que le sulfate, soit par le moindre dérangement

qu'en éprouve le système nerveux, soit par une énergie d'action plus marquée, et quoique la quinine ait été administrée en quantité moindre que celle qui est contenue dans une dose de sulfate. Rien de plus facile qu'une grande partie de cette quinine ait agi comme lactate en se combinant à l'acide lactique du suc gâstrique.

Il a proposé aussi, dans la thérapeutique, la limonade d'acide valérianique, plusieurs lactates et valérianates métalliques, tels que les lactates de mercure, de cuivre, de cadmium, etc., et les valérianates d'argent et de zinc dans l'épilepsie, celui de fer, etc., en un mot tous les composés chimiques dans lesquels l'élément négatif jouit d'une action thérapeutique analogue à celle de l'élément positif, ou bien tout à fait contraire, soit dans l'idée de détruire ou d'affaiblir certains mauvais effets que ce dernier pourrait avoir sur l'économie, soit comme adjuvant. C'est dans ce but qu'il a préparé du picrate de quinine, et qu'il s'occupe maintenant d'autres composés de ce genre, tels que l'iodhydrate et le bromhydrate de conicine, comme désobstruans, etc.

Efficacité de l'extrait de souci et de la suie brillante contre certaines affections de l'utérus; par M. le docteur Ockel, de Saint-Pétersbourg.

M. Ockel, pour combattre l'hypertrophie de l'utérus, commence par éloigner l'état inflammatoire par des moyens appropriés; puis, après avoir évacué le canal intestinal, il donne avec un succès véritablement remarquable l'extrait de souci sous la forme suivante :

Pr. Extrait de souci,	15	grammes.
Sulfate de soude,	15	id.
Eau commune,	180	id.

M. et F. diss. S. A.

Pour une potion dont on administre quatre cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

Le même praticien se sert de la suie brillante contre les descentes de matrice par suite du relâchement des ligamens larges et du vagin. C'est d'après la formule suivante qu'il la fait prendre.

P. Suie brillante,	8	grammes.
Extrait de quassia amara,	8	id.
Extrait de pissenlit,	15	id.

M. et F. S. A. des pilules du poids de 15 centigrammes.

Il donne six de ces pilules le matin, autant à midi et le soir.

En général, il suffit de l'usage de ces pilules, soutenu pendant quatre à six semaines pour faire disparaître le déplacement organique dont il s'agit.

L'auteur n'a pas obtenu de moins bons résultats de la suie brillante pour prévenir les fausses couches et les accouchemens prématurés, lorsque ces accidens ne reconnaissent pas pour cause un vice de conformation ou une dyscrasie quelconque.

(*Zeitschrift fuer die Gesammte medicin*, septembre 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Note sur l'hydro-ferro-cyanate de quinine; par M. Pelouze.

Les alcalis végétaux, qui sont des bases faibles, sont incapables de se combiner avec certains acides. Ainsi, M. Pelouze vient de constater que la quinine, en particulier, ne peut former de combinaison avec l'acide ferro-cyanhydrique. Cet habile chimiste a reconnu que l'hydrocyanate de cette base, qui est assez fréquemment employé en médecine, et dont il a examiné plusieurs échantillons pris dans diverses officines de Paris, n'est, pour ainsi dire, que de la quinine renfermant seulement un peu de bleu de Prusse, qui provient sans doute de la décomposition de l'acide hydro-ferro-cyanique.

Les praticiens feront donc sagement, à l'avenir, de se dispenser de prescrire ce prétendu nouveau sel, puisqu'il est bien démontré qu'il n'est pas possible au pharmacien de le préparer, et par conséquent de ne fournir lorsqu'il se trouve figurant dans une formule médicinale.

Sirop laxatif fondant.

Nous trouvons dans le nº d'octobre du Journal de Pharmacie et de Chimie la rectification suivante de la formule du sirop laxatif fondant de M. le docteur Fauconneau-Dufresne, que nous avons publiée dans notre nº du 5 juillet dernier, et nous nous empressons de l'accueillir. Voici la formule originale de l'auteur, communiquée par M. Garot, pharmacien.

Pr. Jalap concassé,	12	grammes.
Rhubarbe concassée,	12	id.
Sous-carbonate de soude,	12	id.
Eau tiède,	150	id.

Faire infuser pendant quatre heures, piler ensuite dans un mortier de porcelaine et filtrer à travers du coton dans un entonnoir; alors, à la colature, pesant 150 grammes, ajouter :

Sucre blanc, 300 grammes.

Faire dissoudre à l'aide de la chaleur, et, lorsque le sirop est refroidi, aromatiser avec

Alcoolé d'écorces d'oranges, 50 grammes.

Ce sirop contient, par chaque 30 grammes, 70 centigrammes de carbonate de soude et la partie soluble de 70 centigrammes de rhubarbe et de jalap.

La dose est d'une à deux cuillerées à bouche le matin, soit pur, soit dans une tasse d'infusion amère.

FAITS DIVERS.

Nouveau signe de la consolidation des os dans les cas de fractures des membres; par M. le docteur Guenther, de Kayna (Saxe).

Des observations réitérées ont démontré à M. Guenther que la croissance arrêtée des ongles est un symptôme constant dans les fractures des membres, et que l'élongation de ces parties est un signe certain de la réunion définitive des fragmens osseux et de leur consolidation. Il donne comme exemple de ce fait l'observation suivante.

Un jeune homme, de haute taille et fortement constitué, se cassa la jambe droite le 27 juillet 1832; la fracture s'était opérée d'une manière très oblique et était comminutive. Ce malade, qui observait avec une minutieuse attention les moindres détails relatifs à son affection, remarqua que les ongles du pied droit ne poussaient pas comme ceux du pied gauche, et qu'ils restaient toujours dans le même état où ils se trouvaient à l'époque de la fracture : cette observation lui était d'autant plus facile qu'il s'était coupé les ongles à l'un et à l'autre pied, la veille même de son accident.

Ce jeune homme fit part de cette circonstance à M. Guenther, et, comme elle parut à ce dernier être en rapport avec la marche de la guérison, la manière d'être des ongles fut, à partir de ce moment, observée chaque jour avec le plus grand soin.

Le cinquantième jour, on constata que l'ongle du petit doigt commençait enfin à s'accroître; les ongles des trois doigts suivans commencèrent un peu plus tard à pousser, et enfin, au bout de quelques semaines seulement, ce fut le tour de l'ongle du gros orteil.

A partir de cette croissance des ongles, le malade eut le sentiment de l'unité revenue du membre fracturé, et en effet tous les signes indicateurs de la réunion et de la consolidation des fragmens osseux parurent en même temps.

Cette observation, véritablement intéressante pour la chirurgie pratique, appela l'attention de M. Guenther sur cette particularité, et ce sont les observations analogues, qu'il a eu l'occasion de recueillir depuis lors en assez grand nombre, qui motivent l'opinion qu'il émet aujourd'hui sur la connexion de cette croissance des ongles avec la guérison des fractures des membres.

(*Medicinische Zeitung*, 1842, nº 41.)

Sur les ombres dans l'œil; par le docteur Engel.

L'auteur désigne par cette dénomination l'affection connue sous les noms de *mouches volantes*, *scotomie*, etc., et, suivant lui, les figures que les sujets aperçoivent sont formées, tantôt à la surface externe de la cornée (telles sont les ombres projetées par des gouttelettes du liquide des larmes, par le mucus que sécrète la conjonctive, par la matière sébacée que fournissent les glandes de Meibomius, ou enfin par de petites bulles d'air renfermées dans les humeurs), tantôt à l'intérieur du globe oculaire (telles sont alors les ombres projetées par les vaisseaux eux-mêmes et par les extravasations du sang).

Les malades sont particulièrement incommodés par ces images, lorsqu'ils veulent regarder fixement un objet quelconque; les ombres leur apparaissent alors placées entre eux et l'objet, et jamais par derrière ce dernier.

La rétine, en percevant ces sortes d'images, les voit souvent plus grandes que l'objet fixé ne l'est lui-même; aussi, dans le commencement de cette affection, les malades sont-ils portés à croire ces images placées en dehors de l'œil, et ce n'est que plus tard qu'ils parviennent à acquérir la certitude de la formation de ces images daas l'intérieur de l'œil lui-même.

Sous le point de vue de la pratique, il est très important de distinguer ces ombres des autres apparences analogues, et en particulier de ne pas les confondre avec ces vues d'étincelles, etc., que les nosologistes indiquent comme signes précurseurs de l'amaurose; en effet, il faut bien se garder de les attaquer par les médications que réclament ces derniers symptômes.

Ces ombres, loin d'amener quelque fâcheux état morbide, persistent parfois pendant toute la durée de l'existence des sujets, sans que ceux-ci en éprouvent autre chose qu'un certain degré d'incommodité plus ou moins prononcée; aussi convient il de ne voir dans ces dernières images, sous quelque forme qu'elles se présentent, mouches volantes; filamens, ombres fuyantes, etc., qu'un produit de la raréfaction de la lumière dans le passage de celle-ci au travers de quelques-unes des parties qui forment l'œil.

(*Medicinische jahrbuecher des Oesterreich. Staates.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 NOVEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 142, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. MALGAIGNE.

Hernie inguinale ancienne. Symptômes d'inflammation du sac avec irréductibilité, pris pour un étranglement. Repos et antiphlogistiques. Réduction au bout de quelques jours. — Considérations sur l'étranglement et l'engouement des hernies.

Pommier, menuisier, âgé, de soixante-six ans, portait une hernie inguinale depuis quinze ans. Cette hernie, facilement réductible, était maintenue par un bandage, et le malade n'éprouva aucun accident jusqu'en 1840. A cette époque, il fit faire un nouveau bandage, sans doute mal confectionné, car il n'en put long-temps supporter l'application. Chaque fois qu'il le mettait il éprouvait de vives coliques, ce qui le détermina bientôt à en cesser l'usage. La hernie d'ailleurs rentrait toujours aisément, et ne lui occasionnait qu'une gêne médiocre. En novembre dernier, la hernie cessa d'être réductible, et le malade commença, le 9, à ressentir quelques coliques, un peu de diarrhée et de la douleur sur le siége de la hernie.

Le 10, il fit appeler un médecin qui, après plusieurs tentatives infructueuses de taxis, lui prescrivit l'usage de lavemens laxatifs.

Le 12, ces moyens ayant été sans effet, il fut fait une application de sangsues, mais les symptômes ne s'étant pas amendés, le malade fut dirigé sur l'hôpital de la Clinique, où il est entré le 18 novembre, le dix-septième jour après les prétendus accidens d'étranglement. Après l'avoir examiné et s'être convaincu qu'il ne pouvait y avoir d'étranglement; d'une part, l'anneau ayant trois centimètres de diamètre, tandis que le collet du sac herniaire n'en avait que deux; vu, d'autre part, l'extrême bénignité des symptômes, et, n'attribuant les accidens que venait d'éprouver le malade qu'à un léger degré d'inflammation du sac herniaire, M. Malgaigne n'insista pas sur les tentatives de réduction, et continua à prescrire des moyens légèrement antiphlogistiques. Quelques jours après la hernie put être réduite avec une grande facilité; tous les symptômes étaient dissipés, et le malade sortit de l'hôpital.

Voyons, dit M. Malgaigne, quelle est l'origine des accidens que nous avons observés chez ce malade. D'abord, il survient des coliques, de la diarrhée, de la sensibilité dans le paquet herniaire, mais la réunion de la hernie continue à se faire facilement; seulement elle est suivie de douleurs assez vives. Un beau jour la hernie ne peut plus rentrer; le malade s'alarme; il fait appeler un médecin qui fait de nouvelles tentatives de réduction. On prescrit des lavemens laxatifs: ces lavemens ne produisent aucune amélioration; une application de sangsues reste également sans effet; les douleurs continuent et la hernie reste toujours irréductible. Ce médecin, pensant qu'il s'agit d'un étranglement, mais d'un étranglement produit par le collet du sac et non par l'anneau, ainsi qu'il dit s'en être assuré lui-même, nous adresse ce malade. La maladie, nous devons le dire, ne nous a pas paru aussi grave que ce médecin semblait le penser. S'il s'était agi d'un étranglement, il faut convenir que les symptômes de cet étranglement étaient bien bénins.

Pouvait-on penser, à plus juste titre, avoir affaire à un engouement! On donne dans tous les livres classiques, comme symptômes de l'engouement, outre l'irréductibilité de la tumeur, la tuméfaction de la hernie, de la sensibilité, des coliques plus ou moins vives, de la constipation, quelques vomissemens, etc., le tout sans une très vive réaction.

Le chirurgien dont les ouvrages font encore loi parmi nous, Boyer, dit que si, dans de semblables circonstances, la hernie n'a pu être réduite le quatrième jour, il faut recourir à l'opération. C'est là un précepte aussi grave que peu fondé. Pour juger de la valeur de ce précepte, examinons un peu ce que les auteurs entendent généralement par cette dénomination de *hernie engouée*. On suppose que la hernie est maintenue en dessus, sans pouvoir être replacée dans l'abdomen, par l'accumulation de matières fécales durcies qui, en occupant le fond, finissent par former une sorte de tampon qui ne peut plus passer par l'ouverture de l'anneau. Il y a un fait très remarquable, c'est que les auteurs eux-mêmes, qui ont assigné à l'engouement la cause que nous venons d'énoncer, ont reconnu que l'engouement avait beaucoup plus souvent lieu dans les hernies épiploïques que dans les hernies intestinales, ce qui impliquerait, en effet, une singulière contradiction. Voyons toutefois si cette théorie, qui ne peut évidemment convenir pour les hernies épiploïques, a quelque vraisemblance pour les hernies intestinales. Lorsque les intestins ont, comme on le dit, perdu droit de domicile, il arrive qu'ils cessent d'éprouver les mouvemens péristaltiques auxquels ils sont soumis dans l'abdomen; il pourrait bien arriver, en effet alors, que les matières qui séjournent dans le fond de la hernie ne pouvant plus remonter, l'engouement se produise.

J'ai vu des praticiens les plus consommés, de vrais cliniciens, affirmer et croire sérieusement qu'à l'aide d'un taxis prolongé ils avaient broyé ces matières durcies, et qu'ils avaient ainsi fait disparaître l'engouement et les accidens qui s'en suivent. Boyer, qui est encore la plus grande autorité du dix-neuvième siècle, ayant dit que les choses se passaient ainsi, tous les chirurgiens l'ont répété après lui unanimement, sans plus mûr examen, et sans autre fondement que l'assertion de leur maître. Essayons d'apprécier ces idées à leur juste valeur.

Examinons d'abord de quels élémens se composent les hernies. Les organes qui les constituent sont l'épiploon, le gros intestin et le petit intestin. Le gros intestin contient souvent des matières fécales durcies; mais le petit intestin n'en contient jamais, on y trouve uniquement des matières liquides encore chyliformes. Or, voyons dans quelle proportion se trouve chacune de ces parties dans les hernies. D'après les nombreux calculs auxquels je me suis livré, il est constant qu'il y a tout au plus une hernie du gros intestin pour quinze hernies du petit intestin. Il ne resterait donc qu'un quinzième des hernies tout au plus qui serait susceptible de présenter les phénomènes de l'engouement. Mais voici un autre fait qui ne paraîtra pas moins étrange; c'est que le plus souvent le gros intestin hernié est complétement vide. Je ne connais dans les autopsies faites pour des cas de hernies, que trois cas où l'on a rencontré des crottins solides. Malgré les nombreuses recherches que j'ai faites sur ce sujet, tant sur le vivant que sur le cadavre, je n'en ai, pour mon compte, rencontré encore un seul cas. Mais ne pourrait-il pas se faire que l'engouement fût produit quelquefois par des matières liquides séjournant dans la partie la plus déclive de la portion d'intestin herniée, dans ces hernies volumineuses qui descendent jusqu'à mi-cuisse. Je me rappelle, entre autres, le cas d'un sujet qui portait une hernie énorme dont il ne souffrait d'ailleurs nullement; cet homme avait un appétit monstrueux. J'ai voulu essayer de m'assurer si après le repas je trouverais de la différence dans le degré de résonnance de la hernie; eh bien, je n'y en ai trouvé aucune; j'ai trouvé autant de sonoréité après qu'avant le repas, absolument comme dans les intestins qui sont normalement contenus dans l'abdomen. Dans des centaines de faits observés soit sur le vivant, soit sur le cadavre, je n'ai jamais trouvé ce prétendu engouement par les matières fécales. Je regrette vraiment qu'une théorie si simple en apparence, si spécieuse qu'on pourrait presque dire d'elle qu'elle est plus belle que nature, qu'une telle théorie, dis-je, ait si peu de fondement. Je n'ai pu, je le répète, trouver encore un seul fait qu'on pût invoquer en sa faveur.

Passons à l'étranglement. Lorsque, par une circonstance quelconque, une hernie cesse d'être réductible, on voit souvent les sujets succomber en 48 heures, quelquefois en 36, en 24 ou en 12 heures même. Les exemples d'une terminaison aussi rapidement funeste sont malheureusement assez communs; rarement arrivent-ils à huit jours, qui est le terme le plus éloigné.

D'autres fois, bien que les hernies soient irréductibles, les symptômes sont d'une grande bénignité, comme dans le fait que nous venons de rapporter. Il n'est pas rare de voir des individus qui ont de ces hernies engouées sans éprouver presque de douleur. Les uns ont des douleurs dans le ventre seulement; d'autres ne souffrent que dans la hernie; d'autres ont en même temps des douleurs dans le ventre et dans la hernie; d'autres n'ont que des vomissemens ou quelques légers symptômes sympathiques. Je ferai remarquer toutefois qu'il est rare de voir une bénignité pareille après des tentatives réitérées de réduction. Il est enfin de ces malades qui peuvent rester dans cet état pendant vingt jours et plus sans imminence de danger pour leur vie. Il y a donc bien loin entre ces deux extrêmes; d'une part accidens des plus graves, imminence, mort rapide; d'autre part symptômes morbides extrêmement légers, accidens de peu d'intensité. A ce premier état correspond l'étranglement des auteurs, celui qu'ils désignent sous le nom *d'étranglement inflammatoire.* Je dirai tout à l'heure ce qu'on doit entendre par ces diverses dénominations.

Voici un autre cas non moins singulier: plus la hernie est grosse, moins elle offre de dangers; plus elle est petite, au contraire, et plus le danger est grand. Ce fait avait été entrevu, mais jamais il n'avait été aussi bien constaté et exprimé aussi explicitement que par nous. Les chirurgiens avaient bien pu confondre des cas mixtes, mais ils avaient vu que ces petites hernies dites *marronées* étaient beaucoup plus graves que les autres. Là il y a réellement étranglement, et le taxis est non-seulement inutile, mais même dangereux. Quant aux autres, on les a indistinctement désignées sous le nom de hernies engouées, sans en savoir davantage. Eh bien, qu'est-ce que c'est que ces hernies engouées? Dans les autopsies que j'ai faites de sujets porteurs de ces hernies, j'ai trouvé dans le plus grand nombre des cas des traces d'inflammation évidente, des adhérences, des brides, des plaques épaissies plus ou moins injectées, etc. Lorsqu'il s'agissait de sujets que je n'avais pu observer moi-même de leur vivant, j'ai questionné les personnes qui avaient été à même de les suivre, et j'ai appris que beaucoup d'entre eux avaient éprouvé les phénomènes que l'on qualifie d'engouement. Une chose m'arrêtait cependant: je ne trouvai guère d'adhérences que dans les hernies épiploïques, je n'en trouvai point dans les hernies intestinales. Mais je ne tardai pas à me rendre compte de cette particularité: c'est que dans les hernies engouées que l'on parvient à réduire, l'intestin, une fois rentré dans l'abdomen, se trouve de nouveau soumis aux mouvemens péristaltiques; or, ces mouvemens péristaltiques tendent incessamment à rompre les cicatrices et les adhérences qui se sont formées. Ainsi, dans ces cas, on ne trouve point de brides et de cicatrices, mais on trouve à leur place des plaques inflammatoires évidentes.

J'aborde la démonstration expérimentale de ce fait. La plupart des herniés portent des bandages mal confectionnés, et dont l'application est mal faite ou surveillée avec négligence. J'ai suivi attentivement ce qui se passait chez ces individus, et j'ai vu que chez la plupart il se développait des accidens inflammatoires par suite des compressions inégales et irrégulières que les pelotes des bandages déterminaient sur le paquet herniaire. Lorsque la hernie était épiploïque, il n'y avait que de la douleur, et la percussion donnait un son mat, ce qui devait être tout naturellement; mais lorsqu'il s'agissait d'une hernie intestinale, il y avait avec cette douleur une véritable tympanite, absolument comme dans les inflammations du péritoine. Enfin, lorsque ces mêmes malades, chez lesquels j'avais ainsi observé attentivement tout ce qui se passait, venaient à succomber, je trouvai à l'autopsie soit des adhérences s'il s'agissait d'une hernie de l'épiploon, soit des plaques inflammatoires s'il s'agissait d'une hernie intestinale. J'en pourrais rapporter un grand nombre d'exemples qui se trouvent consignés dans mes mémoires, et qu'il est inutile de reproduire ici.

Ainsi, en résumé, sur le vivant, et dans l'état normal des grandes hernies, jamais je n'ai trouvé plus de matières fécales dans les portions d'intestin hernié que dans celles qui étaient contenues dans l'abdomen. En suivant les phénomènes qui se manifestent sous l'influence d'applications irrégulières des bandages ou de toute autre cause traumatique, j'ai constamment reconnu que les accidens étaient de nature inflammatoire, de véritables péritonites partielles. Enfin, lorsque j'ai pu faire des ouvertures, j'ai presque toujours trouvé des traces évidentes d'inflammation.

Il me restait une dernière question à résoudre: savoir quel est le rôle des anneaux dans l'étranglement; savoir si ces anneaux peuvent en effet, comme on le dit, déterminer les phénomènes de l'étranglement. Un doigt joue librement dans un anneau; que ce doigt vienne à être le siége d'un panaris, l'anneau ne pouvant se dilater, il se fait un étranglement qu'on ne pourra faire cesser qu'en coupant l'anneau. Qu'une hernie devienne tout à coup le siége d'une inflammation et d'un gonflement considérables, les anneaux qui auparavant ne la bridaient pas, la brideront dès ce moment, et dès-lors il paraissait rationnel de penser qu'il fallait rompre cet anneau pour faire cesser l'étranglement. Il s'agissait donc de rechercher jusqu'à quel point les anneaux pouvaient étrangler une hernie, je ne dis pas primitivement, ce point de la question était déjà résolu négativement par l'anatomie, mais secondairement. Eh bien, d'abord j'ai vu qu'à mesure qu'une hernie devient de plus en plus volumineuse, les anneaux sont de plus en plus dilatés; ils s'écaillent graduellement, se distendent, au point que la hernie acquérant un volume considérable, les anneaux finissent par s'effacer complètement.

J'ai fait des expériences pour savoir si, en déterminant une augmentation subite de volume dans une hernie, on pouvait produire artificiellement un étranglement par les anneaux. J'ai, à cet effet, insufflé des intestins; eh bien, sans doute il y avait une réaction de la part des intestins contre l'anneau, mais point d'étranglement réel. Les intestins ne réagissaient autrement contre les anneaux, qu'ils ne le font dans les cas de tympanite contre les parois abdominales. J'ai examiné des cadavres de sujets qui avaient succombé à l'inflammation de la hernie, et qui avaient offert des phénomènes que l'on attribue à l'étranglement. Je crus d'abord voir en effet un étranglement, mais en cherchant à juger du degré de constriction de l'anneau sur la hernie, je parvins sans difficulté à passer un doigt entre ces parties, puis deux, puis trois, puis quatre, et enfin la main tout entière. A cela on pouvait m'objecter que les tissus n'avaient plus la même résistance sur le cadavre que chez le vivant; qu'ils avaient dû nécessairement se relâcher après la mort, d'où la cessation apparente de l'étranglement. Je dus donc rechercher la preuve de l'étranglement chez le vivant; mais j'ai vu opérer plusieurs sujets pour ces prétendus étranglemens accompagnés des phénomènes les plus violens, tels que des abcès, la gangrène du sac, etc., et je n'ai ja-

mais pu me convaincre qu'il existât dans ces cas un véritable étranglement.

Ainsi, dans ces grandes hernies, jamais d'étranglement, jamais d'opération, par conséquent. Eh quoi, vous iriez, par une opération que rien n'indique, mettre à nu une portion du péritoine enflammé, quand vous savez le danger qu'il y a à exposer à l'air le péritoine, même à l'état sain. J'ai vu dans des opérations de ce genre l'épiploon rouge, enflammé, se gangrener du jour au lendemain, par le seul fait de son exposition au contact de l'air. Devait-on en accuser l'étranglement? Pour moi, l'irréductibilité, dans un cas comme dans l'autre, est due à l'inflammation, soit du sac péritonéal, soit de la masse herniaire tout entière.

Cependant il me restait encore quelques doutes sur la réalité de l'inflammation dans certains cas où les malades n'éprouvaient presque pas de douleurs et où la réaction inflammatoire était presque nulle. Je cherchai donc encore à m'assurer s'il pouvait exister soit des péritonites générales, soit des péritonites locales ou partielles, adhésives sans douleur et sans réaction; si l'on connaissait, en d'autres termes, des péritonites latentes, comme il existe des pleurésies latentes. M. Cruveilhier dit avoir vu plusieurs fois après la mort des traces évidentes de péritonites sourdes ou latentes, qui n'avaient pas donné le plus léger signe de leur existence pendant la vie. Cependant, dira-t-on, rien n'est plus commun que de rencontrer dans les plèvres des adhérences qui témoignent de l'existence de ces inflammations latentes dont les plèvres ont été le siége, pourquoi n'en trouve-t-on pas aussi fréquemment dans les intestins? Remarquez, et c'est encore M. Cruveilhier qui parle, qu'il est extrêmement commun de reconnaître des adhérences péritonéales dans les points où le péritoine n'est pas soumis aux mouvemens péristaltiques, autour des viscères, par exemple du foie, de la rate, etc., et que c'est à cette circonstance des mouvemens péristaltiques qu'il faut attribuer l'absence de ces adhérences dans les intestins. Il résulte donc des recherches de M. Cruveilhier sur ce sujet, qu'il peut exister des péritonites soit traumatiques, soit spontanées sans aucun symptôme apparent, tandis que d'autres fois leur existence se révèle par des douleurs intolérables et des phénomènes de réaction inflammatoire des plus intenses. Or, si cela a lieu pour le péritoine tout entier, pourquoi ne pas admettre qu'il en puisse être de même pour une portion du péritoine?

Il me reste une dernière objection à faire contre la théorie de l'étranglement. Cette objection, je la puise dans la physiologie. Comment se fait-il qu'alors que l'anneau opère une constriction assez violente sur le sac herniaire pour en déterminer la gangrène, on ne voie jamais survenir en même temps ni douleur, ni gonflement dans le testicule, en un mot, aucun symptôme de constriction sur le cordon des vaisseaux spermatiques?

Ainsi, pour en revenir à notre malade, il y a eu inflammation du sac herniaire, péritonite partielle ou locale. Y a-t-il eu étranglement? Non; je n'hésite pas à le dire. Le volume considérable et l'ancienneté de la hernie avaient permis à l'anneau, tissu fibreux, non élastique, de se dilater graduellement et de s'effacer presque complétement. Y avait-il engouement? Pas davantage; car je crois avoir démontré que l'engouement tel qu'on l'entend est une chimère, et que ce mot doit être rayé de la nomenclature chirurgicale. Or, quelle est l'indication à remplir dans un cas pareil? Si la hernie est difficilement réductible, et qu'en même temps elle soit douloureuse, n'insistez pas sur le taxis. suspendez toute tentative de réduction, attendez que l'inflammation se résolve elle-même par le seul effet du repos; et si elle ne se résout pas, aidez la résolution par quelques applications de sangsues, par des antiphlogistiques plus ou moins énergiques et proportionnés à l'intensité de l'inflammation.

HÔPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

DISCOURS D'OUVERTURE.

Importance des études cliniques sur les maladies chirurgicales des enfans.

En reprenant le cours de nos conférences cliniques sur les maladies chirurgicales des enfans, il ne sera peut-être pas sans intérêt de commencer par faire ressortir les motifs qui font presque une spécialité de la chirurgie pratiquée chez les jeunes sujets, et l'utilité qu'une clinique comprenant les maladies chirurgicales auxquelles ils sont sujets et les opérations qui leur sont applicables, doit vous présenter pour compléter les notions que vous avez déjà acquises dans les hôpitaux consacrés aux adultes.

Je dis compléter les notions acquises dans ces hôpitaux; car les enfans jouissent de la funeste prérogative d'être sujets à des maladies qui sont propres à leur âge et aux autres âges de la vie. Nous trouvons, en effet, chez les enfans la plupart des maladies des vieillards et des adultes; mais à côté de ces affections il en est d'autres qui leur appartiennent exclusivement.

Dans la séance d'aujourd'hui, qui à vrai dire n'est qu'une conférence d'introduction, ayant principalement pour but de faire sentir la nécessité d'étudier les maladies chirurgicales de l'enfance, nous dirons qu'il est des maladies chirurgicales qui ne s'observent qu'à l'hôpital des enfans. Ainsi le spina-bifida, dont nous avons occasion d'observer plusieurs exemples tous les ans; les imperforations de la vulve, de l'anus, et tous les vices de conformation, becs-de-lièvre, pieds-bots, etc., en un mot, toutes les affections congéniales se rencontrent surtout dans ce service.

C'est encore dans cet hôpital que vous verrez des angines couenneuses, des croups, des corps étrangers dans les voies aériennes, dans le nez, l'oreille, etc.

Quant aux maladies que les enfans partagent avec les adultes, vous les observerez ici et vous reconnaîtrez combien de modifications les rendent différentes de celles des adultes.

Mais pour faire surtout ressortir tout ce qu'il y a d'utilité dans l'instruction d'une clinique consacrée à l'étude des maladies de l'enfance, il suffira de dire combien le diagnostic présente de difficultés inusitées; celles principalement que pourraient dissiper les commémoratifs et les réponses directes des malades. A cet égard, la médecine des enfans présente véritablement un point de contact avec la médecine vétérinaire, qui offre, comme cette dernière, des difficultés bien autres que celles de la médecine des adultes. C'est en suivant les cliniques de cet hôpital que vous apprendrez à éluder ces difficultés; vous apprendrez, en observant nos malades, que le plus souvent ils se refusent à l'exploration: les investigations deviennent de plus en plus difficiles. Aussi importe-t-il beaucoup de s'habituer à réussir au premier examen, attendu que d'ordinaire le second devient impossible. Admettons, par exemple, qu'il s'agisse d'explorer l'arrière-gorge: on ne devra pas se flatter de réussir, si la résistance du malade n'est pas tout d'abord vaincue; de là certains principes importans à poser, pour examiner convenablement les enfans.

Le traitement entraîne des modifications capitales; il est à peine nécessaire de dire que presque toujours il doit différer de celui qu'on emploierait chez l'adulte. Dans les fractures, par exemple, la durée reconnue du traitement n'est plus la même; la levée de l'appareil se trouve toujours rapprochée du moment de la fracture, et cela dans des proportions données pour chaque fracture. On sait, en effet, que chez les enfans le cal se forme et se solidifie avec plus de promptitude. Cela ne doit pas être inconnu du praticien; et pourtant, à ma connaissance, un enfant de cinq ans ayant eu la cuisse fracturée, est resté quarante jours dans un appareil, tandis que cette fracture est ordinairement consolidée le vingtième jour chez les jeunes sujets.

Je vous dirai également que le choix des appareils à fractures n'est pas aussi indifférent que chez les adultes; que les appareils inamovibles, qui chez eux conviennent si bien pour certaines fractures, sont à rejeter pour d'autres, celles de la cuisse, par exemple, l'action des substances solidifiables se trouvant éludée par l'urine qu'ils répandent dans le lit et dans l'appareil. Pourtant cet appareil inamovible retrouve bientôt toute son efficacité chez les enfans plus âgés qui ne gâtent pas au lit.

Que de questions à débattre encore! Nous présenterons la taille et la lithotritie mises en parallèle, ne serait-ce qu'au point de vue de l'opportunité de leur application aux nombreux cas de calculs vésicaux qui se présenteront à notre observation. Exempt de toute prévention à cet égard, je vous apprendrai peut-être à les juger avec impartialité, à les appliquer avec le bonheur désirable pour les malades, dont les intérêts doivent passer avant les passions scientifiques.

Nous aurons encore à discuter devant vous d'autres questions non moins importantes, dont quelques-unes ont déjà exercé l'esprit des praticiens les plus recommandables. Il me suffira, à cet égard, de citer l'opération du bec-de-lièvre, pour vous rappeler que l'âge auquel on doit pratiquer cette opération a été fortement controversé. Celle du strabisme, celle des pied-bots, des cicatrices, des brûlures, etc. C'est qu'en effet l'opportunité de temps pour l'application de certaines opérations chez les enfans, est souvent une question très ardue, et cependant très importante à résoudre; on s'en est occupé à l'égard du bec-de-lièvre, du strabisme et des pieds-bots. Je dois ajouter qu'elles se présenteront de même pour l'hydrocèle, pour le phymosis, pour les amputations elles-mêmes; car il n'est pas indifférent de les pratiquer à telle époque de l'année plutôt qu'à telle autre, quand elles sont nécessitées par une affection qui a pris naissance et accroissement sous l'influence d'un vice général, et cette circonstance première, bien entendu, que le cas n'est pas urgent et qu'il n'y a pas péril à la demeure; c'est qu'en effet, chez les enfans, la scrofule est stationnaire pendant les temps chauds, et qu'alors les conditions atmosphériques sont favorables à l'opération.

Avant d'admettre à l'hôpital un enfant pour être opéré, vous nous entendrez toujours demander aux parens s'il a été vacciné, s'il a eu des fièvres éruptives. S'il n'a pas été vacciné, c'est par là que nous commençons avant de songer à autre chose. Quand le moment de l'opération est arrivé, il est quelques précautions particulières qu'il faut prendre; ainsi, il ne faut jamais opérer sans aides, bien se rendre maître des mouvemens de l'enfant; mais, ce qui est plus important encore, c'est que, par suite d'un calcul qui varie à chaque instant, selon l'âge et le développement corporel de l'enfant, il importe de déterminer l'étendue et la profondeur que doivent avoir les incisions, dans les opérations qui, chez les adultes, sont toujours les mêmes et presque invariables, pour ce qui est de certaines mesures d'espace.

Eu égard à la grande impressionnabilité des enfans, il convient de s'abstenir de toute sorte d'étalage d'instrument, leur bander les yeux, les opérer même par surprise lorsqu'on est bien sûr que les raisonnemens seraient sans influence sur leur détermination. Loin toutefois d'ériger ceci en règle générale, il est bon de se rappeler qu'il est des enfans qui n'aiment pas être trompés, préférant, à l'instar des adultes, être avertis d'une manière assez circonstanciée de l'opération que l'on va pratiquer sur eux, dont les détails servent parfois à les rassurer.

Les hémorrhagies consécutives aux opérations exigent une attention spéciale chez les jeunes sujets: elles sont peut-être plus fréquentes chez eux que chez les adultes, par suite probablement de la grande activité du système circulatoire et de l'influence marquée qu'exerce sur lui le système nerveux. Souvent des conditions de tempérament s'ajoutent aux précédentes, ce qui est surtout évident pour les hémorrhagies consécutives aux morsures de sangsues, qui souvent entraînent la mort de quelques malades dans cet hôpital. Ce qui augmente encore la gravité des hémorrhagies chez les enfans, c'est qu'en général ils supportent moins bien que les adultes les déperditions de sang, et qu'ils ne peuvent en perdre impunément au-delà de certaines limites.

Les soins consécutifs aux opérations capables de prévenir les autres accidens qui les compliquent parfois sont fort nombreux. Nous devons dire cependant que les accidens nerveux sont plus rares que l'on ne pourrait le croire: ainsi, nous n'avons observé qu'une seule fois des convulsions à la suite d'une trachéotomie; elles survinrent trois ou quatre heures après l'opération et enlevèrent promptement le malade.

Il n'en est pas de même de la méningite simple ou tuberculeuse qui s'observe assez souvent. Les fièvres éruptives se présentent ensuite par ordre de fréquence. Il faut avoir l'habitude de voir ces maladies, savoir en quelque sorte pressentir l'invasion de ces affections, en en connaissant les prodrômes à l'avance, à l'égard des affections gutturales et laryngées, simples ou membraneuses. Il est très utile d'être averti que souvent elles succèdent aux opérations. Nous croyons avoir réussi plus d'une fois à entraver le développement de l'angine couenneuse en cautérisant promptement les fausses membranes formées déjà sur les amygdales, ce qui, dans quelques cas, nous permet de dire que nous prévenons quelquefois le croup, qui nécessite si souvent l'opération chanceuse de la trachéotomie.

K...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 26 novembre. — Présidence de M. PAUL DUBOIS:

Suite de la discussion sur la ténotomie.

M. Velpeau. Très circonscrite, exactement limitée au début, la question qui s'agite en ce moment au sein de l'Académie a pris par degrés une importance qui semble devenir de plus en plus grande. Comme dans toutes les discussions de science ou même de pratique, chacun est entraîné presque à son insu à chercher des appuis dans les questions collatérales pour confirmer le fait principal qu'il veut défendre, ou pour détruire celui qu'il combat, il en résulte que ceux qui prennent part aux débats introduisent à dessein ou sans y faire attention des élémens nouveaux dans la discussion, de telle sorte que, de très circonscrite qu'elle était au commencement, la question en litige finit souvent par embrasser une grande partie de la science. Aussi qu'avons-nous vu? L'un de nos collègues, M. Bouvier, ayant fait quelques expériences sur des chiens et remarqué que la section des tendons fléchisseurs des doigts était suivie d'adhérences sur ces animaux, et abolissait de la sorte le mouvement des phalanges, est venu soutenir que, selon toute apparence, il en serait de même chez l'homme, et que par conséquent la ténotomie ne convenait point au poignet, à la paume de la main et aux doigts. D'un autre côté, M. Guérin, qui avait pratiqué la section des tendons fléchisseurs de la main sur l'homme, s'est présenté avec un certain nombre de faits, et nous a montré deux malades dans le but de prouver que M. Bouvier s'était trompé, que la ténotomie était applicable à la rétraction des doigts comme aux difformités des autres régions du corps.

Jusque-là, rien de plus net que la question; mais M. Guérin a cru devoir ajouter au premier problème quelques généralités sur l'étiologie des difformités, sur les indications de la ténotomie et sur la pratique de cette opération.

Un autre de nos collègues, ayant cru devoir partir de là pour rappeler les idées qui existent dans la science sur les différentes espèces de difformités en général, la discussion a fini par embrasser non plus la ténotomie de la main, mais bien les différentes questions relatives à la grande classe des difformités et à la ténotomie toute entière.

Si la section des tendons fléchisseurs des doigts était restée seule en cause, nous aurions pu, à la rigueur, laisser MM. Bouvier et Guérin se débattre seuls sur les faits qu'ils nous soumettaient. Cependant, comme il s'agissait là de chirurgie proprement dite, et non pas de simple orthopédie qui fait la spécialité de nos deux collègues, en ma qualité de chirurgien j'ai cru devoir prendre la parole et dire comment j'entendais cette opération; d'autant plus que l'ayant pratiquée un assez grand nombre de fois et dans des conditions diverses, je pensais être en mesure de jeter quelque jour sur la question.

Ayant remarqué que M. Bouvier concluait trop rigoureusement de ses expériences sur les animaux à ce qu'il est permis d'espérer chez l'homme malade, tandis que M. Guérin affirmait trop positivement que la ténotomie des tendons fléchisseurs des doigts et de la main est une opération dépourvue d'inconvéniens, j'ai pensé un instant qu'en faisant disparaître l'exagération dans laquelle ils tombaient l'un et l'autre en sens inverse, je parviendrais à les ramener à la même opinion. Malheureusement il n'en a point été ainsi, et à cet égard il m'est arrivé, ce qui arrive si souvent quand on veut s'établir conciliateur d'intérêts opposés, c'est-à-dire que ces messieurs se sont tournés successivement contre moi, et qu'un autre de nos collègues a cru convenable de leur venir en aide; d'où il suit que j'ai reçu de tous côtés quelques blessures qu'on me permettra sans doute de cicatriser aujourd'hui.

Dans sa réplique à M. Bouvier, M. Guérin avait cité pêle-mêle un certain nombre d'opérations pratiquées par lui sur les tendons fléchisseurs de la main et des doigts. De plus, il avait avancé (*voir* le compte-rendu de la Gazette Médicale, p. 685) qu'il existe parmi les chirurgiens deux doctrines relatives à la ténotomie, l'une rationnelle, l'autre empirique. « Dans l'une, dit-il, on part de l'idée que le plus grand nombre des difformités articulaires sont le produit d'une seule et même cause..... de la rétraction musculaire »; tandis que dans l'autre, les difformités sont le produit de causes diverses. Plus loin, M. Guérin ajoute: « Ainsi ramenées à une seule origine, toutes les difformités articulaires *qui ne sont pas le produit d'affections des os ou de violence extérieure*, sont donc les mêmes depuis les pieds jusqu'à la tête.... Pour cette doctrine, la ténotomie est destinée à suivre la rétraction dans tous les muscles où elle se présente. » Enfin, M. Guérin dit que « les principes de la ténotomie n'ont encore été régulièrement posés nulle part. »

Avant de passer à l'examen de la question fondamentale, j'ai déjà objecté que je ne comprenais pas l'intention de M. Guérin en établissant deux doctrines sur la ténotomie, et j'ajoutai que tous les chirurgiens qui coupent des tendons savent très bien que la rétraction musculaire est la cause de la difformité qu'ils cherchent à détruire. Je demandai ensuite quelques éclaircissemens afin de savoir si, chez ses malades, M. Guérin avait pris toutes les précautions nécessaires pour distinguer les brides sous-cutanées qui occasionnent si souvent la rétraction des doigts, des tendons proprement dits; puis, pour savoir si en soutenant que la section des tendons fléchisseurs est une bonne opération, il entendait faire une distinction selon qu'on la pratique au poignet, à la main et aux doigts, ou bien s'il en défendait l'efficacité d'une manière absolue.

A cela, M. Guérin n'a point jugé convenable de répondre, pour ce qui est de la ténotomie de la main, ni de la nature variée de la rétrac-

tion des doigts. Il s'est contenté de dire que la doctrine rationnelle lui appartient, que personne avant lui n'en avait eu la pensée, et que je me trouvais moi-même au nombre des chirurgiens qui se conforment aux principes de la doctrine empirique. Formulant ensuite ses prétentions, il les a résumées sous forme de quelques propositions. « Aucun des principes qui, dit-il, doivent assurer le succès complet de la ténotomie, c'est-à-dire une réunion véritable, une organisation régulière, une longueur suffisante du nouveau tendon avec conservation des mouvemens normaux n'avait été mise en regard des résultats réalisés » Un autre principe qu'il m'a défié de montrer dans aucun écrit est le principe de la contraction physiologique volontaire ; puis il a demandé pour lui la section des tendons du poignet, de la main et des doigts sur deux points différens des deux ordres de fléchisseurs.

M. Guérin avait également cru que je faisais partie de ceux qui avaient demandé une commission pour l'examen de ses malades. Je me bornerai à répondre que sur ce point M. Guérin avait mal entendu.

Maintenant que les termes de la question sont exactement posés, voici ce que j'ai à répondre.

Dans l'une de nos séances, M. Guérin a dit qu'il était heureux de voir ses doctrines attaquées, qu'il en résultait pour lui une occasion de les exposer plus clairement, de les faire ressortir aux yeux de tous. Je m'applaudis à mon tour de la circonstance qui me force à examiner ses prétentions sous ce point de vue. En effet, M. Guérin, qui s'occupe fructueusement de la ténotomie, a parlé si souvent depuis quelques années de ses doctrines, de ses principes à l'occasion de cette opération, que j'avais fini par croire avec une infinité d'autres qu'il avait là-dessus une doctrine, des principes tout particuliers, mais, je dois l'avouer, sans savoir au juste en quoi consistaient sa doctrine et ses principes.

Partant de ce qu'il nous en a dit, j'ai vu avec une sorte de surprise que M. Guérin entend les difformités et la ténotomie comme les autres chirurgiens, comme on l'entendait avant lui. C'est ce que je vais essayer de démontrer.

Dans sa doctrine, M. Guérin dit que « le plus grand nombre » des difformités articulaires tiennent à la retraction musculaire. Or, je le demande, y a-t-il un chirurgien qui ait jamais nié que certaines difformités articulaires résultent de la rétraction des muscles ? Que cette rétraction soit plus fréquente pour les uns que pour les autres, d'accord ; mais une différence du plus au moins ne constitue pas, que je sache, un principe, une doctrine. M. Guérin n'a pas dit, n'a pas voulu dire sans doute que toutes les difformités articulaires fussent les mêmes, car il ajoute : « Les difformités qui ne sont pas le produit d'affections des os ou de violences extérieures, » phrase fort incomplète d'ailleurs, ou fort obscure, ou tout à fait insignifiante, car elle revient à dire que les difformités par rétraction musculaire sont les seules qui résultent des raccourcissemens des muscles, ou bien elle en laisse une foule de côté, car il y a des difformités qui ne tiennent pas à une affection des os, à une violence extrême, et qui cependant sont étrangères à la rétraction des muscles ; par exemple, les brides sous-cutanées, certaines altérations des ligamens. Quand je dis (Méd. opér., tom Ier) que les difformités auxquelles la chirurgie peut remédier ont lieu : par altération de la peau, par altération de la couche sous-cutanée, par altération des tendons ou des muscles, par altération des ligamens, par altération des ligamens et des os, est-ce que je n'indique pas une doctrine plus complète et pour le moins aussi rationnelle que la sienne ? M. Guérin dit que « la ténotomie est destinée à suivre la rétraction dans tous les muscles où elle se présente ; » mais j'ai dit la même chose sous une foule de formes et dans nombre de chapitres différens. On trouve, par exemple, dans l'ouvrage que je viens de citer les quelques passages suivans : « Avant de se décider à la ténotomie, il faut s'être assuré que la difformité ne tient ni à une raideur articulaire, ni à des cicatrices, quelle dépend enfin, du moins en très grande partie, du raccourcissement, de la raideur contre nature de quelques tendons ou de quelques muscles; et elle s'applique ou peut s'appliquer à tous les tendons et aux muscles qui ne sont séparés de la peau par aucun organe important. Elle a déjà été pratiquée aux orteils, autour du pied, au bas de la jambe, au jarret, aux doigts et au cou. Nul doute qu'elle ne convînt également au poignet, au pli du bras et même à l'aisselle et au genou....

» Certaines difformités de la jambe, du pied, de la main, de l'avant-bras et du cou peuvent trouver leur remède principal dans la section des tendons ou des aponévroses.....

» A la main, la section du tendon malade offrirait toutes les chances de succès. »

Qu'on veuille bien y faire attention et l'on verra si ce que M. Guérin appelle sa doctrine diffère de ces propositions, s'il a fait autre chose que mettre en œuvre ce que nous avions dit avant lui.

Voyons si pour quelque région en particulier M. Guérin a réellement une doctrine qui lui soit propre. Il dit : Chaque variété, chaque accident de forme, chaque élément de direction vicieuse dont se compose l'ensemble du pied-bot, est le produit de la rétraction occupant les différens muscles de la jambe et du pied.

M. Guérin qui, pour me mettre en contradiction avec moi-même, vous a cité une phrase du compte-rendu d'une de nos séances d'il y a six ans, me fait dire que la section du tendon d'Achille est le meilleur remède du pied-bot, et que le pied-bot résulte de causes variées. Ici il y a deux rectifications à faire. Si M. Guérin veut soutenir que la déviation du pied, prise d'une manière absolue, ne reconnaît jamais qu'une seule et même cause, je ne prendrai pas la peine de le combattre. Dans le cas contraire, il est d'accord avec moi, et je ne vois pas le but de la citation. Et d'ailleurs, M. Guérin sait fort bien que le compte rendu qu'il a cité n'a pas été rédigé par moi. J'ai dit que la section du tendon d'Achille était le meilleur remède du pied-équin et non pas du pied-bot en général. S'il voulait connaître ma pensée, il lui aurait d'ailleurs été facile de la trouver dans ce que j'ai écrit moi-même sur la ténotomie. Il y aurait lu les passages suivans : « Le pied peut être dévié par le raccourcissement de plusieurs ordres de tendons, des péroniers, des jambiers, du tendon d'Achille, de l'aponévrose plantaire, etc...... Il existe deux variétés du pied-équin ; celle qui résulte d'une rétraction des muscles ou des aponévroses de la plante du pied, puis celle qui appartient au tendon d'Achille..... La rétraction de l'aponévrose plantaire et du muscle court fléchisseur des orteils en était la cause dans un cas..... Souvent aussi le pied-équin se complique de varus ou de valgus ; il importe d'autant plus de ne point oublier cette remarque que le nombre des tendons à diviser quand on veut remédier au pied-bot, est toujours en raison des espèces ou de la combinaison des difformités qu'il s'agit de détruire..... Le pied-bot varus exige assez souvent qu'on divise, outre le tendon d'Achille, les tendons du jambier antérieur, du jambier postérieur ou ceux des muscles long extenseur et long fléchisseur des orteils. »

Il me semble que la doctrine exposée dans ces passages, et une infinité d'autres que je me dispenserai de rappeler ici, doctrine que j'ai discutée beaucoup plus en détail en 1840 dans une série de leçons, à l'hôpital de la Charité, se fonde d'une manière assez claire sur la rétraction musculaire quand il s'agit de pratiquer la ténotomie pour remédier aux difformités, et que j'ai eu quelque raison de repousser les prétentions de M. Guérin.

Maintenant je dois, avec la permission de l'Académie, me disculper d'une contradiction apparente où M. Guérin a semblé vouloir me mettre, en rappelant que dans ma Médecine opératoire je lui accorde ce qu'il demande aujourd'hui. En effet, on trouve un passage de mon livre ainsi conçu : « L'histoire de cette opération (ténotomie) appliquée au traitement du pied-bot, comprend d'ailleurs deux périodes : dans la première, on s'était borné à faire empiriquement la section du tendon d'Achille ; dans la seconde, l'opération a été étendue à tous les tendons de la jambe et du pied. C'est à M. Jules Guérin que l'on doit cette généralisation.... » (Pag. 28, tom. Ier, Appendice.)

Il semblerait donc que j'accordais alors à M. Guérin ce qu'il demande et ce que je lui refuse aujourd'hui, c'est-à-dire une doctrine rationnelle établie par lui, tandis que les doctrines antérieures étaient purement empiriques. Il m'en coûte quelque peu, je l'avoue, d'expliquer ici ce passage ; mais on me pardonnera, j'espère, cette petite indiscrétion, en se rappelant que j'y suis réellement forcé par M. Guérin lui-même.

Mon Traité de Médecine opératoire, comprenant quatre forts volumes, n'a pas pu, on le devine, être imprimé en deux jours. Le premier volume était terminé près de dix-huit mois avant qu'il me fût possible de faire paraître le quatrième. Cependant l'ouvrage entier fut livré au public en 1839. J'en tirai un article sur la ténotomie, et je le donnai au rédacteur du journal L'Esculape. Là, j'eus soin d'indiquer que le fond de mon article était imprimé depuis plus d'un an. (Esculape, nº 2, juin 1839.) M. Guérin ayant lu cet article, s'en plaignit à moi et s'efforça de me montrer que je ne lui avais pas accordé dans cette question tout ce qui lui appartenait légitimement. Désireux de rendre justice à tout le monde, et ne comprenant pas bien la nature de cette réclamation, ce que M. Guérin entendait par ses doctrines ou par ses principes, je l'engageai à rédiger une note qui les représentât nettement, en lui disant que je pourrais insérer cette note en tête de mon premier volume, où j'avais d'ailleurs l'intention de placer, sous forme d'avertissement, d'autres faits omis ou établis depuis le commencement de mon travail. Or, c'est précisément cette note que M. Guérin vous a lue l'autre jour. Il est donc évident que c'est lui qui parle ici et non pas moi, et qu'il n'est pas très généreux de sa part de m'imposer ses propres paroles pour les mettre en opposition avec ma véritable pensée. Il est vrai que je les donne comme miennes dans ce passage ; mais, outre qu'en les comparant à ce qui se trouve dans le reste du livre, il est aisé de voir qu'elles viennent d'une autre source, j'ajouterai que, depuis le moment où je les acceptai sans trop les comprendre, je me suis livré à des recherches qui m'en ont démontré de plus en plus le peu de fondement.

Ainsi, on le voit, M. Guérin n'a point de doctrine à lui, ou ce qu'il appelle ses doctrines sont les nôtres, sont celles qu'il a empruntées, comme nous, au domaine commun de la science. Passons à ses principes.

« Les principes de la ténotomie n'avaient, dit M. Guérin, été posés nulle part. » J'ai dit que là-dessus il se trompait et je le prouve.

« Le procédé qui consiste, ai-je dit dans mon ouvrage, à ne faire qu'une ponction à la peau, et dans lequel on divise le tendon de la partie superficielle à la partie profonde, est celui qui mérite la préférence. En y associant une incision des tégumens parallèle à l'axe du tendon, en pratiquant cette incision avec la pointe d'une lancette, en conduisant par là et à plat le ténotome jusqu'à ce qu'il ait dépassé les limites de l'autre bord du tendon, en retournant dès lors le tranchant du ténotome dans le sens de la corde à diviser, on a une opération presque dépourvue de douleurs, etc., etc. (t. Ier, p. 543.) »

« ..... Je regarde comme très important de pratiquer la ténotomie :

» 1º Par une ponction étroite de la peau ;

» 2º De couper aussi complètement que possible le tendon en ayant soin de ménager la gaîne ;

» 3º D'éviter avec précaution les vaisseaux ;

» 4º De redresser sur-le-champ la partie, s'il n'est pas nécessaire de solliciter un écartement de plus d'un pouce et demi ;

» 3º D'augmenter ensuite peu à peu cet écartement après le dixième ou le quinzième jour ;

» 6º D'appliquer immédiatement un bandage, etc.;

» 7º De modérer avec l'appareil....

» 8º D'en venir ensuite par degrés à des mouvemens.... » (P. 549.)

Que M. Guerin combatte de tels principes, les trouve mauvais, il en a le droit, sans doute ; mais encore est-il que ce sont des règles exposées, imprimées, qui ont cours dans la pratique commune, et qui lui ôtent le droit de dire ce que je lui ai reproché. Et qu'entend-il par ses principes à lui ? Cette réunion, cette organisation, cette longueur, ces mouvemens conservés mis en regard des résultats réalisés, constituent un exposé d'une obscurité profonde, dans lequel il m'a été absolument impossible de deviner ce que prétend dire M. Guérin. Sur quoi se fonde-t-il pour avancer qu'un chirurgien quelconque ait jamais pratiqué la ténotomie sans avoir en vue la réunion, le rétablissement de la longueur des mouvemens réguliers de l'organe divisé ? Ceci ne ressemble-t-il pas à ces phrases dont on s'enveloppe, afin d'en tirer selon le besoin tout ce qu'on voudra y avoir placé ?

M. Guérin m'a défié de lui montrer le principe de la contraction physiologique volontaire dans aucun écrit, comme moyen de favoriser la ténotomie. De sa part, ce défi m'a paru étrange. Il est, du reste, présenté sous la forme vague et obscure qu'affecte si volontiers M. Guérin dans ses formules. Qu'entend-il, en effet, par contraction physiologique volontaire à propos de ténotomie ? S'il veut dire que dans tous les cas, c'est le malade qui doit raidir le tendon à diviser, le principe est mauvais, est inapplicable même, attendu qu'une foule de malades s'occupent de toute autre chose pendant l'opération, et malgré les injonctions du chirurgien, que de raidir le tendon à couper. S'il veut simplement dire que par la volonté du malade, par l'action du chirurgien ou par un moyen quelconque, il faut augmenter la raideur et la saillie du tendon, c'est un principe qui appartient à tout le monde, qu'on appliquerait même malgré soi, car sans lui personne ne pourrait pratiquer la ténotomie. M. Guérin dit que cette indication n'est donnée nulle part. Il est malheureux qu'il n'ait point songé à la chercher dans le livre où il me défie de la trouver, car elle y existe en vingt endroits différens. Ainsi, dans ma description générale, je m'exprime de la sorte : « Quand le ténotome est glissé sous la peau, on fait tendre aussitôt le tendon pour qu'il se laisse trancher par le bistouri. » (Pag. 543.) A propos des muscles du cou : « S'il est bon de relacher un peu le muscle pendant qu'on fait glisser l'instument au-dessous de la peau, il convient de le tendre et de le redresser au moment de la section du tendon lui-même. » — Au jarret, je dis : « Après avoir conduit l'instrument jusque sur le côté opposé du tendon à diviser, j'engage l'aide à tendre avec une certaine force la jambe du malade. » — Pour le pied équin, je dis : « C'est alors qu'il devient utile d'abaisser le talon du malade. On donne de cette façon une raideur telle au tendon que la section s'en opère en quelque sorte d'elle-même. » — Au coude-pied, je dis : « Les tendons sont alors d'autant plus éloignés de l'artère que la rétraction est plus considérable. » — Au pli du bras, « on augmente alors la raideur du muscle en essayant d'allonger l'avant-bras. » — A la main, « la règle veut qu'on incise le tendon sur sa portion la plus saillante. » — Au poignet, « on opérerait sans danger, la section des radiaux, du court extenseur, du long abducteur du pouce, malgré le voisinage de l'artère radiale, en ayant soin, le bistouri étant introduit sous la peau, de porter fortement le pouce dans l'extension et l'abduction. » — Pour les radiaux, « il vaudrait mieux que la main, un peu renversée en arrière, fut complètement fermée. On devrait en outre, dans ces deux cas, forcer les tendons à se diviser en quelque sorte d'eux-mêmes contre l'instrument. » — Pour les fléchisseurs, « on coupe les tendons en les faisant écarter le plus possible de l'os. Le tendon rétracté étant assez fortement soulevé, permet de le couper sans atteindre les branches de l'arcade palmaire superficielle. »

Enfin, en cas que M. Guérin tienne à sa retraction physiologique volontaire, j'ajoute pour le poignet : « A l'aide de certains mouvemens, on rend le tendon du petit palmaire ou du grand palmaire tellement saillant, qu'il n'y aurait ni risque, ni difficulté à le trancher. »

Est-il clair maintenant ; ces détails prouvent-ils d'une manière assez peremptoire que M. Guérin s'est fait illusion dans toutes ses prétentions? Aura-t-il la générosité de comprendre que, dans tout ce qu'il nous a dit de la ténotomie, il n'y a rien qui lui appartienne en propre ; que les doctrines, les principes qu'il réclame, sont les doctrines et les principes de tout le monde, puisés par lui dans nos Traités de chirurgie.

Examinons maintenant la question purement académique et sous le point de vue pratique.

— La dernière partie du discours de M. Velpeau est tellement importante, que nous nous réservons de la donner avec tous les détails dans le prochain numéro, ainsi que le discours prononcé par M. Gerdy.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du chlorure d'étain contre la chorée ; par M. le docteur Person, de Saint-Pétersbourg.

Une jeune fille, âgée de onze ans, fut affectée d'une chorée à la suite d'une vive frayeur. M. Person, après avoir employé sans avantage de nombreux moyens pour combattre cette affection, se rappela l'emploi qui avait été fait par M. le docteur Schlesinger, de Stettin, du chlorure d'étain contre cette maladie, et il le prescrivit avec succès.

Mais, pendant l'administration de ce médicament, M. Person ne remarqua pas de réaction de l'organisme, pas d'augmentation des symptômes après les premières doses, et même, après sept jours d'usage à la dose de 9 milligrammes environ par prise, il n'observa pas de sécheresse dans la bouche comme M. Schlesinger prétend l'avoir vu. L'effet s'est montré purement adoucissant, et la grande excitation du système nerveux vertébral s'est trouvée calmée de prime-abord.

(*Zeitschrift fuer die gesammte Medicin*, 1842.)

Sur l'érysipèle des nouveau-nés après la vaccination; par M. le docteur Doepp, médecin à l'hospice des Enfans-Trouvés, à Saint-Pétersbourg.

M. Doepp prétend qu'une des principales causes de cet érysipèle se trouve dans la manière imprévoyante et brusque avec laquelle les nourrices enlèvent les jeunes enfans par les bras, bien que d'ailleurs ils ne nient pas l'influence toute puissante d'une constitution épidémique sur la production des accidens.

Ce même praticien a remarqué en outre que le virus vaccin, pris à des pustules entourées d'une aréole inflammatoire très vive, détermine le plus souvent le développement d'un érysipèle, et cela ordinairement dès le second ou le troisième jour de l'inoculation. Ce qui lui a permis surtout de constater ce fait, c'est l'habitude contractée par lui dès long-temps de changer de vaccin pour chaque bras. (*Ibid.*)

Traitement du trismus chez les nouveau-nés ; par M. le docteur Pitschaft, de Bade.

Dans les cas de trismus avec convulsions, chez les enfans à la mamelle, lorsque les évacuations alvines se font naturellement, M. Pitschaft emploie avec beaucoup de succès la mixture ci-dessous :

Pr.	Hydrolat de fleurs d'oranger,	60 grammes.
	Savon de Venise,	1
	Carbonate de magnésie,	1
	Musc choisi,	5 centigrammes.
	Sirop d'amandes,	8 grammes.

M. et F. S. A.

On en donne, suivant l'âge des petits sujets, une grande ou une petite cuillerée à café toutes les heures.

M. Pitschaft dit qu'il est pleinement convaincu de la justesse de l'opinion exprimée par Baglivi dans la phrase suivante : « Omnes ferè « convulsiones infantum à stomacho fiunt, undè iis statim morbum « solvunt lenia purgantia, præsertim infusum rhabarbari. »

On peut ajouter aussi aux moyens dont il vient d'être question la corne de cerf calcinée, ainsi que la poudre de lycopode.

(*Hufeland's Journal ;* mars 1842.)

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Observations sur la préparation du sirop de baume de Tolu ; par M. E. Marchand, pharmacien de l'hospice civil de Fécamp.

M. Deville a appelé, il y a déjà quelque temps, l'attention des pharmaciens sur la préparation du sirop de baume de Tolu : il avait été amené, en travaillant sur ce baume, à supposer que l'on pourrait préparer le sirop, et cela sans nuire à ses qualités, en employant une quantité de baume moins considérable que celle portée dans la formule du Codex.

Pour résoudre le problème posé par ce chimiste, M. Marchand est parti de cette idée que l'eau ne peut se charger, si l'on n'emploie aucun intermède, que de quantités très minimes d'huile volatile, à moins que ce ne soit par la distillation, parce qu'alors elle peut s'en saturer complétement ; mais que, si l'on emploie un intermède quelconque, le sucre, l'alcool, la magnésie, etc., on peut alors combiner une plus forte proportion d'huile volatile à l'eau.

Il a conclu de là qu'en triturant le baume de Tolu avec du sucre, et en versant dessus le sirop simple bouillant, on pourrait parvenir à obtenir un sirop très chargé. Ses prévisions ont été confirmées bien au-delà de son espoir, et il ne doute aucunement que le procédé qu'il propose soit bientôt admis généralement, puisqu'il donne un sirop aussi agréable et aussi chargé que celui du Codex, bien que la proportion du baume de Tolu employé ne soit que la sixième partie environ de celle qui est prescrite par le Codex.

Voici la formule qu'il suit :

Pr.	Baume de Tolu,	40 grammes.
	Sucre blanc,	80
	Eau commune froide,	150
	Sirop simple froid,	2500

On triture long-temps le baume de Tolu avec le sucre, de manière à en faire une poudre impalpable ; on introduit cette poudre dans un vase en faïence ou en étain, que l'on puisse couvrir ; on la mélange avec l'eau, et on verse dessus le sirop simple porté à la température de l'ébullition. On a soin d'agiter de temps en temps jusqu'à parfait refroidissement, en ayant la précaution de recouvrir le vase pendant les momens de repos. Lorsque le sirop est refroidi, ou mieux encore après douze heures de contact, on le filtre au papier.

(*Journ. de Chim. méd.*, octobre 1842.)

Sirop de goudron; par M. E. Marchand, de Fécamp.

On a indiqué, pour la préparation de ce sirop, un procédé qui consiste à faire digérer quatre parties en poids de goudron avec une partie d'eau, à décanter la liqueur, à la filtrer et à la convertir en sirop en y faisant dissoudre le double de son poids de sucre.

Ce procédé, d'une exécution assez difficile, donne un sirop doué d'une acidité remarquable, mais qui, en réalité, ne possède pas probablement des propriétés médicales plus énergiques que l'eau de goudron elle-même.

C'est cette considération qui engage M. Marchand à proposer la formule suivante, qui lui paraît donner un sirop plus actif ; car son amertume, sa saveur de goudron, sont extrêmement prononcés ; et d'ailleurs l'hydrolé qui en fait la base laisse déposer, quand on le conserve pendant quelque temps, une certaine quantité d'une résine amère à laquelle

on ne saurait refuser quelque valeur pour l'usage médicinal.

Pr. Goudron, 100 grammes.
Carbonate de magnésie, 5
Meler exactement, et verser sur le mélange
Eau bouillante, 500 grammes.

Agiter continuellement en faisant bouillir pendant une ou deux minutes ; laisser refroidir, puis filter et ajouter au produit de la filtration
Vinaigre radical, 3 grammes.

Convertir enfin cet hydrolé en sirop, en y faisant dissoudre s. A. une quantité de sucre égale à deux fois son poids.

(*Journ. de Chim. méd.*, octobre 1842.)

A M. le président du Conseil d'Administration de l'Académie de médecine.

Paris, le 28 novembre 1842.

Monsieur le président,

C'est avec un vif regret que je me trouve dans la nécessité de vous écrire une quatrième lettre pour réclamer la parole que j'aurais dû obtenir sans difficulté dans la séance du 11 octobre dernier. Toutes les instances que j'ai faites depuis six semaines auprès du Conseil d'Administration pour être entendu, étant restées absolument sans effet, je suis forcé de revenir sur ce sujet, quelle que soit la répugnance que j'éprouve à demander sans cesse la même justice.

Dans la séance du 4 octobre dernier, une lettre de M. Bertulus fut lue devant l'Académie, et cette lecture produisit un grand scandale dans l'assemblée tout entière. Néanmoins, comme cette lettre contient une réclamation, l'Académie décida, à une très faible majorité, qu'il en serait publié un extrait dans le Bulletin de la compagnie. et c'est ce qui a été fait.

Attaqué personnellement de la manière la plus directe par M. Bertulus, il était de mon devoir et de mon droit de répondre aux allégations plus que hasardées de ce contagioniste, et je devais obtenir la parole à cet effet avant notre honorable collègue M. Jules Guérin, 1° par droit d'antériorité; 2° parce que je la réclamais pour un fait personnel ; 3° parce que, attaqué comme rapporteur d'une commission, il était de mon devoir de me justifier dans le plus bref délai ; 4° enfin, parce qu'il était utile à la vérité, et de plus dans les convenances, que ma réponse suivît immédiatement l'attaque dans le Bulletin. Eh bien ! malgré ces puissantes considérations, après sept semaines d'attente et d'instances, je suis encore à solliciter comme une faveur, ce qui m'est rigoureusement dû, ce dont on n'a pu me priver sans injustice, sans un oubli complet des convenances et des égards les plus vulgaires.

Que M. Pariset et M. Gérardin aient de vives sympathies pour M. Bertulus, cela ne m'étonne nullement ; comme les deux honorables secrétaires de l'Académie, ce chirurgien soutient que la fièvre jaune est contagieuse, comme eux il affirme que l'Europe ne peut se préserver de ce fléau que par des lazarets et de rigoureuses quarantaines, comme eux il met la fiction à la place des faits pour appuyer ses fausses théories et préconiser les absurdes et funestes mesures qui en sont la conséquence. Tout cela donne sans aucun doute à M. Bertulus, des droits *bien fondés* à la haute protection que lui accordent MM. Pariset et Gérardin, car les passions ne prennent pas l'équité pour guide. Mais que les honorables membres du Conseil d'Administration de l'Académie, qui n'ont jamais pris de part active dans les discussions sur la fièvre jaune, qui ne sont point compromis dans la grande question de la contagion, qui n'ont point trahi la cause sacrée de l'humanité et de la science pour faire triompher une opinion préconçue ; enfin qui n'ont point induit le pays en erreur et causé à l'état et au commerce des préjudices immenses, viennent aussi prêter aide et assistance à l'ex-chirurgien de la *Caravane*, en me refusant la parole, en m'empêchant de signaler les fictions dont il a entretenu notre premier corps médical, c'est ce que je ne puis concevoir.

Je suis accusé, entre autres choses, par M. Bertulus, *de manquer de conscience* dans les rapports que j'ai l'honneur de faire à l'Académie, et le Conseil d'Administration de cette même Académie se refuse à m'accorder la parole pour démontrer la fausseté d'une pareille accusation et confondre celui qui n'a pas craint de la porter ! Est-ce là de l'impartialité ? est-ce là de la justice ? est-ce ainsi que doivent procéder les délégués de l'Académie ; les hommes honorables qu'elle a chargés de la représenter hors de ses séances ? Si le protégé de MM. Pariset et Gérardin s'est placé dans une position extrêmement pénible, à qui la faute ? Est-ce là un motif pour s'opposer à ce que je fasse connaître ce que valent ses assertions ?

Enfin, monsieur le président, quels que soient les motifs qui, depuis près de deux mois, m'ont empêché d'être entendu pour réfuter les étranges allégations de M. Bertulus, je prie de rechef et très instamment le Conseil d'Administration de l'Académie de vouloir bien m'accorder la parole dans la séance de demain, et immédiatement après la lecture de la correspondance, vu que je réclame pour répondre à des faits personnels, et qu'en pareil cas elle est accordée sur-le-champ ; c'est un principe consacré par toutes les sociétés ; d'ailleurs la lettre de M. Bertulus ayant été lue lorsque l'assemblée était au grand complet, la justice veut qu'il en soit de même pour ma réponse.

Agréez, etc., CHERVIN, D.-M.-P.

NOUVELLES.

— Voici la question mise au concours pour 1843 par l'excellent *Journal d'Oculistique* publié à Bruxelles par M. le docteur Cunier :

« Faire l'histoire de la cataracte capsulaire secondaire ; décrire ses variétés, ses causes, et les meilleurs procédés pour la détruire. »

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 150 fr. et un abonnement gratuit de cinq années.

Les mémoires, écrits en latin, français, hollandais ou allemand, doivent être adressés à M. le docteur Cunier, 13, Montagne-Ste-Elisabeth, à Bruxelles, avant le 1er août 1843.

— Sont à décerner en 1844, par la Société d'Agriculture, sciences, arts et belles-lettres du département de l'Aube, les prix suivans :

1° Une médaille d'or de 150 francs à l'auteur de la meilleure notice sur la vie et les travaux d'un des hommes remarquables nés dans le département de l'Aube ;

2° Une médaille d'or de 150 francs à l'auteur d'un manuel pratique d'hygiène, à l'usage des cultivateurs du département de l'Aube, pour les animaux domestiques. Les manuscrits seront transmis à la Société le 1er août 1844.

— M. F. Gille, interne de la clinique de M. Rostan, nous écrit pour nous dire que c'est lui et non M. Bouchardat, alors absent, qui a été chargé par M. Combette de l'analyse des urines du diabétique couché salle Sainte-Jeanne, 4, et dont nous avons rapporté l'histoire dans notre numéro du 20 octobre dernier.

— M. le docteur Gachet, professeur de botanique, et consevateur du Musée de la ville de Bordeaux, vient de mourir dans la force de l'âge. Son ami, M. le docteur Venot, a prononcé sur la tombe de l'honorable confrère, dont la vie pure et modeste avait été un dévouement continuel à la science, un discours empreint de convenance et de dignité.

Ceux de MM. les docteurs en médecine résidant à Paris ou dans la banlieue, qui ne sont pas inscrits dans la dernière édition de l'*Almanach général de médecine*, ou qui ont des rectifications à faire à l'article qui les concerne, sont invités à adresser immédiatement leurs notes à M. Domange, rue Git-le-Cœur, 4.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 1er DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 145, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Leçons sur la thérapeutique des plaies. (Première leçon.)

Les plaies constituent une moitié environ des maladies que nous avons à traiter dans les cliniques chirurgicales, et que chacun de vous est appelé à soigner, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile. C'est donc chose importante que de rechercher quels sont les meilleurs moyens de bien faire les pansemens. Je n'entrerai pas ici dans les généralités connues de tous ou qui se trouvent dans tous les traités didactiques: je m'en tiendrai à des considérations d'un ordre pratique et peu connues. Nous ne parlerons ici que des plaies simples ou sans complication, remettant à une autre occasion ce qui a trait à la thérapeutique que réclame ce dernier ordre de plaies. Considérées sous ce point de vue les plaies peuvent être rapportées à cinq ordres ou espèces :

1° Les plaies accidentelles ou traumatiques proprement dites;

2° Celles qui sont le résultat d'une opération;

3° Celles qui succèdent aux abcès;

4° Celles qui surviennent à la suite de la gangrène de parties molles ou de l'élimination de séquestres qui ne peuvent se frayer un chemin à travers les tissus sans laisser une solution de continuité plus ou moins régulière que la nature s'efforce de fermer;

5° Enfin, toutes les plaies qui succèdent aux ulcères, aux fistules, en un mot celles qui étant entretenues par une cause spéciale, ont été converties en plaies par l'éloignement de cette cause, et tendent à la cicatrisation.

Il y a aussi des plaies qui subissent successivement plusieurs transformations, qui, après avoir été plaies simples, prennent le caractère d'ulcères ou de fistules sous l'influence d'un traitement mal fait, ou d'une cause particulière, et redeviennent plaies simples par l'intervention de l'art. Telles sont les diverses espèces de plaies dans lesquelles la nature tend d'elle-même à la guérison, et où nous ne devons intervenir que pour seconder ses efforts.

Les deux premières catégories pourraient être regardées comme des plaies primitives, car aucun état pathologique ne les a précédées; tandis que les autres sont plutôt secondaires, parce qu'une cause morbide a dû être éloignée pour les réduire à l'état de simplicité. Il y a entre ces deux ordres de plaies un grand contraste sur lequel j'appellerai un instant votre attention.

Les caractères des deux premières espèces sont d'être bien régulières, en général saignantes, et d'exiger un certain laps de temps pour qu'il s'y développe ce degré d'inflammation qu'on appelle adhésive, pour que la nature puisse en favoriser la cicatrisation. Les trois autres espèces ne sont pas saignantes; elles sont moins susceptibles que les précédentes de devenir le siége de l'inflammation adhésive, à cause de leur nature chronique, et sont suppurantes. Ces plaies ne peuvent jamais se réunir que par un travail tout particulier, bien différent du travail des plaies précédentes. Cette différence de caractères entre ces divers ordres de plaies donne lieu aussi à une différence essentielle dans leur traitement, sur laquelle nous insisterons un peu plus tard. Cette différence a lieu surtout au début de la maladie. Les plaies primitives ensuite diffèrent entre elles, selon qu'elles proviennent d'un accident ou d'une opération chirurgicale. Par ces opérations nous produisons, en général, des plaies profondes plus étendues, avec une plus grande perte de substance que celles qui ont pour cause une violence extrême, un accident, si l'on en excepte pourtant les plaies par armes à feu ou par arrachement, qui peuvent être très vastes et très profondes. En outre, les plaies que nous faisons artificiellement ont aussi l'avantage d'être plus nettes, plus régulières, plus gracieuses, si je peux m'exprimer ainsi; elles sont toujours simples, sans meurtrissures, sans contusion, tandis que le plus souvent les plaies accidentelles sont plus ou moins contuses et moins régulières. Enfin, les plaies que nous produisons avec nos instrumens ne sont pas ordinairement compliquées de corps étrangers, ni soumises à des causes spéciales qui peuvent faire obstacle à leur cicatrisation, si j'en excepte pourtant quelques cas où l'on est forcé d'introduire temporairement certains corps étrangers, comme lorsqu'on pratique des ligatures au milieu des tissus divisés. Malgré cette circonstance même, lorsqu'elle se présente, les plaies résultant d'opérations sont toujours dans des conditions bien plus favorables à la cicatrisation que les autres, car nous pouvons les traiter comme nous voulons sans que des causes particulières nous obligent à une thérapeutique spéciale, ainsi qu'il arrive dans des plaies accidentelles. De là vient mon étonnement que l'art de faire disparaître le plus promptement possible ces plaies récentes, par la méthode de la réunion dite immédiate, ait été si tardivement adopté par les chirurgiens français qui lui sont restés si long-temps hostiles. Pendant des siècles on s'est amusé à laisser suppurer ces plaies simples, et aujourd'hui même il y a encore des praticiens qui marchent obstinément dans l'ancienne route, contestant tous les avantages de cette réunion.

Disons maintenant quelques mots des autres espèces de plaies que nous avons appelées secondaires. Les plaies du troisième ordre qui succèdent aux abcès, malgré la tendance et les efforts de la nature vers la cicatrisation, rencontrent un grand obstacle dans l'amincissement de la peau, dans la destruction du tissu cellulaire sous-cutané, toutes conditions contraires à la marche rapide de la cicatrice. Tout le monde sait qu'en général, plus un abcès est superficiel, ou plus on tarde à l'ouvrir, plus il est difficile d'en obtenir la guérison, pour les causes que j'indiquerai tout à l'heure. Pour parer à ces inconvéniens, j'ai adopté, dans l'ouverture des abcès, une conduite particulière qui n'est pas partagée par beaucoup de praticiens. J'ouvre largement, sans ménager les parties, je fais quelquefois des incisions en T ou en X, et cela dans un but d'avenir, convaincu que de cette manière les portions de peau amincies qui ne pourraient plus se réunir si on les laissait en contact, étant largement fendues, se rétractent, la cicatrice se fait alors du fond de la plaie, et peut ainsi arriver à son entier achèvement en bien moins de temps qu'il n'en eût fallu par des petites incisions. Quand, au contraire, on veut épargner aux malades ces incisions larges et profondes, on les expose souvent à d'autres opérations successives plus douloureuses et souvent plus graves.

Pour les plaies du quatrième ordre, succédant à la gangrène, elles se distinguent des autres en ce qu'elles sont ordinairement irrégulières, avec une perte de substance plus ou moins considérable, parce que c'est là le caractère de la gangrène, le résultat inévitable de la chute des escharres. Ces plaies ont un cachet si caractéristique, qu'il suffit de les voir, pour peu qu'on en ait l'habitude, pour les reconnaître très facilement. Quant à celles qui sont causées par l'action des corps extérieurs tels que le feu, les acides, etc., elles présentent une physionomie qui tient beaucoup de la nature des corps qui les ont produites. Ainsi celles qui viennent à la suite des brûlures ont quelque tendance à végéter, à bourgeonner plus que les autres; la cicatrice qui en résulte est en général irrégulière et a un aspect tout à fait caractéristique. On en peut dire autant des plaies produites par l'action des substances caustiques. Il y a trente ans environ on employait comme caustique ordinaire la pâte arsenicale; les escharres résultant de l'application de ce caustique, sont tenaces, difficiles à tomber, et la cicatrice commence à se faire au-dessous de l'escharre, de sorte qu'à la chute de celle-ci on voit la plaie presque entièrement cicatrisée, belle et régulière. C'est pour cela que les chirurgiens modernes, qui ont adopté l'usage des caustiques comme moyen de traitement des affections cancéreuses, ont employé de préférence la pâte arsenicale.

Ces remarques peuvent s'appliquer aussi à d'autres plaies, par exemple à celles qui ont une apparence molle et fongueuse. Ces jours-ci même je faisais remarquer dans la salle des femmes, à quelques-uns des élèves qui suivent le service, les caractères particuliers que présente la plaie d'un sein amputé il y a quelque temps pour une maladie cancéreuse. Chez cette femme la peau semble avoir une disposition toute particulière à l'affection mélanique. Malgré cela la plaie marche assez rapidement vers la guérison, et cela contre mon attente, car elle n'a jamais présenté une suppuration de bonne nature; le pus, au contraire, était mal lié et la plaie, toujours saignante, avait un aspect fongueux ressemblant aux plaies qui succèdent à l'ablation des tumeurs sanguines, caractères qui me faisaient craindre une certaine lenteur dans le travail de la cicatrisation.

J'ai pratiqué plusieurs ablations de ces tumeurs sanguines assez volumineuses, en ayant soin de porter l'instrument tranchant sur des parties très saines en apparence, et tout en obtenant des plaies d'un bel aspect, je n'ai jamais pu obtenir un travail de cicatrisation franc; elles devenaient toujours au bout de quelque temps mollasses et saignantes au moindre attouchement. La cicatrisation ne s'en faisait pas moins d'une manière solide, mais la cicatrice présentait un aspect tout particulier. J'ai vu ces choses-là un si grand nombre de fois, j'en ai acquis tellement l'habitude qu'aujourd'hui je distinguerais facilement, d'après la forme seule de la cicatrice, si elle a succédé à l'ablation d'une tumeur de ce genre. J'ai pu observer cette particularité cinq fois sur la même personne: c'était une jeune personne portant sur différentes parties du corps cinq tumeurs fongueuses. Je l'ai débarrassée successivement de toutes ces tumeurs dans l'intervalle de plusieurs jours. J'ai retrouvé dans toutes les plaies résultant de ces opérations les mêmes caractères, la même marche et le même mode de cicatrisation. Je l'ai revue plusieurs années après: les cicatrices, qui se sont d'ailleurs maintenues solidement, présentent toutes le même aspect particulier.

Voyons maintenant ce qu'il y a de particulier quant au traitement des plaies que nous avons désignées sous les titres de primitives et de consécutives. Les premières comportent deux méthodes différentes de traitement selon qu'elles sont à l'état récent de cruentation avec tendance à l'adhésion immédiate, ou selon qu'elles ont déjà commencé le travail de suppuration. Dans le premier cas on peut obtenir la *réunion immédiate*, dans le second on n'obtient que la *réunion* dite *médiate*, qui succède après un laps de temps plus ou moins long au travail suppuratoire. Si nous considérons pourtant la marche de la nature, il faut admettre un troisième mode de réunion qui participe en quelque sorte des deux autres, et qu'on peut appeler *secondaire*. Effectivement, dans quelque cas, heureux lors même qu'il y a déjà un commencement de cicatrisation, on peut obtenir une adhésion qu'on dirait immédiate; il faut pour cela que la suppuration soit très récente, qu'il y ait encore dans les tissus un degré d'inflammation suffisant pour produire l'adhésion des bords de la plaie. C'est d'après ces faits qu'on a prôné la méthode dite par réunion secondaire. Son auteur, qui était un chirurgien irlandais, ne voulait pas qu'on fit la réunion immédiate telle qu'on l'entend communément, mais qu'on attendît toujours un commencement de suppuration; on ne peut nier que cette pratique ne présente des avantages dans certaines circonstances.

Les plaies primitives, ai-je dit, comportent deux méthodes principales: examinons ces deux méthodes.

La réunion immédiate offre certainement de grands avantages, quoiqu'elle ne soit pas toujours exempte d'inconvéniens; il faut savoir l'employer dans des circonstances convenables. Sans en être partisan outré et exclusif, en 1814, j'étais à Londres, où m'avait conduit le désir ardent de connaître ce que la chirurgie anglaise pouvait nous apprendre. Nos confrères d'outre-mer nous ont communiqué d'assez bonnes idées en fait de thérapeutique, et nous avons su en tirer parti; mais il y a aussi chez eux des pratiques qui ne sont pas à l'abri de tout reproche. Assistant un jour à une opération de sarcocèle faite par Ast. Cooper, alors dans toute la plénitude de sa gloire; je lui vu faire des points de suture aux lèvres de la plaie; cette manière de panser ne me parut pas exempte d'inconvéniens, parce qu'il s'agissait de tissus très minces et flasques qui ne pouvaient que difficilement être maintenus dans des rapports assez parfaits pour que la cicatrisation marchât régulièrement. Ce que j'avais prévu arriva quelques jours après; la plaie du sarcocèle tomba en gangrène et il y eut aussi une grande perte de substance. Il faut donc rester dans un juste milieu à l'égard de cette méthode, l'abandonnant à l'occasion et suivant les circonstances. Sans doute il est extrêmement heureux d'obtenir dans un temps très court la cicatrisation des plaies, et sous ce rapport on ne saurait contester les avantages immenses de la réunion immédiate, aussi est-ce à cette méthode que la chirurgie doit ses plus brillans succès. Il est connu maintenant que dans les siècles les plus reculés cette méthode était mise en usage, et il est vraiment surprenant que pendant si long-temps on en ait méconnu les avantages. Le temps n'est pas encore loin de nous, en effet, où des chirurgiens du plus haut mérite s'opposaient de toutes leurs forces à cette pratique. Il y a vingt-cinq ans environ que cette méthode a été pour ainsi dire régénérée, et encore même aujourd'hui plusieurs praticiens s'y montrent contraires. J'ai pour ma part contribué à son adoption et à sa popularisation en France alors que tout le monde s'y opposait encore, tandis qu'en Angleterre, il faut le dire, cette pratique était déjà en vigueur.

Ce que nous disons de la réunion immédiate en général, peut s'appliquer à la suture, qui constitue un des procédés de cette méthode, un des moyens unissans les plus efficaces.

La suture est aussi un mode de réunion très ancien et qui ne fut pas toujours apprécié à sa juste valeur. En France, du temps même de l'Académie de chirurgie, on n'en faisait pas

usage généralement, parce qu'on en exagérait les dangers. Louis surtout, qui a répandu un si grand éclat sur la chirurgie de cette époque, s'y opposa avec opiniâtreté pour toute espèce de plaie, même pour le bec-de-lièvre. Et pourtant, comment obtenir dans cette opération une cicatrice bien régulière et bien nette sans quelques points de suture qui en tiennent les bords solidement rapprochés ? Malgré le talent et l'influence des opposans, le temps a fait justice de ces fâcheuses préventions, et l'expérience a fini par démontrer que ce genre de réunion n'entraînait nullement les inconvéniens que Louis lui attribuait, lorsqu'on y apporte toutefois les précautions nécessaires.

Si les sutures devaient être une chose aussi grave par ses inconvéniens et ses dangers qu'on dût y renoncer, il aurait fallu depuis long-temps renoncer aussi à une foule d'opérations très importantes et très belles par leurs résultats : eût-on pu, par exemple, sans la suture, obtenir, ces beaux résultats de la chirurgie restauratrice ? J'ai refait sur le même individu une joue presque entière, la lèvre supérieure et le nez, en empruntant aux parties voisines l'étendue nécessaire des tégumens : comment aurais-je pu, sans des points de suture, tenir en place ces larges lambeaux de tissu cutané ? Reconnaissons donc les avantages réels et considérables de ce moyen d'union, mais en même temps, tenons-nous en garde contre l'abus qu'en font quelques chirurgiens, et employons-le avec discernement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 novembre. — Présidence de M. Fouquier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Baillarger adresse à l'Académie un mémoire *Sur la Stupidité*. Voici les conclusions de ce travail :

1° Les aliénés qu'on a désignés sous le nom de stupides, n'ont que les apparences de la stupidité. Il y a chez ces malades un délire tout intérieur dont ils peuvent rendre compte après la guérison.

2° Le délire paraît être de nature exclusivement triste ; il est souvent accompagné d'idées de suicide.

3° L'état des aliénés stupides est principalement caractérisé par des illusions nombreuses qui jettent les malades dans un monde imaginaire.

4° La stupidité ne paraît être que le plus haut degré d'une variété de la mélancolie.

5° L'état des aliénés stupides offre beaucoup d'analogie avec les rêves.

— *M. Le Roy-d'Etiolles* adresse une lettre relative aux phénomènes galvaniques produits par le contact des nerfs et des muscles. Nous rendrons compte de cette importante communication.

— *M. Rognetta* adresse une lettre sur l'emploi du sulfate de quinine contre le rhumatisme aigu. (Nous la publierons dans le prochain numéro.)

— *M. Duméril* lit un rapport favorable sur une espèce de vers intestinaux de l'homme, adressés à l'Académie par M. Romanosqui. — Remercîmens.

— *M. Chervin* lit un travail très détaillé dans lequel il réfute les assertions de M. Bertulus, insérées dans une lettre adressée à l'Académie.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les prix.

Suite de la discussion sur la ténotomie.

(Addition à la séance extraordinaire du 26 novembre.)

Suite du discours de M. Velpeau. — Dans son appréciation des expériences invoquées par M. Bouvier, M. Guérin s'est efforcé de montrer que les résultats obtenus par son antagoniste résultaient de sa manière d'opérer, étaient la conséquence de la doctrine empirique dont il le fait un des partisans. Maintenant qu'il est évident pour tout le monde que les doctrines et les méthodes de M. Guérin sont les mêmes que celles de tous les chirurgiens, nous serons forcés d'admettre que les résultats de sa pratique tiennent à autre chose qu'à ce qu'il a dit, si toutefois ils diffèrent réellement des résultats obtenus par ses confrères. Il était donc utile de voir si la pratique de M. Guérin a effectivement été plus heureuse que la nôtre.

Or, en analysant, en groupant les faits invoqués par lui, j'ai trouvé qu'il avait pratiqué trente-quatre fois la section des tendons fléchisseurs sur le devant des doigts et dans la paume de la main, et que seize fois sur ce nombre total l'opération avait, de son propre aveu, ou complètement échoué, ou laissé notablement à désirer. D'où il suit, qu'à prendre ces faits tels que M. Guérin les donne, la ténotomie à la face palmaire de la main est loin de posséder la même efficacité que dans les autres régions du corps.

Si maintenant, au lieu d'accepter ces résultats sans contrôle, on admet ce qu'est venu nous en dire M. Bouvier, n'est-il pas permis de croire qu'entre les mains de M. Guérin la ténotomie a échoué au moins dans la grande moitié des cas, lorsqu'il s'est agi des tendons fléchisseurs des doigts ? Cette remarque me ramène aux éclaircissemens que j'avais demandés sous le point de vue de la ténotomie appliquée aux diverses régions du membre.

Puisque ces Messieurs n'ont pas jugé convenable de répondre à mes interpellations, il ne sera peut-être pas sans quelque intérêt de rappeler en ce moment ce que j'ai essayé d'établir sous ce rapport dans mes leçons publiques en 1840.

Pour que la section des tendons ait toutes les chances possibles de succès, il convient de l'appliquer à ceux d'entre ces organes qui sont entourés d'un tissu cellulaire abondant. S'il est vrai que la reproduction d'un tendon divisé se fasse comme je l'ai établi, c'est-à-dire à l'aide de la gaîne celluleuse, des lamelles, des filamens, des couches cellulo-vasculaires qui servent, pour ainsi dire, d'atmosphère à l'organe divisé, que tous ces tissus s'imbibant d'abord de liquide, deviennent le siége d'un afflux anormal, s'épaississent, se rapprochent, se vascularisent pour se confondre, se durcir et se solidifier peu à peu, il est facile de comprendre là où la ténotomie sera très efficace, là où elle le sera moins, là où elle ne le sera pas du tout. Des expériences multipliées sur les animaux et des observations variées sur l'homme, ne me permettent pas d'en douter aujourd'hui, et je ne crains pas de mettre cette doctrine en opposition avec celle de M. Ascher, de M. Held, ou de M. Duval, que M. Guérin nous a présenté l'autre jour comme de lui, et dans laquelle la reproduction du tendon résulterait d'un épanchement de lymphe plastique pure ou mêlée d'un peu de sang. Dans cette opinion, en effet, on ne fait pas attention sans doute que partout où la matière plastique s'épanche, elle doit contracter des adhérences avec quelque chose, que dans les coulisses fibro-synoviales des doigts, les bouts du tendon perdus dans cette matière nécessairement adhérente à des parties inflexibles, n'auraient plus de rapports l'un avec l'autre. Si M. Guérin pense mettre en rapport les deux bouts du tendon divisé par la flexion du doigt, afin d'en obtenir la réunion par contact, il se trompe évidemment. Cela est le plus souvent impossible et serait d'ailleurs nuisible dans la plupart des cas. Du reste, je ferai ici, comme M. Guérin, je prendrai mes réserves et j'attendrai de nouveaux détails de sa part avant de lui répondre plus longuement.

D'après ma manière d'envisager la reproduction des tendons, j'ai pu dire *à priori* que partout où les tendons sont entourés de gaînes ou de couches soit purement celluleuses, soit fibro-celluleuses, la ténotomie offrait toutes les chances possibles de succès, et que dans les régions où les tendons ne sont entourés que de toiles synoviales ou de gaînes fibro-synoviales, cette opération perdrait beaucoup de son efficacité. Voyons où se trouvent ces conditions diverses.

Le tendon d'Achille est, sous ce rapport, évidemment le mieux disposé. Aussi est-il de tous les tendons celui qu'on a le plus souvent attaqué et qui est journellement coupé avec le plus d'avantages. Viennent ensuite les tendons du jarret, le tendon du biceps brachial, les deux branches du muscle sterno-mastoïdien, les tendons des muscles péroniers, des muscles jambiers, des extenseurs des orteils, au dsssus et au dessous des malléoles, etc.

Dans l'autre catégorie se trouvent les tendons du long fléchisseur des orteils à la pointe du pied, du jambier postérieur, du long fléchisseur du gros orteil et des deux péroniers latéraux à leur passage derrière les malléoles, les fléchisseurs sublime et profond à la paume de la main, et plus particulièrement encore sur la face palmaire des phalanges. Dans la face palmaire de la main, en effet, il n'y a entre l'aponévrose et les muscles interosseux autour des tendons que des toiles synoviales, ou plutôt fibro-synoviales fort denses, fort peu vasculaires. Cependant, comme le voisinage des muscles lombricaux, des filamens qui traversent l'aponévrose palmaire, des muscles interosseux, peut fournir par la raréfaction de ces divers élémens une sorte de ruban nouveau allant d'un bout du tendon à l'autre, il y a lieu de croire que certains mouvemens des doigts se rétabliront après la section des tendons du fléchisseur ou du profond dans la paume de la main.

Sur le devant des phalanges, le succès est beaucoup plus problématique. La coulisse fibro-synoviale ou ostéo-fibreuse qui existe là, représente un étui formé en arrière pour les phalanges elles-mêmes, et en avant par des fibres transversales ou longitudinales très serrées et complètement fibreuses. Comme l'intérieur de cette coulisse représente plutôt une simple surface synoviale qu'une membrane susceptible d'être isolée, il en résulte que le tendon une fois coupé ne trouve rien là qui puisse en rétablir la continuité, et que son action sur le doigt court grand risque d'être abolie.

Toutefois, cette remarque, qui s'applique également aux tendons du long abducteur et des deux extenseurs du pouce, plus aux deux radiaux externes à leur passage sur la tête du radius, ne me paraît point de nature à faire rejeter complètement la ténotomie de la main, comme semble le demander M. Bouvier.

Lorsque le tendon est coupé, il se retire à une certaine distance, mais cette distance n'est jamais très considérable, et il ne manque pas de contracter des adhérences avec les tissus qui se trouvent à sa portée. Si on a divisé le tendon du fléchisseur profond, je suppose, sur la seconde phalange, il s'arrêtera à quelque distance en arrière et finira par prendre quelque action sur cette même phalange ; le malade n'aura perdu de la sorte que les mouvemens de la phalange unguéale. Si c'est le tendon du fléchisseur sublime, les mouvemens du doigt seront encore moins diminués, car le fléchisseur profond, fortifié par les muscles lombricaux peut, à la rigueur, agir sur les trois phalanges. J'ajouterai que quelques brides collatérales persistent presque toujours après ces différentes sections sur l'un ou l'autre côté du tendon divisé, de manière à permettre au tendon qui reste une action plus ou moins marquée sur le doigt difforme.

M. Gerdy ayant nié que j'eusse pu couper le tendon du sublime sur la première phalange, m'oblige à revenir sur ce point en ce moment. De même que je refuse aux expériences de M. Bouvier une valeur absolue eu égard à l'homme, de même je repousse les analogies qu'on voudrait établir entre les essais sur une main à l'état normal et les opérations qu'on pratique sur une main difforme.

Quand les doigts sont rétractés, si le tendon du sublime est seul contracturé, il soulève, éraille, écarte insensiblement la coulisse qui l'enveloppe, s'éloigne ainsi de la phalange à laquelle il devient plus ou moins perpendiculaire, et abandonne complètement le fléchisseur profond qu'il emboîte à l'état normal. Celui-ci est d'ailleurs retenu au moyen d'une bride solide et par un artifice des plus ingénieux sur la face antérieure de la première phalange. Chez le malade que j'ai opéré, le doigt était si fortement rétracté qu'il appuyait par son extrémité contre la racine de l'éminence thénar, et le tendon du fléchisseur sublime formait là une corde si droite, si bien isolée, que la section n'en présenta pas la moindre difficulté. Quoi qu'en dise M. Gerdy, cette section du sublime serait aisée et offrirait quelques chances de succès de plus à la racine du doigt du côté de la paume de la main, que près de l'extrémité antérieure de la phalange. S'il m'a combattu sur ce point, c'est qu'il confond les simples gaînes avec les véritables coulisses fibro-synoviales.

Ainsi, les notions anatomiques avaient devancé toutes les expériences auxquelles on a pu se livrer, et elles montrent mieux, je crois, que des expériences sur les chiens et certaines observations incomplètes, ce qu'on peut espérer de la ténotomie dans les diverses régions du corps.

Pour ce qui est de la main, je dirai donc que sur le petit palmaire, le grand palmaire et le cubital antérieur, la ténotomie offre toutes les chances désirables de succès ; qu'il en est à peu près de même de tous les tendons extenseurs, hors le point où ils traversent les coulisses fibro-synoviales de la tête du radius ; que dans la paume de la main elle réussira encore fréquemment, quoique d'une manière moins complète, et que la face palmaire des doigts est la région qui lui offre le moins d'avantages. J'ajouterai cependant qu'elle peut encore rendre là quelques services à cause des circonstances indiquées précédemment. D'ailleurs, n'y a-t-il pas des cas où la difformité est telle que sa destruction doit passer avant tout ? Quand un doigt est collé dans la main, par exemple, il gêne non-seulement parce qu'il ne serre point, mais encore parce qu'il empêche de pouvoir embrasser aucun instrument, aucun corps étranger, parce qu'il abolit les fonctions de la main toute entière. En redressant un doigt pareil, dût-il rester ensuite parfaitement immobile ? On rendrait encore service au malade. Rien ne s'oppose, au surplus, à ce qu'on ne le redresse qu'aux trois quarts ou à demi, de manière à ce que représentant un arc de cercle, il puisse à l'occasion soutenir, servir d'appui à quelque corps.

Si, comme j'en ai vu un exemple tout récemment encore chez un monsieur qui, depuis plusieurs années, est tourmenté par une rétraction très douloureuse des doigts de l'une des mains, si, dis-je, on pratique la ténotomie, on débarrassera certainement le malade d'un inconvénient qui peut aller jusqu'à rendre la vie à charge. Ce monsieur, que tourmente un tremblement presque continuel, qui paraît avoir la moelle épinière malade, a les doigts si vivement retirés, que deux d'entre eux lui ont ulcéré la paume de la main. N'est-il pas évident qu'il doit désirer avant tout qu'on le délivre de pareilles souffrances, quand même il serait impossible d'attaquer la cause de son tremblement général ? Et peut-on nier l'utilité de la tenotomie en semblable circonstance ?

Les remarques que j'ai faites à l'occasion des tendons de la main et qui s'appliquent en réalité aux divers tendons du pied entourés de toiles ou de coulisses synoviales, comportent cependant une modification importante sous le point de vue de la pratique.

Si on redoute tant le défaut de reproduction ou les adhérences contre nature des tendons fléchisseurs sublime et profond, c'est que, à la main et aux doigts, ce sont les mouvemens avec toutes leurs nuances, toute leur agilité, qui constituent la fonction essentielle des parties. Il n'en est plus de même au pied. Ce qu'il faut dans cette dernière partie, c'est la possibilité de pouvoir faire appuyer la plante du pied par toute sa lougueur librement sur le sol ; quand même les orteils resteraient immobiles, le malade en souffrirait peu ; et on voit par là que la section du long fléchisseur des orteils, soit sur la face plantaire des phalanges, soit à la plante même du pied, soit dans la gouttière du calcanéum, ne devrait pas être négligée si une déviation quelconque du pied semblait la rendre nécessaire.

Ce que j'ai dit de ces dispositions anatomiques suffit après tout pour montrer comment elles doivent être entendues, et le parti qu'on en pourra tirer dans la pratique de la chirurgie.

Un autre point n'a pas été éclairci. J'avais demandé si chez les malades opérés on avait nettement distingué la rétraction des doigts par raccourcissement des muscles, de celle qui est produite par des brides sous-cutanées. Je ne doute pas que M. Guérin puisse exactement faire cette distinction ; mais enfin j'aurais voulu la lui voir indiquer.

Avant Dupuytren, les tendons seuls étaient accusés de ces rétractions. Ce chirurgien a fait voir qu'elles dépendaient fréquemment au contraire de languettes endurcies de l'aponévrose palmaire. J'ai démontré depuis qu'elles étaient souvent dues à la formation de cordons sous-cutanés. Il y a des cas dans lesquels la distinction est assez embarrassante pour que des chirurgiens habiles hésitent à se prononcer. Un cas de cette espèce nous a été présenté par M. Bérard dans l'avant-dernière séance. Ce chirurgien avait conduit ici une jeune fille précisément parce qu'il n'osait dire si la rétraction était le produit d'une contracture tendineuse plutôt que d'une bride sous-cutanée. Ayant examiné la malade, j'ai moi-même hésité un instant, et j'ai eu besoin de mettre en jeu l'action des divers muscles pour m'assurer qu'il s'agissait d'une bride sous-cutanée et non pas d'un tendon rétracté.

Deux autres questions avaient besoin aussi de nouveaux éclaircissemens. M. Guérin nous a dit, j'ai du moins cru l'entendre ainsi, que par sa méthode les tendons se reproduisaient si vite, qu'au bout de deux ou trois jours ils pouvaient retrouver une partie de leur action. Il a même ajouté, si je ne me trompe, que chez un individu qui avait l'œil immobile par suite d'une opération de strabisme, il avait, lui, M. Guérin, décollé le muscle anciennement divisé, pour le rétablir dans de nouveaux rapports avec l'œil, et qu'au bout de deux ou trois jours cet organe avait retrouvé tous ses mouvemens. Des assertions semblables ont quelque chose de tellement étrange, que je crains d'avoir mal entendu. Si M. Guérin a vu les mouvemens dont il parle, et il est trop bon observateur pour s'être trompé, il s'en est certainement laissé imposer par quelques circonstances étrangères à sa supposition, ce n'est point, j'ose le dire de la manière la plus formelle, le produit nouveau établi entre les deux bouts du tendon ou du muscle divisé qui a pu provoquer les mouvemens signalés par notre collègue. Avant donc de traiter plus longuement ce sujet, j'attendrai d'autres détails.

Reste enfin la question des artralgies. M. Guérin nous a prévenu qu'à ses yeux la ténotomie pourrait rendre de très grands services pour les difformités par artralgie. J'avoue que je ne l'ai pas encore bien compris ici, et que j'ai retrouvé dans ce qu'il nous a dit sur ce point le vague, l'obscurité où il semble si souvent se complaire. Qu'entend-il d'abord par *artralgie*, par difformités *artralgiques* ? Ce sont celles, dit-il, qui se remarquent à la suite des coxalgies, etc. Mais la coxalgie, les chirurgiens proprement dits le savent, est une maladie grave de l'articulation coxo-fémorale, une maladie qui se complique d'altérations profondes de la capsule, des cartilages, des os, qui se termine par la mort, par l'ankylose ou par un déplacement irremédiable de l'os de la cuisse. Est-ce ici que M. Guérin trouve des difformités artralgiques auxquelles il prétend appliquer à la ténotomie ? De plus, il n'y a de coxalgie possible qu'à la hanche ; aux autres articulations, ces difformités artralgiques ne peuvent plus être la conséquence d'une coxalgie. Se méprenant sur le nom, M. Guérin aurait-il entendu, par difformités artralgiques celles qui suivent si souvent la maladie appelée *tumeur blanche* dans les autres articulations ! Ici encore le mal peut être une carie, une nécrose, une affection tuberculeuse, une suppuration, etc., qui si elles guérissent, amènent une ankylose vraie ou fausse, quand il en résulte une difformité. Si l'ankylose est vraie, la ténotomie n'y peut rien. S'il s'agit d'une ankylose fausse, il y a long-temps que les applications de la ténotomie ont été faites à ce genre de difformités. Encore une fois, j'attendrai que M. Guérin ait parlé de nouveau sur ce point pour lui répondre.

En supposant qu'il veuille y revenir plus tard, j'ajouterai pour mon compte, et en me chargeant de toute la responsabilité de cette assertion, que la ténotomie est quelquefois un excellent moyen de favoriser la résolution de certaines arthropathies subaiguës ou chroniques. En voici un exemple remarquable.

Un jeune homme qui portait depuis dix-huit mois une arthropathie fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne, et qui avait en même temps, et par suite de cette longue maladie, une rétraction du tendon d'Achille, n'est allé décidément mieux, quelque médication qu'il eût subie d'ailleurs, qu'à partir du moment où je me suis décidé à lui pratiquer la ténotomie comme pour un pied-équin ordinaire. Nous reviendrons sur ce point si l'Académie le désire.

En me résumant, je me crois autorisé à conclure que les deux doctrines, rationnelle et empirique, sont de l'invention de M. Guérin ; que cet orthopédiste n'a point de doctrine qui lui appartienne ; que les principes réclamés par lui font depuis long-temps partie du domaine de la science, et qu'on les trouve notamment exposés dans une foule de chapitres de ma Médecine opératoire ; que les expériences de M. Bouvier ne me paraissent pas absolument concluantes ; que les faits présentés par M. Guérin n'ont pas la valeur qu'il leur attribue ; que la ténotomie convient peu dans les coulisses fibro-synoviales lorsqu'on tient à conserver les mouvemens normaux des tendons à diviser ; que, sous ce point de vue, la ténotomie est moins complétement efficace à la paume de la main, et surtout à la face palmaire des doigts que partout ailleurs ; qu'elle doit cependant être conservée dans ces régions pour certains cas particuliers.

J'ajouterai que l'évolution des sections sous-cutanées doit être établie comme il suit : J. Hunter, qui divisait le tendon d'Achille, sur des chiens, à l'aide d'une aiguille à cataracte glissée sous la peau, en est véritablement le point de départ ; que Bell, qui conseille de diviser les ligamens latéraux des doigts avec une aiguille en fer de lance, par une ponction de la peau, pour favoriser la réduction de certaines luxations des phalanges, vient ensuite. A. Cooper, qui divise les brides sous-cutanées de la main, se présente en troisième lieu. M. Brodie, opérant la section des veines variqueuses sous la peau, par une simple ponction, prend la quatrième place. Arrive Dupuytren, qui applique ce procédé au muscle sterno-mastoïdien dès 1822, puis M. Stromeyer, qui le transporte au tendon d'Achille. Dès-lors tout le monde s'en empare, et la ténotomie, entre les mains de MM. Dieffenbach, Duval, Stœs, Bouvier, J. Guérin et des chirurgiens proprement dits, passe rapidement à tous les autres tendons susceptibles de rétraction. Là s'en tiendra l'histoire, en dépit des rivalités, des intérêts personnels de chaque prétendant.

M. Gerdy. Depuis que j'ai eu l'honneur de parler devant l'Académie dans cette discussion, MM. Guérin, Bouvier et Velpeau ont été successivement entendus.

1° M. Bouvier a prouvé par de nouvelles observations sur Clémencé Delamain et sur la petite Clémentine Mouchy, qui a aujourd'hui plus de vingt-quatre mouvemens de moins dans la main, que l'une n'avait pas retiré plus d'avantage que l'autre de la ténotomie. Il a en outre confirmé mes expériences par de nouvelles expériences sur la ligature simultanée des fléchisseurs. Il en résulte que leur adhérence ne supprime pas leur action, comme il l'avait dit d'abord, et qu'elle ne la supprime qu'en partie, comme je l'ai avancé.

2° M. Guérin se plaint, dans son second discours, que j'aie élargi la base de la discussion ; mais je n'ai fait que le suivre dans la voie qu'il avait ouverte. A l'entendre, je l'ai personnellement mis en cause,

et j'ai dressé contre sa théorie, sa pratique et contre lui même un acte d'accusation. Si j'ai combattu les opinions de M. Guérin beaucoup plus long-temps et plus vivement que celles de MM. Bouvier et Velpeau, c'est qu'il y avait entre ses opinions et les miennes des dissidences bien plus nombreuses et plus profondes. En cela M. Guérin se fait bien mal à propos martyr de mes violences. Ce n'est point moi qui ai dit que sa pratique était téméraire, c'est lui-même à la page 685 de sa Gazette, et voici ses paroles : « L'ardeur du progrès de l'une (de la doctrine qu'il suit) peut conduire à des tentatives *téméraires*, à des résultats hasardeux. L'excès de prudence de l'autre est susceptible d'arrêter le progrès, de le faire rétrograder même. » J'avoue que pour mon compte je ne me charge pas d'expliquer ce que c'est qu'un progrès qui rétrograde. Il faut croire que l'auteur en fait de cette espèce, puisqu'il en parle.

Je n'ai pas dit non plus que sa pratique fût absurde, ni qu'il ne sût pas ce qu'il voulait dire. Je le répète, M. Guérin fait le martyr, et cependant il prétend qu'il est très content de tout cela. Alors, s'il est si content, de quoi se plaint-il ?

Il a mis lui-même, dit-il, dans la science ce que j'ai voulu lui apprendre. Que M. Guérin se rassure, je n'ai pas la moindre prétention d'être son maître ! Et si je le prouve, ajoute-t-il, M. Gerdy aura manqué de gravité et de prudence. — C'est à la fin de la discussion qu'on verra qui en aura manqué. — D'ailleurs, M. Gerdy, continue-t-il, est homme à prendre sa revanche ; mais, pour prendre sa revanche, il faut avoir été battu, et si jusqu'à présent M. Guérin se montre satisfait de lui-même, il faut avouer qu'il se contente de peu.

Après tant de plaintes sans fondement, et bien peu conséquentes avec la joie et l'air de triomphe qu'il affecte, M. Guérin, après y avoir consacré un quart de son discours, aborde enfin la discussion, et d'abord il confond ensemble toutes les objections de MM. Bouvier, Velpeou et les miennes sous prétexte « de faire marcher en même temps tous les points de la discussion. » Si je voulais embrouiller une discussion pour dissimuler ma faiblesse, je ne suivrais pas d'autre marche ; mais comme j'aime la vérité, la méthode et la clarté, j'en aurais adopté une toute différente.

Dès le premier pas, M. Guérin se débarrasse des objections générales qu'il a provoquées lui-même, puisque c'est lui qui a engagé la discussion sur les expériences de M. Bouvier, qui en a élargi la base, et il les renvoie à des discussions à venir, quand il plaira à l'Académie.— Premier refus de répondre aux objections.

Pour prouver que MM. Bouvier, Velpeau et moi sommes des empiriques, il nous reproche de n'avoir coupé que le tendon d'Achille dans le pied-bot. M. Velpeau vient tout à l'heure de lui montrer le contraire pour lui-même. Quant à moi, j'ai déjà dit que j'ai pour principe de couper successivement, à diverses époques, les divers tendons rétractés, suivant que les premières sections me paraissent insuffisantes ; ce n'est qu'alors que j'en fais de nouvelles. Certes, je l'avoue, je préfère de beaucoup cette méthode à celle de M. Guérin, qui consiste à pratiquer à l'aventure jusqu'à vingt sections dans une demi-heure, sans savoir d'avance ce qu'il suffit de couper pour obtenir un succès complet. Par la méthode de M. Guérin on s'expose à faire beaucoup de sections inutiles ; par celle que j'adopte on les épargne au malade, et l'on obtient quelquefois les plus beaux succès au moyen d'une ou deux sections, comme cela m'est arrivé sur le jeune tailleur dont j'ai parlé dans mon premier discours. Je maintiens donc que cette méthode est au moins plus rationnelle que celle de M. Guérin.

Si, maintenant, je voulais épiloguer, je dirais que l'élévation du talon dans le pied-bot n'est pas seulement, comme le dit M. Guérin, le produit de la rétraction des jumeaux, puisque le plantaire grêle et le soleaire, qui à lui seul est plus fort que les jumeaux réunis, se rendent aussi au tendon d'Achille ; je dirais que je ne sais pas ce que c'est que le muscle *plantaire interne* qui courbe le bord interne du pied en dedans ; qu'il y a bien un nerf plantaire interne, et que c'est une grande erreur de prendre ce nerf pour un muscle.

Suivant M. Guérin, sa doctrine serait plus facile encore à établir pour les autres difformités articulaires de même nature, et M. Gerdy qui n'a pas eu le temps de se mettre au courant de la matière, sollicitera certainement les développemens qui pourront compléter ses lumières sur ce point. — C'est là un second refus de la part de M. Guérin, de soutenir aujourd'hui ses assertions générales, et je regrette qu'il n'ait pas immédiatement complété mes lumières s'il en a la puissance. D'après ce que je viens de lui dire à l'occasion des jumeaux et du plantaire interne, il doit voir que je suis plus charitable, que je ne me fais pas prier et ne le fais pas attendre pour compléter ses lumières. Il peut même compter sur ma bonne volonté et sur mon zèle pour des services analogues, lorsqu'il m'en fournira l'occasion.

Quant à la cicatrisation des tendons, il ne peut exposer ici toutes les preuves de sa théorie ; il renvoie donc ses adversaires à une autre discussion, qu'ils devront provoquer ; — troisième refus de prouver ses assertions. — Mais pourquoi ne pas profiter de celle-ci qui n'a pas d'autre but ? Il faut croire que M. Guérin a ses raisons pour cela. Comptons donc pour la troisième fois de sa part refus de prouver ses assertions.

Quant aux principes de l'opération de la ténotomie, si les honorables collègues veulent bien provoquer une discussion approfondie sur ce sujet, il est en mesure de démontrer « qu'aucun des principes qui doivent assurer le succès complet de la ténotomie, n'avait été mis en regard des résultats à réaliser, ni considéré dans sa véritable signification. » (Gaz. méd., 1842, p. 734.) — Quatrième refus de démonstration.

Vous le voyez, c'est toujours le même système de défense ; l'auteur fuit toujours, il n'y a pas moyen de l'amener à discuter aujourd'hui, il veut que l'on provoque un jour à venir, je ne sais quand, une autre discussion. Et non-seulement il fuit, mais il s'enveloppe d'un nuage pour dissimuler sa fuite. Que veut-il dire, en effet, par ces principes qui n'ont pas été mis en regard des résultats à réaliser, ni considérés dans leur signification ? Pour moi, je l'avoue, je n'y comprends rien, et je n'ai pas de réponse à une objection aussi nébuleuse.

Tout en fuyant, M. Guérin lance un défi à ses adversaires. « Montrez-moi, dit-il, le principe de la contraction physiologique volontaire, comme moyen de faciliter la tension des tendons ?.... Ce principe est si important, que sans son secours il est impossible de diviser les tendons et les muscles. » Si cela est impossible, comme on a divisé des tendons avant que l'art ne possédât M. Guérin, le principe a donc été découvert avant lui ?

Montrez-nous donc imprimé qu'il faut ouvrir la bouche pour manger, dilater la poitrine pour respirer, tendre la peau pour raser les poils de sa surface, tendre une corde, une étoffe pour la couper avec facilité ?

Vous ne le montrerez pas, Monsieur, parce que ce sont là des vérités que la moindre expérience révèle à tous les esprits, des vérités trop simples pour que l'on croie devoir les écrire, parce que ce sont, il faut bien le dire, des vérités de M. de la Palisse, des vérités si vraies, qu'on n'ose pas les proclamer gravement de peur de se donner du ridicule. C'est pour cela que M. Stromeyer, qui a employé avant M. Guérin la contraction volontaire pour tendre les muscles, n'a pas imaginé de s'en vanter comme d'une découverte. Il faut réellement voir des vérités semblables à travers le microscope pour leur trouver de l'importance et de la nouveauté. Où en serions-nous si chacun embouchait ainsi la trompette de la renommée pour tenter les petites modifications que l'expérience fait apporter aux opérations ? Mais tel est l'amour paternel de certains auteurs pour les productions de leur esprit, pour des idées, des fractions d'idées qu'ils croient avoir mis les premiers au jour, qu'ils les admirent, les adorent, les idolâtrent. Ils les placent sur un autel et font incessamment fumer l'encens aux pieds de leur idole. Leur amour paternel est une sorte de lunette d'approche : contemplant toujours leurs inventions, où ce qu'ils croient être leurs inventions, par le bout de la lunette, qui les grossit et les rapproche, ils les voient beaucoup plus grandes et plus belles que les découvertes des autres, qu'ils ne regardent que par le bout qui les rapetisse et les éloigne.

Pour prouver la transformation fibreuse des muscles et s'expliquer à cet égard, M. Guérin nous dit : M. Gerdy préférera sans doute que je mette directement l'Académie de médecine à même d'avoir une opinion arrêtée sur ce point, comme je l'ai fait il y a six ans pour l'Académie des sciences (Gazette médicale, p. 734.)

Ainsi : 1° M. Guérin refuse pour la cinquième fois de s'expliquer, et nous renvoie à une autre discussion, au lieu de le faire immédiatement dans celle-ci ; 2° il déclare que l'Académie de médecine n'a pas plus d'opinion arrêtée à cet égard que n'en avait, il y a six ans, l'Académie des sciences ; 3° qu'elle n'en aura que lorsqu'il l'aura éclairée ; et M. Guérin s'est défendu d'avoir voulu faire une leçon à l'Académie, et il lui dit tout net qu'elle n'aura d'opinion arrêtée sur la fibrosité des muscles, que lorsqu'il aura daigné lui en donner une ! !

Je ne sais pas, je l'avoue, jusqu'à quel point mes honorables collègues seront flattés de ce compliment. Quant à moi, un pareil langage ne saurait m'étonner. On ira plus loin encore, croyez-le bien, si on n'y met bon ordre. Mais passons.

Suivant M. Guérin, j'ai posé en principe qu'il était impossible de distinguer sur le vivant la rétraction primitive de la rétraction consécutive. C'est une erreur : je n'en ai rien dit.

J'ai blâmé la section du muscle long abducteur du pouce, employée pour rétablir la supination. M. Guérin prétend que j'ai eu tort, parce que ce muscle était devenu, chez M. Doubowitski, fléchisseur de la main, parce qu'il avait glissé au-devant du radius, etc. Je n'ai pas vu le bras de M. Doubowitski, mais j'accepte le fait comme exact, et je maintiens que la section du muscle ne pouvait rétablir la supination, et que l'opération faite dans ce but n'est pas rationnelle, et qu'elle est contraire à l'anatomie et à la physiologie.

En effet, Messieurs, la section du muscle devenu fléchisseur ne pouvait favoriser que l'extension de la main où sa flexion en arrière, et rétablir la supination perdue ; car la supination est un mouvement qui se passe entre le radius et le cubitus, et non entre la main et les os de l'avant-bras. Aussi tout le monde peut vérifier sur lui-même que la flexion forcée de la main en avant n'empêche point la rotation du radius. Le long abducteur, par son obliquité persistante dans la rétraction musculaire, reste donc toujours un des plus puissans supinateurs de l'avant-bras, et sa section ne faisait donc que le supprimer, et compromettre de plus en plus la supination que M. Guérin voulait rétablir.

Relativement aux rétractions articulaires qui se manifestent dans les arthrites que M. Guérin appelle des arthralgies, notre confrère nous renvoie, comme d'habitude, à une autre discussion pour prouver que cette rétraction n'est point due à la rétraction des tissus cellulaires et fibreux indurés, mais à *de véritables contractures musculaires*, notamment dans les cas où l'invasion de cette maladie date de vingt-quatre heures. Pour moi, sans nier que la rétraction musculaire puisse se joindre à celle de l'induration fibreuse et celluleuse, je ne les admets que lorsque je trouve les muscles contracturés.

En refusant ainsi, pour la sixième fois, de faire la preuve de ses assertions, M. Guérin promet à l'Académie, si elle veut bien mettre cette discussion à l'ordre du jour, « des recherches entièrement nouvelles sur cette question », des recherches qui jettent « un jour nouveau sur la véritable nature de la maladie articulaire. » Je regrette bien, pour mon propre intérêt, que M. Guérin aime tant à annoncer ses découvertes, au lieu de les démontrer ; on dirait qu'il se complaît à exciter notre curiosité pour nous rendre ses refus plus cuisans.

C'est encore ainsi qu'il nous dit : « J'aurais beaucoup de choses à ajouter sur les excursions que M. Gerdy a faites en touriste dans le domaine de l'étiologie des difformités. » Mais il y aurait de quoi défrayer vingt de nos séances, en conséquence il laisse toutes ces questions générales et sa réponse est faite. Voilà, si je ne me trompe, la septième fois que M. Guérin recule et fuit devant nos objections en chantant victoire et se donnant l'air d'un triomphateur.

De même que M. Guérin a successivement refusé de combattre sur tous les principaux points de cette discussion, et nous a incessamment renvoyé à une autre discussion, de même il refuse toute commission d'examen pour les faits de guérison par la ténotomie qu'il nous a récemment présentés ; il se défie particulièrement de MM. Bouvier, Velpeau et de moi. Il a raison, il faut toujours se défier des hommes, parce qu'on ne reconnaît pas un honnête homme à sa figure et à ses paroles ; mais c'est précisément pour cela que M. Guérin aurait dû solliciter l'examen d'une commission, s'il eût été aussi sûr de l'exactitude de ses assertions qu'il le paraissait ; je dis plus : si, comme lui, je voulais démontrer une vérité nouvelle contestée, je ne choisirais pas d'autres juges, ici, que des adversaires, parce que, s'ils pouvaient commettre la faute de nier la vérité par passion, je serais à même de les confondre devant l'Académie, et que s'ils la reconnaissaient, leur hostilité même contre mes idées leur donnerait infiniment plus de crédit que ne pourrait le faire une commission d'amis complaisans. Aussi, je l'avouerai, dans un cas semblable, autant par raison que par sentiment de justice, si j'étais d'une semblable commission, je me garderais bien de faire la maladresse et la faute de nier des faits évidens et incontestables.

Relativement à la petite Clémentine Mouchy dont j'ai examiné la main, M. Guérin demande pourquoi je n'ai examiné qu'elle et pourquoi pas l'autre ? Peut-être, ajoute-t-il, que pendant que M. Gerdy a constaté l'absence de 24 mouvemens sur l'une, il aurait constaté ceux qui ne manquent pas chez l'autre. Les antithèses et les figures de réthorique ne sont que des fusées volantes qui ne font que du bruit, et pour une discussion sérieuse il faut des raisons sérieuses. Si M. Guérin a voulu insinuer que je n'avais pas voulu parler de Clémence Delamain parce que sa guérison était incontestable, il a eu tort, parce que j'en ai donné une raison, dont tout le monde ici n'avait pu apprécier la vérité ; savoir : que je n'avais pu, dans le peu de temps qu'elles avaient passé sous nos yeux, qu'en examiner une. Et il a commis une faute d'autant plus grave, que M. Bouvier a depuis démontré que Clémence Delamain n'avait pas été mienx traitée par la ténotomie multiple que Clémentine Mouchy ; aussi n'ont-elles point à être jalouses l'une de l'autre.

A mes expériences sur le peu d'influence des adhérences de certains muscles l'un avec l'autre, M. Guérin m'oppose les premières expériences de M. Bouvier ; mais que dira-t-il aujourd'hui, que M. Bouvier est venu confirmer les miennes par de nouvelles expériences ? Il est bien possible que nous différions encore sous quelques rapports de peu d'importance ; je ne le sais pas, nous n'avons point discuté en particulier ; mais l'essentiel est de savoir que les adhérences entre les muscles ne suppriment pas entièrement leur action, et l'affaiblissent d'autant moins que les muscles adhérens ont les uns avec les autres plus d'analogie dans leurs fonctions. Or, cette vérité est maintenant acquise à la science, malgré les dénégations réitérées de M. Guérin.

Notre confrère prétend que sans autopsie, et sur le vivant, il peut bien reconnaître les adhérences consécutives à ses opérations de ténotomie. S'il n'y avait qu'une seule espèce d'adhérence, on pourrait peut-être le lui accorder ; mais comme il y en a de différentes espèces, les unes qui affaiblissent très peu les mouvemens, d'autres qui les gênent, d'autres qui les empêchent absolument, il en résulte que lorsqu'il dit vaguement qu'il y a des adhérences, il ne s'exprime point d'une manière suffisamment précise ; et que l'autopsie seule pourrait donner sur ces cas des lumières positives et précises.

Quant à son procédé de ténotomie du tendon du sublime, seul à la première phalange, que j'ai démontré impraticable, il paraît que M. Guérin l'abandonne tout à fait, car il n'a pas dit un mot pour le défendre. Il ne nous a pas même renvoyé pour cela à une autre discussion. Puisque son père en a fait le sacrifice et l'a lui-même enterré, respectons la cendre du défunt.

M. Guérin arrive enfin à ces vingt-quatre mouvemens dont j'ai démontré l'absence dans la main de Clémentine Mouchy. A l'entendre, j'aurais cherché à tromper ici la religion de l'Académie, j'aurais altéré sciemment ses paroles, à lui, M. Guérin, d'une manière *incroyable*. C'est là, Messieurs, une insinuation bien grave, et, s'il en était ainsi, je serais si coupable à mes propres yeux, que je ne reculerais devant aucune espèce de réparation académique. Mais heureusement je ne suis coupable d'aucune déloyauté, et les paroles du premier discours de M. Guérin n'ont été altérées que par les paroles qu'il a prononcées dans le second, et les paroles du second par l'imprimeur innocent de ce second discours ; d'où il suit que nous avons eu déjà trois éditions du fait de Clémentine Mouchy, et qu'il nous en faut au moins une quatrième pour arriver à l'expression de la vérité, s'il est possible.

Dans son second discours, M. Guérin avait dit, et je cite textuellement d'après sa Gazette : « Le premier sujet (Clémentine Mouchy) était affecté de flexion permanente des doigts et du pouce par rétraction du fléchisseur superficiel et du long fléchisseur du pouce. Il y avait paralysie et atrophie des autres muscles du pouce. » Il explique plus bas : « La main et les doigts... ont conservé *tous* leurs mouvemens ; le succès a été rigoureusement complet pour tous les doigts et le pouce, à l'exception de l'articulation de la troisième phalange avec la deuxième de l'indicateur. » (Gaz. p. 701.) Qu'ai-je dit, moi : « La main et les doigts ont conservé tous leurs mouvemens ; le succès a été rigoureusement complet pour tous les doigts et le pouce, excepté pour la phalangette de l'index. » Pourquoi M. Guérin a-t-il dit que tous les muscles de la main étaient conservés s'il ne voulait pas le dire ? C'est à lui de nous l'expliquer d'une manière croyable. Pour moi, si j'osais hasarder une question, je dirais qu'il l'a dit parce qu'alors le fait eût été bien plus merveilleux et plus propre à étonner l'Académie.

Mais, voyons maintenant ce que M. Guérin a dit dans son troisième discours (p. 735 de sa Gazette) : « J'avais annoncé que j'avais obtenu un succès complet, à l'exception de l'indicateur, dont les mouvemens de la première phalange avaient seuls été conservés. Certes, si la remarque de M. Gerdy... était fondée, elle aurait été très propre à montrer l'utilité d'une commission. » Vous voyez, d'après les passages déjà cités, que ma remarque était bien fondée, et que néanmoins M. Guérin a refusé la commission. Vous remarquerez aussi que dans cette deuxième édition de ses paroles, M. Guérin altère sa citation de deux manières :

1° En ne parlant plus du tout de tous les mouvemens de la main qu'il prétendait avoir conservés ;

2° En disant que les mouvemens de la première phalange seuls étaient conservés, tandis que dans le premier discours c'étaient seulement les mouvemens de la troisième phalange qui étaient perdus.

M. Guérin continue : « M. Gerdy, préoccupé sans doute des cinquante mouvemens de la main qu'il a découuerts et des vingt-quatre qu'il n'a pu constater..... n'a pas vu que tous les muscles de l'éminence thénar et hypothénar étaient complètement paralysés et atrophiés. Or, ces muscles sont précisément ceux qui président aux mouvemens dont M. Gerdy a constaté l'absence... » Dans son second discours, M. Guérin n'avait pas parlé de l'éminence hypothénar ; c'est une addition nouvelle, et, malgré cette addition, il y a encore erreur de sa part et oubli profond des fonctions des muscles de la main.

En effet, les mouvemens d'adduction et d'abduction des doigts étant perdus, ce fait prouve que les inter-osseux, qui sont tous des adducteurs et des abducteurs des doigts, n'agissent plus sur ces organes et que l'action des muscles du thénar et de l'hypothénar n'est plus la seule dont on constate l'absence.

Enfin M. Guérin termine sa réponse par ces mots étranges : « J'ai dit et j'ai pu dire que ce succès avait été rigoureusement complet pour trois doigts et pour le pouce à l'endroit des fléchissseurs superficiel et profond. (Gazette médic., 735.) » Ainsi d'abord, tous les mouvemens de la main et de tous les doigts avaient été conservés à l'exception de ceux de la phalange de l'indicateur ; en deuxième lieu, ceux de l'éminence thénar et de deux phalanges de l'indicateur ont été perdus, puis, en troisième lieu, ceux de l'éminence hypothénar. Maintenant il n'y a plus que quatre doigts qui possèdent leurs mouvemens. Vous voyez que M. Guérin recule de plus en plus à mesure qu'on le presse davantage ; en sorte que si la discussion se prolongeait encore un peu il serait obligé de tout abandonner. Je ne sais pas, en effet, après les pertes multipliées qu'il a faites, s'il lui reste l'ombre d'un succès.

En résumé :

1° M. Guérin n'a nullement démontré le contraire de ce que j'ai établi sur les influences diverses des adhérences, et les dernières expériences de M. Bouvier confirment les miennes loin de les combattre ;

2° Les difformités ne tiennent point à une seule cause, comme M. Guérin cherchait à l'établir, malgré une légère restriction de langage, et il faut les combattre par plusieurs méthodes de traitement ;

3° M. Guérin a réellement abandonné son résumé, puisqu'il n'en a pas dit un mot de justification en sa faveur ;

4° Il en a fait autant pour la ténotomie du sublime à la deuxième phalange : ce sont autant d'enfans perdus ;

5° Les prétendus succès de Clémence et Clémentine n'ont pu soutenir l'examen de la critique ;

6° La section du long abducteur du pouce destinée à rétablir la supinrtion perdue, est une opération que l'anatomie et la physiologie ne peuvent justifier.

Vainement M. Guérin veut compléter nos lumières, c'est nous qui sommes obligés de compléter les siennes en anatomie et en physiologie ; vainement il prend des airs de vainqueur : on ne l'est pas quand on renvoit incessamment la discussion à une autre époque, qu'on refuse sept fois de suite le combat dans la même bataille, qu'on ne se défend un peu qu'en altérant ses propres paroles, et reculant *partout et toujours*. Un pareil stratagème ne peut abuser personne.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Jobert (de Lamballe) envoie la liste de ses titres pour la place vacante par la mort de M. Larrey.

— *M. Piorry*, également candidat au fauteuil que M. Double a laissé vacant, adresse les conclusions d'un mémoire qu'il se propose de lire incessamment :

Dans les fièvres intermittentes, la rate est constamment ou volumineuse, ou douloureuse, ou altérée dans sa structure.

Le sulfate de quinine en quelques jours, en quelques heures, souvent même en quelques minutes, produit une diminution dans le volume de la rate et prévient le retour de la fièvre intermittente, qui dans ces cas en est la conséquence.

Au moyen de la plessimétrie, on découvre que la rate est volumineuse ou qu'elle est le siége même de la douleur, et cela dans un grand nombre de cas, où par d'autres procédés on ne pourrait s'en assurer

— *M. Mercier* adresse une lettre sur l'introduction de l'air dans les veines. (Nous la publierons dans un prochain numéro.)

— *M. Tanchou* écrit la lettre suivante : « Il reste de l'incertitude dans l'esprit de plusieurs personnes sur la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie dans l'une de ses dernières séances. J'ai dit que ma méthode pour prévenir la dégénérescence des tumeurs du sein consistait dans deux séries de moyens : à l'intérieur, les préparations de feu, d'iode, de mercure, comme base et point de départ du traitement ; à l'extérieur, la compression, les sachets pulvérulens,

les emplâtres, les onguents. Dès lors, comme on le voit, la compression n'est qu'un auxiliaire qui est loin de convenir dans tous les cas, ainsi que je l'ai dit.

— *MM. Le Roy-d'Etiolles* et *Thierry* écrivent pour présenter le résultat de leurs expériences sur les faits communiqués par M. Mateucci au sujet de la galvanisation d'un muscle par un autre muscle. M. Le Roy-d'Etiolles a répété les mêmes expériences avec des chances diverses; M. Thierry réclame une sorte de priorité sur M. Mateucci.

— *M. Faure* écrit pour donner quelques renseignemens sur les trois malades auxquels il a pratiqué la ponction de la poitrine pour remédier aux épanchemens pleurétiques. Deux malades ont succombé à des accidens étrangers à l'opération; le troisième a parfaitement guéri. Il est remarquable, dit M. Faure, que ce soit le malade auquel j'ai retiré le plus de liquide de la poitrine (trois litres et un quart) qui ait obtenu une guérison radicale, selon toute apparence. Ainsi se réalise l'assertion émise dans le mémoire qui donne lieu à cette lettre, à savoir, qu'en ayant recours un peu moins rarement à la ponction de la poitrine comme à un moyen palliatif, on la rendra curative dans une proportion de cas d'autant plus forte, qu'on sera plus familier avec la connaissance du mal et l'application de ce remède.

— *M. Dumas* lit, en son nom et au nom de M. Cahours, un Mémoire *sur les matières azotées neutres de l'organisation.* — Depuis long-temps les chimistes ont signalé dans les animaux trois matières azotées neutres remarquables, soit par un grand nombre de propriétés communes, soit par leur abondance dans les solides ou les liquides de l'économie, soit enfin par leur présence dans tous nos alimens essentiels : ces matières sont l'albumine, la fibrine et la caséine. L'albumine qui fait partie du blanc d'œuf, la fibrine qui forme la portion coagulable du sang, la caséine qui constitue la partie animale du lait. Dans un essai de physiologie chimique soumis il y a dix-huit mois au jugement du public, M. Boussingault et moi nous avons posé en principe que l'albumine, la caséine et la fibrine existent dans les plantes; que ces matières passent toutes formées dans le corps des herbivores, d'où elles sont transportées dans celui des carnivores; que les plantes seules ont le privilége de fabriquer ces trois produits dont les animaux s'emparent, soit pour les assimiler, soit pour les détruire, selon les besoins de leur existence. Nous avons étendu ces principes à la formation des matières grasses qui, selon nous, prennent complétement naissance dans les plantes, et qui viennent jouer dans les animaux le rôle de combustible ou même quelquefois un rôle transitoire. Nous avions, enfin, reconnu la nécessité de grouper ensemble tous les corps de la chimie organique qui jouissent de la propriété de passer à l'état d'acide lactique par la fermentation, qui, comme les sucres et les fécules, entrent pour une part importante dans l'alimentation de l'homme et des animaux, et ne sont produits réellement que dans les plantes, par les forces de la végétation.

C'est l'ensemble de ces vues et de ces conséquences que nous avons résumé dans le tableau suivant :

LE VÉGÉTAL	L'ANIMAL
Produit des matières azotées neutr.	Consomme des mat. azotées neutr.
— des matières grasses.	— des matières grasses.
— des sucres, fécules, gom.	— des sucr., fécul., gom.
Décompose l'acide carbonique.	Produit de l'acide carbonique.
— l'eau.	— de l'eau,
— les sels ammoniacaux.	— des sels ammoniacaux.
Dégage de l'oxygène.	Absorbe de l'oxygène.
Absorbe de la chaleur.	Produit de la chaleur.
Absorbe de l'électricité.	Produit de l'électricité.
Est un appareil de réduction.	Est un appareil d'oxydation.
Est immobile.	Est locomoteur.

Un oiseau granivore trouve dans le blé tous les élémens de sa nourriture. Un chien trouve dans le pain les matières que son organisation exige pour vivre et se développer. Une jument qui allaite peut, non-seulement trouver dans l'orge et l'avoine les matériaux nécessaires à sa propre existence, mais aussi la substance au moyen de laquelle se forme la caséine qui se trouve dans son lait. Les céréales doivent donc, indépendamment des matières amylacées ou sucrées qu'elles contiennent, offrir à l'organisation animale les moyens de se procurer les substances azotées neutres que tout animal renferme et que nous lui refusons le pouvoir de créer. C'est, en effet, ce que démontre l'analyse chimique.

Dans les cas où l'amidon, la dextrine et le sucre disparaissent de l'aliment, ils sont remplacés par des matières grasses, comme cela se voit dans l'alimentation des carnivores. Nous voyons enfin que l'association des matières azotées neutres, avec les matières grasses et les matières sucrées ou féculentes, constitue la presque totalité des alimens des animaux herbivores.

Ne ressort-il pas de là ces deux principes fondamentaux de l'alimentation, savoir :

1° Que les matières azotées neutres de l'organisation, sont un élément indispensable de l'alimentation des animaux.

2° Qu'au contraire, les animaux peuvent, jusqu'à un certain point, se passer de matières grasses; qu'ils peuvent absolument se passer de matières féculentes ou sucrées; mais à la condition que les graisses seront remplacées par des quantités proportionnelles de fécules ou de sucre, et réciproquement. Mais la privation des matières grasses ne compromet pas pour un temps la vie de l'animal; elle exerce néanmoins un effet qui mérite une attention particulière. L'obligation où sont tous les animaux de faire entrer dans leur régime les matières azotées neutres qui existent dans leur propre organisation, démontre presque déjà qu'ils sont incapables de créer ces sortes de matières. Mais pour mettre ce résultat en évidence, il suffit de suivre ces matières azotées neutres introduites dans l'estomac, et de voir quelle est leur destination finale. Or, il est assez facile de prouver qu'elles se trouvent représentées essentiellement par l'urée qui chez l'homme et chez les animaux constitue le produit principal de l'urine, et par l'acide urique qui chez les oiseaux et les reptiles joue le même rôle que l'urée. Abstraction faite des excrémens, l'homme adulte absorbe chaque jour une quantité de matières azotées neutres capables de représenter 15 à 16 grammes d'azote, quantité qui se retrouve en entier dans les 30 ou 32 grammes d'urée que renferme l'urine qu'il rend dans les vingt-quatre heures. N'est-il pas tout simple d'en conclure que la matière azotée neutre de nos alimens sert à produire cette urée, et que toute l'industrie de l'organisme animal se borne, soit à s'assimiler cette matière azotée neutre quand il en a besoin, soit à la convertir en urée? Cette opinion devient presque l'évidence, si on ajoute que l'étude des phénomènes de la respiration nous démontre que les matières grasses disparaissent de l'organisme animal par l'effet d'une véritable combustion, que les matières amylacées ou sucrées sont également brûlées dans l'accomplissement du phénomène de la vie; enfin que la différence qui existe entre l'urée et la matière animale neutre d'où elle provient, se représente exactement par un phénomène de combustion.

Les matières albuminoïdes essentielles, c'est-à-dire l'albumine, la caséine, la fibrine et la légumine, constituent l'élément azoté prédominant de la nourriture de l'homme et des animaux. Peut être sont-ce les seules qui jouissent à la fois de la propriété de se brûler dans le sang pour se convertir en urée et de se fixer dans nos tissus par les procédés de l'assimilation, après avoir subi les modifications convenables dans leurs propriétés. Du moins est-il vrai que jusqu'ici il peut paraître douteux que la gélatine jouisse de cette double propriété. Il résulte de là, que si dans un aliment quelconque dépourvu de gélatine on parvient à définir la dose exacte d'albumine, de caséine, de fibrine et même de légumine, on aura reconnu, précisé le pouvoir de cet aliment comme capable de satisfaire aux besoins de l'assimilation. C'est en mangeant et digérant de telles matières que nous formons nos muscles et nos tissus, et que nous les préservons des altérations qu'ils subiraient de la part d'un sang trop appauvri en albumine ou en fibrine. Il est même tellement évident qu'il en est ainsi, qu'on ne pourrait pas citer un seul aliment adopté par l'homme ou les animaux supérieurs où ne figure comme matière azotée abondante l'une des quatre substances signalées plus haut, c'est-à dire la caséine, la fibrine, l'albumine ou la légumine. D'où il suit clairement que la quantité d'azote que renferment nos alimens donne leur équivalent sous le rapport de leur assimilation, la matière azotée étant la matière essentiellement assimilable, celle qui constitue la trame de l'organisation toute entière. Sachant par expérience qu'un homme, par exemple, doit manger à l'état adulte environ 100 à 120 grammes de matière albuminoïde sèche, représentant 16 à 20 gram. d'azote, on peut dresser un tableau des équivalens nutritifs envisagés sous le rapport de l'assimilation. Dans la nourriture de l'homme considérée à la ration d'entretien, il entre, terme moyen, 400 ou 500 gram. de matière azotée fraîche, représentant 100 ou 125 gram. de la même matière sèche qui contient par conséquent de 16 à 20 gram. d'azote. Comme cet azote se retrouve presque en entier dans les urines, sous forme d'urée, il reste à se demander ce que c'est que l'urée, et en quoi elle diffère de la matière azotée neutre d'où elle provient.

Or, les belles expériences de M. Vohler nous ont appris que l'urée peut se produire par une modification du cyanate d'ammoniaque formé lui-même d'un oxyde de cyanogène et d'un oxyde d'ammonium. Ainsi il sort de l'animal quatre oxydes : l'acide carbonique, l'eau, l'acide cyanique, l'oxyde d'ammonium. Ces deux derniers, combinés et modifiés produisent l'urée. C'est donc, du moins nous l'entendons ainsi, par une véritable combustion que la matière azotée s'est convertie en urée. Il faut donc que le corps tout entier, tous les vaisseaux, tous les tissus que le sang pénètre, que ce vaste appareil de combustion agisse sans cesse et brûle sans relache les matières organisées à sa disposition.

Or, si l'on réfléchit que le sang constitue une dissolution des matériaux solides de l'économie saturée pour les circonstances où elle se trouve placée, on comprendra comment il est si important que la digestion restitue sans cesse au sang les matériaux qui la composent, afin que ces matériaux que la vie consomme sans cesse en les brûlant, ne soient pas repris par le sang appauvri, à nos organes qui en sont formés ou qui le renferment. Et pour appliquer ces principes aux matières azotées, nous dirons que, s'il est indispensable que l'alimentation de l'homme lui fournisse chaque jour 100 ou 120 gr. de matières azotées sèches, c'est que rien ne peut empêcher le sang d'un homme adulte de perdre chaque jour 100 ou 120 gr. de ces matières par la respiration ou par la combustion qui en est la conséquence. Par cela seul que le sang contient de l'albumine, il en brûle et il faut lui en rendre, si on ne veut pas qu'il attaque les sources de la vie en reprenant cette albumine dans nos tissus les plus indispensables à son exercice.

Dans un prochain travail M. Dumas doit communiquer les expériences auxquelles il s'est livré pour établir sur des bases certaines les règles à suivre dans le calcul du régime du soldat, de l'ouvrier ou du prisonnier, comme aussi les règles qui doivent diriger les administrateurs dans les établissemens consacrés à la bienfaisance publique.

— M. le docteur P. Chéneau vient de soumettre à une épreuve publique, à l'hôpital de la Charité, la théorie et le traitement de la phthisie pulmonaire qu'il a cherché à faire prévaloir dans les cours qu'il a fait pendant plusieurs années. On ne peut qu'applaudir à une tentative si honorable qui doit résoudre la grande question de la curabilité de cette maladie par le secours de l'art.

Nous ferons connaître le résultat de ces expériences.

Ceux de MM. les docteurs en médecine résidant à Paris ou dans la banlieue, qui ne sont pas inscrits dans la dernière édition de l'*Almanach général de médecine*, ou qui ont des rectifications à faire à l'article qui les concerne, sont invités à adresser immédiatement leurs notes à M. Domange, rue Gît-le-Cœur, 4.

RABAIS.

ALIBERT. — *Traité des fièvres pernicieuses*, 5e édit., 1820. In-8, fig., br. — Prix : 3 fr. au lieu de 7 fr.

Ce traité a été trop bien apprécié pour que nous nous dispensions d'en faire l'éloge.

— *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*, 2e édit. Paris, 1822. Deux vol. in-8, br. — Prix : 5 fr. au lieu de 14 fr.

Cet ouvrage a été publié dans l'intérêt des élèves et de quelques médecins qui ne pourraient pas se procurer celui qui paraît par livraisons et qui est d'un prix assez élevé.

— *Eloges historiques de Rousset, Spallanzani et Galvani*, composés pour la Société médicale et suivis d'un discours sur les rapports de la médecine avec les sciences physiques et morales. 1806. 1 vol. br. — Prix : 3 fr. au lieu de 6 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie de Béchet jeune, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

SUPPLÉMENT

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE
DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (Novembre 1842).

I. *Recherches sur les signes et le diagnostic de l'insuffisance des valvules de l'aorte*; par F. A. ARAN, interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, lauréat des hôpitaux.

Le but de ce mémoire n'est pas de tracer une histoire complète de l'insuffisance des valvules, mais bien après s'être entendu sur le mot *insuffisance*, d'étudier les causes et le mode d'action de cette maladie. Toutes les fois que les valvules d'un orifice ne remplissent qu'imparfaitement leur office de soupape, et que le sang reflue dans les cavités qu'il vient de quitter il y a insuffisance. Mais il faut établir une distinction importante selon que la mobilité de ces soupapes a été diminuée, selon qu'il n'y a point d'altérations qui mettent obstacle au cours du sang, ce qui constitue *l'insuffisance simple*, ou au contraire selon qu'il y a rétrécissement de l'orifice, ce qui constitue *l'insuffisance avec rétrécissement*.

Parmi les causes il faut en distinguer de *congénitales* qui, dans la majorité des cas, peuvent être rapportées à un arrêt de développement, de *traumatiques*, de *pathologiques*, ou succédant à des maladies variées. On peut les diviser en plusieurs classes : 1° les indurations fibreuses, fibro-cartilagineuses. osseuses, des valvules, 2° les adhérences, 3° les ulcérations, perforations (atrophiques ou non), 4° les polypes et les végétations, 5° la dilatation considérable de l'orifice, 6° les tumeurs à l'extérieur du cœur faisant saillie dans la cavité de l'aorte, de manière à abaisser une ou plusieurs valvules, cause tout à fait inconnue en France, et dont un exemple est cité dans ce mémoire.

M. Aran cite quatre observations, dont deux lui sont propres, qui ont pour but de démontrer que l'insuffisance des valvules de l'aorte présente, sous le rapport des systèmes généraux et locaux, des caractères très importants.

Sous le rapport des symptômes généraux, il note, 1° la lenteur avec laquelle surviennent les troubles fonctionnels ordinaires des maladies du cœur, et le caractère vif, brusque, *bondissant*, mais régulier du pouls, avec dépressibilité dans les intervalles des diastoles artérielles, caractère déjà signalé par Selle, et rappelé par Hope. Ce bondissement serait très-marqué dans les artères du cou et des membres supérieurs, et il augmenterait, ainsi que l'a dit Corrigan, quand on vient à placer le membre dans l'élévation, 2° l'hypertrophie des tubes artériels, principalement de la partie supérieure du tronc et des membres thoraciques, caractérisée par des flexuosités et l'augmentation de densité et d'opacité de ces tubes. Quant au symptôme noté par M. Henderson, le manque de coïncidence du pouls avec la contraction du cœur, l'auteur pense que ce médecin s'en est laissé imposer par les allongements de la diastole artérielle.

Sous le rapport des symptômes locaux, M. Aran distingue 1° l'abolition du second bruit des cavités gauches, qui est remplacé par un murmure, ou plutôt le rhythme des bruits du cœur est complètement changé, et au lieu d'avoir

1° Le premier bruit du cœur, (bruit systolique).
2° Un intervalle de silence, (périsystole).
3° Le second bruit, (bruit diastolique);
4° Le grand silence, (péridiastole);

on n'a plus que

1° Le premier bruit;
2° Le murmure diastolique; ainsi de suite.

Le murmure diastolique, selon M. Aran, présente un timbre très remarquable, un caractère moëlleux, celui du bruit de souffle, mais avec une aspiration des plus prononcées. Dans quelques cas, ce murmure soufflant devient légèrement musical à son milieu. Dans deux observations rapportées dans des journaux britanniques, le murmure ressemblait au roucoulement d'un pigeon. D'autres fois c'est un sifflement, un miaulement, une note presque pure, placée au milieu d'un murmure. Jamais enfin, ce murmure n'est rude et ne présente le timbre de scie ou de râpe.

C'est au niveau du bord inférieur de la troisième côte que l'on perçoit, à son maximum, ce murmure diastolique, mais il se prolonge le long de la colonne de sang qui rentre dans le ventricule, et on peut le suivre aussi dans l'aorte dans une étendue de seize à dix-huit centimètres. Quand on remonte davantage, le murmure se circonscrit de plus en plus à la diastole artérielle. de même que le bondissement du pouls, le murmure artériel ne commence à paraître que quand l'insuffisance est déjà très-prononcée. C'est un signe précieux pour le diagnostic, parce qu'on ne le trouve dans aucune autre maladie des valvules, à moins de complication de maladie des parois artérielles, d'anatomie ou de chlorose.

L'insuffisance des valvules aortiques amènent constamment l'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, et peut amener d'autres complications graves; ainsi lorsque l'insuffisance résulte d'un travail organique inflammatoire, ce travail, en s'étendant, peut produire le rétrécissement de l'orifice oriculo-ventriculaire gauche.

Sans penser qu'on puisse arriver à une bien grande précision sous le rapport de la détermination de la cause de cette maladie, M. Aran croit cependant qu'il est un bon nombre de cas dans lesquels cette détermination est possible; c'est, selon lui, dans l'enchaînement des symptômes, dans le mode de développement de la maladie que l'on peut trouver des présomptions assez nombreuses pour approcher de la certitude. C'est ainsi qu'on pourra décider si la maladie a pour point de départ une des trois causes signalées plus haut, congénitale, traumatique, pathologique. Mais peut-on aller plus loin dans le diagnostic? Dire, par exemple, si cette cause consiste dans une induction fibreuse, fibro-cartilagineuse ou osseuse, dans une adhérence, dans des ulcérations, perforations, polypes. M. Aran pense qu'on ne doit porter ce diagnostic qu'avec beaucoup de circonspection, mais que les indurations et les adhérences étant les altérations les plus communes avec l'ossification, chez les vieillards, on en devra plutôt supposer l'existence.

Traçant le diagnostic différentiel de l'insuffisance des valvules de l'aorte, l'auteur s'appuyant sur ce fait connu que chaque orifice du cœur, considéré d'une manière isolée, peut être le siége de deux murmures, l'un par rétrécissement, l'autre par insuffisance, dit que l'orifice aortique fournit un exemple de cette vérité : qu'ainsi, dans l'insuffisance simple le murmure coïncide avec la diastole; dans le rétrécissement, au contraire, le murmure coïncide avec la systole. Ajoutez le caractère de rudesse du murmure dans le rétrécissement, et ses autres caractères, la confusion est impossible.

M. Aran examine ensuite les lignes du rétrécissement compliqué d'insuffisance comparativement avec l'insuffisance simple.

Quant aux maladies de la valvule mitrale, quelles qu'elles soient, elles se différencient facilement de l'insuffisance des valvules aortiques par le point maximum du murmure, par le timbre sourd, enroué, du murmure lui-même. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est le seul qui puisse induire en erreur, mais il est rare, et sa circonscription à la pointe du cœur, son caractère sourd et étouffé, son défaut de prolongation dans l'intervalle du silence, et sur le trajet de l'aorte, peuvent aider à le faire reconnaître.

Les maladies de l'orifice pulmonaire sont excessivement rares, on ne connaît pas plus de trois ou quatre exemples d'insuffisance des valvules pulmonaires. Le rétrécissement de l'orifice est un peu plus fréquent, surtout lorsqu'il y a persistance du trou de botal. Le rétrécissement est caractérisé par un *murmure systolique*, dont le maximum se trouve bien au niveau du bord inférieur de la troisième côte, mais qui, au lieu de se propager vers la droite sur le trajet de l'aorte, est parfaitement circonscrit le long du bord gauche du sternum et ne dépasse pas la ligne médiane. Les maladies de la valvule tricuspide, bien que moins rares que celles des valvules pulmonaires, ne sont pas encore très-communes; comme celle de la valvule mitrale, elles se distinguent de celles des valvules de l'aorte : 1° par le point ou se fait entendre le maximum du murmure; 2° par son timbre sourd. Les *murmures diastoliques* qui annoncent le rétrécissement de l'orifice correspondant sont très-rares.

Enfin, il était important d'établir une distinction bien précise entre l'insuffisance des valvules de l'aorte et les anévrismes de la portion ascendante de ce vaisseau, c'est ce qu'a fait M. Aran en disant que ces anévrismes étaient caractérisés par un murmure plus ou moins rude et quelquefois sibilant, coïncidant avec la systole des ventricules, dans la majorité des cas, et ayant son maximum sur le trajet de l'aorte, au niveau de l'ouverture anévrismale. Quand les anévrismes présentent un double murmure, on pourrait le confondre avec le rétrécissement compliqué d'insuffisance de l'orifice aortique, mais le point maximum de murmure, la perception des deux bruits du cœur et le *timbre superficiel* caractéristique de l'anévrisme, et qui ne se rencontrent jamais dans l'insuffisance, permettront de poser le diagnostic. Suivent deux observations pour prouver la facilité avec laquelle ce diagnostic peut être établi.

L'auteur termine son mémoire en réfutant quelques objections relatives au diagnostic de l'insuffisance des valvules et principalement celles du docteur Henderson. Suivant M. Henderson, les pulsations visibles des artères, la plénitude du pouls, les flexuosités peuvent résulter de l'hypertrophie du ventricule gauche. M. Aran convient de la vérité de ces assertions, excepté pour la flexuosité et l'hypertrophie des artères; de plus, jamais on n'observe, dans ce cas, le *bondissement* du pouls, si ce n'est dans la chlorose et l'anémie, mais alors il y a en même temps fréquence tandis que dans l'insuffisance le pouls est bondissant, mais sans fréquence.

Après une courte discussion sur le bruit de soufflet artériel et le défaut d'isochronisme du pouls avec la systole des ventricules, M. Aran conclue que le diagnostic de l'insuffisance des valvules, peut non-seulement être porté, mais qu'il n'est pas même fort difficile.

L'auteur annonce que dans un prochain mémoire il s'occupera de la terminaison par la mort subite, à laquelle cette maladie donne souvent lieu.

II. *Note sur une tumeur sanguine de l'oreille, observée chez les aliénés*; par M. F. COSSY.

Indiquée déjà par des médecins anglais, cette singulière affection a été signalée tout récemment en France, par M. Belhomme (Compte rendu de la Société médicale d'émulation. *Gazette des Hôpitaux, du 20 août 1842*). Cette affection n'a été observée que trois fois dans un intervalle de huit mois dans le service de M. Leuret, où se trouvent plus de trois cents aliénés. Après avoir décrit les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades qui font le sujet de cette note, M. Cossy remarque que deux fois la tumeur dont il s'agit se montra à l'oreille gauche et une fois à l'oreille droite. Quant à la tumeur elle-même, elle a offert, dans les trois cas, une ressemblance parfaite. Elles n'ont guère été observées que douze à vingt-quatre heures après leur apparition, mais dans les trois cas la tumeur a offert, dès le premier jour, son minimum de développement.

Voici la description de cette tumeur : La peau de la face externe du pavillon de l'oreille ne se moule plus sur les inégalités du cartilage sous-jacent; elle est soulevée, tendue, convexe, lisse et constitue une bosse qui, comblant toute l'excavation de la conque, arrive de niveau avec la bordure de l'hélix.

Cette tumeur offre, à son centre, une fluctuation obscure, sa couleur est d'un bleu noirâtre, la pression du doigt n'y laisse pas d'empreinte, mais détermine seulement une légère diminution dans la coloration, sans la faire disparaître. La couleur bleuâtre n'est pas limitée à la tumeur mais se remarque sur les autres parties du pavillon de l'oreille qui sont un peu ternéfiées. Toutes ces parties présentent une élévation notable de température appréciée par le toucher. L'oreille malade est douloureuse, l'ouïe paraît intacte; l'état général n'a pas varié.

Des mouchetures superficielles, pratiquées sur la tumeur, donnent du sang, plus profondes après le sentiment d'une résistance vaincue, il s'écoule une petite cuillerée de sérosité visqueuse, sanguinolente, inodore, et la première fait écouler un sang noir coagulé; le deuxième jour, les bords sont agglutinés, une nouvelle incision donne issue à du sang noir liquide. Pendant les dix à quinze jours qui suivent, il ne survient aucun changement, bien que chaque jour on pratiquât une nouvelle ponction; au bout de ce temps, elle diminue, la couleur devient jaunâtre et disparaît. Il reste après trois semaines un peu d'épanouissement. Aucun topique n'a été employé.

Un des sujets ayant succombé aux progrès de la paralysie, un mois après que sa tumeur se fut guérie, M. Cossy put se livrer à l'étude de l'anatomie pathologique de cette singulière tumeur. Il insiste longuement sur ce qu'il a observé, et termine en présentant quelques réflexions. Il établit que, contrairement à ce qu'on a avancé, cette affection se rencontre aussi bien chez les aliénés atteints de manie simple que chez ceux affectés de démence paralytique. De plus, il a noté le défaut de choc sur ces parties, étiologie qui avait été invoquée. Enfin, sous le point de vue anatomique, M. Cossy se trouve en opposition avec M. Belhomme; ce dernier ayant observé une hypertrophie des cartilages et fibro-cartilages de l'oreille, et l'auteur, signalant l'existence d'une lame cartilagineuse de nouvelle formation.

III. *Mémoire sur le vice de conformation du cœur, consistant seulement en une oreillette et un ventricule*; par M. THORE, interne des Hôpitaux.

Il fut déposé à l'hospice des Enfants-Trouvés, le 18 avril, une petite fille de quatre mois, sous le nom de Lebateux Jeannette; il fut impossible de recueillir aucun renseignement. Cette enfant ayant été prise, dans la journée, de plusieurs accès de dyspnée, accompagnée d'une teinte bleuâtre de toute la surface du corps, on la fit passer à l'infirmerie (service de M. Baron), le 20 avril.

Cyanose générale, la langue, les fesses, les environs de l'anus et des parties génitales sont d'un violet noirâtre. Des phénomènes d'asphyxie se renouvellent cinq ou six fois dans vingt-quatre heures et tellement intenses qu'on s'attend à voir l'enfant succomber. Le pouls est à 136. Un bruit de souffle très-marqué remplace le deuxième bruit, les battements du cœur sont sourds; bruit de soufflet et de râpe.

Le 30, le pouls devient insensible, les extrémités sont froides, violacées, dyspnée. L'enfant meurt le 1er mai, à quatre heures du matin. L'autopsie est faite le 2, à sept heures du matin. Enfant blond, peu développé, de petite taille, un liquide noirâtre s'est écoulé par la bouche.

Le thorax ouvert, on trouve sur la ligne médiane le péricarde qui remplit presque à lui seul toute la partie antérieure de la cavité pectorale. La pointe du ventricule regarde à gauche, l'oreillette à droite, elle occupe un espace beaucoup plus considérable que le ventricule. A la rainure qui séparait ces deux cavités, il existait un angle rentrant, fortement accusé et rempli par une saillie conique, une sorte de mamelon du lobe gauche du foie. Dimensions du cœur avant d'être vidé : six centimètres de largeur, cinq centimètres et demi de hauteur; après avoir été vidé, cinq et demi de largeur, cinq de hauteur. Au premier coup-d'œil il était facile de reconnaître que le cœur n'avait que deux cavités.

L'oreillette était à peu-près sphérique, ses appendices à peine indiquées; elle était formée de colonnes charnues assez fortes, et l'épaisseur moyenne de ses parois était de deux à trois millimètres. A sa partie postérieure et le plus près de l'orifice auriculo-ventriculaire, s'ouvrent les deux veines caves : leur embouchure était commune; elles n'étaient séparées l'une de l'autre que par une bandelette extrêmement mince; elles formaient une sorte de sinus, reproduction bien imparfaite, sans doute, de l'oreillette droite. Des deux côtés étaient disposées deux veines pulmonaires d'une manière assez régulière et semblable à l'état normal. Le ventricule unique avait une forme conique et était séparé de l'oreillette par un sillon extrêmement prononcé. Ses parois n'offraient pas des deux côtés le même aspect : dans la partie droite et voisine de l'artère pulmonaire, elles étaient lisses, à peine réticulées, et ses colonnes charnues très-rares; à gauche, au contraire, elles étaient couvertes d'un lacis de trousseaux épais et nombreux, au milieu desquels se détachaient deux grosses colonnes charnues qui servaient d'insertion aux cordelettes tendineuses de la valvule auriculo-ventriculaire.

A la base du ventricule, il existait trois orifices :

1° L'orifice auriculo-ventriculaire unique, de forme triangulaire, complètement fermé par une valvule à deux pointes, qui représentait bien la valvule mitrale;

2° L'orifice aortique, placé en arrière et un peu à droite, circulaire, et muni de trois valvules sigmoïdes;

3° A gauche de l'ouverture de l'aorte, une autre ouverture beaucoup plus étroite et qui en était séparée seulement par une colonne charnue, c'était le commencement d'un canal cylindrique, représentant jusqu'à un certain point le ventricule absent; il n'avait aucune communication avec l'oreillette.

Le canal artériel manquait totalement. Il n'y avait aucune anomalie dans les principaux viscères, ni dans les plus importantes divisions du système circulatoire.

La science ne compte encore qu'un très-petit nombre d'exemples de cas de ce genre, plus ou moins complètement rapportés, M. Thore les a consignés dans son mémoire.

Il recherche ensuite dans les symptômes des maladies du cœur en général ceux qui appartiennent à ce cas; il étudie l'influence de cette disposition et d'autres semblables sur la durée de la vie des sujets; il note le refroidissement considérable dans certains cas de cyanose et déclare avoir observé, au contraire, une élévation de température chez l'enfant qui fait le sujet de son travail.

Enfin, après avoir examiné à quelle cause on peut attribuer les modifications qu'il a observées dans les bruits du cœur, il finit son mémoire en se demandant s'il est possible d'arriver à reconnaître d'une manière précise le vice de conformation du cœur auquel se rattachent les différents symptômes qu'il a observés, et il avoue qu'il lui paraît fort difficile de pouvoir séparer de cette classe si nombreuse une anomalie déjà extrêmement rare.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. (Octobre 1842).

Hydropisie ascite guérie après seize ans de durée et 886 ponctions.

Si le fait suivant communiqué à l'Académie par M. Canu, médecin à Yvetot, trouvait des incrédules, nous n'aurions d'autre garantie à leur offrir que les paroles suivantes par lesquelles l'auteur termine son observation : « Si mon caractère et ma

parole ne vous suffisent pas, dit-il, toute la ville d'Yvetot est là pour faire foi de ce que j'affirme ici, et au besoin l'abdomen de la fille Mahuet, criblée d'innombrables cicatrices qui en ont fait une sorte de cuirasse, en sera l'irrécusable témoin. » — C'est à cette fille, Rose Mahuet, domestique chez M. Simon, fabricant de calicot à Yvetot, que M. Canu a pratiqué 886 fois la ponction de l'abdomen dans l'espace de seize ans, et lui a retiré, compte approximatif, dix-sept mille trois cent trente litres de sérosité. Elle est aujourd'hui complètement guérie.

Cette femme était âgée de trente-six ans, lorsqu'elle fut atteinte d'une entéro-péritonite aiguë qui passa à l'état chronique. C'est alors que l'ascite survint et que les règles se supprimèrent. Vers le commencement, elle voulut combattre l'hydropisie par le remède de Leroy; mais il ne fit rien, quoique la malade eût eu l'aveugle courage d'en consommer jusqu'à quinze bouteilles en quinze jours. Bientôt la distension abdominale devint énorme, la suffocation imminente; il fallut faire la ponction, et l'on retira par le trocart vingt litres environ d'un liquide rosé, limpide et mousseux. Le palper, après cette opération, fit reconnaître d'énormes indurations sur toute la surface péritonéale; une tumeur large et de densité squirrheuse saillissait vers l'S du colon. Au bout de dix jours, une nouvelle ponction fut nécessaire et donna issue à une égale quantité de sérosité. Depuis ce moment et pendant quinze années consécutives, M. Canu a été appelé tous les six, huit, dix ou douze jours au plus pour évacuer le liquide abdominal au moyen du trocart. L'opération faite, la malade se reposait une heure ou deux, puis elle se levait, s'habillait et reprenait ses occupations domestiques, sans s'affecter aucunement de son état. Il va sans dire que tous les diurétiques, tous les révulsifs et dérivatifs possibles avaient échoué. On en était à la 840e ponction, lorsque seulement M. Canu eut l'idée d'essayer de la compression. Il l'exerça au moyen de feuilles de carton épais enveloppées d'une large serviette. La malade n'en put supporter l'application plus de trois jours. Cependant il y eut ce résultat, que les urines furent plus abondantes et que l'épanchement mit plus de vingt jours à se renouveler. A partir de ce moment les urines augmentèrent progressivement, et l'époque des ponctions s'éloigna; quoique la durée de la compression abdominale n'eût pas été longue, elle parut contribuer à modifier l'action des vaisseaux lymphatiques, et à rétablir l'équilibre depuis si long-temps détruit. — En effet, six mois s'écoulèrent avant que M. Canu fût obligé de ponctionner encore. Ce fut la dernière fois. Il y a deux ans que cette dernière ponction a été faite, et Rose Mahuet se porte actuellement fort bien. Cette fille n'a conservé de sa longue maladie qu'un certain développement de l'abdomen, mais il n'y a plus la moindre trace de liquides; on n'y trouve que quelques masses glanduleuses et indolentes.

Bulletin de Thérapeutique. (Novembre 1842.)

I. *Des médications secondaires dans le traitement des maladies.*

« Il n'est point de maladies, dit l'auteur, dans laquelle on ne puisse distinguer les trois ordres de phénomènes suivants : les phénomènes directs, ou ceux qui manifestent immédiatement la maladie; les phénomènes sympathiques, qui sont l'expulsion morbide de la vie consensuelle de l'organisme; enfin les simples phénomènes de coïncidence qui n'ont aucun rapport nécessaire avec l'affection existante. A ces trois ordres de phénomènes correspondent trois sortes d'indications qui sont loin, sans doute, d'avoir la même importance en thérapeutique, et dont aucune, cependant, ne doit être négligée : c'est des deux dernières catégories de phénomènes que naissent ce que nous entendons ici par indications secondaires dans le traitement des affections morbides. »

Les termes de ce paragraphe indiquent assez le caractère de la totalité de l'article. L'auteur s'élève, avec raison suivant nous, contre ceux qui, sous le rapport thérapeutique, n'ont en vue que l'organe malade, et se préoccupent peu des autres phénomènes que détermine la maladie locale. Les symptômes morbides, signes immédiats de la lésion reconnue, doivent sans doute occuper la première place dans le traitement; mais tous les praticiens savent que si on bornait à cela toutes les indications thérapeutiques, on s'exposerait souvent à des mécomptes plus ou moins graves.

II. *Essai d'un nouveau traitement du rhumatisme articulaire aigu consistant dans l'emploi du sulfate de quinine à haute dose;* par M. Briquet.

Cet article n'est que la reproduction de la note lue récemment à l'Académie de médecine, par le médecin de l'hôpital Cochin, et dont nous avons donné un résumé détaillé dans le compte-rendu des séances de cette assemblée. — Nous nous proposons, du reste, de publier très-prochainement une série d'observations sur ce sujet; ce qui nous engagera à revenir avec quelques détails sur cette question de thérapeutique.

III. *Mémoire sur les injections iodées dans les hydropisies et les abcès des articulations;* par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le 8 octobre 1842, M. Velpeau lut à l'Académie des sciences une note sur ce sujet. Dans le mémoire que nous avons sous les yeux, M. Bonnet cite cette opération en mars 1841. On voit qu'il y a là une question de priorité; nous ne nous en occuperons pas. Occupons-nous de la question pratique.

Manuel opératoire des injections iodées dans l'articulation du genou. — Le lieu le plus convenable pour faire la jonction est la partie de la membrane synoviale qui est placée au-dessus de la rotule. Pendant l'opération la jambe doit être étendue sur la cuisse; dans cette position le liquide est refoulé en avant et écarte la rotule et le triceps de la face antérieure du fémur; « La main d'un aide, appuyée sur la tumeur du côté opposé à celui sur lequel on veut faire la ponction, sert à refouler le liquide dans le lieu ou le trocart doit être plongé. L'on peut indifféremment faire pénétrer celui-ci sur le côté interne ou sur le côté externe de la membrane synoviale. Dans tous les cas on le fait pénétrer à la profondeur de deux centimètres au moins; et l'on ne s'arrête que lorsque la pointe a touché la face antérieure du fémur. » En faisant la ponction, il ne faut pas oublier de la pratiquer de manière à se mettre à l'abri de l'introduction de l'air dans l'articulation. M. Bonnet n'a jamais cherché à évacuer la totalité du liquide contenu dans l'article : Je me suis toujours contenté, dit-il, d'en laisser échapper seulement 2 ou 3 centilitres, quantité égale en volume à celle du liquide que je voulais injecter.

Du liquide à injecter. — On peut faire usage de toutes les variétés de solutions iodées que l'on emploie dans l'hydrocèle. Dans la plupart des observations qu'il rapporte, M. Bonnet s'est servi de la teinture d'iode pure. Cependant il conseille aujourd'hui la solution suivante :

Eau	16 grammes,
Iode	2
Iodure de potassium	4.

La quantité du liquide à injecter ne doit jamais dépasser celle du liquide que l'on veut faire sortir du genou; et, ajoute M. Bonnet, si l'on se conforme au précepte que je donne d'en faire sortir une petite quantité pour éviter l'entrée de l'air, on n'injectera dans le genou jamais plus de 15 à 20 grammes de liquides.

Précautions à prendre après l'opération. — Pour éviter l'inflammation aiguë et la suppuration, il est essentiel de placer le membre dans une immobilité complète. Les gouttières imaginées par M. Bonnet et décrites dans un excellent mémoire de ce chirurgien, publié dans la Gazette Médicale, 1839, remplissent parfaitement cette indication capitale.

M. Bonnet a pratiqué les injections iodées dans le genou, 1° pour des hydarthroses; 2° pour des abcès froids. — Le mémoire que nous avons sous les yeux ne traite que des hydarthroses.

L'auteur rapporte cinq observations dont voici un résumé succinct :

« Les cinq malades dont je viens de rapporter l'histoire, dit M. Bonnet, sont les seuls que j'ai traités d'hydarthroses du genou par les injections iodées; mais comme les deux premiers ont eu les deux genoux affectés et ont été opérés des deux côtés, et que chez les deux derniers le genou malade a été injecté à deux reprises, on voit que je résume ici le résultat de dix opérations. — Dans tous les cas il y a eu, après l'injection, une inflammation aiguë et douloureuse de l'articulation du genou; dans un seul cas l'inflammation a été intense, parce que j'ai cru devoir donner issue au liquide résultant de l'inflammation, par une ponction nouvelle. Constamment les douleurs ont cessé le deuxième et le troisième jour; jamais il n'y a eu de suppuration, jamais la piqure n'est restée fistuleuse; jamais, en un mot, l'injection iodée n'a produit d'accident.

» Chez les deux premiers malades, opérés l'un et l'autre aux deux genoux, nous avons obtenu une guérison aussi prompte que durable. Moins de deux semaines après l'opération, les malades ont pu marcher librement, et la tumeur avait disparu; il n'y avait pas eu seulement, comme on voit, absorption de liquide épanché, il y avait eu rétablissement des fonctions du genou. Ces deux malades étaient jeunes (seize et vingt-huit ans); chez l'un et l'autre, l'hydarthrose était récente; elle datait de huit jours dans un cas, de trois mois à peu près dans les autres; enfin il n'y avait ni craquement dans le genou, ni gonflement des parties molles extérieures à la synoviale.

» Dans la troisième observation les résultats ont été moins complets; le liquide s'est absorbé, mais les mouvements du membre ne se sont pas complètement rétablis, il est à remarquer que les cartilages paraissaient absorbés en partie, et que la maladie durait depuis deux ans.

» Dans le quatrième cas, la guérison a eu lieu à peu près complètement, tant sous le rapport de la diminution du genou que sous le rapport du rétablissement des fonctions Cependant ces résultats n'ont été obtenus qu'après trois mois et demi de traitement, deux injections successives et l'emploi de divers moyens accessoires. La raison des difficultés que l'on a rencontrées dans ce cas, se trouve évidemment dans cette circonstance, que l'inflammation chronique avait été assez intense pour envahir les parties molles extérieures à la synoviale comme le peu d'ancienneté de l'hydarthrose, qui ne remontait qu'à trois ou quatre mois, explique le succès obtenu.

» Dans le cinquième cas, les injections ont été suivies d'une diminution lente et incomplète de la tumeur du genou et d'une gêne un peu plus grande dans les mouvements de cette articulation. Ces résultats doivent être attribués à ce que l'hydarthrose était très-ancienne (elle datait de 12 ans), et à l'extension du mal qui avait gagné le tissu cellulaire sous-aponévrotique et sous-cutané.

» D'après ces faits on voit que les injections iodées peuvent être pratiquées sans danger dans les genoux affectés d'hydartrose, et l'on peut espérer qu'elles procureront une guérison prompte, complète et durable, lorsque l'hydarthrose sera sans aucune complication et aura moins de trois ou quatre mois de durée. Lorsque l'hydartrose existe avec l'absorption des cartilages, ou avec le gonflement des parties molles extérieures, et qu'elle date de plus d'une année, les injections iodées ne peuvent produire des résultats promptement avantageux; elles se bornent à aider la guérison, et celle-ci est toujours longue à obtenir et souvent incomplète »

IV. *Fièvre intermittente communiquée par la mère à son enfant.*

Nous ne connaissons pas d'exemple authentique d'une pareille transmission; c'est pourquoi nous croyons devoir faire connaître le fait suivant, rapporté par M. le docteur Brunzlow, de Brandebourg, et reproduit dans le journal que nous analysons en ce moment.

Une femme, âgée de 34 ans, fut prise, au second mois de sa première grossesse, d'une fièvre intermittente tierce qui dura plusieurs semaines; le quinquina en triompha. Mais il survint bientôt une récidive sous le type quarte, qui, malgré tous les traitements, persista jusqu'au septième mois; elle parut céder pendant quelques jours, mais elle revint au huitième, et ce n'est que dans le courant du neuvième qu'on parvint à en triompher. Elle accoucha d'une fille faible et maigre. Quelques mois après l'accouchement, la mère s'aperçut que son enfant, qui était toujours du reste grêle et débile, criait, s'agitait beaucoup et avait beaucoup de chaleur tous les quatre jours, pendant la nuit. M. Brunzlow observa cette petite malade avec attention, et constata qu'elle était en effet atteinte d'une fièvre à type quarte, dont les accès venaient toujours le soir et étaient caractérisés par les trois stades. Pendant les accès, l'enfant gémissait beaucoup et paraissait ardemment désirer le sein. Ces accès duraient toute la nuit. Au matin, tous les symptômes fébriles avaient disparu, et l'enfant allait très-bien pendant deux jours. Comme cette fièvre minait les forces, le médecin crut devoir agir immédiatement. Il fit faire des frictions sur le creux de l'estomac et sous les aisselles avec du sulfate de quinine incorporé dans de l'orange, et donna ce médicament en potion à la dose de dix centigrammes par jour. L'enfant avait quatre mois environ. A partir de l'emploi de cette médication, il n'y eut plus que trois accès, qui furent de moins en moins forts. Puis, l'enfant, débarrassée de sa maladie, devint robuste et vigoureuse.

La Clinique des Hopitaux des Enfants (Novembre 1842).

I. *Note sur le traitement de la pneumonie des enfants;* par les docteurs Barthez et Rilliet.

Déjà, dans une monographie publiée en 1838, les auteurs avaient cherché à préciser d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait avant eux les différentes formes que peut revêtir l'inflammation du parenchyme pulmonaire dans le jeune âge. Ils en avaient distingué trois principales : 1° la forme lobulaire mamelonnée et partielle; 2° la forme lobulaire généralisée dans laquelle les noyaux de pneumonie partielle primitivement isolés se sont réunis et ont envahi une partie d'un lobe des poumons, quelquefois même un lobe tout entier; 3° la forme lobaire.

Il s'agit, dans le travail que nous avons sous les yeux, d'une autre division sur laquelle les auteurs avaient déjà insisté depuis plusieurs années, division dont l'importance pratique leur paraît supérieure à celle qui est fondée sur les caractères anatomiques de la phlegmatie, division fondée sur les différences qu'établissent entre les espèces de pneumonie les circonstances au milieu desquelles elles prennent naissance.

Toutes ces distinctions ne sont certes pas arbitraires ou purement scientifiques, elles doivent nécessairement exercer une haute influence thérapeutique; c'est ainsi que l'observation démontre qu'une médication appliquée à certaines formes de pneumonie ne saurait convenir à d'autres, et que, comme l'observent MM. Barthez et Rilliet, sous peine de voir échouer le traitement en apparence le plus rationnel, il faut que le praticien, avant d'adopter une méthode thérapeutique, ait toujours présentes à l'esprit certaines règles de conduite qu'il est indispensable de suivre. Ces règles seront du reste exposées avec tous leurs détails dans l'ouvrage que ces deux jeunes médecins distingués préparent sur les maladies des enfants. Ils se sont bornés dans cette note à indiquer les principes généraux que nous allons rapporter.

« Lorsque la pneumonie vient à atteindre un enfant fort et bien portant, quel que soit son âge, on ne doit pas craindre de mettre en usage une méthode qui réussit souvent chez l'adulte; nous voulons parler de l'emploi combiné des émissions sanguines et du tartre stibié. Nous avons vu, sous l'influence de ce traitement, bon nombre de pneumonies arriver rapidement à guérison, même chez des sujets qui n'avaient pas atteint l'âge de cinq ans. — Toutefois les méthodes contro-stimulantes et débilitantes doivent être employées dans une certaine mesure, surtout chez les très-jeunes enfants. Car si les pertes de sang sont trop abondantes ou trop repétées, les malades, ainsi affaiblis, seront exposés à contracter, pendant leur convalescence, des affections secondaires auxquelles ils auraient échappé si l'on avait été plus sobre d'émissions sanguines. D'autre part, l'émétique continué pendant long-temps peut avoir l'inconvénient de déterminer une irritation trop vive de la muqueuse gastro-intestinale.

» Il est prouvé, en effet, que, dans la première enfance, cette membrane offre une susceptibilité inflammatoire qu'on ne retrouve pas au même degré à une période un peu plus avancée. Cependant, si l'enfant est robuste et sanguin, on peut insister davantage sur la saignée. Pour que le traitement soit suivi d'un succès prompt, il faut que l'émission sanguine précède l'emploi de l'émétique. Il faut exciter des vomissements trop nombreux et des évacuations alvines trop abondantes, bien qu'il ne soit pas absolument nécessaire que la tolérance soit complète. Nous démontrerons ailleurs que la médication vomitive, utile dans d'autres formes de pneumonie, nous paraît moins applicable aux cas auxquels nous faisons allusion maintenant. »

MM. Barthez et Rilliet rapportent ensuite l'observation détaillée d'un enfant de trois ans et demi, atteint de pneumonie primitive, et chez lequel la médication précédemment préconisée a eu les plus heureux résultats.

II. *Péritonite aiguë essentielle chez une jeune fille de neuf ans et demi. — Mort. — Autopsie;* observation recueillie par M. Legendre, interne à l'hôpital des Enfants (service de M. Baudelocque).

Dans les suppléments du mois de juin 1842, nous avons donné l'analyse d'un excellent mémoire de M. Duparcque sur la péritonite aiguë essentielle chez les jeunes filles. Voici une nouvelle observation qui vient corroborer les idées émises par ce médecin. Ce fait étant complet sous tous les points de vue, nous avons la conviction que nos lecteurs en liront avec intérêt la narration avec tous ses détails.

« Au numéro 4 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants malades, est entrée le 10 octobre 1842, la nommée Elisa Potier, âgée de neuf ans et demi, jeune fille intelligente, brune, d'une taille moyenne pour son âge, d'une constitution délicate, mais non maladive; les membres sont grêles, mais bien conformés, et les chairs en sont assez fermes.

» Cette enfant était bien portante lorsque, le 4 octobre, elle vint à perdre sa mère, malade depuis quelques jours; cette jeune fille en éprouva un chagrin des plus violents, et presque aussitôt elle est prise de douleurs vives dans le ventre et de vomissements. A partir de ce moment elle est obligée de garder le lit; les douleurs du ventre vont en augmentant; elles sont accompagnées de vomissements bilieux répétés, et d'une constipation opiniâtre. Pour tout traitement, on se borne à donner de la tisane, à mettre des cataplasmes émollients sur le ventre, et ce n'est que le 10 octobre au matin que huit sangsues sont appliquées à l'anus. Dans la journée du 10 octobre cette petite est transportée à l'hôpital des Enfants dans l'état le plus grave. Voici les symptômes qu'elle présente : elle est couchée sur le dos; son intelligence est encore bien conservée; sa voix est très-faible, presque éteinte; face pâle, froide; yeux excavés, entourés d'un cercle noir; nez pincé, langue humide, d'une température peu élevée; soif vive, nausées fréquentes; peu d'instants après qu'elle a bu, cette petite malade vomit quelques gorgées d'un liquide verdâtre. Le ventre est uniformément ballonné, très-tendu, sonore à la percussion dans tous les points de son étendue, très-douloureux à la pression; la constipation persiste, le pouls est très-faible, régulier, fréquent, 120 pulsations à la minute; la respiration est courte, les inspirations sont peu pro-

fondes; c'est avec beaucoup de peine qu'on maintient quelques instants cette petite sur son séant, par suite de l'augmentation qu'elle éprouve dans ses douleurs de ventre; le murmure respiratoireest pur dans toute l'étendue de la poitrine. La peau du tronc et des membres inférieurs est assez chaude; mais celle des mains et des avant-bras est froide, ce qui tient en grande partie à ce que la petite malade a constamment ses bras hors du lit. — *Prescription :* manne, sirop de gomme à donner seulement par petites gorgées, 30 grammes d'onguent mercuriel, cinq frictions sur le ventre, demi-lavement émollient. Entourer la malade de boules remplies d'eau chaude. Diète. — Pendant la soirée et la nuit on n'observa aucun changement; cette enfant a vomi à quatre ou cinq reprises différentes, mais peu abondamment chaque fois.

« 11 *octobre.* — Les idées ne sont plus bien nettes; l'excavation des yeux est peut-être encore plus prononcée qu'hier; la face est complètement froide; la langue est également refroidie, ainsi que l'haleine; la petite malade a toujours ses bras hors du lit, aussi ces parties sont-elles toutes froides; le tronc et les cuisses sont encore asez chauds, mais les pieds sont glacés; le pouls est insensible aux poignets; aux crurales les battements sont encore assez forts; ils sont réguliers, fréquents, 140 pulsations par minute. Le ventre est toujours aussi tendu, aussi ballonné, très-sensible à la plus légère pression.—*Prescription:* eau vineuse; 15 centigrammes de calomel toutes les trois heures, 30 grammes d'ongvent mercuriel à employer en six frictions sur le ventre; lavement luxatif; réchauffer l'enfant en promenant des synapismes sur le ventre.

» La petite malade continue à se refroidir, puis elle s'éteint à une heure de l'après-midi.

» Autopsie faite 44 heures après sa mort. — *Habitude extérieure.* — L'altération des traits est moins prononcée que pendant la vie; le ventre est toujours très-tendu, très-ballonné et sonore à la percussion dans tous les points. La peau de la paroi antérieure de l'abdomen offre une légère coloration verdâtre plus prononcée à l'hypogastre. — *Abdomen.* — Une fois que la paroi antérieure de l'abdomen a été incisée et relevée, on voit les circonvolutions intestinales distendues par des gaz et unies entre elles par de fausses membranes très-molles, d'un jaune verdâtre. Au-dessus de ces fausses membranes existe une injeetion fine, mais très-marquée, des vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Dans l'excavation pelvienne, seulement, on trouve 60 grammes environ d'un liquide purulent épais, d'un jaune verdâtre. Il n'existe pas la moindre trace de perforation à l'intestin, ni à l'appendice iléo-cœcal; aucun des ganglions du mésentère n'offre de trace d'inflammation ni de suppuration; le tube digestif renferme, outre le gaz, une grande quantité de matières jaunâtres, liquides; la muqueuse du tube digestif est parfaitement saine dans toute son étendue; elle n'est ni injectée, ni ramollie, et n'offre pas la moindre ulcération. Le foie, la rate et les reins n'offrent aucune altération à noter. — *Poitrine.* — Les poumons sont souples, crépitants, un peu engoués seulement, le long de leur bord postérieur; ils ne renferment pas la plus petite granulation grise transparente, le moindre tubercule cru; il en est de même pour les ganglions bronchiques qui ne sont pas augmentés de volume. Le cœur ne renferme qu'une petite quantité de sang non-coagulé, mais noir et assez épais. — *Tête.* — Il n'existe aucun épanchement dans la cavité de l'arachnoïde, non plus que dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; les membranes du cerveau sont parfaitement saines et n'offrent pas la moindre production accidentelle. La pulpe cérébrale est peu congestionnée; elle est d'une bonne consistance, et les ventricules latéraux ne renferment qu'une petite quantité de sérosité parfaitement limpide.»

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. Legendre fait remarquer que si, dans les premiers jours de la maladie, on avait combiné les émissions sanguines avec les frictions mercurielles à haute dose, on aurait pu obtenir un succès semblable à ceux qui se trouvent consignés dans le mémoire de M. Duparcque.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. (Octobre 1842).

I. *Des erreurs et des subtilités qui sont nées de la division des nerfs en deux systèmes, savoir : le système des nerfs cérébraux, et le système des nerfs ganglionaires*; par M. le docteur CASTEL, membre de l'Académie Royale de Médecine.

Selon M. Castel, la distinction de la contractilité en contractilité animale et contractilité organique, a répandu beaucoup d'obscurité sur la physiologie. Bichat, pour justifier cette distinction, avait été forcé d'admettre une de ces trois hypothèses, ou qu'il existe une contractilité independante des nerfs, ou que l'influence d'un même système de nerfs, toute puissante sur certains muscles, est nulle sur d'autres, ou enfin que l'influence de la volonté est au delà de l'influence cérébrale. Il pensait que la contractilité des muscles de la vie organique était indépendante de l'encéphale, et que celle des muscles de la vie animale lui était seule soumise. Mais comme le cœur, l'estomac, la vessie et le rectum reçoivent des nerfs cérébraux pour leur disputer la contractilité animale, il avait subordonné l'action du cerveau et des nerfs à l'autocratie de la volonté, de sorte que la volonté, au lieu d'émaner du cerveau, lui donnerait l'impulsion et la transmettrait aux nerfs, qui la communiqueraient aux muscles.

L'auteur de ce mémoire s'attache à démontrer que ce serait avoir une idee fausse de la puissance de la volonté, que de mesu rer son influence sur son énergie, en faisant abstraction de sa durée. On doit, en effet, fonder les lois de l'organisme sur des actes constants et non sur des actes précaires et passagers, comme le sont le vomissement volontaire, par exemple, et la suspension volontaire et momentanée de la respiration.

Les explications déduites de l'hypothèse d'une différence quant à l'origine et quant aux propriétés entre les nerfs de la vie animale et ceux de la vie organique ne satisfont pas davantage. La moitié des attributions de certains organes, l'estomac, le diaphragme, la vessie, le rectum, aurait alors sa source dans les nerfs cérébraux, et l'autre moitié dans les nerfs des ganglions. Ce partage n'est point dans sa nature; si parmi les fonctions proprement dites, les fonctions élémentaires, il n'en est aucune qui doive être comprise dans le domaine de la vie de relation, c'est que celle-ci est une extension de la vie. Le diaphragme est aussi étranger à la vie de relation que l'estomac. La vessie et le rectum sont les seuls viscères soumis à la volonté, à moins que le pharynx ne soit pris pour un viscère. Quel est en effet l'organe sur lequel cette volonté s'exerce d'une manière plus manifeste. L'insistance, les efforts suppléent jusqu'à un certain point à l'irritabilité, soit lorsque la vessie ne contient qu'une très-petite quantité d'urine, soit lorsqu'elle commence à se paralyser; il en est de même du rectum, mais dans l'un et l'autre cas la volonté n'agit pas seule, elle a besoin du concours des stimulants physiques, la puissance de la volonté n'est exclusive que dans la vie morale. La division du système musculaire, en muscles soumis à la volonté et muscles indépendants de la volonté, ne doit point être prise dans un sens absolu. Elle est fondée sur le cours ordinaire, non sur le cours invariable des phénomènes.

M. Castel établit que la volonté s'exerce par tous les nerfs quels qu'ils soient; il ajoute que si elle ne fait pas contracter tous les muscles, sans exception, ce n'est point parce que les unes appartiennent à la vie intérieure, et les autres à la vie de relation; ce n'est point parce que les unes reçoivent des nerfs ganglionaires et les autres des nerfs cérébraux, c'est parce qu'elle est devancée ou surpassée par d'autres excitants : dans le cœur, par le sang; dans le diaphragme, par l'air; c'est aussi parce que la plupart des organes de la vie intérieure n'ont point une contexture musculaire bien tranchée; la contraction n'y est favorisée ni par des attaches, ni par des tendons, etc., etc. Ils ne peuvent donc se contracter que sous des stimulants plus énergiques que la volonté. Si l'empire de celle-ci peut s'étendre pendant quelques instants au diaphragme et prolonger l'inspiration, tandis qu'elle ne s'étend jamais jusqu'au cœur, c'est que l'air est un stimulant moins puissant que le sang qui n'agit que mécaniquement sur le diaphragme, tandis que le contact du sang sur les nerfs est incessant et immédiat, et qu'il ne laisse point de place à l'intervention de la volonté. En général, de même que la force du stimulant détermine une action plutôt qu'une autre, c'est le plus ou moins de force du stimulant qui fait, que dans la détermination de la contractilité, celui-ci l'emporte et celui-là est vaincu. Nous devons donc assimiler la volonté à un stimulant qui peut être vaincu par un autre, même par un stimulant moral.

Il est vrai que la volonté dominée d'abord, peut recouvrer son empire, et il faut attribuer alors cette alternative de victoire et de défaite entre une impression et la volonté, non pas comme le faisait Bichat, à une lutte entre les agens de la vie organique et ceux de la vie animale, mais bien à l'influence relative de deux stimulans. Il faut dire encore que les stimulans physique usurpent d'autant plus facilement la place de la volonté, que celle-ci est plus faible ou nulle. C'est ainsi que M. Castel explique les mouvemens du fœtus dans la matrice et ceux pendant le sommeil, les inflexions de la voix dans l'expression des divers sentimens, des affection vives, la surprise, la joie, la peur, les plaintes dans la douleur violente. Les inflexions de la voix spontanées, selon M. Castel, résultat immédiat d'une impression qui a ébranlé toute la sensibilité, les phénomènes qui les accompagnent viennent non pas de ce que chaque agent moral a porté son influence sur tel ou tel nerf, sans la porter ou avant de la porter sur les autres, mais de ce qu'il existe autant de modes d'influences qu'il existe d'agens différens; de ce que sous ses influences diverses, les muscles ne se contractent, ni avec la même vitesse, ni avec la même énergie; car, en dernière analyse, les premiers produits des impressions morales comme des irritations physiques sur le système musculaire, consistent en des modifications de la contractilité.

L'opinion que les muscles de la vie animale et les muscles de la vie organique ne puisent point leur contractilité à la même source, Bichat a essayé de l'établir sur l'observation des faits et les résultats des expériences. Si le cœur continue à battre et les intestins et l'estomac à se mouvoir après que le cerveau et la moëlle épinière d'un animal ont été enlevés, si la vessie et le rectum agissent encore après le coup qui a assommé un animal, c'est que la vessie et le rectum d'une part ne sont pas soumis uniquement à l'empire de la volonté, c'est qu'ils cèdent d'autant plus facilement à leurs excitants naturels que la volonté a cessé, pour le cœur, complètement indépendant de la volonté; cela vient de ce que le sang est à la fois son excitant ordinaire et le plus puissant des excitants naturels. Il ne faut pas oublier non plus de tenir compte de l'innervation que ces viscères possèdent encore.

C'est la présence du reste d'innervation qui fait que la respiration, pendant quelques instants, après la luxation de la première vertèbre et la mort qui suit la compression de la moelle en ce lieu.

Bichat a dit encore : « Si l'on irrite le cerveau, les muscles de la vie animale entrent en convulsions; si on le comprime, ils se paralysent. Au contraire, ceux de la vie organique conservent leur dégré de mouvement naturel, dans l'un et l'autre cas. La vie organique reste intacte au milieu du bouleversement que les lésions et les maladies du cerveau amènent dans la vie animale. D'un autre côté, le cerveau ne prend aucune part aux troubles de la vie organique. Enfin, celle-ci est épargnée dans l'opium et dans l'ivresse qui engourdissent la vie animale. » M. Castel pense que ces faits manquent d'exactitude; que les rapprochements manquent de justesse; que les expériences ont reçu une fausse interprétation.

Selon lui, si les mouvements du cœur persistent, dans les irritations, lésions, maladies du cerveau, ils s'éloignent de l'état normal, selon les degrés de ces irritations, lésions, maladies. Les fonctions de la vie intérieure s'exécutent, mais avec de grandes anomalies. Réciproquement, la céphalalgie, le délire accompagnent certaines maladies viscérales. Si les effets des maladies des viscères sur le cerveau sont plus tardifs que ceux du cerveau sur les viscères, c'est parce que, dans ces dernières, l'innervation est modifiée dans sa source. Cependant, dans les blessures graves des viscères de l'abdomen, promptement funestes, les sens et les facultés intellectuelles restent intactes jusqu'à la mort, mais l'auteur répond à cette objection que c'est parce que l'action des sens se lie plus immédiatement, plus prochainement avec l'encéphale qu'avec les viscères. Il dit encore que, si l'influence de l'opium et du vin est plus prononcée sur les muscles volontaires que sur les autres, c'est que l'action des premiers exige une plus grande somme d'irritabilité.

L'innervation étant un des éléments de la contractilité, celle-ci, à degré de stimulation égal, doit persister davantage dans les muscles mieux dotés que les autres; voilà pourquoi, selon M. Castel, le diaphragme se contracte par l'irritation du nerf qui porte son nom, alors même que les autres muscles ont cessé d'être mobiles.

Après avoir cherché une explication aux phénomènes qui suivent la section des nerfs vagues, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux à la fois, l'auteur accuse Haller, Zimmermann, Wodward, Caldani, d'avoir méconnu cette loi : que toute contraction suppose la double influence des nerfs et d'un stimulus. Selon Bichat, les muscles volontaires cessent de se contracter après la mort, parce que les fonctions intellectuelles dont la volonté est le résultat, on cessé : M. Castel pense, lui, que les facultés intellectuelles éclairent la volonté mais ne l'engendrent point. Si, après la mort, les muscles volontaires cessent de se contracter, c'est, dit-il, parce que l'action du cerveau est anéantie; mais elle n'est point anéantie tout à coup.

Les irritations du cerveau et de la moëlle après la mort de l'animal et les contractions des muscles des deux espèces qui la suivent prouvent que dans tous l'énervation est un des éléments de la centractilité. Si, l'irritant étant le même, les contractions sont plus fortes après la mort que pendant la vie, c'est que dans l'animal vivant l'innervation sert à un grand nombre de fonctions, de phénomènes qui se la partagent; c'est aussi parce que pendant la vie, l'antagonisme de la volonté lutte contre l'influence du stimulant physique employé.

M. Castel étudie ensuite les caractères des contractionsaprès la mort et pendant la vie, la volonté, les distinctions entre les facultés et les opérations de l'entendement. Il examine la part de la volonté dans les actions des fous, s'attache à prouver à ce sujet que la volonté ne pouvant être la suite d'un jugement faux doit être dans l'aliénation mentale un résultat d'illusion. La volonté, dit-il en terminant, n'est qu'une impulsion donnée par une idée, un sentiment, un besoin; il ne peut y avoir de volonté éclairée quand les idées sont confuses. ni de volonté pure où les penchans sont dépravés. Aussi, chez la plupart des maniaques les déterminations les moins erronées sont celles par lesquelles ils satisfont aux besoins physiques, à la faim, à la soif, etc. Ici l'empire de l'habitude prévient les fausses idées; il ne laisse point au jugement le temps d'intervenir. Hors de là, un individu sujet a la folie a quelquefois une volonté sage, mais alors il n'est point fou. S'il veut sagement, c'est dans un moment lucide.

II. *De la nécrose du ealcaneum chez les enfans scrofuleux* par M. MALESPINE, interne des hôpitaux.

La nécrose du calcanéum présente trois périodes bien distinctes.

Première période. —La progression s'accomplit parfaitement bien : les malades se plaignent alors seulement que la pression du pied contre le sol devient douloureuse; ou bien lorsque le gonflement du talon a acquis des dimensions suffisantes pour empêcher son introduction dans la chaussure. Avant ce temps, les douleurs sont nulles. Dans tous les cas le gonflement est constant, il se manifeste graduellement et se fait remarquer par son indolence, son siége et la forme *caractéristique* qu'il donne au membre.

On remarque d'abord un empâtement léger, très-circonscrit, occupant le tissu cellulaire en rapport avec l'une et l'autre face du calcanéum, la tuméfaction se manifeste orageuse, l'engorgement rend le talon volumineux, saillant en arrière, le coude-pied n'est pas envahi. La peau des régions plantaires et latérales conserve sa forme normale, et se trouve séparée de l'engorgement par une dépression en dedans et en dehors sur toute la longueur du talon. La peau distendue est rosée, luisante, et on voit des veines saillantes qui finissent par devenir variqueuses. L'articulation tibio-tarsienne est intacte; les ligements calcanéo-astragaliens enflammés chroniquement permettent déjà un mouvement de latéralité prononcé et douloureux. On évitera, dit M. Malespine. de croire que cette mobilité a son siège dans l'articulation du pied avec la jambe par des renseignements pris sur la marche de l'engorgement et les dispositions anatomiques de l'articulation.

Deuxième période. — Elle est caractérisée par des symptômes d'acuité qui présentent dans leur marche des modifications, des nuances que l'on peut attribuer, soit à la constitution du sujet, soit à l'intensité de la phlegmasie. Après plusieurs mois, une année même, le membre devient donc douloureux, sensible au toucher; le gonflement augmente, envahit les faces dorsales et plantaires, gagne la partie inférieure de la jambe, la peau devient rouge, tendue, luisante; tantôt les moindres mouvements sont très-douloureux, tantôt il y a seulement tuméfaction, chaleur et douleurs peu intenses. Bientôt une fluctuation obscure se fait sentir sur les parties latérales, et si l'on incise, la pression fait sortir, non du pus, mais du tissu cellulaire ramolli, sous la forme d'une bouillie rouge-brun.

Ces circonstances persistent quelquefois long-temps, et d'autres fois aussi on voit le malade éprouver tous les accidents d'une tumeur blanche, fièvre, altération générale. frissons irréguliers, douleur intense et continue, en un mot des symptômes qui pourraient donner l'idée de l'amputation; mais une analyse sévère démontre combien les craintes que l'on concevait sur l'altération profonde de l'articulation tibio-tarsienne seraient peu fondées; tous ces symptômes ne sont autre chose que le présage du commencement d'un travail d'élimination que l'on ne tarde pas en effet à voir se manifester. Ces phénomènes s'observent presque toujours deux ou trois fois sur le même individu; le pus se collectionne entre le calcanéum et son périoste; ce premier foyer se fait jour, l'état aigu disparaît pour recommencer quelque temps après et ouvrir ainsi une série de trajets fistuleux. Mais il est manifeste que l'on a affaire ici, non pas à une tumeur blanche, mais tout simplement à un abcès sous-périostique qui ne peut nécessiter l'ablation du membre.

L'observation apprend que dans ce cas la temporisation est un des meilleurs moyens que l'on puisse opposer à la nécrose scrofuleuse. Avec un régime convenable, les anti-scrofuleux, et en différant autant que possible l'ouverture des abcès, telle est en général la pratique qui depuis long-temps a été sanctionnée par l'expérience; une eonduite différente est plutôt désavantageuse qu'utile.

M. Malespine étudie ensuite l'anatomie patologique de cette seconde période, il croit pouvoir établir sur les faits qu'il a observés : que les causes sous l'influence desquelles se manifestent les signes de l'affection scrofuleuse, apportent une pertubation évidente dans l'évolution du système osseux, que si une phlegmasie se manifeste sur un os court pendant le développement vicieux du squelette, cette phlegmasie est caractérisée par son point de départ, la lenteur de ses phases, sa tendance fâcheuse à désorganiser le tissu spongieux de cet os.

Il conclut de là que lorsque l'inflammation survient dans les conditions indiquées ci-dessus, et détermine la suppuration de la substance spongieuse, l'une des premières indications est de favoriser l'élimination de l'os affecté, puisqu'il doit se mortifier, presque inévitablement, en totalité.

Troisième période. Les trajets fistuleux établis, l'état chronique reparaît, le membre redevient indolent, et, en apparence, comme à la première période, toutefois il survient dans son extérieur des modifications : le gonflement de la partie postérieure du pied est uniforme, le talon est énorme, globuleux, saillant

en arrière ; ses bords tibial et péronier n'existent plus, la face dorsale du pied est engorgée et présente les trajets fistuleux en général, au niveau de la grande apophyse du calcanéum. En arrière, les dépressions comprises entre les malléoles et le tendon d'Achille n'existent plus, le diamètre transversal du talon est augmenté, et la partie calcanéenne de la région plantaire offre de dedans en dehors une surface plus étendue qu'à l'état normal.

Plus on s'éloigne de la période inflammatoire, plus le tissu cellulaire acquiert une grande consistance et arrive dans quelques points au degré le plus avancé de l'induration, mais au pourtour des trajets fistuleux il donne la sensation d'une fluctuation obscure, la peau qui recouvre ce ramollissement est d'un brun foncé ; partout ailleurs elle est mince, rosée et parsemée de quelques plaques brunâtres sous forme de marbrures.

Parmi ces signes, celui qui domine tous les autres est la forme du membre ; le volume est variable, il peut devenir monstrueux, au point que le vulgaire appelle cette affection *pied d'éléphant*.

Cherchant à mettre les symptômes en rapport avec les données fournies par l'anatomie pathologique, l'auteur étudie successivement la déviation du pied, sa mobilité latérale, les trajets fistuleux. Il termine cette première partie de son travail en rappelant que la raréfaction de l'astragale, du cuboïde, du scaphoïde, de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné est un état pathologique peu grave par lui-même, mais constant quand la troisième période de la nécrose du calcanéum est établie depuis quelques temps. Comme cette lésion de structure précède l'apparition de la carie et en favorise les progrès, on doit faire tous ses efforts pour prévenir cette complication, car, dès qu'elle s'est manifestée, l'amputation du membre est le seul moyen que l'on puisse mettre en usage pour conserver la vie du sujet.

La seconde partie de ce mémoire est consacrée à la solution de cette question :

Quelle est la valeur de la temporisation, dans le traitement de la nécrose?

Après avoir rappelé que dans le jeune âge le système osseux est doué d'une activité organique très-puissante, l'auteur fait remarquer que l'inflammation du tissu osseux étant essentiellement chronique, très-lente dans sa marche, elle ne peut déterminer la nécrose qu'après un temps fort long, et que la séparation des parties vivantes et des parties mortes étant très-tardives, le travail réparateur et les phénomènes d'élimination se manifestant simultanément, on comprend que la reproduction de la portion détruite et l'invasion de la maladie sont séparées par un intervalle qu'il n'est pas possible de préciser, mais qui est toujours fort long.

Quoi qu'il en soit, la temporisation est indiquée, selon M. Malespine, toutes les fois que l'affection ne compromet pas la vie des malades, soit par l'abondance de la suppuration, soit par la nature des accidents qui peuvent se manifester, mais il avoue que trop souvent l'on est obligé de mutiler les scrofuleux pour les arracher à une mort certaine. Il conseille l'extraction des séquestres dans les cas où les désordres pathologiques intéressent un point de la continuité voisin de l'articulation et conclut qu'en résumé la temporisation est dangereuse comme méthode curative. Qu'on y ait recours seulement dans les deux premières périodes, dit l'auteur : car alors les phénomènes qui caractérisent ces deux époques de la phlegmasie chronique preparent, si on peut s'exprimer ainsi, le succès d'une opération ; mais la méthode expectante doit avoir ses limites, et s'il faut savoir attendre long-temps, il arrive un moment où il faut savoir agir.

L'extraction des séquestres, pratiquée en temps opportun, est le seul moyen qui puisse mettre le malade à l'abri de la carie et des autres accidents.

L'auteur espère que les faits suivants permettront de faire apprécier la valeur de cette assertion.

— La suite de ce travail est renvoyée au prochain numéro de la Revue médicale.

III. *Des bains locaux alcalins contre certains états atoniques des tissus* ; par le docteur PAYAN, chirurgien en chef de l'Hotel-Dieu d'Aix.

Comme il est bon de recueillir pour la pratique de l'art de guérir tout ce que l'expérience démontre être utile, M. Payan a cru devoir publier dans une note les résultats obtenus par lui avec les bains alcalins pour modifier certains états morbides. Il les recommande surtout dans les phlegmasies qui, ayant parcouru leur stade d'acuité, sont ensuite indéfiniment persistans, moins par la continuation de la phlegmasie, que par un certain état d'atonie qui ont été long-temps le siége de l'inflammation.

Ainsi après les inflammations phlegmoneuses des doigts, des bras, quand les chairs des plaies restent blafardes, languissantes, en un mot, que la vitalité est languissante, rien n'est plus avantageux que l'usage des bains locaux alcalins. Dans le pays où exerce M. Payan, ces bains se donnent avec une lessive légère de cendres de sarment.

Suivent quelques observations à l'appui.

On sait d'ailleurs que ces bains ont été beaucoup recommandés par Boyer contre les suppurations osseuses.

IV. *Accouchement compliqué d'accidens graves*, fait observé et recueilli par M. le docteur CORBY.

Il s'agit dans cette observation d'une femme Roussel, âgée de trente ans, qui déjà avait eu une couche heureuse quelques années auparavant. Vers sept mois une perte se déclara, qui, par suites de nombreuses imprudences, marcha en augmentant jusqu'à l'époque de l'accouchement. M. Corby put constater l'implantation du placenta sur le col; ayant affaire à une femme fort indocile qui ne voulut pas garder la situation horizontale, la version fut tentée ; l'hémorrhagie augmenta, le tamponnement fut exécuté, mais la femme allait de plus en plus en s'affaiblissant. M. Corby résolut de tout tenter pour terminer l'accouchement : la version fut faite, mais après de grandes difficultés, l'accoucheur ne parvint à amener qu'un fœtus mort; la mère rendit le dernier soupir avant l'extraction de la tête. La contraction qui aida les efforts pour extraire cette tête, se manifesta quelque temps après la mort de la mère, l'expulsion du placenta eut également lieu.

M. Corby insiste sur ce point, que bien que l'on prétende que dans le cas d'implantation du placenta sur le col, cet organe présente plus de mollesse, il a trouvé dans cette circonstance malheureuse une rigidité long-temps insurmontable.

JOURNAL DE MÉDECINE-PRATIQUE.

Recueil des travaux de la société de Médecine de Bordeaux. (Septembre 1842).

De l'une des causes les plus fréquentes de l'amaurose; de son traitement, par M. A. BRUNET, D.-M.-P.

L'insuffisance de nos ressources contre l'amaurose se trouvent justifiée dans certains cas par des altérations pathologiques, qui portent tantôt sur la rétine, tantôt sur le nerf optique, ou enfin sur le cerveau. Mais dans d'autres circonstances, les investigations les plus minutieuses ne font découvrir aucune modification dans ces parties nerveuses, et dès lors il n'est pas possible d'assigner la production morbide qui a déterminé véritablement l'amaurose.

Toutefois les causes de cette maladie sont nombreuses. M. Brunet range les amaurotiques en deux classes : les amaurotiques qui ne distinguent pas la lumière solaire, ceux qui perçoivent encore la lumière, abstraction faite des objets extérieurs. Cette distinction clinique M. Magendie, par ces belles expériences sur les animaux, l'a consacrée d'une manière définitive. Par suite de ces expériences, on a été conduit à admettre que la rétine avait besoin du concours de la cinquième paire pour servir à la vision, et pourtant il semble qu'on ait peine à concevoir aujourd'hui comment, le nerf optique et la rétine étant intacts, la vue est affaiblie et quelquefois abolie.

Hippocrate fait mention d'obscurcissement de la vue par suite de blessures. Valsalva parle d'une femme qui caressant un coq, reçut un coup de bec qui détermina une petite plaie vers le tiers interne du sourcil, la vision fut instantanément abolie. Morgagni, Abernethy parlent de faits analogues, M. Galenzowski, professeur à Vilna, rapporte une observation fort de ce genre détaillée. La *Gazette des Hôpitaux* (1839, p. 394), rend compte d'une observation recueillie aux Invalides, dans le service de M. Pasquier. Il s'agit d'une amaurose survenue à la suite de l'avulsion d'une dent.

M. Sichel ne paraît pas accorder à ces faits toute l'importance qu'ils paraissent mériter selon M. Brunet. Il lui paraît incontestable que la lésion des nerfs ciliaires de la cinquième paire réagit d'une manière funeste sur l'organe de la vue. M. Brunet pense que les explications données par les auteurs sur l'héméralopie et la nyctalopie, ne sont pas concluantes; il voit dans ces deux affections, une névralgie des nerfs de la cinquième paire. Il croit aussi que l'on n'accorde pas à l'iris, dans l'organe oculaire, une fonction suffisamment importante.

Parmi les moyens employés contre l'amaurose, moyens que nous n'entreprendrons pas d'énumérer, le galvanisme doit, selon M. Brunet, certainement occuper le premier rang, et il pense qu'il est facile de formuler en deux mots les indications et les contre-indications.

1° Toutes les fois qu'un malade distinguera la lumière du jour, et qu'il sera constant par l'examen de la cinquième paire dans les autres organes des sens, que le tronc de cette paire nerveuse n'est pas désorganisé, le galvanisme porté sur la cinquième paire à sa sortie du tronc orbitaire supérieur, sur la branche ophtalmique en un mot, ne pourra exercer qu'une influence heureuse sur le retour des fonctions visuelles.

2° Le galvanisme est inutile toutes les fois que le malade n'a plus la conscience de la lumière solaire. Dans ce cas, la rétine est véritablement malade, la vision est à jamais abolie.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

HUFELAND JOURNAL (Avril 1842.)

I. *Traitement de l'hydropisie par les acides mineraux* ; par M. le docteur TRUSEN, de Posen.

Dans tous les cas d'hydropisie qui n'ont pas pour point de départ un état pathologique des organes de la respiration ou une désorganisation considérable du foie, M. Trusen emploie à l'intérieur l'élixir acide de Haller ou l'acide phosphorique ; et, pour augmenter l'activité de la peau, il y joint l'usage des bains de vapeurs alcooliques.

L'élixir de Haller est surtout indiqué dans les cas d'hydropisie active provenant de la suppression de la transpiration ou de toute autre sécrétion ; et il l'est également dans les hydropisies passives, particulièrement dans celles qui reconnaissent pour cause un trouble dynamique, ou qui se manifestent consécutivement aux fièvres intermittentes.

L'acide phosphorique trouve son indication dans les cas d'hydropisie paraissant à la suite d une décomposition du sang, à la suite des maladies aiguës graves, et principalement des maladies chroniques, telles que des diarrhées long-temps prolongées, des dysenteries, des pertes de sang considérables, des chloroses.

Ces moyens ont l'avantage, précieux surtout dans les affections qui suivent une marche chronique, de pouvoir être soutenus pendant un long espace de temps sans apporter aucun trouble dans l'exercice des fonctions digestives. Ils exercent une action directe sur la sécrétion de l'urine qui ordinairement, et bientôt après le commencement de la médication indiquée, se trouve modifiée tant sous le rapport de la qualité que sous celui de la quantité. Ainsi l'urine qui était d'abord très-rare, d'une teinte rouge foncée, trouble ou avec un sédiment muqueux, devient de plus en plus abondante, perd en même temps et de jour en jour la couleur intense qu'elle offrait primitivement, et finit bientôt par devenir claire et limpide. Alors l'excitation dont le système vasculaire est habituellement le siége commence à céder, il s'établit une transpiration douce annoncée par l'état halitueux de la peau, ce qui peut être considéré comme un indice assuré de la diminution de la maladie. L'appétit des sujets se prononce, les forces augmentent, il survient un sommeil tranquille et véritablement réparateur.

L'élixir acide de Haller se donne à la dose de huit à douze grammes par jour, dilué et additionné d'oximel scillitique. Voici la formule que prescrit le plus habituellement le docteur Trusen :

PR... Élixir acide de Haller 8 à 12 grammes,
Eau commune. 180 id.
Oximel scillitique 60 id.
M. et F. S. A. une potion.

On en donne deux cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Pendant la durée de la convalescence il est avantageux d'ajouter à cette potion une dose d'alcool de cannelle égale à celle de l'élixir.

L'acide phosphorique s'administre à la dose de huit grammes par jour, étendue dans un véhicule mucilagineux.

M. Trusen, qui n'a jamais vu résulter le moindre accident de l'emploi long-temps continué de ces deux moyens, assure au contraire qu'ils lui ont toujours suffi pour obtenir la guérison de l'hydropisie, lorsque la guérison de cette affection était possible. Il est rare que pendant l'emploi de ces médicaments il devienne nécessaire d'avoir recours à l'administration d'un purgatif, parce que l'usage des acides entretient ordinairement la liberté et la régularité des évacuations alvines ; cependant s'il en était autrement, il suffirait de prescrire de temps en temps une pilule purgative ou une dose de crème de tartre.

Lorsque l'hydropisie est récente et peu considérable, M. Trusen n'emploie pas d'autres moyens que ceux qui viennent d'être indiqués ; mais dans les cas invétérés et opiniâtres, il y ajoute l'usage des bains de vapeur alcooliques qui, en diminuant la sécheresse et la rigidité ordinaire de la peau dans les cas de ce genre, provoque une transpiration bienfaisante. Ces bains de vapeur sont d'un effet plus sûr que quelque autre moyen que ce soit pour ranimer l'énergie éteinte de la fonction cutanée ; cependant il est bon de ne les mettre en œuvre qu'à l'époque du traitement où déjà la sécrétion urinaire est augmentée, où l'urine a perdu de sa teinte rouge foncée, et où enfin l'état congestif des reins (maladies de Bright) a commencé à céder. Du reste il faut se garder aussi de les suspendre trop tôt dans la convalescence; loin de là, il faut les continuer en ayant soin seulement de ne les faire prendre qu'à des intervalles de plus en plus éloignés.

M. Trusen, bien que n'entrant pas dans les détails relatifs aux divers accidents qui viennent de coutume compliquer l'hydropisie, mentionne comme fort intéressant sous le point de vue pratique que la tuméfaction du scrotum qui acquiert souvent une extension énorme, et présente alors une tendance marquée à la terminaison par gangrène, cède parfaitement à l'usage des fomentations froides avec l'eau, le vinaigre et le chlorhydrate d'ammoniaque.

Les acides minéraux ont été déjà antérieurement, quoique rarement, employés dans le traitement des hydropisies. Alix (*Observationes chirurgicæ*. Francofurti, 1777 ; *Fasc.* III.) se servait de l'élixir de Haller avec des cathartiques interposés pour combattre l'hydropisie provenant de la ménostasie. Meyer (*Sichere Heilung der Wassersucht*. Schleiz, 1836.) vante l'acide sulfurique contre les hydropisies qu'il désigne par le nom d'*hémorrhagies blanches* ou *séreuses*. Barez (*Encyclopædisches Wærterbuch der medicinischen Wissenschaften*. Berlin. T. XVII, p. 542.) mentionne les acides minéraux parmi les moyens diurétiques rafraîchissants.

M. Trusen a employé aussi, d'après l'indication fournie par M. Brach (*Medicinische Vereins-Zeitung* ; 1837, n° 21.), l'élixir acide de haller à l'extérieur, par voie de frictions; mais il reconnaît, ainsi que M. le docteur Meyer l'avait déjà annoncé, que ce moyen occasionnait une destruction très désagréable des vêtements des malades, tout en restant complétement inefficace contre l'hydropisie. Il se sert, en frictions sur l'abdomen, de la pommade conseillée par M. Duer (*Hufeland's Journal;* T. XC, cahier V, p. 73.) et qui est composée de huit grammes de scille finement pulvérisée sur trente grammes d'axonge.

II. *Emploi à l'intérieur de la liqueur styptique de Loof contre les hémorrhagies*, par M. le docteur TRUSEN, de Posen.

La liqueur styptique de Loof est un ancien médicament très-actif, dont la préparation se trouve décrite avec détail dans le *Lexique général medico-pharmaceutique des formules et ordonnances* de Vogel (Erfurt. 1805; T. II, p. 88). On l'obtient en sublimant à trois reprises succesives un mélange de sel ammoniac et de sanguine effleuri à l'air humide ; c'est donc un chlorhydrate d'ammoniaque et de fer.

Cette liqueur est surtout indiquée dans les cas d'hémorrhagie internes, notamment dans celles qui compliquent les lésions pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen.

La dose, d'après l'ancienne prescription, est de vingt centigrammes dans une tasse d'eau toutes les deux à quatre heures. Cependant, dans des cas menaçants, M. Trusen a employé ce moyen à des intervalles plus rapprochés, et même tous les quarts d'heure, à la dose de cinq à huit gouttes.

Peu de temps après son ingestion, dans les cas de pneumorrhagie, les crachats sanguinolents se décolorent, et l'écoulement du sang par la plaie diminue.

Si, à l'aide d'un diagnostic précis, on pouvait acquérir la certitude d'un épanchement sanguin dans les cavités splanchniques, sans aucune lésion interne, comme cela se présente parfois à la suite d'une commotion violente, il serait permis, en recourant à temps à l'administration de cette liqueur styptique, de compter sur un résultat avantageux.

Dans les cas d'hémorrhagie entretenue par un état morbide des tuniques vasculaires ou par un état de laxité générale, on peut avec succès associer à ce moyen l'élixir acide de Haller; d'après la formule suivante :

PR... Liqueur styptique de Loof 4 grammes.
Élixir acide de Haller 8 id.
Mélez exactement.

On en prend tous les quarts d'heure quinze gouttes dans une demi-tasse d'eau convenablement édulcorée.

L'addition de l'alcool de cannelle à ce mélange en corrige avantageusement la saveur fortement styptique, et accroît l'efficacité du médicament par son action légèrement excitante, s'il existe un état asthénique général.

Dans les cas où l'hémorrhagie est entretenue par une excitation générale du système nerveux ou par un trouble de nature spasmodique, l'association de l'hydrolat d'amandes amères à la liqueur styptique est très-utile.

Enfin M. Trusen pense que ce moyen, seul ou mélangé comme il vient d'être dit, suivant les cas, pourrait être mis en usage avec beaucoup d'utilité pour soutenir l'effet, souvent insuffisant, des appareils à des bandages dans les cas de plaies pénétrantes et d'hémorrhagie des organes internes.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 144, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 2 DÉCEMBRE.

Dans notre premier article, nous avons fait mention de l'emploi du sulfate de quinine à haute dose pour la guérison du rhumatisme. En parlant des essais tentés, nous avons répété le bruit d'un empoisonnement par cette précieuse substance. Personne n'a démenti ce bruit. Ce silence et d'autres renseignemens nous font penser que les premiers rapports que nous avons reçus n'étaient que trop fidèles. Nous avons osé quelques conseils sur la prudence que l'humanité commande quand il est question d'expérimenter sur l'homme. Nous ne prétendions pas faire la leçon à des maîtres, car les maîtres n'ont rien à apprendre de nous, mais ils ont beaucoup à apprendre encore des faits. Nous leur en indiquions un, et avant de répéter de pareilles expériences, leur devoir les obligeait d'aller à la source pour connaître la vérité. On a préféré voir par soi-même. Or, si la rumeur est encore vraie, dans un grand hôpital de Paris, un malheureux malade aurait succombé presque immédiatement après avoir avalé 5 grammes de sulfate de quinine.

Après un long repos de ce que l'on appelait la polypharmacie, après même une espèce d'indifférence pour les moyens thérapeutiques les plus précieux, est survenue une réaction qui prend des caractères effrayans. En effet, il n'est plus question actuellement que des médicamens donnés *à doses toxiques, à doses délirantes ;* et quand les malades sont empoisonnés, on dit qu'ils ne sont plus malades.

Le rhumatisme, maladie essentiellement douloureuse, devait se prêter admirablement aux exagérations dans l'emploi du sulfate de quinine, lequel, administré à doses toxiques, produit des surdités, des amauroses, enfin des états hyposthéniques qui prouvent que le cerveau reçoit une terrible atteinte. Il n'est pas étonnant alors qu'une maladie douloureuse soit profondément modifiée. Le sulfate de quinine n'est pas seulement le modificateur dont on abuse. Voyez les effrayantes doses d'iodure de potassium administrées par certains praticiens ! Et l'opium, que n'en fait-on pas ? Si aujourd'hui un médecin a donné 10 grains d'opium, demain vous en trouverez un second qui en administrera 12, et en suivant ainsi une marche progressive on arrive à l'empoisonnement. Certains chirurgiens qui ne se laissent jamais devancer par les médecins, avaient déjà multiplié les incisions. Quand un organe de la presse parlait de deux tendons coupés sur le même individu, le lendemain il y en avait quatre qui avaient subi le même sort, et on sait, ou on ne sait pas, à quel chiffre s'est arrêté le ténotome. On sait encore moins le sort des ténotomisés. Continuez, Messieurs, et vous verrez ce que deviendra votre irresponsabilité.

Il est des questions dont l'intérêt se déplace, et qui restent long-temps dans un état d'inertie et quelquefois d'indifférence pour le progrès. Mais que plusieurs faits saillans se produisent simultanément ou à des époques rapprochées, ces questions semblent renaître et elles retrouvent tout leur intérêt. Ainsi l'hémorrhagie, comme accident de la taille, avait fort préoccupé les anciens lithotomistes. On connaît l'opinion différente de Tallet et de Collot sur les avantages de la saignée comme moyen anti-hémorrhagique. On sait la prétention qu'affichait Pouteau de reconnaître la source de l'hémorrhagie par l'application du doigt, et de la réprimer par une pression long-temps continuée avec le même doigt. Verdier fit construire une aiguille, oubliée au point qu'en revenant au jour elle a pu être considérée comme une véritable invention. Nous en dirons deux mots plus tard. On conçoit les craintes plus plus grandes des lithotomistes qui nous ont précédé pour l'hémorrhagie en question, car cet accident devait avoir plus de fréquence à une époque où l'anatomie était moins avancée. Cependant les prétentions de l'anatomie ne peuvent aller jusqu'à nous assurer complètement contre l'hémorrhagie, quelle que soit la transpareuce qu'elle donne au tissu, pour nous servir de l'expression consacrée. Ainsi, en même temps ont paru dans deux journaux différens deux articles dans lesquels il est question de l'hémorrhagie comme accident de la taille. L'un appartient à M. Bégin, lequel préconise un moyen plus sûr d'arrêter le sang (Annales de Chirurgie, octobre 1842) ; l'autre travail appartient à MM. Maunoury et Thore, qui ont recueilli leurs matériaux dans le service de M. Roux. Sur quatre taillés on en trouve ici deux chez lesquels il y a eu hémorrhagie et mort. Sur huit opérés dont M. Bégin fait mention, trois ont eu des hémorrhagies graves auxquelles ils ont survécu. Nous parlerons bientôt du moyen employé par M. Bégin afin de dompter l'hémorrhagie. En réunissant les opérés de M. Roux à ceux de M. Bégin, qui ont eu des hémorrhagies, on trouve le nombre cinq : parmi eux il n'y a qu'un vieillard de soixante-treize ans; les autres ont dix-neuf, trente-deux, trente-neuf ans. M. Bégin, en parlant du quatrième, dit que c'était un homme plus usé par les chagrins que par l'âge, ce qui semble prouver que ce n'était pas un vieillard.

Le calcul le plus volumineux pesait 52 grammes 12 centigrammes. C'est la taille sous-pubienne ou périnéale qui a toujours été pratiquée ; la méthode latéralisée a été appliquée à deux malades ; les autres ont été soumis à la taille bi-latérale. Chez plusieurs malades on a été obligé d'agrandir une incision après coup. On notera avec soin que le sujet de la troisième observation de M. Bégin était au vingt-deuxième jour de l'opération : la plaie étant presque cicatrisée, on fit la découverte d'un calcul oublié dans la vessie ; il fallut donc rouvrir la plaie avec le lithotome, et c'est après cette seconde opération que survint l'hémorrhagie. Chez deux opérés l'hémorrhagie a été instantanée, c'est-à-dire qu'elle s'est prononcée immédiatement après l'action de l'instrument. Sur le second opéré de M. Bégin, l'écoulement immédiat du sang fut très modérées, et ce ne fut que quatre jours après l'opération que l'aide chargé de surveiller le malade vint appeler l'opérateur pour l'aider à dompter une hémorrhagie qui s'était déclarée subitement.

Enfin, vient le malade de M. Roux, chez lequel l'hémorrhagie s'est déclarée le vingtième jour.

Ainsi, voilà trois espèces d'hémorrhagies :

1° Hémorrhagie *instantanée* chez deux malades ;

2° Hémorrhagie *primitive*, c'est-à-dire après la cessation du spasme, laquelle a eu lieu plusieurs heures après l'opération ;

3° Enfin, hémorrhagie *tardive*. C'est sur celle-ci que nous allons essayer quelques réflexions. Nous nous contentons de noter les autres circonstances qui coïncident avec les hémorrhagies pour les réunir à d'autres faits, ou pour y revenir plus tard.

Cette hémorrhagie *tardive* a été avec un jet considérable : elle a donc été artérielle. Voici comment nous concevons une hémorrhagie *tardive :* un projectile a brisé un os d'un membre sans toutefois toucher aux artères. Mais très tard, au moment de l'élimination des fragmens, parmi eux il en est un qui rencontre une artère chemin faisant, et provoque l'ulcération de ce vaisseau comme celle des autres tissus intermédiaires à la peau et au corps étranger, et par cette ulcération artérielle se fait une hémorrhagie qui peut alors être appelée *tardive*, pour la distinguer de l'hémorrhagie *consécutive*, c'est-à-dire de celle qui a lieu quand primitivement une artère a été lésée, et lésée de manière à ne pas donner *d'abord* de sang, mais seulement après que l'inflammation aura détaché le caillot ou l'eschare qui fermaient la solution de continuité. On conçoit qu'après la taille un fragment de calcul pourrait jouer le rôle que nous avons attribué tantôt au fragment osseux. Mais chez le malade auquel nous faisons allusion, lequel a été observé dans le service de M. Roux, cette circonstance n'existait pas. Il a donc fallu recourir à une autre explication. On a donc invoqué la physiologie des parties divisées : celles-ci sont dans des rapports d'une grande intimité avec les organes génitaux.

Or, ces organes, sous certaines influences, se congestionnent momentanément, et ces divers degrés de turgescence constituent des degrés plus ou moins prononcés de section. On conçoit alors qu'une plaie des organes génitaux et située dans leur atmosphère et qui ne donne pas de sang pendant l'état de repos de ces organes, peut très bien devenir le siége d'une hémorrhagie quand a lieu leur turgescence soit par le fait de l'érection, soit par un autre état des tissus qui appelle également le sang. Ainsi plusieurs fois des plaies qui ont été faites aux organes génitaux sont devenues le siége d'une hémorrhagie au moment de l'établissement des règles. Non seulement alors on a observé une hémorrhagie par suintement capillaire, mais une vraie hémorrhagie artérielle, et cela après plus de vingt jours de l'établissement du traumatisme. Sanson citait souvent un fait très remarquable qui se rapportait à cette variété de l'hémorrhagie tardive. C'est, selon les rédacteurs des leçons de M. Roux, une hémorrhagie qui se rapporte à une cause analogue qu'aurait succombé le malade principal objet de ces réflexions. Ces messieurs, en effet, accusent des érections spontanées ou provoquées (le sujet avait dix-neuf ans). Cependant les questions adressées au malade ont toujours été négatives sur cet article. Ce qui fait que les auteurs du travail en question persistent dans leur opinion malgré les dénégations du malade, c'est que pendnnt leur séjour en Italie, ils ont entendu le professeur Riberi leur assurer que chez un sujet opéré de la taille, il se déclarait des hémorrhagies qu'on ne put arrêter qu'en infligeant au malade la camisole de force, laquelle empêcha les manœuvres de l'onanisme qu'on avait découvertes par une surveillance attentive. Voilà donc un fait de plus dans la science, et qui enrichit la thérapeutique. Les irrigations proposées par M. Bégin, et qui lui ont si bien réussi, constituent un véritable progrès. (Voyez pour plus de détails notre *Revue générale* du 15 novembre 1842.

Disons un mot maintenant de l'aiguille de Verdier. Ce chirurgien voyant les difficultés de lier l'artère honteuse interne pendant qu'elle longe la branche ascendante de l'ischion, fit construire une aiguille à pointe mobile; c'était une tige de fer montée sur un manche; cette tige était courbée en haut, à peu près comme un hameçon; un peu avant le piquant serait un œil, et avant cet œil la jonction des deux parties de l'instrument. On accrochait l'artère et une certaine quantité de tissus au lieu de faire parcourir à l'instrument tout le trajet suivi par son extrémité aiguë ; on disjoignait la pointe à laquelle tenait l'œil. Le fil étant passé dans cet œil, c'est lui qui parcourait tout le trajet de la plaie; tandis que le corps de l'aiguille rebroussait chemin, on le retirait du côté de l'entrée.

On le voit, c'est là l'instrument de M. Fauraytier, lequel, nous en avons la conviction, ne connaissait nullement l'aiguille de Verdier. Mais s'il veut la connaître entièrement, il n'a qu'à ouvrir le Traité de la taille de Deschamps, où se trouve la description, et, ce qui vaut mieux, un dessin parfaitement exécuté. M. Fauraytier a fait ressortir des indications opératoires à l'occasion de cette aiguille; il en a fait des applications qui lui assurent la propriété.

HOTEL-DIEU. — M. RÉCAMIER et TESSIER.

Des indications thérapeutiques.

Dans les maladies qui présentent un certain ensemble de symptômes déterminé et une marche particulière sans altération pathologique bien évidente, il y a deux ordres d'indications à suivre et deux espèces de moyens à employer, les uns spécifiques, les autres non spécifiques ou communs. Les premiers sont toujours employés dans des maladies dites spécifiques ; ainsi le mercure dans les affections syphilitiques, le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, etc. Les autres s'appliquent aux maladies qui ne reconnaissent pas une cause spécifique, et qui n'offrent pas par conséquent d'indications aussi spéciales à remplir. Dans le premier cas, on a une ressource de plus dans des moyens spécifiques connus, dont l'effet est presque infaillible ; dans le second cas, nous n'avons en notre pouvoir que les moyens communs, moyens dont l'effet est d'autant moins sûr, qu'ils peuvent à chaque instant être neutralisés par des circonstances inconnues.

Avant de rechercher quelles sont les sources de ces divers ordres d'indications, il faut d'abord s'assurer d'une bonne classification nosologique à laquelle on puisse rapporter tous les faits morbides individuels qui s'offrent à l'observation. En second lieu, il faut être à même d'établir un diagnostic sûr, exact et conforme au cadre nosologique qu'on s'est tracé. Sans ces deux conditions, on observerait des maladies comme tout homme ignorant la botanique observa les plantes, c'est-à-dire qu'on en pourrait bien connaître empiriquement un grand nombre, mais on ne saurait jamais les classer par genres et par espèces dans un ordre méthodique comme le fait un botaniste. Le diagnostic étant déterminé, il faut ensuite poser les indications thérapeutiques à suivre. Ces indications ne doivent être déduites ni des symptômes, ni des lésions pathologiques soupçonnées ; car de même qu'il est impossible au médecin d'expliquer un symptôme quelconque, par exemple la fièvre, le malaise général, sans se perdre dans des hypothèses, il lui sera également impossible de les combattre directement et par des moyens rationnels. C'est donc à des médications purement empiriques, mais basées sur l'expérience traditionnelle de nos prédécesseurs, que nous devons avoir recours. Il faut aussi distinguer les phénomènes morbides proprement dits des symptômes d'une maladie, choses bien différentes. Nous savons, d'après les notions d'une saine physiologie, ce qu'on doit entendre par phénomènes morbides ; ceux-ci ne sont autre chose que les phénomènes physiologiques exagérés et portés hors des limites de l'état normal. Il faut enfin se bien pénétrer de cette idée, que toutes les fois que nous traitons une maladie par telle ou telle autre médication, nous ne guérissons pas la maladie directement, mais nous en modifions la marche et le développement, et nous la disposons à avoir une terminaison plutôt qu'une autre. Cela posé, examinons ce qu'on doit entendre par indications thérapeutiques.

On entend par indication thérapeutique, d'après notre manière de voir, l'ensemble des signes qui nous portent à modifier dans un sens déterminé la marche et l'évolution des maladies d'après les analogies que nous fournissent les connaissances physiologiques. C'est en raison de ce que ces signes nous indiquent quelle doit être la marche et l'issue probable d'une maladie, que nous nous déterminons à agir. Mais cela ne nous donne pas encore la véritable indication thérapeutique ; il faut, en outre, savoir dans quel sens doit être modifiée la maladie. On la modifie d'une manière efficace par les moyens dits spécifiques, réclamés par des causes ou circonstances que nous appelons spécifiques. Mais en l'absence des indications fournies par ces causes spécifiques, on entre dans les moyens communs. Examinons, dans ce cas, sur quoi reposent les indications.

Dans certains cas, par exemple, vous verrez survenir une sécrétion anormale, un mouvement critique comme disaient les anciens, lequel imprimera une modification particulière à la maladie. Eh bien, dans un cas semblable, les moyens qu'emploie la nature elle-même vous met sur la voie de ses besoins : vous saurez provoquer la sécrétion indiquée par l'état morbide ; vous dirigerez tous vos moyens vers cette espèce de crise, soit en agissant sur les premières voies par un purgatif ou par un vomitif, soit en excitant toute autre sécrétion, et la maladie sera modifiée d'une manière favorable. Mais en agissant ainsi, remarquez que vous ne combattez pas un symptôme, vous suivez une médication que l'expérience vous a fait connaître. Avez-vous affaire, au contraire, à une maladie dans laquelle il n'y a pas de crises, ni de tendance à un mouvement critique, vous chercherez encore les moyens par lesquels on pourra modifier l'état morbide individuel, d'après les notions acquises par la physiologie expérimentale sur les modifications que produisent certains agens extérieurs sur l'organisme. Il faut, en outre, choisir l'espèce de modification qu'on veut produire chez l'individu malade, et les moyens les plus propres pour y arriver ; examiner les changemens qui surviennent dans les phénomènes physiologiques, lorsque son état morbide s'empare de l'organisme, car c'est ainsi que l'on peut arriver à connaître auxquels de ces phénomènes il faut s'adresser pour le modifier : telles sont, par exemple, l'élévation de la température de la peau, l'accélération et la force des pulsations, etc. Si le pouls est dur, résistant, redoublé, vous aurez tout de suite l'indication de modifier la sanguification par les saignées, et vous obtiendrez ainsi d'une manière artificielle cette crise qui modifiera à son tour la marche de la maladie. On pourra de même agir par des moyens particuliers, sur chacun des appareils spéciaux de l'économie. Ainsi, s'il y a indication d'agir sur l'appareil urinaire, nous connaissons l'action spéciale des cantharides sur cet appareil. Nous savons que l'opium a une action spéciale sur le système cérébral, que tout en produisant un effet stupéfiant sur le système nerveux, il tend ordinaire-

ment à congestionner le cerveau ; nous aurons alors un moyen puissant et presque sûr d'obtenir cette congestion cérébrale temporaire réclamée par des circonstances particulières, et de cette manière la maladie sera favorablement modifiée dans sa marche. On en pourrait dire autant des moyens propres à modifier les sécrétions cutanées, toutes les fois que l'indication s'en présente.

Il y a toutefois d'immenses difficultés à bien choisir les moyens aptes à modifier favorablement chaque état morbide ; ces difficultés tiennent à ce qu'on n'est pas d'accord sur la nature de cet état et sur les cas où il faut agir ; ceux, au contraire. où il convient de rester dans l'inaction ; qu'il y a, en un mot, discordance entre les praticiens sur leur manière de traiter les malades. Vous voyez de suite combien peut différer le choix des méthodes dans une même maladie ; et cependant, malgré cette différence, il arrive souvent que les médecins s'accordent dans la pratique, bien que les vues d'après lesquelles ils se déterminent, et les résultats eux-mêmes, puissent être très différens. Prenons un exemple.

Tous les médecins, en général, prescrivent la saignée dans la pneumonie ; mais avec cette différence, que les uns se basent sur l'état du pouls, qui leur semble réclamer cette médication, tandis que les autres se basent sur l'existence même de cet état morbide particulier qu'on est convenu d'appeler pneumonie, et sur ce que, dans ce cas, on a adopté pour traitement principal les émissions sanguines. Dans tous les cas il y a généralement indication de saigner ; mais ceux qui saignent parce qu'il y a indication actuelle et positive, ne saigneraient pas sans cette indication ; ceux, au contraire, qui saignent parce qu'il y a pneumonie, saignent toujours, quelles que soient les indications particulières individuelles, et s'exposent ainsi à commettre des fautes très graves ; de là la différence tranchée que nous établissons entre ces deux méthodes de traitement. Nous qui appartenons à la première catégorie, nous saignons avec connaissance de cause, c'est-à-dire en nous conformant à une indication précise ; les autres saignent toujours, soit d'après des idées théoriques, soit empiriquement. Qu'en résulte-t-il ? Qu'on peut voir saigner deux cents pneumoniques sans pourtant savoir quand il faut saigner, quand il faut s'en abstenir et quelle quantité de sang il faut extraire. Vouloir établir des méthodes pour les émissions sanguines avec de pareils élémens, c'est vouloir établir une pratique aveugle ; et l'on serait mal venu à dire que sur un nombre considérable de malades, on pourra établir sur les résultats des émissions sanguines une moyenne qui pourra servir de guide dans le traitement de ces maladies ; car ce serait là une pratique absurde, ces maladies revêtant des caractères et des formes différens selon les différens individus qu'elles affectent, et on s'exposerait, en se comportant ainsi, à saigner les malades trop ou trop peu. Ce n'est donc pas d'après les indications particulières qu'il faut régler l'usage des saignées, ainsi que tout autre agent thérapeutique. En procédant d'après ces principes, vous saurez toujours quand et combien de fois il vous faudra saigner vos malades, selon les circonstances particulières dans lesquelles ils seront placés. Ainsi, la pneumonie n'est point une maladie générale toujours identique, que l'on doive traiter par une médication également générale et toujours la même, mais ce sont des pneumonies, c'est à-dire autant de faits particuliers, individuels, et qui réclament autant de formules spéciales.

Comment maintenant pourrait-on être assuré que l'on a exactement rempli une indication donnée ? Là est toute la difficulté. Vous la remplirez pourtant en agissant toujours dans le même sens, tant que l'indication existe, et en changeant de moyens aussitôt que l'indication aura changé ; il faut aller jusqu'au but qu'on s'est proposé sans jamais le dépasser. On ne saigne pas un malade parce qu'il est ou gras ou gros, ou jeune ou vieux, ou vigoureux ou faible, mais parce qu'il y a une indication particulière qui réclame la saignée, quelles que soient les autres circonstances accessoires.

Ainsi donc vous avez les méthodes spécifiques à suivre dans le traitement des maladies, d'autre part les indications thérapeutiques qui doivent vous guider pour que ces méthodes impriment une marche favorable aux maladies. Tout en remplissant ces indications vous pourrez vous occuper aussi de modifier certains épiphénomènes qui surviennent dans le cours d'une maladie, en employant toutefois des moyens simples, incapables de nuire à l'action des médicamens principaux. C'est ainsi que vous pourrez faire cesser certaines douleurs ou autres incommodités semblables qui souvent affectent les malades plus que la maladie principale elle-même, et leur apporter du soulagement indépendamment des efforts que vous dirigez vers la guérison des phénomènes principaux, mais à la condition que le traitement général n'en soit point entravé.

Faisons l'application de ces principes à un cas particulier ; prenons pour exemple un des malades actuellement dans nos salles :

Au n° 42 de la salle Saint-Joseph est couché un malade qui est parvenu au cinquième jour d'une pneumonie grave. L'examen de la poitrine nous a fait reconnaître l'existence d'un râle crépitant avec souffle bronchique très prononcé à la région sous-épineuse droite ; ce souffle était si intense, qu'on l'entendait même à gauche par retentissement ; les crachats étaient rouillés, épais, adhérens au vase ; il y avait une fièvre assez vive. Ce malade présentait, en un mot, tous les symptômes caractéristiques d'une pneumonie. Déjà on avait pratiqué en ville une saignée, puis on avait en quelque sorte abandonné le malade aux seuls efforts de la nature, c'est-à-dire qu'on s'était borné à la diète et aux boissons émollientes.

L'indication avait-elle été bien saisie par le médecin ? Oui, sans doute ; mais elle n'avait pas été suffisamment remplie. On aurait dû insister davantage sur les émissions sanguines, le pouls était dur encore lorsque le malade est entré à l'hôpital, et tout l'appareil symptomatique inflammatoire réclamait évidemment ce mode de traitement. Nous avons cru, en conséquence, devoir revenir aux évacuations sanguines : nous avons fait pratiquer trois petites saignées. Pourquoi petites ? Parce que tout en remplissant l'indication évidente de désemplir un peu le système circulatoire, nous ne voulions pas pourtant, par des saignées trop copieuses, affaiblir le malade et masquer la marche naturelle de la maladie que nous avions à combattre. Nous procédons toujours, en effet, de manière à pouvoir bien suivre le développement des diverses périodes et des phases de la maladie, et à prévenir toute complication. C'est par des moyens peu énergiques en eux-mêmes, mais fréquemment répétés, que nous parvenons à atteindre ce double but. Il faut, en outre, avoir égard à l'existence de certaines idiosyncrasies que nous ne connaissons pas, et qui pourraient contre-indiquer formellement un traitement actif et trop déprimant ; car il ne faut pas croire que parce qu'on a affaire à une maladie aiguë, on doive toujours employer avec la même énergie des traitemens actifs. C'est d'ailleurs une chose suffisamment démontrée, qu'il est des individus qui ne supportent nullement les saignées, et chez lesquels les pneumonies doivent être traitées par tout autre moyen ; sans quoi l'on s'exposerait à les jeter dans un état de prostration et de sur-excitation nerveuse, dont on aurait beaucoup de peine à les tirer.

— M. Récamier prenant la parole, cite plusieurs faits de sa pratique particulière qui viennent à l'appui de la doctrine thérapeutique dont M. Tessier vient d'exposer les principes.

Une dame de province venue à Paris pour des intérêts de famille, étant au spectacle, fut prise subitement d'une céphalalgie assez intense pour se trouver obligée de revenir chez elle ; on appela un médecin, qui prescrivit des bains de pieds. La douleur de tête se dissipa, la nuit fut calme, et la malade se trouvait si bien le lendemain, qu'elle n'hésita pas à retourner au spectacle le soir ; mais les mêmes accidens se reproduisirent, et le malaise fut tel cette fois, qu'elle fut transportée à son hôtel presque évanouie. On revint encore aux moyens révulsifs, sinapismes aux jambes, etc. Le mieux se déclara presque immédiatement ; la nuit fut passablement bonne, et le lendemain, la malade se croyant parfaitement guérie, voulut retourner encore au spectacle. Elle retomba dans le même état que les fois précédentes, et fut rapportée chez elle dans un état complet de syncope. On se hâta de lui administrer les mêmes moyens qui avaient paru réussir précédemment ; inutiles efforts : elle était morte. Croyez-vous, Messieurs, que les accidens éprouvés par cette dame au spectacle la première fois se seraient reproduits avec une gravité si fâcheuse, si l'on eût bien connu et suivi les indications ? Je ne le pense pas.

Autre exemple : Je fus mandé par un interne de l'Hôtel-Dieu, M. Courdon, pour visiter en ville une pauvre femme qui se trouvait *in extremis*. Examinant de près cette malade, je trouvai un ventre ballonné, énorme ; je tâtai le pouls, que je trouvai dur, concentré ; je pesai bien les antécédens, et je crus voir l'indication d'un traitement révulsif proportionné aux forces de la malade. Je proposai, en conséquence, des sinapismes aux quatre membres, et l'usage de l'eau froide à l'intérieur, en recommandant bien à mon jeune confrère de surveiller la crise qui devait s'opérer à la peau et de prendre bien garde de l'entraver. Effectivement, sous l'influence de ces simples moyens la sueur commença à se montrer, et devint bientôt si abondante que le lit en fut tout mouillé. Dès cet instant le ventre s'affaissa peu à peu, et la malade, qui semblait vouée à une mort certaine, se rétablit complètement en peu de temps.

Ce même médecin me pria, une autre fois, d'aller voir une autre malade affectée d'ascite avec des symptômes alarmans. Il s'agissait d'une jeune personne qui avait une péritonite subaiguë que l'on avait traitée sans succès par les saignées et les antiphlogistiques ordinaires, et à la suite de laquelle s'était développée une ascite. J'examine bien l'état du ventre ; croyant voir d'abord l'indication de la paracentèse, je la fais pratiquer, puis j'ordonne l'application d'un bandage méthodique ayant pour but d'exercer une compression régulière et graduelle sur le ventre. Mais je ne me bornai pas à cela ; j'avais compris qu'il s'agissait d'une de ces péritonites sub-aiguës et latentes qui sont encore peu connues, et dont la marche est extrêmement insidieuse. Je fis, en conséquence, suivre les premières prescriptions d'une émission sanguine, avec recommandation de la répéter si le mieux se prononçait. Je recommandai, enfin, expressément de ne pas troubler le travail de sécrétion cutanée qui allait s'opérer et qui devait amener une modification favorable. Le tout fut observé ponctuellement, et la malade fut complètement guérie en peu de temps. Notez que les vésicatoires, les potions calmantes avec la digitale, les boissons nitriques avaient été employés chez cette malade sans succès. Tous les diurétiques du monde n'auraient en effet servi de rien dans ce cas, par la raison qu'ils n'étaient point indiqués. Telle est la différence qui existe entre la médecine faite d'après les indications justement saisies, et celle qu'on fait communément d'après des idées purement théoriques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Du strabisme. De l'état actuel de nos connaissances sur l'opération destinée à y remédier. Opération.

Cette question, qui pendant deux ans fut le sujet de discussions si vives, peut être regardée comme résolue aujourd'hui. Depuis trois années seulement on pratique cette opération, et dès 1840 les querelles ont commencé et se sont animées de plus en plus. Deux assertions contraires ont été mises en avant, ainsi que cela arrive presque toujours. Beaucoup de chirurgiens pensaient que l'opération ne pouvait jamais réussir ; d'autres soutenaient que l'on devait toujours compter sur un succès. Mais, depuis la fin de 1840 et en 1841, des faits multipliés sont venus éclaircir la question et prouver que de part et d'autre on était également loin de la vérité. Aujourd'hui donc, comme nous le disions, c'est là une question jugée, et qui se réduit aux conclusions suivantes :

1° Il est très positif que la section des muscles rétractés permet de redresser les yeux déviés ;

2° Cette opération ne réussit pas toujours ;

3° Dans certains cas les yeux restent droits ;

4° Dans d'autres, la déviation se reproduit comme elle existait avant la section ;

5° Cette déviation peut se reproduire dans le sens opposé ;

6° Il arrive quelquefois que l'œil est plus saillant qu'avant l'opération, et cette saillie occasionne une dissemblance désagréable entre les deux yeux ;

7° Les paupières restent éraillées dans quelques cas ;

8° On observe parfois un creux anormal dans l'angle de l'œil.

Ces propositions renferment à peu près tous les résultats qu'on peut obtenir par l'opération contre le strabisme ; quant à la question de savoir dans quelles proportions ces diverses suites se rencontrent, nous avouons qu'il est difficile de le préciser.

Cependant, voici ce qu'il résulte de la pratique de M. Velpeau. L'opération a été faite par lui environ 300 fois, 130 à 140 résultats ont été notés ; quant aux autres, cela était de toute impossibilité, la plupart de ces derniers étant des sujets venus du dehors et qui s'en retournaient chez eux, la section terminée. Il est vrai que quelques-uns sont revenus une, deux, trois fois, jusqu'à guérison entière même ; mais il en est beaucoup d'autres qui ne se représentaient pas, soit parce qu'ils retournaient dans leur pays, soit pour d'autres raisons ; qui enfin n'ont pu être pris en note, et dont les observations manquent complètement.

On concevra pourtant que les 130 résultats recueillis, sur les 300 opérés, ayant dû être pris au hasard, peuvent très bien servir à établir des proportions qu'en peut regarder comme générales. Voici les résultats obtenus.

Sur ces 130 sujets, la moitié environ a offert des résultats parfaitement satisfaisans. A moins d'examiner de fort près et avec beaucoup d'attention, jamais on n'aurait pu se douter qu'ils avaient été opérés. Pour ceux-là, l'opération n'a donc été suivie d'aucune espèce d'inconvénient.

L'autre moitié comprend les sujets pour lesquels cette opération a été suivie des inconvéniens signalés plus haut. Ainsi, le strabisme s'est reproduit dans le même sens tout aussi prononcé qu'auparavant, et même plus prononcé dans quelques cas rares ; le strabisme est revenu, mais incomplet, un infirmier de la Charité en offre un exemple : cet homme louchait excessivement ; il louche encore, mais beaucoup moins qu'avant l'opération ; dans quelques cas l'amélioration a été même plus prononcée encore qu'elle ne l'est ici ; pourtant cela ne peut pas compter pour un succès. Chez d'autres, la déviation a eu lieu en sens opposé : ainsi, une jeune fille présentant un strabisme convergent, fut affectée d'un strabisme divergent après la section. Chez d'autres, l'œil opéré resta un peu plus haut ou un peu plus bas que l'autre, ce qui offrait quelque chose de très choquant. Enfin, il y a encore dans le service un sujet chez lequel on peut observer l'éraillure des paupières dont nous avons parlé.

Il est encore une suite assez singulière de la section, c'est l'exophthalmie. Ce résultat présente ceci de curieux qu'il est utile chez quelques individus. Une vieille fille, couchée au n° 14, avait les yeux extrêmement enfoncés dans l'orbite ; et elle louchait horriblement. M. Velpeau fit la section de trois muscles de chaque côté ; les yeux de cette fille ressortirent après l'opération, de telle sorte qu'ils parurent et plus gros et un peu plus grands. On comprend combien un tel résultat eût été mauvais chez un individu qui déjà aurait eu les yeux saillans. C'est ce qui arriva à un cordonnier qui vint se faire opérer, et dont les yeux étaient déjà gros et saillans, disposition que la section augmenta au point que cet homme présenta une véritable buphthalmie.

Voilà les inconvéniens que tous les vrais chirurgiens s'accordent à reconnaître à l'opération contre le strabisme, et cela suffit pour faire sentir ce que l'on doit penser des plaisans qui annonçaient dans les journaux politiques une guérison assurée au moyen de la section. Ainsi un jeune avocat fut amené à M. Velpeau avec un œil tellement énorme que les paupières ne pouvaient se fermer. On l'avait opéré en lui donnant la certitude d'un succès.

Pour que la proportion de succès que nous indiquons soit à peu près constante, il ne faut pas croire qu'il n'y ait point quelques exigences à satisfaire. Il en est, au contraire, deux principales ; d'abord, que l'opération soit bien faite ; ensuite, que le sujet soit dans des conditions satisfaisantes. Du reste, ce que disent les chirurgiens réels s'accorde parfaitement avec ce qu'avance M. Velpeau. M. Philipps parle de soixante-quinze succès sur cent ; mais il est un certain nombre de ses résultats qui ne peuvent être comptés pour des succès complets, ce qui en réduit le nombre à peu près à la proportion indiquée. MM. Bouvier et Bonnet les annoncent également dans la proportion trouvée par M. Velpeau. Il demeure donc établi, qu'on redresse les yeux chez la moitié des sujets, et que l'opération, dans l'autre moitié, est suivie de plus ou moins d'inconvéniens.

Dans les premiers temps où l'on pratiqua la section des muscles de l'œil, l'on émit encore deux autres propositions contradictoires, les uns prétendaient que l'opération était absolument sans danger ; les autres qu'elle était fort dangereuse. M. Velpeau pense que ces deux opinions sont également erronées. Comment, en effet, supposer que cette section est absolument sans danger, quand on sait qu'une piqûre d'épingle, de sangsue, une scarification légère peut parfois entraîner des accidens graves et la mort même ; et d'autre part, le nombre considérable d'opérés sans accidens funestes, permet-il de croire que cette opération soit très dangereuse ? Il faut dire qu'en général elle expose rarement à des dangers.

Il y eut deux périodes quand cette opération fut annoncée ; de prime abord, les vrais chirurgiens hésitèrent, parce qu'ils

pensaient que des incisions nombreuses, des décollemens encore assez considérables devaient exposer l'œil à des inflammations violentes et à des accidens redoutables dont la terminaison pouvait être la perte de l'organe. Les premiers opérateurs ayant exagéré leurs résultats, une foule d'histoires circulèrent dans le public; on racontait, par exemple, que telle personne s'était fait opérer le matin pour aller au bal le soir. De telle sorte qu'on ne la reconnut pas; que telle autre, devant se marier le lendemain, s'était fait redresser les yeux pour surprendre agréablement son mari, etc. Ces exagérations, disons-nous, n'en imposèrent pas aux vrais chirurgiens qui n'ajoutèrent pas foi à tous ces contes. Cependant des résultats obtenus ayant été constatés, on essaya avec moins de réserve, et l'on vit qu'en effet les accidens étaient rares et en général légers.

M. Velpeau, lui-même, pratiqua l'opération, mais il la vit échouer cinq fois sur sept : résultat peu encourageant. Mais M. Philipps, qui avait assisté M. Dieffenbach, ayant pratiqué la section devant M. Velpeau, ce dernier vit que cet opérateur dénudait presque la moitié de la partie interne de l'œil; il fut effrayé d'abord, puis, s'étant convaincu que ces larges incisions ne donnaient point lieu à de la suppuration, il opéra de la même manière à partir de ce moment.

Les accidens que l'on observe consécutivement à l'opération, sont : parfois, une inflammation assez vive, mais s'emparant moins du tissu cellulaire que de la conjonctive, un chémosis qui se dissipe le plus souvent sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et émollient; quelquefois il arrive que la cornée se prend et se fond, c'est un accident que M. Velpeau a observé trois fois sur ses malades; mais il faut dire que dans aucun cas cela n'est arrivé quand ces malades se sont trouvés sous la main du chirurgien. Les trois malades chez lesquels cet accident se manifesta étaient dans des conditions toutes particulières; l'un gagna dix à quinze jours après l'opération une blennorrhagie; l'autre était une fille publique atteinte d'un écoulement de même nature quand la section fut pratiquée; le troisième dut cette suite fâcheuse à une compression intempestive.

Il paraît donc résulter de ceci, que cet accident consécutif n'a pas lieu à la suite de l'opération sans quelques particularités; cependant cela pourrait arriver. Nous ne pensons pas qu'il y ait eu d'accidens plus graves. On observe bien encore un boursoufflement de tissus froissés par l'instrument; il survient quelquefois des petits bourgeons pédiculés qu'on excise au bout d'un mois avec des ciseaux, mais c'est là un inconvénient fort léger.

On a dit encore dans le commencement que les opérés voyaient mieux; il est vrai que la plupart des sujets affectés de strabisme ne voient pas bien de l'œil dévié, et que chez quelques-uns l'opération donne de la force à la vision; mais cela est loin d'être constant.

Quant au manuel de l'opération, on peut y distinguer plusieurs nuances. D'abord on coupe un ou deux, ou trois muscles; on en a même coupé quatre. M. Velpeau n'est pas partisan de ces nombreuses sections; cependant quand les sujets sont âgés, on est forcé d'aborder le droit supérieur, le droit inférieur, car la section du droit interne ne suffirait pas. On distingue, pour cette opération, deux méthodes : celle de M. Guérin, qui consiste à faire une piqûre avec une lancette, puis à glisser un couteau coudé en Z, en tâchant de ramener le tranchant entre l'œil et le muscle, c'est ce qu'il a appelé la méthode sous-conjonctivale; l'autre méthode procède en coupant en même temps le muscle et les autres parties. Quant aux procédés particuliers, on pourrait en compter une trentaine. Tous peuvent se résumer en celui que M. Velpeau a adopté; il est simple, facile à exécuter et très prompt.

D'abord, il faut que les paupières soient écartées. Dans certains procédés, il ne faut pas moins de six aides pour assister le chirurgien; M. Velpeau se sert d'un petit instrument qui lui permet de s'en passer complètement : ce petit instrument, inventé par M. Schwonden, et modifié par M. Velpeau, est placé sous chaque paupière qu'il maintient écartée par son élasticité. M. Velpeau se sert de deux pinces à dents de souris. Avec l'une, petite, mais assez forte, il saisit d'un même coup le tendon et la conjonctive, il appuie et pince en râclant de manière à obtenir un pli solide; l'œil saisi, il va chercher un autre pli avec la seconde pince qui prend également la conjonctive et le muscle; il donne une des pinces à tenir, et avec des ciseaux mousses et droits il embrasse le pli, le coupe, et divise par conséquent la conjonctive et le muscle, puis les brides qui peuvent rester, et l'opération est terminée. Selon lui, on peut pratiquer cette opération avec une grande rapidité; mais il vaut mieux y mettre tout le temps nécessaire qui est encore fort court, la sûreté étant préférable à la célérité.

Il s'agit ici d'opérer la malade couchée au n° 3 : c'est une femme de *cinquante-neuf ans* qui a eu un œil opéré déjà, et qui veut absolument se faire opérer de l'autre.

M. Velpeau fait observer que l'âge avancé de cette femme doit être regardé comme une mauvaise condition; puis il recommande de prendre note du temps qu'il faudra pour pratiquer la section avec toutes les précautions convenables. L'opération dure 25 secondes.

Fracture compliquée de la jambe. Résection du tibia.

Au n° 19 est couchée une marchande de poisson qui vient de subir une opération intéressante, la résection de l'os principal de la jambe. Cette femme fut apportée mercredi dernier à la Charité; elle était allée voir une de ses amies affectée d'un érysipèle, à ce qu'elle nous dit, et en descendant l'escalier pour retourner chez elle, le pied lui manqua, elle fit une chute dans laquelle elle se brisa la jambe.

A son arrivée, on put observer à la jambe gauche une fracture compliquée de déchirure des tégumens telle que la peau était fendue dans une étendue de cinq centimètres au moins, et que le fragment supérieur du tibia sortait par cette plaie. Cette fracture a eu lieu à la partie tout à fait inférieure du membre; et il faut ajouter aux désordres décrits, le décollement de la malléole interne et la luxation de l'articulation tibio-astragalienne.

Quand M. Velpeau arriva près de la malade, le fragment supérieur de l'os était rentré et on ne l'apercevait plus, mais la peau qui le recouvrait était très amincie; le pied ne pouvait être ramené dans sa direction normale; il n'y avait pas d'hémorrhagie inquiétante; la tuméfaction était peu considérable; aucune douleur violente ne se faisait ressentir, et cependant il était facile de comprendre qu'on se trouvait là en face d'un cas grave, très grave.

Qui ne sait, en effet, qu'une grande plaie d'articulation, quand cette articulation a de l'importance, est une lésion fort dangereuse, telle, par exemple, qu'une plaie pénétrante du genou, de l'épaule? Mais au pied, où il y a plusieurs articulations toutes voisines, la lésion est presque toujours compliquée. Non-seulement ces diverses jointures communiquent souvent entre elles, mais d'un autre côté, quand la plaie est par déchirures, il reste là-dedans des lambeaux broyés; et si l'on vient à ajouter à ces conditions fâcheuses une luxation qui a déchiré en partie, les faisceaux fibreux de l'article et une brisure des os, il n'est que trop manifeste que l'on a affaire à un cas qui présente un haut degré de gravité. On pressent ce qui doit arriver : l'inflammation purulente, qui est inévitable, désorganisera les parties; le périoste se prendra, les os seront dénudés; la carie, la nécrose surviendront; enfin une désorganisation générale sera la suite redoutable d'une lésion aussi complexe. Une fracture avec ces circonstances, serait à coup sûr dangereuse dans le corps d'un membre; on peut penser ce que doit ajouter de périls une telle lésion de continuité ayant son siége dans une articulation pour ainsi dire.

En présence de cas de cette espèce, deux remèdes vraiment efficaces se présentent seuls; mais ce sont deux remèdes sérieux, et dont il n'est permis de parler que dans des circonstances aussi fâcheuses : l'un, c'est l'amputation du membre; moyen certain, avec lequel on remédie à coup sûr au mal, mais qui entraîne la mutilation d'abord, des accidens si souvent redoutables ou mortels, et qui enfin ne doit être mis en usage qu'en désespoir de cause; l'autre consiste dans la résection des os saillans, brisés; opération dont la réussite n'est pas assurée sans doute, mais qui, au moins, permet de laisser au malade un membre, informe il est vrai, mais pouvant encore rendre de grands services. Quand il n'y a pas de contre-indications, c'est donc la résection qu'on doit mettre en pratique.

Nous disons quand il n'y a pas de contre-indications, et nous considérons comme tels les cas dans lesquels les vaisseaux et les nerfs du membre ne sont pas rompus ou lacérés, dans lesquels les muscles n'ont pas été déchirés. Des circonstances inverses se rencontrent-elles, alors c'est à l'amputation qu'il faut songer; mais au contraire, si chacun de ces divers organes existent encore à l'état sain, ou ne présentent que des lésions compatibles avec leurs fonctions, c'est à la résection qu'on aura recours; car le membre pourra continuer à vivre puisqu'il lui restera, quel que soit d'ailleurs l'accident qu'il ait éprouvé, des vaisseaux pour la nutrition, des nerfs pour sentir et des muscles pour se mouvoir.

Dans le cas présent, quelques muscles, entre autres le long fléchisseur et commun des orteils, ou l'extenseur du gros orteil, ont été éraillés, à la vérité, mais les muscles postérieurs jumeaux soléaires sont parfaitement intacts; l'hémorrhagie peu grave qui s'est manifestée permet de penser qu'aucun tronc important n'a été ouvert; le membre a conservé sa sensibilité, tout milite en faveur de la résection.

Comme c'était une opération d'urgence, elle a dû être pratiquée sitôt la malade entrée à l'hôpital. Temporiser dans ce cas eût été une faute; car il était important de ne pas attendre le gonflement qui ne pouvait manquer de survenir, et qui eût rendu l'opération plus difficile et plus grave.

La résection du tibia dans un cas semblable peut être, à juste titre, regardée comme une opération difficile. Les deux os de la jambe sont serrés l'un contre l'autre, les ligamens très courts; cependant il y a une manière de la rendre un peu plus facile à pratiquer; elle consiste à se servir de la scie à chaîne au lieu de la scie ordinaire. Après avoir débridé convenablement, la scie a pu être portée et engagée dans l'espace inter-osseux; la malléole détachée lui ayant permis de passer, la section s'est faite assez facilement.

Le fragment enlevé, on comprend que cette résection permette de guérir, mais on comprend aussi que l'action musculaire, reprenant bientôt son empire, il en résulte un raccourcissement de la jambe.

Il est certain encore qu'en enlevant cette portion d'os, les parties ont été relâchées, et l'on a ainsi détruit une cause permanente d'irritation. Mais malgré ces avantages il n'est pas moins vrai qu'il s'agit, pour cette femme, maintenant, d'une maladie très sérieuse, qui cependant laisse quelque chance de succès. Quant aux suites de l'inflammation, les abcès, les émissions sanguines devront être employées pour les combattre.

Hernie étranglée. Opération. Essai de réduction sans débridement.

Un homme d'une assez bonne constitution entra à la Charité il y a quelques mois, portant une hernie étranglée. On exerça le taxis, et l'on parvint à faire rentrer l'intestin.

Dimanche dernier, 20 novembre, il se manifesta un second étranglement. Cet homme fit appeler un médecin qui se livra à de nombreuses tentatives de réduction, mais sans aucun succès. Jugeant l'opération nécessaire, ce médecin envoya le malade à la Charité; il entra le mercredi 23. M. Velpeau pratiqua de nouveau le taxis; il n'y avait pas de signes d'inflammation; il fit administrer un lavement de tabac qui produisit même le narcotisme à un haut degré; un bain fut aussi donné à ce malade : la hernie résista.

Il fallut en venir à l'opération. Encore ici, comme dans le cas précédent, il s'agissait d'une opération d'urgence; la vie du sujet était en question; M. Velpeau opéra sans hésiter.

Les symptômes fournis par la tumeur avaient fait penser que l'on avait affaire à une entérocèle et à une épiplocèle; on sentait en effet une tumeur grosse, mollasse et ballonnée dans certain point. L'opération vint confirmer le diagnostic.

Cette opération fut pratiquée par le procédé ordinaire. Le malade, placé convenablement, M. Velpeau débuta par les tégumens, puis successivement la couche sous-cutanée, le fascia profond, etc., et arriva sur le sac; une incision fut faite en haut et en bas, et la première chose qui s'offrit aux yeux fut l'intestin grêle, qui était d'une couleur livide; l'épiploon se trouvait en dedans et un peu en arrière. On put constater qu'il existait des adhérences de plusieurs espèces; d'abord entre l'intestin et l'épiploon, puis entre l'épiploon et le sac; et parmi ces dernières adhérences on voyait qu'il y en avait d'anciennes et de nouvelles, ce qui indiquait que l'intestin rentrait et que l'épiplon restait constamment fixé.

Le sac étant largement ouvert, il s'agissait d'opérer la réduction. On n'ignore pas les idées d'un de nos confrères, qui s'est imaginé de résoudre négativement la question de savoir s'il est besoin de débridement pour que les hernies soient réductibles, disant qu'avec les antiphlogistiques l'étranglement cédait facilement.

Pour M. Velpeau, il résoud la question dans un sens affirmatif; pourtant il essaya, dans ce cas, quand le sac fut ouvert et largement, à réduire sans débrider. Comme il est évident que les choses étant dans cet état, si des pressions opérées convenablement ne réduisent par la hernie, l'obstacle est l'étranglement; M. Velpeau fit tendre les deux côtés du sac pour que l'on ne pensât pas que le sac se pliant empêchât la réduction, puis il appuya sur le fond : tous les efforts furent vains; il ne fut pas possible de faire rentrer l'intestin, et en portant le doigt vers l'obstacle, on rencontrait un anneau serré. Le débridement était, sans aucun doute, le seul et vrai remède. Ce débridement fut pratiqué sur deux points avec le bistouri de M. Thay, de Douai, qui est fort commode pour cette opération, que l'on peut faire, du reste, avec tous les bistouris possibles; l'intestin rentra, l'épiploon adhérent resta dans le sac.

Dans la nuit qui suivit l'opération, le malade n'eut cependant pas de garderobes, mais dans la journée du lendemain des selles copieuses sont survenues.

Aujourd'hui, 25 novembre, il est moins bien, non pas qu'il y ait menace de péritonite, mais il s'est manifesté un gonflement du scrotum qui ne laisse pas d'être un accident consécutif fâcheux.

Il reste un point à discuter; à savoir, si l'étranglement avait lieu par le collet du sac ou par un des anneaux. L'espace nous manquant, cette question sera soulevée et étudiée à propos des suites de l'opération.

SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES, ET SUR UN NOUVEAU MOYEN DE PRÉVENIR LA MORT QUI EN EST L'EFFET.

(Extrait de la séance de l'Académie des Sciences du 28 novembre.)

M. Mercier adresse la lettre suivante :

Il n'est pas rare, dit-il, de voir survenir pendant les opérations qu'on pratique dans le voisinage des gros troncs veineux, un accident que l'on a toujours comparé aux effets de la foudre; je veux parler de la mort par l'introduction de l'air dans les veines. Il était naturel d'invoquer de prime abord des causes mystérieuses pour expliquer un phénomène aussi extraordinaire; aussi l'a-t-on attribué à ce que l'air, par sa présence, stupéfiait le cerveau, paralysait le cœur, etc.; mais la fausseté de ces théories a été démontrée par les faits, et je n'ai pas eu de peine à les combattre.

Dans un mémoire que je publiai le 5 août 1837, époque où cette question souleva de grands débats à l'Académie de médecine, je fis voir que cet accident pouvait être expliqué par des causes toutes physiques, et, bien qu'on n'ait pas alors paru faire grandement attention à l'auteur, j'ai eu quelques raisons de croire que ma théorie s'était tant soit peu infiltrée dans les esprits. Cependant, je ne serais pas revenu sur cette question, si je n'avais cru faire, en cela, œuvre utile à la science et à l'humanité.

En effet, ma nouvelle théorie m'avait conduit à un mode de traitement nouveau; ce mode de traitement, je l'ai expérimenté et j'ai même publié une expérience qui m'a procuré un résultat des plus satisfaisans. Malgré cela je vois chaque jour dans les recueils de médecine français et étrangers, des cas de mort subite par introduction d'air dans les veines, sans qu'on ait même songé à essayer une méthode qui me semble devoir fournir de si beaux résultats. Je serais donc heureux si la publication qui accompagne les séances de l'Académie des sciences pouvait attirer l'attention sur cette méthode et arracher quelques malheureux à une mort si effrayante.

La mort, dans ces cas, me paraît avoir lieu comme dans les syncopes prolongées; elle tient à ce que le cerveau cesse de recevoir le sang dont l'arrivée continuelle est nécessaire à l'exercice de ses fonctions; et, de même que, dans la syncope, la mort n'est qu'apparente et ne devient réelle que si la suppression des battemens du cœur se prolonge; de même la mort par l'introduction de l'air dans les veines ne devient réelle que parce que le cours du sang est trop long-temps interrompu.

Mais comment l'air empêche-t-il le sang d'arriver au cerveau?

Je dois d'abord faire observer que les expériences et autopsies ont fait voir que c'est dans les veines, dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire que l'air introduit se retrouve, qu'on n'en rencontre pas ou très peu dans le système artériel.

Ceci posé, je dis que l'air empêche le sang de passer du système veineux dans le système artériel : par son élasticité, par son reflux, par son mélange avec le sang.

1° Par son élasticité; il se condense lorsque le cœur se resserre et se dilate lorsque celui-ci cesse de se contracter. L'action de ce dernier se trouve donc ainsi en partie neutralisée, et il est évident qu'il n'imprime pas à la colonne sanguine qui se trouve dans l'artère pulmonaire, une impulsion aussi efficace que s'il agissait immédiatement sur un liquide incompressible.

2° Un gaz fuit, s'échappe, par où un liquide ne pourrait passer; c'est un phénomène que nous observons journellement. On voit dès-lors que les valvules du cœur ne ferment pas ses orifices assez hermétiquement pour empêcher l'air de refluer lorsque les cavités du cœur se contractent, et que partant l'action de cet organe n'imprime qu'une

impulsion très faible au sang arrivé dans l'artère pulmonaire. Ce reflux est démontré par la présence de l'air dans des veines opposées à celle qui lui a donné passage, dans la veine cave inférieure, par exemple, lorsqu'il a pénétré par la supérieure.

3° C'est une loi de physique qu'un gaz mêlé à un liquide rend plus difficile le passage de celui-ci dans des tubes très fins. Il s'ensuit que lorsque le sang a été battu avec de l'air, le liquide spumeux qui en résulte ne traverse que très difficilement les capillaires pulmonaires.

Ainsi, d'une part, le sang échappe en grande partie à l'action du cœur; d'autre part, il éprouve plus de résistance. Est-il étonnant que son cours se trouve subitement interrompu?

Cependant, il est rare que l'air arrive en assez grande abondance pour que cette interruption soit complète, et qu'il ne parvienne pas dans les cavités gauches du cœur une certaine quantité de sang; seulement, cette petite quantité se répandant dans tout le système artériel, il n'en arrive pas assez au cerveau pour lui communiquer la stimulation nécessaire. N'est-il pas alors évident que la mort apparente de cet organe tardera d'autant plus à devenir réelle que la quantité de sang qu'il recevra sera moins faible?

Voici maintenant la conclusion à laquelle je suis arrivé.

Le cœur bat long-temps encore après que le cerveau a cessé d'agir; c'est un fait que les expériences ont démontré surabondamment, et qu'on a remarqué dans le cas dont M. Gorré a publié dernièrement la relation, puisque cinq ou six minutes après la mort on apercevait encore un reflux dans la veine jugulaire interne, qui se trouvait à nu. Si donc je pouvais faire en sorte d'envoyer vers la tête tout le sang qui parvient dans le système artériel, peut-être retarderais-je la mort du cerveau jusqu'à ce que le cœur ait pu se débarrasser et la circulation se rétablir?

Or, il est facile, chez l'homme et chez les quadrupèdes de moyenne taille, de limiter ainsi le champ de la circulation: il suffit pour cela de comprimer l'aorte abdominale et les artères axillaires; c'est ce que je fis dans l'expérience suivante, que j'ai publiée en 1838.

Sur une chienne de moyen âge et de taille moyenne, bien portante, je coupai en travers le muscle sterno-huméral. Il y eut une hémorrhagie de 15 à 16 onces, et je fus obligé de lier l'artère axillaire pour l'arrêter. On vit alors la veine se gonfler pendant l'expiration et se vider pendant l'inspiration. Je l'ouvris en travers. L'air pénétra aussitôt avec la plus grande facilité: quatre élèves qui étaient avec moi ne doutèrent pas de son introduction. J'allai même jusqu'à écarter les bords de la plaie veineuse avec une pince.

Bientôt anxiété extrême, respiration précipitée, puis affaiblissement, collapsus général, et, après dix minutes, la respiration était rare, profonde; c'était le seul signe de vie.

Je comprimai alors l'aorte qu'on sentait à peine. Au bout de quelque temps, la respiration devint moins rare, l'animal poussa un petit cri plaintif, il ouvrit les yeux, puis leva la tête, et enfin voulut se mettre sur les pattes; la respiration était presque revenue à son type naturel.

Je cessai la compression. Aussitôt la respiration s'accéléra, puis se ralentit peu à peu, en même temps que l'animal retomba dans le collapsus dont il venait de sortir. Nouvelle compression, nouveaux phénomènes entièrement semblables aux premiers.

Je cessai de nouveau de comprimer, et l'animal retomba une troisième fois dans un état voisin de la mort. Je voulus essayer si la douleur produite par la pression n'était pas la cause de ces cris plaintifs, de cette espèce de résurrection dont nous avions été déjà deux fois témoins. On pinça l'animal très fortement avec les ongles, avec des pinces, aux jambes, sur le tronc, à la face, à la langue: aucun signe de sensibilité. Troisième compression: la même scène se reproduit.

Je cesse de nouveau; il retombe une quatrième fois. Je comprime encore. La chienne pousse aussitôt de nouveaux cris, ouvre les yeux, lève la tête, essaie de se mettre sur ses pattes, et y reste, bien que j'aie cessé la compression. C'était une demi-heure précise après l'ouverture de la veine. Il ne restait plus qu'un air de stupeur et d'étonnement qui ne tarda pas à se dissiper, et bientôt le chien lécha le sang qui était coagulé sur la table. Il mangea deux heures après près d'une demi-livre de viande cuite; constipation pendant quarante-huit heures, puis diarrhée pendant quatre jours. La plaie se cicatrisa rapidement.

Ce fait est fort remarquable, ajoutai-je, et dans les cas où des animaux soumis à des expériences de ce genre sont revenus à la santé, on n'a jamais observé des alternatives semblables.

RHUMATISME AIGU. — SULFATE DE QUININE.

(Extrait de la séance de l'Académie de médecine du 29 novembre.)

M. Rognetta adresse la lettre suivante:

Dans l'avant-dernière séance, M. Briquet a communiqué à l'Académie un intéressant travail sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu. L'auteur paraît s'attribuer la priorité de cette médication, et la discussion que le rapport sur ce travail doit attirer, paraît devoir plutôt porter sur les simples résultats d'une pareille pratique que sur les véritables données scientifiques qui avaient conduit d'autres médecins avant M. Briquet, à employer le sulfate de quinine à haute dose contre la même affection. Je crois, en conséquence, remplir un devoir en communiquant à l'Académie les remarques suivantes, qui dissiperont, j'espère, les fausses idées que quelques journaux ont avancées à cet égard.

Un premier fait que je tiens à établir, c'est que la priorité de cette méthode appartient à l'école de Rasori. Ce grand observateur ayant prouvé expérimentalement que la véritable action dynamique du quinquina et de ses préparations, en particulier du sulfate de quinine, était contro-stimulante, ses élèves, ainsi que lui-même, ont été naturellement conduits à les prescrire contre une foule d'affections inflammatoires aiguës et chroniques, parmi lesquelles on compte le rhumatisme et la goutte. On peut voir à l'article *quinquina*, du Traité de thérapeutique de M. Giacomini, traduit en français par M. Mojon et moi, des cas assez nombreux de cystites, de métrites, de pleurésies, de gastrites aiguës, traitées avec succès à l'aide du sulfate de quinine à haute dose. Le rhumatisme aigu figure également dans cette catégorie.

Si ces faits et mon témoignage oculaire ne suffisaient pas pour établir ce que je viens d'avancer, je dirai à l'Académie que j'ai sous les yeux un journal italien, imprimé à Milan en 1830, dans lequel on lit une lettre de M. Mojon, de Gênes, concernant une épidémie de rhumatisme articulaire aigu, fébrile, que cet habile praticien a traitée avec le plus grand succès à l'aide du sulfate de quinine. M. Gauthier de Claubry a pris connaissance de cet ouvrage; je joins à cette lettre la traduction française de cet article.

Un second point essentiel, c'est que, d'après les nombreuses expériences que M. Giacomini a faites sur lui-même, sur les animaux et sur les malades, le sulfate de quinine exerce une action hyposthénisante très marquée sur le système artériel, à l'instar de la digitale, de l'aconit, de la belladone, des mercuriaux, de l'arsenic et de plusieurs autres médicamens reconnus antiphlogistiques. D'où l'auteur a déduit l'avantage qu'il y a de combiner l'emploi du sulfate de quinine avec les saignées dans une foule de maladies inflammatoires. J'ai employé moi-même avec le plus grand avantage les sels de quinine dans le traitement des ophthalmies aiguës, des amauroses hypersthéniques ou congestives, des gastrites et même des ascites symptomatiques de phlogoses abdominales. On comprend par là comment le sulfate de quinine peut, dans la pratique, marcher de niveau avec la méthode des saignées coup sur coup, et comment ces deux méthodes peuvent se remplacer réciproquement ou être combinées utilement ensemble. On cessera de s'étonner de ces résultats si l'on veut bien renoncer aux idées préconçues qu'on professe sur l'action réputée excitante ou tonique d'une foule de médicamens et de poisons, pour n'admettre que les seuls effets de l'expérience et de l'observation rigoureuse.

J'ajouterai que, dans une série d'expériences toute récente, M. Giacomini a prouvé que si le sulfate de quinine à l'état de solution était administré à trop haute dose, il déterminait une véritable intoxication hyposthénique dont les effets ne pouvaient être dissipés qu'à l'aide de substances excitantes telles que le rhum, l'opium, la canelle, etc. Ce remarquable travail, je l'ai traduit et inséré par extrait dans la *Gazette des Hôpitaux*, n. 243 et 259 de 1841.

Qu'il me soit permis de dire enfin qu'ayant employé ou vu employer un grand nombre de fois les sels de quinine à haute dose, je pense, comme la plupart des médecins italiens, que l'on ne doit jamais dépasser de beaucoup les limites de la tolérance et déterminer une sorte d'empoisonnement reconnaissable à la surdité, à la cécité, aux hallucinations, à l'hématurie, et que j'ai observées moi-même. Il est imprudent de pousser jusqu'à la sursaturation, attendu qu'on n'est pas toujours maître de ramener les organes délicats des sens à leur type normal. On comprend aussi pourquoi nous trouvons contradictoire l'emploi des cataplasmes laudanisés avec la médication en question: c'est que le laudanum, outre qu'il ne calme pas la douleur inflammatoire, s'il est absorbé, excite l'organisme et neutralise d'autant l'effet hyposthénisant du sel de quinine; heureusement cependant que dans les régions enflammées l'absorption est nulle ou extrêmement légère.

En résumé, j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie les propositions suivantes:

1° Que la méthode en question appartient à l'école de Rasori;

2° Que cette méthode prouve l'action hyposthénisante des sels de quinine, si bien développée par M. Giacomini;

3° Qu'on ne doit pas, dans cette médication, dépasser de beaucoup les limites de la tolérance;

4° Qu'on peut combiner avantageusement la méthode de M. Bouillaud avec celle dont il s'agit;

5° Qu'il y aurait contradiction à combiner les préparations opiacées avec les sels de quinine.

Agréez, etc. ROGNETTA, D.-M.-P.

M. ÉDOUARD ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs des principales institutions de Paris, ouvrira le 5 décembre, dans son amphithéâtre, rue de la Harpe, n° 90, un Cours de chimie et un Cours de physique. Il les continuera tous les jours le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de physique sera commencé à une heure, et celui de chimie à deux heures et demie.

— M. Chassaignac commencera un cours d'anatomie le lundi 21 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Le cours commencera par la description des articulations.

A VENDRE, par le ministère de M. AUG. CRENET, directeur-gérant de la *Caisse centrale des médecins et pharmaciens*, rue Neuve-Saint-Denis, n° 25:

1° Une *Maison de santé* située dans le plus beau quartier de Paris.

2° Une *Pharmacie* située dans un très beau quartier et d'un produit avantageux et certain. (Affranchir.)

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 6 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 145, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 5 DÉCEMBRE.

On a vu, on peut voir encore avec quelle patiente fidélité nous avons rendu compte de cette longue discussion sur la *ténotomie*. Nous espérions faire ce que les académiciens font rarement, nous espérions insérer aujourd'hui un résumé réellement court des debats au point de vue purement scientifique; mais un grave incident et la menace de nouveaux discours nous obligent à l'ajournement d'une tâche, selon nous facile et agréable, et cela pour en remplir une complétement différente.

A la suite d'un défi porté par M. Bouvier, M. Guérin présenta à l'Académie deux femmes ténotomisées par lui, et qu'il disait avoir guéries de difformités de la main et des doigts. Ces opérées furent examinées par plusieurs académiciens pendant le discours de M. Guérin et la démonstration à laquelle il se livrait des résultats de l'opération. Plusieurs académiciens se déclarèrent satisfaits de cet examen ainsi fait en pleine séance; d'autres le furent moins; il y en eut enfin qui pensèrent que ce n'était ni le temps ni le lieu d'un examen minutieux et détaillé concernant des faits aussi difficiles à apprécier. Si on songe au nombre considérable des mouvemens de la main, au peu d'étendue dont quelques-uns jouissent, aux difficultés de les rapporter tous à leurs véritables agens après certains états pathologiques; si enfin on réfléchit bien à la physiologie de la main, on est tenté de se ranger du côté des plus exigeans quand il est question de constater des résultats opératoires. M. Bouvier fut de cet avis, et fit la proposition de nommer une commission qui aurait le mandat officiel d'examiner les malades de M. Guérin, dans des conditions de calme et de maturité qu'on ne pouvait rencontrer au sein d'une assemblée toujours plus ou moins tumultueuse quand il s'agit de ténotomie. M. Guérin refusa nettement la création d'une commission. L'Académie s'inclina devant la volonté de M. Guérin. Les membres qui avaient déjà une opinion sur les résultats obtenus par M. Guérin la gardèrent, ceux qui avaient quelques doutes en eurent davantage, et les indifférens devinrent curieux.

Selon nous, les choses devaient en rester là. Quant aux deux femmes opérées, elles rentraient alors dans la clientelle de M. Guérin; une fois sorties de l'Académie, par ordre de leur opérateur, elles ne devaient plus avoir aucun rapport avec aucun académicien; elles ne pouvaient plus être examinées que dans le cabinet de M. Guérin, et seulement par ceux que ce praticien aurait bien voulu admettre.

Voilà, selon nous, des règles de convenance desquelles on n'aurait pas dû s'éloigner. M. Bouvier en a jugé autrement: oubliant les égards dus à un confrère, à un collegue, ne voyant que les intérêts de la science et de la vérité, M. Bouvier a su retrouver ces deux femmes pour les soumettre à un examen minutieux, et le voilà, composant à lui seul une commission, se livrant à une enquête, et faisant un rapport en règle à l'Académie, rapport dont les conclusions se trouvent défavorables à M. Guérin puisqu'elles expriment nettement que, pour ces femmes, l'opération a été *un malheur* moins grand que celui dont a été affligé M. Doubowitski; mais ce n'en est pas moins un malheur. Comme confrères, nous n'approuvons pas la conduite de M. Bouvier, mais les académiciens devaient profiter de son enquête. M. Guérin, qui, selon nous, avait eu le tort de ne pas accepter une commission de l'Académie, ne pouvait plus maintenant s'y soustraire; seulement il eût pu exercer un droit de récusation qui aurait porté, par exemple, sur ceux qui dans la discussion ou ailleurs s'étaient montrés ses adversaires un peu trop prononcés. Le bureau de l'Académie, nous n'en faisons aucun doute, aurait compris M. Guérin, même avant ses récusations, et aurait composé une commission impartiale, ayant mandat académique, mandat officiel, qui *aurait pu formuler les opinions, les jugemens de l'Académie*, comme l'indique l'article 25 de ses statuts.

M. Guerin a préféré former la commission lui-même, et, il faut le dire d'abord, les membres qui ont eu l'honneur d'être investis de sa confiance, la méritent à tous égards. Mais des mandataires, quels qu'ils soient, sont toujours plus ou moins sous l'influence de l'origine du mandat. Les membres éclairés et consciencieux qui ont composé la commission, que nous appellerons de la *Muette*, auraient eu une autre position, une autre influence sur les destinées des questions qui s'agitent, s'ils avaient fait partie de la commission de l'*Académie*. Aussi leur rapport est tombé au degré du *certificat*, et de *commissaires* qu'ils auraient pu être, ils sont devenus *certificateurs*. Alors nouvelles reclamations de la part de MM. Bouvier et Gerdy pour obtenir une commission. Remarquez bien ce qui s'est passé ici, pour avoir une juste idee des inconséquences que peuvent commettre les corps les plus éclairés. Or, cette commission ne pouvait être acceptée que par M. Guérin, puisque l'ayant refusée d'abord, elle n a pu être constituee. Eh bien, cette fois c'est l'Académie qui s'est mise en demeure de se prononcer sur la nécessité d'une commission *académique* qui contrôlerait par un rapport le *certificat* de la commission de la *Muette!*

On passe aux voix sur cette proposition; elle est rejetée par dix voix contre six. Supposez son adoption: voilà une commission nommée. M. Guérin va la refuser. Qu'avez-vous à lui objecter s'il ne veut pas vous montrer ses malades, à vous, commission, et s'il ne consent à les exhiber qu'aux médecins qu'il voudra bien admettre dans son cabinet? Vous n'aurez rien à objecter. Mais croyez-vous que les positions soient devenues plus nettes par le rejet de cette proposition?

Il a été dit un mot bien compromettant pour les détracteurs des commissions. Un membre se plaignait amèrement des commissions, de leurs longueurs, de leur indifférence et même des *déboires* qu'il fallait subir quand on était sous elles. Ce chirurgien parlait de ce qui lui était arrivé dans une grande question soulevée par lui. Il avait, à son dire, été fortement tourmenté. Hé bien, dit M. Bouvier, la science y a gagné.— Oui, c'est vrai, répond le plaignant, *mais moi je n'y ai rien gagné!*

Deux membres composant la commission de la *Muette* ont paru s'offenser de la proposition d'une commission *académique*, et nous avons vu le moment où des scènes analogues à celles qu'on a eues à déplorer toujours à cause de la ténotomie, allaient se renouveler, parce que M. Bouvier faisait cette proposition, qui, selon nous, n'aurait pas dû être mise aux voix; car en agissant ainsi, on faisait déclarer à une partie de l'assemblée qu'elle se méfiait de la commission de la *Muette*. C'est ce qui est arrivé; six membres contre dix ont voté pour la création d'une autre commission. Disons-le tout de suite; il est des membres de la commission de la *Muette* qui ne demanderaient pas mieux que de soumettre leur examen à un contrôle. Il en est surtout qui ont mieux connu les difficultés chirurgicales, parce qu'ils ont mieux appris à les vaincre; ils savent, ces chirurgiens, combien les erreurs sont faciles, ils en connaissent toutes les sources, et s'ils avaient été présens à la dernière séance de l'Académie, n'en doutons pas, ils auraient consenti, de très bonne grâce, à la nomination d'une commission officielle à laquelle ils auraient pu être adjoints. Voyez donc maintenant où en sont les choses et les hommes. Tous les chirurgiens reconnaîtront les lumières, la conscience des commissaires de la *Muette*. Mais tous reconnaîtront aussi qu'ils ne sont pas infaillibles, surtout constitués comme ils l'ont été; tandis que les mêmes commissaires, avec un mandat académique, n'auraient pas été infaillibles sans doute: mais leur autorité eût été bien différente, et leur décision aurait eu un caractère scientifique qu'elle n'a pas. Ensuite, voyez la position de M. Bouvier, qui semble être pris en flagrant délit de mensonge. Or, M. Bouvier est un collègue honorable, dont les études ont été fortes, longues, sérieuses; M. Bouvier est académicien enfin, il a été le compagnon d'étude d'un des commissaires de la *Muette*. A tous ces titres, il mérite au moins qu'on le juge. Or, ce jugement ne peut être formé que par l'Académie elle-même. Le plus intéressé, au reste, dans la liquidation de cette affaire fort trouble, c'est M. Guérin; car si l'Académie se prononce en sa faveur, après examen fait par des membres qu'elle aura réellement commis, le succès de M. Guérin sera complet. Nous oserions même invoquer les intérêts de la science, si nous avions la certitude d'être compris.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Méningite chronique avec hémiplégie légère; symptômes de compression. Mort. Epanchement séreux considérable dans les ventricules; caractères anatomiques de la méningite.

Au n° 11 de la salle St-Bernard, était couchée une femme âgée de 25 ans, entrée à l'hôpital le 25 septembre, pour un engorgement des seins survenu pendant l'allaitement. Elle avait les seins volumineux et durs, le pouls fréquent et une chaleur fébrile à la peau. En l'examinant attentivement, on s'aperçut qu'elle avait dans la physionomie quelque chose qui n'était pas naturel; elle avait un air de stupeur prononcé, et elle ne tarda pas à se plaindre de douleurs de tête assez intenses.

A l'aide de cataplasmes sur les seins et d'un régime convenable, l'engorgement ne tarda pas à se dissiper, la fièvre diminua; mais la céphalalgie dont elle s'était plaint dès le commencement, persistant toujours, M. Barth, chargé alors du service en l'absence de M. Chomel, crut devoir fixer son attention sur l'encéphale qui paraissait être le siége des douleurs.

Il se borna d'abord à la simple expectation, ne préjugeant rien encore sur la nature de la maladie à laquelle il avait affaire.

Voici quelle a été la marche graduelle de cette affection.

Le 18 octobre, la céphalalgie persiste toujours; les pupilles sont dilatées; la stupeur semble augmentée. Les réponses aux questions qu'on lui adresse sont lentes et manquent de précision; léger délire pendant la nuit. La progression des symptômes jusqu'à ce jour a été très lente.

Le 24, il y a eu des vomissemens la veille; la peau est sèche et chaude; il y a encore un peu de délire avec frissons; douleurs de tête très vives; deux selles; la respiration est accélérée; au moment où l'on place la malade sur son séant pour l'ausculter, elle pousse des cris plaintifs. L'état des poumons ne présente rien de particulier. En raison de l'ensemble des symptômes actuels et de la recrudescence de la céphalalgie, on fait appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes; on ordonne aussi un gargarisme alumineux pour combattre une légère stomatite avec mal de gorge, qui se sont manifestés depuis peu.

Le 26, il est survenu de la salivation; c'est une circonstance assez heureuse, ainsi que le fait remarquer M. Barth, que ces sécrétions abondantes des muqueuses dans les affections cérébrales, ces sécrétions agissant à la manière de révulsifs. J'ai eu occasion, dit-il, d'observer ce fait plus d'une fois; je ne veux pas dire par-là que l'affection cérébrale s'arrête entièrement, elle n'est qu'un peu modifiée, ou, pour mieux dire, arrêtée momentanément dans sa marche, sauf à reprendre son cours bientôt après. Il y a eu aussi quelques crachemens de sang. Les traits sont un peu altérés; le menton semble porté plus d'un côté que de l'autre; la pointe de la langue est dirigée un peu à gauche; toujours le même air d'hébétude.

Le 27, la salivation continue; M. Barth croit ne devoir pas l'arrêter, par les motifs que nous avons exposés plus haut. La malade conserve toujours la même apparence d'hébétude; du reste, les fonctions digestives se font régulièrement; pas de selles involontaires; la malade semble même être plus calme que les jours précédens.

Le 30, le dévoiement a cessé; les vomissemens continuent. La sensibilité des membres est de plus en plus obtuse, bien que les mouvemens soient conservés, mais avec un peu d'affaiblissement. La malade est dans un état de calme apparent qui n'est, à vrai dire, qu'une véritable stupeur dont elle peut être retirée instantanément en la pinçant fortement.

Dans les premiers jours de novembre (époque où M. Chomel a repris le service), un strabisme double s'est manifesté; la pupille droite est très dilatée. La malade maigrit d'une manière remarquable, et tombe dans une espèce de collapsus et d'état comateux, d'où elle ne sort que pour émettre quelques mots vagues et inarticulés; elle reste habituellement dans un état complet d'immobilité, la tête penchée de côté, l'œil hagard et l'expression entièrement hébétée. Le pouls est de plus en plus petit; la peau, principalement celle des membres, est froide, d'une teinte violacée; la sensibilité devient de plus en plus obtuse, au point qu'on peut pincer la malade sans qu'elle donne le moindre signe de douleur. Les vomissemens, qui s'étaient montrés pendant quelque temps, ont cessé, mais les selles sont toujours involontaires; enfin tous les symptômes s'aggravant progressivement, la malade s'éteignit d'une manière presque insensible le 24, vers trois heures de l'après-midi.

— Le cortége des symptômes qu'offrait cette malade à l'époque où je repris le service, dit M. Chomel, me fit présumer que nous avions affaire à une affection chronique du cerveau, et après avoir hésité un instant entre le ramollissement de cet organe, une tumeur ou une méningite, je m'arrêtai à l'idée de cette dernière affection. L'hémiplégie légère du côté gauche pouvait, il est vrai, nous faire soupçonner l'existence d'une tumeur dans le lobe droit du cerveau; mais rappelons-nous que cette hémiplégie fut très légère, qu'elle consistait en une raideur des membres, une contracture musculaire plutôt qu'une véritable paralysie. Il est assez commun d'ailleurs de voir ces phénomènes succéder à une véritable méningite, et il n'est même pas difficile de s'en expliquer le mécanisme. Nous avons eu l'occasion d'observer un bon nombre de cas de méningites aiguës qui, pendant la vie, nous offraient cette différence marquée dans le degré de contracture des deux côtés, et qui nous ont présenté, à l'autopsie, les lésions ordinaires de la méningite avec un épanchement séreux plus ou moins considérable dans les ventricules, sans pourtant qu'il y eût une grande différence dans le degré d'altération qui existait de chaque côté. Il faut remarquer qu'il est très probable que la paralysie observée pendant la vie a été produite par une compression inégale résultant d'un épanchement séreux plus abondant d'un côté que de l'autre; la paralysie, en effet, allait diminuant à mesure qu'on s'approchait de la terminaison fatale, ou, pour mieux dire, à mesure que l'épanchement séreux des méninges s'étendant sur une plus grande partie de la surface cérébrale, et la compression devenant, par conséquent, plus uniforme, une espèce de collapsus général succédait à la contracture hémiplégique. C'est là aussi ce que nous avons observé sur la malade du n° 11, car la semi-paralysie qu'elle avait éprouvée dans les premiers temps de sa maladie allait diminuant, ou plutôt se généralisant avec les progrès du mal.

L'autopsie nous a fait voir, en effet, les circonvolutions cérébrales très aplaties, comme si elles avaient subi une compression considérable et prolongée. Ce simple aspect de la surface extérieure du cerveau nous fit pressentir l'existence d'un épanchement séreux dans les ventricules. Effectivement, ayant ouvert le cerveau, nous avons trouvé dans les deux ventricules une quantité de sérosité qui a pu être évaluée à quatre ou cinq cuillerées à bouche environ. Cette sérosité était jaunâtre, transparente, sans mélange de flocons albumineux. La première ne présentait rien d'anormal; elle se détachait assez facilement de la surface cérébrale; l'arachnoïde était poisseuse, collante au doigt; la pulpe cérébrale offrait une consistance assez ferme, même plus considérable qu'à l'état sain. Il n'existait aucune tumeur intra-crânienne. Ainsi, l'autopsie a de tous points confirmé notre diagnostic.

Nous rapprocherons de ce cas un autre fait non moins intéressant et qui a avec lui quelques points de contact.

Hémiplégie incomplète du côté gauche. Paralysie de la paupière supérieure droite et des muscles moteurs de l'œil gauche; suite d'attaques épileptiques réitérées.

Au n° 12 de la même salle se trouve couchée une femme affectée de paralysie incomplète dans le membre thoracique gauche, de paralysie de la paupière supérieure droite et des muscles moteurs de l'œil gauche (droits interne, supérieur et inférieur), car le globe de l'œil est porté dans l'abduction forcée, et ne peut exécuter aucun mouvement ni en dedans, ni en haut, ni en bas ; il reste presque immobile dans cette espèce de strabisme divergent. Telles sont les lésions qu'elle présentait à son entrée à l'hôpital.

Examinons maintenant quelle est la cause qui a pu produire ces accidens, quelle est la maladie à laquelle nous avons affaire. Cette femme nous dit que depuis trois ans environ elle était sujette à des attaques épileptiques. Il est possible qu'elle en ait eu même avant sans qu'elle ait pu se rendre compte de ce qu'elle éprouvait ; nous nous en tiendrons toutefois à ce qu'elle nous a dit à cet égard.

La première fois qu'elle fut prise d'une semblable attaque, elle éprouva à la suite, dans tout le côté gauche, une espèce d'engourdissement qui se dissipa peu à peu, et tout rentra dans l'ordre. Déjà, depuis son enfance, ajouta-t-elle, elle était sujette à quelques maux de tête qui affectaient plus spécialement le côté droit que le côté gauche. A la première attaque en succédèrent d'autres, principalement à l'époque des règles ; ces attaques survenaient sans être précédées d'aucun prodrôme, elles la saisissaient à l'improviste là où elle se trouvait, quelquefois dans la rue même, sans qu'elle pût les empêcher ou les différer.

Cette dernière circonstance n'est pas indifférente, car c'est là un des caractères qui peuvent aider à différencier l'épilepsie de l'hystérie. Les femmes hystériques sont, comme tout le monde le sait, sujettes aussi à des convulsions épileptiformes, mais ces convulsions sont très différentes de celles qu'a éprouvées cette malade ; les attaques hystériques ne sont jamais aussi brusques, aussi soudaines que les attaques épileptiques ; elles sont jusqu'à un certain point soumises à l'influence de la volonté, tandis que les attaques épileptiques y sont entièrement soustraites. Les femmes hystériques peuvent en quelque sorte maîtriser leurs attaques : aussi les ont-elles rarement dans la rue ou dans un lieu public ; elles ne les ont presque jamais que lorsqu'elles sont entourées de personnes à qui elles savent exciter de l'intérêt. Ainsi, toutes les fois que vous verrez une femme tomber dans la rue avec les symptômes d'une attaque épileptiforme, soyez certain que vous avez affaire à une attaque épileptique et non à des convulsions hystériques.

Revenons à notre malade. Il y a deux ou trois mois qu'elle fut prise soudainement d'une de ces attaques au milieu de la rue. Pendant l'accès, les membres du côté gauche furent instantanément paralysés, et c'est dans cet état qu'elle fut amenée à l'hôpital. Au moment de son admission, les phénomènes paralytiques étaient un peu diminués au membre inférieur ; au reste, il n'était pas facile de se rendre un compte exact de son état, car elle restait immobile dans son lit, dans un anéantissement presque complet de l'intelligence, et ne répondant que d'une manière vague et incohérente aux questions qu'on lui adressait ; de sorte que le degré de paralysie des membres pouvait paraître équivoque. D'ailleurs, la cessation de la paralysie dans la jambe, si toutefois elle avait réellement cessé, ne pouvait être d'une grande valeur pour le diagnostic, car, dans des affections cérébrales de même nature, la paralysie ne frappe quelquefois que sur les membres supérieurs, à l'exclusion des inférieurs, tandis que d'autres fois les supérieurs et les inférieurs en sont également atteints. Pour compléter enfin le tableau des symptômes offerts par cette malade, ajoutons que sa bouche était déviée à gauche, qu'elle poussait des cris et tombait dans un véritable délire loquace pendant la nuit, tandis que dans le jour elle était assez calme.

Quelle est donc l'affection cérébrale qui a produit et entretient encore maintenant cette série de phénomènes ? On conçoit bien qu'une hémorrhagie, par exemple, ayant eu lieu du côté opposé aux lésions existantes, ait pu, en comprimant un côté du cerveau, déterminer la plupart de ces symptômes ; mais un foyer hémorrhagique, comme un ramollissement, n'aurait produit ces effets qu'une fois.

Lorsque ces mouvemens convulsifs, ces accès épileptiformes se renouvellent à des intervalles plus ou moins éloignés, il faut admettre l'existence de toute autre lésion qu'une hémorrhagie, une tumeur par exemple.

Les attaques d'épilepsie reconnaissent, en effet, le plus souvent pour cause organique des tumeurs de diverse nature, situées dans la pulpe cérébrale. Aussi est-ce dans ce sens que nous inclinons à porter notre diagnostic. Si au début de la maladie il y eût eu une paralysie véritable, franche, qui n'eût pas été suivie d'autres attaques, on aurait bien pu admettre une hémorrhagie cérébrale, mais nous avons eu d'abord une attaque suivie d'un peu d'engourdissement et de torpeur dans les membres gauches, puis retour à l'état normal, puis de nouvelles attaques suivies des mêmes phénomènes, et enfin un dernier accès qui a produit les symptômes plus sensibles et plus permanens que nous observons aujourd'hui.

Telle est justement la marche ordinaire de l'épilepsie symptomatique, c'est-à-dire de celle qui est causée par une altération organique matérielle, une tumeur, par exemple. Quelquefois ces tumeurs cérébrales restent stationnaires, et alors la paralysie qu'elles ont produite peut disparaître peu à peu, sauf à se reproduire de nouveau lorsque la cause productrice fait des progrès. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer ces intervalles de calme que les malades éprouvent dans le cours de cette maladie, et que notre malade a en particulier présentés. Mais il arrive un moment où la maladie hâte, pour ainsi dire, son développement, et la terminaison fatale ne tarde pas à en être la suite.

Le diagnostic des affections cérébrales offre toujours plus d'incertitude que celui de toutes les autres maladies, des affections pulmonaires, par exemple ; car la difficulté du diagnostic, dans ce cas, est en raison de la difficulté d'explorer l'organe malade. Nous ne pouvons nous guider ici que d'après les symptômes apparens et les causes probables de l'affection. Aussi sommes-nous loin d'être sûr de la nature de la maladie en question ; mais il y a grande probabilité qu'il s'agit d'une altération matérielle du cerveau, d'une tumeur siégeant, suivant toute apparence, à droite.

Le pronostic, on le conçoit, ne peut être que très grave ; l'issue de la maladie n'est pas incertaine : elle est irrévocablement mortelle ; il n'y a d'incertitude que pour l'époque de cette terminaison. La malade peut vivre ou plutôt végéter encore pendant quelque temps, mais tôt ou tard elle finira par succomber. Il est possible qu'il survienne quelques nouvelles attaques à une desquelles elle succombera, ou qu'il s'opère autour de la tumeur un ramollissement qui désorganisant plus ou moins le cerveau, finira par amener la mort.

Quant au traitement, il n'y en a pas de vraiment efficace ; toutes les ressources de l'art se réduisent à des palliatifs et à des moyens propres à ralentir la marche de la maladie ; ainsi les sétons derrière le cou, les frictions mercurielles à la nuque, les vésicatoires et les sinapismes sur les extrémités, les purgatifs, les calmans, etc., tels sont à peu près les seuls moyens que la matière médicale met à notre disposition contre une affection semblable.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

AFFECTIONS SQUAMMEUSES. (Suite et fin.)

Traitement des affections squammeuses. Médication arsenicale, antimoniale par le goudron et les autres pommades.

Je vous ai exposé avec détail la marche à suivre dans le traitement des affections squammeuses au moyen des préparations arsenicales ; le choix à faire de ces préparations et la préférence à accorder à la solution de Fowler ; la manière dont cette préparation doit être employée, ses effets généraux et locaux ; les accidens qui peuvent survenir pendant son administration ; les moyens d'y parer ; la coloration particulière que ces préparations impriment à l'affection cutanée ; enfin les caractères de ce que j'ai nommé la *saturation arsenicale*. Il ne me reste plus, pour compléter ce sujet, qu'à vous parler des effets généraux que produit cette médication ; et par cela même aussi des contre-indications à son emploi.

Un certain nombre de sujets supportent les préparations arsenicales sans qu'il en résulte le moindre changement dans l'état général de leur santé ; ils conservent leur appétit et leur embonpoint. Il faut le dire, beaucoup de malades, sans qu'il se manifeste un trouble réel dans l'économie, maigrissent cependant ; leur figure devient plus pâle, et le teint est un peu plombé. Chez d'autres enfin, les arsenicaux ne sont pas supportés, quoiqu'ils soient prescrits à plus petites doses ; mais ces sujets sont rares.

Ces considérations nous ont fait adopter la règle de prescrire les préparations arsenicales de préférence dans les récidives des affections squammeuses. Je ne m'écarte pas de cette méthode, lorsqu'il s'agit surtout d'ouvriers, qui se soumettent rarement aux règles hygiéniques convenables. Il n'en est pas de même lorsque j'ai à traiter la même maladie chez une personne plus élevée dans l'échelle sociale, et dont la position de fortune et les habitudes de la vie permettent des soins de propreté mieux entendus et mieux observés. Je cherche alors à obtenir une guérison radicale, et je considère les préparations arsenicales comme les plus propres à procurer ce résultat.

Je n'ai obtenu que peu de succès des préparations antimoniales dans le traitement des affections squammeuses. Cependant elles m'ont quelquefois réussi là où d'autres médications avaient été sans succès. C'est ordinairement l'émétique associé à la crême de tartre que je prescris de la manière suivante :

Crême de tartre,	125 grammes.
Emétique,	60 centigr.

Pour 36 prises, une chaque matin, dans un julep.

Les malades sont purgés presque tous les jours par ce mélange, mais ils n'ont qu'une ou deux garderobes ; d'autres supportent dès l'abord ce médicament sans qu'il en résulte d'évacuations alvines ; d'autres enfin sont purgés pendant quelques jours, puis le médicament est toléré sans évacuations.

Quoi qu'il en soit, il n'en résulte pas de trouble notable dans la santé générale. D'autres médecins prescrivent le sulfure d'antimoine, mais son action est moins énergique.

Lorsque la maladie disparaît par ce mode de traitement, il n'en reste aucune trace à la peau, qui reprend sa couleur normale.

On a encore préconisé les traitemens mercuriels pour combattre les affections squammeuses ; mais je crains bien qu'au lieu de psoriasis, par exemple, n'on ait eu affaire à des syphilides squammeuses. Dans un grand nombre de cas j'ai employé un traitement antisyphilitique alors que l'aspect des élevures de psoriasis, d'une part, et les antécédens du malade, de l'autre, pouvaient me faire soupçonner une syphilide, et jamais le psoriasis n'a été modifié par ce traitement. J'ai encore dans mes salles un malade qui est entré à l'hôpital avec un *rupia syphilitique* occupant toute la région lombaire, ainsi qu'une affection squammeuse de la peau que je fus porté à regarder comme une syphilide à cause de l'existence même du *rupia*. Un traitement mercuriel a été fait. La guérison de cette dernière affection s'est opérée ; mais le psoriasis, que j'avais été porté à regarder comme une syphilide squammeuse, a persisté, et j'ai été obligé de le traiter par la pommade de goudron, qui a déjà notablement amendé l'affection. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de citer des faits analogues.

La teinture de cantharides, préconisée par quelques auteurs, est aussi presque toujours sans succès. Médicament héroïque pour d'autres maladies cutanées (l'*eczéma chronique*, le *lichen agrius*, etc.), il est presque sans effet dans le traitement des affections squammeuses.

J'arrive actuellement aux médications externes qui ont tour à tour été employées. A leur tête, je placerai les pommades de goudron, dont mon collègue, M. Emery, a plus particulièrement répandu l'emploi à l'hôpital Saint-Louis. Ces pommades sont formulées de diverses manières. Pour moi, je les compose dans des proportions qui varient entre un cinquantième, un cinquième ou un quart de goudron, de manière à avoir des pommades au quarantième, au trentième, au vingtième, au dixième, etc. Toutefois, je ne me sers, pour combattre les affections squammeuses, que des pommades au dixième, au cinquième, au quart et quelquefois au tiers. Excitantes pour beaucoup de maladies de la peau, et notamment pour les affections sécrétantes, elles sont éminemment résolutives à l'égard des affections squammeuses. Il est des cas où elles font passer le psoriasis ou la lèpre à l'état aigu ; mais le plus souvent où elles guérissent l'affection, ou elles n'ont aucune action sur elle.

Nous devons cependant nous expliquer à l'égard du mot guérir : je l'entends en ce sens que la maladie cutanée disparaît. Mais je dois ajouter de suite qu'il est très fréquent de voir reparaître l'affection peu de temps après la guérison ; aussi les malades nous ont-ils souvent dit qu'ils avaient été *blanchis* par le goudron. Mais outre que dans certains cas on obtient une guérison réelle, il est des individus dont la constitution, l'état du canal digestif ne permettent pas l'emploi de remèdes internes, et l'on est alors heureux de pouvoir faire disparaître l'affection squammeuse par cet agent thérapeutique.

Voici, au surplus, la manière dont le malade doit en faire usage. Trois fois le jour il étend à la surface de toutes les parties malades une couche assez épaisse de pommade ; il frictionne même les parties pour mieux les enduire du corps gras, et lorsque la friction est terminée, la peau doit présenter un aspect très luisant provenant de la quantité de graisse qui est étendue. On commence par une pommade au dixième, et on la rend de plus en plus forte. Le malade ne doit changer de linge que très rarement, car le linge absorbe la pommade, et d'ailleurs la peau doit rester dans une atmosphère de goudron. Il en résulte un inconvénient assez grave pour la pratique civile : c'est que le malade est obligé de se séquestrer pour faire son traitement, ou bien, s'il voit du monde, il répand autour de lui une odeur forte de goudron. Cet inconvénient est d'autant plus réel, que la durée moyenne du traitement est de deux à trois mois. A la pommade de goudron on doit joindre l'usage des bains de vapeurs, et de temps en temps l'emploi de bains alcalins afin de nétoyer la peau.

Les modifications que la pommade de goudron imprime aux affections squammeuses sont les suivantes. Durant les premières frictions, la maladie subit peu de changemens. Mais au fur et à mesure de son emploi, les apparences squammeuses s'effacent ; les plaques de psoriasis ou de lèpre prennent une teinte d'un rouge livide ; elles deviennent lisses ; puis elles s'affaissent, s'aplatissent, s'étalent. En même temps il se montre autour de l'élevure squammeuse un liseret blanc qui indique les progrès de la guérison et qui permet d'espérer un succès ; puis les plaques diminuent de largeur et s'effacent entièrement. Dans le psoriasis, la guérison paraît s'opérer de la circonférence au centre ; le contraire a lieu dans la lèpre.

Il est des cas dans lesquels la pommade de goudron fait passer l'affection squammeuse de l'état chronique à l'état aigu. Il faut alors suspendre le traitement, et mettre le malade à l'usage des émolliens. Il est rare alors que la même médication, reprise par la suite, opère une guérison. Nous avons vu des malades chez lesquels l'emploi du goudron avait été tenté à quatre reprises différentes, et toujours avec recrudescence à l'état aigu. Il est des formes de psoriasis que le goudron ne guérit pas ; c'est, par exemple, celle que nous avons désignée sous le nom de *psoriasis punctata*, la plus rebelle de toutes. Le goudron guérira facilement les lèpres qui font de rapides progrès en largeur ; le *psoriasis diffusa*, celui surtout qui n'est pas franc, dont les élevures ne sont pas nettement circonscrites. Quoi qu'il en soit, c'est un agent puissant, qu'il convient de mettre en usage surtout chez les jeunes sujets et chez ceux qui ne peuvent pas supporter une médication interne un peu énergique.

Après les pommades au goudron, nous devons mentionner celle qui a pour base le carbonate de potasse seul ou le carbonate de potasse associé à la chaux. Dans le premier cas, on incorpore à la graisse 4 grammes de carbonate de potasse pour 30 grammes d'axonge, et dans le second on y ajoute en plus 2 grammes de chaux vive. Ces pommades peuvent être placées presque sur le même rang que les pommades au goudron. Elles nous ont très bien réussi dans bon nombre de cas, et tout récemment encore nous avons guéri deux ichtyoses brunes de naissance chez un enfant de quinze ans, et chez un sujet de trente-deux ans. Nous avons gardé les malades un mois après leur guérison sans qu'ils fissent aucune friction, et la maladie n'a pas reparu ; or, on sait que l'on signale cette affection comme incurable. Il y a déjà six mois que l'un d'eux est sorti de l'hôpital, et nous n'avons pas appris qu'il y ait eu de récidive. Ces pommades s'emploient, du reste, comme la pommade de goudron, et elles amènent dans les apparences morbides tous les changemens que nous avons signalés en parlant de celle-ci.

On a beaucoup vanté depuis dix-huit mois, d'une part l'anthracokali ; d'une autre part le fuligokali : le premier préconisé par le docteur Polya ; le second par M. Deschamps, d'Avallon. J'ai essayé ces deux médicamens, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, dans le but de combattre les affections squammeuses, et je dois déclarer que je n'en ai pas retiré d'avantages marqués. Quelques essais heureux avaient engagé M. Gibert à pré-

coniser l'anthracokali ; mais ils ne se sont pas soutenus, et il paraît avoir renoncé à l'usage de ce médicament. Le fuligokali étant de date plus récente, il appartient au temps de déterminer d'une manière définitive quelle sera sa valeur.

Telles sont les principales médications employées dans le traitement des affections squameuses. Je me suis attaché à vous retracer le tableau des avantages et des inconvéniens que j'ai observés dans les cas nombreux où j'ai eu occasion de les mettre en pratique. Je l'ai fait avec conscience, sans prévention, sans partialité. Puissent ces données vous être utiles dans le cours de votre pratique médicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 3 décembre.— Présidence de M. PAUL DUBOIS.

Suite de la discussion sur la ténotomie.

Le procès-verbal de la dernière séance mentionne une rectification de M. Bouvier. Clémentine Delamain avait appris à coudre de la main gauche avant l'opération, et non depuis, comme il l'avait avancé ; mais M. Bouvier maintient qu'elle pouvait alors coudre de la main droite, et maintenant elle ne le peut plus.

— *M. Delens.* Avant de continuer la discussion, ne serait-il pas utile de décider qu'elle sera close aujourd'hui ; car elle dure déjà depuis long-temps, et elle me paraît suffisamment éclairée.

M. Velpeau. On ne peut rien préjuger à cet égard. Nous ne savons pas si ce que M. Guérin va dire n'exigera pas de nouvelles répliques. L'Académie a, du reste, décidé qu'elle entendrait notre collègue aujourd'hui. Plusieurs membres partagent l'opinion de M. Velpeau. On va aux voix sur la proposition de M. Delens ; elle n'est pas adoptée.

La parole est à M. Guérin. (Nous donnerons un extrait de son discours dans un prochain numéro.)

M. Bouvier. L'heure est trop avancée (cinq heures moins un quart) pour qu'il me soit possible de répondre à ce que M. Guérin vient de dire ; je me bornerai, pour le moment, à une simple remarque dont mes honorables collègues comprendront, comme moi, toute la gravité. L'Académie savait déjà combien, après un mûr examen, je me suis trouvé différer d'opinion avec M. Guérin sur les résultats des opérations pratiquées sur Clémence Delamain et sur Clémentine Monchy. On sait aussi que j'avais demandé à l'Académie de nommer une commission pour éclairer le public sur la réalité de ces résultats ; quoiqu'appuyée par plusieurs de mes collègues, ma proposition a été combattue par M. Guérin, et l'Académie a passé outre. Jusque là le différent restait entre M. Guérin et moi ; et après tout ; je ne pouvais pas forcer mon collègue à rendre public le résultat de ses opérations. Mais aujourd'hui la question se trouve complètement déplacée. M. Guérin vient de vous lire un certificat de cinq membres de cette Académie qui ont examiné Clémence Delamain et Clémentine Mouchy, certificat dont les conclusions sont opposées au résultat que j'ai communiqué à l'Académie dans une précédente séance. Je ne veux pas, en cet instant, expliquer les dissidences qui existent entre mon opinion et celle de la commission que M. Guérin a choisie. Certes, je me hâte de le dire, je ne prétends pas élever des doutes sur la réalité des observations faites par la commission composée d'amis intimes de M. J. Guérin ; cependant chacun comprendra qu'il y a une différence entre une commission qui a un mandat de l'Académie et celle qui n'en a pas. Je propose donc, sans entrer dans plus de détails sur ce point, que l'Académie prie de nouveau M. Guérin de demander lui-même une commission officielle pour examiner ses deux opérées. J'insiste sur cette proposition parce qu'elle est nécessaire pour que le public puisse juger en parfaite connaissance de cause de quel côté est l'erreur, de quel côté est la vérité.

M. Gerdy. J'appuie de toutes mes forces la proposition de M. Bouvier ; et je déclare que si j'étais à la place de M. Guérin, je supplierais l'Académie de nommer cette commission, car je ne voudrais pas qu'on pût dire que je veux mettre mes opinions à l'abri du dévouement et de l'amitié. Je dis plus ; au point où est arrivée cette discussion, je demande que ceux qui ont fait de l'opposition aux opinions de M. Guérin fassent partie de cette commission ; c'est le seul moyen de convaincre le public qui, il faut le dire, pourra bien ne pas être complètement édifié sur les dissidences radicales que nous voyons se manifester sur l'appréciation de faits matériels. Qu'on le sache bien, pour que les conclusions d'une commission aient de la puissance sur le public, il faut que cette commission renferme les élémens des opinions diverses.

M. Amussat. Je repousse la proposition qu'on vient de faire ; en l'adoptant, l'Académie compromettrait sa dignité. Il serait du reste à désirer que quand un membre de cette Académie articule un fait, il fût cru sur parole.

M. Bouvier. M. Amussat a parfaitement raison ; il serait à désirer que nous fussions tous crus sur parole. Mais comment faire dans la circonstance actuelle ? La commission dont M. Amussat faisait partie, a constaté sur les deux opérés de M. Guérin des résultats que je conteste. Nous sommes cependant tous membres de l'Académie. Je le répète, il n'y a qu'une commission officielle qui puisse vider ce différent.

M. Amussat. Je ne répondrai pas à la remarque de M. Bouvier ; j'ajouterai seulement que je ne comprends pas les avantages qu'on peut faire valoir en faveur des commissions dans lesquelles se trouvent des oppositions plus ou moins radicales. Je sais, pour ma part, tous les déboires que j'ai eu à essuyer à cet égard.

M. Bouvier. Je répondrai à M. Amussat que la science y a gagné.

M. Amussat. Que la science y ait gagné, c'est possible ; quant à moi, je sais que je n'y ai rien gagné. (On rit.)

M. Guérin. Je prie l'Académie d'être bien convaincue que j'ai eu des motifs sérieux pour refuser la commission demandée. Il ne me convient en aucune manière d'accepter des commissions où se trouveraient mes adversaires. Tous les hommes de bonne foi comprendront sans peine les motifs de mon refus. Quant à mes deux opérées, je m'engage à les montrer dans mon établissement à tous ceux de mes honorables collègues qui m'en témoigneraient le désir.

M. Castel trouve la proposition de MM. Bouvier et Gerdy contraire aux convenances, à l'équité et à la dignité de l'Académie.

Plusieurs membres. Aux voix, aux voix, la proposition de M. Bouvier.

Plusieurs autres membres demandent l'ordre du jour.

M. Gerdy. Avant le vote, j'ai à demander une courte explication : la plupart des membres de l'Académie qui ont examiné les deux opérées de M. Guérin sont présens à la séance ; je leur demanderai s'ils ont constaté les mouvemens d'adduction et d'abduction des doigts, car, si je ne me trompe, ces mouvemens ne sont point mentionnés dans le certificat que M. Guérin vous a lu.

Personne ne répond. — Aux voix, aux voix !

M. le président met aux voix la proposition de M. Bouvier. — Six membres votent pour, dix membres votent contre.

En conséquence la proposition de M. Bouvier est rejetée.

La discussion sera continuée samedi prochain, 10 décembre.

Il est cinq heures un quart. La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 novembre. — Présidence de M. FOUQUIER.

A deux heures, M. Morel, vice-président, occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — *M. Peysson*, chirurgien de l'hôpital militaire de Lyon, adresse à la Société une nouvelle lettre sur la dysenterie, à l'effet d'obtenir le titre de membre correspondant. M. Serrurier est nommé rapporteur.

— *M. Guillon* prend la parole et entre dans de nouvelles explications au sujet de la lettre écrite par M. Mayor.

Une agitation se manifeste, de nombreuses objections viennent interrompre notre confrère ; on lui représente :

1° Que la lettre de M. Mayor et l'observation qui s'y trouve jointe, n'ayant été qu'indiquées et non insérées textuellement dans le procès-verbal, il n'est convenable ni juste, en l'absence d'une des parties intéressées et sans produire les pièces, de revenir sans cesse sur une question suffisamment controversée ;

2° Que les auteurs dissidens peuvent ; s'ils persitent dans cette polémique irritante, choisir les journaux de médecine :

3° Enfin que la Société, sans contester l'habileté de M. Guillon, ne veut point qu'on interprète son silence comme favorable à une méthode qui compte parmi ses membres un grand nombre de contradicteurs.

L'ordre du jour est réclamé de toutes parts ; M. Perthus demande qu'il soit bien entendu que l'ordre du jour comprend l'exclusion de toutes les explications données par M. Guillon au commencement de cette séance. La Société, consultée par son président, sur la question ainsi posée, l'ordre du jour est adopté. (Le procès-verbal lu dans la séance du 1er décembre a été adopté à l'unanimité.)

— *M. Léger*, chargé par la Société de faire un rapport sur le Mémoire adressé par M. Foucart (Sur l'emploi des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie), à l'effet d'obtenir le titre de membre résidant, commence par se demander s'il était bien utile de faire un travail sur un sujet pareil ; s'il n'eût pas mieux valu traiter un point de thérapeutique plus contesté ? Il avoue cependant qu'en médecine il est difficile d'écrire quelque chose de nouveau bien qu'il y ait beaucoup à faire, ainsi qu'on peut s'en convaincre à mesure qu'on vieillit dans la pratique de cette profession qu'on appelle l'art de guérir.

Il est vrai de dire, ajoute M. Léger, que quelques praticiens distingués ont nié l'utilité des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie, il en est même qui ont été jusqu'à repousser l'emploi de ce moyen et celui de la saignée, préconisant l'émétique administré à haute dose, comme seul médicament utile ; cruel embarras pour un jeune homme qui débute ! Heureusement que les hommes si exclusifs dans leurs écrits le sont beaucoup moins au lit des malades. Ce mémoire a donc un but, une utilité dont il faut convenir.

M. Foucart applique le vésicatoire sur le point de la poitrine correspondant à la partie malade ; quelquefois il l'emploie comme révulsif aux extrémités ; mais peut-être, dit le rapporteur, est-il trop prodigue de ce moyen. Il semble que dans les douze observations rapportées par lui on eût pu l'épargner à quelques malades. Un seul a succombé, atteint très gravement et surpris par une pleurésie dans un grand état de faiblesse, amené par de fréquentes saignées ; peut-être, dans ce cas, aurait-on pu saigner moins et essayer de l'émétique.

M. Foucart attribue la diminution de la fréquence du pouls à l'application des vésicatoires.

M. Léger pense que la saignée a une part plus influente dans la production de ce phénomène.

Ce mémoire, ajoute en terminant M. Léger, est écrit avec méthode et clarté ; les observations qu'il contient sont aussi complètes que possible ; elles ont un cachet de vérité que n'offrent pas toujours celles qui ont été amendées ou retouchées dans la vue de préconiser un moyen thérapeutique.

L'admission de M. le docteur Foucart, proposée par M. le rapporteur, est mise aux voix et adoptée.

— *M. Duperthuis.* Il y a un peu plus de 15 jours, j'ai été appelé près d'un jeune homme qui venait de se tirer accidentellement un coup de pistolet au milieu du front, à courte distance, car au même instant où il a été frappé, il regardait dans le canon, ce qui pouvait empêcher le pistolet de partir. Le coup porta entre les deux yeux, enleva un lambeau en forme de V, le coronal fut fracturé en étoile, et un fragment s'enfonça à 2 millimètres de profondeur ; on voyait battre à nu l'artère méningée moyenne. J'essayai d'extraire quelques grains de petit plomb et des morceaux de bourre, mais je suspendis ces tentatives en voyant que le petit malade perdait connaissance ; je le fis coucher, et pendant toute la semaine je couvris les parties blessées de compresses trempées dans l'eau froide, et je maintins de l'eau chaude aux pieds. Une réaction assez vive s'étant manifestée dans la soirée, je pratiquai une saignée de quatre palettes. Il ne survint point d'accidens graves, la fièvre fut modérée ; seulement, lorsque le malade exécutait quelque mouvement il éprouvait des vertiges. Il y a aujourd'hui dix-huit jours que l'accident est arrivé : la suppuration s'est établie abondante et fétide ; la plaie, large dans le principe comme un écu de six francs, n'offre plus maintenant que la surface que pourrait couvrir une pièce d'un franc. J'ai cherché dès le premier pansement à recouvrir l'os dénudé. Si, comme j'ai lieu de le croire, le malade guérit, j'aurai l'honneur de vous le présenter.

M. Serrurier demande quels ont été les accidens primitifs, s'il y a eu hémorrhagie nasale. Il témoigne quelque surprise de ce que, parmi les moyens curatifs employés par M. Duperthuis, on n'ait point donné l'eau émétisée, puissant moyen de dérivation que ne manquait jamais d'employer Desault dans le traitement des plaies de tête ou celui des commotions cérébrales.

M. Duperthuis répond à ces observations que le malade a d'abord perdu connaissance, et que des mouvemens convulsifs ont agité fortement ses membres, qu'il n'a point administré l'émétique dans la crainte que les secousses du vomissement ne causassent quelque ébranlement fâcheux. Il ajoute que le malade, saigné le lendemain, vomit le déjeûner qu'il a pris trois heures avant l'accident, et il remarque que ce fait est en opposition avec un autre fait rapporté à la Société. Dans ce dernier cas, les choses se seraient passées bien différemment. Un homme étant mort frappé en duel immédiatement après avoir déjeûné, on n'aurait, à l'ouverture du corps, trouvé aucun aliment dans son estomac.

M. Tanchou. On vient de vous communiquer une observation fort intéressante, mais je m'étonne que M. Duperthuis ait fait tous ses efforts pour recouvrir un os qui, frappé par le plomb, par le contact de l'air et tout dépouillé de son périoste, peut s'exfolier. Il eût été mieux de conserver une *fenêtre*. En négligeant cette précaution, on s'expose à revenir sur ses pas.

On vous a dit aussi que ce jeune enfant, frappé deux heures après son repas, n'avait vomi les matières ingérées que huit heures après, lorsqu'on venait de lui tirer du sang ; mais je ne vois rien dans ce fait qui puisse surprendre l'observateur. Cela prouve seulement que les accidens graves suspendent la digestion : on a vu souvent des malades ne vomir que 12, 24, 48 heures, plusieurs jours après, les alimens qu'ils avaient pris.

M. Duperthuis. En cherchant à recouvrir l'os, je me ménage une chance favorable ; d'ailleurs, il existe toujours une ouverture par où pourrait se faire l'exfoliation. Je dois aussi répondre que je n'étonne nullement que mon malade ait vomi son déjeûner 10 ou 12 heures après l'avoir pris, mais bien plutôt de ce qu'on n'ait rien trouvé dans l'estomac de l'individu tué en duel au sortir de table.

M. Tanchou. Je ne pense pas qu'on puisse douter de la vérité du fait. Pour moi, j'en conclus que, dans un grand nombre de circonstances, les alimens passent de suite de l'œsophage dans les intestins.

— *M. Guersant* présente à la Société l'employé du théâtre de l'Opéra-comique dont la clavicule était fracturée. Il rappelle sommairement que chez cet homme la clavicule était brisée en trois morceaux et que le fragment externe offrait un abaissement considérable et un déplacement tel qu'on pouvait introduire le pouce entre les deux fragmens.

Chez ce malade, traité par M. Guillon au moyen d'un appareil qui lui est propre, on n'aperçoit presque plus de traces de l'accident. M. Guersant reconnaît que c'est un beau cas de guérison, mais il pense qu'on pourrait, à l'aide d'autres appareils convenablement appliqués, obtenir le même résultat.

M. Guillon donne à peu près en ces termes la description de son appareil.

Il consiste dans l'emploi méthodique de trois serviettes et de deux coussins qui, convenablement disposés, maintiennent parfaitement les fragmens en contact, quel que soit le déplacement qui ait précédé leur application.

La première serviette, placée en écharpe sous le coude, et dont les deux chefs se croisant sous l'aisselle viennent se fixer sous l'épaule saine, sert à soulever le bras autant que cela est nécessaire, pour que les fragmens se trouvent à la même hauteur.

La deuxième serviette, ou bandage de corps, transforme l'humérus en un levier du premier genre. Le coussin axillaire, d'environ 10 centimètres d'épaisseur, cunéiforme, placé entre le bras et les chefs de la première serviette, forme le point d'appui ; on le fixe sous l'aisselle au moyen d'un large ruban de fil qu'on fixe à sa base et qu'on noue sur l'épaule du côté sain. C'est en rapprochant le coude auprès du corps à l'aide de cette deuxième serviette qu'on produit une extension continuelle qui maintient les fragmens en contact.

La troisième serviette, placée en cravate, de manière que le plus long bord se trouve sur le milieu de l'espèce de lac qu'elle doit former, a pour objet d'attirer en arrière le moignon de l'épaule du côté malade et de s'opposer à tous les mouvemens qui tendraient à produire le chevauchement. Après avoir fait passer l'un des chefs au-devant de l'épaule saine, sur laquelle il prend son point d'appui, et avoir fait passer l'autre chef au-devant de l'extrémité supérieure du bras opposé, on ramène les chefs, en les croisant sur le coussin placé entre les deux épaules, et on les y assujettit fortement avec de grosses épingles.

Quand il y a abaissement du bras et chevauchement des fragmens, les trois serviettes et les deux coussins sont nécessaires pour porter le fragment externe en haut, en dehors et en arrière et pour le maintenir en contact avec le fragment interne ; mais quand la fracture a lieu sans déplacement, la première serviette, celle de suspension du membre suffit ordinairement pour guérir sans difformité.

La séance est levée à quatre heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Rapsodies thérapeutiques ; par M. le docteur PITSCHAFT, de Bade.

I.

Lorsque M. Pitschaft rencontre dans sa pratique un vieillard chez lequel les évacuations alvines ne se font qu'avec difficulté, il prescrit avec beaucoup de succès les pilules suivantes :

Pr. Extrait de coloquinte composé,	1 gramme.
Acétate de morphine,	5 centigrammes.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en vingt pilules bien égales.

On en fait prendre une le soir, au moment du coucher, et, suivant les circonstances, une seconde le lendemain matin au réveil.

II.

Ce praticien assure avoir guéri des incontinences d'urine, chez des sujets des deux sexes, par l'emploi de très petites doses de strychnine. S'il existe un état saburral des premières voies, il est indispensable d'y remédier, par les moyens appropriés, avant de commencer l'administration du médicament.

III

Les anciennes plaies, surtout celles qui n'ont pas la moindre tendance à la cicatrisation et dont les surfaces ont éprouvé une perte de substance assez considérable, guérissent généralement assez bien sous l'influence des douches de vapeurs aqueuses ; mais il faut avoir beaucoup de persévérance dans l'emploi de ce moyen.

IV.

La mille-feuille et la pimprenelle blanche sont, d'après M. Pitschaft, spécifiques contre les hémorrhoïdes, et elles jouissent d'une égale efficacité contre les varices douloureuses qui tourmentent les femmes pendant la durée de la gestation.

V.

Chez les personnes qui ont l'estomac et le canal intestinal doués d'une très grande susceptibilité, on ajoute avec un avantage marqué 4 à 6 gouttes de teinture thébaïque aux médicamens vomitifs, lorsque le besoin de vomir se présente chez elles.

VI.

Quand il s'agit de purger des sujets chez lesquels les cathartiques donnent facilement lieu à la production de coliques spasmodiques, M. Pitschaft associe aux purgatifs de petites doses d'acétate de morphine ; l'effet en devient plus sûr, et les évacuations sont alors provoquées sans aucun accident. Ce médecin a surtout recours, dans les cas de ce genre, à l'emploi de la potion suivante :

Pr. Séné mondé,	15 grammes.
Manne en sorte,	30
Eau bouillante,	180

Faire infuser, passer et ajouter à la colature

Sulfate de magnésie,	30 grammes.
Acétate de morphine,	1 centigramme.

F. dissoudre et mêler S. A.

A prendre par cuillerées à bouche, toutes les heures.

(*Hufeland's Journal*, mars 1842.)

Traitement de l'anasarque consécutive à la scarlatine ; par M. le docteur PITSCHAFT, de Bade.

Suivant M. Pitschaft, on peut sûrement prévenir le développement de cette espèce d'anasarque en faisant prendre au malade six ou huit bains généraux émolliens tièdes lorsque l'affection exanthématique a parcouru complètement toutes ses périodes. On doit, en même temps, avoir le plus grand soin d'entretenir par des moyens appropriés la liberté du ventre, de telle sorte qu'il y ait au moins une évacuation alvine par jour.

Mais, lorsque l'hydropisie s'est développée sous l'influence de quelque cause que ce soit, spécialement si la desquammation ne s'est pas opérée d'une manière convenable, ou encore lorsque l'affection a été compliquée d'angine sans apparition bien manifeste d'exanthème, ce praticien ajoute aux moyens ci-dessus indiqués l'emploi de la potion diurétique suivante :

Pr. Hydrolat de persil,	180 grammes.
Azotate de potasse,	4 id.
Tartre stibié,	1 centigram.
Hydrolat d'amandes amères concentré,	4 grammes.
Sirop de sucre,	30 id.

M. et F. diss. S. A.

On en prend deux cuillerées à bouche toutes les heures.

Pour les enfans, on réduit la dose de l'azotate de potasse, de l'hydrolat d'amandes amères et du tartre stibié à la moitié de celle qui est indiquée dans la formule.

S'il existe un état spasmodique et si la sensibilité nerveuse est fortement exaltée, il convient de remplacer l'hydrolat d'amandes amères par l'acétate de morphine à la dose de 10 ou seulement de 5 milligrammes. (*Ibid.*)

FAITS DIVERS.

Hydropisie de l'ovaire guérie spontanément. Observation recueillie par M. HEY, chirurgien de cercle à Altenahr.

Une femme âgée de 48 ans, bien portante jusque-là, fut atteinte d'une tumeur considérable dans le côté droit de l'abdomen, au-dessus de la branche horizontale du pubis. Cette tumeur, dont l'apparition fut précédée pendant assez long-temps d'un sentiment douloureux, était mobile et distendait les parois abdominales d'une manière inégale: elle était accompagnée de douleurs dans la cuisse et la jambe droite, d'œdème des deux pieds, de dyspnée et d'autres symptômes morbides.

Deux médecins déjà consultés avaient diagnostiqué une hydropisie de l'ovaire, et l'on se préparait à pratiquer la paracentèse, lorsque tout à coup un écoulement assez abondant de sérosité s'opéra par le vagin. Cet écoulement continua pendant quatre jours; après ce temps la tumeur avait disparu, et tous les accidens auxquels elle avait donné lieu avaient cédé complètement.

La menstruation n'avait éprouvé aucun dérangement pendant l'existence de cette affection. (*Medicinische zeitung*, 1842, n° 42.)

Cas de déchirure du rectum et du périnée; par M. HARNISCH, de Zuellichau.

Une paysanne conduisait une vache qu'elle tenait attachée par une corde; l'animal, venant à s'emporter, lui lança un coup de corne qui l'atteignit aux parties sexuelles. M. Harnisch ayant été appelé, trouva la blessée étendue sur son lit, avec un pouls à peine sensible, et presque entièrement épuisée par suite de l'hémorrhagie considérable qui avait eu lieu. L'exploration des parties lésées fit reconnaître que la corne avait pénétré par l'anus, qu'elle avait traversé le rectum sans blesser le sphincter, et qu'ensuite elle avait déchiré le périnée et le vagin, en formant une plaie à bords dentelés. L'écoulement du sang n'était pas encore arrêté.

Le chirurgien ne jugeant pas qu'il fût convenable de tenter la réunion, à l'aide de points de suture, en raison de l'inégalité des bords, essaya le tamponnement, appliqua un appareil approprié à la forme de la solution de continuité, et fit appliquer des fomentations froides. A l'aide de ces moyens, l'hémorrhagie fut réprimée. La malade fut placée horizontalement, les cuisses rapprochées l'une de l'autre avec une ligature. Sous l'influence de ce mode de traitement, la guérison marcha si rapidement qu'au bout du quinzième jour la blessée se trouva entièrement rétablie.

(*Wochenschift für die gesammte Heilkunde*; 1842, n° 26.)

Correspondance.

Strasbourg, 26 novembre 1842.

Monsieur le Rédacteur,

Je ne doute pas que M. Malgaigne n'ait beaucoup amusé son auditoire, en accusant un savant professeur de Strasbourg (*Gazette des Hôpitaux*, n° du 15 novembre), d'avoir vu des faits impossibles, et d'avoir fait étrangler une hernie de 24 millimètres par un anneau d'un diamètre beaucoup plus grand.

Ne convenait-il pas cependant, à un homme chargé temporairement, par la Faculté de Paris, d'une chaire de clinique, et revêtu en conséquence d'une autorité quasi-officielle, de peser un peu plus ses paroles, et de ne pas attribuer légèrement à ses collègues en l'Université « des opinions formellement contredites par des notions positives et incontestables. »

Les jeunes gens qui viennent s'instruire dans nos écoles, sont encore pour la plupart trop inexpérimentés pour juger les assertions de leurs maîtres, et il n'est guère d'erreurs ni d'absurdités que l'on ne puisse leur faire momentanément admettre.

Qu'on leur dise: L'anneau crural a 27 millimètres de diamètre et il ne peut étrangler une hernie de 24 millimètres, par la raison « qu'un corps quelconque ne saurait être étranglé par une ouverture plus large que lui »; ce raisonnement leur paraîtra sans réplique et entraînera infailliblement leur conviction.

Mais la loyauté et l'amour du vrai sont l'heureux apanage des jeunes gens, et que penseront-ils de leur professeur, si on leur soumet les remarques suivantes:

1° L'anneau crural ne limite pas un espace libre et ouvert, mais se trouve complètement rempli par l'artère et la veine crurales, des feuillets fibro-celluleux distincts, des vaisseaux et un ganglion lymphatique.

2° Les hernies ne traversent pas indifféremment tous les points de l'anneau crural, elles ne peuvent se produire dans l'immense majorité des cas que par l'étroit intervalle situé entre le côté interne de l'anneau et le bord correspondant de la veine crurale, intervalle qui n'a pas plus de 6 à 8 millimètres de largeur, et qu'on ne saurait porter à 24 millimètres, sans un effort de distension plus que suffisant pour déterminer un étranglement herniaire.

3° En accordant à l'anneau crural 27 millimètres de diamètre et 24 à l'anse intestinale herniée, il ne resterait que 3 millimètres pour contenir l'artère et la veine crurales, et les enveloppes celluto-péritonéales du sac herniaire, ce qui est manifestement impossible; de sorte qu'en raisonnant d'après ces données, posées comme notions incontestables par M. Malgaigne, on devrait au lieu de trouver, comme lui, le canal crural trop grand pour étrangler une anse intestinale de 24 millimètres, le déclarer trop petit pour la contenir.

Il me serait facile, Monsieur le Rédacteur, de multiplier ces considérations, mais en voilà assez pour éclairer le jugement des élèves, qui sont maintenant en demeure de le prononcer.

Agréez, etc., C. SÉDILLOT.

Chronique et Nouvelles.

Si l'on disait au public: « Il existe dans un seul département de la France, dans le département le plus éclairé, celui dans lequel fleurissent au plus haut degré les sciences, les arts et et l'industrie, où l'hygiène publique a aussi fait le plus de progrès, et où par conséquent les conditions de l'existence devraient être le moins pénibles, il existe une classe nombreuse de nos concitoyens nécessairement, fatalement vouée à une maladie atroce, à une maladie qui tue un grand nombre de ceux qu'elle atteint, qui rend les autres paralytiques, épileptiques ou démens, qui fait souffrir à tous les douleurs les plus cruelles; il existe trois établissemens autorisés et payant patente, où chaque année plus de cinq cents de nos concitoyens sont empoisonnés avec permission de l'autorité. » Le public, qui ignore les faits auxquels nous faisons allusion, pourrait-il croire à leur réalité?

Rien n'est malheureusement plus certain. Ces trois fabriques de céruse qui existent dans le département de la Seine, sont une cause incessante de ces empoisonnement dont les malheureuses victimes se rencontrent dans chaque salle de nos hôpitaux. Dans la seule année 1841, 302 sujets atteints de maladies résultant des émanations de plomb sont venus chercher des secours dans les hôpitaux, sans compter ceux qui, plus aisés, se font traiter à domicile. Sur ce nombre, 236 étaient des ouvriers de ces fabriques de céruse, les autres appartenaient aux professions diverses dans lesquelles le plomb et ses composés sont employés. 12 de ces sujets sont morts de cette maladie, dont 11 cérusiers. Un autre a du être dirigé sur Bicêtre à cause de son état mental.

Il est démontré que la plupart de ces ouvriers, après avoir subi des attaques plus ou moins nombreuses, quand ils n'y succombent pas contractent des infirmités tellement graves que la mort serait préférable à leur déplorable existence. Il est certain aussi que malgré les assertions exagérées de quelques personnes, l'art est impuissant jusqu'ici pour préserver les ouvriers qui manipulent le plomb des redoutables accidens qui les attendent. Les secours de l'art sont loin, on le sait, d'être toujours efficaces quand ces accidens se sont manifestés. D'ailleurs, parvient-on à guérir momentanément ces malheureux, ils subissent de nouveau les influences délétères du poison; de sorte que pour le plus grand nombre d'entre eux, il arrive un tel degré d'imprégnation, de saturation de tout l'organisme par les molécules saturnines, que des infirmités incurables et la mort même en sont la conséquence.

Sur ce sujet, comme sur tous ceux qui intéressent la santé publique, les médecins ont fait tous leurs efforts pour éveiller la sollicitude de l'administration. A elle seule appartient, en effet, de décider si elle doit encourager par sa protection ou par sa tolérance une industrie aussi fatale à la santé, à la vie d'un grand nombre de personnes. En attendant nous indiquerons aux médecins des hôpitaux de Paris, comme un bon exemple à suivre, ce qui se pratique à l'hôpital de la Charité dans le service de notre confrère M. Rayer, qui a tant fait pour éclairer l'autorité sur cette importante question. Sur chaque pancarte des malades atteints d'affections saturnines, M. Rayer fait écrire en grosses lettres le mot *empoisonnement*. Ces pancartes passant incessamment sous les yeux de la commission administrative des hôpitaux, finiront peut-être par attirer l'attention du conseil général. D'un autre côté, ce mot jette une salutaire terreur dans l'esprit du malade, qui toujours averti par le médecin des conséquences probables de sa profession, vivement pressé de renoncer à des travaux qui compromettent son existence, finit quelquefois par céder à ces conseils, ce dont M Rayer a eu la satisfaction de voir plusieurs exemples.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 26 novembre 1846, M. Simonin père, professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole secondaire médicale de Nancy, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. de Haldat, dont la démission est acceptée.

M. de Haldat est nommé directeur honoraire de ladite école.

M. Larcher, professeur adjoint, est chargé provisoirement du cours de physiologie, en remplacement de M. de Haldat.

Le buste du baron Larrey exécuté par M. Carle Elshoëct est terminé. Ce qui rendra ce buste plus précieux pour les amis de l'illustre chirurgien, c'est que M. Elshoëct a su retracer ses traits avec d'autant plus de bonheur qu'il a obtenu plusieurs séances du baron Larrey avant son départ pour l'armée d'Afrique.

L'artiste a pu étudier cette figure si noble et si calme sur laquelle se peignait une vie qui allait bientôt s'éteindre au service de son pays.

Ce buste est exposé tous les jours dans l'atelier du statuaire (rue de l'Ouest, 16), qui s'empressera de le montrer aux nombreux admirateurs de ce grand homme.

Si les gens du monde recherchent l'eau dentifrice du docteur Pierre, pour la suavité de son goût et la finesse de son parfum, les médecins la recommandent chaque jour davantage comme le dentifrice le plus parfait. L'expérience personnelle leur a appris que c'est bien là une composition que la science peut avouer. Elle raffermit les gencives, conserve aux dents leur blancheur, sans en compromettre l'émail, puisqu'elle ne contient aucun acide; elle prévient ou combat les effets de toutes les cachexies qui ont leur siége dans la cavité buccale.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 8 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 146, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 7 DÉCEMBRE.

Pendant que des hommes placés à la tête de la hiérarchie médicale se lancent dans les hasards de l'expérimentation thérapeutique sur l'homme en employant des doses énormes de médicamens, des praticiens jeunes encore, occupant une position plus modeste, quoique distinguée, tentent des essais moins pompeux, moins dangereux surtout, et qui seront un jour beaucoup plus utiles à la science et à l'humanité. Tels sont ceux que M. Voillemier fait en ce moment à l'Hôtel-Dieu, sur une malade affectée d'anus contre nature, suite de hernie étranglée.

On sait que l'obstacle principal qui s'oppose à la guérison de l'anus contre nature consiste dans la présence de l'adossement des deux parois contiguës de l'intestin, qui forment ainsi une cloison analogue à la cloison d'un fusil double. Scarpa a le premier bien étudié et décrit cette saillie, qu'il a appelée éperon. Cependant si cet obstacle est réellement considérable, il n'est pas le seul; il en est un autre qui, dans certaines circonstances, peut être plus efficace que le premier: c'est le rétrécissement du bout inférieur de l'intestin. Ce rétrécissement, d'autant plus prononcé, en général, que la maladie est plus ancienne, peut être porté jusqu'à l'oblitération complète de la cavité intestinale, d'après l'observation rapportée par M. Bégin. (Dict. de Méd. et de Chir. prat.)

Le défaut d'ampleur du bout inférieur s'oppose de deux manières à la guérison de l'anus contre nature: d'abord en rendant très difficile, ou même impossible, la coaptation des deux bouts de l'intestin; puis en opposant des difficultés au passage des matières stercorales d'un canal plus large dans un canal plus étroit. Ce rétrécissement, on le comprend bien, est dû surtout à l'inaction de l'intestin, ou, si l'on veut, à ce que les matières alimentaires ne parcourent plus sa cavité; aussi fait-il des progrès beaucoup plus rapides lorsque les fèces passent en totalité par l'anus anormal, que lorsqu'elles n'y passent qu'en partie. De ces données bien connues semblait découler tout naturellement la conséquence bien simple que, pour empêcher le rétrécissement du bout inférieur, il fallait entretenir ses fonctions, c'est-à-dire y faire circuler des substances alimentaires. C'est dans ce but que sont dirigées en ce moment les recherches, les expériences de M. Voillemier. En cherchant à rétablir les fonctions du bout inférieur, on ne s'oppose pas seulement au rétrécissement de l'intestin; on concourt puissamment à la nutrition quelquefois très gravement altérée, surtout quand l'anus artificiel a son siége dans un point rapproché de l'estomac. C'est même le premier résultat obtenu chez la malade soumise au traitement de M. Voillemier; cette femme a repris des forces (malgré une maladie interne grave qui compilque chez elle l'anus anormal) depuis qu'on ingère dans le bout inférieur du bouillon et d'autres alimens: on pourrait dire que cette femme mange par les deux bouts.

Nous ne pouvons qu'engager nos confrères à répéter les essais de M. Voillemier, quand ils en trouveront l'occasion. Nous nous bornerons aujourd'hui à attirer sur ce point l'attention des praticiens, attendant que l'auteur nous ait fait connaître d'une manière complète le résultat de ses recherches qui paraissent devoir intéresser vivement la pratique chirurgicale.

On voit que nous ne rejetons pas l'expérimentation même sur l'homme, quand elle est sagement dirigée et qu'elle a pour elle d'abord les analogies physiologiques et les principes d'une thérapeutique modérée.

C'est surtout à la *médecine comparée*, à cette science dont M. Rayer publie les *Archives*, qu'il faut d'abord demander l'expérimentation qui comporte un certain danger pour les sujets qui la subissent.

Donnons une idée des travaux entrepris dans cette direction par un exposé des expériences qui viennent d'être faites sur la rage.

La physiologie expérimentale n'aurait-elle d'autre résultat que de multiplier le nombre des observations de pathologie comparée, en montrant l'utilité de l'expérimentation et de l'observation chez les animaux, qu'elle aurait par cela seul des droits incontestables à notre reconnaissance.

Nous avons fait connaître à nos lecteurs le travail intéressant de M. Rayer sur la phthisie chez les animaux; nous donnons aujourd'hui un résumé des expériences faites par M. Rey, professeur de clinique à l'école vétérinaire de Lyon, sur la transmission de la rage, particulièrement dans l'espèce mouton.

Il résulte de ces expériences que la rage se communique très facilement par l'inoculation du chien au mouton; on a pu la transmettre dans cette dernière espèce jusqu'au sixième individu consécutivement. Probablement pourrait-on aller plus loin, l'experience sur le sixième individu n'ayant pas encore été prolongée assez pour qu'on puisse être certain que l'inoculation sera sans résultat. Il semble toutefois que l'action du virus s'affaiblit de plus en plus d'un individu à un autre, puisque la période d'incubation a été d'autant plus longue qu'on prolongeait davantage l'expérience. Ainsi, l'incubation n'a été que de 15 jours sur le premier animal soumis à l'expérience, elle a été de 44 chez le cinquième. Tous les animaux inoculés sont morts dans un espace de trois à huit jours à partir de l'apparition des premiers symptômes.

Les moutons simplement frictionnés avec la salive rabique n'ont pas cessé de se bien porter. Ce fait a une grande importance, attendu que le mouton ne cherchant presque jamais à mordre, mais seulement à frapper, il s'en suit qu'il n'est guère capable de transmettre lui-même la rage à aucun autre animal, même de son espèce.

Neuf chiens inoculés avec la salive rabique des moutons n'ont éprouvé aucun trouble dans leur santé; fait singulier qui semble prouver que la contagion qui est si facile du chien au mouton n'est plus possible en sens inverse.

Une ânesse de quinze ans, inoculée également, présenta, au bout d'un mois et deux ou trois jours, de la tristesse, du dégoût pour les alimens, et mourut dans la nuit sans présenter des symptômes caractérisés de rage; cependant il n'est pas possible d'attribuer sa mort à d'autres causes qu'à l'action du virus.

Les expériences de M. Rey sont en opposition avec l'opinion, d'ailleurs bien peu probable, de quelques médecins italiens qui, dans ces derniers temps, avaient voulu établir que la rage, après une première transmission de l'animal chez lequel elle s'était développée spontanément à un autre animal, perdait sa propriété contagieuse.

Si ces recherches ne trouvent pas d'application en médecine pratique, elles en trouveront au contraire d'assez importantes en économie rurale, en hygiène et en médecine légale.

HOTEL-DIEU.

Suites funestes de l'administration du sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme.

Au n° 11 de la salle Sainte-Madeleine était couché un malade affecté de rhumatisme articulaire aigu fébrile. Ce sujet, âgé de vingt-six ans, était convalescent d'une variole pour laquelle il avait été reçu une première fois à l'Hôtel-Dieu. Sorti trop tôt, il avait éprouvé une impression de froid qui fut suivie de l'invasion de douleurs rhumatismales. Entré à l'hôpital le 27 novembre, dans le service de M. Récamier, il offrait l'état suivant: peau chaude, pouls fréquent, fort et dur; état fébrile général sans aucune complication; l'état des poumons et du cœur était parfait; rien non plus du côté de la tête; l'intelligence parfaitement intacte; point de céphalalgie. Les deux poignets étaient le siége de douleurs très vives; ils étaient gonflés, mais sans rougeur notable. Douleurs moins vives dans les genoux; point dans les hanches. Le diagnostic fut ainsi formulé: *rhumatisme articulaire aigu fébrile de moyenne intensité*. Quant au pronostic, la maladie paraissait de nature à avoir une durée assez prolongée; on pouvait s'attendre à voir survenir des complications, telles qu'une phlegmasie des séreuses de la poitrine; mais jusque-là il n'y en avait aucune apparence.

M. Récamier, qui venait d'être témoin d'un très beau succès obtenu en ville, chez une dame, par l'administration du sulfate de quinine dans un cas analogue, se proposa d'expérimenter la même méthode chez ce malade. Il prescrivit, en conséquence, le premier jour, 3 grammes de sulfate de quinine en 12 paquets, à prendre d'heure en heure. Aucun accident ne survint.

Le lendemain les douleurs étaient diminuées aux membres inférieurs, mais elles étaient exaspérées aux poignets. Le cœur, exploré avec soin, ne révélait aucun bruit de souffle, mais ses battemens n'avaient plus tout à fait leur netteté normale.

Le deuxième jour on prescrivit 5 grammes de sulfate de quinine à prendre également d'heure en heure. Le malade n'avait encore pris que 3 grammes 1/2, lorsqu'il fut pris tout à coup d'une agitation extrême suivie d'un délire furieux et de la mort, qui eut lieu au bout de quelques heures.

A l'autopsie, on a trouvé toutes les traces d'une méningite générale des plus intense; suffusion sanguine considérable des méninges; digitation à la surface du cerveau, dont quelques points, plus vivement enflammés, offraient un commencement de ramollissement, et se laissaient enlever avec les méninges. Quantité normale de sérosité dans les ventricules.

— Dans le même moment que ce fait venait de se consommer, un fait semblable, mais moins funeste, se passait dans les salles de M. Husson. Un malade rhumatisant se trouvait à peu près dans les mêmes conditions que le précédent: 6 grammes de sulfate de quinine lui furent administrés; après la dernière dose de ce médicament, le malade tomba dans une prostration bientôt suivie de délire et d'une agitation extrême, à laquelle a succédé depuis une faiblesse excessive avec immobilité complète. Les douleurs avaient cessé.

— Nous livrons sans commentaire ces deux faits à l'appréciation et à la méditation des praticiens.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Leçons sur la thérapeutique des plaies. (Suite.)

Pansement des plaies primitives. — A une époque bien éloignée de nous, la pratique du pansement des plaies primitives était très différente de ce qu'elle est depuis environ un quart de siècle. Tout le monde sait combien les malades redoutent en général la levée du premier appareil à la suite des opérations, et cependant ce pansement si redouté n'est ordinairement pas douloureux par la manière dont on le pratique de nos jours. Mais cette appréhension a sa source dans le souvenir des douleurs qu'occasionnait autrefois cette première levée d'appareil, souvenir qui semble s'être transmis d'une manière traditionnelle parmi les malades. En effet, on avait alors l'habitude de couvrir les plaies récentes, soit accidentelles, soit résultant d'une opération quelconque, avec de la charpie sèche, sans que rien s'interposât entre la plaie et ce corps étranger laissé ainsi en contact avec un tissu saignant avec lequel il devait nécessairement adhérer. Il s'ensuivait que quand on procédait à la levée du premier appareil, il fallait arracher violemment cette charpie de la plaie; ce qui ne pouvait être fait sans provoquer les plus vives douleurs, outre l'excitation mécanique qu'on exerçait ainsi sur la plaie.

Ces méthodes vicieuses de pansement ont été peu à peu modifiées. On a commencé par renoncer à la levée prématurée du premier appareil; on a adopté pour usage de ne l'enlever qu'au bout de quatre ou cinq jours, c'est-à-dire à l'époque où l'on a lieu de présumer que le travail de suppuration est commencé; puis plus tard, nous avons modifié encore cette pratique en n'enlevant que les pièces de l'appareil salies ou dérangées, laissant en place celles qu'on peut sans inconvénient laisser séjourner plus long-temps sur la plaie. En outre, le linge ou la charpie dont nous nous servons pour couvrir ces plaies sont ordinairement enduits de cérat et rendus ainsi incapables de s'attacher aux tissus saignans, et faciles à en détacher. A l'époque où l'enseignement clinique était confié à la profonde expérience de Boyer, de Dubois et de Pelletan; ces chirurgiens consommés, d'accord sur les principes essentiels du pansement des plaies, n'en différaient que sur quelques points d'application de peu d'importance. Ainsi Boyer employant de préférence l'agaric, Pelletan faisant usage du linge, arrivaient tous deux à peu près aux mêmes résultats, quoique par des moyens un peu différens. L'agaric pourrait être très bien employé encore; car c'est une substance souple, moelleuse et qui, appliquée sur les parties saignantes, ne cause point de douleur. Mais l'agaric étant plus cher que le linge, on emploie généralement de préférence ce dernier dans la pratique des hôpitaux. Le linge, d'ailleurs, s'adapte mieux aux anfractuosités, aux inégalités de la plaie; d'un autre côté, l'agaric a peut-être l'avantage sur le linge de prévenir plus sûrement les hémorrhagies consécutives. Quelle que soit, du reste, celle de ces deux substances que l'on choisisse, elles ont toujours l'avantage de pouvoir être enlevées sans causer aux malades ces douleurs vives qu'occasionnent l'arrachement de la charpie sèche. Aussi la levée du premier appareil est-elle aujourd'hui à peu près exempte de douleurs.

Il est une circonstance, dans la levée du premier appareil, sur laquelle il importe de fixer l'attention des jeunes chirurgiens. Vous serez souvent étonnés, en faisant ce pansement, de trouver la plaie d'un aspect sale, dégoûtant. Cela tient à ce que l'inflammation adhésive ou suppurative n'étant pas suffisamment développée, le liquide puriforme qui est sécrété entre les bords de la plaie ne peut pas être encore bien lié; mais après deux ou trois pansemens successifs, vous verrez la plaie changer de physionomie, devenir rosée et prendre un bon aspect, si aucun accident ne vient entraver le travail de cicatrisation. Voilà, en général, pour ce qui regarde le pansement primitif des plaies à la première période.

Passons maintenant à quelques règles générales sur la thérapeutique des plaies qui suppurent ou qui ont de la tendance à suppurer.

Après cette première période, il se forme, comme chacun sait, une exsudation séreuse, sanguinolente, qui peut devenir un moyen d'union de la plaie, si les surfaces de celles-ci sont convenablement rapprochées et mises en contact; car cette union ne pourrait jamais avoir lieu, les bords de la plaie restant éloignés l'un de l'autre. La même chose a lieu pour les plaies qui ne doivent pas se réunir d'une manière immédiate; seulement, dans ce dernier cas, le liquide sécrété est plus épais, c'est le pus véritable: ce pus ne se forme pas sans un degré d'inflammation qu'on appelle suppurative. Il faut aussi que la suppuration s'établisse avant la formation de cette membrane, que certains auteurs modernes ont appelée *pyogénique*. Je crois que ces auteurs, chirurgiens de grand mérite d'ailleurs, ont voulu trop systématiser et ont suivi plutôt les élans de leur imagination que les faits positifs; ils ont émis des idées qui ont pu faire de l'effet sur les esprits théoriciens, mais qui pour nous, comme pour tous les esprits essentiellement pratiques, sont dénuées de solidité. Ainsi, pourquoi imaginer cette membrane pyogénique? Est-ce que nous ne savions pas déjà ce qui se passe dans le travail de suppuration d'une plaie? Je conçois, à la rigueur, cette espèce de membrane dans un abcès par congestion, qui est une sorte de réservoir dans lequel vient se déposer le pus sécrété ailleurs. Dans ce cas même, aurait-on tort encore d'appeler ainsi cette membrane qui ne sécrète qu'une

très petite quantité de pus, comparativement à celle qui est contenue dans l'abcès ; mais dans une plaie simple, suppurante, quelle nécessité y a-t-il d'admettre une membrane chargée de former cette suppuration ?

Delpech, qui est le principal fauteur de cette doctrine, a soutenu aussi qu'il n'y a pas de pus formé dans l'économie sans l'existence préalable d'une membrane de cette nature. Autre erreur à notre avis ; on a voulu outrer une idée métaphorique émise par Bichat dans son Traité des membranes et dans son Anatomie générale, lorsque, parlant de la manière dont les plaies se cicatrisent, il dit qu'il se forme sur ces plaies des épanchemens qui, s'épaissant, constituent une espèce de membrane donnant lieu plus tard à la cicatrice, etc. C'est d'après cette idée peu rigoureuse que Delpech a imaginé l'existence de sa membrane pyogénique. On a beaucoup parlé aussi, et on parle encore du tissu *inodulaire*, qui, selon ces mêmes auteurs, se développe et constitue la cicatrice des plaies. C'est encore là une idée qui peut paraître ingénieuse, mais qui n'est pas exacte. L'auteur lui-même, Delpech, n'était peut-être pas bien sûr de ce qu'il voulait établir par cette expression. Son langage nous semble trop obscur et trop vague pour pouvoir y attacher un sens précis ; car, où ce sont des granulations qui se développent sur la surface des plaies qu'il voulait parler, et dès-lors il était inutile de les mentionner, puisque tout le monde les connaissait, ou il entendait parler d'un tissu nouveau qui se produit entre les bords de la plaie même ; et dans ce cas nous croyons que l'idée est au moins exagérée.

Mais revenons au point d'où une digression théorique plutôt que pratique nous a éloigné un instant. La suppuration s'établit donc dans une plaie avant qu'elle change de nature, pendant qu'elle est encore dans l'état de turgescence ; ensuite les bords s'affaissent peu à peu, l'inflammation s'apaise ; du fond et de toute sa surface se développent des bourgeons charnus, et le travail de la cicatrisation marche, pourvu que les brrds de la plaie soient dans un état de rapprochement convenable. Il est bon de savoir que cette plaie, avant de présenter un commencement de cicatrisation, diminue sensiblement d'étendue, et se resserre, pour ainsi dire, dans tous les points de sa circonférence ; cela tient à ce que, avant le commencement du travail en question, il y a un effort de la nature qui tend à rapprocher les bords de la plaie ; les tissus semblent s'allonger et converger vers le centre. C'est pour cette raison que les plaies qui affectent les parties recouvertes de tissus lâches et très extensibles, marchent plus promptement vers la cicatrisation ; c'est pour cela aussi que les plaies se cicatrisent dans un sens plutôt que dans l'autre ; c'est-à-dire dans le sens suivant lequel les tissus peuvent plus facilement se rapprocher. De là vient la nécessité de ménager certaines parties dans nos opérations, si nous voulons obtenir une cicatrisation plus prompte et plus régulière. Cette espèce d'alongement dont sont susceptibles les bords d'une plaie, présente des avantages d'un côté, mais des inconvéniens dans certains cas ; car il en peut résulter quelquefois une cicatrice irrégulière et comme mamelonnée. On peut considérer les bourgeons d'une plaie comme de petites sphères à la surface desquelles se forme une pellicule qui, plus tard, et après avoir subi certaines métamorphoses, constitue la cicatrice, et qui, peu à peu, devient dense, fibreuse, bien plus épaisse que la peau environnante. C'est là ce que Delpech appelait à tort le tissu *inodulaire* ; c'est à cette circonstance que les cicatrices doivent être, en général, plus ou moins gaufrées, irrégulières, inégales, quelle que soit la diligence qu'on apporte dans le traitement des plaies. Nous partirons de là pour établir les bases du traitement des plaies suppurantes.

Vous devinez déjà que dans les pansemens de ces sortes de plaies l'art n'est pas seul tout-puissant, mais qu'il doit venir en aide à la nature ; en sorte que les phénomènes de la suppuration et de la cicatrisation se succèdent avec régularité et empêchent que quelques causes particulières viennent troubler cet ordre. Notre rôle se borne souvent à celui de simples spectateurs : nos moyens sont plutôt *défensifs* que *curatifs;* nous observons attentivement la marche que suit la plaie, nous la secondons, et, hors quelques cas exceptionnels où nous sommes obligés d'intervenir, la nature, le plus souvent, fait le reste. Ne voyons-nous pas, en effet, les plaies des animaux guérir, en général, naturellement? Sur nous-mêmes, nous voyons fréquemment certaines plaies situées dans des régions inaccessibles à tout moyen de traitement, guérir d'elles-mêmes par les seuls efforts de la nature; telles sont, par exemple, les plaies de la bouche, qui guérissent avec la plus grande facilité, sans aucun secours de l'art, et probablement sous la seule influence de l'action de la salive, qui agit, dans ce cas, à la manière de nos toniques adoucissans. Il est donc certaines espèces de plaies pour lesquelles il faut renoncer à tout traitement, se bornant à les préserver du contact de l'air extérieur et des autres causes irritantes; mais il ne faut pas cependant les abandonner entièrement à elles-mêmes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. BÉRARD.

Tumeur érectile dans le maxillaire supérieur. Considérations générales sur ce genre de tumeurs. Amputation partielle de l'os.

Au n° 11 de la salle Saint-Jean, est couchée la nommée Augustine Melveau, âgée de quatorze ans, entrée dans le service de M. Bérard le 18 novembre. Elle habite Paris depuis douze ans. Elle est bien développée pour son âge, d'une bonne constitution, d'une santé habituellement parfaite. Depuis un an elle est réglée, et cette fonction s'accomplit très bien; cependant, il y a neuf mois, elle a éprouvé une suspension sans cause connue, qui a persisté jusqu'à la première opération, dont nous parlerons plus bas, et qui depuis ne s'est pas reproduite. Dans le même temps elle a senti se développer dans la bouche une petite tumeur molle, qui avait son siége précis dans le fond du sillon labial, au-devant des incisives latérale et canine supérieures du côté gauche.

Complètement indolente, cette tumeur ne fut pas reconnue par son médecin ; elle fit des progrès sensibles. Le même médecin crut à un abcès, l'ouvrit, et au lieu de pus, il en sortit une assez grande quantité de sang qui cependant s'arrêta. La tumeur n'avait pas, pour cela, sensiblement perdu de son volume, et elle continua de s'accroître graduellement ; elle était parvenue à la grosseur d'une noix, et relevait la lèvre supérieure quand la malade se fit opérer pour la première fois par M. Roux. Ce chirurgien arracha l'incisive latérale et enleva la tumeur avec une petite portion de l'os qui paraissait la supporter ; mais dès huit jours après elle commençait à reparaître.

Le 18 août elle avait repris le volume d'une noisette, quand M. Nélaton fit une seconde opération dans laquelle il enleva seulement la tumeur, dont il cautérisa avec le fer rouge le point apparent d'insertion. La guérison ne fut point encore obtenue ; le même chirurgien appliqua alors le caustique de Vienne sur la tumeur, qui se développait de nouveau, mais sans en arrêter le progrès ; et ce fut alors qu'il nous l'adressa pour la soumettre à une quatrième opération.

Voici ce que nous observâmes le 25 novembre :

La partie interne de la joue gauche est légèrement tuméfiée ; la base de la partie correspondante de la lèvre supérieure et l'aile du nez de ce côté paraissent un peu soulevées. En touchant les parties on y sent une tuméfaction profonde. En relevant la lèvre on voit, à la place de l'alvéole de la dent enlevée par M. Roux, une tumeur régulière, arrondie, d'un rouge foncé, dont la couleur se brunit encore par les efforts de respiration qu'on fait faire à la malade. Cette tumeur est plutôt molle que ferme ; elle diminue un peu par la pression et pâlit pour reprendre sa couleur et son volume quand la compression cesse. On n'y apprécie aucun battement ; nous reviendrons plus loin sur ses limites ; par en bas on les apprécie mieux par le toucher que par l'inspection. En portant la pulpe du doigt dans le sillon de la lèvre, on sent qu'elle se prolonge derrière la muqueuse jusqu'à droite du frein, en suivant la partie reculée des alvéoles. Elle ne proémine ni du côté de la fosse nasale, ni du côté du palais ; les gencives sont un peu rouges dans son voisinage ; celle de l'incisive médiane gauche est un peu décollée, et la dent a perdu de sa solidité. Du reste la malade n'éprouve aucune douleur.

Quelle est, dit M. Bérard, la nature de cette tumeur ? Elle nous paraît avoir les caractères du tissu érectile, de ce tissu qui est normal dans les corps caverneux, la rate, etc., et qui se compose d'une masse spongieuse, remplie de sang, qui n'est pas contenu dans des tubes distincts, mais qui passe d'une partie de la masse à une autre par des trous ou des échancrures, et qui est en communication avec les centres vasculaires.

Cette tumeur dépend du maxillaire supérieur. Cette espèce d'altération est plus grave quand elle occupe le tissu adipeux que quand elle a son siége dans les parties molles ; elle est aussi beaucoup plus rare, et, pour mon compte, je n'en ai encore observé que trois cas. Ces motifs m'engagent à entrer dans quelques détails à ce sujet.

Le tibia et les os maxillaires, l'inférieurs surtout, sont les points du système osseux où le tissu érectile se développe le plus souvent. Ce sont les jeunes sujets qui en sont le plus ordinairement affectés surtout aux mâchoires ; et notre jeune malade ne fait pas exception à la règle. On le rencontre plus rarement, je le répète, à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure ; mais dans l'une ou l'autre de ces parties son origine est également obscure : on ne sait s'il y a eu quelque contusion, quelque irritation, etc., à laquelle on puisse en attribuer le développement ; peut-être que l'appareil et le travail dentaires y prédisposent. Chez notre malade nous ne trouvons aucune cause directe, héréditaire ou autre. Dans ces parties, le tissu érectile paraît d'abord dans un point de l'arcade dentaire ou par une alvéole dont il ébranle et chasse la dent ; aussi c'est souvent une erreur qui fait rapporter l'origine du mal à l'avulsion de celle-ci. Chez notre malade la tumeur a débuté par l'arcade, et nous voyons l'influence qu'elle a sur la solidité d'une des incisives.

Quoi qu'il en soit de ces circonstances, la marche du mal est rapide ou lente ; le premier mode est le plus fréquent, et c'est aussi celui qu'il affecte chez notre jeune fille ; en effet, dans l'espace de neuf mois, on l'a vu à quatre reprises acquérir le volume d'une noix, d'une noisette. Il s'étend aux parties voisines de l'os, aux alvéoles ; il ébranle et dévie les dents. On a vu celles-ci ulcérer les lèvres ou la langue, vers lesquelles elles étaient tournées ; la tumeur cause une difformité, sa surface s'ulcère, fournit parfois des hémorrhagies considérables et habituellement un suintement sanieux et purulent qui se mêle à la salive et aux alimens et produit ainsi des accidens généraux fâcheux. A la mâchoire inférieure, on observe de plus un phénomène curieux : le ramollissement de l'os dans toute son épaisseur rend ses deux moitiés indépendantes quant à leurs mouvemens, et si on les ébranle en sens contraire l'une de l'autre, on perçoit de la mobilité.

Dès le début, le diagnostic de ces tumeurs est très difficile, on peut les confondre avec tout ce qui cause de la douleur et qui amène l'ébranlement des dents. Plus tard, les difficultés diminuent. Cependant la maladie a été méconnue par le médecin de notre jeune personne, et Dupuytren a conseillé la ponction comme moyen d'éviter l'erreur.

On pourra distinguer ces sortes de tumeurs des abcès par la différence de la rénitence dans les deux affections et par l'affaissement des premières par la compression. Les épulies qui se développent en dehors ou en dedans des arcades dentaires, même quand elles sont vasculaires, se distinguent des tumeurs en question par leur consistance plus ferme, par l'état des gencives, par leur nombre ordinairement multiple, etc.

On ne peut pas les confondre avec les tumeurs osseuses, les exostoses, les kystes osseux, etc., la constistance, la coloration, l'irréductibilité de celles-ci suffisent pour établir la distinction. Quant aux cancers qui se développent assez souvent aux mâchoires, la distinction est moins facile; quelques-uns sont vasculaires; Dupuytren a fait le fongus hématode de la réunion des deux tissus encéphaloïde et érectile. Cependant la plus grande souplesse de ce dernier et la douleur qui accompagne l'autre peuvent servir à les distinguer.

Il est une autre partie du diagnostic qu'il est important d'établir ; je veux parler des limites du mal. Chez notre malade, nous ne pouvons les préciser maintenant ; nous devons être prêts à agir comme si la tumeur remontait très-loin. Cette partie du diagnostic est encore plus importante à éclairer quand les tumeurs ont leur siége au maxillaire inférieur; en effet il est loin d'être indifférent, pour la conformation, les usages, les mouvements, etc., de cet os, d'en réséquer complètement le corps et d'isoler les parties latérales ou d'en conserver la continuité en laissant soit au-dessus soit au-dessous des limites de la maladie un arc osseux, n'eût-il que quelques millimètres d'épaisseur.

Dans tous les cas le pronostic est grave. Cette maladie expose aux hémorrhagies, à la résorption du pus. La guérison en est difficile, la récidive fréquente ; l'exemple qui nous occupe en ce moment en fournit une preuve. Ce pronostic n'est du reste pas plus grave quand la maladie occupe la mâchoire supérieure que lorsqu'elle a son siége dans le maxillaire inférieur ; les opérations de M. Gensoul, répétées par la plupart des chirurgiens, ont infirmé sur ce point les données théoriques. L'ablation du maxillaire supérieur est ordinairement suivie de peu de fièvre, et le rétablissement s'opère au bout de peu de jours.

Je ne sache pas que pour guérir les tumeurs érectiles du tissu osseux on ait essayé le traitement par les épingles, les sétons, les injections, les applications de caustique, au moins de prime-abord, qu'on y ait inoculé la vaccine, la pourriture d'hôpital, etc. ; et on a eu raison, car ces méthodes qui ont pour but d'enflammer ces tumeurs, d'en oblitérer le tissu et de le transformer en tissu fibreux, n'atteindraient pas facilement ce but, et elles exposeraient d'ailleurs à des ostéites graves par elles-mêmes.

Aux membres, on a essayé la ligature des gros vaisseaux ; mais à la face, aucun vaisseau n'offrirait de chances de succès. La carotide elle même n'affranchirait pas de nombreuses anastomoses ; on l'a liée cependant pour des tumeurs de l'orbite, mais elles n'avaient pas leur siége dans les os. C'est donc à l'ablation qu'il faudra recourir.

Les règles de cette opération à la mâchoire inférieure sont connues, mais je ne sache pas qu'on ait pratiqué déjà l'amputation partielle du maxillaire supérieur pour une tumeur érectile ; nous devrons donc les faire de toutes les pièces. Les opérations pratiquées déjà sur cette malade ne paraissent pas avoir atteint les limites du mal ; nous devrons donc aller plus loin. Voici ce que je me propose de faire :

1° Inciser la lèvre supérieure, et en détacher les lambeaux pour découvrir les limites supérieure, interne et externe du mal.

2° Cerner sur l'os tout ce qui paraîtra malade ; enlever ce qu'il conviendra de dents ; et réséquer une portion plus ou moins étendue du maxillaire supérieur. Pour cela, je diviserai d'abord l'apophyse montante avec la scie à chaîne dont je passerai l'aiguille par un trou pratiqué avec le trocart vers la fosse nasale ; je diviserai la voûte palatine et le bord alvéolaire, plus ou moins près de la ligne médiane, avec le même instrument passé également par un trou au palais fait comme le précédent.

Enfin, une troisième section du maxillaire dans sa portion externe tombera à angle plus ou moins ouvert sur les précédentes. Le ciseau pourra me servir à achever ces sections, à sculpter les parties qui seraient suspectes, qui pourront aussi être détruites avec le fer rouge.

Après ces remarques, M. Bérard a procédé à l'opération.

La malade a été placée sur une chaise, et l'opération a été faite d'après les règles précédentes, sauf quelques modifications exigées par diverses circonstances. La lèvre ayant été divisée dans toute sa hauteur et les lambeaux renversés, la tumeur a paru plus volumineuse et plus étendue qu'on ne l'avait soupçonné d'abord : ainsi on a dû arracher l'incisive médiane droite et la première petite molaire gauche, car la tumeur occupait tout l'espace compris entre elles ; pour la cerner en haut, le bistouri a dû raser le trou sous-orbitaire. L'apophyse montante du maxillaire a été divisée avec des cisailles, ainsi que la cloison des fosses nasales. La dureté de la voûte palatine n'ayant pas permis de la perforer avec un trocart et le marteau, et n'ayant pas préparé de trépan perforatif, on n'a pu employer la scie à chaîne, qu'on a remplacée par une petite scie à main qu'on a fait agir d'avant en arrière. La marche de l'opération a été fort simple ; cependant plusieurs temps ont été retardés par la soif continuelle de la malade et par un écoulement considérable de sang en nappe. Les tissus ont paru sains dans le fond de la plaie et sur les limites de la portion de l'os enlevé, pour que le fer rouge n'ait pas dû être appliqué. Quelques boulettes de charpie ont été placées dans le fond de la plaie, et la lèvre a été recousue comme un bec-de-lièvre.

L'examen de la tumeur a montré qu'elle avait son siége dans l'os même dont elle avait remplacé la substance. Son tissu, dans la partie inférieure, avait un aspect un peu différent de celui de sa partie supérieure, sans doute à cause des irritations produites dans ce point par les diverses opérations et surtout par les cautérisations. Dans ce point il était fort rouge, avec des points plus vasculaires, mais assez solide et lisse à la coupe; par en haut il était complètement rouge et pulpeux ; ces caractères étaient surtout marqués dans les anfractuosités de l'os. Le tissu de celui-ci était raréfié.

Le soir, la malade ne souffrait plus et se trouvait passablement ; la nuit a été bonne.

Le 26 au matin, l'état de la malade était très satisfaisant.

Le 27, il y avait de la fièvre (136 pulsations) ; les environs de la plaie et le nez étaient envahis par un érysipèle. On a ôté les deux épingles supérieures et prescrit des onctions avec l'onguent mercuriel.

Le 28 au matin, la fièvre avait beaucoup diminué, le pouls était descendu à 110, la douleur de la face avait aussi diminué, et la rougenr avait presque complètement disparu. Les épingles inférieures ont été retirées.

Le 30, les fils qui formaient la suture entortillée de la lèvre étant enlevés, on constate que la réunion est parfaite. L'état général est aussi satisfaisant que possible. Tout fait donc espérer une prompte guérison. Nous ferons d'ailleurs connaître le résultat définitif.

Nous avons revu la malade le 6 décembre, la cicatrisation était complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 6 décembre. Présidence de M. Fouquier.

La séance est ouverte à trois heures par une notice sur M. Lodibert, prononcée par M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie.

— *M. Royer-Collard* lit ensuite l'extrait d'un grand travail sur l'influence qu'exercent sur l'économie végétale et animale diverses causes hygiéniques et particulièrement une nourriture physiologiquement dirigée. Cette lecture a constamment captivé l'attention de toute l'assemblée, et a valu à M. Royer-Collard des applaudissemens unanimes et réitérés.

— *M. Gérardin*, secrétaire annuel, proclame les prix dans l'ordre suivant.

CONCOURS DE 1842.

L'Académie avait proposé pour sujets des prix de 1842 les questions suivantes :

Prix de l'Académie.

« Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples et comparer ces cas sous leurs différens rapports. » Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné le prix ; elle a accordé un encouragement de 600 fr. à M. Gély (J.-A.), chirurgien des hospices de Nantes.

Prix Portal.

« Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique; considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. » Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire.

Prix Civrieux.

« L'histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie. » Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné le prix. Elle a accordé un encouragement de 500 fr. à M. Michéa, médecin à Paris, auteur du mémoire nº 6, et un autre de la même somme à M. Brachet, médecin à Lyon, auteur du mémoire nº 3.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1844.

Prix de l'Académie.

« Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différens rapports. »

Ce prix est de 1,500 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, est remise au concours.

Prix fondé par M. le baron Portal.

« Tracer une histoire raisonnée du système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. »

Ce prix est de 1,200 fr.

Cette question, déjà proposée pour 1842, est remise au concours.

Prix fondé par madame M.-E. Bernard de Civrieux.

Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation nerveuse, » l'Académie propose pour sujet de prix :

« Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent. »

Ce prix est de 2,000 fr.

Les mémoires, pour ces trois concours, dans les formes usitées, et écrits lisiblement, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1844.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine.

Extrait du testament. — « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée; et pour que les ouvrages subissent l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1840, sera décerné en 1843.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.

Extrait du testament. — « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès en rente sur l'Etat, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1838, sera décerné en 1844 ; sa valeur sera de 8,338 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrens aux prix fondés par M. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1843.

Prix de l'Académie. « Rechercher quelles sont les causes de l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte) ; en faire connaître la marche, les symptômes successifs et le diagnostic différentiel ; discuter, dans le traitement de cette maladie, les avantages et les inconvéniens de l'opération de la trachéotomie. »

Ce prix est de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. « Du mode de formation et de développement des productions accidentelles dans l'économie animale. »

Ce prix est de 1,200 fr.

Prix Civrieux. « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. »

Ce prix est de 2,000 fr. (C'est par erreur typographique que ce prix avait été porté à 2,500 fr. dans le programme de 1841; il n'est que de 2,000 fr.)

Ces prix seront décernés dans la séance publique annuelle de 1843, et les mémoires adressés avant le 1er mars de la même année.

— *M. Pariset* lit un éloge de M. Marc.

Il est cinq heures. La séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1842. — Présidence de M. Poncelet.

M. Amussat écrit pour demander que son nom soit inscrit parmi ceux des candidats à la place laissée vacante par la mort de M. Larrey.

— *M. Serres*, aux noms de MM. Dutrochet, Flourens et au sien, fait un rapport sur un mémoire de M. Nasmith, intitulé : « Sur la » structure celluleuse des dents, et de leur bulbe. »

L'anatomie a principalement pour objet de faire connaître la forme et la structure intime dont se composent les organismes de l'homme et des animaux. De ces deux parties également intéressantes pour les sciences anatomiques et physiologiques, la première est très avancée, et marche avec des principes éprouvés vers sa perfection. La seconde, dépourvue, au contraire, de principes arrêtés, est comparativement très arriérée, bien que depuis trois siècles ce soit celle qui ait le plus occupé les grands anatomistes.

Cette différence a sa cause. Tandis, en effet, que chez les animaux adultes, la forme des organes est invariablement donnée par la nature, leur structure nous est, au contraire, totalement dérobée par l'action même des forces qui ont concouru à leur développement, d'où il suit que si l'observation est suffisante pour éclairer la morphologie, les expériences jointes à l'observation sont indispensables pour dévoiler leur structure. Or, c'est précisément cette intervention nécessaire de l'expérimentation en anatomie, qui a produit le vague et l'incertitude dans les résultats relatifs à la composition intime des organismes, car il est arrivé que cette composition a été trouvée différente, selon la diversité des procédés employés à sa recherche; ce que l'un donnait comme positif semblait détruit par un autre. La discussion si célèbre à ce sujet de Malpighi et de Rhuysch, peut donner une idée des difficultés graves qui environnent cette partie de nos études ; de là les discussions qui se prolongent dans la science ; de là le doute philosophique dans lequel se renferment les plus sages d'entre les physiologistes.

Ce doute a particulièrement atteint les recherches microscopiques, dont la structure des parties fut l'objet dans le dix-septième siècle. La science était si peu préparée à recevoir les faits que firent connaître Malpighi et Leuvenkoeck, qu'on ne se borna pas à les nier et à les rejeter, mais que le procédé même fut presqu'entièrement abandonné. Cet abandon caractérise en effet les études anatomiques du siècle dernier.

La reprise du procédé microscopique en anatomie est, au contraire, un des traits distinctifs de notre époque, et ce qui doit rassurer sur l'avenir de ce procédé ; ce qui montre sa valeur et son utilité, c'est qu'à peu de choses près nous retrouvons dans la composition microscopique des organismes ce que les anatomistes du dix-septième siècle y ont déjà découvert.

Ces réflexions nous ont paru nécessaires avant d'entrer dans l'examen du travail de M. Nasmith, membre du collége des chirurgiens de Londres, relatif à la structure microscopique du système dentaire.

Ce travail consiste d'une part en 30 préparations étendues sur des plaques de verre et parfaitement disposées pour être étudiées sous le microscope, et d'autre point en un mémoire manuscrit de 25 pages accompagné d'une planche de figures.

Les dents sont, comme on le sait, les parties les plus dures de celles qui entrent dans la composition des animaux. Cette dureté, elles la doivent en premier lieu à la substance osseuse et éburnée qui en constitue la base, et en second lieu à une couche d'émail que certains anatomistes ont comparée au diamant pour la résistance, et qui est limitée à la partie des dents qui fait saillie en dehors des maxillaires.

Ces deux parties composantes des dents, l'émail et l'ivoire, n'ont été l'objet d'aucun doute, d'aucune contestation parmi les anatomistes, par la raison qu'elles sont particulièrement délimitées et que chacune d'elles a des caractères physiques et chimiques qui les différencient et les distinguent. Mais quand on a cherché à pénétrer dans leur structure intime, quand on a voulu se rendre compte de leur composition microscopique et de leur développement, les opinions se sont alors partagées, et nulle jusqu'à ce jour n'a offert cet ensemble de preuves qui portent la conviction dans tous les esprits.

En ce qui concerne, en effet, l'étude microscopique des dents, les uns ont considéré ces corps comme un composé de fibres solides diversement arrangées selon qu'on les examine dans une dent simple ou composée. Les autres ont pensé que ces fibres étaient creuses, tubulées, qu'elles forment des espèces de canalicules remplies soit de matière calcaire, soit du fluide sanguin, soit même d'un liquide incolore, et tous les anatomistes, à l'exception peut-être de Malpighi, ont donné comme caractère spécifique du tissu dentaire l'absence des aréoles qui dénotent dans les autres organismes la présence du tissu cellulaire. Or, voici deux anatomistes, MM. Nasmith et Richard Owen, qui avancent au contraire que l'aréolité est le caractère primordial et fondamental des cents, et qui admettent cette disparition celluleuse tant dans l'émail que dans l'ivoire.

Si, au point de vue anatomique, cette question paraît d'abord de peu d'importance, la solution offre néanmoins pour la physiologie un si haut intérêt, qu'avant de se prononcer votre commission a cru devoir non-seulement examiner avec soin les préparations qui lui étaient soumises, mais qu'elle a cru devoir aussi en faire elle-même, afin de s'assurer qu'il n'y avait rien d'artificiel dans leur production, et que ce qu'on lui montrait n'était pas l'effet d'une illusion microscopique. Cela posé, nous entrons dans le fond même de la discussion.

Et d'abord, le tissu dentaire, l'ivoire et l'émail examinés au microscope offrent-ils une disposition aréolaire et celluleuse ?

Pour etablir ce point si délicat et si difficile de la structure des dents, M. Nasmith a soumis à notre examen les préparations portant les nos 1, 2, 3, 4, et provenant, les deux premières du mégaliothis et du lamna fossiles, les deux dernières du cachalot et de l'elau.

Sur ces préparations et sous un grossissement de 2 à 400 diamètres. on distingue entre les fibres dont l'ivoire se compose, des aréoles nombreuses à parois distinctes, représentant assez exactement la disposition que l'on nomme celluleuse dans les autres organismes. L'arrangement de ces aréoles paraît différent dans chacune d'elles ; ce qui prouve qu'il n'y a rien d'illusoire dans leur manifestation, et que le microscope transmet bien exactement ce qui existe chez ces divers animaux.

Nous dirons cependant pour la direction de ceux qui voudraient vérifier ce fait, que, de quelque manière que nous ayons varié l'éclairage, jamais nous ne sommes parvenus à distinguer les contours des aréoles d'une manière aussi tranchée qu'elles furent dessinées dans les figures 1 et 2 de ce mémoire, et qui ont servi de type à l'auteur pour comparer cette disposition au tissu cellulaire des autres organismes.

Ce fait capital du travail de M. Nasmith est celui dont la vérification a dû le plus occuper votre commission, à cause, d'une part, de son importance en lui-même, et parce que, de l'autre, il est en opposition avec ce qu'ont observé les derniers anatomistes qui se sont occupés de la structure microscopique des dents. On lit en effet, dans la Dissertation de M. le docteur Fraenkel, faite sous la direction de son maître, M. Purkinge, le passage qui suit :

« Inter singulas fibras arctissimum spatium deteximus, repletum » substantia nullam certam structuram præbente, quam igitur funda- » mentalem substantiæ dentalis partem habere possumus. » (Dissert. inaug., p. 11.) C'est donc une partie fondamentale du tissu dentaire supposé amorphe par ces habiles anatomistes, et adopté comme tel par MM. Retzius et Muller, auquel M. Nasmith a reconnu la disposition aréolaire ou celluleuse.

Si ce tissu inter-fibreux ou inter-tubuleux, comme le nomme M. Retzius, est organisé et celluleux, on conçoit que la disposition des cellules pourra devenir un caractère distinctif soit pour les diverses espèces de dents, soit pour les différences qu'elles présentent chez les vertébrés. Or, ce nouveau caractère, de peu de valeur pour les animaux vivaces, en aura beaucoup dans certaines circonstances pour les animaux fossiles, à l'étude desquelles M. Nasmith se propose de l'appliquer aussitôt après que la réalité du caractère sera reconnue des anatomistes.

Après avoir établi la disposition aréolaire ou celluleuse du tissu de l'ivoire, M. Nasmith s'occupe de la nature même des fibres qui les composent. Sont-elles creuses ou solides ? ou, en d'autres termes, les dents sont-elles constituées par des faisceaux de fibres ou de canalicules ? Cette question, long-temps débattue, n'est pas encore définitivement résolue.

Malpighi, se fondant particulièrement sur la disposition des dents des poissons, les crut simplement fibreuses.

Leuvenkoeck, dont les observations à ce sujet sont beaucoup plus précises que celles de Malpighi, les déclara creuses, tubulées ou canaliculées, et il arriva à leur reconnaître ce caractère sur des préparations faites à sec sur les dents humaines.

Havers Reichel et Howsip qui se servirent si habilement du microscope, furent de l'avis de Leuvenkoek, tandis que Herissant, Hebenstreil, Albinus, Sœmmerring, Scarpa, Bichat et Meckel, qui se privèrent de ce moyen d'investigation, se prononcèrent en faveur de l'opinion de Malpighi. Le fait de la canaliculation du tissu dentaire était donc douteux, lorsque M. Purkinge et surtout Retzius en firent le sujet de nouvelles observations microscopiques. Ce dernier les remarqua particulièrement après avoir plongé les préparations dans l'huile de térébenthine, afin d'augmenter leur transparence ; M. Muller continua les observations de M. Retzius, et il vit, ainsi que M. Purkinge, l'encre s'élever dans l'intérieur des tubes des dents de cheval, et l'injecter en noir par l'action de leur capillarité. M. Dujardin, dans le dernier ouvrage qu'il vient de publier, admet également les canalicules dentaires. Votre rapporteur, en répétant les expériences de M. Retzius, a vu sur plusieurs préparations, une série de globules sanguins correspondant au débouchement des canalicules dans la cavité dentaire.

On conçoit d'après ce commun accord des anatomistes qui ont fait des observations si délicates et si variées pour confirmer un fait, l'attention que vos commissaires ont dû porter à l'examen des préparations portant les n. 5, 6, 7 et 8, par lesquelles M. Nasmith croit pouvoir les détruire. Ces préparations montrent au microscope et sous un grossissement de 300 à 600 diamètres, des lambeaux de fibres dentaires, quelquefois des fibres continues dans l'épaisseur desquelles on distingue des vacuoles de formes différentes, ce qui leur a valu le nom de fibres multiloculaires par lesquelles M. Nasmith les désigne. Mais cette forme élémentaire globuleuse des fibres de l'ivoire ne détruit pas l'existence des canalicules ; car, dans l'opinion de tous les anatomistes, qui les admettent, ces canalicules ont des parois ; or, c'est à ces parois uniquement que peuvent se rapporter les observations précédentes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Correspondance.

Monsieur et cher confrère,

Jusqu'ici je n'avais eu qu'à me louer de l'impartialité avec laquelle la *Gazette des Hôpitaux* a rendu compte des débats académiques sur la ténotomie. Mais le dernier numéro contient un article qui me paraît indiquer une tendance, sinon opposée, au moins différente. Au lieu d'une neutralité absolue, vous semblez disposé maintenant à prendre parti, et dans un sens qui n'est probablement pas le mien (1). Je n'ai rien à dire sur ce changement de position, ni sur sa direction ; c'est votre droit. J'admets la discussion, l'opposition et même l'attaque. Je ne réclame qu'une chose, qui est aussi de droit ; c'est qu'en discutant mes opinions, ma pratique, ou même ma conduite publique, on présente les faits sur lesquels porte la critique, dans toute leur sincérité. Or, sans vouloir rien préjuger sur les intentions qui ont dicté cet article, et me bornant à prendre ce qui est écrit littéralement comme c'est écrit, j'y trouve quelques assertions qui, soit pour la forme, soit pour le fond, ne me paraissent pas remplir ces conditions d'équité générale, exigées dans toute polémique scientifique où l'on n'a d'autre but que la recherche de la vérité. J'ai donc pensé que vous voudriez bien accepter les rectifications ou éclaircissemens dont ces assertions me semblent susceptibles. Elles se réduisent à quatre points.

Il est dit dans l'article : « Sur un défi de M. Bouvier, M. Guérin » présenta à l'Académie deux femmes ténotomisées par lui, et qu'il » disait avoir guéries de difformités de la main et des doigts. » Partant de là, on suppose que les débats qui se sont élevés, ont porté sur la réalité et la valeur de ces guerisons. Il est très vrai et très certain que ces deux sujets ont été guéris de leur difformité ; mais il n'est pas exact que je les aie présentés à l'Académie dans le but de prouver ces guérisons. Dans la question soulevée par M. Bouvier, il ne s'agissait pas pour moi d'établir que des doigts rétractés et maintenus dans un état de flexion permanente peuvent être redressés par la section des tendons, et que par suite la difformité résultant de cette rétraction peut être redressée ; car M. Bouvier ne nie pas lui-même la facilité de ce résultat. J'avais uniquement à montrer que les tendons fléchisseurs peuvent être coupés, soit au poignet, soit à la paume de la main, soit même au-devant des phalanges, sans que les mouvemens normaux des doigts soient abolis. C'est la possibilité seule de cette conservation du mouvement, après la section des fléchisseurs, aux divers points indiqués, que contestait M. Bouvier, et c'est cette seule possibilité que j'ai voulu démontrer et que j'ai démontrée par l'exemple de ces deux sujets. La question était donc une question physiologique plutôt que thérapeutique. L'effet des opérations, relativement à la difformité, est une question à part toute différente de la première. Le seul point à

(1) Nous ne prenons parti pour personne. Vérité et justice pour tous; voilà notre devise. (*N. du R.*)

constater était donc, je le répète, de savoir si la division des tendons entraîne nécessairement la perte des mouvemens, comme le prétendait M. Bouvier, ou si, comme je le soutenais, moi, elle est compatible avec la conservation de ces mêmes mouvemens ; et c'est uniquement pour prouver cette dernière assertion, que j'ai présenté ces deux malades à l'Académie.

Je n'aurais pas tant insisté sur cette première inexactitude, si elle n'avait donné occasion à l'auteur de l'article de rappeler, sinon d'adopter, une allégation que je regrette de rencontrer là ; car je ne l'avais trouvée encore que dans la bouche et sous la plume de gens qui la répètent eux-mêmes sans en croire un mot. Elle consiste à dire que ces opérations ont été un *malheur*. J'observe d'abord à cet égard qu'en supposant que les difformités n'eussent pas été guéries, ou que même la position des sujets eût été aggravée par l'opération, il ne s'en suivrait nullement que le point de fait que j'ai voulu établir contradictoirement avec M Bouvier, à savoir, qu'on peut couper tels ou tels tendons sur tels ou tels points, sans abolir le mouvement des phalanges desservies par ces tendons, ne pût encore être démontré sur ces mêmes sujets, il est certain, quelque puisse être leur état sous le rapport de la difformité, que bon nombre de tendons sur lesquels on discutait, ont conservé leurs fonctions. Il ne faut donc pas confondre la question de physiologie expérimentale, la seule primitivement et principalement en litige, avec la question thérapeutique, ni encore moins opposer un prétendu échec dans l'effet thérapeutique, au résultat physiologique qui en est tout à fait indépendant. Cette confusion n'a pas été introduite sans motif dans la discussion ; elle en a obscurci parfois le sens, et je tiens à la faire disparaître.

J'ajouterai ensuite que loin d'être un malheur, soit grand, soit petit, pour les sujets en question, les opérations ont eu pour effet dans tous et chacun :

1° De rétablir les formes des parties ;

2° D'améliorer considérablement les fonctions.

C'est ce que j'ai démontré à l'Académie entière par la présentation des malades et leur propre témoignage. Du reste, cette assertion est tellement dénuée de fondement et même de prétexte, qu'elle ne me semble plus désormais pouvoir être mise en avant, si ce n'est par ceux des opposans, dont certainement vous ne faites pas partie, qui, en la répétant, espèrent *qu'il en restera toujours quelque chose*. Je viens à un autre point, celui de la commission.

Jusqu'ici personne, à ce qu'il paraît, n'a bien compris la position de l'Académie, celle de M. Bouvier et la mienne dans ce débat. Si je n'ai pas accepté de commission, ce n'est pas par une antipathie, car j'ai eu toujours beaucoup à me louer des commissions ; et si M. Bouvier en demande une, ce n'est pas probablement par les encouragemens qu'il a pu en recevoir. Je n'ai pas voulu, ni dû provoquer un jugement officiel de l'Académie : l'Académie n'est tenue de faire des rapports que sur les travaux des savans étrangers, et non sur ceux de ses propres membres. Or, c'est comme membre de l'Académie, et parlant comme tel dans son sein, que j'ai incidemment dans le cours d'une discussion présenté ces sujets à l'appui d'une certaine opinion combattue par un de mes collègues. Il est permis à tous de discuter ces faits, de les interpréter, de les nier même ; l'Académie reste spectatrice et juge passif du débat ; elle n'a pas à exprimer son opinion par un vote.

Quant à la prétendue commission, que j'aurais constituée, dites-vous, de mon chef, je réponds que cette commission n'est pas une commission ; c'est seulement une réunion de médecins rassemblés en *consultation*. La pièce signée par ces cinq honorables collègues n'est pas un *rapport*, mais un simple *compte-rendu* d'expériences et d'observations faites par eux sur des sujets présentés à l'Académie. Je n'ai voulu en ceci qu'une chose : opposer à l'opinion de M. Bouvier l'opinion d'un certain nombre de mes collègues, laissant à l'Académie et au public le soin d'apprécier la valeur et l'autorité de ces témoignages opposés.

Enfin, il résulterait de quelques passages, que j'aurais pour ainsi dire séquestré ces malades, tandis que j'ai déclaré à l'Académie qu'ils étaient à la disposition de tous mes collègues. Du reste, avant d'être ramenées à Paris, elles étaient dans leur famille, où M. Bouvier et d'autres personnes ont pu les voir quand bon leur a semblé. Et si maintenant on est obligé de les voir à la Muette, c'est, qu'étant ici à mes frais, elles ne peuvent être ailleurs.

J'ai déjà abusé de votre obligeance, et je m'arrête. Si, pour la première fois depuis bien des années, je réclame contre une critique de la presse, c'est parce qu'elle se trouve dans une feuille où je ne rencontrerai, j'espère, que des adversaires de mes idées et non de ma personne ; mais je ne descendrai jamais à répondre à des attaques venues d'ailleurs, qui, par leur aveugle et grossière violence, et leur mauvais goût, exciteraient l'indignation si elles n'excitaient le mépris, et le mépris si elles n'étaient ridicules.

Agréez, etc., JULES GUÉRIN.

Monsieur et honoré confrère,

En vous adressant une petite réclamation au sujet de votre dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, je commencerai par rendre justice au zèle et à l'impartialité que vous avez constamment montrés, comme organe de la presse, dans tout le cours de la discussion sur la ténotomie. Aussi ne dois-je attribuer qu'à la difficulté de saisir à la lettre des improvisations rapides, la légère inexactitude que je vous prie de rectifier. Je n'ai pas dit, dans la séance du 3 décembre, que la commission officieuse, formée par M. Guérin, fût composée de ses *amis intimes*. J'ai seulement exprimé ce fait, que M. Guérin l'a composée *à sa guise*, et j'en ai conclu qu'on ne pouvait lui reconnaître le caractère d'une commission régulièrement désignée par le bureau de l'Académie. Ma réplique mettra, en effet, dans tout son jour la distance qui sépare le témoignage des cinq membres appelés par M. Guérin, d'un véritable rapport fait par une commission nommée par l'Académie.

Agréez, etc., BOUVIER.

Ce 7 décembre 1842.

Chronique.

Un événement qui intéresse l'humanité et l'organisation médicale des hôpitaux, vient de se passer à l'Hôtel-Dieu. Voici la manière dont on raconte les faits :

Une femme arrivée à peu près au terme de sa grossesse, entre à l'hôpital dans un état comateux survenu à la suite d'attaques d'éclampsie. Cette malade succombe dans la journée. Un élève interne, appelé auprès d'elle, constate la mort. Il ausculte l'abdomen et croit entendre les battemens du cœur du fœtus, qui, du reste, avaient été entendus par le chef du service à la visite du matin. Ne consultant alors que les sentimens d'humanité qui lui ordonnaient de sauver au moins la vie de l'enfant, puisque l'art ne pouvait plus rien pour la mère, et craignant que les moindres retards ne devinssent funestes pour l'enfant, l'interne se décide à pratiquer sur-le-champ l'opération césarienne. Le résultat de l'opération est l'extraction d'un fœtus mort. Ce résultat ne réalisait pas sans doute les espérances qu'on avait pu concevoir, mais il ne prouvait rien contre l'indication d'opérer.

Un membre du Conseil-général des hôpitaux, qui se trouvait par hasard à l'Hôtel-Dieu ou aux environs, fut averti ; il arriva sur le théâtre de l'opération, et crut devoir adresser quelques remontrances plus ou moins convenantes au jeune opérateur. On pense même que l'affaire n'en restera pas là, et qu'un rapport sera, à ce sujet, adressé au Conseil. Le Conseil appliquera-t-il le règlement avec cette inflexibilité militaire qui ferait fusiller un soldat s'il avait sauvé la patrie en forçant la consigne, c'est ce que nous ne chercherons pas à savoir, parce que cela importe peu, au moins d'une manière directe, à l'intérêt général ; mais ce qui importe beaucoup, c'est que l'administration modifie les règlemens quand ils sont mauvais ; et ils sont éminemment mauvais quand ils exposent à des éventualités la vie d'un être humain, petit ou grand.

Nous sommes autant que personne convaincus que l'on doit mettre un frein salutaire aux inclinations *tranchantes* qui entraînent quelquefois les jeunes chirurgiens, ou même des chirurgiens d'un âge plus mûr ; mais il est bien des moyens d'arriver à une telle fin sans compromettre la vie des pauvres malades ; et l'administration doit chercher ces moyens et s'en servir, si elle ne veut pas que les médecins se trouvent souvent en opposition avec ses règlemens, attendu qu'elle trouvera rarement des hommes qui, en présence d'une mort imminente, se résoudront à rester spectateurs impassibles lorsqu'ils auront la moindre lueur d'espérance dans les ressources de l'art.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) [N° 147, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 9 DÉCEMBRE.

Notre article du 3 décembre a été suivi d'une lettre de M. Guérin à laquelle nous étions loin de nous attendre. Nous l'avons cependant insérée immédiatement et sans commentaire. Nous devions cela à un confrère en journalisme. Aujourd'hui nous nous devons et nous devons à nos lecteurs quelques explications sur cette lettre. Disons d'abord que notre article ajournait la question scientifique et ne s'occupait que d'un *incident grave*, savoir : 1° l'enquête faite par M. Bouvier sur des malades appartenant à M. Guérin ; 2° la commission extra-académique nommée par ce dernier orthopédiste et investie de sa confiance. Ces deux faits étaient tellement en dehors des habitudes académiques qu'ils ont dû faire naître de nombreux commentaires parmi les académiciens et surtout parmi ce public éclairé qui assiste à toutes les séances dans un silence dont il se dédommage amplement après la clôture.

De ces commentaires, nous n'avons reproduit que les moins défavorables aux confrères qui ont joué un rôle dans ce que nous avons appelé un *incident*, pour être un peu académique. D'autres lui ont donné un nom que nous ne dirons pas, mais qu'on dira pour nous, n'en doutez pas. Les mêmes égards dont nous avions usé dans le choix des commentaires à reproduire, nous les avions employés dans la forme de notre article. Encore un coup, c'est sur ce seul incident que nous avons parlé, et M. Guérin nous écrit une lettre presque entièrement remplie de la question scientifique ! Ceci nous a fait penser d'abord que ce n'était pas à nous qu'il voulait répondre. Quoi qu'il en soit, devant bientôt *résumer les débats au point de vue scientifique* (ce sont les expressions mêmes de notre premier article), ce résumé sera la réplique que M. Guérin attend sans doute de nous sur le fond de la question.

Mais la lettre parle de notre nouvelle tendance touchant la discussion à laquelle M. Guérin a pris une si brillante part. Cette lettre contient des conseils sur la manière de faire la critique ; elle parle de *rectifications*, et elle ne manque pas d'insinuations. Dès aujourd'hui, nous allons répondre sur ces divers points. Cette réponse aura le double but de satisfaire M. Guérin, et de faire mieux connaître à nos lecteurs le caractère de la critique qui régnera dans les articles que nous nous proposons de placer en tête de notre Journal.

M. Guérin veut bien louer l'impartialité de nos compte-rendus des débats académiques ; M. Bouvier écrit, immédiatement après M. Guérin, pour nous donner les mêmes éloges auxquels nous sommes très sensibles. Mais après les éloges viennent des restrictions, des plaintes, et ce n'est pas M. Bouvier qui s'en charge, c'est M. Guérin. Ce confrère semble se plaindre de ce que nous ne restons pas dans une *neutralité absolue*.

Il y a deux choses bien distinctes dans un journal : 1° Les articles communiqués, les compte-rendus des corps savans ; 2° les articles qui appartiennent à la rédaction.

Nous croyons qu'on peut être et qu'on doit être d'une *neutralité absolue* quand il s'agit de la première catégorie d'articles ; les écrivains qui font le contraire manquent à leur devoir. Dans les autres articles, c'est *l'impartialité* qu'on a droit d'exiger et non la *neutralité*, surtout la neutralité *absolue*. Ce dernier rôle est impossible ; il serait indigne d'un organe de la presse qui se respecte. Celui qui voudrait nous le faire jouer ferait preuve d'une grande ignorance des hommes, et afficherait par-là une bien ridicule prétention.

M. Guérin dit, dans sa lettre, qu'il admet la critique ; ce qui est une grande concession. Il a la bonté de nous indiquer comment on doit le critiquer sur ses opinions, sa pratique, sa conduite publique. Notre confrère pouvait se dispenser de nous donner une fois ces conseils, puisque tous les samedis il nous donne de si précieux exemples. Hebdomadairement, en effet, la *Gazette Médicale* nous enseigne comment on parle des livres, des corps savans, des hommes, des opinions, etc. Seulement nous demanderons, en grâce, de ne pas imiter d'une manière complète notre confrère ; car cette complète imitation confondrait les deux *Gazettes* en une seule, ce qui pourrait flatter une des deux ; mais alors un des rédacteurs serait obligé de donner sa démission, et ce serait nécessairement celui qui aurait été absorbé par l'autre. Or, pour en venir là, il y a deux rôles à jouer, dont aucun ne va à notre caractère et à celui que nous connaissons à M. Guérin.

Maintenant un mot sur *les malheurs*.

Nous avions à apprécier la conduite de M. Bouvier se livrant, à lui seul, à une enquête sur des malades qui ne lui appartenaient pas ; nous avons inséré tout simplement les conclusions de M. Bouvier, et pas davantage.

Nous ne pouvons, dans l'état où en sont les choses, avoir la conviction que, pour les femmes présentées à l'Académie, il y a eu *malheur* et jusqu'à quel degré il y a eu *malheur*. Ces faits ont cessé d'être académiques, d'être publics ; nous n'y toucherons jamais.

Le *malheur* de M. Doubowitski est public, puisqu'il a été publié par lui ; nous ne le grossirons pas, mais nous chercherons à le faire tourner au profit de la science. Nous remplirons ainsi l'intention de l'infortuné professeur de Saint-Pétersbourg.

M. Guérin dit que s'il s'est refusé à une commission, ce n'est pas par antipathie pour elles ; mais c'est parce que les commissions sont créées pour les savans étrangers. A cela nous répondrons ces deux mots : M. Guérin a dit très positivement dans la dernière séance : *Je refuserai la commission par des raisons personnelles*, etc. D'où vient que l'Académie l'a mise aux voix, cette commission ? Nous demanderons ensuite à M. Guérin si M. Amussat est un savant étranger à l'Académie? Or, ce chirurgien a subi une commission à laquelle la science a beaucoup gagné, selon M. Bouvier.

M. Guérin a écrit une chose que nous n'avons pas osé imprimer. Il a dit qu'il n'a pas prétendu former une commission, mais assembler une *consultation* (1). Or, une consultation est ordinairement choisie partie par les malades, partie par le médecin ordinaire. Les faits qui se passent dans ces réunions ne doivent pas sortir de la chambre des malades ou du cabinet du médecin ordinaire. Donc les faits qui se sont passés dans la consultation de M. Guérin ne peuvent être rendus publics. Pourquoi un médecin assemble-t-il une commission? Pour être éclairé sur des difficultés pratiques, pour répartir une trop lourde responsabilité sur plusieurs confrères. Il faut donc que le choix des consultans porte sur des hommes, et sur des hommes très bienveillans pour le confrère à éclairer, à soutenir. Tout cela est extra-académique, c'est de l'intimité que l'on doit couvrir du silence. Or la science exige autre chose que ce qui doit être protégé par le silence.

M. Guérin a trouvé dans notre lettre que nous avions fait entendre qu'il avait séquestré les deux malades qu'il a opérées. Rien, absolument rien de cela n'est écrit dans notre article ; pas un mot ne peut l'indiquer. M. Guérin ayant l'habitude des découvertes, a trouvé encore beaucoup d'autres choses dans cet article qui n'y sont réellement pas. Et cependant, M. Guérin avait promis de ne répondre que sur ce qui était *littéralement écrit*. Or, ce qui était littéralement écrit n'a pu être détruit. Si nous voulions aller aussi aux interprétations, nous dirions que ce n'était pas là le but de la lettre. M. Guérin professe et pratique beaucoup ce principe : « En répétant souvent une chose, on finit par laisser des traces. » Il a voulu répéter un de ses discours : voilà tout. En bons confrères, nous nous sommes prêtés à cette répétition et nous nous y prêterions encore, car les discours de M. Guérin sont de ceux qui ont besoin d'être répétés.

(1) Voici les paroles mêmes de M. Guérin. « J'ai réuni cinq de mes amis, membres de l'Académie ; je les ai *investis du titre de commissaires*. » C'est après avoir présenté cette note à plusieurs spectateurs, que nous l'avons rédigée.

HOPITAL COCHIN. — M. Blache.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu.

Ce n'est point malheureusement en médecine une chose nouvelle que la contradiction des faits par les faits..... Toutes les méthodes de traitement, sauf de très rares exceptions, ont passé par cette épreuve, et c'est une opinion presque générale, et, il faut bien le dire, souvent exacte, que la médication qui comptait, au moment de son application première, des succès nombreux et loyaux, doit bientôt descendre de son piedestal en présence des revers.

Le sulfate de quinine, employé comme remède souverain dans le rhumatisme articulaire aigu, nous paraît maintenant arriver à cette phase, et pourtant, qui l'aurait pu nier, ses services dans cette douloureuse maladie se comptaient, il n'y a encore qu'un mois à peine, sans contradiction, sans contestation, sans relâche.

En entreprenant cette tâche d'établir par les faits qui passent maintenant sous nos yeux, que le sulfate de quinine ne doit point être employé comme médication absolue, infaillible dans le rhumatisme, mon intention n'est pourtant pas de le restreindre, comme l'ont voulu quelques personnes, au rôle seulement de médicament spécifique dans les maladies intermittentes. Ce n'est pas une thèse contre lui que je veux soutenir, car je ne comprends pas cet abus de logique ou de conviction, si l'on veut, qui porte à attaquer un médicament partout et toujours en dehors de ses autres avantages reconnus. On devrait alors se souvenir que les faits à l'appui de son utilité sont apportés souvent par des médecins loyaux et éclairés, et le démenti absolu de ces faits, c'est l'attaque indirecte à la moralité de ces savans. — Aux faits seulement la responsabilité des conclusions que doit et peut tirer le médecin.....

Or, comment peut-il se faire que conduits un jour par des résultats satisfaisans et sérieux vers une médication puissante, il nous faille à quelque temps de là abandonner cette voie fertile qui manque à ses promesses, pour revenir à l'ancienne ou en aborder une nouvelle. Est-ce à la science qu'il faut s'en prendre de toutes ces hésitations de l'art ou de ces illusions? Est-ce seulement à l'art? En d'autres termes, le médecin, dans l'application du médicament, serait-il un interprète maladroit de la science, ou celle-ci ne lui apporterait-elle pas dans ces tentatives de suffisantes données.

Lorsque M. Briquet expérimenta dans son service le sulfate de quinine contre le rhumatisme articulaire aigu, il nous était facile de suivre les résultats qu'il en obtenait, et l'on sait combien ils furent alors satisfaisans. Aussi quand M. Blache eut à l'employer pour son compte, il n'apporta pas dans l'administration de ce médicament le timorisme qui dut guider ailleurs certains essais, d'abord parce que le sulfate de quinine n'était pas entre ses mains un médicament nouveau et devant les effets physiologiques duquel il pût reculer et craindre, ensuite parce que chaque jour il avait sous les yeux les faits de son collègue de l'hôpital, qui parlaient assez haut d'eux-mêmes. Je me crois donc en droit de conclure que, dans les faits que nous allons rapporter, ce n'est pas au défaut d'habitude ni d'adresse de la part du médecin qu'il faut attribuer les insuccès que nous signalons, mais à une autre circonstance indépendante de lui-même, et que nous sommes tentés de trouver dans l'absence des indications spéciales du médicament. La science est ici muette, sans bases fixes, sans données certaines et solides.

Il va sans dire qu'il n'entre pas dans notre esprit la prétention d'effacer, avec le peu d'expérience que nous avons des maladies et de l'organisme où elles ont leur siége, ces hésitations de la science, ni de résoudre, avec le petit nombre d'observations que nous possédons, les indications thérapeutiques du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu ; nous ne voulons que constater les effets bons ou mauvais de ce sel dans cette maladie; et, soit bons, soit mauvais, ces résultats auront au moins le mérite d'être nouveaux, car le mémoire de M. Briquet, livré aux commissions académiques, laisse derrière le rideau les faits qui le composent et les considérations physiologico-thérapeutiques qui en découlent.

Pour que cette revue des malades traités à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Blache, passe sous les yeux du lecteur aussi complète qu'il nous sera possible de le faire, et qu'il puisse se rendre compte presque jour par jour des impressions que nous percevions nous-même des résultats obtenus, je laisserai aux observations leur ordre chronologique, qui peut-être est aussi pour le rhumatisme l'ordre naturel.

Première observation. — *Rhumatisme articulaire aigu très intense. Sulfate de quinine. Guérison le sixième jour.*

Yhiderlin, trente-deux ans, maçon, est entré à l'hôpital Cochin, où il est apporté, le 29 novembre 1842.

Il est affecté de rhumatisme pour la deuxième fois, et le second surtout, pour lequel il entra à l'Hôtel-Dieu, le retint en traitement pendant un mois.

Les douleurs ont commencé à se faire sentir avec une certaine intensité le 29 novembre, quoique pourtant, trois ou quatre jours auparavant, il eût éprouvé des douleurs vagues dans les membres, accompagnées de difficulté assez grande dans les mouvemens. Il est resté alité depuis le dimanche dans la matinée, n'éprouvant aucun sommeil la nuit. Sueurs abondantes ; impossibilité absolue de mouvemens ; douleurs extrêmement vives à la pression dans les articulations. Ces douleurs augmentent d'intensité le mardi soir après un essai de marche, et dans la nuit elles sont assez vives pour arracher des cris au malade, sous la pression même du drap du lit.

A son entrée, pas de céphalalgie ; face rouge et animée ; un peu de sueur ; langue médiocrement sale, presque sèche ; peau chaude et halitueuse ; 100 pulsations larges, concentrées.

Les douleurs sont plus vives à gauche qu'à droite ; elles existent à la face postérieure du moignon de l'épaule des deux côtés ; au coude gauche seulement, sans tuméfaction ; aux deux poignets, surtout vers le bord radial, avec rougeur et gonflement notable qui se prolonge sur le carpe et le dos de la main ; le poignet droit marquant 0,18 à la mensuration, le carpe du même côté 0,23 1/4 ; le poignet gauche et le carpe donnant 0,18 1/2 et 22. La douleur existe aussi, mais sans gonflement ni douleur dans les articulations métacarpo-phalangiennes, et des phalanges avec les phalangines.

Aux membres inférieurs, les douleurs existent aux genoux (le gauche étant en même temps rouge et tuméfié), aux cou-de-pieds, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes et des phalanges entre elles, mais avec rougeur et gonflement. Au cœur, bruit de souffle au premier temps se prolongeant dans les carotides. Pot. gom. avec 4 gr. de sulfate de quinine.

Le lendemain, à part les effets physiologiques de médiocre intensité, nous constatons : la disparition des douleurs dans l'épaule et le coude droit, soit dans les mouvemens, soit à la pression. Elles existent encore dans l'épaule gauche, très vives, mais bien moindres dans le coude du même côté. Les deux poignets sont encore rouges, tuméfiés, mais moins douloureux ; elles ont aussi diminué notablement à la main, soit à droite, soit à gauche, ainsi que dans les membres inférieurs, dont les mouvemens sont partout possibles sans vives douleurs. Pouls, 72. Pot. à 4 gr.

Dans la soirée, après quatre cuillerées d'une nouvelle potion à 4 grammes, les mouvemens sont tous possibles sans graves douleurs. Dans la plupart des articulations, il n'y a plus que de la raideur, manifeste surtout du côté gauche. La hanche droite est devenue douloureuse, ainsi que la malléole externe du pied droit.

5 novembre. Sommeil calme la nuit, pas de céphalalgie, une épistaxis dans la matinée ; une douleur musculaire dans le biceps des deux côtés. Elles ont à peu près disparu dans les autres articulations ; le pouls marque 64. La mensuration donne pour le poignet droit 0,17, et pour le carpe 0,21 ; pour le poignet gauche 0,17, et 0,21 pour le carpe. Les battemens

du cœur sont lents, sans bruit anormal. Potion à 3 grammes seulement.

Le 6, il n'existe plus de la douleur dans le poignet gauche; il n'y a plus de raideur dans les mouvemens des articulations. Pot. à 2 gr.

Le 8, toutes les douleurs ont disparu et le malade s'est levé. Une portion d'alimens solides.

Quelques douleurs dans la suite affectèrent le malade, mais elles cessèrent facilement par l'application de cataplasmes laudanisés, en six ou douze heures au plus.

Revenues le 14, à la jambe droite, au bras droit et au poignet du même côté avec léger gonflement, elles avaient disparu le 15, sous l'influence de 4 grammes de sulfate de quinine en vingt pilules, qu'on cesse depuis lors d'administrer jusqu'à la sortie du malade, qui a eu lieu le 26 novembre.

Qu'on récapitule les faits de cette observation, et l'on verra un rhumatisme articulaire aigu d'une intensité remarquable, dans lequel les douleurs, notablement amendées le lendemain, avaient disparu le sixième jour sous l'influence d'une dose d'abord considérable, puis décroissante, de sulfate de quinine, ne laissant au malade aucune raideur dans les membres, et lui permettant de se lever. Mais encore faut-il ajouter, pour être vrai, que quelques douleurs reparurent à divers intervalles, sans siége fixe, de médiocre intensité, pendant la durée du séjour du malade à l'hôpital, qui, en somme, pour être parfaitement guéri, dut le prolonger pendant vingt-quatre jours. Ce n'est pas tout; car un dernier fait à noter, c'est que si le malade put se lever le 4 novembre sans accidens, il ne put, les jours suivans, renouveler ces tentatives aussi souvent, à cause de la faiblesse générale qu'il éprouvait, et des étourdissemens et des vertiges qui accompagnaient son lever. Remarquons en outre combien la convalescence avait été franche jusqu'au 12 novembre, où les douleurs commencèrent à reparaître.

Deuxième observation. — *Rhumatisme articulaire aigu. Sulfate de quinine. Guérison. Rechûte. Insuccès du médicament.*

Ce ne fut que le 9 novembre que nous pûmes renouveler ces essais, alors fructueux, sur Auclin (Victor), peintre en bâtimens, âgé de vingt-un ans, apporté à l'hôpital au troisième jour de la maladie.

Teinte jaune cire de la peau des chlorotiques; muqueuse buccale décolorée; faiblesse habituelle. Il a déjà eu cinq rhumatismes depuis cinq années; le premier ne le tint au lit que dix jours seulement; le second, traité par des saignées abondantes (cinq en quatre ou cinq jours) et des ventouses scarifiées, à l'hôpital de la Pitié (1839), le retint au lit dix à douze jours; mais il ne sortit de l'hôpital que cinq ou six semaines. Il avait été saigné la veille de son entrée, et le 10 novembre il présentait les symptômes suivans: douleurs très vives dans les mouvemens de l'articulation axoïdo-occipitale, et dans les muscles sterno-mastoïdiens des deux côtés; épaules droite et gauche douloureuses, surtout en arrière, sans gonflement appréciable; coudes douloureux, depuis la veille seulement, des deux côtés, le droit l'étant depuis le commencement de la maladie. Gonflement avec rougeur des poignets, qui sont douloureux à la pression et dans les mouvemens. Le carpe est douloureux, ainsi que les articulations métacarpo-phalangiennes et des phalanges entre elles; rougeur au niveau des saillies osseuses de ces premières articulations. Alternatives de douleurs plus vives tantôt à droite, tantôt à gauche.

Douleur superficielle au niveau de la région précordiale, voussée d'une manière notable; la percussion donne une matité de 2 pouces 1/2 à 3 pouces dans tous les sens; bruit de frottement rude, superficiel, ne se continuant pas dans les carotides; pas d'intermittence dans les battemens du cœur.

Articulations coxo-fémorales médiocrement douloureuses; gonflement considérable des genoux, surtout à gauche, sans rougeur; les coude-pieds douloureux, rouges et tuméfiés; cette rougeur et cette douleur existent encore au niveau des malléoles, ainsi qu'au niveau des phalanges (première et deuxième des orteils.)

Pouls large, facilement dépressible, donnant 100-104 pulsations; peau chaude, bouche pâteuse, langue un peu sale, de la céphalalgie. 20 pil. de 0,20 sulfate de quinine.

Le soir, la douleur est diminuée d'intensité; les effets physiologiques, éblouissemens, troubles de la vue et de l'ouïe, bourdonnemens d'oreilles ont apparu (le malade n'a encore pris que 12 pilules). Vers les onze heures du soir, une épistaxis, un vomissement dans la nuit.

Le lendemain, pas de douleurs notables dans les articulations, simples picotemens vagues, diffus, sans siége fixe; toucher insensible, mouvemens faciles partout, mais accompagnés d'un peu de raideur. Oppression considérable, dyspnée, douleur précordiale très vive. Continuation dans la soirée; le pouls, à 84 le matin, est tombé à 70 - 80 le soir. 20 pil. de 15 centigr.

Sommeil la nuit suivante; un vomissement.

Le lendemain 12 novembre, les douleurs ont disparu partout. Les effets physiologiques ont diminué, le pouls est à 70-75. On cesse le sulfate de quinine.

L'oppression et la douleur précordiale ont diminué notablement dans la soirée.

Le malade se lève sans accidens le 14 novembre.

Jusqu'au 19, les douleurs deviennent assez rares, presque nulles, et ne nécessitent aucun traitement important. Mais alors, douleur très vive à la région précordiale, sans signes nouveaux à l'auscultation. 12 sangsues.

Les douleurs reparaissent dans la nuit avec intensité, d'abord dans la continuité de la cuisse et en arrière, puis au genou; les coudes et les poignets deviennent ensuite douloureux sans tuméfaction; impossibilité presque absolue des mouvemens du cou. Une pilule d'opium de 0,05.

Le 21, les douleurs continuent sans amélioration notable. 20 pil. de 0,20 de sulf. de quinine.

Le 23, les douleurs ont à peu près disparu, et il n'existe plus que de la raideur dans les mouvemens; cette disparition ayant d'abord existé aux jambes, puis aux genoux, puis aux cuisses. Plus de sulfate de quinine.

Le 24, les doigts sont encore un peu douloureux, surtout à droite.

Depuis lors, douleurs vagues dans les cuisses et dans les genoux, disparaissant sous l'influence de cataplasmes laudanisés. Le malade se lève à partir seulement du 26 novembre. La peau est fraîche, le pouls peu fréquent; les pulsations larges, dépressibles; le pouls à 70 à peu près. La face est devenue plus pleine, s'est colorée quelque peu aux pommettes. Encore quelques douleurs vagues à la région précordiale.

Sortie le 6 décembre.

— Dans cette observation, c'est encore un malade chez lequel le sulfate de quinine présenta d'heureux effets. Mais si c'est par eux que nous commençons cette revue, nous avons déjà dit que ce n'était point à dessein; l'ordre chronologique de leur succession impose ici leur place, et nous nous sommes contentés de le suivre.

D'ailleurs, comme dans notre prochain article nous aurons des faits moins heureux à rapporter, c'est avec plaisir que nous pouvons enregistrer en commençant des cas de succès; car ils serviront à compenser, en les atténuant, les mauvais résultats obtenus ailleurs, et à montrer que le sulfate de quinine ne mérite pas toujours la désapprobation dont quelques personnes ont voulu le frapper. Remarquons toutefois en finissant, à propos de l'observation précédente, que si au début les douleurs disparurent avec une rapidité presque merveilleuse, elles présentèrent une nouvelle acuité quelques jours après pour ne plus ensuite s'effacer sous l'influence du sulfate de quinine avec leur activité première. Nous sommes déjà presque arrivés à l'époque de transition des succès des jours passés avec les insuccès d'aujourd'hui.

Alph. SALMON, interne des hôpitaux.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

(Service de chirurgie.)

Fracture de la cuisse consolidée au vingtième jour. Développement d'une variole confluente. Douleur du cal. Travail rétrograde dans ce dernier. Accidens cérébraux. Mort. Examen de la fracture.

Le nommé Aly (Louis), âgé de dix ans, peu développé pour son âge, mais non atteint de rachitisme, couché au n° 7 de la salle Saint-Côme, était tombé de côté en courant dans une sablonnière; et dans sa chute la cuisse porta sur une grosse pierre. Cet accident occasionna une fracture qui le fit entrer dans le service le 28 octobre dernier. La fracture siégeait à la réunion du tiers inférieur de la cuisse avec le tiers moyen.

Au vingtième jour, cette fracture paraissait bien consolidée, ou du moins le petit Aly pouvait soulever le membre dans son lit sans qu'il y eût flexion au niveau de l'endroit fracturé.

Le membre ne conservait aucun raccourcissement, et tout paraissait annoncer une guérison heureuse, lorsque le malade présenta les prodrômes d'une variole. Déjà depuis quelques jours il accusait de la céphalalgie, qui fit craindre un instant l'invasion d'une méningite, quand la fièvre vint s'y ajouter.

Mais bientôt d'autres symptômes, et notamment une douleur profonde des reins et un mal de gorge firent naître des présomptions à l'égard d'une fièvre éruptive, qui se convertirent en presque certitude quand on eut appris que le petit Aly n'avait pas été vacciné.

Aux périodes d'invasion et d'incubation de la variole, succéda celle d'éruption. L'apparition des pustules fut lente, pénible; elles se montrèrent en grand nombre, et pour la plupart ombiliquées, mais en général fort petites.

Une circonstance bien remarquable, et qui mérite d'être signalée à part, c'est que, dès l'invasion de la maladie, le cal de la fracture devint douloureux. Nous ferons remarquer également que l'appareil, qui dès le vingtième jour avait été levé, ne fut pas remis.

A la période de suppuration la peau affecta une couleur ictérique et présenta un grand nombre de phlyctènes, véritable complication du pemphygus à la variole.

Une saignée pratiquée au début de l'affection cutanée aurait-elle favorisé l'évolution des pustules? Sans nous perdre dans des suppositions, nous nous bornerons à dire qu'aucune évacuation sanguine n'a été pratiquée. C'est encore une remarque qui n'est pas sans importance, et dont il faudra se souvenir quand nous en serons à examiner l'état dans lequel on a trouvé le cal de la fracture.

Quoi qu'il en soit, au sixième jour de l'éruption variolique le petit Aly eut un peu de délire, et succomba au septième jour dans le coma.

A l'autopsie on a trouvé les vaisseaux encéphaliques gorgés de sang, mais absence totale de caractères anatomiques d'une méningite ou d'une encéphalite. C'était bien ici ce simple état de congestion appartenant à presque tous les jeunes sujets qui meurent de la variole, état si bien signalé par M. Guersant père, et que M. Serres décrit sous la dénomination d'*encéphalite*.

Les autres organes n'ont présenté rien de remarquable.

Le membre fracturé a été examiné avec soin. Le foyer de la fracture s'est présenté, au moment de la mort, dans des conditions qui n'étaient aucunement en rapport avec l'époque à laquelle la fracture était arrivée; en raisonnant, bien entendu, au point de vue des doctrines généralement admises sur le travail physiologique du cal. Ces conditions n'étaient pas non plus en rapport avec les apparences de consolidation constatées avant l'invasion de la variole. Les fragmens chevauchaient l'un sur l'autre d'un pouce et demi au moins. La tumeur du cal se présentait sous la forme d'une masse d'un rouge ecchymosique, au milieu de laquelle on distinguait parfaitement les muscles qui étaient aussi fortement ecchymosés, mais cependant distincts des tissus voisins; les fragmens étaient unis entre eux par des liens d'apparences fibreuses, dont la couleur était analogue à celle des muscles. Dans aucun des points de la tumeur, on ne remarquait le plus léger dépôt de substance calcaire.

On a cru reconnaître quelques points de nécrose dans les extrémités des fragmens.

En résumant les caractères présentés par le foyer de la fracture, on n'y trouve rien d'analogue à ce que la tumeur du cal présente du 27ᵉ au 28ᵉ jour, au dire de Dupuytren. Notons que l'on admet généralement une marche plus rapide chez les enfans, vers la guérison des fractures; d'où l'on doit conclure que l'époque de la mort du petit Aly (28ᵉ jour) se trouve correspondre au 45ᵉ ou 50ᵉ jour chez les adultes, pour ce qui est, bien entendu, de la fracture de la cuisse. Cette époque correspond elle-même à la troisième période de Dupuytren (du 25ᵉ au 30ᵉ, 40ᵉ, 50ᵉ ou 60ᵉ jour), pendant laquelle s'effectue la cartilaginification de la tumeur du cal bientôt suivie de son ossification, qui au centre présente une grande analogie avec le tissu spongieux des os.

Rien de pareil n'existait ici. Faut-il conclure, pour cela, que la doctrine de Dupuytren est inexacte? Nullement. Est-il raisonnable d'admettre qu'il s'agit ici d'un cas pathologique, dans lequel une affection générale avec fièvre a réagi sur un cal récemment formé et en a provoqué le ramollissement et la résorption? On aurait plusieurs motifs pour adopter cette manière de voir, et ces motifs sont les suivans:

Premièrement, nous rappellerons qu'ayant levé l'appareil avant la manifestation des prodromes de la variole, on a trouvé qu'à cette époque le membre n'était aucunement flexible au niveau de la fracture. Il faut ajouter qu'il n'existait aucun raccourcissement du membre. Or, à l'autopsie, on a trouvé un chevauchement notable des fragmens, qui assurément n'aurait pu s'effectuer sans une marche rétrograde du cal et son retour à l'état mou.

Secondement, on a trouvé la tumeur du cal molle, sans aucun mélange calcaire. A ceux qui pourraient objecter que ce fait ne dépend que d'une simple lenteur dans la marche du cal, on pourrait répondre que l'état constitutionnel antérieur du petit Aly exclut l'admission de cette objection. Nous ferions observer ensuite que le foyer de la fracture n'a présenté rien d'analogue aux phénomènes qui appartiennent à la première et à la deuxième période de Dupuytren. Il est donc plus plausible d'admettre qu'il y a eu résorption des principes solidifiables du cal sous l'influence d'une affection générale accompagnée de fièvre, et que les choses se sont passées ici comme dans les cas observés par Langenbeck, et par MM. Malgaigne et Vidal (de Cassis), qui ont vu le cal se ramollir, devenir flexible et même se résorber sous l'influence d'un simple érysipèle.

D'ailleurs, l'influence des maladies générales sur le cal des fractures, est un fait pathologique que de nombreuses observations placent en dehors de toute contestation.

Sans parler ici des maladies générales chroniques, qui non-seulement ajournent indéfiniment la formation et la solidification du cal osseux, mais qui dans quelques cas lui impriment un travail rétrograde, telles que le rachitisme, la syphilis, la cachexie cancéreuse, le scorbut que S. Cooper prétend pouvoir résorber le cal plusieurs années après sa formation, au point de rendre de nouveau l'os souple et flexible au niveau de la fracture; sans parler de ces affections chroniques, disons-nous, ni de l'état de grossesse, et pour nous en tenir aux affections aiguës seulement, nous rappellerons que ces mêmes effets peuvent être produits par les fièvres graves, ainsi que le démontrent les observations recueillies également par Langenbeck. Disons enfin, en terminant, que M. Guersant fils a vu lui-même, dans plusieurs circonstances, le cal devenir douloureux pendant le cours d'une variole; preuve évidente que dans beaucoup de cas au moins, cette affection exerce une influence sur la marche du cal; d'où ressort une indication qui d'ailleurs s'appuie sur l'observation du jeune Aly, savoir l'importance de continuer l'usage de l'appareil à fracture pendant toute la durée d'une variole intercurrente, et au-delà s'il le faut, et de le réappliquer si l'affection cutanée se déclarait peu de temps après la consolidation de la fracture.

MÉMOIRE SUR LA STRUCTURE CELLULEUSE DES DENTS ET DE LEUR BULBE; PAR M. NASMYTH.

Rapport de M. Serres. (Suite du dernier numéro.)

Pour peu, en effet, que l'on ait l'habitude des préparations fines en anatomie, on reconnaît que par leur finesse même ceux-ci ont dépassé le but, en détruisant par le polissage la plus grande partie de l'épaisseur de la fibre ou du canalicule. La comparaison des figures 2 et 3, qui reproduisent ces préparations de M. Nasmyth, avec la figure 4 du mémoire de Leuvenkoek, d'après laquelle les canalicules ont d'abord été admis, justifie l'assertion que nous venons d'émettre, et nous permet d'avancer que ces préparations n'infirment en rien les belles observations d'après lesquelles les anatomistes que nous venons de citer ont admis des canalicules dans la substance composant l'ivoire des dents.

Si, selon nous, M. Nasmyth s'est abusé sur la partie des préparations qui précèdent, il n'en est pas de même de celles destinées à montrer la cellulosité de l'émail. Les préparations 9 et 10 sont si bien faites, elles représentent si nettement et sous tous les grossissemens du microscope, les aréolites de l'émail, soit sur une coupe horizontale, soit sur une section verticale, que l'on peut affirmer que l'observation perdue dEustachi est enfin retrouvée. Eustachi, en effet, dès le seizième siècle, avait vu que l'émail affecte une forme celluleuse, qu'il compare aux aréoles d'un rayon de miel, et comme on ne voit pas comment, avant la découverte du microscope, cet anatomiste, si justement célèbre, avait pu faire une observation si délicate, l'observation avait été

perdue pour la science. M. Purkinje, d'une part, et M. Muller de l'autre, avaient bien reconnu dans ces derniers temps à l'émail une forme élémentaire prismatique ; mais la disposition celluleuse qu'ont retrouvée MM. Nasmyth et Richard Owen, sans connaître l'observation d'Eustachi, leur avait complètement échappé.

Après avoir établi la disposition celluleuse de l'ivoire et de l'émail, M. Nasmyth passe à l'étude microscopique des bulbes dentaires, sur lesquels nous devons arrêter un instant l'attention de l'Académie.

Avant Eustachi encore, les anatomistes ne s'occupaient que de la partie solide des dents. Les idées singulières de Platon, d'Aristote et de Galien sur leur origine, étaient débattues parmi les physiologistes, lorsque Diemebroeck eut la pensée de faire naître les dents de la seconde dentition des racines de celles de la première. Eustachi réfuta cette erreur, et il établit, d'après des recherches positives, les bases de cette partie si intéressante de l'embryogénie humaine et comparée.

Il montra d'abord que le fœtus avait autant de bulbes dentaires dans l'intérieur de ses mâchoires que l'enfant devait avoir de dents pour constituer sa première dentition. Il fit voir ensuite qu'en examinant les maxillaires passé l'âge de deux ou trois ans, on rencontrait, en arrière des premières dents, les bulbes qui devaient servir de germes aux secondes. Urbain Hémard et Valcherus Coiter, en confirmant ces mêmes observations, firent la remarque curieuse que le bulbe s'affaissait et diminuait de volume à mesure que s'accroissait la partie solide de la dent.

Rau, disciple de Haller, s'empara de cette idée et la développa avec un rare talent. Il ne se borna pas à établir que la dent provenait du bulbe, il rechercha, de plus, comment elle en provenait. Cette recherche le conduisit à émettre sur la structure du bulbe des vues dont nous ont écartés les travaux des modernes, et sur lesquelles nous ramènent les études microscopiques dont le système dentaire est présentement l'objet.

Rau dit, en effet, que le bulbe dentaire est composé de deux membranes, une d'enveloppe, décrite d'abord par Malpighi, et une seconde de composition, qui, par ses duplicatures, constitue la base du bulbe et le rudiment de la dent (1) ; il admet ensuite dans les mailles de cette dernière des glandes vésiculeuses (2) abondamment pourvues de vaisseaux sanguins, lesquelles sécrètent la matière dentaire, comme les glandes de la membrane de Schneider secrètent les mucus des sinus maxillaires et ethmoïdaux. L'écueil de cette idée ingénieuse fut d'expliquer comment la matière dentaire se dégageait de ces vésicules pour venir environner et coiffer les bulbes. Rau n'y parvint pas.

Cette insuffisance éveilla l'attention de Hunter, qui, sans s'embarrasser des difficultés qu'avait rencontrées l'anatomiste précédent, crut les surmonter en faisant sécréter la dent par la surface même du germe. Par cette supposition, en effet, il rendit parfaitement compte de l'emboîtement du bulbe dans la coque de la dent, mais il détourna les esprits du travail de composition qui s'exécute dans son tissu même, et contribua à établir, ainsi que Blake et Fox, l'opinion que les dents sont des corps inorganiques, opinion que Bichat et Cuvier ont sanctionné ensuite du poids de leur autorité.

C'est en partie pour modifier cette idée généralement reçue, que dans un ouvrage publié en 1819, votre rapporteur s'étendit si longuement sur la structure du bulbe, sur la disposition que présentent les vaisseaux sanguins dans son intérieur, et qu'il décrivit avec soin une nouvelle espèce de glandes que M. Meckel considéra comme un état pathologique, et que viennent de retrouver MM Purkinje et Frænkel (3).

C'est dans la même vue aussi qu'il s'efforça plus tard de montrer dans les lois de l'ostéogénie (1819) que le système dentaire est soumis aux mêmes règles de développement que les os.

Enfin, dans les recherches de M. Flourens sur le développement des dents, ainsi que dans celles de M. Duvernoy, communiquées dernièrement à l'Académie, on voit que ces deux anatomistes s'écartent entièrement de l'opinion qui considérait le système dentaire comme un tissu inorganique.

C'est particulièrement sous ce nouveau point de vue, lequel n'est cependant qu'un retour vers les idées de Malpighi, de Leuvenoeck et de Rau, que les études microscopiques de MM. Purkinje, de Retzius, Muller, Owen et Nasmyth, offrent un haut intérêt ; intérêt augmenté encore par les recherches de ce dernier sur la structure microscopique du bulbe, que nous allons faire connaître.

Ce qui manque dans le travail si remarquable de Rau, ce qui même a contribué à le faire délaisser par les anatomistes, c'est qu'on ne voit nullement le rapport qu'il peut y avoir entre la structure du bulbe telle qu'il l'a décrite, et celle de la partie solide de la dent, pour laquelle il n'a pas même mis à profit les travaux microscopiques de Malpighi et de Leuvenhoeck.

Ce qui au contraire a frappé vos commissaires dans celui de M. Nasmyth, c'est la suite, la liaison que cet anatomiste s'est efforcé d'établir entre la structure microscopique de l'ivoire, celle de l'émail et du bulbe. Ainsi, après avoir reconnu la disposition celluleuse ou aréolaire dans les deux premières parties, il a voulu la retrouver dans la troisième, et il la lui a retrouvée en effet.

Les préparations 11, 12, 13, 14, 15, ainsi que les figures 7, 8 et 9 de la planche laissent peu à désirer à ce sujet ; sur toutes l'état aréolaire est manifeste, sur plusieurs il prend un aspect réticulé, et sur quelques-unes les aréoles se rapprochent de la disposition que M. Nasmyth nomme vésiculeuse, laquelle rappelle les glandes vésiculeuses de Rau.

Sur la préparation 16, reproduite dans les figures 10, 11 et 12 de la planche, une pellicule ossifiée très mince est adhérente à la pulpe, et, de plus, les figures montrent la réticulation de la pulpe se reproduisant sur la lame ossifiée, passage que nous avons cherché à saisir nous-même, soit avec le microscope de Chevalier, dont nous nous sommes servi pour toutes nos expériences, soit avec celui de Povell, apporté de Londres par M. Nasmyth ; mais quelque soin que nous ayons mis dans cet examen, nous devons avouer que notre conviction sur ce dernier point n'a pas été complète.

Quant aux préparations qui montrent l'aréolité de la pulpe, non-seulement nous les avons reproduites avec succès, mais de plus nous avons constaté à l'état frais la granulation des aréoles signalées par M. Richard Owen ; de plus encore, en laissant sécher la préparation sur le porte-objet du microscope, nous avons vu ces granulations qui donnent à la pulpe l'aspect de l'écorce d'orange, s'affaisser peu à peu sous nos yeux par l'évaporation du liquide et se transformer en aréoles. Cette transformation réduit presque à rien le tissu de la pulpe, ce qui d'une part confirme les belles expériences de M. Chevreul sur la proportion considérable d'eau qui entre dans les tissus élémentaires des animaux, et sert de l'autre à différencier la pulpe dentaire des cartilages d'ossifications avec lesquels quelques anatomistes croient encore devoir les confondre.

Quoique depuis Rhuysch tous les anatomistes savent avec quelle facilité les bulbes dentaires s'injectent, soit chez le fœtus, soit chez les jeunes enfans, les injections que M. Nasmyth a soumises à notre examen sont les plus belles et les plus riches que nous ayons vues. Dans ces injections les artères sont remplies d'une matière rouge, les veines d'une matière jaune. Sous un grossissement de 3 à 400 diamètres, on distingue d'abord la communication directe des deux ordres de vaisseaux s'opérant par des trous aussi volumineux que ceux que l'on distingue de la 25e à la 40e heure de l'incubation dans la membrane omphalo-mésentérique du poulet. On remarque ensuite que ces vaisseaux vont en se divisant et se subdivisant dans la profondeur du

(1) Rau : De ortu et regeneratione dentium. Thès. 13.
(2) *Idem*. Thès. 14.
(3) *Loc. cit.*, p. 4.

bulbe, jusqu'à atteindre cette profondeur extrême que Leuvenhoek ne savait comment exprimer dans ses recherches microscopiques sur la circulation du sang dans le mésentère de la grenouille, vaisseaux dont Hunter et Bichat ont fait plus tard leurs systèmes de vaisseaux absorbans et exhalans.

Après ces admirables injections des bulbes dentaires, nous nous attendions à voir M. Nasmyth sanctionner, par sa propre expérience, la vascularité, ou tout au moins la canalicusation du tissu osseux des dents ; mais, ainsi que nous l'avons déjà vu, nous avons été deçus dans notre attente. Nous signalons cette lacune à l'auteur, par la raison que dans les recherches ostéogéniques de nos jours la tubulosité de l'ivoire est devenue une question capitale.

Après avoir établi la disposition celluleuse dans le tissu inter-tubuleux de l'ivoire, dans celui de l'émail et de la pulpe, M. Nasmyth devait, pour compléter son recueil, chercher à la reproduire artificiellement sur le tissu osseux de la dent par l'action des acides. C'est aussi ce qu'il a fait, et ce que sont destinées à montrer les préparations 17 et 18, faites la premières sur l'ivoire de l'éléphant, la seconde sur celui d'une dent de l'homme.

Quoique M. Nasmyth ne le dise pas, ces préparations sont évidemment une répétition de celles de M. Retzius. On sait, en effet, que c'est d'après des préparations analogues que le célèbre anatomiste de Stockholm a fait sur la structure microscopique de l'ivoire des observations remplies d'intérêt ; on sait, en particulier, qu'en suivant les ramifications des tubules qui les composent d'après lui, il les a vues donner naissance à des cellules. « Ces cellules, ainsi que les ramifications les plus subtiles des tuyaux, dit M. Retzius, disparaissent enfin, et de même que les parties environnantes, elles sont pénétrées d'un liquide limpide. Il est fort probable, ajoute-t-il, que les cellules et canaux que présente le microscope ne forment qu'une petite partie de ceux qui existent réellement dans la masse qu'on examine. » Cette probabilité est beaucoup accrue par les préparations de M. Nasmyth, sur lesquelles néanmoins la cellulosité est obscure par la raison que l'ivoire a été pris sur le milieu de la dent.

Lorsqu'au contraire on choisit pour la préparation une lame d'ivoire du voisinage de la cavité dentaire, les cellules deviennent alors si évidentes qu'on les voit à l'aide d'une simple loupe, ainsi qu'on le remarque sur une de nos préparations, sur laquelle nous avons conservé une lame embrassant toute l'épaisseur de la dent afin qu'on pût suivre cette différence.

M. Nasmyth a présenté, en outre, sept autres pièces préparées avec le plus grand soin, ainsi que toutes les précédentes, pour être étudiées sous le microscope ; mais comme ces pièces portant les nos 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, sont presque étrangères au but du mémoire, nous les passerons sous silence, afin de nous arrêter un instant sur la question d'odontogénie que soulèvent les dernières préparations que notre commission a cues à examiner. Il s'agit de la membrane émaillante.

Anatomiquement et chimiquement, la couche d'émail qui revêt la couronne des dents est parfaitement connue; mais telles sont nombreuses les difficultés que l'on rencontre quand on s'occupe de la formation et du développement des organismes, que malgré les travaux de Malpighi, de Rau, d'Ebenstresh, de Hérissant, ceux plus récens de Hunter, Blak, Fox et Cuvier, et les recherches modernes de MM. Purkinje, Rasehkow et Retzius, etc., nous sommes encore à savoir positivement d'où provient cette substance et comment elle se forme.

A la vérité, en considérant les dents avec Hunter comme un produit sécrété par la surface externe du bulbe, nous sommes presque parvenus à établir que l'émail est formé et déposé sur la couronne par la membrane qui l'enveloppe ; assertion à laquelle les dernières recherches de M. Duvernoy sur les dents des musareignes donnent un si haut degré de probabilité.

Toutefois, si comme Bichat l'avait soupçonné, et d'après la démonstration anatomique que l'un de nous en a donnée (1), cette enveloppe est analogue aux membranes sereuses; comment d'une part une membrane de cette nature pourrait-elle sécréter l'émail, si on n'adopte des modifications de structure que nous avons signalées ? et d'autre part, cette sécrétion admise, comment concevoir le dépôt de l'émail sur la surface de l'ivoire ? Ne sait-on pas que dans toutes les membranes séreuses sans exception, le produit qu'elles sécrètent est renfermé dans la capsule qu'elles forment ? Ne sait-on pas que ces capsules séreuses sont fermées de toute part, précisement pour prévenir l'écoulement des produits sécrétés ? Ces difficultés, qui s'offrent naturellement dans la supposition de la sécrétion extérieure de l'émail par la capsule émaillante, n'existent pas dans celle de la sécrétion intérieure de Rau, qui, en résumé, n'est autre que la formation des dents par la transformation générale du bulbe. (Rau, *De Ort. et Reg. dent., thes.* XVII.)

Or, ce que dit M. Nasmyth, au paragraphe 19 de son mémoire, sur une membrane capsulaire et persistante de l'émail après la sortie des dents, nous paraît une confirmation si inattendue de l'opinion du disciple de Haller, que peu satisfaits des resultats de nos propres expériences, nous engageâmes l'auteur à les répéter devant nous. Le peu de temps qu'il lui était possible de rester à Paris, ne lui ayant pas permis de le faire, nous croyons utile à la science de transcrire ici la description de l'auteur :

« J'ai remarqué il y a quelques années en examinant des dents humaines que j'avais mises dans une solution acide, des portions détachées de membranes qui flottaient à la surface du liquide. Elles étaient si délicates et se détachaient avec tant de facilité que je restai pendant quelque temps incertain sur la partie de la dent dont elles s'étaient détachées.

» Cependant j'acquis la conviction, après un long et minutieux examen, qu'elles s'étaient détachées de la surface externe de l'émail, et qu'elles se continuaient avec la membrane qui recouvre la racine, laquelle membrane elle-même pénètre dans la cavité interne de la dent et en tapisse l'intérieur. J'arrivai ensuite à retrouver cette membrane sur toute la surface de l'émail et de la racine de la dent, où elle forme une enveloppe continue ; j'ai pu même, dans quelques cas la détacher de la surface de la couronne sous forme d'une membrane ou d'une capsule dentaire persistante. Il est donc démontré aujourd'hui que l'émail

(1) La lame interne est très-mince et d'une nature *sui generis*, c'est cette lame que Bichat considère comme une membrane sereuse ; mais 1° elle est entièrement vasculeuse et se distingue par là de cet ordre de membranes ; 2° le fluide qu'elle sécrète est séreux et muqueux en partie ; 3° elle diffère aussi des membranes muqueuses ; car elle n'a point de follicules, et dans sa position naturelle elle peut être considérée comme une poche sans ouverture. Je la considère comme intermédiaire entre ces deux ordres de membranes. Voici sa distribution : en dehors elle est tapissée, comme nous l'avons dit, par la lame externe avec laquelle son adhérence est assez forte, surtout supérieurement, à l'endroit où elle correspond au fibro-cartilage des gencives ; parvenue au lieu où pénètrent les vaisseaux et les nerfs, elle se détache de la lame externe, ne paraît plus lui être unie que par l'intermède de petits vaisseaux qui de l'une passent à l'autre lame ; en cet endroit, la lame interne, isolée de l'externe, se réfléchit de bas en haut, forme une enveloppe aux vaisseaux et aux nerfs jusqu'à la base et à la circonférence intérieure de la pulpe, où elle s'insère d'une manière très manifeste. Il résulte de cette disposition : 1° que la poche que forme cette lame est fermée en haut par la pulpe dentaire qui lui forme une espèce de couvercle ; 2° que cette pulpe n'est point enveloppée par la membrane, et qu'elle est libre dans l'intérieur du sac qu'elle forme, baignée par le fluide qu'elle sécrète ; 3° il en résulte aussi que la membrane externe s'arrête à l'endroit où les vaisseaux et les nerfs vont pour pénérer dans le germe dentaire et leur adhère d'une manière très-intime. » (Serres, Anat. et Phys. des Dents, p. 13 et 14.)

des dents de l'homme et de tous les animaux simples et composés est couvert d'une enveloppe distincte. Cette enveloppe était connue depuis long-temps dans les dents composées de quelques animaux, par exemple dans celles de l'éléphant, des ruminans, etc., sous le nom de *cementum* ou *crusta petrosa*. Le cément contient toujours des cellules, qu'on trouve aussi dans la capsule persistante du bœuf et de quelques autres animaux ; mais jusqu'ici je n'ai pu les découvrir dans celles des dents de l'homme. Aussi, nous pensons que dans l'état actuel de nos connaissances sur ce point, on doit désigner cette membrane par un nom particulier, et non la comprendre sous la dénomination générale de *crusta petrosa*, bien qu'elle se continue avec cette production, et qu'elle lui ressemble sous tous les autres rapports. »

Cette découverte si importante, si le temps la confirme, est déjà sanctionnée en partie, d'une part par les recherches de l'un de nous (M. Flourens) sur la persistance de la capsule dentaire dans les dents de la vache et du cheval, et, de l'autre, par celles de la commission qui a reconnu à la membrane émaillante la structure celluleuse et microscopique que représente la fig. 9 qui est sous les yeux de l'Académie. Ces cellules ne seraient-elles pas les petites poches vésiculeuses dans lesquelles M. Retzius suppose que sont renfermées les molécules élémentaires de l'émail ? Ne sont-elles pas analogues à celles de l'épiderme ? La réserve qui nous est imposée par un rapport à l'Académie, nous permet seulement d'énoncer ces questions.

En outre des faits particuliers que ces préparations sont destinées à mettre en évidence, elles en renferment beaucoup d'autres moins nouveaux peut-être, mais tous aussi importans pour la structure microscopique des dents. Néanmoins, l'auteur n'en parlant pas dans son mémoire, parce qu'ils n'ont en effet qu'un rapport éloigné avec les questions qu'il traite, nous croyons devoir nous abstenir de les mentionner dans notre rapport.

Nous dirons, en terminant, qu'à notre connaissance jamais on n'a exécuté un ensemble plus parfait de préparations que celles que M. Nasmyth a soumises à l'examen de votre commission. L'étude approfondie que nous en avons faite, en les comparant aux dessins qui ont été publiés depuis Malpighi et Leuwenhoek jusqu'à MM. Retzius et Richard Owen, nous permet d'ajouter qu'elles renferment l'histoire microscopique presque complète du système dentaire des mammifères, depuis la structure de la pulpe jusqu'à celle de l'ivoire et de l'émail ; car elle montre les fibres dentaires ou les canalicules de l'ivoire dans tous les sens, dans toutes les directions et sous les diverses coupes ; elle les montre réunies en faisceaux ou disjointes et écartées, tantôt continues et divergentes de la cavité de la dent vers la périphérie, tantôt brisées et fractionnées dans leur trajet. Sur les premières, la disposition tubulée paraît manifeste ; sur les dernières, elle a disparu par l'usure des parois des petits canaux, et c'est alors que la fibre dentaire ainsi réduite, apparaît sous la forme de globules ou de grains de chapelet alignés les uns au-dessus des autres.

Les fibres composant l'émail sont également reproduites avec une remarquable netteté sur toute l'étendue des couronnes. On les voit apposées perpendiculairement sur les canalicules de l'ivoire, formant par leur association cette espèce de voûte qui les protège, voûte supposée d'abord par Hunter, Blake, Schreger, et si bien exposée dans ces derniers temps dans les recherches de MM. Purkinje, Muller, Franckel et Ruschown. On observe de plus que ces fibres vont en diminuant graduellement de la périphérie de la couronne à l'origine de la racine où elle se produit d'une manière insensible dans la substance corticale sur laquelle M. Retzius a fait en dernier lieu des observations si curieuses.

Mais la substance de l'ivoire n'est pas uniquement constituée par des fibres ou des canalicules : le microscope a fait découvrir en outre une partie intermédiaire qui en constitue la base ou la partie fondamentale, d'après MM. Purkinje et Franckel. Ces anatomistes ne lui ayant reconnu aucune structure propre l'avaient déclarée amorphe ; M. Retzius l'ayant vue sillonnée par les secondes et troisièmes divisions des canalicules, y signala des cellules, que rejettèrent après lui les micrographes qui n'aperçurent pas les ramifications des tubules dentaires. MM Nasmyth et Richard Owen l'ont trouvée au contraire aréolaire, entrecoupée par des compartimens qui rappellent la disposition celluleuse des autres organismes.

Ce fait nouveau ressort avec netteté des préparations de M. Nasmyth, et ce qui ajoute à son importance, c'est d'en avoir montré la source, l'origine, la constitution aréolaire primitive du bulbe, et même d'en avoir subi la répétition jusque dans l'arrangement primitif des molécules composant l'émail.

Si au point de vue anatomique ces derniers faits sont d'un grand intérêt, nous avons cherché à établir qu'au point de vue physiologique cet intérêt est plus grand encore, puisque leur effet immédiat est de remplacer l'hypothèse de la sécrétion extérieure de l'ivoire par la théorie plus naturelle de la sécrétion intérieure ou de la transformation du bulbe.

D'après toutes ces considérations, et en ayant égard aux restrictions contenues dans le rapport, votre commission a l'honneur de proposer à l'Académie de donner son approbation au mémoire de M. Nasmyth, en l'invitant à publier le plus tôt possible l'application qu'il en a faite à l'étude des animaux fossiles. Elle eût même demandé l'insertion de son mémoire dans le recueil des savans étrangers, si l'auteur n'avait l'intention de le publier prochainement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 2 novembre. — Présidence de M. Cornac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. La Corbière fait hommage à la Société du discours qu'il a prononcé au congrès scientifique de Strasbourg, et de ses observations sur l'emploi de la belladone dans la cure du phimosis et du paraphimosis.

— *M. Bonhoure*, médecin à Roissy, adresse à la Société, plusieurs modèles de sonde. M. Piedaguel est chargé de faire un rapport

— *Epidémie de variole.* — *M. Gillette* fait un rapport sur le mémoire de M. Zurkowski intitulé : Histoire de l'épidémie de variole qui a régné en 1840, dans le canton de Requemaure. Fidèle à la méthode hippocratique, M. Zurkowski commence par établir la position topographique de la ville de Roquemaure et des deux villages de Montfaucon et de Lujant, où la maladie a principalement sévi. La variole fut importée à Montfaucon au mois de mai par un jeune homme qui l'avait apportée de la campagne. A Pujant, elle fut, à la même époque, introduite par un individu qui venait de visiter à l'hospice d'Avignon, un militaire atteint de variole, maladie qui régnait alors sporadiquement à Avignon.

Dès qu'elle a pénétré dans le village de Montfaucon, elle frappe deux individus de la même famille, vaccinés depuis une vingtaine d'années, trois autres enfans, frère et sœur des précédens, dont l'un est âgé de dix-huit mois et non vacciné, n'éprouvant pas la moindre atteinte, bien qu'ils aient continué à vivre dans la même chambre que les deux malades.

A Pujant, la variole contractée par le frère se communique aussi à sa sœur également vaccinée, tandis que quatre autres personnes vaccinées avec celles-ci résistent à l'influence morbide. Mais dans le même temps il se déclare dans le même quartier trois autres cas de variole, dont une confluente chez un garçon vacciné avec succès ; et deux discrètes chez deux frères âgés de dix et de seize ans, tous deux vaccinés.

C'est dans le mois d'août que se déclara le plus grand nombre de varioles, sur 128 cas observés dans le cours de l'épidémie, 37 (dont

17 confluentes) ont eu lieu dans ce mois. Le minimum a été en décembre où 2 varioles discrètes seulement ont été observées. Dans les mois de juillet, d'août, de septembre et d'octobre, les cas furent plus nombreux et plus graves. La plupart des cas de mortalité eurent lieu, en effet, dans ces quatre mois, aucun décès ne fut observé dans les mois de novembre et décembre.

A Montfaucon, la marche de l'épidémie fut simple et sans aucun phénomène insolite, un seul malade y mourut. A Pujant, au contraire, depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin, l'anxiété, les rêvasseries, le délire, le côma, les soubresauts des tendons, accompagnèrent le plus grand nombre des cas. Ces phénomènes ne différaient dans les deux espèces de variole qu'en plus ou en moins. Peu intenses et de courte durée dans la discrète, ils offraient dans la confluente un haut degré de violence, aussi huit malades succombèrent-ils; ce qui donne au total un mort sur seize environ. A Montfaucon, 1 mort sur 71; à Pujant, 1 mort sur 7 environ (8 sur 57).

Dès le début de l'épidémie on retrouve ces différences. A Pujant, le premier cas est grave. Une éruption confluente précédée et accompagnée de symptômes généraux alarmans, suivis d'une convalescence longue et pénible, sert en quelque sorte de type aux cas qui se succédèrent. A Monfaucon, la bénignité du premier cas fut le présage de presque tous ceux qui suivirent. Vers le milieu de l'épidémie seulement les cas se multiplièrent et s'aggravèrent. Vers la fin on ne voyait plus que des varioloïdes légères. Presque tous les sujets atteints dans dans les deux pays avaient été vaccinés avec succès dans leur enfance, et, chose remarquable, les enfans vaccinés depuis quelques années seulement, succombèrent presque tous, comme ceux qui ne l'avaient pas été, tandis que les adultes séparés de l'époque vaccinale par un plus long espace de temps, rencontrèrent plus de chances de guérison. Toutefois les enfans résistèrent davantage à l'influence épidémique. Sur 65 vaccinations opérées avec succès à Pujant, où la variole sévissait avec le plus de violence, pas une ne fut troublée dans sa marche par la maladie régnante. L'auteur pratiqua l'inoculation de la variole très bénigne sur un garçon de cinq ans et sur sa sœur âgée de trois ans, tous deux non vaccinés. Chez le garçon, après quelques symptômes généraux, apparition, le cinquième jour aux piqûres, de pustules qui ont avec celles de la variole une grande ressemblance, point d'éruption secondaire; rien ne se manifesta chez la sœur. Cinq mois plus tard nouvelle vaccination des deux enfans, résultat parfaitement identique.

Enfin l'auteur a observé dans le cours de l'épidémie, la variole *sine variolâ*, la fièvre varioleuse sans éruption signalée par Sydenham et Boerhaave, fièvre dont il avoue qu'il avait douté jusqu'alors. Le rapporteur termine, en proposant à la Société d'accorder à M. Zurkowski le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

M. Nonat n'a jamais observé de variole sans éruption; il pense qu'il faut être très réservé sur l'existence de cette variété quelle que soit d'ailleurs à cet égard l'opinion de Sydenham.

M. Adorne fait observer que, contrairement à l'expérience, les individus récemment vaccinés ont été atteints en plus grand nombre que les personnes vaccinées depuis long-temps. Il ajoute que la céphalalgie, les nausées, la diarrhée, ne sont pas des symptômes suffisans pour établir l'existence de la variole daus les cas où il n'y pas eu éruption cutanée.

M. Cornac regarde l'inoculation de la petite vérole, même bénigne, dans le cours d'une épidémie, comme une pratique dangereuse et qu'il faut blâmer avec énergie. Les individus sont déjà bien assez exposés à contracter la maladie régnante, et aussi vaut-il infiniment mieux les vacciner dans de semblables circonstances.

M. Gillette répond que M. Zurkowski, pendant le cours de l'épidémie a eu beaucoup de peine à vaincre la répugnance des paysans pour le vaccin. Il n'a d'ailleurs pratiqué l'inoculation que vers le déclin de l'épidémie et avec le pus d'une variole bénigne. Quant au fait de variole sans éruption, quand des observateurs du mérite de Sydenham en rapportent des exemples, il ne faut pas se hâter de les nier, parce qu'on ne les a pas vus. Pourquoi, d'ailleurs, ne se passerait-il pas ici ce qui se voit dans la scarlatine : un malade avait présenté les symptômes propres à la scarlatine sans éruption; à la période de desquamation les mains et les pieds se dépouillèrent de leur épiderme. Il fait observer que ces symptômes, pris isolément, ne signifient rien pour les cas sporadiques, mais que dans le cours d'une épidémie ils ont beaucoup de valeur, et qu'il n'est pas un médecin qui, en les observant, ne diagnostique une variole imminente.

M. Piedagnel dit qu'il y doute pour lui, surtout quand il voit que dans les symptômes indiqués par l'auteur du mémoire, ne se tronve pas le seul pathognomonique, le mal de reins.

M. Maigne pense que malgré l'absence de ce symptôme, si on a constaté chez les malades tous les autres prodrômes de la variole, on doit, en raison de leur séjour au sein de l'épidémie, les considérer comme en ayant subi l'influence, seulement celle-ci n'a pas été assez énergique pour produire l'éruption.

M. Brière de Boismont, tout en reconnaissant l'action préservatrice de la vaccine dans l'immense majorité des cas, dit que plusieurs fois la mort est arrivée chez des individus vaccinés. MM. Boulay et Tessier lui ont affirmé qu'il était mort le printemps dernier dans les salles de M. Récamier des individus qui avaient des cicatrices vaccinales, mais ces faits ne détruisent pas les avantages de la vaccine; elle préserve dans une proportion infiniment supérieure à l'inoculation.

M. Bérigny pratique de 300 à 500 vaccinations par an; il n'a jamais observé de varioles parmi ses cliens; il fait observer que l'obstacle principal à l'exactitude des statistiques en matière de vaccine et de variole est dans la permission accordée aux sages-femmes et aux curés de vacciner; car on peut, sans crainte de se tromper, admettre que ces personnes ne sont pas toujours aptes à pratiquer l'opération et à prononcer si elle a été bien faite. M. Bérigny a observé, il y a huit jours un individu qui a eu une varioloïde, puis une variole confluente, à laquelle il a succombé : il avait été vacciné trente-trois ans auparavant.

M. Barth dit qu'il ne suffit pas qu'une personne ait été vaccinée, il faut encore établir que la cicatrice est de bonne nature. Si les individus ont été vaccinés pendant l'épidémie, il ne serait pas surprenant qu'ils contractassent la petite vérole, parce qu'ils auraient subi l'influence de la maladie. En attaquant le vaccin, parce qu'il y a eu des malades qui ont eu ensuite la petite vérole, on se montre peu conséquent; la petite vérole elle-même ne préserve pas d'une rechute, pas plus que l'inoculation ne garantissait de la petite vérole : il ne faut pas demander à l'art plus qu'à la nature.

La séance est levée à dix heures.

NOUVELLES.

— M. le docteur Canuet, médecin de l'hospice de Sainte-Périne, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir.

— M. le docteur Delarroque, médecin de l'hôpital Necker, ayant atteint l'âge de soixante ans, vient, par décision du Conseil-général des hôpitaux, d'être mis à la retraite.

— Le Conseil-général des hôpitaux est en ce moment saisi d'une réclamation de M. Lenoir chirurgien de l'hôpital Necker, tendant à restreindre le service de M. Civiale aux seuls cas où la lithotritie est applicable. Il paraîtrait que ces limites ont été dépassées. Deux membres du Conseil-général, MM. Orfila et Dupin, chargés d'examiner l'état des choses, se sont rendus sur les lieux. La décision du Conseil sera connue mardi prochain.

— La séance annuelle de l'Académie des sciences aura lieu le lundi 19 décembre prochain.

Parmi les médecins qui ont obtenu des récompenses sur la fondation Montyon, on cite MM. Bouillaud, Grisolles et Becquerel.

— Un projet de loi portant concession par l'Etat d'un hôtel situé rue de Lille, en faveur de l'Académie royale de médecine, sera présenté aux Chambres dans les premiers jours de la session. Il y a urgence; car le bail des locaux actuellement occupés par l'Académie, expire au mois de juillet prochain, et le propriétaire ne veut pas le renouveler; de sorte qu'il dépend de quelques boules noires que l'Académie n'ait bientôt plus ni feu, ni lieu.

— On vient de faire une découverte importante à Plombières. M. le ministre de l'agriculture et du commerce ayant ordonné des fouilles pour rechercher de nouvelles eaux chaudes, nécessaires à l'agrandissement de ce bain célèbre, on a trouvé en face du bain des dames, et tout à fait en dehors des travaux exécutés par les Romains, deux sources très abondantes. L'une a 41 degrés centigrades, l'autre en a 63; elles fournissent à elles deux près de 180,000 litres par jour, soit environ sept cents baignoires ordinaires. Elles sont beaucoup plus élevées que les bassins publics du bain tempéré, du bain royal et que les baignoires du bain des Romains. On s'est assuré déjà que ces sources ont les mêmes propriétés que celles plus anciennement connues.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 13 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 148, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 12 DÉCEMBRE.

Notre intention était de ne pas nous occuper de nouveau de la question du sulfate de quinine avant que l'Académie n'eût soumis à une discussion sérieuse cet important sujet; mais les corps savans marchent lentement, les individus au contraire travaillent avec activité, et les faits se pressent avec un caractère tellement effrayant, que nous croyons devoir nous opposer, autant qu'il sera en notre pouvoir, à ce goût trop prononcé des expérimentations sur l'homme vivant qui gagne les hommes même haut placés, et surtout prévenir à temps les praticiens confians que de funestes exemples pourraient égarer et compromettre dans leur réputation. Ce goût est porté à tel point chez certains médecins, que dans tel service un malade quel qu'il soit ne peut entrer sans être condamné à subir l'épreuve du sulfate de quinine à haute dose; c'est à ne pas prévoir les limites où pourront s'arrêter de semblables écarts.

Nous avions, dans un de nos précédens numéros, exprimé la crainte que les faits ultérieurs ne vinssent détruire les magnifiques espérances qu'avaient pu faire naître quelques coïncidences heureuses, et surtout ce penchant presque irrésistible qu'a l'esprit humain de vouloir cueillir le fruit sans attendre la maturité. Les événemens n'ont que trop confirmé nos tristes prévisions.

Aux deux faits malheureux que nous avions signalés nous devons en ajouter trois autres, dont deux à la vérité, quoique très graves, ne sont cependant pas mortels. De ces trois faits, deux se sont passés à l'hôpital Cochin et un à la Charité. A l'hôpital Cochin, une femme affectée de rhumatisme chronique, ou d'une maladie jugée pour telle, a succombé promptement à la suite de l'administration du sulfate de quinine. Une jeune fille a été, après l'administration du même médicament, affectée d'une amaurose qui dure encore, quoique existant déjà depuis trois semaines, et malgré un traitement énergique et varié. Le malade de la Charité a, dit-on, éprouvé d'abord de la céphalalgie, des tintemens d'oreilles, de l'agitation, puis un délire violent et enfin du coma; il n'est sorti de cet état qu'après un traitement énergique et au moment où l'on commençait à désespérer de son rétablissement.

Ces faits sembleraient n'avoir pas besoin de commentaires; cependant, devons-nous dire qu'ayant été communiqués à une société savante, il s'est trouvé des hommes qui ont osé conseiller de ne pas formuler des conclusions prématurées, et d'attendre de nouveaux faits avant de porter une accusation capitale contre le sulfate de quinine? Si de semblables conseils avaient été donnés par des hommes sans autorité scientifique, nous nous serions abstenus de toute discussion, et le bon sens public aurait suffi pour en faire justice; mais comme ils partent d'hommes graves, occupant une position scientifique élevée et méritée, qu'ils sont de plus désintéressés dans la question, nous croyons indispensable de faire voir combien, dans cette circonstance, ils se laissent égarer. Quelques mots suffiront pour cela.

Tout le monde sait combien sont rares les cas de mort pendant la période aiguë du rhumatisme articulaire, à moins que quelque grave complication ne vienne modifier sa terminaison naturelle, et cette complication, quand elle arrive, consiste presque toujours en une phlegmasie séreuse ou séro-fibreuse de quelque viscère important et du cœur en particulier. Par quelle fatale coïncidence le rhumatisme articulaire deviendrait-il tout-à-coup si grave au moment où l'on emploie le sulfate de quinine? Il faut avouer que ce serait là une particularité au moins fort singulière et tout à fait inexplicable. Mais les symptômes observés sont-ils ceux d'une complication générale? nullement; tout au contraire, on observe le cortége complet des symptômes de l'intoxication par le sulfate de quinine. L'anatomie pathologique démontre-t-elle l'existence d'une phlegmasie interne? pas davantage. C'est donc bien à tort, selon nous, que l'on veut méconnaître ici l'effet du médicament, et dans notre opinion, vouloir attendre de nouveaux faits, c'est demander de nouvelles victimes. N'y a-t-il pas d'ailleurs un moyen plus sûr et moins dangereux de savoir à quoi s'en tenir sur la cause prétendue fortuite de ces morts répétées? C'est tout simplement de cesser l'administration du médicament, et de voir alors si cette mortalité inaccoutumée continue ou disparaît; dans l'un comme dans l'autre cas la conclusion sera également facile.

D'autres médecins s'appuient, pour prouver l'innocuité du sulfate de quinine, sur des expériences faites dans divers hôpitaux, notamment dans le service de M. Piorry, qui a administré souvent jusqu'à 5 et 6 grammes, et même plus, de sulfate de quinine, sans avoir jamais eu aucun accident à déplorer. De semblables faits fussent-ils inexplicables, ils ne sauraient détruire ceux que nous venons de rapporter; mais il est facile de les expliquer sans forcer en aucune manière l'analogie. M. Piorry a administré des doses énormes de sulfate de quinine, il est vrai, mais dans quelles affections? dans la fièvre intermittente. Est-il prouvé qu'un médicament doive agir nécessairement de la même manière dans toutes les maladies? Croit-on, par exemple, que chez un malade atteint d'érysipèle à la face l'organisme pût se constituer en état de tolerance pour des doses d'émétique aussi élevées que celles qu'on donne à un pneumonique? Non certainement. En second lieu, quand M. Piorry administrait de telles doses de sulfate de quinine, il employait du sulfate neutre, tandis que c'est presque toujours du sulfate acide que l'on donne maintenant, c'est-à-dire une substance beaucoup plus soluble et probablement beaucoup mieux absorbée. Le médecin dont nous parlons paraît lui-même partager cette opinion, puisqu'il dit obtenir aujourd'hui avec 1 gramme les mêmes effets qu'il produisait autrefois avec 5 ou 6 grammes. Cette objection n'est donc pas plus fondée que la première.

Certes, nous comprenons trop les besoins de la science pour que nous cherchions jamais à entraver des recherches thérapeutiques, lorsqu'elles nous laisseront entrevoir le moindre espoir de succès; mais quand nous voyons des résultats comme ceux que nous annonçons, rester impuissans pour ouvrir les yeux des expérimentateurs et les arrêter dans la fausse route où ils se sont engagés, notre conscience nous impose le devoir de signaler au public d'aussi funestes, pour ne pas dire d'aussi coupables égaremens.

Il est des découvertes dont l'utilité est assez contestable, pour qu'un inventeur judicieux doive s'abstenir de réclamer une priorité peu glorieuse. Nous connaissons un savant professeur de la Faculté de Paris, qui disait dans ses cours, il y a quelques douze ans, avoir trouvé un excellent moyen de guérir la salivation mercurielle; ce moyen c'était l'acide hydro-chlorique. Depuis, ledit moyen a été prôné dans le monde sous le nom d'un certain confrère qui l'a ou qui ne l'a pas inventé; mais peu importe, le judicieux professeur s'est bien gardé de réclamer quand il a vu qu'un sien confrère se parait de ses dépouilles. Il n'avait pas, en effet, tardé à s'apercevoir qu'il s'était trop hâté de conclure, et que l'acide hydro-chlorique ne l'emportait guère que par ses inconveniens sur tous les autres moyens connus. Il semblerait, d'après les faits qui précèdent, que si quelqu'un avait imaginé, avant M. Briquet, d'employer le sulfate de quinine a haute dose, il aurait dû imiter la sage réserve du professeur de Paris; cependant il n'en a pas été ainsi: un enfant de l'Italie a cru devoir, au nom de sa mère-patrie, réclamer la gloire de cette découverte. Nous ne demanderions certes pas mieux que de laisser l'Italie jouir de tous les honneurs que cette découverte peut procurer; mais en fait de mérite comme en fait de demérite, notre morale est de rendre à chacun justice selon ses œuvres, et l'Italie doit se contenter de sa très petite portion de gloire (*si qua est*), pour avoir conseillé plutôt qu'administré le sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu. Outre que des auteurs antérieurs à Rasori avaient déjà employé ce médicament dans le cas dont il s'agit, il y a entre des assertions vagues, purement théoriques et une série d'observations, la différence du jour à la nuit, difference bien suffisante pour faire accorder à celui qui les a faites tous les titres d'inventeur. Il faut donc reconnaître qu'à M. Briquet appartient d'avoir créé, ou au moins ressuscité (ce qui vaut bien autant) la méthode en question; mais ce qu'il faut reconnaître aussi, c'est qu'il n'y a guère lieu de s'en glorifier.

Les résultats du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, pour n'être pas aussi désastreux que ceux obtenus dans le rhumatisme, sont cependant bien loin d'être satisfaisans. Nous espérons que ces faits seront publiés, et serviront de documens au rapporteur de l'Académie. Nous ferons remarquer seulement que si l'on s'en était tenu au diagnostic de l'inventeur de la méthode, les résultats auraient été sensiblement plus avantageux; car il paraissait tout étonné de voir qu'on ne considérait pas comme affection typhoïde la moindre diarrhée, la plus petite fièvre, *le plus léger malaise quelconque.*

Les faits publiés dans notre numéro du 10, s'ils n'ont pas été suivis d'accidens très graves, ne prouvent cependant rien contre l'opinion que nous émettons, attendu que pour quelques faits heureux il y en a une foule de malheureux, c'est-à-dire la grande majorité. De ce qu'un rhumatisme a été guéri en six jours, il ne s'ensuit nullement que la guérison soit due au sulfate de quinine. Toutes les méthodes peuvent invoquer de parells succès, et cela ne surprendra personne quand on songera que sans aucune médication un certain nombre de rhumatismes guérissent ainsi.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Colique hépatique. Considérations pratiques sur la symptomatologie, l'étiologie et le traitement de cette affection.

Les personnes qui suivent la visite de M. Chomel ont pu voir, il y a peu de jours, une malade couchée au n° 1 de la salle Saint-Bernard, en proie aux plus horribles souffrances. Cette malheureuse se débattait dans son lit sans pouvoir garder aucune position. Tout son corps était dans un état convulsif presque continuel; elle se couchait tantôt sur le flanc, tantôt sur le ventre, sans trouver jamais de soulagement à ses douleurs. Ses traits étaient altérés; tout en elle exprimait d'une manière très énergique les plus profondes angoisses. A cet état d'orage succéda bientôt le calme, et à la visite du lendemain, on pouvait à peine, si l'on n'eût été témoin de cette scène, se douter de ce que cette malade avait souffert la veille.

A la leçon suivante, M. Chomel, qui n'avait fait qu'appeler l'attention des élèves sur cette malade, en a entretenu son auditoire dans les termes suivans.

Je vais ce matin entrer dans quelques détails sur la malade du n° 1 de la salle des femmes, sur laquelle je n'ai fait qu'appeler votre attention par quelques mots.

Et d'abord, nous nous demanderons quelle a pu être la cause de si vives souffrances; était-ce une inflammation de l'intestin ou du péritoine? on ne peut pas admettre cette hypothèse, car nous avons vu la malade se coucher sur le ventre, comprimer même cette région avec les poignets, sans en souffrir davantage; bien au contraire, elle semblait même en éprouver quelque soulagement. Or, si l'intestin et surtout la séreuse qui l'enveloppe avaient été le siége d'une phlogose, les mouvemens auxquels se livrait la malade n'eussent pu avoir lieu sans qu'il en résultât une exaspération des douleurs. On doit

FEUILLETON.

ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR QUELQUES ESPÈCES PEU CONNUES DE LA CATARACTE LENTICULAIRE;

Par M le docteur SICHEL.

PREMIRRE PARTIE. — *De la cataracte lenticulaire déhiscente; des caractères qui la distinguent de la cataracte capsulaire et de l'opération qu'elle exige.*

Il existe plusieurs espèces de cataractes fort importantes pour la pratique, telles que les cataractes lenticulaire déhiscente et lenticulaire corticale, encore presque inconnues aujourd'hui, bien que nous les ayons signalées à l'attention du monde médical dès 1837, dans notre Traité de l'ophthalmie, etc. Dans aucune des publications postérieures à la nôtre, nous n'en avons trouvé mention, peut-être cela tient-il à ce que nous ne les avons pas assez mises en relief, et qu'elles ont ainsi pu passer inaperçues au milieu des matières contenues dans un volume de près de 800 pages. C'est de ces cataractes que nous voulons parler ici avec plus de détails, en nous basant sur des observations cliniques multipliées et sur de très nombreuses dissections.

Nous nous proposons de faire suivre ce travail de plusieurs autres mémoires dans lesquels nous passerons successivement en revue toutes les espèces de cataractes, sous le point de vue de l'anatomie pathologique appliquée à la nosologie et à la thérapeutique, en nous servant principalement des matériaux que nous avons réunis depuis plus de quinze ans. Pour tirer de nos recherches toute l'utilité possible, nous aurons soin de réunir partout l'observation clinique à l'examen anatomique et de les compléter l'une par l'autre, seule méthode qui nous paraisse en même temps scientifique, pratique et capable de donner à la médecine son plus haut degré de certitude. Quand cette tâche sera remplie, nous espérons pouvoir nous occuper d'une seconde série de mémoires sur l'historique de la cataracte, historique qui, comme l'observe fort justement M. Ollivier (Dict. de méd. en 25 vol., art. *Cataracte*, Histoire et Bibliographie), n'a été fait jusqu'ici que d'une manière fort insuffisante. Ce sera le moyen de prévenir toute espèce de réclamation sur des questions de priorité dans lesquelles nous ne pouvons entrer actuellement que dans les cas absolument nécessaires.

Quant au sujet dont nous entretenons aujourd'hui nos lecteurs, il embrasse une matière entièrement neuve dans laquelle nous n'avons été précédé par personne; c'est à peine si l'on peut y apporter quelques indications vagues qu'on trouve chez les auteurs. L'historique en est donc fort court et pourra être traité en peu de mots à la fin du mémoire.

D'après l'un de leurs caractères physiques les plus importans, les cataractes lenticulaires peuvent être divisées en deux grandes classes, selon qu'elles ont beaucoup ou peu de consistance. Celles qui font le sujet du présent travail appartiennent toutes à la seconde catégorie.

I. *De la cataracte déhiscente observée sur le vivant.*

La cataracte déhiscente en particulier est toujours plus ou moins molle, surtout dans ses couches superficielles. Quelquefois elle peut, dans sa période la plus avancée et par un ramollissement dont nous expliquerons le mécanisme, se liquéfier totalement. Nous essaierons ici d'en faire l'histoire complète.

Certaines cataractes plus ou moins molles présentent un phénomène que notre ami et maître le professeur Jaeger, de Vienne, a le premier observé sur le vivant, et que nous avons appelé avec lui, *déhiscence* (du terme *dehisco*, usité en botanique pour les capsules séminales qui se partagent spontanément en plusieurs morceaux lors de leur maturité). Les couches superficielles du cristallin semblent se fondre en trois fragmens triangulaires, et forment, dans le principe, une étoile à trois branches. La fissure commence au centre de la surface antérieure du cristallin; de là elle s'étend à la circonférence en forme de trois rayons rectilignes circonscrivant entre eux trois triangles réguliers et égaux, à sommet tourné vers le centre du cristallin, et dont chacun a pour base une courbe, c'est-à-dire le segment correspondant de la circonférence de ce corps. Ces triangles ont une teinte grisâtre, aqueuse, plus ou moins claire et d'un éclat nacré particulier qui fait que ceux qui ne connaissent point le phénomène de la déhiscence confondent ces cataractes avec la cataracte capsulaire. Nous verrons plus loin que la capsule conserve tous ses caractères normaux. Les rayons ou stries qui séparent ces triangles sont d'une largeur variable et d'un gris beaucoup plus foncé tirant souvent sur le noir; ils forment une espèce de croix à trois branches ou de trépied, et ne s'étendant pas toujours jusqu'à la circonférence. Leur teinte gris noirâtre s'explique facilement, puisqu'ils résultent de l'écartement des trois segmens déhiscens du cristallin et du vide que ceux-ci laissent entre eux en se séparant, vide qui fait paraître la teinte noirâtre du fond de l'œil. Cet écartement des segmens augmentant, en général, avec le temps, il est naturel que les stries gris-noirâtres qu'il produit doivent s'élargir en proportion. Bientôt, dans la plupart des cas, il se joint aux stries primitives d'autres stries qui augmentent le nombre originaire des rayons et des triangles, d'après une loi que nous expliquerons plus tard, et qui font de l'espèce de trépied une étoile à quatre, cinq, six branches et même davantage.

Le phénomène de la déhiscence, très manifeste sur le vivant, est un signe certain du ramollissement et du gonflement des couches superficielles du cristallin. Ce ramollissement suivant une marche progressive, les stries et triangles caractéristiques pour le morcellement spontané de la lentille peuvent même finir par disparaître, et la cataracte peut quelquefois se changer en morgagnienne ou liquide; changement que l'on comprendra mieux après ce que nous dirons plus loin sur les cataractes déhiscentes produites artificiellement. Extraits de l'œil pendant l'époque où les signes de la déhiscence existent encore et avant qu'ils se soient entièrement ramollis, ces cristallins présentent la même étoile qui a été constatée auparavant, si toutefois on réussit à les enlever en masse et sans que leur passage à travers l'ouverture pupillaire et entre les lèvres de la plaie de la cornée les altère par le froissement de leur surface molle. La capsule, restée dans l'œil après l'extraction de la lentille opaque, se comporte absolument comme la capsule saine des cataractes lenticulaires: elle est unie, lisse, transparente, rendue un

donc éloigner l'idée d'une inflammation dans les organes en question, toutes les fois qu'on voit une malade en proie à des douleurs vives pouvoir se coucher sur le ventre et le comprimer impunément.

Il faut donc chercher ailleurs la cause de ses souffrances. Ce n'est pas la première fois, à ce qu'il paraît, que cette malade a éprouvé une crise semblable : déjà, huit ou dix jours auparavant, les mêmes douleurs s'étaient manifestées ; elles semblaient avoir, comme la dernière fois, leur point de départ à la région épigastrique, s'irradiant de là dans les hypochondres et dans les flancs, et se fixant principalement à l'hypochondre droit. Alors comme à présent, elles avaient commencé à se faire sentir le soir, et après avoir duré toute la nuit, elles avaient cessé le matin sous l'influence de l'administration des opiacés.

Cette même scène s'est renouvelée cinq fois dans l'espace de dix jours, laissant chaque fois après elle un peu d'endolorissement du ventre et une certaine prostration générale, mais sans avoir été accompagnée de vomissemens, sans diarrhée ni fièvre, le pouls au contraire paraissant au dessus de son type normal. C'est là une nouvelle preuve positive qu'on n'avait pas affaire à une phlegmasie aiguë des principaux organes abdominaux.

Quel a donc été le vrai siége ou le point de départ de ces douleurs ? Il y a plusieurs organes qui peuvent présenter un appareil symptomatique semblable : ainsi, l'estomac, par exemple, lorsqu'on y a ingéré quelque substance liquide ou solide qui n'est pas en rapport avec la susceptibilité de cet organe ou de l'individu en général, peut être sujet à des douleurs très vives; mais, dans ce cas, qui peut être considéré comme une véritable indigestion, il y a presque toujours vomissement des matières ingérées, puis, les accidens une fois dissipés, on ne voit plus ces douleurs se renouveler. Rien de semblable n'a eu lieu chez notre malade; elle n'a ingéré aucune substance qui pût être indigeste, ne prenant ordinairement que quelques potages ou bouillons pour toute nourriture. Elle n'a pas vomi, et enfin les mêmes accidens se sont renouvelés plusieurs fois, laissant entre eux des intervalles de calme assez longs.

L'hystérie, cette maladie protéiforme, peut chez quelques femmes produire des douleurs très vives ayant leur siége principal à la région épigastrique. Mais, en général, ces douleurs tiennent à une constitution particulière de l'individu; elles reconnaissent ordinairement une cause morale. Ainsi, nous voyons ces souffrances affecter principalement les femmes du monde d'une constitution éminemment nerveuse, à passions vives et à imagination ardente, ou même certaines femmes du peuple qui, par leur position ou leur profession, se trouvent en contact avec les classes aisées, auxquelles elles empruntent pour ainsi dire un peu de leur caractère moral. Notre malade n'appartient à aucune de ces classes de femmes ; elle n'a jamais éprouvé de ces douleurs dites hystériques.

Avant son entrée à l'hôpital, elle avait eu une métrite post-puerpérale. Effectivement, à l'époque où nous l'avons examinée pour la première fois, l'utérus conservait encore un certain volume anormal, quelque sensibilité persistait à la région hypogastrique ; mais ces phénomènes avaient entièrement disparu lorsque nous avons repris le service. La pression sur le ventre, le toucher étaient absolument indolens ; d'ailleurs, si les douleurs de l'épigastre qu'elle a éprouvées dernièrement avaient été le retentissement d'une affection de l'utérus, elles auraient eu un tout autre caractère. Nous ne pouvons donc pas nous arrêter un instant sur cette cause, pour expliquer l'étiologie et le siége de la maladie qui nous occupe.

Quelquefois les douleurs rhumatismales peuvent affecter des organes insolites, abandonner les organes extérieurs pour se fixer par une véritable métastase sur quelque organe interne où elles n'ont pas l'habitude de paraître; par exemple, l'estomac, les intestins, la vessie, etc. On éprouve alors des douleurs très vives, mais ces douleurs ne sont jamais primitives ; elles ne se montrent que chez les sujets qui ont eu précédemment des douleurs rhumatismales dans quelques organes extérieurs, ou dont les parens ont été sujets à des affections semblables. Du reste, les douleurs rhumatismales n'ont jamais un degré d'acuité semblable, ni ce caractère particulier que présentent les douleurs de notre malade. Le retour périodique des douleurs vers le soir, leur cessation le matin, en laissant des intervalles de calme, nous firent penser un moment à une affection intermittente, telle que ces fièvres dites *larvées*. Nous avons adressé des questions en conséquence à la malade ; elle nous a répondu n'avoir jamais eu de pareilles fièvres, ni avoir habité jamais des localités où elles dominent. Ces fièvres intermittentes essentielles présentent d'ailleurs des caractères bien différens. En général, dans celles-ci l'accès a lieu pendant le jour ; tous les accès sont précédés de frissons, suivis de chaleur et de sueurs plus ou moins abondantes. Chez notre malade, les accès arrivent ordinairement le soir et se prolongent dans la nuit sans frissons, ni changement de température à la peau, car, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le pouls n'a jamais présenté un état fébrile. Ajoutons enfin, que les accès ont été toujours plus ou moins calmes par l'administration des opiacés ou d'autres calmans semblables. Or, les accès de fièvre intermittente ne cèdent pas ordinairement à l'opium ; il faut donc aussi éloigner cette présomption.

Le plomb et ses préparations produisent quelquefois des douleurs très vives chez les personnes qui se sont exposées à leur influence. La colique saturnine offre des exacerbations nocturnes plutôt que diurnes ; mais dans notre cas il n'y a pas eu une cause de cette nature, au moins suffisante ; la malade, il est vrai, nous a dit avoir travaillé quelque temps chez un marchand de couleurs ; mais elle en est sortie depuis quatre ou cinq mois, et elle n'a jamais éprouvé d'accidens qui puissent se rattacher à l'affection saturnine.

Toutes ces causes étant éloignées, il ne nous reste plus pour cause probable de la maladie qui nous occupe, qu'une cause matérielle, telle que la présence d'un calcul, ou dans le canal de l'urètre, qui constituerait la colique néphrétique, ou dans le canal cholédoque, ce qui donnerait lieu à la colique hépatique, ou bien enfin la présence d'un calcul pancréatique. Cette dernière affection, quoique très rare, a pourtant été constatée quelquefois.

Sur une femme qui est entrée à l'Hôtel-Dieu, et qui a succombé peu de temps après avec des symptômes se rattachant à une affection de cette nature, j'ai trouvé le canal pancréatique oblitéré ; tous les conduits pancréatiques avaient à peu près le volume d'une plume d'oie ; ils étaient unis ensemble, agglomérés, simulant à peu près l'aspect de la vésicule biliaire. Le tissu du pancréas avait presque entièrement disparu, et il n'y avait plus, pour ainsi dire, que ses membranes externe et interne, la place du parenchyme étant occupée par cette agglomération des conduits. C'était une altération semblable à celle qu'on observe quelquefois dans les reins dont les conduits et les bassinets sont tellement dilatés, qu'ils occupent toute l'épaisseur de l'organe, lequel est réduit à sa membrane externe et interne, sa substance corticale ayant entiètement disparu. Je vous signale ce fait pour que vous continuiez à faire des observations à cet égard ; car les faits de ce genre enregistrés dans la science sont encore en très petit nombre, et insuffisans pour éclairer ce point d'anatomie pathologique. J'ai donc dû éloigner aussi la possibilité de cette cause.

Revenons donc aux coliques hépatiques ou néphrétiques. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse ici de cette dernière ; car la malade continue toujours à urniner, et ses urines n'ont jamais présenté ni du sang, ni des dépôts de concrétions calculeuses, ni de matières purulentes, symptômes les plus communs de la colique néphrétique ; en outre, elle n'a jamais accusé de douleur à la région rénale ni le long du trajet des artères, ni dans la vessie, ce qui a presque constamment lieu dans cette maladie. C'est même ce cortége de symptômes bien tranchés et caractéristiques qui rend le diagnostic de la colique néphrétique assez facile, et bien plus facile que celui de la colique hépatique ; aussi est-ce le plus souvent par voie d'exclusion plutôt que par des caractères directs, qu'on parvient à diagnostiquer cette dernière affection.

La colique hépatique est une affection fort intéressante à étudier ; elle est le résultat du passage d'un calcul biliaire provenant de la vésicule, par le canal cholédoque ; je dis un calcul biliaire provenant de la vésicule du foie ; car c'est là que ces corps se forment, et jamais ailleurs. Tant que ces corps restent dans cette poche leur présence ne produit aucune douleur et reste inaperçue ; mais dès qu'ils en sortent et qu'ils pénètrent dans le canal cholédoque, la compression, les déchirures qu'ils déterminent sur les parois de ce canal, donnent lieu à ces douleurs si vives, et souvent atroces, qu'éprouvent les malades. Il n'est pas nécessaire, pour que ces douleurs aient lieu, que le calibre du canal soit entièrement oblitéré par le calcul ; il suffit que celui-ci, comme il arrive le plus ordinairement, soit anguleux, raboteux, et capable ainsi de dilacérer les parois du canal qu'il traverse, tout en permettant à une certaine quantité de bile de passer dans les intervalles de ces inégalités. Un calcul ainsi engagé produit souvent aussi l'ictère ; mais ce symptôme n'est pas un effet nécessaire de la présence d'un calcul dans le canal cholédoque, comme quelques médecins l'ont avancé. J'ai vu, et d'autres praticiens ont vu de leur côté, des malades atteints de coliques hépatiques sans aucune coloration ictérique. Une nouvelle preuve que cet accident morbide n'est pas nécesairement lié à la présence d'un calcul biliaire, c'est l'instabilité de la coloration jaune chez ces malades ; elle paraît et disparaît rapidement d'un jour à l'autre. Or, cela n'a pas lieu dans l'ictère essentiel ordinaire. La jaunisse, dans ce cas, persiste ordinairement cinq ou six semaines ; c'est le phénomène qui persiste le plus long-temps dans cette maladie : il persiste encore alors que tout est rentré dans l'ordre physiologique. Une malade de notre service nous présente un exemple de cette fugacité de l'ictère produit par la colique hépatique. Nous y reviendrons plus tard. L'absence de coloration jaune n'est donc pas une circonstance qui doive faire exclure l'existence de la maladie qui nous occupe. Ainsi il y a deux jours, lorsque je ne fis que vous signaler cette malade, sans m'arrêter aucunement sur la cause et la nature des douleurs atroces qu'elle éprouvait, avions-nous pu diagnostiquer déjà à ce seul signe une colique hépatique, malgré l'absence de l'ictère. Aujourd'hui ce symptôme s'est manifesté ; les urines sont d'un jaune foncé, tout-à-fait ictérique ; il n'y a donc maintenant plus de doute à cet égard.

Quelques médecins pensent que lorsqu'il y a des douleurs qui paraissent et disparaissent alternativement avec des intervalles de calme sans vomissemens, on peut bien soupçonner, mais non pas diagnostiquer sûrement une colique hépatique. Il faut savoir que quelques malades n'éprouvent d'autres symptômes que ces vives douleurs, sans vomissemens, sans qu'il y ait rejet de calculs par la bouche ou par l'anus, et cela s'explique parfaitement. Quand un calcul s'arrête dans le canal biliaire, la sécrétion biliaire peut augmenter et par suite dilater peu à peu la partie du canal qui se trouve au-dessous du point occupé par le calcul, en même temps que la partie placée au-dessus de ce point peut se rétrécir ; il doit en résulter que le calcul ne pouvant pas avancer à cause du rétrécissement du canal, s'arrête dans le point où il est, ou rebroussant chemin, retourne dans la vésicule biliaire. C'est ainsi que nous expliquons ces accès de coliques non accompagnés de vomissemens ni de rejet de sécrétions biliaires. Pourtant au bout de quelque temps quelques fragmens de calcul peuvent franchir le canal rétréci, passer dans l'estomac, dans les intestins et être expulsés par le vomissement ou bien rejetés par les selles, au milieu des matières excrémentitielles avec lesquelles ils peuvent passer inaperçus. Il peut se faire aussi que ces calculs ne soient pas rejetés au-dehors, qu'ils ne rebroussent point chemin non plus, mais qu'ils finissent par se dissoudre là où ils se trouvent, sans donner lieu à aucun de ces accidens qui caractérisent selon certains médecins la maladie dont il s'agit. Aujourd'hui le doute n'est plus permis sur le compte de notre malade ; nous avons pour complément de symptômes la coloration ictérique très prononcée, donc la cause réelle des souffrances qu'elle éprouve est bien la présence de calculs biliaires dans le canal colédoque.

L'étude de ces affections a été fort négligée depuis quelque temps, et pourtant elle est d'une haute importance pratique. Je ne saurais vous dire combien ces maladies sont fréquentes, combien d'individus sont en proie à ces atroces souffrances.

A l'époque où la doctrine physiologique était en vigueur, on les attribuait à un état inflammatoire du foie et on ne les trai-

---

peu opaque par une petite quantité de substance corticale molle du cristallin qui y reste attachée, et que la curette enlève facilement ; elle présente un léger éclat opalin qu'on n'aperçoit même que peu sur le vivant et qu'on ne reconnait bien que par la dissection. Ses lambeaux en partie restent flottans ou se recourbent légèrement sur leur bord libre, en partie se roulent sur eux-mêmes et se rétractent derrière la pupille, ce qui fait généralement croire, mais à tort, qu'ils disparaissent par la résorption. Nous aurons besoin de revenir plus tard sur quelques-uns de ces caractères de la capsule en décrivant les phénomènes qu'on trouve à la dissection. Quant au cristallin extrait, on voit distinctement que sa couche superficielle s'est fendue, à l'instar de la capsule séminale de certaines plantes, en plusieurs segmens triangulaires. En relevant leur sommet à l'aide d'une pince, et en les détachant avec soin jusqu'à leur base, on trouve sous la première couche une seconde et même une troisième couche, qui toutes offrent une disposition semblable. La dernière renferme un noyau central plus ou moins dur, qui n'est plus déhiscent qu'exceptionnellement. Lorsque la déhiscence s'étend jusqu'au noyau, on peut facilement séparer le cristallin en trois parties triangulaires dont la base représente un segment de cercle. Nous donnerons plus loin l'explication anatomique de ces phénomènes.

La déhiscence peut être plus ou moins complète et étendue ; mais toutes les fois qu'elle existe, il est facile de reconnaître la forme d'une étoile à trois ou à un plus grand nombre de branches variables sous le rapport de leurs dimensions, et plus ou moins prononcées. Les branches de l'étoile, toujours d'une teinte grisâtre, embrassent entre elles des triangles d'une teinte plus claire, blanchâtre et nacrée ; le sommet de ces triangles est toujours dirigé vers le centre. Quelquefois la déhiscence peut être tellement incomplète ou commençante, qu'au lieu d'une étoile ou d'une croix grisâtre de grande dimension, circonscrivant entre ses branches un nombre plus ou moins grand de triangles, on n'aperçoit qu'un seul ou plusieurs triangles, en une espèce de croix ou de trépied grisâtre de très peu d'étendue, signes parfaitement suffisans toutefois pour caractériser le phénomène qui nous occupe. La déhiscence, enfin, commence plus ou moins près du centre, lors même qu'elle n'est que partielle.

Il existe quelques espèces particulières *de cataractes déhiscentes partielles*, dont nous parlerons à la fin de la deuxième partie de ce mémoire, à cause de leur analogie avec certaines cataractes lenticulaires corticales.

Nous ne considérons la déhiscence que comme un phénomène physique dû à la mort du cristallin et à l'action macérante des humeurs interstitielles et aqueuse. Ceci nécessite quelques mots d'explication que nous donnerons plus loin, après l'explication de certains faits qui les feront mieux comprendre.

Toutefois, la séparation spontanée du cristallin en plusieurs morceaux n'est pas constamment consécutive à sa mort ni à son opacité. Elle peut exister quelquefois, surtout chez les personnes avancées en âge, indépendamment de l'une et de l'autre, sur des yeux qui ne présentent aucun symptôme de cataracte. Le cristallin alors, parfaitement transparent dans toute son étendue, offre au centre de sa surface antérieure plusieurs stries grisâtres convergentes sous forme d'étoile à trois ou quatre branches. La capsule tantôt est normale, tantôt présente un léger état opalin, le plus souvent partiel, mais toujours exempt de toute complication d'obscurcissement. La vision n'a rien perdu de sa netteté. Dans ces cas la lentille saine commence à s'imbiber du liquide interstitiel, ses couches superficielles s'y macèrent, se gonflent, se ramollissent et subissent une séparation en un nombre variable de morceaux triangulaires.

Il est probable qu'une altération plus ou moins profonde de la nutrition du globe oculaire est la cause éloignée de cette espèce de déhiscence ; aussi la voit-on souvent dans les amauroses, surtout dans celles précédées ou accompagnées de congestion cérébro-oculaire, amauroses qui, par l'effet de la même altération de la nutrition, sont souvent suivies de cataracte. Peut-être l'artère centrale de la rétine est quelquefois ossifiée dans ces cas, comme cela a lieu chez les vieillards pour d'autres artères d'un diamètre bien plus considérable. Par cette raison, la déhiscence est quelquefois de mauvais augure et exige de la part du praticien un examen attentif des fonctions de l'organe de la vue et de l'encéphale, s'il ne veut laisser échapper aucun des premiers symptômes d'une amblyopie. Mais malgré cela la déhiscence peut exister indépendamment de tout autre état pathologique, et j'ai pu l'observer pendant long-temps sans qu'elle fût suivie ni de perte de la diaphanéité du cristallin, ni de goutte sereine. On conçoit l'importance que ce point doit avoir pour le diagnostic différentiel. Dans l'amaurose commençante j'ai plus d'une fois vu des médecins, au grand détriment de leurs cliens, s'abstenir de tout traitement à cause d'une déhiscence commençante qu'ils prenaient pour le début d'une cataracte, et ne reconnaître leur erreur que lorsque la maladie de la rétine avait atteint l'époque où elle cesse d'être guérissable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Correspondance.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous annoncez, dans votre numéro de ce jour, que j'ai été mis à la retraite parce que j'ai atteint l'âge de 60 ans.

J'ai l'honneur de vous prévenir que, n'ayant pas atteint cet âge au moment où je devais être soumis à une réélection, le Conseil des hôpitaux a reconnu que sa décision du mois de novembre dernier était le résultat d'une erreur, et est revenu en conséquence sur cette décision.

Je reste médecin de l'hôpital Necker jusqu'à l'époque d'une nouvelle réélection. Cela contrarie un peu certains aspirans ; mais telle est la nouvelle décision que vient de prendre l'administration, conformément à mon droit.

Agréez, etc. B. De Larroque.

Paris, ce 10 décembre 1842.

— M. Magendie ouvrira le cours de médecine du Collége de France le mercredi 14 décembre, à onze heures, et le continuera tous les mercredis et vendredis à la même heure. — Les études cliniques se feront à l'Hôtel-Dieu, à sept heures et demie, tous les jours, excepté le jeudi et le dimanche.

— M. le docteur Pajot commencera un nouveau cours d'accouchement le vendredi 16 décembre, à six heures du soir, rue Vaugirard, 35. On s'inscrit tous les jours de onze heures à midi.

tait que par des moyens purement antiphlogistiques. Pourtant, en s'en tenant à l'observation exacte des faits, on reconnaît bientôt que jamais ou presque jamais une véritable inflammation de cet organe n'a fait obstacle au passage des fluides biliaires dans les canaux colédoques. M. Andral, lui-même, qui dans le temps a publié un ou deux faits en apparence confirmatifs des idées de Broussais à cet égard, est convenu depuis, avec la franchise qui le caractérise, avoir été influencé par les idées médicales de l'époque dans l'interprétation de ces faits. Ainsi donc jamais l'hépatite véritable ne produit la colique hépatique, telle que nous l'observons ici. Remarquez, en effet, ce qui se passe dans les inflammations si variées de la cavité buccale. Voyez-vous jamais à la suite de ces inflammations, accompagnées souvent de ces productions pseudo-membraneuses qui tapissent toutes les parois de la bouche ; voyez-vous jamais, dis-je, l'oblitération du canal de Sténon ou des conduits de Warton, et la suppression de l'écoulement de la salive ? Tout au contraire, la sécrétion augmente ordinairement et l'écoulement de l'humeur sécrétée est très libre. Jugez donc par analogie. L'opinion de Broussais était donc une pure hypothèse qui ne peut subsister devant les faits et le raisonnement.

Mais quelles sont les causes de cette maladie ? Elles sont, il faut le dire, bien obscures encore. Des faits de médecine vétérinaire pourraient répandre quelque lumière sur cette question. Les vétérinaires ont remarqué que animaux qu'on tue pendant l'hiver dans les abattoirs, après avoir été nourris avec des végétaux secs et d'autres substances toniques, et tenus renfermés dans les étables, sans faire d'exercice, présentaient souvent une grande quantité de calculs biliaires dans la vésicule et les canaux biliaires, tandis que ces produits calcaires étaient rares au contraire chez les animaux qu'on tuait dans le printemps ou l'automne et qu'on avait nourris avec des végétaux frais, et laissé se promener à l'air libre. De là il en résulterait par analogie, que chez l'homme aussi, la vie sédentaire, une alimentation animale trop tonique et excitante, la privation de végétaux frais comme alimens, peuvent contribuer au développement des calculs biliaires et par suite aux coliques hépatiques. De là aussi on peut déduire le traitement hygiénique qui pourra convenir contre ces affections. Il se composerait d'une nourriture plus spécialement végétale, composée surtout de végétaux frais, d'un exercice modéré, et de l'usage de boissons alcalines, telles que l'eau de Vichy, etc.; on y ajouterait, comme traitement médical, les purgatifs plus ou moins répétés, car il faut ici faire tous ses efforts pour expulser les calculs qui oblitèrent le canal ; il faut pour cela augmenter la sécrétion biliaire qui peut entraîner mécaniquement avec elle les calculs arrêtés dans ce canal : c'est là l'indication des purgatifs.

On pourra aussi frictionner la région épigastrique, ainsi que la région du foie, avec un mélange de térébenthine et d'éther, et même administrer ce mélange à l'intérieur, d'après la formule de Durand, qui l'a proposée et qui lui attribue des succès; c'est par ces moyens et autres semblables qu'on trouve décrits dans les traités spéciaux, qu'il faut combattre cette maladie pendant les intervalles de calme ; mais durant les accès, vous calmerez les souffrances par l'opium, que vous administrerez à doses croissantes, depuis 1 grain jusqu'à 15 et même 20 dans la journée, répétant ces doses fractionnées toutes les heures, jusqu'à ce que vous voyiez survenir quelque soulagement, à moins de contre-indication formelle. Il faut seulement bien surveiller les effets de ce médicament puissant. On peut l'administrer aussi par le rectum lorsque l'estomac ne le supporte pas. Ce dernier mode d'administration n'exige pas moins de surveillance que le premier ; car le narcotisme peut arriver très facilement, l'absorption étant très active. Quand les coliques se prolongent pendant un certain temps, le foie se distend énormément ; il devient très sensible ; la fièvre s'allume ; une véritable inflammation se déclare dans ces organes, et alors il faut agir en conséquence ; il faut combattre cette complication secondaire par les antiphlogistiques plus ou moins énergiques, soit locaux, soit généraux.

Cette affection, très douloureuse pour le malade, effrayante pour les assistans, est rarement mortelle, bien plus rarement que la colique néphrétique. Mais il est bon d'être prévenu aussi qu'une guérison radicale est fort difficile. Au bout de quelque temps le canal cholédoque, où le calcul s'est arrêté, peut se dilater et laisser un passage libre au corps étranger, qui est alors expulsé, soit par l'estomac, soit par le rectum. D'autres fois, comme nous l'avons déjà dit plus haut, le canal s'obstrue, le calcul reste là comme enkysté et disparaît peu à peu par une véritable résorption. Quelquefois, par suite de l'oblitération complète du canal, il y a arrêt de la bile, qui finit par produire des désordres sérieux du côté de l'appareil biliaire, et par suite même la mort.

A l'autopsie on trouve, dans ce cas, les canaux biliaires énormément dilatés à leur partie supérieure, tandis qu'ils sont très rétrécis à la partie inférieure ; la vésicule biliaire présente une dilatation excessive ; le foie est gonflé et rempli pour ainsi dire de bile. Dans d'autres cas, encore plus rares, on trouve des altérations organiques profondes, et les canaux biliaires remplis de pus. Telles sont à peu près les lésions qu'on observe dans les cas très rares de terminaison funeste. Cette maladie, je le répète, est très douloureuse, mais rarement suivie de mort. Dans une prochaine leçon, nous reviendrons sur quelques malades de nos salles qui sont affectés de cette maladie.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Leçons sur la thérapeutique des plaies. (Suite et fin.)

Dans la dernière leçon, nous avons donné les principes généraux du traitement des plaies suppurantes et du mode de procéder au pansement lors de la levée du premier appareil. Nous avons dit que ce premier appareil pouvait être laissé en place sans inconvénient de quatre à cinq jours, jusqu'à ce que le travail de suppuration fût commencé. Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens ont agité la question de savoir s'il ne serait pas plus utile de l'enlever plus tôt, ou au bout de deux à trois jours par exemple; ils ont attribué à cette pratique l'avantage de prévenir certaines hémorrhagies et de débarrasser la plaie (surtout à la suite des opérations) des caillots de sang ou de sérosité sanguinolente qui se forment quelquefois à sa surface, et qui, suivant eux, peuvent l'irriter. Nous croyons qu'on a exagéré ces accidens; et d'ailleurs, quand nous conseillons de laisser le premier appareil en place pendant quatre ou cinq jours, c'est à la condition, bien entendu, qu'on surveillera attentivement ce qui se passe, et qu'on aura pris d'avance toutes les précautions nécessaires pour prévenir tout accident de ce genre. Nous ne voyons donc pas que nous ayons rien à changer à notre conduite habituelle, pour laquelle nous avons l'appui de l'expérience de nos maîtres et la nôtre propre.

Il est, avons-nous dit, utile et même nécessaire de recouvrir les plaies récentes et saignantes de corps mous, légers, aptes à les défendre de l'action irritante de l'air extérieur et des corps environnans. Tel est le but qu'on se propose en enduisant les pièces d'appareil d'un corps gras, ou bien en recouvrant la plaie avec de l'agaric qui a peut-être sur la charpie cératée l'avantage de prévenir plus sûrement l'hémorrhagie capillaire, en exerçant une légère compression et une certaine astriction sur la plaie.

Lorsqu'on enlève le premier appareil et que la suppuration commence à s'établir, le chirurgien n'a qu'à seconder les efforts de la nature qui se suffit le plus souvent à elle-même. Il n'y a absolument rien à faire dans ce cas, qu'à surveiller et faire face aux complications possibles. Ainsi donc, les indications à suivre dans le pansement des plaies suppurantes récentes, se réduisent aux suivantes :

1° Préserver la surface des plaies de l'action malfaisante des corps extérieurs, de certains principes miasmatiques, etc. ; c'est ce qu'on peut appeler le pansement *défensif*, consistant dans l'application de substances aptes à s'imprégner du pus et des matières qui s'écoulent de la plaie suppurante. Si le temps me le permettait, j'entrerais ici dans quelques détails relatifs aux modifications que ce pansement doit subir dans certaines circonstances ; car il y a des cas où le pansement doit être plus que défensif, où il doit devenir actif, c'est-à-dire médicamenteux, ou même opératoire, comme lorsqu'il devient nécessaire d'exercer une compression, par exemple. Toutefois, retenez, comme principe général, que dans la grande majorité des cas les pansemens des plaies suppurantes ne sont que défensifs.

2° Il faut que le pansement soit réitéré plus ou moins souvent, selon les indications. C'est là un point très important; car c'est bien souvent de la manière dont on remplit cette tâche, que dépend la marche plus ou moins rapide et régulière de la cicatrisation. Ainsi, il y a des plaies qui exigent des pansemens très fréquens, d'autres plus rares. Le plus ordinairement on renouvelle les pansemens une ou au plus deux fois par jour. Règle générale, les pansemens doivent être d'autant plus fréquens, que les plaies sont plus récentes et que le pus est plus abondant ; et vous savez que la suppuration est toujours plus abondante dans la première période de ce travail, tandis qu'à mesure que les plaies s'approchent de leur guérison, elles suppurent moins et exigent par conséquent des pansemens plus rares. A côté de ce précepte, j'en prescris un autre non moins important, qui est de ne jamais découvrir les plaies sans nécessité, afin de les soustraire autant qu'il est possible à l'action de l'air. Déjà Ambroise Paré, avec ce jugement et cette sagacité qui le caractérisent, avait dit qu'il fallait, pour cette même raison, renouveler les pansemens des plaies le moins possible.

Presque constamment, dans les premiers jours d'une plaie récente, il se développe un léger degré d'inflammation qui est utile d'ailleurs tant que cette inflammation ne dépasse pas certaines limites ; mais souvent elle ne reste pas dans les bornes convenables pour la marche régulière de la cicatrisation ; on la voit quelquefois dépasser ces limites, et il faut intervenir alors par des moyens aptes à remédier à cet excès d'inflammation. Quelquefois on est obligé de pratiquer quelques saignées locales ou générales ; le plus ordinairement il suffit d'appliquer des topiques émolliens, tels que des cataplasmes, des compresses imbibées de liquides émolliens, ou même simplement d'augmenter la dose du cérat sur les plumasseaux de charpie ou le linge fenêtré qui recouvrent la plaie, les corps gras frais étant par eux-mêmes adoucissans et aptes à diminuer l'éréthisme des tissus.

Les pièces de pansement, telles que plumasseaux, charpie, etc., doivent être préparés différemment selon l'âge de la plaie et la période où elle est arrivée. Ainsi, au commencement, il faut recouvrir les pièces d'appareil d'une couche épaisse de cérat ; ce corps gras a non-seulement l'avantage d'agir dans cette circonstance comme adoucissant et antiphlogistique ; mais il empêche que les pièces du pansement n'adhèrent à la plaie, toujours si sensible au début, et il permet de les détacher avec facilité quand on renouvelle le pansement, sans produire de déchirures. Quand la plaie est déjà en voie de guérison on diminue la couche de cérat. Un linge fenêtré et très légèrement graissé suffit alors. Ensuite il faut que la plaie soit habituellement bien nettoyée, mondifiée et bourgeonnante, recouverte d'une suppuration de bonne nature, pour qu'elle marche vers la cicatrisation.

Anciennement on abusait sans doute de toute sorte d'onguens, de topiques gras de toute espèce, qu'on employait selon la période à laquelle se trouvait la cicatrisation. Tout en blâmant cet abus de corps gras, nous pensons qu'il y a une juste mesure à adopter entre la pratique ancienne et l'abandon dans lequel est tombé aujourd'hui l'usage des topiques en général, car il est d'observation que certaines plaies ne se détergent pas sans l'usage de toniques dits détersifs, dessiccatifs. D'ailleurs ces substances sont la plupart du temps d'une composition simple, plus ou moins adoucissantes et incapables de nuire. A une époque plus avancée de la plaie, il y a souvent une indication à remplir. La nature dépasse fréquemment les bornes convenables dans le travail de cicatrisation, c'est-à-dire que vous voyez la plaie vermeille, bourgeonnante, mais les bourgeons sont en excès ; au lieu de former par leur réunion cette espèce de membrane de cicatrisation dont nous avons parlé, ils dépassent le bord de la plaie, ils sont, comme on dit, luxurians, et la cicatrisation n'avance pas. Il faut alors diminuer cet excès de vitalité ou par la compression ou par quelque moyen caustique et astringent. Autrefois on employait dans ce but l'alun calciné ; on lui a substitué avec raison, de nos jours, le nitrate d'argent, qui non-seulement produit une très légère escarrhe sur la surface de la plaie, mais qui modifie surtout par ses qualités astringentes la vitalité des bourgeons, à tel point qu'on voit de suite la cicatrice marcher avec rapidité de la circonférence vers le centre. Quelquefois les cicatrices sont difformes, irrégulières et calleuses, parce que le chirurgien n'a pas eu recours aux moyens propres à diriger le travail de cicatrisation. Il faut éviter ces inconvéniens dans votre pratique ; car autant on vous saura gré d'avoir procuré des cicatrices régulières, autant vous serez blâmé dans le cas contraire, surtout s'il s'agit de personnes du sexe.

La cicatrice se fait ordinairement par zones qui peu à peu se condensent, convergent les unes vers les autres en acquérant graduellement un degré de solidité convenable. Elle est en général très mince sur ses bords tant qu'elle est récente ; elle ne se raffermit que plus tard. Lors donc que la cicatrice est à peine formée, qu'elle est très mince et facile à déchirer, il ne faut pas la couvrir simplement de charpie sèche, mais d'un linge légèrement cératé, ou entourer ses bords avec un linge frangé et cératé, qui empêche la charpie d'adhérer aux bourgeons et d'entamer la cicatrice déjà existante. Vous n'apporterez jamais trop de précautions à cet égard.

Pansement des ulcères. Il me reste à vous entretenir du mode particulier de pansement que réclament certaines espèces de plaies, telles que les anciens ulcères. Avant d'entreprendre ce sujet, je reviendrai sur quelques circonstances de la transformation des ulcères en plaies simples, sur lesquelles je n'ai peut-être pas assez insisté en commençant ces leçons; ce que je vais en dire complétera d'ailleurs mes idées sur ce sujet.

1° Dans beaucoup de cas, avons-nous dit, on voit les ulcères se convertir en plaies simples, et cela toutes les fois que la cause qui constitue et entretient l'ulcère a cessé d'agir ; aussi est-ce là le but vers lequel doivent tendre tous les efforts du chirurgien, c'est-à-dire changer l'ulcère en plaie, en éloignant la cause qui l'entretient. Il arrive pourtant plus d'une fois que, malgré cette heureuse métamorphose, l'ulcère continue à retenir quelque chose de sa nature primitive, en ce sens que la peau qui l'environne reste toujours un peu gonflée, boursouflée, dans un état que je qualifierai d'inflammation chronique; l'aspect en est toujours un peu blafard, et ensuite le travail de cicatrisation marche avec plus de lenteur que dans les plaies simples et récentes.

2° Parmi les causes qui déterminent l'ulcère, les unes peuvent être facilement combattues, par exemple, les ulcères syphilitiques qui, sous l'influence des préparations mercurielles, marchent rapidement vers leur cicatrisation, et autres semblables dans lesquelles la cause déterminante ou spécifique est heureusement combattue par des moyens spécifiques. D'autres, au contraire, sont plus rebelles à toute espèce de moyens qu'on met en usage ; tels sont, par exemple, les ulcères scofuleux qui, comme tout le monde sait, font souvent le désespoir du praticien. Parmi les ulcères de la première classe nous pouvons placer aussi les ulcères chroniques des jambes qui, traités d'une manière convenable par la position horizontale et les moyens que nous exposerons plus tard, changent très rapidement de nature et marchent avec la même rapidité vers la guérison.

Dans le pansement des ulcères, on se dispense ordinairement d'employer la charpie et les autres topiques qu'on emploie pour les plaies simples. On se propose pour but principal d'exercer une espèce de compression sur la partie malade, et cela par des moyens divers. On avait imaginé, dans ce but, l'usage de plaques de plomb, spécialement recommandées par M. Réveillé-Parise. C'est surtout dans la chirurgie militaire que cet usage a prévalu. Ce moyen paraît modifier assez favorablement les plaies ulcéreuses et chroniques. On a étendu aussi son application aux plaies simples, et vous savez, du reste, que les préparations de plomb ont une influence assez marquée comme astringens sur la cicatrisation de certaines plaies. Il y a une autre méthode à l'aide de laquelle on obtient très rapidement la guérison des ulcères, qui nous est venue de l'Angleterre, où elle paraît avoir été introduite, si je ne me trompe, par le chirurgien Bayeton. Cette méthode est également applicable aux plaies chroniques et aux ulcères des parties arrondies du corps, telles que les membres; et, comme en général, ces espèces de plaies se montrent le plus souvent sur les membres, et principalement aux jambes, il s'ensuit qu'elle a dû recevoir de très fréquentes applications; elle consiste à recouvrir toute l'étendue de la plaie avec des bandelettes agglutinatives qui entourent circulairement le membre et qui sont superposées les unes au-dessus des autres d'une manière régulière. Il en résulte une compression méthodique sur toute la surface de la plaie, compression qui en favorise la cicatrisation. Après avoir couvert ainsi la plaie, il faut l'envelopper d'un linge et d'un bandage légèrement compressif, lequel doit occuper tout le membre afin de prévenir le gonflement œdémateux qui pourrait se déclarer dans les parties inférieures. Ce pansement est si simple qu'il suffit de l'avoir vu pratiquer une fois pour savoir l'appliquer. C'est dans mon voyage en Angleterre, en 1814, que j'ai vu pour la première fois appliquer cette méthode de pansement par les chirurgiens anglais. La simplicité et les succès que je lui ai vu produire

pendant le temps de mon séjour à Londres, me frappèrent à tel point, qu'à mon retour je dus chercher à l'introduire en France. Je l'ai de suite mis à l'essai moi-même, et j'en ai obtenu des résultats très satisfaisans dont j'ai rendu compte dans mom Mémoire sur le parallèle de la chirurgie française et de la chirurgie anglaise.

Je me rappelle toujours, entre autres cas, celui d'un homme qui avait une plaie énorme occupant tout un côté de la cuisse. Je l'ai traité par cette méthode, et il a guéri parfaitement dans un espace de temps assez court. Ce mode de pansement a en outre l'avantage de maintenir le membre sur lequel le bandage est appliqué dans un état de maigreur qui favorise le travail de la cicatrisation; car vous savez que lorsqu'une plaie tend à se cicatriser, si les tissus environnans se développent par une sorte d'embonpoint factice ou réel, les bords de la plaie sont tiraillés et la cicatrisation marche lentement. Cette méthode est aujourd'hui assez généralement adoptée, et il paraît qu'on a lieu de s'en louer. On peut employer à cet effet des bandelettes de diachylon, soit simples, soit préparées avec des substances médicamenteuses, telles par exemple que le mercure, le plomb, l'iode, etc., selon la nature de l'ulcère qu'on a à traiter ou les indications qu'on se propose de remplir. Mais le point capital est de bien appliquer les bandelettes en les disposant de manière à ce qu'elles exercent une compression égale partout, sans exercer sur la partie malade nne constriction trop forte.

Un autre avantage de ce mode de pansement, c'est de modifier la forme même des plaies: ainsi, par exemple, s'il s'agit d'une plaie circulaire, à l'aide de ces bandelettes on pourra la rendre plus ou moins ovale et la mettre ainsi dans des conditions plus favorables pour la cicatrisation. Déjà Amb. Paré avait dit que les ulcères ronds se cicatrisent moins facilement que les ulcères allongés, et ce grand chirurgien faisait tous ses efforts pour modifier favorablement la forme des plaies qu'il avait à traiter.

Enfin un des avantages de ce pansement est de permettre aux malades de vaquer à leurs affaires, à la condition toutefois que le bandage soit suffisamment et uniformément serré, et qu'on n'oublie pas les précautions nécessaires pour garantir le membre ainsi bandé de toute espèce de violence extérieure.

Nous allions omettre d'énumérer encore parmi les avantages de ce pansement qu'il n'exige pas d'être renouvelé tous les jours comme le bandage ordinaire, mais seulement tous les deux ou trois jours. Il ne faudrait pas croire cependant que, par ce moyen, l'ulcère change de suite d'aspect; mais en en continuant l'usage pendant un laps de temps nécessaire, on voit la cicatrisation se faire infiniment plus vite et d'une manière beaucoup plus uniforme que par les méthodes anciennes. C'est par là que nous finirons nos généralités sur les plaies, sujet vaste que nous sommes loin d'avoir épuisé, et sur lequel nous aurons maintes fois occasion de revenir.

Sur un nouveau procédé pour guérir l'ectropion;

Par M. le docteur MAGNE, élève particulier de Sanson.

Le 7 août 1841, je fus consulté pour un enfant de dix ans, affecté d'un ectropion de la paupière inférieure de l'œil gauche. Pâle, faible, lymphatique, sa maladie remontait à quatre mois. Voici ce que je constatai: la conjonctive palpébrale présentait dans toute son étendue l'aspect grenu des bourgeons celluleux et vasculaires des plaies; elle était épaissie, d'un rouge pâle; la sécrétion était augmentée et se traduisait au dehors par un léger érythème de la joue, suite de l'épiphora. La paupière, renversée, laissait voir la portion de la conjonctive qui recouvre les follicules de Méibomius. La conjonctive oculaire participait à l'inflammation: même couleur, même épaississement à la partie inférieure de cette membrane, qui allait en s'amincissant à mesure qu'elle se rapprochait de la cornée, sur les bords de laquelle elle se terminait par un lacis de vaisseaux. Il s'agissait, comme on le voit, d'une variété de la maladie que les oculistes ont désignée sous la dénomination d'*ectropium sarcomatosum*, *ectropium luxurians*, et à laquelle M. Carron de Villards donne le nom d'ectropion par exubérance de la conjonctive.

Comme médication générale, je prescrivis les amers, un régime tonique, etc. Le traitement local m'embarrassait: connaissant le peu d'action des collyres secs dans lesquels on fait entrer soit le calomel, soit la tuthie, etc., je ne m'y arrêtai nullement; la cautérisation avec l'azotate d'argent me paraissait insuffisante; je penchai pour l'excision et la cautérisation combinées: par ces moyens je comptais guérir la conjonctive et ramener la paupière dans sa position normale; mais j'éprouvai de la part des parens, contre l'emploi de l'excision, une résistance telle, que je fus obligé d'y renoncer. Forcé de me retrancher dans l'azotate d'argent, j'en usai plus vigoureusement que je n'avais osé le faire jusqu'alors, et le 11 août je touchai lentement et à plusieurs reprises la conjonctive oculo-palpébrale, exactement comme lorsqu'il s'agit de réprimer les bourgeons charnus de certaines plaies; puis, pour combattre l'inflammation consécutive, j'ordonnai des bains de pieds répétés, pendant la durée desquels on fit sur l'œil des affusions d'eau de sureau froide; des compresses imbibées de la même eau furent maintenues sur l'œil le jour et la nuit.

Le lendemain, l'état de la conjonctive me permit de réitérer les cautérisations, que je pratiquai les jours suivans, coup sur coup, si je puis me servir de cette expression, qui appartient actuellement à la phlébotomie.

Le 25 août, il y eut une amélioration telle, que je mis de côté l'azotate d'argent.

Le 30, les parens me témoignèrent le désir d'emmener l'enfant à la campagne; les granulations avaient disparu, quelques pellicules blanchâtres couvraient çà et là la conjonctive; je laissai partir l'enfant, et prescrivis un collyre composé ainsi qu'il suit:

Eau de laitue,	60 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise,	10 id.
Mucilage de semences de coings,	4 id.
Pierre ophthalmique,	15 centigram.

Je conseillai en outre de recouvrir l'œil, pendant la nuit, d'un cataplasme de mie de pain délayée dans de l'eau végéto-minérale.

Ce n'est que le 12 novembre que je revis l'enfant à ma consultation, et j'avoue que je fus bien surpris de ne plus trouver aucune trace d'ectropion; mais je le fus bien davantage lorsqu'abaissant la paupière inférieure, je remarquai deux petites brides de formation nouvelle, que j'appellerai conjonctivales, développées près de l'angle externe de l'œil; à la suite de l'inflammation et de la suppuration causées par l'azotate d'argent, des brides s'étaient établies qui avaient mis en raport les conjonctives oculaire et palpébrale, et opéré par là le redressement de la paupière. Ces brides sont de couleur blanchâtre, ressemblant aux parties de la conjonctive qui ont été cautérisées; elles présentent l'aspect de tous les tissus de cicatrices. A mon étonnement succéda la crainte que le globe de l'œil ne fût gêné, au moins dans son élévation; les mouvemens que je fis exécuter sur-le-champ, en tous sens, furent aussi libres qu'autrefois. En un mot, le résultat était pleinement satisfaisant; il avait dépassé les espérances que j'avais données et celes que j'avais pu concevoir. Un an s'est écoulé; le temps n'a rien changé; le succès est complet.

Quoique ce fait soit isolé, quoiqu'il soit le seul dans la science, je crois qu'il est permis d'en conclure: « Que la cautérisation des conjonctives oculaire et palpébrale, pratiquée vigoureusement, coup sur coup, à l'aide de l'azotate d'argent, dans les cas d'ectropion par excès de développement de la muqueuse, peut guérir le renversement de la paupière par la formation de brides adhérentes unissant les deux surfaces et assez élastiques pour ne pas entraver l'action des muscles et ne gêner en rien les mouvemens du globe de l'œil. »

J'ajouterai, dans l'intérêt de la pratique, que toutes les fois que j'emploie la cautérisation avec l'azotate d'argent, j'obtiens toujours de très bons effets de l'application des ventouses scarifiées, entre les deux épaules, et des bains de pieds répétés, pendant la durée desquels je prescris une douche d'eau froide sur le front et les yeux. On prévient de la sorte des inflammations que j'ai vu quelquefois durer plus de trois semaines, et on se donne la faculté de cautériser aussi promptement et aussi souvent qu'on le juge nécessaire.

Le budget des enfans-trouvés de la ville de Paris, a été fixé, pour 1843, à la somme de 1,136,000 fr.

A céder de suite, une clientelle de médecin dans les environs de Paris. S'adresser à Milly, près Corbeil, à M. Rigault, huissier.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 15 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 149, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplemens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des diverses inflammations des doigts et de la main.

Divers malades, l'un couché au n° 8, l'autre au n° 20, et deux encore au n. 22 et 32 de la salle des femmes, pourront, en les rassemblant, en les comparant, servir de types pour l'histoire des inflammations des doigts et de la main, car les différentes variétés qu'elles peuvent présenter se rencontrent chez ces malades.

Ce qu'il est à la fois curieux et important d'établir, c'est que les inflammations diverses de la main peuvent être distinguées à première vue, et nous dirons quelles conséquences pour le pronostic et la thérapeutique peuvent se tirer de cette distinction.

Ainsi, ou le mal se présente sous la forme d'une phlyctène accompagnée ou non de gonflement de la partie, ou bien d'un gonflement sans phlyctène, mais compliqué quelquefois de symptômes généraux. Si la maladie s'est manifestée par une phlyctène sans gonflement, à coup sûr l'inflammation s'est développée entre l'épiderme et la peau; si cette phlyctène est, au contraire, accompagnée d'un gonflement assez considérable, nul doute que l'inflammation ne soit sous-cutanée, qu'elle n'ait détruit la peau en un point, et qu'alors seulement ne se soit formée la phlyctène. Quand il n'existe que du gonflement sans phlyctène, il faut distinguer avec soin quels caractères présente ce gonflement: l'inflammation a-t-elle débuté sous la peau, alors le gonflement est circonscrit, ordinairement limité entre deux articulations; mais si c'est dans la coulisse tendineuse elle-même que cette inflammation a pris naissance, le doigt tout entier est tuméfié; la main, sur la face dorsale, si la maladie est récente, et la face palmaire elle-même, si elle est ancienne, participent au gonflement.

Chez la femme du n° 20, il se présente quelque chose de spécial, une circonstance qui ne rentre pas dans ce que nous venons de dire. Cette malade est prise d'une inflammation au pouce, qui envahit la pulpe de ce doigt; cette inflammation devient très aiguë; la douleur est excessivement vive, jusqu'à priver cette femme de sommeil et lui faire jeter des cris continuels; puis du gonflement et une large phlyctène se manifestent. La pustule ouverte, on voit une caverne qui se continue sous la peau jusqu'à la phalange.

Voilà bien une inflammation sous-cutanée limitée; mais cette forme est particulière et ne peut se rencontrer ailleurs qu'à la pulpe des doigts, et si l'on y réfléchit, on ne tardera pas à se convaincre que les choses doivent se passer comme elles le font, et que l'anatomie explique pourquoi l'inflammation ne peut se comporter autrement. Examinons quand cette inflammation s'établit entre la peau et les tissus, à la pulpe des doigts; elle ne peut point, comme dans la continuité, gagner les coulisses et se propager au loin, puisqu'on sait que ces coulisses manquent en cet endroit. Aussi, qu'arrive-t-il dans ce cas? C'est que cette inflammation, loin de s'étendre, se circonscrit, ne gagne même pas la plupart du temps le reste du doigt, mais fait des progrès en profondeur, attaque l'os et amène sa carie et sa nécrose.

Si cette inflammation naissait plus en arrière, tout alors se passerait autrement. Il est bien vrai que d'abord les symptômes seraient les mêmes, mais le gonflement s'étendrait bientôt sur toute la face palmaire du doigt et même dans la paume de la main, seulement, à cause de la disposition anatomique, l'inflammation aurait de la difficulté à marcher de bas en haut, de moi ns en moins cependant à mesure qu'elle avancerait vers la paume de la main. Mais ce qui arrivera alors très souvent, c'est que le gonflement envahira toute la force dorsale des doigts, et il y a encore à ce fait une explication toute anatomique; à savoir: que le tissu cellulaire, qui est extrêmement dense et serré à la pulpe, devient de plus en plus lamelleux vers la face dorsale des doigts, ce qui fait comprendre pourquoi l'inflammation a plus de facilité à s'irradier vers la face dorsale que du côté de la face palmaire.

Le malade entré hier, 4 décembre, nous rend ceci manifeste. Cet homme s'est coupé profondément la pulpe du pouce; la plaie a suppuré et le mal est resté stationnaire pendant assez long-temps. Depuis quatre jours il est survenu à ce malade une inflammation sur le dos du petit doigt, et aujourd'hui toute la face dorsale de la main est prise et menacée d'un phlegmon diffus, et il n'est pas permis d'affirmer que l'inflammation restera limitée aux points qu'elle a envahis.

Quand il s'est fait un foyer purulent, quelque étalé qu'il soit, bien que la peau soit très dense dans ces régions, on comprend qu'elle puisse s'ulcérer; alors le pus, trouvant un passage, se glisse pour ainsi dire sous la couche épidermique, la décolle avec facilité, et une fois que cet épiderme est décollé au loin, le mal offre une caverne dont la disposition est assez bien figurée par la forme d'un bouton de chemise. Il y a, en effet, un foyer profond et un foyer superficiel qui sont séparés l'un de l'autre par un passage étroit qui n'est autre que le trou fait à la peau.

Nous avions donc déjà étudié principalement deux formes des inflammations des doigts et de la main:

1° L'inflammation sous-épidermique;
2° L'inflammation sous-cutanée.

Il faut remarquer seulement que la seconde forme présente deux nuances différentes selon que l'inflammation sous-cutanée a son siége à la pulpe, ou selon qu'elle s'est développée sur le reste de la face du doigt.

Dans le premier cas, c'est-à-dire quand le mal débute par la pulpe, le gonflement est assez considérable, mais circonscrit. Dans le second cas, l'inflammation, contenue par des brides peu solides, envahit promptement toute la peau dorsale et la face palmaire.

On peut concevoir une troisième forme d'inflammation des doigts; celle, par exemple, qui se composerait de la réunion de la forme sous-épidermique et de la forme sous-cutanée.

La quatrième est celle qui consiste dans l'inflammation consécutive des gaînes tendineuses. Celle-là ne peut exister, bien entendu, à la pulpe des doigts, puisque les gaînes manquent dans cette région. Elle se distingue aussi facilement que les précédentes par la seule inspection. Comme les coulisses tendineuses dans lesquelles cette inflammation s'est développée se continuent jusqu'à l'avant-bras, on prévoit qu'elle sera nécessairement étendue, que les douleurs seront des plus vives, que le gonflement envahira un grand espace, qu'il sera rarement borné au doigt, et qu'elle tendra à se propager au loin, moins en arrière qu'en avant, c'est ce qui arrive en effet. Il n'est donc pas rare de voir, dans cette forme d'inflammation, la main, le poignet tuméfiés, et le boursoufflement gagner l'avant-bras, c'est aussi ce qui est arrivé chez cet homme qui s'est fait au doigt une coupure profonde, la maladie est restée limitée au doigt d'abord; mais bientôt la paume de la main et le poignet ont été pris, au point qu'il a fallu pratiquer de légères incisions. Il est clair, dans ce cas, que l'inflammation a gagné la coulisse fibro-tendineuse. Aujourd'hui, du reste, cela n'est pas trop facile à constater, car le malade a le doigt gangrené et perdu dans ses deux dernières phalanges au moins.

Il y a bien encore une cinquième variété d'inflammation des doigts et de la main; mais celle-là est rare comme phlegmasie primitive; nous voulons parler de l'inflammation qui débute par envahir les os. A la face palmaire elles est presque impossible, tant le tissu fibreux est adhérent à l'os; mais à la face dorsale cela est moins rare.

Cette maladie s'observe cependant, mais, comme nous le disons, par suite d'une autre phlegmasie. Ainsi, quand l'inflammation s'est emparée d'une coulisse fibro-synoviale, le périoste peut être gagné et l'os alors ne pas tarder à se prendre.

En résumant les caractères propres à ces diverses sortes d'inflammations des doigts et de la main, il sera démontré qu'elles peuvent être distinguées sans difficulté au commencement comme à la fin de la maladie, et nous ferons ressortir ensuite l'importance de ces distinctions pour le pronostic et le traitement.

1° Inflammation sous-épidermique reconnaissable par la phlyctène et l'absence du gonflement.

2° Inflammation sous-cutanée qui se manifeste par un gonflement peu étendu du côté de la paume de la main, gonflement assez circonscrit en général, et qui tend sans cesse à gagner la face dorsale du doigt.

3° Forme mixte, participant des deux précédentes, présentant un gonflement avec les caractères de l'inflammation sous-cutanée, une phlyctène, et sous la phlyctène une perforation de la peau.

4° Inflammation des coulisses tendineuses distinguées par un gonflement modéré, mal limité, s'étendant du doigt envahi à la paume de la main, puis au poignet, puis à l'avant-bras, s'accompagnant de douleurs très vives et de symptômes généraux.

5° Inflammation des os, rare comme phlegmasie primitive.

Voici maintenant pourquoi il est d'une haute importance de diagnostiquer chacune de ces formes diverses. La forme sous-épidermique ne compromettant ni tendons, ni os, ni aucune partie importante, n'est pas grave. L'inflammation sous-cutanée est beaucoup plus grave que la précédente; mais la gravité n'est pas la même dans les deux nuances que nous avons tracées; développée à la pulpe du doigt, elle est plus grave d'une manière absolue, et moins grave d'une manière relative; plus grave, en ce sens qu'elle amène assez fréquemment la carie ou la névrose de la phalangette, et moins grave relativement, parce que la perte de la phalangette est un inconvénient sans doute, mais qui ne nuit pas énormément aux fonctions de l'organe, tandis que quand l'inflammation occupe le devant des phalanges, elle a beaucoup de tendance à gagner la coulisse tendineuse, ce qui est un danger bien autrement sérieux, puisqu'alors la maladie ne guérit presque jamais sans que l'intégrité des fonctions des doigts ne soit plus ou moins compromise, et que, quand l'inflammation sous-cutanée quelle qu'elle soit est guérie, le sujet est bien réellement débarrassé de sa maladie, tandis que dans le cas d'inflammation dans les coulisses, il reste infirme ordinairement par suite d'une adhérence formée entre la gaîne et le tendon, et encore c'est là une des meilleures suppositions, car il peut survenir à la suite une maladie des articulations des doigts, une maladie des os, enfin le malade est exposé à perdre complétement le doigt. D'où il faut conclure que, parmi les diverses variétés d'inflammation des doigts et de la main, la première est légère, la deuxième est plus grave et la troisième est grave jusqu'à compromettre ce doigt de la main, nécessiter les incisions, l'amputation, en un mot exposer la vie du sujet.

S'il est utile, comme on le voit, d'établir ces distinctions entre ces différentes formes d'une même maladie, il est non moins important de le faire sous le point de vue thérapeutique.

La première variété n'exige aucun traitement général: quelques résolutifs, des cataplasmes émolliens, l'onguent mercuriel surtout, des linges imbibés d'eau blanche, tels sont les moyens à conseiller dès le début de la maladie. S'il n'est consulté que plus tard, après que la phlyctène s'est développée, il faut se hâter d'enlever l'épiderme; car sans cette précaution on verrait l'inflammation cerner l'ongle, et il serait peut-être impossible d'empêcher sa perte; quand l'épiderme a été enlevé, il suffit alors de prescrire quelques onctions avec la pommade de concombre, l'onguent populéum, un cataplasme même peut suffire.

Il faut, contre la seconde variété, employer un autre ordre de moyens d'une activité plus grande et plus prompte; on peut, si la constitution du sujet le permet, débuter par une saignée générale: dans tous les cas, on fera appliquer 8, 10 et même 15 sangsues à la région dorsale du doigt, vers la base; on ne mettra point ces sangsues sur la face palmaire, attendu que la peau y est trop dure et qu'elles y prennent difficilement, puis on joindra à ce traitement l'onguent mercuriel comme ci-dessus; on donnera au membre une position relevée, et si les douleurs sont très vives, on pourra prescrire un cataplasme laudanisé. Mais dans le cas où la maladie daterait déjà de quatre à cinq jours, il serait très important alors d'inciser, soit dans le point où la maladie aura commencé, soit dans celui où la douleur sera la plus vive, soit enfin où se rencontrera une apparence de fluctuation. Nous devons insister sur cette pratique pour en faire saisir toute l'utilité; car s'il y a quelques gouttes de pus, leur sortie fera cesser les accidens; s'il n'y en a pas, on aura fait encore quelque chose d'excellent, puisque l'inflammation sera arrêtée; et ce moyen est d'autant plus facile à exécuter, qu'il n'y a absolument rien à craindre de ces incisions faites sur la face palmaire du doigt et dans le sens de sa longueur. L'indication est donc formelle dès que la maladie date de quatre à cinq jours. On fait suivre l'incision de l'emploi des émolliens, et ordinairement cette variété d'inflammation guérit bien.

Si la maladie a envahi la face dorsale de la main, il faut s'attacher à parfaitement distinguer si l'on a affaire à une inflammation sous-cutanée ou à une inflammation sous-aponévrotique; s'il y a apparence d'un foyer on incisera; mais s'il n'y a pas de pus, on emploiera l'onguent mercuriel à haute dose, c'est un remède qui diminue les symptômes assez ordinairement.

Chez ce malade dont le pouce était ouvert et suppurait, et sur le petit doigt duquel s'est montrée cette inflammation, M. Velpeau a incisé le petit doigt seulement, bien que le dos de la main se prît, parce qu'il y a loin d'espérer encore que la résolution s'effectuera.

Quant à l'inflammation des coulisses tendineuses, comme elle s'accompagne d'un état général caractérisé par la fièvre, l'insomnie, la soif, et tous les symptômes enfin d'une réaction vive; la saignée générale doit être préférée aux émissions sanguines locales. L'inflammation est ici située profondément, et l'on n'ignore pas que les sangsues et les topiques ont d'autant plus de prise que le mal est plus superficiel; et, réciproquement, ce qui fait que ces moyens sont moins indiqués ici que

dans les cas précédens. Ce n'est pas qu'ils ne puissent être fort utiles, mais on les emploiera seulement après la saignée, après l'administration du calomel à doses fractionnées, comme antiphlogistique, auquel on joindra les délayans ; puis on devra recourir alors à l'onguent mercuriel mêlé à de l'opium, qu'on appliquera sur toute la main malade, et on couvrira le tout d'un large cataplasme ; les irrigations froides et les bains généraux pourront aussi être prescrits.

Si l'on a lieu de soupçonner la présence du pus, on incisera convenablnment ; et ici, plus que nulle autre part, il faut suivre cette conduite ; car on comprend avec quelle déplorable facilité la suppuration pourra fuser dans la paume de la main et jusque dans l'avant-bras. Mais si l'indication est la même que pour la variété précédente, il s'en faut que l'incision soit aussi facile à pratiquer ; à la main la difficulté est déjà grande. Pour arriver au foyer, il faudra éviter les grosses artères de l'arcade palmaire superficielle, les branches du nerf médian ; au poignet ce sera pis encore, et à l'avant-bras les foyers se formant d'ordinaire sur les côtés, l'incision deviendra une opération plus délicate encore. On voit que sous l'aspect chirurgical, la thérapeutique de cette dernière variété offre un véritable intérêt et constitue un point grave et difficultueux.

L'inflammation concomitante de la face dorsale est ordinairement peu sérieuse ; mais sans confondre la gravité du traitement avec la gravité de la maladie elle-même, on comprend par ce que nous en avons dit que l'inflammation des coulisses tendineuses est la plus dangereuse des inflammations des doigts et de la main.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 3 décembre.

Suite de la discussion sur la ténotomie.

M. Guérin. La discussion qui occupe l'Académie peut être ramenée à deux chefs principaux : 1° à la question de la ténotomie des fléchisseurs de la main et des doigts ; 2° aux questions de principes généraux qui dominent la question spéciale ou qui ont des rapports plus ou moins éloignés avec elle. C'est sous ce double point de vue que je vais l'envisager.

Au premier chef se rattache, 1° *la ténotomie du poignet ; 2° celle de la main ;* 3° *celle des doigts.*

Ténotomie du poignet. M. Bouvier a abandonné ses prétentions sur ce point. Sa conversion a été telle, qu'il a fini par se persuader qu'il n'avait jamais mis en question la ténotomie du poignet, m'accusant de lui prêter une opinion qu'il n'avait pas. Quelques mots suffiront pour rétablir les choses comme elles étaient au moment du départ.

M. Bouvier a fait la section des tendons du poignet sur deux chiens (1re et 2e expériences) ; dans un cas, il a produit la fusion des cicatrices et des adhérences telles, que l'action isolée des tendons était abolie. Dans l'autre, même fusion des cicatrices ; de plus, adhérences au cubitus. M. Bouvier avait sans doute en vue de montrer par là que les mêmes résultats étaient à craindre chez l'homme ; sans cela ses expériences eussent été parfaitement inutiles, ou bien il ne les eût données que pour montrer comment, en procédant chez l'homme comme il l'a fait sur le chien, on produirait des adhérences et l'abolition du mouvement. Au contraire, après avoir reconnu la différence qui existe sous le rapport de l'étroitesse du poignet entre le chien et l'homme, circonstance qui place les chiens dans des conditions un peu plus défavorables, dit-il, que l'homme, relativement à la section des palmaires et du cubital, il ajoute : « Mais cette différence n'est presque plus sensible à l'égard du fléchisseur des doigts, dont la section doit avoir les mêmes effets que sur le chien. » Et plus loin : « Si on peut espérer que le fléchisseur superficiel, étant seul coupé, restera seul isolé du profond, comme cela a lieu dans nos expériences, on ne doit guère compter sur l'isolement complet du premier de ces muscles à l'égard des grand et petit palmaires divisés en même temps que lui, ni sur la réunion isolée des tendons du sublime appartenant aux différens doigts. » Cela veut dire, ce nous semble, qu'à part la section isolée des palmaires et du cubital, toute section collective de ces muscles avec celle des fléchisseurs des doigts, et même la section du seul fléchisseur sublime, est inséparable de la perte du mouvement, c'est-à-dire doit être repoussée ; car, suivant M. Bouvier, les choses doivent se passer ainsi, on ne doit guère compter qu'elles se passent autrement. Or, telle n'était pas notre opinion. *Voir* la première conclusion de ma réplique.

Cette conclusion ne ressemble certainement, ni pour le fond, ni pour la forme, à ce qu'avait prétendu d'abord M. Bouvier. Je la maintiens dans toute sa rigueur, convaincu que l'expérience ultérieure ne fera que la confirmer.

Ténotomie à la paume de la main. M. Bouvier avait posé en principe que la ténotomie pratiquée à la paume de la main était nécessairement suivie de la perte du mouvement par suite d'adhérences vicieuses. Ses expériences sur les chiens le lui avaient fait voir, et il en avait conclu, sans restriction aucune, ce sont ses paroles, du chien à l'homme. Qu'ai-je fait ? J'ai montré que la cause des insuccès de M. Bouvier tenait à sa manière de procéder ; qu'il coupait à la fois les deux fléchisseurs au même endroit ; qu'il fallait les couper isolément et le fléchisseur superficiel seul dans la paume de la main, et j'ai démontré cela par des raisonnemens et par des faits directs. Savez-vous ce qu'on m'a répondu ? En principe, qu'on n'avait voulu argumenter que contre la section simultanée des deux ordres de tendons dans la paume de la main, et non contre la section isolée qu'on n'avait pas expérimentée ; et en pratique, que les résultats que j'avais obtenus pouvaient s'expliquer autrement que je ne le fais. Mais, Messieurs, vous vous le rappelez, on n'avait pas dit : La méthode de couper à la fois et dans le même point les deux ordres de tendons est vicieuse, elle ne peut produire rien de bon, il en faut prendre une autre ; au contraire, on s'est borné à proscrire d'une manière absolue, et sans restriction aucune la tenotomie à la paume de la main, parce que, apparemment, on n'avait pas supposé qu'il pût y avoir une autre méthode. Il y a plus ; c'est que l'on n'est pas resté, comme on l'a prétendu, dans la seule hypothèse de la section simultanée des deux tendons. On a ajouté, après avoir signalé les effets inévitables de cette opération : « En serait-il de même si l'on divisait dans le même lieu un seul des deux tendons fléchisseurs superposés ? Leur étroite connexion doit au moins faire présumer que la cicatrice du tendon coupé serait adhérente au tendon resté intact : c'est ainsi que je l'ai observé sur un cheval auquel M. Bouley avait coupé le perforant en ménageant le perforé. » (Bulletin de l'Académie, 15 novembre, pag. 117.) Or, cette autre méthode, celle de diviser isolément les deux ordres de tendons, à laquelle on n'avait songé que pour la frapper d'avance d'interdit, c'est moi qui l'ai donnée, c'est moi qui l'ai établie, c'est moi qui l'ai prouvée. Je l'ai prouvée, non reulement en montrant comment il faut faire pour la rendre efficace, mais surtout en montrant des sujets guéris auxquels je l'avais appliquée, des sujets chez lesquels j'avais divisé le sublime seul dans la paume de la main, ou en même temps que je divisais le profond au-devant de la deuxième phalange. Or, j'ai pu, dans ces deux cas, conserver le mouvement des phalanges sur le métacarpe, et des deuxièmes phalanges sur la première. C'était là une solution de fait ; et malgré la qualification de malheur nouveau, de demi-malheur, ou de demi-succès, on n'a pu empêcher que le résultat annoncé n'existât. Sur ce second point donc, la science, contradictoirement à ce qu'avait avancé M. Bouvier en concluant sans restriction du chien à l'homme, et conformément à mes premières conclusions, est en possession d'un résultat nouveau, à savoir :

« Que la section sous-cutanée du fléchisseur superficiel dans la paume de la main n'est pas moins convenable et efficace pour combattre la flexion permanente des doigts et des phalanges, et cette opération n'expose pas nécessairement à la perte du mouvement des parties. »

C'est textuellement ma seconde conclusion en ce qui concerne le fléchisseur superficiel. (Bulletin de l'Acad., 15 novembre, p. 141.)

M. Guérin répond ici aux objections faites par M. Gerdy, sur la possibilité de la section du fléchisseur sublime seul au-devant de la première phalange. Il s'efforce de montrer que cette opération est possible.

Ténotomie des doigts. — Reste la section du fléchisseur profond au niveau des secondes phalanges. Ce troisième et dernier point de la question spéciale est, comme je l'ai dit plusieurs fois, le plus difficile. Mais je ferai remarquer d'abord, qu'à supposer que la solution de ce troisième point ne fût pas aussi claire et aussi bien établie pour tous, qu'elle l'est pour moi, cela n'empêcherait point que celle des deux premiers ne le fût complétement et rigoureusement. Le défaut de la solution d'une difficulté plus grave ne doit pas faire remettre en question ou regarder comme non avenue la solution de deux autres difficultés moins grandes. L'une n'est aucunement subordonnée à l'autre. Quoi qu'il en soit, je crois également avoir bien établi que la section du fléchisseur profond au-devant des secondes phalanges, faite convenablement, c'est-à-dire suivant les vrais principes de la ténotomie, ne donne pas nécessairement lieu à la perte du mouvement de la phalangette. Or, qu'avait dit M. Bouvier ? Concluant, toujours sans restriction du chien à l'homme, il avait déclaré impossible de faire la section du profond au-devant de la seconde phalange sans encourir la perte totale du mouvement de la phalangette, soit par adhérence vicieuse, soit par non réunion du tendon. J'ai cherché d'abord à montrer qu'en faisant autrement que M. Bouvier, en s'entourant de précautions impossibles à observer en opérant sur des chiens, on pouvait faire ce que M. Bouvier avait regardé comme impossible. A l'appui de mes remarques, j'ai cité plusieurs faits cliniques et j'en ai présenté un à l'Académie.

On se rappelle les dissidences qui existent entre M. Bouvier et M. Guérin sur les résultats obtenus chez les deux opérées, Clémence Delamain et Clémentine Mouchy.

Pour vider ce différent, M. Guérin a prié cinq de ses collègues de se réunir pour examiner soigneusement et scrupuleusement ses deux opérées. Voici le procès-verbal de leur examen.

Examen de l'état de Clémentine Mouchy et de Clémence Delamain, par MM. Amussat, Blandin, Bousquet, Paul Dubois et Ribes.

Les deux opérées présentées à l'Académie par M. J. Guérin ayant été soumises à l'examen des soussignés, ils ont reconnu et constaté à l'unanimité les résultats qui suivent.

Sur Clémentine Mouchy.

1° La main offre des traces d'une ancienne paralysie qui paraît avoir porté plus particulièrement sur les muscles des éminences thénar et hypothénar. Il y a atrophie presque complète de ces éminences et absence de tout relief pendant les efforts de contraction. La température de la main est abaissée.

2° Les mouvemens de flexion existent dans toutes les articulations des doigts et du pouce ; ils peuvent être analytiquement déterminés comme il suit :

A. Mouvemens du pouce. — Le mouvement de flexion du pouce sur la main existe ; mais il est très borné, en raison de la paralysie et de l'atrophie du court fléchisseur et des autres muscles qui meuvent cette articulation. La flexion de la phalangette sur la phalange est au degré normal.

B. Mouvemens de l'index. — Le mouvement de flexion existe aux trois articulations. Complet aux articulations métacarpo-phalangienne et phalango-phalangienne, il est très borné, quoique très appréciable à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

C. Mouvemens du médius. — Flexion du doigt sur le métacarpe au degré normal ; flexion de la deuxième phalange sur la première au degré normal ; flexion de la troisième phalange sur la deuxième au degré normal.

D. Mouvemens de l'annulaire. — Flexion du doigt sur le métacarpe au degré normal ; flexion de la deuxième phalange sur la première au degré normal ; flexion de la troisième phalange sur la deuxième presqu'au degré normal.

E. Mouvemens de l'auriculaire. — Flexion du doigt sur le métacarpe au degré normal ; flexion de la deuxième phalange sur la première au degré normal ; flexion de la troisième phalange sur la deuxième presqu'au degré normal.

3° Il y a, en outre, chez Clémentine Mouchy, indépendamment de la paralysie déjà indiquée, un certain degré de rétraction des extenseurs, qui gêne plus ou moins tous les mouvemens de flexion des doigts et des phalanges, rétraction qui est surtout appréciable dans le long extenseur du pouce et le chef correspondant du médius.

Usages de la main. — Ne se servait de sa main que difficilement avant l'opération ; ne pouvait tenir sa cuiller et la porter à la bouche ; ne pouvait couper son pain, etc. Maintenant se sert beaucoup mieux de sa main, tient sa cuiller, la porte à la bouche, coupe du pain ; mais les usages ordinaires de la main sont bornés, attendu la paralysie. Quoiqu'il n'y ait aucun moyen de préciser aujourd'hui quel était, sous l'influence de cette paralysie, l'état des mouvemens de la main, non analysés dans cette note, tout porte à croire que ces mouvemens ont été conservés ce qu'ils étaient avant l'opération.

Clémence Delamain.

1° L'aspect de la main est régulier. La troisième phalange de l'index manque, et celle de l'annulaire est restée plus courte de moitié, par suite de destruction de son extrémité libre.

2° Les mouvemens de flexion existent dans toutes les articulations des doigts et du pouce, mais à des degrés très différens pour quelques articulations.

A. Mouvemens du pouce. — Le mouvement de flexion du pouce sur la main est très étendu ; le mouvement de flexion de la phalangette sur la phalange est très borné, mais il est très appréciable.

B. Mouvemens de l'index. — La troisième phalange manque. La flexion de la phalange sur le métacarpien est environ des deux tiers du degré normal ; la flexion de la deuxième phalange sur la première est très bornée, mais manifeste.

C. Mouvemens du médius. — Flexion du doigt sur la main au degré normal ; flexion de la deuxième phalange sur la première au degré normal ; flexion de la troisième phalange sur la deuxième difficile et bornée, mais manifeste.

D. Annulaire. — Flexion des doigts sur la main au degré normal ; flexion de la deuxième phalange sur la première au degré normal ; flexion de la troisième sur la deuxième un peu difficile, mais manifeste, et arrivant presqu'au degré normal, malgré la mutilation.

E. Auriculaire. — Flexion du doigt sur la main au degré normal ; flexion de la deuxième phalange sur la première, très obscure et très bornée, mais cependant appréciable ; flexion de la troisième phalange sur la deuxième, comme à l'articulation précédente du même doigt.

Usages de la main. — Avant les sections, les usages de la main étaient très imparfaits et très bornés. Elle cousait très difficilement de la main droite ; elle le fait assez bien aujourd'hui. Après avoir fait une couture en notre présence, elle a pu prendre des ciseaux et découdre, ce qu'elle n'aurait pu faire auparavant. Elle avait dû apprendre à coudre de la main gauche ; elle coud de la main droite depuis. Elle était devenue généralement gauchère ; elle est redevenue droitière. Elle traînait difficilement la brouette, ce travail provoquait de la douleur dans les muscles rétractés ; elle la traîne aujourd'hui plus facilement, plus long-temps et avec beaucoup moins de fatigue dans ces muscle. Ne pouvait se servir de sa main pour s'habiller, se peigner, pour éplucher les légumes, pour balayer, faire son lit ; elle fait aujourd'hui tous ces exercices. Elle se livre généralement à tous les travaux du ménage. Il est surtout un travail qu'elle peut exécuter aujourd'hui et qu'elle ne pouvait faire avant les opérations. Ses parens exploitent de la tourbe ; elle ne pouvait les seconder en aucune façon dans le travail qui consiste à prendre, déplacer, empiler des mottes. Aujourd'hui elle exécute très bien toutes ces manœuvres.

Signé : *P. Dubois, Ribes, Amussat, Bousquet, F. Blandin.*

Paris, le 2 décembre 1842.

Il n'est pas inutile, pour que l'Académie apprécie l'importance de ce document, de faire ressortir les différences qui existent entre les affirmations de M. Gerdy et Bouvier, et les résultats énoncés dans la pièce dont vous venez d'entendre la lecture. Ces différences sont aussi nombreuses qu'importantes.

(M. Guérin entre ici dans de longs développemens que nous croyons pouvoir nous dispenser de rapporter. Nos lecteurs pourront facilement faire ce rapprochement en comparant les paroles de MM. Bouvier et Gerdy, avec la consultation qui précède.)

J'arrive à la seconde partie de mon argumentation.

La première question à examiner ici est celle de la ténotomie considérée sous le rapport étiologique et empirique. Cette question a été traitée avec de grands développemens par M. Velpeau surtout. M. Bouvier s'est contenté de nier mes distinctions. M. Gerdy, sans s'expliquer autrement, persiste à préférer l'empirisme ; il s'y plaît, nous l'y laissons. C'est donc à M. Velpeau que j'ai à répondre sur ce premier point.

L'argumentation de M. Velpeau se résume à dire : 1° Que les faits, les citations que j'ai invoqués pour prouver qu'il avait d'abord appartenu à la classe des ténotomistes empiriques, sont controuvés, inexacts, ou ne lui appartiennent pas. 2° Qu'on trouve dans sa *Médecine opératoire,* ainsi qu'on l'avait avancé, des opinions, des faits, des propositions, des principes formellement contraires ; opinions, faits, propositions, principes entièrement conformes à ce que je revendique comme m'appartenant et comme caractérisant la ténotomie rationnelle ou étiologique.

Si l'on voulait considérer les choses dans leur état actuel, il serait assez difficile de reconnaître au premier abord la distinction que j'ai voulu établir. Beaucoup de ténotomistes sur un cas donné, sur le pied-bot, par exemple, professent et appliquent les mêmes principes. Mais la science ne date pas d'aujourd'hui ; elle n'a pas commencé à cette discussion, comme mes adversaires voudraient peut-être le faire croire. En remontant un peu plus haut, en se reportant à l'époque où la ténotomie était encore exclusivement empirique, et à celle où elle a commencé à être étiologique ou rationnelle, cette distinction est on ne peut plus facile à faire ; alors on voit les oppositions les plus tranchées, et les différences que le temps et le progrès ont fait disparaître aux yeux du vulgaire seulement, se manifestent dans toute leur clarté et évidence. Or, voyons ce qui se passait alors.

Je vous ai rappelé la discussion sur le pied-bot qui a eu lieu en 1838 dans le sein de cette Académie. J'ai cité l'opinion de tous les membres qui avaient parlé ; j'ai montré qu'il n'avait d'abord été question que des arrêts de développement, des pressions utérines, de l'absence ou de la rareté des eaux de l'amnios, en un mot de toutes les doctrines précédemment professées sur l'origine de cette difformité. J'ai cité les conclusions textuelles de M. Velpeau, telles qu'elles sont rapportées dans le Bulletin de l'Académie et le procès-verbal de la séance.

Après avoir réfuté pied à pied les assertions de M. Velpeau, M. Guérin continue :

..... Lors de la discussion sur l'étiologie du pied-bot, plusieurs séances avaient été consacrées à l'exposition des doctrines anciennes dont chacune avait eu son représentant. Croyant le moment favorable de produire la mienne, je priai M. Velpeau de me permettre de lui exposer mes recherches sur ce point de pathogénie des difformités, dans l'espoir qu'il voudrait bien les introduire dans la discussion. Sur ma demande, notre collègue se rendit à la Muette. Là, je lui fis voir les nombreuses pièces que j'ai rassemblées sur les variétés si diverses du pied-bot, et je lui fis voir comment toutes ces variétés, procédant de la rétraction musculaire, peuvent être ramenées avec la plus grande facilité à cette même cause et s'expliquer par elle. Frappé de la simplicité, et j'ose dire de la vérité de cette doctrine, M. Velpeau la trouva très belle, très ingénieuse, en un mot me prodigua les éloges que sa bienveillance lui suggéra. Un témoin, un docteur en médecine, était présent à cette séance. J'avais, en outre, fait part à M. Velpeau de mes doctrines générales dont le pied-bot n'est qu'une application. Lorsque la discussion sur le pied-bot reprit, notre collègue voulut bien faire part de ma doctrine à l'Académie, ne la présentant du reste, que comme la formule d'une partie quelconque de l'étiologie du pied-bot.

J'ai maintenant à m'expliquer sur la véritable origine de la note que j'ai citée dans une dernière argumentation et qu'on vous a dit avoir été rédigée par moi, et admise par complaisance dans l'introduction de la *Médecine opératoire* de M. Velpeau. Et d'abord, Messieurs ; en principe, vous ne croirez pas à cette prétendue complaisance. Notre confrère est un homme sérieux, qui sait ce qu'il fait, qui lit ce qu'il met dans ses livres, qui ne prend pas la responsabilité des choses qu'il ne comprend pas. M. Velpeau, je le répète, est homme trop grave pour s'être rendu coupable de la légèreté et de la complaisance dont il s'accuse. Il avait un autre motif, ainsi que vous allez le voir. Notre confrère venait, comme il vous l'a dit, de publier dans un journal (*l'Esculape*) 2 juin 1839) un chapitre sur la ténotomie empruntée à sa Médecine opératoire, qui était sous presse. Je fus surpris de trouver dans cet écrit toutes mes idées sur le pied-bot, moins le nom de leur auteur Je m'en plaignis amèrement et ouvertement à M. Velpeau. Il me répondit que, ne lui ayant fait qu'une communication verbale de mes recherches, il n'avait pas cru devoir les exposer dans son livre. Cette réponse, comme vous le supposez, ne me satisfit pas ; car, puisque notre confrère s'était dispensé de publier mes idées sous mon nom, il aurait pu se dispenser plus aisément encore de les publier sous le sien. Je demandai les rectifications nécessaires ; il était trop tard : l'ouvrage était imprimé. Je voulais qu'on mît des cartons en place des pages où justice m'avait été si peu rendue. En place de cette rectification, M. Velpeau m'en proposa une autre. Il m'offrit de mettre dans un appendice, placé en tête de son *Traité,* une note que je rédigerais, et qui servirait de correctif au texte du corps de l'ouvrage. Voilà l'origine de cette note. Vous remarquerez, Messieurs, qu'en la citant, je me suis bien gardé de dire que je citais le texte de M. Velpeau ; je me

suis tenu, au contraire, dans une grande réserve ; je me suis borné à dire que ce passage prouvait que notre confrère n'est pas si opposé que vous pourriez le croire à la distinction contre laquelle il s'est élevé. Je ne pouvais pas en dire davantage, et il y eût eu quelque chose d'inconvenant, de brutal à venir vous révéler sans nécessité que cette note je l'avais demandée, je l'avais exigée, je l'avais obtenue comme une réparation légitime, et non comme un acte de coupable obligeance, qui n'aurait eu ni motif, ni excuse ; car ce ne serait pas seulement un acte de complaisance, mais un acte de générosité sans exemple : M. Velpeau aurait fait abandon de ses idées à mon profit, et vous savez si cela est dans les habitudes de notre confrère. Pour terminer ces détails, dont j'aurais voulu pouvoir m'abstenir, je n'ajouterai qu'un mot qui les rendra, j'espère, sans réplique.

Dès que j'eus communiqué mes recherches non imprimées à M. Velpeau, je songeai à m'en réserver la priorité. Dans ce but, j'envoyai à l'Académie (28 juillet 1838), un paquet cacheté qui contenait le résumé de mes idées sur l'étiologie du pied-bot congénital, sur ses variétés et son traitement par la ténotomie. Ce paquet est resté ici en dépôt jusqu'à ce jour. Je vais prier M. le président de l'ouvrir et de donner communication de son contenu à l'Académie.

M. le président ouvre le paquet cacheté et lit la note qui suit :

Conclusions d'un mémoire sur le pied-bot congénital que je me propose de lire à l'Académie royale de médecine.

1° Le pied-bot congénital, ainsi que je l'ai établi dans mon travail couronné par l'Académie des sciences, est le résultat de la réfraction convulsive des muscles du pied et de la jambe dépendant d'une affection du système nerveux ;

2° L'affection convulsive qui détermine la rétraction ou contracture musculaire, peut aller jusqu'à paralyser un ou plusieurs muscles de la jambe, la rétraction et la paralysie n'étant, pour moi, que deux degrés différens du même état pathologique. Lorsqu'il n'y a que simple contracture, le muscle, arrêté dans son développement, ne peut suivre qu'incomplétement le développement du squelette, d'où l'accroissement de la difformité pendant la croissance de l'individu : lorsqu'il y a paralysie, le muscle tend à s'atrophier, et n'oppose qu'une faible résistance à l'action de ses antagonistes rétractés ou restés à l'état normal ;

3° Les différentes formes anatomiques ou variétés de pied-bot, telles que le pied-équin, le varus, le valgus et le talus sont le résultat de la rétraction siégeant spécialement dans tel ou tel muscle, ou de la rétraction de certains muscles avec la paralysie complète ou incomplète de certains autres ; en sorte que la direction d'action des muscles rétractés détermine la direction et la forme du pied-bot. C'est ainsi que le pied équin résulte de la rétraction des jumeaux et soléaire et des fléchisseurs des orteils ;

Le varus de la rétraction du jambier antérieur ;

Le valgus de la rétraction du péronier antérieur et des péroniers latéraux ;

Le talus de la rétraction du court fléchisseur des orteils, avec paralysie et atrophie des jumeaux et soléaire.

C'est encore ainsi que ces formes primitives peuvent se combiner, entre elles et offrir encore d'autres élémens, tels que l'enroulement du pied, l'adduction, l'abduction exagérées : tous effets de la rétraction siégeant à différens degrés dans le jambier postérieur, fléchisseur et abducteur du gros orteil, péroniers latéraux et pédieux, etc. ;

4° Les conséquences thérapeutiques résultant de l'étiologie du pied-bot, que j'ai établies, et des applications que j'ai faites aux différentes variétés anatomiques de cette difformité, sont que l'on doit, dans le cas d'insuffisance des moyens mécaniques et généraux, faire la section des tendons des muscles rétractés, déterminant chaque forme du pied-bot : contre l'équinisme, le tendon d'Achille ; contre le varus, le tendon du jambier antérieur ; contre le valgus, le péronier antérieur ; contre l'enroulement, ou courbure suivant le bord interne, l'adducteur du gros orteil ; contre l'adduction forcée du pied, le jambier postérieur ; contre l'abduction forcée, les péroniers latéraux ; et la section simultanée des tendons de ces muscles suivant la simultanéité de leur rétraction dans les différentes combinaisons de forme que présente le pied-bot.

5° Ces indications résultant d'une analyse étiologique rigoureuse résultent encore directement d'une expérience long-temps répétée. J'ai fait, en effet, la section de tous les tendons des muscles ci-indiqués, et toujours j'ai remédié par cette opération aux élémens de difformités qu'ils concouraient à déterminer. — J. GUÉRIN.

Paris, 28 juillet 1838.

L'heure est trop avancée (cinq heures moins un quart) pour que je commence la discussion des principes de la ténotomie. Ce point n'est pas moins important que celui qui précède. Si l'Académie le permet, je le traiterai dans une prochaine séance.

Séance extraordinaire du 10 décembre.

Suite de la discussion sur la ténotomie. — *M. le président.* — Plusieurs membres ont témoigné le désir de voir terminer aujourd'hui la discussion qui occupe l'Académie. Je préviens en conséquence, au nom du bureau, ceux qui ont encore à parler, de rester dans des limites qui puissent nous permettre de clore les débats dans cette séance.

M. Jules Guérin. — Je me rends aux désirs de l'Académie, et je renvoie à une autre circonstance les développemens que je pensais exposer aujourd'hui sur les principes de la ténotomie. M. Guérin revient encore, en peu de mots, sur la différence des résultats constatés par M. Bouvier et par les cinq membres de l'Académie qui ont examiné Clémence Delamain et Clémentine Mouchy, et s'attache à montrer la cause de cette différence.

M. Bouvier réfute les assertions de M. Guérin sur l'origine des doctrines ténotomiques. Au paquet cacheté lu dans la dernière séance, il oppose un article de la Physiologie de Rudolphi, qui explique de la même manière l'étiologie des pieds-bots, et un passage du mémoire de Delpech sur les pieds-bots, qui pose en principe la généralisation de la ténotomie. Or, ces deux ouvrages sont de 1823, le paquet cacheté, adressé par M. Guérin à l'Académie en 1838, est également postérieur aux trauaux de MM. Stromeyer, Dieffenbach, Little, etc.

En l'excusant, dit M. Bouvier, d'avoir divisé le sublime au-devant des premières phalanges chez M. Doubowitski, M. Guérin condamne lui-même ce procédé ; ce qu'il n'avait pas encore fait jusqu'ici. Il ne lui reste qu'à convenir que le profond ne peut pas se comporter autrement sur la deuxième phalange que le sublime sur la première, et on aura lieu de le féliciter d'une conversion plus réelle que celle qu'il m'attribue au sujet de la section des muscles de la main à l'avant-bras.

Je n'insiste pas sur les différences qui existent entre la réunion officieuse de M. Guérin et une véritable commission académique. Quelle que soit sa valeur, le document quelle a produit mérite un examen sérieux.

Voyons en quoi le témoignage de nos cinq collègues s'éloigne de celui que j'ai rendu d'après mes propres observations.

J'ai dit que le doigt indicateur avait perdu le mouvement de flexion de la troisième phalange chez Clémentine Mouchy, de la deuxième, devenue la dernière, chez Clémence Delamain, et en cela j'étais d'accord avec M. Guérin, comme on peut le voir dans le compte-rendu de la séance du 25 octobre. L'attestation de nos cinq collègues porte qu'il existe, chez la première opérée, un mouvement de flexion *très* borné, quoique *très* apréciable de la troisième phalange de l'index, et chez l'autre malade une flexion très bornée, mais manifeste de la deuxième phalange. Il paraîtra sans doute singulier qu'à une première vue nos collègues aient découvert des mouvemens là où M. Guérin n'en avait pas observé pendant plusieurs mois qu'il a eu les malades sous ses yeux, là où je n'en ai pas rencontré après les avoir cherchés minutieusement à deux reprises différentes. Cette dissidence montre au moins, de leur part, une facilité remarquable à trouver des mouvemens inaperçus jusqu'à eux, et l'on s'étonnera moins, d'après cela, que je n'aie pu apprécier sur plusieurs doigts une mobilité qu'ils déclarent très sensible quoique en même temps *très bornée* ou même *très obscure*. (M. Bouvier continue à mettre en opposition sa version avec celle des commissaires.)

Au surplus, même en mettant l'erreur de mon côté, au sujet de ces deux opérées, le témoignage de nos collègues justifierait encore mes assertions et condamnerait celles de M. Guérin.

M. Bouvier établit une distinction dans ce qui a été dit par ses cinq collègues sur les usages du membre chez Clemence Delamain, entre ce qui résulte de leurs propres observations et ce qu'ils n'ont pu apprendre que par le récit de la malade ou de ses parens. Suivant lui, ce dernier témoignage ne doit être admis aujourd'hui qu'avec réserve, parce que cette famille, qu'il avait laissée complétement étrangère à ce débat, a pu être influencée depuis. D'après le certificat, la malade coud de la main droite depuis l'opération. Sa sœur et elle avaient affirmé le contraire à M. Bouvier ; la jeune fille s'était déclarée absolument incapable de coudre autrement que de la main gauche.

En résumé, dit en terminant M. Bouvier, je suis autorisé par le témoignage même de mes cinq collègues à persister plus que jamais dans l'appréciation définitive que j'ai donnée du fait de Clémence Delamain. Oui, ce fait est un *malheur*, parce que le pouce, le plus puissant des doigts, a perdu l'usage de sa deuxième phalange par l'effet de l'opération. C'est un malheur, parce que l'indicateur, déjà privé de sa troisième phalange, a encore perdu l'action de la seconde, si utilement associée à celle du pouce dans les fonctions délicates du membre. C'est un malheur, parce que les troisièmes phalanges du médius et de l'annulaire, devenues inertes, ne peuvent plus joindre leur effort à celui des autres phalanges de ces mêmes doigts. C'est un malheur, parce que le petit doigt, plus maltraité encore, n'agit plus qu'à sa base, et restant constamment étendu dens ses deux articulations inférieures, devient à peu près inutile dans l'action de la main sur les corps. Et remarquez-le, messieurs, toutes ces suites de l'opération, on les a méconnues d'emblée, on n'a point tenté d'abord l'emploi des moyens mécaniques, dont l'insuccès eût peut-être, jusqu'à un certain point, justifié l'opérateur. J'ai dit et je maintiens que c'est là *une faute ;* car la réussite d'un traitement mécanique conservait aux doigts toute leur action. Que si les collègues que M. Guérin a appelés à son *aide*, suivant sa propre expression, trouvent cette conclusion exagérée, je les adjure de nous dire si, d'après un pareil fait, atteints eux-mêmes ou ayant un de leurs enfants atteint de rétraction des fléchisseurs des doigts, ils iraient tout d'abord présenter le membre au couteau de l'anatomiste, s'ils ne s'empresseraient pas bien plutôt et avant tout de mettre à l'œuvre quelque habile mécanicien, assurés du moins, s'ils réussissaient dans cette tentative, de ne point compromettre les fonctions du membre et d'obtenir un résultat à l'abri du blâme et des regrets.

M. Velpeau. Quoi qu'on en dise, je crois le moment favorable pour éclaircir définitivement un point historique que l'avenir nous reprocherait peut-être d'avoir négligé.

J'éprouve quelque embarras ici ; j'ai à traiter la question relative aux tendons des doigts, puis à répliquer aux remarques de M. Guérin sur l'étiologie des difformités.

Je me permettrai de combattre de nouveau MM. Guérin et Bouvier, soit ensemble, soit séparément. Si j'accepte quelques-unes des remarques de M. Bouvier, j'en repousse plusieurs du même observateur. Je n'admets point, par exemple, ce qu'il vient de nous dire sur l'impossibilité de couper les tendons fléchisseurs de l'indicateur sans abolir les mouvemens ; quoique là-dessus il semble avoir ramené M. Guérin à son opinion, je n'en soutiens pas moins qu'il se trompe. Pour moi, il est démontré, ainsi que je l'ai déjà dit, que la ténotomie des fléchisseurs des doigts est une opération à conserver. Aux raisons que j'en ai données, raisons tirées de l'anatomie, j'ajouterai même que de nouvelles dissections rendent maintenant la chose tout à fait claire. Les brides, les adhérences dont j'ai parlé dans les séances précédentes, et qui empêchent les tendons divisés de se rétracter, ont été de nouveau étudiées. Le ligament que j'avais annoncé unir le fléchisseur profond sur l'une des phalanges, existe aussi pour le superficiel. Un jeune médecin italien, M. Filugelli, en a fait une description soignée ; d'où il suit que le profond adhère à la phalangine en même temps que le superficiel est fixé sur la face antérieure de la phalange, en sorte que ce ligament rubané continue le tendon après l'opération et sert à rétablir les mouvemens du doigt. La peine que je me suis donné là-dessus n'était pas si complétement inutile que M. Guérin veut bien le dire, car il n'a pas touché un mot de la question anatomique, et c'est lui qui est d'accord avec moi plutôt que moi avec lui sur la valeur de la ténotomie appliquée aux doigts.

Procédant par voie d'insinuation, M. Guérin a dit que les chirurgiens universaux pouvaient être dangereux dans un pareil débat, à cause de leur faculté assimilatrice. Je ne rechercherai point s'il existe ou non là-dessous une injure ; mais on me permettra de répliquer que la faculté assimilatrice d'une spécialité doit être infiniment plus redoutable que celle d'un chirurgien proprement dit. Ne s'occupant que d'un seul point de la science, ces messieurs, en effet, s'emparent avec tant de soin et prennent si bien autour d'eux ce qui s'y rapporte, se l'assimilent avec une force d'absorption si considérabie, qu'il n'est bientôt plus possible aux véritables possesseurs de retrouver ce qui leur appartient en pareil cas.

M. Guérin s'est efforcé de prouver que j'avais vu ses pièces, qu'il m'avait exposé ses idées en juillet 1838, et que, pour plus de sûreté, il avait pris date dans le paquet cacheté dont on vous a lu le contenu samedi. Il résulte de là que mon Traité contient bien évidemment les doctrines et les principes que M. Guérin soutenait ne pas y être, et qu'il croit être son patrimoine ; il est singulier que notre collègue ait pris tant de peine pour prouver que j'ai vu ses pièces, puisque j'étais venu moi-même le dire dans les séances du 24 juillet et du 30 octobre 1838, ainsi que la Gazette médicale, le Bulletin de l'Académie, et tous les journaux du temps le constatent. Son paquet cacheté n'est pas moins étrange, puisque le contenu en est imprimé depuis plus de trois ans, page 778, 817, 1838 et 26 mars 1839, Gazette médicale ; puis au tome III, page 635 des Bulletins de l'Académie, et même ailleurs. Que signifient ces précautions extrêmes quand il s'agit d'un fait public que personne ne nie ? Quand j'ai parlé de mon livre, j'ai eu soin de dire que les doctrines et les principes dont je parlais lui étaient antérieurs. Puisque M. Guérin semble l'avoir oublié et conserver encore ses illusions de priorité, je vais tâcher de l'édifier à ce sujet.

M. Guérin sait que mon chapitre relatif à la ténotomie était imprimé quand j'allais le voir à la Muette ; la preuve que ce volume était imprimé en 1838, c'est que le tome VII des Mémoires de l'Académie, daté de 1838, renferme un travail où l'on peut voir que plusieurs passages de mon Traité sont déjà cités ; c'est qu'en effet j'avais prêté ces feuilles à M. Bouvier pour qu'il pût s'en servir pendant l'impression de son mémoire. D'ailleurs, n'ai-je pas aussi, moi, une sorte de paquet cacheté qui a même l'avantage de n'avoir point été divulgué jusqu'ici, et dans lequel vous pouvez voir que M. Guérin m'écrit lui-même que je ne connaissais pas ses travaux au moment de l'impression de mon chapitre sur la ténotomie. Assez là dessus : n'ayant point dit que ces choses fussent de moi, M. Guérin se trouve évidemment à côté de la question, et je ne prendrai pas la peine de lui répondre quand il dit que c'est par force et non par complaisance qu'il m'a fait insérer la note mentionnée précédemment ; il plaisante sans doute quand il dit avoir été sur le point d'exiger de moi des cartons aux pages de mon livre concernant la ténotomie. Vous allez voir si j'avais besoin des gracieusetés de M. Guérin, pour rédiger mon livre en 1837. J'ai publié (avant le paquet cacheté) dans mon Traité d'anatomie, que les difformités du rachis et des membres dépendent de l'action musculaire. Je n'avais point fait de visite à la Muette alors ; d'ailleurs l'édition du même ouvrage de 1833 contient le même fait exposé dans différens endroits. Si j'y tenais, je pourrais remonter ainsi jusqu'à 1825, et j'imagine que M. Guérin n'a pas l'intention de rétrograder jusque là. Bien plus, M. Bouvier vient de vous lire des passages de Rudolphi, de Delpech, de Stromeyer, de Dieffenbach, en date de 1821, 1823, 1831 et 1834, qui sont assez clairs, il me semble. Sans rejeter ce qui nous vient de l'étranger, qu'on me permettte de rapporter à nos compatriotes ce qui leur revient dans cette question Avant Rudolphi, Béclard, qui s'est efforcé dans un long mémoire, lu en 1812 ou 1813, de rattacher toutes les monstruosités, les difformités, le pied-bot même à une maladie des centres nerveux. Avant MM. Stromeyer et Dieffenbach, nous avons, entre autres, M. Lafont, qui dit formellement que les courbures de l'épine, le torticolis, les flexions permanentes du bras, des doigts, de la cuisse, des jambes, que le pied-bot, dépendent de la rétraction musulaire : c'est en 1828 et 1829 que cet auteur imprimait de pareilles choses, et je ne pense pas que M. Guérin s'occupât alors d'orthopédie ; il songeait si peu à la ténotomie, que le 19 avril 1836 il écrivait encore à l'Académie, pour proposer un moule en plâtre comme remède du pied-bot. Veut-on quelque chose de plus précis, j'ouvre un mémoire spécial sur la matière, mémoire de M. Herle, publié à Strasbourg, le 15 juin 1836, on y trouve dans une foule d'endroits que le pied-bot tient à la rétraction des muscles, à l'inégalité des forces musculaires ; on y trouve que la ténotomie doit être généralisée et appliquée à tous les cas de difformité dépendant du raccourcissement musculaire ; qu'il faut couper le tendon d'Achille pour le pied-équin ; les péroniers pour le valgus, le jambier pour le varus, le jambier et le péronier antérieur pour le talus, etc. On y trouve, en un mot, toutes les choses que j'ai indiquées dans mon livre, et que M. Guérin veut à toute force prendre, parce qu'il les a laissé entrevoir en 1838, plus de deux ans après, par conséquent, qu'elles avaient été exposées dans l'ouvrage de M. Helde. Notez bien, en outre, que M. Helde ne les donne pas comme de lui ; car Delpech les avait indiquées en 1833, plus clairement qne M. Guérin en 1838. Si notre collègue n'est pas encore complètement désillusionné sur la valeur de ses prétentions, nous pourrons, au surplus, remonter encore plus loin dans l'histoire, et visiter ensemble les auteurs du dernier siècle ; nous y trouverons des éclaircissemens qui ne pourront manquer de lui faire plaisir.

Quoi qu'il en dise, il doit effectivement savoir gré à ceux qui le mettent à même de rapporter à leur véritable source des points de science dont il avait fait son profit sans le savoir. Là-dessus, il ne peut y avoir, je crois, de dissidences, et il ne peut pas me savoir mauvais gré d'avoir rapporté à des auteurs beaucoup plus anciens que lui des méthodes, des doctrines, des principes que, par inadvertance, il s'était appropriés. Par scrupule, il regrette sans doute maintenant de s'être permis vis-à-vis de moi des insinuations tendant à faire croire que je m'étais emparé de ses doctrines sans le citer ; car il est clair maintenant que si l'un de nous s'est assimilé la propriété de l'autre, ce n'est pas moi. En définitive, il y a là une dernière illusion à détruire : la ténotomie n'est pas ce que ces messieurs prétendent. C'est en la laissant dans le domaine de la spécialité, cette peste des sciences, qu'on a vu à toutes les époques de l'histoire comme l'avant-coureur de la décadence de la chirurgie, qu'elle pourrait se perdre et se dénaturer. Pour un chirurgien, proprement dit, muni des notions générales qui font la base de toute bonne médecine opératoire, il ne faut pas un grand effort d'intelligence pour apprendre à couper convenablement un tendon. Que pour un spécialiste, ce soit une grande affaire, un objet de haute importance, cela se conçoit ; mais la chirurgie ne peut pas se gouverner ainsi. Le point essentiel, le seul important dans cette question, était de prouver, contrairement à ce qu'on croyait il y a trente ans, que la section des tendons ne détruit pas leur action et n'est pas dangereuse. Or, ce fait a été démontré par Tilénius d'abord, par Antoine Petit, par Delpech, par Dupuytren ensuite, puis par MM. Srtomeyer et M. Dieffenbach ; et enfin généralisé parmi nous par MM. Staise, Duval, Bouvier, et presque tous les chirurgiens des hôpitaux de Paris avant même que M. Guérin en eût dit un mot Je termine en imitant la réserve de M. Guérin, qui ne m'a point répliqué sur les principes de la ténotomie. J'ajoute que j'en suis fâché, car en discutant ce point, comme il le promet, dans son journal, je ne serai point en mesure de lui répondre, et il parlera seul ; tandis que devant l'Académie, les journaux exposent toutes les opinions, l'attaque et la réplique, le pour et le contre. Si donc M. Guérin doit y revenir, je demande la permission de l'éclairer, d'avoir le dernier mot, puisque c'est lui qui attaque, et en supposant que ces nouvelles remarques me paraissent exiger de nouvelles réponses.

Séance du 13 décembre.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. *Félix Boudet* écrit à l'Académie qc'il se porte candidat à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. Raciborski adresse une lettre sur ses recherches sur la menstruation. (Nous eu donnerons un extrait.)

M. le docteur *Filugelli* a remis le mardi. 6 décembre, une Note à M. le sécrétaire perpétuel de l'Académie, qui en a donné lecture dans la séance d'aujourd'hui. Cette Note, que nous publierons dans le prochain numéro, a pour titre : Des replis synoviaux placés dans les coulisses ostéo-fibreuses des doigts et des orteils.

M. *Chervin* termine la lecture de son rapport. (Nous en donnerons nu extrait.)

M. *Martin-Solon* lit un rapport sur un travail de M. le docteur Stevenin, ayant pour titre ; De l'emploi de la belladone dans le traitement prophylactique de la scarlatine. L'auteur rapporte dans son travail plusieurs faits qui semblent prouver les bons effets de ce médicament; cependant ces faits ne sont ni assez nombreux, ni assez concluans pour entraîner la conviction. Néanmoins la commission propose ; 1° de déposer honorablement le travail de M. Stevenin dans les archives de l'Académie ; 2° d'adresser une lettre de remercimens à l'auteur, en l'engageant à continunr ses recherches ; 3° de porter son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. *Rochoux*. Il me semble que la question de l'emploi de la belladone à titre de moyen prophylactique de la scarlatine est maintenant jugée; il n'est plus permis de concevoir la moindre illusion à cet égard, l'Académie doit en conséquence se borner à adresser des remercimons à l'auteur.

M. *Guersant*. Je ne partage pas l'opinion de M. Rochoux ; sans me faire illusion sur l'efficacité du moyen proposé par M. Stevenin, je crois qu'on peut, sans se compromettre, engager ce médecin à faire de nouvelles expériences. Je dirai pour ma part que j'ai observé quelques faits qui tendraient à prouver l'efficacité de la belladone dans le but qui nous occupe en ce moment.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. *Huguier* met sous les yeux de l'Académie une malade chez laquelle il a extirpé avec un plein succès une portion considérable du maxillaire supérieur. Nous publierons dans un prochain numéro l'observation détaillée de ce fait qui a vivement intéressé l'Académie.

Il est cinq heures moins un quart ; l'Académie se forme en comité secret.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des préparations ferrugineuses dans diverses affections ; par M. le docteur PITSCHAFT, de Bade.

M. Pitschaft fait prendre le fer sous la forme suivante dans le traitement de la chlorose :

Pr. Teinture éthérée d'acétate de fer de Klaproth, 8 gramm.
Teinture de vanille, 30 id.
Teinture d'ecorce d'orange, 30 id.
M. S. A.

On en donne, toutes les deux heures, 20 gouttes dans une cuillerée d'eau.

Pendant l'usage de ce moyen, il convient d'administrer de temps en temps, un purgatif tonique composé d'aloès et de rhubarbe.

Dans quelques cas de cyanose chez les adultes, M. Pitschaft a employé avec beaucoup d'avantage et au grand soulagement des malades la mixture suivante, mais en en faisant continuer l'usage pendant longtemps.

Pr. Teinture éthérée d'acétate de fer de Klaproth, 15 gramm.
Teinture de digitale pourprée, 8 id.
M. S. A.

On en prend 20 gouttes toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau sucrée.

Du reste, les malades ont besoin d'aller chaque jour à la garderobe, et il convient de les surveiller sous ce rapport.

Le même praticien considère le carbonate de fer, associé aux extraits de plantes amères, comme un des meilleurs médicamens que l'on puisse mettre en œuvre lorsqu'il s'agit de combattre la chlorose ; si les malades se plaignent en même temps d'éprouver des palpitations assez fortes, il est bon d'y joindre de petites quantités de digitale. (*Hufeland's journal*, 1842.)

Traitement des lombries et des ascarides ; par M. le docteur PITSHAFT, de Bade.

M. Pitschaft emploie avec beaucoup de succès la formule suivante contre les entozoaires indiqués :

Pr. : Poudre de semen-contra, 5 grammes
Extrait d'absinthe, 5

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en pilules du poids de 10 centigrammes, roulées dans la poudre de carbonate de magnésie.

On en prend quatre toutes les deux heures. — Aux enfans qui peuvent avaler des pilules, on a soin de n'en donner qu'une dose moins forte.

Lorsque M. Pitschaft a à traiter de petits enfans trop jeunes encore pour qu'il soit possible de leur administrer ce médicament sous forme piluloire, il recommande volontiers l'usage d'une infusion aqueuse de semen-contra et de chenopode du Mexique.

Du reste, il pense que la décoction aqueuse du mercure coulant (*Eau mercurielle par décoction*) est une préparation qui n'est pas à dédaigner par les praticiens, et qui peut surtout convenir dans ce dernier cas.

Si, pendant ou après l'emploi de cette médication, il devient nécessaire de recourir à un purgatif, il préfère les cathartiques huileux, parce que ces liquides sont essentiellement contraires aux vers intestinaux. (*Ibid.*)

Traitement du goître ; par M. PITSCHAFT, de Bade.

L'iode et ses diverses préparations médicamenteuses sont, d'après M. Pitschaft, contre-indiquées chez les sujets à constitution floride avec éréthisme artériel. Lorsque les individus ainsi constitués sont affectés de goître, le médecin de Bade prescrit l'emploi de la pommade suivante :

Pr. Borate de soude, 8 grammes.
Opium purifié, 4
Pommade rosat, 30

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

On s'en sert pour frictionner, deux fois par jour, la partie tuméfiée.

L'opium et le borate de soude sont en général deux excellens moyens résolutifs et fondans.

Cette pommade peut encore être prescrite avec le plus grand avantage contre les varices des femmes enceintes. (*Ibid.*)

NOUVELLES.

Le choléra asiatique a reparu avec une grande intensité dans l'Inde. Très près de Cawnpore, les Anglais ont perdu 50 hommes dans l'espace d'une semaine. A Bombay, ce fléau fait d'affreux ravages. A bord du bateau à vapeur *Zenobia*, 64 cas mortels ont eu lieu en trois jours. A bord du *Sémiramis* et de la *Bérénice*, 14 ont succombé.

— A la suite d'un concours d'agrégation pour la section de médecine dans la Faculté de Montpellier, M. A.-F. Andrieux a été nommé agrégé à l'unanimité des suffrages. Le jury a pris en même temps une délibération qui honore M. Parlier, son concurrent; il a consigné au procès-verbal la satisfaction qu'il avait éprouvée de la manière dont M. Parlier avait concouru, et exprimé le regret de n'avoir qu'une seule place à donner.

— L'Université d'Athènes, qui vient d'ouvrir ses cours, ne se compose encore que de deux Facultés, celle de philosophie et celle de médecine : huit professeurs sont attachés à cette dernière. A l'ouverture des cours, on comptait cinquante et quelques étudians en médecine.

— Le conseil municipal de la ville de Lyon vient de voter une allocation pour une place à vie de professeur adjoint de clinique chirurgicale. Le directeur de l'école et le recteur, dans leur rapport au ministre, désignent pour occuper cette chaire, M. le docteur Pétrequin, actuellement chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

— En 1814, les hôpitaux et hospices de France ont reçu en legs ou donations, les sommes suivantes : Immeubles, 36,170 francs ; meubles, 18,000 fr. ; argent ou rentes, 152,885 fr. En 1835, ils ont reçu en immeubles, 1,088,043 fr. 54 cent ; meubles, 14,639 fr. 50 cent ; argent ou rentes, 1,587,144 fr. 49 cent. ; et pour la période de vingt-deux ans, c'est-à-dire de 1814 à 1835, tous ces legs et toutes ces donations formaient une somme de 51,672,508 fr. 9 cent., ainsi répartie : immeubles, 19,357,945 fr. 28 cent. ; meubles, 375,475 fr. 32 c. ; argent ou rentes, 31,948,508 fr. 9 cent.

Passons maintenant aux bureaux de charité, et voyons à combien se sont élevés leurs revenus dans le même espace de temps. En 1814, les bureaux ont reçu en legs ou donations : immeubles, 94,046 fr. ; meubles, 3,132 fr. 20 c.; argent ou rentes, 905,533 fr. 91 cent. ; en 1835, ils ont reçu : immeubles, 347,255 fr. 49 c.; meubles, 15,808 f. 14 cent.; argent ou rentes, 1,319,400 fr. 64 c. ; et pour toute la période de vingt-deux ans, 23,397,534 fr. 12 cent., ainsi répartis : immeubles, 5,960,717 fr. 30 c. ; meubles, 322,409 fr. 92 c. ; argent ou rentes, 17,114,316 fr. 90 c.

Les revenus des hôpitaux de Paris peuvent se décomposer ainsi qu'il suit : Immeubles, 2,000,000 fr. ; meubles, 200,000 fr.; dons et legs, 2,500,000 fr. ; produit de travaux, 1,800,000 fr.; subventions, 6,500,000 fr.; soit 14,800,000 fr.

Tous les hôpitaux de France, au nombre de 1329, possédaient en 1833 des immeubles dont le produit s'élevait à 12,166,496 fr. 11 c. Durant cette même année, 427,559 individus ont été reçus et traités, et ont coûté 51,222,063 fr. 38 cent.

Les bureaux de bienfaisance, au nombre de 7275, possédaient en 1833 des immeubles dont les loyers et fermages s'élevaient à 7,394,567 fr. 16 c., lesquels ont été répartis sur 695,631 personnes, soit 10 fr. 65 cent. par tête.

SUPPLÉMENT

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

REVUE GÉNÉRALE

DES JOURNAUX DE MEDECINE FRANÇAIS ET ETRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE (novembre 1842.)

Quelques observations et considérations sur plusieurs maladies des organes génito-urinaires ; par le docteur VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

Les rapports de l'urétrite blennorrhagique avec les inflammations analogues des autres pièces de l'appareil urinaire, une observation d'une maladie très-douloureuse de l'urètre, et une modification de l'opération du phymosis, telles sont les questions traitées par M. Vidal, et qui font l'objet de ces considérations.

Néphrite blennorrhagique. — M. Vidal fait remarquer d'abord que la blennorrhagie est une inflammation qui a une remarquable tendance à se déplacer, et quand cette phlegmasie a envahi les parties profondes de l'urètre, où elle revêt ordinairement la forme chronique, elle peut alors s'étendre aux voies séminales ou aux voies urinaires. Au bout de chacune de ces voies se trouve une glande ; mais fort heureusement l'inflammation parcourt de préférence la route qui conduit au testicule ; car une orchite est une maladie bien moins grave qu'une néphrite, et cette dernière est d'autant plus grave dans de pareils cas, que pour atteindre le rein, l'inflammation doit nécessairement passer par la vessie et les uretères.

La néphrite, dans ses rapports avec les maladies chroniques de l'urètre, de la prostate, de la vessie, commence à être sérieusement étudiée. Elle est d'ailleurs assez fréquente.

M. Rayer rapporte un fait qui la présente dans sa forme la plus extensive ; les symptômes de cette néphrite ont apparu sept ans seulement après la blennorrhagie, et cette néphrite était calculeuse. M. Vidal n'a trouvé dans M. Rayer aucune observation qui établisse ce qu'il appelle *néphrite blennorrhagique*, c'est-à-dire cette inflammation qu'on peut comparer à l'orchite de même nature.

Il ne faut pas non plus trouver des néphrites où il ne s'en rencontre pas. et M. Vidal, après avoir relevé quelques inexactitudes qui ont trait à une observation de Chopart et de M. Lallemand, conseille de mettre en regard de l'opinion de B. Bell sur la néphrite blennorrhagique, le fait contenu dans la 62e lettre de Morgagni où il est question d'un chevalier âgé de 46 ans, qui eut trois blennorrhagies avec des accidens qu'on rapportait tous à une grave affection de la vessie ; à l'autopsie on trouva les reins malades, et la vessie ne présenta rien, si ce n'est une légère érosion vers les orifices des uretères.

Dans tous les auteurs les rapports de la blennorrhagie avec la néphrite sont très-éloignés, et il s'est passé un temps fort long entre les deux inflammations ; il y a eu constamment aussi plusieurs blennorrhagies.

Voici une observation recueillie par M. Lafaurie, interne de M. Vidal, qui établit d'une manière plus précise l'intimité des rapports de la blennorrhagie avec la néphrite.

P... Théophile, âgé de 25 ans, peintre, né à Saint-Brieux, teint pâle, cheveux noirs, stature grêle, membres petits, peu musculeux, santé habituellement bonne. Cependant P... supporte mal les fatigues. Depuis cinq ans à Paris, il a fait quelques excès de femmes ; à l'âge de 17 ans il contracta une blennorrhagie avec douleur vive en urinant, écoulement vert abondant ; régime potion Chopard ; l'écoulement cessa. Un mois après il prit un nouvel écoulement qui guérit aussi. Il y a deux ans, P... gagna une troisième blennorrhagie, mais qui ne présenta aucun caractère aigu, écoulement blanc. Après quelques semaines de régime, il ne resta plus qu'un suintement urétral ; P... vit de nouveau des femmes.

Vers le 10 septembre il éprouva une douleur vive en urinant, douleur plus vive pendant l'érection. Etait ce une nouvelle chaudepisse ou une exaspération de l'ancienne ? Vingt jours après excès de vin, d'eau-de-vie pendant une nuit ; le lendemain, écoulement épais verdâtre, teint de sang, cuisson en urinant. Bientôt il se manifesta une douleur derrière le pubis, s'exaspérant par l'accumulation de l'urine ; les besoins d'uriner étaient impérieux sans être plus fréquents qu'à l'ordinaire. Cet état dura quinze jours ; P. prit des bains, du copahu, des purgatifs, et suivit uu régime. La douleur diminua, l'écoulement cessa, il n'y avait plus qu'une douleur vague dans le bassin, qui n'augmentait pas en urinant.

Dans la nuit du 15 au 16 octobre, le malade est éveillé par des frissons, bientôt douleur vive au niveau du rein gauche, avec élancements profonds et continus. Chaque soir la douleur devient plus forte, fièvre ; le malade est obligé de se coucher sur le côté douloureux, et de prendre du sirop d'opium. On met des cataplasmes sur le point douloureux.

P... entre dans le service de M. Vidal le 27 octobre 1842 ; le malade a eu des tremblemens pendant tout le jour ; douleur vive au point indiqué, urines abondantes rendues sans douleur aux heures ordinaires, très colorées, légèrement sanguinolentes, laissant déposer une très épaisse couche purulente blanche ; sentiment de pesanteur le long du cordon testiculaire et dans le testicule gauche. (Quatre ventouses scarifiées sur la région douloureuse, petit-lait pour boisson, lait pour nourriture.)

Le 21 octobre. amélioration. On note la grande quantité d'humeur déposée et l'absence de la douleur hypogastrique. (Vingt sangsues à l'anus, sérum, un potage au lait.)

Le 1er novembre, l'état général est un peu meilleur encore ; la douleur rénale existe encore. (Trois ventouses scarifiées.)

Le 11 uovembre, la douleur n'a pas reparu ; le pouls et l'appétit sont bien : le malade entre en convalescence.

Il est important de noter dans cette observation 1° la quantité remarquable de matières purulentes trouvées au fond du vase ; 2° l'absence de douleur du côté de l'hypogastre. dans la région de la vessie ; 3° et surtout la faculté qu'avait le malade de conserver des urines si altérées aussi long-temps que dans l'état normal. Ces deux dernières remarques font penser que la vessie était saine ; l'inflammation aurait-elle donc franchi la vessie en l'épargnant ? M. Vidal n'ignore pas, comme il le fait observer, qu'on pourra dire que la violence de l'inflammation la plus importante avait fait taire tout le reste, et que la cystite était marquée par la néphrite. Quoi qu'il en soit, le succès a été complet à la suite des saignées locales qui ont donné abondamment ; selon les principes thérapeutiques établis par M. Vidal lui-même, dans son ciuquième volume, à propos des inflammations des voies urinaires.

Cystite blennorrhagique. Selon M. Vidal, il y a deux méthodes opposées pour traiter la blennorrhagie, qu'il croit toutes deux dangereuses : celle qui brusque le denoument, et celle qui l'attend dans une inaction à peu près complète.

Il n'est pas rare d'observer les inflammations du col vésical ou du réservoir urinaire après l'administration des résineux anti-blennorrhagiques, mais par l'inaction on peut arriver au même résultat.

M. Vidal rapporte l'observation d'un sujet atteint d'une blennorrhagie très-modérée, laquelle d'urétrale est devenue cystique, et cela, pendant que le malade était au plus entier repos, soumis au régime, à l'abri de tout excès, de tout changement brusque de température.

Après avoir entravé un premier écoulement, de petits caillots de sang se montrèrent avec les urines ; puis de fortes douleurs hypogastriques, exaspérées vers le soir, et accompagnées d'un léger mouvement fébrile nécessitèrent une application de sangsues, l'administration de la térébenthine cuite, des bains et même un cautère au périnée. Ce malade guerit après un séjour de trois mois à l'hôpital.

M. Vidal recommande aux praticiens le cautère au périnée dans les cas de cystite opiniâtre, ou bien le séton placé dans la même région. On peut voir au n° 11 de son service un convalescent d'une très-ancienne affection de la vessie, laquelle avait résisté à tous les moyens indirects possibles, à deux forts cautères sur la la région hypogastrique, et qui a cédé au séton appliqué au périnée.

Affection très-douloureuse des voies urinaires. « J'ai vu, dit M. Vidal, bieu des maladies douloureuses de l'urètre, j'ai été témoin de bien des accès néphritiques ; j'ai entendu les plaintes des malheureux qui ont la gravelle, au moment où elle passe dans les uretères et dans l'urètre ; mais je n'ai jamais assisté à un spectacle plus déchirant que celui offert par le sujet de l'observation qu'on va lire.

La première partie de cette observation a trait surtout à des antécédens fort importans, car ils mirent le chirurgien sur la voie du véritable traitement ; mais l'espace nous manquant, nous en ferons un extrait rapide pour arriver au fait principal que nous donnerons textuellement.

P... âgé de 20 ans. monteur en bronze, né à Paris ; taille moyenne, apparence d'une bonne santé, pas d'excès. Il eut, il y a cinq ans, des chancres qui causèrent un phymosis ; l'opération fut pratiquée, il guérit rapidement. Il y a deux ans, il contracta un écoulement qu'il ne traita pas ; six mois après, un nouveau ; il prit du cubèbe, des injections, mais sans suite ; il buvait, voyait des femmes, etc. Il se traita de nouveau par le copahu et le nitrate d'argent : il ne resta plus qu'un suintement ; puis, à la suite d'une fatigue, il survint une orchite qui guérit par un traitement approprié. Le malade sort, quoique souffrant encore du canal ; il promet de rentrer si les accidents ne cessent pas.

Le 27 juin de la même année (1842), il rentre à l'hôpital ; pendant les quatre jours qu'il a passés chez lui, il a bu de l'orgeat, n'a pas travaillé, mais a beaucoup souffert.

La muqueuse de l'urètre est d'un rouge vif au méat urinaire. Le malade urine toutes les demi heures, tant pendant la nuit que pendant le jour ; cependant vers le soir les besoins sont plus fréquens. Alors il ne s'écoule pas dix minutes entre la cessation d'un effort et un nouveau besoin, lequel est annoncé par une douleur au périnée : elle est brûlante, sans aucune modification de la sensibilité derrière le pubis. L'urine est rendue par gouttes, avec un sentiment de cuisson et même de déchirure vers la racine des bourses, douleur qui cesse quelquefois avec l'action d'uriner, et qui d'autres fois persiste, mais avec moins d'acuité dans l'intervalle des efforts. Quelquefois, surtout le soir, le malade est long-temps à faire des efforts très douloureux et qui lui arrachent des cris pendant un quart d'heure, cris absolument semblables à cenx que font entendre les malheureux qui subissent les opérations chirurgicales les glus douloureuses. Le malade est alors à genoux et dans un état de contraction générale. L'urine ne sort que goutte à goutte avec assez de lenteur, et à la fin sortent de l'urètre de petits grumeaux d'apparence blanchâtre ; c'est de la fibrine quelquefois décolorée, quelquefois rougeâtre. Ces corps ont une forme vermiculaire ; ils nagent dans l'urine ; ils sont en plus ou moins grand nombre, mais à la fin de chaque effort, il en sort toujours au moins un. L'urine rendue chaque fois est fort peu abondante, et la somme en 24 heures nc remplit guère plus de la moitié d'un vase de nuit ordinaire. L'urine est brune, troublée et forme un dépôt jaunâtre peu abondant, dans lequel on trouve les petits corps mentionnés. Certains jours, sans cause connue, les douleurs sont moins vives, elles restent deux ou trois heures sans reparaître ; mais l'accident reprend son cours habituel et son caractère d'atrocité (l'expression ici n'est pas forcée), Le malade est très-affaibli ; douleurs brûlantes dans la tête vers le front ; il se lève peu et a des vertiges quand il est debout.

A son entrée, 10 sangsues au périnée ; les douleurs ont semblé augmenter ; bains entiers, tisane de bourgeons de sapin ; le malade pense qu'elle augmente les douleurs, on la suspend ; tous les soirs quart de lavement avec quatre gouttes de laudanum.

Le 13 juillet, cautère à la face interne de chaque cuisse à quatre pouces au dessous de l'arcade crurale. Les cautères ont de la tendance à s'agrandir. M. Vidal, prenant en considération les antécédens du malade, commence un traitement mercuriel. (Purgatif avec eau de Sedlitz, tisane de salsepareille, pilules de Dupuytren ; 2 par jour.)

Le 29 juillet, amélioration. Le 3 août les accidents ont repris de la force, le malade urine presque aussi souvent qu'au début de la maladie ; l'urine est bourbeuse ; le temps est très chaud pendant cette recrudescence.

Le 30 août P... a pris pendant 37 jours son traitement mercuriel et l'a cessé. Les accidens sont encore prononcés. (Quatre grammes de térébenthine tous les jours et un grain d'opium le soir.)

Le 2 septembre, pas d'amendement bien sensible ; continuer les moyens précédents, vésicatoire bien camphré au périnée.

Le 12, le vésicatoire semble augmenter les douleurs, on y renonce ; urines presque limpides.

Le 13, M. Vidal explore l'urètre par la palpation, le cathétérisme ; la sonde produit une douleur vive au moment de franchir le col. L'exploration par l'anus ne fait reconnaître aucun gonflement de la prostate.

Le 18, amélioration sensible ; le malade reste quelquefois plusieurs heures sans éprouver aucune douleur. (Continuer la térébenthine et l'opium.)

Le 28, le malade se trouve très-bien ; l'état général reprend un peu, il urine encore sept ou huit fois dans les vingt-quatre heures, mais il peut résister une demi-heure et plus au besoin.

Le 10 octobre, plus de douleurs, urines naturelles. M. Vidal conseille au malade de garder encore quelque temps le cautère qu'il porte à la cuisse.

M. Vidal fait remarquer que l'amélioration la plus manifeste a suivi l'emploi de la térébenthine. Il se demande si de petits caillots sanguins comme ceux observés ici peuvent rendre raison des douleurs éprouvées par le malade ; il pense qu'on peut attribuer avec bien plus de raison l'atrocité de la douleur à de petites solutions de continuité vénériennes ou non qui auraient eu leur siège sur le col vésical, semblables à celles qu'on observe à l'anus, et qui donnent lieu à des douleurs si vives pendant ou après les selles.

Home pense que l'affection la plus douloureuse des voies urinaires a son siège au *verumontanum*. «Il est inouï, dit-il, ce que souffre un individu en pareil cas ; *il remplirait facilement un volume de ses sonffrances*.

Modification de l'opération du phymosis. L'opération du phymosis, si facile en général, acquiert une certaine difficulté dans les hôpitaux de vénériens, à cause des chancres, des écoulemens virulens qui sont la cause ou la complication de la maladie, et alors le praticien peut rester dans une fâcheuse indécision.

Ce qui arrête le praticien alors, c'est la crainte de voir la plaie produite par l'opération se transformer en chancre, ce qui arrive pvesque toujours. M. Vidal a cherché à fermer cette plaie en la réunissant immédiatement par quelques points de suture.

Voici comment il procède à l'opération.

« Une incision est pratiquée sur un côté du prépuce ; un lambeau est saisi avec une pince à pansemens dans le sens de l'axe de la verge ; la lèvre de la plaie ne dépasse pas les mors de cette pince qui est confiée à un aide ; une autre pince saisit l'autre lambeau (le plus grand), et une portion de celui-ci déborde les mors de cette pince ; cette portion est excisée avec des ciseaux. Voilà donc les deux pinces serrant chacune un lambeau ; ces pinces ainsi placées ont un bord libre et un qui correspond à des points du prépuce non divisés. C'est immédiatement en dehors de ce bord non libre qu'on passe des aiguilles entraînant des petits fils ; trois pour chaque lambeau. Les pinces sont alors enlevées et les points de suture se trouvant passés, on n'a plus qu'à serrer les fils qui réunissent la membrane muqueuse à la peau. Reste à la réunion des deux incisions un écartement de la peau et de la muqueuse qu'on réunit avec un dernier point de suture.

Après la guérison on ne voit aucune trace de cicatrice.

M. Vidal met en note qu'il apprend à l'instant même que cette modification de l'opération du phymosis a été appliquée avant lui par M. Hawkins, chirurgien de Londres.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (5 novembre 1842.)

I. *Note sur un cas de présence de distôme hépatique (douve du foie) dans la veine porte chez l'homme ;* par M. DUVAL, médecin à Rennes.

La douve du foie, *fasciola hepatica* Lin. Lamk. *distoma hepaticum* est connue non-seulement des naturalistes, mais encore des vétérinaires, des bergers, des bouchers, etc. Elle est très-commune dans le foie des ruminans ; elle est plus rare chez l'homme, elle y est aussi en moins grand nombre et n'y acquiert pas la même taille. Bremser, dans son traité des vers intestinaux, ne cite que sept observateurs qui aient rencontré la douve du foie chez l'homme, Malpighi, Bidloo, Wepser, Sallas, Chabert, Bucholz et Bréra. On ne sait rien de positif sur les symptômes morbides que peut déterminer dans notre espèce la douve hépatique. L'organe où l'a rencontrée M. Duval est différent de celui dans lequel on la trouve ordinairement. Tous les auteurs s'accordent à dire que le distôme hépatique habite la vésicule du fiel et les canaux biliaires ; on a signalé sa présence dans l'intestin, dans le duodénum surtout, (Bréra) où il doit parvenir, par le canal cholédoque, et Sœmmering l'a rencontré une fois dans l'œsophage d'un antilope. Aucun observateur ne paraît l'avoir observé dans les veines. Rudolphi nie même qu'il ait été trouvé dans la veine porte, ce qui suppose que ce lieu avait été signalé sans preuves suffisantes.

Voici le fait tel que M. Duval l'a observé.

Dans les premiers jours d'avril 1830 il avait pour sujet de veinologie du cours d'anatomie de l'école secondaire de médecine, un homme âgé d'environ 49 ans, venant de l'Hôtel-Dieu de Rennes. C'était un couvreur nommé François Faucheux, entré dans le service de médecine le 24 mars au soir (1830), mort le 28 du même mois, et sur la maladie duquel il ne put obtenir aucun renseignement précis. Il ne s'était jamais plaint de rien de particulier, ce fut tout ce qu'il en apprit. Ayant fait préparer pour la leçon le système veineux abdominal, sans y pousser d'injection, et le foie étant conservé intact, M. Duval commença par décrire les veines mésaraïques et la veine splénique ; arrivé au tronc de la veine porte, il s'aperçut, en le décrivant, qu'un corps étranger placé dans l'intérieur même de ce vaisseau glissait entre ses doigts. L'idée d'un ver parasite lui vint aussitôt à l'esprit : il fit part de sa pensée aux élèves, et incisant avec précaution les parois de la vessie sur le corps tenu avec les doigts, il découvrit au milieu d'un peu de sang fluide que contenait le tronc de la veine porte, une douve du foie de la plus grande dimension. La leçon terminée, M. Duval poussa son examen dans les divisions de la veine porte ; il ne trouva rien dans les branches abdominales qui concourent à la former ; mais deux ou trois autres distômes semblables au premier furent rencontrés dans le sinus et la division sous-hépatique de ce vaisseau ; les branches de la veine furent aussi suivies jusque dans l'intérieur du foie et d'autres entozoaires de la même espèce, toujours dans les ramifications

veineuses, furent découverts. Il en fut recueilli en tout cinq ou six.

Il faut remarquer que les parois des veines qui contenaient ces parasites n'avaient point été ouvertes avant la leçon, qu'elles étaient dans un état normal, et ne présentaient ni traces d'inflammation, ni érosions. Le foie lui-même paraissait dans un état normal.

Après avoir rappelé les caractères du distôme hépatique, M. Duval cherche à expliquer la présence de ces animaux dans les veines; il ne peut la concevoir qu'en supposant qu'ils ont passé des canaux biliaires dans les ramifications de la veine porte, ou en admettant qu'ils se sont développés dans cette veine et qu'ils y ont vécu. Dans le premier cas, leur passage aurait eu lieu, soit pendant la vie, soit après la mort du sujet. Dans les deux hypothèses, il eût dû exister une large communication entre les veines et les canaux biliaires. Mais le foie et les voies biliaires étaient dans leur état normal, les veines étaient dans toute leur intégrité. Il est donc évident que ces distômes ont dû se développer dans les vaisseaux où ils ont été rencontrés, et il ne répugne alors nullement de penser que cet entozoaire ou d'autres semblables puissent se rencontrer dans les autres veines du corps. L'auteur de la note réfute ensuite les idées de Rudolphi et de M. Eudes Deslonchamps, sur le polystôme des veines qui pourrait bien être, selon lui, quelque entozoaire analogue à ceux qu'il a trouvés dans la veine porte.

Il conclut du fait qu'il publie et de diverses observations qu'il cite, 1° que le distôme hépatique se rencontre quelquefois dans le système abdominal; 2° qu'il y paraît prendre plus d'accroissement chez l'homme que dans les voies biliaires; 3° que le genre douteux désigné par les auteurs sous les différens noms de linguatule des veines, d'*exatyridium venarum*, de polystôme des veines, pourrait bien être un entozoaire existant dans les veines; 4° que la science possède maintenant plusieurs faits qui démontrent la présence d'entozoaires vivans dans les vaisseaux sanguins des animaux, et particulièrement dans les veines de l'homme.

II. *De la péritonite chronique et des causes de la difficulté de son diagnostic*; par A. Toulmouche, D.-M. à Rennes, membre correspondant de l'Académie de Médecine, etc.

L'auteur cite trois nouvelles observations de péritonite plus ou moins long-temps méconnues.

La première a pour sujet un nommé D..., boulanger, âgé de 35 ans, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, qui entra à l'hôpital Necker le 22 novembre 1817. Chez ce malade, la péritonite se manifesta d'abord par la soif, un peu de sensibilité du ventre à la pression, bien qu'il fût souple; par de la diarrhée, l'aspect jaunâtre de la langue, symptômes qui pouvaient tout aussi bien dénoter une irritation intestinale concomitante d'une phlegmasie de la plèvre à marche peu franche, mais pourtant reconnue. Ce ne fut qu'un mois après que le ballonnement de l'abdomen, sa sensibilité surtout inférieurement, purent de nouveau éveiller l'attention sur la coexistence d'une inflammation du péritoine, et que treize jours après que le grippement de la face, la petitesse et la fréquence du pouls, la tension, la douleur du ventre et les pressentimens de mort la firent connaître; les symptômes prédominans de la double pleurésie ayant toujours masqué ceux de la phlegmasie du péritoine, et cependant l'observateur qui diagnostiquait était Laënnec.

La seconde observation a trait à une nommée Lebolzec, détenue, âgée de 37 ans, entrée au mois d'août 1832 dans les salles de la clinique interne pour une fièvre quotidienne, qui, après récidives accompagnées de symptômes gastralgiques entretenus par un état aménorrhéique, céda cependant à l'emploi du sulfate de quinine; elle sortit le 4 septembre et revint le 29 octobre. Elle avait alors de l'œdème et de la tuméfaction au ventre où la fluctuation était incertaine. Elle avait beaucoup maigri, la sécrétion urinaire était diminuée. Elle sortit bientôt malgré les conseils de M. Toulmouche, et rentra dans le service de chirurgie le 28 janvier, pour une tumeur enkystée vis-à-vis le sternum, qui avait résisté aux frictions mercurielles et aux sudorifiques. On en trouvait une autre plus petite à la partie supérieure du même os; il y avait de la tuméfaction avec empâtement au genou gauche.

Pendant quatre mois on lui prescrivit successivement la décoction de lichen, des frictions mercurielles ou autres sur les tumeurs enkystées, des emplâtres fondans, mais inutilement. Il existait une fièvre hectique bien caractérisée, les signes d'une gastrite chronique, et en outre, une ascite évidente. L'œdème général augmentait; bientôt la malade s'affaiblit de plus en plus et mourut.

L'autopsie fit voir sur le sternum un kyste produit par une carie de l'extrémité antérieure de la cinquième côte, un abcès froid à la partie inférieure du cou, un ancien épanchement pleurétique circonscrit à droite; on trouva les glandes bronchiques tuberculeuses, des traces de péricardite, une disposition particulière du ventricule droit; ce ventricule offrait comme deux cavités, l'une externe, petite, surajoutée à sa partie inférieure et externe, communiquant avec elle au-dessous de la valvule auriculo ventriculaire, qui, à cause de cette variété anatomique, n'avait point sa disposition ordinaire. Enfin l'autopsie démontra encore clairement que l'ascite était survenue à la suite d'une péritonite qui avait été méconnue.

Il était difficile qu'il en fût autrement: tout dans cette observation devait concourir à tromper. D'abord les signes d'une phlegmasie de l'estomac, s'expliquant par l'abus du sulfate de quinine; un peu plus tard, tous ceux d'une ascite et d'un œdème symptômatique qu'on dut attribuer à l'existence pendant plus d'un an de fièvres intermittentes et de récidives pendant quatre mois; enfin l'amaigrissement et la fièvre hectique succédant, mais ne pouvant dénoter une péritonite latente.

La troisième observation citée par M. Toulmouche se rapporte à la nommée Planchet, détenue, âgée de 32 ans, entrée à l'infirmerie le 1er octobre 1833, offrant les symptômes d'une irritation gastrique qui guérit bientôt.

Le 8 novembre la malade rentra de nouveau; elle était atteinte d'une bronchite, de douleurs rhumatismales; elle se plaignait encore de l'estomac; l'amaigrissement augmenta ainsi que la pâleur, de plus elle paraissait plongée dans une grande tristesse, ne mangeait pas, et les règles manquaient depuis long-temps. On employa des moyens appropriés à l'état de la malade. L'oppression devint très-considérable; vers le 7 décembre on put constater un double hydrothorax. *Le ventre n'était nullement douloureux à la pression.* Déjà il s'était manifesté de l'œdème aux membres inférieurs; il augmenta vers le 1er janvier. Des eschares survinrent au sacrum: l'hydrothorax gauche était beaucoup plus considérable que le droit. L'émaciation devint extrême, l'asphyxie imminente; la malade succomba le 25.

A l'autopsie on trouva un hydrothorax double, l'estomac petit, mais sans traces de phlegmasie, et tous les signes d'une péritonite chronique qui était restée méconnue pendant la vie.

Résumons ces observations: l'on voit d'abord des symptômes d'irritation gastrique qui cèdent promptement. Plus tard il survient une tristesse profonde, de la constipation, de la douleur à l'épigastre, bien que la langue fût normale; en un mot, tous les signes de la nostalgie, puis une inflammation de l'estomac avec inappétence absolue, suivie de tous les phénomènes propres à caractériser un double hydrothorax, en même temps qu'une collection de liquide dans la cavité abdominale. On dut nécessairement attribuer cette dernière à la même cause que l'hydrothorax, car le ventre n'était nullement douloureux à la pression, et en outre, la malade n'y ressentait aucune gêne, bien qu'elle passât les journées et les nuits assise et le corps fortement penché en avant.

On voit que, si l'on en excepte les signes d'une phlegmasie de l'estomac, les symptômes qui prédominèrent furent ceux d'un hydrothorax double, et que l'ascite et l'œdème des extrémités durent être regardés comme secondaires et nullement le résultat d'une péritonite, puisque la plupart des symptômes indiqués par les auteurs comme la caractérisant, manquèrent, tandis que, bien qu'à l'ouverture du cadavre on ne trouva aucune phlegmasie dans l'estomac, ceux qu'on avait remarqués avaient dénoté son inflammation.

La suite de ce mémoire est indiquée pour un prochain numéro.

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (décembre 1842.)

1° *De la méthode ectrotique*, par M. Aug. Millet, D.-M.

On n'a employé cette méthode que dans des maladies peu nombreuses, et en particulier dans la variole, le zôna et l'érysipèle.

Variole. — M. Bretonneau de Tours a été conduit, comme on sait, à appliquer à cette maladie la cautérisation, procédé inférieur, il est vrai, aux avantages qu'offrent la vaccine et à l'inoculation, mais qui pourtant peut devenir utile lorsque ces moyens ne sont plus applicables. Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants: jusqu'au troisième jour de l'éruption, les boutons de la variole peuvent être atteints par le caustique; plus tard leur marche n'est pas toujours suspendue; cette marche a été seulement entravée et peut-être un peu abrégée. Les boutons ainsi cautérisés ne laissent aucune trace sur la peau après la desquammation; enfin toujours les essais ont paru influencer d'une manière avantageuse la marche générale de la maladie, et jamais ces tentatives n'ont produit le moindre accident.

MM. Romet, Meyranx, Damiron, ont obtenu des résultats assez différens en répétant les essais de M. Bretonneau. M. Noble, médecin à Versailles, a fait connaître à l'Académie de médecine (*Séance du 11 octobre* 1825) des conséquences différentes encore; d'ailleurs ces médecins ne sont d'accord ni sur l'époque à laquelle on ne doit plus cautériser le bouton varioleux, ni sur le mode de cautérisation à employer.

M. Millet se borne à rapporter tous les procédés divers qui ont été mis en usage pour appliquer le caustique par MM. Velpeau, Romet, Meyranx, Damiron et Noble.

Il s'occupe ensuite de la marche de la cautérisation, et rappelle à ce sujet ce qui a été dit par MM. Romet et Serres. Arrivant ensuite au traitement de cette cautérisation, il conseille d'appliquer dix ou douze heures après la cautérisation de la face des sangsues au cou en égal nombre des deux côtés; si la tuméfaction de la tête n'existe pas, une seule application suffit en général; mais si cette tuméfaction existe, il est convenable de les réitérer toutes les vingt-quatre heures pendant trois jours, vingt la première fois et douze les deux fois suivantes. En même temps qu'on fait mettre ces sangsues, il est bon de faire appliquer deux larges cataplasmes émolliens aux jambes et aux cuisses, quelquefois même aux bras, lorsqu'on craint une vive tuméfaction de la tête; ces cataplasmes restent en permanence et sont renouvelés matin et soir. Le but qu'on se propose est de faciliter l'éruption sur ces parties en même temps qu'on la fait avorter dans d'autres. Si, malgré ce moyen, l'éruption ne se fait pas assez promptement, on remplace les cataplasmes émolliens par des cataplasmes sinapisés. Ordinairement les parties entretenues dans un bain émollient se couvrent de boutons, et de boutons dont le disque est très-étendu; l'irritation qui résulte de la présence de ce grand nombre de boutons est révulsive de ceux qui tendraient à se porter vers la tête, la poitrine ou l'abdomen. Dès que les malades éprouvent de la cuisson dans les parties cautérisées, il faut appliquer sur ces parties des compresses trempées dans l'eau froide ou dans une décoction émolliente; on les laisse cinq ou six heures en ayant l'attention de les humecter de temps en temps. Lorsque l'eschare est devenue noire et tendue, on fait dessus des embrocations avec l'huile d'olives ou avec l'huile d'amandes douces. Sur la cornée transparente et le bord libre des paupières, un collyre adoucissant suffit; et un gargarisme de même nature ou légèrement aiguisé par un acide a toujours réussi dans la cautérisation du voile du palais, de la voûte palatine, et de la langue.

Zôna. — MM. Serres le premier, Rayer, Gasc, Piorry, Velpeau, Cazenave et Schedel, ont vanté la méthode ectrotique contre cette maladie. Alibert conseillait aussi la cautérisation dans le traitement du Zôna.

Érysipèle. — Le docteur S. Higginbotton ayant employé avec succès le nitrate d'argent dans les érysipèles par suite de blessures, pensa qu'il pourrait obtenir le même résultat dans les érysipèles déterminés par une cause constitutionnelle. La cautérisation réussit en effet dans un cas de cette nature. M. Tanchou a aussi préconisé ce moyen dans l'affection qui nous occupe (*Gazette des hôpitaux*, 1831, *t.* v.); MM. Cazenave, Schedel, Velpeau, Biett, ont pensé qu'il y avait avantage à se servir du nitrate d'argent pour borner les érysipèles de la face qui tendent à envahir de proche en proche. MM. Chomel et Blache disent aussi l'avoir employée lorsque l'érysipèle occupait la face, et qu'ils redoutaient l'envahissement du cuir chevelu; ils ajoutent que assez souvent l'érysipèle a suspendu sa marche; mais que dans d'autres cas les progrès n'ont nullement été entravés, et la maladie a suivi son cours ordinaire. M. Rayer, lui aussi, a expérimenté ce moyen. et son opinion est que les cautérisations avec le nitrate d'argent n'arrêtent pas la marche de l'érysipèle.

M. Millet conclut de ses recherches, 1° que la méthode ectrotique est un mode de traitement dont les effets sont fort peu certains, si ce n'est dans l'ophthalmie qui complique la variole d'une manière si grave.

2° Que la cautérisation des pustules de la face dans la variole ne prévient pas la congestion cérébrale, et n'empêche pas le visage d'être le siège de cicatrices difformes.

3° Que cette méthode de traitement est complétement abandonnée aujourd'hui, et que M. Serres est peut-être le seul maintenant qui cautérise encore, même les pustules des paupières.

4° Qu'on possède trop peu de faits pour décider les avantages ou les inconvéniens de la méthode ectrotique dans le traitement du zôna.

5° Que, pour l'érysipèle, il a vu souvent dans divers services de chirurgie et de médecine la cautérisation échouer complétement.

6° Enfin, il est prouvé que les auteurs ne s'entendent pas sur les résultats obtenus par l'emploi de la méthode ectrotique qui paraît d'ailleurs à M. Millet mériter peu d'importance dans l'état actuel de la science.

II. — *Nouveau moyen de diagnostiquer les altérations organiques de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme*; par M. F. Malherbe, D.-M.

Ayant eu l'occasion de voir plusieurs écoulemens opiniâtres, M. Malherbe s'est demandé s'il ne serait pas possible d'examiner la partie antérieure du canal de l'urètre, espérant qu'on pourrait faire en petit ce qu'on a fait pour le vagin; il eut l'idée d'introduire une pince métallique en acier à branches étroites et longues, faisant ressort; par ce moyen, il a pu très-bien apprécier l'état normal et l'état pathologique de la fosse naviculaire. Il n'y avait qu'un pas de là à l'idée d'un spéculum en petit, représenté par les deux valves réduites à une très-petite dimension, ayant la forme d'une pince plus ou moins allongée avec ses deux extrémités mousses et des branches étroites; on pourra y apporter la modification que l'on voudra pourvu que son but soit toujours le même.

Pour examiner le malade, il faut qu'il soit assis au grand jour vers une fenêtre, droit ou assis, cela est indifférent; on prend la verge avec les trois premiers doigts de la main gauche, on la relève en haut, on huile un peu la pince que l'on introduit de la main droite entre le pouce et l'indicateur, et soutenue sur le bord radial du troisième doigt; puis lorsqu'elle est arrivée à la profondeur voulue, on laisse écarter les branches, on la fait avancer ou reculer; alors on voit très-bien si la muqueuse est enflammée, si elle est le siège d'érosions, d'ulcérations, de fongosités, etc. On peut aussi cautériser la fosse naviculaire avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, surtout quand il existe des ulcérations, cause de ces écoulemens interminables et réfractaires à tous les agens médicamenteux introduits en injection, comme M. Ricord l'a constaté.

III. — *Moyen de révulsion rapide*; par M. E. Kemmerer, D.-M.

M. Kemmerer remplace depuis quelque temps la pommade d'Autenrieth par le caoutchouc révulsif. Il prend des bandes de caoutchouc de la longueur nécessaire, et il est utile de dire en passant que pour la confection de ces bandelettes il se sert d'un cautère qui a la forme d'un fer à repasser de tailleurs. Sa longueur permet de faire une bandelette d'un seul coup, et comme sa surface inférieure est lisse, elle étale et unit parfaitement la bandelette, sans avoir besoin du verre à vitre.

Avec l'extrémité d'un poinçon mousse, il fait dans la couche de caoutchouc des trous de la grosseur d'un pois, trous qui sont espacés plus ou moins, et dans lesquels sont placés de petits tas de pâte de Vienne. Quand la bandelette est appliquée sur la peau, on l'y laisse dix minutes, une demi-heure, selon l'effet qu'on veut produire.

Le caoutchouc révulsif a une action prompte très-énergique, une action qu'on peut doser, 10, 20, 30, 40 escharres, action qui se prolonge plusieurs semaines. M. Kemmerer pense que ce moyen est préférable à la pommade d'Autenrieth et à l'huile de croton, qui ont certains inconvéniens connus de tous les praticiens.

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX. (Octobre 1842.)

Divers cas d'épilepsie; guérison par un antipériodique; par M. Chabrely.

Au mois de novembre 1839, M. Chabrely a publié dans le *Bulletin médical du Midi* six cas d'épilepsie, dont cinq avaient été traités avec succès par la poudre de Guttète. Quant au sujet de la sixième observation (Renouil, âgé de neuf ans), à cette époque, après trois mois de traitement, les attaques diurnes avaient cessé, mais elles avaient encore lieu la nuit, quoique peu fréquemment, Depuis deux ans cet enfant n'a pas éprouvé une seule attaque. Il est donc permis d'enregistrer six succès obtenus par l'antipériodique Guttète uni à la valériane. Les sujets avaient l'âge suivant: deux ans et demi, six ans, neuf ans, dix ans, trente-huit et quarante ans. Le dernier était épileptique depuis son enfance la plus tendre. Le sujet de quarante ans est une femme dont les attaques dataient de dix ans.

M. Chabrely peut ajouter huit nouveaux cas de guérison dus à la valériane seule ou mêlée à d'autres antispasmodiques. Il avance qu'on a grand tort de s'en tenir à la méthode dite rationnelle pour des affections dont on ne connaît ni la nature, ni la cause; qu'il en est de l'épilepsie comme de la fièvre intermittente, qu'on ne guérit pas par les saignées seulement; qu'il y a deux médications à employer, l'une au moment de l'attaque, l'autre afin de la prévenir quand elle a cessé. Tout le temps que dure l'accès on doit employer la méthode rationnelle, en se rappelant néanmoins que les congestions du cerveau, du poumon, qui semblent menacer immédiatement la vie du sujet, cesseront avec l'attaque qui les produit, et que, par conséquent, on doit être sobre de saignées, qui appauvrissent le sang en pure perte, et qui souvent sont nuisibles. Il faut, l'accès passé, chercher un spécifique, un modificateur du système nerveux. Pour les fièvres intermittentes, le quinquina est le remède par excellence; la valériane semble, à M. Chabrely, un remède presque aussi puissant pour combattre les attaques épileptiformes, lorsqu'on l'administre à propos et aussi long-temps qu'il est nécessaire.

Mais, de même qu'il y a des fièvres intermittentes rebelles au quinquina seul, et qui cèdent à ce même médicament associé avec plusieurs succédanés; de même aussi la valériane seule ne suffit que dans certaines circonstances; M. Chabrely se sert alors des composés suivans:

Poudre de Guttète.

Gui de chêne,
Racine de dictame,
— de pivoine, } *â â* une partie.
Semences d'atriplex,
Corail rouge préparé,
Ongle d'élan, } *â â* demi-partie.

Mêlez toutes ces substances pulvérisées à un tiers de poudre de valériane, et faites des paquets de 1 ou 2 grammes.

Poudre de Carignan.

Poudre de Guttète,	250 grammes.
Ambre jaune porphyrisé,	375
Corail rouge,	125
Terre sigillée,	125
Cinabre,	12
Kermès minéral,	12
Noir d'ivoire,	12

Mêlez selon l'art et divisez en prises de 18 à 50 centigrammes, pour mêler à la poudre de valériane par moitié.

Personne n'ignore que le mode d'administration d'un médicament n'est point étranger au succès qu'on en obtient, et l'auteur pense que c'est peut être à cela qu'il doit d'avoir réussi aussi souvent à faire cesser les attaques d'une névrose si difficile à guérir. Voici comment il procède :

Il donne matin et soir une cuillerée de sirop de valériane, pour édulcorer chaque fois une tasse d'infusion de feuilles d'oranger ; *la veille de la nouvelle lune*, il fait prendre, le matin à jeun, un gramme de poudre de Carignan et de Guttète additionnée à celle de valériane, dans une tasse d'infusion de tilleul sucrée. Le soir, même dose ; le lendemain deux fois également, ainsi que le surlendemain. *Il agit de même pour la pleine lune*, la veille, le jour et le lendemain de cette phase lunaire. On prend donc douze paquets par mois du mélange de Carignan, et les autres jours le malade se contente de prendre le sirop de valériane.

On persévère ainsi, sans rien changer, dans cette médication, pendant l'espace de quatre à six mois, puis on laisse les poudres antipériodiques pour s'en tenir au sirop de valériane.

M. Chabrely prévoit que quelques médecins seront étonnés, pour ne pas dire plus, qu'il tienne compte des phases de la lune pour l'administration du mélange anti-épileptique. « Ils croiront peut-être, dit-il, que je veux faire revivre l'astrologie judiciaire. A Dieu ne plaise ! » Mais il demande aux praticiens attentifs s'ils n'ont pas remarqué comme lui une coïncidence frappante entre les convulsions, chez les enfans par exemple, et les phases de la pleine et de la nouvelle lune. Tous les médecins, selon lui, le croient *in petto*, mais aucun n'ose l'avouer ouvertement.

M. Chabrely cite ensuite les observations des malades qu'il a guéris, et il termine en concluant que si la valériane, aidée de succédanés *innocens*, peut triompher de l'épilepsie, il est inutile et même imprudent de recourir au nitrate d'argent à l'intérieur, dont l'estomac peut très mal se trouver ; qui peut occasionner une couleur cyanosée de tout l'épiderme, et qu'il pensera toujours que dans l'épilepsie comme dans la fièvre intermittente, tant qu'il y aura du quinquina et de la valériane, il se gardera d'employer le nitrate d'argent et l'arseniate de soude comme antipériodiques.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. (Octobre 1842.)

I. *De l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu;* par le docteur Dieudonné, membre titulaire.

Les antiphlogistiques, les purgatifs, le tartre stibié à haute dose et les diverses préparations de colchique, telles sont les quatre méthodes auxquelles se rallient assez généralement les médecins de notre époque pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Jusqu'à ces derniers temps, la saignée et le colchique paraissaient pouvoir revendiquer le plus de succès ; mais tout à coup apparaît dans le monde médical une méthode non pas nouvelle, puisqu'elle date de 1764, mais complètement oubliée et qui, reprise par des mains expérimentées, semble tout d'abord vouloir faire faire un pas immense à la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu, le nitrate de potasse à haute dose. Cette médication, due à un médecin anglais, Richard Drocklesby, malgré son apparente efficacité, a trouvé peu de partisans ; on ne trouve guère que Macbride et W. White qui l'aient recommandée, et l'on a lieu d'être étonné du sort qu'elle a subi, alors que Van-Swieten en avait fait une mention spéciale.

Frappé du succès obtenu avec ce médicament par MM. Gendrin et Martin-Solon, M. Dieudonné résolut d'expérimenter à son tour le nitrate de potasse, et l'effet en fut aussi heureux que prompt.

Ayant été appelé le 2 mai dernier, auprès de M. D....., âgé de quarante deux ans, à cheveux très blonds, d'une constitution éminemment lymphatique, qui depuis vingt-quatre heures éprouvait des douleurs très vives dans tout le membre abdominal gauche, le pied excepté, avec gonflement léger, chaleur, rougeur et sensibilité de la partie supérieure de la cuisse. Après avoir prescrit des cataplasmes de feuilles de belladone et des boissons rafraîchissantes, le membre abdominal gauche parut revenir entièrement à son état normal ; mais le pied du même côté devint douloureux, et présenta un peu de gonflement et de rougeur vers la malléole externe ; quelques douleurs se firent sentir aussi par intervalles au genou droit ; puis le genou gauche et le pied du même côté, ainsi que le membre droit dans toute son étendue, devinrent le siége de gonflement et de rougeur. Le pouls était à 120 ; la soif assez intense, l'appétit nul ; pas de bruits anormaux du cœur, mais des battemens durs et secs. Les pilules de Lartigue, demandées par le malade, amènent d'abord un peu d'amélioration ; puis les douleurs s'emparent des poignets, des bras et des extrémités inférieures avec une intensité nouvelle. Le nitrate de potasse est alors prescrit à la dose de deux gros seulement, vu l'état de la langue, à prendre dans un litre de petit-lait édulcoré avec du sucre. Le lendemain, le malade est mieux ; les urines et les sueurs surtout ont été très abondantes ; l'état des poignets est amendé ; le pouls est à 90 pulsations. Quatre gros de nitrate de potasse dans deux litres de petit-lait ; bouillons. Le lendemain, les douleurs ont partout diminué ; seulement les mouvemens sont impossibles, et le poignet est encore un peu gonflé. On continue l'usage du nitrate de potasse pendant deux jours encore ; les douleurs ont cessé partout. Le médicament est continué par précaution pendant trois jours encore, après lesquels aucune douleur n'a reparu. M. D..... a pris régulièrement six gros de nitrate de potasse par jour ; la langue est restée constamment fraîche. Au troisième jour de l'administration du sel, quelques coliques se sont manifestées, mais elles n'ont point empêché d'en continuer l'usage ; elles ont, du reste, complètement disparu le cinquième.

Ce fait prouve, selon M. Dieudonné, que, contrairement à l'opinion de Brocklesby, on peut espérer de bons effets du nitrate de potasse quand il est administré à une époque déjà éloignée du début de la maladie.

Quant aux phénomènes vitaux déterminés par l'ingestion de ce médicament à haute dose, ils peuvent se résumer dans une modification très-prononcée des sécrétions ; c'est par la surface cutanée que nous avons vu faire la sécrétion la plus abondante ; celle des reins a été aussi notablement augmentée, tandis que du côté du tube intestinal il n'y a pas eu plus de trois selles dans les 24 heures, encore n'étaient elles pas copieuses. Indépendamment de cette augmentation de sécrétions, l'auteur a remarqué que le nitrate de potasse exerçait une action bien manifeste sur le cœur. Aussi, dès le lendemain de l'administration de ce sel, le pouls présentait une amélioration très-sensible ; il avait beaucoup perdu de sa dureté et de sa fréquence, et l'impulsion du cœur était moins violente ; à mesure que le malade en prenait, l'amélioration faisait sous ce rapport des progrès très-marqués.

Cherchant à expliquer l'action thérapeutique du nitrate de potasse dans le rhumatisme, l'auteur du mémoire avoue qu'il ne peut guère à cet égard que hasarder des hypothèses. Il se demande seulement s'il ne serait pas possible que cet agent déterminât l'élimination du principe morbide par la voie des sécrétions. Examinant la série des médicamens en puissance d'influer sur le rhumatisme, cette supposition acquiert quelque vraisemblance ; pourtant, il faut bien le dire, elle n'est pas suffisante, car toutes les substances provoquant d'abondantes sécrétions devraient alors être également efficaces. La rapidité avec laquelle la circulation a été influencée, la diminution si prompte de la violence des battemens du cœur, de la durée et de la fréquence du pouls, n'autoriseraient elles pas à reconnaître au nitrate de potasse une action *hyposthénisante*, et à le considérer avec Rasori comme un antiphlogistique direct.

Si telle était l'action de ce médicament, on conçoit les heureux effets qu'on en obtiendrait dans une foule d'affections aiguës, où nous l'employons déjà à petites doses comme tempérant ou rafraîchissant ; mais il faudrait alors l'administrer avec plus de hardiesse qu'on ne le fait, et imiter la conduite de M. Van-Swieten qui le donnait à la dose de quatre ou six gros dans les vingt-quatre heures.

En jetant un coup-d'œil rapide sur les méthodes les plus usitées, on voit que la maladie dure au moins une quinzaine de jours, tandis que par le nitrate de potasse la moyenne est de sept à huit jours. En écrivant ces lignes, dit en terminant M. Dieudonné, nous avons eu pour but de rémémorer à nos confrères une méthode de traitement très-simple et peu dispendieux, et de les engager à la soumettre au creuset de l'expérience clinique,

II. *Observation d'épilepsie guérie par le sulfate de cuivre ammoniacal ;* par le docteur de Losen, membre titulaire.

Dans le courant d'octobre 1840, madame de S... vint réclamer mes soins pour l'une de ses filles sujette depuis dix mois environ à des accès d'épilepsie inquiétans par leur fréquence et leur intensité.

Mademoiselle de S... était âgée de onze ans, d'un tempérament nerveux, sensible, très impressionnable et d'une constitution délicate. Issue de parens sains, elle n'avait éprouvé de sa vie aucune affection du genre des maladies convulsives ; jamais non plus il n'y a eu de maladie héréditaire dans sa famille ; seulement sa mère, douée d'une sensibilité nerveuse extrême, est prise d'un accès de somnambulisme chaque fois qu'elle éprouve une contrariété un peu vive. Mademoiselle de S... étant tombée dans un bassin, d'où elle fut retirée sans connaissance, cette chute la frappa d'une terreur profonde et devint la cause occasionnelle de ses accès. Un intervalle de trois ou quatre semaines au moins s'écoula avant que les symptômes d'une véritable épilepsie se manifestassent. Elle devint triste, abattue, perdit l'appétit et le sommeil, se plaignit de maux de tête, de vertiges, de frémissement dans les membres. Puis survinrent quelques convulsions légères sans perte de connaissance, enfin des accès épileptiques.

Depuis, ils se sont renouvelés à des intervalles très rapprochés sans observer aucune marche régulière. Après l'accès, qui n'offrait rien de particulier, la jeune malade tombait dans un profond sommeil qui durait une heure ou davantage, et auquel succédait un grand affaissement. La maladie de mademoiselle de S... fut combattue d'abord par les antiphlogistiques, qui n'eurent d'autre résultat que de rendre les accès plus fréquens ; puis, dans la supposition de vers intestinaux, par les anthelmintiques, qui furent aussi inutiles ; enfin par des calmans de tout genre. Voyant l'inutilité de tous les remèdes, le médecin conseilla à madame de S... de distraire sa fille par des voyages agréables, ce qu'elle fit. Dans les premiers temps de ces voyages, il y eut de l'amélioration ; mais au bout de quelques mois, tous les phénomènes primitifs avaient reparu.

M. de Losen eut occasion de voir la malade à Bruxelles : il l'examina avec soin, fut témoin des accès, reconnut une névrose pure dont la cause avait été la frayeur ; il pensa à recourir à l'emploi méthodique des moyens perturbateurs, antispasmodiques et révulsifs.

Il débuta donc par la médication suivante. Tous les quatre jours un vomitif, et l'usage journalier d'une infusion théiforme de chenopodium ambrosioïdes associé à la racine de valériane et aux feuilles de séné et d'oranger. Cette médication ayant été employée cinq semaines sans avantages, on passa à l'usage des *fleurs de zinc* à dose croissante et associées à divers adjuvans, tels que l'extrait de jusquiame, l'opium, la belladone, la valériane, etc. La malade en prit d'abord 1 grain soir et matin, comme le conseille Hufeland, et augmenta d'un demi-grain tous les deux jours jusqu'à ce qu'elle fût parvenue à prendre 12 grains d'oxyde de plomb dans les vingt-quatre heures. Il fut prescrit en même temps de frictionner matin et soir la colonne vertébrale avec l'onguent d'Autenrieth ; le tout fut employé sans résultat favorable.

L'ipécacuanha fut essayé par la méthode de Ferrara. Porté jusqu'à 1 gros et continué pendant dix jours, ce médicament resta également inefficace.

Enfin, après avoir essayé tour à tour l'hydrocianate de fer (depuis 1 grain jusqu'à 4 par jour), l'asa-fœtida, l'indigo (pendant quelques jours seulement, la malade ne pouvant le supporter), le nitrate d'argent (depuis 1/26e jusqu'à 1 grain dans les vingt-quatre heures), larmoise vulgaire (1 gros le soir, avec de la bière chaude), et le tout sans succès, M. de Losen était sur le point d'abandonner la malade à la révolution que devait opérer l'époque de la puberté, quand il trouva des observations fort curieuses sur l'efficacité du sulfate de cuivre ammoniacal contre l'épilepsie.

Il fut prescrit de la manière suivante :

Pr. Sulfate de cuivre ammoniacal, 1 grain.
Sucre blanc en poudre, 1 gros.

Mêler et diviser en six poudres égales. A prendre une poudre trois fois par jour, et un petit verre de vieux vin de Malaga après chaque prise.

Trois jours s'écoulèrent sans accès, mais dans la matinée du quatrième, il en vint un et beaucoup plus fort que tous les précédens, ce qui parut de bon augure. Chaque dose fut portée à un quart de grain. A partir de ce moment les accès perdirent de leur force, il resta quelques vertiges qui disparurent au bout de quelque temps.

Depuis cette époque, mademoiselle de S. n'a plus eu d'accès et jouit d'une santé florissante.

Aucune fonction n'a été troublée pendant l'administration du sel, les urines seules ont un peu augmenté et ont exhalé une odeur ammoniacale très-prononcée.

Annales et Bulletin de la société de médecine de Gand. (Octobre 1842.)

Remarques pratiques sur les scrofules ; par M. le docteur Van Overloop.

M. Van Overloop, ayant exercé la médecine pendant vingt-deux ans dans la commune d'Everghem où les scrofules sont extrêmement fréquentes, a été placé dans des circonstances tout à fait favorables pour l'étude de ces maladies. Cependant le but de son mémoire n'est point de donner une monographie complète sur ce sujet, mais seulement d'ouvrir aux médecins une voie de recherches nouvelles, utiles et fort intéressantes en même temps, l'étude des phlegmasies viscérales chez les scrofuleux mérite, en effet, de la part du praticien une attention toute particulière.

A l'étude des maladies scrofuleuses, se rattache d'abord la grave question de leurs *causes déterminantes*, c'est là un point important et qui a fait l'objet de longues recherches parmi les auteurs.

L'habitation dans les lieux marécageux peut-elle engendrer les scrofules ? Les habitations basses et humides, les caves des villes, les établissemens industriels, les établissemens de bienfaisance, les prisons et autres, où beaucoup de personnes se trouvent réunies ou enfermées dans des salles ou des demeures étroites où il y a défaut d'air et de lumière, peuvent-ils engendrer directement la disposition scrofuleuse ? Telle est la première question que se pose M. Van Overloop. Il répond que les émanations paludeuses, animales ou autres ne sont capables d'engendrer la scrofule que lorsqu'il y a de la part du sujet prédisposition congeniale.

Les alimens peu propres à une bonne nutrition, un régime alimentaire peu varié, comme dans les prisons et les établissemens de bienfaisance, peuvent-ils engendrer les scrofules ?

Il y a lieu de croire que non, suivant l'auteur ; car, dans la commune où il a fait ses observations, les pauvres qui ne se nourrissent que de pommes de terre, de pain noir et de lait battu, qui, en un mot, mènent une vie très-misérable, dont le teint cachectique annonce un grand délabrement de la constitution, ne deviennent scrofuleux que dans le cas où leurs parens ont montré des indices de la maladie dont il est question. Mais si une prédisposition existe, aucune cause occasionnelle n'agit avec plus de puissance dans l'évalution de l'état scrofuleux que la mauvaise nourriture

Il faut ajouter que l'état des premières voies a une grande influence sur le développement des scrofules chez ceux qui y sont prédisposés, les affections intestinales semblent, entre toutes les causes occasionnelles, celles qui doivent être rangées en première ligne.

Les saisons ont-elles de l'influence sur la marche des scrofules ?

C'est le printemps qui est le plus favorable à leur développement ; des écrouelles peu apparentes en automne, par exemple, resteront stationnaires pendant l'hiver et ne se manifesteront qu'aux mois de mars, avril ou mai suivans. Le travail morbide se faisant, il continue jusqu'au mois d'octobre ; alors tous les symptômes diminuent d'intensité. Selon M. Lugol (art. inséré dans la *Gazette des Hopitaux*), les chaleurs de l'été amènent souvent la résolution des engorgemens scrofuleux.

Quel est le tempérament le plus favorable au développement des écrouelles ?

C'est le lymphatique, ce sont les personnes les plus débiles, ayant cependant une belle peau et un coloris parfois frais. Il est à remarquer que les constitutions scrofuleuses ont une disposition à transpirer fortement.

Peut on considérer la faiblesse des parens, leur constitution délabrée, par l'épuisement spermatique, par l'usage du mercure, par des maladies de longue durée, la phthisie, par exemple, comme un point de départ dans le développement des scrofules qui naîtront chez leurs enfans ?

Il faut, sans doute, un point de départ dans la prédisposition héréditaire aux écrouelles, mais c'est un point que l'auteur avoue n'avoir pas pu éclairer. M. Lugol dit que l'expérience a appris que des parens tardivement féconds peuvent donner naissance à des enfans scrofuleux : que l'état de débilité de ces parens et certaines maladies dont ils sont atteints, la phthisie, par exemple, influent d'une manière funeste sur la fécondation du germe et la nutrition du fœtus. Noll, Astruc, Lieutaud, Perral, ont considéré les maladies scrofuleuses comme une dégénérescence des maladies syphilitiques.

Les maladies qui affectent les enfans dans le jeune âge, telles que la teigne, les maladies éruptives aiguës, la variole, peuvent-elles créer le premier germe des maladies scrofuleuses qui naîtront plus tard ?

La conviction de M. Van Overloop est que si ces maladies par leur nature intime ne sont pas scrofuleuses, elles ne peuvent le devenir. Des auteurs ont supposé que la petite vérole avait une tendance à produire les écrouelles ; l'auteur pense que pas plus que la vaccine ni les autres maladies de la peau ne peuvent produire la maladie scrofuleuse. Cullen a formulé ainsi cette opinion.

Les scrofules constituent-elles des maladies propres aux différens âges ?

Après quarante ans, les scrofules ne se présentent souvent plus avec des symptômes ordinaires. M. Van Overloop pense que c'est au pylore particulièrement et dans les autres viscères

abdominaux que le mal se fixe de préférence. C'est la poitrine qui s'affecte surtout de dix-huit à quarante ans. La période critique des femmes prédispose aussi au développement de ces affections.

Pour le développement des glandes sous-cutanées, le carreau, les ophthalmies, c'est l'enfance et l'âge de puberté qui engendrent le plus d'affections de cette nature.

Par ce qui précède, il est facile de voir qu'entre tous les agens qui troublent les constitutions, dans le développement de l'état scrofuleux, il n'en est pas qui mérite une plus forte attention que la CAUSE PRÉDISPOSANTE, et en parlant de prédispositions, il faut entendre *hérédité*.

M. Van Overloop, ne s'appuyant que sur les faits qu'il a observés, est porté à admettre que la scrofule est une maladie qui se gagne toujours par voie de génération, la prédisposition lui semble héréditaire particulièrement pour les enfans nés d'un père scrofuleux, elle lui a paru moins efficace du côté de la mère. C'est aussi l'idée de Cullen. Selon M. Lugol, de toutes les causes prédisposantes la plus puissante est aussi l'hérédité, il ne serait pas même nécessaire, suivant ce dernier, que les parens soient affectés pour donner le jour à des enfans scrofuleux en naissant, car l'hérédité n'est pas toujours directe. Dans ce cas, les parens ne manquent jamais d'attribuer la maladie à la transmission du mal par le vaccin pris sur des enfans scrofuleux, mais pendant quinze ans l'auteur du mémoire a observé qu'à la campagne, les accoucheurs et les sages-femmes prenaient des vaccins d'enfans scrofuleux, pour en vacciner d'autres bien portans, sans jamais leur transmettre le mal.

Quels sont les motifs qui doivent faire penser que les maladies scrofuleuses ne se transmettent pas par contagion?

La plupart des écrivains pensent que les écrouelles ne se transmettent pas par contagion. M. Van Overloop dit avoir observé un cas qui aurait pu jeter du doute dans l'esprit, à cet égard. Il s'agit d'un homme qui, malgré ses conseils, ayant partagé le lit de sa femme atteinte de phthisie scrofuleuse, fut affecté lui-même de phthisie sept mois après la mort de sa femme. Il croi cependant que les signes généraux d'une véritable phthisie scrofuleuse ont manqué chez ce sujet.

Une chose digne de remarque, c'est que les anciens et un grand nombre de modernes ne parlent guère des scrofules d'une manière spéciale, ou n'en font qu'une très-faible mention dans leurs cadres nosologiques. Cette maladie semble pourtant avoir existé et avoir été connue de tout temps. M. Van Overloop passe en revue les opinions différentes émises sur les scrofules par Tissot, Cullen, Cabanis, Richerand, Broussais, Hufeland, Lepelletier, Baudelocque, Constant. Ce dernier suppose que dans les scrofules la lymphe est altérée de telle sorte qu'elle est à l'état d'albumine au lieu de fibrine, et cette idée, théoriquement parlant, paraît à l'auteur une conception heureuse.

Il se borne ensuite à donner une courte exposition des *caractères pathognomoniques*, que présente l'affection scrofuleuse.

On peut supposer que le germe scrofuleux est établi dans la constitution quand le sujet a le cou gros et court, les mâchoires plus larges, plus hautes, la tête plus volumineuse qu'elle ne l'est d'ordinaire, les joues roses et la lèvre supérieure grosse et souvent gercée. Souvent le nez est gonflé chez les scrofuleux, ils sont sujets à des coryza périodiques passant très-souvent à un état d'ulcération de la muqueuse olfactive; les chairs sont en général flasques et la graisse qui est comme fondue, engorge le tissu cellulaire et imprime à toute la surface du corps des formes grossières. Le ventre est ordinairement saillant, la pupille est souvent dilatée, la maladie paraît confirmée quant aux signes indiqués vient se joindre l'engorgement des glandes, particulièrement de celles du cou, des aines et du mésentère.

Il ne faudrait pas cependant se prononcer trop affirmativement en se basant sur l'existence de ces signes, bien des situations du corps peuvent donner un faux *facies* scrofuleux à des personnes qui ne sont nullement écrouelleuses, et il est des constitutions scrofuleuses qui manquent des caractères décrits. Il faut des indices plus positifs avant de se prononcer, l'auteur pense qu'on trouvera ce critérium dans l'*odeur qu'exhalent tous les scrofuleux indistinctement, que la maladie soit latente ou ne le soit pas*.

La pratique peut seule apprendre à bien connaître cette odeur, mais il suffit de l'avoir bien sentie une fois pour ne plus l'oublier. Elle renferme quelque chose de pénétrant qui s'attache aux habits, aux meubles et se conserve long-temps. Elle devient particulièrement sensible pendant l'été ou dans des appartemens chauffés. Elle se dégage des patiens pendant les maladies aiguës. Il est impossible de lever la couverture du lit d'un scrofuleux sans en être impressionné. Il semble que toutes les excrétions en soient imprégnées au point de pouvoir découvrir le vice strumeux en explorant le siége sur lequel avaient été assises pendant quelque temps des personnes scrofuleuses.

Quelles sont les maladies qui présentent de l'analogie avec les scrofules, et avec lesquelles on pourrait les confondre?

1° L'engorgement des glandes salivaires par quelque cause que ce soit, mais le gonflement de ces glandes diffère du gonflement scrofuleux par tous les caractères propres à ce dernier engorgement qui diffèrent essentiellement d'une inflammation vraie. Il en est de même de l'engorgement inflammatoire des glandes des aisselles, des mamelles, des aines.

2° La phthisie tuberculeuse, mais la vraie phthisie scrofuleuse débute par les symptômes généraux indiqués.

3° L'engorgement du foie, qui s'accompagne souvent d'un engorgement ganglionnaire du mésentère, des glandes de l'aine, du cou ou bien de la rate, est ordinairement de la nature strumeuse; alors il y a diarrhée, rarement fièvre, rarement jaunisse, la peau est de cette couleur que les anciens ont appelé, *color plumbeus*.

4° Le carreau, car chez les enfans l'engorgement mésentérique n'est quelquefois pas scrofuleux, selon M. Van Overloop les tumeurs seraient de caractères différens dans les deux cas, et le traitement d'ailleurs peut devenir une pierre de touche.

Ces diverses remarques pourront guider le diagnostic des tumeurs blanches, du rachitisme, du spina ventosa, du goître et de l'idiotisme qui le plus souvent tiennent à des causes scrofuleuses, mais qui reconnaissent aussi d'autres origines.

Quelles sont les maladies que la diathèse scrofuleuse complique le plus souvent?

Quoique toutes les maladies puissent compliquer les affections scrofuleuses, celles qui modifient le traitement sont les plus importantes. Ce sont : la syphilis, le scorbut et les inflammations viscérales.

A l'égard du pronostic l'âge influe positivement sur la curabilité de cette affection; le lieu qu'occupe le mal est aussi d'une importance majeure; la condition sociale entre aussi pour beaucoup dans la guérison avec quelques restrictions cependant, la simplicité ou la complication du mal mérite, bien entendu, d'être prise en considération. Lepelletier prétend que les hommes guérissent mieux que les femmes, l'auteur assure n'avoir rien vu de pareil.

Pendant un traitement de la maladie, M. Van Overloop énumère tous les agens successivement préconisés contre les scrofules et démontre que les toniques et les agens spéciaux demandent un sens pratique assez exercé, que doit porter le médecin, à varier continuellement les remèdes employés.

HUFELAND'S JOURNAL. (Avril 1842.)

I. *Emploi de la glace à l'intérieur dans le cas de hernie étranglée*; par M. le docteur TRUSEN, de Posen.

L'ingestion de petits morceaux de glace est le moyen le plus sûr de calmer le vomissement qui survient dans les cas de hernie étranglée. Dans un cas de ce genre, où l'anse intestinale herniée était d'un volume assez considérable, et où quelques heures s'étaient à peine écoulées depuis le commencement de l'étranglement que déjà il était survenu de violentes douleurs et un vomissements que rien ne pouvait réprimer, les antiphlogistiques furent administrés à l'intérieur sans amener aucun résultat avantageux. Le malade refusant de se laisser opérer, on recourut alors aux moyens externes, tels que les émissions sanguines générales et locales, les applications de glace sur la tumeur, les bains tièdes dans lesquels on pratiqua le taxis, les lavements évacuants, etc.; mais tous ces moyens ne produisirent qu'un soulagement passager. En désespoir de cause on passa à l'injection de morceaux de glace de la grosseur d'une noisette ou d'une amande toutes les cinq ou dix minutes, et le vomissement, si douloureux et si opiniâtre jusque là, ne tarda pas à céder. Une très-forte évacuation alvine eut lieu, qui fut suivie de la rentrée de la hernie.

Comme en pareille circonstance rien ne s'oppose à l'emploi de ce moyen; que, loin de là, son usage soutenu déprime sûrement la sensibilité morbide exagérée de l'estomac, on peut, on doit même y recourir sans hésitation, dès le début des premiers accidents, et cela sans perdre un temps précieux à prescrire d'autres moyens.

M. Trusen profite de cette occasion pour annoncer que son observation a confirmé les bons effets de la glace contre le typhus, bons effets déjà annoncés par M. le docteur De Basedow (*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*; 1840, n° 4.). Il ajoute qu'il ne l'a pas employée avec moins d'avantage contre les vomissements qui accompagnent le choléra.

II. *Emploi du chlorhydrate d'ammoniaque à hautes doses contre les squirrhes du pylore*; par M. le Dr TRUSEN, de Posen.

Guidé par les exemples de Fischer, de Kuntzmann, de Crammer, qui ont employé avec succès le sel ammoniac à fortes doses contre les indurations, les callosités et les dégénérescences de la vessie et de la prostate; et par celui de Holscher qui s'en est servi avec non moins d'avantage contre le squirrhe de l'estomac; M. Trusen l'a mis en usage de son côté avec un succès complet dans deux cas d'induration squirrheuse du pylore.

Ire *Observation*. — Un homme âgé d'une trentaine d'années, habitué à une vie sédentaire, s'était trouvé affecté de cette maladie à la suite d'abus long-temps continués de boissons alcooliques et d'aliments fortement épicés. Déjà, depuis plusieurs mois, il existait des vomissements qui survenaient trois ou quatre heures après le repas, en s'accompagnant de douleurs précordiales brûlantes, et ces accidents faisaient craindre une destruction organique de l'estomac. C'est alors qu'il eut recours, en septembre 1829, aux conseils de M. Trusen qui lui prescrivit le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose d'un gramme toutes les deux heures, associé au suc de réglisse.

Le malade s'accoutuma facilement à l'usage de ce médicament qui, loin d'accroître le trouble de la digestion, ranima l'appétit. Après quelques mois d'un emploi soutenu de cette médication, le vomissement cessa, mais pour reparaître au moindre écart que se permettait le sujet dans le régime diététique doux auquel il avait été soumis. Ce fut seulement au bout de six mois, alors que l'organisme se trouva pénétré du médicament et que le point de saturation fut complètement atteint, que les vomissements cessèrent enfin pour ne plus se reproduire. Toutefois, le sujet conservait encore un teint de couleur jaune paille, l'estomac restait embarrassé par d'abondantes mucosités, et il existait toujours une constipation habituelle : ces divers symptômes cédèrent entièrement à l'emploi de l'eau minérale naturelle muriatico-ferrugineuse de Cudova, prise à la source même, pendant un espace de six semaines. Depuis ce temps, le sujet n'a pas éprouvé le moindre trouble dans l'exercice de ses fonctions digestives.

IIe *Observation*. — Un homme du même âge que le précédent, et ayant comme lui des occupations sédentaires, avait été affecté depuis long-temps d'une arthrite qui avait successivement revêtu différentes formes, et par suite de laquelle il s'était développé une exostose des côtes. Cette exostose fut combattue par des moyens appropriés, et à mesure qu'elle disparut, il se manifesta, avec une difficulté toujours croissante de la digestion, un vomissement des aliments ingérés. Ce vomissement, qui survenait constamment quelques heures après le repas, persista pendant plusieurs mois et occasionna un amaigrissement général considérable : il consistait, pour ainsi dire, en un véritable écoulement de tout ce qui se trouvait contenu dans l'estomac, et cela sans aucun effort et sans être précédé de nausées; il semblait même procurer quelque soulagement au sujet.

Après avoir continué, pendant sept mois, l'usage du chlorhydrate d'ammoniaque, à la dose de quatre grammes par prise, les vomissements cédèrent tout à fait (octobre 1830); et, depuis cette époque, il ne s'est plus reproduit.

Il ne tarda pas à s'habituer aux fortes doses du médicament; néanmoins, M. Trusen fait observer qu'il le supporta plus facilement en solution dans une infusion de gingembre que sous forme pulvérulente.

JOURNAL FUER PRAKTISCHE CHEMIE. (Tome XXV.)

I. *Nouvelle source minérale.*

Cette source a été nouvellement découverte à Moscou, et elle vient d'être examinée par M. R. Hermann.

L'eau qu'elle fournit n'a pas encore une limpidité parfaite, elle présente un léger trouble, dû à la séparation d'une certaine quantité de crénate ferrique. La saveur, fortement ferrugineuse et calcaire, est en même temps accompagnée d'un goût de moisi qui rappelle celui de l'eau minérale de Pyrmont. La température était de 10 degrés réaumuriens, le 19 août 1841, par une température atmosphérique de 18 degrés, et, à 15 degrés du même thermomètre, la pesanteur spécifique était de 1,0025.

Sous l'influence de l'ébullition, il s'en dégage une assez forte quantité de gaz acide carbonique et de gaz azote; puis, le liquide se troubla et finit par laisser précipiter un dépôt de couleur grise tirant sur le jaune. En chauffant cette eau dans un appareil distillatoire, on obtient pour produit un liquide alcalin qui, saturé par l'acide chlorhydrique et évaporé convenablement, fournit une proportion assez notable de chlorhydrate d'ammoniaque, d'où l'on peut inférer que l'eau renferme du carbonate de cette base. Elle contient, en outre, entre autres principes, de l'acide tourboxicrénique et de l'acide tourbocrénique, à l'état de combinaison avec l'ammoniaque et le protoxide de fer.

Cette eau appartient à une classe particulière d'eaux minérales, qui se rencontrent fréquemment dans la nature, et auxquelles l'auteur impose la dénomination spéciale d'*Eaux minérales marécageuses*. Ces eaux sont redevables des substances qui les minéralisent, à l'action dissolvante exercée par l'acide carbonique qu'elles contiennent sur les couches de roches et de terres qu'elles traversent dans leur cours souterrain; mais cet acide carbonique, qui n'est pas d'origine volcanique, comme celui que tiennent en dissolution les eaux minérales volcaniques, se développe pendant la transformation du bois en nitroline, dans la production de la tourbe, et, à une époque plus avancée, après la formation des acides tourbique et crénique, par l'action de ces mêmes acides sur le carbonate calcaire qui se trouve voisin des couches de tourbe.

II. *Cas d'iléus stercoral*; observation communiquée par M. le docteur SCHROBITZ de Grandenz.

Un ouvrier âgé de quarante-huit ans, d'une constitution robuste, fut atteint subitement d'une forte douleur abdominale, au côté droit de l'ombilic, douleur qui cependant ne fut pas dès l'abord assez intense pour l'empêcher de continuer ses travaux. Au bout de quatre jours seulement, bien que l'appétit eût persisté jusque-là, comme il n'y avait pas eu d'évacuations alvines, un médecin prescrivit l'administration de quelques apéritifs légers; mais cette médication, ainsi que l'emploi des lavemens, resta sans le moindre résultat avantageux. Loin de s'améliorer, l'état du malade empira, et force fut bientôt de garder le lit. Le malade était alors en prise à une agitation incessante, et on le voyait continuellement changer de place; la langue était chargée, le pouls petit, mais régulier; l'abdomen ballonné, surtout dans la région gastrique, n'était douloureux que dans le point indiqué plus haut. Il survient des éructations fréquentes, ayant toute l'odeur caractéristique des matières fécales; toutefois, les vomissemens manquaient encore.

Au bout de vingt-quatre heures, l'état s'était aggravé par l'accession d'un nouveau symptôme, les vomissemens de matières stercorales. Les douleurs devinrent plus fortes, l'anxiété et le malaise augmentèrent, le pouls devint vite et plus petit qu'il n'avait été jusque-là.

Dans cette circonstance, M. Schrobitz, après avoir fait prendre un bain chaud, fit coucher le malade sur le dos, puis élever et appuyer ses jambes sur les épaules d'un homme vigoureux; en même temps deux autres aides furent chargés de soutenir la tête et le tronc; de sorte que les extrémités inférieures se trouvaient placées tout à fait en haut et la tête en bas.

Le malade, ainsi disposé, fut secoué vivement et à plusieurs reprises, tandis que le médecin saisissait l'abdomen entre ses mains, et le pétrissait en quelque sorte. Après vingt-cinq minutes environ de cette manœuvre continuée sans aucune interruption, le malade éprouva tout à coup, à l'endroit douloureux, le sentiment d'une vessie qui se serait déchirée, et aussitôt la douleur céda complètement. Des bains chauds et l'emploi à l'intérieur des apéritifs amenèrent ensuite le rétablissement.

III. *Anus contre nature à la suite d'une hernie crurale étranglée, et guérison spontanée*; observation recueillie par M. le docteur GARBE, de Forst.

Une pauvre vieille femme portait depuis plusieurs années une hernie crurale qui finit par s'étrangler. La malade, après avoir supporté patiemment son mal pendant plusieurs jours, et sans demander les secours de l'art, eut enfin l'idée de chercher à se soulager elle-même. Dans cette intention, elle plongea à deux ou trois reprises une branche de ciseaux dans la tumeur, en la faisant pénétrer à huit ou dix centimètres de profondeur. Mais, en voyant aussitôt des matières fécales s'écouler des ouvertures qu'elle venait de pratiquer, elle s'effraya et crut devoir consulter un chirurgien, qui alla la visiter pendant plusieurs semaines sans lui rien prescrire.

M. Garbe, instruit de cet événement, alla voir la malade. Il trouva le sac herniaire dans un état complet de mortification; après l'avoir écarté, il trouva une portion de l'épiploon qui était gangrenée. Deux courbures de l'ilion étaient à découvert et laissaient sortir les excréments par trois solutions de continuité; les matières sortaient en outre de la cavité abdominale entre l'anse intestinale herniée et le collet du sac; cependant, on observait déjà une ligne de démarcation, et les bords de la plaie offraient beaucoup de vitalité et des granulations assez saillantes. En attirant au dehors les parties herniées, il était impossible de découvrir le point de l'intestin qui avait été lésé dans la cavité abdominale.

Les portions mortifiées, qui ne causaient d'ailleurs aucune douleur, furent enlevées, mais on ne put déterminer la malade à faire usage de médicaments fortifiants à l'intérieur; on put seulement recourir à une application topique de compresses imbibées d'une infusion de camomille sur la plaie.

Au bout de quelques jours, M. Garbe revit encore la malade. Les évacuations avaient toujours lieu comme auparavant, mais les bords de la plaie fournissaient une suppuration de bonne nature et étaient recouverts de granulations de plus en plus saillantes.

Plus tard, il se forma un anus contre nature, et, sans l'intervention d'aucun secours chirurgical, cette ouverture commença à se rétrécir au bout de trois mois; l'écoulement des matières diminua de jour en jour, les évacuations par le rectum se rétablirent, enfin, une guérison complète fut obtenue.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 150, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 58.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 16 DÉCEMBRE.

Nous avons déjà parlé de la prochaine naissance d'une science dont M. Rayer veut recueillir les *Archives;* c'est la médecine comparée. L'anatomie et la physiologie comparées sont en pleins progrès, et on sait quelles lumières elles ont jetées sur l'étude de l'homme. L'hygiène comparée, qui possède déjà des faits très curieux et des données précieuses, est assez négligée par les médecins. M. Royer-Collard, dans un discours prononcé à l'Académie de médecine, a montré tout ce qu'on pourrait attendre de l'étude comparative de l'homme et des autres espèces organisées au point de vue hygiénique. L'hygiène, en effet, n'est pas seulement l'art de conserver la santé et de prévenir les maladies; elle doit aussi améliorer, perfectionner les instrumens de la vie, extraire de ce fonds humain tout ce qu'il peut produire, amener sans danger l'organisme au plus grand déploiement de force dont il est capable. Sous ce dernier rapport, l'hygiène de l'homme est peu avancée, et nous avons beaucoup à apprendre. C'est ce qui a été démontré dans le discours de M. Royer-Collard, qui a su continuellement captiver l'attention de l'Académie.

Citons quelques faits qui prouvent tout ce que peut la main de l'homme habilement appliquée à la direction des actes de la vie dans les divers organismes.

C'est surtout la puissance de l'homme sur l'acte nutritif qui produit les phénomènes les plus remarquables, sur lui d'abord, puis sur les autres espèces organisées. L'homme peut ainsi changer les formes, sculpter pour ainsi dire un nouvel individu sur l'individu vivant. Le médecin alors, comme le dit un écrivain anglais est supérieur à Michel-Ange et aux autres statuaires qui ne façonnent que la pierre et le bronze.

1° La proportion de l'aliment amené à la plante modifie ses produits, et leur donne différentes formes; c'est ainsi que l'on produit la paille fine et souple destinée aux chapeaux d'Italie, ou bien que l'on rend la paille plus ou moins dure afin qu'elle puisse résister au poids de l'épi. Si l'on offre au végétal l'acide carbonique et toutes les matières dont il a besoin, hormis l'azote, il produira des feuilles, mais point de graines; du sucre et de la fécule, mais point de gluten.

Le volume, la grandeur des produits peuvent être augmentés dans des proportions extraordinaires. Les melons arrosés avec du puria ont acquis un poids de 35, 55, et même 45 livres; ils ont offert jusqu'à 1 mètre 26 centimètres de tour: leur saveur était excellente.

2° Passons au règne animal: on ne saurait croire quels changemens peut apporter telle ou telle sorte de nourriture dans les formes et les proportions des insectes. Voyez les abeilles: la forme sexuelle chez ces animaux dépend, comme on le sait, de leur mode d'habitation et de leur alimentation particulière. Parmi les larves destinées à devenir des femelles, quelques-unes seulement acquièrent les attributs de leur sexe; les autres restent neutres. Les plus favorisées logent dans des cellules plus spacieuses, plus épaisses et fort différentes de celles des autres. Là, les ouvrières leur apportent une bouillie ou pâtée d'une couleur, d'une saveur spéciales, et cela en grande quantité. C'est surtout cette alimentation qui développe les organes de la génération chez les reines, ou femelles fécondes des abeilles. A côté des cellules habitées par ces dernières, se trouvent d'autres cellules habitées par d'autres larves; celles-ci, sans devenir précisément femelles, profitent cependant du bénéfice de ce voisinage; elles prennent plus de volume que les neutres proprement dites, et pondent plus tard quelques œufs dont les larves deviennent des mâles. Arrive-t-il par accident que les larves des reines périssent dans la ruche, les ouvrières, lorsqu'elles ne peuvent pas émigrer, s'occupent sur-le-champ de réparer cette perte; elles agrandissent les cellules de deux ou trois larves, et leur apportent la nourriture royale: ainsi se forment de nouvelles femelles. Profitant de ces faits, on a pu changer à volonté des larves de femelles en neutres et de neutres en femelles.

Rapprochons-nous de notre espèce, et voyons quelles singulières transformations on peut opérer sur divers animaux à l'état fœtal. M. Edwards est parvenu à empêcher des têtards de se convertir en crapauds ou en grenouilles, en les privant complétement d'air et de lumière; ces têtards continuaient cependant à prendre de l'accroissement et de la force: ils acquéraient, à cet état, un volume monstrueux. Les œufs de poules éclos au four ou dans du sable chaud, et sur lesquels on applique inégalement la chaleur, produisent des monstruosités prévues. On cite ainsi des membres volumineux avec une tête très petite, et *vice versâ.*

Mais avançons davantage vers notre espèce, et nous arrivons aux merveilles produites par ce Bakewell, ce simple fermier qui entreprit de créer dans son pays des races d'animaux domestiques sans égales au monde. Peu touché de la beauté qui tient à la grâce et à la proportion des formes, il eut uniquement en vue cette beauté relative qui n'est dans un animal que la conformation la plus parfaite pour l'usage auquel on le destine. Ainsi, aux bœufs destinés à la boucherie il donna des parties charnues qui constituent les morceaux de choix, et ces morceaux eurent un volume énorme, au préjudice des parties basses ou dites de rebut. Après quinze années d'essais, il put montrer une race nombreuse de bœufs dont la tête et les os étaient réduits aux plus petites dimensions, les jambes courtes, la panse étroite, la peau fine et souple, tandis que la poitrine était vaste, l'intervalle qui sépare les hanches largement développé, et les masses musculaires si considérables qu'elles formaient à elles seules plus des deux tiers du poids total de l'animal. Bakewell ne voulant plus de cornes aux bœufs créa des espèces sans cornes. Après avoir obtenu cette superbe race de gros chevaux pour le roulage de Londres, Bakewell est parvenu à vaincre une des plus grandes difficultés: il a obtenu chez les moutons de Disley la réunion de deux qualités, la finesse de la laine et le développement des parties charnues; la graisse concentrée dans ces parties s'y ramasse sous forme de pelotte serrée, et communique à la viande une saveur très remarquable.

3° Nous voilà arrivé à l'homme lui-même. Examinons les faits qui prouvent jusqu'à quel point il peut être modifié. Voyons d'abord les boxeurs. Un boxeur est un homme ordinairement âgé de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus. Il s'élance dans l'arène, nu jusqu'à l'ombilic, mains fermées, mais non armées. En présence de son adversaire, il attend un signal pour commencer le combat. Alors les deux champions cherchent à se lancer de vigoureux coups de poing, de la tête à l'épigastre. Si l'un des deux est renversé ou étourdi, il a une minute de repos; avant la minute écoulée, il se relève, recommence la lutte, ou il est déclaré vaincu. Des boxeurs ordinaires, durant un combat d'une heure, d'une heure et demie, s'arrêtent ainsi trente, quarante fois. Il y a quinze ans environ, dans une lutte célèbre entre les boxeurs Maffey et Maccarthy, qui dura quatre heures quarante-cinq minutes, l'un des deux tomba étourdi 196 fois. La durée du combat est très-variable: tantôt elle ne dépasse pas quelques minutes, tantôt elle est de trois, quatre et cinq heures. Des blessures graves, la mort, peuvent suivre ces combats, mais c'est exceptionnel. Le plus souvent, après quelques jours, il ne reste aucune trace de ces coups, si terribles en apparence. On peut dire sans exagération qu'en général les combats des boxeurs ne compromettent pas plus leur vie et leur santé qu'une foule d'autres professions qu'on ne regarde pas comme dangereuses: une force prodigieuse, une adresse singulière, une insensibilité aux coups qui passe toute croyance et en même temps une parfaite santé, tels sont les phénomènes que nous présentent ces hommes, assurément bien différens des autres hommes. Comment se sont-ils ainsi modifiés, voilà la question. Est-ce par habitude même des combats? on serait tenté de le croire; ne sait-on pas en effet que le corps s'endurcit, comme on le dit vulgairement, aux coups, à la fatigue. Mais les débutans, ceux qui s'essaient à ce pugilat pour la première fois, ressemblent sous ce rapport à ceux qui ont vieilli dans la pratique. Si ces hommes se sont fait, pour ainsi dire, un nouveau corps et de nouveaux organes, c'est par les préparations qu'ils ont subies, par l'éducation spéciale qu'ils ont reçue, par *l'entraînement, la condition,* pour parler leur langage ordinaire, c'est-à-dire le régime.

Après avoir parlé du régime des boxeurs, de celui des coureurs, des jockeys, M. Royer-Collard ajoute: « Rien de plus simple qu'un tel régime, et j'ajoute rien de plus physiologique. C'est exactement l'application de la fameuse règle cyclique des methodistes rapportée par C. Aurélianus: « Recorporativis utendum viribus ita ut, rejectis vitiosis carnibus ac renascentibus novis, reformata organa redeant ad sanitatem. » Retrancher les mauvaises chairs, et en faire de neuves plus fermes et plus saines. Les méthodistes agissaient comme les entraîneurs: ils purgeaient et saignaient d'abord, et recommandaient ensuite une bonne nourriture et de l'exercice. Faut-il donc s'étonner des résultats de l'entraînement? Il faut s'étonner plutôt de notre étonnement et de ce que cette pratique rationnelle nous semble quelque chose d'incroyable et de bizarre. Il faut s'étonner de ce que les médecins, à force de sciences et de subtilités scientifiques, se soient tellement éloignés de la voie droite et naturelle, qu'ils aient besoin d'y être ramenés par des empiriques ignorans, qui se contentent d'un raisonnement grossier appuyé sur des observations nombreuses et positives; que si en effet ces hommes sont arrivés dans l'application de leur méthode à des prévisions presque infaillibles et à des calculs pour ainsi dire mathématiques, c'est là évidemment un fruit de l'observation souvent et long-temps répétée; c'est une preuve de plus des ressources infinies qu'elle peut offrir, alors même qu'elle n'est pas guidée et éclairée par le savoir. »

M. Royer-Collard se propose de soumettre au creuset d'une véritable critique les faits cités et les autres qui sont dans son discours. Il étudiera les procédés pour arriver à des résultats plus directement pratiques. Nous nous contenterons de ce très court aperçu qui suffira pour montrer le mouvement qui se prépare dans le sens de l'hygiène comparée.

HOTEL-DIEU. — MM. RÉCAMIER et TESSIER.

Variole. Eruption après le cinquième jour. Cause d'incertitude dans le diagnostic. Considérations sur ce sujet.

Il est des maladies qui peuvent être diagnostiquées par quelques signes caractéristiques seulement, d'autres au contraire dont le diagnostic ne peut être porté que sur l'ensemble de tous les symptômes, sans quoi l'on risque de se tromper, non seulement d'une fièvre à une autre fièvre, mais même d'une fièvre à une phlegmasie *et vice versâ.* C'est ce qui vient de nous arriver chez un malade de la salle Sainte-Madeleine. Nous avons commis, vis-à-vis de ce malade, une erreur de diagnostic, et en voici la cause: Il était au cinquième jour d'un état fébrile, sans éruption; il avait en même temps une fièvre continue avec embarras gastrique, état bilieux, agitation, céphalalgie intense, douleurs dans la fosse iliaque droite sans gargouillement. Ces symptômes avaient lieu le cinquième jour, ce qui devait éloigner l'idée d'une maladie éruptive; car tout le monde sait que l'éruption varioleuse, par exemple, a toujours lieu vers le milieu du premier septenaire, du troisième au quatrième jour. Or, il y avait ici un jour en plus. D'un autre côté on pouvait se demander, dès le début, s'il n'y avait pas une méningite, ou même une fièvre typhoïde. Bien qu'il y eût une céphalalgie très intense qui devait faire soupçonner une méningite, nous devions néanmoins éloigner cette idée, car au terme où nous étions arrivés, une méningite eût déjà fait des progrès rapides et fût devenue très grave. Quant à l'existence d'une fièvre typhoïde, on pouvait tout au plus invoquer en faveur de ce diagnostic une épistaxis qui avait marqué le début de la maladie; mais l'absence de la diarrhée, de la pulvérulence des ailes du nez et de tous les autres signes caractéristiques de cette affection, ne permettait pas de s'y arrêter plus long-temps. On devait donc rester dans la plus grande incertitude sur le diagnostic de cette maladie à l'égard de laquelle on n'avait que des signes négatifs et aucun signe positif. Cette incertitude toutefois n'impliquait point l'inaction. A défaut de caractères diagnostiques, il y avait des indications à chercher. Eh bien, ici, que l'on eût affaire à une méningite, à une fièvre typhoïde, à une fièvre bilieuse ou à une maladie éruptive, il y avait une même indication commune qui réclamait l'administration d'un éméto-cathartique. L'éméto-cathartique fut administré en conséquence, et dès le lendemain eut lieu une éruption varioleuse qui parut avoir été favorisée par l'action de ce médicament. Elle a été d'autant plus rapide et plus abondante, qu'elle avait tardé davantage à se montrer.

Que serait-il arrivé, si, au lieu de suivre cette indication, on eût agi d'une manière différente; si l'on eût fait une saignée, par exemple? La saignée, à moins d'être spécialement indiquée, est nuisible dans la variole, comme dans la fièvre typhoïde; de sorte qu'on eût pu, dans ce cas, aggraver l'état du malade.

On ne saurait être trop réservé, en général, dans le diagnostic. C'est une grave erreur de croire que le diagnostic puisse toujours être porté à un premier examen. Le diagnostic, dans beaucoup de maladies, n'est possible qu'en présence de tous leurs caractères réunis. Tant que ces caractères manquent, il faut s'abstenir; or, ces caractères manquent plus ou moins complétement dans la première période de la plupart des maladies fébriles. C'est ici l'occasion de faire remarquer combien on est sujet à se laisser induire en erreur en s'en rapportant uniquement à quelques signes considérés comme caractéristiques, et dont la valeur est plus ou moins contestable. J'en citerai pour preuve le gargouillement, ce symptôme que l'on a faussement transformé en signe, et que quelques auteurs considèrent comme l'un des signes caractéristiques les plus constans de la fièvre typhoïde. Rien n'est cependant moins exact. Ce prétendu signe caractéristique manque dans beaucoup de fièvres typhoïdes; tandis qu'il est très commun de le rencontrer chez des sujets affectés de toute autre maladie, et même dans l'état sain. Aussi voit-on journellement prendre pour des fièvres typhoïdes une foule de maladies différentes, qui n'ont souvent avec elles d'autres rapports qu'un appareil fébrile plus ou moins intense.

Certains malades ont une fièvre intense, tandis qu'ils n'ont que très peu de symptômes locaux; chez d'autres, au contraire, des lésions graves ne déterminent que très peu de réaction fébrile. Ce sont encore là, si l'on ne tient compte de l'ensemble des caractères d'une maladie, et du concours de tous ses signes, autant de causes d'erreur. Si ces signes ne sont pas assez nettement dessinés pour permettre de porter un diagnostic, il faut s'en abstenir et s'en tenir, dans ce cas, à certaines indications générales indépendantes de la nature spéciale de la maladie inconnue, et communes à toutes les maladies. Sans doute on doit être réservé, timide même, ne connaissant pas le terrain sur lequel on se trouve placé; mais il est plus prudent d'agir ainsi, et de suspendre son diagnostic jusqu'à ce qu'il puisse être porté en toute certitude, que d'agir en conséquence d'un diagnostic porté prématurément et qui d'un instant à l'autre peut être démontré faux.

Scarlatine. Considérations sur les accidens qui surviennent pendant le cours de la convalescence de la scarlatine et des maladies éruptives en général.

Au n° 2 de la même salle est un scarlatineux. La fièvre et l'éruption se sont montrées simultanément chez ce malade. Il a eu à peine quelques prodrômes, puis la fièvre s'est déclarée et l'éruption presque aussitôt après. Celle-ci ne présente rien de particulier; il est survenu en même temps une angine: quelques vomissemens ont eu lieu le lendemain. Ce malade présente enfin du gargouillement. La marche de cette maladie

paraît d'ailleurs devoir être bénigne et tendre vers son déclin, mais la peau est encore chaude et sèche ; le pouls, sans être dur, est fréquent. Il y a là les indications d'une saignée que nous pratiquerons à la fin de la maladie, si ces symptômes persistent. Ce sera un moyen propre, à la fois, à combattre l'angine, à déterminer une diaphorèse salutaire et à prévenir l'anasarque.

— Le sujet dont vient de vous entretenir M. Tessier, dit M. Récamier, soulève plusieurs questions très importantes relatives à la convalescence et aux accidens consécutifs à la scarlatine et au traitement de cette maladie, en particulier l'usage de la saignée. La saignée est généralement nuisibles dans les fièvres éruptives, et spécialement dans la scarlatine, à moins qu'elle ne soit positivement indiquée par quelques complications ou par l'état de la grande circulation, comme chez le malade qu'a cité M. Tessier. Dans la scarlatine il faut, avant tout, favoriser l'éruption ; mais faut-il pour cela, comme on le recommande communément, tenir les malades chaudement enveloppés, les faire boire chaud ? Non, ou plutôt pas toujours. Le choix des moyens doit être subordonné aux indications. La même affection sera accompagnée tantôt de phénomènes de sur-sédation, de sur-atonie ; tantôt, au contraire, elle se manifestera avec tous les symptômes de la sur-excitation. Dans le premier cas, donnez de légers diaphorétiques, ce sera très bien ; mais dans le second cas, gardez-vous-en bien ; donnez au contraire des boissons froides.

Dans une circonstance, je fus appelé en consultation, ajoute M. Récamier, auprès d'un malade atteint de scarlatine avec des complications graves ; il avait été pris tout à coup de vomissemens répétés avec une excitation fébrile très intense. On avait prescrit et déjà employé, sans obtenir d'amélioration, les antispasmodiques, les calmans de toute espèce. Je fis supprimer toute autre médication et je prescrivis l'eau froide en boisson, seule, sans aucun autre moyen. Ces troubles graves cessèrent à l'instant, et la maladie reprit la marche bénigne ordinaire.

Nous avons parlé de la convalescence. La convalescence s'établit le plus souvent dans la scarlatine à la faveur d'une diaphorèse abondante et prolongée, qui est une sorte de crise continue. Il est de la plus grande importance de surveiller cette diaphorèse et de ne pas abandonner les malades que cette crise ne soit complétement terminée. Je donnais mes soins à une famille dans laquelle se trouvaient trois enfans en bas âge. La même nourrice les avait successivement élevés, elle allaitait encore le dernier. Ils furent pris les uns après les autres de la scarlatine. A mesure qu'ils guérissaient, ils manifestaient l'impatience de sortir ; cependant je les tenais en charte privée. La mère en était étonnée, et cherchait à savoir quel était le motif de ma sévérité à cet égard. Ce motif le voici : c'est que tant que la transpiration n'a pas repris ses caractères physiologiques, qu'elle conserve cette odeur et cette saveur caractéristiques qu'on lui remarque à la suite des maladies éruptives, et en particulier pendant la convalescence de la scarlatine, il faut se tenir en garde contre toutes sortes d'accidens qui pourraient survenir, et, afin de les prévenir, maintenir les convalescens à l'abri des impressions du dehors. Tel était l'état dans lequel se trouvaient les enfans en question.

M. Tessier parlait d'anasarque. Pourquoi cet anasarque est-il si redouté ? Il faut savoir, pour cela, que nous avons deux espèces de tissus cellulaires : l'un, le tissu adipeux, isolé, circonscrit dans certaines régions, et ne communiquant point avec lui-même d'une partie à une autre ; l'autre, au contraire, qui communique partout d'une extrémité du corps à l'autre, et qui constitue une grande trame continue. Le grand système cellulaire sous-cutané communique, en effet, avec le tissu cellulaire sous-séreux. Or, l'anasaque frappant d'abord le tissu cellulaire sous-cutané, peut, avec une grande facilité, se propager et gagner de proche en proche le système cellulaire séreux ; de là ses épanchemens et leur suite. Vous étonnez-vous dès lors de ces suffocations immédiates, de ces accidens si graves qui surviennent quelquefois pendant la convalescence de la scarlatine, accidens dont on méconnaît souvent l'origine, et qui rendent si imminente une affection qui semble à peine grave par elle-même. Il en est de ces épanchemens des scarlatineux comme de ceux qui surviennent soit dans les plèvres, soit dans le péritoine chez les convalescens de pleurésie qui s'exposent au froid ou à un courant d'air ; ce sont, dans un cas comme dans l'autre, des crises non résolues. Les exemples funestes de ce genre sont assez fréquens pour qu'on doive apporter une grande attention et une active surveillance à la solution définitive de ces crises. Voilà pourquoi il est si nécessaire de recourir vers la terminaison de la scarlatine à l'usage des diaphorétiques ou des diurétiques, suivant que les uns ou les autres répondent plus ou moins bien, se conformant en cela aux crases particulières des sujets.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De la paralysie de la vessie.

Bauché (Claude-Antoine) est un homme de quarante-six ans, qui paraît plus vieux que son âge et dont l'histoire ne laisse pas que d'être fort curieuse. Il se dit employé, et ce fut lui qui communiqua à Parent-Duchâtelet tous les renseignemens sur l'intérieur, les us et coutumes des maisons de prostitution dans Paris. Il a, dit-il, recueilli en grande partie les matériaux de l'ouvrage qui excita un si grand intérêt, il y a quelques années. Il y aurait bien matière à faire quelques réflexions sur le degré de confiance à accorder aux renseignemens donnés par cet homme à l'auteur du livre *De la Prostitution*. On pourrait dire peut-être que, n'étant pas médecin, il est un grand nombre de points sur lesquels les femmes auxquelles il avait affaire ont pu le tromper ; mais ce n'est point ici le lieu de discuter ces questions ; il s'agit d'une maladie de la vessie, affection intéressante et qui a été le sujet d'opinions fort diverses depuis le commencement de ce siècle.

Ce malade urine mal ; avec difficulté depuis fort long-temps ; selon lui, il aurait même toujours uriné difficilement ; il convient cependant que depuis deux années surtout la maladie a pris un caractère tel qu'il ne lui a plus été permis de considérer ce qui lui arrivait comme une simple incommodité. Ainsi, depuis ce temps, quand il veut uriner, il arrive que cela lui est impossible, et dans d'autres momens il urine malgré lui, sans la participation de sa volonté, en un mot, il y a à-la-fois chez cet homme rétention et incontinence d'urine, ce qui s'observe d'ailleurs dans des maladies diverses, comme nous allons le voir. Tantôt, pendant ces deux années, un mieux passager se faisait sentir, tantôt les symptômes semblaient s'aggraver.

En examinant ce malade à la visite, nous l'avons trouvé les bourses toutes mouillées par l'urine, et nous avons constaté que la vessie était fort distendue. On a pratiqué le cathétérisme, la sonde est parvenue très librement dans la vessie, et il a été facile de s'assurer que cet organe ne renfermait aucun calcul, aucun corps étranger. Devant ce fait, on est naturellement conduit à penser à une variété de rétention d'urine produite par une cause qu'on peut dire rare aujourd'hui, et qu'on considérait comme très commune autrefois, nous voulons parler de la rétention d'urine causée par la paralysie de la vessie.

Si l'on consulte les articles *Rétention d'urine*, qui se trouvent dans les ouvrages datant de quinze ou vingt ans seulement, on y voit que presque toutes ces maladies sont regardées comme reconnaissant pour cause la paralysie de la vessie. De cette opinion générale on passa à une autre complètement opposée, et l'on soutint, comme on le fait encore aujourd'hui, que la paralysie de la vessie était une maladie qu'on n'observait jamais, et que les symptômes qu'on lui avait rapportés jusqu'alors appartenaient à des lésions différentes et qui n'avaient aucun rapport avec elle. Il nous semble qu'il est advenu ici ce qui arrive si souvent, qu'on est passé d'un extrême à l'autre, et que ces opinions sont également éloignées de la vérité. La paralysie de la vessie existe sans aucun doute ; on ne peut pas dire, il est vrai, qu'elle soit fréquente, mais on en rencontre et il y en a même de plusieurs sortes.

Le diagnostic se résume dans les symptômes que présente cet homme, des envies d'uriner qu'il n'est pas possible de satisfaire, et une incontinence d'urine qui leur succède ; l'on voit que ce diagnostic est difficile à établir, puisqu'on observe ces mêmes altérations dans des maladies qui ne sont pas du tout la paralysie de la vessie. Ainsi on les voit dans les rétrécissemens suffisans pour gêner sans arrêter complètement le cours des urines. Quand le malade veut uriner, il se livre à des efforts considérables ; la portion postérieure de l'urètre se plisse, et le liquide ne peut se frayer un passage ; voyant que ses efforts sont inutiles, le malade les cesse, l'urine s'échappe alors malgré lui. Chez les sujets qui portent un calcul, on observe encore des phénomènes tous semblables, bien que la cause soit différente : un calculeux veut-il uriner, la pierre se porte sur le col dans la vessie, comme si elle allait être expulsée, il s'ensuit qu'elle constitue un véritable bouchon qui fermera l'urètre d'autant plus hermétiquement que les efforts seront plus puissans, alors le malade ne peut plus pisser ; les efforts cessent-ils ? l'urine suinte malgré la volonté de l'individu. On retrouve encore ces mêmes effets, dans les diverses variétés de gonflement de la prostate ; on conçoit facilement que quand cette glande est remplie de bosselures des deux côtés, l'urètre constitue alors un canal tortueux, et ces bosselures forment des espèces de cloisons qui s'opposent à la libre sortie des urines, mais sitôt après que le malade ne pousse plus, il y a un suintement comme dans les cas précédens.

Voilà donc quatre maladies, paralysie de la vessie, rétrécissement de l'urètre, calcul et gonflement de la prostate, qui présentent tout à fait les mêmes symptômes. Autrefois toutes ces maladies passaient pour des paralysies de la vessie. Cette énumération suffit pour faire voir combien il y a de cas qu'il faut mettre de côté avant d'arriver à cette paralysie.

On reconnaît diverses espèces de paralysie véritable de la vessie :

1° Celles que l'on observe chez les paraplégiques ; ceux-là n'urinent pas d'eux-mêmes, et cela se conçoit sans explications.

2° Celles qui atteignent des sujets qui ne sont pas paralysés d'ailleurs, et qui reconnaissent pour cause la paralysie des nerfs propres de l'organe, la paralysie des nerfs qui viennent du plexus lombaire.

3° Une autre variété qu'on trouve chez les femmes nouvellement accouchées, et qu'on peut expliquer par un boursouflement considérable dans le vagin, tel que la vessie ose à peine se contracter, pour ainsi dire ; la douleur est tellement vive pendant cette contraction, que la femme évite le plus possible de faire des efforts ; et M. Velpeau a vu de ces femmes obligées de se faire sonder ; il n'y avait pas là d'obstacle dans l'urètre, la femme n'a pas de prostate, on ne constatait aucun calcul, ce n'était donc pas autre chose que la vessie qui ne se contractait pas ; les accoucheurs n'ignorent pas cela, et la preuve qu'eux aussi pensent que c'est là une sorte de paralysie, c'est qu'ils la traitent par les stimulans, les vésicatoires, les injections excitantes, etc.

4° M. Velpeau a vu quatre ou cinq exemples de véritable paralysie de la vessie chez des femmes mal réglées, entre autres chez une fille d'une trentaine d'années ; il avoue qu'il pensa long-temps que cette fille se trompait en feignant un mal qu'elle n'éprouvait pas. Ne trouvant aucune cause à ce dont elle se plaignait, il la soumit à diverses épreuves pour s'assurer si bien réellement elle était atteinte de la maladie pour laquelle elle était entrée à l'hôpital ; il laissa la vessie se distendre au point de devenir douloureuse, il la traita par des moxas, des cautères aux lombes ; enfin, après un certain temps, il fut convaincu que cette femme était véritablement affectée d'une paralysie de la vessie dont on ne put trouver d'autre cause, si ce n'est que cette malade était habituellement mal réglée. On voit donc qu'il y a chez les femmes paralysie de vessie dans deux circonstances. On pourrait peut-être ajouter encore une autre variété, ce serait celle que présentent les femmes pendant la grossesse ; mais comme on peut expliquer la difficulté d'uriner par le refoulement que fait éprouver l'utérus chargé du produit de la conception, il y aurait dans ce cas matière à contester.

5° Enfin, on observe encore chez l'homme une dernière variété de paralysie de la vessie dont M. Velpeau déclare qu'il ne peut pas bien préciser la cause : c'est une paralysie qu'il a observée chez des individus sur lesquels on ne rencontrait aucune des causes assignées plus haut ; et cependant cette paralysie avait pour effet une distension énorme de la vessie. Il semblait qu'alors il y avait paralysie de la vessie toute seule.

Telles sont les différentes espèces de paralysie de la vessie qu'il faut reconnaître ; mais, nous le répétons, ce n'est pas là une maladie qui peut passer pour commune.

L'homme dont il s'agit ici ne présente point de maladie de la prostate, l'urètre exploré ne permet à l'esprit aucun doute sur son intégrité ; il est non moins positif que la vessie ne renferme pas de calcul, enfin il n'est point paraplégique. A quelle cause faudra-t-il attribuer les symptômes de paralysie que l'on a constatés ? C'est, selon M. Velpeau, dans une lésion des plexus lombaire et sacré qu'il est probable que réside la cause de cette paralysie. Chez cet homme, il ne faut qu'un court examen pour découvrir que tout le système nerveux est ébranlé. Ce malade a quelque chose de singulier dans la physionomie, un air particulier qu'il faut avoir vu pour s'en rendre bien compte, mais qu'il est difficile d'exprimer ; il est extrêmement faible, et il nous dit avoir éprouvé assez souvent des douleurs dans les régions de la colonne vertébrale. De plus, on s'assure facilement qu'il est affecté d'une paralysie à peu près complète des organes génitaux ; il avoue même qu'il n'a plus de désirs.

Si l'on examine les tissus situés au-devant des pubis, on les trouve flasques ; les parois abdominales elles-mêmes sont molles et comme pendantes ; cependant la sensibilité est conservée : quand on le pince ou qu'on le pique avec une épingle sans le laisser regarder, il accuse une douleur en rapport avec le degré jusqu'auquel on pousse l'expérience.

Ces faits suffisent pour établir qu'il y a chez ce malade une atteinte, un ébranlement porté au système nerveux, et il semble seulement que la moelle soit plus compromise que le reste. Ainsi donc, la paralysie de la vessie dans ce cas reconnaît pour cause une lésion du plexus lombaire, la paralysie des organes génitaux, une lésion du plexus sacré ; peut-être faut-il joindre encore à ces causes une légère altération de la moelle, et il est même permis de penser qu'il peut bien y avoir quelque chose dans le cerveau.

Il est presque inutile de dire que le traitement de la paralysie de la vessie n'a rien d'absolu, et qu'il doit être modifié selon les causes de la maladie reconnues ou présumées.

Le malade dont nous nous occupons paraît menacé d'une paralysie générale ; il faut donc attaquer la moelle vigoureusement. Deux cautères lui ont été appliqués dans la région lombaire, et on va lui administrer des pilules de térébenthine à l'intérieur.

Le pronostic de cette affection est nécessairement grave ; car l'on comprend que pour peu que les symptômes viennent à s'aggraver, on aura devant les yeux une paralysie générale.

Nous ajoutons, en terminant, que ces détails à propos de cette observation nous ont paru utiles, maintenant surtout que certaines personnes qui se sont occupées des maladies de la prostate ont nié qu'il existât des paralysies de la vessie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

Kératoplastie. M. le docteur Feldmann, de Munich, envoie un mémoire sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° Une cornée entièrement détachée de l'œil d'un animal, et rejointe au moyen de sutures *sur le même œil*, se ressoude en contractant des adhérences nouvelles.

2° Le même effet a lieu à l'égard d'une cornée détachée de l'œil d'un animal, en la transplantant sur le moignon cornéal d'un autre animal *de même espèce.*

3° Considérant les conditions anatomiques et physiologiques de la cornée, puis observant le travail inflammatoire à l'aide duquel l'implantation et la transplantation s'établissent chez les animaux de même espèce ; jugeant enfin, d'après les succès d'autres expérimentateurs, aux expériences d'un desquels nous avons nous-même assisté, nous croyons pouvoir constater que la transplantation de la cornée est un fait définitif, même chez les animaux d'espèces différentes. L'insuccès de deux de nos expériences ne doit pas être attribué à la chose en elle-même, mais bien à des circonstances accidentelles. Dans l'une, le cristallin et le corps vitré étant restés entièrement dans le globe de l'œil, nous imputerons à la plénitude de l'œil d'avoir causé l'inflammation exorbitante, par conséquent l'insuccès. Dans l'autre opération, l'œil s'étant déjà rétréci, avant l'opération, dans toutes ses parties, par la chute du cristallin à travers l'ouverture cornéale faite au moyen de l'acide sulfurique, avait une tendance à se rétrécir et à se contracter encore plus après l'opération de la transplantation, de telle façon que la cornée transplantée retomba sans pouvoir contracter de nouvelles adhérences.

4° Quant à la *transparence* de la cornée transplantée, nous l'avons obtenue partiellement ; d'autres auteurs plus heureux sont parvenus à la rétablir entièrement. Quoique ce résultat puisse être regardé comme définitif, nous n'oserions pas encore le constater comme tel après ce que nous avons pu observer.

5° Nonobstant l'emploi de la kératoplastie, déjà fait sur l'homme, et malgré le grand nombre des expériences entreprises, il faudrait les répéter encore pour pouvoir bien constater toutes *les conditions favorables* au succès.

6° Un des points principaux est déjà établi : C'est qu'il est nécessaire *d'extraire le cristallin* pendant l'opération, s'il n'est pas sorti spontanément. Car le cristallin restant dans l'œil peut empêcher très facilement la réunion organique, en suraugmentant l'inflammation, ou

au cas où la réunion se serait effectuée, devenir cataracteux et supprimer de nouveau la vue qui vient d'être recouvrée.

7° Pour la répétition des expériences, on ferait bien d'opérer d'après les diverses méthodes qui ont été inventées depuis que la kératoplastie a pris naissance, savoir :

A. *La méthode de Reisinger*. Ablation d'une grande partie de la cornée leucomateuse dans toute son épaisseur et transplantation d'une cornée transparente sur le moignon coronal.

B. *La méthode de Walsher*. Ablation des parties leucomateuses superficielles et transplantation d'une cornée transparente sur les parties restantes et transparentes de l'autre cornée. — On devrait répéter ici le mode d'opération employé par Muhlbauer, pour la méthode de Walsher, et celui d'enlever les parties leucomateuses sans les remplacer par une autre cornée, ce qui, du reste, n'est plus de la kératoplastie proprement dite.

C. *La méthode de Dieffenbach*, modifiée par Munk. Opération d'une entaille circulaire dans la cornée même ou dans la périphérie extrême qui touche la sclérotique.

8° Pour la méthode de Reisinger, on aura à choisir entre divers kératomes. D'après les résultats des expérimentateurs, il nous semble que l'instrument de Bunger, employé par Munk, mérite la préférence. Munk le fit fabriquer dans de plus grandes dimensions pour pouvoir exciser de grandes parties cornéales. Il affirme qu'à l'aide de cet instrument on parvient à détacher une assez grande partie carrée de la cornée d'un seul coup, sans qu'il soit besoin d'avoir recours encore aux coups de ciseaux. Quant à l'uniformité de deux parties cornéales, qu'il prétend obtenir en les excisant au moyen de son instrument, nous ferons remarquer que, la cornée une fois détachée de l'œil, les parties internes de l'œil sont poussées en avant par l'action des muscles et, agrandissant ainsi la surface de la plaie de l'œil, en la faisant extrêmement béante. Une cornée de la grandeur de celle qu'on a enlevée ne suffirait plus pour couvrir entièrement la plaie béante. On verra, dans un pareil cas, qu'après l'application de deux sutures, par exemple, par en haut et par en bas, il y a des intervalles latéraux entre les bords cornéals et le moignons, où l'iris forme un prolapsus. C'est par cette raison que M. Vroenigshoefer a proposé d'appliquer quatre ligatures. Ainsi, si l'on parvenait à obtenir par la transplantation une cornée plus grande que celle que l'on a enlevée, on favorisera le succès. On pourrait peut-être y arriver par le procédé suivant : Détacher la cornée leucomateuse au moyen de l'instrument de Bunger dans sa forme primitive, et la cornée destinée à la transplantation au moyen du même instrument, mais de plus grande dimension. La cornée excisée par le dernier, naturellement plus grande, serait plus apte à la plaie béante de l'œil leucomateux. Ce ne serait que si le cristallin et tout le corps vitré étaient sortis de l'œil, les bords de la cornée se rapprocheraient l'un de l'autre par le collapsus de l'œil ainsi produit.

9° Quant à la *méthode de Walsher*, on pourra l'exécuter très bien au moyen d'un kératome ordinaire et d'une pincette, ou au moyen de ciseaux, en fixant l'œil par des ophthalmostats.

Quant à la *méthode de Munk*, ce médecin se sert de l'instrument semi-circulaire pour creuser une ligne circulaire sur la cornée, et se sert ensuite d'un instrument en forme de lancette ou de celui de Bunger pour appliquer l'entaille ; l'opération de l'excision de la cornée leucomateuse se ferait par le kératome ordinaire et par des ciseaux.

10° Pour ce qui concerne les sutures en général, on les appliquera au moyen des ligatures de fil ou de cheveux, et pour pouvoir bien fixer les points sur lesquels les sutures seront placées, on se servira ou de pincettes, ou, comme le fait Munk, d'un morceau de gomme élastique, comme point d'appui. Quant aux aiguilles, on peut se servir d'aiguilles très fines et droites, ou d'aiguilles un peu recourbées dont le trou est près de la pointe.

Thérapeutique. — M. Morisset envoie une note sur l'emploi de la décoction d'écorce de chêne contre l'hydrocèle, les hydropisies enkystées, certains œdèmes des membres, et pour obtenir l'oblitération définitive du sac herniaire dans le jeune âge et chez des sujets nouvellement affectés de hernies.

M. Morisset se sert, dans toutes ces circonstances, d'une décoction tiède, fortement chargée de principe colorant. Il ne tient aucun compte des proportions d'eau et de chêne ; seulement il met tremper l'écorce pendant vingt-quatre heures, et il la fait bouillir pendant deux ou trois heures.

Hypospadias. — M. le Dr Guillon adresse un mémoire sur un cas d'hypospadias offert par un jeune homme qu'il a déjà, par un procédé opératoire nouveau, en parti guéri d'un hypospadias qui le rendait impuissant. L'urine, lorsqu'elle sortait par l'ouverture qui existe encore, mais pour quelques jours seulement, décrivait un angle droit avec l'axe de l'urètre. C'est en prolongeant le canal excréteur de l'urine, qui s'ouvrait au-dessous et à trois travers de doigt en arrière du lieu où il s'ouvre ordinairement ; c'est en faisant entre la peau et les corps caverneux un nouveau canal qui s'étend depuis l'endroit qu'occupe l'hypospadias jusque dans l'infundibule que présente le gland, que M. Guillon est parvenu à rendre au jet de l'urine la direction qu'il devait avoir et qu'il a effectivement aujourd'hui.

Pour que la guérison du malade, auquel M. Guillon a déjà fabriqué une portion de l'urètre, soit complète, il reste encore à obtenir l'occlusion de l'ancien méat urinaire. A cet effet M. Guillon, en établissant le nouveau canal, a détaché de la paroi supérieure et latérale de l'ancien, un petit lambeau de membrane muqueuse qui est resté en place, et avec lequel il espère boucher, en l'y faisant adhérer, l'ouverture qui constituait l'hypospadias.

M. Guillon fait remarquer que l'opération qu'il a pratiquée n'a pas empêché un seul instant le malade de vaquer à ses occupations habituelles. Il doit le montrer de nouveau à l'Académie lorsqu'il sera parvenu à fixer dans l'ouverture latérale de l'urètre, le lambeau qu'il a composé à cette intention.

M. Guillon conseille ce dernier procédé pour remédier à ces larges fistules urétrales qu'on ne peut guérir par les autres modes de traitement.

La personne sur laquelle M. Guillon a pratiqué cette opération curieuse, n'attend que sa complète guérison pour se marier.

Compresseur du sein. — M. Pernet, mécanicien-bandagiste, écrit pour se plaindre que M. Tanchou, dans son mémoire sur les tumeurs du sein, n'ait pas annoncé qu'il était l'inventeur des compresseurs du sein dont il a parlé, et qui lui rendent des services dans ces maladies.

M. Le Roy-d'Etiolles a adressé, dans l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences, une lettre relative à des phénomènes galvaniques produits par les appareils électro-moteurs formés de tissus organiques vivans. Il part de ce fait, admis par MM. de Humboldt, Nobili, Marjarianini, Muller, Mateucci, etc., etc., savoir : qu'un muscle et un nerf, unis organiquement forment un appareil électro-moteur, et que si un nerf vient les toucher par deux points, il s'établit une chaîne. Plusieurs faits nouveaux ont été récemment démontrés par M. Mateucci : tels sont l'appréciation par le galvanomètre des courans développés par le contact des muscles et des nerfs ; la transmission à distance par la simple communication d'un nerf, de l'excitation éprouvée par un membre galvanisé à un autre qui ne l'est pas.

Une expérience de M. Mateucci, qui consiste à former une pile avec des tronçons de cuisses de grenouilles, l'a conduit à une théorie de la contraction musculaire basée sur cette croyance que la surface externe doit être mise en rapport avec les fibres internes par un conducteur pour que la contraction ait lieu. Les expériences de M. Le Roy-d'Etiolles sont contraires à cette supposition ; il a vu :

1° Que l'on produit des contractions en touchant deux points de l'intérieur d'une plaie faite à un muscle par deux points d'un nerf sciatique isolé ;

2° Que tous les points d'un muscle ne sont pas aptes à développer des contractions, ou ne le sont pas toujours dans les endroits où elles se manifestent avec le plus d'énergie. L'on découvre ordinairement sur l'un des points touchés par le nerf conducteur un filet nerveux un peu gros ;

3° Une ligature serrée n'empêche pas un nerf de servir de conducteur à l'électricité développée par le contact de deux muscles. Par exemple, on prépare une cuisse de grenouille que l'on coupe par sections inférieures, laissant pendre le nerf sciatique. Une ligature est placée sur la partie moyenne de la longueur du nerf ; les muscles du moignon sont mis en contact avec les muscles de la cuisse d'une autre grenouille. Ce contact ne produit point de contraction dans la cuisse préparée ; mais si l'on touche avec le bout du nerf le fond d'une plaie faite au muscle, au même instant il y a contraction de la cuisse préparée. Le phénomène se produit moins bien lorsque l'on touche les nerfs divisés d'un muscle avec le nerf établissant le contact par deux points au-dessus et au-dessous de la ligature, ce qui peut tenir soit à la faiblesse du courant, soit à ce que les points du muscle qui sont aptes à produire des contractions n'ont pas été touchés ;

4° M. Le Roy-d'Etiolles a vu les contractions se produire tantôt au moment du contact du nerf conducteur, tantôt au moment de la séparation, ou en d'autres termes de la rupture de la chaîne, ce qui indique des courans différens dans le muscle.

M. Le Roy croit avoir observé plus souvent la contraction au contact dans les muscles fléchisseurs, plus souvent à la séparation dans les muscles extenseurs ; d'où semblerait résulter une prédominence d'un courant centrifuge dans les premiers, centripète dans les seconds. M. Le Roy ajoute que cette supposition ne paraîtra pas choquante si l'on réfléchit à l'antagonisme d'action des deux ordres de muscles et si l'on se rappelle les expériences de Muller sur la transmissibilité du galvanisme par les nerfs de la partie antérieure de la moelle et la non transmissibilité par les nerfs postérieurs. Si jusqu'ici l'on n'a pas pu constater des courans en retour dans les nerfs du sentiment ou du moins l'aptitude à les transmettre, c'est qu'en deçà du point où leur isolement permet de les soumettre à l'expérience, il n'y a pas d'organe qui puisse le manifester comme les muscles pour les nerfs du mouvement autrement que par de la douleur ; non toutefois que M. Le Roy veuille dire que ces deux ordres de nerfs se distribuent inégalement entre les fléchisseurs et les extenseurs et que les courans en retour ne puissent avoir lieu par les nerfs du mouvement.

M. Le Roy-d'Etiolles termine en disant que les expériences lui paraissent ajouter à la confirmation de similitude entre les phénomènes produits par l'électro-moteur formé de parties organiques vivantes et le fluide voltaïque, sauf toutefois l'inconstance et l'irrégularité de leur manifestation.

Note sur les replis synoviaux placés dans les coulisses ostéo-fibreuses des doigts et des orteils, présentée à l'Académie royale de médecine, par le docteur G. FILUGELLI.

Dans chaque coulisse ostéo-fibreuse des quatre derniers doigts, il existe constamment deux replis membraneux, formés par la synoviale qui embrasse les tendons des fléchisseurs ; ils sont toujours placés dans le même endroit, de sorte que, en les connaissant bien, on peut à volonté faire tomber un tenotome sur eux ou au-delà de leurs insertions. Ils sont très résistans et ils peuvent servir à transmettre aux deux bouts des tendons divisés, les mouvemens imprimés ou aux muscles ou aux phalanges correspondentes.

Dans la coulisse ostéo-fibreuse du pouce, il n'existe qu'un seul repli.

Des deux replis appartenant aux coulisses ostéo-fibreuses des quatre derniers doigts, l'un est destiné aux tendons du fléchisseur profond et l'autre à ceux du fléchisseur sublime.

Le premier est placé entre la partie inférieure et antérieure de la deuxième phalange et la portion correspondante des tendons du fléchisseur profond, et il s'étend de l'articulation des troisième et deuxième phalanges jusqu'à la moitié de cette dernière. Il est triangulaire ; avec un côté il s'insère à la phalange, avec un autre aux tendons, et avec le troisième, qui est libre, il regarde la paume de la main.

Ainsi les tendons du fléchisseur profond adhèrent intimement à la moitié inférieure de la face palmaire de la deuxième phalange par le moyen d'un repli synovial très résistant.

Le deuxième est situé entre la partie inférieure et l'antérieure de la première phalange et la partie convexe de la deuxième gouttière formée par les tendons du fléchisseur sublime. Il est rhomboïdal ; avec le côté postérieur il adhère au nerf inférieur de la première phalange ; avec l'antérieur, à la partie convexe de la gouttière mentionnée ; les deux autres côtés sont libres. Pour arriver sur ce repli avec un ténotome, dirigé du côté palmaire de la main vers le dos, il faudrait nécessairement diriger les tendons du fléchisseur profond et ensuite ceux du superficiel. Cette circonstance le rend inutile pour la ténotomie.

Ces deux replis existent constamment dans les coulisses ostéo-fibreuses des quatre derniers doigts, de même que dans celles des quatre derniers orteils. Mais, outre ces replis ou ligamens constans, il y en existe d'autres qui changent de position, d'étendue et de rapports, et qui, en un mot, sont très irréguliers.

Dans la coulisse ostéo-fibreuse du pouce et du gros orteil, il existe seulement le repli triangulaire. Il est très étendu et il occupe presque les deux tiers inférieurs de la première phalange.

J'ai divisé les tendons du fléchisseur profond vis-à-vis du ligament triangulaire, et j'ai imprimé des tractions au bout supérieur : celui-ci a commencé par s'écarter d'un centimètre à un centimètre et demi du bout inférieur, et il a fini par faire fléchir la troisième phalange. C'était le repli triangulaire qui réunissait encore d'une manière médiate, pour ainsi dire, les tendons qui avaient été divisés.

En admettant que ce repli triangulaire serve de base à la réunion des bouts des tendons divisés, on explique comment on peut l'obtenir sans qu'elle soit compliquée par des adhérences avec la coulisse fibreuse ; comment les mouvemens peuvent se trouver rétablis quelques momens seulement après l'opération ; comment, à la rupture de la cicatrice, on peut entendre un léger craquement ; comment cette rupture peut avoir lieu par des extensions exagérées exécutées quelques momens après l'opération, car le repli synovial ne supporte au commencement qu'un écartement d'un centimètre à un centimètre et demi ; et comment on peut parfois retrouver les deux bouts des tendons divisés flottans dans les coulisses, car si on les a divisés au-delà du repli mentionné, ils ne sont plus retenus par aucun lien.

Pour que la section des tendons du fléchisseur profond ait un bon résultat, il faut :

1° Les diviser dans le milieu du tiers inférieur de la deuxième phalange ;

2° Il faut respecter le ligament triangulaire ;

3° Il ne faut, après l'opération, que des extensions très modérées et graduées.

Recherches sur la menstruation.

M. le Dr Raciborski a fait connaître à l'Académie de médecine (séance du 13 décembre) les principaux résultats de ses recherches sur la menstruation. Voici les conclusions de cette communication :

1° Il existe des rapports très intimes entre les follicules de Graaf et la menstruation. Lorsque les follicules touchent au terme de leur développement la menstruation commence, et lorsqu'ils sont détruits la menstruation cesse complètement.

2° A chaque époque menstruelle un follicule vient former une saillie en forme de mamelon à la surface de l'ovaire, où il subit ensuite une rupture, sans qu'il y ait besoin pour cela, comme le prétendaient de Graaff et Haller, d'aucune excitation érotique préalable. Cette opinion, émise en premier lieu par M. Négrier, n'a pas été jusqu'ici appuyée sur des faits assez probans. Plus heureux que notre honorable confrère d'Angers, nous avons eu l'occasion de constater le developpement mamelonné et la rupture des follicules, aux époques des règles, chez les filles parfaitement vierges, et nous espérons que ce fait pourra compter désormais parmi les faits les mieux démontrés.

3° L'hémorrhagie menstruelle est le résultat de la congestion sanguine des organes génitaux internes qui accompagne le plus haut degré de développement des follicules.

4° La rupture des follicules ne paraît s'opérer ordinairement qu'à la fin de l'évacuation menstruelle.

5° Les caractères anatomiques d'un follicule déchiré aux époques des règles, ressemblent tout à fait à ceux qui ont été attribués au *corpus-luteum* après la fécondation.

6° Les maladies ont la faculté d'arrêter le développement des follicules, et c'est dans cet arrêt et non dans l'irritation des organes malades qu'il faut chercher la véritable cause de l'aménorrhée qui survient dans le cours de certaines maladies.

7° D'après l'aspect seul de l'intérieur des ovaires, on peut déterminer si la personne est morte d'une maladie aiguë ou chronique, et si elle a été bien réglée les derniers mois de sa vie.

8° Les ovaires ne fonctionnent point, comme on l'a dit, alternativement, et et il n'y a rien de régulier à cet égard.

9° Des altérations semblables à celles qu'on trouve chez les femmes aux époques des règles se laissent remarquer aux époques de rut chez les femelles des animaux. De même qu'on voit chez la femme les follicules de Graaf se développer progressivement dans l'intervalle de deux époques menstruelles, et subir ensuite une rupture ; de même, chez les animaux, les follicules croissent graduellement, deviennent de plus en plus superficiellement situés dans l'intervalle des époques de rut, et finissent par se rompre au moment de ces époques sans aucune intervention du mâle. Les caractères anatomiques qui résultent, dans les deux cas, de la rupture des follicules de Graaf, sont parfaitement analogues.

10° Les modifications anatomiques qui se passent dans les ovaires aux époques menstruelles, pouvaient déjà faire présumer qu'il devait y avoir des rapports très étroits entre ces époques et la faculté de la reproduction. Quel peut être, en effet, le moment le plus favorable à la conception, sinon celui où le follicule proémine à la surface de l'ovaire prêt à se rompre et à recevoir dans sa cavité le liquide fécondant, L'expérience sanctionne, dans cette circonstance, les inductions théoriques.

Sur quinze femmes qui nous ont donné des renseignemens positifs sur l'époque de leurs dernières règles et de leurs rapports sexuels, cinq sont devenues évidemment enceintes à la suite de rapports qui n'ont précédé que de deux à quatre jours l'époque présumée des règles ; chez sept, la conception datait du coït pratiqué deux à trois jours après la fin de l'évacuation menstruelle ; et enfin, chez deux elle datait de rapprochemens au moment des règles. Sur ce nombre, nous n'avons rencontré qu'une seule femme qui fût devenue grosse le dixième jour après les règles.

Ainsi on peut dire que, sous le rapport de la faculté de la reproduction, la femme occupe une place intermédiaire entre les femelles chez lesquelles cette faculté ne s'éveille qu'à certaines époques connues sous le nom d'époques de rut, et celles chez lesquelles l'excitation du coït suffit à elle seule pour opérer, indistinctement dans toutes les saisons, les mêmes modifications des follicules que la nature produit spontanément chez les premières. Elle se rapproche, toutefois, davantage des femelles de la première catégorie, par l'énergie incomparablement plus grande de la faculté de la reproduction aux approches des époques menstruelles qui rappellent à cet égard, de même que sous le rapport anatomique, les époques de rut des animaux.

M. Chervin a terminé, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, la lecture de sa réponse à la lettre que M. Bertulus adressa à l'Académie le 4 octobre dernier. — Voici un résumé de ce travail qui est fort détaillé :

M. Chervin fait d'abord observer qu'attaqué par M. Bertulus comme rapporteur d'une commission, il est de son devoir de prouver à l'Académie que les accusations portées contre lui n'ont aucun fondement. Il passe ensuite successivement en revue les diverses allégations de l'ancien chirurgien de la *Caravane*, et prouve qu'elles ne reposent sur rien, que ce ne sont que de pures fictions. Ainsi, par exemple, dans le petit nombre de lignes que M. Chervin a citées des écrits de M. Bertulus, il n'a prêté à ce médecin aucune opinion, aucune intention ; il a rendu exactement les paroles ainsi que la pensée de l'auteur, comme l'attestent les pages du Bulletin qui renferment ces citations qui ne sont du reste qu'au nombre de cinq, et dont trois ne sont accompagnées d'aucune observation critique. Il n'en est pas de même des deux autres, qui présentent chacune une erreur grave.

Ainsi, d'après M. Bertulus, le tremblement de terre qui eut lieu à la Martinique, en janvier 1839, pendant que la fièvre jaune régnait avec violence dans cette colonie, aurait exercé une très grande influence sur la marche de l'épidémie. Le sol aurait été remué profondément, bouleversé, fendu, crevassé et ouvert de toutes parts, et de ces ouvertures se seraient échappées des émanations pestilentielles qui auraient porté leur action délétère jusque sur les créoles eux-mêmes.

Suivant M. Chervin, ces crevasses, ces fentes, ces ouvertures n'ont jamais eu d'existence que dans l'imagination et sous la plume de l'ex-chirurgien de la *Caravane*. L'épidémie était à son maximum dans la garnison de St-Pierre plus de deux mois avant l'épidémie dont il s'agit, et elle n'éclata dans la ville du Fort-Royal que vingt-trois jours après cette terrible commotion. MM. Catel et Rufz déclarent du reste formellement que le tremblement de terre n'eut aucune influence sur l'épidémie.

M. Chervin établit ensuite par différentes citations que son critique de Toulon ne s'est pas montré fort exact en citant M. Rufz ; qu'il a travesti le texte formel de ce médecin dans le but de le rendre favorable à ses opinions contagionistes ; M. Rufz dit précisément le contraire de ce qu'on lui fait dire : il déclare formellement que la fièvre jaune n'est point contagieuse et qu'elle ne se transmet point d'individu à individu.

M. Bertulus a accusé M. Chervin de s'être bien gardé, dans son rapport sur le travail de M. Rufz, d'arrêter l'attention de l'Académie sur les points les plus importans de l'épidémie de la Martinique, sur ceux qui méritaient le plus d'être médités, notamment sur l'établissement de foyers miasmatiques ; sur le fait de l'intoxication de certains musiciens ; sur l'importation de la fièvre jaune de St-Pierre au Fort-Royal par ces mêmes militaires ; enfin sur le maintien des quarantaines, reconnu indispensable (selon M. Bertulus) par les médecins de la Martinique, et surtout par les officiers de santé de cette colonie.

M. Chervin répond victorieusement à ces accusations comme à toutes les autres. Il prouve pièces en main qu'il n'a point passé les faits dont il s'agit sous silence, comme on le prétend, qu'il les a consignés non-seulement dans son rapport sur le travail de M. Rufz, mais aussi dans le rapport qu'il avait fait précédemment sur un mémoire de M. le docteur Catel. Il cite à l'occasion des prétendus foyers miasmatiques qui, au dire de M. Bertulus, seraient formés par les malades, un fait d'un

haut intérêt : c'est que, dans tous les hôpitaux des Antilles et de la Guyane, les individus affectés de la fièvre jaune ne sont point séparés des autres malades, mais placés parmi eux pêle-mêle, sans aucune distinction. Cependant dans les hôpitaux de la Havane, les sujets atteints de phthisie pulmonaire sont mis dans des salles à part.

M. Chervin fait remarquer que l'intoxication des musiciens du 2e régiment de marine, pendant les trois jours que ces militaires restèrent dans la ville de St-Pierre, est entièrement favorable à la doctrine de l'infection et contraire au système de la contagion ; car, de retour au Fort-Royal, ces hommes communiquèrent librement avec leurs camarades et ne transmirent leur maladie à personne, malgré l'affirmation opposée de M. Bertulus qui, dans ce cas-ci comme dans tant d'autres, soutient absolument le contraire de ce qui est.

M. Chervin fait voir ensuite que les mesures sanitaires que l'on prit à la Martinique en 1838, et qui n'eurent du reste qu'une très courte existence, sont une nouvelle preuve de l'inutilité absolue des quarantaines, puisqu'elles n'empêchèrent pas la colonie d'être ravagée par le fléau dont elles devaient la préserver. L'honorable académicien prouve en outre par des faits positifs que les médecins civils et militaires de la Martinique sont non-contagionistes et partant opposés aux quarantaines. Il cite à cette occasion de nombreux documens recueillis en 1818, 1819, 1822 et à diverses époques antérieures, et qui ne laissent aucun doute sur l'opinion non-contagioniste des médecins de cette colonie.

M. Bertulus a écrit à l'Académie que *tous* les médecins de la marine royale sont des plus chauds partisans des mesures sanitaires relatives à la fièvre jaune. M. Chervin oppose à cette assertion les témoignages positifs des docteurs Forget, Delaporte, Souty, Pouvreau, médecins de la marine, qui invalident à un très haut degré le dire de leur collègue M. Bertulus ; et il déclare en outre, de la manière la plus formelle, que l'immense majorité des officiers de santé de la marine royale, qui ont observé la fièvre jaune, sont non-contagionistes et contraires par conséquent aux mesures sanitaires. M. Chervin entre sur ce sujet dans des détails très circonstanciés, et fait remarquer l'indépendance des médecins de la marine, qui, pour obéir à la voix de leur conscience, n'ont pas craint d'adopter et de proclamer hautement une opinion opposée à celle de leur chef, de M. l'inspecteur du service de santé de la marine. Il rappelle à cette occasion les documens authentiques qui lui ont été délivrés il y a déjà long-temps par les hommes de l'art de ce département, et ceux qu'il a reçus depuis peu de dix officiers de santé du port de Rochefort, et qui sont presque tous contraires à la contagion et aux mesures sanitaires.

Enfin, M. Chervin fait voir que même à Toulon, où les doctrines contagionistes avaient autrefois tant de force, les médecins de la marine royale ne sont pas *tous* de chauds partisans des mesures sanitaires, comme l'affirme si positivement M. Bertulus.

Après avoir parlé des faits importans qu'il accuse M. Chervin d'avoir négligés, ce chirurgien ajoute qu'il avait signalé ces faits à l'attention de l'Académie bien avant M. Rufz, et M. Chervin prouve par des chiffres que M. Rufz a sur M. Bertulus une antériorité de plus de quatorze mois. Ce chirurgien soutient ensuite qu'il règne entre lui et M. Rufz un *accord parfait*, ce qui est, dit-il, une preuve irrévocable de sa véracité ; mais, en mettant en parallèle les opinions de ces deux médecins sur les points capitaux de la question, M. Chervin démontre que cet *accord parfait* est encore une chimère. M. Bertulus s'applaudit aussi de ce que M. Chervin n'a en sa faveur que M. Souty ; mais M. Chervin fait remarquer que M. Souty n'est pas le seul qui ait infirmé les faits avancés par l'ex-chirurgien de la *Caravane*, et que si quelque chose doit surprendre, c'est assurément que ce dernier n'ait pas trouvé un seul défenseur parmi les officiers de santé de la marine, que pas un seul de ses collègues et de ses amis n'ait élevé la voix en sa faveur, que tous l'aient abandonné dans une position aussi critique que celle dans laquelle il se trouve actuellement.

Après s'être livré à différentes considérations, M. Chervin termine sa réponse à M. Bertulus en se félicitant de l'attaque de ce médecin, convaincu qu'elle sera utile et à la science et à l'Académie de médecine elle-même, car il importe que les corps savans sachent le degré de confiance que méritent les hommes qui correspondent avec eux.

Recherche médico-légale de l'arsenic dans les cas d'empoisonnement par ce toxique; par M. le Dr F. MEURER, pharmacien à Dresde.

M. Meurer, pensant que l'urine ne devait pas être la seule excrétion dans laquelle il fût possible de constater l'existence de l'arsenic chez les sujets empoisonnés ou seulement traités par cette substance, a cru devoir examiner successivement la sueur, le mucus nasal et les excrémens de ces mêmes sujets. Ces recherches ont été faites sur des chevaux.

La sueur et le mucus des narines n'ont pas fourni la moindre trace de matière arsénicale ; mais, ainsi que ce praticien s'empresse de le reconnaître lui-même, le résultat négatif doit peut-être trouver son explication dans ce fait qu'il n'a été possible d'opérer que sur une très minime proportion de l'une et de l'autre matière.

Il n'en a pas été de même pour les matières fécales : M. Meurer y a facilement constaté la présence d'une très notable quantité d'acide arsénieux, non pas à l'état de simple mélange par voie mécanique, comme si le poison eût passé directement de l'estomac dans le canal intestinal, mais bien à l'état de combinaison intime, et telle qu'elle peut exister lorsque l'arsenic a été absorbé et porté dans le gros intestin par la voie de la circulation.

D'après les observations de l'auteur, les matières fécales ont sur l'urine l'avantage de présenter le poison un jour de plus que celle ci. Il a constaté qu'en général, au quatrième jour depuis la dernière administration de l'arsenic, il ne pouvait plus décider l'existence de ce métal dans l'urine, bien qu'il pût encore le faire facilement dans les excrémens.

(*Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde*, 1842, n° 4.)

Chronique.

Les falsifications commerciales sur des objets de première nécessité, sur les alimens et sur les médicamens, deviennent tous les jours plus nombreuses et plus graves.

Voici un nouvel exemple rapporté par l'*Auxiliaire Breton :* Un potage au tapioka avait été prescrit à une malade ; peu après qu'elle l'eut pris, des symptômes d'empoisonnement se manifestèrent. Un examen approfondi des causes qui avaient provoqué ces accidens a démontré que la substance verte employée pour colorer les enveloppes de certains tapiokas, peut produire parfois des symptômes plus ou moins graves d'empoisonnement. Ce fait, ajoute l'*Auxiliaire Breton*, mérite qu'on y prête attention.

D'après l'*Echo du Monde savant*, et nous sommes parfaitement de son avis, ce n'est pas à la matière colorante de l'enveloppe des tapiokas, enveloppe toute extérieure et qui ne se trouve pas en contact avec ces substances, qu'il faut rapporter la cause de cet empoisonnement dont il y aurait eu d'autres exemples.

Pour faire le tapioka, dit-il, on prend de la fécule de pommes de terre imbibée d'eau, et on la projette sur une plaque de cuivre rouge chauffée à 100° ; la fécule se prend sur-le-champ en grumeaux inégaux, durs et cassans. Cette opération se fait avec une rapidité extrême ; on passe le tapioka au tamis, et tous les grains fins et pulvérulens, réunis en masse, forment la semoule. La plaque de cuivre n'est pas toujours entretenue avec soin ; lorsque la préparation est achevée, si l'on n'a pas la précaution d'enlever les grains de fécule humide qui adhèrent à la surface, ceux-ci s'imprègnent d'hydrate et de sous-carbonate de cuivre, dont il ne faut qu'une petite quantité pour empoisonner une grande masse de tapioka. Si la fécule que l'on emploie est quelque peu aigrie, c'est-à-dire fermentée (elle renferme alors un peu d'acide acétique), la plaque de cuivre est légèrement attaquée, et le tapioka s'imprègne d'une petite quantité d'acétate de cuivre. Comme on le pense bien, il n'en faut pas davantage pour rendre le tapioka toxique, et il serait à désirer que les établissemens où se prépare cette pâte à potages fussent souvent visités.

Les moyens à l'aide desquels on peut reconnaître la présence du cuivre dans le tapioka sont aussi faciles que nombreux, et doivent être bien connus des médecins. Le plus simple qu'ils puissent indiquer à leurs cliens consiste à faire une bouillie claire à chaud de la matière suspecte, à y ajouter quelques gouttes de vinaigre et à tremper dans ce mélange, pendant un quart d'heure environ, une lame de couteau bien décapée. Si, au bout de ce temps, la lame est devenue d'un rouge de cuivre, il faut en conclure que le tapioka était imprégné des substances indiquées plus haut.

— M. Duvernoy, professeur au Collége de France, a ouvert son cours sur l'histoire naturelle des corps organisés, jeudi 15 décembre, à trois heures. M. Duvernoy fera cette année une exposition critique des principales découvertes de ce siécle, sur la génération, le développement et les métamorphoses de l'homme et des quatre classes d'animaux vertébrés.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 20 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) No 151, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. P. DUBOIS.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

Hémorrhagie par insertion du placenta sur l'orifice. Rupture des membranes; cessation immédiate de l'hémorrhagie. Accouchement. Invasion d'accidens inflammatoires.

On apporta, il y a quelques jours, à la Clinique, une femme que l'on pouvait juger, d'après le développement de l'utérus, être au huitième mois, ou au moins à la fin du septième mois de sa grossesse. Cette approximation coïncidait assez bien avec les rapports de la femme elle-même. Elle avait été prise l'avant-veille, sans l'intervention d'aucune cause extérieure, sans efforts de sa part, sans mouvement violent ni secousse, d'une perte abondante qui s'est renouvelée la nuit suivante. Il paraît qu'elle a perdu dans ces deux jours une très grande quantité de sang. Transportée à la Clinique le 8 décembre, elle était très pâle, considérablement affaiblie et perdait encore. Elle nous dit que depuis le moment où s'était déclarée l'hémorrhagie, elle avait cessé de sentir les mouvemens de l'enfant. A l'auscultation, nous n'entendions pas, en effet, les battemens de l'enfant.

Le seul fait d'une hémorrhagie spontanée, sans cause occasionnelle, sans violence extérieure, dût nous faire soupçonner que cette hémorrhagie dépendait d'une insertion du placenta sur l'orifice. A l'examen, je trouvai effectivement l'orifice aminci, entre ouvert, et je pus sentir au travers le placenta inséré sur un des côtés de cet orifice. Je sentais en outre les membranes qui étaient inégales, moins lisses et plus épaisses qu'à l'ordinaire; elles occupaient la partie postérieure et latérale droite de l'orifice, que le placenta laissait à découvert. En pressant sur ces membranes je sentis un corps dur, résistant, qui était, sans nul doute, la tête du fœtus. J'avais donc, par ce seul examen, acquis la certitude que le placenta était inséré sur l'orifice, que cet orifice n'en était pas entièrement recouvert, puisqu'on pouvait, par un de ses côtés, sentir les membranes, et qu'enfin l'enfant se présentait par la tête. L'hémorrhagie durait depuis bientôt deux jours; elle persistait toujours; nous en connaissions la cause; il était donc urgent d'agir sans aucun délai. Nous avions à choisir entre trois partis: 1° le tamponnement, comme moyen de parer au danger le plus pressant, en attendant que l'orifice fût assez dilaté pour permettre de terminer l'accouchement; 2° l'introduction de la main et la version, l'orifice étant non dilaté, mais dilatable; 3° Enfin la rupture des membranes dans le point où elles étaient accessibles.

J'ai opté pour ce dernier parti: j'en dirai tout à l'heure les motifs. Toutefois, avant de pratiquer cette opération, je crus devoir administrer le seigle ergoté, qui fut donné à la dose de 20 grains, après quoi je procédai à la rupture des membranes. Je rencontrai dans cette opération quelques difficultés. Les membranes n'étant point tendues cédaient sous le doigt, de telle sorte qu'il était impossible de les déchirer avec l'ongle; je me servis d'un mandrin de sonde dirigé par mon doigt, mais sans aucun succès; j'eus recours alors à une plume taillée en bec, comme pour écrire. A l'aide du bec de cette plume, je pus faire une petite perforation que j'élargis convenablement avec le doigt. Les difficultés que je venais de rencontrer tenaient en partie à ce que la portion de membrane qui se présentait était très voisine du placenta, et par conséquent ferme et résistante, comme elles le sont ordinairement dans ce point. Les effets immédiats de cette rupture furent un écoulement de liquide assez abondant, la cessation immédiate de l'hémorrhagie, l'engagement de la tête, qui descendit peu à peu, et enfin l'accouchement, qui eut lieu sans une seule goutte de sang. L'enfant était mort.

Le placenta fut extrait sans difficulté; il était décoloré, d'une pâleur remarquable. Il offrait une forme particulière; on y remarquait un prolongement oblong vers ses membranes; c'était ce prolongement qui s'étendait jusque sur l'orifice de l'utérus. Il n'y avait, chose remarquable, qu'une très petite portion de placenta décollée, et cependant l'hémorrhagie avait été si considérable que cette femme eût infailliblement succombé sans l'intervention de notre pratique. La malade fut immédiatement transportée dans la salle des accouchées; elle était dans un très grand état de faiblesse, presque exsangue et froide.

Peu de temps après l'accouchement, il survint un peu d'agitation, puis des défaillances. M. Depaul (chef de clinique) l'examina et il trouva un caillot de sang de la largeur de la main; c'était à peine tout ce qu'elle avait perdu de sang depuis l'accouchement: le soir la faiblesse était encore très grande. La nuit fut d'ailleurs assez bonne. Les défaillances ne se renouvelèrent plus; la chaleur revint peu à peu pendant la nuit.

Le lendemain matin (9 décembre), la malade était assez bien; elle était ranimée; la chaleur était naturelle; le pouls s'était relevé, il était même assez développé et d'une fréquence normale. Il n'y avait plus eu de défaillances.

Le surlendemain (10), alors que tout devait faire espérer un prompt rétablissement, la malade se trouvant malheureusement sous l'influence épidémique à laquelle plusieurs des nouvelles accouchées sont soumises dans ce moment, a été prise d'accidens inflammatoires de la matrice qui aggravent considérablement son état. Malgré la perte considérable de sang que cette malade avait subie, je crus devoir lui faire pratiquer une saignée. Le caillot de la saignée est remarquable par son épaisseur et sa densité; il est fortement rétracté, champignoné et recouvert d'une couenne inflammatoire assez épaisse: il offre en un mot tous les caractères de l'inflammation franche. C'est une circonstance digne d'attention que le développement aussi subit d'une inflammation après une perte de sang aussi abondante, et chez une femme dont l'état d'anémie extrême semblait devoir la mettre à l'abri des accidens inflammatoires actuellement régnans. C'est là un fait très remarquable sans doute, mais qui est loin d'être exceptionnel.

Nous reviendrons sur les circonstances de cette fâcheuse complication qui aggrave si considérablement l'état de cette malade; nous laisserons un instant ces détails de côté, pour reproduire les considérations dont M. Dubois a accompagné l'histoire de ce fait.

J'ai à m'expliquer, dit M. Dubois, sur le traitement que j'ai adopté dans cette circonstance. Cette femme était au commencement environ, ou dans le cours de son huitième mois, lorsqu'elle a été prise d'une perte utérine. Vous savez comment on explique cet accident. On a approximativement fixé l'époque à laquelle peuvent se produire ces hémorrhagies par les évolutions connues de l'utérus dans le cours de la grossesse. Pendant un certain temps l'ampliation du corps de l'utérus suffit au développement du fœtus; il arrive plus tard une époque où l'utérus ayant acquis toute l'ampliation dont il est susceptible, et cette ampliation ne suffisant plus, le corps de l'utérus se développe aux dépens de son col. De là un développement du segment inférieur de cet organe, des modifications nouvelles dans le col et des modifications relatives dans le segment inférieur du placenta. On conçoit que si dans de pareilles circonstances le placenta est adhérent au col, ce dernier ne peut se développer sans que le placenta se décolle dans une plus ou moins grande étendue. C'est ce décollement qui donne lieu à l'hémorrhagie. Cette perte devient inévitable toutes les fois que ces conditions se reproduisent. Tel est le mécanisme de la production de ces hémorrhagies. Cependant on pourrait faire une objection à cette doctrine. Si ces modifications surviennent au sixième mois, comme on le dit, comment se fait-il que ces pertes ne se manifestent que beaucoup plus tard et vers le terme de la grossesse? Il faut, ou que les choses ne se passent pas comme nous venons de le supposer, ou qu'il existe une grande variabilité pour l'époque à laquelle ces modifications ont lieu. C'est cette dernière opinion qui me paraît la plus probable. Les modifications du segment inférieur de l'utérus d'après lesquelles on juge de l'époque de la grossesse, se font en effet à des époques très variables, ce qui entraîne tant de difficultés dans le diagnostic de l'époque de la grossesse. C'est par cette même raison que les hémorrhagies qui sont produites par cette cause sont elles-mêmes si variables dans l'époque de la grossesse où elles se montrent.

Chez cette femme, j'ai cru devoir employer un traitement qui n'est pas généralement adopté en France, et qui est même réprouvé par plusieurs auteurs. Ceci exige une petite digression.

Quand j'ai vu une perte survenir à cette époque, j'ai dû penser qu'elle venait de l'utérus et qu'elle était le résultat d'un décollement du placenta. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. L'hémorrhagie peut provenir de toute autre cause, d'une rupture de l'utérus, par exemple. Mais ici il n'y a eu aucun des symptômes qui eussent pu nous faire soupçonner un pareil accident. Elle pouvait encore provenir d'une rupture de quelques-uns des vaisseaux utérins; les accidens de ce genre ne sont pas rares. Mais encore, dans ce cas, y aurait-il des signes qui feraient reconnaître cette rupture, tels que la dilatation variqueuse des veines de la vulve. Les pertes qui reconnaissent cette origine ne se manifestent qu'après la formation d'un trumbus faisant saillie dans le vagin; or, ce caractère n'existait pas ici. Une autre cause d'erreur gît dans la possibilité d'une altération pathologique du col utérin. Les cancers utérins, ainsi qu'on le sait, n'excluent pas la grossesse. Il n'est pas très rare de voir de ces cancers se développer à la face interne du col; dans ce cas, il peut y avoir une perte. Or, comme les granulations cancéreuses de la face interne du col offrent assez d'analogie avec les granulations du placenta, il en peut résulter une confusion très excusable. J'ai vu plusieurs exemples d'hémorrhagies dans des circonstances semblables à celles que je viens de rapporter. Je reviens aux motifs qui m'ont déterminé dans le choix des moyens que j'ai mis en usage.

J'aurais pu appliquer un tampon; j'aurais pu encore, à la rigueur, quoique le col ne fût pas suffisamment dilaté, introduire la main, décoller les membranes et faire la version. J'ai préféré prendre le troisieme parti qui me restait, celui de la rupture des membranes.

Examinons un instant la valeur respective de ces trois moyens.

Le premier moyen n'est qu'un palliatif: il permet d'arrêter momentanément l'hémorrhagie et d'attendre le moment favorable pour terminer l'accouchement. Mais le tampon lui-même, d'ailleurs, n'est point un moyen innocent. La distension qu'il exerce sur les parties n'est pas sans danger. Il faut, pour exercer une compression suffisante, introduire une grande quantité de corps étrangers. D'une autre part la pression que ces corps exercent sur le col est une pression douloureuse et qui peut avoir des conséquences fâcheuses pour les suites de l'accouchement.

Quant à l'introduction de la main, quoiqu'elle offrît quelques difficultés dans les circonstances où nous nous trouvions, elle n'était pas pourtant impossible. L'orifice était assez peu résistant pour se prêter à une dilatation capable de recevoir la main. Il n'y avait pas une très grande difficulté sans doute pour introduire la main jusqu'au fœtus et atteindre les pieds; mais il est très probable que nous aurions rencontré une très grande difficulté pour terminer l'accouchement; car ce n'est pas tout que de pouvoir introduire la main, il faut encore pouvoir extraire le fœtus. Or, la dilatation n'était pas suffisante. Il eût été fort à craindre que les efforts qu'il aurait fallu faire ne déterminâssent une rupture du col beaucoup plus grave dans cette circonstance que dans les conditions ordinaires. Le développement des vaisseaux ne se borne pas au placenta; la dilatation s'étend jusqu'aux vaisseaux de l'utérus et même à ceux du col, aussi les déchirures du col, lorsqu'elles gagnent jusqu'au corps de l'utérus peuvent avoir dans ces conditions surtout de très graves conséquences. J'ai dû en conséquence des inconvéniens inhérens aux autres méthodes, adopter celle de la rupture des membranes.

Je disais tout à l'heure que ce procédé était peu usité en France, qu'il était plus usité à l'étranger et particulièrement en Angleterre. Mais dans ce pays même où il est mis plus souvent en pratique que partout ailleurs, on le réserve spécialement pour les cas où la version est impraticable ou très-difficile. De sorte que dans ce cas-ci même, les accoucheurs anglais eussent probablement préféré la version. Voici toutefois les motifs de notre préférence. La rupture des membranes détermine l'issue du liquide amniotique et, par suite, le retrait de l'utérus sur lui-même. Ce retrait a lui-même pour effet d'augmenter la disposition flexueuse des vaisseaux, circonstance qui, jointe à la pression qu'exerce le fœtus sur la surface utérine et conséquemment sur les vaisseaux, contribue à arrêter l'hémorrhagie. Quoi qu'il en soit, presque constamment la rupture des membranes arrête l'hémorrhagie d'une manière immédiate.

Cette rupture aurait pu avoir un inconvénient. Si après avoir rompu les membranes, il devenait nécessaire de faire la version, elle serait beaucoup plus difficile. Aussi est-il important, avant de rompre les membranes, de s'assurer si la présentation est bonne. Après tout, cette objection est plus spécieuse que réelle; la rupture des membranes est très rarement suivie d'accidens, et elle remplit presque constamment l'indication qu'on se propose dans cette circonstance, c'est-à-dire la suppression de l'hémorrhagie. On trouve dans la collection de Righi, quarante-six observations de rupture de membranes pratiquées chaque fois avec succès. Un autre auteur cite trente succès sur trente opérations semblables. Depuis assez long-temps déjà que j'ai adopté cette pratique, et autant de fois que j'ai pu surveiller moi-même les malades et agir suivant l'occurrence, j'ai constamment obtenu le résultat désiré. Ainsi, il est bien entendu que les objections que l'on adresse à cette pratique ne sont pas fondées, et que l'expérience a prononcé en sa faveur.

Examinons enfin si cette pratique convenait au cas particulier dont il s'agit. Voici les raisons sur lesquelles je me suis fondé. Vous savez que ces hémorrhagies sont très considérables et le plus souvent mortelles si l'on ne termine pas promptement l'accouchement. Cependant la mort n'en est pas toujours la conséquence inévitable. On trouve dans le recueil de Righi ci-dessus cité et j'ai vu moi-même des cas d'hémorrhagie auxquels les femmes ont survécu sans qu'elles aient été secourues. Nous pourrions peut-être bien, si nous recherchions les conditions dans lesquelles les femmes succombent et celles dans lesquelles elles survivent, arriver à nous rendre compte de la différence de ces résultats. Je crois qu'on trouverait que dans le premier cas le placenta ne recouvrant pas entièrement le col, il s'est fait une rupture spontanée des membranes, suivie de l'écoulement des eaux, du retrait de l'utérus et de l'arrêt de l'hémorrhagie. J'ai observé un cas dans lequel les choses se passèrent ainsi: je trouvai, au moment où je fus appelé, le placenta décollé, les membranes rompues et la tête engagée;

l'hémorrhagie avait cessé. On fut obligé de faire l'accouchement, non plus à cause de l'accident qui avait eu lieu et qui venait de cesser, mais parce qu'une portion du cordon avait fait issue à travers l'orifice, circonstance assez commune dans les cas d'hémorrhagie par insertion anormale du placenta. Voilà ce que j'ai vu. Righi, de son côté, rapporte un cas analogue. Dans une circonstance où il perfora le placenta dans le but d'aller saisir le fœtus au travers de cette ouverture artificielle, il fut frappé de voir que l'hémorrhagie avait cessé instantanément. Je ferai remarquer que Righi, à cette époque, était un des adversaires de cette pratique. Ce fait le fit revenir sur son opinion. Je pourrais enfin citer plusieurs autres faits analogues rapportés par différens accoucheurs. Ces faits ne paraissent pas toutefois avoir produit une grande impression, puisque aujourd'hui encore, bien que dans quelques circonstances on pratique la rupture des membranes, on lui préfère en général, pour le plus grand nombre des cas, d'autres pratiques. Quant à moi, je me suis cru en droit d'en conclure que l'art devait chercher à imiter ce que la nature réalise quelquefois elle-même dans de semblables circonstances.

J'ajouterai à ce que je viens de dire deux réflexions. Cette pratique ne peut avoir de résultat qu'à la condition que l'utérus reviendra sur lui-même. Au moment où nous nous sommes déterminé à agir chez cette femme, les contractions de l'utérus existaient déjà, mais elles n'étaient pas assez énergiques; c'est par précaution et dans le but de les exciter davantage que j'ai administré le seigle ergoté. Une autre condition est encore nécessaire pour assurer le succès de la rupture des membranes, c'est que le liquide amniotique soit en totalité ou en grande partie évacué. Si l'on laissait, par exemple, la tête s'engager avant que les eaux se fussent écoulées, de manière à en retenir une certaine quantité au-dessus d'elle, l'utérus ne pourrait pas se rétracter et venir s'appliquer sur le fœtus, et l'hémorrhagie continuerait à avoir lieu.

Un dernier mot, enfin, relativement au procédé de la fracture. Il est souvent très difficile dans ces circonstances de rompre les membranes avec le doigt. Les membranes, renforcées en ce point par la membrane caduque, offrent une très grande résistance. D'un autre côté, l'utérus ne se contractant que très faiblement, les membranes ne sont pas tendues, ce qui accroît encore la difficulté. Je me sers dans ce cas, comme je l'ai fait chez cette femme, d'une plume taillée en bec, comme une plume à écrire.

N. B. Depuis que nous avons rédigé cette observation, la malade a succombé aux accidens inflammatoires péritonéaux qui sont venus compliquer d'une manière si fâcheuse sa position. Nous rendrons compte prochainement de son autopsie en parlant de quelques-unes des autres accouchées qui ont été soumises aux mêmes influences et qui ont subi le même sort.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. MALGAIGNE.

Sur les ankyloses récentes résultant soit de diverses maladies articulaires, soit du repos prolongé. Moyens de prévenir et de combattre ces ankyloses.

Une femme vient de sortir de l'hôpital guérie d'une inflammation des synoviales des deux genoux. Elle avait éprouvé des douleurs très vives avec immobilité, impotence du membre. Après un certain temps de repos et l'usage des moyens antiphlogistiques locaux appropriés, les symptômes aigus s'étaient dissipés; il restait seulement encore de la douleur pendant les mouvemens, mais point de douleurs intra-articulaires; il n'y avait point d'écartement des surfaces, par conséquent point de liquide épanché dans l'articulation, mais un épanchement d'une très petite quantité de sérosité épaisse et en partie concrétée, faisant adhérer entre elles les surfaces articulaires; il y avait, en d'autres termes, un commencement d'ankylose. Dans cet état de choses, je me suis décidé, malgré la persistance de légères douleurs que la malade ressentait encore pendant les mouvemens, à faire un mouvement brusque de flexion. La malade poussa un cri: elle avait éprouvé une douleur très vive, mais cette douleur se dissipa bientôt, et à partir de ce moment les mouvemens devinrent faciles et ne furent plus douloureux.

Ce fait est plus important qu'il peut le paraître au premier abord. Il est passé comme axiome dans la science que tant qu'il persiste quelque douleur dans les articulations il faut bien se garder de leur faire exécuter des mouvemens. Une autre erreur non moins grave, également passée à l'état d'axiome, est la suivante: Les ankyloses commençantes guérissent d'elles-mêmes *avec le temps*, et sans qu'on ait beaucoup à s'en occuper. J'ai voulu examiner cette question, et voici ce que j'ai cru remarquer.

Parmi les premiers faits de ce genre que j'eus l'occasion d'étudier, j'ai plus particulièrement conservé le souvenir du suivant.

Un homme avait une ankylose commençante, durant déjà depuis deux mois; la douleur persistait toujours, on la respectait. Après avoir bien examiné ce malade et m'être bien convaincu qu'il n'existait plus chez lui aucun reliquat d'inflammation, j'imprimai un mouvement brusque au membre; la douleur fut poignante comme celle que produit une rupture, une déchirure violente des parties; nous venions en effet de rompre une ankylose récente. A partir du lendemain, le malade pratiqua lui-même ces mouvemens, et il guérit en peu de temps.

Autre exemple. Chez un homme qui avait eu une fracture de l'avant-bras, par suite de l'application prolongée d'un appareil inamovible, les doigts étaient restés droits et raides, le coude était plus complètement ankylosé encore. Les articulations du coude et des doigts étaient d'ailleurs parfaitement saines. Qu'est-ce qui avait produit ces ankyloses chez ces deux malades? le temps. Eh bien, fallait-il attendre encore! Prenez-y garde, le temps sur lequel on vous dit de compter est votre plus cruel ennemi.

Chez un autre malade, un enfant, ce n'était plus une inflammation, ce n'étaient plus les suites d'un repos prolongé; mais c'était une véritable tumeur blanche du coude qui avait donné lieu à une ankylose; cette tumeur blanche avait d'ailleurs été bien traitée et elle était guérie, mais avec une immobilité incomplète. L'avant-bras ne pouvait exécuter tout au plus qu'un mouvement d'une étendue de 40 à 45°. Il fallait pour rétablir les choses dans leur état normal, pouvoir amener graduellement ces mouvemens à une étendue de 120 à 125°. Avant de procéder à l'exécution des mouvemens, je me suis assuré qu'il n'existait plus de douleur à la pression, que les tissus sous-cutanés étaient parfaitement indolens; quant au gonflement qui persistait encore, il importait peu, car du moment où les tissus cessent d'être sensibles, on peut être certain que la maladie est guérie; bien que souvent le gonflement puisse persister long-temps après encore. Tel était le cas de ce malade. En conséquence, je n'ai pas hésité à faire exécuter des mouvemens, et depuis que cette pratique est mise en usage l'articulation joue avec une plus grande liberté, les mouvemens deviennent de plus en plus étendus.

On nous a amené récemment un enfant qui me fut adressé comme ayant une tumeur blanche commençante de l'épaule. On avait employé les vésicatoires et des moxas. Après avoir bien examiné cet enfant, je portai un diagnostic tout différent; je crus voir qu'il s'agissait ici d'une tumeur blanche guérie, mais avec une ankylose commençante; il n'y avait, en effet, plus de douleurs spontanées, plus de douleurs à la pression, mais seulement des douleurs et de la gêne dans les mouvemens. En conséquence j'ai commencé à exécuter des mouvemens, et j'en fais pratiquer tous les jours de plus en plus étendus. Il faudra sans doute plusieurs mois pour obtenir cette guérison, mais nous avons tout lieu d'y compter.

Mais s'il existe une déformation de l'articulation qui puisse faire soupçonner une érosion plus ou moins considérable des surfaces articulaires, faudra-t-il s'arrêter là, où pourra-t-on encore tenter les mouvemens? Nous répondrons à cette question par le fait suivant: Un sujet avait eu une tumeur blanche à l'épaule, on avait condamné son membre au repos absolu. Lorsque je l'examinai pour la première fois, il n'avait plus de douleurs; il pouvait exécuter quelques légers mouvemens, mais il y avait une complication fâcheuse, le muscle deltoïde était complètement paralysé; le mouvement d'élévation du bras ne pouvait avoir lieu, enfin la tête de l'humérus manquant à moitié, il s'en fallait de beaucoup que les autres mouvemens eussent leur étendue normale. Malgré toutes ces circonstances fâcheuses, sous l'influence des mouvemens répétés d'abord avec ménagement, puis avec une intensité et une étendue croissantes, ce malade recouvra l'usage de son membre à tel point, qu'il se livre aujourd'hui avec une agilité extraordinaire aux exercices gymnastiques les plus difficiles.

Voici encore un exemple d'ankylose à la suite d'une fracture contre laquelle tout moyen est resté impuissant, et qui est bien propre à mettre en évidence les inconvéniens graves qui résultent du mode de pansement qu'on emploie journellement dans la pratique, inconvéniens tels qu'on ne guérit le plus souvent une fracture qu'au prix d'une affection plus grave, d'une ankylose. Mais j'aurai l'occasion d'aborder ce point avec détail.

Un jeune homme de La Havane avait eu le bras gauche fracturé. Après le temps normal du traitement de ces sortes de fractures, on s'aperçut qu'il avait les doigts ankylosés; mais sans attacher à cet accident une grande importance, on le renvoya chez lui, comptant sur les seuls effets du temps; puis, plus tard, voyant que le temps n'y faisait rien, on l'envoya aux eaux de Bagnères; les eaux n'eurent pas plus d'efficacité que le temps. Lorsque je vis le malade l'ankylose était si solide, que les muscles eux-mêmes s'étaient rétractés et que lorsqu'on cherchait à plier légèrement les doigts, ce qu'on n'obtenait qu'avec une très grande difficulté, les muscles, contre la volonté, les ramenaient instantanément dans leur position habituelle. Ce fut en vain que nous essayâmes les mouvemens; ils étaient extrêmement douloureux, et l'ankylose était déjà trop ancienne pour obtenir la rupture sans accident. Cependant, dans cet état partout où le malade passait, et dans toutes les consultations qu'il demandait, on lui disait: « le temps; attendez tout du temps! » Je crains fort que le temps n'ait fait que rendre l'ankylose incurable.

Les mêmes accidens peuvent se reproduire dans le cours du traitement des luxations, par le seul fait du repos prolongé. Aussi la même surveillance, les mêmes précautions sont nécessaires dans l'un et l'autre cas. En voici une preuve:

Un chirurgien très connu de province, M. Rigal de Gaillac, qui voulut bien se confier à mes soins pour le traitement d'une luxation de l'épaule, avait, lorsque nous enlevâmes l'appareil, une certaine gêne dans les mouvemens. J'imprimai à l'articulation des mouvemens assez brusques: M. Rigal en parut étonné et sembla craindre que ces mouvemens ne fussent prématurés. Plus tard, étant à Barèges, il vit un individu qui s'était trouvé dans les mêmes circonstances, mais dont le bras était resté immobile, tandis que lui, M. Rigal, faisait mouvoir son membre avec facilité. Il se félicita alors de ce que j'avais, au prix de quelques douleurs, rompu de bonne heure une ankylose commençante.

Ces sortes d'ankyloses, extrêmement fréquentes surtout à la hanche et à l'épaule, méritent une grande attention, parce que rien n'est plus facile que de se méprendre sur la réalité des mouvemens de ces articulations.

L'observation suivante, empruntée à une des malades du service, est venue fournir à M. Malgaigne l'occasion de revenir sur ce sujet en lui donnant de nouveaux développemens, et d'aborder quelques autres points relatifs aux coxalgies.

Ankylose de la hanche, suite de coxalgie. Origine obscure et souvent méconnue de ces sortes d'ankyloses. Considérations sur l'allongement et le raccourcissement des membres dans la coxalgie. Valeur de ce signe.

Une jeune fille de seize ans, admise depuis peu dans le service, est affectée d'une ankylose de la hanche, survenue à la suite d'une coxalgie, dont l'origine remonte à plus de deux ans. Elle est d'une constitution lymphatique, mais sans aucune apparence de diathèse scrofuleuse. Il y a deux ans et demi environ qu'elle fut prise pour la première fois, sans cause connue, de douleurs vives au genou droit, avec claudication, mais sans douleur à la hanche; les douleurs du genou, à ce qu'affirme la malade, n'étaient accompagnées ni de rougeur, ni de gonflement. Ce ne fut que plusieurs mois après l'invasion de ces premiers symptômes que la malade ressentit des douleurs dans la hanche, et depuis lors les symptômes d'une coxalgie se dessinèrent d'une manière non équivoque. Elle entra alors à l'hôpital Saint-Antoine, d'où elle sortit au bout de quelques mois non guérie, mais améliorée, à la suite d'un traitement assez énergique. (Ventouses scarifiées, vésicatoires, cautères, etc.). Puis, éprouvant toujours de la difficulté à marcher, elle entra une première fois à la Clinique, où le même ensemble de moyens fut mis en usage. Elle est enfin rentrée tout récemment à la Clinique, toujours à peu près dans le même état.

Qu'était-ce, dit M. Malgaigne, que ces douleurs du genou par lesquelles a débuté la maladie? D'après ce qui a suivi, je suis disposé à croire que ces douleurs n'étaient que les symptômes précurseurs ou coïncidens d'une coxalgie; ou, en d'autres termes, des douleurs sympathiques de la coxalgie déjà existantes; je dis sympathiques, car on ne saurait admettre que des douleurs de toute autre nature eussent ainsi duré plusieurs mois sans déterminer un gonflement du genou ou même une hydarthrose. D'un autre côté, ne sait-on pas que des coxalgies peuvent exister depuis un temps quelquefois assez long sans se manifester autrement que par ces sortes de douleurs sympathiques, au point que les malades n'ont le plus souvent aucune conscience de leur maladie.

Ce n'est pas dans la coxalgie seulement qu'on observe ces douleurs sympathiques siégeant sur l'une des articulations inférieures; cette circonstance singulière a lieu aussi, ainsi que l'a fait remarquer M. Blandin, dans les maladies des autres articulations des membres; mais elle est plus fréquente, et s'observe plus particulièrement pour la hanche. Dans ce dernier cas elle est même presque constante; la douleur du genou précède presque toujours la douleur de la hanche, tantôt cessant ou diminuant, au moment où cette dernière se montre; d'autres fois persistant coïncidemment avec elle. A l'égard de cette jeune fille, il nous reste des doutes sur la coïncidence de la douleur dans les deux articulations; elle n'a pu se rappeler cette circonstance d'une manière assez précise pour nous éclairer sur ce point. Quoi qu'il en soit, après avoir été soumise ici à l'ensemble des mêmes moyens qu'on avait déjà mis en usage à l'hôpital Saint-Antoine, les douleurs se dissipèrent de nouveau; et, n'éprouvant plus qu'un peu de difficulté à marcher, elle sortit, se croyant complètement guérie. Etait-elle guérie en effet? Je ne le crois pas. On peut très facilement présumer qu'elle marchait sans mouvoir l'articulation; qu'elle avait, en d'autres termes, une fausse ankylose, sinon même une ankylose complète. Je ne pourrais sans doute invoquer une preuve démonstrative de ce que j'avance, mais je me fonde sur l'analogie, analogie avec les faits précédens et avec celui qui suit. J'insiste sur cette question de thérapeutique chirurgicale parce qu'elle mérite toute l'attention des praticiens. On croit souvent avoir guéri une coxalgie, le malade se croit guéri lui-même, mais il ne tardera pas à s'apercevoir que ses mouvemens sont perdus. Voici le fait en question:

Un jeune homme, ancien officier de cavalerie, eut une coxalgie à la suite d'une chute de cheval. Il fut soumis au traitement ordinaire de cette affection, à l'usage des exutoires et révulsifs de toute espèce, et fut, au bout de quelque temps, renvoyé de l'hôpital comme guéri. Mais ayant voulu essayer de monter à cheval, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus écarter la cuisse. On l'envoya prendre des douches à Bourbonne, dans la persuation qu'il n'y avait là qu'une raideur des mouvemens qui devait céder à l'emploi de ce moyen. Il se crut guéri de nouveau; il lui paraissait que les mouvemens étaient revenus; mais voulant essayer une seconde fois de monter à cheval, il ne put pas plus y parvenir que la première. Il fut si profondément affecté de la nécessité où il se trouvait de renoncer à son état, que sa raison en fut troublée et qu'il dût être envoyé à Bicêtre. C'est là que je l'ai vu, alors que, guéri de son aliénation, il était resté à Bicêtre comme employé.

Consulté sur son état je l'examinai avec soin, et reconnus une ankylose complète, ankylose qui, selon toute apparence, existait déjà à l'époque où il fut envoyé à Bourbonne comme à son retour; car les mouvemens qu'il croyait faire alors n'étaient qu'une illusion produite par la possibilité d'exécuter quelques mouvemens à l'aide du bassin. Ses recours aux mouvemens violens; ils furent long-temps sans effet; cependant au bout de deux mois, ayant insisté sur ces mouvemens, il y avait déjà des mouvemens très sensibles; ces mouvemens sont devenus plus étendus depuis, et je ne doute pas qu'en insistant encore, ce malade ne parvienne à récupérer en grande partie le libre exercice de son membre.

Quant à cette jeune fille, je ne crains point d'affirmer qu'il n'y avait point de mouvement dans l'intervalle des deux traitemens, et alors qu'on la croyait guérie. Quant à présent, elle ne peut plus marcher du tout; elle éprouve des douleurs qui sont plus fortes la nuit que le jour; c'est-à-dire pendant le repos, et par conséquent indépendamment des mouvemens. J'ai examiné avec soin la hanche; elle n'est point déformée; la direction du membre est normale; la pointe du pied n'est point déviée; en un mot il n'y a là aucune apparence de luxa-

tion ; mais voici un point qu'il est de quelque intérêt de vous signaler.

On trouve chez cette malade un raccourcissement de trois centimètres, et cela sans déformation de la hanche. Voilà donc un raccourcissement sans luxation, raccourcissement sans érosion de la cavité articulaire. Quelle peut donc en être la cause? Trois causes peuvent produire le raccourcissement : une luxation, une érosion de la tête du fémur, ou une érosion de la cavité cotyloïde avec issue de la tête dans le bassin. Or, nous avons vu qu'il n'y a ici aucun des signes de la luxation ni de l'érosion de la tête ; quant à la perforation de la cavité cotyloïde par la tête du fémur, c'est là un fait anatomo-pathologique extrêmement rare dont on ne trouve qu'un seul exemple dans le Musée-Dupuytren. Il ne faut donc nullement songer à la possibilité d'une pareille altération. La mensuration nous tromperait-elle? Quelle peut enfin être la source de ce raccourcissement? Un coup-d'œil rétrospectif nous montrera ce qu'il faut penser et de la réalité et de la valeur de ce signe.

A l'époque où je fus chargé du service chirurgical à l'hôpital des Enfans, je voulus profiter d'une circonstance aussi favorable pour vérifier la vérité de ce qui est généralement enseigné relativement aux coxalgies que l'on observe en très grand nombre dans cet hôpital. Il était établi jusque-là, comme chose démontrée, qu'au début des coxalgies il y a allongement du membre, et plus tard raccourcissement. On avait imaginé plusieurs théories différentes pour l'explication de ce fait.

Je ne prendrai point la peine d'examiner ces théories ; je commencerai par dire que le fait n'existe point. En effet, sur un très grand nombre de cas de coxalgie qui me passèrent journellement sous les yeux pendant assez long-temps, je rencontrai un seul cas d'allongement du membre malade, et voici dans quelles circonstances je constatai cet allongement. La coxalgie avait surpris en quelque sorte le membre dans l'abduction ; or, chacun de vous sait sans doute que de deux membres placés, l'un verticalement ou dans l'adduction, l'autre dans l'abduction, ce dernier paraît toujours plus long que l'autre.

Plus tard, disait-on encore, à cet allongement succède un raccourcissement. Eh bien, il n'y a pas plus de raccourcissement que d'allongement ; l'un et l'autre ne sont que le résultat d'une illusion dépendant de l'attitude qu'affecte le membre, ou d'une certaine inclinaison du bassin, d'un côté ou de l'autre, à tel point que je faisais voir alternativement aux personnes qui suivaient mon service un membre allongé ou raccourci à volonté. Ainsi sur le même sujet, l'examinait-on dans son attitude habituelle, on était frappé de l'apparence d'un raccourcissement ; mesurait-on comparativement la distance de l'épine iliaque à la malléole, on trouvait un allongement ; et voici pourquoi le mécanisme en est bien simple. Il y a presque toujours dans les coxalgies un certain degré d'abaissement du bassin, par suite duquel l'un des membres est porté dans l'adduction et l'autre dans l'abduction ; de là rapprochement, d'un côté, des deux points fixes que l'on prend pour mesure, l'épine et la malléole, éloignement de ces deux mêmes points de l'autre côté. Il est évident que si l'on prend pour mesure commune la distance de ces deux points, on trouvera une différence dans la longueur des deux membres, bien qu'en réalité cette longueur soit égale. Il faut donc, si l'on veut avoir une mesure réelle et non fictive, placer les deux membres dans une direction perpendiculaire à l'axe du bassin ; si cette condition est rendue irréalisable par l'immobilité de l'un des membres, il faut alors placer le membre sain dans la même position que le membre malade, c'est-à-dire de manière à ce qu'il forme avec le bassin un angle égal à celui que forme avec ce dernier le membre malade. Eh bien, en mesurant avec ces précautions, vous ne trouverez jamais de différence entre les deux membres, et il ne peut pas y en avoir, car les autopsies elles-mêmes le démontrent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 17 décembre. — Présidence de M. Barthélemy.

Suite de la discussion sur la ténotomie.

M. Jules Guérin. Mon intention en reprenant la parole, n'est pas de revenir sur les différens points de cette discussion. Ce qui concerne la ténotomie de la main et des doigts me semble suffisamment éclairé. Il y aurait quelques mots à ajouter sur les critiques faites au rapport de nos cinq collègues qui ont examiné les malades ; mais toute explication sur ce point ne peut me convenir ; je laisse à mes collègues le soin de s'expliquer eux-mêmes.

Il est un point important que je veux approfondir aujourd'hui, un point qui n'avait pas été suffisamment examiné, quoiqu'il domine toute l'histoire des difformités ; c'est celui qui concerne l'origine des idées sur la théorie des difformités. Avant d'entamer cette grande question, il m'est important de rappeler le point de départ de la discussion qu'elle a soulevée.

A l'occasion de l'exposition de ma doctrine que j'ai faite devant l'Académie, M. Velpeau, pour prouver que les élémens de cette doctrine se trouvaient disséminés dans la science, que je n'avais fait que les recueillir et mettre en œuvre, a lu plusieurs passages de sa *Médecine opératoire*. (*Gazette des Hôpitaux*, 22 novembre) J'ai répondu que ces passages étaient des emprunts qui m'avaient été faits, et je l'ai prouvé par trois raisons : 1° La visite de M. Velpeau à la Muette en 1838 ; 2° la note remise par moi à M. Velpeau, et qu'il inséra dans son livre ; 3° le rapport de l'Académie des sciences en 1837, et enfin le paquet cacheté remis à l'Académie de médecine le lendemain de la visite de M. Velpeau à la Muette.

A ces trois argumens, qu'a répondu M. Velpeau? Ce qui suit : La visite à la Muette, il ne la nie pas, il la reconnaît ; c'est un premier point sur lequel il passe condamnation, et sur lequel j'avais aussi la générosité de ne pas revenir. Relativement à la note, il s'en excuse en disant qu'il l'a insérée *sans la comprendre*. Je vous laisse juges, Messieurs, de la valeur de cette réponse. Enfin, il assure que son chapitre sur la ténotomie était imprimé avant sa visite à la Muette. (*Gazette des Hôpitaux*, 15 décembre 1842.)

Cette allégation est fort importante et je tiens à la détruire sur-le-champ. Or, ce chapitre était si peu imprimé en juillet 1838, qu'on y trouve l'indication et même la citation d'un passage d'un ouvrage qui n'a paru que le 31 août suivant. M. Velpeau nous expliquera sans doute, comment il a pu citer en juillet un ouvrage qui n'a été publié qu'en août. Pour mon compte, je ne comprends pas ce phénomène, et je suis plus que jamais autorisé à dire que le chapitre sur la ténotomie a nécessairement été imprimé postérieurement à sa visite à la Muette.

Ce premier point éclairci, et je crois qu'il l'est suffisamment, examinons la valeur des assertions et des citations de M. Velpeau pour prouver que les élémens de ma doctrine se trouvent dans beaucoup d'auteurs. Ceci est fort important, et intéresse les plus grands chirurgiens de l'Europe.

Ce qu'il faut avant tout pour bien juger cette question, c'est un point de départ et de comparaison. Ce point de départ et pe comparaison, je suis forcément obligé de le prendre dans mes doctrines propres, que je vais exposer en quelques mots.

Ici, M. Guérin donne les formules de ses doctrines, formules souvent citées dans le cours de cette discussion, et que nous avons plusieurs fois reproduites.

Cette doctrine ainsi formulée, reprend M. Guérin, quelle est sa date authentique, rigoureuse ? je vais la donner. Elle est dans le rapport de l'Académie des sciences de 1837, où on lit ce passage.

M. Guérin donne lecture de ce long passage, dans lequel les commissaires de l'Académie des sciences appellent l'attention sur la série des recherches de M. J. Guérin, tendant à démontrer une identité de cause, l'altération du système nerveux pour toutes les difformités.

Voilà, continue l'orateur, une série de faits et d'observations signalées par l'Académie des sciences ; ce ne sont pas là des hypothèses ; les applications n'en sont pas bornées aux pieds-bots, mais s'étendent à toutes les difformités.

On m'a argué que dans ce rapport il n'est pas question de ténotomie, et que, par conséquent, je ne la pratiquais pas à cette époque. C'est une erreur : voici le plâtre d'une jeune personne, Elisa Geoffrin, opérée par la ténotomie, du pied-bot que vous voyez, le 16 mai 1836.

Qu'objecte-t-on à ces dates précises et authentiques ? — Tous ces auteurs que vous voyez-là. (M. Jules Guérin montre une liasse énorme de volumes disposés sur la tribune.) Examinons-les avec attention. Dans toute recherche historique, il y a, cependant, une précaution préparatoire à prendre ; c'est de bien s'informer du sens qu'avaient tels ou tels mots aux différentes époques de la science, sans cela on s'expose à attribuer aux auteurs qu'on lit des opinions qu'ils ne peuvent pas avoir. C'est moins aux mots qu'aux choses qu'il faut s'arrêter ; car les mots changent de signification avec la science et selon les époques. Les mots *contracture* et *rétraction* sont dans ce cas. Ils n'ont nulle part, avant mes recherches, un sens bien déterminé. Il en est de même de l'action musculaire, que les auteurs interprètent de vingt façons différentes. On voit qu'en employant ces mots on a pu exposer des idées tout à fait erronées. Cela dit, je commence l'examen des auteurs qu'on m'oppose.

Ici M. Guérin examine successivement, en faisant de nombreuses citations, les ouvrages de Delpech, de Béclard, de Dupuytren, de M. Jalade-Lafond, la thèse de M. Held, les érits de MM. Bouvier et Duval, les opinions de Rudolphi, de MM. Stromeyer et Dieffenbach. Pour tous il arrive aux mêmes conclusions, rien qui ressemble à sa doctrine, applications incomplètes et bornées. — Toute cette partie de l'argumentation de M. Guérin ne pourrait être reproduite avec intérêt pour le lecteur qu'autant qu'il aurait sous les yeux les citations faites par l'orateur ; ces citations sont si nombreuses et si longues que nous sommes forcé de les supprimer.

Voilà, continue M. Guérin, comment il faut lire les auteurs et apprécier leurs idées. Il ne faut pas les lire et surtout les citer *sans les comprendre*. (On rit.) Je ne fais pas de plaisanterie, mais puisque M. Velpeau s'est servi de cet argument, je suis bien obligé aussi de m'en emparer pour ma défense.

M. Velpeau. Continuez, vos attaques ne me blessent pas ; seulement, je demande la parole.

M. Guérin. Quant à M. Velpeau, que j'ai gardé pour le dernier, si j'ai prouvé par l'examen des auteurs qu'il m'a opposés, que leurs doctrines ne ressemblent en rien à la mienne, M. Velpeau qui les soutient et qui les croit semblables, n'a rien à revendiquer dans la priorité de mes idées.

(Le discours de M. Guérin a duré deux heures. Quelques membres demandent le renvoi de la discussion à une prochaine séance, mais M. Gerdy demande à parler tout de suite et M. le président lui accorde la parole.)

M. Gerdy. (L'honorable membre s'approche avec rapidité de la tribune, mais voyant M. Guérin peu empressé de la quitter : M. Guérin veut-il me céder sa place? dit-il. — Oui, très volontiers, répond M. Guérin, qui ramasse lentement ses livres et papiers, qui se recouvre de son paletot, qui boit un verre d'eau, toutes choses qui font rire et murmurer l'auditoire. Enfin M. Guérin cède la place.)

Vous venez, Messieurs, d'entendre un long, un trop long discours. Je ne comprends pas que pour exposer si peu de choses on nous ait tenu deux heures. J'en aurais dit autant en vingt minutes. Si telle est la marche qu'on veut suivre, nous n'arriverons jamais à la fin. Il semble que ce soit un parti pris ; on veut nous prendre de guerre lasse, on veut nous fatiguer, nous harasser. Si, après la longue et pénible discussion que vous venez d'entendre, on a l'intention d'en susciter une nouvelle dont on vous menace, j'avoue que pour mon compte je perds courage et patience ; car je ne suis pas disposé, pas plus que vous tous, qui avez vos affaires, à venir ainsi tous les samedis prêter de nouveaux alimens à une discussion qui sera interminable en suivant la voie où l'on nous a conduit. On cherche par tous les moyens possibles à tirer à la corde, et l'on vient nous débiter d'immenses discours qui nous ennuient. (Rires et exclamations.)

Le premier j'ai dit à M. Guérin : Vous fuyez sur tous les points, vous fuyez toujours. Aujourd'hui plus que jamais M. Guérin a légitimé mon reproche. D'abord il a semblé nous accuser d'avoir élargi le débat, mais, en vérité, n'est-ce pas lui qui l'a élevé aux proportions où nous le voyons aujourd'hui ? Qu'a-t-il voulu prouver tout-à-l'heure ? la priorité de ses opinions sur l'étiologie des difformités : eh bien ! réduite à ces termes, je dis qu'il est indigne de l'Académie de s'occuper de la question de savoir, si M. Guérin est ou non le premier qui ait donné cette étiologie. D'ailleurs, cette étiologie est un système, et M. Guérin, qui m'a reproché de l'avoir appelé systématique, n'a cherché à prouver qu'une chose aujourd'hui ; c'est qu'il a inventé ce système. Nous savions de reste qu'il était systématique, mais ce que nous lui contestons, c'est que ce système soit à lui, car nous le trouvons partout : c'est la chose du monde la plus triviale, et moi-même, qui n'ai élevé aucune prétention de priorité, j'ai consigné dant mon *Traité des bandages* l'étiologie dont M. Guérin veut s'enrichir. Je ne la lui conteste pas, assurément, et je la lui abandonne volontiers.

Quant aux moyens de guérison employés par M. Guérin, nous qui contestons l'identité des causes qui produisent les difformités, nous contestons surtout l'uniformité thérapeutique que ce médecin leur oppose. Nous la considérons comme une erreur dangereuse, et nous la combattons.

D'ailleurs, système, théorie, applications, il fallait prouver que tout cela était bon, scientifique. Au lieu de se jeter dans des généralités insaisissables, il fallait aborder des points précis de discussion, couler à fond un des sujets sur lesquels il a été argumenté, traiter enfin scientifiquement une question.....

M. Guérin. Fixez un point.

M. Gerdy. Les symptômes, les causes, le traitement, tout ce que vous voudrez.

M. Guérin. Je demande la parole.

M. Gerdy. Oui, parlez, parlez tout de suite, mais parlez scientifiquement.

M. le président. M. Gerdy, je vous invite à parler à l'Académie, et non à un de ses membres.

M. Gerdy, vivement au président. Si vous m'interrompez, vous ne saurez pas ce que je veux dire. Les formes que j'emploie sont généralement acceptées ; c'est une figure, une forme oratoire familière aux plus grands orateurs : Démosthènes haranguant contre Philippe... (Hilarité générale. M. Gerdy reprend :)

Oui, M. Guérin, vous fuyez toujours, vous n'abordez pas un seul point d'anatomie, de physiologie : je vous cherche partout, partout je vous trouve insaisissable. En attendant, je vais passer en revue quelques points de votre précédente argumentation.

C'est une manie de M. Guérin de m'accuser d'altérer ses textes, tandis que c'est lui, au contraire, qui se livre à des altérations nombreuses non-seulement sur ses propres textes, mais encore, ce qui est plus grave, sur celui des autres. Pour ce qui le concerne, n'est-ce pas lui qui a dit une première fois cette phrase : « Tous les mouvemens de la main sont conservés, » et qui une seconde fois n'a plus parlé du tout de ces mêmes mouvemens ? Quant aux altérations qu'il fait subir au texte des autres, j'en citerai quatre pour ce qui me regarde, et j'en trouverais de beaucoup plus nombreuses si je cherchais celles qu'on a fait subir aux discours de MM. Bouvier et Velpeau.

Ici M. Gerdy, par des citations et des confrontations de texte, cherche à démontrer les altérations dont il se plaint. Vous conviendrez, ajoute-t-il, qu'il est fâcheux que ces altérations tombent toujours sur la même personne, et qu'il est au moins singulier qu'elles soient toujours favorables à M. Guérin.

Lorsque, dans l'avant-dernière séance, M. Guérin voulut prouver qu'il coupait les tendons des muscles des doigts au sommet de la première phalange, il fit l'expérience devant l'Académie. Je voulus m'approcher alors de l'opérateur pour bien juger de l'exactitude de ses assertions. Mais M. Guérin me tourna le dos au moment où je l'interrompais en lui disant qu'il me semblait qu'il coupait au-dessus. La pièce fut aussitôt enlevée par M. Oudet, qui la transmit à M. Bousquet, de sorte que je ne pus rien voir. Ce procédé me semble peu académique ; ce n'est pas aux amis seuls qu'il faut confier l'examen des preuves..... (Ici, sur la demande de M. Guérin, un huissier met sous les yeux de M. Gerdy la pièce en question conservée dans l'alcool et déposée au secrétariat de l'Académie.) Qu'est-ce que cela, continue M. Gerdy ? La main ? Oh ! cela ne me fait rien pour ce que je veux prouver en ce moment, savoir, que M. Guérin m'a fait dire ce que je n'ai pas dit en me faisant l'accuser de couper les tendons au milieu de la première phalange. J'ai exprimé un doute, j'ai voulu l'éclaircir, vous avez vu comment cela m'a été impossible.

J'arrive à l'affaire du certificat M. Guérin se voyant en danger, invoqua l'appui d'une commission bénévole ; ce secours lui arriva au moment où il se noyait. Sans doute je prends beaucoup de part à sa position pénible, mais je ne peux m'empêcher de le blâmer d'en avoir voulu sortir par le moyen qu'il a employé. Une commission académique, régulièrement constituée, sérieusement investie d'une mission grave, une commission dans laquelle seraient entrés même ses adversaires, pouvait seule le tirer de ce mauvais pas. Qu'il n'écoute pas les hommes qui disent : Nous avons été victimés par les commissions. Les commissions ne victiment que l'erreur et le mensonge. A part de rares exceptions, la vérité a toujours trouvé un appui parmi les savans. Pour mon compte, seulement guidé par le désir de connaître la vérité, je me serais prosterné devant elle si M. Guérin l'avait démontrée. Mais il a préféré recourir à une *commission de secours.....* Eh bien ! cet acte est imprudent et maladroit. D'ailleurs, à l'occasion des malades présentées par M. Guérin, autant de versions que d'examinateurs. Eh bien ! il suffit que M. Bouvier et moi aient vu d'une manière, que M. Guérin ait vu d'une autre, que la commission de secours (on rit) ait encore vu d'une autre, pour qu'il fût indispensable qu'une commission passât par-là. Le certificat n'a rien éclairé sur la conservation des mouvemens de la main chez les deux malades en question ; l'obscurité n'en est devenue que plus épaisse, le doute que plus légitime. Je ne dis pas, M. Guérin, que vous ayez fait un mensonge, mais je vous accuse d'une monstruosité scientifique.

Ce certificat n'est pas seulement un acte extrà-académique, c'est encore une faute. Pour qu'il eût la valeur qu'on voulait lui donner, il eût fallu qu'à le signer eussent été appelés des hommes qui ont fait une étude particulière des mouvemens. Vous m'avez accusé d'avoir exagéré à dessein le nombre des mouvemens de la main. Non, certes, j'en pourrais décrire soixante ; et, pour qui connaît bien la structure anatomique de cet organe, ses muscles nombreux, ses os et leurs facettes multiples, je n'aurai rien exagéré. Ces mouvemens existent-ils chez vos malades? Vos amis disent oui ; mais les amis ne prouvent rien. Qui ne connaît la bienveillance et la tolérance de l'amitié? Aujourd'hui tout contrôle est devenu impossible ; M. Guérin a refusé de représenter les malades devant l'Académie. Comment voulez-vous que nous croyions au certificat quand nous n'avons plus aucun moyen d'en apprécier les assertions ? Au commencement de ce débat, M. Guérin, qui se croyait sûr de son fait, s'empressa de produire les jeunes filles ; aussitôt qu'il a été ébranlé par la discussion il les a dissimulées, il n'en a plus été question que dans le huis-clos de l'intimité. Eh bien, M. Guérin ! je vous porte aujourd'hui un défi ; ramenez de nouveau ces jeunes filles devant l'Académie ; produisez-les encore... Mais non, vous ne le ferez pas ! (Agitation.)

Quant aux signataires, je regrette qu'ils se soient fourvoyés dans ce mauvais chemin. Je les conjure de s'unir à nous pour demander une nouvelle présentation des malades ; ils le doivent ; c'est une nécessité de leur position. Je ne veux pas discuter leur certificat ; M. Bouvier s'est amplement acquitté de cette tâche ; mais jusqu'au nouvel examen que je réclame, je ne peux pas y croire. Je regrette aussi que ce soit M. Guérin qui ait entraîné l'Académie hors de ses habitudes et de ses précédens ; mais il est nouveau parmi nous, il s'appliquera sans doute à les mieux connaître à l'avenir.

(Ce discours, prononcé avec véhémence, est suivi d'une vive agitation.)

M. Paul Dubois. Il y a quelques jours, j'aurais pu demander la parole pour un fait personnel, mais je présidais alors l'Académie, et je renvoyai à un autre jour ce que j'avais à dire. Je vais le faire aujourd'hui, tout en prévenant que c'est une simple explication que je vais donner. Je tâcherai de mettre dans mes paroles cette modération, ce calme, ce sentiment des convenances qui doivent régner dans les communications académiques, et dont il est bien regrettable qu'on se soit quelquefois éloigné dans cette discussion. (Bien ! Bien !)

Vous vous rappelez, Messieurs, que notre témoignage nous fut demandé par notre collègue, M. Jules Guérin. Après un examen sérieux, consciencieux des faits, nous ne crûmes pas devoir le lui refuser. Ce témoignage a été critiqué par M. Bouvier, avec une amertume de langage, une vivacité de forme qui prennent leur source, j'aime à le croire, moins dans la nature des sentimens personnels qu'il a pour les signataires, que dans son ardeur à rechercher la vérité.

M. Guérin ne s'était pas expliqué sur le but qu'il se proposait par notre témoignage et sur l'usage qu'il en voulait faire. Mais, pour mon propre compte, j'avais bien compris que c'était une arme qu'il se préparait, un moyen de défense qu'il invoquerait au besoin, et je ne vis rien là que de légitime et de moral.

J'ai consenti et nous avons consenti à obtempérer aux désirs de M. Guérin, car nous étions bien aises de saisir l'occasion d'examiner les résultats qu'il annonçait. Oserai-je dire à l'Académie que j'avais quelque espoir que notre témoignage ne serait pas contredit, ou que, s'il l'était, ce serait au moins avec convenance. J'ai bien vu que ce n'était de ma part qu'une illusion. Cependant je persiste à penser qu'en agis-

sant comme je l'ai fait, je n'ai blessé en rien les principes d'équité, les règles ordinaires de la justice. Que l'Académie me permette aussi de lui dire que je me suis senti assez d'impartialité pour juger équitablement, assez de probité scientifique pour dire la vérité, assez d'intelligence pour la reconnaître.

M. Gerdy vient d'exprimer, à l'égard des commissions, une opinion que je ne peux partager. Il voudrait que les adversaires d'une idée, d'une théorie, d'une application, fussent introduits dans les commissions chargées de leur examen. Cette opinion est contraire aux principes généralement adoptés. On choisit de préférence les personnes qui n'ont pris parti ni pour, ni contre, qui sont restées dans la neutralité. Les adversaires, en effet, porteraient dans les commissions, non pas le doute, mais leur scepticisme; non pas examen, mais leur inimitié. Je crois donc que ce n'est là, de la part de M. Gerdy, qu'une généreuse illusion.

Je ne veux pas revenir sur la valeur de notre témoignage; ce document est aujourd'hui dans le domaine public; seulement je dirai à M. Bouvier, qui nous accuse d'avoir mal vu, que nous avons examiné les faits avec la plus scrupuleuse, la plus consciencieuse attention. Nous n'avions aucun intérêt à tromper, et cet intérêt, eût-il existé, que nous l'aurions fait taire devant le devoir.

M. Gerdy nous a dit que nous n'avions pas constaté chez les jeunes filles tous les mouvemens de la main; M. Bouvier dit qu'il fallait les apprécier *mathématiquement*. Nous n'avons pas fait cela, il est vrai, et voici pourquoi. Si j'avais à répondre à des hommes que j'estime moins et qui se feraient un jeu des arguties, je leur dirais : Ce que vous nous demandez sont des puérilités. En effet, messieurs, dans quel état se trouvaient les malades avant qu'ils fussent confiés à M. Guérin? Ils étaient attaqués d'une rétraction permanente des muscles de la main; dans cet état des choses, ils étaient privés de tout mouvement utile, lucratif. Quelles pouvaient être, dans ces cas, les prétentions de l'art (et j'ai besoin de demander pardon de rétrécir la question dans des proportions aussi minimes, aussi vulgaires)?

C'était de rendre à la main quelques mouvemens, de donner aux doigts de la mobilité, une mobilité fructueuse, lucrative surtout, mais non pas cette agilité normale qu'on demande aujourd'hui. Je ne crois pas que M. Guérin ait jamais eu cette prétention qui, en tous cas, eût été impossible. Eh bien! l'art a-t-il atteint son but? Oui, messieurs, les malades peuvent se servir fructueusement de leurs mains, ce qu'elles ne pouvaient pas faire avant la ténotomie, et ces mains ne sont plus hideuses.

Sans doute l'art n'a pu rendre à ces mains ainsi et depuis si longtemps déformées le nombre, la souplesse, la pondération des mouvemens; mais ici n'a-t-il pas fait ce qui arrive tous les jours en chirurgie? Est-ce un succès complet qu'une amputation de jambe qui nécessite un membre de bois? Est-ce un succès complet que l'opération de la cataracte, et l'art a-t-il la prétention de rendre à l'œil opéré une vision complète? L'art a fait pour les deux malades de M. Guérin tout ce qu'il pouvait faire, il a amélioré leur condition.

On s'est servi dans cette discussion d'un argument sur lequel il faut bien que je m'explique. On a dit : les témoignages des parens ont varié; tantôt ils ont dit que les malades pouvaient se livrer à certains mouvemens, à celui de coudre, par exemple; tantôt ils ont dit le contraire. Messieurs, cet argument est anti-académique, il n'a aucune valeur scientifique; des hommes qui s'estiment ne devraient jamais le produire, et il ne devrait jamais être entendu dans cette enceinte.

(Ce discours est suivi de quelques applaudissemens.)

M. Blandin demande la parole.

M. Bouvier s'oppose à ce qu'il soit entendu avant qu'un adversaire de M. Guérin ait parlé.

Il est six heures. Sur la demande de plusieurs membres, la discussion est renvoyée à samedi prochain.

Note relative à quelques cas anormaux de scarlatine; par M. le docteur A. Berton, chirurgien major du 12e de ligne.

1° Scarlatine observée deux fois chez le même individu;
2° Scarlatine sans éruption;
3° Scarlatine chez un mulâtre;
4° Scarlatine compliquée de rougeole chez un enfant déjà affecté de pityriasis.

Il serait au moins inutile de faire une longue énumération de tous les détails de chacun de ces faits; ce qu'il importe surtout, c'est de mettre à même d'apprécier leurs particularités et de constater leur réalité. Les cas de récidive de scarlatine sont tellement rares, que quelques médecins ont mis leur existence en doute, et que des praticiens répandus ont avoué n'en avoir jamais rencontré un seul exemple. M. le docteur Guersant serait de ce nombre (au dire de ses articles du *Dictionnaire de médecine*).

Le jeune homme qui fait le sujet de cette observation, actuellement âgé de vingt-trois ans, avait déjà été soigné par moi d'une scarlatine, il y a environ quatre ans, et il est à remarquer que lors de cette première atteinte, l'exanthème occupa plus spécialement la moitié inférieure du tronc et des membres abdominaux, tandis que le mois dernier l'éruption s'étendit plus particulièrement dans la partie supérieure du corps, les bras et les mains. Du reste, dans l'une et l'autre circonstance, l'affection suivit la marche à peu près régulière qu'on lui connaît. Après quelques prodromes, ici assez vagues, et se résumant en malaise avec fièvre, l'éruption eut lieu; elle s'accompagna d'un sentiment de prurit et de chaleur vers les points de la surface dermoïde envahie au rachis, et d'un assez violent mal de gorge.

Dès le début, la langue se recouvrit d'une exsudation muqueuse grisâtre et épaisse, allant en s'amincissant vers les bords, et à travers laquelle pointaient quelques papilles discrètes et rouges, exsudations qui, dans la période décroissante de l'éruption et pendant le commencement de la desquammation, semblent s'user et s'enlever par places, plus particulièrement vers la partie antérieure de la langue.

Progressivement, cet organe apparut alors comme dépouillé, d'un rouge framboisé, avec sensibilité très grande de sa surface et manifestation d'une multitude de points brillans, de corpuscules séro-transparens, réguliers, probablement dus à la turgescence d'un réseau de papilles.

La bouche et le pharynx présentaient aussi la rougeur praticulière dont il a été parlé. Il est à observer que non moins souvent la coloration de la langue et de l'arrière-bouche est vineuse, durant également jusqu'à une époque assez avancée de la période de desquammation. Cette dernière s'opéra dans ces circonstances par la séparation de lambeaux épidermoïdes plus ou moins étendus, mais de cette sorte seulement aux cuisses, aux jambes, aux bras et aux mains, tandis qu'elle eut lieu d'une façon furfuracée sur le tronc. Dans l'une et l'autre de ces atteintes l'affection dura environ quinze jours.

Les caractères spéciaux de la langue ont de l'importance et par leur singularité et par leur constance; de telle sorte qu'eux seuls permettent la constatation de la scarlatine sans éruption.

Existe-t-il, en effet, des exanthèmes sans exanthème, ou, pour mieux dire, la fièvre exanthématique peut-elle exister sans exanthème? Je n'hésite pas non plus à répondre par l'afirmative. Stoll se demandait si la fièvre scarlatineuse sans éruption était aussi fréquente que la scarlatine sans angine.

Des exemples de ce genre ont été d'ailleurs signalés depuis longtemps par Rosen, Fothergill, Huxham. M. Guersant en parle dans le Dictionnaire de médecine. M. Taupin rapporte (Journal des Connaissances médico-chirurgicales, octobre 1839) également quelques faits à l'appui de cette théorie qu'il étaie encore de plusieurs observations analogues recueillies par MM. Trousseau, Baudelocque, Bouneau et Sellier.

Un nouveau cas de ce genre s'est tout récemment présenté dans ma pratique particulière : il a trait à un jeune homme de dix-huit ans, fortement constitué, chez lequel je remarquai comme symptômes précurseurs un brisement général, de la fièvre, de l'agitation surtout la nuit, de la céphalalgie, quelques nausées, et un mal de gorge de médiocre intensité. Vers le troisième jour, l'état du malade était le suivant : pouls, 100 à 110 pulsations par minute; peau chaude, sèche, aride; agitation, insomnie, constipation; langue recouverte d'un enduit muqueux, épais, grisâtre, allant en s'amincissant vers la pointe, et traversé çà et là par des papilles rutilantes; teinte cramoisie des voiles du palais, de la luette et du pharynx; douleur, sécheresse à la gorge; mucosités visqueuses dans l'arrière-gorge, provoquant fréquemment et parfois jusqu'aux nausées, la sensation du besoin de l'expuition. Pas de changement jusqu'au quatrième jour. Vers le cinquième, la partie antérieure de la langue semble se dépouiller par l'effet d'une sorte d'usure de son enduit; elle devient d'un rouge cerise, régulièrement recouverte de ces points semi-transparens déjà décrits. Le mal de gorge et tous les symptômes vont progressivement en s'alternant jusque vers le douzième jour, époque où la convalescence du malade paraît tout à fait assurée.

M. le docteur Bertrand, auquel je dois communication du fait dont je vais parler, a dernièrement aussi, à peu près vers la même époque, observé dans un pensionnat deux cas d'angine scarlatineuse sans exanthème cutané, selon lui bien avérés; de la réalité desquels il doute d'autant moins, du reste, qu'il existait dans le même établissemont, chez d'autres élèves, des scarlatines très complètes.

La troisième singularité signalée ici se rapporte à l'une de ces affections observées chez un jeune militaire âgé d'environ onze ans, originaire de Bourbon. Après les prodromes, le cou devint d'un rouge uniforme et se recouvrit simultanément d'une éruption miliaire. La langue offrit les caractères spéciaux et successifs signalés. Il fut impossible de constater d'autre trace d'éruption sur tout autre point du corps que celui indiqué; néanmoins la desquammation fut générale; elle eut lieu par plaques et par soulèvemens furfuracés, d'une manière fort tranchée, comme on l'observe à la suite des exanthèmes scarlatineux les plus marqués; des lambeaux étendus d'épiderme s'enlevèrent, et après la sixième semaine un pied se dépouilla presque entièrement et d'une seule fois. Du reste la convalescence, chez ce malade, ne présenta rien autre chose de remarquable.

Enfin, il s'agit, dans le dernier des faits au sujet desquels je présente ces courtes remarques, de l'invasion simultanée, et comme l'on sait habituellement fort rare, d'une rougeole et d'une scarlatine chez un enfant de dix ans déjà atteint de pityriasis. Cette dernière affection, totalement négligée par les parens, remontait à plusieurs années, et s'étendait particulièrement sur les membres, dont la peau était flasque, sèche, aride et squameuse. L'invasion des deux exanthèmes fut précédée de symptômes assez prononcés de congestion cérébrale pour appeler de ce côté toute mon attention. Une forte application de sangsues, quelques dérivatifs vers les extrémités et du côté des intestins, firent assez promptement justice de ces symptômes, et dès le lendemain les éruptions s'étaient manifestées, mélangées en quelques endroits, mais plus particulièrement rubéoliques sur la face; les parties latérales du cou et du tronc, scarlatineuses sur les membres. Ces éruptions furent assez discrètes, et les inquiétudes relatives à la gravité de cette combinaison de maladies ne tardèrent pas à se dissiper. Tout se passa en effet régulièrement de la part des exanthèmes. Après le douzième jour il ne restait guère que l'ancienne affection, à laquelle furent opposés les lotions et les bains alcalins.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 22 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 152, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Redaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Depart., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

PARIS, 20 DÉCEMBRE.

Un nouvel exemple de morve chez l'homme vient de se présenter à l'hôpital Beaujon. Un postillon, entre à l'hôpital avec du délire, des pustules répandues sur toute la peau, un écoulement muqueux par les narines, de la fièvre, succomba après quelques heures de séjour. L'autopsie fit voir des abcès multiples répandus dans la peau, les muscles, les poumons, et de petites ulcérations sur divers points de la muqueuse aérienne, mais principalement sur la pituitaire, où se rencontraient les désordres les plus graves. Ces lésions suffisaient pour caractériser l'affection farcineuse. Les renseignemens, quoique un peu incomplets, apprirent que le malade s'était trouvé en contact répété avec un cheval qui, selon toutes les apparences, était affecté de morve chronique. Chez l'homme, la maladie semblait remonter à dix jours environ, c'est-à-dire qu'elle avait suivi une marche très aiguë.

Si nous donnons un résumé de ce fait, qui sera, nous l'espérons, publié dans tous ses détails par le jeune et habile praticien qui l'a observé, c'est qu'il nous semble important que l'étude de l'affection farcineuse chez l'homme ne soit pas perdue de vue, après avoir pendant quelques instans captivé tous les regards. Depuis que l'attention des observateurs a été dirigée vers cette maladie, le nombre des cas observés s'accroît chaque année (1), et toujours avec des circonstances qui prouvent de plus en plus l'exactitude des opinions professées par M. Rayer soit dans les discussions académiques, soit dans le mémoire que ce savant et laborieux observateur a publié en 1837. Malgré la sensation qu'a produite dans le public médical la mort de M. Rocher, jeune élève des hôpitaux qui contracta la morve soit en faisant l'autopsie d'un morveux, soit en le pansant, il est encore beaucoup de personnes qui doutent de la propriété contagieuse de cette funeste maladie. La non-contagion jouit encore d'un certain crédit, soutenue qu'elle est par un assez grand nombre de vétérinaires qui croient en trouver la preuve dans la rareté de l'affection chez l'homme comparée à sa grande fréquence chez le cheval. Les propriétaires de chevaux, dont l'opinion est comptée pour quelque chose par certains médecins, ne manquent pas d'appuyer de leur témoignage la doctrine des non-contagionistes, espérant ainsi rendre moins sévère l'exécution des réglemens sanitaires, et conserver pendant un temps plus ou moins long des animaux capables de rendre encore quelques services. Il importe cependant que les médecins sachent combien les faits sont opposés à cette manière de voir, dont les conséquences, si elle était généralement adoptée, produiraient les plus funestes résultats. Il nous suffira de rappeler les observations et les expériences qui ont été faites sur la morve pour démontrer jusqu'à l'évidence la propriété contagieuse de cette affection.

Nous ne parlerons pas de la contagion de la morve aiguë du cheval au cheval, fait reconnu par tous les observateurs; mais ce que tous les observateurs ne reconnaissent pas, c'est la contagion entre chevaux de la morve chronique, et à plus forte raison la transmission de cette espèce du cheval à l'homme. Disons d'abord que tous les cas de morve chez l'homme se sont montrés, sans exception, sur des individus qui avaient eu de nombreux rapports avec des chevaux malades; on n'a pas toujours, il est vrai, constaté l'espèce de morve dont ces animaux étaient affectés; mais il faut reconnaître que cet oubli n'a pas toute l'importance qu'avaient pu se l'imaginer les non-contagionistes, attendu qu'il résulte des expériences de M. Dupuy et d'autres vétérinaires que l'inoculation de la morve chronique peut produire la morve aiguë, et *vice versâ*. Il est d'ailleurs difficile de croire que parmi les individus, maintenant assez nombreux, qui ont succombé à la morve, il ne s'en soit pas rencontré quelques-uns qui l'eussent contractée avec des chevaux affectés de la forme chronique de cette affection : il est à peu près certain que l'homme qui vient de succomber à l'hôpital Beaujon était dans ce cas.

Il est à peine utile de dire que l'objection tirée du petit nombre d'hommes atteints de la morve comparé au grand nombre de ceux qui se trouvent en rapport avec des chevaux morveux, n'en est vraiment pas une : les maladies les plus éminemment contagieuses, la variole, la syphilis, n'affectent jamais tous les individus qui s'exposent à la contagion, et une différence du plus au moins ne prouverait tout au plus qu'une différence dans l'énergie des différens virus.

On doit douter de l'exactitude des faits qu'on a rapportés pour prouver que la morve pouvait se développer chez des individus qui n'avaient point été en contact avec des chevaux malades, parce qu'il est souvent fort difficile, pour les raisons que nous avons données plus haut, d'obtenir des renseignemens exacts des propriétaires ou chefs d'établissemens, qui ont intérêt à dissimuler la vérité. C'est exactement comme si l'on voulait, à l'exemple de certains médecins physiologistes, se baser sur les renseignemens fournis par certains et surtout par certaines malades pour établir la génération spontanée de la syphilis.

En résumé, nous croyons que le médecin devra, pour être utile, répandre autant que possible l'idée de la contagion, et conseiller autant qu'il sera en son pouvoir l'application rigoureuse des réglemens de police relativement aux chevaux morveux. Cela importe d'autant plus que tous les moyens mis en usage jusqu'à ce jour, evacuations sanguines générales et locales, évacuans divers, toniques, antiseptiques, se sont montrés impuissans pour arrêter la marche de cette cruelle maladie.

(1) Dans un prochain numéro, nous publierons un autre cas analogue, qui nous est communiqué par un de nos correspondans.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Clinique des maladies des enfans.)

De la variole discrète et de la varicelle.

Les médecins qui le plus récemment se sont occupés des maladies de la peau, ceux surtout qui ont adopté les classifications de Willan et de Bateman, m'ont semblé préoccupés, dans la plupart des cas, plutôt de l'état anatomique d'une lésion de la peau, que des phénomènes généraux qui les précédaient, que de son évolution, que de sa nature contagieuse, etc., etc., choses beaucoup plus importantes que les conditions extérieures d'une bulle, d'une pustnle, d'une vésicule, d'un exanthême.

Ce n'est pas qu'on ne puisse trouver et qu'on ne trouve réellement, dans l'état anatomique, des indications diagnostiques; mais ces indications ne valent et ne vaudront jamais, du moins pour les fièvres éruptives, celles que fournit l'observation attentive des autres circonstances de la maladie.

Ces réflexions, que j'ai faites bien souvent, m'ont été encore aujourd'hui suggérées par deux de nos petits malades qui sont atteints, l'un de varicelle, l'autre de variole discrète.

Il semble que, dans l'étude diagnostique de ces deux pyrexies, le point de vue anatomique soit le plus important; c'est là du moins l'opinion commune. Cependant, vous verrez que les moindres notions nous seront fournies par l'état anatomique.

L'un des enfans, jeune garçon de dix mois, est couché salle Sainte-Julie, au n° 6 bis; il n'est pas allaité par sa mère, et depuis trois mois il a une assez mauvaise santé. Il n'a pas été vacciné. Le samedi il prend un peu de fièvre; le dimanche, le lundi, le mardi suivans, la fièvre est violente; le mercredi survient une éruption de variole très discrète et la fièvre tombe.

L'autre enfant, couché salle Sainte-Julie, n° 10 bis, a été amené chez nous au huitième jour d'une variole assez confluente. Il était parfaitement guéri depuis trois semaines, lorsque mardi soir il éprouve une fièvre assez vive qui dure toute la nuit; le lendemain matin on aperçoit sur tout le corps des boutons qui simulaient une variole; la fièvre continuait.

Jusque-là, voyez l'immense différence :

Premier enfant. Variole. — Quatre jours de fièvre. Eruption le cinquième jour. Cessation de la fièvre.

Deuxième enfant. Varicelle. — Quelques heures de fièvre. Eruption dès le premier jour. La fièvre ne cesse pas.

Je continue l'histoire de mes petits malades.

Le varioleux, dès le second jour de l'éruption, eut tous les boutons qu'il devait avoir; les uns caractérisés par un petit point rouge légèrement acuminé, les autres par une petite pustule contenant déjà un peu de sérosité légèrement opaline. Il ne s'en forma plus de nouveaux.

Chez l'enfant atteint de varicelle, il sortit de nouveaux bou-

FEUILLETON.

Des différentes formes de l'aliénation dans ses rapports avec la jurisprudence, ou (On the different formes of insanity in relation to jurisprudence); par James Cowles PRICHARD. — Londres, 1842.

Les étrangers nous ont précédé dans l'étude de la médecine légale des aliénés; c'est ce que mettent hors de doute le Traité de Jurisprudence médicale de Haslam, publié en 1807 en Angleterre, et la Physiologie dans ses principales applications avec l'administration de la justice, que Hoffbaüer fit paraître en 1809, en Allemagne. Nous avons depuis, il est vrai, bien pris notre revanche, et il suffit de citer les noms de Georget, d'Esquirol et de Marc, pour faire apprécier la valeur des travaux des auteurs français. Mais ce vaste sujet est à peine effleuré, et il se passera encore beaucoup de temps avant que la folie soit suffisamment connue des jurés, des jurisconsultes et des magistrats.

M. Prichard, auquel nous devons un ouvrage sur les maladies nerveuses, une Histoire naturelle de l'homme, et un excellent Traité de l'aliénation et des autres dérangemens de l'esprit, a pensé que la médecine légale des aliénés pouvait donner lieu à des considérations nouvelles. Profitant des documens de Haslam, de Collinson, de Conolly, de Combe et de Ray (1), ses compatriotes, il vient de publier le résultat de ses méditations. L'auteur n'a point voulu faire un traité complet sur la matière, son intention a été seulement de mettre les personnes qui sont habituellement ou accidentellement en rapport avec les fous à même de bien connaître les diverses formes de leur maladie.

Au commencement de son livre, M. Prichard fait la remarque judicieuse que, lorsque la loi concerne des sujets peu connus, les définitions doivent être les plus longues possible, afin d'éviter les principes et les distinctions erronées. Ceci posé, il examiné l'état des connaissances relativement à l'aliénation chez les jurisconsultes de sa nation, et cite les opinions des célèbres lords Erskine, Dindhurst et de sir John Nicholl; il en résulte que la doctrine actuelle des cours anglaises est qu'il n'existe point de folie sans erreur ou sans hallucination. Il suffit d'avoir un peu observé les folies dites instinctives, pour reconnaître combien cette doctrine est contraire aux faits.

Un des principaux chapitres est celui que l'auteur a consacré à la folie morale, manie raisonnante de Pinel, monomanie raisonnante d'Esquirol, et à laquelle j'ai donné, il y a douze ans, dans mes considérations médico-légales sur l'interdiction des aliénés, le nom d'exaltation maniaque. Suivant M. Prichard, qui en a tracé la description la plus complète, cette variété de la folie consiste dans une perversion des sentimens, des affections, du caractère, des habitudes et de la conduite ou des facultés actives et morales de l'esprit, sans désordre appréciable de l'intelligence. Il n'est pas toujours facile d'en reconnaître l'existence; car la folie morale peut être confondue avec l'excentricité.

Un gentleman qui avait été pendant de longues années magistrat de comté, devint sujet à des accès de tristesse et d'abattement qui lui faisaient garder le lit des semaines entières. A cet état succédaient de la colère, des bizarreries et un goût passionné pour les liqueurs fortes. Il s'habillait alors en cocher, faisait des achats extravagans de chevaux et de chiens, s'enivrait avec les gens de la lie du peuple. Dans sa conversation, il ne donnait pas le plus léger signe de déraison; il n'avait ni idées fausses, ni hallucinations. Conduit devant le jury sous la prévention de folie, il fit preuve d'une très grande sagacité dans l'explication des actes singuliers qu'on lui reprochait. Sa conduite ne permettait aucun doute; il fut envoyé dans une maison d'aliénés, d'où il sortit complètement guéri après un séjour de plusieurs mois.

Les malades de cette catégorie sont nombreux, car le docteur Woodward, dans son dernier rapport sur l'asile de Massachussets, en porte le chiffre au quart de l'établissement. M. Esquirol, dans son ouvrage des Maladies mentales, en a cité quatre observations qui lui avaient été communiquées par l'auteur. M. Prichard pense que beaucoup de gens, voués pour ainsi dire au malheur, qu'on voit perdre leur fortune, leur réputation et finir leurs jours en prison ou dans une maison de travail, subissent les conséquences fatales de cette triste infirmité.

Cette opinion me paraît beaucoup plus consolante pour l'humanité que d'attribuer, dans tous les cas, les défauts, les vices à la corruption et à la perversité. Sans doute, il n'est pas toujours facile de distinguer les actions blâmables, répréhensibles, vicieuses, criminelles de l'homme qui sacrifie tout à ses passions, des actions de celui qui est sous l'influence de la folie morale; mais je crois cependant qu'un examen sérieux peut conduire à cette connaissance.

Dans la perversité que j'appellerai libre, le but et les moyens ont été médités, jugés et choisis; la volonté s'est d'elle-même décidé pour le mal; la conduite a été pour ainsi dire tout d'une pièce, et parfaitement en rapport avec le plan arrêté pour la satisfaction du penchant, de la passion. Ruse, force, dissimulation, prudence, rien n'a été omis; mais ces différens masques n'ont été que les conséquences du plan adopté. Chez l'homme entraîné par l'organisation pathologique, le mal a eu lieu sans doute, mais par bonds, par sauts inégaux, avec des excentricités, des originalités, des bizarreries qui révèlent l'influence de la cause qui le maîtrisait.

J'ai la conviction que le nombre de ces victimes de l'aliénation est considérable; et pourrait-il en être autrement? Vous perfectionnez à grands frais la culture de la terre, vous parcourez le monde pour croiser les races d'animaux; mais à part la défense de se marier entre proches, vous laissez l'homme s'allier comme il le veut, sans s'inquiéter s'il s'unit à une épileptique ou à une folle. Evaluez en France le chiffre de ces deux maladies à 60,000, et ce calcul n'a rien d'exagéré; voyez les conséquences de ces générations, elles sont incalculables. Prenez une famille un peu nombreuse, et dites-moi si vous n'y trouverez pas un épileptique, un fou; pour moi, ce résultat ne s'est jamais démenti. Ajoutez à ces produits-mères, les individus incapables d'attention, sans fixité dans les idées, les mauvais sujets d'enfance, les originaux, les gens bizarres, excentriques, les sots, et vous verrez si cette négligence pour l'amélioration de la race humaine n'explique pas d'une manière victorieuse ses imperfections et ses maladies. Si l'hérédité morbide est incontestable, nul doute que l'instrument de la pensée étant vicié, celle-ci ne doive fonctionner d'une manière anormale.

Dans beaucoup de cas, la folie morale ne se caractérise que par une grande exaltation d'esprit. Les individus sont alors plus gais, plus actifs que d'habitude; ils aiment à parler, à faire des projets, à former sans cesse de nouvelles liaisons, tandis qu'ils montrent fort peu d'affection pour leurs proches; ils sont souvent prodigues, font de grands achats d'ornemens, de bagatelles. Cette excitation peut devenir permanente chez les individus qui ont été maniaques ou furieux; elle peut alterner avec un état d'abattement. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui, sous l'influence de cette prédisposition, s'abandonnent aux excès de boisson; ils deviennent tapageurs, querelleurs, se livrent à des scènes de violence qui finissent par un accès de manie furieuse.

Une particularité notée par M. Prichard, et qui est d'une grande importance en morale, c'est qu'à la suite d'une maladie cérébrale, il n'est pas rare de voir des personnes jouissant depuis long-temps d'une réputation intacte, entourées de l'estime de leurs amis et de leurs voisins, éprouver un changement complet dans leur caractère; leurs principes de moralité se relâchent; elles deviennent dépravées, vicieuses. Peut-être faut-il attribuer à quelque maladie accidentelle ou congéniale du cerveau, ces naturels méchans, pervers, qu'on voit se développer au milieu des familles les plus respectables. Les bizarreries si étranges de l'empereur Paul, de Frédéric II, du marquis de Sade, nous paraissent susceptibles de cette explication.

Sous le rapport de la médecine légale, l'existence de la folie morale est d'un haut intérêt. On a prétendu, il est vrai, qu'il ne fallait pas confondre l'excentricité avec la folie; cette remarque est juste jusqu'à

(1) Traité de Jurisprudence médicale concernant l'aliénation; par Ray, avec une introduction de Spillan. Londres, 1839.

tons pendant cinq jours, et ces boutons prirent une physionomie en rapport avec leur âge, de sorte que, à côté de ceux qui ne faisaient que poindre à la surface de la peau, nous en trouvions d'autres déjà remplis de pus et commençant à se sécher.

Chez le varioleux, les pustules, d'abord assez inégales à la face, sur le tronc, sur les membres, prirent de jour en jour plus d'égalité et de ressemblance, surtout celles du tronc et des membres, et le neuvième jour de la maladie toutes avaient à peu près la même physionomie. Le pus qu'elles contenaient était également opaque dans toute l'auréole inflammatoire, se remarquant partout, etc. ; à la face seulement les pustules avaient cette très notable inégalité si bien notée par Sydenham, à qui rien n'a échappé de l'histoire de la variole.

Or, chez le varicelleux, la pustule prenait une tout autre physionomie. Quelques heures après qu'elle avait commencé à poindre, elle formait, la plupart du temps, une bulle parfaitement hémisphérique et transparente, ressemblant à une gouttelette de sueur. Cette bulle était entourée d'une petite injection rosée, à peine visible. Quelques boutons du même âge, c'est-à-dire datant à peine de six heures, contenaient déjà un liquide blanc et opaque, et s'entouraient d'une auréole inflammatoire très étendue, et beaucoup plus étendue, dans un certain nombre de cas, que celle qui entourait les pustules varioliques du neuvième jour.

Toutefois, quelques pustules conservaient leur forme et leur transparence pendant vingt-quatre heures, et le liquide ne se troublait que le second jour.

Disons que, plus les pustules étaient transparentes, plus aussi elles étaient arrondies et nettement hémisphériques; celles, au contraire, qui étaient promptement opaques, prenaient aussi une forme plus irrégulière.

Ce qu'il y avait de plus curieux, c'est que, tandis que les boutons de la variole directe ne faisaient éprouver à notre premier malade qu'une douleur très modérée lorsqu'on venait à les presser avec le doigt, ceux de la variole, quand ils étaient remplis de pus et entourés de l'auréole inflammatoire, étaient souvent fort douloureux.

Un fait pourtant nous a frappé : c'est que, au milieu de cette marche tumultueuse de la varicelle, quelques boutons suivaient une allure lente et mesurée, arrivaient peu rapidement à la période de maturation, et quesques-uns d'entre eux parfaitement ombiliqués, ressemblaient, à s'y méprendre, à des pustules varioliques du neuvième jour. Cette ressemblance n'a rien d'ailleurs qui doive vous étonner, puisqu'on l'observe quelquefois pour les pustules de l'impétigo, pour celles qui sont produites par le tartre stibié.

Je regrette bien de disséquer, d'émietter en quelque sorte ces deux faits et de les défigurer ainsi : l'inconvénient d'une description et d'un parallèle sera toujours de faire passer successivement sous les yeux de l'esprit de celui qui entend dire, ce que les sens de celui qui voit et qui touche saisissent dans l'ensemble.

J'ai donc été obligé de laisser là ce phénomène capital, *la fièvre*, qui, dans la varicelle, se continue pendant plusieurs jours après que la première éruption a apparu. Je veux y revenir un instant.

Sydenham suppose ce que d'ailleurs admettent volontiers aujourd'hui la plupart des chimistes philosophes, la plupart des pathologistes, qui voient par l'analogie ce que directement ils ne peuvent voir ; il suppose, dis-je, que le virus qui va donner lieu à une maladie éruptive est un ferment qui développe dans le sang des qualités nouvelles, et quelque chose d'analogue à ce que nous appelons *fermentation* dans certains produits organiques. Le sang, ainsi modifié, devient pour tous les tissus de l'économie un stimulus anormal ; de là ce qu'il appelle fièvre de fermentation, *febris ebullitionis*, par analogie avec l'ébullition de la cuve en fermentation.

Certains fermens, ou, si vous l'aimez mieux, certains virus, sollicitent dans l'économie un travail qui s'accomplit en quelques jours ; et dès que, par un émonctoire quelconque, ce produit morbide de nouvelle formation s'est frayé une issue, que ce soit à la peau ou à la surface d'une membrane muqueuse, tout cesse, à moins que la lésion locale secondaire ne devienne à son tour cause de fièvre réactionnelle. Ainsi pour la variole.

Mais, pour d'autres virus, le travail de fermentation se fait partiellement, ou plutôt successivement ; de sorte que la fièvre d'ébullition se continue lors même que l'émonction semble s'être faite, parce que chaque jour une nouvelle émonction est nécessaire pour les produits nouveaux d'un travail fermentatif nouveau. Ainsi, pour la varicelle, pour l'érythème noueux, maladies éruptives dans lesquelles la fièvre d'ébullition se continue tant que toutes les manifestations locales ne se sont pas accomplies,

Cependant, le quatrième, le cinquième, le sixième jour au plus du début de la varicelle, il ne se fait pas d'éruption nouvelle ; et alors les pustules marchent à la dessiccation avec une rapidité singulière ; de manière que, bien que nos deux enfans soient tombés malades à trois jours de distance et que la variole ait débuté avant la varicelle, néanmoins tous les boutons de celle-ci sont secs, ceux de la variole ne le sont pas encore.

Les deux maladies sont également contagieuses : on se rappelle ce qui s'est passé l'an dernier dans nos salles ; un enfant vint avec la varicelle ; quinze jours plus tard, dans l'une de nos salles, tous nos enfans, à l'exception d'un seul, avaient la maladie.

Toutes deux elles ne se contractent qu'une fois dans l avie, si ce n'est dans quelques cas fort rares.

Mais elles diffèrent en ce sens que la varicelle atteint les enfans vaccinés et ceux qui ont eu la petite vérole tout aussi aisément que les autres, et il n'en est pas de même de la variole. Ainsi, notre enfant atteint de varicelle était convalescent de la variole ; et, dans la petite épidémie de varicelle qui régnait l'an dernier dans nos salles, tous les petits malades avaient été ou vaccinés ou atteints déjà par la petite vérole.

Il m'a semblé nécessaire d'entrer dans ces détails aujourd'hui que le hasard mettait en même temps sous nos yeux, dans la même salle, deux enfans presque du même âge, atteints tous les deux d'affections que l'on ne s'habitue pas assez à distinguer l'une de l'autre.

HOTEL-DIEU. — M. BRESCHET.

Première observation. — *Fragment de verre dans la partie antérieure de la plante du pied droit, entre le premier et le second métatarsien. Angéioleucite et phlébite consécutives.* Observation recueillie par M. DEMARQUAY, interne.

Le 7 mars 1842, est entré dans la salle Saint-Côme, n° 3, le nommé Gallet, âgé de vingt-huit ans, facteur de messageries. il est de taille moyenne, d'un tempérament lymphatique et nerveux. Son père et sa mère ont une bonne santé, ainsi que ses frères. Au mois d'août 1841, il marcha la nuit dans sa chambre sur des morceaux de verre. Bien que la plaie qu'il se fit au pied droit fût assez grande et très douloureuse, cependant le malade perdit peu de sang. Ne pouvant plus marcher ni vaquer à ses affaires, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans un service de chirurgie, où l'on ne reconnut point la présence d'un morceau de verre dans la plante du pied. La plaie, regardée comme simple, guérit en peu de temps. Au bout de dix jours le malade reprit ses travaux habituels ; mais il avait conservé une assez grande sensibilité de la partie antérieurement affectée. Lorsqu'il posait le pied sur un pavé saillant, il éprouvait une douleur extrêmement vive.

Vers le mois de mars 1842, Gallet fut obligé de suspendre ses occupations, tant la marche lui était devenue pénible. Fatigué d'ailleurs par une bronchite qu'il portait depuis plusieurs mois, Gallet résolut d'entrer dans le service de M. Breschet, le 9 mars dernier. Ce chirurgien reconnaissant, après un examen attentif, la présence du morceau de verre dans la plante du pied fit une incision cruciale et retira un morceau de verre ayant deux centimètres de haut sur un centimètre de large. Ce corps étranger se trouvait fixé verticalement dans la partie antérieure de l'espace compris entre le premier et le second métatarsien. La plaie faite pour l'extraction de ce corps, qui ne se fit point sans difficulté, fut pansée avec un large cataplasme, dans le but de prévenir l'inflammation de la plaie et dans l'intention de la faire suppurer, pour entraîner au-dehors les parcelles de verre qui auraient pu rester. Cette opération, qui fut faite le 10 mars, le lendemain de l'entrée du malade, ne présenta ce jour-là aucun accident.

Mais le 11, il se développa des lignes rouges sur la partie supérieure du pied et interne de la jambe droite, s'étendant jusqu'au pli de l'aine ; la fièvre survint, en même temps la toux, qui fatiguait déjà le malade, augmenta également : une saignée fut prescrite et des tisanes pectorales.

Les jours suivans, la veine saphène interne elle même devint douloureuse dans toute son étendue ; alors vingt-cinq sangsues furent appliquées au pli de l'aine ; des cataplasmes furent appliqués sur la partie interne de la jambe et de la cuisse. Les mêmes tisanes furent prescrites.

Au bout de sept à huit jours, c'est-à-dire vers le 17 mars, le mouvement fébrile tomba, en partie au moins ; les traînées rougeâtres disparurent en même temps que la grande sensibilité que le malade accusait le long de la saphène interne diminuait d'une manière notable. Mais, en revanche, une série d'abcès se forma sur la partie interne de la jambe et de la cuisse droite, depuis la plante du pied jusqu'au pli de l'aine. Ces abcès furent au nombre de dix, présentant tous ce caractère commun d'être situés sur le trajet de la saphène interne ; de plus, plusieurs de ces abcès pouvaient communiquer avec les abcès voisins, de telle sorte qu'en pressant sur un abcès inférieur on faisait sortir le pus par l'abcès supérieurement placé.

La suppuration qui sortait chaque jour de ces abcès était abondante. A chaque soir, il survenait un petit mouvement fébrile ; la toux d'ailleurs continuait, et le malade, d'un tempérament lymphatique, avait maigri d'une manière notable, non seulement sous l'influence de la fièvre, de la suppuration, de la diète, mais encore d'un peu de diarrhée qui se manifestait de temps en temps.

Cependant, vers la fin de mars, le mieux survint ; la suppuration diminua ; elle devint de meilleure nature ; l'accès fébrile du soir cessa et l'appétit revint un peu. Les plaies furent pansées simplement.

Le 11 avril, les plaies sont presque toutes guéries ; le malade va mieux ; il tousse encore, mais moins cependant ; il est toujours maigre et a peu de forces. Un examen de la poitrine, plusieurs fois répété, fait supposer qu'il existe des tubercules au sommet du poumon, où l'on entend une respiration rude et une expiration un peu prolongée.

Le 20 avril, il survint une pleurésie à la partie postérieure, inférieure et latérale gauche ; cette pleurésie, peu intense, est

---

un certain point, quoique les considérations suivantes indiquent plus d'un lien entre ces deux états :

1° Ainsi, l'on sait que les personnes qui ont été folles restent souvent bizarres toute leur vie; 2° chez d'autres, on constate l'excentricité long-temps avant la folie, dont elle est véritablement le prodrôme; 3° certains monomaniaques sont souvent excentriques dans toutes leurs actions ; 4° enfin il y a des familles dont beaucoup de membres sont réellement aliénés, tandis que d'autres sont seulement excentriques.

Quelque fondées que paraissent ces remarques, les magistrats n'ont point à s'embarrasser des difficultés de la science ; il leur suffit, dans les cas de l'espèce, de savoir si l'individu peut être laissé en liberté, et si l'on peut lui confier sans danger le soin de sa personne et de sa fortune.

Nous passerons rapidement sur les diverses espèces de monomanies pour exposer l'opinion de M. Prichard touchant la folie instinctive.

Cette forme du dérangement de l'esprit, dit l'auteur, est sans contredit celle que chacun voudrait rejeter ; mais les faits sont trop évidens pour en nier la réalité. Dans cette variété de la folie, la volonté est momentanément sous l'influence d'une impulsion qui force tout à coup l'individu à commetttre des actes de la nature la plus révoltante, sans qu'il y soit sollicité par aucun motif d'intérêt. Au premier rang de ces folies instinctives vient se placer la monomanie homicide, on phonomanie. Parmi les faits nouveaux cités par M. Prichard, celui du capitaine Purington, d'Augusta, dans l'état du Maine, mérite une mention particulière. Cet infortuné, après avoir lu un chapitre de la Bible, tua quatre de ses fils, sa femme, ses deux filles un enfant de dix-huit mois, blessa son fils aîné, qui parvint à s'échapper, et se tua ensuite. Avant ce terrible événement, il avait fait des tentatives de suicide, et parlait souvent du désir qu'il aurait de voir sa famille jouir du bonheur éternel.

La manie du vol (cleptomanie), et celle de mettre le feu (pyromanie), appartiennent encore à la folie instinctive. M. Prichard rapporte l'observation d'une dame très riche qui volait dans toutes les boutiques ; elle succomba à une paralysie et à un ramollissement du cerveau. Un gentleman, riche de 50,000 livres de rente, avait aussi l'habitude de prendre tout ce qui lui tombait sous la main ; il mourut d'une paralysie générale. La distinction à établir entre les effets de l'instinct perverti par la maladie et ceux du dernier degré de démoralisation morale ne repose sur aucune loi générale : l'examen des circonstances peut seule éclairer ces cas particuliers.

La question des intervalles lucides doit être prise en considération. Ray en a nié la possibilité. Haslam déclare qu'une observation constante de plus de vingt-cinq années lui permet d'affirmer que les aliénés n'abandonnent jamais leurs idées fausses ; ils peuvent cacher leurs opinions, faire et dire des choses raisonnables, mais il n'en est pas moins constant que la chaîne vicieuse n'est point brisée. Prétendre que quelques phrases suivies constituent l'intégrité de la raison, c'est affirmer qu'un instrument à clef est d'accord parce que deux ou trois notes sont justes. Sans se prononcer d'une manière exclusive sur l'existence des intervalles lucides qui a été admise par Esquirol, on peut dire que si les actes civils faits pendant ces intervalles sont réputés valables, la même conclusion ne peut être admise pour les actions criminelles. En effet, les crimes qui ont été commis à cette époque sont généralement le résultat d'une excitation momentanée, produite par une provocation soudaine qui a ramené l'état pathologique, condition rigoureuse de la folie. La différence entre l'aliéné qui a des intervalles lucides et l'homme qui n'a jamais déliré, c'est que celui-ci peut, par une provocation, éprouver le plus haut degré d'exaltation dans ses passions habituelles, qui restent cependant plus ou moins soumises à sa volonté, tandis que cette même provocation détermine chez le premier un changement pathologique qui le prive de sa liberté morale.

Le chapitre de l'imbécillité, en apparence circonscrit, fournit à M. Prichard l'occasion d'appuyer l'importante remarque de Georget, qu'il y a dans les derniers rangs de la société une foule d'imbéciles, n'ayant que des notions vagues et imparfaites des devoirs sociaux et de la justice, qui fournissent aux cours d'assises, aux prisons et aux échafauds plus de sujets qu'on ne le croit généralement.

J'ai dû passer sous silence plusieurs chapitres intéressans ; mais cette analyse, quelque limitée qu'elle soit, fait assez connaître la valeur des recherches de M. Prichard. C'est un livre utile aux moralistes, aux légistes et aux médecins qui se livrent à l'étude des maladies mentales, surtout à ceux qui n'ont pas la prétention de se croire l'*alpha* et l'*oméga* de la science, et qui pensent que les étrangers peuvent aussi savoir quelque chose.

A. B. DE B.

Cas de paralysie due à la présence d'un éclat de verre; observation recueillie par M. le docteur ECK, de Berlin.

Un sous-officier de l'armée prussienne était proposé pour les invalides, en raison d'une paralysie incomplète du bras droit. M. Eck, chargé de motiver dans un certificat cet état morbide, qui avait résisté opiniâtrement à tous les moyens généraux et locaux employés jusqu'alors pour le combattre, apprit, en interrogeant le malade, que la paralysie, qui portait spécialement sur les mouvemens de flexion, avait été précédée de douleurs vives partant de la face palmaire du pouce, et s'étendant en remontant le long de l'avant-bras et du bras. Il examina alors cette face palmaire, et il y remarqua plusieurs taches blanchâtres semblables à des cicatrices de ventouses scarifiées. Sur sa demande, le malade lui rapporta que, plusieurs années auparavant, il était tombé et avait brisé dans sa chute une bouteille qu'il tenait à la main et dont les éclats l'avaient blessé en plusieurs endroits de la face palmaire du pouce ; mais les fragmens avaient été extraits avec soin, après quoi les plaies s'étaient promptement cicatrisées sous l'influence des applications froides.

M. Eck, supposant avec raison qu'il pouvait encore être resté quelque éclat de verre dans l'épaisseur des parties, comprima, de toute sa force chaque cicatrice séparément, et le malade ressentit en effet, lors de la compression exercée sur l'une d'elles, une douleur pongitive très manifeste. Le chirurgien se détermina dès lors à pratiquer une incision dans ce point : il plongea à plusieurs reprises la pointe d'un bistouri qu'il fit pénétrer profondément, et il sentit enfin la lame de l'instrument toucher un corps résistant qui lui fit éprouver la sensation que produirait le frottement sur un grain de sable. Une hémorrhagie abondante eut lieu, et, lorsqu'elle eut été arrêtée à l'aide du tamponnement et des irrigations froides, M. Eck put reconnaître et toucher la pointe d'un éclat de verre qu'il ne put retirer qu'avec beaucoup de difficulté, au moyen d'une pince garnie de charpie, tant il était fixé solidement dans la profondeur des parties. Cet éclat, long de dix millimètres, est d'une largeur inégale dans les différens points de son étendue ; l'une de ses extrémités, plus large que l'autre (environ 2 millim.), est configurée en hameçon ; c'était elle qui était la plus profondément située ; l'autre, dirigée vers la surface cutanée, est terminée en pointe. En totalité, la forme de cet éclat le fait ressembler à ces poignards dont la lame est triangulaire et creusée sur ses faces.

Après cette opération, le malade recouvra bientôt l'usage de son bras, et il ne fut plus question de le réformer.

(*Medicinische zeitung*, 1842, n° 32.)

— M. Bazin, médecin du Bureau central, est nommé médecin de l'hôpital de Lourcine, en remplacement de l'infortuné Hourmann.

— M. Jobert de Lamballe vient d'être autorisé par le roi à porter l'Ordre du Lion néerlandais, qui lui a été accordé par le roi des Pays-Bas.

promptement guérie par l'emploi des saignées locales et générales, et des vésicatoires volans.

Ce malade néanmoins sortit guéri le 3 mai dernier, mais portant avec lui les signes d'une affection plus grave.

— Cette observation, de laquelle j'ai retranché bon nombre de détails ne se rapportant pas d'une manière directe au fait capital qu'elle renferme, pourrait être rapprochée de celle d'un petit jeune homme qui se trouve maintenant dans la même salle, n° 13, et qui présente également des abcès sur le trajet de la veine saphène à la jambe, et de celle d'un homme très fort, très vigoureux, qui, en 1840, fut placé dans le même hôpital, au n° 9 de la salle Saint-Jean, lequel, à la suite d'un phlegmon du pied et de la partie inférieure de la jambe, eut également une phlébite de la saphène avec formation de neuf abcès tout le long du trajet de ce vaisseau.

Et cependant dans aucun de ces cas, on ne vit survenir aucun symptôme général dénotant la diathèse purulente, quoique rien ne fût plus propre à la développer dans le cas que nous rapportons. La constitution du sujet, l'état général et l'état local, tout devait tendre à produire cette diathèse. Peut-être les idées émises sur la phlébite par MM. Blandin, Breschet et Cruveilhier rendraient-elles mieux compte de ce fait, qui m'a paru présenter un certain intérêt au point de vue de la phlébite.

— Cette observation est non-seulement intéressante par les accidens que l'extraction du corps étranger a produits, mais encore par le temps pendant lequel ce corps est resté enfermé dans la plante du pied de ce malade.

Deuxième observation. — *Chute sur le cordon spermatique. Volume considérable des bourses à la suite de cette chute. Phlébite probable des veines du cordon.*

Le 12 juillet dernier, Lemaire (Félicien), Belge d'origine, et occupé aux fortifications, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Cet homme se plaignait d'être incommodé par le volume énorme des bourses qui offraient, au moins, le volume de la tête d'un adulte; elles présentaient, en outre, cette teinte et ce poids qu'elles présentent chez les malades affectés de la maladie de Bright. Reçu pour la salle Saint-Côme où il fut placé au n° 4, ce malade est d'un tempérament lymphatique, mais vigoureusement constitué. Pour toute maladie, il a souffert, il y a dix ans, dans la région des reins; mais les douleurs qu'il a ressenties n'étaient point bien vives. Depuis cette époque, il n'a jamais souffert dans cette région. Lemaire n'était occupé que depuis peu de jours aux fortifications, lorsqu'il se laissa tomber sur le timon d'une brouette qu'il poussait devant lui. La contusion porta seule sur la région inguinale droite. La douleur qu'il éprouva était très vive; cependant il continua de travailler toute la journée du 8 juillet, époque de l'accident.

Le 9, les douleurs étaient encore vives dans le cordon; il survint un peu d'œdème des bourses et du membre inférieur.

Le 10 et le 11; cet œdème ne fit qu'augmenter, sans que d'ailleurs d'autres accidens se manifestassent.

Le 12 juillet, jour de son entrée, les bourses présentaient l'aspect que nous avons indiqué. La verge était également tuméfiée, ainsi que les membres pelviens; toutefois, l'œdème des membres inférieurs était marqué, surtout à droite. Le malade souffrait quand on pressait sur la région inguinale droite; et on trouvait encore dans ce point les traces de la contusion qu'il avait reçue. La région des reins et le ventre, examinés avec soin, ne présentaient rien de notable; et cependant cette tuméfaction énorme des bourses et de la verge faisait soupçonner une affection des reins, bien que les membres inférieurs fussent peu œdématiés et que les parties supérieures ne parussent point participer à cet état. D'ailleurs, le malade a bon appétit; point de fièvre. Les urines, traitées par l'acide nitrique et par la chaleur, n'offrirent jamais le plus petit nuage, ni le moindre précipité. Cet examen fut fait à plusieurs reprises, sans résultat. Le jour même, des ventouses furent appliquées dans la région des reins, et une tisane diurétique fut prescrite.

Le 13 juillet, le lendemain de son entrée, il n'offre aucune amélioration. Tisane diurétique; repos et des potages.

Le 14, il y a une diminution notable dans l'œdème des bourses et des membres inférieurs, surtout le gauche. Le malade souffre encore dans la région inguinale. Même régime.

Le 18, toutes les parties malades sont revenues à peu près à leur état normal; il souffre encore un peu dans le cordon. On donne des alimens.

Enfin, le 25 juillet, le malade sort parfaitement guéri.

Quel peut être la cause de l'état pathologique qu'a présenté ce malade? A la première vue, on pouvait penser que l'on avait affaire à une maladie des reins; mais l'état sain des urines, l'absence de douleurs dans la région des reins, font tout de suite rejeter cette cause. Si, d'autre part, on songe que ce malade, d'ailleurs très fort, est tombé violemment sur le timon de la brouette qu'il poussait devant lui, il devient assez facile d'expliquer ce fait. La contusion des veines du cordon les aura enflammées au point d'amener la formation de caillots qui, plus tard eux-mêmes, se seront opposés au retour du sang des bourses; de là l'œdème de ces dernières. Mais cette contusion ne s'est point arrêtée là; il existe au-dessus du canal inguinal une teinte jaune de la peau, qui tient à un épanchement sanguin dû lui-même à la contusion produite par le choc. Or, il est probable que la contusion aura eu également lieu sur les vaisseaux iliaques droits. Cette pression du timon de la brouette sur ce point a dû être d'autant plus forte, que le malade était plus vigoureux. Il se sera formé dans cette veine, comme dans les veines du cordon, un caillot qui aura gêné la circulation veineuse et qui aura amené l'œdème du membre droit, plus considérable que celui du membre gauche. Quant à ce dernier, l'œdème qu'il a présenté ne peut tenir qu'à la prolongation du caillot de la veine iliaque droite jusqu'à l'origine de la veine cave inférieure, dans lequel cas il aurait pu également gêner le retour du sang veineux. Ce n'est là qu'une explication que légitime l'état de souffrance du cordon et de la région de la fosse iliaque droite. Ajoutons, en terminant, que le cordon et les testicules ont toujours été parfaitement sains.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 décembre 1842. — Présidence de M. FOUQUIER.

Recherches sur la nature chimique des tubercules. — *M. Félix Boudet* lit, sous ce titre, un mémoire dont il nous a été impossible de saisir un seul mot au milieu du bruit des conversations particulières.

MM. Lecanu, Bricheteau et Jolly sont chargés de rendre compte de ce travail.

ÉLECTION DES MEMBRES DU BUREAU POUR 1843.

Président.

Le scrutin donne 90 votans; majorité, 45.

M. Paul Dubois a obtenu 77 voix, M. Ferrus 3, M. Roche 2, M. Bussi 1, M. Breschet 1, M. Husson 1, M. Barthélemy 1, M. Nacquart 1, M. Rochoux 1, M. Capuron 1. Billet blanc 1.

M. Paul Dubois ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé président pour l'année 1843.

Vice-président.

Nombre des votans, 95; majorité, 48.

M. Ferrus a obtenu 56 voix, M. Roche 19, M. Duméril 7, M. Husson 2, M. Breschet 2, M. Bégin 2, M. Bussi 1, M. Delens 1, M. Ollivier (d'Angers) 1, M. Castel 1, M. Barthélemy 1, M. Royer-Collard 1. Voix perdue 1.

M. Ferrus ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président.

Secrétaire annuel.

Nombre des votans, 90.

M. Dubois (d'Amiens) a obtenu 70 voix, M. Ollivier (d'Angers) 13, M. Gérardin 5, M. Royer-Collard 1, M. Réveillé-Parise 1.

En conséquence, M. Dubois (d'Amiens) ayant obtenu la majorité des suffrages, est nommé secrétaire annuel.

Membres du Conseil d'administration. — Trois nominations à faire.

MM. Fouquier, Réveillé-Parise, Lacournère, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés membres du Conseil d'administration.

Rétrécissement de l'œsophage. Corps étranger. — *M. F. Bérard* met sous les yeux de l'Académie les pièces pathologiques provenant d'un sujet mort dans son service, dans les circonstances suivantes. Un homme se présenta dans un état de maladie très grave. L'examen fit reconnaître un rétrécissement de l'œsophage situé derrière l'entrée de la trachée-artère au-dessous du larynx. Une sonde œsophagienne, introduite avec précaution, ne pouvait pas pénétrer au-delà de certaines limites, et donnait la sensation d'un corps rugueux. M. Bérard se demanda si ce n'était pas là un cas propre à tenter l'opération de l'œsophagotomie, mais le malade succomba avant que toute décision fût prise à cet égard. A l'autopsie on a trouvé un rétrécissement considérable de l'œsophage, avec épaississement et altération des tissus; au-dessus de ce rétrécissement existait une sorte de bourrelet formé par un noyau de prune enclavé dans les tissus. La présence de ce corps étranger explique la difficulté de la pénétration de la sonde et des injections, ainsi que la sensation d'un corps rugueux. En supposant que le diagnostic de ce corps étranger eût pu être porté du vivant de l'individu, que convenait-il de faire dans ce cas? M. Bérard aurait tenté l'extraction du corps étranger, et, si elle eût été impossible, il aurait eu recours à l'œsophagotomie; mais il croit que cette opération n'eût pas été suivie de succès, car il pense que le rétrécissement de l'œsophage a dû précéder l'ingestion du corps étranger, qui ne s'est arrêté dans ce canal qu'à cause de l'obstacle que lui opposait le rétrécissement. Du reste, M. Bérard ne connaît pas dans la science de fait analogue.

Disparition des tumeurs érectiles par la vaccination. — *M. Pigeaux* présente à l'Académie un enfant qui portait sur le front une tumeur érectile qui a complètement disparu à la suite de piqûres de vaccination sur la tumeur elle-même.

M. Bousquet a vu souvent des cas semblables, et préconise avec confiance ce moyen.

Mode de cicatrisation des muscles de l'œil après l'opération du strabisme. — *M. L. Boyer* met sous les yeux de l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui présente la cicatrisation du muscle droit interne de l'œil, coupé dans l'opération du strabisme 23 mois avant la mort.

Une jeune fille de douze ans, affectée d'un strabisme convergent très prononcé de l'œil droit, fut opérée par M. L. Boyer le 21 janvier 1841. Le résultat de l'opération fut une guérison prompte et complète; l'œil reprit sa direction régulière et recouvra rapidement ses mouvemens; ceux d'adduction eux-mêmes redevinrent complets, la cornée pouvant se porter jusque dans l'angle interne de l'œil. Ce résultat s'est parfaitement maintenu jusqu'au jour de la mort, qui a eu lieu le 17 décembre 1842, par suite d'une affection tuberculeuse dont les premiers symptômes ne se sont manifestés que dans le cours de cette année.

Une circonstance remarquable de cette opération, qui a eu pour témoins MM. Breschet, Capuron, Amussat et plusieurs autres médecins, c'est que l'œil avant l'opération ne pouvait distinguer aucun objet, à tel point qu'un chirurgien très compétent sur cette matière le considérait dès-lors comme amaurotique. Aussitôt après l'opération il a pu reconnaître une clef, une pièce de cinq francs et plusieurs autres objets. Cette faculté visuelle acquise par le bénéfice de l'opération s'est maintenue jusqu'à la mort, et même a fait graduellement encore des progrès.

Sur les deux yeux, préparés avec soin afin que le gauche pût servir de terme de comparaison, on voit que le muscle coupé a contracté une nouvelle adhérence tendineuse très solide avec le globe de l'œil. Ce tendon se fixe sur la sclérotique à 9 millimètres de distance de la cornée, tandis que cette distance est de 7 millimètres pour le muscle qui n'a point été opéré. De plus, pour ce dernier, les fibres charnues se perdent graduellement dans la substance du tendon et sont encore perceptibles à 3 millimètres de l'insertion de la sclérotique, tandis que pour l'autre elles cessent toutes brusquement à la distance de 11 millimètres. Il n'y a aucune apparence musculeuse dans le tendon qui offre cette longueur. Il est donc bien évident que c'est un tendon de formation nouvelle, qui s'est organisé après l'opération et qui s'est fixé sur le globe de l'œil en arrière de son insertion primitive, qui a disparu.

Déjà M. L. Boyer avait le premier présenté, le 12 janvier 1841, des pièces de pathologie expérimentale recueillies sur des animaux auxquels il avait pratiqué la section des muscles de l'œil, et qui démontraient cette disposition de la cicatrice tendineuse après l'opération. Une autopsie faite en Angleterre par M. Babington a offert des résultats identiques. Il en de même d'une pièce présentée à l'Académie par M. Bouvier, et d'une autre qui se trouve entre les mains de M. Lenoir. Il est donc bien évident, que c'est là véritablement le procédé que la nature emploie dans tous les cas pour rétablir les fonctions du muscle après l'opération.

Remarquons que, dans ce cas, le résultat s'est maintenu pendant 23 mois; et qu'à la mort on a trouvé une disposition anatomique qui présente toutes les conditions désirables d'organisation définitive. Il n'y a donc pas lieu de supposer qu'une épreuve plus prolongée eût pu être défavorable au résultat de l'opération. Ce fait est sous ce rapport encore conforme à l'expérience, aujourd'hui acquise, qui prouve que s'il a pu y avoir dans le principe des insuccès dus à des opérations incomplètes. trop étendues, ou pratiquées suivant des procédés défectueux, les guérisons obtenues se maintiennent jusqu'à ce jour sans récidive.

M. Bouvier. Je partage l'opinion de M. L. Boyer sur la manière dont les muscles de l'œil divisés reprennent une nouvelle insertion sur la sclérotique, en arrière de l'insertion normale. On a dit qu'il en était autrement après la section sous-conjonctivale et après certaines opérations ayant pour but de *renouer* les bouts de muscles restés séparés; qu'il y avait alors réunion des deux bouts, comme aux membres, et conservation de l'insertion normale. Mais on n'a encore produit, que je sache, aucune preuve anatomique à l'appui de cette seconde opinion. Toutes les dissections sont jusqu'ici en faveur de la première. Il serait toutefois à désirer que l'inspection directe vînt lever tous les doutes, et j'engagerais M. L. Boyer, qui s'est occupé avec tant de succès de toutes les questions relatives à l'opération du strabisme, à expérimenter sur les animaux les procédés dont il s'agit, au point de vue du mode de cicatrisation des muscles, en attendant qu'il se présente une occasion de faire l'examen cadavérique de personnes sur lesquelles ces procédés aient été appliqués.

— Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

N. B. Dans notre dernier compte-rendu de la discussion sur la ténotomie, nous avons oublié de mentionner une phrase du discours de M. Paul Dubois, que notre impartialité nous fait un devoir de reproduire. Après avoir énuméré les résultats obtenus par la ténotomie sur les mains des deux jeunes filles opérées par M. Guérin, M. Dubois a ajouté: « On a appelé ce résultat *un malheur;* non, Messieurs, ce n'est pas un malheur, c'est un service. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance annuelle du 19 décembre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

Après la proclamation des prix et des récompenses décernés par l'Académie pour 1831, M Isidore Geoffroy Saint-Hilaire lit un Mémoire sur la *méthode zoologique de Linnée.*

— *M. Flourens,* l'un des secrétaires perpétuels, prononce l'*éloge de M. de Candolle.*

PROGRAMME DES PRIX POUR 1843.

Grand prix des sciences physiques, proposé en 1837 pour 1839, et remis au concours pour 1843.

L'Académie avait proposé pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner dans la séance publique de 1839, la question suivante, qu'elle remet au concours pour 1843:

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des changemens chimiques, physiques et organiques, qui ont lieu dans l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et chez les batraciens.

» Les concurrens devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel; ils examineront par des expériences directes l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. »

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 francs. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1843. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leur nom dans un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

Les deux questions suivantes sont proposée pour l'année 1843:

» 1° Déterminer par des expériences d'acoustique et de physiologie, quel est le mécanisme de la production de la voix chez l'homme.

» 2° Déterminer par des recherches anatomiques la structure comparée de l'organe de la voix chez l'homme et chez les animaux mammifères. »

Chaque prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 f. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie avant le 1er avril 1843. Ce terme est de rigueur. Les auteurs devront inscrire leurs noms sur un billet cacheté, qui ne sera ouvert que si la pièce est couronnée.

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. de Montyon.

L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de 895 fr. à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera decerné dans la première séance publique de 1842.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs ont dû être envoyés franc de port au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1842.

Divers prix du legs Montyon,

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée: dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés, ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé: mais les libéralités du fondateur et les ordres du roi ont donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable; en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Conformément à l'ordonnance du 23 août, il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conformément aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs ont dû être envoyés franc de port au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1842.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1841.

SCIENCES PHYSIQUES. — *Rapport sur le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1841.*

La commission nommée par l'Académie à l'effet de décerner le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1841, commission composée de MM. Duméril, Becquerel, Magendie, Flourens et de Blainville, m'a chargé de lui présenter son rapport ainsi qu'il suit:

Elle a reçu les ouvrages de huit concurrens.

L'un ne lui a pas paru devoir être considéré comme susceptible d'entrer au concours.

Deux lui ont semblé dignes d'être mentionnés honorablement com-

me ayant traité des questions d'un véritable intérêt, et quoique ces questions ne se rattachent peut-être pas encore directement à la physiologie expérimentale :

Le premier, intitulé : « Recherches anatomiques et physiologiques sur » les ovaires de l'espèce humaine considérés spécialement dans leur » influence sur la menstruation », par M. le docteur Négrier, d'Angers;

Le second, en italien, sur l'influence de la nourriture et de la boisson sur la fécondité et la proportion des sexes dans les naissances chez l'espèce humaine, ainsi que sur le nombre et la position des mamelles dans tous les mammifères; par M. le professeur Bellingier, de Turin.

Quoique le sixième soit essentiellement anatomique, la commission a cependant cru devoir le distinguer d'une manière toute particulière, à cause des recherches délicates et des résultats fort curieux qu'il renferme sur les changemens que subissent toutes les parties de l'organisation d'une mouche dans ses métamorphoses.

Il est dû à M. le docteur Léon Dufour, correspondant de l'Académie, et depuis long-temps connu d'elle par de nombreux et bons Mémoires sur l'anatomie des insectes.

Deux n'ont pu être suffisamment examinés sous le rapport des expériences qui demandent à être répétées, et sont en conséquence renvoyés au concours de 1842.

Ce sont :

1° Etudes nouvelles sur les phénomède de la vie, par le docteur Gabillot;

2° Expériences physiologico-pathologiques sur le mécanisme de l'inflammation, par M. Robert-Latour.

Enfin, deux genres de travaux seulement lui semblent répondre aux intentions du fondateur et mériter le prix de physiologie expérimentale pour 1841.

Ce sont :

1° Quatre Mémoires de M. le docteur Longet.

Le premier sur les fonctions du larynx chez les mammifères;

Le second sur l'irritabilité musculaire;

Le troisième sur les fonctions sensoriales et motrices des cordons de la moelle épinière, et les racines des nerfs qui en émanent;

Le quatrième sur les fonctions de l'épiglotte.

2° Essai sur les phénomènes électriques des animaux, par le professeur Matteucci; essai formé déjà de deux mémoires importans :

L'un sur l'électricité manifeste dans le choc de la torpille;

L'autre sur l'électricité qui se développe dans la contraction musculaire de la grenouille et des animaux à sang chaud, et principalement sur celle qui constitue le courant électrique propre dans ces mêmes animaux.

En conséquence, à l'unanimité, sauf à l'égard de M. Longet, pour plusieurs des travaux duquel l'un de nous a cru devoir se récuser, comme ne pouvant pas être juge et partie sur des questions dont il s'est lui-même beaucoup occupé, la commission partage le prix entre MM. Matteucci et Longet.

L'Académie, sur les conclusions de la commission, accorde à chacun des deux concurrens qui ont partagé le prix, MM. Longet et Matteucci, pour les dédommager des frais auxquels les ont entraînés leurs expériences, une somme de 1,500 fr.

Prix relatifs aux arts insalubres. (Concours de 1841.)

Sur la proposition de la commission des arts insalubres, composée de MM. Thénard, Chevreul, Séguier, Pelouze, et Dumas rapporteur, l'Académie accorde :

1° Un prix de 3,000 fr. à M. de la Rive, professeur de physique à Genève, pour avoir le premier appliqué les forces électriques à la dorure des métaux, et en particulier du bronze, du laiton et du cuivre.

2° Un prix de 6,000 fr. à M. Elkington, pour la découverte de son procédé de dorure par voie humide, et pour la découverte de ses procédés relatifs à la dorure galvanique et à l'application de l'argent sur les métaux.

3° Un prix de 6,000 fr. à M. de Ruolz, pour la découverte et l'application industrielle d'un grand nombre de moyens propres soit à dorer les métaux, soit à les argenter, soit à les platiner, soit enfin à déterminer la précipitation économique des métaux les uns sur les autres par l'action de la pile.

Prix de médecine et de chirurgie. (Concours de 1841.)

Les ouvrages examinés par la commission composée de MM. Breschet, Double, Serres, Roux, Duméril, Larrey, de Blainville, Is. Geoffroy-St-Hilaire, et Magendie rapporteur, ont été, pour 1841, moins nombreux que ceux des années précédentes. On en trouvera la raison dans la sévérité mise à exécuter littéralement le programme adopté par l'Académie, c'est-à-dire à n'admettre à concourir que les ouvrages accompagnés d'analyses où l'auteur mentionne la *découverte* ou les *découvertes* sur lesquelles il fonde ses prétentions. Grâce à cette sévérité, de trente-six ouvrages inscrits, il n'en est plus resté que vingt-six, dix ne remplissant point les conditions du programme.

Il est à croire qu'à l'avenir les auteurs, avertis par cet exemple, ne s'excluront plus eux-mêmes du concours, en négligeant une formalité très simple qu'il leur est si facile de remplir.

Une autre décision de la commission est encore venue diminuer le nombre des prétendans : se conformant à de sages précédens, la commission n'a point admis à concourir les découvertes, quelle que fût d'ailleurs leur importance, qui n'ont point reçu de l'expérience la sanction suffisante. Pour ce motif, dont l'Académie comprend aisément toute la portée, ont été renvoyés à de futurs concours les ouvrages proposant de nouvelles opérations chirurgicales destinées à guérir le stabisme, la myopie, le bégaiement, etc. Bien que ces ouvrages, et particulièrement celui de M. Lucien Boyer, offrent, par le grand nombre de faits anatomiques et pathologiques qu'ils renferment, un mérite remarquable, la commission croit devoir s'abstenir et attendre l'épreuve du temps.

Trois ouvrages, l'un de M. Petit de Maurienne, sur les habitations, l'autre de M. Marc Despine, sur les lois de la mortalité à Genève, le troisième de M. Dubois, sur la pathologie expérimentale, n'ayant pas directement trait au prix que la commission est chargée de décerner, ont été renvoyés soit à commission de statistique, soit à celle des arts insalubres; soit enfin à la commission de physiologie.

Malgré la perte douloureuse de deux de ses membres, malgré la maladie ou l'absence de quelques autres, tous les ouvrages admis, au nombre de vingt-un, ont été l'objet d'un rapport et d'une discussion spéciale. Après les avoir mûrement examinés, et en tenant compte des restrictions ci-dessus mentionnées, la commission a acquis la certitude qu'aucun des ouvrages présentés au concours, pour l'année 1841, ne contenait de découvertes assez importantes pour mériter un prix; mais elle pense que plusieurs de ces œuvres méritent encouragement et même récompense.

En conséquence, la commission a arrêté qu'une récompense serait donnée à M. le docteur Bouillaud, pour les deux ouvrages qu'il a envoyés au concours, et dont l'un a pour sujet les Maladies du cœur, et l'autre le Rhumatisme. En donnant une telle distinction à ces ouvrages, qui renferment des faits et des éclaircissemens nouveaux sur le diagnostic de maladies très graves, la commission n'entend se prononcer ni sur les idées théoriques de l'auteur, ni sur le mode de thérapeutique qu'il propose, l'expérience n'ayant pas encore prononcé définitivement sur chacun de ces points.

Une récompense a été accordée à M. Grisolle, pour son livre sur la *pneumonie*. Sans rien renfermer de neuf, cet ouvrage, par la manière dont il résume les faits et dont il apprécie les divers traitemens d'une maladie des plus fréquente, a paru digne d'être distingué.

La commission accorde un encouragement à M. Becquerel, pour ses recherches sur la *séméiotique des urines*. Cet ouvrage contient un grand nombre d'expériences qui, poursuivies et variées avec l'excellent esprit qui dirige le jeune auteur, amènera sans doute d'utiles améliorations dans l'art difficile d'apprécier le caractère des maladies.

Enfin, la commission a décidé qu'elle mentionnerait honorablement le mémoire de M. Félix Hatin, sur l'*Hémaleucose*.

Quant aux travaux chirurgicaux, la commission a arrêté qu'il serait donné une récompense à M. Amussat, pour sa *Nouvelle méthode d'entérotomie lombaire*;

A M. Ségalas, pour son nouveau mode de traitement des *fistules urinaires*, et à M. Ricord, pour l'heureux perfectionnement qu'il a apporté à cette méthode.

Une mention honorable est donnée à M. Mercier, pour son ouvrage sur les *maladies des voies urinaires*.

La commission a donc l'honneur de proposer à l'Académie de donner, à titre de récompense :

A M. le docteur Bouillaud, la somme de 4,000 francs;
A M. le docteur Amussat, 3,000 fr.;
A M. le docteur Grisolle, 2,000 fr.;
A M. le docteur Ségalas, 1,500 fr.;
A M. le docteur Ricord, 1,000 fr.;
A M. A. Becquerel, comme encouragement, 1,000 fr.

NOUVELLES.

Dans la salle qui précède la salle des séances de l'Académie de médecine se trouvait, mardi dernier, une femme portant un petit enfant, conduite par un médecin de la ville, qui racontait les choses suivantes.

Cette femme, mariée à un employé du chemin de fer de la rive gauche, apprend dans la soirée du 8 mai dernier la catastrophe qui venait d'arriver. Cette femme était enceinte de deux mois; elle court à l'embarcadère, demande et cherche son mari, qu'elle croit mort ou blessé et ne le trouve pas. Un convoi portant les restes carbonisés des victimes arrivée en ce moment, et cette femme éprouve toutes les émotions qu'un si triste spectacle peut susciter à une femme surtout qui croit son mari au nombre des victimes. Cependant il n'en était rien; le mari revint sain et sauf.

Sept mois après cette femme a accouché d'un enfant dont le dos, le ventre, les bras et les cuisses présentèrent de larges taches noirâtres, semblables par la couleur aux effets produits par la carbonisation.

Est-ce un fait de simple coïncidence? Est-ce au contraire une preuve de l'influence des émotions morales de la mère sur le fœtus? Bornons-nous à constater le fait.







PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 153, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DE BARCELONE.

Blessés des 15 et 16 novembre.

Nous empruntons au numéro de décembre du *Repertorio medico*, journal de Barcelone, les renseignemens suivans sur les blessés qui ont été admis à l'hôpital militaire de cette ville lors de l'insurrection de cette grande cité.

Les chirurgiens attachés à cet établissement, Don Jose Oriol Navarra, D. Tomas Mer, D. Pedro Felipe Monlau, D. Juan Achard et D. Juan Parès, ont eu la bonté de nous fournir les renseignemens nécessaires pour dresser l'état suivant :

Etat raisonné des blessés reçus à la suite des engagemens qui ont eu lieu les 15 et 16 novembre, dans les rues et les forts de Barcelone.

	Nombre des blessés.	
Contusions et blessures provenant de balles de fusils, simples, sous-cutanées ou intéressant seulement les parties musculaires superficielles de la tête et du tronc (parmi elles il s'en trouve une de la pointe de la langue qui a été guérie en peu de jours),	11	
Idem, ayant leur siége sur les membres,	41	
Blessures graves de la tête ou du tronc, sans lésion apparente des os.		
Blessure ayant son orifice d'entrée à la région fessière droite, et son orifice de sortie dans le pli qui sépare le pénis du scrotum,	1	
Blessure à la région scapulaire droite, avec présence probable du projectile,	1	
Blessure non pénétrante à la région iliaque droite, et autre blessure contuse très forte au tiers supérieur de l'avant-bras droit,	1	
Blessure ayant son orifice d'entrée et de sortie à la partie moyenne de la région iliaque gauche,	1	
Blessure ayant son orifice d'entrée à la partie supérieure et moyenne de la région scapulaire droite, et son orifice de sortie en avant de la 3e vert. dorsale,	1	
Blessure ayant son orifice d'entrée à la partie supérieure et moyenne de la région scapulaire gauche, et son orifice de sortie en avant de la 3e vertèbre dorsale,	1	
Blessure à la région interscapulaire, compliquée d'un abcès à la région mamillaire droite,	1	
Blessures à la région mésogastrique et à la région mamillaire gauche, l'une et l'autre superficielles, mais compliquées de tétanos,	1—	8
Blessures graves des membres, sans lésion apparente des os.		
Blessure à la partie supérieure du bras ; une autre à la partie inférieure de l'avant-bras ; et une troisième à la partie supérieure de la jambe ; toutes les trois du côté gauche,	1	
Blessure au tiers inférieur du bras gauche, avec une seule ouverture par laquelle le projectile a été extrait,	1	
Blessure ayant son orifice d'entrée à la partie inférieure et interne de l'avant-bras, et son orifice de sortie au tiers inférieur et postérieur du bras droit,	1	
Blessure contuse très forte à la partie moyenne de l'avant-bras droit, compliquée par la présence du projectile, pour l'extraction duquel il a été indispensable de pratiquer une contre-ouverture,	1	
Blessure ayant son orifice d'entrée à la région crurale externe gauche, et son orifice de sortie au tiers supérieur de la face interne de la cuisse, et ayant donné lieu à plusieurs hémorragies,	1	
Blessure au centre de la région crurale antérieure droite, avec présence probable du projectile,	1	
Blessure au centre de la région rotulienne droite,	1	
Blessure très étendue à la région tibiale postérieure gauche,	1	
Blessure à la partie interne du tiers supérieur de la jambe gauche, sans orifice de sortie,	1	
Blessure au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne gauche,	1	
Blessure au dos du pied droit, compliquée de tétanos (1),	1—	11
Blessures avec fracture ou autre lésion apparente des os.		
Blessure ayant ses orifices d'entrée et de sortie dans l'épaisseur du pariétal gauche, avec lésion probable de la masse cérébrale, et hémorrhagies répétées (très graves),	1	
Blessure au front, avec fracture du coronal, mais sans accidens (curable),	1	
Blessure à la région maxillaire gauche, avec fracture de l'os malaire, et dont il a été impossible d'extraire la balle (grave),	1	
Blessure à la région scapulaire postérieure droite, avec fracture de l'omoplate (très grave),	1	
Blessure à l'épaule droite, avec fracture probable, et autre blessure très étendue et contuse à la partie inférieure de l'avant-bras gauche, avec fracture comminutive du cubitus (très grave),	1	
Blessure ayant ses orifices d'entrée et de sortie à l'avant-bras gauche, avec lésion probable du cubitus (grave),	1	
Blessure avec fracture à la partie moyenne de l'humérus gauche (grave),	1	
Blessure à l'avant-bras-droit, avec fracture du radius (curable),	1	
Blessure au tiers inférieur de l'avant-bras gauche, avec fracture du radius (curable),	1	
Blessure ayant son orifice d'entrée au bord cubital du cinquième os du métacarpe, et son orifice de sortie entre les premier et second os métacarpiens, avec fracture (curable),	1	
Blessure avec fracture d'une phalange du petit doigt de la main gauche, qui a été amputé (légère),	1	
Blessure avec fracture du petit doigt de la main droite, et blessures simples du doigt annulaire de la même main et du petit doigt de la main gauche, avec orifice d'entrée et de sortie (grave),	1	
Blessure à la région fessière droite, et lésion probable des os du bassin,	1	
Blessure à la partie inférieure de la région crurale externe gauche, avec fracture comminutive du fémur, présence du projectile dans la profondeur de la plaie (très grave),	1	
Blessure contuse très forte du genou droit, avec fracture des extrémités articulaires du fémur et du tibia (si le sujet ne succombe pas aux accidens inflammatoires sur-aigus qui se sont développés, peut-être deviendra-t-il nécessaire de pratiquer l'amputation de la cuisse),	1	
Blessure très étendue et contuse de la partie moyenne de la jambe gauche, avec légère fracture probable du tibia et du péroné (très grave),	1	
Blessure ayant ses orifices d'entrée et de sortie à la partie moyenne de la jambe gauche, avec fracture du tibia (très grave),	1	
Blessure avec fracture du tibia droit, à la partie moyenne de cet os (grave),	1	
Blessure au tiers supérieur de la jambe, avec fracture comminutive (grave),	1	
Blessure au tiers inférieur de la jambe droite, avec lésion légère du péroné (curable),	1	
Blessure à la partie inférieure de la jambe gauche, avec fracture comminutive (très grave),	1	
Brulures du second degré à la main gauche et à la face, et autre brulure du troisième degré à la main droite, produites toutes trois par l'inflammation de la poudre (légères) (2).	1—	22

(1) Ni le caractère superficiel des blessures chez les deux sujets qui ont été pris du tétanos sans lésion probable de filets nerveux considérables, ni le peu de gravité des premiers symptômes, ne pouvaient faire redouter une disposition au tétanos qui est survenu vers le dixième et le douzième jours, et qui s'est terminé par la mort dans l'espace de trois à quatre jour, sans qu'il ait été possible de se rendre maître des accidens et d'enrayer leur marche par l'emploi des moyens les plus énergiques, entre autres par l'administration de l'opium associé au musc, à la dose énorme de 4, 6 et 10 décigrammes, trois, quatre et cinq fois dans la journée.

MM. les rédacteurs du *Repertorio medico* paraissent attribuer l'apparition de cette formidable complication à la place qu'occupaient les deux sujets dans les salles où ils étaient couchés : leurs lits se trouvaient situés devant une ouverture par laquelle ils étaient exposés à l'action subite d'un courant d'air venant du nord. Il paraît d'ailleurs que, dans la plupart des hôpitaux militaires d'Espagne, les salles où sont couchés les malades offrent à peu près toutes le même vice de disposition.

(2) Il se trouve dans le même hôpital, un capitaine de la milice nationale, blessé d'une balle qui a pénétré par la partie gauche de la région cervicale postérieure, et est ressortie trois à quatre centimètres plus haut, au milieu de la même région, et dans le point même où cet officier venait de recevoir un coup de sabre (cette blessure n'offre rien de grave).

Résumé :				
	Légères,	29		
	Curables,	30		
	Graves,	34	Total,	93

Nécrologie.

Les 16, 17 et 18 novembre, on a transporté à l'hôpital de Junqueros un bon nombre de mourans et des cadavres d'individus qui avaient succombé à des blessures pénétrantes dans les cavités splanchniques.

Une blessure, produite par une balle qui était entrée par la région molaire gauche, et qui était allée sortir en avant de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale, a été compliquée par une péritonite consécutive à un coup de pierre reçu dans le ventre, et qui s'est terminée par gangrène vers le septième jour.

Une autre blessure, déterminée par une balle qui traversa la cuisse gauche de dehors en dedans, au point d'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs, se trouva compliquée de fracture comminutive du fémur et de la lésion des principaux vaisseaux et nerfs du membre. Il survint du refroidissement et de l'œdème dans toute cette extrémité, des mouvemens convulsifs, du délire, et tous les autres symptômes caractéristiques d'une affection des séreuses abdominale et cérébrale, et le sujet succomba le quinzième jour.

On présume qu'il y a eu, dans les mêmes journées, quelques autres blessés qui ne sont pas entrés dans cet hôpital; mais on pense aussi que le nombre en aurait été insuffisant pour apporter une modification notable à la proportion relative des cas graves qui sont relatés dans l'état précédent. La prédominance de ces cas graves ne peut s'expliquer que par la direction des coups de feu, beaucoup plus certaine que dans une bataille rangée, et encore à ce qu'ils étaient généralement tirés à cette courte distance, que l'on désigne par l'expression de *à brûle-pourpoint.*

Barcelone, 30 novembre.

HOPITAL COCHIN. — M. BLACHE.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu; par M. SALMON, interne.

(Deuxième article.)

Troisième observation. — Le 15 novembre, une nouvelle malade, Françoise Bizet, vingt-huit ans, couturière, était apportée à l'hôpital Cochin.

Constitution forte et pléthorique, bien portante d'ordinaire, bien réglée, mais peu abondamment; affectée pour la seconde fois d'un rhumatisme pour lequel elle fut, il y a dix ans, traitée à l'Hôtel-Dieu, et dont la guérison ne dura pas moins d'un mois.

A son entrée, le 15 novembre, la maladie datait déjà de sept jours, et avait tenu la malade continuellement alitée. et sans sommeil les nuits. Injection très vive de la face, pommettes fortement colorées, pas de céphalalgie, peau chaude, couverte de sueur, pouls large, plein, concentré, marquant le premier jour 88-90, et le lendemain 95-100 ; douleurs dans les articulations assez vives pour arracher des cris à la malade ; épaules douloureuses des deux côtés et en arrière ; coudes et avant-bras douloureux ; les poignets et les articulations phalangiennes ne présentent rien de particulier. Aux membres inférieurs les douleurs sont très vives dans les articulations coxo-fémorales, à la région trochantérienne, dans la continuité de la cuisse gauche, dans les genoux avec gonflement médiocre, et dans les coude-pieds avec rougeur et gonflement; impossibilité absolue des mouvemens. Pot. à 4 gram. de sulfate de quinine.

Des vomissemens et des selles liquides ont accompagné l'ingestion de chaque cuillerée de la potion, coliques vagues, sentiment de brûlure à l'épigastre ; pas encore de bourdonnemens d'oreilles dans la soirée. On remplace la potion par 10 pilules de 0,20 de sulfate de quinine. Après deux ou trois de ces pilules, l'ouïe et la vue ont commencé à se troubler ; plus de vomissemens ; le malade a sommeillé la nuit. En même temps les douleurs se sont apaisées; la malade n'en accuse plus le lendemain, mais quand on vient à toucher les articulations, elles sont encore assez douloureuses pour arracher un cri à la malade ; pouls 76 ; il marque 65-78 dans la soirée. Les douleurs ont alors reparu dans le même point que précédemment; de plus, de nouvelles douleurs existent dans les muscles gastro anémiens du côté gauche. Sueurs plus abondantes que la veille.

Le 19, l'ouïe et la vue sont saines, la douleur épigastrique est nulle, le sommeil a été assez calme la nuit, les douleurs ont notablement diminué pour la plupart, elles ont disparu aux coudes et aux avant-bras, à la cuisse, aux genoux, ainsi que le gonflement à la jambe, au coude-pied droit; pouls 72. 20 pil. de 0,15 de sulf. de quinine.

Le 20 et le 21 les bourdonnemens d'oreilles persistent ; les douleurs, d'abord un peu plus vives aux épaules, mais nulles dans les articulations, ne consistent plus que dans des picote-

mens vagues, sans siége déterminé, presque sans incommodités pour le malade, qui peut exécuter tous ses mouvemens sans douleur. 20 pil.

Mieux continu les jours suivans. Le pouls à 70, sommeil calme la nuit; nulle raideur dans les articulations.

On a cessé le sulfate de quinine le 22.

Il a été repris le 25 à la dose de 0,50 seulement.

Continue ainsi jusqu'au 27, mais vainement, dans le but de faire disparaître une recrudescence de douleurs qui, s'accompagnèrent, le 28, d'une impossibilité presque absolue des mouvemens et de faiblesse articulaire générale. Nuits presque sans sommeil. Liniment volatil camphré pour frictions; deux bains de vapeur.

Soulagement momentané de quelques jours, puis douleurs nouvelles, mais de courte durée; marche pénible, quelquefois même impossible; lassitude générale, persistance de ces symptômes accompagnés de toux fréquente, sans mouvement fébrile jusqu'au 6 décembre.

Sortie le 10, je n'ose pas dire complètement guérie.

Depuis l'entrée de cette malade dans nos salles, les rhumatismes se succédèrent à notre expérimentation avec une extrême fréquence, et il nous fut alors possible de renouveler les essais sur une échelle presque aussi considérable que les avait pu faire M. Briquet le mois précédent. Ainsi, du 17 au 30 novembre, nous comptons neuf rhumatisans nouveaux, tous assez gravement affectés d'une manière aiguë, ne comprenant pas toutefois dans ce nombre deux malades, dont l'une affectée de lumbago fut soumise vainement pendant quelques jours au sulfate de quinine, mais à petite dose (1 gr., 2 gr.), et dont l'autre, qui portait une tumeur blanche très douloureuse, au dire de la malade, n'éprouva selon nous qu'un soulagement supposé.

En présence de ces faits assez nombreux et dont le développement exigerait un cadre trop large, qu'on nous pardonne le peu de détails de chacun d'eux; mais dans ce rôle difficile, le but surtout, et nous y tendrons de tous nos efforts, se cera de laisser aux faits leur vérité.

Quatrième observation. — Matifat, fleuriste, dix-neuf ans, d'une constitution lymphatique, aux chairs molles et flasques, mal réglée, rhumatisante pour la seconde fois d'une manière grave, entra à l'hôpital le 17 novembre, à la troisième semaine du début, et au second jour seulement de vives douleurs. Entr'autres articulations malades, notons surtout les pieds, les mains et les genoux, avec hydarthrose légère; pouls à 120.

Le 19 novembre elle avait déjà pris une potion avec 3 gr. à peu près de sulfate de quinine, et 3 gr. en pilules. Des vomissemens avaient accompagné l'ingestion de la première dose; des nausées seulement la seconde. Il y avait de l'oppression considérable, de la dyspnée; les battemens du cœur étaient devenus tumultueux dès la veille; mais ce jour-là il n'y avait plus de douleur qu'à l'épaule gauche. Le médicament est cessé, et les douleurs, déjà assez vives le 20, avaient pris une nouvelle acuité le 21: le pouls était à 96. 20 pilules de 0,15 sulfate de quinine prises en partie seulement n'apportent pas de soulagement le 22; mais il n'existait plus de douleurs, le 23, qu'au poignet droit, après l'ingestion d'une dose nouvelle de 3 grammes de sulfate de quinine. Il est de nouveau cessé le 24; mais quelques douleurs étant revenues le 26, le sel est repris par la malade à la dose de 0,50 seulement; les jours suivans, alternatives de bien et de mal, que de nouvelles doses de quinine (le 29 et le 30 novembre) font bien disparaître complètement, mais qui, dans les premiers jours de décembre se reproduisent, pour cesser, il est vrai, d'un jour à l'autre sans traitement.

Pour tenir compte d'une manière exacte des conditions dans lesquelles se rencontra la malade de l'observation précédente en présence du traitement, il convient de remarquer combien fut irrégulière l'administration du sulfate de quinine, que l'on dut supprimer avant la cessation complète des accidens, le 19, à cause des accidens thoraciques, indépendans ou non de ce médicament; le 24, après deux jours seulement d'une nouvelle dose de 3 grammes, à cause des vomissemens qui survinrent et des douleurs épigastriques qui les accompagnèrent. Enfin, la médication des derniers jours fut aussi irrégulière; et à ces irrégularités peut-être faut-il attribuer la récidive des douleurs si fréquente chez cette malade. Dans l'observation suivante on n'aura pas le même reproche à faire au traitement; car il fut continué, à cause de la persistance d'une douleur dans la continuité du bras, jusqu'au 30 novembre; les autres douleurs ayant disparu, pour ne plus revenir, le 23.

Cinquième observation.—Clément Baillon, sellier, vingt-huit ans, d'une constitution forte et pléthorique, est aussi rhumatisant pour la seconde fois. A son entrée à l'hôpital, le 19 novembre, il était déjà malade depuis huit jours. De la toux, de la douleur de côté, de la gêne de la respiration, ont signalé ce début; puis sont venues les douleurs dans les poignets, les coudes, les épaules, les genoux et les pieds. C'est avec des douleurs très vives dans tous ces points, accompagnées, pour les genoux, les poignets et les doigts, de tuméfaction assez considérable et le pouls à 120, qu'il prend pour le premier jour une potion de 4 gr. de sulfate de quinine. Effets physiologiques peu marqués; pas de vomissemens; diminution notable des douleurs le lendemain; pouls à 108. Nouvelle potion à 4 gr.

Le 22, le bras gauche commence à devenir douloureux dans sa continuité; il n'existe plus qu'un léger engourdissement dans les doigts. Pouls à 92. (Pot. à 2 gr.) Un vomissement dans la soirée. La douleur du bras persiste depuis lors, malgré la continuation les jours suivans de 1 gramme d'abord, puis de 0,59 de sulfate de quinine. Vingt sangsues appliquées le 28 ne la font pas disparaître, et le malade en est encore affecté le 6 décembre, jour de sa sortie.

Dans l'observation suivante, ce fut à un rhumatisme mono-articulaire que nous eûmes affaire, et l'on sait combien ces sortes d'affections sont rebelles d'ordinaire à nos moyens thérapeutiques. Le sulfate de quinine put bien diminuer très notablement la douleur les premiers jours, mais nous ne la vîmes pas s'effacer complètement sous son influence, comme il était évident qu'elle avait disparu dans les cas dont nous venons de rapporter l'histoire.

Disons pourtant que dans les derniers jours le médicament, porté seulement à la dose de 1 gramme, arrêta brusquement la douleur le lendemain de son administration. Je comprends bien le doute qui peut, dans cette circonstance, exister sur la valeur réelle du sulfate de quinine; mais, parce que le fait coïncide, pour nous, avec un autre fait analogue, et pour lequel nous renvoyons à l'histoire du malade de la dixième observation, nous ne sommes pas aussi absolument sceptiques, et voilà pourquoi nous ne pensons pas devoir le rejeter entièrement.

Quant à la tuméfaction si considérable qui accompagna ces douleurs, il faut bien dire que le médicament n'eut point ici cette action remarquable que l'on a pu signaler dans les observations précédentes: la diminution du gonflement ne fut, en effet, que médiocre; elle n'eut lieu que d'une manière lente, et, à l'époque où nous écrivons ces lignes, le genou donne encore 0,37 à la mensuration, au lieu de 0,39 qu'il marquait au début du traitement, la circonférence du genou sain étant de 0,34 seulement. Du reste, voici les faits:

Sixième observation. — Gendot, journalière, trente-quatre ans, d'une constitution délicate, assez bien réglée, mais peu abondamment la dernière fois, est affectée d'un rhumatisme mono-articulaire du genou droit, datant déjà de six jours, dont le début fut précédé, la veille, de douleurs au pied gauche, au bras droit, à la jambe droite, et pour lequel elle entra à l'hôpital le 20 novembre. Le genou droit donne 0,39 à la mensuration, au lieu de 0,34 que marque le genou gauche. La douleur, extrêmement vive, arrache des cris à la malade au moindre mouvement et à la moindre pression. Le sulfate de quinine est donné seulement le lendemain, 22 novembre, à la dose de 4 gr. en 20 pilules, le pouls marquant 128. Pas de souffle au cœur.

Le soir, bourdonnemens d'oreilles; ouïe un peu dure; pas de vertiges; la malade voit des bluettes passer devant ses yeux; pas de nausées ni de vomissemens. On continue, le 23, la même dose de sulfate de quinine en pilules: les douleurs ont notablement diminué, mais elles sont encore vives à la pression; le pouls est à 96. La même amélioration continue le 24, dans les douleurs; les mouvemens du genou sont toujours impossibles; pas de diminution dans le pouls; l'insomnie continue; quelques selles liquides accompagnées de coliques abdominales assez vives; pas de vomissemens. 3 gr. de sulfate en pilules. Cette dose, continuée le 25, est augmentée d'un gramme le 26, à cause de la persistance des douleurs qui, devenues presque nulles sur toute la surface de l'articulation, siégent avec une vive acuité en dedans du tendon sous-rotulien et en arrière du genou. Le médicament est, dans le même but, donné en potion à la dose de 3 gram. le 27, et avec quelque amélioration dans les douleurs le lendemain. Les effets physiologiques se sont prononcés sous cette influence avec plus de netteté, mais sans nausées ni vomissemens. La mensuration donne 0,38. Potion à 2 gram. continuée le 29, sans amélioration nouvelle; elle est portée à 3 gram. de nouveau le 30 novembre. Mais le 1er décembre, aux douleurs qui persistent, il faut ajouter des coliques abdominales assez vives, accompagnées de selles liquides; la langue est rouge et un peu douloureuse; la soif est vive; le pouls sans fréquence; l'appétit presque nul; pas de vomissemens. Tous ces symptômes, moins les douleurs, sont à peu près abattus le 4. 1 pil. opium de 0,05, continuée le 5.

On reprend le sulfate de quinine en potion à la dose d'un gramme le 6 décembre, et le lendemain 7, au dire de la malade, les douleurs ont cessé dans la nuit et surtout complétement dans la matinée. Il y a quelques coliques abdominales assez vives; la langue n'a pas rougi sensiblement. Des selles liquides apparaissent de nouveau dans la journée et persistent, en diminuant chaque jour notablement sous l'influence de lavemens amidonnés et laudanisés, jusqu'au 10.

Le 11, le mieux continue; les douleurs n'ont pas reparu depuis le 6; les mouvemens du genou sont possibles dans certaines limites, sans douleurs: pourtant pas encore de sommeil la nuit. Une pilule de 0,20 de cynoglosse, administrée le 12, procure un peu de sommeil. L'appétit revient; la malade mange deux portions d'alimens solides le 13 et le 14. Enfin, ce dernier jour, elle s'est un peu levée dans la matinée, en se soutenant sur son genou qui marque encore 0,37 à la mensuration.

Septième observation. — Jardin, papetier, trente ans, entre à l'hôpital le 21 novembre. Rhumatisant depuis l'âge de quatorze ans, il a, surtout en 1832, souffert d'un rhumatisme qui l'a tenu un mois à l'hôpital, d'où il est sorti non entièrement guéri. Il est malade depuis quinze jours: les genoux, les reins, les doigts de la main gauche, ceux de la droite, ont été successivement d'abord, puis simultanément affectés; insomnie la nuit. A son entrée, les poignets, les articulations des phalanges entre elles, les genoux sont tuméfiés notablement et douloureux; souffle au cœur au premier bruit; pouls à 120. Pot. avec 4 gr. de sulfate de quinine le 22. Effets physiologiques assez marqués; pouls à 76 le lendemain; face prostrée; un peu de sommeil la nuit; douleur vive au côté droit de la poitrine, sans signes stéthoscopiques pathologiques. Trois vomissemens: le premier dans la soirée du 22, les deux autres dans la matinée du 23. La main droite, les hanches, les genoux restent encore très douloureux. 20 pil. de 0,15 de sulfate de quinine.

Le 24, pouls à 64, sueurs abondantes, pesanteur de tête, bourdonnemens d'oreilles continus, ouïe dure, vue saine, un peu de rougeur à la pointe de la langue. La douleur épigastrique qui avait accompagnée la première ingestion de la quinine, a disparu; il ne reste plus qu'un peu de douleur au genou; fatigue générale.

Du 26 au 30, le malade s'est levé tous les jours. Il n'existe plus de douleurs nulle part; pas de raideur dans les articulations. Doses décroissantes de quinine, depuis 1 gramme jusqu'à 0,50 en pilules.

Le 30, malgré cette dernière dose, des douleurs reviennent au pli de l'aine des deux côtés et dans les épaules. Ces dernières existent encore le 5 décembre, où elles siégent surtout dans l'aisselle et le long du bras. Toux assez fréquente; douleur épigastrique assez vive, augmentant à la pression et dans la toux; langue rouge et humide; quelques vomissemens dans les efforts de toux. On cesse le 2 décembre les 0,50 de sulfate de quinine, pour les remplacer, le 11 seulement, par 0,10 d'extrait de stramonium.

— Entre ce malade et celui de l'observation neuvième, se place une femme entrée le 23 à l'hôpital, et qui, affectée d'un rhumatisme médiocrement grave, guérit assez rapidement d'abord; mais elle fut reprise ensuite de douleurs qui persistèrent quelque temps dans le genou et retardèrent sa sortie de l'hôpital jusqu'au 4 décembre.

Le peu de renseignemens que nous avons sur cette malade nous force à être aussi bref à ce sujet, mais nous sommes au moins exact, et, en la mentionnant ici en passant, nous croyons remplir un devoir au point de vue de la tâche que nous nous sommes imposée.

Neuvième observation. — Charlot, quinze ans, imprimeur en taille douce, était déjà malade et alité depuis quinze jours, lors de son entrée à l'hôpital le 24 novembre. Cent pulsations larges, concentriques. Gonflement considérable, accompagné de rougeurs et de douleurs très vives des deux poignets et des doigts, au niveau surtout des articulations métacarpo-phalangiennes. Articulation coxo-fémorale douloureuse au pli de l'aine des deux côtés. Aux genoux, le gonflement accompagne la douleur surtout à droite: c'est le contraire pour les coude-pieds qui sont tous deux douloureux. Une douleur lombaire assez vive ajoute à l'impossibilité des moindres mouvemens du malade. Pot. gom. avec 1,50 de sulfate de quinine.

Effets physiologiques à peu près nuls; pouls à 85 - 90, le lendemain. Le poignet gauche, l'articulation coxo-fémorale sont seuls douloureux. La peau est humide et halitueuse. Le malade se lève dans la matinée. Le soir, après une nouvelle dose de la potion à 1,50, le poignet seul est douloureux, sans tuméfaction.

Le 27, les douleurs ont cessé partout; il existe seulement un peu de roideur articulaire. Sommeil la nuit. Pouls à 70. On cesse le 28 la potion, qui n'est plus renouvelée les jours suivans. Retour dans la suite de quelques douleurs de médiocre intensité et que des cataplasmes laudanisés font facilement disparaître.

Sorti le 6 décembre.

Depuis la sortie de ce malade, des douleurs ont de nouveau dès le ledemain reparu aux pieds, au genou gauche, au poignet droit, dans le côté gauche, et il rentre à l'hôpital encore un peu rhumatisant le 18 décembre.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Séance du 7 juin 1842. — Présidence de M. LESAGE.

M. Bonnassies rapporte le fait suivant. Une femme, jouissant de la plus belle santé, voulut, après une couche heureuse, se débarrasser d'une trop grande sécrétion laiteuse: elle prit 40 grammes de sulfate de potasse (sel duobus). Cette quantité fut donnée en trois doses: la première prise fut rejetée par le vomissement, la seconde dose fut accompagnée de nausées, de vomissemens, de déjections alvines abondantes et de crampes; enfin, à la troisième dose, tous les signes du choléra-morbus se déclarèrent, et la malade succomba.

M. Bonnassies fut désigné par l'autorité pour faire l'autopsie du cadavre et faire un rapport. L'estomac présentait des traces de phlegmasie et contenait du sulfate de potasse; on retrouva également à la surface des intestins des fragmens de ce sel.

M. Bonnassies est bien persuadé que c'est à l'ingestion de cette substance qu'est due la mort de la malade, et blâme l'administration des purgatifs pour faire passer le lait, comme on le dit vulgairement.

M. Lesage pense, d'après M. Trousseau, que le sel duobus peut présenter du danger dans son emploi, et qu'il faut le donner à faible dose.

M. Bourrière demande si ce sel a été d'abord dissous dans l'eau chaude: c'est, suivant lui, le moyen d'empêcher une action trop immédiate.

M. Vée croit que le sulfate de potasse doit être administré à une dose plus faible que les autres purgatifs; dans le Journal de chimie médicale on a signalé des accidens produits à la dose de 6 grammes.

M. Vernois pense que ce purgatif peut avoir des inconvéniens, mais il n'adopte pas l'idée de M. Bonnassies relativement à la proscription des purgatifs chez les nouvelles accouchées; et d'ailleurs, les femmes qui succombent alors ne doivent-elles pas leur mort à des phlébites utérines ou à tout autre accident qui vient compliquer les suites de couches?

M. Belhomme ne peut partager l'opinion précédemment émise que les purgatifs sont nuisibles. Chaussier ordonnait, pour prévenir la fièvre puerpérale, l'ipécacuanha et les purgatifs, et réussissait constamment à la Maternité.

M. Collomb se sert des purgatifs après le huitième et le neuvième jour des couches: on a l'avantage de se débarrasser des sueurs, et de faire une dérivation à la sécrétion du lait.

M. Louis est de cet avis, et d'ailleurs, ajoute-t-il, n'y a-t-il pas souvent une constipation opiniâtre qu'il faut combattre?

M. Bonnassies a déjà observé des accidens si graves et même la mort par l'usage des purgatifs, qu'il ne purge pas et ne purgera jamais.

— *M. Louis* rapporte le fait d'une femme primipare qui n'a rien offert de remarquable en lui-même, si ce n'est une lenteur extrême du travail, lenteur qui l'obligea à recourir à l'emploi du seigle ergoté; 2 grammes de ce médicament produisirent l'effet ordinaire, c'est-à-dire des contractions utérines énergiques. L'accouchement eut lieu assez promptement; ayant voulu hâter la délivrance, il essaya des tractions sur le cordon ombilical; mais celui-ci étant faible, il se rompit. M. Louis introduisit la main dans l'utérus afin d'amener le placenta au-dehors; mais soit que, sous l'influence du seigle ergoté, la matrice se fût contractée sur le placenta, de manière à l'embrasser étroitement, à le tenir enchâtonné, pour ainsi dire; soit que les adhérences utéro-

placentaires ne fussent pas encore détruites, il fut impossible de saisir le délivre assez bien pour l'entraîner. Il fut abandonné après une seconde tentative d'extraction. 56 heures s'écoulèrent ainsi. Chacun des jours qui suivit l'accouchement, M. Louis ordonna 1 gramme de seigle ergoté ; des douleurs survinrent dans le courant de la troisième nuit, et à la suite de deux efforts de la part de la matrice, le placenta fut rejeté immédiatement. Avant comme après la sortie, il ne s'est manifesté aucun mouvement fébrile, si l'on en excepte la fièvre de lait, qui du reste a été légère. Aucun accident n'est résulté de ce retard de la sortie du placenta. Les lochies n'ont été nullement modifiées, ni sous le rapport de leur quantité, ni sous celui de leur qualité. La malade est aujourd'hui, 7 juin, parfaitement rétablie.

M. Louis fait suivre cette observation de réflexions sur l'opportunité de la délivrance, et sur l'emploi du seigle ergoté. Sur le premier point, il ne faut pas trop hâter de délivrer les femmes en couches ; sur le second, M. Louis se demande s'il faut donner du seigle ergoté aux primipares, ou bien le réserver exclusivement aux femmes que l'on accouche pour la deuxième et troisième fois. Il y a donc encore à expérimenter pour déterminer le danger qui peut naître de son emploi, et un travail sur cette matière serait fort intéressant.

M. Vernois est d'avis de délivrer promptement les femmes ; car lorsque le placenta ou des portions de placenta séjournent dans l'utérus, il peut en résulter des métrites mortelles.

M. Bonnassies appuie de son expérience l'opinion de M. Vernois ; il faut plutôt introduire plusieurs fois la main dans la matrice, que de laisser séjourner le délivre.

M. Belhomme a eu occasion de voir récemment une primipare chez laquelle une fausse couche s'est opérée au troisième mois de grossesse. Les portions placentaires étaient adhérentes aux parois internes de l'utérus ; il survint une légère métrite accompagnée d'un écoulement noirâtre et fétide. Cet état persista pendant quinze jours, et ce ne fut qu'après un travail inflammatoire que les portions placentaires se détachèrent par lambeaux.

M. Félix Legros a observé des accidens à peu près analogues, produits par le séjour d'une éponge au fond du vagin ; il a fallu l'extraire pour faire cesser les accidens.

Séance du 5 juillet.

M. Blattin présente à la Société une jeune fille âgée de dix-sept ans, qui a un gonflement de la jambe droite ayant pour lui les caractères de l'éléphantiasis des Arabes. Traitée d'abord par M. le professeur Chomel par la poudre de Dower et la compression, cette maladie est restée stationnaire. C'est alors que M. Blattin fut consulté ; il ordonna des douches de vapeurs, et du calomel à l'intérieur. Voici l'aspect du membre tuméfié. Il y a dix-huit mois environ que le membre pelvien droit a acquis un volume considérable, sans cause appréciable, sans aucun malaise qui ait éveillé l'attention de la malade ; celle-ci ne s'en est aperçue que fortuitement, et ne s'en est occupée qu'à raison de la gêne qu'elle éprouvait à mettre ses chaussures. Les mesures prises en différens points, sont les suivantes : 28 centimètres de tour à la partie sus-malléolaire de la jambe ; au mollet, 42 centimètres ; à la partie inférieure de la cuisse, 45 ; à la partie supérieure, 63. La température de tout le membre, surtout à la partie inférieure, est beaucoup plus basse qu'à l'état normal ; sensation de froid très prononcée. La peau a beaucoup d'épaisseur, principalement à la partie moyenne de la jambe où elle est dure et chagrinée. La sensibilité y est presque nulle ; le pied est constamment engourdi. Le tendon d'Achille se distingue facilement vers son attache inférieure. Au pli du jarret, on trouve très distincts les tendons du biceps fémoral et du demi-tendineux ; mais dans l'écartement fort considérable qu'ils laissent entre eux, on ne perçoit pas les battemens artériels que l'on parvient à retrouver à la partie supérieure de la cuisse. La rotule est mobile, et ne présente pas dans ses mouvemens un craquement ; il n'y a pas d'épanchement synovial ou séreux dans l'articulation, quoique le genou présente un volume considérable. Vers la région inguinale surtout, la peau et le tissu cellulaire sous-jacent sont durs ; les ganglions du pli de l'aine sont engorgés, et forment un chapelet qui s'étend à la grande lèvre. L'examen du bassin et de la cavité pelvienne ne laisse rien apercevoir, ni sentir ; il y a à la région inguinale et à l'hypochondre droit une sorte d'empâtement anormal, mais insensible à la pression.

M. Félix Legros ne voit pas ici les caractères distinctifs de l'éléphantiasis des Arabes, affection qui, selon lui, doit pour ainsi dire récapituler toutes les affections morbides de la peau, telles que taches, exanthèmes, érysipèles, intumescences, squames, végétations, tubercules, ulcérations, etc. ; enfin les lésions peuvent à la longue présenter des analogies avec la peau des jambes de l'éléphant, ou bien encore avec le tronc d'une vigne, d'où le surnom de sarmenteux donné par les Grecs aux Egyptiens très sujets à ce mal. Aucun de ces symptômes ne se trouve chez la jeune malade de M. Blattin ; la jambe est uniformément tuméfiée, sans changement ni dans la couleur, ni dans la texture de la peau. C'est, dit M. Legros, un œdème probablement symptomatique de quelques tumeurs abdominales, ou de quelques maladie veineuse. Il a vu, et d'autres avec lui, des rétrécissemens, des oblitérations des veines caves, des crurales, etc., donner lieu à ces sortes d'œdème ; et dans ce moment même, il observe dans le service de son ami, M. le docteur Legroux, un jeune homme pris, à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une inflammation de la veine crurale gauche, terminée par une oblitération du vaisseau, laquelle se traduit à travers un empâtement œdémateux du membre, par une corde noueuse très sensible au toucher.

M. Félix Legros se demande à ce sujet, si les fièvres suivies de gonflement en chapelet des vaisseaux lymphatiques, données par les auteurs anciens et modernes comme causes de l'éléphantiasis des Arabes, ne sont pas des phlébites inconnues autrefois, souvent méconnues aujourd'hui !

M. Collomb conseille pour le traitement de la tuméfaction observée par M. Blattin des frictions avec de la teinture de scille et des diurétiques à l'intérieur.

M. Blattin convient que la dénomination qu'il a donnée à la maladie est fautive, et qu'il est enchanté de savoir par cette exposition des symptômes, que la maladie qu'il a à traiter est curable.

— *M. Collomb* fait un rapport sur une brochure de M. Levrat, médecin à Lyon, qui demande le titre de membre correspondant. Voici les principaux sujets traités par l'auteur :

1° *De l'Asphyxie par cause mécanique chez les femmes enceintes.* Lorsque les eaux de l'amnios sont trop considérables, surtout vers le neuvième mois de la grossesse, il peut se développer une asphyxie par cause mécanique pour le refoulement du diaphragme et des poumons par suite de l'énorme distension du ventre. M. Levrat conseille dans ce cas la rupture de la poche des eaux, avec le doigt, ou même avec un instrument, pourvu que le col soit suffisamment dilaté. Il rapporte cinq observations où cette pratique a réussi.

2° *De l'inflammation des vaisseaux lymphatiques chez les femmes en couches* (phlegmasia alba dolens). On voit parfois survenir chez les femmes récemment accouchées, du dixième au vingtième jour en général, un engorgement dur, rénitent, qui commence vers le haut de la cuisse et qui s'étend successivement au genou, au jarret, au pied. Les deux côtés sont rarement pris à la fois, mais ils peuvent l'être alternativement. La douleur, qui s'étend à tout le membre, augmente par le toucher, ou si on le fait mouvoir. La peau est chaude, sa couleur est d'un blanc mat. M. Levrat, dans les sept observations qu'il rapporte, attribue cet engorgement à l'impression du froid sur tout le corps ou sur une partie en sueur lors du refroidissement. La durée de la maladie est de quinze à trente jours. L'auteur a employé un traitement différent suivant les sujets et l'acuité des symptômes. Sangsues, tartre stibié, ipécacuanha, enfin du petit lait de Veiss à la dose de 125 grammes. Il a recouvert le membre avec du coton cardé recouvert de taffetas gommé, et a employé des frictions avec l'huile de morphine. Boissons chaudes adoucissantes, quelquefois diurétiques, mais le plus souvent diaphorétiques.

3° *De la ponction de la vessie par le rectum.* M. Levrat regarde la paralysie de la vessie comme la cause la plus fréquente de la rétention d'urine ; il dit que dans ces cas là surtout l'accumulation de l'urine devient considérable, qu'alors le corps de la vessie, distendu outre mesure, forme un coude à angle obtus avec le canal de l'urètre. Cette sorte d'anté-version, jointe à l'occlusion du canal de l'urètre par la luette vésicale, est la raison qu'il donne de l'impossibilité qu'il a éprouvée à faire parvenir une sonde dans la vessie ; il faut donc recourir quelquefois à la ponction de la vessie, soit par le périnée, au-dessus du pubis ou par le rectum. C'est cette dernière méthode qu'il préconise. Quatre observations sont rapportées par lui. L'opération se fait assez facilement, en ayant le soin de ponctionner les parties molles au-delà des vésicules séminales. Dans toutes ces observations, le succès a suivi l'opération, et la cicatrice est faite au bout de huit jours. M. le docteur Levrat, ancien doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon est admis, à l'unanimité des suffrages, membre correspondant.

— *M. Belhomme* présente à la Société les oreilles d'un aliéné qui était en démence et qui est mort d'une paralysie générale. Elles étaient hypertrophiées, et les cartilages avaient acquis une épaisseur considérable. Voici, ajoute M. Belhomme, ce qui est arrivé du vivant du malade. On s'aperçut qu'elles étaient fort rouges et tuméfiées, bientôt au-dehors des pavillons, d'abord à l'oreille gauche, puis à la droite, une tumeur qui acquit le volume d'une noix se développa ; une ponction fut pratiquée avec une lancette : il sortit un liquide séreux, mais en pressant assez fortement on fit sortir du sang inodore. La plaie se cicatrisa promptement ; on fit une seconde piqûre : le sang qui s'échappa alors avait une odeur nauséabonde. La tumeur ayant disparu, les pavillons des oreilles ne reprirent pas leur forme normale, mais un épaississement considérable se fit alors remarquer ; les anfractuosités des pavillons n'existaient plus.

Quelle est la cause probable de cette tuméfaction ? Chez les aliénés en démence et surtout affectés de paralysie, les fonctions nerveuses sont plus ou moins altérées ; les fonctions circulatoires subissent elles-mêmes une modification. Il en résulte que les extrémités du corps ne reçoivent pas une égale quantité de sang, ce qui les dispose à des engorgemens ; et d'ailleurs, une cause physique ne peut-elle pas contribuer à la formation de ces tumeurs ? Un coup, une chute sur l'oreille, une traction volontaire ou involontaire de ces organes, ne peuvent-elles pas être la cause déterminante de ces tumeurs ?

M. Legros n'admet pas les explications données par M. Belhomme comme les seules réelles ; il pense d'ailleurs que les oreilles sont placées pour ne pas être fréquemment exposées aux chocs des corps extérieurs.

M. Belhomme. Si M. Legros avait vu des paralytiques placés sur un fauteuil à large dossier comme ceux dont on se sert pour les maintenir, et s'il se rendait compte de l'incurie des aliénés qui se frappent sans presque le sentir, il penserait que la cause physique dont j'ai parlé est souvent admissible. Quant à l'explication physiologique, je l'ai donnée le premier sans vouloir l'imposer à personne.

— *M. Collomb* cite l'observation d'une dame, âgée de trente ans, qui a depuis long-temps une gastrite chronique : ayant remarqué que le kirchenwaser la calmait, elle en but un matin à jeun, et éprouva quelques minutes après des effets taxiques très remarquables, étourdissemens, bourdonnemens d'oreilles, contraction des muscles de la face, incohérence dans les idées ; bientôt impossibilité d'articuler un seul mot, trouble de la vue ; une sueur froide se répandit à la surface du corps, refroidissement général. Appelé auprès de la malade, il s'appliqua à déterminer la chaleur aux extrémités : la malade fut soulagée. M. Collomb pense que ces phénomènes sont dus à la présence de l'acide prussique dans le liquide ingéré.

Séance du 2 août.

M. Félix Legros fait un rapport sur un travail de M. Benet, intitulé : « Quelques mots sur la cause, le diagnostic et le traitement de l'éléphantiasis des Grecs, ou lèpre tuberculeuse d'Alibert. Un mal aussi ancien que le monde, aussi effrayant que sa sainte étiologie, *la colère céleste*, la lèpre, puisqu'il faut l'appeler par son nom, a été refoulé vers sa source par notre civilisation.

M. Benet, ex-médecin du roi de Lahore, a pu observer de près cette affreuse maladie, et c'est le résultat de ses observations que nous allons faire connaître. Parmi les causes, l'auteur signale l'usage du porc et du poisson salé. M. Legros croit que M. Benet a été trop exclusif : une mauvaise alimentation, jointe à des conditions de misère, de malpropreté, l'insalubrité du climat, lui paraissent les causes réelles de cette affection. Les vallées de la Suisse et du Piémont offrent des crétins qui portent aussi les caractères de la lèpre.

L'état fébrile est également contesté par M. Benet. M. Legros fait observer qu'il se trouve en contradiction avec plusieurs observateurs. Thomas Heberden, médecin anglais, qui a étudié avec beaucoup de soin la lèpre tuberculeuse dans l'île de Madère, en décrit deux formes distinctes : l'une aiguë, fluxionnaire, est accompagnée d'un état fébrile ; l'autre, chronique, est apyrétique.

M. Benet signale cette altération particulière de la voix qui, comme dans le croup, il suffit d'avoir entendue une fois pour se la rappeler toujours. Ce signe est mentionné par saint Luc, lequel parlant de dix lépreux qui venaient à la rencontre de Jésus-Christ, dit qu'on les reconnaissait d'avance au son de leur voix.

M. Benet a signalé cet affreux démembrement vivant, qui dégrade plus qu'il ne détruit, qui mutile plus qu'il ne tue ; il a vu ces chutes de membres dont la description est encore si palpitante de vérité dans le judicieux Arétée, sur lequel cependant ont passé dix-huit cents ans : *De corpore*, dit cet auteur, *excidant nasus, digiti, pedes, genitalia, atque totæ manus.*

Ce *genitalia* soulève ici une question que M. Benet laisse en litige. Les lépreux sont-ils ou ne sont-ils pas portés aux rapprochemens des sexes ? Dans l'observation qui termine son mémoire, notre confrère dit que son malade avait des désirs vénériens très ardens, mais il ne généralise pas cette remarque.

Le satyriasis, suivant M. Legros, sous l'influence des symptômes et de la période du mal, est admis par beaucoup d'auteurs, par Sornini entre autres, qui prétend avoir vu, dans l'île de Candie, des lépreux s'abandonner en plein jour sur les grandes routes aux fureurs d'une dégoûtante copulation.

M. Benet, après avoir, ainsi que l'avaient fait ses prédécesseurs, essayé un peu de tout contre la lèpre tuberculeuse, revient comme eux aux préparations arsenicales employées depuis des siècles par des médecins indiens. Il préconise, chose curieuse, comme *sine quo nihil*, une formule qui a été donnée par des médecins indiens. Voici cette formule : Arsenic blanc, 105 grains, trituré pendant quatre jours avec six fois autant de poivre noir ; faites des pilules de la grosseur d'un grain d'ivraie, à donner matin et soir.

Cette formule a la plus grande analogie avec les pilules asiatiques, composées de 55 grains de protoxide d'arsenic et 9 gros de poivre noir pilé, pour faire 800 pilules : quatre par jour. M. Legros a vu ces pilules données avec les solutions de Pearson, de Fawler, réussir entre les mains d'Alibert, de Biett, contre les lépreux de l'hôpital Saint-Louis, et encore chez un député de Cayenne, atteint du mal rouge (reconnu appartenir à l'éléphantiasis, par un rapport de la Société royale de médecine, sur cette maladie, fait en 1785, page 211.)

Loin d'ergoter et d'infliger à M. Benet l'épithète de routinier, nous le félicitons d'avoir employé avec succès une médication à l'autorité de laquelle n'ôte rien le prestige oriental. En effet, toutes ces grandes questions d'Orient, en politique comme en médecine, quoiqu'elles viennent avec le soleil ne sont pas toujours claires. Espérons du temps, des événemens et des hommes. Sous ce dernier rapport, la Société médicale du Temple est des mieux privilégiées ; car elle possède dans son sein des médecins qui ont jusque dans leur berceau étudié, poursuivi, combattu les mystérieux fléaux de ces contrées primitives : ce sont MM. Aubert, Lagasquie, Godefroy. Du choc de ces esprits de bonne trempe, doit jaillir la lumière !

A la suite du rapport de M. Félix Legros, M. Benet est nommé, à l'unanimité, membre résident de la Société.

Le secrétaire général : Belhomme.

(*La suite à un prochain numéro.*)

FAIT DE TRANSMISSION DE LA MORVE A L'HOMME.

Isigny, le 1er décembre 1842.

Monsieur le Rédacteur,

Je m'empresse de vous communiquer un nouvel exemple de transmission de la morve aiguë du cheval à l'homme, récemment soumis à mon observation. Je regrette de ne pouvoir vous en faire connaître tous les détails ; l'époque à laquelle j'ai été appelé auprès du malade, ne m'a permis de recueillir que ceux que je vous soumets. Ce cas est digne, je crois, de fixer l'attention, en ce que, dans aucun de ceux publiés par la *Gazette des Hôpitaux*, la virulence du principe contagieux ne m'a paru agir d'une manière aussi délétère, et sa nature éminemment septique être aussi bien dévoilée.

Mardi, 22 novembre dernier, je fus appelé à Airel (Manche), chez le sieur André-Marie, meunier. Son fils, jeune homme d'une forte constitution, âgé de vingt-six ans, était malade depuis quinze jours. Je jugeai, au premier coup-d'œil, qu'il était atteint d'une fièvre typhoïde parvenue à son summum d'intensité ; il y avait une grande prostration ; le décubitus était dorsal. Mais, par mon examen, je découvris que la main gauche avait le pouce et l'annulaire entièrement sphacélés ; l'indicateur était frappé de gangrène jusqu'à la première phalange. Les jambes, les cuisses étaient couvertes d'abcès sous-cutanés ; la peau qui les recouvrait était d'un rouge violacé, livide, qui contrastait avec la pâleur du reste de cette membrane. Les régions dorsale et lombaire en présentaient aussi un grand nombre, ayant le même aspect. Les bras, le col, le visage offraient une multitude de boutons, sur le sommet desquels l'épiderme était soulevé par un liquide sanguinolent d'une odeur infecte. L'œil gauche était presque entièrement fermé par la tuméfaction de la paupière supérieure, et la partie latérale droite du nez était gonflée et d'un rouge brunâtre. Le malade avait un enchifrènement très prononcé ; une matière purulente et sanieuse obstruait ses narines. La langue était rouge, sèche et fendillée dans son centre, blanche sur les côtés. Toute l'arrière-bouche était tapissée de fausses membranes épaisses ; le pouls était d'une fréquence extrême, la peau d'une chaleur mordicante. Le dévoiement existait, et les matières rendues étaient semblables à du miel liquide. L'étrangeté de ces symptômes me fit questionner les parens du malade, et bientôt j'appris que deux chevaux jetant abondamment des matières purulentes par les naseaux et dont la superficie du corps était infectée de boutons farcineux, étaient morts depuis peu dans l'écurie où il couchait habituellement, et, de plus, que ces animaux avaient été soignés par lui. Ce jeune homme avait donc contracté par contagion la morve aiguë, dont les symptômes étaient si fortement exprimés chez lui. Sa mort me parut imminente. En effet, le lendemain à ma visite, les traits du visage étaient méconnaissables ; la face s'était horriblement tuméfiée ; la peau de cette partie était devenue livide, et tous les boutons dont elle était parsemée étaient frappés de gangrène. Bref, c'était déjà une décomposition organique sur un être vivant encore. Dans la journée, ce malheureux expira.

Il est important, je pense, de publier de pareils faits, afin de prémunir les habitans des campagnes sur les dangers auxquels ils sont exposés en donnant des soins aux animaux atteints de la morve aiguë. Le renouvellement de ces tristes événemens provoquera sans doute de la part de l'autorité supérieure de nouvelles mesures sanitaires, d'autant plus nécessaires que l'on ignore dans nos campagnes la possibilité de la transmission de la morve aiguë par contagion des solipèdes à l'homme. Ce n'est pas sans peine que je suis parvenu à persuader aux parens de cette nouvelle victime, qu'ils devaient prendre les plus grandes précautions et employer des moyens désinfectans pour éviter la contagion.

Agréez, etc.

Jouet, d.-m.-p.

MÉDECINE LÉGALE.

Empoisonnement par imprudence. Poursuites contre un médecin.

Le 30 mars 1842, un sieur Lessechop, employé au bassin à flot de Saint-Malo, mourut subitement en présentant tous les symptômes qui caractérisent l'ingestion d'une substance toxique.

On pensa d'abord que ce malheureux, qui venait de perdre sa place, s'était suicidé dans un moment de désespoir ; mais le bruit ne tarda pas à se répandre que sa mort devait être rapportée à l'emploi d'un remède imprudemment prescrit par un M. Macé, médecin, fixé depuis un an environ dans le pays.

En effet, comme les renseignemens recueillis ultérieurement l'ont démontré, M. Macé ne paraît pas connaître bien positivement le degré d'énergie de tous les médicamens dont il conseille l'usage dans sa pratique. Ainsi, le 9 mars, il présenta à M. Piel, pharmacien, une ordonnance que ce dernier considéra comme pouvant donner lieu à de graves accidens ; elle contenait la préparation de douze pilules dans la composition desquelles le *cyanure de mercure* figurait à la dose de *quatre grammes !* Frappé de l'observation du pharmacien, M. Macé substitua d'abord le cyanure de potassium, puis l'iodure de potassium au cyanure de mercure. Mais, le 29 mars, il prescrivit de nouveau une formule composée de quatre grammes de cyanure de potassium, soixante grammes d'eau de fleur d'oranger et quinze grammes de sirop. C'était la potion destinée au sieur Lessechop, qui devait en prendre trois cuillerées par jour. A la première dose, le pauvre malade se trouva comme foudroyé, et, trois quarts d'heure plus tard environ, il avait cessé d'exister.

En raison de l'attention attirée sur ce décès par suite de la rumeur publique, l'autopsie fut ordonnée et pratiquée au moment où l'on allait procéder à l'inhumation : elle fit connaître l'existence de lésions organiques déjà anciennes, qui indiquaient à la vérité que Lessechop n'eût pu vivre encore long-temps encore, mais qui d'ailleurs n'avaient pu déterminer la mort si subite et si terrible qui l'avait enlevé.

Les organes dans lesquels on pouvait soupçonner la présence du corps vénéneux ingéré furent extraits avec soin et envoyés à Rennes, où ils furent remis à trois experts, M. Malaguti, professeur de chimie à la Faculté des sciences ; M. Sarzeau, essayeur, et M. Guyot, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine, pour être examinés et soumis aux investigations chimiques propres à constater l'existence et la nature du poison, s'il était possible.

Les experts, après un travail long et consciencieux, arrivèrent à ce résultat que l'estomac, le duodénum et l'œsophage ne fournissaient pas d'indice de la moindre trace de cyanure de potassium. Mais, d'un autre côté, ils constatèrent :

1° Qu'il manquait au flacon renfermant la potion délivrée à Lessechop une quantité équivalant environ à une cuillerée à bouche ;

2° Que le cyanure faisant partie de cette potion était chimiquement bon ;

3° Que des animaux assez forts, par exemple des chiens vigoureux, après avoir avalé des alimens mélangés avec des doses de cyanure de potassium égales à celles qu'avait dû prendre Lessechop, étaient presque tous morts immédiatement ;

4° Enfin, que, dans l'espèce, il était présumable que la mort subite du malade de M. Macé devait être attribuée à l'action du remède prescrit par ce dernier.

Traduit pour ce fait devant le tribunal de police correctionnelle de Saint-Malo, M. Macé fut condamné à 200 francs d'amende, comme coupable d'un homicide involontaire. Double appel fut fait de ce jugement, et par le ministère public *à minimâ*, et par M. Macé, devant la Cour royale de Rennes. L'affaire a occupé la Cour pendant trois audiences. Le prévenu a repoussé l'accusation portée contre lui en alléguant que le malade, qui jadis avait été étudiant en médecine, avait été le premier à réclamer l'emploi du cyanure de potassium ; il a ajouté que d'ailleurs, il avait indiqué le mode d'administrtion de 18 potion non par cuillerée à bouche, mais par cuillerée à café, et de plus en étendant chaque prise dans une tasse de lait ; enfin, il a terminé en disant que plusieurs médecins, et notamment le professeur Trousseau, recommandent l'usage de ce médicament à la dose à laquelle il l'a lui-même employé. (M. Trousseau s'est empressé, et avec raison, de réclamer dans la Gazette des Tribunaux contre une aussi monstrueuse erreur.)

Parmi les témoins entendus, l'un d'eux, le pharmacien qui avait exécuté l'ordonnance, a déclaré qu'il n'est pas le seul pharmacien de Saint-Malo qui ait eu l'occasion de remarquer les erreurs commises par M. Macé, dans la rédaction de ses formules, et que plusieurs autres de ses confrères ont déjà refusé d'exécuter certaines de ses prescriptions.

Un autre témoin, M. Malaguti, après avoir exposé les opérations sommaires tentées par la commission d'expertise dont il faisait partie, a ajouté que, la science ne possédant encore aucun fait qui pût résoudre la question de savoir si la quantité de cyanure de potassium prise par le sieur Lessechop a pu lui donner la mort, il s'est livré avec ses deux collègues à des essais spéciaux sur des chiens, et qu'ils ont pu constater ainsi, entre autres faits, qu'un barbet de forte taille était mort comme *foudroyé* après avoir avalé environ le tiers d'une solution contenant un demi-gramme de cyanure de potassium.

A des questions posées par M. le président, le même témoin a répondu que les auteurs ne peuvent fournir sur l'emploi de ce sel, des données précises et uniformes, mais que la plupart des formules publiées ne prescrivent que 5 centigrammes par dose à prendre, et qu'en général on n'emploie de telles substances qu'en proportions d'abord minimes, que l'on augmente successivement et avec précaution ; qu'il n'en est pas de même, du reste, quand il s'agit d'employer ces substances à l'extérieur, et qu'alors on va presque immédiatement à 3 et même 5 décigrammes.

Au sujet d'une autre question adressée par M. l'avocat-général, et relative à cette assertion de l'accusé qu'il avait prescrit de ne prendre chaque cuillerée de potion que dans une tasse de lait, M. Malaguti est entré dans quelques considérations importantes. Ainsi, il a fait observer que le lait, au moment où il vient d'être trait, est alcalin, et ne pourrait par conséquent ni retrancher, ni ajouter à la force toxique du cyanure de potassium ; mais que, peu après qu'il a reçu le contact de l'air, il subit ce qu'on appelle la fermentation lactique et devient acide. Dans ce dernier état, ce liquide pourrait mettre en liberté de l'acide cyanhydrique qui serait retenu en solution ; mais cet acide est doué d'une énergie non moins redoutable que celle du cyanure de potassium ; toutefois, si dans ce cas on faisait chauffer le lait jusqu'à l'ébullition. l'acide cyanhydrique serait volatilisé, et alors l'action toxique du mélange serait considérablement diminuée.

M. l'avocat-général, dans son réquisitoire, a conclu à une application sévère de la loi, et la Cour, faisant à M. Macé l'application des art. 52 et 319 du Code pénal, et 104 du Code d'instruction criminelle, et réformant le jugement du tribunal de Saint-Malo, l'a condamné à 50 fr. d'amende et à trois mois de prison et aux frais.

Chronique et Nouvelles.

L'administration de la guerre devance décidément l'administration civile sur un point bien important, vivement et depuis long-temps sollicité par les médecins des hôpitaux civils, savoir, la création des asiles de convalescence en faveur des malades qui sortent de l'hôpital. L'urgence de cette mesure a été souvent démontrée. Au point de vue de la santé du peuple, il ne peut se présenter aucune objection sérieuse à l'esprit de ceux qui savent ce que devient le malade à sa sortie de l'hôpital, dans quelles conditions hygiéniques déplorables sa pauvreté le force à retomber, à quels écarts funestes de régime son intempérance l'expose ; aussi les rechutes et les récidives sont-elles fréquentes ; aussi rencontre-t-on tous les jours dans un service des malades qui viennent à peine d'en quitter un autre. Au point de vue de l'économie, la *suprema lex* de nos administrateurs civils, la création des asiles de convalescence serait encore un bon calcul, car elle diminuerait infailliblement le nombre des malades et par conséquent le chiffre des dépenses. Admettons même qu'il y eut balance, l'administration devrait-elle hésiter ?

Toujours est-il que ce qu'on n'a pu obtenir pour les malades des hôpitaux civils, va être exécuté pour les hôpitaux militaires. Déjà la garnison de Paris était dotée de salles de convalescence qui ont produit les meilleurs résultats ; aussi, en date du 14 décembre, le ministre de la guerre, par une circulaire adressée aux lieutenans-généraux commandant les divisions militaires, vient-il de prescrire la généralisation de cette mesure à l'armée entière. « Cette mesure est prise, dit le ministre, en vue de soustraire les militaires sortant de l'hôpital, aux occasions nombreuses de rechutes qu'ils rencontrent lorsqu'ils vont reprendre immédiatement leur service et vivre à l'ordinaire. »

Les dispositions de cet arrêté sont les suivantes : les convalescens vivront à un ordinaire commun, et recevront les alimens prescrits par les chirurgien major.

L'ordinaire de ces militaires se fera par une cantinière de chaque corps, placée par les ordres des colonels sous une surveillance continuelle. Il est alloué à chaque convalescent une ration réglementaire de vin et une ration de riz. La ration de riz pourra être portée à 6 décagrammes lorsqu'il y aura lieu d'accorder constamment de l'eau de riz aux convalescens de maladies des voies digestives.

Les salles des convalescens seront chauffées d'après les instructions du chirurgien-major. Celui-ci devra tenir un registre sur lequel tous les faits concernant l'état médical des salles devront être constatés. Les chefs de corps veilleront à ce que toutes les précautions hygiéniques indiquées par les officiers de santé soient strictement observées. Ils tiendront sévèrement la main à ce que les hommes prennent chaque jour tous les soins de propreté, si utiles pour activer la marche de la convalescence.

Lorsque les chefs de service jugeront la promenade nécessaire aux convalescens, les chefs de corps désigneront un nombre suffisant de sous-officiers pour les accompagner pendant la promenade. Ces sous-officiers veilleront à ce qu'ils n'achètent ou reçoivent aucune espèce d'aliment. Les distractions morales étant la base du régime des salles de convalescence, ces salles seront pourvues, par les soins des chefs de corps, de quelques jeux désintéressés.

Enfin le ministre ajoute que les résultats obtenus dans la première division militaire lui ont démontré les avantages que l'on peut attendre des salles de convalescence sous le rapport de l'hygiène, et il a l'espoir que les précautions prescrites préviendront les maladies graves que produisent les rechutes.

Nous ne pouvons qu'offrir en exemple aux administrateurs des hôpitaux civils, cette décision récente du ministre de la guerre. Espérons qu'il produira ses fruits.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 16 décembre, M. Godefroy est nommé professeur d'accouchemens à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

— Lundi prochain, 26 décembre, aura lieu la séance publique pour la nomination des élèves internes et la distribution des prix. Voici les noms des lauréats :

Prix des internes. 3e et 4e année. 1er prix, médaille d'or, M. Bonchut. 2e prix, médaille d'argent, M. Oulmont. 1re mention honorable, M. de Castelnau. 2e mention, M. Aran.

1re et 2e année. 1er prix, médaille d'argent, M. Fauraytier. 2e prix, livres, M. Guérin. 1re mention, M. Milcent. 2e mention, M. Chapotin de St-Laurent.

— Un de nos chirurgiens venait d'opérer un bègue, et, comme toujours, avec le plus grand succès. (Pour l'intelligence de ceci, il faut se souvenir qu'en l'an de grâce 1841, la chirurgie eut la singulière idée de couper qui plus, qui moins dans la langue pour guérir le bégaiement. On pourrait bien l'avoir oublié.) Notre chirurgien, qui ne se contentait pas du succès à huis-clos, demanda et obtint de présenter son opéré dans une grande réunion du faubourg .... L'assemblée était brillante, et composée surtout des femmes le plus à la mode. « Faites lire mon opéré, dit le chirurgien avec la plus grande assurance, et vous verrez s'il reste vestige de son infirmité. » Un volume était là, c'était Montaigne ; l'opéré l'ouvre, et tombe sur la phrase suivante :

« Comme les pleurs des femmes sont d'ordinaire artificiels et cérémonieux, il ne faut pas s'y opposer ; c'est les exposer à faire pis. »

Arrivé à ce dernier mot, sa langue s'embarrasse, et après avoir hésité sur *faire*, il prend de l'élan et prononce deux fois le mot *pis*.

Les dames ne purent y tenir, et l'on assure qu'il leur arriva ce qu'il leur arrive, suivant la version du bègue, quand on les empêche de pleurer.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 154, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

SÉANCE D'OUVERTURE.

L'enseignement clinique, c'est l'enseignement pratique, la science en action, celle qui se puise au lit des malades.

Et, d'abord, les études cliniques doivent-elles devancer les études théoriques? Telle est la question que tout élève en médecine doit se poser au début de sa carrière.

Si pour résoudre cette question, nous jetons un coup-d'œil rétrospectif pour interroger la science à son origine, nous verrons que les études au lit des malades ont dû forcément marcher les premières, puisque les traditions et les écrits doivent de toute nécessité reposer sur des faits. Or, les faits constituent l'élément essentiel de la clinique; sans faits pas de clinique, et avec les faits sont venus l'observation, l'induction, la déduction, la scholastique, les écrits et les livres.

A ce point de vue il est facile de résoudre la question. Nul doute qu'il ne faille débuter par la pratique des hôpitaux et par l'observation au lit du malade; mais nous ne sommes plus aux temps où l'enseignement clinique existait seul, à l'époque où les malades restaient exposés sur la voie publique pour servir à l'instruction des jeunes médecins, comme cela avait lieu en Egypte. Si les Asclépiades n'avaient d'autres moyens d'instruction qu'un enseignement clinique transmis de père en fils, Hippocrate, le plus illustre membre de cette famille dont le chef est, dit-on, Esculape, nous a laissé dans ses écrits immortels des traditions où l'observation rigoureuse des faits ne le cède ni à la description claire et précise des maladies, ni aux indications thérapeutiques les plus précieuses.

Ces traditions, qui n'ont pas vieilli et forment encore la base de nos meilleurs écrits, ont donné naissance à des livres où les élémens de la science sont exposés avec tant de clarté et de méthode, que nous ne saurions trop en recommander la lecture. Les études cliniques et théoriques doivent, selon nous, marcher de front; loin de s'exclure, elles se doivent un secours mutuel. Quand l'élève aura été impressionné par les sens au lit du malade, ses impressions se graveront dans son esprit d'une manière bien plus durable et plus profitable à la fois si, rentré chez lui, il peut à loisir, et le livre à la main, méditer le tableau dont sa mémoire a conservé l'image.

Livrez-vous de bonne heure aux études pratiques pour préparer de longue main votre esprit à l'observation des faits. Recueillez les faits, en inscrivant chaque jour les nouveaux phénomènes survenus d'une visite à l'autre; attachez-vous à bien questionner les malades entrans sur l'origine de leurs affections, sur les traitemens que déjà ils peuvent avoir subis. Ces questions sont très importantes; rien de plus simple au premier abord, et cependant vous verrez combien elles présentent de difficultés.

Pour vous aider dans vos études cliniques, nous vous ferons remettre des feuilles imprimées sur lesquelles vous transcrirez chaque jour le résultat de vos observations; nous examinerons nous-même votre travail, et nous aurons soin de vous diriger dans la rédaction des faits les plus dignes d'intérêt, pour les transmettre au Conseil de santé et les faire insérer dans notre journal de médecine. De la sorte, il y aura émulation pour vous, et bénéfice pour la science. Attachez-vous à bien voir et à observer principalement les faits qui se présentent le plus journellement dans la pratique; livrez-vous aux études anatomiques, et faites marcher de pair la médecine opératoire. En suivant cette voie, vous deviendrez des praticiens; tandis que par la route inverse, si vous négligez les études pratiques pour la scolastique et les livres, vous ne posséderez jamais que de la littérature médicale.

L'enseignement clinique repose sur l'imprévu, sur les éventualités; il n'est donc pas possible de donner à l'avance le plan d'un cours de cette nature. Cet enseignement a lieu au lit du malade et à l'amphithéâtre.

C'est au lit du malade que vous apprenez à connaître la cause et les symptômes des maladies. Dans les livres, les caractères sont tranchés, tout est lucide, transparent; en face de la réalité, vous verrez combien sont parfois enveloppés d'obscurités ces tableaux éclairés dans les monographies d'un jour si pur que l'erreur semble impossible.

Dans les écrits encore, rien de plus simple que le diagnostic; et cependant, que de difficultés pour lire dans le livre de la nature! En voulez-vous une preuve?

Le n° 22, salle 31, est atteint d'une tumeur scrotale de la grosseur des deux poings. Cette tumeur s'est développée il y a six mois environ, sans cause connue; sa dureté est énorme, sa transparence nulle, son poids considérable. On pourrait la prendre pour une orchite; mais le testicule n'a jamais été lésé, au dire du malade. La tumeur, isolée à son début, aurait apparu au sommet de cette glande, serait venue la coiffer pour l'envelopper entièrement; il n'existe d'ailleurs point de bosselures, point de douleurs ni d'élancemens. A la partie postérieure et supérieure de cette tumeur, on sent une partie arrondie qui semble se détacher confusément de celle-ci, et qui pourrait bien être la glande séminale elle-même. Cette tumeur est-elle une hydrocèle? La ponction a été tentée avant l'entrée du malade à l'hôpital, et elle n'a point donné issue à du liquide. Nous avons exploré avec notre trocart à acupuncture, dont nous retirons tant de précieux résultats thérapeutiques dans l'hydrocèle et surtout dans l'hydro-orchite, et nous avons reconnu que les tuniques scrotales dégénérées avaient une épaisseur de trois à quatre centimètres, qu'un liquide séreux sanguinolent existait au centre de ces enveloppes, et que la glande séminale a acquis plus de volume que dans l'état normal; sans pouvoir toutefois apprécier son degré d'altération avec une exactitude rigoureuse.

Nous sommes à la veille d'opérer ce malade, ce sera pour notre premier jour de clinique, et cependant combien le diagnostic ne laisse-t-il pas encore à désirer? Avons-nous affaire à une hydrocèle avec dégénérescence des tuniques scrotales? Où est situé le testicule? Cette glande est-elle altérée au point de ne pouvoir être conservée? Voilà autant de questions importantes et sur lesquelles nous n'avons encore que des données incertaines. Inutile de vous rappeler qu'avant de tenter l'opération, tous les moyens que la thérapeutique fournit ont été mis en usage. Saignées locales, purgatifs, pommades fondantes, etc. Aucune amélioration n'a été obtenue; le mal fait des progrès toujours croissans.

La thérapeutique, si facile à manier en théorie, devient d'une difficulté souvent extrême au lit du malade. Je n'en veux d'autre preuve que le fait dont je viens de vous entretenir.

Les tuniques scrotales sont-elles altérées au point qu'il faille les exciser à l'aide du bistouri? Une large incision ne suffirait-elle pas pour amener une fonte purulente et la résolution de ces envoloppes? Faudra-t-il enlever le testicule?

Pour concilier toutes ces questions, le chirurgien est souvent forcé de prendre un parti que les livres ne peuvent lui indiquer.

C'est ainsi que pour le cas dont il s'agit, nous nous proposons de fendre par une incision verticale, le long du raphé, cette tumeur dans toute son étendue, afin de la débarrasser du liquide qu'elle contient. Dès-lors nous pourrons étudier le degré d'altération des enveloppes et du testicule, puis par une seconde incision semi-elliptique, exciser les enveloppes seules ou conjointement avec le testicule, selon l'état morbide.

Puisque nous parlons de thérapeutique, hâtons-nous de dire qu'à nos yeux la distinction entre la thérapeutique des lésions externes et celle des maladies internes n'est pas tranchée d'une manière aussi absolue qu'on l'enseigne généralement.

Disons le bien haut; en chirurgie comme en médecine, la mort ne survient qu'après un désordre profond dans les grands centres de la vie. Le blessé, l'amputé, ne périssent jamais par le seul fait de la mutilation, mais bien par une réaction sur l'un des principaux viscères ou par suite d'une résorption purulente.

A ce point de vue, le chirurgien doit être essentiellement médecin; le fer dont il se sert n'est qu'un agent thérapeutique dont la puissance est immense sans doute, mais dont les effets seront désastreux si la main qui le dirige n'est servie par une intelligence douée du génie médical.

Cela est si vrai que chaque jour vous entendez dire d'un chirurgien inhabile comme opérateur, qu'il obtient de beaux résultats cliniques, tandis que son confrère, chirurgien brillant, au point de vue du manuel opératoire, n'éprouve que des revers. C'est que le premier possède des notions médicales dont il sait faire une heureuse application, tandis que le second a négligé cette étude; mieux vaut un mauvais chirurgien bon médecin, qu'un excellent chirurgien mauvais médecin: je me trompe, nul ne peut être bon chirurgien s'il ne possède à fond la science de la pathologie interne. Il sera brillant opérateur, soit; mais à nos yeux il ne fera que du métier, du mécanisme; il ne sera qu'un ouvrier.

Ces vérités sont trop banales pour nous arrêter plus long-temps. Broussais, l'orgueil du Val-de-Grâce et de la médecine française, en opérant une révolution dans le monde médical, a répandu une clarté immense sur le domaine chirurgical, et depuis lui surtout il n'est plus permis d'aspirer au titre glorieux de chirurgien si, avant tout, l'on ne possède le titre de médecin; en un mot, la différence d'un médecin à un chirurgien, c'est que le premier peut se passer du complément scientifique du second, tandis que celui-ci possède à un haut degré la science du premier. Disons plus encore; avec de l'étude, de la persévérance, de l'esprit d'observation, on fait un médecin. Ces précieuses qualités ne suffisent pas, vous le savez, pour faire un chirurgien; il faut, de plus, posséder un grand sang-froid, du courage, beaucoup de cœur et des qualités tactiles qui ne s'acquièrent jamais quand la nature ne les a données en partage.

A l'amphithéâtre se posent les questions qui ne peuvent être discutées en face du malade; celles surtout qui sont relatives au pronostic, quand ce pronostic est fâcheux; là se pratiquent les grandes opérations.

Avant de les entreprendre, le chirurgien discute les diverses méthodes opératoires et motive le choix qu'il fait de l'une d'elles. Il doit ici éviter avec soin un écueil d'autant plus difficile qu'il a plus d'attrait, savoir: les discussions théoriques trop étendues; il doit craindre d'empiéter sur la domaine de la médecine opératoire, aussi bien que sur celui de la pathologie externe; jamais il ne perdra de vue que sa véritable mission est d'apprendre à l'élève ce qui ne s'apprend qu'au lit des malades et non dans les livres.

Quant aux élèves, des devoirs leur sont également imposés en dehors de l'enseignement. Dans vos relations avec les malades, vous ne sauriez apporter trop de bons procédés et de convenances. Jamais vous n'oublierez que le soldat malade à l'hôpital est chez lui, qu'il est dans sa propre maison, et qu'il a droit à être traité avec les égards que l'humanité commande.

C'est ainsi que l'entend M. le maréchal ministre de la guerre: c'est à ces conditions, et sous notre responsabilité expresse, qu'il a bien voulu nous autoriser à délivrer, aux élèves externes, des cartes d'entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce. Mais, hâtons-nous de le dire, ces recommandations sont superflues, parce que tous, vous sentez trop la noblesse de votre profession, et que le sentiment du devoir est dans votre cœur.

Une disposition ministérielle, récemment prise dans l'intérêt de l'armée aussi bien que pour faciliter le perfectionnement de vos études médicales, a rendu la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce plus intéressante que jamais; par suite de cette disposition, les chirurgiens-majors des hôpitaux environnans Paris, sont invités à diriger sur le Val-de-Grâce tous les malades atteints d'affections graves, et qui peuvent être transportés sans danger. Il faut le dire à la louange de nos confrères, cette mesure, qui aurait pu blesser des hommes d'un mérite médiocre, a été acceptée par eux avec un louable empressement; et, grâces à elle, l'enseignement clinique peut s'exercer désormais sur une large échelle.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, de faire avec vous une rapide revue des cas les plus curieux dont nous aurons à vous entretenir.

Le n° 1 de la salle 31 a subi, il y a quelques mois, l'amputation de l'avant-bras d'après notre méthode mixte. La cicatrice a été obtenue par première intention linéaire, et en quelques jours. Six semaines plus tard, il survint dans le moignon une tuméfaction considérable avec une foule de petits foyers purulens qui, après eux, laissèrent des ulcères taillés à pic, à base indurée, semblables aux ulcérations syphilitiques dont la verge peut être le siége. Interrogé à diverses reprises, et après bien des réticences, le malade nous a avoué qu'il a eu plusieurs maladies vénériennes, qu'il avait même un écoulement au moment de l'opération, et que cet écoulement s'était supprimé à l'époque où le moignon s'était tuméfié, et était devenu les siége de foyers purulens.

Nous avons soumis ce malade à un traitement syphilitique, et sous l'empire de cette médication nous avons obtenu une immense amélioration.

Le n° 3, même salle, est atteint d'un rétrécissement du canal de l'urètre avec fistule. Ce malade nous offrira un grand intérêt.

Les n. 5 et 23 sont atteints de hernies inguinale et crurale qui ont été réduites par le taxis. Vous savez que la hernie crurale est rare chez l'homme; nous appellerons votre attention sur ce fait.

Les n. 6, 35, 48 et 13, sont atteints d'ophthalmie à divers degrés; vous verrez avec quel succès nous employons le nitrate d'argent combiné avec la glace appliquée sur la région oculaire pour détruire les ophthalmies purulentes avec chémosis, et dont la marche est parfois si rapide que la fonte purulente de l'œil peut avoir lieu en 48 heures.

Les n. 9 et 31 sont entrés pour des entorses chroniques avec dégénérescence et trajets fistuleux. Ces malades ont été traités par la funeste méthode des émolliens, des cataplasmes et des sangsues. Depuis que nous avons proscrit ces moyens pour recourir aux bandages légèrement contentifs et aux réfrigérans en baignant pendant plusieurs jours consécutifs la partie lésée dans un baquet d'eau froide, nous ne connaissons plus ce genre de dégénérescence.

Le n° 36 vient à l'appui de ce que nous avançons. Ce militaire, par suite d'une chute d'un lieu très élevé, a éprouvé dans les deux articulations huméro-cubitales, radio-carpiennes et fémoro-tibiales, un diastaxis très considérable. Des bandages contentifs ont été de suite appliqués et recouverts pendant huit jours, sans interruption, de gros morceaux de glace. Deux larges saignées du bras ont été pratiquées dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accident, et aujourd'hui la guérison de toutes ces lésions est complète après un mois de traitement.

Les n. 11, salle 31, 8, salle 2, et 41, salle 30, sont atteints d'hydarthrose du genou à divers degrés. Plus d'une fois j'ai pu attirer votre attention sur le danger de la cautérisation, tant préconisée par une foule de praticiens. Quand il y a un travail dans le tissu osseux avec hypertrophie et sub-inflammation, les lignes de feu retentissent profondément et ne font souvent qu'activer le travail destructeur. Je vous ai fait voir le bon effet que l'on retire des frictions émétisées, surtout quand elles sont faites sur les stygmates récentes des ventouses. Leur effet a, dans ce cas, une puissance extrême dont il faut parfois modérer l'intensité par l'application de la glace pendant quelques heures.

Le n° 12, salle 31, présente une fracture de l'olécrâne et une fracture de l'angle externe de l'orbite, avec perte de substance de la paupière supérieure, par suite d'un éclat d'obus. Ce militaire est entré après un mois de traitement hors de notre hôpital. La fracture de l'olécrâne est venue donner un témoignagne de plus à ce que j'ai avancé concernant ce genre de lésion, et sur la nécessité de la traiter par l'extension du bras. Ce militaire est guéri, mais avec demi-ankylose. La destruction de la paupière supérieure laisse une portion du globe oculaire exposée au contact de l'air, et donner à la physionomie un aspect disgrâcieux. Plus tard, nous emprunterons à la tempe une portion de tégumens, et à l'aide de l'autoplastie nous espérons restaurer cette paupière avec autant de succès que nous en avons obtenu tout récemment sous vos yeux sur un malade qui n'avait plus de paupière inférieure par suite d'un érysipèle gangreneux.

Le n° 14, salle 31, est atteint d'un foyer purulent qui a envahi tout le tissu cellulaire du petit bassin, et a donné lieu à une foule de phénomènes trop dignes d'intérêt pour ne pas faire l'objet d'une conférence clinique. Pour le dire en passant, nous sommes parvenu à ouvrir au pus un jour à l'extérieur, et nous espérons une guérison prochaine.

Les n. 16 salle 21, et 13 salle 20, sont atteints d'orchite chronique tuberculeuse avec trajets fistuleux. Selon toute probabilité, ces affections exigeront l'emploi du bistouri et la castration. Ces militaires sont entrés à l'hôpital dans l'état où vous les voyez. Il est excessivement rare de rencontrer ces dégénérescences à la suite du traitement par nous mis en usage pour combattre l'orchite aiguë: il consiste en une ou deux saignées générales, en purgatifs, et localement en liniment fortement camphré, en morceaux de flanelle et en suspensoir. Sous l'empire de cette médication révulsive et hyposthénisante, l'inflammation tombe et la glande diminue rapidement de volume. Plus tard, nous remplaçons le liniment camphré par la pommade mercurielle camphrée, par les pommades au proto-iodure de plomb ou de potassium; et si le progrès paraît stationnaire, une petite saignée locale à l'aide de sangsues réussit à merveille.

Les n. 23 de la salle 31 et 1 salle 2 ont été blessés par armes à feu, l'un à la hanche avec fracture de l'os iliaque, l'autre au pied avec fracture du premier os du métatarse. Nous aurons occasion, à propos de ces militaires, de vous faire quelques leçons sur les plaies d'armes à feu: nous vous dirons notre pensée sur le traitement arriéré qu'on emploie généralement pour les blessures de ce genre. Nous vous ferons profiter de notre expérience de neuf années passées en Afrique, et nous avons lieu d'espérer qu'elle ne sera pas sans profit pour vous.

Le n. 33 a été opéré plusieurs fois d'une fistule anale; la dernière fois il a été opéré par nous, et, cette fois, avec un plein succès. L'insuccès reconnaissait pour cause un décollement considérable remontant au dessus de l'orifice interne, et qu'on n'avait pas eu le soin d'inciser dans toute son étendue. Pour reconnaître ce décollement, portez le doigt au fond de la plaie, vous sentirez un pont formé par la membrane muqueuse; ce pont, il faut le comprendre entre les lames de forts ciseaux et le couper dans toute son étendue.

Les n. 37, 21, 28 et 15 de la salle 31, les n. 2, 3 et 5 de la salle 30 sont en traitement pour des fractures de jambe et de cuisse. Vous voyez que notre clinique est riche en lésions de ce genre.

Quatre de ces blessés ont été traités par nos appareils à fractures; chez tous vous avez pu remarquer absence complète de douleurs pendant la durée du traitement. Nous ne connaissons pas ces atroces souffrances au talon qui font le désespoir des malades et des médecins. Notre appareil à extension continue selon le diamètre vertical du membre et selon son diamètre transversal, nous permet d'affronter très rigoureusement les pièces d'os brisés, et de retirer les avantages des appareils inamovibles et amovibles, en ce sens que jamais le cal ne peut éprouver d'ébranlement et qu'il peut être renouvelé facilement sans aide et aussi souvent qu'on le veut. Avantages inappréciables lorsqu'il existe de vastes plaies qui exigent des pansemens journaliers.

Ainsi, le n. 3 salle 30 a eu les deux os de la jambe broyés par une roue de voiture, il y avait issue des esquilles, et deux vastes plaies avec escarrhes gangréneuses. Les pansemens ont dû être fréquens, mais le cal n'a pas subi le plus léger ébranlement et la guérison était

complète au cinquantième jour après l'accident.

Le n. 37 salle 31 a eu la jambe prise dans la roue d'un wagon : les deux os ont été broyés ; c'était un cas d'amputation des mieux indiqués. Nous avons tenté la guérison sans amputation, et nous y sommes arrivé à l'aide de notre appareil ; des esquilles ont été extraites, des pansemens ont dû être renouvelés, mais toujours avec facilité, sans déplacement, sans douleur aucune, et après trois mois de soins ce militaire a pu essayer de marcher avec des béquilles.

Nous aurons souvent à vous parler de fractures : n'anticipons pas aujourd'hui sur un sujet si digne d'intérêt et qui demande de grands développemens.

Le n. 11 salle 30 a été atteint d'une fissure à l'anus contre laquelle ont échoué les pommades de belladone, l'extrait de ratanhia, la cautérisation avec le nitrate d'argent. La contraction spasmodique du sphincter étant la cause et non l'effet de cette lésion, il a suffi de diviser ce muscle avec le bistouri porté sur la fissure elle-même pour obtenir en peu de temps une guérison de la fissure et du spasme de l'anus.

Le n. 45 salle 31 est atteint d'un engorgement des glandes du cou. Les adénites sont fréquentes chez les militaires : il m'est quelquefois arrivé d'en posséder 40 à 50 cas dans mon service, ce qui m'a donné une pratique dont je retire de très bons effets.

Quand j'ai affaire à un homme de forte constitution, quand l'adénite développe un mouvement fébrile, je débute par une petite saignée révulsive du bras. Le lendemain, purgatif, friction mercurielle sur la glande dès le début, et au bout de vingt-quatre heures vésicatoires sur cette adénite. Le vésicatoire est entretenu huit jours, après lesquels on le fait sécher pour recourir ensuite aux frictions avec les pommades mercurielles camphrées ou iodurées, avec les pommades d'iodure de plomb ou de potassium. Sous l'empire de ce traitement, que l'on peut reprendre en sous-œuvre en recommençant par le vésicatoire, il arrive ou la résolution, ou la fonte purulente ou l'induration.

S'il y a résolution, il n'y a qu'à s'applaudir du traitement ; s'il y a fonte purulente, il faut se garder de donner issue au pus avant que la glande soit complètement détruite sous peine de voir survenir une vaste ulcération à base glandulaire et dont la guérison est fort difficile à obtenir. Dans ce cas il faut de temps en temps comprimer la glande entre les doigts pour l'écraser et la chasser au dehors sous forme de détritus.

S'il y a induration et que la glande soit d'un petit volume, il ne faut rien faire et attendre du bénéfice du temps sa résolution ; si la glande est volumineuse, si le malade veut s'en débarrasser, il faut avant tout la rendre mobile, roulante, et avant d'opérer se rappeler que les glandes ne sont jamais isolées : toujours elles se tiennent, se succèdent comme un chapelet, et il faut se décider à tout enlever quand on commence l'opération, sous peine de récidive. Ces opérations sont toujours sérieuses, parce que d'une part il y a toujours l'imprévu et parce qu'on ne sait jamais *à priori* où l'on s'arrêtera; elles sont graves encore parce qu'elles sont situées au voisinage de troncs artériels et nerveux. Quand on se décidera à les extirper, on fera bien de suivre ma méthode, qui consiste à ouvrir le kyste celluleux qui les entoure, kyste formé par le refoulement du tissu cellulaire voisin au fur et à mesure que la glande s'est développée, et à agir par énucléation ; puis à tordre la glande comme les artistes quand ils opèrent les chevaux de la castration, jusqu'à ce qu'elle tombe dans la main de l'opérateur. Par cette manœuvre, on évite des hémorrhagies parfois inquiétantes.

J'aurais encore à vous parler d'une foule de malades intéressans, entre autres du n. 38, qui est atteint d'une pierre dans la vessie et que nous allons soumettre au broiement ; du n. 3 salle 2 qui est atteint d'un rétrécissement du rectum.

Nous ne pousserons pas plus loin aujourd'hui ces considérations préliminaires : elles suffiront pour faire comprendre l'importance de la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, et dans quel esprit nos leçons seront conçues.

HOTEL-DIEU. — MM. Récamier et Tessier.

Eclampsie, Réflexions sur les points de départ différens des accidens convulsifs. De l'importance de tenir compte des points de départ des maladies en général.

Une femme fut apportée à l'hôpital sans connaissance; la sensibilité et le mouvement étaient conservés; elle était dans cet état depuis la veille. Quelque temps auparavant elle avait eu des convulsions. Cette malade était enceinte; elle était parvenue au huitième mois de sa grossesse; il s'est déclaré hier un commencement de travail. La veille, il n'y en avait aucune apparence. Etait-ce un accouchement naturel? Non; puisque la grossesse n'était pas parvenue à son terme. Quelle a été la cause de cet accouchement prématuré? Quelle est la complication qui a pu le déterminer? Y a-t-il eu des accidens particuliers pendant la grossesse? Ou bien est-ce à la circonstance de la grossesse elle-même et de l'accouchement que nous devons attribuer les convulsions? De tout cela nous ne savons rien. Le travail a dû être aidé par le seigle ergoté, que l'on a donné à la dose de 75 centigr., et par une saignée. Le sang de la saignée était très couenneux; le caillot était rétracté au point d'avoir la forme d'un champignon. Il y avait encore d'autres indications que nous avons tâché de remplir en administrant des antispasmodiques, l'asa-fœtida et le sirop diacode à petite dose.

L'état de la malade s'est amélioré sous l'influence probable de cette médication, et surtout de l'accouchement lui-même.

L'éclampsie; car telle est l'affection à laquelle cette femme était en proie; l'éclampsie, comme chacun le sait, se développe, de même que toutes les autres convulsions, lorsqu'une fonction s'opère mal. On en trouve des exemples fréquens et presque journaliers dans les convulsions qui accompagnent le travail de la dentition, celles qui se manifestent pendant une mauvaise digestion, etc. Il y a des degrés infinis pour l'intensité de ces convulsions, comme pour les causes qui les produisent. L'éclampsie peut quelquefois causer la mort à une première attaque. Il en est parfois de même des convulsions des enfans. Les attaques convulsives ont, en général, une certaine marche régulière que l'on peut comparer à celle d'un accès fébrile. Les premiers phénomènes sont une pâleur excessive, la fixité du regard, un état général de concentration; puis, à ces phénomènes, succède la réaction constituée par le mouvement convulsif, puis l'abattement, la fatigue et la courbature, qui terminent l'accès. Mais quelquefois la courbature persiste, avec elle un peu de douleur et même de la gêne dans les mouvemens; puis la douleur cesse, la sensibilité reste intacte, mais on est surpris de voir le mouvement paralysé du côté qui a été le siége principal des convulsions. Ces sortes de paralysies sont souvent précédées de contracture; elles ont plus souvent lieu dans les membres supérieurs; mais elles se montrent aussi quelquefois dans les membres inférieurs.

L'éclampsie diffère, à cet égard, des convulsions de l'enfance; elle amène plus souvent la mort, surtout lorsqu'elle survient au terme de la grossesse. Elle est ordinairement le résultat de congestions, d'épanchemens cérébraux qui se forment pendant la durée des accès. Lorsque l'accouchement a eu lieu sans accidens, on s'attend à voir cesser les accès; mais il n'en est pas toujours ainsi, bien que le plus souvent l'accouchement mette un terme naturel à l'éclampsie. Il arrive quelquefois, après l'accouchement, de nouveaux accès auxquels les femmes succombent.

Chez les enfans, il est une circonstance à laquelle il faut faire attention : c'est le développement et la dureté extrême du ventre. Lorsqu'on s'aperçoit que les digestions sont difficiles, il est de la plus grande importance de faire immédiatement cesser un travail aussi laborieux, sans quoi tous les moyens seraient inutiles pour mettre un terme aux convulsions.

— M. Récamier cite à l'appui des considérations précédentes énoncées par M. Tessier, les exemples qui suivent.

Une jeune dame de vingt-un ans, auprès de laquelle je fus appelé, était accouchée l'avant-veille. Depuis le moment de son accouchement elle était en proie à des mouvemens convulsifs épileptiformes qui se renouvelaient tous les cinq minutes; ces accès étaient tellement rapprochés que la malade avait à peine le temps de reprendre connaissance dans leur intervalle; elle était dans un état presque continuel d'insensibilité. Le pouls était flasque, mou, petit, sans résistance. Il n'y avait par conséquent pas d'indication pour la saignée. Je prescrivis les affusions à une température décroissante, depuis 30 jusqu'à 16°. Sous l'influence des dernières affusions, les accès s'éloignèrent, mais ils ne cessèrent point complètement, et l'intelligence restait toujours abolie. Elle resta dans cet état pendant quatre jours, du dimanche au jeudi. Ce jour-là, sa mère, qui était accourue à Paris pour la voir, se présenta à elle : à sa vue la malade sortit tout-à-coup de l'insensibilité dans laquelle elle était plongée depuis près de cinq jours, et dès cet instant les accès ne se reproduisirent plus. Elle fut complètement guérie.

Une autre dame s'était mariée à trente-six ans; elle était très délicate; elle accoucha à terme, et tomba immédiatement après l'accouchement dans un état d'éclampsie. Elle recouvrait la connaissance dans l'intervalle des attaques. Le pouls ayant un peu de résistance, je fis pratiquer une petite saignée, après quoi j'ordonnai les affusions froides. Il se fit malheureusement un retard dans les préparatifs qu'exigeait ce moyen, et la malade succomba avant qu'on eût pu le mettre en œuvre.

M. Tessier vous faisait remarquer tout à l'heure la différence des points de départ de ces maladies. C'est d'une importance telle, qu'on ne réussit en général à les guérir qu'en saisissant ce point de départ. J'en rapporterai quelques exemples.

Un homme eut une indigestion : il fut pris aussitôt de mouvemens convulsifs épileptiformes. On administra les purgatifs, ils restèrent sans effet. Croyant voir que l'indigestion et les convulsions qui en étaient l'effet provenaient d'un état de spasme de l'estomac, j'ordonnai l'opium. Il survint des vomissemens abondans et les convulsions cessèrent.

Un malade avait des mouvemens désordonnés du cœur, accompagnés de convulsions épileptiques. Je prescrivis la digitale ; les palpitations et les convulsions disparurent simultanément.

Un autre malade se trouvait dans le même cas, mais ici la digitale n'était plus indiquée. Il y avait une lésion organique du cœur, une hypertrophie. Je fis appliquer un large vésicatoire sur la région précordiale, et je fis prendre la scille à l'intérieur. Le vésicatoire fournit une suppuration abondante, le cœur revint à son état normal et les convulsions cessèrent et ne se reproduisirent plus depuis.

Je citerai, puisque je suis sur ce sujet, d'autres points de départ pour d'autres maladies. Il est une espèce d'asthme qu'Arétée a appelée *epilepsia pulmonum*, et qui diffère de l'asthme ordinaire, dans lequel la difficulté est dans l'inspiration, en ce que c'est l'expiration qui est gênée. J'ai rencontré un fait de ce genre dans lequel l'expiration était tellement difficile qu'elle ne pouvait se faire que par le concours des muscles abdominaux, tandis que l'inspiration se faisait avec une grande facilité. C'était donc au diaphragme qu'il fallait s'adresser. Mais je ne connais pas d'agent qui ait une action élective sur cet organe. Je dus donc procéder par tâtonnement. Je donnai d'abord l'opium, mais il n'eut point d'effet sensible ; j'eus recours successivement aux divers antispasmodiques, tels que le stramonium, la jusquiame, la belladone, etc., que je combinai de diverses manières, et je parvins enfin à mettre un terme à ces accidens.

Je parlais tout à l'heure des accès épileptiques : il est une foule de sources diverses qui peuvent devenir les points de départ de ces accès ; c'est tantôt une impression de froid ou d'humidité sur la peau, tantôt la sécheresse ou la chaleur. Ils se montrent sous l'influence de l'hypertrophie comme de l'atrophie de certains organes. J'ai vu succomber des épileptiques avec une résolution complète des muscles, d'autres avec une hypertrophie de ce même système. Ce qui a lieu pour les muscles peut avoir lieu pour tous les organes. Il y a une foule de points de départs différens et même opposés pour une même maladie. De là la nécessité de rapprocher des maladies que l'on trouve séparées dans les auteurs. De là surtout la nécessité de distinguer les symptômes d'avec les signes et les points de départ qui constituent les véritables indications. Je pourrais multiplier les exemples à l'infini et les emprunter à la chirurgie comme à la médecine. Une fracture ne se consolidait pas, on en ignorait la cause : j'examine le malade, je regarde ses gencives, je vois quelques signes de scorbut ; je donne les antiscorbutiques, et la consolidation se fait. Je ne saurais donc trop insister sur ce point : étudiez les indications, recherchez les points de départ, car c'est là qu'est la médecine et non dans les symptômes et dans les théories plus ou moins mécaniques à l'aide desquelles on cherche à les expliquer.

Phthisie aiguë compliquée de surdité douloureuse. Considérations sur la valeur de ce symptôme.

Au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, est un malade atteint depuis environ cinq semaines d'une phthisie aiguë caractérisée par une fièvre continue avec toux, crachats nummulaires, râle sous-crépitant, craquement, un peu de frottement, etc. La maladie n'offre d'ailleurs rien de particulier, si ce n'est la rapidité avec laquelle se succèdent ses périodes. Mais ce qu'offre de particulier ce malade, c'est un symptôme qui, à raison de son peu d'importance par rapport à la maladie principale, n'est peut-être pas suffisamment connu dans sa véritable signification, nous voulons parler de la surdité douloureuse; non que ce symptôme ait échappé entièrement aux observateurs; loin de là, Hippocrate même et Baglivi l'avaient constaté ; mais on n'a pas, suivant nous, accordé à ce symptôme toute l'attention qu'il mérite. Il ne faut pas confondre la surdité douloureuse des phthisiques avec la surdité sans douleur. Celle ci se montre pendant le cours de presque toutes les fièvres graves, et n'a en elle-même qu'une valeur séméiologique secondaire. La surdité douloureuse est la répétition, dans l'oreille, de ce qui se passe à l'anus chez les phthisiques; elle est le résultat de la présence de tubercules dans l'oreille moyenne. On voit souvent, en effet, des écoulemens par l'oreille, des surdités qui précèdent l'invasion de la phthisie pulmonaire, et il est même remarquable qu'il existe, en général, un rapport entre l'oreille affectée et le côté de la poitrine dans lequel se développent ultérieurement ou simultanément les tubercules, de sorte que ces écoulemens et ces douleurs d'oreilles peuvent, jusqu'à un certain point, chez les personnes soupçonnées d'avoir une diathèse tuberculeuse, devenir un élément de diagnostic. Mais ce n'est pas là le point le plus important. Chez certains malades, la diathèse tuberculeuse pourra se localiser dans l'oreille comme elle se localise uniquement dans un grand nombre de circonstances, sur tel point circonscrit de l'économie; qu'arrive-t-il alors, si l'on n'est prévenu de cette circonstance, c'est que le diagnostic deviendra très difficile, surtout si la marche de la maladie est aiguë, comme chez notre sujet, par exemple. Le fait suivant viendra à l'appui de cette assertion.

Un gros garçon d'une constitution en apparence très forte, presque athlétique, éprouva des douleurs de tête très intenses et des douleurs très vives dans le trajet des muscles de la région postérieure du cou. On diagnostiqua une méningite. Jusque-là il n'y avait point précisément erreur; il pouvait bien y avoir en effet, au début, un peu de méningite; mais par la marche graduelle de la maladie, par la durée et la continuité de ces douleurs, on ne dut pas tarder à reconnaître que ce ne pouvait plus être là la marche de la méningite. Effectivement, il survint plus tard des douleurs d'oreilles très violentes avec surdité, puis du délire et la mort. A l'autopsie nous trouvâmes une masse tuberculeuse du volume du pouce ayant envahi tout le rocher; rien ailleurs; aucune trace de tubercules dans les poumons.

Voila donc une diathèse tuberculeuse qui se manifeste uniquement par un tubercule de l'oreille; ce tubercule s'étant enflammé, l'inflammation s'était propagée aux méninges et au cerveau, à la base duquel on trouva quelques points ramollis et suppurés. Vous trouverez souvent de ces localisations tuberculeuses que rien ne peut faire prévoir, et dont le diagnostic est souvent d'une difficulté extrême, et quelquefois même impossible. Comment prévoir, par exemple, que l'existence, le plus souvent méconnue, de tubercules dans les intestins, pourra donner lieu à l'ulcération, à la perforation et à la mort? Il peut arriver quelque chose d'analogue à l'oreille dans ces surdités douloureuses, soit qu'elles existent seules, ou qu'elles précèdent ou accompagnent les tubercules pulmonaires; aussi ce symptôme nous paraît-il de nature à fixer l'attention, tandis que la surdité sans douleur est généralement de peu d'importance; elle peut avoir quelque valeur comme signe diagnostic, mais elle n'en a que très peu sous le point de vue du pronostic.

Fièvre intermittente. Absence de lésion de la rate. Quelques mots sur le sulfate de quinine et ses indications.

Au n° 11 *bis* de la même salle est couché un malade affecté de fièvre intermittente quotidienne. La maladie n'offre en elle-même rien de particulier; elle est bénigne; les accès reviennent périodiquement tous les jours à quatre heures, et parcourent toutes leurs périodes d'une manière régulière ; ils se terminent à deux heures du matin. Ces accès durent déjà depuis plusieurs jours sans avoir été modifiés, car il n'a encore été fait aucun traitement, et cependant chacun des assistans a pu s'assurer qu'il n'existe aucune lésion appréciable de la rate. C'est qu'il n'y a pas, comme on l'a dit, une lésion nécessaire entre ces engorgemens de la rate et l'intermittence. Nous voyons tous les jours des névralgies intermittentes, des phlegmasies intermittentes, enfin même des fièvres intermittentes, sans aucune modification de la rate. Sans doute souvent il survient pendant le cours des fièvres intermittentes des altérations locales de la rate. Torti, le premier qui a constaté les faits de ce genre, a rapporté des exemples de ruptures spontanées de la rate pendant le cours d'une fièvre intermittente ; mais de là à un rapport constant, à un rapport tel qu'on puisse légitimement conclure de l'existence de ces altérations de la rate aux phénomènes de l'intermittence, comme de cause à effet, il y a toute la distance d'une erreur. Vous verrez d'ailleurs ces engorgemens de la rate survivre longtemps à l'intermittence et devenir quelquefois la source d'accidens plus ou moins graves, tels que l'ascite, par exemple. L'indication dans ce cas est formelle. Le sulfate de quinine à haute dose triomphe ordinairement de ces engorgemens et en triomphe seul. Le sulfate de quinine rend de très grands services dans ces circonstances, et l'on doit savoir gré à MM. Piorry et Bailly des belles recherches thérapeutiques qu'ils ont faites à ce sujet.

Rien n'est plus constant et mieux démontré, en effet, que l'efficacité du sulfate de quinine dans ces engorgemens de la rate, efficacité telle qu'on peut constater jour par jour par la mensuration la diminution graduelle de la rate sous l'influence de l'administration de se sel.

Je ferai remarquer à cette occasion combien l'action d'un médicament diffère suivant qu'il est administré avec ou sans indication. Lorsque les médicamens sont donnés en vue de remplir une indication formelle, il s'établit à leur égard une tolérance à raison même de cette indication et de l'action thérapeutique qu'ils exercent. Lorsqu'au contraire ils sont administrés sans indication ou en dépit d'une contre-indication, il n'y a point d'action thérapeutique produite, mais une action physiologique plus ou moins contraire, une sorte d'empoisonnement suivant le degré et l'intensité d'action de cet agent. De là des accidens souvent redoutables tels que ceux qui ont été signalés récemment. Voyez, en effet, la différence des résultats : un rhumatisant est empoisonné pour avoir pris des doses de sulfate de quinine que supportent journellement des sujets atteints de fièvres intermittentes ou d'engorgement chronique de la rate ; c'est que dans ce dernier cas l'indication existe, tandis qu'elle n'existe point dans le premier cas. A l'égard des doses, la prudence exige, lors même qu'il y a indication, de ne dépasser jamais 4 grammes à la fois.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 24 décembre.— Présidence de M. P. Dubois.

Suite de la discussion sur la ténotomie.

M. Blandin. J'étais décidé à ne pas prendre la parole dans cette discussion quand elle a été ouverte, et ce n'était pas à la légère que j'avais pris cette détermination. Il me semblait que ce n'était que par des faits qu'on pouvait juger la question de la ténotomie, et les faits je ne les trouvais ni assez nombreux ni assez concluans. Les faits mêmes de M. Guérin n'avaient été examinés que par M. Bouvier, et dans des circonstances où ni moi ni vous ne pouvions nous trouver. Plus tard la discussion s'élargit au point que le sujet principal a été pour ainsi dire étouffé par les grandes questions de théorie, de doctrine et d'histoire qui ont été abordées. Je déplorais pour moi-même et cette indigence de faits et le déplacement de la question de la ténotomie, lorsque l'occasion me fut offerte d'examiner les faits de M. Guérin. Je la saisis avec empressement, car la question m'intéressait comme praticien et comme professeur. J'avoue que je suis profondément surpris que quelques personnes aient récriminé contre la production du document présenté par M. Guérin. Evidemment ce document a porté dans la question des lumières qui lui manquaient ; d'ailleurs, ces récriminations sont d'autant moins légitimes que tout le monde demandait un contrôle, tout le monde reconnaissait l'importance et la nécessité de vérifier les assertions de M. Guérin. Eh bien ! ce que tout le monde demandait, nos collègues et moi nous l'avons fait. Il aurait mieux valu, a-t-on dit, que cet examen eût été confié à une commission nommée par l'Académie ; c'est possible, et nous ne nous rendons pas juges des motifs qu'a eus M. Guérin pour refuser cette commission. Mais invités par lui à suppléer en quelque sorte une commission régulièrement nommée, nous aurions cru, en refusant, manquer à tous nos devoirs, premièrement envers l'Académie qui désirait savoir à quoi s'en tenir sur les faits de M. Guérin, et à laquelle nous avons pu ainsi donner sur ce sujet des lumières qu'elle voulait avoir ; envers la science ensuite, qui prend un vif intérêt à la question de la section des muscles fléchisseurs.

Eh bien ! après avoir vu, bien vu, consciencieusement et sévèrement examiné, nous n'avons pas hésité à rédiger le procès-verbal qui nous a été communiqué. J'ai entendu murmurer ces mots : Certificat de complaisance ; ceux qui ont osé tenir ce langage, n'ont pas compris à coup sûr, la portée de leurs paroles ; nous leur dirions autrement que c'est une infâme calomnie. Nous avons dit toute la vérité, comme des hommes probes doivent la dire. Je ne viens pas, du reste, plaider la cause de la commission, elle n'en a pas besoin, car elle a fait son devoir.

Après tout, examinons froidement les choses. Qui peut se plaindre de notre procès-verbal ? L'Académie ? non ; car nous lui avons apporté des faits nouveaux, et nous avons fait ce qu'elle désirait qu'on fît, un examen soigneux de ces faits. Ceux des membres qui ont pris la parole dans cette discussion ? Pas davantage, car M. Velpeau, par exemple, n'a pas abordé la question principale, et ce qu'il en a dit était à peu près conforme aux opinions de M. Guérin ; car M. Gerdy doit se trouver satisfait de voir s'éclaircir un sujet qui lui paraissait si obscur. Reste M. Bouvier ; il est vrai qu'on a dit en dehors de cette enceinte, que notre honorable collègue devait voir avec peine notre certificat, mais c'est une calomnie contre lui ; car lui qui a suscité la discussion pourrait-il s'affliger de la voir élucidée ? Il a attaqué notre rapport, c'est vrai ; mais en cela a-t-il dépassé les limites de ce qui était permis ? Non, il était dans son droit. Lui-même d'ailleurs a senti toute l'importance de notre document ; car il l'a qualifié de fait grave. Grave, en effet, Messieurs, car nous n'y avons mis aucune complaisance.

M. Bouvier nous a fait plusieurs objections que je vais examiner. Il a dit : Nos collègues n'ont pas suffisamment examiné et apprécié l'anatomie et la physiologie des doigts sur les deux malades de M. Guérin. Cette allégation n'a pu qu'échapper à M. Bouvier. Certes, il n'est pas besoin d'être de profonds anatomistes et physiologistes pour constater la présence ou l'absence des mouvemens des doigts ; mais, sous ce rapport, il y avait dans la commission des connaissances assez complètes pour rassurer M. Bouvier. Notre examen a été fait avec toute la rigueur scientifique désirable.

Je ne suis pas sûr, a ajouté notre contradicteur, que la commission ait usé d'une méthode assez sévère pour bien apprécier les résultats. Objection puérile, Messieurs. Quoi ! nous aurions pu nous en laisser imposer sur la mobilité et la flexibilité des doigts ? Vous ne le croyez pas..... Ici M. Blandin explique toutes les précautions prises par la commission, son examen successif des régions métacarpienne, métacarpo-phalangienne, de la phalange, de la phalangine et de la phalangette. Nous avons dit, ajoute-t-il, tous les mouvemens que nous rencontrions dans ces parties, leur nombre, leur intensité plus ou moins grande. Nous n'avons pas mesuré les angles, il est vrai, mais cela ne nous importait pas ; la seule chose que nous eussions à constater, c'est qu'il y avait des mouvemens.

Mais dans ces doigts, continue M. Bouvier, il manque une foule de mouvemens. Qui dit le contraire ? Il est certains mouvemens dont nous n'avons pas parlé, parce qu'ils n'existaient pas et qu'ils ne pouvaient pas exister. Notre rapport ne parle que des mouvemens de flexion et d'extension, parce que ce sont les seuls que la ténotomie puisse rendre. L'atrophie, la paralysie de certains muscles ne pouvaient pas être guéries par la ténotomie ; elle ne pouvait pas non plus rendre aux parties les mouvemens auxquels ils donnent lieu. Ce que nous avons constaté, ce sont les mouvemens qui n'existaient pas avant l'opération et qui existent aujourd'hui, quoi qu'en dise M. Bouvier. Il est très vrai que nous avons vu autrement que M. Bouvier ; veut-il que nous lui disions pourquoi ? C'est que nous avons bien vu ; c'est que nous étions calmes, et que M. Bouvier ne pouvait pas l'être ; c'est que nous étions désintéressés dans le débat, et que M. Bouvier ne l'était pas, car il avait intérêt à faire prévaloir ses opinions, c'est là le propre de l'humanité ; enfin c'est que nous étions cinq, et qu'un travail fait à cinq est préférable au travail d'un seul.

Veut-on une preuve de notre impartialité ? Nous avons trouvé des mouvemens qui avaient été complétement méconnus par M. Guérin.

M. Bouvier nous a adjurés de donner notre opinion, de dire ce que nous pensions de la ténotomie et ce que nous ferions pour nous ou pour les nôtres dans des cas où nous pourrions avoir besoin de la ténotomie. Je n'hésiterai pas, pour mon compte, à répondre nettement à ces questions.

D'après les faits de M. Guérin, on peut dire d'abord que la ténotomie des muscles fléchisseurs de la main est beaucoup moins mauvaise qu'on ne l'avait assuré. M. Gerdy avait déjà prouvé que les adhérences n'étaient pas une condition aussi défavorable que le pensait M. Bouvier, et celui-ci en est convenu lui-même en voyant que la deuxième phalange pouvait se fléchir malgré la ligature du fléchisseur profond. Mais les faits de M. Guérin sont autrement graves. Sans doute on peut nous dire qu'il existe d'autres faits que ceux-là, et nous citer ceux de M. Bonnet, de Dieffenbach, etc. ; mais les faits de M. Guérin, outre qu'ils sont plus concluans, prennent encore de l'importance par le procédé différent employé par ce chirurgien, procédé qui est un progrès véritable. Eh bien ! dans ces faits, après la ténotomie tous les mouvemens que la ténotomie pouvait rendre, se retrouvent ; je ne parle pas du degré et de l'intensité des mouvemens dans chacune des parties. Ils sont à l'état normal dans beaucoup ; dans quelques-uns affaiblis, plus obscurs encore dans quelques autres, mais ils existent. Ainsi la ténotomie ne les a pas abolis. Je vous laisse à penser maintenant s'il n'y a pas de la passion à dire que ce résultat est un *malheur*. Vous penseriez que c'est un malheur d'avoir donné à une main des mouvemens qu'elle avait perdus ? Cette allégation ne supporte pas l'examen.

Cependant M. Bouvier a fait des expériences dont les résultats diffèrent des faits de M. Guérin. J'ai des objections à opposer à ces expériences. La principale c'est qu'à mon sens, M. Bouvier s'est trop pressé de conclure de ses essais. Il a examiné les animaux sur lesquels il a expérimenté six semaines ou deux mois après la ténotomie. Ce n'est pas assez ; ce que j'ai eu l'occasion de voir sur l'homme me le prouve. Sur des malades amputés dans des parties qui présentent beaucoup de tendons et que nous avons eu le malheur de perdre quelque temps après l'opération, nous avons trouvé les tendons amalgamés ensemble dans une masse de matière inodulaire où il était impossible de les distinguer. Dans d'autres circonstances où les opérés n'ont succombé que plusieurs années après l'opération, les choses étaient tout à fait changées ; la matière inodulaire avait disparu, et les tendons très distincts les uns des autres avaient subi comme une espèce d'allongement. Ces faits, je les ai montrés à l'Académie sur des amputations du pied. Je ne doute pas que la même chose ne fût arrivée pour les expériences de M. Bouvier, s'il avait attendu plus long-temps. J'en suis tellement convaincu que je n'hésite pas à prédire que les malades de M. Guérin acquerront encore des mouvemens, et que ceux qui existent deviendront plus étendus par la résorption des adhérences.

Les faits de M. Guérin permettent aujourd'hui de poser les indications de la ténotomie ; ils permettent de dire que c'est une opération qu'il faut faire, que c'est une opération rationnelle, qui n'a peut-être pas encore donné tous les résultats qu'elle peut produire, mais dont les résultats, tels qu'ils sont, doivent être pris en sérieuse considération. Faire cesser la difformité de la main, lui redonner des mouvemens de flexion sont des résultats dont il faut tenir compte. Un chirurgien prudent peut donc recourir à la ténotomie après avoir échoué dans les moyens dont l'art dispose. Mais quand nous aurons affaire à une contracture ancienne, nous n'hésiterons pas à pratiquer la ténotomie, et cela par les procédés de M. Guérin, c'est-à-dire en coupant à des hauteurs différentes le muscle superficiel et le muscle profond. Ce procédé, je le répète, est un véritable progrès : on n'empêche pas là les adhérences de se produire. Qu'on n'objecte pas de la difficulté, elle n'est pas grande ; avec un peu d'habitude on en vient à bout. Je l'ai essayé devant les élèves qui suivent mon cours, et pour moi, pour les miens, pour les malades qui me sont confiés, je pratiquerais la ténotomie.

Voilà ce que j'avais à répondre aux questions de M. Bouvier.

M. Rochoux. La discussion s'est démesurément étendue ; tout le monde à présent en convient, et M. Gerdy, qui s'était d'abord félicité d'en voir élargir les bases, se plaint amèrement d'avoir été servi au-delà de ses souhaits. Ce qui vient d'arriver rappelle le propos de ce mauvais plaisant qui se vantait de pouvoir refaire l'encyclopédie tout entière à propos d'un pot-au-feu. Comment cela, lui demandait-on ? Rien de plus aisé, répondait-il ; je diviserais mon travail en deux parties : dans la première je parlerais de tout ce qui entre dans le pot-au-feu, dans la seconde de tout ce qui n'y entre pas.

Telle est en réalité la tendance, ou, si vous voulez parler très improprement, l'esprit de notre siècle. L'éparpillement des idées semble y avoir été mis au concours. Par exemple, chacun de vous, Messieurs, a pu lire la réponse de ce chartiste se préparant à monter sur les hustings. Mais, lui dit un de ses amis, es-tu bien en état de parler pendant une heure ? — Qu'est-ce qui ne peut parler pendant une heure, répond le Demosthènes d'Outre-Manche. A mon sens, c'est une déplorable facilité que celle de dire en une ou deux heures ce qui ne demanderait que dix ou vingt minutes. Je compte bien n'en pas employer davantage, même en me livrant à quelques digressions qui nécessairement devront être courtes.

Lors de la discussion, aussi fort étendue, dont la lithotritie a été l'objet dans cette enceinte, je dis qu'il y avait beaucoup moins d'inconvéniens à faire passer une grosse sonde dans le canal de l'urètre, qu'à avoir le périnée traversé jusqu'à la vessie par un lithotome, et à supporter ensuite toutes les manœuvres que nécessite l'extraction d'un calcul. Cette manière de voir qui, dans le temps, ne parut pas fort goûtée d'un de nos collègues, renferme cependant à elle seule plus des trois quarts des raisons à faire valoir en faveur de la lithotritie. Il n'en est pas de même pour la ténotomie : elle ne saurait être préjugée ou décidée *à priori*. La voie lente de l'expérience peut seule la décider. A ce sujet, vous me permettrez bien de vous faire remarquer que M. Guérin, autrefois fervent éclectique, reconnaît et proclame maintenant l'exigence, l'intolérance de la vérité. Il croit à cette vérité et prend sérieusement à tâche de la faire triompher. A cet égard j'aime à le féliciter, mais je ne saurais aussi aisément lui accorder d'être, comme il le prétend, en possession d'une méthode d'investigation, d'études à lui propre.

Vous le savez mieux que moi, Meesieurs, il n'y a dans les sciences qu'une seule méthode, la méthode expérimentale qui appartient à tout le monde, et partant à personne. Purement empirique par rapport à la collection, à l'observation des faits, elle devient rationnelle par l'art d'en tirer des inductions. Elle est, à cause de son origine, toujours plus ou moins chanceuse, et l'on doit dire de nos jours, comme du temps d'Hippocrate, *experimentum periculosum*. Voyez plutôt l'épouvantable désastre du chemin de fer de Versailles. Personne donc ne peut, en se livrant à l'expériment, se flatter d'éviter toutes espèces de dangers ; mais chacun de nous peut se croire celui qui en fait le moins courir. Que M. Guérin manie mieux que tout autre la méthode expérimentale, je suis loin de le lui dénier ; mais qu'il parle de cette méthode comme étant sienne, je ne saurais le lui accorder. Cette petite digression terminée, j'en viens à la question de la ténotomie.

M. Bouvier vous a dit sur ce sujet qu'il n'admettrait qu'un seul cas où la section des fléchisseurs superficiel et profond pourrait être indiquée, celui d'une rétraction extrême rebelle aux moyens mécaniques, qui, en reployant les mains vers l'avant-bras, donnerait lieu à une difformité très incommode du membre, en même temps qu'elle serait accompagnée d'une telle impuissance du membre que le sujet ne pourrait avoir lieu plus tard de regretter des mouvemens nuls avant l'opération ; M. Guérin, au lieu de cela, la croit bien plus souvent applicable. De quel côté est la vérité ? Voilà toute la question. En même temps, il nous faut convenir qu'elle ne peut guère être éclairée par : 1° les discussions bibliographiques ; 2° les préparations d'anatomie ; 3° les expériences sur le cadavre ou sur les animaux. Les séances presque entièrement bibliographiques des deux samedis passés, ont dû vous convaincre que ces questions d'histoire scientifique ne se jugent pas à la volée. Il faudrait pour les décider, chacun pour soi, plusieurs jours, peut-être même plusieurs semaines d'études de cabinet, et la question soulevée devant vous n'en ferait pas un pas de plus. La connaissance anatomique des rapports qui existent entre les tendons fléchisseurs des doigts et leurs gaînes synoviales, pourra servir à expliquer le succès de l'opération, si elle en obtient. Les expériences sur le cadavre de l'homme et sur les animaux vivans ont encore moins de valeur. Reste donc l'appréciation pure et simple des faits de ténotomie, qui vous sont connus dans tous leurs détails, et ont été amplement controversés devant vous. Je pourrai, à cause de cela, vous en parler brièvement. Ces faits sont au nombre de trois, celui de M. Doubowitski, et les opérations pratiquées sur deux jeunes filles. Quant au premier, c'est peut-être un insuccès ou un cas nul ; mais les deux autres sont des exemples incontestables des avantages que peut procurer la ténotomie dans la rétraction des doigts. Sous ce rapport, je me range entièrement à l'avis de la commission bénévole. La cause de l'opération, dans le sens de son application moins restreinte que ne le veut M. Bouvier, me semble donc gagnée, et sans être prophète, je garantirais volontiers les succès ultérieurs de la ténotomie ; seulement je ne lui crois pas un aussi bel avenir que celui de la lithotritie. Quoi qu'il en soit, Messieurs, je vous ai dit en commençant que l'on pouvait traiter en peu de minutes la question qui vous occupe depuis si long-temps, et vous le voyez, j'ai tenu parole, sans rien omettre d'important, puisque tout repose sur l'appréciation de trois faits. Tout le reste aurait gagné à être traité, sinon avec beaucoup d'avantage, au moins avec une grande économie de temps.

M. Velpeau. Je demande pardon de prendre encore la parole, mais l'Académie a dû sentir que je le devais. J'ai deux points de vue à examiner, le point de vue de la ténotomie des fléchisseurs, et le point de vue qui m'est personnel. On s'est beaucoup récrié sur la grande extension qu'avait prise le débat, et chacun s'en est renvoyé le blâme. Je crois qu'on ne s'est pas bien souvenu du point de départ. Il s'agissait d'abord de la ténotomie des muscles de la main, que M. Bouvier trouvait une mauvaise opération, tandis que M. Guérin la trouvait excellente. C'est à cette occasion que M. Guérin a ajouté des considérations générales de doctrine et d'étiologie, et il a bien fallu le suivre sur ce terrain.

Quant à ce qui regarde la ténotomie des muscles de la main, j'avais dit que les opinions des deux antagonistes me paraissaient également exagérées. Celles de M. Bouvier, qui la proscrivaient du domaine chirurgical, celles de M. Guérin, qui lui attribuait un succès complet sur ses deux malades, qui avaient recouvré tous les mouvemens de la main ; il est vrai qu'aujourd'hui ce n'est pas tout à fait cela...

M. Jules Guérin. Je demande la parole.

M. Velpeau. M. Guérin aurait tort de se formaliser de ce que je viens de dire. Il nous arrive à tous, tous les jours, de prendre pour un succès complet ce qui ne l'est pas en réalité. M. Blandin a dit que le rapport de la commission dont il faisait partie ne pouvait contrarier personne. Je ne sais pas, en effet, si quelqu'un est contrarié, mais à coup sûr ce n'est pas moi ; car les faits que ce rapport expose sont conformes à mon opinion.

Quant à la question générale, quelques-uns disent que c'est la moins importante ; je ne suis pas de leur avis. En voici le point de départ. M. Guérin avait avancé que les insuccès de M. Bouvier en ténotomie tenaient à la mauvaise doctrine qui le guidait. C'est alors que je répondis que cette doctrine, dont M. Guérin s'attribuait la propriété, n'était pas aussi sienne ni aussi neuve qu'il le pretendait. De là est née la discussion qui nous occupe.

Ici M. Velpeau rappelle et énumère tous les points de la discussion entre lui et M. Guérin. Toute cette partie du discours n'offrant aucun argument nouveau, et rien que nos lecteurs ne connaissent déjà, nous croyons devoir la supprimer.

Je ferai remarquer, continue M. Velpeau, que dans tout ceci je n'ai jamais rien réclamé pour moi. On a donc très mauvaise grâce de se laisser aller à des insinuations sans fondement comme sans justice. Les expressions blessantes dont on s'est servi à mon égard, telles que défaut d'intelligence, chercher à vivre aux dépens des autres, n'ont pas été d'un grand secours à l'argumentation, et je me plais à croire que M. Guérin les regrette.

M. Velpeau revient ici sur les formules données par M. Guérin de sa doctrine, et s'étonne qu'il l'ait accusé d'avoir voulu se les approprier. car il n'y a rien dans sa Médecine opératoire qui ait trait aux doctrines, mais il y a les principes de l'application de la ténotomie. Ces principes, pour les exposer, il n'a pas eu besoin de rien emprunter aux doctrines de M. Guérin, car il pouvait les prendre dans tous les auteurs dont il a déjà cité de nombreux passages, et dans lesquels, malgré les dénégations de M. Guérin, il voit de frappantes analogies avec ce que M. Guérin appelle ses formules.

Ma visite à la Muette, ajoute M. Velpeau, je ne l'ai jamais niée ; bien plus, tandis que le lendemain M. Guérin envoyait ici, par précaution, aménité que je ne veux pas relever, son paquet cacheté, ce jour même j'exposais devant l'Académie ce que j'avais vu à la Muette. Si M. Guérin se méfiait tant de moi, pourquoi donc m'invitait-il ? Quant à cette citation faite en juillet d'un ouvrage qui n'a paru qu'en août, et qui semble un phénomène à M. Guérin, le fait est fort simple. — Mr Velpeau l'explique par ce qui se passe ordinairement en imprimerie, où les épreuves envoyées d'abord en placards, puis en feuilles, permettent à l'auteur, durant même l'impression de son livre, d'ajouter et d'y insérer les faits nouveaux qui se produisent. C'est ainsi que quoique son chapitre sur la ténotomie fût composé en juillet, il a pu intercaler sur un placard une citation de la thèse de M. Duval, qui ne parut qu'en août. Du reste, il lui importe peu qu'on élève des doutes à ce sujet, car il ne revendique rien pour lui-même ; et si telle eût été son intention, il aurait cité un passage de son Anatomie chirurgicale imprimé en 1837, où il parle fort nettement de l'action pervertie des muscles comme cause des difformités, passage qui se retrouve dans son édition de 1833.

M. Guérin, dit M. Velpeau, a cherché à démontrer que les auteurs cités par moi ne disaient pas ce que je leur fais dire, il m'a donné des conseils sur la manière de lire les auteurs, et puis il s'est écrié : voilà comment on interprète quand on sait comprendre. Ceci est une nouvelle preuve que chacun interprète à sa manière. Je crois la mienne bonne, et j'y persiste. D'ailleurs, M. Guérin a loyalement cité tous les passages ; que le public soit juge. Je crois, plus que jamais, que ces passages prouvent que nous n'avions pas besoin de la doctrine de M. Guérin pour trouver les applications de la ténotomie.

Mais j'ai dit qu'il y avait bien d'autres auteurs dont les doctrines sur les difformités avaient un air de parenté tout à fait remarquable avec celles de M. Guérin. C'est ce que je vais prouver.

Ici M. Velpeau emprunte à M. Scoutteten, à Béclard, à Morgagni et à Mery plusieurs passages qui, pour lui, prouvent que M. Guérin n'a pas été le premier à trouver l'étiologie véritable des difformités.

M. Velpeau termine en regrettant qu'on se soit servi contre lui d'expressions blessantes qui ne prouvent rien. Il a voulu ramener M. Gué-

rin à ses opinions ; M. Guérin a voulu le ramener aux siennes ; ils n'ont réussi ni l'un ni l'autre, et les choses en restent où elles en étaient.

Quelques membres demandent la clôture. M. Bouvier s'y oppose en disant que ce serait une injustice, M. Guérin en disant qu'il a à se défendre sur ses principes et sa moralité qui ont été attaqués, M. Velpeau en disant qu'on pourrait aussi attaquer la sienne, et qu'alors il voulait la défendre ; enfin, après une discussion assez confuse, la clôture mise aux voix est rejetée, et la continuation de la discussion renvoyée à samedi prochain.

LETTRES SUR LA THÉRAPEUTIQUE.

« La médecine change selon les climats et selon les lunes,
« selon Fernel et selon Lescale. »
(MONTAIGNE : *Essais*, liv. 3, chap. XIII.)

Monsieur le Rédacteur,

Je cède au désir de vous remercier au nom de la science et de l'humanité, pour le courage avec lequel vous avez osé, le premier entre tous les journalistes, élever la voix contre ce fatal vertige, cette manie furieuse des drogues homicides qui, de nos jours, s'est emparée des têtes médicales. Depuis long-temps je déplorais cette tendance à l'empirisme brutal dont les parricides efforts poussent l'art à immoler la science, au point qu'un éloquent professeur de Paris, portant solennellement la parole au nom de la première faculté de l'Europe, n'a pas craint naguère d'affirmer que la science n'est plus, qu'elle n'a jamais existé, que l'art seul subsiste, et qu'en somme le médecin n'est qu'un manœuvre vivant au jour le jour, et travaillant dans les ténèbres au sein desquelles il l'exhorte à courir tête baissée. Et pourtant, ce professeur est de ceux qui s'intitulent sectateurs de ce grand Hippocrate dont les travaux immortels sont le plus sublime des monumens *scientifiques !* Et pour couronner l'œuvre, ce même orateur, oubliant ses récentes prédications, faisant justice de son œuvre la plus substantielle, proclame qu'il n'y a rien de rationel et de positif en thérapeutique, tandis que son livre et ses leçons annoncent la foi la plus fervente et la plus robuste à l'égard des drogues les plus litigieuses !

Cédant à l'impulsion générale, tous les écrits, tous les journaux paient leur tribut à la mode, et vous-même, depuis quelque temps, vous publiez une *Revue thérapeutique*, où vous jetez en guise de pâture aux badauds du métier, quantité de *recettes* dont la plupart, vous le sentez de reste, doivent se trouver trop honorées d'une telle faveur. Mais vous obéissez à la nécessité, vous soutenez *la concurrence* (1), et votre loyale palinodie m'ôte la force de vous blâmer. C'était peu des victimes occultes immolées journellement en silence par l'empirisme régénéré ; il fallait qu'une communication académique et des expériences quasi-publiques effectuées dans les grands hôpitaux de Paris, vinssent épouvanter les consciences médicales, pour qu'une voix s'élevât enfin en faveur de la science outragée, de l'humanité transformée en vil objet d'expérimentation ! Puisse cette terrible leçon, puissent les malheureuses victimes par vous dévoilées mettre un frein à ces saturnales, et signaler le premier pas vers des doctrines plus sensées et moins subversives de cette science d'observation qu'on dit être l'œuvre du temps, et qui pourtant, si l'on en jugeait par ce qui se passe sous nos yeux, semblerait sortir aujourd'hui même du chaos.

Depuis que j'ai pris rang dans la cohorte militante, c'est-à-dire parmi les écrivains qui s'adressent à la presse, j'ai dans mainte publication arboré le drapeau de la *résistance*, mais de combien de précautions oratoires ne m'a-t-il pas fallu environner mes dogmes pour leur obtenir un sauf-conduit près des feuilles périodiques ! A combien de sarcasmes insolens, de critiques injustes et passionnées ne s'expose pas l'écrivain isolé dont la voix, comme celle du prophète, se perd dans le désert, et comme celle de Cassandre ne rencontre que dédains et incrédulité parmi les hommes ! Mais s'il est pénétré de la justice de sa cause et de la sainteté de son mandat, il subit les outrages du présent en invoquant l'avenir, et comme Galilée dans les fers, il frappe du pied la terre en s'écriant : *E pur si muove*. Combien de fois un seul n'a-t-il pas eu raison contre tous ? Il n'est pas un homme sur un million qui sache et puisse croire que le soleil est plus gros que le globe terrestre, et pourtant.....

C'est dans le but de grossir et d'encourager votre naissante phalange, que je viens me ranger sous sa bannière et vous offrir l'office de mon bras pour combattre le monstre. Notre exemple trouvera probablement des imitateurs ; car, en pareille occurrence il n'y a que le premier pas qui coûte, et d'ailleurs, le nombre de ceux qui conservent le feu sacré est plus grand qu'il ne le paraît sans doute ; c'est la honte de leur isolement supposé, c'est le sentiment de leur impuissance apparente qui les retiennent encore, et ils n'attendent que le signal pour déployer leurs couleurs. « C'est chose difficile, dit Montaigne, que de résoudre (d'exprimer) son jugement contre les opinions communes. » Essais, liv. III ; chap. 11. Après tout, ce sont ceux qui parlent haut et souvent qui paraissent avoir raison contre ceux qui se taisent, quel que soit le nombre de ceux-ci, et il ne serait pas impossible que l'avantage fût du côté du silence modeste et consciencieux. D'autres peuvent être subjugués par l'autorité. « La première persuasion, dit encore le philosophe, saisit les simples, de là elle s'épand aux habiles, sous l'autorité du nombre et ancienneté des témoignages..... l'erreur particulière fait premièrement l'erreur publique, et à son tour l'erreur publique fait l'erreur particulière. » (*Ib.*). « Plaisante sagesse, dit saint Augustin, qui n'est autorisée que par une foule de sots. » (*Cité de Dieu*, liv. IV, chap. 20). Donc encourageons les timides, soutenons les faibles, éclairons les simples, et tâchons de leur inculquer à tous cette salutaire maxime : « Il faut être en garde contre les livres plus que les juges ne le sont contre les avocats. » (Voltaire, *Mensonges imprimés*.)

En conséquence, monsieur le rédacteur, et pour aborder cette œuvre d'épuration que vous jugerez méritoire sans doute, j'aurai l'honneur, si la chose vous agrée, de vous adresser une série de *Lettres sur la thérapeutique*, où je développerai successivement : les causes et l'origine de l'élan rétrograde éprouvé par cette partie essentielle, mais dangereuse de l'art de guérir ; les erreurs et les méfaits dont les empiriques modernes se sont rendus coupables, soit par irréflexion, soit dans le but d'étouffer notre belle science ; enfin, si la didactique ne vous cause pas trop d'effroi, j'ébaucherai quelques-uns des principes basés sur l'autorité des anciens et sur les données acquises par un sage rationalisme aidé de la saine observation. Ces études, j'ose l'espérer, pourront prévenir quelques malheurs et répandre quelques germes de progrès réels dans l'esprit des praticiens abusés et pervertis par les déplorables enseignemens de notre littérature effrénée.

Si vous et vos lecteurs prenez goût à cette polémique, si vous accordez à ce préambule les honneurs de la publicité, mes prochaines missives porteront le nom de celui qui n'a jamais décliné la responsabilité de ses opinions et de ses œuvres.

Agréez, etc. ***.

Strasbourg, 18 décembre 1842.

(1) La question n'a pas été telle ; un journal, nous avons plus d'une fois émis cette opinion, doit réfléchir toutes les opinions, tous les travaux ; cet acte passif n'engage en aucune manière sa rédaction, qui demeure libre ; et dans les articles qui lui appartiennent réellement, la critique s'exerce en toute liberté. (*N. du R.*)

NOUVELLES.

On lit dans le *Moniteur :*

« Nous avons déjà eu l'occasion de signaler à la reconnaissance de l'armée l'hospice civil de Tours, pour la vive sympathie que la commission administrative ne cesse de montrer aux militaires malades. Nous sommes heureux de pouvoir faire connaître aujourd'hui que cette administration, persistant dans les voies d'amélioration qu'elle a adoptées, vient, malgré la pénurie de ses finances, de décider qu'à l'avenir chaque militaire recevra, à son entrée à l'hôpital, un caleçon long en toile et une cravate de coton, et que les serre-têtes en toile seront remplacés par des bonnets de coton.

» On ne saurait trop louer l'hospice de Tours des sacrifices qu'il s'est imposé depuis quelque temps dans l'intérêt du bien-être des malades que l'armée confie à ses soins. Le président du Conseil, ministre secrétaire d'Etat de la guerre a déjà souvent applaudi au zèle persévérant avec lequel les commissions administratives des hospices civils, les médecins et les sœurs attachés à ces établissemens, secondent sa vive sollicitude pour nos soldats malades ; aussi nous avons l'espoir que l'exemple donné par l'hôpital de la ville de Tours, provoquera encore d'heureuses modifications dans le régime des autres hospices civils. »

— On lit dans le même journal : Dans le département d'Indre-et-Loire, les dispositions sagement combinées, conformément aux instructions ministérielles, entre le préfet, l'autorité militaire, le maire de la ville de Tours, et aussi la constante sollicitude du colonel du 8e régiment de hussards, secondée avec zèle par le chirurgien-major de ce régiment, pour arrêter les ravages que les maladies syphilitiques et psoriques exercent dans l'armée, ont eu un plein succès. Au lieu de cas quotidiens d'infection qui se produisaient antérieurement, c'est à peine s'il s'en présente aujourd'hui quatre ou cinq dans un mois.

— A la suite d'un concours à Montpellier, viennent d'être nommés : M. Jallaguier, interne à l'hôpital Saint-Eloi, et M. Combal interne à l'Hôpital-Général. Le premier est entré depuis deux ans dans la carrière de l'internat qu'il parcourt honorablement, et le second était chef de clinique médicale.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 29 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 155, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. PUCHE.

De la balano-posthite.

Cette maladie est, comme son nom l'indique, l'inflammation du gland et du prépuce; elle est assez fréquente. Sous le rapport anatomique, il faut distinguer deux espèces de balano-posthite, l'une sans lésion de tissu, l'autre dans laquelle l'épithélium est enlevé. Cette dernière a été judicieusement comparée à l'érosion du col utérin. Il faut la distinguer soigneusement des chancres superficiels, qui, quelle que soit leur peu de profondeur, intéressent toujours le derme. La balano-posthite n'est, la plupart du temps, qu'une simple inflammation. Quelquefois cependant la matière sécrétée renferme un principe virulent.

L'une de ses causes les plus communes, est la conformation des organes génitaux. Ainsi, lorsque le prepuce recouvre tout à fait le gland, et que son ouverture est trop étroite pour permettre facilement les soins de propreté, la matière sébacée s'amasse, se putréfie, et détermine l'inflammation de ces parties. Le coït trop prolongé cause encore l'inflammation du prépuce et du gland par suite d'une action mécanique. D'autres fois elle est engendrée par contiguité lorsqu'une inflammation de l'urètre l'accompagne et s'étend jusqu'au gland.

Des corps irritans déposés sur cette partie la produisent également. Les causes déterminantes de la balano-posthite proviennent aussi de la femme, lorsque celle-ci vient d'avoir ses règles, quand elle éprouve une maladie des parties sexuelles, soit une inflammation du col utérin, soit un cancer.

On conçoit que les jeunes gens et les personnes qui usent peu du coït soient plus impressionnables à l'action de ces causes, en raison même de la sensibilité plus vive que leurs organes conservent.

Des causes internes peuvent produire la balano-posthite. Ainsi, elle survient par métastase comme toutes les inflammations. On a vu, par exemple, des blennorrhagies cesser et la balano-posthite se déclarer, puis celle-ci disparaître avec le retour de la blennorrhagie. Est-il permis de rapprocher de celles-ci les balano-posthites que plusieurs observateurs disent avoir rencontrées chez des enfans à la mamelle. Ils pensent qu'elles sont alors liées à la dentition. M. Puche dit ne l'avoir rencontrée que chez deux enfans dont le prépuce était trop long, et par conséquent difficile à nétoyer.

Enfin, il y a des balanites dartreuses, c'est-à-dire dans lesquelles le gland est le siége d'une inflammation psorique. Une susceptibilité particulière des organes fait naître chez certaines personnes l'inflammation de la muqueuse du gland à chaque relation sexuelle. Il en est d'autres chez lesquelles il existe, pour rester sains, une nécessité d'acclimatement, et qui ne peuvent voir une femme étrangère, quelque bien portante qu'elle soit, sans contracter une balano-posthite. On cite encore des personnes qui, sans causes appréciables, et après avoir eu cette maladie, la voient revenir à périodes presque fixes. Chez d'autres, cette affection accompagne le développement de l'*herpès preputialis*. Enfin, comme il a été dit plus haut, la balano-posthite se contracte avec une femme atteinte d'affection syphilitique. Elle est alors de la même nature que le chancre, et en a toutes les conséquences. Toutefois, il est très rare que le principe contagieux se borne à déterminer une inflammation érythémateuse. Enfin, la balanite accompagne souvent les chancres du gland et du prépuce.

La balano-posthite débute par une sensation de prurit qui n'a rien de désagréable. Peu de temps après il se fait une sécrétion plus ou moins abondante. On voit rarement la surface du gland rester sèche. Chez un malade M. Puche a vu le gland être comme rissolé; chez un autre l'épithélium était enlevé par place circulaire, et faisait paraître le gland comme tigré. Cet état dura huit jours sans qu'il y eût excès de sécrétion. Chez le commun des malades, la quantité de matière sécrétée augmente pendant trois ou quatre jours; elle répand une odeur particulière plus ou moins forte, de couleur et de consistance crémeuse. Les parties enflammées sont tuméfiées, douloureuses. Cette première forme est sans altération de tissus, il n'y a qu'affection catarrhale. Mais d'autres fois l'épithélium est enlevé par place, sans toutefois que les parties dénudées présentent d'altération. Elles sécrètent alors un pus d'une abondance extrême. Quelquefois cependant le gland et le prépuce, quoique privés en partie d'épithélium, restent secs durant toute la maladie.

Accidens. — Chez les personnes dont le prépuce est très long, chez celles encore où le limbe est rétréci, la matière sécrétée s'accumule et accroît par son séjour l'inflammation des parties. Le gland et le prépuce se tuméfient extraordinairement: le limbe s'irrite et se contracte, perd sa mobilité; il y a phymosis. Quand on abandonne à elle-même une maladie parvenue à cet état, il s'organise assez ordinairement des fausses membranes qui peuvent unir le gland avec le prépuce dans une étendue plus ou moins grande. D'autres fois la sécrétion prend un caractère tout particulier; elle se concrète et enveloppe le gland d'une coque pierreuse tout à fait analogue à une coquille d'œuf, sauf la couleur, qui est jaunâtre. Dans ce cas il n'y a pas adhérence du prépuce au gland.

Il est extrêmement rare de voir la balano-posthite se compliquer de bubons: on en cite cependant des exemples. Un accident des plus fréquens sont les végétations, qui succèdent, soit aux balanites chroniques, soit aux balanites à répétition.

Le diagnostic de la balano-posthite est très facile lorsque le gland peut être mis à nu. Mais s'il y a phymosis, on peut a confondre soit avec la blennorrhagie, soit avec les chancres; car dans le cas de balano-posthite le canal est quelquefois douloureux, la couleur du pus est verdâtre comme celle de l'urétrite; on ne peut savoir d'où il vient. Quant aux chancres du gland et du prépuce, les difficultés sont encore plus grandes; on conçoit que la vue seule puisse les faire cesser.

La balano-posthite, quand elle est simplement inflammatoire, n'est jamais une maladie grave. On en obtient la résolution en très peu de jours avec des soins de propreté. Elle passe pourtant quelquefois à l'état chronique, soit par défaut de soins, soit par une cause inhérente à la constitution du malade. Dans ce cas elle disparaît avec la plus grande facilité, ou se perpétue sans discontinuer à un état voisin de celui de santé. C'est alors qu'on voit se développer des végétations qui occupent le plus souvent l'impasse du prépuce. Il est rare que la balano-posthite se complique d'abcès; cependant on a vu, chez certaines personnes qui ont un phymosis naturel, le pus accroître par son acrimonie la constriction de l'orifice du prépuce, rester emprisonné et déterminer une inflammation assez vive dans le tissu cellulaire sous-jacent pour y causer un abcès et même la gangrène. Quant à la terminaison par métastase, on peut dire qu'elle a lieu non-seulement dans les cas où la balano-posthite elle-même a été causée par le déplacement d'une urétrite préexistante. On voit alors l'inflammation de la muqueuse du gland disparaître pour se porter subitement sur celle de l'urètre. La suppression de cette maladie s'observe encore quand le scrotum ou la partie interne des cuisses deviennent subitement le siége d'un eczéma, ou bien lorsqu'un herpès préputialis vient à se développer.

TRAITEMENT. — Pour guérir la balano-posthite, il est rarement nécessaire d'avoir recours aux applications émollientes qui, dans bien des cas, prolongent la maladie. Les pommades doivent être également défendues, parce que les corps gras qui en font partie se décomposent facilement et deviennent alors nuisibles.

La plupart des balano-posthites cèdent à un pansement fait avec la charpie sèche interposée entre le prépuce et le gland, et renouvelée plusieurs fois par jour. D'autres fois il faut y joindre des lotions de chlorure de sodium, de nitrate d'argent, d'eau sulfureuse ou astringente. Quand elle se complique de phymosis, les premiers soins doivent être dirigés contre cet accident; alors les applications émollientes et les injections de même nature ont leur utilité, en leur adjoignant toutefois les fomentations belladonées s'il y a contraction du limbe. Souvent M. Puche ne craint pas d'injecter entre le prépuce et le gland de fortes solutions de chlorure d'oxyde de sodium et même de nitrate d'argent concentré, s'il ne peut promener la pierre infernale même tout autour du gland. Il n'a jamais eu qu'à se louer de ce dernier procédé, quelque peu violent qu'il paraisse; après deux ou trois cautérisations faites ainsi, le phymosis et la balano-posthite disparaissent ordinairement. Si ces moyens échouent et qu'il y ait menace d'abcès et de gangrène, il se hâte de pratiquer la circoncision de préférence au simple débridement du prépuce, qui laisse toujours de la difformité.

M. Puche se range à l'opinion des médecins qui admettent l'existence de balanites syphilitiques. Pour lui, c'est la forme la plus simple, et souvent ce n'est que le premier acte d'une affection qui attaquera plus profondément les tissus. Il cite plusieurs cas de balanites qui, après plusieurs jours de durée, ont laissé à leur place de véritables chancres. La surface ulcérée et suppurante s'était recouverte d'épithélium et desséchée presque généralement; elle avait laissé quelques points où l'ulcère s'était enfoncé dans les tissus. C'était là une forme bien connue du développement chancreux par érosion. Il en cite d'autres où la balanite fut accompagnée de symptômes successifs qui, dans le plus grand nombre des cas, se déclarèrent

FEUILLETON.

ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR QUELQUES ESPÈCES PEU CONNUES DE LA CATARACTE LENTICULAIRE;

Par M. le docteur SICHEL.

PREMIÈRE PARTIE. — *De la cataracte lenticulaire déhiscente; des caractères qui la distinguent de la cataracte capsulaire et de l'opération qu'elle exige.*

(Suite du n° 148.)

II.

La dehiscence en elle-même, avons-nous dit, est un phénomène purement physique dont il est facile de se rendre compte, en la produisant artificiellement sur le cristallin détaché de l'œil d'un cadavre. On plonge ce corps avec sa capsule intacte dans l'alcool ou dans un acide affaibli, jusqu'à ce qu'il devienne opaque par la coagulation de l'albumine; on l'immerge alors dans de l'eau pendant deux à douze heures, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'on le voie se gonfler et se fendiller. Alors on reconnaît que la capsule du cristallin a pris une teinte opaline qui donne à ce corps un léger éclat nacré, et que sa surface présente plusieurs stries d'un gris noirâtre, le plus ordinairement au nombre de trois, s'entrecroisant en forme d'étoile et circonscrivant entre elles des triangles opaques et blanchâtres ayant une base courbe et le sommet tourné vers le centre. En enlevant avec précaution la capsule, on voit qu'elle conserve ce léger éclat opalin et un peu nacré, sans avoir aucunement perdu de sa transparence ni de son aspect lisse. Placée sur une feuille imprimée ou écrite, elle laisse paraître nettement les lettres. Les quelques parcelles de substance cristallinienne qui y restent attachées, en y formant des taches ou des stries blanc-grisâtres, s'enlèvent facilement à l'aide d'une curette. La capsule est absolument normale. Les triangles opaques persistent après l'ablation de cette membrane, mais ils échangent leur éclat nacré contre une teinte terne et mate. On reconnaît que les triangles sont formés non par cette membrane, mais par la surface antérieure des segmens dans lesquels le cristallin s'est séparé. On reconnaît également que les lignes grisâtres ou noirâtres plus ou moins larges, sont produites par les interstices entre les segmens dont la forme est triangulaire, à base sphérique, et qui sont le plus souvent au nombre de trois. Chacun de ces segmens se compose de nombreuses couches superposées, minces et lamelleuses réunies à la circonférence du cristallin, et formant ainsi des espèces de petites coques emboîtées les unes dans les autres du dedans au dehors. Sœmmerring, dans ses *Icones oculi humani*, les a le premier et fort bien représentées. Ces couches elles-mêmes sont formées de nombreuses fibres rayonnantes, toutes convergentes vers le centre et se continuant de la surface antérieure à la surface postérieure des segmens. La déhiscence se continue quelquefois dans le noyau, surtout lorsqu'il est également mou; mais le plus souvent il est entier et d'une bien plus grande consistance que la substance corticale. A l'aide d'une pince, il se laisse aussi séparer en couches superposées et rayonnantes. Lorsqu'il prend part à la déhiscence, on ne trouve plus à sa place que trois segmens à base sphérique et à sommet tourné vers le centre. Souvent ces lames triangulaires dont nous avons parlé sont très régulières, larges, n'existant qu'au nombre de trois ou de subdivisions de trois, telles que six, neuf ou douze. Mais souvent aussi la déhiscence est très irrégulière, et les portions dans lesquelles le cristallin se sépare, au lieu d'être plus ou moins centrales et d'un nombre restreint capable d'être réduit à un multiple du nombre trois, atteignent un chiffre indéterminé et sont étroites, excentriques et superficielles. Il semble qu'à mesure que le cristallin se ramollit davantage, chacun de ses fragmens triangulaires se divise en deux, et que chacune de ces subdivisions peut encore se fendre. Mais puisque tel de ces triangles peut se dichotomiser à une époque où le travail de déhiscence n'est pas aussi avancé dans les autres, il arrive qu'au lieu de six morceaux triangulaires il s'en trouve quelquefois quatre ou cinq, ou même sept et davantage; c'est qu'alors quelques-uns seulement des triangles primitifs ou secondaires ont subi une nouvelle division. Cette déhiscence irrégulière et superficielle que nous venons d'indiquer, peut expliquer la cataracte corticale dont nous allons parler plus loin.

Lorsqu'on prolonge la macération du cristallin dans l'eau après que sa déchirure est complète, on voit sa surface se ramollir davantage dans le liquide où elle s'imbibe, les stries et les triangles s'effacer insensiblement et toute la lentille se liquéfier. Ceci explique la transformation de la cataracte déhiscente en morganienne ou en liquide sur le vivant, et prouve que ce changement se fait par une véritable imbibition et par une macération du cristallin dans le liquide interstitiel et dans l'humeur aqueuse.

Pour bien saisir les caractères de la cataracte déhiscente et se préparer à son étude clinique, on fait bien d'étudier celles qu'avec un peu de patience on produit à volonté. Il faut de la patience, disons-nous, parce que parmi les cristallins rendus opaques par des moyens chimiques, il y en a un assez grand nombre dont la déhiscence ne réussit pas, ce qui explique encore pourquoi les cataractes molles ne deviennent point toutes déhiscentes.

Nous ajouterons en passant qu'en général les cataractes lenticulaires molles et demi-molles ressemblent à ce que l'on peut obtenir à volonté par la coagulation du cristallin dans l'alcool et son immersion subséquente dans l'eau. Peut-être pourrait-on même, en le soumettant à l'action de l'alcool absolu et des acides plus ou moins concentrés, produire des cataractes dures.

III.

Tous les phénomènes anatomiques de la déhiscence que nous venons de décrire et qu'on produit artificiellement, se retrouvent identiquement sur le vivant, comme nous avons vu dans la cataracte déhiscente, ce qui peut servir à expliquer sa formation. On sait que le cristallin, à une certaine époque de la vie intrà-utérine, se compose de trois fragmens formant autant de triangles, dont la base représente un segment de cercle. Il a en outre, à toutes les époques de l'existence de l'individu, une texture lamelleuse et fibrillaire qui ne devient évidente qu'après la mort, et principalement quand on l'expose à l'action de liquides qui font coaguler l'albumine, tels que l'alcool et les acides. Coagulé ainsi et plongé dans de l'eau avec sa capsule non entamée, il se gonfle et passe par toute la série des phénomènes que nous venons de décrire fidèlement. Nous en concluons, que sur le vivant, la déhiscence e fait par le même mécanisme et par une simple macération. Le cris-

quand l'inflammation érythémateuse disparut. Chez quelques-uns des bubons se développèrent et vinrent à suppuration en donnant un pus inoculable. Chez d'autres, qui étaient affectés pour la première fois de symptômes vénériens, il survint des tubercules à la marge de l'anus cinquante jours après qu'une inoculation de la matière sécrétée par le gland eut été cicatrisée. Le malade avait été soumis à un traitement mercuriel incomplet. D'un autre côté, l'inoculation est venue, en maintes circonstances, démontrer la nature virulente de certaines balano-posthites qui ne paraissaient même être que catarrhales. Chez un malade, entre autres, qui avait une balano-posthite dont la sécrétion paraissait presque normale, l'inoculation ayant donné naissance à une pustule ecthyma très caractéristique, il se développa une lymphite de la cuisse et un bubon suppuré inoculable. Chez un autre, qui avait une balanite compliquée de végétations, et qui n'avait pas vu de femmes depuis trente-cinq jours, cette opération détermina une phlyctène qui occupait presque toute la largeur de la cuisse ; quand elle eut disparu, l'on vit un ulcère huntérien qui en occupait le centre, et qui ne céda qu'à un traitement mercuriel complet.

Sur 180 inoculations qui furent pratiquées dans le service de M. Puche pendant un même espace de temps, 19 ont donné la pustule qui caractérise l'infection syphilitique. Sur ces 19 ulcères, 12 sont devenus de véritables chancres ; les 7 autres ont cicatrisé au bout de quelques jours, comme il arrive à certains chancres superficiels qui n'en sont pas moins suivis d'affections secondaires.

Si en présence de ces faits, l'on se demande, après tant d'auteurs, s'il doit être permis de soumettre à l'inoculation des malades que l'on soupçonne être atteints d'affection syphilitique, la réponse ne semble point douteuse. Evidemment cette épreuve, en démontrant la nécessité d'un traitement mercuriel pour ces malades, et en les forçant à s'y soumettre, les a préservés des conséquences très probables de la syphilis primitive. Quant à savoir si, par cette petite opération, on n'a pas infecté généralement des malades qui, sans cela, n'auraient peut-être éte sujets qu'aux symptômes primitifs dont ils étaient affectés. Cette crainte paraît un peu exagérée ; y céder, c'est s'abstenir de rendre un réel service dans la crainte d'occasionner un danger. Les partisans de cette épreuve ont dès longtemps observé que les effets de l'inoculation étaient rarement plus graves que les ulcères d'où l'on tirait le pus, et que les uns et les autres guérissaient à peu près en même temps.

Le Dr G.

HOPITAL COCHIN. — M. Blache.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu; par M. Salmon, interne.

(Troisième article.)

Dixième observation. — Jean Guéry, vingt-sept ans, ferblantier, rhumatisant pour la troisième fois, depuis l'âge de dix-huit ans et d'une manière grave, entre à l'hôpital le 25 novembre déjà malade depuis quinze jours. Il a d'abord toussé un peu, souffert assez vivement dans les mouvemens de la respiration ; puis des frissons vagues sont survenus sous l'influence du froid ; enfin, les douleurs. Ces douleurs qui ont commencé aux malléoles, aux genoux, dans les articulations coxo-fémorales, se sont accompagnées d'hydarthrose légère pour le genou gauche et se sont ensuite signalées aux mains, aux pieds, dans la région lombaire, à la cuisse et dans les épaules où elles ne font qu'apparaître. Aujourd'hui le pouls marque 80-84. Pot. à 4 gram. Dès le soir les mouvemens sont possibles dans tout le membre thoracique. Le malade se lève avec étonnement sur son séant.

Le lendemain 27, les douleurs sont nulles dans les jambes, dans les hanches, où elles étaient encore très vives la veille ; mais un peu de douleur épigastrique, accompagnée de toux fréquente, de gêne dans les mouvemens respiratoires, forcent à suspendre la potion dans la soirée.

Le 28, les douleurs lombaires sont revenues ; des selles liquides apparaissent.

Le 29, les articulations phalangiennes sont tuméfiées et douloureuses de nouveau. On reprend la potion de quinine à 2 grammes seulement, avec laquelle reparaissent la toux, l'oppression du malade, la respiration douloureuse, sans amélioration dans les douleurs.

Le 30, les poignets s'étaient au contraire endoloris, ainsi que les épaules des deux côtés. Rien de nouveau au membre abdominal. Le malade a même pu se lever dans la matinée. Une saignée de 2 palettes ; pas de potion.

Elle n'est reprise que le 3 décembre, à la dose de 2 grammes pour des douleurs qui siégent encore aux poignets, surtout à gauche et dans les deux épaules. Les premières disparaissent avec rapidité ; mais les secondes continuent sans amendement, malgré une potion de 1 gramme par jour, qui est suspendue le 11 décembre seulement.

Comme résultat probable de l'action du sulfate de quinine chez ce malade, il faut signaler une sorte de tremblement musculaire, déjà sensible à la simple palpation pour le médecin, mais qui le devient davantage quand le malade tient un instant la main élevée. Ce fut ce tremblement qui engagea à suspendre le sulfate de quinine ici, avant la disparition complète de la douleur ; mais ayant cessé quelques jours après, et les douleurs s'étant exaspérées notablement, surtout dans l'épaule gauche, dont les mouvemens sont toujours plus difficiles que ceux du côté droit, on revint à une nouvelle potion à 2 grammes, qui dès le lendemain aytait cessé ; les douleurs ayant subitement disparu, et les mouvemens de l'articulation scapulo-humérale étant entièrement possibles dans tous les sens. Ajoutons pourtant que si les douleurs n'ont plus reparu depuis ce jour, la raideur articulaire de l'épaule gauche était revenue deux jours après. A l'heure où nous écrivons, le même état persiste et retient le malade à l'hôpital, non guéri.

Les faits que nous venons de résumer se ressemblent jusqu'ici presque tous ; car, presque tous, ils présentent, après une guérison rapide de quelques jours, une rechûte que l'on pourra bien attribuer à la suspension brusque du traitement dans la plupart des cas, mais qui n'en est pas moins réelle chez tous les malades d'une manière plus ou moins parfaite. Chez deux de ces malades (n. 4 et 10), l'hésitation dans le traitement fut, selon nous, la cause pour laquelle les douleurs persistèrent plus long temps sans disparition complète ; pourtant encore, quand cette disparition eut enfin lieu, des douleurs nouvelles survinrent, et la rechute, quoique plus lente, fut encore réelle. Les deux observations suivantes, qui closent la série des rhumatismes que nous avons traités dans nos salles, sortent de la catégorie précédente. Dans le premier cas, si la disparition fut lente, le traitement fut presque toujours assez suivi ; dans le second, cette disparition n'a point encore eu lieu aujourd'hui depuis l'entrée de la malade dans nos salles, le 30 décembre. Nous ne comptons pas, en effet, comme guérison, cette absence de sensibilité générale qui le premier jour d'une potion à 4 grammes de sulfate de quinine, accompagna la perte de sensibilité tactile de la vision et de l'ouïe chez la femme de l'observation suivante.

Onzième observation. — Brunoy, trente-cinq ans, ouvrière, bien réglée et abondamment, est malade depuis le 24 novembre. A son entrée dans nos salles le 27, des douleurs à la région lombaire, au poignet droit, qui s'est tuméfié le 16, puis dans les muscles gastro-anémiens des deux côtés, dans coude-pieds, les orteils, au carpe, ont apparu successivement depuis le début et existent, moins la première, à l'entrée du malade à l'hôpital, mais plus vives du côté droit que du côté gauche. Rien au cœur. Pouls à 108-110. Les règles viennent dans la nuit, en avançant de deux jours. Un peu de soulagement. On ne donne pas le lendemain la potion à 4 grammes de sulfate de quinine. Les douleurs diminuent dans la journée. Vers les quatre ou cinq heures du soir, les bourdonnemens d'oreille commencent, un peu de pesanteur de tête ; pas encore de trouble dans la vue. Dans la nuit, l'ouïe est subitement perdue, à ce point que la malade ne peut plus entendre les cris de son enfant âgé de deux ans. La vue est presque en même temps troublée. La pupille n'est pas dilatée, et la malade déclare n'apercevoir les personnes mêmes qui l'entourent qu'enveloppées d'un épais brouillard. Soubresauts dans les membres, revenant par intervalles et avec assez de fréquence. Subit refroidissement du corps, quand on vient à découvrir la malade. Pas de céphalalgie.

29. Sommeil pourtant la nuit. Le matin, nous la trouvons étendue sur le lit dans un état de stupeur extrême. L'ouïe et la vue nulles. La bouche pâteuse ; langue médiocrement humide ; un peu de disphagie due à de la sécheresse de la gorge. Pas de douleurs épigastriques. Quelques nausées à la fin de l'ingestion de la potion. Plus de douleurs dans les membres ni à la pression ni dans les mouvemens de la malade. Le gonflement et la rougeur du poignet ont complètement disparu. Pas de sulfate de quinine.

Le soir, l'ouïe est un peu revenue ; la vue est encore troublée ; les bourdonnemens d'oreille ont diminué d'intensité ; la tête est toujours pesante. Pas de retour des douleurs, insomnie et agitation la nuit suivante. Rêvasseries continues et pénibles. Malaise général ; sensibilité dans les grands mouvemens.

30. Le même état existe encore le lendemain ; mais il s'y est joint de la toux douloureuse et sèche, assez rare. De la douleur dans le dos et au-devant du sternum, mais sans gravité. Pot. à 2 gr., qui reproduit des effets physiologiques médiocres et sans gravité.

Le 1er décembre, les douleurs dans les membres inférieurs n'ont pas reparu ; mais dans le membre supérieur gauche, il existe quelques picotemens mal localisés, devenant plus vifs quand on touche la malade. La continuité du bras est seule tout à fait douloureuse en dehors et en arrière. Pot. à 3 gr.

2. Gonflement du poignet gauche et du carpe au niveau des articulations métacarpo phalangiennes du même côté. Pot. à 3 gr.

3, 1 pil. opium 0,05, pas de potion.

4, Pot. à 2 grammes, les doigts s'étant aussi endoloris, ainsi que les coudes ; les premiers étant en même temps tuméfiés.

5. Amendement peu notable jusqu'au 7. Potion à 2 gr. le 5 et 1 gr. le 6.

On continue cette dernière potion jusqu'au 14, et les douleurs n'avaient complètement disparu que le 10.

Elles reviennent le 15 ; le poignet gauche a commencé à se tuméfier de nouveau.

Il s'est complètement arrondi le 16, et présente de la rougeur notable qui se continue aussi vers le dos de la main, déjà tuméfié. Les douleurs, d'abord vives dans les premiers jours du gonflement, ont disparu aujourd'hui qu'il est complètement établi.

On donne le 17, pour la première fois, le nitrate de potasse à la dose de 8 grammes dans la tisane, et de 16 le lendemain.

Douzième observation. — Le 30 novembre, entra dans nos salles Duchenoy (Adèle), âgée de quarante-neuf ans, cordonnière, bien réglée, qui déjà, il y a onze ans, avait été prise d'un rhumatisme des membres inférieurs, dont la gravité força la malade à rester alitée deux mois et demi à l'Hôtel-Dieu. Elle entre aujourd'hui pour un rhumatisme qui occupe tout le membre supérieur gauche, depuis l'articulation jusqu'aux extrémités des doigts : la continuité comme la contiguité du membre est douloureuse. Depuis le 28, jour du début de l'affection, le coude, l'épaule, le poignet, puis les points intermédiaires ont été successivement affectés ; pas de sommeil la nuit. Pot. à 2 gr. le jour de l'entrée.

Le 1er décembre, au trouble physiologique de minime intensité, s'est jointe une douleur excessive qui a envahi d'abord le dos de la main, puis le coude, enfin tout le bras du côté droit. Pot. à 4 gr.

Le 2, le médicament est donné en pilules à la même dose à cause des vomissemens survenus la veille, et sans amendement le 3. Agitation la nuit ; bruissemens d'oreille considérables, et semblables à ceux que produiraient des coups de marteau violens. Le bras droit est énormément tuméfié ainsi que l'avant-bras, dont la peau est soulevée à la partie interne par une tumeur considérable, rouge, œdémateuse, et qui se prolonge en décroissant successivement jusqu'au poignet.

Le sulfate de quinine, suspendu ce jour-là pour laisser reposer un peu la malade, est repris en pilules le lendemain (4) à la dose de 4 grammes qui ne produisent pas de soulagement.

---

tallin en se contractant, subit une espèce de mortification ou de mort locale qui le soumet aux lois physiques auxquelles il n'obéit pas tant qu'il jouit de l'intégrité de ses fonctions vitales. C'est alors, comme après l'action coagulante des liquides astringens, que paraît, par une espèce de cristallisation, sa structure lamellaire et fibrillaire non apparente dans son état normal. C'est alors aussi que s'imbibant mécaniquement du liquide interstitiel ou morgagnien et de l'humeur aqueuse, il s'y boursouffle, se ramollit et se fend peu à peu en ces trois fragmens triangulaires dont il se compose primitivement dans l'œil de l'embryon. C'est parce que le cristallin, lorsqu'il est frappé de cataracte, c'est-à-dire de mort, et que sa nutrition cesse entièrement, retourne sous l'empire des lois physiques de l'imbibition et devient déhiscent, c'est pour cette raison que sa déhiscence a lieu quelquefois sans qu'il soit opaque, lorsque, comme nous l'avons dit, toute la nutrition du globe oculaire a subi une atteinte plus ou moins profonde.

Si quelques cataractes lenticulaires sont le produit de la phlegmasie et de quelques autres causes presque toutes peu connues, la plus grande majorité semble être due à la mort du cristallin amenée par la vieillesse et le ralentissement de la nutrition qui lui est particulier, espèce de mortification qu'on pourrait attribuer, nous l'avons déjà dit et d'autres l'on dit avant nous, à l'oblitération de ses vaisseaux ou à leur ossification, d'après l'analogie de ce qui a lieu dans les artères des extrémités lors de la gangrène sénile.

IV. *De la méthode opératoire applicable aux cataractes déhiscentes.*

D'après tout ce que nous avons dit, on voit que la cataracte déhiscente est toujours d'une consistance plus ou moins molle, ce qui sert à former une indication importante pour la méthode opératoire à choisir. Il est évident qu'on ne peut compter sur son abaissement ; on ne promettra donc point au malade le rétablissement prompt de la vision, à moins que les circonstances ne permettent d'opérer par l'extraction. Cette méthode elle-même ne donne cependant point toujours un résultat immédiatement complet, en ce que le cristallin, toujours volumineux, gonflé et mou à sa surface, en passant par la pupille, peut se dépouiller d'une portion de sa substance corticale qui obstrue cette ouverture pendant un temps plus ou moins long, surtout chez les individus âgés, d'une constitution détériorée, chez qui la résorption se fait souvent attendre. C'est par cette raison et par d'autres qui vont être indiquées que chez les personnes avancées en âge, sauf quelques restrictions, il convient de faire l'extraction de ces cataractes ; chez les individus jeunes, on les broiera. Exceptionnellement on peut en tenter l'abaissement, dans le cas où la déhiscence peu profonde semble permettre d'espérer que la substance corticale, peu copieuse et gélatiniforme, est partout fortement collée au moyua du cristallin, ou lorsque, à travers la couche déhiscente mince, on reconnaît, à une teinte grisverdâtre, gris-jaunâtre ou jaune du centre, que le noyau est dur et volumineux. Dans ces cas, il faut surtout éviter que ce corps, en roulant autour de son diamètre horizontal, ne fasse la culbute et ne vienne tomber dans la chambre antérieure. Le mieux est de l'attaquer immédiatement paa sa surface antérieure, afin de le broyer après avoir lacéré en tous sens sa capsule. Cette opération réussit avec une grande facilité ; quelquefois même on voit la lentille déhiscente se partager sous l'aiguille en plusieurs morceaux triangulaires, tels qu'on les avait pu voir avant l'opération. Mais on n'oubliera point que chez les vieillards la résorption se fait attendre long-temps, que le gonflement de la lentille morcelée devient très considérable et donne presque toujours lieu à une violente ophthalmie, souvent même à la choroïdite ; que par cette raison, chez eux l'extraction est préférable toutes les fois qu'il n'y a point de contre-indication particulière, telles que la petitesse de la cornée, la situation profonde de l'œil, etc.

V. *Du diagnostic différentiel de la cataracte lenticulaire déhiscente et de la cataracte capsulaire.*

Ce diagnostic est assuré par les caractères de cette dernière, que nous exposerons dans la seconde partie de ce mémoire. Disons seulement quant à présent que la cataracte capsulaire en forme d'étoiles ou à trois branches, décrite pour la première fois, si nous ne nous trompons, par M. J. Cloquet, se distingue facilement de la cataracte déhiscente par les caractères suivans : La croix a plus généralement trois branches en forme de trépied, rarement elle en présente un plus grand nombre ; les branches sont entièrement opaques et d'un gris plus ou moins blanchâtre, tranchant d'autant plus sur le fond noir de la pupille que l'opacité a une certaine élévation au-dessus de la surface de la capsule et du cristallin non altérés dans le reste de leur substance. On ne voit donc point ici de triangles opaques et nacrés entourant l'étoile, laquelle, dans la cataracte déhiscente, est semi-diaphane, d'un gris noirâtre et nullement élévé ; au contraire, un œil exercé peut reconnaître qu'elle se trouve sur un plan postérieur à sa capsule. Ces circonstances rendent impossible toute confusion entre ces deux affections.

VI. *Historique.*

Vers le milieu du siècle passé, Haller et Hoin fils (de Dijon), ont observé quelques cas isolés de cataracte lenticulaire déhiscente, sans songer à expliquer son mode de formation. Haller, le premier, en a parlé vers 1753. (*Opuscula pathologica*, Lausanne, 1755, obs. 3, pag. 12.) « Sur l'œil cataracté d'un chat j'ai trouvé la capsule entièrement transparente et facile à détacher du cristallin. La lentille elle-même formait une substance blanche et muqueuse. A son centre le noyau, plus dur que d'ordinaire. était fendu en forme d'une étoile à trois rayons. » On voit qu'il s'agit ici d'une cataracte déhiscente jusqu'au noyau, lequel, exceptionnellement, était plus dur que d'ordinaire, tandis que la déhiscence s'était effacée dans les couches corticales à la suite de leur ramollissement trop avancé.

Hoin, dans le Mercure de France du mois d'août 1759, pag. 178 et suiv., a donné une description très détaillée et fort curieuse d'une cataracte lenticulaire déhiscente qu'il appelle *rayonnée ou radiée*, et qui semble avoir succédé à une cataracte corticale. (*Voir* pour cette dernière, la deuxième partie du présent mémoire.) Nous la reproduisons en l'abrégeant ; elle se trouve aussi en extrait dans les mémoires de l'Académie de Dijon, t. I, année 1769, p. 104. « Le cristallin était remarquable principalement par un très grand nombre de filets banchâtres en forme de fibres radiées (*rayonnées* dans les Mémoires de Dijon), qui partaient d'une espèce de petit noyau central de la même couleur, et qui s'étendaient jusqu'à la circonférence de ce corps, en perdant peu à peu de leur blancheur. Ces filets paraissaient avoir plus de solidité à proportion qu'ils étaient plus blancs ; ils pénétraient toute l'épaisseur du cristallin : aussi visibles à sa face postérieure qu'à l'an-

Les jours suivans, des bains de bras, une saignée copieuse n'amènent qu'un amendement lent et médiocre.

Le 10, la quinine est donnée de nouveau à la dose de 1 gr. 50 ; l'avant-bras étant encore tuméfié, mais uniformément; le dos de la main plus volumineux que les autres parties environnantes, et un peu rouge.

Le 12, la dose est portée à 3 grammes de nouveau ; mais comme elle ne produit encore aucun soulagement pour la malade, dont les bourdonnemens d'oreille n'ont fait qu'augmenter, la langue étant toujours sale, épaisse et marquant sur les côtés l'empreinte des dents, il n'est plus continué les jours suivans.

En présence des détails de cette observation, nous avions donc le droit de dire combien fut ici nulle l'action du sulfate de quinine. Sauf la journée du 3 décembre, la malade avait pris chaque jour, du 30 novembre au 4 décembre inclusivement, 4 grammes de quinine, deux fois en potion, deux fois en pilules; et la maladie, malgré ces doses, non-seulement continue à marcher, mais empire. Lorsque l'on eut fait cesser à l'aide des moyens antiphlogistiques le gonflement énorme phlegmoneux du dernier jour, le sulfate de quinine donné de nouveau du 10 au 13 décembre, ne produisit aucun soulagement pour la malade; et à cette époque encore de l'affection, le rhumatisme est réfractaire au médicament employé.

Donné seul, ce fait pourrait avoir une grande importance aux yeux des hommes qui considèrent la médication par le sulfate de quinine comme dérisoire; mais réuni aux autres, il sert à prouver que ce médicament n'est pas partout et toujours utile, et à établir ce que nous écrivions en commençant, à savoir, la contradiction des faits par les faits.

Que d'autres maintenant cherchent la raison de cette contradiction, ou bien dans le mode d'administration du médicament, ou bien dans les variétés de rhumatisme articulaire ou musculaire, ou bien dans les constitutions atmosphérique ou médicale du mois dans lequel nous avons observé nos malades... Soit, ce sont de documens que nous avons voulu seulement apporter. Mais nous ne pouvons nous empêcher, avant de terminer, d'écarter de ces observations une objection que l'on a soulevée et dans laquelle on a voulu voir la cause des rechutes et des guérisons lentes de nos malades. On a cru la trouver :

1° Dans l'administration du médicament ordinairement en pilules;

2° Dans la dose du médicament ;

3° Dans sa suspension brusque après la disparition des douleurs.

Nous admettons cette dernière objection; mais, je le demande, quand bien même les deux premières seraient exactes, où donc avons-nous prétendu suivre chez nos malades le procédé d'administration de la quinine indiqué par M. Briquet? nous avons suivi sa médication et non sa méthode. Ces faits tels qu'ils sont doivent être la critique de quelque chose. Que M. Briquet se rassure, c'est à notre méthode qu'ils s'attaqueront, la sienne étant ici entièrement hors de cause.

Du reste, nous allons nous-même signaler les variations du traitement suivi par M. Blache : elles sont bien simples et motivées par des indications que ce médecin a cru trouver dans les vomissemens des malades qui prenaient le médicament en potion et à la dose de 6 grammes en 12 heures. Certes, nous ne nions pas combien est grande la différence d'énergie de la potion et des pilules; pour quiconque a vu des faits de ce genre, elle est incontestable.

Mais pourquoi cette dose énorme de 6 grammes en 12 heures? Qu'en restait-il après les vomissemens qui survenaient avec une extrême fréquence, chez les femmes surtout, dans le service de M. Briquet? La guérison était-elle moins rapide à cause de ces vomissemens, moins définitive au début des essais de cette médication? Malgré ces vomissemens, le médicament ne conservait-il pas son action énergique? Qu'en faut-il conclure? Si les vomissemens n'avaient pas d'autre but que de fatiguer les malades, c'est que la dose énorme de 6 grammes était inutile, si elle ne pouvait pas être dangereuse; je me demande même, si celle que nous prescrivons, 4 grammes, ne pourrait pas être aussi diminuée sans inconvéniens.

Mais je suis ici dans le champ de hypothèses, où je ne veux pas suivre les personnes qui, comme d'intention, ont vu dans le sulfate de quinine à haute dose des insuccès constans, et dans les expériences à son sujet des dangers imminens pour la vie des malades.

Ainsi, on a cherché habilement à émouvoir la pitié publique en rapportant trois cas de mort dans les hôpitaux, sous l'influence d'un empoisonnement par la quinine, et certes nous n'en blâmons pas l'auteur; mais pourquoi venir ensuite jeter aux pieds d'un médecin, comme une accusation, ces victimes d'essais consciencieux? Nous avons confiance dans la douleur vive de ces hommes. Nous l'avions partagée avec eux; si elle avait été plus fondée, et si en réalité la société devait trouver dans le sulfate de quinine un médicament toujours dangereux pour les membres qui la composent, et jamais pour le malade un remède efficace. Heureusement que l'émotion et la douleur ont grandi pour vous le danger. Plus de prudence ici, moins de timidité ailleurs, et nous espérerons que l'art aura conquis dans le sulfate de quinine un remède puissant, quelquefois même héroïque dans le rhumatisme articulaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 décembre 1842. — Présidence de M. FOUQUIER.

Après la lecture du procès-verbal et la communication de la correspondance, M. le président tire au sort les membres qui devront faire partie de la députation chargée d'aller complimenter le roi le 1er janvier.

Le sort désigne les membres suivans : MM. Rostan, Bonastre, Bricheteau, Collineau, Richard, Pariset, Ferrus, Falret, Hamel, Chéreau, Chomel, Chervin, Bouillaud, Martin-Solon, Barbier, Cloquet, Villeneuve, Oudet et Poirson.

— M. le professeur *Quadri*, directeur de l'Institut ophthalmologique de Naples, obtient la parole pour exposer les résultats obtenus dans sa clinique. La difficulté extrême qu'éprouve M. Quadri à s'énoncer en langue française, a empêché de saisir les bonnes choses qu'il n'aurait pas manqué de dire dans sa langue maternelle.

Nomination des commissions permanentes.

Les membres sortans des différentes commissions permanentes ont été remplacés, par voie de scrutin, ainsi qu'il suit :

Commission des épidémies : MM. Gérardin et Collineau.
Commission de vaccine : MM. Roche et Capuron.
Commission des eaux minérales : MM. Adelon et Boullay.
Commission des remèdes secrets : MM. Bouley et Gueneau de Mussy.
Commission de topographie : M. Royer-Collard.
Comité de publication : M. Bousquet.

— *M. Cavarra* lit un mémoire sur l'acide tannique et le sous-acétate de plomb, considérés sous le rapport de leur affinité dans les interstices des tissus devenus inertes, et dans les interstices des tissus sains et malades.

Les applications pratiques de ce travail peuvent se résumer ainsi : La réaction du tannin sur le sous-acétate de plomb produit un tannate de plomb dont les propriétés thérapeutiques sont très énergiques, et se font sentir dans les plus petits et les plus profonds interstices de l'économie. Dans les hémorrhagies qui ne dépendent pas d'une cause débilitante générale, dans les flux de tous les organes qui ne sont point liés à un état de phlogose, M. Cavarra administre un jour une pilule de 2 centigr. de tannin, le lendemain une pilule de sous-acétate de plomb de 2 centigr.; et ces deux substances réagissant l'une sur l'autre, opèrent l'occlusion des petits orifices par où s'exhalent le sang ou les autres produits.

Cette réaction produisant un tannate insoluble, M. Cavarra pense que le meilleur contre-poison du plomb c'est le tannin.

MM. Caventou et Villeneuve rendront compte de ce travail à l'Académie.

— *M. Mialhe* lit un mémoire sur les émanations de plomb et ses divers composés.

Nous reviendrons sur ce travail de chimie appliquée à l'occasion du rapport.

En attendant, indiquons comme résultats pratiques découlant des recherches chimiques de M. Mialhe que la limonade sulfurique, vantée comme moyen prophylactique des affections saturnines, ne peut avoir aucune valeur; que les boissons et les lotions hydro-sulfureuses, au contraire, doivent offrir de grands avantages, et qu'enfin les personnes qui manient le plomb doivent s'abstenir autant que faire se pourra de l'usage du chlorure de sodium.

Commissaires : MM. Delens et Chevallier.

— *M. Depierris* lit une note dont le commencement annonçait un travail scientifique sur l'influence du climat du nord et du midi de la France sur les maladies de leurs habitans, mais qui n'est en réalité qu'un prospectus d'un établissement fondé par ce médecin dans le département du Var, sous le nom d'institut orthopédique de Toulon.

M. le président refuse des commissaires à ce travail.

Séance levée à quatre heures trois quarts.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance annuelle du 26 décembre 1842. — Présidence de M. PONCELET.

Propriétés du lactate de quinine. — M. le prince Louis Bonaparte écrit, en réponse à une réclamation de priorité de M. Conté, que la note lue par lui au congrès de Florence sur ce sujet, avait pour but non-seulement de faire connaître les avantages qu'il y aurait à remplacer dans les usages de la médecine le sulfate de quinine par le lactate de la même base, mais qu'elle visait surtout à l'étude des propriétés physiques et chimiques de ce nouveau sel, qui ne se trouve décrit, que je sache, dit-il, dans aucun traité de chimie ou de thérapeutique. Je faisais part en même temps aux médecins des résultats avantageux que quelques praticiens de la Maremma de Rome avaient obtenu de son emploi. Il y a cependant déjà trois ans que ces médecins ont essayé le lactate que j'avais mis à leur disposition. J'ignore si M. Conté a fait imprimer nulle part avant moi ses observations sur l'usage thérapeutique du lactate de quinine, et s'il a fait connaître les propriétés physiques et chimiques de ce nouveau sel. Dans le cas affirmatif seulement, l'idée de l'emploi du lactate de quinine peut lui appartenir avant moi.

Engorgemens de la rate. — M. Piorry écrit que le sulfate de quinine rendu soluble par l'addition d'une quantité minime d'acide sulfurique produit, à des doses bien moindres et dans un temps beaucoup moins considérable la disparition du volume de la rate que ne le fait le sulfate de quinine insoluble.

Nouvelle charpie. — M. Gagnage envoie un échantillon de charpie qu'il appelle charpie artificielle ou vierge, qu'il croit plus saine, plus convenable, et non imprégnée d'émanations morbides, comme celle employée dans les hôpitaux. On la fabrique en prenant du fil que l'on soumet successivement à l'action des bains acidulés, chlorurés, alcalins, caustiques alcalins; on lave à grande eau, le fil est alors devenu charpie; on la fait sécher, battre, couper et carder.

Ligature des tumeurs du rectum. — M. Le Roy-d'Etiolles rejette les opérations qui ont pour but d'établir un anus artificiel, et propose *la ligature en anse* pour laquelle il a imaginé des instrumens dont il envoie le dessin.

Empoisonnemens arrêtés ou retardés chez les animaux par l'action de la machine électrique. — M. Ducros envoie une note sous ce titre.

Structure intime des os. — M. Manec fait lire par M. Flourens un mémoire sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° On doit distinguer dans la substance compacte du tissu osseux, les canalicules et les corpuscules osseux.

2° Les *canalicules* ont une partie centrale creuse, destinée à recevoir le vaisseau capillaire et la graisse, et une paroi composée de lamelles concentriques.

3° Les lamelles concentriques sont traversées par des lignes rayonnant du centre à la périphérie.

4° Les *corpuscules osseux* avec le réseau de lignes anastomotiques qui les entourent, sont opaques lorsqu'ils sont à sec, et deviennent transparens lorsqu'ils sont plongés dans un liquide. Ces corpuscules ne renferment pas de bulles d'air.

5° Les os colorés artificiellement par la garance se colorent d'une manière toute physico-chimique; habituellement la surface de la parcelle est d'une couleur plus foncée, la marche de la coloration est indépendante de la distribution des canalicules.

6° Dans les os colorés par l'alimentation à la garance, c'est la paroi du canalicule qui se colore entièrement ou en partie d'un rouge plus ou moins foncé, selon que l'alimentation a été plus ou moins longtemps prolongée. La marche de la coloration dépend de la distribution de tous les canalicules. La surface externe de l'os reste souvent incolore.

7° Les os de pigeons nourris par la garance sont entièrement colorés. Dans les mammifères, la portion de l'os qui est peu colorée présente des canalicules colorés seulement jusqu'à une certaine profondeur; mais la portion dont la couleur est plus intense fait voir le tissu osseux entièrement coloré.

Recherches expérimentales sur le mouvement des liquides dans les tubes de très petits diamètres. — M. Regnault, au nom de MM. Arago, Babinet, et au sien, lit un rapport sur un travail sur ce sujet de M. Poiseuille.

Physiologie végétale; tendance des tiges vers la lumière. — M. Payen envoie un mémoire sous ce titre, dont voici les conclusions :

1° Toutes les fois qu'on fait germer une plante, du cresson alénois, par exemple, sur du coton humide, dans un appartement éclairé par une seule fenêtre ou dans une boîte à une seule ouverture, la jeune tige, au lieu de s'élever perpendiculairement au sol, comme cela lui arrive toujours à ciel découvert ou dans l'obscurité complète, s'incline vers la fenêtre, en restant toujours *droite*, et formant avec la verticale un angle d'un certain nombre de degrés.

2° Toutes les fois, au contraire, qu'on place dans cet appartement ou dans cette boîte une plante déjà née et qui ayant poussé dans l'obscurité complète ou à ciel découvert, est verticale, la jeune tige se courbe d'abord, puis s'incline vers la lumière.

3° Pour que la plante se courbe ainsi du côté où vient la lumière, il n'est pas nécessaire, comme paraissent le penser MM. de Candolle et Dutrochet, que le point de courbure reçoive quelques rayons de cette lumière.

4° Cette courbure ne persiste point dans les jeunes tiges, lorsque la cause qui l'a produite vient à cesser.

5° Mais son intensité est loin d'être la même dans les diverses circonstances où l'on place les jeunes plantes. Ainsi l'on peut établir, comme règle générale, que la tendance des tiges vers la lumière est d'autant plus grande que cette lumière est moins intense, ou qu'elle lui arrive de plus bas

6° Le milieu dans lequel la plante se trouve n'a d'influence que sur la vitesse avec laquelle la courbure s'opère; car au sein des eaux comme dans une atmosphère d'azote ou d'hydrogène, la courbure finit toujours, avec des temps différens, sans doute, par avoir le même degré, toutes les autres circonstances étant égales d'ailleurs.

7° Si au lieu d'être placées dans une boîte à une seule ouverture, les jeunes plantes sont mises dans une boîte à deux ouvertures, et partant reçoivent l'action de la lumière dans deux directions différentes, des phénomènes non moins curieux se présentent. Ces deux ouvertures peuvent se trouver sur le même côté de la boîte, de manière à ce que les rayons qu'elles laissent passer fassent un angle plus ou moins aigu, ou être placées l'une vis-à-vis de l'autre. Dans le premier cas, lorsque l'intensité des lumières est égale, la tige se courbe dans la direction de la résultante, c'est-à-dire de la bissection de l'angle formé par les deux rayons. Mais lorsque cette intensité est inégale, soit au moyen d'ouvertures d'étendue différente, soit au moyen d'écran à l'une des ouvertures, la tige ne se courbe plus dans la direction de la résultante, mais bien dans la direction de la lumière la plus forte.

8° Pour que tous ces phénomènes s'accomplissent, le concours des différentes parties dont la lumière se compose n'est pas nécessaire. Sous les rayons rouges, orangés, jaunes et verts, la plante se conduit comme dans l'obscurité la plus complète, c'est-à-dire qu'elle ne se se courbe jamais, tandis que sous les rayons bleus et violets elle se courbe toujours; c'est le rayon bleu qui a le plus d'influence sur cette courbure.

---

térieure, ils l'étaient encore à la superficie de chaque section.

Aucun de ces filets, ou plutôt de ces lames épaissies, n'était circulaire; tous avaient constamment une direction longitudinale et perpendiculaire aux deux faces. Représentez-vous les rayons de la couronne ciliaire, prolongez-les jusqu'au centre du cristallin, faites-les pénétrer de la superficie antérieure de cette lentille jusqu'à la postérieure, vous connaîtrez la véritable situation des lames ou des filets blanchâtres que j'y ai vus. Placez à présent dans l'intervalle qui les sépare une substance gélatineuse trouble, quoique encore un peu transparente, épaisse, mais plus molle que les filets, et vous aurez une idée nette de la différente consistance de ce cristallin imparfaitement cataracté. » Depuis ce temps, il n'a pas été publié, à ma connaissance, d'observation de cataracte déhiscente. Les auteurs modernes ont vaguement parlé de cataractes rayonnantes ou radiées, mais sans en donner d'autres détails et en les prenant le plus souvent pour des cataractes capsulaires.

En 1837, j'ai donné, dans mon Traité de l'ophthalmie, etc., p. 506 et 509, la description de la cataracte déhiscente, et j'ai exposé son développement et son diagnostic différentiel; mais aucun des ophthalmologistes qui depuis lors se sont occupés de cette matière n'a mentionné ma description, ni cette espèce de cataracte; on a continué à la confondre avec les cataractes capsulaires ou capsulo-lenticulaires, très fréquentes si l'on s'en rapporte aux ouvrages et aux résumés cliniques, mais infiniment plus rares si l'on consulte la nature. M. Mackenzie a seul dit quelques mots de la déhiscence (Traité des maladies des yeux, 3e édit., Londres 1840, p. 657) : « La couleur d'une cataracte lenticulaire molle est gris-clair ou blanc-grisâtre. Assez souvent la cataracte lenticulaire molle est étoilée par suite de la division du cristallin en portions triangulaires. Pendant l'extraction, une pareille cataracte est sujette à tomber en morceaux. » Il est de toute justice de dire qu'en consultant la première édition de cet excellent ouvrage (1835, p. 693), j'y trouve le même passage. M. Mackenzie a donc connu la cataracte déhiscente antérieurement à la description que j'en a donnée. Un passage semblable, qui n'existe point dans la seconde édition de son livre, se trouve dans la troisième (p. 648); « L'opacité a quelquefois un aspect perlé et luisant *(a pearly shining appearance)*; parfois elle est marquée de rayons qui s'étendent de son centre vers sa circonférence, le cristallin tendant déjà à se rompre en portions *(divisions)* semblables à celles dans lesquelles nous le voyons se séparer spontanément *(fall)* quand il est abandonné à la putréfaction ou à la dessiccation. »

M. Mirault, d'Angers (Arch. génér. de méd., mai 1823, p. 48), a trouvé sur un œil affecté d'hydropisie sous-choroïdienne, en place de cristallin, une humeur transparente ayant la consistance de la gelée de groseille. « En la remuant avec les barbes d'une plume pour l'observer, j'aperçus au milieu de la masse, qui avait bien le volume d'un pois, un petit corps translucide, sphérique, de la grosseur d'un grain de chenevis tout au plus. Ce petit corps, examiné avec attention, présentait sur sa surface trois sillons distincts, à égale distance l'un de l'autre. A l'aide d'un petit stylet, dant je promenai l'extrémité dans les sillons, je pus séparer le corps en trois portions absolument semblables représentant trois triangles pleins qui, par leur adossement, concouraient à le former... (P. 54.) Ce petit corps, trouvé au milieu de cette humeur, et sur lequel on aperçoit trois sillons, n'était autre chose que le cristallin à l'état où il se trouve dans les premiers mois qui suivent la conception, c'est-à-dire formé de trois parties parfaitement symétriques. Ce défaut de developpement de la lentille cristalline prouve évidemment que la maladie remontait aux premiers temps de la vie, et que par conséquent l'œil n'a jamais exercé ses fonctions. » Nous ne pouvons partager l'opinion du savant chirurgien d'Angers. Au contraire, nous sommes porté à croire que le petit corps trouvé au milieu du cristallin, à moitié résorbé par la compression, n'était que son noyau devenu déhiscent à la suite de son ramollissement, comme dans le cas de Haller. Nous reviendrons sur ce point à une autre occasion.

Dans la seconde partie de notre travail, nous traiterons des cataractes lenticulaires corticales, que l'on confond également très souvent avec les cataractes capsulaires. Nous exposerons alors le diagnostic différentiel de ces dernières et des deux espèces de cataracte cristalline qui leur ressemblent le plus.

Arsenic supposé dans les bougies dites de l'Etoile. — Des inquiétudes ont été répandues dans le public au sujet de la bougie dite de l'Etoile. On a supposé qu'elle contenait de l'arsenic. Sur l'invitation de quelques personnes, MM. Danger et Flandin en ont fait l'analyse : ils n'y ont trouvé aucune trace de ce poison. Zacchias rapporte que le pape Clément VII, dont il était l'archiâtre, fut empoisonné par la fumée de l'exhalation d'un flambeau dont la mèche récélait un poison subtil, c'est-à-dire sans doute de l'acide arsénieux. (Quest. med. leg., 6, 60.)

Nouveau céphalotribe. — *M. le docteur Aurèle Finizio* adresse la description d'un nouveau céphalotribe qu'il a imaginé. Voici ses avantages.

D'abord, dit-il, j'ai réduit le poids de l'instrument à trois livres ; car il me semble fort inutile de le conserver aussi lourd qu'il était; d'abord j'ai cru devoir changer à la manivelle et à son mécanisme, afin de la rendre encore moins lourde et moins embarrassante.

Afin que l'allongement de diamètre que produit le céphalotribe de M. Baudeloque n'ait pas lieu, et afin de faire disparaître les autres inconvéniens, j'ai cherché à faire passer dans la branche femelle une tige qui vînt correspondre au milieu de l'instrument. Il résulte du grand nombre d'expériences que j'ai faites, que les avantages de la modification que je propose ont pour but de produire l'allongement de la tête, en même temps que son aplatissement.

Chronique et Nouvelles.

La distribution des prix et la nomination publique des nouveaux internes pour l'année 1843, a été faite lundi, sous la présidence de M. Orfila. Selon l'usage, chaque jury a fait prononcer un discours par le plus jeune de ses membres. Il y avait habituellement trois jurys et trois discours, ce qui était beaucoup assurément ; cependant les nouvelles mesures de concours prises par l'administration ont produit un discours de plus cette année. Heureusement que les orateurs ont senti combien il serait difficile pour le public de prêter une attention soutenue à quatre discours débités coup sur coup ; ils ont eu le bon esprit de les réduire à des proportions telles, que les quatre n'en ont guère valu qu'un seul (sous le rapport de la longueur, bien entendu).

M. Tessier, qui a pris le premier la parole, a lu un discours d'une forme élégante, nous dirions même presque pompeuse, mais dont le sujet, selon nous, n'était pas bien choisi pour la circonstance. M. Tessier ne se proposait rien moins que de rechercher pourquoi la Médecine n'occupait plus dans les sciences le rang qu'elle doit occuper, et comment on pourrait lui restituer sa place. Pour traiter une semblable question, un discours de deux heures n'aurait pas été trop long, et l'orateur n'a pas parlé pendant vingt minutes. Le premier inconvénient qui en est résulté, c'est qu'il a été obligé de se tenir dans des généralités à travers lesquelles il n'a pas toujours été facile d'entrevoir sa pensée, et surtout les raisons de sa pensée. M. Tessier a voulu établir d'abord que si la médecine n'occupe pas, dans les sciences, le rang qui lui convient, il ne faut en accuser que l'égoïsme de l'époque ; et à ce sujet il a trouvé que l'origine de l'égoïsme ne remontait guère qu'à un siècle, et qu'il nous venait d'un philosophe anglais. Nous croyons qu'il aurait pu en trouver les traces en remontant un peu plus haut. Mais égoïsme ne rend pas la véritable pensée de l'orateur ; c'est matérialisme qu'il faut entendre ; car, pour l'orateur, égoïsme et matérialisme ne sont qu'une seule et même chose ; et comme, d'une autre part, *athée* et *médecin* sont aussi, ou ont été long-temps deux mots synonymes (toujours selon l'orateur), il s'ensuit que tous les médecins sont égoïstes, et que la médecine est descendue du rang qu'elle a occupé jadis, quand les médecins n'étaient ni athées, ni égoïstes. Le remède est donc tout simple : rendre les médecins croyans, et partant dévoués, et la médecine remontera sur le piédestal d'où elle a été renversée par un philosophe destructeur.

Il y a dans ce thème de quoi fournir aux élans d'un cœur bon, généreux comme nous aimons à croire qu'est celui de M. Tessier, il y a de quoi émouvoir l'auditoire en fomentant de nobles passions ; mais, il faut bien l'avouer, il n'y a ni de quoi satisfaire un esprit juste et froid, ni de quoi faire progresser la médecine. Il serait beau sans doute qu'une même doctrine, qu'un même dogme pût convaincre toutes les consciences, une même lumière éclairer tous les esprits ; mais espérer cette perfection, c'est méconnaître l'organisation humaine, c'est ignorer ou ne pas comprendre l'histoire du passé, c'est rêver l'idéal.

De tout temps il y a eu en médecine, comme dans toutes les autres sciences, des hommes opposés par leurs intérêts, par leurs croyances philosophiques, par les opinions scientifiques : rien n'est changé sous ce rapport, et long-temps cependant, d'après l'aveu de M. Tessier, long-temps la médecine a marché l'égale de ses sœurs. D'où vient donc qu'il n'en est plus ainsi ? Il ne s'agit, pour le savoir, que de consulter l'histoire de la science. Cela vient de ce que toutes les autres sciences ont marché, et que la médecine est pendant long-temps restée stationnaire. Il est si vrai que c'est là l'unique cause de sa déchéance, que lorsque l'Institut de France se constitua et qu'on voulut former une section de médecine, une clameur s'éleva parmi les savans, disant qu'il fallait bannir la médecine de cette illustre agrégation, parce que la médecine n'était pas une science ; aucun autre sentiment que la dignité scientifique n'avait assurément soulevé cette clameur. Néanmoins l'illustre de Laplace, espérant beaucoup dans l'avenir, se leva et dit : C'est précisément parce que la médecine n'est pas une science et qu'il est indispensable qu'elle le devienne, qu'il faut lui réserver une place parmi nous ; lorsqu'elle aura appris de ses sœurs la voie qu'elles ont suivie pour arriver au degré de certitude qu'elles ont acquis, elle suivra leur exemple et redeviendra leur égale pour la gloire de notre corps et le bonheur de l'humanité. — Certes, ce n'était pas l'égoïsme qui inspirait ces nobles paroles. Elles furent écoutées, et la médecine entra à l'Institut.

Par une contradiction que nous ne nous expliquons pas, l'orateur s'est consolé de l'égoïsme de la médecine, par le dévouement des médecins ; il a vu que malgré les principes funestes qui gouvernent la science, les hommes se sont toujours montrés dévoués à leurs devoirs, au péril même de leur vie : le nom vénérable de Hourmann, celui du jeune Rochet, sont venus fournir une preuve douloureuse de cette consolante vérité. Cette vérité étant reconnue, nous ne voyons plus ce que l'on peut entendre par l'égoïsme et surtout par le matérialisme de la médecine, à moins que la médecine ne soit un être qui pense et agit en dehors du médecin lui-même. Le dévouement des médecins pour les devoirs de leur profession, qui aurait dû faire voir à M. Tessier que l'égoïsme n'était pour rien dans la décadence de la médecine, l'a au moins conduit à une exhortation que nous avons entendue sortir de sa bouche avec d'autant plus de satisfaction qu'elle n'a pas toujours été mise en pratique par les hommes qui ont professé ses principes ; cette exhortation, c'est de respecter les hommes, lors même que l'on combat leurs doctrines. Personne plus que nous n'est convaincu de cette nécessité, et nous espérons que M. Tessier en fera usage à notre égard comme nous le faisons nous-mêmes bien franchement vis-à-vis de lui.

Après ce discours, qui a provoqué des sentimens bien divers dans l'auditoire, sont venus ceux de MM. Marjolin fils, Cullerier et Grisolle. Tous trois ont fait l'historique succinct du concours dont ils avaient été les juges ; tous trois ont fait part aux élèves des éloges et des reproches qu'ils avaient mérités par la manière dont ils avaient subi leurs épreuves ; tous trois leur ont adressé quelques conseils sur la voie qu'ils avaient à suivre pour tirer tout le fruit possible de leur position ; et, à ce sujet, disons avec satisfaction qu'il y a eu unanimité pour conseiller comme principal, sinon comme unique moyen d'instruction vraiment pratique, l'observation complète, exacte, multipliée ; ajoutons qu'il y a eu unanimité aussi pour reconnaître que l'observation avec ces qualités, n'était pas chose facile, et qu'il était indispensable pour la cultiver avec fruit, d'y appliquer tous ses soins, tout son zèle, toute son intelligence.

Nous avons lieu d'espérer que cette éloquente unanimité aura suffi pour convaincre les élèves que sans observation complète et rigoureuse, il n'y a qu'une instruction factice et incertaine.

Nous, avons, dans un de nos derniers numéros, donné les noms des lauréats, nout donnons aujourd'hui ceux des internes nouvellement nommés.

Après la nomination, il a été fait mention de quelques modifications sur l'organisation des concours ; nous reviendrons dans un prochain numéro sur ce sujet, qui intéresse à un si haut degré les études des élèves des hôpitaux.

Noms des Élèves internes nommés.

MM. Routier, Cossy, Faget, Ferra, Sée, Mayor, Bidault, Cahen, Chauffard, Sterard, Levavasseur, Richard, Dufrêne, Moutard-Martin, Lepetit, Depertenne, Tonnet, Desruelles, Bernutz, Peste, Thibault (Antoine), Cordier, Hersent, Valude, Lafaurie, Bigot, Tily, Trifet, Jousset, Lugout, Bornet, Matice, Champeaux.

Internes provisoires.

Claude dit Marcel, Bartholi, Rotureau-Launay, Inglar, Gabalda, Marquis, Robin, Henrot, Delplanque, Dumoulin, Gillet, Paget, Lejeune, Degrane, Dupont, Lépine, Campbell, Guerin, Binet, Roaldès, D'Heurle, Marais, Saint-Clivier.

— A la suite d'un concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris, M. Gosselin vient d'être nommé prosecteur de ladite Faculté.

De l'Identité de nature des fièvres d'origine paludéenne de différens types, à l'occasion de deux mémoires de M. le docteur Rufz, sur la fièvre jaune qui a régné à la Martinique de 1838 à 1841 ; et de l'urgence d'abolir les quarantaines relatives à cette maladie. Rapport fait à l'Académie royale de médecine par M. CHERVIN. — Brochure de 116 pages grand in-8°. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1842. (15e ANNÉE.) N° 156, TOME 4. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Deux supplémens par mois.
Bureaux de Rédaction, rue Dauphine, 22-24.
— d'abonnement, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15.
A Marseille, J.-J. Imbert, rue du Petit-St-Jean, 38.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 45 fr.
Annonces, 75 cent. la ligne de 45 lettres.

Sommaire.

HOTEL-DIEU. — M. GUENEAU DE MUSSY.

Farcin chronique communiqué du cheval à l'homme. Mort. Autopsie. Inoculations sur des chevaux, suivies du développement de la même maladie.

L'observation suivante nous est communiquée par M. Fremy, qui l'a recueillie dans le service de M. Gueneau de Mussy ; quoique la date en soit déjà un peu ancienne, elle n'aura certainement perdu en rien de son intérêt. Le soin avec lequel cette observation a été recueillie, et les détails de l'autopsie en font un document important pour l'histoire du farcin chez l'homme.

OBS. — Le nommé Novi (Grégoire), âgé de trente-six ans, garçon d'écurie, d'une constitution assez délicate, jouissait néanmoins d'une assez bonne santé habituelle. Il paraît n'avoir jamais eu de maladie grave dans sa jeunesse ; il ne se rappelle pas avoir eu jamais de croûtes au nez, d'inflammation de mauvaise nature de la membrane muqueuse des fosses nasales et de la conjonctive, de ganglions engorgés au cou ou dans toute autre région, d'abcès dans les différentes parties du corps. Ses parens ont succombé à des maladies qui n'ont offert aucun rapport, ni aucune ressemblance avec l'affection à laquelle il est en proie.

Novi était employé comme garçon d'écurie, chez le maître de poste de Neuilly. L'écurie à laquelle il était attaché contenait 26 chevaux ; sur ces 26, 8 étaient morveux. Il était spécialement chargé de ces chevaux, qu'il bouchonnait avec soin tous les matins pour qu'on ne s'aperçût pas de leur mauvais état. Ces chevaux ne faisaient le plus souvent le service qu'ensemble ; le maître de poste les possédait depuis six mois, et ils n'étaient pas malades quand ils entrèrent dans l'écurie, qui cependant n'est nullement malsaine. Ils étaient tous jeunes et vigoureux, mais ils faisaient un service pénible. On les avait placés, depuis leur maladie, dans une écurie à part, séparée de celle dans laquelle couchait cet homme. La maladie des chevaux faisant des progrès, ils furent renvoyés à Lagny, dont la poste est sous la direction de la même personne. Depuis la maladie de Novi, quatre de ces chevaux ont été abattus. Ils avaient eu du jettage rouge au début de leur maladie, et des engorgemens glanduleux aux jambes.

Le malade joint à ces renseignemens que l'écurie dans laquelle il couchait depuis trois ans était malsaine, et que son lit était appuyé contre une muraille humide. Il s'était aperçu depuis assez long-temps déjà que les chevaux y tombaient rapidement malades ; et d'après les caractères qu'il assigne à leur maladie, il paraîtrait que la plupart étaient affectés de morve chronique.

Quant aux causes et aux circonstances particulières qui ont précédé l'invasion de sa maladie, dont il paraissait ignorer lui-même dans le commencement la véritable origine, il rapporte qu'après avoir reçu un coup de pied près de l'aisselle, il avait ressenti le soir même des douleurs assez vives pour qu'il fût obligé de réclamer les soins d'un chirurgien qui lui pratiqua une saignée, et lui fit mettre quelques sangsues vers le lieu douloureux. Le lendemain il était bien soulagé, et il avait pu reprendre ses travaux. Mais le surlendemain, à huit heures du matin, il fut pris d'un abattement tel qu'il lui fut impossible de pouvoir marcher ; il dit n'avoir pas senti de la fièvre, mais il eut en même temps quelques envies de vomir, de la perte d'appétit, et dès ce moment il s'alita pour ne plus se relever.

Les principaux symptômes qu'il ressentit pendant son séjour chez son maître furent une prostration considérable, fatigues et lassitudes générales, perte d'appétit. Les jours suivans, il vit se développer un *léger coryza;* mais il ne mouchait pas du tout, seulement il *reniflait* plus souvent que d'habitude et rejetait par la bouche les mucosités nasales. Il ressentit en même temps de la douleur au pharynx, un peu de difficulté à avaler, mais surtout de la gêne et de la douleur dans cette partie, douleur qui ne se passait que quand il avait mangé. Pendant tout ce temps, il n'eut jamais de douleur de tête.

Le traitement qu'on lui fit subir chez lui, se borna à peu près à des tisanes de chiendent et de graines de lin, et des bains de pieds. Ce fut à la suite d'un bain de pieds où il resta dans l'eau pendant une demi-heure, qu'il ressentit de violentes douleurs dans les bras et dans les jambes ; le surlendemain ses jambes étaient parsemées de tumeurs, qui parvinrent en très peu de temps au volume qu'elles ont maintenant. Les symptômes généraux qu'il avait éprouvés jusque-là, cessèrent à cette époque.

Depuis le début de la maladie, il est resté constamment au lit, dans l'état où il est maintenant.

Enfin, le 18 août 1841, jour où le malade fut amené à l'Hôtel-Dieu, on constata l'état suivant : Amaigrissement général, diminution considérable des forces ; peu de fièvre ; pouls très dépressible (70 pulsations) ; un peu de chaleur à la peau, qui cependant est moite ; l'appétit est assez bon, la langue un peu rouge ; peu de céphalalgie. Depuis la cessation des symptômes généraux, il dort parfaitement.

Symptômes locaux. — Sur les piliers antérieurs et postérieurs, il y a une rougeur assez considérable. La luette est rouge et gonflée ; rougeur très vive au bord libre du voile du palais, dont la partie antérieure est recouverte de plaques blanchâtres. Le malade renifle continuellement et ne rejette rien ; il a craché une seule fois, et ce crachat ressemble à de la salive pure. Rien de remarquaqle à la partie antérieure des fosses nasales, qui sont entièrement sèches ; les excrétions sont normales et régulières.

On aperçoit sur les différentes parties du corps les tumeurs fluctuantes suivantes :

1° Une, à la partie inférieure de la cuisse gauche, de la grosseur d'un œuf de poule.

2° Une à la partie interne de la cuisse droite.

3° Une autre moins considérable dans le mollet de la jambe gauche.

4° Une autre dans le même mollet, mais supérieurement et profondément située.

5° Une autre moins considérable dans le même mollet et à la naissance du tendon d'Achille.

6° Une plus petite à la partie intérieure et inférieure de la cuisse droite.

7° Le mollet droit est extrêmement douloureux, un peu rouge, tendu, fluctuant ; il paraît rempli par une collection purulente ; à sa partie inférieure, on voit un abcès volumineux.

8° Sous le grand pectoral droit, à l'endroit précisément où on lui avait fait mettre des sangsues, est un abcès considérable.

Tous ces abcès ont à peu près l'aspect des abcès froids : ils sont très douloureux au toucher ; quelques-uns sont un peu rouges à la surface, ce sont ceux de la cuisse et du mollet droit ; la peau qui les recouvre n'est pas tendue. Toute la surface de la peau ne présente l'apparence d'aucune espèce de pustules. Le malade affirme n'avoir jamais eu de plaies, mais pendant l'hiver il avait souvent des crevasses ; il ne prenait jamais de tabac, il avait cessé de fumer depuis long-temps. Pas de douleur du côté du ventre ; il ne tousse nullement. La poitrine ne présente rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion. Rien de notable du côté du cœur. Il n'y a pas d'abcès, ni de pustules dans le cuir chevelu. Point d'engorgement des ganglions, ni sous la mâchoire, ni ailleurs. Les jambes et les pieds, le pied droit surtout, sont le siége d'un œdème dur et très douloureux, le gonflement est surtout remarquable autour et sur les côtés du tendon d'Achille. Les mouvemens sont presque impossibles. Tisane de mélisse sucrée, vin de Bagnols, limonade, friction d'onguent mercuriel, 60 centigr. de poudre de Dower en 2 paquets.

Le soir, il n'y a pas de changement, le pouls donne 80 pulsations ; rien de remarquable à noter.

Le 20, il a dormi tranquillement toute la nuit ; le matin on le trouve couvert de sueurs sur toute la surface du corps. Même reniflement, même douleur dans les jambes. Rien dans les poumons ni au cœur. Il est un peu plus inquiet de sa position ; il a eu hier une selle un peu liquide ; pas de céphalalgie. 76 pulsations, langue un peu plus sèche et plus rouge ; même rougeur du pharynx, pas d'expectoration. Les abcès sont tous très douloureux, à l'exception de celui du grand pectoral.

FEUILLETON.

DU TOUCHER.

Deuxième lettre adressée à M. le docteur FABRE,

Par M. le docteur A. LEGRAND.

Paris, ce 20 novembre 1842.

Je dois vous prévenir avant tout, mon cher confrère, que je n'ai pas la prétention dans cette lettre, pas plus que dans celles qui l'ont précédée, pas plus que dans celles qui pourront la suivre, *de vous dire rien de nouveau.* Dire quelque chose de neuf en *l'an cinq mil huit cent quarante-deux du monde!...* Oh ! non... et quand il s'agit d'une manœuvre qui a été décrite par tant de chirurgiens et d'accoucheurs, enseignée par tant de professeurs. Seulement, n'ayant l'honneur d'être attaché à aucun service d'hôpital, réduit à faire modestement de la pratique en ville, c'est de ce point de vue que je considérerai l'opération du toucher, que j'ai eu assez souvent l'occasion de pratiquer, et de ce point de vue réussirai-je peut-être à donner quelques préceptes qui ont sans doute été déjà donnés, mais qu'il ne peut être que bon de mettre plusieurs fois sous les yeux des jeunes médecins qui entrent dans la carrière fort épineuse de la pratique en ville.

Et d'abord, mon cher confrère, je traiterai cette première question, s'il faut pratiquer l'opération du toucher *indistinctement* chez toutes les femmes ? Quant à moi, je ne le pense pas ; non, je ne crois pas qu'on doive user de ce moyen d'investigation chez les femmes-filles, à moins d'avoir reçu d'elles l'aveu qu'elles vivent dans des conditions semblables à celles créées par le mariage. Permettez-moi, à ce sujet, de vous raconter une historiette qui fera bien comprendre comment j'entends cette question.

Une dame dont je suis le médecin depuis long-temps m'appela pour donner des soins à sa fille, alors âgée de vingt ans, et qui, élevée dans un couvent, se destinait à la vie claustrale. D'après l'exposé des symptômes et en palpant le bas-ventre, je crus pouvoir diagnostiquer une métrite, maladie qui, selon moi, doit être fort rare chez la femme, vierge dans toute l'acception du mot. Le toucher pouvait lever tous mes doutes... mais je ne le devais pratiquer, d'après ma manière de voir, qu'autant que j'eusse eu la conviction que cette jeune personne ne vivait que dans un célibat apparent. Aussi, ayant réussi à éloigner la mère pour quelques instans, j'adressai rapidement à la fille ces quelques mots : « La maladie que vous avez ne se rencontre que chez les femmes qui vivent dans l'état du mariage ou dans des conditions analogues, ou chez les jeunes personnes qui se livrent à de mauvaises habitudes. Si vous avez un amant, je puis et je dois vous toucher ; si non, je dois m'en abstenir. » La malade sentit la justesse de mon observation, et m'avoua, non sans rougir, la seconde circonstance ; et il me suffit pour la guérir de lui faire comprendre tous les dangers de la masturbation. Ainsi, dans ma manière de voir, à moins de conditions particulières, à moins de circonstances impérieuses, on ne doit pas pratiquer le toucher chez la femme-fille.

J'ajouterai, maintenant, mon cher confrère, que même chez la femme on ne doit user de ce mode d'examen qu'avec la plus grande discrétion, que lorsque la nécessité en est bien établie. Mais quand cette conviction est acquise, le devoir du médecin est de la faire partager à la malade, à son mari ou à toute autre personne de son entourage. S'il n'y réussit pas, s'il ne réussit pas à vaincre les répugnances de la malade, quoi qu'il lui ait laissé entrevoir tous les dangers qui peuvent lui être réservés dans l'avenir ; s'il n'y réussit pas, dis-je, il doit soigneusement s'abstenir de donner aucun conseil. C'est une règle importante de conduite que j'indique ici aux jeunes médecins, en les prévenant bien qu'ils auront toujours à s'en repentir s'ils s'en départissent. Les malades auxquels on donne des avis, sans avoir pris une connaissance parfaite de leur maladie, vous quittent presque toujours..... et ils font bien !

Sitôt le consentement de la femme obtenu, il faut, si on le peut, procéder immédiatement, afin d'éviter à la malade les angoisses d'une attente plus ou moins longue. C'est le moment de décrire la manœuvre du toucher ; je le ferai, mon cher confrère, le plus brièvement possible. Mais auparavant je dois encore dire, qu'à moins d'une volonté contraire exprimée formellement par la malade, le médecin doit réclamer la présence d'un témoin, soit celle du mari, soit d'une mère, soit d'une sœur, d'une amie, soit même d'une domestique. La conduite *médicale* d'un médecin doit toujours être à l'abri de tout soupçon, et si ses intentions sont pures, ainsi qu'elles doivent toujours l'être, il n'a rien à redouter de la surveillance qu'on peut paraître vouloir exercer sur sa conduite.

On doit toujours observer la plus grande convenance et la plus grande décence dans la pratique du toucher. Si la femme est au lit, ce qui est toujours préférable, on la fait se mettre sur le bord, de manière à être placée à sa droite. Ce qui serait aussi pour le mieux, ce serait que la femme reposât sur un matelas fort dur, afin que le siége n'enfonçât point ; mais le médecin doit savoir, à moins d'une nécessité absolue, s'imposer toute gêne qui tourne à la commodité de la malade. Il s'arrangera donc de la condition que lui impose la nature du coucher. Il faut alors faire fléchir les cuisses sur le ventre en les maintenant dans un léger écartement ; les jambes suivent ce mouvement et viennent former avec les cuisses un angle assez ouvert pour laisser passer la main exploratrice. La femme restant toujours parfaitement couverte, la main gauche va se placer à plat sur le ventre nu, un peu au-dessus des pubis ; la droite alors s'avance sous la couverture bien en regard de la vulve, où l'on introduit *sans hésitation* le doigt indicateur dont l'ongle doit toujours être maintenu fort court, et qui a été préalablement enduit d'un corps gras.

J'ai dit que l'introduction du doigt devait avoir lieu sans hésitation, car il ne faut pas perdre de vue que les parties touchées sont douées d'un certain genre de sensibilité que le médecin doit par dessus tout prendre garde d'éveiller, avec d'autant plus de raison, qu'il n'est pas rare que chez les femmes atteintes d'une métrite ou d'une affection organique il n'y ait exaltation de cette sensibilite. Si le médecin croit s'apercevoir que malgré toutes ses précautions il a excité quelque sensation de ce genre, sa physionomie, qui doit toujours respirer la plus grande attention doit devenir froide et même sévère, et au besoin quelques mots presque durs, quoique convenables, doivent venir au secours de sa physionomie et rappeler la femme à la réalité de sa position. Combien ces préceptes reçoivent d'importance, s'il est vrai, comme bien des praticiens l'assurent, qu'il est des femmes qui, dans un but que ne veux pas qualifier, mais trop facile à deviner, accusent des symptômes de maladie de l'utérus pour arriver à se faire toucher, sans doute alors plutôt par tel médecin que par tel autre.

Que je voudrais pouvoir, pendant que j'y suis, donner aussi quelques conseils aux femmes qui se trouvent dans la pénible nécessité de subir cette exploration. Que je voudrais, mon cher confrère, pouvoir leur dire, qu'une fois que le médecin qui a leur confiance leur a fait partager sa conviction sur l'urgence de cet examen, elles doivent s'y soumettre sans résistance. Je voudrais leur faire comprendre que dans ce cas la véritable pudeur consiste dans une complète résignation ; qu'une lutte détourne l'attention du médecin de son véritable but, et le met dans l'obligation d'adresser à sa malade des paroles douces et suppliantes, qui peuvent créer une espèce d'intimité toujours fâcheuse. Je le répète, dans des cas de ce genre, il doit y avoir dignité bienveillante chez le médecin, résignation absolue chez la malade.

Je continue maintenant mon cher confrère, la description commencée. — Pour que le doigt explorateur pénètre le plus profondément possible dans le vagin, on fléchira fortement le pouce dans le creux de la main et par dessous les trois autres doigts en les écartant le plus possible de l'indicateur, qui reste ainsi entièrement libre, et qui n'a de limite dans son introduction que celle qu'éprouvent les doigts fléchis en s'appuyant contre le raphé. Une fois le col de l'utérus atteint, le doit explorateur doit le circonvenir et on y réussit parfaitement bien en faisant faire à la main une demi-révolution sur elle-même, de droite à gauche, puis de gauche à droite ; et je ne crois

Les urines sont foncées en couleur ; pas de trouble ni de dépôts, une légère diminution dans la quantité, acidité normale, odeur normale ; chauffées, elles ne donnent aucun résidu ; traitées par l'acide nitrique, elles donnent un peu de précipité ; trouble assez prononcé quand on les traite par l'oxalate d'ammoniaque.

Le soir, la peau est sèche et beaucoup plus chaude. Même prostration. Le pied gauche a notablement diminué de volume et est presque revenu à l'état normal. Sensibilité très vive au froid.

Le 21, le malade ne se sent pas dans un état plus grave ; cependant sa face est plus altérée, les sueurs sont toujours copieuses, le pouls est à 80, mais il est moins plein que la veille. On découvre un nouvel abcès qui s'est formé sans que le malade s'en aperçût, sans rougeur et sans douleur préalable ; cet abcès est parfaitement limité ; son foyer paraît circonscrit comme si le pus était contenu dans une poche particulière. Cet abcès paraît s'être développé pendant le cours de la nuit sans que le malade en ait eu aucune conscience ; il a parfaitement dormi toute la nuit. Les symptômes d'ailleurs persistent toujours au même degré; l'abattement est plus grand ; il n'y a pas de céphalalgie, pas de toux ; une selle liquide a été rendue dans la nuit ; pas de réaction fébrile. Le reniflement est moins fréquent ; intégrité des fonctions intellectuelles. L'appétit se soutient. Même prescription ; on applique de la potasse caustique sur un des abcès de la cuisse et sur un des abcès du bras, pour les ouvrir.

Le soir, le malade est sensiblement mieux. La peau est moins sèche et moins chaude ; pouls 76. Pendant son sommeil, le malade respire bruyamment par la bouche. Le sommeil paraît agité ; soubresauts de temps en temps.

Le 22, le ventre est un peu ballonné ; il y a eu une selle liquide le matin. Pouls, 84. Pas de céphalalgie ; même rougeur du pharynx ; même engorgement œdémateux de la jambe et du pied ; moins de reniflement. La langue est plus sèche et plus rouge. On ne remarque nulle part de ganglions ni de vaisseaux lymphatiques engorgés. Même degré de faiblesse. La douleur et toujours très vive à la pression dans le mollet droit. Les urines sont rouges, foncées en couleur, franchement acides. Traitées par les mêmes procédés que les jours précédens, elles contiennent toujours une grande quantité de sels calcaires et elles sont très peu riches en acide urique.

Le 23, le pouls est tombé à 70 pulsations ; il se plaint davantage de l'articulation du pied droit qui est plus tendu, plus gonflé, plus douloureux au toucher. On reconnaît un nouvel abcès à la partie postérieure et médiane de l'avant-bras gauche. A l'auscultation on reconnaît sur la partie droite et postérieure, au niveau de la fosse sous-épineuse quelques bulles de râle crépitant un peu humide, se developpant surtout lorsque le malade fait une grande inspiration. A la percussion du même côté et dans la même étendue, son un peu mat, ou du moins beaucoup moins sonore que du côté gauche.

Le 24, même état. On reconnaît un nouvel abcès à l'avant-bras, un peu au-dessus de celui reconnu la veille. Ces deux abcès se sont également développés sans douleur.

Même engorgement dans le poumon, qui présente une augmentation notable dans la matité.

Il s'est développé cette nuit une légère éruption fébrile sous l'aile gauche du nez. Peu d'inflammation à la partie antérieure des fosses nasales. La peau est chaude ; fièvre ; plus de sueurs.

Du 25 au 28 rien de particulier.

Le 28, le dévoiement continue et a beaucoup augmenté aujourd'hui ; le malade est beaucoup plus faible, plus pâle et plus amaigri. La peau est toujours sèche et brûlante quoique couverte de sueur. 88 pulsations. L'abcès de l'avant-bras a notablement augmenté de volume et est devenu un peu douloureux. Rien du côté des fosses nasales ; le reniflement a même complètement disparu. Pas de nouveaux abcès. On suspend les frictions mercurielles.

On ouvre les abcès du bras et de la cuisse droite ; celui de la cuisse gauche et deux autres à la partie extérieure du mollet gauche ; il en sort à peu près un demi-litre de pus crêmeux, grisâtre, légèrement coloré par du sang. Les abcès se vident complètement ; le soir le malade ressent un peu de soulagement ; mais la peau est sèche et chaude ; le pouls donne 85 pulsations ; pas d'appétit.

Le 29, le malade paraît aller un peu mieux ce matin ; 81 pulsations ; sueurs assez abondantes ; peu de sommeil, peu d'appétit ; beaucoup de dévoiement ; même douleur dans les jambes. Les abcès ouverts paraissent vouloir se cicatriser et sont beaucoup moins douloureux. Deux autres abcès sont ouverts à l'aide de la potasse ; le pus est à peu près le même que celui des deux premiers abcès.

Le 30, même état, même affaiblissement. On augmente un peu la quantité des alimens et du vin.

Le 31, un petit abcès s'est déclaré au mollet gauche, sous les nymphes ; un second, plus considérable, s'est manifesté à la partie inférieure et postérieure de la cuisse droite. Il est douloureux ; il communique avec les autres abcès développés dès le commencement de la maladie. Céphalalgie plus intense ; dévoiement plus considérable ; peau chaude ; pouls 78 pulsations ; urines troubles, purulentes ; elles sont devenues ammoniacales en moins de deux heures.

Le 1[er] septembre, on ouvre un des abcès du mollet ; deux petites éprouvettes de pus sont conservées pour faire deux inoculations dont nous rendrons compte à la suite de cette observation.

Le 2, le premier abcès ouvert au bras suppure considérablement et ne paraît pas avoir de tendance à se refermer ; les autres sont complètement cicatrisés. On remarque de nombreux sudamina autour du cou ; le poumon droit présente de plus en plus tous les signes d'un engorgement très prononcé. Céphalalgie intense ; diminution sensible dans la quantité des urines.

Le 3, les urines diminuent de plus en plus de quantité ; elles sont jaunes, rougeâtres, peu odorantes, transparentes, franchement alcalines ; pas de précipité par l'acide nitrique ; quantité sensible d'albumine quand on les traite par la chaleur ; traitées par l'oxalate d'ammoniaque ; elles déposent une quantité considérable de sels de chaux ; très peu d'acide urique ; traitées par siccité, elles laissent déposer beaucoup de matière animale.

Le 4, on découvre un nouvel abcès dans la portion libre du grand pectoral.

Les 5 et 6, pas de changement.

Le 7, il s'est formé une eschare de la largeur d'une pièce de 5 francs au sacrum. Les abcès se sont affaissés et sont en partie cicatrisés. Il ne s'en est pas formé de nouveau. Il en existe en tout actuellement trois à la partie droite du thorax et dans le mollet du même côté. A l'auscultation on reconnaît que la respiration a notablement diminué dans le poumon gauche, au sommet et à la base où l'on entend quelques légers râles muqueux. Même matité. Même prescription.

Le 8, le malade a été changé de salle. Ce transport a été pénible, les moindres mouvemens occasionnent de vives douleurs ; aussi le malaise est-il aujourd'hui plus considérable et les douleurs plus violentes dans le tronc et dans les membres. Il s'est développé un nouvel abcès à la partie interne et supérieure du bras gauche. Cet abcès est chaud, douloureux, sans changement de couleur à la peau. L'ancien abcès situé au côté et un peu au-dessus de ce dernier, et qui avait déjà été ouvert, est devenu douloureux et s'est de nouveau rempli de pus. Le pus s'est également reproduit dans les anciens abcès à l'exception des deux petits qui sont situés à la partie externe de la cuisse gauche. Les ulcères qui en sont résultés sont peu douloureux et ne paraissent pas déterminer plus que les premiers des symptômes généraux. La toux est plus forte ; le malade parle davantage du nez. Peau sèche et chaude ; bouche sèche ; langue rouge et sèche ; pas d'appétit. Même gonflement aux articulations tibio-tarsiennes. Même état du cœur et des poumons ; toujours un peu de diarrhée. Accablement profond, anxiété. On retire les alimens et l'on ne donne que des bouillons et des potages légers.

Le 9, même état.

Le 10, la nuit a été assez bonne. La toux s'est calmée; mais le malade accuse une diminution notable des forces. Mêmes douleurs dans les membres et dans le siége des abcès, Céphalalgie; quelques douleurs nouvelles se font ressentir dans les genoux et dans les hanches. On joint aux prescriptions des jours précédens 125 grammes de décoction de quinquina.

Le 11, nouvel abcès à la partie externe du bras gauche. Les muscles de ce membre sont le siége d'une multitude d'abcès, dont le plus gros est du volume d'un œuf de poule, de telle sorte que le bras en est tout déformé. Le malade a été en proie pendant près de vingt minutes à de petits frissons suivis de sueurs et de céphalalgie. La nuit a été agitée ; sommeil fréquemment interrompu ; rêvasseries, délire ; toux extrêmement violente qui a beaucoup fatigué le malade. Diarrhée plus abondante. Perte complète d'appétit ; sensation à la gorge qui porte le malade à exercer presque continuellement des mouvemens de déglutition. Rien de nouveau du côté des fosses nasales. Il éprouve une grande difficulté à mouvoir les jambes. Les chairs sont devenues tellement flasques qu'il devient très difficile de les fixer pour sentir la fluctuation. La respiration paraît plus gênée; l'exercice seul de la parole produit de l'essoufflement. On suspend le vin de quinquina ; tisane de riz gommée; vin de Bagnoles ; une portion de pain.

On ouvre l'un des abcès du bras gauche ; il en sort un demi-verre de pus lié, grisâtre, mêlé d'un peu de sang, mais sans odeur et sans grumeaux.

Le 12, rien de nouveau.

Le 13, le malade a été trouvé couvert de sueur comme après un accès de fièvre intermittente. Deux nouveaux abcès très petits dans l'intérieur des muscles de l'avant-bras gauche.

Le 14, sommeil toujours agité. Les abcès qui ont été ouverts aux cuisses fournissent un pus abondant, grisâtre, tirant un peu sur le fauve ; les autres se remplissent peu à peu. Deux de ces abcès, situés à la partie externe de la cuisse gauche, sont parfaitement cicatrisés. Il y a une diminution notable dans la sonorité des deux poumons ; à l'auscultation, on entend du râle dans toute l'étendue des deux poumons, surtout en arrière. Le poumon gauche paraît être plus engoué que le droit.

Les abcès ouverts aux cuisses, celui de la cuisse droite surtout, fournissent un pus assez abondant, grisâtre, fauve, et suintant continuellement. Les autres se remplissent peu à peu; deux seulement, situés à la partie antérieure de la cuisse gauche, paraissent être parfaitement cicatrisés.

Du 15 au 20, rien de nouveau. Affaissement graduel du malade ; mêmes alternatives de frisson et de sueur ; agitation, anxiété et dyspnée croissantes. Le pouls devient plus fréquent (120) et extrêmement faible. La température de la peau s'abaisse notablement. Toux moins fréquente. Les jambes sont

---

pas qu'il soit nécessaire pour bien contourner le col de l'utérus, si volumineux qu'il soit, d'introduire successivement l'indicateur de l'une et de l'autre main. Et il est bon, par des considérations que j'ai fait valoir plus haut, de faire son exploration complète en une seule fois, et d'éviter autant que possible d'introduire le doigt plus d'une fois. Pendant que le doigt explorateur agit sur le col et sur le corps de l'utérus, la main gauche ne doit pas rester inactive ; elle doit au contraire exercer une pression marquée sur le bas-ventre, afin de maintenir l'utérus abaissé dans le vagin et de percevoir en même temps toutes les sensations ressenties par la malade.

Ce serait bien ici le lieu, mon cher confrère, de dire les conditions dans lesquelles on doit trouver l'utérus quand ces conditions sont normales, mais tous vos lecteurs ne le connaissent-ils pas aussi bien que nous ? Ne savent-ils pas que chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfans, le col de l'utérus, ou mieux encore le *museau de tanche*, est sphérique et parfaitement uni, de sorte qu'il semble au doigt qu'il contourne un embout d'ivoire, au centre duquel on trouve une petite dépression qui est l'ouverture toujours fermée de l'utérus. On peut dire généralement que chez ces mêmes femmes, le col occupe le centre du vagin, et qu'il est situé à une hauteur telle que le doigt souvent ne l'atteint que difficilement. — Combien toutes ces conditions peuvent changer, sitôt que la femme a mis au monde un enfant, et surtout lorsqu'elle a fait une fausse couche. Alors le museau de tanche est déprimé d'avant en arrière, de sorte qu'on y distingue une lèvre antérieure et une lèvre postérieure, et sur celle-ci on trouve une légère solution de continuité qui résulte du déchirement qui a lieu dans l'énorme distension éprouvée par le col au moment de l'accouchement. Alors aussi il arrive souvent que le col de l'utérus n'occupe plus le centre du vagin, et son inclinaison dans un sens indique une déviation du corps de l'utérus en sens contraire. Disons, en passant, que cette déviation peut être poussée au point que le museau de tanche va se cacher derrière la symphyse des pubis, ou qu'il s'appuie absolument sur la paroi postérieure du vagin ; dans ces deux conditions, et sans doute aussi dans les cas d'une déviation latérale trop prononcée, la conception devient impossible, et ces circonstances, assez fréquentes, expliquent la stérilité d'un certain nombre de femmes après une première conception. — Ce qui serait plus difficile, ce serait de spécifier le volume normal du col (toujours après l'accouchement ou une fausse couche, car avant il est presque toujours d'un volume identique), car il varie à l'infini, et il faut dire qu'il peut être très hypertrophié sans qu'il y ait maladie ; mais alors il est, comme il doit être toujours dans l'état de santé, dépourvu de toute sensibilité.

Vous comprenez parfaitement, mon cher confrère, qu'on ne peut pas bien apprécier l'abaissement du col par le toucher que je viens de décrire ; pour en juger parfaitement, il faut pratiquer cette opération dans la station droite. La femme étant appuyée contre le chambranle d'une cheminée ou un des dossiers de son lit, on lui fait légèrement écarter les cuisses pour faciliter l'introduction du doigt. Dans ce cas, pour éviter, comme dans la première espèce de toucher, de découvrir la femme, on se place devant elle, un genou en terre. — Je ne crois pas, mon cher confrère, contrairement à l'opinion de praticiens fort recommandables, qu'il soit nécessaire de pratiquer le toucher dans d'autres positions que les deux que j'ai indiquées. Je craindrais d'offusquer une femme en lui proposant de la toucher alors qu'elle se trouverait appuyée en même temps et sur les genoux, et sur les mains ; et, je le répète, je ne vois pas l'utilité du toucher pratiqué dans cette position.

Dans toutes les lignes qui précèdent, je n'ai donné aucuns renseignemens sur l'utilité du toucher pour apprécier l'état du corps de l'utérus. C'est qu'en effet le toucher par le vagin ne peut donner que des renseignemens incomplets ; cependant il permet d'apprécier sa mobilité, condition importante, tout à fait normale, quand cet organe est dans l'état de vacuité et qu'il n'est point affecté d'une hypertrophie inflammatoire ou squirrheuse. On peut bien, par ce mode d'exploration, se rendre compte de la sensibilité de l'utérus, et toutefois reste-t-on dans un certain vague, puisqu'en même temps que l'extrémité du doigt atteint la partie du corps de l'utérus la plus en rapport avec le fond du vagin, le col, en raison de la saillie qu'il fait dans le vagin, appuie sur la continuité du doigt et fait ressentir de la douleur à la malade s'il est anormalement sensible. Ces deux sensations peuvent donc se confondre.

Les considérations qui précèdent m'amènent à cette conclusion, qu'on ne peut bien juger de l'état du corps de l'utérus, qu'en pratiquant le toucher par le rectum. Je ne crois pas qu'on doive prévenir la femme de cette opération ; il doit suffire de lui avoir prescrit dès la veille de prendre un demi-lavement, afin de bien vider l'intestin. Une fois la première exploration terminée, on recommande à la femme de conserver la même position, puis, après avoir de nouveau bien graissé le doigt indicateur, on le dirige rapidement vers l'anus, où on l'introduit sans hésitation. Si la malade fait quelqu'objection, quelque résistance, paraît croire qu'on se trompe sur la voie prise par le doigt explorateur, tout en continuant, on répond par une négation, et on ajoute un mot sur la nécessité, l'importance de ce mode de toucher. En effet, le doigt étant introduit le plus profondément possible, de manière à ce que la pulpe soit en rapport avec la paroi supérieure du rectum, reconnaît le corps de l'utérus qui repose sur cette paroi, et peut l'explorer dans une assez grande étendue. De cette manière on peut aussi apprécier la mobilité de cet organe, sa sensibilité, son développement, et si la surface explorée est lisse, ainsi qu'il doit être dans l'état de santé, ou si elle est inégale, bosselée.

Agréez, etc., A. LEGRAND, D.-M.-P.

P. S. Il y a déjà quelque temps, mon cher confrère, que cette lettre est écrite, et je ne sais vraiment pas pourquoi je ne songeais pas à vous l'envoyer : j'ai tout lieu aujourd'hui de ne pas regretter ce retard. En effet, j'aurais été contrarié de ne pas y avoir ajouté quelques mots à propos d'une publication récente dont un journal de médecine a donné un assez long extrait. Et d'abord, qu'il me soit permis de m'étonner de la manière un peu cavalière dont les médecins qui n'ont pas l'honneur d'être attachés aux hôpitaux y sont traités : il semblerait vraiment, à en croire l'auteur, qu'ils sont tous ignorans à l'envie l'un de l'autre. Mais laissons ces considérations étrangères à la science, et examinons les opinions de l'auteur. A l'en croire, les affections de l'utérus seraient encore plus fréquentes qu'on ne le pense généralement, et, contrairement à l'opinion que j'ai émise plus haut, les jeunes personnes les plus sages y seraient aussi fort sujettes. Je ne sais pas si l'auteur que je combats ne s'est pas laissé aller lui-même à la préoccupation qu'il reproche à ses confrères ; ne lui est-il point arrivé de prendre pour un engorgement morbide cette turgescence normale qui précède toujours l'établissement de la menstruation, et qui se dissipe ensuite souvent sans le secours de la médecine ? Et puis, dans le cas même où cette turgescence deviendrait un engorgement morbide, ne pourrait-on pas réussir à établir son diagnostic sans pratiquer le toucher, *voire même par le rectum ?* L'auteur, en effet, désapprouve implicitement l'autre mode de toucher; mais, je le demande à tout praticien, est-il bien facile de proposer aux parens d'une jeune personne, à moins d'une nécessité absolue, ce genre d'investigation ?

Le même auteur n'est-il pas tombé dans une autre erreur quand il nie les pertes essentielles ? Ce genre d'accidens n'est-il point en effet fort fréquent chez les femmes arrivées à cette autre époque de la vie où la menstruation va cesser ? Ne voit-on point alors cette évacuation se faire avec la plus grande irrégularité, durer toujours, ou bien se suspendre pendant plusieurs mois pour reparaître ensuite sous la forme de pertes plus ou moins abondantes ? Sans doute, cet état exige une grande surveillance de la part du médecin quand il est consulté dans des cas de ce genre ; sans doute il fera bien de pratiquer le toucher et même d'appliquer le spéculum, mais il ne lui en arrivera pas moins fréquemment ce qui m'est arrivé souvent, c'est-à-dire qu'il ne trouvera ni inflammation, ni engorgement, ni ulcération, ni fissure, etc. Enfin, il trouvera l'organe sécréteur dans les meilleures conditions.

Je ne pense pas, mon cher confrère, que personne se méprenne sur mes intentions. En m'attaquant à si forte partie, je n'ai pas songé à ce qu'il y a de témérité de ma part : je n'ai songé qu'aux intérêts sacrés de la science que je cultive ; et si une plus longue expérience venait me démontrer que je suis dans l'erreur, je me ferais un devoir de le proclamer et de rendre hommage aux opinions que je combats aujourd'hui.

plus gonflées, principalement sur les articulations tibio-tarsiennes. On remarque à la jambe droite un abcès qui envahit la partie inférieure du membre, depuis le haut du mollet, à l'extérieur, jusqu'à la cheville; la fluctuation y est manifeste. Cette jambe ressemble à une pyramide à base inférieure; l'autre jambe est beaucoup moins enflée. L'abcès de la cuisse laisse toujours suinter par une ulcération un pus jaune-verdâtre; les pourtours, sans être rouges, sont très douloureux. Les mouvemens des jambes sont devenus presque impossibles et très douloureux. L'abcès du grand pectoral a complètement disparu; au lieu de cet abcès, qui, avant de se dissiper, était devenu double, on trouve un engorgement comme une noix, aplati, assez dure, quoique non résistant, et qui paraît assez mobile; la pression y est douloureuse. Même prescription.

Le soir, pouls à 146, presque insensible; 32 inspirations. Il souffre énormément, et jette les hauts cris pour les douleurs des jambes. Le pouls est à peine perceptible, et d'une fréquence extrême. Le malade est dans le plus grand abattement.

Les mêmes phénomènes de prostration allant croissant les jours suivans, le malade succombe le 24.

Autopsie, faite 22 heures après la mort.

Habitude extérieure. Amaigrissement général; plus de rigidité cadavérique. On trouve de nombreuses collections purulentes dans les tissus sous-cutanés, inter-musculaires et dans les muscles eux-mêmes.

Membres supérieurs. Abcès volumineux dans le biceps du côté droit et dans le triceps du même côté. Ecchymoses entre le tissu cellulaire et l'aponévrose au niveau du premier de ces abcès. A la partie postérieure de ce membre, on trouve une infiltration séreuse considérable du tissu cellulaire. Sous les attaches du grand pectoral, on trouve des abcès multiples dont un, situé à la partie externe de ce muscle, est plus considérable que les autres. Ces abcès, qui communiquent les uns avec les autres, pénètrent dans la cavité de la plèvre par trois ouvertures situées dans le sixième espace intercostal. Deux de ces ouvertures rapprochées de la ligne médiane ont le calibre d'un gros pois; la troisième, plus externe, est de la largeur d'une pièce d'un franc environ. Le foyer commun de ces abcès est tapissé par une matière purulente beaucoup plus dense que celle que l'on rencontre dans leur intérieur. Les muscles qui constituent les parois du foyer sont ramollis et comme déchiquetés.

Dans l'*aisselle gauche*, on trouve une infiltration considérable du tissu cellulaire. Les ganglions axillaires présentent une augmentation de volume considérable. L'abcès siégeant au niveau des attaches supérieures du grand pectoral et du grand dentelé contient un demi-verre de pus.

Dans l'*aisselle droite*, même infiltration séreuse du tissu cellulaire, plus abondante encore qu'au côté gauche. Il existe quelques points d'induration. Le volume des ganglions est normal. Dans la partie du grand pectoral qui forme la paroi antérieure du creux de l'aisselle, existe un foyer étendu dont le pus est en grande partie résorbé, et à la place duquel se trouve du pus concret, grumeleux et qui s'étend dans la portion sternale du muscle entre les fibres du tissu musculaire qui est induré; en pressant sur ces fibres, on fait sourdre le pus comme s'il était contenu dans des canaux.

Bras gauche. — Au niveau de l'abcès qui a été ouvert à la partie interne, il existe une infiltration considérable du tissu cellulaire, une ecchymose dans toute la portion interne du triceps.

Dans la *jambe gauche*, au niveau du mollet, infiltration séreuse. A la partie inférieure du fléchisseur commun est un abcès situé dans ce muscle, et renfermant un pus grisâtre. Le ganglion sous-musculaire du côté gauche présente une pâleur remarquable de son tissu.

Dans la partie interne du biceps, il existe un abcès allongé contenant un demi-verre de pus vert foncé, lié. A la partie supérieure de la même portion, existe un autre petit abcès au point de réunion des fibres aponévrotiques et musculaires; le pus en est légèrement sanguinolent, grumeleux. Toute la partie interne de cette portion du muscle biceps est détruite et convertie en une poche puriforme. Dans la portion interne du biceps gauche, il n'existe pas de trace de suppuration; les fibres musculaires sont infiltrées, elles sont plus pâles et plus molles qu'à l'ordinaire.

Dans le fléchisseur profond du bras gauche, il existe un abcès contenant du pus lié, séreux, jaunâtre, renfermant beaucoup de grumeaux, la quantité d'un demi-verre environ. Les fibres de ce muscle ont presque complètement disparu, de sorte que le foyer est formé par les muscles environnans.

Dans le fléchisseur superficiel, se trouve un autre abcès s'étendant entre les deux muscles environnans, et contenant un pus grisâtre.

Dans le cubital antérieur, il existe un autre abcès de même nature, et entre les fibres du fléchisseur profond un abcès qui s'étend jusqu'au ligament inter-osseux. La partie antérieure du radius est dénudée dans l'espace de trois à quatre pouces.

Membres inférieurs. — Il n'y a rien dans les ganglions inguinaux.

Cuisse gauche. — Abcès à la partie externe du triceps, de la grosseur d'une noix, contenant un pus mucilagineux grisâtre légèrement sanguinolent. Dans la portion interne du même muscle un autre abcès de la grosseur d'un haricot. A côté de l'abcès précédent se trouve supérieurement, dans la portion interne du triceps, un abcès beaucoup plus volumineux que le précédent, contenant un pus analogue. A la partie supérieure du muscle jumeau interne, on trouve un abcès enkysté de la grosseur d'un œuf de pigeon, renfermant un pus jaune sanguinolent; les parois de ces abcès sont encore formés par les fibres du muscle infiltré de pus.

Cuisse droite. — Infiltration du tissu musculaire de la cuisse, ainsi que de la jambe. Au niveau de l'anneau crural, dans la partie inférieure du triceps, à la partie interne de l'anneau, abcès de la grosseur d'une noix, contenant un pus fauve; au-dessous, dans le même muscle, à un pouce au-dessus de son insertion inférieure, un abcès de la grosseur d'une noisette, contenant un pus plus vert que le précédent et de même consistance. A la partie supérieure du jambier antérieur, abcès de la grosseur d'un œuf de poule, pus sanguinolent, oléagineux. Infiltration gélatineuse entre les muscles de la même jambe. A la partie supérieure du jumeau se trouve un abcès de la grosseur d'une noisette; pus de même qualité. A la partie inférieure du jambier antérieur, abcès considérable ayant transformé ce muscle en un tuyau, abcès dont le pus s'étend dans le tissu cellulaire situé entre les muscles de la partie postérieure de la jambe.

Articulation tibio-tarsienne. — Infiltration séreuse du tissu cellulaire environnant. Dans l'intérieur des articulations des pieds, rien d'anormal.

Viscères. — Les ganglions pharyngiens sont rouges et ramollis à leur centre. Leur volume est un peu augmenté. La muqueuse de l'épiglotte est un peu injectée.

Cœur. — Sérosité dans le péricarde, peu de sang; caillot jaune dans le ventricule droit; ventricule gauche presque vide, ne contenant qu'une petite quantité de sang liquide. Point de changement dans le volume ni la texture du cœur.

Poumons. — Adhérences anciennes en avant et en arrière des deux poumons; fausses membranes épaisses, d'une consistance gélatineuse, et léger épanchement séreux dans la plèvre gauche (pleurésie récente). Un peu d'emphysème surtout dans le poumon gauche; léger engouement sanguin à la base et à la partie postérieure des deux poumons. Le foyer purulent du grand pectoral n'est séparé du poumon que par la plèvre, qui est épaissie et granuleuse. Point d'abcès dans l'intérieur du poumon.

Le *foie* est très congestionné, augmenté de volume, rouge et un peu ramolli.

Les *reins* n'offrent rien d'anormal.

La *rate*, un peu augmentée de volume, est ramollie et se laisse facilement déchirer.

Fosses nasales. — *Narine droite.* — La pituitaire est saine à la partie antérieure. Dans le plancher et la paroi interne elle offre un peu de rougeur sans épaississement. La portion de pituitaire qui recouvre le cornet inférieur offre une rougeur plus intense, sans altération prononcée. Gonflement œdémateux très considérable du repli qui prolonge ce cornet en arrière.

La rougeur de la pituitaire est, en général, moins vive aux méats moyen et inférieur que sur les cornets; mais en revanche, les méats présentent un enduit muqueux, épais, visqueux. A la partie antérieure, il y a peu de rougeur et un gonflement à peine sensible. Rougeur un peu plus prononcée au niveau de l'infundibulum; un peu de tuméfaction suffisant pour oblitérer presque complètement l'orifice du sinus maxillaire. A la partie postérieure, la pituitaire devient de plus en plus rouge, épaisse et ramollie. Ainsi, d'abord elle se laisse aisément détacher, mais sans que l'on puisse apercevoir d'altération sensible de la membrane fibreuse qui la fait adhérer à l'os; puis plus loin, entre l'os et cette membrane fibreuse, on trouve une couche légère de sérosité purulente qui la détache complètement; puis la muqueuse elle-même devient de plus en plus amincie, molle et pultacée; on arrive enfin, à la partie postérieure du méat moyen, où l'on trouve, un peu au-dessus du cornet moyen, dans la largeur d'une pièce de cinq sous, et suivant une étendue plus grande en longueur, une matière blanche, visqueuse, semblable à du caséum, assez adhérente pour qu'on ait de la peine à l'enlever, même avec le dos d'un scalpel. Au-dessous, on trouve l'os immédiatement à nu, et n'offrant pas d'autre altération que quelques stries rougeâtres. On parvient ainsi à dénuder l'os assez complètement dans toute l'étendue qu'occupe cette matière blanchâtre.

Cornet moyen. — Rougeur assez vive; œdème de tous les replis que forme la pituitaire, et qui dépassent l'os; gonflement extrême et boursoufflement du repli qui prolonge postérieurement ce cornet. Ce repli est au moins doublé de volume, et limite en avant l'ulcération que nous venons de décrire. A la partie interne de ce cornet, on remarque que la rougeur n'est pas uniforme; on trouve par place des plaques d'un rouge vif, et dans les intervalles de ces plaques la rougeur paraît moins vive; on trouve la couche de mucus un peu plus épaisse et plus considérable sur ce cornet.

Méat et cornet supérieurs. — La muqueuse présente le même gonflement et un peu plus de ramollissement; elle est fort peu adhérente à l'os, et est enduite d'une couche épaisse de mucus.

Du reste, toutes les ouvertures qui communiquent avec les cellules ethmoïdales postérieures sont assez libres.

Voûte. — Même aspect dans la muqueuse avec le même enduit.

Sinus sphénoïdal du même côté. — La fente par laquelle il communique avec la partie postérieure du cornet supérieur est libre, quoique la muqueuse soit notablement augmentée de volume à ce niveau. Ouvert par la paroi supérieure et interne, ce sinus est complètement rempli d'une sérosité ténue et roussâtre, mélangée, et tenant pour ainsi dire en suspension des flocons blanchâtres assez abondans et adhérans à la muqueuse. Ces flocons paraissent être de même nature et sont semblables à ceux qui remplissaient la muqueuse au niveau de l'ulcération décrite sur le cornet moyen. La muqueuse qui tapisse ce sinus se détache avec la plus grande facilité de la charpente osseuse, et dans certains endroits elle est tout à fait détachée. Du reste, la muqueuse elle-même est en grande partie détruite et est remplacée par une matière qui forme sur la membrane muqueuse qui est intacte, une couche blanchâtre; à peine sensible à la paroi antérieure, elle est beaucoup plus épaisse à la paroi postérieure, où, du reste, les désordres sont plus considérables. En effet, l'altération a non seulement attaqué la muqueuse, mais aussi la membrane fibreuse et l'os. En cherchant à enlever la muqueuse, elle reste sur la partie altérée en forme de caséum, et l'os étant incisé, on voit cette même matière blanche pénétrer dans le corps du sphénoïde et dans les cellules qui ne paraissent être altérées que dans l'étendue de quelques millimètres. Ces petits sinus qui s'étendent et communiquent avec les précédens, présentent la même altération et sont remplis du même liquide.

Cellules ethmoïdales antérieures. — Muqueuse rouge, épaissie, présentant des plaques d'un rouge très vif et pointillé; elle est enduite d'une forte couche de mucus grisâtre et blanchâtre par intervalles.

Sinus maxillaire. — Rougeur très vive sans épaississement notable de la muqueuse, surtout vers la partie la plus proche de son orifice de communication, de sorte que plus on s'éloigne de cet orifice, plus la rougeur diminue. Sur la paroi postérieure l'état de la muqueuse est normal. Dans la partie enflammée, couche de muqueuse grisâtre assez épaisse.

Cellules ethmoïdales postérieures. — Elles contiennent, les plus grandes seulement, du liquide séro-purulent trouvé dans le sinus sphénoïdal. La muqueuse est moins altérée que dans le sinus, et n'y présente qu'une rougeur assez faible.

Cloison. — Rougeur.

Fosse nasale gauche et méat inférieur. — Même altération que du côté opposé.

Cornet inférieur. — Même enduit grisâtre épais sur la muqueuse, qui est d'un rouge piqueté très vif à la partie inférieure. Même gonflement œdémateux du repli postérieur.

Méat moyen. — La muqueuse est très amincie à la partie interne; elle est couverte du même enduit grisâtre. Orifice libre, communiquant avec le sinus maxillaire, les sinus frontaux, et les cellules antérieures de l'ethmoïde.

Méat supérieur. — Cornets supérieur et moyen moins altérés que celui du côté opposé.

Sinus frontaux. — Ils sont remplis de la matière purulente précédemment décrite. La muqueuse se détache facilement de l'os; pas de rougeur, ni d'injection; elle est très fine, très déliée et paraît intacte.

Cellules ethmoïdales antérieures. — Elles renferment le même liquide en moindre quantité et un peu moins purulente; mais injection très vive de la muqueuse, qui est notablement épaissie, d'un rouge pointillé, beaucoup plus molle qu'à l'état normal, quoique parfaitement adhérente à l'os.

Cellules ethmoïdales postérieures. — Elles paraissent saines; pas de rougeur notable; seulement enduit muqueux assez abondant.

Sinus maxillaire. — Il est rempli de la même matière muco-purulente décrite sur le sinus sphénoïdal. La muqueuse est surtout considérablement altérée; elle est boursouflée, œdémateuse, quoique adhérente à l'os; on l'enlève très facilement, et sa surface lisse est assez ramollie pour qu'on enlève, en râclant légèrement, des morceaux de membrane comme gélatineuse, crémateuse, transparente, très injectée et pointillée. Elle présente cet aspect dans toute son étendue. Sa plus grande épaisseur est à la paroi antérieure. Elle est amincie à la paroi postérieure. A la paroi inférieure elle est entourée par le dépôt de flocons purulens contenus dans la matière séro-purulente.

Inoculations. — Pendant le cours de la maladie de ce sujet, nous avons inoculé le pus que nous avions recueilli sur ce malade, à des chiens (au Collége de France) et à des chevaux (à l'Ecole vétérinaire d'Alfort). Ces inoculations, dont nous allons faire connaître le résultat, ne nous ont laissé aucun doute sur la nature de la maladie que nous venons de décrire.

Le 29 août, on pratiqua sur une petite chienne l'inoculation du pus recueilli dans l'un des abcès que le malade portait au bras gauche. Cette inoculation fut faite trois quarts d'heure après l'ouverture de l'abcès. On fit dans les fosses nasales de cet animal plusieurs piqûres avec une lancette imprégnée de ce pus; on fit en même temps d'autres piqûres sur la peau, et l'on injecta une certaine quantité de ce même liquide dans le vagin.

Pendant long-temps il ne se déclara aucun désordre apparent.

Le 11 septembre, cet animal avait encore bon appétit, et était dans un état de santé parfaite.

Cette expérience prouve un fait qui était déjà connu depuis long-temps, savoir, que les chiens sont, de tous les animaux, les moins disposés à contracter des maladies soit par contagion, soit par infection.

Le 1[er] septembre, deux chevaux vieux, mais bien portans, furent inoculés à l'école d'Alfort, l'un avec du pus qui s'était trouvé mêlé aux urines du sujet, l'autre avec le pus d'un abcès. Cinq jours après, chez le second cheval, les piqûres qui avaient servi à l'inoculation étaient remplacées par des pustules entourées d'un engorgement très dur, étendu et circonscrit; des cordes lymphatiques partant du centre de ces pustules, s'étendaient jusqu'aux ganglions sous-maxillaires qui étaient considérablement engorgés. Le premier cheval ne présenta aucun symptôme.

Le 11 septembre, tous les symptômes du farcin chronique s'étaient déclarés chez le deuxième cheval qui, après avoir végété pendant plus de deux mois, finit par succomber avec tous les symptômes d'une morve aiguë, ce que l'autopsie vint nous confirmer. Le premier cheval n'eut rien.

Le même jour, deux autres chevaux furent inoculés de la même manière, l'un avec du pus provenant du même sujet, l'autre avec du pus d'un varioleux. Ce dernier n'eut rien; l'autre mourut quelque temps après d'une morve aiguë, qui avait été précédée des symptômes de farcin chronique.

— Cette observation est remarquable et digne d'intérêt sous plus d'un point de vue. C'est un des premiers faits de farcin chronique qui aient été observés chez l'homme. La plupart des cas que l'on avait observés jusque-là s'étaient termi-

nés par des accidens de morve aiguë. En examinant les caractères de cette maladie, et en comparant entre eux les symptômes de la morve chronique, du farcin aigu et du farcin chronique chez l'homme, il est impossible de ne pas voir des différences bien tranchées entre ces trois maladies, dont l'origine et l'essence sont peut-être les mêmes, mais dont les caractères sont extrêmement distincts.

Nous n'avons pas retrouvé chez notre malade quelques-uns des symptômes que l'on attribue spécialement au farcin chronique des chevaux. De ce nombre, sont les pustules de la peau; mais en revanche nous ferons remarquer parmi les lésions anatomiques le signe le plus caractéristique de cette affection, c'est l'altération des sinus et l'analogie si remarquable de ce mucus *sui generis* qui remplissait toutes les fosses nasales jusqu'aux sinus sphnéoïdaux. Cette altération est d'une grande valeur dans cette observation, dont le diagnostic d'ailleurs ne pourrait laisser aucune incertitude. Dans les cas de morve aiguë qui ont été publiés jusqu'à présent, dans les cas connus en bien plus petit nombre de morve chronique, ces altérations n'ont pu être constatées. C'était donc un fait important à signaler, puisque cette altération est, d'après tous les médecins vétérinaires, le signe pathognomonique du farcin chronique du cheval.

Mode d'emploi de l'aconit contre les affections rhumatismales; par M. le docteur BUSSE, de Berlin.

M. le docteur Busse vient de publier une monographie de l'aconit, dont nous tirons l'extrait suivant, qui nous paraît offrir un intérêt réel sous le point de vue de la pratique.

Ce praticien pense que l'aconit peut être prescrit avec non moins d'avantage contre les rhumatismes aigus que contre les rhumatismes chroniques; d'ailleurs il fait judicieusement observer que s'il existe un état saburral ou un état inflammatoire bien prononcé, il est indispensable avant tout de les éloigner par les moyens appropriés; puis on doit recourir sans retard à l'administration de l'aconit. Il n'a jamais vu ce médicament exercer une action excitante du système vasculaire comme on le voit arriver après l'emploi du camphre. La diaphorèse qui se développe n'est précédée ni accompagnée d'aucun mouvement tumultueux, et souvent même le calme des douleurs rhumatismales est obtenu sans qu'il se manifeste une augmentation dans les sécrétions rénales ou cutanées.

Depuis plus de vingt-cinq ans, M. Busse a le plus ordinairement recours à la formule suivante, qu'il a empruntée au célèbre A.-G. Richter:

Pr. Extrait d'aconit, 4 grammes.
Vin stibié, 30

Faire dissoudre S. A.

Dans le principe, il n'administrait, suivant le conseil de Richter, que de petites doses de cette solution, par exemple de quinze à vingt-cinq gouttes toutes les deux heures; mais bientôt l'expérience lui fit reconnaître que l'on pouvait prescrire des doses doubles, non seulement sans danger, mais encore avec de plus grandes chances de succès.

Pour prouver l'innocuité des doses très fortes d'aconit, il rapporte le fait d'un malade qui, dans l'espace de dix heures, prit environ 2 grammes 25 centigrammes de l'extrait de cette plante, dissous comme il est dit plus haut, sans qu'il en soit résulté le moindre symptôme de narcotisme ou de quelque autre accident que ce soit; le seul effet auquel cette injestion donna lieu fut une augmentation de la transpiration, et en même temps il s'ensuivit une diminution notable des douleurs qui le matin même, s'étaient fait sentir avec une excessive intensité.

Depuis cette époque, c'est toujours par trente ou quarante gouttes qu'il fait commencer l'usage de la solution d'aconit, et il l'élève rapidement jusqu'à soixante gouttes par prise.

Outre son efficacité contre les affections rhumatismales générales, cette solution réussit admirablement contre les douleurs dentaires de même nature, à tel point que ceux des cliens de M. Busse qui sont sujets à cette sorte d'odontalgie, la considèrent comme un véritable spécifique, et lui ont donné le nom de *gouttes contre les maux de dents*. Du reste, on peut la regarder comme parfaitement indiquée dans tous les cas de douleurs qui reconnaissent pour point de départ un principe rhumatismal, telles que les prosopalgies, l'ischialgie, les crampes d'estomac, etc. (*Hufeland's Journal*, février 1842.)

— La Société phrénologique de Paris vient, aux termes de son règlement, de renouveler son bureau pour l'année 1843. Ont été nommés:

M. Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine, député, président honoraire.
M. le docteur La Corbière, président.
MM. Belhomme, Fossati, vices-présidens.
M. le docteur Place, secrétaire général.
M. le docteur Lecoulteux, trésorier.
MM. les docteurs Dumoutier, Letellier, secrétaires des procès-verbaux.
MM. les docteurs Sorlin, Dagama Machado, Cellier, membres du comité des fonds.
M. Dumoutier, archiviste-conservateur.

Redressement des déviations de la taille sans lits ni corsets mécaniques et sans appareil d'aucune espèce.

On peut avancer, sans crainte d'être démenti, que les différens systèmes suivis jusqu'à ce jour pour le redressement de la taille n'ont pu, malgré l'extrême violence des moyens employés, atteindre le but de leurs inventeurs. Un simple exposé de ces systèmes et des inconvéniens qu'ils présentent, suffira pour prouver ce que nous avançons, et fera aisément comprendre comment madame Martigny a pu réussir dans l'emploi de sa méthode.

Les trois systèmes le plus généralement adoptés actuellement, sont,
1° Le système orthopédique,
2° Le système gymnastique,
3° Le système des sections musculaires sous-cutanées.

Il est démontré que l'orthopédie ne guérit pas; l'expérience a prouvé que les quelques déviations de la colonne vertébrale qu'elle rectifie en apparence se représentent au bout d'un temps plus ou moins long.

Quant aux moyens qu'elle emploie, corsets et tuteurs métalliques, lits, fauteuils et appareils de toute espèce, c'est la torture permanente combinée avec le supplice de l'immobilité.

Le système gymnastique pèche par de nombreux défauts: d'abord on ne parvient jamais par ce moyen à obtenir une guérison, et il a l'inconvénient de donner aux muscles des formes trop dessinées, qui ne conviennent nullement aux femmes; il rend leur démarche masculine, leurs mouvemens saccadés; enfin, il n'est applicable qu'aux individus du sexe masculin, et encore faut-il qu'ils soient bien constitués.

Quant au système de la section sous-cutanée des muscles du dos, l'Académie de médecine et les sommités de la science ne sont pas elles-mêmes bien fixées sur l'utilité de ce moyen.

La méthode de madame Martigny consiste en une suite de mouvemens dirigés avec une telle habileté que tous les muscles du corps humain se trouvent successivement mis en état de contraction. Cette contraction est produite avec tant d'entente, que ce n'est pas le muscle entier qui fonctionne brusquement, mais les fibres musculaires qui le composent, une à une, jusqu'à ce que l'organe en masse ait acquis l'intensité d'action dont il est susceptible.

Nous n'avons pas besoin de chercher à prouver l'utilité de ces exercices appliqués à l'hygiène. Nous pouvons dire que, sous leur influence, toutes les fonctions s'exécutent avec la régularité dont l'organisation actuelle de l'individu est capable, et qu'ils tendent à donner à certaines organisations, chez lesquelles la nature était restée en deçà de son élan, le développement complet qu'elles doivent acquérir.

X... R...

Recouvrement des créances dues à MM. les Médecins et Pharmaciens, chez M. Frédéric Beurrey, rue de l'Echiquier, 34.

Paris. Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 4, DEUXIÈME SÉRIE,

(1842)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

A

B

C

D

E

F

I

K

L

M

N

O

P

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

